



# **S3-Leitlinie**

## **Posttraumatische Belastungsstörung**

---

Langversion der S3-Leitlinie | Fassung vom 27.02.2026

### **Federführung**

Deutschsprachige Gesellschaft für Psychotraumatologie (DeGPT)

### **Koordination**

Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE)

### **Konsortialpartner**

Katholische Universität Eichstätt-Ingolstadt (KU)

Ludwig-Maximilian-Universität München (LMU)

AWMF-Register Nr. 155/ 001

Verfügbar unter: <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/155-001>

Version: 7.0

Das dieser Veröffentlichung zugrundeliegende Projekt wurde mit Mitteln des Innovationsausschusses beim Gemeinsamen Bundesausschuss unter dem Förderkennzeichen 01VSF23008 gefördert.

## Herausgebende

*Prof. Dr. Ingo Schäfer, Hamburg*  
*Prof. Dr. Thomas Ehring, München*  
*PD Dr. Ulrich Frommberger, Sölden*  
*Britta Jacobsen, Hamburg*  
*Prof. Dr. Christine Knaevelsrud, Berlin*  
*Prof. Dr. Astrid Lampe, Schruns*  
*Kirsten Lehmann, Hamburg*  
*Cosima Leithner, München*  
*Prof. Dr. Dr. Andreas Maercker, Zürich*  
*Prof. Dr. Paul Plener, Wien*  
*Prof. Dr. Rita Rosner, Eichstätt*  
*Bianca Schreyer, Eichstätt*  
*Prof. Dr. Carsten Spitzer, Rostock*

## Federführende Fachgesellschaft

### **Deutschsprachige Gesellschaft für Psychotraumatologie e. V. (DeGPT)**

Geschäftsstelle  
Sophie-von-La-Roche-Straße 4  
56077 Koblenz  
Telefon: (0261) 2874 2192  
[info@degpt.de](mailto:info@degpt.de)

## Leitliniensekretariat

### **Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie**

Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf  
Martinistr. 52, 20246 Hamburg  
Telefon: 040 / 7410-57902  
[zis-gs@uke.de](mailto:zis-gs@uke.de)

## **Bitte wie folgt zitieren:**

Deutschsprachige Gesellschaft für Psychotraumatologie. S3-Leitlinie Posttraumatische Belastungsstörung, Version 7.0, 27.02.2026, Verfügbar unter:  
<https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/155-001> [Zugriff am Datum].

AWMF-Registernummer 155 - 001

Link zur Leitlinie: <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/155-001>

# Inhaltsverzeichnis

<b>WAS GIBT ES NEUES?</b> .....	<b>4</b>
<b>DIE WICHTIGSTEN EMPFEHLUNGEN AUF EINEN BLICK</b> .....	<b>5</b>
<b>1. GELTUNGSBEREICH UND ZWECK</b> .....	<b>10</b>
1.1 ZIELSETZUNG UND FRAGESTELLUNG.....	10
1.2 VERSORGNUNGSBEREICH.....	10
1.3 PATIENT:INNENZIELGRUPPE .....	10
1.4 ANWENDENDENGRUPPE/ADRESSAT:INNEN.....	10
1.5 DOKUMENTE ZUR ANWENDUNG DER LEITLINIE .....	10
<b>2. ZUSAMMENSETZUNG DER LEITLINIENGRUPPE</b> .....	<b>11</b>
2.1 LEITLINIENKOORDINATION .....	11
2.2. BETEILIGTE FACHGESELLSCHAFTEN UND ORGANISATIONEN .....	12
2.3 PATIENT:INNENBETEILIGUNG.....	17
2.4 METHODISCHE BEGLEITUNG .....	18
<b>3.1 DIAGNOSTIK</b> .....	<b>19</b>
<b>3.1.1 Einleitung</b> .....	<b>19</b>
<b>3.1.2 Klinische Fragestellungen</b> .....	<b>20</b>
<b>3.1.3 Empfehlungen</b> .....	<b>21</b>
<b>3.1.4 Hintergrund der Evidenz</b> .....	<b>23</b>
<b>3.1.5 Empfehlungen für zukünftige Forschung</b> .....	<b>36</b>
<b>3.2 PSYCHOTHERAPEUTISCHE BEHANDLUNG</b> .....	<b>37</b>
<b>3.2.1 Einleitung</b> .....	<b>37</b>
<b>3.2.2 Klinische Fragestellungen</b> .....	<b>37</b>
<b>3.2.3 Empfehlungen</b> .....	<b>39</b>
<b>3.2.4 Hintergrund der Evidenz</b> .....	<b>40</b>
<b>3.2.5 Empfehlungen für zukünftige Forschung</b> .....	<b>44</b>
<b>3.3 PHARMAKOTHERAPEUTISCHE VERFAHREN</b> .....	<b>46</b>
<b>3.3.1 Einleitung</b> .....	<b>46</b>
<b>3.3.2 Klinische Fragestellungen</b> .....	<b>46</b>
<b>3.3.3 Empfehlungen</b> .....	<b>47</b>
<b>3.3.4 Hintergrund der Evidenz</b> .....	<b>48</b>
<b>3.3.5 Empfehlungen für zukünftige Forschung</b> .....	<b>54</b>
<b>3.4 ADJUVANTE VERFAHREN</b> .....	<b>55</b>
<b>3.4.1 Einleitung</b> .....	<b>55</b>
<b>3.4.2 Klinische Fragestellungen</b> .....	<b>56</b>
<b>3.4.3 Empfehlungen</b> .....	<b>57</b>
<b>3.4.4 Hintergrund der Evidenz</b> .....	<b>58</b>
<b>3.4.5 Empfehlungen für zukünftige Forschung</b> .....	<b>64</b>
<b>3.5 KOMPLEXE POSTTRAUMATISCHE BELASTUNGSSTÖRUNG</b> .....	<b>65</b>
<b>3.5.1 Einleitung</b> .....	<b>65</b>
<b>3.5.2. Klinische Fragestellungen</b> .....	<b>66</b>
<b>3.5.3 Empfehlungen</b> .....	<b>67</b>
<b>3.5.4 Hintergrund der Evidenz</b> .....	<b>67</b>
<b>3.5.5 Empfehlungen für zukünftige Forschung</b> .....	<b>72</b>
<b>3.6 KOMORBIDE PSYCHISCHE STÖRUNGEN</b> .....	<b>74</b>
<b>3.6.1 Einleitung</b> .....	<b>74</b>
<b>3.6.2 Klinische Fragestellungen</b> .....	<b>75</b>

3.6.3	<i>Empfehlungen</i> .....	76
3.6.4	<i>Hintergrund der Evidenz</i> .....	77
3.6.5	<i>Empfehlungen für zukünftige Forschung</i> .....	81
<b>3.7</b>	<b>BEHANDLUNG VON ÄLTEREN PERSONEN</b> .....	<b>82</b>
3.7.1	<i>Einleitung</i> .....	82
3.7.2	<i>Klinische Fragestellungen</i> .....	83
3.7.3	<i>Empfehlungen</i> .....	84
3.7.4	<i>Hintergrund der Evidenz</i> .....	85
3.7.5	<i>Empfehlungen für zukünftige Forschung</i> .....	91
<b>3.8</b>	<b>BEHANDLUNG VON ERWACHSENEN MIT FLUCHTHINTERGRUND</b> .....	<b>92</b>
3.8.1	<i>Einleitung</i> .....	92
3.8.2	<i>Klinische Fragestellungen</i> .....	93
3.8.3	<i>Empfehlungen</i> .....	94
3.8.4	<i>Hintergrund der Evidenz</i> .....	95
3.8.5	<i>Empfehlungen für zukünftige Forschung</i> .....	101
<b>3.9</b>	<b>BEHANDLUNG VON ERWACHSENEN MIT STÖRUNG DER INTELLIGENZENTWICKLUNG (SIE)</b> .....	<b>102</b>
3.9.1	<i>Einleitung</i> .....	102
3.9.2	<i>Klinische Fragestellungen</i> .....	103
3.9.3	<i>Empfehlungen</i> .....	104
3.9.4	<i>Hintergrund der Evidenz</i> .....	106
3.9.5	<i>Empfehlungen für zukünftige Forschung</i> .....	114
<b>3.10</b>	<b>DIAGNOSTIK DER PTBS BEI KINDERN UND JUGENDLICHEN</b> .....	<b>116</b>
3.10.1	<i>Einleitung</i> .....	116
3.10.2	<i>Klinische Fragestellungen</i> .....	116
3.10.3	<i>Empfehlungen</i> .....	118
3.10.4	<i>Hintergrund der Evidenz</i> .....	119
3.10.5	<i>Empfehlungen für zukünftige Forschung</i> .....	122
<b>3.11</b>	<b>BEHANDLUNG DER PTBS BEI KINDERN UND JUGENDLICHEN</b> .....	<b>123</b>
3.11.1	<i>Einleitung</i> .....	123
3.11.2	<i>Klinische Fragestellungen</i> .....	124
3.11.3	<i>Empfehlungen</i> .....	126
3.11.4	<i>Hintergrund der Evidenz</i> .....	128
3.11.5	<i>Empfehlungen für zukünftige Forschung</i> .....	136
<b>3.12</b>	<b>ALLGEMEINE BEHANDLUNGSPRINZIPIEN</b> .....	<b>137</b>
3.12.1	<i>Einleitung</i> .....	137
3.12.2	<i>Klinische Fragestellungen</i> .....	138
3.12.3	<i>Empfehlungen</i> .....	139
3.12.4	<i>Hintergrund der Evidenz</i> .....	141
3.12.5	<i>Empfehlungen für zukünftige Forschung</i> .....	153
<b>4</b>	<b>WICHTIGE FORSCHUNGSFRAGEN</b> .....	<b>155</b>
<b>5</b>	<b>VERWENDETE ABKÜRZUNGEN</b> .....	<b>157</b>
<b>6</b>	<b>LITERATURVERZEICHNIS</b> .....	<b>160</b>

### **Was gibt es Neues?**

Bei der Aktualisierung der Leitlinie Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) handelt es sich um eine vollständige Überarbeitung nach den aktuellen Vorgaben des AWMF-Regelwerks. Somit wurden alle klinischen Fragen der vorherigen Version der Leitlinie überarbeitet und an das PICO-Schema angepasst und die Literatursuche nicht aktualisiert, sondern neu durchgeführt. Das Kapitel zur Versorgung von Kindern und Jugendlichen wurde umfassend überarbeitet und die Leitlinie um drei Kapitel zu speziellen Gruppen von Betroffenen ergänzt: Erwachsene mit Störung der Intelligenzentwicklung (SIE), Personen mit Fluchthintergrund und ältere Menschen.

### **Diese Kapitel wurden überarbeitet:**

Es wurden alle Kapitel überarbeitet.

### **Sonstige Neuerungen:**

Das Kapitel „Versorgung“ wurde durch das Kapitel „Allgemeine Behandlungsprinzipien“ ersetzt, das im Gegensatz zum alten Kapitel eigene Empfehlungen enthält.

## Die wichtigsten Empfehlungen auf einen Blick

Alle Empfehlungen sind bei der Aktualisierung mit „geprüft [2026]“, „modifiziert [2026]“ und „neu [2026]“ gekennzeichnet.

### Diagnostik

1.1	Konsensbasierte Empfehlung	Neu (2026)
<b>EK</b>	Bei jeder psychodiagnostischen Befund- und Anamneseerhebung im Erwachsenenalter soll erfasst werden, ob ein potenziell traumatisches Ereignis in der Lebensgeschichte erlebt wurde.	
	vgl. Bovin et al. (2021); Greene et al. (2016); Padin et al. (2022); Schnurr et al. (2021)	
	Konsensstärke: 95,8 % (Starker Konsens)	

### Psychotherapeutische Behandlung

2.1	Evidenzbasierte Empfehlung	Neu (2026)
Empfehlungsgrad <b>A ↑↑</b>	Patient:innen mit einer Posttraumatischen Belastungsstörung soll eine traumafokussierte Psychotherapie* im Einzelsetting angeboten werden, bei der der Schwerpunkt auf der Auseinandersetzung mit den traumatischen Ereignissen und den dazugehörigen Kognitionen, Emotionen und Erinnerungen liegt.	
	Yunitri et al. (2023), Bisson et al. (2013), Cuijpers et al. (2020), Cusack et al. (2016), Ehring et al. (2014), Fortin et al. (2021), Gerger et al. (2014), Grech & Grech (2020), Hoppen et al. (2023), Hudays et al. (2022), Jericho et al. (2022), Khan et al. (2018), Lewis et al. (2020), Mavranzouli et al. (2020), McLean et al. (2022), Morina et al. (2021), Raghuraman et al. (2021), Wei & Chen (2021)	
	Qualität der Evidenz	
PTBS: moderat ⊕⊕⊕⊖	Depression: sehr niedrig ⊕⊖⊖⊖	Angst: sehr niedrig ⊕⊖⊖⊖
	Lebensqualität: moderat ⊕⊕⊕⊖	
	Konsensstärke: 92,9 % (Konsens)	
	*insbesondere folgende Interventionen werden aufgrund der robusten Evidenz empfohlen (alphabetische Aufzählung): Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR), Kognitive Therapie (KT), Kognitive Verarbeitungstherapie (Cognitive Processing Therapy, CPT), Narrative Expositionstherapie (NET), Prolongierte Exposition (PE).	

## Pharmakotherapeutische Verfahren

3.1	Evidenzbasierte Empfehlung	Neu (2026)	
Empfehlungsgrad <b>A</b> ↑↑	Bei der Behandlung der PTBS soll primär eine traumafokussierte Psychotherapie angeboten werden. Eine Pharmakotherapie ist die Behandlung der zweiten Wahl, beispielsweise bei Patient:innenpräferenz, unzureichendem Ansprechen oder fehlender Verfügbarkeit einer traumafokussierten Psychotherapie.		
Hofman et al. 2018, Hetrick et al. 2010, Hoskins et al. 2021, Kunzke et al. 2019, Lee et al. 2016, Merz et al. 2019*, Sonis & Cook 2019, Stewart & Wrobel 2009, Storm et al. 2021.			
Qualität der Evidenz			
PTBS: sehr niedrig ⊕⊖⊖⊖	Drop-out: sehr niedrig ⊕⊖⊖⊖	Depression: sehr niedrig ⊕⊖⊖⊖	Angst: sehr niedrig ⊕⊖⊖⊖
Konsensstärke: 92,6 % (Konsens)			
*GRADE-Profil			

## Adjuvante Verfahren

4.2	Evidenzbasierte Empfehlung	Neu (2026)	
Empfehlungsgrad <b>B</b> ↑	Personen mit (k)PTBS sollte Sport- und Bewegungstherapie als adjuvante Therapie in einem traumaspezifischen, multimodalen* Behandlungsplan angeboten werden.		
Bryant et al., 2023; Powers et al., 2015; Young-McCaughan et al., 2022; Rosenbaum et al. 2015			
Qualität der Evidenz			
PTBS-Symptome: sehr niedrig ⊕⊖⊖⊖	Depressionssymptome: niedrig ⊕⊕⊖⊖	Angstsymptome: niedrig ⊕⊕⊖⊖	
Konsensstärke: 92 % (Konsens)			

## Komplexe Posttraumatische Belastungsstörung

5.1	Evidenzbasierte Empfehlung	Neu (2026)	
Empfehlungsgrad <b>B</b> ↑	Für eine kPTBS nach ICD-11 sollte die psycho-therapeutische Behandlung mit einer Kombination traumafokussierter Techniken erfolgen, bei denen Schwerpunkte auf der Verarbeitung der Erinnerung an die traumatischen Erlebnisse und/oder ihrer Bedeutung liegen sowie auf Techniken zur Emotionsregulation, und zur Verbesserung des Selbstwertgefühls sowie von Beziehungsstörungen im Sinne der Bearbeitung dysfunktionaler zwischenmenschlicher Muster.		
Dorrepaal 2014, Karatzias 2019*, Corrigan 2020, Darby 2023, Bohus 2020, Karatzias 2024			
Qualität der Evidenz			
kPTBS-Symptome: niedrig ⊕⊕⊖⊖	PTBS-Symptome + 1, 2 oder 3 DSO-Symptome: niedrig ⊕⊕⊖⊖	Emotionsregulation: sehr niedrig ⊕⊖⊖⊖	
Negatives Selbstkonzept: sehr niedrig ⊕⊖⊖⊖	Interpersonale Schwierigkeiten: sehr niedrig ⊕⊖⊖⊖		
Konsensstärke: 90,9 % (Konsens)			
*GRADE-Profil			

## Komorbide Psychische Störungen

6.1	Evidenzbasierte Empfehlung	Neu (2026)	
Empfehlungsgrad <b>A ↑↑</b>	Patient:innen mit einer Posttraumatischen Belastungsstörung und komorbiden psychischen Störungen soll eine traumafokussierte Psychotherapie im Einzelsetting angeboten werden, bei der der Schwerpunkt auf der Auseinandersetzung mit den traumatischen Ereignissen und den dazugehörigen Kognitionen, Emotionen und Erinnerungen liegt.		
Grubaugh et al. 2021, Hien et al. 2023a, Roberts et al. 2022, Simpson et al. 2021, Slotema et al. 2020, Sin et al. 2017b			
Qualität der Evidenz			
PTBS-Symptome: sehr niedrig ⊕⊖⊖⊖	Lebensqualität: sehr niedrig ⊕⊖⊖⊖	Psychose: sehr niedrig ⊕⊖⊖⊖	Depression: sehr niedrig ⊕⊖⊖⊖
Angst: sehr niedrig ⊕⊖⊖⊖	Substanzkonsumstörung: sehr niedrig ⊕⊖⊖⊖	Alkoholkonsumstörung: sehr niedrig ⊕⊖⊖⊖	
Konsensstärke: 100 % (Starker Konsens)			

## Behandlung von älteren Personen

7.4	Konsensbasierte Empfehlung	Neu (2026)	
<b>EK</b>	Auch bei älteren Erwachsenen soll bei der Behandlung einer PTBS primär eine traumafokussierte Psychotherapie angeboten werden. Eine Pharmakotherapie ist die Behandlung der zweiten Wahl. Dabei sollen unerwünschte Wirkungen und Interaktionen zwischen den Medikamenten berücksichtigt werden. Nebenwirkungen von Medikamenten sollten von der PTBS-Symptomatik differentialdiagnostisch unterschieden werden.		
Yu et al. 2017, Treves et al. 2018			
Konsensstärke: 82,6 % (Konsens)			

## Behandlung von Erwachsenen mit Fluchthintergrund

8.2	Evidenzbasierte Empfehlung	Neu (2026)	
Empfehlungsgrad <b>B ↑</b>	PTBS-Patient:innen mit Fluchthintergrund sollte, wie anderen PTBS-Patient:innen auch, eine traumafokussierte Therapie angeboten werden.		
Nosè et al., 2017			
Qualität der Evidenz			
PTBS: sehr niedrig ⊕⊖ ⊖⊖			
Konsensstärke: 100 % (Starker Konsens)			

**Behandlung von Erwachsenen mit SIE**

9.1	Konsensbasierte Empfehlung	Neu (2026)
<b>EK</b>	Bis zum Vorliegen validierter diagnostischer Kriterien sollte sich die Beurteilung der Symptomatik an den Hinweisen des Diagnostic Manual – Intellectual Disability 2 (DM-ID2, Fletcher et al., 2018) orientieren. Dabei sollte berücksichtigt werden, dass sich Symptome einer (k)PTBS mit zunehmender Schwere der Störung der Intelligenzentwicklung unklarer zeigen und sich eher vegetativ, körperlich, psychomotorisch und auf der Verhaltensebene ausdrücken.	
	Konsensstärke: 100 % (Starker Konsens)	

**Diagnostik der PTBS bei Kindern und Jugendlichen**

10.1	Konsensbasierte Empfehlung	Neu (2026)
<b>EK</b>	Die Erhebung einer differenzierten kindlichen Traumaanamnese in Form eines Selbst- und eines Fremdberichtes soll Teil der Befunderhebung bei allen psychodiagnostischen Abklärungen im Kindes- und Jugendalter sein.	
	Landolt et al., 2013; Lewis et al., 2019	
	Konsensstärke: 100 % (Starker Konsens)	

## Behandlung der PTBS bei Kindern und Jugendlichen

11.2	Evidenzbasierte Empfehlung	Neu (2026)
Empfehlungsgrad <b>A ↑↑</b>	Kindern und Jugendlichen mit einer Posttraumatischen Belastungsstörung soll eine traumafokussierte Psychotherapie* im Einzelsetting angeboten werden, bei der der Schwerpunkt auf der Auseinandersetzung mit den traumatischen Ereignissen und den dazugehörigen Kognitionen, Emotionen und Erinnerungen liegt.	
Xiang et al., 2021; Hoppen et al., 2023; De Haan et al., 2024; Huang et al., 2022		
Qualität der Evidenz		
PTBS: moderat ⊕⊕⊕⊖	Depression: niedrig ⊕⊕⊖⊖	Angst: niedrig ⊕⊕⊖⊖
Funktionseinschränkung: sehr niedrig ⊕⊖⊖⊖	Externalisierende Verhaltensstörung: sehr niedrig ⊕⊖⊖⊖	
Konsensstärke: 77,1 % (Konsens)		
<p>*Kinder: Umfassendste Evidenz: Traumafokussierte Kognitive Verhaltenstherapie (TF-KVT nach Cohen et al.) Weitere Evidenz: Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR), Narrative Expositionstherapie (KidNET) bei kriegstraumatisierten aus LMICs</p> <p>*Jugendliche: Umfassendste Evidenz: Traumafokussierte Kognitive Verhaltenstherapie (TF-KVT nach Cohen et al.) Weitere Evidenz: Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR), Narrative Expositionstherapie (KidNET) bei kriegstraumatisierten aus LMICs, Prolongierte Exposition (PE), Kognitive Verarbeitungstherapie (Cognitive Processing Therapy, CPT), Kognitive Therapie (CT-PTSD)</p>		

## Allgemeine Behandlungsprinzipien

12.7	Evidenzbasierte Empfehlung	Neu (2026)
Empfehlungsgrad <b>B ↑</b>	Bei Hinweisen auf Partnerschaftsgewalt (Häusliche Gewalt) sollte Patient:innen mit (k)PTBS der Einbezug des spezifischen Fachberatungssystems in die Behandlung angeboten werden.	
Micklitz 2024		
Qualität der Evidenz		
PTBS: sehr niedrig ⊕⊖⊖⊖	Reduktion häusliche Gewalt: sehr niedrig ⊕⊖⊖⊖	Depression: sehr niedrig ⊕⊖⊖⊖
Lebensqualität: sehr niedrig ⊕⊖⊖⊖		
Konsensstärke: 92,3 % (Konsens)		

## 1. Geltungsbereich und Zweck

### 1.1 Zielsetzung und Fragestellung

Die Leitlinie soll zu einer Verbesserung der Versorgungsqualität und der interdisziplinären Kooperation bei der Versorgung betroffener Patient:innen beitragen. Neben den dynamischen Entwicklungen im Feld soll bei der Revision den besonderen Bedürfnissen wichtiger Betroffenen (weiter) Rechnung getragen werden, insbesondere von Kindern und Jugendlichen, Erwachsenen mit Störung der Intelligenzentwicklung, Personen mit Fluchthintergrund und älteren Menschen.

### 1.2 Versorgungsbereich

Die Leitlinie adressiert settingübergreifend die Diagnostik und Therapie von Personen mit PTBS. Dies umfasst sowohl die primär- und spezialärztliche Versorgung im ambulanten wie (teil-)stationären Bereich als auch die psychotherapeutische Versorgung.

### 1.3 Patient:innenzielgruppe

Die Zielgruppe dieser Leitlinie sind Erwachsene sowie Kinder und Jugendliche mit (k)PTBS einschließlich spezieller Zielgruppen (Personen mit kognitiven Einschränkungen, Personen mit Fluchthintergrund und ältere Personen).

### 1.4 Anwendendengruppe/Adressat:innen

Die Leitlinie richtet sich an Fachpersonen, 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 in spezialisierten ambulanten oder stationären Behandlungssettings. Sie richtet sich zudem an andere medizinische Fachbereiche wie die zahnärztliche Versorgung oder die Gynäkologie und Geburtshilfe.

### 1.5 Dokumente zur Anwendung der Leitlinie

- S3-Leitlinie Posttraumatische Belastungsstörungen
- Leitlinienreport
- Anlage 1: Anmerkungen der Patient:innenvertretung
- Anlage 2: Klinische PICO-Fragen
- Anlage 3: Suchstrategien
- Anlage 4: Flussdiagramme der Aggregierten Evidenz und Primärdaten
- Anlage 5: Evidenztabelle, GRADE-Profil, AMSTAR-2-Profil, RoB-2-Profil und SIGN-Profil
- Anlage 6: Angaben zu Interessenkonflikten
- Anlage 7: Informationsblatt für Betroffene
- Anlage 8: Ergänzende Ressourcen der AGs

Alle Inhalte der Leitlinie sind abrufbar unter: <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/155-001>  
Registernummer 155 - 001

## 2. Zusammensetzung der Leitliniengruppe

### 2.1 Leitlinienkoordination

#### **Leitlinienkoordination:**

Prof. Dr. med. Ingo Schäfer, MPH  
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf  
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie  
Martinistr. 52  
D-20246 Hamburg  
*i.schaefer@uke.de*

#### **Leitliniensekretariat:**

Britta Jacobsen  
*jacobsen@zis-hamburg.de*

Kirsten Lehmann  
*k.lehmann@uke.de*

#### **Steuergruppe:**

Prof. Dr. Thomas Ehring (Deutsche Gesellschaft für Psychologie)  
PD Dr. Ulrich Frommberger (Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie,  
Psychosomatik und Nervenheilkunde e.V.)  
Prof. Dr. Christine Knaevelsrud (Deutschsprachige Gesellschaft für Psychotraumatologie)  
Prof. Dr. Astrid Lampe (Österreichische Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und  
Psychosomatik)  
Prof. Dr. Dr. Andreas Maercker (Ad personam)  
Prof. Dr. Paul Plener (Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie,  
Psychosomatik und Psychotherapie e.V.)  
Prof. Dr. Rita Rosner (Kinder- und Jugendlichen Psychotherapie Verhaltenstherapie)  
Prof. Dr. Ingo Schäfer (Deutschsprachige Gesellschaft für Psychotraumatologie)  
Prof. Dr. Carsten Spitzer (Deutsches Kollegium für Psychosomatische Medizin)

## 2.2. Beteiligte Fachgesellschaften und Organisationen

Tabelle 1: Mitglieder der Leitliniengruppe

Mandatstragende einer Fachgesellschaft	Fachgesellschaft/ Organisation	Zeitraum
<b>Dr. Andrea Benecke</b>	Bundespsychotherapeutenkammer	01.09.2023 bis Projektende
<b>Prof. Dr. Dr. Niels Bergemann</b>	Deutsche Gesellschaft für Wehrmedizin und Wehrpharmazie e.V.	01.09.2023 bis Projektende
<b>PD Dr. Sarah Biedermann</b>	Deutsche Gesellschaft für Sexualforschung e.V.	01.09.2023 bis Projektende
<b>Dr. Karsten Böhm</b>	Eye Movement Desensitization and Reprocessing International Association (EMDRIA) Deutschland e.V.	01.09.2023 bis Projektende
<b>Prof. Dr. Martin Bohus</b>	Dachverband Dialektisch Behaviorale Therapie e.V.	01.09.2023 bis Projektende
<b>Volker Brünger</b>	Bundesverband für Ergotherapeut:innen in Deutschland BED e.V.	01.09.2023 bis Projektende
<b>Prof. Dr. Markus Burgmer</b>	Deutsches Kollegium für Psychosomatische Medizin e.V.	01.09.2023 bis Projektende
<b>Dr. Melanie Büttner</b>	Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Frauenheilkunde und Geburtshilfe e. V.; Deutsche Gesellschaft für Sexualforschung e.V.	01.09.2023 bis Projektende
<b>Prof. Dr. Martin Driessen</b>	Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e.V.	01.09.2023 bis Projektende
<b>Dr. Christian Dürich</b>	Deutsche Fachgesellschaft für tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie / psychodynamische Psychotherapie e.V.	01.09.2023 bis Projektende
<b>Dr. Marianne Eberhard-Kaechele</b>	Bundesarbeitsgemeinschaft Künstlerische Therapien e.V.	01.09.2023 bis Projektende
<b>Dr. Thomas Eger</b>	Deutsche Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde e.V.	01.09.2023 bis Projektende
<b>Prof. Dr. Thomas Ehring</b>	Deutsche Gesellschaft für Psychologie e.V.	01.09.2023 bis Projektende
<b>Dr. Rebekka Eilers</b>	Kinder- und Jugendlichen Psychotherapie Verhaltenstherapie e.V.	01.09.2023 bis Projektende
<b>Prof. Dr. Jörg Fegert</b>	Europäische Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie (European Society for Child and Adolescent Psychiatry)	01.09.2023 bis Projektende

<b>Mandatstragende einer Fachgesellschaft</b>	<b>Fachgesellschaft/ Organisation</b>	<b>Zeitraum</b>
<b>Prof. Dr. Thomas Frodl</b>	Deutsche Ärztliche Gesellschaft für Verhaltenstherapie e.V.	01.09.2023 bis Projektende
<b>PD Dr. Ulrich Frommberger</b>	Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e.V.	01.09.2023 bis Projektende
<b>Dr. Anna Georg</b>	Vereinigung Analytischer Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten in Deutschland e.V.	01.09.2023 bis Projektende
<b>Ute Graf</b>	Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin e.V.	01.09.2023 bis Projektende
<b>Timo Harfst</b>	Bundespsychotherapeutenkammer	01.09.2023 bis Projektende
<b>Sabrina Heizmann</b>	Bundesverband für Ergotherapeut:innen in Deutschland BED e.V.	01.09.2023 bis Projektende
<b>Michael Henrich</b>	Dachverband für Transkulturelle Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik im deutschsprachigen Raum e.V.	01.09.2023 bis Projektende
<b>Prof. Dr. Markus Herrmann</b>	Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin e.V.	01.09.2023 bis Projektende
<b>Dr. Arne Hofmann</b>	Eye Movement Desensitization and Reprocessing International Association (EMDRIA) Deutschland e.V.	01.09.2023 bis Projektende
<b>Dr. Marie Ilic</b>	Deutsche Gesellschaft für seelische Gesundheit bei Menschen mit geistiger Behinderung e.V.	01.09.2023 bis Projektende
<b>Dr. Ljiljana Joksimovic</b>	Dachverband für Transkulturelle Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik im deutschsprachigen Raum e.V.	01.09.2023 bis Projektende
<b>Dr. Gudrun Kallenbach</b>	Vereinigung Analytischer Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten in Deutschland e.V.	01.09.2023 bis 11.11.2024
<b>Prof. Dr. Eva-Marie Kessler</b>	Deutsche Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie e.V.	01.09.2023 bis Projektende
<b>Prof. Dr. Falk Kiefer</b>	Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie e.V.	01.09.2023 bis Projektende
<b>Prof. Dr. Christine Knaevelsrud</b>	Deutschsprachige Gesellschaft für Psychotraumatologie e.V.	01.09.2023 bis Projektende
<b>Prof. Dr. Volker Köllner</b>	Deutsche Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften e.V.	01.09.2023 bis Projektende

<b>Mandatstragende einer Fachgesellschaft</b>	<b>Fachgesellschaft/ Organisation</b>	<b>Zeitraum</b>
<b>Diana Konrads</b>	Deutsche Fachgesellschaft Psychiatrische Pflege e.V.	01.09.2023 bis Projektende
<b>Diana Krämer</b>	Deutscher Verband Ergotherapie e.V.	01.09.2023 bis Projektende
<b>Ilka Kraugmann</b>	Unabhängige Beauftragte für Fragen des sexuellen Kindesmissbrauchs	01.09.2023 bis Projektende
<b>Prof. Dr. Johannes Kruse</b>	Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie e.V.	01.09.2023 bis Projektende
<b>Dr. Wolfgang Kupsch</b>	Deutsche Gesellschaft für klinische Psychotherapie, Prävention und Psychosomatische Rehabilitation e.V.	01.09.2023 bis Projektende
<b>Andreas Lachnit</b>	Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e.V.	01.09.2023 bis Projektende
<b>Prof. Dr. Astrid Lampe</b>	Österreichische Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik	01.09.2023 bis Projektende
<b>Prof. Dr. Markus Landolt</b>	Schweizerische Vereinigung für Kinder- und Jugendpsychologie	01.09.2023 bis Projektende
<b>Dr. Barbara Leidl</b>	Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e.V.	01.09.2023 bis Projektende
<b>Prof. Dr. Reinhard Lindner</b>	Deutsche Gesellschaft für Geriatrie e.V.	01.09.2023 bis Projektende
<b>Thorsten Linne-Rotermund</b>	Bundesarbeitsgemeinschaft Künstlerische Therapien e.V.	01.09.2023 bis Projektende
<b>Prof. Dr. Annett Lotzin</b>	Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie e.V.	01.09.2023 bis Projektende
<b>Prof. Dr. Brigitte Lueger-Schuster</b>	Berufsverband Österreichischer PsychologInnen	01.09.2023 bis Projektende
<b>Dr. Wolf Lütje</b>	Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Frauenheilkunde und Geburtshilfe e.V.	01.09.2023 bis Projektende
<b>Dr. Birgit Mayer</b>	Swiss Society for Health in Intellectual Disability	01.09.2023 bis Projektende
<b>Prof. Dr. Thomas Messer</b>	Deutsche Ärztliche Gesellschaft für Verhaltenstherapie e.V.	01.09.2023 bis Projektende
<b>Prof. Dr. Frank Neuner</b>	Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie e.V.	01.09.2023 bis Projektende

Mandatstragende einer Fachgesellschaft	Fachgesellschaft/ Organisation	Zeitraum
<b>Antje Orwat-Fischer</b>	Deutsche Fachgesellschaft für tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie / psychodynamische Psychotherapie e.V.	01.09.2023 bis Projektende
<b>Prof. Dr. Paul Plener</b>	Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e.V.	01.09.2023 bis Projektende
<b>Heinrich Rau</b>	Psychotraumazentrum der Bundeswehr	01.09.2023 bis Projektende
<b>Olaf Reddemann</b>	Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin e.V.	01.09.2023 bis Projektende
<b>Prof. Dr. Gitta Reuner</b>	Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin e.V.	01.09.2023 bis Projektende
<b>Jaqueline Rixe</b>	Deutsche Fachgesellschaft Psychiatrische Pflege e.V.	01.09.2023 bis Projektende
<b>Prof. Dr. Stefan Röpke</b>	Deutsche Gesellschaft für Biologische Psychiatrie e.V.	01.09.2023 bis Projektende
<b>Prof. Dr. Rita Rosner</b>	Kinder- und Jugendlichen Psychotherapie Verhaltenstherapie e.V.	01.09.2023 bis Projektende
<b>Prof. Dr. Tanja Sappok</b>	Deutsche Gesellschaft für seelische Gesundheit bei Menschen mit geistiger Behinderung e.V.	01.09.2023 bis Projektende
<b>Prof. Dr. Ingo Schäfer</b>	Deutschsprachige Gesellschaft für Psychotraumatologie e.V.	01.09.2023 bis Projektende
<b>Dr. Eva Schäflein</b>	Deutsche Gesellschaft für Medizinische Soziologie e.V.	01.09.2023 bis Projektende
<b>Dr. Julia Schellong</b>	Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und ärztliche Psychotherapie e.V.	01.09.2023 bis Projektende
<b>Dr. Sandra Scheuer</b>	Arbeitsgemeinschaft für Neuropsychopharmakologie und Pharmakopsychiatrie e.V.	01.09.2023 bis Projektende
<b>Dr. Ulrike Schmidt</b>	Arbeitsgemeinschaft für Neuropsychopharmakologie und Pharmakopsychiatrie e.V.	01.09.2023 bis Projektende
<b>Anke Schreiner</b>	Deutscher Verband Ergotherapeuten e.V.	01.09.2023 bis Projektende
<b>Dr. Sarah Schroth</b>	Deutsche Gesellschaft für klinische Psychotherapie, Prävention und Psychosomatische Rehabilitation e.V.	01.09.2023 bis Projektende

<b>Mandatstragende einer Fachgesellschaft</b>	<b>Fachgesellschaft/ Organisation</b>	<b>Zeitraum</b>
<b>Prof. Dr. Carsten Spitzer</b>	Deutsches Kollegium für Psychosomatische Medizin e.V.	01.09.2023 bis Projektende
<b>Alex Stern</b>	Unabhängige Beauftragte für Fragen des sexuellen Kindesmissbrauchs	01.09.2023 bis Projektende
<b>Dr. Gerd Willmund</b>	Psychotraumazentrum der Bundeswehr	01.09.2023 bis Projektende
<b>Prof. Dr. Lutz Wittmann</b>	Deutsche Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie e.V.	01.09.2023 bis Projektende
<b>Dr. Thomas Wochele-Thoma</b>	Österreichische Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik	01.09.2023 bis Projektende
<b>Prof. Dr. Susanne Wurm</b>	Deutsche Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie e.V.	01.09.2023 bis Projektende
<b>Weitere Teilnehmende</b>	<b>Funktion &amp; Fachgesellschaft/ Organisation</b>	<b>Zeitraum</b>
<b>Prof. Dr. Dr. Andreas Maercker</b>	Steuergruppenmitglied	01.09.2023 bis Projektende
<b>Dr. Rahel Bachem</b>	AG- Mitarbeit	01.09.2023 bis Projektende
<b>Prof. Dr. Robert Bering</b>	AG- Mitarbeit	01.09.2023 bis Projektende
<b>Prof. Dr. Maria Böttche</b>	AG- Mitarbeit	01.09.2023 bis Projektende
<b>Dr. Laycen Chuey-Ferrer</b>	AG- Mitarbeit	01.09.2023 bis Projektende
<b>Prof. Dr. Ulrich Elbing</b>	AG- Mitarbeit	01.09.2023 bis Projektende
<b>Prof. Dr. Heide Glaesmer</b>	AG- Mitarbeit	01.09.2023 bis Projektende
<b>Prof. Dr. Birgit Kleim</b>	AG- Mitarbeit	01.09.2023 bis Projektende
<b>Cosima Leithner</b>	AG- Mitarbeit, Leitliniensekretariat	01.09.2023 bis Projektende
<b>Prof. Dr. Tanja Michael</b>	AG- Mitarbeit	01.09.2023 bis Projektende

Weitere Teilnehmende	Funktion & Fachgesellschaft/ Organisation	Zeitraum
<b>Dr. Helen Niemeyer</b>	AG- Mitarbeit	01.09.2023 bis Projektende
<b>Dr. Laura Nohr</b>	AG- Mitarbeit	01.09.2023 bis Projektende
<b>Prof. Dr. Cedric Sachser</b>	AG- Mitarbeit	01.09.2023 bis Projektende
<b>Prof. Dr. Inga Schalinski</b>	AG- Mitarbeit	01.09.2023 bis Projektende
<b>Bianca Schreyer</b>	AG- Mitarbeit, Leitliniensekretariat	01.09.2023 bis Projektende
<b>Verena Semmlinger</b>	AG- Mitarbeit	01.09.2023 bis Projektende
<b>Dr. Nadine Stammel</b>	AG- Mitarbeit	01.09.2023 bis Projektende
<b>Prof. Dr. Regina Steil</b>	AG- Mitarbeit	01.09.2023 bis Projektende
<b>Dr. Kerstin Stellermann-Strehlow</b>	AG- Mitarbeit	01.09.2023 bis Projektende
<b>PD Dr. Myriam Thoma</b>	AG- Mitarbeit	01.09.2023 bis Projektende
<b>Prof. Dr. Roland Weierstall-Pust</b>	AG- Mitarbeit	01.09.2023 bis Projektende

Die Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft und Deutsche Gesellschaft für Physiotherapiewissenschaft konnten aufgrund von mangelnder personeller Ressourcen nicht teilnehmen. Als mögliche Patient:innenvertretung wurde die Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e.V. angefragt, diese konnten jedoch aufgrund von mangelnder personeller Ressourcen nicht teilnehmen.

### 2.3 Patient:innenbeteiligung

Die Leitlinie wurde unter direkter Beteiligung von Vertretenden der Patient:innen erstellt. Frau Ilka Kraugmann und Herr Alex Stern des Betroffenenrats der Unabhängigen Bundesbeauftragten für Fragen des sexuellen Kindesmissbrauchs (UBSKM) waren stimmberechtigt und vom 01.09.2023 bis zum Ende des Projekts an der Erstellung der Leitlinie beteiligt. Als zusätzliche Patient:innenvertretung wurde die Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e.V. angefragt, die jedoch aufgrund von mangelnden personellen Ressourcen nicht teilnehmen konnte.

#### **2.4 Methodische Begleitung**

Bei der Erstellung/Aktualisierung wurde die Leitlinie durch Prof. Dr. Ina B. Kopp und Frauke Schwier, AWMF Leitlinienberaterinnen, methodisch beraten und neutral moderiert.

Die Evidenzaufbereitung erfolgte durch Mitarbeitende des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf (Britta Jacobsen (BJ) und Kirsten Lehmann (KL)), der Ludwig-Maximilians-Universität München (Cosima Leithner (CL)) und der Katholischen Universität Eichstätt-Ingolstadt (Bianca Schreyer (BS)).

## 3.1 Diagnostik

*Laura Nohr, Christine Knaevelsrud, Niels Bergemann, Markus Burgmer, Brigitte Luegerschuster, Heinrich Rau, Gerd D. Willmund, & Helen Niemeyer*

### 3.1.1 Einleitung

Die weltweite Prävalenz von mindestens einem potenziell traumatischen Ereignis in der Lebensgeschichte beträgt 70,4% (1). Als Folge eines oder mehrerer solcher Ereignisse entwickeln 24% der Personen im Laufe ihres Lebens eine Posttraumatische Belastungsstörung (2). Die 1-Monatsprävalenz der PTBS liegt in Deutschland bei 1,5% (3). Für die im ICD-11 neu aufgenommene Diagnose der komplexen Posttraumatischen Belastungsstörung (kPTBS) zeigen aktuelle Studien Prävalenzen zwischen 0,5% (1-Monatsprävalenz in Deutschland;) (3) und bis zu 13% (4) Lebenszeitprävalenz in Großbritannien; vgl. (3, 5). Demzufolge entwickelt nur ein Teil der Personen, die (mindestens) ein potenziell traumatisches Ereignis im Laufe ihres Lebens erleben, anschließend eine (k)PTBS als Traumafolgestörung. Daher sind die zentralen Bausteine der Diagnostik der (k)PTBS die Erfassung von traumatischen Ereignissen in der Lebensgeschichte sowie von assoziierten Folgen auf symptomatischer und funktionaler Ebene. Für die Diagnosestellung in klinischer Praxis und Forschung sind die definierten Kriterien nach der International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (6) - bzw. ab ihrer Gültigkeit nach der aktualisierten Version ICD-11 - und/oder nach dem Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (7) relevant. Teilweise unterscheiden sich die diagnostischen Kriterien in der ICD-10 bzw. ICD-11 und dem DSM-5 voneinander, sodass sich je nach verwendetem Klassifikationssystem Unterschiede in der Diagnosestellung ergeben können. Sollte eine Person in der Traumaanamnese mehr als ein potenziell traumatisches Ereignis beschreiben, so ist zunächst das Ereignis zu bestimmen, das aktuell als subjektiv am stärksten belastend erlebt wird, und für das die darauf bezogene Symptomatik erhoben wird (sog. Indextrauma).

Nicht jedes potenziell traumatische Lebensereignis oder jeder schwere Stressor führt zur Entwicklung einer PTBS. Traumabezogene Reaktionen oder Symptome nach belastenden Ereignissen sind nicht mit dem Vorliegen einer (k)PTBS gleichzusetzen. Akute Belastungsreaktionen und Anpassungsstörungen können auftreten und sind häufig selbstlimitierend. Eine Entwicklung hin zu einer PTBS ist möglich, jedoch nicht der Regelfall und bedarf einer sorgfältigen differenzialdiagnostischen Abklärung.

Die spezifische Diagnosestellung der (k)PTBS sollte in eine Gesamtdiagnostik eingebettet sein, welche die Aus- und Nachwirkungen der traumatischen Erfahrung auf die aktuelle Lebenssituation, komorbide Erkrankungen sowie Chronifizierungsfolgen erfasst, aber auch salutogenetische Faktoren und den prätraumatischen Status erfragt.

Störungsimmanente Aspekte, wie eine reduzierte zwischenmenschliche Vertrauensfähigkeit, insbesondere nach interpersonellen Traumatisierungen, oder auch Schwierigkeiten einzelne Aspekte des Traumas/der Traumatisierungen wiederzugeben (z.B. bei dissoziativen

Symptomen) können auch in der Diagnostik der (k)PTBS relevant werden. Hilfreich sind u.a. die Herstellung einer sicheren, störungsfreien Gesprächsatmosphäre und Berücksichtigung von spezifischen Kontrollbedürfnissen, u.a. adäquates Eingehen auf notwendige Rahmenbedingungen (ausreichender körperlicher Abstand zur Untersuchungsperson, ggf. Türen offenlassen, Entfernen von Auslösereizen im Gesprächsraum) sowie ein aktives Erfragen der posttraumatischen Belastungssymptome, da viele Patient:innen nicht spontan davon berichten. Möglicherweise kann es durch die Auseinandersetzung mit den eigenen Symptomen kurzfristig zu einem Anstieg der subjektiven Belastung kommen. In der Regel halten diese negativen emotionalen Zustände aber nicht an (8).

Vor dem Hintergrund der Evidenz und basierend auf Expert:innenwissen wurden neun Empfehlungen im Expert:innengremium formuliert. Die Empfehlungen beruhen auf verschiedenen Stichproben und Populationen (z.B. Einsatzkräfte des Militärs, Allgemeinbevölkerung, oder klinische Stichproben mit Verdacht auf (k)PTBS). Für spezifische Gruppen können sich ggf. Anpassungen des Vorgehens als günstig erweisen, wie z.B. eine sprachliche und kulturelle Adaptation bei Menschen mit Migrations- oder Fluchterfahrung, oder bei Personen mit Störung der Intelligenzentwicklung.

Im Anlage 8 befinden sich zusätzliche Informationen (hilfreiche Webseiten), welche nicht in diesem Kapitel abgebildet sind.

### **3.1.2 Klinische Fragestellungen**

1. Welches der ausgewählten, in deutscher Sprache verfügbaren Instrumente zeigt bei der Anwendung an Personen, bei denen ein Verdacht auf PTBS (entsprechend ICD-10-, ICD-11- bzw. DSM-5-Kriterien) geprüft werden soll, eine zufriedenstellende Güte?
2. Welches der ausgewählten, in deutscher Sprache verfügbaren Instrumente zeigt bei der Anwendung an Personen, bei denen ein Verdacht auf kPTBS (entsprechend ICD-11-Kriterien) geprüft werden soll, eine zufriedenstellende Güte?
3. Welche der ausgewählten, in deutscher Sprache verfügbaren Instrumente zur Erfassung der psychosozialen Funktionsfähigkeit und/oder Lebensqualität zeigen bei der Anwendung an Personen mit (k)PTBS (entsprechend ICD-10-, ICD-11- bzw. DSM-5-Kriterien) eine zufriedenstellende Güte?

### 3.1.3 Empfehlungen

1.1	Konsensbasierte Empfehlung	Neu (2026)
<b>EK</b>	Bei jeder psychodiagnostischen Befund- und Anamneseerhebung im Erwachsenenalter soll erfasst werden, ob ein potenziell traumatisches Ereignis in der Lebensgeschichte erlebt wurde.	
	vgl. Bovin et al. (2021); Greene et al. (2016); Padin et al. (2022); Schnurr et al. (2021)	
	Konsensstärke: 95,8 % (Starker Konsens)	

1.2	Konsensbasierte Empfehlung	Neu (2026)
<b>EK</b>	Wenn mindestens ein potenziell traumatisches Ereignis berichtet wird oder unklar ist, ob potenziell traumatische Ereignisse in der Lebensgeschichte erlebt wurden, soll eine differenzierte Traumaanamnese erfolgen.	
	vgl. Weathers et al. (2013); Weis et al. (2022)	
	Konsensstärke: 100 % (Starker Konsens)	

1.3	Konsensbasierte Empfehlung	Neu (2026)
<b>EK</b>	Wenn keine differenzierte Traumaanamnese möglich ist, sollen PTBS-Screeninginstrumente eingesetzt werden.	
	vgl. Baker et al. (2024); Baker & Smith (2023); Bohnert et al. (2016); Cameron et al. (2024) Greene et al. (2016); Magwood et al. (2023); Van den Berk-Clark et al. (2021)	
	Konsensstärke: 96 % (Starker Konsens)	

1.4	Konsensbasierte Empfehlung	Neu (2026)
<b>EK</b>	Bei Vorliegen mindestens eines potenziell traumatischen Ereignisses soll zur Unterstützung der (k)PTBS-Diagnostik ein strukturiertes Interview angewandt werden oder die Erfassung der posttraumatischen Symptomatik mittels eines validierten Selbstberichtsinstrumentes erfolgen. Wenn möglich, ist ein strukturiertes Interview zu bevorzugen.	
	vgl. Margraf & Schneider (2009); Schellong et al. (2019)	
	Konsensstärke: 87,5 % (Konsens)	

1.5	Konsensbasierte Empfehlung	Neu (2026)
<b>EK</b>	Als strukturierte Interviews sollen aufgrund ihrer psychometrischen Güte die deutschen Versionen des ITI (International Trauma Inventory, ICD-11) oder der CAPS-5 (Clinician-Administered PTSD Scale for DSM-5) zur Diagnostik der PTBS genutzt werden.	
	vgl. Bachem et al. (2024); Wojutari et al. (2024)	
	Konsensstärke: 92 % (Konsens)	

1.6	Konsensbasierte Empfehlung	Neu (2026)
<b>EK</b>	Als Selbstberichtsinstrumente sollen aufgrund ihrer psychometrischen Güte die deutschen Versionen der PCL-5 (PTSD Checklist for DSM-5), der PDS-5 (PTSD Diagnostic Scale for DSM-5) oder des ITQ (International Trauma Questionnaire, ICD-11) zur Erfassung der posttraumatischen Symptomatik verwendet werden.	
	vgl. Forkus et al. (2023); Pettrich et al. (2024); Wittmann et al. (2021)	
	Konsensstärke: 96 % (Starker Konsens)	

1.7	Konsensbasierte Empfehlung	Neu (2026)
<b>EK</b>	Als strukturiertes Interview soll aufgrund der psychometrischen Güte die deutsche Version des ITI (International Trauma Inventory, ICD-11) zur Diagnostik der kPTBS genutzt werden.	
	vgl. Bachem et al. (2024); Seiler et al. (2023)	
	Konsensstärke: 100 % (Starker Konsens)	

1.8	Konsensbasierte Empfehlung	Neu (2026)
<b>EK</b>	Als Selbstberichtsinstrument soll aufgrund der psychometrischen Güte die deutsche Version des ITQ (International Trauma Questionnaire, ICD 11) zur Erfassung der komplexen posttraumatischen Symptomatik verwendet werden.	
	vgl. Seiler et al. (2023)	
	Konsensstärke: 100 % (Starker Konsens)	

1.9	Konsensbasierte Empfehlung	Neu (2026)
<b>EK</b>	Im Rahmen der Diagnostik der (k)PTBS sollte die psychosoziale Funktionsfähigkeit und/oder Lebensqualität mit erhoben werden. Zur Erfassung sollten diagnoseübergreifende reliable und valide Instrumente eingesetzt werden.	
	vgl. Benfer & Litz (2023); Mahony & Marx (2020); Rodriguez et al. (2012); Scoglio et al. (2022)	
	Konsensstärke: 91,3 % (Konsens)	

### **3.1.4 Hintergrund der Evidenz**

#### **3.1.4.1 Hintergrundtext zur Empfehlung 1.1**

##### **Darlegung der Evidenzgrundlage**

Der psychodiagnostischen Befund- und Anamneseerhebung kommt für die weitere Behandlung eine weichenstellende Bedeutung zu. Hierbei ist es wichtig, eine ausreichend vertrauensvolle Beziehung herzustellen, die es dem/der Patient:in ermöglicht, sich mit den traumatischen Erfahrungen und möglichen Folgesymptomen auseinander zu setzen und diese mitzuteilen. Viele Betroffene vermeiden es, z.B. aufgrund von Schamerleben oder der störungsimmanenten Vermeidungssymptomatik, über erlebte Traumatisierungen zu sprechen, oder haben aufgrund von dissoziativer Symptomatik nur schwer Zugang, wodurch sowohl traumatische Erfahrungen als auch damit zusammenhängende Symptome ohne eine aktive Exploration übersehen werden können. Aufgrund der hohen Prävalenzen von potenziell traumatischen Ereignissen über die Lebensspanne hinweg und der (k)PTBS (1-3, 5, 9, 10) sowie einer häufigen Komorbidität von (k)PTBS mit anderen psychischen Erkrankungen (11-14), sollte daher auch bei Patient:innen, die nicht unmittelbar davon berichten und bei denen möglicherweise erst einmal ein anderes Anliegen im Vordergrund steht, aktiv nach Traumatisierungen und daraus resultierenden Belastungen gefragt werden, um diese nicht zu übersehen. Die (k)PTBS geht zudem mit einer Reihe von negativen gesundheitlichen Folgen einher, wie z.B. arteriellen, muskuloskelettalen, gastrointestinalen, dermatologischen, autoimmunen und zerebrovaskulären Erkrankungen (10, 15). Menschen mit (k)PTBS nehmen daher auch häufiger Gesundheitsleistungen in Anspruch (16, 17) und die erste Anlaufstelle für Personen mit traumatischen Erfahrungen und (k)PTBS-Symptomen können neben Psychotherapeut:innen auch Hausärzt:innen (oder andere Fachärzt:innen) aufgrund von körperlichen Symptomen sein. Studien aus dem Bereich der hausärztlichen Versorgung und anderen primären Versorgungskontexten zeigen, dass potenziell traumatische Ereignisse und mögliche (k)PTBS-Symptome hier nicht immer spontan berichtet werden (18). Vor Beginn einer Behandlung sollte auch deshalb eine gründliche Anamnese und Diagnostik durchgeführt werden, da es durch eine ausbleibende oder eine nicht indizierte Behandlung zur Chronifizierung und hohen gesellschaftlichen Kosten kommen kann und die Ressourcen des Gesundheitssystems nicht effizient eingesetzt werden (19, 20).

Eine aktive Erfragung im Rahmen einer umfassenden Befund- und Anamneseerhebung erlaubt gezielt eine darauffolgende, vertiefte Exploration (siehe Empfehlung 1.2) und anschließend ggf. eine traumaspezifische Diagnostik und Symptomerfassung (siehe Empfehlung 1.4). In Settings mit geringeren zeitlichen und personellen Ressourcen wird für die Anamnese auch der Einsatz von Screeninginstrumenten als sinnvoll erachtet (siehe Empfehlung 1.3).

### **Begründung des Empfehlungsgrades mit Darlegung der Abwägung von Nutzen und Schaden der Intervention**

Eine nicht erkannte und entsprechend behandelte Störung kann chronifizieren und zu einer dauerhaften und schweren Beeinträchtigung der psychischen und somatischen Gesundheit sowie des psychosozialen Funktionsniveaus und der gesellschaftlichen Teilhabe der Betroffenen führen (21-23). Bei Einhaltung des oben beschriebenen Vorgehens ist kein Schaden durch das Erfragen potenziell traumatischer Erfahrungen in der Lebensgeschichte zu erwarten. Daher wird bzgl. des proaktiven Erfragens von traumatischen Erfahrungen in der Lebensgeschichte nach Abwägung von Nutzen und Schaden eine starke Empfehlung ausgesprochen.

### **Personengruppen, auf die die Empfehlung nicht zutrifft/Alternativen**

Diese Empfehlung gilt für alle Personengruppen. Ggf. muss das Vorgehen individuell angepasst werden, z.B. indem zusätzlich fremdanamnestiche Informationen erhoben werden.

### **Angaben zur qualitativ guten Durchführung**

Die Erfassung erfolgt im Rahmen eines empathischen Anamnesegesprächs. Den Patient:innen wird dabei übermittelt, dass potenziell traumatische Ereignisse bei jede:r Patient:in unabhängig vom Vorstellungsgrund erfragt werden, damit nichts übersehen wird. Der/die Patient:in ist zu ermutigen, alle Fragen zu stellen, die sie oder er zur Befund- und Anamneseerhebung hat. Für die Bereitschaft von Patient:innen, von ihren Traumatisierungen zu berichten, wird Wertschätzung ausgedrückt. Eine ausführliche Exploration aller potenziell traumatischen Erfahrungen ist im Erstgespräch nicht notwendig; in Folge kann eine ausführliche Traumaanamnese durchgeführt werden (siehe Empfehlung 1.2).

## **3.1.4.2 Hintergrundtext zur Empfehlung 1.2**

### **Darlegung der Evidenzgrundlage**

Das Ziel einer Traumaanamnese besteht darin, zu erfassen, welche potenziell traumatischen Ereignisse eine Person in ihrer Lebensgeschichte erlebt hat. Ziel ist es die Ereignisse zu identifizieren, die zu emotionalen Reaktionen führten. Dem Risiko, eine (k)PTBS zu entwickeln, liegt zudem ein Dosis-Wirkungs-Effekt zugrunde: Je häufiger und schwerer die traumatischen Erfahrungen sind, desto wahrscheinlicher entwickelt sich eine PTBS-Symptomatik (24). Eine differenzierte Traumaanamnese erlaubt mehr Details zu potenziell traumatischen Ereignissen zu erfragen. Dabei kann u.a. erfragt werden, wie viele potenziell traumatische Ereignisse erlebt wurden, wann diese erlebt wurden, ob sie selbst erlebt oder beobachtet wurden, inwiefern sie subjektiv als traumatisch erlebt wurden, etc. Diese Informationen bereiten ggf. eine weiterführende (k)PTBS-Diagnostik sowie darüber hinaus eine weiterführende (Differential-)Diagnostik vor, da potenziell traumatische Ereignisse in der Lebensgeschichte auch einen Risikofaktor für weitere psychische Störungen darstellen. Weiterhin können so

potenzielle Retraumatisierungen identifiziert werden und eine Akkumulation (Traumaload) erkannt werden (25-28).

Bei der Traumaanamnese ist es in der Regel initial nicht notwendig bzw. indiziert, Details der traumatischen Erfahrungen zu explorieren, sondern ausreichend, zunächst eine kurze Beschreibung des Erlebten zu erheben. Ein Instrument für die Traumaanamnese ist die Life Events Checklist für das DSM-5 (LEC-5)(29), die 17 potenziell traumatische Ereignisse bzw. Kategorien enthält. Sie ist als Interview oder als Selbstbericht durchführbar. Die LEC-5 weist in der englischsprachigen Version gute psychometrische Kennwerte auf z.B. (30). Sie ist frei erhältlich, auch in der deutschen Version. Eine Abklärung akuter Bedrohung ist zu diesem Zeitpunkt äußerst relevant. In der Diagnostik, insbesondere bei zwischenmenschlichen Traumatisierungen in der Vorgeschichte, sind Fragen dazu, ob es im Leben der Person aktuell weiterhin bzw. erneut potenziell traumatische Ereignisse gibt, wichtig. Wenn der Verdacht auf anhaltende körperliche oder sexuelle Gewalt oder Sicherheitsbedenken bestehen, ist es unerlässlich zu besprechen, wie die Sicherheit der Person erhöht werden kann.

Nach potenziell traumatischen Ereignissen kann es zu unterschiedlichen Belastungsreaktionen kommen. Der Zweck einer (k)PTBS-Diagnostik besteht im Folgeschritt darin, festzustellen, ob die Person (k)PTBS-Symptome aufweist, die mit einem oder mehreren der identifizierten Belastungen verursachenden Ereignisse zusammenhängen. Sowohl die differenzierte Traumaanamnese als auch die anschließende Diagnostik potenzieller (k)PTBS- Symptome sollen durch einschlägig qualifizierte Personen durchgeführt werden.

### **Begründung des Empfehlungsgrades mit Darlegung der Abwägung von Nutzen und Schaden der Intervention**

Eine ausführliche Traumaanamnese ist weichenstellend für den weiteren Verlauf der Diagnostik. Nach Abwägung von Nutzen und Schaden einer ausführlichen Traumaanamnese wird eine starke Empfehlung ausgesprochen.

### **Personengruppen, auf die die Empfehlung nicht zutrifft/Alternativen**

Diese Empfehlung gilt für alle Personengruppen. Ggf. muss das Vorgehen individuell angepasst werden, z.B. indem zusätzlich fremdanamnestische Informationen erhoben werden.

### **Angaben zur qualitativ guten Durchführung**

Dem/der Patient:in wird zu Beginn das Vorgehen und der Ablauf der Traumaanamnese erläutert, und der/die Patient:in ist zu ermutigen, auch hier alle Fragen zu stellen, die er/sie zur Traumaanamnese hat. Es gelten die in der Einleitung allgemein beschriebenen Empfehlungen zur qualitativ guten Durchführung diagnostischer Gespräche.

### **3.1.4.3 Hintergrundtext zur Empfehlung 1.3**

#### **Darlegung der Evidenzgrundlage**

Wie oben beschrieben, ist es zentral, potenziell traumatische Erfahrungen und daraus resultierende Symptome und Beeinträchtigungen in verschiedenen Behandlungskontexten proaktiv zu erfragen. Wenn keine differenzierte Traumaanamnese möglich ist, sollen PTBS-Screeninginstrumente eingesetzt werden. Screeninginstrumente ermöglichen eine verlässliche und ressourcenschonende erste Übersicht über potenziell traumatische Ereignisse in der Lebensgeschichte und/oder die PTBS-Symptomatik. So können Personen mit wahrscheinlicher PTBS verlässlich identifiziert und entsprechend passende Behandlungsangebote gemacht werden, was eine effiziente Nutzung verfügbarer Ressourcen im Gesundheitssystem erlaubt vgl. (18).

Aus verschiedenen Gründen kann eine differenzierte Traumaanamnese nicht möglich sein. Dies können sprachliche Barrieren sein, wenn Behandler:in und Patient:in nicht in einer gemeinsamen Sprache kommunizieren können z.B. bei Menschen mit Fluchterfahrung, die ein hohes Risiko für das Erleben eines traumatischen Ereignisses und für die Entwicklung einer Traumafolgestörung haben (31-33). Auch in anderen Kontexten, wie der hausärztlichen Versorgung oder anderen primären Versorgungskontexten gibt es zeitliche Restriktionen und weitere Hürden, die es nicht immer erlauben, eine ausführliche Traumaanamnese mit allen Patient:innen durchzuführen (34). In Populationen von Einsatzkräften, die im beruflichen Kontext wiederholt mit potenziell traumatischen Erfahrungen konfrontiert sein können (wie z.B. im Militär, bei Feuerwehr, Polizei und im Rettungsdienst), ist ein regelmäßiger und wiederholter Einsatz von Screeninginstrumenten ebenfalls eine Möglichkeit zur Identifikation von berufsbedingten Belastungen und möglichen Bedarfen (35, 36) .

Der Einsatz von reliablen und validen Screeninginstrumenten ist ein Schritt, um die Wahrscheinlichkeit zu erhöhen, dass anschließend eine gezielte ausführliche Traumaanamnese und (k)PTBS-Diagnostik bei Personen mit auffälligen Ergebnissen stattfindet (z.B. in Veteran:innen-Stichproben) (37, 38) und somit einer Chronifizierung und langfristigen Einschränkung der Gesundheit und Teilhabe vorgebeugt wird. Auch in Stichproben mit Menschen mit Fluchterfahrungen zeigen verschiedene Screeninginstrumente eine ausreichende psychometrische Güte und entsprechenden Nutzen für die kosteneffiziente Identifikation von weiteren Bedarfen (39). Als hilfreiche Instrumente haben sich der "Primary Care PTSD Screen for DSM-5" (PC-PTSD-5)(40) und die Kurzversionen der PCL-5 (41-43) erwiesen. Zudem hat sich die "Life Events Checklist for DSM-5" (LEC-5)(29) zur Erfassung potenziell traumatischer Ereignisse als geeignet für den Einsatz in verschiedenen Sprachen und Personengruppen gezeigt. In diesem Bereich fehlen allerdings internationale Übersichtsarbeiten und aggregierte Evidenz sowie Literatur für den deutschsprachigen Raum.

#### **Begründung des Empfehlungsgrades mit Darlegung der Abwägung von Nutzen und Schaden der Intervention**

Aufgrund des minimalen zeitlichen Aufwands und der breiten Verfügbarkeit von Screeninginstrumenten mit ausreichender psychometrischer Güte in der internationalen Literatur und dem Potenzial Personen mit potenzieller PTBS zu identifizieren, wird eine starke Empfehlung ausgesprochen, Screeninginstrumente zu verwenden, wenn keine differenzierte Traumaanamnese möglich ist. Der Aufwand und die Belastung der Patient:innen durch das Screeninginstrument ist minimal. Ein Schaden beim Einsatz von Screeninginstrumenten ist nicht zu erwarten, sodass der Nutzen deutlich überwiegt.

Wichtige Diskussionspunkte waren der optimale Einsatz der Screeninginstrumente. Dieser sollte gründlich abgewogen werden vor dem Hintergrund der verfügbaren (zeitlichen) Ressourcen, wenn keine differenzierte Traumaanamnese möglich ist.

### **Personengruppen, auf die die Empfehlung nicht zutrifft/Alternativen**

Diese Empfehlung gilt uneingeschränkt für alle Personengruppen, bei denen keine differenzierte Traumaanamnese möglich ist und die selbstständig in der Lage sind, ein Screeninginstrument auszufüllen.

### **Angaben zur qualitativ guten Durchführung**

Der Einsatz der Screeninginstrumente findet bestenfalls in einer ungestörten Umgebung und mit ausreichender Privatsphäre statt, sodass andere Personen keine Einblicke in die persönlichen Angaben haben. Screeninginstrumente können sowohl mit Papier und Stift als auch auf digitalen Endgeräten wie Tablets ausgefüllt werden. Nach einem positiven Screening sollten zeitnah weitere Schritte hinsichtlich einer umfassenden (k)PTBS-Diagnostik in die Wege geleitet werden.

#### **3.1.4.4 Hintergrundtext zur Empfehlung 1.4**

##### **Darlegung der Evidenzgrundlage**

In der Regel sollen systematische Instrumente ergänzend zu Anamnesegesprächen und einer sorgfältigen Exploration im klinischen Alltag eingesetzt werden, um die Diagnostik der (k)PTBS zu unterstützen. Grundsätzlich ist zwischen Selbstberichts- und Diagnoseinstrumenten zu unterscheiden. Letztere liegen meist als strukturierte klinische Interviews vor. Die Vorteile eines strukturierten klinischen Interviews liegen in einer höheren Beurteilerübereinstimmung und einer zuverlässigeren Diagnosestellung (44). Für die Verwendung von Interviews sollte ausreichend klinische Erfahrung mit Traumafolgestörungen vorliegen und die Anwendung der Interviews sollte in einer Schulung erlernt werden. Im Gegensatz zu klinischen Interviews ist die Anwendung von Selbstberichtsinstrumenten meist zeitökonomischer, da sie von dem/der Patient:in selbst ausgefüllt werden. Sie können wichtige Informationen über das gesamte Symptomspektrum sowie über Symptommhäufigkeit, -intensität und Beeinträchtigungsgrad geben. Zudem ergänzen und untermauern Selbstberichtsinstrumente den klinischen Eindruck.

Die Durchführung von strukturierten oder standardisierten Interviews, die ursprünglich zur Sicherung zuverlässiger Diagnosen im Bereich der Forschung entwickelt wurden, ist auch in der klinischen Praxis empfohlen (45). Strukturierte Interviews erlauben eine systematische Erfassung der entsprechenden Kriterien und durch die standardisierte Befunderhebung werden die Diagnosen und eine Einschätzung der aktuellen Symptomschwere zuverlässiger (44). Sie erlauben im Gegensatz zu Selbstberichtsinstrumenten eine Diagnosestellung. Selbstberichtsmaße erlauben eine systematische Erfassung der aktuellen Symptomschwere und ihres Verlaufs vor, während und nach der Behandlung, hingegen keine Diagnosestellung.

Die Verwendung von Interviews ist (zeit-)aufwändiger in der Vorbereitung und Durchführung als die von Selbstberichtsinstrumenten. Dafür ist mit Interviews eine umfassendere Befunderhebung möglich (46). Zeitliche Kapazitäten und die angestrebte Befundtiefe können miteinander abgewogen werden, um zu einer Entscheidung zu kommen. Bei geringeren zeitlichen Ressourcen ist statt der Durchführung von Interviews auch die Verwendung eines Selbstberichtsinstrumentes zur Erfassung der Traumaanamnese, der Symptomschwere oder auch als Screeninginstrument möglich (47). Vor der Durchführung sollten sich die Behandelnden mit dem jeweiligen Instrument ausreichend vertraut machen.

Nach der Diagnosestellung und/oder einer initialen Symptomerfassung mittels eines Selbstberichtsinstrumentes können letztere im therapeutischen Prozess auch zur Behandlungsplanung, zur Erfassung des therapeutischen Fortschritts im Therapieverlauf, und ggf. zur Anpassung des Vorgehens eingesetzt werden. Weiterhin ist zu bedenken, dass sowohl bei Interviews als auch bei Selbstberichtsinstrumenten Versionen für unterschiedliche Beurteilungszeiträume vorliegen und die Symptome entweder z.B. für die letzte Woche, den letzten Monat oder den schlechtesten Monat abgefragt werden können.

Folgende (psychometrische) Gütekriterien sind relevant und wurden in der diesem Kapitel zugrunde liegenden Literatur zur Untersuchung der Instrumente angewendet: 1. Validität; 2. Reliabilität; 3. Utility/Ökonomie; 4. Sensitivität für Veränderung.

### **Begründung des Empfehlungsgrades mit Darlegung der Abwägung von Nutzen und Schaden der Intervention**

Die Güte der Diagnose wird durch die Verwendung von Interviews erhöht, und Selbstberichtsinstrumente erlauben eine valide und reliable Erfassung der Symptomschwere. Je nach zeitlichen und personellen Ressourcen ist abzuwägen, welche Instrumente angewendet werden. Von der Anwendung ist kein Schaden zu erwarten, weshalb eine starke Empfehlung für den Einsatz von strukturierten klinischen Interviews und Selbstberichtsinstrumenten ausgesprochen wird. Diskutiert wurde die Machbarkeit der Umsetzung von strukturierten diagnostischen Interviews in der klinischen Praxis und die Abstufung, zwar generell Interviews und Selbstberichtsinstrumente zu empfehlen, aufgrund der Güte aber auf die bevorzugte Wahl der zeit- und durchführungsintensiveren Interviews hinzuweisen.

### **Personengruppen, auf die die Empfehlung nicht zutrifft/Alternativen**

Diese Empfehlung gilt für alle Personengruppen. Ggf. muss das Vorgehen individuell angepasst werden, z.B. indem zusätzlich fremdanamnestiche Informationen erhoben werden. Entsprechende Instrumente müssen möglicherweise an die Bedürfnisse von spezifischen Personengruppen angepasst werden.

### **Angaben zur qualitativ guten Durchführung**

Vor der Anwendung von strukturierten Interviews wird die Teilnahme an einer Schulung empfohlen. Bei der Verwendung und Auswertung von Interviews und Selbstberichtsinstrumenten sollte die Aufmerksamkeit weiterhin bei dem/der Patient:in liegen und nicht nur ein Wert eingetragen oder "abgelesen" werden. Wie auch generell bei der Anamnese gilt es, das Vorgehen mit dem/der Patient:in zu besprechen, es angemessen zu erklären, sowie die Fragen des/der Patient:in zu beantworten.

### **3.1.4.5 Hintergrundtext zur Empfehlung 1.5**

#### **Darlegung der Evidenzgrundlage**

Der Einsatz der beiden strukturierten Interviews ITI (International Trauma Inventory, ICD-11)(48) sowie CAPS-5 (Clinician-Administered PTSD Scale for DSM-5)(49) in ihren deutschen Versionen zur Unterstützung der Diagnostik der PTBS wird empfohlen, da es sich zum aktuellen Zeitpunkt um die beiden einzigen strukturierten Interviews zur Diagnostik der PTBS in deutscher Sprache mit ausreichender psychometrischer Güte handelt, die die Kriterien der PTBS nach aktuell oder zukünftig gültigen Klassifikationssystemen erfassen (ICD-10, ICD-11, DSM-5). Beide Instrumente sind frei zugänglich und können daher in den verschiedenen Versorgungskontexten kostenfrei eingesetzt werden.

Die Literatursuche wurde auf weitere Instrumente ausgeweitet, die im deutschsprachigen Bereich in der Praxis Anwendung finden, wie z.B. das CIDI-5 (Composite International Diagnostic Interview, Version 5)(50), das ETI (Essener Trauma Inventar)(51) oder das SCID-5-CV (Structured Clinical Interview for DSM-5, Clinician Version) (52, 53), wobei das ETI die diagnostischen Kriterien der PTBS nach DSM-IV erhebt und für die transdiagnostischen Instrumente CIDI-5 und SCID-5-CV keine ausreichenden Validierungsergebnisse der PTBS-Sektion in deutscher Sprache vorliegen. Bekannte und in der Praxis bewährte Instrumente wie das ETI bedürfen daher einer Aktualisierung, um eine Diagnostik anhand der aktuell und/ oder zukünftig gültigen Diagnosekriterien zu gewährleisten. Transdiagnostische Instrumente wie das CIDI-5 und SCID-5-CV können im klinischen Alltag eine Möglichkeit darstellen, die PTBS gleichzeitig mit anderen Komorbiditäten bzw. differentialdiagnostisch zu anderen Störungen zu betrachten. Auch hier werden Studien aus dem deutschen Sprachraum mit ausreichend hohen Anteilen an Patient:innen mit PTBS benötigt.

Weiterhin besteht eine Diskrepanz zwischen verfügbaren Instrumenten und Literatur im internationalen, in der Regel englisch-sprachigen Raum im Vergleich zum deutschen Sprachraum. Eine Vielzahl von Studien validieren die CAPS-5 in englischer Sprache, sowie vereinzelt in unterschiedlichen nicht-englischsprachigen Kontexten, und belegen die Güte des Instrumentes in verschiedenen Sprachen und Kulturen (54). Diese umfassende Validierung und Zuverlässigkeitsbewertung unterstützt die Verwendung der CAPS-5 als robustes Instrument zur Diagnose der PTBS in verschiedenen Bevölkerungsgruppen und Umgebungen.

Auch für das ITI gibt es international mehr Validierungsstudien als im deutschsprachigen Raum. Es liegen u.a. Studien aus Deutschland (55), Litauen (56), Schweden (57), Südkorea (58) und in einer Stichprobe von Menschen mit Fluchterfahrung (59) vor. Diese zeigen eine ausreichende psychometrische Güte für die Verwendung des ITI in verschiedenen Sprachen und Kontexten. Aggregierte Evidenz in Form von Meta-Analysen oder systematischen Literaturreviews zur Verwendung des ITI liegt noch nicht vor.

### **Begründung des Empfehlungsgrades mit Darlegung der Abwägung von Nutzen und Schaden der Intervention**

Die Nutzung von strukturierten diagnostischen Interviews wurde ausführlich im Hintergrundtext zur vierten Empfehlung dargestellt. Hinzu kommt, dass eine standardisierte Durchführung von Patient:innen in der Regel sehr gut akzeptiert wird (60). Ein unmittelbarer Schaden ist nicht zu erwarten. Zudem sind beide Instrumente frei zugänglich und somit in verschiedenen Kontexten gut nutzbar. Daher führte die Abwägung von Nutzen und Schaden zu einem starken Empfehlungsgrad für den Einsatz des ITI und der CAPS-5. Insbesondere bei der CAPS-5 handelt es sich um ein Instrument, das vor allem im Forschungskontext Anwendung findet. Gleichzeitig ist der Nutzen für die Praxis bei ausreichend vorhandenen zeitlichen Ressourcen ebenfalls gegeben. Das ITI stellt eine Alternative dar, mit der gleichzeitig PTBS und kPTBS diagnostiziert werden können. Die Anwendungsdauer wird aus Patient:innenperspektive als insgesamt gut eingeschätzt (55).

### **Personengruppen, auf die die Empfehlung nicht zutrifft**

Keine.

### **Angaben zur qualitativ guten Durchführung**

Für die qualitativ gute Durchführung der strukturierten Interviews CAPS-5 und ITI gelten dieselben Empfehlungen, die in der Einleitung sowie unter Empfehlung 4 beschrieben wurden.

## **3.1.4.6 Hintergrundtext zur Empfehlung 1.6**

### **Darlegung der Evidenzgrundlage**

Wir empfehlen den Einsatz der drei im deutschen Sprachraum psychometrisch validierten Selbstberichtsinstrumente PCL-5 (PTSD Checklist for DSM-5)(61), PDS-5 (PTSD Diagnostic Scale for DSM-5)(62) oder ITQ (International Trauma Questionnaire, ICD-11)(63) zur Erfassung der posttraumatischen Symptomatik. Diese Selbstberichtsinstrumente können in der Diagnostik zur Erhebung der Symptomschwere, während der Behandlung zur Verlaufsmessung und nach Abschluss der Behandlung zur Evaluation des Therapieerfolgs (auch im Rahmen von Katamnesen) eingesetzt werden. Eine Diagnosestellung basierend einzig auf Selbstberichtsinstrumenten ist nicht möglich. Bei den drei oben genannten Selbstberichtsinstrumenten handelt es sich zum aktuellen Zeitpunkt um die einzigen zur Erfassung der PTBS-Symptomschwere in deutscher Sprache mit ausreichender psychometrischer Güte, die die Symptome der PTBS nach aktuell oder zukünftig gültigen Klassifikationssystemen erfassen (ICD-10, ICD-11, DSM-5). Alle drei Instrumente sind kostenfrei im Internet verfügbar. Insbesondere der ITQ wird in diversen Sprachversionen angeboten (vgl. [www.traumameasuresglobal.com/itq](http://www.traumameasuresglobal.com/itq)), wodurch der Einsatz in verschiedenen Kontexten erleichtert wird. Insgesamt existiert eine Vielzahl an Studien im internationalen, in der Regel englisch-sprachigen Raum im Vergleich zum deutschen Sprachraum, die die psychometrische Güte der PCL-5 belegen. Diese umfassende, internationale Validierung und Zuverlässigkeitsbewertung unterstützt die Verwendung der PCL-5 als robustes Instrument zur Erhebung der Symptomschwere der PTBS in verschiedenen demographischen und klinischen Bevölkerungsgruppen und Umgebungen. Neben einer Validierungsstudie im deutschen Sprachraum (62) liegen weitere internationale Studien zur psychometrischen Güte des Selbstberichtsinstrumentes PDS-5 vor (z.B. Arabisch: (64); Englisch: (64, 65)). Auch für den ITQ gibt es international mehr Validierungsstudien (vgl. [www.traumameasuresglobal.com/itq](http://www.traumameasuresglobal.com/itq)) als im deutschsprachigen Raum (66). Es liegt zudem eine adaptierte Version für Menschen mit Störungen der Intelligenzentwicklung in englischer Sprache vor (67). Diese zeigen die psychometrische Güte für die Verwendung des ITQ in verschiedenen Sprachen und Kontexten. Aktuell gibt es keine weiteren Instrumente, die auf den Kriterien nach ICD-10, ICD-11 oder dem DSM-5 beruhen und in deutschen Stichproben ausreichend psychometrisch validiert wurden. Neben den beschriebenen Selbstberichtsinstrumenten wurde auch nach Literatur für die IES-R (Impact of Event Scale - revised)(68) gesucht. Diese beruht jedoch auf den DSM-IV-Kriterien und entspricht somit keinem aktuellen Klassifikationssystem, weshalb eine Aktualisierung und anschließende psychometrische Validierung notwendig ist, um die Erhebung der Symptome entsprechend aktuellen Kriterien zu gewährleisten.

### **Begründung des Empfehlungsgrades mit Darlegung der Abwägung von Nutzen und Schaden der Intervention**

Der Einsatz von Selbstberichtsinstrumenten vor, während und nach der Behandlung ist eine zusätzliche Möglichkeit des Symptommonitorings und kann einer Anpassung des therapeutischen Vorgehens und der Qualitätssicherung während der Behandlung dienen. Gleichzeitig sind Selbstberichtsinstrumente in der Regel leicht zu handhaben und auszuwerten und benötigen wenig zusätzliche Ressourcen des/der Behandler:in (45). Zudem sind die empfohlenen Instrumente frei zugänglich. Vor dem Hintergrund von Kosten und Nutzen

wurde eine starke Empfehlung zur Verwendung von Selbstberichtsinstrumenten zur Erfassung der Symptomschwere ausgesprochen.

### **Personengruppen, auf die die Empfehlung nicht zutrifft/Alternativen**

Diese Empfehlung bezieht sich auf alle Personengruppen, die ausreichend lesen können und in deren Sprache eine Version der Instrumente vorliegt. Für andere Personengruppen muss ggf. das Vorgehen den Umständen angepasst werden, z.B. mithilfe von Sprachmittlung oder anderer Unterstützung beim Ausfüllen der Selbstberichtsinstrumente.

### **Angaben zur qualitativ guten Durchführung**

Psychometrische Studien zur Anwendung der verschiedenen Selbstberichtsinstrumente in unterschiedlichen Populationen deuten darauf hin, dass sich je nach Merkmalen der Population (z.B. Alter, Geschlecht, Veteran:innen vs. Zivilist:innen) die Cut-off-Werte für eine klinisch bedeutsame PTBS-Symptomatik und/oder für eine klinisch bedeutsame Veränderung der Symptomatik unterscheiden können. Diese sollten bei der Anwendung berücksichtigt werden.

## **3.1.4.7 Hintergrundtext zur Empfehlung 1.7**

### **Darlegung der Evidenzgrundlage**

Bei der Diagnose der kPTBS handelt es sich um eine vergleichsweise neue diagnostische Kategorie, die erstmals mit der Einführung der ICD-11 in ein Klassifikationssystem aufgenommen wurde. Dementsprechend wird sie zukünftig auch im deutschsprachigen Versorgungssystem reliabel und valide diagnostiziert werden müssen. Bislang existiert ein strukturiertes diagnostisches Interview zur Diagnostik der kPTBS, das in einer psychometrisch validierten Version für den deutschen Sprachraum vorliegt. Das ITI wurde bereits im Hintergrundtext zu Empfehlung 5 vorgestellt. Die Vorteile des ITI liegen neben seiner internationalen Anwendung darin, dass es parallel die Diagnostik der PTBS und kPTBS ermöglicht und kostenfrei zugänglich ist. Um mithilfe der CAPS-5 ebenfalls kPTBS diagnostizieren zu können, wurde ein zusätzliches Set an Items entwickelt. Das COPISAC (Complex PTSD Item Set additional to the Clinician Administered PTSD Scale) wurde international bereits validiert und eingesetzt. Für den deutschen Sprachraum wird die psychometrische Güte aktuell untersucht (vgl. (69)). Ein weiteres im englischsprachigen Raum vorliegendes semi-strukturiertes Interview gemäß ICD-11 ist die SOTS (Symptoms of Trauma Scale). Sie wurde bislang noch nicht ins Deutsche übersetzt, und auch für die englische Version sind weitere Validierungsstudien notwendig (70).

### **Begründung des Empfehlungsgrades mit Darlegung der Abwägung von Nutzen und Schaden der Intervention**

Auch im Rahmen der Diagnostik einer kPTBS gelten die gleichen Vorteile und Abwägungen eines strukturierten diagnostischen Interviews wie bei der Diagnostik der PTBS. Aufgrund dessen wird eine starke Empfehlung für die Verwendung eines strukturierten diagnostischen Interviews ausgesprochen. Das ITI hat zusätzlich den Vorteil, dass beide Diagnosen in einem Interview erfasst werden.

#### **Personengruppen, auf die die Empfehlung nicht zutrifft/Alternativen**

Keine.

#### **Angaben zur qualitativ guten Durchführung**

Für die Durchführung des strukturierten Interviews ITI gelten dieselben Empfehlungen einer qualitativ guten Durchführung, die in der Einleitung sowie unter Empfehlung 4 beschrieben wurden.

### **3.1.4.8 Hintergrundtext zur Empfehlung 1.8**

#### **Darlegung der Evidenzgrundlage**

Wie unter 1.4.7 ausgeführt, handelt es sich bei der kPTBS um eine neue diagnostische Kategorie in der ICD-11. Zur zukünftigen reliablen und validen Erfassung der Symptomschwere der kPTBS vor, während und nach der Behandlung sind auch hier, wie bei der PTBS, Selbstberichtsinstrumente zu empfehlen. Bisher existiert mit dem ITQ ein Selbstberichtsinstrument zur Erfassung der Symptomschwere der kPTBS, das in einer psychometrisch validierten Version für den deutschen Sprachraum vorliegt. Der ITQ wurde bereits unter 1.4.5 vorgestellt. Die Vorteile des ITQ liegen in der parallelen Erfassung der Symptomschwere der PTBS und kPTBS, in dem kostenfreien Zugang und in der internationalen Anwendbarkeit. Bisher gibt es nur eine Studie für die Validierung der deutschen Version des ITQ (66) und es liegen keine weiteren Instrumente vor, die in deutschen Stichproben ausreichend psychometrisch validiert wurden. Insgesamt sind daher weitere Studien empfehlenswert, um eine valide Erfassung der kPTBS Symptomatik zu untersuchen. Für die Durchführung weiterer Studien spricht aus ethischer Sicht auch, dass eine Studienteilnahme von Personen mit PTBS in der Regel nicht als belastend empfunden wird, sondern sogar häufig als positiv und von gesellschaftlichem Nutzen erlebt wird. Bei der kPTBS gibt es bislang keine Hinweise darauf, dass dies hier anders sein sollte (71).

#### **Begründung des Empfehlungsgrades mit Darlegung der Abwägung von Nutzen und Schaden der Intervention**

Auch bei der Erfassung der Symptomschwere der kPTBS gelten die gleichen generellen Vorteile und Abwägungen des Einsatzes von Selbstberichtsinstrumenten wie bei der PTBS. Aufgrund dessen wird eine starke Empfehlung für die Verwendung eines

Selbstberichtsinstrumenten ausgesprochen. Der ITQ hat zusätzlich den Vorteil, dass Symptome beider Diagnosen in einem Instrument erfasst werden.

### **Personengruppen, auf die die Empfehlung nicht zutrifft**

Diese Empfehlung bezieht sich auf alle Personengruppen, die ausreichend lesen können und in deren Sprache eine Version des ITQ vorliegt. Für andere Personengruppen muss ggf. das Vorgehen den Umständen angepasst werden, z.B. mithilfe von Sprachmittlung oder anderer Unterstützung beim Ausfüllen der Selbstberichtsinstrumente.

### **Angaben zur qualitativ guten Durchführung**

Keine.

## **3.1.4.9 Hintergrundtext zur Empfehlung 1.9**

### **Darlegung der Evidenzgrundlage**

Im Rahmen einer ganzheitlichen Behandlung und Genesung sollten neben der Reduktion der störungsspezifischen (k)PTBS-Symptome auch Veränderungen im psychosozialen Funktionsniveau, der Lebensqualität und der gesellschaftlichen Teilhabe im diagnostischen Prozess berücksichtigt werden. Für das Leben und den Alltag von Personen mit (k)PTBS spielen Beeinträchtigungen in diesen Lebensbereichen eine wichtige Rolle. In einer umfassenden Befund- und Anamneseerhebung werden über den Fokus auf eine mögliche (k)PTBS und die Diagnose hinaus idealerweise auch die resultierenden Beeinträchtigungen der Aktivität und Teilhabe, die Familien-, Wohn- und Arbeitssituation, der gesundheitliche Status, und für die (k)PTBS relevante Faktoren wie Täterkontakte, dependente Gewaltbeziehungen, oder z.B. der Rechts- und Aufenthaltsstatus bei Menschen mit Fluchterfahrung erhoben. Diese Informationen können im Rahmen von rechtlichen Angelegenheiten nach Traumatisierungen im beruflichen Kontext, im Rahmen der Anwendung von Opferentschädigungsgesetzen und anderen zivilrechtlichen Prozessen von Relevanz sein. Weitere Erhebungen können im Verlauf der Behandlung sowie nach der Behandlung und während der Katamnesen sinnvoll sein. Die oben genannten Übersichtsarbeiten geben einen Überblick über die international, oft in Englisch verfügbaren Instrumente sowie ihre Stärken und Schwächen (72-75). Einige der oben genannten strukturierten diagnostischen Interviews und Selbstberichtsinstrumente (z.B. CAPS-5, ITI, PCL-5, ITQ) erfassen mit einzelnen Items die Beeinträchtigung durch die (k)PTBS-Symptomatik. Diese Items können bereits wichtige Informationen zu möglichen Beeinträchtigungen und/oder Veränderungen in diesen Bereichen geben. International gibt es bereits drei Instrumente, die Beeinträchtigungen des psychosozialen Funktionsniveaus, der Lebensqualität und der gesellschaftlichen Teilhabe spezifisch für PTBS erfassen: das IPF (Inventory of Psychosocial Functioning)(76), seine Kurzversion B-IPF (Brief Inventory of Psychosocial Functioning)(77) und das PRFI (Posttraumatic Stress Related Functioning Inventory)(78). Die ersten beiden Instrumente wurden im englischen Sprachraum und im

Kontext der Versorgung von Veteran:innen entwickelt und evaluiert. Zukünftig muss ihre Nützlichkeit für andere von (k)PTBS-betroffene Populationen und Sprachversionen untersucht werden. Bislang liegen in deutscher Sprache keine störungsspezifischen oder im Kontext der (k)PTBS psychometrisch validierten Messinstrumente vor. Verschiedene Instrumente zur Erhebung des psychosozialen Funktionsniveaus, der Lebensqualität und der gesellschaftlichen Teilhabe über verschiedene Störungsbilder hinweg liegen auch auf Deutsch vor, aber noch nicht immer in psychometrisch validierten Versionen. Zur Erfassung des psychosozialen Funktionsniveaus gehören dazu bspw. die folgenden Instrumente (vgl. Correll et al. 2025; (79)): die MOS SF-36 (Medical Outcomes Study 36-item Short-Form Health Survey)(80) und ihre Kurzform MOS SF-12 (Medical Outcomes Study 12-item Short-Form Health Survey; z.B. (81)) sowie die WHODAS 2.0 (World Health Organization Disability Assessment Schedule II) (82, 83). Zur Erhebung des Wohlbefindens im Kontext von PTBS eignet sich der PWI (Personal Wellbeing Index) (84). Zur Erfassung der Lebensqualität und Lebenszufriedenheit können der Q-LES-Q-SF (Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire - Short Form) (85, 86), die WHOQOL-BREF (World Health Organization Quality of Life Brief Version) (87) oder der WHO-5 (World Health Organization Well-Being Index) (88) eingesetzt werden. Darüber hinaus haben sich über Störungsbilder hinweg der EQ-5D-5L (European Quality of Life 5-Dimension 5-Level questionnaire) (89, 90) und das QOLI (Quality of Life Inventory)(91) als nützlich erwiesen.

### **Begründung des Empfehlungsgrades mit Darlegung der Abwägung von Nutzen und Schaden der Intervention**

Ein umfassender diagnostischer Prozess ist bereits zeitaufwändig und in bestimmten klinischen Kontexten mit Herausforderungen verbunden. Die Erhebung von Beeinträchtigungen des psychosozialen Funktionsniveaus, der Lebensqualität und der gesellschaftlichen Teilhabe kann zusätzliche Ressourcen erfordern. Diese sind jedoch je nach Wahl des Instruments als gering einzuschätzen. Der Nutzen der entsprechenden Erfassung kann sowohl für den Therapieverlauf als auch für das Leben der Patient:innen einen deutlichen Zugewinn bedeuten. Möglicher Schaden durch die Erhebung ist nicht zu erwarten. Daher wird eine Empfehlung für die Erhebung von Beeinträchtigungen des psychosozialen Funktionsniveaus, der Lebensqualität und der gesellschaftlichen Teilhabe ausgesprochen.

### **Personengruppen, auf die die Empfehlung nicht zutrifft/Alternativen**

Diese Empfehlung gilt prinzipiell für alle Personengruppen. Die Wahl des Instruments und die Art der Durchführung der Erhebung sollten auf möglicherweise vorhandene spezifische Bedürfnisse von Personengruppen angepasst werden.

### **Angaben zur qualitativ guten Durchführung**

Bei der Wahl des Instruments sollte geprüft werden, welches Konstrukt in einem konkreten Fall von Interesse ist. Je nach Funktion der Erhebung für den diagnostischen Prozess und therapeutischen Verlauf können das psychosoziale Funktionsniveau, die Lebensqualität und

die gesellschaftliche Teilhabe unterschiedlich gewichtet werden. Zudem sollte individuell geprüft werden, wie umfassend die Erhebung sein soll und inwiefern die psychometrische Güte für eine bestimmte Population bereits gezeigt werden konnte.

### **3.1.5 Empfehlungen für zukünftige Forschung**

- Aktualisierung von in der Praxis bewährten Instrumenten für DSM-5 und ICD-11.
- Übersetzung von etablierten englischsprachigen Instrumenten und Validierung der deutschen Versionen.
- Validierungen bei spezifischen Populationen (z.B. Menschen mit Störung der Intelligenzentwicklung) und Untersuchung von verschiedenen Cut-Offs und der psychometrischen Güte in den unterschiedlichen Populationen unter Berücksichtigung genderbezogener Aspekte und weiterer Merkmale der Populationen.
- Psychometrische Testung von verschiedenen Screeninginstrumenten im deutschen Sprachraum und Quantifizierung ihres Nutzens im Gesundheitssystem.

## 3.2 Psychotherapeutische Behandlung

*Markus Burgmer, Thomas Ehring, Thomas Frodl, Cosima Leithner, Verena Semmlinger, Regina Steil, Lutz Wittmann*

### 3.2.1 Einleitung

In diesem Kapitel werden die Empfehlungen zur psychotherapeutischen Behandlung der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) bei Erwachsenen vorgestellt und diskutiert. Zur Behandlung der PTBS bei Erwachsenen liegen verschiedene Interventionen vor, die in kontrollierten Therapiestudien untersucht worden sind. Ein zentrales Merkmal zur Einteilung verschiedener psychotherapeutischer Behandlungsansätze ist dabei die Unterscheidung zwischen *traumafokussierten* und *nicht-traumafokussierten* Interventionen.

*Traumafokussierte* Interventionen sind definiert als Behandlungsansätze, bei denen der Schwerpunkt auf der Auseinandersetzung mit den traumatischen Ereignissen und den dazugehörigen Kognitionen, Emotionen und Erinnerungen liegt. Bei *nicht-traumafokussierten* Interventionen liegt dementsprechend das Hauptaugenmerk nicht auf der Bearbeitung von traumabezogenen Kognitionen, Emotionen und Erinnerungen; sie beinhalten stattdessen zum Beispiel die Vermittlung von Fertigkeiten der Emotionsregulation, der Lösung aktueller Probleme oder des Umgangs mit posttraumatischen Belastungssymptomen.

Neben der Frage, welche Interventionen bei PTBS im Vergleich zu Kontrollbedingungen effektiv sind, wird in diesem Kapitel ebenfalls die Frage adressiert, ob es eine systematische Überlegenheit bestimmter Varianten der Psychotherapie gibt, wie die langfristigen Effekte der Psychotherapie zu bewerten sind, und ob bestimmte Modifikationen des Standardvorgehens (d.h. phasenbasierte Interventionen, technologiegestützte Interventionen, Interventionen im Gruppensetting und Interventionen in höherer Sitzungsfrequenz) zu empfehlen sind.

### 3.2.2 Klinische Fragestellungen

1. Welche psychotherapeutischen Interventionen (traumafokussierte und nicht-traumafokussierte Psychotherapie) sind bei Patient:innen mit PTBS-Symptomen im Erwachsenenalter effektiver als sowohl inaktive als auch aktive Kontrollbedingungen hinsichtlich der Reduktion von PTBS-, Depressions- und Angstsymptomen sowie der Steigerung der Lebensqualität und des Funktionsniveaus?
2. Gibt es eine systematische Überlegenheit einer Variante der traumafokussierten Psychotherapie bei Patient:innen mit PTBS-Symptomen im Erwachsenenalter hinsichtlich der Reduktion von PTBS-, Depressions- und Angstsymptomen sowie der Steigerung der Lebensqualität und des Funktionsniveaus?
3. Sind phasenbasierte psychotherapeutische Interventionen bei Patient:innen mit PTBS-Symptomen im Erwachsenenalter effektiver als rein traumafokussierte oder nicht-traumafokussierte psychotherapeutische Interventionen hinsichtlich der Reduktion von

PTBS-, Depressions- und Angstsymptomen sowie der Steigerung der Lebensqualität und des Funktionsniveaus?

4. Wie ist die Effektivität technologiegestützter (traumafokussierter) psychotherapeutischer Interventionen bei Patient:innen mit PTBS-Symptomen im Erwachsenenalter im Vergleich zu inaktiven und aktiven (insbesondere traumafokussierte psychotherapeutische Interventionen im direkten Kontakt zwischen Patient:innen und Therapeut:innen) Kontrollbedingungen hinsichtlich der Reduktion von PTBS-, Depressions- und Angstsymptomen sowie der Steigerung der Lebensqualität und des Funktionsniveaus?
5. Wie ist die Effektivität (traumafokussierter) psychotherapeutischer Behandlung von Patient:innen mit PTBS-Symptomen im Erwachsenenalter im Gruppensetting im Vergleich zu inaktiven und aktiven (insbesondere traumafokussierte psychotherapeutische Behandlung im Einzelsetting) Kontrollbedingungen hinsichtlich der Reduktion von PTBS-, Depressions- und Angstsymptomen sowie der Steigerung der Lebensqualität und des Funktionsniveaus?
6. Sind (traumafokussierte) psychotherapeutische Interventionen bei Patient:innen mit PTBS-Symptomen im Erwachsenenalter auch mittel- und langfristig wirksam hinsichtlich PTBS-, Depressions- und Angstsymptomen sowie der Lebensqualität und des Funktionsniveaus?
7. Welche Behandlungsfrequenz einer (traumafokussierten) psychotherapeutischen Behandlung von Patient:innen mit PTBS-Symptomen im Erwachsenenalter führt zu einer vergleichbaren oder höheren Effektivität als die Standardbehandlungsfrequenz von einmal pro Woche hinsichtlich der Reduktion von PTBS-, Depressions- und Angstsymptomen sowie der Steigerung der Lebensqualität und des Funktionsniveaus?

## 3.2.3 Empfehlungen

2.1	Evidenzbasierte Empfehlung	Neu (2026)
Empfehlungsgrad <b>A ↑↑</b>	Patient:innen mit einer Posttraumatischen Belastungsstörung soll eine traumafokussierte Psychotherapie* im Einzelsetting angeboten werden, bei der der Schwerpunkt auf der Auseinandersetzung mit den traumatischen Ereignissen und den dazugehörigen Kognitionen, Emotionen und Erinnerungen liegt.	
Yunitri et al. (2023), Bisson et al. (2013), Cuijpers et al. (2020), Cusack et al. (2016), Ehring et al. (2014), Fortin et al. (2021), Gerger et al. (2014), Grech & Grech (2020), Hoppen et al. (2023), Hudays et al. (2022), Jericho et al. (2022), Khan et al. (2018), Lewis et al. (2020), Mavranezouli et al. (2020), McLean et al. (2022), Morina et al. (2021), Raghuraman et al. (2021), Wei & Chen (2021)		
Qualität der Evidenz		
PTBS: moderat ⊕⊕⊕⊖	Depression: sehr niedrig ⊕⊖⊖⊖	Angst: sehr niedrig ⊕⊖⊖⊖
Lebensqualität: moderat ⊕⊕⊕⊖		
Konsensstärke: 92,9 % (Konsens)		
*insbesondere folgende Interventionen werden aufgrund der robusten Evidenz empfohlen (alphabetische Aufzählung): Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR), Kognitive Therapie (KT), Kognitive Verarbeitungstherapie (Cognitive Processing Therapy, CPT), Narrative Expositionstherapie (NET), Prolongierte Exposition (PE).		
2.2	Konsensbasiertes Statement	Neu (2026)
	Für eine generell notwendige vorausgehende Stabilisierungsphase vor einer traumafokussierten Psychotherapie liegt derzeit für erwachsene Patient:innen mit einer PTBS keine Evidenz vor.	
	Lorbeer et al. (2022), Bisson et al. (2013), Cuijpers et al. (2020), Cusack et al. (2016), Ehring et al. (2014), Fortin et al. (2021), Gerger et al. (2014), Grech & Grech (2020), Hoppen et al. (2023), Hudays et al. (2022), Jericho et al. (2022), Khan et al. (2018), Lewis et al. (2020), Mavranezouli et al. (2020), McLean et al. (2022), Morina et al. (2021), Raghuraman et al. (2021), Wei & Chen (2021), Yunitri et al. (2023)	
	Konsensstärke: 90 % (Konsens)	
2.3	Evidenzbasierte Empfehlung	Neu (2026)
Empfehlungsgrad <b>0 ⇔</b>	Bei entsprechender Präferenz kann Psychotherapie (einschließlich traumafokussierter Psychotherapie, s. Empfehlung 2.1) für PTBS-Patient:innen auch unter Nutzung zertifizierter Videodienstleister erwogen werden. Dabei sind Rahmenbedingungen, Indikation sowie Risiken und Nebenwirkungen der videogestützten Therapie zu berücksichtigen.	
Scott et al. (2022)		
Qualität der Evidenz		
PTBS: niedrig ⊕⊕⊖⊖	Depression: niedrig ⊕⊕⊖⊖	Lebensqualität: sehr niedrig ⊕⊖⊖⊖
Konsensstärke: 96,7 % (Starker Konsens)		

2.4	Evidenzbasierte Empfehlung	Neu (2026)
Empfehlungsgrad <b>0</b> ↔	Traumafokussierte Psychotherapie für PTBS kann Patient:innen auch in höherer Frequenz (d. h. mehrfach in der Woche) angeboten werden.	
Hoppen et al. (2023), Ehlers et al. (2014)		
Qualität der Evidenz		
PTBS: niedrig ⊕⊕⊖⊖	Depression: sehr niedrig ⊕⊖⊖⊖	Angst: sehr niedrig ⊕⊖⊖⊖
Konsensstärke: 100 % (Starker Konsens)		

### 3.2.4 Hintergrund der Evidenz

#### 3.2.4.1 Hintergrundtext zur Empfehlung 2.1

##### Darlegung der Evidenzgrundlage

Eine Vielzahl an Meta-Analysen belegt die Überlegenheit traumafokussierter Psychotherapie im Vergleich zu nicht-traumafokussierter Psychotherapie bei der Behandlung von PTBS bei Erwachsenen. Einige dieser Meta-Analysen, darunter die von Yunitri et al. (2023)(92), untersuchen zudem die Wirksamkeit spezifischer Varianten der traumafokussierten Psychotherapie im Vergleich untereinander.

##### Begründung des Empfehlungsgrades mit Darlegung der Abwägung von Nutzen und Schaden der Intervention

Die Formulierung einer starken Empfehlung, trotz der nur moderaten Certainty of Evidence nach GRADE, lässt sich unter anderem mit der Eindeutigkeit der Ergebnisse über viele verschiedene Meta-Analysen hinweg begründen, welche in der GRADE-Bewertung keine Berücksichtigung findet, da diese auf nur einer Meta-Analyse basiert. Zwar scheinen traumafokussierte Interventionen mit einer höheren Abbruchrate der Psychotherapie assoziiert zu sein (93), allerdings auch mit einer sehr deutlich höheren Effektivität bei der Reduktion von PTBS-Symptomen (z.B. (92-94)). Die Empfehlung in der bestehenden S3-Leitlinie wurde dahingehend präzisiert, dass spezifische traumafokussierte Methoden empfohlen werden. Dies dient unter anderem der Verdeutlichung, was genau unter traumafokussierter Therapie zu verstehen ist. Die Auswahl der genannten Manuale basiert primär auf den Ergebnissen von Yunitri et al. (2023)(92), spiegelt aber auch die Ergebnisse weiterer Meta-Analysen wider (z.B. (93, 95-97)).

##### Personengruppen, auf die die Empfehlung nicht zutrifft/Alternativen

Allen erwachsenen Personen, die an einer PTBS leiden, soll eine traumafokussierte Psychotherapie, insbesondere eine der als wirksam benannten Varianten, angeboten werden. Nach einer Aufklärung über die psychotherapeutischen Optionen können Wünsche der Patient:innen berücksichtigt werden (z.B. die Präferenz einer Psychotherapie mit oder ohne formale Expositionselemente). Es gibt derzeit keine Hinweise darauf, dass eine *lege artis* durchgeführte traumafokussierte Psychotherapie bei der PTBS die Aussagefähigkeit in

Strafverfahren beeinträchtigt. Dennoch sollten die Patient:innen darüber aufgeklärt werden, dass bei einer Glaubwürdigkeitsbeurteilung mögliche Einflüsse psychotherapeutischer Maßnahmen auf eine Aussage kritisch geprüft werden könnten, so dass sie eine informierte Entscheidung über den zeitlichen Zusammenhang zwischen Psychotherapie und Strafverfahren treffen können. Praxishinweise zum Verhältnis von Psychotherapie und Strafverfahren wurden von einer Expertinnen- und Expertengruppe im Bundesministerium der Justiz erarbeitet (98).

### **Angaben zur qualitativ guten Durchführung**

In der Literatur bestehen Hinweise, dass bei der Behandlung von PTBS Psychotherapie im Gruppensetting weniger effektiv ist als Psychotherapie im Einzelsetting (z.B. (93, 99)), so dass das Einzelsetting als Behandlung erster Wahl empfohlen wird. Eine Ausnahme stellt die Cognitive Processing Therapy dar. Hier wurden vergleichsweise gute Effekte für die Durchführung in der Gruppe berichtet (100). Wie in Empfehlung 12.1 empfohlen, ist bei der Diagnostik und Therapie zudem das *shared decision making* zu beachten, bei dem die Bedarfe der Patient:innen in die Therapieplanung einfließen, wie z.B. die Wahl eines Therapieverfahrens oder Behandlungsfokus mit Bedacht auf die jeweilige Lebenssituation der Patient:innen (vgl. auch Anlage 1).

### **3.2.4.2 Hintergrundtext zum Statement 2.2**

#### **Darlegung der Evidenzgrundlage**

Die in Empfehlung 2.1 empfohlenen hochwirksamen Therapieprogramme für PTBS beginnen unmittelbar mit der traumafokussierten Therapie ohne vorherige Stabilisierungsphase. Daraus lässt sich ableiten, dass eine Stabilisierungsphase vor der traumafokussierten Therapie nicht generell notwendig ist. Bisher liegen nur wenige randomisierte kontrollierte Studien vor, die die Behandlungseffektivität traumafokussierter Therapie mit und ohne vorheriger Stabilisierungsphase vergleichen; die wenigen vorliegenden Studien zeigen jedoch keine Überlegenheit einer phasenbasierten Behandlung mit Stabilisierungsphase gegenüber unmittelbarer traumafokussierter Therapie (z.B. (101-103)). Die Formulierung des Statements erschien notwendig, da in der klinischen Praxis die Annahme, dass eine Stabilisierungsphase vor der traumafokussierten Therapie generell notwendig sei, weit verbreitet ist, auch wenn dies nicht der Evidenzlage entspricht. Die Verwendung einer Stabilisierungsphase kann jedoch die Symptomreduktion verzögern, die Behandlungsdauer unnötig verlängern und somit zu einer länger anhaltenden Belastung auf Seiten der Patient:innen führen. Das Statement beabsichtigt, den Einsatz traumafokussierter Interventionen so früh wie möglich in der Behandlung von PTBS zu fördern. Eine die traumafokussierte Therapie vorbereitende Phase ist nur bei speziellen Indikationen angezeigt (z.B. akute Suizidalität oder den Therapiefortschritt behindernde schwere Dissoziation). Es ist darauf hinzuweisen, dass das Vorliegen zusätzlicher komorbider Störungen bei der PTBS der Regelfall ist; für die

Berücksichtigung komorbider Störungen sowie des Vorliegens einer komplexen PTBS bei der Therapieplanung wird auf die entsprechenden spezialisierten Kapitel dieser Leitlinie verwiesen (s. Kapitel 3.5 und 3.6).

#### **Personengruppen, auf die die Empfehlung nicht zutrifft/Alternativen**

Keine.

#### **Angaben zur qualitativ guten Durchführung.**

Keine.

### **3.2.4.3 Hintergrundtext zur Empfehlung 2.3**

#### **Darlegung der Evidenzgrundlage**

Die Meta-Analyse von Scott et al. (2022) (104) ergab basierend auf 13 Studien, dass kein signifikanter Unterschied in der Wirksamkeit psychotherapeutischer PTBS-Behandlung mittels Videodienstanbieter im Vergleich zur Behandlung vor Ort besteht. Dieses Ergebnis gilt für alle von Scott et al. (2022) (104) untersuchten Endpunkte, darunter PTBS- und Depressionssymptome, therapeutische Arbeitsbeziehung, Behandlungszufriedenheit und Lebensqualität. Zudem scheint dieses Ergebnis auch langfristig stabil zu sein.

#### **Begründung des Empfehlungsgrades mit Darlegung der Abwägung von Nutzen und Schaden der Intervention**

Es wird eine offene Empfehlung ausgesprochen, da die Evidenzgrundlage einen vergleichbaren Nutzen von psychotherapeutischer PTBS-Behandlung mittels zertifizierter Videodienstanbieter im Vergleich zur Behandlung vor Ort nahelegt. Die Ergebnisse zu den untersuchten Endpunkten deuten nicht auf erhöhte Risiken oder Nebenwirkungen hin, die mit dem Angebot von Psychotherapie mittels zertifizierter Videodienstanbieter verbunden wären. Zusätzlich bietet die Psychotherapie mittels zertifizierter Videodienstanbieter den Vorteil, den Zugang zu angemessener Behandlung zu verbessern, insbesondere für Patient:innen, die aufgrund körperlicher oder psychosozialer Einschränkungen nicht in der Lage sind, regelmäßig vor Ort Psychotherapie aufzusuchen.

#### **Personengruppen, auf die die Empfehlung nicht zutrifft/Alternativen**

Bei Vorliegen von Risiken für Selbst- oder Fremdgefährdung oder den Therapiefortschritt behindernden Symptomen (z.B. starken dissoziativen Symptomen) ist der Therapie vor Ort im direkten Kontakt der Vorzug zu geben.

### **Angaben zur qualitativ guten Durchführung**

Verweise auf zertifizierte Videoanbieter sowie Best-Practice-Regelungen finden sich auf den Internetseiten der Kassenärztlichen Vereinigungen, Ärztekammern und Psychotherapeutenkammern (in Deutschland). Die dort aufgeführten aktuellen Hinweise sind für eine qualitativ gute Durchführung zu beachten. Insbesondere ist es wichtig sicherzustellen, dass der reguläre Therapierahmen eingehalten wird, wie zum Beispiel, dass die Patient:innen allein im Raum sind, niemand mithören oder -sehen kann und die Schweigepflicht gewahrt wird. Für die Wahl einer Therapie im direkten Kontakt vs. einer Therapie mittels zertifizierter Videoanbieter ist eine partizipative Entscheidungsfindung unter Berücksichtigung der spezifischen Voraussetzungen und Präferenz des/der Patient:in wichtig.

#### **3.2.4.4 Hintergrundtext zur Empfehlung 2.4**

##### **Darlegung der Evidenzgrundlage**

Randomisierte kontrollierte Studien zeigen, dass die Wirksamkeit von Psychotherapie, die in höherer Frequenz angeboten wird, sich nicht von der Wirksamkeit von Psychotherapie in Standardfrequenz bei der Behandlung von PTBS unterscheidet (101, 105-107). Dies wird durch die von Hoppen et al. (2023) (108) durchgeführte Meta-Regression unterstützt. Die Autor:innen fanden zudem heraus, dass die Abbruchrate bei traumafokussierten Interventionen geringer ist, wenn sie mit einer Frequenz von mehr als eineinhalb Sitzungen pro Woche durchgeführt werden, im Vergleich zu einer Frequenz von weniger oder gleich eineinhalb Sitzungen pro Woche.

##### **Begründung des Empfehlungsgrades mit Darlegung der Abwägung von Nutzen und Schaden der Intervention**

Es wird eine offene Empfehlung ausgesprochen, da die Evidenzgrundlage einen vergleichbaren Effekt von Psychotherapie für PTBS in höherer Frequenz (mehrfach in der Woche) im Vergleich zur Standardfrequenz (einmal in der Woche) nahelegt. Obwohl Unterschiede in der Abbruchrate und eine schnellere Symptomreduktion eine gerichtete Empfehlung nahelegen, müssen die verfügbaren zeitlichen Ressourcen von Psychotherapeut:innen wie auch Patient:innen, Abrechnungsmöglichkeiten und Umsetzungsmöglichkeiten im jeweiligen Gesundheitssystem sowie die noch begrenzte Studienlage berücksichtigt werden, was letztendlich zu einer offenen Empfehlung führt.

##### **Personengruppen, auf die die Empfehlung nicht zutrifft/Alternativen**

Keine.

### **Angaben zur qualitativ guten Durchführung**

Für die Wahl einer Therapie im regulären Format vs. in einer erhöhten Behandlungsfrequenz ist eine partizipative Entscheidungsfindung unter Berücksichtigung der spezifischen Voraussetzungen und Präferenz des/der Patient:in wichtig. Im Falle eines stagnierenden Therapieerfolgs kann eine höhere Frequenz der Psychotherapiesitzungen im Sinne der Therapieintensivierung partizipativ mit dem/der Patient:in erwogen werden.

#### **3.2.5 Empfehlungen für zukünftige Forschung**

- Untersuchung der Wirksamkeit phasenbasierter psychotherapeutischer Ansätze im direkten Vergleich zur Wirksamkeit rein traumafokussierter psychotherapeutischer Ansätze.
- Systematische Erforschung von Prädiktoren für Therapiemisserfolg sowie die Entwicklung und Validierung neuer oder modifizierter Interventionen für Patient:innen, die derzeit nicht ausreichend bzw. weniger als andere von Psychotherapie profitieren.
- Systematische Evaluation der Wirksamkeit verschiedener psychodynamischer Behandlungsansätze bei PTBS aufgrund der hohen Bedeutung der Verfahren der Psychoanalytischen Psychotherapie sowie der Tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie im deutschen Gesundheitssystem, sowie der systemischen Psychotherapie.
- Weitere Studien zur Wirksamkeit bzw. zur weiteren Verbesserung von Gruppenpsychotherapie bei PTBS.
- Studien zur Wirksamkeit digitaler Gesundheitsanwendungen als Stand-Alone- sowie als Add-On-Interventionen im Rahmen der PTBS-Behandlung.
- Verbesserung der Studienlage zur langfristigen Wirksamkeit psychotherapeutischer PTBS-Behandlung.
- Hohe Priorität sollte Forschung zur Wirksamkeit traumafokussierter Psychotherapie im stationären Setting und der Wirksamkeit von PTBS-Behandlungen in der Routineversorgung haben. Neben kontrollierter Therapieforschung sollten naturalistische Forschungsansätze und pragmatische klinische Studien in repräsentativen klinischen Settings und mit wenigen Ausschlusskriterien durchgeführt werden.
- Detaillierte Beschreibung des Nebenwirkungsprofils verschiedener traumafokussierter sowie nicht-traumafokussierter Therapieansätze bei PTBS, wie sie etwa für die Aufklärung von Patient:innen notwendig ist.
- In zukünftigen Studien sollte therapeutische Adhärenz und Kompetenz reliabel und valide erfasst und deren Bedeutung für den Therapieerfolg sorgfältig untersucht werden, um zu ergründen, wie wichtig diese Aspekte der qualitativ guten Durchführung bei der Psychotherapie der PTBS sind.

- Studien zu unerwünschten/ negativen Folgen von Therapieverfahren unter Partizipation von Betroffenen.
- Studien zu traumasensibler Akutversorgung in Krisen unter Partizipation von Betroffenen.

### 3.3 Pharmakotherapeutische Verfahren

*Stefan Röpke, Ulrike Schmidt, Ullrich Frommberger, Niels Bergemann, Julia Schellong*

#### 3.3.1 Einleitung

Eine Pharmakotherapie kann ein wesentlicher Baustein in der Behandlung von Patient:innen mit einer Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) sein. In dieser Indikation sind in Deutschland die beiden Selektiven Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SSRIs) Sertralin und Paroxetin zugelassen. Neben der PTBS-Kernsymptomatik können Schlafstörungen (Insomnie und Alpträume) Ziel einer Pharmakotherapie sein. Für all diese Indikationen gibt es auch gut evaluierte und wirksame psychotherapeutische Verfahren. Neben der Indikation, der genauen Zielsymptomatik, der Wahl der geeigneten Substanz und dem Abwägen erwünschter und unerwünschter Wirkung, ist die Einschätzung der Rolle der Psychotherapie in Bezug auf die Pharmakotherapie relevant.

#### 3.3.2 Klinische Fragestellungen

1. Ist eine Pharmakotherapie mit Antidepressiva oder Antipsychotika bei erwachsenen Personen mit einer PTBS effektiver hinsichtlich der Verringerung der PTBS-Symptome, unterscheidbar in der Anzahl oder Ausprägung der Nebenwirkungen, Verringerung der Depressionssymptome oder Verbesserung der Lebensqualität im Vergleich zu Placebo?
2. Ist eine Pharmakotherapie mit Selektiven Serotonin-Wiederaufnahmehemmern (SSRIs) bei erwachsenen Personen mit einer PTBS effektiver hinsichtlich der Verringerung der PTBS-Symptome, unterscheidbar in der Anzahl oder Ausprägung der Nebenwirkungen, Verringerung der Depressionssymptome oder Angstsymptome oder Verbesserung der Lebensqualität im Vergleich zu einer Psychotherapie oder der Kombination aus Psychotherapie und Pharmakotherapie mit SSRIs?
3. Ist eine Pharmakotherapie bei erwachsenen Personen mit einer PTBS und Schlafstörungen (Insomnie oder Alpträume) effektiver hinsichtlich der Verbesserung der Schlafparameter und Alpträume im Vergleich zu Placebo?
4. Ist eine Pharmakotherapie bei erwachsenen Personen mit PTBS und dissoziativen Symptomen effektiver hinsichtlich der Verringerung der dissoziativen Symptome im Vergleich zu Placebo?
5. Führt eine pharmakologische Augmentation (als Einzelintervention) zu einer Pharmakotherapie bei erwachsenen Personen mit PTBS zu einer Verringerung der PTBS-Symptome, unterscheidbaren Anzahl oder Ausprägung der Nebenwirkungen, Verringerung der Depressionssymptome oder Angstsymptome oder Verbesserung der Lebensqualität im Vergleich zu einer Augmentation mit Placebo zu einer Pharmakotherapie?

6. Ist eine Pharmakotherapie mit Benzodiazepinen oder Z-Substanzen bei erwachsenen Personen mit PTBS effektiver hinsichtlich der Verringerung der PTBS-Symptome, einer unterscheidbaren Anzahl oder Ausprägung der Nebenwirkungen, Verringerung der Depressionssymptome oder Angstsymptome oder Verbesserung der Lebensqualität im Vergleich zu Placebo
7. Führt eine pharmakologische Augmentation (als Einzelintervention) zu einer traumafokussierten Psychotherapie bei erwachsenen Personen mit PTBS zu einer Verringerung der PTBS-Symptome, unterscheidbaren Anzahl oder Ausprägung der Nebenwirkungen, Verringerung der Depressionssymptome oder Angstsymptome oder Verbesserung der Lebensqualität im Vergleich zu einer Augmentation mit Placebo zu einer traumafokussierten Psychotherapie?

### 3.3.3 Empfehlungen

3.1	Evidenzbasierte Empfehlung	Neu (2026)	
Empfehlungsgrad <b>A ↑↑</b>	Bei der Behandlung der PTBS soll primär eine traumafokussierte Psychotherapie angeboten werden. Eine Pharmakotherapie ist die Behandlung der zweiten Wahl, beispielsweise bei Patient:innenpräferenz, unzureichendem Ansprechen oder fehlender Verfügbarkeit einer traumafokussierten Psychotherapie.		
Hofman et al. 2018, Hetrick et al. 2010, Hoskins et al. 2021, Kunzke et al. 2019, Lee et al. 2016, Merz et al. 2019*, Sonis & Cook 2019, Stewart & Wrobel 2009, Storm et al. 2021.			
Qualität der Evidenz			
PTBS: sehr niedrig ⊕⊖⊖⊖	Drop-out: sehr niedrig ⊕⊖⊖⊖	Depression: sehr niedrig ⊕⊖⊖⊖	Angst: sehr niedrig ⊕⊖⊖⊖
Konsensstärke: 92,6 % (Konsens)			
*GRADE-Profil			

3.2	Evidenzbasierte Empfehlung	Neu (2026)	
Empfehlungsgrad <b>A ↑↑</b>	Eine psychopharmakologische Behandlung der PTBS soll mit Sertralin, Paroxetin, Fluoxetin* oder Venlafaxin* erfolgen.		
Cipriani et al. 2018, De Moraes Costa et al. 2020, Feng et al. 2024, Han et al. 2014, Hoskins et al. 2015, Hoskins et al. 2021, Huang et al. 2020, Liu et al. 2014, Puetz et al. 2015, Williams et al. 2022**.			
Qualität der Evidenz			
PTBS-Symptome: niedrig ⊕⊕⊖⊖	PTBS Subskalen: niedrig ⊕⊕⊖⊖	PTBS mittel- und langfristige Symptome: niedrig ⊕⊕⊖⊖	Depression: sehr niedrig ⊕⊖⊖⊖
Konsensstärke: 88 % (Konsens)			
*Off-Label, außerhalb der Zulassung **GRADE-Profil			

3.3	Evidenzbasierte Empfehlung	Neu (2026)
Empfehlungsgrad <b>0</b> ↔	Eine psychopharmakologische Behandlung von Albträumen im Rahmen einer PTBS kann mit Prazosin* erwogen werden.	
Huang et al. 2024**, Khachatryan et al. 2016		
Qualität der Evidenz		
Schlafqualität: sehr niedrig ⊕⊖⊖⊖	Albtraumschwere: niedrig ⊕⊕⊖⊖	Schlafdauer: sehr niedrig ⊕⊖⊖⊖
Konsensstärke: 82,6 % (Konsens)		
*Off-Label, in Deutschland nur über internationale Apotheken zu beziehen. Ähnliche Alpha-1-Adrenorezeptor-Antagonisten sind in Deutschland verfügbar, jedoch nicht ausreichend evaluiert. (z. B. Doxazosin)		
**GRADE-Profil		

3.4	Konsensbasierte Empfehlung	Neu (2026)
<b>EK</b>	Im Rahmen einer traumafokussierten Psychotherapie sollte eine Pharmakotherapie nur zur Behandlung von Schlafstörungen oder komorbiden Störungen angeboten werden.	
Hetrick et al., 2010, Kunzke et al., 2019, Storm et al., 2021, Rauch et al. 2019, Rothbaum et al. 2006		
Konsensstärke: 86,4 % (Konsens)		

3.5	Konsensbasierte Empfehlung	Neu (2026)
<b>EK</b>	Benzodiazepine und Z-Substanzen sollen nicht zur Behandlung der PTBS eingesetzt werden.	
Guina et al. 2015, Dowd et al. 2020		
Konsensstärke: 95,7 % (Starker Konsens)		

### 3.3.4 Hintergrund der Evidenz

Auf der Basis der identifizierten Evidenz konnten Empfehlungen zu den klinischen Fragestellungen 1 bis 3, 5 und 6 formuliert werden, nicht jedoch zu den Fragestellungen 4 und 7. So wurde etwa die Wirkung einer Pharmakotherapie auf dissoziative Symptome bei Patient:innen mit PTBS (Fragestellung 4) nur in sehr wenigen Studien untersucht (109). Der Zusatznutzen einer Pharmakotherapie zusätzlich zu einer Psychotherapie zur Behandlung von Patient:innen mit PTBS wurde in wenigen Studien untersucht (kleiner positiver Effekt einer Prazosin- und einer Risperidon-Augmentation)(110). Da Prazosin eine Empfehlung zur Behandlung von Albträumen bei PTBS hat (siehe Empfehlung 3.3) und die Wirkung nicht klar von der Wirkung auf die PTBS-Gesamt-Symptomatik abgegrenzt wurde, kann keine generelle Empfehlung von Prazosin außerhalb der Behandlung von Albträumen gegeben werden. Aufgrund der wenigen Studien zu Risperidon und Antipsychotika im Allgemeinen in dieser Indikation, der geringen Stärke der Effekte und den möglichen unerwünschten Wirkungen,

kann keine generelle Empfehlung einer Risperidon-Augmentation zur Behandlung von Patient:innen mit PTBS gegeben werden.

### **3.3.4.1 Hintergrundtext zur Empfehlung 3.1**

#### **Darlegung der Evidenzgrundlage**

Sehr wenige empirische Studien vergleichen direkt die Wirkung von Pharmakotherapie, traumafokussierter Psychotherapie oder deren Kombination (z.B. (110, 111)). Indirekte Vergleiche der Effektstärken haben erhebliche methodische Einschränkungen (z.B. fehlende Verblindung und vergleichbare Kontrollbedingungen in den Psychotherapiestudien) und können deshalb nicht valide zum Vergleich der Interventionen herangezogen werden. Die wenigen direkten Vergleichsstudien untersuchten die Wirkung von SSRIs im Vergleich zu traumafokussierter Psychotherapie oder der Kombination: Die Meta-Analyse von Hoskins et al. (2021) (110) konnten 4 Vergleichsstudien identifizieren (112-115) und keinen Wirkunterschied zwischen SSRIs und traumafokussierter Psychotherapie finden. Eine weitere Meta-Analyse untersuchte den kurzzeitigen und langzeitigen Wirkunterschied zwischen Psychotherapie und Pharmakotherapie bei Patient:innen mit PTBS und fand keinen kurzzeitigen Wirkunterschied, jedoch eine signifikante Überlegenheit der Psychotherapie über eine längere Zeit (111). Diese Untersuchung hat jedoch erhebliche methodische Einschränkungen (z.B. Einschluss reiner Augmentationsstudien (116-118), Einschluss von Patient:innen mit PTBS und komorbider Suchterkrankung (118) oder Augmentationsstudien mit 3,4-Methyldioxy-N-methylamphetamin (MDMA; )(119, 120)). Die Studie von Rauch et al. 2019 (121), die keinen Wirkunterschied zwischen Sertralin, prolongierter Exposition oder der Kombination findet, ist aufgrund der hohen Fallzahl hervorzuheben. Der systematische Review von Storm et al. 2021 (122) identifiziert 6 direkte Vergleichsstudien zwischen traumafokussierter Psychotherapie und SSRIs (112, 113, 115, 116, 121, 123). Neben den 5 bereits besprochenen Studien ist die Studie von Zoellner et al. 2019 (123) hervorzuheben, die keinen Wirkunterschied zwischen Sertralin und prolongierter Exposition finden konnte, im follow-up aber eine bessere Wirkung von prolongierter Exposition findet. Die Meta-Analysen und Übersichten von Hoffman et al. 2018 (124), Hetrick et al. 2010(125), Kunzke et al. 2019 (126), Lee et al. 2016 (127), Sonis & Cook 2019 (128) und Stewart & Wrobel 2009 (129) verweisen im Wesentlichen auf die bereits zitierten Primärstudien. Die vorliegenden Studien geben keinen Hinweis auf einen Vorteil einer Kombination aus einem SSRI und einer traumafokussierten Psychotherapie gegenüber einer Behandlung mit einem SSRI allein (z.B. (121)).

#### **Begründung des Empfehlungsgrades mit Darlegung der Abwägung von Nutzen und Schaden der Intervention**

Aktuell gibt es keine klare Evidenz, dass eine traumafokussierte Psychotherapie einer Medikation mit einem SSRI hinsichtlich Wirksamkeit bei Patient:innen mit PTBS überlegen ist. Die wenigen, meist methodisch sehr limitierten Studien zur Pharmakotherapie stehen jedoch einer deutlich robusteren Datenlage zur Wirksamkeit der traumafokussierten Psychotherapie bei der PTBS gegenüber. Zusätzlich deuten einige Daten darauf hin, dass die traumafokussierte

Psychotherapie der Pharmakotherapie bei der Behandlung der PTBS im Langzeitverlauf überlegen ist (z.B. (123)). Die unzureichenden Daten zur Langzeitwirkung einer Pharmakotherapie, die möglichen unerwünschten Wirkungen und potenzielle Absetzeffekte machen die SSRIs zur Therapie der zweiten Wahl bei Patient:innen mit PTBS. Eine Pharmakotherapie mit einem SSRI hat eine Reihe von möglichen unerwünschten Wirkungen, die berücksichtigt und bei der Entscheidung zwischen verschiedenen Verfahren (z.B. traumafokussierter Psychotherapie) beachtet werden müssen. Zusätzlich sollten mögliche Absetzeffekte von Beginn an mitgedacht werden.

### **Personengruppen, auf die die Empfehlung nicht zutrifft/Alternativen**

Die meisten pharmakologischen Studien zur Wirkung von SSRIs haben Patient:innen mit PTBS im höheren Alter ausgeschlossen. Aussagen zu älteren Menschen (>65 Jahre) können nur bedingt getroffen werden. Siehe dazu auch die Empfehlung 7.3 und 7.4 des Kapitels Behandlung von älteren Personen.

### **Angaben zur qualitativ guten Durchführung**

In der Studie von Rauch et al. 2019 (121) wurde in der Pharmakotherapie-Bedingung ein regelmäßiges (30-minütiges) Medikamenten-Managementgespräch durchgeführt. Der fehlende Wirkunterschied zur Psychotherapie in dieser Studie deutet darauf hin, dass regelmäßige Gespräche zu erwünschten und unerwünschten Wirkungen sowie Symptomverläufen hilfreich sein können. Eine unwirksame Pharmakotherapie soll abgesetzt werden.

## **3.3.4.2 Hintergrundtext zur Empfehlung 3.2**

### **Darlegung der Evidenzgrundlage**

Alle bisher verfügbaren medikations-übergreifenden Meta-Analysen zur Pharmakotherapie der PTBS weisen auf eine signifikante Wirkung von Antidepressiva vom Typ der Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SSRIs) im Vergleich zu Placebo bei Erwachsenen mit PTBS hin (110, 130-135). Hierbei liegen Wirkungsnachweise für die SSRIs Sertralin, Paroxetin und Fluoxetin vor. Die Ergebnisse anderer Meta-Analysen, die weitere Studien einschließen, unterstreichen diese Befunde (110, 131, 133). Die Evidenz für Citalopram oder andere SSRIs ist nicht ausreichend für eine Empfehlung (130). Der neueste Review der Cochrane-Library für Evidenzbasierte Medizin stellt insgesamt fest, dass SSRI-Antidepressiva das Mittel der 1. Wahl bei der Pharmakotherapie von Patient:innen mit PTBS darstellen (130). Die überwiegende Mehrzahl der aufgeführten Meta-Analysen fand zusätzlich, dass Venlafaxin in der medikamentösen Behandlung von Patient:innen mit PTBS der Behandlung mit Placebo überlegen ist bzw. dass an einer PTBS leidende Erwachsene von der Behandlung mit Venlafaxin profitieren (110, 131-134). Die therapeutischen Effekte von SSRIs und Venlafaxin auf die PTBS-Kernsymptomatik sind insgesamt klein bis mittel.

Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) hat bislang nur Paroxetin und Sertralin offiziell zur Behandlung der PTBS zugelassen. Somit können die hier zusätzlich

zur medikamentösen Behandlung der PTBS empfohlenen Antidepressiva Fluoxetin und Venlafaxin nur *off-label* verschrieben werden. Hierbei sind die allgemeinen Vorschriften zur *Off-label* Verordnung, insbesondere die erforderliche gesonderte Aufklärung der Patient:innen, zu beachten. Zwei Medikations-übergreifende Meta-Analysen ergaben, dass an einer PTBS leidende Erwachsene von der Behandlung mit den Atypischen Antipsychotika Quetiapin und Risperidon profitieren (110, 131). Außerdem ergab eine Diagnose-übergreifende Meta-Analyse zur Wirksamkeit von Atypischen Antipsychotika der zweiten Generation auf unterschiedliche psychiatrische Erkrankungen, dass Olanzapin PTBS-Symptome signifikant stärker besserte als Placebo (136). Drei Jahre zuvor waren Huang und Kolleg:innen in ihrer Diagnose- und Medikationsübergreifenden Meta-Analyse zu demselben Ergebnis gekommen. Die Autor:innen berichteten außerdem, dass auch andere Atypische Antipsychotika wie beispielsweise Quetiapin und Risperidon effektiver bei der Behandlung von Patient:innen mit PTBS sind als Placebo (132). Angesichts der teilweise ausgeprägten unerwünschten Wirkungen von Atypischen Antipsychotika, die ihrer vergleichsweise geringen Wirkung auf die PTBS-Symptome gegenüberstehen, kann die Behandlung von Patient:innen mit PTBS mit Atypika nicht empfohlen werden. Zu diesen unerwünschten Wirkungen der Neuroleptika zählen vor allem extrapyramidalmotorische Symptome (EPMS) inklusive Früh- und Spätdyskinesien und Gewichtszunahme mit teils deutlich lebensverkürzenden kardiovaskulären Folgen.

### **Begründung des Empfehlungsgrades mit Darlegung der Abwägung von Nutzen und Schaden der Intervention**

Aus der dargestellten Literatur wurde die Empfehlung, dass eine psychopharmakologische Behandlung der PTBS bei Erwachsenen mit Sertralin, Paroxetin, Fluoxetin oder Venlafaxin erfolgen soll, abgeleitet. Eine Psychopharmakotherapie kann grundsätzlich unerwünschte Wirkungen haben und erfordert daher eine individuelle Kosten-Nutzen-Analyse vor allem im Hinblick auf möglicherweise vorbestehende körperliche Erkrankungen, insbesondere solche des Herzens, der Leber, der Niere und des Zentralen Nervensystems.

### **Personengruppen, auf die die Empfehlung nicht zutrifft/Alternativen**

Zu älteren Menschen und Kinder und Jugendliche siehe die Kommentare bzw. Empfehlungen in den entsprechenden Kapiteln.

### **Angaben zur qualitativ guten Durchführung**

Zu Beginn und im Verlauf einer Pharmakotherapie ist ein klinisches Monitoring der unerwünschten Wirkungen sowie die Bestimmung der Blutkonzentrationen der verabreichten Psychopharmaka zur Beurteilung der individuell aufgrund genetischer Variationen sehr unterschiedlichen Verstoffwechslung der Präparate erforderlich.

### **3.3.4.3 Hintergrundtext zur Empfehlung 3.3**

#### **Darlegung der Evidenzgrundlage**

Eine Netzwerk-Meta-Analyse fand für die Imagery Rehearsal Therapy, Prazosin und Hydroxyzin einen positiven Effekt auf Albträume und Schlafdauer bei Patient:innen mit PTBS (137). Die Schlafqualität wurde durch psychotherapeutische Verfahren (Kognitive Verhaltenstherapie für Insomnie, Imagery Rehearsal Therapy und prolongierte Exposition) und Hydroxyzin verbessert. Allerdings basieren alle Aussagen zu Hydroxyzin auf nur einer einzigen Studie, in der 34 Patient:innen mit der Substanz behandelt wurden (138). Eine frühere Meta-Analyse zeigte ebenfalls, dass Prazosin die Albträume im Rahmen einer PTBS reduziert und die Schlafqualität verbessert (139). Valide Daten zur Behandlung von Insomnie im Rahmen einer PTBS liegen nicht vor, deshalb kann keine klare Empfehlung aufgrund von vorliegenden Studien gegeben werden.

#### **Begründung des Empfehlungsgrades mit Darlegung der Abwägung von Nutzen und Schaden der Intervention**

Da wirksame psychotherapeutische Verfahren zur Behandlung von Albträumen bei PTBS vorliegen, bei einer Pharmakotherapie mit unerwünschten Wirkungen gerechnet werden muss und die Langzeiteffekte einer Pharmakotherapie wenig untersucht sind ist eine offene Empfehlung ausgesprochen worden. Es handelt sich um eine offene Empfehlung, da z.B. eine Multicenterstudie vorliegt, in die viele Patient:innen eingeschlossen wurden, die keinen Effekt von Prazosin auf Albträume im Rahmen einer PTBS bei U.S. amerikanischen Veteran:innen findet (140). Zusätzlich gibt es wirksame psychotherapeutische Interventionen, z.B. die Imagery Rehearsal Therapy (137).

#### **Personengruppen, auf die die Empfehlung nicht zutrifft/Alternativen**

Die meisten pharmakologischen Studien zur Wirkung von SSRIs haben Patient:innen mit PTBS im höheren Alter ausgeschlossen. Aussagen zu älteren Menschen (>65 Jahre) können nur bedingt getroffen werden. Siehe auch die Empfehlung des Kapitels Behandlung von älteren Personen (Kapitel 3.7).

#### **Angaben zur qualitativ guten Durchführung**

Prazosin ist nicht für die Behandlung von Albträumen im Rahmen einer PTBS zugelassen und muss deshalb off-label verordnet werden. Weiterhin ist Prazosin in Deutschland nur noch über die Internationale Apotheke (Einzelimport nach § 73 Abs. 3 AMG) erhältlich. Andere Alpha-1-Adrenorezeptor-Antagonisten sind in Deutschland verfügbar, jedoch noch nicht ausreichend evaluiert (z. B. Doxazosin).

### **3.3.4.4 Hintergrundtext zur Empfehlung 3.4**

#### **Darlegung der Evidenzgrundlage**

Eine Pharmakotherapie (z.B. mit einem SSRI) zusätzlich zu einer traumafokussierten Psychotherapie konnte keinen Zusatznutzen in Bezug auf die Wirksamkeit auf die

Kernsymptome der PTBS zeigen (116, 121, 122, 125, 126). Eine Kombination aus einer spezifischen Psychotherapie und MDMA zur Behandlung einer PTBS scheint vielversprechend, ist gegenwärtig jedoch in Deutschland nicht möglich (141, 142). Schlafstörungen (Insomnie und Alpträume) treten bei bis zu 90% der Patient:innen mit PTBS auf und sind mit Symptomschwere, Komorbiditäten und Suizidalität assoziiert (137, 143). Zur pharmakologischen Behandlung von Alpträumen bei Patient:innen mit PTBS sei auf die Empfehlung 3.3 verwiesen. Obwohl zur pharmakologischen Behandlung der Insomnie keine validen Daten vorliegen, ist ein Behandlungsversuch angelehnt an die Leitlinie „Insomnie bei Erwachsenen“ (144) empfohlen, auch wenn dort keine explizite Empfehlung für die Behandlung der Insomnie bei PTBS gegeben wird. Patient:innen mit PTBS leiden oft zusätzlich an komorbiden psychischen Störungen (145). Im Rahmen einer traumafokussierten Psychotherapie sollen komorbide Störungen pharmakologisch entsprechend den jeweiligen Leitlinien behandelt werden. Generell gilt: Unwirksame Medikamente sollen abgesetzt werden.

#### **Begründung des Empfehlungsgrades mit Darlegung der Abwägung von Nutzen und Schaden der Intervention**

Eine Darlegung der Abwägung von Nutzen und Schaden einer Pharmakotherapie bei Insomnie und komorbiden Störungen findet sich in den jeweiligen Leitlinien. Bei der Behandlung der Insomnie allgemein und von Alpträumen bei PTBS liegen effektive psychotherapeutische Interventionen vor. Die Pharmakotherapie ist in beiden Indikationen die Behandlung der zweiten Wahl, bei Nichtverfügbarkeit oder Unwirksamkeit der Psychotherapie bzw. Patient:innenpräferenz.

#### **Personengruppen, auf die die Empfehlung nicht zutrifft/Alternativen**

Viele Psychopharmaka sind bei Kindern und Jugendlichen (<18 Jahre) und älteren Menschen (oft >65 Jahre) nicht evaluiert. Siehe hierzu auch die Kommentare bzw. Empfehlungen in den entsprechenden Kapiteln (Kapitel 3.7 und 3.11).

#### **Angaben zur qualitativ guten Durchführung**

Keine.

### **3.3.4.5 Hintergrundtext zur Empfehlung 3.5**

#### **Darlegung der Evidenzgrundlage**

In einem systematischen Review und einer Meta-Analyse untersuchten Guina et al. (2015) (146) die Evidenz von Benzodiazepinen in der Behandlung einer PTBS. Sie identifizierten 18 klinische und Beobachtungsstudien mit insgesamt 5236 Patient:innen. Studiendesigns, Methodik und Patient:innengruppen zeigten eine hohe Heterogenität in zumeist kleinen Studien. Guina et al. fanden keine positiven Effekte in der Prävention oder Behandlung von PTBS-Symptomen. Die Effekte der Benzodiazepine würden sich nicht signifikant von Placebo unterscheiden. Eine Schlussfolgerung der Autor:innen ist, dass die Risiken die möglichen kurzfristigen positiven Effekte überwiegen würden. Sie sehen daher eine Behandlung von

Patient:innen mit einer PTBS oder nach akuter Traumatisierung mit Benzodiazepinen als relativ kontraindiziert an. Die Wirkung von Non-Benzodiazepin-Hypnotika am Beispiel von Eszopiclon auf die häufigen Schlafstörungen bei Patient:innen mit PTBS wurden von Dowd et al. (2020) (147) in einem kleinen RCT gegen Placebo untersucht. Es fand sich kein signifikanter Unterschied zwischen den beiden Gruppen in Bezug auf Schlafparameter und PTBS-Symptomatik. Die Autor:innen schlussfolgern, dass es keine spezifischen positiven Effekte von Eszopiclon auf die PTBS-Symptomatik und den damit assoziierten Schlafstörungen gibt.

### **Begründung des Empfehlungsgrades mit Darlegung der Abwägung von Nutzen und Schaden der Intervention**

Guina et al. (2015) (146) geben bei der Verwendung von Benzodiazepinen bei PTBS das signifikant erhöhte Risiko der Entwicklung einer PTBS nach akuter Traumatisierung, die Verschlechterung des Gesamt-Schweregrades und der Prognose der PTBS und eine Toleranzentwicklung bzgl. der hypnotischen und muskelrelaxierenden Wirkungen innerhalb von Tagen bis Wochen sowie der antikonvulsiven und anxiolytischen Effekten innerhalb von Wochen bis Monaten als problematisch an. Negative kognitive Effekte von Benzodiazepinen können sowohl bei kurz- wie langfristigem Gebrauch und dosisabhängig aus Einschränkungen in Aufmerksamkeit, Gedächtnis und Lernen bestehen. Benzodiazepine können weiterhin zur Verschlechterung von Ergebnissen einer Psychotherapie führen (146). Zusätzlich können Benzodiazepine zu vermehrten Aggressionen, Impulsivität, Depressionen und Substanzmissbrauch führen.

### **Personengruppen, auf die die Empfehlung nicht zutrifft/Alternativen**

Keine.

### **Angaben zur qualitativ guten Durchführung**

Keine.

### **3.3.5 Empfehlungen für zukünftige Forschung**

- Die erwünschten und unerwünschten Wirkungen einer traumafokussierten Psychotherapie im Vergleich zu einer Pharmakotherapie (SSRI) im Langzeitverlauf bei Patient:innen mit PTBS sollten erforscht werden.
- Die Wirksamkeit einer pharmakologischen Behandlung von Patient:innen mit PTBS und Insomnie sollte erforscht werden.
- Die Wirksamkeit einer pharmakologischen Behandlung Patient:innen mit PTBS und dissoziativen Symptomen sollte erforscht werden.
- Den Zusatznutzen einer Augmentation mit einem Antipsychotikum zu einer SSRI-Medikation bei der Behandlung von Patient:innen mit PTBS
- Die Wirksamkeit von diversen psychopharmakologischen Strategien bei chronischen und therapieresistenten Verläufen sollte erforscht werden.

### 3.4 Adjuvante Verfahren

*Robert Bering, Tanja Michael, Volker Brünger, Marianne Eberhard-Kaechele, Sabrina Heizmann, Volker Köllner, Diana Krämer, Thorsten Linne-Rotermund, Anke Schreiner*

#### 3.4.1 Einleitung

Wir definieren adjuvante Verfahren als zusätzliche therapeutische Interventionen zu den in nationalen und internationalen PTBS-Leitlinien empfohlenen psychotherapeutischen Verfahren oder Pharmakotherapie. Diese Verfahren werden im weiteren Verlauf als Standardverfahren (SV) bezeichnet.

Die Palette der adjuvanten Verfahren ist groß. Darunter fallen z.B. Ergotherapie, Sport- und Bewegungstherapie, Künstlerische Therapie (Kunst-, Musik-, Tanz-, Theatertherapie u.a.), Physiotherapie, Soziotherapie, ggf. psychiatrische Pflege sowie therapeutische Maßnahmen oder Interventionen wie Körpertherapie, Akupunktur, Mediation, tiergestützte Interventionen, Biofeedback und Transkranielle Magnetstimulation (TMS). Somit sind adjuvante Verfahren teilweise mit Interventionen assoziiert, die sich auf eine lange Tradition der stationären multiprofessionellen Therapie und Rehabilitation berufen können. Viele dieser Verfahren sind Teil sogenannter Komplexleistungen und von den Kostenträgern anerkannt. Hierzu zählen z.B. Ergotherapie, Sport- und Bewegungstherapie sowie die Physiotherapie. Künstlerische Therapien werden seit den 1980er Jahre im stationären Kontext finanziert. Eine zweite Gruppe von adjuvanten Verfahren stammt aus der Alternativmedizin. In Deutschland haben sie eine lange Tradition. So genießen Akupunktur und Naturheilverfahren z.B. Anerkennung bei den ärztlichen Weiterbildungen. Mehr und mehr Aufmerksamkeit gewinnen in der Forschung und Praxis neuro- und biomodulatorische Interventionen. Hierzu zählen wir das TMS sowie das Bio- und Neurofeedback.

Im Unterschied zur Beurteilung der Standardverfahren (SV), wäre die Wirksamkeit der adjuvanten Verfahren nach der Formel SV+Adjuvanz versus SV zu beurteilen. Gemäß dem „Goldstandard“ der evidenzbasierten Medizin wäre das beste Studiendesign, um die Wirksamkeit von adjuvanten Verfahren zu untersuchen, das Vorliegen von randomisierten kontrollierten Studien (RCTs), in denen gezeigt wird, dass SV+Adjuvanz dem Standardverfahren überlegen ist. Die Literatursuche zu diesem Kapitel hat ergeben, dass adjuvante Verfahren eher im Vergleichsgruppendesign gegen Standardverfahren untersucht worden sind, aber nicht als Adjuvanz. Auch von diesen Studien erfüllen nur sehr wenige die hohen methodischen Anforderungen, so dass überwiegend nur die Beurteilung auf der Grundlage eines Expert:innenurteils bleibt.

### 3.4.2 Klinische Fragestellungen

1. Sind adjuvante Verfahren\* zusätzlich zu den in nationalen und internationalen PTBS-Leitlinien empfohlenen psychotherapeutischen Verfahren (Traumafokussierte Psychotherapie, Kognitive Verhaltenstherapie, EMDR) oder einer Pharmakotherapie bei Personen mit einer (k)PTBS (siehe Anlage 2 für Definition der Population) effektiver hinsichtlich der PTBS-Symptomreduktion, Verbesserung der psychischen Gesundheit, Steigerung des Wohlbefindens, Steigerung der Lebensqualität, Verbesserung der Emotionen oder Reduktion von Dissoziation im Vergleich zu keiner der (der definierten) adjuvanten Verfahren?

\* Die Suche nach adjuvanten Verfahren inkludierte die Folgenden Ansätze: Akupunktur, Neurofeedback, Saikokeishikankyoto, Somatic Experiencing, Transcranial Magnetic Stimulation, Yoga, Exercise („exercise“, „aerobic exercise“, „sports“), Insomnia treatment, Animal-assisted interventions, Hypnosis, Biofeedback, Nature-based treatment, Mantram repetition, METTA (Loving-Kindness Meditation, compassion meditation) und Soziotherapie.

2. Sind adjuvante Künstlerische Therapien zusätzlich zu einem in nationalen und internationalen PTBS-Leitlinien empfohlenen psychotherapeutischen Verfahren (Traumafokussierte Psychotherapie, Kognitive Verhaltenstherapie, EMDR, TAU) bei Personen mit einer (k)PTBS (siehe Anlage 2 für Definition der Population) effektiver hinsichtlich der PTBS-Symptomreduktion, Verbesserung der psychischen Gesundheit, Verbesserung der Emotionen, Reduktion von Dissoziation, Steigerung der Lebensqualität oder Steigerung des Wohlbefindens im Vergleich zu keiner (der definierten) adjuvanten Künstlerischen Therapien?
3. Sind adjuvante ergotherapeutische Interventionen zusätzlich zu den in nationalen und internationalen PTBS-Leitlinien empfohlenen psychotherapeutischen Verfahren (Traumafokussierte Psychotherapie, Kognitive Verhaltenstherapie, EMDR) oder einer Pharmakotherapie bei Personen mit einer (k)PTBS (siehe Anlage 2 für Definition der Population) effektiver hinsichtlich der Verbesserung der Lebensqualität, Aufnahme einer Erwerbstätigkeit, häufigeren Partizipation an bedeutungsvollen Betätigungen, selbstständigen Lebensführung, emotionaler und mentaler Stabilisierung oder Prävention von Folgeerkrankungen im Vergleich zu keinen adjuvanten ergotherapeutischen Interventionen (inkl. einem Treatment-As-Usual)?

### 3.4.3 Empfehlungen

4.1	Konsensbasierte Empfehlung	Neu (2026)
<b>EK</b>	Personen mit (k)PTBS kann Physiotherapie bzw. Soziotherapie als adjuvante Therapie in einem traumaspezifischen, multimodalen Behandlungsplan angeboten werden.	
	Konsensstärke: 80 % (Konsens)	
*unter einem multimodalen Behandlungsplan verstehen wir alle Varianten der Kombination der Standardverfahren und adjuvanten Verfahren in stationären, ambulanten, sektoren- und rechtskreisübergreifenden Settings in der Krankenbehandlung und Rehabilitation.		
4.2	Evidenzbasierte Empfehlung	Neu (2026)
Empfehlungsgrad <b>B ↑</b>	Personen mit (k)PTBS sollte Sport- und Bewegungstherapie als adjuvante Therapie in einem traumaspezifischen, multimodalen Behandlungsplan angeboten werden.	
Bryant et al., 2023; Powers et al., 2015; Young-McCaughan et al., 2022; Rosenbaum et al. 2015		
Qualität der Evidenz		
PTBS-Symptome: sehr niedrig ⊕⊖⊖⊖	Depressionssymptome: niedrig ⊕⊕⊖⊖	Angstsymptome: niedrig ⊕⊕⊖⊖
	Konsensstärke: 92 % (Konsens)	
4.3	Konsensbasierte Empfehlung	Neu (2026)
<b>EK</b>	Personen mit (k)PTBS können aufgrund der positiven klinischen Erfahrung im stationären Setting auch hinsichtlich der Wirkung auf komorbide Störungen adjuvante Künstlerische Therapien* in einem traumaspezifischen, multimodalen Behandlungsplan angeboten werden.	
	Annous et al. 2022, Baker et al. 2018, King et al. 2023, Morison et al. 2022, Quian et al. 2023, Schnitzer et al. 2021, Schouten et al. 2014, Smriti et al. 2022, Tomaszewski et al. 2023, Uttley et al. 2015	
	Konsensstärke: 76,9 % (Konsens)	
*(Kunst-, Musik-, Tanz-, Theater-, expressives Schreiben und Poesietherapie)		
4.4	Konsensbasierte Empfehlung	Neu (2026)
<b>EK</b>	Patient*innen mit (k)PTBS, die aufgrund von Einschränkungen in Körperfunktionen, -strukturen, bedeutungsvollen Betätigungen sowie Alltagsaktivitäten und beruflichen Anforderungen in ihrer Teilhabe beeinträchtigt sind, sollte eine ergotherapeutische Intervention als adjuvante Maßnahme in einem integrativen Gesamtbehandlungsplan angeboten werden.	
	Kerr et al 2020; Speicher et al 2014, Cowlis 2009, Gindi et al 2016; Kinney et al 2020, Beauchesne et al 2015, Müller et al 2019, Eakman et al 2017	
	Konsensstärke: 100 % (Starker Konsens)	

### 3.4.4 Hintergrund der Evidenz

Als Erweiterung zur S3-Leitlinienempfehlung von 2019 können wir ein differenzierteres Bild der bestehenden Evidenz vorlegen. Sport und Bewegung genießen einen Empfehlungsgrad, der sich auf aggregierte Evidenz aus mehreren Studien berufen kann. Die Empfehlungen zu Soziotherapie, Physiotherapie, Ergotherapie und Künstlerische Therapien sind weiter ausdifferenziert. Hierdurch weicht die offene Formulierung mit beispielhafter Aufzählung von adjuvanten Verfahren aus 2019 einer konkreten Positivliste.

#### 3.4.4.1 Hintergrundtext zur Empfehlung 4.1

##### Darlegung der Evidenzgrundlage

Die Leitliniengruppe hat sich dazu entschieden, nur solchen adjuvanten Verfahren eine Empfehlung auf der Grundlage eines klinischen Expert:innenkonsenses auszusprechen, die sich auf eine breit gefächerte klinische Erfahrung in der Therapie und in der Rehabilitation stützen können. Der Einschluss von Sozio- und Physiotherapie ist im multiprofessionellen Setting in der Therapie und Rehabilitation fest verankert. Die Physiotherapie ist als Sammelbegriff nicht in die Literatursuche eingeflossen. Allerdings werden eine Vielzahl von unterschiedlichen beschriebenen therapeutischen Interventionen von Physiotherapeut:innen im multiprofessionellen Setting durchgeführt, die von der klassischen Physiotherapie bis zu speziellen traumaadaptierten Verfahren reichen (z.B. (148)).

Weitere adjuvante Verfahren können sich auf eine wachsende Evidenz stützen, konnten jedoch auf Grund der methodischen Vorgaben nicht inkludiert werden und somit nicht Teil der Empfehlung werden. Dies betrifft zum einen bio- und neuromodulatorischen Verfahren wie das Biofeedback (149), das Neurofeedback (150-152) sowie die Transkranielle Magnetstimulation (TMS) (153-155). Zu den alternativmedizinischen Verfahren zählen Einflüsse aus anderen Kulturkreisen, wie Akupunktur (156-158), Yoga (159, 160) Mantram repetition (161), METTA (Loving-Kindness Meditation, compassion meditation) (162), Varianten von Naturheilverfahren (Saikokeishikankyoto) (163) und *Somatic Experiencing* (534). Des Weiteren zählen wir Erlebnistherapie (164), tiergestützte Interventionen (Hunde und Pferde) (165-168) sowie *Insomnia treatment* (sleep, REM, Hypnose einschließlich Hypnotherapie (169, 170) dazu. Zusätzlich zu den methodischen Exklusionsgründen, ist diese Entscheidung u.a. damit begründet, dass das Risiko potenzieller Schäden (z.B. durch Nebenwirkungen) sowie der finanzielle und personelle Aufwand im Verhältnis zum Nutzen in unserer Evidenzbewertung nicht abschätzbar sind. Verfahren wie TMS, Bio- und Neurofeedback gehen z.B. mit einem hohen technischen Aufwand einher und haben z.T. Nebenwirkungen. Bei anderen adjuvanten Verfahren ist (noch) kein hinreichender Konsens definiert. Dies gilt zum Beispiel für die Akupunktur, womit ganz unterschiedliche Konzepte gemeint sein können (Nadel, Druckpunkt-, Elektro- oder Laserakupunktur, Traditionelle Chinesische Medizin oder die französische Schule). Die große Variabilität des Einsatzes von tiergestützter Therapie und der hohe Aufwand, der mit der Arbeit von Tieren einhergeht, macht es schwer, zum jetzigen Zeitpunkt eine generalisierte klinische Empfehlung zu dieser Form adjuvanter Therapien auszusprechen.

### **Begründung des Empfehlungsgrades mit Darlegung der Abwägung von Nutzen und Schaden der Intervention**

Aufgrund der fehlenden empirischen Evidenz mit ausreichender methodischer Qualität beruht diese Empfehlung auf einem Expert:innenkonsensus. Wie oben bereits geschrieben, sind die Sozio- und Physiotherapie im ambulanten und stationären Setting nachhaltig etabliert, so dass zu diesen Formen die breiteste Erfahrungsbasis existiert.

### **Personengruppen, auf die die Empfehlung nicht zutrifft/Alternativen**

Keine.

### **Angaben zur qualitativ guten Durchführung**

Adjuvante Verfahren haben ggf. einen hohen Erwartungseffekt, weil sie mit der Ablehnung der Schulmedizin assoziiert sein können und ein hohes Potenzial, das Behandlungsbündnis zu stärken.

### **3.4.4.2 Hintergrundtext zur Empfehlung 4.2**

Gesundheitsförderliche körperliche Aktivität („Health-enhancing Physical Activity“) hat nicht nur einen präventiven Effekt für Herz- Kreislauferkrankungen und Typ-II-Diabetes, sondern ihre Effekte sind auch in Bezug auf depressive und Angststörungen gut belegt (s. nationale Empfehlungen für Bewegung für Erwachsene [www.bewegungsempfehlungen.de](http://www.bewegungsempfehlungen.de))(171). Der Einsatz der körperlichen Aktivität in der Behandlung psychischer Erkrankungen gestaltet sich im Vergleich zu den eher allgemeinen Vorgaben zur präventiven Nutzung als ein weitaus komplexeres Vorgehen, das Begleitung durch Bewegungstherapie benötigt. Eine bloße Empfehlung zu mehr körperlicher Aktivität reicht hier in der Regel nicht aus. Primäres Ziel ist die positive therapeutische Wirkung auf die jeweilige Störung oder Erkrankung im Kontext einer Gesamtbehandlungsstrategie.

### **Darlegung der Evidenzgrundlage**

Belege für den Effekt eines zusätzlichen Einsatzes von körperlicher Aktivität in der Behandlung der PTBS ergeben sich u.a. aus den Arbeiten von Bryant et al. (2023) (172), Powers et al. (2015) (173) und Rosenbaum et al. (2015) (174). In der Meta-Analyse von Rosenbaum et al. (2015) (174) zeigte sich die körperliche Aktivität im Vergleich zu den Kontrollbedingungen als signifikant überlegen, während in der kleinen randomisierten Studie von Powers et al (2015) (173) und der größeren von Bryant et al. (2023) (172) körperliche Aktivität die Wirksamkeit von Expositionstherapie verbesserte. So waren bei Bryant et al (2023) (172) Aerobic-Übungen mit einer stärkeren Verringerung der CAPS-2-Werte verbunden (SMD: 12,1, 95%-CI: 2,4–21,8; p=0,023). In einer Studie von Young-McCaughan (2022) (175) konnte das adjuvante Paradigma nicht bestätigt werden. Allerdings war das Ausdauertraining allein der Kontrollbedingung in gleichem Maße überlegen, wie die Imaginationstherapie bzw. die kombinierte Behandlung. Es ist darauf hinzuweisen, dass die psychotherapeutische Intervention hier mit 5 x 60 Minuten wesentlich kürzer als in der Studie von Bryant et al. (2023) (172) war. Zu beachten ist, dass sich Evidenz für zwei unterschiedliche Paradigmen des Einsatzes von Bewegung bzw. Bewegungstherapie fand. In der Metaanalyse von Rosenbaum et al. (2015) (174) fand sich ein

positiver Effekt für den adjuvanten Einsatz von gesundheitsförderlicher Aktivität und Bewegungstherapie insgesamt, also zeitlich unabhängig von der Expositionstherapie. Dies entspricht der Befundlage auch bei anderen psychischen Erkrankungen, v. a. der Depression (NVL Depression) (176). Darüber hinaus fanden die RCTs von Powers und Bryant eine Verbesserung des Effekts der Traumakonfrontation, wenn unmittelbar vorher eine Einheit aeroben Trainings absolviert wird. Der RCT von Young-McCaughan (175) fand diesen speziellen Effekt nicht, wohl aber einen Effekt von Bewegungstherapie insgesamt gegenüber der Kontrollbedingung.

### **Begründung des Empfehlungsgrades mit Darlegung der Abwägung von Nutzen und Schaden der Intervention**

Über die o.g. Studien hinaus sind Sport und Bewegungstherapien in Verbindung mit psychischen Störungen (v. a. depressive Störungen) als relevante Behandlungsmöglichkeit breit abgestützt (177). Zu beachten ist auch, dass eine PTBS sowohl ein Risikofaktor für das Auftreten körperlicher Erkrankungen (v.a. Herz- Kreislauferkrankungen ist) oder im Rahmen dieser Erkrankungen auftreten kann (178, 179). Der gut belegte Effekt von körperlicher Aktivität und Bewegungstherapie auf komorbide körperliche Erkrankungen muss daher zusätzlich beachtet werden. In der Zusammenschau erschien eine „Sollte-Empfehlung“ der aktuell vorliegenden Evidenz angemessen.

### **Personengruppen, auf die die Empfehlung nicht zutrifft/Alternativen**

Sport und Bewegungstherapie hat ein breites Indikationsspektrum. Hiervon sind lediglich Patient:innen ausgeschlossen, die von einer akuten somatischen Erkrankung mit aktueller Einschränkung der körperlichen Belastung betroffen sind. Ansonsten ist in der Regel auch bezüglich der somatischen Komorbidität ein positiver Effekt von Bewegungstherapie zu erwarten (zu Herzerkrankungen) z.B. (180). Im Zweifelsfall sollte die Aufnahme von Bewegungstherapie vorher mit dem/der behandelnden somatischen Ärzt:in abgeklärt werden. Zudem liegt die Evidenzgrundlage dieser Empfehlung gilt nur für Erwachsene aber nicht für Kinder und Jugendliche vor.

### **Angaben zur qualitativ guten Durchführung**

Bei den komplexen Herausforderungen bei der Behandlung psychischer Erkrankungen und speziell der PTBS mit Bewegungstherapie ist die Durchführung durch qualifizierte Sport- und Bewegungstherapeuten sinnvoll. Sie beruht auf der Integration und Verbindung von indikationsspezifischen psychopathologischen Kenntnissen mit der bewegungswissenschaftlichen Expertise. Zusätzlich müssen die motivationalen, reflektiven und regulatorischen Faktoren der Patient:innen berücksichtigt werden. Sport- und Bewegungstherapie unterscheiden sich von der klassischen Physiotherapie durch die aktive Ausrichtung, den Gruppenrahmen und die Multidimensionalität in Zielen und Interventionsebenen (z. B. Stärkung der bewegungsbezogenen Gesundheitskompetenz). Dies kann nur durch besonders qualifizierte Bewegungstherapeut:innen durchgeführt werden. Ausgehend von einer dreijährigen, akademischen oder nicht-akademischen Ausbildung im Bewegungsfach (z.B. Sportwissenschaft) bietet der Deutsche Verband für Gesundheitssport und Sporttherapie ([www.dvgs.de](http://www.dvgs.de)) entsprechende Qualifikationsangebote zur Fort- und

Weiterbildung, u.a. mit dem Schwerpunkt Psychiatrie, Psychosomatik, Sucht (181). Im Traumabereich empfehlen sich zusätzliche spezielle Weiterbildungen (z.B. um mögliche Triggersituationen zu erkennen).

### **3.4.4.3 Hintergrundtext zur Empfehlung 4.3**

#### **Darlegung der Evidenzgrundlage**

Zu den Künstlerischen Therapien (Kunst-, Musik, Tanz-, Theatertherapie u.a.) konnten keine Studien gefunden werden, in welchen diese randomisiert, kontrolliert und als Zusatz zu den in nationalen und internationalen PTBS-Leitlinien empfohlenen psychotherapeutischen Verfahren untersucht wurden. In verschiedenen Studien zeigen sich positive Effekte Künstlerischer Therapien in der Behandlung von (k)PTBS, allerdings ohne Bezug zur Bedingung der Adjuvanz(182-185) etc. In der aktuellen dritten Auflage der S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen von 2024 erhielten Künstlerische Therapien mit ihren Spezialisierungen in Musik-, Kunst-, Tanz- und Theatertherapie eine Empfehlung (Empfehlungsgrad B) (186). Eine Veröffentlichung der WHO verdeutlicht unter Einbeziehung der Ergebnisse von 3.000 Studien die Bedeutung der Künstlerischen Therapien für das Gesundheitswesen hinsichtlich der Verbesserung von Befindlichkeit und Gesundheit (187). Im Abschlussbericht der Unabhängigen Beauftragten zur Aufarbeitung des sexuellen Kindesmissbrauchs bestätigen die Beschreibungen vieler Betroffener mit PTBS die klinische Beobachtung, dass Künstlerische Therapien von Patient:innen als hilfreich empfunden werden („Patient:innenpräferenz“). Zudem spricht ein Teil der PTBS-Patient:innen nicht auf empirisch gestützte Behandlungen an, wobei die Non-response Raten bis zu 50% betragen (188, 189). Eine häufige klinische Beobachtung ist, dass Künstlerische Therapien Patient:innen erreichen können, die auf herkömmliche Behandlungen nicht ansprechen, vermutlich durch den Zugang zu rechtshemisphärischen, impliziten Gedächtnisinhalten über Sinneswahrnehmung und unmittelbares Verhalten während der Nutzung des ästhetischen Mediums (190-192) oder durch die Distanzierung von Scham- und Schuldgefühlen, die in Verbaltherapien Vermeidungsverhalten begünstigen (193). In einer Studie mit Veteranen berichteten diese, dass sie Kunsttherapie in Verbindung mit Kognitiver Verarbeitungstherapie (CPT) als hilfreich bei der Verarbeitung von Traumatisierungen erlebten, da sie gesunde Distanzierung, ein verbessertes Trauma-Gedächtnis und einen besseren Zugang zu Emotionen ermöglichte (194). Auch wenn die Verwendung von Sprache als therapeutisches Medium erschwert ist, z.B. wenn die Betroffenen der deutschen Sprache nicht mächtig sind, z.B. aus Altersgründen, aufgrund von Dissoziation, der Inhibition des Sprachzentrums oder in Bezug auf Erfahrungen, die verbal nur unzureichend beschrieben werden können, unterstützen die Künstlerischen Therapien den Therapieprozess, indem nicht-sprachliche Inhalte erschlossen und für die weitere Verarbeitung in der Psychotherapie verfügbar gemacht werden können (183).

### **Begründung des Empfehlungsgrades mit Darlegung der Abwägung von Nutzen und Schaden der Intervention**

Künstlerische Therapien gehören zu den weit verbreiteten adjuvanten Verfahren. In der psychosomatischen Rehabilitation in Deutschland beispielsweise erhielten 66% der Rehabilitand:innen im Jahr 2019 mindestens eine Leistung aus diesem Bereich (535). In der „Klassifikation therapeutischer Leistungen in der medizinischen Rehabilitation“ (KTL) der DRV Bund, in der „Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie“ (PPP-RL) des Gemeinsamen Bundes-Ausschusses (G-BA), im „Operationen- und Prozedurenschlüssel“ (OPS), vom BfArM (Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte) herausgegebene amtliche Klassifikation, sowie in der EPIK-Studie (Projekt zur Überprüfung der Eignung des „Plattformmodells“ als Instrument zur Personalbemessung in psychiatrischen und psychosomatischen Kliniken; gefördert durch den Innovationsfonds des G-BA) werden die Künstlerischen Therapien als eigenständiges Angebot aufgeführt. Aufgrund der fehlenden empirischen Evidenz mit ausreichender methodischer Qualität beruht diese Empfehlung dabei auf einem Expert:innenkonsensus. Zur Risikoabwägung ist zu sagen, dass für Künstlerische Therapien gilt, dass Effekte, die zu ihrer Wirksamkeit beitragen, nicht immer planbar in ihrer Intensität sind. So können Interventionen beispielsweise die Wahrnehmung von Emotionen anregen, die im Einzelfall dann als belastend erlebt werden können. Werden die Emotionen nicht im Rahmen der therapeutischen Begleitung reguliert, könnte sich daraus ein potenzielles Risiko einer temporären Verschlechterung ergeben. Wie bei allen psychotherapeutisch wirkenden Interventionen geht ein Risiko vor allem von einer nicht trauma-adaptierten Vorgehensweise aus (195). Dem ist durch geeignete Konzepte und entsprechende Ausbildung entgegenzuwirken (191, 196).

### **Personengruppen, auf die die Empfehlung nicht zutrifft/Alternativen**

Bei Personen, welche die angebotenen künstlerischen Interventionen nicht akzeptieren, sowie bei Personen, die zu starke/ zu viele Triggerreize im Rahmen einer Künstlerischen Therapie erleben, ist deren Wirksamkeit in Frage gestellt. Je nach Präferenz und Verfügbarkeit sind andere Künstlerische Therapien geeignete Alternativangebote. Der Einsatz von psychotherapeutisch wirkenden Verfahren bei Schwangeren wird als Risikofaktor diskutiert. Studien legen allerdings nahe, dass die Vorteile insgesamt überwiegen (197). Eine Studie zeigte, dass kunstbasierte Interventionen bei Schwangeren Angst- und Depressionssymptome wirkungsvoll und kosteneffektiv reduzieren könnten (185).

### **Angaben zur qualitativ guten Durchführung**

Bei der Durchführung der Künstlerischen Therapien sind nach den Standards der Bundesarbeitsgemeinschaft Künstlerische Therapien die Absolvierung einer entsprechenden Ausbildung in einer Künstlerischen Therapieform und nicht nur die Beherrschung einer Kunstform bzw. Künstlerische Pädagogik maßgeblich (198). Zudem empfehlen sich traumaspezifische Fortbildungen zur traumaadaptierten Form des Verfahrens und eine Mitgliedschaft in einem Berufsverband, u.a. da dies auf einen Ethikkodex verpflichtet.

#### **3.4.4.4 Hintergrundtext zur Empfehlung 4.4**

##### **Darlegung der Evidenz**

Über die Suchstrategie ließ sich derzeit keine primäre Evidenz zu Ergotherapie als adjuvantem Verfahren finden, bzw. lediglich Untersuchungen mit niedrigerem Evidenzgrad, direkte Effekte auf die (k)PTBS-Symptomatik sprechen (199-206). Im Bereich der für die Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) bedeutenden Lebensbereiche lassen sich in Bezug auf Arbeit und Beschäftigung folgende Aussagen treffen: Ergotherapie unterstützt Patient:innen bei der Partizipation an bedeutungsvollen Betätigungen (200, 203, 205, 206). Dazu gehören je nach Altersgruppe auch die (schnellere) Wiederaufnahme einer Erwerbstätigkeit, des Kindergartenbesuchs oder die Rückkehr in die Schule (200-202, 204, 205). Die Teilhabe kann, je nach individuellem Schwerpunkt der Patient:innen, den Kategorien Selbstversorgung, häusliches Leben, Erholung (Schlaf, Selbstregulation) und freizeitbezogene Aktivitäten zugeordnet werden. Zudem sind auch die Umweltfaktoren hinsichtlich der sozialen Teilhabe an bedeutungsvollen Beziehungen (z. B. Pflege von Freundschaften) relevant und können in der Therapie adressiert werden. Ergotherapie bietet für Patient:innen zudem Unterstützung bei Aufbau und Stärkung des Selbstwertes und der Selbstwirksamkeit (201, 207). Die Wirksamkeit ergotherapeutischer Behandlungen bei (k)PTBS wird weiter durch eine breite klinische Erfahrung gestützt, die sowohl im stationären als auch im ambulanten Kontext zunehmend etabliert ist. Schließlich liegt eine umfangreiche Sekundärliteratur vor, die die Bedeutung ergotherapeutischer Interventionen in diesem Bereich unterstreicht: So wird ihre Bedeutung für eine strukturierte und sichere Wiedereingliederung in den Beruf betont. Expertenempfehlungen weisen zudem darauf hin, dass die Ergotherapie das Ziel verfolgt, sinnstiftende und erfüllende Betätigungen im Alltag (wieder) zu erlangen (vgl. (208)). Die ergotherapeutische Forschung ist im deutschsprachigen Raum bislang ein kleines und noch im Entstehen begriffenes akademisches Feld, v.a. auch wegen der noch nicht grundständigen Akademisierung der Berufsgruppe. Die geringe Menge an Evidenz hängt auch damit zusammen. Deshalb wird dringend empfohlen, weitere Forschung zu ergotherapeutischen Maßnahmen im Bereich der PTBS voranzutreiben.

##### **Begründung des Empfehlungsgrades mit Darlegung der Abwägung von Nutzen und Schaden der Intervention**

Aufgrund der oben genannten Befunde, die eine Übertragbarkeit der Ergebnisse auf das adjuvante Setting zulassen, sowie einer breiten positiven klinischen Erfahrung und dem bedeutungsvollen Beitrag zur aktuellen Versorgungslandschaft als settingunabhängige, krankenkassenfinanzierte Behandlungsmöglichkeit, wurde eine konsensbasierte „Sollte-Empfehlung“ ausgesprochen. Dies auch, da es unter Berücksichtigung des potenziellen Nutzens in Bezug auf die aktuelle Versorgungslandschaft von (k)PTBS-Betroffenen als besonderes gut anzusehen ist, dass die Ergotherapie als Heilmittel sowohl als stationäre als auch als kassenfinanzierte ambulante Leistung (§ 32 SGB V) eine Ergänzung im Behandlungskonzept darstellt. Die Möglichkeit, Ergotherapie auch aufsuchend im häuslichen Umfeld durchzuführen (§ 125 SGB V), erweitert den Zugang zur Versorgung für diese

Zielgruppen entscheidend und unterstützt eine alltagsnahe und betätigungsbezogene Behandlung der Betroffenen, beispielsweise im Rahmen von *Home Treatment*.

**Personengruppen, auf die die Empfehlung nicht zutrifft/Alternativen**

Die von uns aufgezeigte Evidenz bezieht sich hauptsächlich auf Erwachsene mit den Diagnosen der (k)PTBS und Kinder in derselben Diagnosegruppe.

**Angaben zur qualitativ guten Durchführung**

Für eine qualitativ hochwertige Durchführung der Therapie sollte der/die Ergotherapeut:in über traumaspezifisches, professionsübergreifendes Wissen und entsprechende ergotherapeutische Behandlungstechniken verfügen.

**3.4.5 Empfehlungen für zukünftige Forschung**

- Forschung zur Wirksamkeit adjuvanter Verfahren bei (k)PTBS mit methodisch hochwertigen Studiendesigns ist erforderlich.
- Forschung dazu, welche Aspekte der adjuvanter Verfahren am wirksamsten bei der Behandlung traumatisierter Erwachsener sind und welche Gruppen (z.B. in Bezug auf Alter, Geschlecht, Traumaexposition und Symptomprofil) am meisten davon profitieren, ist erforderlich.
- Studien zu möglichen negativen Effekten der Verfahren und zur Non-Response sind erforderlich.
- Forschung zu Fragen der Kosteneffektivität adjuvanter Verfahren ist erforderlich.
- Einrichtung spezieller Förderausschreibungen (wie beispielsweise beim *National Institute of Health* in den USA) zu Forschung zu Adjuvanter Therapien ist erforderlich.

### 3.5 Komplexe Posttraumatische Belastungsstörung

*Andreas Maercker, Annett Lotzin, Rahel Bachem, Robert Bering, Thomas Ehring, Thomas Frodl, Astrid Lampe, Brigitte Lueger-Schuster, Antje Orwat-Fischer, Eva Schäflein, Julia Schellong, Sarah Schroth, Carsten Spitzer*

#### 3.5.1 Einleitung

Die Komplexe Posttraumatische Belastungsstörung (kPTBS) wurde mit der Einführung der ICD-11 im Jahr 2019 zu einer im Versorgungssystem anerkannten Diagnose (209). Sie beschreibt ein Symptombild, welches in der Regel durch besonders schwere, langandauernde und sich wiederholende traumatische Erlebnisse hervorgerufen wird, denen Betroffene nur schwer oder gar nicht entkommen konnten (z.B. langanhaltende häusliche Gewalt, wiederholter sexueller oder körperlicher Missbrauch in der Kindheit, Folter, Sklaverei, Völkermord). Neben den klassischen Symptomen der PTBS leiden Betroffene mit kPTBS zusätzlich unter (1) einer gestörten Affektregulation; (2) tiefgreifenden negativen Selbstüberzeugungen (z.B. sich selbst als erniedrigt, unterlegen oder wertlos zu erleben, begleitet von Scham-, Schuld- oder Versagensgefühlen im Zusammenhang mit dem traumatischen Ereignis; und (3) Beziehungsschwierigkeiten, wie etwa Beziehungen aufrechtzuerhalten und sich Anderen nahe zu fühlen. Die zusätzlichen Symptomgruppen werden als "Störungen der Selbstorganisation" (engl. „Disorders of Self-Organization“; DSO) zusammengefasst. Die Diagnose wird nur vergeben, wenn die genannten Symptome zu bedeutsamen psychosozialen Beeinträchtigungen in einem oder mehreren Funktionsbereichen (z.B. familiär, sozial, ausbildungsbezogen, beruflich) führen. Begleitende Störungen der Wahrnehmung oder des Bewusstseins können sich in dissoziativen Zuständen wie Amnesien, dissoziativen Episoden oder Depersonalisation äußern. Die Vorläuferdiagnose im ICD-10 ist die "Andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung" (F62.0). Internationale Studien zeigen, dass die durchschnittliche Beeinträchtigungsschwere bei kPTBS höher ist als bei der PTBS (im Vergleichszusammenhang auch "Klassische PTBS" genannt)(210) und Beeinträchtigungen der Aktivität und Teilhabe einschließt, die besondere berufliche, familiäre und soziale Problemlagen mit sich bringen (211). Dabei ist es wichtig, zwischen der Gesundheitsstörung (ICD-11) und den Gesundheitsfolgen (ICF) zu unterscheiden. Im DSM-5 Diagnosesystem (7) ist die kPTBS-Diagnose nicht enthalten. Klinisch schwerer beeinträchtigte Patient:innen können dort als "Dissoziativer Subtyp der PTBS" diagnostiziert werden. Systematische empirische Vergleiche von kPTBS und dem dissoziativen PTBS-Subtyp stehen noch aus. Randomisierte Therapiestudien zur kPTBS sind aufgrund der relativen Neuheit der Diagnose nur begrenzt verfügbar. Die bis 2024 vorliegenden Meta-Analysen verwendeten daher approximative Definitionen der kPTBS als Einschlusskriterien. Eingeschlossen wurden dabei Studien mit Patient:innengruppen, die etwa langanhaltende häusliche Gewalt, wiederholten sexuellen oder körperlichen Missbrauch in der Kindheit oder Folter erlebt hatten. Als Einschlusskriterien galten das Vorliegen aller klassischen PTBS-Symptome und dazu Indikatoren aus mindestens zwei der drei Symptomgruppen der Störungen der Selbstorganisation.

### 3.5.2. Klinische Fragestellungen

1. Führt eine psychotherapeutische Intervention zur Behandlung der PTBS oder kPTBS (traumafokussierte und nicht-traumafokussierte Psychotherapie) bei erwachsenen Personen mit einer (k)PTBS zu einer Verbesserung des (k)PTBS Gesamtscores, der (k)PTBS Subskalen, Emotionsregulation, kognitiven Verzerrungen, interpersonalen Schwierigkeiten, Dissoziation oder der Drop-Out-Rate im Vergleich zu einer inaktiven Kontrollbedingung (z.B. Nichtbehandlung, Wartelistenkontrollgruppe) oder aktiven Kontrollbedingungen (z. B. TAU, andere psychotherapeutische Intervention zur Behandlung anderer Störungen, pharmakologische Intervention zur Behandlung der kPTBS)?
2. Sind traumafokussierte psychotherapeutische Interventionen zur Behandlung der kPTBS oder PTBS bei Patient:innen mit kPTBS effektiver als aktive psychotherapeutische Kontrollbedingungen (nicht-traumafokussierte psychotherapeutische Intervention zur Behandlung der kPTBS oder PTBS, andere psychotherapeutische Intervention zur Behandlung anderer Störungen) hinsichtlich der (k)PTBS Subskalen, Emotionsregulation, kognitiven Verzerrungen, interpersonalen Schwierigkeiten, Dissoziation oder der Drop-Out-Rate?
3. Gibt es Unterschiede in der Effektivität psychotherapeutischer Interventionen zur Behandlung der kPTBS bei verschiedenen Patient:innengruppen\* hinsichtlich der (k)PTBS Subskalen, Emotionsregulation, kognitiven Verzerrungen, interpersonalen Schwierigkeiten, Dissoziation oder der Drop-Out-Rate?

\*Männer vs. Frauen, unterschiedliche Altersgruppen/ Krankheitsdauern/ Traumaarten (Missbrauchs- und Misshandlungs-erfahrung in der Kindheit, Soldat:innen/Kriegsveteran:innen, medizinisches Trauma)

### 3.5.3 Empfehlungen

5.1	Evidenzbasierte Empfehlung	Neu (2026)
Empfehlungsgrad <b>B</b> ↑	Für eine kPTBS nach ICD-11 sollte die psycho-therapeutische Behandlung mit einer Kombination traumafokussierter Techniken erfolgen, bei denen Schwerpunkte auf der Verarbeitung der Erinnerung an die traumatischen Erlebnisse und/oder ihrer Bedeutung liegen sowie auf Techniken zur Emotionsregulation, und zur Verbesserung des Selbstwertgefühls sowie von Beziehungsstörungen im Sinne der Bearbeitung dysfunktionaler zwischenmenschlicher Muster.	
Dorrepaal 2014, Karatzias 2019*, Corrigan 2020, Darby 2023, Bohus 2020, Karatzias 2024		
Qualität der Evidenz		
kPTBS-Symptome: niedrig ⊕⊕⊖⊖	PTBS-Symptome + 1, 2 oder 3 DSO-Symptome: niedrig ⊕⊕⊖⊖	Emotionsregulation: sehr niedrig ⊕⊖⊖⊖
Negatives Selbstkonzept: sehr niedrig ⊕⊖⊖⊖	Interpersonale Schwierigkeiten: sehr niedrig ⊕⊖⊖⊖	
Konsensstärke: 90,9 % (Konsens)		
*GRADE-Profil		

5.2	Konsensbasierte Empfehlung	Neu (2026)
<b>EK</b>	Ein mehrere Phasen umfassendes Vorgehen sollte einem ausschließlich isoliert traumafokussierten Vorgehen vorgezogen werden.	
Darby 2023, Dorrepaal 2014, Bohus 2020, Cloitre 2002		
Konsensstärke: 91,3 % (Konsens)		

5.3	Konsensbasierte Empfehlung	Neu (2026)
<b>EK</b>	Psychotherapie für kPTBS kann auch in höherer Frequenz (d. h. mehrfach in der Woche) angeboten werden.	
Hoppen et al. 2023, Ehlers et al. 2014		
Konsensstärke: 96 % (Starker Konsens)		

### 3.5.4 Hintergrund der Evidenz

Auf der Basis der identifizierten Evidenz konnten Empfehlungen zu den klinischen Fragestellungen 1 bis 3 formuliert werden. Welche spezifischen Beeinträchtigungen der Aktivität und Teilhabe aus der kPTBS resultieren und in welcher Wechselwirkung sie zu den Kontextfaktoren stehen, konnte auf Grund von fehlenden Studien nicht beantwortet werden.

#### 3.5.4.1 Hintergrundtext zur Empfehlung 5.1

##### Darlegung der Evidenzgrundlage

Eine Reihe an Meta-Analysen und systematischen Reviews (212-215) untersuchte die Effektivität von psychotherapeutischen Interventionen wie (traumafokussierte) kognitive Verhaltenstherapie (TF-KVT), Expositionstherapie und *Eye Movement Desensitization and*

*Reprocessing* (EMDR) zur Behandlung der komplexen posttraumatischen Belastungsstörung (kPTBS) und/oder der posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) bei vorliegendem Missbrauch in der Kindheit. Eine der Meta-Analysen (215) erfüllte einen hohen Qualitätsstandard, die weiteren Meta-Analysen und Reviews wiesen jedoch eine geringe Qualität nach A Measurement Tool to Assess Systematic Reviews (AMSTAR) auf. Neben den o.g. Meta-Analysen und Reviews wurden zwei Primärstudien herangezogen, deren Ergebnisse von der Arbeitsgruppe als besonders relevant für die Behandlung der kPTBS eingeschätzt wurden. Die Studien untersuchten die Effektivität der PTBS-Interventionen DBT-PTSD (Dialektisch-Behaviorale-Therapie PTSD) (216) und ESTAIR (4), die beide auf komplexe Traumafolgestörungen zugeschnitten sind. Die Meta-Analyse von Karatzias et al. (2019) (215) zeigte bei Patient:innen mit diagnostizierter PTBS und zusätzlichen kPTBS-Symptomen große Effekte von KVT, Expositionstherapie und EMDR auf die Reduktion von PTBS-Symptomen im Vergleich zu *Treatment-As-Usual* (TAU) oder Warteliste (WL). KVT erzielte zudem große Effekte auf die Emotionsregulation und kognitive Verzerrungen sowie mittlere Effekte auf interpersonelle Schwierigkeiten. EMDR erzielte in einer Studie große Effekte auf die Emotionsregulation und mittlere Effekte auf kognitive Verzerrungen und interpersonelle Probleme. Expositionstherapie erzielte mittlere Effekte auf kognitive Verzerrungen und interpersonelle Schwierigkeiten. Dorrepaal et al. (2014) (214) untersuchten in ihrer Meta-Analyse bei Erwachsenen mit kPTBS oder PTBS im Zusammenhang mit Missbrauchserfahrungen in der Kindheit die Effektivität von KVT mit oder ohne *Prolonged Exposure* (PE) und/oder Affektregulationstraining sowie gegenwartszentrierte Therapie im Vergleich zu einer Kontrollbedingung oder einer alternativen Behandlung. Bei Patient:innen mit kPTBS zeigten sich geringere Effektstärken und niedrigere Genesungsraten. Affektregulationstraining (allein oder kombiniert) war bei kPTBS effektiver als eine reine Expositionsbehandlung. Die Abbruchraten waren bei Expositionsbehandlung höher. Corrigan et al. (2020) (212) untersuchten phasenbasierte Ansätze bei vorliegender PTBS. Im Vergleich zu den Kontrollinterventionen erwies sich ein phasenbasierter Ansatz für die Subgruppe von (k)PTBS-Patient:innen mit Kindheitstraumatisierungen und PTBS-Symptomen ein signifikanter, großer Behandlungseffekt. Das Review von Darby et al. (2023) (213) untersuchte die Wirksamkeit von TF-KVT, DBT-PTSD, *Dynamic Cognitive Processing Therapy* (D-CPT), *Skills Training in Affective and Interpersonal Regulation* (STAIR) und stabilisierenden Gruppenangeboten im Vergleich zu verschiedenen Kontrollbedingungen (WL, TAU, Intervention ohne Exposition, nur Exposition). In vier Studien zu traumafokussierten Interventionen wurden große Effekte auf PTBS-Symptome nachgewiesen. Phasenbasierte Ansätze waren einer alleinigen Expositionsbehandlung überlegen. Der RCT von Bohus et al. (2020) (216) verglich DBT-PTSD mit CPT bei Frauen mit PTBS nach sexuellem/körperlichem Missbrauch. Beide Therapieansätze reduzierten PTBS-Symptome signifikant, DBT-PTSD aber stärker und mit geringerer Abbruchrate. Sekundäre Endpunkte wie Depression, globale Funktionsfähigkeit und Intensität dissoziativer Symptome verbesserten sich ebenfalls stärker unter DBT-PTSD. Der RCT von Karatzias et al. (2024) (4) untersuchte bei Veteran:innen mit kPTBS das phasenbasierte *Enhanced Skills Training in Affective and Interpersonal Regulation* (ESTAIR), das speziell für die Behandlung der kPTBS entwickelt wurde. Im Vergleich zu TAU

zeigte sich ESTAIR effektiver bei PTBS- und DSO-Symptomen sowie depressiven und Angstsymptomen. Nur 13,6 % der ESTAIR-Gruppe erfüllten nach der Therapie noch die kPTBS-Diagnose (vs. 84 % unter TAU). Für beide RCT-Studien zeigt die Gesamtbewertung des Risikos für Bias (RoB 2) Bedenken hinsichtlich potenzieller Verzerrungen. Die vorliegenden Studienergebnisse deuten darauf hin, dass evidenzbasierte traumafokussierte PTBS-Behandlungen wie TF-KVT, PE und EMDR im Vergleich zu Wartelisten oder aktiven Kontrollen ebenfalls bei Patient:innen mit kPTBS effektiv PTBS- und DSO-Symptome reduzieren. Im Vergleich zu Patient:innen mit klassischer PTBS nach Kindesmissbrauch zeigten sich für die kPTBS etwas geringere Behandlungseffekte bezüglich der PTBS-Symptome. Neuere traumafokussierte Ansätze wie DBT-PTSD und STAIR erwiesen sich in ersten Studien ebenfalls als effektiv in der Behandlung der kPTBS. ESTAIR erzielte in einer Studie signifikante Verbesserungen bezüglich der Reduktion von DSO-Symptomen, DBT-PTSD erwies sich als effektiv zur Behandlung emotionaler Dysregulation. Ergänzende Informationen zu den Screeningverfahren befinden sich im Anlage 8.

### **Begründung des Empfehlungsgrades mit Darlegung der Abwägung von Nutzen und Schaden der Intervention**

Insgesamt ist die Studienqualität in vielen Fällen begrenzt und weitere hochwertige RCTs sind erforderlich. Methodische Einschränkungen betreffen daher die häufig geringe Qualität der Evidenz in mehreren Studien, die die Aussagekraft der Ergebnisse einschränken. Trotz der methodischen Einschränkungen unterstreichen die vorliegenden Studien die Bedeutung eines Behandlungsansatzes, der traumafokussierte Behandlungstechniken mit Strategien zur Emotionsregulation und zur Bearbeitung zwischenmenschlicher Schwierigkeiten kombiniert. Der Nutzen überwiegt mögliche Schäden die in den vorliegenden Studien nicht über die üblichen Nebenwirkungen von Psychotherapie hinausgingen. Somit ist der Empfehlungsgrad B für diese Empfehlung angemessen. Ein Großteil der berücksichtigten Studien basieren noch nicht auf den Diagnosekriterien der kPTBS nach ICD-11. Diese Studien schlossen Patient:innen auf der Basis einer diagnostizierten PTBS sowie dem Vorliegen von Kindheitstraumatisierungen ein, oder aufgrund von Fragebogendaten zu Symptomen der (k)PTBS, ohne dass eine Diagnose der kPTBS mit standardisierten und validierten Instrumenten abgesichert wurde. Diese Vorgehensweise könnte die Genauigkeit und Reproduzierbarkeit der Ergebnisse beeinträchtigen, da eine zuverlässige Diagnosestellung für die Evaluierung der Behandlungseffekte bedeutsam ist.

### **Personengruppen, auf die die Empfehlung nicht zutrifft/Alternativen**

Die in die Studien eingeschlossenen Patient:innen müssen spezifische Ausschlusskriterien erfüllen. So wurden z.B. Menschen mit komorbiden Suchterkrankungen oder dissoziativen Identitätsstörungen häufig ausgeschlossen, was die Übertragbarkeit der Ergebnisse auf diese Patient:innengruppen einschränkt.

### **Angaben zur qualitativ guten Durchführung**

Keine.

### 3.5.4.2 Hintergrundtext zur Empfehlung 5.2

#### Darlegung der Evidenzgrundlage

Es gibt keine passende aggregierte oder primäre direkte Evidenz, die den Vergleich eines phasenbasierten Vorgehens mit einem ausschließlich trauma-fokussierten Ansatz untersucht. Auf Grundlage der vorhandenen Literatur kann lediglich von indirekter Evidenz ausgegangen werden. Deshalb wurde hier ein Expert:innenkonsens erarbeitet. Diese Empfehlung stützt sich als Expert:innenkonsens neben der klinischen Erfahrung auf die Befunde der Übersichtsarbeiten von Dorrepaal et al. (2014) (214) und Darby et al. (2023) (213) sowie auf die Ergebnisse von Bohus et al. (2020) (216) und Karatzias et al. (2024) (4). Die Begriffe „phasenbasiert“ bzw. „mehrere Phasen umfassendes Vorgehen“ benennen ein multimodales Vorgehen, das aus mehreren Komponenten besteht (213) und explizit keine zeitliche Einteilung in Stabilisierung, Konfrontation und Integration. Aggregierte Evidenz: Dorrepaal et al. (2014) (214) konstatieren in ihrem Review, dass innerhalb einer Untergruppe der Patient:innen mit kPTBS, die Kombination von Exposition und Affektmanagement zu einem günstigeren Resultat und weniger Abbrüchen führte als Exposition allein. Dieser Effekt wurde jedoch nur in der Intention-to-treat-Analyse gefunden, nicht in der Completer-Analyse. Ähnlich dazu stellten Darby et al. (2023) (213) in ihrem Review fest, dass phasenbasierte Behandlungen wirksam sind, in einigen Fällen sogar deutlich wirksamer als einphasige Therapien. Die Effektgrößen reichten von  $d=0,02-1,6$  für Studien mit einer passiven Kontrolle und  $d=0,12-1,29$  für Studien mit aktiver Kontrolle. Der Einfluss von Phase 1 auf die Ergebnisse von Phase 2 war uneinheitlich, wobei nur eine Studie einen signifikanten Nutzen feststellte. Primäre Evidenz: In der randomisiert-kontrollierten Studie von Bohus et al. (2020) (216) wurde für eine multikomponente, phasenbasierte Behandlung mit DBT-PTSD ein besseres Therapieergebnis beschrieben als für CPT. Die Stichprobe bestand aus Frauen mit sexualisierter Gewalt in Kindheit und Jugend, PTBS und mindestens drei Symptomen einer Borderline Störung. Auch Karatzias et al. (2024) (4) berichten von einer deutlichen Überlegenheit des phasenbasierten multikomponenten ESTAIR Programms im Vergleich zu TAU-Bedingungen bei Veteranen.

#### Begründung des Empfehlungsgrades mit Darlegung der Abwägung von Nutzen und Schaden der Intervention

Die vorliegenden Arbeiten berichten überwiegend von einer Überlegenheit des multikomponenten phasenbasierten Vorgehens. Darüber hinaus wurde in keiner der Publikationen ein diesbezüglicher Nachteil berichtet. Es gilt jedoch zu bedenken, dass keine der Studien den Fokus der Fragestellung explizit auf den Vergleich eines phasenbasierten Vorgehens mit einem ausschließlich Trauma-fokussierten Ansatz gelegt hatte, so dass derzeit lediglich von einer indirekten Evidenz ausgegangen werden kann. Für verlässliche Aussagen zum phasenbasierten Vorgehen bei kPTBS liegen bislang keine ausreichenden direkten Evidenzen vor. Die durchgeführte Risk of Bias Analyse mithilfe von AMSTAR ergab eine niedrige Aussagesicherheit für das Review von Darby und eine kritisch niedrige

Aussagesicherheit für die Arbeit von Dorrepaal (2014) (214). Dabei zeigten sich die Einschränkungen v.a. bezüglich der Interpretation und Diskussion des Einflusses des RoBs der Primärstudien auf die Ergebnisse der Reviews (214). Für die Studien von Karatzias et al. (2024) (4) und Bohus et al. (2020) (216) bestehen hinsichtlich des Verzerrungsrisikos Bedenken, allerdings wurde das Bias Risiko in keiner der Domänen als hoch eingeschätzt. Obwohl der Begriff „phasenbasiert“ international breite Akzeptanz findet, sollte dem Ausdruck „multikomponente phasenbasierte“ Behandlung der Vorzug gegeben werden, da er keine zeitliche Abfolge der einzelnen Therapiebausteine impliziert.

### **Personengruppen, auf die die Empfehlung nicht zutrifft/Alternativen**

Es wurden nur Studien einbezogen, deren Population in Ländern mit hohem Einkommen („High-Income Countries“) lebt, sodass diese Empfehlung möglicherweise nicht auf Menschen mit kPTBS und Fluchthintergrund aus Ländern mit mittlerem oder geringem Einkommen übertragbar ist. Ebenso fehlt es an Evidenz für Menschen mit körperlichen und kognitiven Einschränkungen, ältere Personengruppen und Menschen mit zahlreichen und gegebenenfalls schweren körperlichen Komorbiditäten. Zu diesen spezifischen Populationen liegen noch keine Arbeiten vor.

### **Angaben zur qualitativ guten Durchführung**

Keine.

## **5.5.4.3 Hintergrundtext zur Empfehlung 5.3**

### **Darlegung der Evidenzgrundlage**

Die aktuelle Operationalisierung der kPTBS erfolgte erst mit dem Erscheinen der ICD-11 im Jahr 2019, daher fehlen Studien zu der Frage, ob eine höhere Frequenz psychotherapeutischer Interventionen das Behandlungsergebnis verbessert oder andere Vorteile haben könnte. Da weder primäre noch aggregierte Evidenz vorliegt, kann hier lediglich indirekte Evidenz angenommen werden, die durch klinisches Erfahrungswissen von Expert:innen ergänzt wird. Während für die klassische PTBS zwei systematische Übersichten (217, 218) nahelegten, dass evidenzbasierte Psychotherapien, die hinsichtlich einer intensivierten „Darreichungsform“ angepasst wurden, gutes Ansprechen, hohe Wirksamkeit und geringe Abbruchraten zeigen, fand eine aktuelle Meta-Analyse, die 160 Studien mit insgesamt 10.556 Patient:innen einschloss, keine Wirksamkeitsunterschiede zwischen Standard- und höherer Frequenz (108). Hingegen fanden sich Hinweise, dass die Abbruchraten bei höher frequent „applizierten“ traumafokussierten Interventionen geringer sind als bei der „Standarddosis“ (108). Die Befunde dieser Meta-Analyse lassen sich nach klinischer Expertise auf die Psychotherapie der kPTBS übertragen, so dass hier eine offene Empfehlung auf Basis eines Expertenkonsens ausgesprochen wird. In den Meta-Analysen und systematischen Reviews zur Psychotherapie der kPTBS, die zu Empfehlung 5.1 ausgewertet wurden (212-215), finden sich keine Angaben zu Frequenz oder Intensität der „Darreichungsform“.

### **Begründung des Empfehlungsgrades mit Darlegung der Abwägung von Nutzen und Schaden der Intervention**

Als klarer Nutzen einer höheren Frequenz ist bei gleicher Wirksamkeit die Zeit bis zum Ansprechen, bis zur Symptomreduktion und ggf. bis zur Remission sowie die geringeren Abbruchquoten im Vergleich zur Standarddosis hervorzuheben. Damit können individuelles Leid verkürzt und vermutlich gesundheitsökonomische Ressourcen gespart werden. Gleichwohl sind die verfügbaren Ressourcen und Umsetzungsmöglichkeiten im Gesundheitssystem sowie die indirekte Evidenzbasierung und die insgesamt begrenzte Studienlage zu bedenken, so dass aktuell kein höherer Empfehlungsgrad möglich scheint. Ein weiterer Diskussionspunkt ist die Frage, ob durch eine höhere Frequenz die therapeutische Allianz gestärkt werden könnte, da so die Möglichkeit bestünde, Allianzrupturen frühzeitig zu erkennen und zeitnah zu bearbeiten. Da es zu dem möglichen Zusammenhang von „Behandlung der kPTBS – höhere Frequenz – Stärkung der therapeutischen Allianz“ bisher keine Evidenz gibt, entsteht aus dem Diskussionspunkt eine Forschungsempfehlung.

### **Personengruppen, auf die die Empfehlung nicht zutrifft/Alternativen**

Für eine höherfrequente Psychotherapie sind die an anderer Stelle dieser Leitlinien berichteten, relativen Kontraindikationen für die (k)PTBS auch zu beachten.

### **Angaben zur qualitativ guten Durchführung**

Keine.

### **3.5.5 Empfehlungen für zukünftige Forschung**

- Studien zur Wirksamkeit intensivierter traumafokussierter Therapieansätze bei kPTBS, u.a. unter Einbeziehung der Interaktion mit Merkmalen der therapeutischen Allianz sind erforderlich.
- Die langfristige Wirksamkeit intensivierter kPTBS-Behandlung sollte erforscht werden.
- Die Auswirkung von Frequenz und Intensität auf (langfristige) Wirkung und Abbruchraten sollte erforscht werden.
- Die systematische Erforschung der Auswirkungen der kPTBS auf die funktionale Gesundheit ist erforderlich.

- Systematische Studien zu Schädigungen der psychomentalen Funktionen und Beeinträchtigungen der Aktivität und Teilhabe nach der ICF durch eine kPTBS sowie der Wechselwirkung mit Kontextfaktoren sollten erforscht werden.

## 3.6 Komorbide Psychische Störungen

*Ingo Schäfer, Melanie Büttner, Laycen Chuey-Ferrer, Volker Koellner, Annett Lotzin, Olaf Reddemann, Inga Schalinski*

### 3.6.1 Einleitung

Die meisten Patient:innen mit Posttraumatischer Belastungsstörung (PTBS) erfüllen die Diagnosen weiterer psychischer Störungen, am häufigsten die einer affektiven Störung, Angststörung, somatoformen Störungen oder Störung durch Substanzgebrauch. Weiter können PTBS-Patient:innen zusätzliche Symptome wie Dissoziation und psychotische Symptome, bzw. potenziell gefährdende Verhaltensweisen wie suizidale Handlungen oder Selbstverletzung aufweisen. Studien an repräsentativen Bevölkerungsstichproben ergaben, dass etwa 80% der Personen mit PTBS die Lebenszeitdiagnose mindestens einer weiteren psychischen Störung erfüllten, zwei Drittel erfüllten sogar zwei oder mehr (219, 220). So erfüllten etwa im Australischen *National Survey of Mental Health and Wellbeing* (221) 77% der Frauen und 86% der Männer mit PTBS die Lebenszeitdiagnose einer weiteren psychischen Störung. Dies betraf insbesondere Angststörungen (Frauen: 54%, Männer: 52%), affektive Störungen (Frauen: 51%, Männer: 50%) und Störungen durch Substanzgebrauch (Frauen: 32%, Männer: 65%). In einer deutschen Studie von Perkonig et al. (2000) (222) wiesen in einer Bevölkerungsstichprobe von Jugendlichen und jungen Erwachsenen 87% der Personen mit PTBS mindestens eine weitere psychische Störung und 77% zwei oder mehr auf. Weiter liegen zahlreiche Befunde vor, die hohe Raten der PTBS bei Personen mit anderen psychischen Diagnosen deutlich machten. In klinischen Stichproben betrug die Rate einer komorbiden PTBS 15%-41% bei Personen mit der Diagnose einer Störung durch Substanzgebrauch (223) und 33%-79% bei emotional instabiler Persönlichkeitsstörung (224). In europäischen Studien fanden sich auch bei Patient:innen mit chronischen Depressionen (225), Zwangsstörungen (226), Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis (227) und bipolaren Störungen (228) PTBS-Raten zwischen 12% und 30%. Auch ein erhöhtes wechselseitiges relatives Risiko für PTBS und ADHS (229) bzw. Schmerzstörungen (230) wurde gefunden.

Die Befundlage zu den Auswirkungen psychischer Komorbiditäten deutet auf reduzierte Effekte evidenzbasierter Methoden zur Behandlung der PTBS hin. So fanden Meta-Analysen, dass depressive Symptome und Persönlichkeitsstörungen mit einer geringeren Reduktion von PTBS-Symptomen im Rahmen traumafokussierter Behandlungen assoziiert waren (231, 232), bzw. dass die Effektstärken bei Patient:innen mit Störungen durch Substanzgebrauch geringer ausfielen als aus der Literatur zu PTBS-Patient:innen ohne diese Komorbidität bekannt (233). Studien, die den Einfluss komorbider PTBS bei anderen Diagnosegruppen untersuchten, legen ebenfalls einen Einfluss auf Behandlungsverlauf und -ergebnis nahe (z.B.(234)). Allerdings fanden sich für Behandlungsmethoden wie der traumafokussierten Therapie bei komorbiden Patient:innen immer noch mittlere bis hohe Effekte (235, 236) und eine Überlegenheit gegenüber anderen Behandlungsansätzen (233, 237). Aufgrund der Befürchtung, dass komorbide Syndrome bei der PTBS zu einer erhöhten Anzahl unerwünschter Ereignisse führen, wurden komorbide Patient:innen häufig von Studien zur Behandlung der PTBS ausgeschlossen (238), sodass lange unklar war, ob deren Ergebnisse auf sie übertragbar sind.

Inzwischen befasste sich eine wachsende Zahl von Studien explizit mit der Behandlung von komorbiden Patient:innen ohne, dass sich dabei eine erhöhte Rate von unerwünschten Ereignissen zeigte (235, 239, 240).

Für die Behandlung von PTBS-Patient:innen, die weitere Diagnosen erfüllen, sind neben dem Schweregrad der verschiedenen Diagnosen auch ihre wechselseitigen Auswirkungen relevant. Prinzipiell kann die Behandlung integriert (gleichzeitige Behandlung beider bzw. aller Störungen durch denselben Behandler), sequenziell (Behandlung zunächst einer Störung, dann der anderen), oder parallel (gleichzeitige Behandlung der Störungen in unterschiedlichen Behandlungen) erfolgen. Häufig wird eine integrierte oder parallele Behandlung von PTBS und weiteren Diagnosen empfohlen. Studien, die unterschiedliche Behandlungsmodi (z.B. sequenzielle und integrierte Behandlung) direkt vergleichen, stehen jedoch bislang aus. Eine vorrangige Behandlung weiterer Diagnosen wird zum Teil als indiziert angesehen, wenn diese, wie es etwa bei schweren Depressionen der Fall sein kann, verhindern, dass Patient:innen von der PTBS-Behandlung ausreichend profitieren oder sie angemessen in Anspruch nehmen können (z.B. (241)). Manche Leitlinien betonen dagegen eher, dass das Vorliegen komorbider Störungen keinen Ausschlussgrund in Bezug auf traumafokussierte Behandlungen darstellt (z.B. (242)).

### 3.6.2 Klinische Fragestellungen

Den Empfehlungen dieses Kapitel liegen die folgenden klinischen Fragen zugrunde:

1. Sind psychotherapeutische Interventionen (traumafokussierte und nicht-traumafokussierte Psychotherapie) bei Patient:innen im Erwachsenenalter mit PTBS-Symptomen und komorbiden psychischen Störungen (ICD-10 F1 bis F9) effektiver hinsichtlich der Reduktion von PTBS-, Sucht-, Psychose-, Depressions- oder Angstsymptomen, oder der Steigerung der Lebensqualität oder des Funktionsniveaus im Vergleich zu inaktiven oder aktiven Kontrollbedingungen?
2. Sind (traumafokussierte) psychotherapeutische Behandlungen im Gruppensetting bei Patient:innen im Erwachsenenalter mit PTBS-Symptomen und komorbiden psychischen Störungen (ICD-10 F1 bis F9) effektiver hinsichtlich der Reduktion von PTBS-, Sucht-, Psychose-, Depressions- oder Angstsymptomen oder der Steigerung der Lebensqualität oder des Funktionsniveaus im Vergleich zu inaktiven und aktiven Kontrollgruppen (insb. (traumafokussierte) psychotherapeutische Behandlung im Einzelsetting)?
3. Sind (traumafokussierte) psychotherapeutische Behandlungen bei Patient:innen im Erwachsenenalter mit PTBS-Symptomen und komorbiden psychischen Störungen (ICD-10 F1 bis F9) effektiver hinsichtlich langfristiger Effekte in Bezug auf die Reduktion von PTBS-, Sucht-, Psychose-, Depressions- oder Angstsymptomen oder die Steigerung der Lebensqualität oder des Funktionsniveaus im Vergleich zu einer inaktiven Kontrollbedingung?

4. Beeinflusst eine traumafokussierte psychotherapeutische Behandlung Patient:innen im Erwachsenenalter mit PTBS-Symptomen und komorbiden psychischen Störungen (ICD-10 F1 bis F9) häufiger hinsichtlich schwerwiegender unerwünschter Ereignisse, stationärer Einweisungen, Suizidgedanken oder -versuche oder der Symptomatik der PTBS oder komorbiden psychischen Störung im Vergleich zu einer nicht-traumafokussierten psychotherapeutischen Behandlung oder TAU oder einer inaktiven Kontrollbedingung?

### 3.6.3 Empfehlungen

6.1	Evidenzbasierte Empfehlung	Neu (2026)	
Empfehlungsgrad <b>A</b> ↑↑	Patient:innen mit einer Posttraumatischen Belastungsstörung und komorbiden psychischen Störungen soll eine traumafokussierte Psychotherapie im Einzelsetting angeboten werden, bei der der Schwerpunkt auf der Auseinandersetzung mit den traumatischen Ereignissen und den dazugehörigen Kognitionen, Emotionen und Erinnerungen liegt.		
Grubaugh et al. 2021, Hien et al. 2023a, Roberts et al. 2022*, Simpson et al. 2021, Slotema et al. 2020, Sin et al. 2017b*			
Qualität der Evidenz			
PTBS-Symptome: sehr niedrig ⊕⊖⊖⊖	Lebensqualität: sehr niedrig ⊕⊖⊖⊖	Psychose: sehr niedrig ⊕⊖⊖⊖	Depression: sehr niedrig ⊕⊖⊖⊖
Angst: sehr niedrig ⊕⊖⊖⊖	Substanzkonsumstörung: sehr niedrig ⊕⊖⊖⊖	Alkoholkonsumstörung: sehr niedrig ⊕⊖⊖⊖	
Konsensstärke: 100 % (Starker Konsens)			
*GRADE-Profil: Roberts et al. 2022 (PTBS-, Alkohol- & Substanzkonsumstörung-Symptome) Sin et al. 2017b (PTBS-, Depressions- & Angstsymptome, Lebensqualität, Symptome einer Psychose)			

6.2	Konsensbasierte Empfehlung	Neu (2026)
<b>EK</b>	Bei der Behandlung der (komplexen) PTBS sollte die klinische Komorbidität in einem Gesamtbehandlungsplan mit „partizipativer Entscheidungsfindung“ berücksichtigt werden.	
Kline et al. 2021, Snoek et al. 2021, Simpson et al. 2021, Roberts et al. 2022		
Konsensstärke: 82,6 % (Konsens)		

6.3	Konsensbasiertes Statement	Neu (2026)
	Auch Patient:innen mit (k)PTBS und potentiell gefährdenden Symptomen (z.B. Suizidalität, psychotische Symptome, Selbstverletzung, Fremdaggression, Substanzkonsum), soll, sofern diese nicht mit schwerwiegenden Störungen der Verhaltenskontrolle einhergehen, eine traumafokussierte Psychotherapie angeboten werden.	
	Slotema et al. 2021, Mills et al. 2012, van den Berg et al. 2015	
	Konsensstärke: 100 % (Starker Konsens)	

6.4	Konsensbasierte Empfehlung	Neu (2026)
<b>EK</b>	Wenn bei Patient:innen mit (k)PTBS aktuell schwerwiegende Störungen der Verhaltenskontrolle vorliegen, sollen diese zunächst behandelt und eine traumafokussierte Psychotherapie im Verlauf angeboten werden.	
	Slotema et al. 2021, Mills et al. 2012, van den Berg et al. 2015	
	Konsensstärke: 100 % (Starker Konsens)	

### 3.6.4 Hintergrund der Evidenz

Auf der Basis der identifizierten Evidenz konnten Empfehlungen zur klinischen Fragestellung 1 formuliert werden (Empfehlungen 6.1 und 6.2). Zur zweiten und dritten Fragestellung (Behandlung im Gruppensetting sowie Langzeit-Effekte der psychotherapeutischen Behandlung) konnte keine Evidenz gefunden werden, die es erlaubt hätte mit ausreichender Sicherheit Empfehlungen daraus abzuleiten. Auch aus Sicht der beteiligten Expert:innen reichen die bisherigen Erkenntnisse dazu aktuell nicht aus. Zur vierten Fragestellung konnte keine direkte Studienevidenz gefunden werden, so dass zu dieser Frage ein Statement (6.3) und eine Empfehlung (6.4) auf der Basis eines Expert:innen-Konsens formuliert wurde.

#### 3.6.4.1 Hintergrundtext zur Empfehlung 6.1

##### Darlegung der Evidenzgrundlage

Zur Behandlung der PTBS bei Patient:innen, die zusätzlich weitere psychische Störungen aufweisen, liegen mehrere aktuelle Meta-Analysen vor. Sie konzentrieren sich jeweils auf randomisierte kontrollierte Therapiestudien (RCTs) bei bestimmten Diagnosegruppen, wobei dies neben der Emotional instabilen Persönlichkeitsstörung (235) und Störungen durch Substanzgebrauch (233, 237, 243) Patient:innen mit „Severe Mental Illness“ betrifft, also zumeist gemischten Stichproben von Patient:innen mit schweren Depressionen, Persönlichkeitsstörungen, bipolaren Störungen und Störungen aus dem schizophrenen Formenkreis (236, 536). In die Meta-Analyse von Slotema et al. (2021) (235) konnten vier RCTs mit insgesamt n=141 Patient:innen einbezogen werden, in denen (modifizierte) Formen der Prolongierten Exposition (PE) oder verhaltenstherapeutische Interventionen zur Arbeit an traumabezogenen Kognitionen und Überzeugungen zum Einsatz kamen. Dabei ergab sich eine mittlere bis hohe standardisierte Effektgröße für die Reduktion der PTBS-Symptomatik ( $g=0,54$ ), wobei die Wirkung mindestens 3 Monate anhielt ( $g=0,82$ ). Über alle 12 in die Meta-

Analyse einbezogenen Studien hinweg fand sich auch ein signifikanter Rückgang von Depressions-, Angst- und Borderline-Symptomen ( $g=0,48-1,04$ ) aber keine Zunahme von selbstverletzendem Verhalten, Suizidversuchen oder Krankenhausaufenthalten. In die drei Meta-Analysen zu Patient:innen mit komorbiden Störungen durch Substanzgebrauch wurden 28 (243), 27 (233) und 36 (237) RCTs eingeschlossen, die ein Spektrum von traumafokussierten und nicht-traumafokussierten Behandlungsansätzen untersuchten. Alle drei Meta-Analysen kamen zu dem Ergebnis, dass traumafokussierte Interventionen (am häufigsten PE sowie *Cognitive Processing Therapy* und andere verhaltenstherapeutische Ansätze, die sich auf traumabezogene Kognitionen fokussierten) anderen Behandlungsansätzen in Bezug auf die Reduktion der PTBS-Symptomatik zu Behandlungsende überlegen waren. In der Regel waren traumafokussierte Ansätze dabei mit suchtspezifischen Interventionen kombiniert worden. Manualisierte suchtspezifische Interventionen waren sowohl traumafokussierten als auch nicht-traumafokussierten Ansätzen in Bezug auf Outcomes in Zusammenhang mit der Substanzkonsumstörung überlegen. Den nicht-traumafokussierten Ansätzen waren sie teilweise auch in Bezug auf PTBS-Outcomes überlegen. In die Meta-Analyse von Grubaugh et al. (2021) (236) wurden 14 Studien eingeschlossen, darunter 4 RCTs mit insgesamt  $n=525$  Patient:innen. Bei den Interventionen handelte es sich in drei Studien um einen verhaltenstherapeutischen Ansatz, der sich auf traumabezogene Kognitionen und Überzeugungen konzentriert und in einer Studie um den Vergleich von PE mit Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR). Traumafokussierte Interventionen (PE bzw. EMDR) hatten größere Effekte auf die PTBS-Symptomatik als nicht-traumafokussierte verhaltenstherapeutische Interventionen mit Fokus auf traumabezogene Kognitionen ( $g=1,32$  vs.  $g=0,84$ ).

### **Begründung des Empfehlungsgrades mit Darlegung der Abwägung von Nutzen und Schaden der Intervention**

Wie aus den obigen Meta-Analysen hervorgeht, spricht die verfügbare Evidenz dafür, dass traumafokussierte Ansätze bei Patient:innen mit PTBS und psychischen Komorbiditäten die stärksten Effekte in Bezug auf eine Reduktion der PTBS-Symptomatik zeigen. Dieses Ergebnis fand sich über verschiedene Diagnosegruppen hinweg und die Anzahl der betreffenden Studien rechtfertigt eine starke Empfehlung („soll angeboten werden“). Dies auch vor dem Hintergrund, dass für die jeweiligen Behandlungsgruppen keine Zunahme von selbstverletzendem Verhalten, Suizidversuchen oder Krankenhausaufenthalten berichtet wurde, so dass keine generelle Zunahme schädlicher Effekte mit traumafokussierten Interventionen verbunden zu sein scheint. Risiken, die bei einem Teil der Patient:innen mit komorbiden Störungen vorliegen können, werden in Statement 6.3 aufgegriffen (s.u.).

Bislang kamen in den meisten Studien Varianten der PE zum Einsatz, in einer Studie EMDR. Daraus kann, wie die Entwicklung der Studienlage bei PTBS-Patient:innen ohne Komorbiditäten in den letzten Jahren zeigt, jedoch nicht geschlossen werden, dass andere Behandlungsansätze nicht mit vergleichbaren Effekten verbunden sein können oder dass sie erhöhte Risiken mit sich bringen. Von einer Nennung spezifischer traumafokussierter Interventionen in der Empfehlung wurde deshalb abgesehen.

### **Personengruppen, auf die die Empfehlung nicht zutrifft/Alternativen**

Keine.

### **Angaben zur qualitativ guten Durchführung**

Keine.

#### **3.6.4.2 Hintergrundtext zur Empfehlung 6.2**

Für den Verlauf der Erkrankung bei komorbiden Patient:innen sind neben der PTBS-Symptomatik auch die jeweiligen komorbiden Symptome bzw. Syndrome von Bedeutung. Die aktuell verfügbare Evidenz deutet darauf hin, dass die Behandlung mit PTBS-spezifischen Interventionen auch auf Komorbiditäten positive Auswirkungen haben kann (z.B. (235, 236)). Allerdings ist dies nicht grundsätzlich der Fall und die Studienlage spricht dafür, dass neben PTBS-spezifischen Interventionen häufig weitere, störungsspezifische Ansätze in den Gesamtbehandlungsplan integriert werden müssen. Empfehlung 6.2 trägt dem Rechnung, indem sie deutlich macht, dass auch die jeweiligen Komorbiditäten bei der Behandlungsplanung berücksichtigt werden müssen.

#### **Darlegung der Evidenzgrundlage**

Sowohl Studien zum Einfluss komorbider Symptome auf das Ergebnis der PTBS-Behandlung (z.B. (231, 232)), als auch Meta-Analysen zu den Effekten PTBS-spezifischer Interventionen bei komorbiden Patient:innen (z.B.(233, 243), sprechen dafür, dass komorbide Syndrome im Rahmen der PTBS-Behandlung gesondert berücksichtigt werden müssen. In der Meta-Analyse von Roberts et al. (2022) (233) fand sich für keine der PTBS-Interventionen Belege für einen Nutzen in Bezug auf den Substanzkonsum, der über den von Standard-Suchtbehandlungen hinausgeht und teilweise waren sie diesen Behandlungen unterlegen (233). Auch in der Meta-Analyse von Simpson et al. (2021) (243) waren weder die traumafokussierte noch die nicht-traumafokussierte Behandlung überlegen in Bezug auf Sucht-Outcomes. Vielmehr übertrafen manualisierte Suchtbehandlungen die Effekte von traumafokussierten Behandlungen auf Sucht-Outcomes und die Effekte von nicht-traumafokussierten Behandlungen sogar in Bezug auf die PTBS-Outcomes (243). Es erscheint deshalb notwendig, auch störungsspezifische Interventionen für die jeweiligen Komorbiditäten in angemessener Weise in den Gesamtbehandlungsplan zu integrieren.

#### **Begründung des Empfehlungsgrades mit Darlegung der Abwägung von Nutzen und Schaden der Intervention**

Da die Empfehlung nicht auf einer spezifischen Recherche zur Frage beruht, inwieweit komorbide Syndrome im Rahmen der Behandlung adressiert werden müssen, wurde sie als Expert:innenkonsens formuliert. Der starke Empfehlungsgrad („soll ... berücksichtigt werden“) beruht auf den klaren Ergebnissen der oben genannten Meta-Analysen, die nahelegen, dass zumindest bei einem Teil der komorbiden PTBS-Patient:innen spezifische Interventionen

integriert werden müssen, um die jeweiligen Komorbiditäten in angemessener Weise zu berücksichtigen.

**Personengruppen, auf die die Empfehlung nicht zutrifft/Alternativen**

Keine.

**Angaben zur qualitativ guten Durchführung**

Keine.

**3.6.4.3 Hintergrundtext zu Statement 6.3 und Empfehlung 6.4**

**Darlegung der Evidenzgrundlage**

In verschiedenen Studien (z.B. (239, 240)) bzw. Meta-Analysen (z.B. (235)) fanden sich keine signifikanten Unterschiede in Bezug auf die Häufigkeit von schwerwiegenden unerwünschten Ereignissen (SUE) zwischen Interventions- und Kontrollgruppen. Daraus ergibt sich, dass komorbide Störungen keine generelle Kontraindikation für eine traumafokussierte Behandlung darstellen. Im Einzelfall können Symptome und Verhaltensweisen wie Suizidalität, Selbstverletzung, psychotisches Erleben oder Substanzkonsum aus klinischer Sicht allerdings durchaus zu Gefährdungen führen, so dass eine traumafokussierte Behandlung zum jeweiligen Zeitpunkt noch nicht indiziert sein kann, wenn diese Symptome mit schwerwiegenden Störungen der Verhaltenskontrolle einhergehen (Empfehlung 3), sondern erst wenn sie erfolgreich behandelt wurden (Empfehlung 4).

**Begründung des Statements bzw. Empfehlungsgrades mit Darlegung der Abwägung von Nutzen und Schaden der Intervention**

Kontrollierte Untersuchungen, die sich primär mit den Auswirkungen der Studienbedingung auf SUE bei Patient:innen mit PTBS und komorbiden Störungen befassen, konnten nicht identifiziert werden. Das Statement 6.3 und die Empfehlung 6.4 beruhen deshalb auf einem Expert:innenkonsens, der - neben der oben genannten indirekten Evidenz - auf der klinischen Erfahrung der Mitglieder der Arbeitsgruppe beruht. Dabei wurde Wert daraufgelegt, herauszuarbeiten, dass sich nicht aus komorbiden Störungen oder Symptomen an sich, was den meisten inzwischen vorliegenden Studien bei komorbiden Patient:innengruppen widersprechen würde, sondern aus den daraus möglicherweise resultierenden schwerwiegenden Störungen der Verhaltenskontrolle zeitweise Kontraindikationen ergeben können (Statement 6.3). Die Formulierung „potenzielle Gefährdung“ in Zusammenhang mit Substanzkonsum könnte dabei als stigmatisierend empfunden werden und Substanzkonsum stellt auch im Kontext von Traumatherapien keinesfalls eine grundsätzlich Gefährdung dar. Wie auch in Bezug auf die anderen Symptome wurde deshalb betont, dass nur im Falle von negativen Auswirkungen auf die Verhaltenskontrolle eine mögliche Gefährdung besteht. Zugleich soll mit Empfehlung 4 erreicht werden, dass der Nutzen traumafokussierter Angebote betroffenen Patient:innen nach Behandlung etwaiger Störungen der Verhaltenskontrolle im Verlauf zugute kommt.

### **Personengruppen, auf die die Empfehlung nicht zutrifft/Alternativen**

Keine.

### **Angaben zur qualitativ guten Durchführung**

Keine.

### **3.6.5 Empfehlungen für zukünftige Forschung**

- Die Abgrenzung der PTBS von ADHS bzw. Autismusspektrumsstörungen sollte erforscht werden.
- Zwanghaftes Sexualverhalten, sexuelles Risikoverhalten, nicht-stoffgebundene Abhängigkeiten und andere Syndrome bei (k)PTBS-Patient:innen, die der Regulation von Emotionen dienen können, sollten erforscht werden.
- Zustände mit Bezug zu sexueller Gesundheit bei (k)PTBS-Patient:innen, wie z.B. Geschlechtsinkongruenz, Sexuelle Schmerzstörungen und Sexuelle Dysfunktion, sollten erforscht werden.
- Vergleiche gleichzeitiger (paralleler und integrativer) bzw. zeitlich aufeinanderfolgender (sequenzieller) Behandlungsstrategien sind erforderlich.
- Längerfristige Auswirkungen der Interventionen auf die einzelnen komorbiden Störungen, ihre Interaktionen mit der (k)PTBS und den Krankheitsverlauf.
- Gruppeninterventionen bei (k)PTBS-Patient:innen mit komorbiden Störungen sollten erforscht werden.
- Vorliegen und Auswirkungen körperlicher Komorbiditäten bei (k)PTBS-Patient:innen sollten erforscht werden.

### 3.7 Behandlung von älteren Personen

*Heide Glaesmer, Eva-Marie Kessler, Reinhard Lindner, Antje Orwat-Fischer, Julia Schellong, Myriam V. Thoma, Susanne Wurm*

#### 3.7.1 Einleitung

Altern vollzieht sich, biologisch, psychologisch und sozial betrachtet, ein Leben lang. In vielen Bereichen der Arbeitswelt gilt die Zugehörigkeit zur Gruppe der „älteren Personen“ häufig bereits für Menschen ab einem chronologischen Alter von 50 Jahren. In der Geriatrie - speziell im Fall der geriatrischen Reha - wird dagegen ein Alter von 70 Jahren als Kriterium für ältere Patient:innen angesetzt. Am gebräuchlichsten ist derzeit jedoch immer noch, den Beginn der Lebensphase des Alters bei 65 Jahren anzusetzen (gesetzliche Regelaltersgrenze). Auch wenn die Regelaltersgrenze derzeit stufenweise auf 67 Jahre heraufgesetzt wird und das Statistische Bundesamt die Gruppe der älteren Menschen zunehmend ab dem Alter von 67 Jahren definiert, ist weiterhin das Alter von 65 Jahren ein etablierter, internationaler Konsens zur Definition älterer Menschen.

Mit zunehmender Länge des Lebens (d.h. steigendem chronologischen Alter) wächst die Wahrscheinlichkeit, einem oder mehreren traumatischen Erlebnissen ausgesetzt zu sein. In bevölkerungsbasierten Untersuchungen in Deutschland berichten 27,1% bis 76,5% der älteren Personen traumatische Erfahrungen über die Lebensspanne (244-246). Für Deutschland beträgt die Prävalenz von PTBS bei Menschen ab 60-Jahren nach ICD-10 3,44% bis 3,9% (244, 247). Werden subsyndromale Symptombilder hinzugezogen, steigt dieser Anteil bei den ab 60-Jährigen auf 7,25% bis 9,9% (244, 247).

Für spezifische Populationen finden sich erwartungsgemäß höhere Prävalenzen für die PTBS bei älteren Menschen, so zum Beispiel bei älteren Menschen in der Langzeitpflege (248), bei älteren Veteranen (249), bei ehemaligen Betroffenen von Fremdunterbringung als Minderjährige (250) und Patient:innen in der primärärztlichen Praxis (17). In einer deutschen Studie wurde dort eine Prävalenz der PTBS von 6,5% gefunden und es wurde deutlich, dass diese häufig nicht von den behandelnden Ärzt:innen identifiziert wurde, dass oft auch die traumatischen Erfahrungen nicht bekannt waren und die Patient:innen häufig mit somatischen Beschwerden unklarer Ursache vorstellig wurden (251). In psychotherapeutischen und gerontopsychiatrischen Settings ist von deutlich höheren Prävalenzen auszugehen.

Traumatische Erfahrungen können bei älteren Personen weit zurückliegen oder auch erst in der unmittelbaren Vergangenheit geschehen sein. Gerade bei lang zurückliegenden Traumatisierungen sind die Langzeitverläufe zu beachten und in der Regel werden hier verschiedene Verlaufsmuster (PTBS mit verzögertem Beginn vs. chronische PTBS mit ggf. fluktuierendem Schweregrad) unterschieden. Im höheren Alter spielen zudem altersbedingte Veränderungen und Herausforderungen eine Rolle für das Wiederauftreten von psychischen Folgen traumatischer Erfahrungen, die nicht immer dem Vollbild einer PTBS entsprechen, sondern oft auch andere Symptome miteinschließen und/oder subklinisch ausgeprägt sind (siehe dazu auch (252)). Zudem leiden ältere Personen mit traumatischen Erfahrungen und

PTBS häufig unter komorbiden psychischen Störungen, darunter zum Beispiel sehr häufig unter Depressionen und somatoforme Störungen (253). Sie sind auch häufiger von körperlichen Erkrankungen betroffen als Menschen ohne traumatische Erfahrungen oder eine PTBS (254, 255). Deren Berücksichtigung in der Behandlung ist somit maßgeblich, zum Beispiel als Kontraindikation für bestimmte psychotherapeutische Techniken (z.B. Expositionsverfahren) oder bei der psychopharmakologischen Behandlung. Darüber hinaus wird seit einigen Jahren die Bedeutung traumatischer Erfahrungen und der PTBS als Risikofaktor für das Auftreten von Demenzen und kognitiven Abbau diskutiert (256, 257). Das Risiko, im Alter bei Vorliegen einer PTBS eine Demenz zu entwickeln, war dabei fast 2- bis 4-fach erhöht im Vergleich zu Personen ohne PTBS (258, 259). Außerdem gibt es Evidenz dafür, dass die Schwere der PTBS-Symptomatik mit einem beschleunigten kognitiven Abbau verbunden ist (260). Auch wenn es erste Hinweise zum Zusammenhang von traumatischen Erfahrungen und PTBS mit kognitiven Veränderungen und Demenzen im Alter gibt, ist die Befundlage insgesamt noch uneinheitlich und basiert im Wesentlichen auf spezifische Betroffenenengruppen (z.B. Kriegsveteranen).

Es lässt sich festhalten, dass ein substanzieller Anteil älterer Menschen traumatische Erfahrungen über die Lebensspanne gemacht hat, wenngleich die PTBS nur bei einer kleinen Gruppe älterer Menschen vorkommt. Dennoch können sich die langfristigen psychischen Auswirkungen eines Traumas verstärkt im höheren Lebensalter manifestieren und manifeste Symptome erneut auftreten, verschärft durch normative altersassoziierte Verlusterfahrungen (z.B. körperlichen Abbau, Verlust von Bezugspersonen, eingeschränkte Selbständigkeit) sowie körperliche Erkrankungen und negative Erfahrungen im Rahmen medizinischer Behandlungen (261, 262). Hieraus ergibt sich die Relevanz der sachgerechten Diagnostik und Versorgung deutlich. Vor diesem Hintergrund und basierend auf der Expertise der beteiligten Kolleg:innen wurden fünf klinische Fragestellungen und fünf Empfehlungen formuliert.

### 3.7.2 Klinische Fragestellungen

1. Sind psychotherapeutische Interventionen zur Reduktion von PTBS-Symptomen als primäres Outcome (traumafokussierte und nicht-traumafokussierte Therapie) bei älteren Patient:innen mit einer (k)PTBS wirksam in der Verbesserung von PTBS-Symptomen (Gesamt und Subskalen), Depressionssymptomen, Angstsymptomen, Lebensqualität oder Funktionsniveau?
2. Sind für Ältere angepasste oder entwickelte psychotherapeutische Interventionen zur Reduktion von PTBS-Symptomen als primäres Outcome (traumafokussierte und nicht-traumafokussierte Therapie) bei älteren Patient:innen mit einer (k)PTBS wirksam in der Verbesserung von PTBS-Symptomen (Gesamt und Subskalen), Depressionssymptomen, Angstsymptomen, Lebensqualität oder Funktionsniveau?
3. Ist eine Pharmakotherapie bei älteren Patient:innen mit einer (k)PTBS effektiver in der Verringerung von PTBS-Symptomen, Depressionssymptomen, Angstsymptomen, Verbesserung der Lebensqualität, der Funktionalität oder unterscheidbar in der Anzahl

oder Ausprägung der Nebenwirkungen im Vergleich zu Placebo oder einer Psychotherapie?

4. Sind spezifische traumainformierte Pflegekonzepte für ältere Patient:innen mit einer (k)PTBS effektiver in der Verbesserung der Lebensqualität, Funktionalität, Teilhabe oder Verminderung von PTBS-Symptomen, Angstsymptomen oder Depressionssymptomen im Vergleich zu nicht-traumainfomierten Pflegekonzepten oder keiner Kontrollgruppe?
5. Sind psychotherapeutische Interventionen mit Behandlungsansätzen für ältere Patient:innen bei älteren Patient:innen mit Verdacht auf eine (k)PTBS und Vulnerabilität (bspw. Demenz, kognitive Beeinträchtigungen, Multimorbidität) effektiver in der Verbesserung der Lebensqualität, Verminderung von PTBS-Symptomen, Angstsymptomen, Verbesserung der Funktionalität, Verminderung der Depressionssymptome oder Verbesserung der Teilhabe im Vergleich zu einem *Treatment-As-Usual* bzw. keiner Psychotherapie mit Behandlungsansätzen für vulnerable Ältere oder keiner Kontrollgruppe?

### 3.7.3 Empfehlungen

7.1	Evidenzbasierte Empfehlung	Neu (2026)	
Empfehlungsgrad <b>B</b> ↑	Menschen über 65 Jahren mit Symptomen einer Posttraumatischen Belastungsstörung sollten traumafokussierte psychotherapeutische Interventionen zur Reduktion von PTBS-Symptomen angeboten werden.		
Bichescu et al. 2007, Delrue 2021, Forstmeier et al. 2023, Gielkens et al. 2021, Gielkens et al. 2022, Knaevelsrud 2014, Knaevelsrud 2017, Thorp 2019, Yoder 2013			
Qualität der Evidenz			
PTBS: sehr niedrig ⊕⊖⊖⊖	Lebensqualität: sehr niedrig ⊕⊖⊖⊖	Depression: sehr niedrig ⊕⊖⊖⊖	Angst: sehr niedrig ⊕⊖⊖⊖
Konsensstärke: 100 % Starker Konsens			

7.2	Konsensbasierte Empfehlung	Neu (2026)	
<b>EK</b>	Auch hochaltrigen Patient:innen (≥ 80 Jahre) sowie Menschen mit kognitiven Einschränkungen bzw. leichten und mittelgradigen Demenzen mit PTBS-Symptomen sollte eine traumafokussierte Behandlung angeboten werden.		
Amano & Toichi, 2017; van der Wielen et al., 2019			
Konsensstärke: 95 % (Starker Konsens)			

7.3	Konsensbasiertes Statement	Neu (2026)	
	Aufgrund der mangelnden Studienlage kann derzeit keine spezifische Empfehlung zur Psychopharmakotherapie bei PTBS für Menschen über 65 Jahre ausgesprochen werden.		
Konsensstärke: 90 % (Konsens)			

7.4	Konsensbasierte Empfehlung	Neu (2026)
<b>EK</b>	Auch bei älteren Erwachsenen soll bei der Behandlung einer PTBS primär eine traumafokussierte Psychotherapie angeboten werden. Eine Pharmakotherapie ist die Behandlung der zweiten Wahl. Dabei sollen unerwünschte Wirkungen und Interaktionen zwischen den Medikamenten berücksichtigt werden. Nebenwirkungen von Medikamenten sollten von der PTBS-Symptomatik differentialdiagnostisch unterschieden werden.	
	Yu et al. 2017, Treves et al. 2018	
	Konsensstärke: 82,6 % (Konsens)	

7.5	Konsensbasierte Empfehlung	Neu (2026)
<b>EK</b>	Traumainformierte Pflegekonzepte* sollten in der Betreuung älterer Patient:innen mit PTBS-Symptomen angeboten werden.	
	O'Malley 2023	
	Konsensstärke: 82,6 % (Konsens)	
*Elemente eines traumainformatierten Pflegekonzeptes sind die Fähigkeit von Personal, PTBS-Symptome zu erkennen und ihren Beitrag zu Gesundheit und Gesundheitsverhalten älterer Personen zu erkennen; angemessen auf die Symptomatik zu reagieren; eine sichere Umgebung zu schaffen und vorhandene Ressourcen zu stärken.		

### 3.7.4 Hintergrund der Evidenz

Es gibt auf Basis der derzeitigen Befundlage keine Hinweise, dass die für das Erwachsenenalter etablierten und validierten Interventionen nicht auch für ältere Menschen gut anwendbar sind. Allerdings fanden sich keine für ältere Menschen angepasste PTBS-Interventionen, die im Detail beschrieben und empirisch validiert sind. Deshalb konnte keine Empfehlung zur klinischen Fragestellung 2 formuliert werden.

#### 3.7.4.1 Hintergrundtext zur Empfehlung 7.1

##### Darlegung der Evidenzgrundlage

Die Evidenzgrundlage zur Behandlung von PTBS bei älteren Patient:innen ist sehr begrenzt. Insbesondere ist die methodische Qualität (Stichprobengröße, Vergleichsinterventionen, Randomisierung etc.) der Studien sehr kritisch zu betrachten. Neun relevante Studien konnten identifiziert werden, welche jedoch jeweils unterschiedliche Therapieansätze bei älteren Patient:innen mit PTBS untersucht haben. Sie deuten darauf hin, dass traumafokussierte Therapieansätze, unabhängig vom spezifischen Verfahren, auch bei älteren Patient:innen wirksam sind und vergleichbare Effekte wie bei jüngeren Betroffenen erzielen können (263-271). Dabei können individuelle Faktoren, wie die kumulative Belastung durch traumatische Kindheitserfahrungen, den Behandlungserfolg modifizieren. Trotz methodischer Limitationen unterstützt die vorliegende Evidenz den Einsatz traumafokussierter Interventionen in der PTBS-Behandlung älterer Menschen, auch wenn diese angesichts der begrenzten Evidenzlage mit Vorsicht zu interpretieren sind.

### **Begründung des Empfehlungsgrades mit Darlegung der Abwägung von Nutzen und Schaden der Intervention**

Die Evidenzbasis zur PTBS-Behandlung bei älteren Patient:innen ist durch eine geringe Anzahl und eine als kritisch zu betrachtende methodische Qualität der verfügbaren Studien eingeschränkt. Zudem weisen die vorliegenden Untersuchungen hinsichtlich der verwendeten Interventionen und der teilweise widersprüchlichen Befunde Limitationen auf. Insbesondere sind die meisten Studien durch relativ kleine Stichprobengrößen und das Fehlen von Kontrollgruppen und einer Randomisierung charakterisiert. Auch die Datenlage zu sekundären Outcomes, wie etwa der funktionellen Verbesserung, ist bislang unzureichend, sodass eine fundierte Empfehlung derzeit nicht möglich ist. Zum aktuellen Zeitpunkt gibt es keine Hinweise darauf, dass die für Erwachsene validierten Interventionen bei der PTBS-Behandlung bei älteren Menschen schädlich sein könnten (264, 268). Ebenso liegen keine eindeutigen Belege dafür vor, dass die in den Studien untersuchten Therapien bei älteren Menschen (im Vergleich zu jüngeren) einen geringeren Nutzen erzielen (270, 272). Angesichts der häufig vorliegenden psychischen Komorbiditäten (z. B. affektive Störungen, Angststörungen, Persönlichkeitsstörungen) sowie funktioneller Einschränkungen und gesundheitlicher Probleme (z. B. Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Autoimmunerkrankungen, Schmerzen) bei älteren PTBS-Patient:innen ist es zudem ratsam, diese im Rahmen der Therapie engmaschig zu überwachen und den Kontakt zu den behandelnden Hausärzt:innen sicherzustellen (265, 267, 270-273).

### **Personengruppen, auf die die Empfehlung nicht zutrifft/Alternativen**

Da das durchschnittliche Alter der in den relevanten Studien untersuchten Patient:innen überwiegend im mittleren bis späten sechsten beziehungsweise frühen siebten Lebensjahrzehnt lag, existieren derzeit keine ausreichenden Evidenzen zur Behandlung von Patient:innen im sehr hohen Alter (85+ Jahre) oder bei Vorliegen signifikanter kognitiver Einschränkungen (abgesehen von vereinzelt Fallberichten). Für diese Personengruppen kann daher momentan keine fundierte Empfehlung abgegeben werden. Angesichts des demografischen Wandels und des wachsenden Anteils älterer Menschen besteht ein dringender Forschungsbedarf hinsichtlich der Wirksamkeit sowohl traumafokussierter als auch nicht-traumafokussierter Therapieansätze bei (k)PTBS sowie zur Frage, ob altersangepasste Interventionen benötigt werden. Dies gilt ebenso für Patient:innen mit einem lange zurückliegenden Indextrauma, das mit einem verzögerten, fluktuierenden oder chronifizierten Krankheitsverlauf assoziiert ist, wie für solche, die eine PTBS als Folge eines kürzlich erlebten traumatischen Ereignisses entwickelt haben.

### **Angaben zur qualitativ guten Durchführung**

Die klinischen Erfahrungen sprechen dafür, PTBS-Expositionsverfahren graduiert durchzuführen, um psychophysiologische Übererregung, die gerade im sehr hohen Alter schneller (physiologisch und subjektiv) auftritt, zu vermeiden. Im Rahmen von

Lebensrückblicktherapie bietet es sich an, eine gemäßigte Traumaexposition anzustreben, im Mittelpunkt steht die Integration des Traumas in die eigene Lebensbilanz (274).

### 3.7.4.2 Hintergrundtext zur Empfehlung 7.2

#### Darlegung der Evidenzgrundlage

Es fehlt an Interventionsforschung, die sich spezifisch mit der Behandlung von Älteren mit kognitiven Einschränkungen und Demenzen mit PTBS beschäftigt. Eine Übersichtsarbeit aus dem Jahr 2023 identifizierte neun Fallgeschichten, mit insgesamt 11 Fällen in denen *Eye Movement Desensitization and Reprocessing* (EMDR), Prolonged Exposure, kognitive Verhaltenstherapie oder Pharmakotherapie beschrieben wurden und zeichnet ein positives Bild bzgl. der Symptomreduktion (275). Aufgrund methodischer Mängel kann daraus keine fundierte Empfehlung abgeleitet werden. Aus diesem Grund wurde ein Expert:innenkonsensus formuliert, der sich auf klinische Erfahrungen und Fallstudien stützt (276-278). Die derzeitige Befundlage spricht dafür bei milden Formen demenzieller Entwicklungen eine traumafokussierte Behandlung anzubieten, bei ausgeprägteren Demenzen mit EMDR über die Körperarbeit (*Tapping*) zur Beruhigung und Normalisierung des Hyperarousals beizutragen (279-281).

Während Menschen, die an einer milden Verlaufsform einer Demenz erkrankt sind oder sich in einem frühen Stadium befinden, noch weiterhin über viele kognitive Funktionen verfügen, ist dies bei schwereren Verlaufsformen nicht der Fall. Amano & Toiichi (2017) (278) beschäftigen sich in ihrer Einzelfall-Studie mit der Behandlung von schwer an Demenz erkrankten Patient:innen mit EMDR. Neben den Beeinträchtigungen der Gedächtnis- und Exekutivfunktionen kommt es bei einer Demenzerkrankung häufig auch zu schweren verhaltensbezogenen und psychologischen Demenzsymptomen (BPSD; *Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia*), die sich nur schwer medikamentös behandeln lassen. Diese Symptome scheinen häufig mit der Erinnerung an verstörende traumatische Ereignisse aus der Vergangenheit verbunden zu sein. Da das EMDR-Standardprotokoll nicht unmittelbar auf Patient:innen mit Demenz anwendbar ist, wurde ein modifiziertes Protokoll entwickelt, die EMDR-Vor-Ort-Methode (*on-the-spot-EMDR*), welche deutliche Verbesserung der BPSD, die auch katamnestisch nach sechs Monaten weiterhin festzustellen war, aufwies. Dabei wird *Tapping* als bilaterale Stimulation eingesetzt, weil die meisten Patient:innen mit fortgeschrittener Demenz ihre Augenbewegungen nicht gemäß den Anweisungen des/der Therapeut:in kontrollieren können.

#### Begründung des Empfehlungsgrades mit Darlegung der Abwägung von Nutzen und Schaden der Intervention

Aufgrund der fehlenden empirischen Evidenz mit ausreichender methodischer Qualität beruht diese Empfehlung auf einem Expert:innenkonsensus.

### **Personengruppen, auf die die Empfehlung nicht zutrifft/Alternativen**

Keine

### **Angaben zur qualitativ guten Durchführung**

Keine

#### **3.7.4.3 Hintergrundtext zum Statement 7.3**

##### **Darlegung der Evidenzgrundlage**

An den meisten Studien zur medikamentösen Behandlung der PTBS haben ältere Erwachsene nicht teilgenommen und/oder wurden nicht als Untergruppe spezifisch betrachtet, so dass die Ergebnisse aus der Recherche für die psychopharmakologische Behandlung der PTBS bei Erwachsenen nicht verallgemeinert werden können. Sollte dennoch wegen Patient:innenpräferenzen, unzureichendem Ansprechen oder fehlender Verfügbarkeit einer traumafokussierten Psychotherapie eine Pharmakotherapie erwogen werden, gelten die gleichen Empfehlungen wie für die Behandlung Erwachsener unter 65 Jahren (130). Aufgrund der mangelnden Evidenzlage bei Patient:innen über 65 Jahren orientiert sich die pharmakologische Behandlung der PTBS in dieser Altersgruppe an den Empfehlungen für die Behandlung von Erwachsenen (s. Kapitel 3.3).

### **Personengruppen, auf die die Empfehlung nicht zutrifft/Alternativen**

Keine.

### **Angaben zur qualitativ guten Durchführung**

Keine.

#### **3.7.4.4 Hintergrundtext zur Empfehlung 7.4**

Aufgrund häufiger psychischer und körperlicher Komorbiditäten, veränderter Pharmakokinetik, Polymedikation und vermutlich geringerer Wirksamkeit von antidepressiver Medikation bei älteren Menschen ist die Psychopharmakotherapie mit besonderem Bedacht einzusetzen (282). Verstärktes Augenmerk soll zudem auf die Differenzierung zwischen PTBS-Symptomatik und möglichen Nebenwirkungen von Medikamenten gelegt werden. Umso mehr soll daher, wie bei jüngeren Erwachsenen, bei der Behandlung einer PTBS primär eine traumafokussierte Psychotherapie angeboten werden. Eine Pharmakotherapie bleibt die Behandlung der zweiten Wahl.

##### **Darlegung der Evidenzgrundlage**

An den meisten Studien zur medikamentösen Behandlung der PTBS haben ältere Erwachsene nicht teilgenommen und/oder wurden nicht als Untergruppe spezifisch betrachtet. Es fehlt dementsprechend an geeigneter empirischer Evidenz. Eine Studie deutet allerdings darauf

hin, dass ältere Menschen weniger gut auf psychotherapeutische wie medikamentöse Behandlung, auch von PTBS, ansprechen könnten als jüngere Patient:innen (282). Von den 1.004 Teilnehmer:innen der CALM-Studie waren 134 (13,3%) 60-75 Jahre alt (282). Obwohl sich weder die Art der (kombinierten) Behandlung noch die Abbruchquoten zwischen älteren und jüngeren Erwachsenen unterschieden, dauerte es bei älteren Erwachsenen länger, bis sie auf die Behandlung ansprachen, als bei jüngeren Erwachsenen. Zudem war bei ihnen die Wahrscheinlichkeit eines erneuten Auftretens der Symptome im 18-monatigen Nachuntersuchungszeitraum größer. Als Erklärung für das verzögerte und weniger robuste Ansprechen auf die Behandlung bei älteren Erwachsenen wurden altersbedingte pharmakodynamische Veränderungen sowie verändertes Lernverhalten diskutiert (282). Selektive Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer (SNRIs) wie Venlafaxin zeigten bei älteren Personen in einer Studie in Taiwan ein signifikant höheres Risiko für einen Wechsel der Medikation, eine Augmentation und einen Krankenhausaufenthalt bei depressiven Patient:innen. Auch wurde auf häufigere Nebenwirkungen und die Interaktion mit kardiovaskulärer Medikation hingewiesen (283). Ältere Erwachsene reagieren oft empfindlicher auf Nebenwirkungen von Medikamenten und haben mehr gleichzeitig auftretende medizinische Probleme und Medikamentenverordnungen als jüngere Menschen (284). Daher wird empfohlen, bei der Einführung eines neuen Medikaments mit einer niedrigen Dosis zu beginnen und bei Bedarf Anpassungen vorzunehmen (47). Besonders im Fokus sollen bei älteren Menschen unerwünschte Wirkungen und Interaktionen zwischen verordneten Medikamenten stehen. Da die Wahrscheinlichkeit größer ist, dass ältere Personen Medikamente für eine bestimmte Erkrankung erhalten, sollte immer auf Wechselwirkungen zwischen Medikamenten geachtet werden - insbesondere bei der Verschreibung von SNRIs (283, 285). Insbesondere in psychiatrischen Versorgungsstrukturen für ältere Menschen werden häufig mehrere Medikamente für psychische und körperliche Erkrankungen verschrieben. Diese Verordnungspläne können zu einer hohen anticholinergen Belastung führen, oft als unbeabsichtigte Folge gleichzeitiger Verschreibung von Medikamenten mit mäßiger anticholinergischer Wirkung (286). Bei einer Querschnittsstudie von 622 zufällig in Praxen ausgewählten Patient:innen mit einem Durchschnittsalter von 77,2 ( $\pm 6,2$ ) Jahren und einer durchschnittlichen Einnahme von 5,6 Medikamenten war mindestens eine anticholinerge Medikation bei 78 Patient:innen vorhanden (12,5%) (287). Vom Einsatz von Benzodiazepinen zur Behandlung der PTBS wird für alle Altersgruppen abgeraten (s. Kapitel 3.3). SSRIs werden in der Regel gut vertragen (288), allerdings konnten keine Studien zum Einsatz von SSRIs zur Behandlung der PTBS bei älteren Menschen gefunden werden. Für eine Kombination von Kalziumkanalblockern (Antihypertonika) mit SSRIs war zwar für Personen, die wegen Hypertonie behandelt wurden, ein positiver Effekt auch auf die depressive Symptomatik und die kognitiven Funktionen beschrieben worden (537), andererseits war diese Medikamentenkombination mit erhöhter Sturzgefahr verbunden (538).

### **Begründung des Empfehlungsgrades mit Darlegung der Abwägung von Nutzen und Schaden der Intervention**

Aufgrund der fehlenden empirischen Evidenz mit ausreichender methodischer Qualität beruht diese Empfehlung auf einem Expert:innenkonsensus.

### **Personengruppen, auf die die Empfehlung nicht zutrifft/Alternativen**

Keine.

### **Angaben zur qualitativ guten Durchführung**

Generell ist bei der Behandlung von älteren Personen mit PTBS ein erhöhtes Sturzrisiko zu beachten (289, 290). Wie immer bei der Pharmakotherapie geht es hier um die Abwägung der Nebenwirkungen, Möglichkeiten nicht-pharmakologischer Behandlungen und Folgen einer Nicht-Behandlung. Zu Beginn und im Verlauf einer Pharmakotherapie ist ein klinisches Monitoring der unerwünschten Wirkungen sowie die Bestimmung der Blutkonzentrationen der verabreichten Psychopharmaka zur Beurteilung der aufgrund genetischer und komorbiditätsbedingter Variationen sehr unterschiedlichen Verstoffwechslung der Präparate erforderlich.

### **3.7.4.5 Hintergrundtext zur Empfehlung 7.5**

#### **Darlegung der Evidenzgrundlage**

Pflege kann traumatische Erinnerungen auslösen oder PTBS-Symptome verschlimmern bzw. zu einem erneuten Trauma führen. Dazu gehört die Erfahrung von Hilflosigkeit und des Ausgeliefertseins im Kontext von vernachlässigenden, unsensiblen oder auch gewaltvollen, autoritären oder demütigenden Pflegepraktiken sowie im Rahmen von invasiven medizinischen Behandlungen. Die Implementierung eines traumainformierten Pflegeansatzes kann einen Pflegekontext ermöglichen, der Patient:innen nicht erneut traumatisiert, sondern darüber hinaus die Anzeichen einer Traumafolgestörung erkennt, darauf reagiert, die Lebensqualität pflegebedürftiger Menschen besser unterstützt und zu deren stärkerer Einbindung und ihrem Empowerment beiträgt (291, 292). Traumainformierte Pflege kann potenziell auch Symptome lindern, Krankheitsverläufe verbessern, Pflegezeiten verkürzen, Notaufnahmen und Krankenhausaufenthalte reduzieren und dadurch Kosten senken. Obwohl der Begriff "traumainformierte Pflege" häufig verwendet wird, liegt bisher noch kein systematisch evaluiertes, evidenzbasiertes Konzept dafür vor. Jüngst wurde ein Überblicksartikel von O'Malley et al. (2023) (248) publiziert, aus dem folgende Elemente eines traumafokussierten Pflegekonzeptes abgeleitet wurden: Erkennung von PTBS-Symptomen durch Personal und Verständnis dafür, wie sich ein Trauma auf die Gesundheit und das Gesundheitsverhalten auswirken kann; Reaktion des Personals auf die Offenlegung von Traumatisierungen; Schaffung einer sicheren, vertrauensvollen und vorausschaubaren Umgebung, die Auslöser und erneute Traumatisierung vermeidet; Förderung vorhandener Ressourcen und Stärken von Patient:innen. Strategien zur Implementierung von traumainformierter Pflege sind demnach beispielsweise Mitarbeitende, welche darin geschult werden, traumabezogene Screening-Maßnahmen durchzuführen.

### **Begründung des Empfehlungsgrades mit Darlegung der Abwägung von Nutzen und Schaden der Intervention**

Aufgrund der fehlenden empirischen Evidenz mit ausreichender methodischer Qualität beruht diese Empfehlung auf einem Expert:innenkonsensus.

### **Personengruppen, auf die die Empfehlung nicht zutrifft/Alternativen**

Keine.

### **Angaben zur qualitativ guten Durchführung**

Keine.

### **3.7.5 Empfehlungen für zukünftige Forschung**

- Validierung, Anpassung oder neue Entwicklung von diagnostischen Instrumenten für ältere Menschen.
- Systematische Untersuchung des Einsatzes und der Wirksamkeit von PTBS-Behandlungsansätzen bei alten und vor allem hochaltrigen Menschen. Dabei sollte besonders der Frage nachgegangen werden, ob und inwiefern alterssensible Anpassungen notwendig und wirksam sind.
- Methoden und Wirkmechanismen in der Behandlung von Älteren mit kognitiven Einschränkungen und Demenzen mit PTBS.

### **3.8 Behandlung von Erwachsenen mit Fluchthintergrund**

*Annett Lotzin, Eva Schäflein, Frank Neuner, Karsten Böhm, Ljiljana Joksimovic, Maria Böttche, Michael Henrich, Nadine Stammel, Roland Weierstall-Pust, Sarah Schroth*

#### **3.8.1 Einleitung**

Die Prävalenzzahlen von Traumafolgestörungen (v.a. PTBS, Depression und Angst) sind bei Menschen mit Fluchthintergrund deutlich höher als in der Gesamtbevölkerung. Dies weisen auch Studien aus, die in Deutschland durchgeführt wurden. So zeigte ein systematisches Review bei asylsuchenden und geflüchteten Menschen in Deutschland Prävalenzzahlen zwischen 11,4 - 46,5% für die PTBS (293). Eine registerbasierte Studie von geflüchteten Menschen aus Syrien in Deutschland konnte zeigen, dass die Prävalenz der PTBS über einen Zeitraum von 1,5 Jahren auf einem hohen Level blieb (1. Messzeitpunkt: 13,9%; nach 1,5 Jahren: 13,0%) (294). Eine höhere wahrgenommene Diskriminierung, eine höhere Anzahl von erlebten traumatischen Ereignissen sowie eine kürzere Zeit seit Erhalt der Aufenthaltserlaubnis waren Prädiktoren für psychischen Stress (294). Dabei ist festzuhalten, dass in den meisten Fällen nicht nur eine PTBS, sondern auch komorbide Störungen vorliegen. In einer Studie von Nesterko und Kolleg:innen (2020) (295) zeigten 54,7% der Personen mit einer PTBS ebenso Symptome einer Somatisierungsstörung, 48,8% der Personen mit einer PTBS ebenso eine Depression und 33,7% der Personen mit einer PTBS zeigten zusätzlich sowohl depressive als auch Symptome einer Somatisierungsstörung. Bei behandlingssuchenden Menschen mit Fluchthintergrund in der Schweiz (245) bzw. in Österreich (296) zeigten 21,3% bzw. 49,5% Hinweise auf das Vorliegen einer komplexen PTBS. Eine Fluchterfahrung führt nicht zwangsläufig zur Entwicklung einer PTBS. Geflüchtete Menschen stellen jedoch aufgrund potenziell kumulativer Belastungen vor, während und nach der Flucht eine besonders vulnerable Gruppe mit erhöhtem Risiko für traumabezogene psychische Störungen dar. Ein wesentlicher Unterschied von Geflüchteten zur Gesamtbevölkerung besteht darin, dass sie zu den am meisten benachteiligten Gruppen in der Gesellschaft und speziell auch im Gesundheitssystem gehören. Geflüchtete Menschen erleben im Exilland häufig in hohem Maße Rassismus, Diskriminierung, Entwertung, soziale Ausgrenzung und Isolation. Die Zerstörung sozialer Netzwerke und die Trennung von Angehörigen durch die Flucht bedingen einen Verlust von sozialer Unterstützung. Geflüchtete Menschen sind die einzige Gruppe, denen ohne richterlichen Beschluss allein in Abhängigkeit ihres Aufenthaltsstatus grundlegende Rechte wie das Recht auf Arbeit und das Recht, den Aufenthaltsort frei wählen zu können, aberkannt werden können. Die erzwungene Armut, prekäre Wohnsituationen in Unterkünften mit unzureichenden Rückzugsmöglichkeiten und anhaltendem Bedrohungserleben beschränken die Möglichkeiten der Teilhabe und Partizipation und bedeuten anhaltenden Stress, der eine Erholung von traumatischen Erlebnissen verhindern kann. Dies begründet eine isolierte Betrachtung dieser Gruppe im Hinblick auf die Erfordernisse und Evidenz der Behandlung der PTBS.

Menschen mit Fluchthintergrund sind zu unterschiedlichen Zeitpunkten (vor, während und nach der Flucht) Stressoren und/oder Traumatisierungen ausgesetzt, aufgrund derer psychische Störungen, wie die PTBS entstehen können. Vor der Behandlung ist daher eine

ausführliche Diagnostik wichtig, um zu eruieren, ob die PTBS vor, während oder nach der Flucht bzw. aufgrund welcher Ereignisse sie entwickelt wurde. Vor allem haben aktuelle sozialstrukturelle und psychosoziale Kontextfaktoren am neuen Wohnort (z.B. Diskriminierung sowie Postmigrationsstressoren, wie Asylstatus, Wohnverhältnisse) einen starken Einfluss auf die Schwere der Symptome der PTBS (293) und sind somit wichtige Inhalte im therapeutischen Setting. Ebenso ist der Fokus bei Menschen mit Fluchthintergrund nicht nur auf Traumatisierungen vor und während der Flucht zu richten, sondern auch auf aktuelle Traumatisierungen und Stressoren (z.B. Rassismuserfahrungen, Diskriminierung).

### **3.8.2 Klinische Fragestellungen**

1. Welche Durchführungsart bzw. Instrumentenart unter Berücksichtigung der u.g. Aspekte sind am effektivsten in der Diagnose der (k)PTBS bei geflüchteten Personen oder Menschen, die Deutsch nicht als Erstsprache sprechen?
2. Wie effektiv ist es, mithilfe von verschiedenen Übersetzungsformen von klinischen Instrumenten, eine (k)PTBS bei geflüchteten Menschen zu diagnostizieren?
3. Welche psychotherapeutischen Interventionen (traumafokussierte und nicht-traumafokussierte Psychotherapie) sind bei geflüchteten Menschen mit einer (k)PTBS effektiver als sowohl inaktive als auch aktive Kontrollbedingungen hinsichtlich der Reduktion von PTBS-Symptomen sowie weiterer Outcomes?
4. Ist eine Psychotherapie in Kombination mit Sozialarbeit bei geflüchteten Menschen mit einer PTBS effektiver als eine Psychotherapie ohne zusätzliche Sozialarbeit?
5. Sind adjuvante Verfahren (Kreative Therapie, incl. Kunsttherapie, Musiktherapie, physical Exercise, Yoga, Biofeedback) bei geflüchteten Menschen mit einer PTBS effektiver als Warteliste in der Behandlung?
6. Sind psychotherapeutische Interventionen (traumafokussierte und nicht-traumafokussierte Psychotherapie) unter Verwendung von Dolmetschenden bei geflüchteten Menschen mit einer (k)PTBS effektiver als solche ohne Dolmetschende hinsichtlich der Reduktion von PTBS-Symptomen sowie weiteren Outcomes?

### 3.8.3 Empfehlungen

8.1	Konsensbasierte Empfehlung	Neu (2026)
<b>EK</b>	Zur Unterstützung der Diagnostik bei geflüchteten Menschen sollten, wie bei anderen (k)PTBS-Patient:innen, psychometrische Tests und/oder strukturierte klinische Interviews eingesetzt werden. Es sollte ein in der Erstsprache der Patient:innen validiertes Instrument eingesetzt werden. Falls das nicht verfügbar ist, sollte ein übersetztes, nicht validiertes Instrument verwendet werden. Eine ad hoc Übersetzung sollte nur eingesetzt werden, wenn keine validierten und/oder übersetzten Instrumente vorliegen.	
	z. B. Andisha et al., 2023, Karnouk et al., 2021; Magwood et al., 2022 und 2023	
	Konsensstärke: 100 % (starker Konsens)	

8.2	Evidenzbasierte Empfehlung	Neu (2026)
Empfehlungsgrad <b>B ↑</b>	PTBS-Patient:innen mit Fluchthintergrund sollte, wie anderen PTBS-Patient:innen auch, eine traumafokussierte Therapie angeboten werden.	
	Nosè et al., 2017	
	Qualität der Evidenz	
	PTBS: sehr niedrig ⊕⊖ ⊖⊖	
	Konsensstärke: 100 % Starker Konsens	

8.3	Konsensbasierte Empfehlung	Neu (2026)
<b>EK</b>	Die sozialstrukturellen und psychosozialen Kontextfaktoren sollten in der Therapie von PTBS-Patient:innen mit Fluchthintergrund berücksichtigt werden.	
	z.B. Jannesari et al., 2020; Nickerson et al., 2011, Specker et al., 2024	
	Konsensstärke: 78,1 % (Konsens)	

8.4	Evidenzbasiertes Statement	Neu (2026)
	Es gibt aktuell zu wenige Studien, die die Wirksamkeit von adjuvanten Therapien bei PTBS-Patient:innen mit Fluchthintergrund untersuchen.	
	z.B. Beck et al., 2021; Askovic et al., 2020; Morina et al., 2012	
	Konsensstärke: 90 % (Konsens)	

8.5	Konsensbasierte Empfehlung	Neu (2026)
<b>EK</b>	Wenn Sprachbarrieren nicht durch eine sprachliche Passung von Patient:in und Therapeut:in aufgelöst werden können, sollte die Therapie mit geschulten Sprachmittler:innen durchgeführt werden.	
	z.B. Lambert & Alhassoon, 2015, Brune et al., 2011, D'Ardenne et al., 2007, Sander et al., 2019	
	Konsensstärke: 96,7 % (Starker Konsens)	

### **3.8.4 Hintergrund der Evidenz**

Fragestellung 1 und 2 wurden bei der Formulierung der Empfehlungen gemeinsam berücksichtigt.

#### **3.8.4.1 Hintergrundtext zur Empfehlung 8.1**

##### **Darlegung der Evidenzgrundlage**

Es konnten keine Studien gefunden werden, die direkt unterschiedliche Durchführungsarten (d.h. mit/ohne ad hoc Übersetzung durch Sprachmittelnde, mit/ohne kultureller Adaptation) oder unterschiedliche Arten von Instrumenten (z.B. Screeninginstrumente, Interviews) miteinander vergleichen. Daher wurde ein Expert:innenkonsens erarbeitet für den der Evidenzgrad B ausgesprochen wurde, da die Leitliniengruppe kein Schadenspotenzial erkennt, wenn die klinische Diagnostik mit psychometrischen Tests oder diagnostischen Interviews unterstützt wird und Studien vorliegen, in denen Screeninginstrumente/Fragebögen und strukturierte diagnostische Interviews reliabel und valide die PTBS und kPTBS erfassen. Eine Meta-Analyse zeigt, dass Screeninginstrumente für PTBS (v.a. HTQ und PCL-5) bei geflüchteten Menschen reliabel und valide angewendet werden können. Eine Überlegenheit war für keines der untersuchten Screeninginstrumente in dieser Meta-Analyse gegeben (39). Primärstudien zeigen, dass übersetzte und kultursensibel validierte Fragebögen und Interviews PTBS sowie kPTBS bei Menschen mit Fluchthintergrund abbilden (z.B. (297) - kPTBS mit Hilfe des ITQ in Dari; (298) - PTBS mithilfe des M.I.N.I Interviews in Arabisch; (299) - PTBS mithilfe des HTQ in unterschiedlichen Sprachen). Bei der Anwendung von Screeninginstrumenten ist zu beachten, dass der Cut-Off Wert, der eine potenziell vorhandene PTBS anzeigt, in Abhängigkeit des kulturellen Hintergrunds variieren kann (39). Eine kulturelle Validierung ist daher wichtig und liegt für einige Instrumente bereits vor (300). Aufgrund dieser potenziell variierenden Cut-Off Werte sowie aufgrund der fehlenden Standardisierung bei ad hoc Übersetzungen sollte ein validiertes Instrument in der Erstsprache eingesetzt werden, wenn dieses vorliegt.

##### **Begründung des Empfehlungsgrades mit Darlegung der Abwägung von Nutzen und Schaden der Intervention**

Auf der Basis eines Expert:innenkonsens wurde zu den klinischen Fragestellungen 1 und 2 eine gemeinsame Empfehlung formuliert, da keine passende aggregierte oder primäre Evidenz zur Beantwortung dieser Fragen gefunden werden konnte und beide sich auf die Gestaltung und den Inhalt der klinischen Diagnostik beziehen. Diese Empfehlung ist im Einklang mit internationalen PTBS-Leitlinien z.B. Australian Guidelines for Refugees; Phoenix Australia, 2020; NICE Guidelines, 2018) (241, 301). Diese weisen explizit darauf hin, dass standardisierte Beurteilungsinstrumente verwendet werden sollten, wobei auf kulturelle Sensibilität zu achten ist und falls erforderlich, eine Übersetzung in der bevorzugten Sprache erfolgen sollte.

##### **Personengruppen, auf die die Empfehlung nicht zutrifft/Alternativen**

Keine.

**Angaben zur qualitativ guten Durchführung.**

Es sollten übersetzte und kulturell validierte Adaptationen für die Unterstützung der klinischen Diagnostik angewendet werden, um auf den höchstmöglichen Standard zurückzugreifen. Von ad hoc Übersetzungen ist abzusehen (sofern Übersetzungen vorliegen), da hier keine Standardisierung (d.h. gleiche Formulierungen der Items/Fragen über Patient:innen hinweg) möglich ist.

**3.8.4.2 Hintergrundtext zur Empfehlung 8.2****Darlegung der Evidenzgrundlage**

In einer Meta-Analyse von Nosè et al. (2017) (302) wurden anhand von 12 RCTs und 2 CCTs (Controlled Clinical Trials) die Effekte psychosozialer Interventionen zur Behandlung von erwachsenen Menschen mit Fluchthintergrund mit PTBS in Ländern mit hohem Einkommen im Vergleich zu einer Warteliste oder *Treatment-As-Usual* (TAU) verglichen. Die Mehrheit der Studien untersuchte entweder die Narrative Expositionstherapie (NET; k=5) oder Varianten der kognitiv-behavioralen Therapie (CBT; k=5). Bei Behandlungsende erwiesen sich psychosoziale Interventionen im Vergleich zu Kontrollgruppen als wirksam, um PTBS-Symptome zu verringern (SMD=-1,03, 95%-CI [-1,55, -0,51]). Auch die depressive Symptomatik nahm ab (SMD=-1,10, 95%-CI [-1,67, -0,54]). Bezüglich der Reduktion der PTBS-Symptome war die NET die wirksamste Intervention (SMD=-0,78, 95%-CI [-1,18, -0,38]). Trauma-fokussierte Psychotherapien zeigten hohe Effektstärken (SMD=-1,92; 95%-CI [-3,05, -0,80]). Andere (nicht traumafokussierte) Varianten von CBT zeigten keine Überlegenheit im Vergleich zu den Kontrollgruppen. Separate Ergebnisse für unterschiedliche Kontrollbedingungen (passive Warteliste, aktive Kontrollgruppe) wurden nicht berichtet. Zur Follow-up-Erhebung (~4 Monate nach Behandlungsende) konnte keine Evidenz für die Überlegenheit psychosozialer Interventionen festgestellt werden (SMD=0,01, 95%-CI [-1,26, 1,28]). Die durchgeführte *Risk of Bias (RoB) Analyse* mithilfe von AMSTAR ergab eine niedrige Qualität für die Meta-Analyse von Nosè et al. (2017) (302). Dabei zeigten sich die Einschränkungen v.a. bezüglich der Interpretation und Diskussion des Einflusses des RoBs der Primärstudien auf die Ergebnisse der Meta-Analyse (302).

**Begründung des Empfehlungsgrades mit Darlegung der Abwägung von Nutzen und Schaden der Intervention**

Die aggregierte Evidenz betraf primär traumafokussierte Interventionen (v.a. NET, CBT) im Vergleich zu Wartelisten, bei der (moderate) Evidenz zum Potenzial traumafokussierter Interventionen zur Reduktion von PTBS-Symptomen zu finden ist. Bezüglich der komplexen PTBS und weiterer komorbider Störungen wurden keine Studien gefunden, die den Einschlusskriterien für die PICO-Frage entsprochen haben. Keine der in die Meta-Analyse eingeschlossenen Primärstudien hat eine traumafokussierte (TF) Therapie mit einer nicht-TF PTBS Behandlung verglichen. Die eingeschlossenen Studien weisen zudem eine teilweise eingeschränkte Qualität auf so dass es weiterer kontrollierter Studien bedarf. Auch wenn die Überlegenheit der TF-Therapien somit für die Subgruppe der Personen mit Fluchthintergrund

nicht unmittelbar belegt ist, spricht die generelle Überlegenheit der TF-Therapien bei unterschiedlichsten Gruppen traumatisierter Patient:innen sowie der Beleg dieser Therapien auch für geflüchtete Patient:innen für eine klare Empfehlung des Einsatzes der TF-Therapien auch in dieser Patient:innengruppe. Auch Internationale PTBS-Leitlinien (z.B. (301)) weisen auf die Wirksamkeit von traumafokussierten Interventionen bei PTBS-Patient:innen mit Fluchthintergrund hin.

#### **Personengruppen, auf die die Empfehlung nicht zutrifft/Alternativen**

Es wurden nur Studien einbezogen, deren Stichproben in Ländern mit hohem Einkommen (*High-Income Countries*) lebten, sodass diese Empfehlung nicht zutreffend sein muss für Menschen mit PTBS und Fluchthintergrund in Ländern mit mittlerem oder geringem Einkommen (*Middle-/Low-Income Countries*).

#### **Angaben zur qualitativ guten Durchführung**

Keine.

### **3.8.4.3 Hintergrundtext zur Empfehlung 8.3**

#### **Darlegung der Evidenzgrundlage**

In der Forschung gibt es klare Hinweise dass Postmigrationsstressoren - über den Effekt der Erfahrungen im Heimatland und Flucht hinaus - mit psychischen Störungen einhergehen und diese bedingen können (303, 304). Ein sicherer Aufenthaltsstatus kann eine Reduktion des Stresses und eine Verbesserung der psychischen Gesundheit bewirken (Nickerson et al., 2011), was dessen Nutzen unterstreicht. Ein weiterer Faktor, der geflüchtete Menschen von anderen traumatisierten Personengruppen unterscheidet, ist der besonders schwierige Zugang zum Gesundheitssystem, insbesondere auch zu psychotherapeutischer Behandlung. Dabei gibt es Barrieren auf Seiten der Personen mit Fluchthintergrund, aber vor allem auch auf Seiten der Behandler:innen (305-307). Zu den in der Forschung untersuchten Barrieren gehören das Verständnis der geflüchteten Menschen für psychische Störungen, die Angst vor Stigmatisierung, das fehlende Wissen über das Versorgungssystem, Einstellung gegenüber Psychotherapie sowie Sprachbarrieren, praktische und strukturelle Probleme und Einstellung und Kompetenz der Therapeut:innen. Während die Bedeutung der Barrieren auf Seiten der geflüchteten Menschen, wie etwa kulturelle Unterschiede, häufig überschätzt werden, scheinen vor allem strukturelle Benachteiligungen und Sprachprobleme die bestehenden Behandlungsbarrieren zu erklären (305-307).

Neben dem Befund, dass traumatisierte Geflüchtete bisher nur in absoluten Ausnahmefällen eine adäquate, leitliniengerechte Behandlung erhalten (306-308), gibt es bisher keine experimentell überprüfte Evidenz über Implikationen soziostruktureller Faktoren für die Behandlung von geflüchteten Menschen mit Traumafolgestörungen. Es gibt allerdings Hinweise darauf, dass Einstellungen gegenüber Geflüchteten, die von Diskriminierung, Rassismus, der Hervorhebung von klischeehaften Merkmalen sowie einer falschverstandenen Überbewertung kultureller Unterschiede geprägt sind, die Bereitschaft zur Behandlung von

Geflüchteten reduzieren (305-307). Eine Überbewertung der Unterschiede zwischen Personen mit und ohne Fluchthintergrund birgt also die Gefahr einer Verschärfung des bestehenden Versorgungsproblems und damit einen potenziellen Schaden, insofern es die Bereitschaft zur leitliniengerechten Behandlung reduziert. Da aber entsprechende Stressoren (etwa bei krisenhaften Zuspitzungen des Aufenthaltsstatus oder der Wohnsituation) die Durchführung einer manualisierten Behandlung auch erheblich erschweren können, birgt das Ausklammern dieser Faktoren aus der Therapie ebenfalls die große Gefahr, dass die leitliniengerechte Therapie nicht fachgerecht durchgeführt werden kann. Nicht selten sind Psychotherapeut:innen diejenigen Personen im Gesundheitssystem, die die Lebenswirklichkeit geflüchteter Patient:innen im Einzelfall am besten kennen und ebenso mit systemischen Ungerechtigkeiten konfrontiert sind. Ein Wissen um derartige Faktoren und deren Berücksichtigung in der Therapie wird von den Expert:innen dieser Arbeitsgruppe als hilfreich, wenn nicht unumgänglich betrachtet. Ergänzend zu der gezielten Behandlung der PTBS-Symptome könnte eine Begleitung durch sozialarbeiterische Unterstützung in einigen Fällen auch eine pragmatische Lösung darstellen. Auch Internationale PTBS-Leitlinien (z.B. (301)) weisen sehr ausführlich auf die Bedeutung sozialstruktureller und psychosozialer Kontextfaktoren im Sinne von Postmigrationsstressoren und deren Beachtung in der Behandlung hin.

#### **Begründung des Empfehlungsgrades mit Darlegung der Abwägung von Nutzen und Schaden der Intervention**

Es gibt keine passende aggregierte oder primäre Evidenz zur Beantwortung der klinischen Fragestellung 4. Daher wurde hier ein Expert:innenkonsens erarbeitet.

#### **Personengruppen, auf die die Empfehlung nicht zutrifft/Alternativen**

Keine.

#### **Angaben zur qualitativ guten Durchführung**

Keine.

### **3.8.4.4 Hintergrundtext zum Statement 8.4**

#### **Darlegung der Evidenzgrundlage**

Es existieren nur wenige Studien, die die Wirksamkeit von (ausschließlich) angewandten adjuvanten Verfahren bei Personen mit Fluchthintergrund belegen. Dabei variieren die Studien hinsichtlich des eingeschätzten Risk of Bias (low - (309); moderate - (310); serious - (311)) und umfassen nur eine kleine Stichprobengröße (13 bis 39 Personen pro Gruppe). Es wurde deshalb keine Behandlungsempfehlung, sondern ein evidenzbasiertes Statement formuliert. Adjuvante Verfahren könnten PTBS-Patient:innen mit Fluchthintergrund zusätzlich zu einer traumafokussierten Intervention angeboten werden. Primärstudien zeigen, dass das zusätzliche Angebot von adjuvanten Verfahren zu keinem Schaden führt, sondern in Kombination mit traumafokussierter Intervention ebenso zu einer Verbesserung der PTBS-

Symptomatik (310, 311). In einer nicht-randomisierten Studie zeigte Neurofeedback in Kombination mit Traumacounselling eine signifikant höhere Reduktion der PTBS-Symptomatik im Vergleich zu alleinigem Traumacounselling (310) und in einer einarmigen Interventionsstudie zeigte die Kombination aus Biofeedback und NET eine signifikante Reduktion der PTBS-Symptome, wobei die Reduktion hier der NET zugeschrieben wird (311). Eine Primärstudie für traumafokussierte Musik- und Imaginationsbehandlung zeigte im Vergleich zu einer bewährten PTBS-Behandlung keine Unterlegenheit in der Reduktion der PTBS-Symptome (309). Es ist davon auszugehen, dass die Kombination aus adjuvanten Verfahren und traumafokussierter Intervention ebenso wie bei anderen PTBS-Patient:innengruppen zu einem Nutzen führt (vgl. Kapitel 3.4).

#### **Personengruppen, auf die das Statement nicht zutrifft/Alternativen**

Keine.

#### **Angaben zur qualitativ guten Durchführung**

Keine.

### **3.8.4.5 Hintergrundtext zur Empfehlung 8.5**

#### **Darlegung der Evidenzgrundlage**

Es gab nur unzureichende Evidenz zur Beantwortung der klinischen Fragestellung 6. Die aggregierte Evidenz umfasst eine Meta-Analyse zu traumafokussierten Interventionen für Menschen mit Fluchthintergrund, in der der Einsatz von sprachmittelnden Personen als Metaregressor bzgl. der Reduktion der PTBS-Symptomatik untersucht wurde (312). Die primäre Evidenz umfasst Beobachtungsstudien, die retrospektiv Behandlungen von Menschen mit Fluchthintergrund mithilfe einer sprachmittelnden Person im Vergleich zu Behandlungen ohne sprachmittelnde Personen vergleicht und dabei u.a. Symptome der Depression, Angst und Somatisierung untersucht (313-315). Die Studien zeigen, dass Psychotherapie unter Einsatz von sprachmittelnden Personen zu einer Symptomreduktion im Verlauf der Behandlung führt (315) und meist nicht weniger effektiv ist als solche ohne sprachmittelnde Personen (312-314). In den Studien wurde als Vergleich zur Behandlung mit sprachmittelnden Personen, eine Behandlung ohne Sprachmittlung (wenn die Person mit Fluchthintergrund bereits ausreichende Kenntnisse der Sprache des derzeitigen Aufenthaltslandes hatte oder wenn Patient:in und Therapeut:in eine andere ausreichend sprachliche Passung vorweisen) durchgeführt. Aus nachvollziehbaren Gründen liegt keine Studie vor, in der Behandlungen mit Einsatz von Sprachmittelnden versus Behandlungen ohne aufgelöste Sprachbarriere untersucht wurden. Diese Studien, wie auch die praktische Erfahrung zeigen, dass Psychotherapie mit Sprachmittelnden zu einer bedeutsamen Reduktion der psychopathologischen Symptomatik führt. Somit kann geschlussfolgert werden, dass der Einsatz von Sprachmittelnden nicht zu einem Schaden führt, sondern ähnlich gute Therapieergebnisse erzielt werden können wie Therapien ohne Sprachmittelnde. Dabei ist es wichtig, professionelle und für den Umgang mit traumatisierten Geflüchteten geschulte

Sprachmittelnde einzusetzen, und nicht Angehörige der Patient:innen oder nicht-fachspezifisches Personal hinzuzuziehen.

### **Begründung des Empfehlungsgrades mit Darlegung der Abwägung von Nutzen und Schaden der Intervention**

Insgesamt wurde die Evidenz zur Beantwortung der Fragestellung als unsicher eingeschätzt, weshalb ein Expert:innenkonsens erarbeitet wurde. In den gesichteten Studien wurden keine Aussagen über die Qualifikation der Sprachmittelnden getätigt. Die praktische Erfahrung zeigt jedoch, dass es wichtig ist, geschulte Sprachmittelnde einzusetzen, weshalb dieser Zusatz in die Empfehlung aufgenommen wurde.

### **Personengruppen, auf die die Empfehlung nicht zutrifft/Alternativen**

Keine.

### **Angaben zur qualitativ guten Durchführung**

Im Kontext von Flucht und Migration werden für dolmetschende Personen verschiedene Bezeichnungen verwendet, wie trans- oder interkulturelle Dolmetschende oder Sprachmittelnde bzw. Sprach- und Kulturmittelnde. Die Leitliniengruppe hat sich auf den Begriff Sprachmittelnde geeinigt, da dieser überwiegend in Deutschland und Österreich verwendet wird. Im Gegensatz zu an Hochschulen ausgebildeten und staatlich geprüften Dolmetschenden handelt es sich bei Sprachmittelnden im Kontext von Flucht/Migration um Personen mit unterschiedlichen Ausbildungsniveaus und zum Teil ohne rechtlich anerkannte Berufsbezeichnung. In der Regel übersetzen Sprachmittelnde konsekutiv (d.h. zeitlich versetzt) und sind im Raum anwesend. Seit einiger Zeit gibt es auch die Möglichkeit Sprachmittelnde online oder per Telefon hinzuzuschalten, sodass eine physische Anwesenheit nicht zwangsläufig notwendig ist. Die Leitung und Durchführung von Sitzungen mit Sprachmittelnden obliegen den jeweiligen Behandler:innen. Hierfür sind auch auf Seiten der Behandelnden Kenntnisse notwendig und Richtlinien einzuhalten (siehe z.B. (316, 317)). Es wäre daher empfehlenswert, wenn das Thema Sprachmittlung bereits Teil der praktischen psychotherapeutischen und medizinischen Grundausbildung wird. Auf Grundlage des vorliegenden praktischen Wissens wird empfohlen, die Therapie mit geschulten Sprachmittelnden durchzuführen. Deshalb erscheint es wichtig, ein Hauptaugenmerk auf die Ausbildung von qualifizierten Sprachmittelnden zu legen. Wünschenswert wäre dabei, national einheitliche Curricula zu etablieren. Es gibt bisher im deutschsprachigen Raum keine einheitlichen Ausbildungen oder Schulungen von Sprachmittelnden im Fluchtkontext. Nur in der Schweiz werden bestimmte Zugangskriterien verlangt für die Zulassung zur Prüfung zum Erlangen eines eidgenössischen Diploms (318). Sprachmittlung bei ambulanten oder stationären Behandlungen von Geflüchteten wird nicht von den gesetzlichen Krankenkassen bezahlt (319). Eine Beantragung der Kostenübernahme ist zwar im Einzelfall über das Sozialamt möglich, aber oftmals langwierig und wegen bürokratischer Hürden oft nicht umsetzbar (320). Die fehlende Finanzierung von Sprachmittelnden führt meist dazu, dass Menschen mit Fluchthintergrund aufgrund der Sprachbarriere nicht in die ambulante Therapie aufgenommen werden und so hauptsächlich auf die Aufnahme an speziellen Einrichtungen

wie psychosoziale oder universitäre Zentren angewiesen sind, die begrenzte Behandlungskapazitäten haben. Dies führt zu langen Wartezeiten und fördert die Ungleichheit hinsichtlich psychotherapeutischer Versorgung. Um eine gleichberechtigte und bedarfsgerechte medizinische und psychosoziale Versorgung für alle Geflüchteten zu gewährleisten, ist es erforderlich qualifizierte Sprachmittelnde einzusetzen wo eine muttersprachliche Behandlung nicht gewährleistet ist und die Sprachkenntnisse des Aufnahmelandes unzureichend sind.

### **3.8.5 Empfehlungen für zukünftige Forschung**

- Prüfung der Messinvarianz in allen Sprachen für die jeweiligen Fragebögen ist zeitaufwendig und nicht leistbar. Zukünftige Forschung sollte deshalb darauf fokussieren, wie Fragebögen übersetzt/getestet werden müssen, um über verschiedene Sprachen hinweg eine gute Messinvarianz zu erzielen, d.h. zu erforschen, welche Methoden zu einer hohen Übertragbarkeit unter Beibehaltung der psychometrischen Qualität führen.
- Überprüfung der Effektivität und des Umfangs einer generellen psychosozialen und sozialmedizinischen Unterstützung ergänzend oder im Rahmen einer PTBS-Behandlung um die Frage zu beantworten, ob die Berücksichtigung soziostruktureller Faktoren in der PTBS-Therapie hilfreich sind und falls ja, auf welche Weise.
- Forschung dazu, wie die Sprachbarriere in der Therapie besser überwunden werden kann (z.B. Therapieerfolg mit und ohne Sprachmittlung mit gleich hochwertig ausgebildeten Sprachmittelnden um einen Verzerrungseffekt auszuschließen und höhere Ergebnisqualität zu erzielen).

### 3.9 Behandlung von Erwachsenen mit Störung der Intelligenzentwicklung (SIE)

*Birgit Mayer, Marie Ilic, Ulrich Elbing, Tanja Sappok*

#### 3.9.1 Einleitung

Nutzende der ambulanten Eingliederungshilfe berichteten bei einer Befragung zu 87% über Gewalt in der Familie und zu 50% über physische Gewalt als Erwachsene:r (321). Eine größere Studie des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (322) berichtete, dass die Prävalenz von sexualisierter Gewalt bei Frauen mit Behinderung ca. 2-3mal so hoch ist wie bei Frauen ohne Behinderung. Das Leben in Institutionen stellt dabei ein besonderes Risiko dar. So haben Kinder und Jugendliche, die in Heimen oder Pflegefamilien aufwachsen, ein bis zu siebenfach erhöhtes Risiko, misshandelt oder sexuell missbraucht zu werden (323). Exposition gegenüber traumatischen Erlebnissen ist bei Menschen mit Störung der Intelligenzentwicklung (SIE) zudem mit einer höheren Rate von PTBS assoziiert (321, 324, 325). Bei unsicherer Datenlage zur exakten Prävalenz der PTBS bei Menschen mit SIE deuten Schätzungen darauf hin, dass diese mit ca. 10% (z.B. (326)) deutlich höher liegt als in der Allgemeinbevölkerung (Schätzung für in Deutschland 1,5% bis 2%; (327)).

Nach Catani und Sossalla (2015) (321) ist die PTBS bei Personen mit SIE häufig von umfassenden körperlichen und psychischen Folgen begleitet. Dies entspricht den generellen Befunden zur PTBS und komorbiden körperlichen und psychische Störungen, die bei ca. 80% der Patient:innen vorliegen (327). Das Erleben mehrerer Arten widriger Kindheitserfahrungen (*Adverse Childhood Experiences; ACE*) kann durch die neuronalen Veränderungen, die in diesem Kontext entstehen können, auch zu kognitiven Beeinträchtigungen führen (328). Je nach sensitiver Phase der Hirnentwicklung können dabei unterschiedliche Folgen auftreten (329, 330). Insgesamt scheint ein Zusammenhang zwischen traumatischen Erfahrungen, dem Schweregrad der SIE und der Entwicklung von erheblich beeinträchtigenden Symptomen bei allen methodischen Vorbehalten gesichert zu sein (325). Die höhere Expositionsrate trifft zudem bei dieser Gruppe häufig auf verminderte Bewältigungsressourcen und protektive Faktoren (325, 331).

Eine PTBS-Symptomatik wird in der Regelversorgung häufig im Sinne eines *diagnostic overshadowings* auf die SIE zurückgeführt und nicht als eigenständige psychische Erkrankung erkannt, insbesondere bei Menschen mit schwereren SIE, die keine Auskunft über ihr inneres Erleben geben können. Daher steht zu vermuten, dass die PTBS bei Menschen mit SIE bislang unterdiagnostiziert ist. Zudem besteht in den deutschsprachigen Ländern ein Mangel an adäquater, leitliniengerechter Behandlung für diese Zielgruppe, insbesondere im psychotherapeutischen Bereich. In dieser Leitlinie sind Menschen mit Störungen der Intelligenzentwicklung als Erwachsene (18 Jahre und älter) mit einer SIE (IQ < 70), die bereits vor dem 18. Lebensjahr vorliegt, definiert. Die Arbeitsgruppe geht davon aus, dass alle PICO-Fragenklinischen Fragen zu Diagnose und Behandlung der PTBS (Hauptkapitel)der vorangehenden Kapitel in gleicher Weise auch für die Zielgruppe der erwachsenen Menschen

mit SIE relevant sind. Die klinischen Fragen dieses Kapitels der AG konzentrieren sich daher auf spezifische Ergänzungsfragen zu den allgemeinen PICO-Fragenklinischen Fragestellungen.

### **3.9.2 Klinische Fragestellungen**

1. Wie effektiv ist der Einsatz von auf die Zielgruppe angepassten, evaluierten diagnostischen Kriterien oder biologischen Markern einer (k)PTBS für Erwachsene mit SIE?
2. Wie effektiv ist der Einsatz von Screeninginstrumenten (Selbst- oder Fremdauskunft) sowie Instrumenten zur Diagnosesicherung (Selbst- oder Fremdauskunft) bei (k)PTBS für Personen mit SIE?
3. Wie effektiv ist der Einsatz von spezifisch für Erwachsene mit SIE und (k)PTBS entwickelten oder adaptierten Stabilisierungsmethoden hinsichtlich einer Verbesserung von Stresstoleranz sowie selbstregulativen und sozialen Kompetenzen?
4. Wie effektiv sind Anpassungen des psychotherapeutischen Settings speziell für Menschen mit SIE und (k)PTBS hinsichtlich Symptomreduktion, Qualität der therapeutischen Beziehung, Compliance, Therapiezufriedenheit und Reduktion der Dropout-Rate?
5. Ist der Einsatz von speziell für Menschen mit SIE und (k)PTBS angepassten oder entwickelten therapeutischen Methoden der traumafokussierten Therapie (wie EMDR, NET, CBT) effektiv für Symptomreduktion, Verbesserung der adaptiven Fähigkeiten sowie Verbesserung der Lebensqualität?
6. Welche Psychopharmaka sind bei Erwachsenen mit einer SIE und (k)PTBS am wirksamsten?

### 3.9.3 Empfehlungen

9.1	Konsensbasierte Empfehlung	Neu (2026)
<b>EK</b>	<p>Bis zum Vorliegen validierter diagnostischer Kriterien sollte sich die Beurteilung der Symptomatik an den Hinweisen des Diagnostic Manual – Intellectual Disability 2 (DM-ID2, Fletcher et al., 2018) orientieren.</p> <p>Dabei sollte berücksichtigt werden, dass sich Symptome einer (k)PTBS mit zunehmender Schwere der Störung der Intelligenzentwicklung unklarer zeigen und sich eher vegetativ, körperlich, psychomotorisch und auf der Verhaltensebene ausdrücken.</p>	
	Konsensstärke: 100 % (Starker Konsens)	

9.2	Konsensbasierte Empfehlung	Neu (2026)
<b>EK</b>	<p>Bei ausreichender sprachlicher Kompetenz sollten bei Personen mit einer Störung der Intelligenzentwicklung (SIE) und Verdacht auf eine (k)PTBS zur Erfassung und Bewertung der (k)PTBS validierte Instrumente (z. B. Impact of Events Scale – Intellectual Disabilities IES-IDs, International Trauma Questionnaire – Intellectual Disabilities ITQ-ID, Lancaster and Northgate Trauma Scale LANTS) eingesetzt werden.</p>	
	Hall et al. 2014, Langdon et al. 2023, Wigham et al. 2011, Wigham et al. 2021	
	Konsensstärke: 96,6 % (Starker Konsens)	

9.3	Konsensbasierte Empfehlung	Neu (2026)
<b>EK</b>	<p>Techniken zur Selbstregulation und Stressbewältigung sollten an den Schweregrad der Störung der Intelligenzentwicklung (SIE) adaptiert werden. Sie sollten vor dem Beginn einer traumafokussierten Therapie eingesetzt werden, wenn massive emotionale Dysregulation und extreme Erregungszustände mit Selbst- und Fremdgefährdung vorliegen.</p> <p>Insbesondere bei einem niedrigen sozio-emotionalen Entwicklungsstand sollten hierbei Strategien der assistierten bzw. interaktiven Affektregulation für die Person mit SIE zusammen mit ihren Bezugspersonen (Familienmitglieder, jeweils verantwortliche Mitarbeiter:innen in Institutionen) erarbeitet werden.</p>	
	Konsensstärke: 90,9 % (Konsens)	

9.4	Konsensbasierte Empfehlung	Neu (2026)
<b>EK</b>	Für die Behandlungsplanung und Anpassung des therapeutischen Settings sollte neben der Diagnostik der psychischen Erkrankung(en) auch die Schwere und das genauere Profil der Störung der Intelligenzentwicklung (SIE), des expressiven und rezeptiven Kommunikationsvermögens, der sozio-emotionale Entwicklungsstand sowie ggf. psychomotorische Einschränkungen berücksichtigt werden. Dies sollte beispielsweise durch das Verwenden Leichter Sprache, Anpassung von Therapiematerial sowie Hilfsmitteln zur Veranschaulichung und Kommunikation erfolgen.	
	Konsensstärke: 100 % (Starker Konsens)	

9.5	Konsensbasierte Empfehlung	Neu (2026)
Empfehlungsgrad <b>0</b> ⇔	Traumafokussierte Methoden können bei entsprechender Indikation (vergl. allgemeine Empfehlungen) auch bei Menschen mit einer leichten bis mittelgradigen Störung der Intelligenzentwicklung (SIE) und (k)PTBS erwogen werden, um die Symptome einer (k)PTBS wirksam zu reduzieren.	
Karatzias et al. 2019		
Qualität der Evidenz		
PTBS: niedrig ⊕⊕⊖⊖		
	Konsensstärke: 92,6 % (Konsens)	

9.6	Konsensbasierte Empfehlung	Neu (2026)
<b>EK</b>	Die Methode der Konfrontation sollte entsprechend der Schwere der Störung der Intelligenzentwicklung (SIE) ausgewählt und angepasst werden, um die Wirksamkeit der Intervention nicht durch mangelnde Passung zu gefährden.	
	Konsensstärke: 96,4 % (Starker Konsens)	

9.7	Konsensbasierte Empfehlung	Neu (2026)
<b>EK</b>	Bei unzureichendem Ansprechen auf eine Psychotherapie kann eine medikamentöse Behandlung mit Serotonin-(SSRI)- oder Serotonin/Noradrenalin-(SNRI)-Wiederaufnahmehemmern entsprechend den allgemeinen Empfehlungen* erwogen werden.	
	Konsensstärke: 100 % (Starker Konsens)	
*vgl. Empfehlungen 3.1 und 3.2 im Kapitel <i>Pharmakotherapeutische Verfahren</i>		

9.8	Konsensbasierte Empfehlung	Neu (2026)
<b>EK</b>	Behandler:innen sollten bei der Gabe von Medikamenten (siehe Empfehlung 9.7 in diesem Kapitel) bei Personen mit einer Störung der Intelligenzentwicklung (SIE) und (k)PTBS auf das erhöhte Interaktionsrisiko bei Polypharmazie und die Nebenwirkungsrate achten. Bei der Eindosierung sollte mit einer niedrigen Anfangsdosis begonnen und auf ein langsames Aufdosieren geachtet werden. Die Zieldosis sollte im Bedarfsfall anhand des Plasmaspiegels bestimmt werden.	
	Konsensstärke: 94,7 % (Konsens)	

### 3.9.4 Hintergrund der Evidenz

Insgesamt hat die systematische Literaturrecherche wenig Evidenz erbracht, sodass bei der Formulierung der Empfehlungen auch allgemeine Empfehlungen, z.B. zur Psychotherapie bei Menschen mit SIE, sowie klinische Erfahrung eingeflossen sind.

#### 3.9.4.1 Hintergrundtext zur Empfehlung 9.1

##### Darlegung der Evidenzgrundlage

Konsistent mit anderen Recherchen zur internationalen Publikationslage (332-334) hat auch die Recherche zu dieser Leitlinie bestätigt, dass es hinsichtlich der diagnostischen Kriterien keinen konsolidierten Wissensstand gibt. Ein ganzheitliches medizinisches Vorgehen in der Entwicklung und Anwendung spezifischer, valider diagnostischer Kriterien wird zwar als Notwendigkeit gefordert und im wachsenden Maße in Pionierarbeiten eingelöst (333-336), ist jedoch ebenfalls noch nicht etabliert. Es besteht zudem Einigkeit darüber, dass Symptom-Beschreibungen für Verhalten und emotionale Äußerungen und deren Zuordnungen zu den Diagnose-Kriterien einer (k)PTBS fehlen (337). Mit zunehmender Schwere der SIE drücken sich Symptome weniger eindeutig und eher vegetativ, körperlich, psychomotorisch und auf der Verhaltensebene aus. Erschwert wird diese Problematik durch die mit stärkerer SIE geringere Möglichkeit, dass die betroffene Person ihre für den/die Beobachter:in schwer einzuordnende Symptome durch verbale Selbstauskunft vereindeutigen kann. Wigham et al. (2011) (338) finden in ihrem Literaturreview Symptome wie stereotypes Verhalten, herausforderndes aggressives Verhalten und eine verringerte Selbstfürsorge. Flashbacks können wie aktuelle Erlebnisse oder psychotische Symptome erscheinen (335, 336). Sequeira et al. (2003) (339) fanden in einer Studie zu den Folgen sexueller Gewalt bei den Teilnehmer:innen mit SIE im Vergleich zu denjenigen ohne SIE signifikant häufiger aggressives und agitiertes Verhalten mit Fremdaggression, Selbstverletzung, Wutausbrüchen und plötzlichen Stimmungswechseln (vgl. (332)). Die Gruppe mit SIE zeigte zudem signifikant mehr Symptome sozialen Rückzugs. Kildahl, Oddli et al. (2020) (335, 336) berichteten ein breiteres Spektrum an Vermeidungsverhalten. Auch plötzliche Erregungszustände und negative Stimmungswechsel sind nach den Erfahrungen dieser Arbeitsgruppe am besten beobachtbar.

### **Begründung des Empfehlungsgrades mit Darlegung der Abwägung von Nutzen und Schaden der Intervention**

Das *Diagnostic Manual–Intellectual Disability 2* (DM-ID2; (332)) überträgt das DSM-5 auf Menschen mit SIE und arbeitet im Kapitel 15 zur PTBS sehr differenziert den oben skizzierten Diskussionsstand in der Fachliteratur auf. Die in Druck befindliche deutsche Ausgabe (325) aktualisiert nochmals die Literaturrecherche und systematisiert - ebenfalls unter Hinweis auf die noch ausstehende Validierung die berichteten Befunde - nach Grad der SIE. Damit stellt das DM-ID2 (332) die aktuell fundierteste und differenzierteste Basis für eine (k)PTBS-Diagnose dar, was sich auch in der prominenten Verwendung der englischen Version in der internationalen Fachliteratur niederschlägt. Aufgrund der hohen inhaltlichen Übereinstimmungen und Überschneidungen mit dem entsprechenden Kapitel dort ist das DM-ID2 auch zur Verschlüsselung der Diagnose nach ICD-11 anwendbar. Aufgrund der fehlenden empirischen Evidenz zu dieser Frage mit ausreichender methodischer Qualität beruht diese Empfehlung auf einem Expert:innenkonsensus.

### **Personengruppen, auf die die Empfehlung nicht zutrifft/Alternativen**

Keine.

### **Angaben zur qualitativ guten Durchführung**

Aufgrund des Risikos des *diagnostic overshadowing* (340, 341) liegt eine (k)PTBS möglicherweise dann vor, wenn die Verhaltens- und Äußerungsweisen von Menschen mit SIE mehreren Diagnosen zugeordnet werden können und Hinweise zur Vereindeutigung nicht ersichtlich sind. Die Arbeitsgruppe um Bakken (333-336) berichtet in diesem Zusammenhang wiederholt psychiatrische Fehldiagnosen in der Vorgeschichte der von ihnen diagnostizierten und behandelten Personen mit SIE und (k)PTBS. Zudem zeigt sich in der praktischen Erfahrung der an dieser Leitlinie beteiligten Expert:innen, dass schwer einzuordnende Symptome bei Menschen mit SIE häufig nicht weiter abgeklärt werden, vor allem bei mittlerer und schwerer SIE und bei Kommunikationsproblemen der Klient:innen (s. auch (335, 336)). Insbesondere der Aufenthalt in einer psychiatrischen Klinik bietet sich bei Menschen mit SIE dazu an, eine Traumaabklärung in den diagnostischen Standard zu integrieren. Wenn dies nicht möglich ist, wäre es sinnvoll, in den Arztberichten zu vermerken, dass eine solche Abklärung nicht vorgenommen wurde.

### **3.9.4.2 Hintergrundtext zur Empfehlung 9.2**

#### **Darlegung der Evidenzgrundlage**

Derzeit liegen keine international etablierten Instrumente zur Sicherung der Diagnose (k)PTBS bei Personen mit SIE vor, weshalb sich die Empfehlung auf Screening-Instrumente bezieht. Die Autor:innen der bislang entwickelten und international diskutierten Instrumente benennen als Verwendungszweck ebenfalls Screening, jedoch nicht Sicherung der Diagnose (338, 342). Für Menschen mit leichter SIE, die über die nötigen Fähigkeiten zur Selbstauskunft verfügen, liegen inzwischen Screening-Fragebögen mit ersten Validierungsstudien vor. Hall und

Mitarbeiter (2014) (342) haben die etablierte IES-R (*Impact of Events Scale, revised*) in einfache englische Sprache mit einer visuell gestützten Abfrage potenziell traumatisierender Erlebnisse (Zeichnungen von Ereignissen, wie ein Autounfall, verschiedene Formen interpersoneller Gewalt) übertragen lassen und dabei die Items der IES-R in Anordnung, Format und Wortwahl modifiziert und die Skala von 5 auf 3 Stufen reduziert. Inhaltlich wurden keine Änderungen vorgenommen, um die Validität zu erhalten. Die neue *Impact of Events Scale – Intellectual Disabilities* (IES-IDs) wurde mit dem bereits vorliegenden PTBS-Screeninginstrument LANTS (*Lancaster and Northgate Trauma Scale*) von Wigham et al. (2011) (338) verglichen; traumatische Erfahrungen wurden mit der ebenfalls neuen bildgestützten TIF (*Trauma Information Form*) erhoben. Während Hall et al. (2014) (342) gute psychometrische Eigenschaften berichten, wurden für den LANTS dieser Zusammenhang nicht gefunden. Wegen methodischer Mängel bzw. Intransparenz der Ergebnisse wurde die Arbeit von Langdon et al. (2023) (67) nicht herangezogen, welche für das *International Trauma Questionnaire – Intellectual Disabilities* (ITQ-ID) das *International Trauma Questionnaire* (ITQ) in das englische Pendant zur Einfachen Sprache übertragen. Es existieren eine Übersetzung in deutscher Sprache und eine Validierungsstudie zum IES-IDs und LANTS, jedoch sind die Instrumente noch nicht allgemein zugänglich (343). Darüber hinaus legen Kroese und Mitarbeitende (2016) (344) einen ersten Beleg für die Brauchbarkeit von IES-IDs und LANTS zur Veränderungsmessung vor. Mit dem ITQ ((3, 345) deutsche Übersetzung: (66, 346)) liegt ein erstes Instrument nach dem ICD-11 vor, das auch die kPTBS abbildet. Der ITQ liegt mit 5-stufiger Likertskala in deutscher Version und Leichter Sprache vor (347) und entspricht damit dem ITQ-ID. Eine Validierung steht noch aus.

### **Begründung des Empfehlungsgrades mit Darlegung der Abwägung von Nutzen und Schaden der Intervention**

Insgesamt wurde die Evidenz zur Beantwortung der Fragestellung als unsicher eingeschätzt, weshalb ein Expert:innenkonsens erarbeitet wurde. Auch wenn es noch keine für diese Personengruppe validierten Instrumente gibt, weisen Praxiserfahrungen auf einen Nutzen hin. Wie bei Menschen ohne Beeinträchtigung kann man davon ausgehen, dass sich auch Menschen mit SIE beim Einsatz standardisierter Instrumente ernstgenommen fühlen (348). Standardisierte Instrumente zu verwenden, signalisiert zudem, dass die befragte Person nicht die einzige ist, der solche Ereignisse wie die erfragten widerfahren sind, was normalisierend und entlastend wirken kann.

### **Personengruppen, auf die die Empfehlung nicht zutrifft/Alternativen**

Wenn Menschen mit SIE die in Einfacher Sprache gehaltenen Inhalte der oben genannten Instrumente auch mit Erläuterung nicht sicher verstehen und somit ihre sprachliche Kompetenz zur Verwendung von Fragebögen nicht hinreichend ist, bietet die Systematik des DM-ID2 (332) die Möglichkeit zur diagnostischen Bewertung von Symptomverhalten auch jenseits der Sprachbarriere (s. 3.9.4.1).

**Angaben zur qualitativ guten Durchführung**

Bei höherem Schweregrad der SIE (z.B. im sprachlichen Verständnis und in der sprachlichen Mitteilungsfähigkeit) nehmen Bedeutung und Gewicht fremdanamnestischer Angaben und Verhaltensbeobachtungen bei der Diagnosestellung zu. Obwohl grundsätzlich und aus ethischen wie auch rechtlichen Gründen Betroffene zunächst die ersten und gegebenenfalls auch die einzigen Personen sind, die zu einer möglichen (k)PTBS befragt werden, werden im Versorgungsalltag bisher häufig die Angehörigen oder Bezugspersonen ohne SIE von Betroffenen mit SIE bei der Diagnostik befragt, häufig zuerst oder sogar ausschließlich. Durch dieses Vorgehen besteht ein hohes Risiko, zumindest die Selbstwertproblematik von Menschen mit SIE und möglicher (k)PTBS zu verstärken. Fremdanamnestischen Angaben kommt daher eine adjuvante Rolle zu, unter der Bedingung mangelnden sprachlichen Verständnisses und fehlender eigener Mitteilungsmöglichkeiten der betroffenen Person mit SIE und möglicher (k)PTBS. Hierbei ist ggf. auch die Reliabilität der Aussagen der betroffenen Person mit SIE zu berücksichtigen. Es kann vorkommen, dass Fragen sozial erwünscht beantwortet werden, oder die Beantwortung von der Art der Formulierung (z.B. Recency-Effekt bei Auswahloptionen; (349), S. 55) abhängt. Ebenso kann es sein, dass Fragen zur Stimmung ausschließlich durch sehr kurzfristig zurückliegende oder bevorstehende Ereignisse dominiert werden. In diesen Fällen sollten fremdanamnestische Angaben ergänzend berücksichtigt werden. Bei der Befragung von Bezugspersonen zu Ereignissen personaler (sexueller) Gewalt besteht zudem ein erhebliches Risiko, mit den Bezugspersonen die Täter:innen oder Täter-loyale Personen zu befragen. Bei gegebener rechtlicher Einwilligungsfähigkeit bedarf es in jedem Falle des dokumentierten informierten Einverständnisses der betroffenen Person mit SIE, von wem fremdanamnestische Angaben erfragt werden dürfen. Auch Personen, die nicht geschäftsfähig sind und einen rechtlichen Beistand haben, können ggf. die Frage verstehen und entscheiden, ob und zu welchen Inhalten dritte Personen befragt werden. In solchen Fällen kann es aus ethischen und therapeutischen Gründen geboten sein, das Einverständnis einzuholen, auch wenn dies juristisch nicht erforderlich ist. Hier ist es empfehlenswert, die in den deutschsprachigen Ländern jeweils gültigen Rechtsgrundlagen zu berücksichtigen. Weil die zu Grunde liegenden Instrumente wie ITQ oder IES-R deutschsprachig gut zugänglich publiziert sind, können diese hilfsweise auch in Interviewform angewendet werden, um deren inhaltliche Systematik diagnostisch zu nutzen und die Qualität der Diagnoseerstellung im Vergleich zu einer unsystematischen Befragung maßgeblich zu verbessern.

**3.9.4.3 Hintergrundtext zur Empfehlung 9.3**

Menschen mit mittelgradigen oder schweren SIE weisen häufig entwicklungsbedingt und/oder aufgrund eines unzureichend lernförderlichen Umfelds keine sichere Emotionsregulations-Kompetenz auf. Auch Menschen mit leichtgradiger SIE können betroffen sein, wenn normale Entwicklungsphasen der emotionalen und sozialen Entwicklung stressbedingt, z.B. durch erlebte frühkindliche Traumatisierungen, nicht abschließend

erfolgen konnten. Dies kann dazu führen, dass diesen Menschen in Stresssituationen trotz höherer kognitiver Fähigkeiten keine selbstständige Emotionsregulation mehr gelingt und eine verbale oder kognitive Bearbeitung nicht möglich ist. Auch intensive positive Emotionen (z. B. Freude über Geburtstag) können zu selbst- oder fremdverletzendem Verhalten als Versuch der emotionalen Regulation führen. Auch wenn man heute nicht mehr grundsätzlich davon ausgeht, dass vor einer Traumatherapie eine Stabilisierungsphase erfolgen muss, so ist bei einer solchen Ausgangslage die Verbesserung der Selbstregulation eine notwendige Voraussetzung, um traumafokussierte Maßnahmen ohne unverantwortbare Risiken anwenden zu können.

### **Darlegung der Evidenzgrundlage**

Stenfert Kroese et al. (2016) (344) untersuchten in ihrer Pilotstudie zur Anwendung der Trauma-fokussierten Kognitiven Verhaltenstherapie bei Menschen mit leichter oder mittelgradiger SIE und komplexer PTBS in 3 Gruppen (n=3, n=5 und n=4) eine 12-wöchige standardisierte Gruppenintervention. Die Symptome wurden mit der IES-ID gemessen. Im Median nahmen die geschilderten Symptome um 27 Prozent ab. Neben weiteren qualitativen Rückmeldungen betrafen von den Betroffenen als wichtig erachtete Punkte Rollenspiele, die Teilnahme von Mitarbeiter:innen an den Übungen, Entspannungsübungen, Reizüberflutung vermeiden Alternativen zur Entspannung, mehr Tipps zum Umgang mit Alpträumen. Erste Ergebnisse zur EMDR bei Menschen mit SIE deuten darauf hin, dass die stabilisierende Behandlung für Menschen mit SIE möglich und akzeptabel ist, phasenweise auch als Ferntherapie (350). Die statistische Auswertung in Bezug auf die Symptomlast steht noch aus.

### **Begründung des Empfehlungsgrades mit Darlegung der Abwägung von Nutzen und Schaden der Intervention**

Insgesamt wurde die Evidenz zur Beantwortung der Fragestellung als unsicher eingeschätzt, weshalb ein Expert:innenkonsens erarbeitet wurde. Für das Üben stabilisierender Maßnahmen, wie auch generell in der Therapie, liegen in der Praxis sehr gute Erfahrungen mit der «Leichten Sprache» vor (351, 352). Auch die Nutzung von Piktogrammen (z. B. Metacom; <https://www.metacom-symbole.de/>) oder Methoden der Unterstützten Kommunikation kann hilfreich sein.

### **Personengruppen, auf die die Empfehlung nicht zutrifft/Alternativen**

Gute Praxis erfordert die Berücksichtigung des Schweregrades der SIE bei der Wahl und Gestaltung stabilisierender und aller weiterer therapeutischer Maßnahmen, z.B. anhand von BEP-KI-k (Befindlichkeits-orientiertes Entwicklungsprofil für normal begabte Kinder und Menschen mit Intelligenzminderung – Kurzform; (353)) und SEED (Skala zur Emotionalen Entwicklung - Diagnostik; (354, 355)). Zeigt sich im Entwicklungsprofil ein emotionaler Entwicklungsstand vor der Bildung der Theory of Mind, also ein emotionales Referenzalter von unter 4 Jahren, ist eine selbstständige Emotionsregulation nicht erwartbar. In diesem Fall ist die externe bzw. interpersonelle Affektregulation durch Bezugspersonen wichtig. Dies kann von den Betreuenden durch Ausbildung in spezifischen Deeskalationstechniken erlernt werden. Weiterhin sind körper- und wahrnehmungsbasierte Techniken anwendbar, die auf

die Wahrnehmungsverarbeitung fokussieren, z.B. Handmassage, Angebot eines warmen Bades, Besuch eines Snoezelraumes; gemeinsames Singen, gemeinsames Joggen oder Therapiehund.

### **Angaben zur qualitativ guten Durchführung**

Ein niedriger emotionaler Entwicklungsstand erfordert neben der therapeutischen Beziehungsgestaltung auch in der Alltagsgestaltung in einem professionellen Kontext (Schule, Wohneinrichtung, spezifische Arbeitsplatzangebote u.ä.) das Einüben und Anwenden von Stabilisierungstechniken im unmittelbaren Kontakt mit einer Bezugsperson. In der praktischen Arbeit hat es sich deshalb bewährt, Bezugspersonen (Familienmitglieder; jeweils verantwortliche Mitarbeitende in Institutionen) über Diagnose und Symptomatik einer (k)PTBS bei Menschen mit einer SIE sowie über die Bedeutung eines sicheren Umfeldes aufzuklären, um Beziehungsabbrüche zu verhindern und Verständnis für das Vermeiden möglicher Trigger im Alltag zu vermitteln (333, 334). Zum jetzigen Zeitpunkt liegen zu diesem Thema keine belastbaren Studien vor. Für die Umfeldgestaltung hat sich eine traumapädagogische Grundhaltung (356) mit dem Konzept des Sicheren Ortes (357) bewährt. Von gleicher Notwendigkeit ist die Aufklärung der Personen selbst und die häufig entlastend wirkende Validierung ihrer Symptome als normale Reaktionen auf unnormale Erlebnisse.

### **3.9.4.4 Hintergrundtext zur Empfehlung 9.4**

#### **Darlegung der Evidenzgrundlage**

Zu Effekten von Anpassungen des psychotherapeutischen Settings speziell für Menschen mit SIE und (k)PTBS konnten keine empirischen Studien identifiziert werden. In Bezug auf ein mögliches Vorgehen werden in der Literatur werden die sog. „*Hurley-Adaptations*“ (358, 359) genannt: Vereinfachung, Anpassung der Sprache, vermehrte praktische Übungen, Berücksichtigung des Entwicklungsstandes, direkter Stil, Flexibilität in den Methoden, Einbezug von Bezugspersonen, Beachtung von Übertragung / Gegenübertragung, Thematisieren von behinderungsbedingten Besonderheiten. Avrin, Charlton & Tallant (1998) empfehlen für die Arbeit mit traumatisierten Kindern mit Entwicklungsverzögerung ein reduziertes Arbeitstempo, viele Wiederholungen, Zusammenfassungen, eine feste Sitzungsstruktur und Visualisierungen. Gleiches gilt bei erwachsenen Menschen mit SIE und einem entsprechenden Entwicklungsprofil. Therapiesitzungen können bei reduzierter Konzentrationsdauer verkürzt oder durch praktische Übungen aufgelockert werden (360). Zur Erfassung des emotionalen Entwicklungsstands stehen mehrere Verfahren zur Auswahl (s.o. Kap. 9.4.3.; BEP-KI-K, (353); SEED-2, (361); SEN, (362)). Zur fundierten Diagnostik kommen zunächst gängige Intelligenztests für Erwachsene in Frage, wie z. B. WAIS, RIAS oder sprachfreie Tests wie der SON 6-40. Bei vermuteter schwerer oder tiefgreifender SIE empfehlen Sappok et al. (2024) (349) Testverfahren, die für Kinder entwickelt worden sind und die Angabe eines Referenzalters erlauben (z.B. SON-R 2-8) oder die für mehrere Altersgruppen entwickelt sind (z.B. RIAS oder SON-R 6-40).

### **Begründung des Empfehlungsgrades mit Darlegung der Abwägung von Nutzen und Schaden der Intervention**

Es konnte keine empirische Evidenz zur Beantwortung der Fragestellung identifiziert werden, weshalb ein Expert:innenkonsens erarbeitet wurde.

### **Personengruppen, auf die die Empfehlung nicht zutrifft/Alternativen**

Keine.

### **Angaben zur qualitativ guten Durchführung**

Die Beziehungsgestaltung ist bei der therapeutischen Arbeit mit Menschen mit SIE maßgeblich für das Gelingen, weshalb empfohlen, diesem Aspekt mehr Raum zu geben ist als üblich (363, 364). Gute Erfahrungen liegen in der Praxis dafür vor, in der therapeutischen Arbeit mit den traumatisierten Menschen mit SIE in erster Linie alleine zu arbeiten. Für den Therapieverlauf ist hilfreich mit dieser Klientel primär alleine zu arbeiten, als weitere Personen einzubeziehen.

### **3.9.4.5 Hintergrundtext zur Empfehlung 9.5 und 9.6**

#### **Darlegung der Evidenzgrundlage**

Die systematischen Reviews von Byrne (2022) (365), McNally, Taggart & Shelvin (2021) (366) sowie Elbing et al. (2022) (367) finden übereinstimmend, dass zu den Therapieverfahren für Menschen mit SIE und (k)PTBS Einzelfallstudien und Studien mit kleiner Fallzahl in unterschiedlicher methodischer Qualität überwiegen. Bei einer leicht oder mittelgradigen SIE gibt es erste kleinere Studien und Fallberichte zur Wirksamkeit von CBT (340, 368), NET (369), imaginary rescripting (370), sowie EMDR Standard- (oder Kinder-) Protokollen (Scoping Review von Smith et al., 2021 (371); Multiple Baseline Study von Verhagen et al., 2022(372)). Bei einer schwergradigen oder tiefgreifenden SIE gibt es einzelne Fallberichte über die Anwendung von EMDR-Kinderprotokollen (z.B. story telling) basierend auf fremdanamnестischen Informationen (z.B. (373)). Ein systematisches Review (364) analysierte Schwierigkeiten und Anpassungen bei der Nutzung von EMDR mit Menschen mit SIE. Die Autor:innen empfehlen das EMDR-Protokoll für Kinder und Jugendliche zu verwenden, da es bereits die Anpassung auf den Entwicklungsstand erlaubt.

Die Wirkung einer EMDR-Behandlung bei Menschen, mit einer leicht- bis mittelgradigen SIE, im Vergleich zu einer Standardbehandlung wurde zudem in einem ersten RCT von Karatzias und Kollegen untersucht (374). Die Anwendung der NET (Narrative Expositionstherapie) bei Menschen mit leichter bis mittelgradiger SIE (n=10) und zusätzlichen psychiatrischen Diagnosen oder schwerer chronischer psychischer Beeinträchtigung (n=5) wurde in einer kleinen Studie erprobt (369, 375).

### **Begründung des Empfehlungsgrades mit Darlegung der Abwägung von Nutzen und Schaden der Intervention**

Aufgrund der sehr begrenzten Evidenz (lediglich ein RCT von (374)) wurde eine Empfehlung 9.5 schwach („können erwogen werden“) und Empfehlung 9.6 als Expert:innenkonsens formuliert.

### **Personengruppen, auf die die Empfehlung nicht zutrifft/Alternativen**

Keine.

### **Angaben zur qualitativ guten Durchführung**

Die Zustimmung zu einer traumafokussierten Behandlung umfasst die Aufklärung in Leichter Sprache und die gemeinsame Entscheidung für oder gegen eine bestimmte Methode. Gilderthorp (2015) (376) weist darauf hin, dass gerade bei traumakonfrontativen Behandlungen wie EMDR besonderes Augenmerk auf das Einverständnis zu legen ist. Sie berichtet von Fallbeispielen, in denen Menschen mit SIE eine unsichere Zustimmung geben und möglicherweise durch ihr Verhalten (Weigerung zur Therapie zu kommen, kurzfristige Absagen) zeigten, dass sie der Behandlung nicht zustimmen. Andere Autor:innen weisen auf die Möglichkeit hin, dass Menschen mit SIE soziale erwünschte Antworten geben (377). In solchen Fällen ist es angezeigt, das Einverständnis und die Therapieadhärenz nach Möglichkeit zu klären, zu gewinnen und nötige Anpassungen vorzunehmen (z. B. Therapiepause, Anpassung der Therapieziele).

Barol und Seubert (2010) (377) berichten gute Erfahrungen durch folgende Anpassungen im EMDR-Setting bei dieser Personengruppe: häufigere Überprüfung des Stress-Levels (SUD-Level), häufigeres „Pendeln“ von dysfunktionalem Material zu positiven Ressourcen, das Traumamaterial in kleinere, leichter zu bearbeitende Events aufteilen, vermehrtes verbales Engagement während der Behandlung, um die Klienten engagiert im Fokus zu halten.

### **3.9.4.6 Hintergrundtext zur Empfehlung 9.7 und 9.8**

#### **Darlegung der Evidenzgrundlage**

Zur pharmakologischen Behandlung von Menschen mit SIE und (k)PTBS liegt aktuell keine spezifische Studienevidenz vor. Empfehlungen zu dieser Frage zu geben isterscheinen jedoch aufgrund der in der Praxis häufig anzutreffenden Polypharmazie, insbesondere mit Antipsychotika, gerade bei Menschen mit SIE und einer möglichen (k)PTBS und damit verbundener herausfordernder Verhaltensweisen notwendig. Bei fehlendem Psychotherapieerfolg kann nach Cooray und Hiremath (2020) (378) ergänzend eine medikamentöse Behandlung mit Serotonin-(SSRI) oder Serotonin/Noradrenalin-(SNRI) Wiederaufnahmehemmern erwogen werden. Dabei kommen grundsätzlich die im Kapitel 3 empfohlenen Medikamente auch für Erwachsene mit einer SIE in Frage, insbesondere Sertralin oder Venlafaxin. Paroxetin ist bei Menschen mit einer SIE in Kombination mit Expositionstherapie aufgrund limitierter Datenlage eingeschränkt zu empfehlen (378). Trizyklika sollten dagegen aufgrund der anticholinergen Nebenwirkungen vermieden

werden. Wie bereits im Kapitel 3 empfohlen, sollten auch bei Personen mit SIE keine Benzodiazepine eingesetzt werden. Die NICE-Guidelines empfehlen, Psychopharmaka bei Menschen mit SIE indikationsgerecht und möglichst in Monotherapie einzusetzen (379). Hierbei sind die Patientenzentriertheit der Medikamentengabe, die regelmäßige Indikationsprüfung, „drug holidays“ und Drugmonitoring zu beachten. Psychopharmaka sollten mit einer niedrigen Anfangsdosis begonnen und langsam aufdosiert werden („start low, go slow“; (379)). Spiegelkontrollen zur Sicherstellung der richtigen Zieldosis sind sinnvoll, insbesondere bei unzureichender Wirksamkeit oder Nebenwirkungen.

Eine Empfehlung zu geben ist jedoch aufgrund der in der Praxis häufig anzutreffenden Polypharmazie, insbesondere mit Antipsychotika, gerade bei Menschen mit SIE und einer möglichen (k)PTBS und damit verbundener herausfordernder Verhaltensweisen notwendig.

#### **Begründung des Empfehlungsgrades mit Darlegung der Abwägung von Nutzen und Schaden der Intervention**

Es konnte keine empirische Evidenz zur Beantwortung der Fragestellungen identifiziert werden, weshalb jeweils ein Expert:innenkonsens erarbeitet wurde.

#### **Personengruppen, auf die die Empfehlung nicht zutrifft/Alternativen**

Keine.

#### **Angaben zur qualitativ guten Durchführung**

Keine.

### **3.9.5 Empfehlungen für zukünftige Forschung**

- Aufbauend auf den Hinweisen des Diagnostic Manual – Intellectual Disability 2 (DM-ID2, (332)) sollte die Symptomatik einer (k)PTBS bei Erwachsenen mit Störung der Intelligenzentwicklung (SIE) vertiefend erforscht und dabei das gesamte Spektrum der SIE in seinem Entwicklungsbezug in den Blick genommen werden.
- Ergänzung der vorliegenden Instrumente zum Screening einer (k)PTBS um Versionen in konsequent Leichter Sprache und deren Validierung.
- Weitere Entwicklung und Evaluation von Techniken zur – ggf. assistierten – Emotionsregulation.
- Untersuchungen zu Anpassungen des therapeutischen Settings an die Schwere und das genauere Profil der Störung der Intelligenzentwicklung (SIE), des expressiven und rezeptiven Kommunikationsvermögens, des sozio-emotionalen Entwicklungsstandes sowie ggf. an psychomotorische Einschränkungen.
- Studien zur Wirksamkeit der verschiedenen traumafokussierten Methoden bei Personen mit SIE und (k)PTBS
- Studien zur Wirksamkeit von Psychopharmaka bei Personen mit SIE und (k)PTBS

- Forschung zu Diagnostik, Therapeutischen Methoden und Settinganpassungen sollte in partizipativer Weise erfolgen und frühzeitig im Forschungsprozess die Perspektiven der Betroffenen einbeziehen.
- Bei der nächsten Überarbeitung dieser Leitlinie ist die Beteiligung von betroffenen Erwachsenen mit SIE anzuraten, wofür ein entsprechender zeitlicher Vorlauf erforderlich sein wird.

### **3.10 Diagnostik der PTBS bei Kindern und Jugendlichen**

*Markus Landolt und Cedric Sachser*

Unter Mitarbeit von: *Anna Georg, Gudrun Kallenbach, Ilka Kraugmann, Paul Plener, Gitta Reuner, Rita Rosner, Bianca Schreyer, Kerstin Stellermann-Strehlow.*

#### **3.10.1 Einleitung**

Die Diagnose der PTBS und der kPTBS im Kindes- und Jugendalter sollte anhand klinischer Kriterien erfolgen und auf den allgemeinen Prinzipien altersgerechter klinisch-psychologischer Diagnostik basieren (vgl.(380)). Sie stützt sich auf den klinischen Befund, der im Rahmen einer diagnostischen Exploration des Kindes erhoben wird (Gespräch, Spiel, Beobachtung). Dieser Befund wird durch eine weiterführende operationalisierte Diagnostik in Form von Fragebögen und/oder Interviews ergänzt (Selbst- und Eltern- bzw. Bezugspersonenurteil). Im Kindes- und Jugendalter sind die Erhebung einer differenzierten Anamnese sowie der aktuellen familiären und schulischen Bedingungen von besonderer Bedeutung. Angesichts der hohen Prävalenz komorbider Störungen und Symptome nach Traumaexposition ist es wichtig, die Diagnostik breit anzulegen und nicht ausschließlich auf die spezifischen Symptome der PTBS und kPTBS zu fokussieren. Da Eltern und Angehörige insbesondere internalisierende Symptome ihrer Kinder häufig unterschätzen (539), ist eine direkte Exploration des Kindes unerlässlich. Wichtig ist bei der Diagnostik zudem die Beurteilung der funktionellen Einschränkungen, welche zwingend in der Beurteilung mitberücksichtigt werden müssen und Teil der Diagnosekriterien sind. Die Diagnose der PTBS erfolgt anhand der Kriterien in der ICD-11 bzw. im DSM-5, die sich insofern erheblich unterscheiden, als dass diese in der ICD-11 sehr viel enger gefasst sind.

#### **3.10.2 Klinische Fragestellungen**

1. Wie sensitiv sind die aktuellen PTBS-Diagnosekriterien (DSM-5 vs. ICD-11) für die Diagnose einer PTBS im Kindes- und Jugendalter?
2. Welche der u.g. Instrumente (nach DSM-5, ICD-11) weisen hinsichtlich der genannten Outcome-Kriterien (s.u.) eine zufriedenstellende psychometrische Güte auf?
  - 2a. Welche der Instrumente nach DSM-5 (CATS-2, CPSS-5, UCLA PTSD-RI-5 und CAPS-CA) weisen hinsichtlich Validität, Reliabilität, Sensitivität, Sensitivität für Veränderung, Spezifität und Utility/Ökonomie eine zufriedenstellende psychometrische Güte zur Diagnostik der PTBS auf?
  - 2b. Welche der Instrumente nach ICD-11 (ITQ-CA und CATS-2) weisen hinsichtlich Validität, Reliabilität, Sensitivität, Sensitivität für Veränderung, Spezifität und Utility/Ökonomie eine zufriedenstellende psychometrische Güte zur Diagnostik der PTBS auf?

- 2c. Welche der Instrumente nach ICD-11 (ITQ-CA und CATS-2) weisen hinsichtlich Validität, Reliabilität, Sensitivität, Sensitivität für Veränderung, Spezifität und Utility/Ökonomie eine zufriedenstellende psychometrische Güte zur Diagnostik der kPTBS auf?
3. Welches in deutscher Sprache verfügbare Instrument (CAPS-CA-5, CATS-2, ITQ-Child, CPSS-5, UCLA-5, Kidscreen, GCQ, HRQoL, PedsQL, YQOL und C-GAS) weist hinsichtlich Validität, Reliabilität, Sensitivität, Sensitivität für Veränderung, Spezifität und Utility/Ökonomie eine ausreichend zufriedenstellende Güte auf, um die psychosoziale Funktionsfähigkeit und/oder Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen mit PTBS/kPTBS zu erfassen?

### 3.10.3 Empfehlungen

10.1	Konsensbasierte Empfehlung	Neu (2026)
<b>EK</b>	Die Erhebung einer differenzierten kindlichen Traumaanamnese in Form eines Selbst- und eines Fremdberichtes soll Teil der Befunderhebung bei allen psychodiagnostischen Abklärungen im Kindes- und Jugendalter sein.	
	Landolt et al., 2013; Lewis et al., 2019	
	Konsensstärke: 100 % (Starker Konsens)	
10.2	Konsensbasierte Empfehlung	Neu (2026)
<b>EK</b>	Bei Vorliegen eines oder mehrerer potenziell traumatischer Ereignisse soll ab dem Alter von 7 Jahren die PTBS-Diagnostik gemäß klinischen Kriterien basierend auf der ICD-11 oder dem DSM-5 erfolgen. Es sollen dabei die entwicklungsangepassten Symptomvarianten für die jeweilige Altersgruppe berücksichtigt werden.	
	Eilers et al., 2024; Meiser-Stedman et al., 2017.	
	Konsensstärke: 96,4 % (Starker Konsens)	
10.3	Konsensbasierte Empfehlung	Neu (2026)
<b>EK</b>	Bei Vorliegen eines oder mehrerer potenziell traumatischer Ereignisse soll unter dem Alter von 6 Jahren die PTBS-Diagnostik anhand der DSM-5 Kriterien für das Vorschulalter erfolgen.	
	Vasileva et al., 2018; Meiser-Stedman et al, 2017; Scheeringa et al., 2010	
	Konsensstärke: 100 % (Starker Konsens)	
10.4	Konsensbasierte Empfehlung	Neu (2026)
<b>EK</b>	Bei Vorliegen eines oder mehrerer potenziell traumatischer Ereignisse soll ab dem Alter von 7 Jahren und älter die kPTBS-Diagnostik gemäß klinischen Kriterien basierend auf der ICD-11 erfolgen. Es sollen dabei die entwicklungsangepassten Symptomvarianten für die jeweilige Altersgruppe berücksichtigt werden.	
	Sachser et al, 2022, Chiu et al, 2023	
	Konsensstärke: 100 % (Starker Konsens)	
10.5	Konsensbasierte Empfehlung	Neu (2026)
<b>EK</b>	Bei Vorliegen eines oder mehrerer potenziell traumatischer Ereignisse sollten PTBS spezifische sowie valide und reliable Instrumente (Screeningverfahren und/oder Interview) gemäß den DSM-5 (z.B. CATS-2 oder CAPS-CA-5) - oder ICD-11-Kriterien (z. B. ITQ-CA oder CATS-2) eingesetzt werden.	
	Haselgruber et al., 2020; Sachser et al., 2022; Shahidullah et al., 2023	
	Konsensstärke: 93,1 % (Konsens)	

10.6	Konsensbasierte Empfehlung	Neu (2026)
<b>EK</b>	Bei Vorliegen eines oder mehrerer potenziell traumatischer Ereignisse sollten kPTBS spezifische sowie valide und reliable Instrumente (Screeningverfahren und/oder Interview) gemäß den ICD-11-Kriterien (z. B. ITQ-CA oder CATS-2) eingesetzt werden.	
	Haselgruber et al., 2020; Sachser et al., 2022	
	Konsensstärke: 100 % (Starker Konsens)	

### 3.10.4 Hintergrund der Evidenz

#### 3.10.4.1 Hintergrundtext zur Empfehlung 10.1

##### Darlegung der Evidenzgrundlage

Diese Empfehlung basiert auf der früheren Version dieser S3-Leitlinie und der Tatsache, dass die Lebenszeitprävalenz im Bereich der Gültigkeit der Leitlinie in Bezug auf Traumaexposition im Jugendalter ca. 50% beträgt, sowohl bei weiblichen als auch bei männlichen Jugendlichen (381). Im klinischen Kontext ist diese Rate wahrscheinlich noch höher. Entsprechend sollte eine Traumanamnese grundsätzlich bei allen klinischen Zuweisungen durchgeführt werden, da traumatische Ereignisse einen wichtigen Risikofaktor für die Entstehung psychischer Störungen und ein obligater Bestandteil der diagnostischen Kriterien für eine PTBS bzw. kPTBS darstellen. Dabei soll ein altersadäquates Vorgehen gewählt werden und es soll der familiäre und kulturelle Kontext berücksichtigt werden.

##### Begründung des Empfehlungsgrades mit Darlegung der Abwägung von Nutzen und Schaden der Intervention

Aufgrund der fehlenden empirischen Evidenz mit ausreichender methodischer Qualität beruht diese Empfehlung auf einem Expert:innenkonsensus.

##### Personengruppen, auf die die Empfehlung nicht zutrifft/Alternativen

Keine.

##### Angaben zur qualitativ guten Durchführung

Die Erhebung einer Traumanamnese sollte mit Hilfe von strukturierten und validierten Checklisten erfolgen. Primär sollen im Rahmen einer sorgfältigen Traumanamnese die Art und Häufigkeit sowie, falls möglich, der Zeitpunkt der erlebten Ereignisse erfasst werden, ohne dabei schon auf inhaltliche Details einzugehen (380). Es empfiehlt sich hierbei der Einsatz strukturierter Checklisten, da diese in der Regel zu vollständigeren Informationen führen als allgemein gehaltene, offene Fragen. Eine in deutscher Sprache erhältliche, auf interpersonelle Traumatisierung fokussierte Checkliste, welche auch im Kindes- und Jugendalter angewendet werden kann, ist die KERF (382). Besonders gut geeignet und einfach zugänglich sind auch Ereignis-Checklisten, die im Rahmen von klinischen Interviews oder Fragebögen zur Erfassung der PTBS eingesetzt werden, wie beispielsweise die Traumacheckliste aus dem CATS-2 (383).

### **3.10.4.2 Hintergrundtext zur Empfehlung 10.2**

#### **Darlegung der Evidenzgrundlage**

Die ICD-11 Kriterien für eine PTBS sind enger gefasst als jene im DSM-5. Dafür wurde im ICD-11 neu die Diagnose einer kPTBS hinzugefügt, welche drei zusätzliche Symptomcluster mit je zwei Symptomen aus dem Bereich der Selbstorganisation und -regulation (SSO) beinhalten. In der ICD-11 werden in der englischen Ausgabe entwicklungsabhängige Symptomvarianten erwähnt, die bisher aber nicht in deutscher Übersetzung vorliegen. Damit ist die Evidenz in Bezug auf eine entwicklungsangepasste PTBS-Diagnostik (z.B. (384, 385)) bisher in den Klassifikationssystemen nur ungenügend berücksichtigt (386). Die empirischen Befunde über alle Altersklassen zeigen, dass sich mit den ICD-11 Kriterien, auch unter Berücksichtigung der altersspezifischen Symptombeschreibungen, geringere Häufigkeitsraten ergeben im Vergleich zur ICD-10 und zum DSM-5 (386, 387).

#### **Begründung des Empfehlungsgrades mit Darlegung der Abwägung von Nutzen und Schaden der Intervention**

Entwicklungsspezifischen Symptomausprägungen sind in der ICD-11 nur im Begleittext erwähnt und nicht Teil der formalen Diagnosekriterien. Diese sollten jedoch in der Diagnosestellung zwingend mitberücksichtigt werden. Die enger gefasste Konzeptualisierung der PTBS-Diagnose in der ICD-11 bringt sonst die Gefahr mit sich, dass Kinder und Jugendliche trotz deutlicher Funktionseinschränkungen die PTBS-Diagnose nicht erfüllen. Aufgrund der fehlenden empirischen Evidenz mit ausreichender methodischer Qualität beruht diese Empfehlung auf einem Expert:innenkonsensus.

#### **Personengruppen, auf die die Empfehlung nicht zutrifft/Alternativen**

Bei Kindern, die 6 Jahre und jünger sind, sollen die DSM-5 Diagnosekriterien des Subtyps für Kinder ≤6 Jahre verwendet werden (siehe Empfehlung 10.3).

#### **Angaben zur qualitativ guten Durchführung**

Keine.

### **3.10.4.3 Hintergrundtext zur Empfehlung 10.3**

#### **Darlegung der Evidenzgrundlage**

Für das Alter von 6 Jahren oder jünger gibt es im DSM-5 einen PTBS-Subtyp mit angepassten Diagnosekriterien. Wie Vasileva et al. (2018) (387) zeigen, schneiden die ICD-11 Kriterien in Bezug auf ihre Sensitivität in dieser Altersgruppe deutlich schlechter ab als die DSM-5 Kriterien des Subtyps ≤ 6J. Auch frühere Studien haben bereits gezeigt, dass Kriterien für Erwachsene auf junge Kinder nicht anwendbar sind (z.B. (384, 388, 389)).

#### **Begründung des Empfehlungsgrades mit Darlegung der Abwägung von Nutzen und Schaden der Intervention**

Die enger gefasste Konzeptualisierung der PTBS-Diagnose in der ICD-11 bringt die Gefahr mit sich, dass Kinder im Alter von 6 Jahren oder jünger trotz deutlicher Funktionseinschränkungen

die PTBS-Diagnose nicht erfüllen. Aufgrund der fehlenden empirischen Evidenz mit ausreichender methodischer Qualität beruht diese Empfehlung auf einem Expert:innenkonsensus.

**Personengruppen, auf die die Empfehlung nicht zutrifft/Alternativen**

Bei sehr jungen Kleinkindern und Säuglingen von 2 Jahren oder jünger, ist die Validität der DSM-5 Kriterien für Vorschulkinder ( $\leq 6$  Jahre) nicht gesichert.

**Angaben zur qualitativ guten Durchführung**

Keine.

**10.4.4 Hintergrundtext zur Empfehlung 10.4**

**Darlegung der Evidenzgrundlage**

Die Anwendbarkeit der kPTBS-Diagnose gemäß ICD-11 hat sich für das Kindes- und Jugendalter in unterschiedlichen Kontexten, Altersgruppen und Stichproben bestätigt (390-394), indem sich das Profil der kPTBS von jenem der PTBS unterscheiden ließ und sich differentielle Prädiktoren für die Unterscheidung zeigten.

**Begründung des Empfehlungsgrades mit Darlegung der Abwägung von Nutzen und Schaden der Intervention**

Aufgrund der fehlenden empirischen Evidenz mit ausreichender methodischer Qualität beruht diese Empfehlung auf einem Expert:innenkonsensus.

**Personengruppen, auf die die Empfehlung nicht zutrifft/Alternativen**

Zur Anwendbarkeit der kPTBS-Diagnose und zur Sensitivität der Diagnosekriterien bei Kindern im Vorschulalter ( $\leq 6$ J) gibt es keinerlei Studien.

**Angaben zur qualitativ guten Durchführung**

Keine.

**3.10.4.5 Hintergrundtext zur Empfehlung 10.5 - 10.6**

**Darlegung der Evidenzgrundlage**

Die Diagnosestellung der PTBS im Kindes- und Jugendalter sollte nach den jeweils gültigen klinischen Kriterien erfolgen und sich auf die allgemeinen Grundlagen altersgerechter klinisch-psychologischer Diagnostik stützen (380). Dabei sollten Screeningverfahren benutzt werden, die auf aktuellen diagnostischen Kriterien (DSM-5 bzw. ICD-11) beruhen, psychometrisch ausreichend validiert sind sowie in einer deutschen Übersetzung vorliegen. Ergänzend sollten, falls verfügbar, klinische Interviews zur Diagnosesicherung verwendet werden. Aktuell sind in deutscher Sprache mehrere validierte Screeningverfahren zur Erfassung der Schweregrades nach DSM-5 Kriterien bzw. ICD-11 Kriterien vorhanden (s. Anlage 8).

### **Begründung des Empfehlungsgrades mit Darlegung der Abwägung von Nutzen und Schaden der Intervention**

Aufgrund der fehlenden empirischen Evidenz mit ausreichender methodischer Qualität beruht diese Empfehlung auf einem Expert:innenkonsensus.

### **Personengruppen, auf die die Empfehlung nicht zutrifft/Alternativen**

Keine.

### **Angaben zur qualitativ guten Durchführung**

Eine Durchführung, Auswertung und klinisches Feedback der Ergebnisse gemäß den Vorgaben/Richtlinien der jeweiligen Instrumente ist angezeigt, um die Objektivität, Reliabilität und Validität der Ergebnisse zu gewährleisten und die relevanten Informationen und Ergebnisse in einer sicheren und validierenden Art gegenüber gescreenten oder interviewten Kindern und Jugendlichen mitzuteilen. Eine lege Artis Durchführung von standardisierten Fragebogen- und Interviewverfahren kann zu einer kurzfristigen Belastung führen, welche in der Regel jedoch schnell wieder abklingt (395).

### **3.10.5 Empfehlungen für zukünftige Forschung**

- Entwicklungsangepasste Diagnosekriterien für kPTBS im Alter von 6 Jahren und jünger entwickeln und validieren
- Instrumente zur Erfassung der PTBS und kPTBS bei Kindern von 6 Jahren und jünger (weiter)entwickeln und validieren.
- Fragebögen zu spezifisch PTBS und kPTBS bezogenen Funktionseinschränkungen entwickeln und validieren.

### **3.11 Behandlung der PTBS bei Kindern und Jugendlichen**

*Rita Rosner, Paul Plener, Cedric Sachser, Anna Georg, Bianca Schreyer*

Unter Mitarbeit von: *Markus Landolt, Gitta Reuner, Gudrun Kallenbach, Ilka Kraugmann, Kerstin Stellermann-Strehlow*

#### **3.11.1 Einleitung**

Zur Behandlung der PTBS im Kindes- und Jugendalter liegen unterschiedliche psychotherapeutische Interventionen vor, zu denen wiederum ein unterschiedliches Ausmaß an Evidenz vorliegt. Psychotherapeutische Behandlungstechniken können in traumafokussierte und nicht-traumafokussierte Interventionen unterteilt werden. Traumafokussierte Interventionen sind definiert als Therapieansätze, bei denen der Schwerpunkt auf der Verarbeitung der Erinnerung an das traumatische Ereignis und/oder der Veränderung seiner Bedeutung für das heutige Leben liegt (396, 397). Nicht-traumafokussierte Interventionen sind dagegen Therapieansätze, bei welchen der Fokus auf die Vermittlung von Fertigkeiten der Emotionsregulation und/oder dem Umgang mit posttraumatischen Belastungssymptomen (Psychoedukation) liegt.

Dem Bereich der traumafokussierten Interventionen sind verschiedene Manuale zuzuordnen. Das am breitesten untersuchte Manual, die traumafokussierte Kognitive Verhaltenstherapie (TF-KVT) nach Cohen et al. (398, 399) wurde speziell für Kinder und Jugendliche entwickelt. Da dieses Manual einen generischen Namen hat und in der Forschung eine Reihe von unterschiedlichen Manualen unter dem Begriff traumafokussierte kognitive Verhaltenstherapie zusammengefasst werden, werden wir im folgenden Text immer dann, wenn das spezifische Manual nach Cohen et al. gemeint ist, die Erstautorin mit nennen. Darüber hinaus wurden etablierte Verfahren zur Behandlung der PTBS bei Erwachsenen altersangemessen adaptiert, wie *Eye Movement Desensitization and Reprocessing* (EMDR; (400, 401)), die kinderspezifische Variante der Narrativen Expositionstherapie (KidNET; (402)), die entwicklungsangepasste Kognitive Verarbeitungstherapie (E-KVT, engl. D-CPT; (403)), die Kognitive Therapie (CT-PTSD; (404)) oder die Prolongierte Exposition für Jugendliche (PE-A; (405)).

Dabei gehören die TF-KVT, KidNET, E-KVT, CT-PTSD und PE-A zu den Ansätzen der Kognitiven Verhaltenstherapie. Diese Manuale unterscheiden sich u.a. in der Dosis und in der Betonung und Umsetzung expositionsorientierter vs. kognitiver Techniken und in Bezug auf den angenommenen Hauptwirkmechanismus (Gedächtnisveränderungen, kognitive Umstrukturierung, Habituation). EMDR hat als Elemente die umfassende Aktualisierung einer pathogenen Erinnerung, deren Nachverarbeitungsprozess durch den Aufbau eines dualen Fokus mittels bilateraler Stimulation und kurze Expositionsphasen. EMDR kann in allen Richtlinienverfahren Anwendung finden.

Diese Manuale unterscheiden sich zudem im Umfang des Einbezugs von Bezugspersonen. Während beispielsweise in der TF-KVT nach Cohen et al. 50% der Therapiezeit für Bezugspersonen verwendet wird, beziehen andere Manuale die Bezugspersonen, meist Eltern oder Mitarbeiter:innen aus Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe, zu ein bis zwei Terminen mit ein (z.B. EMDR, KidNET). Beim Anteil des Einbezugs von Bezugspersonen ist aber

nicht nur das Manual entscheidend, sondern auch das Alter und der Entwicklungsstand. Zur Behandlung traumatisierter Kinder im Vorschulalter und jünger liegt ein Manual von Lieberman und Horn (406) vor, das auf psychoanalytischer und Bindungstheorie sowie den Ergebnissen der trauma- und entwicklungspsychopathologischen Forschung basiert und Ideen der kognitiv-behavioralen und sozialen Lerntheorie integriert. Bei diesem Manual werden Bezugspersonen 100% der Therapiezeit involviert, wobei mit Eltern und Kind gemeinsam gearbeitet wird.

Für weitere psychodynamische Ansätze liegen Manuale zur Behandlung der PTBS im Kindes- und Jugendalter (z.B. Psychodynamisch-Imaginative Traumatherapie) vor, jedoch keine Ergebnisse zu Wirksamkeitsstudien. Diese können u.a. traumatische Szenarien im Spiel oder als integrierte Trauma-Module in der therapeutischen Arbeit behandeln.

Bei phasenbasierten Ansätzen werden traumafokussierte und nicht-traumafokussierte Techniken kombiniert. Vor den traumafokussierten Sitzungen wird dabei eine erste Phase mit nicht traumafokussierten Inhalten vorgeschaltet. Beispiele hierfür sind die E-KVT, sowie das Skillstraining zur affektiven und interpersonellen Regulation/Narrative Therapie (STAIR/NT; (407)). Bei der E-KVT werden vor der Kognitiven Verarbeitungstherapie ein motivationsförderndes Modul und ein Modul zur Emotionsregulation mit etwa 11 Sitzungen vorangestellt. In der STAIR/NT wird in der ersten Phase mit 8-12 Sitzungen Fertigkeitentraining begonnen, auf welches in der zweiten Phase 4-8 Sitzungen narrative Therapie folgt. Auch in anderen Manualen existieren auf die Traumakonfrontation vorbereitende Phasen. Beispielsweise sind in der TF-KVT nach Cohen et al. (398, 399) vier Sitzungen zu Psychoedukation, Entspannung, Emotionen und Kognitionen vorgeschaltet. Aufgrund dieser deutlich kürzeren Phase wurde die TF-KVT nach Cohen et al. in dieser Leitlinie nicht als phasenbasiert eingestuft.

### 3.11.2 Klinische Fragestellungen

1. Ist eine Behandlung mit Psychopharmaka bei Kindern und Jugendlichen (Alter  $\leq 18$ ) mit (k)PTBS-Symptomen (ICD-11) wirksamer als eine Behandlung mit Placebo oder eine Kombinationstherapie aus Psychotherapie und Psychopharmaka hinsichtlich der Reduktion von PTBS-Symptomen, Depressivität, Angstsymptomen, Funktionseinschränkung, externalisierenden Verhaltensstörungen und anderen psychischen Auffälligkeiten?
2. Welche psychotherapeutischen Interventionen (traumafokussierte und nicht-traumafokussierte Psychotherapie) sind bei Kindern und Jugendlichen (Alter  $\leq 21$ ) mit (k)PTBS-Symptomen (ICD-11) effektiver als sowohl inaktive als auch aktive Kontrollbedingungen hinsichtlich der Reduktion von PTBS-Symptomen, Depressivität, Angstsymptomen, Funktionseinschränkung, externalisierenden Verhaltensstörungen und anderen psychischen Auffälligkeiten?

3. Gibt es eine systematische Überlegenheit einer Variante der traumafokussierten Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen (Alter  $\leq 21$ ) mit (k)PTBS-Symptomen (ICD-11) hinsichtlich der Reduktion von PTBS-Symptomen, Depressivität, Angstsymptomen, Funktionseinschränkung, externalisierenden Verhaltensstörungen und anderen psychischen Auffälligkeiten?
4. Sind phasenbasierte psychotherapeutische Interventionen bei Kindern und Jugendlichen (Alter  $\leq 21$ ) mit (k)PTBS-Symptomen (ICD-11) effektiver als rein traumafokussierte oder nicht-traumafokussierte psychotherapeutische Interventionen hinsichtlich der Reduktion von PTBS-Symptomen, Depressivität, Angstsymptomen, Funktionseinschränkung, externalisierenden Verhaltensstörungen und anderen psychischen Auffälligkeiten?
5. Sind psychotherapeutische Interventionen mit Einbezug der Eltern oder Bezugspersonen bei Kindern und Jugendlichen (Alter  $\leq 18$ ) mit (k)PTBS-Symptomen (ICD-11) wirksamer als psychotherapeutische Interventionen ohne Einbezug der Eltern oder Bezugspersonen hinsichtlich der Reduktion von PTBS-Symptomen, Depressivität, Angstsymptomen, Funktionseinschränkung, externalisierenden Verhaltensstörungen und anderen psychischen Auffälligkeiten?
6. Sind psychotherapeutische Interventionen im Gruppensetting bei Kindern und Jugendlichen (Alter  $\leq 21$ ) mit (k)PTBS-Symptomen (ICD-11) wirksamer als psychotherapeutische Interventionen in Einzeltherapie hinsichtlich der Reduktion von PTBS-Symptomen, Depressivität, Angstsymptomen, Funktionseinschränkung, externalisierenden Verhaltensstörungen und anderen psychischen Auffälligkeiten?

### 3.11.3 Empfehlungen

11.1	Evidenzbasierte Empfehlung	Neu (2026)
Empfehlungsgrad <b>A ↑↑</b>	Eine Psychopharmakotherapie soll in der Therapie der PTBS bei Kindern und Jugendlichen <u>nicht</u> eingesetzt werden.	
Robb et al., 2010; Cohen et al., 2007		
Qualität der Evidenz		
PTBS: niedrig ⊕⊕⊖⊖		Depression: niedrig ⊕⊕⊖⊖
Konsensstärke: 93,8 % (Konsens)		

11.2	Evidenzbasierte Empfehlung	Neu (2026)
Empfehlungsgrad <b>A ↑↑</b>	Kindern und Jugendlichen mit einer Posttraumatischen Belastungsstörung soll eine traumafokussierte Psychotherapie* im Einzelsetting angeboten werden, bei der der Schwerpunkt auf der Auseinandersetzung mit den traumatischen Ereignissen und den dazugehörigen Kognitionen, Emotionen und Erinnerungen liegt.	
Xiang et al., 2021; Hoppen et al., 2023; De Haan et al., 2024; Huang et al., 2022		
Qualität der Evidenz		
PTBS: moderat ⊕⊕⊕⊖	Depression: niedrig ⊕⊕⊖⊖	Angst: niedrig ⊕⊕⊖⊖
Funktionseinschränkung: sehr niedrig ⊕⊖⊖⊖	Externalisierende Verhaltensstörung: sehr niedrig ⊕⊖⊖⊖	
Konsensstärke: 77,1 % (Konsens)		

**\*Kinder:**

Umfassendste Evidenz: Traumafokussierte Kognitive Verhaltenstherapie (TF-KVT nach Cohen et al.)  
 Weitere Evidenz: Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR), Narrative Expositionstherapie (KidNET) bei kriegstraumatisierten aus LMICs

**\*Jugendliche:**

Umfassendste Evidenz: Traumafokussierte Kognitive Verhaltenstherapie (TF-KVT nach Cohen et al.)  
 Weitere Evidenz: Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR), Narrative Expositionstherapie (KidNET) bei kriegstraumatisierten aus LMICs, Prolongierte Exposition (PE), Kognitive Verarbeitungstherapie (Cognitive Processing Therapy, CPT), Kognitive Therapie (CT-PTSD)

11.3	Konsensbasierte Empfehlung	Neu (2026)
<b>EK</b>	Es gibt keine Evidenz zur Behandlung von Kindern mit PTBS-Symptomen unter 3 Jahre. Basierend auf klinischem Urteil sollten für diese Altersgruppe traumainformierte Interventionen zusammen mit einer für das Kind bedeutsamen Bezugsperson angeboten werden (z. B. Lieberman et al., 2015).	
Garziano et al., 2023; Hagan et al., 2017; Ippen et al., 2011; Liebermann et al., 2005; Norlén et al., 2024		
Konsensstärke: 78,1 % (Konsens)		

11.4	Evidenzbasierte Empfehlung	Neu (2026)
Empfehlungsgrad <b>B ↑</b>	Traumafokussierte Interventionen (siehe Empfehlung 10.2) zur Behandlung der PTBS bei Kindern und Jugendlichen sollten auch bei solchen mit einer kPTBS angewandt werden.	
Eilers et al., 2021; Hérbert & Amédée, 2020; Hendricks et al., 2017; Jensen et al., 2022; Ross et al., 2021; Sachser et al., 2017		
Qualität der Evidenz		
PTBS: sehr niedrig ⊕⊖⊖⊖		
Konsensstärke: 94,1 % (Konsens)		

11.5	Konsensbasierte Empfehlung	Neu (2026)
<b>EK</b>	Bei Nichtansprechen oder bei Restsymptomatik nach Durchführung einer traumafokussierten Psychotherapie zur Behandlung der kPTBS bei Kindern und Jugendlichen können danach weitere Interventionen zur Reduktion der Restsymptomatik oder eine Verlängerung der traumafokussierten Interventionen angeboten werden.	
Konsensstärke: 79,3 % (Konsens)		

11.6	Konsensbasiertes Statement	Neu (2026)
	Für die generelle Notwendigkeit einer der traumafokussierten Psychotherapie vorausgehenden Stabilisierungsphase bei Kindern und Jugendlichen liegt derzeit keine Evidenz vor.	
Konsensstärke: 78,6 % (Konsens)		

11.7	Evidenzbasierte Empfehlung	Neu (2026)	
Empfehlungsgrad <b>B ↑</b>	Eltern oder andere bedeutsame Bezugspersonen sollten in die Behandlung bei Kindern und Jugendlichen mit einbezogen werden.		
Szota et al. 2023			
Qualität der Evidenz			
PTBS: sehr niedrig ⊕⊖⊖⊖	Depression: sehr niedrig ⊕⊖⊖⊖	Angst: sehr niedrig ⊕⊖⊖⊖	Funktionseinschränkung: sehr niedrig ⊕⊖⊖⊖
Konsensstärke: 100 % (Starker Konsens)			

11.8	Evidenzbasierte Empfehlung	Neu (2026)	
Empfehlungsgrad <b>B</b> ↑	Wenn keine traumafokussierte Psychotherapie im Einzelsetting angeboten werden kann, sollte insbesondere nach Großschadensereignissen eine traumafokussierte Psychotherapie im Gruppensetting angeboten werden.		
Xie et al. 2024			
Qualität der Evidenz			
PTBS: moderat ⊕⊕⊕⊖	Depression: niedrig ⊕⊕⊖⊖	Angst: niedrig ⊕⊕⊖⊖	Funktionseinschränkung: sehr niedrig ⊕⊖⊖⊖
Konsensstärke: 78,6 % (Konsens)			

### 3.11.4 Hintergrund der Evidenz

#### 3.11.4.1 Hintergrundtext zur Empfehlung 11.1

##### Darlegung der Evidenzgrundlage

Für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit PTBS-Symptomen mittels Psychopharmaka liegt kaum Evidenz vor. In einer placebokontrollierten Studie von Robb et al. (408) wurde die Behandlung mit Sertralin untersucht. Sowohl für PTBS-Symptome als auch Depressionssymptome konnte keine signifikante Überlegenheit von Sertralin gegenüber Placebo gefunden werden. In einer weiteren Studie von Cohen et al. (409) wurde die Kombination von Sertralin mit traumafokussierter kognitiver Verhaltenstherapie (TF-KVT) mit der Kombination von Placebo und TF-KVT verglichen. In beiden Gruppen wurde eine Verbesserung der Symptome festgestellt, jedoch keine signifikante Interaktion zwischen dem Messzeitpunkt und den Gruppen. Die Symptomreduktion wird daher auf die TF-KVT zurückgeführt. Dieses Ergebnis betrifft neben dem primären Outcome der PTBS-Symptome auch die Depressions- und Angstsymptome, sowie das Funktionsniveau. In einem Systematischen Review zur vorhandenen Evidenz zur psychopharmakologischen Behandlung bei Kindern und Jugendlichen wurden drei doppelblinde, randomisierte Studien mit Selektiven Serotonin Wiederaufnahmehemmern (SSRIs) und eine doppelblinde randomisierte Studie mit Imipramin bei Minderjährigen mit einer PTBS oder einer Akuten Belastungsreaktion untersucht. Die Autor:innen stellten fest, dass die vorhandenen Studienergebnisse den Einsatz von SSRIs als first-line Option bei der PTBS bei Minderjährigen nicht stützen (410). In einer Meta-Analyse zur Wirksamkeit von Selektiven Serotonin und Selektiven Noradrenalin Wiederaufnahmehemmern im Kindes- und Jugendalter, wurde das Fehlen einer Überlegenheit gegenüber Placebo für diese Substanzgruppen bei der PTBS festgehalten (411).

##### Begründung des Empfehlungsgrades mit Darlegung der Abwägung von Nutzen und Schaden der Intervention

Die vorhandene Evidenz kann keine Behandlung der PTBS Kernsymptomatik mittels Psychopharmaka begründen. Daher wird eine starke Empfehlung gegen den Einsatz von Psychopharmaka zur Behandlung der Kernsymptomatik in dieser Altersgruppe formuliert. Die Empfehlung deckt sich mit den Empfehlungen anderer aktuelle Leitlinien. Während in der chronologisch ältesten (und seit 2010 nicht mehr überarbeiteten Leitlinie) der US

amerikanischen kinder- und jugendpsychiatrischen Fachgesellschaft AACAP (412) noch der Hinweis zu finden ist, dass an SSRIs in der Behandlung gedacht werden kann („SSRIs can be considered for the treatment of children and adolescents with PTSD“), so findet sich in der australischen Leitlinie ((413); Stand: 22.12.2021) der Hinweis darauf, dass hier keine Empfehlung gegeben werden kann („Pharmacological interventions for children and adolescents with PTSD: no recommendations made“). Dasselbe gilt für die aktuelle Version der britischen NICE guideline ((241); letzte Überarbeitung: 15.08.2024). Auch hier findet sich der Hinweis, dass keine psychopharmakologische Behandlung der PTBS bei Minderjährigen angezeigt ist („Do not offer drug treatments for the prevention or treatment of PTSD in children and young people aged under 18 years“).

### **Personengruppen, auf die die Empfehlung nicht zutrifft/Alternativen**

Auch wenn es keine Hinweise auf die Effektivität einer psychopharmakologischen Behandlung der Kernsymptomatik der PTBS gibt, so muss darauf hingewiesen werden, dass mitunter komorbide Störungen (wie etwa eine depressive Episode), oder auch Symptome wie Schlafstörungen bei entsprechend ausgeprägtem Schweregrad gemäß den Leitlinienempfehlungen zu den jeweiligen Störungsbildern zu behandeln sind.

### **Angaben zur qualitativ guten Durchführung**

Keine.

## **3.11.4.2 Hintergrundtext zur Empfehlung 11.2**

### **Darlegung der Evidenzgrundlage**

In verschiedenen Meta-Analysen wird die Wirksamkeit von Psychotherapie zur Behandlung von PTBS im Kindes- und Jugendalter anhand von über 50 randomisierten kontrollierten Studien (RCTs) nachgewiesen (z.B. (414-418)). Verschiedene traumafokussierte Interventionen weisen in diesen mittlere bis hohe Effektstärken im Vergleich mit aktiven Kontrollbedingungen auf. Die zentrale Meta-Analyse für diese Empfehlung wurde von Xiang et al. (2021) (418) veröffentlicht und wurde aufgrund von zwei Vorteilen gegenüber anderen Meta-Analysen ausgewählt. Zum einen handelt es sich hier um eine Netzwerk-Meta-Analyse, die daher aufgrund der angewandten Methodik auch den Vergleich zwischen Einzelinterventionen (auch innerhalb von Psychotherapieverfahren) erlaubt, die nicht in einer Einzelstudie verglichen wurden. Des Weiteren berichten Xiang et al. (2021) (418) Effekte für mehrere Outcomes: Diese sind neben der PTBS-Schwere auch Depressions- und Angstsymptome. Die Anzahl der Studien, in welchen die einzelnen traumafokussierten Interventionen jeweils untersucht werden, variiert stark. Die meisten Studien liegen für die TF-KVT Cohen vor. Die Effektivität und Überlegenheit der TF-KVT nach Cohen et al. wurde im Vergleich mit passiven und aktiven Kontrollgruppen mit Kindern und Jugendlichen zwischen 3 und 18 wiederholt nachgewiesen ((418) insgesamt 23 RCTs). Auch für die Wirksamkeit von EMDR existiert Evidenz für Kinder zwischen 4 und 18 Jahren basierend auf insgesamt 8 RCTs (418). Für die KidNET existieren vier Studien für Kinder und Jugendliche zwischen 8 und 18

Jahren (418). Hierbei ist jedoch anzumerken, dass diese vorwiegend bei kriegstraumatisierten Kindern und Jugendlichen überwiegend aus Ländern mit niedrigem und mittlerem Einkommen untersucht wurde (419-422). Im Gegensatz zur Studienlage bei Erwachsenen liegen bisher nur wenige Studien für die PE-A und für die Kognitive Verarbeitungstherapie (Cognitive Processing Therapy, CPT), und ihre Adaptation bei Jugendlichen (E-KVT) vor. CPT erzielte die höchste Wirksamkeit, wurde jedoch bisher nur in zwei RCTs im Jugendalter untersucht (12 bis 18 bzw. 14 bis 18 Jahre; (423, 424)). Für die CT-PTSD gibt es bisher nur eine Einzelstudie mit Kindern und Jugendlichen zwischen 8 und 17 Jahren und nur kleiner Stichprobe, welche eine hohe Wirksamkeit im Vergleich mit passiver Kontrollgruppe aufweist (388).

### **Begründung des Empfehlungsgrades mit Darlegung der Abwägung von Nutzen und Schaden der Intervention**

Trotz moderater *Certainty of Evidence* nach GRADE wird die Empfehlung mit Empfehlungsgrad A formuliert. Dies lässt sich unter anderem mit der Überlegenheit der Einzelinterventionen gegenüber Kontrollbedingungen über die verschiedenen Einzelstudien hinweg und auch über mehrere Meta-Analysen hinweg begründen. Insbesondere gingen in die Studien zur TF-KVT nach Cohen et al. Ergebnisse von über 1000 behandelten Kindern und Jugendlichen ein. Zudem sprechen klinische Erfahrungen für eine sehr gute Wirksamkeit traumafokussierter Verfahren. Um eine Reihung der Interventionen für die Empfehlung und eine Unterscheidung nach „umfassendster und weiterer Evidenz“ zu ermöglichen, wurde die Zahl der Studien und der behandelten Patient:innen, die Streuung der Effektschätzer und die Größe des Effektes berücksichtigt. Die Streuung der Effektschätzer (Breite der Konfidenzintervalle) ist hier besonders hervorzuheben, da durch dies die Stabilität des zu erwartenden Effekts in verschiedenen Behandlungssituationen bewertet werden kann. Auf diese Weise kann in der Empfehlung verdeutlicht werden, dass für TF-KVT Cohen die breiteste Evidenz vorliegt, aber beispielsweise für die CPT zwar sehr hohe Effektstärken, jedoch ein breites Konfidenzintervall berichtet wird und damit die Übertragbarkeit in verschiedene Behandlungssituationen und Populationen noch aussteht. Als wichtiger Diskussionspunkt wird genannt, dass während die TF-KVT-Manuale in Deutschland überwiegend in der Verhaltenstherapie eingesetzt werden, EMDR in allen Richtlinienpsychotherapieverfahren Anwendung finden kann.

### **Personengruppen, auf die die Empfehlung nicht zutrifft/Alternativen**

Die in den Meta-Analysen eingeschlossene Evidenz bezieht sich auf Kinder ab einem Alter von drei Jahren (z.B. (389)). Für Kinder unter drei Jahre liegt keine geeignete Evidenz vor. Dies ist darauf zurückzuführen, dass Studien, die Ergebnisse für Vorschulkinder berichten, zum einen häufig einen Altersrange über das 3. Lebensjahr hinaus haben (425-427) und die Ergebnisse für Kinder unter drei nicht eigens ausweisen. Zum anderen ist die Erfassung posttraumatischer Symptome sprachgebunden. Damit sind die Einschlussbedingungen für Kinder unter drei Jahren häufig Traumaexposition und Verhaltensauffälligkeiten. So schließen Studien zur Effektivität der Child-Parent-Psychotherapy (406) für das Vorschulalter (425, 426, 428-430) Kinder im Altersbereich zwei bis sechs Lebensjahre bei Traumaexposition oder Verhaltensauffälligkeiten ein. Somit liegen andere Einschlusskriterien zu Grunde. Auf die

Altersgruppe bis zu 3 Jahren wird in der nachfolgenden Empfehlung 11.3 eingegangen. Zu Kontraindikationen für die Behandlung der PTBS mit traumafokussierter Psychotherapie wird auf das Kapitel komorbide Psychische Störungen verwiesen. Insbesondere hat bei akuter Suizidalität oder akuter Intoxikation die Behandlung dieser Vorrang.

### **Angaben zur qualitativ guten Durchführung**

Vor dem eigentlichen Therapiebeginn muss die Sicherheit des Kindes bzw. Jugendlichen geklärt werden. Die betrifft zum einen die Frage, ob weiter Täter:innenkontakt besteht und inwiefern von den Täter:innen noch Gefahr ausgeht. Vorrangig soll hier die größtmögliche Sicherheit hergestellt werden und es kann notwendig sein, dass Therapeut:innen mit anderen Institutionen der Kinder- und Jugendhilfe zusammenarbeiten. Andererseits müssen auch Veränderungen bei der Gefährdungsbeurteilung berücksichtigt werden: So kann z.B. ein substanzabhängiger Elternteil nach eigener erfolgreicher Behandlung durchaus einbezogen werden. Falls sich Sicherheit nicht vollständig herstellen lässt (z.B. der/die Täter:in hat weiterhin Umgangsrechte), dann sollte mit dem Kind nach vorheriger Abwägung damit verbundener ethischer Aspekte den Schutz des Kindes betreffend an möglichen Strategien gearbeitet werden, wie es sich selbst schützen kann. Einige Manuale wie z.B. TF-KVT nach Cohen et al. beinhalten ein spezifisches Modul, das in diesen Fällen vorgezogen werden kann. Ebenfalls müssen mögliche Komorbiditäten bei der Behandlung berücksichtigt werden. Insbesondere in der Diagnostik sollte abgeklärt werden, ob es sich bei der entsprechenden Symptomatik um eine Folge der PTBS handelt oder ob sie der PTBS vorausging. In einem Gesamtbehandlungsplan kann auch auf die Leitlinien zu den entsprechenden komorbiden Störungen zurückgegriffen werden.

Wie in Empfehlung 12.1 empfohlen, ist bei der Diagnostik und Therapie zudem das shared decision making zu beachten, bei dem die Bedarfe der Patient:innen in die Therapieplanung einfließen, wie z.B. die Wahl eines Therapieverfahrens oder Behandlungsfokus mit Bedacht auf die jeweilige Lebenssituation der Patient:innen (vgl. auch Anlage 1).

### **3.11.4.3 Hintergrundtext zur Empfehlung 11.3**

#### **Darlegung der Evidenzgrundlage**

Es liegt keine Evidenz für die Behandlung von Kindern unter drei Jahren mit vorhandenen Traumasymptomen als Einschlusskriterium vor. Stattdessen sind die Einschlussbedingungen häufig Traumaexposition und Verhaltensauffälligkeiten. Erschwert wird die Beurteilung der Evidenz durch die mangelnde gesonderte Auswertung für Kinder unter drei Jahren. Damit ist eine Bewertung der Evidenz für Kinder unter drei Jahren mit PTBS-Symptomen nicht möglich (425-428). Eine Intervention, für die für den Altersbereich zwei bis sechs Jahre Evidenz mit den genannten Einschlusskriterien vorliegt, ist die Child-Parent-Psychotherapy (431). Auch in Studien zur Effektivität dieser (425, 426, 428-430) werden jedoch vorwiegend Kinder über 3 Jahren eingeschlossen. Aufbauend auf dieser Evidenz und nach klinischem Urteil wird daher ein ergänzender Expert:innenkonsens für Kinder unter drei Jahren formuliert.

### **Begründung des Empfehlungsgrades mit Darlegung der Abwägung von Nutzen und Schaden der Intervention**

Die Empfehlung wird aufgrund positiver klinischer Erfahrung sowie indirekter Evidenz nach anderem Einschlusskriterium mit Empfehlungsgrad B formuliert.

### **Personengruppen, auf die die Empfehlung nicht zutrifft/Alternativen**

Keine.

### **Angaben zur qualitativ guten Durchführung**

Die Hinweise zur Klärung und Sicherstellung von Sicherheit aus Empfehlung 11.2 sind auch an dieser Stelle zu beachten.

### **3.11.4.4 Hintergrundtext zur Empfehlung 11.4**

#### **Darlegung der Evidenzgrundlage**

Zur Behandlung von komplexer PTBS (kPTBS) bei Kindern und Jugendlichen liegen bislang vor allem Sekundäranalysen vor (390, 392, 432, 433). Zudem gibt es eine quasi-experimentelle Studie von Jensen et al. (434), in welcher die Anwendung von TF-KVT bei Kindern und Jugendlichen mit PTBS mit der bei Kindern und Jugendlichen mit kPTBS verglichen wurde. In allen vorliegenden Studien wurde eine Reduktion der PTBS-Symptome durch traumafokussierte Psychotherapie (hier: E-KVT, TF-KVT, PE) nachgewiesen. Im Vergleich mit PTBS-Populationen weisen Kinder und Jugendliche mit kPTBS eine insgesamt höhere Symptomlast zum Prä-Zeitpunkt auf, profitieren jedoch auf gleiche Weise von traumafokussierter Psychotherapie (390, 392, 432-434). Dabei zeigt ein Teil der Sekundaranalysen auch eine höhere Symptomlast nach einer TF-KVT bei Kindern und Jugendlichen mit kPTBS im Vergleich zu Kindern mit PTBS (390, 392), während sich in einem anderen Teil der Studien trotz höherem Ausgangsniveau der Symptomatik im Verlauf keine Unterschiede mehr feststellen ließen (432, 434).

### **Begründung des Empfehlungsgrades mit Darlegung der Abwägung von Nutzen und Schaden der Intervention**

Aufgrund von übereinstimmender Evidenz und großen Effektstärken wird trotz sehr niedriger *Certainty of Evidence* die Empfehlung mit Empfehlungsgrad B formuliert. Es gibt bisher keine Hinweise auf eine überlegenere Herangehensweise an die Behandlung der kPTBS als an die Behandlung der PTBS mit TF-KVT im Kindes- und Jugendalter. Da für die Behandlung der PTBS eine sehr gute Evidenzgrundlage gegeben ist, kann an dieser Stelle eine Empfehlung ausgesprochen werden. Neben der höheren Symptomlast zu Therapiebeginn, bleiben nach klinischer Erfahrung bei Kindern und Jugendlichen mit kPTBS nach Ende der Therapie in einem Teil der Studien noch klinisch signifikante Restsymptome. Zum Umgang mit diesen und insbesondere mit den Schwierigkeiten der Selbstorganisation und -regulation (SSO-Symptome) der kPTBS liegt bislang noch keine Evidenz vor.

### **Personengruppen, auf die die Empfehlung nicht zutrifft/Alternativen**

Keine.

### **Angaben zur qualitativ guten Durchführung**

Keine.

#### **3.11.4.5 Hintergrundtext zur Empfehlung 11.5**

##### **Darlegung der Evidenzgrundlage**

Da die vorliegende Evidenz sich zumeist auf Sekundäranalysen beschränkt ist nicht ableitbar, wie bei Vorliegen von Restsymptomatik oder Nichtansprechen weiterverfahren werden soll. Insbesondere liegen keine Studien zum Umgang mit Schwierigkeiten der Selbstorganisation und -regulation (SSO-Symptome) vor. Abgeleitet aus der indirekten Evidenz zu Empfehlung 11.4 und klinischer Erfahrung sind eine spezifische Behandlung der SSO-Symptome, sowie auch eine Verlängerung bzw. Intensivierung der traumafokussierten Therapie denkbar.

##### **Begründung des Empfehlungsgrades mit Darlegung der Abwägung von Nutzen und Schaden der Intervention**

In zahlreichen Studien weist traumafokussierte Therapie sowohl bei der PTBS als auch der kPTBS positive Effekte auf. Abgeleitet aus vorliegender indirekter Evidenz sowie klinischer Erfahrung wird daher eine Empfehlung mit Empfehlungsgrad B formuliert.

### **Personengruppen, auf die die Empfehlung nicht zutrifft/Alternativen**

Keine.

### **Angaben zur qualitativ guten Durchführung**

Wie in Empfehlung 12.1 empfohlen, ist bei der Diagnostik und Therapie zudem das shared decision making zu beachten, bei dem die Bedarfe der Patient:innen in die Therapieplanung einfließen, wie z.B. die Wahl eines Therapieverfahrens oder Behandlungsfokus mit Bedacht auf die jeweilige Lebenssituation der Patient:innen (vgl. auch Anlage 1).

#### **3.11.4.6 Hintergrundtext zum Statement 11.6**

##### **Darlegung der Evidenzgrundlage**

Die in Empfehlung 11.2 aufgezählten Therapiemanuale beinhalten teilweise vorausgehende stabilisierende bzw. vorbereitende Sitzungen in unterschiedlicher Dosis (z.B. TF-KVT, E-KVT), teilweise jedoch auch nicht (z.B. PE-A, KidNET). Alle aufgezählten Therapiemanuale weisen eine hohe Wirksamkeit auf. Ob eine Stabilisierungsphase generell notwendig ist, lässt sich aus der bisherigen Evidenz nicht ableiten. Es existiert insbesondere keine Studie, in welcher eine Intervention mit vorheriger Stabilisierungsphase mit derselben Intervention ohne Stabilisierungsphase verglichen wird. Bisherige Studien zur Psychotherapie im Erwachsenenalter begründen ebenfalls keine Überlegenheit einer phasenbasierten

Behandlung mit Stabilisierungsphase gegenüber unmittelbarer traumafokussierter Therapie zur Behandlung der PTBS (z.B. (101, 103)).

### **Begründung des Statements mit Darlegung der Abwägung von Nutzen und Schaden der Intervention**

Es gibt keine Evidenz, die eine generelle Notwendigkeit einer der traumafokussierten Therapie vorausgehende Stabilisierungsphase begründen würde. Auch bei der kPTBS lässt sich aus den aktuell vorliegenden Studien bisher nicht folgern, dass eine Stabilisierungsphase notwendig wäre. Vielmehr zeigen sich zum Teil sogar größere Effekte für Patient:innen mit kPTBS (434) als für Patient:innen mit einer klassischen PTBS. An dieser Stelle soll jedoch betont werden, dass stets auf den individuellen Bedarf zu achten und daraus gegebenenfalls in Absprache mit dem/der Patient:in eine Stabilisierungsphase begründet werden kann. Beachtet werden muss zudem, dass eine mögliche Vermeidungstendenz der Therapeut:innen hinsichtlich des Traumanarratives zu einer Chronifizierung der PTBS-Symptomatik führen kann.

### **Personengruppen, auf die die Empfehlung nicht zutrifft/Alternativen**

Keine.

### **Angaben zur qualitativ guten Durchführung**

Keine.

## **3.11.4.7 Hintergrundtext zur Empfehlung 11.7**

### **Darlegung der Evidenzgrundlage**

Die Meta-Analyse von Szota et al. (435) betrachtet die Effektivität von Interventionen zur Behandlung von PTBS bei Kindern und Jugendlichen unter Einbezug von Bezugspersonen im Vergleich mit passiven und aktiven Kontrollbedingungen ohne oder mit weniger Einbezug der Bezugspersonen. Die Befunde der Meta-Analyse befürworten den Einbezug von Bezugspersonen in die Therapie. Verschiedene weitere Meta-Analysen berichten Subgruppenanalysen zum Einbezug von Bezugspersonen, finden aber nur teilweise eine signifikante Überlegenheit (414, 436, 437). Die verschiedenen Manuale unterscheiden sich hinsichtlich des Ausmaßes der Beteiligung von Bezugspersonen deutlich. Während bei der TF-KVT nach Cohen et al. die Hälfte der Therapiezeit für den Einbezug der Bezugsperson verwendet wird, sind in anderen Manualen nur ein bis zwei Termine mit Bezugsperson geplant (z.B. EMDR, KidNET). Meta-Analysen betrachten den Einbezug von Bezugspersonen jedoch häufig als dichotomes statt als kontinuierliches Merkmal, was zu höherer Heterogenität führt und auch den anzustrebenden Umfang des Einbezugs von Bezugspersonen offenlässt.

### **Begründung des Empfehlungsgrades mit Darlegung der Abwägung von Nutzen und Schaden der Intervention**

Der Einbezug von Bezugspersonen in die Therapie von Kindern und Jugendlichen ist in einigen wirksamen Manualen fest verankert. In welchem Umfang und in welchen Altersklassen der Einbezug der Eltern stattfinden soll, kann jedoch aus der vorliegenden Evidenz nicht abgeleitet

werden. Der Einbezug von Bezugspersonen ist zudem entwicklungsabhängig, was in den Meta-Analysen bislang keine Berücksichtigung findet. Aufgrund der positiven klinischen Erfahrung und der vorliegenden Evidenz wird eine Empfehlung mit Empfehlungsgrad B formuliert.

#### **Personengruppen, auf die die Empfehlung nicht zutrifft/Alternativen**

Keine.

#### **Angaben zur qualitativ guten Durchführung**

An dieser Stelle ist erneut die Klärung der Sicherheit des Kindes bzw. des Jugendlichen zu erwähnen, wie sie auch in Empfehlung 11.2 angesprochen wurde. Die Auswahl der Bezugsperson ist abhängig von den rechtlichen Rahmenbedingungen und den konkreten Lebensumständen des Kindes. Wenn das Kind noch mit Familienmitgliedern zusammenwohnt, wird häufig ein Elternteil, der nicht an der Tat oder an wiederholtem/ anhaltendem Gewaltgeschehen beteiligt war, an der Therapie teilnehmen. Bei Kindern und Jugendlichen, die in Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe leben, können dies professionelle Betreuer:innen sein (z.B. Sozialarbeiter:innen, Pädagog:innen, Erzieher:innen), die ausreichend Kontakt mit dem Kind haben, um es in der Bewältigung des Alltags zu unterstützen und zu dem ein Vertrauensverhältnis aus Sicht des Kindes besteht.

### **3.11.4.8 Hintergrundtext zur Empfehlung 11.8**

#### **Darlegung der Evidenzgrundlage**

Xie et al. (438) berichten in ihrer Meta-Analyse basierend auf 11 RCTs eine signifikante Überlegenheit traumafokussierter Therapie in der Gruppe im Vergleich mit aktiven und passiven Kontrollbedingungen mit kleiner bis mittlerer Effektstärke. Es wurden jedoch keine Studien inkludiert, in denen traumafokussierte Therapie im Einzel- mit derselben im Gruppensetting verglichen wurde.

#### **Begründung des Empfehlungsgrades mit Darlegung der Abwägung von Nutzen und Schaden der Intervention**

Gruppentherapie für traumatisierte Kinder und Jugendliche wird in der Versorgung als schwer umsetzbar angesehen. Zum einen kann es sein, dass eine Gruppe schwer zu füllen ist und zum anderen können die Teilnehmenden einen unterschiedlichen Therapiestand aufweisen. Da die Evidenz jedoch dafür spricht, dass auch im Gruppensetting traumafokussierte Psychotherapie effektiv sein kann, wird die Empfehlung mit Empfehlungsgrad B formuliert. Als Behandlung erster Wahl wird weiterhin eine traumafokussierte Einzeltherapie angesehen. In anderen Meta-Analysen (439, 440) werden große Effektstärken für Interventionen in der Gruppe berichtet. Bei diesen Meta-Analysen liegen jedoch andere Einschlusskriterien zugrunde: Da als Einschlusskriterium für die zu untersuchende Population Kinder und Jugendliche mit dem Erlebnis eines traumatischen Ereignisses anstelle von PTBS-Symptomen genügen, werden auch Studien mit präventivem Fokus zum Beispiel nach einem Großschadensereignis

inkludiert. Dadurch fallen Effektstärken vermutlich höher aus. Bei der inkludierten Literatur wurde daher sowohl auf die Population als auch das Setting geachtet.

**Personengruppen, auf die die Empfehlung nicht zutrifft/Alternativen**

Keine.

**Angaben zur qualitativ guten Durchführung**

Keine.

**3.11.5 Empfehlungen für zukünftige Forschung**

- Wirksamkeit phasenbasierter psychotherapeutischer Ansätze im direkten Vergleich mit rein traumafokussierten psychotherapeutischen Ansätze, sowohl in PTBS, aber auch kPTBS-Populationen
- Wirksamkeit von traumafokussierter Therapie im Gruppensetting verglichen mit derselben im Einzelsetting
- Ausmaß des geeigneten Einbezuges von Bezugspersonen in die Behandlung
- Wirksamkeit der Behandlung der kPTBS
- Umgang mit Restsymptomen nach der Behandlung der kPTBS mittels bewährter traumafokussierter Verfahren
- Wirksamkeit von traumafokussierter Therapie bei Kindern mit PTBS-Symptomatik im Kleinkind-/Vorschulalter
- Wirksamkeit von Interventionen, die bisher nicht ausreichend überprüften Verfahren zuzuordnen sind (u.a. psychodynamische Interventionen, systemische Interventionen, klientenzentrierte Interventionen)

## 3.12 Allgemeine Behandlungsprinzipien

*Julia Schellong, Jacqueline Rixe, Alex Stern, Volker Köllner, Melanie Büttner, Thomas Eger, Olaf Reddemann*

### 3.12.1 Einleitung

Übergeordnete Prinzipien wie Aufklärung, partizipative Entscheidungsfindung, Berücksichtigung individueller Präferenzen und Fallmanagement sind allgemeine medizinische Behandlungsgrundsätze, sie werden in internationalen Leitlinien zur Behandlung der PTBS explizit noch einmal genannt. Besonders betont wird die Bedeutung eines traumasensiblen Umgangs („Trauma-Informed Care“) im Patient:innenkontakt im Gesundheitswesen, um der Vulnerabilität von Menschen mit einer (k)PTBS gerecht zu werden (NICE und Phoenix Australia). In dieser Thematik nimmt die hausärztliche Behandlung einen besonderen Stellenwert ein, da hier oft erstmals über traumatisch erlebte Ereignisse gesprochen wird und andererseits die hausärztliche Versorgung meist den gesamten Behandlungsverlauf begleitet (17, 251, 441-446). Gleichzeitig ist hier auch die zahnmedizinische Versorgung von Bedeutung, bei der sowohl durch (k)PTBS verursachte dentale Symptome oder Erkrankungen auftreten (447), als auch traumatische Erfahrungen entstehen und/oder getriggert und angesprochen werden können (448). Partnerschaftsgewalt ist einer der häufigsten Gründe für eine Vorstellung im Gesundheitswesen und eine führende Ursache für Morbidität und Mortalität von Frauen im gebärfähigen Alter (449, 450). Auch das Erleben von sexualisierter Gewalt oder sexuellem Missbrauch in der Kindheit oder auch Traumatisierung in der Schwangerschaft und im Peripartalzeitraum kann mit vielfältigen psychosozialen Folgen verknüpft sein. Vernetzung ist für die gesamte Behandlungskette von hoher Relevanz bis hin zu Stärkung von Teilhabe und rehabilitativer Versorgung. Traumafokussierte Psychotherapie ist die empfohlene Behandlungsmethode bei Traumafolgestörungen (vgl. Kapitel 3.2, 3.5, 3.7-9). Darüber hinaus stellt sich die Frage, ob spezielle Konzepte, die auf die bestimmte traumaauslösende Ursache zugeschnitten sind, zusätzliche Vorteile bringen könnten. Ein weiterer zu bedenkender Aspekt ist ein transparenter Umgang und eine transparente Beratung bei zeitgleich zur Psychotherapie stattfindenden oder geplanten juristischen Verfahren, insbesondere bei Aussage-gegen-Aussage Konstellationen. Aus diesen Problemstellungen heraus wurden sieben klinische Fragen formuliert, wobei diese durch die Übersetzung der klinischen Anforderungen in Formulierungen, die Suchstrategien ermöglichen, oft nur einen Teil des Problems erfassen. Aus diesem Grund fügte sich nicht alle gefundene Literatur in die sieben formulierten Empfehlungen, auch konnte nicht allen Empfehlungen evidenzbasierte Literatur zugeordnet werden. Zwei zusätzliche Empfehlungen wurden aus inhaltlichen Gründen aus ursprünglich anderen AGs in das Kapitel aufgenommen.

### 3.12.2 Klinische Fragestellungen

1. Sind PTBS-Interventionen in Zusammenarbeit mit der Primärversorgung/unter Einbeziehung des hausärztlichen Settings bei erwachsenen Personen mit PTBS (alle Formen) effektiver in der Verbesserung der PTBS-Symptomlast, des Funktionsniveaus oder Patient:innenzufriedenheit im Vergleich zu einem *Treatment-As-Usual* oder keiner Vergleichsgruppe?
2. Ist eine zusätzliche bzw. anschließende Behandlung einer PTBS im Reha-Setting (Rehabilitation) bei erwachsenen Personen mit einer PTBS (alle Formen) effektiver in der Verbesserung des Beschäftigungsstatus, Erhöhung sozialer Unterstützung und Interaktion, Verminderung der Funktionsbeeinträchtigung, Symptomlast, Erhöhung der Lebensqualität oder unterscheidbar in der Anzahl oder Ausprägung der Nebenwirkungen im Vergleich zu keiner zusätzlichen bzw. anschließenden Behandlung einer PTBS im Reha-Setting (keine Rehabilitation)?
3. Ist eine partizipative Entscheidungsfindung hinsichtlich des Therapiesettings (ambulant, stationär, teilstationär) bei erwachsenen Personen mit PTBS (alle Formen) effektiver in der Verbesserung des Beschäftigungsstatus, sozialen Unterstützung und Interaktion, Verminderung der Funktionsbeeinträchtigung, Symptomlast, Verbesserung der Lebensqualität oder unterscheidbar in der Anzahl oder Ausprägung der Nebenwirkungen im Vergleich zu keiner partizipativen Entscheidungsfindung hinsichtlich des Therapiesettings?
4. Ist eine auf die Traumaart „besondere Gewaltformen“ abgestimmte Therapie- oder Interventionsform bei Personen mit einer (k)PTBS aufgrund von besonderer Gewaltformen (siehe PICO-Angaben im Anlage 2) effektiver hinsichtlich der Verbesserung der (k)PTBS-Symptome, einer erneuten Traumatisierung/Reviktimisierung, weiterer psychischer Symptome, Retention in Behandlung, geringerer unerwünschter Ereignisse oder der Verbesserung der Lebensqualität im Vergleich zu keiner auf die Traumart „besondere Gewaltformen“ abgestimmten Therapie- oder Interventionsform oder keiner Vergleichsgruppe?
5. Führen *Trauma-Informed-Care*-Schulungen (zur Identifikation von und Reaktion auf häusliche Gewalt) für Gesundheitsfachkräfte mit Patient:innen mit Verdacht auf Traumafolgestörungen zu einer verbesserten Erkennung von Traumafolgestörungen, einer höheren Vermittlungsrate in soziale Einrichtung oder einer häufigeren Verhinderung von weiteren Gewalttaten/weiterer erneuter Traumatisierung im Vergleich zu keiner entsprechenden Schulung?
6. Führt eine traumafokussierte Therapie bei Personen mit einer PTBS, nach sexualisierter Gewalt und bevorstehendem oder laufendem Gerichtsverfahren (insbesondere bei Aussage-gegen-Aussage Konstellationen) zu einer Verbesserung der

Aussagefähigkeit oder des Aussagegehalts im Vergleich zu einer nicht-traumafokussierten Therapie?

7. Ist eine adjuvante zahnmedizinische Therapie des Bruxismus mittels Reflexschiene, Physiotherapie und/oder Botulinumtoxin bei Personen mit einer PTBS und craniomandibulärer Dysfunktion (CMD) mit Bruxismus effektiver in der Reduktion von CMD-Schmerz, Verbesserung der Mundöffnung oder effektiver hinsichtlich einer geringeren Dauer der PTBS-Therapie im Vergleich zu einer PTBS-Therapie ohne zahnärztliche adjuvante Maßnahme?

### 3.12.3 Empfehlungen

12.1	Konsensbasierte Empfehlung	Neu (2026)
<b>EK</b>	Diagnostische, therapeutische und versorgungsbezogene Entscheidungen sollen entsprechend dem Konzept der partizipativen Entscheidungsfindung (Shared Decision Making) erfolgen.	
	Empfehlung auf PTBS angepasst aus Benecke et al 2024 Hessinger et al 2017, Mott et al 2014, Swift et al 2018, Watts et al 2014, Zoellner et al 2019, Behindertenrechtskonvention Artikel 25 (UN-BRK), BÄK et al. 2022	
	Konsensstärke: 96,3 % (Starker Konsens)	

12.2	Konsensbasierte Empfehlung	Neu (2026)
<b>EK</b>	Bei der Aufklärung und Information über Diagnose- und Behandlungsmöglichkeiten der (k)PTBS sollen die unterschiedlichen Optionen mit ihren Vor- und Nachteilen umfassend und in verständlicher Form dargestellt werden.	
	Patientenrechtegesetz Paragraphen ab 630a	
	Konsensstärke: 96 % (Starker Konsens)	

12.3	Konsensbasierte Empfehlung	Neu (2026)
<b>EK</b>	Hausärzt:innen sollen in die Versorgung ihrer Patient:innen mit (k)PTBS kooperativ einbezogen werden.	
	APA (2017), Australian Centre for Posttraumatic Mental Health (2020), NICE (2018)	
	Konsensstärke: 100 % (Starker Konsens)	

12.4	Konsensbasierte Empfehlung	Neu (2026)
<b>EK</b>	Im Hinblick auf Diagnostik und Therapie sollte insbesondere in der Peripartalphase auf Gewalterfahrungen und Symptome einer (k)PTBS geachtet werden. Dies betrifft traumatische Erlebnisse in der Vorgeschichte, peripartale Traumatisierung inklusive deren Auswirkungen auf alle Beteiligten und das Familiensystem.	
	White 2022, Yildiz 2017, LL-Vaginale Medizin, S3-Leitlinie Peripartale Traumatisierung (unv.)	
	Konsensstärke: 96,3 % (Starker Konsens)	

12.5	Konsensbasierte Empfehlung	Neu (2026)
<b>EK</b>	Personen mit PTBS sollten bei Kiefergelenksschmerz/ Kaumuskulaturschmerz zahnärztlich vorgestellt werden, um ggf. eine adjuvante zahnärztliche Therapie bei schmerzhafter craniomandibulärer Dysfunktion zu veranlassen.	
	Connelly et al 2017, Giddon et al 2021, Woerner et al 2024, Wolowski et al 2020, DGFDT et al. 2019, DGFDT et al. 2024	
	Konsensstärke: 80 % (Konsens)	

12.6	Konsensbasierte Empfehlung	Neu (2026)
<b>EK</b>	Eine an die traumafokussierte Behandlung der (k)PTBS-Symptomatik anschließende Rehabilitation sollte angeboten werden, wenn weiterhin relevante Einschränkungen oder eine Gefährdung der Teilhabe am Erwerbsleben oder der Gesellschaft bestehen oder aus Krankheitsgründen eine berufliche Umorientierung notwendig wird.	
	Brenner et al. 2024, Brenner et al. 2019, UN-Behindertenrechtskonvention Artikel 26 (UN-BRK)	
	Konsensstärke: 84,6 % (Konsens)	

12.7	Evidenzbasierte Empfehlung	Neu (2026)	
Empfehlungsgrad <b>B ↑</b>	Bei Hinweisen auf Partnerschaftsgewalt (Häusliche Gewalt) sollte Patient:innen mit (k)PTBS der Einbezug des spezifischen Fachberatungssystems in die Behandlung angeboten werden.		
Micklitz 2024			
Qualität der Evidenz			
PTBS: sehr niedrig ⊕⊖⊖⊖	Reduktion häusliche Gewalt: sehr niedrig ⊕⊖⊖⊖	Depression: sehr niedrig ⊕⊖⊖⊖	Lebensqualität: sehr niedrig ⊕⊖⊖⊖
	Konsensstärke: 92,3 % (Konsens)		

12.8	Konsensbasierte Empfehlung	Neu (2026)
<b>EK</b>	Traumafokussierte Psychotherapie kann nach ausführlicher Aufklärung auch bei laufendem oder ausstehendem Gerichtsverfahren angeboten werden.	
	Hinweise Expertenkommission BMJus, allg. Patient:innenrechte	
	Konsensstärke: 87,5 % (Konsens)	

12.9	Konsensbasierte Empfehlung	Neu (2026)
<b>EK</b>	Alle Einrichtungen, die sich an der Gesundheitsversorgung von Menschen mit (komorbider) (k)PTBS beteiligen, sollten darin geschult werden, Trauma-Informed Care (TIC) als standardisierten und integralen Ansatz zu verwenden.	
	Australian Human Rights Commission et al. 2021, Chin et al 2024, Kalra 2021, Hegarty 2013, Hegarty 2020, Wathen et al., 2021, Mahon, 2022, Goldstein 2024, Stokes 2024, Bryson 2017, Bargemann 2022	
	Konsensstärke: 92,3 % (Konsens)	

### 3.12.4 Hintergrund der Evidenz

#### 3.12.4.1 Hintergrundtext zur Empfehlung 12.1

##### Darlegung der Evidenzgrundlage

Evidenz für die Unter- oder Überlegenheit partizipativer Entscheidungsfindung hinsichtlich des Behandlungssettings (ambulant, stationär, teilstationär) bei PTBS im Vergleich zu ausschließlich von Behandelnden- oder Patient:innenseite getroffenen Entscheidungen liegt nicht vor. Dem Expert:innenkonsens liegt die nachfolgend vorgestellte Evidenz zugrunde, die die finale Empfehlung teils mit Bezug auf psychische Erkrankungen im Allgemeinen, teils mit Bezug auf einzelne Bereiche von Versorgungsentscheidungen stützt. Angepasst an PTBS, ist die Empfehlung 12.1 in Anlehnung an eine entsprechende Empfehlung aus der S3 Leitlinie „SBPF Schwere Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktion“ formuliert. Die dortige Empfehlung ist evidenzbasiert. Eine direkte Übertragbarkeit dieser Evidenzbasis ist jedoch nicht möglich, weil sich die dort verwendete Meta-Analyse von Stovell et al. (2016) (451) auf Psychosen bezieht (451). Evidenz ohne konkreten Diagnosebezug für die Berücksichtigung der Behandlungspräferenz der Patient:innen liegt mit der Meta-Analyse von Swift et al. (2018) (452) vor. Die Behandlungspräferenz der Patient:innen ist dort assoziiert mit geringeren Abbruchraten und besserem Ergebnis der Behandlung. Dieser positive Einfluss auf das Outcome der Behandlung ist ausgeprägter bei Patient:innen mit depressiven oder Angststörungen im Vergleich zu Patient:innen mit Psychosen, problematischem Substanzgebrauch oder Verhaltensstörungen (PTBS wird nicht gesondert aufgeführt). Bei PTBS liegt Evidenz für die Berücksichtigung der Behandlungspräferenz der Patient:innen bezogen auf die Therapieform vor. Zoellner et al. (2019) führten eine randomisierte kontrollierte Studie (RCT) durch (n=200) mit 1.) Behandlungswahl vs. keine Wahl sowie 2.) Prolonged Exposure vs. Sertralin als Wahl- bzw. Zuordnungsoptionen (123). Patient:innen mit berücksichtigter Behandlungswahl zeigten eine höhere Adhärenz, verloren mit höherer Wahrscheinlichkeit die PTBS-Diagnose, berichteten geringere PTBS-, Depressions- und Angstsymptomatik und präferierten eher die Psychotherapie. Die Beteiligung an einer

Entscheidungsfindung setzt voraus, dass Patient:innen über die dazu notwendigen Informationen verfügen. Evidenz zur Stärkung der Entscheidungsfähigkeit von Patient:innen liegt bezogen auf die Implementierung von *Decision Aids* (Medizinischen Entscheidungshilfen) vor einer Behandlungsentscheidung vor. Watts et al. (2015) untersuchten in einem RCT (n=128) das Angebot einer schriftlichen, Informationen zu PTBS und Behandlungsoptionen enthaltenden *Decision Aid* vs. Standardvorgehen (453). Bei der Interventionsgruppe konnten signifikant mehr Wissen über PTBS, weniger Entscheidungsschwierigkeiten und häufiger das Erreichen einer Behandlungsentscheidung und Entscheidung für eine evidenzbasierte Therapie nachgewiesen werden; zudem zeigte die Interventionsgruppe einen stärkeren Rückgang von PTBS-Symptomen im Verlauf. Hessinger et al. (2018) analysierten in einer retrospektiven Kohortenstudie (n=1056) eine Intervention zum strukturierten Shared Decision Making in Gesprächsform, wobei ein *Shared Decision Making* (SDM) fokussierendes Gespräch mit einem die kurze Informationsvermittlung zu Behandlungsmöglichkeiten umfassenden Gespräch verglichen wurde (454). Beide Vergleichsgruppen hatten vorab bereits eine Psychoedukationsgruppe zu PTBS besucht. Die Interventionsgruppe entschied sich nach dem SDM-fokussierenden Gespräch häufiger für eine evidenzbasierte Psychotherapie statt anderer Unterstützungsformen und begann diese Therapie häufiger zeitnah. Hinsichtlich der Häufigkeit, mit der die jeweils gewählte Intervention in Anspruch genommen oder beendet wurde, konnte kein signifikanter Unterschied zwischen Interventions- und Vergleichsgruppe festgestellt werden. Bei Mott et al.'s (2014) RCT mit sehr geringer Fallzahl (n=20) zeigte die Interventionsgruppe mit SDM-fokussierendes Gespräch vs. Standardvorgehen bei der Vergleichsgruppe häufiger eine Teilnahme an > 8 Therapiesitzungen (455). Außerdem bezieht sich die Empfehlung auf normenbasierte Grundlagen wie das Patientenrechtegesetz, der UN-Behindertenrechtskonvention und der Ottawa Charta.

### **Begründung des Empfehlungsgrades mit Darlegung der Abwägung von Nutzen und Schaden der Intervention**

Aufgrund der fehlenden empirischen Evidenz mit ausreichender methodischer Qualität beruht diese Empfehlung auf einem Expert:innenkonsensus. Der hohe Empfehlungsgrad lässt sich aus der Kombination der Übereinstimmung mit geltenden Patient:innenrechten und der starken Evidenz bzgl. Therapieadhärenz und -wirksamkeit bei der Berücksichtigung von Patient:innenpräferenzen im Allgemeinen ableiten, die auch PTBS-Patient:innen miteinschließt. Letzteres wird durch die spärliche, aber förderliche Effekte abbildende Evidenz mit PTBS-Bezug gestützt. Der Nutzen (Adhärenz, Outcomes etc.) überwiegt mögliche Schäden wie z.B. die theoretisch mögliche Überforderung von Patient:innen selbst bei Psychoseerkrankungen (451). SDM lässt Patient:innen nicht mit potentiell überfordernden Entscheidungsprozessen alleine, sondern bedeutet mit dem Austausch zu Evidenz und Patient:innenpräferenz und –werten und der gemeinsame Abwägung von Konsequenzen der verschiedenen Optionen die Begleitung der Patient:innen durch den gesamten Entscheidungsprozess (456). Insbesondere für Patient:innen mit (k)PTBS infolge zwischenmenschlicher Gewalt ist die Berücksichtigung der eigenen Behandlungspräferenzen relevant, um Empowerment anstelle erneuter Ohnmachtserfahrungen zu erleben.

### **Personengruppen, auf die die Empfehlung nicht zutrifft/Alternativen**

Keine.

### **Angaben zur qualitativ guten Durchführung**

Keine.

#### **3.12.4.2 Hintergrundtext zur Empfehlung 12.2**

##### **Darlegung der Evidenzgrundlage**

Die Empfehlung 12.2 wird als Expert:innenkonsens in die Leitlinie aufgenommen. Ihre Umsetzung ist Voraussetzung zum *Shared Decision Making* (SDM). Aufklärung und Information befähigen Patient:innen zur Beteiligung an Prozessen der Entscheidungsfindung (457) und ermöglichen entgegen möglicher Abschreckungserwartungen Behandelnder (458) vorrangig die realistische Erwartung an Behandlungen. Bezogen auf Patient:innen mit PTBS kann die Evidenz zur Empfehlung 12.3 als inhaltlich unterstützend herangezogen werden. Getragen wird die vorliegende Empfehlung von professionellen und rechtlichen Normen. Die Ottawa Charta (459) spricht Menschen bereits zu, den „[...] Zugang zu allen wesentlichen Informationen, die Entfaltung von praktischen Fertigkeiten als auch die Möglichkeit, selber Entscheidungen in Bezug auf ihre persönliche Gesundheit treffen zu können.“ Behandler:innen sind nach dem Patientenrechtegesetz (§§ 630a BGB ff.) verpflichtet, über Psychotherapie, medikamentöse Therapie, physiotherapeutische, pflegerische bzw. andere gesundheitliche Behandlungsvorhaben und das vorgesehene spezielle Verfahren, über Behandlungsalternativen sowie über Risiken und Nebenwirkungen aufzuklären (460). Bezogen auf psychotherapeutische Behandlungen ist die Aufklärung verpflichtender Teil der psychotherapeutischen Sprechstunde.

##### **Begründung des Empfehlungsgrades mit Darlegung der Abwägung von Nutzen und Schaden der Intervention**

Die Empfehlung begründet sich in dem Patientenrechtegesetz, daher wurde der starke Empfehlungsgrad gewählt, auch in Anlehnung an eine ähnliche AWMF Empfehlung zur Behandlung der unipolaren Depression (176). Eine fundierte Aufklärung zur partizipativen Entscheidungsfindung entspricht der guten medizinischen Praxis (461) und schließt den Hinweis auf Selbsthilfeangebote, die Aushändigung von Informationsmaterial und eine Aufklärung unter Einbeziehung der An- und Zugehörigen ein sofern Patient:innen damit einverstanden sind (176).

### **Personengruppen, auf die die Empfehlung nicht zutrifft/Alternativen**

Keine.

### **Angaben zur qualitativ guten Durchführung**

Keine.

### **3.12.4.3 Hintergrundtext zur Empfehlung 12.3**

#### **Darlegung der Evidenzgrundlage**

Die besondere Bedeutung insbesondere von Hausärzt:innen für die Erkennung und Behandlungssteuerung posttraumatisch belasteter Patient:innen wird in internationalen Leitlinien und in der aktuellen Literatur hervorgehoben (17, 251, 442-446, 462). Primärärztliche Beratungsanlässe im Zusammenhang mit posttraumatischen Belastungen sind vielgestaltig. Die PTBS als komorbides Phänomen sind nicht selten, insbesondere auch bei der Versorgung vordergründig somatischer Beschwerden, werden aber offenbar häufig nicht erkannt (18, 244, 251). Die Prävalenz der PTBS in der primärärztlichen Versorgung liegt bei 1,3%-12,5% (17, 444). Es ist also sinnvoll, dass Hausärzt:innen sowie andere an der primärärztlichen Versorgung beteiligte Facharztgruppen grundsätzlich die PTBS und andere Traumafolgestörungen differentialdiagnostisch berücksichtigen. Neben der Diagnostik und Abklärung der Rahmenbedingungen (insbesondere Sicherheit, soziale Unterstützung) liegen die haus- und primärärztlichen Aufgaben in der Aufklärung, Psychoedukation und stützenden Begleitung im Rahmen der psychosomatischen Grundversorgung. So besteht im longitudinal ausgerichteten hausärztlichen Setting die Möglichkeit unterschiedliche stützende und stabilisierende Maßnahmen und Vorgehensweisen anzuwenden, die im Rahmen der Weiterbildung zur psychosomatischen Grundversorgung vermittelt werden (463, 464). Es existieren wenige Studien zu in der primärärztlichen Versorgung eingebetteten PTBS-spezifischen Interventionen. Diese Studien betrachten jedoch nicht die deutsche Versorgungsrealität und das hier typische hausärztliche Versorgungssetting. Gehringer et al (2020) identifizieren 4 Studien zu im hausärztlichen Setting nach spezifischen Schulungen eingesetzten CBT-basierten Interventionen, die neben Primärärzt:innen teilweise auch externe therapeutische Expertise und nichtärztliche Teammitglieder mit einbeziehen (444). Es fanden sich schwache Effekte auf die Verbesserung der Symptomlast und Funktionsbeeinträchtigung. Dasselbe gilt für in verschiedenen internationalen Studien untersuchte Gruppeninterventionen durch nichtprimärärztliche Therapeut:innen im primärärztlichen Setting, die von Schleyer et al. (2022) zusammengetragen wurden (445). Auf die deutsche Versorgungssituation sind diese Angebote und damit deren Ergebnisse nicht übertragbar. Hierzulande liegen die haus- und primärärztlichen Aufgaben in der Vernetzung und Kooperation mit verfügbaren regionalen Hilfs- und Unterstützungsangeboten.

#### **Begründung des Empfehlungsgrades mit Darlegung der Abwägung von Nutzen und Schaden der Intervention**

Die auch im deutschen Versorgungssetting bestehende Koordinierungsfunktion und damit im Zusammenhang stehenden administrativen Aufgaben und die komplexen Wechselwirkungen von (k)PTBS auf das -auch somatische- Gesund- und Kranksein machen unstreitig und gemäß Leitlinienempfehlungen in internationalen und angrenzenden deutschsprachigen Leitlinien den Einbezug der Hausärzt:innen in den Gesamtbehandlungsplan unabdingbar und begründen den starken Empfehlungsgrad. Aus der Perspektive der an der Diskussion beteiligten Versorgungspraktiker:innen ist die fallbezogene Vernetzung wertvoll, nicht selten aber zukünftig verbesserungsfähig.

## **Angaben zur qualitativ guten Durchführung**

s. 3.12.4.9

### **3.12.4.4 Hintergrundtext zur Empfehlung 12.4**

Im Hinblick auf Diagnostik und Therapie sollte insbesondere in der Peripartalphase auf Gewalterfahrungen und Symptome einer (k)PTBS geachtet werden. Dies betrifft traumatische Erlebnisse in der Vorgeschichte, peripartale Traumatisierung inklusive deren Auswirkungen auf alle Beteiligten und das Familiensystem.

#### **Darlegung der Evidenzgrundlage**

Aktuelle und frühere Gewalterfahrungen sind Hochrisikofaktoren für Schwangerschafts- und Geburtskomplikationen (465), wobei das Risiko nach sexueller Gewalt und Gewalt in Partnerschaften am höchsten ist (466). Während der Schwangerschaft und kurz nach der Geburt steigt zudem das Risiko, Gewalt zu erleben. 10% aller betroffenen Frauen erfuhren erstmals nach Beginn der Schwangerschaft Gewalt durch einen Partner, 19,5% im ersten Jahr nach der Geburt (ebd.). Eine Schwangerschaft kann auch eine direkte Folge sexueller Gewalt sein (467). Darüber hinaus sind aktuelle und frühere Gewalterfahrungen mit einem erhöhten Risiko für eine erschwerte Mutter-Kind-Bindung verbunden (465). Viele Frauen erleben während der Schwangerschaft und in der frühen postpartalen Phase, dass neue PTBS-Symptome auftreten oder bestehende PTBS-Symptome sich verschlimmern. Ein höheres Maß an Exposition gegenüber zwischenmenschlichen und reproduktiven Traumatisierungen, ein jüngeres Lebensalter sowie die Zugehörigkeit zu einer gesellschaftlich marginalisierten ethnischen oder kulturellen Gruppe sind dabei mit einem vermehrten Risiko für eine höhere Symptomlast während der gesamten Perinatalperiode verbunden (468). Zwischen 9% und 44% der Frauen, die ein Kind zur Welt bringen, erleben die Geburt als traumatisch (469). 12,3% der Mütter und 1,3% der Väter entwickeln in der Folge ein signifikantes Ausmaß an posttraumatischem Stress (PTSS) in Bezug auf die Geburt, 4,7% der Frauen und 1,2% der Väter das Vollbild einer PTBS (470). Vorbestehende Traumatisierungen und sexuelle Gewalterfahrungen sind ein Hauptrisikofaktor für die Entwicklung einer geburtsbezogenen PTBS (471). Eine geburtsbezogene PTBS kann nicht nur erhebliche negative Auswirkungen auf Gebärende haben, sondern potenziell auch auf das Kind, den Vater bzw. das Co-Elternteil und die gesamte Familie, wobei die wissenschaftliche Datenlage zur Betroffenheit des Familiensystems aktuell widersprüchlich ist (471-473). Es gibt jedoch Hinweise darauf, dass Kinder von Müttern mit ausgeprägten Symptomen einer postpartalen PTBS möglicherweise stärkere internalisierende und externalisierende Verhaltensprobleme sowie insgesamt ein höheres Maß an Verhaltensauffälligkeiten entwickeln (474) und dass zudem weitere transgenerationale Effekte perinataler Traumatisierungen bestehen (475). Personen, die eine Frühgeburt, Totgeburt oder Präeklampsie erlebt haben, weisen besonders hohe Prävalenzraten auf (471). Das Risiko für die Entwicklung einer langanhaltenden geburtsbezogenen PTBS, die über einen Zeitraum von mehr als sechs Monaten nach der Geburt besteht, ist insbesondere nach einer operativen vaginalen Entbindung oder einem

Notkaiserschnitt erhöht (476). Auch erlebte geburtshilfliche Gewalt ist ein signifikanter Prädiktor für PTBS (477), bei der zudem Vortraumatisierungen durch geburtshilfliche Gewalt zu Retraumatisierungen führen können (478). Ginter et al. (2022) führen an, dass ein langfristiges PTBS-Screening in der postnatalen Phase von Vorteil sein könnte (476). Horstmann et al. (2024) heben die Relevanz individuell angepasster Behandlungs- und Beratungsangebote für Betroffene hervor (479). (Familien-)Hebammen, die Unterstützung durch Familie, Freund:innen oder Kolleg:innen sowie persönliche Gespräche erwiesen sich als die am häufigsten genutzten und bevorzugten Unterstützungsformen. Laut Jehn et al. (2024) ist der Abbau instrumenteller Barrieren, beispielsweise durch aufsuchende Dienste oder finanzielle Unterstützung, entscheidend, um den Zugang zu Unterstützungsangeboten für Frauen mit geburtsbezogener PTBS zu erleichtern (480). Internationale Expert:innen betonen, dass die Versorgung von Frauen und Geburtshelfer:innen darauf ausgerichtet sein sollte, negative Geburtserfahrungen möglichst zu minimieren. Dies umfasst die Wahrung der Rechte von Frauen vor, während und nach der Geburt sowie die Prävention von Gewalt im geburtshilflichen Kontext. Zusätzlich wird die Integration der Grundsätze einer traumainformierten Versorgung in alle Bereiche der Geburtshilfe als essenziell angesehen (481). Hämmerli & Keller (2024) verdeutlichen zudem, dass eine traumaspezifische und psychosomatische Weiterbildung von Gynäkolog:innen für die Versorgung von Patient:innen mit früheren und aktuellen Traumaerfahrungen von Vorteil sein könnte (482).

#### **Begründung des Empfehlungsgrades mit Darlegung der Abwägung von Nutzen und Schaden der Intervention**

Es wurde keine aggregierte oder primäre Evidenz zu dieser Empfehlung identifiziert. Daher wurde hier ein Expert:innenkonsens erarbeitet.

#### **Personengruppen, auf die die Empfehlung nicht zutrifft/Alternativen**

Die vorhandene Datenlage basiert überwiegend auf Studien mit erwachsenen Frauen und deren Familiensystemen. Dennoch könnten die Empfehlungen zumindest teilweise auf Kinder, Jugendliche, trans- und nicht-binäre Personen übertragbar sein.

#### **Angaben zur qualitativ guten Durchführung**

Keine.

### **3.12.4.5 Hintergrundtext zur Empfehlung 12.5**

#### **Darlegung der Evidenzgrundlage**

In verschiedenen Prävalenzstudien in deutschen Stichproben (Allgemeinbevölkerung und ehemalige Soldaten) wurden signifikant höhere Prävalenzen für craniomandibuläre Dysfunktion (CMD) bei Personen mit PTBS im Vergleich mit Personen ohne PTBS festgestellt (483, 484). Sie kann sich bei insuffizienter Stressbewältigung im Rahmen der Somatisierung entwickeln (485). Je höher der Score der „Impact of events scale (IES)“ bei Probandinnen im Rahmen einer epidemiologischen Zwillingstudie war, desto häufiger waren CMD-Symptome

vorhanden (486). Eine zahnärztliche Reflexschienentherapie zur Kiefergelenks- / Kaumuskulaturerschmerzreduktion führte bei Personen mit PTBS im Vergleich zum Prä-Zeitpunkt zu Schmerzreduktion, Reduktion der Alpträume und Verlängerung von Durchschlafzeiten (483, 484, 487). Durch elektromyographische Studien konnte nachgewiesen werden, dass Schienen das Rekrutierungsmuster muskulärer Einheiten in der Kaumuskulatur verändern. Außerdem konnte gezeigt werden, dass sie vorübergehend die Häufigkeit und Intensität der mit dem Schlafbruxismus einhergehenden rhythmischen Kaumuskelaktivitäten vermindern können. Den Ergebnissen einer randomisierten kontrollierten Studie zum Vergleich von Massage und verschiedenen Schientypen ist zu entnehmen, dass die Kombination von Massage und Schiene zwar die Aktivität des Musculus Masseter nicht reduzieren kann, damit jedoch eine signifikante Reduktion von CMD-Beschwerden möglich ist, ohne dass diese näher beschrieben werden (488). Connelly et al. (2017) führten bei persistierender CMD nach Schienentherapie an 71 Patienten mit militärisch-einsatzbedingten PTBS Botox-Injektionen (100 U) in den Musculus Masseter und den Musculus Temporalis durch (489). Bei 77,5% der Patienten führte dies zu erheblichen CMD-Schmerzreduktion über einen Zeitraum von 5 bis 10 Wochen.

#### **Begründung des Empfehlungsgrades mit Darlegung der Abwägung von Nutzen und Schaden der Intervention**

Es gibt keine passende aggregierte oder primäre Evidenz zur Beantwortung der klinischen Fragestellung gefunden. Daher wurde ein Expert:innenkonsens erarbeitet.

#### **Personengruppen, auf die die Empfehlung nicht zutrifft/Alternativen**

In einer kleineren Studie (n=22) könnte bei Patient:innen mit PTBS und Bruxismus, niedrigem IES-Score, ohne CMD und ohne eingeschränkte Mundöffnung, die Lockerung der Kaumuskulatur durch Selbstmassage innerhalb von 6 Wochen ohne Schienentherapie erreicht werden (483). Patient:innen ohne bestehenden Bruxismus profitieren nicht von Botox-Injektionen (489).

#### **Angaben zur qualitativ guten Durchführung**

Keine.

### **3.12.4.6 Hintergrundtext zur Empfehlung 12.6**

#### **Darlegung der Evidenzgrundlage**

Kontrollierte randomisierte Studien zum Effekt der Rehabilitation liegen nicht vor. Diese sind jedoch aus rechtlichen und ethischen Gründen schwer durchführbar, da bei entsprechender Indikation ein sozialrechtlicher Anspruch auf die Durchführung der Rehabilitation besteht (Sozialgesetzbuch IX). Der Effekt der psychosomatischen Rehabilitation diagnoseübergreifend wurde in einer Meta-Analyse von Steffanowski (2007) nachgewiesen (490). Zu einer vergleichbaren Einschätzung kommen auch andere Leitlinien zu psychischen Störungen, wie z.B. die S3-Leitlinie zu Angststörungen (491) und die NVL Depression (176). Eine medizinische

Rehabilitation erfolgt nicht in erster Linie diagnoseorientiert (nach ICD), sondern orientiert sich an psychosozialen Aspekten und den Konsequenzen der Erkrankung im Sinne des bio-psycho-sozialen Modells der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit (ICF; (492)). Somit ist das Ziel rehabilitativer Maßnahmen nicht die Besserung oder Heilung der Erkrankung, sondern die Verbesserung von Teilhabe am Leben in der Gesellschaft, insbesondere in Familie, Arbeit und Beruf. Entsprechend besteht die Indikation für eine psychosomatische bzw. psychiatrische Rehabilitation bei Traumafolgestörungen dann, wenn die Teilhabe am sozialen und beruflichen Leben gefährdet oder beeinträchtigt ist und ein Verlust der selbstständigen Lebensführung droht. Patient:innen mit einer (k)PTBS werden in der Rehabilitation häufig behandelt, allerdings ist dies eher selten die primäre Rehabilitationsdiagnose. Insbesondere bei der kPTBS liegt eine erhebliche Untererfassung vor, da diese in der Rehabilitation verwendeten ICD-10 noch nicht vorkommt. Erste ICD-11 basierte Erhebungen (210, 493) deuten auf Prävalenzraten um 10% auch in nicht auf Traumatherapie spezialisierten Rehaeinrichtungen hin. Für die Rehabilitation relevant sind Hinweise, dass insbesondere die Störung der Selbstorganisation bei kPTBS zu beruflichen Problemlagen und einer besonderen Benachteiligung der Betroffenen im Erwerbsleben führt (494, 495). Hinzu kommen neue Gefährdungen der Teilhabe am Erwerbsleben durch Traumatisierungen im beruflichen Kontext auch in der digitalen Arbeitswelt (496).

Die Rehabilitation ist wegen der begrenzten Behandlungsdauer und dem Schwerpunkt auf Gruppentherapie eher wenig geeignet, um die akute primäre PTBS-Symptomatik zu behandeln. Eine Ausnahme können Störungen als Folge einer Typ-I-Traumatisierung bei bis dahin psychisch stabilen Patient:innen sein, z.B. in der Psychokardiologie (179). Ziel der Rehabilitation ist aber weniger eine kurative Behandlung, als vielmehr eine Verringerung/Abwendung einer Beeinträchtigung von Aktivität und Teilhabe im Sinne der ICF (497). Vor allem (aber nicht nur) bei kPTBS bestehen auch nach einer erfolgreichen traumafokussierten Therapie bei einem Teil der Betroffenen z.B. soziale Ängste, Rückzugsverhalten, und Arbeitsplatzangst weiter. Zudem leiden die Non-Responder nach traumafokussierter Therapie in erheblichem Maße unter solchen Beeinträchtigungen und benötigen Unterstützung bei der Integration in Arbeitswelt und Gesellschaft, auch wenn eine kurative Therapieoption aktuell nicht zur Verfügung steht.

### **Begründung des Empfehlungsgrades mit Darlegung der Abwägung von Nutzen und Schaden der Intervention**

Möglich ist nur ein Expert:innenkonsens, da keine aggregierte Literatur gefunden wurde. Der Empfehlungsgrad „Sollte“ wurde in Analogie zu vergleichbaren Leitlinien (z.B. NVL unipolare Depression; S3-Leitlinie Angststörungen) gewählt, da bei Nicht-Beachten von einer Gefährdung von Aktivität und Teilhabe bzw. bei bereits vorhandenen Einschränkungen weitere Chronifizierung, reduzierte Lebensqualität und erhebliche sozialmedizinische Einschränkungen drohen (z.B. langzeitige Arbeitsunfähigkeit, vorzeitiges Ausscheiden aus dem Erwerbsleben). Psychische Erkrankungen sind die Hauptursache für gesundheitsbedingte Frühberentungen (498). Entsprechend hoch ist die Relevanz von Leistungen zur Teilhabe an Arbeit. Arbeit wirkt sich positiv auf die psychische Gesundheit von Menschen mit psychischen

Erkrankungen aus. Eine fehlende Erwerbstätigkeit ist hingegen bei depressiven Störungen ein negativer Prognosefaktor. Tagesstruktur und soziale Kontakte gehen verloren, positive Bestätigung fehlt, das Selbstwertgefühl sinkt. Hinzu kommen finanzielle Probleme und eine gesellschaftliche Stigmatisierung (176). Die S3-Leitlinie „Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen“ empfiehlt daher, die Förderung beruflicher Teilhabe schwer psychisch kranker Menschen darauf auszurichten, den Arbeitsplatzverlust zu vermeiden und entsprechende Dienste bzw. Hilfen frühzeitig einzubeziehen (499).

#### **Personengruppen, auf die die Empfehlung nicht zutrifft/Alternativen**

Im Rahmen des Reha-Antragsverfahrens erfolgt obligat eine Prüfung der Reha-Indikation und auch der Kontraindikationen (492). Hier sind v.a. zu nennen: akute Suizidalität, fehlende Gruppenfähigkeit oder Fähigkeit zur Selbststeuerung; vorrangig akutstationärer oder ambulanter Behandlungsbedarf.

#### **Angaben zur qualitativ guten Durchführung**

Die qualitativ hochwertige Durchführung der Rehabilitation insgesamt wird durch die gut etablierte Qualitätssicherung der DRV gewährleistet (500). Zur Rehabilitation von Teilhabestörungen bei (k)PTBS sollte eine Rehaklinik ein spezielles Konzept erarbeiten und über entsprechend geschultes therapeutisches Personal verfügen.

### **3.12.4.7 Hintergrundtext zur Empfehlung 12.7**

#### **Darlegung der Evidenzgrundlage**

Bei der Suchanfrage zu Behandlungsformen besonderer Traumaarten bei (k)PTBS wurde lediglich eine Meta-Analyse zum Thema Partnerschaftsgewalt bei Frauen gefunden (501). Zu den anderen Suchthemen wie sexualisierter Gewalt im Kindesalter oder Traumatisierung im militärischen Kontext fanden sich lediglich Machbarkeitsstudien (502-506) Partnerschaftsgewalt („Intimate Partner Violence“, IPV) oft auch als häusliche Gewalt bezeichnet, ist die häufigste Form von Gewalt gegen Frauen (507-509) und wird definiert als jegliches Verhalten eines aktuellen oder ehemaligen Intimpartners, das körperlichen, sexuellen oder psychischen Schaden verursacht, einschließlich körperlicher Aggression, sexueller Nötigung, psychologischem Missbrauch und kontrollierendes Verhalten (WHO 2012). In Deutschland berichteten 57,6% der Frauen (14 Jahre und älter), dass sie zu irgendeinem Zeitpunkt in ihrem Leben Opfer von Gewalt gegen Frauen wurden. Psychische Gewalt war mit 53,6% am häufigsten, 15,2% der Frauen berichteten über körperliche Gewalt und 18,6% über sexuelle Gewalt, wobei alle Formen häufig zusammen genannt wurden (510). Partnerschaftsgewalt ist einer der häufigsten Gründe für eine Vorstellung im Gesundheitswesen und führende Ursache für Morbidität und Mortalität von Frauen im gebärfähigen Alter (449, 450). IPV stellt auch für Männer eine erhebliche Bedrohung dar, und eine zunehmende Zahl von Studien weist auf vergleichbare Viktimisierungsraten bei Männern und Frauen hin (540). Insbesondere ist IPV nicht auf heterosexuelle Beziehungen beschränkt, sondern Personen aus der LGBTQIA\*-Gemeinschaft (bzw. TIN) haben ein noch höheres Risiko, IPV zu erleben als heterosexuelle und gleichgeschlechtliche Personen (511). Eine Meta-

Analyse von White et al. (2024) (507) ergab eine erhöhte Wahrscheinlichkeit für alle psychischen Erkrankungen, bei Erleben von IPV, einschließlich Depressionen, posttraumatische Belastungsstörungen (PTBS) und Suizidalität. Micklitz et al. (2024) untersuchten die Wirksamkeit psychosozialer Interventionen bei Partnerschaftsgewalt im Vergleich zu Kontrollgruppen bei der Verbesserung sicherheitsbezogener, psychischer und psychosozialer Ergebnisse bei IPV-Überlebenden (501). Insgesamt wurden 80 Studien in die qualitative Synthese und 40 Studien in die Meta-Analysen einbezogen. Psychosoziale Interventionen reduzierten signifikant die Symptome von Depression (SMD: -0,15; 95%-CI: -0,25 - -0,04) und PTBS (SMD: -0,15; 95%-CI: -0,29 - -0,01), aber nicht das erneute Erleben von IPV (SMD: -0,02; 95%-CI: -0,09 – 0,06) im Vergleich zu den Kontrollbedingungen nach der Behandlung. Hochintensive und integrative Interventionen, die Schutz-, rechtliche (advocacy based) und psychologische Komponenten kombinierten, waren günstige Untergruppen. Hameed et al. 2020 (512) fanden bei einer Cochrane Analyse Hinweise darauf, dass psychologische Therapien bei Frauen, die häusliche Gewalt erlebt haben, wahrscheinlich Depressionen und möglicherweise Angstsymptome vermindern (sechs bis 12 Monate nach der Therapie). Sie waren sich jedoch weder sicher, ob psychologische Therapien das Selbstvertrauen, die psychische Gesundheit, die Lebensqualität, die soziale Unterstützung, die Inanspruchnahme von Gesundheitsdiensten und Diensten für häusliche Gewalt und die Sicherheitsplanung verbessern, noch, ob sie posttraumatische Belastungsstörungen und die erneute Erfahrung häuslicher Gewalt verringern.

### **Begründung des Empfehlungsgrades mit Darlegung der Abwägung von Nutzen und Schaden der Intervention**

Die erzielten Effekte waren geringfügig und blieben nicht langfristig erhalten. Die Qualität der Nachweise war gering und mögliche Schäden bleiben unklar (501). Aufgrund der Häufigkeit und Bedeutung des Themas wurde dennoch der Empfehlungsgrad „sollte“ (B) gewählt. Dies auch vor dem Hintergrund, dass von der Bundesrepublik Deutschland im Jahr 2018 das Übereinkommen des Europarats zur Verhütung und Bekämpfung von Gewalt gegen Frauen und häuslicher Gewalt, die Istanbul-Konvention, als völkerrechtlich bindendes Instrument ratifiziert wurde (513).

### **Personengruppen, auf die die Empfehlung nicht zutrifft/Alternativen**

Noch nicht ausreichend erfasst sind in diesen Studien Kinder und Jugendliche oder Männer, obwohl bekannt ist, dass auch sie von häuslicher Gewalt betroffen sind. Dies gilt in noch viel stärkerem Maße für non-binäre Personen.

### **Angaben zur qualitativ guten Durchführung**

Das Gesundheitswesen ist eine außerordentlich wichtige Schlüsselstelle in der Gewaltprävention (514, 515). Insbesondere die Versorgung nach sexualisierter Gewalt (516) oder der Verdacht auf noch anhaltendes Gewalterleben erfordert eine gute Zusammenarbeit mit dem spezialisierten psychosozialen Beratungssystem. Ressourcen zum Thema finden sich in Anlage 8.

### **3.12.4.8 Hintergrundtext zur Empfehlung 12.8**

#### **Darlegung der Evidenzgrundlage**

Einige ältere Untersuchungen sehen die intensive Beschäftigung mit dem traumatischen Geschehen bei traumakonfrontativen Verfahren (517), bei Behandlungen mit Augenbewegungen, wie sie bei EMDR eingesetzt werden (518), und bei Verfahren, die mit Bildern arbeiten, wie imaginative Verfahren (519) als besonders erinnerungsverfälschend an. Jüngere Untersuchungen hingegen (520) stellen dies in Frage und fanden stattdessen, dass sich die Anzahl der richtigen Details im freien Abruf bei der Gruppe, die das imaginative Verfahren erhalten hatten, sogar verbessert hatte, nicht aber bei der Kontrollgruppe. Diese Ergebnisse aus der Laborforschung stehen im Einklang mit der Beobachtung, dass während einer Strafverfolgung wegen sexuellen Kindesmissbrauchs die Erinnerungsbeständigkeit (10-16 Jahre später) und die Inanspruchnahme einer Therapie positiv korreliert war (521). Eine möglichst zeitnahe leitliniengerechte Behandlung kann die Lebensqualität für PTBS-Betroffene deutlich verbessern (s. z.B. Kapitel 3.2). Es gibt keine strafverfahrensrechtlichen Regelungen, die der Inanspruchnahme einer Psychotherapie vor Beendigung eines Strafverfahrens entgegenstehen würden (541). Ziel psychotherapeutischer Behandlung ist das Lindern von Leid und die Erarbeitung von Perspektiven für die Zukunft und nicht das Bemühen, Erinnerung wieder zu finden (522). Für ein pauschales Absehen von Psychotherapie während eines laufenden Strafverfahrens besteht im Hinblick auf die Glaubhaftigkeit von Aussagen kein Anlass. Es existiert keine gesetzliche Regelung, die Aufschluss darüber gibt, wie im Strafverfahren mit den möglichen Auswirkungen einer Psychotherapie auf den Beweiswert einer Zeugenaussage umzugehen ist. Denn Würdigung und Bewertung einer Zeugenaussage sind allein Sache der Tatgerichte. Sie sind nach dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung (§ 261 StPO) verpflichtet, alle Umstände, die für und gegen die Glaubhaftigkeit einer Aussage sprechen gegeneinander abzuwägen (541). Dass Erinnerungen auch Scheinerinnerungen sein können und Erinnerungen beeinflussbar sind, zeigte eine Vielzahl von Studien (522, 523). Äußere Einflüsse (z.B. suggestive Befragungen) können das Gedächtnis verändern (524). Scheinerinnerungen, die keine Erlebnisgrundlage haben, können subjektiv für wahr gehalten werden und sich dann phänomenologisch nicht von echten Erinnerungen unterscheiden (525). Menschen kann suggeriert werden, dass Details/Ereignisse vorhanden waren, obwohl sie es in Wirklichkeit nicht waren. Es kann aber auch fälschlicherweise suggeriert werden, dass bestimmte Details/Ereignisse nicht erlebt wurden, obwohl sie tatsächlich vorhanden waren. Auch dies sei bei Vernehmungen zu beachten (523). In jeder psychotherapeutischen Behandlung sollte man sich dieser Möglichkeit bewusst sein. Sobald von einer Straftat berichtet wird, stehen Therapeut:innen vor der Herausforderung, den Stellenwert von Psychotherapie bezüglich juristischer Belange mit zu bedenken und auch darüber aufzuklären (525).

#### **Begründung des Empfehlungsgrades mit Darlegung der Abwägung von Nutzen und Schaden der Intervention**

In der Recherche wurde keine Literatur zur Fragestellung gefunden. Aus diesem Grund wurde ein Expert:innenkonsens formuliert.

### **Personengruppen, auf die die Empfehlung nicht zutrifft/Alternativen**

Keine.

### **Angaben zur qualitativ guten Durchführung**

Ahrens-Eipper & Walter (2024) (526) nennen als Prinzipien einer traumafokussierten Psychotherapie parallel oder vor einem Gerichtsverfahren 1.) Umfängliche Aufklärung, 2.) Genaue und umfängliche Dokumentation, 3.) Beachtung leitliniengemäßen Vorgehens, insbesondere 4.) Vermeidung von suggestiven Fragen und suggestiven Techniken und 5.) Vermeidung der gezielten Suche nach bisher nicht erinnerten traumatischen Ereignissen. Ein multidisziplinärer Ansatz, der die Zusammenarbeit von Therapeut:innen, Jurist:innen und Forschenden fördert, ist dringend gefordert.

### **3.12.4.9 Hintergrundtext zur Empfehlung 12.9**

#### **Darlegung der Evidenzgrundlage**

*Trauma-Informed Care* (TIC) ist kein spezifisches Therapieprogramm, sondern ein konzeptioneller Rahmen, der in bestehende Versorgungsansätze integriert werden kann. TIC lässt sich in vielen verschiedenen Bereichen des Gesundheitswesens – auch in der Zahnmedizin (527) anwenden – und ist für die Förderung des Wohlbefindens und der Genesung traumatisierter Menschen von wesentlicher Bedeutung. Bereits vor mehr als 20 Jahren forderten Harris und Fallot (2001) (528) einen Paradigmenwechsel der Versorgungssysteme hin zu TIC-Systemen, die als Kontrast zum Kontrollverlust bei der traumatischen Erfahrung auf fünf Grundsätzen basieren: Sicherheit, Vertrauenswürdigkeit, Wahlmöglichkeiten, Zusammenarbeit und Befähigung. Zu TIC gibt es unterschiedliche Konzepte und Ausführungen. In den letzten Jahrzehnten hat der TIC-Ansatz weltweit an Bedeutung gewonnen. So hat z.B. die Weltgesundheitsorganisation (542) die Sensibilisierung auf traumabezogene Themen in ihren Mental Health Action-Plan mit aufgenommen und die Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA), eine US-amerikanische Bundesbehörde, die sich mit Fragen der psychischen Gesundheit und der Behandlung von Substanzmissbrauch befasst, einen umfassenden Leitfaden zur Implementierung eines TIC-Ansatzes entwickelt (529). Nicht nur in den USA, sondern auch in anderen Ländern wird TIC von staatlichen Behörden und NGOs gefordert und gefördert (z.B. in Kanada, Australien, Neuseeland, Asien, Afrika). Auch in Europa ist der TIC-Ansatz inzwischen angekommen, in Großbritannien ist er sogar durch den National Health Service (NHS) im Gesundheitssystem etabliert. In Deutschland fördert das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) zwar Programme zur psychischen Gesundheit und Prävention und dadurch indirekt auch den TIC-Ansatz, konkrete Empfehlungen zu TIC wurden durch das BMG jedoch noch nicht formuliert. Dies würde die Etablierung von TIC im deutschen Versorgungssystem gewiss unterstützen. Aus einem Review von Chin et al. (530) geht hervor, dass TIC-Rahmenkonzepte

sowohl für die Mitarbeitenden als auch für die Patient:innen positive Effekte haben. Obgleich darin sowohl im Versorgungskontext von Kindern als auch von Erwachsenen positive Effekte von TIC-Schulungen identifiziert wurden, ist die Generalisierbarkeit der Ergebnisse u.a. aufgrund der Unterschiede der Schulungen, der überwiegend geringen Stichprobengrößen und der methodischen Limitationen der einbezogenen Studien reduziert. Morra et al. (531) berichten einen Mangel an veröffentlichten TIC-Schulungsprogrammen für Notfall- und Trauma-Kliniker:innen, die positive Auswirkungen zeigen und detailliert genug beschrieben sind, um großflächig übernommen werden zu können. Lediglich zwei Artikel (532, 533) wurden von ihnen identifiziert, die diese Kriterien erfüllten. Die Schulungsprogramme bewirkten eine zunehmende Vertrautheit mit dem TIC-Ansatz, die Integration in die aktuelle Praxis und Überweisungen an Trauma-Spezialist:innen.

### **Begründung des Empfehlungsgrades mit Darlegung der Abwägung von Nutzen und Schaden der Intervention**

Die aktuelle Studienlage lässt keine evidenzbasierte Empfehlung zu, so dass ein Expert:innenkonsens formuliert wurde. Aufgrund der hohen sozialpolitischen und Praxisrelevanz wurde der Empfehlungsgrad B gewählt. Dies auch vor dem Hintergrund, dass die Umsetzung von Trauma-informed Care (TIC) in zahlreichen internationalen Empfehlungen für psychiatrische Behandlungs- und Versorgungssettings enthalten ist, da viele Patient:innen traumatische Erfahrungen gemacht haben, die ihre psychische Gesundheit beeinflussen.

### **Personengruppen, auf die die Empfehlung nicht zutrifft/Alternativen**

Keine.

### **Angaben zur qualitativ guten Durchführung**

Empfohlen wird die Einführung von standardisierten Schulungen mit standardisierter Dauer, die relevante Themen aus dem Bereich des TIC umfasst.

### **3.12.5 Empfehlungen für zukünftige Forschung**

- In die deutsche Versorgungsrealität implementierbare Interventionen, seien sie primärärztlich oder kooperativ für die hausärztliche Praxis für PTBS.

- Auswirkungen der kPTBS auf die berufliche Entwicklung.
- Effekte von Art, Dauer und Intensität von IPV-Interventionen in der Primärversorgung, unter Berücksichtigung der Komplexität und Vielfalt der IPV-Erfahrungen.
- Studien zum Einsatz und Schulung von Trauma-Informed Care im psychiatrischen aber auch sonstigen medizinischen Kontext, z.B. In Notaufnahmen.
- Effekte Unterschiedlicher TIC-Schulungen (in Bezug auf Inhalte und Umfang) auf Mitarbeiter:innen und Patient:innen.
- Evaluierungen von Schulungsprogrammen, die tatsächliche (und nicht nur wahrgenommene) Verhaltensergebnisse in der Praxis messen und Effekte auf Sicherheit und Wohlbefinden der Patient:innen untersuchen.
- Untersuchung von Erinnerungsveränderung und anderen kognitionswissenschaftlichen Aspekten im klinischen Kontext (auch im Rahmen traumafokussierter Methoden) und im Kontext von Aussagesituationen.
- Einflüsse auf Zeugenaussagen bei Anzeigen von sexualisierter Gewalt oder Aussagen vor Gericht auch außerhalb von Psychotherapie
- Entwicklung und Evaluation standardisierter Maßnahmen zur Früherkennung, Prävention und Behandlung der PTBS in Schwangerschaft und Peripartalzeit
- Studien zur Rolle einer vorbestehenden komplexen PTBS oder dissoziativen Störung im Zusammenhang mit Schwangerschaft, Geburt und der postpartalen Phase.
- Studien zu adjuvanten Langzeit-Therapien bei Patient:innen mit PTBS und sCMD bei Bruxismus zur sCMD-Schmerzreduktion im Kieferbereich (z.B. Physiotherapie, Botox-Injektionen).

## 4 Wichtige Forschungsfragen

### **Diagnostik**

Übersetzung von etablierten englischsprachigen Instrumenten und Validierung der deutschen Versionen.

### **Psychotherapeutische Behandlung**

Hohe Priorität sollte Forschung zur Wirksamkeit traumafokussierter Psychotherapie im stationären Setting und der Wirksamkeit von PTBS-Behandlungen in der Routineversorgung haben. Neben kontrollierter Therapieforschung sollten naturalistische Forschungsansätze und pragmatische klinische Studien in repräsentativen klinischen Settings und mit wenigen Ausschlusskriterien durchgeführt werden.

### **Pharmatherapeutische Verfahren**

Die erwünschten und unerwünschten Wirkungen einer traumafokussierten Psychotherapie im Vergleich zu einer Pharmakotherapie (SSRI) im Langzeitverlauf bei Patient:innen mit PTBS sollten erforscht werden.

### **Adjuvante Verfahren**

Forschung zur Wirksamkeit adjuvanter Verfahren bei (k)PTBS mit methodisch hochwertigen Studiendesigns ist erforderlich.

### **Komplexe Posttraumatische Belastungsstörung**

Studien zur Wirksamkeit intensivierter traumafokussierter Therapieansätze bei kPTBS, u.a. unter Einbeziehung der Interaktion mit Merkmalen der therapeutischen Allianz sind erforderlich.

### **Komorbide Psychische Störungen**

Vergleiche gleichzeitiger (paralleler und integrativer) bzw. zeitlich aufeinanderfolgender (sequenzieller) Behandlungsstrategien sind erforderlich.

### **Behandlung von älteren Personen**

Systematische Untersuchung des Einsatzes und der Wirksamkeit von PTBS-Behandlungsansätzen bei alten und vor allem hochaltrigen Menschen. Dabei sollte besonders der Frage nachgegangen werden, ob und inwiefern alterssensible Anpassungen notwendig und wirksam sind.

### **Behandlung von Erwachsenen mit Fluchthintergrund**

Überprüfung der Effektivität und des Umfangs einer generellen psychosozialen und sozialmedizinischen Unterstützung ergänzend oder im Rahmen einer PTBS-Behandlung um die Frage zu beantworten, ob die Berücksichtigung soziostruktureller Faktoren in der PTBS-Therapie hilfreich sind und falls ja, auf welche Weise.

### **Behandlung von Erwachsenen mit Störung der SIE**

Aufbauend auf den Hinweisen des Diagnostic Manual – Intellectual Disability 2 (DM-ID2, Fletcher et al., 2018) sollte die Symptomatik einer (k)PTBS bei Erwachsenen mit Störung der Intelligenzentwicklung (SIE) vertiefend erforscht und dabei das gesamte Spektrum der SIE in seinem Entwicklungsbezug in den Blick genommen werden.

### **Diagnostik der PTBS bei Kindern und Jugendlichen**

Entwicklungsangepasste Diagnosekriterien für kPTBS im Alter von 6 Jahren und jünger entwickeln und validieren

### **Behandlung der PTBS bei Kindern und Jugendlichen**

Wirksamkeit von Interventionen, die bisher nicht ausreichend überprüften Verfahren zuzuordnen sind (u.a. psychodynamische Interventionen, systemische Interventionen, klientenzentrierte Interventionen)

### **Allgemeine Behandlungsprinzipien**

Studien zum Einsatz und Schulung von Trauma-Informed Care im psychiatrischen aber auch sonstigen medizinischen Kontext, z.B. In Notaufnahmen.

## 5 Verwendete Abkürzungen

<b>ADHS</b>	<b>Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung</b>
<b>AMSTAR</b>	Assessing the Methodological quality of Systematic Reviews
<b>AWMF</b>	Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften
<b>B-IPF</b>	Brief Inventory of Psychosocial Functioning
<b>BPSD</b>	Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia
<b>CAPS-5</b>	Clinical-Administered PTSD Scale for DSM-5
<b>CBT</b>	kognitiv-behaviorale Therapie
<b>CIDI-5</b>	Composite International Diagnostic Interview, Version 5
<b>COPIASAC</b>	Complex PTSD Item Set additional to the Clinician Administered PTSD Scale
<b>CPT</b>	Cognitive Processing Therapy
<b>DBT-PTSD</b>	Dialektisch behaviorale Therapie der PTBS
<b>D-CPT</b>	Dynamic Cognitive Processing Therapy
<b>DSM</b>	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
<b>DSO-Symptome</b>	Dissoziative Störungen Symptome
<b>EK</b>	Expert:innenkonsens
<b>EMDR</b>	Eye Movement Desensitization and Reprocessing
<b>EQ-5D-5L</b>	European Quality of Life 5 Dimension 5-Level questionnaire
<b>ESTAIR</b>	Enhanced Skill Training in Affective and Interpersonal Regulation
<b>ETI</b>	Essener Trauma Inventar
<b>GRADE</b>	Grading of Recommendations Assessment, Development, and Evaluation
<b>HTQ</b>	Harvard Trauma Questionnaire
<b>ICD</b>	International Classification of Diseases
<b>ICF</b>	Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit
<b>IES-R</b>	Impact of Event Scale revised
<b>IPF</b>	Inventory of Psychosocial Functioning
<b>ITI</b>	International Trauma Inventory
<b>ITQ</b>	International Trauma Questionnaire

<b>kPTBS</b>	komplexe Posttraumatische Belastungsstörungen
<b>KT</b>	Kognitive Therapie
<b>KVT</b>	Kognitive Verhaltenstherapie
<b>LEC</b>	Life Events Checklist
<b>LL</b>	Leitlinie
<b>M.I.N.I</b>	Mini-international neuropsychiatric interview
<b>MOS SF-12</b>	Medical Outcomes Study 12-item Short-Form
<b>MOS SF-36</b>	Medical Outcomes Study 36-item Short-Form
<b>MPH</b>	Master of Public Health
<b>NET</b>	Narrative Expositionstherapie
<b>NICE</b>	National Institute for Health and Care Excellence
<b>PC-PTSD-5</b>	Primary Care PTSD Screen for DSM-5
<b>PCL-5</b>	PTSD Checklist for DSM-5
<b>PDS-5</b>	PTSD Diagnostic Scale for DSM-5
<b>PE</b>	Prolonged Exposure
<b>PICO</b>	Population, Intervention, Comparison, Outcome
<b>PRFI</b>	Posttraumatic Stress Related Funktioning Inventory
<b>PTBS</b>	Posttraumatische Belastungsstörungen
<b>PWI</b>	Personal Wellbeing Index
<b>Q-LES-Q-SF</b>	Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire, Short Form
<b>QOLI</b>	Quality of Life Inventory
<b>RCT</b>	randomized controlled trial
<b>RoB</b>	Risk of bias
<b>SCID-5-CV</b>	Structured Clinical Interview for DSM-5, Clinical Version
<b>SIE</b>	Störung der Intelligenzentwicklung
<b>SMD</b>	Standardized Mean Difference
<b>SNRI</b>	Selektive Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer
<b>SOTS</b>	Symptoms of Trauma Scale
<b>SSRI</b>	Selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer
<b>STAIR</b>	Skills Training in Affective and Interpersonal Regulation
<b>SUE</b>	schwerwiegendes unerwünschtes Ereignis
<b>TAU</b>	Treatment as usual
<b>TF-KVT</b>	traumafokussierte kognitive Verhaltenstherapie

<b>TRADE</b>	Trauma and Dementia Interview
<b>UBSKM</b>	Unabhängigen Bundesbeauftragten für Fragen des sexuellen Kindesmissbrauchs
<b>WHO</b>	Weltgesundheitsorganisation
<b>WHO-5</b>	World Health Organization Well-Being Index
<b>WHODAS 2.0</b>	World Health Organization Disability Assessment Schedule II
<b>WHOQOL-BREF</b>	World Health Organization Quality of Life Brief Version
<b>WL</b>	Warteliste

## 6 Literaturverzeichnis

1. Benjet C, Bromet E, Karam EG, Kessler RC, McLaughlin KA, Ruscio AM, et al. The epidemiology of traumatic event exposure worldwide: results from the World Mental Health Survey Consortium. *Psychol Med.* 2016;46(2):327-43.
2. Schincariol A, Orrù G, Otgaar H, Sartori G, Scarpazza C. Posttraumatic stress disorder (PTSD) prevalence: an umbrella review. *Psychol Med.* 2024;54(15):1-14.
3. Maercker A, Hecker T, Augsburger M, Kliem S. ICD-11 Prevalence Rates of Posttraumatic Stress Disorder and Complex Posttraumatic Stress Disorder in a German Nationwide Sample. *J Nerv Ment Dis.* 2018;206(4):270-6.
4. Karatzias T, Shevlin M, Cloitre M, Busuttill W, Graham K, Hendrikx L, et al. Enhanced Skills Training in Affective and Interpersonal Regulation versus Treatment as Usual for ICD-11 Complex PTSD: A Pilot Randomised Controlled Trial (The RESTORE Trial). *Psychother Psychosom.* 2024;93(3):203-15.
5. McGinty G, Fox R, Ben-Ezra M, Cloitre M, Karatzias T, Shevlin M, et al. Sex and age differences in ICD-11 PTSD and complex PTSD: An analysis of four general population samples. *Eur Psychiatry.* 2021;64(1):e66.
6. Organisation WH. International statistical classification of diseases and related health problems. World Health Organisation 1992.
7. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5* Washington DC.: American Psychiatric Publishing; 2013.
8. Jaffe AE, DiLillo D, Hoffman L, Haikalis M, Dykstra RE. Does it hurt to ask? A meta-analysis of participant reactions to trauma research. *Clinical Psychology Review.* 2015;40:40-56.
9. Jacobi F, Höfler M, Siebert J, Mack S, Gerschler A, Scholl L, et al. Twelve-month prevalence, comorbidity and correlates of mental disorders in Germany: the Mental Health Module of the German Health Interview and Examination Survey for Adults (DEGS1-MH). *Int J Methods Psychiatr Res.* 2014;23(3):304-19.
10. Karatzias T, Hyland P, Bradley A, Cloitre M, Roberts NP, Bisson JI, et al. Risk factors and comorbidity of ICD-11 PTSD and complex PTSD: Findings from a trauma-exposed population based sample of adults in the United Kingdom. *Depress Anxiety.* 2019;36(9):887-94.
11. Folke S, Karstoft KI, Andersen SB, Karatzias T, Nissen LR, Nielsen ABS. Risk factors, comorbidity and social impairment of ICD-11 PTSD and complex PTSD in Danish treatment-seeking military veterans. *J Psychiatr Res.* 2023;163:247-53.
12. Fox R, Hyland P, McHugh Power J, Coogan AN. Patterns of comorbidity associated with ICD-11 PTSD among older adults in the United States. *Psychiatry Res.* 2020;290:113171.
13. Guzman Torres E, Krause-Utz A, Sack M. Predictors of complex PTSD: the role of trauma characteristics, dissociation, and comorbid psychopathology. *Borderline Personal Disord Emot Dysregul.* 2023;10(1):1.
14. Pietrzak RH, Goldstein RB, Southwick SM, Grant BF. Prevalence and Axis I comorbidity of full and partial posttraumatic stress disorder in the United States: Results from Wave 2 of the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Journal of Anxiety Disorders.* 2011;25(3):456-65.
15. Hicks EM, Niarchou M, Goleva S, Kabir D, Johnson J, Johnston KJA, et al. Comorbidity Profiles of Posttraumatic Stress Disorder Across the Medical Phenome. *Biol Psychiatry Glob Open Sci.* 2024;4(5):100337.

16. Schnurr PP, Wachen JS, Green BL, Kaltman S. Trauma exposure, PTSD, and physical health. *Handbook of PTSD: Science and practice*, 3rd ed. New York, NY, US: The Guilford Press; 2021. p. 462-79.
17. Spottswood M, Davydow DS, Huang H. The Prevalence of Posttraumatic Stress Disorder in Primary Care: A Systematic Review. *Harv Rev Psychiatry*. 2017;25(4):159-69.
18. Greene T, Neria Y, Gross R. Prevalence, Detection and Correlates of PTSD in the Primary Care Setting: A Systematic Review. *J Clin Psychol Med Settings*. 2016;23(2):160-80.
19. von der Warth R, Dams J, Grochtdreis T, König HH. Economic evaluations and cost analyses in posttraumatic stress disorder: a systematic review. *Eur J Psychotraumatol*. 2020;11(1):1753940.
20. Grochtdreis T, König H-H, Leichsenring F, Beutel ME, Feix L, Gündel H, et al. Excess costs of post-traumatic stress disorder related to child maltreatment in Germany. *European Psychiatry*. 2025:1-24.
21. Armenta RF, Rush T, LeardMann CA, Millegan J, Cooper A, Hoge CW. Factors associated with persistent posttraumatic stress disorder among U.S. military service members and veterans. *BMC Psychiatry*. 2018;18(1):48.
22. Dunlop BW, Kaye JL, Youngner C, Rothbaum B. Assessing Treatment-Resistant Posttraumatic Stress Disorder: The Emory Treatment Resistance Interview for PTSD (E-TRIP). *Behav Sci (Basel)*. 2014;4(4):511-27.
23. Pagel JF. *Post-Traumatic Stress Disorder: A Guide for Primary Care Clinicians and Therapists*. Cham, Switzerland: Springer Nature Switzerland AG; 2021.
24. Kolassa I-T, Ertl V, Eckart C, Kolassa S, Onyut LP, Elbert T. Spontaneous remission from PTSD depends on the number of traumatic event types experienced. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*. 2010;2(3):169-74.
25. Conrad D, Wilker S, Pfeiffer A, Lingenfelder B, Ebalu T, Lanzinger H, et al. Does trauma event type matter in the assessment of traumatic load? *Eur J Psychotraumatol*. 2017;8(1):1344079.
26. Jaffe AE, DiLillo D, Gratz KL, Messman-Moore TL. Risk for revictimization following interpersonal and noninterpersonal trauma: Clarifying the role of posttraumatic stress symptoms and trauma-related cognitions. *Journal of Traumatic Stress*. 2019;32(1):42-55.
27. Sacchi et al. Effects of cumulative trauma load on long-term trajectories of life satisfaction and health in a population-based study. *BMC Public Health*. 2020;20:1612.
28. Schneider A, Pfeiffer A, Conrad D, Elbert T, Kolassa I-T, Wilker S. Does cumulative exposure to traumatic stressors predict treatment outcome of community-implemented exposure-based therapy for PTSD? *European Journal of Psychotraumatology*. 2020;11(1).
29. Weathers FWbd-ed-s, Blake DDbd-ed-s, Schnurr PPbd-ed-s, Kaloupek DGbd-ed-s, Marx BPbd-ed-s, Keane TM. *The Life Events Checklist for DSM-5 (LEC-5)*. Instrument / Screening Tool. 2013.
30. Stevenson A, Beltran M, Misra S, Ametaj AA, Bronkhorst A, Gelaye B, et al. Trauma exposure and psychometric properties of the Life Events Checklist among adults in South Africa. *European Journal of Psychotraumatology*. 2023;14(1).
31. Blackmore R, Boyle JA, Fazel M, Ranasinha S, Gray KM, Fitzgerald G, et al. The prevalence of mental illness in refugees and asylum seekers: A systematic review and meta-analysis. *PLoS Med*. 2020;17(9):e1003337.
32. Hoell A, Kourmpeli E, Salize HJ, Heinz A, Padberg F, Habel U, et al. Prevalence of depressive symptoms and symptoms of post-traumatic stress disorder among newly arrived

- refugees and asylum seekers in Germany: systematic review and meta-analysis. *BJPsych Open*. 2021;7(3):e93.
33. Patanè M, Ghane S, Karyotaki E, Cuijpers P, Schoonmade L, Tarsitani L, et al. Prevalence of mental disorders in refugees and asylum seekers: a systematic review and meta-analysis. *Glob Ment Health (Camb)*. 2022;9:250-63.
  34. van den Berk-Clark C, Gallamore R, Barnes J, Oberle A, Meyer D, Schneider FD. Identifying and overcoming barriers to trauma screening in the primary care setting. *Families, Systems, & Health*. 2021;39(2):177-87.
  35. Baker LD, Smith AJ. Adapting the Primary Care PTSD Screener for firefighters. *Occupational Medicine*. 2023;73(3):142-7.
  36. Baker LD, Dolezal ML, Goodson JT, Smith AJ. Screening for PTSD in police officers: Preliminary psychometric properties of the adapted primary care PTSD screen for DSM-5 (PC-PTSD-5 [0-20]) screener. *Psychol Trauma*. 2025;17(4):840-7.
  37. Bohnert KM, Sripada RK, Mach J, McCarthy JF. Same-Day Integrated Mental Health Care and PTSD Diagnosis and Treatment Among VHA Primary Care Patients With Positive PTSD Screens. *Psychiatr Serv*. 2016;67(1):94-100.
  38. Cameron D, Shiner B, Denneson LM, Dieckmann NF, O'Neill A, Carlson KF, et al. Mental health care utilization following a new positive PTSD screen in primary care in the Veterans Health Administration. *Psychol Serv*. 2024.
  39. Magwood O, Bellai-Dussault K, Fox G, McCutcheon C, Adams O, Saad A, et al. Diagnostic test accuracy of screening tools for post-traumatic stress disorder among refugees and asylum seekers: A systematic review and meta-analysis. *J Migr Health*. 2023;7:100144.
  40. Prins A, Bovin MJ, Kimerling R, Kaloupek DG, Marx BP, Pless Kaiser A, et al. The primary care PTSD screen for DSM-5 (PC-PTSD-5). Washington, DC: National Center for PTSD; 2022.
  41. Price M, Szafranski DD, van Stolk-Cooke K, Gros DF. Investigation of abbreviated 4 and 8 item versions of the PTSD Checklist 5. *Psychiatry Res*. 2016;239:124-30.
  42. Weber M, Burchert S, Sijbrandij M, Patanè M, Pinucci I, Renneberg B, et al. Mental health across two years of the COVID-19 pandemic: a 5-wave longitudinal study in Germany. *Front Psychiatry*. 2023;14:1229700.
  43. Zuromski KL, Ustun B, Hwang I, Keane TM, Marx BP, Stein MB, et al. Developing an optimal short-form of the PTSD Checklist for DSM-5 (PCL-5). *Depress Anxiety*. 2019;36(9):790-800.
  44. Margraf J, Schneider S. Diagnostik psychischer Störungen mit strukturierten Interviews. *Lehrbuch der Verhaltenstherapie: Band 1: Grundlagen, Diagnostik, Verfahren, Rahmenbedingungen*. Berlin; Heidelberg: Springer; 2009. p. 339–62.
  45. Schellong et al. Diagnostik und Differenzialdiagnostik 2019 05. 129-56 p.
  46. Rief Wbd-ed-s, Hautzinger Mbd-ed-s, Lincoln Tbd-ed-s, Margraf Jbd-ed-s, Tuschen-Caffier B. *Leitlinienorientierte Psychotherapie*. 1st ed. ed. Göttingen: Hogrefe Verlag GmbH & Company KG; 2024.
  47. Card P. VA/DoD clinical practice guideline for the management of posttraumatic stress disorder and acute stress disorder. *Focus*. 2017;16:430–48.
  48. Roberts NP, Cloitre M, Bisson J, Brewin CR. International trauma interview (ITI) for ICD-11 PTSD and complex PTSD. [Unpublished measure]. In press 2018.
  49. Weathers FW, Bovin MJ, Lee DJ, Sloan DM, Schnurr PP, Kaloupek DG, et al. The Clinician-Administered PTSD Scale for DSM–5 (CAPS-5): Development and initial psychometric evaluation in military veterans. *Psychological Assessment*. 2018;30(3):383-95.

50. Organization WH. Composite International Diagnostic Interview (CIDI-5). World Health Organization; 2018.
51. Tagay S. Das Essener Trauma-Inventar (ETI) – Ein Screeninginstrument zur Identifikation traumatischer Ereignisse und posttraumatischer Störungen. *Zeitschrift für Psychotraumatologie, Psychotherapiewissenschaft, Psychologische Medizin*. 2007;5(1):75–89.
52. Beesdo-Baum K, Zaudig M, Wittchen H-U. SCID-5-PD. Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-5 - Persönlichkeitsstörungen. Deutsche Bearbeitung des Structured Clinical Interview for DSM-5 -Personality Disorders von Michael B. First, Janet B. W. Williams, Lorna Smith Benjamin, Robert L. Spitzer. 1. Auflage ed. Göttingen: Hogrefe; 2019.
53. First MB, Williams JB, Karg RS, Spitzer RL. User's guide for the SCID-5-CV Structured Clinical Interview for DSM-5® disorders: Clinical version. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing, Inc.; 2016.
54. Wojjutari AK, Idemudia ES, Ugwu LE. The assessment of reliability generalisation of clinician-administered PTSD scale for DSM-5 (CAPS-5): a meta-analysis. *Front Psychol*. 2024;15:1354229.
55. Bachem R, Maercker A, Levin Y, Köhler K, Willmund G, Bohus M, et al. Assessing complex PTSD and PTSD: validation of the German version of the International Trauma Interview (ITI). *Eur J Psychotraumatol*. 2024;15(1):2344364.
56. Gelezelyte O, Roberts NP, Kvedaraite M, Bisson JI, Brewin CR, Cloitre M, et al. Validation of the International Trauma Interview (ITI) for the Clinical Assessment of ICD-11 Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) and Complex PTSD (CPTSD) in a Lithuanian Sample. *Eur J Psychotraumatol*. 2022;13(1):2037905.
57. Bondjers K, Hyland P, Roberts NP, Bisson JI, Willebrand M, Arnberg FK. Validation of a clinician-administered diagnostic measure of ICD-11 PTSD and Complex PTSD: the International Trauma Interview in a Swedish sample. *Eur J Psychotraumatol*. 2019;10(1):1665617.
58. Choi H, Lee HS, Roberts NP. Validation of the International Trauma Interview (ITI) among treatment-seeking people with adverse childhood experiences in South Korea. *Eur J Psychotraumatol*. 2025;16(1):2447182.
59. Vindbjerg E, Sandahl H, Mortensen EL, Roberts NP, Carlsson J. The structure of ICD-11 post traumatic stress disorder in a clinical sample of refugees based on the International Trauma Interview. *Acta Psychiatr Scand*. 2023;148(3):302-9.
60. Hoyer J, Ruhl U, Scholz D, Wittchen H-U. Patients' feedback after computer-assisted diagnostic interviews for mental disorders. *Psychotherapy Research*. 2006;16(3):357-63.
61. Krüger-Gottschalk A, Knaevelsrud C, Rau H, Dyer A, Schäfer I, Schellong J, et al. The German version of the Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5 (PCL-5): psychometric properties and diagnostic utility. *BMC Psychiatry*. 2017;17(1):379.
62. Wittmann L, Dimitrijevic A, Ehlers A, Foa EB, Kessler H, Schellong J, et al. Psychometric properties and validity of the German version of the Post-Traumatic Diagnostic Scale for DSM-5 (PDS-5). *European Journal of Psychotraumatology*. 2021;12(1).
63. Seiler N, Davoodi K, Keem M, Das S. Assessment tools for complex post traumatic stress disorder: a systematic review. *Int J Psychiatry Clin Pract*. 2023;27(3):292-300.
64. Alghamdi M, Hunt N. Psychometric properties of the Arabic Posttraumatic Diagnostic Scale for DSM-5 (A-PDS-5). *Traumatology*. 2020;26(1):109-16.
65. Foa EB, McLean CP, Zang Y, Zhong J, Powers MB, Kauffman BY, et al. Psychometric properties of the Posttraumatic Diagnostic Scale for DSM-5 (PDS-5). *Psychol Assess*. 2016;28(10):1166-71.

66. Christen D, Killikelly C, Maercker A, Augsburger M. Item Response Model Validation of the German ICD-11 International Trauma Questionnaire for PTSD and CPTSD. *Clin Psychol Eur.* 2021;3(4):e5501.
67. Langdon PE, Bisson JI, Rogers G, Swain S, Hiles S, Watkins A, et al. Evaluation of an adapted version of the International Trauma Questionnaire for use by people with intellectual disabilities. *Br J Clin Psychol.* 2023;62(2):471-82.
68. Weiss DS. The Impact of Event Scale: Revised. Cross-cultural assessment of psychological trauma and PTSD. *International and cultural psychology.* New York, NY, US: Springer Science + Business Media; 2007. p. 219-38.
69. Lechner-Meichsner F, Steil R. A clinician rating to diagnose CPTSD according to ICD-11 and to evaluate CPTSD symptom severity: Complex PTSD Item Set additional to the CAPS (COPISAC). *European Journal of Psychotraumatology.* 2021;12(1).
70. Ford JD, Mendelsohn M, Opler LA, Opler MG, Kallivayalil D, Levitan J, et al. The Symptoms of Trauma Scale (SOTS): An Initial Psychometric Study. *J Psychiatr Pract.* 2015;21(6):474-83.
71. Legerski J-P, Bunnell SL. The risks, benefits, and ethics of trauma-focused research participation. *Ethics & Behavior.* 2010;20(6):429-42.
72. Benfer N, Litz B. Assessing and Addressing Functioning and Quality of Life in PTSD. *Current Treatment Options in Psychiatry.* 2023;10.
73. Mahoney CT, Marx BP. Assessing PTSD-related functional impairment and quality of life. *The Oxford handbook of traumatic stress disorders, 2nd ed. Oxford library of psychology.* New York, NY, US: Oxford University Press; 2022. p. 562-88.
74. Rodriguez PaHDaMB. Assessment of posttraumatic stress disorder-related functional impairment: A review. *Journal of rehabilitation research and development.* 2012;49:649-66.
75. Scoglio AAJ, Reilly ED, Girouard C, Quigley KS, Carnes S, Kelly MM. Social Functioning in Individuals With Post-Traumatic Stress Disorder: A Systematic Review. *Trauma Violence Abuse.* 2022;23(2):356-71.
76. Bovin MJ, Black SK, Rodriguez P, Lunney CA, Kleiman SE, Weathers FW, et al. Development and validation of a measure of PTSD-related psychosocial functional impairment: The Inventory of Psychosocial Functioning. *Psychol Serv.* 2018;15(2):216-29.
77. Kleiman SE, Bovin MJ, Black SK, Rodriguez P, Brown LG, Brown ME, et al. Psychometric properties of a brief measure of posttraumatic stress disorder-related impairment: The Brief Inventory of Psychosocial Functioning. *Psychological Services.* 2020;17(2):187-94.
78. McCaslin SE, Maguen S, Metzler T, Bosch J, Neylan TC, Marmar CR. Assessing posttraumatic stress related impairment and well-being: The Posttraumatic Stress Related Functioning Inventory (PRFI). *Journal of Psychiatric Research.* 2016;72:104-11.
79. Correll et al. Beyond symptom improvement: transdiagnostic and disorder-specific ways to assess functional and quality of life outcomes across mental disorders in adults. *World Psychiatry.* 2025;24(3):296-318.
80. Walach Hbd-ed-s, Güthlin C. Die psychometrischen Eigenschaften des deutschen MOS-SF-36-Health-Surveys. *Journal of Public Health.* 2001;9(3):242-60.
81. Kuhl HC, Farin E, Follert P. Die Messung von Rehabilitationsergebnissen mit dem IRES und dem SF-12 - Vor- und Nachteile unterschiedlich umfangreicher Erhebungsinstrumente in der Qualitätssicherung. *Physikalische Medizin, Rehabilitationsmedizin, Kurortmedizin.* 2004;14(05):236-42.

82. Federici S, Bracalenti M, Meloni F, Luciano JV. World Health Organization disability assessment schedule 2.0: An international systematic review. *Disabil Rehabil.* 2017;39(23):2347-80.
83. Poesl M. Evaluation of the World Health Organization Disability Assessment Schedule II (WHO DAS II) – German Version [Dissertation]: Ludwig-Maximilians-Universität München; 2004.
84. Renn et al. International Well-being Index: The Austrian Version. *Social Indicators Research.* 2009;90:243-56.
85. Endicott J, Nee J, Harrison W, Blumenthal R. Quality of life enjoyment and satisfaction questionnaire: A new measure. *Psychopharmacology Bulletin.* 1993;29(2):321-6.
86. Masuch TV, Bea M, Alm B, Deibler P, Sobanski E. Internalized stigma, anticipated discrimination and perceived public stigma in adults with ADHD. *Atten Defic Hyperact Disord.* 2019;11(2):211-20.
87. Gunzelmann T, Brähler E, Angermeyer C, Reinhold K, Matschinger H. Deutschsprachige Version der WHO Instrumente zur Erfassung von Lebensqualität WHOQOL-100 und WHOQOL-BREFM. *Zeitschrift für Medizinische Psychologie.* 2002;11:44-8.
88. Brähler E, MaHACaSS. Teststatistische Prüfung und Normierung der deutschen Versionen des EUROHIS-QOL Lebensqualität-Index und des WHO-5 Wohlbefindens-Index. Testing and standardization of the German version of the EUROHIS-QOL and WHO-5 quality-of-life-indices. *Diagnostica.* 2007;53:83-96.
89. Boczor S, Daubmann A, Eisele M, Blozik E, Scherer M. Quality of life assessment in patients with heart failure: validity of the German version of the generic EQ-5D-5L™. *BMC Public Health.* 2019;19(1):1464.
90. Ludwig K, Graf von der Schulenburg JM, Greiner W. German Value Set for the EQ-5D-5L. *Pharmacoeconomics.* 2018;36(6):663-74.
91. Prause W, Saletu B, Tribl GG, Rieder A, Rosenberger A, Bolitschek J, et al. Effects of socio-demographic variables on health-related quality of life determined by the quality of life index--German version. *Hum Psychopharmacol.* 2005;20(5):359-65.
92. Yunitri N, Chu H, Kang XL, Wiratama BS, Lee TY, Chang LF, et al. Comparative effectiveness of psychotherapies in adults with posttraumatic stress disorder: a network meta-analysis of randomised controlled trials. *Psychol Med.* 2023;53(13):6376-88.
93. Lewis C, Roberts NP, Andrew M, Starling E, Bisson JI. Psychological therapies for post-traumatic stress disorder in adults: Systematic review and meta-analysis. *European Journal of Psychotraumatology.* 2020;11(1).
94. Belsher BE, Beech E, Evatt D, Smolenski DJ, Shea MT, Otto JL, et al. Present-centered therapy (PCT) for post-traumatic stress disorder (PTSD) in adults. *Cochrane Database Syst Rev.* 2019;2019(11).
95. Cusack K, Jonas DE, Forneris CA, Wines C, Sonis J, Middleton JC, et al. Psychological treatments for adults with posttraumatic stress disorder: A systematic review and meta-analysis. *Clin Psychol Rev.* 2016;43:128-41.
96. Hoppen TH, Lindemann AS, Morina N. Safety of psychological interventions for adult post-traumatic stress disorder: meta-analysis on the incidence and relative risk of deterioration, adverse events and serious adverse events. *Br J Psychiatry.* 2022;1-10.
97. Mavranzouli I, Megnin-Viggars O, Daly C, Dias S, Welton NJ, Stockton S, et al. Psychological treatments for post-traumatic stress disorder in adults: a network meta-analysis. *Psychol Med.* 2020;50(4):542-55.
98. Justiz Bd. Praxishinweise zum Verhältnis von Psychotherapie und Strafverfahren. Bundesministerium der Justiz; 2024.

99. Ehring T, Welboren R, Morina N, Wicherts JM, Freitag J, Emmelkamp PM. Meta-analysis of psychological treatments for posttraumatic stress disorder in adult survivors of childhood abuse. *Clin Psychol Rev.* 2014;34(8):645-57.
100. Asmundson GJG, Thorisdottir AS, Roden-Foreman JW, Baird SO, Witcraft SM, Stein AT, et al. A meta-analytic review of cognitive processing therapy for adults with posttraumatic stress disorder. *Cogn Behav Ther.* 2019;48(1):1-14.
101. Oprel DAC, Hoeboer CM, Schoorl M, de Kleine RA, Cloitre M, Wigard IG, et al. Effect of Prolonged Exposure, intensified Prolonged Exposure and STAIR+Prolonged Exposure in patients with PTSD related to childhood abuse: a randomized controlled trial. *Eur J Psychotraumatol.* 2021;12(1):1851511.
102. Raabe S, Ehring T, Marquenie L, Arntz A, Kindt M. Imagery Rescripting as a stand-alone treatment for posttraumatic stress disorder related to childhood abuse: A randomized controlled trial. *J Behav Ther Exp Psychiatry.* 2022;77:101769.
103. van Vliet NI, Huntjens RJC, van Dijk MK, Bachrach N, Meewisse ML, de Jongh A. Phase-based treatment versus immediate trauma-focused treatment for post-traumatic stress disorder due to childhood abuse: randomised clinical trial. *BJPsych Open.* 2021;7(6).
104. Scott AM, Bakhit M, Greenwood H, Cardona M, Clark J, Krzyzaniak N, et al. Real-Time Telehealth Versus Face-to-Face Management for Patients With PTSD in Primary Care: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Clin Psychiatry.* 2022;83(4).
105. Dell L, Sbisà AM, Forbes A, O'Donnell M, Bryant R, Hodson S, et al. Massed v. standard prolonged exposure therapy for PTSD in military personnel and veterans: 12-month follow-up of a non-inferiority randomised controlled trial. *Psychol Med.* 2023;53(15):7070-7.
106. Ehlers A, Hackmann A, Grey N, Wild J, Liness S, Albert I, et al. A randomized controlled trial of 7-day intensive and standard weekly cognitive therapy for PTSD and emotion-focused supportive therapy. *Am J Psychiatry.* 2014;171(3):294-304.
107. Foa EB, McLean CP, Zang Y, Rosenfield D, Yadin E, Yarvis JS, et al. Effect of Prolonged Exposure Therapy Delivered Over 2 Weeks vs 8 Weeks vs Present-Centered Therapy on PTSD Symptom Severity in Military Personnel: A Randomized Clinical Trial. *Jama.* 2018;319(4):354-64.
108. Hoppen TH, Kip A, Morina N. Are psychological interventions for adult PTSD more efficacious and acceptable when treatment is delivered in higher frequency? A meta-analysis of randomized controlled trials. *J Anxiety Disord.* 2023;95:102684.
109. Sutar R, Sahu S. Pharmacotherapy for dissociative disorders: A systematic review. *Psychiatry Research.* 2019;281.
110. Hoskins MD, Bridges J, Sinnerton R, Nakamura A, Underwood JFG, Slater A, et al. Pharmacological therapy for post-traumatic stress disorder: a systematic review and meta-analysis of monotherapy, augmentation and head-to-head approaches. *Eur J Psychotraumatol.* 2021;12(1):1802920.
111. Merz J, Schwarzer G, Gerger H. Comparative Efficacy and Acceptability of Pharmacological, Psychotherapeutic, and Combination Treatments in Adults With Posttraumatic Stress Disorder: A Network Meta-analysis. *JAMA Psychiatry.* 2019;76(9):904-13.
112. Buhmann CB, Nordentoft M, Ekstroem M, Carlsson J, Mortensen EL. The effect of flexible cognitive-behavioural therapy and medical treatment, including antidepressants on post-traumatic stress disorder and depression in traumatised refugees: pragmatic randomised controlled clinical trial. *Br J Psychiatry.* 2016;208(3):252-9.

113. Frommberger U, Stieglitz RD, Nyberg E, Richter H, Novelli-Fischer U, Angenendt J, et al. Comparison between paroxetine and behaviour therapy in patients with posttraumatic stress disorder (PTSD): A pilot study. *Int J Psychiatry Clin Pract.* 2004;8(1):19-23.
114. Jerud AB, Pruitt LD, Zoellner LA, Feeny NC. The effects of prolonged exposure and sertraline on emotion regulation in individuals with posttraumatic stress disorder. *Behav Res Ther.* 2016;77:62-7.
115. van der Kolk BA, Spinazzola J, Blaustein ME, Hopper JW, Hopper EK, Korn DL, et al. A randomized clinical trial of eye movement desensitization and reprocessing (EMDR), fluoxetine, and pill placebo in the treatment of posttraumatic stress disorder: treatment effects and long-term maintenance. *J Clin Psychiatry.* 2007;68(1):37-46.
116. Rothbaum BO, Cahill SP, Foa EB, Davidson JR, Compton J, Connor KM, et al. Augmentation of sertraline with prolonged exposure in the treatment of posttraumatic stress disorder. *J Trauma Stress.* 2006;19(5):625-38.
117. Simon NM, Connor KM, Lang AJ, Rauch S, Krulewicz S, LeBeau RT, et al. Paroxetine CR augmentation for posttraumatic stress disorder refractory to prolonged exposure therapy. *J Clin Psychiatry.* 2008;69(3):400-5.
118. Hien DA, Levin FR, Ruglass LM, López-Castro T, Papini S, Hu MC, et al. Combining seeking safety with sertraline for PTSD and alcohol use disorders: A randomized controlled trial. *J Consult Clin Psychol.* 2015;83(2):359-69.
119. Mithoefer MC, Wagner MT, Mithoefer AT, Jerome L, Doblin R. The safety and efficacy of {+/-}3,4-methylenedioxymethamphetamine-assisted psychotherapy in subjects with chronic, treatment-resistant posttraumatic stress disorder: the first randomized controlled pilot study. *J Psychopharmacol.* 2011;25(4):439-52.
120. Oehen P, Traber R, Widmer V, Schnyder U. A randomized, controlled pilot study of MDMA ( $\pm$  3,4-Methylenedioxymethamphetamine)-assisted psychotherapy for treatment of resistant, chronic Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD). *J Psychopharmacol.* 2013;27(1):40-52.
121. Rauch SAM, Kim HM, Powell C, Tuerk PW, Simon NM, Acierno R, et al. Efficacy of Prolonged Exposure Therapy, Sertraline Hydrochloride, and Their Combination Among Combat Veterans With Posttraumatic Stress Disorder: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Psychiatry.* 2019;76(2):117-26.
122. Storm MP, Christensen KS. Comparing treatments for post-traumatic stress disorder - a systematic review. *Dan Med J.* 2021;68(9).
123. Zoellner LA, Roy-Byrne PP, Mavissakalian M, Feeny NC. Doubly Randomized Preference Trial of Prolonged Exposure Versus Sertraline for Treatment of PTSD. *Am J Psychiatry.* 2019;176(4):287-96.
124. Forman-Hoffman V, Middleton JC, Feltner C, Gaynes BN, Weber RP, Bann C, et al. AHRQ Comparative Effectiveness Reviews. Psychological and Pharmacological Treatments for Adults With Posttraumatic Stress Disorder: A Systematic Review Update. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2018.
125. Hetrick SE, Purcell R, Garner B, Parslow R. Combined pharmacotherapy and psychological therapies for post traumatic stress disorder (PTSD). *Cochrane Database Syst Rev.* 2010;2010(7):Cd007316.
126. Kunzke D, Thoma MV, Joksimovic L. Pharmako- und/oder Psychotherapie bei posttraumatischer Belastungsstörung. *Psychotherapeut.* 2019;64(4):306-21.
127. Lee DJ, Schnitzlein CW, Wolf JP, Vythilingam M, Rasmusson AM, Hoge CW. PSYCHOTHERAPY VERSUS PHARMACOTHERAPY FOR POSTTRAUMATIC STRESS DISORDER:

SYSTEMIC REVIEW AND META-ANALYSES TO DETERMINE FIRST-LINE TREATMENTS. *Depress Anxiety*. 2016;33(9):792-806.

128. Sonis J, Cook JM. Medication versus trauma-focused psychotherapy for adults with posttraumatic stress disorder: A systematic review and meta-analysis. *Psychiatry Res*. 2019;282:112637.
129. Stewart CL, Wrobel TA. Evaluation of the efficacy of pharmacotherapy and psychotherapy in treatment of combat-related post-traumatic stress disorder: a meta-analytic review of outcome studies. *Mil Med*. 2009;174(5):460-9.
130. Williams T, Phillips NJ, Stein DJ, Ipser JC. Pharmacotherapy for post traumatic stress disorder (PTSD). *Cochrane Database Syst Rev*. 2022;3(3):Cd002795.
131. de Moraes Costa G, Zanatta FB, Ziegelmann PK, Soares Barros AJ, Mello CF. Pharmacological treatments for adults with post-traumatic stress disorder: A network meta-analysis of comparative efficacy and acceptability. *J Psychiatr Res*. 2020;130:412-20.
132. Huang ZD, Zhao YF, Li S, Gu HY, Lin LL, Yang ZY, et al. Comparative Efficacy and Acceptability of Pharmaceutical Management for Adults With Post-Traumatic Stress Disorder: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Front Pharmacol*. 2020;11:559.
133. Cipriani A, Williams T, Nikolakopoulou A, Salanti G, Chaimani A, Ipser J, et al. Comparative efficacy and acceptability of pharmacological treatments for post-traumatic stress disorder in adults: a network meta-analysis. *Psychol Med*. 2018;48(12):1975-84.
134. Hoskins M, Pearce J, Bethell A, Dankova L, Barbui C, Tol WA, et al. Pharmacotherapy for post-traumatic stress disorder: systematic review and meta-analysis. *Br J Psychiatry*. 2015;206(2):93-100.
135. Puetz TW, Youngstedt SD, Herring MP. Effects of Pharmacotherapy on Combat-Related PTSD, Anxiety, and Depression: A Systematic Review and Meta-Regression Analysis. *PLoS One*. 2015;10(5):e0126529.
136. Feng XZ, Li Z, Li ZY, Wang K, Tan X, Zhao YY, et al. Effectiveness and safety of second-generation antipsychotics for psychiatric disorders apart from schizophrenia: A systematic review and meta-analysis. *Psychiatry Res*. 2024;332:115637.
137. Huang CY, Zhao YF, Zhang ZX, Liu RB, Liu JL, Li XZ, et al. Psychotherapeutic and pharmacological agents for post-traumatic stress disorder with sleep disorder: network meta-analysis. *Ann Med*. 2024;56(1):2381696.
138. Ahmadpanah M, Sabzeiee P, Hosseini SM, Torabian S, Haghghi M, Jahangard L, et al. Comparing the effect of prazosin and hydroxyzine on sleep quality in patients suffering from posttraumatic stress disorder. *Neuropsychobiology*. 2014;69(4):235-42.
139. Khachatryan D, Groll D, Booij L, Sepehry AA, Schütz CG. Prazosin for treating sleep disturbances in adults with posttraumatic stress disorder: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Gen Hosp Psychiatry*. 2016;39:46-52.
140. Raskind MA, Peskind ER, Chow B, Harris C, Davis-Karim A, Holmes HA, et al. Trial of Prazosin for Post-Traumatic Stress Disorder in Military Veterans. *N Engl J Med*. 2018;378(6):507-17.
141. Mitchell JM, Bogenschutz M, Lilienstein A, Harrison C, Kleiman S, Parker-Guilbert K, et al. MDMA-assisted therapy for severe PTSD: a randomized, double-blind, placebo-controlled phase 3 study. *Nat Med*. 2021;27(6):1025-33.
142. Mitchell JM, Ot'alora GM, van der Kolk B, Shannon S, Bogenschutz M, Gelfand Y, et al. MDMA-assisted therapy for moderate to severe PTSD: a randomized, placebo-controlled phase 3 trial. *Nat Med*. 2023;29(10):2473-80.

143. Raskind MA, Peskind ER, Hoff DJ, Hart KL, Holmes HA, Warren D, et al. A parallel group placebo controlled study of prazosin for trauma nightmares and sleep disturbance in combat veterans with post-traumatic stress disorder. *Biol Psychiatry*. 2007;61(8):928-34.
144. (DGSM) DGfSuS. S3-Leitlinie „Insomnie bei Erwachsenen“. Deutsche Gesellschaft für Schlafforschung und Schlafmedizin (DGSM); 2025. Report No.: AWMF-Registriernummer 063-003.
145. Yehuda R, Hoge CW, McFarlane AC, Vermetten E, Lanius RA, Nievergelt CM, et al. Post-traumatic stress disorder. *Nat Rev Dis Primers*. 2015;1:15057.
146. Guina J, Rossetter SR, De RB, Nahhas RW, Welton RS. Benzodiazepines for PTSD: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Psychiatr Pract*. 2015;21(4):281-303.
147. Dowd SM, Zalta AK, Burgess HJ, Adkins EC, Valdespino-Hayden Z, Pollack MH. Double-blind randomized controlled study of the efficacy, safety and tolerability of eszopiclone vs placebo for the treatment of patients with post-traumatic stress disorder and insomnia. *World J Psychiatry*. 2020;10(3):21-8.
148. Muth K, Bering R. Trauma und Schmerz: Evaluation der Myoreflextherapie im Kontext der Mehrdimensionalen Psychodynamischen Traumatherapie. *Zeitschrift für Psychotraumatologie und Psychologische Medizin*. 2009;3:25–35.
149. Polak AR, Witteveen AB, Denys D, Olf M. Breathing biofeedback as an adjunct to exposure in cognitive behavioral therapy hastens the reduction of PTSD symptoms: A pilot study. *Applied Psychophysiology and Biofeedback*. 2015;40(1):25-31.
150. Fine NB, Helpman L, Armon DB, Gurevitch G, Sheppes G, Seligman Z, et al. Amygdala-related electroencephalogram neurofeedback as add-on therapy for treatment-resistant childhood sexual abuse posttraumatic stress disorder: feasibility study. *Psychiatry Clin Neurosci*. 2024;78(1):19-28.
151. Nooripour RaNSaMAaAA. Effectiveness of neurofeedback treatment with alpha/theta method on PTSD symptoms and their executing function. *Biomedical Research (India)*. 2017;28.
152. van der Kolk BA, Hodgdon H, Gapen M, Musicaro R, Suvak MK, Hamlin E, et al. A randomized controlled study of neurofeedback for chronic PTSD. *PLoS ONE*. 2016;11(12).
153. Kozel FA, Motes MA, Didehbani N, DeLaRosa B, Bass C, Schraufnagel CD, et al. Repetitive TMS to augment cognitive processing therapy in combat veterans of recent conflicts with PTSD: A randomized clinical trial. *J Affect Disord*. 2018;229:506-14.
154. Ahmadzadeh MJ, Rezaei M. Unilateral right and bilateral dorsolateral prefrontal cortex transcranial magnetic stimulation in treatment post-traumatic stress disorder: A randomized controlled study. *Brain Res Bull*. 2018;140:334-40.
155. Fryml LD, Pelic CG, Acierno R, Tuerk P, Yoder M, Borckardt JJ, et al. Exposure Therapy and Simultaneous Repetitive Transcranial Magnetic Stimulation: A Controlled Pilot Trial for the Treatment of Posttraumatic Stress Disorder. *J ect*. 2019;35(1):53-60.
156. Hollifield M, Sinclair-Lian N, Warner TD, Hammerschlag R. Acupuncture for posttraumatic stress disorder: A randomized controlled pilot trial. *Journal of Nervous and Mental Disease*. 2007;195(6):504-13.
157. Wang Y, Hu YP, Wang WC, Pang RZ, Zhang AR. Clinical studies on treatment of earthquake-caused posttraumatic stress disorder using electroacupuncture. *Evid Based Complement Alternat Med*. 2012;2012:431279.
158. Engel CC, Cordova EH, Benedek DM, Liu X, Gore KL, Goertz C, et al. Randomized effectiveness trial of a brief course of acupuncture for posttraumatic stress disorder. *Med Care*. 2014;52(12 Suppl 5):S57-64.

159. Nejadghaderi SA, Mousavi SE, Fazlollahi A, Motlagh Asghari K, Garfin DR. Efficacy of yoga for posttraumatic stress disorder: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Psychiatry Res.* 2024;340:116098.
160. Haller H, Mitzinger D, Cramer H. The integration of yoga breathing techniques in cognitive behavioral therapy for post-traumatic stress disorder: A pragmatic randomized controlled trial. *Front Psychiatry.* 2023;14:1101046.
161. Malaktaris A, McLean CL, Mallavarapu S, Herbert MS, Kelsven S, Bormann JE, et al. Higher frequency of mantram repetition practice is associated with enhanced clinical benefits among United States veterans with posttraumatic stress disorder. *European Journal of Psychotraumatology.* 2022;13(1).
162. Kümmerle et al. K-METTA: Kognitive Techniken und Metta-Meditationen zur Reduktion traumabezogener Schuld- und Schamgefühle – Darstellung der Intervention anhand von zwei Fallbeispielen. *Verhaltenstherapie.* 2022;32:196-210.
163. Numata T, Gunfan S, Takayama S, Takahashi S, Monma Y, Kaneko S, et al. Treatment of posttraumatic stress disorder using the traditional Japanese herbal medicine saikokeishikankyoto: a randomized, observer-blinded, controlled trial in survivors of the great East Japan earthquake and tsunami. *Evid Based Complement Alternat Med.* 2014;2014:683293.
164. Bettmann JE, Prince KC, Ganesh K, Rugo KF, Bryan AO, Bryan CJ, et al. The effect of time outdoors on veterans receiving treatment for PTSD. *Journal of Clinical Psychology.* 2021;77(9):2041-56.
165. Hediger K, Wagner J, Künzi P, Haefeli A, Theis F, Grob C, et al. Effectiveness of animal-assisted interventions for children and adults with post-traumatic stress disorder symptoms: a systematic review and meta-analysis. *Eur J Psychotraumatol.* 2021;12(1):1879713.
166. Leighton SC, Nieforth LO, O'Haire ME. Assistance dogs for military veterans with PTSD: A systematic review, meta-analysis, and meta-synthesis. *PLoS One.* 2022;17(9):e0274960.
167. Willmund G, Zimmermann P, Alliger-Horn C, Varn A, Fischer C, Parent I, et al. Equine-assisted psychotherapy with traumatized couples-Improvement of relationship quality and psychological symptoms. *J Marital Fam Ther.* 2021;47(4):925-44.
168. Allen B, Shenk CE, Dreschel NE, Wang M, Bucher AM, Desir MP, et al. Integrating Animal-Assisted Therapy Into TF-CBT for Abused Youth With PTSD: A Randomized Controlled Feasibility Trial. *Child Maltreat.* 2022;27(3):466-77.
169. Galovski TE, Harik JM, Blain LM, Elwood L, Gloth C, Fletcher TD. Augmenting cognitive processing therapy to improve sleep impairment in PTSD: A randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology.* 2016;84(2):167-77.
170. Ranney RM, Maguen S, Bernhard PA, Holder N, Vogt D, Blosnich JR, et al. Treatment Utilization for Posttraumatic Stress Disorder in a National Sample of Veterans and Nonveterans. *Med Care.* 2023;61(2):87-94.
171. Rütten A, Pfeifer K. Nationale Empfehlungen für Bewegung und Bewegungsförderung. Köln; 2017.
172. Bryant RA, Dawson KS, Azevedo S, Yadav S, Cahill C, Kenny L, et al. Augmenting trauma-focused psychotherapy for post-traumatic stress disorder with brief aerobic exercise in Australia: a randomised clinical trial. *Lancet Psychiatry.* 2023;10(1):21-9.
173. Powers MB, Medina JL, Burns S, Kauffman BY, Monfils M, Asmundson GJ, et al. Exercise Augmentation of Exposure Therapy for PTSD: Rationale and Pilot Efficacy Data. *Cogn Behav Ther.* 2015;44(4):314-27.

174. Rosenbaum S, Vancampfort D, Steel Z, Newby J, Ward PB, Stubbs B. Physical activity in the treatment of post-traumatic stress disorder: A systematic review and meta-analysis. *Psychiatry Research*. 2015;230(2):130-6.
175. Young-McCaughan S, Peterson AL, Mintz J, Hale WJ, Dondanville KA, Borah EV, et al. Testing the role of aerobic exercise in the treatment of posttraumatic stress disorder (PTSD) symptoms in U.S. active duty military personnel: A pilot study. *Cognitive Behaviour Therapy*. 2022;51(4):309-25.
176. (BÄK) B, (KBV) KB, (AWMF) AdWMF. Nationale VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression – Langfassung, Version 3.2: Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF); 2022 [Available from: <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/nvl-005>].
177. Heissel A, Heinen D, Brokmeier LL, Skarabis N, Kangas M, Vancampfort D, et al. Exercise as medicine for depressive symptoms? A systematic review and meta-analysis with meta-regression. *Br J Sports Med*. 2023;57(16):1049-57.
178. Köllner V. Posttraumatische Belastungsstörungen bei körperlichen Erkrankungen und medizinischen Eingriffen. In: Maercker A, editor. *Traumafolgestörungen*. 5. Auflage ed. Heidelberg: Springer; 2019. p. 443–60.
179. Kindermann I, Köllner V, Albus C, Boer J, Dannberg G, Fritzsche K, et al. Bedeutung von psychosozialen Faktoren in der Kardiologie – Update 2024. *Die Kardiologie*. 2024;18(6):412–43.
180. Pelliccia A, Sharma S, Gati S, Bäck M, Börjesson M, Caselli S, et al. 2020 ESC Guidelines on sports cardiology and exercise in patients with cardiovascular disease. *Eur Heart J*. 2021;42(1):17-96.
181. Peters S, Köllner V, Huber G. Sport- und Bewegungstherapie. In: Kruse J, Zipfel S, Köllner V, Janssen PL, editors. *Leitfaden Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*. Köln: Deutscher Ärzteverlag; 2025.
182. Annous N, Al-Hroub A, El Zein F. A Systematic Review of Empirical Evidence on Art Therapy With Traumatized Refugee Children and Youth. *Front Psychol*. 2022;13:811515.
183. Baker FA, Metcalf O, Varker T, O'Donnell M. A systematic review of the efficacy of creative arts therapies in the treatment of adults with PTSD. *Psychol Trauma*. 2018;10(6):643-51.
184. Morison L, Simonds L, Stewart SF. Effectiveness of creative arts-based interventions for treating children and adolescents exposed to traumatic events: a systematic review of the quantitative evidence and meta-analysis. *Arts Health*. 2022;14(3):237-62.
185. Qian J, Sun S, Wang M, Sun X, Yu X. Art-based interventions for women's mental health in pregnancy and postpartum: A meta-analysis of randomised controlled trials. *Front Psychiatry*. 2023;14:1112951.
186. Gühne U, Weinmann S, Riedel-Heller SG, Becker T. *S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen*: Springer; 2019.
187. Fancourt D, Finn S. WHO Health Evidence Network Synthesis Reports. What is the evidence on the role of the arts in improving health and well-being? A scoping review. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe
- © World Health Organization 2019.; 2019.
188. Schottenbauer MA, Glass CR, Arnkoff DB, Tendick V, Gray SH. Nonresponse and dropout rates in outcome studies on PTSD: review and methodological considerations. *Psychiatry*. 2008;71(2):134-68.

189. Schäfer I, Gast U, Hofmann A, Knaevelsrud C, Lampe A, Liebermann P, et al. S3-Leitlinie Posttraumatische Belastungsstörung. Berlin: Springer Verlag; 2019.
190. Briere J. Treating adult survivors of severe childhood abuse and neglect: Further development of an integrative model. In: Myers J, Berliner L, Briere J, Hendrix C, Reid T, Jenny C, editors. *The APSAC handbook on child maltreatment*. 2 ed. Newbury Park, CA: Sage Publications; 2002. p. 243–61.
191. Mueller-Pfeiffer C. Psychiatrische Traumafolgestörungen: Wann Stabilisierung, wann Exposition? *Psychiatrie & Neurologie*. 2012;1:31–5.
192. Sripada RK, Blow FC, Rauch SAM, Ganoczy D, Hoff R, Harpaz-Rotem I, et al. Examining the nonresponse phenomenon: Factors associated with treatment response in a national sample of veterans undergoing residential PTSD treatment. *Journal of Anxiety Disorders*. 2019;63:18-25.
193. Schnitzer G, Holttum S, Huet V. A systematic literature review of the impact of art therapy upon post-traumatic stress disorder. *International Journal of Art Therapy*. 2021;26(4):147-60.
194. Campbell M, Decker KP, Kruk K, Deaver SP. Art Therapy and Cognitive Processing Therapy for Combat-Related PTSD: A Randomized Controlled Trial. *Art Ther (Alex)*. 2016;33(4):169-77.
195. Uttley L, Scope A, Stevenson M, Rawdin A, Taylor Buck E, Sutton A, et al. Systematic review and economic modelling of the clinical effectiveness and cost-effectiveness of art therapy among people with non-psychotic mental health disorders. *Health Technol Assess*. 2015;19(18):1-120, v-vi.
196. Schedlich CaSE. Stabilisierung in der Traumaadaptierten Tanz- und Ausdruckstherapie – TATT. 2008.
197. Hendrix Y, Sier MAT, Baas MAM, van Pampus MG. Therapist perceptions of treating posttraumatic stress disorder in pregnancy: The VIP Study. *J Trauma Stress*. 2022;35(5):1420-31.
198. (BAGKT) BKTeV. Positionspapier: Integration Künstlerischer Therapien in das Gesundheitswesen. 2021.
199. Kerr NC, Ashby S, Gerardi SM, Lane SJ. Occupational therapy for military personnel and military veterans experiencing post-traumatic stress disorder: A scoping review. *Aust Occup Ther J*. 2020;67(5):479-97.
200. Speicher SM, Walter KH, Chard KM. Interdisciplinary residential treatment of posttraumatic stress disorder and traumatic brain injury: effects on symptom severity and occupational performance and satisfaction. *Am J Occup Ther*. 2014;68(4):412-21.
201. Cowls J, Galloway E. Understanding how traumatic re-enactment impacts the workplace: assisting clients' successful return to work. *Volume*. 2009;33(4):401–11.
202. Gindi S, Galili G, Volovic-Shushan S, Adir-Pavis S. Integrating occupational therapy in treating combat stress reaction within a military unit: An intervention model. *Work*. 2016;55(4):737-45.
203. Kinney AR, Schmid AA, Henry KL, Coatsworth JD, Eakman AM. Protective and Health-Related Factors Contributing to Resilience Among Student Veterans: A Classification Approach. *Am J Occup Ther*. 2020;74(4):7404205040p1-p11.
204. Beauchesne J, Jacques C. From combat to compassion: Enabling change in veterans. *Occupational Therapy Now*. 2015;17(5):26.
205. Mueller L, Wolfe WR, Neylan TC, McCaslin SE, Yehuda R, Flory JD, et al. Positive impact of IPS supported employment on PTSD-related occupational-psychosocial functional

- outcomes: Results from a VA randomized-controlled trial. *Psychiatr Rehabil J*. 2019;42(3):246-56.
206. Eakman AM, Schmid AA, Henry KL, Rolle NR, Schelly C, Pott CE, et al. Restoring effective sleep tranquility (REST): A feasibility and pilot study. *Br J Occup Ther*. 2017;80(6):350-60.
207. Edgelow MM, MacPherson MM, Arnaly F, Tam-Seto L, Cramm HA. Occupational therapy and posttraumatic stress disorder: A scoping review. *Canadian Journal of Occupational Therapy / Revue Canadienne D'Ergothérapie*. 2019;86(2):148-57.
208. Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie PuNeV. S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen. 2018.
209. Maercker A, Cloitre M, Bachem R, Schlumpf YR, Khoury B, Hitchcock C, et al. Complex post-traumatic stress disorder. *Lancet*. 2022;400(10345):60-72.
210. Brenner L, Köllner V, Bachem R. Symptom burden and work-related impairment among patients with PTSD and complex PTSD. *European Journal of Psychotraumatology*. 2019;10(1).
211. Bering R, Thüm S. Kompendium Traumafolgen : Verlauf, Behandlung & Rehabilitation der komplexen PTBS. Stuttgart: Klett-Cotta; 2022. 360 p.
212. Corrigan JaFMaHDaDK. Evaluating the Effectiveness of Phase-Oriented Treatment Models for PTSD—A Meta-Analysis. *Traumatology*. 2020;26:447-54.
213. Darby RaTEaCM. Phase-Based Psychological Interventions for Complex Post-Traumatic Stress Disorder: A Systematic Review. *Journal of Affective Disorders Reports*. 2023;14:100628.
214. Dorrepaal E, Thomaes K, Hoogendoorn AW, Veltman DJ, Draijer N, van Balkom AJ. Evidence-based treatment for adult women with child abuse-related Complex PTSD: a quantitative review. *Eur J Psychotraumatol*. 2014;5:23613.
215. Karatzias T, Murphy P, Cloitre M, Bisson J, Roberts N, Shevlin M, et al. Psychological interventions for ICD-11 complex PTSD symptoms: systematic review and meta-analysis. *Psychol Med*. 2019;49(11):1761-75.
216. Bohus M, Kleindienst N, Hahn C, Müller-Engelmann M, Ludäscher P, Steil R, et al. Dialectical Behavior Therapy for Posttraumatic Stress Disorder (DBT-PTSD) Compared With Cognitive Processing Therapy (CPT) in Complex Presentations of PTSD in Women Survivors of Childhood Abuse: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Psychiatry*. 2020;77(12):1235-45.
217. Sciarrino NA, Warnecke AJ, Teng EJ. A Systematic Review of Intensive Empirically Supported Treatments for Posttraumatic Stress Disorder. *J Trauma Stress*. 2020;33(4):443-54.
218. Wachen JaDKaEWaMKaCA. Adjusting the Timeframe of Evidence-Based Therapies for PTSD-Massaged Treatments. *Current Treatment Options in Psychiatry*. 2019;6.
219. Creamer M, Burgess P, McFarlane AC. Post-traumatic stress disorder: findings from the Australian National Survey of Mental Health and Well-being. *Psychol Med*. 2001;31(7):1237-47.
220. Kessler RC, Sonnega A, Bromet E, Hughes M, Nelson CB. Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry*. 1995;52(12):1048-60.
221. Statistics ABo. National Survey of Mental Health and Wellbeing: Summary of Results. Canberra; 2007.
222. Perkonig A, Kessler RC, Storz S, Wittchen HU. Traumatic events and post-traumatic stress disorder in the community: prevalence, risk factors and comorbidity. *Acta Psychiatr Scand*. 2000;101(1):46-59.

223. Schäfer I, Najavits LM. Clinical challenges in the treatment of patients with posttraumatic stress disorder and substance abuse. *Curr Opin Psychiatry*. 2007;20(6):614-8.
224. Frías Á, Palma C. Comorbidity between post-traumatic stress disorder and borderline personality disorder: a review. *Psychopathology*. 2015;48(1):1-10.
225. Kostaras P, Bergiannaki JD, Psarros C, Ploumbidis D, Papageorgiou C. Posttraumatic stress disorder in outpatients with depression: Still a missed diagnosis. *J Trauma Dissociation*. 2017;18(2):233-47.
226. Grabe HJ, Meyer C, Hapke U, Rumpf HJ, Freyberger HJ, Dilling H, et al. Lifetime-comorbidity of obsessive-compulsive disorder and subclinical obsessive-compulsive disorder in Northern Germany. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2001;251(3):130-5.
227. Schäfer I aEOJfJaSKaHTaAV. Posttraumatische Störungen bei Patienten mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis. *Der Nervenarzt*. 2015.
228. Assion HJ, Brune N, Schmidt N, Aubel T, Edel MA, Basilowski M, et al. Trauma exposure and post-traumatic stress disorder in bipolar disorder. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2009;44(12):1041-9.
229. Spencer AE, Faraone SV, Bogucki OE, Pope AL, Uchida M, Milad MR, et al. Examining the association between posttraumatic stress disorder and attention-deficit/hyperactivity disorder: a systematic review and meta-analysis. *J Clin Psychiatry*. 2016;77(1):72-83.
230. Moeller-Bertram T, Keltner J, Strigo IA. Pain and post traumatic stress disorder - review of clinical and experimental evidence. *Neuropharmacology*. 2012;62(2):586-97.
231. Kline AC, Cooper AA, Rytwinski NK, Feeny NC. The Effect of Concurrent Depression on PTSD Outcomes in Trauma-Focused Psychotherapy: A Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *Behav Ther*. 2021;52(1):250-66.
232. Snoek A, Nederstigt J, Ciharova M, Sijbrandij M, Lok A, Cuijpers P, et al. Impact of comorbid personality disorders on psychotherapy for post-traumatic stress disorder: systematic review and meta-analysis. *Eur J Psychotraumatol*. 2021;12(1):1929753.
233. Roberts NP, Lotzin A, Schäfer I. A systematic review and meta-analysis of psychological interventions for comorbid post-traumatic stress disorder and substance use disorder. *Eur J Psychotraumatol*. 2022;13(1):2041831.
234. Meshberg-Cohen S, Ross MacLean R, Schnakenberg Martin AM, Sofuoglu M, Petrakis IL. Treatment outcomes in individuals diagnosed with comorbid opioid use disorder and Posttraumatic stress disorder: A review. *Addict Behav*. 2021;122:107026.
235. Slotema CW, Wilhelmus B, Arends LR, Franken IHA. Psychotherapy for posttraumatic stress disorder in patients with borderline personality disorder: A systematic review and meta-analysis of its efficacy and safety. *European Journal of Psychotraumatology*. 2020;11(1).
236. Grubaugh AL, Brown WJ, Wojtalik JA, Myers US, Eack SM. Meta-Analysis of the Treatment of Posttraumatic Stress Disorder in Adults With Comorbid Severe Mental Illness. *J Clin Psychiatry*. 2021;82(3).
237. Hien DA, Papini S, Saavedra LM, Bauer AG, Ruglass LM, Ebrahimi CT, et al. Project harmony: A systematic review and network meta-analysis of psychotherapy and pharmacologic trials for comorbid posttraumatic stress, alcohol, and other drug use disorders. *Psychological Bulletin*. 2024;150(3):319-53.
238. van Minnen A, Harned MS, Zoellner L, Mills K. Examining potential contraindications for prolonged exposure therapy for PTSD. *Eur J Psychotraumatol*. 2012;3.
239. Mills KL, Teesson M, Back SE, Brady KT, Baker AL, Hopwood S, et al. Integrated exposure-based therapy for co-occurring posttraumatic stress disorder and substance dependence: a randomized controlled trial. *Jama*. 2012;308(7):690-9.

240. van den Berg DP, de Bont PA, van der Vleugel BM, de Roos C, de Jongh A, van Minnen A, et al. Trauma-Focused Treatment in PTSD Patients With Psychosis: Symptom Exacerbation, Adverse Events, and Revictimization. *Schizophr Bull.* 2016;42(3):693-702.
241. (NICE) NifHaCE. Post-traumatic stress disorder. London; 2018.
242. Group MoPSDaASDW. VA/DoD clinical practice guideline for management of posttraumatic stress disorder and acute stress disorder. Washington, DC; 2023.
243. Simpson TL, Goldberg SB, Loudon DKN, Blakey SM, Hawn SE, Lott A, et al. Efficacy and acceptability of interventions for co-occurring PTSD and SUD: A meta-analysis. *J Anxiety Disord.* 2021;84:102490.
244. Maercker A, Forstmeier S, Wagner B, Glaesmer H, Brähler E. [Post-traumatic stress disorder in Germany. Results of a nationwide epidemiological study]. *Nervenarzt.* 2008;79(5):577-86.
245. Hecker T, Huber S, Maier T, Maercker A. Differential Associations Among PTSD and Complex PTSD Symptoms and Traumatic Experiences and Postmigration Difficulties in a Culturally Diverse Refugee Sample. *J Trauma Stress.* 2018;31(6):795-804.
246. Spitzer C, Barnow S, Völzke H, John U, Freyberger HJ, Grabe HJ. Trauma and posttraumatic stress disorder in the elderly: findings from a German community study. *J Clin Psychiatry.* 2008;69(5):693-700.
247. Hauffa R, Rief W, Brähler E, Martin A, Mewes R, Glaesmer H. Lifetime traumatic experiences and posttraumatic stress disorder in the German population: results of a representative population survey. *J Nerv Ment Dis.* 2011;199(12):934-9.
248. O'Malley KA, Sullivan JL, Mills W, Driver J, Moye J. Trauma-Informed Care in Long-Term Care Settings: From Policy to Practice. *Gerontologist.* 2023;63(5):803-11.
249. Gibson CJ, Maguen S, Xia F, Barnes DE, Peltz CB, Yaffe K. Military Sexual Trauma in Older Women Veterans: Prevalence and Comorbidities. *Journal of General Internal Medicine.* 2020;35(1):207-13.
250. Thoma MV, Bernays F, Eising CM, Maercker A, Rohner SL. Child maltreatment, lifetime trauma, and mental health in Swiss older survivors of enforced child welfare practices: Investigating the mediating role of self-esteem and self-compassion. *Child Abuse Negl.* 2021;113:104925.
251. Kuwert P, Hornung S, Freyberger H, Glaesmer H, Klauer T. [Trauma and posttraumatic stress symptoms in patients in German primary care settings]. *Nervenarzt.* 2015;86(7):807-17.
252. Glaesmer H, Sierau S, Böttche M. Die Konsequenzen traumatischer Erfahrungen: Eine Lebensspannenperspektive. [The consequences of trauma—A lifespan perspective.]. *Trauma & Gewalt.* 2020;14(4):266-76.
253. Glaesmer H, Kaiser M, Brähler E, Freyberger HJ, Kuwert P. Posttraumatic stress disorder and its comorbidity with depression and somatisation in the elderly - a German community-based study. *Aging Ment Health.* 2012;16(4):403-12.
254. Spitzer C, Barnow S, Völzke H, John U, Freyberger HJ, Grabe HJ. Trauma, posttraumatic stress disorder, and physical illness: findings from the general population. *Psychosom Med.* 2009;71(9):1012-7.
255. Glaesmer H, Brähler E, Gündel H, Riedel-Heller SG. The association of traumatic experiences and posttraumatic stress disorder with physical morbidity in old age: a German population-based study. *Psychosom Med.* 2011;73(5):401-6.
256. Günak MM, Billings J, Carratu E, Marchant NL, Favarato G, Orgeta V. Post-traumatic stress disorder as a risk factor for dementia: systematic review and meta-analysis. *Br J Psychiatry.* 2020;217(5):600-8.

257. Desmarais P, Weidman D, Wassef A, Bruneau MA, Friedland J, Bajsarowicz P, et al. The Interplay Between Post-traumatic Stress Disorder and Dementia: A Systematic Review. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2020;28(1):48-60.
258. Wang TY, Wei HT, Liou YJ, Su TP, Bai YM, Tsai SJ, et al. Risk for developing dementia among patients with posttraumatic stress disorder: A nationwide longitudinal study. *J Affect Disord*. 2016;205:306-10.
259. Yaffe K, Vittinghoff E, Lindquist K, Barnes D, Covinsky KE, Neylan T, et al. Posttraumatic stress disorder and risk of dementia among US veterans. *Arch Gen Psychiatry*. 2010;67(6):608-13.
260. Prieto S, Nolan KE, Moody JN, Hayes SM, Hayes JP. Posttraumatic stress symptom severity predicts cognitive decline beyond the effect of Alzheimer's disease biomarkers in Veterans. *Transl Psychiatry*. 2023;13(1):102.
261. Davison EH, Kaiser AP, Spiro A, 3rd, Moyer J, King LA, King DW. From Late-Onset Stress Symptomatology to Later-Adulthood Trauma Reengagement in Aging Combat Veterans: Taking a Broader View. *Gerontologist*. 2016;56(1):14-21.
262. Davison EH, Spiro Iii A, Kaiser AP. Das Wiederaufscheinen traumatischer Erfahrungen bei US-amerikanischen Kriegsveteranen im Alter-die Auseinandersetzung mit der Vergangenheit. [The reemergence of trauma in aging U. S. military veterans: Engaging with the past.]. *Trauma & Gewalt*. 2020;14(4):304-19.
263. Forstmeier S, Zimmermann S, van der Hal E, Auerbach M, Kleinke K, Maercker A, et al. Effect of Life Review Therapy for Holocaust Survivors: A randomized controlled trial. *J Trauma Stress*. 2023;36(3):628-41.
264. Delrue N. Cognitive treatment of post-traumatic stress disorder in the elderly. A longitudinal study. *Encephale*. 2021;47(1):64-71.
265. Thorp SR, Glassman LH, Wells SY, Walter KH, Gebhardt H, Twamley E, et al. A randomized controlled trial of prolonged exposure therapy versus relaxation training for older veterans with military-related PTSD. *J Anxiety Disord*. 2019;64:45-54.
266. Knaevelsrud C, Böttche M, Pietrzak RH, Freyberger HJ, Renneberg B, Kuwert P. Integrative testimonial therapy: an Internet-based, therapist-assisted therapy for German elderly survivors of the World War II with posttraumatic stress symptoms. *J Nerv Ment Dis*. 2014;202(9):651-8.
267. Knaevelsrud C, Böttche M, Pietrzak RH, Freyberger HJ, Kuwert P. Efficacy and Feasibility of a Therapist-Guided Internet-Based Intervention for Older Persons with Childhood Traumatization: A Randomized Controlled Trial. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2017;25(8):878-88.
268. Yoder MS, Lozano B, Center KB, Miller A, Acierno R, Tuerk PW. Effectiveness of prolonged exposure for PTSD in older veterans. *Int J Psychiatry Med*. 2013;45(2):111-24.
269. Bichescu D, Neuner F, Schauer M, Elbert T. Narrative exposure therapy for political imprisonment-related chronic posttraumatic stress disorder and depression. *Behav Res Ther*. 2007;45(9):2212-20.
270. Gielkens EMJ, de Jongh A, Sobczak S, Rossi G, van Minnen A, Voorendonk EM, et al. Comparing Intensive Trauma-Focused Treatment Outcome on PTSD Symptom Severity in Older and Younger Adults. *J Clin Med*. 2021;10(6).
271. Gielkens EMJ, Sobczak S, Rossi G, van Alphen SPJ. The feasibility of eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) for older adults with posttraumatic stress disorder (PTSD) and comorbid psychiatric and somatic disorders. *Psychol Trauma*. 2024;16(Suppl 3):S568-s81.

272. Dinnen S, Simiola V, Cook JM. Post-traumatic stress disorder in older adults: a systematic review of the psychotherapy treatment literature. *Aging Ment Health*. 2015;19(2):144-50.
273. Thorp SR, Stein MB, Jeste DV, Patterson TL, Wetherell JL. Prolonged exposure therapy for older veterans with posttraumatic stress disorder: a pilot study. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2012;20(3):276-80.
274. Maercker A, Zoellner T. Life-Review-Therapie als spezifische Form der Behandlung Posttraumatischer Belastungsstörungen im Alter. *Verhaltenstherapie & Verhaltensmedizin*. 2002;23:213–25.
275. Ruisch JE, Havermans DCD, Gielkens EMJ, Olf M, Daamen M, van Alphen SPJ, et al. Posttraumatic stress disorder in people with dementia: study protocol. *Eur J Psychotraumatol*. 2024;15(1):2320040.
276. Tamaki AaTM. Wirksamkeit der EMDR-Vor-Ort-Methode zur Behandlung von Verhaltensstörungen bei Patienten mit schwerer Demenz. *Journal of EMDR Practice and Research*. 2017;11:27E-44E.
277. van der Wielen M, Robben H, Mark RE. The applicability and effect of EMDR in a patient with a mild stage of Alzheimer's disease. *Journal of EMDR Practice and Research*. 2019;13(1):51-60.
278. Amano T, Toichi M. Wirksamkeit der EMDR-Vor-Ort-Methode zur Behandlung von Verhaltensstörungen bei Patienten mit schwerer Demenz. *Journal of EMDR Practice and Research*. 2017;11(1):27E-44E.
279. Connolly S, Connolly, S. M., Roe-Sepowitz, D., Sakai, C. E., & Edwards, J. (2013). Utilizing community resources to treat PTSD: A randomized controlled study using Thought Field Therapy. *African Journal of Traumatic Stress*, 3(1), 24-32. *African Journal of Traumatic Stress*. 2013;3(1),24-32.
280. Church D, Hawk C, Brooks AJ, Toukolehto O, Wren M, Dinter I, et al. Psychological trauma symptom improvement in veterans using emotional freedom techniques: a randomized controlled trial. *J Nerv Ment Dis*. 2013;201(2):153-60.
281. Folkes CE. Thought field therapy and trauma recovery. *International Journal of Emergency Mental Health*. 2002;4(2):99-104.
282. Wetherell JL, Petkus AJ, Thorp SR, Stein MB, Chavira DA, Campbell-Sills L, et al. Age differences in treatment response to a collaborative care intervention for anxiety disorders. *Br J Psychiatry*. 2013;203(1):65-72.
283. Hsu CW, Tseng WT, Wang LJ, Yang YH, Kao HY, Lin PY. Comparative effectiveness of antidepressants on geriatric depression: Real-world evidence from a population-based study. *J Affect Disord*. 2022;296:609-15.
284. Kang B, Xu H, McConnell ES. Neurocognitive and psychiatric comorbidities of posttraumatic stress disorder among older veterans: A systematic review. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2019;34(4):522-38.
285. Semla TP, Lee A, Gurrera R, Bajor L, Li M, Miller DR, et al. Off-Label Prescribing of Second-Generation Antipsychotics to Elderly Veterans with Posttraumatic Stress Disorder and Dementia. *J Am Geriatr Soc*. 2017;65(8):1789-95.
286. Barnes TRE, Bishara D, Burns A, Myint PK, Rendora O, Edokpolor Pernia EM, et al. Understanding the medication regimens associated with anticholinergic burden in older people's mental health services in the UK. *BJPsych Open*. 2024;10(5):e167.
287. Gorup E, Rifel J, Petek Šter M. Anticholinergic Burden and Most Common Anticholinergic-acting Medicines in Older General Practice Patients. *Zdr Varst*. 2018;57(3):140-7.

288. Kato M, Baba H, Takekita Y, Naito M, Koshikawa Y, Bandou H, et al. Usefulness of mirtazapine and SSRIs in late-life depression: post hoc analysis of the GUNDAM study. *Eur J Clin Pharmacol*. 2023;79(11):1515-24.
289. Yu NW, Chen PJ, Tsai HJ, Huang CW, Chiu YW, Tsay WI, et al. Association of benzodiazepine and Z-drug use with the risk of hospitalisation for fall-related injuries among older people: a nationwide nested case-control study in Taiwan. *BMC Geriatr*. 2017;17(1):140.
290. Treves N, Perlman A, Kolenberg Geron L, Asaly A, Matok I. Z-drugs and risk for falls and fractures in older adults-a systematic review and meta-analysis. *Age Ageing*. 2018;47(2):201-8.
291. Raja S, Hasnain M, Hoersch M, Gove-Yin S, Rajagopalan C. Trauma informed care in medicine: current knowledge and future research directions. *Fam Community Health*. 2015;38(3):216-26.
292. Roberts SJ, Chandler GE, Kalmakis K. A model for trauma-informed primary care. *J Am Assoc Nurse Pract*. 2019;31(2):139-44.
293. Hajak VL, Sardana S, Verdelli H, Grimm S. A Systematic Review of Factors Affecting Mental Health and Well-Being of Asylum Seekers and Refugees in Germany. *Frontiers in Psychiatry*. 2021;Volume 12 - 2021.
294. Borho A, Viazminsky A, Morawa E, Schmitt GM, Georgiadou E, Erim Y. The prevalence and risk factors for mental distress among Syrian refugees in Germany: a register-based follow-up study. *BMC Psychiatry*. 2020;20(1):362.
295. Nesterko Y, Jäckle D, Friedrich M, Holzapfel L, Glaesmer H. Prevalence of post-traumatic stress disorder, depression and somatisation in recently arrived refugees in Germany: an epidemiological study. *Epidemiol Psychiatr Sci*. 2019;29:e40.
296. Schiess-Jokanovic J, Knefel M, Kantor V, Weindl D, Schäfer I, Lueger-Schuster B. Complex post-traumatic stress disorder and post-migration living difficulties in traumatised refugees and asylum seekers: The role of language acquisition and barriers. *European Journal of Psychotraumatology*. 2021;12(1).
297. Andisha P, Shahab MJ, Lueger-Schuster B. Translation and validation of the Dari International Trauma Questionnaire (ITQ) in Afghan asylum seekers and refugees. *Eur J Psychotraumatol*. 2023;14(1):2158428.
298. Karnouk C, Böge K, Lindheimer N, Churbaji D, Abdelmagid S, Mohamad S, et al. Development of a culturally sensitive Arabic version of the Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.-AR) and validation of the depression module. *Int J Ment Health Syst*. 2021;15(1):24.
299. Wind TR, van der Aa N, Knipscheer J, de la Rie S. The assessment of psychopathology among traumatized refugees: measurement invariance of the Harvard Trauma Questionnaire and the Hopkins Symptom Checklist-25 across five linguistic groups. *Eur J Psychotraumatol*. 2017;8(sup2):1321357.
300. Magwood O, Kassam A, Mavedatnia D, Mendonca O, Saad A, Hasan H, et al. Mental Health Screening Approaches for Resettling Refugees and Asylum Seekers: A Scoping Review. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19(6).
301. Health PACfPM. Specific populations and trauma types: Refugee and asylum seekers in Australian Guidelines for the Prevention and Treatment of Acute Stress Disorder, Posttraumatic Stress Disorder and Complex Posttraumatic Stress Disorder. Melbourne; 2020.
302. Nosè M, Ballette F, Bighelli I, Turrini G, Purgato M, Tol W, et al. Psychosocial interventions for post-traumatic stress disorder in refugees and asylum seekers resettled in

high-income countries: Systematic review and meta-analysis. PLoS One. 2017;12(2):e0171030.

303. Jannesari S, Hatch S, Prina M, Oram S. Post-migration Social-Environmental Factors Associated with Mental Health Problems Among Asylum Seekers: A Systematic Review. *J Immigr Minor Health*. 2020;22(5):1055-64.
304. Specker P, Liddell BJ, O'Donnell M, Bryant RA, Mau V, McMahan T, et al. The longitudinal association between posttraumatic stress disorder, emotion dysregulation, and postmigration stressors among refugees. *Clinical Psychological Science*. 2024;12(1):37-52.
305. Nohr L, Dumke L, Klein EM, Wilker S. [Current Outpatient Psychotherapeutic Care for People with Migration and Refugee Experience in Germany - An Overview]. *Psychother Psychosom Med Psychol*. 2024;74(6):205-13.
306. Dumke L, Wilker S, Hecker T, Neuner F. Barriers to accessing mental health care for refugees and asylum seekers in high-income countries: A scoping review of reviews mapping demand and supply-side factors onto a conceptual framework. *Clin Psychol Rev*. 2024;113:102491.
307. Dumke L, Schmidt T, Wittmann J, Neldner S, Weitkämper A, Catani C, et al. Low access and inadequate treatment in mental health care for asylum seekers and refugees in Germany-A prospective follow-up study over 12 months and a nationwide cross-sectional study. *Appl Psychol Health Well Being*. 2024;16(3):1141-58.
308. Boettcher VS, Nowak AC, Neuner F. Mental health service utilization and perceived barriers to treatment among adult refugees in Germany. *European Journal of Psychotraumatology*. 2021;12(1).
309. Beck BD, Meyer SL, Simonsen E, Sjøgaard U, Petersen I, Arnfred SMH, et al. Music therapy was noninferior to verbal standard treatment of traumatized refugees in mental health care: Results from a randomized clinical trial. *Eur J Psychotraumatol*. 2021;12(1):1930960.
310. Askovic M, Watters AJ, Coello M, Aroche J, Harris AWF, Kropotov J. Evaluation of Neurofeedback for Posttraumatic Stress Disorder Related to Refugee Experiences Using Self-Report and Cognitive ERP Measures. *Clin EEG Neurosci*. 2020;51(2):79-86.
311. Morina N, Maier T, Bryant R, Knaevelsrud C, Wittmann L, Rufer M, et al. "Combining biofeedback and Narrative Exposure Therapy for persistent pain and PTSD in refugees: A pilot study": Retraction note. *European Journal of Psychotraumatology*. 2013;4(1).
312. Lambert JE, Alhassoon OM. Trauma-focused therapy for refugees: meta-analytic findings. *J Couns Psychol*. 2015;62(1):28-37.
313. Brune MaEOFJaF-OJaDBaHC. Intermediated communication by interpreters in psychotherapy with traumatized refugees. *International Journal of Culture and Mental Health*. 2011;4:144-51.
314. d'Ardenne P, Ruaro L, Cestari L, Fakhoury W, Priebe S. Does interpreter-mediated CBT with traumatized refugee people work? A comparison of patient outcomes in East London. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*. 2007;35(3):293-301.
315. Sander R, Laugesen H, Skammeritz S, Mortensen EL, Carlsson J. Interpreter-mediated psychotherapy with trauma-affected refugees - A retrospective cohort study. *Psychiatry Res*. 2019;271:684-92.
316. Folteropfer BAdpZfFu. Leitlinien für Beratung und Therapie mit qualifizierter Sprachmittlung. Beschlussversion MV 2022: BAfF e. V.; 2022 [Available from: [https://www.baff-zentren.org/wp-content/uploads/2022/11/BAfF-Leitlinien-fuer-SpM-in-den-PSZ-Beschlussversion-abgestimmt-MV2022.pdf?utm\\_source=chatgpt.com](https://www.baff-zentren.org/wp-content/uploads/2022/11/BAfF-Leitlinien-fuer-SpM-in-den-PSZ-Beschlussversion-abgestimmt-MV2022.pdf?utm_source=chatgpt.com)].

317. Geiling A, Knaevelsrud C, Behnam Shad K, Stammel N. Psychotherapie mit Dolmetschenden – Schritt für Schritt. *PSYCH up2date*. 2022;16(2):102–7.
318. INTERPRET. Zertifikat INTERPRET – Qualifizierungssystem INTERPRET: INTERPRET; 2024 [Available from: [https://www.inter-pret.ch/de/ausbildung-und-qualifizierung\\_0/qualifizierungssystem-interpret/zertifikat-interpret\\_0-307.html](https://www.inter-pret.ch/de/ausbildung-und-qualifizierung_0/qualifizierungssystem-interpret/zertifikat-interpret_0-307.html)].
319. Bühring P, Gießelmann K. Geflüchtete und Asylbewerber: Ohne Sprachmittler funktioniert die Versorgung nicht *Deutsches Ärzteblatt* 7. *Deutsches Ärzteblatt International*. 2019:308.
320. Folteropfer. Sprachmittlung in Therapie und Beratung 2021 [Available from: <https://www.baff-zentren.org/themen/therapie-beratung/hintergrund-therapie-beratung/sprachmittlung/>].
321. Catani C, Sossalla IM. Child abuse predicts adult PTSD symptoms among individuals diagnosed with intellectual disabilities. *Front Psychol*. 2015;6:1600.
322. Schröttle M, Hornberg C, Glammeier S, Sellach B, Kavemann B, Puhe H, et al. Lebenssituation und Belastungen von Frauen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen in Deutschland – Kurzfassung. Berlin; 2012.
323. Jaritz et al. Traumatische Lebensereignisse bei Kindern und Jugendlichen in der stationären Jugendhilfe. *Trauma & Gewalt*. 2008;2:266-77.
324. McNally et al. The development of a trauma informed care framework for residential services for adults with an intellectual disability: Implications for policy and practice. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*. 2023;20.
325. Michalak J, Graser J, Kleischmann A, Willutzki U. *Das Diagnostic Manual – Intellectual Disabilities 2* (1. Deutschsprachige Auflage): DGVT-Verlag.
326. Daveney JaHAaKCaMFaSP. Ascertainment and Prevalence of Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD) in People with Intellectual Disabilities. *Journal of Mental Health Research in Intellectual Disabilities*. 2019;12:1-23.
327. Flatten G, Gast U, Hofmann A, Knaevelsrud C, Lampe A, Liebermann P, et al. Posttraumatische Belastungsstörung: S3-Leitlinie und Quellentexte. Stuttgart: Schattauer; 2013. 167 p.
328. Felitti VJ, Anda RF, Nordenberg D, Williamson DF, Spitz AM, Edwards V, et al. Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *Am J Prev Med*. 1998;14(4):245-58.
329. Teicher MH, Andersen SL, Polcari A, Anderson CM, Navalta CP. Developmental neurobiology of childhood stress and trauma. *Psychiatr Clin North Am*. 2002;25(2):397-426, vii-viii.
330. McLaughlin KA, Weissman D, Bitrán D. Childhood Adversity and Neural Development: A Systematic Review. *Annu Rev Dev Psychol*. 2019;1:277-312.
331. Mayer BaEU. Sexualisierte Gewalt bei Menschen mit geistiger Behinderung - Symptomatik, Diagnostik, Therapie und Vorgehen bei Ermittlungen 2017 11. 595-605 p.
332. Fletcher RJ, Barnhill J, Cooper S-A, National Association for the Dually Diagnosed ib. *DM-ID-2 : Diagnostic manual, intellectual disability : a textbook of diagnosis of mental disorders in persons with intellectual disability*. Second edition. ed. Kingston, New York: NADD Press; 2016.
333. Bakken TL, Kildahl AN, Gjersøe V, Matre E, Kristiansen T, Ro A. Identification of PTBS in adults with intellectual disabilities in five patients in a specialised psychiatric inpatient unit. *Advances in Mental Health and Intellectual Disabilities*. 2014:91–102.

334. Bakken TL, Gjersoe V, Matre E, Kristiansen T, Ro A, Tvetter AL, et al. PTSD in adults with intellectual disabilities: stabilisation during inpatient stay. *Advances in Mental Health and Intellectual Disabilities*. 2014;8(4):237–47.
335. Kildahl AN, Helverschou SB, Bakken TL, Oddli HW. "If we do not look for it, we do not see it": Clinicians' experiences and understanding of identifying post-traumatic stress disorder in adults with autism and intellectual disability. *J Appl Res Intellect Disabil*. 2020;33(5):1119-32.
336. Kildahl AN, Oddli HW, Helverschou SB. Potentially traumatic experiences and behavioural symptoms in adults with autism and intellectual disability referred for psychiatric assessment. *Res Dev Disabil*. 2020;107:103788.
337. Rittmannsberger D, Kocman A, Weber G, Lueger-Schuster B. Trauma exposure and post-traumatic stress disorder in people with intellectual disabilities: A Delphi expert rating. *J Appl Res Intellect Disabil*. 2019;32(3):558-67.
338. Wigham S, Hatton C, Taylor JL. The Lancaster and Northgate Trauma Scales (LANTS): the development and psychometric properties of a measure of trauma for people with mild to moderate intellectual disabilities. *Res Dev Disabil*. 2011;32(6):2651-9.
339. Sequeira H, Howlin P, Hollins S. Psychological disturbance associated with sexual abuse in people with learning disabilities. Case-control study. *Br J Psychiatry*. 2003;183:451-6.
340. Jones RaBR. Behavioural Treatment of PTSD in a Person with Intellectual Disability. *European Journal of Behavior Analysis*. 2007;8:251-6.
341. Jones S, Howard L, Thornicroft G. 'Diagnostic overshadowing': worse physical health care for people with mental illness. *Acta Psychiatr Scand*. 118. United States 2008. p. 169-71.
342. Hall JC, Jobson L, Langdon PE. Measuring symptoms of post-traumatic stress disorder in people with intellectual disabilities: the development and psychometric properties of the Impact of Event Scale-Intellectual Disabilities (IES-IDs). *Br J Clin Psychol*. 2014;53(3):315-32.
343. Brüseke J, Rittmannsberger D, Lueger-Schuster B. Diagnostik von Traumafolgestörungen bei Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung. *Trauma & Gewalt*. 2020;14(3):205–15.
344. Kroese BS, Willott S, Taylor F, Smith P, Graham R, Rutter TM, et al. Trauma-focussed cognitive-behaviour therapy for people with mild intellectual disabilities: outcomes of a pilot study. *Advances in Mental Health and Intellectual Disabilities*. 2016;10:299-310.
345. Cloitre M, Shevlin M, Brewin CR, Bisson JI, Roberts NP, Maercker A, et al. The International Trauma Questionnaire: development of a self-report measure of ICD-11 PTSD and complex PTSD. *Acta Psychiatr Scand*. 2018;138(6):536-46.
346. Lueger-Schuster B, Knepel M, Maercker A. ITQ – International Trauma Questionnaire – deutsche Fassung (ICD-TQ). 2018.
347. Mayer B, Elbing U. PTSS-10 Version in Leichter Sprache – Kurze Screening-Skala für Posttraumatische Belastungsstörungen in Leichter Sprache – ITQ (International Trauma Questionnaire) in Leichter Sprache. In: Schanze C, Sappok T, editors. *Störungen der Intelligenzentwicklung: Grundlagen der psychiatrischen Versorgung, Diagnostik und Therapie*. 3. Auflage ed. Stuttgart: Schattauer; 2024.
348. Morina et al. Diagnostik der Posttraumatischen Belastungsstörungen und weiterer Traumafolgestörungen 2019 01. 198-211 p.
349. Sappok T, Vogel M, Ilic M, Zenker M. Grundlagen der Diagnostik. In: Schanze C, Sappok T, editors. *Störungen der Intelligenzentwicklung: Grundlagen der psychiatrischen Versorgung, Diagnostik und Therapie*. 3. Auflage ed. Stuttgart: Schattauer; 2024. p. 44–72.

350. Unwin et al. Some observations on remote delivery of eye-movement desensitisation and reprocessing to people with intellectual disabilities. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*. 2023;20.
351. Bochum L. Internetseiten in Leichter Sprache 2017 [Available from: <https://www.lebenshilfe-bochum.de/de/leichte-sprache/In-leichter-Sprache.php>].
352. Soziales BfAu. Leichte Sprache. Ein Ratgeber: Publikationsversand der Bundesregierung; 2014 [Available from: <http://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/PDF-Publikationen/a752-ratgeber-leichte-sprache.pdf>].
353. Senckel B, Luxen U. Der entwicklungsfreundliche Blick: Entwicklungsdiagnostik bei normal begabten Kindern und Menschen mit Intelligenzminderung. 2. Auflage ed: Beltz; 2021.
354. Sappok T, Zepperitz S, Barrett BF, Došen A. Skala der Emotionalen Entwicklung – Diagnostik. Bern: Hogrefe; 2018.
355. Sappok T, Došen A, Zepperitz S, Barrett B, Vonk J, Schanze C, et al. Standardizing the assessment of emotional development in adults with intellectual and developmental disability. *J Appl Res Intellect Disabil*. 2020;33(3):542-51.
356. Gahleitner SB, Hensel T, Baierl H, Kühn M, Schmid M. Traumapädagogik in psychosozialen Handlungsfeldern. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht GmbH & Co. KG; 2017.
357. Kühn M. „Macht Eure Welt wieder zu meiner!“ Anmerkungen zum Begriff der Traumapädagogik. In: Bausum J, Besser L, Kühn M, Weiss W, editors. Traumapädagogik: Grundlagen, Arbeitsfelder und Methoden für die pädagogische Praxis. 3., durchgesehene Auflage ed. Weinheim/München: Beltz Juventa; 2013.
358. Hurley AD. Individual psychotherapy with mentally retarded individuals: a review and call for research. *Res Dev Disabil*. 1989;10(3):261-75.
359. Hurley A, Tomasulo D, Pfadt A. Individual and Group Psychotherapy Approaches for Persons with Mental Retardation and Developmental Disabilities. *Journal of Developmental and Physical Disabilities*. 1998;10.
360. Kleischmann A, Hermes V. Psychotherapie. In: Schanze C, Sappok T, editors. Störungen der Intelligenzentwicklung: Grundlagen der psychiatrischen Versorgung, Diagnostik und Therapie. 3. Auflage ed. Stuttgart: Schattauer; 2024. p. 100–8.
361. Sappok T, Zepperitz S, Barrett BF, Morisse F, Došen A. Skala der emotionalen Entwicklung – Diagnostik 2 (SEED-2). Bern: Hogrefe; 2023.
362. Hoekman J, Miedema A, Otten B, Gielen J. Skala zur Einschätzung des Sozial-Emotionalen Entwicklungsniveaus (SEN). 1. Auflage ed: Testzentrale Hogrefe; 2012.
363. Buchner T. Erleben von Psychotherapie aus Sicht von Menschen mit sogenannter geistiger Behinderung. *PiD – Psychotherapie im Dialog*. 2008;9(2):178–82.
364. Schipper-Eindhoven SM, de Knecht NC, Mevissen L, van Loon J, de Vries R, Zhuniq M, et al. EMDR treatment for people with intellectual disabilities: a systematic review about difficulties and adaptations. *Front Psychiatry*. 2023;14:1328310.
365. Byrne G. A Systematic Review of Treatment Interventions for Individuals With Intellectual Disability and Trauma Symptoms: A Review of the Recent Literature. *Trauma Violence Abuse*. 2022;23(2):541-54.
366. McNally P, Taggart L, Shevlin M. Trauma experiences of people with an intellectual disability and their implications: A scoping review. *J Appl Res Intellect Disabil*. 2021;34(4):927-49.

367. Elbing et al. Diagnostik und Therapie -Posttraumatischer Belastungsstörungen bei Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung Ein systematisches Review. Trauma und Gewalt. 2022;Heft 3, 2022:232-48.
368. Carrigan NaAK. Cognitive Behaviour Therapy for Post-Traumatic Stress Disorder in a person with an Autism Spectrum Condition and Intellectual Disability: A Case Study. Journal of applied research in intellectual disabilities : JARID. 2016;30.
369. Mayer B, Elbing U, Ostermann T. Trauma treatment using Narrative Exposure Therapy adapted to persons with intellectual disabilities or severe chronic mental disorders - a randomised controlled pilot study with an embedded observational study. J Intellect Disabil Res. 2023;67(11):1096-112.
370. Stenfert Kroese BaTG. Treating Chronic Nightmares of Sexual Assault Survivors with an Intellectual Disability – Two Descriptive Case Studies. Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities. 2006;19:75 - 80.
371. Smith AN, Laugharne R, Oak K, Shankar R. Eye movement desensitisation and reprocessing therapy for people with intellectual disability in the treatment of emotional trauma and post traumatic stress disorder: A scoping review. Journal of Mental Health Research in Intellectual Disabilities. 2021;14(3):237-84.
372. Verhagen I, van der Heijden R, de Jongh A, Korzilius H, Mevissen L, Didden R. Safety, feasibility, and efficacy of EMDR therapy in adults with PTSD and mild intellectual disability or borderline intellectual functioning and mental health problems: A multiple baseline study. Journal of Mental Health Research in Intellectual Disabilities. 2023;16(4):291-313.
373. Evans G, Barrowcliff A. Barrowcliff, Alastair Leslie, and Gemma AL Evans. "EMDR treatment for PTSD and Intellectual Disability: A case study." Advances in Mental Health and Intellectual Disabilities 9, no. 2 (2015). advances in mental health and intellectual disabilities. 2015;9.
374. Karatzias T, Brown M, Taggart L, Truesdale M, Sirisena C, Walley R, et al. A mixed-methods, randomized controlled feasibility trial of Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) plus Standard Care (SC) versus SC alone for DSM-5 Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) in adults with intellectual disabilities. J Appl Res Intellect Disabil. 2019;32(4):806-18.
375. Mayer B. Trauma und geistige Beeinträchtigung: eine Studie zur Anwendung der NET (Narrativen Expositionstherapie) bei Menschen mit geistiger oder psychischer Beeinträchtigung 2020.
376. Gilderthorp RC. Is EMDR an effective treatment for people diagnosed with both intellectual disability and post-traumatic stress disorder? J Intellect Disabil. 2015;19(1):58-68.
377. Barol BI, Seubert A. Stepping stones: EMDR treatment of individuals with intellectual and developmental disabilities and challenging behavior. Journal of EMDR Practice and Research. 2010;4(4):156-69.
378. Cooray SaHA. Anxiety and Related Disorders in People with Intellectual Disability 2020 03. 129-40 p.
379. Excellence NifHaC. Mental health problems in people with learning disabilities: prevention, assessment and management. National Institute for Health and Care Excellence; 2016. Report No.: NICE Guidance No. 54.
380. Landolt MA. Psychotraumatologie des Kindesalters: Grundlagen, Diagnostik und Interventionen. 3. überarbeitete Auflage ed. Göttingen: Hogrefe; 2021.
381. Landolt M. Psychotraumatologie des Kindesalters: Grundlagen, Diagnostik und Interventionen 2012 01.

382. Isele D, Teicher MH, Ruf-Leuschner M, Elbert T, Kolassa I-T, Schury K, et al. KERF—Ein Instrument zur umfassenden Ermittlung belastender Kindheitserfahrungen: Erstellung und psychometrische Beurteilung der deutschsprachigen MACE (Maltreatment and Abuse Chronology of Exposure) Scale. [KERF—An instrument for measuring adverse childhood experiences: Construction and psychometric evaluation of the German MACE (Maltreatment and Abuse Chronology of Exposure) Scale.]. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie: Forschung und Praxis*. 2014;43(2):121-30.
383. Sachser C, Berliner L, Risch E, Rosner R, Birkeland MS, Eilers R, et al. The Child and Adolescent Trauma Screen 2 (CATS-2)—Validation of an instrument to measure DSM-5 and ICD-11 PTSD and complex PTSD in children and adolescents. *European Journal of Psychotraumatology*. 2022;13(2).
384. Meiser-Stedman R, Smith P, Yule W, Glucksman E, Dalgleish T. Posttraumatic Stress Disorder in Young Children 3 Years Posttrauma: Prevalence and Longitudinal Predictors. *J Clin Psychiatry*. 2017;78(3):334-9.
385. Scheeringa MS, Zeanah CH, Myers L, Putnam FW. Predictive validity in a prospective follow-up of PTSD in preschool children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2005;44(9):899-906.
386. Eilers R, Ertl V, Kasparik B, Kost A, Rosner R. [Posttraumatic stress disorder in children and adolescents: results of a cross-sectional study on the effects of the newly formulated PTSD and CPTSD diagnoses in the ICD-11]. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz*. 2024;67(4):409-18.
387. Vasileva M, Haag AC, Landolt MA, Petermann F. Posttraumatic Stress Disorder in Very Young Children: Diagnostic Agreement between ICD-11 and DSM-5. *Journal of Traumatic Stress*. 2018.
388. Meiser-Stedman R, Smith P, McKinnon A, Dixon C, Trickey D, Ehlers A, et al. Cognitive therapy as an early treatment for post-traumatic stress disorder in children and adolescents: a randomized controlled trial addressing preliminary efficacy and mechanisms of action. *J Child Psychol Psychiatry*. 2017;58(5):623-33.
389. Scheeringa MS, Weems CF, Cohen JA, Amaya-Jackson L, Guthrie D. Trauma-focused cognitive-behavioral therapy for posttraumatic stress disorder in three-through six year-old children: a randomized clinical trial. *J Child Psychol Psychiatry*. 2011;52(8):853-60.
390. Sachser C, Keller F, Goldbeck L. Complex PTSD as proposed for ICD-11: validation of a new disorder in children and adolescents and their response to Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy. *J Child Psychol Psychiatry*. 2017;58(2):160-8.
391. Sölva K, Haselgruber A, Lueger-Schuster B. Latent classes of childhood maltreatment in children and adolescents in foster care: Associations with ICD-11 PTSD and complex PTSD. *European Journal of Psychotraumatology*. 2020;11(1).
392. Hébert M, Amédée LM. Latent class analysis of post-traumatic stress symptoms and complex PTSD in child victims of sexual abuse and their response to Trauma-Focused Cognitive Behavioural Therapy. *Eur J Psychotraumatol*. 2020;11(1):1807171.
393. Chiu et al. The prevalence, latent structure and psychosocial and cognitive correlates of complex post-traumatic stress disorder in an adolescent community sample. *Journal of affective disorders*. 2023;340.
394. Wang L, Fu H, Guo H, Liu P, Bi Y, Luo S, et al. Complex posttraumatic stress disorder and dissociation in trauma-exposed Chinese adolescents: a latent class analysis. *Eur J Psychotraumatol*. 2024;15(1):2351292.
395. Skar AS, Ormhaug SM, Jensen TK. Reported Levels of Upset in Youth After Routine Trauma Screening at Mental Health Clinics. *JAMA Netw Open*. 2019;2(5):e194003.

396. Bisson JI, Ehlers A, Matthews R, Pilling S, Richards D, Turner S. Psychological treatments for chronic post-traumatic stress disorder. Systematic review and meta-analysis. *Br J Psychiatry*. 2007;190:97-104.
397. National Collaborating Centre for Mental H. National Institute for Health and Clinical Excellence: Guidance. Post-Traumatic Stress Disorder: The Management of PTSD in Adults and Children in Primary and Secondary Care. Leicester (UK): Gaskell Copyright © 2005, The Royal College of Psychiatrists & The British Psychological Society.; 2005.
398. Cohen JA, Mannarino AP, Deblinger E. Treating trauma and traumatic grief in children and adolescents. New York; London: The Guilford Press; 2006.
399. Cohen JA, Mannarino AP, Deblinger E. Treating trauma and traumatic grief in children and adolescents. 2 ed. New York: Guilford Publications; 2017.
400. Shapiro F. Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR): Basic principles, protocols, and procedures. 3rd edition ed. New York: Guilford Press; 2018.
401. Ahmad A, Sundelin-Wahlsten V. Applying EMDR on children with PTSD. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2008;17(3):127-32.
402. Schauer et al. Narrative Exposure Therapy for Children and Adolescents (KIDNET)2017 02. 227-50 p.
403. Steil R, Resick PA, Rosner R. (Komplexe) Posttraumatische Belastungsstörung bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen: Entwicklungsangepasste Kognitive Verhaltenstherapie nach sexueller oder physischer Gewalt. Weinheim: Beltz; 2023.
404. Smith P, Perrin S, Yule W, Clark DM. Post Traumatic Stress Disorder: Cognitive therapy with children and young people. London; New York: Routledge; 2014.
405. Perrin S. Prolonged Exposure Therapy for Adolescents with PTSD: Emotional Processing of Traumatic Experiences (Therapist Guide) Edna B. Foa, Kelly R. Chrestman and Eva Gilboa-Schechtman. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*. 2010;38:507 - 9.
406. Lieberman AF, van Horn P. Psychotherapy with Infants and Young Children: Repairing the Effects of Stress and Trauma on Early Attachment. New York: Guilford Press; 2008. 366 p.
407. Cloitre M, Cohen L-R, Ortigo KM, Jackson C, Koenen KC. Behandlung der Folgen interpersoneller Traumatisierung: Das Programm STAIR/NT. 2 ed. Göttingen: Hogrefe Verlag; 2024.
408. Robb AS, Cueva JE, Sporn J, Yang R, Vanderburg DG. Sertraline treatment of children and adolescents with posttraumatic stress disorder: a double-blind, placebo-controlled trial. *J Child Adolesc Psychopharmacol*. 2010;20(6):463-71.
409. Cohen JA, Mannarino AP, Perel JM, Staron V. A pilot randomized controlled trial of combined trauma-focused CBT and sertraline for childhood PTSD symptoms. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2007;46(7):811-9.
410. Strawn JR, Keeshin BR, DelBello MP, Geraciotti TD, Jr., Putnam FW. Psychopharmacologic treatment of posttraumatic stress disorder in children and adolescents: a review. *J Clin Psychiatry*. 2010;71(7):932-41.
411. Locher C, Koechlin H, Zion SR, Werner C, Pine DS, Kirsch I, et al. Efficacy and Safety of Selective Serotonin Reuptake Inhibitors, Serotonin-Norepinephrine Reuptake Inhibitors, and Placebo for Common Psychiatric Disorders Among Children and Adolescents: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Psychiatry*. 2017;74(10):1011-20.
412. Cohen JA, Bukstein O, Walter H, Benson SR, Chrisman A, Farchione TR, et al. Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with posttraumatic stress disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2010;49(4):414-30.

413. Health PACfPM. Australian Guidelines for the Prevention and Treatment of Acute Stress Disorder, Posttraumatic Stress Disorder and Complex PTSD. Melbourne: Phoenix Australia Centre for Posttraumatic Mental Health; 2020.
414. de Haan A, Meiser-Stedman R, Landolt MA, Kuhn I, Black MJ, Klaus K, et al. Efficacy and moderators of efficacy of cognitive behavioural therapies with a trauma focus in children and adolescents: An individual participant data meta-analysis of randomised trials. *The Lancet Child & Adolescent Health*. 2024;8(1):28-39.
415. Hoppen TH, Meiser-Stedman R, Jensen TK, Birkeland MS, Morina N. Efficacy of psychological interventions for post-traumatic stress disorder in children and adolescents exposed to single versus multiple traumas: meta-analysis of randomised controlled trials. *Br J Psychiatry*. 2023;222(5):196-203.
416. Huang T, Li H, Tan S, Xie S, Cheng Q, Xiang Y, et al. The efficacy and acceptability of exposure therapy for the treatment of post-traumatic stress disorder in children and adolescents: a systematic review and meta-analysis. *BMC Psychiatry*. 2022;22(1):259.
417. Mavranezouli I, Megnin-Viggars O, Daly C, Dias S, Stockton S, Meiser-Stedman R, et al. Research Review: Psychological and psychosocial treatments for children and young people with post-traumatic stress disorder: a network meta-analysis. *J Child Psychol Psychiatry*. 2020;61(1):18-29.
418. Xiang Y, Cipriani A, Teng T, Del Giovane C, Zhang Y, Weisz JR, et al. Comparative efficacy and acceptability of psychotherapies for post-traumatic stress disorder in children and adolescents: a systematic review and network meta-analysis. *Evid Based Ment Health*. 2021;24(4):153-60.
419. Catani C, Kohiladevy M, Ruf M, Schauer E, Elbert T, Neuner F. Treating children traumatized by war and Tsunami: a comparison between exposure therapy and meditation-relaxation in North-East Sri Lanka. *BMC Psychiatry*. 2009;9:22.
420. Peltonen K, Kangaslampi S. Treating children and adolescents with multiple traumas: a randomized clinical trial of narrative exposure therapy. *Eur J Psychotraumatol*. 2019;10(1):1558708.
421. Ruf M, Schauer M, Neuner F, Catani C, Schauer E, Elbert T. Narrative exposure therapy for 7- to 16-year-olds: a randomized controlled trial with traumatized refugee children. *J Trauma Stress*. 2010;23(4):437-45.
422. Schauer E. Trauma Treatment for Children in War : build-up of an evidence-based large-scale Mental Health Intervention in North-Eastern Sri Lanka. 2008.
423. Ahrens J, Rexford L. Cognitive Processing Therapy for Incarcerated Adolescents with PTSD. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*. 2002;6(1):201–16.
424. Rosner R, Rimane E, Frick U, Gutermann J, Hagl M, Renneberg B, et al. Effect of Developmentally Adapted Cognitive Processing Therapy for Youth With Symptoms of Posttraumatic Stress Disorder After Childhood Sexual and Physical Abuse: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Psychiatry*. 2019;76(5):484-91.
425. Hagan MJ, Browne DT, Sulik M, Ippen CG, Bush N, Lieberman AF. Parent and Child Trauma Symptoms During Child-Parent Psychotherapy: A Prospective Cohort Study of Dyadic Change. *J Trauma Stress*. 2017;30(6):690-7.
426. Norlén A, Bäckman C, Thorén A, Almqvist K. The effectiveness of child-parent psychotherapy on traumatized preschoolers and their caregivers: A Swedish multi-site study. *Evidence-Based Practice in Child and Adolescent Mental Health*. 2025;10(1):106-21.
427. Rachamim L, Mirochnic I, Elazar M, Yadin E, Sinay I, Nacasch N. A pilot and feasibility randomized controlled trial of dyadic exposure therapy and dyadic client-centered therapy

- for posttraumatic preschool children and their caregivers. *International Journal of Cognitive Therapy*. 2021;14(2):362-79.
428. Graziano PA, Spiegel JA, Hayes T, Arcia E. Early intervention for families experiencing homelessness: A pilot randomized trial comparing two parenting programs. *J Consult Clin Psychol*. 2023;91(4):192-207.
429. Ghosh Ippen C, Harris WW, Van Horn P, Lieberman AF. Traumatic and stressful events in early childhood: can treatment help those at highest risk? *Child Abuse Negl*. 2011;35(7):504-13.
430. Lieberman AF, Van Horn P, Ippen CG. Toward evidence-based treatment: child-parent psychotherapy with preschoolers exposed to marital violence. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2005;44(12):1241-8.
431. Lieberman AF, Ippen CG, van Horn P. "Don't hit my mommy!": A manual for child-parent psychotherapy with young children exposed to violence and other trauma. 2nd edition ed. Washington, DC: Zero to Three; 2015.
432. Eilers R, Rimane E, Vogel A, Renneberg B, Steil R, Rosner R. Response of young patients with probable ICD-11 complex PTSD to treatment with developmentally adapted cognitive processing therapy. *Eur J Psychotraumatol*. 2021;12(1):1929024.
433. Ross SL, Sharma-Patel K, Brown EJ, Huntt JS, Chaplin WF. Complex trauma and Trauma-Focused Cognitive-Behavioral Therapy: How do trauma chronicity and PTSD presentation affect treatment outcome? *Child Abuse Negl*. 2021;111:104734.
434. Jensen TK, Braathu N, Birkeland MS, Ormhaug SM, Skar AS. Complex PTSD and treatment outcomes in TF-CBT for youth: a naturalistic study. *Eur J Psychotraumatol*. 2022;13(2):2114630.
435. Szota K, Schulte KL, Christiansen H. Interventions Involving Caregivers for Children and Adolescents Following Traumatic Events: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Clin Child Fam Psychol Rev*. 2023;26(1):17-32.
436. Gutermann J, Schreiber F, Matulis S, Schwartzkopff L, Deppe J, Steil R. Psychological Treatments for Symptoms of Posttraumatic Stress Disorder in Children, Adolescents, and Young Adults: A Meta-Analysis. *Clin Child Fam Psychol Rev*. 2016;19(2):77-93.
437. Hoogsteder LM, Ten Thije L, Schippers EE, Stams G. A Meta-Analysis of the Effectiveness of EMDR and TF-CBT in Reducing Trauma Symptoms and Externalizing Behavior Problems in Adolescents. *Int J Offender Ther Comp Criminol*. 2022;66(6-7):735-57.
438. Xie S, Cheng Q, Tan S, Li H, Huang T, Xiang Y, et al. The efficacy and acceptability of group trauma-focused cognitive behavior therapy for the treatment of post-traumatic stress disorder in children and adolescents: A systematic review and meta-analysis. *Gen Hosp Psychiatry*. 2024;86:127-34.
439. Davis RS, Meiser-Stedman R, Afzal N, Devaney J, Halligan SL, Lofthouse K, et al. Systematic Review and Meta-analysis: Group-Based Interventions for Treating Posttraumatic Stress Symptoms in Children and Adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2023;62(11):1217-32.
440. Thielemann JFB, Kasparik B, König J, Unterhitzberger J, Rosner R. A systematic review and meta-analysis of trauma-focused cognitive behavioral therapy for children and adolescents. *Child Abuse Negl*. 2022;134:105899.
441. (APA) APA. Clinical Practice Guideline for the Treatment of Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) in Adults. 2017.
442. (NICE). NG 26: Post-Traumatic Stress Disorder: The Management of PTSD in Adults and Children in Primary and Secondary Care. London; 2018.

443. Shalev A, Liberzon I, Marmar C. Post-Traumatic Stress Disorder. *N Engl J Med.* 2017;376(25):2459-69.
444. Gehringer R, Freytag A, Krause M, Schlattmann P, Schmidt K, Schulz S, et al. Psychological interventions for posttraumatic stress disorder involving primary care physicians: systematic review and Meta-analysis of randomized controlled trials. *BMC Fam Pract.* 2020;21(1):176.
445. Schleyer W, Zona K, Quigley D, Spottswood M. Group therapy in primary care settings for the treatment of posttraumatic stress disorder: A systematic literature review. *Gen Hosp Psychiatry.* 2022;77:1-10.
446. Hoeft TJ, Stephens KA, Vannoy SD, Unützer J, Kaysen D. Interventions to treat posttraumatic stress disorder in partnership with primary care: A review of feasibility and large randomized controlled studies. *Gen Hosp Psychiatry.* 2019;60:65-75.
447. Tagger-Green N, Nemcovsky C, Fridenberg N, Green O, Chaushu L, Kolerman R. Oral and Dental Considerations of Combat-Induced Post Traumatic Stress Disorder (PTSD)-A Cross-Sectional Study. *J Clin Med.* 2022;11(11).
448. Neramo H, Willumsen T, Rognmo K, Thimm JC, Wang CEA, Johnsen JK. Dental anxiety and potentially traumatic events: a cross-sectional study based on the Tromsø Study-Tromsø 7. *BMC Oral Health.* 2021;21(1):600.
449. Hegarty et al. Two-year follow up of a cluster randomised controlled trial for women experiencing intimate partner violence: effect of screening and family doctor-delivered counselling on quality of life, mental and physical health and abuse exposure. *BMJ Open.* 2020;10:e034295.
450. Ellsberg M, Jansen HA, Heise L, Watts CH, Garcia-Moreno C. Intimate partner violence and women's physical and mental health in the WHO multi-country study on women's health and domestic violence: an observational study. *Lancet.* 2008;371(9619):1165-72.
451. Stovell D, Morrison AP, Panayiotou M, Hutton P. Shared treatment decision-making and empowerment-related outcomes in psychosis: systematic review and meta-analysis. *Br J Psychiatry.* 2016;209(1):23-8.
452. Swift JK, Callahan JL, Cooper M, Parkin SR. The impact of accommodating client preference in psychotherapy: A meta-analysis. *J Clin Psychol.* 2018;74(11):1924-37.
453. Watts BV, Schnurr PP, Zayed M, Young-Xu Y, Stender P, Llewellyn-Thomas H. A randomized controlled clinical trial of a patient decision aid for posttraumatic stress disorder. *Psychiatr Serv.* 2015;66(2):149-54.
454. Hessinger JD, London MJ, Baer SM. Evaluation of a shared decision-making intervention on the utilization of evidence-based psychotherapy in a VA outpatient PTSD clinic. *Psychol Serv.* 2018;15(4):437-41.
455. Mott JM, Stanley MA, Street RL, Jr., Grady RH, Teng EJ. Increasing engagement in evidence-based PTSD treatment through shared decision-making: a pilot study. *Mil Med.* 2014;179(2):143-9.
456. Excellence NifHaC. NG197: Shared decision making. London, UK; 2021.
457. Ladwig S, Pauls F, Gerke L, Nestoriuc Y. Informed Consent for Psychotherapy: The Moderating Role of Therapeutic Alliance, Prior Knowledge and Autonomous Motivation on Decision-Making and Treatment Expectation. *Clin Psychol Psychother.* 2024;31(2):e2977.
458. Gerke L, Meyrose AK, Nestoriuc Y. Informed consent for psychotherapy: Ethical illusion or clinical reality? A survey about psychotherapists' attitudes and practices in Germany. *Clin Psychol Psychother.* 2023;30(1):166-78.
459. Organization WH. The Ottawa Charter for Health Promotion (WHO/EURO:1986-4044-43803-61669). 1986.

460. (BMG) BfG. Patientenrechte: Bundesministerium für Gesundheit; 2024 [Available from: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/praevention/patientenrechte/patientenrechte.html>].
461. (EbM-Netzwerk) DNEMeV. Fachbereich Patienteninformation und -beteiligung.
462. Association AP. Clinical practice guideline for the treatment of posttraumatic stress disorder (PTSD) in adults. Arlington, VA; 2017.
463. Reddemann OaHMaVI. Psychosomatische Grundversorgung 2022 01. 883-91 p.
464. Reddemann O. Komplexe Folgen von Psychotrauma und psychosomatische Grundversorgung. *Ärztliche Psychotherapie*. 2023;18(3):180–5.
465. Weidner K, Garthus-Niegel S, Junge-Hoffmeister J. [Traumatic Birth: Recognition and Prevention]. *Z Geburtshilfe Neonatol*. 2018;222(5):189-96.
466. Müller U, Schröttle M. Lebenssituation, Sicherheit und Gesundheit von Frauen in Deutschland. Eine repräsentative Untersuchung zu Gewalt gegen Frauen in Deutschland. Berlin; 2004.
467. D'Angelo DV, Liu Y, Basile KC, Smith SG, Chen J, Friar NW, et al. Rape and Sexual Coercion Related Pregnancy in the United States. *Am J Prev Med*. 2024;66(3):389-98.
468. Miller ML, Laifer LM, Thomas EBK, Grekin R, O'Hara MW, Brock RL. From pregnancy to the postpartum: Unraveling the complexities of symptom profiles among trauma-exposed women. *J Affect Disord*. 2024;357:11-22.
469. de Graaff LF, Honig A, van Pampus MG, Stramrood CAI. Preventing post-traumatic stress disorder following childbirth and traumatic birth experiences: a systematic review. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2018;97(6):648-56.
470. Heyne CS, Kazmierczak M, Souday R, Horesh D, Lambregtse-van den Berg M, Weigl T, et al. Prevalence and risk factors of birth-related posttraumatic stress among parents: A comparative systematic review and meta-analysis. *Clin Psychol Rev*. 2022;94:102157.
471. Horsch A, Garthus-Niegel S, Ayers S, Chandra P, Hartmann K, Vaisbuch E, et al. Childbirth-related posttraumatic stress disorder: definition, risk factors, pathophysiology, diagnosis, prevention, and treatment. *Am J Obstet Gynecol*. 2024;230(3s):S1116-s27.
472. Ettinger S, Powers NJ, Geller PA. Beyond birth trauma: A scoping review on childbirth-related post-traumatic stress disorder and early relational health in the family system. *Int J Gynaecol Obstet*. 2025;169(2):511-24.
473. Cook N, Ayers S, Horsch A. Maternal posttraumatic stress disorder during the perinatal period and child outcomes: A systematic review. *J Affect Disord*. 2018;225:18-31.
474. Suarez A, Yakupova V. Effects of postpartum PTSD on maternal mental health and child socioemotional development - a two-year follow-up study. *BMC Pediatr*. 2024;24(1):789.
475. Horsch A, Stuijzand S. Intergenerational transfer of perinatal trauma-related consequences. *J Reprod Infant Psychol*. 2019;37(3):221-3.
476. Ginter N, Takács L, Boon MJM, Verhoeven CJM, Dahlen HG, Peters LL. The Impact of Mode of Birth on Childbirth-Related Post Traumatic Stress Symptoms beyond 6 Months Postpartum: An Integrative Review. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19(14).
477. Silva-Fernandez CS, de la Calle M, Arribas SM, Garrosa E, Ramiro-Cortijo D. Factors Associated with Obstetric Violence Implicated in the Development of Postpartum Depression and Post-Traumatic Stress Disorder: A Systematic Review. *Nurs Rep*. 2023;13(4):1553-76.
478. Gordon J, Hunter A, Callanan F, Kiely C, Grealish A. An Integrative Review Exploring Womens' Experiences of Retraumatization Within Perinatal Services. *J Midwifery Womens Health*. 2025;70(1):32-49.

479. Horstmann RH, Seefeld L, Schellong J, Garthus-Niegel S. Treatment and counselling preferences of postpartum women with and without symptoms of (childbirth-related) PTSD: findings of the cross-sectional study INVITE. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2024;24(1):885.
480. Jehn et al. Access and Barriers to Treatment and Counseling for Postpartum Women With and Without Symptoms of (CB-)PTSD Within the Cross-Sectional Study INVITE. 2024.
481. Ayers S, Horsch A, Garthus-Niegel S, Nieuwenhuijze M, Bogaerts A, Hartmann K, et al. Traumatic birth and childbirth-related post-traumatic stress disorder: International expert consensus recommendations for practice, policy, and research. *Women Birth*. 2024;37(2):362-7.
482. Keller KH, Schmidt R, Nobel G, Krolak M, Germann N, Schönenberger M, et al. The role of psychological traumatization on the physician-patient relationship in gynecological outpatients. *Current Psychology*. 2024.
483. Wörner F, Eger T, Simon U, Becker A, Wolowski A. Lifespan of Splints in a Sample of German Soldiers Hospitalised with Post-traumatic Stress Disorder (PTSD) in Combination with Sleep Bruxism and Painful Temporomandibular Disorder (TMD). *Oral Health Prev Dent*. 2024;22:249-56.
484. Wolowski A, Eger T, Braas R, Gohr J, Weber N, Witanski K, et al. Long-term effects of splint therapy in patients with posttraumatic stress disease (PTSD). *Clin Oral Investig*. 2020;24(4):1493-7.
485. Afari N, Ahumada SM, Wright LJ, Mostoufi S, Golnari G, Reis V, et al. Psychological trauma and functional somatic syndromes: a systematic review and meta-analysis. *Psychosom Med*. 2014;76(1):2-11.
486. Afari N, Wen Y, Buchwald D, Goldberg J, Plesh O. Are post-traumatic stress disorder symptoms and temporomandibular pain associated? Findings from a community-based twin registry. *J Orofac Pain*. 2008;22(1):41-9.
487. Giddon DB, Moeller DR, Deutsch CK. Use of a modified mandibular splint to reduce nocturnal symptoms in persons with post-traumatic stress disorder. *Int Dent J*. 2020;71(2):167-71.
488. Zhang L, Xu L, Wu D, Yu C, Fan S, Cai B. Effectiveness of exercise therapy versus occlusal splint therapy for the treatment of painful temporomandibular disorders: a systematic review and meta-analysis. *Ann Palliat Med*. 2021;10(6):6122-32.
489. Connelly ST, Myung J, Gupta R, Tartaglia GM, Gizdulich A, Yang J, et al. Clinical outcomes of Botox injections for chronic temporomandibular disorders: do we understand how Botox works on muscle, pain, and the brain? *Int J Oral Maxillofac Surg*. 2017;46(3):322-7.
490. Steffanowski et al. Meta-Analyse der Effekte stationärer psychosomatischer Rehabilitation. Mesta-Studie2007 01.
491. Bandelow B, Aden I, Alpers GW, Benecke A, Benecke C, Beutel ME, et al. S3-Leitlinie „Behandlung von Angststörungen“: Version 2. Berlin: Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF); 2021. Report No.: AWMF-Registernummer 051-028.
492. Nebe A. Rehabilitationsindikation. In: Köllner V, Bassler M, editors. *Praxishandbuch Psychosomatische Medizin in der Rehabilitation*. München: Elsevier. p. 36–45.
493. Dorr F, Sack M, Bengel J. [Validation of the Screening for Complex PTSD (SkPTBS) - Revision]. *Psychother Psychosom Med Psychol*. 2018;68(12):525-33.
494. Brenner L, Chrysanthou S, Rothermund E, Köllner V. [Effects of complex trauma disorder on the workplace: a scoping review]. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz*. 2024;67(7):833-42.

495. Brenner L, Härtter C, Bachem R, Knaevelsrud C, Köllner V. [Complex Posttraumatic Disorder and Work-Related Behavioral and Experience Patterns]. *Psychother Psychosom Med Psychol.* 2021;71(9-10):381-8.
496. Kreutzer L, Köllner V. [Posttraumatic Stress Disorder in Digital Work Environment - A Case Report]. *Rehabilitation (Stuttg).* 2020;59(5):298-302.
497. Kreutzer L, Köllner V. [Stress-Related Disorders in Rehabilitation]. *Rehabilitation (Stuttg).* 2020;59(4):237-50.
498. (DRV-Bund) DRB. Rentenversicherung in Zahlen 2024. Berlin; 2024.
499. PuND DGfP. S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen. 2019.
500. Ostholt-Corsten M. Reha-Qualitätssicherung. In: Köllner V, Bassler M, editors. *Praxishandbuch Psychosomatische Medizin in der Rehabilitation.* München: Elsevier; 2021. p. 207–14.
501. Micklitz HM, Glass CM, Bengel J, Sander LB. Efficacy of Psychosocial Interventions for Survivors of Intimate Partner Violence: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Trauma Violence Abuse.* 2024;25(2):1000-17.
502. Choudhary V, Satapathy S, Sagar R. Feasibility Trial of a Newly Developed Brief Psychological Trauma Intervention for Children Surviving Sexual Abuse in India. *J Child Sex Abus.* 2024;33(2):204-28.
503. Loucks L, Yasinski C, Norrholm SD, Maples-Keller J, Post L, Zwiebach L, et al. You can do that?!: Feasibility of virtual reality exposure therapy in the treatment of PTSD due to military sexual trauma. *J Anxiety Disord.* 2019;61:55-63.
504. Littleton H, Grills AE, Kline KD, Schoemann AM, Dodd JC. The From Survivor to Thriver program: RCT of an online therapist-facilitated program for rape-related PTSD. *Journal of Anxiety Disorders.* 2016;43:41-51.
505. Litz BT, Rusowicz-Orazem L, Doros G, Grunthal B, Gray M, Nash W, et al. Adaptive disclosure, a combat-specific PTSD treatment, versus cognitive-processing therapy, in deployed marines and sailors: A randomized controlled non-inferiority trial. *Psychiatry Res.* 2021;297:113761.
506. Gilmore et al. "Do You Expect Me to Receive PTSD Care in a Setting Where Most of the Other Patients Remind Me of the Perpetrator?": Home-Based Telemedicine to Address Barriers to Care Unique to Military Sexual Trauma and Veterans Affairs Hospitals. *Contemporary Clinical Trials.* 2016;48.
507. White SJ, Sin J, Sweeney A, Salisbury T, Wahlich C, Montesinos Guevara CM, et al. Global Prevalence and Mental Health Outcomes of Intimate Partner Violence Among Women: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Trauma Violence Abuse.* 2024;25(1):494-511.
508. Rights F-EU. Violence against women: An EU-wide survey: Main results. 2014.
509. Jewkes R, Fulu E, Tabassam Naved R, Chirwa E, Dunkle K, Haardörfer R, et al. Women's and men's reports of past-year prevalence of intimate partner violence and rape and women's risk factors for intimate partner violence: A multicountry cross-sectional study in Asia and the Pacific. *PLoS Med.* 2017;14(9):e1002381.
510. Jud A, Grafe B, Meshkova K, Kavemann B, Meysen T, Hoffmann U, et al. Prevalence and Predictors of Affirmations of Intimate Partner Violence in Germany: A First Nationwide Study on Victimization in Women and Men. *J Interpers Violence.* 2023;38(1-2):Np1473-np93.
511. McLeod DaHKaNAaPA. Intimate Partner Violence: Innovations in Theory to Inform Clinical Practice, Policy, and Research. *Social Sciences.* 2020;9:71.

512. Hameed M, O'Doherty L, Gilchrist G, Tirado-Muñoz J, Taft A, Chondros P, et al. Psychological therapies for women who experience intimate partner violence. *Cochrane Database Syst Rev.* 2020;7(7):Cd013017.
513. Europe Co. Council of Europe Convention on preventing and combating violence against women and domestic violence (CETS No. 210). Istanbul; 2011.
514. García-Moreno C, Hegarty K, d'Oliveira AF, Koziol-McLain J, Colombini M, Feder G. The health-systems response to violence against women. *Lancet.* 2015;385(9977):1567-79.
515. Schellong J, Epple F, Lorenz P, Ritschel G, Croy I, Lenk M, et al. [Domestic Violence and Intimate Partner Violence - a Challenge within the Health Care Sector - Result of a Survey Among Physicians]. *Psychiatr Prax.* 2022;49(7):359-66.
516. Fryszer LA, Büttner M, Etzold S, Muetzel E, Rall K, Schellong J, et al. Recommendations for Care and Support of Female Rape Victims. *Geburtshilfe Frauenheilkd.* 2022;82(4):384-91.
517. Deckers R, Köhnken G. Die Erhebung und Bewertung von Zeugenaussagen im Strafprozess: Juristische, aussagepsychologische und psychiatrische Aspekte. Band 5. Berlin: Berliner Wissenschafts-Verlag; 2022.
518. Houben STL, Otgaar H, Roelofs J, Smeets T, Merckelbach H. Increases of correct memories and spontaneous false memories due to eye movements when memories are retrieved after a time delay. *Behav Res Ther.* 2020;125:103546.
519. Muschalla B, Schönborn F. Induction of false beliefs and false memories in laboratory studies-A systematic review. *Clin Psychol Psychother.* 2021;28(5):1194-209.
520. Ganslmeier M, Ehring T, Wolkenstein L. Effects of imagery rescripting and imaginal exposure on voluntary memory. *Behav Res Ther.* 2023;170:104409.
521. Goodman GS, Goldfarb D, Quas JA, Lyon A. Psychological counseling and accuracy of memory for child sexual abuse. *American Psychologist.* 2017;72(9):920-31.
522. Brewin CR, Andrews B. Creating memories for false autobiographical events in childhood: A systematic review. *Applied Cognitive Psychology.* 2017;31(1):2-23.
523. Battista F, Mangiulli I, Patihis L, Dodier O, Curci A, Lanciano T, et al. A scientometric and descriptive review on the debate about repressed memories and traumatic forgetting. *J Anxiety Disord.* 2023;97:102733.
524. Arce R, Selaya A, Sanmarco J, Fariña F. Implanting rich autobiographical false memories: Meta-analysis for forensic practice and judicial judgment making. *Int J Clin Health Psychol.* 2023;23(4):100386.
525. Bublitz C. When is Disbelief Epistemic Injustice? Criminal Procedure, Recovered Memories, and Deformations of the Epistemic Subject. *Criminal Law and Philosophy.* 2023;18:1-28.
526. Ahrens-Eipper S, Walter A. Psychotherapie und Strafverfahren – kein Widerspruch: Hintergründe und berufspraktische Hinweise für Psychotherapeut\*innen. 2024.
527. Kildahl AN, Berggren T, Rønneberg A, Molnes CSY, Nordgarden H. A call for trauma-informed dental care for individuals with intellectual disabilities. *Spec Care Dentist.* 2024;44(4):1126-34.
528. Harris M, Fallot RD. Envisioning a trauma-informed service system: a vital paradigm shift. *New Dir Ment Health Serv.* 2001(89):3-22.
529. (SAMHSA) SAaMHSA. Practical Guide for Implementing a Trauma-Informed Approach. Rockville, MD; 2023. Report No.: SAMHSA Publication No. PEP23-06-05-005.
530. Chin B, Amin Q, Hernandez N, Wright DD, Awan MU, Plumley D, et al. Evaluating the Effectiveness of Trauma-Informed Care Frameworks in Provider Education and the Care of Traumatized Patients. *J Surg Res.* 2024;296:621-35.

531. Morra C, Nguyen K, Sieracki R, Pavlic A, Barry C. Trauma-informed Care Training in Trauma and Emergency Medicine: A Review of the Existing Curricula. *West J Emerg Med.* 2024;25(3):423-30.
532. Cole R. Reducing restraint use in a trauma center emergency room. *Nurs Clin North Am.* 2014;49(3):371-81.
533. McNamara M, Cane R, Hoffman Y, Reese C, Schwartz A, Stolbach B. Training Hospital Personnel in Trauma-Informed Care: Assessing an Interprofessional Workshop With Patients as Teachers. *Acad Pediatr.* 2021;21(1):158-64.
534. Brom D, Stokar Y, Lawi C, Nuriel-Porat V, Ziv Y, Lerner K, & Ross G. Somatic experiencing for posttraumatic stress disorder: A randomized controlled outcome study. *Journal of traumatic stress,* 2017, 30. Jg., Nr. 3, S. 304-312.
535. Bundesregierung. Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Dr. Kirsten Kappert-Gonthier, Dr. Janosch Dahmen, Maria Klein-Schmeink, weiterer Abgeordneter und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN – Drucksache 19/29074 – Ansätze zur Professionalisierung und Expansion künstlerischer Therapien in der psychotherapeutischen Versorgung [Internet]. Deutscher Bundestag. 2021 Mai. Verfügbar unter: <https://dserver.bundestag.de/btd/19/296/1929610.pdf#:~:text=matik-Psychotherapie%20hervorzuheben:%20Im%20Jahr%202019%20erhielten%20in,Rehabilitanden%201%20C3%20Leistungen%20pro%20Woche%20mit%20einer>
536. Sin J, Spain D, Furuta M, Murrells T, Norman I. Psychological interventions for post-traumatic stress disorder (PTSD) in people with severe mental illness. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017 Jan 24;1(1):CD011464.
537. Tully PJ, Peters R, Pérès K, Anstey KJ, Tzourio C. Effect of SSRI and calcium channel blockers on depression symptoms and cognitive function in elderly persons treated for hypertension: three city cohort study. *International Psychogeriatrics.* 2018;30(9):1345-1354.
538. Desai R, Smith SM, Mohandas R, Brown J, Park H. Risk of Fractures With Concomitant Use of Calcium Channel Blockers and Selective Serotonin Reuptake Inhibitors. *Annals of Pharmacotherapy.* 2023;58(9):886-895.
539. Schreier H, Ladakakos C, Morabito D, Chapman L, Knudson MM. Posttraumatic Stress Symptoms in Children after Mild to Moderate Pediatric Trauma: A Longitudinal Examination of Symptom Prevalence, Correlates, and Parent-Child Symptom Reporting. *The Journal Of Trauma: Injury, Infection, And Critical Care* [Internet]. 1. Februar 2005;58(2):353–63.
540. Kolbe V, Büttner A. Domestic Violence Against Men-Prevalence and Risk Factors. *Dtsch Arztebl Int.* 2020 Aug 3;117(31-32):534-541.
541. Viebig-Ehlert P, Waubert De Puiseau B, Aßmann J, Bartel L, Böök K, Bühler A, u. a. Praxishinweise zum Verhältnis von Psychotherapie und Strafverfahren [Internet]. 2024. Verfügbar unter: [https://www.bmj.de/SharedDocs/Publikationen/DE/Fachpublikationen/Praxishinweise\\_Psychotherapie.pdf?\\_\\_blob=publicationFile&v=3](https://www.bmj.de/SharedDocs/Publikationen/DE/Fachpublikationen/Praxishinweise_Psychotherapie.pdf?__blob=publicationFile&v=3)
542. Mental Health, Brain Health and Substance Use (MSD). *Comprehensive Mental Health Action Plan 2013-2030* [Internet]. 2021. Verfügbar unter: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240031029>

<b>Versionsnummer:</b>	7.0
<b>Erstveröffentlichung:</b>	08-1999
<b>Letzte inhaltliche Überarbeitung:</b>	27.02.2026
<b>Nächste Überprüfung geplant:</b>	26.02.2031

Die AWMF erfasst und publiziert die Leitlinien der Fachgesellschaften mit größtmöglicher Sorgfalt - dennoch kann die AWMF für die Richtigkeit des Inhalts keine Verantwortung übernehmen. **Insbesondere bei Dosierungsangaben sind stets die Angaben der Hersteller zu beachten!**

Autorisiert für elektronische Publikation: AWMF online