

# **Die psychotherapeutische Versorgungsrealität komplex traumatisierter Menschen in Deutschland**



*Initiative Phoenix - J. Sommer/ N. Morgenthal*

## **Ergebnisse einer Studie**

**Johanna Sommer**

**Initiative Phoenix - Bundesnetzwerk für angemessene Psychotherapie e.V.**

## Danksagung

Die vorliegende Studie ist entstanden aus einer Idee, die durch die Unterstützung vieler Einzelner so groß werden durfte. Gedankt sei denen, die von Anfang an der Initiative Phoenix beim Wachsen geholfen haben. Den Betroffenen, die die ersten Reaktionen auf einen verzweifelten offenen Brief schickten. Den Verbündeten und Therapeutinnen und Therapeuten, die antworteten, ihre eigenen zermürbenden Erfahrungen dazulegten und ihre Unterstützung zusagten. All denen, die den offenen Brief auf unserer Internetseite bisher unterschrieben haben. All denen, die jeden Tag ums Überleben und gegen die Folgen von Traumatisierungen ankämpfen. All denen, die jeden Tag ihre Energien dafür einsetzen, zu helfen.

Ich danke Jutta Ott-Gmelch, die als "Geburtshelferin" der Initiative aus der Wiege half, ihr einen Namen gab und als Verbündete das Vertrauen in sie immer behielt.

Ich danke Nathalie Morgenthal, der "Webseiten-Fee" der Initiative, die von Anfang an an die Idee geglaubt, sie unterstützt und virtuell "in Szene gesetzt" hat.

Ich danke den Mitgliedern der Arbeitsgruppe, die sich aus der Initiative Phoenix herauskristallisiert hat, für ihre kontinuierliche Unterstützung und Hilfe beim Sprachefinden und Lautwerden, und dabei, einen Boden für die Realisierung dieser Erhebung zu bereiten.

Dazu gehören neben den Genannten: Dr. med. Brigitte Bosse, Dipl. Psych. Cornelia Heydenbluth, Dipl. Psych. Birgit Hirth-Haunerland, Dipl. Psych. Michaela Huber, Dr. jur. Eva Lauer-v. Lüpke, Hannah C. Rosenblatt, Mag.a phil. Stella Sadowsky und Dr. med. Bianca Winkens.

Ich danke den Spenderinnen und Spendern und den Mitgliedern unseres Vereins, durch deren Zuwendungen die Finanzierung der Internet-Präsenz, der Umfrage und der Treffen der Arbeitsgruppe möglich wurde.

Vor allem aber danke ich den knapp zweitausend Menschen, die sich die Zeit und das Anliegen wichtig genug nahmen, sich an der Umfrage zu beteiligen und/oder in unzähligen E-Mails und Anrufen ihre persönlichen Erfahrungen mit uns zu teilen und hilfreiche Anmerkungen, Kritik und Ergänzungen mitzugeben. Die Berichte, Fragen und auch teilweise Hilferufe, die mich bis heute erreichen, berühren mich sehr. Für die Offenheit und Authentizität, mit der mir und der Initiative von allen Seiten begegnet wurde und wird, bedanke ich mich von Herzen. Alles, auch was mir im Vertrauen berichtet und nicht veröffentlicht wurde, hat zum Ergebnis dieser außergewöhnlichen Erhebung beigetragen und wird auch weiterhin der Arbeit der Initiative Phoenix helfen.

Es gibt so viel Not, die Handlung braucht. Ich hoffe, dass wir durch die Veröffentlichung dieser Studie und durch die weitere Arbeit der Initiative dazu beitragen können, dass die Not sicht- und diskutierbarer wird und dass Wellen der Veränderung bei denen ankommen, die darauf hoffen.

*Johanna Sommer*

Göttingen, 26. Januar 2015

## Einleitung

2010 wurde durch von komplexen Traumafolgen Betroffene und deren Angehörige die "Initiative Phoenix" ins Leben gerufen, mit der sich binnen kürzester Zeit zahlreiche andere Betroffene und UnterstützerInnen solidarisierten. Aus der Initiative ist zwei Jahre später ein als gemeinnützig anerkannter Verein hervorgegangen: "Initiative Phoenix - Bundesnetzwerk für angemessene Psychotherapie e.V.". In diesem Netzwerk setzen sich Betroffene, Angehörige, BeraterInnen, TherapeutInnen, ÄrztInnen und andere Helfende aus unterschiedlichsten Versorgungsbereichen für bessere Rahmenbedingungen zur psychotherapeutischen Behandlung und Unterstützung Betroffener ein. Langfristig wünschen sich die UnterstützerInnen der Initiative u.a. eine Ergänzung der Richtlinien, an denen sich die Krankenkassen bei der Finanzierung von Psychotherapie orientieren. 2011 rief die Initiative Phoenix zur Beteiligung an einer Umfrage im Internet auf, um ein Meinungsbild aus verschiedenen Richtungen dazu einzuholen.

### Hintergrund:

Subjektiv nehmen die in der Initiative vernetzten Menschen die dringende Notwendigkeit wahr, die Richtlinie, an der sich die Krankenkassen bei der Finanzierung von Psychotherapie orientieren, um einen Behandlungsrahmen für komplex traumatisierte Menschen zu ergänzen. Mit der Umfrage sollte untersucht werden, als wie bedarfsgerecht die Richtlinienvorgaben von anderen Betroffenen und BehandlerInnen, Angehörigen und professionellen Helfenden und Behandelnden erlebt werden, und ob ihre Erfahrungen denen der in der Initiative vernetzten Menschen ähneln. Die TeilnehmerInnen wurden gebeten, ihre persönliche Einschätzung der Richtlinientherapie, ihrer Auswirkungen in der Praxis (in Bezug auf die Traumatherapie) und des Bedarfs einer Änderung mitzuteilen.

Die Erhebung war sehr umfangreich und komplex angelegt, da mit wenigen TeilnehmerInnen gerechnet wurde, aber ein breiter Überblick über die verschiedenen Anliegen und Erfahrungen erreicht werden sollte. Das Ziel war, Handlungsbedarf im Bereich der psychotherapeutischen Versorgung von Menschen mit komplexen Traumafolgestörungen einerseits zu bestätigen und andererseits deutlicher herauszuarbeiten. Eine Frage dahinter war auch, ob sich das Empfinden der Versorgungsrealität einzelner Betroffener von denen der HelferInnen - persönlich wie professionell, ambulant wie stationär - unterscheidet. Erhofft wurde ein Querschnitt mit verschiedenen TeilnehmerInnengruppen mit etwa 20-30 TeilnehmerInnen.

### Vorgehen:

Auf einer Plattform im Internet wurden insgesamt 130 Fragen bzw. Fragenkomplexe veröffentlicht. Die Teilnehmenden durchliefen die Umfrage je nachdem, welcher Verzweigung sie folgten, als:

- "Betroffene", die Therapie brauch(t)en, und zum Zeitpunkt der Umfrage oder vorher in Therapie waren bzw. gewesen waren,
- "Verbündete", das heißt Angehörige, FreundInnen, Bekannte, LebenspartnerInnen u.ä.,
- ambulant arbeitende TherapeutIn für Erwachsene,
- ambulant arbeitende TherapeutIn für Kinder und Jugendliche,
- MitarbeiterIn einer Beratungsstelle, oder
- stationär mit traumatisierten Menschen arbeitend.

Aufgrund des nicht abnehmenden Interesses an der Umfrage blieb sie von September 2011 bis November 2012 geöffnet. Sie enthielt 130 unterschiedliche "Multiple Choice"-Komplexe und zusätzlich insgesamt 61mal Platz für Freitextantworten. 1334 vollständig bearbeitete Fragebögen wurden insgesamt eingereicht. Die Freitext-Möglichkeiten wurden jeweils von zwischen unter 10 bis 574 Teilnehmenden genutzt mit einem Umfang von jeweils wenigen Worten bis zu umfangreichen Ausführungen. Die Auswertung der Daten der Multiple-Choice-Antworten erfolgte mit Hilfe des Programms "SurveyMonkey" und wurde durch die Inhalte der Freitextantworten ergänzt. Insgesamt wurden 5371 Kommentare in die Auswertung einbezogen.

TeilnehmerInnen gesamt: 1952  
 vollständig eingereichte Fragebögen: 1334

<b>Betroffene in, vor oder nach Therapie:</b>	<b>50,4%</b>	<b>673</b>
<b>Verbündete (Angehörige, FreundInnen...):</b>	<b>4,4%</b>	<b>59</b>
<b>Ambulant arbeitende TherapeutInnen (PT, HP, ...) für Erwachsene:</b>	<b>29,2%</b>	<b>389</b>
<b>Ambulant arbeitende TherapeutInnen für Kinder u. Jugendliche:</b>	<b>2,2%</b>	<b>29</b>
<b>MitarbeiterInnen in Beratungsstellen:</b>	<b>9,4%</b>	<b>126</b>
<b>Stationär arbeitende professionelle HelferInnen:</b>	<b>4,3%</b>	<b>58</b>

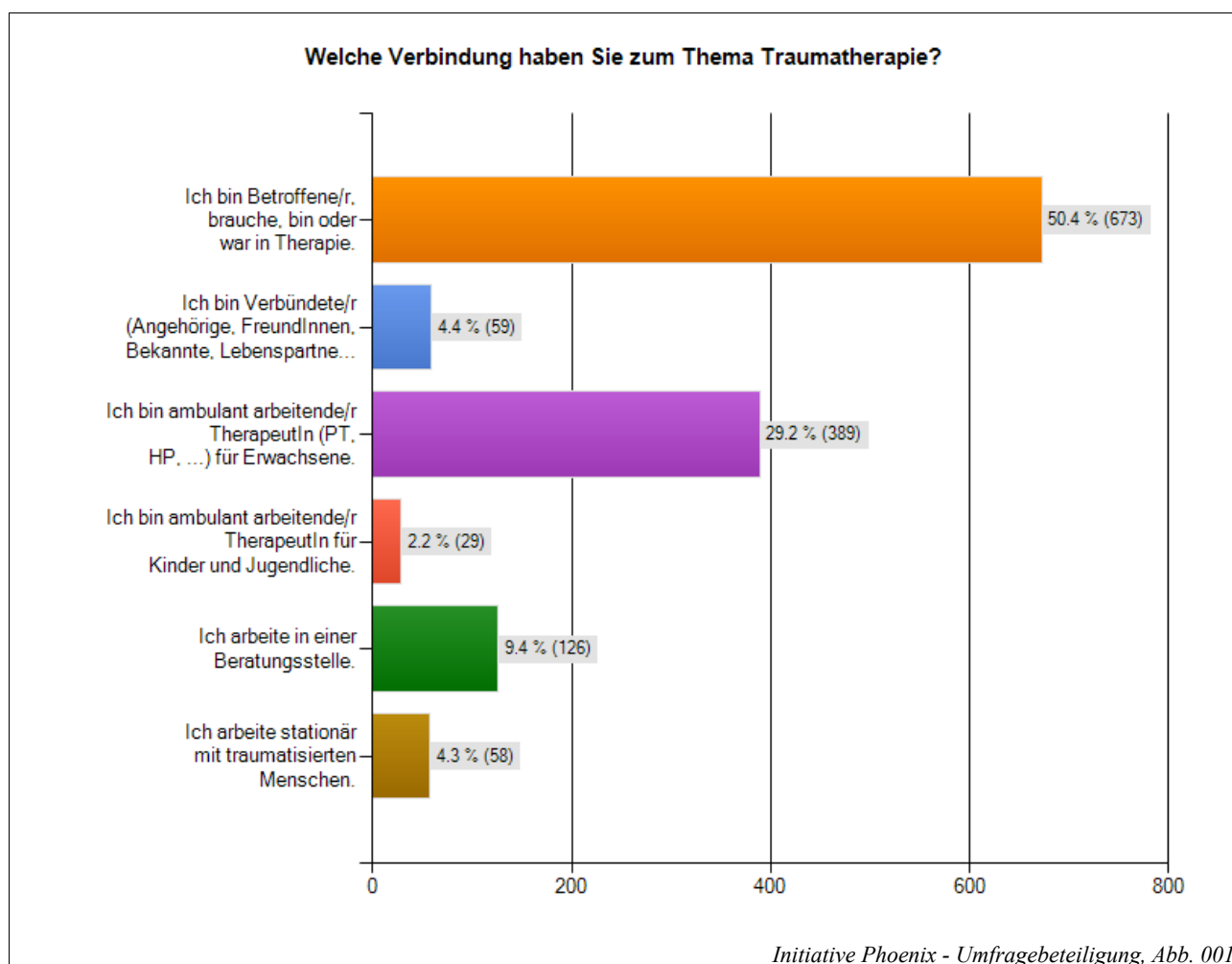


Abb. 001

# Inhaltsverzeichnis

Einleitung Seite 3

Inhaltsverzeichnis Seite 5

## **1. Betroffene**

### **1.1. Soziodemographische Daten der teilnehmenden Betroffenen S. 11**

- 1.1.1. Alter, Geschlecht, Familienstand der teilnehmenden Betroffenen
- 1.1.2. Bildungsstand und berufliche Qualifikationen der Betroffenen
- 1.1.3. Momentane berufliche Situation der Betroffenen und Korrelation
- 1.1.4. Wohnumfeld und Mobilität der Betroffenen

### **1.2. Betroffene ohne ambulanten Therapieplatz S. 17**

- 1.2.1. Gründe dafür, nicht in Therapie zu sein
- 1.2.2. Betroffene, denen das Angebot einer Beratungsstelle ausreicht
- 1.2.3. Probleme bei der Therapieplatz-Suche
- 1.2.4. Wünsche der Betroffenen ohne ambulante Therapie-Erfahrung
- 1.2.5. Stationäre Therapie-Erfahrungen von Betroffenen ohne ambulante Therapie
  - 1.2.5.1. Erleben der Vernetzung
  - 1.2.5.2. Vermeidbarkeit der stationären Behandlung
- 1.2.6. Anliegen bezüglich der Psychotherapie-Richtlinien

### **1.3. Betroffene mit ambulanter Therapie-Erfahrung S. 31**

- 1.3.1. Wartezeiten, Therapeuten-Suche, Trauma-Bewusstsein
- 1.3.2. Erfahrungen mit abgerechneten und angewandten Verfahren
- 1.3.3. Erfahrungen mit dem bewilligten Stundenkontingent
- 1.3.4. Erfahrungen mit dem Antragsverfahren der Krankenkassen
- 1.3.5. Notlösungen aus Sicht der Betroffenen
  - 1.3.5.1. "Tricks" der BehandlerInnen
  - 1.3.5.2. Unentgeltliche Arbeit der TherapeutInnen oder zu reduziertem Stundensatz
  - 1.3.5.3. Auswirkungen von Notlösungen
- 1.3.6. Unterbrechung der ambulanten Psychotherapie
  - 1.3.6.1. Gründe für Unterbrechungen
  - 1.3.6.2. Auswirkungen der Unterbrechung
  - 1.3.6.3. Hilfe in der Unterbrechung
- 1.3.7. Stationäre Traumatherapie-Erfahrungen
  - 1.3.7.1. Erleben der Vernetzung der stationären und ambulanten Versorgung
  - 1.3.7.2. Vermeidbarkeit der stationären Behandlung
- 1.3.8. Anliegen bezüglich der Psychotherapie-Richtlinien

<b>1.4.</b>	<b>Männliche Betroffene</b>	<b>S. 119</b>
1.4.1.	Soziodemographische Daten männlicher Betroffener	
1.4.2.	Therapieplatzsuche	
1.4.3.	Ambulante Therapie-Erfahrungen	
1.4.4.	Stationäre Therapie-Erfahrungen	
1.4.5.	Anliegen männlicher Betroffene	
<b>1.5.</b>	<b>Betroffene insgesamt</b>	<b>S. 126</b>
1.5.1.	Versorgungslage	
1.5.2.	Stationäre Therapie-Erfahrungen, Erleben der Vernetzung, Gemeinsamkeiten und Unterschiede der Betroffenen-Gruppen	
1.5.3.	Vermeidbarkeit der stationären Behandlung aus Sicht aller Betroffenen	
1.5.4.	Anliegen Betroffener, Zusammenfassung	
<b>2.</b>	<b>Verbündete</b>	<b>S. 132</b>
2.1.	Ambulante Therapie-Erfahrungen der Betroffenen	
2.1.1.	Verbündete über Betroffene ohne ambulante Therapie-Erfahrungen	
2.1.2.	Verbündete über Betroffene mit ambulanter Therapie-Erfahrung	
2.1.2.1.	Wartezeiten, Therapeuten-Suche, Trauma-Bewusstsein	
2.1.2.2.	Beobachtungen zu Therapie-Verfahren	
2.1.2.3.	Beobachtungen des Richtlinienverfahrens (Anträge, Unterbrechungen)	
2.2.	Stationäre Therapie-Erfahrungen der Betroffenen	
2.2.1.	Erleben der Vernetzung durch die Verbündeten	
2.2.2.	Erleben der Versorgung, stationär, durch die Verbündeten	
2.2.3.	Vermeidbarkeit der stationären Behandlung aus Sicht der Verbündeten	
2.3.	Über die "Verbündeten"	
2.3.1.	Verantwortung Verbündeter	
2.3.2.	Hilfreiches für Verbündete	
2.3.3.	Anliegen Verbündeter	
<b>3.</b>	<b>TherapeutInnen ambulant für Erwachsene</b>	<b>S. 146</b>
3.1.	Zu den Therapeutinnen und Therapeuten	
3.1.1.	Allgemeine Angaben	
3.1.2.	Qualifikation(en), Vorbereitung auf die Praxis	
3.2.	KlientInnenzahlen	
3.2.1.	Momentan in Behandlung	
3.2.2.	Auslastung der TherapeutInnen	
3.2.3.	Ablehnungen aus Kapazitätsgründen	
3.3.	Rahmenbedingungen der ambulanten Therapie	
3.3.1.	Angewendete Verfahren	
3.3.2.	Wartezeiten	
3.4.	Abrechnung	

- 3.4.1. TherapeutInnen, die nicht mit gesetzlichen Krankenkassen abrechnen
  - 3.4.1.1. Gründe
  - 3.4.1.2. Ablehnungen wegen fehlender Kassenzulassung
- 3.4.2. TherapeutInnen, die mit gesetzlichen Krankenkassen abrechnen
  - 3.4.2.1. Abgerechnete Verfahren
  - 3.4.2.2. Erfahrungen mit dem Antragsverfahren
  - 3.4.2.3. Auswirkungen des Antragsverfahrens auf traumatisierte KlientInnen
  - 3.4.2.4. Erfahrungen mit den für Trauma-Betroffene bewilligten Stundenkontingenten
- 3.4.3. Notlösungen zur Finanzierung von Therapie
  - 3.4.3.1. "Tricks"
  - 3.4.3.2. Arbeit gegen geringe oder ohne Bezahlung
  - 3.4.3.3. Auswirkungen von Notlösungen auf die BehandlerInnen
  - 3.4.3.4. Auswirkungen von Notlösungen auf die KlientInnen
- 3.5. Unterbrechungen der Therapie wegen Finanzierungsnot
  - Auswirkungen erzwungener Unterbrechungen auf traumatisierte KlientInnen
- 3.6. Einschätzungen zum Therapiebedarf komplex traumatisierter KlientInnen
  - 3.6.1. Benötigtes Stundenkontingent
  - 3.6.2. Benötigte Stundenfrequenz und Therapiedauer
- 3.7. Erfahrungen mit stationären Angeboten
  - 3.7.1. Erleben der Vernetzung ambulant-stationär
  - 3.7.2. Vermeidbarkeit stationärer Behandlungen aus Sicht ambulanter BehandlerInnen
- 3.8. Erfahrungen mit intra- und interdisziplinärer Vernetzung
- 3.9. Handlungsbedarf in der Traumatherapie aus Sicht ambulanter BehandlerInnen
- 3.10. Anliegen ambulanter TherapeutInnen in Bezug auf die PT-Richtlinien

#### **4. TherapeutInnen ambulant für Kinder und Jugendliche S. 194**

- 4.1. Zu den Therapeutinnen und Therapeuten
  - 4.1.1. Allgemeine Angaben
  - 4.1.2. Qualifikation(en), Vorbereitung auf die Praxis
- 4.2. KlientInnenzahlen
  - 4.2.1. Momentan in Behandlung
  - 4.2.2. Auslastung der TherapeutInnen
  - 4.2.3. Ablehnungen aus Kapazitätsgründen
- 4.3. Rahmenbedingungen der ambulanten Therapie
  - 4.3.1. Angewendete Verfahren
  - 4.3.2. Wartezeiten
- 4.4. Abrechnung
  - 4.4.1. TherapeutInnen, die nicht mit gesetzlichen Krankenkassen abrechnen
    - 4.4.1.1. Gründe
    - 4.4.1.2. Ablehnungen wegen fehlender Kassenzulassung

- 4.4.2. TherapeutInnen, die mit gesetzlichen Krankenkassen abrechnen
  - 4.4.2.1. Abgerechnete Verfahren
  - 4.4.2.2. Erfahrungen mit dem Antragsverfahren
  - 4.4.2.3. Auswirkungen des Antragsverfahrens auf traumatisierte KlientInnen
  - 4.4.2.4. Erfahrungen mit den für Trauma-Betroffene bewilligten Stundenkontingenten
- 4.4.3. Notlösungen zur Finanzierung von Therapie
  - 4.4.3.1. "Tricks"
  - 4.4.3.2. Arbeit gegen geringe oder ohne Bezahlung
  - 4.4.3.3. Auswirkungen von Notlösungen auf die BehandlerInnen
  - 4.4.3.4. Auswirkungen von Notlösungen auf die KlientInnen
- 4.5. Unterbrechungen der Therapie wegen Finanzierungsnot
  - Auswirkungen erzwungener Unterbrechungen auf traumatisierte KlientInnen
- 4.6. Einschätzungen zum Therapiebedarf komplex traumatisierter KlientInnen
  - 4.6.1. Benötigtes Stundenkontingent
  - 4.6.2. Benötigte Stundenfrequenz und Therapiedauer
- 4.7. Erfahrungen mit stationären Angeboten
  - 4.7.1. Erleben der Vernetzung ambulant-stationär
  - 4.7.2. Vermeidbarkeit stationärer Behandlungen aus Sicht ambulanter BehandlerInnen
- 4.8. Erfahrungen mit intra- und interdisziplinärer Vernetzung
- 4.9. Handlungsbedarf in der Traumatherapie aus Sicht ambulanter BehandlerInnen
- 4.10. Anliegen ambulanter TherapeutInnen in Bezug auf die PT-Richtlinien speziell für Kinder und Jugendliche

## **5. MitarbeiterInnen in Beratungsstellen**

**S. 205**

- 5.1. Welche Beratungsstellen sind vertreten
- 5.2. Allgemeine Fragen an die BeraterInnen
- 5.3. Qualifikation(en) der BeraterInnen
  - 5.3.1. Berufe
  - 5.3.2. Zusatzqualifikationen
- 5.4. Rahmenbedingungen der Beratungsstellen
  - 5.4.1. Zusatzqualifikationen im Team
  - 5.4.2. KlientInnenzahlen
  - 5.4.3. Wartezeit
- 5.5. Vernetzung
- 5.6. Gründe für Beratungssuche
- 5.7. Auswirkungen der Kontingentbegrenzungen auf Beratungsstellen
- 5.8. Anliegen von MitarbeiterInnen in Beratungsstellen



## **6. KlinikerInnen**

**S. 217**

- 6.1. Zu den teilnehmenden KlinikerInnen
  - 6.1.1. Qualifikation und Ausbildung der teilnehmenden KlinikerInnen
  - 6.1.2. Vorbereitung auf die Praxis
  - 6.1.3. Zusatzqualifikation
  
- 6.2. Rahmenbedingungen der stationären Traumatherapie
  - 6.2.1. Angewendete Verfahren/ Methoden
  - 6.2.2. Wartezeiten
  - 6.2.3. Anzahl Trauma-PatientInnen auf Station
  - 6.2.4. Einzelzimmer
  - 6.2.5. Genderspezifische Angebote
  
- 6.3. Strukturelle Bedingungen
  - 6.3.1. Zusatzqualifikationen der MitarbeiterInnen auf Station
  - 6.3.2. Ausschlusskriterien für eine Aufnahme
  - 6.3.3. Intervall-Therapie
  
- 6.4. Vernetzung ambulant-stationär
  - 6.4.1. Erfahrungen der KlinikerInnen mit ambulant arbeitenden TherapeutInnen
  - 6.4.2. Aufnahmegründe
  - 6.4.3. Vermeidbarkeit der stationären Behandlung
  
- 6.5. Anliegen stationärer BehandlerInnen

## **Fazit**

**S. 233**

Verwendete Abkürzungen

Seite 236

## Fazit

Die Beteiligung an der Umfrage zur psychotherapeutischen Versorgungsrealität von Menschen mit sogenannten komplexen Traumafolgestörungen in Deutschland hat die Erwartungen der Initiative Phoenix weit übertroffen. Ziel war es, etwas über die Erfahrungen einzelner, unterschiedlich mit dem Thema Traumatherapie konfrontierter Menschen mit den praktischen Auswirkungen der pauschalen Psychotherapie-Richtlinien zu erfahren. Dazu wurden Fragen zu verschiedenen Aspekten gestellt und besonderes Gewicht auf Kommentarmöglichkeiten gelegt, damit der Komplexität des Themas aus verschiedenen Blickwinkeln möglichst viel Raum gegeben werden konnte. Das Interesse an der Teilnahme an der Umfrage war so groß, dass daraus eine Studie mit ernstzunehmender Aussagekraft wurde.

Die Auswertung der Fragebögen bestätigt die dringende Notwendigkeit der Ergänzung der Psychotherapie-Richtlinien um einen Behandlungsrahmen für Menschen mit komplexen Traumafolgestörungen. Das Empfinden der Versorgungsrealität einzelner Betroffener unterscheidet sich dabei nicht von den Erfahrungen der Menschen, von denen sie persönlich oder professionell, ambulant und stationär begleitet, unterstützt bzw. behandelt werden.

Außerdem bestätigen und verdeutlichen die Ergebnisse der Studie Handlungsbedarf in vielen Bereichen der Versorgung. Das betrifft die intra- und interdisziplinäre Vernetzung, die Anerkennung von Traumatherapie als eigenständige methodenübergreifende Behandlungsmethode, die Weiterbildung von GutachterInnen, BehandlerInnen und Fürsorge-Tragenden, sowie die Aufklärung über Traumafolgen bei Kostenträgern, Behörden und Gerichten.

Die fehlende Gewährleistung der Finanzierung ambulanter Psychotherapie ist ein Problem, das alle Beteiligten (mit)betrifft, zu erheblichen Versorgungsmängeln führt und zu unnötigen Folgekosten unmittelbar beiträgt. Betroffene, deren Angehörige und BehandlerInnen berichten über die vermeidbare Chronifizierung von Beschwerden, über vermeidbare Rückfälle, Stagnation und Symptomverlagerungen, über vermeidbare sekundäre Traumatisierungen und psychische Erkrankungen der Helfenden und BehandlerInnen. Das führt zu vermeidbaren medizinischen und stationären Behandlungen und zur dauerhaften Behinderung Betroffener an gesellschaftlicher Teilhabe.

Mehr als 80% der Betroffenen, die Rente wegen Erwerbsunfähigkeit beziehen, haben die mittlere Reife oder einen höheren Bildungsabschluss. Mehr als die Hälfte der zum Zeitpunkt der Erhebung arbeitsunfähigen Betroffenen hat die Schule mit Fachschulreife oder Abitur abgeschlossen, jede/r Dritte hat ein abgeschlossenes Studium im Lebenslauf.

Die meisten Menschen, die Therapie wegen komplexer Traumafolgestörungen suchen, haben "eigentlich" eine gute Prognose oder könnten eine gute Prognose haben, wenn sie rechtzeitig qualifizierte Hilfe bekämen, die individuell bedarfsgemäß angepasst würde, und wenn sie sich auf deren Gewährleistung langfristig verlassen könnten.

Es fehlt flächendeckend an niederschweligen Hilfsangeboten, vor allem für Jungen und Männer.

Es fehlt an barrierefreien Praxen und an stationären Angeboten für pflegebedürftige Trauma-Betroffene.

Es fehlt an kurzfristig erreichbaren Zufluchtsstätten in Krisensituationen.

Es fehlt die Zulassung qualifizierter TherapeutInnen zu den Finanzierungsmöglichkeiten der Krankenkassen.

Es fehlt in den Psychotherapie-Richtlinien ein Behandlungsrahmen für Menschen mit (komplexen) Traumafolgestörungen.

Es fehlt eine intradisziplinäre Einigung auf ein integratives Traumatherapie-Konzept, das als eigenständiges Verfahren verstanden, gelehrt, angewendet und für dessen Finanzierung gesorgt werden kann.

Es fehlt an GutachterInnen, die sich mit Traumafolgen und Komorbiditäten sowie Behandlungsmöglichkeiten auskennen. Traumatisierungen und ihre Folgen müssen in Anträgen für Therapiestunden verschwiegen und Symptome abgeschwächt oder verzerrt dargestellt werden, weil die Wahrheit nicht ernstgenommen wird, zu einer Negierung des Behandlungsbedarfs führt oder dazu, dass Betroffene als "zu krank" aufgegeben werden.

Es fehlt an Aufklärung - in der Gesellschaft, in medizinischen, psychologischen und sozialen Ausbildungen, in Behörden, bei JuristInnen, bei der Polizei und auch bei Betroffenen und ihren HelferInnen.

Es fehlt an Hilfsangeboten für Angehörige und andere privat und professionell Begleitende.

Es fehlt ein sinnvoller Umgang mit menschlichen, gesellschaftlichen und ökonomischen Ressourcen. Betroffene sind zu oft alleingelassen oder ausgeliefert, Angehörige und HelferInnen ebenso. Beratungsstellen und wichtige Begleitende sind finanziell meist komplett auf sich allein gestellt bzw. immer wieder existentiell bedroht.

BehandlerInnen aller "Richtungen" sind oft über ihre Grenzen belastet und ebenso alleingelassen, teilweise in gesundheitlichen und wirtschaftlichen Nöten. Manche bringen sich sogar persönlich, existentiell und strafrechtlich in Gefahr, weil sie sich hilflos in der Verantwortung fühlen, Lücken des Versorgungssystems auszugleichen. Dass weit mehr als die Hälfte der TherapeutInnen als "Tricks" zur Weiterfinanzierung der Therapien für schwer traumatisierte KlientInnen angaben, sich selbst auszubeuten, spricht für sich. Andere stumpfen ab und behandeln ihre KlientInnen ebenso oberflächlich wie die Richtlinien pauschal sind.

Es fehlt an Transparenz und Vernetzung, oft an Augenhöhe und zu oft an Respekt.

Es fehlt an Möglichkeiten und Unterstützung, sich gegen schädigende Therapien und misshandelnde TherapeutInnen zu wehren, sie sichtbar zu machen und Konsequenzen sowohl gegen die Betreffenden als auch für die Betroffenen zu erreichen.

Es fehlt an gut ausgebildeten Fachleuten in allen Bereichen der Versorgung, besonders in Akutpsychiatrien.

Da, wo Finanzierung sicher ist, wird die Qualität nicht überprüft. Da, wo sich engagiert um Qualität und Kontinuität bemüht wird, liegt die Erreichbarkeit für Menschen ohne Reserven oft außerhalb ihrer Möglichkeiten. Krankenkassen äußern gegenüber Betroffenen wie Behandelnden, dass sie die Finanzierung stationärer Behandlung nicht in Frage stellen - ohne Qualitätsprüfung und/oder ohne Handlungsbedürfnis bei mangelhafter oder schädigender Versorgung. Zu ambulanter Versorgung außerhalb der Richtlinien seien sie nicht verpflichtet. Es fehlt an juristischer Konsequenz.

Betroffene, die sich wehren, werden mit dem Verweis auf ihre Störungsbilder nicht ernst genommen oder als unkooperativ, therapieresistent oder "austherapiert" teilweise wiederholt abgewiesen.

Angehörige und andere Helfende werden zu oft übersehen.

BehandlerInnen, die sich engagieren, werden zu oft belächelt.

Absprachen und Vernetzung finden zu selten statt.

Andererseits belegen die Ergebnisse der Studie, wie wichtig, lebensrettend und heilungsfördernd bedarfsgerechte Hilfe, menschlicher Umgang, Respekt, authentische Bindungsangebote und Verlässlichkeit sein können. Betroffene mit guten therapeutischen Erfahrungen erleben sich stabilisiert, erreichen (Teil-)Arbeitsfähigkeit, gesellschaftliche Teilhabe, eine Verbesserung ihrer Lebens- und Gesundheitssituation und engagieren sich in sozialen Berufen, Organisationen und Ehrenämtern. Verbündete, Beratende und TherapeutInnen bestätigen das.

Die meisten Erfolge, die trotz der mangelhaften Rahmenbedingungen erzielt werden konnten, brauchten hartnäckigen Überlebenswillen, das überragende persönliche Engagement Einzelner und/oder glückliche Zufälle. Viele Betroffene, aber auch viele in der Folge erkrankte Angehörige und Helfende aller Bereiche fallen durch die Lücken im Versorgungsnetz und müssen auf lange Sicht sozialfürsorglich und medizinisch versorgt werden. Es bleibt zu prüfen, ob eine frühzeitig begonnene und kontinuierlich angemessen fortgesetzte Psychotherapie ebenso kostenintensiv für Versicherungen und Versorgungsämter wäre.

Für die Mehrzahl der HelferInnen und TherapeutInnen ist es zur Hauptaufgabe der Begleitung, Beratung und auch der Psychotherapie geworden, ihre KlientInnen innerhalb unsicherer Bedingungen immer wieder zu stabilisieren und teilweise notdürftig am Leben zu halten, weil für die eigentlich nötige Traumatherapie keine Zeit und kein Behandlungsrahmen vorgesehen ist. Das ist aus allen Richtungen betrachtet unbedingt veränderungsbedürftig.

Traumafolgen verschwinden nicht durch Verschweigen und Verdrängen, sondern verursachen nachwachsende körperliche, seelische und gesellschaftliche Krankheiten, die transgenerational expandieren. Es bleibt zu hoffen, dass sich die in der Initiative Phoenix begonnene Vernetzung aller betroffenen Menschen - ob KlientInnen, PatientInnen, Helfende, Angehörige, Beratende, Therapierende oder Kostenträger - ausweitet und zu einer dauerhaften und fruchtbaren Auseinandersetzung "in einem Boot" wächst.

Initiative Phoenix - Bundesnetzwerk für angemessene Psychotherapie e.V.  
c/o Johanna Sommer  
PF 2334  
37013 Göttingen  
Mail: [initiative-phoenix@gmx.de](mailto:initiative-phoenix@gmx.de)  
[www.initiative-phoenix.de](http://www.initiative-phoenix.de)