

Versorgung psychischer Unfallfolgen

Berichte der
Bundesanstalt für Straßenwesen

Mensch und Sicherheit Heft M 291

bast

Versorgung psychischer Unfallfolgen

von

Kerstin Auerbach

Fabian Surges

Bundesanstalt für Straßenwesen

**Berichte der
Bundesanstalt für Straßenwesen**

Mensch und Sicherheit Heft M 291

bast

Die Bundesanstalt für Straßenwesen veröffentlicht ihre Arbeits- und Forschungsergebnisse in der Schriftenreihe **Berichte der Bundesanstalt für Straßenwesen**. Die Reihe besteht aus folgenden Unterreihen:

A - Allgemeines
B - Brücken- und Ingenieurbau
F - Fahrzeugtechnik
M - Mensch und Sicherheit
S - Straßenbau
V - Verkehrstechnik

Es wird darauf hingewiesen, dass die unter dem Namen der Verfasser veröffentlichten Berichte nicht in jedem Fall die Ansicht des Herausgebers wiedergeben.

Nachdruck und photomechanische Wiedergabe, auch auszugsweise, nur mit Genehmigung der Bundesanstalt für Straßenwesen, Stabsstelle Presse und Öffentlichkeitsarbeit.

Die Hefte der Schriftenreihe **Berichte der Bundesanstalt für Straßenwesen** können direkt bei der Carl Schünemann Verlag GmbH, Zweite Schlachtpforte 7, D-28195 Bremen, Telefon: (04 21) 3 69 03 - 53, bezogen werden.

Über die Forschungsergebnisse und ihre Veröffentlichungen wird in der Regel in Kurzform im Informationsdienst **Forschung kompakt** berichtet. Dieser Dienst wird kostenlos angeboten; Interessenten wenden sich bitte an die Bundesanstalt für Straßenwesen, Stabsstelle Presse und Öffentlichkeitsarbeit.

Ab dem Jahrgang 2003 stehen die **Berichte der Bundesanstalt für Straßenwesen (BAST)** zum Teil als kostenfreier Download im elektronischen BAST-Archiv ELBA zur Verfügung.
<http://bast.opus.hbz-nrw.de>

Impressum

Bericht zum Forschungsprojekt F1 100.4314001:
Versorgung psychischer Unfallfolgen

Herausgeber

Bundesanstalt für Straßenwesen
Brüderstraße 53, D-51427 Bergisch Gladbach
Telefon: (0 22 04) 43 - 0

Redaktion

Stabsstelle Presse und Öffentlichkeitsarbeit

Druck und Verlag

Fachverlag NW in der
Carl Ed. Schünemann KG
Zweite Schlachtpforte 7, D-28195 Bremen
Telefon: (04 21) 3 69 03 - 53
Telefax: (04 21) 3 69 03 - 48
www.schuenemann-verlag.de

ISSN 0943-9315
ISBN 978-3-95606-474-6

Bergisch Gladbach, August 2019

Kurzfassung – Abstract

Versorgung psychischer Unfallfolgen

Trotz intensiver Bemühungen zur Verbesserung der Verkehrssicherheit kam es im Jahr 2016 in Deutschland zu rund 2,6 Millionen Straßenverkehrsunfällen. Neben der Erforschung von Unfallursachen sind in den letzten Jahren zunehmend auch die Unfallfolgen in den Fokus nationaler und internationaler Forschungsaktivitäten gerückt. Im Zentrum stehen hierbei vor allem die Analyse von Verletzungsart und -schwere sowie die Kosten von Straßenverkehrsunfällen. Humanitäre Kosten, wie Trauer und Leid, die nicht nur die Verunglückten selber, sondern auch Angehörige, Zeugen oder Helfer betreffen können, fanden bislang jedoch kaum Berücksichtigung. Studien zeigen, dass ein relevanter Anteil von im Straßenverkehr verunglückten Personen nach dem Ereignis psychisch belastet ist. Während in Deutschland die Versorgungsstrukturen zur Behandlung körperlicher Verletzungen in Folge eines Unfalls gut etabliert und eng miteinander verzahnt sind, sind die Angebote und Strukturen zur Versorgung psychischer Unfallfolgen in der Bevölkerung eher weniger gut bekannt und auch von Forschungsseite bislang kaum untersucht.

Primäres Ziel der vorliegenden Untersuchung war es daher, das Versorgungsangebot für Menschen mit psychischen Unfallfolgen in Deutschland zu erfassen und zu systematisieren. Zu diesem Zweck wurde erstmalig eine bundesweite Recherche potenziell an der Versorgung psychischer Unfallfolgen beteiligter Institutionen durchgeführt. Darüber hinaus wurden eine Online-Befragung und Interviews mit Vertretern dieser Institutionen realisiert, um das Versorgungsangebot zu analysieren und ggf. bestehenden Optimierungsbedarf zu identifizieren. Abschließend wurden die Ergebnisse in einem Experten-Workshop diskutiert und konkrete Ansätze zur Verbesserung der Versorgungssituation erarbeitet.

Im Rahmen der Rechercharbeiten wurden 2.657 potenziell an der Versorgung von Menschen mit psychischen Unfallfolgen beteiligte Institutionen identifiziert. Diese Institutionen wurden dazu eingeladen, sich an einer Online-Befragung zu beteiligen. Anhand der erhobenen Basisdaten ($n = 155$) zeigte sich u. a., dass ein breites Spektrum inhaltlich unterschiedlich ausgerichteter Institutionen an der Versorgung psychischer Unfallfolgen beteiligt ist.

Gleichzeitig existieren kaum spezialisierte Angebote für diese Zielgruppe. Im zweiten Befragungsteil ($n = 110$), in dem insbesondere bestehende Hürden und Verbesserungsmöglichkeiten im Versorgungsprozess eruiert wurden, zeigte sich deutlicher Optimierungsbedarf: Das Versorgungsangebot in Deutschland wurde von den Befragten mehrheitlich als „eher gering“ bis „mittelmäßig“ eingeschätzt. Vorhandene Angebote seien für die Betroffenen „eher schlecht“ auffindbar, sodass Patienten oftmals „Irrwege“ hinter sich hätten, bis sie ein adäquates Unterstützungsangebot erhielten. Zudem mangle es an Vernetzung zwischen den Institutionen und es gebe – unabhängig von der eigentlichen Betreuung der Betroffenen – einen hohen Arbeitsaufwand, zum Beispiel durch viel Bürokratie.

Ziel der Experteninterviews ($n = 17$) war es, vertiefende Informationen zu den jeweiligen Institutionen und der Versorgungssituation zu erheben sowie Verbesserungsmöglichkeiten der bestehenden Versorgungsstrukturen zu beleuchten. Dabei spiegelten die Aussagen der Experten weitestgehend die aus der Befragung gewonnenen Erkenntnisse wider. So wurden die aktuell vorhandenen Versorgungsangebote als unzureichend eingeschätzt, bei gleichzeitig hohem Bedarf. Unter anderem wurden Schwierigkeiten bei der Auffindbarkeit der Angebote und der Vernetzung der Behandelnden sowie eine mangelnde Sensibilität hinsichtlich psychischer Unfallfolgen beschrieben. Zur Verbesserung der Auffindbarkeit geeigneter Versorgungseinrichtungen wurde u. a. die Entwicklung eines „Versorgungsatlas“ thematisiert sowie die Entwicklung eines „Handzettels“ zur Aufklärung und Information der Betroffenen angeregt.

Im Fokus des interdisziplinären Experten-Workshops stand die Erarbeitung von Ansätzen zur Verbesserung der Auffindbarkeit von Informationen bezüglich psychischer Unfallfolgen und deren Behandlungsmöglichkeiten. Hauptziel der Veranstaltung war die Formulierung von Anforderungen, die an einen Versorgungsatlas bzw. einen Handzettel zu stellen sind. Es wurden Details zu Inhalten, Qualitätsmerkmalen, Veröffentlichung und Verbreitung der Instrumente zusammengetragen. Darüber hinaus bestehende Herausforderungen in der Versorgung (z. B. Sensibilisierung aller Beteiligten, Diagnostik, Vernetzung von Einrichtungen, Therapiever-

mittlung, Qualitätsmanagement, Kostenübernahme) wurden ebenfalls diskutiert. Dabei wurden in der Praxis etablierte und bewährte Lösungsansätze gesammelt und erläutert.

Die Studienergebnisse weisen nachdrücklich auf Handlungsbedarf zur Verbesserung der Versorgungssituation von Menschen mit psychischen Unfallfolgen hin. Als ein wesentlicher Ansatzpunkt wurde dabei die Verbesserung der Auffindbarkeit von Informationen identifiziert. Trotz bestehender Limitationen der Befragungen (z. B. Stichprobengrößen, Freiwilligkeit der Teilnahme), wird die Relevanz der mit dem Forschungsvorhaben aufgegriffenen Thematik durch die Experten betont und eine Weiterführung der Arbeiten als dringlich erachtet. Dieser Einschätzung folgend hat sich im Nachgang des Workshops eine Arbeitsgruppe aus Vertretern verschiedener Organisationen zusammengefunden, um die Weiterentwicklung und Implementierung eines Versorgungsatlas und Handzettels voranzutreiben.

Treatment of psychological consequences of road crashes

In addition to previous research for causes of crashes, national and international science has focused increasingly on crash outcomes during the last decade. This research usually includes the economic costs of crashes and, if people were injured, the nature and outcome of their injuries. Until now, there has been little focus on humanitarian costs like grief and suffering after a crash. Those cannot only be seen in victims of crashes but also in relatives, witnesses and first-aiders. Studies show that after a road crash a significant number of people suffer from psychiatric symptoms. Even though the structures for the treatment of physical harm after a crash are well known in Germany, supply and structures for the treatment of psychological consequences of road crashes are not studied yet.

A primary objective of this study was to determine and systemize the existing range of health care services for people who suffer from psychological consequences of road crashes. For this purpose a nationwide investigation identified facilities, which potentially take care of people with mental problems which occur after a road crash. Furthermore, an

online survey and telephone interviews with members of these facilities were carried out to analyze the logistic structure of health care services and to investigate the need for optimization in this field. Finally, results were discussed at a workshop for experts to develop precise interventions to improve the range of supply for people who suffer from psychological consequences of road crashes.

In the nationwide investigation have been 2.657 facilities identified which potentially take care of people who suffer from psychological consequences of road crashes. All of these facilities have been invited to participate in an online survey. Basic data ($n = 155$) indicates that there is a broad range of facilities with different professional backgrounds taking care of people who suffer psychological consequences of road crashes. At the same time there seem to be few specialized offers of supply of health care services for the target group. The second part of the survey ($n = 110$), which focused particularly on difficulties and improvement opportunities, shows clearly that there is need for optimization in this area: The quality of the existing structures of health care services were rated almost bad to moderate by the majority of the participants. For the target audience existing support is hard to find which could lead to a delay in the beginning of adequate treatments. Additionally, a lack of networking communication between involved facilities was identified as problematic, as well as a high workload resulting from bureaucracy instead of support for the patients.

Main objective of the interviews ($n = 17$) was to gather more information concerning the involved facilities and the structure of the current situation of suppliers of health care in this matter. Additionally, possible interventions to improve the structure of care for people who suffer from psychological consequences of road crashes were discussed. The interview data confirmed the results of the online survey. Existing support for people with psychological consequences of road crashes was rated insufficient, while a demand for this support was rated high. Amongst other things difficulties in regard to networking between involved institutions, a difficulty for the target audience to be able to find suppliers as well as a lack of awareness for psychological consequences of road crashes were stated. To improve the traceability of existing suppliers, the development of a register of relevant facilities ("Versorgungsatlas") and an information sheet were recommended by the experts.

Focus of the interdisciplinary workshop was to develop interventions to improve the traceability of supply for people who suffer from psychological consequences of road crashes. Main focus was to develop a standard of requirements for a planned “Versorgungsatlas” respectively the information sheet. Details regarding content, quality standards, publication and distribution of instruments were compiled. Additionally, challenges in supporting people with psychological consequences of road crashes were discussed (e.g.: awareness raising of the involved, diagnostics, networking of the involved facilities, procurement of therapy, quality management, assumption of costs). Best practice and suggestions for solutions were presented.

Results of the study clearly point out that there is need for optimization in regard to the structure of care for people with psychological consequences of road crashes in Germany. Especially the improvement of traceability of existing supply was identified as a highly important matter. Despite existing limitations of the online survey (e.g. small sample, self-selection of participants) central findings were confirmed by experts in interviews and during the workshop. Recommendation was to continue the efforts to improve structures of care for people who suffer psychological consequences of road crashes. Therefore, a group of members of different facilities established the workgroup “AG Versorgungsatlas” to enhance and implement a “Versorgungsatlas” and information sheet after the workshop.

Inhalt

1	Einleitung	9	Literatur	46
2	Zielsetzung des Projekts	13	Bilder	48
3	Methodik	13	Tabellen	49
3.1	Recherche	14		
3.2	Online-Befragung	15		
3.3	Interviews.....	16		
3.4	Experten-Workshop	17		
4	Ergebnisse	17		
4.1	Ergebnisse der Recherche.....	17		
4.2	Ergebnisse der Online-Befragung	18		
4.2.1	Stichprobenbeschreibung	18		
4.2.2	Basisdaten	18		
4.2.3	Vertiefende Fragen zur Versorgungssituation	20		
4.3	Ergebnisse der Interviews	25		
4.3.1	Wahrnehmung des Versorgungsangebotes insgesamt.....	25		
4.3.2	Stellenwert psychischer Unfallfolgen	32		
4.3.3	Bestehende Herausforderungen und Ansätze zur Optimierung.....	34		
4.4	Ergebnisse des Experten-Workshops	37		
4.4.1	Versorgungsatlas.....	38		
4.4.2	Handzettel.....	39		
4.4.3	Langfristige Optimierungsmöglichkeiten	39		
5	Diskussion	40		
5.1	Recherche	40		
5.2	Online-Befragung	41		
5.3	Interviews.....	44		
5.4	Workshop.....	44		
6	Fazit und Ausblick	45		

1 Einleitung

Die Folgen von Straßenverkehrsunfällen sind vielfältig. Auf gesellschaftlicher Ebene stehen die hohen volkswirtschaftlichen Kosten im Vordergrund, die durch den Einsatz medizinischer, handwerklicher, juristischer, verwaltungstechnischer und anderer Maßnahmen (Reproduktionskosten) sowie durch Minderung der wirtschaftlichen und außermärklichen Wertschöpfung (Ressourcenausfallkosten) entstehen. Die Bundesanstalt für Straßenwesen (2016) schätzt die volkswirtschaftlichen Kosten, die durch Personen- und Sachschäden bei Straßenverkehrsunfällen im Jahr 2015 in Deutschland verursacht wurden, auf über 34,4 Milliarden Euro. Die Kosten aufgrund von Sachschäden überwiegen dabei mit 58 % (20,1 Milliarden Euro) den Anteil an Personenschäden (42 %; 14,3 Milliarden Euro). Die Kosten von Personenschäden werden zum Großteil (59 %; 8,4 Milliarden Euro) durch Schwerletzte verursacht. Die durch Leichtverletzte (12 %; 1,8 Milliarden Euro) und Getötete (29 %; 4,1 Milliarden Euro) bedingten Kosten liegen deutlich darunter.

Experten gehen davon aus, dass humanitäre Kosten ohne Ressourcenverluste, wie zum Beispiel Leid und Trauer, bei der bisherigen Berechnung der Unfallkosten in Deutschland nur unzureichend berücksichtigt werden (KASNATSCHEEW, HEINL, SCHÖNEBECK, LERNER & HOSTA, 2016). Anders als beispielsweise in Österreich, machen diese in Deutschland bei der Berechnung des volkswirtschaftlichen Schadens eines Unfallereignisses lediglich einen minimalen Anteil aus und werden vermutlich unterschätzt. Auf individueller Ebene dürften solche humanitären Kosten jedoch stark ins Gewicht fallen, zumal diese nicht nur bei den Verunfallten selbst, sondern auch bei deren Angehörigen, Zeugen, Helfern usw. auftreten können. Darüber hinaus muss das durch einen Unfall verursachte Leid nicht zwingend in Zusammenhang mit der Unfallschwere stehen; auch Unfälle, bei denen keine Person verletzt wurde, können für die Betroffenen nachhaltig belastend sein (z. B. OBERLADER & KAUFMANN, 2016).

Psychische Belastungen infolge von Unfällen können von kurzfristig vorübergehenden Beeinträchtigungen bis hin zu schwerwiegenden dauerhaften Störungen des seelischen Befindens mit Krankheitswert reichen. Manifestiert sich eine psychische Erkrankung, so sind die Folgen nicht nur aus sozialer Sicht, sondern auch aus wirtschaftlicher Sicht

bedeutend. Eine aktuelle Auswertung der Daten zur Arbeitsunfähigkeit der gesetzlichen Krankenkassen ergab, dass im Jahr 2016 – wie bereits in den letzten Jahren – psychische Erkrankungen¹ (nach Muskel-/Skelett-Erkrankungen, 25 %) mit rund 15 % die zweithäufigste Ursache für betriebliche Fehltagelagen waren. Auch die durchschnittliche Dauer der Krankenschreibung wegen psychischer Erkrankungen war im Jahr 2016 überdurchschnittlich hoch und lag bei 34 Arbeitstagen (Bundespsychotherapeutenkammer, 2018a) (Durchschnitt: ca. 12-13 Tage; REBSCHER, 2016; Techniker Krankenkasse, 2017). Durch die langen Fehlzeiten sind psychische Erkrankungen eine der Hauptursachen für Langzeitarbeitsunfähigkeit und damit auch für Krankengeldzahlungen. 2016 zahlten die Krankenkassen gut ein Viertel des Krankengeldes (2,9 Milliarden Euro) an Arbeitnehmer mit psychischen Erkrankungen. Nach Angaben der Bundespsychotherapeutenkammer (2018a) sind damit die jährlichen Krankengeldausgaben wegen psychischer Erkrankungen höher als die Ausgaben für ambulante Psychotherapie (2016: ca. 2 Milliarden Euro).

Ob Unfallbeteiligte psychisch erkranken oder nicht, dürfte von vielen verschiedenen Faktoren abhängen (u. a. individuelle Voraussetzungen, Erleben des Unfalls, Verletzungsschwere, Einbettung in das soziale Umfeld). Studien, die sich mit der Vorhersage psychischer Auffälligkeiten infolge von Verkehrsunfällen befassen, liefern ein durchaus heterogenes Bild. Ursächlich für die unterschiedlichen Befunde könnten voneinander abweichende Zielsetzungen, unterschiedliche methodische Ansätze oder die rekrutierte Stichprobe der Untersuchungen sein (AUERBACH, 2014).

In einer Studie der Bundesanstalt für Straßenwesen (AUERBACH, 2014) wurden drei Faktoren identifiziert, die das Risiko längerfristiger und ernst zu nehmender psychischer Beschwerden (Angst, Depression oder Posttraumatische Belastungsstörung) erhöhen: das Auftreten psychischer Auffälligkeiten bereits kurze Zeit nach dem Unfallereignis, eine Verschlechterung der erlebten sozialen Unterstützung in der Zeit nach dem Unfall sowie das Bestehen einer psychischen Vorbelastung. In der Studie wurden Straßenverkehrsunfallopfer untersucht, die aufgrund ihrer Verletzungen in einem Krankenhaus stationär behandelt wurden. Folgt man den Ergebnissen dieser Studie, so ist davon auszugehen,

¹ Alle psychischen Erkrankungen, nicht nur psychische Erkrankungen infolge von Straßenverkehrsunfällen

dass jedes vierte (schwerverletzte) Unfallopfer unter längerfristigen ernst zu nehmenden psychischen Beschwerden leidet.

Stellt man dieses Ergebnis in Bezug zu den aktuellen Angaben der amtlichen Unfallstatistik für das Jahr 2016 (Statistisches Bundesamt, 2017a) so ist davon auszugehen, dass von den 67.426 Schwerverletzten nahezu 17.000 Personen ernsthaft und längerfristig psychisch beeinträchtigt sind.

In den amtlichen Unfallstatistiken finden sich keine Angaben zur Anzahl Verunglückter, die unter psychischen Unfallfolgen leiden. Auch in den Berechnungen zu den Unfallkosten werden derartige Beeinträchtigungen aktuell nur unzureichend unberücksichtigt, obwohl diese zu Ressourcenausfallkosten führen. Und selbst in der Verkehrssicherheitsarbeit sind psychische Unfallfolgen ein bislang kaum beachtetes Thema.

Die Gründe hierfür sind vielfältig und leicht nachzuvollziehen, u. a. sind zu nennen: Psychische Beeinträchtigungen sind oftmals schwer zu (er)fassen, können mit Verzögerung auftreten und spielen im Versorgungsprozess – insbesondere bei Verunglückten mit schweren Verletzungen – (zunächst) eine nachgeordnete Rolle.

Auch bei der Geltendmachung von Schmerzensgeld sind Menschen mit psychischen Unfallfolgen häufig benachteiligt. Laut Rechtsprechung muss zwingend dargelegt werden, dass die beobachtbaren psychischen Beschwerden auf den Verkehrsunfall zurückzuführen sind, was häufig sehr langwierig und deutlich schwieriger als bei körperlichen Unfallfolgen ist. Entsprechend geringer fällt häufig das Schmerzensgeld aus (HAUFE, 2013).

Eine weitere Erklärung für die begrenzte Berücksichtigung psychischer Beeinträchtigungen als Unfallfolge ergibt sich aus den bestehenden Versorgungsstrukturen in Deutschland. Die strukturellen Rahmenbedingungen für die Versorgung körperlicher Beeinträchtigungen in Deutschland dürfen in der Bevölkerung als gut bekannt vorausgesetzt werden. Weiterhin besteht in der Regel eine gut abgestimmte Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Versorgungsinstitutionen (u. a. Rettungsdienst, Krankenhaus, Rehabilitation, ambulante Behandlung). Im Optimalfall werden Verunglückte mit körperlichen Verletzungen bereits an der Unfallstelle medizinisch versorgt und ihrem Gesundheitszustand entsprechend in eine geeignete

Behandlungseinrichtung verbracht. Wesentlich diffuser gestaltet sich die Versorgungssituation bei psychischen Beeinträchtigungen. Zwar finden sich auch hier etablierte Strukturen (z. B. Kliniken, ambulante Angebote), die den Betroffenen ein breites Spektrum an Hilfen (z. B. Beratung, Psychotherapie) anbieten, jedoch ist der Weg zu der im individuellen Fall angemessenen Versorgungseinrichtung ungleich schwerer.

Eine systematische Untersuchung der bestehenden Hürden auf dem Weg in eine adäquate Behandlung bei psychischen Unfallfolgen wurde unserer Kenntnis nach bislang noch nicht durchgeführt. Dennoch lassen sich bereits heute (potenzielle) Problemfelder benennen, deren Untersuchung u. a. Ziel der vorliegenden Studie ist.

Sensibilität und Akzeptanz

Psychische Erkrankungen sind heute kein Tabuthema mehr, und die Mehrheit der Bevölkerung hält Psychotherapie in Lebenskrisen für sinnvoll und hilfreich (ALBANI, RUSCH, BLASER, GEYER & BRÄHLER, 2004). Gleichwohl bestehen nach wie vor große Vorbehalte, Psychotherapie in Anspruch zu nehmen (ebd.). Damit stellt sich die Frage, wie z. B. durch die Vermittlung von Informationen zu möglichen psychischen Unfallfolgen, Krankheitsverläufen, Behandlungsmöglichkeiten etc. die Sensibilität gegenüber und die Akzeptanz von psychischen Beschwerden bei den Betroffenen selbst, aber auch bei deren Angehörigen, den professionellen Helfern usw., erhöht werden kann.

Diagnostik

Das Erkennen einer psychischen Störung infolge eines Verkehrsunfalls setzt eine angemessene psychologische Diagnostik durch geschultes Fachpersonal (Psychologe, Psychotherapeut, Arzt) voraus. Hierbei ist insbesondere der routinemäßige Einsatz psychologischer Testverfahren im Sinne von Screenings bereits im Rahmen der akutmedizinischen Versorgung von Bedeutung (HÄRTER, WOLL, REUTER, WUNSCH & BENGEL, 2004). Es gilt zu prüfen, wie sich solche Testungen in den Klinikalltag integrieren lassen bzw. bereits integriert sind. Es muss geklärt werden, wer, wann, wo Diagnostik durchführt, welche Instrumente zum Einsatz kommen, wie die Auswertung erfolgt und wie die Ergebnisse den Befragten vermittelt werden und welche Konsequenzen sich bei auffälligen Testresultaten ergeben.

Therapeuten-/Beratungssuche

Wurde bei einem Unfallopfer eine psychische Störung diagnostiziert und ist der Betroffene gewillt, sich psychotherapeutisch behandeln zu lassen, kann u. a. die Klinik oder der Hausarzt bei der Vermittlung eines geeigneten Therapieplatzes (z. B. ambulante Psychotherapie, Tagesklinik, stationär-psychiatrischer Aufenthalt) behilflich sein. Bei Verkehrsunfällen, die sich im Rahmen der beruflichen Tätigkeit bzw. den damit verbundenen Wegen (Wegeunfälle) ereignet haben und die damit in den Zuständigkeitsbereich der gesetzlichen Unfallversicherer (Berufsgenossenschaften, BG; Unfallkassen) fallen, übernimmt oftmals ein sogenannter Fall-Manager diese Aufgabe.

Opferschutz und Opferhilfe sind aber auch fester Bestandteil der polizeilichen Arbeit. Die Vermittlung von adäquaten Hilfsangeboten sowie die Aufklärung über Opferrechte und den Ablauf eines gegebenenfalls folgenden Rechtsverfahrens stehen dabei im Mittelpunkt der Arbeit.

Schließlich können die Erkrankten sich eigeninitiativ beispielsweise an ihre Krankenkasse, die Psychotherapeutenkammern der Länder und des Bundes oder die Notfallseelsorge wenden oder Adressen von psychotherapeutischen Praxen/Einrichtungen über die Gelben Seiten und das Internet recherchieren. Über das Internet lässt sich eine Vielzahl an Institutionen ausfindig machen, die oftmals kostenfrei und ehrenamtlich Verkehrsunfallopfern – aber häufig auch Opfern von Kriminalität, Gewalt, Naturkatastrophen o. Ä. – Informationen und konkrete Hilfeleistungen anbieten. Zum Teil sind diese Institutionen deutschlandweit tätig und gut mit Vertretern anderer relevanter Fachdisziplinen vernetzt. So finden Betroffene hier nicht nur Hilfsangebote zur Bewältigung ihres psychischen Traumas, sondern auch Unterstützung bei juristischen, sozialen oder finanziellen Fragen.

Es ist davon auszugehen, dass diese unterschiedlichen Wege bei der Suche nach adäquaten Unterstützungsangeboten mehr oder weniger erfolgreich sind. Es gilt zu prüfen, welche Wege zielführend sind und wo Optimierungsbedarf besteht.

Informationsstellen

Vergleichbar mit Beratungsangeboten aus anderen psychosozialen Bereichen fordern ECHTERHOFF und SPOERER (1991) eine möglichst flächendeckende Etablierung von Einrichtungen für Unfall-

nachsorge. Ziel dieser Einrichtungen wäre es, die emotionalen, sozialen und bürokratischen Herausforderungen nach einem Unfall (z. B. Informationen von zuständigen Stellen einholen, Kontakte zu speziellen Dienststellen herstellen, organisatorische Hilfen, Unterstützung bei der psychischen Wiederherstellung), gemeinsam mit dem Betroffenen zu bewältigen. Die Vorteile einer derartigen Unfallnachsorge lägen in einem flächendeckenden, niederschweligen, frühzeitigen, umfassenden, zielgerichteten, individuellen und kostenfreien Angebot. Ob und ggf. welche Entwicklungen sich seither ergeben haben, gilt es zu untersuchen.

Behandlungskapazität

Die Suche nach einem geeigneten Psychotherapeuten kann oftmals langwierig sein. Einer Studie der Bundespsychotherapeutenkammer (2011) zufolge warten Menschen, die aufgrund psychischer Beschwerden einen ambulanten psychotherapeutischen Behandlungsplatz suchen, durchschnittlich drei Monate auf ein Erstgespräch. Solch lange Wartezeiten sind eine erhebliche Belastung für die Betroffenen und erhöhen die Wahrscheinlichkeit, dass sich psychische Erkrankungen verschlimmern und manifestieren können. Das Risiko, dass Patienten und Patientinnen sich in stationäre Behandlung begeben, obwohl eine ambulante Psychotherapie ausreichend wäre, oder auf eine erforderliche Behandlung verzichten, steigt.

Eine Erleichterung bei der Therapeutensuche und Terminvereinbarung verspricht das am 11. Juni 2015 vom Deutschen Bundestag verabschiedete Gesetz zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstärkungsgesetz), das auch die ambulante psychotherapeutische Versorgung tangiert. Hiernach sind die seit 2016 (für den Bereich Psychotherapie seit 2017) neu geschaffenen Terminservicestellen der Kassenärztlichen Vereinigungen dazu angehalten, innerhalb einer Vier-Wochen-Frist Termine für psychotherapeutische Sprechstunden (Erstgespräch zur Abklärung, ob und wie eine Weiterbehandlung erfolgen soll) zu vermitteln. Ob bzw. welche Verbesserungen sich hierdurch hinsichtlich der Versorgungssituation von Menschen mit psychischen Unfallfolgen ergeben, wird sich wohl erst in den kommenden Jahren abschätzen lassen. Einer aktuellen Umfrage der Bundespsychotherapeutenkammer zufolge (Bundespsychotherapeutenkammer, 2018b) bezog sich in den ersten drei Monaten (von April bis Juni 2017) in den meisten Kassenärztlichen Verei-

nigungen mindestens die Hälfte aller Anfragen von Patienten auf die Vermittlung von Terminen bei einem Psychotherapeuten. Gleichzeitig weisen Versichertenbefragungen jedoch darauf hin, dass die Kenntnisse von Patienten über Terminservicestellen und deren Aufgaben noch begrenzt sind (ebd.). Auch eine von der Patientenbeauftragten der Bundesregierung initiierte nicht-repräsentative Stichprobe von Testanrufen bei den Terminservicestellen deutet auf noch bestehenden Nachbesserungsbedarf hin, da sieben der siebzehn Terminservicestellen zu den angegebenen Öffnungszeiten nicht hinreichend erreichbar waren (Patientenbeauftragter, 2018).

Das Versorgungsstärkungsgesetz hat auch zu einer Strukturreform der ambulanten Psychotherapie geführt. Mit den Änderungen der Psychotherapie-Richtlinie (1. April 2017) wurden neue Elemente in die Versorgung eingeführt, wie beispielsweise die psychotherapeutische Sprechstunde, aber auch die psychotherapeutische Akutbehandlung oder Maßnahmen zur Vermeidung von Rückfällen (Rezidivprophylaxe). HALBE (2015) bezeichnet das Gesetz für die Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten als einen Meilenstein seit dem Psychotherapeutengesetz von 1999, da es wichtige Vorschläge der Psychotherapeuten zur Verbesserung der Versorgung aufgenommen hat (u. a. Erweiterung der sozialrechtlichen Befugnisse; Möglichkeit, Patienten wegen ihrer psychischen Krankheit direkt in entsprechende Krankenhäuser bzw. Krankenhaus-Abteilungen einweisen zu können; Möglichkeit der Verordnung von Soziotherapie und medizinischer Rehabilitation; Vereinfachung des Antrags- und Gutachterverfahrens; Förderung der Gruppentherapie).

Diese Optionen sind ein wertvoller Beitrag, um Betroffene auf ihrem Weg zu einer zeitnahen Behandlung zu unterstützen. Es stellt sich allerdings die Frage, ob diese Angebote ausreichend sind, bzw. welche Optimierungsmöglichkeiten noch bestehen.

Kostenübernahme

Grundsätzlich kommen für die Übernahme von Kosten für psychotherapeutische Leistungen infolge von Straßenverkehrsunfällen verschiedene Kostenträger in Frage, u. a.: die gesetzlichen und privaten Krankenversicherungen, die Haftpflichtversicherungen, die gesetzlichen Unfallversicherungen, die Rentenversicherungen oder der Betroffene selbst (Selbstzahler). Klärungsbedarf besteht dahinge-

hend, ob und ggf. welche Unterschiede sich für den Einzelnen in Abhängigkeit des jeweiligen Kostenträgers ergeben.

Behandlung und Traumatherapie

In den letzten Jahren und Jahrzehnten wurden maßgebliche Änderungen in der Gesundheitsversorgung vorgenommen. Beispielhaft sei hier die Einführung des Psychotherapeutengesetzes 1999 genannt, welches das Recht zur Ausübung der Psychotherapie ausschließlich approbierten Therapeuten (Ärzte, Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten) vorbehält. Entsprechend der Gesundheitsberichtserstattung des Bundes (2016) ist die Anzahl der beschäftigten Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten seit 2006 ständig gestiegen, gleiches gilt für die Anzahl der Ärztlichen Psychotherapeuten (Kassenärztliche Bundesvereinigung, 2016). Möglicherweise haben die veränderte Rechtslage und die steigenden Psychotherapeutenzahlen auch die Versorgungsstruktur der Unfallnachsorge (und deren Qualität) beeinflusst. Hier wäre beispielsweise eine zunehmende Spezialisierung von Therapeuten auf die Versorgung von Unfallopfern denkbar. Ein Nachweis hierfür kann jedoch nicht erbracht werden, zumindest nicht in Form von statistischen Belegen auf Basis der zitierten Quellen.

Tatsächlich gestaltet sich die Suche nach Traumatherapeuten bzw. Therapeuten, die sich auf die Behandlung von (Verkehrs-) Unfallopfern spezialisiert haben, schwierig. Im Internet finden sich verschiedene Websites von Fachverbänden (z. B. Deutsche Gesellschaft für Psychotraumatologie (DeGPT), Psychotherapie-Informationen-Dienst (PID), EMDIRA Deutschland e. V.), aber auch von allgemeinnützigen Vereinen, Ausbildungsinstituten und Privatpersonen (z. B. Deutsches Institut für Psychotraumatologie e. V. (DIPT), Pro Psychotherapie e. V., Trauma Hilfe Zentrum Ostbayern, Trauma-Informationen-Zentrum), die u. a. auch die Therapeutensuche mittels Adresslisten oder Suchmaschinen unterstützen. Die Suchmaschinen ermöglichen in der Regel eine regionale Suche (Suche im Umkreis einer genannten Postleitzahl), bieten z. T. aber auch die Möglichkeit, die Suche weiter zu spezifizieren, beispielsweise durch Angaben zum Problembereich, der Art des Traumas oder dem Therapieverfahren. Auch Informationen zu Kliniken (Adresslisten) werden z. T. zur Verfügung gestellt. Dabei erhebt keines der Angebote den Anspruch auf

deutschlandweite Vollständigkeit bzw. schränkt diese durch Einschlusskriterien (z. B. Beschränkung auf durch die Fachgesellschaft zertifizierte Traumatherapeuten, Erhebung einer Gebühr für den Eintrag in die Datenbank, regionale Eingrenzung) ein. Diese Institutionen und ihre Serviceangebote sind ein Indiz dafür, dass es (zumindest regionale) Unterstützungs- und Therapieangebote für Traumaopfer gibt. Inwieweit diese Angebote auch für Straßenverkehrsunfallopfer geeignet sind (u. a. hinsichtlich Auffindbarkeit, Zugang, Therapie) gilt es zu untersuchen.

Auch aufseiten der Forschung entwickelt sich die Therapie von Traumafolgestörungen weiter. Als ein Beispiel aus der aktuellen Verkehrssicherheitsforschung sei hierzu beispielsweise auf die Erfolge simulatorgestützter Interventionen bei im Pkw verunfallten Personen mit Fahrängsten hingewiesen (KAUSSNER, HOFFMANN, SCHOCH, MARKEL, BAUS & PAULI, 2017).

Zusammenfassend ergeben sich drei zentrale Aussagen:

- Psychische Beeinträchtigungen infolge von Straßenverkehrsunfällen sind häufig.
- Für die Betroffenen stehen verschiedene Unterstützungsangebote zur Verfügung.
- Der Zugang zu dem individuell passenden Angebot ist durch verschiedene Faktoren bedingt (z. B. adäquate Diagnostik, Therapeutensuche, Kostenträger, Wartezeiten auf Therapieplatz). Je nach Ausgestaltung und Ineinandergreifen dieser Faktoren gestaltet sich der Weg in eine adäquate Behandlung unterschiedlich bzw. müssen verschiedene Hürden überwunden werden.

Die vorliegende Studie greift insbesondere den zuletzt genannten Punkt auf und zielt darauf ab, die deutschlandweite Versorgungssituation von Menschen, die infolge eines Straßenverkehrsunfalls unter psychischen Beschwerden leiden, zu erfassen und zu analysieren. Dabei sollen mögliche Hürden identifiziert und Lösungsansätze zu deren Überwindung erarbeitet werden.

2 Zielsetzung des Projekts

Das Projekt verfolgt drei zentrale Ziele:

- Zunächst sollten deutschlandweit bestehende Angebote für Verkehrsunfallopfer mit psychischen Unfallfolgen, recherchiert, gesichtet und systematisiert werden. Ziel war eine möglichst flächendeckende Erfassung aller relevanten Institutionen und deren Beschreibung anhand zentraler Merkmale, z. B. Informationen zu den Hilfsangeboten, Kosten und Zugangswegen.
- Darüber hinaus sollten in dem Projekt vertiefende Informationen zu bestehenden Herausforderungen bzw. Optimierungspotenzialen bei der Versorgung psychischer Unfallfolgen gewonnen werden. Relevante Themen waren hierbei u. a. Auffinden geeigneter Versorgungseinrichtungen, Kostenübernahme, Vernetzung der Institutionen untereinander und Qualitätssicherung.
- Auf diesen Kenntnissen aufbauend sollten dann Maßnahmen abgeleitet werden, die zu einer Verbesserung der Versorgungssituation von Menschen, die unter psychischen Unfallfolgen leiden, beitragen. Konkret wurde hierbei angestrebt, Ansatzpunkte für die Entwicklung eines Instruments aufzuzeigen, das den Betroffenen selbst, aber auch den in den verschiedenen Einrichtungen Beschäftigten eine Orientierungshilfe bietet, um schnell einen Überblick über bestehende Hilfsangebote in Deutschland zu erhalten. Die Formulierung von Inhalten, Qualitätskriterien, Möglichkeiten der Veröffentlichung und Verbreitung eines solchen „Versorgungsatlas“ sollten dabei im Fokus stehen.

3 Methodik

Die Umsetzung der Projektziele erfolgte in vier Arbeitsschritten:

- **Recherche**
In einem ersten Schritt wurde eine umfassende Recherche durchgeführt, mit dem Ziel, möglichst bundesweit flächendeckend alle relevanten Institutionen zu erfassen, die sich an der Versorgung von Unfallopfern mit psychischen Beeinträchtigungen beteiligen.
- **Online-Befragung**
In einem zweiten Schritt erfolgte eine Online-Befragung der in Schritt eins identifizierten Institu-

tionen. Mit der Befragung wurden Basisdaten zu den jeweiligen Institutionen erfasst. Darüber hinaus wurden Fragen zur Versorgungsstruktur und (möglicherweise) bestehenden Schwachstellen gestellt.

- **Interviews**

In einem dritten Schritt wurden mittels Interview vertiefende Informationen zu möglichen Optimierungspotenzialen im Versorgungsprozess eruiert. Hierbei sollten sowohl die in den relevanten Versorgungseinrichtungen Tätigen als auch die Betroffenen selbst befragt werden.

- **Experten-Workshop**

In einem vierten Schritt wurden schließlich die Ergebnisse der vorangegangenen Schritte in einem interdisziplinären Experten-Workshop kritisch diskutiert. Ziel war es, hinsichtlich der bestehenden Problematiken zu einer möglichst vollständigen, alle Perspektiven umfassenden Sichtweise zu gelangen und angemessene Lösungen im Konsens aller zu erarbeiten. Die Option der Entwicklung eines Versorgungsatlas sollte dabei umfassend diskutiert werden.

Die Gesamtbearbeitung des Projekts oblag der Bundesanstalt für Straßenwesen (BASt). Die Datenerfassung in den Arbeitsschritten eins bis drei erfolgte durch MARPLAN Media- und Sozialforschungsgesellschaft mbH (MARPLAN); der Arbeitsschritt vier wurde hauptverantwortlich von der BASt durchgeführt, mit MARPLAN als unterstützendem Kooperationspartner.

Nachfolgend wird das Vorgehen in den vier konsekutiven Arbeitsschritten vorgestellt.

3.1 Recherche

Die Recherchearbeiten wurden von Januar bis März 2017 von MARPLAN durchgeführt (MARPLAN, 2017b). Der Fokus richtet sich dabei auf Einrichtungen, die im Bereich der Trauma-Versorgung tätig sind und hier insbesondere psychologische und soziale Angebote im Sinne von Therapie und Beratung vorhalten (z. B. psychotherapeutische Praxen, Kliniken, Rehabilitationseinrichtungen, Einrichtungen der Opferhilfe / des Opferschutzes, Fachverbände, Vereine, private Initiativen usw.).

Die Recherche erfolgte im Wesentlichen auf drei Wegen:

- Internet-Recherche,
- direkte Kontaktaufnahme per Telefon oder Email und
- gezielte Nachfrage im Rahmen der Online-Befragung und Interviews.

Die Internet-Recherche erfolgte als freie Schlagwortsuche unter Verwendung folgender Schlagworte:

- Unfallopfer,
- Opferhilfe / Hilfe für Unfallopfer,
- Unfall,
- Trauma,
- psychische Unfallfolgen
- Trauma / psychische Beschwerden nach Unfall
- Autounfall psychische Folgen / psychische Beschwerden / Trauma,
- Hilfe bei Trauma / psychischen Beschwerden / psychischen Folgen,
- Beratung bei Trauma / psychischen Beschwerden / psychischen Folgen,
- PTSD,
- Traumakliniken,
- Traumaambulanzen,
- Reha-Kliniken und
- Psychotherapeuten / Psychotherapeutenkammer.

Über die Schlagwortsuche wurden zum Einen einzelne Einrichtungen identifiziert und in eine Excel-Liste (Namen und die Anschrift der Einrichtung, Art der Institution, Email-Adresse, Ansprechpartner) übertragen. Zum Anderen wurden Verbände und übergeordnete Organisationen gefunden, über deren Websites im Idealfall der Zugang zu Listen mit Institutionen bzw. Ansprechpartnern möglich war. Auch diese Daten wurden in die Excel-Liste übernommen.

Institutionen, die auf ihren Websites Hilfsangebote (u. a.) für Unfallopfer darstellen, wurden telefonisch kontaktiert. Ziel der telefonischen Anfrage war es, mehr über die jeweilige Institution zu erfahren bzw. zu sondieren, ob die Einrichtung „passend“ ist. Dabei wurden die Gesprächspartner über das Forschungsvorhaben informiert und – bei gegebener „Passung“ – gefragt, ob sie (oder ggf. ein anderer Vertreter der Institution) bereit wären, sich an den

geplanten Interviews zu beteiligen. Im Idealfall wurde direkt ein Interviewtermin vereinbart. Teilweise waren jedoch mehrere Telefonkontakte und/oder ein ergänzender Mail-Verkehr erforderlich, um die Basis für eine Kooperation zu schaffen. Die Ergebnisse des Kommunikationsverlaufs mit den Vertretern der Institutionen wurden fortlaufend dokumentiert.

Ergänzend zur Internet-Recherche wurden „übergeordnete“ Organisationen (z. B. Psychotherapeutenkammern, Ärztekammern, Statistisches Bundesamt) gezielt per Mail oder telefonisch kontaktiert und um Auskunft hinsichtlich möglicherweise relevanter Institutionen gebeten. Zu den hierdurch in Erfahrung gebrachten Institutionen wurde entsprechend der Online-Suche Kontakt aufgenommen.

Weiterhin wurde im Rahmen der Online-Befragung (Kapitel 3.2) und der Interviews (Kapitel 3.3) im Sinne eines Schneeballverfahrens nach weiteren relevanten Institutionen gefragt.

3.2 Online-Befragung

Um möglichst umfangreiche Informationen über die in Arbeitsschritt 1 recherchierten Institutionen zu erhalten, wurden alle Einrichtungen per Mail kontaktiert und gebeten, an einer Online-Befragung teilzunehmen. Die Online-Befragung wurde von MARPLAN durchgeführt (MARPLAN, 2017b).

Die Erstellung des Online-Fragekatalogs erfolgte auf Basis eines von der BAST entwickelten Fragebogens, der von MARPLAN an die Bedürfnisse einer Online-Befragung angepasst wurde.

Die Online-Befragung gliedert sich in zwei Hauptteile:

- **Basisdaten:**

- Art der Einrichtung
- Gründungsjahr der Einrichtung
- Art der Versorgung
- Angebotene Therapieformen
- Angewandte Methoden und Verfahren
- Kontaktdaten der Einrichtung

- **Vertiefende Fragen zur Versorgungssituation:**

- Versorgungssituation
 - Typische Probleme von Straßenverkehrsunfallopfern?
 - Einschätzung des bisherigen Versorgungsangebotes?
 - Auffindbarkeit von geeigneten Versorgungsangeboten?
 - Die größten Herausforderungen der Versorgung?
 - Verbesserungspotenzial in der Versorgung?
- Zugang zum Versorgungsangebot
 - Betreibt die Einrichtung Öffentlichkeitsarbeit?
 - Wie werden Betroffene auf die Einrichtung aufmerksam?
 - Werden Klienten gezielt zur Einrichtung geschickt?
 - Voraussetzungen, um Angebote in Anspruch nehmen zu können?
 - Durchschnittliche Zeitspanne zwischen Unfall und Kontaktaufnahme?
 - Häufigste Ursachen für längere Abstände zwischen Unfall/Akutversorgung und psychologischer Versorgung?
- Versorgungskapazität
 - Anfragen pro Jahr in der eigenen Einrichtung?
 - Anzahl betreuter Straßenverkehrsunfallopfer pro Jahr in der eigenen Einrichtung?
 - Entwicklung der Anzahl von Anfragen?
 - Müssen Hilfesuchende manchmal abgewiesen oder auf Wartelisten gesetzt werden?

In einem dritten Teil, dem sogenannten Schneeballverfahren, wurde darüber hinaus um Unterstützung bei der Recherche weiterer relevanter Institutionen sowie der Rekrutierung von Interviewpartnern und Teilnehmern am Experten-Workshop gebeten:

- Nennung weiterer relevanter Institutionen
- Kontaktierung von Betroffenen
- Einverständnis zu vertiefendem Interview
- Interesse an Experten-Workshop

Der Fragebogen wurde einem Pretest unterzogen. Ziel des Pretests war die Überprüfung des Erhe-

bungsinstrumentes, die Ermittlung des zu erwartenden Rücklaufes sowie der Interviewdauer. Im Zeitraum vom 30. März bis zum 18. April 2017 wurden 300 Institutionen angeschrieben. Es konnten insgesamt 10 Online-Befragungen in der Zielgruppe realisiert werden. Aufgrund der Datenprüfung, den gemessenen Zeiten (u. a. Bearbeitungszeit) und den Ergebnissen einer ersten Auswertung erfolgte bei einer Frage die Anpassung der Filterfunktion.

Aufgrund der geringen Rücklaufquote (3 %) und der nur marginalen Fragebogenadaptation nach dem Pretest wurde entschieden, die zehn Datensätze des Pretests in die Daten der Hauptbefragung mit aufzunehmen.

Die Hauptbefragung lief vom 19. April bis zum 1. Juni 2017. Im Erhebungszeitraum wurden von MARPLAN zweimal Erinnerungs-E-mails mit der Bitte, sich an der Online-Befragung zu beteiligen, versendet. Weiterhin wurde dem Ansuchen einzelner Institutionen, die Freischaltung der Befragung zu verlängern, um beispielsweise klinikinterne Abstimmungen vornehmen zu können, nachgekommen.

3.3 Interviews

Um vertiefende Informationen bezüglich der Versorgungssituation zu erhalten, wurden ergänzend zu der Online-Befragung Interviews (Einzelexplorationen) durchgeführt. Die Organisation und Durchführung der Interviews erfolgte durch MARPLAN in der Zeit vom 24. April bis 14. Juli 2017 (MARPLAN, 2017a; MARPLAN, 2017b).

Ziel war es, sowohl mit Vertretern verschiedener Institutionen als auch mit den Betroffenen selbst (verunfallte Personen, Angehörige usw.) Gespräche zu führen. Hierfür wurden in Kooperation zwischen BAST und MARPLAN zwei auf die jeweilige Zielgruppe zugeschnittene Interviewleitfäden erstellt.

Beide Interviewleitfäden sind halbstrukturiert. Dabei wurde versucht, Basisdaten durch geschlossene Fragen zu erfassen und eher weiterführende Fragen offen zu formulieren. Hierdurch sollte ermöglicht werden, einerseits ein hinreichendes Ausmaß an Struktur zu erreichen und andererseits Detailinformationen und fallbezogene Besonderheiten erfassen zu können.

Inhalte des Interviewleitfadens „Institutionen“ umfassen:

- Wahrnehmung des Versorgungsangebotes insgesamt,
- Stellenwert psychischer Unfallfolgen und
- Bestehende Herausforderungen und Ansätze zur Optimierung.

Inhalte des Interviewleitfadens „Betroffene“ umfassen:

- Unfallgeschehen: Datum und Ort des Unfalls, direkte versus indirekte Beteiligung, Art der Verkehrsbeteiligung,
- Unfallfolgen: körperliche Verletzungen, Akutbehandlungen und Rehabilitation, psychische Beschwerden, Leidensdruck, andere Probleme,
- Erleben des Unfalls,
- Veränderungen nach dem Unfall: Lebenspläne, Freizeitaktivitäten, soziale Situation, Unterstützung durch andere, berufliche und finanzielle Situation, Lebensqualität, Mobilitätssituation,
- Hilfsangebote: Kontaktaufnahme, Auswahl der Institution, Wartezeit, Zufriedenheit, Kosten,
- Optimierungsbedarf und
- Soziodemografie.

Die Rekrutierung der Interviewpartner aus den Institutionen erfolgte im Rahmen der Online-Befragung oder über telefonische Kontakte. 34 Institutionen bzw. Personen erklärten sich dazu bereit, an einem Interview teilzunehmen. Von diesen wurden 17 Personen für die Realisierung eines Interviews ausgewählt. Bei der Auswahl wurde darauf geachtet, Vertreter aus verschiedenen Sparten (u. a. Klinik, Praxis, Beratung, Verbände) zu berücksichtigen. Zwei dieser Interviews wurden als Pretest zur Überprüfung des Interviewleitfadens durchgeführt. Da der Interviewleitfaden ohne Änderungen für die weiteren Interviews übernommen werden konnte, wurden die Antworten der beiden Testläufe uneingeschränkt in die Gesamtauswertung mit einbezogen. Alle Interviews wurden von MARPLAN transkribiert und inhaltsanalytisch ausgewertet.

Hinsichtlich der Herstellung von Kontakten zu Betroffenen wurden die Institutionen ebenfalls im Rahmen der Online-Befragung um Unterstützung gebeten (z. B. Aushang am Schwarzen Brett, Ansprache von Klienten). 26 Institutionen sagten ihre Unterstützung zu. Von MARPLAN wurde ein Aushang für das „Schwarze Brett“ erstellt und den Institutionen – sofern gewünscht – zur Verfügung gestellt. Da im

Rahmen der Projektlaufzeit auf diesem Weg allerdings keine Interviewpartner gewonnen werden konnten und andere Rekrutierungswege (z. B. Inse-
rate) bewusst ausgeklammert wurden, musste schließlich auf die Durchführung von Interviews mit Betroffenen verzichtet werden.

3.4 Experten-Workshop

Im Rahmen eines interdisziplinären Experten-Workshops wurden die Ergebnisse der vorangegangenen Arbeitsschritte kritisch diskutiert. Ziel des Workshops war es, hinsichtlich der Versorgungssituation bei psychischen Unfallfolgen zu einer möglichst vollständigen, alle Perspektiven umfassenden Sichtweise zu gelangen und angemessene Lösungen im Konsens aller zu erarbeiten. Dabei sollten insbesondere Fragen, die sich bei der Erstellung eines Versorgungsatlas (z. B. Inhalte, Publikationsform, Adressaten) stellen, thematisiert werden.

Der Workshop wurde von der BAST organisiert und am 10. November 2017 in den Räumen der BAST durchgeführt. MARPLAN hat die Veranstaltung durch Beiträge zu den von ihr hauptverantwortlich durchgeführten Arbeitsschritten (Recherche, Durchführung Online-Befragung und Interviews) aktiv unterstützt.

Die Rekrutierung der Experten erfolgte in erster Linie über das Schneeballverfahren im Rahmen der Online-Befragung bzw. der Interviews. Darüber hinaus erfolgte eine gezielte Einladung von Personen, deren Expertise in einem bestimmten Fachbereich (z. B. Psychotherapieforschung) als wichtig erachtet wurde.

Inhalte des Workshops waren:

- Präsentation der Ergebnisse der Online-Befragung und Interviews,
- Durchführung der Arbeitskreise Versorgungsatlas 1, Versorgungsatlas 2 und Handzettel sowie
- Diskussionsrunde zu langfristigen Optimierungsmöglichkeiten.

4 Ergebnisse

Die Ergebnisdarstellung erfolgt entsprechend den beschriebenen vier Arbeitsschritten jeweils separat für die Recherche (Kapitel 4.1), die Online-Befra-

gung (Kapitel 4.2), die Interviews (Kapitel 4.3) und den Experten-Workshop (Kapitel 4.4).

4.1 Ergebnisse der Recherche

Mittels der Online-Recherche und des Schneeballverfahrens konnten insgesamt – nach Bereinigung von Dopplungen – 2.657 Institutionen mit dazugehörigen Kontaktdaten recherchiert werden.

Die 2.657 Institutionen stammen aus verschiedenen Fachbereichen und besitzen unterschiedliche Schwerpunktsetzungen. Neben Einrichtungen aus dem Gesundheitssektor (z. B. Kliniken, Praxen, Beratungsstellen) finden sich u. a. auch Versicherungen, Ausbildungsinstitute sowie Anwaltskanzleien und Gewerkschaften. Auch verschiedene Einrichtungen der Opferhilfe wurden identifiziert, die sich als Vereine, Stiftungen, Verbände oder privatwirtschaftliche Unternehmen im Bereich psychische Unfallfolgen engagieren. Dabei ist das Tätigkeitspektrum dieser Einrichtungen oftmals breit angelegt und umfasst neben konkreten Hilfsangeboten aus dem therapeutischen und beratenden Bereich bzw. deren Vermittlung oftmals auch ein politisches Engagement.

Hierzu gilt es grundsätzlich anzumerken, dass der recherchierte Pool an Institutionen, der in die Befragung einbezogen wurde, auch – und gerade – solche Institutionen umfasst, deren Relevanz für die im Fokus stehende Thematik noch zu klären ist. Die Recherchearbeiten wurden mit dem Vorsatz durchgeführt, möglichst alle in Deutschland relevanten Institutionen zu identifizieren, auch wenn dies bedeutet, zunächst einige nicht relevante Institutionen in die Liste mit aufzunehmen. Hiernach kann gefolgert werden, dass sich manche Adressaten nicht an der Befragung beteiligt haben, weil sie sich bereits durch die im Anschreiben gegebenen Studieninformationen als nicht der Zielgruppe zugehörig eingestuft haben. Eine zahlenmäßige Bestimmung dieser Institutionen ist nicht möglich und somit auch nicht die sinnvolle Berechnung von Rücklaufquoten.

Auffallend ist, dass kaum Institutionen identifiziert werden konnten, die sich ausschließlich auf die Beratung oder Therapie von Straßenverkehrsunfallopfern spezialisiert haben. Ein solcher Fokus findet sich am ehesten bei den Institutionen der Opferhilfe. Kliniken und Praxen scheinen mehrheitlich ein eher breites Versorgungsangebot vorzuhalten, das

Kategorie	Anzahl
Kliniken (hiervon Reha-Kliniken: 522)	1.358
Praxen (Ärztliche und psychologische Psychotherapeuten)	1.185
(Trauma-) Ambulanzen	3
Beratungsstellen	8
Einrichtungen der Opferhilfe	47
Weiterbildungsinstitute	2
Anwaltskanzleien	5
Versicherungen	31
Gewerkschaften	2
Forschungseinrichtungen	5
Sonstige Einrichtungen	11
	2.657

Tab. 1: Ergebnis der Recherche

bestenfalls auch einen Schwerpunkt im Bereich Traumabehandlung vorsieht.

Einen Überblick über die recherchierten Einrichtungen gibt Tabelle 1. Hierbei gilt zu berücksichtigen, dass eine eindeutige Zuordnung nicht in jedem Fall möglich war, insbesondere wenn durch eine Institution mehrere Aufgaben wahrgenommen werden oder eine Spezialisierung vorliegt, die einer gesonderten (Unter-) Kategorie bedürfte. In diesen Fällen erfolgte die Zuordnung zu der Kategorie, wo – auf Basis der ermittelten Informationen – der Tätigkeitsschwerpunkt vermutet wurde. Einrichtungen, die sich hiernach nicht unter diese Kategorien subsumieren ließen, sind als „Sonstige Einrichtungen“ zusammengefasst.

4.2 Ergebnisse der Online-Befragung

Der Fragebogen wurde von den Teilnehmern mit unterschiedlicher Vollständigkeit ausgefüllt. Hierdurch ergeben sich für die einzelnen Items unterschiedliche Bezugsgrößen (n).

4.2.1 Stichprobenbeschreibung

Insgesamt haben sich 284 (11 %) der 2.657 Institutionen an der Online-Befragung beteiligt (Bild 1). Eine vollständige Bearbeitung des Fragebogens findet sich für 110 Datensätze. In weiteren 45 Datensätzen wurde ausschließlich der erste Befragungsteil (Basisdaten) bearbeitet. Bei 102 Datensätzen wurde der Fragebogen vorzeitig beendet, wodurch unvollständige Datensätze vorliegen. Von

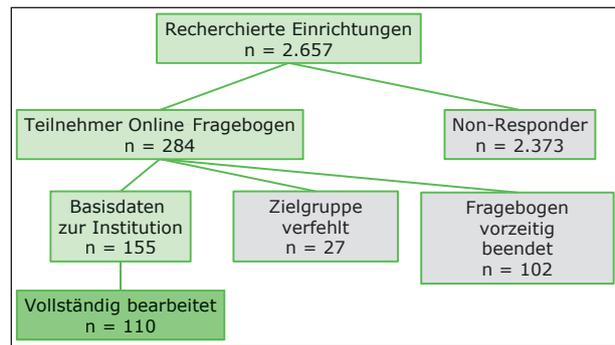


Bild 1: Teilnahme an der Online-Befragung

diesen haben 68 Institutionen den Fragebogen lediglich geöffnet, ohne eine Bearbeitung vorzunehmen. Die Gründe für die Nichtbearbeitung sind nicht bekannt. Weiterhin finden sich 27 Datensätze von Befragten, die in einer der eingangs gestellten Screening-Fragen angegeben hatten, keine Verkehrsunfallopfer mit psychischen Folgen zu betreuen, und von der weiteren Befragung ausgeschlossen wurden. Diese Institutionen wurden demnach im Rahmen der Recherchearbeiten „fälschlicherweise“ als der Zielgruppe zugehörig identifiziert und wurden im Weiteren von der Liste relevanter Institutionen gestrichen.

Um die vorhandene Datenbasis bestmöglich nutzen zu können, wurden die zwei inhaltlich unabhängigen Teile des Online-Fragebogens „Basisdaten“ ($n=155$) und „Vertiefende Fragen zur Versorgungssituation“ ($n=110$) getrennt voneinander ausgewertet.

Hinsichtlich der Basisdaten liegen Informationen von folgenden Institutionen vor: 42 Kliniken, 13 Reha-Kliniken, ein Verein, 85 Praxen, vier Beratungsstellen, eine Seelsorgeeinrichtung und neun „andere“ Einrichtungen.

Die Fragen zum Versorgungsprozess haben folgende Institutionen beantwortet: 29 Kliniken, acht Reha-Kliniken, 60 Praxen, vier Beratungsstellen und neun „andere“ Einrichtungen.

Die Fragen zur Sammlung von Kontaktdaten werden aus datenschutzrechtlichen Gründen nicht berichtet.

4.2.2 Basisdaten

Der erste Teil der Online-Befragung zielte darauf ab, über die Erhebung grundlegender Informationen bezüglich der teilnehmenden Institutionen einen Überblick über das in Deutschland vorhandene Ver-

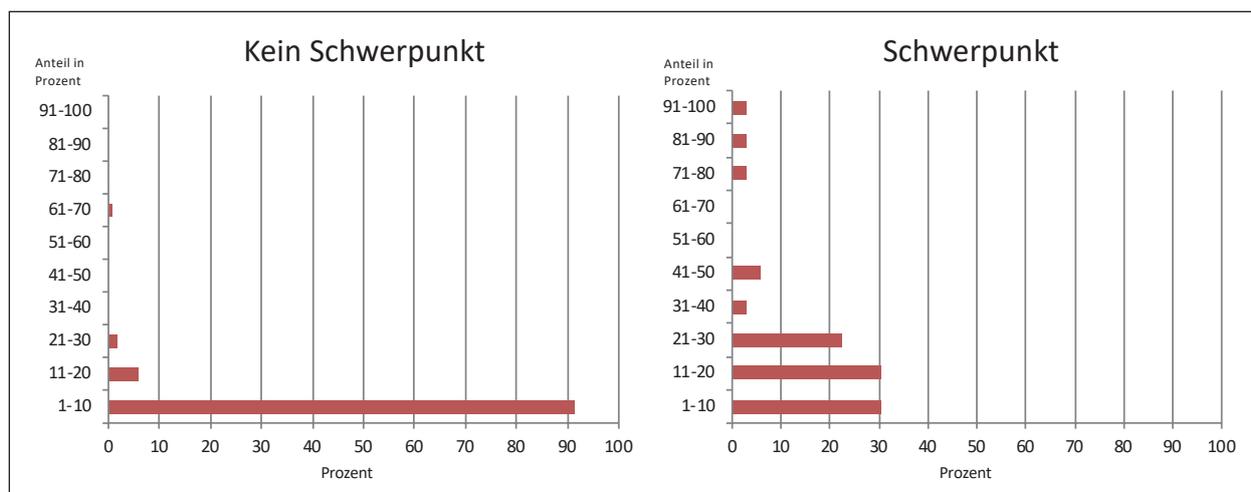


Bild 2: Links: Anteil versorgter Menschen mit psychischen Unfallfolgen in Prozent an der Gesamtheit ($n = 119$) aller versorgten Menschen in Institutionen ohne Schwerpunkt psychische Unfallfolgen. Rechts: Anteil versorgter Menschen mit psychischen Unfallfolgen in Prozent an der Gesamtheit ($n = 36$) aller versorgten Menschen in Institutionen mit Schwerpunkt psychische Unfallfolgen

sorgungsangebot für Menschen mit psychischen Unfallfolgen zu erhalten. Die Gründung der teilnehmenden Institutionen liegt im Durchschnitt 16-20 Jahre zurück, wobei Kliniken und Reha-Kliniken tendenziell am längsten bestehen, während Praxen und „andere“ Einrichtungen ein durchschnittlich jüngeres Gründungsdatum angeben.

Von allen befragten Institutionen gaben insgesamt 36 (23,2 %) an, die Behandlung von Straßenverkehrsunfallopfern sei ein Schwerpunkt ihrer Einrichtung. Tendenziell gaben insbesondere Reha-Kliniken (38,5 %) und Beratungsstellen (25 %) diesen Schwerpunkt an. Zur Konkretisierung dieser Aussage wurde auch nach dem prozentualen Anteil der Straßenverkehrsunfallopfer an allen in der Institution behandelten Patienten gefragt. Die überwiegende Mehrheit der befragten Institutionen ohne Schwerpunkt (rund 91 %) gab an, lediglich 1 bis 10 % der in ihrer Institution behandelten Patienten zählten zu der Zielgruppe der Straßenverkehrsunfallopfer (Bild 2, links). Auch bei den Institutionen mit Schwerpunkt gab die Mehrheit (rund 83 %) an, lediglich zwischen 1 und 30 % der von ihnen behandelten Patienten zählten zur Zielgruppe (Bild 2, rechts). Drei der befragten Schwerpunkteinrichtungen (eine Klinik, eine Beratungsstelle, eine „andere“ Einrichtung; 8,4 %) gaben an, die Mehrheit ihrer Patienten stamme direkt aus der Zielgruppe (zwischen 70 und 100 %).

Auf die Frage, welche Versorgungsformen in der eigenen Institution angeboten werden, waren die drei am häufigsten genannten Methoden Psychotherapie (89 %), Krisenintervention (69 %) und psychotherapeutische Beratung (59 %). Die drei am sel-

tensten berichteten Methoden waren die juristische Beratung (0,6 %), praktische Alltagshilfe (2,6 %) und Selbsthilfegruppen (5,8 %). Weiterhin vergleichsweise selten genannt wurden Notfallseelsorge (12 %), Physiotherapie (14 %) und Aufklärungsarbeit (15 %). Bei der differenzierten Betrachtung der Antwortmuster für einzelne Institutionsarten wird ersichtlich, dass ein Großteil der Kliniken, Praxen und „anderer“ Einrichtungen sowohl Krisenintervention als auch psychotherapeutische Beratung und Psychotherapie anbieten. Im Gegensatz dazu bieten die Beratungsstellen tendenziell mehr Krisenintervention und Beratung an, während kaum Psychotherapie durchgeführt wird. Die Reha-Kliniken wiederum sind durch ein stark psychotherapeutisch geprägtes Angebot charakterisiert (Bild 3).

Die eingesetzten Therapieverfahren variieren zwischen den einzelnen Institutionen. In rund 66 % der befragten Einrichtungen wird Verhaltenstherapie, in 55 % psychodynamische Therapie und in 39 % medikamentöse Therapie angeboten. Die drei von den meisten Befragten im Rahmen der (Psycho-)Therapie eingesetzten Techniken sind Imaginationsübungen (83 %), gefolgt vom Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR; 79 %) – einem spezialisierten Verfahren zur Behandlung von Traumafolgestörungen – sowie Entspannungsverfahren (74 %). Tendenziell etwas weniger, aber immer noch die Mehrheit der Institutionen gaben an Expositionsverfahren (66 %) und narrative Verfahren (59 %) zur Anwendung zu bringen. Die am seltensten genannte Therapiemethode waren hypnotherapeutische Verfahren (41 %). Insgesamt 50 % der Institutionen gaben zudem an, sonstige Verfahren an-

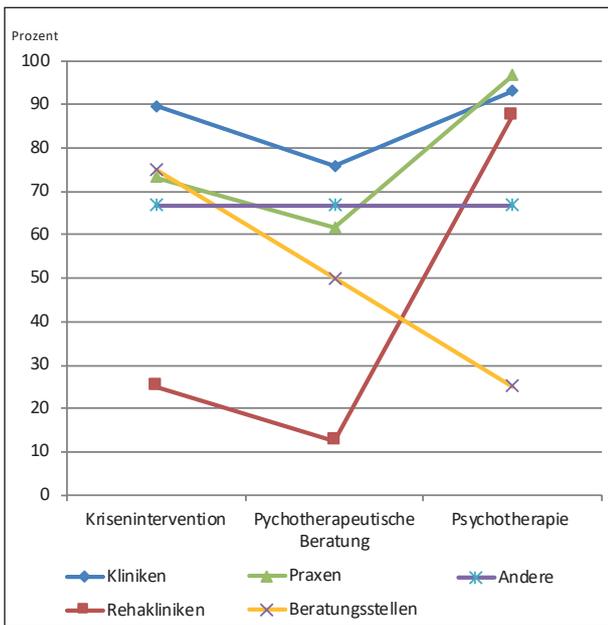


Bild 3: Anteil der jeweiligen Institutionen in Prozent, die angegeben haben, im Rahmen der Versorgung psychischer Unfallfolgen Krisenintervention, psychotherapeutische Beratung oder Psychotherapie anzubieten

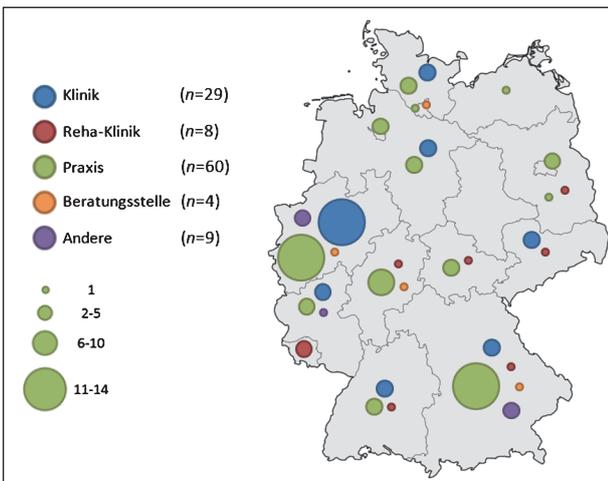


Bild 4: Symbolisch dargestellte Anzahl von Teilnehmern der Online-Befragung je Bundesland und Institutionsart (n = 110)

zuwenden, 5 % machten keine Angaben zu den verwendeten Therapiemethoden oder die Frage war für ihren Arbeitsbereich nicht zutreffend (z. B. im Fall von Beratungseinrichtungen).

Rund 26 % der befragten Institutionen gab an, zusätzliche Angebote speziell für Straßenverkehrsunfallopfer anzubieten. Diese in einem Freitextfeld genannten Interventionen waren zum überwiegenden Teil psychotherapeutisch (z. B. Behandlungen bei Fahrängsten), medizinisch (z. B. Sportübungen, chirurgische Versorgung) und sozialpädagogisch (z. B. berufliche Wiedereingliederung, Unterstützung bei Behördengängen) geprägt.

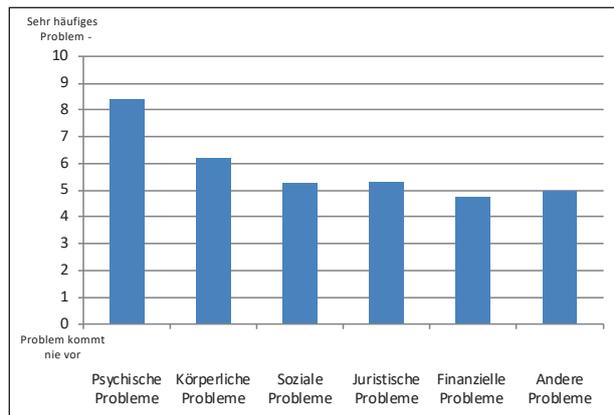


Bild 5: Mittlere geschätzte Häufigkeit des Auftretens verschiedener Komplikationen nach einem Verkehrsunfallereignis über alle Institutionen hinweg (n = 110)

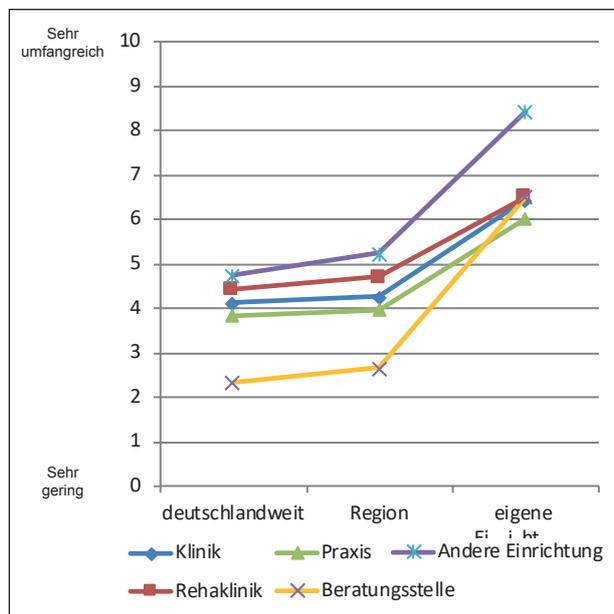


Bild 6: Mittlere Bewertung des Versorgungsangebotes für psychische Unfallfolgen in Deutschland, der eigenen Region und der eigenen Einrichtung getrennt nach Institutionen

4.2.3 Vertiefende Fragen zur Versorgungssituation

Im zweiten Teil der Online-Befragung sollten neben Zusatzinformationen zur Institution des Befragten auch generelle Informationen über den Versorgungsprozess von Verkehrsunfallopfern mit psychischen Folgestörungen erhoben werden. Dabei wurden die drei inhaltlich relevanten Themenblöcke Versorgungssituation, Zugang zum Versorgungsangebot und Versorgungskapazität von n = 110 Teilnehmern vollständig beantwortet. Die deutschlandweite Verteilung der im Rahmen dieses Fragebogens ausgewerteten Institutionen ist in Bild 4 dargestellt.

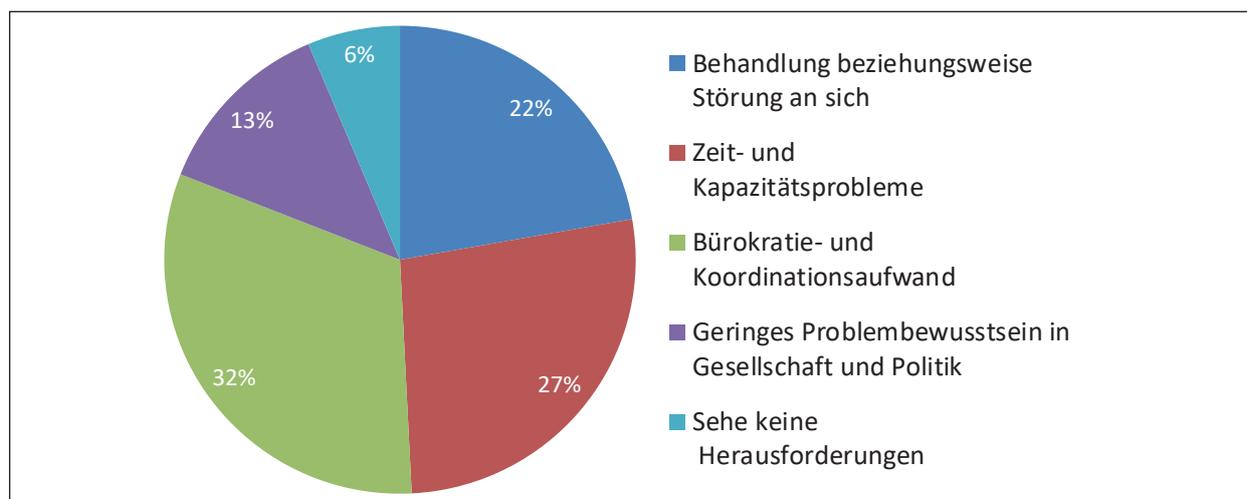


Bild 7: Anteil der jeweiligen Antwortkategorie am Gesamtanteil der Antworten auf die Frage nach den größten Herausforderungen bei der Versorgung psychischer Unfallfolgen ($n = 66$)

4.2.3.1 Versorgungssituation

Im Themenblock Versorgungssituation wurden zunächst die typischerweise als Folge eines Verkehrsunfalls auftretenden Probleme der Betroffenen erfragt. Wie aus Bild 5 ersichtlich, schätzen die Befragten dabei auf einer Skala von „0 – Problem kommt nie vor“ bis „10 – Problem kommt sehr häufig vor“ – wie unter anderem aufgrund der Stichprobe zu erwarten – psychische Probleme als häufige Komplikation nach einem Unfallereignis ein ($M = 8,42$, $SD = 1,99$). Alle weiteren Komplikationen, wie zum Beispiel körperliche ($M = 6,24$, $SD = 2,15$) oder juristische Probleme ($M = 5,33$, $SD = 2,25$), wurden in den jeweiligen Einrichtungen als „weniger häufig“ eingestuft. Unterschiede in der Einschätzung zwischen den einzelnen Institutionen waren nicht beobachtbar.

In einer weiteren Frage wurde darum gebeten, das Angebot der Versorgung für Menschen mit psychischen Unfallfolgen auf einer Skala von „0 – sehr gering“ bis „10 – sehr umfangreich“, in Deutschland, der eigenen Region und in der eigenen Institution einzuschätzen. Dabei zeigte sich zunächst, dass das Angebot im Durchschnitt deutschlandweit am ehesten „mittelmäßig“ bis „eher gering“ eingeschätzt wurde ($M = 4$, $SD = 2,21$). Auch für die eigene Region ergab sich ein durchschnittlich mittelmäßiger bis eher geringer Wert ($M = 4,2$, $SD = 2,47$). Im Gegensatz dazu wurde das Angebot in der eigenen Einrichtung als „mittelmäßig“ bis „eher umfangreich“ bewertet ($M = 6,34$, $SD = 2,51$; Skala von „0 – sehr gering“ bis „10 – sehr umfangreich“).

Institutionsspezifisch zeigte sich, dass die Beratungsstellen das Versorgungsangebot deutschland-

weit und in der eigenen Region tendenziell schlechter bewertet haben als die anderen Institutionen (Bild 6). Im Gegensatz dazu bewerteten die Befragten der Gruppe „andere“ Institutionen ihr eigenes Angebot tendenziell besser als alle übrigen Institutionen. Rund 20 % der Befragten konnten die Qualität des Versorgungsangebotes deutschlandweit und immerhin noch 14,5 % in der eigenen Region nicht einschätzen oder gaben keine Antwort auf die Frage. Die Qualität des Versorgungsangebotes in der eigenen Einrichtung konnten 4,5 % nicht einschätzen oder gaben keine Antwort auf die Frage.

Die Auffindbarkeit der einzelnen Versorgungsangebote für die Betroffenen wurde von den Befragten auf einer Skala von „1 – sehr schlecht“ bis „4 – sehr gut“ im Durchschnitt als „eher schlecht“ ($M = 2,14$, $SD = 0,71$) bewertet.

Um weitere Probleme im Versorgungsprozess identifizieren zu können, wurde nach den aus Sicht der Befragten größten Herausforderungen bei der Behandlung von Verkehrsunfallopfern mit psychischen Folgestörungen gefragt (Bild 7). Die insgesamt 66 in dem zugehörigen Freitextfeld genannten Herausforderungen wurden zur Komplexitätsreduktion in die Kategorien „Bürokratie und Organisationsaufwand“ (32 %), „Zeit- und Kapazitätsprobleme“ (27 %), „Behandlung/Störungsbild“ (22 %), „Geringes Problembewusstsein in Gesellschaft und Politik“ (13 %) und „Sehe keine Herausforderungen“ (6 %) eingeteilt.

Die über ein weiteres Freitextfeld erfassten deutschlandweiten Verbesserungsmöglichkeiten ($n = 75$) lassen sich teilweise direkt auf die genannten Her-

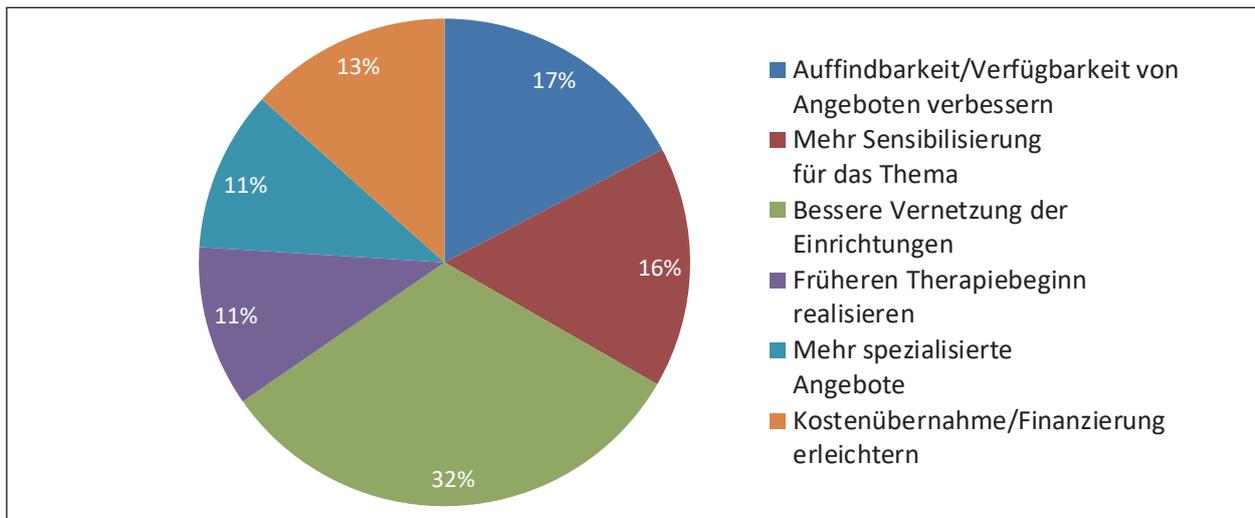


Bild 8: Anteil der jeweiligen Antwortkategorie am Gesamtanteil der Antworten auf die Frage nach den Verbesserungsmöglichkeiten bei der Versorgung psychischer Unfallfolgen ($n = 75$)

ausforderungen beziehen (Bild 8). Auch sie wurden zur besseren Übersicht in übergeordnete Antwortkategorien zusammengefasst. Diese beziehen sich insbesondere auf eine „Bessere Vernetzung der Einrichtungen“ (32 %) und die Verbesserung der Sichtbarkeit und Verfügbarkeit der Angebote (17 %). Weitere genannte Verbesserungsmöglichkeiten bildeten die Kategorien „Mehr Sensibilisierung für das Thema“ (16 %), „Kostenübernahme/Finanzierung erleichtern“ (13 %), „Früheren Therapiebeginn realisieren“ (11 %) und „Mehr spezialisierte Angebote“ (11 %).

4.2.3.2 Zugang zum Versorgungsangebot

Der zweite Themenblock Zugang zum Versorgungsangebot zielte darauf ab, detaillierte Informationen über die Versorgungssituation und den Zugang zu den Versorgungseinrichtungen zu erheben. Dazu wurden die Teilnehmer zunächst gefragt, ob und über welche Kanäle ihre Institution Öffentlichkeitsarbeit betreibt. Mehrfachantworten waren möglich. Die drei am häufigsten genannten Arten der Öffentlichkeitsarbeit waren das Betreiben einer eigenen Website (70,9 %), Veröffentlichung von Pressemitteilungen (28,2 %) und Aktivität in sozialen Netzwerken (20,9 %). 18,2 % der Befragten nutzen sonstige Möglichkeiten und 23,6 % gaben an, keine Öffentlichkeitsarbeit zu betreiben.

Ob und inwiefern sich dieses Vorgehen auf die Auffindbarkeit der einzelnen Institutionen auswirkt, wurde mit der Frage untersucht, wie die Betroffenen am häufigsten auf die befragten Einrichtungen aufmerksam werden. Mehrfachantworten waren mög-

lich. Mit einem Anteil von insgesamt 37 % an allen Antworten ist „andere Einrichtungen der Gesundheitsvorsorge (Ärzte, Therapeuten o. Ä.)“ die am häufigsten genannte Kategorie. Darauf folgen mit 20 % das Internet und mit 15 % Empfehlungen von Freunden. Nur selten genannt wurden das Telefonbuch (2 %), der Sozialdienst (3 %) und die Krankenkassen (6 %).

Auf die Frage, durch welche Einrichtungen gezielt Betroffene zu den Befragten geschickt werden, waren die am häufigsten genannten Kategorien Kliniken (54,5 %), Versicherungen (32,7 %) und die Polizei (22,7 %). Zudem gaben 61,8 % der Befragten an, durch weitere, nicht explizit aufgelistete Institutionen Betroffene geschickt zu bekommen. In dem zugehörigen Freitextfeld waren die meistgenannten Partner bei den Kliniken niedergelassene Ärzte und Therapeuten (41 %), bei den Beratungsstellen der Opferschutzverein WEISSER RING e. V. (100 %) und bei den Praxen die Berufsgenossenschaften (54 %). In Bild 9 ist der Prozentsatz der Institutionen einer Gruppe symbolisiert, die angegeben haben, von dem jeweiligen Partner Betroffene geschickt zu bekommen. Die Ausprägung der Pfeile macht folglich keine Aussage darüber, wie viele Betroffene über einen bestimmten Kanal geschickt werden, sondern symbolisiert, wie üblich eine Zuweisung von Betroffenen zwischen den jeweiligen Institutionen ist.

Die nächste Frage zielte darauf ab, mögliche Zugangsvoraussetzungen zu der jeweiligen Institution abzuklären. Lediglich 10 % der befragten Institutionen gaben an, dass keine Voraussetzungen erfüllt sein müssten, um ihr Angebot in Anspruch nehmen

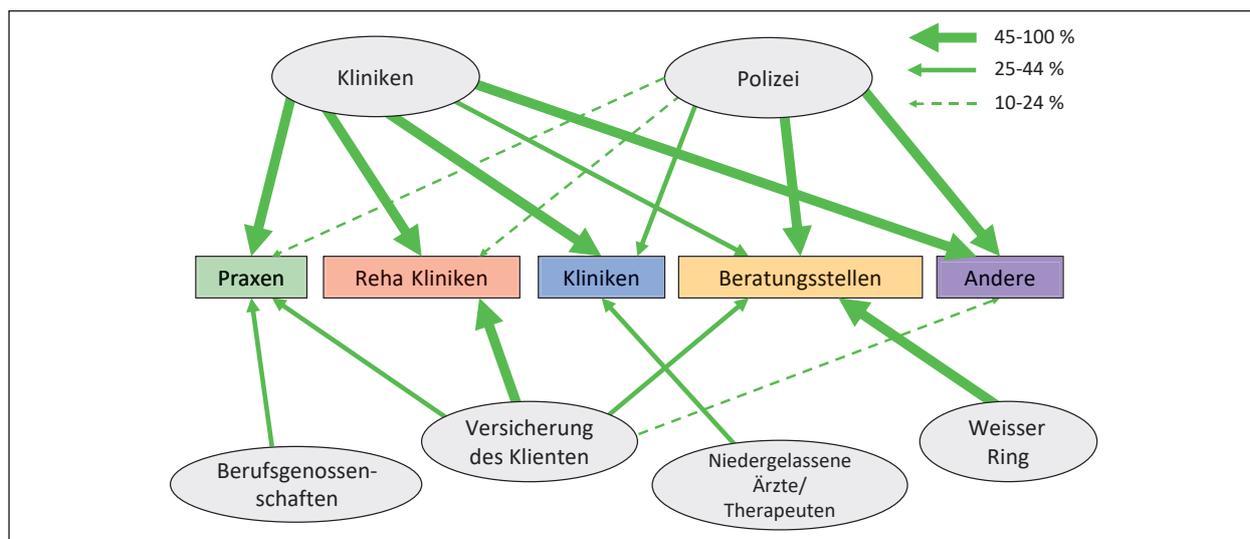


Bild 9: Anteil der jeweiligen Institutionen (Rechtecke), die angegeben haben, von der genannten Einrichtung (Ellipsen) gezielt Verkehrsunfallopfer mit psychischen Folgen geschickt zu bekommen

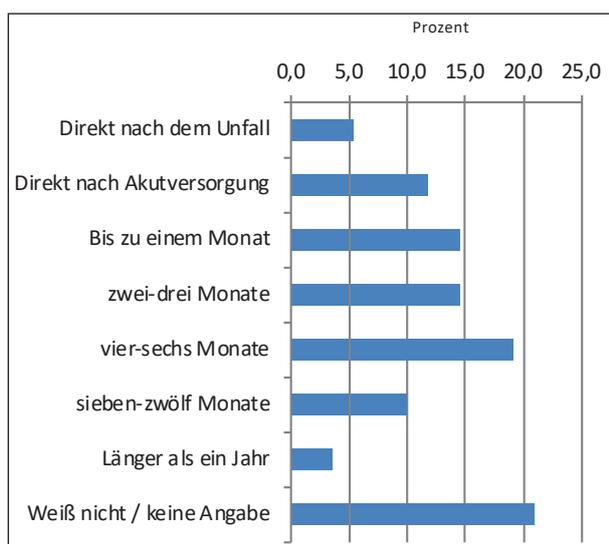


Bild 10: Anteil aller Institutionen in Prozent, die den genannten Zeitraum als durchschnittlichen Zeitraum zwischen Unfallereignis und Aufnahme eines Versorgungsangebotes angegeben haben ($n = 110$)

zu können. Die von den meisten Befragten angegebene Voraussetzung ist eine geklärte Kostenübernahme (63,6 %), gefolgt von hinreichender Therapiemotivation (60 %) und (deutschen) Sprachkenntnissen (52,7 %). Weiterhin gaben 49,1 % an, ihr Angebot sei an ein Mindestalter geknüpft. Insbesondere bei der Voraussetzung „geklärte Kostenübernahme“ gibt es große Unterschiede zwischen den einzelnen Institutionsarten. Während die geklärte Kostenfrage für Reha-Kliniken (100 %) und Praxen (73,3 %) von besonderer Relevanz ist, bezeichneten dies bei den Kliniken (48,3 %) und „anderen“ Institutionen (44,4 %) jeweils rund die Hälfte als zwingend erforderlich. Bei den befragten vier Beratungs-

stellen war eine Klärung der Kosten im Vorhinein nicht notwendig. Die hohe Relevanz der vorab geklärten Kostenübernahme ergibt sich unter anderem daraus, dass rund 86 % der Befragten angaben, ihre Leistungen seien vollständig oder zumindest teilweise als Versicherungsleistung erstattungsfähig. Weitere 7,3 % gaben an, die Kostenerstattung sei von der jeweiligen Versicherung abhängig. Lediglich 2,7 % bieten ausschließlich Selbstzahlerleistungen an, bei 1,8 % sind alle Angebote kostenfrei. Somit ist die Abstimmung mit dem Kostenträger für den überwiegenden Teil der Befragten von großer Bedeutung. Bei allen anderen Zugangsvoraussetzungen ergaben sich keine nennenswerten Gruppenunterschiede.

In einer weiteren Frage wurde der Zeitraum zwischen Unfallgeschehen und Inanspruchnahme des Angebotes thematisiert. Es zeigte sich deutlich, dass die Versorgung psychischer Unfallfolgen in den seltensten Fällen unmittelbar nach dem Unfall beginnt (5,5 %; Bild 10). Die Anzahl der Inanspruchnahmen steigt nach der medizinischen Akutversorgung sprunghaft an (11,8 %) und erreicht ihren Höhepunkt vier bis sechs Monate nach dem Unfallereignis (19,1 %). Eine noch längere Dauer bis zur Nutzung eines Versorgungsangebotes ist nur selten, dennoch gaben 3,6 % der Befragten an, die Betroffenen meldeten sich durchschnittlich erst nach über einem Jahr. Zu berücksichtigen ist, dass 20,9 % der Befragten keine Aussage zur durchschnittlichen Dauer machen konnten. Diese waren mit Ausnahme der Beratungsstellen (0 %) über alle Institutionsarten gleichmäßig verteilt.

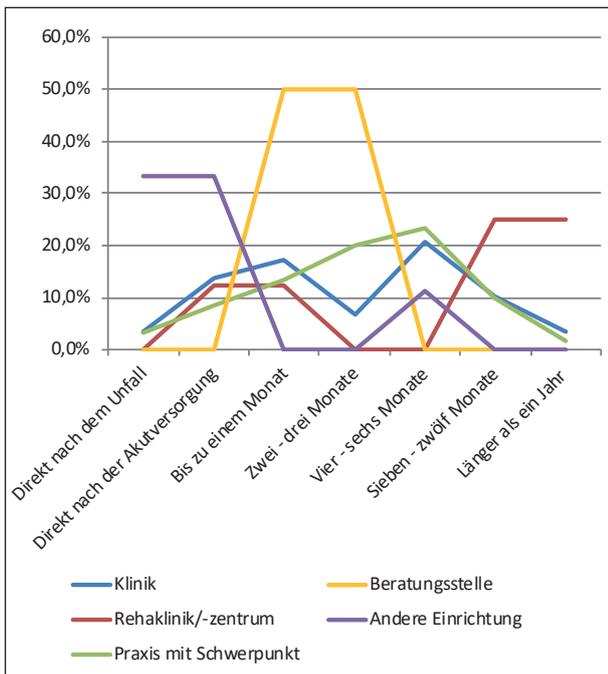


Bild 11: Anteil der jeweiligen Institutionen in Prozent, die den genannten Zeitraum als durchschnittlichen Zeitraum zwischen Unfallereignis und Aufnahme des Versorgungsangebotes angegeben haben

Wie aus Bild 11 ersichtlich, sind in der Akutphase unmittelbar nach dem Unfall insbesondere „andere“ Einrichtungen in die Versorgung der Betroffenen eingebunden. Bis zum Zeitpunkt einen Monat nach dem Unfallereignis steigt dann die Anzahl der Erstkontakte in allen Institutionsarten an. So gibt die Hälfte der Beratungsstellen an, der durchschnittliche Erstkontakt mit einem Unfallopfer erfolge nach einem Monat. Abgesehen von den Praxen werden in dem drauf folgenden Zeitraum verhältnismäßig wenige Erstkontakte berichtet. Erst vier bis sechs Monate nach dem Unfall kommt es in drei von fünf Gruppen wieder vermehrt zu Erstkontakten mit Verkehrsunfallopfern. Danach flachen die Kurven ab. Eine Ausnahme bilden die Reha-Kliniken, von denen rund ein Viertel angeben, dass der durchschnittliche Erstkontakt nach einem Unfallereignis nach sieben Monaten oder später erfolgt.

Weiterhin wurde nach den Gründen für längere Zeitabstände zwischen Unfall und der Versorgung psychischer Unfallfolgen gefragt. Die am häufigsten genannte Antwort war „verzögertes Auftreten psychischer Symptome“ (72 %), gefolgt von der „Priorität der körperlichen Versorgung“ (71 %). Weiterhin sagten 65 %, dass „Irrwege der Patienten“ und immerhin noch 40 % eine „späte Krankheitseinsicht“ Ursachen für einen späteren Beginn der Versorgung seien. Von deutlich weniger Befragten wurden die Wartezeit in der eigenen Einrichtung (18 %)

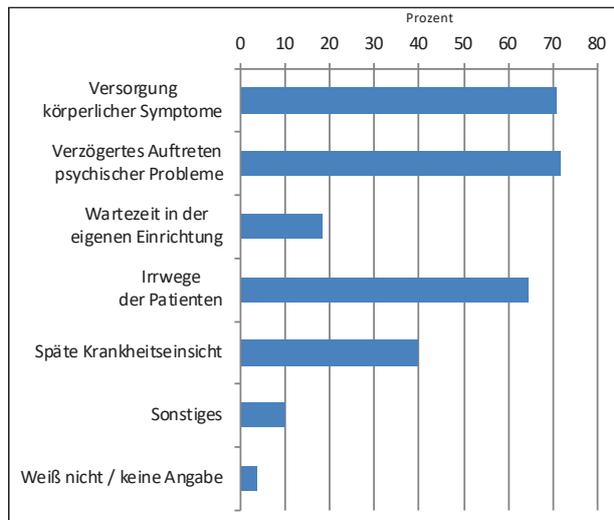


Bild 12: Anteil aller Institutionen in Prozent, die die genannten Gründe als eine Ursache für eine verzögerte Aufnahme eines Behandlungsangebotes angegeben haben (n = 110)

oder sonstige Faktoren (10 %) als relevant eingeschätzt. Zwischen den einzelnen Gruppen von Institutionen gab es bei der Beantwortung dieser Frage keine nennenswerten Unterschiede. Die Ergebnisse finden sich in Bild 12.

4.2.3.3 Versorgungskapazität

Im dritten Themenblock Versorgungskapazität wurden Fragen zu Versorgungskapazitäten und Engpässen in der Versorgung von psychischen Unfallfolgen gestellt. Dazu wurde zunächst die Anzahl der Anfragen von Straßenverkehrsunfallopfern pro Jahr erfragt. Hier zeigte sich, dass ein Großteil der Befragten lediglich ein bis fünf Anfragen pro Jahr erhält (35,5 %) und ein annähernd so großer Anteil keine Aussage zur Anzahl der Anfragen treffen konnte (30 %). Die übrigen Befragten (34,5 %) verteilen sich relativ gleichmäßig auf die übrigen Antwortmöglichkeiten von „keine Anfrage“, bis „mehr als 51 Anfragen“ pro Jahr (Bild 13, links). Systematische Unterschiede zwischen den Institutionsarten waren nicht beobachtbar. Die Anzahl der Anfragen ist auf Gruppenebene miteinander vergleichbar. Einziger Unterschied war, dass Mitarbeiter größerer Institutionen (Kliniken, Reha-Kliniken und „andere“ Einrichtungen) die Anzahl von Anfragen tendenziell etwas schlechter einschätzen konnten und häufiger mit „weiß nicht“ geantwortet haben.

Bei der im Anschluss erhobenen Zahl der tatsächlich versorgten Straßenverkehrsunfallopfer pro Jahr ergibt sich ein nahezu identisches Bild wie bei den erhaltenen Anfragen. Auch hier berichten 35,5 %

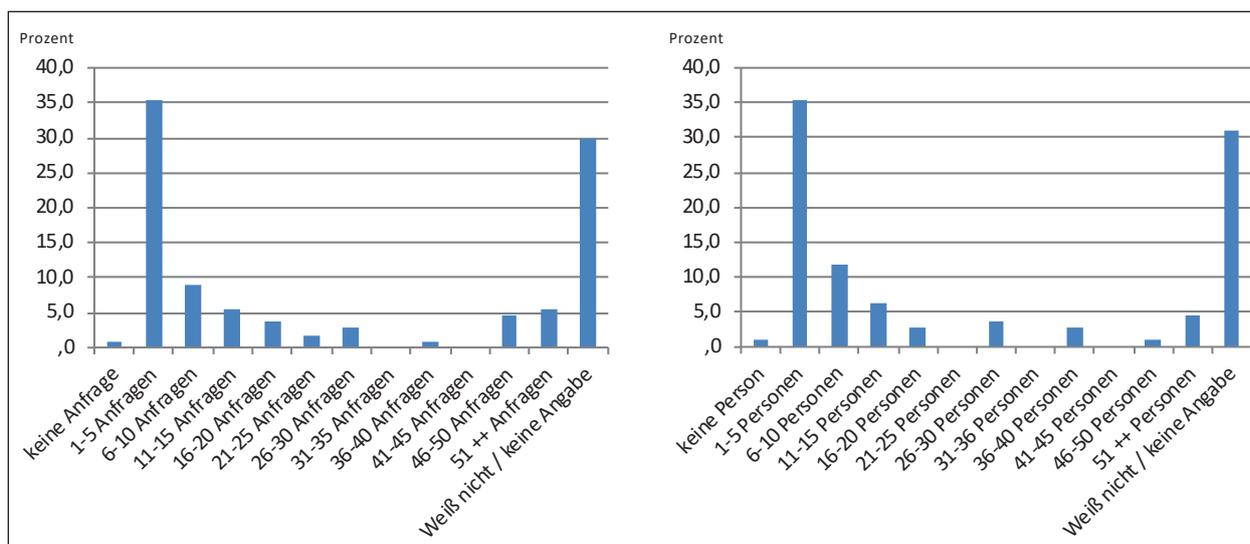


Bild 13: Links: Anzahl aller Institutionen in Prozent, die angegeben haben, die jeweilige Anzahl von Straßenverkehrsunfallopfern mit psychischen Problemen pro Jahr zu erhalten ($n = 110$). Rechts: Anzahl aller Institutionen in Prozent, die angegeben haben, die jeweilige Anzahl von Straßenverkehrsunfallopfern mit psychischen Problemen pro Jahr zu behandeln ($n = 110$)

der Institutionen durchschnittlich ein bis fünf Betroffene pro Jahr zu betreuen. 30,9 % können keine Angabe zur Anzahl tatsächlich versorgter Unfallopfer machen und der Rest der Befragten verteilt sich auf die Kategorien „keine Person“, bis „mehr als 51 Personen“ pro Jahr (Bild 13, rechts). Auch bei dieser Frage antworteten Angehörige von Reha-Kliniken und Kliniken tendenziell häufiger mit „weiß nicht“ als in den anderen Gruppen.

Insgesamt geht annähernd die Hälfte der Befragten davon aus, dass die Anzahl der Anfragen in den letzten Jahren gleich geblieben ist (48,2 %). Rund ein Viertel (25,5 %) hingegen ist der Meinung, die Anzahl hätte zugenommen, während lediglich ein sehr geringer Teil (1,8 %) angegeben hat, die Anfragen von Verkehrsunfallopfern hätten abgenommen. Insgesamt konnte wieder rund ein Viertel der Befragten die Frage nicht beantworten.

Aufgrund der hohen Anzahl der „weiß nicht“-Antworten lässt sich anhand dieser zwei Fragen noch keine eindeutige Aussage bezüglich in Deutschland bestehender Kapazitäten im Hinblick auf die Versorgung von psychischen Unfallfolgen treffen. Zusätzliche Erkenntnisse ergeben sich aus der Frage zu den Wartezeiten in den Institutionen. So gaben 79,1 % der Befragten an, schon einmal Hilfesuchende auf eine Warteliste gesetzt zu haben. Dies wird vom überwiegenden Teil der Befragten auf mangelnde Kapazitäten (58,2 %) zurückgeführt. Mangelnde Kapazitäten waren, mit Ausnahme der Beratungsstellen (0 %), in allen Gruppen von Institutionen der Hauptgrund für die Aufnahme von Be-

troffenen auf eine Warteliste. Andere Gründe, wie eine fehlende Kostenübernahme (26,4 %) und mangelnde Zuständigkeit (8,2 %), wurden hingegen von einem weit geringeren Teil der Befragten als Grund für eine erzwungene Wartezeit angeführt.

4.3 Ergebnisse der Interviews

Um ein noch tiefergehendes Verständnis für den Versorgungsprozess zu erlangen, wurden 17 Interviews (einschließlich zwei Pretest-Interviews) mit Vertretern relevanter Institutionen geführt (Bild 14).

Die nachfolgende Ergebnisdarstellung orientiert sich an der Struktur des Interviewleitfadens.

4.3.1 Wahrnehmung des Versorgungsangebotes insgesamt

Die Interviewteilnehmer wurden gefragt, wie sie das Versorgungsangebot für Straßenverkehrsunfallopfer mit psychischen Beschwerden in Deutschland bzw. in der eigenen Region wahrnehmen.

Insgesamt wurde das Versorgungsangebot bei psychischen Unfallfolgen als nicht zufriedenstellend eingeschätzt. Dabei konnten die Experten mehrheitlich nur die Situation in der eigenen Region beurteilen; eine Bewertung der bundesweiten Versorgung schien ihnen hingegen nur schwer möglich. Weiterhin wurden regionale Unterschiede hervorgehoben. Einige Regionen, wie z. B. Köln, Düsseldorf oder Hannover scheinen sich bereits durch gute

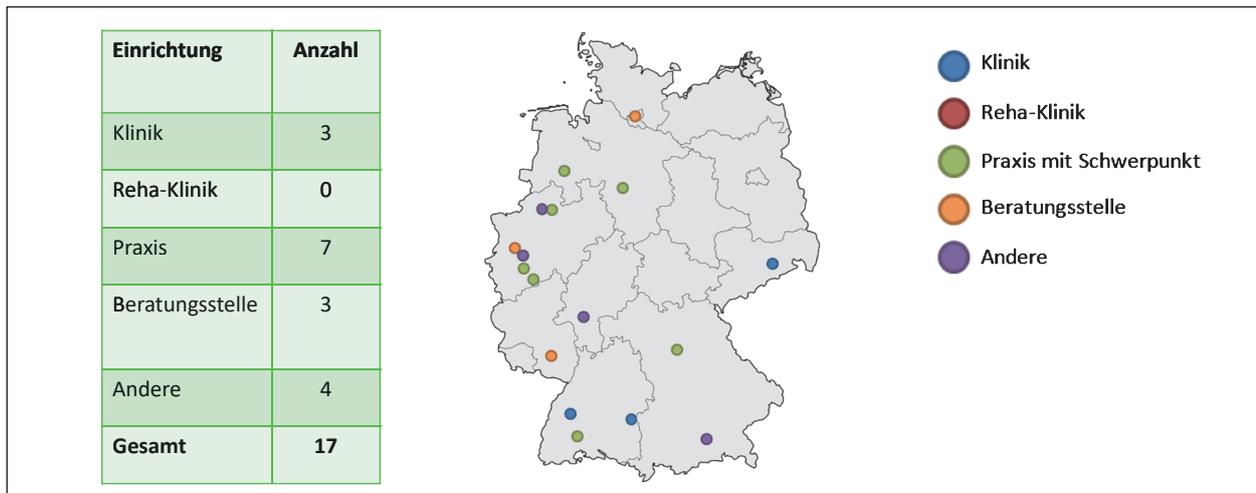


Bild 14: Verteilung der Interviewpartner nach Ort und Institution

Konzepte und Kooperationen im Bereich der Versorgung von Straßenverkehrsunfallopfern mit psychischen Beschwerden auszuzeichnen.

In der Zusammenschau der Interviewbeiträge können drei Faktoren identifiziert werden, die die Versorgungssituation maßgeblich mit beeinflussen:

- der Kostenträger,
- das Angebot an (spezialisierten) Therapeuten und
- die Auffindbarkeit der Therapeuten.

4.3.1.1 Kostenträger

Die Befragten stimmten darin überein, dass die Versorgung psychischer Unfallfolgen im Einzelfall wesentlich von dem verantwortlichen Kostenträger abhängt.

Die Experten unterschieden im Wesentlichen zwischen drei Kostenträgern:

- gesetzliche Unfallversicherung,
- (Kfz-) Haftpflichtversicherung und
- Krankenkassen / andere Unfallversicherungen.

Weitere Kostenträger, wie z. B. die Rentenversicherung, wurden in den Interviews nur am Rande erwähnt.

Gesetzliche Unfallversicherung (GUV)

Gemäß dem Siebten Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Unfallversicherung – (SGB VII) ist es Aufgabe der Unfallversicherung, Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten sowie arbeitsbedingte Gesundheitsgefahren zu verhüten, nach Eintritt von Arbeitsunfäl-

len oder Berufskrankheiten die Gesundheit und die Leistungsfähigkeit der Versicherten mit allen geeigneten Mitteln wiederherzustellen und sie oder ihre Hinterbliebenen durch Geldleistungen zu entschädigen. In Bezug auf Straßenverkehrsunfälle sind die sog. Wegeunfälle (Unfälle, die sich bei der Arbeit oder auf dem Weg zum oder vom Ort der versicherten Tätigkeit ereignen) von zentraler Bedeutung.

Die Experten waren mehrheitlich der Auffassung, dass die Versorgungssituation psychischer Unfallfolgen bei GUV-Fällen vorbildhaft sei.

Die Berufsgenossenschaften und Unfallkassen haben 2003 ein Konzept u. a. zur Abwicklung von Straßenverkehrsunfällen entwickelt, das einem ganzheitlichen Versorgungsansatz – also dem Einbezug somatischer, psychischer und sozialer Aspekte – folgt und die Betroffenen aktiv durch den Versorgungsprozess begleitet (vgl. hierzu auch DGUV, 2008). Zentraler Bestandteil dieses Ansatzes ist eine frühzeitige professionelle Intervention, um möglichen psychischen Folgestörungen präventiv entgegenzuwirken. Dabei wird die Initiative für psychotherapeutische Interventionen nicht allein dem Betroffenen überlassen, sondern auch Personen aus dem Umfeld des Betroffenen (z. B. Ärzte, Familie des Versicherten, Kollegen) können solche Maßnahmen anregen. Die psychotherapeutische Behandlung wird in der Regel durch den Unfallversicherungsträger veranlasst, dem auch die Steuerung des gesamten Heilverfahrens obliegt. Die kurzfristige Hilfe durch besonders geschulte ärztliche und approbierte psychologische Psychotherapeuten ist hierbei zentral. Die Auswahl eines geeigneten Behandlenden wird durch ein etabliertes Therapeuten- und Ärztenetzwerk gestützt. Bei Bedarf

werden dem Betroffenen vom Unfallversicherungsträger qualifizierte Psychotherapeuten in Wohnortnähe benannt, die dem Verunfallten kurzfristig einen Termin anbieten müssen. Die Behandlungskosten werden vom Unfallversicherungsträger übernommen.

Um einen zügigen und erfolgreichen Therapieverlauf gewährleisten zu können, wurde von der gesetzlichen Unfallversicherung ein engmaschiges Qualitätsmanagement zur Prüfung des Therapieerfolgs etabliert.

Der Erfolg des Gesamtkonzepts zeichnet sich dadurch aus, dass die Verunglückten möglichst schnell wieder in den Arbeitsprozess integriert werden.

Das Konzept der gesetzlichen Unfallversicherung, scheint, jedoch auch – zumindest für die niedergelassenen Therapeuten – gewisse Herausforderungen mit sich zu bringen:

- hoher administrativer Aufwand aufgrund aufwendiger Behandlungsdokumentation und
- Verpflichtung, kurzfristig Ersttermine anbieten zu können.

(Kfz-) Haftpflichtversicherung

Entsprechend der Erfahrung der befragten Experten scheinen die Haftpflichtversicherungen – vergleichbar der GUV – das Ziel zu haben, den Betroffenen einen möglichst schnellen Beginn einer psychotherapeutischen Behandlung zu ermöglichen. Das Vorhandensein eines Reha-Dienstes wird hierbei als förderlich angesehen. Optimierungsbedarf wird in Bezug auf die Abwicklung von Gutachterverfahren beschrieben, da es hierdurch oftmals zu Verzögerungen im Versorgungsprozess käme.

Krankenkassen

Ist die Krankenkasse der verantwortliche Kostenträger, so sehen die Experten den Beginn und den erfolgreichen Verlauf einer Behandlung von verschiedenen Faktoren abhängig:

- dem Erkennen einer Traumatisierung/ Belastungsreaktion,
- der Unterstützung durch die Krankenkasse,
- dem Auffinden eines geeigneten Therapeuten und
- der Wartezeit auf einen Therapieplatz.

Insbesondere im Vergleich zur GUV hinge die Aufnahme einer adäquaten Behandlung bei Krankenkassenfällen deutlich stärker von der Eigeninitiative der Betroffenen ab. Dies wurde gerade in der Akutsituation, die durch Konzentrationsprobleme, Ängste oder sozialen Rückzug gekennzeichnet sein kann, als problematisch angesehen.

„Posttrauma bedeutet immer etwas wie Rückzug, starke Gefühle, deutliches Vermeidungsverhalten und auch eine konzentrierte Einschränkung, so dass man Angebote, die über das Internet oder über Praxen, die sich vorstellen, ist man gar nicht in der Lage, das zu vergleichen oder das auf den eigenen Fall zu beziehen.“ (Interview 8)

Bereits das Erkennen und Sich-Selbst-Eingestehen „etwas stimmt nicht mit mir“ stelle eine Herausforderung dar. Dabei sahen die Experten ein gut funktionierendes soziales Umfeld als hilfreich an, diesen Prozess zu unterstützen. Oftmals seien es die Angehörigen eines Unfallopfers, die erkennen, dass der Betroffene nicht mehr alleine mit der Situation zurechtkommt und regten die Inanspruchnahme professioneller Unterstützung an.

Hierbei könnten die Krankenkassen durch die Etablierung von Versorgungskonzepten für Straßenverkehrsunfallopfer, beispielsweise in Anlehnung an die GUV, eine unterstützende Funktion einnehmen. Insbesondere die Vermittlung von Informationen und das Vorhalten von Listen mit kassenzugelassenen Therapeuten wurden hierbei als zielführend geschildert.

Optimierungsbedarf wurde auch hinsichtlich des bestehenden Antragsverfahrens und der Erstattungsfähigkeit bestimmter Leistungen (z. B. Fahrtkosten) gesehen.

Die Experten hatten in der Regel nicht zwischen gesetzlicher und privater Krankenversicherung differenziert. Lediglich in Bezug auf die Kostenübernahme wurde auf Unterschiede hingewiesen: Insgesamt wurde das Vorgehen bei den privaten Krankenversicherungen als weniger kompliziert beschrieben. Allerdings sei die Kostenerstattung psychotherapeutischer Interventionen stets von den vertraglich vereinbarten Leistungen abhängig.

4.3.1.2 Angebot an (spezialisierten) Therapeuten

Bei der Suche nach geeigneten Therapieangeboten wurde den Hausärzten eine Schlüsselposition zu-

geschrieben. Eine erfolgreiche Vermittlung sei in großem Maße von der Kompetenz und Sensibilität des Arztes im Hinblick auf psychische Belastungen abhängig. Wünschenswert sei eine aktive Nachfrage zur psychischen Verfassung sowie entsprechende Aufklärungsarbeit.

Auch die (u. U. nicht zielführende) Verschreibung von Medikamenten, wie z. B. von Beruhigungsmitteln, wurde seitens der Experten thematisiert.

Auf regionale Unterschiede, insbesondere hinsichtlich der Vernetzung zwischen Hausärzten und Psychotherapeuten wurde hingewiesen. Demnach gäbe es Gegenden, in denen die Hausärzte eng mit den Therapeuten zusammenarbeiten würden. Insgesamt wird hier allerdings noch Optimierungsbedarf gesehen.

„Die Netzwerke sind dann doch recht löcherig. Und dann kennen die zwar Psychotherapeuten, aber ob der da jetzt spezialisiert ist, das ist dann schon eine Frage, die meistens mit Nein beantwortet werden kann.“ (Interview 4)

Als ein weiteres Problem schilderten die Befragten die Wartezeiten, mit denen die Betroffenen rechnen müssten, wenn sie sich um einen Therapieplatz bei einem niedergelassenen Psychotherapeuten bemühten. Es wurden Wartezeiten von sechs bis zwölf Monaten bis zur Erstkonsultation berichtet. Bis zum eigentlichen Behandlungsstart könnten dann nochmals mehrere Monate vergehen.

Es wurde auch darauf hingewiesen, dass es für Betroffene ohne psychotherapeutische Vorkenntnisse schwierig sei zu entscheiden, welche Therapierichtung (Verhaltenstherapie, Psychoanalyse, tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie) für sie die geeignete ist bzw. ob die Behandlung bei einem auf Traumatherapie spezialisierten Therapeuten indiziert ist. Auch die Hausärzte hätten zum Teil nicht die erforderliche Kenntnis.

„Aufgrund der Unwissenheit der Hausärzte bleibt oftmals unerwähnt, dass es spezielle Traumatherapeuten gibt.“ (Interview 3)

„Da die Hausärzte selber auch nicht wissen, was es für Spezialisierungen gibt, welche Ausbildungen dahinter stehen. [...] Dann schicken die zu jemandem, da macht der tiefenpsychologische was weiß ich, legt die fast auf die Couch. Da sind die in der Regel verkehrt.“ (Interview 4)

Therapieabbrüche aufgrund nicht gegebener Passung zwischen Patient und Therapeut oder eines nicht passenden Therapieansatzes könnten zu weiteren Verzögerungen führen. Gerade für Traumapatienten wurden diese Wartezeiten als nicht zumutbar angesehen.

„Das ist anders, als wenn sie eine neurotische Entwicklung haben, die Sie seit ihrem 15. Lebensjahr haben, dann können sie auch noch ein Jahr warten. Es ist davon auszugehen, dass sie nach einem Jahr immer noch dieselbe Symptomatik haben, die seit 40 Jahren ohnehin schon besteht. Bei Traumatisierten ist das was ganz anderes und es ist auch nicht ungefährlich diese Strategie bzw. diese mangelnden Plätze. Wenn Traumatisierte bis sie eine Einzeltherapie nicht wenigstens in einer Gruppe aufgenommen werden, dann sind sie völlig erschöpft und können nicht mehr.“ (Interview 2)

Als weiterer Faktor, der die Versorgungssituation bei psychischen Unfallfolgen maßgeblich beeinflusst, wurde von den Experten ein Mangel an Therapeuten, die auf Traumatherapie spezialisiert sind, angeführt. Verschärft würde diese Situation weiterhin dadurch, dass die Traumatherapeuten oftmals keine Kassenzulassung hätten. Dabei beschränkten die Interviewten ihre Einschätzung mehrheitlich auf die eigene Region.

„Also in der Regelversorgung können sie keine psychotraumatologische Behandlung erfahren. In ganz Deutschland gibt es ganz wenig Trauma Units, die das wirklich können. Ich komme selber aus Regelversorgungskliniken und ich habe in Berlin in einem großen Krankenhaus gearbeitet, da haben wir lange Zeit niemanden gehabt, der das gekonnt hätte.“ (Interview 16)

Die Experten betonten jedoch auch, dass nicht in jedem Fall die Behandlung durch einen auf Traumatherapie spezialisierten Therapeuten erforderlich sei. Die Wahl des „richtigen“ Therapeuten hänge vom Ausmaß und der Art der psychischen Beschwerden ab. Beispielsweise seien akute Belastungsreaktionen in der Regel auch ohne spezialisierte Kenntnisse in Traumatherapie gut behandelbar, wohingegen für die Therapie posttraumatischer Belastungsstörungen eine fachliche Weiterqualifikation als wichtig erachtet wurde.

„Bei posttraumatischen Belastungsstörungen ist eine kompetente Behandlung selten gegeben, da viele keine Ahnung davon haben.“ (Interview 3)

„Und ich würde denken, das Angebot ist noch nicht ausreichend. Ich glaube, ich bin selber Neurologe und weiß, dass ich in meiner damaligen Zeit auch manche Patienten, die wahrscheinlich eine posttraumatische Belastungsstörung eben auch gehabt haben, nicht sofort erkannt habe. Weil ich es einfach nicht in meiner fachlichen Ausbildung hatte.“ (Interview 5)

Auch bei der Behandlung komorbider körperlicher und seelischer Beeinträchtigungen, die ja gerade bei Straßenverkehrsunfallopfern häufig sind, wurden vertiefte Kenntnisse in diesem Bereich als wichtig angesehen.

„Und dann kommt aber noch dazu, wenn es eben Menschen sind, die an körperlichen, also an schwerwiegenden körperlichen Erkrankungen leiden, plus eine psychische Belastung haben. Also die Zahl der Therapeuten, die sich damit auskennt, also gerade jetzt entweder ärztliche Psychotherapeuten, die eben von ihrer Ausbildung den Körper auch, also verstehen, wie das funktioniert. Oder sicher auch eine Gruppe von psychologischen Psychotherapeuten, die sich da rein arbeiten kann, die in den entsprechenden somatischen Settings mal gearbeitet hat. Also diese Kollegen können Patienten mit körperlichen Erkrankungen und zusätzlichen seelischen Beeinträchtigungen natürlich gut behandeln. Aber viele Psychotherapeuten haben mit körperlichen Erkrankungen oft wenig Kontakt gehabt in ihrer Ausbildung und sind eher... Also Patienten mit körperlichen Erkrankungen und seelischer Belastung haben es dann eher schwerer, einen Therapieplatz zu finden, als zum Beispiel Patienten mit einer Depression.“ (Interview 5)

Auf die Frage, wie sich die allgemeine Versorgungssituation psychischer Unfallfolgen gestaltet, wurden von den Befragten unterschiedliche Aspekte angesprochen. So wurde u. a. auf lange Wartezeiten verwiesen, die ein Indiz dafür seien, dass der Bedarf an Psychotherapie derzeit größer sei als das zur Verfügung stehende Angebot.

„Es gibt aktuell einen höheren Bedarf als ein Angebot an Therapeuten. Es gibt Wartezeiten. Auch ambulante Psychotherapieplätze, die liegen im Bereich von einigen Monaten. Das heißt, es gibt grundsätzlich schon einen gewissen Mangel [...]“ (Interview 5)

„Die Bedarfsplanung ist da ja seit Ewigkeiten bemängelt worden, richtig bemängelt worden. Aber das stört ja keinen, es geht einfach nur um die Kapazitäten und das Geld, was dort dann ausgegeben werden müsste. Und da haben psychische Störungen, auch solche nach Unfällen, dann einfach noch irgendwie nicht den gleichen Status wie Innere, Hausarzt, was weiß ich. [...] Wartezeiten sind das Gift, also für die Angst“ (Interview 4)

„Das ist völlig unzumutbar für Leute, die gerade so ein schwerwiegendes Ereignis hatten.“ (Interview 9)

Hinsichtlich der Verteilung der Therapeutesitze wurde auf große Unterschiede im Stadt-Land-Vergleich hingewiesen. In ländlichen Gebieten sei die Versorgung in der Regel schlechter, da die Therapeutendichte hier geringer sei und die Betroffenen damit häufig längere Wegstrecken bis zu einem geeigneten Behandelnden zurücklegen müssten. Hierbei muss laut Experten berücksichtigt werden, dass Straßenverkehrsunfallopfern oftmals unter Fahrphobien leiden, der öffentliche Nahverkehr in ländlichen Gegenden meist weniger gut ausgebaut ist und Fahrtkosten (abhängig vom Kostenträger) häufig nicht erstattet werden. Entsprechend sei der Zugang zu Hilfsangeboten für Betroffene aus ländlichen Gebieten zusätzlich erschwert.

Andererseits wurde auch auf Vorteile verwiesen, die sich durch die Struktur in ländlichen Gebieten ergeben. Durch die geringere Dichte an Ärzten und Therapeuten, seien diese oftmals besser untereinander vernetzt.

„Auf dem Land kennen sich die Ärzte und Therapeuten untereinander, da funktioniert die Zusammenarbeit gut und die Ärzte auf dem Land interessieren sich nicht nur für das körperliche Wohl, sondern ums gesamte Wohlergehen. [...] Weil auf dem Land hier sind zwar wenige, aber dadurch, dass wir so wenige sind, haben wir bessere Kontakte untereinander. Weil wenn man hier nur fünf Psychologen im Radius von 40 Kilometern hat, dann ist das natürlich was anderes, als wenn man in demselben Radius 30 hat und da quasi jeder Sorge hat, dass der andere die Butter vom Brot klaut.“ (Interview 10)

Ein weiterer Punkt, der von den Experten angesprochen wurde, ist der Bedarf an zeitnaher Versorgung. In der neuen Psychotherapie-Richtlinie wird diesem Aspekt Rechnung getragen, indem Psycho-

therapeuten dazu verpflichtet sind, regelmäßige Sprechstunden anzubieten. Dies eröffnet den Betroffenen die Chance, zeitnah eine (Erst-) Diagnose und erste Beratung zu erhalten. Seitens der Interviewpartner bestanden jedoch Zweifel, ob durch diese Reform eine Behandlung tatsächlich schneller realisiert werden kann.

„Es gibt aktuell Änderungen in den Richtlinien, diese Änderungen sollen dafür sorgen, dass das anders ist. Eine Möglichkeit ist ein Therapeut, der eine Kassenzulassung hat, der kann auch eine Akutbehandlung machen, die kurzfristig greift und nicht antragspflichtig ist. Inwieweit das in der Realität auch so durchgeführt wird, weiß im Moment noch niemand, gibt es noch keine Zahlen. Was ich einfach von niedergelassenen Kollegen höre, dass es nicht so attraktiv ist, weil diese Stunden schlechter vergütet werden. Es ist zwar nicht viel, aber da überlegt sich wahrscheinlich der eine oder andere, ob er es wirklich dafür nutzt. Laut kassenärztlicher Vereinigung gibt es genügend Kapazitäten, es ist nur falsch verteilt und unter dieser Perspektive versuchen die jetzt, eine andere Verteilungsmöglichkeit zu schaffen. Das ist sehr umstritten.“ (Interview 7)

„Es gibt jetzt eine ganz aktuelle Reform im Psychotherapeuten-Versorgungssystem, dass niedergelassene Psychotherapeuten mehr einzelne Beratungen anbieten müssen, also auch Kurzkontakte. Das könnte sein, dass das die Situation etwas bessert. Aber deswegen gibt es eben nicht mehr, sondern eher dann etwas weniger Therapieplätze.“ (Interview 5)

In diesem Zusammenhang wurden auch die von den Kassenärztlichen Vereinigungen neu eingerichteten Terminservicestellen angesprochen. Durch diese Stellen sollen Betroffene bei der Suche nach Therapeuten unterstützt und eine zeitnahe Versorgung ermöglicht werden. Zum Zeitpunkt der Befragung schien den Experten jedoch noch keine Einschätzung des Mehrwerts dieser Einrichtungen möglich.

„Jetzt gibt es die Terminservicestellen. Das wäre so was, was man da nehmen könnte. Und das wäre vielleicht ein gangbarer Weg, über die Terminservicestellen dort, die zentral zu nutzen, um da einen Termin bei irgendeinem Therapeuten zu bekommen. Dass die spezialisiert sind, da ist man ja lange noch nicht. Also darüber liegt den Terminservicestellen glaube ich keine Informati-

on vor. [...] Aber ich weiß nicht, wie leistungsfähig die da wirklich sind, was da jetzt wirklich raus kommt. Dafür läuft das ja auch noch viel zu kurz.“ (Interview 4)

Neben den niedergelassenen (ggf. auf Traumatherapie spezialisierten) Therapeuten fanden auch Trauma-Ambulanzen Erwähnung. Dabei äußerten sich die Experten jedoch eher kritisch dazu:

„Es gibt ja auch nur in einzelnen Städten zum Beispiel diese Trauma-Ambulanzen.“ (Interview 6)

„Die Unfallopfer können sich zwar an die Ambulanzen wenden, aber es gibt nicht die typische Therapie für die Folgeerkrankungen an Ambulanzen, weil es dafür keine Kostenstelle gibt. Bei Gewaltopfern ist das etwas einfacher, aber bei Unfallopfern ist es tatsächlich schwierig. In der psychiatrischen Ambulanz [...] keine Behandlung für eine PTBS. Bei uns in den Ambulanzen nicht, weil das nicht finanziert wird.“ (Interview 15)

Selbsthilfegruppen wurden bei der Versorgung psychischer Unfallfolgen ebenfalls als wichtig erachtet. Aber auch hier schätzten die Experten den Bedarf größer als das Angebot ein.

4.3.1.3 Auffindbarkeit der Therapeuten

Die Experten wurden gefragt, wie leicht es für Straßenverkehrsunfallopfer ist, einen geeigneten Therapeuten zu finden. Hierbei wurde zunächst die „Besonderheit“ von Straßenverkehrsunfallopfern herausgestellt. Einen Verkehrsunfall könne jeder – als unmittelbar Beteiligter, als Zeuge oder Angehöriger – erleben. Dabei gingen die Befragten davon aus, dass die meisten Betroffenen, die infolge eines Unfalls unter psychischen Beschwerden leiden, keine Vorerfahrungen mit Psychotherapie haben. Entsprechend hoch wurden Hemmungen und das Unwissen über Behandlungsmöglichkeiten eingeschätzt. Eine zielgerichtete Therapeutesuche würde hierdurch erschwert werden.

Als ein grundlegendes Problem sahen die Experten das Fehlen einer zentralen Anlaufstelle für Betroffene an. Hieraus leitete sich der Wunsch ab, ein zentrales Verzeichnis relevanter Versorgungsinstitutionen zu schaffen, das für die Betroffenen leicht auffindbar ist, bestimmten (noch zu definierenden) Qualitätsstandards genügt und Informationen zu Therapieangeboten vermittelt. In diesem Zusammenhang wurde die Erstellung einer Übersicht als hilfreich erachtet, die eine Zuordnung zwischen

häufig auftretenden psychischen Beschwerden und Erfolg versprechender Behandlungsrichtung empfiehlt. In Bezug auf die Kommunikation dieser Informationen wurde die Idee geäußert, ein Informationsblatt zu erstellen, das an die Verunfallten direkt nach dem Unfall ausgeteilt wird.

Im weiteren Verlauf der Gespräche wurden verschiedene Möglichkeiten der Therapeutesuche thematisiert.

Recherche in öffentlichen Verzeichnissen

Das Internet wurde von den meisten Experten als das wichtigste Medium für die Recherche von Therapeuten angesehen.

Mehrheitlich waren den Befragten Therapeuten- und Kliniklisten bekannt, die von verschiedenen Organisationen im Internet veröffentlicht werden. Beispielhaft für solche Übersichten wurden die Seiten der Psychotherapeutenkammern, der Therapieausbildungsinstitute oder der Deutschsprachigen Gesellschaft für Psychotraumatologie (DeGPT) genannt. Hierzu wurde jedoch angemerkt, dass diese Listen in der Regel nicht vollständig seien, da sie z. B. einen regionalen Bezug aufwiesen, die gelisteten Behandelnden Mitglied bei der herausgebenden Stelle sein oder auch Geld zahlen müssten, um gelistet zu werden. Zudem fehle es an Qualitätsstandards und Spezialisierungen der gelisteten Institutionen bzw. Therapeuten (z. B. Traumatherapie) seien meist nicht ersichtlich. Die Auffindbarkeit dieser Listen wurde von den Interviewten – besonders für Laien – als eher schwierig eingestuft, da die Kenntnis über diese Institutionen bzw. deren Websites und Serviceangebote nicht als Allgemeinwissen vorausgesetzt werden könne.

Vielmehr müsse davon ausgegangen werden, dass die Mehrzahl der Betroffenen eine „Google-Suche“ durchführe und – je nach verwendetem Suchwort – eine Vielzahl passender und (wohl eher) unpassender Treffer erziele. Die Bewertung der Suchergebnisse stelle damit eine zusätzliche Herausforderung für die Unfallopfer dar. Ohne Vorwissen und ohne fachliche Unterstützung komme es zu „Irrwegen“ bei der Therapeutesuche und das Finden des für die individuelle Situation richtigen Therapeuten sei oftmals Glückssache.

„Ich denke, also selbst meine Eltern können nicht so richtig differenzieren, was es im Bereich von Psychiatrie, Psychologie, Psychosomatische Medizin, Psychotherapie, Psychoanalyse

für verschiedene Angebote gibt. Und also die Patienten können das oft erst recht nicht.“ (Interview 5)

„Ich weiß auch von vielen Patienten, [...], dass die schon länger suchen und es manchmal eher dem Zufall geschuldet ist, ob sie wissen, wo sie hin müssen.“ (Interview 6)

Laut der Experten würde neben dem Internet auch nach wie vor das Telefonbuch für die Therapeutesuche genutzt.

Vermittlung durch Kostenträger

Nach Angaben der Interviewpartner kontaktieren Verunfallte z. T. auch den jeweiligen Kostenträger, um sich über Therapieangebote und geeignete Therapeuten zu informieren.

Der Erfolg scheint hierbei wieder wesentlich vom jeweils zuständigen Kostenträger abhängig zu sein. Seitens der gesetzlichen Unfallversicherung (Berufsgenossenschaften, Unfallkassen) werden Listen vorgehalten, die durch Weiterbildung qualifizierte Therapeuten im Bereich reaktiver Störungen ausweisen.

Bei anderen Kostenträgern ist laut Experten eine erfolgreiche Vermittlung maßgeblich von den internen Vorgaben und dem verantwortlichen Sachbearbeiter abhängig. Während einige Kostenträger Therapeutenlisten vorhalten, erteilen andere lediglich den Rat, in öffentlichen Verzeichnissen zu suchen.

Adressen von Therapeuten können nach Angaben der Befragten auch über die Kassenärztlichen Vereinigungen recherchiert werden. Diese bieten mit den sog. Servicestellen (z. B. Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg: MedCall) Unterstützung bei der Suche nach Therapeuten (und Ärzten) an. Inwieweit die Suche durch Angaben zur gewünschten Fachrichtung (Verhaltenstherapeut, Tiefenpsychologe etc.) o. Ä. präzisiert werden kann, scheint zwischen den verschiedenen Kassenärztlichen Vereinigungen zu differieren. Eine Suche in Abhängigkeit der bestehenden Symptome scheint jedoch nicht möglich zu sein.

Der Bekanntheitsgrad dieser Portale bei den Unfallopfern wird insgesamt als eher gering eingestuft.

„Aber da würde ich mal annehmen, habe ich bisher von keinem einzigen Patienten gehört, dass der auf diese Seite gestoßen wäre.“ (Interview 3)

Vermittlung durch die Polizei

Hier beschrieben die Experten gute Konzepte der Polizei, die bislang jedoch regional begrenzt seien (z. B. Köln, Düsseldorf, Münster). In diesen Regionen wiesen die Opferschutzbeauftragten nach Verkehrsunfällen aktiv auf die Möglichkeit des Auftretens psychischer Folgeschäden hin und könnten zum Teil konkrete Unterstützungsangebote, wie z. B. Trauma-Ambulanzen, benennen.

Ein flächendeckender Ausbau dieser Angebote der Polizei wurde als zielführend erachtet.

Vermittlung durch Ärzte

Die Vermittlung von Kontaktadressen durch Ärzte wurde als sehr unterschiedlich eingeschätzt. Gut vernetzte Ärzte könnten Kollegen empfehlen, andere verwiesen pauschal auf die Internetrecherche.

Vermittlung durch weitere Personen

Als eine weitere Möglichkeit, bei der Therapeutesuche Unterstützung zu erhalten, benannten die Interviewten informelle Empfehlungen seitens der Familie oder aus dem Freundes- und Bekanntenkreis.

4.3.2 Stellenwert psychischer Unfallfolgen

In den Interviews wurde thematisiert, welchen Stellenwert psychische Unfallfolgen in der Gesellschaft, im medizinischen Kontext und bei den Betroffenen selbst haben.

4.3.2.1 Stellenwert psychischer Unfallfolgen in der Gesellschaft

Den Experten zufolge hat sich die Wahrnehmung psychischer Aspekte im Allgemeinen und die Akzeptanz psychischer Beschwerden im Speziellen in der Gesellschaft in den letzten Jahren verbessert. Die Diskussion um psychische Beschwerden sei offener und das Vorhandensein einer psychischen Störung weniger stigmatisierend geworden. Sowohl die Betroffenen selbst als auch Personen aus dem sozialen Umfeld (Angehörige, Arbeitskollegen usw.) würden dem Auftreten psychischer Probleme mittlerweile mehr Aufmerksamkeit entgegenbringen.

Folglich würden heute mehr Menschen aufgrund psychischer Beschwerden in Behandlung sein als früher. Diese Zunahme sei jedoch eher der vermehrten Aufmerksamkeit und der Bereitschaft, professionelle Hilfe in Anspruch zu nehmen, geschuldet als einem Anstieg traumatisierender Ereignisse o. ä.

„Ich denke, dass insgesamt die Bereitschaft, sich wegen psychischer Probleme in Behandlung zu begeben, das ist sicherlich in den letzten Jahren gestiegen.“ (Interview 3)

„Es gibt ja Untersuchungen, wo es heißt, die Leute werden heute mehr traumatisiert als früher. Das stimmt nicht. Wir sprechen heute mehr darüber und deswegen erkennen das die Menschen auch eher, dass sie es haben und unterdrücken es nicht und fallen nicht raus.“ (Interview 2)

Eine Ursache für das verbesserte Bewusstsein für psychische Beschwerden und psychische Unfallfolgen sei die diesbezüglich erhöhte mediale Aufmerksamkeit.

„Ob das der ADAC ist, ob das Berichte der Berufsgenossenschaften sind in Zeitschriften, ob das in Psychologie Heute mal ist. Also da läuft ja schon einiges sozusagen, was die Möglichkeit, die Akzeptanz dieser Unterstützung dann auch gefördert hat.“ (Interview 4)

„Denn mittlerweile übernimmt das auch die Presse. Und die berichtet viel mehr über den Schock eines Unfallbetroffenen als über den Unfallschaden oder sonst irgendwelche Ereignisse. Und diesen Begriff sehen Sie sehr häufig, dass dann wegen eines Schocks der Fahrer so und so dann irgendwohin gebracht wurde. Das gab es früher nicht.“ (Interview 9)

4.3.2.2 Stellenwert psychischer Unfallfolgen im medizinischen Kontext

Hinsichtlich der Versorgungskette steht im Rahmen eines Straßenverkehrsunfalls immer (noch) die somatische Versorgung an erster Stelle. Dies wurde auch einheitlich seitens der Befragten als richtig erachtet.

„Die Reihenfolge, dass zuerst das physische Wohl steht, bevor man mit der Therapiearbeit beginnt, ist schon richtig so. [...] Das ist auch für meine Arbeit letztendlich erst mal eine Grundvoraussetzung, dass die optimal medizinisch versorgt sind, weil natürlich ein Unfallgeschehen umso leichter psychisch verarbeiten lässt, je weniger bleibende Schäden übrig sind.“ (Interview 3)

Kritisch führten jedoch einige der Interviewpartner an, dass die Erstversorger, das Rettungsdienstper-

sonal und die Ärzte, sich oftmals nur um das körperliche Wohl ihrer Patienten kümmern. Die psychischen Unfallfolgen hätten nur einen untergeordneten Stellenwert. Hierfür wurde einerseits mangelndes Bewusstsein verantwortlich gemacht, aber auch die oftmals hohe zeitliche Dringlichkeit bei der Behandlung körperlicher Verletzungen.

„Blaulichtberufe haben kein Bewusstsein dafür“ (Interview 11)

„Verbindung von körperlichen und seelischen Traumata ist noch nicht immer gleich bewusst und präsent und wird noch zu oft vernachlässigt.“ (Interview 5)

„Es wird nur das Medizinische abgehakt. Sind die Leute operiert, ist der Wundheilungsverlauf in Ordnung. Dass da noch mehr drin stecken könnte, was wichtig ist und letztendlich eine Rolle spielt bei der Gesamtheilung, das fand relativ wenig im Kopf der Ärzte Zugang.“ (Interview 3)

Ein zentraler Punkt, der von mehreren Interviewpartnern hervorgehoben wurde, ist die fehlende Diagnostik zur Erkennung von psychischen Störungen und – bei auffälligen Ergebnissen – die zeitnahe Vermittlung des Betroffenen in eine angemessene psychotherapeutische Behandlung. Dabei wurde der Faktor „Zeit“ gerade bei Unfallopfern als wesentlich erachtet. Je früher mit einer Psychotherapie begonnen würde, desto größer seien die Erfolgsaussichten.

„Erster Punkt ist, dass das vermutlich im Kopf des behandelnden Arztes überhaupt nicht vorkommt, dass da psychische Beschwerden raus resultieren können. Das beispielsweise Chirurgen im Krankenhaus oder von den Ärzten, die das Unfallopfer als erstes versorgen, dass ich von denen jemanden überwiesen bekomme, das geht gegen Null.“ (Interview 3)

„Wo frühzeitig Behandlung eingeleitet wird, sind – aus allen Studien und auch im alltäglichen Behandlungskontext – die Ergebnisse ja auch sehr positiv zu werten. Und da wo es dauert [und] chronifiziert, da sind die Ergebnisse halt dann auch deutlich schlechter. Das ist sowohl studientechnisch belegt als auch durch die klinische Erfahrung.“ (Interview 4)

Kommt es nicht zu einer zeitnahen Diagnostik und Behandlung, so können Retraumatisierungen ein weiteres Problem darstellen, berichteten die Exper-

ten. Hierbei könnten auch nach langer Zeit durch einen erneuten Reiz (z. B. leichter Unfall) massive Störungen ausgelöst werden. Eine Verbindung zum eigentlichen traumatischen Unfallereignis würde aufgrund des großen zeitlichen Abstands jedoch häufig nicht erkannt werden.

Befragt hinsichtlich möglicher Ansätze, mit denen den genannten Kritikpunkten entgegengewirkt werden könnte, wurden von vielen Experten zwei Aspekte hervorgehoben:

- In der Phase (kurz) nach dem Unfall bzw. im Krankenhaus sollten die Betroffenen darauf hingewiesen werden, dass möglicherweise psychische Beschwerden auftreten können – auch mit zeitlicher Verzögerung. Hierzu könne ein Informationsblatt ausgegeben werden, das die typischen Symptome beschreibt und Kontaktadressen mit Hilfsangeboten benennt.
- Zudem sollten Schulungen der Ersthelfer, des medizinischen Personals in der Unfallchirurgie und den Notaufnahmen sowie der Hausärzte durchgeführt werden, um die Kenntnisse zu psychischen Unfallfolgen zu verbessern und stärker für die Thematik zu sensibilisieren.

4.3.2.3 Stellenwert psychischer Unfallfolgen bei den Unfallopfern

Auch die Unfallopfer selbst scheinen oftmals die Notwendigkeit einer Behandlung ihrer psychischen Beschwerden nicht zu erkennen. Aspekte wie Scham und Unwissenheit spielen hierbei ebenso eine Rolle, wie das in den Vordergrund stellen körperlicher Beschwerden. In der Folge schätzten die Experten die Wahrscheinlichkeit als gering ein, dass die Betroffenen sich selbst frühzeitig um psychotherapeutische Hilfe bemühen oder ihre psychischen Beschwerden gegenüber einem Arzt ansprechen.

„Die meisten sind sich gar nicht darüber im Klaren, dass psychische Probleme sein dürfen nach so einem Ereignis und schämen sich für ihre Zustände.“ (Interview 11)

„Auch bei den Opfern ist die psychische Reaktion und das Erleben der Symptome sekundär. Primär ist die Aufmerksamkeit auf die Heilung des Körpers [gerichtet], auch bei den Betroffenen. Von Anfang an haben wir das schon gesehen und das hat sich die Natur auch sinnvollerweise eingerichtet, denn beide Dinge zur glei-

chen Zeit zu erledigen ist eine Überforderung des gesamten Systems. [...] und wenn der Körper wieder hergestellt ist, dann machen die Menschen häufig die Erfahrung, erstmal sind sie noch ein bisschen erstaunt, aber ein bisschen nachsichtig, dass es ihnen im Moment jetzt beginnt schlechter zu gehen oder sie sind so, dass sie daran wie ihre Seele gelitten hat, gar nicht denken, sondern dann wieder hinaus ins Leben ziehen und am Leben teilnehmen und plötzlich Einengung merken. Meistens sind sie aus dem akuten Bereich schon raus, so dass wir sagen können, bei dieser Symptomatik scheint schon eine posttraumatische Belastungsstörung sich grade zu entwickeln und wo wir dann sehr häufig Ansprechpartner sind, weil die Menschen von sich selber erstmal denken, sie würden verrückt werden, weil sie es einfach nicht zuordnen können.“(Interview 2)

„Weil die meisten Patienten nicht sofort wissen, wann ist es eine Indikation, um einen psychosomatischen Mediziner mit einzuschalten. Also das passiert, aber ich würde sagen, das passiert nicht so häufig wie es passieren könnte. Weil ich denke, diese Verbindung körperliches Trauma und seelisches Trauma, dass eben ein schweres körperliches Trauma auch in der Seele gewaltige Spuren hinterlassen kann, dass das noch nicht so im Bewusstsein vieler innerhalb der Versorgungskette in der Öffentlichkeit ist.“ (Interview 5)

„Also die Verkehrsunfallopfer haben nicht so eine Idee von ‚das ist eine posttraumatische Belastungsstörung‘, sondern die leben relativ lange damit bevor sie es überhaupt mal jemandem erzählen.“ (Interview 14)

In diesem Zusammenhang wurde nochmals das als vorbildhaft geschilderte Vorgehen der gesetzlichen Unfallversicherung erwähnt: Das aktive Zugehen auf die Betroffenen und das gezielte Nachfragen und Aufklären im Hinblick auf psychische Beschwerden wurde – im Sinne einer zeitnahen Einleitung des Behandlungsprozess – als zielführend angesehen. Darüber hinaus scheine dieses Vorgehen auch mit dazu beizutragen, Schamgefühle zu mindern und psychische Beschwerden als eine häufige und ernst zu nehmende Reaktion auf ein traumatisches Ereignis zu akzeptieren.

„Unter Berufskraftfahrern, Bahnfahrer, Lokführer etc. ist inzwischen die Schwelle, sich Hilfe zu ho-

len, gesunken und sie helfen sich auch untereinander und geben sich Empfehlungen, an wen man sich wenden kann.“ (Interview 7)

Gleichwohl sahen die Experten noch viel Aufklärungsbedarf, um falsche Schamgefühle abzubauen und den Betroffenen den Weg zu professioneller Hilfe zu erleichtern. Insbesondere Männern fiel es häufig schwer, sich in psychologische oder psychiatrische Behandlung zu begeben.

„Das ist dann so was, dass sich entweder jemand schämt, das kommt manchmal vor. Bei Polizisten haben wir das relativ häufig. Weil ein starker Mann darf ja keine Ängste haben, nicht? Wir haben auch manchmal Hausfrauen, [die] sind auch sehr tough im Nehmen. Ich glaube, Hausfrauen haben auch die Tendenz, durchhalten zu wollen und unbedingt, ich darf ja nicht wegen der Kinder, was auch immer tun.“ (Interview 1)

„[...] die Haltung ‚das ist Psycho, nein, ich nicht, komme ich selber mit klar‘, bei Männern vorwiegend.“ (Interview 4)

4.3.3 Bestehende Herausforderungen und Ansätze zur Optimierung

Die Interviewteilnehmer wurden zu den bestehenden Herausforderungen hinsichtlich der Versorgung von Straßenverkehrsunfallopfern mit psychischen Beschwerden befragt. Folgende Aspekte wurden genannt:

- Verbesserung der primären Prävention,
- Sensibilisierung aller Beteiligten,
- bessere Vernetzung der Institutionen,
- bessere Vermittlung von Informationen durch zentrale Informationsstellen,
- frühzeitiger Behandlungsbeginn und
- umfassende Etablierung erfolgreicher Versorgungskonzepte.

4.3.3.1 Primäre Prävention

Den wohl effektivsten Weg, um der Entstehung psychischer Unfallfolgen entgegenzuwirken, sahen die Experten in der Verbesserung der primären Prävention, also der Vermeidung von Unfällen. Hierzu müsse eine Stärkung des Bewusstseins für die Gefahren des Straßenverkehrs angestrebt werden, die u. a. durch Verkehrserziehung erzielt werden kön-

ne. Dabei seien ein früher Beginn (z. B. im Kindergarten) und eine fortgesetzte Kontinuität dieser Maßnahmen (z. B. in den Schulen, Fahrschulen) erforderlich.

„Die meisten Verkehrsunfälle hätten verhindert werden können, wenn alle sich richtig im Straßenverkehr verhalten und die Regeln beachtet hätten.“ (Interview 7).

4.3.3.2 Sensibilisierung

Der Sensibilisierung aller Beteiligten und die Vermittlung adäquater Informationen wurden von den Experten als ein zentraler Ansatzpunkt gesehen, um die Versorgung psychischer Unfallfolgen insgesamt zu verbessern.

„Also eine Sache würde ich sagen, dass mehr im Bereich der Prävention zu machen ist, d. h. dass jeder und jede die am Straßenverkehr teilnimmt weiß, nach einem Unfall ist es nicht nur, dass mein Auto kaputt ist oder ein Bein gebrochen sein könnte, sondern es kann sich auch psychisch was verändern und das ist ganz normal.“ (Interview 8)

Dazu solle mehr Öffentlichkeitsarbeit betrieben werden. Durch Aufklärungskampagnen, ließen sich beispielsweise Hemmschwellen reduzieren und die allgemeine Aufmerksamkeit und Akzeptanz für die Thematik erhöhen.

„Dass man auch erstmal diejenigen beruhigen kann. Gerade, wenn so wenige Tage nach dem Unfall zum Beispiel Symptome auftreten, dass man das auch erstmal so normalisieren kann. Dass es jetzt nicht ungewöhnlich ist und die Leute nicht Angst haben müssen, sondern dass das, was ist, was auch bei vielen erstmal wieder glücklicherweise zurückgeht. Und es wäre schon schön, wenn auch so die Erstbehandler da sensibler für wären. Man kann vielleicht jemanden lieber einmal zu viel irgendwo hinschicken, als dass man es dann übersieht. Oder vielleicht auch, manchmal ist es ja auch so, dass zum Beispiel durch Plakate oder so auch irgendwie darauf hingewiesen wird. Wenn Schwierigkeiten sind, dass man sich da und da hinwenden kann oder so.“ (Interview 6)

Explizit angesprochen wurde der Bedarf an regelmäßigen Schulungen bei den professionellen Helfern (u. a. Polizei, Rettungskräfte, Unfallchirurgen, Ärzte aus dem Bereich der Schmerztherapie, Haus-

ärzten, Orthopäden, Psychologen). Hierdurch versprachen sich die Befragten insbesondere eine verbesserte Diagnostik und die zeitnahe Einleitung einer adäquaten Behandlung.

„Wenn man in der Klinik einen Versicherten oder Verletzten hat, dann muss eben der Konsiliarpsychologe sich auch mit einer Traumafolgestörung auskennen. Da reicht nicht immer nur der Psychologe der die Fragen stellt, sondern da muss man auch wissen wie das ist und was ist die spezielle Symptomatik und wie gehe ich auf solche Leute zu.“ (Interview 8)

Als positiv wurde der Opferschutz durch die Polizei hervorgehoben. Eine flächendeckende Ausweitung dieses Tätigkeitsfelds wurde als zielführend erachtet. Dabei wurden u. a. Maßnahmen genannt, wie z. B. die Verteilung von Informationsblättern durch die Polizei, die zeitnah und niederschwellig wichtige Informationen vermitteln könnten.

„Bei der Beweisaufnahme, dass man bei der Polizei was machen kann, dass die da auch ein Auge drauf werfen. Das wäre die Idealvorstellung. Dass man jemanden hat, der darauf ein bisschen achtet. Oder es werden ja auch Rettungskräfte hinzugezogen, also bei den Ersthelfern. Und dass dann die Betroffenen oder Angehörige so ein Blättchen in die Hand kriegen, wo schon mal steht, was man so machen könnte. Das fände ich schon sehr hilfreich. Auch zu überlegen, ich brauche vielleicht eine Therapie oder ich kann das zumindest mal prüfen.“ (Interview 7)

4.3.3.3 Vernetzung

Die Experten sahen eine engere Zusammenarbeit zwischen den am Versorgungsprozess Beteiligten als dringend indiziert an, um Reibungsverluste zu minimieren und eine zeitnahe Behandlung initiieren zu können. Es wurde über gut strukturierte regionale Kooperationen und Netzwerke berichtet. Dabei scheint die Etablierung dieser Netzwerke eher durch das persönliche Engagement Einzelner geprägt zu sein als durch offizielle Strukturen. Eine systematische und flächendeckende Ausweitung dieser Kooperationsansätze wurde als wesentlich angesehen.

„Verzahnung wäre schön, weil ich weiß halt, dass es in anderen Bereichen nicht so läuft. Ich habe hier halt das große Glück, wie gesagt, ich arbeite ganz eng mit den Maltesern zusammen.

Und da die in dem [...] Raum zumindest, wo ich direkt dran angrenze mit meiner Praxis, das alleinige Versorgungsrecht haben. Die sagen ihren Unfallopfern genauso Bescheid wie sie sich selbst Bescheid sagen, dass sie Hilfe kriegen können. In dem Raum hier in [...], was daran direkt angrenzt, da ist es anders. Da wird es nicht direkt gesagt. Und dadurch ist es schlecht. Wenn das direkt von den Ersthelfern am Einsatzort schon mit angesprochen würde oder auch eine weitere Nachfrage stattfinden würde, man sich einfach um die Leute kümmert, dann ist das wesentlich einfacher.“ (Interview 10)

„Das ist natürlich alles nicht sehr zielgenau. Deshalb da ist im Informationsbereich, gerade für die Erstvorstellung wäre es sehr wünschenswert, regionale Netzwerke, wo die Informationen bereitgestellt werden, zu nutzen.“ (Interview 4)

4.3.3.4 Zentrale Informationsstellen

Ein wesentliches Problem wurde im Zugang zu Informationen bezüglich möglicher Versorgungsangebote gesehen. Alle Experten wünschten sich eine zentrale Informationsstelle, die allen Verunfallten unmittelbar zur Verfügung steht.

Die Vorstellungen der Experten reichten dabei von Informationsblättern und Broschüren, die durch die Polizei, die Kliniken oder die Hausärzte aktiv an die Verunfallten verteilt werden, bis hin zu Internetplattformen, Hotlines und zentralen Anlaufstellen, die mit Fachpersonal aufklären, informieren und Hilfestellung, beispielsweise bei der Therapeutensuche, anbieten.

„Ich glaube, ich würde mir eine Broschüre wünschen, die jeder Hausarzt hat oder eine Internetplattform vom Bundesministerium. Nicht von einer Organisation die man erst finden muss, sondern dass es einfach noch mehr Aufklärung gibt.“ (Interview 14)

Als entscheidend wurde dabei angesehen, dass die Angebote flächendeckend, niederschwellig und schnell zugänglich sind.

„Viele sind in einem guten sozialen Netz eingebunden, sodass eine Hilfe von außen nicht notwendig ist. Deswegen plädiere ich ja auch nicht für eine aktive Hilfe von außen sondern für eine Hotline. Dass diese Menschen dann, wenn diese Hilfe nicht greift und die Symptomatik vermehrt da ist oder sie die Erfahrung machen, es

reicht nicht aus oder so, dass sie dann anrufen können und dass dann gesagt wird, das ist ja ein Zeitpunkt, jetzt könnte man vielleicht mal gucken und da kann ich Ihnen vielleicht dies oder jenes empfehlen oder sowas. Dass man da konstruktiv damit umgeht.“ (Interview 3)

„[...] nach dem Ereignis [...] es eine Phase gibt, die [...] posttraumatisch noch mal zu einer erhöhten Vulnerabilität führt, d. h. die Personen sind – man muss sich das vorstellen wie bei einer körperlichen Wunde. Die haben eine offene blutende Wunde und kleine Dinge, die da reinkommen, führen dazu, dass sich die Wunde vergrößert und verschlechtert oder sich weiter infiziert und wir nennen das eben eine größere Verletzbarkeit und das ist etwas das, wenn die Personen sich selber um alles kümmern müssen, ist das noch wieder so, dass sich da was verschlechtert, weil sie sich alleine gelassen fühlen, weil sie merken, sie haben keine Kraft, sie wollten das nicht, sie waren da gar nicht dran Schuld, aber trotzdem ist das jetzt so und das erhöht eben auch die Schwere der Erkrankung und wir wissen aus der Forschung, wenn am Unfallort schon jemand ist [...], also von der psychologischen Seite, [der sich] um eine Person kümmert, dann ist das Outcome viel besser.“ (Interview 8)

Ergänzend wurde die Etablierung von Beratungseinrichtungen als hilfreich angesehen. Unfallopfer könnten sich hier hinsichtlich einer angemessenen Versorgung durch geschulte Fachkräfte beraten lassen.

4.3.3.5 Frühzeitiger Behandlungsbeginn

Als eine der größten Herausforderungen wurde der zeitnahe Beginn einer Behandlung eingestuft. Dieser sei abhängig von einer frühzeitigen Diagnostik, einem ausreichenden Angebot an (spezialisierten) Therapeuten und einer effizienten Zuweisung der Betroffenen.

Die Erstdiagnostik könnte und sollte gemäß der Befragten bereits im Rahmen der Akutversorgung erfolgen. Aber auch bei der (medizinischen) Nachsorge sei die Weiterführung diagnostischer Maßnahmen wünschenswert. Der Einsatz von Screening-Instrumenten wurde hierbei als zielführend angesehen. Entsprechende Instrumente ständen bereits zur Verfügung, kämen in der Praxis bisher jedoch nur selten zum Einsatz.

„Es gibt einen ganz schönen kleinen Fragebogen mit sieben Fragen, den müsste man nur vorlegen und dann weiß man schon, den sollte ich weiterschicken. Da müsste man gar nicht viel Zeit drauf verwenden.“ (Interview 3)

„Screening und die Zusammenarbeit mit den Unfallchirurgen, weil nicht nur die akuten Patienten kommen, sondern auch die Patienten zur Kontrolle, nach stattgefundenen Unfällen. Also immer wieder Befundkontrolle ambulant. Sprich in die unfallchirurgische Behandlung als Gesprächspartner integriert zu sein, das ist m. E. nach außerordentlich wichtig.“ (Interview 5)

Nach der Erstdiagnostik sei dann im Bedarfsfall ein zeitnaher Behandlungsbeginn wichtig, um einer Chronifizierung entgegenzuwirken und bestmögliche Behandlungsergebnisse erzielen zu können.

„Die vielen Stunden kommen erst über die zu späte Behandlung einer dann oft schon chronifizierten Störung. [...] Das ist das, was ich am häufigsten höre. ‚Ich werde über diese Symptomatik verrückt und wahrscheinlich werde ich eingewiesen‘. Das sind natürlich massive Ängste. Und wenn da ganz früh eine Schaltstelle ist und sagt ‚All das kenne ich, all das ist im Rahmen einer solchen Kausalkette von Ereignissen nach Unfall [...] im normalen Bereich, Sie können jetzt erstmal das und das machen.‘ Da gibt es tatsächlich auch Dinge die man machen kann, Methoden die man selber anwenden kann. Da braucht man keine Medikation zwangsläufig, die das psychische Geschehen beeinträchtigt oder verändert, sondern man hat eben Methoden die man einsetzen kann und das ist im Bereich der Hilflosigkeit, die ja im Trauma steckt, ist das was, wo man das erste Mal auch wieder Kontrolle spürt. Und wenn man so positiv aufgebaut wird und sagt ‚Wir machen das zusammen, wir gucken mal‘, dann reicht das oft.“ (Interview 8)

Um einen zügigen Behandlungsstart gewährleisten zu können, seien – so die Experten – strukturelle Veränderungen erforderlich. Als eine Möglichkeit wurde die Einrichtung von Schwerpunktambulanzen genannt.

„Wenn die Krankenkassen dort die Ressourcen ausdehnen würden, Spezial-Ambulanzen zulassen würden, [...] dann wäre ich zufrieden.“ (Interview 4)

4.3.3.6 Etablierung erfolgreicher Versorgungskonzepte

Das von der Gesetzlichen Unfallversicherung entwickelte Konzept zur Versorgung von Unfallopfern mit psychischen Beschwerden wurde von den Experten mehrheitlich als positiv und zielführend gewertet. Die Einführung vergleichbarer Konzepte bei anderen Kostenträgern (u. a. gesetzliche Krankenversicherungen, Haftpflichtversicherungen, Rentenversicherungen) erachteten die Experten als überaus erstrebenswert, sahen darin aber auch eine große Herausforderung.

4.4 Ergebnisse des Experten-Workshops

Die Ergebnisse der Online-Befragung und der Interviews haben verschiedene Problembereiche im Versorgungsprozess psychischer Unfallfolgen aufgezeigt (s. Kapitel 4.2 und 4.3), zu deren Bewältigung es den Einbezug unterschiedlicher Fachbereiche bedarf. Nur unter Berücksichtigung aller am Versorgungsprozess Beteiligten kann es gelingen, Lösung zu erarbeiten und etablieren, die mittel- bis langfristig zu einer Verbesserung der Versorgungssituation führen.

Vor diesem Hintergrund stand in dem interdisziplinären Experten-Workshop der BAST die Diskussion und Konkretisierung möglicher Ansätze zur Optimierung der derzeitigen Versorgungssituation im Fokus. Auf der Grundlage der vorangehend berichteten Ergebnisse der vorliegenden Studie zielte der Workshop insbesondere darauf ab, Ansätze zur Verbesserung des Auffindens von Informationen zu psychischen Unfallfolgen und deren Behandlungsmöglichkeiten zu diskutieren.

Im ersten Workshop-Block wurden die Studienergebnisse der Rechercharbeiten, der Online-Befragung und Interviews berichtet (vgl. Kapitel 4.1 bis 4.3) und diskutiert. Nachfolgend wurden in Arbeitsgruppen Grundlagen für die Erstellung eines sogenannten Versorgungsatlas sowie eines Handzettels bzw. eines Informationsblattes erarbeitet. Abschließend fand eine Diskussionsrunde zu den langfristigen Optimierungsmöglichkeiten statt.

An dem Workshop haben 24 Personen aus unterschiedlichen Fachbereichen teilgenommen. Es haben Vertreter des ambulanten und stationären klinischen Bereichs, der Polizei, des Rettungsdiensts,

aus der Forschung, der Versicherungsbranche und von Verbänden mitgewirkt.

4.4.1 Versorgungsatlas

In Bezug auf die Erstellung eines Versorgungsatlas wurden in den folgende Aspekten diskutiert:

Inhalte

Hinsichtlich der Inhalte und deren konkrete Ausgestaltung wurden folgende Aspekte erarbeitet:

- Einleitend sollte über psychische Unfallfolgen im Allgemeinen informiert werden.
- Mögliche Hürden im Versorgungsprozess sollten erwähnt werden.
- Institutionen, die 24 Stunden, sieben Tage die Woche lang erreichbar sind, sollten priorisiert dargestellt werden.
- Alle weiteren Institutionen sollten nach Art der Zuständigkeit (z. B. Beratung, ambulante Therapie, stationäre Behandlung) gegliedert werden. Einleitende Texte zu den jeweiligen Einrichtungsgruppen sowie ein Gesamtschaubild sollten die Übersichtlichkeit verbessern.
- Zentrale Informationen zu den Institutionen könnten sein: Angebot, Erreichbarkeit (z. B. bestimmte Zeiten, Anrufbeantworter), Zugangsweg, Finanzierung.

Im Hinblick auf eine sich ständig ändernde Versorgungslandschaft (u. a. Schließung von Krankenhäusern, Wechsel hinsichtlich Praxissitzen) wurde die Frage diskutiert, ob ein Versorgungsatlas sich auf die Darstellung übergeordneter Organisationen (z. B. Gesundheitsämter, schulpsychologische Dienste, Notfallseelsorge, Telefonseelsorge, geleitete Selbsthilfegruppen) beschränken sollte. Ein abschließender Konsens konnte hierzu nicht erzielt werden.

Qualitätskriterien

Eine möglichst gute und gleichbleibende Qualität des im Versorgungsatlas dargestellten Angebotes wurde von den Workshop-Teilnehmern als überaus wichtig angesehen. Es wurde diskutiert, ob und welche Anforderungen an die im Versorgungsatlas genannten Institutionen gestellt werden sollten und wie diese Anforderungen ggf. zu prüfen sind.

Zusammenfassend können folgende Punkte festgehalten werden:

- Die Definition von Qualitätskriterien insgesamt ist anspruchsvoll und stellt u. U. ein eigenes Projekt dar.
- Die Auswahl der (fachlichen) Anforderungen an die im Versorgungsatlas genannten Einrichtungen muss institutionsspezifisch erfolgen, d. h. für Einzeleinrichtungen und übergeordnete Organisationen sollten ggf. separate Kriterien entwickelt werden.
- Vollständigkeit als Qualitätsmerkmal für den Versorgungsatlas, d. h. die Erfassung aller in Deutschland relevanten Institutionen (Totalerhebung), erscheint unrealistisch.

Nicht abschließend beantwortet wurde die Frage, welche Qualitätskriterien für die im Versorgungsatlas dargestellten Versorgungsangebote zu definieren sind und wie bzw. durch wen diese Kriterien geprüft werden sollen.

Hinsichtlich der allgemeinen Ausgestaltung eines Versorgungsatlas als Online-Instrument wurden folgende Kriterien als wichtig erachtet:

- einfache Sprache (ggf. Mehrsprachigkeit),
- Barrierefreiheit (bei einem Online-Tool z. B. auch Gebärdensprache),
- Berücksichtigung von bzw. Sensibilität gegenüber kulturspezifischen Aspekten und
- Einsatz verschiedener Medien zur Veranschaulichung von Inhalten (z. B. Filme bei einem Online-Tool).

Veröffentlichung

Hinsichtlich der Veröffentlichung des Versorgungsatlas wurde seitens der Workshop-Teilnehmer ein zweigleisiges Vorgehen präferiert. So solle der Versorgungsatlas sowohl im Internet (Website) als auch als Printmedium veröffentlicht werden.

Ein mögliches Online-Tool sollte zudem folgende Anforderungen erfüllen:

- Umsetzung einer Suchfunktion,
- Verweis auf weiterführende Informationen (Links) und
- Darstellung der Inhalte in einem „responsive design“, um die Nutzung auf mobilen Endgeräten zu optimieren.

Verbreitung

Hinsichtlich möglicher Verbreitungswege für den Versorgungsatlas wurde eine Vielzahl an Multiplikatoren diskutiert, u. a.: Kliniken, Therapeuten, Verbände, die Polizei oder zielgruppenspezifische Einrichtungen. Es wurde als sinnvoll angesehen, bei dem zu entwickelnden Handzettel (AK 3) auf den Versorgungsatlas hinzuweisen. Weiterhin wurde es als wichtig erachtet, Synergien zu schaffen, so z. B. (bei einem Online-Instrument) durch Links auf andere bereits bestehende Angebote hinzuweisen.

4.4.2 Handzettel

Ziel dieses Arbeitskreises war die Entwicklung eines Aufklärungs- und Kommunikationsinstrumentes für Verkehrsunfallopfer. Abgeleitet aus den Ergebnissen der Interviews sollte ein Informationsblatt entworfen werden, das nach einem Unfallereignis an Betroffene ausgegeben werden kann.

Folgende Inhalte sollte ein Informationsblatt berücksichtigen:

- einleitender Informationstext zum Thema psychische Unfallfolgen,
- Beschreibung möglicher psychischer Symptome,
- Verweis auf mögliche Hilfsangebote (z. B. Polizei, sozialpsychiatrische Dienste),
- Hinweis auf persönliche Ressourcen (z. B. Familie, Freunde, Nachbarn) und
- Hinweis auf den Versorgungsatlas.

Allgemein sollte bei der Gestaltung beachtet werden:

- Texte in einfacher Sprache,
- empathischer und akzeptierender Grundton und
- eindeutige und klare Struktur.

Für die Verbreitung des Handzettels sahen es die Experten als zielführend an, möglichst deutschlandweit agierende und direkt mit den Betroffenen in Kontakt stehende Einrichtungen zu nutzen. Dabei wurde eine möglichst längerfristige Betreuung der Betroffenen durch diese Institutionen als vorteilhaft erachtet. Als geeignete Institutionen wurden genannt:

- Polizei,
- Spezialisten bei Versicherungen,

- Verbände,
- übergeordnete Gesundheitseinrichtungen,
- Fahrschulen und
- Schulen.

Seitens der Workshop-Teilnehmer wurde es als wichtig erachtet, diese Liste „offen“ zu halten, damit künftig ggf. weitere Multiplikatoren ergänzt werden können.

Nicht abschließend diskutiert werden konnte, wie die Verbreitung des Handzettels in der Praxis konkret zu gestalten sei. Hierzu wurde empfohlen, im weiteren Verlauf bilaterale Gespräche mit potenziellen Multiplikatoren zu führen. Ebenfalls nicht geklärt werden konnte, inwiefern regionale Besonderheiten, zum Beispiel im Bezug auf variierende Verantwortungsbereiche möglicher Partner, bei einer deutschlandweiten Verbreitung des Zettels zu berücksichtigen sind.

4.4.3 Langfristige Optimierungsmöglichkeiten

Im dritten Block der Veranstaltung erfolgte im Plenum ein Austausch zu den langfristigen Optimierungsmöglichkeiten bei der Versorgung psychischer Unfallfolgen. Dazu wurden zunächst die in der Online-Befragung und den Interviews identifizierten Optimierungsmöglichkeiten nochmals zusammenfassend präsentiert (Bild 15).

Im Gegensatz zu den konkreten Ausarbeitungen zur Gestaltung eines Versorgungsatlas bzw. eines Handzettels (Auffindbarkeit von Informationen),



Bild 15: Ansatzpunkte zur Optimierung der Versorgung psychischer Unfallfolgen

zielte diese Plenumsrunde darauf ab, nochmals die Komplexität der Gesamtproblematik zu würdigen. Dazu sollten exemplarisch auch langfristige und über das Forschungsvorhaben hinausgehende Ansatzpunkte zur Optimierung der Versorgungssituation aufgezeigt werden.

Im Sinne einer konstruktiven und praxisnahen Herangehensweise wurden zu jedem Punkt Positiv-Beispiele aus der Praxis gesammelt, um Ansätze zu identifizieren, die im Sinne von „Best Practice“ als Vorbild oder Vorreiter fungieren können.

Im Kontext der Therapievermittlung und Beratung wurde das Konzept und die Arbeitsweise der Verkehrsunfall-Opferhilfe Deutschland e. V. (VOD) vorgestellt. Ziel dieser Institution ist es, ein durchgängiges Unfallopfer-Management, zunächst in NRW, im Verlauf dann auch in anderen Bundesländern, zu etablieren. Das aktuell in Kooperation mit der Polizei in NRW durchgeführte Vorgehen wurde unter anderem anhand der von der VOD entwickelten Notfallkarte für Verkehrsunfallopfer erläutert.

Bei der Erweiterung bestehender Therapieangebote wurde durch einen Vertreter der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV) berichtet, dass im Rahmen neuer, erfolgsversprechender Therapieansätze zur Reduktion von Fahrängsten bei Verkehrsunfallopfern u. a. Fahrsimulatoren eingesetzt werden. Dieser Ansatz solle nach Möglichkeit in den kommenden Jahren weiter ausgeweitet werden.

In Bezug auf die Sensibilisierung aller Beteiligten wurde über Fortbildungsmaßnahmen aus einer Kölner Klinik berichtet, im Rahmen derer die Mitarbeiter regelmäßig hinsichtlich der Identifikation psychischer Unfallfolgen geschult werden. Aus der gleichen Klinik wurde berichtet, dass zur Optimierung des diagnostischen Vorgehens bereits Screening-Fragebögen eingesetzt würden. Diese seien aber bisher lediglich durch geschultes Fachpersonal anwendbar und somit nicht für einen großflächigen Einsatz geeignet.

Als Beispiel für ein zielführendes Qualitätsmanagement wurde das Konzept der Berufsgenossenschaften und Unfallkassen vorgestellt. Dieses sieht u. a. regelmäßige Rückmeldungen bezüglich des Therapiefortschrittes durch die Therapeuten und die Installation eines konkreten Ansprechpartners für die Betroffenen vor.

Aufgrund der zeitlichen Begrenzung und des Charakters der Plenumsdiskussion ist die Auflistung der Positiv-Beispiele lediglich als exemplarisch und in keiner Weise vollständig anzusehen.

5 Diskussion

Ziel des vorliegenden Projekts war die Erfassung des in Deutschland bestehenden Angebots zur Versorgung psychischer Folgen bei Opfern von Straßenverkehrsunfällen. Erstmals wurde hierzu eine deutschlandweite Recherche potenziell relevanter Versorgungseinrichtungen durchgeführt und eine Befragung dieser Gruppe mittels Online-Befragung und Interview realisiert. Die Erhebungen zielten darauf ab, einerseits Hintergrundinformationen im Sinne von Basisdaten zu den jeweiligen Einrichtungen zu erfassen und andererseits ein vertieftes Verständnis des bestehenden Versorgungssystems für psychische Unfallfolgen zu erlangen. Die hieraus abgeleiteten Optimierungsmöglichkeiten wurden in einem interdisziplinären Experten-Workshop diskutiert. Dabei wurden Handlungsoptionen zur Verbesserung der Auffindbarkeit von Versorgungsangeboten besonders in den Fokus gestellt. Konkret wurden Anforderungen erarbeitet, die an einen sogenannten Versorgungsatlas bzw. einen Handzettel zur Aufklärung und Informationsvermittlung von Betroffenen zu stellen sind.

Die nachfolgende Diskussion gliedert sich entsprechend der Ergebnisdarstellung in vier Teile (5.1 Diskussion zur Recherche, 5.2 Diskussion zur Online-Befragung, 5.3 Diskussion zu den Interviews, 5.4 Diskussion zum Workshop) und thematisiert insbesondere deren jeweilige Limitationen.

5.1 Recherche

Die anhand von Schlagworten durchgeführte Online-Recherche hat zu einer Vielzahl an Treffern geführt, deren Relevanz für das Forschungsvorhaben jeweils geprüft werden musste. Dabei wurden im Sinne einer hohen Sensitivität auch und gerade solche Institutionen in die Liste potenziell relevanter Institutionen mit aufgenommen, deren Relevanz fraglich war.

Durch das Nachverfolgen von Links auf (potenziell) als relevant erachteten Websites zu weiteren (potenziell relevanten) Institutionen wurde die Recher-

che ergänzt. Und auch durch das sogenannte Schnellballverfahren wurden weitere Treffer erzielt. Die derart durchgeführte Recherche stellt unserer Kenntnis nach den erstmaligen Versuch dar, Institutionen, die sich an der Versorgung psychischer Unfallfolgen beteiligen, systematisch und flächendeckend für Deutschland zu erheben.

Hierbei gilt es zu berücksichtigen, dass die Recherche durch die verwendeten Suchworte eingegrenzt ist und andere bzw. weitere Schlagworte die Trefferzahl ggf. noch erhöht hätten. Auch hinsichtlich des Weiterverfolgens potenziell relevanter Links und des Schnellballverfahrens kann aufgrund der engen zeitlichen Vorgaben des Studienplans nicht von Vollständigkeit ausgegangen werden.

Insgesamt bestätigt die Recherche, dass das Auffinden von relevanten Institutionen im Internet – gerade für Laien – anspruchsvoll und zeitintensiv ist. Es fehlt an Informationen und zielführenden Suchmaschinen.

5.2 Online-Befragung

In der Online-Befragung wurden zunächst Basisdaten von Institutionen erhoben, die sich an der Versorgung von Menschen mit psychischen Unfallfolgen beteiligen. Im zweiten Teil des Fragebogens folgte eine Befragung zur Versorgungssituation psychischer Unfallfolgen, in der sowohl allgemeine Fragen zum Versorgungsprozess gestellt, als auch vertiefende institutionsspezifische Informationen erhoben wurden.

Das Auftreten psychischer Beschwerden wurde von den Befragten – wie unter anderem aufgrund der gewählten Zielgruppe zu erwarten war – als die häufigste Unfallfolge eingeschätzt. Körperliche Unfallfolgen wurden als „weniger häufig“ eingestuft. Diese Einschätzung könnte zum Einen darauf zurückzuführen sein, dass eine Behandlung psychischer Unfallfolgen oftmals erst dann (zielführend) beginnen kann, wenn der Betroffene (wieder) einen stabilen körperlichen Gesundheitszustand hat. Zum Anderen muss berücksichtigt werden, dass ebenso Personen, die einen Verkehrsunfall unverletzt überstanden haben oder als Angehörige oder Helfer betroffen sind, psychische Beschwerden entwickeln können. Unabhängig davon wurde die Häufigkeit anderer Unfallfolgen (z. B. soziale, juristische, finanzielle Probleme) ebenfalls seltener als die psychischen Unfallfolgen eingeschätzt. Trotz der ho-

hen Relevanz psychischer Unfallfolgen wird aus den Basisdaten ersichtlich, dass es unter den beteiligten Institutionen bis auf wenige Einzelfälle keine auf Verkehrsunfallopfer spezialisierten Einrichtungen gibt. Selbst bei den Institutionen, die bei sich selber einen Schwerpunkt in der Behandlung dieser Zielgruppe sehen, überschreitet der Anteil von Menschen mit psychischen Unfallfolgen an den insgesamt in der Institution behandelten Patienten nur in Ausnahmefällen 30 %. Therapeutische Maßnahmen, die speziell auf die Behandlung von Verkehrsunfallopfern zugeschnitten sind, bestehen kaum. Dabei finden sich in der Literatur Hinweise, dass spezialisierte Angebote für Verkehrsunfallopfer mit psychischen Folgen zu einem verbesserten Therapie-Outcome führen können (BRINK & OVERKAMP, 2011; Deutsches Ärzteblatt, 1996). Rund ein Viertel der Befragten gab zwar an, spezielle Zusatzangebote für Straßenverkehrsunfallopfer bereitzustellen, dabei handelte es sich jedoch schwerpunktmäßig um Unterstützungsangebote für die Bewältigung körperlicher oder sozialer Unfallfolgen, beispielsweise für Personen mit schweren Verletzungen oder Arbeitsplatzverlust als Folge des Verkehrsunfalls.

Insgesamt zeigt sich, dass eine Vielzahl unterschiedlicher Unterstützungsangebote für Verkehrsunfallopfer besteht, von denen die drei am häufigsten genannten Krisenintervention, psychotherapeutische Beratung und Psychotherapie sind. Kliniken, Praxen und „andere“ Institutionen halten sowohl in der Akutphase unmittelbar nach dem Unfallereignis, als auch zu späteren Zeitpunkten mit psychotherapeutischer Beratung und Psychotherapie ein breites Angebot an Interventionen für Straßenverkehrsunfallopfer bereit. Beratungsstellen setzen hingegen den Schwerpunkt ihrer Tätigkeit eher in den Bereichen Krisenintervention und psychotherapeutische Beratung, die auch von nichtpsychologischen oder ärztlichen Berufsgruppen durchgeführt werden können. Entsprechend fehlt den Beratungsstellen in der Regel die Möglichkeit, auch längerfristige psychotherapeutische Interventionen anbieten zu können. Ein Großteil der Reha-Kliniken bietet zur Versorgung psychischer Unfallfolgen Psychotherapie an, während Beratung und Krisenintervention kaum angeboten werden. Damit konzentrieren sich die Reha-Kliniken auf therapeutische Interventionen, die erst später nach dem Unfallereignis beginnen, aber längerfristig angelegt sind. Damit stehen unterschiedliche Versorgungseinrichtungen mit unterschiedlichen Interventionsangeboten für verschie-

dene Ausprägungen und Arten psychischer Belastungen zur Verfügung. Dies sollte bei der Suche nach oder Weitervermittlung von geeigneten Institutionen berücksichtigt werden. Auch die World Health Organization (WHO, 2016) sieht in ihren Empfehlungen zur Post-Crash-Response bei der Versorgung psychischer Unfallfolgen zu unterschiedlichen Zeitpunkten unterschiedliche Maßnahmen vor. So ist unmittelbar nach dem Ereignis primär die akute Krisenintervention zur Reduktion von Stress indiziert, anschließend daran sollten psychische Belastungen (zunächst) durch Beratungs- und Gruppenangebote reduziert werden. Entstehen dennoch langfristige Psychische Beeinträchtigungen, sollte die Aufnahme einer Therapie angestrebt werden (WHO, 2016).

Die in den Institutionen eingesetzten Verfahren beruhen auf den bei der Behandlung von psychischen Störungen anerkannten Therapiemethoden, insbesondere auf der Verhaltenstherapie, der psychodynamischen Therapie sowie der medikamentösen Therapie. Dabei scheinen verhaltenstherapeutische und traumazentrierte Therapieverfahren besonders häufig eingesetzt zu werden. Dieses Ergebnis steht in Einklang mit den Befunden bisheriger Studien zur Art von psychischen Unfallfolgen (AUERBACH, 2014; MAYOU, BRYANT & EHLERS, 2001), die in der Zielgruppe der Verkehrsunfallopfer einen besonders hohen Anteil an Betroffenen mit Angst- bzw. Traumafolgestörung identifizieren konnten.

Für die in der Online-Befragung erfassten Basisdaten kann zusammenfassend gefolgert werden, dass das Versorgungsangebot für Verkehrsunfallopfer mit psychischen Folgestörungen prinzipiell in die Versorgung von Menschen mit anderen psychischen Problemen integriert ist. Hochspezialisierte Angebote – sowohl im Sinne separater Einrichtungen als auch therapeutischer Interventionen – sind für diese Zielgruppe hingegen selten. Insgesamt wird ein breites Spektrum an psychotherapeutischen, beratenden, somatischen und sozialen Interventionen abgedeckt. Offen bleibt bis dahin die Frage, ob diese Angebote für eine adäquate Versorgung von Straßenverkehrsunfallopfern ausreichend sind bzw. ob Optimierungsbedarf besteht.

Die Versorgungssituation deutschlandweit und in der eigenen Region wurde von den Befragten als „eher gering“ bis „mittelmäßig“ eingeschätzt. Lediglich die Versorgung in der eigenen Einrichtung wurde als „mittelmäßig“ bis „eher umfangreich“ bewertet. Diese über alle Institutionsarten hinweg beob-

achtbare Tendenz legt eine Verzerrung der wahrgenommenen Angebotsqualität zugunsten der eigenen Einrichtung nahe. Unklar ist indes, ob das eigene Angebot überschätzt oder Angebote anderer Einrichtungen unterschätzt werden.

Unabhängig davon ist die hohe Anzahl an „weiß nicht“ Antworten bei dieser Frage ein deutlicher Hinweis darauf, dass viele der Befragten keinen Überblick über die aktuelle Versorgungslandschaft für Personen mit psychischen Unfallfolgen haben. Mögliche Gründe hierfür könnten eine unzureichende Bekanntheit entsprechender Angebote und/oder ein mangelnder Austausch zwischen den versorgenden Institutionen sein. Dies wird auch konkret von den Befragten bemängelt. So wurde die Auffindbarkeit der Angebote deutschlandweit als „eher schlecht“ bewertet. Ursächlich hierfür könnte unter anderem sein, dass fast ein Viertel der Betroffenen keine Öffentlichkeitsarbeit betreibt, obwohl diese maßgeblich zur Auffindbarkeit der eigenen Angebote beizutragen scheint.

Die bei den befragten Institutionen am weitesten verbreitete Form der Öffentlichkeitsarbeit, das Betreiben einer eigenen Internetseite, scheint zielführend, da immerhin rund 20 % der Befragten angaben, dass die Verkehrsunfallopfer initial durch das Internet auf Ihre Institution aufmerksam würden. Damit ist das Internet nach der Vermittlung durch „andere Einrichtungen der Gesundheitsversorgung“ das zweitwichtigste Medium, um sich als Betroffener über vorhandene Angebote zu informieren.

Gleichzeitig wird anhand der Antworten auf die Frage nach üblichen „Zugangswegen“ deutlich, dass der Vernetzung zwischen den einzelnen Institutionen eine besondere Bedeutung zukommt. Auch bei der Frage ob Betroffene gezielt in die eigene Einrichtung geschickt werden, ergaben sich komplexe Interaktionsmuster zwischen den einzelnen Einrichtungen im Versorgungsprozess. Hier wurden insbesondere andere Kliniken, die Polizei und Krankenkassen genannt. Gleichzeitig ließen sich institutionsspezifische Netzwerke beobachten. So zeigte sich, dass bestimmte Institutionen besser miteinander vernetzt sind (z. B. Praxen und Berufsgenossenschaften) als andere.

Durch eine Verbesserung und den Ausbau der bestehenden Netzwerke könnten somit gegebenenfalls bestehende Versorgungskapazitäten besser genutzt und ein intensivierter Austausch über bestehende Therapiekonzepte ermöglicht werden.

Der Austausch über Therapiemaßnahmen sowie die Bildung von Netzwerken haben sich bereits bei der Behandlung verschiedener Erkrankungen als sinnvoll erwiesen (AYMÉ & SCHMIDTKE, 2007; REGO et al., 2013) und wurden beispielsweise im Kontext geriatrischer Kliniken empfohlen (HILL, SMITH & SCHWARZ, 2001). Entsprechend könnte ein solches Vorgehen auch das Versorgungsangebot für psychische Unfallfolgen nachhaltig verbessern.

Ein weiteres anhand der Befragungsdaten identifiziertes Problem ist die nicht unerhebliche Zeit zwischen dem Unfallereignis und der Inanspruchnahme eines Versorgungsangebotes. Aus Sicht der Befragten sind hierfür insbesondere das verzögerte Auftreten von psychischen Symptomen und die zunächst im Vordergrund stehende körperliche Behandlung verantwortlich. Beide Ursachen sind nicht unmittelbar beeinflussbar. Für die Praxis somit entscheidender, da modulierbar, sind die beiden als Ursache für eine Verzögerung häufig genannten Antwortmöglichkeiten „Irrwege der Patienten“ (65 %) und „mangelnde Krankheitseinsicht“ (40 %). Hier sollte durch gezielte und koordinierte Maßnahmen versucht werden, die beschriebenen Mängel zu beseitigen, um Betroffene – falls erforderlich – schnellstmöglich einer Maßnahme zuführen zu können. Eine Möglichkeit könnte der weitflächige Einsatz von Screening-Verfahren sein, der sich in verschiedenen psychiatrischen Settings bereits als zielführend erwiesen hat (z. B. BERWICK, MURPHY, GOLDMAN, WARE, BARSKY & WEINSTEIN, 1991; KOHL, FLATTEN, ERLI, OHNHAUS, PAAR & PETZOLD, 2003). Weiterhin könnten durch eine bessere regionale oder überregionale Vernetzung und eine höhere Bekanntheit bestehender Versorgungsangebote Irrwege der Patienten vermieden und eine bessere Verteilung der Betroffenen ermöglicht werden.

Als weniger relevant für die Dauer zwischen Unfallereignis und Beginn einer Intervention wurde von den Befragten die Wartezeit in der eigenen Einrichtung eingeschätzt (18 %). Dem entgegen steht die Aussage von der überwiegenden Mehrheit der Befragten (79,1 %), Betroffene schon auf eine Warteliste gesetzt zu haben. Als häufigste Ursache hierfür wurden wiederum Kapazitätsprobleme genannt, was der vorherigen Aussage zu den Wartezeiten nach dem Unfallereignis zunächst zu widersprechen scheint. Allerdings lässt die Art der Fragestellung offen, wann oder wie häufig bereits jemand auf die Warteliste gesetzt werden musste und ob es

sich dabei tatsächlich um ein Verkehrsunfallopfer oder jemanden mit einer Störung anderer Ursache gehandelt hat. Weiterhin entsteht durch die Aussage der Institutionen, ein Großteil der Anfragen von Straßenverkehrsunfallopfern würde in Maßnahmen münden, der Eindruck, es müssten kaum Anfragen von Betroffenen abgelehnt werden. Dies würde gegen mangelnde Kapazitäten der Versorger sprechen. Allerdings bleibt durch den hohen Anteil von Befragten, insbesondere aus den größeren Einrichtungen wie Kliniken und Reha-Kliniken, die keine Aussage zu den angenommenen Behandlungsanfragen machen konnten, unklar, inwiefern die bei dieser Frage gemachten Angaben tatsächlich für den klinischen Alltag repräsentativ sind.

Die Beratungsstellen waren die einzige Gruppe von Institutionen, in der keine fehlenden Kapazitäten berichtet wurden. Weiterhin wurde von keiner Beratungsstelle eine vorab geklärte Kostenübernahme als Zugangsvoraussetzung für das eigene Angebot genannt, während sie bei anderen Institutionsarten von einem Großteil der Befragten vorausgesetzt wurde. In Kombination mit ihrer Fokussierung auf die Akutversorgung Betroffener könnten Beratungsstellen sich somit tendenziell als erste Anlaufstation unmittelbar nach einem Unfallereignis eignen. Diese Aussage ist jedoch aufgrund methodischer Limitationen der Studie nicht verallgemeinerbar. So ist zwingend zu berücksichtigen, dass aufgrund der sehr kleinen Gruppe von nur vier teilnehmenden Beratungsstellen nicht von einer Repräsentativität der Aussagen auszugehen ist. Ob und wenn ja in welcher Form mangelnde Kapazitäten die Versorgung psychischer Unfallfolgen erschweren, konnte somit im Rahmen der Online-Befragung nicht abschließend geklärt werden.

Eine Verallgemeinerung der Ergebnisse der Online-Befragung insgesamt ist nach Einschätzung der Autoren nicht zulässig. Durch die kleine Stichprobe und die zum Teil geringe Anzahl spezifischer Institutionen lassen sich die gewonnenen Erkenntnisse nur bedingt auf das Versorgungssystem insgesamt bzw. auf die verschiedenen Institutionsarten übertragen. Erschwerend kommt hinzu, dass durch die Selbstselektion der Teilnehmer eine weitere Verzerrung der Antworttendenzen begünstigt werden kann (DÖRING & BORTZ, 2016).

Eine weitere Limitation stellt der Umstand dar, dass nicht bei jeder Frage explizit auf den Bezug zur Versorgung von psychischen Unfallfolgen hingewiesen wurde. So könnten die Teilnehmer versehentlich

Antworten bezogen auf die Gesamtheit der von ihnen versorgten Klienten und Patienten gegeben haben und nicht ausschließlich auf die Zielgruppe der Verkehrsunfallopfer mit psychischen Beeinträchtigungen.

Gleichzeitig waren nicht alle Fragen für jede Art von Institution zutreffend und daher möglicherweise im Einzelfall nicht oder nur sehr schwer zu beantworten. Dies könnte das Antwortverhalten beeinflusst haben. So wurde beispielsweise aus dem Antwortverhalten ersichtlich, dass Befragte, die in größeren Einrichtungen arbeiten, bei kapazitätsbezogenen Fragen häufig keine Antwort geben konnten. Ursächlich hierfür ist vermutlich der fehlende Überblick aufgrund komplexer Organisationsstrukturen. Institutionsspezifische Fragebögen mit unterschiedlichen Themenschwerpunkten hätten möglicherweise die Qualität der Aussagen weiter verbessern können.

Um den für Online-Befragungen typischen Limitationen gerecht zu werden, wurden ergänzend Interviews zu verschiedenen Einzelaspekten der Versorgung psychischer Unfallfolgen durchgeführt. Die Interviewpartner wurden aus dem Teilnehmerkreis der Online-Befragung rekrutiert und telefonisch befragt. Die Ergebnisse der Interviews werden im folgenden Abschnitt beschrieben.

5.3 Interviews

Es wurden 17 Interviews mit Vertretern von Institutionen durchgeführt, die sich an der Versorgung psychischer Unfallfolgen beteiligen. Die Interviews bestätigen die in der Online-Befragung erzielten Ergebnisse zur Versorgungssituation und liefern darüber hinaus Hinweise für Verbesserungspotenziale in der Versorgung.

Bei der Auswahl der Interviewpartner wurde darauf geachtet, Vertreter verschiedener Institutionsarten (z. B. psychotherapeutische Praxis, Klinik) aus ganz Deutschland zu berücksichtigen. Aufgrund der Freiwilligkeit der Teilnahme und der Tatsache, dass alle Interviewpartner die Online-Befragung vollständig durchgeführt hatten, kann gemutmaßt werden, dass die gewonnenen Partner hinsichtlich der Thematik psychischer Unfallfolgen besonders sensibilisiert und motiviert waren. In den Gesprächen wurden die große Expertise der Partner und die konkreten Erfahrungen, die diese hinsichtlich der Versorgung

von Menschen mit psychischen Unfallfolgen gesammelt hatten, deutlich.

In den Interviews wurde den Experten durch offene Fragen Freiraum gelassen, um ihre eigene Sichtweise darzustellen. Umso bemerkenswerter erscheint es, dass sich in der Gesamtschau Themen identifizieren lassen, die von nahezu allen Interviewpartnern angesprochen wurden. Zu nennen sind hier insbesondere die (Problem-) Bereiche „Auffinden von Informationen“, „Sensibilität aller Beteiligten“ und „Diagnostik“ sowie die bestehenden Unterschiede in Abhängigkeit des verantwortlichen Kostenträgers.

Neben den Interviews mit Experten waren im Studienplan auch Interviews mit Betroffenen vorgesehen. Während der Erhebungsphase konnten jedoch keine Kontakte zu Betroffenen hergestellt werden. Ziel dieser Interviews wäre es gewesen, „aus erster Hand“ Hinweise dafür zu erlangen, welche Hürden sich im Einzelfall bei der Suche nach geeigneten Unterstützungsangeboten identifizieren lassen. Eventuell hätte sich durch diese Informationen der Kreis potenzieller Optimierungsmöglichkeiten (Bild 15) noch erweitern oder differenzieren lassen.

Für die Weiterführung der Thematik in Praxis und Forschung wird es als zielführend erachtet, die Betroffenen selbst immer mit einzubeziehen. Dabei erscheint es erforderlich, den jeweils vorgegeben Zeitrahmen für die Einbeziehung dieses Personenkreises sehr großzügig zu bemessen und ggf. auch andere als in diesem Vorhaben gewählte Rekrutierungsstrategien anzuwenden.

5.4 Workshop

Die Rekrutierung der Workshop-Teilnehmer erfolgte im Rahmen der Online-Befragung. Damit zeichnen sich die Teilnehmer – ebenso wie bereits hinsichtlich der Interviews ausgeführt – sehr wahrscheinlich durch ein besonderes Interesse an der Thematik und hohe Motivation aus.

Tatsächlich waren alle Teilnehmer während des gesamten Workshops sehr engagiert, berichteten offen über ihre Erfahrungen und zeigten großes Wissen hinsichtlich der Gesamthematik. Einige der Teilnehmer gaben zu verstehen, dass sie sich mit der Thematik aus therapeutischer oder verbandspolitischer Sicht schon seit vielen Jahren befassen.

Aufgrund der Freiwilligkeit der Teilnahme konnte kaum Einfluss auf den Teilnehmerkreis genommen werden. In der Teilnehmerübersicht zeigt sich allerdings, dass es gelungen war, sowohl Vertreter aus ambulanten und stationären klinischen Bereichen, der Polizei, dem Rettungsdienst, aus der Forschung, der Versicherungsbranche und von Verbänden zu gewinnen.

Die Konzentration des Workshops auf Maßnahmen zur Verbesserung des Auffindens geeigneter Unterstützungsangebote (Versorgungsatlas, Handzettel) wurde von den Teilnehmern gut angenommen und als zielführend erachtet, um die Versorgungssituation von Menschen mit psychischen Unfallfolgen in Deutschland nachhaltig zu verbessern. Als Bestätigung der erfolgreichen Zielerreichung im Workshop und der Wichtigkeit des Forschungsvorhabens insgesamt wird die Bereitschaft einiger der Vertreter gewertet, sich über den Workshop hinaus für die Entwicklung eines Versorgungsatlas zu engagieren. Konkret wurde die Möglichkeit angeboten, eine Arbeitsgruppe einzurichten, die sich mit der Umsetzung und Veröffentlichung eines solchen Instruments befasst.

Die Weiterführung der durch das Forschungsprojekt aufgezeigten Ansätze, insbesondere die Entwicklung eines Versorgungsatlas, soll einen Beitrag zur Verbesserung der Versorgungssituation von Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen infolge von Verkehrsunfällen leisten.

6 Fazit und Ausblick

In der vorliegenden Arbeit wurde in einem mehrstufigen Prozess die Versorgungssituation von Straßenverkehrsunfallopfern, die unter psychischen Unfallfolgen leiden, untersucht. Zunächst wurde erstmalig für Deutschland eine Recherche potenziell dieser Zielgruppe behandelnder Institutionen durchgeführt. Diese wurden anschließend in einer Online-Befragung und vertiefend mittels Interview zu der jeweils eigenen Einrichtung und zur Versorgungssituation psychischer Unfallfolgen im Allgemeinen befragt.

In der Zusammenschau der Ergebnisse lassen sich folgende Kernaussagen treffen:

- **Auffindbarkeit von Informationen**
Es gibt eine Vielzahl inhaltlich unterschiedlich ausgerichteter Institutionen, die Versorgungs-

angebote für Menschen mit psychischen Traumafolgen anbieten. Es gibt jedoch kaum Angebote, die auf die Versorgung psychischer Beeinträchtigungen infolge von Straßenverkehrsunfällen spezialisiert sind. Die Versorgungslandschaft ist unübersichtlich und für den Laien ist es schwierig, sich adäquat zu informieren. Irrwege der Betroffenen sind häufig, bis sie das für sie adäquate Versorgungsangebot finden. Die Auffindbarkeit von Informationen sollte daher verbessert werden, entsprechende Instrumente sind zu entwickeln und zu implementieren.

- **Sensibilität aller Beteiligten**
Psychische Unfallfolgen finden in der Arbeit der professionellen Helfer (u. a. Polizei, Rettungsdienstpersonal, Ärzte) noch zu wenig Berücksichtigung. Auch die Betroffenen selbst haben häufig Schwierigkeiten, die auftretenden Beschwerden richtig einzuordnen (u. a. mangelnde Krankheitseinsicht). Maßnahmen zur Erhöhung der Sensibilität aller Beteiligten sollten entwickelt und umgesetzt werden.
- **Diagnostik**
Bereits vorliegende Instrumente zur frühzeitigen Erkennung von psychischen Unfallfolgen (z. B. Screening-Verfahren) werden bislang selten angewendet. Maßnahmen zur Verbesserung der Diagnostik sind indiziert.
- **Qualitätsstandards**
Abhängig vom Kostenträger bestehen große Unterschiede im Ablauf, der Organisation und Qualität der Versorgung. Für alle Betroffenen sollten die gleichen hohen Qualitätsstandards gelten.
- **Kostenübernahme**
Widrigkeiten bei der Klärung der Kostenübernahme für Behandlungen sind für die Betroffenen belastend und können zu einer Verzögerung des Therapiebeginns führen. Es bedarf einer Gleichstellung aller Betroffenen im Hinblick auf ihr Recht einer zeitnahen Behandlung.
- **Netzwerke**
Der Bedarf an (spezialisierten) Therapeuten übersteigt das Angebot. Die bestehenden Ressourcen werden nicht effektiv genutzt. Es bedarf des Aufbaus regionaler Netzwerke, um Therapievermittlung effektiv und effizient gestalten zu können.

- **Vermittlung von Therapie und Beratung**

Es sollten Maßnahmen zur Verbesserung der Vermittlung von Therapie und Beratung initiiert werden. Es fehlt an einer zentralen Informationsstelle, die individuell berät und adäquate therapeutische Angebote vermittelt.

In einem interdisziplinären Experten-Workshop wurden diese Kernthemen diskutiert und im Hinblick auf Optimierungsmöglichkeiten analysiert. Der Fokus lag dabei auf der Entwicklung von Handlungsempfehlungen zur Optimierung der Auffindbarkeit vorhandener Versorgungsangebote und Informationen. Konkret wurden Anforderungen erarbeitet, die an einen sog. Versorgungsatlas und einen Handzettel zu stellen sind.

Im weitestgehenden Konsens der Experten ist es gelungen, Anforderungen hinsichtlich zentraler Inhalte, einer geeigneten Struktur, Publikationsform und Verbreitung eines deutschlandweiten Versorgungsatlas und Handzettels zu erarbeiten.

Die Studienergebnisse weisen nachdrücklich auf Handlungsbedarf zur Verbesserung der Versorgungssituation von Menschen mit psychischen Unfallfolgen hin. Als ein wesentlicher Ansatzpunkt wurde dabei die Verbesserung der Auffindbarkeit von Informationen identifiziert. Trotz bestehender Limitationen der vorliegenden Studie (z. B. Stichprobengrößen, Freiwilligkeit der Teilnahme, hohe Dropout-Rate bei der Online-Befragung), wird die Relevanz der mit dem Forschungsvorhaben aufgegriffenen Thematik durch die Experten einstimmig betont und eine Weiterführung der Arbeiten als dringlich erachtet. Dieser Einschätzung folgend hat sich im Nachgang des Workshops eine Arbeitsgruppe aus Vertretern verschiedener Organisationen zusammengefunden, um die Weiterentwicklung und Implementierung eines Versorgungsatlas und Handzettels voranzutreiben.

Mit dem Versorgungsatlas soll ein Online-Instrument (Website) entwickelt werden, das sich insbesondere an Betroffene, aber ebenso an Angehörige, Behandelnde, professionelle Helfer usw. richtet. Primäres Ziel des Instruments ist es, Institutionen, die sich an der Versorgung von Straßenverkehrsunfallopfern mit psychischen Unfallfolgen beteiligen, systematisch darzustellen und damit bei der Suche nach adäquaten Versorgungsangeboten Unterstützung zu bieten. Darüber hinaus sollen Informationen zu psychischen Unfallfolgen, Handlungs-

möglichkeiten, gesetzlichen Regelungen usw. leicht verständlich vermittelt werden.

Der künftige Versorgungsatlas ist dabei weniger als ein abgeschlossenes Produkt zu verstehen, sondern vielmehr als ein fortlaufend weiterzuentwickelndes Konzept. Aufgrund der sich ständig verändernden Versorgungslandschaft in Deutschland wird eine stetige Fortschreibung und Überprüfung des Versorgungsatlas als erforderlich erachtet, insbesondere hinsichtlich Vollständigkeit und Angemessenheit der erfassten Institutionen, Umfang und Inhalte der enthaltenen Informationen, Veröffentlichungsform und Verbreitung. Damit ergeben sich auch für die Zukunft Aufgaben, die nur in interdisziplinärer Kooperation zwischen Vertretern der Praxis und der Forschung angegangen werden können.

Literatur

- ALBANI, C.; RUSCH, B.-D.; BLASER, G.; GEYER, M.; BRÄHLER, E. (2004). Tabuthema Psychotherapie – eine repräsentative Befragung zu Einstellungen zu Psychotherapie in der BRD. In: G. Plöttner (Hrsg.): Psychotherapeutische Versorgung und Versorgungsforschung (S. 75-86). Berlin: Leipziger Universitätsverlag GmbH.
- AUERBACH, K. (2014). Psychische Folgen von Verkehrsunfällen. Berichte der Bundesanstalt für Straßenwesen. Unterreihe Mensch und Sicherheit (M 245). Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW.
- AYMÉ, S.; SCHMIDTKE, J. (2007). Networking for rare diseases: a necessity for Europe. Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz, 50(12), 1477-1483. <https://doi.org/10.1007/s00103-007-0381-9>
- BERWICK, D. M.; MURPHY, J. M.; GOLDMAN, P. A.; WARE, J. E.; BARSKY, A. J.; WEINSTEIN, M. C. (1991). Performance of a Five-Item Mental Health Screening Test. Medical Care, 29(2), 169–176.
- BRINK, A.; OVERKAMP, B. (2011). Frühintervention und sekundäre Prävention psychischer Unfallfolgen. Trauma und Berufskrankheit, 13(1), 36–42. <https://doi.org/10.1007/s10039-010-1702-z>
Abgerufen am 09.03.2018.

- Bundesanstalt für Straßenwesen (2016). Volkswirtschaftliche Kosten von Straßenverkehrsunfällen in Deutschland. http://www.bast.de/DE/Statistik/Unfaelle/volkswirtschaftliche_kosten.pdf?__blob=publicationFile&v=10
Abgerufen am 05.05.2017.
- Bundespsychotherapeutenkammer (2011). BPTK-Studie zu Wartezeiten in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung Umfrage der Landespsychotherapeutenkammern und der BPTK. http://www.bptk.de/uploads/media/110622_BPTK-Studie_Langfassung_Wartezeiten-in-der-Psychotherapie_01.pdf.
Abgerufen am 12.01.2018.
- Bundespsychotherapeutenkammer (2018a). Psychische Erkrankungen und Arbeitsunfähigkeit – Neue Analysen für das Jahr 2016. *Psychotherapeutenjournal*, 17(1), 49-50.
- Bundespsychotherapeutenkammer (2018b). Terminservicestellen im Bereich der Psychotherapie – Erste Zwischenbilanz und Ausblick. *Psychotherapeutenjournal*, 17(1), 50-51.
- Deutsche Gesellschaft für Psychotraumatologie (2016a). <http://www.degpt.de/curricula/spezielle-psychotraumathepie.html>.
Abgerufen am 25.05.2016.
- Deutsche Gesellschaft für Psychotraumatologie (2016b). <http://www.degpt.de/DeGPT-Dateien/Curriculum-Spezielle%20Psychotraumathepie-%20DeGPT-2012.pdf>.
Abgerufen am 25.05.2016.
- Deutsches Ärzteblatt (1996). Psychische Unfallfolgen: Verhaltenstraining hilft gegen Ängste. *Deutsches Ärzteblatt International*, 93(44), 2875. <http://www.aerzteblatt.de/int/article.asp?id=3708>
Abgerufen am 09.03.2018.
- DGUV (2008). Empfehlungen der Gesetzlichen Unfallversicherung zur Prävention und Rehabilitation von psychischen Störungen nach Arbeitsunfällen. Berlin: Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e. V. (DGUV).
- DÖRING, N.; BORTZ, J. (2016). *Forschungsmethoden und Evaluation in den Sozial- und Humanwissenschaften*. Berlin: Springer-Verlag.
- ECHTERHOFF, W.; SPOERER, E. (1991). Psychologische Nachsorge für Unfallbeteiligte. *Zeitschrift für Verkehrssicherheit*, 37(4), 172-176.
- Gesundheitsberichtserstattung des Bundes (2016). http://www.gbe-bund.de/oowa921-install/servlet/oowa/aw92/WS0100/_XWD_PROC?_XWD_2/4/XWD_CUBE.DRILL/_XWD_30/D.382/43744.
Abgerufen am 25.05.2016.
- HÄRTER, M.; WOLL, S.; REUTER, K.; WUNSCH, A.; BENDEL, J. (2004). Recognition of psychiatric disorders in musculoskeletal and cardiovascular rehabilitation patients. *Archives of Physical Medicine & Rehabilitation*, 85, 1192-1197.
- HALBE, B.; ORLOWSKI, U.; PREUSKER, U. K.; SCHILLER, H.; SCHÜTZ, J.; WASEM, J.; BEST, D.; LUBISCH, B. (2015). *Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG) – Auswirkungen auf die psychotherapeutische Praxis*. Heidelberg: medhochzwei Verlag.
- HAUFE (2013). Schmerzensgeldhöhe bei psychosomatischen Unfallfolgen. Serie Schmerzensgeld - was kostet der Schmerz? 11.12.2013 https://www.haufe.de/recht/weitere-rechtsgebiete/allg-zivilrecht/schmerzensgeldhoehe-bei-psychosomatischen-unfallfolgen_208_212584.html
Abgerufen am 15.05.2017.
- HILL, K.; SMITH, R.; SCHWARZ, J. (2001). Falls Clinics in Australia: a survey of current practice, and recommendations for future development. *Australian Health Review*, 24(4), 163-174.
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (2016). <http://gesundheitsdaten.kbv.de/cms/html/16393.php>.
Abgerufen am 25.05.2016
- KASNATSCHEEW, A.; HEINL, F.; SCHÖNEBECK, S.; LERNER, M.; HOSTA, P. (2016). Review of European Accident Cost Calculation Methods With Regard to Vulnerable Road Users (InDev Deliverable No. 5.1). https://www.indev-project.eu/InDeV/EN/Documents/pdf/review-cost-calculation.pdf;jsessionid=018D476FBB94F7C25C5130CA4ABF6185.live21303?__blob=publicationFile&v=1
Abgerufen am 13.03.2018

- KAUSSNER, Y.; HOFFMANN, S.; SCHOCH, S.; MARKEL, P.; BAUS, R.; PAULI, P. (2017). Entwicklung und Evaluation einer Expositionstherapie in der Fahrsimulation zur Behandlung von Fahrangst nach Verkehrsunfällen – Eine Pilotstudie gefördert von der die DGUV. Zeitschrift für Verkehrssicherheit, 2, 100-101.
- KOHL, B.; FLATTEN, G.; ERLI, H. J.; OHNHAUS, M.; PAAR, O.; PETZOLD, E. R. (2003). Integrierte Posttraumatische Akutversorgung in der Unfallchirurgie – ein Modellprojekt. <http://www.egms.de/static/de/meetings/dgu2003/03dgu0363.shtml> Abgerufen am 09.03.2018
- MARPLAN (2017a). Qualitative Interviews. Unveröffentlichter Forschungsbericht zum Forschungsvorhaben „Versorgung psychischer Unfallfolgen – Datenerfassung (FE 82.0666/2016) vom 23.08.2017.
- MARPLAN (2017b). Schlussbericht. Unveröffentlichter Forschungsbericht zum Forschungsvorhaben „Versorgung psychischer Unfallfolgen – Datenerfassung (FE 82.0666/2016) vom 23.08.2017.
- MAYOU, R.; BRYANT, B.; EHLERS, A. (2001). Prediction of Psychological Outcomes One Year After a Motor Vehicle Accident. *American Journal of Psychiatry*, 158(8), 1231–1238.
- OBERLADER, M.; KAUFMANN, C. (2016). Mercurio: Eine europäische Analyse von Unfallkosten – Soziale und wirtschaftliche Auswirkungen auf private Haushalte. *Zeitschrift für Verkehrssicherheit*, 2, 88-93.
- Patientenbeauftragter (2018). Sieben Terminservicestellen kaum erreichbar so gelingt keine Arztvermittlung! <https://www.patientenbeauftragter.de/10-pressemitteilungen/patientenrechte/180-sieben-terminservicestellen-kaum-erreichbar-so-gelingt-keine-arztvermittlung> Abgerufen am 19.03.2018
- REBSCHER (2016). Gesundheitsreport 2016 - Analyse der Arbeitsunfähigkeitsdaten. Schwerpunkt: Gender und Gesundheit. <https://www.dak.de/dak/download/gesundheitsreport-2016---warum-frauen-und-maenner-anders-krank-sind-1782660.pdf> Abgerufen am 20.03.2018
- REGO, E. M.; KIM, H. T.; RUIZ-ARGÜELLES, G. J.; UNDURRAGA, M. S.; URIATE, M. D. R.; JACOMO, R. H.; SANZ, M. A. (2013). Improving acute promyelocytic leukemia (APL) outcome in developing countries through networking, results of the International Consortium on APL. *Blood*, 121(11), 1935-1943.
- Statistisches Bundesamt (2017a). Verkehrsunfälle – Zeitreihen 2016. https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/TransportVerkehr/Verkehrsunfaelle/VerkehrsunfaelleZeitreihenPDF_5462403.pdf?__blob=publicationFile Abgerufen am 21.11.2017
- Statistisches Bundesamt (2017b). Verkehrsunfälle 2016 – Fachserie 8 Reihe 7. https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/TransportVerkehr/Verkehrsunfaelle/VerkehrsunfaelleJ2080700167004.pdf?__blob=publicationFile Abgerufen am 21.11.2017
- Techniker Krankenkasse (2017). Gesundheitsreport 2017 – Weitere Auswertungen zu Arbeitsunfähigkeiten. <https://www.tk.de/centaurus/servlet/contentblob/942842/Datei/69654/Gesundheitsreport-2017-Arbeitsunfaehigkeit.pdf> Abgerufen am 20.03.2018
- World Health Organization (2016). Post-crash response. Supporting those affected by road traffic crashes, WHO. <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/251720/1/WHO-NMH-NVI-16.9-eng.pdf?ua=1> Abgerufen am 20.03.2018

Bilder

Bild 1: Teilnahme an der Online-Befragung

Bild 2: Links: Anteil versorgter Menschen mit psychischen Unfallfolgen in Prozent an der Gesamtheit ($n = 119$) aller versorgten Menschen in Institutionen ohne Schwerpunkt psychische Unfallfolgen. Rechts: Anteil versorgter Menschen mit psychischen Unfallfolgen in Prozent an der Gesamtheit ($n = 36$) aller versorgten Menschen in Institutionen mit Schwerpunkt psychische Unfallfolgen

- Bild 3: Anteil der jeweiligen Institutionen in Prozent, die angegeben haben im Rahmen der Versorgung psychischer Unfallfolgen Krisenintervention, psychotherapeutische Beratung oder Psychotherapie anzubieten
- Bild 4: Symbolisch dargestellte Anzahl von Teilnehmern der Online-Befragung je Bundesland und Institutionsart ($n = 110$)
- Bild 5: Mittlere geschätzte Häufigkeit des Auftretens verschiedener Komplikationen nach einem Verkehrsunfallereignis über alle Institutionen hinweg ($n = 110$)
- Bild 6: Mittlere Bewertung des Versorgungsangebotes für psychische Unfallfolgen in Deutschland, der eigenen Region und der eigenen Einrichtung getrennt nach Institutionen
- Bild 7: Anteil der jeweiligen Antwortkategorie am Gesamtanteil der Antworten auf die Frage nach den größten Herausforderungen bei der Versorgung psychischer Unfallfolgen ($n = 66$)
- Bild 8: Anteil der jeweiligen Antwortkategorie am Gesamtanteil der Antworten auf die Frage nach den Verbesserungsmöglichkeiten bei der Versorgung psychischer Unfallfolgen ($n = 75$)
- Bild 9: Anteil der jeweiligen Institutionen (Rechtecke), die angegeben haben, von der genannten Einrichtung (Ellipsen) gezielt Verkehrsunfallopfer mit psychischen Folgen geschickt zu bekommen
- Bild 10: Anteil aller Institutionen in Prozent, die den genannten Zeitraum als durchschnittlichen Zeitraum zwischen Unfallereignis und Aufnahme eines Versorgungsangebotes angegeben haben ($n = 110$)
- Bild 11: Anteil der jeweiligen Institutionen in Prozent, die den genannten Zeitraum als durchschnittlichen Zeitraum zwischen Unfallereignis und Aufnahme des Versorgungsangebotes angegeben haben
- Bild 12: Anteil aller Institutionen in Prozent, die die genannten Gründe als eine Ursache für eine verzögerte Aufnahme eines Behandlungsangebotes angegeben haben ($n = 110$)
- Bild 13: Links: Anzahl aller Institutionen in Prozent, die angegeben haben, die jeweilige Anzahl von Straßenverkehrsunfallopfern mit psychischen Problemen pro Jahr zu erhalten ($n = 110$). Rechts: Anzahl aller Institutionen in Prozent, die angegeben haben, die jeweilige Anzahl von Straßenverkehrsunfallopfern mit psychischen Problemen pro Jahr zu behandeln ($n = 110$)
- Bild 14: Verteilung der Interviewpartner nach Ort und Institution
- Bild 15: Ansatzpunkte zur Optimierung der Versorgung psychischer Unfallfolgen

Tabellen

Tab. 1: Ergebnis der Recherche

Schriftenreihe

Berichte der Bundesanstalt für Straßenwesen

Unterreihe „Mensch und Sicherheit“

2013

- M 237: Schwer erreichbare Zielgruppen – Handlungsansätze für eine neue Verkehrssicherheitsarbeit in Deutschland
Funk, Faßmann € 18,00
- M 238: Verkehrserziehung in Kindergärten und Grundschulen
Funk, Hecht, Nebel, Stumpf € 24,50
- M 239: Das Fahrerlaubnisprüfungssystem und seine Entwicklungspotenziale – Innovationsbericht 2009/2010 € 16,00
- M 240: Alternative Antriebstechnologien – Marktdurchdringung und Konsequenzen – Berichtsjahr 2011 – Abschlussbericht
Küter, Holdik, Pöppel-Decker, Ulitzsch
Dieser Bericht liegt nur in digitaler Form vor und kann unter <http://bast.opus.hbz-nrw.de/> heruntergeladen werden.
- M 241: Intervention für punkteauffällige Fahrer – Konzeptgrundlagen des Fahreignungsseminars
Glitsch, Bornewasser, Sturzbecher, Bredow, Kaltenbaek, Büttner € 25,50
- M 242: Zahlungsbereitschaft für Verkehrssicherheit – Vorstudie
Bahamonde-Birke, Link, Kunert € 14,00

2014

- M 243: Optimierung der Praktischen Fahrerlaubnisprüfung
Sturzbecher, Mörl, Kaltenbaek € 25,50
- M 244: Innovative Konzepte zur Begleitung von Fahranfängern durch E-Kommunikation
Funk, Lang, Held, Hallmeier € 18,50
- M 245: Psychische Folgen von Verkehrsunfällen
Auerbach € 20,00
- M 246: Prozessevaluation der Kampagnenfortsetzung 2011-2012 „Runter vom Gas!“
Klimmt, Maurer, Baumann € 14,50

AKTUALISIERTE NEUAUFLAGE VON:

- M 115: Begutachtungsleitlinien zur Kraftfahreignung – gültig ab 1. Mai 2014
Gräcmann, Albrecht € 17,50
- M 247: Psychologische Aspekte des Unfallrisikos für Motorradfahrerinnen und -fahrer
von Below, Holte € 19,50
- M 248: Erkenntnisstand zu Verkehrssicherheitsmaßnahmen für ältere Verkehrsteilnehmer
Falkenstein, Joiko, Poschadel € 15,00
- M 249: Wirkungsvolle Risikokommunikation für junge Fahrerinnen und Fahrer
Holte, Klimmt, Baumann, Geber € 20,00
- M 250: Ausdehnung der Kostentragungspflicht des § 25a StVG auf den fließenden Verkehr
Müller € 15,50

- M 251: Alkohol-Interlocks für alkoholauffällige Kraftfahrer
Hauser, Merz, Pauls, Schnabel, Aydeniz, Blume, Bogus, Nitzsche, Stengl-Herrmann, Klipp, Buchstaller, DeVol, Laub, Müller, Veltgens, Ziegler € 15,50

- M 252 Psychologische Aspekte des Einsatzes von Lang-Lkw
Glaser, Glaser, Schmid, Waschulewski
Dieser Bericht liegt nur in digitaler Form vor, ist interaktiv und kann unter <http://bast.opus.hbz-nrw.de/> heruntergeladen werden.

2015

- M 253: Simulatorstudien zur Ablenkungswirkung fahrfremder Tätigkeiten
Schömig, Schoch, Neukum, Schumacher, Wandtner € 18,50
- M 254: Kompensationsstrategien von älteren Verkehrsteilnehmern nach einer VZR-Auffälligkeit
Karthaus, Willemssen, Joiko, Falkenstein € 17,00
- M 255: Demenz und Verkehrssicherheit
Fimm, Blankenheim, Poschadel € 17,00
- M 256: Verkehrsbezogene Eckdaten und verkehrssicherheitsrelevante Gesundheitsdaten älterer Verkehrsteilnehmer
Rudinger, Haverkamp, Mehlig, Falkenstein, Hahn, Willemssen € 20,00
- M 257: Projektgruppe MPU-Reform
Albrecht, Evers, Klipp, Schulze € 14,00
- M 258: Marktdurchdringung von Fahrzeugsicherheitssystemen
Follmer, Geis, Gruschwitz, Hölscher, Raudszus, Zlocki € 14,00
- M 259: Alkoholkonsum und Verkehrsunfallgefahren bei Jugendlichen
Hoppe, Tekaat € 16,50
- M 260: Leistungen des Rettungsdienstes 2012/13
Schmiedel, Behrendt € 16,50
- M 261: Stand der Radfahrausbildung an Schulen und motorische Voraussetzungen bei Kindern
Günther, Kraft € 18,50
- M 262: Qualität in Fahreignungsberatung und fahreignungsfördernden Maßnahmen
Klipp, Bischof, Born, DeVol, Dreyer, Ehlert, Hofstätter, Kalwitzki, Schattschneider, Veltgens € 13,50
- M 263: Nachweis alkoholbedingter Leistungsveränderungen mit einer Fahrverhaltensprobe im Fahrsimulator der BAST
Schumacher
Dieser Bericht liegt nur in digitaler Form vor und kann unter <http://bast.opus.hbz-nrw.de/> heruntergeladen werden.

2016

- M 264: Verkehrssicherheit von Radfahrern – Analyse sicherheitsrelevanter Motive, Einstellungen und Verhaltensweisen
von Below € 17,50
- M 265: Legalbewährung verkehrsauffälliger Kraftfahrer nach Neuerteilung der Fahrerlaubnis
Kühne, Hundertmark € 15,00
- M 266: Die Wirkung von Verkehrssicherheitsbotschaften im Fahrsimulator – eine Machbarkeitsstudie
Wandtner
Dieser Bericht liegt nur in digitaler Form vor und kann unter <http://bast.opus.hbz-nrw.de/> heruntergeladen werden.
- M 267: Wahrnehmungspsychologische Analyse der Radfahraufgabe
Platho, Paulenz, Kolrep € 16,50

M 268: Revision zur optimierten Praktischen Fahrerlaubnisprüfung
Sturzbecher, Luniak, Mörl € 20,50

M 269: Ansätze zur Optimierung der Fahrschul Ausbildung in Deutschland
Sturzbecher, Luniak, Mörl € 21,50

M 270: Alternative Antriebstechnologien – Marktdurchdringung und Konsequenzen
Schleh, Bierbach, Piasecki, Pöppel-Decker, Ulitzsch
Dieser Bericht liegt nur in digitaler Form vor und kann unter <http://bast.opus.hbz-nrw.de/> heruntergeladen werden.

2017

M 271: Evaluation der Kampagnenfortsetzung 2013/2014 „Runter vom Gas!“
Klimmt, Geber, Maurer, Oschatz, Süflow € 14,50

M 272: Marktdurchdringung von Fahrzeugsicherheitssystemen 2015
Gruschwitz, Hölscher, Raudszus, Zlocki € 15,00

M273: Verkehrswahrnehmung und Gefahrenvermeidung – Grundlagen und Umsetzungsmöglichkeiten in der Fahranfängervorbereitung
TÜV | DEKRA arge tp 21 € 22,00

M 273b: Traffic perception and hazard avoidance – Foundations and possibilities for implementation in novice driver preparation
Bredow, Brünken, Dressler, Friedel, Genschow, Kaufmann, Malone, Mörl, Rüdell, Schubert, Sturzbecher, Teichert, Wagner, Weiße
Dieser Bericht ist die englische Fassung von M 273 und liegt nur in digitaler Form vor und kann unter <http://bast.opus.hbz-nrw.de/> heruntergeladen werden.

M 274: Fahrschulüberwachung in Deutschland – Gutachten im Auftrag der Bundesanstalt für Straßenwesen
Sturzbecher, Bredow
Dieser Bericht liegt nur in digitaler Form vor und kann unter <http://bast.opus.hbz-nrw.de/> heruntergeladen werden.

M 275: Reform der Fahrlehrerausbildung
Teil 1: Weiterentwicklung der Fahrlehrerausbildung in Deutschland
Teil 2: Kompetenzorientierte Neugestaltung der Qualifizierung von Inhabern/verantwortlichen Leitern von Ausbildungsfahrschulen und Ausbildungsfahrlehrern
Brünken, Leutner, Sturzbecher
Dieser Bericht liegt nur in digitaler Form vor und kann unter <http://bast.opus.hbz-nrw.de/> heruntergeladen werden.

M 276: Zeitreihenmodelle mit meteorologischen Variablen zur Prognose von Unfallzahlen
Martensen, Diependaele € 14,50

2018

M 277: Unfallgeschehen schwerer Güterkraftfahrzeuge
Panwinkler € 18,50

M 278: Alternative Antriebstechnologien: Marktdurchdringung und Konsequenzen für die Straßenverkehrssicherheit
Schleh, Bierbach, Piasecki, Pöppel-Decker, Schönebeck
Dieser Bericht liegt nur in digitaler Form vor und kann unter <http://bast.opus.hbz-nrw.de/> heruntergeladen werden.

M 279: Psychologische Aspekte des Einsatzes von Lang-Lkw Zweite Erhebungsphase
Glaser, Glaser, Schmid, Waschulewski
Dieser Bericht liegt nur in digitaler Form vor und kann unter <http://bast.opus.hbz-nrw.de/> heruntergeladen werden.

M 280: Entwicklung der Fahr- und Verkehrskompetenz mit zunehmender Fahrerfahrung
Jürgensohn, Böhm, Gardas, Stephani € 19,50

M 281: Rad-Schulwegpläne in Baden-Württemberg – Begleitvaluation zu deren Erstellung mithilfe des WebGIS-Tools
Neumann-Opitz € 16,50

M 282: Fahrverhaltensbeobachtung mit Senioren im Fahrsimulator der BAST Machbarkeitsstudie
Schumacher, Schubert € 15,50

M 283: Demografischer Wandel – Kenntnisstand und Maßnahmenempfehlungen zur Sicherung der Mobilität älterer Verkehrsteilnehmer
Schubert, Gräemann, Bartmann € 18,50

M 284: Fahranfängerbefragung 2014: 17-jährige Teilnehmer und 18-jährige Nichtteilnehmer am Begleiteten Fahren – Ansatzpunkte zur Optimierung des Maßnahmenansatzes „Begleitetes Fahren ab 17“
Funk, Schrauth € 15,50

M 285: Seniorinnen und Senioren im Straßenverkehr – Bedarfsanalysen im Kontext von Lebenslagen, Lebensstilen und verkehrssicherheitsrelevanten Erwartungen
Holte € 20,50

M 286: Evaluation des Modellversuchs AM 15
Teil 1 – Verkehrsbewährungsstudie
Kühne, Dombrowski
Teil 2 – Befragungsstudie
Funk, Schrauth, Roßnagel € 29,00

M 287: Konzept für eine regelmäßige Erhebung der Nutzungshäufigkeit von Smartphones bei Pkw-Fahrern
Kathmann, Scotti, Huemer, Mennecke, Vollrath
Dieser Bericht liegt nur in digitaler Form vor und kann unter <http://bast.opus.hbz-nrw.de/> heruntergeladen werden.

M 288: Anforderungen an die Evaluation der Kurse zur Wiederherstellung der Kraftfahreignung gemäß § 70 FeV
Klipp, Brieler, Frenzel, Kühne, Hundertmark, Kollbach, Labitzke, Uhle, Albrecht, Buchardt € 14,50

2019

M 289: Entwicklung und Überprüfung eines Instruments zur kontinuierlichen Erfassung des Verkehrsklimas
Eggs, Follmer
Dieser Bericht liegt nur in digitaler Form vor und kann unter <http://bast.opus.hbz-nrw.de/> heruntergeladen werden.

M 290: Leistungen des Rettungsdienstes 2016/17 – Analyse des Leistungsniveaus im Rettungsdienst für die Jahre 2016 und 2017
Schmiedel, Behrendt in Vorbereitung

M 291: Versorgung psychischer Unfallfolgen
Auerbach, Surges € 15,50

Fachverlag NW in der Carl Ed. Schünemann KG
Zweite Schlachtpforte 7 · 28195 Bremen
Tel. + (0)421/3 69 03-53 · Fax + (0)421/3 69 03-63

Alternativ können Sie alle lieferbaren Titel auch auf unserer Website finden und bestellen.

www.schuenemann-verlag.de

Alle Berichte, die nur in digitaler Form erscheinen, können wir auf Wunsch als »Book on Demand« für Sie herstellen.