

Jahrgang 46 / 2018

Geschäftsführender Herausgeber

Martin Holtmann

Assoziierte Herausgeber

Beate Herpertz-Dahlmann

Benno Schimmelmann

Junior-Herausgeber

Michael Kaess

Paul Plener

Redaktion der Fachgesellschaft

Tobias Banaschewski

Christine Freitag

Marcel Romanos

Renate Schepker

Zeitschrift für

Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie



dgkjp

Deutsche Gesellschaft für
Kinder- und Jugendpsychiatrie,
Psychosomatik und
Psychotherapie e.V.

 **hogrefe**

Zeitschrift für

Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie

Ihr Artikel wurde in einer Zeitschrift des Hogrefe Verlages veröffentlicht. Wir freuen uns, diesen e-Sonderdruck der veröffentlichten Verlagsfassung für den persönlichen Gebrauch der Autoren, zur Weiterleitung an die Koautoren sowie zur Verwendung auf individuelle Nachfrage für private Zwecke und als Teil eines Forschungsantrages oder im Rahmen einer Abschluss- oder Doktorarbeit zur Verfügung zu stellen.

Sofern Sie Ihren Artikel auf einer persönlichen oder institutionellen Webseite, in einem institutionellen oder disziplinären Repository oder in wissenschaftlichen Netzwerken (scholarly communication networks, SCNs) hinterlegen möchten, verwenden Sie bitte die eingereichte Manuskriptfassung (vor peer review) oder die akzeptierte Manuskriptfassung (nach peer review) entsprechend den Richtlinien der Publikationsfreigabe für Ihren Artikel sowie den Nutzungsrichtlinien für Hogrefe-Zeitschriftenartikel (<http://hgf.io/nutzungsrichtlinien>).

Originalarbeit



Ambulante psychotherapeutische Versorgungssituation von traumatisierten Kindern und Jugendlichen in Deutschland

Michèle Müller¹, Jörg Klewer¹ und Harald Karutz²

¹ Fakultät Gesundheits- und Pflegewissenschaften, Westsächsische Hochschule, Zwickau

² Fakultät Gesundheitswissenschaften, Medical School, Hamburg

Zusammenfassung: *Fragestellung:* Daten zur ambulanten Versorgungssituation von psychisch traumatisierten Kindern und Jugendlichen in Deutschland liegen bislang nicht vor. Daher sollten Informationen zur ambulanten Versorgung durch niedergelassene ärztliche und psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten für diese Patientengruppe gewonnen werden. *Methodik:* Es erfolgte eine anonyme standardisierte schriftliche Befragung von 206 ambulant tätigen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten mit traumaspezifischer Qualifikation, welche für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen zugelassen waren. *Ergebnisse:* Die Rücklaufquote betrug 44 %. Von den 92 an der Befragung Teilnehmenden waren nur 20 der Meinung, dass in ihrer Ausbildung Inhalte in Bezug auf psychotraumaspezifisches Wissen und Methoden zur Anwendung in der Praxis ausreichend vermittelt wurden. Es zeigte sich ferner, dass ein zeitnaher Zugang zur Behandlung für traumatisierte Kinder und Jugendliche nicht überall gegeben ist, da die Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten nicht genügend Behandlungskapazitäten haben. Kenntnisse zur Traumatherapie im Kindes- und Jugendalter werden in der psychotherapeutischen Ausbildung zu wenig vermittelt. *Schlussfolgerungen:* Bei der psychotherapeutischen Versorgung von traumatisierten Kindern und Jugendlichen kann es in manchen Regionen in Deutschland zu Problemen kommen. Folglich sind v.a. Veränderungen im Bereich der Aus- und Weiterbildung von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie der Bedarfsplanung notwendig.

Schlüsselwörter: Versorgungsforschung, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten, traumatisierte Kinder und Jugendliche, Traumatherapie, ambulant

Outpatient care for mentally traumatized children and adolescents in Germany

Abstract: *Objective:* In Germany, information on outpatient care for mentally traumatized children and adolescents are not available. Therefore, the study tried to investigate outpatient care in this patient-group by licensed medical and psychological psychotherapists. *Method:* Altogether, 206 outpatient psychotherapists with qualification for trauma therapy and license to treat children and adolescents were asked to participate by completing an anonymous standardized questionnaire. *Results:* The response rate was 44 %. Only 20 out of 92 participants stated that they gained sufficient knowledge regarding mental trauma treatment during their training. Besides, the study revealed that not all traumatized children and adolescents have prompt access to treatment, due to the lack of therapeutic capacities by the psychotherapists. *Conclusion:* The results point to the problem of not sufficient education on mental trauma in children and adolescents during the training of psychotherapists. Moreover, an increase of the capacities for treatment became obvious. Psychotherapeutic care of traumatized children and adolescents can be difficult in some regions in Germany. Consequently, training and post-graduate education of psychotherapists as well as the planning of outpatient infrastructure should be changed.

Keywords: Healthcare research, child and youth psychotherapist, traumatized children adolescents, trauma therapy, outpatient

Einleitung und Hintergrund

Durch Traumatisierungen können mehr oder weniger andauernde sowie in ihrer Art und Ausprägung unterschiedliche psychische bzw. psychosomatische Störungen entstehen. Kinder und Jugendliche stellen in dieser

Hinsicht eine besonders vulnerable Risikogruppe dar (Hofmann & Besser, 2015). In der Bremer Jugendstudie berichteten 22,5 % der 1 035 befragten Jugendlichen im Alter zwischen 12 und 17 Jahren, bereits mindestens ein psychisch traumatisierendes Ereignis erlebt zu haben (Essau, Conradt & Petermann, 1999). Zu ähnlichen Er-

gebnissen kommt eine Studie, in der 14- bis 24-Jährige aus der Region München untersucht worden sind: Hier berichteten 26% der Männer und 17,7% der Frauen über mindestens ein traumatisches Ereignis in ihrem Leben (Perkonigg, Kessler, Storz & Wittchen, 2000).

Die Wahrscheinlichkeit für Kinder und Jugendliche, ein traumatisches Ereignis zu erleben, variiert in einzelnen Ländern allerdings stark (Rosner & Unterhitzberger, 2017). In einer amerikanischen Untersuchung gaben z.B. mehr als die Hälfte der befragten Jugendlichen im Alter zwischen 13 und 17 Jahren an, schon einmal einem traumatischen Ereignis ausgesetzt gewesen zu sein (McLaughlin et al., 2013). In einer repräsentativen Studie aus Dänemark wird sogar darüber berichtet, dass 87% der weiblichen und 78% der männlichen Befragten im Alter zwischen 13 und 15 mindestens ein traumatisches Ereignis erlebt haben (Elklit, 2002).

Was konkret als Folge einer traumatisierenden Erfahrung zu betrachten ist, hängt stark von der theoretischen Orientierung des Betrachters ab. Einige Traumafolgen gehen beispielsweise mit körperlichen Symptomen einher, die eine neurobiologische Dysregulation zum Ausdruck bringen. Dies ist v.a. im Kindesalter noch nicht ausreichend untersucht (Landolt & Hensel, 2012).

Im internationalen Diagnoseklassifikationssystem (ICD) wird eine Reaktion auf ein belastendes Ereignis in den ersten Stunden und Tagen als Akute Belastungsreaktion (ICD-10: F43.0) bezeichnet und ist gekennzeichnet von Bewusstseinsstörungen, Desorientiertheit, eingeschränkter Aufmerksamkeit und Unruhezuständen. Die Symptome dieser Störung gehen meist innerhalb von Stunden oder nach maximal 2 Tagen zurück. Ist dies nicht der Fall, wird von einer länger andauernden Anpassungsstörung (ICD-10: F43.2) gesprochen, bei der Betroffene u.a. depressive Symptome zeigen können. Auch Angst, Besorgnis und Einschränkungen bei der Bewältigung alltäglicher Routinen sind möglich (Landolt, 2012b).

Eine spezifische Traumafolge stellt die Posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10: F43.1) dar, welche erst 4 Wochen nach dem traumatisierenden Ereignis diagnostiziert werden kann (Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information, 2017; Landolt, 2012a). Die Lebenszeitprävalenz einer Posttraumatischen Belastungsstörung lag bei den Befragten der Bremer Jugendstudie bei 1,6% (Essau et al., 1999) und in der genannten Untersuchung von Perkonigg et al. (2000) bei 1,3%. Forschungsarbeiten aus anderen Ländern weisen teilweise deutlich abweichende Lebenszeitprävalenzen nach. In der oben erwähnten Untersuchung aus Dänemark ist beispielsweise von 9% die Rede, wobei für diese hohe Rate möglicherweise auch methodische Gründe ursächlich sein könnten (Elklit, 2002; einen ausführlichen Überblick bietet Landolt, 2012b).

Zur erfolgreichen Therapie von Traumafolgestörungen stehen unterschiedliche Methoden zur Verfügung. Alle effektiven therapeutischen Ansätze zur Behandlung einer Posttraumatischen Belastungsstörung weisen jedoch wesentliche Gemeinsamkeiten auf: In einer ersten Behandlungsphase der Behandlung von Traumafolgestörungen wird die Stabilisierung im körperlichen, sozialen und psychischen Bereich sichergestellt. Erst danach folgt die Phase der Integration und Neuorientierung. Grundlage dafür ist die sichere therapeutische Beziehung (Hofmann & Besser, 2015).

Als besonders wirksame Psychotherapiemethode bei Posttraumatischen Belastungsstörungen von Kinder und Jugendlichen hat sich die Kognitive Verhaltenstherapie bzw. die Traumafokussierte Kognitive Verhaltenstherapie herausgestellt (Rosner & Steil, 2013). Die Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V. empfiehlt, dass die Traumabearbeitung nur durch entsprechend qualifizierte Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten erfolgen soll, welche traumadaaptierte Methoden im Rahmen eines Gesamtbehandlungsplanes anwenden (Leitlinienempfehlung 10) und über eine traumatherapeutische Qualifikation verfügen (Leitlinienempfehlung 17; Flatten et al., 2011). Nur ein kleiner Anteil traumatisierter Kinder und Jugendlicher erhält jedoch eine evidenzbasierte traumaspezifische Behandlung (Fegert, Dieluweit, Thurn, Ziegenhain & Goldbeck, 2013).

In Deutschland erfolgt der Großteil der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung durch niedergelassene ärztliche und psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen (Schulz, Barghaan, Harfst & Koch, 2008). Mancherorts haben sich Traumaambulanzen (auch: Traumazentren oder Psychotraumatologische Ambulanzen) auf die Therapie und Beratung von Menschen nach einem Trauma spezialisiert. Meist sind diese entweder psychotherapeutischen Hochschulambulanzen oder Universitätskliniken zugeordnet und werden zunehmend auch an kinder- und jugendpsychiatrischen Kliniken eingerichtet. In Abhängigkeit von den jeweiligen Finanzierungsregelungen übernehmen einige dieser Einrichtungen allerdings nur die Behandlung der Opfer von Gewalterfahrungen nach dem Opferentschädigungsgesetz (Deutschsprachige Gesellschaft für Psychotraumatologie, 2013). Auch stehen Traumaambulanzen in Deutschland ohnehin nicht flächendeckend zur Verfügung. In einer Onlineaufstellung von Fachstellen für psychologische Beratung von traumatisierten Kindern sind lediglich 13 derartige Einrichtungen in Deutschland aufgeführt, welche überwiegend in Baden-Württemberg (vier) und Bayern (vier) angesiedelt sind. Vereinzelt Traumaambulanzen sind auch in Hamburg, Hessen, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz und Sachsen etabliert (KidTrauma, 2017).

Angesichts dieser geringen Verbreitung von Traumaambulanzen wurden als Zielgruppe der Untersuchung niedergelassene Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten für Kinder und Jugendliche in den Blick genommen. Über eine traumatherapeutische Zusatzqualifikation verfügt jedoch nur ein kleiner Teil von ihnen. Etwa 10 % (250) der niedergelassenen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten haben eine traumaspezifische Weiterbildung abgeschlossen (Deutschsprachige Gesellschaft für Psychotraumatologie, 2013).

In der Gesundheitspolitik wird die Frage nach einer besseren und bedarfsgerechteren Versorgung psychisch kranker Menschen vielfältig diskutiert (Albrecht et al., 2016; Jacobi et al., 2016; Munz, 2017). Daher sollten im Sinne der Versorgungsforschung Erkenntnisse zur Ist-Situation der psychotherapeutischen Versorgung von traumatisierten Kindern und Jugendlichen in Deutschland gewonnen werden, um Stärken und Versorgungsmängel zu identifizieren.

Methodik

Stichprobenkonstruktion

Die exakte Grundgesamtheit an ambulant tätigen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten mit traumaspezifischer Qualifikation konnte nicht ermittelt werden, weil sie nicht verpflichtet sind, sich in öffentlich einsehbaren Verzeichnissen zu registrieren bzw. weil es kein derartiges Gesamtverzeichnis gibt. Entsprechend konnten lediglich Recherchen auf Webseiten verschiedener Anbieter von Weiterbildungen für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten durchgeführt werden. Die Deutschsprachige Gesellschaft für Psychotraumatologie (DeGPT) bietet auf ihrer Webseite die Möglichkeit zur Therapeutesuche an. Alle dort registrierten Therapeutinnen und Therapeuten haben eine entsprechende Weiterbildung in Psychotherapie absolviert, die von der DeGPT zertifiziert wurde. Mit Einschränkung der Patientengruppe auf Kinder und Jugendliche konnten 141 ambulant tätige Mitglieder ermittelt werden (Deutschsprachige Gesellschaft für Psychotraumatologie, 2017). Ergänzend konnten in der vom Deutschen Institut für Psychotraumatologie (DIPT) online zur Verfügung gestellten Liste 10 weitere Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten herausgefiltert werden, die eine Zertifizierung zur Fachberaterin oder Fachberater für Psychotraumatologie durch das Deutsche Institut für Psychotraumatologie erworben hatten (Deutsches Institut für Psychotraumatologie, 2017). Auf der KidTrauma-Webseite, welche Eltern Informationen für den Umgang mit ihren Kindern nach einem belastenden bzw. traumatischen Ereignis bie-

tet, werden Fachstellen für psychologische Beratung in Deutschland, Österreich und der Schweiz aufgelistet (KidTrauma, 2017). Aus dieser Auflistung wurden 44 in einer Praxis tätige Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Deutschland in die Stichprobe einbezogen. Des Weiteren listet die Ostdeutsche Psychotherapeutenkammer (OPK) auf ihrer Webseite Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten auf, die über eine Zusatzqualifikation in Psychotherapie verfügen. Auf diese Weise konnten weitere 17 Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in die Stichprobe aufgenommen werden (Ostdeutsche Psychotherapeutenkammer, 2017). Die recherchierte Stichprobe umfasste demnach insgesamt 212 Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, von welchen die Kontaktdaten aufzufinden waren.

Da eine Auflistung, wie sie die Ostdeutsche Psychotherapeutenkammer zur Verfügung stellt, nicht auf den Webseiten der anderen 11 Psychotherapeutenkammern in Deutschland online zugänglich ist, wurden diese Kammern per E-Mail angefragt. Auf die Anfrage einer Auflistung von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten mit traumaspezifischer Zusatzqualifikation für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen im jeweiligen Bundesland reagierten 6 der 11 angeschriebenen Psychotherapeutenkammern. Eine entsprechende Auflistung konnte jedoch von keiner der Kammern bereitgestellt werden, sodass sich die bis zu diesem Zeitpunkt recherchierte Stichprobe nicht veränderte. Drei der antwortenden Kammern verwiesen auf den Suchdienst Psych-Info, bei welchem sich Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten, die ihren Beruf in Berlin, Bremen, Hamburg, Niedersachsen, im Saarland und in Schleswig-Holstein ausüben, freiwillig registrieren lassen können (Psych-Info, 2017). In der Rückmeldung einer weiteren Psychotherapeutenkammer verwies diese auf den Suchdienst der eigenen Homepage, auf der nach eigenen Angaben jedoch fachliche Spezialisierungen der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten nur unzureichend erfasst und für die Suche gefiltert werden können. Eine andere Psychotherapeutenkammer, welche aus Datenschutzgründen keine Auflistung zur Verfügung stellen konnte, nannte zwar eine Anzahl von niedergelassenen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten mit Zusatzqualifikation oder Fortbildung zur Traumatherapie im eigenen Bundesland, räumte jedoch ein, dass auch diese Angaben nicht auf Vollständigkeit beruhen. Eine andere Psychotherapeutenkammer machte darauf aufmerksam, dass grundsätzlich alle approbierten Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in der Lage seien, Traumafolgestörungen zu diagnostizieren bzw. zu

behandeln und in der Weiterbildungsordnung der Kammer keine Zusatzqualifikation für den Bereich der Psychotraumatologie geregelt ist, weshalb auch keine entsprechende Auflistung seitens der Kammer geführt wird.

Untersuchungsdesign und Erhebungsinstrument

Die Versorgungsforschung soll der Analyse, Prognose, Bewertung, Weiterentwicklung und Evaluation der Versorgung dienen. Für die Untersuchung wurde ein deskriptiver Ansatz gewählt, um den tatsächlichen Ist-Zustand der psychotherapeutischen Versorgung abzubilden (Raspe et al., 2010). Es wurde eine schriftliche Befragung in Form einer Querschnittstudie durchgeführt (Klug, Bender, Blettner & Lange, 2007). Jedem der 212 Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten wurde dabei ein Fragebogen mit geschlossenen als auch offenen Fragestellungen übersandt. Die ausgefüllten Fragebögen konnten von den an der Befragung Teilnehmenden mittels beigefügten frankierten Rückumschlägen anonym zurückgesandt werden. Die Datenerhebung fand in einem Zeitraum von 3 Wochen statt (24. Mai bis 6. Juni 2017).

Dem eingesetzten Erhebungsinstrument ging eine umfassende Literaturrecherche voraus. Inhaltlich griff der Fragebogen die dort geschilderten Problemfelder der ambulanten Versorgung auf. Thematisiert wurden daher neben strukturellen Merkmalen v. a. Aspekte zur traumatherapeutischen Qualifizierung, zur disziplinären und interdisziplinären Zusammenarbeit sowie zum Zugang zur Behandlung für Kinder und Jugendliche. Da es sich um die erste explorative Studie handelt, konnten keine Fragebögen aus der Literatur herangezogen werden. Lediglich der Aspekt der Wartezeiten in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung wurde von der Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) in einer Studie im Jahr 2011 aufgegriffen (Bundespsychotherapeutenkammer, 2011). In einem Pretest (Porst, 2014) wurde die Verständlichkeit des Fragebogens vor der Anwendung überprüft.

Ergebnisse

Da sechs Fragebögen nicht zugestellt werden konnten, setzte sich die bereinigte Stichprobe aus 206 Befragten zusammen. Insgesamt 97 Rückantworten gingen ein. Da die Versorgung traumatisierter Kinder und Jugendlicher im Fokus der Untersuchung stand, mussten fünf der erhaltenen Fragebögen ausgeschlossen werden, bei welchen die Befragten angaben, nicht zur Berufsgruppe der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und

-psychotherapeuten zu gehören und auch keine Abrechnungsgenehmigung für Psychotherapie bei Kinder und Jugendlichen zu besitzen. Die Nettorücklaufquote betrug demnach 44.7%.

Strukturmerkmale der Befragungsteilnehmerinnen und -teilnehmer

Berufsgruppe

Die meisten (77) der an der Befragung Teilnehmenden waren Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten. Insgesamt 19 waren als Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten tätig und weitere acht Antwortende waren Fachärztinnen und Fachärzte, deren Ausbildung Psychotherapie umfasste. Zur Berufsgruppe der Ärztinnen und Ärzte mit Zusatzweiterbildung in Psychotherapie gehörten zwei der Befragten. Außerdem waren fünf Heilpraktikerinnen und Heilpraktiker für Psychotherapie vertreten. Von den Befragten ordneten sich 20 zu mehr als einer dieser Berufsgruppen zu (Abb. 1).

Sozialrechtliche Zulassung

Eine Kassenzulassung zu besitzen, gaben 86 Befragte an. Von ihnen besaßen 50 Teilnehmende eine Abrechnungsgenehmigung für Verhaltenstherapie, 36 für die Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie und 12 für die Analytische Psychotherapie. Nur wenige an der Befragung Teilnehmende (26) hatten eine Abrechnungsgenehmigung für Gruppen-Psychotherapie.

Praxisstandort

Es waren Teilnehmende aus fast allen Bundesländern in Deutschland vertreten. Lediglich aus Mecklenburg-Vorpommern konnten keine Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten mit traumaspezifischer Qualifikation ermittelt werden. Am stärksten (24) waren Teilnehmende mit einer Praxis in Bayern vertreten, gefolgt von 15 Teilnehmenden aus Nordrhein-Westfalen. Aus Niedersachsen und dem Saarland wurde der Fragebogen von jeweils nur einem oder einer Befragten beantwortet.

Traumatherapeutische Qualifizierung der Befragungsteilnehmerinnen und -teilnehmer

Ausbildung

Von den 92 Befragten waren 20 der Meinung, dass in ihrer Ausbildung Inhalte in Bezug auf traumaspezifisches Wissen und Methoden zur Anwendung in der Praxis ausreichend vermittelt wurden. Insgesamt 18 Befragte gaben an, dass dies speziell auch für die Patientengruppe der

Kinder und Jugendlichen der Fall war. Hingegen erachteten 48 der an der Befragung Teilnehmenden die Vermittlung von Wissen und Methoden zu diesem Thema in ihrer Ausbildung als nicht ausreichend. Speziell bezogen auf das Wissen und die Behandlung von Kinder und Jugendlichen waren 55 der Befragten der Ansicht, dass hier nicht ausreichend Fachwissen vermittelt worden sei. Weitere 19 der 92 Befragten gaben an, dass traumaspezifische Inhalte in der Ausbildung gar nicht berücksichtigt worden sind (Abb. 2).

Weiterbildung

Bis auf einen oder eine Befragte hatten alle weiteren 91 eine traumatherapeutische Weiterbildung abgeschlossen. Die am häufigsten absolvierten Weiterbildungen wa-

ren dabei Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR; 74) und die Zusatzqualifikation „Spezielle Psychotraumatherapie“ der DeGPT (71). Bei nur wenigen, die eine spezifische Weiterbildung abgeschlossen hatten, war diese auch zertifiziert. Es zeigte sich außerdem, dass Weiterbildungen, die speziell für die Behandlung von Kindern zugeschnitten waren, eher selten absolviert wurden. Beispielsweise hatten 22 Befragte die Weiterbildung der Psychodynamisch imaginativen Traumatherapie (PITT) nach Reddemann absolviert, die Psychodynamisch imaginative Traumatherapie für Kinder und Jugendliche (PITT-KID) jedoch nur 12 Befragte. Eine notfallpsychologische Zusatzqualifikation (Notfallpsychologe) wiesen nach eigenen Angaben 12 von 91 antwortenden Personen auf (Tab. 1).

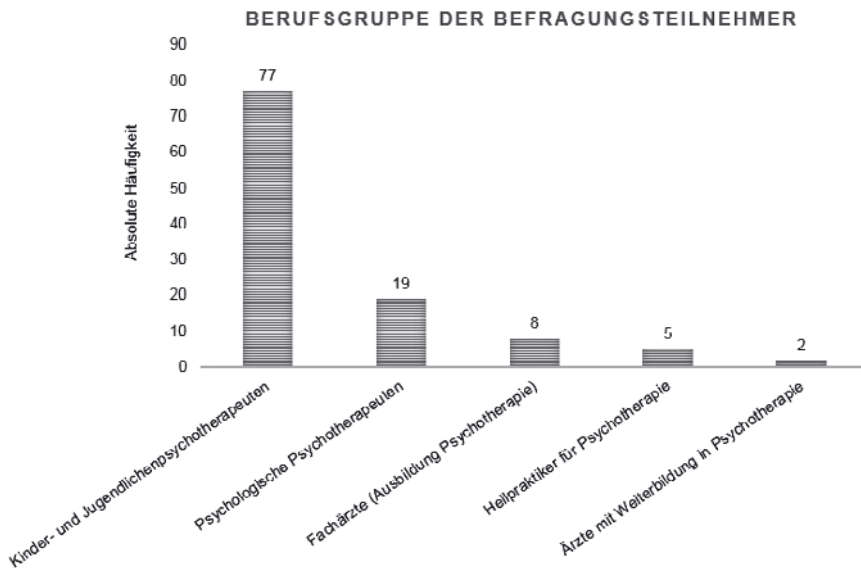


Abbildung 1. Berufsgruppe der Befragungsteilnehmer (n = 92).

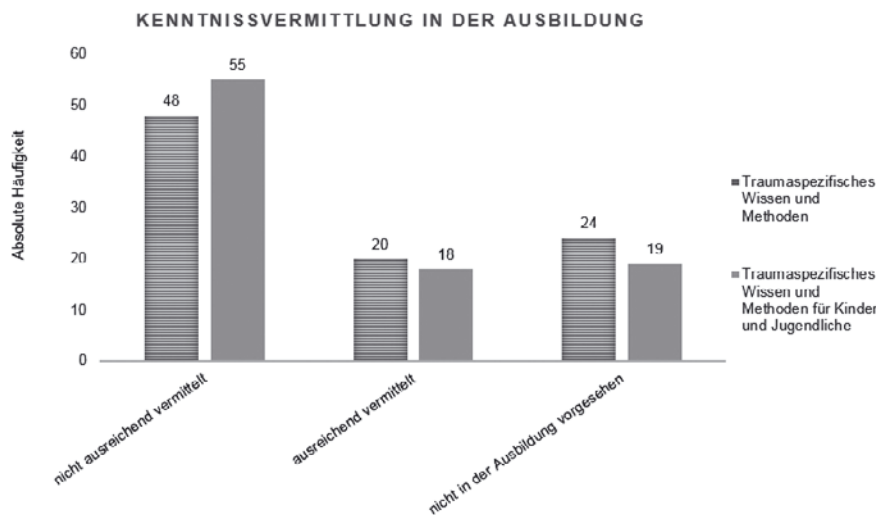


Abbildung 2. Kenntnisvermittlung in der Ausbildung aus Sicht der Befragten (n = 92).

Selbst eingeschätzter Qualifizierungsbedarf

Von 88 Antwortenden sahen 61 für sich selbst einen Bedarf an traumaspezifischer Fortbildung. Ebenso gaben 57 Befragte einen Bedarf an Supervision und 62 einen Bedarf an Intervention an.

Disziplinäre und interdisziplinäre Zusammenarbeit

72 der an der Befragung Teilnehmenden gaben an, dass sie zur Behandlung von traumatisierten Kindern und Jugendlichen überwiegend mit anderen niedergelassenen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten vernetzt seien. Mit stationären oder teilstationären Einrichtungen, wie beispielsweise Tageskliniken, waren 66 Befragte vernetzt und 57 Teilnehmende mit Kontakt- und Beratungsstellen. Eine Vernetzung mit Sozialpsychiatrischen

Diensten pflegten lediglich 32 der Befragten. Ansprechpersonen dazu waren jedoch 34 weiteren Befragten bekannt. Andere Akteurinnen und Akteure, mit denen die Befragtenangaben zur Behandlung vernetzt zu sein, waren das Jugendamt (vier) und stationäre Jugendhilfeeinrichtungen (zwei). Es bestanden aber auch Verbindungen zum Weißen Ring (zwei) und zu Schulsozialarbeiterinnen und Schulsozialarbeitern (eine).

Zugang zur Behandlung für Kinder und Jugendliche

Kapazitäten

Während 20 Befragte im letzten halben Jahr keine Kapazitätsprobleme bezüglich des nachgefragten Behandlungsbedarfes hatten, mussten 71 Befragte Anfragen von Kindern und Jugendlichen bzw. deren Eltern ablehnen.

Wartezeiten

Eine Warteliste für Kinder und Jugendliche führten 53 der 92 Teilnehmenden. Nach Angaben von 83 Befragten betrug die durchschnittliche Dauer zwischen der Anfrage von Kindern oder Jugendlichen und einem Erstgespräch im letzten halben Jahr bei ihnen im Mittel 11 Wochen. Die Wartezeit bis zum Therapiebeginn dauerte durchschnittlich 17 Wochen bei 87 der Antwortenden. Die am längsten angegebene Dauer zwischen einer Anfrage und dem Therapiebeginn für Kinder und Jugendliche betrug 72 Wochen. Wurden Angaben zu den Wartezeiten mit einer Zeitspanne gemacht, so wurde die längste Anzahl an Wochen in der Analyse berücksichtigt.

Zugangswege

Gesonderte Zugangswege in eine Therapie für traumatisierte Kinder und Jugendliche, wie z. B. freie Kapazitäten für Notfälle, ermöglichten 65 der 91 Antwortenden. Bei 26 Befragten war dies nicht möglich.

Sprechstunde und Akutbehandlung

In der seit April 2017 bestehenden Pflicht zur Einführung einer Sprechstunde und Akutbehandlung sahen lediglich 14 von 89 Befragten eine verbesserte Versorgung für Patientinnen und Patienten. Gegenteilige Beurteilungen der 75 weiteren Antwortenden haben 48 von ihnen damit begründet, dass die Sprechstunde eine zu komplexe Leistung mit hohem koordinativen Aufwand sei, bei der die reine Gesprächszeit geringer sei als der Arbeitsaufwand. Ebenso sahen 45 Befragte darin die Gefahr, dass die Wartezeiten im Anschluss an die Sprechstunde bis zum Therapiebeginn noch länger werden würden als bisher, und 42 Befragte waren der Meinung, dass die Behandlungsplätze dadurch noch knapper werden würden, wenn mehr Pati-

Tabelle 1. Abgeschlossene traumatherapeutische Weiterbildungen der Befragten (n = 91).

absolute Häufigkeit	davon zertifiziert	Weiterbildung
74	47	EMDR
10	7	KIDNET
8	2	TF-KVT nach Cohen, Mannarino & Deblinger
8	3	KReST nach Besser
4	1	MPTT nach Fischer
1	1	MPTT-KJ
22	9	PITT nach Reddemann
12	7	PITT-KID
15	–	Hypnotherapie nach Erickson
25		Ego-State-Therapie
28		VT-Konzepte
32		Arbeit mit dissoziativen Störungen
71		„Spezielle Psychotraumatologie (DeGPT)“
12		Notfallpsychologie

(Mehrfachnennungen waren möglich)

Anmerkungen. EMDR = Eye Movement Desensitization and Reprocessing; KIDNET = Narrative Expositionstherapie für Kinder; KReST = Körper-, Ressourcen- und Systemorientierte Traumatherapie; TF-KVT = Traumafokussierte kognitive Verhaltenstherapie; KReST = XX; MPTT = Mehrdimensionale psychodynamische Traumatherapie; MPTT-KJ = Mehrdimensionale psychodynamische Traumatherapie für Kinder und Jugendliche; PITT = Psychodynamisch imaginative Traumatherapie; PITT-KID = Psychodynamisch imaginative Traumatherapie für Kinder; VT = Verhaltenstherapie; DeGPT = Deutschsprachige Gesellschaft für Psychotraumatologie.

entinnen und Patienten eine Behandlung benötigen. Den Verlust von Behandlungszeit durch die Sprechstunde kritisierten neun der an der Befragung Teilnehmenden.

Diskussion

Durch die Befragung von in der Praxis tätigen Expertinnen und Experten sollten Problemlagen in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgungssituation von traumatisierten Kindern und Jugendlichen erkannt werden, um Grundlagen für Empfehlungen erarbeiten zu können.

Limitationen

Ausgehend von den bezifferten 250 in Deutschland niedergelassenen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten mit traumaspezifischer Qualifikation für Kinder und Jugendliche (DeGPT, 2013), kann die Stichprobe als repräsentativ angesehen werden. Die einzelnen Bundesländer waren darin allerdings sehr unterschiedlich vertreten. Aus Mecklenburg-Vorpommern war beispielsweise kein Psychotherapeut bzw. keine Psychotherapeutin mit entsprechender Qualifikation in der Befragung eingeschlossen. Bei der Konstruktion der Stichprobe wurde versucht die Grundgesamtheit durch verschiedene Zugänge zu ermitteln, indem Auflistungen im Internet nach entsprechend qualifizierten Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen durchsucht worden sind und zudem versucht wurde, Verzeichnisse der Landespsychotherapeutenkammern heranzuziehen. Der Zugang über die Landesärztekammern, um Verzeichnisse von Fachärztinnen und Fachärzten für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie zu erhalten, blieb aus.

Intervieweffekte, bei denen das Antwortverhalten der Befragten beeinflusst wird, konnten aufgrund der schriftlichen Befragung nicht auftreten (Schuhmann, 2011). Nachteilig war bei der gewählten Form der Befragung, dass bei Verständnisproblemen keine Rückfragen möglich waren.

Qualifizierung

Aufgrund der aktuellen Datenlage sind keine Vergleichsstudien vorhanden, die herangezogen werden konnten, um die Ergebnisse der Untersuchung ins Verhältnis zu anderen Aussagen zu stellen, weil es sich um die erste explorative Studie zu dieser Thematik handelte.

Für die Versorgung von traumatisierten Kindern und Jugendlichen in Deutschland kann aufgrund des Vorhan-

denseins eines eigenständigen Ausbildungsberufes als Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin oder -psychotherapeut von einer hohen psychotherapeutischen Kompetenz ausgegangen werden (Hensel, 2013). Allerdings absolvieren nur wenige eine traumaspezifische Zusatzausbildung bzw. Fortbildung.

Die Angaben der an der Befragung Teilnehmenden zur unzureichenden Wissensvermittlung zum Thema Trauma während der Ausbildung der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten spiegeln möglicherweise die Rolle der Disziplin der Traumalogie wider, welche bisher in der Ausbildung insgesamt eher wenig Berücksichtigung fand. Die Grundlage für die Entwicklung des Fachgebietes der Kinderpsychotraumatologie wurde erst 1988 mit der Einführung des DSM-III-R gelegt, wodurch das Vorhandensein einer Posttraumatischen Belastungsstörung erstmals auch bei Kindern anerkannt worden ist. Das Ausmaß kindlicher Reaktionen auf psychische Traumatisierungen wurde vorher lange Zeit unterschätzt (Krüger, 2012).

Bei der Interpretation der Angaben zur unzureichenden Wissensvermittlung in der Ausbildung muss ferner beachtet werden, dass keine Differenzierung der einzelnen Möglichkeiten, um psychotherapeutisch tätig werden zu dürfen, vorgenommen wurde, d.h., der Aspekt „Ausbildung“ umfasste in der Befragung sowohl die „klassische“ Psychotherapieausbildung, die psychotherapeutische Facharztausbildung, das Studium der Klinischen Psychologie als auch die Heilpraktikerausbildung. Hier könnten ggf. weiterführende, differenziertere Betrachtungen angebracht sein.

Zusammenarbeit

Zur disziplinären Vernetzung bestehen freiwillige regionale Vernetzungen von Therapierenden. Da v.a. die Einzeltherapie bei Traumatisierungen von Kindern in der vorsprachlichen Entwicklungsphase durch kreativtherapeutische Verfahren ergänzt werden sollte und ggf. auch die Arbeit mit dem weiteren sozialen Umfeld, wie Schule, Kindergarten und Jugendhilfeeinrichtungen, erforderlich wird, kommt einer ambulanten Behandlungseinrichtung auch eine Case-Management-Funktion zu, um die weiteren Hilfemaßnahmen zu koordinieren und zu vernetzen (Krüger, 2012). Die Ergebnisse zeigten jedoch, dass nur ein geringer Teil der Befragten dementsprechend vernetzt ist. Durch die Einführung der Sprechstunde als neue Leistung von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten seit April 2017 wird eine Vernetzung jedoch gewissermaßen vorausgesetzt, da die Patientin oder der Patient neben einer kurzfristigen Einschätzung seiner psychischen Beschwerden auch Empfehlungen für Hilfsangebote bekommen und dabei unterstützt werden soll, diese nutzen zu können. Dies ist für die Therapeutinnen

und Therapeuten nicht nur mit einem intensiven diagnostischen, sondern auch mit einem hohen koordinativen Aufwand verbunden, was auch von den Befragten häufig kritisiert wurde. Eine Verbesserung der Versorgung ist aus Sicht der meisten Befragten nicht erreicht. Hierfür werden bisher auch keine finanziellen Anreize gesetzt (Bühning, 2017).

Zugang zur Behandlung für Patientinnen und Patienten

Die Untersuchung zeigte, dass ein zeitnaher Zugang zur Behandlung für traumatisierte Kinder und Jugendliche nicht in jeder Region gegeben ist. Die durchschnittliche Dauer bis zu einem Erstgespräch bei den Befragungsteilnehmerinnen und -teilnehmern mit traumaspezifischer Qualifikation war etwas länger als die Wartezeiten in der Befragung der Bundespsychotherapeutenkammer im Jahr 2011. Die Wartezeit von der Anfrage einer Patientin oder eines Patienten bis zum Therapiebeginn war im Vergleich 7 Wochen kürzer (17 vs. 24; Bundespsychotherapeutenkammer, 2017). Die Angaben der Befragten zu den Wartezeiten für Kinder und Jugendliche bis zu einem Erstgespräch bzw. dem Therapiebeginn sind teilweise als Schätzwerte zu interpretieren, da einige Befragte nach eigener Aussage keine Warteliste führten. Es wurde jedoch deutlich, dass für einen Therapiebeginn bei einer traumaspezifisch ausgerichteten Psychotherapeutin oder Psychotherapeuten mit einer Wartezeit von bis zu über 4 Monaten gerechnet werden muss. Bei der Mehrzahl der Befragten überstieg der nachgefragte Behandlungsbedarf die Kapazitäten. Mehr als ein Viertel der Befragten konnte keine gesonderten Zugangswege (z. B. freie Kapazitäten für Notfälle) für traumatisierte Kinder und Jugendliche anbieten. Ein sehr später Beginn der Therapie kann jedoch gerade bei den komplexen Auswirkungen von Traumafolgestörungen nachteilige Folgen für die Betroffenen haben (Fegert et al., 2013).

Durch die mit der Reform der Psychotherapie-Richtlinie eingeführten zusätzlichen Leistungen wird nach Ansicht der Befragten das Kapazitätsproblem nicht gelöst, da die Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten dadurch keine zusätzlichen Patientinnen und Patienten versorgen können. Eine Versorgung von traumatisierten Kindern und Jugendlichen kann nicht sichergestellt werden, wenn die Zahl der Regelplätze durch die Notwendigkeit der Akutsprechstunde reduziert wird. Die Schaffung von mehr Behandlungsplätzen sollte daher im Vordergrund zukünftiger Veränderungen stehen. Die langfristigen Auswirkungen nach der Umstrukturierung der Versorgung seit April 2017, beispielsweise im Hinblick auf die Länge der Wartezeiten, bleiben abzuwarten.

Fazit und Empfehlungen

Die Untersuchung liefert Daten zur traumapsychotherapeutischen Versorgungssituation in Deutschland für die spezielle Gruppe von Kindern und Jugendlichen. Dabei zeigte sich, dass mehr und rascher zugängliche Behandlungsplätze für Kinder mit Traumafolgestörungen geschaffen werden müssen. Ein weiteres erforderliches Handlungsfeld ist der Ausbau von interdisziplinärer als auch disziplinärer Vernetzung. Je nach Schwere und Ausprägung einer Traumafolgestörung sowie dem individuellen Stabilisierungsbedarf kann eine Vernetzung ambulanter und stationärer Behandlungsangebote erforderlich werden. So sollten Schwerpunktpraxen, Ambulanzen mit stationärer Schwerpunktstation und Tageskliniken eng in Verbindung stehen (Flatten et al., 2011).

Die ermittelten Zahlen bilden eine erste Grundlage zur Diskussion der notwendigen Anzahl an ambulanten Behandlungsangeboten, um perspektivisch lange Wartezeiten auf eine Therapie zu vermeiden. Letztlich muss die psychotraumatologische Versorgung von Kindern und Jugendlichen auch zukünftig evaluiert werden, um auf vorhandene Probleme reagieren zu können und um die Versorgungssituation zu verbessern.

Literatur

- Albrecht, M., Ochmann, R., Jacobi, F., Bretschneider, J., Thom, J., Müllender, S. et al. (2016). *Bedarfsplanung Psychotherapeuten: Konzept für eine bedarfsorientierte Planung der Psychotherapeutensitze*. Studienbericht für die Bertelsmann Stiftung und die Bundespsychotherapeutenkammer. Berlin: IGES Institut.
- Bühning, P. (2017). Psychotherapie: KBV will gegen Vergütung für neue Leistungen klagen. *Deutsches Ärzteblatt*, 30. März. Verfügbar unter: <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/73901/Psychotherapie-KBV-will-gegen-Verguetung-fuer-neue-Leistungen-klagen>
- Bundespsychotherapeutenkammer. (2011). BPTK-Studie zu Wartezeiten in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung. Umfrage der Landespsychotherapeutenkammern und der BPTK 2011. Verfügbar unter: http://www.bptk.de/uploads/media/110622_BPTK-Studie_Langfassung_Wartezeiten-in-der-Psychotherapie_01.pdf
- Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (Hrsg.). (2017). Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme. 10. Revision. German Modification. Version 2017. Kapitel V: Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99). Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (F40–F48). Verfügbar unter: <http://www.dimdi.de/static/de/klassi/icd-10-gm/kode-suche/onlinefassungen/htmlgm2017/block-f40-f48.htm>
- Deutsches Institut für Psychotraumatologie (Hrsg.). (Stand 2017). Liste von TraumatherapeutInnen. Verfügbar unter: <http://www.dgptw.de/beratungsstelle/traumatherapeutinnen.html>
- Deutschsprachige Gesellschaft für Psychotraumatologie. (2013). *Positionspapier. Psychotraumatologische Versorgung und Forschung in Deutschland, Österreich und der Schweiz*. Hamburg: Deutsche Gesellschaft für Psychotraumatologie.

- Deutschsprachige Gesellschaft für Psychotraumatologie (Hrsg.). (Stand 2017). TherapeutInnen-Suche. Verfügbar unter: <http://datenbank.degypt.de/website/>
- Elklit, A. (2002). Victimization and PTSD in a Danish national youth probability sample. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41, 174–181. <https://doi.org/10.1097/00004583-200202000-00011>
- Essau, C.A., Conradt, J. & Petermann, F. (1999). Häufigkeit der Posttraumatischen Belastungsstörung bei Jugendlichen: Ergebnisse der Bremer Jugendstudie. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 27(1), 37–45. doi:10.1024//1422-4917.27.1.37
- 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. Analysen und Empfehlungen zu Versorgung und Betreuung* (2. Aufl., S. 9–26). Weinheim: Juventa.
- Flatten, G., Gast, U., Hofmann, A., Knaevelsrud, C., Lampe, A., Liebermann, P. et al. (2011). S3-Leitlinie Posttraumatische Belastungsstörung ICD-10: F43.1. *Trauma & Gewalt*, 5, 202–210.
- Hensel, T. (2013). Traumatherapie bei Kindern und Jugendlichen. Ausbildungs- und Versorgungsrealität aus Sicht eines niedergelassenen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und Ausbilders in Kindertraumapsychotherapie. In J.M. Fegert, U. Ziegenhain & L. Goldbeck (Hrsg.), *Traumatisierte Kinder und Jugendliche in Deutschland. Analysen und Empfehlungen zu Versorgung und Betreuung* (2. Aufl., S. 82–87). Weinheim: 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. Aufl., S. 172–202). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Jacobi, F., Becker, M., Bretschneider, J., Müllender, S., Thom, J., Hapke, U. et al. (2016). Ambulante fachärztliche Versorgung psychischer Störungen. Kleine regionale Unterschiede im Bedarf, große regionale Unterschiede in der Versorgungsdichte. *Der Nervenarzt*, 87, 1211–1221.
- KidTrauma. (Stand 2017). Fachstellen für psychologische Beratung. Verfügbar unter: <https://kidtrauma.com/de/fachstellen/>
- Klug, S.J., Bender, R., Blettner, M. & Lange, S. (2007). Wichtige epidemiologische Studientypen. *Deutsche medizinische Wochenschrift*, 132, e45–e47. doi:10.1055/s-2007-959041
- Krüger, A.S. (2012). Traumatherapie im ambulanten Setting. In M.A. Landolt & T. Hensel (Hrsg.), *Traumatherapie bei Kinder und Jugendlichen* (2. Aufl., S. 369–384). Göttingen: Hogrefe.
- Landolt, M.A. (2012a). Traumaspezifische Psychodiagnostik. In M.A. Landolt & T. Hensel (Hrsg.), *Traumatherapie bei Kinder und Jugendlichen* (2. Aufl., S. 34–45). Göttingen: Hogrefe.
- Landolt, M.A. (2012b). *Psychotraumatologie des Kindesalters* (2. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
- Landolt, M.A. & Hensel, T. (2012). Grundlagen der Traumatherapie. In M.A. Landolt & T. Hensel (Hrsg.), *Traumatherapie bei Kinder und Jugendlichen* (2. Aufl., S. 15–33). Göttingen: Hogrefe.
- McLaughlin, K.A., Koenen, K.C., Hill, E.D., Petukhova, M., Sampson, N.A., Zaslavsky, A.M. et al. (2013). Trauma exposure and posttraumatic stress disorder in a national sample of adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 52, 815–830. doi:10.1016/j.jaac.2013.05.011
- Munz, D. (2017). Kurswechsel in der Bedarfsplanung. BPTK-Spezial, 1–12. Im Internet: http://www.bptk.de/uploads/media/BPTK-Spezial_Kurswechsel_in_der_Bedarfsplanung.pdf. Stand 23.04.2017.
- Ostdeutsche Psychotherapeutenkammer. (Stand 2017). Psychotherapeuten. Verfügbar unter: <http://opk-info.de/patienten/kassenärztliche-vereinigungen/psychotherapeuten/>
- Perkonig, A., Kessler, R.C., Storz, S. & Wittchen, H.-U. (2000). Traumatic events and post-traumatic stress disorder in the community: Prevalence, risk factors and comorbidity. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 101, 46–59.
- Porst, R. (2014). *Fragebogen. Ein Arbeitsbuch* (4. Aufl.). Wiesbaden: Springer VS.
- Psych-Info. (Stand 2017). Psychotherapeuten Finden. Verfügbar unter: <http://www.psych-info.de/>
- Raspe, H., Pfaff, H., Härter, M., Hart, D., Koch-Gromus, U., Schwartz, F.-W. et al. (2010). *Versorgungsforschung in Deutschland: Stand – Perspektiven – Förderung. Stellungnahme*. Bonn: Deutsche Forschungsgemeinschaft.
- Rosner, R. & Steil, R. (2013). Jugendpsychiatrie Teil III: Traumafolgestörungen. Posttraumatische Belastungsstörung bei Kindern und Jugendlichen. *DNP – Der Neurologe & Psychiater*, 14(1), 2–10.
- Rosner, R. & Unterhitzberger, J. (2017). Traumatherapie. In H. Karutz, J. Juen, D. Kratzer & R. Warger (Hrsg.), *Kinder in Krisen und Katastrophen. Spezielle Aspekte psychosozialer Notfallversorgung* (S. 233–244). Innsbruck: Studia.
- Schuhmann, S. (2011). *Repräsentative Umfrage*. München: Oldenbourg.
- Schulz, H., Barghaan, D., Harfst & T. Koch, U. (2008). *Gesundheitsberichterstattung des Bundes Heft 41. Psychotherapeutische Versorgung*. Berlin: Robert Koch-Institut.
- Manuskript eingereicht: 22.12.2017
Nach Revision angenommen: 07.03.2018
Artikel online: 13.04.2018
Interessenkonflikt: Nein
- Michèle Müller, B.Sc./M.Sc.**
Fakultät Gesundheits- und Pflegewissenschaften
Westfälische Hochschule Zwickau
Dr.-Friedrichs-Ring 2a
08056 Zwickau
Deutschland
michele.mueller@fh-zwickau.de