

Pressemitteilung**Nr. 7**

18.03.2015

DGPPN-Pressestelle

Reinhardtstraße 27 B | 10117 Berlin

TEL 030.2404 772-11 | FAX 030.2404 772-29

pressestelle@dgppn.de

WWW.DGPPN.DE

Psychische Traumata oft unterbehandelt

Mehr als die Hälfte aller Menschen sind im Laufe ihres Lebens mindestens einmal mit einem traumatischen Ereignis konfrontiert. In vielen Fällen sind schwere psychische Erkrankungen die Folge. Doch trotz außerordentlich wirksamer Behandlungsmöglichkeiten werden Betroffene in Deutschland heute noch nicht ausreichend versorgt. Auf ihrem Hauptstadtsymposium informiert die DGPPN heute in Berlin über den aktuellen Stand der evidenzbasierten Therapie und Diagnostik von posttraumatischen Störungen und fordert den Ausbau der Versorgungsstrukturen.

Traumafolgestörungen können uns alle treffen, auch Kinder. In Deutschland sind pro Jahr rund 1,5 Millionen Erwachsene von einer Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) betroffen. Frauen erkranken dabei häufiger als Männer, ältere Menschen tendenziell eher als jüngere. Nach einer Vergewaltigung, Gewaltverbrechen oder Folter liegt die Erkrankungsrate bei bis zu 90 Prozent. Besonders gefährdet sind Menschen, die immer wieder Grenzsituationen ausgesetzt sind: Angehörige der Polizei, Feuerwehr und des Technischen Hilfswerks oder Soldaten der Bundeswehr. „Zu den vulnerablen Bevölkerungsgruppen gehören auch Flüchtlinge und Asylsuchende, die sich bei ihrer Ankunft in Deutschland oftmals in einem schlechten gesundheitlichen Zustand befinden. Rund 40 Prozent haben mehrfach traumatisierende Erfahrungen gemacht. Die Rate für PTBS ist bei dieser Personengruppe im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung um das Zehnfache erhöht“, stellt DGPPN-Präsidentin Dr. Iris Hauth fest.

Traumafolgestörungen und PTBS lassen sich heute wirksam behandeln. Dabei ist Psychotherapie das Mittel der Wahl, vor allem wenn eine gründliche Aufklärung über das Krankheitsbild und das Erlernen von Entspannungstechniken zur emotionalen Regulation mit der sogenannten Traumakonfrontation bzw. -exposition einhergehen. „Traumafolgestörungen bedürfen therapeutischer Behandlung, doch die Versorgungsstrukturen in Deutschland sind nicht ausreichend darauf ausgerichtet. Zwar können sich die Betroffenen in einigen Regionen an sogenannte Traumaambulanzen wenden, wo sie rasch und unkompliziert Hilfe erhalten. Vielerorts müssen sie hingegen lange auf einen Termin beim Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie oder beim ärztlichen bzw. psychologischen Psychotherapeuten warten. Besonders prekär ist die Situation für Flüchtlinge und Asylsuchende, die zusätzlich mit sprachlichen, kulturellen und administrativen Hürden zu kämpfen haben“, so Frau Dr. Meryam Schouler-Ocak, Leiterin des DGPPN-Fachreferates für interkulturelle Psychiatrie und Psychotherapie sowie Migration. Werden Traumafolgestörungen nicht frühzeitig behandelt,

PRÄSIDENTIN

Dr. med. Iris Hauth

PRESIDENT ELECT

Prof. Dr. med. Arno Deister

PAST PRESIDENT

Prof. Dr. med. Wolfgang Maier

KASSENFÜHRER

Dr. med. Andreas Küthmann

BEISITZER AUS-, FORT- UND WEITERBILDUNG

Prof. Dr. med. Fritz Hohagen

BEISITZERIN FORENSISCHE PSYCHIATRIE

Dr. med. Nahlah Saimeh

BEISITZER FORSCHUNG, BIOLOGISCHE THERAPIE

Prof. Dr. med. Andreas Meyer-Lindenberg

BEISITZER KLASSIFIKATIONSSYSTEME

Prof. Dr. med. Wolfgang Gaebel

BEISITZER LEITLINIEN, ZERTIFIKATE, QUALITÄT,**INTERNATIONALE KONTAKTE**

Prof. Dr. med. Peter Falkai

BEISITZERIN PSYCHOTHERAPIE,**UNIVERSITÄRE LEHRE**

Prof. Dr. med. Sabine C. Herpertz

BEISITZER PSYCHOSOMATIK,**PSYCHOTRAUMATOLOGIE**

Prof. Dr. med. Martin Driessen

BEISITZERIN PUBLIC HEALTH,**VERSORGUNGSFORSCHUNG, PRÄVENTION**

Prof. Dr. med. Steffi G. Riedel-Heller

BEISITZER PUBLIKATIONEN, GESCHICHTE,**E-LEARNING**

Prof. Dr. med. Dr. rer. soc. Frank Schneider

BEISITZER TRANSKULTURELLE PSYCHIATRIE,**PSYCHOTHERAPIE, SUCHTMEDIZIN**

Prof. Dr. med. Dr. phil. Andreas Heinz

VERTRETER BVDN

Dr. med. Frank Bergmann

VERTRETERIN BVDP

Dr. med. Christa Roth-Sackenheim

VERTRETER FACHKLINIKEN PSYCHIATRIE,**PSYCHOTHERAPIE UND PSYCHOSOMATIK**

Prof. Dr. med. Thomas Pollmächer

VERTRETER JUNGE PSYCHIATER

Dr. med. Berend Malchow

HYPOVEREINSBANK MÜNCHEN

IBAN DE58 7002 0270 0000 5095 11

BIC HYVEDE33XXX

VR 26854B, Amtsgericht | Berlin-Charlottenburg

besteht die Gefahr einer Chronifizierung. Gleichzeitig können weitere psychische Erkrankungen wie Angststörungen, Depressionen oder Suchterkrankungen auftreten.

Schon heute sind in Deutschland für die PTBS deutlich erhöhte Arbeitsunfähigkeitszeiten und Rentenzugänge aufgrund verminderter Erwerbsfähigkeit zu verzeichnen. „Gesundheitspolitik und Selbstverwaltung müssen deshalb rasch die Voraussetzungen dafür schaffen, dass Traumafolgestörungen überall in Deutschland leitliniengerecht behandelt werden können. Sektorenübergreifende und strukturierte Versorgungsansätze sind dabei unverzichtbar. Mit der Akutsprechstunde für psychische Erkrankungen hat die DGPPN bereits ein Konzept vorgeschlagen, das die sektorenübergreifende Zusammenarbeit zwischen Hausärzten, Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie und ärztlichen bzw. psychologischen Psychotherapeuten entscheidend verbessern könnte. Bei der Behandlung von Flüchtlingen und Asylsuchenden müssen interkulturelle Kompetenztrainings für Behandlungsteams und Gutachter zum Standard werden. In Bezug auf besonders gefährdete Berufsgruppen ist verstärkt auf präventive Maßnahmen zu setzen“, fordert Dr. Iris Hauth.

DGPPN-Pressekonferenz, 18.03.2015

„Versorgung tut not: traumatischer Stress und die Folgen“

Prof. Dr. Martin Driessen, DGPPN-Vorstandsmitglied, Chefarzt der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie am Evangelischen Krankenhaus Bielefeld

Traumatischer Stress, Traumafolgestörungen und ihre Behandlungsmöglichkeiten

Die 2013 erschienene Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS 1) zeigt, dass 5 % der Bevölkerung innerhalb eines Jahres mindestens einmal Opfer körperlicher Gewalt werden. Dabei sind Männer fast doppelt so häufig betroffen wie Frauen, jüngere Menschen sechsmal so häufig wie ältere. Fast 19 % der Bevölkerung sind mindestens einmal Opfer psychischer Gewalt. Frauen sind dabei etwas häufiger betroffen als Männer, jüngere Menschen doppelt so häufig wie ältere. Diese Zahlen sind umso erschreckender, da die dahinter stehenden Situationen für die Betroffenen in jedem Fall mit erheblichem Stress verbunden sind. Das Ausmaß sexualisierter Gewalt an Kindern und Jugendlichen in Deutschland ist zwar rückläufig, dennoch sind 6,4 % der weiblichen bzw. 1,3 % der männlichen Kinder und Jugendlichen bis zum 16. Lebensjahr betroffen.

Von traumatischem Stress spricht man, wenn mehrere Bedingungen zusammentreffen: Die Betroffenen müssen als Opfer oder Zeuge eine bedrohliche Situation erleben, der sie nicht enttrinnen können und die bei den meisten Menschen eine existenzielle Erschütterung hervorrufen würde. Dabei kann es sich zum Beispiel um einen schweren Unfall, eine Gewalttat oder auch um eine psychische Grausamkeit handeln. Die Reaktion des Opfers oder Zeugens ist von Angst, Panik und/oder Entsetzen geprägt. Es geht also um ein Ereignis und die unmittelbare Reaktion darauf. Wenn es sich um ein singuläres, umgrenztes Ereignis handelt, spricht man von Typ I Trauma, bei chronischen oder sich wiederholenden Ereignissen vom Typ II.

Die Folgen solcher traumatischen Stresssituationen sind sehr unterschiedlich und hängen von früheren ähnlichen Erfahrungen und von der Art des Ereignisses ab: Traumafolgestörungen sind seltener nach Ereignissen, die nicht durch Menschen verursacht wurden, oder Verkehrsunfällen (bis zu 20 %). Besonders häufig treten sie nach Vergewaltigungen und Folter auf (bis zu 90 %).

Die typische Traumafolgestörung ist die Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS), die Tage bis Wochen, gelegentlich aber auch erst Monate oder Jahre nach dem Ereignis auftreten kann. Eindringliche, sich aufdrängende Erinnerungen, Nachhallerinnerungen (Flashbacks), Alpträume, Anspannung, Schreckhaftigkeit, Vermeidungsverhalten gegenüber allen potenziell Angst auslösenden Hinweisreizen bis zum völligen sozialen Rückzug, emotionales Betäubtsein (Numbing), manchmal auch emotionale Labilität, Gereiztheit, Wutausbrüche und sogenannte dissoziative Zustände bestimmen das Krankheitsbild gemeinsam mit wiederkehrenden Scham- oder Schuldgefühlen („ich bin schuld, dass es passiert ist“).

Die Rate der von PTBS betroffenen Menschen liegt in Europa im Mittel bezogen auf ein Jahr bei ca. 2,3 %. In Deutschland sind es bezogen auf einen Monat bis zu 2 % bei unter und 3,4 % bei über

60-Jährigen. Frauen sind zwei- bis dreimal häufiger betroffen als Männer. Nochmals häufiger betroffen sind Menschen, die besonderen Risiken ausgesetzt sind (zum Beispiel Einsatzkräfte und Flüchtlinge, siehe gesonderte Informationen).

Neben der PTBS als klassischer Traumafolgestörung treten aber häufig auch Depressionen, Angst- oder Suchterkrankungen nach dem Erleben traumatischen Stresses auf.

Kinder und Jugendliche sind anderen traumatischen Stresssituationen ausgesetzt und reagieren seltener mit dem klassischen Krankheitsbild der PTBS. Bei ihnen stehen weniger einzelne Situationen, sondern chronische oder rezidivierende Erfahrungen von Misshandlung und Missbrauch (Typ II) im Vordergrund – von körperlichen über sexuellen bis zu den besonders häufigen emotionalen Misshandlungs- und Vernachlässigungserfahrungen.

Heute wissen wir, dass diese schweren aversiven Erfahrungen, besonders in spezifisch vulnerablen Phasen (2.–4. Lebensjahr, 8.–10. Lebensjahr und Pubertät) gravierende Langzeitauswirkungen auf die Gesundheit der Betroffenen hat. Mittlerweile ist gut belegt, dass dies nicht nur für die psychische Gesundheit gilt – mit einer drastisch erhöhten Wahrscheinlichkeit, als Erwachsener an verschiedenen psychischen Störungen zu erkranken (das Risiko ist um den Faktor 2 bis 8 erhöht) –, sondern auch für die körperliche Gesundheit und fast alle typischen und chronisch verlaufenden Erkrankungen betrifft (von Diabetes mellitus bis Koronare Herzerkrankung und Schlaganfall).

Was hilft?

Heute verfügen wir glücklicherweise über wirksame Behandlungsmöglichkeiten von Traumafolgestörungen, hier spezifisch der PTBS. Dabei ist Psychotherapie Mittel der Wahl, insbesondere wenn eine gute Aufklärung über das Krankheitsbild, das Erlernen von Entspannungstechniken, Selbstmanagementfertigkeiten zur emotionalen Regulation mit der sogenannten Traumakonfrontation bzw. -exposition verbunden werden. Dabei werden die Betroffenen mittels verschiedener Techniken wiederholt angeleitet, sich in der Vorstellung die traumatische Situation Schritt für Schritt – sozusagen in Zeitlupe – zu vergegenwärtigen und nachzuerleben. Ziel dieser Art von Behandlung ist es, das mit der Erinnerung verbundene Anspannungsniveau und die hohe Emotionalität zu reduzieren und zu lernen, das im psychischen Erleben isolierte bzw. abgespaltene Ereignis in einen autobiografischen Kontext (dort und damals, was war davor, was war danach) zu reintegrieren. Andere Behandlungsansätze fokussieren mehr auf ungünstige Kognitionen, insbesondere die häufig zu beobachtenden Schuldgefühle, die es zu überwinden gilt. Auch antidepressiv wirkende Medikamente können nachgewiesenermaßen bei der Genesung helfen. Im Kindes- und Jugendalter werden für den jeweiligen Entwicklungsstand angepasste psychotherapeutische Behandlungsformen genutzt.

Besonders, aber nicht nur für das Kindesalter sind präventive Maßnahmen von außerordentlicher Bedeutung, also Unterstützung von belasteten Familien bis hin zu konflikt- und gewaltpräventiven Maßnahmen.

DGPPN-Pressekonferenz, 18.03.2015

„Versorgung tut not: traumatischer Stress und die Folgen“

Prof. Dr. Frank Jacobi, Professur für Klinische Psychologie, Schwerpunkt Verhaltenstherapie, Psychologische Hochschule Berlin (PHB)

Traumatischer Stress und traumatische Belastungen (PTBS):

Was, wann, wie häufig und die Folgen?

Die Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) wurde 1980 als Diagnose eingeführt und 1993 in die aktuell gültige ICD-10 übernommen. Die Besonderheit im Vergleich zu allen anderen psychischen Störungen besteht darin, dass eine spezifische und bekannte Ursache, nämlich ein traumatisches Erlebnis unabdingbare Voraussetzung für diese Diagnose ist. Infolge eines solchen Traumas entwickeln sich bei vorliegender PTBS dann Symptome wie anhaltende Erinnerungen oder Wiedererleben der Belastung durch aufdringliche Erinnerungen, sich wiederholende Träume oder durch innere Bedrängnis in Situationen, die der Belastung ähneln oder mit ihr in Zusammenhang stehen. Dies ist in der Regel begleitet durch ein deutliches Vermeidungsverhalten gegenüber dem Trauma ähnlichen Situationen (auch wenn sie gar nicht wirklich gefährlich sind) und durch anhaltende Symptome einer erhöhten psychischen Sensitivität und Erregung (nicht vorhanden vor der Belastung), wie etwa Ein- und Durchschlafstörungen, Reizbarkeit und Wutausbrüche, Konzentrationschwierigkeiten oder erhöhte Schreckhaftigkeit.

Nicht jedes Trauma führt mit gleicher Wahrscheinlichkeit zu einer PTBS: Eine von Menschen verursachte Traumatisierung (wie etwa Vergewaltigung oder Kriegshandlungen) hat meist deutlich schlimmere Auswirkungen als zufällige traumatische Situationen (zum Beispiel Autounfall, Naturkatastrophe). Lang andauernde und wiederholte Traumatisierung hat ebenfalls schwerwiegendere Folgen als einmalige, und auch Unterschiede zwischen den Traumatisierten führen dazu, dass manche Menschen eher mit einer PTBS auf ein Trauma reagieren als andere. In der Regel ist also nicht das Trauma selbst entscheidend, sondern dessen Verarbeitung durch das betroffene Individuum.

In den letzten Jahrzehnten wurde der Trauma-Begriff erweitert: Während ursprünglich nur lebensbedrohliche Situationen, auf die mit großem Entsetzen und Hilflosigkeit reagiert wurde, gemeint waren, werden in letzter Zeit auch vergleichsweise mildere widrige Situationen (vor allem in der Kindheit) als mögliche Traumatisierung gewertet, wie etwa Kindesmisshandlung, emotionaler Missbrauch oder körperliche und emotionale Vernachlässigung. Denn auch bei diesen Erfahrungen muss heute von einem deutlich erhöhten Risiko für Traumafolgestörungen ausgegangen werden – wenn auch oft keine PTBS im engeren Sinne entwickelt wird, sondern eher unspezifische Störungen (zum Beispiel Depressionen, Persönlichkeitsstörungen).

Die PTBS im engeren Sinne ist häufig – so sind entsprechend der DEGS1-MH Studie (Jacobi et al., 2014) innerhalb eines Jahres insgesamt über 2 % der Erwachsenen betroffen, das entspricht über

1,5 Millionen Menschen (auch wenn das Trauma selbst evtl. schon länger zurückliegt). Frauen sind häufiger als Männer betroffen und ältere Menschen tendenziell eher als jüngere.

Dies geht mit großen direkten und indirekten Gesundheitskosten einher. Wie bei anderen psychischen Störungen auch sind für die PTBS deutlich erhöhte Arbeitsunfähigkeitszeiten und Rentenzugänge aufgrund geminderter Erwerbsfähigkeit zu verzeichnen. Wichtig ist hierbei zu beachten, dass traumatischer Stress und traumatische Belastungen mit weitaus höheren Folgekosten assoziiert sind als lediglich mit der PTBS-Behandlung oder der AU-Zeiten oder Berentungen mit der kodierten Hauptdiagnose einer PTBS. Auch wenn wir Menschen von unserer Anlage her grundsätzlich auf Anpassung an Stressoren ausgelegt sind und viele traumatische Erlebnisse von vielen Menschen auch gut verarbeitet werden können, stellen traumatischer Stress und traumatische Belastungen einen mächtigen Risikofaktor – auch als „Vulnerabilität“ bezeichnet – für eine ungünstige psychische (und auch allgemein schlechte gesundheitliche) Entwicklung dar.

DGPPN-Pressekonferenz, 18.03.2015

„Versorgung tut not: traumatischer Stress und die Folgen“

PD Dr. Meryam Schouler-Ocak, Leiterin des DGPPN-Referates „Interkulturelle Psychiatrie und Psychotherapie, Migration“, Leitende Oberärztin der psychiatrischen Universitätsklinik der Charité im St. Hedwig-Krankenhaus

Prof. Dr. Dr. phil. Andreas Heinz, Mitglied im Vorstand der DGPPN, Direktor der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Charité – Universitätsmedizin Berlin

Psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung der Flüchtlinge und Asylbewerber

Die gegenwärtigen Kriege zwingen immer mehr Frauen, Männer und Kinder aus Ihrer Heimat zu fliehen. 2014 wurden allein in Deutschland 202.834 Asylanträge gezählt, 59,7 % mehr als im Vorjahr. Die Hauptherkunftsländer waren Syrien, Serbien, Eritrea, Afghanistan und Albanien. Bei Flüchtlingen und Asylbewerbern handelt es sich um Personen, die häufig vor, während oder nach der Migration traumatische Ereignisse durchleben mussten. Zu den traumatischen Erlebnissen zählen zum Beispiel Verlust wichtiger Bezugspersonen, Unsicherheit der Lebensbedingungen, Krieg, Flucht, Vertreibung und sehr häufig sexualisierte Gewalt. Besonders schwerwiegende Folgen lösen die sogenannten „man-made“ Disaster wie sexuelle, seelische und körperliche Gewalt, Vergewaltigungen, Terroranschläge, Folter und politische Verfolgung aus.

Bei ihrer Ankunft in Deutschland befinden sich viele Flüchtlinge und Asylbewerber in einem schlechten gesundheitlichen Zustand. Oft sind sie auch nach ihrer Ankunft in Deutschland komplexen Stressfaktoren ausgesetzt, die ihre psychische Gesundheit zusätzlich beeinträchtigen. Zusätzlich zu den traumatischen Ereignissen müssen sie neue, unvertraute Lebensumstände bewältigen. Sie leben in ihnen zugeteilten Städten oder Gemeinden, werden in Gemeinschaftsunterkünften einquartiert, häufig auf sehr engem Raum, mit einfachen Sanitäreinrichtungen, Sachleistungen und Essenspaketen. Oftmals erhalten sie keine Arbeitserlaubnis, sind abhängig von Sozialleistungen. Der Aufenthaltsstatus bleibt lange unklar, oft werden sie nur kurzfristig geduldet, so dass es keine Zukunftsperspektive in Deutschland gibt. In manchen Fällen droht auch eine Abschiebung trotz langjährigem Aufenthalt. Kinder und Jugendliche ohne längeren Aufenthaltsstatus haben nur geringe Chancen auf einen Ausbildungsplatz und Schwierigkeiten im Umgang mit Behörden. Es bestehen zudem massive Zugangsbarrieren zum Gesundheitssystem, meist sprachliche, kultur- und krankheitsbedingte Hemmnisse. Aufgrund des Asylbewerberleistungsgesetzes wird traumatisierten Flüchtlingen und Asylbewerbern in Deutschland der Zugang zum Gesundheitssystem und damit zu einer fachpsychiatrischen und psychotherapeutischen Diagnostik und Behandlung weitgehend verwehrt. Nur bei akuten Erkrankungen wird eine Behandlung übernommen. Flüchtlinge und Asylbewerber verbleiben dadurch nicht nur in sozialer Unsicherheit, der eingeschränkte Zugang zur Gesundheitsversorgung verstärkt auch ihre Vulnerabilität und Morbidität. Dies ist umso prekärer als die Rate für Posttraumatische Belastungsstörungen (PTBS) unter Flüchtlingen und Asylbewerbern im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung etwa zehnfach höher ist.

Die psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung von Flüchtlingen und Asylbewerbern mit psychischen Erkrankungen ist in Deutschland nach wie vor unzureichend. Hier besteht vonseiten der Politik weiter großer Handlungsbedarf. Die Bundesrepublik hat im Rahmen ihrer öffentlichen Daseinsvorsorge die Pflicht, die gesundheitliche Versorgung für alle Bürger, also auch für Flüchtlinge und Asylbewerber, zugänglich zu machen. Um die psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung von Flüchtlingen und Asylsuchenden in Deutschland zu verbessern, sind aus Sicht der DGPPN eine Reihe von Maßnahmen notwendig:

- ein adäquater Zugang zum Gesundheitssystem
- mehr soziale Unterstützung und keine Sammelunterkünfte
- interkulturelle Kompetenztrainings für Behörden, die für Flüchtlinge und Asylbewerber zuständig sind
- interkulturelle Kompetenztrainings für Behandlungsteams und Gutachter
- Finanzierungssicherung für den regelhaften Einsatz von Sprach- und Kulturmittlern.

DGPPN-Pressekonferenz, 18.03.2015

„Versorgung tut not: traumatischer Stress und die Folgen“

Dipl. Psych. Maria Böttche, Wissenschaftliche Mitarbeiterin am Zentrum ÜBERLEBEN, bzfo-Behandlungszentrum für Folteropfer Berlin e.V.

Folteropfer und Traumatisierungen

Die Auswirkungen von Folter und Kriegsgewalt sind weitreichend. Neben körperlichen Folgen treten bei den Überlebenden insbesondere auch psychische und psychosoziale Konsequenzen auf. Die Entwicklung psychischer Störungen bei Flüchtlingen, die Opfer von Krieg und Folter geworden sind, ist nicht ausschließlich als Resultat des lebensbedrohlichen Ereignisses zu begreifen, sondern als Ereignis, dessen Auswirkungen maßgeblich von den Folgen der anhaltenden Unsicherheit und Gefährdung geprägt sind. So spielen hierbei der Migrationsakt sowie Postmigrationsstressoren (zum Beispiel unsicherer Aufenthalt, lang andauernder Asylprozess, Ungewissheit über das Schicksal weiterer Familienmitglieder) eine entscheidende Rolle in der Entwicklung einer psychischen Erkrankung.

In der Bundesrepublik Deutschland wird die medizinische Versorgung bei Flüchtlingen durch das Asylbewerberleistungsgesetz geregelt. Leistungen werden demnach nur bei akuter Krankheit bzw. akutem Behandlungsbedarf und bei schmerzhafter Krankheit erbracht. Eine adäquate Versorgung von Flüchtlingen mit Foltererfahrungen vor allem hinsichtlich psychotherapeutischer und psychosozialer Leistungen ist daher erschwert und kann kaum bis gar nicht gewährleistet werden. Diese Unterversorgung steht im starken Kontrast zur besonderen Schutzbedürftigkeit aufgrund körperlicher und psychischer Schäden von Folter und Kriegsgewalt, die vom Europäischen Parlament und Rat in einer Aufnahme richtlinie konstatiert wurde (RL2013/33/EU) und Mindeststandards im Umgang mit vulnerablen Flüchtlingen festlegt.

Seit 1992 bietet das Behandlungszentrum für Folteropfer e.V. (bzfo) in Berlin Opfern organisierter staatlicher und Bürgerkriegs-Gewalt Hilfe bei körperlichen Leiden, seelischen Langzeitschäden und psychosomatischen Störungen. Etwa 400 Erwachsene, Kinder und Jugendliche behandelt das Team jährlich. Sie kommen aus über 30 Ländern wie Syrien, der Russischen Föderation, insbesondere Tschetschenien, der Türkei, dem Iran, Afghanistan, dem Irak und Bosnien-Herzegowina, dem Kosovo sowie afrikanischen Ländern. Seit Mitte 2008 arbeitet das bzfo gemeinsam mit dem Zentrum für Flüchtlingshilfen und Migrationsdienste (zfm), der Überleben – Stiftung für Folteropfer sowie der gemeinnützigen Catania-Hilfe für traumatisierte Opfer unter dem Dach des Zentrums ÜBERLEBEN.

DGPPN-Pressekonferenz, 18.03.2015

„Versorgung tut not: traumatischer Stress und die Folgen“

Dr. Gerd Willmund, Leitender Oberarzt des Zentrums für Psychiatrie und Psychotraumatologie, Bundeswehrkrankenhaus Berlin

PD Dr. Peter Zimmermann, Zweiter stellvertretender Leiter des DGPPN-Referates Psychiatrie und Psychotherapie für Einsatzkräfte, Leitender Arzt des Zentrums für Psychiatrie und Psychotraumatologie, Bundeswehrkrankenhaus Berlin

Berufsbedingte Traumatisierung am Beispiel der Bundeswehr

Berufsbedingte Traumatisierungen sind gekennzeichnet durch spezifische Besonderheiten in der Art und Häufigkeit psychischer Folgeerkrankungen. Bundeswehrsoldaten leiden nach Auslandseinsätzen zu 21,3 % an psychischen Störungen, im Vordergrund stehen Angststörungen und depressive Erkrankungen, Suchtkrankheiten und die Posttraumatische Belastungsstörung.

In den letzten Jahren sind in der Bundeswehr verschiedene Ansätze zur Prävention und Therapie dieser Erkrankungen entwickelt worden. Das computerisierte Präventionsprogramm *CHARLY* integriert Elemente der Psychoedukation, Stressimpfung und des sozialen Kompetenztrainings. Erste Evaluationen des Psychotraumazentrums ergaben Hinweise auf eine positive Wirksamkeit.

Die Therapie einsatzbedingter Symptomatiken erfolgt in den psychiatrischen Abteilungen der Bundeswehrkrankenhäuser. In multimodalen und interdisziplinären Settings kommt eine Vielzahl von Methoden zum Einsatz, unter anderem die trauma-therapeutische EMDR-Technik (Eye Movement Desensitization and Reprocessing). Eine klinische Studie des Psychotraumazentrums zeigte einen signifikanten Effekt auf Traumasymptome bei Soldaten.

Neuere Ansätze in der Psychotherapie von Soldaten beinhalten u. a. moralische Verletzungen und einen Wandel von Wertorientierungen in der Folge von Auslandseinsätzen, die sich auf die Symptombildung auswirken und zunehmend in die therapeutischen Angebote integriert werden.