OPK Ostdeutsche Psychotherapeutenkammer

Psychotherapeutische Versorgung von Erwachsenen nach Großschadensereignissen
Teil I

Dr. S. Ahrens-Eipper
Dr. A. Boos-Moll

Brandenburg
Mecklenburg-Vorpommern
Sachsen
Sachsen-Anhalt
Thüringen
Ostdeutsche Psychotherapeutenkammer
Körperschaft des öffentlichen Rechts

Herzlich Willkommen

Ihre Referentinnen

Dr. Sabine Ahrens-Eipper

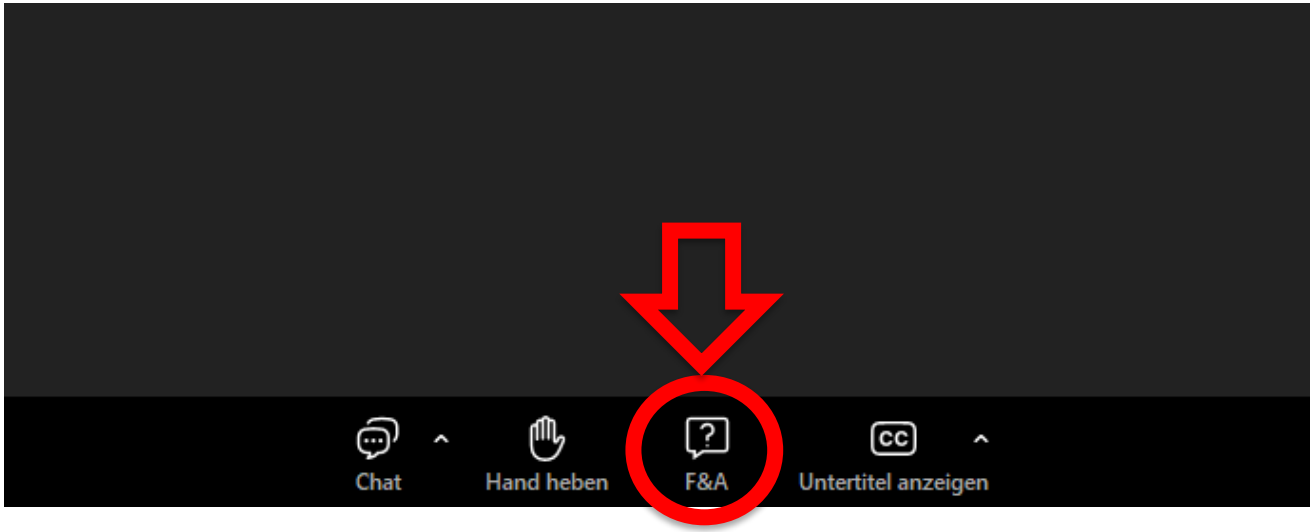
- Vizepräsidentin der OPK
- Berufspolitische Schwerpunkte: Psychotherapeutische Versorgung, PSNV, Qualitätssicherung, Kinderschutz
- Fokus der Arbeit: Erkenntnisse aus der Forschung in die Praxis einzubringen und umgekehrt, Prävention und Behandlung von Traumafolgestörungen

Dr. Anne Boos-Moll

- Langjährig tätig an der TU-Dresden mit dem Schwerpunkt Traumafolgestörungen
- Niedergelassen Psychotherapeutin
- Lehrbeauftragte und Supervisorin
- Schwerpunkt: Behandlung von Traumafolgestörungen, Angst- und Zwangsstörungen, Trauerstörungen und depressive Störungen

Organisatorisches

- Fragen können Sie über das Q&A stellen.



- Die Veranstaltung wird aufgezeichnet. Es erscheinen ausschließlich die Referentinnen in der Aufzeichnung. Ihre Namen erscheinen in der Aufzeichnung nicht.

- Für eine Vertiefung des Themas stellen wir Ihnen im Nachgang Materialien und die Präsentation über eine Dropbox zur Verfügung.

Themen

- Vernetzung, Austausch & Grundlagen der Zusammenarbeit
- Versorgungsstrukturen
- Risiko und Schutzfaktoren
- Diagnostik und Psychoedukation
- Leitliniengerechtes Vorgehen in der Psychotherapie

Vernetzung, Austausch & Grundlagen der Zusammenarbeit

Vom Attentat bis heute: Zusammenarbeit der Akteure

Am Tag des Attentates: enge Kooperation aufgenommen mit….

- der Opferbeauftragten Sachsen-Anhalt
- der KVSA
- dem Landesversorgungsamt
- der Unfallkasse Sachsen-Anhalt
- den anderen Heilberufekammern

Vom Attentat bis heute: Zusammenarbeit der Akteure

In den folgenden Wochen

- Kooperation mit anderen Psychotherapeutenkammern
- Teilnahme am Runden Tisch des Bundesopferbeauftragten
  - Themen
  - Teilnehmende
  - Absprachen
- Übergang Akutversorgung in die psychotherapeutische Versorgung
- Fortbildungen und weiteres Vorgehen

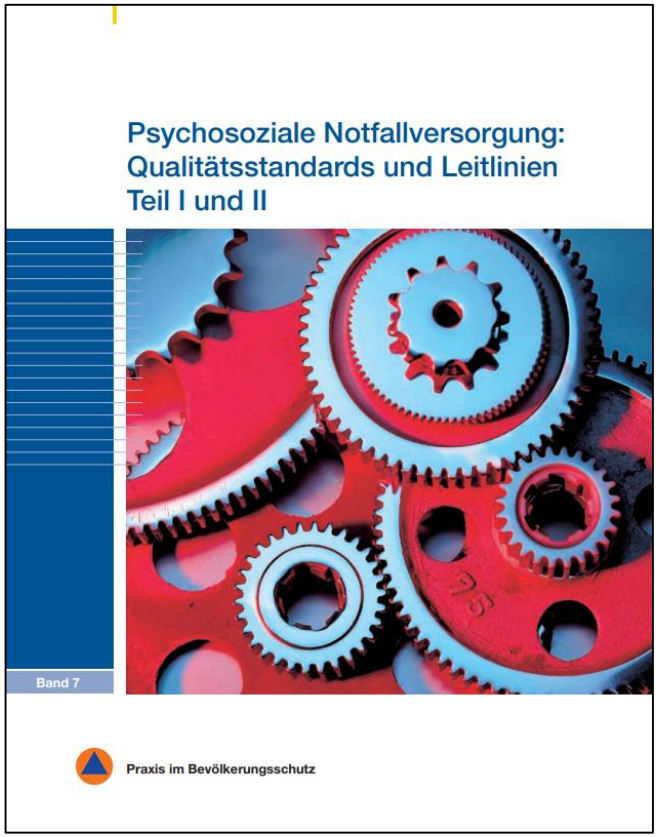
Gesetzliche Grundlagen

§ 12 KatSG-LSA
Mitwirkung der öffentlichen und privaten Organisationen

(1) Öffentliche Organisationen sind zur Mitwirkung im Katastrophenschutz verpflichtet, wenn die von ihnen aufgestellten Einheiten und Einrichtungen als solche von der für ihren Standort zuständigen Katastrophenschutzbehörde erfasst sind. Die Bundesanstalt Technisches Hilfswerk wirkt gemäß ihrer Aufgabenzuweisung nach dem THW-Helferrechtsgesetz im Katastrophenschutz mit.

Grundlage der Psychosozialen Notfallversorgung (PSNV)

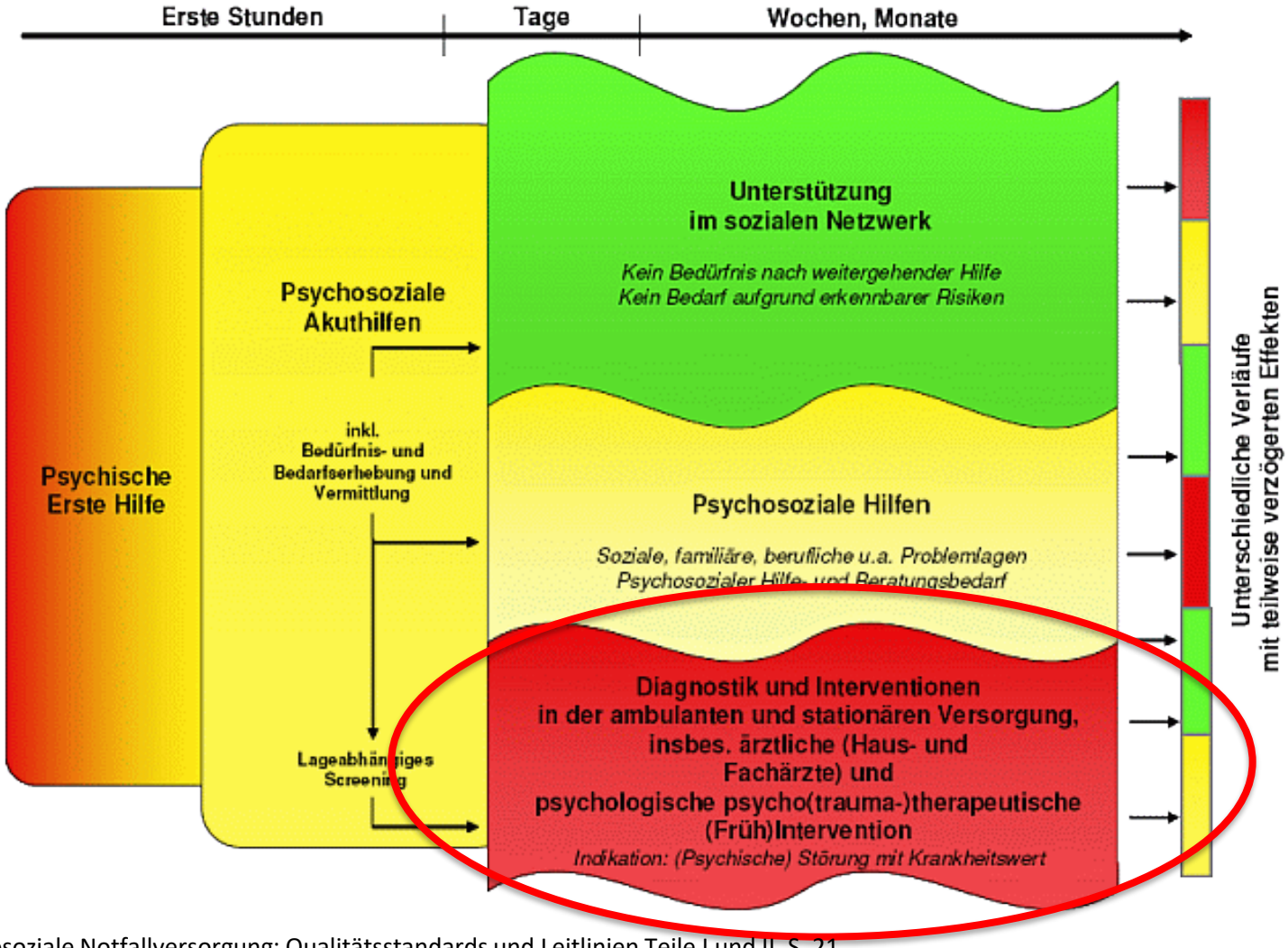
- Konsensusprozess von 2007-2010
- Publikation der Leitlinien und Qualitätsstandards: Veröffentlichung des BBK in der Reihe „Praxis im Bevölkerungsschutz“



PSNV-Synopse

Quelle: Psychosoziale Notfallversorgung: Qualitätsstandards und Leitlinien Teile I und II, S. 25.

Ergebnis des Konsesusprozesses 2010



Quelle: Psychosoziale Notfallversorgung: Qualitätsstandards und Leitlinien Teile I und II, S. 21.

Aktivitäten der OPK in der PSNV

Fortlaufend

- Fortbildung der Mitglieder, Fachtage, Newsletter
- Kooperationsvereinbarungen mit Unfallkassen
- Zusammenarbeit mit Ministerien sowie der Kontaktstelle für Betroffene und deren Angehörige von Terroranschlägen und Amoktaten
- Regelmäßige Gespräche mit den zuständigen Ministerien

Aktivitäten der OPK in der PSNV

Im Ereignisfall

- Die Kooperationspartner treten zügig in Kontakt, um sich über die bestehenden Bedarfe konkret abzustimmen.
- Ziel ist ressourcenorientierte und ineinandergreifende Kooperation der Akteure der Opferhilfe und des Opferschutzes einschließlich funktionierender Übergänge in den Hilfestrukturen.
- Es erfolgt Unterstützung bei der Vermittlung von Therapieplätzen.

Aktivitäten der OPK in der PSNV

Im Nachgang

- Die Kooperationspartner werten nach einem gemeinsamen Einsatz in einer Großschadenslage die Kooperation aus.
- Sie streben eine aktive Weiterentwicklung und Optimierung der Kooperation an.

Fortbildungsangebote für OPK-Mitglieder

- Curriculum „Psychotraumatherapie OPK“ (für E und KiJu)
- Psychologische Erste Hilfe bei Kindern und Jugendlichen
- Regelmäßige Fortbildungsveranstaltung zur PSNV mit den entsprechenden Akteuren in den Bundesländern

Weiterführende Materialen

Psychotherapeutische Hilfe
für Kinder und Jugendliche
nach schockierenden Ereignissen

https://opk-info.de/wp-content/uploads/OPK_Flyer_PSNV_Kinder.pdf?x99522

Psychotherapeutische Hilfe für Kinder und Jugendliche nach schockierenden Ereignissen

Nach einem schockierenden Ereignis, wie einem Attentat oder einem Amoklauf, reagieren die meisten Menschen, die direkt oder indirekt damit konfrontiert wurden, verstört und fühlen sich belastet. In den ersten Tagen und Wochen nach dem Ereignis sind unterschiedlichste Reaktionen normal.

Typische Reaktionen bei Kindern und Jugendlichen sind:

- Alpträume, Schreckhaftigkeit und Nervosität,
- das Gefühl, das Ereignis wieder zu erleben (Geräusche, Gerüche, Anblicke),
- gedrückte Stimmung, Gereiztheit, Konzentrationsprobleme, Stimmungsschwankungen,
- Gefühle von Leere und Sinnlosigkeit ausgeprägtes Sorgen machen, Grübeln,
- Angstzustände, z.B. Herzrasen, Schüttelfrost, Schweißausbrüche, Übelkeit, Schlafstörungen
- Rückzug und Vermeidung bestimmter Orte und Situationen.

Kinder zeigen häufig Trennungsängste. Sie können in frühere Entwicklungsstufen zurückfallen, z.B. wieder Daumen lutschen, nicht mehr allein in ihrem Bett schlafen oder tagsüber oder nachts wieder einnässen können. Manche Kinder und Jugendliche versuchen, ihre Probleme zu verbergen. All das sind normale und verbreitete Reaktionen auf ein verstörendes Ereignis. Oftmals gehen die Symptome in den ersten Wochen wieder zurück.

Was kann ich tun?

Was Sie als Eltern tun können...

- Sprechen Sie mit Ihrem Kind über das Geschehene. Erklären Sie, dass es ein außergewöhnliches und extrem seltenes Ereignis war und dass es jetzt in Sicherheit ist.
- Achten Sie auf den Medienkonsum Ihres Kindes. Kinder im Vor- und Grundschulalter sollten keine klassischen Nachrichten sehen, sondern nur kindgerechte Informationsendungen. Kinder und Jugendliche sollten keinesfalls Videos aus dem Internet anschauen, bei denen Menschen zu Tode kommen.
- Ermöglichen Sie, dass Ihr Kind mit Ihnen oder anderen Vertrauten über seine Ängste spricht, wenn es dies möchte.
- Wenn Ihr Kind Alpträume hat, ermöglichen Sie ihm, Ihnen davon zu erzählen.
- Achten Sie darauf, dass Ihr Kind regelmäßig isst, Wasser trinkt und schläft.
- Besonders Jugendliche neigen zu riskantem Verhalten (Alkohol/Drogen, Selbstverletzungen, gefährliche Dinge tun). Sprechen Sie darüber und versuchen Sie, mit ihnen andere Wege zu finden.

Wie gelange ich in das Versorgungssystem, wenn die Reaktionen nicht abklingen?

Neben den psychotherapeutischen Praxen für Kinder und Jugendliche gibt es **psychotherapeutische Ambulanzen**. Diese sind an Hochschulen, an Krankenhäusern oder Ausbildungsinstituten für Kinder und Jugendlichenpsychotherapeut*innen zu finden. Sie können diese direkt anrufen und einen Termin vereinbaren.

Um in einem **Krankenhaus** oder einer **Tagesklinik** behandelt zu werden, benötigen Sie in der Regel eine Einweisung durch ein/eine Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*in oder einen/eine Facharzt*in. Sie können sich in Notfällen direkt an die Ambulanz eines Krankenhauses wenden.

Die psychotherapeutische Sprechstunde – Der Türöffner zu ambulanten Psychotherapie

Die Sprechstunde ist der Türöffner zu einer Psychotherapie. In der psychotherapeutischen Sprechstunde klärt der/die Kinder und Jugendlichenpsychotherapeut*in mit Ihnen und Ihrem Kind, welche psychischen Beschwerden Ihr Kind hat, wie diese einzuschätzen sind und ob eine Psychotherapie sinnvoll ist.

Ohne eine solche Sprechstunde kann keine Psychotherapie beantragt werden. Wenn der/die Therapeut*in, bei dem Sie zur Sprechstunde waren, eine notwendige Behandlung nicht übernehmen kann, diese jedoch angezeigt ist, wird das weitere Vorgehen zur Ermöglichung gemeinsam besprochen.

Wer versorgt?

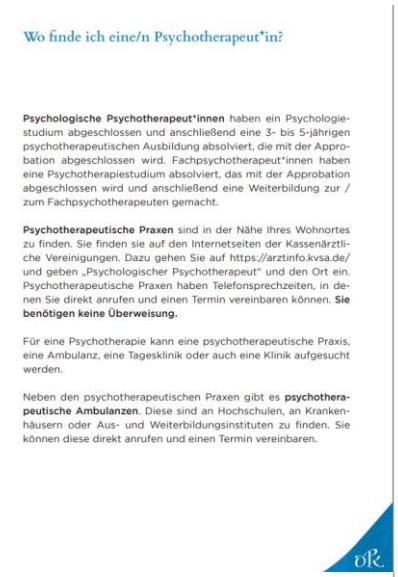
Terminservicestellen – Vermittlung von Sprechstunden und Akutbehandlung

Wenn Sie selbst keinen Termin bekommen, können Sie sich, wenn Sie gesetzlich krankenversichert sind, auch an die „Terminservicestellen" der Kassenärztlichen Vereinigung Ihres Bundeslandes wenden. Diese unterstützt bei der Vermittlung von Terminen zur psychotherapeutischen Sprechstunde und Akut-behandlung. Die Terminservicestelle ist unter **116 117** zu erreichen.

Versicherungsschutz über die gesetzliche Unfallversicherung (DGUV)

Hat das belastende Ereignis im Kontext des Schul- oder Kita-besuchs stattgefunden, liegt die Zuständigkeit für die weitere Behandlung bei den gesetzlichen Unfallkassen bzw. Berufsgenossenschaften der Länder. Die gesetzliche Unfallversicherung hat ein eigenes Psychotherapeutenverfahren. Die Schule/ Kita kann Ihnen Auskunft über die Ansprechpartner bei den Unfallkassen/ Berufsgenossenschaften geben, welcher dann die weitere Vermittlung übernimmt.

Weiterführende Materialen



Wo finde ich eine/n Psychotherapeut*in?

Psychologische Psychotherapeut*innen haben ein Psychologiestudium abgeschlossen und anschließend eine 3- bis 5-jährigen psychotherapeutischen Ausbildung absolviert, die mit der Approbation abgeschlossen wird. Fachpsychotherapeut*innen haben eine Psychotherapiestudium absolviert, das mit der Approbation abgeschlossen wird und anschließend eine Weiterbildung zur / zum Fachpsychotherapeuten gemacht.

Psychotherapeutische Praxen sind in der Nähe Ihres Wohnortes zu finden. Sie finden sie auf den Internetseiten der Kassenärztliche Vereinigungen. Dazu gehen Sie auf https://arztinfo.kvsa.de/ und geben „Psychologischer Psychotherapeut" und den Ort ein. Psychotherapeutische Praxen haben Telefonsprechzeiten, in denen Sie direkt anrufen und einen Termin vereinbaren können. **Sie benötigen keine Überweisung.**

Für eine Psychotherapie kann eine psychotherapeutische Praxis, eine Ambulanz, eine Tagesklinik oder auch eine Klinik aufgesucht werden.

Neben den psychotherapeutischen Praxen gibt es **psychotherapeutische Ambulanzen**. Diese sind an Hochschulen, an Krankenhäusern oder Aus- und Weiterbildungsinstituten zu finden. Sie können diese direkt anrufen und einen Termin vereinbaren.

Wie gelange ich in das Versorgungssystem, wenn die Reaktionen nicht abklingen?

Als Opfer einer Gewalttat haben Sie bei psychischen Folgestörungen die Möglichkeit die „schnellen Hilfen" nach dem SGB XIV in Anspruch zu nehmen. Diese werden in **Traumaambulanzen** angeboten. Die Standorte sowie die jeweilige Erreichbarkeit der Traumaambulanzen finden Sie hier: *https://projekt-hilft.de/*.

Um in einem **Krankenhaus** oder einer **Tagesklinik** behandelt zu werden, benötigen Sie in der Regel eine Einweisung durch ein/eine Psychologische Psychotherapeut*in oder einen/eine Facharzt*in. Sie können sich in Notfällen direkt an die Ambulanz eines Krankenhauses wenden.

Die psychotherapeutische Sprechstunde – der Türöffner zur ambulanten Psychotherapie

Die Sprechstunde ist der Türöffner zu einer Psychotherapie. In der psychotherapeutischen Sprechstunde klärt der/die Psychotherapeut*in mit Ihnen, welche psychischen Beschwerden Sie haben, wie diese einzuschätzen sind und ob eine Psychotherapie sinnvoll ist.

Ohne eine solche Sprechstunde kann keine Psychotherapie beantragt werden. Wenn der/die Psychotherapeut*in, bei dem Sie zur Sprechstunde waren, eine notwendige Behandlung nicht übernehmen kann, diese jedoch angezeigt ist, wird das weitere Vorgehen zur Ermöglichung gemeinsam besprochen.

Was kann ich tun?

Als Angehörige und Freunde können Sie:

- zuhören, wenn Betroffene über das Erlebte sprechen wollen,
- sich Zeit nehmen, gemeinsam etwas unternehmen
- sich den Bedürfnissen und dem Tempo der Betroffenen anpassen
- die Gefühle der Betroffenen ernst nehmen
- bei Bedarf die betroffenen bei der Suche nach einem Therapieplatz untertsützen

Was kann hilfreich sein?

Es kann hilfreich sein,

- eine Tagesstruktur einzuhalten,
- etwas Angenehmes zu tun und gewohnte Tätigkeiten auszuüben,
- Trost in vertrauten Handlungen und Orten zu suchen
- mit vertrauten Menschen etwas zu unternehmen
- Sport zu machen, sich körperlich auszupowern
- Entspannungsverfahren auszuprobieren
- zu lesen, (friedliche) Filme zu schauen
- Unterstützung anzunehmen: Eine Beratungshotline anzurufen oder eine Beratungsstelle aufzusuchen

Hilfs- bzw. Beratungsangebote für akute Krisensituationen bietet z.B. die **Telefonseelsorge**, die für eine anonyme, kostenlose Beratung zu jeder Tages- und Nachtzeit unter den bundesweiten Telefonnummern **0800 1110111** oder **0800 1110222** erreichbar ist.

Wenn die Beschwerden in den Tagen und Wochen nach dem Ereignis nicht weniger werden oder zu belastend sind, kann es sinnvoll sein, psychotherapeutische Hilfe zu suchen.

https://opk-info.de/wp-content/uploads/OPK_Psychotherapeutische_Hilfe_Erwachsene_2025_web.pdf?x99522

Zusammenarbeit auf Bundesebene in der PSNV

Schadenslagen machen nicht vor Landesgrenzen halt

- Mitarbeit bei der Bund Länder AG PSNV der BPtK
- Vorstellung unserer Aktivitäten im Länderrat
- Planung gemeinsames Fortbildungsvideo für den Ernstfall
- Entwicklung des Parts PSNV im Curriculum "Klimakrise und psychische Gesundheit“ der BPtK gemeinsam mit Rheinland-Pfalz

Wege der Versorgung

Kassenärztliche Vereinigung Sachsen-Anhalt

Einbezug der Strukturen der KV Sachsen-Anhalt

- Unter 116 117 haben Betroffene die Möglichkeit mit dem Stichwort **„Nachsorge“** einen Psychotherapie-Termin zu bekommen.

- PP/KJP wurden dazu gebeten, unter diesem Stichwort Termine bereitzustellen.

- Haus- und Kinderärzte wurden informiert, damit eine spezielle Überweisung ausgestellt werden kann.

- Sechs psychotherapeutische Praxen in Magdeburg haben eine Erhöhung Ihres Versorgungsauftrages erhalten.

Wege der Versorgung

Unfallkassen und Berufsgenossenschaften

Unfallkassen und Berufsgenossenschaften

- Sind Ansprechpartner für Betroffene, wie z. B. Schulklassen, Budenbesitzer, Ersthelfer etc.

- Die Versorgung findet nach dem Psychotherapeutenverfahren der DGUV statt.

- Betroffene finden hier weiterführende Informationen und Ansprechpartner:

https://www.ukst.de/nachrichten/unglueck_magdeburg

Wege der Versorgung

Landesverwaltungsamt Sachsen-Anhalt
SGB XIV

I. Gliederung

SACHSEN-ANHALT
Landesverwaltungsamt
#moderndenken

1. Die Reform des Sozialen Entschädigungsrechts und die Einführung des SGB XIV
2. Berechtigter Personenkreis
3. Entschädigungstatbestände
4. Leistungen – Überblick
5. Schnelle Hilfen im Überblick
   - 5.1. Fallmanagement
   - 5.2. Traumaambulanzen
6. Krankenbehandlung
   - 6.1. allgemein
   - 6.2. ergänzende Psychotherapie
   - 6.3. vorzeitige Leistungen
   - 6.4. Abrechnung der Psychotherapie
   - 6.4.1. Abrechnung ergänzender Psychotherapie
   - 6.4.2. Ablauf der Abrechnung ergänzender Psychotherapie
7. Allgemeine Hinweise

© Landesverwaltungsamt Referat 509

1. Reform des SER und Einführung des SGB XIV
(vollumfänglich in Kraft getreten am 01.01.2024)

SACHSEN-ANHALT
Landesverwaltungsamt

#moderndenken

Was regelt das Soziale Entschädigungsrecht (SER)?

Menschen, die durch „schädigende Ereignisse“, für die die staatliche Gemeinschaft eine besondere Verantwortung trägt, einen Gesundheitsschaden erlitten haben, haben einen Anspruch auf die Leistungen der Sozialen Entschädigung.

Das Soziale Entschädigungsrecht ist im Sozialgesetzbuch Vierzehntes Buch - Soziale Entschädigung - (Vierzehntes Buch Sozialgesetzbuch - SGB XIV) geregelt. Daneben gibt es auch weitere spezialgesetzliche Regelungen.

Schädigende Ereignisse sind z.B. vorsätzliche Gewalttaten mit einem KFZ, wie der Anschlag auf den Magdeburger Weihnachtsmarkt.

Im Rahmen der Sozialen Entschädigung stehen den Berechtigten im SGB XIV umfangreiche Sach-, Geld- und Dienstleistungen zur Verfügung. Sachleistungen werden insbesondere im Bereich der Krankenbehandlung erbracht.

Mit den umfangreichen Leistungen sollen die Berechtigten die Möglichkeit erhalten, schnell wieder in ihren gewohnten Alltag zurückzukehren oder eine angemessene finanzielle und gesundheitliche Unterstützung zu erhalten.

Die Art, das Ausmaß und die Dauer der Leistungen richten sich immer nach den Besonderheiten des Einzelfalls.

1. Reform des SER und Einführung des SGB XIV
(vollumfänglich in Kraft getreten am 01.01.2024)

SACHSEN-ANHALT
Landesverwaltungsamt
#moderndenken

a) Bisherige Grundlagen des SER

- SER basiert auf dem Bundesversorgungsgesetz (BVG) und seinen Anhanggesetzen (Opferentschädigungsgesetz (OEG), Infektionsschutzgesetz (IfSG) und Zivildienstgesetz (ZDG)
- HHG, StrRehaG, VwRehaG, AntiDHG und UntAbschlG bleiben eigenständige Regelungen und verweisen z.T. auf das SGB XIV

b) Hintergründe der SER-Reform

- Erfahrungen aus sog. „Großschadensereignissen“ (z.B. Absturz Germanwings 2015, Anschlag am Berliner Breitscheidplatz 2016)
- SER entsprach nicht länger den Bedürfnissen der Opfer, Angehörigen und Hinterbliebenen dieser Gewalttaten
- Ziel der Reform: schneller, bedarfsgerechter und niedrigschwelliger Zugang zu Leistungen

2. Berechtigter Personenkreis

SACHSEN-ANHALT
Landesverwaltungsamt
#moderndenken

Berechtigte der Sozialen Entschädigung gemäß § 2 SGB XIV

Bisher	Neu
Beschädigte	Geschädigte (§ 2 Abs. 2 SGB XIV) Angehörige (§ 2 Abs. 3 SGB XIV) • Ehegatten • Kinder (auch Stief- und Pflegekinder) • Eltern
Hinterbliebene	Hinterbliebene (§ 2 Abs. 4 SGB XIV) • Witwe/Witwer • Waisen (auch Stief- und Pflegekinder) • Eltern • Betreuungsunterhaltsberechtigte
	Nahestehende (§ 2 Abs. 5 SGB XIV) • Geschwister • eheähnliche Gemeinschaft

3. Entschädigungstatbestände

SACHSEN-ANHALT
Landesverwaltungsamt
#moderndenken

§ 13 SGB XIV
Gewalttat
körperlich und psychisch

§ 14 SGB XIV Gleichstellungen
(z.B. erhebliche
Vernachlässigung von Kindern
und Kinderpornografie;
Schockgeschädigte)

§ 15 SGB XIV
Gewalttat im Ausland

§ 18 SGB XIV
Gewalttat durch
Gebrauch eines
Kraftfahrzeugs oder
Anhängers

§ 24 SGB XIV
Schutzimpfungen oder
andere Maßnahmen der
spezifischen Prophylaxe

§ 23 SGB XIV Ereignisse
im Zusammenhang mit
der Ableistung des
Zivildienstes

§ 21 SGB XIV
Kriegsauswirkungen
beider Weltkriege

© Landesverwaltungsamt Referat 509

3. Entschädigungstatbestände
3.1 Der Tatbestand des § 14 Abs. 2 SGB XIV

SACHSEN-ANHALT
Landesverwaltungsamt

#moderndenken

§ 14 Gleichstellungen

(1) Einer Gewalttat stehen gleich……..

(2) Den **Opfern von Gewalttaten stehen Personen gleich**, die in **Folge des Miterlebens der Tat** oder **des Auffindens des Opfers** eine **gesundheitliche Schädigung** erlitten haben. Den Opfern von Gewalttaten stehen weiterhin Personen gleich, die durch die **Überbringung der Nachricht vom Tode oder der schwerwiegenden Verletzung des Opfers eine gesundheitliche Schädigung** erlitten haben, wenn zwischen diesen Personen und dem Opfer im Sinne des § 13 oder des Absatzes 1 eine **enge emotionale Beziehung** besteht. Eine solche Beziehung besteht **in der Regel** mit **Angehörigen und Nahestehenden.**

=

„Schockschädigung“ bzw. „Sekundärgeschädigte“

© Landesverwaltungsamt Referat 509

4. Leistungen - Überblick

Leistungen des SER

Nach dem Recht der Sozialen Entschädigung können u.a. in Anspruch genommen werden:

- Schnelle Hilfen (Fallmanagement und Traumaambulanz) gem. §§ 29 ff. SGB XIV
- Krankenbehandlung gem. §§ 42 ff. SGB XIV
- Leistungen zur Teilhabe gem. §§ 62 ff. SGB XIV
- Leistungen bei Pflegebedürftigkeit gem. §§ 71 ff. SGB XIV
- Entschädigungszahlungen gem. §§ 83 ff. SGB XIV
- Berufsschadensausgleich gem. §§ 89 ff. SGB XIV
- Besondere Leistungen im Einzelfall gem. §§ 92 ff. SGB XIV
- Weitere Leistungen (u.a. Blindheit, Bestattung und Härtefall)

© Landesverwaltungsamt Referat 509

5. Schnelle Hilfen
5.1. Fallmanagement

SACHSEN-ANHALT
Landesverwaltungsamt
#moderndenken

Die Fallmanagerinnen unterstützen Berechtigte mit deren Einwilligung im Antrags- und Leistungsverfahren.

Ziel:

→ Begleitung, Ermittlung, Unterstützung und Sicherung von Hilfen im „Sozialleistungsdschungel“

→ zügige und bedarfsgerechte, aufeinander abgestimmte Leistungserbringung

→ Steigerung der Qualität und Effizienz der Leistungen

Kontaktdaten:

Für den Bereich Halle (Saale):

Rufnummer: 0345/5143002
E-Mail: SER@lvwa.sachsen-anhalt.de

Besuchsadresse:
Landesverwaltungsamt Sachsen-Anhalt
Maxim-Gorki-Straße 7
06114 Halle (Saale)

Für den Bereich Magdeburg:

Rufnummer: 0391/5672333 (Hotline)
E-Mail: SER@lvwa.sachsen-anhalt.de

Besuchsadresse:
Landesverwaltungsamt Sachsen-Anhalt
Olvenstedter Straße 1-2
39108 Magdeburg

© Landesverwaltungsamt Referat 509

SACHSEN-ANHALT
Landesverwaltungsamt
#moderndenken

Leistungen der Traumaambulanzen als Teil der „Schnellen Hilfen“

- gesetzliche Verankerung ab 01.01.2021 über §§ 31 ff. SGB XIV
- Leistung eigener Art, die berechtigte Personen auch unabhängig von den übrigen Leistungen des SGB XIV beanspruchen können
- Verhinderung des Eintritts psychischer Gesundheitsstörungen und deren Manifestierung durch Frühintervention

Das Land Sachsen-Anhalt hält derzeit Traumaambulanzen in Magdeburg, Dessau, Wittenberg und Halle vor. Weitere sind in Planung.

Weitere Informationen unter folgendem Link:
https://lvwa.sachsen-anhalt.de/das-lvwa/soziales/informationen-zum-sozialgesetzbuch-vierzehntes-buch-soziale-entschaedigung-sgb-xiv#c380764

© Landesverwaltungsamt Referat 509

5. Schnelle Hilfen
5.2. Traumaambulanzen

SACHSEN-ANHALT
Landesverwaltungsamt
#moderndenken

a) Leistungsvoraussetzung, Leistungsinhalt und Leistungsumfang

aa) Leistungsvoraussetzungen

- grundsätzlich gilt das Antragserfordernis nach § 10 Abs. 1 SGB XIV
- Sonderregelung in § 10 Abs. 5 SGB XIV für den Antragszeitpunkt – nach der 2. Sitzung
- Voraussetzungen § 32 oder § 33 SGB XIV (Problem: *„Kenntnisnahme des schädigenden Ereignisses“*)
- Leistungen erfolgen ausschließlich in Traumaambulanzen, mit denen ein Vertrag nach § 37 SGB XIV besteht *(Traumaambulanzverordnung – TAV - nach § 38 SGB XIV trat zum 01.01.2024 in Kraft)*

bb) Leistungsinhalt

psychotherapeutische (Früh-)Interverntion:

Eine Intervention ist eine geplante und gezielte Maßnahme, um psychischen Störungen vorzubeugen, sie zu beheben oder deren negative Folgen einzudämmen.

Eine psychotherapeutische Intervention ist eine gezielte Einflussnahme auf psychische Vorgänge unter Anwendung psychotherapeutischer Verfahren *(LPK-SGB XIV/Mushoff, § 31 Rn. 16 mwN).*

© Landesverwaltungsamt Referat 509

6. Krankenbehandlung
6.1. allgemein

SACHSEN-ANHALT
Landesverwaltungsamt
#moderndenken

- Leistungen der Krankenbehandlung erhalten geschädigte Personen für vom Träger der Sozialen Entschädigung (TdSE) mit Bescheid anerkannte Schädigungsfolgen (§ 41 SGB XIV)

- zuständig für die Erbringung der Leistungen der Krankenbehandlung sind die gesetzlichen Krankenkassen (§ 57 SGB XIV)
  - gesetzlich Krankenversicherte erhalten die Leistungen von ihren Krankenkassen
  - privat Krankenversicherte werden vom TdSE für die anerkannten Schädigungsfolgen einer gesetzlichen Krankenkasse zugewiesen, die mit der Erbringung der Leistungen der Krankenbehandlung beauftragt wird

- Erbringung der Leistungen der Krankenbehandlung durch die gesetzlichen Krankenkassen (§§ 42, 44, 53, 54 SGB XIV)
  - Leistungen werden nach dem Recht der gesetzlichen Krankenversicherung erbracht
  - Leistungen sind nur als Sachleistung möglich
  - Leistungen sind zuzahlungsfrei
  - Reisekostenübernahme im Zusammenhang mit der Behandlung
  - behandelnde Ärztinnen/Ärzte müssen bei Verordnungen „BVG“ in der Verordnung ankreuzen, damit die Patienten die Verordnung zuzahlungsfrei erhalten

© Landesverwaltungsamt Referat 509

6. Krankenbehandlung
6.2. ergänzende Psychotherapie

SACHSEN-ANHALT #moderndenken
Landesverwaltungsamt

- Ergänzende psychotherapeutische Leistungen der Krankenbehandlung erhalten geschädigte Personen für vom TdSE mit Bescheid anerkannte Schädigungsfolgen (§§ 43, 55 SGB XIV)
  - Überschreitungen der nach Psychotherapie-Richtlinie zulässigen Höchstgrenzen und Frequenzen sind möglich
    - entgegen § 23 Psychotherapie-Richtlinie sind mehr als 3 Therapiestunden wöchentlich möglich
    - entgegen § 30 Psychotherapie-Richtlinie sind Überschreitungen des Therapieumfangs möglich
  - Leistungen sind auch an Psychotherapeuten ohne Kassenzulassung möglich
  - alternative Therapieformen sind möglich, z.B.
    - Gestalttherapie
    - Musiktherapie
    - Psychodrama
  - ergänzende Leistungen werden nicht von den gesetzlichen Krankenkassen erbracht
    - Therapeutinnen/Therapeuten müssen beim TdSE in jedem Einzelfall einen Therapieplan vorlegen
      - der TdSE erklärt im Einzelfall eine schriftliche Kostenübernahme
        - die Abrechnung der ergänzenden Leistungen der Psychotherapie erfolgt direkt mit dem TdSE (als Sachleistung für die geschädigten Personen)

© Landesverwaltungsamt Referat 509

6. Krankenbehandlung
6.3. vorzeitige Leistungen

SACHSEN-ANHALT
Landesverwaltungsamt
#moderndenken

- vorzeitige Leistungen der Krankenbehandlung sind möglich, wenn noch kein Bescheid vom TdSE mit anerkannten Schädigungsfolgen vorliegt (§ 119 SGB XIV)
  - Das Anerkennungsverfahren durch den TdSE dauert grds. länger als 6 Monate. Ziel ist es, den geschädigten Personen so schnell wie möglich zu helfen, damit sich (im Idealfall) keine Schädigungsfolgen manifestieren, welche später durch den TdSE zu entschädigen wären.

- Leistungen werden von den Krankenkassen (auch von privaten Krankenkassen) nach deren Abrechnungssystemen erbracht
  - anfallende Zuzahlungskosten werden durch den TdSE an die geschädigten Personen erstattet
  - Reisekosten werden durch den TdSE an die geschädigten Personen erstattet

- ergänzende Leistungen werden vom TdSE als Sachleistung erbracht
  - die Abrechnung der Kosten erfolgt wie bei Privatpatienten
  - der Austausch von Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung mit ergänzenden Leistungen, die privat abgerechnet werden können, ist nicht möglich

© Landesverwaltungsamt Referat 509

6. Krankenbehandlung
6.4. Abrechnung der Psychotherapie

SACHSEN-ANHALT
Landesverwaltungsamt
#moderndenken

Derzeit (Stand: 06.02.2025) sind nach dem Anschlag auf den Magdeburger Weihnachtsmarkt vom 20.12.2024 noch keine Anerkennungen von Schädigungsfolgen (mit Bescheid) durch den TdSE erfolgt. **Alle Leistungen der Krankenbehandlung sind derzeit noch vorzeitige Leistungen.**

- gesetzlich krankenversicherte geschädigte Personen erhalten die Leistungen der Psychotherapie durch ihre Krankenkassen, die diese Kosten trägt
  - im Zusammenhang mit der Behandlung anfallende Kosten, die nicht über das Leistungssystem der gesetzlichen Krankenkassen gedeckt sind, werden im Rahmen der vorzeitigen Leistungen an die geschädigten Personen durch den TdSE erstattet
    - Zuzahlungskosten im Rahmen der Behandlung
    - Reisekosten zur Behandlung

- privat krankenversicherte geschädigte Personen erhalten für die Leistungen der Psychotherapie eine Rechnung, die sie bei ihrer privaten Krankenversicherung (und bei der Beihilfe bei Beamten) zur Erstattung einreichen
  - im Zusammenhang mit der Behandlung anfallende Kosten, die nicht durch die private Krankenversicherung (und durch die Beihilfe bei Beamten) gedeckt sind, werden im Rahmen der vorzeitigen Leistungen an die geschädigten Personen durch den TdSE erstattet
    - Zuzahlungskosten im Rahmen der Behandlung
    - Reisekosten zur Behandlung

6. Krankenbehandlung
6.4.1. Abrechnung ergänzender Psychotherapie

SACHSEN-ANHALT
Landesverwaltungsamt
#moderndenken

- TdSE in Sachsen-Anhalt ist das Landesverwaltungsamt (LVwA)

- nur zuständig für geschädigte Personen mit Wohnsitz in Sachsen-Anhalt

- Adresse für die Einreichung von Therapieplänen und für die Rechnungslegung der ergänzende Privatleistungen:

  Landesverwaltungsamt Sachsen-Anhalt
  Referat 509
  z.Hd. Herrn Müller
  Olvenstedter Straße 1-2
  39108 Magdeburg

  E-Mail: alexander.mueller@lvwa.sachsen-anhalt.de
  Tel.: 0391/567-2362

- zuständig für Rückfragen zu Verfahrensabsprachen grundsätzlicher Art oder in fragwürdigen Einzelfällen:

  E-Mail: katrin.baer@lvwa.sachsen-anhalt.de
  Tel.: 0345/514-3053

© Landesverwaltungsamt Referat 509

6. Krankenbehandlung
6.4.2. Ablauf der Abrechnung ergänzender Psychotherapie

SACHSEN-ANHALT
Landesverwaltungsamt
#moderndenken

- spätestens nach 2 Gesprächen ist beim LVwA ein kurzer Therapieplan mit Angaben zur Person, Diagnose und vorerst eingeschätzter Anzahl an Therapiestunden einzureichen

- daraufhin erfolgt eine Kostenübernahmeerklärung durch das LVwA
  - auf deren Grundlage erfolgt die Abrechnung der Therapeutinnen/Therapeuten mit dem LVwA
    - Abrechnung wie bei Privatpatienten nach § 21 PsychThG und GOÄ

- sollte die zuerst eingeschätzte Anzahl an Therapiestunden nicht ausreichen, ist ein erneuter/ergänzter Therapieplan einzureichen

- der Austausch von Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung mit ergänzenden Leistungen, die privat abgerechnet werden können, ist nicht möglich
  - neben den Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen können zusätzliche ergänzende Leistungen erbracht werden, z.B. zusätzliche wöchentliche Therapiestunden
    - die Abrechnung für 3 Wochenstunden erfolgt über die gesetzliche Krankenkasse und zusätzlich erfolgt die Abrechnung für zusätzliche Wochenstunden als Privatleistung über den TdSE

- bei privat krankenversicherten geschädigten Personen ist dieser beschriebene Ablauf dann erforderlich, wenn die private Krankenversicherung (und die Beihilfe bei Beamten) die ergänzenden Leistungen nicht trägt

© Landesverwaltungsamt Referat 509

7. Allgemeine Hinweise

SACHSEN-ANHALT #moderndenken
Landesverwaltungsamt

Antragstellung und Formulare

- Soziale Entschädigung nach dem SGB XIV wird nur auf Antrag gewährt
- Antragstellung bei dem zuständigen Träger der Sozialen Entschädigung
- Antragstellung kann grds. formlos erfolgen
- pdf-Download unter Antragsformulare des Landesverwaltungsamtes Sachsen-Anhalt (https://lvwa.sachsen-anhalt.de/das-lvwa/soziales/informationen-zum-sozialgesetzbuch-vierzehntes-buch-soziale-entschaedigung-sgb-xiv)
- bundesweit anerkanntes Antragsformular unter https://www.bmas.de/DE/Soziales/Soziale-Entschaedigung/Antragstellung/antragstellung.html
- Online-Antragstellung bundesweit über https://sozialplattform.de - in Arbeit

sozial plattform

- Antragstellung per personalisierter E-Mail (D-Mail bzw. alternative Zertifizierungsverfahren) an das Behördenpostfach des SER-Bereiches des Landesverwaltungsamtes Sachsen-Anhalt: SER@lvwa.sachsen-anhalt.de

7. Allgemeine Hinweise

SACHSEN-ANHALT
Landesverwaltungsamt
#moderndenken

I. BMAS

- https://www.bmas.de/DE/Service/Publikationen/Broschueren/an-714-soziale-entschaedigungsrecht-sgb-xiv.html
- Das Soziale Entschädigungs-Recht. Informationen zum Sozial-Gesetzbuch 14. Ein Heft in Leichter Sprache. - BMAS

II. Bundesarbeitsgemeinschaft Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen (BIH e.V.)

- https://www.bih.de/soziale-entschaedigung/

III. Landesverwaltungsamt Sachsen-Anhalt

- https://lvwa.sachsen-anhalt.de/das-lvwa/soziales/informationen-zum-sozialgesetzbuch-vierzehntes-buch-soziale-entschaedigung-sgb-xiv

IV. Aktuelle Kommentierungen zum SGB XIV

- Knickrehm/Rademacker „ Sozialgesetzbuch XIV: Soziale Entschädigung“ (2. Auflage - ISBN: 978-3-7560-1371-5)
- Schmidt „SGB XIV - Sozialgesetzbuch Soziale Entschädigung“ (ISBN: 978-3-406-76421-9)
- Knickrehm „Das neue Soziale Entschädigungsrecht – SGB XIV“ (Einführung mit Synopse) – (ISBN: 978-3-8487-6603-1)

© Landesverwaltungsamt Referat 509

Zeit für Ihre Fragen

Risiko- & Schutzfaktoren

Schutzfaktoren

- Die wahrgenommene soziale Unterstützung (insbesondere das Ausmaß der funktionalen psychosozialen Unterstützung und der Schutz vor zusätzlichen Belastungen).
- Soziale Unterstützung kann die unmittelbare emotionale Reaktion mildern.
- Ein hohes Kohärenzgefühl stellt einen wichtigen Schutzfaktor dar.

Quelle: AWMF S2k-Leitlinie 2019: Diagnostik und Behandlung von akuten Folgen psychischer Traumatisierung

Risikofaktoren nach Ozer (2003)

- Anzahl frühere Traumatisierungen
- Emotionale Probleme in der Vergangenheit
- Wahrgenommene Lebensbedrohung
- Negative Emotionen während Trauma
- Dissoziation während Trauma
- Soziale Unterstützung.
- (Psychopathologische Familiengeschichte)

Quelle: AWMF S2k-Leitlinie 2019: Diagnostik und Behandlung von akuten Folgen psychischer Traumatisierung

Welche Folgen sind wahrscheinlich?
Studienlage

Was kann passieren?

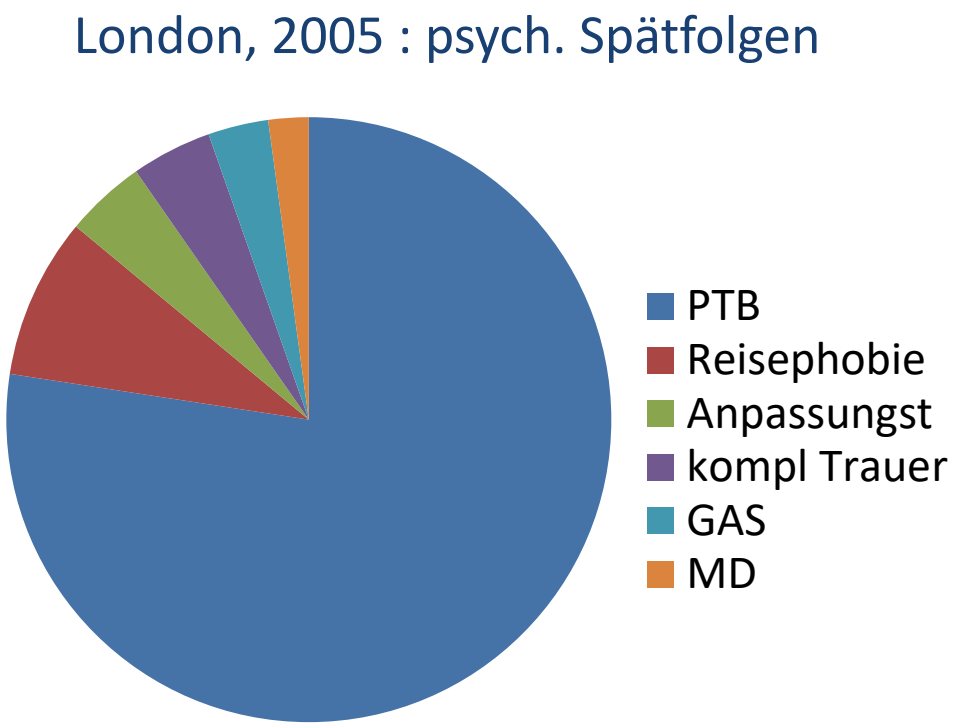
Nach einem traumatischen Ereignis ist die Wahrscheinlichkeit der Entstehung/Verschlimmerung einer (vorbestehenden) psychischen Störung erhöht.

Was kann passieren? Frühsymptome

Symptome einer traumatischen Stressreaktion sind normale und zu erwartende Reaktionen in der ersten Zeit nach einer Traumatisierung.

Bsp.: 94 % von Vergewaltigungsopfern zeigen Vollbild der PTB in den ersten zwei Wochen; nach 11 Wochen noch 47 %.

Ergebnis des Screenings (SKID-1) 11-13 Tage nach dem Terroranschlag auf die Tube und einen Bus in London



GAS: generalisierte Angststörung
MD: Major Depression

Symptombelastungs-Verlauf (London, 2005)

Nach zwei Wochen

PTB bei 22,4 %

Reisephobie bei 20,4 %

Depressive Episode bei 9,6 % der TN.

Nach sechs Monaten

PTB bei 12,1 %

Reisephobie bei 17,7 %

Depressive Episode bei 7,8 % der TN.

Signifikanter Abfall der PTB-Symptome, aber nicht der anderen beiden Störungen.

Folgen des 11. Septembers 2001 (USA)

- Das hohe Belastungsniveau der Bevölkerung sinkt innerhalb von zwei Wochen (Schuster et al., 2001; Vasquez et al., 2006).
- Direkte Exposition und Verluste (Personen, Besitz, Arbeit) führten zu einer hohen Wahrscheinlichkeit einer bleibenden psychischen Beeinträchtigung (Galea et al., 2002; DeLisi et al., 2003).
- Häufigkeit des Fernsehkonsums über die Berichterstattung ist ein Prädiktor für die PTB-Symptomatik bei Erwachsenen (Bernstein et al., 2007) und Kindern (Fairbrother et al., 2003).
- PTB-Raten bei Erwachsenen von ca. 30-40 % nach dem Ereignis und 20 % nach 2 Jahren, bei Kindern von knapp 20 % nach dem Ereignis.
- Nur ca. ¼ mit wahrscheinlicher PTB bzw. Depression suchten eine Behandlung innerhalb der ersten 9 Monate auf (u.a. DeLisi et al., 2003).

Risikomerkmale der Intrusionen

In der Frühphase nach einem Trauma sagen….

- …die Belastung durch die Intrusionen
- …die Jetzt-Qualität
- …die fehlende Kontexteinbettung und ruminative Strategien sowie
- …die Leichtigkeit mit der Intrusionen durch Triggerreize ausgelöst werden

die Symptomstärke der PTB nach 6 Monaten voraus.

Symptomschwere

- Die **initiale Symptomschwere** (nach zwei Wochen) sagt die Symptomeschwere aller anderen Störungen zu späteren Zeitpunkten voraus.

- Der Einbezug der **kogn.-behavioralen Risikofaktoren** verbessert deutlich die Vorhersage der PTBS und Depression, aber nicht der Reisephobie über die initiale Symptomatik hinaus. (Brewin, 2008).

Dies gibt gute Hinweise für frühe Interventionen.

Spontanremission beachten

- Jede Intervention während der ersten 3-4 Tagen nach einem leichten Trauma oder innerhalb eines Monats nach einem schweren Trauma fällt mit der natürlichen Remission zusammen (Brewin et al., 2003).
- Die Intervention sollte so wenig wie möglich diesen Prozess stören; zumindest so lange wie keine Verarbeitungshindernisse ersichtlich sind.

Die Zeit heilt nicht alle Wunden

- Die Variabilität von berichteten Spontanremissionen ist hoch.
- Studien mit einem langen Beobachtungszeitraum von > als 100 Monaten (> 8,3 Jahre) zeigen Remissionsraten von 27,3 % (Maercker et al., 2013) bzw. 75,0 % (Perkonigg et al., 2005).
- Naturkatastrophen haben die höchsten Remissionsraten.
- Vorbestehende Traumatisierung und Aufsuchen einer Psychotherapie sind Prädiktoren der Chronifizierung (Perkonigg, 2005)

Folgen

Depression: Resultiert aus der Interaktion von **Vulnerabilitäten** und passenden **Stressoren**. Kognitive **depressiogene Muster** werden unter Stress aktiviert bei einem Abfall der Stimmung aktiviert.
Kogn. Muster: Grübeln, Selbstabwertungen und negative Bewertungen, sowie depressive Schemata. Folge: negative Stimmung.

PTB: wenig elaboriertes und integriertes **Gedächtnis**, starkes **priming** und Angst-**konditionierung**, Jetzt Qualität, leichte **Auslösbarkeit**, **data-bezogene Verarbeitung**, keinen Bezug zum Selbst herstellen. Gedankenunterdrückung, grübeln, Vermeidungsverhalten und Sicherheitsverhalten.

Reisephobie; Stimulus (hier: eine neue Fahrt/Reise) wird als **gefährlich** eingeschätzt (fear appraisals). Befürchtungen werden aufrechterhalten durch **Vermeidungs- und Sicherheitsverhalten**, mit dem Patienten versuchen, befürchtet Ergebnisse zu vermeiden, bzw. zu minimieren (hier: „die Retraumatisierung“). Ausmaß der Angst während Unfall sagt spätere Reisephobie voraus.

Akute Belastungsstörung

Von höheren Prävalenzen (d.h. 20 % bis 50 %) wird infolge eines zwischenmenschlichen traumatischen Ereignisses, (einschließlich körperlicher Angriffe, Vergewaltigung und nach Miterleben einer Massenschießerei) berichtet.

Akute Belastungsstörung (DSM-5)

A. Traumakriterium
(1) Vier Opfergruppen analog zu PTB.
Zur Diagnose sind 9 aus 14 Symptome erforderlich.

B. Negative Stimmung (unfähig, positive Gefühle zu erleben).

Dissoziative Symptome:
Depersonalisation, Depersonalisation, dissoz. Amnesie für Teilaspekte.

Externale wie internale Vermeidung, Übererregung

Symptome > 3 Tage & < 1 Monat

G. Klinisch-signifikante Beeinträchtigungen

ABS und Anpassungsstörungen

Akute Belastungsstörung

- Eingeschränkt auf Furcht und Angst
- Zeitfenster
- Spezifische Interventionen vorhanden

Anpassungsstörung

Versch. Reaktionen auf Stressbelastung, die nicht traumatisch sein müssen

- Kein Zeitfenster
- Versch. Ausdrucksformen von Belastung (Angst, Ärger, Schuld)
- Keine Vorläuferdiagnose
- Kann die ABR beschreiben, die das DSM nicht kennt
- Ermöglicht Zugang zur Versorgung
- Breite des Symptomausdrucks hat nicht zur Entwicklung spez. Interventionen geführt

Traumafokussierte Kognitive Verhaltenstherapie soll als spezifische Frühintervention der Akuten Belastungsreaktion/-störung eingesetzt werden:

- Informationsvermittlung,
- Exposition in sensu und in vivo,
- Stressbewältigung,
- kognitive Umstrukturierung und Angstmanagement.

- Debriefing wird NICHT mehr eingesetzt!
- AWMF S2k-Leitlinie 2019: Diagnostik und Behandlung von akuten Folgen psychischer Traumatisierung

Und was ist eigentlich mit…

Benzodiazepinen?

Zielsymptome:

Schlafqualität verbessern und Konsolidierung des Traumagedächtnisses verhindern.

Temazepam (für 7 Nächte) erhöht die PTB-Inzidenz 6 Wochen nach dem Trauma auf 55 % vs. 27 % in der Placebogruppe (Mellmann et al., 2002).

Gelpin et al. (2002) berichten eine PTB-Indizenz von 69 % nach Benzodiazepingabe vs. 15 % nach Placebo 6 Monate nach dem traumatischen Ereignis

Benzodiazepine sind nach einem Trauma und in der Krise obsolet.

Und wie ist es mit…

Betablockern?

Beta-Adrenerge Antagonisten; z.B. Propanolol)

Ziel: Reduktion adrenerger Aktivierung, die an Angstkonsolidierung beteiligt ist und Verhinderung der Konsolidierung traumatischer Erinnerungen, über Reduktion des Hyperarousals.

Derzeit noch keine eindeutige Ergebnisse. Es existieren positive wie keine Effekte.

Pitman, 2002; Vaiva, 2003; MC Ghee et al., 2007; Cohen et al., (2010); Stein et al., (2007).

Zeit für Ihre Fragen

Erstgespräch, Diagnostik & Psychoedukation

Was ist zu beachten?

- Setting: Helligkeit, Sitzplatz etc.

Was soll passieren?

- Aufklärung,
- Rahmenbedingungen
- Sicherheit geben

Was sollte vermieden werden?

- Bagatellisierung <-> Pathologisieren

Ziele von Psychoedukation

Psychoedukation zielt darauf, generell das Verhalten der Patienten und das ihrer Angehörigen in einem gesundheitsfördernden Sinn beeinflussen (Buttner, 1996).

Stern (1993) formulierte als allgemeines Ziel von Psychoedukation

- eine umfassende Aufklärung über die Erkrankung,
- die Förderung von Compliance,
- Reduktion von Angst,
- eine Veränderung der Lebensweise und
- eine Verbesserung der Bewältigungsstrategien.

Durch Förderung der Selbstmanagementfähigkeiten des Patienten soll die „Hilfe zur Selbsthilfe" angeregt werden (Behrendt & Krischke, 2005).

Psychoedukation und Psychotherapie sind untrennbar miteinander verbunden und gehen direkt ineinander über.

Sie sind eher als zeitlich aufeinander folgende Bausteine, nicht alternative Behandlungsprinzipien zu verstehen (Bäuml & Kraemer, 2002).

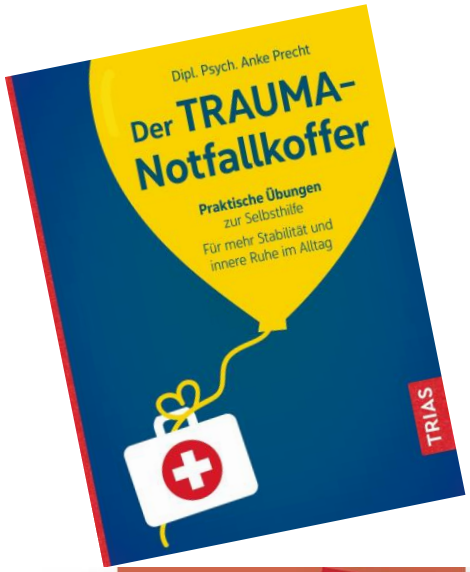
Je mehr Zeit für Psychoedukation zur Verfügung steht, desto mehr verlagert sich der Schwerpunkt von einer eher edukativen Maßnahme hin zu einer psychotherapeutischen (Pitschel-Walz & Engel, 1997; Pitschel-Walz, 2002).

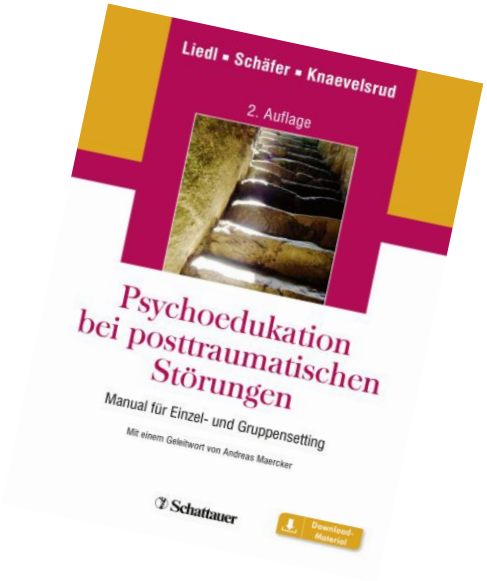
Psychoedukation schafft Entlastung

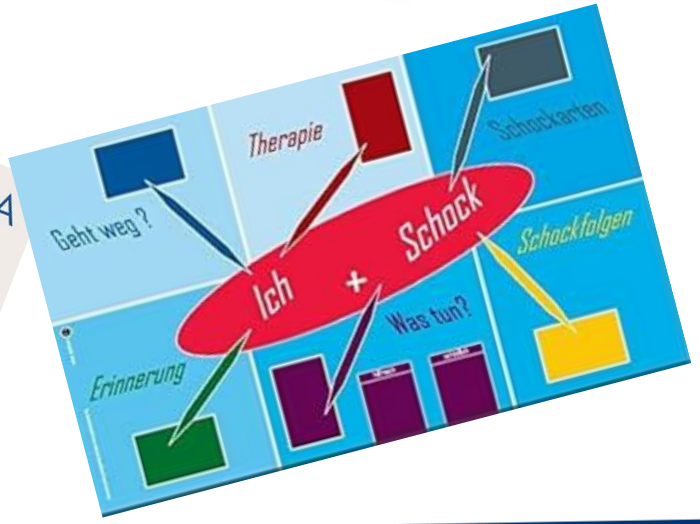
- Information zu verschiedenen Arten traumatischer Ereignissen und deren mögliche Auswirkungen sollen den Patient*innen die Einordnung des Erlebten ermöglichen
- Erkennen, dass die Reaktionen, die sie bei sich selbst feststellen, normale Reaktionen auf Extrembelastungen sind
- „Verstehen-Können“ der eigenen Reaktionen entlastet

Psychoedukation als erste Grundvoraussetzung für den Umgang mit Belastungen und ihre erfolgreiche Bewältigung

Empfohlene Materialien & Inhalte







Leitlinien Empfehlungen auf einen Blick

DIAGNOSTIK UND BEHANDLUNG VON ERWACHSENEN

Nr.	Leitlinien Empfehlung
1	Bei der Diagnostik soll beachtet werden, dass die PTBS nur eine, wenngleich spezifische Form der Traumafolgeerkrankungen ist.
2	Die Diagnostik der PTBS soll nach klinischen Kriterien der jeweils gültigen Version der ICD erfolgen.
3	Zur Abbildung der funktionalen Gesundheit und besonderen Kontextfaktoren der PTBS sollte eine strukturierte Klassifikation nach ICF erfolgen.
4	Zur Unterstützung der Diagnostik sollten psychometrische Tests und PTBS-spezifische strukturierte klinische Interviews eingesetzt werden.

Frei verfügbare Instrumente (ZEP Hamburg)

Adverse Childhood Experiences (ACE-D): Felitti et al. (1998) deutsche Übersetzung von Schäfer, Wingenfeld und Spitzer (2009) erfasst mit je einem Item fünf Formen früher Traumatisierungen und weitere belastende Erfahrungen

Primary Care Checklist für PTSD (PC-PTSD): Prins, Ouimette, & Kimerling (2003) deutsche Übersetzung von Schäfer & Schulze (2010) erfasst mit vier Items wichtige Symptome der Posttraumatischen Belastungsstörung, kurzes Screening-Instrument

PTSD Checklist for DSM-5 (PCL-5): Weathers, Litz, Keane, Palmieri, Marx & Schnurr (2013) deutsche Übersetzung von Ehring, Knaevelsrud, Krüger & Schäfer (2014) Die PCL ist eines der am häufigsten eingesetzte Selbstbeurteilungsinstrumente zur Diagnostik der Posttraumatischen

Frei verfügbare Instrumente (ZEP Hamburg)

PTSD Symptom Scale Interview (PSSI): Foa, Riggs, Dancu & Rothbaum (1993) deutsche Übersetzung von Höcker & Schäfer (2012) Das PSSI ist ein 17 Items umfassendes halbstrukturiertes Interview das Vorliegen und Schwere von PTBS-Symptomen nach DSM-IV erhebt.

Strukturiertes Trauma-Interview (STI): Drajer (1989) deutsche Übersetzung von Schäfer (2004) Schwerpunkt im Bereich sexueller und körperlicher Gewalt.

Traumainterview nach Foa: prüft ob Trauma Kriterium **nach** DSM-IV erfüllt ist und dass die Diagnose PTBS vorliegt oder ... Arbeitsmaterial aus **FOA** et. al: Handbuch der Prolongierten Exposition.

https://www.zep-hh.de/diagnostische-instrumente/

DIPS Open Access: Diagnostisches Interview bei psychischen Störungen von Margraf, J., Cwik, J. C., Suppiger, A., & Schneider, S. i

Käuflich erwerbbare Instrumente

CAPS: Clinician Administered PTSD-Scale (CAPS). (PD Dr. U. Frommberger, Offenburg) Strukturiertes klinisches Interview zur Diagnostik der PTB. In enger Anlehnung an die Operationalisierung im DSM−System konzipiert, erfasst 17 DSM−Kriterien plus 5 assoziierte Symptome (u. a. Schuldgefühle, Derealisation). Zeitbereiche: Punkt− und Lebenszeitprävalenz.

SKID: Strukturierten Klinischen Interview für DSM (SKID) (Prof. H.−U. Wittchen, Hogrefe−Verlag) Strukturiertes Klinisches Interview für DSM−IV Enthält jeweils Module für PTB, Akute Stressstörung und Anpassungsstörung, die eine sehr genaue Abfrage der DSM−Kriterien erlauben.

ETI: Das Essener Trauma – Inventar (ETI) (Tagay, Erim, Stoelk, Möllering, Mewes, Senf 2007) für Erwachsene ist ein Selbstbeurteilungsfragebogen zur Erfassung psychotraumatischer Ereignisse und posttraumatischer Störungen.

Käuflich erwerbbare Instrumente

IES: Impact of event scale. (Maercker u. Schützwohl 1998) Erfassung der PTB−Symptomatik im Fragebogen. Psychometrisch entwickelt. 21 Items für 3 Subskalen (Intrusionen, Vermeidung, Hyperarousal); kein Gesamtwert. Abschätzung der PTB−Diagnose mittels einer Formel möglich.

PSS/PD (Dr. R. Steil, Zentralinstitut für seelische Gesundheit, Mannheim) Erfassung der PTB-Symptomatik In enger Anlehnung an die Operationalisierung im DSM−System konzipiert, erfasst
parallel Auftreten und Schwere der Symptome für 17 DSM−Kriterien

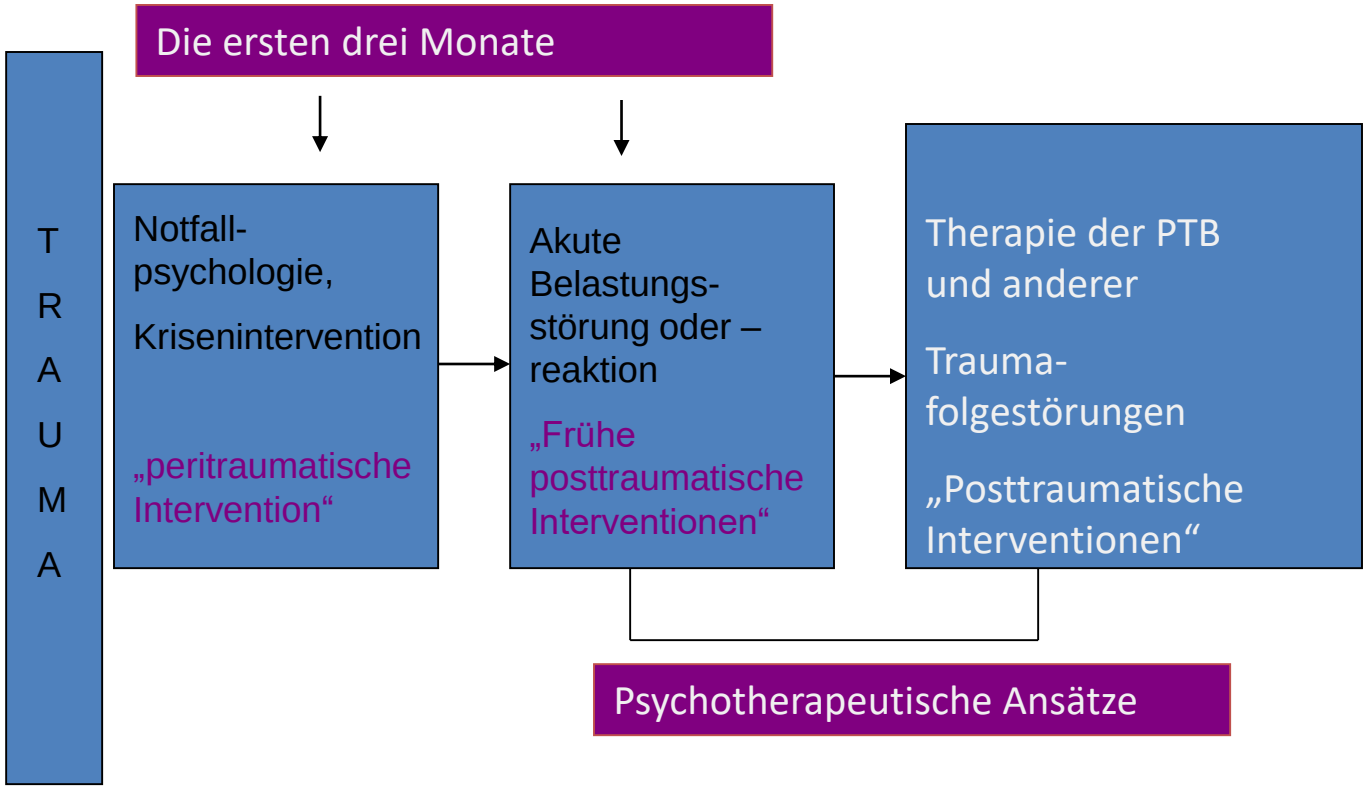
PTSS−10 (Maercker 1998) Kurz− bzw. Screening-Verfahren 10 Items mit 4−stufiger Beantwortung, ein Gesamtwert.

Erstinterventionen:

Arten der Prävention/Intervention

5 Elemente nach Hobfoll

Interventionen nach dem Erleben eines traumatischen Ereignisses



Interventionen nach einem traumatischen Ereignis

Prävention
wird definiert als die Reduzierung der Inzidenz einer PTB
(= Neuerkrankung) nach der Exposition mit einem traumatischen Stressor:

- Universale Intervention (für alle)
- Selektive Intervention (für Risikogruppen) und
- Indizierte Intervention (für symptomatische Personen)

Interventionen innerhalb der ersten drei Monate nach dem Trauma

(Institute of Medicine (USA))

Die erste Zeit nach einem Trauma:

Universale Intervention:
Vorsicht mit KONFRONTATION in den ersten 1-2 Wochen/ bzw. 4 Wochen je nach Traumaschwere.

Empfehlungen

- Unterstützung
- Keine forcierte Konfrontation
- Bedürfnisorientierte Beratung/Therapie/Krisenintervention

Besonderes Augenmerk auf die stark beeinträchtigten Personen.

→ Mehr als einmal einbestellen!

Fünf konsenbasnotwendige Elemente der Interventionen nach Großschaden/Psychologische Erste Hilfe (Hobfoll et al., 2007)

1. Sicherheit

2. Ruhe

3. Hoffnung

4. Verbundenheit

5. Selbstwirksamkeit

→ Individuelle wie Interventionen auf sozialer, kommunaler, juristischer Ebene unterstützt von psychologisch/psychiatrisch geschulten Fachleuten

Sicherheit fördern

Innere & Äußere Sicherheit

Psych. Beeinträchtigungen persistieren unter weiterbestehender Bedrohung. Sobald Sicherheit hergestellt wird, remittieren die Beeinträchtigungen langsam.

Die Fähigkeit ein Gefühl der relativen Sicherheit zu erleben – trotz noch bestehender Bedrohung – reduziert das Risiko eine PTB zu entwickeln.

Sicherheit reduziert die cortikalen und subcortikalen, bzw. peripheren Reaktionen unter Extremstress.

Innere Sicherheit

- Rigide Überzeugungen („die Welt ist immer und überall gefährlich“) stören Spontanremission und fördern störungsstabilisierendes Verhalten (z.B. Vermeidung).
- Pat. mit übertriebener Angst vor zukünftigen Risiken haben ein erhöhtes PTB Risiko.
- Korrektive Informationen (z.B. „der Täter ist gefasst“, „ihre Angehörige ist leicht verletzt“) helfen das unorganisierte Traumagedächtnis zu elaborieren und die Erfahrung angemessen zu bewerten.
- Weitere Bedrohung bedeutet weitere Trigger und weitere Angst.

Interventionsformen:

Individuell: Konfrontation, Kognitive Therapie, Vermittlung von Copingskills, Grounding-Techniken, Triggerdiskrimination. Standortwechsel.

„Aufbau eines Schutzschildes“ und dessen Erlebbarkeit durch die Betroffenen

- Dosis traumatischer Informationen reduzieren bzw. beschränken (Gerüchte und TV etc.)
- Ausgewogene Berichterstattung statt weitere Horrorszenarien
- Rigorose Kontrolle über TV und Internet bei Kindern und Jugendlichen
  - TV Konsum kann Prädiktor für PTB sein

Überdauerndes Hyperarousal, sowie starke Dissoziation (Taubheit) kann Entstehung psychischer Störungen fördern.

- ABS; PTB, Schlafstörungen, Panikattacken, bzw. Panikstörung etc.
- Konzentration und Interaktionen sind beeinträchtigt
- Kann pathologische Vermeidung auslösen
- Debriefing erhöht das Arousal in unmittelbarer Posttraumaphase!!!! → u.U. Erklärung für negative Effekte.
- Skills um Selbstmedikation mit Drogen und Alkohol zu verhindern („was sind vorhandene Krisenbewältigungskills?“).

2. Ruhe/Beruhigung

- **Interventionen:**
  - PMR
  - Autogenes Training
  - Achtsamkeitsbasierte Stressreduktion (Mindfulness-Based Stress Reduction – MBSR)
  - Yoga
- Stressimpfungstraining
- adaptierte Konfrontationstherapien
- Normalisierung/Entpathologisierung der Initialsymptomatik (→ Psychoedukation)
- Aktivitätsaufbau
- Medienkontrolle
- Problemlösetraining

2. Ruhe/Beruhigung

Die 5, 4, 3, 2, 1 Methode wurde als eine Stabilisierungstechnik im Rahmen der Traumatherapie genutzt. Die Psychotherapeutin Yvonne Dolan entwickelte die Methode speziell für Opfer von sexuellem Missbrauch. Sie hilft traumatisierten Personen dabei, kritische Situationen wie zum Beispiel dissoziative Zustände zu überwinden. Mit Hilfe der 5, 4, 3, 2, 1 Methode können diese unangenehmen Empfindungen überwunden werden, indem es gelingt, Abstand zu der Situation zu gewinnen und den Fokus neu zu setzen.

Instruktion

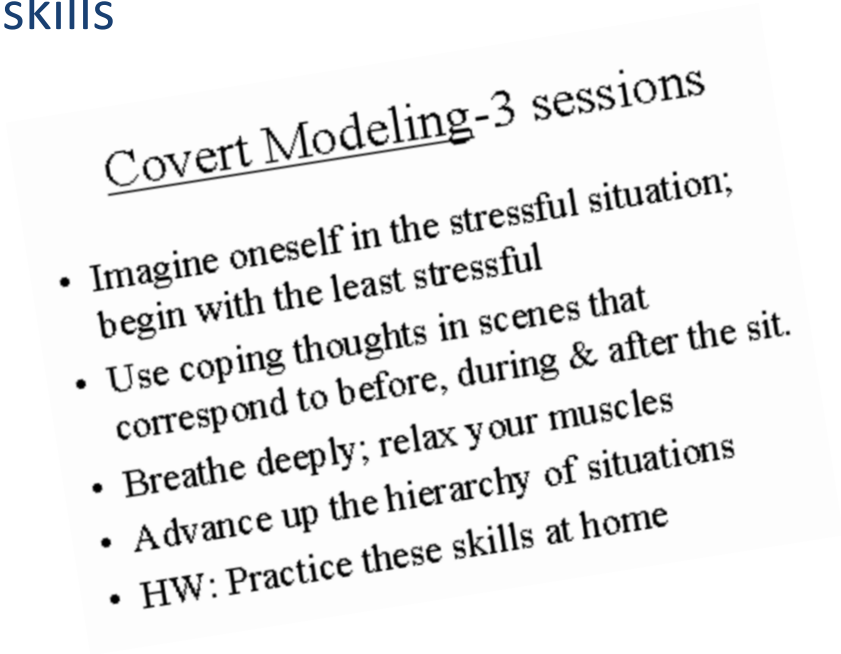
1. Nehmen Sie eine angenehme Position ein und suchen Sie einen Punkt im Raum, auf dem Sie Ihren Blick ruhen lassen. Atmen Sie einige Male tief ein und aus.
2. Zählen Sie nun – laut oder in Gedanken – fünf Dinge auf, die Sie gerade sehen können (z.B. ich sehe den Tisch, ich sehe die Lampe, usw.).
3. Wenn Sie fünf Dinge aufgezählt haben, die Sie sehen können, lenken Sie Ihre Aufmerksamkeit auf das, was sie hören können und zählen Sie auch hier fünf Dinge auf (z.B. Ich höre die Vögel zwitschern, ich höre ein Auto vorbeifahren, usw.).
4. Danach lenken Sie Ihre Aufmerksamkeit auf das, was Sie spüren können und nennen sie fünf Dinge, die Sie gerade spüren (z.B. ich spüre meine Füße auf dem Boden, ich spüre meine Kleidung auf der Haut, usw.).
5. Wiederholen Sie die Schritte 2, 3 und 4, diesmal mit jeweils vier Dingen, die Sie sehen, hören und spüren. Dann geht es weiter mit drei Dingen, zwei Dingen und schließlich mit jeweils einer Wahrnehmung je Kategorie (Sehen, Hören, Spüren).

Beispiel Stressimpfungstraining (SIT, Meichenbaum)

Elemente:

Edukation und (Stress-)Bewältigungsskills

- PMR
- Atemtechniken
- Selbstbehauptung
- Rollenspiele
- Covert Modeling
- Gedankenstopp
- positives Denken
- Selbstinstruktionen



Hintergrund: Das Stressimpfungstraining war zu Beginn der PTB-Forschung Kontrolltreatment (v.a. der Prolonged Exposure) und hat sich relativ bewährt bei einer Reihe von Traumatisierungsarten.

„Hoffnung ist oft das erste Opfer“

Hoffnung: „positive handlungsorientierte Erwartung, dass ein zukünftiges Ziel oder Ergebnis möglich ist“.

Andere Sichtweise: Hoffnung oft religiös konnotiert und nicht handlungsorientiert (Antonovsky).

Obwohl internal erlebt, oft Folge äußerer Umstände

Aufgabe: Strukturen aufbauen, die Betroffenen bei den sozialen und juristischen Auseinandersetzungen helfen.

Empirie:

Hochwasser in New Orleans: POC ließen sich oft nicht evakuieren, weil sie nicht auf die Bereitstellung von Ressourcen hoffen konnten.

Veteranen PTB: Vorhandensein eines Arbeitsplatzes war einer der stärksten Prädiktoren von Hoffnung.

Hurrikan Andrew: Unfähigkeit, Gelder zum Wiederaufbau des Hauses aufzutreiben, stärkster Prädiktor von PTB.

Exxon-Valdez: Keine Soziale Unterstützung gegen Verursacher: langfristige psychische Beeinträchtigungen und bleibende soziale und wirtschaftliche Abwärtsspiralen

Bezug Magdeburg

Soziale Unterstützung/Kontakt/Hilfe ist eine der wichtigsten Puffervariablen gegen psychische Belastung.

- **Soldate**n ziehen sich vor dem Beginn schwerer psychischer Belastung zurück und distanzieren sich.
- **Daten aus N.Y. und Israel:** Kontaktaufnahme mit Angehörigen und Identifikation mit ihnen verbreitetster Copingskill.
- **London:** Verzögerungen in der Kontaktaufnahme mit Familie etc. starker Risikofaktor.
- **International:** Soziale Unterstützung verbunden mit besserem emotionalem Wohlbefinden und Erholung nach Trauma und in langen Follow-up-Zeiträumen.

Bezug Magdeburg

Verbundenheit ist der am besten nachgewiesene Wirkfaktor nach traumatischen Ereignissen

(Bleich et al. 2003; Rubin, Brewin, Greenberg, Simpson & Wessely 2005; Galea et al. 2002, 2003; Hobfoll, Canetti-Nisim & Johnson 2006; Altindag, Ozen & Sir 2005; Solomon, Shklar & Mikulincer 2005; Litz & Gray 2002; Shalev et al. 2004; Ursano et al. 1994; Hagan 2005; Layne et al. 2001; Andrews et al. 2003; Hobfoll & London 1986).

4. Verbundenheit

Klinische Forderung: Betroffenen so schnell wie möglich Kontakt mit Angehörigen etc. ermöglichen.

Kambodscha/USA: Wenn Kontakt zu wenigstens einem Familienangehörigen, dann weniger PTB, Depression und Substanzmissbrauch

Kriegsjugendlichen geht es besser in kriegsbetroffenen Familien als in solchen ohne Kriegserfahrungen.

Bosnien: Soziale Unterstützung ermöglichen durch Edukation und Skillsaufbau. Teilnehmer erleben dieses Modul der Hilfe am hilfreichsten.

Andere Länder: Dörfer statt Lager aufbauen; juristische und soziale Strukturen aufbauen (Räte, Gotteshäuser, Fußballfeld, Gemeindezentren...)

Soziale Unterstützungs-Strukturen aufzubauen ist besonders dort wichtig, wo Trauma Lebensräume zerstörte.

Überzeugung, dass durch eigenes Handeln (Steuerung von Gedanken, Gefühlen, Verhalten) positive Ergebnisse für das Individuum (Bandura) sowie die eigene Gruppe (Antonovsky) resultieren.

Im Traumabereich: Überzeugung mit traumabezogenen Symptomen/ Ereignissen/ Problemen fertig zu werden

- Emotionsregulation, Beziehungen, Arbeit, Umzug, etc.

Basoglu: Single Session Intervention zur Vermittlung von angemessenen Kontrollüberzeugungen nach Erdbeben/Türkei.

WHO/Flüchtlinge: Förderung von Selbstführung, Selbstständigkeit (self-sufficiency). Bsp. Religiöse Aktivitäten, Rituale, Treffen...

Tsunami: Fischer unterstützen, ihre Boote zu reparieren.

Kinder: Schulen wiederaufbauen, Aktivitäten planen, Trauerprozesse begleiten.

Fokus auf Unterstützung von Familien in den Gemeinden zur gegenseitigen Soziale Unterstützung.

Bezug Magdeburg

Zeit für Ihre Fragen

Traumafolgestörungen Leitliniengerecht behandeln

Varianten zur direkten Modifikation traumatischer Erfahrungen

Maercker erstellte eine Systematik der Expositionsverfahren, geordnet nach ihrer emotionalen Intensität (nach Maercker & Köllner, 2005; Maercker, 2006).

Hauptvarianten:

- Verlängerte Exposition in sensu
- In-vivo-Exposition
- Exposition plus kognitive Umstrukturierung
- EMDR: Eye Movement Desensitization and Reprocessing
- Imagery Rescripting and Reprocessing

Weitere imaginative Expositionstechniken

- Screen- oder Bildschirmtechnik
- Imaginative psychodynamische Therapie (Reddemann)

Narrative Exposition

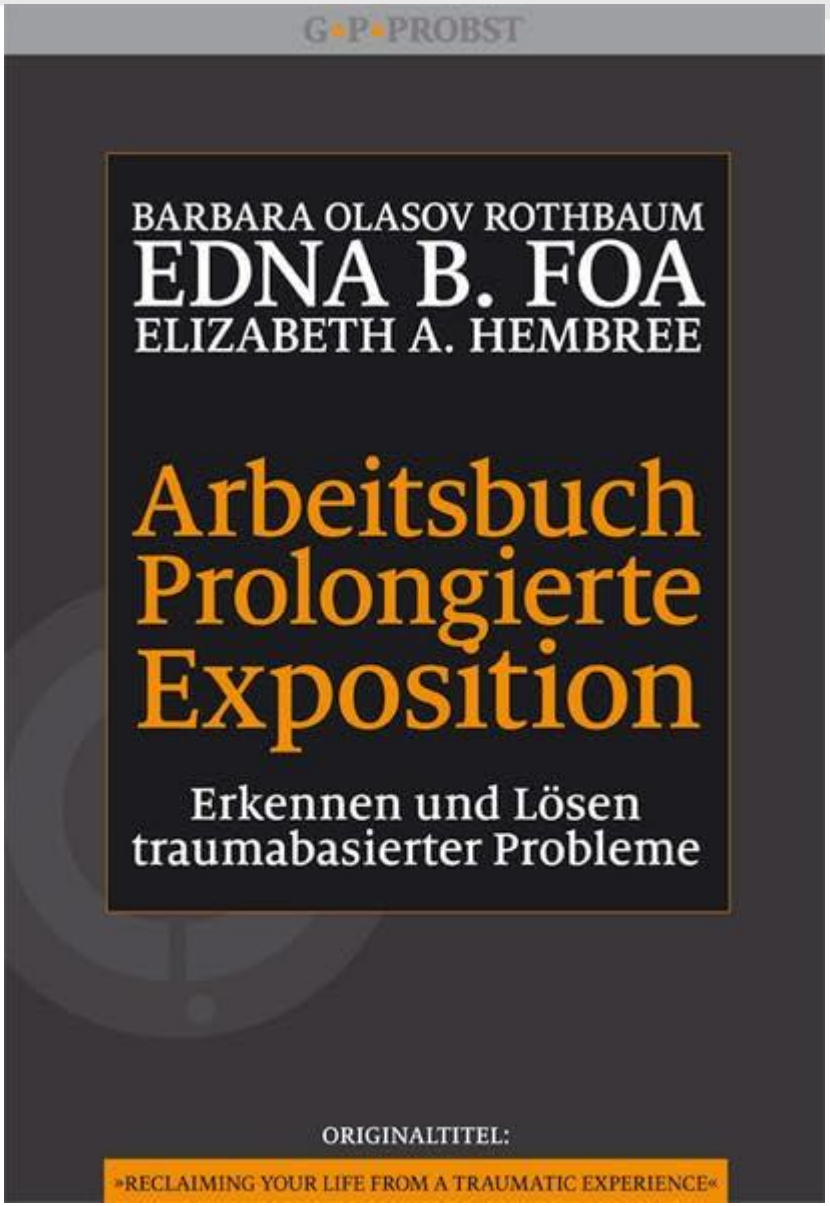
- Testimony-Methode („Narrative exposure“)
- Internetgestützte Therapie („Interapy“)

Wirksamkeit der TFKVT nach Terror:

Anlass	Autoren	Behandlung	PTB	Depression
Terroranschlag London, 05	Brewin et al., 2008	KVT und EMDR, N=82 **1-29 Sitzg.**	d=2,5 (=ITT)	d=1,8
August 1998: Omagh Bomb	Gillespie et al., 2002	Konsekutiv, N= 91 (Ehlers & Clark,2000) **2-73 Sitzg.**	d=2,4	d=1,7
11. Sept. 2001	Levitt et al., 2007	Über Anzeigen und Hotline, N=59; 38 completer, Cloitre et al., 2002. **12 -25 Sitzg.**	d=1,8 (ITT: 1,1)	d=1,2 (ITT: 0,7)

Evidenzbasierte Interventionen, die wir empfehlen können:

Leitliniengerechte Behandlung



Verlängerte Konfrontationstherapie/prolongierte Exposition

Grundlage: behaviorales Konzept der PTBS

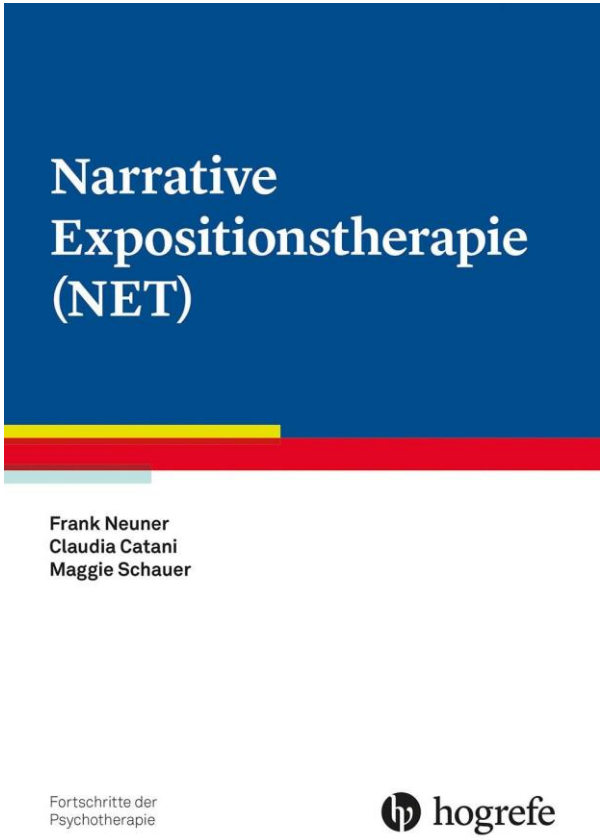
Rational: Habituation an Intrusionen und damit verbundenen Emotionen (Löschung)

Methoden: Wiederholte und lang andauernde Konfrontation mit den Gedanken an die belastendsten Erinnerungen;
ggfs. Exposition in vivo mit traumarelevanten Dingen / Menschen /

Orten PE unter Medikation Ø Benzodiazepine (Rosen et al., 2013): Kein Unterschied in der Effektivität

Angelehnt an prolongierte Exposition

Behaviorales Konzept der PTBS



Anke Ehlers (1999)

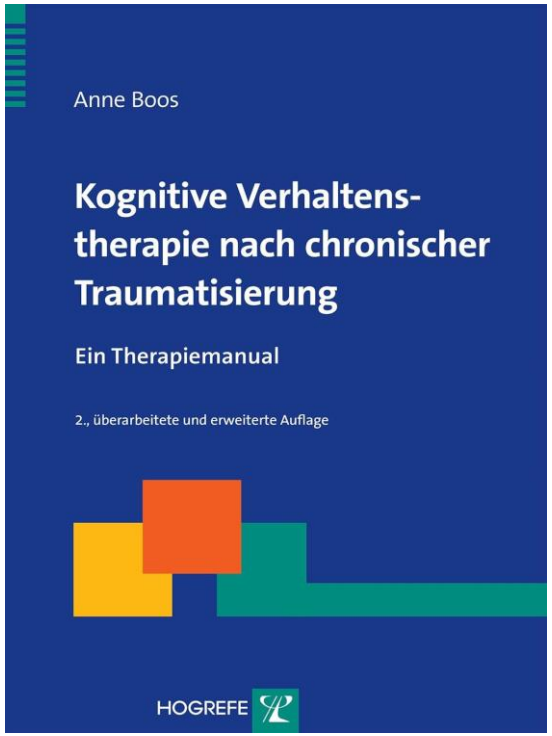
Kognitive Therapie der PTB (Ehlers et. al. 1999

Grundlage: kognitives Konzept der PTBS

Rational: kognitive Umstruktuierung der ungünstigen Bewertungen des Traumas und seiner Konsequenzen.
Einfügen der neuen Bewertungen in das Traumanarrativ
Triggerdiskrimination

Methoden: Elaboration angemessener Bewertungen des Traumas, Einfügen der neuen Bewertungen in das Traumanarrativ, Triggerdiskrimination

Leitliniengerechte Behandlung



Modulare Bearbeitung der Aufrechterhaltung der PTB

Im Rahmen des Modelles von Ehlers & Clark.

-TherapeutInnen-Manual

Therapiebegleitratgeber für Patientinnen

Leitliniengerechte Behandlung

Cognitve Processing Therapy (cognitive Verarbeitunstherapie)

Grundlage: Betont die Bedeutung von kognitiven Bewertungen bzgl. der traumatischen Erfahrungen

Rational: Früher: kognitive Interventionen + Konfrontation via Schreiben über das Erlebte

jetzt: rein kognitive Variante (CPT-C; war genauso wirksam wie die Kombination!) (Resick et al., 2008)

Methode: kognitives Impact Statement, (schriftlicher Traumabericht), kognitive Bearbeitung von Themen zu Sicherheit, Vertrauen, Intimität, Kontrolle

Grundlage: Betont die Bedeutung von kognitiven Bewertungen

Rational: imaginative Intervention als kognitive Methode

Methode: Imaginatives Umschreiben der schlimmsten Momente des Traumas

EMDR ist EMDR

Anhaltende Trauerstörung neue Diagnose im ICD-11

Grundlage: Emotionale Verarbeitung des Verlustes.

Methode:

Emotionale Aktivierung rund um dem Verstorbenen.

Ist Traumafokussierung nötig?

- Ergebnis aller bisherigen Metaanalysen: Ja!
- Überlegenheit traumafokussierter vs. nicht traumafokussierter Behandlungen

(Vgl. Lewis et al., 2020, Metaanalyse mit 114 RCTs; Mavranezouli et al., 2020, Metaanalyse mit 71 RCTs; Weber et al., 2021, langfristige Effekte, Metaanalyse mit 22 Studie; Hoppen et al., 2023

Psychotherapie = Methode der Wahl

Psychotherapie hat insgesamt sehr große Effekte auf PTBS-Symptome

Effekte größer als z.B. bei Angststörungen

Effekte der Psychotherapie signifikant größer als Effekte der Pharmakotherapie

Kombinationsbehandlung überlegen ggü. Pharmaka alleine

Kombinationsbehandlung nicht sign. überlegen ggü. Psychotherapie

Einzel- vs. Gruppentherapie?

- Einzeltherapie > Gruppentherapie
- Effekte der Gruppentherapie in neueren MAn aber erträglich gut
- Für CPT kein Unterschied zwischen der Administration in Einzel vs. Gruppe

Last but not least…

Passen Sie gut auf sich auf.

Achten Sie selbst auf Selbstfürsorge, angemessene Pausen, freie Wochenenden, schöne Freizeitaktivitäten, gute Zeit mit Freunden und Familienangehörigen.

Weitere Veranstaltungen

03.03.2025

Psychotherapeutische Versorgung von Erwachsenen nach Großschadensereignissen – Teil II

10.03.2025

Psychotherapeutische Versorgung von Kindern und Jugendlichen nach Großschadensereignissen – Teil II

Anmeldungen sind über unsere Website möglich

Zeit für Ihre Fragen

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit