

FORDERUNGSKATALOG

Hürden überwinden: Gesundheitliche Hilfen für Betroffene von sexueller Gewalt



SCHNELLE HILFEN OHNE HÜRDEN

Sexuelle Gewalt ist ein gravierendes Problem in unserer Gesellschaft: Eine repräsentative Umfrage unter 14- bis 90-Jährigen (HÄUSER ET. AL. 2011) zeigt: Mehr als jede Zehnte beziehungsweise jeder Zehnte hat in ihrer beziehungsweise seiner Kindheit und Jugend sexuellen Missbrauch erlebt. Andere Studien (WETZELS 1997, BIENECK ET AL. 2011) mit Befragten unterschiedlichen Alters (16- bis 59-Jährige beziehungsweise 16- bis 39-Jährige) gehen von Häufigkeiten zwischen sechs und 16 Prozent aus. Repräsentative Untersuchungen zu sexueller Gewalt bei Mädchen und Frauen mit Behinderungen und Beeinträchtigungen (15- bis 65-Jährige) weisen darauf hin, dass diese zwei- bis dreimal häufiger sexuellem Missbrauch in Kindheit und Jugend ausgesetzt sind als der weibliche Bevölkerungsdurchschnitt (BMFSFJ 2012).

An den Folgen sexueller Gewalt tragen die Betroffenen schwer – oft ein Leben lang. Neben posttraumatischen Belastungsstörungen kann es zum Beispiel zu Depressionen, Bindungs- und Angststörungen sowie sexuellen Störungen kommen. Lebenskrisen bis hin zu Suizidversuchen treten auf. Die Betroffenen leiden nicht selten auch an körperlichen Langzeitfolgen wie multiplen unklaren gynäkologischen Erkrankungen oder Adipositas. Insbesondere bei Betroffenen mit chronifizierten psychischen Erkrankungen, die sich infolge der sexuellen Gewalterfahrung entwickelt haben, kommt es gehäuft zu Frühverrentungen.

Bisher bekommen Betroffene sexueller Gewalt jedoch oft nicht die Hilfe, die sie dringend benötigen. Die Hürden im Gesundheitssystem sind hoch: Untersuchungen der Universität Ulm belegen, dass sich die Betroffenen vor allem wünschen, schneller und einfacher Therapieplätze, medizinische Behandlungen oder Beratungsangebote in Anspruch nehmen zu können (FEGERT ET AL. 2011). Wartezeiten sind lang (BPTK-STUDIE 2011), Stundenkontingente begrenzt. Alternativverfahren, wie beispielsweise nonverbale Kreativtherapien, müssen von den Betroffenen selbst finanziert werden. Nur wenige Betroffene erhalten eine geeignete Traumatherapie. Viele finden auch in Regionen, die laut Kassenärztlicher Vereinigung gut versorgt sind, keine Hilfsangebote. Besonders groß ist das Problem in ländlichen Gegenden (BPTK-STUDIE 2011). Außerdem hat sich gezeigt: Ältere Patientinnen und Patienten sowie männliche Betroffene haben besondere Schwierigkeiten, eine adäquate Behandlung zu erhalten. Für Menschen mit Behinderungen und Beeinträchtigungen ist es oft schwierig, barrierefreie Zugänge zu Therapie zu finden. Dies kann die Wartezeit zusätzlich unzumutbar erhöhen. Bei Kindern und Jugendlichen, die sexueller Gewalt ausgesetzt waren, vergehen oft Monate und Jahre, bis sie eine geeignete Therapie bekommen. Viele Betroffene wissen zudem häufig nicht, welche Ansprüche sie auf Behandlung und Therapie haben.

Defizite gibt es darüber hinaus bei der Qualität der Ausbildung der behandelnden Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten: Es mangelt zum Teil an Expertise in Diagnostik und Therapie. Die Diagnostik, Folgeerkrankungen und Behandlungsmöglichkeiten von sexuellem Kindesmissbrauch sind heute zwar Bestandteil des regulären

Ausbildungsplan zur Psychotherapeutin beziehungsweise zum Psychotherapeuten. Eine Online-Umfrage (2011) im Auftrag der ehemaligen Unabhängigen Beauftragten zur Aufarbeitung des sexuellen Kindesmissbrauchs, Dr. Christine Bergmann, ergab jedoch: Bei jeder dritten praktizierenden Psychotherapeutin beziehungsweise jedem dritten praktizierenden Psychotherapeuten (35 Prozent) wurde die Thematik in der Ausbildung nicht behandelt.

Die lückenhafte Versorgung wirkt sich nicht nur für Betroffene negativ aus, sondern ist auch mit enormen Kosten für unsere Gesellschaft verbunden. Die Deutsche Traumakostenfolgestudie zeigt: Durch die Folgen von Kindesmissbrauch, -misshandlung und -vernachlässigung entstehen Kosten von jährlich bis zu elf Milliarden Euro (HABETHA ET AL. 2012).

Um den Umgang mit Fällen sexueller Gewalt zu verbessern und Betroffenen schnellen Zugang zu geeigneten Therapien zu ermöglichen, hat der Unabhängige Beauftragte für Fragen des sexuellen Kindesmissbrauchs gemeinsam mit seinem Fachbeirat folgenden Forderungskatalog erarbeitet:

1. BETROFFENE, DIE HILFE BENÖTIGEN, MÜSSEN SIE SCHNELLST-MÖGLICH BEKOMMEN.

Es werden bundesweit Hilfsangebote und Opferambulanzen benötigt, die Betroffenen im Notfall schnell und unbürokratisch Unterstützung bieten. Nach dieser „ersten Hilfe“ sollten nicht mehr als drei Monate vergehen, bis ein geeigneter Therapieplatz zur Verfügung steht. Auch für Betroffene mit Behinderungen und Beeinträchtigungen ist dies sicherzustellen.

Um eine ausreichende Versorgung zu gewährleisten, sollten sich auch qualifizierte Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Krankenhäusern und in Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen sowie Beratungsstellen an der ambulanten medizinischen Versorgung beteiligen können – sofern regionale Engpässe bestehen. Sind trotz prinzipiell ausreichender Zahl von Vertragsärztinnen und -ärzten beziehungsweise Vertragspsychotherapeutinnen und Vertragspsychotherapeuten die Wartezeiten für Betroffene von sexueller Gewalt zu lang, müssen zusätzliche Ärztinnen und Ärzte oder Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten zugelassen werden, die von gesetzlich versicherten Patientinnen und Patienten aufgesucht werden können (Sonderbedarfszulassung). Kann trotz dieser Maßnahmen eine unaufschiebbare Behandlung nicht rechtzeitig durch an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärztinnen und Ärzte oder Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten erbracht werden, muss eine Behandlung durch andere qualifizierte Ärztinnen und Ärzte oder Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten im Wege der Kostenerstattung ermöglicht werden. § 13 Absatz 3 SGB V sieht dies ausdrücklich vor.

2. BETROFFENE BRAUCHEN LOTSSEN DURCH DEN THERAPIE- UND HILFESCHUNGEL.

Nur wer weiß, wo es Hilfe gibt, kann sie auch in Anspruch nehmen – ein Blick in die Gelben Seiten reicht nicht, um eine geeignete Psychotherapeutin oder einen geeigneten Psychotherapeuten zu finden. Auch dies gilt in besonderer Weise für Betroffene mit Behinderungen und Beeinträchtigungen. Die Kassenärztlichen Vereinigungen der Bundesländer und die Krankenkassen müssen Lotsenfunktionen für die Hilfesuchenden im Gesundheitssystem übernehmen. Auf Anfrage müssen Betroffenen unverzüglich

geeignete Ansprechstellen genannt werden. Ist das nicht möglich, muss der Fehlbedarf dokumentiert werden – damit langfristig Sonderzulassungen oder Ermächtigungen von Ärztinnen und Ärzten sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten durchgesetzt werden können.

3. AMBULANTE UND STATIONÄRE GESUNDHEITSLAISTUNGEN IN DIAGNOSTIK UND KRANKENBEHANDLUNG VON BETROFFENEN MÜSSEN IM DEUTSCHEN GESUNDHEITSWESEN ABRECHENBAR SEIN.

Besteht der Verdacht auf sexuellen Kindesmissbrauch, müssen Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten und andere Fachkräfte diesem gemeinsam nachgehen können. Dafür bedarf es Zeit – für intensive Gespräche mit Betroffenen und Angehörigen sowie für den Austausch mit anderen Expertinnen und Experten.

Fachlich kompetente interdisziplinäre Abklärung und Koordination der Behandlung ist im deutschen Gesundheitswesen, im Gegensatz zum Beispiel zur Schweiz, jedoch nicht angemessen abrechenbar. Zukünftig müssen die gesetzlichen Krankenkassen alle Leistungen von Krankenhäusern und niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten tragen, die Diagnose und Behandlung betreffen. Entsprechende Abrechnungskodes sichern zudem die Qualität der Behandlung.

4. KINDESMISSBRAUCH MUSS IM GESUNDHEITSWESEN ERKANNT, DIAGNOSTIZIERT UND DOKUMENTIERT WERDEN KÖNNEN.

In Deutschland ist es derzeit in Krankenhäusern gemäß einer Richtlinie des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK), das im Auftrag des Bundesgesundheitsministeriums die Klassifikation und Dokumentation im Gesundheitswesen regelt, nicht gestattet, die Codes des Klassifikationssystems des ICD-10 für Missbrauch zu verwenden. Die vom Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) herausgegebene Version der für Deutschland gültigen Internationalen Klassifikation für Krankheiten und verwandte Gesundheitsprobleme ICD-10-GM enthält jedoch u. a. eine entsprechende Kodierung für sexuellen Kindesmissbrauch (ICD-CODE /74.2). Diese paradoxe Situation führt dazu, dass oft aufwändigere Behandlungen und Interventionsmaßnahmen bei von sexuellem Missbrauch betroffenen Personen ausufernd begründet werden müssen, wobei die tatsächliche Begründung anweisungsgemäß vermieden wird.

Wird ein so schwerwiegendes Problem wie sexueller Missbrauch, das als Faktor Folgestörungen sowie Belastungs- und Erkrankungsverläufe beeinflusst, im Gesundheitssystem ignoriert, kann nicht adäquat auf die Bedarfe der Betroffenen reagiert werden. Hierfür ist wie für andere Probleme im Gesundheitswesen ein medizinisches Monitoring notwendig als Basis für Planungen. Wie Untersuchungen in modernen Gesundheitssystemen – etwa Australien – zeigen, sind in Krankenhäusern gesammelte Daten und Angaben zu Kindesmisshandlung und -missbrauch besonders zuverlässig (MCKENZIE ET AL. 2011). Im Interesse des informationellen Selbstbestimmungsrechts der Betroffenen macht eine Änderung dieser Regelung allerdings nur Sinn, wenn diese Daten bei den Krankenkassen, genauso wie andere Gesundheitsdaten, vertraulich zusammenfassend ausgewertet werden und es nicht zu individuellen Regressforderungen oder Strafanzeigen auf der Basis dieser Merkmale kommt (vgl. Forderung 5).

5. DER SCHUTZ DER BETROFFENEN STEHT AN OBERSTER STELLE.

Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten dürfen nicht mehr gesetzlich dazu verpflichtet sein, den Krankenkassen bei Fällen von Vernachlässigung, Kindesmisshandlung und sexuellem Kindesmissbrauch Angaben zu möglichen Tätern oder Täterinnen zu machen (SIEHE § 294A SGB V).

Oft erhalten die Ärztin beziehungsweise der Arzt sowie die Patientin beziehungsweise der Patient bereits während oder nach einem Krankenhausaufenthalt die Aufforderung von der Krankenkasse, Angaben zum Täter oder zur Täterin zu machen. Um ihre Regressforderungen gegen den Täter oder die Täterin zu belegen, schalten manche Krankenkassen zudem die Staatsanwaltschaft ein, die bei ihren Ermittlungen nicht selten unangekündigt auf die Betroffenen zugeht. Das sind Maßnahmen, die das Arzt-Patienten-Verhältnis stören, und viele Betroffene erheblich belasten – insbesondere in Fällen, in denen sie sich ausdrücklich gegen eine Strafanzeige entschieden haben. Um ihre Patientinnen und Patienten zu schützen, dokumentieren deshalb viele Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sexuellen Kindesmissbrauch nicht und tragen damit unfreiwillig und unabsichtlich zur Unterschätzung der Prävalenz bei.

6. ES WERDEN KLARE LEITLINIEN FÜR DIE DIAGNOSTIK UND BEHANDLUNG VON BETROFFENEN BENÖTIGT.

Damit betroffene Kinder und Jugendliche bestmöglich diagnostiziert werden können, wenn nötig frühzeitig eine Therapie bekommen und andere Hilfsmaßnahmen rechtzeitig eingeleitet werden, bedarf es aktueller Leitlinien für Diagnostik und Therapie im Kindes- und Jugendalter. Sie sollen Ärztinnen und Ärzten sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten einen Handlungsrahmen aufzeigen, der mit den gesetzlichen Regelungen übereinstimmt. Zwar existieren für einige häufige Folgeerkrankungen sexuellen Kindesmissbrauchs bereits methodisch hochwertige Leitlinien („S3-Leitlinien“), zum Beispiel für Posttraumatische Belastungsstörungen oder Unipolare Depressionen. Allerdings gibt es die nur für das Erwachsenenalter. Sie fehlen bislang für das Kinder- und Jugendalter – trotz des erheblichen Zuwachses an Forschungsergebnissen und trotz neuer Regelungen durch das Bundeskinderschutzgesetz.

Die interdisziplinäre Entwicklung solcher Leitlinien ist von übergeordneter Bedeutung und sollte daher mit öffentlichen Geldern finanziert werden, so wie dies zum Beispiel in England üblich ist.

7. KRANKENHÄUSER UND PRAXEN MÜSSEN SCHUTZRÄUME SEIN.

Die Empfehlungen des Runden Tisches „Sexueller Kindesmissbrauch“ zum Schutz von Kindern und Jugendlichen vor sexueller Gewalt in Institutionen müssen auch in Krankenhäusern sowie Arzt- und Psychotherapeutenpraxen zur Anwendung kommen. Bestehende Berufsordnungen für Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten enthalten bereits entsprechende Verhaltenskodizes. Dies sollte auch für weitere mit der Behandlung befasste Berufsgruppen sichergestellt sein und durch die verpflichtende Vorlage von erweiterten Führungszeugnissen ergänzt werden.

Beschwerdemöglichkeiten bei Ärzte- und Psychotherapeutenkammern müssen zudem bekanntgemacht werden. Denn Forschungen zeigen, dass es auch im Verhältnis zwischen Ärztin beziehungsweise Arzt sowie zwischen Psychotherapeutin beziehungsweise Psychotherapeut mit der Patientin oder dem Patienten zu sexuellen Übergriffen und sexueller Gewalt kommt (FEGERT ET AL. 2011, BECKER-FISCHER ET AL., 1995, 1997 UND 2008, LAMB ET AL., 2003, POPE ET AL., 1992).

Ärztinnen und Ärzte, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie weitere medizinische Berufsgruppen müssen außerdem kompetente und vertrauensvolle Ansprechpersonen für Betroffene sein, die andernorts sexuelle Gewalt erfahren oder erfahren haben. Im Bundeskinderschutzgesetz (§ 8B SGB VIII) wurde sogar ein Rechtsanspruch für Berufsgruppen verankert, die in Kontakt mit Kindern und Jugendlichen stehen. Sie können sich bei der Einschätzung einer Gefährdung von einer Kinderschutzfachkraft beraten lassen.

DIE VERANSTALTUNGSREIHE „DIALOG KINDESMISSBRAUCH“ UND DAS 1. HEARING „GESUNDHEIT VON BETROFFENEN – BESSERE VERSORGUNG UND BEHANDLUNG“

Im September 2012 wurden „Rahmenempfehlungen zur Verbesserung des Informationsangebots, der Zusammenarbeit in der Versorgung von Opfern sexuellen Missbrauchs und des Zugangs zur Versorgung“ von den fünf Spitzenverbänden der Selbstverwaltung im Gesundheitswesen unterzeichnet, die in einem vom Bundesministerium für Gesundheit moderierten Prozess erarbeitet wurden. Die Rahmenempfehlungen haben das generelle Ziel, das bestehende Informations- und Leistungsangebot für von sexuellem Missbrauch erwachsene Betroffene zu erschließen. Sie nehmen die Empfehlungen des Runden Tisches „Sexueller Kindesmissbrauch“ auf, die gesundheitliche Versorgung und Behandlung von Betroffenen von sexueller Gewalt zu verbessern. Aus Sicht von Expertinnen und Experten sowie Betroffenen bedarf es weiterer Maßnahmen und Veränderungen. Der vorliegende Forderungskatalog mit konkreten Maßnahmen zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation von Betroffenen ist Gegenstand des 1. Hearings der Veranstaltungsreihe „Dialog Kindesmissbrauch“ und wird im Anschluss an die politischen und gesellschaftlichen Entscheidungsgremien und -personen weiter gegeben.

Die Veranstaltungsreihe „Dialog Kindesmissbrauch“ bietet in vier öffentlichen Hearings Betroffenen, Politik und der Fachwelt eine Plattform, um Verbesserungen im Bereich Gesundheit, Beratung, Aufarbeitung und Strafrecht vertiefend zu erörtern. Die Dialogreihe ist eine Veranstaltung des Unabhängigen Beauftragten für Fragen des sexuellen Kindesmissbrauchs und dem bei ihm angesiedelten Fachbeirat. Weitere Informationen unter www.beauftragter-missbrauch.de.

ÜBER DEN UNABHÄNGIGEN BEAUFTRAGTEN

Mit Kabinettsbeschluss vom 7. Dezember 2011 wurde Johannes-Wilhelm Rörig als Nachfolger von Dr. Christine Bergmann, Bundesministerin a.D., als Unabhängiger Beauftragter für Fragen des sexuellen Kindesmissbrauchs ernannt. Seine Amtszeit geht bis Ende 2013. Eine seiner wesentlichen Aufgaben ist es, die Umsetzung der Empfehlungen des von der Bundesregierung eingesetzten Runden Tisches „Sexueller Kindesmissbrauch“ zu beobachten und zu unterstützen, insbesondere im Bereich von Prävention und Intervention. Aber auch die Verbesserung des Zugangs zur Versorgungs- und Beratungslandschaft im Bereich des sexuellen Kindesmissbrauchs und Hilfen für aktuell betroffene Mädchen und Jungen sowie erwachsene Betroffene bilden einen Schwerpunkt seiner Arbeit.

Der Unabhängige Beauftragte unterliegt keiner Fachaufsicht und ist nicht weisungsgebunden. Organisatorisch ist der Unabhängige Beauftragte und die ihm zugeordnete Geschäftsstelle beim Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend angesiedelt.

ANSPRECHPARTNERINNEN UND ANSPRECHPARTNER

DR. MANUELA STÖTZEL, Leiterin der Geschäftsstelle des Unabhängigen Beauftragten für Fragen des Sexuellen Kindesmissbrauchs

PROF. DR. JÖRG M. FEGERT, Fachbeirat beim Unabhängigen Beauftragten, Sprecher der Konzeptgruppe „Gesundheitliche Hilfen“, Ärztlicher Direktor der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychotherapie am Universitätsklinikum Ulm

PROF. DR. RAINER RICHTER, Fachbeirat beim Unabhängigen Beauftragten, Präsident der Bundespsychotherapeutenkammer

PROF. DR. MECHTHILD WOLFF, Vorsitzende des Fachbeirats beim Unabhängigen Beauftragten, Fakultät Soziale Arbeit, Hochschule Landshut

Literaturnachweise finden Sie in der Rubrik „Hearings“ unter:
www.beauftragter-missbrauch.de

IMPRESSUM

Geschäftsstelle des Unabhängigen Beauftragten
für Fragen des sexuellen Kindesmissbrauchs

Glinkastr. 24, 10117 Berlin

www.beauftragter-missbrauch.de