

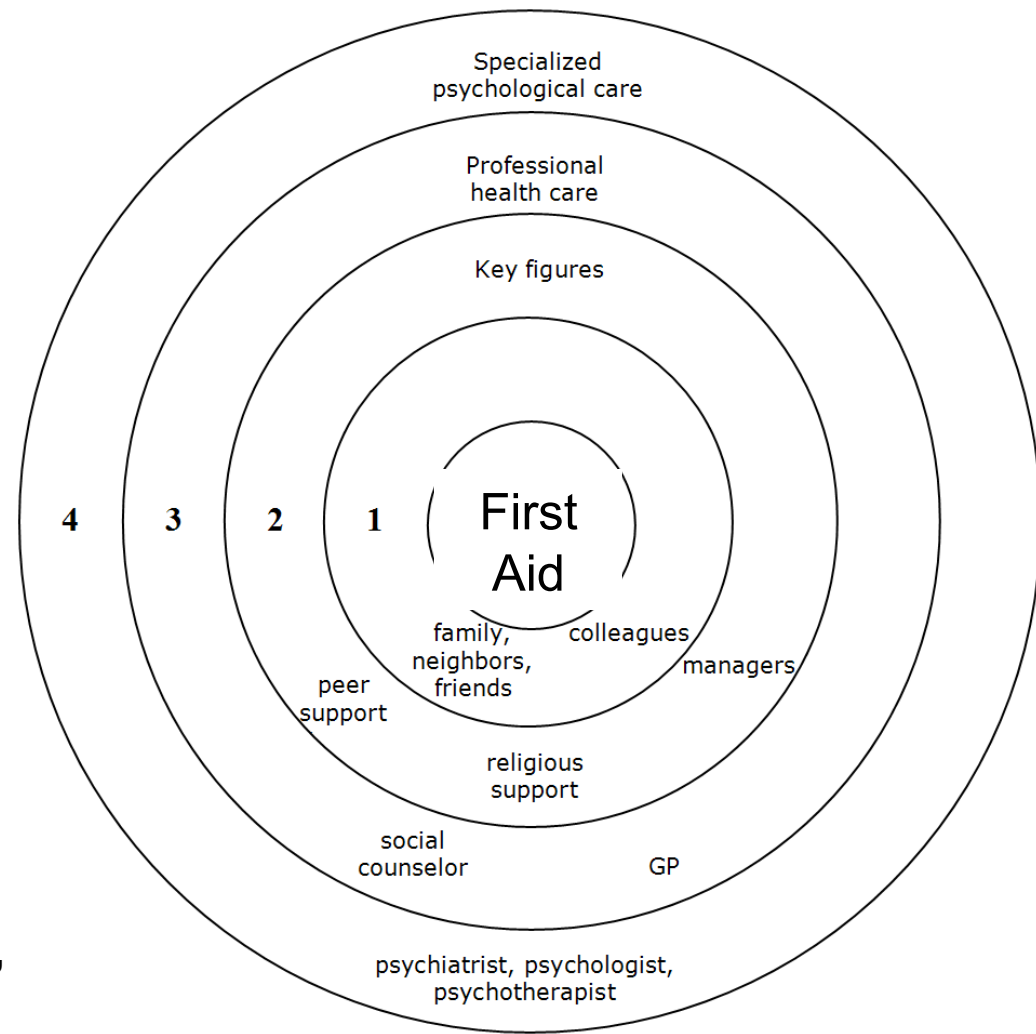
Therapie und Rehabilitation traumatisierter Einsatzkräfte/ Betroffene

- Ambulante, stationäre und rehabilitative Maßnahmen -

Robert Bering

Stepped care model

(based on Gersons, 2005)



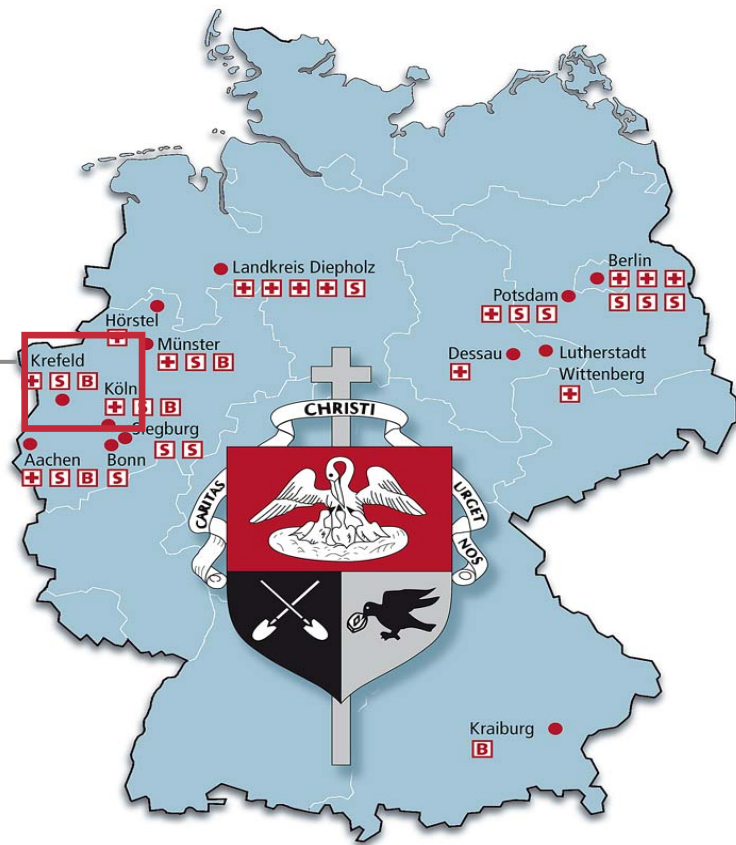
1. Sozialraum
2. Peers Support, Spiritualität, Schlüsselfiguren
3. Professionelle Helfersysteme/ Allgemeinmediziner
4. Psychiater, Psychotherapeuten, Psychologen

Inhalt

- ▶ Zentrum für Psychotraumatologie
- ▶ Übergang von Helfersystemen zur Behandlung
 - ▶ Behandlung
- ▶ Rehabilitation: Arbeit mit dem funktionalen Ansatz

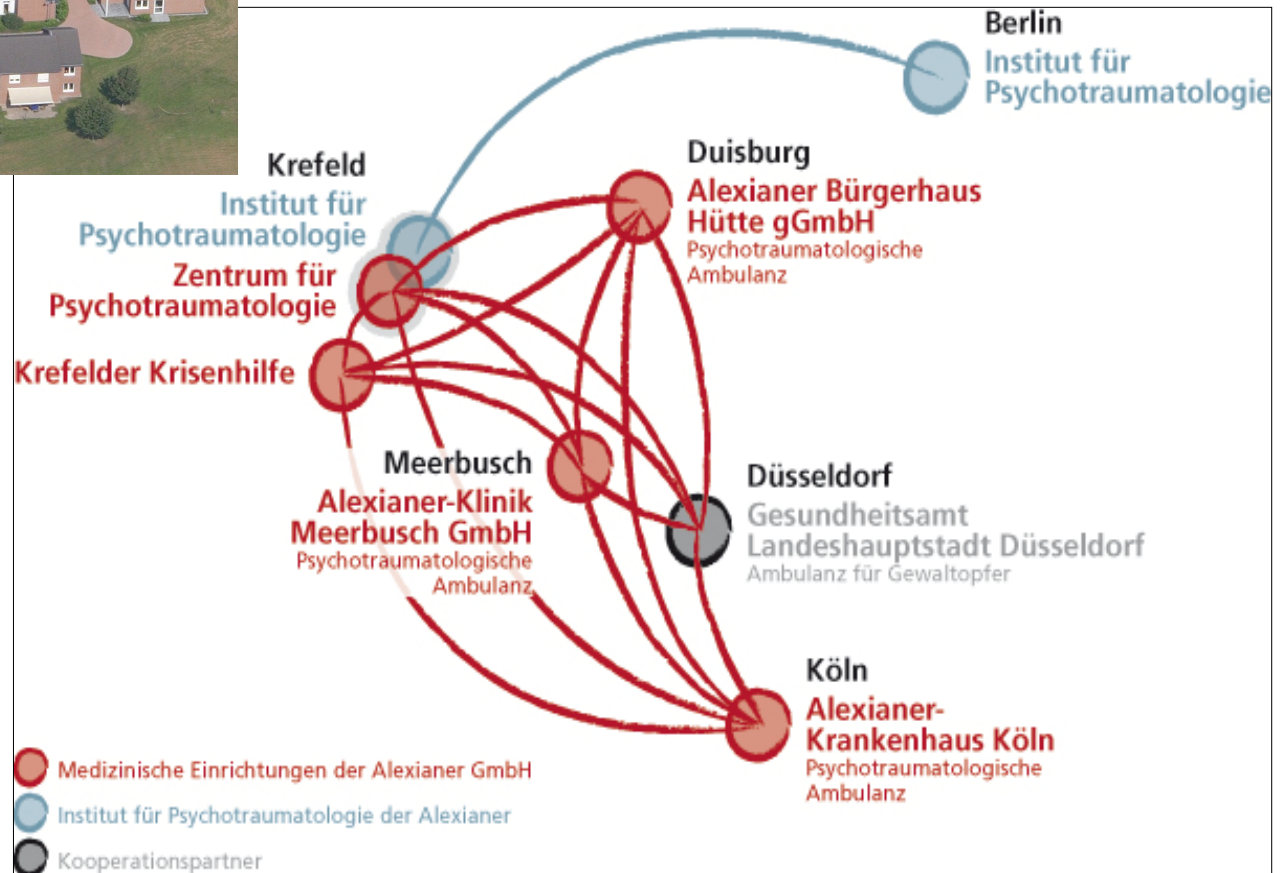
► Zentrum für Psychotraumatologie,
Versorgungsnetzwerk im
Rheinland

Standorte der Einrichtungen der Alexianer



⛶ Krankenhaus S Senioreneinrichtung B Behinderteneinrichtung

Akutstation, Rehabilitation und Ambulantes Versorgungsnetzwerk des Zentrums für Psychotraumatologie



stationäre Akutversorgung

- Stationäre Behandlung (12 Betten)
- Komplex-Liaison

Ambulantes Versorgungsnetzwerk Rheinland

- Krefeld
- Duisburg Rheinhausen
- Meerbusch
- Köln

Krefelder Krisenhilfe

Rehabilitationsklinik (18 Behandlungsplätzen)

Dienstleitungskooperationen

- Gesundheitsamt Düsseldorf
- Berufsförderungswerk Köln/ Michaelshoven

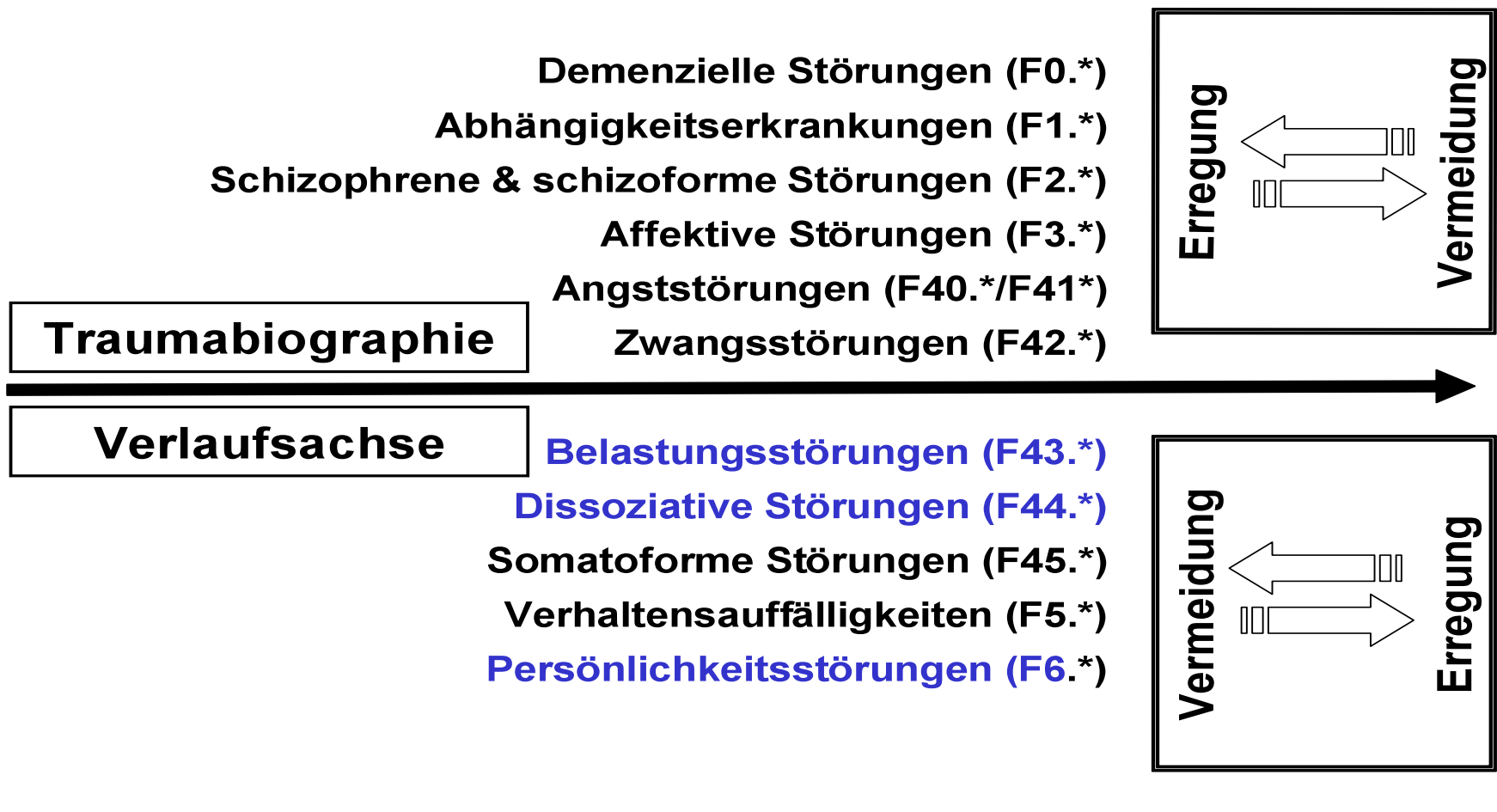
Zielsetzung des Zentrums für Psychotraumatologie

- I. Unmittelbare Hilfe für Opfer von Straftaten, Unfällen und Naturkatastrophen
- I. Überregionalität
- II. Überwindung der Schnittstellen im Gesundheitswesen

Psychotraumafolgestörungen

- ▶ Symptomatische Ansatz
- ▶ Funktionaler Ansatz
- ▶ Ätiologischer Ansatz
- ▶ Resilienz

Komorbidität, Verlaufstypen und Kontrollstile

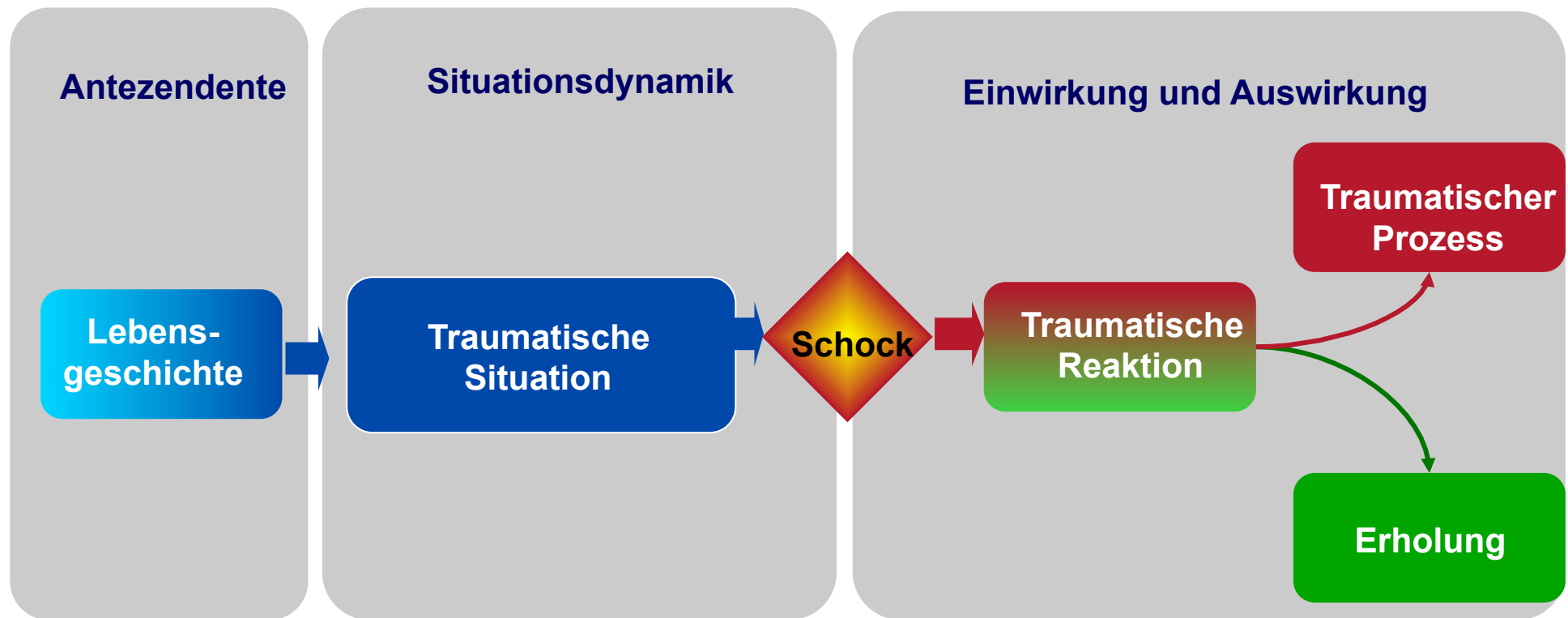




Inhalt

- ▶ Zentrum für Psychotraumatologie
- ▶ Übergang von Helfersystemen zur Behandlung
 - ▶ Behandlung
- ▶ Rehabilitation: Arbeit mit dem funktionalen Ansatz

Können wir die Entwicklung einer Belastungsstörung vorhersagen?



Intervallierung des Kölner Risikoindex

Autoren		Fischer 1999	Walter 2003	Bering et al. 2003
Variante des Kölner Risikoindex		Gewalt- und Unfallopfer	Opfer von Banküberfällen	Soldaten im Auslandseinsatz
Dispositionelle Faktoren				
Weibliches Geschlecht		*	*	*
Lebensgeschichtliche Faktoren				
niedrige Schulbildung				
Vortraumatisierung		**	**	**
Arbeitslosigkeit		*		
Situationsfaktoren				
Bedrohung für Leib und Leben		*	*	*
Dauer des traumatischen Ereignisses		*		
Dissoziation		***	**	***
Körperliche Verletzung		*		*
Subjektiv erlebte Belastung		*	*	*
Bekanntheit des Täters		*	*	
Faktoren in der Einwirkphase				
Negative Reaktionen im sozialen Umfeld		*	**	**
Einschränkung der Heimatkontakte				*
Schlechte Erfahrung mit Funktionsträgern/ Kollegen/Kameraden		*	**	*
Sprachlosigkeit				*

aus Bering, Schedlich, Zurek & Fischer (2003) UPD, BMV

Risk Factors for PTSD: Ozer et al., 2003

	k	N	Range of effect size r	Effect Size r	Statistically Significant
Prior Trauma	23	5.308	.00 – .46	.17	✓
Prior Adjustment	23	6.797	-.13 – .47	.17	✓
Family History of Psychopathology	9	667	-.06 – .43	.17	✓
Percieved Life Threat	12	3.524	.13 – .49	.26	✓
Percieved Social Support	11	3.537	.08 – .38	-.28	✓
Peritraumatic Emotions	5	1.755	.15 – .55	.26	✓
Peritraumatic Dissociation	16	3534	.14 – .94	.35	✓

Kölner-Risiko Index

FORMAT KÖLNER RISIKO INDEX – VERSION 2.0/99

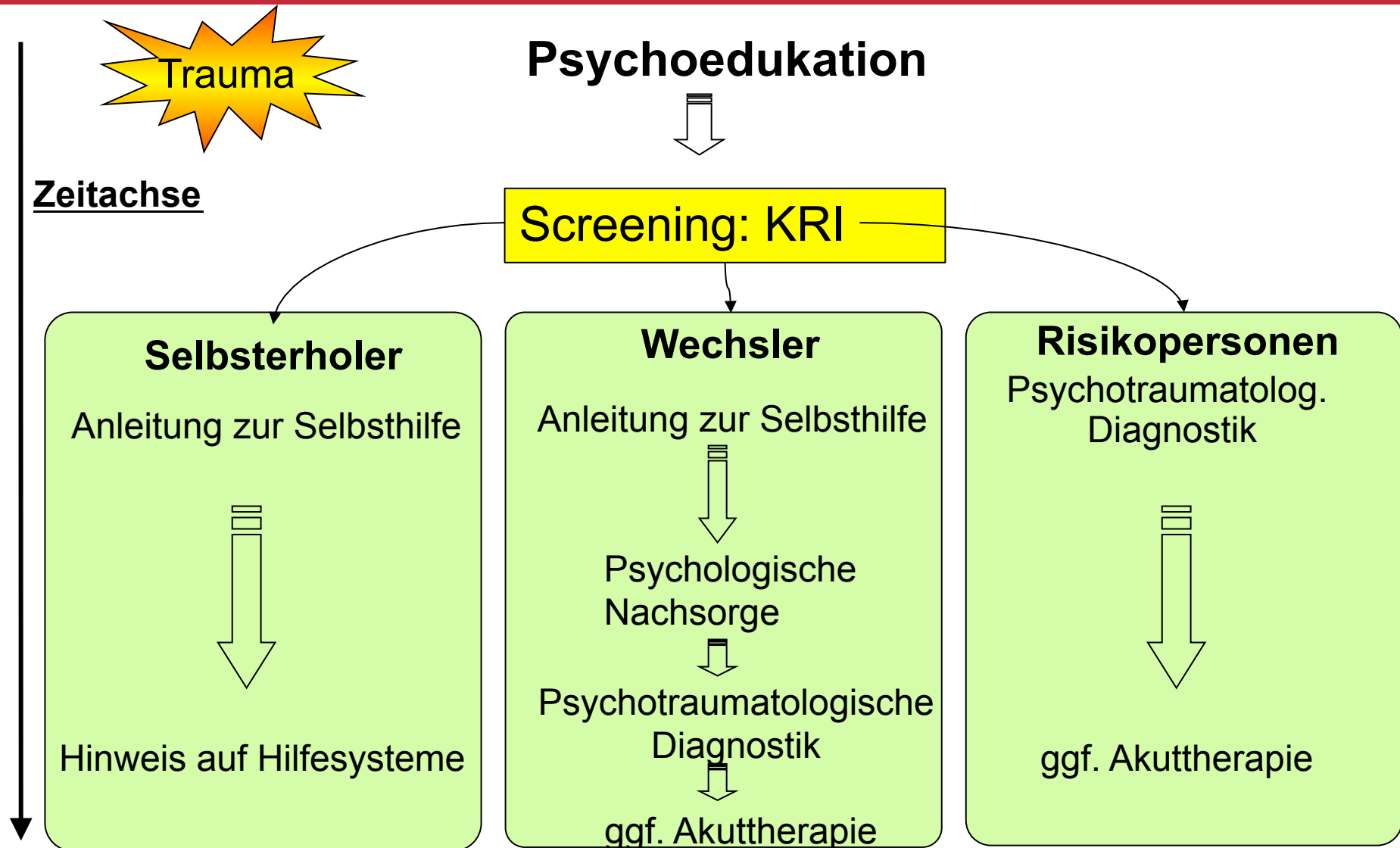
Chiffre:		Datum:	
Einflußgröße	Kriterien	Mögliche Werte	Wert
Deliktart	Bei allen Delikten/Vorfällen mit <i>schwerer</i> körperlicher und/oder seelischer Verletzung (z.B. Bedrohung/Angriff mit einer Waffe, Vergewaltigung, Geiselnahme, Überfall mit schwerer Körperverletzung) = 1; sonst = 0	0 oder + 1	
Lebensbedrohlichkeit	Bei <i>objektiv</i> lebensbedrohlicher Situation und/oder bei <i>subjektiv</i> erlebter Todesangst = 2, sonst = 0	0 oder + 2	
Peritraumatische Dissoziation	Bei Anzeichen dissoziativen Erlebens während der traumatischen Situation. Beispiele: Bei einer starken Diss.-Erfahrung = 1; bei verschiedenen Diss.-Erfahrungen, die aber alle nicht so stark waren = 2; bei mehreren verschieden stark ausgeprägten Diss.-Erfahrungen = 3; bei extremem Dissoziieren auf mehr als zwei Arten = 4	0 bis + 4	
Mehrfachtraumatisierung	Bei Hinweisen auf <i>weitere</i> traumatische Erfahrungen (egal, wie lange zurückliegend). Bei einer weiteren Erfahrung = 0,3; bei zwei weiteren Erfahrungen = 0,6. Bei sehr schweren früheren Erfahrungen und wenn diese in auffälliger Weise reaktiviert sind, bis zu 2 Punkte	0; + 0,3; + 0,6 usw. bis + 2	
Schwere der traumatischen Situation	Hier kann eine Einschätzung der „objektiven“ Schwere des Vorfalls erfolgen, Werte zwischen 0 und 1 (durchaus eine Zusammenfassung der anderen Situationsfaktoren der Liste <i>außer</i> Dissoziationen und Mehrfachtraumatisierungen)	0 bis + 1	
Dauer der traumatischen Situation	<i>Reale</i> Dauer der traumatischen Situation. Bei sehr langen traumatischen Situationen (über 30 Minuten) = 1; sonst = 0	0 oder + 1	
Negative Erfahrungen mit Funktions-trägern	Bei negativen Erfahrungen mit Polizei, Gericht, Behörden etc. = 0,5; waren diese besonders belastend (werden z.B. immer wieder erwähnt) = 1; sonst = 0	0; + 0,5; + 1	
Negative Erfahrungen in der sozialen Umwelt	Z. B. bei Äußerungen wie „man solle sich nicht so anstellen“ und bei Opferbeschuldigung etc. = 1; sonst = 0	0 oder + 1	
Schwere der Verletzung	Bei sehr schweren Verletzungen, insbesondere wenn bleibende körperliche und/oder seelische Beeinträchtigungen (z.B. Narben im Gesicht, Berufsunfähigkeit) zu erwarten sind = 1; sonst = 0	0 oder + 1	
Bekanntheit des Täters	Wenn der Täter bekannt ist oder Gewalt innerhalb von Beziehungen (Partnerschaft, Familie) vorliegt = 1; sonst = 0	0 oder + 1	
Arbeitslosigkeit	Bei Arbeitslosigkeit des Opfers = 1; sonst = 0	0 oder + 1	
Schulbildung	Bei mittlerer Schulbildung (etwa Realschule) = - 1, bei Abitur o.ä. = - 2	0 bis - 2	
Auswertung: Addition aller Punktwerte <i>außer</i> des Punktwertes bei „Schulbildung“; letzterer wird <i>subtrahiert</i> . Bei einer Gesamtsumme ab 6,4 = erhöhtes PTBS-Risiko.			Summe

Der KRI stellt keine Diagnose

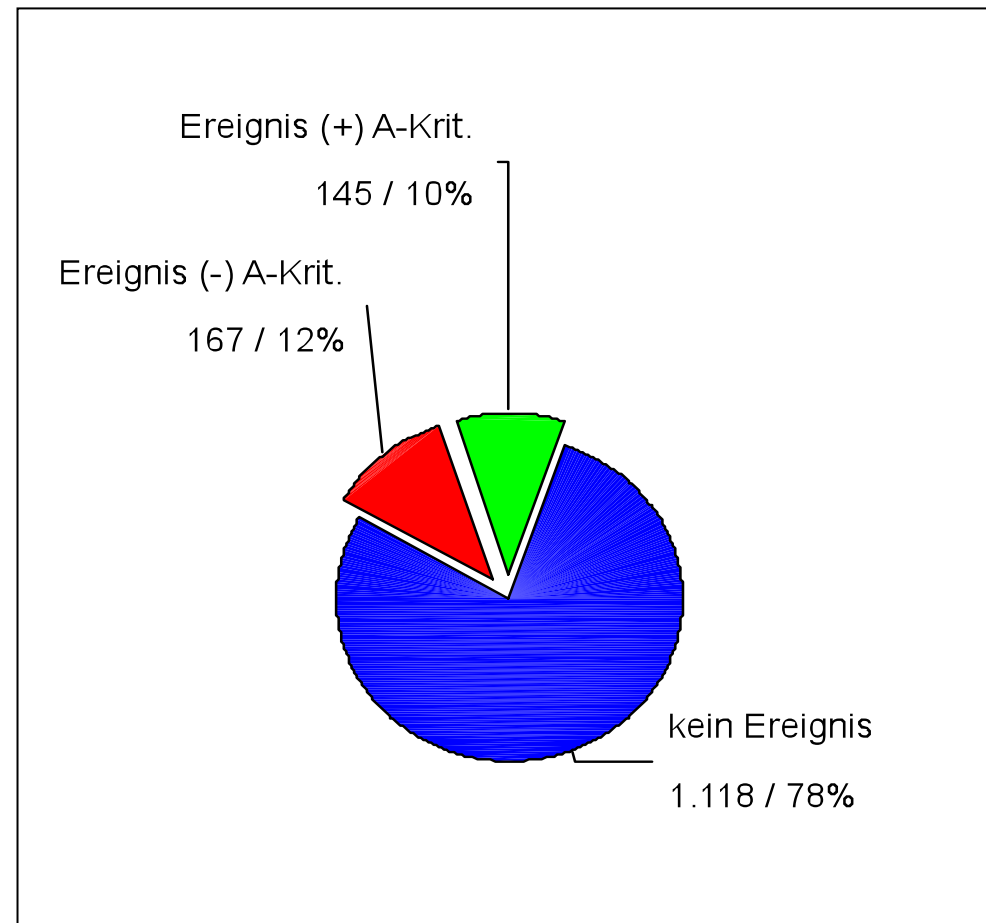
Anwender

- geschulte Polizisten
Opferschutzbeauftragte
- Psychologen
Ärzte
Beratungsstellen
- Peers

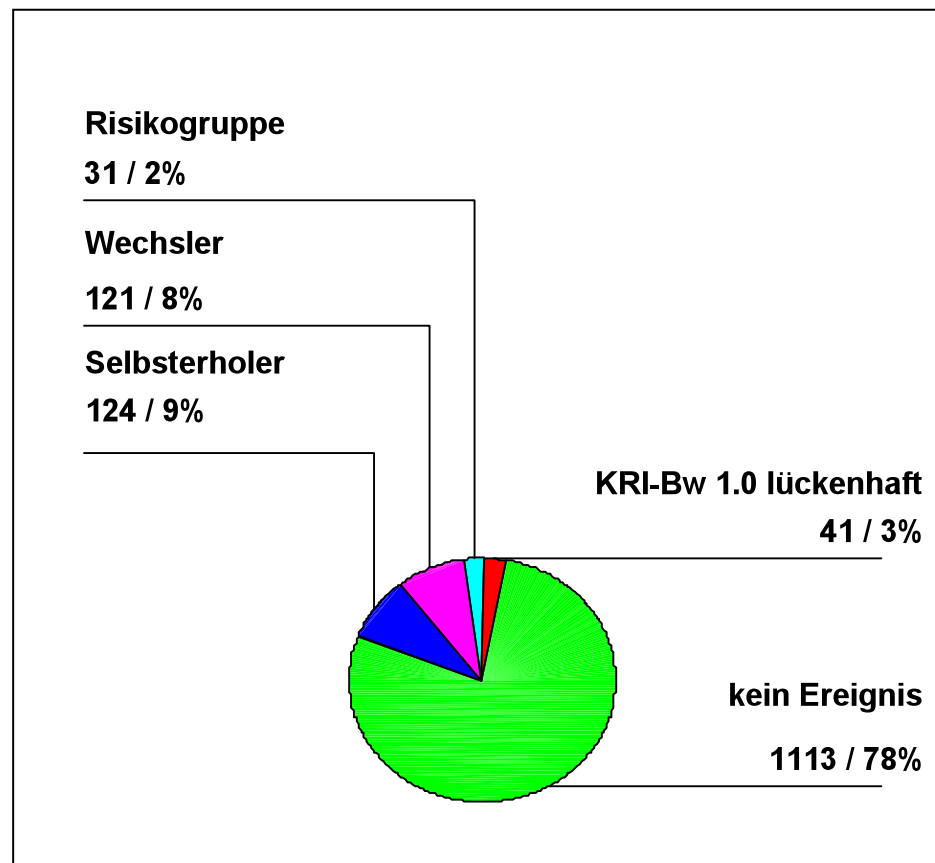
Zielgruppenorientierte Intervention (Einsatzkräfte)



Von 1440 Soldaten berichten 312 von belastenden Ereignissen; das sind 22% der gesamten Stichprobe



Häufigkeitsverteilung der Risiko-, Welcher und Selbsteiler



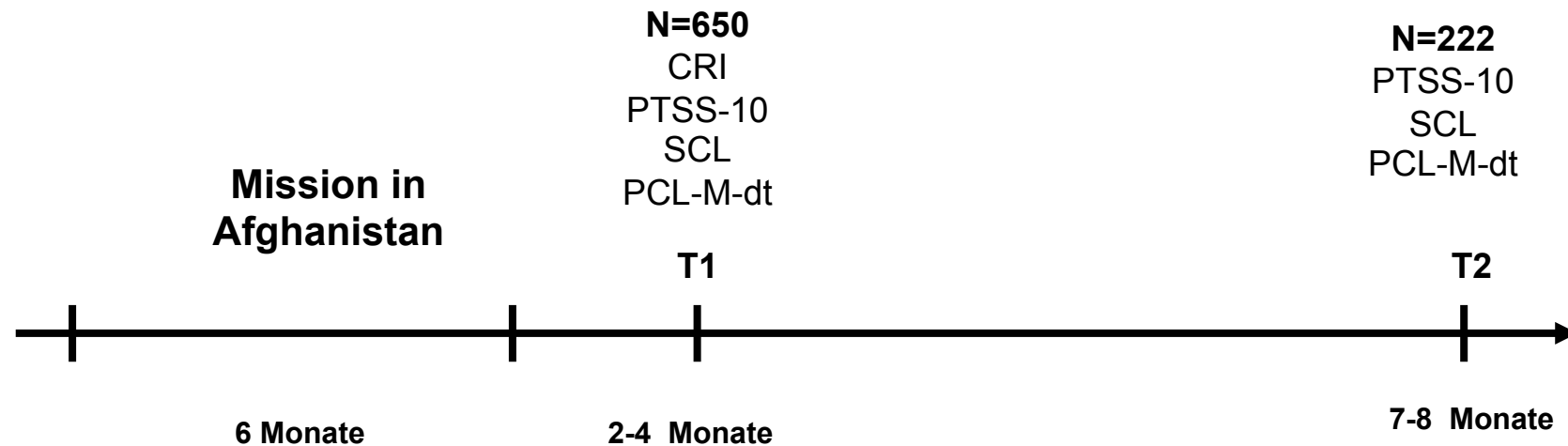
10 % der Soldaten nach dem SFOR/KFOR Einsatz benötigen eine spezifische psychologische Nachsorge

Revalidierung des KRI-Bw

longitudinales Studiendesign

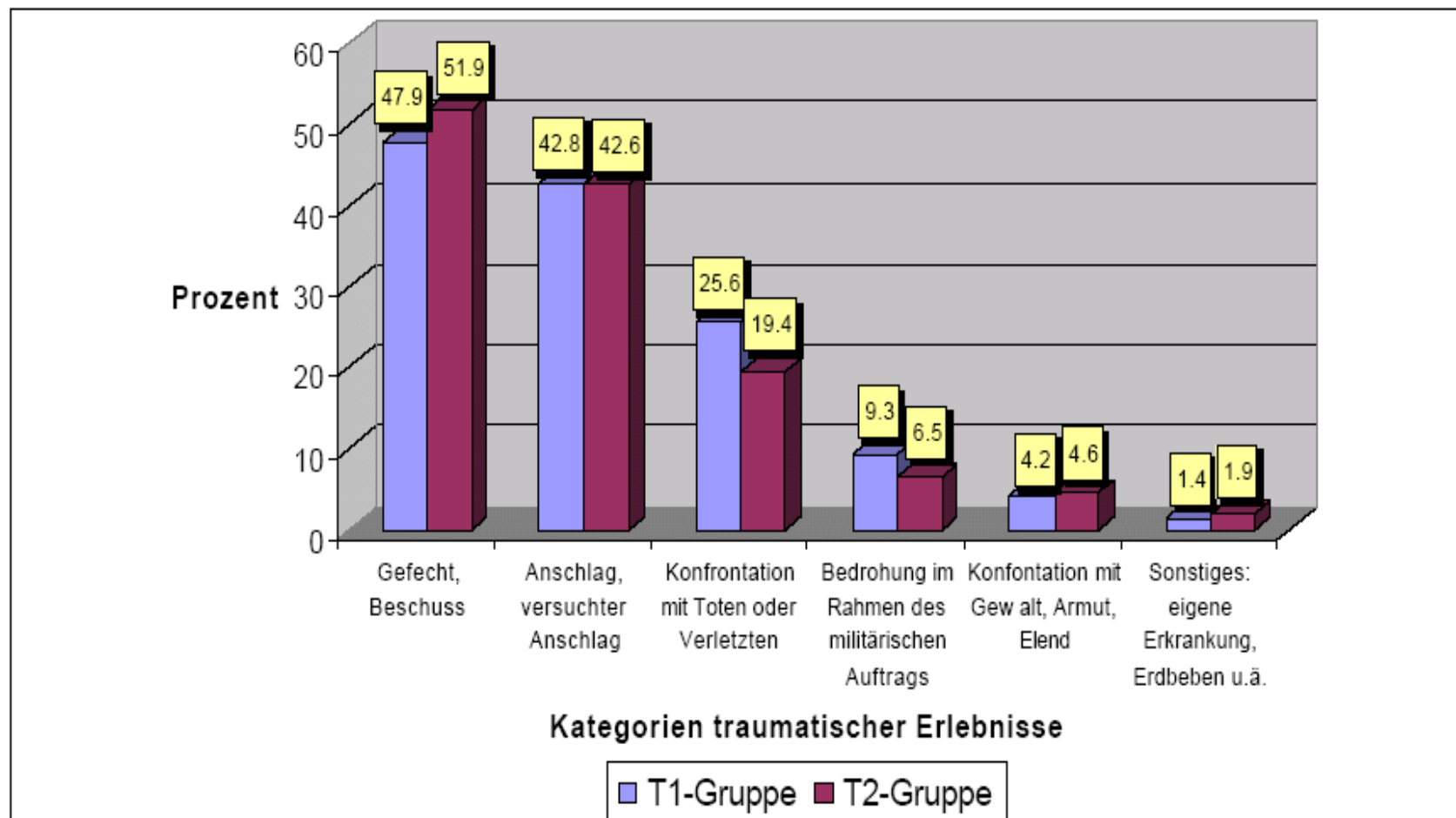
Dunker, 2009

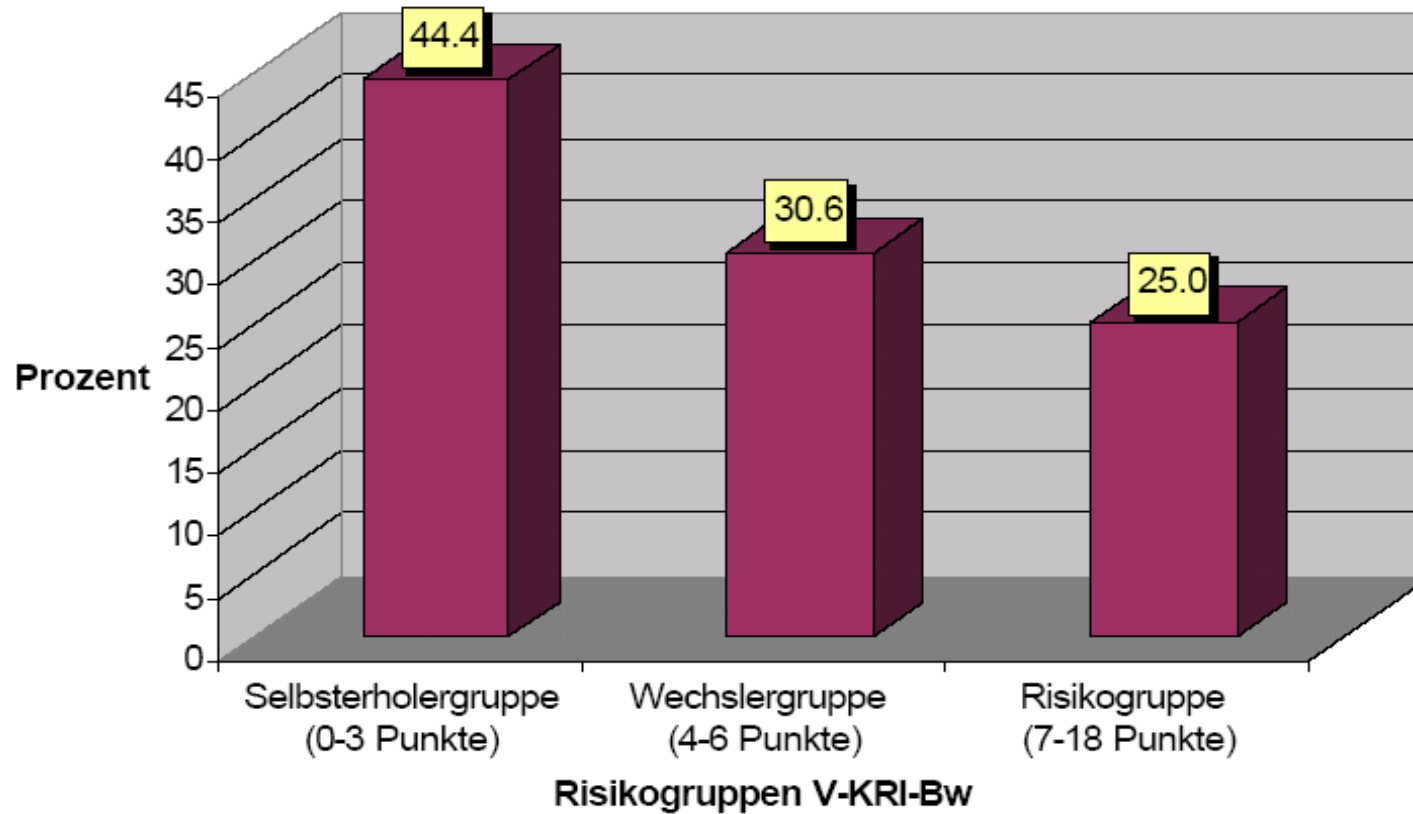
Der Kölner Risikoindex eignet sich zur Vorhersage von chronischen Belastungssyndromen.



Dunker, 2009

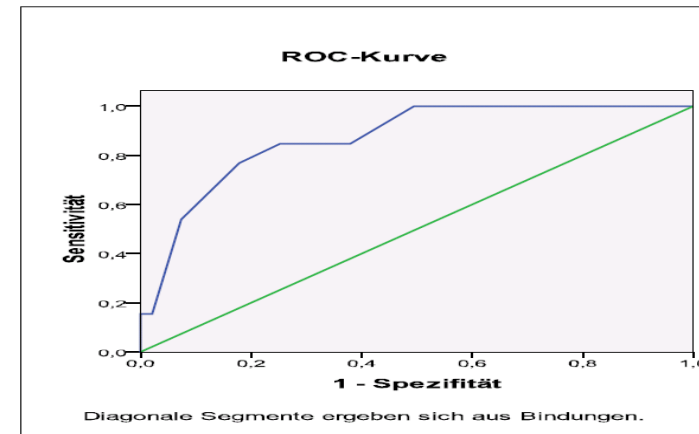
50% geben A1 Kriterium einer PTBS an







Risikogruppen V-KRI-Bw	Cut-Off-Wert	Sensitivität	Spezifität
Selbst- erholer- gruppe	-1.0	1.000	.000
	.5	1.000	.084
	1.5	1.000	.179
	2.5	1.000	.316
	3.5	1.000	.505
Wechsler- gruppe	4.5	.846	.621
	5.5	.846	.747
	6.5	.769	.821
Risiko- gruppe	7.5	.538	.926
	8.5	.154	.979
	9.5	.154	.989
	10.5	.154	1.000
	12.0	.000	1.000

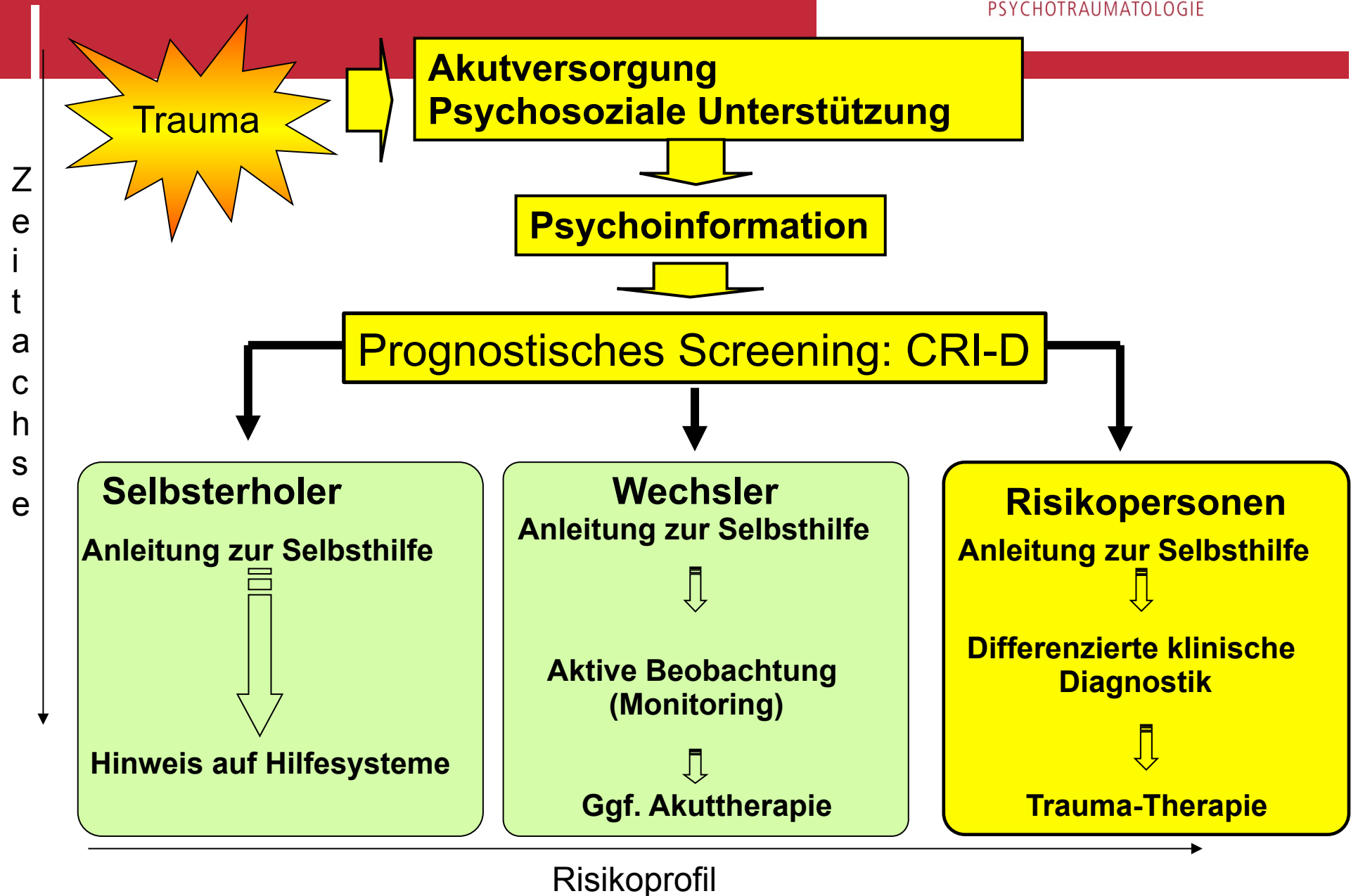


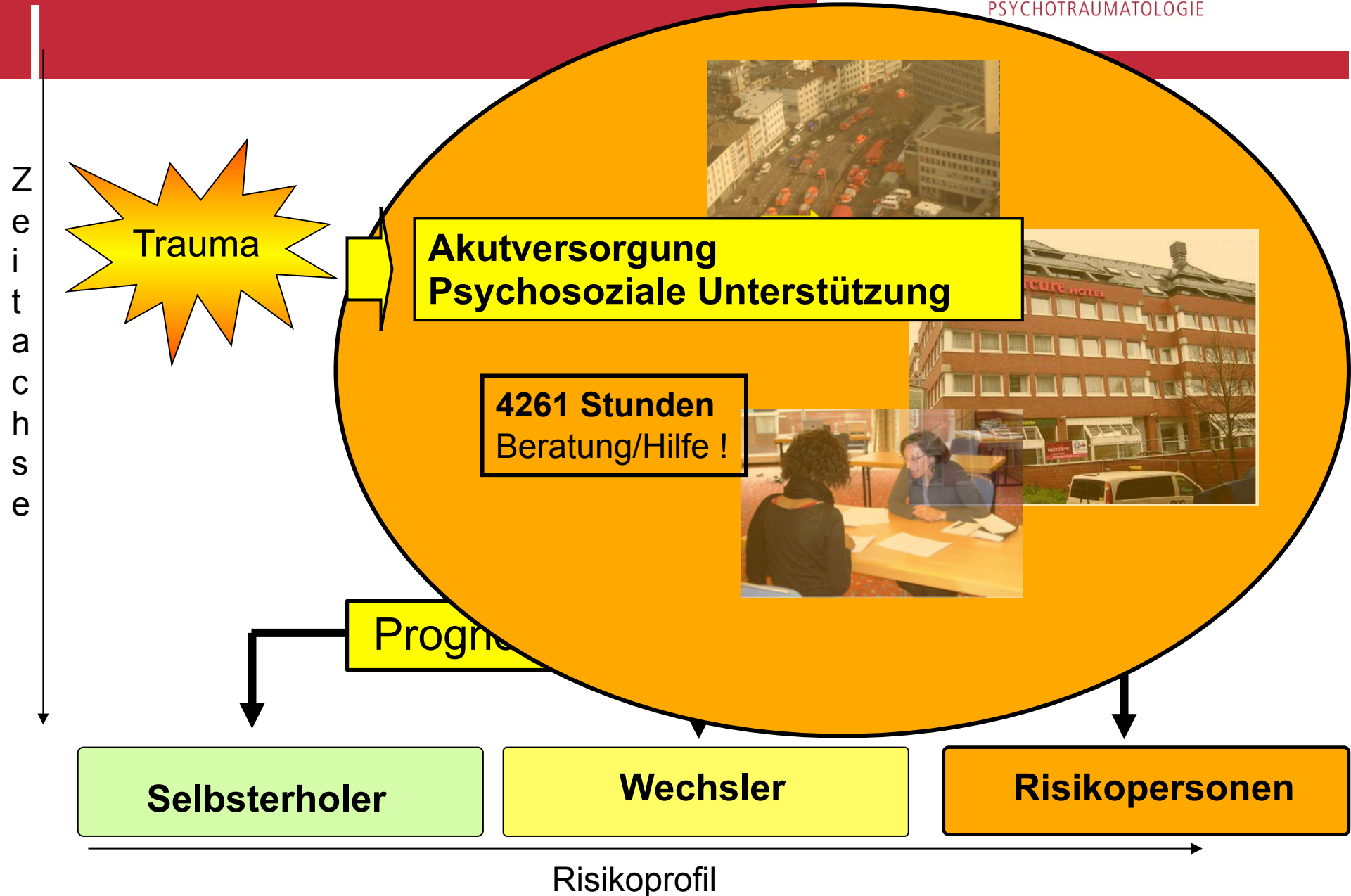
Sensitivität des KRI für die Risikogruppe liegt gemessen am PTSS-10 bei 0.76.

Sensitivität für den KRI für die Risiko- und Wechslergruppe liegt bei fast 1.0 gemessen an der Symptomentwicklung PTSS-10

Evaluation der PSNV nach Einsturz des Kölner Stadtarchivs











Trauma

Ze
i
t
a
c
h
s
e

Checkliste Kölner Risikoindex
für Opfer von Katastrophen bzw. für Angehörige von Opfern von
Katastrophen

PN: _____ Datum: _____

Allgemeine Fragen

A. Alter:	Geschlecht:	☐ w	☐ m
B. Familienstand	☐ ledig, ohne feste Partnerschaft	☐ verheiratet oder leben in einer festen Partnerschaft	☐ geschieden oder leben getrennt
C. Haben Sie Kinder? (mehrere Angaben bitte durch Komma trennen)	☐ ja	☐ nein	Alter: _____
D. Haben Sie Geschwister?	☐ ja Anzahl: _____	☐ nein	Alter: _____
E. Schulbildung	☐ ohne Abschluss	☐ Hauptschule	☐ Realschule
F. Beruf-/Ausbildung	☐ keine	☐ abgeschlossene Lehre	☐ abgeschlossenes Studium
G. Letzte Tätigkeit	☐ angelernte Tätigkeit	☐ Fachkraft/Lehre	☐ Angestellter
H. Derzeitige Tätigkeit	☐ angelernte Tätigkeit	☐ Fachkraft/Lehre	☐ Angestellter
I. Wohnsituation	☐ Wohnung Haus zur Miete	☐ eigenes Haus/Wohnung	☐ Stadt

•49 von insgesamt 121
Beratungssuchenden

•31% Selbstheiler

•47% Wechsler

•22% Risikopersonen

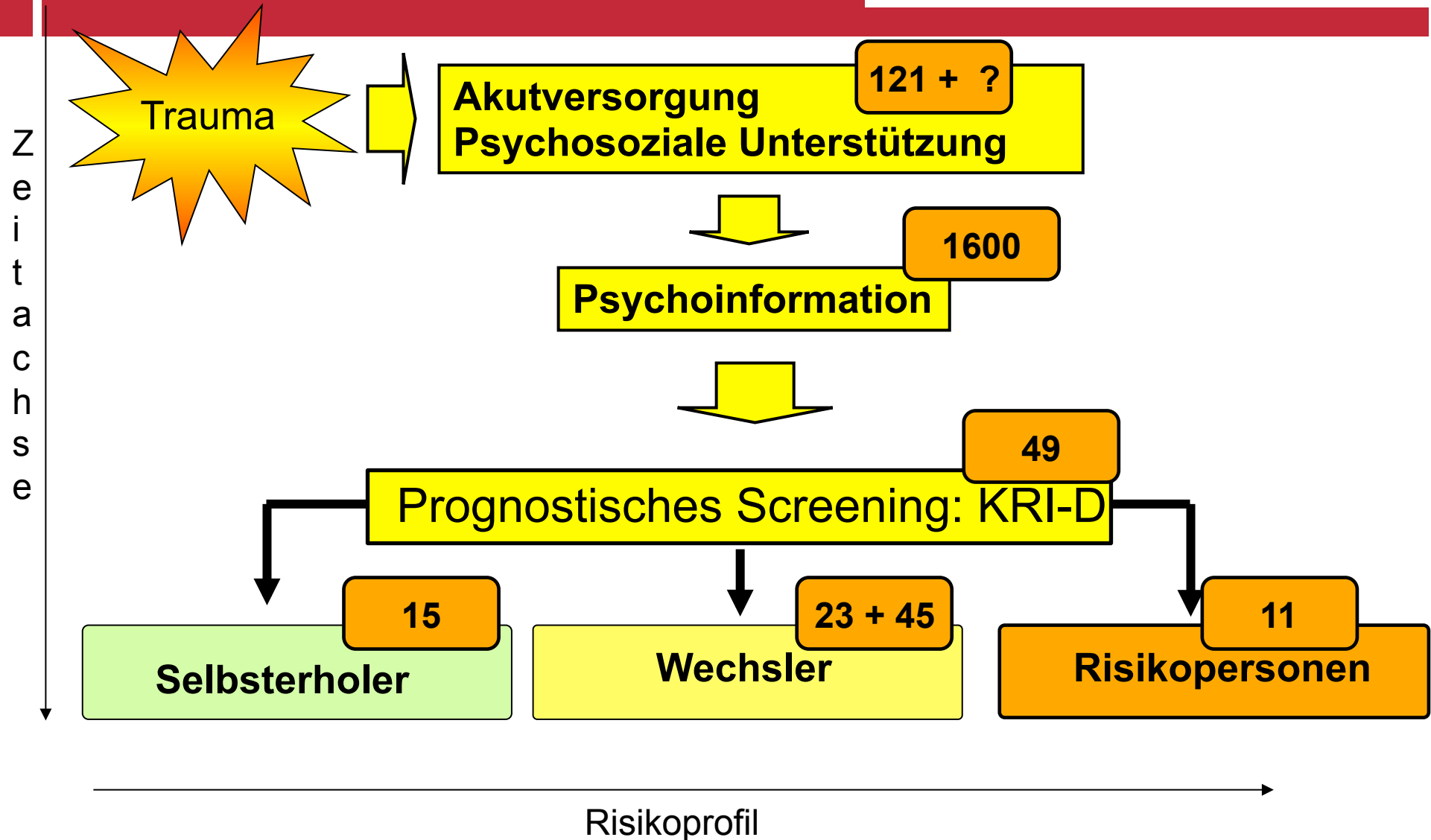
Prognostisches Screening: CRI-D

Selbsterholer

Wechsler

Risikopersonen

Risikoprofil



Beispiel 1

Love Parade



Was bedeuten diese Daten für Einsatzkräfte?

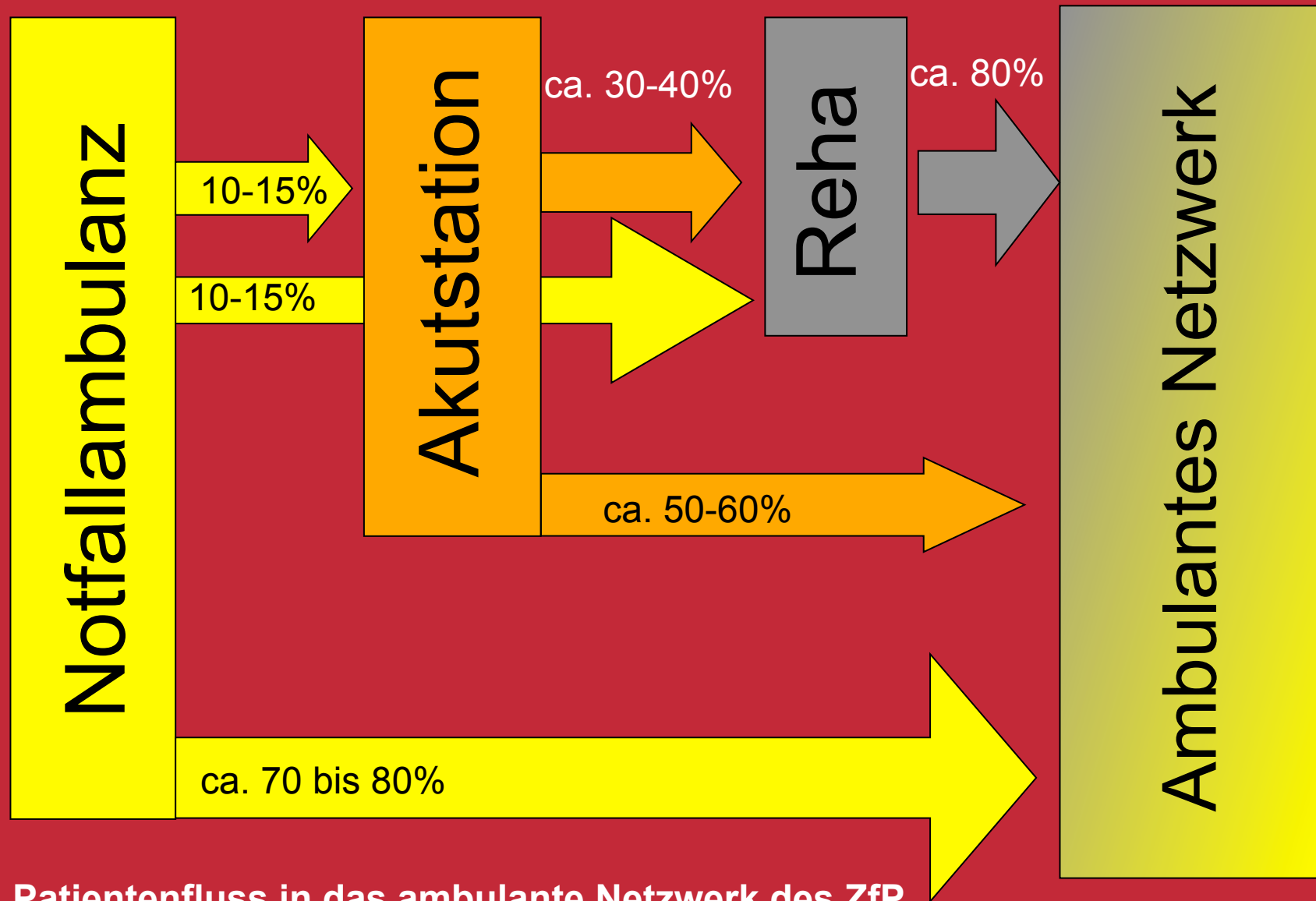
- ▶ Doppelrolle
- ▶ Uniformierte Dienste
- ▶ Peer Support
- ▶ Resilienz
- ▶ Schwerpunkt PSU
- ▶ Medien
- ▶ Identifikation von Risikogruppen

Inhalt

- ▶ Zentrum für Psychotraumatologie
- ▶ Übergang von Helfersystemen zur Behandlung
 - ▶ Behandlung
- ▶ Rehabilitation: Arbeit mit dem funktionalen Ansatz



Netzwerk des Zentrums für Psychotraumatologie (2007)



Akutstation des Zentrums für Psychotraumatologie

Akutstation

Seit 2002

12 stationäre Betten für F43.1 und F62.0, ohne dass sich die Anzahl der Betten in der Allgemeinpsychiatrie erweitert.

Akuttraumatisierung (Ereignis < 1 Jahr) oder chronische/ komplexe Fälle, wenn keine Rehabilitationsfähigkeit (ca. 70%/ 30%)

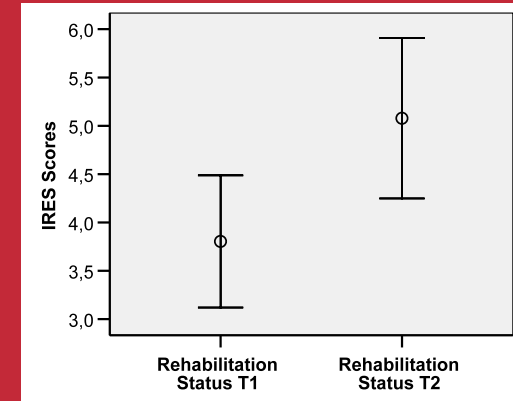
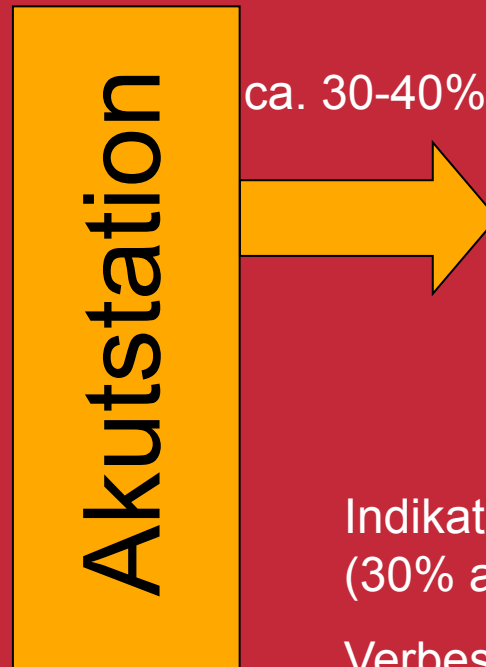


Aufnahme



Verweildauer ca. 30 Tage

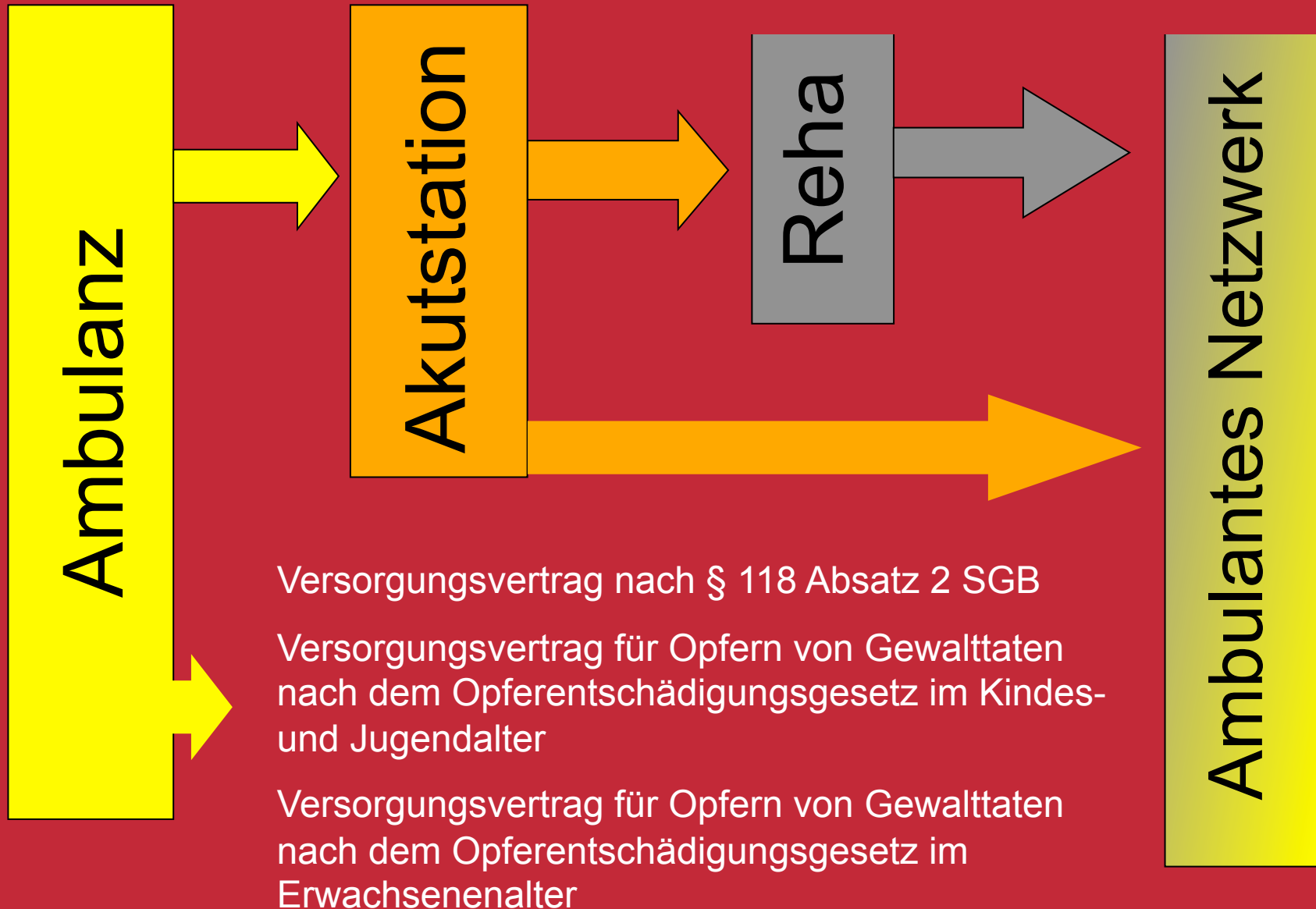
Rehabilitation am ZfP



Indikation: primär komplexe PTBS
(30% akut/ 70 % komplexe PTBS)

Verbesserung des Rehabilitationsstatus prä/
post operationalisiert am IRES (n=20, d=0,95)

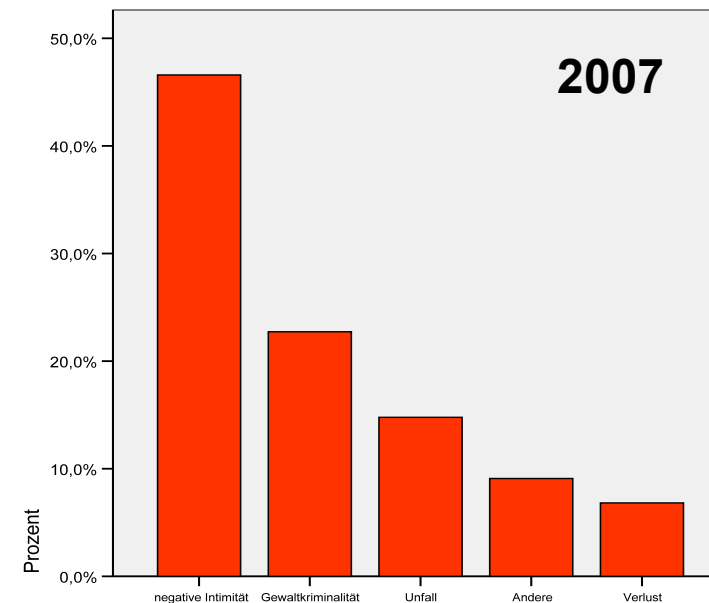
Ambulanz des ZfP



Art der Traumatisierung (2004/ 2007)



2004



Die Akutstation befasst sich primär mit den Folgen von sexuellem Missbrauch (ca. 40 - 50% der Patienten).

Die Bedeutung von Gewaltkriminalität nimmt zu und die Bedeutung von Verlusttraumata nimmt ab.

Einzugsgebiet und Einweiser der Akutstation

Stadt	N	Stadt	N
Duisburg	10	Villingen	1
Düsseldorf	8	Willstätt	1
Krefeld	8	Mettmann	1
Moers	5	Emsdetten	1
Nettetal	4	Kempen	1
Köln	4	Langenfeld	1
Mönchengl.	4	Berlin	1
Willich	3	Ratingen	1
Neukirchen-Vluyn	3	Achim	1
Wegberg	2	Dormagen	1
Oberhausen	2	Erkrath	1
Kamp-Lintfort	2	Kevelaer	1
Goch	2	Dortmund	1
Heinsberg	1	Aachen	1
Jüchen	1	Viersen	1
Mechernich	1	Hannover	1
Mülheim	1	Voerde	1
Essen	1	Körford	1
Tönisforst	1	Berg. Gladb.	1
Grevenbroich	1	Bergheim	1
Alpen	1	Dinslaken	1
Rheinberg	1	Rheine	1

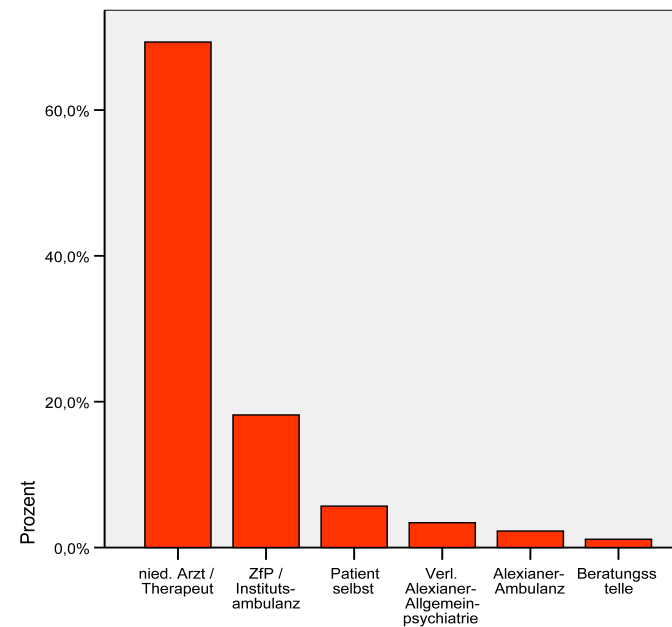


Abbildung 5: Zugangswege zum Zentrum für Psychotraumatologie

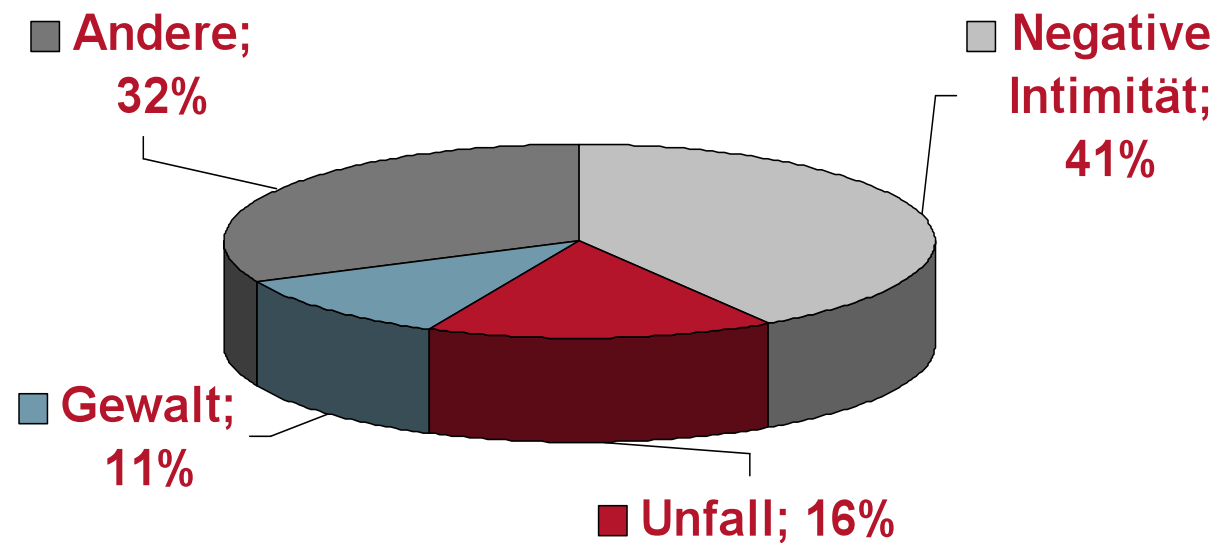
Nur noch 20 bis 30 % der Patienten kommen aus der Regionalversorgung in Krefeld

60 bis 70% werden von den Niedergelassenen in die Notfallsprechstunde eingewiesen

Inhalt

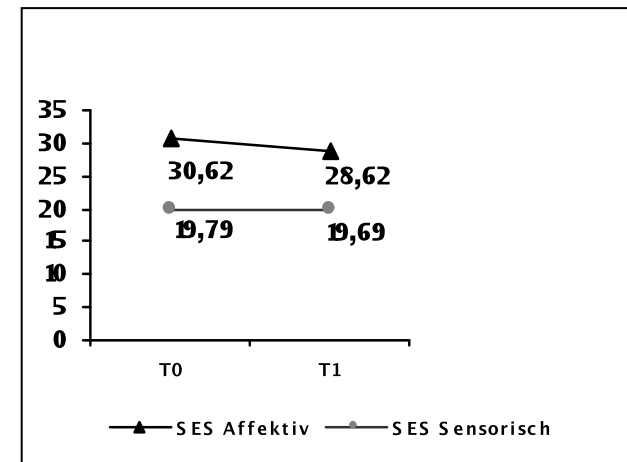
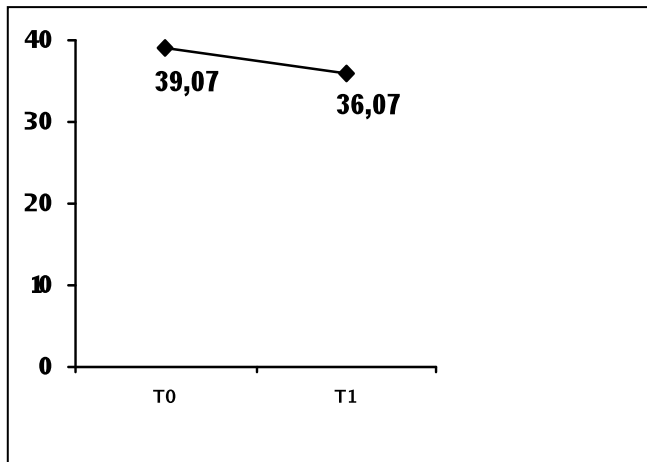
- ▶ Zentrum für Psychotraumatologie
- ▶ Übergang von Helfersystemen zur Behandlung
 - ▶ **Behandlung**
- ▶ Rehabilitation: Arbeit mit dem funktionalen Ansatz

Art der Traumatisierung:



Komplexe PTBS, depressiver und impulsiver Verlaufstyp

Wartezeit-Kontrollgruppen



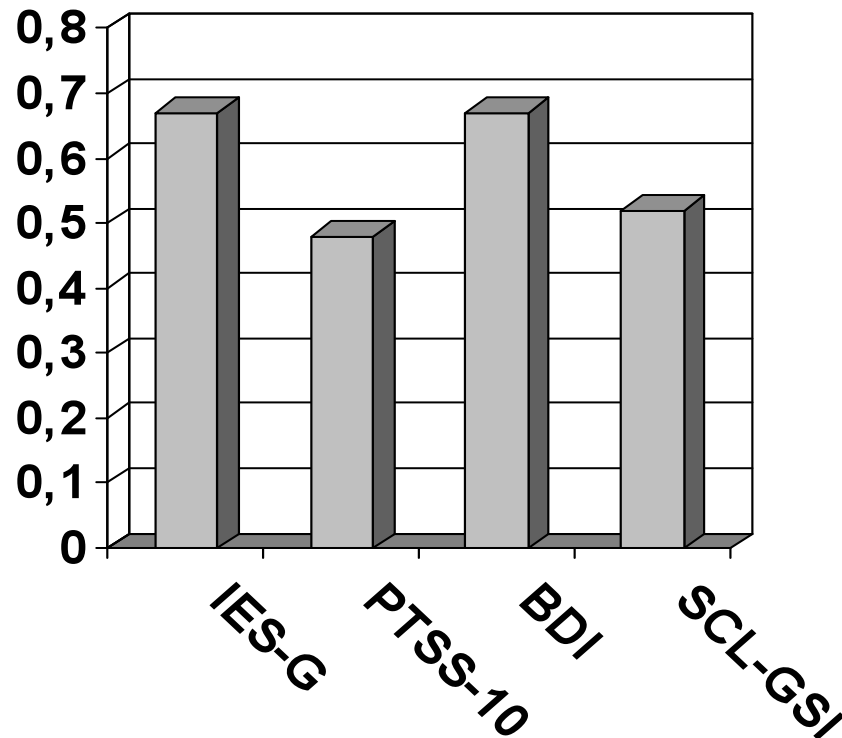
Effekte der Wartezeit

Zwischen Erstkontakt und Zeitpunkt der stationären Aufnahme im ZfP ist weder im Bereich der ptbs-assoziierten Symptomatik (PTSS-10: $t_{29} = 1.548$, $p = .133$) noch im Bereich der Schmerzbelastung (SES affektiv: $t_{29} = 1.496$, $p = .146$, SES sensorisch: $t_{29} = .111$, $p = .913$) eine signifikante Reduktion nachweisbar.

Katamnese studie

Köhler & Bering, 2010

Therapieeffekt im Prä-Kat-Vergleich (n=54)



Intervention:

Psychodynamische
Traumatherapie im
multiprofessionellen Setting

- ▶ M. Horowitz
- ▶ G. Fischer
- ▶ L. Reddemann

Die Effektgrößen sind als Differenzmaß d nach Cohen (kleiner Effekt: $d \geq 0,2$; mittlerer Effekt: $d \geq 0,5$; großer Effekt $d \geq 0,8$). Im prä-kat Vergleich resultieren Effektstärken im überwiegend mittleren Bereich.

Erfolgs- und Misserfolgsskripte

Körperbild

Schlaf

Fragestellung

- Lassen sich negative von positiven Therapieverläufen unterscheiden?
- Welche Faktoren entscheiden darüber, ob das Ergebnis positiv oder negativ ist?

I. Median-Split: $n = 20$

Qualitative Auswertung anhand von Interviewdaten, Selbst- und Fremdbeurteilungsbögen

Messinstrumente

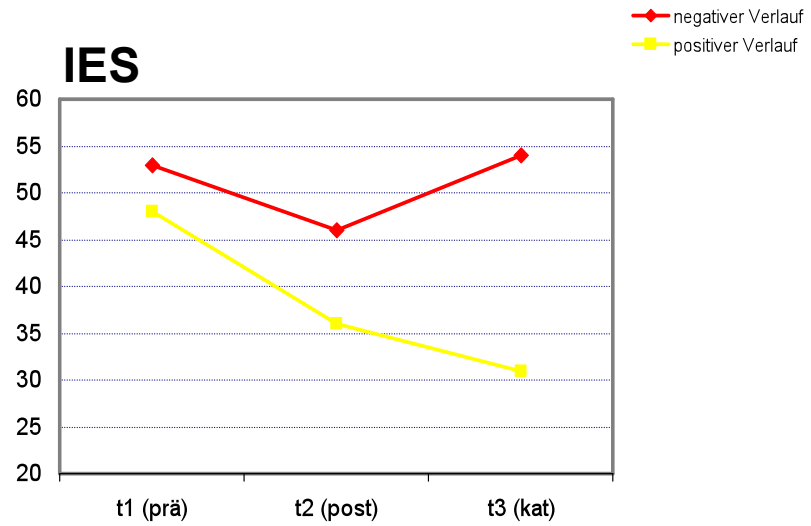
Zur Veränderungssmessung (T1, T2, T3):

- Posttraumatic Symptom Scale (PTSS-10)
- Impact of Event Scale (IES-R)
- Symptom-Checkliste (SCL 90-R)
- Beck Depressions Inventar (BDI)

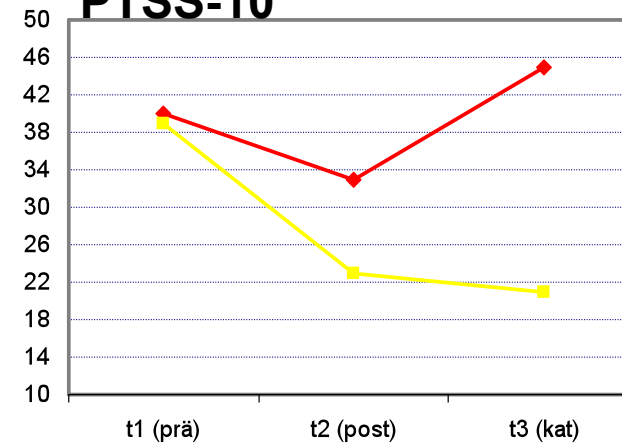
Spezifische Instrumente für T3:

- Katamnese-Fragebogen
- Kölner Trauma-Inventar (KTI)
- Kölner Risikoindex-Suizidalität (KRI-Suizidalität)
- Fragebogen zum erinnerten elterliche Erziehungsverhalten (FEE)
- Genogramm

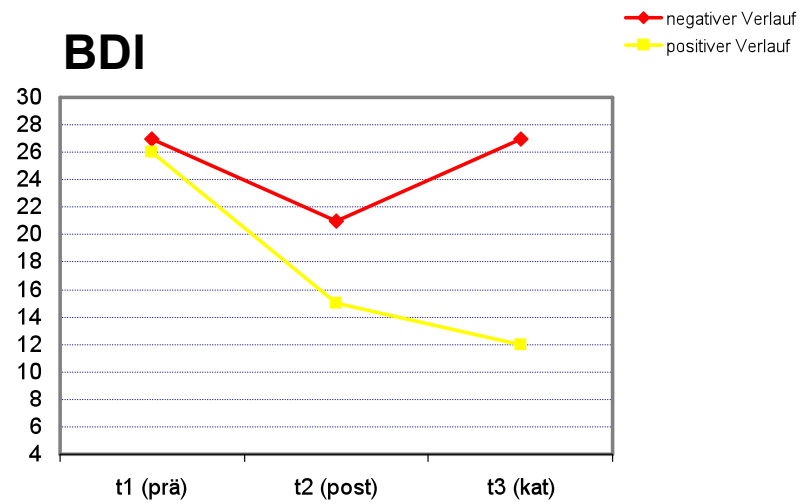
IES



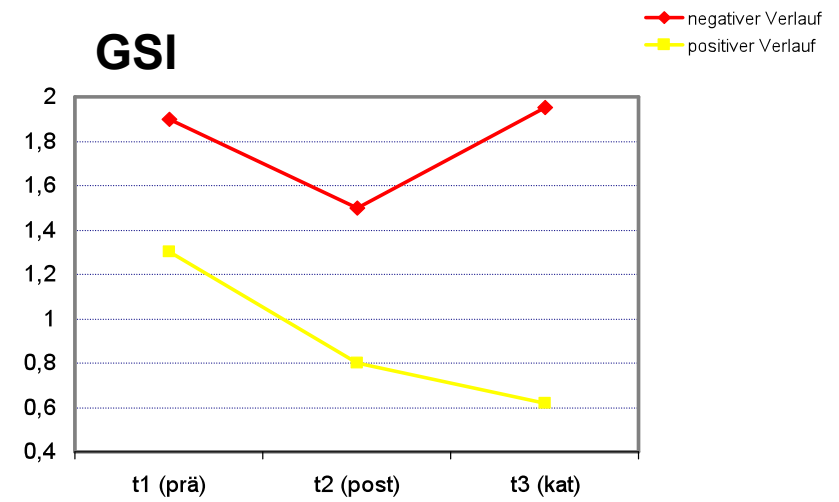
PTSS-10



BDI



GSI



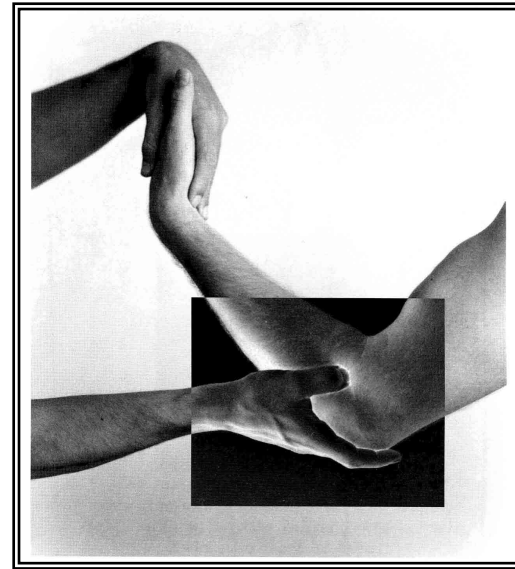
Misserfolgsskripte

- ▶ Wunsch nach Berentung
- ▶ Komorbidität mit Persönlichkeitsstörungen
- ▶ Mangelnde Unterstützung durch das soziale Umfeld
- ▶ Unterbrechung des Heilungsprozesses
- ▶ Geringe Anerkennung durch Funktionsträger

Erfolgsskripte

- ▶ Ressourcenorientierung: Rolle als Helfer
- ▶ Aufarbeiten von „Altlasten“: Berührung von Altlasten
- ▶ Positive Beziehung zum Therapeuten
- ▶ Soziale Unterstützung
- ▶ Zukunftsorientierung

Myoreflextherapie

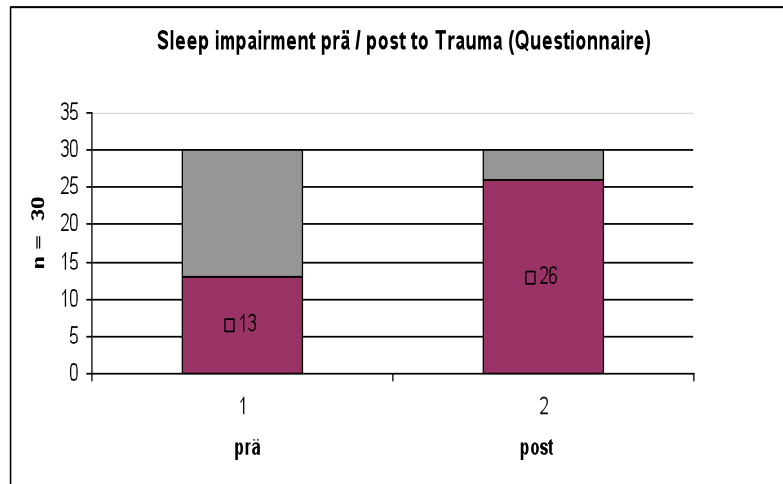


Ergänzung der Mehrdimensionalen Psychodynamischen Traumatherapie (MPTT) nach Fischer durch die **Myoreflextherapie** nach Mosetter im Sinne einer körperzentrierten Komplementärtherapie:

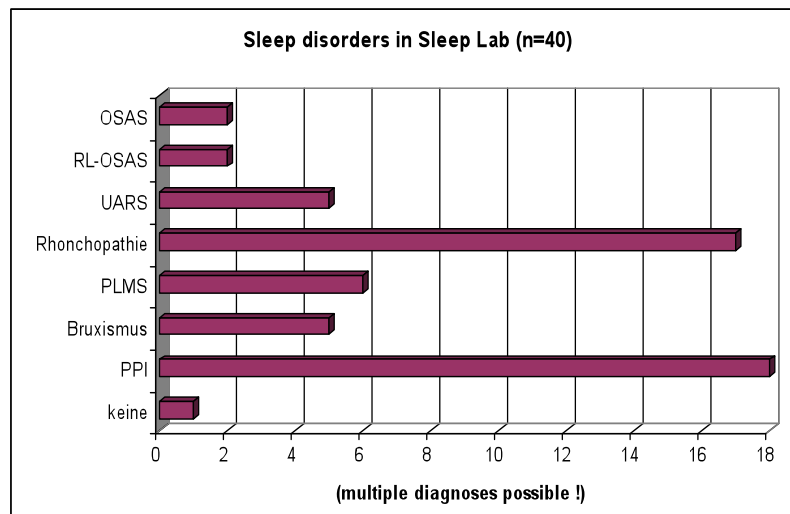
- Palpation
- Druckpunktstimulation am Muskel/Sehnen/Knochen-Übergang
- Selbstregulation: Negative Feedbackmechanismen
- Absinken des Muskeltonus und Schmerzreduktion

Schlafstörungen bei PTBS

Kleen C, von Giesen HJ, Wagner D, Peters U, Bering R, 2009, ECOTS Oslo



Ca. 40% unserer Patienten haben retrospektiv vor der Traumatisierung unter Schlafstörungen gelitten, nach der Traumatisierung geben 80% Schlafstörungen an



Ergebnisse Polysomnographischer Untersuchung

- ▶ OSAS= *Obstruktive sleep apnea*,
- ▶ RL-OSAS= *dorsal OSAS*,
- ▶ UARS= *Upper airway resistance syndrome*,
- ▶ PLMS= *Periodic Limb Movement Syndrome*
- ▶ PPI= *psychophysiologic insomnia*

Hoher Anteil organischer Schlafstörungen

Worauf müssen wir bei der Behandlung von Einsatzkräften besonders beachten?

- ▶ Psychiatrische Regionalversorgung in der Regel ungeeignet
- ▶ Rehabilitativer Ansatz
- ▶ Besondere Bedeutung der Kontextfaktoren
- ▶ Kollision zwischen Vermeidungsverhalten und Reintegration
- ▶ Bei V. a. Berentungswunsch Ansprechen

Inhalt

- ▶ Zentrum für Psychotraumatologie
- ▶ Übergang von Helfersystemen zur Behandlung
 - ▶ Behandlung
- ▶ Rehabilitation: Arbeit mit dem funktionalen Ansatz

Erfassung von Teilhabestörungen

§ 10 SGB IX schreibt für die Leistungen zur Teilhabe und Rehabilitation vor, dass der individuelle Leistungsbedarf „funktionsbezogen“, d.h. orientiert an der ICF festzustellen sei.

Dies gilt nach § 27 SGB IX nicht nur für Leistungen zur Rehabilitation der Krankenversicherung, sondern auch bei Leistungen der Krankenbehandlung.

Was ist die ICF?

Ein Klassifikationssystem der funktionalen Gesundheit
Es besteht aus zwei Teilen mit jeweils zwei Komponenten

Teil 1 Funktionsfähigkeit und Behinderung

Körperfunktion und Körperstruktur
Aktivität und Teilhabe

Teil 2 Kontextfaktoren

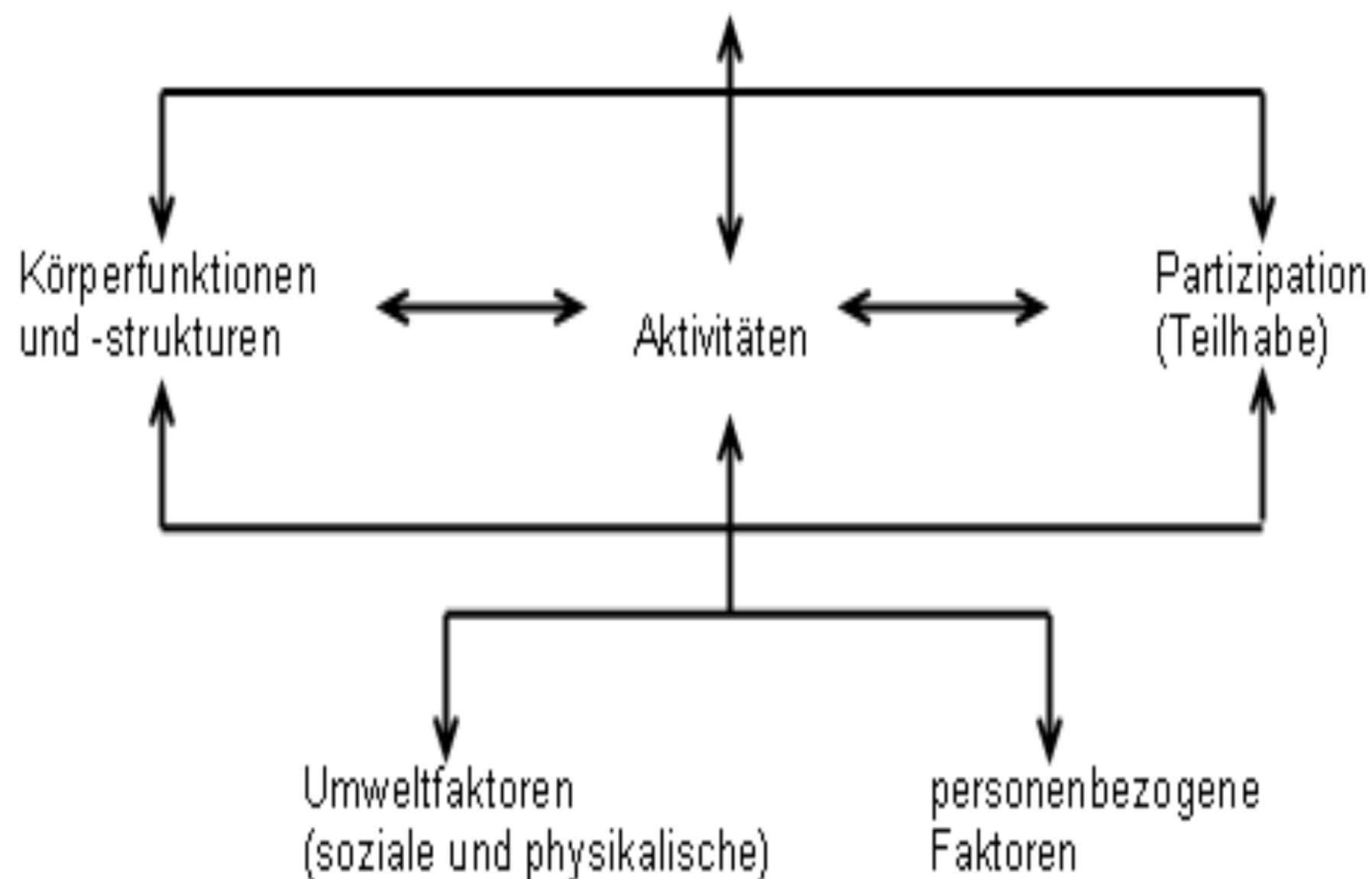
Umweltfaktoren
Personenbezogene Faktoren

Warum ist die ICF relevant?



Die ICF dient als länder- und fachübergreifende einheitliche
Sprache zur Beschreibung des funktionalen Gesundheitszustandes
Ressourcen- und defizitorientiert
Zusammenspiel von ICD-10 und ICF
ICF orientiert sich am Konzept der Teilhabe
Beschreibt die Situation einer jeden Person im Sozialraum

Gesundheitsproblem laut ICD-10
(Gesundheitsstörung oder Krankheit)



ICF

Functioning and Disability

Body functions and Structures

Body functions

b1 – b8

b110 – b899

b1100 – b7809

b11420 – b51059

Body structures

s1 – s8

s110 – s899

s1100 – s8309

s11000 – s76009

Activities and Participation

d1 – d9

d110 – d999

d1550 – d9309

Contextual factors

Environmental factors

e1 – e5

e110 – e599

e1100 – e5959

Personal factors

Not classified yet

Rehabilitationsmanagement/ Institutionen

- ▶ Berufsförderungswerke
- ▶ Berufsbildungswerke
- ▶ Integrationsfachdienst

Welche Hilfestellungen bietet der Gesetzgeber?

- ▶ Betriebliches Wiedereingliederungsmanagement
- ▶ Berufliche Wiedereingliederung

Welche speziellen Probleme stellen sich bei der beruflichen Rehabilitation von Einsatzkräften?

- ▶ Einsatzkräfte benötigen spezifische Strukturen
- ▶ Beamtenrecht
- ▶ BEM für Einsatzkräfte
- ▶ Leitlinien für die berufliche Wiedereingliederung
- ▶ Optionen der Umschulungen (BFW, IFD)

Vielen Dank an das Team

