

MICHÉLE MÜLLER
JÖRG KLEWER
HARALD KARUTZ

Traumatherapeutische Versorgung von Kindern und Jugendlichen nach Großschadensereignissen

Eine Befragung von Psychotherapeuten mit traumaspezifischer Zusatzqualifikation

DOI 10.21706/TG-12-2-XX

Zusammenfassung: *Einleitung:* Das Miterleben einer Großschadenslage, wie z. B. eines Bus- oder Zugunglücks, ist regelmäßig mit erheblichen psychischen und physischen Belastungen verbunden. Kinder und Jugendliche gelten als eine besonders vulnerable Bevölkerungsteilgruppe, die im Vergleich zu Erwachsenen ein deutlich erhöhtes Risiko für die Entwicklung von Traumafolgestörungen aufweist.

Zielstellung: Mit der Untersuchung wurde das Ziel verfolgt, empirisch gesicherte Erkenntnisse zur Absicherung der psychotherapeutischen Versorgung von traumatisierten Kindern und Jugendlichen nach Großschadenslagen zu gewinnen.

Methodik/Stichprobe: Um einen fundierten Überblick über die psychotherapeutische Versorgungssituation traumatisierter Kinder und Jugendlicher zu erlangen, wurden 206 ambulant tätige Psychotherapeuten mit traumaspezifischer Zusatzqualifikation befragt.

Ergebnisse: Von den zurückgesandten Fragebögen waren 92 auswertbar (Rück-

laufquote: 44,7%). Bei der Annahme des Szenarios einer Großschadenslage mit einer Vielzahl psychotherapeutisch behandlungsbedürftiger Kinder und Jugendlicher bewertete mehr als die Hälfte der Befragungsteilnehmer die Absicherung der langfristigen Versorgung in ihrem Bundesland als mangelhaft oder ungenügend. *Diskussion/Schlussfolgerung:* Bei der psychotherapeutischen Versorgung von traumatisierten Kindern und Jugendlichen sind in mehreren Regionen Deutschlands Versorgungsengpässe absehbar. Im Hinblick auf die Bedarfsplanung sollten daher Modifikationen vorgenommen werden. Außerdem werden eine bessere Vernetzung zwischen Einsatzorganisationen, psychosozialen Akuthelfern und Psychotherapeuten, die Schaffung einer zentralen Koordinations- und Zuweisungsinstanz sowie eine intensiviertere und ergänzte traumaspezifische Aus- und Fortbildung von Psychotherapeuten vorgeschlagen.

Schlüsselwörter: Versorgungsforschung, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut, traumatisierte Kinder und Jugendliche, Traumatherapie, Großschadenslage

Einleitung

Das Miterleben einer Großschadenslage wie z. B. eines Bus- oder Zugunglücks, eines größeren Brandes, einer Explosion oder eines Terroranschlags ist regelmäßig mit erheblichen psychischen und physischen Belastungen verbunden. Kinder und Jugendliche gelten dabei als eine besonders vulnerable Risikogruppe (Hofmann & Besser, 2015). Zu der Frage, wie häufig Kinder in Deutschland von Großschadenslagen betroffen sind, liegen keine aussagekräftigen Statistiken vor. Anhand einer systematischen Auswertung der Medienberichterstattung und aufgrund der sorgfältigen Auswertung von Einzelereignissen wird jedoch davon ausgegangen, dass in Deutschland jeden Monat mindestens ein schweres Schulbusunglück geschieht. Etwa fünfmal pro Jahr kommt es zu einem größeren Brand in einer Schule, einem Kindergarten oder

Eingegangen: 00.00.0000
Angenommen: 00.00.0000

TRAUMATHERAPEUTISCHE VERSORGUNG NACH GROSSCHADENSEREIGNISSEN

Datum	Ort	Ereignis	verletzte Kinder	getötete Kinder	betroffene Kinder insgesamt
09.03.16	Kamen	Busunfall	26		62
26.04.16	Mülheim	Reizgasaustritt	18		18
24.05.16	Arnstadt	Rauchbombe	15		15
28.05.16	Hoppstädten	Stromunfall	30		30
18.06.16	Wumstorf	Hüpfburgunfall	6		6
27.06.16	Augsburg	Busunfall	20		20
03.07.16	Solingen	Traktorunfall	12		12
07.07.16	Nordhausen	Feuer Kinderheim	5		22
22.07.16	München	Amoklauf		6	160
31.10.16	Mössingen	Verkehrsunfall	6	1	-
22.11.16	Meerbusch	Reizgasaustritt	30		30
10.12.16	Appenweier	Busunfall	8		8
20.12.16	Hamburg	Reizgasaustritt	10		44

(– keine verlässlichen Zahlen verfügbar)

Tabelle 1: Großschadenslagen mit mehreren betroffenen Kindern oder Jugendlichen, exemplarische Darstellung (ohne Anspruch auf Vollständigkeit) für das Jahr 2016 (eigene Darstellung)

Ereignisvariante	Prävalenz
Terrorakte	28–50%
Wirbelstürme	5–63%
Erdbeben	24–91%
Flutkatastrophen	7–39%
Explosionsunglücke	29–45%
Verkehrsunfälle	6–29%
Schiffsunglücke	17–50%
Amoklauf an einer Schule	27–46%

Tabelle 2: Prävalenz der Posttraumatischen Belastungsstörung bei Kindern und Jugendlichen (nach Landolt, 2012a sowie Karutz, 2010)

einem Jugendheim. Der Versuch eines Amoklaufs an einer Schule wird ein- bis zweimal pro Jahr unternommen (Karutz, 2017). Eine exemplarische Auflistung relevanter Ereignisse allein aus dem Jahr 2016 enthält Tab. 1.

Aufgrund des individuellen Notfallereignisses, der zahlreichen Ereignis-

niskonstellationen sowie diversen Moderatorvariablen sind Art und Umfang der konkreten Hilfestellungen, die Kinder und Jugendliche bei der Bewältigung solcher Notfallgeschehen benötigen, sehr unterschiedlich. Während bei einigen Betroffenen kurzfristige Maßnahmen der psychischen Ersten Hilfe bzw. der psychosozialen Akuthilfe durch Notfallseelsorger oder Mitarbeiter eines Kriseninterventionsteams bereits ausreichend sein können, benötigen andere eine fachlich deutlich anspruchsvollere, intensivere und vor allem auch längerfristige Unterstützung (Karutz & Lasogga, 2016).

Eine umfangreiche Übersicht zur Prävalenz der Posttraumatischen Belastungsstörung bei Kindern und Jugendlichen bietet z. B. Landolt (2012a). Demnach kann – je nach Ereignisvariante, dem Alter der Kinder, der Art ihrer Betroffenheit, der Nähe zum Unglücksort sowie der angewendeten Untersuchungsmetho-

dik – stets ein relativ hoher Prozentsatz der von einer Großschadenslage betroffenen Kinder als therapiebedürftig eingeschätzt werden (Tab. 2).

Bei anhaltender Symptomatik sollte eine entsprechende psychotherapeutische Behandlung spätestens vier Wochen nach dem traumatischen Erlebnis aufgenommen werden (Fegert, Dieluweit, Thurn et al., 2013). Um das vertraute Lebensumfeld und stabilisierende Alltagsroutinen betroffener Kinder und Jugendlicher aufrechtzuerhalten, ist einer ambulanten Therapie dabei gegenüber einem stationären Aufenthalt nach Möglichkeit Vorrang einzuräumen (Krüger, 2017). Wünschenswert ist außerdem, dass der jeweilige Psychotherapeut von Einsatzkräften, die selbst vor Ort gewesen sind, Informationen über das Ereignis erhält (Landolt, 2012b).

Eine bislang unbeantwortete Fragestellung ist jedoch, wie die Schnittstellen zwischen den unmittelbar im Notfallgeschehen tätigen Einsatzorganisationen, psychosozialen Akuthelfern sowie den weiterführenden Versorgungsstrukturen des Gesundheitswesens optimiert werden können (Karutz, 2013). Weitere Unklarheiten bestehen im Hinblick auf die methodische Gestaltung sowie die Wirksamkeit konkreter Unterstützungsangebote nach Großschadenslagen. Darüber hinaus erscheint fraglich, ob und wie die psychotherapeutische Versorgung einer Vielzahl traumatisierter Kinder und Jugendlicher im Falle einer Großschadenslage in Deutschland grundsätzlich sichergestellt ist (Juen, Karutz, Warger et al., 2017).

Zielstellung

Für die psychosoziale Notfallversorgung (PSNV; siehe Infobox) von Kindern und Jugendlichen nach Großschadenslagen sind in Deutschland unterschiedliche Konzepte etabliert. Diese basieren jedoch überwiegend auf praktischen Erfahrungen und sind bislang nur in einigen wenigen Teilbereichen wissenschaftlich abgesichert (BBK, 2016).

Infobox: Psychosoziale Notfallversorgung

Der Begriff »psychosoziale Notfallversorgung« beinhaltet, so die in einem mehrjährigen Konsensusprozess festgelegte Definition, »die Gesamtstruktur und die Maßnahmen der Prävention sowie der kurz-, mittel- und langfristigen psychosozialen Versorgung im Kontext von Notfall- bzw. Einsatzsituationen« (BBK, 2011).

Übergreifende Ziele der PSNV sind die Prävention und die Früherkennung psychosozialer Belastungsfolgen nach Notfall- bzw. Einsatzsituationen, die Bereitstellung von adäquaten Unterstützungsangeboten für betroffene Personen und Gruppen zur Erfahrungsverarbeitung sowie die angemessene Behandlung von Traumafolgestörungen.

Eine zentrale Grundannahme der PSNV besteht darin, dass zur Bewältigung psychosozialer Belastungen und kritischer Lebensereignisse zunächst immer personale und soziale Ressourcen im informellen sozialen Netz der jeweils Betroffenen aktiviert werden sollten. Maßnahmen der PSNV wirken demnach lediglich ergänzend oder substituierend im Fall des (zeitweisen) Fehlens oder Versiegens dieser Ressourcen (BBK, 2011).

Das Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe (BBK) in Bonn fördert vor diesem Hintergrund ein Forschungsprojekt, in dem Handlungsempfehlungen zur Verbesserung der PSNV für Kinder und Jugendliche erarbeitet werden sollen. Dieses Projekt mit der Akronymbezeichnung »KIKAT« (Kind und Katastrophe) und einer Laufzeit von drei Jahren wurde 2016 an die MSH Medical School Hamburg vergeben. In einem Teilprojekt sollten dabei auch empirisch gesicherte Erkenntnisse zur Absicherung der längerfristigen psychotherapeutischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen nach Großschadenslagen in Deutschland ermittelt werden. Das konkrete Ziel dieses Teilprojektes bestand darin, die aktuelle psychotherapeutische Versorgungssituation traumatisierter Kinder und Jugendlicher zu analysieren, um aus erkannten Problemstellungen und etwaigen Versorgungsdefiziten Hinweise für die Formulierung von Handlungsempfehlungen im Rahmen des KIKAT-Projektes ableiten zu können. Die methodische Vorgehensweise und einige ausgewählte Ergebnisse dieser Studie werden nachfolgend in einem kurzen Überblick dargestellt.

Methodik

Durchgeführt wurde eine explorative Expertenbefragung mithilfe eines standardisierten Fragebogens. Erhoben werden sollte insbesondere die Einschätzung der Experten zur derzeit gegebenen Versorgungssituation, zur Qualifizierung und Vernetzung von Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten mit anderen im Kontext von Großschadensla-

gen relevanten Akteuren sowie zum Zugang zu bzw. zur Erreichbarkeit von traumatherapeutischen Versorgungsangeboten.

Stichprobenkonstruktion

Die Zielgruppe der geplanten Befragung waren niedergelassene Psychotherapeuten für Kinder und Jugendliche mit traumaspezifischer Zusatzqualifikation, da diese im Hinblick auf das besondere Untersuchungsziel als besonders geeignete Experten anzusehen sind. Über eine solche psychotraumatologische Zusatzqualifikation verfügt in Deutschland allerdings nur ein relativ kleiner Anteil der ambulant tätigen Psychotherapeuten. Von den niedergelassenen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten haben nach Schätzung von Fachorganisationen bundesweit lediglich ca. 10 % (250) eine traumaspezifische Weiterbildung abgeschlossen (DeGPT, 2013).

Da für Psychotherapeuten keine Pflicht zum Eintrag in öffentliche Verzeichnisse besteht (Riedel, o. J.), konnte die Grundgesamtheit an Psychotherapeuten mit traumaspezifischer Qualifikation nicht direkt ermittelt werden. Entsprechend wurden Onlinerecherchen auf Webseiten verschiedener Anbieter von Weiterbildungen (DeGPT, DIPT, OPK) sowie Fachberatungen (KidTrauma) durchgeführt. Demnach umfasste die recherchierte Stichprobe insgesamt 212 Psychotherapeuten mit traumaspezifischer Ausrichtung.

Untersuchungsdesign und Erhebungsinstrument

Die Querschnittsstudie fand in Form einer schriftlichen Befragung mittels eines anonym ausgewerteten,

standardisierten Fragebogens statt (Klug, Bender, Blettner et al., 2007). Das eingesetzte Erhebungsinstrument ist anhand der Zielstellung der Untersuchung entwickelt und in einem Pre-Test überprüft worden. Neben der Abfrage von strukturellen Merkmalen und Fragen zur Vernetzung der befragten Psychotherapeuten mit anderen in einer Großschadenslage relevanten Akteuren wurde im Fragebogen eine mögliche Großschadenslage im Einzugsgebiet des jeweiligen Befragungsteilnehmers beschrieben, aus welcher eine größere Anzahl von psychotherapeutisch behandlungsbedürftigen Kindern und Jugendlichen resultieren sollte. Durch die Schilderung eines solchen Extremszenarios («Worst Case») als Ausgangspunkt sollte der Fokus gezielt auf bestimmte interessierende Aspekte gelenkt werden, um Strukturen vorausschauend zu reflektieren (Kosow & Gaßner, 2008).

Auswertung

Die computergestützte Auswertung erfolgte mittels IBM SPSS Statistics 22. Bei der deskriptiv-statistischen Auswertung standen Häufigkeitsanalysen im Vordergrund; für Unterschiedsermittlungen wurde der Chi-Quadrat-Test (Signifikanzniveau $\alpha \leq 0,05$) eingesetzt. Die Auswertung offener Fragen erfolgte nach den Grundsätzen der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2015).

Ergebnisse

Von den auf dem Postweg versandten 212 Fragebögen konnten sechs nicht zugestellt werden. Die bereinigte Stichprobe setzte sich daher

aus 206 Befragten zusammen. Insgesamt waren 97 Rückantworten eingegangen. Da die Versorgung traumatisierter Kinder und Jugendlichen im Fokus der Untersuchung stand, mussten jedoch fünf der erhaltenen Fragebögen ausgeschlossen werden, bei welchen die Befragungsteilnehmer angaben, nicht zur Berufsgruppe der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten zu gehören und auch keine Abrechnungsgenehmigung für Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen zu besitzen. Die Rücklaufquote betrug demnach 44,7 %.

Strukturmerkmale der Befragungsteilnehmer

Berufsgruppe

Der Großteil der Befragten (77) gehörte zur Berufsgruppe der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten. Als Psychologischer Psychotherapeut tätig zu sein, gaben 19 Befragungsteilnehmer an. Weitere acht Antwortende waren Fachärzte, deren Ausbildung Psychotherapie umfasste, und zwei Befragungsteilnehmer gehörten zur Berufsgruppe der Ärzte mit Zusatzweiterbildung in Psychotherapie. Fünf Befragungsteilnehmer waren Heilpraktiker für Psychotherapie. Insgesamt ordneten sich 20 der Befragten zu mehr als einer dieser Berufsgruppen zu.

Behandelte Patientengruppe

Bei 81 der 92 Befragten zählten Kinder und Jugendliche bis 21 Jahre zur überwiegend behandelten Patientengruppe. Der durchschnittliche Anteil an Behandlungen traumatisierter Kinder und Jugendlicher in Bezug auf die Gesamtbehandlungsfälle lag nach Schätzungen der Befragungsteilnehmer bei 32 %.

Praxisstandort

Befragungsteilnehmer mit einer Praxis in Bayern waren am stärksten vertreten. Insgesamt beantworteten 24 Personen aus diesem Bundesland den Fragebogen. In Niedersachsen und Saarland befand sich die Praxis von jeweils einem Teilnehmer. Befragungsteilnehmer mit traumaspezifischer Qualifikation aus Mecklenburg-Vorpommern waren nicht vertreten (Tab. 3).

Das Versorgungsgebiet der Befragten umfasste eher dicht besiedelte kreisfreie Großstädte oder städtische Kreise. Während hier 60 Befragungsteilnehmer vertreten waren, umfasste das Versorgungsgebiet von 32 Befragten eher den ländlichen Raum.

Vernetzung

Kooperationen mit Akteuren der psychosozialen Notfallversorgung

Mit Akteuren der psychosozialen Notfallversorgung (Notfallseelsorge, Kriseninterventionsteams) vernetzt zu sein, gaben nur acht der Befragungsteilnehmer an. Weitere 44 Befragte gaben an, keine Ansprechpartner dazu in ihrer Region zu kennen, und 33 Befragungsteilnehmer kannten zwar Ansprechpartner, waren aber nicht mit diesen vernetzt.

Netzwerkarbeit

Nach Angaben der 92 Befragungsteilnehmer bestand bei 30 von ihnen ein Netzwerk bzw. ein Runder Tisch zum Thema Trauma in der Region. Eine Zusammenarbeit mit diesem gaben 21 von ihnen an. Die Etablierung eines nationalen Traumanetzwerkes zur Optimierung der Versorgungsstrukturen hielten die

Bundesland	versandt (n=212)	analysiert (n=92)
Bayern	39	24
Nordrhein-Westfalen	44	15
Baden-Württemberg	20	10
Rheinland-Pfalz	17	9
Hessen	10	6
Thüringen	12	5
Brandenburg	11	5
Schleswig-Holstein	14	4
Sachsen	11	5
Berlin	7	3
Sachsen-Anhalt	3	2
Bremen	2	2
Saarland	5	1
Niedersachsen	13	1
Mecklenburg-Vorpommern	–	–
Hamburg	6	–

Tabelle 3: Bundeslandzugehörigkeit der angeschriebenen Stichprobe und der Befragungsteilnehmer

Befragungsteilnehmer überwiegend für sinnvoll (49) bzw. eher sinnvoll (31). Neun der Befragungsteilnehmer beurteilten die Einrichtung eines solchen Netzwerkes hingegen als nicht sinnvoll.

Bewertung der langfristigen Versorgungsabsicherung nach einer Großschadenslage

Hinsichtlich des Szenarios einer Großschadenslage mit einer Vielzahl behandlungsbedürftiger Kinder und Jugendlichen bewerteten die Befragungsteilnehmer die Absicherung der langfristigen Versorgung in ihrem Bundesland mittels des Schulnotensystems überwiegend als mangelhaft (39) und sogar ungenügend (10). Die Note »sehr gut« wurde dabei gar nicht vergeben (Tab. 4).

Zwischen Befragungsteilnehmern aus ländlichem und städtischem Versorgungsgebiet konnten bezüg-

lich einer positiven oder negativen Bewertung zur Absicherung der langfristigen Versorgung durch ambulante Psychotherapeuten keine signifikanten Unterschiede (χ^2 , $p = 0.149$) ermittelt werden (Tab. 5).

Defizite in der langfristigen Versorgungsabsicherung

Lediglich zwei Befragungsteilnehmer sahen keine Risiken in der Sicherstellung der traumatherapeutischen Versorgung der betroffenen Kinder und Jugendlichen in der Langzeitphase. Die 90 Befragten, welche Risiken in der Versorgungsabsicherung aufgrund der im Szenario dargestellten Situation angaben, sahen diese überwiegend in den unzureichenden psychotherapeutischen Behandlungsplätzen in ihrem Versorgungsgebiet (72), den mangelhaften traumaspezifischen Kenntnissen der Akteure (63) und der fehlenden Vernetzung von Ein-

Bewertung (Schulnoten)	Anzahl der Befragungs- teilnehmer
1 sehr gut	–
2 gut	9
3 befriedigend	14
4 ausreichend	19
5 mangelhaft	39
6 ungenügend	10

Tabelle 4: Bewertung der langfristigen Versorgungsabsicherung (n=91)

satzkräften und Psychotherapeuten (61). In der fehlenden disziplinären Vernetzung der Psychotherapeuten sahen 29 Befragte ein Risiko für die Sicherstellung der psychischen Versorgung.

Sicherstellung der langfristigen Versorgungsabsicherung

Langfristiger Veränderungsbedarf zur Sicherstellung der Versorgung von traumatisierten Kindern und Jugendlichen bestand aus Sicht der meisten Befragungsteilnehmer (69) hinsichtlich einer Verbesserung des traumaspezifischen Wissens in der Ausbildung der Therapeuten. Ebenso wurde die Überarbeitung der Bedarfsplanungs-Richtlinie des G-BA zur Erhöhung der Anzahl der Praxissitze von 62 Befragungsteilnehmern als notwendig eingeschätzt. In diesem Zusammenhang gaben beispielsweise 53 von 91 Befragten an, derzeit – also schon im Alltag und unabhängig von den aus einer Großschadenslage resultierenden Zusatzbedarfen – eine Warteliste für Klienten zu führen. 71 der 91 Befragten haben im vergangenen Jahr außerdem Anfragen von Kindern und Jugendlichen vor dem Hintergrund eigener Kapazitätsdefizite ab-

TRAUMATHERAPEUTISCHE VERSORGUNG NACH GROSSCHADENSEREIGNISSEN

	Versorgungsgebiet	
	städtischer Raum (n=60)	ländlicher Raum (n=31)
Positive Bewertung (Note 2–3)	18	5
Negative Bewertung (Note 4–6)	42	26

Tabelle 5: Bewertung der langfristigen Versorgungsabsicherung nach Versorgungsgebiet (n=90)

Veränderungsbedarf	Anzahl der Befragungsteilnehmer
1. Verbesserung des traumaspezifischen Wissens in der Therapeuten- ausbildung	69
2. Überarbeitung der Bedarfsplanungs-Richtlinie des G-BA (morbiditätsorientierte Bedarfsplanung)	62
3. Finanzierung bisher nicht GKV-anerkannter traumaspezifischer Behandlungsmethoden	45
4. Erhöhung der Stundenkontingente	41
5. Integration von Beratungsstellen in die Versorgungslandschaft	28

(Mehrfachnennungen möglich)

Tabelle 6: Langfristiger Veränderungsbedarf aus Sicht der Befragungsteilnehmer (n=91)

lehnen müssen. Ebenso wurde auf eine regelmäßige mehrwöchige Wartezeit bis zu einem Erstgespräch und auf eine weitere, nochmals mehrwöchige Wartezeit bis zum tatsächlichen Therapiebeginn hingewiesen.

Einen speziellen Modifikationsbedarf sahen 45 Befragte hinsichtlich der Finanzierung von Behandlungsmethoden, die bisher nicht von der GKV anerkannt sind. Als Beispiel nannten hier 35 von ihnen die EMDR-Therapie für Kinder und Jugendliche. Die weitere Integration von Beratungsstellen in die Strukturen zur Versorgung traumatisierter Betroffener nach einer Großschadenslage wurde von 28 Befragten als sinnvoll angesehen (Tab. 6).

Schnittstellen zu anderen relevanten Akteuren

Zu der Frage, wie eine optimale Schnittstellengestaltung zwischen den Befragten, den Einsatzorgani-

sationen sowie den Akteuren der psychosozialen Akuthilfe vor Ort im Falle einer Großschadenslage gewährleistet werden könnte, äußerten sich 67 Befragungsteilnehmer. Von diesen konnten sich 21 Befragungsteilnehmer regelmäßige Netzwerktreffen bzw. regionale Runder-Tische vorstellen, bei denen zum Beispiel auch Akteure wie Polizei und Jugendämter als Teilnehmer benannt wurden. Als eine weitere Form der Schnittstellenoptimierung sahen elf der Befragungsteilnehmer das interdisziplinäre Lernen an. Davon erachteten vier Befragte den Besuch gemeinsamer Fortbildungen für sinnvoll. In diesem Zusammenhang wurden insbesondere gemeinsame Übungen vorgeschlagen. Supervision und Fachberatung wurden von fünf der elf Befragungsteilnehmer benannt.

Hinsichtlich der etablierten Versorgungsstrukturen und -angebote beklagten zehn Befragte außerdem

einen Mangel an Transparenz. Sie gaben an, dass es erforderlich sei, den Bekanntheitsgrad von Hilfsangeboten zu steigern und beispielsweise bei Kammern, Fachverbänden oder Krankenkassen ein Register zu etablieren, über das entsprechend ausgebildete Psychotherapeuten erreichbar sind.

Bei Eintritt einer Großschadenslage benannten zehn Befragungsteilnehmer den Austausch von Informationen über das Geschehen und den Ablauf vor Ort als eine wichtige Form der Zusammenarbeit. Vorgeschlagen wurde dazu beispielsweise ein Informationsaustausch per E-Mail (1) oder per Telefon (2). Ein Befragungsteilnehmer schlug dafür ein standardisiertes Protokoll vor: Dieses könnte und sollte – ebenso, wie es z. B. in der medizinischen Versorgung von Notfallpatienten längst üblich ist – erfassen, was, wann, wo und wie passiert ist und auch einige Angaben dazu enthalten, wie das jeweilige Kind in die Großschadenslage verwickelt gewesen ist.

Anhand der Freitextangaben der Befragungsteilnehmer zur Schnittstellenoptimierung wurde außerdem deutlich, dass sieben Befragungsteilnehmer einen zentralen Koordinator bzw. »Case-Manager« als erforderlich erachten, um die weitere Versorgung für eine Vielzahl von Betroffenen zu organisieren, die Vernetzung mit anderen relevanten Institutionen (u. a. Beratungsstellen, Traumaambulanzen usw.) herzustellen und beispielsweise auch für Angehörige als Ansprechpartner zur Verfügung zu stehen.

Sieben Befragungsteilnehmer wären nach eigenen Angaben spontan dazu bereit, betroffenen Kindern und Jugendlichen nach einer Groß-

Formen der Schnittstellenoptimierung		Anzahl der Befragungsteilnehmer
Maßnahmen im Vorab	Netzwerktreffen / Runde Tische	21
	Interdisziplinäres Lernen (z. B. gemeinsame Fortbildung, Supervision)	11
	Bekanntheit / Transparenz	10
Maßnahmen bei Eintritt einer Großschadenslage	Informationsaustausch	10
	Koordinator seitens Einsatzorganisationen	7
	Angebot von Krisenterminen	7
	Unterstützung vor Ort	5

(Mehrfachnennungen möglich)

Tabelle 7: Optimierung der Schnittstellen zu Einsatzorganisationen (n=67)

schadenslage kurzfristig Behandlungstermine einzuräumen. Für die Optimierung der Schnittstelle zwischen ihnen und den Einsatzkräften boten fünf Antwortende darüber hinaus auch Unterstützung vor Ort an, um beispielsweise als Ansprechpartner für Einsatzorganisationen und psychosoziale Akuthelfer zu fungieren, wenn Betroffene Symptome ausprägen sollten (Tab. 7).

Kompetenzgefühl

Gut vorbereitet auf ein Szenario, bei dem eine Vielzahl von Kindern und Jugendlichen traumaspezifisch behandelt werden muss, sahen sich nur 30 von 91 Befragungsteilnehmern, und als eher vorbereitet schätzten sich 27 Befragte ein. Entsprechend ihrem subjektiven Kompetenzgefühl fühlten sich zehn Befragte eher nicht und zwei Befragungsteilnehmer überhaupt nicht auf die Behandlung von akut traumatisierten Kindern und Jugendlichen vorbereitet.

Diskussion

Durch die Expertenbefragung von Kinder- und Jugendlichenpsycho-

therapeuten sollten Problemlagen und Defizite in der psychotherapeutischen Versorgungssituation von traumatisierten Kindern und Jugendlichen nach Großschadenslagen in Deutschland untersucht werden.

Limitationen

Bei der Konstruktion der Stichprobe wurde versucht, die Grundgesamtheit durch verschiedene Zugänge zu ermitteln, indem Auflistungen im Internet nach entsprechend qualifizierten Psychotherapeuten für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen durchsucht worden sind. Ziel war es, möglichst alle der seitens der Deutschsprachigen Gesellschaft für Psychotraumatologie geschätzten 250 in Deutschland niedergelassenen Psychotherapeuten mit traumaspezifischer Qualifikation für Kinder und Jugendliche (DeGPT, 2013) zu erreichen. Aufgrund der 212 online recherchierten Kontaktdaten kann die Stichprobe insofern als repräsentativ angesehen werden.

Das verwendete Erhebungsinstrument hat sich zur Beantwortung der Fragestellung als geeignet erwiesen. Mit der Szenariotechnik konnten zukünftige Problemstellungen in der

psychotherapeutischen Versorgung ermittelt werden. Dabei ist kritisch zu bemerken, dass Szenarien durch ihren Fokus auf die Zukunft keinen Wahrheitsanspruch im Sinne von naturwissenschaftlichen Erkenntnissen erheben (Kosow & Gaßner, 2008). Es können lediglich subjektive Einschätzungen abgebildet werden, die nichts über den tatsächlichen Ablauf und die Absicherung der Versorgung von traumatisierten Kindern und Jugendlichen im Falle einer Großschadenslage aussagen. Allerdings ist wegen der hohen fachlichen Qualifikation der Befragungsteilnehmer von einem reflektierten Antwortverhalten und somit durchaus verwertbaren Informationen auszugehen.

Verbesserungspotential zur Absicherung der langfristigen Versorgung

Um die langfristige psychotherapeutische Versorgung einer Vielzahl von traumatisierten Kindern und Jugendlichen nach einer Großschadenslage sicherzustellen, sollten existierende Vorsorgestrukturen gestärkt und der Aufbau von Kommunikationsstrukturen gefördert werden (Dikau & Weichselgartner, 2005). Für die Schnittstellenoptimierung zwischen den Einsatzorganisationen, Akteuren der psychosozialen Akuthilfe sowie den behandelnden Psychotherapeuten wurden von den Befragungsteilnehmern verschiedene Maßnahmen vorgeschlagen, welche jedoch meist voraussetzten, dass die Adressen und Ansprechpartner bekannt sind. Es sollten daher zunächst verbindliche Informations- und Kommunikationsstrukturen geschaffen werden, damit eine Zusammenarbeit überhaupt stattfinden kann. Zu beachten ist in diesem Zusammen-

hang auch, dass Netzwerkarbeit zeitaufwendig ist und insofern auch eine entsprechende Vergütung erfolgen sollte.

Ein nationales, zentral organisiertes Traumanetzwerk zur Verbreitung der Expertise und zur Optimierung der traumatherapeutischen Versorgung existiert in Deutschland bislang nicht (Fegert, Dieluweit, Thurn et al., 2013). Durch die Etablierung eines solchen Netzwerkes bestünde nach Ansicht der meisten Befragungsteilnehmer jedoch die Möglichkeit zur weiteren Optimierung aktuell gegebener Versorgungsstrukturen.

Bei der Versorgung von körperlich schwerverletzten Personen gestaltet sich die Übergangsphase von der Akutversorgung zur langfristigen Versorgung deutlich geregelter. Schwerverletzten wird nach einer durch den Rettungsdienst begonnenen präklinischen Therapie zeitnah und weitgehend nahtlos eine adäquate Weiterbehandlung in einem Krankenhaus mit entsprechender struktureller und personeller Kompetenz ermöglicht. Die Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU) hat durch die »Initiative Traumanetzwerk« auch bereits ein Organisationskonzept für eine qualitätsgesicherte flächendeckende Versorgung von körperlich Schwerverletzten erarbeitet. Durch die Vernetzung von Kliniken und die Sicherstellung von Mindestanforderungen, basierend auf dem Weißbuch zur Schwerverletztenversorgung, wird eine optimale Versorgung angestrebt. Die regionalen Traumanetzwerke von Kliniken berücksichtigen dabei die jeweiligen örtlichen Gegebenheiten (Ruchholtz, Kühne & Sieber, 2007). Von

dieser Herangehensweise könnten Analogien für die Absicherung der langfristigen psychotherapeutischen Versorgung von psychisch traumatisierten Kindern und Jugendlichen nach Großschadenslagen abgeleitet werden. Die Anbindung der traumatherapeutischen Behandlung an vergleichbare Strukturen könnte auch die Vorbereitung auf Großschadenslagen sowie daraus resultierende Versorgungsbedarfe verbessern. Um Doppelstrukturen dabei zu vermeiden, könnte auch die Schaffung eines Netzwerkes diskutiert werden, welches sowohl die somatische als auch psychotherapeutische Versorgung berücksichtigt.

Die Absicherung der langfristigen Versorgung einer Vielzahl von einer Großschadenslage betroffener Kinder und Jugendlicher mit Traumafolgestörungen durch ambulante Psychotherapeuten stellte sich aus Sicht der Befragungsteilnehmer insgesamt als mangelhaft heraus. Qualifizierte Leistungserbringer sind im Bundesgebiet offenbar nicht flächendeckend vorzufinden. Für den Fall, dass nach einer Großschadenslage plötzlich und innerhalb kurzer Zeit eine Vielzahl betroffener Kinder einer traumatherapeutischen Behandlung bedürfen, scheinen die verfügbaren Ressourcen bei weitem nicht ausreichend zu sein.

Fazit und Empfehlungen

Trotz der politisch vieldiskutierten bedarfsgerechten und flächendeckenden psychotherapeutischen Versorgung (Albrecht, Ochmann, Jacobi et al., 2016; Jacobi, Becker & Bretschneider, 2016; Munz, 2016) zeigte die Untersuchung, dass es in der psychotherapeutischen Versor-

gung von Kindern und Jugendlichen nach einer Großschadenslage zu erheblichen Schwierigkeiten bzw. Versorgungsengpässen kommen kann.

Vor diesem Hintergrund sollte die Bedarfsplanung des G-BA morbiditätsorientiert angepasst werden, oder es sind andere Modelle zu erarbeiten, um betroffenen Kindern und Jugendlichen einen zeitnahen und niedrigschwelligen Zugang zu geeigneten Hilfsangeboten zu ermöglichen. Insgesamt sollte ein stärkeres Bewusstsein zur Vorsorge von Großschadenslagen geschaffen werden (Fegert, Dieluweit, Thurn et al., 2013), um belastbare Strukturen zu etablieren, auf die im Ereignisfall zurückgegriffen werden kann. Dazu gehört auch, dass niedergelassene Psychotherapeuten ihre Vernetzung mit regionalen Einsatzorganisationen und den Akteuren der psychosozialen Akuthilfe intensivieren und die traumaspezifische Aus- und Fortbildung verbessert wird. Modellprojekte, die insbesondere auf eine erhöhte Transparenz der Versorgungsstrukturen abzielen und einen niedrigschwelligeren Zugang zu traumaspezifischen Behandlungsangeboten erleichtern, sollten in verschiedenen Regionen erprobt und evaluiert werden, wobei die zuständigen Psychotherapeutenkammern selbstverständlich miteinzubeziehen sind. Auch die Etablierung einer zentralen Koordinierungs- bzw. Case-Management- und Zuweisungsinstanz sollte in Erwägung gezogen werden.

Care for Traumatised Children and Young People after Major Catastrophic Incidents: A Study – Responses from psychotherapists qualified in trauma therapy

Abstract

Introduction: Major incidents of a catastrophic nature cause mental and physical stress for the victims that can easily turn traumatic. Children and adolescents are a particularly vulnerable risk-group.

Aims: The aim of the investigation was to obtain empirically reliable evidence helping to ensure adequate long-term psychotherapeutic care for traumatised children and young people after catastrophic incidents.

Methods/Sample: A total of 206 outpatient psychotherapists with qualifications for trauma therapy and a licence to treat children and adolescents were asked to participate by completing an anonymous standardised questionnaire.

Outcome: A total of 92 psychotherapists returned the questionnaire (response rate: 44%). Asked to envisage a major disaster scenario affecting a large number of children and adolescents, more than half the participants evaluated the quality of long-term care available in their area for such victims as poor or unsatisfactory.

Discussion/Conclusions: Psychotherapeutic care for children and adolescents with traumas is likely to be inadequate in various regions of Germany. There is an obvious need to remedy this situation in terms of treatment capacity. In addition, sustainable network structures need to be established between regional emergency-care institutions, first-aid providers and psychotherapists. Also recommended by the authors are a central coordination and distribution agency, plus more intensive and comprehensive trauma-specific (further) training for psychotherapists.

Keywords

health-care research, child and adolescent psychotherapists, traumatised children and adolescents, trauma therapy, major catastrophic incident

Zur Person



Michéle Müller B.Sc., M.Sc., studierte Gesundheitswissenschaften an der Westsächsischen Hochschule in Zwickau und beschäftigte sich im Rahmen ihrer Masterthesis mit der Versorgungssituation von traumatisierten Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Derzeit ist sie wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Westsächsischen Hochschule Zwickau.

Zur Person



Prof. Dr. med. habil. Jörg Klewer (MDM) ist seit 2004 Professor an der Fakultät Gesundheits- und Pflegewissenschaften der Westsächsischen Hochschule Zwickau. Er hat an der Ruhr-Universität Bochum Medizin studiert, sich an der TU Dresden für das Fach »Gesundheitswissenschaften/ Public Health« habilitiert und an der Universität Bonn den Masterabschluss in Disaster Management and Risk Governance erworben.

Zur Person



Prof. Dr. Harald Karutz leitet seit 2001 das Notfallpädagogische Institut (NPI) in Essen und ist Professor für Notfall- und Rettungsmanagement an der MSH Medical School Hamburg. Ein Tätigkeitsschwerpunkt ist die psychosoziale Notfallversorgung von Kindern und Jugendlichen. Aktuell leitet er ein Forschungsprojekt zur Versorgungssituation von Kindern und Jugendlichen in komplexen Gefahren und Schadenslagen (www.kikat.de).

Kontaktadresse

*Michéle Müller, B.Sc., M.Sc.
Fakultät Gesundheits- und Pflegewissenschaften
Westsächsische Hochschule Zwickau
Dr.-Friedrichs-Ring 2a
08056 Zwickau
Michele.Mueller@fh-zwickau.de*

Literatur

- Albrecht, M., Ochmann, R., Jacobi, F., Bretschneide, J., Thom, J., Müllender, S. & Becker, M. (2016): Bedarfsplanung Psychotherapeuten. Konzept für eine bedarfsorientierte Planung der Psychotherapeutenplätze. Studienbericht für die Bertelsmann Stiftung und die Bundespsychotherapeutenkammer. IGES Institut (Hrsg.).
- Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe (BBK) (Hrsg.) (2011): Psychosoziale Notfallversorgung: Qualitätsstandards und Leitlinien Teil 1 und 2. Bonn: Eigenverlag.
- Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe (BBK) (Hrsg.) (2016): Auf-

- takt zum Forschungsprojekt »Kind und Katastrophe« – Presseinformation. Verfügbar unter: http://www.bbk.bund.de/SharedDocs/Kurzmeldungen/BBK/DE/2016/Pressegesprach_Kind_u_Katastrophe.html. Zuletzt geprüft am 11.05.2017.
- Deutschsprachige Gesellschaft für Psychotherapie (DeGPT) (Hrsg.) (2013): POSITIONSPAPIER. Psychotraumatologische Versorgung und Forschung in Deutschland, Österreich und der Schweiz. 1. Auflage. Hamburg.
- Dikau, R. & Weichselgartner, J. (2005): Der unruhige Planet. Der Mensch und die Naturgewalten. Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft.
- Fegert, J. M., Dieluweit, U., Thurn, L., Ziegenhain, U. & Goldbeck, L. (2013): Einleitung: Traumatisierte Kinder und Jugendliche in Deutschland. Aktuelle Situation, Problembereiche, Versorgung. In J. M. Fegert, U. Ziegenhain & L. Goldbeck (Hrsg.), Traumatisierte Kinder und Jugendliche in Deutschland (2. Auflage) (S. 9–26). Weinheim & Basel: Beltz Juventa.
- Hofmann, A. & Besser, L. U. (2015): Psychotraumatologie bei Kindern und Jugendlichen. Grundlagen und Behandlungsmethoden. In K. H. Brisch & T. Hellbrügge (Hrsg.), Bindung und Trauma. Risiken und Schutzfaktoren für die Entwicklung von Kindern (5. Auflage), 172–202. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Jacobi, F., Becker, M., Bretschneider, J., Müllender, S., Thom, J., Hapke, U. & Maier, W. (2016): Ambulante fachärztliche Versorgung psychischer Störungen. Kleine regionale Unterschiede im Bedarf, große regionale Unterschiede in der Versorgungsdichte. *Der Nervenarzt*, 87(11), 1211–1221. DOI 10.1007/s00115-016-0147-4.
- Juen, B., Karutz, H., Warger, R., Nindl, S., Kratzer, D. (2017). Forschungsstand. In H. Karutz, B. Juen, D. Kratzer & R. Warger (Hrsg.), Kinder in Krisen und Katastrophen. Spezielle Aspekte psychosozialer Notfallversorgung, 25-40. Innsbruck: Studia.
- Karutz, H. (2010): Notfälle in Schulen. Prävention, Intervention und Nachsorge. Edewecht: Stumpf & Kossendey.
- Karutz, H. (2013): Kinder, Krisen Katastrophen. Kindgerechte Notfallvorsorge- und Hilfeleistungsstrategien in Deutschland. *Bevölkerungsschutz*, 2, 6–9.
- Karutz, H. (2017): Grundlagen und terminologische Klärungen. In H. Karutz, B. Juen, D. Kratzer & R. Warger (Hrsg.), Kinder in Krisen und Katastrophen. Spezielle Aspekte psychosozialer Notfallversorgung, 9–27. Innsbruck: Studia.
- Karutz, H. & Lasogga, F. (2016): Kinder in Notfällen. Psychische Erste Hilfe und Nachsorge (2. Auflage). Edewecht: Stumpf & Kossendey.
- Klug, S., Bender, R., Blettner, M. & Lange, S. (2007): Wichtige epidemiologische Studientypen. *Deutsche medizinische Wochenschrift*, 132, e45–e47. DOI 10.1055/s-2007-959041.
- Kosow, H. & Gaßner, R. (2008): Methoden der Zukunfts- und Szenarioanalyse. Überblick, Bewertung und Auswahlkriterien. Werkstatt Bericht Nr. 103. Institut für Zukunftsstudien und Technologiebewertung (IZT) (Hrsg.).
- Krüger, A. (2017): Medizinische Versorgung. In S. B. Gahleitner, T. Hensel, M., Baierl, M. Kühn & M. Schmid (Hrsg.), Traumapädagogik in psychosozialen Handlungsfeldern. Ein Handbuch für Jugendhilfe, Schule und Klinik (3. Auflage), 163–173. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht. DOI 10.13109/9783666402401.163.
- Landolt, M. A. (2012a): Psychotraumatologie des Kindesalters (2., überarb. und erw. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
- Landolt, M. A. (2012b): Traumaspezifische Psychodiagnostik. In M. A. Landolt & T. Hensel (Hrsg.), Traumatherapie bei Kinder und Jugendlichen. (2. Auflage), 34–45. Göttingen: Hogrefe.
- Mayring, P. (2015): Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. 12. Auflage. Weinheim, Basel: Beltz.
- Munz, D. (2016): Kurswechsel in der Bedarfsplanung. *BPTK-Spezial*, 1–12. Verfügbar unter: http://www.bptk.de/uploads/media/BPTK-Spezial_Kurswechsel_in_der_Bedarfsplanung.pdf. Zuletzt geprüft am 23.04.2017.
- Riedel, P. (o.Jg.): Zu »Psychinfo«. Arbeitsgemeinschaft »Psych-Info« der Psychotherapeutenkammern.
- Ruchholtz, S., Kühne, C. A. & Siebert, H. (2007): Traumanetzwerke der DGU Polytraumaversorgung in Deutschland – Etablierung, Organisation und Qualitätsmanagement. *Der Unfallchirurg*, 110(4), 373–385. DOI 10.1007/s00113-007-1260-4.