

**Entwurf der Bundesregierung zu einem Gesetz zur  
Verbesserung der Versorgung bei besonderen Aus-  
landsverwendungen (BT-Drs. 17/7143)**

**- Einsatzversorgungs-Verbesserungsgesetz – EinsatzVVerbG -**

---

**Stellungnahme der Bundespsychotherapeutenkammer vom  
4. Oktober 2011**

## Einleitung

Nach Angaben des Bundesministeriums der Verteidigung wurde im Dezember 2010 bei 56 Rückkehrern aus Afghanistan, fünf aus dem Kosovo und 13 aus anderen Einsatzgebieten eine Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) diagnostiziert. Insgesamt wurden im Jahr 2010 729 Soldaten mit einer PTBS-Erkrankung und 368 Soldaten mit anderen einsatzbedingten psychischen Erkrankungen bei der Bundeswehr behandelt. Im Jahr 2009 waren es noch 487 Soldaten, die wegen einer PTBS in einem Bundeswehrkrankenhaus behandelt wurden.

Die Zahl der Soldaten, die mit behandlungsbedürftigen psychischen Störungen aus Auslandseinsätzen zurückkehrt, wird größer. Damit steigt auch der Behandlungs- und unter Umständen längerfristige Versorgungsbedarf dieser Soldaten. Die Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK) begrüßt deshalb den vorliegenden Gesetzesentwurf, der zum Ziel hat, das Recht der Einsatzversorgung und der Weiterverwendung von Soldaten, die bei einer besonderen Auslandsverwendung einen Einsatzunfall erlitten haben, weiterzuentwickeln und zu verbessern. Dabei ist auch psychischen Erkrankungen, die sich infolge eines Einsatzunfalls entwickelt haben, ausreichend Rechnung zu tragen.

## Anerkennung von psychischen Erkrankungen als Wehrdienstbeschädigung

Voraussetzung für einen Anspruch auf Entschädigungszahlung bzw. Weiterbeschäftigung ist nach dem Soldatenversorgungsgesetz der Nachweis des Ursachenzusammenhangs zwischen dem beim Auslandseinsatz erlittenen Unfall und der Schädigung. Hierzu bedarf es eines entsprechenden Gutachtens. Ziel des Gutachtens ist es, die Erkrankung, den Ursachenzusammenhang zwischen dem schädigenden Ereignis und der Erkrankung sowie den Grad der Schädigung festzustellen.

Von Betroffenen wird berichtet, dass es insbesondere im Zusammenhang mit psychischen Erkrankungen, vor allem Posttraumatischen Belastungsstörungen, häufig zu Schwierigkeiten bei der Anerkennung von Wehrdienstbeschädigungen und somit zu Verfahrensverzögerungen bzw. Leistungsausschlüssen kommt. Zum einen, weil

ein eindeutiger Ursachenzusammenhang zwischen dem im Einsatz erlittenen Unfall und der psychischen Erkrankung oft verneint werde. Zum anderen, weil bei psychischen Erkrankungen häufig nur ein Schädigungsgrad von unter 50 Prozent anerkannt werde.

Sowohl für die Diagnostik so komplexer psychischer Erkrankungen, wie es Traumafolgeerkrankungen sind, als auch zur Beurteilung des Grades der Schädigung ist eine entsprechende fachliche Expertise notwendig. Aus Sicht der BPtK wäre es deshalb sinnvoll, die Begutachtungspraxis der Bundeswehr in Hinblick hierauf noch einmal zu überprüfen und entsprechende Standards für die Begutachtung von psychischen Traumafolgeerkrankungen bei Soldaten zu entwickeln.

### **Psychisch reaktive Traumafolgeerkrankungen**

Nach der Definition der Weltgesundheitsorganisation (ICD-10, 2010) ist ein traumatisches Ereignis „ein belastendes Ereignis oder eine Situation außergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophenartigen Ausmaßes (kurz- oder langanhaltend), die bei fast jedem eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde“. Genauer operationalisiert es noch das Diagnostische und Statistische Manual Psychischer Störungen (DSM-IV-TR, 2003). Danach beinhaltet ein traumatisches Ereignis „... das direkte persönliche Erleben einer Situation, die mit dem Tod oder der Androhung des Todes, einer schweren Verletzung oder einer anderen Bedrohung der körperlichen Unversehrtheit zu tun hat, oder die Beobachtung eines Ereignisses, das mit dem Tod oder der Androhung des Todes, einer schweren Verletzung oder einer anderen Bedrohung der körperlichen Unversehrtheit einer anderen Person zu tun hat, oder das Miterleben eines unerwarteten oder gewaltsamen Todes, schweren Leids, oder Androhung des Todes oder einer Verletzung des Familienmitglieds oder einer nahestehenden Person“. Diese Kriterien treffen auch auf einen im Auslandseinsatz erlittenen Unfall häufig zu.

Im Kapitel 5 (F) der Internationalen Klassifikation psychischer Störungen werden drei Störungen beschrieben, die sich im engeren Sinne auf das Erleben traumatischer Ereignisse beziehen: die akute Belastungsreaktion (F43.0), die Posttraumatische Belastungsstörung (F43.1) und die andauernde Persönlichkeitsveränderung nach Extrembelastung (F62.0).

Die Diagnose dieser drei Erkrankungen setzt das Vorliegen eines traumatischen Ereignisses und bestimmte Symptome mit einem klinisch bedeutsamen Leidensdruck, die über einen bestimmten Zeitraum auftreten, voraus.

Neben den genannten können jedoch auch andere psychische Erkrankungen nach einem Trauma auftreten und müssen nicht mit einer PTBS verbunden sein (Frommberger & Maercker, 2009). Zu nennen sind hier insbesondere Depressionen, Angst- und Abhängigkeitserkrankungen sowie Somatoforme Störungen (siehe auch S3-Leitlinie „PTBS“ der AWMF). Auch in einer aktuellen Studie der Arbeitsgruppe um Wittchen (2011) zu den psychischen Folgen von Auslandseinsätzen bei Bundeswehrsoldaten wurden bei rund 25 Prozent der untersuchten Soldaten mit einem Auslandseinsatz andere psychische Erkrankungen als PTBS diagnostiziert. Im Vergleich zu der Kontrollgruppe von Soldaten ohne einen Auslandseinsatz wurden insbesondere erhöhte Raten für Erschöpfungs- und Angsterkrankungen gefunden.

### **Nachweis des Ursachenzusammenhangs**

Die Anerkennung einer Wehrdienstbeschädigung setzt voraus, dass ein ursächlicher Zusammenhang zwischen dem Ereignis und der Erkrankung nachgewiesen werden kann. Es ist davon auszugehen, dass das Störungsbild einer „Akuten Belastungsreaktion“ bei Begutachtungen keine Rolle spielt, da es sich um eine vorübergehende Reaktion auf ein belastendes Ereignis handelt und diese Diagnose deshalb nur für bis zu drei Tage nach dem Ereignis anhaltende akute Symptome gestellt werden sollte. Die Feststellung eines Ursachenzusammenhangs zwischen dem Ereignis und der Entwicklung einer PTBS wird dadurch erleichtert, dass störungsimmanent ein Zusammenhang zwischen dem schädigenden Ereignis und der Erkrankung hergestellt werden kann. Eines der Hauptdiagnosekriterien für eine PTBS ist das wiederholte Erinnern des traumatischen Ereignisses in Form von Flashbacks, Tagträumen oder Albträumen. Die Diagnose einer „Andauernden Persönlichkeitsveränderung nach Extrembelastung“ wird häufig auch als eine Form einer chronifizierten Posttraumatischen Belastungsstörung betrachtet, da diese erst diagnostiziert werden darf, wenn die Symptome seit mindestens zwei Jahren bestehen. Sie kann sich jedoch auch ohne eine vorangegangene PTBS entwickelt haben. Auch die Diagnose

einer andauernden Persönlichkeitsveränderung setzt eine vorangegangene Extrembelastung voraus.

Ein Ursachenzusammenhang zwischen einem Unfall im Auslandseinsatz und der Entwicklung einer Posttraumatischen Belastungsstörung bzw. im längeren Verlauf in Einzelfällen auch einer Persönlichkeitsveränderung nach Extrembelastung wird deshalb in der Regel hergestellt werden können. Dennoch kann die Begutachtung durch symptombezogene Ursachen, wie z. B. Erinnerungslücken, traumaspezifische Beziehungsaspekte, wie einer misstrauischen Haltung gegenüber der Welt oder Komorbiditäten, die eine spezifische Symptomatik einer PTBS überlagern können, erschwert sein. Zudem kann es Schwierigkeiten bei der Abgrenzung von schädigungsabhängiger und schädigungsunabhängiger Störung geben.

Letztgenannte Schwierigkeit trifft in besonderem Maße auf psychische Erkrankungen zu, bei denen aufgrund fehlender traumaassoziierter Symptome wie bspw. einer Depression oder einer Somatoformen Störung die Feststellung eines Ursachenzusammenhangs zwischen der Entwicklung der Erkrankung und dem Einsatz durch das Fehlen von Symptomen, die direkt mit dem Trauma assoziiert sind, erschwert ist.

Die Unterscheidung schädigungsabhängiger, erlebnisreaktiver Posttraumatischer Störungen von nicht traumatisch bedingten, oft als anlagebedingten, schädigungsunabhängigen Störungen, die sich unter Umständen schädigungsabhängig weiterentwickelt haben, ist deshalb manchmal schwierig und erfordert zwingend eine entsprechende Fachexpertise.

### **Beurteilung des Schädigungsgrades**

Einer epidemiologischen Studie zufolge (Maercker, 2009) remittierte die Symptomatik bei einem Großteil der an einer PTBS erkrankten Personen innerhalb von wenigen Wochen wieder. Bei mehr als einem Drittel der Patienten persistierten die Symptome jedoch über neun Monate und erheblich länger. Nach vier Jahren war ungefähr die Hälfte der Betroffenen symptomfrei, nach zehn Jahren bestand die Symptomatik weiterhin bei gut 30 Prozent der Betroffenen, die ursprünglich eine PTBS ausgebildet hatten.

Insbesondere bei dieser Patientengruppe sind erhebliche Einschränkungen der psychosozialen Funktionsfähigkeit anzunehmen. Der Grad der Schädigung ist jeweils im individuellen Fall zu ermitteln.

Eine Schwierigkeit besteht jedoch darin, dass sich im Gegensatz zu vielen somatischen Erkrankungen für psychische Erkrankungen bisher keine differenzierten und allgemein anerkannten Erfahrungswerte bzw. Anhaltspunkte zur Einschätzung des Grades der Schädigung (GdS) bzw. der Minderung der Erwerbstätigkeit (MdE) entwickelt haben (Foerster et al. 2007). Für verschiedene Bereiche wurde jedoch bereits versucht, Empfehlungen zu entwickeln. So haben Foerster et al. (2007) für die Gesetzliche Unfallversicherung Vorschläge zur MdE-Einschätzung bei psychoreaktiven Störungen gemacht. Dabei beschränken sich diese Vorschläge nicht nur auf die MdE-Einschätzung bei PTBS, sondern beziehen sich auch auf weitere mögliche Traumafolgestörungen wie z. B. Depressionen, Somatoforme Störungen oder Angststörungen. Zur sozialmedizinischen Bewertung von dienstlich verursachten Psychotraumata bei Polizeibeamten liegen gut operationalisierte Empfehlungen vor (Meermann et al. 2008), die in Zusammenarbeit mit Polizeiarzten entwickelt wurden. Sie sollen Hilfestellungen geben und zur Vereinheitlichung der gutachterlichen Einschätzung eines GdS bei einer PTBS beitragen.

Aus Sicht der Bundespsychotherapeutenkammer wäre zu überprüfen, inwieweit bereits existierende Bewertungskriterien und Tabellen auf den Bereich der Begutachtung von Traumafolgestörungen bei Soldaten übertragen bzw. in Zusammenarbeit mit Experten entsprechende Empfehlungen zur Bewertung von im Einsatz verursachten Psychotraumata bei Soldaten entwickelt werden können.

Grundsätzlich erfordert die Komplexität der Diagnostik und Begutachtung von Traumafolgestörungen jedoch, dass diese ausschließlich durch Fachleute mit spezieller psychotherapeutischer Ausbildung und langjähriger klinischer Erfahrung erfolgen sollte.

## **Qualifizierte Gutachter**

Die Bundespsychotherapeutenkammer schlägt in Anlehnung an die Standards zur Begutachtung psychisch traumatisierter Menschen (Gierlichs et al. 2001) vor, die folgenden fachlichen Voraussetzungen an Gutachter zu stellen bzw. in Begutachtungsrichtlinien festzuschreiben. Gutachten sollten nur von Psychologischen Psychotherapeuten oder Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie bzw. Psychosomatische Medizin und Psychotherapie erstellt werden dürfen, da nur dann die erforderlichen Kenntnisse im Bereich der Psychotraumatologie als vorausgesetzt gelten können. Zudem sollten Gutachter über eine gutachterliche Fortbildung mit einem Schwerpunkt im Bereich Sozialrecht verfügen. Für Psychologische Psychotherapeuten existiert eine entsprechende Fortbildungsrichtlinie zur gutachterlicher Tätigkeit, die in den Psychotherapeutenkammern der Länder Bremen, Hessen, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen und in den in der Ostdeutschen Psychotherapeutenkammer zusammengeschlossenen Ländern bereits umgesetzt wurde. In den übrigen Bundesländern ist eine entsprechende Umsetzung noch in Planung. Die Landespsychotherapeutenkammern führen entsprechende Sachverständigenlisten. Für ärztliche Gutachter verweisen wir auf die entsprechenden Regelungen der Bundes- bzw. Landesärztekammern.

## **Allgemeine Anmerkungen zur Versorgung von Soldaten mit Posttraumatischen Belastungsstörungen**

Neben den durch das Gesetz vorgesehenen Verbesserungen bei der Versorgung wehrdienstbeschädigter Soldaten sind Verbesserungen bei der Behandlung von Soldaten mit psychischen Erkrankungen zwingend erforderlich, auch um die Zahl der aufgrund eines Auslandseinsatzes dauerhaft geschädigten Soldaten möglichst gering zu halten.

## **Psychische Erkrankungen infolge von einsatzbedingten Unfällen**

Soldaten, die in Kriegsgebieten eingesetzt werden, haben ein erhöhtes Risiko, einsatzbedingte Unfälle zu erleiden, und infolgedessen ein erhöhtes Risiko, psychische Erkrankungen insbesondere Posttraumatische Belastungsstörungen zu entwickeln.

Nach den Ergebnissen der Querschnittstudie von Wittchen et al. (2011) berichten nahezu alle Soldaten (85 Prozent) über multiple belastende Erfahrungen in Auslandseinsätzen. Jeder zweite der untersuchten Soldaten (50 Prozent) berichtet auch über als traumatisch erlebte Ereignisse, am häufigsten lebensbedrohliche Unfälle und lebensbedrohliche militärische Kampfergebnisse.

Trotz dieser hohen Belastungen ist die Rate der Soldaten, die eine Posttraumatische Belastungsstörung entwickeln, mit zwei Prozent vergleichsweise niedrig. Vergleicht man diese jedoch mit der Rate bei Soldaten ohne Auslandseinsatz, ist das Risiko für eine PTBS bei Soldaten mit einem Auslandseinsatz um das Sechs- bis Zehnfache erhöht. Posttraumatische Belastungsstörungen, bei denen das traumatische Ereignis in Form von Alpträumen oder Flashbacks immer wieder unkontrolliert erlebt wird und bei denen das normale psychische Erleben stark gestört ist, erschweren es den Erkrankten erheblich, wieder ein normales Alltagsleben zu führen.

Die frühzeitige Identifikation von psychisch belasteten Soldaten mit psychischen Erkrankungen, insbesondere mit Posttraumatischen Belastungsstörungen, die einer Behandlung bedürfen, sollte deshalb ein vorrangiges Ziel in der Gesundheitsversorgung der Bundeswehr darstellen. Die rechtzeitige und wirksame Behandlung dieser Soldaten hilft zudem, die Zahl der Soldaten, die dauerhafte Beeinträchtigungen infolge eines Auslandseinsatzes erleidet, zu reduzieren.

### **Wirksame und ausreichende Behandlungsangebote für Soldaten mit PTBS sicherstellen**

Nach den Ergebnissen der oben erwähnten Studie (Wittchen et al. 2011) hat nach eigenen Angaben nur jeder zweite Soldat mit einer Posttraumatischen Belastungsstörung irgendeine professionelle Hilfe, d. h. Kontakt zu einem Arzt, Psychologen oder Psychotherapeuten oder einer Klinik, gesucht. Dies lässt auf eine hohe Dunkelziffer von ca. 50 Prozent an nicht erkannten und behandelten Fällen von PTBS schließen. Die Versorgung von Soldaten, die bei Auslandseinsätzen einem belastenden Ereignis ausgesetzt waren, ist deshalb hinsichtlich der Diagnostik und der Weiterbehandlung zu verbessern.



### **Versorgung im Einsatzgebiet**

Der Erstversorgung vor Ort stellen sich mit Blick auf Posttraumatische Belastungsstörungen vor allem die Aufgaben der Krisenintervention nach Critical Incidents und die Identifikation von besonders belasteten Soldaten, die einer Weiterbehandlung bedürfen. Der Sanitätsdienst im Einsatzgebiet bedarf dafür ausreichend qualifizierter Mitarbeiter, die in der Lage sind, die psychotherapeutische Akutversorgung im Notfall sicherzustellen.

Notwendig ist ein angemessener, sich an epidemiologischen Daten zur Punktprävalenz von PTBS orientierter Stellenschlüssel und die Besetzung dieser Stellen. Neben Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie sind Psychologische Psychotherapeuten für die eigenverantwortliche psychotherapeutische Diagnostik und Behandlung psychischer Störungen, einschließlich der Posttraumatischen Belastungsstörung und anderer traumabedingter psychischer Störungen, umfassend qualifiziert und verfügen vielfach über spezifische Zusatzqualifikationen in diesem Bereich.

### **Stationäre Versorgung**

Für die von ihrem Einsatz zurückkehrenden Soldaten kann aufgrund der Beeinträchtigung durch eine Posttraumatische Belastungsstörung eine stationäre Versorgung indiziert sein. Kriegstraumaspezifische Behandlungskonzepte müssen hier als Mittel der Wahl gelten. Insbesondere Bundeswehrkrankenhäuser sind in der Lage, diese Behandlungsangebote in ausreichendem Umfang vorzuhalten und damit den Zugang zu sichern. In Abhängigkeit vom Behandlungsbedarf und mit Blick auf angemessene Erreichbarkeit sollten diese Behandlungsangebote in allen Bundeswehrkrankenhäusern vorgehalten werden.

### **Ambulante Versorgung**

Zur Sicherstellung der ambulanten (Weiter-)Behandlung von Soldaten mit Posttraumatischen Belastungsstörungen wird bereits heute auf Vertragspsychotherapeuten zurückgegriffen. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung und das Bundesministerium für Verteidigung haben hierzu eine Vereinbarung zur freien Heilfürsorge geschlossen. Psychisch kranke Soldaten sind damit im gleichen Maße von psychotherapeuti-

scher Unterversorgung betroffen wie gesetzlich Krankenversicherte (GKV-Versicherte). Das Ausmaß der psychotherapeutischen Unterversorgung variiert in Abhängigkeit vom Planungsbereich. Die Verhältniszahlen reichen von 1:2.577 Einwohnern in Kernstädten bis zu 1:23.106 Einwohnern in ländlichen Regionen. Liegt der Truppenstützpunkt bzw. der Wohnort des Soldaten in einem strukturschwachen Gebiet, ist seine Behandlungschance neunmal geringer als diejenige eines Soldaten, dessen Truppenstandort bzw. Wohnort in einer Kernstadt liegt.

Die wochen- bis monatelangen Wartezeiten der GKV-Versicherten treffen mithin auch die von ihren Einsätzen heimkehrenden Soldaten, die einen Leistungsanspruch im Rahmen der freien Heilfürsorge haben.

Vor Beginn einer psychotherapeutischen Behandlung ist die Genehmigung des Sanitätsamts der Bundeswehr (SanABw) einzuholen. Dabei kommt das gleiche vergleichsweise komplexe Verfahren wie bei gesetzlich Versicherten zur Anwendung (vgl. Anlage 4 Nummer 5 zum Vertrag über die ärztliche Versorgung von Soldaten der Bundeswehr in der seit 1. April 2009 geltenden Fassung). Das Verfahren erfordert neben einem Antrag an den Gutachter das Erstellen eines Behandlungsplans unter Verwendung der festgelegten Muster. In der gesetzlichen Krankenversicherung dient das Verfahren dazu festzustellen, ob eine Psychotherapie indiziert ist. Im Falle der Behandlung von Soldaten mit PTBS ist dieses Verfahren entbehrlich auch deshalb, weil bei jeder Behandlung durch einen Vertragsarzt bzw. Vertragspsychotherapeuten die Überweisung durch den Truppenarzt erforderlich ist. Gegebenenfalls könnte auch eine Genehmigung durch das SanABw eingeholt werden, dabei aber auf das aufwendige Gutachterverfahren verzichtet werden.

Als weitere kurzfristige Lösungen für Soldaten mit PTBS könnten in Zusammenarbeit mit den Landespsychotherapeutenkammern und den Kassenärztlichen Vereinigungen die bereits existierenden Listen der Psychotherapeuten aktualisiert und erweitert werden, die sich bereiterklärt haben, Patienten mit PTBS infolge von Katastrophen (z. B. Tsunami) oder Gewalttaten (z. B. Winnenden) kurzfristig in Behandlung zu nehmen.

Mittelfristig sollte geprüft werden, inwieweit der Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigungen durch ein Leistungsangebot von Psychotherapeuten ergänzt werden kann, die über die erforderliche Fachkunde aber nicht über eine Kasenzulassung verfügen. Die Behandlungskosten müssten in diesem Fall unmittelbar von der Bundeswehr übernommen werden. GKV-Versicherten steht – anders als den über die freie Heilfürsorge behandelten Soldaten – die Option der Kostenerstattung nach § 13 Absatz 3 SGB V offen, wenn sie im Rahmen der kollektivvertraglichen Versorgung keinen freien Behandlungsplatz finden können.

## Literatur

- Flatten G, Gast U, Hofmann A, Knaevelsrud Ch, Lampe A, Liebermann P, Maercker A, Reddemann L, Woller W (2011): S3-Leitlinie Posttraumatische Belastungsstörung. Trauma & Gewalt 3: 202-210.
- Foerster K, Bork S, Kaiser V, Grobe T, Tegenthoff M, Weise H, Badke A, Schreinicke G & Lübcke J (2007). Vorschläge zur MdE-Einschätzung bei psychoreaktiven Störungen in der Gesetzlichen Unfallversicherung. Der Medizinische Sachverständige, 103, 52-56.
- Frommberger U & Maercker A (2009). Posttraumatische Belastungsstörung, in: U Voderholzer, F Hohagen (Hrsg.), Therapie psychischer Erkrankungen – State of the art, Urban & Fischer.
- Gierlichs HW, Haenel F, Henningsen F et al (2001). Standards zur Begutachtung psychisch traumatisierter Menschen (SBPM), in: F Haenel & M Wenk-Ansohn (Hrsg.), Begutachtung psychisch reaktiver Traumafolgen in aufenthaltsrechtlichen Verfahren. Beltz.
- Internationale Klassifikation psychischer Störungen (2010), ICD-10 Kapitel V, 7. überarbeitete Auflage, Huber.
- Maercker A (2009). Symptomatik, Klassifikation und Epidemiologie, in: A Maercker (Hrsg.) Posttraumatische Belastungsstörungen, Springer.
- Meermann R, Okon E, Thiel R, Tödt H & Heuft G (2008). Empfehlungen zur Diagnostik und sozialmedizinischen Bewertung von dienstlich verursachten Psychotraumata bei Polizeibeamten. Der Medizinische Sachverständige, 104, 224-227.
- Saß H, Wittchen W et al (2003). Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen – Textrevision – DSM IV-TR, Hogrefe Verlag.
- Wittchen et al (2011). Traumatische Ereignisse, PTBS und psychische Störungen bei Soldaten mit und ohne Auslandseinsatz: Erste Ergebnisse. Link: <http://tu-dresden.de/aktuelles/news/pdf/Wittchen>.