



**Endbericht**

**Wissenschaftliches Gutachten**

**„Therapieangebote für psychisch traumatisierte, von Gewalt betroffene Kinder und Jugendliche in Deutschland“**

Stand Januar 2017

## Inhaltsverzeichnis

<b>1 Hintergründe .....</b>	<b>2</b>
1.1 Prävalenz von kindlichen Traumata und Traumafolgestörungen .....	2
1.2 Versorgung kindlicher Traumafolgestörungen.....	3
1.3 Betroffenensicht.....	4
<b>2 Ziele und Fragestellungen des Gutachtens .....</b>	<b>8</b>
<b>3 Bestandsaufnahme der Situation in Deutschland.....</b>	<b>9</b>
I. Arbeitspaket VERSORGUNG:	
Therapieangebote und Versorgung von traumatisierten Kindern und Jugendlichen.....	9
II. Arbeitspaket VERNETZUNG:	
Vernetzung Medizin und Jugendhilfe - traumaspezifische Fachberatung .....	38
III. Arbeitspaket QUALIFIKATION:	
Traumaspezifische Therapeutenqualifikation - Grundausbildung, Weiter- und Zusatzqualifikation ..	49
IV. Arbeitspaket VERFAHREN:	
Nationale und internationale traumaspezifische Therapieangebote und Evidenzgrad der nicht GKV-finanzierten Konzepte.....	61
V. Arbeitspaket FINANZIERUNG:	
Kostenübernahmen traumaspezifischer Therapieangebote .....	75
<b>4 Gesamtfazit .....</b>	<b>80</b>
4.1 Limitationen des Gutachtens .....	83
4.1 Vertiefende Fragestellungen – zur weiteren Beachtung.....	84
<b>5 Anlagen .....</b>	<b>86</b>
5.1 Zeitplan.....	86
5.2 Leistungserbringer.....	87
5.3 Literaturverzeichnis.....	88
Daten- und Materialband; separat	

## 1 Hintergründe

### 1.1 Prävalenz von kindlichen Traumata und Traumafolgestörungen

*Weltweit.* Genaue Zahlen von Kindesmisshandlungen weltweit sind nicht bekannt und es kann generell von einer Unterschätzung ausgegangen werden (Pinheiro, 2006). Insbesondere die Dunkelziffer von Kindesmisshandlungen innerhalb der Familie ist sehr hoch (Butchart et al., 2006). Im Jahr 2000 sind 57.000 Kinder unter 15 Jahren an Kindesmisshandlungen weltweit gestorben (WHO, 2002). Kleinkinder zwischen 0 und 4 Jahren stellen die größte Risikogruppe dafür dar, vor allem in der eigenen Familie körperlichen Misshandlungen ausgesetzt zu sein (WHO, 2003). Im Alter der Pubertät und Jugend stellt sexueller Missbrauch eine hohe Gefahr dar (WHO, 2014). Die weltweit häufigste und „am wenigsten beachtete Form“ von Gewalt an Kindern stellt die Vernachlässigung dar (Kendall-Taylor, Lindland, O’Neil, 2014; Häuser et al. 2011, US Department of Health and Human Services, 2004), die zu vergleichbaren körperlichen und psychischen Beeinträchtigungen wie durch körperliche Misshandlungen führen können (Egeland, 2009).

*Deutschlandweit.* Eine zentrale Erfassung der Fälle von Misshandlungen und Vernachlässigung über die Jugendhilfe erfolgt in Deutschland nicht (Pillhofer, Ziegenhain, Nandi, Fegert, & Goldbeck, 2011). Während die Prävalenzen für Kindesmisshandlungen und -vernachlässigung laut jährlicher Polizeilicher Kriminalstatistik entsprechend der angezeigten Straftaten mit unter 1 Promille angegeben werden, ergab die Auswertung retrospektiver Befragungen in Rahmen von Dunkelfeldstudien Lebenszeitprävalenzen von über 10% (Pillhofer, et al., 2011). In der Dunkelfeldstudie des Kriminologischen Forschungsinstituts Niedersachsen gaben 74,9% der 3.289 retrospektiv Befragten im Alter zwischen 16 und 59 Jahren an, in ihrer Kindheit physische Gewalt durch ihre Eltern erlebt zu haben, die in 10,8% der Fälle als Misshandlung bewertet wurde (Wetzels, 1997). Befragt zu innerfamiliären Gewalterfahrungen bis zum 12. Lebensjahr gab mehr als die Hälfte der 16.190 befragten Schüler aus der neunten und zehnten Klassenstufe an, physische Gewalt durch die Eltern erfahren zu haben; 17,1% der Jugendlichen erlebten schwere elterliche Züchtigung (Pfeiffer, Wetzels, & Enzmann, 1999).

*Flüchtlinge:* Von den insgesamt weltweit 51,2 Millionen Menschen auf der Flucht sind in etwa 50% Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren (UNHCR, 2013). Durch die Aufnahme von insgesamt 571.700 Flüchtlingen im Jahr 2011 gehört die BRD zu den fünf größten Aufnahmeländern der Welt (UNHCR, 2012). Etwa 20% der Frauen und 5 bis 10% der Männer wurden weltweit als Kinder sexuell missbraucht (Finkelhor, 1994).

*Genderaspekte:* Jungen sind laut epidemiologischer Studien häufiger Opfer körperlicher Gewalt und Mädchen häufiger von sexualisierter Gewalt (Essau et al., 1999). Die Lebenszeitprävalenz für sexuellen Missbrauch in der Kindheit liegt weltweit bei Mädchen 18% und bei Jungen 7,6% (Stoltenborgh et al., 2011).

Nicht alle Kinder und Jugendliche reagieren auf ein traumatisches Ereignis mit klinisch relevanten Symptomen (Domhardt, Münzer, Fegert & Goldbeck, 2014). Abhängig von Schutz- und Risikofaktoren zeigt sich bei traumatisierten Kindern und Jugendlichen eine hohe Varianz der Traumareaktionen (Pine & Cohen, 2002), denn nicht das Erleben eines potentiell traumatischen Ereignisses entscheidet über Auswirkungen, sondern die individuelle Reaktion des Kindes auf das traumatische Ereignis.

Aber Traumata *können* zu multiplen mentalen Störungen führen (Butchart et al., 2006; Gilbert et al., 2009). Nach traumatischen Ereignissen in der Kindheit und Jugend sind neben traumaspezifischen Diagnosen klinisch relevante Störungen wie Depression (Danese et al., 2009; Chapman et al., 2004; Danielson et al., 2005; Perkonig et al., 2000) und Angststörungen (Perkonig et al., 2000), Substanzmittelgebrauch (Copeland et al., 2011; Perkonig et al., 2000), Störung des Sozialverhaltens (Finkelhor et al., 2007; Cope-

land et al. 2007; Cicchetti & Toth 1995), Essstörungen (Moulton et al., 2015), Suizidalität (Norman et al., 2012; Herbst et al., 2009), Somatisierungsstörungen (Perkonig et al., 2000), Borderline-Persönlichkeitsstörung (Herbst et al., 2009) erhöht (Simons & Herpertz-Dahlmann, 2008, Tagay, Repic, & Senf, 2013).

Epidemiologische Studien zur Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) bei Kindern und Jugendlichen in westlichen Gesellschaften ergaben Prävalenzen <1% bis 20% (Copeland et al., 2007; Domanskaite-Gota, Elklit, & Christiansen, 2009; Ford, Goodman, & Meltzer, 2003; Kilpatrick et al., 2003; Petersen, Elklit, & Olesen, 2010). Die Varianz der Prävalenzen sind u.a. durch Unterschiede in den Definition des traumatischen Ereignisses und methodische Unterschiede zwischen den Studien zu erklären (Tagay, et al., 2013).

Für Deutschland zeigten die repräsentativen Untersuchungen von Perkonig et al. (2000) und Essau et al. (1999) Lebenszeitprävalenzen von 1,3% bzw. 1,6% für die PTBS im Kindes- und Jugendalter. Mädchen haben dabei insgesamt ein größeres Risiko an PTBS zu erkranken als Jungen (Breslau & Anthony, 2007; Essau, et al., 1999; Kilpatrick, et al., 2003; Perkonig, et al., 2000).

Bei Kindern aus Kriegsgebieten wurden PTBS-Prävalenzen zwischen 22% und 73% gefunden (Bayer, Klasen, & Adam, 2007; Betancourt et al., 2012; Dyregrov, Gjestad, & Raundalen, 2002; Elbert et al., 2009; Hasanovic et al., 2006; Kohrt et al., 2008; Laor et al., 1997; Schaal & Elbert, 2006; Thabet & Vostanis, 1999, 2000).

Nachgewiesen werden konnte auch der Dosis-Wirkung-Zusammenhang zwischen Schwere der Traumatisierung und der PTBS-Symptomatik, die die Kinder und Jugendliche entwickeln (Cloitre et al., 2009; Smith et al., 2002; Thabet, Abed, & Vostanis, 2004; Weierstall et al., 2012).

## 1.2 Versorgung kindlicher Traumafolgestörungen

Alle Formen von Kindesmisshandlungen führen weltweit zu einem erhöhten Risiko für körperliche Verletzungen (Hermann, 2002), chronische Krankheiten (Felitti et al., 1998; Brown et al., 2009; Norman et al., 2012; Bellis et al., 2014) sowie psychische Erkrankungen bis ins Erwachsenenalter (Norman et al., 2012; Gilbert et al., 2009; Maniglio, 2009) und führen zu signifikant niedrigerer Lebenszufriedenheit im Erwachsenenalter (Corso et al., 2008). Die Traumatisierung von Kindern und Jugendlichen ist häufig mit einer Beeinträchtigung der körperlichen und psychischen Gesundheit bis weit in das Erwachsenenalter verbunden (Norman et al., 2012) und bedarf der frühzeitigen adäquaten psychotherapeutischen Versorgung.

Die [ambulante Versorgung von Kindern und Jugendlichen](#) mit psychischen Störungen wird in Deutschland in der Regel von Fachärzten für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, Psychologischen Psychotherapeuten, Allgemeinmedizinerinnen oder von Kinderärzten mit Beteiligung an der Psychosomatischen Grundversorgung geleistet. Daneben stehen im ambulanten Bereich Kinder- und Jugendpsychiatrische Instituts- und Spezialambulanzen sowie Sozialpädiatrische Zentren zur Verfügung. Über diesen Bereich hinaus gibt es weitere Anlaufstellen wie psychosoziale Beratungsstellen und Kinder- und Jugendpsychiatrische Dienste.

Laut der kassenärztlichen Bundesvereinigung nahmen 2014 in Deutschland insgesamt 1.051 Kinder- und Jugendpsychiater und 4.648 niedergelassene Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten an der vertragsärztlichen Versorgung teil (KBV, 2014).

Neben der ambulanten Versorgung stehen sowohl [stationäre als auch teilstationäre Angebote](#) für Kinder und Jugendliche zur Verfügung. In Kliniken mit Fachabteilungen für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie können die Betroffenen stationär versorgt werden. Zu den teilstationären Thera-

piemaßnahmen zählen kinder- und jugendpsychiatrische Tageskliniken. Es stehen bundesweit 1.145 teilstationäre Behandlungsplätze zur Verfügung (GBE, 2008).

Daten zur psychotherapeutischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen weisen auf starke Stadt-Land-Unterschiede zu Ungunsten ländlicher Regionen hin (Schwarz & Kinstler, 2006). Auffällig ist der deutlich geringere Anteil an Kinder- und Jugendpsychotherapeuten in der ambulanten Versorgung in den neuen Bundesländern im Vergleich zu den alten Bundesländern (GBE, 2008; Hinzpeter et al., 2014). In der stationären Versorgung unterscheidet sich dagegen das Bild: Hier liegen neben einem tendenziellen Nord-Süd-Gefälle auch Ost-West-Unterschiede vor, die durch eine doppelt so hohe Bettendichte in den neuen Bundesländern gekennzeichnet sind (Hinzpeter et al., 2014).

*Barrieren der Inanspruchnahme:* Die Inanspruchnahme von psychotherapeutischen Versorgungsangeboten ist vor dem Hintergrund erheblicher Barrieren zu betrachten (GBE, 2008). Studien zeigen, dass das Inanspruchnahmeverhalten mit der wahrgenommenen Unterstützung der Betroffenen, deren Geschlecht sowie mit der Einstellung zu und fehlenden Kenntnissen von Psychotherapie und psychischen Erkrankungen in Zusammenhang stehen (Kowalski et al., 2012). Die KiGGs-Studie weist darauf hin, dass die Inanspruchnahme von Fachärzten in Abhängigkeit von sozialen Faktoren, ärztlichen Einstellungen und der Verfügbarkeit von Versorgungsangeboten zu betrachten ist (Kamtsiuris et al., 2007).

*Inanspruchnahme:* Nur etwa 10% bis 30% aller Kinder und Jugendlichen mit psychischen Auffälligkeiten kommen in Kontakt mit professioneller Unterstützung (Petermann, 2005). Anhand der repräsentativen Daten der BELLA-Studie, an der insgesamt 2.863 Familien teilnahmen, konnte gezeigt werden, dass nur 5,6% der Befragten im Alter von 7 bis 17 Jahren in den letzten 12 Monaten eine psychiatrisch-psychotherapeutische Leistung in Anspruch genommen haben (Hinzpeter et al., 2014). Neben den erwähnten Barrieren der Inanspruchnahme, ist ein möglicher Grund für die geringe Inanspruchnahme, dass psychische Störungen in der Primärversorgung teilweise nicht erkannt und Patienten nicht ausreichend über Versorgungsangebote informiert und mit langen Wartezeiten konfrontiert sind (GBE, 2008).

*Spezialambulanzen:* Neben der Regelversorgung im ambulanten und stationären Bereich finden sich in Deutschland zunehmend Spezialambulanzen für die Versorgung von Traumafolgestörungen. In Traumaambulanzen nach dem Opferentschädigungsgesetz (OEG-Traumaambulanzen) werden Erstgespräche zur Krisenintervention nach Gewalttaten sowie weiterer Behandlungsbedarf geprüft und gebahnt. Nach den Vorgaben des OEG tragen die Bundesländer die Kosten für drei bis fünf Termine. Bis auf Nordrhein-Westfalen sind Traumambulanzen in den anderen Bundesländern nur vereinzelt, im Aufbau oder gar nicht vorhanden (Bollmann et al., 2012). Spezialambulanzen für Flüchtlinge zeichnen sich in der psychotherapeutischen Behandlung von traumatisierten asylsuchenden Kindern und Jugendlichen besonders durch die Einbeziehung von Dolmetschern aus. In Deutschland existieren diese Spezialambulanzen jedoch bisher nur in unzureichendem Ausmaß in wenigen spezialisierten psychosozialen Behandlungszentren (BZgA, 2013).

### 1.3 Betroffenen­sicht

In Deutschland werden die Betroffenen sexuellen Missbrauchs seit 2013 durch den Betroffenenrat beim Unabhängigen Beauftragten für Fragen des sexuellen Missbrauchs vertreten. Deren Forderungen beziehen sich meist auf Erwachsene, die in der Kindheit Opfer sexueller Gewalt wurden. Einige der Forderungen lassen sich jedoch auch auf die Versorgung von Kindern und Jugendlichen übertragen.

## Forderungen zur Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung von durch (sexualisierte) Gewalt traumatisierte Menschen des Betroffenenrats beim Unabhängigen Beauftragten für Fragen des sexuellen Kindesmissbrauchs, 06.04.2016

### 1. Reformbedarf bei der Bedarfsplanung der psychotherapeutischen Versorgung

Wir fordern eine flächendeckende psychotherapeutische Versorgung mit kurzen Wartezeiten und qualifizierten Behandler\_innen. Die Bedarfsplanung muss sich an den tatsächlichen Prävalenzen behandlungsbedürftiger Erkrankungen und einer realistischen Behandlungsdauer orientieren. Schon heute liegen Wartezeiten im Schnitt bei drei Monaten, in ländlichen Regionen sogar deutlich höher. Komplex traumatisierte Menschen warten oft noch länger auf einen Behandlungsplatz oder werden von vornherein wegen ihres oft komplexen Krankheitsbildes abgelehnt. Auch für betroffene Kinder und Jugendliche vergehen oft Monate und Jahre bis zu einer geeigneten Therapie.

### 2. Verbesserung der Akutversorgung durch das neue Versorgungsstärkungsgesetz - aber nicht auf Kosten bestehender Psychotherapieplätze

Wir fordern, die Verbesserung der Akutversorgung nicht auf Kosten bestehender Therapieplätze zu realisieren. Neue Kassensitze und mehr Behandlungsplätze müssen geschaffen werden. Die Teilnehmermeerermächtigung von Kliniken an der ambulanten Versorgung verschlechtert längerfristig die Versorgung insbesondere in ländlichen Gebieten. Eine Verbesserung der Ausbildung von Hausärzt\_innen als erste Ansprechpersonen mit dem Ziel der schnellen Überweisung in psychotherapeutische Behandlung ist unerlässlich. So können Chronifizierungen und langfristige Inanspruchnahme des Gesundheits- und Sozialsystems verhindert werden.

### 3. Verankerung traumatherapeutischer Kenntnisse in der medizinischen Ausbildung

Traumatherapeutische Grundkenntnisse sind unabdingbar für das gesamte medizinische Personal in Praxen und Kliniken, dies betrifft vor allem Hausärzt\_innen, Fachärzt\_innen, Psychologische Psychotherapeut\_innen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut\_innen. Ebenso unerlässlich ist aber auch eine entsprechende Weiterbildung für Krankenpfleger\_innen und Heilerziehungspfleger\_innen, die in der psychiatrischen Pflege tätig sind.

### 4. Gewährleistung flächendeckender und bedarfsgerechter Finanzierung von Fachberatungsstellen als erste Anlauf- und Unterstützungsstellen

Fachberatungsstellen haben die Expertise zum Umgang, Behandlung und Begleitung und Weitervermittlung von Betroffenen sexualisierter Gewalt. Fachberatungsstellen bieten unersetzbare niederschwellige Hilfemöglichkeiten.

### 5. Flexibilisierung der Therapiekontingente insbesondere für Menschen mit komplexen Traumafolgestörungen

Die Behandlung komplexer Traumafolgestörungen gehört zum Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Die bisherigen Therapiekontingente reichen jedoch für die Behandlung nicht aus. Erzwungene Therapieunterbrechungen wegen erschöpfter Kontingente oder fehlenden Finanzierungsmöglichkeiten schaden aber gerade durch sexualisierte Gewalt traumatisierten Menschen. Daraus resultierende Krankenhausaufenthalte, Arbeitsunfähigkeiten und vorzeitige Berentungen führen wiederum zu steigenden Kosten im Gesundheits- und Sozialsystem. In traumatherapeutischen Verfahren ausgebildete Therapeut\_innen brauchen die Möglichkeit, Behandlungen kontingentunabhängig durchzuführen. Das muss in der Psychotherapierichtlinie verankert werden.

### 6. Wahlfreiheit komplex traumatisierter Menschen zu Art und Ort der Therapie

Menschen mit komplexen Traumafolgestörungen benötigen spezialisierte Kliniken zur Vermeidung von Retraumatisierungen und zum Schutz vor erneuten (sexualisierten) Gewalterfahrungen. Gerade die Versorgung von Akutpatient\_innen stellt besondere Herausforderungen an Behandlungs- und Schutzkonzepte, die in allgemeinpsychiatrischen Kliniken nicht gewährleistet werden können.

### 7. Beschleunigung der Aufnahme weiterer Therapieverfahren als Richtlinienverfahren

Gerade komplex traumatisierte Menschen profitieren auch in ambulanten Settings von multimodalen Therapiekonzepten – insbesondere von Verfahren, die einen nonverbalen Zugang zum Erlebten ermöglichen, wie beispielsweise systemische Therapie sowie kunst-, körper- und bewegungsorientierte Verfahren.

#### 8. Gerechtere Verteilung von Forschungsgeldern

Bei der Verteilung von Forschungsgeldern darf nicht die Kostenersparnis im Fokus stehen: zurzeit wird vor allem die Erforschung zeitsparender Therapieverfahren gefördert. Notwendig ist eine verstärkte Erforschung von Verfahren, die Menschen mit komplexen Traumafolgestörungen wirklich helfen.

#### 9. Verbesserung der Patient\_innenaufklärung

Wir fordern eine umfassende Aufklärung über Leistungen und Patient\_innenrechte! Gerade bei komplex traumatisierten Menschen führen mangelnde oder falsche Informationen dazu, dass sie sich nicht oder viel zu spät in Behandlung begeben, was enorme persönliche, wirtschaftliche und soziale Schäden erzeugt.

### **Positionspapier des Beirats beim Unabhängigen Beauftragten für Fragen des sexuellen Kindesmissbrauchs zu Hilfsangeboten und strafrechtlicher Fallbearbeitung bei sexuellem Missbrauch, Sept. 2016**

#### Medizinische Abklärung und Heilbehandlung, Vernetzung der Heilberufe mit anderen Fachkräften

Noch immer fehlt es an geeigneten und schnell zugänglichen Plätzen bei spezifisch ausgebildeten Therapeuten. Trotz gesetzlich gut ausgestalteter genereller Rechtsansprüche auf Psychotherapie ist die spezifische therapeutische Versorgung für Kinder und Jugendliche in diesem Bereich derzeit mangelhaft. Die Indikation zur Therapie hängt eher von den lokalen Gegebenheiten und den verfügbaren Ressourcen ab als von den Bedürfnissen der Kinder.

Mitverantwortung hierfür tragen die immer noch mangelnden spezifischen Aus- und Fortbildungsinhalte für Psychotherapeuten. Vor allem in ländlichen Regionen gibt es zu wenige qualifizierte Therapeuten, die Therapien für Personen mit Traumafolgestörungen anbieten. Bei Kindern und Jugendlichen vergehen oft Monate und Jahre, bis sie eine geeignete Therapie bekommen.

Für die Suche nach geeigneten Therapiemöglichkeiten müssen niedrigschwellige Strukturen geschaffen werden. Das Beratungsangebot der Krankenkassen scheint hier nicht auszureichen, um kurzfristig geeignete Therapieangebote für von Missbrauch betroffene Kinder und Jugendliche zu finden. Es bleibt fraglich, ob diese Defizite durch die vom Gemeinsamen Bundesausschuss am 16. Juni 2016 geänderte Psychotherapie-Richtlinie ausgeglichen werden können. Zu begrüßen ist, dass die Richtlinie Evaluationen der zentralen Neuerungen vorsieht.

#### Beratung und Frühintervention

Im Bereich der Beratung hat sich eine differenzierte Landschaft spezifischer und allgemeiner Beratungsstellen in Deutschland entwickelt. „Vom Kind her gedacht“ sind diese Beratungsangebote zentrale Kompetenzzentren, die Betroffene und ihre Familie in einer akuten Krisensituation beraten und als zentrale Vermittler in weitere Hilfestrukturen fungieren. Nach wie vor gibt es allerdings massive Lücken in der bundesweiten Versorgung. Gerade für betroffene Jungen sowie für Kinder und Jugendliche mit Behinderung gibt es – vor allem in ländlichen Regionen – kaum Fachberatungsangebote.

Weitere Beratungsangebote entstehen im Rahmen der in Ausbau befindlichen Traumaambulanzen nach dem Opferentschädigungsrecht. Durch die Einrichtung von Traumaambulanzen im sozialen Entschädigungsrecht – zunächst vor allem in Nordrhein-Westfalen – ist eine frühzeitige psychosoziale Unterstützung und Kurzintervention bei Opfern von Straftaten in Deutschland eingeführt worden, die sich derzeit in immer mehr Ländern ausweitet.

Darüber hinaus braucht es einheitliche abgestimmte Standards für die Beratungsarbeit, die auch Kernpunkte wie beispielsweise Transparenz und Vertraulichkeit regeln. Grundlegend ist dafür aber die flächendeckende Versorgung mit Fachberatungsstellen, die dafür ausreichend von Ländern und Kommunen finanziell ausgestattet werden müssen.

## 2 Ziele und Fragestellung des Gutachtens

Mit der Verabschiedung der Kinderrechtskonvention der Vereinten Nationen 1989 haben sich die unterzeichnenden Staaten darauf geeinigt, jedem Kind die bestmögliche Entwicklung ohne Anwendung von körperlicher oder psychischer Gewalt zu gewährleisten (United Nations, 1990). Nach Schätzungen von Unicef (2010) werden weltweit drei von vier Kindern zwischen 2 und 14 Jahren durch ihre Eltern oder andere Bezugspersonen unter Einsatz von psychischer oder physischer Gewalt erzogen. In Deutschland muss aktuell von Prävalenzraten von 13,9% für emotionale Vernachlässigung, 10,2% für emotionalen Missbrauch, 12% für körperlichen Missbrauch, 48,4% für körperlichen Missbrauch und 6,2% für sexuellen Missbrauch ausgegangen werden (Iffland et al., 2013).

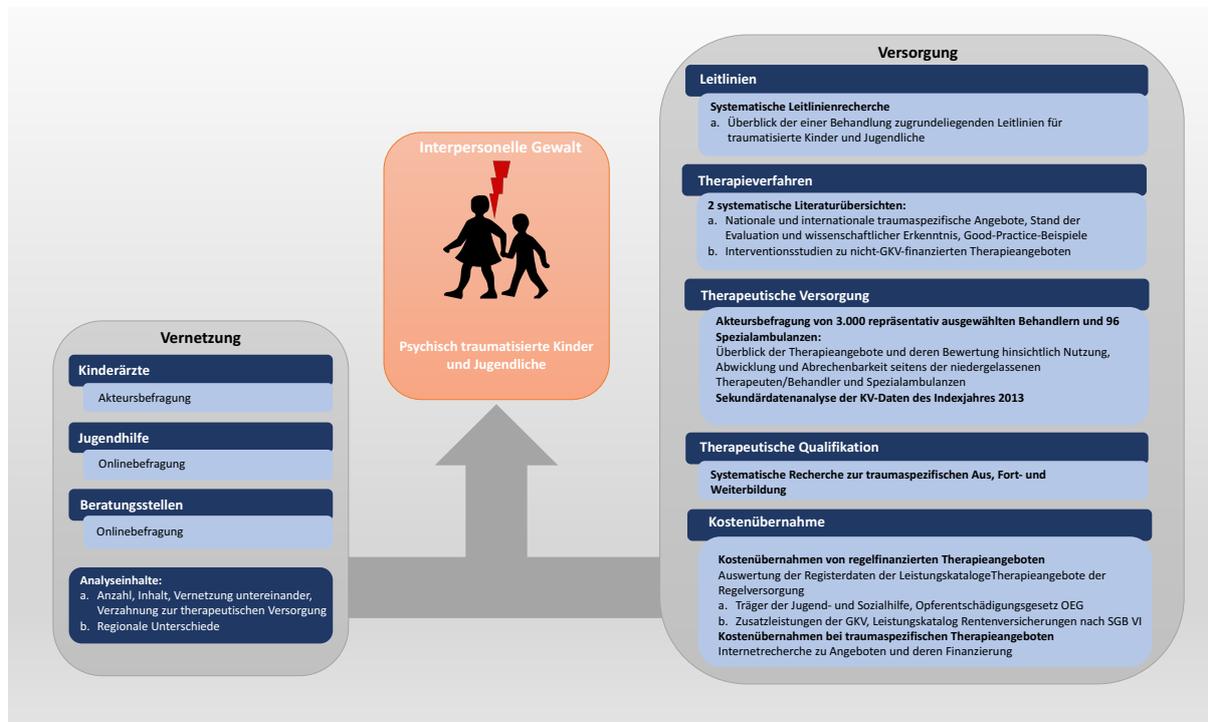
Traumatisierungen in der Kindheit und Jugend können die optimale Entwicklung beeinträchtigen, erhöhen gesundheitliche, Verhaltens- und soziale Probleme und stellen zudem ein großes Problem für das Gesundheitswesen dar (WHO, 2002; Felitti et al., 1998; Brown et al., 2009). Kosten, die durch frühkindliche Gewalterfahrung im Verlauf des Lebens aus direkten Kosten für die medizinische Versorgung, Jugendhilfe und Justiz sowie aus indirekten Kosten aufgrund von Sonderbeschulung, eingeschränkter Produktivität sowie Erkrankungen im Erwachsenenalter entstehen, belaufen sich in den USA auf 210.012 Dollar pro Fall (Fang et al., 2012). Eltern, die selbst als Kind misshandelt wurden, zeigen darüber hinaus im Rahmen transgenerationaler Weitergabe eher missbräuchliches Verhalten ihren Kindern gegenüber (Pears & Capaldi, 2001). Es besteht daher ein großer Bedarf, posttraumatische Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen möglichst frühzeitig zu identifizieren und adäquat zu behandeln.

Die Gesetzeslage nach dem Fünften Buch Sozialgesetzbuch (SGBV) und der Psychotherapie-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses ermöglicht eine adäquate psychotherapeutische und andere Leistung zur Krankenbehandlung für betroffene Kinder und Jugendliche. In der Praxis wird von den Betroffenen eine **inhaltliche Erweiterung der Therapieangebote** um verfahrensübergreifende traumaspezifische und nonverbale Methoden gewünscht. Es bleibt zu prüfen, ob der **Zugang für alle Betroffenen** gleichermaßen möglich ist: Berücksichtigt werden müssen beispielsweise regionale Unterschiede in der Versorgung, Unterschiede in den Regelungen zur Kostenübernahme und die Vernetzungen mit niedrigschwelligen Beratungsangeboten.

Ein wissenschaftliches Gutachten im Sinne einer Bestandsaufnahme zu den a) aktuellen Therapieangeboten für von Gewalt betroffene, psychisch traumatisierte Kindern und Jugendlichen, b) den spezifischen Zugängen und c) den Regelungen zur Kostenübernahme soll dazu beitragen, das Angebot, die Qualität und Zugangsmöglichkeiten der traumafokussierten therapeutischen Angebote in Deutschland zu verbessern.

### 3 Bestandsaufnahme der Situation in Deutschland

Im Zeitraum 01. November 2015 bis 31. Januar 2017 bearbeitete eine interdisziplinär besetzte Forschungsgruppe am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf verschiedene Arbeitspakete, um die Fragestellungen des Gutachtens methodisch und den inhaltlichen Zusammenhängen angemessen zu beantworten.



#### I. Arbeitspaket VERSORGUNG:

##### Therapieangebote und Versorgung von traumatisierten Kindern und Jugendlichen

###### Inhalte

- A. Überblick aller Therapieangebote für traumatisierte Kinder und Jugendliche in Deutschland, die zur Abrechnung kommen [KV-Daten]
- B. Überblick der Therapieangebote und deren Bewertung hinsichtlich Nutzung, Abwicklung und Abrechenbarkeit seitens der niedergelassenen Therapeuten/Behandler und Spezialambulanzen [Befragungen]
- C. Überblick der einer Behandlung zugrundeliegenden Leitlinien für traumatisierte Kinder und Jugendliche [Literaturanalyse]

###### Methodik

Sekundärdatenanalyse von Abrechnungsdaten der Kassenärztlichen Vereinigungen, Akteursbefragung von 3.000 repräsentativ ausgewählten Behandlern und 96 Spezialambulanzen, Systematische Leitlinienrecherche

###### Teilprojektverantwortliche

Dipl.-Psych. Franka Metzner, Sekundärdatenanalyse und Leitlinienrecherche

Dr. Julia Iwen und Dipl.-Psych. Eva Christalle (ab 06/16), Akteursbefragung

## Überblick aller Therapieangebote für traumatisierte Kinder und Jugendliche in Deutschland, die zur Abrechnung kommen [KV-Daten]

Repräsentative Studien zeigen, dass 1,3% bis 1,6% der Kinder und Jugendlichen in Deutschland innerhalb ihrer Kindheit und Jugend in Folge von traumatischen Erlebnissen an der Posttraumatischen Belastungsstörungen (PTBS), die eine der häufigsten Traumafolgestörungen darstellt, erkranken (Perkonig et al., 2000; Essau et al., 1999). Bei Mädchen wurde in den wissenschaftlichen Untersuchungen zur PTBS ein größeres Erkrankungsrisiko gefunden als für Jungen (Breslau & Anthony, 2007; Essau, et al., 1999; Kilpatrick, et al., 2003; Perkonig, et al., 2000). Die PTBS wird im Klassifikationssystem für psychische Erkrankungen der Weltgesundheitsorganisation (WHO), der Internationalen Klassifikation psychischer Störungen (ICD; Dilling et al., 2013), unter den Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen aufgeführt. Neben der PTBS, der akuten Belastungsreaktion und der Anpassungsstörung können auch unspezifische Belastungs- und Anpassungsstörungen bei Kindern und Jugendlichen diagnostiziert werden.

### Die Belastungs- und Anpassungsstörungen F43.0 – F43.9 im ICD-10

ICD-10-Schlüssel	Belastungs- und Anpassungsstörungen	Spezifität
F43.0	Akute Belastungsreaktion	Spezifizierte Belastungs- und Anpassungsstörungen
F43.1	Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS)	
F43.2	Anpassungsstörung	
F43.8	Sonstige Reaktionen auf schwere Belastung	Nicht spezifizierte Belastungs- und Anpassungsstörungen
F43.9	nicht näher bezeichnete Reaktion auf schwere Belastung	

Wenig bekannt ist bisher, welche Versorgung Kinder und Jugendliche mit Belastungs- und Anpassungsstörungen, wie z.B. der PTBS, in Deutschland erhalten und zur Abrechnung kommen. Sekundärdatenanalysen zum Stand von Diagnostik und Versorgung auf Basis der Abrechnungsdaten der gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV) in Deutschland zeigten teilweise Tendenzen zu nicht spezifizierten Diagnosen und regionalen Versorgungsunterschieden bei körperlich oder psychisch erkrankten Erwachsenen (Wiltert & Swart, 2014; Gaebel et al., 2013; Wiegand et al., 2016; Boenisch et al., 2012; Bramesfeld et al., 2010; van der Linde et al., 2014; van den Bussche et al., 2010). Einzelne Sekundärdatenanalysen haben somatischen Beschwerden von Kindern und Jugendlichen wie z.B. Rückenschmerzen (Ochsmann et al., 2010) untersucht. Sekundärdatenanalysen zur Versorgung von psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen auf der Basis von Krankenkassendaten sind in Deutschland und weltweit kaum zu finden. Auf der Basis der Abrechnungsdaten der GKV in Deutschland, in denen etwa 90% der Menschen in Deutschland krankenversichert sind, wurde daher untersucht, 1) bei wie vielen Kindern und Jugendlichen Belastungs- und Anpassungsstörungen (F43.0 – F43.9) als Diagnose angegeben, 2) welche psychischen und somatischen Beschwerden neben Belastungs- und Anpassungsstörungen codiert sowie 3) welche psychotherapeutischen Maßnahmen und 4) welche Psychopharmakotherapien bei Kindern und Jugendlichen mit Belastungs- und Anpassungsstörungen abgerechnet wurden.

### Methodik

In Anlehnung an die Leitlinien zur Durchführung von Sekundärdatenanalysen der Arbeitsgruppe Erhebung und Nutzung von Sekundärdaten der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention und

der Deutschen Gesellschaft für Epidemiologie (Swart et al., 2015) wurde nach einer ersten Literaturrecherche ein detaillierter Studienplan erstellt, in dem die Studiencharakteristika für die Sekundärdatenanalyse schriftlich festgelegt wurden (siehe Antrag an das Zi im Materialband). Der Studienplan mit den definierten Outcome-Operationalisierungen und Auswertungsindikatoren wurde beim Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (Zi) eingereicht und die Bereitstellung der GKV-Daten durch das Zi beantragt. Die Fragestellungen wurden auf der Grundlage einer Grundgesamtheit der GKV-Abrechnungen von N=14.522.562 Kinder und Jugendlichen im Alter zwischen 0 und 21 Jahren im Indexjahr 2012 untersucht. In enger Kooperation mit dem Zi wurden die administrative Häufigkeit von gesicherten, d.h. über mindestens zwei Quartale oder von zwei Ärzten bzw. Institutionen vergebene Diagnosen mit Fokus auf den Belastungs- und Anpassungsstörungen (F43.0 – F43.9) sowie die bei Kindern und Jugendlichen mit Belastungs- und Anpassungsstörungen abgerechneten (psycho-)therapeutischen Leistungen und Medikation analysiert und hinsichtlich von Alters-, Geschlechts- und regionalen Unterschieden verglichen.

### Die Sekundärdatenanalyse im Überblick

Inhalte der Analyse	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Administrative Prävalenz von psychischen Störungen und insbesondere von Belastungs- und Anpassungsstörungen (F43.0 – F43.9) bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland</li> <li>• Behandlungsprävalenz</li> <li>• Verschreibungsprävalenz</li> <li>• Verordnungsmenge</li> </ul>
Datengrundlage	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Stammdaten: Alter und Geschlecht des Versicherten;</li> <li>• ICD-10-verschlüsselte Haupt- und Nebendiagnosen (quartalsbezogen) inkl. Diagnosezusatz („gesichert“), EBM-Leistungsziffern (evidenzbasierte Medizin);</li> <li>• Arzneimittelverordnung: Art der verordneten Medikamente, Anzahl der verordneten Medikamente, Menge der verordneten Medikamente (definierte Tagesdosis; DDD)</li> </ul>
Zeitraum	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Indexjahr 2012 (Einführung der gesicherten Diagnose „G“ im Jahr 2005)</li> <li>• Verfolgung von Diagnosen im Indexjahr 2012 über 2 Jahre bis zum Jahr 2014 hinsichtlich der therapeutischen Leistungen</li> </ul>
Altersgruppe	0 bis 21 Jahre
Region	bundesweit
Operationalisierung des Outcomes	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ambulante und stationäre GKV-Abrechnungsdiagnosen der behandelnden Ärzte und Psychotherapeuten (ICD-10-Codes)</li> <li>• Zulasten der GKV abgerechnete Leistungsziffern für psychotherapeutische Leistungen</li> <li>• Zulasten der GKV verordnete Arzneimittel</li> </ul>
Auswertungsindikatoren	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Geschlecht (männlich, weiblich)</li> <li>• Altersgruppe (0 – 13 Jahre, 14 – 21 Jahre)</li> <li>• Kreistyp (verstädterte Räume, ländliche Räume, Agglomerationsräume d.h. dicht besiedelte Umlandsgebiete)</li> <li>• Bundesländer</li> </ul>

Da die Pseudomisierung der Patientenstammdaten für die Abrechnung der psychotherapeutischen Leistungen über ein anderes Verfahren erfolgte als für die Abrechnung der Arzneimittel, unterscheiden sich die analysierten Sub-Stichproben hinsichtlich ihrer Größe.

### Ergebnisse

Im Indexjahr 2012 haben insgesamt N=14.522.562 Kinder und Jugendliche zwischen 0 und 21 Jahren Leisten der GKV in Anspruch genommen. Bei den 1.413.3373 Kindern und Jugendlichen, zu denen Angaben zu ihrem Geschlecht vorlagen, handelte es sich jeweils zu 50% um Mädchen und Jungen. Zu 389.189 Kindern und Jugendlichen lagen keine Geschlechtsangaben vor. Die Mädchen und Jungen in der Grundgesamtheit im Indexjahr 2012 waren im Mittel 10,9 Jahre alt und lebten zu 23,5% in Agglomerationsräumen, zu 58,7% in verstädterten Räumen und zu 17,8% in ländlichen Räumen. Die administrative Prävalenz von psychischen Erkrankungen in der Grundgesamtheit im Jahr 2012 rangierte zwischen 0,1% für die organischen, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen (F0) sowie für Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen (F2) und 8,5% für Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend (F9) sowie 11,8% für die Entwicklungsstörungen (F8). Für die Neurotischen-, Belastungs- und somatoformen Störungen (F4), zu denen u.a. die Belastungs- und Anpassungsstörungen zählen, wurde für die 0- bis 21-Jährigen im Jahr 2012 eine administrative Prävalenz von 4,9% verzeichnet. Von den Belastungs- und Anpassungsstörungen wurde laut der GKV-Daten am häufigsten die Anpassungsstörung (1,6%) und die akute Belastungsreaktion (0,7%) codiert; für die PTBS ergab sich eine administrative Prävalenz von 0,2%.

### Administrative Prävalenz von gesicherten F1-bis F9-Diagnosen sowie Schmerzen bei Patienten zwischen 0 und 21 Jahren in der Grundgesamtheit im Indexjahr 2012 (N=14.522.562)

ICD-10-Schlüssel	Diagnosen bzw. Schmerzen	Administrative Häufigkeit (%)
F0	Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen (z.B. Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen aufgrund einer Krankheit, Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns 0,05%, nicht näher bezeichnete organische oder symptomatische psychische Störung 0,02%)	0,1%
F1	Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (z.B. Störungen durch Alkohol 0,1%, Störungen durch Tabak 0,7%)	0,9%
F2	Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen (z.B. Schizophrenie 0,04%, nicht näher bezeichnete nichtorganische Psyche 0,03%)	0,1%
F3	Affektive Störungen (z.B. depressive Episode 1,4%, rezidivierende depressive Störungen 0,2%)	1,8%
F4	Neurotische-, Belastungs- und somatoforme Störungen (z.B. somatoforme Störungen 2,9%, Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen 2,8%)	4,9%
F43.0	Akute Belastungsreaktion	0,7%
F43.1	Posttraumatische Belastungsstörung	0,2%
F43.2	Anpassungsstörung	1,6%
	Spezifizierte Belastungs- und Anpassungsstörungen	2,4%
F43.8	Sonstige Reaktionen auf schwere Belastung	0,1%

F43.9	Reaktion auf schwere Belastung, nicht näherbezeichnet	0,3%
	Nicht spezifizierte Belastungs- und Anpassungsstörungen	0,5%
ICD-10-Schlüssel	Diagnosen bzw. Schmerzen	Administrative Häufigkeit (%)
F43	Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	2,8%
F5	Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen oder Faktoren (z.B. Essstörungen 0,6%, nichtorganische Schlafstörungen 0,4%)	1,5%
F6	Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (z.B. Persönlichkeitsstörungen 0,4%, nicht näher bezeichnete Persönlichkeits- und Verhaltensstörung 0,6%)	1,4%
F7	Intelligenzminderung (z.B. leichte Intelligenzminderung 0,2%, nicht näher bezeichnete Intelligenzminderung 0,4%)	0,7%
F8	Entwicklungsstörungen (z.B. umschriebene Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache 7,5%, umschriebene Entwicklungsstörungen der motorischen Funktionen 2,7%)	11,8%
F9	Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend (z.B. hyperkinetische Störungen 3,7%, sonstige Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend 2,9%)	8,5%
	Bauchschmerzen	16,0%
	Kopfschmerzen	6,5%
	Rückenschmerzen	3,6%
	Sonstige Schmerzen	2,8%

Die GKV-Daten zeigten, dass Bauchschmerzen bei 16,0%, Kopfschmerzen bei 6,5%, Rückenschmerzen bei 3,6% und sonstige Schmerzen bei 2,8% der Kinder und Jugendlichen in der Grundgesamtheit codiert wurden.

Im Geschlechtervergleich ergaben sich insbesondere hinsichtlich der administrativen Häufigkeit von affektiven Störungen (F3), von neurotischen-, Belastungs- und somatoformen Störungen (F4), von Entwicklungsstörungen (F8) und von Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend (F9) Unterschiede zwischen Jungen und Mädchen. Während laut der GKV-Daten bei Mädchen häufiger affektive Störungen (F3) und neurotische-, Belastungs- und somatoforme Störungen (F4) diagnostiziert wurden, waren für Jungen Entwicklungsstörungen (F8) und von Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend (F9) codiert.

Administrative Prävalenz von gesicherten F1-bis F9-Diagnosen sowie Schmerzen bei Patienten zwischen 0 und 21 Jahren in der Grundgesamtheit im Indexjahr 2012 nach Geschlecht (N=14.522.562)

ICD-10-Schlüssel	Diagnosen bzw. Schmerzen	Administrative Häufigkeit (%)		
		männlich	weiblich	Gesamt
F0	Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen	0,2%	0,1%	0,1%
F1	Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen	0,8%	1,0%	0,9%

ICD-10-Schlüssel	Diagnosen bzw. Schmerzen	Administrative Häufigkeit (%)		
		männlich	weiblich	Gesamt
F2	Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen	0,1%	0,1%	0,1%
F3	Affektive Störungen	1,3%	2,3%	1,8%
F4	Neurotische-, Belastungs- und somatoforme Störungen	3,6%	6,3%	4,9%
F43.0	Akute Belastungsreaktion	0,5%	0,9%	0,7%
F43.1	Posttraumatische Belastungsstörung	0,2%	0,3%	0,2%
F43.2	Anpassungsstörung	1,5%	1,8%	1,6%
	Spezifizierte traumaassoziierte Diagnose	2,1%	2,8%	2,4%
F43.8	Sonstige Reaktionen auf schwere Belastung	0,1%	0,2%	0,1%
F43.9	Reaktion auf schwere Belastung, nicht näher bezeichnet	0,2%	0,5%	0,3%
	Nicht spezifizierte traumaassoziierte Diagnose	0,3%	0,6%	0,5%
F43	Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	2,4%	3,2%	2,8%
F5	Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen oder Faktoren	1,3%	1,7%	1,5%
F6	Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	1,4%	1,4%	1,4%
F7	Intelligenzminderung	0,8%	0,6%	0,7%
F8	Entwicklungsstörungen	14,6%	8,9%	11,8%
F9	Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	11,1%	5,9%	8,5%
	Bauchschmerzen	13,5%	18,7%	16,0%
	Kopfschmerzen	5,9%	7,2%	6,5%
	Rückenschmerzen	3,4%	3,8%	3,6%
	Sonstige Schmerzen	2,1%	3,4%	2,8%

Alle untersuchten Formen von Schmerzen wurden bei den Mädchen häufiger diagnostiziert als bei den Jungen. Beim Vergleich der Kinder und Jugendlichen hinsichtlich der Altersgruppen zeigte sich, dass bei den 0- bis 13-Jährigen die administrative Häufigkeit für Entwicklungsstörungen (F8) und Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend (F9) besonders hoch war, während insbesondere psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (F1), affektive Störungen (F3), neurotische-, Belastungs- und somatoforme Störungen (F4) wie z.B. auch die Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen (F43) sowie Kopf-, Rücken- und sonstige Schmerzen bei den 14- bis 21-Jährigen häufiger diagnostiziert wurden.

Administrative Prävalenz von gesicherten F1-bis F9-Diagnosen sowie Schmerzen bei Patienten zwischen 0 und 21 Jahren in der Grundgesamtheit im Indexjahr 2012 nach Alter (N=14.522.562)

ICD-10-Schlüssel	Diagnosen bzw. Schmerzen	Administrative Häufigkeit (%)		
		0 – 13 J.	14 – 21 J.	Gesamt
F0	Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen	0,1%	0,2%	0,1%
F1	Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen	0,0%	2,2%	0,9%
F2	Schizophrenie, schizotype und wahnhaftes Störungen	0,0%	0,3%	0,1%
F3	Affektive Störungen	0,5%	3,9%	1,8%
F4	Neurotische-, Belastungs- und somatoforme Störungen	2,6%	8,5%	4,9%
F43.0	Akute Belastungsreaktion	0,4%	1,2%	0,7%
F43.1	Posttraumatische Belastungsstörung	0,1%	0,4%	0,2%
F43.2	Anpassungsstörung	1,2%	2,7%	1,6%
	Spezifizierte traumaassoziierte Diagnose	1,7%	3,6%	2,4%
F43.8	Sonstige Reaktionen auf schwere Belastung	0,1%	1,9%	0,1%
F43.9	Reaktion auf schwere Belastung, nicht näher bezeichnet	0,1%	0,7%	0,3%
	Nicht spezifizierte traumaassoziierte Diagnose	0,2%	0,8%	0,5%
F43	Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	1,8%	4,3%	2,8%
F5	Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen oder Faktoren	1,4%	1,6%	1,5%
F6	Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	1,1%	1,7%	1,4%
F7	Intelligenzminderung	0,6%	0,9%	0,7%
F8	Entwicklungsstörungen	17,5%	3,1%	11,8%
F9	Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	10,3%	5,9%	8,5%
	Bauchschmerzen	15,9%	16,5%	16,0%
	Kopfschmerzen	4,3%	10,0%	6,5%
	Rückenschmerzen	1,6%	6,6%	3,6%
	Sonstige Schmerzen	1,6%	0,3%	2,8%

Im Indexjahr 2012 haben laut der GKV-Daten n=60.389 Kinder und Jugendliche zwischen 0 und 21 Jahren eine gesicherte F43-Diagnose (Belastungs- und Anpassungsstörungen) vergeben bekommen. Das Durchschnittsalter in dieser Substichprobe betrug 13,7 Jahre; 57,1% der Kinder und Jugendlichen war weiblich. Eine spezifizierte Belastungs- und Anpassungsstörung wurde bei 92,0% der Mädchen und Jungen codiert. Die häufigste spezifizierte Belastungs- und Anpassungsstörung war mit einem Anteil von 71,2% die Anpassungsstörung (F43.2) und mit 19,6% die akute Belastungsreaktion (19,6%). Die PTBS wurde bei 10,3% der Kinder und Jugendlichen mit einer gesicherten F43-Diagnose im Jahr 2012 vergeben. Der Anteil von nicht spezifizierten Belastungs- und Anpassungsstörungen (F43.8 und F43.9) betrug in der Substichprobe 14,9%.

#### Einjahresprävalenz von F43-Diagnosen in der Substichprobe im Indexjahr 2012 gesamt (N=60.389)

ICD-10-Schlüssel	Belastungs- und Anpassungsstörungen	Administrative Häufigkeit (in %)
F43.0	Akute Belastungsreaktion	19,6 %
F43.1	Posttraumatische Belastungsstörung	10,3%
F43.2	Anpassungsstörung	71,2%
	Spezifizierte Belastungs- und Anpassungsstörungen	92,0%
F43.8	Sonstige Reaktionen auf schwere Belastung	4,8%
F43.9	Reaktion auf schwere Belastung, nicht näher bezeichnet	10,3%
	Nicht spezifizierte Belastungs- und Anpassungsstörungen	14,9%

Bei der Untersuchung von regionalen Unterschieden hinsichtlich der administrativen Einjahresprävalenz von F43-Diagnosen zeigten sich wenige Abweichungen zwischen Kindern und Jugendlichen, die in Agglomerationsräumen, verstädterten Räumen und ländlichen Räumen lebten. Während die akute Belastungsreaktion am häufigsten bei in Agglomerationsräumen lebenden Kindern und Jugendlichen verzeichnet war (21,0%), wurde die Anpassungsstörung am häufigsten bei Kindern und Jugendlichen in verstädterten Räumen vergeben (72,3%).

Zum regionalen Vergleich sind die administrativen Einjahresprävalenzen für F43-Diagnosen in der Substichprobe der Kinder und Jugendlichen, die im Indexjahr 2012 mindestens eine gesicherte F43-Diagnose in den GKV-Daten verzeichnet hatten, nach Bundesländern dargestellt. Der regionale Vergleich zeigt, dass die akute Belastungsreaktion am häufigsten in Bremen (32,0%) und am wenigsten in Schleswig Holstein (15,4%), die PTBS am häufigsten in Hamburg (13,7%) und am wenigsten in Thüringen (7,9%) und die Anpassungsstörung am häufigsten in Schleswig-Holstein (75,4%) und am wenigsten in Bremen (61,1%) vergeben wurden.

Für einen Teil der Kinder und Jugendlichen mit mindestens einer gesicherten F43-Diagnose im Indexjahr 2012 waren weitere psychische Erkrankungen und Schmerzen in den GKV-Daten verzeichnet. Kinder und Jugendliche mit einer Diagnose aus dem Bereich der Belastungs- und Anpassungsstörungen haben am häufigsten zusätzlich noch eine Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend (F9; 36,0%), andere neurotische-, Belastungs- und somatoforme Störungen (F4; 28,2%), Entwicklungsstörungen (F8, 20,6%) oder affektive Störungen (F3; 20,2%) vergeben bekommen. Etwa 28% der Kinder und Jugendlichen in der Substichprobe hatten Bauchschmerzen, 14,9% Kopfschmerzen und 7,5% Rückenschmerzen als zusätzliche Diagnose in den GKV-Daten verzeichnet.

## Komorbide Erkrankungen und Schmerzen in der Substichprobe im Indexjahr 2012 (N=60.389)

ICD-10-Schlüssel	Komorbide Diagnosen bzw. Schmerzen	Administrative Häufigkeit (in %)
F0	Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen (z. B. Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen aufgrund einer Krankheit, Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns 0,3%, andere psychische Störungen aufgrund einer Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns oder einer körperlichen Krankheit 0,3%)	0,8%
F1	Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (z.B. Störungen durch Tabak 2,4%, Störungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen 0,7%)	3,9%
F2	Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen (z.B. Schizophrenie 0,2%, nicht näher bezeichnete nichtorganische Psychose 0,3%)	0,9%
F3	Affektive Störungen (z.B. depressive Episode 17,3%, rezidivierende depressive Störungen 2,6%)	20,2%
F4	Neurotische-, Belastungs- und somatoforme Störungen (z.B. somatoforme Störungen 15,7%, andere Angststörungen 10,3%)	28,2%
F5	Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen oder Faktoren (z.B. Essstörungen 3,0%, nichtorganische Schlafstörungen 2,6%)	7,5%
F6	Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (z.B. andere Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen 1,4%, nicht näher bezeichnete Persönlichkeits- und Verhaltensstörung 3,1%)	9,5%
F7	Intelligenzminderung (z.B. leichte Intelligenzminderung 0,9%, nicht näher bezeichnete Intelligenzminderung 1,0%)	2,0%
F8	Entwicklungsstörungen (z.B. umschriebene Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache 8,8%, umschriebene Entwicklungsstörungen schulischer Fertigkeiten 8,0%)	20,6%
F9	Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend (z.B. hyperkinetische Störungen 14,5%, emotionale Störungen des Kindesalters 11,1%)	36,0%
	Bauchschmerzen	28,2%
	Kopfschmerzen	14,9%
	Rückenschmerzen	7,5%
	Sonstige Schmerzen	12,8%

Im Indexjahr 2012 wurden für Kinder und Jugendliche mit gesicherter F43-Diagnose am häufigsten probatorische Sitzungen (30,4%) und nichtantragspflichtige Leistungen (30,1%) abgerechnet. Antragspflichtige Leistungen wurden 2012 bei 23,4%, diagnostisch/therapeutische Leistungen bei 15,1% der Kinder und Jugendlichen geziffert. Während 2012 bei 41,0% der Mädchen und Jungen mit der im gleichen Jahr gestellten F43-Diagnose eine der analysierten Leistungen abgerechnet wurden, traf dies 2013 bei 21,7% und 2014 bei 17,0% der Kinder und Jugendlichen zu.

Leistungen in der Substichprobe im Indexjahr 2012 bis 2014 (N=60.389)

Leistungen	Administrative Häufigkeit (in %)
<b>Diagnostisch/Therapeutische Leistungen</b>	
2012	15,1%
2013	9,7%
2014	7,9%
<b>Behandlungs-Gebührenordnungspositionen der Psychiatrie oder der Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie oder der Psychotherapie</b>	
2012	18,7%
2013	12,4%
2014	9,8%
<b>Nichtantragspflichtige Leistungen</b>	
2012	30,1%
2013	17,5%
2014	14,4%
<b>Probatorische Sitzungen</b>	
2012	30,4%
2013	6,9%
2014	0,3%
<b>Antragspflichtige Leistungen</b>	
2012	23,4%
2013	21,0%
2014	12,0%
<b>Gebührenordnungspositionen gesamt</b>	
2012	41,0%
2013	21,7%
2014	17,0%

Ebenso werden bei Mädchen und Jungen zwischen 0 und 13 Jahren mit Belastungs- und Anpassungsstörung im 3-Jahres-Verlauf deutlich weniger Leistungen abgerechnet als bei den 14- bis 21-Jährigen. Während beispielsweise 2012 für 25,3% der Jugendlichen zwischen 14 und 21 Jahren diagnostische Leistungen geziffert wurden, war dies bei 2,7% der Kinder und Jugendlichen unter 14 Jahren der Fall.

Der regionale Vergleich zwischen Patienten der drei Kreistypen ergab, dass außer den nichtantragspflichtigen Leistungen alle analysierten therapeutischen Leistungen für in ländlichen Räumen lebende Kinder und Jugendliche mit Belastungs- und Anpassungsstörung weniger häufig abgerechnet wurden als für betroffene Kinder und Jugendlichen in Agglomerations- und verstädterte Räumen.

Beim regionalen Vergleich der für die Kinder und Jugendlichen mit Belastungs- und Anpassungsstörungen abgerechneten therapeutischen Leistungen zeigten sich deutliche Unterschiede zwischen den Bundesländern. Während 2012 in Hessen für 18,9% der betroffenen Mädchen und Jungen diagnostische Leistungen abgerechnet wurden, fand dies in Thüringen lediglich für 8,3% der Kinder und Jugendlichen statt. In Bremen wurden im Indexjahr 2012 für 13,8% der Kinder und Jugendlichen mit F43-Diagnosen Behandlungs-Gebührenordnungspositionen der Psychiatrie oder der Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie oder der Psychotherapie geziffert, während diese Leistungen für 26,1% der Mädchen und Jungen im Saarland abgerechnet wurden.

Insgesamt haben 12,6% der Kinder und Jugendlichen mit einer gesicherten F43-Diagnose im Jahr 2012 Psychopharmaka verschrieben bekommen. Am häufigsten wurden Antidepressiva (9,0%), Antipsychotika (3,2%) und Sedativa bzw. Hypnotika (1,9%) verordnet.

### Medikation in der Substichprobe im Indexjahr 2012 Gesamt (N= 63.154)

Verordnungen	Administrative Häufigkeit (in %) / MW
Anzahl der Verordnungen pro Patient (alle Rezepte)	6,13
Anzahl der verordneten Wirkstoffe (alle Medikamente)	3,46
Anzahl verordneter DDDs (alle Medikamente)	189,53
Patienten mit Antipsychotika-Verordnung	3,2%
Anzahl verordneter DDDs (Antipsychotika)	1,96
Patienten mit Diazepin-Verordnung	1,6%
Anzahl verordneter DDDs (Diazepin)	0,29
Patienten mit sonstiger Anxiolytika-Verordnung	0,1%
Anzahl verordneter DDDs (Anxiolytika)	0,02
Patienten mit Sedativa- / Hypnotika-Verordnung	1,9%
Anzahl verordneter DDDs (Sedativa /Hypnotika)	0,52
Patienten mit Antidepressiva-Verordnung	9,0%
Anzahl verordneter DDDs (Antidepressiva)	11,84
Patienten mit Psychopharmaka-Verordnung	12,6%

Der Geschlechtervergleich zeigte, dass Jungen mit Belastungs- und Anpassungsstörungen häufiger als Mädchen Antipsychotika verordnet bekommen haben (3,6% vs. 2,8%), während in den GKV-Daten für Mädchen häufiger Diazepin-, Sedativa- / Hypnotika- und Antidepressiva-Verordnungen verzeichnet waren. Von den Mädchen haben insgesamt 13,8% und von den Jungen 10,6% Psychopharmaka verordnet bekommen.

Während 20,5% der 14- bis 21-Jährigen mit F43-Diagnose im Jahr 2012 Psychopharmaka verschrieben bekommen haben, traf dies für 3,1% der Kinder und Jugendlichen unter 14 Jahren zu. Bei den 0- bis 13-jährigen Patienten wurden die Medikamente in ihrer Häufigkeit etwa gleichverteilt, am häufigsten wurden aber Antipsychotika (1,6%) verordnet. Bei den Jugendlichen über 13 Jahren wurden am häufigsten Antidepressiva (16,0%) verschrieben; 4,5% der 14- bis 21-Jährigen erhielten Antipsychotika-Verordnungen.

Die Verschreibungsprävalenz bei Kindern und Jugendlichen mit gesicherter F43-Diagnose unterscheidet sich zwischen den Bundesländern. Sie rangiert beispielsweise für Antipsychotika zwischen 2,0% in Schleswig Holstein und 4,4% in Sachsen-Anhalt. Der Range bei Antidepressiva-Verordnungen reicht von 6,0% in Niedersachsen bis zu 10,9% in Rheinland-Pfalz.

## Diskussion

Die Sekundärdatenanalyse auf der Basis der KGV-Daten aus dem Jahr 2012 ermöglicht einen Einblick in die Abrechnungspraxis von ambulanten Versorgern bei Kindern und Jugendlichen mit Belastungs- und Anpassungsstörungen (F43.0 – 43.9) in Deutschland. Die Ergebnisse weisen auf Geschlechter-, Alters- und regionale Unterschiede in den administrativen Prävalenzen der Traumafolgestörungen, der zusätzlichen Diagnosen, der therapeutischen Leistungen sowie der Psychopharmaka-Verordnungen hin. Die Aussagekraft der Daten ist allerdings durch die Art der Datenerhebung eingeschränkt, da durch die Analyse der GKV-Daten lediglich abgebildet wird, was (ambulante) Versorger bei ihren Patienten ziffern. Durch den Rückgriff auf gesicherte Diagnosen erfolgte zwar eine interne Validierung der Daten; eine externe Validierung mit Hilfe ergänzender Datenquellen fehlt aber bisher um einen systematischen Bias (z.B. bedingt durch unsystematische Diagnostik, fehlende Abrechnungsmöglichkeiten für bestimmte Leistungen etc), so dass die gewonnenen Ergebnisse der Sekundärdatenanalyse lediglich als Hinweise für die Therapieangebote für traumatisierte Kinder und Jugendliche in Deutschland gewertet werden können und v.a. die Abrechnungspraxis in diesem Bereich transparent machen. In Bezug auf die regionalen Unterschiede lassen sich zu Grunde liegende strukturelle Unterschiede (wie z.B. die Anzahl der verfügbaren Therapeuten, Bildungsgrad der Eltern etc.) vermuten, die im Rahmen der durchgeführten Analyse keine Berücksichtigung gefunden haben.

## Fazit

- Für die PTBS, die in der wissenschaftlichen Literatur als eine der häufigsten Traumafolgestörungen bei Kindern und Jugendlichen beschrieben wird, wurde eine administrative Prävalenz gefunden, die unter den in epidemiologischen Studien gefundenen PTBS-Prävalenzen liegt. Die am häufigsten vergebene Traumafolgestörungen im Bereich der F43-Diagnosen war 2012 die Anpassungsstörung.
- Belastungs- und Anpassungsstörungen (F43.0 – 43.9) sowie internalisierende komorbide Diagnosen wurden bei Mädchen häufiger vergeben und ihnen mehr Medikamente und therapeutische Leistungen verordnet als Jungen.
- Bei Kindern unter 14 Jahren wurden F43-Diagnosen weniger häufig gegeben als für Jugendliche ab 14 Jahren. Zudem wurden in der jüngeren Altersgruppe deutlich weniger Medikamente und therapeutische Leistungen abgerechnet als bei den älteren Mädchen und Jungen.
- In Bezug auf die administrativen Prävalenzen, Leistungen und verordneten Medikamente zeigten sich in den GKV-Daten deutliche regionale Unterschiede. Tendenziell wurden die höheren Prävalenzen und Leistungsraten im Südwesten Deutschlands und weniger im Norden und Osten gefunden. Ein Zusammenhang zu strukturellen Unterschieden in diesen Regionen muss vermutet und in zukünftigen Untersuchungen überprüft werden.

## Überblick der Therapieangebote und deren Bewertung hinsichtlich Nutzung, Abwicklung und Abrechenbarkeit seitens der niedergelassenen Therapeuten/Behandler und Spezialambulanzen [Behandlerbefragungen]

Auf Grund interpersoneller Gewalterfahrungen können sich verschiedene psychische Störungsbilder entwickeln. Dabei spielt nicht nur die Akute Belastungsstörung (ABS) und die Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) eine große Rolle, sondern oft entwickeln die Betroffenen weitere Störungen wie Depressionen und Angststörungen (Rosner & Steil, 2013). Unbehandelte Traumata führen langfristig zu chronischer psychischer Belastung, Entwicklungsstörungen und auch körperlichen negativen Folgen (Fegert et al., 2013). Daher ist eine adäquate Versorgung der Betroffenen entscheidend.

Die Bezahlung wirksamer Psychotherapien über die gesetzlichen Krankenkassen stellt sicher, dass generell alle Kinder und Jugendlichen nach einem traumatisierenden Erlebnis auch eine psychotherapeutische Behandlung erhalten können. Dies geschieht vor allem über die Berufsgruppen der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, Psychotherapeuten mit dem Fachkundenachweis „Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen nach einem Richtlinienverfahren“ sowie Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie.

Dennoch gibt es in der Versorgungsrealität einige Barrieren. Zum einen zeigten viele Studien übermäßig lange Wartezeiten auf Psychotherapieplätze. Besonders betroffen sind dabei die ländlichen Regionen die deutlich weniger ambulante Therapieplätze pro Einwohner zur Verfügung haben als städtische Gebiete (Schwarz & Kinstler, 2006; Reisch et al., 2007).

Zum anderen verfügen nur 10-15% der approbierten Kinder- und Jugendpsychotherapeuten über eine abgeschlossene traumaspezifische Zusatzqualifikation (Hensel, 2013). Dabei ist besonders bei der Behandlung von Traumafolgestörungen die entsprechende Ausbildung und Supervision der Therapeuten entscheidend (Schmid & Goldbeck, 2013). Dabei wurden in Studien (z.B. Foa et al., 2008; Stallard, 2006) höhere Effektstärken für traumaspezifische Verfahren im Vergleich zu Wartekontrollgruppen, Gesprächspsychotherapie oder üblicher Behandlung gefunden.

Ein Schritt die Wartezeiten zu überbrücken, stellen die Opfer- und Traumaambulanzen (OTA) dar, die es sowohl für Erwachsene als auch speziell für Kinder und Jugendliche gibt (Bühning, 2012). Sie sind vor allem für die Akutversorgung direkt nach traumatisierenden Ereignissen zuständig. Eine schnelle Versorgung ist besonders wichtig, weil so langfristige psychische Folgen oft verringert oder sogar verhindert werden können. Außerdem sind die Mitarbeiter in den OTA speziell für den Trauma-Bereich ausgebildet. Die Behandlung wird über das Opferentschädigungsgesetz (OEG) finanziert und entspricht einer kurzen Behandlung von bis zu 15 Sitzungen (Möllering, 2006). Damit kommt den Mitarbeitern der OTA auch die Aufgabe zu, zu identifizieren, welche Patienten eine langfristige Psychotherapie benötigen, und diese entsprechend weiterzuleiten.

In der vorliegenden Befragung der Versorger und OTA wurde untersucht, wie viele betroffene Kinder und Jugendliche behandelt wurden, welche Behandlungsverfahren eingesetzt wurden und welche Ausbildungen und Fortbildungen die jeweiligen Behandler hatten.

### **Methodik - Versorgerbefragung**

Über die Stiftung Gesundheit wurden die Adressen verschiedener Versorger im Bereich der Kinder- und Jugendpsychotherapie und -psychiatrie bereitgestellt.

Zunächst wurden 50 Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, 25 Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie sowie 25 Psychotherapeuten mit dem Fachkundenachweis „Psychothe-

rapie bei Kindern und Jugendlichen nach einem Richtlinienverfahren“ angeschrieben und um Feedback zu dem Fragebogen gebeten. Darüber hinaus fanden mit diesen Personen einige Telefonate zum Fragebogen statt. Auf Grundlage der Rückmeldungen wurde der Fragebogen überarbeitet. Alle Fragen bezogen sich auf das Jahr 2015.

Nach der Überarbeitung wurden insgesamt 2896 Versorger aus verschiedenen Berufsgruppen angeschrieben (n=1772 Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, n=810 Psychotherapeuten mit dem Fachkundenachweis „Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen nach einem Richtlinienverfahren“ sowie n=287 Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie).

Des Weiteren wurden die Fachverbände und Landespsychotherapeutenkammern gebeten, für die Studie zu werben.

In einer zweiten Welle wurde die gesamte Stichprobe noch einmal angeschrieben. Da einige Briefe als nicht zustellbar auf Grund nicht mehr aktueller Adressen zurückkamen, wurde eine Nacherhebung durchgeführt. Dabei wurden als Ersatz für die zurückgekommenen Briefe, Personen aus der gleichen Berufsgruppe und Region ausgewählt. So wurden 109 weitere Versorger angeschrieben (n=85 Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, n=18 Psychotherapeuten mit dem Fachkundenachweis „Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen nach einem Richtlinienverfahren“ sowie n=6 Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie).

Die Auswertung fand größtenteils deskriptiv statt. Es wurden vor allem Mittelwerte, Standardabweichungen und prozentuale sowie absolute Häufigkeiten berechnet.

Zunächst wurde eine Stichprobenbeschreibung auf Grund aller Versorger durchgeführt, die den Fragebogen beantwortet hatten und mindestens ein Kind oder Jugendlichen mit Traumafolgestörung behandelt hatten. In den weiteren Ergebnissen wurde nach Kindern und Jugendlichen unterschieden. Hierbei wurden einmal ausschließlich die Versorger betrachtet, die mindestens ein Kind mit Traumafolgestörung behandelt hatten. Auf die gleiche Weise wurde ein Datensatz zur Behandlung von Jugendlichen erstellt. Die Gesamtergebnisse beziehen sich dann jeweils auf die Summe dieser beiden Teilstichproben.

Zusätzlich wurde das Angebot traumatherapeutischer Verfahren im Zusammenhang mit zwei Merkmalen untersucht – zum einen ob eine entsprechende Zusatzqualifizierung vorliegt, zum anderen ob das Einzugsgebiet hauptsächlich städtisch, ländlich oder beides ist. Hier wurden Chi-Quadrat-Tests berechnet um auf signifikante Gruppenunterschiede zu prüfen.

### **Methodik - OTA Befragung**

Mittels Internetrecherche wurden, alle OTA, die Kinder und Jugendliche behandeln, zu identifizieren. Es wurden Adressen von 82 OTA gefunden. Zunächst wurden alle mit einer E-Mail und einem Link zu einem Online-Fragebogen auf der Plattform SocSciSurvey angeschrieben. Da die Rücklaufquote sehr gering war, wurden schließlich alle OTA, von denen noch keine Antwort vorlag, noch einmal per Post mit dem identischen Fragebogen in Papierform angeschrieben.

Die Antworten wurden über Mittelwerte und Häufigkeiten zusammengefasst.

## **Ergebnisse**

### **Versorgerbefragung - Stichprobenbeschreibung**

Insgesamt wurden 2896 Versorger angeschrieben, von denen 735 Versorger antworteten, die Kinder und Jugendliche behandelten (Rücklaufquote 25%). Von diesen eingeschlossenen Versorgern behandelten

428 Versorger mindestens ein Kind und 484 Versorger mindestens einen Jugendlichen mit Traumafolgestörung.

Der größere Teil der Versorger war weiblich (77%, n=543) und im Durchschnitt 52,3 Jahre alt. Am meisten vertreten waren dabei Versorger aus Nordrhein-Westfalen (21%), Bayern (17%) und Baden-Württemberg (15%). Die meisten der Versorger gehörten der Berufsgruppe der Kinder- und Jugendpsychotherapeuten (63%) und Psychologischer Psychotherapeuten mit Fachkundenachweis „Kinder und Jugendliche“ (24%) an. Den größten Teil stellten Versorger aus Einzelpraxen (70%) und Praxisgemeinschaften (20%), wobei 90% aller Versorger eine Kassenzulassung und 65% eine Zusatzqualifizierung für traumatherapeutische Verfahren hatten.

Merkmale Versorger	
Geschlecht	77% (543) männlich
Alter	M = 52,3 (SD=10,2; Range 26-76)
Dauer Berufstätigkeit	M = 16,2 (SD=10,0; Range 0-50)
Einzugsgebiet der Praxis	
Eher städtisch	40% (286)
Eher ländlich	20% (139)
beides	40% (287)
Zusatzqualifizierung traumatherapeutische Verfahren	
Traumatherapeutische Verfahren Gesamt	65% (595)
Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR-KJ)	33% (235)
Psychodynamisch Imaginative Trauma Therapie (PITT-KID)	14% (102)
Narrative Expositionstherapie für Kinder und Jugendliche (KIDNET)	7% (50)
Mehrdimensionale psychodynamische Traumatherapie (MPTT-KJ)	2% (15)
Traumafokussierte kognitive Verhaltenstherapie (TF-KVT)	12% (84)
Sonstiges	15% (111)

### Anzahl Kinder und Subgruppen

Im Durchschnitt wurden von den Versorgern im Jahr 2015 42,4 Kinder und 35,1 Jugendliche behandelt, von denen 29,3% (Kinder) bzw. 32,8% (Jugendliche) eine Traumafolgestörung hatten.

Geschätzte Behandlungszahlen				
		MW	SD	Range
Anzahl behandelter Kinder/Jugendlichen	<b>Gesamt</b>	<b>79,5</b>	<b>189,3</b>	<b>0-1900</b>
	Kinder	42,4	122,0	0-1500
	Jugendliche	35,1	73,2	0-600
Anzahl Kinder/Jugendliche mit Traumafolgestörung	<b>Gesamt</b>	<b>17,27</b>	<b>41,6</b>	<b>0-570</b>
	Kinder	7,9	27,0	0-450
	Jugendliche	8,7	16,9	0-150
Prozentsatz Kinder/Jugendliche mit Traumafolgestörung	<b>Gesamt</b>	<b>29,5%</b>	<b>27,8</b>	<b>0-100</b>
	Kinder	29,3%	28,7	0-100
	Jugendliche	32,8%	30,4	0-100

Den größten Teil stellten dabei Mädchen mit Traumafolgestörung (63%). Vorwiegend wurden Typ-2-Traumata (wiederholende Ereignisse, 62%) und man-made-Traumata (durch Menschen verursacht, 51%) behandelt.

### Merkmale Kinder und Jugendliche – Anteil an traumatisierten Kindern bzw. Jugendlichen

	Gesamt	Kinder	Jugendliche
<b>Untergruppen</b>			
Anteil Mädchen	<b>M = 63% (SD = 22)</b>	M = 57% (SD = 27)	M = 73% (SD = 25)
Anteil Geflüchtete	<b>M = 7% (SD = 15)</b>	M = 8% (SD = 18)	M = 11% (SD = 19)
Anteil mit Behinderung	<b>M = 9% (SD = 17)</b>	M = 14% (SD = 22)	M = 11% (SD = 19)
<b>Art der Traumatisierung</b>			
Anteil Typ-1-Trauma	<b>M = 33% (SD = 26)</b>	M = 38% (SD = 30)	M = 35% (SD = 30)
Anteil Typ-2-Trauma	<b>M = 62% (SD = 27)</b>	M = 65% (SD = 30)	M = 63% (SD = 30)
Anteil man-made Trauma	<b>M = 51% (SD = 33)</b>	M = 52% (SD = 35)	M = 54% (SD = 35)
Anteil akzidentielle Trauma	<b>M = 13% (SD = 17)</b>	M = 22% (SD = 28)	M = 14% (SD = 19)

#### Behandlung Überblick

Nach Angaben der Versorger wurden 93% der Kinder und Jugendlichen mit Traumafolgestörung ausschließlich mit Psychotherapie behandelt, wobei vor allem Einzelgespräche eingesetzt wurden (89%).

Unter den kinder- und jugendpsychiatrisch Behandlungen wurden ähnlich viele Fälle mit Einzeltherapie behandelt (11%) wie mit Medikamenten (11%).

### Überwiegende Behandlung bei Kindern/Jugendlichen mit Traumafolgestörung

	Gesamt	Kinder	Jugendliche
<b>ausschließlich Psychotherapie</b>	<b>93% (843)</b>	92% (444)	93% (399)
in der Gruppe	<b>5% (47)</b>	5% (20)	6% (27)
Einzelgespräche	<b>89% (809)</b>	90% (386)	88% (423)
<b>kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung</b>	<b>15% (134)</b>	13% (54)	17% (80)
in der Gruppe	<b>3% (27)</b>	3% (12)	3% (15)
Einzelgespräche	<b>11% (98)</b>	10% (43)	11% (55)
Medikamente	<b>11% (97)</b>	8% (35)	13% (62)

Von den befragten Versorgern bezogen 85% die Eltern über gemeinsame Gespräche mit in die Behandlung der Kinder und Jugendlichen ein. Weitere 10% boten eigene Elterngruppen an, wobei die Eltern von Kinder etwas häufiger einbezogen wurden als die der jugendlichen Patienten.

### Einbezug Eltern

	Gesamt	Kinder	Jugendliche
<b>Nein</b>	<b>5% (47)</b>	0% (2)	10% (45)
<b>Gemeinsame Gespräche</b>	<b>85% (744)</b>	88% (365)	82% (379)
<b>Eigene Elterngruppen</b>	<b>10% (87)</b>	12% (48)	8% (39)

Hauptsächlich wurden tiefenpsychologisch fundierte Therapie (48%) und Verhaltenstherapie angeboten (46%).

Eingesetzte psychotherapeutische Verfahren			
	Gesamt	Kinder	Jugendliche
<b>tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie</b>	<b>48% (433)</b>	47% (224)	47% (229)
<b>Verhaltenstherapie</b>	<b>46% (418)</b>	45% (193)	47% (225)
<b>Psychoanalyse</b>	<b>21% (187)</b>	21% (88)	21% (99)
<b>Systemische Therapie</b>	<b>15% (136)</b>	15% (63)	15% (73)
<b>Gesprächspsychotherapie</b>	<b>8% (68)</b>	6% (27)	9% (41)

### Behandlung traumatherapeutische Verfahren

Unter den traumatherapeutischen Verfahren wurden vor allem Eye Movement Desensitization and Re-processing für Kinder und Jugendliche (EMDR-KJ) (34%), Traumafokussierte kognitive Verhaltenstherapie (TF-KVT) (25%) sowie Psychodynamisch Imaginative Trauma Therapie (PITT-KID) (22%) angeboten.

Eingesetzte Verfahren – traumatherapeutische Verfahren			
	Gesamt	Kinder	Jugendliche
Traumatherapeutische Verfahren Gesamt	<b>71% (646)</b>	68% (292)	73% (354)
Eye Movement Desensitization and Re-processing (EMDR-KJ)	<b>34% (312)</b>	32% (138)	36% (174)
Psychodynamisch Imaginative Trauma Therapie (PITT-KID)	<b>22% (199)</b>	21% (90)	23% (109)
Mehrdimensionale psychodynamische Traumatherapie (MPTT-KJ)	<b>5% (43)</b>	4% (19)	5% (24)
Narrative Expositionstherapie für Kinder und Jugendliche (KID-NET)	<b>15% (138)</b>	17% (74)	13% (64)
Traumafokussierte kognitive Verhaltenstherapie (TF-KVT)	<b>25% (230)</b>	21% (90)	29% (140)
andere	<b>16% (142)</b>	16% (70)	15% (72)

### Behandlung Medikamente

Medikamente wurden nur wenig zur Behandlung der Traumafolgestörung eingesetzt, wobei generell mehr Medikamente bei Jugendlichen als bei Kindern gegeben wurden.

Eingesetzte Medikamente			
	Gesamt	Kinder	Jugendliche
Antidepressiva	<b>9% (83)</b>	3% (11)	15% (72)
Neuroleptika	<b>4% (34)</b>	3% (13)	4% (21)
Beruhigungsmittel/Schlafmittel	<b>4% (34)</b>	2% (9)	5% (25)
andere	<b>4% (38)</b>	5% (22)	3% (16)

### Traumatherapeutische Behandlungen im Verhältnis zur zugehörigen Zusatzqualifikation

Die folgende Tabelle zeigt, wie viel Prozent der Therapeuten die eine Zusatzausbildung für traumatherapeutische Verfahren haben bzw. nicht haben, die entsprechende Behandlung anbieten. Dabei zeigte sich, dass insgesamt 35% der befragten Therapeuten, die keine Zusatzqualifizierung für traumatherapeutische Verfahren haben, dennoch solche Verfahren anbieten.

Angewandte Behandlungsverfahren				
		Keine Zusatzqualifikation	Zugehörige Zusatzqualifikation	Chi-Quadrat-Test
Traumatherapeutische Verfahren Gesamt	<b>Gesamt</b>	<b>35% (111)</b>	<b>90% (535)</b>	<b>X<sup>2</sup>=299,0 (df=1), p&lt;0,001</b>
	Kinder	32% (47)	87% (245)	X <sup>2</sup> =135,7 (df=1), p<0,001
	Jugendliche	38% (64)	92% (290)	X <sup>2</sup> =165,2 (df=1), p<0,001
EMDR	<b>Gesamt</b>	<b>4% (24)</b>	<b>79% (286)</b>	<b>X<sup>2</sup>=532,6 (df=1), p&lt;0,001</b>
	Kinder	3% (8)	74% (129)	X <sup>2</sup> =237,6 (df=1), p<0,001
	Jugendliche	6% (16)	83% (157)	X <sup>2</sup> =296,9 (df=1), p<0,001
PITT-KID	<b>Gesamt</b>	<b>9% (66)</b>	<b>81% (131)</b>	<b>X<sup>2</sup>=405,8 (df=1), p&lt;0,001</b>
	Kinder	8% (29)	78% (60)	X <sup>2</sup> =185,0 (df=1), p<0,001
	Jugendliche	9% (37)	84% (71)	X <sup>2</sup> =221,2 (df=1), p<0,001
MPTT-KJ	<b>Gesamt</b>	<b>3% (22)</b>	<b>75% (21)</b>	<b>X<sup>2</sup>=315,8 (df=1), p&lt;0,001</b>
	Kinder	2% (8)	79% (11)	X <sup>2</sup> =186,6 (df=1), p<0,001
	Jugendliche	3% (14)	71% (10)	X <sup>2</sup> =134,3 (df=1), p<0,001
KID-NET	<b>Gesamt</b>	<b>9% (73)</b>	<b>70% (61)</b>	<b>X<sup>2</sup>=233,7 (df=1), p&lt;0,001</b>
	Kinder	11% (42)	70% (30)	X <sup>2</sup> =95,2 (df=1), p<0,001
	Jugendliche	7% (31)	71% (31)	X <sup>2</sup> =142,6 (df=1), p<0,001
TF-KVT	<b>Gesamt</b>	<b>16% (127)</b>	<b>81% (103)</b>	<b>X<sup>2</sup>=239,1 (df=1), p&lt;0,001</b>
	Kinder	13% (46)	73% (44)	X <sup>2</sup> =114,2 (df=1), p<0,001
	Jugendliche	20% (81)	87% (59)	X <sup>2</sup> =127,6 (df=1), p<0,001

### Angebot traumatherapeutischer Verfahren in den verschiedenen Einzugsgebieten

Im Folgenden wurde der Zusammenhang zwischen dem Angebot traumatherapeutischer Verfahren und der Art des Einzugsgebietes untersucht. Dabei ergaben sich zum Großteil keine signifikanten Unterschiede. Nur im Bereich der Behandlungsverfahren EMDR und TF-KVT gab es ein etwas größeres Angebot in Einzugsgebieten, die sowohl ländlich als auch städtisch waren.

Angewandte Behandlungsverfahren					
		Städtisch	Ländlich	Beides	Chi-Quadrat-Test
Traumatherapeutische Verfahren Gesamt	<b>Gesamt</b>	<b>67% (229)</b>	<b>63% (108)</b>	<b>68% (254)</b>	<b>X<sup>2</sup>=1,4 (df=1), nicht sign.</b>
	Kinder	68% (106)	62% (52)	68% (121)	X <sup>2</sup> =1,1 (df=1), nicht sign.
	Jugendliche	62% (115)	63% (55)	65% (128)	X <sup>2</sup> =0,6 (df=1), nicht sign.
EMDR	<b>Gesamt</b>	<b>37% (127)</b>	<b>34% (59)</b>	<b>47% (176)</b>	<b>X<sup>2</sup>=11,2 (df=1), p=0,004</b>
	Kinder	38% (60)	33% (28)	48% (85)	X <sup>2</sup> =6,1 (df=1), p=0,047
	Jugendliche	36% (67)	35% (31)	46% (91)	X <sup>2</sup> =5,3 (df=1), nicht sign.
PITT-KID	<b>Gesamt</b>	<b>16% (56)</b>	<b>21% (36)</b>	<b>19% (70)</b>	<b>X<sup>2</sup>=1,8 (df=1), nicht sign.</b>
	Kinder	17% (26)	21% (18)	19% (33)	X <sup>2</sup> =0,9 (df=1), nicht sign.
	Jugendliche	16% (30)	21% (18)	19% (37)	X <sup>2</sup> =0,9 (df=1), nicht sign.
MPTT-KJ	<b>Gesamt</b>	<b>3% (11)</b>	<b>4% (6)</b>	<b>3% (11)</b>	<b>X<sup>2</sup>=0,1 (df=1), nicht sign.</b>
	Kinder	4% (6)	4% (3)	3% (5)	X <sup>2</sup> =0,3 (df=1), nicht sign.
	Jugendliche	3% (5)	3% (3)	3% (6)	X <sup>2</sup> =0,1 (df=1), nicht sign.
KID-NET	<b>Gesamt</b>	<b>11% (37)</b>	<b>8% (14)</b>	<b>10% (36)</b>	<b>X<sup>2</sup>=0,9 (df=1), nicht sign.</b>
	Kinder	12% (18)	8% (7)	10% (18)	X <sup>2</sup> =0,6 (df=1), nicht sign.
	Jugendliche	10% (19)	8% (7)	9% (18)	X <sup>2</sup> =0,4 (df=1), nicht sign.

### Angewandte Behandlungsverfahren

	<b>Gesamt</b>	<b>12% (40)</b>	<b>11% (19)</b>	<b>18% (69)</b>	<b><math>\chi^2=8,7</math> (df=1), p=0,013</b>
TF-KVT	Kinder	12% (19)	11% (9)	18% (32)	$\chi^2=3,6$ (df=1), nicht sign.
	Jugendliche	11% (21)	11% (10)	19% (37)	$\chi^2=5,2$ (df=1), nicht sign.
Sonstige traumatherapeutische Verfahren	<b>Gesamt</b>	<b>18% (63)</b>	<b>17% (30)</b>	<b>17% (65)</b>	<b><math>\chi^2=0,1</math> (df=1), nicht sign.</b>
	Kinder	18% (28)	18% (15)	18% (31)	$\chi^2=0,0$ (df=1), nicht sign.
	Jugendliche	19% (35)	17% (15)	17% (34)	$\chi^2=0,2$ (df=1), nicht sign.

### Barrieren Behandlung/Abrechnung

Die meisten Behandlungen wurden über die Krankenkassen abgerechnet (85% ausschließlich (n=749) und 13% häufig (n=117)). Es folgt die Abrechnung über Jugendhilfeträger (5% ausschließlich (n=10) und 11% häufig (n=22)).

35% (n=258) der befragten Versorger geben an, dass sie gerne Methoden einsetzen würden, die sie aber nicht abrechnen können. Dabei wird mit Abstand am meisten EMDR aufgeführt (n=159), gefolgt von Familientherapie (n=15), Kunst- und Musiktherapie (n=15), Reittherapie (n=15) sowie Gruppentherapie (n=12).

### Vorschläge zur Verbesserung der Versorgung traumatisierter Kinder und Jugendlichen

Zum Abschluss des Fragebogens wurden die Versorger gefragt, welche Verbesserungsvorschläge Sie für die Versorgung traumatisierter Kinder und Jugendlichen haben. Die meistgenannten Punkte sind im Folgenden zusammengefasst:

- Erhöhung der Stundenkontingente (n=66)
- Mehr Prävention und Aufklärung (Eltern, Schulen, Kitas, Ärzte, Jugendhilfe) (n=53)
- Zu lange Wartezeiten (n=39)
- Niedrigschwelliges Angebot schaffen (n=38)
- Bürokratieabbau (n=38)
- Verbesserung der Vernetzung (n=31)
- EMDR für Kinder und Jugendliche zulassen (n=29)
- Mehr Therapieplätze schaffen (n=26)
- Hilfsnetzwerk etablieren (n=23)
- Ausbildung der Mitarbeiter der Jugendhilfe verbessern (n=18)
- Mehr Kassenzulassungen (n=17)
- Versorgungslage insgesamt verbessern (n=14)
- Flüchtlinge unabhängig von Status behandeln (n=14)
- Finanzierung verbessern (n=13)
- Gutachterverfahren abschaffen (n=12)
- Ausbildung und Fortbildung für Therapeuten verbessern (n=12)
- Versorgung der Jugendhilfe verbessern (n=11)

### Befragung OTA - Stichprobenbeschreibung

Auf den Online-Fragebogen antworteten 8 OTA, auf die Papierform weitere 18 OTA, so dass sich eine Gesamtstichprobe von 26 OTA ergibt. Den Großteil der Stellen machten Ärzte und Psycho-

logen sowie Sozialarbeiter und -pädagogen aus. Im Durchschnitt hatten 72% der Mitarbeiter eine Psychotherapieausbildung.

### Merkmale Traumaambulanzen

#### Art der Ambulanz

Hochschulambulanz/Psychiatrische ambulanz/Spezialambulanz	Institutsambu- lanz	16 Ambulanzen
Traumaambulanz nach dem OEG		12 Ambulanzen
Klinik		13 Ambulanzen

#### Beschäftigte

Ärzte		23 Ambulanzen, M=2,8 Stellen (SD=3,1)
Psychologen		24 Ambulanzen, M=3,7 Stellen (SD=3,2)
Sozialarbeiter/-pädagogen		15 Ambulanzen, M=2,1 Stellen (SD=2,3)
Erzieher		2 Ambulanzen, M=0,3 Stellen (SD=0,4)
Pflegekräfte		5 Ambulanzen, M=1,3 Stellen (SD=1,6)
Bewegungs-/Körpertherapeuten		8 Ambulanzen, M=0,9 Stellen (SD=1,0)
Ergotherapeuten		8 Ambulanzen, M=0,9 Stellen (SD=0,3)
Kunst-/Musiktherapeuten		6 Ambulanzen, M=1,3 Stellen (SD=1,1)

**Anteil Mitarbeiter mit Psychotherapieausbildung** **M=72% (SD=710, Range 2-100)**

### Patienten

Im Mittel wurden ca. 1200 Kinder und Jugendliche pro OTA in einem Jahr behandelt, wobei ca. 27% eine Traumafolgestörung zugeschrieben wurde. Bei dem Großteil der Traumata handelte es sich um man-made Traumata (85%).

### Geschätzte Behandlungszahlen

Anzahl behandelter Kinder und Jugendliche	<b>M=1186,5 (SD=1344,8; Range 2-4800)</b>
Anzahl Kinder und Jugendliche mit Traumafolgestörung	<b>M=157,9 (SD=235,1; Range 2-1200)</b>
Prozentsatz	M=27% (SD=29; Range 0-100)
Untergruppen Kinder und Jugendliche mit Traumafolgestörung	
Mädchen	M=56% (SD=23; Range 10-100)
Geflüchtete	M=27% (SD=31; Range 0-100)
Mit Behinderung	M=29% (SD=12; Range 0-100)
Art der Traumatisierung	
Anteil man-made Trauma	M=85% (SD=141, Range 50-100)
Anteil akzidentielles Trauma	M=13% (SD=82, Range 0-30)

### Traumatherapeutische Behandlungsverfahren

Von den 26 OTA bieten 22 OTA traumatherapeutische Verfahren an. Am meisten werden dabei EMDR (17 OTA) und TF-KVT (10 OTA) angeboten. Entsprechend verteilt sich auch die Anzahl der OTA, die Mitarbeiter mit den entsprechenden Zusatzausbildungen beschäftigen.

Traumatherapeutische Verfahren	
<b>Traumatherapeutische Verfahren werden angeboten</b>	<b>22 Ambulanzen</b>
Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR-KJ)	17 Ambulanzen
Psychodynamisch Imaginative Trauma Therapie (PITT-KID)	5 Ambulanzen
Mehrdimensionale psychodynamische Traumaterapie (MPTT-KJ)	8 Ambulanzen
Narrative Expositionstherapie für Kinder und Jugendliche (KID-NET)	6 Ambulanzen
Traumafokussierte kognitive Verhaltenstherapie (TF-KVT)	10 Ambulanzen
<b>Traumatherapeutische Zusatzausbildung vorhanden</b>	<b>24 Ambulanzen</b>
Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR-KJ)	16 Ambulanzen
Psychodynamisch Imaginative Trauma Therapie (PITT-KID)	4 Ambulanzen
Mehrdimensionale psychodynamische Traumaterapie (MPTT-KJ)	3 Ambulanzen
Narrative Expositionstherapie für Kinder und Jugendliche (KID-NET)	9 Ambulanzen
Traumafokussierte kognitive Verhaltenstherapie (TF-KVT)	11 Ambulanzen

### Vorschläge zur Verbesserung der Versorgung traumatisierter Kinder und Jugendlichen

Zur Verbesserung der Versorgungslage wurden vor allem folgende Vorschläge und Kritikpunkte eingebracht.

- Zu lange Wartezeit auf Folgebehandlung/ Psychotherapieplatz (n=5)
- Mehr Psychotherapieplätze (die Traumatisierungen behandeln) (n=4)
- Bessere Vergütung/ personelle Ausstattung (n=4)
- Bessere Vernetzung mit anderen Hilffsystemen und Justiz (n=3)
- Psychotherapeuten mehr Ausbildung Traumatherapie (n=2)

### Diskussion

Die Befragung der Versorger zeigt einen hohen Versorgungsbedarf für Kinder und Jugendliche mit Traumafolgestörungen. Die Versorger schätzten, dass ca. 30% ihrer Patienten an psychischen Störungen auf Grund von Traumata litten. Dabei handelte es sich hauptsächlich um wiederholende und durch Menschen verursachte Traumata. Über 90% der Kinder und Jugendlichen wurden mit Psychotherapie behandelt.

Auch wenn allgemeinere Psychotherapie-Verfahren durchaus als leitliniengerecht betrachtet werden können, werden doch vor allem traumatherapeutische Verfahren empfohlen. Solche Verfahren werden von ungefähr 71% der befragten Versorger eingesetzt, im Bereich der jugendlichen Patienten etwas öfter als bei Kindern. Dass der Anteil traumaspezifisch fortgebildeter Versorger so viel höher ist als in bisherigen Studien, lässt sich wahrscheinlich darauf zurückführen, dass Versorger, die keine Traumafolgestörungen behandelten, nicht in den Datensatz aufgenommen wurden. Dies spricht dafür, dass Versorger, die Kinder und Jugendliche mit Traumafolgestörungen behandeln, bereits zu einem großen Teil auch traumatherapeutische Verfahren einsetzen.

Allerdings gaben dabei 35% der Versorger ohne Zusatzausbildung an, auch ohne entsprechende Qualifikation traumatherapeutische Verfahren einzusetzen. Dies mag daran liegen, dass einige Versorger bereits in ihrer generellen Ausbildung zum Psychotherapeuten diese Verfahren behandelt haben und diese auf Grundlage der Ausbildung oder auf Basis eines Manuals einsetzen. Traumatherapeutische Verfahren sind aber kein Pflichtteil in der psychotherapeutischen Ausbildung in Deutschland, obwohl die hohen Zahlen traumatisierter Kinder und Jugendlicher einen deutlichen Bedarf zeigen.

Das traumaspezifische Verfahren ohne entsprechende Zusatzqualifikation eingesetzt werden, spricht auch für fehlende klare Regelungen bezüglich welche Ausbildung notwendig ist um sie zu praktizieren und wer sie lehren darf. Außerdem zeigt es, dass diese Therapeuten zwar keine Zusatzqualifikation haben, aber durchaus Bedarf für die Behandlungsverfahren sehen. Hier könnte es hilfreich sein, den Zugang und die Finanzierung für wirksame traumatherapeutische Verfahren zu verbessern.

Während viele Studien darauf hinwiesen, dass die psychotherapeutische Versorgung in ländlichen Gebieten schlechter ist als in städtischen Gebieten, zeigte unsere Befragung zumindest hinsichtlich des Angebotes traumatherapeutischer Verfahren keine Unterschiede. Allerdings bezieht sich dies ausschließlich auf den Anteil der entsprechend ausgebildeten Therapeuten, nicht auf die absolut vorhandenen Therapieplätze. Die Ergebnisse sprechen dafür, dass Psychotherapeuten in ländlichen Gebieten ebenso häufig traumaspezifische Zusatzausbildungen haben wie in städtischen Gebieten. Dennoch können es aber deutlich weniger Psychotherapeuten im Verhältnis zur Bevölkerung sein als in der Stadt, so dass dennoch lange Wartezeiten entstehen.

Die meisten Leitlinien raten davon ab Traumafolgestörungen bei Kindern und Jugendlichen mit Medikamenten zu behandeln. Die meisten der befragten Versorger entsprechen dieser Empfehlung. Nur bei Jugendlichen gaben 15% der Versorger an Antidepressiva einzusetzen. Bei anderen Medikamenten und vor allem bei Kindern fielen die Zahlen deutlich geringer aus.

Zur Verbesserung der Versorgungssituation werden vor allem immer wieder knappe Ressourcen genannt. Viele Versorger wünschen eine Erhöhung der Stundenkontingente sowie mehr Therapieplätze. Darüber hinaus sehen sie Verbesserungsbedarf in den Strukturen um ihre eigene Arbeit herum. So wünschen viele eine bessere Aufklärung in all jenen Bereichen die im Alltag mit den Kindern und Jugendlichen interagieren, mehr niedrigschwellige Angebote und eine engere Vernetzung.

Auch die Befragung der OTA zeigt eine bereits recht gute Versorgungssituation. Ungefähr 85% bieten traumaspezifische Verfahren an wobei etwa 72% der Mitarbeiter eine traumaspezifische Ausbildung haben. Ein deutlicher Verbesserungsbedarf wird bei der langen Wartezeit auf Psychotherapie durch Mangel an Therapieplätzen gesehen. Den OTA kommt nur die Rolle der akuten und kurzfristigen Versorgung zu. Braucht ein Patient langfristige psychotherapeutische Behandlung ist es essentiell, dass die Behandlung möglichst bald ansetzen kann um die Behandlungserfolge und Trauma-Vorbeugung aus der OTA verstetigen zu können. Bei zu langen Wartezeiten fehlt dem Patienten mitunter wichtige Unterstützung und entwickelt so doch dauerhafte psychische Störungen in Folge des Traumas.

## Fazit

- In der psychotherapeutischen Praxis gibt es einen hohen Anteil von Kindern und Jugendlichen, die psychische Probleme auf Grund traumatisierender Erlebnisse entwickeln.
- Unter den Psychotherapeuten und Psychiatern, die traumatisierte Kinder und Jugendliche behandeln, gibt es mit 71% bereits einen hohen Anteil, die auch traumatherapeutische Verfahren anbieten.
- Unter den Versorgern, die keine Zusatzausbildungen für traumatherapeutische Verfahren haben, bieten 35% dennoch solche Behandlungen an. Vermutlich fehlt es an klaren Regelungen, von wem diese Therapieverfahren eingesetzt werden dürfen und wer sie lehren darf. Es zeigt aber auch, dass ein sehr großer Bedarf nach traumatherapeutischen Verfahren und entsprechenden Zusatzqualifikationen besteht.

- Nur ein geringer Teil der Kinder und Jugendlichen mit Traumafolgestörungen wird mit Medikamenten behandelt. Das spricht für eine größtenteils leitliniengerechte Versorgung im Bereich der Medikation.
- Sowohl die Versorger als auch die OTA nennen als häufigsten Kritikpunkt bzw. Verbesserungsvorschlag, dass mehr Psychotherapieplätze benötigt werden, da die Wartezeiten aktuell zu lang sind.

### Infobox Therapeutische Versorgung

#### Versorger - Zulassung EMDR

Von allen traumatherapeutischen Verfahren für Kinder und Jugendlichen ist EMDR am meisten vertreten. Etwa ein Drittel der Versorger gab an, eine entsprechende Zusatzqualifizierung zu haben und das Verfahren einzusetzen. Auch unter den Verfahren, die die Versorger gerne einsetzen aber nicht abrechnen dürfen, lag EMDR mit einer deutlichen Mehrheit vorn und die Forderung nach einer Krankenkassenzulassung für EMDR wurde in den allgemeinen Verbesserungsvorschlägen noch einmal von vielen Versorgern aufgenommen.

Insgesamt zeigt sich hier ein deutlicher Bedarf, diese Methode auch bei Kindern und Jugendliche einzusetzen, der im klaren Kontrast dazu steht, dass diese nicht mit den Krankenkassen abgerechnet werden dürfen.

#### Vernetzer - Mangel Psychotherapieplätze

Bei Kindern und Jugendlichen mit Traumafolgestörungen ist es die Aufgabe der Kinderärzte, diese zu identifizieren und an Behandler weiterzuleiten. Dabei sehen die Kinderärzte vor allem ein Problem: Mit Abstand am meisten kritisiert wird, dass es zu wenige Psychotherapeutenplätze und somit zu lange Wartezeiten gibt. Dieser Kritikpunkt fand sich auch bei den Versorgern. Auch bei Opfer- und Traumaambulanzen (OTA) war dies der meist genannte Punkt. Auch wenn die OTA selbst zu den Versorgern gehören, sind sie doch nur für die kurzfristige Behandlung zuständig und sind darauf angewiesen, ihre Patienten - sofern es nötig ist - danach in eine langfristige Behandlung weitervermitteln zu können. Und selbst die psychotherapeutischen und psychiatrischen Versorger geben die zu langen Wartezeiten als eines der Hauptprobleme an.

Generell überrascht dies wenig, da schon viele Studien vorher immer wieder auf die zu langen Wartezeiten hingewiesen haben. Dabei ist es im Bereich von Traumatisierungen sehr wichtig, möglichst schnell behandeln zu können, weil so schwere Störungen und Langzeitfolgen besonders wirksam verhindert werden können.

In diesem Bereich müssen Wartezeiten dringend verkürzt und neue Therapieplätze für traumatisierte Kinder und Jugendliche geschaffen werden. Alternativ fehlt es an weiteren niedrigschwelligeren Angeboten, die die Wartezeit überbrücken und Langzeitfolgen vorbeugen können. Das Konzept der OTA ist hier bereits ein sehr gutes Modell, dass aber eben dennoch vielerorts noch nicht reicht um die gesamte Wartezeit zu überbrücken.

## Überblick der einer Behandlung zugrundeliegenden Leitlinien für traumatisierte Kinder und Jugendliche [Leitlinienanalyse]

Leitlinien werden verstanden als systematisch entwickelte Stellungnahmen bzw. Empfehlungen für Behandler und Patienten, die die Entscheidungsfindung für eine angemessene Behandlung erleichtern und Forschung und Praxis näher zusammenbringen sollen (Alonso-Coello et al., 2010; Institutes of Medicine, 1990). Schulz et al. (2010) hat eine umfangreiche systematische Recherche zu Leitlinien für die Behandlung von verschiedenen psychischen Erkrankungen wie u.a. der PTBS bei Kindern und Erwachsenen durchgeführt. Ein Überblick zu Leitlinien für die Behandlung von an Traumafolgestörungen bzw. von Gewalt betroffenen Kindern und Jugendlichen konnte weltweit bisher nicht gefunden werden.

### Methodik

Leitfrage der durchgeführten Leitlinienrecherche war, welche Empfehlungen für die Pharmakotherapie, für die Psychotherapie, für die Kombination von Pharmako- und Psychotherapie und welche sonstigen Therapieempfehlungen für Kinder und Jugendliche mit Traumafolgestörungen bzw. Gewalterfahrungen systematische entwickelt vorliegen. In Anlehnung an Schulz et al. (2006) wurde die Systematische Leitlinienrecherche 1) in den wissenschaftlichen Datenbanken Medline, PsycINFO und PSYINDEX, 2) auf der Webseite des im Internet vertretenen Leitlinienanbieters Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V. (AWMF), 3) der International Society for Traumatic Stress Studies (ISTSS), 4) der Weltgesundheitsorganisation (WHO) sowie 5) in Google Scholar mit Hilfe von englischen und deutschen Suchbegriffen zu Traumafolgestörungen bzw. Gewalt/Kindeswohlgefährdung und Leitlinien durchgeführt. Berücksichtigt wurden Publikationen bis März 2016.

Durch die Recherche wurden nach Abzug der Duplikate n=1.424 Einträge identifiziert, die von zwei unabhängigen Reviewern anhand der Titel und Abstracts hinsichtlich von sieben Einschlusskriterien (EK) gescreent wurden. Die verwendeten Suchbegriffe zu Traumafolgestörungen oder Gewalt bzw. Kindeswohlgefährdung und Leitlinien wurden jeweils mit der „oder“- und die beiden Bereiche mit der „und“-Funktion verknüpft.

### Einschlusskriterien der Leitlinienrecherche

Einschlusskriterium	Beschreibung
<b>Zielgruppe</b>	
EK 1	Es handelt sich um eine Leitlinie zur Behandlung von Kindern und Jugendlichen; mindestens aber eine Leitlinie zur Behandlung von Erwachsenen UND Kindern/Jugendlichen
<b>Themengebiet</b>	
EK 2	Kindeswohlgefährdung <ul style="list-style-type: none"> <li>• physische / psychische / emotionale Misshandlung</li> <li>• physische / psychische / emotionale Vernachlässigung (inkl. häusliche bzw. Partnergewalt)</li> <li>• sexueller Missbrauch</li> <li>• Kindeswohlgefährdung, nicht näher bezeichnet, oder</li> </ul> Traumafolgestörungen / traumaassoziierte Diagnose nach ICD-10 bzw. DSM-IV/V <ul style="list-style-type: none"> <li>• akute Belastungsreaktion (F43.0)</li> <li>• posttraumatische Belastungsstörung (F43.1)</li> <li>• Anpassungsstörungen (F43.2)</li> <li>• Sonstige Reaktion auf schwere Belastungen (F43.8)</li> <li>• Reaktion auf schwere Belastung, nicht näher bezeichnet (F43.9)</li> </ul>
<b>Entwicklung</b>	
EK 3	Systematische oder strukturierte Entwicklung

EK 4	Basierend auf systematischen Reviews der Beweislage von gut durchgeführten Studien <ul style="list-style-type: none"> <li>• RCTs, Replikationsstudien, alternative Formen von Belegen</li> </ul>
EK 5	Entspricht mind. 1 Entwicklungsstufe: <ul style="list-style-type: none"> <li>• S2k: Konsensbasierte Leitlinie (repräsentatives Gremium, strukturierte Konsensfindung)</li> <li>• S2e: Evidenzbasierte Leitlinie (systematische Recherche, Auswahl, Bewertung der Literatur)</li> <li>• S3: Evidenz- und Konsensbasierte Leitlinie (repräsentatives Gremium, systematische Recherche, Auswahl, Bewertung der Literatur, strukturierte Konsensfindung)</li> </ul>
<b>Interpretation / Zielsetzung / Methodische Empfehlungen</b>	
EK 6	Es sind Handlungsempfehlungen enthalten
EK 7	<ul style="list-style-type: none"> <li>• einfach (checklistenartig), aber auch umfassend</li> <li>• enthalten Diagnostik, Indikation, Gegenindikation, Therapie einschließlich adjuvanter Maßnahmen und Nachbehandlung</li> <li>• Abstufung bei Therapie möglich – es sollen Bedingungen, unter denen eine Therapie empfehlenswert oder auch nicht ist, genannt werden</li> </ul>

Nach dem Screening der identifizierten Einträge anhand von Titel und Abstract wurden die Volltexte von n=108 eingeschlossenen Publikationen hinsichtlich der Einschlusskriterien von zwei unabhängigen Reviewern bewertet.

In die Analyse eingeschlossen wurden nach dem Screening und der Volltextanalyse n=11 deutsch- und englischsprachige Leitlinien, in denen Empfehlungen zur Therapie von Kindern und Jugendlichen mit Traumafolgestörungen bzw. mit Gewalterfahrungen formuliert wurden.

### Übersicht über die eingeschlossenen Leitlinien (n=11)

Analysierte Leitlinien		
Nr.	Fachgesellschaft / Autoren	Titel der Leitlinie
1	Australian Centre for Posttraumatic Mental Health (ACPMH)	Australian Guidelines for the Treatment of Acute Stress Disorder & Posttraumatic Stress Disorder
2	Cohen, Bukstein, Walter, Benson, Chrisman, Farchione, Hamilton, Keable, Kinlan, Schoettle, Siegal, Stock, Medicus	Practice Parameter for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents With Posttraumatic Stress Disorder
3	Deutschsprachige Gesellschaft für Psycho-traumatologie (DeGPT)	Posttraumatische Belastungsstörung
4	Deutsche Gesellschaft der Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ)	Kindesmisshandlung, -missbrauch, -vernachlässigung unter Einbindung der Jugendhilfe und Pädagogik (Kinderschutzleitlinie)
5	Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin (DGSPJ)	Kindesmisshandlung und Vernachlässigung
6	Flatten, Gast, Hofmann, Knaevelsrud, Lampe, Liebermann, Maercker, Reddemann, Wöller	S3- Leitlinie Posttraumatische Belastungsstörung ICD: F 43.1
7	Foa, Davidson, Frances	Treatment of Posttraumatic Stress Disorder

Analysierte Leitlinien		
8	National Institute for Clinical Excellence (NICE)	Post-traumatic stress disorder: The management of PTSD in adults and children in primary and secondary care
9	Von Gontard, Möhler, Bindt	Leitlinien zu psychischen Störungen im Säuglings-, Kleinkind- und Vorschulalter (S2k)
10a	World Health Organization (WHO)	Guidelines for the Management of Conditions Specifically Related to Stress
10b	World Health Organization (WHO)	Assessment and Management of Conditions Specifically Related to Stress
11	World Health Organization (WHO)	Responding to intimate partner violence and sexual violence against women: WHO clinical and policy guidelines

Zur Beschreibung und Beurteilung der Leitlinien wurde ein Kriterienkatalog zu methodischen bzw. formalen sowie zu inhaltlichen Aspekten basierend auf Forbes (2010) und Schulz et al. (2006) eingesetzt. Die von Schulz et al. (2006) adaptierten Kriterien beruhten auf einem Expertenkonsensusverfahren aus Expertenworkshop und schriftlicher Expertenbefragung mittels der Delphi-Technik zu Leitlinien für die rehabilitative Behandlung von (erwachsenen) Patienten mit psychischen und psychosomatischen Störungen wie u.a. der PTBS.

### Ergebnisse

Von den bei der Recherche identifizierten n=11 Leitlinien handelte es sich bei n=8 Leitlinien um Empfehlungen für die Behandlung von Traumafolgestörungen und bei n=3 Leitlinien um Empfehlungen zur Behandlung von minderjährigen Opfern von Gewalt bzw. Kindeswohlgefährdung. Bei jeweils einer Leitlinie zur Behandlung von PTBS-Patienten und von Opfern von Gewalt handelt es sich um abgelaufene Leitlinien (Flatten et al., 2011; DGKJ, 2008) und lag bis zum Stichtag lediglich eine Anmeldung und noch keine Volltext vor (DeGPT, 2014; DGKJ, 2015). Die zwei bisher lediglich angemeldeten Leitlinien wurden bei der methodischen und inhaltlichen Analyse daher nicht berücksichtigt und lediglich n=9 Leitlinien ausgewertet.

### Ergebnisse zur Beurteilung der gesichteten Leitlinien zur Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit Traumafolgestörungen (n=7, mit Mehrfachangaben)

Von den sieben analysierten Leitlinien zur Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit Traumafolgestörungen, bei denen es sich bei einer um eine S3- und bei sechs um S2-Leitlinien handelte, beschrieben zwei ausschließlich die Versorgung von minderjährigen Patienten; fünf Leitlinien beinhalteten neben Empfehlungen für Erwachsene spezifische Abschnitte zur Behandlung von Kindern und Jugendlichen. Sechs der sieben Leitlinien richteten sich an klinisch tätige Versorger. Die generellen Empfehlungen betrafen v.a. die Diagnostik bzw. das Screening sowie die Therapie. Empfohlen wurden von jeweils zwei Leitlinien, die Familien der betroffenen Kinder und Jugendlichen in die Behandlung einzubeziehen, lehnten das kognitive Debriefing als Akutintervention ab und forderten eine traumatherapeutische Qualifizierung der Behandler. Die Pharmakotherapie bei Kindern und Jugendlichen mit Traumafolgestörungen wurde von zwei Leitlinien generell abgelehnt und von drei Leitlinien nur unter Einschränkungen empfohlen. Als psychotherapeutische Verfahren wurden traumafokussierte Methoden und am häufigsten die (Traumafokussierte) Kognitive Verhaltenstherapie (KVT) empfohlen. Während drei Leitlinien eine Kombi-

nationstherapie aus Psycho- und Pharmakotherapie unterstützten, wurde diese Kombination in zwei Leitlinien abgelehnt. Adjuvante Verfahren wurden in einer Leitlinie empfohlen, wobei auch auf die fehlende empirische Evidenz für diese Behandlungsmethoden verwiesen wurde.

Kategorie	Ergebnisse Leitlinien Traumafolgestörungen
Nationalität	Englischsprachige: 5, deutsche: 2
Verfügbarkeit	Im Internet verfügbar: 7
Patientenzielgruppe	Teilweise Kinder/Jugendliche: 5 Spezifisch Kinder/Jugendliche: 2
Verantwortliche Institutionen/ Fachgesellschaften	Arbeits-/Expertengruppen: 4 Med. Organisationen: 2 Psych. Organisationen: 1
Zielgruppe (Anwender)	Kliniker: 6 Sozialarbeiter: 1 Betroffene: 1 Entscheidungsträger: 1 Keine Angaben: 1
Generelle Empfehlungen	Hinsichtlich Therapie: 3 Diagnostik: 4, explizit hinsichtlich Screening: 1 Prävention: 1 Einbezug /Aufklärung von Eltern/Familienangehörigen: 2 Ablehnung von kognitivem Debriefing als Akutintervention: 2 Forderung traumatherapeutischer Qualifikation für PsychotherapeutInnen: 2
Pharmakotherapieempfehlungen	SSRIs (teilweise mit Einschränkungen): 2 Antidepressiva: 2 Benzodiazepine: 1 Stimmungsstabilisierende Substanzen („mood-stabilizing agents“): 1 Antiadrenerge Substanzen („Adrenergic blocking agents“): 1 Neue antipsychotische Substanzen („novel antipsychotic agents“): 1 Opiate: 1 Nefazodon: 1 Venlafaxin: 1 Buspiron: 1 Ablehnung/Einschränkung von Pharmakotherapie für bestimmte Störungsbilder / Patientengruppen: 3 Generelle Ablehnung von Pharmakotherapie: 2
Psychotherapeutische Therapieempfehlungen	Traumafokussierte Psychotherapie (allgemein): 3 (Traumafokussierte) Kognitive Verhaltenstherapie (KVT): 6 (Traumafokussierte) Psychodynamische Therapie: 2 Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR): 2 Psychoedukation: 2 Expositionstherapie: 1 Eltern-Kind-Therapie: 1 Spieltherapie: 1 Anxiety Management: 1 Konfrontation mit Trauma-Erinnerungen: 1 Aufarbeitung von Erinnerungen: 1 Problemlösende Beratung: 1

	Entspannung: 1 Mit Angabe von Kontraindikationen: 1
Kategorie	Ergebnisse Leitlinien Traumafolgestörungen
Empfehlungen zur Kombinationstherapie (Pharmakotherapie + Psychotherapie)	Kombinationstherapie (ggf. unter bestimmten Bedingungen): 3 Ablehnung von Kombinationstherapie (ggf. unter bestimmten Bedingungen): 2
Weitere Therapiemaßnahmen	Schulbasierte Interventionen (traumafokussierte KVT): 1 Multimethodaler Behandlungsansatz durch Einschluss adjuvanter Verfahren: 1 Hinweis auf fehlende Evidenz adjuvanter Verfahren: 1 Ablehnung restriktiver Therapiemethoden: 1
Entwicklungsstufe	S2e (Evidenzbasierung): 4 S2k (Konsensusverfahren): 2 S3 (Konsensusverfahren und Evidenzbasierung): 1

### Ergebnisse zur Beurteilung der gesichteten Leitlinien zur Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit Gewalterfahrung bzw. nach Kindeswohlgefährdung (n=2, mit Mehrfachangaben)

Die eine S3- und eine S2-Leitlinie zur Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit Gewalterfahrung bzw. nach Kindeswohlgefährdung richteten sich an Kliniker. Sie enthielten keine Empfehlungen zur Pharmakotherapie, aber jeweils eine Leitlinie lieferte Empfehlungen zum Screening, stationären Behandlung bei akuter Gefährdung der Kinder und Jugendlichen, zur kurz- und langfristigen psychotherapeutischen Versorgung, zur Nachsorge sowie zum Einbezug der Mutter in die Psychotherapie.

Kategorie	Ergebnisse Leitlinien Gewalt / Kindeswohlgefährdung
Nationalität	Englischsprachige: 1, Deutsche: 1
Verfügbarkeit	Im Internet verfügbar: 2
Patientenzielgruppe	Teilweise Kinder/Jugendliche: 1 Spezifisch Kinder/Jugendliche: 1
Verantwortliche Institutionen/ Fachgesellschaften	Med. Organisationen: 2
Zielgruppe (Anwender)	Kliniker: 2
Generelle Empfehlungen	Hinsichtlich Screening: 1 Praxisempfehlung (Kooperationen): 1 Stationäre Behandlung bei akuter Gefährdung: 1
Pharmakotherapieempfehlungen	Keine Empfehlungen: 2
Psychotherapeutische Therapieempfehlungen	Kurzfristige psychotherapeutische Behandlung (bei PTBS-Symptomatik): 1 Langfristige psychotherapeutische Behandlung (bei manifestierten psychischen Störungen mit diversem Hintergrund): 1 Kontinuierliche Nachsorge (präventiv): 1 Psychotherapeutische Intervention (mit und ohne Mutter): 1
Empfehlungen zur Kombinationstherapie (Pharmakotherapie + Psychotherapie)	Keine Empfehlungen: 2
Weitere Therapiemaßnahmen	Keine Empfehlungen: 2
Entwicklungsstufe	S2 (Evidenzbasierung ODER Konsensusverfahren): 1 S3 (Konsensusverfahren und Evidenzbasierung): 1

## Diskussion

Mit Hilfe der sehr umfangreichen Systematischen Leitlinienrecherche wurde der Versuch unternommen, bisher auf der Grundlage empirischer Evidenzen formulierte Behandlungsempfehlungen zusammenzufassen. Auf der Grundlage von festgelegten Such- und Einschlusskriterien konnten mit Hilfe der Literaturrecherche und dem Review durch zwei unabhängige Gutachter elf Leitlinien identifiziert werden, in denen zumindest in einem Abschnitt explizit Empfehlungen für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit Traumafolgestörungen bzw. Gewalterfahrungen veröffentlicht wurden; Volltexte lagen für sieben Leitlinien zu Traumafolgestörungen und für zwei Leitlinien zu Gewalterfahrungen vor. Es handelte sich dabei v.a. um S2-Leitlinien für Kliniker, die traumafokussierte Psychotherapieverfahren und teilweise die Kombination mit Psychopharmaka sowie ergänzende Interventionen bzw. den Einbezug des sozialen Umfeldes empfahlen.

## Fazit

- Außer zu einzelnen traumafokussierten Psychotherapieverfahren (insbesondere zur tf-KVT) lagen bisher nur unkonkrete, widersprüchliche oder sehr unterschiedliche Empfehlungen für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit Traumafolgestörungen bzw. mit Gewalterfahrungen vor.
- Die Leitlinien enthielten kaum Hinweise für Entscheidungen zwischen Psychotherapie in ambulanten versus stationären Settings.
- Nur einzelne Leitlinien richteten sich bisher an nicht-klinische Professionelle mit Kontakt zu Kindern und Jugendlichen (z.B. in psychosozialen Beratungsstellen, Schulen, Kindergärten, Sportvereinen, Jugendämtern); die Mehrheit ist fokussiert auf Mitarbeiter im Gesundheitssystem.

### Infobox zu strukturellen Unterschieden in der Versorgung

Die psychotherapeutische Versorgung weist Unterschiede zwischen den Bundesländern, als auch Stadt-Land Unterschiede auf. Ländlichere Gebiete scheinen psychotherapeutisch unterversorgt zu sein (Walendzik et al., 2010). Eine Befragung zur Versorgungssituation für Kinder und Jugendliche in Hessen deutet darauf hin, dass es eine ungleichmäßige Verteilung niedergelassener Behandler gibt mit starken Stadt-Land Unterschieden. Kinder- und Jugendpsychotherapeuten scheinen stärker in städtischen Gebieten vertreten zu sein (mehr Zulassungen), während weniger Behandler auf dem Land ansässig sind. Im ländlichen Raum beläuft sich der Anteil an Behandlern für Kinder und Jugendliche teilweise unter einem Prozent. Dementsprechend sind die Behandlungskapazitäten in ländlichen Gebieten ausgeschöpft, sodass Patienten hohe Wartezeiten und oder lange Anfahrtswege in Kauf nehmen müssen (Schwarz & Kinstler, 2006). Auch in anderen Bundesländern, wie Baden-Württemberg scheint es Stadt-Land Unterschiede zu geben, mit einer Unterversorgung auf dem Land (Reisch, Raymann, Nübling, 2007). Diese Unterschiede kommen durch die psychotherapeutische Versorgungsdichte in den jeweiligen Regionen zu Stande, die auf Basis der „Bedarfsplanung“ bestimmt wird. Laut Bedarfsplanung sollen in Großstädten neunmal so viele Psychotherapeuten pro 100.000 Einwohner zugelassen werden wie auf dem Land. Allerdings sind psychische Erkrankungen in ländlichen Regionen nur zu 23 Prozent seltener als in Kernstädten (Bundespsychotherapeutenkammer, 2011).

Weiterhin scheint es in den neuen Bundesländern deutlich weniger Behandler für Kinder und Jugendliche zu geben im Vergleich zu den alten Bundesländern. Dabei ist die Anzahl niedergelassener Kinder- und Jugendpsychotherapeuten laut Hintzpeter et al. (2014) in den alten Bundesländern doppelt so hoch wie in den neuen Bundesländern (19,7 vs. 9,7 pro 100.000 Einwohner unter 19 Jahre).

In der stationären Versorgung hingegen unterscheidet sich die ungleichmäßige Versorgung. Es scheint eine doppelt so hohe Bettendichte in den neuen Bundesländern im Vergleich zu den alten Bundesländern zu geben (Hintzpeter et al, 2014). Dies könnte möglicherweise begründet sein durch eine Abnahme des Anteils an Kindern und Jugendlichen in der Bevölkerung der neuen Bundesländer (Gesundheitsberichtserstattung des Bundes, 2008).

Zudem unterscheidet sich die Wartezeit für einen Therapieplatz deutlich zwischen den Bundesländern. Am schlechtesten scheint die Versorgung in Ostdeutschland, sowie dem Ruhrgebiet. Die Wartezeit liegen in den Bundesländern Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Thüringen und Sachsen-Anhalt zwischen 16 und 19 Wochen und 17 Wochen im Ruhrgebiet. Auch gibt es bezüglich der Wartezeit Unterschiede zwischen städtischen und ländlichen Regionen. Während die Wartezeit in Großstädten zwei bis drei Monate beträgt, müssen Patienten auf dem Land vier Monate warten (Bundespsychotherapeutenkammer, 2011).

## II. Arbeitspaket VERNETZUNG:

### Vernetzung Medizin und Jugendhilfe - traumaspezifische Fachberatung

#### Inhalte

Anzahl, Inhalt, Vernetzung untereinander und Verzahnung zur therapeutischen Versorgung, Regionale Unterschiede

- A. Akteursbefragung der Kinderärzte zur Vernetzung mit Beratungsangeboten
- B. Onlinebefragung aller Jugendämter zur Vernetzung mit therapeutischen Angeboten
- C. Überblick über Angebote in traumaspezifischen Fachberatungsstellen

#### Methodik

Bundesweite repräsentative Online-Umfragen zu Beratungsangeboten und Akteursbefragung von niedergelassenen Kinderärzten

#### Teilprojektverantwortliche

Dr. Julia Iwen und Dipl.-Psych. Eva Christalle (ab 06/2016)

#### Akteursbefragung der Kinderärzte zur Vernetzung mit Beratungsangeboten

Kinderärzten kommt nicht direkt die Rolle der Behandlung von Traumafolgestörungen zu, dennoch spielen sie bei der Versorgung eine entscheidende Rolle als Vernetzer. Sie sind die Berufsgruppe mit der Kinder und Jugendliche zumeist auch unabhängig von Gewalterfahrungen regelmäßig Kontakt haben, so z.B. auch im Rahmen der zum Teil verpflichtenden U- und J-Untersuchungen.

Daher ist es besonders wichtig, dass Kinderärzte ausreichend Wissen verfügen um Kinder und Jugendliche mit interpersonellen Gewalterfahrungen sicher zu identifizieren und sicher zu adäquaten Interventionen weiterleiten können.

So schlägt die American Academy of Pediatrics (2009) vor, dass sich Kinderärzte weiterbilden um mehr über die Prävention von Gewalt zu erfahren. Eine vollständige Krankengeschichte des Kindes sollte erfasst werden. Im Falle des Verdachts auf Missbrauch sollte eine ausführliche Untersuchung durch einen spezialisierten Arzt durchgeführt werden (Adams et al., 2016).

Wir haben Ärzte dazu befragt, wie sie handeln, wenn sie mögliche Traumatisierungen bei Kindern und Jugendlichen entdecken und welche Faktoren hilfreich oder hinderlich bei der Identifizierung von Traumata sind.

#### Methodik

Es wurden 1000 Kinderärzte angeschrieben. Die Adressdaten wurden von der Stiftung Gesundheit zur Verfügung gestellt. In einer zweiten Welle wurden all jene Kinderärzte angeschrieben, von denen noch keine Antwort vorlag.

#### Stichprobenbeschreibung

Insgesamt wurden 335 ausgefüllte Fragebögen zurückgesendet. Die meisten Antworten kamen aus Nordrhein-Westfalen (26%, n=81) gefolgt von Bayern (16%, n=51) und Baden-Württemberg (10%, n=51). Dabei arbeiteten die Ärzte zu ähnlichen Verhältnissen in Einzelpraxen (50%, n=162) und Gemeinschaftspraxen (43%, n=138).

Merkmale Versorger	
Geschlecht	46% (151) männlich
Alter	M = 52,5 (SD=8,2; Range 34-82)
Dauer Berufstätigkeit	M = 21,5 (SD=8,8; Range 1-50)
Berufsgruppe	
Facharzt für Kinderheilkunde	18% (59)
Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin	81% (266)
Sonstiges	2% (5)
Einzugsgebiet der Praxis	
Eher städtisch	45% (149)
Eher ländlich	20% (67)
beides	34% (112)
Kassenzulassung	
Ja	94% (307)
nein (überwiegend / nur Privatpatienten)	6% (20)
Zusatzqualifizierung zu psychologischen Folgen von Gewalt und Traumatisierung bei Kindern und Jugendlichen	40% (133)

### Behandlungszahlen

Im Mittel behandelte jeder Versorger 14,1 Kinder und Jugendliche mit interpersonellen Gewalterfahrungen, wobei durchschnittlich 78,4% in Folge dessen psychische Auffälligkeiten entwickelten.

Geschätzte Behandlungszahlen	
Anzahl Patienten mit interpersonellen Gewalterfahrung	M=14,1 (SD=25,1; Range 0-200)
Anzahl Patienten mit daraus resultierenden psychischen Auffälligkeiten	M=9,9 (SD=15,4; Range 0-100)
Prozentsatz	M=78,4% (SD=29,3; Range 0-100)

### Behandlung

Ungefähr ein Fünftel der Versorger übernahm selbst die Behandlung z.B. mit einer Psychotherapie (10%). Der Großteil vermittelte die Kinder und Jugendlichen weiter (78%).

Behandlung bei psychischen Auffälligkeiten nach interpersonellen Gewalterfahrungen	
Behandlung selbst übernommen	
Psychotherapeutisch	10% (32)
Medikamentös	2% (6)
Psychotherapeutisch und medikamentös	3% (11)
Sonstiges	9% (31)
Überwiesen/ weiter vermittelt	
An niedergelassene (Kinder- und Jugendlichen) Psychotherapeuten	51% (170)
An niedergelassene Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie/ und – psychotherapie	53% (176)
An spezialisierte Ambulanzen (z.B. Trauma-Ambulanz, Ambulanz für Kinder Jugendpsychiatrie)	40% (133)
An Beratungsstellen	39% (131)
An stationäre Einrichtungen der Kinder- und Jugendpsychiatrie/- psychotherapie	23% (76)
Sonstiges	10% (34)

## Barrieren und förderliche Faktoren

Nahezu alle Versorger sehen es als ihre Aufgabe Kinder und Jugendliche mit Traumafolgestörungen im Behandlungsalltag zu identifizieren. Dabei gab aber ein sehr großer Teil die hohe Arbeitsbelastung und knappe Ressourcen als erschwerende Faktoren an (67%).

Einstellungen	
Aufgabe in täglicher Arbeit psychotraumatisierte Patienten zu identifizieren	99% (332) Ja
Was erschwert Identifizierung	
Hohe Arbeitsbelastung/ knappe Ressourcen	67% (230)
Mangelnde Fachkenntnisse	26% (87)
Befürchtungen, nicht adäquat mit umgehen zu können	24% (80)
Sonstiges	13% (43)
Was hilft bei Identifizierung	
Fort- und Weiterbildungen	28% (92)
Inhalte der Facharztausbildung	30% (102)
Sonstiges	23% (78)

Als erschwerende Faktoren bei der Identifikation wurden vor allem Eltern und Begleitpersonen genannt, als hilfreiche Faktoren hauptsächlich Erfahrung.

Faktoren die die Identifizierung von Traumafolgestörungen erschweren

- Eltern/Begleitpersonen (n=13)
- Zu wenig Erfahrung/Fachkenntnisse (n=9)
- Nicht direkt erkennbar (n=8)
- Zu wenig Zeit (n=7)
- Sprachprobleme (n=6)
- Schwere Kooperation mit Ämtern (n=4)

Faktoren die die Identifizierung von Traumafolgestörungen

- Erfahrung (n=29)
- Fortbildung/Ausbildung (n=27)
- Netzwerk/Kollegen (n=9)
- Mehr Zeit (n=8)
- Literatur (n=7)
- Kooperation mit Jugendamt (n=5)

## Vorschläge zur Verbesserung der Versorgung traumatisierter Kinder und Jugendlichen

Zur Verbesserung der Versorgung traumatisierter Kinder und Jugendlicher wurde vor allem der Mangel von Therapieplätzen bzw. daraus ergebend die zu langen Wartezeiten auf Therapieplätze genannt. Weitere Faktoren waren die Vernetzung, Vergütung und Bürokratie.

- Therapieplatzwartezeiten verkürzen (n=25)
- zu wenig Therapeuten (n=24)
- Bessere Kooperation/Vernetzung zwischen betreuenden Institutionen (n=22)
- Personalaufstockung (Frühe Hilfen, Jugendamt, SPZ)/besser geschultes Personal (n=17)

- Mehr Stellen für traumatisierte Kinder und Jugendliche (n=12)
- Muss adäquat vergütet werden (n=10)
- Mehr Ressourcen stellen (n=8)
- Zu viel Bürokratie (n=7)
- Frühere Betreuung von Risikofamilien (n=7)
- Bessere Kooperation mit Jugendamt (n=7)
- Klare Regeln der Rechte (n=7)
- Verbesserung der Bildungs- und sozialen Situation der Familien (n=7)
- Klare Regelung des Datenschutzes (n=6)

### Diskussion

Den Kinderärzten kommt im Falle von Traumafolgestörungen eindeutig eine eher vernetzende Rolle zu. Nur 21% übernahmen selbst die Behandlung, während 78% die Kinder und Jugendlichen weiter vermittelten.

Dabei stimmten fast alle zu, dass es die Aufgabe von Kinderärzten ist, Traumatisierungen bei ihren Patienten zu erkennen. Dennoch nannten sie auch viele Barrieren, die ihnen die Identifikation erschweren. Dies waren vor allem mangelnde Ressourcen, aber auch fehlende Fachkenntnisse und Sorge nicht richtig handeln zu können spielten eine wichtige Rolle.

Offensichtlich fehlt es hier an Methoden mit denen Kinderärzte effizient und sicher Traumatisierungen erkennen können. Die Angaben sprechen für einen deutlichen Bedarf an Weiterbildungen in diesem Bereich.

Darüber hinaus fehlt ein gutes Netz zur Weiterleitung der betroffenen Patienten in qualifizierte Hilfsysteme. Besonders häufig wird die der Mangel an Therapieplätzen und die sich daraus ergebene Wartezeit als hinderlich genannt. Es besteht Bedarf nach akut verfügbaren Hilfsangeboten und einer besseren Vernetzung der Kinderärzte mit den entsprechenden Hilfsystemen.

### Fazit

- Kinderärzte nehmen in der Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit Traumafolgestörungen eine vernetzende und weiterleitende Funktion zu.
- Sie sehen es als ihre Aufgabe im Praxisalltag Traumatisierungen bei ihren Patienten zu erkennen.
- Zur sicheren Identifikation fehlt häufig Fachwissen. Es besteht ein Bedarf an Fortbildungen und guten Methoden um Traumatisierungen erkennen zu können.
- Nach der Identifikation von Traumatisierungen gibt es häufig Schwierigkeiten, die betroffenen Patienten an eine adäquate Behandlung weiterzuleiten. Besonders bemängelt werden die langen Wartezeiten auf Therapieplätze durch einen Mangel an Psychotherapeuten. Zusätzlich können hier auch Fortbildungen helfen, die darauf fokussieren, an welche weiteren Hilfsysteme Kinder und Jugendliche mit Traumafolgestörungen weitergeleitet werden können.

## Onlinebefragung aller Jugendämter zur Vernetzung mit therapeutischen Angeboten

Jugendämter stellen eine wichtige Schnittstelle zwischen dem Gesundheitssystem und der Jugendhilfe dar und sind aufgrund der ihnen obliegenden Aufgaben häufig in Kontakt mit Kindern und Jugendlichen, die interpersonelle Gewalt, Missbrauch oder Vernachlässigung erfahren haben. Grundlage der Jugendämter ist das Sozialgesetzbuch Acht (SGB VIII) in dem vom Gesetzgeber Richtlinien und Aufgaben festgelegt werden. Zu den Aufgaben des Allgemeinen Sozialen Dienstes (ASD) im Jugendamt gehört die Identifikation von psychischen Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen, sowie die Überweisung in eine geeignete Betreuungs- oder Behandlungseinrichtung (Fegert et al., 2008).

Über eine Onlinebefragung aller deutscher Jugendämter und Landesjugendämter soll erfasst werden, ob beim Vorliegen potentiell traumatischer Erlebnisse bei einem vom Jugendamt betreuten Kind oder Jugendlichen systematisch Anhaltspunkte für daraus resultierende psychische Auffälligkeiten gesucht oder erfragt werden und welche weiteren Schritte gegebenenfalls beim Vorliegen von Anzeichen psychischer Störungen durch die Jugendämter eingeleitet werden. Insbesondere soll analysiert werden, ob eine Zusammenarbeit von Jugendhilfe und Gesundheitssystem in solchen Fällen regelmäßig besteht und ob in der individuellen Hilfeplanung die Vorstellung des Kindes zur weiteren Diagnostik und ggf. Behandlung bei Behandlern aus dem Bereich Kinder- und Jugendpsychiatrie/-psychotherapie angestoßen wird.

### Methodik

Es wurden bundesweit alle 561 Jugendämter mittels eines online Fragebogens auf der Plattform SoSciSurvey befragt. Die benötigten E-Mail-Adressen wurden recherchiert und von zwei Gutachtern bestätigt. Es wurden insgesamt 508 gültige E-Mail-Adressen von Jugendämtern ausfindig gemacht und angeschrieben. Der Fragebogen sollte Standards, Einstellungen, Vernetzungen und deren Qualität, Barrieren und Moderatoren, persönliche Anmerkungen und Angaben zur Institution von Jugendämtern in Bezug auf Kinder und Jugendliche mit psychischen Auffälligkeiten infolge von interpersoneller Gewalterfahrung ermitteln.

### Stichprobenbeschreibung

Von den 56 angeschriebenen Jugendämtern nahmen 122 (24%) an der online Befragung teil. Die teilnehmenden Jugendämter hatten überwiegend ländliche Einzugsgebiete (39,3%) und sind zu 49,2% in Orten mit 50 000 bis 250 000 Einwohnern ansässig. Die meisten Antworten kamen aus Nordrhein-Westfalen (32,8%), Bayern (14,8%) und Baden-Württemberg (13,1%). Aus den Bundesländern Bremen, Sachsen-Anhalt und Mecklenburg-Vorpommern kamen keine Antworten.

### Standards

Knapp 90 % aller Jugendämter gab an standardisierte Fragebögen zur Identifikation von psychischen Auffälligkeiten zu benutzen. Ungefähr ein Fünftel der Teilnehmer gab an keine direkten Standards für Kinder und Jugendliche mit psychischen Auffälligkeiten zu haben. Bei den meisten Standards (16,6 %) wird über §8a des SGB VIII die Einschätzung von Kindeswohlgefährdung bei psychischen Auffälligkeiten als Dienstanweisung eingesetzt.

Verwendete Standards in Jugendämtern	
SGB 8 § 8 a Kindeswohlgefährdung	16,6% (17)
Psychotherapeutische Behandlung	14,7% (15)
Akuteit/Gefahreinschätzung	11,7% (12)
SGB 8 § 27 Hilfeplanverfahren	1% (10)
Gespräche mit den Betroffenen	0,7% (7)
Fachärzte, Kliniken	0,6% (6)
Familiengericht	0,6% (6)
Hilfe zu Erziehung	0,6% (6)
Inobhutnahme	0,6% (6)
Verweisung/hinzuziehen anderer Beratungsstellen	0,5% (5)
Klärung der Kooperation der Eltern	0,5% (5)
Einbezug von Fachstellen	0,4% (4)
Keine einheitlichen Verfahren/Regelungen	0,2% (2)
Teilhabeeinschränkung klären	0,1% (1)

### Einstellung

Knapp die Hälfte aller teilnehmenden Jugendämter gab an die Verantwortung für die Identifikation von psychischen Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen zu übernehmen. 50,8 % der Teilnehmer glauben die Fähigkeiten zu besitzen diese Kinder und Jugendliche identifizieren zu können. Bezüglich der eigenen Verantwortung der Weiterleitung in eine adäquate Behandlung, stimmten 53,3 % der teilnehmenden Jugendämter voll und ganz zu. Jeweils ein Viertel der Jugendämter hat überhaupt nicht oder lediglich teilweise das Gefühl einen Beitrag für die Kinder und Jugendliche mit psychische Auffälligkeiten leisten zu können.

Einstellungen der befragten Jugendämtern	
Verantwortung	MW = 3,76 Median = 4,00 SD = 0,80
Fähigkeit	MW = 3,69 Median = 4,00 SD = 0,70
Aufgabe	MW = 4,45 Median = 5,00 SD = 0,66
Beitrag	MW = 3,09 Median = 3,00 SD = 1,17

### Barrieren und Moderatoren

Ungefähr 69,7 % der teilnehmenden Jugendämter gab an, dass eine zu hohe Arbeitsbelastung bzw. zu geringe Ressourcen die Identifizierung von psychischen Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen nach interpersoneller Gewalt in der Arbeit des Allgemeinen Sozialen Dienstes erschweren oder verhindern. Etwas mehr als die Hälfte der Jugendämter glaubt zu wenige Fachkenntnisse im Themengebiet Trauma zu besitzen. Ebenso fürchten ein Fünftel der Befragten keine adäquate Entscheidung treffen zu

können. Zudem erschwert laut 42,6 % der Wechsel des Wohnortes der Kinder und Jugendliche die Arbeit des ASD.

Barrieren und Moderatoren	
Zu hohe Arbeitsbelastung/zu knappe Ressourcen	69,7% (85)
Zu geringe Fachkenntnisse im Themengebiet „Trauma und psychische Folgen“	56,6 % (69)
Befürchtungen, nicht adäquat mit der Situation umgehen zu können	21,3% (26)
Häufiger Wechsel des Wohnortes/Jugendamtes durch Sorgeberechtigte	42,6% (52)

### Anmerkungen

Am Ende des Fragebogens konnten die teilnehmenden Jugendämter frei Anmerkungen oder Anregungen zu der aktuellen Versorgungslage von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Auffälligkeiten in Deutschland angeben. Dabei wurde vor allem der Mangel von Therapieplätzen bzw. daraus ergebend die zu langen Wartezeiten auf Therapieplätze genannt. Weitere Anmerkungen der Jugendämter waren die Kooperation, Kostenübernahme und Bürokratie.

Anmerkungen	
Verbesserung der therapeutischen Infrastruktur	43,5% (54)
Adäquate Betreuungseinrichtungen für KJ	9,7% (12)
Verbesserung der Kooperation von Akteuren	8,9% (11)
Vereinfachung/Klärung der Kostenübernahme	5,6% (7)
niedrigschwelligere Angebote	5,6% (7)
Gesetzeslage/ Zuständigkeiten genauer Klären	4,8% (6)
Bessere Ausbildung in Schulen/Kindergärten/Horts zur Identifikation/Früherkennung von Traumatisierung Innerfamiliärer Gewalt	4,0% (5)
Grenzen der Jugendhilfen anerkennen	2,4% (3)
Therapeutische Behandlung verlängern	2,4% (3)
Bessere Finanzierung für den Sozialbereich der Kinder und Jugendlichen	2,4% (3)
Medienkonsum kontrollieren	1,6% (2)
bessere rechtliche Beratung	1,6% (2)
Kompetenzen des Jugendamtes anerkennen	0,8% (1)
Bessere Ausbildung im ASD	0,8% (1)
Kinderrechte stärken	0,8% (1)
Hilfe/Entlastung der Eltern	0,8% (1)
Täter härter bestrafen	0,8% (1)
Sensibilisierung der allgemeinen Bevölkerung	0,8% (1)
Verbesserung der KJP-Ausbildung im Punkt Trauma	0,8% (1)
Eltern in Hilfe mit einbinden	0,8% (1)
Sprachvermittlung in Therapie/Beratung/Hilfen	0,8% (1)

### Fazit

Aus dieser Umfrage geht hervor, dass die meisten befragten Jugendämter Standards oder Dienstabweichungen benutzen, um mit Kindern und Jugendlichen mit psychischen Auffälligkeiten infolge interpersoneller Gewalterfahrung umgehen zu können. Dabei 90% benutzen standardisierte Fragebögen, um die Zustände der Kinder ermitteln zu können. Aus Einstellungen der Jugendämter kann entnommen werden, dass mehr als die Hälfte es als Ihre Aufgabe und Verantwortung sieht diesen Kindern und Jugendlichen einen Weg zu zeigen, mit ihrer Situation umgehen zu können.

---

Die Befragung zeigt jedoch auch, dass es Probleme durch eine hohe Belastung der Jugendämter gibt. Zudem scheinen die Ressourcen nicht ausreichend zu sein, um adäquat jedes Kind versorgen zu können. Weiterhin bestehen Barrieren in der Arbeit der Jugendämter durch die negativen Verhaltensweisen der Sorgeberechtigten und der mangelnde Kooperation mit Akteuren im Gesundheitswesen. Die befragten Jugendämter wünschen sich Fort- und Weiterbildungen um mehr Wissen über psychische Erkrankung zu erhalten, sowie eine Verbesserung in der Kooperation mit anderen Instanzen oder Versorgern, wie Ärzten, Psychotherapeuten oder der Jugendhilfe.

Insgesamt zeigt diese Befragung, dass es im niedrighschwelligen Bereich noch einige Problematiken in der Vernetzung und Versorgung gibt. Jugendämter können psychische Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendliche zwar identifizieren, aber nur unter erheblichen Erschwernissen. Fehlende Informationen zur Kostenübernahme und Behandlung, extrem lange Wartezeiten oder der Mangel an geeigneten Betreuungseinrichtungen neben der Therapie, erschweren die adäquate Zuweisung und Behandlung von traumatisierten Kindern und Jugendlichen.

## Überblick über Angebote in traumaspezifischen Fachberatungsstellen

Ziel des Teilprojektes ist die Darstellung der in Deutschland vorhandenen Beratungsangebote für Kinder und Jugendliche, die aufgrund von interpersonellen Gewalterfahrungen psychische Beeinträchtigungen aufweisen. Beratungsstellen stellen hierbei sowohl eine erste niedrigschwellige Anlaufstelle als auch eine Schnittstelle zur therapeutischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit Traumafolgestörungen dar. Sowohl die Art der Beratungsangebote als auch die Art der Beratungsstellen für Kinder und Jugendlichen mit traumatischen Erfahrungen in Deutschland erweist sich als vielseitig und heterogen (z.B. Beratungsstellen für Gewaltopfer oder Opfer sexuellen Missbrauchs, Familienberatungsstellen, Beratungsstellen mit breitem, unspezifischem Angebot). Viele Beratungsangebote weisen darüber hinaus aufgrund begrenzter Projektlaufzeiten und Finanzierungsschwierigkeiten eine kurze Laufzeit auf. Kavemann, Nagel und Hertlein (2016) befragten bundesweit 523 Fachberatungsstellen bei sexuellem Missbrauch in den Jahren 2010 sowie 2014/15 und fanden in den Einrichtungen einerseits eine Erhöhung der Nachfrage nach Beratung durch Betroffene und Angehörige und andererseits einen Mangel an Budget und Personalressourcen. Die Unterversorgung durch fehlende Beratungs- bzw. Therapieplätze für Opfer sexuellen Missbrauchs wurde v.a. in ländlichen Gebieten und in den neuen Bundesländern sowie in Bezug auf Angebote für Jungen bzw. Männer und für spezifische Zielgruppen (z.B. für Betroffene mit Behinderungen oder geringen Deutschkenntnissen) identifiziert (Kavemann, Nagel & Hertlein, 2016).

Systematische Zusammenstellungen aller vorhandenen Angebote für psychisch belastete Kinder und Jugendliche scheinen bislang weder auf Bundes- noch auf Länderebene zu existieren, während sich Online-Suchportale als unvollständig, veraltet oder kostenpflichtig erweisen. Dabei ist die leichte Zugänglichkeit zu Beratungs- und Behandlungsangeboten für Kinder und Jugendliche von hoher Relevanz. So leiden 40% der Jugendlichen, die eine Beratungsstelle aufsuchen, an einer psychischen Erkrankung und 81% der Jugendlichen in stationären Jugendhilfen berichten von mindestens einem traumatischen Erlebnis in der Vergangenheit (BPtK, 2015). Eine Befragung der BPtK (2015) von 608 Psychologischen Psychotherapeuten (PP) und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (KJP) ergab, dass bundesweit viele PP und KJP in der Beratung und insbesondere in der Jugendberatung tätig sind. Deren Aufgaben umfassen laut Selbsteinschätzung die Behandlung und konsiliarische Beratung von Klienten mit überdurchschnittlichem oder spezifischem Hilfebedarf, die Durchführung spezifischer diagnostischer oder psychotherapeutischer Maßnahmen, sowie Supervision für Beschäftigte anderer Berufsgruppen (BPtK, 2015). In fast allen Einrichtungen wurden zudem psychotherapeutische Leistungen, z.B. therapeutische Einzelgespräche und Gruppentherapien über mehrere Sitzungen sowie spezifische Diagnostik von Psychischen und Verhaltensstörungen, angeboten (BPtK, 2015).

Darüber hinaus besteht laut der BPtK (2015) in vielen Einrichtungen die Möglichkeit, psychotherapeutische Behandlung als Überbrückung der Wartezeit auf einen regulären Therapieplatz in Anspruch zu nehmen. In vielen Beratungsstellen und ambulanten Einrichtungen werden außerdem psychotherapeutische Leistungen erbracht, die in den Aufgabenbereich des ambulanten vertragspsychologischen Versorgungssystems fallen, jedoch aufgrund mangelnder Kapazitäten dort nicht angeboten werden können, sowie psychotherapeutische Leistungen, die über das Angebot ambulanter Vertragspsychologen hinausgehen (BPtK, 2015). Während die in den Beratungsstellen tätigen PP und KJP bei ihren Kollegen sowie Mitarbeitern mit leitender Position innerhalb der jeweiligen Einrichtung ein hohes Ansehen haben (z.B. ausdrücklicher Wunsch nach Mitarbeit von PP oder KJP) und ihre Arbeit als zwingend notwendig ansehen, empfinden Zuschussgeber und Arbeitsgeber der Einrichtung eine solche Beschäftigung von PP und KJP als weniger wünschenswert (BPtK, 2015).

## Methodik

Durch eine Onlinerecherche wurden 212 Fachberatungsstellen für Kinder und Jugendliche in Deutschland identifiziert, davon 9 bundesweit agierende (z.B. Nummer gegen Kummer e.V.), und mit der Bitte kontaktiert, an der Onlinebefragung zur Versorgungslage psychotraumatisierter Kinder und Jugendlicher teilzunehmen. Außerdem wurde um Weitergabe des Weblinks an bekannte Beratungsstellen, die mit der Internetrecherche nicht erfasst wurden, gebeten. Nach der ersten Befragungswelle bis Mitte Dezember 2016 äußerten viele Beratungsstellen den Wunsch nach längerer Bearbeitungszeit, weswegen eine zweite Befragungswelle von Anfang bis Mitte Januar 2017 stattfand. Die Datenanalyse beinhaltete die Berechnung der absoluten und prozentualen Antworthäufigkeiten.

## Ergebnisse

### Fachberatungsstellen in Deutschland

Von den durch die Onlinerecherche identifizierten 212 Fachberatungsstellen werden 75,9% durch Spenden, kleine Zuschüsse oder aus eigener Erwirtschaftung, 13,2% durch den Staat und 10,5% durch die Kirche finanziert. Psychologen sind in 28,3% der Beratungsstellen tätig, während Pädagogen mit einer therapeutischen Ausbildung in fast allen der identifizierten Beratungsstellen angestellt sind. Etwa 45,3% der Beratungsstellen sind auf sexuelle Gewalt spezialisiert und rund zwei Drittel weisen Angebote für beide Geschlechter auf, davon 26,9% nur für Mädchen und 6,1% nur für Jungen. Eine Therapie zur Überbrückung der Wartezeit auf einen regulären Therapieplatz wird in manchen der identifizierten Fachberatungsstellen in Deutschland angeboten.

### Merkmale befragter traumaspezifischer Fachberatungsstellen

Bundesweit nahmen  $n=70$  Beratungsstellen an der Befragung teil (Rücklaufquote 33,0%). Die Beteiligung innerhalb der Bundesländer lag zwischen 1,4% (Saarland) und 15,7% (Niedersachsen). Rund 93,0% der Beratungsstellen berichteten, ihr Beratungsangebot regional durchzuführen, während 7,0% überregionale Angebote aufwiesen. Von den regional handelnden Beratungsstellen führten 88,6% ihre Beratung im persönlichen Gespräch durch, während alle überregional handelnden Beratungsstellen ihre Beratung mit Hilfe von Telefonaten durchführen.

### Angebot für belastete Kinder und Jugendliche in traumaspezifischen Fachberatungsstellen

Aus der Analyse der bestehenden Angebote wurden zwei Beratungsstellen ausgeschlossen, da die Angaben vollständig fehlten bzw. ausreißende Werte darstellten. Im Jahr 2015 wurden in den durchschnittlich 125 Kinder und Jugendliche beraten, von denen 59,2% ein Trauma aufwiesen. Interpersonelle Traumata machten 94% aller berichteten Traumata aus. In vielen der befragten Beratungsstellen waren Mitarbeiter mit einer psychotherapeutischen Ausbildung (74,3%) und Mitarbeiter mit einer Zusatzqualifikation (72,9%) tätig. Die häufigsten Zusatzqualifikationen waren hierbei Eye Movement Desensitization and Reprocessing (32,9%; EMDR-KJ) und die Psychodynamisch-Imaginative Traumatherapie (25,7%; PTT-KID). Rund 80% der befragten Beratungsstellen sahen sich in der Lage, traumatisierte Kinder und Jugendliche zu identifizieren, wobei 52% dies als ihre Aufgabe empfanden. Kinder und Jugendliche mit psychischen Auffälligkeiten zu informieren und diese an weitergehende Hilfsangebote zu vermitteln sahen dagegen 87,1% als ihre Aufgabe an. Über zwei Drittel der Beratungsstellen waren der Meinung, dass Beratungsstellen für Kinder und Jugendliche einen Beitrag zur psychotherapeutischen Versorgung von traumatisierten Kindern und Jugendlichen in Deutschland leisten.

## Fachliche Qualifikationen des Personals in den befragten Fachberatungszentren

Qualifikation	n	%
<b>Psychotherapeutische Ausbildung</b>		
ja	52	74,3%
nein	17	24,3%
nicht bekannt	1	1,4%
<b>Zusatzqualifikation</b>		
ja	51	72,9%
nein	18	25,7%
nicht bekannt	1	1,4%
<b>Art der Zusatzqualifikation</b>		
Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR-KJ)	23	32,9%
Psychodynamisch-Imaginative Traumatherapie (PTT-KID)	18	25,7%
Traumafokussierte Kognitive Verhaltenstherapie (TF-KVT)	9	12,9%
Narrative Expositionstherapie für Kinder und Jugendliche (KIDNET)	3	4,3%
Mehrdimensional-Psychodynamische Traumatherapie (MPTT-KJ)	2	2,9%

*Anmerkung:* Für die Angaben zur Art der Zusatzqualifikation fehlen 13 Antworten.

### Diskussion

Die vorliegenden Befunde weisen insgesamt eine hohe Deckung mit bestehenden Erkenntnissen zu Angeboten für Kinder und Jugendliche in traumaspezifischen Fachberatungsstellen auf. In den Beratungsstellen arbeitet qualifiziertes Personal mit angemessener Aus- und Weiterbildung, das aufgrund des bestehenden Bedarfes über ihre Aufgabenbeschreibung hinaus auch Aufgaben von kassenzugelassenen Vertragspsychologen übernimmt. Die Beratungsstellen stellen hiermit eine realistische Möglichkeit dar, Kinder und Jugendliche mit Hilfebedarf, die durch das bestehende Versorgungssystem nicht aufgegriffen worden sind, aufzufangen. Darüber hinaus können psychisch belastete Kinder und Jugendliche, die Beratungsstellen und deren Personal als eine vertrauenswürdige Kontaktstelle ansehen, über diese an eine Folgetherapie weitergeleitet werden. Die Beratungsstellen können so genutzt werden, um den Übergang für die Kinder und Jugendlichen zu erleichtern und infolgedessen die Abbrecherrate im Prozess der Vermittlung zu reduzieren. Allerdings stellt die Kostenübernahme der Behandlung noch ein Problem innerhalb eines solchen Systems dar. Damit die Therapiekosten durch eine Krankenversicherung übernommen werden, muss der Therapeut bzw. die behandelnde Person über eine Kassenzulassung verfügen – dies ist jedoch bei Mitarbeitern innerhalb der Beratungsstellen normalerweise nicht der Fall. Von den Krankenkassen wird eine Kostenrückerstattung für die Behandlung angeboten, jedoch ist diese mit einem enormen bürokratischen und unübersichtlichen Aufwand verbunden und setzt eine „unzumutbare“ Wartezeit auf einen Therapieplatz (d.h. mehr als 6 bis 12 Wochen) voraus. Beratungsstellen sollten folglich vermehrt als Versorger oder mindestens Zwischenversorger implementiert, sowie die offenstehende Frage der Kostenübernahme geklärt werden, sodass eine flächendeckende, dem Bedarf Betroffener angemessene Versorgung in Deutschland angeboten werden kann.

### III. Arbeitspaket: Traumaspezifische Therapeutenqualifikation - Grundausbildung, Weiter- und Zusatzqualifikation

#### Inhalt

Grundausbildung, Weiterqualifikationen, Zusatzqualifikationen zugelassener versus nicht zugelassener Therapieanbieter

#### Methodik

Auswertung der Registerdaten der Bundespsychotherapeuten – und Bundesärztekammern, der Weiterbildungsordnungen der Therapieanbieter, Inhaltliche Auswertung der Curricula der Grund- und Weiterbildungsanbieter

#### Teilprojektverantwortliche

Dr. Annett Lotzin

In Deutschland sind in erster Linie ärztliche und psychologische Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten für die Psychotherapie psychisch erkrankter Kinder und Jugendlicher zuständig. Als Therapieverfahren sind die Verhaltenstherapie, die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie und die Psychoanalyse wissenschaftlich anerkannt und können über die Krankenkassen abgerechnet werden. Die überwiegende Mehrheit der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (78,5%) hat eine tiefenpsychologisch fundierte bzw. psychoanalytische Grundausbildung (Pahlke & Metzner, 2015). Etwas mehr als die Hälfte (61,6%) der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten sind Kinder- und Jugendpsychiater.

Was die Qualifizierung von Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten für die psychotherapeutische Behandlung von *traumatisierten* Kindern und Jugendlichen anbetrifft, so liegen nahezu keine systematisch gewonnenen Daten darüber vor. Es ist zu vermuten, dass psychotraumatologisch relevante Inhalte in den Grundausbildungen zum ärztlichen und psychologischen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten kaum vermittelt werden. So berichteten nur etwa zwei Drittel der Absolventen der Psychotherapieausbildung, jemals mit Patienten mit Anpassungs- oder Belastungsstörungen während der Grundausbildung gearbeitet zu haben (Strauß & Brähler, 2009). Eine systematische Erfassung der Ausbildungsinhalte der Grundausbildungen zum ärztlichen und psychologischen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten ist bislang noch nicht erfolgt. Darüber hinaus ist unklar, inwieweit sich Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten im Rahmen von Zusatzqualifikationen für die psychotherapeutische Behandlung von traumatisierten Kindern und Jugendlichen weiterbilden. Daher ist das Ziel dieses Teilprojekts, die Qualifikation von Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten für die Behandlung von traumatisierten Kindern und Jugendlichen im Rahmen ihrer Grundausbildung und weiterer Zusatzausbildungen systematisch zu analysieren und darzustellen.

#### Methodik

Zur systematischen Bewertung der Qualifikation von ärztlichen und psychologischen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten für die Behandlung traumatisierter Kinder und Jugendlicher wurden die folgenden Strategien verfolgt:

##### Qualifikation psychologischer Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in der Grundausbildung:

1. Es wurde das Psychotherapeutengesetz (PsychTh-APrV vom 18.12.1998), die Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (KJPsychTh-APrV vom 18.12.1998) und der Gegenstandskatalog für die schriftlichen Prüfungen nach dem Psychotherapeutengesetz (Ausbildungsgang für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, 2004) auf psychotraumatologisch relevante Ausbildungsinhalte durchgesehen.

2. Es wurden alle Landespsychotherapeutenkammern in Deutschland kontaktiert und darum gebeten, die akkreditierten Ausbildungsinstitute im jeweiligen Bundesland zu benennen. Die von den Kammern genannten Ausbildungsinstitute wurden kontaktiert und gebeten, ihre Ausbildungscurricula zur Verfügung zu stellen. Diese wurden auf psychotraumatologisch relevante Ausbildungsinhalte durchgesehen. Folgende Daten wurden aus den Curricula extrahiert:
  - Psychotraumatologisch relevante Inhalte werden genannt (1 = „ja“, 0 = „nein“)
  - Zeitlicher Umfang der psychotraumatologisch relevanten Inhalte in Unterrichtseinheiten (UE; 1 UE = 45 Min.)
  - Beschreibung der genannten Inhalte

#### Qualifikation von Fachärzten für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie in der Grundausbildung:

1. Bei ärztlichen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie) werden die Weiterbildungsinhalte von den Landesärztekammern vorgeschrieben, so dass sich die Weiterbildungsinhalte zwischen den Bundesländern unterscheiden können. Daher wurden die Weiterbildungsverordnungen aller Landesärztekammern eingeholt und auf psychotraumatologisch relevante Weiterbildungsinhalte durchgesehen.
2. Es wurden alle Landesärztekammern kontaktiert und darum gebeten, Informationen über die akkreditierten Weiterbildungsinstitute im jeweiligen Bundesland zur Verfügung zu stellen. Die genannten Weiterbildungsinstitute wurden kontaktiert und die Curricula angefragt. Die Curricula wurden auf psychotraumatologisch relevante Inhalte durchgesehen (s. Vorgehen bei den psychologischen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten).
3. Da ärztliche Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten die Weiterbildung zum Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie nicht zwingend in einem Weiterbildungsinstitut absolvieren müssen, wurden zusätzlich alle von der Ärztekammer Hamburg registrierten Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie oder Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie (frühere Bezeichnung) telefonisch kontaktiert und zu psychotraumatologisch relevanten Weiterbildungs- und Zusatzausbildungen befragt. Folgende Informationen wurden eingeholt:
  - Durchführung der Weiterbildung klinikintern (1) oder in einem externem Weiterbildungsinstitut (2)
  - Psychotraumatologisch relevante Inhalte in der Grundausbildung (0 = „nein“, 1 = „wenig“, 2 „viel“)
  - Absolvierung von Weiterbildungen für die psychotherapeutische Behandlung traumatisierter Kinder und Jugendlicher (0 = „nein“, 1 = „ja“; Beschreibung der genannten Inhalte)

#### Zusatzqualifikation von psychologischen und ärztlichen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und weiterer Berufsgruppen:

1. Es wurden die Bundespsychotherapeutenkammer, die Bundesärztekammer, die Landespsychotherapeutenkammern und die Landesärztekammern kontaktiert und gebeten, Registerdaten zu psychotraumatologisch relevanten Zusatzqualifikationen zur Verfügung zu stellen.
2. Es wurde nach psychotraumatologisch relevanten Zusatzqualifizierungen recherchiert, die nach der Approbation zum psychologischen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten bzw. nach Abschluss des Facharztes für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie durchgeführt werden können. Dazu wurden die zuvor identifizierten Ausbildungsinstitute auf entsprechende

Angebote durchgesehen und zusätzlich die Deutschsprachige Fachgesellschaft für Psychotraumatologie (DeGPT) angefragt, ob sie Zusatzqualifizierungen für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten anbieten. Darüber hinaus wurde die DeGPT angefragt, Registerdaten zu traumaspezifischen Zusatzqualifikationen ihrer Mitglieder zur Verfügung zu stellen.

## Ergebnisse

### Qualifikation im Rahmen der Grundausbildung zum psychologischen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten

#### *Qualifikation gemäß des Psychotherapeutengesetzes, der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung und der Prüfungskataloge*

Für die Ausbildung zum psychologischen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten werden Personen mit einem abgeschlossenen Hochschul- oder Fachhochstudium (in der Regel Diplom oder Master) der Psychologie, Pädagogik, Sozialpädagogik oder Sozialarbeit (PsychThG vom 16. Juni 1998) zugelassen. Die genauen Zugangsvoraussetzungen differieren jedoch zwischen den Bundesländern. Die Ausbildungsinhalte und Voraussetzungen zur Erlangung einer Approbation zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten sind durch den § 8 des Psychotherapeutengesetzes (PsychThG) vom 16.06.1998 und der entsprechenden Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (KJPsychTh-APrV) vom 18.12.1998 geregelt. Die Ausbildung erfolgt ausschließlich an akkreditierten Weiterbildungseinrichtungen und umfasst eine mindestens dreijährige Vollzeit- oder mindestens fünfjährige Teilzeitausbildung.

In der Grundausbildung zum psychologischen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten sollen Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten vermittelt werden, die für „die Diagnostik, Therapie und Rehabilitation von Störungen mit Krankheitswert, bei denen Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter indiziert ist“ erforderlich sind (KJPsychTh-APrV). Die Ausbildung zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten umfasst mindestens 4200 Ausbildungsstunden und besteht aus einer praktischen Tätigkeit (1200 Stunden an einer psychiatrischen klinischen Einrichtung, 600 Stunden in einer psychotherapeutischen oder psychosomatischen Einrichtung), einer theoretischen Ausbildung (600 Stunden), einer praktischen Ausbildung mit Krankenbehandlungen (600 Behandlungsstunden mit Patienten) unter Supervision (150 Stunden), einer Selbsterfahrung (150 Stunden), die die Ausbildungsteilnehmer zur Reflexion eigenen therapeutischen Handelns befähigt, und einem ergänzenden Studium (930 Stunden).

In der theoretischen Grundausbildung werden Grundkenntnisse für die psychotherapeutische Tätigkeit und Spezialkenntnisse in einem wissenschaftlich anerkannten psychotherapeutischen Vertiefungsfach („Verhaltenstherapie“, „tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie“ oder „Psychoanalyse“) vermittelt. Laut der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (KJPsychTh-APrV) sollen im Vertiefungsfach „Behandlungskonzepte und -techniken sowie deren Anwendung in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie“ vermittelt werden. Welche psychotherapeutischen Verfahren dies genau beinhaltet, wird in der Prüfungsverordnung nicht ausgeführt. Als Bestandteil der mündlichen Abschlussprüfung werden „theoretische Grundlagen und klinisch-empirische Befunde zu wissenschaftlich anerkannten psychotherapeutischen Verfahren bei Kindern und Jugendlichen“ und „Kriterien der generellen und differentiellen Indikation in den wissenschaftlich anerkannten psychotherapeutischen Verfahren und Methoden bei Kindern und Jugendlichen“ genannt. (KJPsychTh-APrV, S. 7). Trauma spezifische psychotherapeutische Verfahren werden nicht erwähnt.

Der Gegenstandskatalog für den schriftlichen Prüfungskatalog für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten nach dem Psychotherapeutengesetz (Ausbildungsgang für Kinder- und Jugendlichenpsychothera-

peuten von 2004) wird vom Institut für medizinische und pharmazeutische Prüfungsfragen (IMPP) entsprechend der Verordnungen des Psychotherapeutengesetzes gestaltet. Im Gegenstandskatalog für die schriftlichen Prüfungen werden folgende Inhalte genannt, die für die Qualifizierung von Therapeuten zur Behandlung traumatisierter Kinder und Jugendlicher eine Rolle spielen können:

*„Entwicklungspsychopathologie: Familiäre Risikofaktoren, [...] belastende Lebensbedingungen (Life-Events) und Risikokonstellationen (wie Migration, Scheidung, Tod oder psychische Störungen der Eltern); Trauma (wie Vernachlässigung, Misshandlung, Missbrauch)“*

*„Allgemeine Krankheitslehre aus psychoanalytischer und tiefenpsychologischer Sicht: Trauma-Modell, Traumabegriff, sequentielles und kumulatives Trauma, Beziehung zur Strukturpathologie bei kumulativem Trauma“*

*„Rahmenbedingungen von Partnerschaft und Familie: Determinanten von Partnerschaftsqualität und Scheidung: Gewalt in Partnerschaft und Familie, sexueller Missbrauch; Missbrauch und Störung.“*

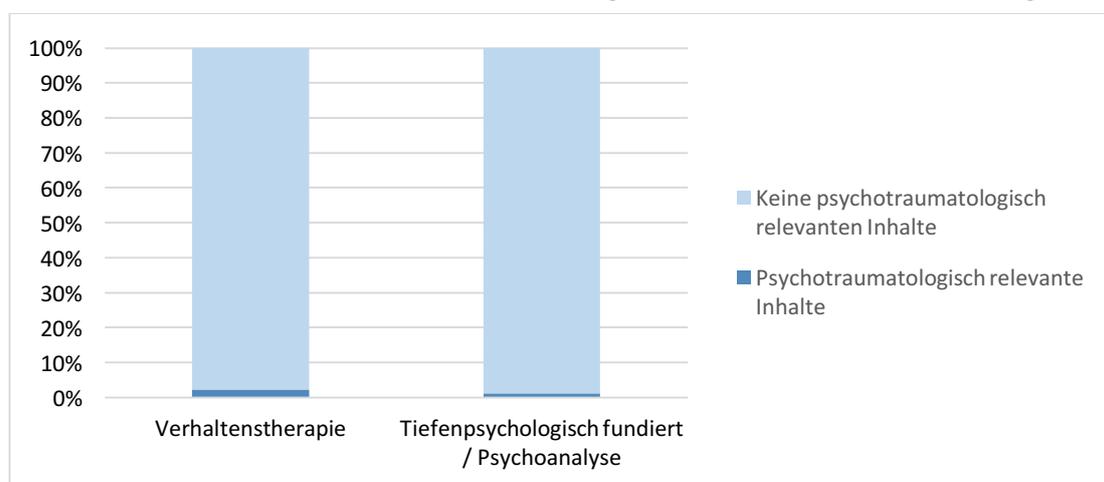
Demnach sollen psychologische Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (aus der Perspektive eines entwicklungspsychopathologischen Erklärungsmodells) Wissen über die Bedeutung kritischer Lebensereignisse (sog. Life-Events), Traumata und weiterer Risikobedingungen für die Entwicklung psychischer Störungen verfügen. Darüber hinaus ist der Begriff des Traumas aus psychoanalytischer bzw. tiefenpsychologischer Sicht Bestandteil der schriftlichen Prüfung. Störungswissen über die posttraumatische Belastungsstörung und ihre Behandlung wird im Prüfungskatalog nicht als prüfungsrelevantes Wissen genannt.

#### *Qualifikation gemäß der Curricula der Ausbildungsinstitute*

Die 12 Landespsychotherapeutenkammern in Deutschland wurden im Rahmen dieser Studie telefonisch oder schriftlich gebeten, Informationen über die von der jeweiligen Landeskammer akkreditierten Ausbildungsinstitute mitzuteilen. Es wurden 250 akkreditierte Ausbildungsinstitute von den Landespsychotherapeutenkammern genannt (s. Datenband, Teilprojekt A.3, Tabelle 1). Von diesen 250 Ausbildungsinstituten gaben n = 103 Institute an, eine Ausbildung zum psychologischen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten anzubieten. Die verbleibenden Institute berichteten, ausschließlich eine Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten für Erwachsene durchzuführen. Von den 103 Ausbildungsinstituten mit Ausbildungsangebot zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten boten 58,3% eine Ausbildung mit Vertiefungsgebiet „Verhaltenstherapie“ an; 46,6% mit den Vertiefungsgebieten „Tiefenpsychologisch fundiert“ und/oder „Psychoanalyse“. Für die Ausbildung mit Vertiefungsgebiet „Verhaltenstherapie“ konnten für 88,3% der Ausbildungsgänge die Inhalte der Curricula eingesehen oder die gewünschten Informationen über psychotraumatologisch relevante Ausbildungsinhalte telefonisch erfragt werden. Bei den Ausbildungsgängen mit den Vertiefungsgebieten „Tiefenpsychologisch fundiert“ und/oder „Psychoanalyse“ waren dies 77,1 %. Insgesamt wurden 90 Curricula für die Ausbildung zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten auf psychotraumatologisch relevante Inhalte durchgesehen.

Das Curriculum der Ausbildung zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten umfasst 600 Unterrichtsstunden (KJPsychTh-APrV vom 18.12.1998). Die Durchsicht der 90 Curricula der Ausbildungsinstitute ergab, dass psychotraumatologisch relevante Lehrinhalte in den meisten Curricula (n = 74, 68,5%) zumindest mindestens einmal genannt wurden. In den Ausbildungscurricula mit Vertiefungsfach „Verhaltenstherapie“ wurden psychotraumatologisch relevante Inhalte in 80,0% der Curricula genannt. In den Ausbildungscurricula mit den Vertiefungsfächern „Tiefenpsychologisch fundiert“ und/oder „Psychoanalyse“ wurden psychotraumatologisch relevante Inhalte deutlich seltener erwähnt: Hier enthielten nur 56,5% (n = 26) der Curricula solche Inhalte.

In den Curricula wurden in durchschnittlich 12 Unterrichtseinheiten (MW = 11,9, SD = 12,8, Median = 12, Min = 0, Max = 72) der insgesamt 600 Unterrichtseinheiten psychotraumatologisch relevante Inhalte vermittelt, was einem sehr geringen zeitlichen Anteil von durchschnittlich 1,8% der Unterrichtseinheiten entspricht. Es kann davon ausgegangen werden, dass der tatsächlich vermittelte psychotraumatologisch relevante Ausbildungsinhalt durch diese Daten noch überschätzt wird, da zwei Ausbildungsinstitute (ein Institut mit Vertiefungsgebiet „Verhaltenstherapie“ und ein Institut mit den Vertiefungsgebieten „Tiefenpsychologisch fundiert“ und/oder „Psychoanalyse“) einen sehr hohen Anteil an psychotraumatologisch relevanten Inhalten (72 Unterrichtseinheiten) angab, diese Inhalte aber zusätzlich zum regulären Curriculum angeboten wurden und daher nicht verpflichtend besucht werden mussten. Betrachtet man die Curricula des Vertiefungsgebietes ‘Verhaltenstherapie‘ gesondert, so lag die durchschnittliche Anzahl an Unterrichtseinheiten bei 16 (MW = 16,4, SD = 10,7, Median = 14, Min = 0, Max = 72). Dies entspricht einem durchschnittlichen zeitlichen Anteil von 2,2% der gesamten theoretischen Ausbildung.



Prozentualer Anteil der curricularen Ausbildungsinhalte in der Grundausbildung zum psychologischen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, in dem psychotraumatologisch relevante Inhalte vermittelt werden

Diese 2,2% psychotraumatologisch relevanten Ausbildungsinhalte bezogen sich hauptsächlich auf die Vermittlung von Störungswissen zur Posttraumatischen Belastungsstörung, sowie seltener auf psychotherapeutische Verfahren zur Behandlung traumatisierter Kinder und Jugendlicher (eine Auflistung der genauen Inhalte findet sich im Datenband, Teilprojekt A.3, Tabelle 1). So werden beispielsweise im Curriculum der Akademie für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie GmbH als Ausbildungsinhalte für den Vertiefungsschwerpunkt „Verhaltenstherapie“ die „Diagnose und Therapie posttraumatischer Belastungsstörungen“ mit 9 Unterrichtseinheiten in die Ausbildung einbezogen. In den Ausbildungen mit den Vertiefungsgebieten „Tiefenpsychologisch fundiert“ und/oder „Psychoanalyse“ werden im Vergleich zum Vertiefungsgebiet ‘Verhaltenstherapie‘ noch weniger psychotraumatologisch relevante Inhalte vermittelt (s. Abb. 1). Hier waren dies durchschnittlich 7 Unterrichtseinheiten (MW = 6,6, SD = 13,3, Median = 0, Min = 0, Max = 72), was einem zeitlichen Anteil von 1,1% der gesamten curricularen Ausbildung entspricht. In diesen Ausbildungsgängen werden meist solche traumabezogenen Inhalte vermittelt, die sich auf die psychoanalytische Krankheitslehre stützen (s. Datenband, Teilprojekt A.3, Tabelle 2). Darüber hinaus wurden Störungswissen zur Posttraumatischen Belastungsstörung und (seltener) psychotherapeutische Verfahren zur Behandlung traumatisierter Kinder und Jugendlicher im Curriculum benannt. So wird etwa von der Ausbildungsstätte für psychoanalytische Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie an der Universität Kassel „Grundlagen der psychoanalytischen Theorie und allgemeinen Krankheitslehre: Trauma“ mit 4 Unterrichtseinheiten im Curriculum aufgeführt.

## Qualifikation im Rahmen der ärztlichen Grundausbildung zum Kinder- und Jugendpsychiater

### *Qualifikation gemäß den Weiterbildungsverordnungen*

Ärzte können im Anschluss an ein abgeschlossenes Medizinstudium zur Erlangung des Facharztes für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (früher „Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie“) eine fünfjährige Weiterbildung durchführen. Das Gebiet der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie soll „die Erkennung, Behandlung, Prävention und Rehabilitation bei psychischen, psychosomatischen, entwicklungsbedingten und neurologischen Erkrankungen oder Störungen sowie bei psychischen und sozialen Verhaltensauffälligkeiten im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter und bei Heranwachsenden auch unter Beachtung ihrer Einbindung in das familiäre und soziale Lebensumfeld“ umfassen (Musterweiterbildungsordnung der Bundesärztekammer vom 28.06.2013; MWBO 2003, S. 97).

Die Weiterbildungsinhalte zur Erlangung des Facharztes für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie sind in den Weiterbildungsordnungen der Landesärztekammern geregelt. Als Empfehlung für die Inhalte dieser Weiterbildungsverordnungen dient die (Muster-)Weiterbildungsordnung 2003 der Bundesärztekammer (MWBO 2003). Die Weiterbildung auf dem Gebiet der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie beinhaltet eine fünfjährige praktische Tätigkeit, in der 100 Stunden theoretische Ausbildung, 240 Stunden psychotherapeutische Tätigkeit unter Supervision, sowie 150 Stunden Selbsterfahrung absolviert werden sollen. Die praktische klinische Tätigkeit wird unter der verantwortlichen Leitung eines von der Ärztekammer akkreditierten Weiterbildungsbefugten durchgeführt. Vier Jahre der Weiterbildung erfolgen im Gebiet der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, von denen mindestens zwei Jahre im Stationsdienst erfolgt sein müssen; zwei der vier Jahre können in niedergelassenen Praxen oder einer Tagesklinik durchgeführt werden. Daneben muss ein Jahr auf dem Gebiet der Kinderheilkunde, Psychiatrie, psychosomatische Medizin oder Neurologie abgeleistet werden (MWBO 2003). Die absolvierten Weiterbildungsinhalte werden in einem Weiterbildungsbuch (sog. Logbuch) dokumentiert und müssen vom Weiterbildungsbefugten im Rahmen eines Zeugnisses bestätigt werden.

Im Rahmen der strukturierten theoretischen Ausbildung (100 Stunden) sollen neurologische, psychiatrische und psychotherapeutische Kenntnisse (sog. „Neurologie-Teil“, „Psychiatrie-Teil“ und „Psychotherapie-Teil“) vermittelt werden. Diese Kenntnisse können entweder im sog. Weiterbildungsverbund oder an einer anerkannten Weiterbildungseinrichtung erworben werden. Häufig gehören Kliniken zu einem von der Ärztekammer anerkannten Weiterbildungsverbund, der die Weiterbildung zum entsprechenden Facharzt zur Aufgabe hat, so dass ein Arzt in Facharztausbildung die Weiterbildungsinhalte an der Klinik absolvieren kann, an der er aktuell klinisch tätig ist. Alternativ können Ärzte Weiterbildungsinhalte an einem Weiterbildungsinstitut erwerben.

Die Durchsicht der Weiterbildungsverordnungen der 17 Landesärztekammern auf psychotraumatologisch relevante Weiterbildungsinhalte ergab, dass in keiner der 17 Weiterbildungsverordnungen zum Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie psychotraumatologisch relevante Inhalte genannt wurden. Die Durchsicht der (Muster-)Weiterbildungsordnung der Bundesärztekammer (MWBO 2003), die den Landesärztekammern als Empfehlung für die Weiterbildungsordnungen der Landesärztekammern dient, enthielt ebenfalls keine psychotraumatologisch relevanten Inhalte. Die Durchsicht des „(Muster-) Logbuchs“, in dem die vorgeschriebenen Weiterbildungsinhalte entsprechend der „(Muster-)Weiterbildungsordnung“ der Bundesärztekammer dokumentiert werden sollen, ergab ebenso, dass psychotraumatologisch relevante Inhalte in der Weiterbildung nicht vorgeschrieben sind.

### *Qualifikation gemäß der Curricula der Weiterbildungsinstitute*

Die Landesärztekammern konnten nur unvollständige Angaben zu Weiterbildungsinstituten für den Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie liefern. Dies ist dadurch zu erklären, dass die ärztliche Weiterbildung zum Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (im Gegensatz zur Ausbildung zum psychologischen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten) nicht zwingend an einem Weiterbildungsinstitut durchgeführt werden muss, sondern über weiterbildungsbeauftragte Ärzte organisiert ist. Ausbildungsinstitute, die die Ausbildung zum psychologischen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten anbieten, öffnen jedoch die entsprechenden Curricula häufig auch für Ärzte, die hier Weiterbildungsinhalte zur Erlangung des Facharztes für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie erwerben können. Nahezu die Hälfte (48,5%, n = 50) der Ausbildungsinstitute, die die Ausbildung zum psychologischen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten anboten, gaben an, auch Weiterbildungsinhalte für die Weiterbildung zum Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie -und -psychotherapie anzubieten. Etwa die Hälfte (48,0%, n = 24) dieser Institute boten Inhalte im Vertiefungsbereich „Verhaltenstherapie“ an; die andere Hälfte (52,0%, n = 26) in den Vertiefungsgebieten „Tiefenpsychologisch fundiert“ und/oder „Psychoanalyse“.

Die Sichtung dieser Curricula im Vertiefungsgebiet „Verhaltenstherapie“ ergab, dass in den meisten der Curricula psychotraumatologisch relevante Inhalte zumindest benannt wurden (84,6%, n = 22, s. Datenband, Teilprojekt A.3, Tabelle 3). Im Durchschnitt enthielten die Curricula 13 Unterrichtseinheiten, die sich auf solche Inhalte bezogen (M = 12,9, SD = 6,1, Md = 14, Min = 0, Max = 24). Dies entspricht einem durchschnittlichen zeitlichen Anteil von 2,2% des gesamten Curriculums (M = 2,2%, SD = 1,0%, Md = 2,3%, Min = 0,0%, Max = 4,0%). In den Vertiefungsgebieten „Tiefenpsychologisch fundiert“ und/oder „Psychoanalyse“ wurden in der Hälfte der Curricula (46,2%, n = 12) psychotraumatologisch relevante Inhalte benannt (s. Datenband, Teilprojekt A.3, Tabelle 4). Durchschnittlich waren dies 3 Unterrichtseinheiten (M = 3,4, SD = 7,7, Md = 0, Min = 0, Max = 32). Dies entspricht einem zeitlichen Anteil von 0,6% am gesamten Curriculum (M = 0,6%, SD = 1,3%, Md = 0%, Min = 0%, Max = 5,3%).

### *Qualifizierung gemäß der Selbstauskunft von Kinder- und Jugendpsychiatern*

Bei der Landesärztekammer Hamburg waren 52 Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie bzw. Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie (alte Bezeichnung) registriert. Diese wurden mehrfach telefonisch kontaktiert und gebeten, Angaben zu psychotraumatologisch relevanten Weiterbildungsinhalten während ihrer Facharztweiterbildung sowie zu Zusatzqualifikationen zu machen. Von den 52 Hamburger Fachärzten erklärte sich jeder Fünfte (18,9%, n = 10) bereit, über Weiterbildungsinhalte Auskunft zu geben. Sieben von zehn Kinder- und Jugendpsychiatern gaben an, ihre theoretische Ausbildung in einem weiterbildungsermächtigten Landeskrankenhaus oder an einer Uniklinik durchgeführt zu haben. Sieben von zehn Kinder- und Jugendpsychiatern hatten den Weiterbildungsschwerpunkt „Tiefenpsychologisch fundiert“ und/oder „Psychoanalyse“ gewählt; die verbleibenden drei von zehn Kinder- und Jugendpsychiatern hatten den Schwerpunkt „Verhaltenstherapie“ gewählt. An einem externen Weiterbildungsinstitut hatten drei von zehn Kinder- und Jugendpsychiatern ihre Weiterbildung durchgeführt. Zwei von zehn Kinder- und Jugendpsychiatern gaben an, „keine psychotraumatologisch relevante Inhalte“ während der Facharztweiterbildung erlernt zu haben; sechs von zehn gaben „wenig psychotraumatologisch relevante Inhalte“ an. Nur zwei von zehn Kinder- und Jugendpsychiatern berichteten, „viele psychotraumatologisch relevanten Inhalte“ in der Facharztweiterbildung erlernt zu haben.

## Zusatzqualifikation von ärztlichen und psychologischen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und weiteren Berufsgruppen

Die Kontaktierung der Psychotherapeutenkammern und der Ärztekammern ergab, dass keine der Kammern Registerdaten über Weiter- oder Zusatzqualifikationen von psychologischen bzw. ärztlichen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten verfügten.

Die Deutschsprachige Fachgesellschaft für Psychotraumatologie (DeGPT), die als Fachgesellschaft Ärzte, Psychotherapeuten und andere Berufsgruppen vertritt, die Menschen mit Traumafolgestörungen behandeln, benannte zwei curriculare Weiterbildungen, die von der DeGPT zertifiziert worden sind. Das Curriculum "Spezielle Psychotraumatheorie mit Kindern und Jugendlichen (DeGPT)" definiert Standards zur Qualifikation für die psychotherapeutische Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit Traumafolgestörungen. Durch den Nachweis dieser Zusatzausbildung an einem zertifizierten Weiterbildungsinstitut können ärztliche und psychologische Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (sowie ärztliche und psychologische Psychotherapeuten) die Zusatzqualifikation "Spezielle Psychotraumatheorie mit Kindern und Jugendlichen (DeGPT)" erwerben. Derzeit wird die curriculare Weiterbildung von acht zertifizierten Weiterbildungsinstituten in Deutschland angeboten. Das Curriculum "Spezielle Psychotraumatheorie mit Kindern und Jugendlichen (DeGPT)" umfasst einen zeitlichen Umfang von 140 Stunden, in denen folgende Inhalte vermittelt werden: Theoretische Grundlagen, Diagnostik und Therapie von Traumafolgestörungen bei Kindern und Jugendlichen (24 UE); Entwicklungsangepasste Techniken zur Stabilisierung, Affektregulation und Ressourcenaktivierung (16 UE); Überblick über die Behandlung akuter Traumatisierungen und Krisenintervention (8 UE); Behandlung einfacher (non-komplexer) PTBS bei Kindern und Jugendlichen (32 UE); Behandlung von chronifizierter PTBS mit komplexer komorbider Symptomatik bei Kindern und Jugendlichen (32 UE); Selbsterfahrung und Psychohygiene (8 UE); Supervision (20 UE). Darüber hinaus müssen drei traumatherapeutische Behandlungen unter Supervision durchgeführt und schriftlich dokumentiert werden. Die DeGPT gab an, dass insgesamt 306 Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten die Zusatzqualifikation „Spezielle Psychotraumatheorie mit Kindern und Jugendlichen“ erlangt haben. Im Jahr 2016 haben 33 Personen das Zertifikat erhalten. Von den zehn befragten Hamburger Kinder- und Jugendpsychiatern berichteten zwei Fachärzte, eine solche Zusatzausbildung absolviert zu haben.

Neben der Zusatzausbildung "Spezielle Psychotraumatheorie mit Kindern und Jugendlichen (DeGPT)", die sich an psychologische und ärztliche Psychotherapeuten mit psychotherapeutischer Vorbildung richtet, kann in Deutschland die Zusatzqualifikation „Traumapädagogik und Traumazentrierte Fachberatung (DeGPT/BAG-TP)“ erworben werden, die nach den Empfehlungen der DeGPT und der Bundesarbeitsgemeinschaft Traumapädagogik e.V. (BAG-TP) zertifiziert worden ist. Diese Zusatzausbildung steht Hochschul- und Fachhochschulabsolventen mit psychologischen, pädagogischen und medizinischen Abschlüssen, sowie Personen mit einer abgeschlossenen Berufsausbildung offen (insbesondere Erziehern, Pflegefachkräften, Ergotherapeuten, Logopäden), die eine mindestens dreijährige Berufserfahrung in einem relevanten Praxisfeld nachweisen können. Das Curriculum „Traumapädagogik und Traumazentrierte Fachberatung (DeGPT/BAG-TP)“ umfasst 120 Unterrichtseinheiten mit den folgenden Inhalten: Einführung in die Psychotraumatologie, Pädagogik, Beratung und Therapie (24 UE); Praxis und Reflexion der eigenen beruflichen Rolle (32 UE); Stabilisierung (32 UE); Traumaverarbeitung und Integration in beruflichen und pädagogischen Kontexten (8 UE); Supervision mit rollen-, aufgabenspezifischer und persönlicher Selbstreflexion (24 UE). Als Voraussetzung für die Zertifizierung sind drei Fälle zu dokumentieren und vorzustellen. Registerdaten über die Anzahl an Personen, die diese Zusatzausbildung erfolgreich absolviert haben, lagen der DeGPT nicht vor.

## Diskussion

Die Analyse der Qualifikation von psychologischen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten im Rahmen ihrer Grundausbildung ergab, dass Ausbildungsinhalte, die für die psychotherapeutische Behandlung von traumatisierten Kindern und Jugendlichen maßgeblich sind, kaum vermittelt werden. So fehlen in der Prüfungsverordnung für die Ausbildung zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten psychotraumatologisch relevante Inhalte gänzlich. Im Gegenstandskatalog für die schriftlichen Prüfungen nach dem Psychotherapeutengesetz für den Ausbildungsgang für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (2004) werden zwar Kenntnisse über traumatische Erfahrungen und ihre Folgen für die Entwicklung psychischer Störungen benannt, jedoch keine Kenntnisse über spezifische psychotherapeutische Interventionen. Die Durchsicht der Curricula der Grundausbildung ergab, dass in durchschnittlich 12 Unterrichtseinheiten der insgesamt 600 Unterrichtseinheiten psychotraumatologisch relevante Inhalte vermittelt wurden, was einem durchschnittlichen Anteil von 1,8% der gesamten Unterrichtseinheiten entspricht. Es ist davon auszugehen, dass die tatsächlich vermittelten psychotraumatologisch relevanten Ausbildungsinhalte noch geringer ausfallen, da die entsprechenden Unterrichtseinheiten nicht immer verpflichtend besucht werden mussten. Im Vertiefungsgebiet 'Verhaltenstherapie' lag der Anteil psychotraumatologisch relevanter Inhalte mit 2,2% geringfügig höher als in den Vertiefungsgebieten „Tiefenpsychologisch fundiert“ und „Psychoanalyse“, bei denen der Anteil psychotraumatologisch relevanter Inhalte bei 1,1% lag. Insgesamt ist somit davon auszugehen, dass in der Grundausbildung zum psychologischen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten nur wenig Inhalte vermittelt werden, die dazu befähigen könnten, traumatisierte Kinder und Jugendliche angemessen psychotherapeutisch zu behandeln.

Die Analyse der Qualifikation von ärztlichen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten im Rahmen ihrer Grundausbildung ergab ebenfalls, dass die für die psychotherapeutische Behandlung von traumatisierten Kindern und Jugendlichen relevanten Ausbildungsinhalte kaum vermittelt wurden. So enthielten die Weiterbildungsordnungen der Landesärztekammern keine psychotraumatologisch relevanten Weiterbildungsinhalte für die Ausbildung zum Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie. Die Durchsicht der Curricula von Ausbildungsinstituten, die von Ärzten im Rahmen ihrer Facharztweiterbildung besucht werden konnten, ergab, dass in den Curricula mit Vertiefungsgebiet „Verhaltenstherapie“ durchschnittlich 13 Unterrichtseinheiten zu psychotraumatologisch relevanten Inhalten enthalten waren, was einem zeitlichen Anteil von 2,2% des gesamten Curriculums entspricht. In den Vertiefungsgebieten „Tiefenpsychologisch fundiert“ und/oder „Psychoanalyse“ waren es durchschnittlich 3 Unterrichtseinheiten, was einem noch geringeren Anteil von 0,6% am gesamten Curriculum entspricht. Allerdings spiegeln diese Daten auf Basis der Curricula bei den ärztlichen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten ihre Qualifikation nur unzureichend wider, da die psychotraumatologischen Inhalte dieser Curricula von Ärzten in Facharztausbildung nicht vollständig absolviert werden müssen. In der Regel besuchen Ärzte für ihre (100-stündige) theoretische Weiterbildung ein Sechstel der (600-stündigen) Curricula, die für die Ausbildung zum psychologischen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten ausgelegt sind. Darüber hinaus gilt es zu berücksichtigen, dass Ärzte ihre Weiterbildungen häufig ausschließlich innerhalb der Klinik, in der sie aktuell praktisch tätig sind, absolvieren. Entsprechend berichteten 8 von 10 der befragten Hamburger Kinder- und Jugendpsychiater, „keine“ oder „wenig“ psychotraumatologisch relevante Inhalte in der Weiterbildung zum Kinder- und Jugendpsychiater erlernt zu haben.

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass die Grundqualifikation von ärztlichen und psychologischen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten für die psychotherapeutische Behandlung von traumatisierten Kindern und Jugendlichen als unzureichend einzustufen ist. Um eine optimale Versorgung traumatisierter Kinder und Jugendlicher zu gewährleisten, erscheint es von grundlegender Bedeutung,

entsprechende Kenntnisse in die Grundausbildungen zum ärztlichen und psychologischen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten zu integrieren. Mittlerweile sind wirksame und evidenzbasierte Therapieverfahren für traumatisierte Kinder und Jugendliche verfügbar (Gutermann et al., 2016), die in den grundständigen Ausbildungen vermittelt werden sollten. Vor allem solche Therapieverfahren, die eine Konfrontation mit dem Trauma als Behandlungselement beinhalten, weisen hohe Effektstärken auf und sind deutlich wirksamer im Vergleich zu anderen therapeutischen Verfahren (Gutermann et al., 2016). Kenntnisse über solche Therapieverfahren werden jedoch in den grundständigen Ausbildungen bislang kaum vermittelt. Dies gilt in besonderem Maße für die tiefenpsychologisch bzw. psychoanalytisch orientierten Grundausbildungen.

Bezüglich der Weiter- und Zusatzqualifikation von ärztlichen und psychologischen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten wurde festgestellt, dass zwei zertifizierte Zusatzqualifikationen vorliegen, die einen hohen Qualitätsstandard gewährleisten. Allerdings lagen weder den Psychotherapeutenkammern noch den Ärztekammern Daten über entsprechende Zusatzqualifikationen ihrer Kammermitglieder vor, so dass unklar bleibt, welche der aktuell registrierten Kammermitglieder über eine solche Zusatzqualifikation verfügen. Das Curriculum "Spezielle Psychotraumatheapie mit Kindern und Jugendlichen (DeGPT)" richtet sich an ärztliche und psychologische Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und vermittelt Kenntnisse über traumatherapeutische Verfahren zur Behandlung traumatisierter Kinder und Jugendlicher. Angesichts der unzureichenden Grundausbildung psychologischer und ärztlicher Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten ist eine solche Zusatzqualifikation zu begrüßen. Laut der Registerdaten der DeGPT haben aktuell 306 Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten diese Zusatzqualifikation erlangt (DeGPT, 2017). Bei einer Gesamtzahl von ca. 3000 approbierten Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in Deutschland kann somit davon ausgegangen werden, dass nur etwa 10 % der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten diese Zusatzqualifikation aufweisen. Um diese Lücke einer qualifizierten Versorgung traumatisierter Kinder und Jugendlicher zu schließen, müssten jedoch deutlich mehr Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in evidenzbasierten traumatherapeutischen Verfahren ausgebildet werden. Gesundheitsfachkräfte, die keine psychotherapeutische Vorbildung aufweisen, aber in ihrer täglichen Praxis mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen in arbeiten, können das Curriculum "Traumapädagogik und Traumazentrierte Fachberatung (DeGPT/BAG-TP)" absolvieren, welches ebenfalls einen einheitlichen Qualitätsstandard gewährleistet. In diesem Curriculum werden grundlegende Kenntnisse über Traumatisierungen bei Kindern und Jugendlichen und Stabilisierungstechniken zum besseren Umgang mit posttraumatischen Belastungssymptomen vermittelt.

Insgesamt legen unsere Analysen nahe, dass ärztliche und psychologische Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten unzureichend für die Behandlung traumatisierter Kinder und Jugendlicher ausgebildet sind. Insbesondere Kenntnisse über evidenzbasierte psychotherapeutische Verfahren zur Behandlung von traumatisierten Kindern und Jugendlichen sollten stärker in die Grundausbildung und in die Weiterbildung dieser Berufsgruppen eingehen.

---

## Fazit zur Qualifikation von Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten für die Behandlung traumatisierter Kinder und Jugendlicher

- Ärztliche und psychologische Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten werden im Rahmen ihrer Grundausbildungen unzureichend für die Behandlung traumatisierter Kinder und Jugendlicher ausgebildet. Daher ist eine psychotraumatologische Zusatzqualifikation von Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten im Anschluss an die Grundausbildung ausdrücklich wünschenswert.
- Die Registrierung und Veröffentlichung zertifizierter Zusatzqualifikationen von Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten durch die Ärzte- und Psychotherapeutenkammern könnte zu einer verbesserten Qualitätssicherung beitragen.
- Kenntnisse über die psychotherapeutische Behandlung traumatisierter Kinder und Jugendlicher sollten zukünftig stärker in die Grundausbildungen von Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten implementiert werden.

## Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) bei Kindern und Jugendlichen

Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) ist eine von Shapiro (1996) entwickelte traumaspezifische Therapiemethode zur Reduktion von PTBS-Symptomen, bei der Patienten angeleitet werden, ihre Aufmerksamkeit während der Traumaexposition in sensu auf einen externen Stimulus (z.B. auf Handbewegung des Therapeuten, Antippen auf Rücken oder Beinen) zu richten. EMDR ist kein Bestandteil der Ausbildung zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (Patienten zwischen 0 und 21 Jahren) bzw. zum Psychologischen Psychotherapeuten (Patienten ab 16 Jahre). Therapeuten können sich für die Durchführung von EMDR bei Fachverbänden wie z.B. EMDRIA qualifizieren. Auf der Basis der vorliegenden randomisiert kontrollierten Studien (Powers et al., 2010) wird EMDR in den Behandlungsleitlinien für PTBS als ein effektives therapeutisches Verfahren für Erwachsene empfohlen und kann über die gesetzlichen Krankenkassen (GKV) abgerechnet werden, obwohl Wirkweise und Wirkfaktoren von EMDR bisher nicht geklärt werden konnten (Cohen et al., 2010; Flatten et al., 2011). Aufgrund der wenigen vorliegenden Studien und methodischen Schwächen in den Untersuchungen zu EMDR bei Kindern und Jugendlichen wurde EMDR für die Behandlung von minderjährigen Patienten mit PTBS in den bisher veröffentlichten Übersichtsarbeiten nicht empfohlen und lediglich als vielversprechendes Verfahren eingeschätzt (Cohen et al., 2010, Rosner et al., 2013). Mittlerweile liegen jedoch auch zunehmend kontrollierte Studien vor, die auf die Wirksamkeit von EMDR bei minderjährigen Patienten hinweisen (Gutermann, 2016). EMDR kann für Kinder und Jugendliche mit PTBS bisher nicht über die Krankenkassen abgerechnet werden.

### Ergebnisse der Systematischen Literaturrecherche

Im Rahmen des systematische Reviews zur Wirksamkeit von nicht GKV-finanzierten Therapieverfahren konnten unter Anwendung der a priori definierten Ein- und Ausschlusskriterien vier Studien zur Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit Traumafolgestörungen mit EMDR eingeschlossen werden. Bei den Studien von Ahmad et al. (2007) und Jaberghaderi et al. (2004) handelte es sich randomisiert kontrollierte Studiendesigns, bei denen EMDR mit einer Wartelistekontrollgruppe und kognitiver Verhaltenstherapie verglichen wurde. EMDR erwies sich in diesen Studien als statistisch signifikant wirksamer als die Warte-

listekontrollgruppe und als effizienter als die kognitive Verhaltenstherapie (KVT). Die KVT führte zwar auch zu einer statistisch signifikanten Reduzierung posttraumatischer Belastung, allerdings waren weniger EMDR-Sitzungen notwendig, um eine vergleichbare Reduzierung der Belastung zu erwirken. In der Studie von Puffer et al. (1998) erwies sich EMDR im Rahmen einer Prä-Post-Studie als wirksamer als eine Wartelistekontrollgruppe. Rubin et al. (2001) konnte in einer Prä-Post-Studie keinen statistisch signifikanten Unterschiede in der Wirksamkeit von EMDR und einer Routinebehandlung zeigen.

### Ergebnisse der Systematischen Leitlinienrecherche

Von den sieben inhaltlich analysierten Leitlinien, die Aussagen zur Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit Traumafolgestörungen getroffen haben, wurde EMDR von zwei Leitlinien als eine mögliche Behandlungsmethode empfohlen (von Gontard, 2013; WHO, 2013a,b). In der Leitlinie von von Gontard (2013) wurde darauf verwiesen, dass für EMDR keine Evidenz bei Kindern unter sechs Jahren gefunden werden konnte.

### Ergebnisse der Therapeutenbefragung

Von allen abgefragten traumatherapeutischen Verfahren für Kinder und Jugendliche wurde EMDR laut der deutschlandweiten Therapeutenbefragung am häufigsten eingesetzt. Etwa ein Drittel der Befragten gab an, über eine Zusatzqualifizierung für EMDR zu verfügen. Unter den Verfahren, die die Versorger gerne einsetzen würden, aber nicht abrechnen dürfen, lag EMDR mit einer deutlichen Mehrheit vorn. Die Forderung nach einer Krankenkassenzulassung für EMDR wurde zudem freitextlich mehrfach als Verbesserungsvorschlag für die Versorgung von traumatisierten Kindern und Jugendlichen von den befragten Therapeuten thematisiert.

### Fazit

EMDR erscheint neben der (tf)-KVT als eine effektive wie auch effiziente Therapiemethode, die bei Behandlern einen großen Anwendungskreis gefunden hat, ohne dass sie bisher in Deutschland bei den GKVn abgerechnet werden kann. Die vorliegenden Übersichtsarbeiten und Leitlinien haben für EMDR noch keine ausreichende Evidenz zeigen können. Die in der Expertise gewonnenen Erkenntnisse verdeutlichen, dass die Behandler in der Praxis unabhängig von der Evidenzlage und teilweise auch ohne Zusatzqualifizierung EMDR anwenden.

#### IV. Arbeitspaket: Nationale und internationale traumaspezifische Therapieangebote und Evidenzgrad der nicht GKV-finanzierten Konzepte

##### Inhalt

- A. Traumaspezifische und methodenübergreifende Therapieangebote, nationale und internationale Angebote, Good-Practice Beispiele (regelfinanziert)
- B. interventionsstudien zu Therapieangeboten, die nicht GKV-finanziert sind, Stand der Evaluation und wissenschaftlicher Erkenntnis

##### Methodik

Systematische Literaturübersicht

Teilprojektverantwortliche

M.Sc. Olga Wlodarczyk

Therapeutische Ansätze zur Behandlung von psychischen Störungen infolge von interpersonellen Traumata sind einer Vielzahl von therapeutischen Schulen und Methoden zuzuordnen. Die Wirksamkeit von kognitiv-verhaltenstherapeutischen Techniken zur Behandlung von Traumafolgestörungen bei Kindern und Jugendlichen ist international bislang am besten untersucht (Gillies et al. 2012; Leenarts et al. 2012). Neben schulenspezifischen Ansätzen werden in der Behandlung von Traumafolgestörungen bei Kindern und Jugendlichen auch methodenübergreifende Therapieangebote angewandt. Methodenübergreifende Therapieangebote beschreiben dabei keine definierte Kombination an Methoden oder psychotherapeutischen Schulen (Maragkos 2010). In der Behandlung von traumatisierten Kindern und Jugendlichen werden zudem Verfahren eingesetzt, die bislang nicht wissenschaftlich oder sozialrechtlich anerkannt sind. Hierzu zählen zum Beispiel Kunsttherapie oder tiergestützte therapeutische Angebote (Easton et al., 2007; O`Haire et al., 2015).

In der Praxis wird von den Betroffenen eine inhaltliche Erweiterung der Therapieangebote um methodenübergreifende traumaspezifische und nicht GKV-finanzierte Therapieverfahren gewünscht. Dies entspricht auch der Empfehlung einer Kostenübernahme von Körper- und Kreativtherapien sowie der Integration verschiedener traumaspezifischer Verfahren in die Therapie im Abschlussbericht des Runden Tisches des Bundesministeriums der Justiz, des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend sowie für Bildung und Forschung zum Thema sexueller Kindesmissbrauch (Abschlussbericht Runder Tisch Sexueller Kindesmissbrauch 2011). Ziel der vorliegenden Teilstudie ist die Darstellung nationaler und internationaler Konzepte methodenübergreifender Therapieangebote für psychisch traumatisierte Kinder und Jugendliche. Des Weiteren soll die Wirksamkeit von therapeutischen Verfahren, die bisher nicht von der GKV finanziert werden, zusammenfassend in einer systematischen Literaturübersicht dargestellt werden.

##### Fragestellung 1:

Welche methodenübergreifenden Therapieangebote werden bei psychisch traumatisierten Kindern und Jugendlichen in deutschen sowie internationalen Studien dargestellt?

##### Fragestellung 2:

Welche Wirksamkeit zeigen nicht GKV-finanzierte Therapieangebote bei traumatisierten Kindern und Jugendlichen in deutschen und internationalen Interventionsstudien?

## Methodik

Systematische Übersichtsarbeiten haben zum Ziel Studien bezogen auf konkrete Fragestellungen systematisch zusammenzufassen, zu bewerten und damit einen Überblick über aktuell vorhandene Forschungsergebnisse zu geben. Für eine repräsentative Auswahl an Studien und die Vermeidung einer systematischen Verzerrung der Datenlage wurde nach einer standardisierten Methode zur Erstellung von Übersichtsarbeiten vorgegangen. Die Darstellung der Übersichtarbeit orientiert sich dabei am PRISMA-Statement (Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses; Moher et al., 2009). Zur Gewährleistung der Reproduzierbarkeit der Ergebnisse wurden alle Vorgehensweisen über den Arbeitsprozess hinweg in einem Review-Protokoll dokumentiert. Des Weiteren sind vier Reviewer an der Erstellung der Übersichtarbeit beteiligt gewesen. Bei auftretenden Abweichungen in Bezug auf die Entscheidung der Reviewer über den Ein- oder Ausschluss von Studien in das systematische Review, wurden die Positionen bis zu einem Konsens ausdiskutiert.

## Auswahlkriterien

Für beide Fragestellungen wurden zunächst a priori Ein- und Ausschlusskriterien für die Studienselktion festgelegt. Für die erste und zweite Fragestellung wurde definiert, dass eingeschlossene Studien den Fokus ihrer Untersuchung auf eine therapeutische Intervention für psychisch traumatisierte Kinder und Jugendliche legen sollten (IC0). Die untersuchten Stichproben sollten Kinder im Alter von 0 bis 21 Jahren einschließen (IC1), die ein Trauma durch interpersonelle Gewalt erlebt haben (IC2). Zudem wurden nur Studien eingeschlossen, die Kinder oder Jugendliche untersuchten, die infolge interpersoneller Gewalt eine traumaassoziierte psychische Symptomatik entwickelten (IC3). Bei der ersten Fragestellung wurden zudem Studien eingeschlossen die methodenübergreifende traumaspezifische Therapieangebote beschrieben (IC4), deren primäres Ziel die Reduktion der traumaassoziierten Symptomatik war (IC5). Es wurden Studien eingeschlossen, die in einem peer reviewed Journal veröffentlicht wurden (IC6) und mindestens einem qualitativen Studiendesign entsprachen (IC7). Bei der zweiten Fragestellung wurden Studien eingeschlossen, die ein nicht GKV-finanziertes ambulantes Therapieangebot (IC4) mit oder ohne Kontrollgruppe (IC5) evaluierten, mit dem Ziel die traumaassoziierte Symptomatik zu reduzieren (IC6) und in einem peer reviewed Journal veröffentlicht wurden (IC7). Es wurde jede Form eines Evaluationsdesigns (IC8) eingeschlossen.

## Einschlusskriterien (EK) nach den PICOS Kriterien

**Fragestellung 1:** Zusammenfassung und Darstellung von nationalen und internationalen Konzepten methodenübergreifender Therapieangebote für psychisch traumatisierte Kinder und Jugendliche und Auswahl von Good-Practice Beispielen

Vorauswahl		
IC 0		Setzt die Studie ihren <b>Fokus</b> auf ein Therapieangebot / eine therapeutische Intervention für psychisch traumatisierte Kinder bzw. Jugendliche?
Patient / Population: psychisch traumatisierte Kinder		
IC 1	Kind	Alle Kinder / Jugendliche von <b>0 bis 21 Jahren</b>
IC 2		<b>Haben die Kinder oder Jugendlichen ein interpersonelles Trauma/ Trauma durch interpersonelle Gewalterfahrungen erlebt?</b>
	Interpersonelle Traumata	Psychische Gewalt, physische Gewalt, emotionale Vernachlässigung, emotionaler Missbrauch, körperlicher Missbrauch, sexueller Missbrauch, Augenzeugen häuslicher Gewalt (NOT Kriegsgebiete)
IC 3	Diagnose	<b>Handelt es sich um eine mit einem interpersonellen Trauma assoziierte psychische Symptomatik?</b>

Kinder mit komorbiden psychischen Störungen werden eingeschlossen.

### Intervention: Traumaspezifisches Therapieangebot

IC 4	<p><b>Wird ein methodenübergreifendes traumaspezifisches Therapieangebot beschrieben?</b>          (Definition: Kombination aus verschiedenen Methoden oder schulübergreifenden Psychotherapien)          NOT: Therapien im stationären Setting</p>
------	---

### Outcome: Traumaspezifische Symptomatik

IC 5	<p><b>Ist das primäre Ziel der Intervention die Reduzierung der traumaspezifischen Symptomatik? (Es geht hierbei nicht um den Nachweis der Wirksamkeit)</b></p>
------	---

### Publikation

IC 6	<p><b>Handelt es sich um einen peer reviewed Artikel?</b></p>
------	---

### Studiendesign

IC 7	<p><b>Wird ein methodenübergreifendes traumaspezifisches Therapieangebot mindestens mittels einer qualitativen Methode dargestellt?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• NOT: Übersichtsarbeiten</li> </ul>
------	---

### Inclusion

Decision (Call Number)	<p><b>Should the study be included for the following full text selection process?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• If all criteria are rated with YES: YES</li> <li>• If one or more criteria are rated with NO: NO</li> <li>• If all criteria are rated with YES and UNCLEAR: UNCLEAR</li> </ul>
------------------------	---

### Einschlusskriterien (EK) nach den PICOS Kriterien

**Fragestellung 2:** Analyse und Darstellung der wissenschaftlichen Evaluation über Effekt und Nutzen der nicht GKV-finanzierten traumaspezifischen Therapieangebote in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen

### Vorauswahl

IC P (Reprint Edition)	<p>Setzt die Studie ihren <b>Fokus</b> auf ein Therapieangebot / eine therapeutische Intervention für psychisch traumatisierte Kinder bzw. Jugendliche?</p>
------------------------	---

### Patient / Population: psychisch traumatisierte Kinder

IC 1 (Reviewed Item)	Kind	Alle Kinder / Jugendliche von <b>0 bis 21 Jahren</b>
IC 2 (Custom 1)	Interpersonelle Traumata	<p><b>Haben die Kinder oder Jugendlichen ein interpersonelles Trauma/ Trauma durch interpersonelle Gewalterfahrungen erlebt?</b></p> <p>Psychische Gewalt, physische Gewalt, emotionale Vernachlässigung, emotionaler Missbrauch, körperlicher Missbrauch, sexueller Missbrauch</p>
IC 3 (Custom 2)	Diagnose	<p><b>Handelt es sich um eine mit einem interpersonellen Trauma assoziierte psychische Symptomatik?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Traumaassoziierte Störungen (Akute Belastungsreaktion ICD-10: F 43.0, Anpassungsstörung ICD-10: F 43.2, An-</li> </ul>

	<p>dauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung ICD-10: F 62.0, Posttraumatische Belastungsstörung ICD-10: F43.1)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Depression</li> <li>• Angststörungen</li> <li>• Substanzmittelgebrauch</li> <li>• Störungen des Sozialverhaltens</li> <li>• Essstörungen</li> <li>• Suizidalität</li> <li>• Somatisierungsstörungen</li> <li>• Persönlichkeitsstörungen</li> </ul> <p>Kinder mit komorbiden psychischen Störungen werden eingeschlossen.</p>
--	--

**Intervention: Methodenübergreifendes traumaspezifisches Therapieangebot**

IC 4 (Custom 3)	<p><b>Wird ein nicht GKV-finanziertes ambulantes traumaspezifisches Therapieangebot beschrieben?</b></p> <p>Alle Interventionen, die eine traumaassoziierte psychische Symptomatik reduzieren und nicht über die GKV abzurechnen sind (auch Massage, Sport, Spiel usw.). Über die GKV sind nur Verhaltenstherapie, Tiefenpsychologie und Psychoanalyse abrechenbar.</p> <p>Auch Gruppentherapien falls diese nicht über die GKV abrechenbar sind.</p>
-----------------	---

**Comparator (falls vorhanden)**

IC 5 (Custom 4)	<p><b>Bekommt die Kontrollgruppe</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• treatment as usual, keine Behandlung, ist sie eine Warte-Kontroll-Gruppe?</li> </ul> <p>Oder bekommt die Kontrollgruppe</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• eine andere psychotherapeutische Behandlung, pharmakologische Behandlung oder eine andere Intervention?</li> </ul>
-----------------	---

**Outcome: Auf was soll die Intervention wirken?**

IC 6 (Custom 5)	<p><b>Primäres Outcome: Schwere der traumaassoziierten psychischen Symptomatik</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Traumaassoziierte Störungen: Akute Belastungsreaktion, Anpassungsstörung, Andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung, Posttraumatische Belastungsstörung</li> <li>• Depression</li> <li>• Angststörungen</li> <li>• Substanzmittelgebrauch</li> <li>• Störungen des Sozialverhaltens</li> <li>• Essstörungen</li> <li>• Suizidalität, suizidales Verhalten</li> <li>• Somatisierungsstörungen</li> <li>• Persönlichkeitsstörungen</li> </ul>
-----------------	---

**Publikation**

IC 7 (Custom 6)	<p><b>Is the study original, empirical research published in a peer reviewed journal? (NOT congress contributions, editorial)</b></p>
-----------------	---

**Studiendesign**

IC 8 (Custom 7)	<p><b>Wird der Effekt und Nutzen eines traumaspezifischen Therapieangebots im Rahmen einer Evaluationsstudie untersucht?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• prä-post-Vergleich</li> </ul>
-----------------	---

- mit Katamnese? Oder
- ohne Katamnese
- mit Kontrollgruppe? Oder:
- ohne Kontrollgruppe?
- mit randomisierter Zuteilung? (parallel, cross-over, cluster-randomised, quasi-randomised controlled trials, quasi randomized trials) Oder:
- ohne randomisierte Zuteilung?

**Inclusion**

Decision (Call Number)	<p><b>Should the study be included for the following full text selection process?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● If all criteria are rated with YES: YES</li> <li>● If one or more criteria are rated with NO: NO</li> <li>● If all criteria are rated with YES and UNCLEAR: UNCLEAR</li> </ul>
---------------------------	---

**Suchstrategien**

Die Studiensuche wurde in insgesamt acht Datenbanken durchgeführt um einen möglichst hohen Anteil aller Studien zum Forschungsthema zu erreichen (Medline, Medline in Process & Other Non-Indexed Citations, PsycINFO, PSYINDEX, PSYINDEX german, PubMed, CINAL, ISI Web of Science). Die Datenbanksuchen wurden am 01. und 02. Juni 2016 durchgeführt. Zusätzlich zur Datenbanksuche wurden Literaturquellen in Metaanalysen und Reviews zu ähnlichen Themen berücksichtigt. In allen Datenbanken wurde mit englischen Suchbegriffen gearbeitet und in PSYINDEX zusätzlich mit deutschen Suchbegriffen. Alle Suchbegriffe eines Themenfeldes wurden zunächst einzeln gesucht und dann mit dem Operator OR verknüpft. Im nächsten Schritt wurden alle Themenfelder mit dem Operator AND verknüpft.

**Auswahl der Studien**

Im ersten Schritt wurden alle gefundenen Studien mithilfe es Titel und Abstracts sowie Keywords dahingehend vorselektiert, ob therapeutische Interventionen für psychisch traumatisierte Kinder und Jugendliche im Fokus der Studien standen. Dieser Schritt wurde von zwei unabhängigen Reviewerinnen durchgeführt. Im zweiten Schritt wurden die vorausgewählten Studien von beiden Reviewerinnen bezüglich der weiteren oben beschriebenen konkreten Ein- und Ausschlusskriterien durchgesehen und bewertet; weiterhin waren hierfür Titel, Abstracts und Keywords die Grundlage. Im dritten Auswahlschritt wurden die Studien auf Volltextbasis bezüglich der Ein- und Ausschlusskriterien von beiden Reviewerinnen bewertet. In allen Auswahlritten wurden die einzelnen Kriterien mit YES, NO, oder UNCLEAR beurteilt. Wenn sich die Reviewerinnen uneinig waren, wurde über den Einschluss diskutiert, bis eine gemeinsame Lösung gefunden wurde.

**Datenextraktion und Risiko der Verzerrung in den einzelnen Studien**

Drei Reviewerinnen extrahierten die Daten der eingeschlossenen Studien in eine Datenextraktionstabelle. Extrahiert wurden Daten zu folgenden Bereichen:

- Allgemeine Informationen. Für jede Studie wurde der Erstautor, Publikationsjahr, Durchführungsort und das Studiendesign kodiert.
- Beschreibung der Stichprobe. Kodiert wurde hier die Stichprobengröße, das Geschlechterverhältnis und Alter der untersuchten Kinder und Jugendlichen sowie die Zielstichprobe der Intervention.
- Traumaassoziierte Symptomatik. Hier wurde das Hauptoutcome auf das die Intervention wirken sollte sowie die Messinstrumente zur Erhebung des Outcomes extrahiert.

- Ergebnisse. Bezüglich der Ergebnisse wurde kurz beschrieben, welche Wirkung die Intervention auf die traumaassoziierte Symptomatik der traumatisierten Kinder hatte.

Für die Aussagekraft eines systematischen Reviews ist zu beachten, welche methodische Qualität die eingeschlossenen Studien aufweisen. Für die Bewertung der methodischen Qualität wurden die Kriterien des Mixed Method Appraisal Tools (MMAT) angewandt. Das MMAT erwies sich in der bisherigen Literatur als valides und reliables Instrument zur Bewertung von Studien mit unterschiedlichen Designs (Pluye et al. 2009).

## Ergebnisse

Insgesamt wurden im Rahmen der Datenbanksuche für die erste Fragestellung 13160 Studien identifiziert. Hinzu kam eine Studie durch die sekundäre Suche. Nach Entfernen der Duplikate verblieben noch 11502 Studien. Im Screening der Titel, Abstracts und Keywords wurden weitere 267 Duplikate und 6399 unpassende Studien ausgeschlossen. Nach dem Screening wurden 212 Studien in die Volltextanalyse eingeschlossen. Von den Volltexten wurden 193 Studien ausgeschlossen, sodass 19 Studien in das Review eingeschlossen werden konnten.

Für die zweite Fragestellung wurden insgesamt 2372 Studien aus den Datenbanken und 112 Studien aus sekundären Quellen identifiziert. Nach Entfernen der 119 Duplikate verblieben 2365 Studien von denen 2186 Studien nach dem Screening der Titel, Abstracts und Keywords anhand der a priori definierten Ein- und Ausschlusskriterien ausgeschlossen wurden. Es verblieben 179 Studien, die anhand der Volltexte überprüft wurden, und von denen 15 Studien in das Review eingeschlossen werden konnten. Einzelne Studien können dabei mehrere Ausschlussgründe erfüllen.

## Charakteristika der Stichproben

### Methodenübergreifende Therapieangebote

Die Stichprobengrößen der Studien, die methodenübergreifende Therapieangebote beschrieben lagen zwischen 1 und 153 Kindern und Jugendlichen. Der Anteil der Mädchen an den Stichproben variierte von 0% bis zu 100% und das Alter der Kinder und Jugendlichen zwischen 2 und 18 Jahren. Bei drei Studien wurden keine Angaben zu dem Range des Alters gemacht. Im Mittel variierte das Alter der Kinder und Jugendlichen zwischen 4,0 und 12,2 Jahren, wobei bei 5 Studien hierzu keine Angaben gemacht wurden. Die Therapieangebote richteten sich alle an Kinder mit interpersonellen Gewalterfahrungen. Diese umfassten körperlichen, sexuellen und emotionalen Missbrauch sowie Vernachlässigung und Gewalterfahrungen.

### Nicht GKV-finanzierte Therapieangebote

Die Stichprobengrößen lagen zwischen 13 und 203 Kindern und Jugendlichen. In zwei Studien wurden keine Angaben zum Geschlechtsverhältnis gemacht. Der Anteil an Mädchen bei den Studienteilnehmern lag zwischen 51% und 100% und das Alter zwischen 2 und 18 Jahren. Das mittlere Alter der Studienteilnehmer lag zwischen 4,7 und 13,5 Jahren. In 11 von den insgesamt 15 Studien nahmen Kinder, die sexuell missbraucht wurden an Therapieangeboten teil. In den weiteren Studien waren die Kinder überwiegend durch interpersonelle Gewalt traumatisiert.

## Charakteristika der Instrumente

### Nicht GKV-finanzierte Therapieangebote

Zur Datenerhebung bei der Evaluation der nicht GKV-finanzierten Therapieangebote wurden Fragebögen und Interviews genutzt. Die Daten wurden entweder in Selbstausskunft der Kinder und Jugendlichen oder der Eltern erhoben. Das Hauptoutcome in den meisten Studien war die posttraumatische Belastung oder Belastungsstörungen. Des Weiteren wurden der Distress sowie die depressive und Angstsymptomatik, Verhaltensprobleme und -auffälligkeiten, allgemeine Psychopathologien und das Sexualverhalten der Kinder und Jugendlichen erhoben.

## Therapieverfahren

### Methodenübergreifende Therapieangebote

**Trauma and Attachment Group (TAG) Program** In der Studie von Ashton et al. (2005) wurde das TAG Program dargestellt. Dabei handelt es sich um ein Therapieangebot, welches entwicklungspsychologische, biopsychologische, psychodynamische und interpersonelle Ansätze integriert. Der Fokus der Behandlung liegt auf der Traumabewältigung durch die Stärkung der Beziehung zwischen Kind und nicht missbrauchender Bezugsperson.

**Stanford Cue-Centered Therapy (CCT)** Die CCT wurde in zwei Studien im Rahmen einer Fall- sowie einer randomisiert kontrollierten Studie dargestellt (Carrion & Hull, 2009; Carrion et al., 2013). Bei dem Therapieangebot werden kognitiv verhaltenstherapeutische, supportive, familientherapeutische, expressive sowie psychodynamische Ansätze integriert. Im den Einzelsitzungen liegt der Fokus der Therapie auf der Reduzierung der traumaassoziierten Symptomatik mit Hilfe von Psychoedukation, Skilltraining, narrative Exposition, kreativ-adaptive Methoden und der Entwicklung eines kohärenten Traumanarrativs.

**Trauma Recovery Program (TRP)** In der Studie von Daubner et al. (2015) wurde die Wirksamkeit des TRP im Rahmen einer Prä-Post-Studie bei komplex traumatisierten Kindern untersucht. In dem Programm werden bindungstheoretische, kognitiv-behaviorale und kunsttherapeutische Ansätze miteinander verbunden. Das Ziel dieses methodenübergreifenden Ansatzes ist die Reduzierung der posttraumatischen Belastung, emotionaler und verhaltensbezogener Problematiken sowie die Integration des traumatischen Materials. Weitere Ziele sind die Stärkung des adaptiven Copings wie auch der Familienbeziehungen.

**Tiergestützte Therapie** In zwei Studien wurden Ansätze der tiergestützten Therapie bei traumatisierten Kindern untersucht. In der Studie von Dietz et al. (2012) wurde in einer Prä-Post-Studie mit drei Interventionsgruppen die Wirksamkeit von tiergestützte Therapie mit Hunden untersucht. Verglichen wurden drei Gesprächsgruppen, die sich in der Intensität der Einbindung eines Hundes in den Therapieverlauf unterschieden. Die Gruppe, in der der Hund am stärksten eingebunden wurde, bewirkte die stärkste Reduktion der PTBS-Symptomatik. In der Studien von McCulloch et al. (2015) wurden psychodynamische und kognitiv-behaviorale Ansätze mit der pferdegestützten Therapie miteinander verbunden. Hierbei handelt es sich um eine Pilotstudie mit dem Ziel die posttraumatischen Belastungen der Kinder zu reduzieren.

**Eltern-Kind-Psychotherapie** Die Eltern-Kind-Psychotherapie wurde in 5 Studien untersucht. Dabei wurde in 3 der 5 Studien die gleiche Stichprobe in die Datenanalyse einbezogen (Liebermann et al. 2005, 2006; Ippen et al., 2011). Bei diesen drei Studien wurde die Wirksamkeit der Eltern-Kind-Psychotherapie mit einem randomisiert-kontrollierten Studiendesign im Vergleich zu Case Management und individueller Behandlung untersucht. Die Eltern-Kind-Psychotherapie erwies sich im Vergleich zur Kontrollgruppe als

wirksamer. Bei der Studie von Timmer et al. (2010) und Eslinger et al. (2015) wurde die Eltern-Kind-Psychotherapie in einer Prä-Post-Studie ohne und mit Kontrollgruppe untersucht. Die Kinder zeigten bei der Post-Erhebung eine statistisch signifikante Reduktion ihrer Verhaltensprobleme und -auffälligkeiten. Das Fokus der Eltern-Kind-Psychotherapie, oder auch Parent Child Interaction Therapy, liegt auf der Stärkung der Eltern-Kind-Bindung. Es werden verhaltenstherapeutische, psychodynamische und entwicklungstheoretische Ansätze miteinander verbunden. Die Therapiesitzungen werden mit Eltern-Kind-Dyaden durchgeführt.

**Motivation-Adaptive Skills-Trauma Resolution (MASTR) Treatment** Bei dem MASTR Treatment werden Motivational Interviewing, EMDR und kognitive Verhaltenstherapie miteinander verbunden. Das methodenübergreifende Therapieangebot wurde von Greenwald (2002) im Rahmen einer Fallstudie untersucht. Ziel des Verfahrens ist die Reduzierung der posttraumatischen Belastung bei Jugendlichen mit interpersoneller Gewalterfahrung.

**Internal Family System Therapy** Bei der Internal Family System Therapy werden Kunsttherapie und Systemische Therapie miteinander verbunden. Das Verfahren wurde im Rahmen einer Fallstudie von Lavergne (2004) bei jugendlichen Straftätern untersucht. Ziel der Therapie war die Verarbeitung ihrer traumatischen Erfahrung.

**Spielorientierte kognitiv-behaviorale Therapie** Die spielorientierte kognitiv-behaviorale Therapie wurde im Rahmen von einer Fallstudie (Springer & Misurell, 2012) und drei Prä-Post-Studien (Misurell et al., 2011, Springer et al., 2012, Misurell et al., 2014) bei sexuell missbrauchten Kindern untersucht. Bei diesem methodenübergreifenden Verfahren werden traumaspezifische kognitiv-behaviorale Ansätze, Spiel- und Gruppentherapie miteinander verbunden. Therapieziel ist die Reduzierung von internalisierenden und externalisierenden sowie sexuell unangemessenen Verhalten. Zudem soll die soziale Kompetenz und der Selbstwert der Kinder gefördert werden. Weitere Ziele sind die Vermittlung von Wissen zu gesunder Sexualität und Selbstverteidigung.

**Psychodynamische Therapie und EMDR** Oras et al. (2004) untersuchte im Rahmen einer Prä-Post-Studie die Wirksamkeit eines Therapieverfahrens, welches psychodynamische Psychotherapie und EMDR miteinander verbindet. Zielgruppe waren geflüchtete Kinder, die aufgrund interpersoneller Gewalt traumatisiert wurden. Das Therapieziel ist die Reduzierung der posttraumatischen Belastung.

**Posttraumatic Child Therapy (P-TCT)** Die P-TCT wurde im Rahmen einer Fallstudie von Parson (1997) untersucht. Das Verfahren richtet sich an interpersonell traumatisierte Kinder und integriert kognitive, behaviorale sowie psychodynamische Ansätze. Das Therapieziel ist die Reduzierung der posttraumatischen Belastung.

**Integration von Kunsttherapie, kognitiver Verhaltenstherapie und Gruppentherapie** In einer Prä-Post-Studie von Pifalo et al. (2006) wurde die Wirksamkeit eines methodenübergreifendes Therapieverfahren untersucht, welches Kunsttherapie, kognitive Verhaltenstherapie und Gruppentherapie miteinander verbindet. Ziel des Verfahrens ist die Reduktion der posttraumatische Belastung bei sexuell missbrauchten Kindern.

## Nicht GKV-finanzierte Therapieangebote

In den eingeschlossenen Studien wurden EMDR, Psychodrama, das Stanford Cue-Centered Treatment, Klientenzentrierte Therapie, Tiergestützte Therapie mit Hunden, Eltern-Kind-Psychotherapie, Kunsttherapie sowie Spieltherapie evaluiert. Die Therapien umfassten sowohl Einzelsitzungen mit Kindern und Jugendlichen, Kind-Bezugsperson-Dyaden sowie Gruppentherapien. Die Anzahl der Sitzungen schwankte zwischen 1 und 50 Sitzungen.

**EMDR** EMDR wurde in vier Studien evaluiert. Bei den Studien von Ahmad et al. (2007) und Jaberghaderi et al. (2004) handelt es sich randomisiert kontrollierten Studiendesigns. Hier wurde EMDR mit einer Wartelistekontrollgruppe und kognitiver Verhaltenstherapie verglichen. EMDR erwies sich als statistisch signifikant wirksamer als die Kontrollgruppe und als effizienter als die kognitive Verhaltenstherapie. Die kognitive Verhaltenstherapie führte zwar auch zu einer statistisch signifikanten Reduzierung posttraumatischer Belastung, allerdings waren weniger EMDR Sitzungen notwendig um eine vergleichbare Reduzierung der Belastung zu erwirken. In der Studie von Puffer et al. (1998) erwies sich EMDR im Rahmen einer Prä-Post-Studie als wirksamer als eine Wartelistekontrollgruppe. Rubin et al. (2001) konnte hingegen in einer Prä-Post-Studie keinen statistisch signifikanten Unterschiede in der Wirksamkeit von EMDR und einer Routinebehandlung zeigen.

**Psychodrama** Die Wirkung einer Psychodramagruppe wurde von Carbonell und Partelano-Barehmi (1999) mit einem randomisiert kontrollierten Studiendesign im Vergleich zu einer Wartelistekontrollgruppe untersucht. Die psychisch traumatisierten Mädchen zeigten nach der Intervention statistisch signifikant weniger Verhaltensauffälligkeiten als die Mädchen in der Kontrollgruppe.

**Klientenzentrierte Therapie** Die Klientenzentrierte Therapie wurde in insgesamt acht Studien untersucht (Cohen et al. 1996, 1997, 1998, 2004, 2005; Deblinger et al. 2001, 2006; Foa et al. 2013). Dabei handelt es sich bei allen Studien um randomisiert kontrollierte Studiendesigns, in denen die Wirkung der klientenzentrierten Therapie mit traumafokussierten kognitiven Verhaltenstherapie (Cohen et al. 1996, 1997, 1998, 2005, 2006; Deblinger et al., 2001, 2006) oder mit Prolonged Exposure (Foa et al., 2013) verglichen wurde. Bei jeweils zwei (Cohen et al. 1996, 1997) und drei (Cohen et al. 2004, 2005; Deblinger et al. 2006) der acht Studien handelt es sich um die gleichen Stichproben. In allen Studien führte die klientenzentrierte Therapie zu einer Reduktion der psychischen Belastungen der Kinder und Jugendlichen, allerdings erwiesen sich die traumafokussierte kognitive Verhaltenstherapie und das Prolonged Exposure als wirksamer als die klientenzentrierte Therapie.

**Kunsttherapie** Die Kunsttherapie wurde von Pifalo et al. (2002) im Rahmen einer Prä-Post-Studie ohne Kontrollgruppe evaluiert. Bei der Posterhebung zeigten die untersuchten Mädchen eine statistisch signifikante Reduktion ihrer Traumasymptomatik.

**Spieltherapie** Die Wirksamkeit der Spieltherapie wurde von Reyes und Asbrand (2005) in einer Prä-Post-Studie ohne Kontrollgruppe überprüft. Hier zeigten die Kinder bei der Post-Erhebung eine statistisch signifikante Reduzierung der posttraumatischen Belastung.

## Bewertung der Studienqualität

### Qualitätsbewertung Fragestellung 1: Methodenübergreifende Therapieangebote (nach MMAT)

Methodischer Ansatz	Qualitätseinschätzung				Kommentare
Randomisiert kontrollierte Studie	Beschreibung der Randomisierung	Beschreibung der Verblindung	Vollständigkeit der Outcome-Daten (< 80%)	Geringes Drop-Out (< 20%)	
Carrion (2013)	Ja	n.a.	n.a.	Nein	
Ippen (2011)	Nein	Nein	n.a.	Ja	
Liebermann (2005)	Nein	Nein	n.a.	Ja	
Liebermann (2006)	Nein	Ja	n.a.	Nein	Verblindete Datenerhebung/-auswertung
Prä-Post-Studie	Minimierung des Selektionsbias	Angemessene Instrumente	Vergleichbarkeit der Gruppen	Vollständigkeit der Outcome-Daten (<80%); Antwortrate (<60%) Follow-up Rate	Kommentare
Ashton (2016)	Nein	Ja	n.z.	Nein	
Dauber (2015)	Nein	Ja	n.z.	Nein	
Dietz (2012)	Ja	Ja	Nein	n.a.	Gruppenunterschied: Anzahl Missbrauchserfahrungen
Eslinger (2015)	Ja	Ja	n.z.	n.a.	
McCullough (2015)	Nein	Ja	n.z.	Ja	
Misurell (2011)	Nein	Ja	n.z.	Ja	
Misurell (2014)	Nein	Ja	n.z.	Nein	
Pifalo (2006)	n.a.	Ja	n.z.	n.a.	
Springer (2012b)	n.a.	Ja	n.z.	Nein	
Oras (2004)	n.a.	Ja	n.z.	n.a.	
Fallstudie	Erhebungsstrategie	Repräsentativität der Stichprobe		Messinstrumente	Kommentare
Carrion (2009)	Ja	Nein		Ja	
Greenwald (2002)	n.a.	Nein		Ja	
Lavergne (2004)	Ja	Nein		n.a.	
Parson (1997)	Nein	Nein		Ja	
Springer (2012a)	Nein	Nein		Ja	

Anmerkung. n.a. = nicht angegeben; n.z. = nicht zutreffend

## Qualitätsbewertung Fragestellung 2: Nicht-GKV finanzierte Therapieangebote (nach MMAT)

Methodischer Ansatz	Qualitätseinschätzung				
	Randomisiert kontrollierte Studie	Beschreibung der Randomisierung	Beschreibung der Verblindung	Vollständigkeit der Outcome-Daten (< 80%)	Geringes Drop-Out (< 20%)
Ahmad (2007)	Nein	Ja	n.a.	Ja	Verblindete Datenerhebung
Carbonell (1999)	Nein	Nein	Ja	Ja	
Cohen (1996)	Ja	Ja	n.a.	Nein	
Cohen (1997)	Ja	n.a.	n.a.	Nein	
Cohen (1998)	Ja	Nein	n.a.	Nein	
Cohen (2004)	Nein	Ja	Ja	Ja	Verblindete Datenerhebung
Cohen (2005)	Ja	Ja	n.a.	Nein	Verblindete Datenerhebung
Deblinger (2001)	Ja	Ja	Ja	Nein	
Deblinger (2006)	n.a.	n.a.	Ja	Ja	
Foa (2013)	Ja	Ja	Ja	Ja	
Jaberghaderi (2004)	Nein	Ja	Ja	Nein	
Rubin (2001)	Nein	Nein	n.a.	n.a.	
Prä-Post-Studien	Minimierung des Selektionsbias	Angemessene Instrumente	Vergleichbarkeit der Gruppen	Vollständigkeit der Outcome-Daten (<80%); Antwortrate (<60%)	Follow-up Rate
Pifalo (2002)	Nein	Ja	Ja	n.a.	
Puffer (1998)	Ja	Ja	n.a.	n.a.	
Reyes (2005)	Nein	Ja	Nein	Nein	

Anmerkung. n.a. = nicht angegeben; n.z. = nicht zutreffend

### Diskussion

Die beiden Reviews zeigen, dass sowohl methodenübergreifende als auch nicht GKV-finanzierte Therapieverfahren international für die Behandlung von traumatisierten Kindern und Jugendlichen ihre Anwendung finden.

Bei Anwendung der a priori definierten Ein- und Ausschlusskriterien wurden insgesamt 19 Studien eingeschlossen, die methodenübergreifende Therapieverfahren und 15 Studien, die nicht GKV-finanzierte Therapieverfahren für die Behandlung von traumatisierten Kindern und Jugendlichen untersuchten. Es wurden ausschließlich Therapieverfahren eingeschlossen, die den Fokus auf durch interpersonelle Gewalt traumatisierte Kinder und Jugendliche legten. Des Weiteren mussten die Studien ausschließlich im ambulanten Setting umgesetzt und in peer reviewed Journals publiziert werden. Obwohl es wahrschein-

lich ist, dass noch weitere relevante Studien existieren, die nicht identifiziert wurden, kann doch davon ausgegangen werden, dass die eingeschlossenen Studien eine repräsentative Stichprobe der insgesamt veröffentlichten Studien zum Thema darstellt.

Bei den **methodenübergreifenden Therapieverfahren** wurden die spielorientierte kognitiv-behaviorale Therapie und die Eltern-Kind-Psychotherapie in den meisten Studien untersucht und beschrieben. Bei der Eltern-Kind-Psychotherapie wird ein nicht missbrauchendes Elternteil in die Therapie der Kinder mit einbezogen. Die Therapiesitzungen finden mit Eltern-Kind-Dyaden statt und dienen vor allem der Stärkung der Eltern-Kind-Bindung. Um dieses Ziel zu erreichen werden Ansätze aus verschiedenen psychotherapeutischen Schulen, Verhaltenstherapie und psychodynamischer Psychotherapie, integriert. Bei der

spielorientierten kognitiv-behavioralen Therapie werden neben kognitiv-behavioralen Ansätzen spiel- und gruppen-therapeutische Verfahren in die Behandlung integriert. In einer Metaanalyse von Gutermann et al. (2016) gehörte die kognitiv-behaviorale Therapie zu den effektivsten therapeutischen Verfahren zur Behandlung von traumatisierten Kindern und Jugendlichen. Diese zeigte sich allerdings als besonders wirksam, wenn die Eltern in die Sitzungen einbezogen wurden. In einer weiteren Metaanalyse untersuchten Sanchez-Meca et al. (2011) Therapieverfahren, die die Reduzierung von Depression und Angststörungen bei traumatisierten Kindern und Jugendlichen zum Ziel hatten. Hier zeigten sich Verfahren als besonders wirksam, die trauma-

#### Exkurs

##### Die Versorgung traumatisierter Kinder und Jugendlicher durch pferdegestützte Therapie

Tiergestützte Therapien, wie unter anderem die pferdegestützte Therapie, gehören zu den adjuvanten Verfahren, die unterstützend und ergänzend in der Behandlung von Traumafolgestörungen hilfreich sein können. Insbesondere Kinder und Jugendliche mit kognitiven Einschränkungen oder sprachlichen Barrieren können von tiergestützten Interventionen profitieren. Um die Versorgungssituation pferdegestützter Therapiemaßnahmen für traumatisierte Kinder und Jugendliche in Deutschland einzuschätzen, wurde in Zusammenarbeit mit dem Berufsverband für Fachkräfte Pferdegestützter Interventionen e.V. eine online Befragung bei einer Stichprobe von Reittherapeuten durchgeführt. Zudem wurden die soziodemografischen Daten der Reittherapeuten mit den Daten von Kinder- und Jugendpsychotherapeuten verglichen. Aus den Antworten der 54 Reittherapeuten gehen deutliche Stadt-Land, sowie Bundesländer Unterschiede in der Versorgung hervor. Außerdem scheint sowohl die Ausbildung der Pferdetherapeuten, als auch die Ausrichtung der pferdegestützten Therapie mangels einheitlichem Konzept bisher sehr heterogen zu sein. Um die bestehende Evidenzlage zu verbessern und die Wirksamkeit pferdegestützter Interventionen zu etablieren, ist mehr Forschung mit verbesserten Studiendesigns notwen-

fokussierte kognitiv-behaviorale Therapien mit klientenzentrierten und psychodynamischen Psychotherapien integrierten. Für die Behandlung von posttraumatischen Belastungen scheinen kognitiv-behaviorale Ansätze sinnvoll, allerdings in manchen Fällen, wie zum Beispiel bei besonders jungen oder komplex traumatisierten Kindern nicht ausreichend zu sein (Gutermann et al. 2016).

---

Bei den **nicht GKV-finanzierten Verfahren** zeigten sich kognitive Verhaltenstherapien im Vergleich zu klientenzentrierten Therapie als wirksamer. Einige Ergebnisse der Analyse der nicht GKV-finanzierten Therapieverfahren weisen darauf hin, dass EMDR effizienter ist als kognitiv verhaltenstherapeutische Therapien. Bei den Studien wurden allerdings ausschließlich Schulkinder untersucht. Weitere Studien die die Wirksamkeit von EMDR vor allem bei Vorschulkindern untersuchen sind notwendig. Die Studienlage zu nicht GKV-finanzierten Therapieverfahren im ambulanten Setting ist insgesamt als sehr gering zu bewerten. Es liegen kaum Studien zu ausschließlich kunsttherapeutischen oder tiergestützten Verfahren vor. Die meisten der eingeschlossenen Studien stammen aus den USA. Untersuchungen im deutschsprachigen Raum sind hier nicht zu verzeichnen.

Es sind weitere Studien notwendig, die die Umsetzung und Wirksamkeit von methodenübergreifenden und nicht GKV-finanzierten Therapieverfahren im ambulanten Setting unter Einbeziehung von Kontrollgruppen und im besten Fall mit einer randomisierten Zuteilung der Studienteilnehmer untersuchen. Des Weiteren ist zu untersuchen welche weiteren Faktoren die Wirksamkeit dieser Verfahren beeinflussen können. Hier ist zum einen zu untersuchen, ob die Schwere der posttraumatischen Belastung, die Anzahl und Dauer der Traumatisierung wie auch das Alter und Geschlecht der Kinder mögliche assoziierte Faktoren darstellen. Auf die Komplexität von posttraumatischen Belastungen von Kindern und Jugendlichen sollte im Einzelfall ein individuelles Matching zwischen den Charakteristiken des Kindes, des Traumas und des Bedarfs der Betroffenen möglich sein um die beste und effizienteste Behandlung zu indizieren (Eslinger et al., 2015). Die Vielzahl an möglichen psychischen Störungen und Belastungen, die infolge eines interpersonellen Traumas entstehen können, kann nicht mit einem singulären und standardisierten Verfahren behandelt werden (Reyes & Asbrand, 2005).

## Infobox Forschungsempfehlungen

### Ergebnisse der Sekundärdatenanalyse und der Versorgerbefragung

Die Sekundärdatenanalyse hat vielfache Hinweise für mögliche Alters-, Geschlechts- und regionale Unterschiede hinsichtlich der Diagnostik und Versorgung von Belastungs- und Anpassungsstörungen (F43.0 – 43.9) bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland ergeben. Die Ergebnisse der Versorgerbefragung zeigen beispielsweise in Bezug auf die Verordnung von Medikamenten in eine ähnliche Richtung wie die Sekundärdatenanalyse, sind in ihrer Generalisierbarkeit und Aussagekraft z.B. aufgrund der lediglich geschätzten, retrospektiven Angaben begrenzt. Da die Sekundärdatenanalyse auf Abrechnungsdaten der GKVn beruht und die Befunde lediglich als administrative Prävalenzen zu betrachten sind, sollten die identifizierten Unterschiede zusätzlich zu der internen Validierung durch den Rückgriff auf als „gesichert“ dokumentierte Diagnosen extern validiert werden. Eine externe Validierung der Ergebnisse zu Alters-, Geschlechts- und regionalen Unterschieden in Diagnostik und Versorgung könnte z.B. durch die Analyse von Rezeptdaten, Patientenakten, Krankenhausentlassungsbriefen oder durch repräsentative Befragungen von betroffenen Kindern und Jugendlichen erfolgen.

### Ergebnisse der Systematischen Literaturrecherche

Die Studienlage zu traumaspezifischen methodenübergreifenden und nicht GKV-finanzierten Therapieverfahren bei Kindern und Jugendlichen im ambulanten Setting ist als sehr gering zu bewerten. Bisherige Studien weisen eine geringe bis mittlere Studienqualität auf und lassen sich bezüglich der unterschiedlichen Stichproben, Umfang der Therapien sowie Outcomes nur schwer vergleichen.

Um eine bessere Vergleichbarkeit der Studienergebnisse zu ermöglichen, sollten folgende Aspekte bei der Studienplanung beachtet werden:

1) Die Stichprobe sollte so genau wie möglich untersucht und beschrieben werden. Unterschied-

liche traumaassoziierte psychische Outcomes sollte mit reliablen und validen Messinstrumenten erfasst werden. Neben einer DSM oder ICD basierten Diagnostik, ist es hilfreich Instrumente einzusetzen, die die allgemeine psychische Auffälligkeit der betroffenen Kinder und Jugendlichen erheben, wie zum Beispiel die Child Behavior Checklist. Des Weiteren sollte die Schwere der psychischen Symptomatik wie auch ihre Dauer zur besseren Vergleichbarkeit der Stichproben erhoben werden. Neben der psychischen Symptomatik sollte auch die psychosoziale Belastung der Kinder wie die Art und der Umfang des interpersonellen Traumas erfasst werden. Diese Daten könnten mehr Hinweise dazu geben, unter welchen Bedingungen Kinder von schulenspezifischen, methodenübergreifenden oder nicht GKV-finanzierten Verfahren profitieren können.

- 2) Des Weiteren ist eine genaue Beschreibung des eingesetzten therapeutischen Verfahrens sowie Angaben zum Umfang, zur Frequenz und zum Setting notwendig um eine Aussage über verschiedenen Therapieverfahren treffen zu können.
- 3) Für einen besseren Transfer von wissenschaftlichen Studien in die Praxis der Kinder- und Jugendpsychotherapie ist es notwendig Studien möglichst praxisnah zu konzipieren und umzusetzen. Für mögliche Einflussvariablen sollte kontrolliert werden, diese sollten aber nicht durch eine Homogenisierung der Stichproben unbeachtet bleiben.
- 4) Qualitative wie auch quantitative Studiendesigns sind notwendig, die die Implementierung und Umsetzung, die Akzeptanz sowie die Wirksamkeit von verschiedenen therapeutischen Verfahren untersuchen. Die unterschiedlichen Studiendesigns sollten unter Beachtung der für die jeweiligen Studiendesigns geltenden Qualitätsanforderungen konzipiert und umgesetzt werden.

## V. Arbeitspaket: Kostenübernahmen der Versorgung von traumatisierten Kindern/Jugendlichen

### Kostenübernahmen von regelfinanzierten Therapieangeboten:

#### Inhalt

- A. Therapieangebote der Regelversorgung, differenziert nach Region, Alters- und Geschlechtsspezifität, Zugangsbarrieren, ambulant versus stationärer Versorgung
- B. Träger der Jugend- und Sozialhilfe (Leistungskatalog SGB V, SGB XII und SGB VIII, Erziehungsbeihilfen SVG), Opferentschädigungsgesetz OEG
- C. Zusatzleistungen der GKV, Leistungskatalog Rentenversicherungen nach SGB VI, – differenziert bei Vorliegen einer Behinderung (SGB IX)

#### Methodik

Auswertung der Registerdaten der Leistungskataloge

### Kostenübernahmen bei traumaspezifischen, nicht-regelfinanzierten Therapieangeboten

#### Inhalt

GKV-Spitzenverband, Jugendhilfe- und Sozialträger, Kinderschutzbund, Versorgungseinrichtungen zur integrierten Versorgung

#### Methodik

Internetrecherche und Therapeutenbefragung zu Angeboten und deren Finanzierung

Teilprojektverantwortliche

Dr. Silke Pawils

Der Abschlussbericht von der deutschen Bundesregierung initiierten Arbeitsgruppe zu dem Thema „Sexueller Kindesmissbrauch in Abhängigkeits- und Machtverhältnissen in privaten und öffentlichen Einrichtungen und im familiären Bereich“ spricht für eine Erweiterung der Therapieangebote um verfahrensübergreifende traumatherapeutische und nonverbale Methoden aus sowie der Kostenübernahme von Körper- und Kreativtherapien neben der Integration verschiedener traumaspezifischer Verfahren in die Therapie (Abschlussbericht Runder Tisch Sexueller Kindesmissbrauch, 2011).

Wegweisen ist in diesem Zusammenhang, dass der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) mit Beschluss vom 17.02.2011, die Beratungen über die Aufnahme spezieller verfahrensübergreifender traumatherapeutischer Methoden im Anwendungsbereich posttraumatischer Belastungsstörungen bei Erwachsenen in die GKV-Versorgung aufgenommen hat.

Dennoch sind die geltenden Vorgaben der Bedarfsplanungsrichtlinie (BPL-RL) überarbeitungsbedürftig und dem aktuellen Versorgungsbedarf –insbesondere der Kinder und Jugendlichen- anzupassen, was im Rahmen des Gesetzgebungsverfahrens zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-VStG) erfolgen soll. Die Behebung von Angebotsdefiziten bei der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung, die Verkürzung von Wartezeiten, die Verminderung von Versorgungslücken, die traumaspezifische Qualifikation sowie die Vernetzung der Therapie und Beratungsangebote sind dabei prioritär im Fokus.

### Methodik

Die Versorgung und deren Kostenübernahme von traumatisierten Kindern und Jugendlichen sind seit nahezu 2 Jahrzehnten Grund zur Klage auf Seite der Opfer, der Versorger, der Protagonisten im Kinderschutz, der Gesetzgeber und Sozialleistungsträger. Mittels der Auswertung und Übersicht der gesetzlichen Grundlagen im SGB und SVG und OEG werden die Säulen der Sozialleistungssysteme aktuell abgebildet und bewertet. Mittels Internetrecherche und Nutzung der Therapeutenbefragung zu Angeboten

und deren Finanzierung aus dem Arbeitspaket I: Versorgung wird deren Umsetzung als Regelversorgung analysiert. Ebenso zur Abbildung und Analyse von traumaspezifischen, nicht-regelfinanzierten Therapieangeboten wird die Internetrecherche und die Therapeutenbefragung aus dem Arbeitspaket I: Versorgung genutzt.

### **Ergebnisse bei regelfinanzierten Therapieangeboten (Regelversorgung)**

Für die Regelversorgung besteht in Deutschland ein rechtlich ausreichend abgesichertes, differenziertes System von Versorgungsansprüchen für traumatisierte Kinder und Jugendliche. Allerdings führen Probleme in der Umsetzung zu zahlreichen Mängeln in der Versorgung (Fegert et al 2010, S.25).

Behandlung und Rehabilitation traumatisierter Kinder und Jugendlicher findet rechtlich im System der Sozialen Sicherung statt, welches im Sozialgesetzbuch (SGB) Niederschlag findet. Das Sozialleistungssystem unterscheidet zwischen Leitungen bei psychischer Krankheit, seelischer Behinderung und Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft. Die Sozialleistungsträger „gesetzliche Krankenversicherung“, „Rentenversicherung“ und „Jugend- und Sozialhilfe-Träger“ haben dabei auf gesetzlicher Grundlage verschiedene Leistungsbereiche übernommen.

*Leistungen bei psychisch erkrankten Kindern/Jugendlichen* Kostenübernahmen für therapeutische Versorgung für psychisch traumatisierte Kinder und Jugendliche erfolgen in der Regelversorgung häufig über Leistungen der gesetzlichen /privaten Krankenversicherung als Sozialleistungsträger gemäß § 27 Abs. 1 S 2 Nr. 1 SGB V, sofern es sich um eine Krankenbehandlung handelt.

*Psychisch erkrankte Kinder und Jugendliche*, deren Diagnose in Bindung an die internationale Klassifikation des ICD-10 durch Ärzte oder andere approbierte Berufsgruppen wie Kinder- und Jugendpsychotherapeuten zu erfolgen hat, haben einen Anspruch auf medizinische Behandlung gegenüber Ihrer gesetzlichen Krankenkasse. Die Krankenbehandlung umfasst dann die ambulanten und stationären psychiatrischen oder psychotherapeutischen Maßnahmen, die nach der Psychotherapie-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses anerkannt sind. (Hoffmann, 2013). Eine wichtige Voraussetzung zur Aufnahme in die ambulante GKV-Versorgung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (§135 Absatz 1 SGB V) oder neue Heilmittel (§138 SGB V) ist die Anerkennung der medizinischen Notwendigkeit sowie der Wirtschaftlichkeit durch den G-BA. Im stationären Bereich können neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden eingeführt und finanziert werden, ohne dass vorher eine Anerkennung der Methode durch den G-BA erforderlich ist.

Schon heute finden sich innerhalb der Richtlinienverfahren (analytische Psychotherapie, tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, Verhaltenstherapie) verschiedene traumatherapeutische, adjuvante Methoden. Sie werden bereits als Kassenleistung von zugelassenen psychotherapeutischen Leistungserbringern im Erwachsenenbereich angewandt, sofern sie mit dem Gesamtbehandlungsplan übereinstimmen. Im Bereich der Kinder- und Jugendpsychotherapie steht die Anerkennung durch den G-BA hier beispielsweise für EMDR noch aus.

### **Bewertung der Leistungsangebote und Kostenübernahmen**

#### *Abschlussbericht Runder Tisch Sexueller Kindesmissbrauch (2011)*

(...) sind die bestehenden Leistungsangebote hinsichtlich der psychotherapeutischen Behandlungsmethoden in der GKV – auch im Hinblick auf die vielfältigen Störungen der psychischen Entwicklung und Ausbildung von akuten und chronischen Krankheiten nach sexualisierten Gewalterfahrungen – nutzbar.

### *Ambulant tätige Kinder- und Jugendtherapeuten (Befragung Versorger)*

Die befragten Kinder- und Jugendtherapeuten hatten zu 90% eine Kassenzulassung und rechneten die Krankenbehandlung ihrer psychotraumatisierten Patienten innerhalb der Regelversorgung ab. Besondere Anmerkungen zu Problemen mit den Kostenübernahmen im GKV-Regelsystem wurden nicht gemacht. Allerdings nannten über 70% der Befragten den Wunsch auch traumaspezifische, noch nicht im GKV-Leistungskatalog verankerte Therapien, allen voran EMDR, ambulant abrechnen zu können.

### **Leistungen bei *seelische behinderten Kindern/Jugendlichen***

Kostenübernahmen für **medizinische Rehabilitation** zur Beseitigung, Minderung oder Ausgleich einer seelischen Behinderung und **Leistungen zur Teilhabe am Leben** in der Gemeinschaft (§ 5 SGB IX) erfolgen in der Regelversorgung sowohl über Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung, Rentenversicherungen oder Trägern der Jugend- und Sozialhilfe. Als seelisch behindert gelten Kinder und Jugendliche, wenn ihre seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von einem alterstypischen Zustand abweicht und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft beeinträchtigt ist (§ 2 SGB IX).

**Leistungen/Therapieangebote der Jugend- und Sozialhilfe** Als seelisch behindert-diagnostizierte Kinder und Jugendliche haben einen Anspruch auf Teilhabeleistungen, die häufig bei Kindern und Jugendlichen von der gesetzlichen Krankenversicherung durch Kostenübernahme von **Rehabilitationsmaßnahmen** und **nicht-ärztliche sozialpädiatrische Leistungen** erbracht werden. Nur in sehr beschränkten Ausnahmefällen (Anspruch des Kindes auf Waisenrente, Ausfallbürgschaften o.ä.) treten die Rentenversicherung oder Träger der Jugend- und Sozialhilfe als Leistungsträger für Rehabilitationsmaßnahmen bei Kindern/Jugendlichen ein.

**Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft** werden primär von Trägern der Jugend- und Sozialhilfe erbracht. Abgrenzungsprobleme bestehen in der Versorgungspraxis jedoch, da bestimmte Maßnahmen nicht sicher zu differenzieren sind hinsichtlich einer eher medizinischen oder sozial integrierenden Wirkung. Im Rahmen des Therapiebegriffs des SGB XII und SGB VIII können auch Therapien erbracht werden, die nicht Teil des Leistungskatalogs des SGB V sind. Auch müssen diese Therapien nicht durch bestimmte Professionen erfolgen. Alle Leistungen der Schule sind hierbei ausdrücklich vorrangig vor denen der Jugendhilfe (§10 SGB VIII).

### **Leistungen nach dem Opferentschädigungsgesetz (OEG)**

Das Opferentschädigungsgesetz (OEG) scheint für traumatisierte Kinder und Jugendliche in Fällen interpersoneller Gewalterfahrung eine Verbesserung gegenüber dem gegliederten Sozialleistungssystem darzustellen. Allerdings gibt es auch hier beträchtliche Hürden, die nur wenige Betroffenen Kinder und Jugendliche Leistungen nach OEG erhalten lässt.

1. Voraussetzung einer Leistung ist ein vorsätzlicher, rechtswidriger, tätlicher Angriff.
2. Voraussetzung für die Leistung ist zudem, dass die Gewalttat kausal für eine körperliche Schädigung und damit wiederum für einen Vermögensschaden ist.

In der Auslegung des Gewaltbegriffs durch das BSG werden nicht alle interpersonellen Gewaltformen als Gewalttat im Sinne des OEG verstanden. So sind beispielsweise Vernachlässigung oder wiederholte Teilnahme an häuslicher Gewalt der Eltern keine Gewalttaten im Sinne des OEG (Hoffmann, 2013). Auch muss ursächlich die Schädigung des Kindes/Jugendlichen auf die Gewalttat zurückzuführen sein, damit ein Anspruch auf Leistungen nach OEG möglich ist. Für

traumatisierte Kinder und Jugendliche bietet das OEG damit keine Verbesserung gegenüber dem gegliederten Sozialleistungssystem.

### **Komplexleistungen nach SGB IX**

Die Neuerungen im SGB IX führen strukturell im Bereich der Teilhabeleistungen bei der additiven Leistungserbringung zu Verbesserungen. Ziel der Novellierung war primär, eine schnelle Klärung der Zuständigkeit unterschiedlicher Rehabilitationsträger über die im Einzelfall erforderlichen Teilhabeleistungen. Aus Sicht der Betroffenen müssen jedoch nach wie vor bei verschiedenen Leistungsträgern Anträge gestellt werden, die jeder Leistungsträger einzeln prüft und der Betroffene sich ggf. mehrfach begutachten lassen muss. Die Berichtskommission des 13. KJB kam darüber hinaus zum Schluss, dass die Leistungsträger untereinander nur sehr begrenzte Kenntnis über die Strukturen und Aufgaben der anderen Leistungsträger haben. Diese Norm ermöglicht jedoch nicht, dass mehrere Leistungsträger wirkliche Komplexleistungen gemeinsam tragen (Hoffmann, 2013).

### **Weitere Versorgungsmöglichkeiten und Leistungsträger**

#### *Fachberatungsstellen*

Parallel zu diesen Sozialsicherungssystemen, die der Regelversorgung angehören, hat sich in Deutschland eine dritte Versorgungslandschaft herausgebildet, die aus Modellprojekten und Beratungsstellen besteht. Diese nehmen in ihrer Arbeit häufig Bezug auf einen eingegrenzten Themenbereich wie z.B. häusliche oder sexuelle Gewalt sowie Prävention. Diese Form der Versorgung wird durch freie Träger und insbesondere durch Vereine angeboten. Die Finanzierung ist nicht langfristig gesichert und es besteht kein Rechtsanspruch für die Gewährung dieser Hilfen. Nicht-staatliche Organisationen der Opferhilfe sind auf finanzielle Unterstützung seitens der Kommune, des Landes, des Bundes oder aber Stiftungen angewiesen (Weiler 2010, S. 99). Dennoch ist die Versorgung in diesem Bereich häufig die *erste* – da niedrigschwellige, und häufig die *einzig*e – aufgrund regionaler Unterversorgung mit Kinder- und Jugendtherapeuten in strukturschwachen Gegenden – Möglichkeit des Angebots.

#### *Schnittstellenmanagement Jugendhilfe und Gesundheitssystem*

Innerhalb der letzten Jahre hat der Gesetzgeber einen Bedarf zur gemeinsamen Förder- und Behandlungsmöglichkeit von Jugendhilfe und Gesundheitssystem anerkannt, und § 35a SGB VIII entsprechend modifiziert. In § 35a SGB VIII ist die Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche geregelt. Kinder oder Jugendliche haben demnach Anspruch auf Eingliederungshilfe, wenn ihre seelische Gesundheit länger als sechs Monate von dem für ihr Lebensalter typischen Zustand abweicht und ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist oder eine solche Beeinträchtigung zu erwarten ist. Hinsichtlich der Abweichung der seelischen Gesundheit hat der Träger der öffentlichen Jugendhilfe die Stellungnahme eines Arztes für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, eines Kinder- und Jugendpsychotherapeuten oder eines Arztes oder eines psychologischen Psychotherapeuten, der über besondere Erfahrungen auf dem Gebiet seelischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen verfügt, einzuholen. Wenn Hilfen nach § 35a SGB VIII erforderlich sind, soll nach § 36 Abs. 3 SGB VIII bei der Aufstellung und Änderung des Hilfeplans sowie bei der Durchführung der Hilfen die Person, die eine Stellungnahme abgegeben hat, beteiligt werden.

Die Feststellung von Eingangsvoraussetzungen für Hilfen nach dem § 35a SGB VIII erfolgt durch eine Stellungnahme einer Fachperson des Gesundheitssystems (§ 35a Abs. 1a Nr.1–3 SGB VIII) ; die Steuerungsfunktion übt jedoch das Jugendamt aus. Das in § 35a SGB VIII beschriebene Verfahren versucht der

Schnittstellenproblematik damit entgegenzuwirken, setzt jedoch Ressourcen bei den Akteuren und regionale Verfügbarkeit von entsprechenden Angeboten voraus, die in der Praxis häufig nicht gegeben sind.

### **Kostenübernahmen bei traumaspezifischen, nicht-regelfinanzierten Leistungen**

Traumaspezifische, nicht – regelfinanzierte Leistungen können je nach Einzelfall im Zuge einer Kostenübernahme bei seelischer Behinderung des Kindes oder Jugendlichen im Zuge des § 35a SGB VIII erbracht werden. Bei der Maßnahmen- und Anbieterwahl sind die Leistungsträger bei Maßnahmen zur Teilhabe am Leben in der Gesellschaft in ihren Entscheidungen unabhängig des Leistungskatalogs des SGB V. In der Versorgungspraxis beklagen jedoch Betroffene eben diese fehlenden Kostenübernahmen von ergänzenden traumaspezifischen Angeboten, wie Kunsttherapie, Musiktherapie, tiergestützte Therapie.

Im Rahmen des Leistungskatalogs der gesetzlichen Krankenversicherungen werden nicht durch den G-BA zugelassene Verfahren zwar nicht direkt zur Abrechnung kommen können, jedoch behelfen sich ambulante Kinder- und Jugendtherapeuten in der Versorgung damit, dass Sie kreativ andere Abrechnungsschlüssel beispielsweise für die EMDR-Therapie vergeben, für die Reit- oder Kunsttherapie einen Ergotherapeuten empfehlen, der ergotherapeutische Maßnahmen im Rahmen der Regelversorgung abrechnen kann u.a. Innerhalb der Befragung der niedergelassenen Therapeuten im Arbeitspaket I: Versorgung wurde dies sehr deutlich, da ein Großteil der Befragten (65%) eine traumatherapeutische Zusatzqualifikation erworben hat und Eye Movement Desensitization and Reprocessing für Kinder und Jugendliche (EMDR-KJ) (34%), Traumafokussierte kognitive Verhaltenstherapie (TF-KVT) (25%) sowie Psychodynamisch Imaginative Trauma Therapie (PITT-KID) (22%) bei den traumatisierten Kindern und Jugendlichen Anwendung fand. Die meisten aller Behandlungen wurden gleichzeitig über die Krankenkassen abgerechnet (85% ausschließlich (n=749) und 13% häufig (n=117)). Die Abrechnung über Jugendhilfeträger (5% ausschließlich (n=10) und 11% häufig (n=22)). 35% (n=258) der befragten Versorger geben an, dass sie gerne Methoden einsetzen würden, die sie aber nicht abrechnen können. Dabei wird mit Abstand am meisten EMDR aufgeführt (n=159), gefolgt von Familientherapie (n=15), Kunst- und Musiktherapie (n=15), Reittherapie (n=15) sowie Gruppentherapie (n=12). Hier wird schnellstmöglich Aufklärung der Kinder- und Jugendtherapeuten über Möglichkeiten der Abrechnung einiger Verfahren als adjuvante Maßnahmen einer regelfinanzierten Therapie notwendig und gleichzeitig müssen Forschungsanstrengungen unternommen werden, ausreichende Evidenzbasierung für die Zulassung einiger erfolgsversprechender Verfahren wie EMDR beim G-BA zu erreichen.

### **Fazit**

Im Fall psychotraumatisierter Kinder und Jugendlicher steht dieses System den Betroffenen mit einer komplexen Bedarfslage häufig hinderlich gegenüber, da im gegliederten Sozialleistungssystem Leistungen mehrere Sozialleistungsträger erforderlich und beantragt werden müssen. Mehrfache Anträge, Mehrfache Begutachtungen, Wartezeiten durch Zuständigkeitskonflikte bei Leistungsträgern etc. stellen dann große, vermeidbare Hindernisse für eine rasche, adäquate Behandlung und Rehabilitation dar (Hoffmann, 2013). Besonders bei der Behandlung psychisch erkrankter Kinder und Jugendlicher ist jedoch die Behandlung mit einer Verschränkung von sozialen, pädagogischen, schulischen bzw. beruflichen Maßnahmen unverzichtbar (Fegert & Schepker, 2009).

Die unterschiedlichen Arbeits- und Herangehensweisen sowie die Unklarheiten bezüglich der Zuständigkeiten der Leistungserbringer bergen sowohl die Gefahr der Entstehung paralleler Lösungswege, als auch der Verschiebung der Kinder zwischen den Systemen, da sich keines von diesen für die Versorgung verantwortlich fühlt.

Die fehlende Vernetzung der Hilfesysteme liegt in gesetzgeberischen, aber auch strukturellen Aspekten begründet. So sind die durch Kooperation entstehenden Kosten nicht in der Finanzierung der Hilfemaßnahmen berücksichtigt und es fehlt Zeit für den fachlichen Austausch über den Klienten. Des Weiteren bestehen Ängste aufgrund juristischer Probleme, die sich z.B. in der Thematik der Schweigepflicht darstellen. Mangelnde Kenntnis der gegenseitigen Arbeitsstrategien und der jeweiligen Hilfsangebote erschweren die Kooperation ebenfalls.

Der Prozessorientierung in der Jugendhilfe steht die Symptomlösungsorientierung im Gesundheitswesen entgegen (Fischbach 2012). Zusammenarbeit ist dadurch erschwert, dass „es keine gemeinsamen Standards und Leitlinien im Umgang mit traumatisierten Kindern zwischen den Systemen [gibt und] [...] eine interdisziplinäre Verständigung auf wissenschaftlich geprüfte Verfahren und Vorgehensweisen [fehlt]“ (Fegert et al 2010, S.14).

Nicht zuletzt stehen der Kooperation aber auch psychologische und soziologische Hindernisse im Weg. Es mangelt an gegenseitiger Akzeptanz und Wertschätzung zwischen den Professionen (vgl. Fischbach 2012). Die Qualität der Arbeit im anderen Versorgungssystem wird zu wenig anerkannt.

Die Problematik dieser Nicht-Integration von Leistungen ist den Akteuren im Gesundheitswesen, Sozialwesen und der Gesetzgebung seit längerem bekannt und eine Gegensteuerung – beispielsweise in Form der sozialpädiatrischen Versorgung als Komplexleistung (§§30, 56 SGB IX, Frühförderungsverordnung) oder der gemeinsamen Hilfeplanung durch Jugendhilfe und Gesundheitssystem im Sinne von § 35 a SGB VIII wird unternommen, die jedoch „bundesweit relativ wenig verbreitet.“ ist (13. KJB; BT-Drs. 16/12860), sei es aufgrund mangelnder Sachkenntnis der Akteure, mangelnder regionaler Angebote zur Hilfeleistung und/oder mangelnder Ressourcen für Kooperationsarbeit.

## 4 Gesamtfazit

### I. Therapieangebote und Versorgung von traumatisierten Kindern und Jugendlichen

- Die **Leitlinien** enthielten kaum Hinweise für Entscheidungen zwischen Psychotherapie in ambulanten versus stationären Settings. Nur einzelne Leitlinien richteten sich bisher an nicht-klinische Professionelle mit Kontakt zu Kindern und Jugendlichen (z.B. in psychosozialen Beratungsstellen, Schulen, Kindergärten, Sportvereinen, Jugendämtern); die Mehrheit ist fokussiert auf Mitarbeiter im Gesundheitssystem.
- Für die PTBS, die in der wissenschaftlichen Literatur als eine der häufigsten Traumafolgestörungen bei Kindern und Jugendlichen beschrieben wird, wurde eine **administrative Prävalenz** gefunden, die unter den in epidemiologischen Studien gefundenen PTBS-Prävalenzen liegt. Die am häufigsten vergebene Traumafolgestörungen im Bereich der F43-Diagnosen war 2012 die Anpassungsstörung. Belastungs- und Anpassungsstörungen (F43.0 – 43.9) sowie internalisierende komorbide Diagnosen wurden bei Mädchen häufiger vergeben und ihnen mehr Medikamente und therapeutische Leistungen verordnet als Jungen. Bei Kindern unter 14 Jahren wurden F43-Diagnosen weniger häufig gegeben als für Jugendliche ab 14 Jahren. Zudem wurden in der jüngeren Altersgruppe deutlich weniger Medikamente und therapeutische Leistungen abgerechnet als bei den älteren Mädchen und Jungen. In Bezug auf die administrativen Prävalenzen, Leistungen und verordneten Medikamente zeigten sich in den GKV-Daten deutliche regionale Unterschiede. Tendenziell wurden die höheren Prävalenzen und Leistungsraten im Südwesten Deutschlands und weniger im Norden und Osten gefunden. Ein Zusammenhang zu strukturellen Unterschieden in diesen Regionen muss vermutet und in zukünftigen Untersuchungen überprüft werden.
- In der psychotherapeutischen Praxis gibt es einen hohen Anteil von Kindern und Jugendlichen, die psychische Probleme auf Grund traumatisierender Erlebnisse entwickeln. Unter den Psychotherapeuten und Psychiatern, die traumatisierte Kinder und Jugendliche behandeln, gibt es mit 71% bereits einen hohen Anteil, die auch traumatherapeutische Verfahren anbieten. Unter den Versorgern, die keine Zusatzausbildungen für traumatherapeutische Verfahren haben, bieten 35% dennoch solche Behandlungen an. Vermutlich fehlt es an klaren Regelungen, von wem diese Therapieverfahren eingesetzt werden dürfen und wer sie lehren darf. Es zeigt aber auch, dass ein sehr großer Bedarf nach traumatherapeutischen Verfahren und entsprechenden Zusatzqualifikationen besteht. Sowohl die ambulanten Versorger als auch die OTA nennen als häufigsten Kritikpunkt bzw. Verbesserungsvorschlag, dass **mehr Psychotherapieplätze** benötigt werden, da die Wartezeiten aktuell zu lang sind.

### II. Vernetzung Medizin und Jugendhilfe - traumaspezifische Fachberatung

- Kinderärzte nehmen in der Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit Traumafolgestörungen eine vernetzende und weiterleitende Funktion zu. Sie sehen es als ihre Aufgabe im Praxisalltag Traumatisierungen bei ihren Patienten zu erkennen. Zur sicheren Identifikation fehlt häufig Fachwissen. Es besteht ein Bedarf an Fortbildungen und Methoden um Traumatisierungen erkennen zu können.
- Nach der Identifikation von Traumatisierungen gibt es häufig Schwierigkeiten, die betroffenen Patienten an eine adäquate Behandlung weiterzuleiten. Besonders bemängelt werden die **langen Wartezeiten auf Therapieplätze durch einen Mangel an Psychotherapeuten**. Zusätzlich können hier auch Fortbildungen helfen, die darauf fokussieren, an welche weiteren Hilffssysteme Kinder und Jugendliche mit Traumafolgestörungen weitergeleitet werden können.

- Die meisten befragten **Jugendämter** benutzen Standards oder Dienstanweisungen, um mit Kindern und Jugendlichen mit psychischen Auffälligkeiten infolge interpersoneller Gewalterfahrung umgehen zu können. Dabei benutzen 90% standardisierte Fragebögen, um die Lebenssituation der Kinder ermitteln zu können. Aus Einstellungen der Jugendämter kann entnommen werden, dass mehr als die Hälfte es als Ihre Aufgabe und Verantwortung sieht diesen Kindern und Jugendlichen einen Weg zu zeigen, mit ihrer Situation umgehen zu können. Es Probleme gibt jedoch durch eine hohe Belastung der Jugendämter adäquat jedes Kind versorgen zu können. Weiterhin bestehen Barrieren in der Arbeit der Jugendämter durch die negativen Verhaltensweisen der Sorgeberechtigten und der mangelnde Kooperation mit Akteuren im Gesundheitswesen. Die befragten Jugendämter wünschen sich Fort- und Weiterbildungen um mehr Wissen über psychische Erkrankung zu erhalten, sowie eine Verbesserung in der Kooperation mit anderen Instanzen oder Versorgern, wie Ärzten, Psychotherapeuten oder der Jugendhilfe in ihrer Region.
- Insgesamt zeigt diese Befragung, dass es im niedrigschwelligen Bereich noch einige Problematiken in der Vernetzung und Versorgung gibt. Jugendämter können psychische Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendliche zwar identifizieren, aber nur unter erheblichen Erschwernissen Hilfe leisten: **Fehlende Informationen zur Kostenübernahme und Behandlung, lange Wartezeiten oder der Mangel an geeigneten Betreuungseinrichtungen neben der Therapie**, erschweren die adäquate Zuweisung und Behandlung von traumatisierten Kindern und Jugendlichen.
- Gleiches gilt zu Angeboten für Kinder und Jugendliche in **traumaspezifischen Fachberatungsstellen** auf. In den Beratungsstellen arbeitet qualifiziertes Personal mit angemessener Aus- und Weiterbildung, das aufgrund des bestehenden Bedarfes über ihre Aufgabenbeschreibung hinaus auch Aufgaben von kassenzugelassenen Vertragspsychologen übernimmt. Die Beratungsstellen stellen hiermit eine realistische Möglichkeit dar, Kinder und Jugendliche mit Hilfebedarf, die durch das bestehende Versorgungssystem nicht geholfen werden kann, aufzufangen. Darüber hinaus können psychisch belastete Kinder und Jugendliche, die Beratungsstellen und deren Personal als eine vertrauenswürdige Kontaktstelle erleben, über diese an eine Folgetherapie weitergeleitet werden. Die Beratungsstellen können so genutzt werden, um den Übergang für die Kinder und Jugendlichen zu erleichtern und infolgedessen die Abbrecherrate im Prozess der Vermittlung zu reduzieren. Gerade in Regionen Deutschlands, in denen der Zugang zu Kinder- und Jugendpsychotherapeuten nicht gegeben, oder mit unrealistischen Aufwand verbunden ist, kann Unterstützung niedrigschwellig erfolgen. Allerdings stellt die Kostenübernahme der Behandlung noch ein Problem innerhalb eines solchen Systems dar. Damit die Therapiekosten durch eine Krankenversicherung übernommen werden, muss der Therapeut bzw. die behandelnde Person über eine Kassenzulassung verfügen – dies ist jedoch bei Mitarbeitern innerhalb der Beratungsstellen normalerweise nicht der Fall. Von den Krankenkassen wird eine Kostenrückerstattung für die Behandlung angeboten, jedoch ist diese mit einem enormen bürokratischen und unübersichtlichen Aufwand verbunden und setzt eine „unzumutbare“ Wartezeit auf einen Therapieplatz voraus. Beratungsstellen sollten folglich vermehrt als Versorger oder mindestens Zwischenversorger wahrgenommen und implementiert, sowie die offenstehende Frage der Kostenübernahme geklärt werden, sodass eine flächendeckende, dem Bedarf Betroffener angemessene Versorgung in Deutschland angeboten werden kann.

### III. **Traumaspesifische Therapeutenqualifikation - Grundausbildung, Weiter- und Zusatzqualifikation**

- Ärztliche und psychologische Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten werden im Rahmen ihrer **Grundausbildungen unzureichend für die Behandlung traumatisierter Kinder und**

**Jugendlicher** ausgebildet. Daher ist eine psychotraumatologische Zusatzqualifikation von Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten im Anschluss an die Grundausbildung ausdrücklich notwendig.

- Die Registrierung und Veröffentlichung zertifizierter Zusatzqualifikationen von Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten durch die Ärzte- und Psychotherapeutenkammern könnte zu einer verbesserten **Qualitätssicherung** beitragen und die Vermittlung von Hilfesuchenden nach traumaspezifischer therapeutischer Qualifikation ermöglichen.
- Kenntnisse über die psychotherapeutische Behandlung traumatisierter Kinder und Jugendlicher müssen zukünftig stärker in die Grundausbildungen von Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten implementiert werden.

#### IV. Nationale und internationale traumaspezifische Therapieangebote und Evidenzgrad der nicht GKV-finanzierten Konzepte

- Traumaspezifische Therapieverfahren finden international für die Behandlung von traumatisierten Kindern und Jugendlichen Anwendung.
- Bei den **Traumaspezifischen Therapieverfahren** wurden die spielorientierte kognitiv-behaviorale Therapie und die Eltern-Kind-Psychotherapie in den meisten Studien untersucht und beschrieben. Bei der **Eltern-Kind-Psychotherapie** wird ein nicht missbrauchendes Eltern-Teil in die Therapie der Kinder mit einbezogen. Die Therapiesitzungen finden mit Eltern-Kind-Dyaden statt und dienen vor allem der Stärkung der Eltern-Kind-Bindung. Um dieses Ziel zu erreichen werden Ansätze aus verschiedenen psychotherapeutischen Schulen, Verhaltenstherapie und psychodynamischer Psychotherapie, integriert. Bei der **spielorientierten kognitiv-behavioralen Therapie** werden neben kognitiv-behavioralen Ansätzen spiel- und gruppen-therapeutische Verfahren in die Behandlung integriert. Die kognitiv-behaviorale Therapie gehört aktuell zu den effektivsten therapeutischen Verfahren zur Behandlung von traumatisierten Kindern und Jugendlichen. Diese zeigte sich allerdings als besonders wirksam, wenn die Eltern in die Sitzungen einbezogen wurden. Therapieverfahren, die die Reduzierung von Depression und Angststörungen bei traumatisierten Kindern und Jugendlichen zum Ziel hatten, zeigten sich Verfahren als besonders wirksam, die **traumafokussierte kognitiv-behaviorale Therapien mit klientenzentrierten und psychodynamischen Psychotherapien** integrierten. Für die Behandlung von posttraumatischen Belastungen scheinen **kognitiv-behaviorale Ansätze** sinnvoll, allerdings in manchen Fällen, wie zum Beispiel bei besonders jungen oder komplex traumatisierten Kindern nicht ausreichend zu sein.
- Bei den **nicht GKV-finanzierten Verfahren** zeigten sich kognitive Verhaltenstherapien im Vergleich zu klientenzentrierten Therapie als wirksamer. Einige Ergebnisse der Analyse der nicht GKV-finanzierten Therapieverfahren weisen darauf hin, dass **EMDR effizienter ist als kognitiv verhaltenstherapeutische Therapien**. Bei den Studien wurden allerdings ausschließlich Schulkinder untersucht. Weitere Studien, die die Wirksamkeit von EMDR vor allem bei Vorschulkindern untersuchen sind notwendig. Die Studienlage zu nicht GKV-finanzierten Therapieverfahren im ambulanten Setting ist insgesamt als sehr gering zu bewerten. Es liegen kaum Studien zu ausschließlich kunsttherapeutischen oder tiergestützten Verfahren vor. Die meisten der eingeschlossenen Studien stammen aus den USA. Untersuchungen im deutschsprachigen Raum liegen nicht vor.

## V. Kostenübernahmen traumaspezifischer Therapieangebote

Die Versorgungssituation von traumatisierten Kindern und Jugendlichen in der Gesundheitshilfe ist ungenügend. Es stehen „aufgrund der bestehenden gegenwärtigen Mangellage nicht ausreichend ambulante und stationäre Plätze für traumaspezifische Therapien zur Verfügung“ (Scherwath/ Friedrich 2012, S.12). Die Wartezeiten in ambulanten Psychotherapiepraxen, in denen regelmäßige Psychotherapie, die bei Traumatherapie indiziert ist, angeboten werden, sind besonders für Kinder und Jugendliche zu lang. Aktuell liegen die Wartezeiten für ein psychotherapeutisches Erstgespräch in Niedersachsen bei durchschnittlich 13,9 Wochen (vgl. BundesPsychotherapeutenkammer 2015, S.9). Bis zum Beginn einer Therapie vergeht weitere Zeit. Vorausgesetzt das Erstgespräch hat zu einem tragfähigen Therapeuten-Patienten-Bündnis geführt. Sollte das Kind/der Jugendliche aus zwischenmenschlichen Gründen die therapeutische Arbeit mit einem anderen Therapeuten aufnehmen wollen, beginnt zunächst erneut das Warten auf ein weiteres Erstgespräch. Doch die regionale Versorgung in Deutschland unterscheidet sich hinsichtlich des Angebots an Therapieplätzen enorm und verschärft in strukturschwachen, ländlich geprägten Regionen die Problematik des mangelnden Zugangs bzw. verhindert überhaupt eine Wahlfreiheit. Die mangelnde traumaspezifische Qualifikation von Ärzten und Therapeuten verschärft das Problem der ungenügenden Versorgung auf inhaltlich-methodischer Ebene.

Die vorliegende Expertise kommt daher hinsicht der Versorgung psychotraumatisierter Kinder und Jugendlicher in Deutschland zu einer deutlichen Optimierungsempfehlung. Defizite werden allerdings weniger in der aktuellen Gesetzeslage als vielmehr in deren praktischer Umsetzung gesehen.

- Hinsichtlich der **Leistungserbringung** liegt der Verbesserungsbedarf in der Anwendung geschaffener gesetzlicher Möglichkeiten wie Komplexleistungen nach SGB IX oder Förder- und Behandlungsmöglichkeiten nach § 35a SGB IV. Die notwendigen Ressourcen für die Kooperationsarbeit sind von den Leistungsträgern anteilig zu tragen und anrechnungsfähig zu gestalten.
- Die Vermittlung von Traumawissen und Traumasensitivität ist für alle Berufsgruppen, die Umgang mit Kindern und Jugendlichen haben, zwingend erforderlich. In die **Grundqualifikation der ärztlichen und psychotherapeutischen Versorger** müssen traumatherapeutisch relevante Inhalte obligatorischer Bestandteil werden, Fort- und Weiterbildungen über die Kammern qualitätsgesichert und zertifiziert angeboten werden.
- Die **regionalen Unterschiede im Angebot** von evidenzbasierten Hilfemaßnahmen und Therapieangeboten müssen schnellstmöglich gemindert werden, damit Wartezeiten verkürzt werden können.
- **Fachberatungsstellen** sind häufig bereits mit Kinder- und Jugendpsychotherapeuten besetzt und leisten Versorgung. Sie sollten stärker als Partner des Gesundheitswesens und der Jugendhilfe verstanden und finanziell gleichberechtigt gestellt werden. Niedrigschwellige Versorgung – auf gleicher Augenhöhe - sollte dort ergänzend zum bestehenden Hilfeangebot möglich sein.

### 4.1 Limitationen des Gutachtens

#### Aussagen auf ambulantes Setting beschränkt

Alle Gegenstände der Expertise beziehen sich auf ambulante Therapie- und Beratungsangebote und lassen sich nicht auf das stationäre Setting übertragen.

#### Regionale Unterschiede in der Versorgung

Die Unterschiede in der regionalen Versorgung durch ambulante Kinder- und Jugendpsychotherapeuten wurden nicht zu den getroffenen Annahmen in Beziehung gesetzt. Es ist zu vermuten, dass beispielsweise

se Kinderärzte, Jugendämter, Beratungseinrichtungen in strukturstarken Regionen Deutschlands mit einer hohen Versorgerdichte andere/bessere Möglichkeiten der Vermittlung haben als deren Kollegen in strukturschwachen Gebieten. In einigen Teilbereichen der Expertise sollten noch Re-Analysen dazu möglich und sinnvoll sein. Diese Art der Re-Analyse wird jedoch auf Kreisgebieten nur nützlich sein und in vielen Befragungen der Akteure wären Ängste hinsichtlich der Anonymität mit einer geringeren Teilnahme die Folge gewesen.

#### Soziale Erwünschtheit und Eigenselektion in den Befragungen

Akteursbefragungen liegt die menschliche Tendenz der positiven Eigendarstellung – hier die Erfüllung Sozialer Erwünschtheit – zugrunde. Insbesondere bei kritischen Themen wie Kostenerstattung für nicht KV-finanzierte Therapieverfahren o.ä. muss von dieser Tendenz ausgegangen werden, die durch Ergänzungen um freitextliche Anregungen und eine hinreichend große Stichprobenziehung jedoch gedämpft werden kann. Ebenso ist es wahrscheinlich, dass eine Eigenselektion der Teilnehmer stattfand. Hier konnte jedoch eine Prüfung auf Repräsentativität der Soziodemografischen Angaben der Teilnehmer keine tatsächlichen Verzerrungen ergeben.

#### Einbeziehung von Betroffenen in die Analyse

Die mangelnde direkte Einbeziehung von Betroffenen in die Analyse könnte im Sinne partizipativer Forschung eine Limitation darstellen. Erwachsene, die in der Kindheit/Jugend psychotraumatisiert wurden, können für die aktuelle Versorgungs- und Finanzierungssituation der Kinder- und Jugendpsychotherapie indirekte Hilfestellungen geben. Im Fall vorliegender Analyse müssten jedoch aktuell belastete, traumatisierte Kinder/Jugendliche als „Betroffene“ verstanden und einbezogen werden. Aus ethischen Gründen wurde bereits bei der Planung darauf verzichtet.

## 4.2 Vertiefende Fragestellungen – zur weiteren Beachtung

#### Einbeziehung von Betroffenen in die Analyse der Hindernisse adäquater Versorgung

Die aktuellen Forderungen des Betroffenenrates weisen einen hohen Deckungsgrad zu den im Gutachten beantwortenden Fragestellungen auf. Insbesondere in der Problematik der Kostenübernahmen oder Nutzung integrativer Therapieangebote stellt das Erfahrungswissen der Betroffenen eine wichtige Ergänzung dar. Eine weitere Einbeziehung, Rückkopplung und Planung weiterer Schritte mit Mitgliedern des Betroffenenrats wird dringend empfohlen.

#### Analyse von Beratungsstellen als Versorger

In Gesprächen mit Experten wurde wiederholt geäußert, dass Beratungsstellen nicht nur als Erstanlaufstelle und beratende Vernetzter eine bedeutsame Rolle in der Versorgung der Zielgruppe einnehmen, sondern dort im nicht zu vernachlässigendem Umfang therapeutische Versorgung von Betroffenen stattfindet. Die detaillierte Analyse und Darstellung der tatsächlich geleisteten Beratung und Therapie in Beratungsstellen stellt somit eine für die Abbildung der Versorgungsrealität weitere wichtige Fragestellung dar.

#### Weitere Psychotherapieforschung traumaspezifischer Verfahren für Kinder/Jugendlicher

Es sind weitere Studien notwendig, die die Umsetzung und Wirksamkeit von traumaspezifischen und nicht GKV-finanzierten Therapieverfahren im ambulanten Setting unter Einbeziehung von Kontrollgruppen und im besten Fall mit einer randomisierten Zuteilung der Studienteilnehmer untersuchen. Des Weiteren ist zu untersuchen, welche weiteren Faktoren die Wirksamkeit dieser Verfahren beeinflussen können. Hier ist zum einen zu untersuchen, ob die Schwere der posttraumatischen Belastung, die Anzahl und Dauer der Traumatisierung wie auch das Alter und Geschlecht der Kinder mögliche assoziierte Faktoren darstellen. Auf die Komplexität von posttraumatischen Belastungen von Kindern und Jugendlichen sollte

---

im Einzelfall ein individuelles Matching zwischen den Charakteristiken des Kindes, des Traumas und des Bedarfs der Betroffenen möglich sein um die beste und effizienteste Behandlung zu indizieren. Die Vielzahl an möglichen psychischen Störungen und Belastungen, die infolge eines interpersonellen Traumas entstehen können, kann nicht mit einem singulären und standardisierten Verfahren behandelt werden.

**Literaturempfehlung:**

Fegert, J. M., Ziegenhain, U., & Goldbeck, L. (Hrsg.). (2013). *Traumatisierte Kinder und Jugendliche in Deutschland: Analysen und Empfehlungen zu Versorgung und Betreuung*. Weinheim: Beltz Juventa.

## 5 Anhang

### 5.1 Zeitplan

		Monat														
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
FM	Sekundärdatenanalyse von Abrechnungsdaten	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
	Literaturübersicht zu Behandlungsleitlinien	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	✓	■	■	■
JI EC	Befragung Therapeuten	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	✓	■	■	■	■
	Befragung Jugendhilfe	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
	Befragung Spezialambulanzen	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	✓	■	■
	Befragung Kinderärzten	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	✓	■	■
AL	Therapeutenqualifikation: Curricular, Registerdaten.	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
OW	Literaturübersicht: traumaspezifische Angebote	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
	Literaturübersicht: Evaluationen – Good Practise	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
SP	Kostenübernahmen gemäß Leistungskataloge	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	✓	■	■	■
alle	Zwischen- und Schlussberichte	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
		■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
		■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
		■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■

■	Vorbereitung	■	Durchführung	■	Auswertung
---	--------------	---	--------------	---	------------

---

## 5.2 Leistungserbringer der Expertise

Interdisziplinäres Forschungsteam des UKEs:

**Dr. phil. Silke Pawils, Dipl.-Psych. (PI)**

*Forschungsgruppe pädiatrische Prävention*

Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie

Martinistrasse 52, 20246 Hamburg

+49-(0)40-74105-3995, +49-(0)40-74105-4940, s.pawils@uke.de

**Dipl.-Psych. Franka Metzner und Olga Wlodarczyk, M.Sc.**

*Forschungsgruppe pädiatrische Prävention*

Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie

**Dr. Julia Ewen, Dipl.-Psych. und Dipl.-Psych. Eva Christalle**

*Stiftungsprofessur für Klinische Versorgungsforschung*

Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie

**Dr. rer. nat. Annet Lotzin, Dipl.-Psych.**

*AG Trauma- und Stressforschung*

Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie

beratend:

**Prof. Dr. phil. Holger Schulz, Dipl.-Psych. (PI)**

*Stiftungsprofessur für Klinische Versorgungsforschung*

Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE)

Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie

**PD Dr. med. Ingo Schäfer, MPH**

*Spezialambulanz für Traumafolgestörungen / AG Trauma- und Stressforschung*

Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie

**Dr. med. Kerstin Stellermann-Strehlow**

*Ambulanz für seelisch erkrankte Kinder und Jugendliche*

Universitätsklinik Hamburg Eppendorf (UKE)

Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik des Kindes- und Jugendalters

### 5.3 Literaturverzeichnis

- Adams, J. A., Kellogg, N. D., Farst, K. J., Palusci, V. J., Frasier, L. D., ... Starling, S. P. (2016). Updated Guidelines for the medical assessment and care of children who may have been sexually abused. *North American Society for Pediatric and Adolescent Gynecology*, 29, 91-87. doi: org/10.1016/j.jpag.2015.01.007
- Ahmad, A., Larsson, B., & Sundelin-Wahlsten, V. (2007). EMDR treatment for children with PTSD: Results of a randomized controlled trial. *Nordic Journal of Psychiatry*, 61(5), 349-354. doi: 10.1080/08039480701643464
- Alonso-Coello, P., Irfan, A., Sola, I., Gich, I., Delgado-Noguera, M., Rigau, D., Tort, S., Bonfill, X., Burgers, J., & Schunemann, H. (2009). The quality of clinical practice guidelines over the last two decades: a systematic review of guideline appraisal studies. *Quality & Safety in Health Care*, 19, 1-7.
- American Academy of Pediatrics (2009). Policy Statement – Role of the Pediatrician in Youth Violence Prevention. *Pediatrics*, 124. doi:10.1542/peds.2009-0943
- Ashton, C. K., O'Brien-Langer, A., & Silverstone, P. H. (2016). The CASA trauma and attachment group (TAG) program for children who have attachment issues following early development trauma. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 25(1), 35-42.
- Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (KJPsychTh-APrV) vom 18. Dezember 1998. Verfügbar unter <https://www.gesetze-im-internet.de/kjpsychth-aprv/BJNR376100998.html>
- Australian Centre for Posttraumatic Mental Health (ACPMH) (2013). *Australian Guidelines for the Treatment of Acute Stress Disorder & Posttraumatic Stress Disorder*. Melbourne: ACPMH.
- Bayer, C. P., Klasen, F., & Adam, H. (2007). Association of trauma and PTSD symptoms with openness to reconciliation and feelings of revenge among former Ugandan and Congolese child soldiers. *Journal of the American Medical Association (JAMA)*, 298(5), 555-559. doi: 10.1001/jama.298.5.555
- Bellis, M.A, Hughes, K., Leckenby, N., Hardcastle, K.A., Perkins, C., & Lowey, H. (2014). Measuring mortality and the burden of adult disease associated with adverse childhood experiences in England: a national survey. *Journal of Public Health*, 37(3), 445-454..
- Betancourt, T. S., Newnham, E. A., Layne, C. M., Kim, S., Steinberg, A. M., Ellis, H., & Birman, D. (2012). Trauma History and Psychopathology in War-Affected Refugee Children Referred for Trauma-Related Mental Health Services in the United States. *Journal of Traumatic Stress*, 25(6), 682-690. doi: 10.1002/jts.21749
- Boenisch, S., Kocalevent, R.-D., Matschinger, H., Mergl, R., Wimmer-Brunauer, C., Tauscher, ... Bramesfeld, A. (2012). Who receives depression-specific treatment? A secondary data-based analysis of outpatient care received by over 780,000 statutory health-insured individuals diagnosed with depression. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 47, 475–486.
- Bollmann, K., Schürmann, I., Nolting, B., Dieffenbach, I., Fischer, G., Zurek, G., ... Heuft, G. (2012). Evaluation der Traumaambulanzen nach dem Opferentschädigungsgesetz in Nordrhein-Westfalen. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 58(1), 42-54.
- Bramesfeld, A., Grobe, T., & Schwartz, F.W. (2010) Prevalence of depression diagnosis and prescription of antidepressants in East and West Germany: an analysis of health insurance data. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 45, 329–335.
- Breslau, N., & Anthony, J. C. (2007). Gender differences in the sensitivity to posttraumatic stress disorder: An epidemiological study of urban young adults. *Journal of Abnormal Psychology*, 116(3), 607-611. doi: 10.1037/0021-843x.116.3.607
- Brown, D.W., Anda, R.F., Tiemeier, H., Felitti, V.J., Edwards, V.J., Croft, J.B., Giles, W.G. (2009). Adverse childhood experiences and the risk of premature mortality. *American Journal of Preventive Medicine*, 37(5), 389-396.
- Bühning P. (2012) Traumaambulanzen: Schnelle Hilfe für Gewaltopfer. *Ärzteblatt*, 2(52). Verfügbar unter: <http://www.aerzteblatt.de/archiv/121915>
- Bundesministerium für Justiz, Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, & Bundesministerium für Bildung und Forschung (2011). *Abschlussbericht Runder Tisch Sexueller Kindesmissbrauch in Abhängigkeits- und Machtverhältnissen in privaten und öffentlichen Einrichtungen und im familiären Bereich*. Verfügbar unter: <http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Broschuerenstelle/Pdf-Anlagen/Abschlussbericht-Runder-Tisch-sexueller-kindesmissbrauch,property=pdf,bereich=bmfsfj,sprache=de,rwb=true.pdf> [05.07.2015].

- Bundespsychotherapeutenkammer (2015). *Psychotherapeuten in der Jugendhilfe einschließlich Erziehungsberatung. Ergebnisse einer Befragung von angestellten Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten*. Berlin, Bundespsychotherapeutenkammer. Verfügbar unter: <http://www.bptk.de/publikationen/bptk-studie.html>
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2013). *Förderung der gesunden psychischen Entwicklung von Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund*. Verfügbar unter: <http://www.bzga.de/pdf.php?id=b77738de9af749b8ae93ec82787c1658> [09.02.2015]
- Butchart, A., Phinney-Harvey, A., Kahane, T., Mian, M., & Furniss, T. (2006). *Preventing child maltreatment: a guide to action and generating evidence*. Geneva: World Health Organisation and International Society for Prevention of Child Abuse and Neglect.
- Carbonell, D. M., & Partelano-Barehmi, C. (1999). Psychodrama groups for girls coping with trauma. *International Journal of Group Psychotherapy*, 49(3), 285-306.
- Carrion, V. G., & Hull, K. (2010). Treatment manual for trauma-exposed youth: case studies. *Clinical Child Psychology & Psychiatry*, 15(1), 27-38 doi 10.1177/1359104509338150
- Carrion, V. G., Kletter, H., Weems, C. F., Berry, R. R., & Rettger, J. P. (2013). Cue-centered treatment for youth exposed to interpersonal violence: A randomized controlled trial. *Journal of Traumatic Stress*, 26(6), 654-662. doi 10.1002/jts.21870
- Chapman, D.P., Whitfield, C.L., Felitti, V.J., Dube, S.R., Edwards, V.J. & Anda, R.F. (2004). Adverse childhood experiences and risk of depressive disorders in adulthood. *Journal of Affective Disorders*, 82, 217-225.
- Cicchetti, D., & Toth, S. L. (1995). A developmental psychopathology perspective on child abuse and neglect. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34, 541-565.
- Cloitre, M., Stolbach, B. C., Herman, J. L., van der Kolk, B., Pynoos, R., Wang, J., & Petkova, E. (2009). A Developmental Approach to Complex PTSD: Childhood and Adult Cumulative Trauma as Predictors of Symptom Complexity. *Journal of Traumatic Stress*, 22(5), 399-408. doi: 10.1002/jts.20444
- Cohen, J. A., & Mannarino, A. P. (1996). A Treatment Outcome Study for Sexually Abused Preschool Children: Initial Findings. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 35(1), 42-50. doi: <http://dx.doi.org/10.1097/00004583-199601000-00011>
- Cohen, J. A., & Mannarino, A. P. (1997). A Treatment Study for Sexually Abused Preschool Children: Outcome During a One-Year Follow-up. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 36(9), 1228-1235. doi: <http://dx.doi.org/10.1097/00004583-199709000-00015>
- Cohen, J. A., & Mannarino, A. P. (1998). Interventions for Sexually abused Children: Initial Treatment Outcome Findings. *Child Maltreatment*, 3(1), 17-26. doi: 10.1177/1077559598003001002
- Cohen, J. A., Deblinger, E., Mannarino, A. P., & Steer, R. A. (2004). A Multisite, Randomized Controlled Trial for Children With Sexual Abuse-Related PTSD Symptoms. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 43(4), 393-402. doi: <http://dx.doi.org/10.1097/00004583-200404000-00005>
- Cohen, J. A., Mannarino, A. P., & Knudsen, K. (2005). Treating sexually abused children: 1 year follow-up of a randomized controlled trial. *Child Abuse & Neglect*, 29(2), 135-145. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.chiabu.2004.12.005>
- Cohen, J.A., Bukstein, O., Walter, H., Benson, R.S., Chrisman, A., Farchione, T.R., ... Medicus, J. (2010). Practice Parameters for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents with Posttraumatic Stress Disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescents Psychiatry*, 37(10), 4S-26S.
- Copeland, W.E., Keeler, G., Angold, A., & Costello, E.J. (2007). Traumatic events and posttraumatic stress in childhood. *Archives of General Psychiatry*, 64, 577-584.
- Copeland, W.E., Magnusson, A., Göransson, M. & Heilig, M.A. (2011). Genetic moderators and psychiatric mediators of the link between sexual abuse and alcohol dependence. *Drug and Alcohol Dependence*, 115, 183-189.
- Corso, P.S., Edwards, V.J., Fang, X. & Mercy, J.A. (2008). Health-Related quality of life among adults who experienced maltreatment during childhood. *American Journal of Public Health*, 98(6), 1094-1100.
- Danese, A. & McEven, B.S. (2012). Adverse childhood experiences, allostasis, allostatic load, and age-related disease. *Physiology & Behavior*, 106(1), 29-39.
- Danielson, C.K., de Arellano, M.A., Kilpatrick, D.G., Saunders, B.E. & Resnick, H.S. (2005). Child maltreatment in depressed adolescents: Differences in symptomatology based on history of abuse. *Child Maltreatment*, 10(1), 37-48.
- Daubner, S., Lotsis, K., & Pulido, M. L. (2015). Treatment of complex trauma of the front lines: A preliminary look at child outcomes in an agency sample. *Child & Adolescent Social Work Journal*, 32(6), 529-543. <http://dx.doi.org/10.1007/s10560-015-0393-5>

- Deblinger, E., Mannarino, A. P., Cohen, J. A., & Steer, R. A. (2006). A Follow-up Study of a Multisite, Randomized, Controlled Trial for Children With Sexual Abuse-Related PTSD Symptoms. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 45(12), 1474-1484. doi: 10.1097/01.chi.0000240839.56114.bb
- Deblinger, E., Stauffer, L. B., & Steer, R. A. (2001). Comparative efficacies of supportive and cognitive behavioral group therapies for young children who have been sexually abused and their nonoffending mothers. *Child Maltreatment*, 6(4), 332-343.
- Deutsche Gesellschaft der Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ) (2015). *Leitlinienanmeldung S3 027-069: Kindesmiss-handlung, -missbrauch, -vernachlässigung unter Einbindung der Jugendhilfe und Pädagogik (Kinderschutz-leitlinie)*. Düsseldorf: AWMF online.
- Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin (DGSPJ) (2008). *S2-Leitlinie 071-003: Kindesmißhand-lung und Vernachlässigung [2012 abgelaufen]*. Düsseldorf: AWMF online.
- Deutschsprachige Gesellschaft für Psychotraumatologie (DeGPT) (2014). *Leitlinienanmeldung S3 155-001: Posttraumatische Belastungsstörung*. Düsseldorf: AWMF online.
- Dietz, T. J., Davis, D., & Pennings, J. (2012). Evaluating animal-assisted therapy in group treatment for child sexual abuse. *Journal of Child Sexual Abuse: Research, Treatment, & Program Innovations for Victims, Survivors, & Offenders*, 21(6), 665-683. doi 10.1080/10538712.2012.726700
- Dilling, H., Mombour, W., & Schmidt, M.H. (Hrsg.) (2013). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V(F). Klinisch-Diagnostische Leitlinien (6. Auflage)*. Bern: Huber.
- Domanskaite-Gota, V., Elklit, A., & Christiansen, D. M. (2009). Victimization and PTSD in a Lithuanian National Youth Probability Sample. *Nordic Psychology*, 61(3), 66-81. doi: 10.1027/1901-2276.61.3.66
- Domhardt, M., Münzer, A., Fegert, J.M., & Goldbeck, L. (2014). Resilience in survivors of child sexual abuse: a systematic review of the literature. *Trauma, Violence & Abuse*. doi: 10.1177/1524838014557288
- Dyregrov, A., Gjestad, R., & Raundalen, M. (2002). Children exposed to warfare: A longitudinal study. *Journal of Traumatic Stress*, 15(1), 59-68. doi: 10.1023/a:1014335312219
- Egeland, B. (2009). Taking stock: Childhood emotional maltreatment and development psychopathology. *Child Abuse & Neglect*, 33, 22-26.
- Elbert, T., Schauer, M., Schauer, E., Huschka, B., Hirth, M., & Neuner, F. (2009). Trauma-related impairment in children-A survey in Sri Lankan provinces affected by armed conflict. *Child Abuse & Neglect*, 33(4), 238-246. doi: 10.1016/j.chiabu.2008.02.008
- Eslinger, J. G., Sprang, G., & Otis, M. (2015). Children with multi-trauma histories: Special considerations for care and implications for treatment selection. *Journal of Child and Family Studies*, 24(9), 2757-2768. doi 10.1007/s10826-014-0079-1
- Essau, C. A., Conradt, J., & Petermann, F. (1999). Frequency of posttraumatic stress disorder among adolescents: Results of the Bremen Adolescent Study. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 27(1), 37-45. doi: 10.1024//1422-4917.27.1.37
- Fang, X. M., Brown, D. S., Florence, C. S., & Mercy, J. A. (2012). The economic burden of child maltreatment in the United States and implications for prevention. *Child Abuse & Neglect*, 36(2), 156-165. doi: 10.1016/j.chiabu.2011.10.006
- Fegert, J. M., Dielweit, U., Thurn, L., Ziegenhain, U. & Goldbeck, L. (2013). Einleitung: Traumatisierte Kinder und Jugendliche in Deutschland. In J.M. Fegert, U. Ziegenhain, & L. Goldbeck (Hrsg.), *Traumatisierte Kinder und Jugendliche in Deutschland : Analysen und Empfehlungen zu Versorgung und Betreuung*. Weinheim: Beltz Juventa.
- Fegert, J. M., Ziegenhain, U., & Goldbeck, L. (Hrsg.). (2010 und 2013). *Traumatisierte Kinder und Jugendliche in Deutschland: Analysen und Empfehlungen zu Versorgung und Betreuung*. Weinheim: Beltz Juventa.
- Felitti, V.J., Anda, R.F., Nordenberg, D., Williamson, D.F., Spitz, A.M., Edwards, V., ... Marks, J.S. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults: The adverse childhood experiences (ACE) study. *American Journal of Preventive Medicine*, 14, 245-258.
- Finkelhor, D. (1994). Current information on the scope and nature of child sexual abuse. *The future of Children*, 4, 31-53.
- Finkelhor, D., Ormrod, R.K., & Turner, H.A. (2007). Poly-victimization: A neglected component in child victimization. *Child Abuse & Neglect*, 31, 7-26.
- Flatten, G., Gast, U., Hofmann, A., Knaevelsrud, C., Lampe, A., Liebermann, P., ... Woller, W. (2011). S3 - Leitlinie Posttraumatische Belastungsstörung. *Trauma & Gewalt*, 3, 202-210.

- Foa, E. B., McLean, C. P., Capaldi, S., & Rosenfield, D. (2013). Prolonged exposure vs supportive counseling for sexual abuse-related PTSD in adolescent girls: a randomized clinical trial. [Comparative Study Randomized Controlled Trial Research Support, N.I.H., Extramural]. *JAMA*, *310*(24), 2650-2657. doi: 10.1001/jama.2013.282829
- Foa, E.B., Davidson, J.R.T., & Frances, A. (1999). Expert Consensus Guideline Series: Treatment of Posttraumatic Stress Disorder. *Journal of Clinical Psychology*, *60*(Suppl. 16), 2-76.
- Foa, E.B., Hembree, E.A., & Rothbaum, B.O. (2007). *Prolonged exposure therapy for PTSD. Emotional processing of traumatic experiences*. Oxford: Oxford University Press.
- Forbes, D., Creamer, M., Bisson, J.I., Cohen, J.A., Crow, B.E., Foa, E.B., ... Ursano, R.J. (2010). A Guide to Guidelines for the Treatment of PTSD and Related Conditions. *Journal of Traumatic Stress*, *23*(5), 537–552.
- Ford, T., Goodman, R., & Meltzer, H. (2003). The British child and adolescent mental health survey 1999: The prevalence of DSM-IV disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *42*(10), 1203-1211. doi: 10.1097/01.chi.0000081820.25107.ae
- Gaebel, W., Kowitz, S., Fritze, J., & Zielasek, J. (2013). Use of health care services by people with mental illness—secondary data from three statutory health insurers and the German statutory pension insurance scheme. *Deutsches Ärzteblatt International*, *110*(47), 799–808. doi: 10.3238/arztebl.2013.0799
- Gesetz über die Berufe des Psychologischen Psychotherapeuten und des Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (Psychotherapeutengesetz - PsychThG) vom 16.06.1998. Verfügbar unter: <https://www.gesetze-im-internet.de/psychthg/BJNR131110998.html>
- Gesundheitsberichterstattung des Bundes (2008). *Psychotherapeutische Versorgung*. Berlin: Robert-Koch-Institut.
- Gilbert, R., Widom, C.S., Browne, K., Fergusson, D., Webb, E., & Janson, S. (2009). Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. *The Lancet*, *373*(9657), 68-81.
- Gillies, D. Taylor, F., Gray, C., O'Brien, L., & D'Abrew, N. (2012). Psychological therapies for the treatment of post-traumatic stress disorder in children and adolescents. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, *21*, CD006727. doi: 10.1002/14651858.CD006726.pub2.
- Greenwald, R. (2002). Motivation-adaptive skills-trauma resolution (MASTR) therapy for adolescents with conduct problems: An open trial. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, *6*(1), 237-261. doi: 10.1300/J146v06n01\_12
- Gutermann, J., Schreiber, F., Matulis, S., Schwartzkopff, L., Deppe, J., & Steil, R. (2016). Psychological treatments for symptoms of posttraumatic stress disorder in children, adolescents, and young adults: a meta-analysis. *Clinical Child and Family Psychology Review*, *19*(2), 77–93. doi: 10.1007/s10567-016-0202-5
- Hahm, H. & Guterman, N. (2001). The emerging problem of physical child abuse in South Korea. *Child Maltreatment*, *6*, 169-179.
- Hasanovic, M., Sinanovic, O., Selimbasic, Z., Pajevic, I., & Avdibegovic, E. (2006). Psychological disturbances of war-traumatized children from different foster and family settings in Bosnia and Herzegovina. *Croatian Medical Journal*, *47*(1), 85-94.
- Häuser, W., Schmutzer, G., Brähler, E., & Glaesmer, H. (2011). Misshandlung in Kindheit und Jugend. *Deutsches Ärzteblatt*, *5*, 231- 238.
- Hensel, T. (2013). Traumatherapie bei Kindern und Jugendlichen: Ausbildungs- und Versorgungsrealität aus der Sicht eines niedergelassenen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und Ausbilders in Kindertraumapsychotherapie. In J.M. Fegert & U. Ziegenhain (Hrsg.), *Traumatisierte Kinder und Jugendliche in Deutschland*. Weinheim: Beltz Verlag.
- Herbst, G., Jaeger, U., Leichsenring, F., & Streeck-Fischer, A. (2009). Folgen von Gewalterfahrung. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, *58*, 610-634.
- Hintzpeter, B., Metzner, F., Pawils, S., Bichmann, H., Kamtsiuris, P., Ravens-Sieberer, U., & Klasen, F. (2014). Inanspruchnahme von ärztlichen und psychotherapeutischen Leistungen durch Kinder und Jugendliche mit psychischen Auffälligkeiten. Ergebnisse der BELLA-Studie. *Kindheit und Entwicklung*, *23*(4), 229-238.
- Hoffmann, B. (2010) Behandlung und Rehabilitation traumatisierter Kinder und Jugendlicher aus rechtlicher Perspektive. In J.M. Fegert, U. Ziegenhain, & L. Goldbeck (Hrsg.), *Traumatisierte Kinder und Jugendliche in Deutschland: Analysen und Empfehlungen zu Versorgung und Betreuung*. Weinheim: Beltz Juventa.
- Iffland, B., Brähler, E., Neuner, F., Häuser, W. & Glaesner, H. (2013). Frequency of child maltreatment in a representative sample of the German population. *BMC Public Health*, *13*, 2-7.
- IMPP (2004). *Gegenstandskatalog für die schriftliche Prüfung nach dem Psychotherapeutengesetz (Stand Mai 2004)*. Verfügbar unter: <https://www.impp.de/internet/de/psychotherapie/articles/gegenstandskataloge-38.html>

- Institutes of Medicine (1990). *Clinical Practice Guidelines: Directions for a New Program*. Washington, DC: National Academy Press.
- Ippen, C. G., Harris, W. W., Van Horn, P., & Lieberman, A. F. (2011). Traumatic and stressful events in early childhood: Can treatment help those at highest risk? *Child Abuse & neglect*, *35*(7), 504-513. doi: 10.1016/j.chiabu.2011.03.009
- Jaberghaderi, N., Greenwald, R., Rubin, A., Zand, S. O., & Dolatabadi, S. (2004). A Comparison of CBT and EMDR for Sexually-abused Iranian Girls. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, *11*(5), 358-368. doi: 10.1002/cpp.395
- Kamtsiuris, P., Bergmann, E., Rattay, P., & Schlaud, M. (2007). Inanspruchnahme medizinischer Leistungen – Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheitsveys (KiGGS). *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, *50*, 836–850.
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (2014). *Statistische Informationen aus dem Bundesarztregister*. Verfügbar unter: [http://www.kbv.de/media/sp/2014\\_12\\_31.pdf](http://www.kbv.de/media/sp/2014_12_31.pdf) [02.07.2015]
- Kavemann, B., Nagel, B. & Hertlein, J. (2016). Fallbezogene Beratung und Beratung von Institutionen zu Schutzkonzepten bei sexuellem Missbrauch Erhebung von Handlungsbedarf in den Bundesländern und von Bedarf an Weiterentwicklung der Fachberatungsstellen. Verfügbar unter: [https://beauftragter-missbrauch.de/fileadmin/Content/pdf/Presse\\_Service/Hintergrundmaterialien/Expertise\\_Fachberatungsstellen.pdf](https://beauftragter-missbrauch.de/fileadmin/Content/pdf/Presse_Service/Hintergrundmaterialien/Expertise_Fachberatungsstellen.pdf) [31.01.2017]
- Kendall-Taylor, N., Lindland, E., & O’Neil, M. (2014). Beyond Prevalence: An explanatory approach to re— framing child maltreatment in the United Kingdom. *Child Abuse and Neglect*, *38*, 810-821
- Kilpatrick, D. G., Ruggiero, K. J., Acierno, R., Saunders, B. E., Resnick, H. S., & Best, C. L. (2003). Violence and risk of PTSD, major depression, substance abuse/dependence, and comorbidity: Results from the national survey of adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *71*(4), 692-700. doi: 10.1037/0022-006x.71.4.692
- Kohrt, B. A., Jordans, M. J. D., Tol, W. A., Speckman, R. A., Maharjan, S. M., Worthman, C. M., & Komproe, I. H. (2008). Comparison of mental health between former child soldiers and children never conscripted by armed groups in Nepal. *Journal of the American Medical Association (JAMA)*, *300*(6), 691-702. doi: 10.1001/jama.300.6.691
- Kowalski, J., Kreuzel, C., Gerber, W., Niederberger, U., & Petermann, F. (2012). Inanspruchnahme von Psychotherapie durch Jugendliche mit und ohne eine Posttraumatische Belastungsstörung. *Kindheit und Entwicklung*, *21*, 238–244.
- Laor, N., Wolmer, L., Mayes, L. C., Gershon, A., Weizman, R., & Cohen, D. J. (1997). Israeli preschool children under Scuds: A 30-month follow-up. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *36*(3), 349-356. doi: 10.1097/00004583-199703000-00013
- Laverne, M. (2004). Art therapy and internal family systems therapy: An integrative model to treat trauma among adjudicated teenage girls. *Canadian Art Therapy Association Journal*, *17*(1), 17-36.
- Leenarts, L.E., Diehle, J., Doreleijers, T.A., Jansma, E.P., & Lindauer, R.J. (2012). Evidence-based treatments for children with trauma-related psychopathology as a result of childhood maltreatment: A systematic review. *European Child and Adolescent Psychiatry*, *22*(5):269-283.
- Lieberman, A. F., Ippen, G. C., & Van Horn, P. (2006). Child-parent psychotherapy: 6-month follow-up of a randomized controlled trial. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *45*(8), 913-918.
- Lieberman, A. F., Van Horn, P., & Ippen, C. G. (2005). Toward evidence-based treatment: Child-parent psychotherapy with preschoolers exposed to marital violence. *Journal of The American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *44*(12), 1241-1248.
- Maniglio, R. (2009). The impact of child sexual abuse on health: A systematic review of reviews. *Clinical Psychology Review*, *29*(7), 647-657.
- Maragos, M. (2010). Worauf es ankommt: Integrative Traumatherapie. *Psychotherapie*, *15*(2), 298-307.
- McCullough, L., Risley-Curtiss, C., & Rorke, J. (2015). Equine facilitated psychotherapy: A pilot study of effect on posttraumatic stress symptoms in maltreated youth. *Journal of Infant, Child & Adolescent Psychotherapy*, *14*(2), 158-173. doi 10.1080/15289168.2015.1021658
- Misurell, J. R., Springer, C., & Tryon, W. W. (2011). Game-based cognitive-behavioral therapy (GB-CBT) group program for children who have experienced sexual abuse: A preliminary investigation. *Journal of Child Sexual Abuse: Research, Treatment, & Program Innovations for Victims, Survivors, & Offenders*, *20*(1), 14-36. doi 10.1080/10538712.2011.540000

- Misurell, J., Springer, C., Acosta, L., Licotta, L., & Kranzler, A. (2014). Game-based cognitive-behavioral therapy individual model (GB-CBT-IM) for child sexual abuse: A preliminary outcome study. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, *6*(3), 250-258. doi:10.1037/a0033411
- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., Altman, D.G., & The PRISMA Group (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. *Journal of Clinical Epidemiology*, *62*, 1006-1012.
- Möllering, A. (2006) Traumaambulanzen: Versorgungskonzept bei psychischer Traumatisierung in NRW. *Psychotherapie im Dialog*, *7*(4), 387-392. doi:10.1055/s-2006-951836
- Moulton, S., Newman, E., Power, K., Swanson, V., & Day, K. (2015). Childhood trauma and eating psycho-pathology: a mediating role for dissociation and emotion dysregulation? *Child Abuse & Neglect*, *39*, 167-74.
- Musterweiterbildungsordnung der Bundesärztekammer vom 28.06.2013. Verfügbar unter: [http://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user\\_upload/downloads/20130628-MWBO\\_V6.pdf](http://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/20130628-MWBO_V6.pdf)
- National Institute for Clinical Excellence (NICE) (2005). *Post-traumatic stress disorder: The management of PTSD in adults and children in primary and secondary care*. London/Leicester: Royal College of Psychiatrists/British Psychological Society.
- Norman, R. E., Byambaa, M., De, R., Butchart, A., Scott, J., & Vos, T. (2012). The Long-Term Health Consequences of Child Physical Abuse, Emotional Abuse, and Neglect: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Plos Medicine*, *9*(11). doi: 10.1371/journal.pmed.1001349
- Ochsmann, E.B., Pinzón, C.L.E., Letzel, S., Kraus, T., Michaelis, M., & Muenster, E.. Prevalence of diagnosis and direct treatment costs of back disorders in 644,773 children and youths in Germany. *BMC Musculoskeletal Disorders*, *11*, 193.
- Oras, R., de Ezpeleta, S. C., & Ahmad, A. (2004). Treatment of traumatized refugee children with eye movement desensitization and reprocessing in a psychodynamic context. *Nordic Journal of Psychiatry*, *58*(3), 199-203.
- Pahlke, S., & Metzner, F. (in Arbeit). Relevanz komplexer Traumafolgestörungen aus der Sicht von Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen und Kinder- und JugendpsychiaterInnen. Eine repräsentative Onlinebefragung in Deutschland.
- Pears, K., & Capaldi D. (2001). Intergenerational transmission of abuse: a two-generational prospective study of an at-risk sample. *Child Abuse & Neglect*, *25*(11):1439-61.
- 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*(1), 46-59. doi: 10.1034/j.1600-0447.2000.101001046.x
- Petermann, F. (2005). Zur Epidemiologie psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter. *Kindheit und Entwicklung*, *14*, 48– 57.
- Petersen, T., Elklit, A., & Olesen, J. G. (2010). Victimization and PTSD in a Faroese youth total-population sample. *Scandinavian Journal of Psychology*, *51*(1), 56-62. doi: 10.1111/j.1467-9450.2009.00728.x
- Pfeiffer, C., Wetzels, P., & Enzmann, D. (1999). *Innerfamiliäre Gewalt gegen Kinder und Jugendliche und ihre Auswirkungen (KFN Forschungsberichte Nr. 80)*. Hannover: Kriminologisches Forschungsinstitut Niedersachsen e.V. (KFN).
- Pifalo, T. (2002). Pulling out the thorns: Art therapy with sexually abused children and adolescents. *Art Therapy*, *19*(1), 12-22. doi: 10.1080/07421656.2002.10129724
- Pifalo, T. (2006). Art therapy with sexually abused children and adolescents: Extended research study. *Art Therapy*, *23*(4), 181-185. doi:10.1080/07421656.2006.10129337
- Pillhofer, M., Ziegenhain, U., Nandi, C., Fegert, J. M., & Goldbeck, L. (2011). Prevalence rates of child abuse and neglect in Germany: Approaching a neglected issue. *Kindheit und Entwicklung*, *20*(2), 64-71. doi: 10.1026/0942-5403/a000042
- Pine, D.S., & Cohen, J.A. (2002). Trauma in Children and Adolescents: Risk and treatment of psychiatric sequelae. *Biological Psychiatry*, *51*, 519-531.
- Pinheiro, P. (2006). *World report on violence against children*. New York: United Nations.
- Pluye, P., Gagnon, M.-P., Griffiths, F., & Johnson-Lafleur, J. (2009). A scoring system for appraising mixed methods research, and concomitantly appraising qualitative, quantitative and mixed methods primary studies in Mixed Studies Reviews. *International Journal of Nursing Studies*, *46*(4), 529-46.
- Puffer, M. K., Greenwald, R., & Elrod, D. E. (1998). A single session EMDR study with twenty traumatized children and adolescents. *Traumatology*, *3*(2), No Pagination Specified. doi: 10.1037/h0101053

- Reisch, M., Raymann, T., & Nübling, R. (2007). Zur regionalen Struktur der psychotherapeutischen/psychosozialen Versorgung von Kindern und Jugendlichen in Baden-Württemberg, *Psychotherapeutenjournal*, 2, 129-138.
- Reyes, C. J., & Asbrand, J. P. (2005). A longitudinal study assessing trauma symptoms in sexually abused children engaged in play therapy. *International Journal of Play Therapy*, 14(2), 25-47. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/h0088901>
- Reyes, C.J., & Asbrand, J.P. (2005). A longitudinal study assessing trauma symptoms in sexually abused children engaged in play therapy. *International Journal of Play Therapy*, 14(2), 25-47.
- Rosner, R., & Steil, R. (2013). Jugendpsychiatrie Teil III: Traumafolgestörungen: Posttraumatische Belastungsstörung bei Kindern und Jugendlichen. *Der Neurologe & Psychiater* 14(1), 2-10.
- Rubin, A., Bischofshausen, S., Conroy-Moore, K., Dennis, B., Hastie, M., Melnick, L., Smith, T. (2001). The effectiveness of EMDR in a child guidance center. *Research on Social Work Practice*, 11(4), 435-457.
- Sanchez-Meca, J., Rosa-Alcazar, A.I., & Lopez-Soler, C. (2011). The psychological treatment of sexual abuse in children and adolescents: a meta-analysis. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 11(1), 67-93.
- Schaal, S., & Elbert, T. (2006). Ten years after the genocide: Trauma confrontation and posttraumatic stress in Rwandan adolescents. *Journal of Traumatic Stress*, 19(1), 95-105. doi: 10.1002/jts.20104
- Schmid, M., & Goldbeck, L. (2013). Kognitiv-verhaltenstherapeutische Ansätze für die Behandlung von komplex traumatisierten Jugendlichen. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 59, 453-476.
- Schulz, H., Büscher, C., Koch, U., & Watzke, B. (2006). Leitlinien für die rehabilitative Behandlung von Patienten mit psychischen und psychosomatischen Störungen. *ZPPP*, 54(1). doi 10.1024/1661-4747.54.1.53
- Schwarz, M., & Kinstler, H.-J. (2006). *Mitgliederbefragung zur psychotherapeutischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen in Hessen*. Wiesbaden: Landeskammer für Psychologische Psychotherapeutinnen und –therapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und –therapeuten Hessen.
- Simons, M., & Herpertz-Dahlmann, B. (2008). Trauma and traumatic disorders in children and adolescents - a critical overview of classification and diagnostic criteria. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 36(3), 151-159. doi: 10.1024/1422-4917.36.3.151
- Smith, P., Perrin, S., Yule, W., Hacam, B., & Stuvland, R. (2002). War exposure among children from Bosnia-Herzegovina: Psychological adjustment in a community sample. *Journal of Traumatic Stress*, 15(2), 147-156. doi: 10.1023/a:1014812209051
- Springer, C., & Misurell, J. R. (2012). Game-based cognitive-behavioral therapy individual model for child sexual abuse. *International Journal of Play Therapy*, 21(4), 188-201. doi 0.1037/a0030197
- Springer, C., Misurell, J. R., & Hiller, A. (2012). Game-based cognitive-behavioral therapy (GB-CBT) group program for children who have experienced sexual abuse: A three-month follow-up investigation. *Journal of Child Sexual Abuse: Research, Treatment, & Program Innovations for Victims, Survivors, & Offenders*, 21(69), 646-664. doi 0.1080/10538712.2012.722592
- Stallard, P., Velleman, R., Salter, E., Howse, I., Yule, W., & Taylor, G. (2006). A randomised controlled trial to determine the effectiveness of an early psychological intervention with children involved in road traffic accidents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47, 127–134.
- Stoltenborgh, M., van Ijzendoorn, M.H., Euser, E.M., & Bakermans-Kranenburg, M.J. (2011). A global perspective on child sexual abuse: meta-analysis of prevalence around the world. *Child Maltreatment*, 16(2), 79–101. (33)
- Strauß, B., & Brähler, E. (2009). Das Forschungsgutachten zur Ausbildung zum psychologischen Psychotherapeuten (PP) und zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (KJP). *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*, 59(5), 175–176. doi: 10.1055/s-0028-1090269
- Swart, E., Gothe, H., Geyer, S., Jaunzeme, J., Maier, B., Grobe, T. G., & Ihle, P. (2015). Gute Praxis Sekundärdatenanalyse (GPS): Leitlinien und Empfehlungen. 3. Fassung; Version 2012/2014. *Gesundheitswesen*, 77, 120–126.
- Tagay, S., Repic, N., & Senf, W. (2013). Posttraumatic stress disorder in adults, children and adolescents. Diagnostics using trauma questionnaires. *Psychotherapeut*, 58(1), 44-55. doi: 10.1007/s00278-011-0847-y
- Thabet, A.A., & Vostanis, P. (1999). Post-traumatic stress reactions in children of war. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 40(3), 385-391. doi: 10.1017/s0021963098003709
- Thabet, A.A., & Vostanis, P. (2000). Post traumatic stress disorder reactions in children of war: A longitudinal study. *Child Abuse & Neglect*, 24(2), 291-298. doi: 10.1016/s0145-2134(99)00127-1
- Thabet, A.A., Abed, Y., & Vostanis, P. (2004). Comorbidity of PTSD and depression among refugee children during war conflict. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45(3), 533-542. doi: 10.1111/j.1469-7610.2004.00243.x

- Timmer, S. G., Ware, L. M., Urquiza, A. J., & Zebell, N. M. (2010). The effectiveness of parent-child interaction therapy for victims of interparental violence. *Violence and Victims, 25*(4), 486-503. 10.1891/0886-6708.25.4.486
- UNHCR (2013). *UNHCR Global Trends 2013*. Geneva: UNHCR.
- UNHCR. (2012). *UNHCR Global Trends 2011*. Verfügbar unter: <http://www.unhcr.org/4fd6f87f9.html> [25.02.2013].
- Unicef (2010). *Child Disciplinary Practices at Home. Evidence from a Range of Low- and Middle-Income Countries*. Verfügbar unter: [http://www.unicef.org/eapro/child\\_disciplinary\\_report.pdf](http://www.unicef.org/eapro/child_disciplinary_report.pdf) [25.02.2013].
- United Nations (1990). *Convention on the Rights of the Child*. Verfügbar unter: <http://treaties.un.org/doc/publication/UNTS/Volume201577/v1577.pdf> [25.02.2013].
- US Department of Health and Human Services (2004). *Child maltreatment 2004*. Washington: DU Government Printing Office.
- van den Bussche, H., Berger, K., Kemper, C., Barzel, A., Glaeske, G., & Koller, D. (2010). Inzidenz, Rezidiv, Pflegebedürftigkeit und Mortalität von Schlaganfall. Eine Sekundärdatenanalyse von Krankenkassendaten. *Aktuelle Neurologie, 37*, 131–135.
- van der Linde, K., Wasem, J., & Lux, G. (2014). Sekundärdatenanalyse der Prävalenz der Alkoholabhängigkeit (F10.2) in Deutschland. *Deutsche Medizinische Wochenschrift, 1390*, 2285–2289.
- von Gontard, A., Möhler, E., & Bindt, C. (2013). *S2k-Leitlinie 028/041: Leitlinien zu psychischen Störungen im Säuglings- Kleinkind- und Vorschulalter*. Düsseldorf: AWMF online.
- Weierstall, R., Schalinski, I., Crombach, A., Hecker, T., & Elbert, T. (2012). When combat prevents PTSD symptoms—results from a survey with former child soldiers in Northern Uganda. *BMC Psychiatry, 12*. doi: 10.1186/1471-244x-12-41
- Wetzels, P. (1997). *Zur Epidemiologie physischer und sexueller Gewalterfahrungen in der Kindheit. Ergebnisse einer repräsentativen retrospektiven Prävalenzstudie für die BRD (KFN Forschungsberichte Nr. 59)*. Hannover: Kriminologisches Forschungsinstitut Niedersachsen e.V. (KFN).
- Wiegand, H.F., Sievers, C., Schillinger, M., & Godemann, F. (2016). Major depression treatment in Germany - descriptive analysis of health insurance fund routine data and assessment of guideline-adherence. *Journal of Affective Disorders, 189*, 246–253.
- Willer, C., & Swart, E. (2014). Analyse von Versorgungsumfang und –qualität bei Arthrosepateuten anhand von GKV-Routinedaten. *Orthopäde, 43*, 462-466. doi: 1007/s00132-014-2269-3
- World Health Organization (WHO) (2002). *World report on violence and health: Summary*. Geneva: WHO.
- World Health Organization (WHO) (2003). *Weltbericht Gewalt und Gesundheit. Zusammenfassung*. Kopenhagen: WHO.
- World Health Organization (WHO) (2013a). *Guidelines for the Management of Conditions Specifically Related to Stress*. Geneva: WHO.
- World Health Organization (WHO) (2013b). *Assessment and Management of Conditions Specifically Related to Stress: mhGAP Intervention Guide Module (version 1.0)*. Geneva: WHO.
- World Health Organization (WHO) (2013c). *Responding to intimate partner violence and sexual violence against women. WHO clinical and policy guidelines*. Geneva: WHO.
- World Health Organization (WHO) (2014). *Global status report on violence prevention 2014*. Geneva: WHO.