

# Folgen seelischer Verletzungen im hausärztlichen Alltag – eine diagnostische und therapeutische Herausforderung

Klaus Bally

Universitäres Zentrum für  
Hausarztmedizin beider Basel

# Das Erkennen von Traumafolgestörungen – eine hausärztliche Aufgabe

- Die hausärztliche Rolle bei der Detektion einer PTSD
- Epidemiologie der PTSD in der Allgemeinbevölkerung
- Die Bedeutung von Risikofaktoren und Comorbiditäten
- Auslösende Ereignisse
- Traumafolgestörungen ohne primär bekanntes Trauma
- Die Bedeutung von COVID-19 als auslösendes Ereignis
- Screening/Identifikation von PTSD in der Hausarztpraxis
- Unterschiedliche Verläufe nach durchgemachtem Trauma
- Behandlungsmöglichkeiten in der hausärztlichen Praxis



# Dank an die Kolleginnen und Kollegen in den Instituten für Allgemeinmedizin in Jena, Berlin und München

LERNEN

212

Auch nach Intensivtherapie

## Traumafolgestörungen in der Allgemeinmedizin

**Konrad Schmidt<sup>a,b</sup>, Rebekka Gehringer<sup>a</sup>, Sabine Gehrke-Beck<sup>b</sup>, Jochen Gensichen<sup>c</sup>**

<sup>a</sup> Institut für Allgemeinmedizin, Universitätsklinikum Jena, Friedrich Schiller Universität, Jena; <sup>b</sup> Institut für Allgemeinmedizin, Charité, Universitätsmedizin, Berlin; <sup>c</sup> Institut für Allgemeinmedizin, Klinikum der Ludwig-Maximilians-Universität, München

Schmidt K, Gehringer R, Gehrke-Beck S, Gensichen J. Traumafolgestörungen in der Allgemeinmedizin. Prim Hosp Care Allg Inn Med. 2018;18(12):212-216

# Weswegen ist die hausärztliche Praxis für die Detektion von Traumafolgestörungen wichtig?

- 80% aller Menschen in der Schweiz konsultieren mindestens 1x/Jahr ihre /eine hausärztliche Praxis;
- Biographie, Familie, Risikofaktoren für Traumafolgestörungen sind bekannt;
- Umgang mit Belastungen ist oftmals bekannt (Vulnerabilität / Resilienz);
- In der Regel besteht bei langjährigen Beziehungen eine gewisse Vertrauensbasis;
- Patient\*innen wenden sich in der Folge traumatischer Erfahrungen – wie auch bei anderen psychischen Problemen – meist zuerst an ihre Hausarzt\*innen, wobei der vordergründige Beratungsanlass oftmals ein anderer ist.
- Es besteht eine enge Wechselbeziehung von Traumafolgestörungen mit vielen mehrheitlich somatischen z.T. chronischen Erkrankungen, die in der hausärztlichen Versorgung von hoher Relevanz sind.

Harfst T, Marstedt G. Psychische Gesundheit in Deutschland: Erkrankungen bleiben oft unentdeckt, Gesundheitsmonitor. Newsletter der Bertelsmann-Stiftung, 2009; 1

# Die überwiegende Mehrheit der Traumafolgestörungen wird nie als solche erkannt.

- Prävalenz der PTSD in der Primärversorgung 8-23%;
- Von diesen PTSD sind ca. 10% als solche diagnostiziert und in der Krankenakte vermerkt;
- Besonders hohe Prävalenz in Kriegs- und Krisenregionen;
- Schweizer Studie: 0,7 – 4,2%.

Liebschutz J et al. PTSD in urban primary care: high prevalence and low physician recognition. J Gen Intern Med. 2007 Jun;22(6):719-26

Munyandamutsa Net al. . Mental and physical health in Rwanda 14 years after the genocide. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2012 Nov;47(11):1753-61

Maercker A et al. Adjustment disorders, posttraumatic stress disorder, and depressive disorders in old age: findings from a community survey. Compr Psychiatry. 2008 Mar-Apr;49(2):113-20

# Alleinlebend, Grundschulabschluss und Arbeitslosigkeit sind Risikofaktoren für PTDS.

	Total Sample		PC-PTSD $\geq 3$		$\chi^2$	<i>p</i>
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%		
<b>Gender</b>						
Male	347	35.3	47	13.5	1.7	.197
Female	636	64.7	106	16.7		
<b>Age</b>						
18–24	211	20.7	32	15.2	33.6	.000
23–44	154	15.1	31	20.1		
35–44	137	13.4	31	22.6		
45–64	284	27.8	55	19.4		
65+	235	23.0	10	4.3		
<b>Relationship status</b>						
Single, never married	341	33.3	69	20.2	19.2	.000
Married/cohabitating	526	51.4	56	10.7		
DSW/other	156	15.3	33	21.2		
<b>Education</b>						
Secondary school or less	270	27.0	45	16.7	3.13	.209
Post-school education	627	62.6	100	16.0		
Postgraduate/other	104	10.4	10	9.6		
<b>Employment</b>						
Employed	398	39.3	60	15.1	25.9	.000
Unemployed	126	12.5	38	30.2		
Student	166	16.4	25	15.1		
Retired/other	322	31.8	35	10.9		

**Table 1** Socio-demographic characteristics for the total sample (*n* = 1058) of primary care patients from England (2015), and differences in probable PTSD (PC-PTSD  $\geq 3$ ) according to these characteristics

Cowlshaw S, Metcalf O, Stone C, O'Donnell M, Lotzin A, Forbes D, Hegarty K, Kessler D. Posttraumatic Stress Disorder in Primary Care: A Study of General Practices in England. *J Clin Psychol Med Settings*. 2021 Sep;28(3):427-435

Menschen mit PTSD haben in bis zu 90% der Fälle psychiatrische Comorbiditäten und sehr häufig somatische Folgeerkrankungen, bedingt durch traumaassoziierte Stressaktivierung.

- Depressionen, Angststörungen, Substanzmissbrauch
- Schlechtere gesundheitsbezogene Lebensqualität
- Muskuloskelettale Schmerzen
- Kardiorespiratorische Symptome (Hypertonie, CHK, Asthma)
- Gastrointestinale Beschwerden

Pacella ML, Hruska B, Delahanty DL. The physical health consequences of PTSD and PTSD symptoms: a meta-analytic review. J Anxiety Disord. 2013 Jan;27(1):33-46

# Misshandlung in der Kindheit ist assoziiert mit somatischen Erkrankungen im Erwachsenenalter.

Table 2. Association between childhood physical abuse and physical disorders among males and females

	Males					Females				
	No physical abuse (N=3393) %	Physical abuse (N=454) %	Adjusted odds ratio (95% CI)			No physical abuse (N=3843) %	Physical abuse (N=408) %	Adjusted odds ratio (95% CI)		
			Model 1	Model 2	Model 3			Model 1	Model 2	Model 3
Arthritis	3.77	9.47	<b>2.7</b> ( <b>1.8, 3.9</b> )	<b>1.7</b> ( <b>1.2, 2.6</b> )	1.6 (0.9, 2.8)	5.23	16.67	<b>2.3</b> ( <b>1.6, 3.5</b> )	<b>1.7</b> ( <b>1.2, 2.6</b> )	<b>1.7</b> ( <b>1.1, 2.5</b> )
Lung disease	2.86	8.81	<b>3.2</b> ( <b>2.2, 4.7</b> )	<b>2.3</b> ( <b>1.6, 3.5</b> )	<b>1.7</b> ( <b>1.1, 2.7</b> )	4.23	12.50	<b>2.2</b> ( <b>1.4, 3.3</b> )	<b>1.8</b> ( <b>1.2, 2.6</b> )	<b>1.6</b> ( <b>1.1, 2.4</b> )
Diabetes	1.27	1.76	1.4 (0.7, 3.0)	1.2 (0.5, 2.8)	0.7 (0.3, 1.8)	1.51	3.19	1.1 (0.6, 2.2)	1.1 (0.6, 2.1)	1.1 (0.6, 2.1)
Cardiac	1.12	1.98	1.8 (0.8, 3.8)	1.4 (0.6, 3.3)	1.6 (0.7, 3.9)	0.36	1.23	2 (0.5, 8.1)	1.2 (0.3, 4.9)	1.2 (0.3, 4.8)
Gastrointestinal	1.65	2.64	1.6 (0.8, 3.0)	0.8 (0.4, 1.6)	0.9 (0.4, 2.0)	2.71	7.11	1.3 (0.8, 2.3)	1.1 (0.7, 1.9)	1.1 (0.7, 1.9)
Hernia	0.62	1.76	<b>3</b> ( <b>1.3, 6.8</b> )	1.7 (0.7, 4.2)	1.2 (0.3, 4.5)	0.34	1.96	<b>7.3</b> ( <b>1.6, 32.7</b> )	<b>4.7</b> ( <b>1.1, 20.2</b> )	<b>4.9</b> ( <b>1.1, 22.3</b> )
Ulcer	1.71	4.63	<b>2.7</b> ( <b>1.6, 4.5</b> )	<b>1.7</b> ( <b>1.0, 3.0</b> )	1.4 (0.7, 2.8)	1.95	5.64	<b>2.2</b> ( <b>1.4, 3.6</b> )	<b>1.7</b> ( <b>1.1, 2.6</b> )	<b>1.6</b> ( <b>1.1, 2.5</b> )
Kidney	0.38	1.98	<b>5</b> ( <b>2.1, 12.0</b> )	<b>4.9</b> ( <b>1.9, 12.5</b> )	<b>2.5</b> ( <b>1.1, 5.9</b> )	0.34	1.72	<b>4.4</b> ( <b>1.7, 11.3</b> )	1.63 (0.63, 4.26)	1.6 (0.5, 4.5)
Stroke	0.18	0.22	1 ( <b>1.2, 8.6</b> )	0.5 (0.1, 4.4)	0.8 (0.1, 10.8)	0.10	0.49	4.02 (0.71, 22.74)	3 (0.4, 25.3)	3.3 (0.4, 27.4)
Neurological	0.62	1.98	<b>3.5</b> ( <b>1.1, 11.5</b> )	3.2 (0.9, 11.8)	3 (0.9, 10.1)	0.91	2.70	<b>2.3</b> ( <b>1.0, 5.7</b> )	1.7 (0.7, 4.5)	1.7 (0.7, 4.3)
Autoimmune	0.21	0.44	<b>3.5</b> ( <b>1.1, 11.5</b> )	1.9 (0.2, 16.0)	1.7 (0.2, 13.1)	1.64	4.66	<b>3.6</b> ( <b>1.6, 7.7</b> )	<b>2.8</b> ( <b>1.4, 5.7</b> )	<b>3.1</b> ( <b>1.5, 6.5</b> )
Hypertension	6.28	9.69	<b>1.6</b> ( <b>1.2, 2.3</b> )	1.2 (0.8, 1.8)	1 (0.6, 1.6)	5.05	12.25	1.1 (0.6, 1.8)	0.9 (0.5, 1.5)	0.9 (0.5, 1.4)

Model 1: adjusted for age, gender, race, marital status, income and education.

Model 2: adjusted for demographics, any depressive or anxiety disorder.

Model 3: adjusted for demographics, any depressive or anxiety disorder, and alcohol and substance dependence.

Bold type indicates  $P \leq 0.05$ .

Goodwin RD, Stein MB. Association between childhood trauma and physical disorders among adults in the United States. Psychol Med. 2004 Apr;34(3):509-20



# Sexueller Missbrauch in der Kindheit ist assoziiert mit somatischen Erkrankungen im Erwachsenenalter.

Table 6. Association between sexual abuse and physical disorders among males and females

	Males					Females				
	No sexual abuse (N=277) %	Sexual abuse (N=99) %	Adjusted odds ratio (95% CI)			No sexual abuse (N=2450) %	Sexual abuse (N=508) %	Adjusted odds ratio (95% CI)		
			Model 1	Model 2	Model 3			Model 1	Model 2	Model 3
Arthritis	6.06	10.67	1.7 (0.7, 4.0)	1.3 (0.6, 2.7)	1.2 (0.6, 2.7)	6.28	9.30	1.5 (0.9, 2.5)	1.1 (0.7, 1.7)	1 (0.7, 1.6)
Lung disease	3.91	17.71	<b>5</b> <b>(1.9, 12.9)</b>	<b>4.1</b> <b>(1.4, 11.8)</b>	<b>4</b> <b>(1.3, 11.7)</b>	5.80	8.59	1.5 (1.0, 2.3)	1.2 (0.8, 1.7)	1.1 (0.8, 1.6)
Diabetes	2.10	1.94	0.8 (0.2, 3.6)	0.9 (0.2, 4.0)	0.9 (0.2, 3.9)	2.00	1.98	1 (0.4, 2.2)	1 (0.5, 2.2)	0.9 (0.4, 2.1)
Cardiac	1.22	2.20	1.7 (0.3, 11.5)	1.5 (0.2, 12.2)	1.5 (0.2, 12.1)	0.17	1.58	<b>8.5</b> <b>(2.3, 31.7)</b>	<b>5.4</b> <b>(1.7, 17.2)</b>	<b>5.4</b> <b>(1.7, 16.9)</b>
Gastrointestinal	2.31	1.10	0.4 (0.05, 3.3)	0.3 (0.04, 2.2)	0.3 (0.04, 2.1)	3.23	6.31	<b>2</b> <b>(1.0, 3.8)</b>	1.6 (0.8, 3.3)	1.7 (0.8, 3.4)
Hernia	0.99	0.91	0.8 (0.1, 7.5)	0.6 (0.1, 5.3)	0.4 (0.05, 4.0)	0.23	1.17	<b>5</b> <b>(1.3, 19.2)</b>	3.1 (0.7, 12.7)	3.2 (0.8, 2.5)
Ulcer	1.91	1.90	0.9 (0.2, 4.0)	0.6 (0.1, 2.4)	0.5 (0.1, 2.2)	2.30	4.63	<b>1.9</b> <b>(1.1, 3.5)</b>	1.4 (0.8, 2.6)	1.4 (0.8, 2.5)
Kidney	0.74	0.00	n/a	n/a	n/a	0.28	1.92	<b>6.6</b> <b>(1.7, 26.5)</b>	<b>4</b> <b>(1.0, 15.9)</b>	3.7 (0.9, 15.6)
Stroke	0.19	0.00	n/a	n/a	n/a	0.00	0.39	3.8 (0.6, 24.5)	3.1 (0.2, 43.3)	3.2 (0.2, 43.9)
Neurological	0.66	1.86	2.9 (0.7, 11.2)	2.3 (0.6, 9.7)	2.1 (0.5, 8.8)	0.94	1.89	1.9 (0.9, 4.3)	1.4 (0.7, 3.2)	1.4 (0.6, 3.0)
Autoimmune	0.05	0.00	n/a	n/a	n/a	2.12	2.76	1.2 (0.7, 2.3)	1 (0.6, 1.8)	1.1 (0.6, 1.9)
Hypertension	8.15	10.72	1.2 (0.5, 2.7)	1.1 (0.5, 2.4)	1.1 (0.5, 2.3)	7.30	11.67	<b>1.6</b> <b>(1.0, 2.6)</b>	1.4 (0.9, 2.3)	1.4 (0.8, 2.3)

Model 1: adjusted for age, gender, race, marital status, income and education.

Model 2: adjusted for demographics, any depressive or anxiety disorder.

Model 3: adjusted for demographics, any depressive or anxiety disorder, and alcohol and substance dependence.

Bold type indicates  $P \leq 0.05$ .

Goodwin RD, Stein MB. Association between childhood trauma and physical disorders among adults in the United States. Psychol Med. 2004 Apr;34(3):509-20

Nach erlebtem Trauma und von Patient\*innen  
geschilderten Intrusionen sowie  
Vermeidungsverhalten wird die Diagnose  
PTSD von Hausarzt\*innen mehrheitlich  
gestellt, nicht aber die Diagnose von  
anhaltender Depression/Angststörung.

*Psychological Medicine*, 2007, 37, 193–202. © 2006 Cambridge University Press  
doi:10.1017/S0033291706009093 First published online 23 October 2006 Printed in the United Kingdom

The correspondence between persistent self-reported  
post-traumatic problems and general practitioners'  
reports after a major disaster

ANNELIEKE N. DROGENDIJK<sup>1</sup>, ANJA J. E. DIRKZWAGER<sup>2</sup>,  
LINDA GRIEVINK<sup>3</sup>, PETER G. VAN DER VELDEN<sup>1\*</sup>,  
FRANS G. H. MARCELISSEN<sup>1</sup> AND ROLF J. KLEBER<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Institute for Psychotrauma (IVP), Zaltbommel, The Netherlands (in collaboration with Utrecht University);

<sup>2</sup> Netherlands Institute for Health Service Research (NIVEL), Utrecht, The Netherlands; <sup>3</sup> Center for  
Environmental Health Research, National Institute for Public Health and the Environment (RIVM), Bilthoven,  
The Netherlands

# Bei erfragten Hinweisen für das Vorliegen einer PTSD sind über die Hälfte aller Menschen bereit, sich beraten zu lassen.

Table 2

Frequency analyses for PC-PTSD items, probable PTSD and desire for help with symptoms (conditional on probable PTSD) among primary care patients ( $n = 1058$ ) from England (2015)

	<i>n</i>	%	95% CI	
			LB	UB
PC-PTSD items				
Had nightmares or thought about event when you did not want to?	231	21.8	19.4	24.4
Tried hard not to think about it or went out of your way to avoid situations that reminded you of it?	257	24.3	21.8	27.0
Were constantly on guard, watchful, or easily startled?	196	18.5	16.3	21.0
Felt numb or detached from other people, activities, or surroundings?	220	20.8	18.5	23.3
Probable PTSD (PC-PTSD $\geq 3$ )	160	15.1	13.1	17.4
Do you want help with this? (conditional on PC-PTSD $\geq 3$ )				
No	74	46.3	38.6	54.1
Yes	39	24.4	18.3	31.7
Yes, but not today	47	29.4	22.8	37.0

Cowlshaw S, Metcalf O, Stone C, O'Donnell M, Lotzin A, Forbes D, Hegarty K, Kessler D. Posttraumatic Stress Disorder in Primary Care: A Study of General Practices in England. *J Clin Psychol Med Settings*. 2021 Sep;28(3):427-435

# Die Art des Traumas bestimmt die Wahrscheinlichkeit des Auftretens einer PTSD.

**Table 4. Conditional Probabilities of Specific Traumas Being the Basis for the Assessment of Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) and, Once Selected for Assessment, for Being Associated With PTSD\***

Trauma	Lifetime Prevalence of PTSD					
	Men			Women		
	P1 (SE)	P2 (SE)	n <sub>i</sub>	P1 (SE)	P2 (SE)	n <sub>i</sub>
Rape	62.1 (11.6)	65.0 (15.6)	12	74.4 (4.1)	45.9 (5.9)	209
Molestation	26.9 (6.2)	12.2† (5.3)	21	61.4 (2.8)	26.5 (4.0)	231
Physical attack	35.7 (5.1)	1.8† (0.9)	112	42.0 (7.7)	21.3 (7.3)	88
Combat	57.7 (6.7)	38.8† (9.9)	103	...	...	0
Shock	44.8 (4.7)	4.4† (1.4)	144	55.4 (4.0)	10.4 (2.0)	211
Threat with weapon	32.9 (3.0)	1.9† (0.8)	176	36.4 (4.8)	32.6 (7.8)	76
Accident	44.6 (3.6)	6.3 (1.8)	314	44.5 (4.1)	8.8 (4.3)	188
Natural disaster with fire	35.9 (2.8)	3.7 (1.8)	191	44.4 (4.4)	5.4 (3.8)	207
witness	52.4 (2.7)	6.4 (1.2)	524	47.1 (4.2)	7.5 (1.7)	209
Neglect	27.8 (5.8)	23.9 (10.3)	16	28.1 (5.8)	19.7 (7.7)	30
Physical abuse	50.4 (4.7)	22.3† (5.2)	46	37.0 (5.0)	48.5 (9.5)	54
Other qualifying trauma	77.6 (7.8)	12.7† (4.8)	48	80.8 (5.0)	33.4 (8.0)	67
Any trauma	...	8.1 (1.0)	1707	...	20.4 (1.5)	1570

\*P1 indicates the probability that a respondent who reported the lifetime occurrence of a particular trauma type will have this be the basis for the assessment of PTSD (ie, that this trauma will either be the respondent's only lifetime trauma or the nominated "most upsetting" trauma); P2, the probability that a particular trauma type, once selected as the basis for the assessment of PTSD, will be associated with PTSD; and n<sub>i</sub>, the weighted number of respondents (rounded to the nearest whole number) with a particular "only or most upsetting" trauma type who were diagnosed as having lifetime PTSD.

†Sex difference significant at the .05 level, two-tailed test.

Kessler RC et al. Posttraumatic Stress Disorder in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry*. 1995;52(12):1048–1060

# Sonderfall Covid-19: Das Hereinbrechen ohne Vorwarnung und Vorbereitung, persönlich empfundene Ohnmacht, Gefühl des Ausgeliefertseins mit Kontrollverlust sind traumaassoziierte Merkmale – Covid-19: Ein bisher nicht bekannter traumatischer Stress

- Kein Trauma Typ I: Singuläres überwältigendes Ereignis
- Kein Trauma Typ II: Umschriebene, direkte anhaltende Traumatisierung
- Aber: Symptome als Reaktion auf ein äusserst komplexes globalisiertes Geschehen von unklarem Ausmass und nicht absehbarer zeitlicher Dimension

Kira IA et al. The Impact of COVID-19 Traumatic Stressors on Mental Health: Is COVID-19 a New Trauma Type. Int J Ment Health Addict. 2021 Jul 6:1-20 PMC8259553.

Ca. 14% aller Mitarbeitenden im Gesundheitswesen haben während der COVID-19-Pandemie Symptome einer PTSD entwickelt.



# The Prevalence of Post-traumatic Stress Disorder Among Health Care Workers During the COVID-19 Pandemic: An Umbrella Review and Meta-Analysis

*Ali Sahebi<sup>1</sup>, Atefeh Yousefi<sup>2</sup>, Kamel Abdi<sup>3</sup>, Yousef Jamshidbeigi<sup>4</sup>, Siamak Moayed<sup>5</sup>, Mercedes Torres<sup>5</sup>, Ulrich Wesemann<sup>6</sup>, Hojjat Sheikhbardsiri<sup>7</sup> and Mohamad Golitaleb<sup>8\*</sup>*

# Was ist in der Covid-19-Pandemie zu kurz gekommen?

- Umfassendes Advance Care Planning - Entscheidungsfindung
- Multidimensionale Symptomerfassung und -behandlung
- Schulung von Pflegepersonal im Bereich Kommunikation
- Best Supportive Care am Lebensende
- Einbezug von Fachpersonen für Palliative Care, Hospizeinweisung
- Unterstützung von Angehörigen, insbesondere in Trauerphase
- Unterstützung des Betreuungsteams

Gilissen J, Pivodic L, Unroe KT, Van den Block L. International COVID-19 Palliative Care Guidance for Nursing Homes Leaves Key Themes Unaddressed.

J Pain Symptom Manage. 2020;60(2):e56-e69.

# Sonderfall Intensivstation – Prävalenz einer PTSD in 17-44% aller Behandelten

- Stressoren
  - Intubation, maschinelle Beatmung
  - Geräuschpegel
  - Aufhebung Tag/Nacht-Rhythmus
  - Immobilisierung
  - Ungewissheit über Prognose
  - Schicksal anderer Patient\*innen
- Emotional belegte Erlebnisse und Bilder können nicht in den kognitiven Kontext von Raum und Zeit eingeordnet werden.

Parker AM, Sricharoenchai T, Raparla S, Schneck KW, Bienvenu OJ, Needham DM. Posttraumatic stress disorder in critical illness survivors: a metaanalysis. Crit Care Med. 2015 May;43(5):1121-9



# Die Belastung eines Aufenthaltes auf einer Intensivstation ist Laien oftmals nicht bekannt.

## Informationsblatt zum Coronavirus

### Wissenswertes zur Infektion mit dem Coronavirus und zu den Behandlungswegen

Sicher haben Sie in den letzten Monaten sehr viel über das Coronavirus gehört und gelesen. Vielleicht haben Sie sich Gedanken gemacht, was passieren würde, wenn Sie sich anstecken. Damit Sie sich besser vorstellen können, was bei einer Ansteckung mit dem Virus passieren und was im Spital gemacht werden kann, geben wir Ihnen hier einige Informationen. Wenden Sie sich bei Fragen an Ihre Hausärztin oder Ihren Hausarzt. Sie oder er wird Sie auch beim Ausfüllen einer Patientenverfügung unterstützen.

### Symptome einer Erkrankung mit dem Coronavirus

- Die vom Coronavirus verursachte Krankheit heisst COVID-19. Häufige Symptome von COVID-19 sind Fieber und Husten. Es können auch Halsschmerzen, Muskelschmerzen oder der plötzliche Verlust von Geruchs- und/oder Geschmackssinn vorkommen. Bei älteren Menschen kann es bedingt durch Covid-19 zu einer allgemeinen Schwäche oder Verwirrtheit kommen.

### Verlauf einer Erkrankung mit dem Coronavirus

- Bei der überwiegenden Mehrheit der Menschen mit Covid-19 verläuft die Krankheit leicht. In diesen **leichten Fällen** ist eine Spitaleinweisung nicht nötig.
- Nur in **schweren Fällen** kommt es zu Atemnot, Angstzuständen, Schmerzen oder Verwirrung und es kann sich eine Lungenentzündung entwickeln. Ein **schwerer Verlauf** betrifft häufiger Menschen, die zu den besonders gefährdeten Personen gehören. Diese sogenannten **Risikopatientinnen und -patienten** sind Personen im Alter von über 65 Jahren oder Menschen mit bestehender Vorerkrankung wie Bluthochdruck, chronischen Erkrankungen von Herz und Atemwegen, Diabetes, Tumorleiden sowie Menschen mit erheblichem Übergewicht oder einer Immunschwäche. Bei ca. 20 von 100 Risikopatientinnen und -patienten beobachtet man einen **schweren Verlauf**.

### Frühzeitige Entscheidung für Behandlungsmöglichkeiten und -ort

In vielen Fällen wird die erkrankte Person ihren Willen hinsichtlich der weiteren Behandlung ihren Angehörigen und dem medizinischen Team direkt mitteilen können. Dennoch kann es sein, dass sich der Gesundheitszustand bei schwerem Verlauf schnell verändert. **Daher ist es hilfreich, sich vor allem als Risikopatientin oder -patient frühzeitig Gedanken zu machen, welche Behandlung an welchem Ort man für sich selbst bei einem schweren Verlauf wünschen würde.**

#### • Behandlung zu Hause oder im Alters- und Pflegeheim

Erfolgt die Betreuung daheim (sofern eine Unterstützung durch Angehörige und/oder Spitex sowie Hausärztin/Hausarzt möglich ist) oder in einem Alters- und Pflegeheim können Symptome wie Atemnot, Schmerzen und Angst wirksam behandelt werden. Man nennt das ein palliativmedizinisches Vorgehen. Bei einem leichteren Verlauf ist eine Genesung wahrscheinlich, die Mehrheit der Risikopatientinnen und -patienten mit einem schweren Verlauf einer Covid-19-Erkrankung werden aber an den Folgen dieser Erkrankung versterben.

#### • Behandlung in einem Spital (ohne Intensivstation)

In einem Spital können bei einem schweren Verlauf einer Covid-19-Erkrankung mehr Untersuchungen und Behandlungen durchgeführt werden als in einem Alters- und Pflegeheim oder daheim, so z.B. Röntgen,

Computertomographie, Laboruntersuchungen. Infektionen, Thrombosen und andere Komplikationen können wirksam behandelt werden. Allerdings verstirbt auch bei einem Spitalaufenthalt die Hälfte aller Risikopatientinnen und -patienten mit einem schwerem Verlauf an der Erkrankung.

#### • Behandlung auf einer Intensivstation eines Spitals

In sehr schweren Fällen kann eine Behandlung auf der Intensivstation nötig sein, um die Atmung der Patientinnen und Patienten mit Hilfe eines Beatmungsgeräts zu unterstützen. Während der Beatmung sind die Patientinnen und Patienten in einem durch Medikamente erzeugten Tiefschlaf. Es hat sich allerdings gezeigt, dass eine maschinelle Beatmung vor allem für gebrechliche sehr betagte Menschen sowie für Menschen mit ernstesten Begleiterkrankungen äusserst belastend sein kann. Wenn in solchen Situationen kein gesundheitlicher Nutzen von der Beatmung zu erwarten ist, entscheiden sich Ärztinnen und Ärzte gegen die Durchführung einer Beatmung. Bei gewissen Patientinnen und Patienten zeichnet sich nach wenigen Tagen Beatmung auf einer Intensivstation eine Erholung ab, andere wiederum müssen unter Umständen über mehrere Wochen beatmet werden. Dies hinterlässt praktisch immer bleibende Einschränkungen. Von Risikopatientinnen und -patienten, die auf eine Intensivstation aufgenommen werden müssen, verstirbt je nach Vorerkrankung bis zur Hälfte aller Menschen.

### Behandlungswünsche bei einem schweren Verlauf

**Machen Sie sich Gedanken über Ihre Wünsche und Bedürfnisse im Hinblick auf die Behandlung. Sprechen Sie insbesondere mit Ihren Angehörigen oder auch mit Ihrer Hausärztin, Ihrem Hausarzt darüber. Was ist Ihnen besonders wichtig? Welche Gedanken, Sorgen, Ängste beschäftigen Sie im Hinblick darauf, dass Sie am Coronavirus erkranken könnten und die Erkrankung einen schweren Verlauf nimmt? Damit Sie von den behandelnden Ärztinnen und Ärzten gemäss Ihrem Willen behandelt werden, sollten Sie sich mit nachfolgenden Behandlungsmöglichkeiten auseinandersetzen:**

- Möchte ich, falls mein allgemeiner Gesundheitszustand eine Behandlung auf einer Intensivstation mit maschineller Beatmung zulässt, im Falle eines schweren Verlaufs einer Covid-19-Erkrankung **eine uneingeschränkte intensivmedizinische Behandlung**, unter Umständen über mehrere Wochen, in Anspruch nehmen?
- Oder möchte ich, falls sich nach wenigen Tagen intensivmedizinischer Behandlung bei einem schweren Verlauf einer Covid-19-Erkrankung keine Erholung abzeichnet, dass die Beatmung abgebrochen wird und nur noch eine wirksame Behandlung von Atemnot und anderen belastenden Symptomen wie Schmerzen und Angst durchgeführt wird? Möchte ich je nach Möglichkeit auf eine **Normalstation eines Spitals, ins Alters- und Pflegeheim oder nach Hause zurückverlegt** werden?
- Oder wünsche ich im Falle eines schweren Verlaufs einer Covid-19-Erkrankung **keine intensivmedizinische Behandlung**, möchte aber in einem **Spital** behandelt werden, auch im Hinblick auf eine wirksame Behandlung von Atemnot und anderen belastenden Symptomen wie Schmerzen und Angst?
- Oder möchte ich, sofern zu Hause oder im Alters- und Pflegeheim die Voraussetzungen gegeben sind, im Falle eines schweren Verlaufs einer Covid-19-Erkrankung **keine intensivmedizinische Behandlung und auch keine Einweisung ins Spital**? Auch dann wünsche ich aber auf jeden Fall eine wirksame Behandlung von Atemnot und anderen belastenden Symptomen wie Schmerzen und Angst.



# In der Covid-19-Pandemie wurde oft frühzeitig eine Entscheidung für oder gegen einen Aufenthalt auf einer Intensivstation gefordert.

- **Behandlung auf einer Intensivstation eines Spitals**

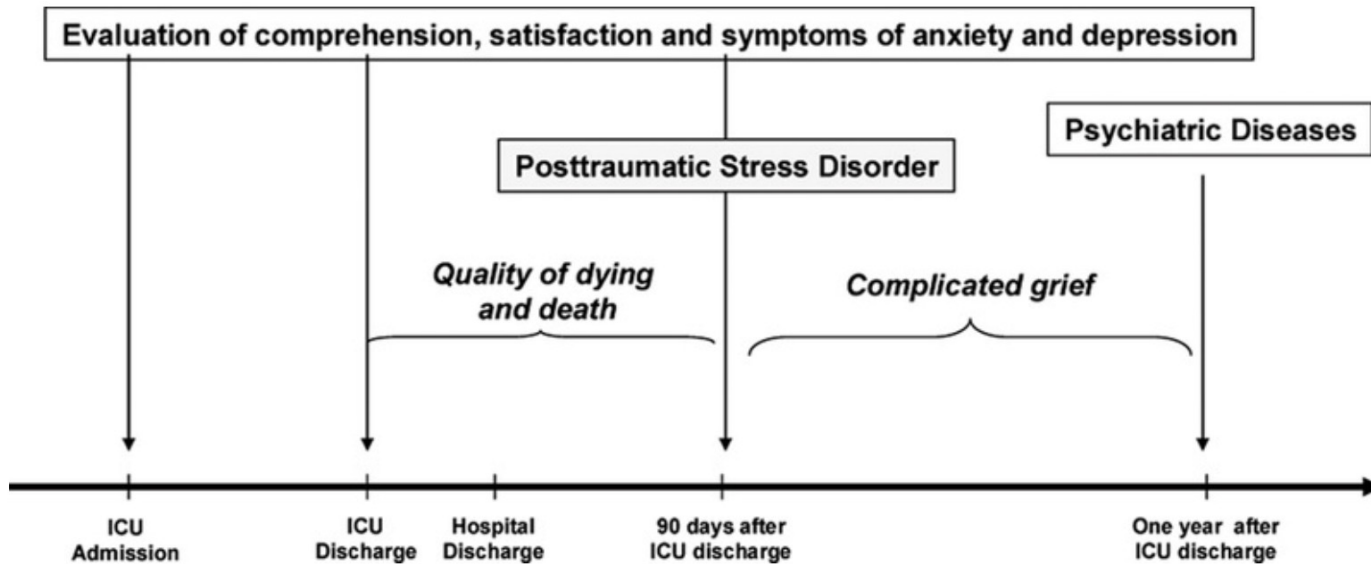
In sehr schweren Fällen kann eine Behandlung auf der Intensivstation nötig sein, um die Atmung der Patientinnen und Patienten mit Hilfe eines Beatmungsgeräts zu unterstützen. Während der Beatmung sind die Patientinnen und Patienten in einem durch Medikamente erzeugten Tiefschlaf. Es hat sich allerdings gezeigt, dass eine maschinelle Beatmung vor allem für gebrechliche sehr betagte Menschen sowie für Menschen mit ernstesten Begleiterkrankungen äusserst belastend sein kann. Wenn in solchen Situationen kein gesundheitlicher Nutzen von der Beatmung zu erwarten ist, entscheiden sich Ärztinnen und Ärzte gegen die Durchführung einer Beatmung. Bei gewissen Patientinnen und Patienten zeichnet sich nach wenigen Tagen Beatmung auf einer Intensivstation eine Erholung ab, andere wiederum müssen unter Umständen über mehrere Wochen beatmet werden. Dies hinterlässt praktisch immer bleibende Einschränkungen. Von Risikopatientinnen und -patienten, die auf eine Intensivstation aufgenommen werden müssen, verstirbt je nach Vorerkrankung bis zur Hälfte aller Menschen.

## Behandlungswünsche bei einem schweren Verlauf

**Machen Sie sich Gedanken über Ihre Wünsche und Bedürfnisse im Hinblick auf die Behandlung. Sprechen Sie insbesondere mit Ihren Angehörigen oder auch mit Ihrer Hausärztin, Ihrem Hausarzt darüber. Was ist Ihnen besonders wichtig? Welche Gedanken, Sorgen, Ängste beschäftigen Sie im Hinblick darauf, dass Sie am Coronavirus erkranken könnten und die Erkrankung einen schweren Verlauf nimmt? Damit Sie von den behandelnden Ärztinnen und Ärzten gemäss Ihrem Willen behandelt werden, sollten Sie sich mit nachfolgenden Behandlungsmöglichkeiten auseinandersetzen:**



# Auch Angehörige von Intensivpatient\*innen entwickeln Traumafolgestörungen und bedürfen der längerfristigen Begleitung.



Evaluation of comprehension, satisfaction and symptoms of anxiety and depression. *ICU*, intensive care unit.

Davidson JE, Jones C, Bienvenu OJ. Family response to critical illness: postintensive care syndrome-family. *Crit Care Med*. 2012 Feb;40(2):618-24.

Kentish-Barnes N, Lemiale V, Chaize M, Pochard F, Azoulay E. Assessing burden in families of critical care patients. *Crit Care Med*. 2009 Oct;37(10 Suppl):S448-56

# Traumageschehen ist den Patient\*innen oft nicht bewusst / Zusammenhang der Symptome mit Trauma wird spontan nicht erkannt.

Ohne bekanntes Trauma :

- Hinweise in Gespräch oder Konsultation: Kontrollbedürfnis, Misstrauen, vegetative Übererregung, starke Ängstlichkeit und Unruhe, Erstarrung, sozialer Rückzug
- Die klassischen Symptome werden oft nicht spontan geschildert:
  - Unwillkürliches Wiedererleben des Traumas (Intrusionen, Flashbacks)
  - Vermeidung, Verdrängen und Vergessen
  - Nervosität, Angst und Reizbarkeit (Hyperarousal)
  - Verflachung der Interessen und der Gefühle (Numbing)

Reddemann O, Reddemann L. Traumatischer Stress in der Hausarztpraxis. In: Reddemann L (Hrsg.). Psychotraumata. Primärärztliche Versorgung des seelisch erschütterten Patienten. Köln: Dt. Ärzteverlag, 2006: 117–168

# Bei unerklärbaren somatischen Beschwerden resp. funktionellen Störungen an PTSD denken

- Würge- und Globusgefühle
- Zahn- und Kauschmerzen; Bruxismus
- Ungeklärte Atemnot
- Palpitationen
- Magen-Darm und rektale Beschwerden
- Beckenschmerzen, Blasenschwäche
- Muskuläre Beschwerden
- Schwindel
- Ohnmachtsanfälle

Tschan W. Trauma – verstehen-erkennen-behandeln. Diagnostik und Behandlung der Traumafolgestörungen – eine aktuelle Übersicht ISBN:978-3-7386-2538-7

# Bei „dicken“ und umfangreichen Krankengeschichten an PTSD denken

- Widersprüchliche Labor- und Untersuchungsbefunde
- Sehr viele Abklärungen und Überweisungen
- Inkonsistenz in Bezug auf Ernsthaftigkeit der Beschwerden
- Katastrophenneigung

Tschan W. Trauma – verstehen-erkennen-behandeln. Diagnostik und Behandlung der Traumafolgestörungen – eine aktuelle Übersicht ISBN:978-3-7386-2538-7

# Das Fahnden nach traumatisierenden Ereignissen in der Vergangenheit muss sehr subtil geschehen.

- Sichere störungsfreie Gesprächsatmosphäre
- Ausreichender Abstand zur Patient\*in
- Evtl. Türen offen lassen
- Evtl. Begleitperson vorsehen
- Formulierungsbeispiel: *„Ich habe den Eindruck, dass Sie beunruhigt/wie abwesend/erschreckt/besorgt sind ... können wir etwas ändern, damit Sie sich sicherer/wohler fühlen? Es ist gut, wenn Sie mir mitteilen, wenn Ihnen etwas zu viel ist.“*

Reddemann O, Leve V, Eichenberg C, Hermann M. Zur Bedeutung von Traumafolgestörungen in der hausärztlichen Praxis. Deutscher Ärzte-Verlag | ZFA | Z Allg Med | 2014; 90 (3)

# Diagnostisches Instrument für die hausärztliche Praxis: «Primary Care PTSD-Screen»

ID \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_

## PC-PTSD

Habe Sie in Ihrem Leben jemals eine Erfahrung gemacht, die so beängstigend, schrecklich oder erschütternd war, dass Sie

### *im letzten Monat...*

1. Alpträume davon hatten oder daran gedacht haben, wenn Sie es nicht wollten?

Ja  Nein

2. Sich sehr bemüht haben nicht daran zu denken oder sich große Mühe gegeben haben Situationen zu vermeiden, die Sie daran erinnerten?

Ja  Nein

3. Ständig auf der Hut, wachsam oder leicht zu erschrecken waren?

Ja  Nein

4. Sich wie abgestumpft gefühlt haben oder entfremdet von anderen Menschen, Aktivitäten oder Ihrer Umgebung?

Ja  Nein

Schäfer I, Schulze C (2010) Deutsche Version des " Primary Care Posttraumatic Stress Disorder screening questionnaire". Universität Hamburg



# Instrument zur Selbstbeurteilung: PTSD-Checklist

LEC-5

Nachfolgend sind eine Anzahl schwieriger oder belastender Dinge aufgelistet, die Menschen manchmal zustoßen. Kreuzen Sie für jedes Ereignis eines oder mehrere Felder auf der rechten Seite an, um anzugeben, dass (a) es Ihnen persönlich zugestoßen ist; (b) Sie Zeuge davon waren, als es jemand anderem zugestoßen ist; (c) Sie davon erfahren haben, dass es einem nahen Angehörigen oder engen Freund zugestoßen ist; (d) Sie damit im Rahmen Ihres Berufes konfrontiert wurden (z.B. Rettungssanitäter, Polizist, Soldat oder anderer Ersthelfer); (e) Sie unsicher sind, ob es zutrifft; oder (f) es auf Sie nicht zutrifft.

Bitte achten Sie darauf, Ihr gesamtes Leben zu berücksichtigen (Kindheit/Jugend und Erwachsenenalter), wenn Sie die Liste der Ereignisse durchgehen.

Ereignis	mir persönlich zugestoßen	Zeuge davon gewesen	davon erfahren	im Rahmen meines Berufs	unsicher	trifft nicht zu
1. Naturkatastrophe (z.B. Überschwemmung, Orkan, Tornado, Erdbeben)						
2. Feuer oder Explosion						
3. Verkehrsunfall (z.B. Autounfall, Schiffsunglück, Zugunglück, Flugzeugabsturz)						
4. Schwere Unfall bei der Arbeit, zuhause oder während einer Freizeitaktivität						
5. Einem Schadstoff ausgesetzt sein (z.B. gefährliche Chemikalien, Strahlung)						
6. Gewalttätiger Angriff (z.B. überfallen, geschlagen, getreten oder zusammengeschlagen werden)						
7. Angriff mit einer Waffe (z.B. verletzt oder bedroht werden mit einer Schusswaffe, einem Messer oder einer Bombe)						
8. Sexueller Übergriff (Vergewaltigung, versuchte Vergewaltigung, zu irgendeiner Art von sexueller Handlung durch Gewalt oder Androhung von Gewalt gezwungen werden)						
9. Andere unerwünschte oder unangenehme sexuelle Erfahrung						
10. Kampfhandlungen oder Aufenthalt in einem Kriegsgebiet (beim Militär oder als Zivilist)						
11. Gefangenschaft (z.B. gekidnappt, entführt, als Geisel genommen werden, Kriegsgefangener)						
12. Lebensbedrohliche Erkrankung oder Verletzung						
13. Schweres menschliches Leid						
14. Plötzlicher gewalttätiger Tod (z.B. Mord, Suizid)						
15. Plötzlicher Unfalltod						
16. Schwere Verletzung, Schaden oder Tod, die/den Sie jemand anderem zugefügt haben						
17. Irgendein anderes sehr belastendes Ereignis oder Erlebnis						

BITTE FÜLLEN SIE TEIL 2 AUF DER FOLGENDEN SEITE AUS

TEIL 2:

A. Falls Sie irgendetwas bei Nr. 17 in TEIL 1 angekreuzt haben, benennen Sie kurz das Ereignis, an das Sie gedacht haben:

B. Falls Sie mehr als eines der in TEIL 1 genannten Ereignisse erlebt haben, denken Sie bitte an das Ereignis, das Sie als das **schlimmste Ereignis** betrachten; das bedeutet für diesen Fragebogen das Ereignis, das Sie zurzeit am meisten belastet. Falls Sie nur eines der in TEIL 1 genannten Ereignisse erlebt haben, nehmen Sie dieses als das schlimmste Ereignis. Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen in Bezug auf das schlimmste Ereignis (*kreuzen Sie alle Auswahlmöglichkeiten an, die zutreffen*):

1. Beschreiben Sie kurz das schlimmste Ereignis (z.B. was passierte, wer beteiligt war, usw.)

\_\_\_\_\_

2. Wie lange ist es her? \_\_\_\_\_ (*Bitte schätzen, falls Sie sich nicht sicher sind*)

3. Auf welche Weise haben Sie es erlebt?

- Es ist mir selbst passiert.
- Ich habe es beobachtet
- Ich habe erfahren, dass es einem nahen Angehörigen oder engen Freund passiert ist
- Ich wurde im Rahmen meines Berufes wiederholt mit Details des Ereignisses konfrontiert (z.B. Rettungssanitäter, Polizist, Soldat oder anderer Ersthelfer)
- Sonstiges, bitte beschreiben: \_\_\_\_\_

4. War jemand in Lebensgefahr?

- Ja, ich
- Ja, jemand anderes
- Nein

5. Wurde jemand schwer verletzt oder getötet?

- Ja, ich wurde schwer verletzt
- Ja, jemand anderes wurde schwer verletzt oder getötet
- Nein

6. Beinhaltete es sexuelle Gewalt?  Ja  Nein

7. Falls das Ereignis den Tod eines nahen Angehörigen oder engen Freundes beinhaltete, war das die Folge eines Unfalls oder von Gewalt, oder war es die Folge natürlicher Umstände?

- Unfall oder Gewalt
- Natürliche Umstände
- Nicht zutreffend (*Das Ereignis beinhaltete nicht den Tod eines nahen Angehörigen oder Freundes*)

8. Wie häufig haben Sie insgesamt ein ähnliches Ereignis erlebt, das genauso belastend oder fast genauso belastend war wie das schlimmste Ereignis?

- Nur einmal
- Mehr als einmal (*Bitte nennen oder schätzen Sie die Anzahl, wie häufig Sie dieses Erlebnis hatten: \_\_\_\_\_*)

Weathers, F. W., Litz, B. T., Keane, T. M., Palmieri, P. A., Marx, B. P., & Schnurr, P. P. (2013). The ptsd checklist for dsm-5

Krüger-Gottschalk et al. (2017). The German version of the Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5 (PCL-5):

Universitäres Zentrum für Hausarztmedizin beider Basel



# Instrument zur Selbstbeurteilung: PTSD-Checklist

Teil 3: Nachfolgend sind Probleme aufgelistet, die Menschen manchmal als Reaktion auf ein sehr belastendes Erlebnis haben. Bitte lesen Sie jedes Problem sorgfältig, denken Sie dabei an Ihr schlimmstes Ereignis, und markieren Sie dann eine der Zahlen auf der rechten Seite um anzugeben, wie stark Sie im letzten Monat durch dieses Problem belastet waren.

Im letzten Monat, wie sehr waren Sie belastet durch:	überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
1. Wiederholte, beunruhigende und ungewollte Erinnerungen an das belastende Erlebnis?	0	1	2	3	4
2. Wiederholte, beunruhigende Träume von dem belastenden Erlebnis?	0	1	2	3	4
3. Sich plötzlich fühlen oder sich verhalten, als ob das belastende Erlebnis tatsächlich wieder stattfinden würde (als ob Sie tatsächlich wieder dort wären und es wiedererleben würden)?	0	1	2	3	4
4. Sich emotional sehr belastet fühlen, wenn Sie etwas an das Erlebnis erinnert hat?	0	1	2	3	4
5. Starke körperliche Reaktionen, wenn Sie etwas an das belastende Erlebnis erinnert hat (z.B. Herzklopfen, Schwierigkeiten beim Atmen, Schwitzen)	0	1	2	3	4
6. Vermeidung von Erinnerungen, Gedanken oder Gefühlen in Bezug auf das belastende Erlebnis?	0	1	2	3	4
7. Vermeidung äußerer Auslöser für Erinnerungen an das belastende Erlebnis (z.B. Personen, Plätze, Gespräche, Aktivitäten, Gegenstände oder Situationen)?	0	1	2	3	4
8. Schwierigkeiten, sich an wichtige Teile des belastenden Erlebnisses zu erinnern?	0	1	2	3	4
9. Starke negative Überzeugungen über sich selbst, andere Menschen oder die Welt (z.B. Gedanken wie: Ich bin schlecht, mit mir stimmt ernsthaft etwas nicht, man kann niemandem vertrauen, die Welt ist absolut gefährlich)?	0	1	2	3	4
10. Sich selbst oder jemand anderem Vorwürfe machen in Bezug auf das belastende Erlebnis oder was danach passiert ist?	0	1	2	3	4
11. Starke negative Gefühle, wie zum Beispiel Angst, Schrecken, Ärger, Schuld oder Scham?	0	1	2	3	4
12. Verlust von Interesse an Aktivitäten, die Ihnen früher Spaß gemacht haben?	0	1	2	3	4
13. Sich von anderen Menschen entfernt oder wie abgeschnitten fühlen?	0	1	2	3	4
14. Schwierigkeiten, positive Gefühle zu erleben (z.B. keine Freude empfinden können oder keine liebevollen Gefühle haben können gegenüber Menschen, die Ihnen nahestehen)?	0	1	2	3	4
15. Reizbares Verhalten, Wutausbrüche oder aggressives Verhalten?	0	1	2	3	4
16. Zu viele Risiken eingehen oder Dinge tun, die Ihnen Schaden zufügen könnten?	0	1	2	3	4
17. In erhöhter Alarmbereitschaft, wachsam oder auf der Hut sein?	0	1	2	3	4
18. Sich nervös oder schreckhaft fühlen?	0	1	2	3	4
19. Konzentrationsschwierigkeiten?	0	1	2	3	4
20. Schwierigkeiten, ein- oder durchzuschlafen?	0	1	2	3	4

Weathers, F. W., Litz, B. T., Keane, T. M., Palmieri, P. A., Marx, B. P., & Schnurr, P. P. (2013). The ptsd checklist for dsm-5

Krüger-Gottschalk et al. (2017). The German version of the Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5 (PCL-5):



# Nach Screening diagnostisches Interview zur Diagnosesicherung angezeigt (ICD-10)

Symptombeginn innerhalb von sechs Monaten nach einem traumatisierenden Ereignis;

Aufdrängende Erinnerungen (Flashbacks, Intrusionen, Albträume) an dieses Ereignis;

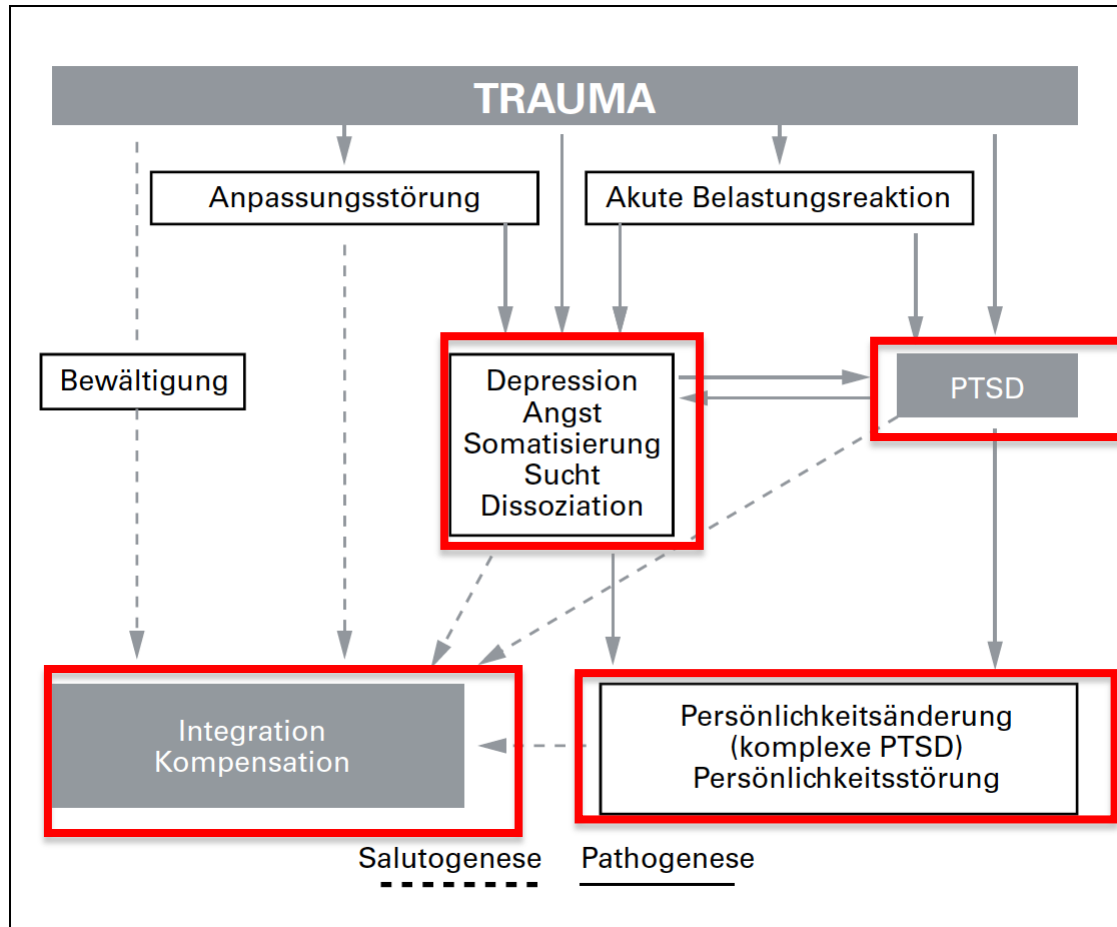
Vermeidungsverhalten gegenüber Umständen, die der Belastung ähneln;

Mindestens eines der zwei folgenden Kriterien ist erfüllt:

- Unfähigkeit, sich an Aspekte des belastenden Erlebnisses zu erinnern;
- Anhaltende Symptome erhöhter psychischer Erregung, wobei mindestens zwei der folgenden Merkmale erfüllt sein müssen:
  - Ein- und Durchschlafstörungen
  - Erhöhte Schreckhaftigkeit
  - Hypervigilanz
  - Konzentrationsschwierigkeiten
  - Reizbarkeit und Wutausbrüche

Flatten G, Gast U, Hofmann A, Knaevelsrud C, Lampe A, Liebermann P, Maercker A, Reddemann L, Wöller W. S3-Leitlinie Posttraumatische Belastungsstörung. Trauma & Gewalt, 2011.

# Unterschiedliche Verläufe nach erlebten seelischen Traumatisierungen – PTSD ist nur eine von mehreren Traumafolgestörungen



Flatten G, Gast U, Hofmann A, Knaevelsrud C, Lampe A, Liebermann P, Maercker A, Reddemann L, Wöller W. S3-Leitlinie Posttraumatische Belastungsstörung. Trauma & Gewalt, 2011.

# Abzugrenzen von der PTSD sind in der hausärztlichen Praxis akute Belastungsreaktionen und Anpassungsstörungen.

- Eine akute Belastungsreaktion tritt kurzfristig und direkt nach einem traumatischen Ereignis auf.
- Anpassungsstörung tritt nach Lebensveränderungen auf, die nicht die Schwere der Traumadefinition nach ICD-10 erfüllen (Ein belastendes Ereignis oder eine Situation außergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophentypigen Ausmaßes, die bei fast jedem eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde.)
  - hier allerdings keine Intrusionen/Vermeidungsverhalten
- Sowohl bei akuten Belastungsreaktionen wie auch bei Anpassungsstörungen ist hausärztliche Gesprächstherapie oftmals ausreichend.

# Behandlungsmöglichkeiten in der hausärztlichen Praxis (vor Beginn einer traumaspezifischen Psychotherapie)

- Achtsames Erheben der Anamnese (was und wieviel möchte der/die Erkrankte erzählen?)
- Vertrauensbeziehung nutzen (Giovanni Maio in „Den kranken Menschen verstehen“: Vertrauen als Unterstellung guter Motive, als Geschenk und Anforderung und als gemeinschaftsstiftende Kraft)
- Ressourcen ermitteln, ansprechen und verstärken
- Zusammenhang zwischen Trauma und körperlichen wie psychischen Beschwerden aufzeigen
- Soziale Unterstützung und Einbettung
- Regelmäßige Gesprächstermine anbieten

Schmidt K, Gehringer R, Gehrke-Beck S, Gensichen J. Traumafolgestörungen in der Allgemeinmedizin. Prim Hosp Care Allg Inn Med. 2018;18(12):212-216