

Leitlinienreport zur S3- Leitlinie Posttraumatische Belastungsstörung

AWMF-Register-Nr. 051/010

Präambel

Bereits 1997 hatte sich auf Initiative der leitenden Hochschullehrer für das Fach Psychosomatische Medizin unter der Moderation von E.R. Petzold/Aachen eine Arbeitsgruppe zur Leitlinie Posttraumatische Belastungsstörung gebildet. Mitglieder der inzwischen erweiterten Arbeitsgruppe sind:

Guido Flatten (seit 1997), Arne Hofmann (seit 1997), Peter Liebermann (seit 1997), Wolfgang Wöller (seit 1997), Torsten Siol (1997 bis 2001); Ursula Gast (seit 2001), Luise Reddemann (2001 bis 2009), Astrid Lampe (seit 2005), Christine Knaevelsrud (seit 2009), Andreas Maercker (seit 2009).

Im Herbst 1999 konnte die erste Fassung der PTBS-Leitlinie über das Leitlinienportal der AWMF (www.leitlinien.net) online publiziert werden. Seitdem wurde sie im 2-Jahres-Rhythmus bearbeitet und aktualisiert. Die Zertifizierung der Leitlinie erfolgte durch die Fachgesellschaften DeGPT, DGPM, DKPM, DGPT und AÄGP.

Buchpublikationen des zugehörigen Quellentextes erfolgten 2001 und 2004. Die zunehmende Brisanz des Themas begründet, dass die PTBS-Leitlinie von inzwischen weit über 1000 medizinischen Behandlungsleitlinien stets zu den 25 am häufigsten abgerufenen Leitlinien gehört. Ab 2005 wurde die Leitlinie in Abstimmung mit der AWMF (Upgrading-Verfahren 051/010) zur Stufe S3 weiterentwickelt. Dazu gehört u.a. die Beteiligung von Interessengruppen (Patientenleitlinie), die ergänzende Sichtung und Evidenzbewertung der neueren Forschungsliteratur, eine Barrierenanalyse sowie Aussagen zum medizinischen Nutzen, zu Kosten und der Anwendbarkeit im Gesundheitssystem. Die Zertifizierung der neuen S3-Leitlinie erfolgte abschließend durch die Fachgesellschaften DeGPT, DGPM, DKPM, DGPT, DGPs und DGPPN.

In Ergänzung der vorliegenden PTBS-Leitlinie wurde in den Jahren 2005 bis 2009 eine neue Leitlinie zum Themengebiet Akuttraumatisierung entwickelt. Die Konsensuskonferenz fand im Mai 2008 in Basel statt. Die Leitlinie ist seit 9/2009 als S2 - Leitlinie mit dem Titel „Diagnostik und Behandlung von akuten Folgen

psychischer Traumatisierung über die Leitlinienseite der AWMF (www.leitlinien.net) abrufbar.

Geltungsbereich und Zweck

Begründung für die Entwicklung der Leitlinien zu den Traumafolgestörungen

Die Psychotraumatologie hat sich in den letzten 15 Jahren im deutschsprachigen Raum zu einem eigenständigen Forschungs- und Versorgungsbereich entwickelt. Gleichzeitig ist sie als Querschnittsfach integraler Bestandteil der Fachgebiete Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Psychiatrie und Psychotherapie sowie der klinischen Psychologie. Darüber hinaus sind viele in der Primärversorgung tätigen Ärzte und Psychotherapeuten aufgefordert, beim Verdacht auf akute oder chronifizierte Traumafolgestörungen geeignete diagnostische und therapeutische Maßnahmen einzuleiten.

Das zunehmende Wissen zu den Traumafolgestörungen hat zur Strukturierung neuer Versorgungsbereiche (Traumaambulanzen, spezialisierte stationäre Behandlungsangebote) und zur Entwicklung spezifischer und traumaadaptierter Behandlungsverfahren geführt. Psychotraumatologische Kenntnisse werden heute als Bestandteil der Facharztausbildung (Psychosomatische Medizin und Psychotherapie) erwartet und können in traumaspezifischen Ausbildungscurricula (DeGPT) vertieft werden. Sowohl im medizinischen, als auch im gesellschaftlichen Bewusstsein werden Traumafolgestörungen mit einer vermehrten Sensibilität wahrgenommen und qualitätsgesicherte Behandlungsmaßnahmen gefordert.

Zielorientierung der Leitlinie

Medizinische Leitlinien formulieren Handlungsempfehlungen zu Diagnostik und Therapie, indem sie das zu einem Störungsbild vorliegende evidenzbasierte Wissen prüfen, im erweiterten Expertenkreis diskutieren (Konsensuskonferenzen und Delphi-Verfahren) und gemäß klinischen Empfehlungsgraden aufarbeiten. Ziel der Leitlinienentwicklung ist es, die medizinische Versorgung zu optimieren: Der Patient soll diejenige Behandlung erhalten, die sich nach dem wissenschaftlich fundierten Kenntnisstand als die zweckmäßigste und aussichtsreichste erwiesen hat, und er soll von Maßnahmen verschont bleiben, die als unwirksam oder nachteilig erkannt wurden.

Patientenzielgruppe

Die Leitlinie bezieht sich auf Patienten mit posttraumatischen Störungsbildern, im engeren Sinne

POSTTRAUMATISCHE BELASTUNGSSTÖRUNG ICD 10: F 43.1

Da die Posttraumatische Belastungsstörung eine spezifische Form einer Traumafolgestörung ist, adressiert die Leitlinie im weiteren Sinne auch Patienten mit verwandten Störungsbildern:

- Akute Belastungsreaktion ICD10: F 43.0
- Anpassungsstörung ICD10: F 43.2
- Andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung ICD10: F 62.0

Die umfangreichen Folgen, einer durch Traumatisierung gestörten Persönlichkeitsentwicklung, werden aktuell unter den Begriffen Komplexe Traumafolgestörung Developmental Trauma Disorder oder Komplexe Präsentation einer Posttraumatischen Belastungsstörung diskutiert. In diesem Zusammenhang adressiert die Leitlinie im weiteren Sinne außerdem Patienten mit folgenden Störungsbildern:

- Dissoziative Störungsbilder F 44
- Somatoforme Schmerzstörung F45.4
- Emotional Instabile Persönlichkeitsstörung (Borderline) F 60.3
- Dissoziale Persönlichkeitsstörung F 60.2
- Essstörungen F 50
- Affektive Störungen F 32, 33, 34
- Substanzabhängigkeit F 1
- Somatoforme Störungen F 45

Versorgungsbereich und Anwenderzielgruppe/Adressaten

Die Leitlinie richtet sich an alle Personen, die Menschen mit Posttraumatischen psychischen Störungsbildern behandeln. Dies umfasst den Bereich der primärärztlichen Versorgung durch Hausärzte oder Krankenhausambulanzen bis hin zur traumaspezifischen, fachärztlichen und fachpsychotherapeutischen Versorgung durch in spezialisierten ambulanten oder stationären Behandlungssettings.

Zusammensetzung der Leitliniengruppe

Repräsentativität der Leitliniengruppe: Am Konsensusverfahren beteiligte Berufsgruppen und Patienten

Beteiligte Fachgesellschaften / Organisationen	Vertreter / Experte
Deutschsprachige Gesellschaft für Psychotraumatologie (DeGPT)	PD. Dr. med. Martin Sack Dr. med. Ingo Schäfer
Deutsche Gesellschaft für Psychotherapeutische Medizin (DGPM)	Prof. Dr. med. Johannes Kruse
Deutsches Kollegium für Psychosomatische Medizin (DKPM)	Prof. Dr. med. Johannes Kruse
Deutsche Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie (DGPT)	Prof. Dr. med. Christian Pross
Deutsche Gesellschaft für Psychologie (DGPs)	Prof. Dr. Dipl.-Psych. Frank Neuner Prof. Dr. Dipl.-Psych. Rita Rosner
Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN)	PD Dr. med. Dipl.-Biol. Ulrich Frommberger Prof. Dr. med. Martin Driessen
Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen (DAG SHG)	Dipl. Psych. Jürgen Matzat

Methodologische Exaktheit

- Recherche, Auswahl und Bewertung wissenschaftlicher Belege (Evidenzbasierung)

Als Grundlage der Aussagen und Empfehlungen zur PTSD-Behandlung dienen die 2005 erschienenen Guidelines des britischen National Institute for Clinical Excellence und die 2007 veröffentlichten Australian Guidelines for the Treatment of Adults with ASD and PTSD:

National Collaborating Centre for Mental Health (2005). Post-traumatic stress disorder. The management of PTSD in adults and children in primary and secondary care. National Clinical Practice Guideline Number 26. Gaskell and the British Psychological Society.

Forbes D, Creamer M, Phelps A, Bryant R, McFarlane A, Devilly G J, Matthews L, Raphael B, Doran C, Merlin T & Newton S (2007). Australian guidelines for the treatment of adults with acute stress disorder and post-traumatic stress disorder. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry 41, 637-648.

Die NICE-Guidelines wurden 2005 herausgegeben. Die Ergebnisse basieren, wenn möglich, auf randomisiert-kontrollierten Studien. Die Evidenzgrade, die sich hier mit der Graduierung der Empfehlungsstärken decken, reichen von A bis C und GPP, wobei Evidenzgrad A sich auf eine Aussage bezieht, die durch mindestens eine randomisiert-kontrollierte bzw. eine Meta-Analyse von randomisiert-kontrollierten Studien belegt ist. B bezieht sich auf Evidenz, die von mindestens einer kontrollierten Studie ohne Randomisierung, quasi-experimentellen Studie oder nicht-experimentellen beschreibenden Studie (wie Vergleichsstudien, Korrelationsstudien und Fallstudien) belegt sind. Aussagen mit Evidenzgrad C sind belegt durch Meinungen oder Berichte von Expertenkomitees oder wurden aus Ergebnissen mit Evidenzgrad A oder B abgeleitet. Klinische Studien sind in diesem Fall nicht vorhanden oder verfügbar. Aussagen mit Evidenzgrad GPP werden durch Erfahrungen aus der klinischen Praxis der Mitglieder der Guideline Development Group gestützt.

Level	Type of Evidence	Grade	Evidence
I	Evidence obtained from a single randomised controlled trial or a meta-analysis of randomised controlled trials	A	At least one randomised controlled trial as part of a body of literature of overall good quality and consistency addressing the specific recommendation (evidence level I) without extrapolation
IIa	Evidence obtained from at least one well-designed controlled study without randomisation	B	Well-conducted clinical studies but no randomised clinical trials on the topic of recommendation (evidence levels II or III); or extrapolated from level-I-evidence
IIb	Evidence obtained from at least one well-designed quasi-experimental study		
III	Evidence obtained from well-designed non-experimental descriptive studies, such as comparative studies, correlation studies and case studies		
IV	Evidence obtained from expert committee reports or opinions and/or clinical experiences of respected authorities	C	Expert committee reports or opinions and/or clinical experiences of respected authorities (evidence level IV) or extrapolated from level I- or II-evidence. This grading indicates that directly applicable clinical studies of good quality are absent or not readily available
		GPP	Recommended good practice based on the clinical experience of the Guideline Development Group

<http://www.NICE.org.uk/NICEmedia/pdf/CG026fullguideline.pdf>

Die Evidenzgrade sind angelehnt an Eccles, M. & Mason J (2001), How to develop cost-conscious guidelines. Health Technology Assessment 5: 16; und Mann T (1996), Clinical Guidelines: Using Clinical Guidelines to Improve Patient Care Within the NHS. London: Department of Health. In den NICE-Guidelines werden neben der PTSD auch komplexere PTSD-Ausprägungen (andauernden Persönlichkeitsveränderung nach Extrembelastung, DESNOS und Komplexe PTSD) diskutiert. Aufgrund der bislang unzureichenden Datenlage zu diesen Diagnosen beschränken sich die Guidelines auf Therapieempfehlungen zur PTSD (siehe NICE Guidelines 2.3.6.1 National Collaborating Centre for Mental Health 2005).

Die Australian Guidelines orientieren sich am selben Schema des Grades der Evidenzbasierung wie die NICE-Guidelines. Sie beziehen sich dezidiert auf die Behandlung von akuter Belastungsstörung und PTSD, für DESNOS werden ebenfalls keine Empfehlungen gegeben, allerdings hier (S. 641) in der ergänzenden Stellungnahme von Forbes et al. 2009 angemerkt, dass komplexe Fälle zeitaufwendiger sind und zusätzliche Therapieinterventionen erforderlich machen. Eine Überarbeitung ist für 2010 geplant. (Forbes et al. 2007).

Die NICE-Guidelines beziehen sich auf die Behandlung von Kindern und Erwachsenen, die Australian Guidelines beschränken sich auf Erwachsene.

Bewertung der International Guidelines (2009)

Therapie (Praxis)-Leitlinien der International Society for Traumatic Stress Studies mit Quellenmaterial (2nd edition, 2009). Hrsg. von E.B. Foa, T.M. Keane, M.J. Friedman, & J.A. Cohen (New York: Guilford)

Gegenüber der 1. Auflage von 2000 hat sich Folgendes verändert:

- Es wurden die Studien bis 2007 einbezogen.
- Die Anzahl der Leitlinien bzw. Quellentext-Kapitel hat sich erhöht. Es kamen dazu: Assessment of Children, Acute Interventions for Children and Adolescents, Early cognitive-behavioral interventions for adults, Psychopharmacology for Children and Adolescents, School-based treatment for Children and Adolescents, Psychodynamic

Therapy for Child Trauma, Psychosocial Rehabilitation, Couple and family therapy for adults, Creative Therapy for adults, Creative Arts Therapies for Children, Treatment of PTSD and comorbid disorders.

Level A erhielten im Erwachsenen und Nicht-Akutbereich: Exposure Therapy, Cognitive Processing Therapy, Cognitive Therapy, SSRIs, SNRI-Venlafaxin, MAO-Phenelzin, TCA, EMDR, Behavioral family therapy, Behavioral marital therapy, seeking safety for comorbid substance use and PTSD.

Für die Evidenzbewertung wurden zusätzlich folgende elektronische Datenbanken nach Kriterien der systematischen Literatursuche beginnend mit dem Jahr 2002 bis zum Oktober 2008 durchsucht: Medline, Embase, PsychINFO, Psyn dex, Cochrane Reviews. Es wurde primär nach Meta-Analysen, Reviews und randomisiert-kontrollierten Untersuchungen gesucht, nur, wenn diese nicht vorlagen, wurde bei der Auswahl der Treffer auf Literatur mit niedrigerem Evidenzgrad zurückgegriffen. (Rudolf & Eich 1999, GRADE Working Group 2004).

Einschlusskriterien für Untersuchungen waren:

- Alter der teilnehmenden Personen über 18 Jahre.
- Ausreichende Beschreibung des Studiendesigns und der Population.
- Verfügbarkeit in deutscher oder englischer Sprache.
- Nach Möglichkeit inhaltliche Übereinstimmung mit den Fragestellungen der Leitlinien.
- Des Weiteren spielten bei der Auswahl die Studienqualität und die Fallzahlen eine Rolle.

Die Literatursuche in den Datenbanken führte zu folgenden Ergebnissen:

Die Literatursuche in den Datenbanken führte zu folgenden Ergebnissen (Stand Oktober 2008):

Medline

Suchbegriffe	Treffer
post traumatic stress disorder	7940
post traumatic stress disorder AND review	1455
post traumatic stress disorder AND treatment	3950
post traumatic stress disorder AND therapy	3355
post traumatic stress disorder AND psychotherapy	1338
post traumatic stress disorder AND pharmacotherapy	614

PSYINDEX

posttraumatic stress disorder	1758
-------------------------------	------

PsycINFO

	Suchkriterien	Treffer
#1	posttraumatic-stress-disorder	13768
#2	#1 AND therapy	2990
#3	#2 AND review	440

Embase

Suchkriterien	Treffer
posttraumatic stress disorder	1746

Cochrane Reviews

Suchkriterien	Treffer
posttraumatic stress disorder	39

Die eingeschlossenen Untersuchungen wurden hinsichtlich ihrer methodischen Qualität bewertet und die Ergebnisse in Evidenztabelle zusammengefasst (Siehe Anhang 1)

Formulierung der Empfehlungen und strukturierte Konsensfindung

Formale Konsensfindung: Verfahren und Durchführung

Die Verabschiedung der Kernaussagen und Empfehlungen sowie der Empfehlungsgrade durch die Leitliniengruppe erfolgte im Rahmen eines formalen Konsensusverfahrens (Nominaler Gruppenprozess), moderiert durch eine Vertreterin der AWMF (Prof. Dr. I. Kopp, Marburg) am 17.11. 2009.

Der Ablauf der Konsensusverfahren erfolgte in 7 Schritten:

- Einführung durch PD. Dr. med. Guido Flatten und Prof. Dr. med. Ina Kopp
- Stille Durchsicht des Leitlinienmanuskripts (Gesamtentwurf) und
- Gelegenheit zu Notizen zu den Kernaussagen, Schlüsselempfehlungen und der vorgeschlagenen Graduierung;
- Registrierung der Stellungnahmen und Alternativvorschläge aller Teilnehmer zu allen Aussagen und Empfehlungen im Einzelumlaufverfahren durch die Moderatorin, dabei Rednerbeiträge nur zur Klarstellung; Projektion per Beamer

- Vorherabstimmung aller Empfehlungen und Empfehlungsgrade sowie der genannten Alternativen;
- Diskussion der Punkte, für die im ersten Durchgang kein Konsens erzielt werden konnte;
- Endgültige Abstimmung.

Die Empfehlungen wurden im "starken Konsens" (Zustimmung von > 95% der Teilnehmer) verabschiedet.

Für vier Leitlinienempfehlungen, für die gemäß Votum der Konsensuskonferenz ein erneuter Arbeitsauftrag an die Leitlinienkommission zu formulieren war, wurde per Abstimmung festgelegt, dass sie in einem schriftlichen Delphi-Verfahren zur Konsensierung allen Experten erneut vorzulegen sind. Die Aussendung der bearbeiteten Leitlinien-Empfehlungen erfolgte am 20.5.2010 an 36 Experten bundesweit mit der Bitte um Rückmeldung bis zum 30.6.2010. Die Ergebnisse der Delphi-Konferenz wurden per mail an die Experten zurückgemeldet.

Abschließend wurde die Leitlinie formal durch die Vorstände der mitherausgebenden Fachgesellschaften/Organisationen verabschiedet und autorisiert.

Teilnehmer der Konsensuskonferenz am 17.11.2009 waren:

(ausgewiesen sind zudem die vom Vorstand der beteiligten AWMF-Fachgesellschaften benannten Vertreter für den Konsensusprozess)

PD Dr. med. Robert Bering/ Krefeld

Dr. med. Karl-Heinz Biesold/ Hamburg

Prof. Dr. med. Martin Bohus/ Mannheim

Prof. Dr. med. Martin Driessen/ Bielefeld DGPPN

Prof. Dr. med. Gottfried Fischer/ Köln

PD Dr. med. Dipl.-Biol. Ulrich Frommberger/ Freiburg DGPPN

Prof. Dr. med. Harald Gndel/ Hannover

(vertreten durch Dr. Stefan Henninger)

Dr. med. Ferdinand Hänel/ Berlin

Prof. Dr. med. Gereon Heuft/ Mnster

(vertreten durch Dr. Marco Wrenger)

Prof. Dr. med. Johannes Kruse/ Giessen	DKPM, DGPM
Prof. Dr. Dipl.-Psych. Frank Neuner/ Bielefeld	DGPs
Prof. Dr. med. Friedhelm Lamprecht/ Heidelberg	
Prof. Dr. med. Klaus Ottomeyer/ Klagenfurt	
(vertreten durch Fr. Dipl.-Psych. Eva v Keuk))	
Prof. Dr. med. Christian Pross/ Berlin	DGPT
Prof. Dr. phil. Dipl.-Psych. Rita Rosner/ München	DGPs
Prof. Dr. med. Ulrich Sachsse/ Göttingen	
Dr. med. Ingo Schäfer/ Hamburg	DeGPT
Prof. Dr. med. Stefan Zipfel/ Tübingen	
(vertreten durch Frau PD Dr. Isa Sammet)	
PD Dr. Rolf Manz/ München	
Dipl.-Psych. Jürgen Matzat/ Gießen	Patientenvertreter

Teilnehmer der Delphi-Konferenz im Frühjahr 2010 waren:

PD. Dr. med. Robert Behring/ Krefeld
Dr. med. Karl-Heinz Biesold/ Hamburg
Prof. Dr. med. Martin Bohus/ Mannheim
Prof. Dr. med. Willi Butollo/ München
Prof. Dr. med. Martin Driessen/ Bielefeld
Prof. Dr. med. Gottfried Fischer/ Köln
PD. Dr. med. Dipl.-Biol. Ulrich Frommberger/ Freiburg
Prof. Dr. med. Harald Freyberger/ Greifswald
Prof. Dr. med. Harald Gündel/ Hannover
Dr. med. Ferdinand Hänel/ Berlin
Prof. Dr. med. Gereon Heuft/ Münster
Prof. Dr. med. Wolfgang Herzog/ Heidelberg
Prof. Dr. med. Johannes Kruse/ Giessen
Prof. Dr. Dipl.-Psych. Frank Neuner/ Bielefeld
Prof. Dr. med. Friedhelm Lamprecht/ Heidelberg
Prof. Dr. med. Klaus Ottomeyer/ Klagenfurt
Prof. Dr. med. Ernst Petzold/ Tübingen
Prof. Dr. med. Christian Pross/ Berlin
Prof. Dr. phil. Dipl.-Psych. Rita Rosner/ München

PD Dr. med. Martin Sack/ München
 Prof. Dr. med. Ulrich Sachsse/ Göttingen
 Dr. med. Ingo Schäfer/ Hamburg
 Prof. Dr. med. Gerhard Schüßler/ Innsbruck
 Prof. Dr. med. Wolfgang Senf/ Essen
 Prof. Dr. med. Günter Seidler/ Heidelberg
 PD. Dr. med. Annette Streeck-Fischer/ Göttingen
 Dr. phil. Dipl.-Psych. Regina Steil/ Mannheim
 Prof. Dr. med. Stefan Zipfel/ Tübingen
 PD Dr. Rolf Manz/ München

Formulierung der Empfehlungen und Vergabe von Evidenzgraden und/ oder Empfehlungsgraden

Die Formulierung der Empfehlungsgrade erfolgte in Anlehnung an die Evidenzstärke. Bei nicht ausreichender Evidenzbasierung sowie aufgrund besonderer klinischer Bedeutung konnte bei der Konsentierung ein Up- oder Downgrading gegenüber der Evidenzbasierung festgelegt werden. Die Zuordnung von Studienqualität zu Evidenzstärke und Empfehlungsgrad ist in der nachfolgenden Tabelle zusammengefasst.

Hinweise zur Graduierung der Evidenz- und Empfehlungsstärke

Studienqualität	Evidenzstärke	Empfehlung	Beschreibung	Symbol
Systematische Übersichtsarbeit (Metaanalyse) oder RCT (Therapie) oder Kohortenstudie (Risikofaktoren, Diagnostik) von hoher Qualität	hoch	„soll“	Starke Empfehlung	▲ ▲
RCT oder Kohortenstudie von eingeschränkter Qualität	mäßig	„sollte“	Empfehlung	▲
RCT oder Kohortenstudie von schlechter Qualität, alle anderen Studiendesigns, Expertenmeinung	schwach	„kann“	Empfehlung offen	◀ ▶

Externe Begutachtung

In einer Evaluationsstudie zur Nutzung der Leitlinie PTSD (DELBI 7) wurde die Bekanntheit und Auswirkungen auf Diagnostik und Therapie untersucht.

Wiedergegeben werden hier die Ergebnisse gemäß Stand vom 02.10.2009

Stichprobe

Insgesamt wurden ca. 220 Personen per e-mail über den Verteiler der DKPM angeschrieben. Nach 4 Wochen wurde an die non-responder ein Erinnerungsschreiben versendet mit der nochmaligen Bitte um Studienteilnahme.

Etwas mehr als ein Fünftel der angeschriebenen Personen (N=49) haben den Fragebogen vollständig beantwortet retourniert. Es nahmen 60% Männer an der Befragung teil. Hinsichtlich der beruflichen Tätigkeit sind 38 ProbandInnen als PsychotherapeutInnen tätig und 35 Probandinnen als ÄrztInnen. Die durchschnittlichen Berufserfahrung liegt bei M=20 Jahren (SD= 9,7). Im Durchschnitt waren die ProbandInnen M=48 Jahre alt. Der Großteil der Befragten (71 %) hat eine traumaspezifische Fortbildung absolviert. Die befragten Personen haben im vergangenen Jahr bei durchschnittlich M=14,6 Patienten (Min=0, Max=50) eine PTSD diagnostiziert.

Ergebnisse:

Bekanntheit der Leitlinie:

Der Inhalt der Leitlinie ist 55% der Stichprobe bekannt, davon nutzen 89% die Leitlinie in ihrer beruflichen Praxis. Alle NutzerInnen geben an, dass die Leitlinie in verständlicher Form verfasst ist. Es besteht kein signifikanter Zusammenhang zwischen der Teilnahme an einer traumaspezifischen Fortbildung und der Kenntnis der Leitlinie (chi²-Test: p>.05, siehe Tabelle 1).

Tabelle 1 Kenntnis der Leitlinie x traumaspezifische Fortbildung

		traumaspezifische Fortbildung	
		nein	ja
Leitlinie nicht bekannt	f	6	15
	%	12,5	31,3
Leitlinie bekannt	f	8	19
	%	16,7	39,6
Total	f	14	34
	%	29,2	70,8

Anmerkung. chi²=0.01 p=.915

Sicherheit in Diagnostik und Therapie: Mehr als die Hälfte der Stichprobe (55%) fühlt sich in der Diagnostik der PTSD völlig sicher und weitere 37% fühlen sich eher sicher (siehe Tabelle 2). Jeweils 4% der Stichprobe sind entweder unentschieden oder fühlen sich eher unsicher.

Tabelle 2 Sicherheit in Diagnostik und Therapie der PTSD

	stimme überhaupt nicht zu	stimme eher nicht zu	weder noch	stimme eher zu	stimme völlig zu
In der Diagnostik (PTSD) fühle ich mich sicher.	0,0	4,1	4,1	36,7	55,1
In der Behandlung von PatientInnen mit PTSD fühle ich mich sicher.	2,0	8,2	18,4	42,9	28,6

Hinsichtlich der Behandlung von PatientInnen mit PTSD fühlen sich 29% der Stichprobe völlig sicher, weitere 43% eher sicher. Etwas weniger als ein Fünftel der Stichprobe ist unentschieden, weitere 10% sind sich unsicher.

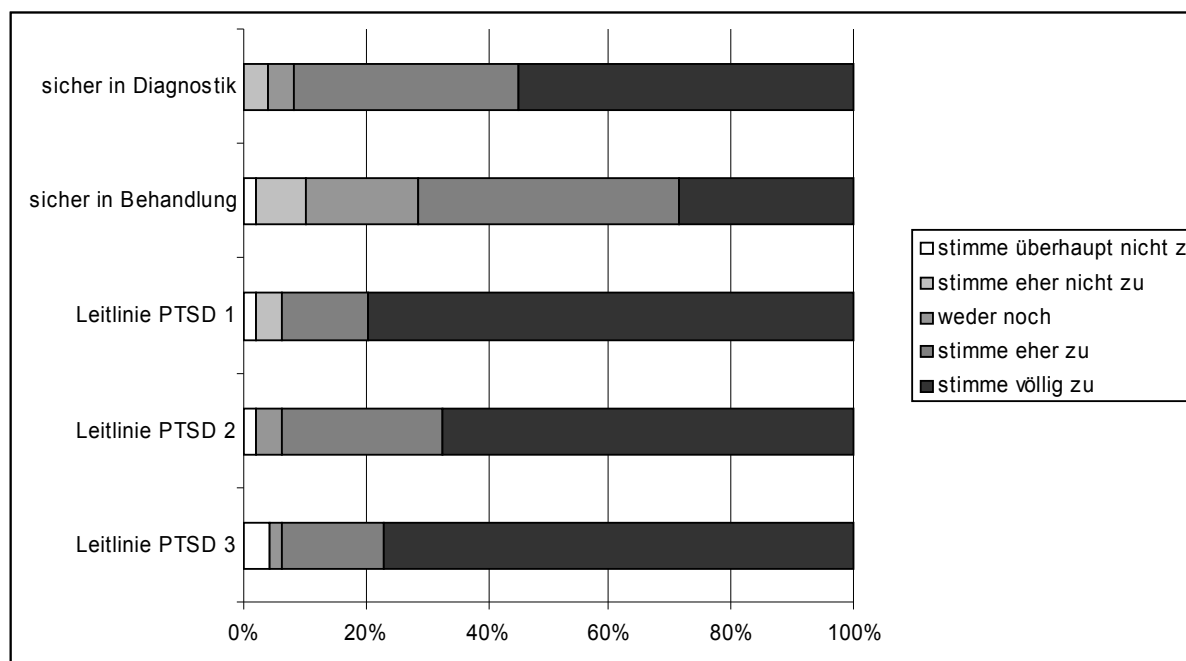


Abbildung: Sicherheit in Diagnostik und Behandlung / Übereinstimmung mit Leitlinie

Übereinstimmung mit Inhalten der Leitlinie: In Bezug auf die Übereinstimmung der Befragten mit 3 wesentlichen Kernaussagen der Leitlinie zeigt sich, dass der Großteil der Stichprobe (67-80%) den Aussagen völlig zustimmt. Die größte Ablehnung zeigt sich für die Leitlinienaussage zu den Voraussetzungen der Traumabearbeitung (PTSD 3), welcher 4% der Stichprobe überhaupt nicht zustimmen. Die Definition der PTSD als Folgereaktion traumatischer Ereignisse, die an der eigenen oder fremden Personen erlebt werden können lehnen 4% der Stichprobe eher und 2% der Stichprobe völlig ab (siehe Tabelle 3).

Tabelle 3 Übereinstimmung mit Leitlinie

	stimme überhaupt nicht zu	stimme eher nicht zu	weder noch	stimme eher zu	stimme völlig zu
Leitlinie PTSD 1: PTSD = Folgereaktion traumatischer Ereignisse, die an der eigenen o. fremden Personen erlebt werden können.	2,0	4,1	0,0	14,3	79,6
Leitlinie PTSD 2: frühes Hinzuziehen eines mit PTSD erfahrenen Psychotherapeuten	2,0	0,0	4,1	26,5	67,3
Leitlinie PTSD 3: Voraussetzungen für Traumabearbeitung = ausreichende Stabilität, keine Traumaewirkung, kein Täterkontakt.	4,1	0,0	2,0	18,4	75,5

Psychopharmakologische Behandlung: Etwa 2 Drittel der Stichprobe (61%) behandelt PTSD PatientInnen mit Psychopharmaka. Davon geben 35% der befragten Personen an bevorzugt SSRI zu erschreiben, 10% SSRI in Kombination mit Neuroleptika, 12% SSRI in Kombination mit Neuroleptika und Tranquilizer und 4% SSRI in Kombination mit Tranquilizer.

Tabelle 4 Behandlung von PTSD Patienten mit Psychopharmaka

	f	%
keine	19	38,8
SSRI	17	34,7
SSRI und Neuroleptika	5	10,2
SSRI, Tranquilizer und Neuroleptika	6	12,2
SSRI und Tranquilizer	2	4,1
Total	49	100,0

Redaktionelle Unabhängigkeit

Finanzierung der Leitlinie

Auf Antrag der Leitlinienarbeitsgruppe gewährte die Deutschsprachige Gesellschaft für Psychotraumatologie DeGPT im Januar 2009 zur Unterstützung von Druckkosten und zur Organisation der Konsensuskonferenz eine finanzielle Unterstützung von 4000,- €. Aus privaten Spendengeldern der AG-Mitgliedern wurden eine wissenschaftliche Hilfskraft in Höhe von 2000,- € finanziert.

Darlegung von und Umgang mit potenziellen Interessenkonflikten

Alle Mitglieder der Leitliniengruppe legten potenzielle Interessenkonflikte schriftlich offen (siehe Anhang 2) um der Gefahr von Verzerrungen entgegenzutreten.

Den Autoren und Teilnehmern am Konsensusverfahren ist sehr zu danken für ihre ausschließlich ehrenamtliche Arbeit..

Verbreitung und Implementierung -

Konzept zur Verbreitung und Implementierung

Durch eine große Zahl an Psychotherapie-Studien im Bereich der posttraumatischen Belastungsstörung ist es seit Erstellung der ersten wissenschaftlichen Leitlinie für PTBS gelungen wesentliche Fortschritte im Bereich der Versorgung traumatisierter Patienten zu erreichen. (Flatten et al, 1999). Diese Leitlinien treffen fachbergreifend auf einen hohen Konsens und ihre Handlungsempfehlungen werden zunehmend in die Versorgungsstrukturen aufgenommen (z.B. DGUV, 2008).

Zentral ist dabei die Etablierung einer traumazentrierten Psychotherapie wie sie auch in den internationalen Leitlinien als effektiv nachgewiesen ist und gefordert wird (Bisson, 2007).

Die Versorgungslage in Deutschland

In Deutschland hatten es Patienten mit Traumafolgestörungen immer schon schwer. Auch wenn der jüdische Berliner Arzt Hermann Oppenheim (Begründer der Deutschen Gesellschaft für Neurologie) schon 1889 die traumatische Neurose beschrieb, so war es doch erst wieder der Impuls der angloamerikanischen Länder, der bewirkte, daß die Traumafolgestörungen, vor allem die posttraumatische Belastungsstörung, in den neunziger Jahren langsam wieder in der Wahrnehmung

und in den Ausbildungen deutscher Psychotherapeuten auftauchte. Dazwischen liegen Jahre der Diskussion um die Störung als Willenskrankheit lange Kämpfe von NS-Verfolgten um ihre Entschädigungen und große Schwierigkeiten eine einfache PTBS von Gutachtern anerkannt zu bekommen (Fischer-Homberger, 1975; van der Kolk, 1996).

Trotz der in Deutschland nicht gerade günstigen Vorzeichen hat die Versorgung psychisch traumatisierter Menschen in den letzten 15 Jahren eine deutlich positive Entwicklung genommen.

Psychotherapeutische Ausbildung

Trotz des deutlichen Nachholbedarfs wird in den meisten medizinischen und psychologischen Ausbildungen die Posttraumatische Belastungsstörung zwar erwähnt, spezifische therapeutische Ansätze werden jedoch nicht ausreichend vermittelt.

2003 wurde in die fachärztliche Weiterbildung zum Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie das Themengebiet Psychotraumatologie verpflichtend aufgenommen. Die Deutsche Fachgesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) hat weiterhin 2005 eine spezielle Sektion zum Bereich der Psychotraumatologie ins Leben gerufen.

Auf dem Ärztetag 2006 in Magdeburg wurde beschlossen, die Bundesärztekammer zu beauftragen, die ärztliche Fortbildung im Bereich der Psychotraumatologie zu stärken (DÄBL, 2006).

Wissenschaftliche Fachgesellschaften

In den späten 90er Jahren wurden zwei neue Fachgesellschaften mit dem Ziel verbesserter Behandlung psychisch traumatisierter Patienten gegründet:

die deutschsprachige Fachgesellschaft für Psychotraumatologie (DeGPT e.V.) und die Fachgesellschaft für EMDR (EMDRIA-Deutschland e.V.).

Beide Fachgesellschaften haben zertifizierte Fortbildungen zur Psychotraumatologie mit den Abschlüssen traumaspezifische Psychotherapie (DeGPT) und EMDR-Therapeut (EMRIA) etabliert und in Deutschland jeweils ca. 1000 approbierte Psychotherapeuten zertifiziert.

Das Curriculum der DeGPT wird bundesweit von ca. 22, meist staatlich anerkannten Ausbildungsinstituten oder Ärztekammern, angeboten.

Verbesserung der Versorgung

In einer zunehmenden Zahl von Standardwerken und Lehrbüchern zur Psychotherapie ist traumazentrierte Psychotherapie mittlerweile fest verankert (z.B. Wöller, Kruse, 2001; Linden, Hautzinger, 2001, Berger, 2008, Uexkll, 1995).

Zusätzlich wurde 2006 EMDR als wissenschaftliche Methode zur Behandlung der PTBS vom wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie anerkannt (DÄBL, 2007).

Aktuell findet eine Prüfung von EMDR zur sozialrechtlichen Anerkennung als spezielle Psychotherapiemethode und als Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss statt.

Auf regionaler Ebene gibt es weiterhin eigenständige Versorgungs-Netzwerke und einige spezialisierte stationäre Einrichtungen in denen traumatisierte Patienten, die in anderen Settings wenig profitieren, aufgenommen werden können. So z.B. in NRW, wo auf Initiative der Universität Köln (G. Fischer) ein Netzwerk von Traumambulanzen, die Gewaltopfer versorgen, entstand.

Mit den Möglichkeiten des Opferentschädigungsgesetzes werden den Opfern von Gewalttaten kompensatorische Leistungen und Heilbehandlungen zugesichert. Die gesetzlichen Möglichkeiten werden derzeit in vielen zuständigen Behörden nicht ausreichend umgesetzt. Gerade in der Kindheit schwer Traumatisierte haben in der Praxis große Schwierigkeiten von den Möglichkeiten des OEG zu profitieren.

Aufbauend auf dem Modellprojekt der gewerblichen Berufsgenossenschaften konnte inzwischen die psychotraumatologische Frühversorgung in die Nachsorge von beruflich Verunfallten als Standardleistung bundesweit aufgenommen werden (DGUV, 2008). In einzelnen Unternehmensbereichen mit hohem Risiko für eine Entwicklung einer PTBS werden zunehmend Konzepte der Prävention und Nachsorge entwickelt (z.B. Fluggesellschaften, Journalisten).

Daß auch die Versorgung akut Traumatisierter deutlich besser geworden ist, zeigt die Betreuung die durch das Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe (BBK) den Opfern des Tsunami Ende Dezember 2004 angeboten werden konnte. Durch die kurz nach dem Ereignis angebotene Notfalltelefonnummer und durch eine Kooperation des Bundesamtes, der Kammern und der beiden Traumafachgesellschaften (deutschsprachige Fachgesellschaft für Psychotraumatologie-DeGPT und der Fachgesellschaft

für EMDR, EMDRIA-Deutschland) gelang es, das bereits im Januar 2005 eine Vermittlung von einer grossen Zahl Betroffener kurzfristig in entsprechend qualifizierte Therapien erfolgen konnte. Bis heute greift das BBK auf die seinerzeit entstandene Trauma-Datenbank zurück, aktuell nach den Terroranschlägen in Mumbai (Indien) im November 2008, von denen mehr als 150 Deutsche betroffen sind (BBK, 2008).

Ausstehende Aufgaben

Fehlend ist in dieser sich verbessernden Versorgungssituation die Einbettung der leitlinienorientierten Behandlung in die Strukturen der Richtlinienpsychotherapie.

Aufgrund der fehlenden Einarbeitung des aktuellen psychotraumatologischen Fachwissens in den Kommentar zu den Richtlinienverfahren kann in der gutachterlichen Bewertung der Berichte von Psychotherapieanträgen eine psychotraumatologische Diagnostik und Behandlungsplanung derzeit nicht ausreichend umgesetzt werden. Besonders im Bereich komplexer

Traumafolgestörungen sind die Kontingente der Richtlinienverfahren mit 80 bzw. 100 Behandlungsstunden häufig in der Praxis nicht ausreichend. Möglicherweise bieten hier integrierte Versorgungskonzepte bessere Möglichkeiten der Versorgung. Obwohl die Zahl der Veröffentlichungen in diesem Bereich zunimmt, ist die Integration von psychotraumatologischem Fachwissen in der fachbergreifenden Versorgung körperlich erkrankter Patienten noch unzureichend (z.B. psychotherapeutische Betreuung nach Reanimationen, kardiologischen Notfällen, Tumorpatienten).

Mit Ausnahme einiger Ansätze im Bereich ausländerrechtlicher Fragestellungen gibt es derzeit keine Standards in der Begutachtung posttraumatischer Folgezustände (DÄBL, 2002). Die Folgen scheinen in einigen Bereichen Probleme mit wenig informierten Gutachtern, z.B. im Bereich des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen und bei einigen Versicherungen, zu sein, die zum Teil belastenden Folgen für die psychisch Traumatisierten und ihre Behandlungen haben.

Insgesamt sollte die flächendeckende Aufnahme psychotraumatologischen Grundlagenwissens und leitlinienkonformer Behandlungsplanung in die psychotherapeutische Ausbildung von Ärzten, Psychologen und Kinder- und Jugendtherapeuten weiter gefördert werden. Denn obwohl es eine wachsende Anzahl von regionalen Zentren für Psychotraumatologie regelmässige Beiträge in

den grossen Weiterbildungsveranstaltungen und Fachveranstaltungen der Fachgesellschaften (Lindau, Langeoog u.a.) gibt und Forschungsaktivitäten an einer Reihe von Universitäten stattfinden (z.B. Bielefeld, Dresden, Dsseldorf, Essen, Köln, München, Münster), finden sich auch viele Bereiche in denen die Entwicklung zurckbleibt (z.B. bei der Versorgung von aus Auslandseinsätzen zurückkehrenden traumatisierter Soldaten, bei dem Konflikt zwischen der therapeutischen Betreuung und der beruflichen Entwicklung traumatisierter Polizisten oder bei Patienten mit Doppeldiagnosen bei Suchterkrankungen).

Besonders wichtig erscheint hier die Verbesserung der Präsentation und Behandlung im Bereiches schwer traumatisierter Kinder, der zwar mit der neuen 20% Regelung für Kinder- und Jugendtherapeuten einen wichtigen Schritt nach vorne gemacht hat, deren Umsetzung aber sehr zögerlich abläuft und im Bereich der gesetzlichen Versicherung noch immer deutlich unterbetont scheint (KVNO, 2009).

Unterstützende Materialien für die Anwendung der Leitlinie

Ein gesellschaftspolitisches Hindernis stellt die durch alle Bevölkerungsschichten und bei Fachleuten anzutreffende Abwehr gegen die Einsicht dar, dass die psychischen Traumafolgen zeit- und kostenaufwändig in ihrer klinischen Betreuung bzw. Behandlung sind. Zudem gibt es angefangen bei den Betroffenen, über deren direkte Bezugspersonen bis hin zu Verantwortlichen in Gesundheitssystem (z.B. im Gutachtersystem der Psychotherapierichtlinien; Kostenträger) die Tendenz, traumabezogene Themen zu vermeiden und ihnen keinen spezifischen Stellenwert zuzubilligen. Probleme des Asylrechts für asylsuchende PTBS-Patienten kommen hinzu.

Barriereanalyse (Delbi 19):

Die Barriereanalyse für das Inanspruchnahmeverhalten Traumatisierter wurde in der letzten Zeit systematisch untersucht. Schreiber et al. (2009) identifizierten mehrere Stufen des Inanspruchnahme-Verhaltens von traumatisierten Personen mit Behandlungsbedarf: Erkennen der Trauma-Einwirkung durch die Patienten, Wahrnehmen der resultierenden psychischen Probleme, Behandlungswunsch, Behandlungsintention sowie reales Hilfesuchen. Auf jeder dieser Stufen können erleichternde bzw. erschwerende Faktoren lokalisiert werden. Schreiber et al. (2010)

fanden heraus, dass die grössten Barrieren des Hilfesuch-Verhaltens die mit der PTB-Symptomatik einhergehende zwischenmenschliche Vertrauensverlust, die fehlende Problemwahrnehmung des (familiären bzw. sozialen) Umfelds, die von den Betroffenen wahrgenommenen strukturellen Barrieren (z.B. folgenloses Nachfragen bei Hausärzten nach weitergehender Behandlungsnotwendigkeit) sowie das Fehlen proaktiver Hilfe (d.h. keine spontanen Angebote) sind. Insgesamt wird deshalb nur ein Anteil aller derjenigen, die traumaadaptierte Psychotherapie benötigen würden, mit solchen Angeboten versorgt.

Probleme mit den Psychotherapierichtlinien:

Die PTBS sollte primär psychotherapeutisch behandelt werden. Als effektiv gelten traumaadaptierte Modifikationen der Richtlinienverfahren und EMDR, das als Methode zur Behandlung der PTBS durch den Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie anerkannt ist. Den Nachweis spezifischer Kenntnisse über traumaadaptiertes Vorgehen ist im Richtlinienverfahren nicht vorgesehen. Im Gegensatz zur Verhaltenstherapie lassen die Psychotherapierichtlinien für die tiefenpsychologische fundierte und analytische Therapie es kaum zu, psychische Traumata nach internationalen Leitlinien zu behandeln. Dies vor allem aus folgenden Gründen:

Psychodynamische Psychotherapie wird nur kassenfinanziert, wenn im Antrag im Rahmen des Gutachterverfahrens ein in die Kindheit zurückliegendes Konfliktgeschehen, das sich in der Gegenwart intrapsychisch re-aktualisiert, dargestellt wird. Daher kann die Behandlung der PTBS bei tiefenpsychologisch/analytischen Behandlungen aus zwei Gründen abgelehnt werden:

1. bei einer im Erwachsenenalter auftretenden PTBS sieht der Gutachter ein neurosenpsychologisch relevantes Konfliktgeschehen nicht als nachgewiesen an, weil sich die PTBS ausschließlich auf ein im Erwachsenenleben erlittenes Trauma bezieht.
2. bei frühen Traumata und deren Folgen führt die ausschließliche Orientierung am Neurosen-Konflikt-Modell dazu, dass die Forderung der Richtlinien nicht als erfüllt betrachtet werden kann, da die in die Kindheit weisende Ätiologie nicht konflikt- sondern traumabedingt ist.

Zusätzlich zur randnotenartigen Anerkennung psychischer Traumata in der OPD sollten die Psychotherapierichtlinien um ein traumaspezifisches Modell erweitert werden (Fischer et al 2003).

Problematisch gestalten sich auch nicht dem Stand der wissenschaftlichen Diskussion folgenden Interpretationen durch die Kostenträger (Medizinischer Dienst). So wird die Aussage des ICD 10, dass eine PTBS nach Wochen oder Monaten auftreten kann, als zwingend interpretiert und außer Acht gelassen dass es einen verzögerten Beginn auch nach Jahren oder Jahrzehnten der PTBS geben kann. Die Meinung, dass die PTBS nur in wenigen Fällen einen chronischen Verlauf nimmt, trifft nicht zu, führt aber bis heute zur Ablehnung der Kostenbernahme von Behandlungen.

Ein weiteres Problem stellt die Position dar, dass eine chronische PTBS in eine andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung übergehen muss, da auch eine Vielzahl chronischer PTBS- Bilder existieren.

Darberhinaus wird nicht selten aus der Begrifflichkeit der andauernden Persönlichkeitsänderung gefolgert, dass therapeutische Maßnahmen zwecklos seien.

Asylrechtssprechung

Ein immer schärfer werdendes Asylrecht und die daraus resultierende Praxis Asylbewerber, die häufig auch traumatisiert sind, abzuschieben, führen häufig dazu, dass Behörden fachlich nicht kompetenten Aussagen den Vorrang geben.

Die Forderung der Bundesärztekammer zur Begutachtung müssen umgesetzt werden. (Beschlussprotokoll 2004)

Durch die Leitlinienanwendung entstehende Kosten (DELBI 20)

Bislang fällt eine Ausbildung in traumazentrierter Psychotherapie in dem Bereich der Fortbildung. Wünschenswert wäre angesichts der hohen Evidenz der Wirksamkeit und der Prävalenz dieser Störungsbilder eine zunehmende Integration in die Weiterbildung (ärztlich/psychologisch)

Die Folgekosten der empfohlenen traumaspezifischen Psychotherapie entfallen in folgende Bereichen:

Die Patientenbehandlung selbst, sekundäre und primäre Prävention sowie die Kosten für die Weiterbildung der Behandler in traumaspezifischen Verfahren.

Behandlung:

Die Behandlung einer einfachen posttraumatischen Belastungsstörung ist in der Regel im Rahmen einer Kurztherapie zu leisten. Die Kosten für 25 Stunden Kurzzeittherapie betragen zurzeit ca. 2.025.- Euro (25 mal 81.- Euro).

- Je später nach dem Ereignis die Störung behandelt wird, desto aufwändiger gestaltet sich die Behandlung. So werden ca. 5 Jahre nach dem Ereignis bei vielen Patienten durch die entstandenen Komplikationen und Komorbiditäten doch volle Richtlinienbehandlungen notwendig. Die Kosten steigen so durch Unterdiagnostik und unzureichende Behandlung nach ca. 5 Jahren pro Patient um ca. 4 455.- Euro an (auf ca. 6 480.- Euro).

- Am problematischsten sind die bei vielen Jahren in der Kindheit schwer traumatisierten Patienten, die unter vielen komplexen Komorbiditäten leiden (komplexe PTBS). In der Regel benötigen und beanspruchen diese PatientInnen mehrere Richtlinienbehandlungen. Setzt man 2-3 Richtlinienbehandlungen als Behandlungsdosis an, kommt man – mit den vorgeschriebenen Behandlungspausen – auf 6 -10 Jahre Dauer der Behandlung mit 12 960 – 19 440.- Euro Kosten für die Psychotherapiebehandlung plus (die Mehrzahl der Patienten benötigt auch Medikation ca. 1.- Euro pro Tag) 2 190 – 3 650.-Euro reiner Medikamentenkosten.

Dies berücksichtigt noch nicht die Folgekosten weiterer traumabedingter körperlicher Störungen die bei diesen Patienten in auffällig starker Häufung auftreten (Fellitti). Die Behandlungskosten für diese drei Gruppen von PTBS Patienten sind daher sehr unterschiedlich:

→ Einfache PTBS, ca. 2 025.- Euro

→ chronifizierte PTBS mit Komorbiditäten, ca. 6 460.- Euro

→ komplexe PTBS nach Kindheitstraumatisierungen ca. 12 960.- bis 23 190.- Euro

In der Überlegung zur Vermeidung der Kostensteigerung durch die zunehmend teure Chronifizierung schließen wir uns der Empfehlung der NICE Guideline an, dass jede Patientin mit PTBS möglichst frühzeitig einen Behandlungszyklus mit traumaspezifischer Psychotherapie angeboten bekommen sollte.

Sekundäre Prävention

Wegen der steigenden Kosten bei höherer Chronifizierung lohnen sich auch Fortbildungsmassnahmen finanziell, die möglichst vielen Patienten frühzeitige psychotherapeutische Behandlungen ermöglichen. (Vermiedene Kosten pro nicht chronifizierter Patient ca. 4.455.- Euro).

Primäre Prävention

Da die meisten komplex traumatisierten PatientInnen in der Kindheit entstehen lohnt sich die primäre Prävention im Bereich Kinderschutz bei Risikofamilien sehr. Berechnet man die Kosten die ein Sozialarbeiter im Jugendamt oder einer spezialisierten Beratungsstelle pro Jahr kostet (35 000.- Euro) kann man errechnen, dass es genügt wenn dieser Sozialarbeiter bei zwei bis drei Kindern pro Jahr eine komplexe PTBS verhindern muss um seine eigene Stelle voll zu amortisieren (vermiedene Ausgaben: 34 160 – 51 240.-Euro).

Fortbildung

Die Fortbildung im Bereich psychischer Traumatisierungen ist vollständig freiwillig. Das am weitesten verbreitete methodenübergreifende Weiterbildungscurriculum im Bereich der Psychotraumatologie umfasst 140 Weiterbildungsstunden (DeGPT). Rechnet man 15.- Euro pro Fortbildungsstunde kann man das gesamte Curriculum mit ca. 2500.- Euro Kosten veranschlagen. Die Kosten reduzieren sich in der letzten Zeit etwas, da zunehmend Teile der speziellen Fortbildung in Psychotraumatologie in den Bereich der normalen Weiterbildung übernommen werden. Wenn man nun berechnet, dass es zur Zeit ca. 1000 nach diesem Curriculum zertifizierte Psychotherapeuten im deutschsprachigen Raum gibt, kann man errechnen, dass diese Therapeuten ca. 2,5 Mio Euro freiwillig in die Verbesserung der Versorgung traumatisierter Patienten investiert haben.

Gültigkeitsdauer und Aktualisierungsverfahren -

Datum der letzten inhaltlichen Überarbeitung und Status

Die vorliegende S3-Leitlinie Posttraumatische Belastungsstörung wurde im August 2011 redaktionell abgeschlossen.

Aktualisierungsverfahren

Die Leitlinienkommission übernimmt die kontinuierliche inhaltliche und redaktionelle Bearbeitung eingehender Änderungsanträge aufgrund neuer wissenschaftlicher Befunde. Die Gültigkeit der aktuellen Leitlinienempfehlungen ist spätestens im August 2016 neu zu bestätigen.

Anhang 1

Evidenztabelle zur Behandlung der PTBS

Tab. 1: Traumafokussierte kognitiv-behaviorale Psychotherapie bei PTBS

Autoren	Population	Studien- typ	N (ab- geschl.)	Anzahl Sitzungen	Ergebnisse
Keane, Fairbank, Caddell et al. (1989)	Kriegsteilnehmer	RCT	24	14-16	Implosionstherapie (IT) > Warteliste (WL) hinsichtlich Intrusionen, auch nach 6 Mon., nicht aber hinsichtlich Vermeidung und Numbing
Foa, Rothbaum, Riggs et al (1991)	Sexuelle Traumen, nach Vergewaltigung	RCT	55 (45)	9 zu 90 Min.	Bei Therapieende waren Stress Inoculation Training (SIT), Prolongierte Exposition (PE) und supportives Counseling (SC) gleichermaßen > Warteliste (WL). Bei Follow-up war PE > all anderen Bedingungen. Response-Rate: PE bei Therapieende 40% , nach 3,5 Mon. 56%, SIT bei Therapieende 71 %, nach 3,5 Mon. 67 %, SC bei Therapieende 18 %, nach 3,5 Mon. 33%. Dropout-Rate: PE 29 %, SIT 18%, SC 21,4%.
Vaughan, Armstrong, Gold et al (1994)	verschiedene Traumen	RCT	36 (36)	3-5	EMD(R), Prolongierte Exposition (PE) und Muskelentspannung (E) gleichermaßen > Warteliste. Keine signif. Gruppenunterschiede. Bei Therapieende erfüllten in allen Gruppen außer WL noch 47% die PTBS-Kriterien, nach 3 Monaten noch 30 %. Dropout-Rate in allen Gruppen 0 %.
Richards, Lovell & Marks (1994)	verschiedene Traumen, überwiegend Schiffbrüchige	RCT	14 (13)	8	Life Exposure (LE) reduzierte Vermeidungsverhalten stärker als imaginative Exposition (IE), unabhängig, ob zuerst IE oder LE. Keine Unterschiede bezüglich PTBS-Maße. Verbesserung auch nach 12 Mon. Bei Therapieende erfüllten 100 % die PTBS-Kriterien nicht mehr.
Echeburua, de Corral,	Opfer sexuellen Missbrauchs	RCT	20	6	Exposition und kognitives Restrukturieren (CBT) > Progressive Entspannung (E) bei Therapieende und bei allen Follow-up bis 1

Zubizarreta et al. (1997)					Jahr. Bei Therapieende erfüllten 90 % CBT und 10 % E nicht mehr die PTBS-Kriterien
Rothbaum (1997)	Vergewaltigung	RCT	21 (18)	4	EMDR > WL hinsichtlich PTBS-Symptome und Depressivität. Bei Therapieende erfüllten 90 % der EMDR-Pat. und 12% der WL-Pat. nicht mehr die PTBS-Kriterien.
Deville, Spence & Rapee (1998)	Vietnam-Veteranen	RCT	51 (34)	2	EMDR vs. EMDR ohne Augenbewegungen (EMDRoA) waren gleichermaßen > psychiatrische Standardversorgung (TAU). Response-Rate: EMDR 66,6 %, EMDRoA 41,7 %, TAU 10 %. Dropout-Rate: EMDR 31,6%, EMDRoA 25 %, TAU 38 %.
Marks, Lovell, Noshirvani et al (1998)	unterschiedliche Traumatisierungen	RCT	87 (77)	10	Kognitive Umstrukturierung (CT) allein sowie in Kombination mit prolongierter Exposition (PE) > Entspannungstherapie (E). Dropout-Rate: PE 13 %, CT 5 %, PE+CT 21 %, E 5 %.
Fecteau & Nicki (1999)	Verkehrsunfall	RCT	20	4	Kognitiv-behaviorale Therapie (CBT) > Warteliste (WL) bei Therapieende und nach 6 Mon. Bei Therapieende erfüllten 50 % CBT und 0 % WL nicht mehr die PTBS-Kriterien.
Tarrier, Sommerfield, Pilgrim et al. (1999)	Verschiedene Traumen	RCT	54 nach 12 Mon.	16	Nach 12 Mon. Kognitive Therapie (CT) und Imaginative Exposition (IE) gleichermaßen effektiv hinsichtlich PTBS-Symptome
Glynn, Eth, Randolph et al. (1999).	Kriegstraumen	RCT	42 (36)	ET 18 ET-BFT 34	Expositionstherapie (ET) und ET mit anschließender behavioraler Familientherapie (ET-BFT) > Warteliste hinsichtlich positiver, nicht aber negativer PTBS-Symptome, auch nach 6 Monaten
Rogers, Silver, Goss et al. (1999)	Verschiedene Traumen	RCT	72 (62)	16	EMDR > Expositionstherapie (E) hinsichtlich selbst eingeschätzter Intrusionen
Foa, Dancu,, Hembree et al, (1999)	Vergewaltigungsopfer	RCT	96 (79)	9 zu 90 Minuten	Nach Intent-to-treat-Analyse Prol. Exposition (PE) > Stress Inoculation Training (SIT) und kombinierte PE-SIT. Dropout-Rate: PE 8 %, SIT 27 %, SIT+PE 27 %.

Paunovic & Ost (2001)	Flüchtlinge	RCT	20 (16)	16-20	CBT und Prolongierte Exposition (PE) gleichermaßen effektiv bei Therapieende und nach 6 Monaten. Dropout-Rate: CBT 30 %, PE 10 %.
Krakov, Hollifield, Johnston, et al. (2001)	Opfer sexueller Gewalt mit chronischen Alpträumen	RCT	168 (114)	3	Imagery Rehearsal-Therapie (IRH) > Warteliste (WL) hinsichtlich Alpträume, PTBS-Symptome, Schlafstörungen Dropout-Rate: IRH 39 %, WL 25 %.
Ironson, Freund, Strauss et al. (2002)	Gewaltopfer	RCT	22 (16)	6 -9	EMDR und prolongierte Exposition (PE) gleichermaßen effektiv. Nach Sitzung 6 hatten signifikant mehr EMDR-Patienten als PE-Patienten eine 70%ige Reduktion der PTBS-Symptomatik. Dropout-Rate bei EMDR 10 %, bei PE 50 %.
Lee, Gavriel, Drummond et al. (2002)	Verschiedene Traumata	RCT	27 (24)	7 zu 90 Min.	Gleiche Effekte für Stress Inoculation Training + Prolongierte Exposition (SIT+PE) und EMDR, jedoch war EMDR bei Follow-up überlegen. Nach EMDR war die Response-Rate bei Therapieende 67 % und nach 3 Mon. 92,7 %. Nach SIT+PE war die Response-Rate nach Therapieende 66,7 % und nach 3 Mon. 50 %. Dropout-Rate bei EMDR 17 %, bei SIT+PE 9 %.
Resick, Nishith, Weaver et al (2002)	Vergewaltigungs-opfer	RCT	171 (121)	13	Cognitive-processing therapy (CPT) und Prolongierte Exposition (PE) gleichermaßen > Minimal attention-Gruppe(MA). Gute End-Funktionalität bei CPT bei Therapieende 76%, nach 3 Mon. 72 %, nach 9 Mon. 64 %, bei PE bei Therapieende 58 %, nach 3 Mon. 50 %, nach 9 Mon. 68 %, WL: keine Angabe. Dropout-Rate: CPT 27 %, PE 27 %, WL 15 %.
Power, McGoldrick, Brown et al. (2002)	Verschiedene Traumaopfer	RCT	105 (102)	Bis 10	EMDR ebenso wie Exposition + kognitives Umstrukturieren (PE+CR) > Warteliste (WL). EMDR-Patienten hatten weniger Sitzungen. Dropout-Rate bei EMDR 30,8 %, bei PE+CR 43,2 %, bei WL 17,2 %.

Zlotnick, Shea & Rosen (2002).	PTBS	RCT	33	15	Affekt-Mangement-Gruppe > Warteliste hinsichtlich PTBS-Symptome und Dissoziation.
Cloitre, Koenen, Cohen & Han (2002)	Frauen mit Missbrauchserfahrungen	RCT	58	16	Kombinationsbehandlung aus Affektmanagement-Training und anschließender Expositionsbehandlung (AM+EX) > Minimal Attention Gruppe (MA). Gute Endfunktionalität bei AM+EX bei Therapieende 46 %, bei MA 4 %. Bei Therapieende erfüllten noch 23 % der AM+EX-Gruppe die PTBS-Kriterien, bei MA noch 75 %. Bei AM-EX hatten sich 4,5 % signifikant verschlechtert, bei MA 6 %.
Blanchard, Hickling, Devineni et al. (2003)	Verkehrsunfallopfer	RCT	78 (73)	8-12	Kognitiv-behaviorale Therapie (CBT) > supportive Therapie (SUP) > Warteliste. Bei CBT waren PTBS-Kriterien bei Therapieende in 78 % nicht mehr erfüllt, nach 3 Mon. in 81 %, bei SUP bei Therapieende in 65 %, nach 3 Mon. in 43 %. Dropout-Rate: CBT 27 %, SUP 25 %, WL 4 %.
Bryant, Moulds, Guthrie et al. (2003).	Verschiedene Traumen	RCT	58 (45)	8	Kognitives Umstrukturieren mit prolongierter Exposition (CR+PE) > Prolongierte Exposition allein (PE) > supportives Counseling (SC) bei Therapieende und nach 6 Mon. 40 % SC, 87 % CR+PE, 67 % PE erfüllten bei Therapieende die PTBS-Kriterien nicht mehr.
Taylor, Thordarson, Maxfield et al. (2003)	Verschiedene Traumen	RCT	60 (45)	8 zu 90 Min.	Prolongierte Exposition (PE) > Entspannung (E) und > EMDR. Keine Unterschiede zwischen EMDR und E. Dropout-Rate bei EMDR 21 %, bei PE 32 %, bei E 21 %.
Ehlers, Clark, Hackmann et al (2003)	Verkehrsunfälle	RCT	85 (80)	bis 15	Kognitive Therapie (CT) > Selbsthilfebuch (SHB) oder unbehandelte Gruppe (UG) bei Therapieende und nach 6 Monaten. 78,6 % CT, 24,0 % SHB und 29,6 % UG erfüllten bei

					Therapieende nicht mehr die PTBS-Kriterien.
Kubany, Hill & Owens (2003)	Missbrauch durch Partner	RCT	37 (32)	7-10	Kognitive Traumatherapie (CTT) > Warteliste (WL) bei Therapieende und nach 3 Mon. 94 % CTT und 0 % WL erfüllten nicht mehr die PTBS-Kriterien.
Schnurr, Friedman, Foy et al. (2003)	Vietnamveteranen	RCT	360 (325)	30 + 5 monatliche Booster	Nach Intent-to-treat-Analyse keine Unterschiede zwischen Trauma-fokussierter Gruppentherapie (TFGT) und supportive („present-centered“) Gruppentherapie (PCGT) ohne Traumafokus. Bei TFGT gute Response nach 7 Monaten 39 %, nach 12 Mon. 45 %, bei PCGT nach 7 Mon. 38 %, nach 12 Mon. 43 %. Dropout-Rate: TFGT 10 %, PCGT 9,4 %.
Otto MW, Hinton D, Korbly NB, et al.	Flüchtlinge	RCT	10	10	Kognitive Gruppentherapie plus Sertralin > Sertralin hinsichtlich der Reduktion von PTBS-Symptomen
Kubany & Owens (2004)	Frauen mit Gewalterfahrung	RCT	125 (86)	8-11 zu 1,5 Std.	CBT (Education; Stress management; Exposition, cognitive Therapie, Selbst-behauptungstraining vs. Warteliste (WL) CBT: gute End- Funktionalität bei Therapieende 69 %, nach 3 Mon. 68 %, nach 6 Mon. 70 % WL: gute End-Funktionalität bei Therapieende 69 %, nach 3 Mon. 68 %, nach 6 Mon. 70 % Dropout-Raten: CBT: 13 %, WL: 17 %
Frommberger, Stieglitz, Nyberg et al. (2004)	Verschiedene Traumen	RCT	21	CBT 12, PAR 3 Mon.	Kognitiv-behaviorale Therapie (CBT) und Paroxetin (PAR) gleichermaßen effektiv hinsichtlich PTBS-Symptomatik und Depressivität. Nach 6 Mon. leichte Zunahme der PTBS-Symptomatik in der PAR-Gruppe und weitere Abnahme in der CBT-Gruppe
Neuner, Schauer, Klaschik et al.	Flüchtlinge im Sudan	RCT	77 (43)	1 oder 4 zu 90 Min.	Narrative Exposure Therapy (NET) > Supportives Counseling (SC) und ebenso > Psychoedukation (EDU) Bei NET kein Mental Health Case bei Therapieende 27 %, nach 4

(2004)					Mon. 23 %, 1 Jahr 50 %, bei SC zu Therapieende 15 %, nach 4 Mon. 15 %, nach 1 Jahr 23 %, bei EDU bei Therapieende 8 %, nach 4 Mon. 0 %, nach 1 Jahr 20 %. Dropout-Rate: NET 6 %, SC 13 %, EDU 0 %.
Tarrier & Sommerfield (2004)	Verschiedene Traumen	RCT	32		PTBS-Reduktion war bei 5-Jahres-Katamnese erhalten geblieben, jedoch hatte Kognitive Therapie (CT) ein besseres Ergebnis als Imaginative Exposition (IE)
Ehlers, Clark, Hackmann et al. (2005)	Verschiedene Traumen	RCT	85 (80)	Bis 15	CBT (Eduktion, Relaxation, Exposition, kognitives Umstrukturieren) > Warteliste (WL) bei Therapieende und nach 6 Monaten. 71,4 % CBT und 0 % WL erfüllten bei Therapieende nicht mehr die PTBS-Kriterien
Rothbaum, Astin & Marsteller (2005)	Vergewaltigungs-opfer	RCT	74(60)	9	Prolonged Exposure (PE) und EMDR gleichermaßen > Warteliste
Chard (2005)	PTBS nach sexuellem Missbrauch in der Kindheit	RCT	71 (58)	27	Cognitive processing therapy (CPT) > Minimal attention-Warteliste (MA) bei Therapieende und nach 1 Jahr. 93 % CPT und 26 % MA erfüllten bei Therapieende nicht mehr die PTBS-Kriterien.
McDonagh, Friedman McHugo et al. (2005)	Opfer von sexuellem Missbrauch in der Kindheit	RCT	74 (57)	14	Nach Intent-to-treatment-Analyse keine Unterschiede zwischen CBT, Present-centered therapy (PCT) und Warteliste (WL). Bei Therapieende erfüllten 47,1 % CBT, 35 % PCT und 20 % WL nicht mehr die PTBS-Kriterien. Dropout größer für CBT.
Maercker, Zöllner, Menning et al. (2006)	Verkehrsunfallopfer	RCT	48 (42)	8-12	KVT > Warteliste (Interaktionseffekt prä-post $d=2.5$, intent-to-treat Interaktionseffekt prä-post $d=2.2$). Bei Therapieende waren durch KVT 67% verbessert und im 3-Monats-Follow up 76%.
Monson, Schnurr, Resick et al. (2006)	überwiegend kriegsbezogene Traumen	RCT	60 (50)	12	Cognitive-processing therapy (CPT) > Warteliste (WL). 50 % CPT und 4 % WL erfüllten bei Therapieende nicht mehr die PTBS-Kriterien.

Mueser, Rosenberg, Xie et al. (2006)	PTBS	RCT	108 (92)	12-16	Kognitiv-behaviorale Therapie > TAU. Dropout-Rate 29,6 % für CBT
Basoglu, Salcioglu & Livanou (2007)	Erdbebenopfer	RCT	31	1	CBT (1 Sitzung) > Nichtbehandlung hinsichtlich Angst, PTBS und selbst eingeschätzte Besserung, auch nach 1-2 Jahren.
Bichescu, Neuner, Schauer & Elbert (2007)	Politische Gefangene	RCT	18	NET: 5 Eduktion : 1	Narrative Exposure Therapy (NET) > Edukation (EDU) nach 6 Mon. Nach 6 Mon. erfüllten 55,6 % NET und 11,1 % PE nicht mehr die PTBS-Kriterien.
Duffy, Gillespie & Clark (2007)	Opfern von Terrorismus und ziviler Gewalt	RCT	58 (46)	durchschnittl. 7,8	Kognitive Therapie > Warteliste, auch nach 1, 4 und 12 Monaten.
Schnurr, Friedman, Engel et al. (2007)	Kriegs-veteraninnen mit sexuellen Traumatisierungen	RCT	284 (199)	10	Traumafokussierte CBT kognitiv-behaviorale Gruppentherapie mit Exposition (TF-CBT) nach Intent-to-treat-Analyse > „present-centered“ Gruppentherapie ohne Traumafokus (PCG). Bei Therapieende 47,0 % PE und 19,8 % PCT erfüllten die PTBS-Kriterien nicht mehr. Dropout größer bei PE.
Knaevelsrud u. Maercker (2007)	Gemischte Traumata	RCT	96 (87)	10	Internet-basiertes kognitive Verhaltenstherapie > Warteliste
Feske (2008)	körperliche oder sexuelle Übergriffe	RCT	27 (21)	12	Prolongierte Exposition > TAU
Neuner, Onyut, Ertl et al. (2008)	Kriegsflüchtlinge	RCT	277 (251), 149 bei Follow-up nicht lokalisierbar	6	Narrative Exposure Therapy (NET) und Trauma Counseling (TC) > unbehandelte Monitoring-Gruppe (MG). Weigerung oder Dropout in TC größer als in NET. Nach 9 Mon. 69,8 % NET, 65,2 % TC und 36,8 % MG erfüllten nicht mehr die PTBS-Kriterien.
Resick,	körperliche und sexuelle	RCT	162 (86)	CPT 12,	Cognitive Processing Therapy (CPT), Kognitive Therapie allein

Galovski, Uhlmansiek et al. (2008)	Übergriffen im Kindes- und Erwachsenenalter			CT 12, SB 7	(CT) und Schriftliche Berichte (SB) in Fremdeinschätzung gleich wirksam bei Follow-up. Hinsichtlich selbst eingeschätzter PTBS-Symptome bei Therapieende CT > WA und CPT > SB, jedoch keine Gruppenunterschiede nach 6 Monaten.
Cottraux, Note, Yao et al. (2008)	Verschiedene Traumen	RCT	60 (42)	16	Kognitiv-behaviorale Therapie (CBT) bei Intent-to-treat-Analyse > supportive Therapie nach Rogers (ST) hinsichtlich PTBS-Symptome, jedoch nicht bei Completer-Analyse. Dropout signifikant größer bei ST.
Bryant, Moulds, Guthrie et al. (2008)	Verkehrsunfälle und nicht-sexuelle Übergriffe	RCT	118 (90)	8	Imaginative Exposition + In-vivo-Exposition + Kognitives Restrukturieren (IE+IVE+CR) > andere Bedingungen bei Therapieende und nach 6 Monaten. Bei Behandlungsende erfüllten 79 % IE+IVE+CR, 52 % IE+IVE und 45 % IVE nicht mehr die PTBS-Kriterien.
Schaal, Elbert & Neuner (2009)	ruandische Genozidopfer	RCT	27 (26)	4	Narrative Exposure Therapy (NET) > Interpersonelle Gruppentherapie (IPT) hinsichtlich der PTBS-Diagnose nach 6 Monaten, nicht jedoch bei Therapieende. Nach 6 Monaten erfüllten 75 % der NET- und 29 % der IPT-Teilnehmer nicht mehr die PTBS-Kriterien. Nach 6 Monaten NET > IPT hinsichtlich PTBS und Depression.

Tab. 2: EMDR bei PTBS

Autoren	Population	Studie n-typ	n (abgeschl.)	Anzahl Sitzungen	Ergebnisse
Vaughan, Armstrong, Gold et al (1994)	verschiedene Traumen	RCT	36 (36)	3-5	EMD(R), Prolongierte Exposition (PE) und Muskelentspannung (E) gleichermaßen > Warteliste. Keine signif. Gruppenunterschiede. Bei Therapieende erfüllten in allen Gruppen außer WL nach noch 47% die PTBS-Kriterien, nach 3 Monaten noch 30 %. Dropout-Rate in allen Gruppen 0 %.
Jensen (1994)	Vietnam- veteranen	RCT	29 (25)	3	EMDR > Warteliste (WL) in der Reduktion der Angst bei Triggerexposition, aber nicht hinsichtlich der PTBS-Schwere. Nach EMDR erfüllten bei Therapieende noch 92 % die PTBS-Kriterien. Dropout-Rate bei EMDR 0 %, bei WL 0 %.
Rothbaum (1997)	Vergewaltigung	RCT	21 (18)	4	EMDR > WL hinsichtlich PTBS-Symptome und Depressivität. Bei Therapieende erfüllten 90 % der EMDR-Pat. und 12% der WL-Pat. nicht mehr die PTBS-Kriterien.
Carlson, Chemtob, Rusnak et al. (1998)	Kriegsveteranen	RCT	35 (34)	12	EMDR wirksamer als Biofeedback-gestützte Entspannung (BIO) und Routineversorgung (TAU). Response-Rate nach 3 Monaten bei EMDR 77,8 %, bei BIO 23 %. Dropout-Rate bei EMDR 0 %, bei BIO 10 %.
Scheck, Schaeffer & Gillette (1998)	Versch. Traumen (77% PTBS)	RCT	85 (60)	2	EMDR wirksamer als Aktives Zuhören (AZ) Dropout-Rate bei EMDR 12 %, bei AZ 9 %.
Deville & Spence (1999)	Verschiedene Traumen	RCT	32 (23)	9	Kognitiv-behaviorale Therapie (CBT) > EMDR bei Therapieende und nach 3 Mon. Dropout-Rate bei EMDR 35 %, bei CBT 20 %.
Rogers, Silver, Goss et al. (1999)	Verschiedene Traumen	RCT	72 (62)	16	EMDR > Expositionstherapie (E) hinsichtlich selbst eingeschätzter Intrusionen .

Ironson, Freund, Strauss et al. (2002)	Gewaltopfer	RCT	22 (16)	6 -9	EMDR und prolongierte Exposition (PE) gleichermaßen effektiv. Nach Sitzung 6 hatten signifikant mehr EMDR-Patienten als PE-Patienten eine 70%ige Reduktion der PTBS-Symptomatik. Dropout-Rate bei EMDR 10 %, bei PE 50 %.
Lee, Gavriel, Drummond et al. (2002)	Verschiedene Traumen	RCT	27 (24)	7 zu 90 Min.	Gleiche Effekte für Stress Inoculation Training + Prolongierte Exposition (SIT+PE) und EMDR, jedoch war EMDR bei Follow-up überlegen. Nach EMDR war die Response-Rate bei Therapieende 67 % und nach 3 Mon. 92,7 %. Nach SIT+PE war die Response-Rate nach Therapieende 66,7 % und nach 3 Mon. 50 %. Dropout-Rate bei EMDR 17 %, bei SIT+PE 9 %.
Power, McGoldrick, Brown et al. (2002)	Verschiedene Traumaopfer	RCT	105 (102)	Bis 10	EMDR ebenso wie Exposition + kognitives Umstrukturieren (PE+CR) > Warteliste (WL). EMDR-Patienten hatten weniger Sitzungen. Dropout-Rate bei EMDR 30,8 %, bei PE+CR 43,2 %, bei WL 17,2 %.
Taylor, Thordarson, Maxfield et al. (2003)	Verschiedene Traumen	RCT	60 (45)	8 zu 90 Min.	Prolongierte Exposition (PE) > Entspannung (E) und > EMDR. Keine Unterschiede zwischen EMDR und E. Dropout-Rate bei EMDR 21 %, bei PE 32 %, bei E 21 %.
Marcus, Marquis & Sakai (2004)	Verschiedene Traumen	RCT	44 nach 3 Mon., 36 nach 6 Mon.	verschie- den	EMDR > Standard-Versorgung (TAU) nach 3 und nach 6 Mon. Bei EMDR erfüllten bei Therapieende 77 % nicht mehr die PTBS-Kriterien, bei TAU 50 %.
Rothbaum, Astin & Marsteller (2005)	Vergewaltigungs- opfer	RCT	74(60)	9	Prolonged Exposure (PE) und EMDR gleichermaßen > Warteliste
van der Kolk, Spinazzola, Blaustein et al. (2007)	Unterschiedliche Traumen	RCT	88 (76)	8	EMDR > Fluoxetine (FLU) > Plazebo (PLA) bei Follow-up. Bei Therapieende erfüllten 88% bei EMDR, 81% bei FLU und 65 % bei PLA nicht mehr die PTBS-Kriterien. Dropout-Rate bei EMDR 17 %, bei FLU 13 %, bei PLA 10 %.

Hogberg, Pagani, Sundin et al. (2007)	PTBS nach Verkehrs- und Arbeitsunfällen	RCT	24 (21)	5	EMDR > Warteliste hinsichtlich PTBS-Diagnose. In der EMDR-Gruppe erfüllten 67 % nach der Therapie nicht mehr die PTBS-Kriterien, in der Warteliste 11 %. Dropout-Rate bei EMDR 8 %, bei WL 18 %.
---------------------------------------	---	-----	---------	---	--

Tab. 3: Traumafokussierte psychodynamische Psychotherapie bei PTBS

Autoren	Population	Studien- typ	n (abgeschl.)	Anzahl Sitzungen	Ergebnisse
Brom, Kleber & Defares (1989)	Verschiedene Traumafolgestörungen	RCT	112 (100)	DES 15 HYP 14,4 PDYN 18,8	Desensibilisierungsbehandlung (DES), Hypnotherapy (HYP), psychodynamische Therapie (PDYN) gleichmaßen > Warteliste. Response-Raten: DES 60%, PDYN 60 %, HYP 60 %, WL 26 %. Dropout-Raten: DES 9,7%, PDYN 10,3%, HYP 10,3%, WL 13,0%
Classen, Butler, Koopman et al. (2001)	Pat. mit metastasieren dem Brustcarcinom mit traumatische Stresssymptomen ohne explizite PTBS-Diagnose	RCT	125 (102)	1 Jahr 1x/Wch	Psychodynamische supportiv-expressive Gruppentherapie > edukative Gruppe hinsichtlich Impact-of-Event-Scale (Effektstärke d=0,33) und Stimmungslage (Effektstärke d=0,25)
Drozdek (1997)	Überlebende von Konzentration slagerhaft	C		6 Mon. wö-chentl.	Psychodynamische Gruppentherapie plus Pharmakotherapie gleichermaßen wie Psychodynamische Gruppentherapie allein > alleinige Pharmakotherapie (nach 6 Monaten und nach 3 Jahren)
Grothe, Bering, Spieß,	Akute Traumatisierungen	C	43 (davon 16 EMDR-Ther.),	10	Mehrdimensionale Psychodynamische Traumatherapie (MPTT) > Warteliste (WL) hinsichtlich hinsichtlich BDI und IES

Lueneburg & Fischer (2003)	(Therapiebeginn im Durchschnitt 1 Monat nach Traumatisierung)		MPPT und WL : 27		
Sachsse, Vogel, Leichsenring (2006)	PTBS und andere komplexe Traumafolgestörungen	C	153	stat. durchschn. 68 Tage	Stationäre psychodynamische Traumatherapie > TAU. Bei Therapieende und nach 1 Jahr Verbesserung von Dissoziation, Intrusion, Vermeidungsverhalten, allgemeine Symptombelastung, Häufigkeit selbstverletzenden Verhaltens, Anzahl der Hospitalisierungen)
Lampe, Mitmansgruber, Gast, Schüssler, Reddemann (2008)	PTBS und andere komplexe Traumafolgestörungen	C	127	6 Wch. stat.	Stationäre psychodynamisch-imaginative Traumatherapie (PITT) > Warteliste mit TAU. Signifikante Verbesserungen der Behandlungsgruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe hinsichtlich Depression, Ängstlichkeit, Somatisierung und Selbstberuhigung bei Entlassung und 6 Monate nach Therapieende. Dropout-Rate 13 %
Kruse, Joksimovic, Cavka, Wöller & Schmitz (2009)	PTBS bei Kriegsflüchtlingen	C	64	25	Für die Zielgruppe modifizierte Psychodynamisch-imaginative Traumatherapie (PDYN) > Warteliste (WL). Nach 1 Jahr gegenüber WL signifikante Reduktion der PTBS-Symptome (HTQ, Effektstärke d=2,7), allgemeiner Symptombelastung (GSI SCL-90-R, d=1,4) und Gesundheitsstatus (mental d=2,1, physisch d=1,4). Dropout-Rate bei PDYN 1, bei WL 5.
Krupnick (1980)	Opfer von Gewalt	N	21	12	Nach psychodynamischer Therapie gute Besserung bei 87 % der Patienten, die die Therapie beendeten.
Lindy, Green, Grace et al. (1988)	Vietnam-Veteranen	N		56	Nach psychodynamischer Therapie signifikante Besserungen bei Intrusionen, Entfremdungsgefühlen, Depression, Feindseligkeit und Substanzmissbrauch .

Bering, Horn, Spieß & Fischer (2003)	PTBS	N			Mehrdimensionale Psychodynamische Traumatherapie (MPTT) prä-post mit Effektstärken von d=0,63 (PTSS-10), d=0,79 (Beck Depression Index) und d=0.85 (Impact of Event Scale)
Bering (2005)	PTBS, stationär	N		6 Wch. stat.	Stationäre Mehrdimensionale Psychodynamische Traumatherapie (MPTT) prä-post SCL-90-R mittlere bis große Effektstärken (d)
Ottomeyer, Lind & Renner (2006)	PTBS bei Migrantinnen	N	32		Psychodynamische psychodramatische Gruppentherapie Symptomreduktion im Brief Symptom Inventory (BSI, Effektstärke d= 1,65). Bei 83 % signifikante Verbesserungen nach dem Reliable Change Index

Tab. 4: Brief Eclectic Psychotherapy (BEP), eine Kombination aus kognitiv-behavioralen und psychodynamischen Elementen bei PTBS

Autoren	Population	Studien- typ	n (abgeschl.)	Anzahl Sitzungen	Ergebnisse
Gersons, Carlier, Lamberts et al (2000)	Polizeibeamte	RCT	42	16	Brief Eclectic Psychotherapy (BEP) > Warteliste (WL) bei Therapieende und nach 4 Monaten hinsichtlich PTBS, Arbeitsfähigkeit und verschiedener komorbider Symptome. 91 % BEP und 50 % WL erfüllten bei Therapieende und nach 4 Monaten nicht mehr die PTBS-Kriterien
Lindauer, Gersons, van Meijel et al. (2005)	Polizeibeamte	RCT	24 (18)	16	Brief Eclectic Psychotherapy (BEP) > Warteliste hinsichtlich PTBS-Symptome und allgemeiner Angstsymptome

Tab. 5: Interpersonelle Gruppenpsychotherapie bei PTBS

Autoren	Population	Studien-typ	n (abgeschl.)	Anzahl Sitzungen	Ergebnisse
Krupnick, Green, Stockton et al. (2008)	Körperliche Misshandlung und sexueller Missbrauch	RCT	48 (27)	16	Interpersonelle Gruppentherapie (IPT) > Warteliste (WL) bei Therapieende hinsichtlich PTBS, Depressivität und interpersoneller Funktionalität, nicht jedoch bei Follow-up nach 4 Monaten. Bei Therapieende erfüllten 70% IPT und 28,6 % nicht mehr die PTBS-Kriterien, jedoch nach 4 Mon. war Unterschied nicht mehr signifikant

Tab. 6: Hypnotherapie

Brom, Kleber & Defares (1989)	Verschiedene Traumafolgestörungen	RCT	112 (100)	DES 15 HYP 14,4 PDYN 18,8	Desensibilisierungsbehandlung (DES), Hypnotherapie (HYP), psychodynamische Therapie (PDYN) gleichmaßen > Warteliste. Response-Raten: DES 60%, PDYN 60 %, HYP 60 %, WL 26 %. Dropout-Raten: DES 9,7%, PDYN 10,3%, HYP 10,3%, WL 13,0%
-------------------------------	-----------------------------------	-----	-----------	---------------------------------	--

Erläuterungen:

RCT randomisiert-kontrollierte Studie

C kontrollierte Studie

N unkontrollierte, naturalistische Studie mit Prä-post-Design

n Anzahl der Teilnehmer an der Studie (abgeschl.= Anzahl der Teilnehmer, die die Studie abgeschlossen haben)

> ist wirksamer als

TAU treatment as usual (üblicherweise angebotene Behandlung)

Anhang 2

Erklärungen über Interessenkonflikte: Tabellarische Zusammenfassung

		Guido Flatten	Ursula Gast	Arne Hofmann	Astrid Lampe	Peter Liebermann	Christine Knaevelsrud	Andreas Maercker	Wolfgang Wöller
1	Berater- bzw. Gutachtertätigkeit oder bezahlte Mitarbeit in einem wissenschaftlichen Beirat eines Unternehmens der Gesundheitswirtschaft (z.B. Arzneimittelindustrie, Medizinproduktindustrie), eines kommerziell orientierten Auftragsinstituts oder einer Versicherung	nein	nein	nein	nein	nein	nein	nein	nein
2	Honorare für Vortrags- und Schulungstätigkeiten oder bezahlte Autoren- oder Co-Autorenschaften im Auftrag eines Unternehmens der Gesundheitswirtschaft, eines kommerziell orientierten Auftragsinstituts oder einer Versicherung	nein	nein	nein	nein	nein	nein	nein	nein
3	Finanzielle Zuwendungen (Drittmittel) für Forschungsvorhaben oder direkte Finanzierung von Mitarbeitern der Einrichtung von Seiten eines Unternehmens der Gesundheitswirtschaft, eines kommerziell orientierten Auftragsinstituts oder einer Versicherung	nein	nein	nein	nein	nein	nein	nein	nein
4	Eigentümerinteresse an Arzneimitteln/Medizinprodukten (z. B. Patent, Urheberrecht, Verkaufslizenz)	nein	nein	nein	nein	nein	nein	nein	nein
5	Besitz von Geschäftsanteilen, Aktien, Fonds mit Beteiligung von Unternehmen der Gesundheitswirtschaft	nein	nein	nein	nein	nein	nein	nein	nein
6	Persönliche Beziehungen zu einem Vertretungsberechtigten eines Unternehmens Gesundheitswirtschaft	nein	nein	nein	nein	nein	nein	nein	nein
7	Mitglied von in Zusammenhang mit der Leitlinienentwicklung relevanten Fachgesellschaften/Berufsverbänden, Mandatsträger im Rahmen der Leitlinienentwicklung	DeGPT DKPM DGPM	DeGPT	DeGPT DGPM EMDRIA	DeGPT	DeGPT EMDRIA Deutschland	DeGPT DGPs	DeGPT DGPs	DeGPT DKPM DGPM

8	Politische, akademische (z.B. Zugehörigkeit zu bestimmten „Schulen“), wissenschaftliche oder persönliche Interessen, die mögliche Konflikte begründen könnten	nein	nein	EMDR-Institut	nein	nein	nein	nein	nein
9	Gegenwärtiger Arbeitgeber, relevante frühere Arbeitgeber der letzten 3 Jahre	nein	nein	nein	Universität Innsbruck	nein	Freie Universität Berlin	Universität Zürich	Rheinklinik Bad Honnef