publiziert bei:	AWMF online Das Portal der wissenschaftlichen Medizin

AWMF-Register Nr.: 155-002	Klasse: S2k

Langversion der S2k-Leitlinie
Akute psychosoziale Belastung nach schwerwiegenden Ereignissen
der
Deutschsprachigen Gesellschaft für Psychotraumatologie (DeGPT)

DeGPT | Deutschsprachige Gesellschaft für Psychotraumatologie

und

AETAS Kinderstiftung

Berufsverband Deutscher Nervenärzte e. V. (BVDN)

Berufsverband Deutscher Psychiater e. V. (BVDP)

Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin e. V. (DEGAM)

Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e. V. (DGKJ)

Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie (DGPM)

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V. (DGPPN)

Deutsche Gesellschaft für Psychologie e. V. (DGPs)

Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI)

Deutsches Kollegium für Psychosomatische Medizin (DKPM)


AETAS
KINDERSTIFTUNG
KINDERKRISENINTERVENTION


BVDN
Berufsverband
Deutscher Nervenärzte


BVDP
Berufsverband
Deutscher Psychiater


DEGAM
Deutsche Gesellschaft für
Allgemeinmedizin und Familienmedizin


DGKJ
Deutsche Gesellschaft
für Kinder- und Jugendmedizin e.V.


DG
PM
Deutsche Gesellschaft für
Psychosomatische Medizin
und Ärztliche Psychotherapie


dgppn
Deutsche Gesellschaft für
Psychiatrie und Psychotherapie,
Psychosomatik und
Nervenheilkunde e.V.


DIVI
Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung
für Intensiv- und Notfallmedizin


DGPs
Deutsche Gesellschaft
für Psychologie


DKPM
Deutsches Kollegium für
Psychosomatische Medizin

Version: 3.0

Herausgebende

Die vorliegende S2k-Leitlinie „Akute psychosoziale Belastung nach schwerwiegenden Ereignissen“ wurde von der Deutschsprachigen Gesellschaft für Psychotraumatologie e. V. (DeGPT) federführend initiiert und koordiniert. Die Leitlinie wird in Zusammenarbeit mit den beteiligten Organisationen herausgegeben.

Federführende Fachgesellschaft

Deutschsprachige Gesellschaft für Psychotraumatologie e. V. (DeGPT)
Sophie-von-La-Roche-Straße 4
56077 Koblenz
Tel.: +49 (0) 261/28742192
www.degpt.de

Die nachfolgend genannten Verbände und Organisationen waren am Konsensusprozess beteiligt.
In Kapitel 2.2 werden zusätzlich die Mandatstragenden der einzelnen beteiligten Verbände und Organisationen genannt, Interessenskonflikte können in der Tabelle im Anhang des Leitlinienreports eingesehen werden.

AETAS Kinderstiftung	AETAS Kinderstiftung - Kinderkrisenintervention	www.aetas-kinderstiftung.de
BVDN	Berufsverband Deutscher Nervenärzte e. V.	www.berufsverband-nervenaerzte.de
BVDP	Berufsverband Deutscher Psychiater e. V.	www.berufsverband-psychiater.de
DEGAM	Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin	www.degam.de
DeGPT	Deutschsprachige Gesellschaft für Psychotraumatologie	www.degpt.de
DGKJ	Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e. V.	www.dgkj.de
DGPM	Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie e. V.	www.dgpm.de
DGPPN	Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V.	www.dgppn.de
DGPs	Deutsche Gesellschaft für Psychologie e. V.	www.dgps.de
DIVI	Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin	www.divi.de
DKPM	Deutsches Kollegium für Psychosomatische Medizin	www.dkpm.de

AWMF-Registernummer 155-002
Version: 3.0 (Stand: 05.10.2026)

Bitte wie folgt zitieren:

Deutschsprachige Gesellschaft für Psychotraumatologie e.V., Akute psychosoziale Belastung nach schwerwiegenden Ereignissen – Langfassung, Version 3.0, 05.10.2026, Verfügbar unter: *https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/155-002* [Zugriff am *Datum*].

Inhalt

WAS GIBT ES NEUES? 7

ALLE EMPFEHLUNGEN AUF EINEN BLICK 9

1. GELTUNGSBEREICH UND ZWECK 15

1.1 ZIELSETZUNG UND FRAGESTELLUNG 15
1.2 VERSORGUNGSBEREICH 15
1.3 PATIENT:INNENZIELGRUPPE 16
1.4 ANWENDER:INNENGRUPPE/ADRESSAT:INNEN 16
1.5 DOKUMENTE ZUR ANWENDUNG DER LEITLINIE 16

2. ZUSAMMENSETZUNG DER LEITLINIENGRUPPE 17

2.1 LEITLINIENKOORDINATION 17
2.2 BETEILIGTE FACHGESELLSCHAFTEN UND ORGANISATIONEN 17
2.3 ERFAHRUNGSEXPERT:INNEN 20
2.4 METHODISCHE BEGLEITUNG 20

3. EINLEITUNG 21

4. UMGANG MIT AKUTER PSYCHOSOZIALER BELASTUNG BEI ERWACHSENEN ZIVILPERSONEN 27

EINLEITUNG 27
4.1 SCREENING-INSTRUMENTE 35
4.2 INTERVENTIONEN ZUR PSYCHOSOZIALEN UNTERSTÜTZUNG 39
4.3 PSYCHOTHERAPEUTISCHE INTERVENTIONEN INNERHALB DER ERSTEN 72 STUNDEN NACH EINEM SCHWERWIEGENDEN EREIGNIS 41
4.4 PSYCHOTHERAPEUTISCHE INTERVENTIONEN ZWISCHEN DREI TAGE BIS DREI MONATE NACH EINEM SCHWERWIEGENDEN EREIGNIS 42
4.5 PSYCHOPHARMAKOLOGISCHE INTERVENTIONEN 45
4.6 TECHNIK-GESTÜTZTE INTERVENTIONEN 48

5. UMGANG MIT AKUTER PSYCHOSOZIALER BELASTUNG BEI KINDERN UND JUGENDLICHEN 51

EINLEITUNG 51
5.1 EMPFEHLUNGEN ZU PICO 1 60
5.2 EMPFEHLUNGEN ZU PICO 2 69
5.3 EMPFEHLUNGEN ZU PICO 3 72
5.4 EMPFEHLUNGEN ZU PICO 4 74

6. UMGANG MIT AKUTER PSYCHOSOZIALER BELASTUNG BEI EINSATZKRÄFTEN 76

EINLEITUNG **76**
6.1. SELEKTIVE PRÄVENTION / VORBEREITENDE MAßNAHMEN **78**
6.2. INDIZIERTE PRÄVENTION / MAßNAHMEN NACH DEM EINSATZ **80**

7. WICHTIGE FORSCHUNGSFRAGEN **85**

8. VERWENDETE ABKÜRZUNGEN **86**

9. LITERATURVERZEICHNIS **89**

ANHANG **105**

Was gibt es Neues?

Die vorliegende S2k-Leitlinie „Akute psychosoziale Belastung nach schwerwiegenden Ereignissen“ löst die S2k-Leitlinie „Diagnostik und Behandlung von akuten Folgen psychischer Traumatisierung“ von 2019 ab. Es handelt es sich um eine vollständige Überarbeitung nach den aktuellen Vorgaben des AWMF-Regelwerks. Somit wurden alle klinischen Fragen der vorherigen Version der Leitlinie neu formuliert. Das PICO-Schema wurde ein- und die Literatursuche neu durchgeführt. Entsprechend der Entwicklung in der aktuellen Auflage der International Classification of Diseases und den Ergebnissen von Metaanalysen wurde großen Wert auf die Entpathologisierung und Normalisierung der psychischen Belastungsreaktion gelegt. Daher wurde der Titel der Leitlinie geändert und in der Einleitung ein eigener Abschnitt formuliert. Zudem wurde in dieser Leitlinie ein Glossar eingeführt, da Benennungen von Interventionen im Alltag nicht in jedem Fall mit denen in den Studien Genutzten übereinstimmen.
Die aktualisierte Leitlinie enthält nun Empfehlungen für drei spezielle Gruppen von Betroffenen: Kinder und Jugendliche, erwachsene Zivilpersonen und Einsatzkräfte. Dabei wurden auch klinische Empfehlungen aufgenommen, die auf das 2024 eingeführte Soziale Entschädigungsrecht (SGB XIV) und auf das Versicherungsrecht der Betroffenen aufmerksam machen sollen. Alle Empfehlungen wurden von den Mandatsträger:innen im Mai 2026 mit starkem Konsens verabschiedet. Im Folgenden sollen weitere Neuerungen hinsichtlich der drei Gruppen von Betroffenen hervorgehoben werden:

„Erwachsene Zivilpersonen“

- Es gibt keinen ausreichenden Hinweis darauf, dass spezifische Interventionen zur psychosozialen Unterstützung von hinzugezogenen Fachkräften langfristig zu einer Reduktion der posttraumatischen oder einer anderen Symptomatik führen. Da die psychosoziale Unterstützung durch den Betroffenen nahestehende Personen einer der wesentlichen Wirkfaktoren der Prävention ist, sollte diese in jedem Fall gefördert werden.
- Psychopharmakologische Interventionen sollen nicht eingesetzt werden, um die psychische Belastungsreaktion zu mindern; diese sind nur bei einem Störungsbild oder Syndrom (z. B. bei Suizidalität) indiziert, bei denen dies durch andere Leitlinien legitimiert ist.
- Wenn eine psychotherapeutische Intervention zur Reduktion von posttraumatischen und depressiven Symptomen als erforderlich erachtet wird, soll eine spezifische traumafokussierte kognitive Verhaltenstherapie frühestens nach drei Tagen nach einem schwerwiegenden Ereignis durchgeführt werden.
- Derzeit gibt es keine Hinweise für den Einsatz psychotherapeutischer Intervention zu einem früheren Zeitpunkt.
- Es gibt keine ausreichenden Hinweise für die Wirksamkeit anderer psychotherapeutischer Methoden und Verfahren.

„Kinder und Jugendliche“

- Es wurde erstmals ein eigenständiger Abschnitt zu Kindern und Jugendlichen sowie deren Sorgeberechtigen/Bezugspersonen erarbeitet.
- Die Leitlinie geht dabei erstmalig auf die entwicklungspsychologischen und rechtlichen Besonderheiten in der Versorgung von Kindern und Jugendlichen nach schwerwiegenden Ereignissen ein.
- In der Recherche und Bewertung zeigen sich zwei Fragebogen (Pediatric Emotional Distress Scale – Early Screener (0-7 Jahre) und ASC-Kids: deutsche Version: Checkliste zur Akuten Stresssymptomatik (CAB: 8-17 Jahre)) als ausreichend validiert und in deutscher Sprache verfügbar, sodass diese im Bereich der Versorgung von Kindern und Jugendlichen nach schwerwiegenden Ereignissen verwendet werden können.
- In der Recherche und Bewertung zeigten sich Wirksamkeitsnachweise vor allem für die Child and Family Traumatic Stress Intervention (CFTSI).
- Psychotherapeutische und psychopharmakologische Interventionen sollen nur dann eingesetzt werden, wenn ein Störungsbild mit Indikation für eine psychotherapeutische oder psychopharmakologische Behandlung im Sinne anderer Leitlinien vorliegt.

„Einsatzkräfte“

- Es wurde erstmals ein eigenständiger Abschnitt zu Einsatzkräften mit Empfehlungen zu selektiver Prävention (vorbereitende Maßnahmen) und indizierter Prävention (Maßnahmen nach dem Einsatz) eingeführt.
- Neue Evidenz aus systematischen Reviews und randomisierten Studien zu Einsatzkräften und Soldat:innen sowie anderem militärischen Personal wurde integriert.
- Eine systematische Differenzierung der Maßnahmen nach belastenden Einsätzen (indizierte Prävention) in operative Nachbesprechungen (After Action Review), frühe psychosoziale Unterstützung, gestuftes Vorgehen (Monitoring und Weitervermittlung) sowie psychologisch fokussiertes Debriefing wurde etabliert.

Alle Empfehlungen auf einen Blick

Tabelle 3 listet die Empfehlungen auf. Alle Empfehlungen sind bei der Aktualisierung mit „geprüft [Jahreszahl]“, „modifiziert [Jahreszahl]“ und „neu [Jahreszahl]“ gekennzeichnet. Informationen zur Empfehlungsgraduierung und Feststellung der Konsensstärke finden sich im Abschnitt 2.4 des zugehörigen Leitlinienreports.
Die Ableitung und Begründung dieser Empfehlungen finden Sie im Hintergrundtext.

Tabelle 3: Alle Empfehlungen auf einen Blick

Empfehlungen für erwachsene Zivilpersonen		
Nr.	**Wortlaut der Empfehlung**	**Neu (Jahr))/ Modifiziert (Jahr) / Geprüft (Jahr)**
4.1	Für den Einsatz im Rahmen eines zweistufigen Versorgungsansatzes sollte der Trauma Screening Questionnaire (TSQ, Deutsche Version von Hofmann, Seidler, Micka, & Hueg, 2002) oder die Posttraumatic Diagnostic Scale (PDS-8, Deutsche Version von Ehlers, Steil, Winter, & Foa, 1997) eingesetzt werden. Der Einsatz derartiger Screening-Instrumente sollte nach Abklingen der akuten Stressreaktion erfolgen, frühestens also vier Tage nach dem schwerwiegenden Ereignis. Insbesondere wenn weitere Screening-Instrumente (z. B. für Depression und substanzbezogene Störungen) eingesetzt werden sollen, sind Kurzversionen vorzuziehen. [1]	Neu (2026)
	Konsensstärke: 100 % (starker Konsens)	
4.2	Die aktuelle Datenlage gibt keinen ausreichenden Hinweis darauf, dass spezifische Interventionen zur psychosozialen Unterstützung langfristig zu einer Reduktion der posttraumatischen oder einer anderen Symptomatik führen. Deshalb können spezifische Interventionen zur psychosozialen Unterstützung erwogen, derzeit aber nicht empfohlen werden.	Neu (2026)
	Konsensstärke: 100 % (starker Konsens)	
4.3	Der Einsatz einer psychotherapeutischen Intervention innerhalb von 72 Stunden nach einem schwerwiegenden Ereignis, um die spätere Ausbildung einer PTBS oder einer anderen Traumafolgestörung zu verhindern bzw. deren spätere Symptomatik zu reduzieren, kann derzeit mangels Evidenz nicht empfohlen werden.	Neu (2026)
	Konsensstärke: 100 % (starker Konsens)	

4.4a	Wenn innerhalb von drei Tagen bis drei Monaten nach einem schwerwiegenden Ereignis eine psychotherapeutische Intervention zur Reduktion von posttraumatischen und depressiven Symptomen als erforderlich erachtet wird, soll eine traumafokussierte kognitive Verhaltenstherapie (TFKVT) erfolgen.	Neu (2026)
	Konsensstärke: 100 % (starker Konsens)	
4.4b	Wenn innerhalb von drei Tagen bis drei Monaten nach einem schwerwiegenden Ereignis eine psychotherapeutische Intervention zur Reduktion von posttraumatischen Symptomen als erforderlich erachtet wird, kann der Einsatz von Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) und Progressivem Zählen erwogen werden. Die aktuelle Datenlage gibt keinen ausreichenden Hinweis darauf, dass EMDR und progressives Zählen langfristig zu einer Reduktion der posttraumatischen oder einer anderen Symptomatik führen.	Neu (2026)
	Konsensstärke: 100 % (starker Konsens)	
4.4c	Psychologisch fokussierte Debriefing-Interventionen zur Reduktion posttraumatischer Symptome innerhalb von drei Tagen bis drei Monaten nach einem schwerwiegenden Ereignis sollen nicht angeboten werden.	Neu (2026)
	Konsensstärke: 100 % (starker Konsens)	
4.5	Psychopharmakologische Interventionen zur Reduktion psychischer Symptome nach schwerwiegenden Ereignissen sollen nicht angeboten oder durchgeführt werden. Dies gilt auch, wenn psychosoziale Unterstützungsangebote nicht zu einer deutlichen Entlastung der Betroffenen beigetragen haben. In diesem Fall steht die Normalisierung bzw. Entpathologisierung der Symptomatik gegenüber der Betroffenen Person im Vordergrund. Komorbide psychische Störungen oder Syndrome (beispielhaft seien hier Suizidalität oder fremdgefährdendes Verhalten genannt) sollen entsprechend den Empfehlungen der jeweiligen Leitlinien (weiter-)behandelt werden.	Neu (2026)
	Konsensstärke: 100 % (starker Konsens)	
4.6	Die aktuelle Datenlage gibt keinen ausreichenden Hinweis, dass Technik-gestützte Interventionen langfristig zu einer Reduktion der posttraumatischen oder einer anderen	Neu (2026)

	Symptomatik führen. Daher kann der Einsatz Technik-gestützter Interventionen derzeit nicht empfohlen werden.	
	Konsensstärke: 100 % (starker Konsens)	
4.7	Opfer und Zeugen von Gewalttaten, Angehörige der Opfer sowie Hinterbliebene sollen auf die Angebote von Institutionen des Opferschutzes (z.B. Beratungsstellen) und die Schnellen Hilfen (Fallmanagement und Traumambulanzen) nach dem Sozialen Entschädigungsrecht (SGB XIV) hingewiesen werden. Im Falle eines Arbeitsunfalles ist auf die Angebote der Unfallversicherungsträger aufmerksam zu machen.	Neu (2026)
	Konsensstärke: 100 % (starker Konsens)	

[1] Erläuterung zur Empfehlung 4.1:
Für beide Screening-Instrumente liegen Sensitivitäts-gewichtete Cut-Off-Werte anhand einer deutschsprachigen Stichprobe vor. Die Langversion der PDS weist mit 17 (vs. acht) Items eine höhere Effizienz auf, ist aber weniger ökonomisch.

Empfehlungen für Kinder und Jugendliche

Nr.	Wortlaut der Empfehlung	Neu/ Modifiziert/ Geprüft Stand (Jahr)
Erstkontakt und Sicherheit		
5.1	In einem ersten Schritt sollen Sicherheit und Schutz der Betroffenen sichergestellt werden, dies gilt insbesondere bei körperlicher oder sexueller Gewalt mit anhaltender Bedrohung.	alt, (ggf. modifiziert)
	Konsensstärke: 100 % (starker Konsens)	
5.2	Falls ein schwerwiegendes Ereignis mit einer möglichen Kindeswohlgefährdung einhergeht, können mit der Betreuung eines Kindes oder Jugendlichen befasste Personen sich an eine „insoweit erfahrene Fachkraft“ wenden, um Unterstützung zu erhalten (§ 4 Abs. 2 KKG SGB VIII). Auch Angebote wie die Medizinische Kinderschutzhotline (*https://kinderschutzhotline.de*) können anonym beraten. Wir verweisen hier auch auf die S3-Leitlinie Kindesmisshandlung, -missbrauch, -vernachlässigung unter Einbindung der Jugendhilfe und Pädagogik (Kinderschutzleitlinie).	Neu (2026)
	Konsensstärke: 100 % (starker Konsens)	
5.3	Bei Hinweisen auf eine Selbst- oder Fremdgefährdung soll die weitere Abklärung durch eine approbierte Person (z.B. Kinder- und Jugendpsychiater:in oder Kinder- und	alt, modifiziert (2026)

	Jugendlichenpsychotherpeut:in) oder andere spezialisierte Facheinrichtungen erfolgen.	
	Konsensstärke: 100 % (starker Konsens)	
Informationsvermittlung		
5.4	Für Kinder und Jugendliche sollte die Sprache entwicklungsangepasst sein.	Neu (2026)
	Konsensstärke: 100 % (starker Konsens)	
5.5	Sorgeberechtigte und wichtige Bezugspersonen sollten ebenfalls Informationen erhalten, falls nichts dagegenspricht.[2]	Neu (2026)
	Konsensstärke: 100 % (starker Konsens)	
5.6	Selbstgesteuerte Informationsangebote ohne weitere Anschlussinterventionen sollen nur mit Verweis auf andere wirksame Interventionen angeboten werden.	Neu (2026)
	Konsensstärke: 100 % (starker Konsens)	
5.7	Jugendliche, die Opfer einer Gewalttat geworden sind, Sorgeberechtigte von Kindern und Jugendlichen, Angehörige der Opfer und Hinterbliebene sowie Zeugen sollen auf die Angebote von Institutionen des Opferschutzes (z.B. Beratungsstellen) und die Schnellen Hilfen (Fallmanagement und Traumambulanzen) nach dem Sozialen Entschädigungsrecht (SGB XIV) hingewiesen werden. Im Falle eines Schul- oder Arbeitsunfalles ist auf die Angebote der Unfallversicherungsträger aufmerksam zu machen.[2]	Neu (2026)
	Konsensstärke: 100 % (starker Konsens)	
Screening auf Belastung		
5.8	Kinder und Jugendliche können die gleichen Symptome wie Erwachsene aufweisen. Bei Kindern und Jugendlichen sollte auf weitere alters- und entwicklungsabhängige Symptome (z.B. Sprach- und Verhaltensauffälligkeiten sowie den Verlust bereits erworbener Fertigkeiten) geachtet werden.	Neu (2026)
	Konsensstärke: 100 % (starker Konsens)	
5.9	Für Kinder zwischen 0-7 Jahren kann der Pediatric Emotional Distress Scale – Early Screener als Fremdbeurteilungsbogen verwendet werden.[3]	Neu (2026)
	Konsensstärke: 100% (starker Konsens)	
5.10	Für Kinder- und Jugendliche zwischen 8-17 kann die Acute Stress Checklist for Children (ASC-Kids: deutsche Version: Checkliste zur Akuten Stresssymptomatik (CAB)) verwendet werden.[3]	Neu (2026)
	Konsensstärke: 100 % (starker Konsens)	

Interventionen		
5.11	Psychologisch fokussiertes Debriefing soll für Kinder und Jugendliche nicht angewendet werden.[4]	Neu (2026)
	Konsensstärke: 90 % (Konsens)	
5.12	Bei Interventionen für Kinder und Jugendliche sollten Sorgeberechtigte bzw. Bezugspersonen mit Zustimmung durch das Kind bzw. Jugendlichen einbezogen werden, falls nichts dagegenspricht. [2]	Neu (2026)
	Konsensstärke: 100 % (starker Konsens)	
5.13	Besonders bei jüngeren Kindern sollten Interventionen unter engem Einbezug der Sorgeberechtigten bzw. Bezugspersonen durchgeführt werden, falls nichts dagegenspricht. [2]	Neu (2026)
	Konsensstärke: 100 % (starker Konsens)	
5.14	Als spezifische psychosoziale Intervention (innerhalb eines Monats) soll die Child and Family Traumatic Stress Intervention (CFTSI) für Kinder und Jugendliche mit Symptomen einer akuten Belastungsstörung eingesetzt werden.[5]	Neu (2026)
	Konsensstärke: 100 % (starker Konsens)	
5.15	Psychotherapeutische Interventionen sollen nur dann eingesetzt werden, wenn ein Störungsbild mit Indikation für eine psychotherapeutische Behandlung im Sinne anderer Leitlinien vorliegt.	Neu (2026)
	Konsensstärke: 100 % (starker Konsens)	
5.16	Psychopharmakologische Interventionen sollen nur dann eingesetzt werden, wenn ein Störungsbild mit Indikation für eine psychopharmakologische Behandlung im Sinne anderer Leitlinien vorliegt.[6]	Neu (2026)
	Konsensstärke: 100 % (starker Konsens)	

Erläuterungen zu den Empfehlungen:

[2] Falls die Bezugsperson selbst ursächlich mit dem schwerwiegenden Ereignis assoziiert ist (bspw. Gewaltausübung), soll eine Einzelfallprüfung des Vorgehens erfolgen. Bei Einsichts- und Einwilligungsfähigkeit sollen Jugendliche selbst über sie betreffende Sachverhalte aufgeklärt werden und ihre Zustimmung geben können. Dies gilt auch, wenn Sorgeberechtigte Hilfen ablehnen, der oder die Jugendliche diese gerne in Anspruch nehmen wollen würde.

[3] Screening-Instrumente sollten in Abhängigkeit vom jeweiligen Ereignis und der Akzeptanz verwendet werden. Symptomorientierte Screeninginstrumente sollen in den ersten Tagen vorsichtig interpretiert werden.

[4] Die aktuelle Datenlage gibt keinen ausreichenden Hinweis, dass psychologisch fokussiertes

Debriefing langfristig zu einer Reduktion der posttraumatischen oder einer anderen Symptomatik führt. Aufgrund potenziell schädlicher Effekte in Studien mit Erwachsenen soll diese Maßnahme auch nicht für Kinder und Jugendliche angewendet werden.

[5] Wesentliche Elemente sind Sitzungen mit Kindern sowie deren Bezugspersonen: Einordnung und Bewertung des Ereignisses und der Symptome (Psychoedukation), Stärkung der Kommunikation und emotionaler Unterstützung durch Bezugspersonen, Erlernen von Bewältigungsstrategien, praktische Unterstützung und Beratung bzgl. Sicherheit, rechtlichen Themen oder medizinischer Versorgung sowie einer abschließenden Diagnostik, ob eine längerfristige Behandlung nötig ist.

[6] Dies gilt auch, wenn psychosoziale Unterstützungsangebote nicht zu einer deutlichen Entlastung des Kindes bzw. Jugendlichen beigetragen haben. In diesem Fall steht die Normalisierung bzw. Entpathologisierung der Symptomatik gegenüber dem Kind bzw. Jugendlichen und relevanter Bezugspersonen im Vordergrund.

Empfehlungen für Einsatzkräfte

Nr.	Wortlaut der Empfehlung	Neu/ Modifiziert/ Geprüft Stand (Jahr)
6.1	Vorbereitende Schulungen und organisationsbezogene Maßnahmen können im Rahmen der Einsatzvorbereitung erwogen werden.	Neu (2026)
	Konsensstärke: 100 % (starker Konsens)	
6.2	**6.2a** Psychologisch fokussiertes Debriefing (z. B. Critical Incident Stress Debriefing, CISD) soll nicht angeboten und nicht durchgeführt werden. **6.2b** Operative Einsatznachbesprechungen (After-Action-Review, AAR), mit Fokus auf Einsatzabläufe, Sicherheit und Teamprozesse und ohne Anspruch einer Förderung der emotionalen Auseinandersetzung mit den einsatzbezogenen Belastungen, können erwogen werden. **6.2c** Frühe psychosoziale Unterstützung kann erwogen werden, sofern sie freiwillig, niedrigschwellig und ohne Anspruch einer Förderung der emotionalen Auseinandersetzung mit den einsatzbezogenen Belastungen erfolgt. **6.2d** Ein gestuftes Vorgehen mit Monitoring und bedarfsgerechter Weitervermittlung in evidenzbasierte Behandlung von Traumafolgestörungen (s. Empfehlung 4.4a in	Neu (2026)

	dieser Leitlinie und Leitlinie PTBS) kann Betroffenen angeboten werden.	
	Konsensstärke: 100% (starker Konsens)	
6.3	Einsatzkräfte müssen vom Dienstberechtigten (z.B. Kommune, Hilfsorganisation, Körperschaft, Anstalt oder Stiftung des öffentlichen Rechts) im Rahmen ihrer Fürsorgepflicht auf Hilfs- und Unterstützungsangebote und den Versicherungsschutz (z. B. Unfallversicherung, freie Heilfürsorge) sowie auf die Meldepflicht beim Dienstberechtigten hingewiesen werden.[7] Die Dienstberechtigten haben dafür zu sorgen, dass Einsatzkräfte zu den Unterstützungsangeboten und zu den Versicherungsleistungen Zugang erhalten.	Neu (2026)
	Konsensstärke: 100 % (starker Konsens)	

[7] Erläuterung zu Empfehlung 6.3:
Anspruch auf Leistungen der jeweils zuständigen Träger der gesetzlichen Unfallversicherung haben hauptamtliche und ehrenamtliche Einsatzkräfte. Dazu zählen auch zur Gefahrenabwehr und -beseitigung herangezogene Personen sowie „Spontanhelfer“, die Anderen Schutz gegeben haben und zu Schaden gekommen sind.

1. Geltungsbereich und Zweck

1.1 Zielsetzung und Fragestellung

Gegenstand der Leitlinie „Akute psychosoziale Belastung nach schwerwiegenden Ereignissen“ ist die Aufklärung über Diagnostik und Handlungsempfehlungen für Personen, die nach schwerwiegenden Ereignissen Betroffene betreuen. Es sollen wissenschaftliche Ergebnisse zur Diagnostik und Unterstützungsmöglichkeiten dargestellt und bewertet werden, um eine informierte Entscheidungsfindung zu ermöglichen. Insbesondere soll die Prävention von sowohl stress-assoziierten als auch unspezifischen psychischen Störungen gefördert werden, indem geeignete Unterstützungsangebote oder Interventionen angewandt und Verfahren ohne belegte Wirksamkeit oder schädliche Verfahren gemieden werden.

1.2 Versorgungsbereich

Die Leitlinie richtet sich im Wesentlichen an ambulante und (teil-)stationäre Versorgungsbereiche des deutschen Gesundheits- und Sozialwesens, Hilfsorganisationen des Rettungs- und Katastrophenschutzes, Träger der Psychosozialen Notfallversorgung (z. B. Hilfsorganisationen, Kirchen, Städte und Gemeinden) sowie Behörden und Organisationen mit Sicherheits- und Verteidigungsaufgaben. Grundsätzlich sind sowohl der Kindes- wie auch der Erwachsenenbereich eingeschlossen.

1.3 Patient:innenzielgruppe

Der Geltungsbereich dieser Leitlinie umfasst Menschen jeden Alters, die eine akute psychosoziale Belastung nach schwerwiegenden Ereignissen erleben.

1.4 Anwender:innengruppe/Adressat:innen

Die Leitlinie richtet sich an alle Personen, die an der Versorgung von akut psychisch belasteten Menschen beteiligt sind, z. B.:

- Allgemeinmediziner:innen und andere in der somatischen Primärversorgung tätige Ärzt:innen
- Fachärzt:innen für Psychiatrie und Psychotherapie sowie für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
- Ärztliche und Psychologische Psychotherapeut:innen, Fachpsychotherapeut:innen für Erwachsene, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut:innen, Fachpsychotherapeut:innen für Kinder und Jugendliche
- Klinisch tätige Psycholog:innen
- Mitarbeitende der Psychosozialen Notfallversorgung, Kriseninterventionsdienste, Jugendhilfe, Sozialarbeiter:innen
- Einsatzkräfte der Rettungsdienste, Feuerwehr, Polizei, Zoll
- Psychosoziale Kräfte der Bundeswehr

1.5 Dokumente zur Anwendung der Leitlinie

- Langversion
- Leitlinienreport

Alle Inhalte der Leitlinie sind abrufbar unter: *https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/155-002*

2. Zusammensetzung der Leitliniengruppe

2.1 Leitlinienkoordination

Leitlinienkoordinator

Univ.-Prof. Dr. phil. Christoph Kröger
Abteilung für Klinische Psychologie und Psychotherapie
Universität Hildesheim
Schützenallee 41b
31134 Hildesheim

Leitliniensekretariat

Cassie Hurlemann
Abteilung für Klinische Psychologie und Psychotherapie
Universität Hildesheim
Schützenallee 41b
31134 Hildesheim

2.2 Beteiligte Fachgesellschaften und Organisationen

Die Leitlinie wurde von der Deutschsprachigen Gesellschaft für Psychotraumatologie (DeGPT) federführend initiiert und koordiniert.

Die nachfolgend genannten Verbände und Organisationen bzw. deren jeweilige Mandatstragenden, die in der Gesamtheit die Leitliniengruppe bildeten, waren am Konsensusprozess beteiligt (Tabelle 2).

Tabelle 2: Mitglieder der Leitliniengruppe

Fachgesellschaft/ Organisation	Mandatstragende	Zeitraum (fakultativ)
AETAS Kinderstiftung	Dipl. Psych. Simon Finkeldei	20.06.2025 bis Projektende
Berufsverband Deutscher Nervenärzte e. V. (BVDN)	Dr. med. Sabine Köhler	11.10.2023 bis 14.01.2025
	Dr. med. Martin Ehrlinger	15.01.2025 bis Projektende
Berufsverband Deutscher Psychiater e. V. (BVDP)	Dr. med. Christa Roth-Sackenheim	11.10.2023 bis Projektende

Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM)	Olaf Reddemann	11.10.2023 bis Projektende
	Prof. Dr. med. Markus Herrmann (Stellvertretung)	11.10.2023 bis Projektende
Deutschsprachige Gesellschaft für Psychotraumatologie e. V. (DeGPT)	Uni.-Prof. Dr. phil. Christoph Kröger (Leitlinienkoordination)	11.10.2023 bis Projektende
	1. Mandatsträger: Oberstleutnant Marius Wonschik	11.10.2023 bis 13.10.2025
	2. Mandatsträger: Peter Schüßler (Geschäftsführung)	11.10.2023 bis Projektende
	Prof. Dr. Annett Lotzin (als Nachfolge von Herrn Wonschik mandatiert ab 14.10.2025)	12.12.2023 bis Projektende
Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e. V. (DGKJ)	Andreas Lachnit	11.10.2023 bis Projektende
	Dr. med. Barbara Leidl (Stellvertretung)	11.10.2023 bis Projektende
Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie e. V. (DGPM)	Prof. Dr. med. Christoph Nikendei, MME	11.10.2023 bis Projektende
Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und	Prof. Dr. med. Olaf Schulte-Herbrüggen	11.10.2023 bis Projektende

Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V. (DGPPN)	Dr. med. Alexander Jatzko (Stellvertretung)	11.10.2023 bis Projektende
Deutsche Gesellschaft für Psychologie e. V. (DGPs)	Prof. Dr. Regina Steil	11.10.2023 bis Projektende
	Prof. Dr. Cedric Sachser (Stellvertretung)	01.12.2023 bis Projektende
Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI)	Dr. phil. Marion Koll-Krüsmann	11.10.223 bis Projektende
Deutsches Kollegium für Psychosomatische Medizin (DKPM)	Dr. med. Aram Kehyayan	11.10.2023 bis Projektende
	Dr. med. Nora Dörrie (Stellvertretung)	11.10.2023 bis Projektende
Funktion	**Weitere Teilnehmende**	**Zeitraum (fakultativ)**
Fachexpertin	Prof. Dr. phil. Dagmar Arndt	10.11.2025 bis Projektende
Fachexperte	Dr. med. Jonathan Nowak	15.10.2025 bis Projektende
Erfahrungsexpertin	Karin Dechert	30.09.2024 bis Projektende
Erfahrungsexpertin	Emily Kloss	30.10.2025 bis Projektende
Erfahrungsexperte	Dipl. Ing. (FH) Markus Obel, Branddirektor a. D.	26.07.2024 bis Projektende

Die grundlegende Revision der Leitlinie sollte durch Interessenvertreter:innen wissenschaftlich tätiger Fachgesellschaften durchgeführt werden, die eine spezifische wissenschaftliche Expertise einbringen konnten. Eine Teilnahme von anwendungsorientierten Interessenvertreter:innen aus Organisationen, Institutionen, Berufsverbänden und

Zusammenschlüssen, Kammern, Ämtern und Behörden (z. B. der Notfallseelsorge der Kirchen in Deutschland, Hilfsorganisationen und Technisches Hilfswerk, der Ärzt:innen- und Psychotherapeut:innenkammern, Bundesamtes für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe sowie der Länderübergreifenden Facharbeitsgruppe Psychosoziale Notfallversorgung) wurde zu Beginn der Leitlinienerstellung diskutiert. Im Ergebnis wurde sich gegen die Beteiligung von diesen Interessenvertreter:innen entschieden, da angesichts der Vielzahl der in der Psychosozialen Notfallversorgung tätigen Organisationen u.a. eine vollumfängliche Beteiligung innerhalb des festgesetzten zeitlichen und finanziellen Rahmens nicht als realistisch eingeschätzt wurde und auch im Hinblick auf die wissenschaftlichen Aufgaben nicht zielführend gewesen wäre. Alle Organisationen, Institutionen, Berufsverbände und Zusammenschlüsse, Kammern, Ämter und Behörden konnten im Zeitraum vom 07.08.2026 bis 30.08.2026 Stellungnahmen abgeben.
An der Leitlinienerstellung hat die Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie (DGKJP) nicht teilgenommen. Diese wurde zu Beginn der Leitlinienerstellung angefragt, allerdings wurde kein Mandatsträger zur Leitlinienerstellung entsendet.

2.3 Erfahrungsexpert:innen

Die Leitlinie wurde unter direkter Beteiligung von den Erfahrungsexpertinnen Karin Dechert (Bereich Erwachsene Zivilpersonen) und Sophia Kloss (Bereich Kinder und Jugendliche) sowie dem Erfahrungsexperten Dipl.-Ing. (FH) Markus Obel (Bereich Einsatzkräfte) erstellt. Die Erfahrungsexpert:innen waren stimmberechtigt und während des gesamten Prozesses an der Erstellung der Leitlinie beteiligt.

2.4 Methodische Begleitung

Die Aktualisierung der Leitlinie wurde zu Beginn durch die AWMF-Leitlinienberaterin Simone Witzel**,** und im Verlauf der Leitlinienarbeit, insbesondere in der Vorbereitung, Durchführung und Nachbereitung der Konsensuskonferenz, durch Frauke Schwier, ebenfalls AWMF-Leitlinienberaterin, methodisch beraten und neutral moderiert.

3. Einleitung

Die Leitlinie „Akute psychosoziale Belastung nach schwerwiegenden Ereignissen“ bezieht sich auf die psychosoziale Unterstützung sowie psychotherapeutische und pharmakologische Behandlung von Personen nach einem schwerwiegenden belastenden Ereignis. Dabei variiert das Ausmaß der wahrgenommenen Belastung stark und hängt von äußeren Faktoren und inneren Prozessen ab. Eine Vielzahl von Faktoren können einen Einfluss darauf haben, ob und wie eine bestimmte Exposition, selbst wenn sie intensiv und länger anhaltend erfolgt ist, auf Personen einwirkt und von ihnen verarbeitet und interpretiert wird. Abhängig von Faktoren wie der Art und Häufigkeit des Ereignisses sowie der verfügbaren sozialen Unterstützung, werden die meisten Personen, die ein schwerwiegendes Ereignis erleben, entweder keine Beschwerden entwickeln oder von anfänglichen Beschwerden im Verlauf wieder genesen. So deuten wissenschaftliche Meta-Analysen darauf hin, dass das Erleben eines schwerwiegenden Ereignisses, wie etwa eines Verkehrsunfalles, keineswegs zwangsläufig zu einer chronischen Symptomatik führt, da die Mehrheit der Bevölkerung sich von der psychischen Belastung erholt. Im direkten Vergleich zeigen jedoch Erfahrungen zwischenmenschlicher Gewalt ein signifikant höheres Risiko für die Entwicklung einer langfristigen posttraumatischen Symptomatik (1,2).

Da in den aktuellen Klassifikationssystemen ein kategorialer Ansatz verfolgt wird, orientiert sich die Leitlinie an diesen Ereignisdefinitionen. In der aktuellen Auflage der International Classification of Diseases (ICD-11; deutschsprachige Entwurfsfassung) (3) wird auf Ereignisse von extrem bedrohlicher oder katastrophaler Natur verwiesen, die als **„**potenziell traumatisch“ gelten, da sie bei einem Teil der Betroffenen mit der Entwicklung von Traumafolgestörungen assoziiert sein können (**Box 1**).

Laut US-amerikanischem Klassifikationssystem, dem Diagnostischen und Statistischen Handbuch Psychischer Störungen (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-5-TR) (4), muss die betroffene Person erlebt oder beobachtet haben, dass die eigene oder eine andere Person durch tatsächlichen oder drohenden Tod oder durch eine ernsthafte Verletzung oder Gefahr der körperlichen Unversehrtheit, inkl. sexualisierter Gewalt, bedroht war. Im Vergleich zur Vorgängerversion DSM-IV werden Personengruppen dezidiert genannt (Zeugen, Angehörige, Freunde und Einsatzkräfte), die mit unterschiedlicher Intensität exponiert wurden.

BOX 1

Ereigniskriterien laut Klassifikationssystemen
ICD-11 (3) **(deutschsprachige Entwurfsfassung)**
"Störungen, die stress-assoziiert sind, stehen in direktem Zusammenhang mit einem belastenden oder traumatischen Ereignis oder einer Reihe solcher Ereignisse oder nachteiliger Erfahrungen. Für jede der Störungen in dieser Gruppe ist ein identifizierbarer Stressor ein notwendiger, wenn auch nicht hinreichender Kausalfaktor. Obwohl nicht alle Personen, die einem identifizierbaren Stressor ausgesetzt sind, eine Störung entwickeln, wären die

Störungen dieser Gruppe ohne das Erleben des Stressors nicht aufgetreten. Stressauslösende Ereignisse für einige Störungen in dieser Gruppe liegen im Bereich der normalen Lebenserfahrungen (z. B. Scheidung, sozioökonomische Probleme, Trauerfall). Für andere Störungen ist ein Stressor von extrem bedrohlicher oder katastrophaler Natur erforderlich (d. h. potenziell traumatische Ereignisse). Bei allen Störungen in dieser Gruppe sind es die Art, das Muster und die Dauer der Symptome, die als Reaktion auf die belastenden Ereignisse auftreten - zusammen mit den damit verbundenen funktionellen Beeinträchtigungen -, die die Störungen ausmachen."

DSM-5-TR (4)

"A. Konfrontation mit tatsächlichem oder drohendem Tod, ernsthafter Verletzung oder sexueller Gewalt auf eine (oder mehrere) der folgenden Arten:
1. Direktes Erleben eines oder mehrerer traumatischer Ereignisse.
2. Persönliches Erleben eines oder mehrerer solcher traumatischer Ereignisse bei anderen Personen.
3. Erfahren, dass einem nahen Familienmitglied oder einem engen Freund ein oder mehrere traumatische Ereignisse zugestoßen sind. Im Falle von tatsächlichem oder drohendem Tod des Familienmitgliedes oder Freundes muss das Ereignis bzw. müssen die Ereignisse durch Gewalt oder einen Unfall bedingt sein.
4. Die Erfahrung wiederholter oder extremer Konfrontation mit aversiven Details von einem oder mehreren derartigen traumatischen Ereignissen (z. B. Ersthelfer, die menschliche Leichenteile aufsammeln, oder Polizisten, die wiederholt mit schockierenden Details von Kindesmissbrauch konfrontiert werden).

Beachte: Eine Konfrontation durch elektronische Medien, Fernsehen, Spielfilme oder Bilder erfüllt das Kriterium A4 nicht, es sei denn, diese Konfrontation ist berufsbedingt."

Die akute Belastungssymptomatik tritt zwar nach schwerwiegenden Ereignissen häufig auf, bildet sich jedoch bei den meisten Betroffenen - unabhängig von der Ereignisart - im weiteren Verlauf spontan zurück (z. B. (5), für Erwachsene; (6), für Kinder und Jugendliche). Sie wird zunehmend als normale psychophysiologische Reaktion („Stressreaktion“) verstanden. Eine Meta-Analyse zu langfristigen Verläufen nach dem Erleben von schwerwiegenden Ereignissen zeigte ebenfalls, dass ein resilienter Verlauf mit einem Durchschnitt von 65,7% über Populationen hinweg der häufigste Verlauf war. An zweiter Stelle in der Häufigkeit folgte die Erholung im Verlauf bei initialer Belastung mit 20,8%, gefolgt von chronischer Belastung mit 10,6% und Symptomatik mit verzögertem Beginn mit 8,9% (7).
In der ICD-11 wurde die Akute Belastungsreaktion (QE84) nur als eine Zustandsbeschreibung ohne Störungscharakter aufgeführt; sie wird also nicht als „krankheitswertig“ angesehen. Im DSM-5-TR darf die Akute Belastungsstörung (308.3) mittlerweile erst nach Ablauf von 72 Stunden (zuvor im DSM-IV 48 Stunden) diagnostiziert werden (**BOX 2**).

BOX 2

Merkmale der Akuten Belastungsreaktion und Akuten Belastungsstörung

Akute Belastungsreaktion (ICD-11, QE84; deutschsprachige Entwurfsfassung) (3)
"Eine akute Belastungsreaktion bezieht sich auf die Entwicklung vorübergehender emotionaler, somatischer, kognitiver oder verhaltensbezogener Symptome als Folge der Exposition gegenüber einem Ereignis oder einer Situation (entweder kurz- oder langfristig) extrem bedrohlicher oder katastrophaler Natur (z. B. Natur- oder von Menschen verursachte Katastrophen, Kampfhandlungen, schwere Unfälle, sexuelle Gewalt, Übergriffe). Zu den Symptomen können autonome Anzeichen von Angst (z. B. Tachykardie, Schwitzen, Erröten), Benommenheit, Verwirrung, Traurigkeit, Angst, Wut, Verzweiflung, Überaktivität, Inaktivität, sozialer Rückzug oder Stupor gehören. Die Reaktion auf den Stressfaktor wird angesichts der Schwere des Stressfaktors als normal angesehen und beginnt in der Regel innerhalb weniger Tage nach dem Ereignis oder nach Entfernung aus der bedrohlichen Situation abzuklingen."
Akute Belastungsstörung (DSM-5-TR, 308.3) (4)
"A. Ereigniskriterium (siehe BOX 1) B. Vorhandensein von neun (oder mehr) der folgenden Symptome aus einer der fünf Kategorien Intrusion, negative Stimmung, Dissoziation, Vermeidung und Erregung, beginnend oder sich verschlimmernd nach dem traumatischen Ereignis: Einbruchssymptome Wiederkehrende, unfreiwillige und aufdringliche, belastende Erinnerungen an das traumatische Ereignis. Hinweis: Bei Kindern kann es zu wiederholtem Spielen kommen, bei dem Themen oder Aspekte des traumatischen Ereignisses zum Ausdruck kommen. Wiederkehrende quälende Träume, deren Inhalt und/oder Auswirkung mit den Ereignissen in Zusammenhang stehen. Hinweis: Bei Kindern über 6 Jahren kann es zu Angstträumen ohne erkennbaren Inhalt kommen. Dissoziative Reaktionen (z. B. Flashbacks), bei denen die Person sich so fühlt oder verhält, als ob sich das traumatische Ereignis bzw. die traumatischen Ereignisse wiederholen würden. (Solche Reaktionen können in einem Kontinuum auftreten, wobei der extremste Ausdruck ein völliger Verlust des Bewusstseins für die gegenwärtige Umgebung ist.) Hinweis: Bei Kindern kann es im Spiel zu einer traumaspezifischen Nachinszenierung kommen. Intensive oder anhaltende psychische Belastung oder ausgeprägte physiologische Reaktionen als Reaktion auf interne oder externe Hinweise, die einen Aspekt der traumatischen Ereignisse symbolisieren oder ähneln. Negative Stimmung Anhaltende Unfähigkeit, positive Emotionen zu erleben (z. B. Unfähigkeit, Glück, Zufriedenheit oder liebevolle Gefühle zu empfinden). Dissoziative Symptome Eine veränderte Wahrnehmung der Realität der eigenen Umgebung oder der eigenen Person (z. B. sich selbst aus der Perspektive einer anderen Person sehen, benommen sein, die Zeit vergeht langsamer). Unfähigkeit, sich an einen wichtigen Aspekt des/der traumatischen Ereignisse(s) zu erinnern (typischerweise aufgrund dissoziativer Amnesie und nicht aufgrund anderer Faktoren wie Kopfverletzungen, Alkohol oder Drogen). Vermeidungssymptome Bemühungen, belastende Erinnerungen,

Gedanken oder Gefühle im Zusammenhang mit dem traumatischen Ereignis oder solche, die eng damit verbunden sind, zu vermeiden. Bemühungen, äußere Erinnerungen (Personen, Orte, Gespräche, Aktivitäten, Gegenstände, Situationen) zu vermeiden, die belastenden Erinnerungen, Gedanken oder Gefühle an das/die traumatische(n) Ereignis(se) hervorrufen oder eng damit verbunden sind. Erregungssymptome Schlafstörungen (z. B. Einschlaf- oder Durchschlafschwierigkeiten, unruhiger Schlaf) Gereiztes Verhalten und Wutausbrüche (ohne oder mit geringer Provokation), die sich typischerweise als verbale oder physische Aggression gegenüber Personen oder Gegenständen äußern. Hypervigilanz Konzentrationsprobleme Übertriebene Schreckreaktion

C. Die Dauer der Störung (Symptome in Kriterium B) beträgt 3 Tage bis 1 Monat nach der Traumaexposition. Hinweis: Die Symptome beginnen normalerweise unmittelbar nach dem Trauma, aber es ist eine Persistenz von mindestens 3 Tagen und bis zu einem Monat erforderlich, um die Störungskriterien zu erfüllen.

D. Die Störung verursacht klinisch signifikante Belastungen oder Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen.

E. Die Störung ist nicht auf die physiologischen Auswirkungen einer Substanz (z. B. Medikamente oder Alkohol) oder eines anderen medizinischen Zustands (z. B. leichte traumatische Hirnverletzung) zurückzuführen und lässt sich nicht besser durch eine kurze psychotische Störung erklären."

Die Mehrheit der Zivilbevölkerung und der Einsatzkräfte entwickelt nach schwerwiegenden Ereignissen keine psychische Störung (8–10), wobei Menschen intendierte bzw. interpersonelle Ereignisse eher mit höheren Prävalenzraten der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) einhergehen als andere Ereignisse (z. B. (11)). Meta-Analysen haben aber wiederholt gezeigt, dass fehlende wahrgenommene soziale Unterstützung während und nach dem Ereignis mit den höchsten Effektstärken für eine spätere PTBS assoziiert ist – stärker als die Art des Ereignisses selbst (1,2). Erste Ergebnisse weisen auch daraufhin, dass das Ausmaß einer Trauerreaktion nach dem plötzlichen Verlust eines geliebten Menschen mit der Ausprägung der sozialen Unterstützung verbunden ist (12). Auch bei Kindern und Jugendlichen zeigt eine Meta-Analyse kleine Zusammenhänge zwischen der PTBS-Symptomatik und der sozialen Unterstützung durch die Peer-Group, die Familie und auf Schulebene (13)**.** In einer anderen Meta-Analyse zeigten sich mittlere Effektstärken zwischen der PTBS-Symptomatik und geringer sozialer Unterstützung, hoher soziale Isolation und eingeschränkte familiäre Funktionsfähigkeit (14). Damit stellt ein bestehendes informelles psychosoziales Netzwerk den wahrscheinlich potentesten Schutzfaktor vor einer PTBS dar.

Auch wenn Betroffene in der akuten und frühen Phase häufig erhebliche Belastungssymptome erleben, weisen neuere Studien auch auf die Möglichkeit posttraumatischer Wachstumsprozesse hin. Diese können sich erst mittel- bis langfristig zeigen und bedeuten, dass Menschen

trotz oder gerade wegen der Leidenserfahrung neue persönliche Stärken oder Ressourcen entwickeln (15,16). Damit wird verdeutlicht, dass Reaktionen auf schwerwiegende Ereignisse heterogen verlaufen und ein Spektrum von Spontanremissionen über anhaltende Belastungen bis hin zu Wachstumsprozessen umfassen können. Wie in der ICD-11 hervorgehoben, sind potenziell traumatische Ereignisse von kritischen Lebensereignissen (z. B. Mobbing am Arbeitsplatz) abzugrenzen. Letztere können zwar sehr belastend und lebensverändernd sein, sind aber nicht lebensbedrohlich. Klassifikatorisch kann u.a. die Vergabe einer Anpassungsstörung oder depressiven Störung in Betracht gezogen werden.

Hervorzuheben ist auch, dass in beiden Klassifikationssystemen (ICD-11 und DSM-5-TR) die Verletzung der psychischen Unversehrtheit und der psychosozialen Integrität (z. B. durch intendierte Demütigungen und permanenten Schlafentzug als Techniken der „Weißen Folter“) keine Rolle spielen. Auch Verletzungen des persönlichen Status (z. B. der Ehre) oder der soziale Ausschluss aus einer Gruppe, die als existentiell bedeutsam angesehen wird (z. B. aus der Familie nach Scheidung), können eine hohe Ausprägung psychophysiologischer Reaktionen hervorrufen (17). Dies gilt im Einzelfall auch für kritische Lebensereignisse (z. B. nach der Offenbarung einer langjährigen Parallelbeziehung; Kröger et al., 2012). Wie ein Ereignis erlebt wird, hängt sehr vom soziokulturellen Kontext der jeweiligen Bevölkerung bzw. den Einstellungen der Bezugsgruppe ab. In der subjektiven Bewertung eines Ereignisses stellt für jüngere Kinder auch die Reaktion von wichtigen Bezugspersonen einen kontextabhängigen Risikofaktor dar.

In der wissenschaftlichen Diskussion wird daher auf eine Tendenz hingewiesen, dass Begriffe wie „Trauma“ oder „traumatisiert“ in den vergangenen Jahrzehnten eine deutliche inhaltliche Ausweitung erfahren haben, z. B. (18). Die breite Verwendung kann einerseits zu größerer gesellschaftlicher Sensibilität beitragen, andererseits aber auch Risiken bergen: Wenn Belastungsreaktionen vorschnell als pathologisch etikettiert werden, könnte dies das Resilienzempfinden schwächen und die Erwartung verstärken, dass jede Reaktion klinischer Intervention bedarf. Gleichzeitig sollte aber der Blick nicht von Opfern weggelenkt werden, bei denen wir höhere Prävalenzraten an Traumafolgestörungen zu erwarten haben. Erste Ergebnisse weisen beispielsweise darauf hin, dass das vorab bestehende Konzept von einem Ereignis einen Einfluss auf die Ausprägung der Symptomentwicklung haben könnte: Je breiter und unspezifischer das Traumakonzept, desto höher die anschließende psychische Belastung (19). Die Herausforderung besteht also darin, die Betreuung akut belasteter Personen ernst zu nehmen und Unterstützung – soweit wie notwendig – möglich zu machen, ohne im Sinne einer pathologisierenden (und ggf. eskalierenden) Sprache zu verunsichern.

In den vergangenen Jahrzehnten haben öffentliche Debatten, Initiativen von Betroffenen und Fachkräften sowie Gesetzesänderungen zu einer erhöhten Sensibilität im Umgang mit psychischen Reaktionen nach schwerwiegenden Ereignissen beigetragen. Parallel dazu ist das Bewusstsein gewachsen, psychosoziale Unterstützung neben der notfallmedizinischen Versorgung differenziert und bedarfsgerecht zu berücksichtigen. Dabei ist eine anlassbezogene Koordinierungsstelle für die psychosoziale Versorgung nach Großschadensereignissen für Zeugen, Angehörige, Vermissende, Hinterbliebene und Einsatzkräfte von zentraler Bedeutung

und erscheint angesichts knapper Ressourcen notwendig, um Sicherheit, Kontrolle und Selbstwirksamkeit wiederherzustellen.

Ein Glossar über wichtige, in der Leitlinie verwendete Begriffe befindet sich im Anhang A.

4. Umgang mit akuter psychosozialer Belastung bei erwachsenen Zivilpersonen

Olaf Schulte-Herbrüggen, Alexander Jatzko, Nora Dörrie, Aram Kehyayan, Christoph Kröger, Markus Herrmann, Olaf Reddemann, Christa Roth-Sackenheim, Sabine Köhler, Martin Ehrlinger und der Erfahrungsexpertin *Karin Dechert*

Unter Mitarbeit von Franziska Weiß und Henrieke Depenau

Einleitung

Schwerwiegende Ereignisse gehen regelhaft mit einer psychosozialen Belastung einher. Damit verbunden kann eine wenige Tage andauernde, akute Stressreaktion auftreten, die gemäß ICD-11 keinen Krankheitswert hat. Bei der Mehrheit der Betroffenen remittiert diese Symptomatik in den ersten Tagen und Wochen nach dem Ereignis vollständig. Nur ein kleiner Teil entwickelt im weiteren Verlauf eine psychische Störung. Dies können Störungen sowohl aus der Gruppe der Stress-assoziierten Störungen als auch unspezifische Störungen sein, wie bspw. depressive und Angststörungen, deren Symptombeschreibungen gemäß ICD-11 keinen direkten Bezug zu einem Ereignis herstellen. Klinisch stellt sich nach schwerwiegenden Ereignissen die Frage, ob bestimmte Interventionen bei einer belasteten, aber psychisch gesunden Person das Auftreten späterer psychischer Störungen bzw. deren Symptomatik vermindern können. Zudem ist für das klinische Vorgehen die Frage bedeutsam, ob es validierte Screening-Instrumente gibt, die eine psychische Belastung und damit einhergehenden Handlungsbedarf frühzeitig erfassen können. Daher wurden sechs klinische Fragestellungen formuliert, zu denen die Evidenzen zusammengestellt und bewertet wurden (vgl. auch PICO-Tabellen im *Anhang B1*).

Aufgrund der gesellschaftlichen Entwicklung haben wir uns entschlossen, durch Empfehlungen auch auf rechtliche Rahmenbedingungen aufmerksam zu machen. Opfer und Zeugen von Gewalttaten, Angehörige der Opfer sowie Hinterbliebene sollen auf die Angebote von Institutionen des Opferschutzes (z.B. Beratungsstellen) und die Schnellen Hilfen (Fallmanagement und Traumambulanzen) nach dem Sozialen Entschädigungsrecht (SGB XIV) hingewiesen werden. Im Falle eines Arbeitsunfalles ist auf die Angebote der Unfallversicherungsträger aufmerksam zu machen (s. S. 85 ff und Empfehlung 6.3).
Die soziale Entschädigung unterstützt gemäß § 1 SGB XIV Menschen, die durch ein schädigendes Ereignis, für das die staatliche Gemeinschaft eine besondere Verantwortung trägt, eine gesundheitliche Schädigung erlitten haben, bei der Bewältigung der dadurch entstandenen Folgen. Dabei werden nicht nur Leistungen gewährt, die die gesundheitlichen Auswirkungen (z. B. durch Heilbehandlung und Rehabilitation gemäß § 3 SGB XIV) mindern, sondern auch die Teilhabefähigkeit der Geschädigten erhöhen sollen (§ 62 SGB XIV). Anspruchsberechtigt für Leistungen der Sozialen Entschädigung sind u.a. Opfer von

Gewalttaten, die gemäß § 13 SGB XIV auf deutschem Hoheitsgebiet, inkl. Luft- und Schifffahrt, geschehen sein muss. Zu den staatlichen Leistungen gehören gemäß § 3 u.a. auch die Schnellen Hilfen, die gemäß § 29 SGB XIV Leistungen des Fallmanagements und Leistungen in einer sog. Traumaambulanz umfassen und in §§ 30 ff. SGB XIV detailliert spezifiziert werden. Gemäß §§ 14 in Verbindung mit 2 und 6 SGB XIV können auch Angehörige der Opfer, Zeugen, Hinterbliebene und andere, dem Opfer nahestehende Personen diese Leistungen in Anspruch nehmen. Ausländer:innen haben den gleichen Anspruch wie Deutsche (§ 7 SGB XIV).

Empfehlung 4.7	Neu (2026)
Opfer und Zeugen von Gewalttaten, Angehörige der Opfer sowie Hinterbliebene sollen auf die Angebote von Institutionen des Opferschutzes (z.B. Beratungsstellen) und die Schnellen Hilfen (Fallmanagement und Traumambulanzen) nach dem Sozialen Entschädigungsrecht (SGB XIV) hingewiesen werden. Im Falle eines Arbeitsunfalles ist auf die Angebote der Unfallversicherungsträger aufmerksam zu machen.	
Konsensstärke: 100 % (starker Konsens)	

1. Klinische Frage:
   Welche **Screening-Instrumente** sind bei Erwachsenen mit psychischen Symptomen nach einem schwerwiegenden Ereignis hinsichtlich der psychometrischen Kennwerte am besten geeignet, das Ausmaß der akuten psychosozialen Belastung zu erfassen, und in deutscher Sprache verfügbar?

1	**Patient(in)/Population**	**Intervention (diagnostisch/therapeutisch)**	**Vergleichsintervention**	**Outcome(s) – Nutzen und Schaden**
1	Alter mind. 18 Jahre Akute Belastungsreaktion (ICD-10, ICD-11) Oder Akute Belastungsstörung (DSM-IV, DSM-5) Oder Schweregrad akuter psychosomatischer Symptomatik Beginn psych. Symptome frühestens am Tag des Ereignisses bis 3 Monate nach belastendem Ereignis	Selbstbeurteilungsfragebogen, Fremdbeurteilungsfragebogen, Interview mit Patient(in)	Vergleichsinstrumente innerhalb der gleichen Kategorie: Selbstbeurteilungsfragebogen, Fremdbeurteilungsfragebogen, Interview mit Patient(in)	Psychometrische Kennwerte: Reliabilität Sensitivität Spezifizität Verfügbarkeit einer deutschen Übersetzung Diagnose einer PTBS oder anderen Traumafolgestörung Selbstberichtete PTBS-Schwere Schwere anderer Traumafolgestörungen (wie z.B. Depressivität, Ängstlichkeit. Dissoziation, Verhaltensauffälligkeiten)

2. Klinische Frage:
   Welche **Interventionen zur psychosozialen Unterstützung** sind bei Erwachsenen mit psychischen Symptomen nach einem schwerwiegenden Ereignis besser geeignet als inaktive oder aktive Kontrollbedingungen, um die spätere Ausbildung einer PTBS oder anderen Traumafolgestörung zu verhindern bzw. deren spätere Symptomatik zu reduzieren?

2	**Patient(in)/Population**	**Intervention (diagnostisch/therapeutisch)**	**Vergleichsintervention**	**Outcome(s) – Nutzen und Schaden**
2	Alter mind. 18 Jahre Akute Belastungsreaktion (ICD-10, ICD-11) Oder Akute Belastungsstörung (DSM-IV, DSM-5) Oder Schweregrad akuter psychosomatischer Symptomatik Beginn psych. Symptome frühestens am Tag des Ereignisses bis 3 Monate nach belastendem Ereignis	Psychosoziale Intervention, Psychosoziale Unterstützung, Beginn Intervention innerhalb von drei Monaten	Measurement-Only Watchful waiting Treatment-As-Usual (TAU) bzw. Usual-Care Sonstige inaktive oder aktive Vergleichs-intervention Beginn Intervention innerhalb von drei Monaten	Diagnose einer PTBS oder anderen Traumafolgestörung selbstberichtete PTBS-Schwere Schwere anderer Traumafolgestörungen (wie z.B. Depressivität, Ängstlichkeit. Dissoziation, Verhaltensauffälligkeiten) Funktionsniveau Lebensqualität

3. Klinische Frage:
   Welche **psychotherapeutischen Interventionen** sind bei Erwachsenen mit psychischen Symptomen **innerhalb von 72 Stunden** nach einem schwerwiegenden Ereignis besser geeignet als inaktive oder aktive Kontrollbedingungen, um die spätere Ausbildung einer PTBS oder anderen Traumafolgestörung zu verhindern bzw. deren spätere Symptomatik zu reduzieren?

3	**Patient(in)/Population**	**Intervention (diagnostisch/therapeutisch)**	**Vergleichsintervention**	**Outcome(s) – Nutzen und Schaden**
3	Alter mind. 18 Jahre Akute Belastungsreaktion (ICD-10, ICD-11) Oder Akute Belastungsstörung (DSM-IV, DSM-5) Oder Schweregrad akuter psychosomatischer Symptomatik Beginn psych. Symptome frühestens am Tag des Ereignisses	Psychotherapeutische Intervention Beginn Intervention innerhalb von 72 Stunden	Measurement-Only Watchful waiting Treatment-As-Usual (TAU) bzw. Usual-Care Sonstige inaktive oder aktive Vergleichs-intervention Beginn Intervention innerhalb von 72 Stunden	Diagnose einer PTBS oder anderen Traumafolgestörung Selbstberichtete PTBS-Schwere Schwere anderer Traumafolgestörungen (wie z.B. Depressivität, Ängstlichkeit. Dissoziation, Verhaltensauffälligkeiten) Funktionsniveau Lebensqualität

4. Klinische Frage:
   Welche **psychotherapeutischen Interventionen** sind bei Erwachsenen mit psychischen Symptomen **in einem Zeitraum von drei Tagen bis drei Monaten** nach einem schwerwiegenden Ereignis besser geeignet als inaktive oder aktive Kontrollbedingungen, um die spätere Ausbildung einer PTBS oder anderen Traumafolgestörung zu verhindern bzw. deren spätere Symptomatik zu reduzieren?

4	**Patient(in)/Population**	**Intervention (diagnostisch/therapeutisch)**	**Vergleichsintervention**	**Outcome(s) – Nutzen und Schaden**
4	Alter mind. 18 Jahre Akute Belastungsreaktion (ICD-10, ICD-11) Oder Akute Belastungsstörung (DSM-IV, DSM-5) Oder Schweregrad akuter psychosomatischer Symptomatik Beginn psych. Symptome frühestens am Tag des Ereignisses bis 3 Monate nach belastendem Ereignis	Psychotherapeutische Intervention (max. 18 Sitzungen), Beginn Intervention zwischen drei Tagen und drei Monaten nach Ereignis	Measurement-Only Watchful waiting Treatment-As-Usual (TAU) bzw. Usual-Care Sonstige inaktive oder aktive Vergleichs-intervention Beginn Intervention zwischen drei Tagen und drei Monaten nach Ereignis	Diagnose einer PTBS oder anderen Traumafolgestörung Selbstberichtete PTBS-Schwere Schwere anderer Traumafolgestörungen (wie z.B. Depressivität, Ängstlichkeit. Dissoziation, Verhaltensauffälligkeiten) Funktionsniveau Lebensqualität

5. Klinische Frage:
   Welche **psychopharmakologischen Interventionen** sind bei Erwachsenen mit psychischen Symptomen nach einem schwerwiegenden Ereignis besser geeignet als inaktive oder aktive Kontrollbedingungen, um die spätere Ausbildung einer PTBS oder anderer Traumafolgestörungen zu verhindern bzw. deren spätere Symptomatik zu reduzieren?

5	**Patient(in)/Population**	**Intervention (diagnostisch/therapeutisch)**	**Vergleichsintervention**	**Outcome(s) – Nutzen und Schaden**
5	Alter mind. 18 Jahre Akute Belastungsreaktion (ICD-10, ICD-11) Oder Akute Belastungsstörung (DSM-IV, DSM-5) Oder Schweregrad akuter psychosomatischer Symptomatik Beginn psych. Symptome frühestens am Tag des Ereignisses bis 3 Monate nach belastendem Ereignis	Pharmakologische Intervention Beginn Intervention innerhalb von drei Monaten	Measurement-Only Watchful waiting Treatment-As-Usual (TAU) bzw. Usual-Care Sonstige inaktive oder aktive Vergleichs-intervention Beginn Intervention innerhalb von drei Monaten	Diagnose einer PTBS oder anderen Traumafolgestörung Selbstberichtete PTBS-Schwere Schwere anderer Traumafolgestörungen (wie z.B. Depressivität, Ängstlichkeit. Dissoziation, Verhaltensauffälligkeiten) Funktionsniveau Lebensqualität

6. Klinische Frage:
   Welche **Technik-gestützten Interventionen** sind bei Erwachsenen mit psychischen Symptomen nach einem schwerwiegenden Ereignis besser geeignet als inaktive oder aktive Kontrollbedingungen, um die spätere Ausbildung einer PTBS oder anderen Traumafolgestörung zu verhindern bzw. deren spätere Symptomatik zu reduzieren?

6	**Patient(in)/Population**	**Intervention (diagnostisch/therapeutisch)**	**Vergleichsintervention**	**Outcome(s) – Nutzen und Schaden**
6	Alter mind. 18 Jahre Akute Belastungsreaktion (ICD-10, ICD-11) Oder Akute Belastungsstörung (DSM-IV, DSM-5) Oder Schweregrad akuter psychosomatischer Symptomatik Beginn psych. Symptome frühestens am Tag des Ereignisses bis 3 Monate nach belastendem Ereignis	Technik-gestützte Intervention (Kann psychosozial oder psychotherapeutisch sein, muss es aber nicht) Beginn Intervention innerhalb von drei Monaten	Measurement-Only Watchful waiting Treatment-As-Usual (TAU) bzw. Usual-Care Sonstige inaktive oder aktive Vergleichs-intervention Beginn Intervention innerhalb von drei Monaten	Diagnose einer PTBS oder anderen Traumafolgestörung Selbstberichtete PTBS-Schwere Schwere anderer Traumafolgestörungen (wie z.B. Depressivität, Ängstlichkeit. Dissoziation, Verhaltensauffälligkeiten) Funktionsniveau Lebensqualität

4.1 Screening-Instrumente

Einleitung

Um Personen mit posttraumatischen Symptomen schnell und ökonomisch zu identifizieren und den Betroffenen Interventionen gezielt anbieten zu können, wurde international der sog. „Screen-and-treat“ Ansatz erprobt. Das zweistufige Vorgehen sieht vor, dass Personen, die in einem Selbstbeurteilungsinstrument über einen Grenzwert (Cut-off) liegen und damit als „auffällig“ gelten, eine standardisierte Diagnostik und ggf. eine störungsspezifische Behandlung angeboten wird. Insbesondere bei einer größeren Bevölkerungsgruppe, die nach einem potenziell traumatischen Ereignis nicht systematisch erfasst werden kann, erscheint es notwendig, Screening-Instrumente zur Verfügung zu haben, die über soziale Medien, Internetplattformen behördlicher Einrichtungen und das allgemeine Versorgungssystem verbreitet sowie von psychologischen Laien genutzt und ausgewertet werden können.

Klinische Fragestellung

Welche **Screening-Instrumente** sind bei Erwachsenen mit psychischen Symptomen nach einem schwerwiegenden Ereignis hinsichtlich der psychometrischen Kennwerte am besten geeignet, das Ausmaß der akuten psychosozialen Belastung zu erfassen, und in deutscher Sprache verfügbar?

Aktuelle Evidenz

Insgesamt wurden sieben kontrollierte Studien (*N* = 157 bis 3258), eine randomisiert-kontrollierte Studie (*N* = 90) und drei klinische Studien (*N* = 93 bis 271) ohne Kontrollbedingung einbezogen (19–29). Die Studien schlossen erwachsene Personen nach unterschiedlichsten Ereignissen (z. B. physische und sexualisierte Gewalt, Terroranschlag, Verkehrsunfall) ein. Untersucht wurden 13 Screening-Instrumente, die teils mit verschiedenen Diagnostik-Instrumenten zur Erfassung einer PTBS verglichen wurden. Der Einsatz der Screening-Instrumente erfolgte zu unterschiedlichen Zeitpunkten - sofort nach dem Ereignis bis hin zu drei Monate nach dem Ereignis. Zu den Screening-Instrumenten zählten:

- Trauma Screening Questionnaire (TSQ, Brewin et al., 2002; Deutsche Version von Hofmann et al., 2002)
- Posttraumatic Diagnostic Scale (PDS, Foa et al, 1995; Deutsche Version von Ehlers et al., 1997)
- Peritraumatic Distress Inventory (PDI, Brunet et al., 2001; Deutsche Version von Maercker, 2002)
- 8-Item-Screening, welches die aussagekräftigsten Prädiktoren für die Entwicklung einer PTBS enthielt (Jones et al., 2023)
- Immediate Stress Response Checklist (ISRC, Fein et al., 2001)
- Posttraumatic Adjustment Scale (PAS, O’Donnell et al., 2008)

- 6-item brief PTSD DSM-IV questionnaire (BPTSD-6, Fullerton et al., 2000)
- Selbstberichtsscreening der Davidson Trauma Scale (SPAN, Meltzer-Brody et al.,1999)
- Disaster-Related Psychological Screening Test (DRPST, Chou et al., 2003)
- Screening von Lang und Stein mit zwei und sechs Items (Lang & Stein, 2005)
- Fragebogen zu Beschwerden nach einem Unfall (Stieglitz et al., 2002)
- Screening zur Risikoeinschätzung der Entwicklung einer PTBS (RISK, Winkel, Wohlfarth & Blaauw, 2004)
- Primary Care PTSD-Screen (PC-PTSD, Prins et al., 2003, Deutsche Version von Schäfer & Schulze, 2010).

Diese Instrumente wurden hinsichtlich der folgenden Kennwerte evaluiert (s. Anhang C, *Tabelle C1)*:
Cronbach's alpha als Kennwert für die Reliabilität, die für die Berechnungen erforderliche Stichprobengröße (N) sowie die Kennwerte Area under curve (AUC), Sensitivität (SEN) und Spezifität (SPEZ) für die diagnostische Effizienz des jeweiligen Instruments.

Einordnung und Bewertung
Es liegen mehrere relevante Screening-Instrumente zur Erfassung der psychosozialen Belastung vor, die das Ausmaß posttraumatischer Symptomatik ökonomisch (zwei bis 17 Items) erfassen und mit Einschränkung Hinweise für das Risiko auf die Entwicklung der PTBS geben können.

Von den 11 Studien weisen alle Studien unterschiedliche methodische Limitationen auf. Die Mehrheit der Studien (63 %) weist eine zu kleine Stichprobe auf, was nach Hajian-Tilaki (30) zu einer verringerten Genauigkeit der geschätzten Kennwerte führt. Eine Studie nimmt eine zusammengesetzte Stichprobe als Grundlage der Berechnung (26). Von 11 Studien berichten nur 6 den AUC als wichtiges Gütemaß der diagnostischen Effizienz. Dieses Maß fällt in der Regel moderat, für drei Instrumente (TSQ, PDS und SPAN, siehe (26)) hoch aus. In fünf Studien wurde Cronbach's alpha berichtet; in nur einer Studie (25) wurde ein für dichotomisierte Stichproben korrigiertes Cronbach's alpha berechnet. Zudem berichtete die Mehrheit der Studien (90 %) kein (gewichtetes) kappa. Nur drei Studien (23,25,27) erfassten die Symptomatik mit einem diagnostischen Interview, das als Gold-Standard der Diagnostik psychischer Störungen gilt, somit können nur diese Studien die Übereinstimmungsraten zwischen der Diagnose und untersuchtem Screening-Instrument berichten. Ebenfalls hat nur eine Studie (25) eine gewichtete Sensitivität berichtet, um den optimalen Cut-Off für das jeweilige Screening-Instrument zu bestimmen.

Unter Berücksichtigung dieser Limitationen können folgende Aussagen getroffen werden:

Der TSQ wurde am umfassendsten in vier Studien (23–26) untersucht. Es liegen Angaben zu Cronbach's alpha, der AUC Sensitivität und Spezifität vor. Die berichteten Sensitivitäts- und Spezifitätswerte variierten je nach Stichprobe (SEN: 53 % - 94 %; SPEZ: 25 % - 97 %). Zudem weichen die empfohlenen Cut-off-Werte zwischen den Studien ab und zeigen auf, dass derartige Werte stichprobenabhängig sind.

Die PDS wurde in zwei Studien (25,26) untersucht und wies in der Langversion mit 17 Items eine gute Sensitivität und Spezifität auf (SEN: 81 % - 82%, SPEZ: 71 % - 82 %). In der Kurzversion, bestehend aus acht Items (PDS-8), wurde eine vergleichsweise hohe Sensitivität ermittelt (SEN: 86 % und 90%). Im direkten Vergleich der diagnostischen Effizienz entsprachen die Kennwerte der Kurzversion (PDS-8) denen des TSQ (25). Sowohl in der Kurz- als auch in der Langversion wurden unterschiedliche Cut-Off-Werte ermittelt. Allerdings liegen für die Kurzversion PDS-8 und den TSQ Hinweise auf SEN-gewichtete Cut-Off-Werte anhand einer deutschsprachigen Stichprobe vor (25).

Für andere Instrumente liegt jeweils nur eine Studie vor.

Es gibt einen ersten Hinweis, dass der PDI (21) posttraumatische Symptomatik erfassen kann. Das 8-Item-Screening (19) konnte mit einer guten Sensitivität und Spezifität eine klinisch relevante posttraumatische Symptomatik vorhersagen.

Die Kurzform des ISRC (22) wies eine vergleichbare Sensitivität und Spezifität wie die Langform auf und wird aufgrund des geringeren Aufwands bevorzugt.

Es gibt ferner erste Hinweis, dass die PAS (27) und das 2- und 6 Item Screening (26) posttraumatische Symptomatik erfassen können.

Der SPAN (26), der BPTSD-6 (26), der DRPST (26), die Items des RISK (29), sowie des PC-PTSD (20) und der Fragebogen zu Beschwerden nach einem Unfall (28) bedürfen weiterer Validierung, da derzeit keine hinreichenden Daten vorliegen, um den Einsatz abschließend zu beurteilen.

Empfehlung 4.1	**Neu (2026)**
Für den Einsatz im Rahmen eines zweistufigen Versorgungsansatzes sollte der Trauma Screening Questionnaire (TSQ, Deutsche Version von Hofmann, Seidler, Micka, & Hueg, 2002) oder die Posttraumatic Diagnostic Scale (PDS-8, Deutsche Version von Ehlers, Steil, Winter, & Foa, 1997) eingesetzt werden. Der Einsatz derartiger Screening-Instrumente sollte nach Abklingen der akuten Stressreaktion erfolgen, frühestens also vier Tage nach dem schwerwiegenden Ereignis. Insbesondere wenn weitere Screening-Instrumente (z. B. für Depression und substanzbezogene Störungen) eingesetzt werden sollen, sind Kurzversionen vorzuziehen.* * Erläuterung zur Empfehlung: Für beide Screening-Instrumente liegen Sensitivitäts-gewichtete Cut-Off-Werte anhand einer deutschsprachigen Stichprobe vor. Die Langversion der Posttraumatic Diagnostic Scale (PDS) weist mit 17 (vs. acht) Items eine höhere Effizienz auf, ist aber weniger ökonomisch.	
Konsensstärke: 100% (starker Konsens)	
Literatur	(19–29)

4.2 Interventionen zur psychosozialen Unterstützung

Klinische Fragestellung

Welche **Interventionen zur psychosozialen Unterstützung** sind bei Erwachsenen mit psychischen Symptomen nach einem schwerwiegenden Ereignis besser geeignet als inaktive oder aktive Kontrollbedingungen, um die spätere Ausbildung einer PTBS oder anderen Traumafolgestörung zu verhindern bzw. deren spätere Symptomatik zu reduzieren?

Aktuelle Evidenz

Einbezogen wurden acht randomisiert-kontrollierte Studien (*N* = 30 bis 1458), drei systematische Reviews, zwei kontrollierte Studien (*N* = 50 und *N* = 734) sowie zwei unkontrolliert-klinische Studien (*N* = 20 und *N* = 109) unterschiedlicher Güte (31–45). Die Studien schlossen erwachsene Personen nach unterschiedlichsten Ereignissen (z. B. physische und sexualisierte Gewalt, Tod eines Angehörigen, Verkehrsunfall) ein.

Untersucht wurden verschiedene Interventionen, die teils mit verschiedenen Kontrollbedingungen verglichen wurden: Mind-Body-Programme, Yoga, Stressmanagement, Selbsthilfematerialien und -übungen (mit lerntheoretischem Hintergrund), Psychische Erste Hilfe, Fertigkeitentraining, narratives Geschichtenerzählen, Supportive Beratung.

Studien, die eine quantitative statistische Analyse zuließen, konnten keine langfristige Reduktion der posttraumatischen Symptomatik infolge der Intervention feststellen. Eine Studie (40) berichtete jedoch, dass die Interventionsgruppe (Tagebuch schreiben und Psychoedukation) im Vergleich zur Kontrollgruppe (usual care) 90 Tage nach Intervention, von einer signifikant geringeren PTBS-Symptomatik berichtete. Eine weitere Studie (38), die EMDR mit Stressmanagement und Psychischer Erste Hilfe verglich, konnte nach drei Monaten eine Reduktion der posttraumatischen Symptomatik feststellen, wobei es nach 6 Monaten keine signifikanten Unterschiede zwischen den Bedingungen mehr gab.

Die Anwendung von Mind-body-Programmen zeigte kurzfristig kleine Effekte in der Reduktion der posttraumatischen Symptomatik (31,32). Selbsthilfe-Interventionen (Lesen von Broschüren oder Schreibübungen) führten in zwei Studien (33,34) kurzfristig zu keiner oder einer geringen Verbesserung der posttraumatischen Symptomatik, wobei die Proband:innen die Interventionen als hilfreich bewerteten. Eine Studie (35) berichtete über große Effektstärken bei der Reduktion der posttraumatischen Symptomatik nach einer neunwöchigen, angeleiteten, traumafokussierten Selbsthilfeintervention, basierend auf der KVT.

Ein systematisches Review (36) berichtete, dass positive Kommunikation mit Familienangehörigen und expressives Coping die posttraumatische Symptomatik reduzieren könnte, wobei die Qualität der eingeschlossenen Studien als unterdurchschnittlich zu bewerten war.

Ein Fertigkeitentraining (39), ein Stressunterstützungsprogramm (43) und Supportive Beratung (45) erwiesen sich hinsichtlich der Reduktion posttraumatischer Symptome nicht als wirksamer als die jeweiligen Kontrollbedingungen (Warteliste, usual care im Krankenhaus).

Eine Studie (42) zeigte, dass Personen, welche eine Einzelsitzung Psychischer Erste Hilfe erhielten, drei Monate nach dem Ereignis von einem erhöhten Substanzkonsum, vermehrten interpersonellen Konflikten und einer erhöhten Anzahl an Krankheitstagen berichteten, verglichen mit der Kontrollgruppe, die Psychoedukation erhalten hatte. Die Abbrecherrate nach drei Monaten lag bei 52 %.

Einordnung und Bewertung

Die Wirksamkeit von Selbsthilfeinterventionen bedarf weiterer empirischer Überprüfung, da die Effekte von der konkreten Ausgestaltung der individuellen Intervention abhängen. Eine erste Studie ergab einen Hinweis darauf, dass Selbsthilfeinterventionen, basierend auf KVT, wirksam sein könnten. Kurzfristig scheinen Mind-Body-Programme in den wenigen vorhandenen Studien hilfreich zu wirken.

Hinsichtlich Fertigkeitentraining, Stressmanagementprogrammen, Beratungsangeboten, Unterstützung durch Angehörige und Psychischer Erste Hilfe liegen derzeit keine ausreichenden Hinweise vor, dass diese Interventionen nach einem schwerwiegenden Ereignis wirksamer sind als inaktive oder aktive Kontrollbedingungen, um die spätere Entwicklung einer PTBS oder einer anderen Traumafolgestörung zu verhindern oder deren Symptomatik zu reduzieren.

Mögliche negative Effekte der Interventionen wurden bislang unzureichend untersucht. Eine einzelne Studie berichtete über Hinweise auf erhöhte Raten von Substanzkonsum, interpersonellen Konflikten und Krankheitstagen bei Personen, die Psychische Erste Hilfe erhalten hatten.

Empfehlung 4.2	**Neu (2026)**
Die aktuelle Datenlage gibt keinen ausreichenden Hinweis darauf, dass spezifische Interventionen zur psychosozialen Unterstützung langfristig zu einer Reduktion der posttraumatischen oder einer anderen Symptomatik führen. Deshalb können spezifische Interventionen zur psychosozialen Unterstützung erwogen, derzeit aber nicht empfohlen werden.	
Konsensstärke: 100 % (starker Konsens)	
Literatur	(31–45)

4.3 Psychotherapeutische Interventionen innerhalb der ersten 72 Stunden nach einem schwerwiegenden Ereignis

Klinische Fragestellung

Welche **psychotherapeutischen Interventionen** sind bei Erwachsenen mit psychischen Symptomen **innerhalb von 72 Stunden** nach einem schwerwiegenden Ereignis besser geeignet als inaktive oder aktive Kontrollbedingungen, um die spätere Ausbildung einer PTBS oder anderen Traumafolgestörung zu verhindern bzw. deren spätere Symptomatik zu reduzieren?

Aktuelle Evidenz

Berücksichtigt wurden acht randomisiert-kontrollierte Studien unterschiedlicher Güte (*N* = 10 bis 221), die erwachsene Personen nach unterschiedlichsten Ereignissen (z. B. physische und sexualisierte Gewalt, Tod eines Angehörigen, Verkehrsunfall) einschlossen und unterschiedliche Interventionen mit verschiedenen Kontrollbedingungen verglichen (46–53). Die Interventionen beinhalteten verschiedene Konzepte der Psychischen Erste-Hilfe und psychosozialen Betreuung, Psychoedukation, non-direktive Psychotherapie, Angstmanagement und expositionsbasierte Methoden (KVT, EMDR-Methode). Studien, die eine quantitative statistische Analyse zuließen, zeigten weitgehend keine signifikanten Unterschiede zwischen Kontroll- und Interventionsgruppe. Eine Studie (48) berichtete, dass in den aus einer Sitzung bestehenden EMDR-Interventionsgruppen (innerhalb von 48 vs. 96 Stunden nach dem Ereignis) keine PTBS-Symptome im Selbstbericht drei Monate nach dem Ereignis vorlag, wogegen die Kontrollgruppe eine CISD-Intervention darstellte. "Das Studiendesign lässt keinen Vergleich zum natürlichen Verlauf zu, weswegen der Effekt von EMDR auf die selbstberichtete Symptomatik nicht einzuschätzen ist".

Einordnung und Bewertung

Die aktuelle Datenlage gibt keinen ausreichenden Hinweis, dass psychotherapeutische Interventionen mit Beginn innerhalb von 72 Stunden zu einer signifikanten Reduktion der Rate von psychischen Störungen im Anschluss eines schwerwiegenden Ereignisses mit anschließender Stressreaktion führen. Mögliche negative Effekte der Interventionen wurden nicht explizit untersucht.

Empfehlung 4.3	**Neu (2026)**
Der Einsatz einer psychotherapeutischen Intervention innerhalb von 72 Stunden nach einem schwerwiegenden Ereignis, um die spätere Ausbildung einer PTBS oder einer anderen Traumafolgestörung zu verhindern bzw. deren spätere Symptomatik zu reduzieren, kann derzeit mangels Evidenz nicht empfohlen werden.	
Konsensstärke: 100 % (starker Konsens)	
Literatur	(46–53)

4.4 Psychotherapeutische Interventionen zwischen drei Tage bis drei Monate nach einem schwerwiegenden Ereignis

Klinische Fragestellung

Welche **psychotherapeutischen Interventionen** sind bei Erwachsenen mit psychischen Symptomen **in einem Zeitraum von drei Tagen bis drei Monaten** nach einem schwerwiegenden Ereignis besser geeignet als inaktive oder aktive Kontrollbedingungen, um die spätere Ausbildung einer PTBS oder anderen Traumafolgestörung zu verhindern bzw. deren spätere Symptomatik zu reduzieren?

Aktuelle Evidenz

Einbezogen wurden zwei systematische Reviews, ein Cochrane-Review, eine Meta-Analyse, zwei nicht-kontrollierte Interventionsstudien sowie acht randomisiert-kontrollierte Studien unterschiedlicher Güte (*N* = 47 bis 231), die erwachsene Personen nach verschiedenen Ereignissen (z. B. physische und sexualisierte Gewalt, Tod eines Angehörigen, Verkehrsunfall) untersuchten und unterschiedliche Interventionen mit verschiedenen Kontrollbedingungen verglichen (54–67).

Die Interventionen umfassten kognitiv-verhaltenstherapeutische und expositionsbasierte Methoden (KVT, EMDR, Progressives Zählen) sowie Achtsamkeitstraining.

Die Wirksamkeit einer traumafokussierenden kognitiven Verhaltenstherapie (TFKVT) wurde nach verschiedenen Ereignissen (z. B. Verkehrsunfällen, Terroranschlägen (63,64,66,67) untersucht. In einer Meta-Analyse (67) mit zehn randomisiert-kontrollierten Studien (*N* = 909) zeigten sich innerhalb der ersten drei bis sechs Monate mittlere Effektstärken auf die mittels Interviews erfasste Symptomatik und kleine Effektstärken auf die selbstberichtete depressive Symptomatik. Nach 12 Monaten fielen die Effektstärken für die Reduktion der mittels Interviews erfasste Symptomatik von dann nur noch drei Studien klein aus, jedoch war die TFKVT den Kontrollbedingungen weiterhin überlegen. Die Rate der frühzeitigen Beendigung betrug 17 %.

In einer weiteren Studie mit Betroffenen schwerer Gewalterfahrungen zeigte sich eine Reduktion der posttraumatischen Symptomatik (63) nach sechs Monaten; der Einbezug von Angehörigen erbrachte keine Effekte auf die posttraumatische Symptomatik. Nach 12 Monaten wurde keine weitere Reduktion der posttraumatischen Symptomatik berichtet.

Eine weitere Studie (66) ergab sowohl für prolongierte Exposition als auch für kognitive Therapie, durchgeführt einen Monat nach dem Ereignis, eine signifikante Reduktion der PTBS-Symptomatik nach fünf Monaten im Vergleich zur Kontrollgruppe.

Eine randomisiert-kontrollierte Studie (58) zeigte nach einer EMDR-Behandlung keinen signifikanten Unterschied zwischen Interventions- und Kontrollgruppe (watchful waiting). In einer weiteren Untersuchung (54) wurde eine signifikante Abnahme der PTBS-Symptomatik sowohl nach EMDR als auch nach Progressivem Zählen im gleichen zeitlichen Umfang festgestellt, allerdings ohne eine zusätzliche Kontrollgruppe. Eine Untersuchung ohne

Kontrollgruppe (59) zeigte eine signifikante selbstberichtete Abnahme der PTBS-Symptomatik nach einer EMDR-Behandlung.
Eine achtsamkeitsbasierte Intervention (55) hatte eine positive Wirkung auf Schamgefühle, zeigte jedoch keinen direkten Effekt auf PTBS-Symptome.
Debriefing führte laut mehreren systematischen Reviews (56,57) zu keiner signifikanten Verbesserung der PTBS-Symptomatik.

Einordnung und Bewertung
Die aktuelle Datenlage weist darauf hin, dass die TFKVT innerhalb eines Zeitraums von drei Tagen bis drei Monaten nach verschiedenen schwerwiegenden Ereignissen bei Vorliegen einer klinisch relevanten Belastungssymptomatik zu einer geringen Rate an PTBS führen kann und die posttraumatische und depressive Symptomatik signifikant reduziert.
Für andere Interventionen - wie EMDR und Progressive Counting - zeigen die wenigen vorhandenen randomisiert-kontrollierten Studien Hinweise auf eine signifikante Verringerung spezifischer posttraumatischer Symptome. Darüber hinaus gibt es Anhaltspunkte dafür, dass Achtsamkeitstraining zur Reduktion von Schamgefühlen beitragen kann. Mögliche negative Effekte der Interventionen wurden jedoch nicht systematisch untersucht.
Hinsichtlich Debriefing-Interventionen gibt es keine ausreichenden Hinweise darauf, dass diese innerhalb von drei Tagen bis drei Monaten nach einem schwerwiegenden Ereignis wirksamer sind als inaktive oder aktive Kontrollbedingungen, um die spätere Entwicklung einer PTBS oder einer anderen Traumafolgestörung zu verhindern oder deren Symptomatik zu reduzieren.

Empfehlung 4.4a und 4.4b	**Neu (2026)**
4.4a: Wenn innerhalb von drei Tagen bis drei Monaten nach einem schwerwiegenden Ereignis eine psychotherapeutische Intervention zur Reduktion von posttraumatischen und depressiven Symptomen als erforderlich erachtet wird, soll eine traumafokussierte kognitive Verhaltenstherapie (TFKVT) erfolgen.	
Konsensstärke: 100 % (starker Konsens)	
4.4b: Wenn innerhalb von drei Tagen bis drei Monaten nach einem schwerwiegenden Ereignis eine psychotherapeutische Intervention zur Reduktion von posttraumatischen Symptomen als erforderlich erachtet wird, kann der Einsatz von Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) und Progressivem Zählen erwogen werden. Die aktuelle Datenlage gibt keinen ausreichenden Hinweis darauf, dass EMDR und progressives Zählen langfristig zu einer Reduktion der posttraumatischen oder einer anderen Symptomatik führen.	
Konsensstärke: 100 % (starker Konsens)	
Literatur	(54,55,58–67)

Empfehlung 4.4c	**Neu (2026)**
4.4c: Psychologisch fokussierte Debriefing-Interventionen zur Reduktion posttraumatischer Symptome innerhalb von drei Tagen bis drei Monaten nach einem schwerwiegenden Ereignis sollen nicht angeboten werden.	
Konsensstärke: 100 % (starker Konsens)	
Literatur	(56,57)

4.5 Psychopharmakologische Interventionen

Klinische Fragestellung

Welche **psychopharmakologischen Interventionen** sind bei Erwachsenen mit psychischen Symptomen nach einem schwerwiegenden Ereignis besser geeignet als inaktive oder aktive Kontrollbedingungen, um die spätere Ausbildung einer PTBS oder anderer Traumafolgestörungen zu verhindern bzw. deren spätere Symptomatik zu reduzieren?

Aktuelle Evidenz

Einbezogen wurden randomisiert-kontrollierte, kontrollierte, unkontrolliert-klinische und retrospektive Studien (Stichprobengrößen von N = 37 bis 2070), systematische Reviews und ein Cochrane Review (68–70). Die Studien schlossen erwachsene Personen nach unterschiedlichsten Ereignissen (z. B. medizinischer Eingriff, belastende Geburt, Verkehrsunfall, Militäreinsatz) ein.

Untersucht wurden verschiedene psychopharmakologische Interventionen, die teils mit unterschiedlichen Kontrollbedingungen verglichen wurden. Zu den geprüften Wirkstoffen zählten: Opioide (71), Morphine (71), Benzodiazepine (72,73), Distickstoffmonoxid (74), nicht-steroidale Antirheumatika (71), Escitalopram (75), Dexamethason (76), Hydrocortison (69,70,77), Beta-Blocker, Propranolol (68), Gabapentin (68), Mifepriston (68), Omega-3-Fettsäuren (68), Oxytocin (78–82), Ketamin (83,84).

Die Ergebnisse fallen heterogen aus (vgl. *PICO-5* im Anhang B.1):

Kurzfristig konnte nach Gabe von Opioiden zur Schmerzreduktion eine geringere Ausprägung posttraumatischer Symptomatik beobachtet werden (71). Langfristig ließ sich kein Effekt bestätigen.

Frauen, die während einer belastenden Geburt mit Distickstoffmonoxid (30 bis 50%, verabreicht über eine Inhalationsmaske) behandelt wurden, berichteten nach acht Wochen eine reduzierte PTBS-Symptomatik, abhängig vom subjektiv erlebten Schmerzniveau. Die PTBS-Symptomatik war bei jenen Teilnehmerinnen stärker ausgeprägt, die die Geburt als besonders schmerzhaft empfunden hatten, trotz der Anwendung von Distickstoffmonoxid (74).

Mehrere Studien zeigten eine Assoziation von Benzodiazepinen mit einer Verschlechterung der Symptomatik (72,73).

Die Gabe von Antidepressiva (Escitalopram) führte zu keiner Symptomreduktion, jedoch gab es Hinweise auf eine verbesserte Schlafqualität (75).

Bzgl. der Gabe nicht-steroidaler Antirheumatika und Dexamethason (präventiv vor dem Ereignis) konnte keine Reduktion der posttraumatischen Symptomatik festgestellt werden (71,76).

Einzelne Studien berichten nach Gabe von Hydrocortison eine kurzfristige Symptomreduktionen und geringere PTBS-Wahrscheinlichkeit nach 6 Monaten (69,70,77). Die Befunde sind jedoch inkonsistent.

Es liegen auch heterogene Ergebnisse zur Gabe von Oxytocin vor, teils geschlechtsabhängig und beeinflusst durch hormonelle Kontrazeptiva (78–82). Frauen, die hormonelle Kontrazeptiva nutzten, berichteten nach 1,5 und 6 Monaten von einer stärkeren Symptomreduktion, unabhängig von der Behandlungsbedingung (Oxytocin oder Placebo) und der Schwere der Ausgangssymptomatik. Gleichzeitig war bei diesen Frauen ein hoher Oxytocin-Spiegel mit einer erhöhten Symptomlast assoziiert. Es gibt teils Hinweise auf kurzfristige Symptomreduktion, teils auch eine Assoziation mit einer Symptomverschlechterung.
Zur Gabe von Ketamin gibt es uneinheitliche Ergebnisse: In militärischen Kontexten ergab sich keine erhöhte PTBS-Entwicklung (83), in klinischen Kontexten hingegen teils eine Verschlechterung der Symptomatik (84).

Zur Verabreichung von Propranolol, Gabapentin, Mifepriston, Beta-Blocker, Omega-3-Fettsäuren gibt es derzeit keine ausreichenden Daten zur Beurteilung der Wirksamkeit vor (68).

Insgesamt konnte in quantitativen Analysen keine überzeugende langfristige Reduktion der Symptomatik nach Gabe von Psychopharmaka festgestellt werden.

Einordnung und Bewertung
Es gibt erste Hinweise auf kurzfristige Effekte für Opioide (71) und Hydrocortison (69,70,77).

Für Oxytocin liegen heterogene und geschlechtsspezifisch unterschiedliche Befunde vor (78–82).

Benzodiazepine sind konsistent mit einer Verschlechterung der Symptomatik assoziiert (72,73).

Für andere Wirkstoffe (Escitalopram (75), Dexamethason (76), nichtsteroidale Antirheumatika (71), Morphine (71), Propranolol, Gabapentin, Mifepriston, Beta-Blocker, Omega-3-Fettsäuren (68)) liegen keine positiven Effekte auf die Symptomatik vor.

Die Datenlage zu Ketamin ist uneinheitlich (83,84).
Für mehrere Substanzen besteht weiterhin erheblicher Forschungsbedarf, auch hinsichtlich möglicher negativer Effekte.

Empfehlung 4.5	**Neu (2026)**
Psychopharmakologische Interventionen zur Reduktion psychischer Symptome nach schwerwiegenden Ereignissen sollen nicht angeboten oder durchgeführt werden. Dies gilt auch, wenn psychosoziale Unterstützungsangebote nicht zu einer deutlichen Entlastung der Betroffenen beigetragen haben. In diesem Fall steht die Normalisierung bzw. Entpathologisierung der Symptomatik gegenüber der Betroffenen Person im Vordergrund. Komorbide psychische Störungen oder Syndrome (beispielhaft seien hier Suizidalität oder fremdgefährdendes Verhalten genannt) sollen entsprechend den Empfehlungen der jeweiligen Leitlinien (weiter-)behandelt werden.	
Konsensstärke: 100 % (starker Konsens)	
Literatur	(68–84)

4.6 Technik-gestützte Interventionen

Klinische Fragestellung

Welche **Technik-gestützten Interventionen** sind bei Erwachsenen mit psychischen Symptomen nach einem schwerwiegenden Ereignis besser geeignet als inaktive oder aktive Kontrollbedingungen, um die spätere Ausbildung einer PTBS oder anderen Traumafolgestörung zu verhindern bzw. deren spätere Symptomatik zu reduzieren?

Aktuelle Evidenz

Einbezogen wurden zwölf randomisiert-kontrollierte Studien (*N* = 41 bis 462), eine kontrollierte Studie (*N* = 77) sowie eine unkontrolliert-klinische Studie (*N* = 3740) unterschiedlicher Güte (85–98). Die Studien schlossen erwachsene Personen nach unterschiedlichsten Ereignissen (z. B. physische und sexualisierte Gewalt, Militäreinsatz, Verkehrsunfall) ein.
Untersucht wurden verschiedene Interventionen, die teils mit verschiedenen Kontrollbedingungen verglichen wurden: Tetris, Virtual Reality, Chatbot, Online-Selbsthilfe, Musik-App sowie diverse Online-Programme, welche Elemente der KVT integrierten (z. B. Exposition, Psychoedukation, kognitive Umstrukturierung).

Die Anwendung von Tetris führte in den eingeschlossenen Studien (88,89,91,92) kurzfristig bei mittleren Effekten zu einer Reduktion der posttraumatischen Symptomatik. Hinsichtlich der mittel- und langfristigen Wirksamkeit wurden unterschiedliche Effekte berichtet.
Nach einem Notkaiserschnitt erfüllten Frauen der Tetris-Bedingung (88) nach einem Monat seltener die DSM-V-TR-Kriterien einer PTBS (4.2%) als Frauen der Kontrollbedingung (30.4%, usual care). Eine weitere Studie (92), in welcher Frauen nach einem Notkaiserschnitt ebenfalls Tetris spielten, berichtete nach sechs Wochen und Monaten ebenfalls eine reduzierte posttraumatische Symptomatik. Der Effekt nach sechs Monaten konnte mittels klinischer Interviews nicht bestätigt werden.

Bei Unfallopfern (89) und in einer deskriptiv ausgewerteten Studie (91) konnten kurzfristige Unterschiede zur Kontrollbedingung (Liste mit erfolgten Aktivitäten schreiben, Radio hören) festgestellt werden, jedoch ergaben sich keine Langzeiteffekte.

Online-Programme, welche verhaltenstherapeutische Elemente integrierten (86,93,98), führten kurz- und langfristig zu einer Reduktion der posttraumatischen Symptomatik. Ein Programm mit Psychoedukation und Exposition (86) führte nach sechs Monaten zu großen Effekten auf die posttraumatische Symptomatik.

In einem weiteren Programm (93) wurde mithilfe von kognitiver Umstrukturierung, Aktivitätenplanung, Ressourcenaktivierung und beziehungsorientierender Übungen nach drei Monaten mit mittlerem Effekt die posttraumatische Symptomatik reduziert.

Ein Programm (98), welches präventiv vor einem Militäreinsatz verwendet wurde, nutzte Biofeedback, Psychoedukation und Coping-Strategien. Soldat:innen, welche das Programm durchlaufen hatten, berichteten nach dem Einsatz von einer geringeren posttraumatischen Symptomatik als Soldat:innen der Kontrollbedingung (Routine Training).

Eine Studie (85), welche ein Online-Programm bei Gewalterfahrungen in der Partnerschaft untersuchte, berichtete kurzfristig von kleinen Effekten in der Reduktion der posttraumatischen Symptomatik.

Eine weitere Studie (87) führte online „attention control therapy“ durch, wobei wortbasierte Dot-Probe Online -Sitzungen über sechs Wochen hinweg stattfanden. 58.2% der Personen, die an dem Programm teilnahmen, erhielten nach zwei Monaten eine PTBS-Diagnose. In der Kontrollbedingung (treatment as usual) waren es 49.1%.

In einer Studie (90) hörten oder spielten Pflegekräfte die App „Ceaseless Music Note“. Am Folgetag kam es zu einer Reduktion der posttraumatischen Symptomatik.

Eine weitere Studie (94) berichtete, dass das Werfen von Schneebällen über Virtual Reality nicht zu einer Reduktion der posttraumatischen Symptomatik führte.

Der Einsatz des Chatbots *„Friend“* zu Beginn des Angriffskriegs 2022 auf die Ukraine war laut einer unkontrolliert-klinischen Studie (95) mit einer starken Reduktion des Stressniveaus assoziiert.

Das *TIPS-Trauma*-Programm (96) zeigte nach 12 Monaten zwar eine Reduktion der posttraumatischen Symptomatik, jedoch ohne Unterschied zur Kontrollgruppe (usual care). Das *SelfHelp+* Programm der WHO (97) führte bei Krankenhauspersonal in Norditalien im Kontext der COVID-19-Pandemie nach 14 Wochen zu keiner Veränderung der Symptomatik.

Einordnung und Bewertung

Die aktuelle Datenlage gibt erste Hinweise, dass der Einsatz von Tetris kurzfristig zu einer Symptomreduktion führen kann. Langzeiteffekte müssen weiter untersucht werden.

Der Einsatz von Online-Programmen mit verhaltenstherapeutischen Elementen zeigt erste Hinweise auf eine längerfristige Reduktion posttraumatischer Symptomatik.
Die Wirksamkeit von Online-Programmen bedarf weiterer empirischer Überprüfung, da die Effekte von der konkreten Ausgestaltung der individuellen Intervention abhängen.

Für den Einsatz von Chatbots, Virtual Reality, „Ceaseless Music Note“, dem SelfHelp+ Programm der WHO und dem „TIPS-Trauma“-Programm liegen derzeit keine ausreichenden Hinweise vor, ob diese Interventionen nach einem schwerwiegendem Ereignis wirksamer sind

als inaktive oder aktive Kontrollbedingungen und die spätere Entwicklung einer PTBS oder einer anderen Traumafolgestörung zu verhindern oder deren Symptomatik zu reduzieren.

Mögliche negative Effekte der Interventionen wurden bislang unzureichend untersucht. Eine Studie berichtete über Hinweise auf eine erhöhte Rate der PTBS-Diagnosen nach online durchgeführten Dot-Probe-Sitzungen im Vergleich zur Kontrollbedingung (treatment as usual).

Eine Studie berichtete nach dem Einsatz von einem Online-Programm nach Gewalterfahrungen in der Partnerschaft von einer Reduktion der posttraumatischen Symptomatik. Ein Bestandteil der Intervention war eine interaktive Entscheidungshilfe, wie der weitere Kontakt zum gewalttätigen Partner verlaufen soll. Es ist zu hinterfragen, wie wirksam der Versuch der Reduktion posttraumatischer Symptomatik sein kann, wenn weiterhin Kontakt zum Täter besteht.

Empfehlung 4.6	**Neu (2026)**
Die aktuelle Datenlage gibt keinen ausreichenden Hinweis, dass Technik-gestützte Interventionen langfristig zu einer Reduktion der posttraumatischen oder einer anderen Symptomatik führen. Daher kann der Einsatz Technik-gestützter Interventionen derzeit nicht empfohlen werden.	
Konsensstärke: 100 % (starker Konsens)	
Literatur	(85–98)

5. Umgang mit akuter psychosozialer Belastung bei Kindern und Jugendlichen

Cedric Sachser, Simon Finkeldei, Andreas Lachnit, Barbara Leidl, Anett Lotzin, Regina Steil und der Erfahrungsexpertin *Sophia Kloss*

Unter Mitarbeit von Franziska Weiß, Henrieke Depenau, Anna Wassenberg und Evgenia Burlakovas

Einleitung

Schwerwiegende Ereignisse können bei Kindern und Jugendlichen zu psychosozialen Belastungen führen. Damit verbunden kann häufig zunächst eine initiale akute Stressreaktion auftreten, die einige Stunden bis Tage anhalten kann, oder eine Belastungsreaktion, die mehrere Wochen andauern kann. Bei der Mehrheit aller Kinder und Jugendlichen klingt diese initiale Symptomatik mit psychischen und vegetativ-somatischen Symptomen innerhalb von Tagen bzw. Wochen ab. Dabei können Kinder und Jugendliche die gleichen Symptome wie Erwachsene aufweisen. Bei Kindern und Jugendlichen sollte daneben auf weitere alters- und entwicklungsabhängige Symptome (z.B. Sprach- und Verhaltensauffälligkeiten sowie den Verlust bereits erworbener Fertigkeiten) geachtet werden. Bei Kindern können Reaktionen auf schwerwiegende Ereignisse ebenfalls somatische Symptome (z. B. Bauch- oder Kopfschmerzen), disruptives oder oppositionelles Verhalten, regressives Verhalten, Hyperaktivität, Wutanfälle, Konzentrationsschwierigkeiten, Reizbarkeit, Rückzug, übermäßiges Tagträumen, verstärktes anhängliches Verhalten, Bettnässen oder Schlafstörungen umfassen. Bei Jugendlichen kann die Reaktion auf schwerwiegende Ereignisse ebenfalls Substanzkonsum sowie verschiedene Formen von ausagierendem oder risikoreichem Verhalten umfassen (ICD-11). Um diese Symptomatik zu erfragen, sollte für Kinder und Jugendliche die Sprache entwicklungsangepasst sein, sodass das Vorliegen im Gespräch valide auch im Selbstbericht erhoben werden kann.

In einem ersten Schritt sollen im Kontakt zunächst immer die Sicherheit und der Schutz der betroffenen Kinder und Jugendlichen sichergestellt werden, dies gilt insbesondere bei körperlicher oder sexueller Gewalt mit anhaltender Bedrohung. Bei anhaltender Gefahr, die mit einer möglichen Kindeswohlgefährdung einhergeht, können mit der Betreuung eines Kindes oder Jugendlichen befasste Personen sich an eine insoweit erfahrene Fachkraft wenden, um Beratung und Unterstützung zu erhalten (§ 4 Abs. 2 KKG SGB VIII). Auch Angebote wie die Medizinische Kinderschutzhotline (https://kinderschutzhotline.de) können anonym beraten. Wir verweisen hier explizit auf die S3-Leitlinie Kindesmisshandlung, - missbrauch, -vernachlässigung unter Einbindung der Jugendhilfe und Pädagogik (Kinderschutzleitlinie).

Daneben haben Kinder und Jugendliche, Sorgeberechtigte und Angehörige der Opfer und Hinterbliebene sowie Zeugen der Gewalttat gemäß des Sozialen Entschädigungsrechts (SGB XIV) einen gesetzlichen Anspruch auf Leistungen der sozialen Entschädigung, einschließlich Heilbehandlungen und Rehabilitationshilfen gemäß § 3 SGB XIV sowie Leistungen zur Teilhabe gemäß

§ 62 SGB XIV (s. dazu Empfehlung 5.7, S. 55). Daher sollen Sorgeberechtigte und nahestehende Personen der Opfer von Gewalttaten sowie Zeugen auf Angebote von Institutionen des Opferschutzes (z.B. Beratungsstellen) und die Schnellen Hilfen (Fallmanagement und Traumambulanzen) aufmerksam gemacht werden.

Insgesamt zeigen Studien, dass nur ein kleiner Teil von schwerwiegenden Ereignissen betroffenen Kindern und Jugendlichen innerhalb von vier Wochen akute Symptome im Sinne einer akuten Belastungsstörung zeigen (99) und sich langfristig bei der Mehrzahl keine Traumafolgestörung entwickelt (9). Entstehende psychische Erkrankungen können sowohl aus der Gruppe der spezifisch belastungsassoziierten Störungen (z.B. PTBS, KPTBS, anhaltende Trauerstörung) als auch andere Störungen sein, wie bspw. affektive Störungen, angst- oder furchtbezogene Störungen, Somatisierungsstörungen oder Substanzkonsumstörungen, deren Diagnosebeschreibungen gemäß ICD-11 oder DSM-5-TR keinen expliziten oder direkten Bezug zu einem schwerwiegenden Ereignis beinhalten. Neben psychischen und somatischen Symptomen im Sinne von Erkrankungen können sich bei Kindern und Jugendlichen auch Auswirkungen in anderen psychischen und psychosozialen Funktionsbereichen z.B. im Sinne von Einschränkungen der intrafamiliären Kommunikation, der Eltern-Kind-Interaktion, des Schulbesuchs oder der Beziehungsgestaltung zeigen. Hierbei wird deutlich, dass bei Kindern und Jugendlichen ebenfalls die initialen Reaktionen und Belastungen sowie Resilienz und (Bewältigungs-)Ressourcen der Bezugspersonen, sowie deren Einbezug im Rahmen der Versorgung von Kindern und Jugendlichen nach schwerwiegenden Ereignissen eine zentrale Rolle zukommt. Sorgeberechtigte und wichtige Bezugspersonen sollten daher ebenfalls Informationen erhalten und in psychosoziale Unterstützungsangebote aktiv eingebunden werden, falls nichts dagegenspricht und die Sicherheit des Kindes dadurch nicht gefährdet wird. Im Vergleich zu erwachsenen Betroffenen kann eine starke Betroffenheit von Kindern und Jugendlichen auch für Helfende zu einem erhöhten Maß eigener Belastung oder Involviertheit führen. Selbstwahrnehmung sowie die Gestaltung bzw. Regulation von Nähe und Distanz sollen besonders beachtet werden. Dabei spielen vor allem Effekte wie Gefühlsansteckung, Distanzverlust und sekundäre Traumatisiserungsrisiken (v.a. in der medizinischen Forschung) eine entscheidende Rolle. Diese stehen neben Risiken für die Helfenden selbst auch mit Gefahren durch eine veränderte Qualität in der Begleitung, also als Folge der selbst betroffenen Helfenden, in Zusammenhang.
Im Rahmen der generellen Kontaktaufnahme und der Interaktionsgestaltung sowie aller weiteren psychosozialen Maßnahmen zur Unterstützung von betroffenen Kindern, Jugendlichen und deren Bezugspersonen sollte in Abhängigkeit der vorliegenden individuellen belastungsassoziierten Destabilisierung der einzelnen Betroffenen der Grad an orientierungsgebender Direktivität in der Akutbegleitung angepasst werden. Ein höherer Grad an Direktivität gilt besonders in der frühen Einwirkungsphase nach einem schwerwiegenden Ereignis für Betroffene mit hoher psychophysiologischer Erregung.

Empfehlung 5.2	Neu (2026)
Falls ein schwerwiegendes Ereignis mit einer möglichen Kindeswohlgefährdung einhergeht, können mit der Betreuung eines Kindes oder Jugendlichen befasste Personen sich an eine „insoweit erfahrene Fachkraft“ wenden, um Unterstützung zu erhalten (§ 4 Abs. 2 KKG SGB VIII). Auch Angebote wie die Medizinische Kinderschutzhotline (*https://kinderschutzhotline.de*) können anonym beraten. Wir verweisen hier auch auf die S3-Leitlinie Kindesmisshandlung, -missbrauch, -vernachlässigung unter Einbindung der Jugendhilfe und Pädagogik (Kinderschutzleitlinie).	
Konsensstärke: 100 % (starker Konsens)	

Empfehlung 5.4	Neu (2026)
Für Kinder und Jugendliche sollte die Sprache entwicklungsangepasst sein.	
Konsensstärke: 100 % (starker Konsens)	

Empfehlung 5.5	Neu (2026)
Sorgeberechtigte und wichtige Bezugspersonen sollten ebenfalls Informationen erhalten, falls nichts dagegen spricht.* * Erläuterung zur Empfehlung: Falls die Bezugsperson selbst ursächlich mit dem schwerwiegenden Ereignis assoziiert ist (bspw. Gewaltausübung), soll eine Einzelfallprüfung des Vorgehens erfolgen.	
Konsensstärke: 100 % (starker Konsens)	

Empfehlung 5.7	Neu (2026)
Jugendliche, die Opfer einer Gewalttat geworden sind, Sorgeberechtigte von Kindern und Jugendlichen, Angehörige der Opfer und Hinterbliebene sowie Zeugen sollen auf die Angebote von Institutionen des Opferschutzes (z.B. Beratungsstellen) und die Schnellen Hilfen (Fallmanagement und Traumambulanzen) nach dem Sozialen Entschädigungsrecht (SGB XIV) hingewiesen werden. Im Falle eines Schul- oder Arbeitsunfalles ist auf die Angebote der Unfallversicherungsträger aufmerksam zu machen.* * Erläuterung zur Empfehlung: Falls die Bezugsperson selbst ursächlich mit dem schwerwiegenden Ereignis assoziiert ist (bspw. Gewaltausübung), soll eine Einzelfallprüfung des Vorgehens erfolgen. Bei Einsichts- und Einwilligungsfähigkeit sollen Jugendliche selbst über sie betreffende Sachverhalte aufgeklärt werden und ihre Zustimmung geben können. Dies gilt auch, wenn Sorgeberechtigte Hilfen ablehnen, der oder die Jugendliche diese gerne in Anspruch nehmen wollen würde.	
Konsensstärke: 100 % (starker Konsens)	

Empfehlung 5.8	Neu (2026)
Kinder und Jugendliche können die gleichen Symptome wie Erwachsene aufweisen. Bei Kindern und Jugendlichen sollte auf weitere alters- und entwicklungsabhängige Symptome (z.B. Sprach- und Verhaltensauffälligkeiten sowie den Verlust bereits erworbener Fertigkeiten) geachtet werden.	
Konsensstärke: 100 % (starker Konsens)	

Neben diesen allgemeinen handlungsleitenden Grundsätzen nach schwerwiegenden Ereignissen werden nachfolgend spezifische klinische Fragen zum Umgang mit Kindern und Jugendlichen nach schwerwiegenden Ereignissen im PICO-Schema abgeleitet, die Studienlage bewertet und eingeordnet sowie evidenzbasierte Empfehlungen abgleitet. Klinisch stellt sich nach schwerwiegenden Ereignissen dabei insbesondere die Frage, ob bestimmte Interventionen bei belasteten Kindern oder Jugendlichen das Auftreten späterer psychischer Störungen oder Verschlimmerung vorbestehender Störungen vermindern können. Neben der psychischen Symptomatik sollten ebenfalls Studien eingeschlossen werden, welche als Outcome Anpassungs- und Funktionsparameter erfasst haben, sowie z.B. das psychosoziale Funktionsniveau, die Lebensqualität oder die familiären Beziehungsqualität. Hierbei wurden für alle Outcomes aufgrund der in der Literatur eingehend beschriebenen hohen Raten an Remission nach initialer Belastung, welche im ICD-11 als nicht mehr störungswertig im Sinne einer psychischen Erkrankung gesehen wird, nur Interventionen mit mindestens einer randomisiert-kontrollierten Studie in die Bewertung eingeschlossen. Ohne Kontrollgruppe sowie randomisierter Zuteilung von Teilnehmenden in Studien kann keine Überlegenheit gegenüber der hohen Spontanremission der initialen Belastung hinaus festgestellt werden. Der Zeitraum des Starts der Intervention musste in den Studien innerhalb eines Monats erfolgt sein, um als akute Intervention bzw. akutes Unterstützungsangebot im Sinne dieses Kapitels klassifiziert zu werden.

Zudem sollte bewertet werden, ob es validierte Screening-Instrumente gibt, die eine psychische Belastung und damit einhergehenden Handlungsbedarf frühzeitig erfassen können, sodass in einer weiteren klinischen Frage nach psychometrisch validierten Screening-Instrumenten zur Erfassung der akuten Symptomatik (bis max. einen Monat nach dem schwerwiegenden Ereignis) und deren Wert im Hinblick auf Selektion und Prädiktion gesucht wurde.

In zwei weiteren klinischen Fragen sollte geklärt werden, ob es eine Überlegenheit einer spezifischen Intervention gegenüber einer anderen Intervention gibt sowie inwiefern der Einbezug von Eltern in Interventionen eine Überlegenheit gegenüber Interventionen nur mit Kindern und Jugendlichen zeigt.

Zur Klärung wurden zu folgenden klinischen Fragestellungen im Rahmen eines PICO-Schemas Studien gesucht, aufbereitet und bewertet (vgl. auch PICO-Tabellen im *Anhang B2*):

1. Klinische Frage:
   Welche ***psychotherapeutischen*** oder ***pharmakologischen*** Interventionen bzw. welche Form von ***psychischer erster Hilfe*** oder ***psychosoziale Unterstützung*** sind bei Menschen mit psychischen Symptomen nach einem schwerwiegenden Ereignis im Kindes- und Jugendalter besser geeignet als inaktive oder aktive Kontrollbedingungen, um die spätere Ausbildung einer PTBS oder anderen Traumafolgestörung zu verhindern bzw. deren spätere Symptomatik zu reduzieren?

1	**Patient(in)/Population**	**Intervention (diagnostisch/therapeutisch)**	**Vergleichsintervention**	**Outcome(s) – Nutzen und Schaden**
1	Alter 3-18 Jahre Akute Belastungsreaktion (ICD-10, ICD-11) Oder Akute Belastungsstörung (DSM-IV, DSM-5) Oder Psych. Symptome nach Traumatisierung **Beginn psych. Symptome innerhalb eines Monats nach Traumatisierung**	Psychosoziale Intervention, Psychische erste Hilfe, Psychosoziale Unterstützung, Psychotherapeutische Intervention (max. 18 Sitzungen), Pharmakologische Intervention **Beginn Intervention innerhalb eines Monats**	Datenerhebung ohne Intervention (“Measurement-Only”) Abwartendes Beobachten (“Watchful waiting”) Routinebehandlung (“Treatment-As-Usual”, TAU) bzw. Usual-Care Sonstige inaktive oder aktive Vergleichs-intervention **Beginn Intervention innerhalb eines Monats**	Diagnose einer PTBS oder anderen Traumafolgestörung PTBS-Schwere Schwere anderer Traumafolgestörungen (wie z.B. Depressivität, Ängstlichkeit. Dissoziation, Verhaltensauffälligkeiten) Funktionsniveau Lebensqualität

2. Klinische Frage:
   Welche in deutscher Sprache verfügbaren ***Screeninginstrumente*** sind bei Menschen mit psychischen Symptomen nach einem schwerwiegenden Ereignis im Kindes- und Jugendalter hinsichtlich der psychometrischen Kennwerte am besten geeignet, das Ausmaß der akuten psychischen Belastung zu erfassen?

2	**Patient(in)/Population**	**Intervention (diagnostisch/therapeutisch)**	**Vergleichsintervention**	**Outcome(s) – Nutzen und Schaden**
2	Alter 3-18 Jahre Akute Belastungsreaktion (ICD-10, ICD-11) Oder Akute Belastungsstörung (DSM-IV, DSM-5) Oder Schweregrad akuter psychosomatischer Symptomatik **Beginn psych. Symptome frühestens am Tag der Traumatisierung bis einen Monat nach Traumatisierung**	Selbstbeurteilungsfragebogen, Fremdbeurteilungsfragebogen, Interview mit Kind bzw. Jugendlichen Interview mit Bezugsperson	Vergleichsinstrumente innerhalb der gleichen Kategorie: Selbstbeurteilungsfragebogen, Fremdbeurteilungsfragebogen, Interview mit Kind bzw. Jugendlichen Interview mit Bezugsperson	Psychometrische Kennwerte: Reliabilität Validität Sensitivität Spezifizität Verfügbarkeit einer deutschen Übersetzung

3. Klinische Frage:
   Gibt es eine systematische Überlegenheit einer Variante der ***psychotherapeutischen*** oder ***pharmakologischen*** Intervention bzw. Form von ***psychischer erster Hilfe*** oder ***psychosoziale Unterstützung*** bei Menschen mit psychischen Symptomen nach einem traumatischen Ereignis im Kindes- und Jugendalter hinsichtlich der späteren Reduktion von Symptomatik der PTBS oder anderer Traumafolgestörungen?

3	**Patient(in)/Population**	**Intervention (diagnostisch/therapeutisch)**	**Vergleichsintervention**	**Outcome(s) – Nutzen und Schaden**
3	Alter 3-18 Jahre Akute Belastungsreaktion (ICD-10, ICD-11) Oder Akute Belastungsstörung (DSM-IV, DSM-5) Oder Psych. Symptome nach Traumatisierung **Beginn psych. Symptome innerhalb eines Monats nach Traumatisierung**	Psychosoziale Intervention, Psychische erste Hilfe, Psychosoziale Unterstützung, Psychotherapeutische Intervention (max. 18 Sitzungen), Pharmakologische Intervention **Beginn Intervention innerhalb eines Monats**	Alle unter Intervention genannten Datenerhebung ohne Intervention (“Measurement-Only”) Abwartendes Beobachten (“Watchful waiting”) Routinebehandlung (“Treatment-As-Usual”, TAU) bzw. Usual-Care **Beginn Intervention innerhalb eines Monats**	Diagnose einer PTBS oder anderen Traumafolgestörung PTBS-Schwere Schwere anderer Traumafolgestörungen (wie z.B. Depressivität, Ängstlichkeit. Dissoziation, Verhaltensauffälligkeiten) Funktionsniveau Lebensqualität

4. Klinische Frage:
   Gibt es eine systematische Überlegenheit bei **Einbezug von Bezugspersonen (vs. ohne)** in **psychotherapeutischen** oder **psychosozialen Interventionen** bzw. Formen von **psychosozialer Unterstützung** bei Kindern und Jugendlichen mit psychischen Symptomen nach einem traumatischen Ereignis hinsichtlich der späteren Reduktion von Symptomatik der PTBS oder anderer Traumafolgestörungen?

4	**Patient(in)/Population**	**Intervention (diagnostisch/therapeutisch)**	**Vergleichsintervention**	**Outcome(s) – Nutzen und Schaden**
4	Alter 3-18 Jahre Akute Belastungsreaktion (ICD-10, ICD-11) Oder Akute Belastungsstörung (DSM-IV, DSM-5) Oder Psych. Symptome nach Traumatisierung **Beginn psych. Symptome innerhalb eines Monats nach Traumatisierung**	Psychosoziale Intervention, Psychische erste Hilfe, Psychosoziale Unterstützung, Psychotherapeutische Intervention (max. 18 Sitzungen), Pharmakologische Intervention **Beginn Intervention innerhalb eines Monats** **Jeweils <u>mit</u> Einbezug von Bezugspersonen**	Alle unter Intervention genannten Datenerhebung ohne Intervention (“Measurement-Only”) Abwartendes Beobachten (“Watchful waiting”) Routinebehandlung (“Treatment-As-Usual”, TAU) bzw. Usual-Care **Beginn Intervention innerhalb eines Monats** **Jeweils <u>ohne</u> Einbezug von Bezugspersonen**	Diagnose einer PTBS oder anderen Traumafolgestörung PTBS-Schwere Schwere anderer Traumafolgestörungen (wie z.B. Depressivität, Ängstlichkeit. Dissoziation, Verhaltensauffälligkeiten) Funktionsniveau Lebensqualität

5.1 Empfehlungen zu PICO 1

Klinische Fragestellung

Welche ***psychotherapeutischen*** oder ***pharmakologischen*** Interventionen bzw. welche Form von ***psychischer erster Hilfe*** oder ***psychosoziale Unterstützung*** sind bei Menschen mit psychischen Symptomen nach einem schwerwiegenden Ereignis im Kindes- und Jugendalter besser geeignet als inaktive oder aktive Kontrollbedingungen, um die spätere Ausbildung einer PTBS oder anderen Traumafolgestörung zu verhindern bzw. deren spätere Symptomatik zu reduzieren?

Aktuelle Evidenz

Einbezogen wurden 12 randomisiert kontrollierte Studien, wobei die Studien sich bzgl. der verwendeten Interventionen zur besseren Einordnung und Bewertung folgendermaßen gliedern lassen: (1) Selbstgesteuerte Informationsangebote, (2) psychologisch fokussiertes Debriefing, (3) psychische erste Hilfe, (4) psychosoziale Interventionen, (5) psychotherapeutische Interventionen, (6) pharmakologische Interventionen

5.1.1 Studien: Selbstgesteuerte Informationsangebote (Booklet, Informationsbroschüren, Web-Page)

In einer nicht-randomisierten kontrollierten Studie (N = 103) von Kennardy et al. (100) zeigte sich in der ITT-Analyse im 1-Monats-FU bzw. 6-Monats-FU für die Zielgrößen akute und posttraumatische Stresssymptome keine Überlegenheit einer Krankenhausbehandlung mit Darbietung eines Informationsbooklets (Kind und Elternteil: n = 33) gegenüber einer Krankenhausbehandlung ohne Darbietung eines Informationsbooklets (n = 70) bei Kindern und Jugendlichen (7-15 Jahre) nach Unfallverletzungen (Kraftfahrzeug, Stürze, Sportunfälle, weitere Unfälle), welche innerhalb von 72 Stunden nach dem Ereignis eingeschlossen wurden. Bezüglich des Outcomes Angstsymptome zeigt sich in der ITT- und Completer-Analyse eine Überlegenheit der Intervention zwischen dem 1-Monats-FU und 6-Monats-FU, nicht jedoch zwischen dem Einschlusswert und dem 1-Monats-FU. Bezüglich elterlichen Stresses, sowie Depressionssymptomen, Angstsymptomen und PTBS-Symptomen der Kinder zeigte sich in der ITT-Analyse keine Überlegenheit der Intervention gegenüber einer Krankenhausbehandlung ohne Informationsbooklet. Bezüglich der elterlichen PTBS-Symptome zeigte sich in der Completer-Analyse eine Überlegenheit der Intervention.

In einer randomisierten kontrollierten Studie (RCT-Studie: N = 85) von Cox et al. (101) zeigte sich in der ITT-Analyse nach 6 Monaten für die Zielgrößen PTBS-, Angst-, Depressions-, Wut- und Dissoziationssymptome, sowie elterliche PTBS-Symptome keine Überlegenheit einer „Ungesteuerten Informations“-Bedingung (Webpage & Booklet) (n = 29) gegenüber einer „Assessment-Only“-Bedingung (n = 27) bei Kindern und Jugendlichen (7-16 Jahre), welche innerhalb von 2 Wochen nach unbeabsichtigten Verletzungen/Unfällen mit

Krankenhausaufenthalt eingeschlossen wurden. In der Completer-/Per-Protocol-Analyse zeigte sich lediglich eine Überlegenheit der Interventionsbedingung alleinig bzgl. des Outcomes kindlicher Angstsymptome.

5.1.2 Studien: Psychologisch fokussiertes Debriefing

In einer randomisierten kontrollierten Studie (N = 158) von Stallard et al. (102) zeigte sich in der ITT-Analyse im 8-Monats-FU für die Zielgrößen PTBS-Diagnosen, posttraumatische Stresssymptome, Angstsymptome und generelle Verhaltensprobleme keine Überlegenheit einer Debriefing Intervention (n = 82) gegenüber der Bedingung einer neutralen Diskussion ohne Traumabezug (n = 76) bei Kindern und Jugendlichen (7-18 Jahre) nach Verkehrsunfällen mit Krankenhausbehandlung, welche innerhalb von 4 Wochen nach dem Ereignis eingeschlossen wurden.

In einer randomisierten kontrollierten Studie (N = 99) von Zehnder et al. (103) zeigte sich im 2-Monats- sowie im 6-Monats-FU für die Zielgrößen PTBS-Diagnosen, posttraumatische Stresssymptome, depressive Symptome und generelle Verhaltensauffälligkeiten keine Überlegenheit einer Debriefing-Intervention (Traumanarrativ, Umstrukturierung und Psychoedukation + Leaflet) (n = 51) gegenüber der Treatment-As-Usual-Bedingung (Standard-Krankenhausbehandlung mit Zugang zu allen verfügbaren Hilfen; n = 50) bei Kindern und Jugendlichen (7-16 Jahre) nach Verkehrsunfällen mit Krankenhausbehandlung, welche innerhalb von ca. 10 Tagen nach dem Ereignis eingeschlossen wurden.

5.1.3 Studien: Psychosoziale Akuthilfe bzw. Psychische erste Hilfe

Im Bereich der psychosozialen Akuthilfe bzw. psychischen ersten Hilfe fanden sich keine randomisiert-kontrollierten Studien für Kinder und Jugendliche mit Interventionsbeginn innerhalb des ersten Monats nach einem schwerwiegenden Ereignis.

5.1.4 Studien: Psychosoziale Interventionen

In einer randomisierten kontrollierten Studie (N = 106) von Berkowitz et al. (104) zeigte sich im 1- und 3-Monats-FU für die Zielgrößen PTBS-Symptome, Angstsymptome sowie PTBS-Diagnoserate eine Überlegenheit einer Behandlung mit der CFTSI-Intervention (n = 53) gegenüber einer Behandlung mit einer supportiven Intervention (n = 53) bei Kindern und Jugendlichen (7-17 Jahre) nach gemischten traumatischen Ereignissen (Unfälle, Angriffe, Gewalt, Hundebisse), welche innerhalb der ersten 30 Tage in die Studie und Behandlungen eingeschlossen wurden. Bezüglich des Outcomes Dissoziative Symptome zeigte sich im 1- und 3-Monats-FU keine Überlegenheit der CFTSI Gruppe.

In einer randomisierten-kontrollierten Studie (N = 133) von Haag et al. (105) zeigte sich in der ITT-Analyse im 3-Monat-FU für die Zielgröße PTBS-Symptome und PTBS-Diagnoserate, Verhaltensauffälligkeiten sowie Funktionsniveau eine Überlegenheit einer Behandlung mit der CARE-Intervention (n = 62) gegenüber einer TAU-Behandlung (n = 71) bei Kindern (1-6 Jahre)

nach gemischten Unfallverletzungen und Verbrennungen, welche im Durchschnitt 12 Tage nach Event in die Studie und Behandlungen eingeschlossen wurden. Im 6-Monats-FU zeigte sich keine Überlegenheit mehr bzgl. PTBS-Symptomen und PTBS-Diagnoserate, Verhaltensauffälligkeiten sowie Funktionsniveau.

In einer randomisierten kontrollierten Studie (N = 185) von Kassam-Adams et al. (106) zeigte sich in der ITT-Analyse im 6-Wochen-FU und 6-Monats-FU für die Zielgröße PTBS-Symptome keine Überlegenheit einer Behandlung mit einer Stepped-Preventive-Care-Intervention (n = 46) gegenüber einer TAU-Behandlung (n = 39) bei Kindern und Jugendlichen (8-17 Jahre) nach gemischten Unfallverletzungen, welche im Durchschnitt 3 Tage nach Event in die Studie und Behandlungen eingeschlossen wurden. Im 6-Wochen-FU sowie 6-Monats-FU zeigte sich Überlegenheit für Lebensqualität und Unterlegenheit für Depression.

In einer randomisierten kontrollierten Studie (N = 108) von Kramer & Landoldt (107) zeigte sich in der ANCOVA im 3-Monats-FU und 6-Monats-FU für die Zielgrößen PTBS-Symptome, PTBS-Diagnose und Verhaltensauffälligkeiten keine Überlegenheit einer Behandlung mit einer EPICAP-Intervention (n = 54) gegenüber einer TAU-Behandlung (n = 54) bei Kindern und Jugendlichen (2-16 Jahre) nach Verkehrsunfällen oder Verbrennungen, welche 5 bis 19 Tage nach Event in die Studie und Behandlungen eingeschlossen wurden. Im 3-Monats-FU zeigte sich Überlegenheit der Intervention für internalisierende Symptome im CBCL nur in der Altersgruppe 7-16 Jahre, die im 6-Monats-FU nicht mehr bestand.

In einer randomisierten kontrollierten Studie (N = 174) von Melnyk et al. (108) zeigte sich in der ANCOVA im 12-Monats-FU für die Zielgrößen Gesamtwert der Verhaltenssymptome, externalisierende Symptome und Rate von klinisch relevanten Verhaltenssymptomen im mütterlichen Bericht eine Überlegenheit einer Behandlung mit einer elternfokussierten COPE-Intervention (n = 90) gegenüber einer Kontrollbedingung (ein strukturgleiches Programm mit Informationen über Intensivstation und Hilfemöglichkeiten bei Bedarf) (n = 84) bei Kindern (2-7 Jahre) nach unerwarteten Krankenhausaufenthalten in pädiatrischer Intensivpflege, welche bei der Intensivstation-Aufnahme in die Studie und Behandlungen eingeschlossen wurden. PTBS-Symptome bei Kindern wurden erhoben, aber nicht berichtet. Im 1-3-Monats-FU zeigte sich keine Überlegenheit der Intervention. Im 6-Monats-FU zeigte sich eine Überlegenheit der Intervention bezogen auf Rückzugsverhalten und externalisierende Symptome bei Kindern. Die Angaben in der Publikation zur Überlegenheit der Intervention bzgl. Hyperaktivität und Adaptivität im 12-Monats-FU wurden nicht statistisch belegt.

5.1.5 Studien: Psychotherapeutische Interventionen

Im Bereich der psychotherapeutischen Intervention im Rahmen der Definition der Leitlinie fanden sich keine randomisiert-kontrollierten Studien für Kinder und Jugendliche mit Interventionsbeginn innerhalb des ersten Monats nach einem schwerwiegenden Ereignis.

5.1.6 Studien: Pharmakologische Interventionen

In einer randomisierten kontrollierten Studie (N = 29) von Nugent et al. (109) zeigte sich in der ITT-Analyse im 6-Wochen-FU für die Zielgrößen PTBS-Symptome sowie Herzrate und Blutdruck keine Überlegenheit einer Behandlung mit Propranolol (n = 14) gegenüber einer Behandlung mit Placebo (n = 15) bei Kindern und Jugendlichen (10-18 Jahre) nach bzw. bei Patienten in der pädiatrischen Notaufnahme, welche innerhalb von 12 Stunden orale Gabe von Propranolol für 10 Tage +Tapering erhielten.

In einem Langzeit-FU (2-12 Jahre nach Verbrennung) einer randomisierten kontrollierten Studie (N = 202) von Rosenberg et al. (110) zeigte sich im 2-12-Jahres-FU (CAVE: sehr ungleiche Follow-Up-Zeiträume und keine Prä-Messung) für die Zielgrößen PTBS, Angst und Depression keine Überlegenheit einer Behandlung mit Propranolol (n = 89) gegenüber einer TAU-Bedingung (n = 113) bei Kindern und Jugendlichen (10-18 Jahre) mit schweren pädiatrischen Verbrennungen, welche innerhalb von 48-72h mit Propranolol behandelt wurden (nach Gewicht (Ø 3,64 ± 3,19 mg/kg pro Tag), titriert nach Herzfrequenz).

In einer randomisierten kontrollierten Studie (N = 26) von Stoddard et al. (111) zeigte sich im 8-12-24-Wochen-FU für die Zielgröße PTBS im Selbsturteil keine Überlegenheit einer Behandlung mit Sertralin (n = 17) gegenüber einer Behandlung mit Placebo (n = 9) bei Kindern und Jugendlichen bzw. jungen Erwachsenen (6-20 Jahre) mit pädiatrischen Verbrennungen oder rekonstruktiver Verbrennungsoperation, welche im Rahmen der Behandlung flexibel dosiertes Sertralin erhalten haben (25–150 mg/Tag). Bezüglich des Outcomes PTBS-Symptome im Elternbericht zeigte sich nach 8, 12 und 24 Wochen eine Überlegenheit der Sertralin-Gruppe. Bezüglich des Outcomes depressiver Symptome zeigte sich nach 8 und 12 Wochen eine Überlegenheit der Placebo-Gruppe.

Einordnung und Bewertung

5.1.1 Selbstgesteuerte Informationsangebote/Psychoedukationsangebote (Booklet, Informationsbroschüren, Web-Page)

Einordnung: Die Ergebnisse der Studien von Kenardy et al. (100) und Cox et al. (101) liefern wichtige Erkenntnisse zur Wirksamkeit selbstgesteuerter Informationsangebote (z.B. Booklet bzw. Online) über potenzielle Traumafolgen und Copingstrategien für Kinder und Jugendliche bzw. deren Eltern nach schwerwiegenden Ereignissen. Die Analyse beider Studien zeigt, dass die Bereitstellung von Informationsbooklets und Online-Ressourcen mit überwiegend

psychoedukativen Charakter nicht konsistent zu signifikanten Verbesserungen in den psychischen Symptomen wie posttraumatischen Stresssymptomen (PTBS), Angst und Depression führt. Während Kennardy et al. (100) zumindest einzig positive Effekte, hinsichtlich der Angstsymptome im Follow-Up-Zeitraum nach 6 Monaten, identifizierten, konnten Cox et al. (101) in einer randomisierten kontrollierten Untersuchung (RCT) keine signifikante Überlegenheit der selbstgesteuerten Informationsinterventionen in der Intention-to-Treat-Analyse nachweisen. Dies deutet darauf hin, dass einfache Informationsvermittlung möglicherweise nicht wirksam bzw. ausreichend ist, um kurzfristig (innerhalb eines Monats) eine akute Belastungssymptomatik zu reduzieren oder langfristig eine niedrigere Belastungsschwere (6 Monate) zu erreichen. Es zeigen sich jedoch im Vergleich zu den Treatment-as-usual (TAU) Bedingungen auch keine Verschlechterungen und in Bezug auf die langfristige Angstsymptomatik vorsichtige erste Hinweise für eine potenzielle Überlegenheit. Bzgl. weiterer Outcomes wie etwa der psychosozialen Funktionseinschränkung oder Lebensqualität lassen sich keine Aussagen ableiten. Einschränkend lässt sich festhalten, dass keine RCT-Studien zu anderen schwerwiegenden Ereignissen außerhalb von (Verkehrs-)Unfällen mit Krankenhausbehandlung vorliegen.

Bewertung: Die aktuelle Datenlage gibt keinen ausreichenden Hinweis, dass selbstgesteuerte Interventionen mit Beginn innerhalb des ersten Monats nach einem schwerwiegenden Ereignis zu einer Reduktion psychischer Traumafolgensymptomatik oder Erhöhung des Funktionsniveaus bzw. Lebensqualität führen.

Empfehlung 5.6	**Neu (2026)**
Selbstgesteuerte Informationsangebote ohne weitere Anschlussinterventionen sollen nur mit Verweis auf andere wirksame Interventionen angeboten werden.	
Konsensstärke: 100 % (starker Konsens)	
Literatur	(100,101)

5.1.2 Psychologisch fokussiertes Debriefing

Einordnung: Die randomisiert-kontrollierten Studien von Stallard et al. (102) und Zehnder et al. (103) liefern wichtige Erkenntnisse über die Wirksamkeit von Debriefing-Interventionen bei Kindern und Jugendlichen nach Verkehrsunfällen. Die Ergebnisse der Studien unterstützen die wachsende Evidenz, dass Debriefing-Interventionen bzgl. psychischer Symptomatik nicht wirksam sind (112,113), wobei in Studien mit Erwachsenen sogar potenziell negative Effekte gezeigt wurden. Bzgl. weiterer Outcomes wie etwa der psychosozialen Funktionseinschränkung oder Lebensqualität lassen sich keine Aussagen ableiten. Einschränkend lässt sich festhalten, dass keine RCT-Studien zu anderen schwerwiegenden Ereignissen außerhalb von (Verkers-)Unfällen mit Krankenhausbehandlung vorliegen.

Bewertung: Die aktuelle Datenlage gibt keinen ausreichenden Hinweis, dass Debriefing-Interventionen mit Beginn innerhalb des ersten Monats nach einem schwerwiegenden Ereignis kurz- bzw. längerfristig zu einer Reduktion psychischer Traumafolgensymptomatik oder Erhöhung des Funktionsniveaus bzw. Lebensqualität führen. Im Vergleich zu einzelnen Studien mit Erwachsenen zeigen sich jedoch auch keine schädlichen Effekte.

Empfehlung 5.11	**Neu (2026)**
Psychologisch fokussiertes Debriefing soll für Kinder und Jugendliche nicht angewendet werden.* * Erläuterung zur Empfehlung: Die aktuelle Datenlage gibt keinen ausreichenden Hinweis, dass psychologisch fokussiertes Debriefing langfristig zu einer Reduktion der posttraumatischen oder einer anderen Symptomatik führt. Aufgrund potenziell schädlicher Effekte in Studien mit Erwachsenen soll diese Maßnahme auch nicht für Kinder und Jugendliche angewendet werden.	
Konsensstärke: 90 % (Konsens)	
Literatur	(102,103)

5.1.3 Psychosoziale Akuthilfe bzw. Psychische erste Hilfe

Im Bereich der psychosozialen Akuthilfe bzw. psychischen ersten Hilfe fanden sich keine randomisiert-kontrollierten Studien für Kinder und Jugendliche mit Interventionsbeginn innerhalb des ersten Monats nach einem schwerwiegenden Ereignis.

5.1.4 Psychosoziale Interventionen

Einordnung: Die Zusammenfassung der Evidenz aus den genannten Studien zeigt, dass verschiedene psychosoziale Interventionen für Kinder und Jugendliche nach schwerwiegenden Ereignissen unterschiedliche Wirksamkeit aufweisen. In der Studie von Berkowitz et al. (104) war die CFTSI-Intervention überlegen hinsichtlich PTBS-Symptome, Angstsymptome und der PTBS-Diagnoserate im 1- und 3-Monats-Follow-up, jedoch wurde keine Überlegenheit bei dissoziativen Symptomen nachgewiesen. Haag et al. (105) fanden, dass die CARE-Intervention im 3-Monats-Follow-up signifikant gegenüber einer TAU-Bedingung überlegen war, die Überlegenheit war jedoch im 6-Monats-Follow-up nicht mehr vorhanden. Kassam-Adams et al. (106) berichteten über keine Überlegenheit der Stepped-Preventive-Care-Intervention im Hinblick auf PTBS-Symptome, jedoch zeigte sich im 6-Wochen-FU sowie 6-Monats-FU eine Überlegenheit in der Lebensqualität, jedoch eine Unterlegenheit für Depressionssymptome, was eine differenzierte Betrachtung der Outcomes erfordert. Die EPICAP-Intervention (107) zeigte ebenfalls keine Überlegenheit im 3-Monats-FU und 6-Monats-FU für die Zielgrößen PTBS-Symptome, PTBS-Diagnosen und Verhaltensauffälligkeiten. In einer nicht prä-registrierten post-hoc Analyse konnte im 3-Monats-FU eine Überlegenheit der Intervention für internalisierende Symptome im CBCL, jedoch nur in der Altersgruppe 7-16 Jahre gezeigt werden, die im 6-Monats-FU nicht mehr

bestand. Schließlich wies die COPE-Intervention von Melnyk et al. (108) im 12-Monats-FU für die Zielgrößen Gesamtwert der Verhaltenssymptome, externalisierende Symptome und Rate von klinisch relevanten Verhaltenssymptomen im mütterlichen Bericht eine Überlegenheit auf. Im 1 bis 3-Monats-FU zeigte sich keine Überlegenheit der Intervention. Im 6-Monats-FU zeigte sich eine Überlegenheit der Intervention bezogen auf Rückzugsverhalten und externalisierende Symptome. Die Angaben in der Publikation zur Überlegenheit der Intervention bzgl. Hyperaktivität und Adaptivität im 12-Monats-FU wurden nicht statistisch belegt. Insgesamt ist darauf hinzuweisen, dass einige Interventionen eine kurzfristige Überlegenheit zeigen, während die langfristige Wirksamkeit oft fraglich bleibt. Die Studienqualität ist teilweise limitiert, sodass methodische oder analytische Mängel die Interpretierbarkeit der Ergebnisse stark einschränken. In Kombination und Bewertung von Qualität und Generalisierbarkeit der Ergebnisse der Studien liegt für die CFTSI aktuell die beste Evidenz vor. Daneben liefern Studien zur Implementierung und Effektivität der CFTSI weitere Belege dafür, dass die CFTSI von gemeindebasierten Anbietern eingesetzt werden kann, um posttraumatische Stresssymptome bei Kindern zu reduzieren und dies unabhängig von Alter, Geschlecht, Ethnizität, Anzahl der zuvor erlebten traumatischen Ereignisse, Schwere der posttraumatische Stresssymptome der Bezugspersonen, Beziehung des Kindes zum Täter, Art des Ereignisses oder Zeitspanne bis zum Beginn der Behandlung (114). In einer Meta-analyse mit Daten aus mehreren Child Advocacy Centers konnte gezeigt werden, dass die CFTSI Intervention nicht nur mit signifikanten Effekten für die Kinder und Jugendlichen einhergeht (Hedge‘s g = 1.17 Selbsturteil, g = 0.66 Bezugspersonenurteil), sondern auch signifikante Effekte auf die posttraumatische Stresssymptomatik der Bezugspersonen hatte (g = 0.70) (115).

Bewertung: Die vorliegenden randomisiert-kontrollierten Studien zu psychosozialen Interventionen mit Beginn innerhalb des ersten Monats nach schwerwiegendem Ereignis zeigen insgesamt inkonsistente Befunde mit unterschiedlichen Wirksamkeitsbefunden und hoher Heterogenität in Abhängigkeit des Outcomemaßes oder des Messzeitpunktes (innerhalb einer und auch zwischen Studien). Für die CFTSI liegt die breiteste Evidenz für eine Wirksamkeit vor.

Empfehlung 5.14	**Neu (2026)**
Als spezifische psychosoziale Intervention (innerhalb eines Monats) soll die Child and Family Traumatic Stress Intervention (CFTSI) für Kinder und Jugendliche mit Symptomen einer akuten Belastungsstörung eingesetzt werden.* * Erläuterung zur Empfehlung: Wesentliche Elemente sind Sitzungen mit Kindern sowie deren Bezugspersonen: Einordnung und Bewertung des Ereignisses und der Symptome (Psychoedukation), Stärkung der Kommunikation und emotionaler Unterstützung durch Bezugspersonen, Erlernen von Bewältigungsstrategien,	

praktische Unterstützung und Beratung bzgl. Sicherheit, rechtlichen Themen oder medizinischer Versorgung sowie einer abschließenden Diagnostik, ob eine längerfristige Behandlung nötig ist.	
Konsensstärke: 100 % (starker Konsens)	
Literatur	(104–108)

5.1.5 Psychotherapeutische Interventionen

Einordung: Im Rahmen der in der Leitlinie und des Kapitels gewählten Definition von Psychotherapie als der Ausübung jeder, mittels wissenschaftlich geprüfter und anerkannter psychotherapeutischer Verfahren oder Methoden, Tätigkeit zur Feststellung, Heilung oder Linderung von Störungen mit Krankheitswert, bei denen Psychotherapie indiziert ist, wurden keine RCT-Studien zu psychotherapeutischen Interventionen für Kinder und Jugendliche innerhalb des ersten Monats nach einem schwerwiegenden Ereignis gefunden.

Bewertung: Für psychotherapeutische Interventionen im ersten Monat nach einem schwerwiegenden Ereignis besteht derzeit keine ausreichende Evidenz.

Empfehlung 5.15	**Neu (2026)**
Psychotherapeutische Interventionen sollen nur dann eingesetzt werden, wenn ein Störungsbild mit Indikation für eine psychotherapeutische Behandlung im Sinne anderer Leitlinien vorliegt.	
Konsensstärke: 100 % (starker Konsens)	
Literatur	Im Bereich der psychotherapeutischen Intervention im Rahmen der Definition der Leitlinie fanden sich keine randomisiert-kontrollierten Studien für Kinder und Jugendliche mit Interventionsbeginn innerhalb des ersten Monats nach einem schwerwiegenden Ereignis.

5.1.6 Pharmakologische Interventionen

Einordung: Im Bereich der pharmakologischen Interventionen fanden sich 3 randomisiert-kontrollierte Studien, um die Wirksamkeit bzgl. einer möglichen Reduktion der psychischen Traumafolgensymptomatik oder Erhöhung des Funktionsniveaus bzw. Lebensqualität nach einem schwerwiegenden Ereignis einzuschätzen. Zwei Studien untersuchten die Wirksamkeit von Propranolol (innerhalb 12 bzw. 48-72 Stunden), wobei in einer randomisiert kontrollierten Studie mit kleiner Fallzahl keine Überlegenheit gegenüber einer Placebo Behandlung gefunden wurde sowie in einem eingeschränkt aussagekräftigen zeitlich variablen Langzeit-Follow-Up einer randomisierten Studie ohne Werte vor der Intervention ebenfalls keine Effekte gefunden wurden (109,110). In einer weiteren randomisiert-kontrollierten Studie in der flexibel dosiertes Sertralin (25-150 mg/Tag) mit Placebo verglichen wurde, zeigten sich gemischte Ergebnisse (111). Während sich eine Überlegenheit der Sertralingruppe für das Outcome PTBS zeigt, zeigt sich eine Überlegenheit der Placebogruppe bzgl. depressiver Symptome. Aufgrund der sehr geringen Stichprobengröße sind diese Ergebnisse jedoch wenig aussagekräftig.

Bewertung: Für pharmakologische Interventionen im ersten Monat nach einem schwerwiegenden Ereignis besteht derzeit keine ausreichende Evidenz.

Empfehlung 5.16	**Neu (2026)**
Psychopharmakologische Interventionen sollen nur dann eingesetzt werden, wenn ein Störungsbild mit Indikation für eine psychopharmakologische Behandlung im Sinne anderer Leitlinien vorliegt.* * Erläuterung zur Empfehlung: Dies gilt auch, wenn psychosoziale Unterstützungsangebote nicht zu einer deutlichen Entlastung des Kindes bzw. Jugendlichen beigetragen haben. In diesem Fall steht die Normalisierung bzw. Entpathologisierung der Symptomatik gegenüber dem Kind bzw. Jugendlichen und relevanter Bezugspersonen im Vordergrund.	
Konsensstärke: 100 % (starker Konsens)	
Literatur	(109–111)

5.2 Empfehlungen zu PICO 2

Klinische Fragestellung
Welche in deutscher Sprache verfügbaren ***Screeninginstrumente*** sind bei Menschen mit psychischen Symptomen nach einem schwerwiegenden Ereignis im Kindes- und Jugendalter hinsichtlich der psychometrischen Kennwerte am besten geeignet, das Ausmaß der akuten psychischen Belastung zu erfassen?

Aktuelle Evidenz
Im Rahmen der Suche ergaben sich nach dem Abstractscreening Studien für 4 Screeningfragebögen und 2 diagnostische Interviews zur Erfassung von psychischen Symptomen innerhalb eines Monats nach schwerwiegenden Ereignissen:

Pediatric Emotional Distress Scale – Early Screener (PEDS-ES): Der Fremdbeurteilungsfragebogen enthält 21 Items und erfasst ein breites Spektrum möglicher Symptome einer akuten Stress- bzw. Belastungsstörung und wurde in einer schweizer (116) sowie einer niederländischen Studie (117) bei Kindern nach schwerwiegenden Ereignissen (hauptsächlich Unfalltraumata und Verbrennungen) im Alter zwischen 0-7 Jahren evaluiert. Der Screeningfragebogen zeigte eine akzeptable bis gute interne Konsistenz (α = .76-.88) und Sensitivität bzw. Spezifität und ausreichend über dem Zufallsniveau liegende prognostische Validität im Hinblick auf eine spätere PTBS (Sensitivität: 0.82-0.85; Spezifität: 0.56-0.63). Der PEDS-ES ist in deutscher Sprache verfügbar und im Altersbereich von 0-7 Jahren validiert.

Acute Stress Checklist for Children (ASC-Kids): Der Selbstbeurteilungsfragebogen umfasst 29 Items und erfasst die Symptome und Reaktionen einer akuten Belastungsstörung nach traumatischen Ereignissen entsprechend den DSM-IV-Kriterien. Das Instrument wurde von Kassam-Adams (118) entwickelt und bei Kindern und Jugendlichen im Alter von 8 bis 17 Jahren evaluiert. Es zeigte eine gute bis sehr gute interne Konsistenz (α = .85 für die 19 Symptomitems; α = .86 für die gesamte Skala) sowie eine Test-Retest-Reliabilität nach einer Woche von r = .83 für die Gesamtskala und r = .76 für die Symptomskala. Die explorative Faktorenanalyse ergab eine vierfaktorielle Struktur (Dissociation, Reexperiencing, Avoidance, Arousal/Anxiety). Die konvergente Validität war durch signifikante Korrelationen mit etablierten Messinstrumenten belegt (z. B. CATS acute: r = .77, p < .0005; YSR Internalizing: r = .49, p < .0005; Child Stress Disorder Checklist: r = .37, p < .0005). Eine deutsche Fassung ist *nach Absprache und Registrierung* als neubearbeitete Checkliste zur Akuten Stresssymptomatik (CAB) (119) verfügbar. Das Instrument ist für den Altersbereich von 8 bis 17 Jahren geeignet.

National Stressful Events Severity Scale for Children and Adolescents – Acute Stress Symptoms (NSESSS 11–17): Die Selbstbeurteilungsskala umfasst 7 Items und erfasst die Schwere der Symptome einer akuten Belastungsstörung gemäß DSM-5. Das Instrument wurde auf Basis der

englischsprachigen Erwachsenenversion entwickelt und als "Messinstrument in Erprobung" ("emerging measure") veröffentlicht, bislang liegt nur eine Validierungsstudie für eine türkische Übersetzung mit Jugendlichen im Alter zwischen 11 und 17 Jahren (M = 14.96 ± 2.40) mit diagnostizierter PTBS vor (120). Die Studie zeigte eine sehr gute interne Konsistenz (α = .92) und eine Test-Retest-Reliabilität von r = .65 (p < .001). Die faktorielle Struktur erwies sich als eindimensional (ein Faktor mit Eigenwert = 4.38, erklärte Varianz = 67.7 %; KMO = 0.895; Bartlett-Test p < .001) und zeigte eine gute Modellpassung in der konfirmatorischen Faktorenanalyse (CFI = 0.964; RMSEA = 0.10). Die konvergente Validität war hoch (Korrelation mit der CPTS-RI: r = .79, p < .001). Der NSESSS 11–17 ist bislang nicht in deutscher Sprache verfügbar. Das Verfahren eignet sich für den Altersbereich von 11 bis 17 Jahren.

Child Stress Disorders Checklist (CSDC): Der Fremdbeurteilungsfragebogen umfasst 35 Items und dient der Erfassung von Symptomen einer akuten Belastungsstörung (ASD nach DSM-IV) und Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) bei Kindern und Jugendlichen. Das Instrument wurde von Saxe et al. (121) entwickelt und in klinischen Stichproben mit Kindern im Alter von 2 bis 18 Jahren evaluiert. Die interne Konsistenz für Symptomitems war gut (α = .84), und die Test-Retest-Reliabilität betrug für den Gesamtscore r = .84 (n = 34) mit Subskalenkorrelationen zwischen r = .63 und r = .89. Die Konstruktvalidität zeigte sich in signifikanten Zusammenhängen mit verwandten Fremdberichten (CBCL-PTSD: r = .49, p < .01; CPTSD-RI: r = .39, p < .05), während divergente Korrelationen (z. B. mit CBCL-Thought Problems) ausblieben. Die CSDC ist in englischer Sprache verfügbar und wurde in den USA entwickelt; eine deutsche Version liegt nicht vor. Sie eignet sich für den Altersbereich von 2 bis 18 Jahren.

Diagnostic Interview for Children and Adolescents – Acute Stress Disorder Module (DICA-ASD): Das strukturierte klinische Interview erfasst die Symptome und diagnostischen Kriterien einer akuten Belastungsstörung (ASD) nach DSM-IV bei Kindern und Jugendlichen mit 40 Items. Das Instrument wurde von Miller et al. (122,123) entwickelt und in klinischen Stichproben mit Teilnehmenden im Alter von 7 bis 18 Jahren evaluiert. Die interne Konsistenz war ausreichend bis ausgezeichnet (α = .76 – .97 für verschiedene Subskalen) und die Interrater-Reliabilität lag bei κ = 1.00. In Validierungsanalysen unterschieden sich Kinder mit und ohne ASD-Diagnose signifikant in etablierten Messungen posttraumatischer Belastung (z. B. CBCL-PTSD, CSDC, p < .05), während diskriminante Vergleiche mit nicht verwandten Dimensionen (Delinquenz, Denkstörungen) nicht signifikant waren. Das Interview liegt in englischer Sprache vor, eine deutsche Version ist derzeit nicht verfügbar. Es eignet sich für den Altersbereich von 7 bis 18 Jahren.

Interviews zu Belastungsstörungen bei Kindern und Jugendlichen: IBS-KJ – Diagnostik der akuten Belastungsstörung (IBS-A-KJ): Das strukturierte klinische Interview erfasst die Symptome einer akuten Belastungsstörung (ASD) gemäß DSM-IV und dient zugleich der Diagnostik posttraumatischer Belastungsstörungen. Das Instrument wurde von Steil und

Füchsel (124) entwickelt und ist Teil des umfassenden IBS-KJ-Manuals. Es basiert konzeptuell auf dem Clinician-Administered PTSD Scale for Children and Adolescents (CAPS-CA). Laut Manual weist das Verfahren eine sehr hohe interne Konsistenz (α = .92) auf; weitere empirische Kennwerte (z. B. Test-Retest-Reliabilität oder Validität) wurden bislang nicht unabhängig publiziert. Eine deutsche Version ist über den Hogrefe Verlag erhältlich. Das Interview eignet sich für Kinder und Jugendliche ab 7 Jahren und wird als klinisches Diagnostikverfahren im deutschsprachigen Raum eingesetzt.

Einordnung und Bewertung

Für Kinder und Jugendliche zwischen 0 und 17 Jahren liegen ausreichend gut validierte und in deutscher Sprache verfügbare Screeningfragebögen zur Erfassung von Symptomen innerhalb des ersten Monats nach einem schwerwiegenden Ereignis vor. Diese beziehen sich jedoch größtenteils auf ein Symptomspektrum im Sinne der akuten Belastungsstörung nach älteren DSM-IV Kriterien und entwicklungsgerechten Anpassungen der Symptome für jüngere Kinder. Insgesamt beruhen die Verfahren auf veralteten Kriterien und Erfassen hauptsächlich Symptome aus dem Bereich der akuten Belastungsstörung und weniger im Sinne der ebenfalls stark vegetativen geprägten Symptomatik im Sinne der akuten Stressreaktion nach ICD-11. Die Verfahren eigenen sich daher vermutlich besser im Verlauf (> 72 Stunden) im Sinne eines Symptomscreenings zu Einschätzung der Belastung.

Empfehlung 5.9	**Neu (2026)**
Für Kinder zwischen 0-7 Jahren kann der Pediatric Emotional Distress Scale – Early Screener als Fremdbeurteilungsbogen verwendet werden.* * Erläuterung zur Empfehlung: Screening-Instrumente sollten in Abhängigkeit vom jeweiligen Ereignis und der Akzeptanz verwendet werden. Symptomorientierte Screeninginstrumente sollen in den ersten Tagen vorsichtig interpretiert werden.	
Konsensstärke: 100 % (starker Konsens)	
Literatur	(116–124)

Empfehlung 5.10	**Neu (2026)**
Für Kinder- und Jugendliche zwischen 8-17 kann die Acute Stress Checklist for Children (ASC-Kids: deutsche Version: Checkliste zur Akuten Stresssymptomatik (CAB)) verwendet werden.* * Erläuterung zur Empfehlung: Screening-Instrumente sollten in Abhängigkeit vom jeweiligen Ereignis und der Akzeptanz verwendet werden. Symptomorientierte Screeninginstrumente sollen in den ersten Tagen vorsichtig interpretiert werden.	
Konsensstärke: 100 % (starker Konsens)	
Literatur	(116–124)

5.3 Empfehlungen zu PICO 3

Klinische Fragestellung

Gibt es eine systematische Überlegenheit einer Variante der ***psychotherapeutischen*** oder ***pharmakologischen*** Intervention bzw. Form von ***psychischer erster Hilfe*** oder ***psychosoziale Unterstützung*** bei Menschen mit psychischen Symptomen nach einem traumatischen Ereignis im Kindes- und Jugendalter hinsichtlich der späteren Reduktion von Symptomatik der PTBS oder anderer Traumafolgestörungen?

Aktuelle Evidenz

Im Rahmen der Literaturrecherche fand sich keine Meta-Analyse oder systemische Übersichtsarbeit, welche Hinweise auf eine systematische Überlegenheit einer Variante der psychotherapeutischen oder pharmakologischen Intervention bzw. Form von psychischer erster Hilfe oder psychosozialer Unterstützung untersucht hat. Erste Hinweise liefert die Studie von Berkowitz et al. (104), in welcher die CFTSI-Intervention sich gegenüber einer reinen supportiven Kontrollbedingung (ähnlich „Supportiver Beratung“) überlegen hinsichtlich PTBS-Symptome, Angstsymptomen und der PTBS-Diagnoserate im 1- und 3-Monats-Follow-up zeigte. Eine Studie zur Implementierung und Effectiveness der CFTSI liefert weitere Belege dafür, dass die CFTSI in gemeindenahen Versorgungsansätzen eingesetzt werden kann, um die posttraumatischen Stresssymptome bei Kindern zu reduzieren und dies unabhängig von Alter, Geschlecht, Ethnizität, Anzahl der zuvor erlebten traumatischen Ereignisse, posttraumatischen Stresssymptomen der Bezugspersonen, Beziehung des Kindes zum Täter bzw. zur Täterin, Art des Ereignisses oder Zeitspanne bis zum Beginn der Behandlung (114). In einer Meta-analyse mit Daten aus mehreren Child Advocacy Centers konnte gezeigt werden, dass die CFTSI Intervention nicht nur mit signifikanten Effekten für die Kinder und Jugendlichen einhergeht (Hedge‘s g = 1.17 Selbsturteil, g = 0.66 Bezugspersonenurteil), sondern auch signifikante Effekte auf die posttraumatische Stresssymptomatik der Eltern hatte (g = 0.70) (115).

Einordnung und Bewertung

Auch wenn keine systematische Überlegenheit einer bestimmten Variante der psychotherapeutischen oder pharmakologischen Intervention bzw. Form von psychischer erster Hilfe oder psychosozialer Unterstützung im Sinne von systematischen Übersichtsarbeiten gefunden werden konnte, wird im Rahmen der limitierten Evidenz und einer überzeugenden randomisiert-kontrollierten Primärstudie sowie Implementierungsstudien die CFTSI als überlegen gegenüber rein supportiver Beratung bewertet.

Empfehlung 5.14	**Neu (2026)**
Als spezifische psychosoziale Intervention (innerhalb eines Monats) soll die Child and Family Traumatic Stress Intervention (CFTSI) für Kinder und Jugendliche mit Symptomen einer akuten Belastungsstörung eingesetzt werden.* * Erläuterung zur Empfehlung: Wesentliche Elemente sind Sitzungen mit Kindern sowie deren Bezugspersonen: Einordnung und Bewertung des Ereignisses und der Symptome (Psychoedukation), Stärkung der Kommunikation und emotionaler Unterstützung durch Bezugspersonen, Erlernen von Bewältigungsstrategien, praktische Unterstützung und Beratung bzgl. Sicherheit, rechtlichen Themen oder medizinischer Versorgung sowie einer abschließenden Diagnostik, ob eine längerfristige Behandlung nötig ist	
Konsensstärke: 100 % (starker Konsens)	
Literatur	(104,114,115)

5.4 Empfehlungen zu PICO 4

Klinische Fragestellung

Gibt es eine systematische Überlegenheit bei **Einbezug von Bezugspersonen (vs. ohne)** in **psychotherapeutischen** oder **psychosozialen Interventionen** bzw. Formen von **psychosozialer Unterstützung** bei Kindern und Jugendlichen mit psychischen Symptomen nach einem traumatischen Ereignis hinsichtlich der späteren Reduktion von Symptomatik der PTBS oder anderer Traumafolgestörungen?

Aktuelle Evidenz

Im Rahmen der Literaturrecherche fand sich keine randomisiert-kontrollierte Studie, welche direkt dieselbe Intervention mit vs. ohne Bezugspersoneneinbezug verglichen hat. Bezüglich der vorliegenden Studien aus PICO 1 wird deutlich, dass psychosoziale Interventionen für Kinder und Jugendliche insbesondere bei jungen Kindern überwiegend einen sehr engen Einbezug von Eltern bzw. Sorgeberechtigten bzw. Bezugspersonen beinhalten (104,105). Interventionen mit Wirksamkeitsnachweis zielen inhaltlich in einem Teil der Interventionskomponenten auf die Verbesserung der Eltern-Kind Kommunikation bzw. Einbezug der Eltern im Sinne der familiären Kommunikation ab. Im Sinne von Studien zu Risiko- und Schutzfaktoren zeigen sich soziale Unterstützung und intrafamiliäre Kommunikation als wichtige Faktoren der Entwicklung von Traumafolgestörungen bei Kindern und Jugendlichen (14), was das Rational des Einbezugs von relevanten Bezugspersonen bzw. Sorgeberechtigten nochmals unterstreicht.

Einordnung und Bewertung

Es liegt aktuell keine Literatur aus RCT-Studien vor, welche die Überlegenheit des Einbezugs von Bezugspersonen in einer direkten Vergleichsstudie belegt. Insgesamt zeigt sich unter Bewertung der vorliegenden Primärstudien (siehe *Anhang B2 PICO-1*), dass Interventionen mit klarem Überlegenheitsnachweis im Rahmen mindestens einer RCT, z.B. die Child and Family Traumatic Stress Intervention (CFTSI) starken Fokus auf den Einbezug relevanter Bezugspersonen im Sinne des Behandlungsrationals und der Stundenstruktur legen und daher der Einbezug von relevanten Bezugspersonen einen wesentlichen Bestandteil wirksamer Interventionen darstellt. Besonders im Kontext von jungen Kindern z.B. Vorschulkindern oder Grundschulkindern ist ein enger Einbezug von Bezugspersonen in allen in PICO 1 dargestellten psychosozialen Unterstützungsangebote und Interventionen Teil der Behandlungsrationals.

Empfehlung 5.12	Neu (2026)
Bei Interventionen für Kinder und Jugendliche sollten Sorgeberechtigte bzw. Bezugspersonen mit Zustimmung durch das Kind bzw. Jugendlichen einbezogen werden, falls nichts dagegen spricht.* * Erläuterung zur Empfehlung: Falls die Bezugsperson selbst ursächlich mit dem schwerwiegenden Ereignis assoziiert ist (bspw. Gewaltausübung), soll eine Einzelfallprüfung des Vorgehens erfolgen.	
Konsensstärke: 100 % (starker Konsens)	

Empfehlung 5.13	Neu (2026)
Besonders bei jüngeren Kindern sollten Interventionen unter engem Einbezug der Sorgeberechtigten bzw. Bezugspersonen durchgeführt werden, falls nichts dagegen spricht.* * Erläuterung zur Empfehlung: Falls die Bezugsperson selbst ursächlich mit dem schwerwiegenden Ereignis assoziiert ist (bspw. Gewaltausübung), soll eine Einzelfallprüfung des Vorgehens erfolgen.	
Konsensstärke: 100 % (starker Konsens)	

6. Umgang mit akuter psychosozialer Belastung bei Einsatzkräften

Christoph Nikendei, Jonathan Nowak, Peter Schüßler, Dagmar Arndt, Marion Koll-Krüsmann, Marius Wonschik sowie dem Erfahrungsexperten *Markus Obel*

Unter Mitarbeit von Franziska Weiß und Henrieke Depenau

Einleitung

Einsatzkräfte (z. B. Rettungsdienst, Feuerwehr, Polizei, Bundeswehr sowie Fachkräfte für die psychosoziale Notfallversorgung) sind im Rahmen ihrer Tätigkeit wiederholt mit schwerwiegenden oder potentiell lebensbedrohlichen Ereignissen konfrontiert. In diesem Kontext können akute psychophysiologische Stressreaktionen auftreten, die als adaptive Reaktionen zu verstehen sind und in der Regel keinen Krankheitswert besitzen. Bei einem Teil der Betroffenen persistieren Symptome oder es entwickeln sich im Verlauf stressassoziierte oder unspezifische psychische Störungen.

Für Organisationen ergibt sich daraus die Notwendigkeit eines strukturierten und risikoarmen Vorgehens vor und nach Einsätzen, das operative Lernprozesse (z. B. zur Qualitätssicherung) klar von psychosozialen Unterstützungsangeboten trennt und Verfahren ohne nachgewiesenen Nutzen bzw. mit potenziellen Risiken vermeidet. In diesem Kontext sind auch die geltenden (sozial)rechtlichen Rahmenbedingungen zu berücksichtigen.

Die im Folgenden vorgenommene Einordnung von präventiven Maßnahmen orientiert sich am Präventionskonzept nach Gordon (125). Hierbei wird zwischen universaler Prävention (Allgemeinbevölkerung), selektiver Prävention (Risikogruppen) und indizierter Prävention (hohes Risiko / frühe Symptomatik) unterschieden. Mögliche Präventionsmaßnahmen bei Einsatzkräften lassen sich den zwei zuletzt genannten Ebenen der Prävention zuordnen.

Folglich wurden zu folgenden Fragestellungen die Evidenzen zusammengestellt und bewertet (vgl. auch PICO-Tabellen im *Anhang B3*):

1. Klinische Frage:
   Welche **vorbereitenden Maßnahmen** sind bei Einsatzkräften vor dem Eintreten schwerwiegender oder potentiell lebensbedrohlicher Ereignisse geeignet, die spätere Entwicklung anhaltender psychischer Symptomatik zu reduzieren?

1	Patient(in)/Population	Intervention (diagnostisch/therapeutisch)	Vergleichsintervention	Outcome(s) – Nutzen und Schaden
1	Einsatzkräfte vor Exposition gegenüber einem schwerwiegenden oder potentiell lebensbedrohlichen Ereignis	Vorbereitende Schulungen und organisationsbezogene Maßnahmen (z. B. Psychoedukation zu Stressreaktionen, Coping-Strategien, Team- und Rollenstrukturen)	Übliche Vorbereitung / keine spezifische Maßnahme	Auftreten stressassoziierter oder unspezifischer psychischer Störungen Schwere psychischer Symptomatik Funktionsniveau Inanspruchnahme von Unterstützung

2. Klinische Frage:
   Welche **frühen Maßnahmen nach psychisch belastenden Einsätzen** sind bei Einsatzkräften geeignet, die Entwicklung anhaltender psychischer Symptomatik zu reduzieren?

2	Patient(in)/Population	Intervention (diagnostisch/therapeutisch)	Vergleichsintervention	Outcome(s) – Nutzen und Schaden
2	Einsatzkräfte nach belastenden Einsätzen mit akuter Stressreaktion oder frühen psychischen Symptomen	frühe psychosoziale Unterstützung (z. B. PFA, Peer-Support) Operative Einsatznachbesprechung (AAR) ohne Emotionsaktivierung gestuftes Vorgehen (Monitoring und Weitervermittlung)	übliche Versorgung / informeller Support Formen des Psychologisch fokussierten Debriefings	Symptomschwere / Inzidenz psychischer Störungen Funktions- und Dienstfähigkeit Inanspruchnahme von Unterstützung unerwünschte Effekte

6.1. Selektive Prävention / vorbereitende Maßnahmen

Klinische Fragestellung

Welche vorbereitenden Maßnahmen sind bei Einsatzkräften vor dem Eintreten schwerwiegender oder potentiell lebensbedrohlicher Ereignisse geeignet, die spätere Entwicklung anhaltender psychischer Symptomatik zu reduzieren?

Aktuelle Evidenz

Die Evidenz zu selektiven präventiven Maßnahmen bei Einsatzkräften ist heterogen und überwiegend durch Beobachtungsstudien geprägt. In systematischen Reviews und Beobachtungsstudien werden zahlreiche individuelle (z. B. Coping, Selbstwirksamkeit), soziale (z. B. Unterstützung) und organisationale Faktoren beschrieben, die mit geringerer späterer Symptomlast assoziiert sind (126–128).

Eine prospektive Einzelstudie zeigt, dass Trainingserfahrungen und ein höher wahrgenommenes Kompetenzniveau mit geringerer arbeitsbedingter Belastung in Folge des Hörens von Berichten mit traumatischen Inhalten später einhergehen (129). Allerdings handelt es sich um ein nicht-randomisiertes Design, sodass kausale Effekte nicht sicher abgeleitet werden können. Weitere Arbeiten benennen veränderbare organisationale und soziale Bedingungen, etwa soziale Einbettung, Führung, Teamklima und Arbeitsbelastung, als potenziell relevante Ansatzpunkte (126,127,130).

Insgesamt zeigen systematische Übersichten, z. B. (131,132), dass für spezifische selektive Interventionen keine konsistente Evidenz zur Verhinderung späterer psychischer Störungen vorliegt.

Wichtige Hinweise auf potentielle präventive Effekte ergeben sich aus einer dreiarmigen randomisiert-kontrollierten Studie bei studentischen Notfallsanitäter:innen (Paramedics) aus allen drei Lehrjahren des Ausbildungsprogramms (133). Im Vergleich zu dem üblichen Ausbildungsprogramm (training as usual) oder einem Online-Angebot zur psychoedukativen Vermittlung von Informationen zu möglichen Einsatzfolgen (z. B. hinsichtlich Stress, Schlaf, Ärger und PTBS) war die Wahrscheinlichkeit für das Auftreten einer PTBS und/oder einer schweren depressiven Störung zwölf Monate nach einem onlineangebotenen kognitiven Resilienztraining geringer.

Einordnung und Bewertung

Die Datenlage erlaubt keine belastbare Aussage zur Wirksamkeit spezifischer selektiver präventiver Maßnahmen im Sinne einer Prävention späterer stressassoziierter Störungen. Zwar bestehen plausible Zusammenhänge zwischen vorbereitenden Maßnahmen und günstigen individuellen bzw. organisationalen Faktoren, diese sind jedoch nicht ausreichend, um eine kausale präventive Wirkung zu belegen.

Auf Grundlage der derzeitigen Evidenz kann daher eine generelle Empfehlung für spezifische selektive Präventionsmaßnahmen zur Verhinderung einer späteren stressassoziierten psychischen Symptomatik bei Einsatzkräften nicht ausgesprochen werden. Es gibt allerdings erste

Evidenz dafür, dass die Durchführung einer selektiven Präventionsmaßnahme (insbesondere eines kognitiven Resilienztrainings) in einer frühen Phase der Berufslaufbahn sinnvoll sein kann.

Empfehlung 6.1	**Neu (2026)**
Vorbereitende Schulungen und organisationsbezogene Maßnahmen können im Rahmen der Einsatzvorbereitung erwogen werden.	
Konsensstärke: 100 % (starker Konsens)	
Literatur	(126–133)

6.2. Indizierte Prävention / Maßnahmen nach dem Einsatz

Klinische Fragestellung
Welche frühen Maßnahmen nach psychisch belastenden Einsätzen sind bei Einsatzkräften geeignet, die Entwicklung anhaltender psychischer Symptomatik zu reduzieren?

Begriffsrahmen
Maßnahmen nach einem Einsatz sollten im Weiteren differenziert betrachtet und bewertet werden.

Frühe psychosoziale Unterstützung
Niedrigschwellige, freiwillige, nicht-therapeutische Unterstützung von geschulten Einsatzkräften (sog. Peers) fokussieren auf die Orientierung, Stabilisierung und Aktivierung von Unterstützungssystemen (z. B. Psychological First Aid [PFA], Peer-Support).

Psychologisch fokussiertes Debriefing
Die Maßnahmen bestehen meist aus mehreren, strukturierten Intervention (in Einzel- und Gruppe) mit detaillierter Nacherzählung und emotionaler Aktivierung mit dem Ziel, spätere psychische Störungen zu verhindern (z. B. Critical Incident Stress Debriefing; CISD).
Abzugrenzen vom Psychologisch fokussierten Debriefing sind lern- und kompetenzorientierte Angebote der Einsatznachbesprechung. Diese werden in Teilen ebenfalls mit dem Begriff des Debriefings verknüpft (u.a. z. B. Reflective Debriefing; Colmann et al., 2024) oder als After-Action-Review bezeichnet (134). Um eine klare begriffliche Trennung zwischen Psychologisch fokussierten Debriefings und den beschriebenen lern- und kompetenzorientierten Angeboten herzustellen, werden letztere nachfolgend als operative Einsatznachbesprechungen bezeichnet.

Operative Einsatznachbesprechung (After Action Review, AAR)
Die Maßnahmen fokussieren auf Einsatzabläufe, Sicherheit, Kommunikation und Teamprozesse und finden ihren Einsatz insbesondere in Trainings- und Arbeitsumgebungen im Militär, Medizin, Rettungsdienst, Luftfahrt. Ziel dieser Angebote ist es, Leistungen und Erfahrungen strukturiert in einer sicheren Atmosphäre zu reflektieren und erfahrungsbasiertes Lernen mit Blick auf den Einsatzablauf zu fördern (134). Sie haben keine psychosozial unterstützende Zielsetzung und streben keine Förderung der emotionalen Auseinandersetzung mit den psychosozialen Belastungen des Einsatzes an.

Aktuelle Evidenz

Operative Einsatznachbesprechung (AAR)
Meta-analytische Befunde zeigen konsistente Verbesserungen von Team- und Leistungsparametern um etwa 25 % (d = .67) (135). Die Effektstärken waren ähnlich für Teams und Einzelpersonen, für simulierte und reale Settings, für medizinische und nicht-medizinische

Stichproben und verschiedene Studiendesigns. Verschiedene organisationsbezogen Maße werden als Erfolgsmaße genutzt (z. B. Qualität der Arbeit, Sicherheit), klinische Effekte werden in diesen Studien hingegen nicht systematisch untersucht. Bei klarer Abgrenzung zu psychosozialen Interventionen besteht kein Hinweis auf unerwünschte psychische Effekte.
In einer Metaanalyse von Keiser und Arthur (136) zur Wirksamkeit von After-Action-Reviews (AAR) wurden 61 Studien (915 Teams, 3.499 Einzelpersonen) ausgewertet. Insgesamt zeigte sich auch hier eine deutliche Verbesserung trainingsbezogener Outcomes mit einer mittleren Effektstärke von d = 0,79. Sowohl militärische als auch nicht-militärische Stichproben (z. B. Gesundheitswesen, Ausbildung und Organisationen) profitierten in ähnlichem Ausmaß von AARs.

Frühe psychosoziale Unterstützung
Systematische Reviews zu PFA, z. B. (137), zeigen eine heterogene und insgesamt niedrige Evidenz auf. Es bestehen Hinweise auf Verbesserungen in Selbstwirksamkeit und Lebensqualität, z. B. (138), jedoch keine konsistenten Effekte auf klinische Endpunkte wie Symptomreduktion oder Prävention psychischer Störungen.
Für Peer-Support-Ansätze zeigt ein cluster-randomisiertes Studiendesign keine Verschlechterung der psychischen Gesundheit, jedoch Hinweise auf verbesserte organisationale Maße (139).
Angebote der zeitnahen (kollegialen) psychosozialen Unterstützung (kollegiale Erstbetreuung, betriebliche psychologische Ersthilfe, Peer Support) wurden in Deutschland in Behörden und Organisationen mit Sicherheitsaufgaben vielfach etabliert und verankert.
Evidenz auf der Grundlage methodisch hochwertiger Studien hinsichtlich der Vermeidung von Traumafolgestörungen liegt nicht vor (140). Es liegen auch keine Hinweise auf unerwünschte Effekte vor. Vor diesem Hintergrund kann eine frühe psychosoziale Unterstützung erwogen werden, sofern sie freiwillig, niedrigschwellig und ohne erzwungene emotionale Auseinandersetzung mit den einsatzbezogenen Belastungen erfolgt (siehe Empfehlung 6.2c).

Gestuftes Vorgehen (Monitoring und Weitervermittlung)
Ein gestuftes Vorgehen mit Beobachtung und bedarfsgerechter Weitervermittlung wird in internationalen Leitlinien, z. B. (141,142), empfohlen, bei Einsatzkräften jedoch nur durch begrenzte Evidenz gestützt. Eine randomisierte Studie im militärischen Versorgungssystem zeigte, dass ein strukturiertes, gestuftes Versorgungsmodell mit systematischem Monitoring und Intensivierung der Behandlung zu besseren klinischen Erfolgsmaßen führte (143).

Psychologisch fokussiertes Debriefing
Mehrere randomisierte kontrollierte Studien (144–147) sowie systematische Reviews und Meta-Analysen (z. B. 113,148) zeigen keinen präventiven Nutzen hinsichtlich späterer posttraumatischer Symptomatik. Teilweise wurden ungünstigere Verläufe im Follow-up berichtet. Internationale Leitlinien (141,142) empfehlen übereinstimmend, Psychologisch fokussiertes Debriefing nicht anzuwenden. Auch in einer Meta-Analyse zur Behandlung von

Belastungssymptomen im Anschluss an traumatische Ereignisse bei Einsatzkräften konnte kein spezifischer Wirksamkeitsnachweis abgeleitet werden (149).

Einordnung und Bewertung

Die Evidenzlage spricht für eine klare konzeptionelle Trennung zwischen operativen, psychosozialen und psychologisch fokussierten Interventionen.

Debriefing zeigt kein günstiges Nutzen-Schaden-Profil. Frühe psychosoziale Unterstützung erscheint plausibel und sicher, jedoch mit unzureichender Evidenz für klinische Endpunkte.

Operative Einsatznachbesprechungen sind als Qualitätsinstrument sinnvoll, jedoch nicht als psychosoziale Intervention zu verstehen.

Ein gestuftes Vorgehen mit Beobachtung und bedarfsgerechter Weitervermittlung stellt einen plausiblen Versorgungsansatz dar, der in internationalen Leitlinien empfohlen wird, dessen Evidenzbasis bei Einsatzkräften jedoch begrenzt ist.

Empfehlung 6.2	**Neu (2026)**
6.2a Psychologisch fokussiertes Debriefing (z. B. Critical Incident Stress Debriefing, CISD) soll nicht angeboten und nicht durchgeführt werden. **6.2b** Operative Einsatznachbesprechungen (After-Action-Review, AAR), mit Fokus auf Einsatzabläufe, Sicherheit und Teamprozesse und ohne Anspruch einer Förderung der emotionalen Auseinandersetzung mit den einsatzbezogenen Belastungen, können erwogen werden. **6.2c** Frühe psychosoziale Unterstützung kann erwogen werden, sofern sie freiwillig, niedrigschwellig und ohne Anspruch einer Förderung der emotionalen Auseinandersetzung mit den einsatzbezogenen Belastungen erfolgt. **6.2d** Ein gestuftes Vorgehen mit Monitoring und bedarfsgerechter Weitervermittlung in evidenzbasierte Behandlung von Traumafolgestörungen (s. Empfehlung 4.4a in dieser Leitlinie und Leitlinie PTBS) kann Betroffenen angeboten werden.	
Konsensstärke: 100 % (starker Konsens)	
Literatur	(113,135,137–139,141–149)

Rechtliche Rahmenbedingungen

Die Fürsorgepflicht (§§ 618, 619 BGB, § 78 BBG bzw. § 45 BeamtStG, §§ 3,5,6 ArbSchG) gilt für alle Institutionen (Dienstberechtigte), in deren Auftrag Menschen (Dienstverpflichtete) tätig werden. Die Dienstberechtigten müssen sowohl präventive Maßnahmen zur Vermeidung von Gesundheitsschäden als auch beim Eintritt eines Gesundheitsschadens alle geeigneten Maßnahmen ergreifen, die die Gesundheit schnellstmöglich wieder herstellen. Dabei reicht der alleinige Hinweis auf Angebote und Zuständigkeiten nicht aus. Die Dienstberechtigten haben vielmehr dafür zu sorgen, dass auf der Grundlage einer seit 2013 verpflichtenden „Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastungen“ Belastungen reduziert und Angebote der selektiven und indizierte Prävention zur Verfügung stehen bzw. in Anspruch genommen werden können.

Alle haupt- und ehrenamtlichen Einsatzkräfte haben als Dienstverpflichtete einen Anspruch auf Versicherungsleistungen. Dies ist unabhängig davon der Fall, für welchen Dienstberechtigten sie tätig sind. Unterschiede ergeben sich daraus, welcher Versicherungsträger leistungspflichtig ist. Bei Feuerwehrangehörigen sind für ehrenamtliche Kräfte und Angestellte beispielsweise die Unfallkassen bzw. Feuerwehrunfallkassen zuständig. Bei Einsatzkräften mit Beamtenstatus (z.B. Berufsfeuerwehr, Bundeswehr, Polizei) ist zumeist die (freie) Heilfürsorge einschlägig. Angehörige der Hilfsorganisationen Arbeiter-Samariter-Bund Deutschland e. V. (ASB), Deutsche Lebens-Rettungs-Gesellschaft e. V. (DLRG), Johanniter-Unfall-Hilfe e. V. (JUH) und Malteser Hilfsdienst e. V. (MHD) sind über die Unfallkassen der Länder abgesichert. Die Versicherung der Angehörigen des Deutschen Roten Kreuzes e. V. (DRK) und des Technischen Hilfswerks (THW) erfolgt über die Unfallkasse des Bundes.

Die vorstehenden Ausführungen dienen primär der exemplarischen Darstellung unterschiedlicher Zuständigkeiten und stellen keine abschließende Aufzählung aller Organisationen und jeweils zuständigen Versicherungsträger dar. Maßgeblich sind die rechtlichen und organisatorischen Gegebenheiten des jeweiligen Dienstverhältnisses. Dienstverpflichteten wird daher empfohlen, sich bei ihrem Dienstberechtigten über den zuständigen Versicherungsträger vorsorglich zu erkundigen.

Versicherungsschutz bei den Unfallkassen haben auch diejenigen Helfer, die keine Einsatzkräfte sind. So heißt es im § 43 Abs. 2 des Brand- und Katastrophenschutzgesetzes Rheinland-Pfalz beispielsweise: „Personen, die zur Hilfeleistung verpflichtet werden oder mit Zustimmung der operativ-taktischen Einsatzleiterin oder des operativ-taktischen Einsatzleiters freiwillig bei der Gefahrenbekämpfung oder der unmittelbar anschließenden Beseitigung erheblicher Schäden Hilfe leisten, haben für die Dauer ihrer Hilfeleistung die Rechtsstellung von Helfenden der Hilfsorganisationen“. Damit sind auch die „Spontanhelfer“ abgesichert. Diese Regelung findet sich in allen einschlägigen Gesetzen der jeweiligen Bundesländer.

Ebenso sind Personen über die Unfallkassen versichert, die einen Angegriffenen persönlich schützen, beispielsweise indem sie sich schützend vor eine Person stellen, die körperlich angegriffen wird, und deswegen selbst körperlich angegriffen werden.

Hinweise für Arbeitgeber:innen zur strukturellen Einbindung von Angeboten der frühen psychosozialen Unterstützung in den organisationalen Kontext und zum organisationalen Vorgehen können u.a. den durch die Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e.V. (DGUV) fortlaufend aktualisierten und publizierten Informationen entnommen werden (u.a. Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung, 2025).

Hilfsangebote, auf die Dienstverpflichtete hingewiesen bzw. vermittelt werden können, sind beispielsweise Gewaltopfer- und Traumaambulanzen, spezifische Beratungsstellen, Opferbeauftrage des Bundes und der Länder, im Rahmen von Großschadenslagen eingerichtete Koordinierungsstellen und Selbsthilfegruppen.

Empfehlung 6.3	**Neu (2026)**
Einsatzkräfte müssen vom Dienstberechtigten (z.B. Kommune, Hilfsorganisation, Körperschaft, Anstalt oder Stiftung des öffentlichen Rechts) im Rahmen ihrer Fürsorgepflicht auf Hilfs- und Unterstützungsangebote und den Versicherungsschutz (z. B. Unfallversicherung, freie Heilfürsorge) sowie auf die Meldepflicht beim Dienstberechtigten hingewiesen werden.* Die Dienstberechtigten haben dafür zu sorgen, dass Einsatzkräfte zu den Unterstützungsangeboten und zu den Versicherungsleistungen Zugang erhalten. * Erläuterung zur Empfehlung: Anspruch auf Leistungen der jeweils zuständigen Träger der gesetzlichen Unfallversicherung haben hauptamtliche und ehrenamtliche Einsatzkräfte. Dazu zählen auch zur Gefahrenabwehr und -beseitigung herangezogene Personen sowie „Spontanhelfer“, die Anderen Schutz gegeben haben und zu Schaden gekommen sind.	
Konsensstärke: 100 % (starker Konsens)	

7. Wichtige Forschungsfragen

Bei der Literaturzusammenstellung und anschließenden Diskussion sind Forschungslücken deutlich geworden, die im Folgenden benannt werden:

- Generell gibt es nur wenige hochwertige Interventionsstudien unmittelbar nach einem schwerwiegenden Ereignis; dies gilt für alle drei Gruppen von Betroffenen.
- Screening-Instrumente sollten der aktuellen Klassifikation psychischer Störungen angepasst werden und in einem zweistufigen Ansatz („Screen-and-treat“) evaluiert werden.
- Angesichts der hohen Anzahl von Betroffenen nach Großschadensereignissen und terroristischen Anschlägen sollte neben der psychosozialen Unterstützung zusätzlich Technik-basierte Interventionen erprobt und evaluiert werden.
- Besonders im Bereich der Interventionen für Kinder und Jugendliche liegen nur sehr wenige qualitativ hochwertige RCTs vor (besonders außerhalb von Unfalltraumata), sodass hier dringend weitere Evidenz durch randomisiert-kontrollierter Studien nach diversen schwerwiegenden Ereignissen generiert werden sollte.
- Der Einbezug von sorgeberechtigten Bezugspersonen ergibt sich je nach Alter aus rechtlichen und entwicklungspsychologischen Gründen, jedoch fehlt auch hier Forschung im Sinne der Wirksamkeit von potenziellen Interventionen im direkten Vergleich mit unterschiedlich starkem Einbezug von Bezugspersonen.
- In randomisiert kontrollierten Studien sollte die operative Einsatznachbesprechungen (After Action Review) hinsichtlich der Reduktion posttraumatischer und depressiver Symptome untersucht werden.
- In randomisiert kontrollierten Studien sollte das Internet-gestützte kognitive Resilienztraining bei Auszubildenden unterschiedlicher Berufsgruppen evaluiert werden.

8. Verwendete Abkürzungen

Abkürzung	Bedeutung
AAR	After-Action-Review
ANCOVA	Analysis of Covariance
ASB	Arbeiter-Samariter-Bund Deutschland e. V.
ASC-Kids	Acute Stress Checklist for Children
ASD	Acute Stress Disorder / Akute Belastungsstörung
AUC	Area under curve
BPTSD-6	6-item brief PTSD DSM-IV questionnaire
CAB	Checkliste zur Akuten Stresssymptomatik
CAPS-A	Clinician-Administered PTSD Scale for Children and Adolescents
CARE-Intervention	Coping with Accident Reactions Intervention
CATS	Child and Adolescent Trauma Survey symptom scale
CBCL	Child Behavior Checklist
CFTSI	Child and Family Traumatic Stress Intervention
CISD	Critical Incident Stress Debriefing
COPE-Intervention	„Creating Opportunities for Personal Empowerment“-Intervention
CSDC	Child Stress Disorder Checklist
DGUV	Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e. V.
DICA-ASD	Diagnostic Interview for Children and Adolescents – Acute Stress Disorder Module
DLRG	Deutsche Lebens-Rettungs-Gesellschaft e. V.
DRK	Deutsches Rotes Kreus e. V.
DRPST	Disaster-Related Psychological Screening Test
DSM bzw. DSM-IV bzw. DSM-5-TR	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4. Auflage bzw. 5. Auflage Textrevision)
EMDR	Eye Movement Desensitization and Reprocessing
EPICAP	Early Psychological Intervention For Children And Parents
FU	Follow-Up

Abkürzung	Bedeutung
ICD-10 bzw. ICD-11	International Classification of Diseases, 10. bzw. 11. Revision
ISRC	Immediate Stress Response Checklist
IBS(-A)-KJ	Interview zu Belastungsstörungen bei Kindern und Jugendlichen (- Diagnostik der akuten Belastungsstörung)
ITT-Analyse	Intention-to-Treat-Analyse
JUH	Johanniter-Unfall-Hilfe e. V.
KKG	Gesetz zur Kooperation und Information im Kinderschutz
KPTBS	Komplexe Posttraumatische Belastungsstörung
KVT	Kognitive Verhaltenstherapie
MHD	Malteser Hilfsdienst e. V.
n (N)	Angabe der (Gesamt-)Stichprobengröße
NSESSS 11-17	National Stressful Events Severity Scale for Children and Adolescents – Acute Stress Symptoms
PAS	Posttraumatic Adjustment Scale
PC-PTSD	Primary Care PTSD-Screen
PDI	Peritraumatic Distress Inventory
PDS(-8)	Posttraumatisch Distress Scale (8-Item-Version)
PFA	Psychological First Aid
PICO(-Schema)	Population-Intervention-Comparison-Outcome (Schema zur übersichtlichen Aufbereitung von Evidenz zu einer spezifischen Fragestellung)
PTBS	Posttraumatische Belastungsstörung
RCT	Randomized Controlled Trial / randomisiert-kontrollierte Studie
RISK	Screening zur Risikoeinschätzung der Entwicklung einer PTBS
SEN	Sensitivität
SEN-gewichtet	Sensitivitäts-gewichtet
SGB	Sozialgesetzbuch
SPAN	Selbstberichtsscreening der Davidson Trauma Scale
SPEZ	Spezifität

Abkürzung	Bedeutung
STEPP	Screening Tool for Early Predictors of PTSD
TAU	Treatment-As-Usual
TFKVT	Traumafokussierte kognitive Verhaltenstherapie
THW	Technisches Hilfswerk
TSQ	Trauma-Screening Questionnaire
WHO	World Health Organization

9. Literaturverzeichnis

1. Brewin CR, Andrews B, Valentine JD. Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. Journal of Consulting and Clinical Psychology. 2000 Oct;68(5):748–66. doi:10.1037/0022-006X.68.5.748

2. Ozer EJ, Best SR, Lipsey TL, Weiss DS. Predictors of posttraumatic stress disorder and symptoms in adults: A meta-analysis. Psychological Bulletin. 2003;129(1):52–73. doi:10.1037/0033-2909.129.1.52

3. BfArM - ICD-11 in Deutsch - Entwurfsfassung [Internet]. [cited 2025 Sep 2]. Available from: https://www.bfarm.de/DE/Kodiersysteme/Klassifikationen/ICD/ICD-11/uebersetzung/_node.html

4. Falkai P, Wittchen HU, Döpfner M, Gaebel W, Maier W, Rief W, et al., editors. Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen - Textrevision - DSM-5-TR®. 1. Auflage. Göttingen: Hogrefe; 2025. 1525 p.

5. Sumner JA, Rünger D, Robles TF, Lowe SR, Elashoff D, Shetty V. Understanding trajectories of underlying dimensions of posttraumatic psychopathology. Journal of Affective Disorders. 2021 Apr;284:75–84. doi:10.1016/j.jad.2021.01.086

6. Witt A, Sachser C, Fegert JM. Scoping review on trauma and recovery in youth after natural disasters: what Europe can learn from natural disasters around the world. Eur Child Adolesc Psychiatry. 2024 Mar;33(3):651–65. doi:10.1007/s00787-022-01983-y

7. Galatzer-Levy IR, Huang SH, Bonanno GA. Trajectories of resilience and dysfunction following potential trauma: A review and statistical evaluation. Clinical Psychology Review. 2018 Jul;63:41–55. doi:10.1016/j.cpr.2018.05.008

8. Santiago PN, Ursano RJ, Gray CL, Pynoos RS, Spiegel D, Lewis-Fernandez R, et al. A Systematic Review of PTSD Prevalence and Trajectories in DSM-5 Defined Trauma Exposed Populations: Intentional and Non-Intentional Traumatic Events. Coyne J, editor. PLoS ONE. 2013 Apr 11;8(4):e59236. doi:10.1371/journal.pone.0059236

9. Visser I, Van Der Mheen M, Dorsman H, Knipschild R, Staaks J, Hein I, et al. Post-traumatic stress disorder rates in trauma-exposed children and adolescents: updated three-level meta-analysis. Br J Psychiatry. 2025 May 13;1–9. doi:10.1192/bjp.2025.30

10. Lewis SJ, Arseneault L, Caspi A, Fisher HL, Matthews T, Moffitt TE, et al. The epidemiology of trauma and post-traumatic stress disorder in a representative cohort of young people in England and Wales. The Lancet Psychiatry. 2019 Mar;6(3):247–56. doi:10.1016/S2215-0366(19)30031-8

11. Alisic E, Zalta AK, Van Wesel F, Larsen SE, Hafstad GS, Hassanpour K, et al. Rates of post-traumatic stress disorder in trauma-exposed children and adolescents: meta-analysis. Br J Psychiatry. 2014 May;204(5):335–40. doi:10.1192/bjp.bp.113.131227

12. Jann P, Netzer J, Hecker T. Traumatic loss: a systematic review of potential risk factors differentiating between posttraumatic stress disorder and prolonged grief disorder. European Journal of Psychotraumatology. 2024 Dec 31;15(1):2371762. doi:10.1080/20008066.2024.2371762

13. Allen L, Jones C, Fox A, Copello A, Jones N, Meiser-Stedman R. The correlation between social support and post-traumatic stress disorder in children and adolescents: A meta-analysis. Journal of Affective Disorders. 2021 Nov;294:543–57. doi:10.1016/j.jad.2021.07.028

14. Trickey D, Siddaway AP, Meiser-Stedman R, Serpell L, Field AP. A meta-analysis of risk factors for post-traumatic stress disorder in children and adolescents. Clinical Psychology Review. 2012 Mar;32(2):122–38. doi:10.1016/j.cpr.2011.12.001

15. Machinga-Asaolu RO. Post-Traumatic Growth Promoting and Inhibiting Factors Among Intimate Partner Violence Survivors: A Systematic Review. Trauma, Violence, & Abuse. 2024 Oct 26;15248380241291075. doi:10.1177/15248380241291075

16. Muldoon OT, Nightingale A, Lowe R, Griffin SM, McMahon G, Bradshaw D, et al. Sexual violence and traumatic identity change: Evidence of collective post-traumatic growth. Euro J Social Psych. 2023 Dec;53(7):1372–82. doi:10.1002/ejsp.2979

17. Neuner F. Physical and social trauma: Towards an integrative transdiagnostic perspective on psychological trauma that involves threats to status and belonging. Clinical Psychology Review. 2023 Feb;99:102219. doi:10.1016/j.cpr.2022.102219

18. Haslam N, Tse JSY, De Deyne S. Concept Creep and Psychiatrization. Front Sociol. 2021 Dec 16;6:806147. doi:10.3389/fsoc.2021.806147

19. Jones CW, An X, Ji Y, Liu M, Zeng D, House SL, et al. Derivation and Validation of a Brief Emergency Department-Based Prediction Tool for Posttraumatic Stress After Motor Vehicle Collision. Annals of Emergency Medicine. 2023 Mar;81(3):249–61. doi:10.1016/j.annemergmed.2022.08.011

20. Manser SS, Houck K, Kramer MD, Tabas IA, Brown CVR, Coopwood B. Do screening and a randomized brief intervention at a Level 1 trauma center impact acute stress reactions to prevent later development of posttraumatic stress disorder? J Trauma Acute Care Surg. 2018 Sep;85(3):466–75. doi:10.1097/TA.0000000000001977

21. Bunnell BE, Davidson TM, Ruggiero KJ. The Peritraumatic Distress Inventory: Factor structure and predictive validity in traumatically injured patients admitted through a Level I trauma center. Journal of Anxiety Disorders. 2018 Apr;55:8–13. doi:10.1016/j.janxdis.2018.03.002

22. Schultebraucks K, Stevens JS, Michopoulos V, Maples-Keller J, Lyu J, Smith RN, et al. Development and validation of a brief screener for posttraumatic stress disorder risk in emergency medical settings. General Hospital Psychiatry. 2023 Mar;81:46–50. doi:10.1016/j.genhosppsych.2023.01.012

23. Brewin CR, Rose S, Andrews B, Green J, Tata P, McEvedy C, et al. Brief screening instrument for post-traumatic stress disorder. Br J Psychiatry. 2002 Aug;181(2):158–62. doi:10.1192/bjp.181.2.158

24. Brewin CR, Fuchkan N, Huntley Z, Scragg P. Diagnostic accuracy of the trauma screening questionnaire after the 2005 London bombings. Journal of Traumatic Stress. 2010 Jun;23(3):393–8. doi:10.1002/jts.20529

25. Kröger C, Kliem S. Screening for Posttraumatic Stress Disorder: Comparison of the Diagnostic Efficiency of Two Self-Rating Measures. European Journal of Psychological Assessment. 2014 Jan 1;30(2):93–9. doi:10.1027/1015-5759/a000174

26. Ehring T, Kleim B, Clark DM, Foa EB, Ehlers A. Screening for Posttraumatic Stress Disorder: What Combination of Symptoms Predicts Best? Journal of Nervous & Mental Disease. 2007 Dec;195(12):1004–12. doi:10.1097/NMD.0b013e31815c1999

27. O'Donnell ML, Creamer MC, Parslow R, Elliott P, Holmes ACN, Ellen S, et al. A predictive screening index for posttraumatic stress disorder and depression following traumatic injury. Journal of Consulting and Clinical Psychology. 2008;76(6):923–32. doi:10.1037/a0012918

28. Stieglitz RD, Nyberg E, Albert M, Frommberger U, Berger M. Entwicklung eines Screeninginstrumentes zur Identifizierung von Risikopatienten für die Entwicklung einer Posttraumatischen Belastungsstörung (PTB) nach einem Verkehrsunfall. Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie. 2002 Jan;31(1):22–30. doi:10.1026/0084-5345.31.1.22

29. Winkel FW, Wohlfarth T, Blaauw E. Police Referral to Victim Support: The Predictive and Diagnostic Value of the RISK (10) Screening Instrument. Crisis. 2004 May;25(3):118–27. doi:10.1027/0227-5910.25.3.118

30. Hajian-Tilaki K. Sample size estimation in diagnostic test studies of biomedical informatics. Journal of Biomedical Informatics. 2014 Apr;48:193–204. doi:10.1016/j.jbi.2014.02.013

31. Tan L, Deady M, Mead O, Foright RM, Brenneman EM, Bryant RA, et al. Yoga resilience training to prevent the development of posttraumatic stress disorder in active-duty first responders: A cluster randomized controlled trial. Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy. 2025 Jul;17(5):1108–16. doi:10.1037/tra0001667

32. Tan L, Strudwick J, Deady M, Bryant R, Harvey SB. Mind-body exercise interventions for prevention of post-traumatic stress disorder in trauma-exposed populations: a systematic review and meta-analysis. BMJ Open. 2023 Jul;13(7):e064758. doi:10.1136/bmjopen-2022-064758

33. Slade P, West H, Thomson G, Lane S, Spiby H, Edwards R, et al. STRAWB2 (Stress and Wellbeing After Childbirth): a randomised controlled trial of targeted self-help

materials to prevent post-traumatic stress disorder following childbirth. BJOG. 2020 Jun;127(7):886–96. doi:10.1111/1471-0528.16163

34. Bugg A, Turpin G, Mason S, Scholes C. A randomised controlled trial of the effectiveness of writing as a self-help intervention for traumatic injury patients at risk of developing post-traumatic stress disorder. Behaviour Research and Therapy. 2009 Jan;47(1):6–12. doi:10.1016/j.brat.2008.10.006

35. Latif M, Husain MI, Gul M, Naz S, Irfan M, Aslam M, et al. Culturally adapted trauma-focused CBT-based guided self-help (CatCBT GSH) for female victims of domestic violence in Pakistan: feasibility randomized controlled trial. Behav Cogn Psychother. 2021 Jan;49(1):50–61. doi:10.1017/S1352465820000685

36. De Brier N, Borra V, Dockx K, Scheers H, Stroobants S, De Buck E, et al. Best Available Evidence on Communicative First Aid Interventions by Laypeople for Preventing and Relieving Posttraumatic Stress Disorder–Related Symptomatology Following Traumatic Events. Journal of Traumatic Stress. 2021 Jun;34(3):538–50. doi:10.1002/jts.22625

37. Heidari M, Aryankhesal A, Khorasani-Zavareh D. Laypeople roles at road traffic crash scenes: a systematic review. International Journal of Injury Control and Safety Promotion. 2019 Jan 2;26(1):82–91. doi:10.1080/17457300.2018.1481869

38. Ironson G, Hylton E, Gonzalez B, Small B, Freund B, Gerstein M, et al. Effectiveness of three brief treatments for recent traumatic events in a low-SES community setting. Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy. 2021 Jan;13(1):123–32. doi:10.1037/tra0000594

39. Lotzin A, Hinrichsen I, Kenntemich L, Freyberg RC, Lau W, O'Donnell M. The SOLAR group program to promote recovery after disaster and trauma—A randomized controlled feasibility trial among German trauma survivors. Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy. 2022 Jan;14(1):161–71. doi:10.1037/tra0001105

40. Kredentser MS, Blouw M, Marten N, Sareen J, Bienvenu OJ, Ryu J, et al. Preventing Posttraumatic Stress in ICU Survivors: A Single-Center Pilot Randomized Controlled Trial of ICU Diaries and Psychoeducation*. Critical Care Medicine. 2018 Dec;46(12):1914–22. doi:10.1097/CCM.0000000000003367

41. Mannell J, Ahmad L, Ahmad A. Narrative storytelling as mental health support for women experiencing gender-based violence in Afghanistan. Social Science & Medicine. 2018 Oct;214:91–8. doi:10.1016/j.socscimed.2018.08.011

42. Figueroa RA, Cortés PF, Miller C, Marín H, Gillibrand R, Hoeboer CM, et al. The effect of a single session of psychological first aid in the emergency department on PTSD and depressive symptoms three months post-intervention: results of a randomised controlled trial. European Journal of Psychotraumatology. 2024 Dec 31;15(1):2364443. doi:10.1080/20008066.2024.2364443

43. Wade DM, Mouncey PR, Richards-Belle A, Wulff J, Harrison DA, Sadique MZ, et al. Effect of a Nurse-Led Preventive Psychological Intervention on Symptoms of Posttraumatic Stress Disorder Among Critically Ill Patients: A Randomized Clinical Trial. JAMA. 2019 Feb 19;321(7):665. doi:10.1001/jama.2019.0073

44. Liu X, Wen X, Zhang Q, Xu W. Buffering traumatic reactions to COVID-19: Mindfulness moderates the relationship between the severity of the pandemic and posttraumatic stress symptoms. Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy. 2023 Mar;15(3):474–82. doi:10.1037/tra0001227

45. Mhlongo S, Seedat S, Jewkes R, Myers B, Chirwa E, Nöthling J, et al. Depression and post-traumatic stress symptoms two years post-rape and the role of early counselling: Rape Impact Cohort Evaluation (RICE) study. European Journal of Psychotraumatology. 2023 Nov 23;14(2):2237364. doi:10.1080/20008066.2023.2237364

46. Abdollahpour S, Keramat A, Mousavi SA, Khosravi A, motaghi zahra. The Effect of Debriefing and Brief Cognitive-Behavioral Therapy on Postpartum Depression in Traumatic Childbirth: A Randomized Clinical Trial. JMRH. 2018 Jan;6(1). doi:10.22038/jmrh.2017.10000

47. Bragesjö M, Arnberg FK, Andersson E. Prevention of post-traumatic stress disorder: Lessons learned from a terminated RCT of prolonged exposure. Fani N, editor. PLoS ONE. 2021 May 24;16(5):e0251898. doi:10.1371/journal.pone.0251898

48. Tarquinio C, Rotonda C, Houllé WA, Montel S, Rydberg JA, Minary L, et al. Early Psychological Preventive Intervention For Workplace Violence: A Randomized Controlled Explorative and Comparative Study Between EMDR-Recent Event and Critical Incident Stress Debriefing. Issues in Mental Health Nursing. 2016 Nov;37(11):787–99. doi:10.1080/01612840.2016.1224282

49. Bragesjö M, Larsson K, Nordlund L, Anderbro T, Andersson E, Möller A. Early Psychological Intervention After Rape: A Feasibility Study. Front Psychol. 2020 Jul 8;11:1595. doi:10.3389/fpsyg.2020.01595

50. Fauerbach JA, Gehrke AK, Mason ST, Gould NF, Milner SM, Caffrey J. Cognitive Behavioral Treatment for Acute Posttrauma Distress: A Randomized, Controlled Proof-of-Concept Study Among Hospitalized Adults With Burns. Archives of Physical Medicine and Rehabilitation. 2020 Jan;101(1):S16–25. doi:10.1016/j.apmr.2018.11.027

51. Figueroa RA, Cortés PF, Marín H, Vergés A, Gillibrand R, Repetto P. The ABCDE psychological first aid intervention decreases early PTSD symptoms but does not prevent it: results of a randomized-controlled trial. European Journal of Psychotraumatology. 2022 Jul 29;13(1):2031829. doi:10.1080/20008198.2022.2031829

52. Maples-Keller JL, Post LM, Price M, Goodnight JM, Burton MS, Yasinski CW, et al. Investigation of optimal dose of early intervention to prevent posttraumatic stress disorder: A multiarm randomized trial of one and three sessions of modified prolonged exposure. Depress Anxiety. 2020 May;37(5):429–37. doi:10.1002/da.23015

53. Von Känel R, Barth J, Princip M, Meister-Langraf RE, Schmid JP, Znoj H, et al. Early Psychological Counseling for the Prevention of Posttraumatic Stress Induced by Acute Coronary Syndrome: The MI-SPRINT Randomized Controlled Trial. Psychother Psychosom. 2018;87(2):75–84. doi:10.1159/000486099

54. Greenwald R, Camden AA. A pragmatic randomized comparison of intensive EMDR and intensive PC for victims of crime. Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy. 2024 Jan;16(1):134–42. doi:10.1037/tra0001176

55. Oren-Schwartz R, Aizik-Reebs A, Yuval K, Hadash Y, Bernstein A. Effect of mindfulness-based trauma recovery for refugees on shame and guilt in trauma recovery among African asylum-seekers. Emotion. 2023 Apr;23(3):622–32. doi:10.1037/emo0001126

56. Vignaud P, Lavallé L, Brunelin J, Prieto N. Are psychological debriefing groups after a potential traumatic event suitable to prevent the symptoms of PTSD? Psychiatry Research. 2022 May;311:114503. doi:10.1016/j.psychres.2022.114503

57. Bastos MH, Furuta M, Small R, McKenzie-McHarg K, Bick D. Debriefing interventions for the prevention of psychological trauma in women following childbirth. Cochrane Common Mental Disorders Group, editor. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2015 Apr 10;2015(4). doi:10.1002/14651858.CD007194.pub2

58. Covers MLV, De Jongh A, Huntjens RJC, De Roos C, Van Den Hout M, Bicanic IAE. Early intervention with eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) therapy to reduce the severity of post-traumatic stress symptoms in recent rape victims: a randomized controlled trial. European Journal of Psychotraumatology. 2021 Jan;12(1):1943188. doi:10.1080/20008198.2021.1943188

59. Yurtsever A, Bakalim O, Karaman Ş, Kaya S, Konuk E. The effect of the online eye movement desensitization and reprocessing early intervention protocol (EMDR R-TEP) for the risk groups with post-traumatic stress symptoms during the COVID-19 pandemic. Front Psychol. 2022 Sep 29;13:935782. doi:10.3389/fpsyg.2022.935782

60. Kuhfuß M, Maldei T, Hetmanek A, Baumann N. Somatic experiencing – effectiveness and key factors of a body-oriented trauma therapy: a scoping literature review. European Journal of Psychotraumatology. 2021 Jan;12(1):1929023. doi:10.1080/20008198.2021.1929023

61. Bolton P, Bass JK, Zangana GAS, Kamal T, Murray SM, Kaysen D, et al. A randomized controlled trial of mental health interventions for survivors of systematic violence in Kurdistan, Northern Iraq. BMC Psychiatry. 2014 Dec;14(1):360. doi:10.1186/s12888-014-0360-2

62. Durón-Figueroa R, Cárdenas-López G, Quero S. Efficacy of an Early Cognitive-Behavioral Intervention for Acute Stress Disorder in Mexican Earthquake Victims. Span J Psychol. 2020;23:e36. doi:10.1017/SJP.2020.37

63. Guay S, Sader J, Boyer R, Marchand A. Treatment of acute stress disorder for victims of violent crime. Journal of Affective Disorders. 2018 Dec;241:15–21. doi:10.1016/j.jad.2018.07.048

64. Shalev AY, Ankri Y, Gilad M, Israeli-Shalev Y, Adessky R, Qian M, et al. Long-Term Outcome of Early Interventions to Prevent Posttraumatic Stress Disorder. J Clin Psychiatry. 2016 May 25;77(05):e580–7. doi:10.4088/JCP.15m09932

65. Wu KK, Li FW, Cho VW. A Randomized Controlled Trial of the Effectiveness of Brief-CBT for Patients with Symptoms of Posttraumatic Stress Following a Motor Vehicle Crash. Behav Cogn Psychother. 2014 Jan;42(1):31–47. doi:10.1017/S1352465812000859

66. Des Groseilliers IB, Marchand A, Cordova MJ, Ruzek JI, Brunet A. Two-year follow-up of a brief dyadic cognitive-behavioral intervention designed to prevent PTSD. Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy. 2013 Sep;5(5):462–9. doi:10.1037/a0031967

67. Kliem S, Kröger C. Prevention of chronic PTSD with early cognitive behavioral therapy. A meta-analysis using mixed-effects modeling. Behaviour Research and Therapy. 2013 Nov;51(11):753–61. doi:10.1016/j.brat.2013.08.005

68. Bertolini F, Robertson L, Bisson JI, Meader N, Churchill R, Ostuzzi G, et al. Early pharmacological interventions for universal prevention of post-traumatic stress disorder (PTSD). Cochrane Common Mental Disorders Group, editor. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2022 Feb 10;2022(2). doi:10.1002/14651858.CD013443.pub2

69. Kothgassner OD, Pellegrini M, Goreis A, Giordano V, Edobor J, Fischer S, et al. Hydrocortisone administration for reducing post-traumatic stress symptoms: A systematic review and meta-analysis. Psychoneuroendocrinology. 2021 Apr;126:105168. doi:10.1016/j.psyneuen.2021.105168

70. Astill Wright L, Sijbrandij M, Sinnerton R, Lewis C, Roberts NP, Bisson JI. Pharmacological prevention and early treatment of post-traumatic stress disorder and acute stress disorder: a systematic review and meta-analysis. Transl Psychiatry. 2019 Dec 9;9(1):334. doi:10.1038/s41398-019-0673-5

71. Grau AS, Xie H, Redfern RE, Moussa M, Wang X, Shih CH. Effects of acute pain medications on posttraumatic stress symptoms in early aftermath of trauma. International Clinical Psychopharmacology. 2022 Sep;37(5):201–5. doi:10.1097/YIC.0000000000000413

72. Von Känel R, Schmid J, Meister-Langraf RE, Barth J, Znoj H, Schnyder U, et al. Pharmacotherapy in the Management of Anxiety and Pain During Acute Coronary Syndromes and the Risk of Developing Symptoms of Posttraumatic Stress Disorder. JAHA. 2021 Jan 19;10(2):e018762. doi:10.1161/JAHA.120.018762

73. Campos B, Vinder V, Passos RBF, Coutinho ESF, Vieira NCP, Leal KB, et al. To BDZ or not to BDZ? That is the question! Is there reliable scientific evidence for or against using

benzodiazepines in the aftermath of potentially traumatic events for the prevention of PTSD? A systematic review and meta-analysis. J Psychopharmacol. 2022 Apr;36(4):449–59. doi:10.1177/02698811221080464

74. Deforges C. Maternal mental health and memory (re)consolidation following a traumatic childbirth. University of Lausanne; 2021.

75. Zohar J, Fostick L, Juven-Wetzler A, Kaplan Z, Shalev H, Schreiber G, et al. Secondary Prevention of Chronic PTSD by Early and Short-Term Administration of Escitalopram: A Prospective Randomized, Placebo-Controlled, Double-Blind Trial. J Clin Psychiatry. 2018 Apr 25;79(2):48–54. doi:10.4088/JCP.16m10730

76. Florido A, Velasco ER, Monari S, Cano M, Cardoner N, Sandi C, et al. Glucocorticoid-based pharmacotherapies preventing PTSD. Neuropharmacology. 2023 Feb;224:109344. doi:10.1016/j.neuropharm.2022.109344

77. Carmi L, Zohar J, Weissman T, Juven-Wetzler A, Bierer L, Yehuda R, et al. Hydrocortisone in the emergency department: a prospective, double-blind, randomized, controlled posttraumatic stress disorder study. Hydrocortisone during golden hours. CNS Spectr. 2023 Aug;28(4):457–63. doi:10.1017/S1092852922000852

78. Van Zuiden M, Frijling JL, Nawijn L, Koch SBJ, Goslings JC, Luitse JS, et al. Intranasal Oxytocin to Prevent Posttraumatic Stress Disorder Symptoms: A Randomized Controlled Trial in Emergency Department Patients. Biological Psychiatry. 2017 Jun;81(12):1030–40. doi:10.1016/j.biopsych.2016.11.012

79. Engel S, Van Zuiden M, Frijling JL, Koch SBJ, Nawijn L, Schumacher S, et al. Patterns of Recovery From Early Posttraumatic Stress Symptoms After a Preventive Intervention With Oxytocin: Hormonal Contraception Use Is a Prognostic Factor. Biological Psychiatry. 2019 Jun;85(12):e71–3. doi:10.1016/j.biopsych.2019.01.014

80. Engel S, Van Zuiden M, Frijling JessieL, Koch SBJ, Nawijn L, Yildiz RLW, et al. Early posttraumatic autonomic and endocrine markers to predict posttraumatic stress symptoms after a preventive intervention with oxytocin. European Journal of Psychotraumatology. 2020 Dec 31;11(1):1761622. doi:10.1080/20008198.2020.1761622

81. Frijling JL. Preventing PTSD with oxytocin: effects of oxytocin administration on fear neurocircuitry and PTSD symptom development in recently trauma-exposed individuals. European Journal of Psychotraumatology. 2017 Jan 1;8(1):1302652. doi:10.1080/20008198.2017.1302652

82. Nishi D, Hashimoto K, Noguchi H, Kim Y, Matsuoka Y. Serum Oxytocin, Posttraumatic Coping and C-Reactive Protein in Motor Vehicle Accident Survivors by Gender. Neuropsychobiology. 2015;71(4):196–201. doi:10.1159/000382021

83. Mion G, Le Masson J, Granier C, Hoffmann C. A retrospective study of ketamine administration and the development of acute or post-traumatic stress disorder in 274 war-wounded soldiers. Anaesthesia. 2017 Dec;72(12):1476–83. doi:10.1111/anae.14079

84. Schönenberg M, Reichwald U, Domes G, Badke A, Hautzinger M. Ketamine aggravates symptoms of acute stress disorder in a naturalistic sample of accident victims. J Psychopharmacol. 2008 Jul;22(5):493–7. doi:10.1177/0269881107082481

85. Ford-Gilboe M, Varcoe C, Scott-Storey K, Perrin N, Wuest J, Wathen CN, et al. Longitudinal impacts of an online safety and health intervention for women experiencing intimate partner violence: randomized controlled trial. BMC Public Health. 2020 Dec;20(1):260. doi:10.1186/s12889-020-8152-8

86. Bragesjö M, Arnberg FK, Olofsdotter Lauri K, Aspvall K, Särnholm J, Andersson E. Condensed Internet-delivered prolonged exposure provided soon after trauma: a randomised trial. Psychol Med. 2023 Apr;53(5):1989–98. doi:10.1017/S0033291721003706

87. Segal A, Wald I, Pine DS, Halpern P, Bar-Haim Y. Attention control therapy for acute stress disorder: A randomized controlled trial. Depress Anxiety. 2020 Oct;37(10):1017–25. doi:10.1002/da.23040

88. Horsch A, Vial Y, Favrod C, Harari MM, Blackwell SE, Watson P, et al. Reducing intrusive traumatic memories after emergency caesarean section: A proof-of-principle randomized controlled study. Behaviour Research and Therapy. 2017 Jul;94:36–47. doi:10.1016/j.brat.2017.03.018

89. Iyadurai L, Blackwell SE, Meiser-Stedman R, Watson PC, Bonsall MB, Geddes JR, et al. Preventing intrusive memories after trauma via a brief intervention involving Tetris computer game play in the emergency department: a proof-of-concept randomized controlled trial. Mol Psychiatry. 2018 Mar;23(3):674–82. doi:10.1038/mp.2017.23

90. Jiang C, Chen W, Tao L, Wang J, Cheng K, Zhang Y, et al. Game-matching background music has an add-on effect for reducing emotionality of traumatic memories during reconsolidation intervention. Front Psychiatry. 2023 Feb 15;14:1090290. doi:10.3389/fpsyt.2023.1090290

91. Kanstrup M, Singh L, Göransson KE, Widoff J, Taylor RS, Gamble B, et al. Reducing intrusive memories after trauma via a brief cognitive task intervention in the hospital emergency department: an exploratory pilot randomised controlled trial. Transl Psychiatry. 2021 Jan 11;11(1):30. doi:10.1038/s41398-020-01124-6

92. Deforges C, Sandoz V, Noël Y, Avignon V, Desseauve D, Bourdin J, et al. Single-session visuospatial task procedure to prevent childbirth-related posttraumatic stress disorder: a multicentre double-blind randomised controlled trial. Mol Psychiatry. 2023 Sep;28(9):3842–50. doi:10.1038/s41380-023-02275-w

93. Dworkin ER, Schallert M, Lee CM, Kaysen D. Pilot randomized clinical trial of an app-based early intervention to reduce PTSD and alcohol use following sexual assault. Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy. 2024 Dec;16(Suppl 3):S668–78. doi:10.1037/tra0001460

94. Freedman SA, Eitan R, Weiniger CF. Interrupting traumatic memories in the emergency department: a randomized controlled pilot study. European Journal of Psychotraumatology. 2020 Dec 31;11(1):1750170. doi:10.1080/20008198.2020.1750170

95. Lahutina S, Frankova I, Gruen M, Vermetten E, Zohar J, Spitschan M, et al. A digital self-help tool to promote mental well-being for Ukrainians affected by war - Assessing predictors of stress. Neuroscience Applied. 2024;3:104089. doi:10.1016/j.nsa.2024.104089

96. Mouthaan J, Sijbrandij M, De Vries GJ, Reitsma JB, Van De Schoot R, Goslings JC, et al. Internet-Based Early Intervention to Prevent Posttraumatic Stress Disorder in Injury Patients: Randomized Controlled Trial. J Med Internet Res. 2013 Aug 13;15(8):e165. doi:10.2196/jmir.2460

97. Purgato M, Tedeschi F, Riello M, Zaccoletti D, Mediavilla R, Ayuso-Mateos JL, et al. Effectiveness of Self-Help Plus in its digital version in reducing anxiety and post-traumatic symptomatology among nursing home workers during the COVID-19 pandemic: secondary analysis of randomised controlled trial data. BMJ Ment Health. 2025 Mar;28(1):e301379. doi:10.1136/bmjment-2024-301379

98. Wesemann U, Kowalski JT, Jacobsen T, Beudt S, Jacobs H, Fehr J, et al. Evaluation of a Technology-Based Adaptive Learning and Prevention Program for Stress Response—A Randomized Controlled Trial. Military Medicine. 2016 Aug;181(8):863–71. doi:10.7205/MILMED-D-15-00100

99. Walker JR, Teague B, Memarzia J, Meiser-Stedman R. Acute stress disorder in children and adolescents: A systematic review and meta-analysis of prevalence following exposure to a traumatic event. Journal of Affective Disorders Reports. 2020 Dec;2:100041. doi:10.1016/j.jadr.2020.100041

100. Kenardy J, Thompson K, Le Brocque R, Olsson K. Information–provision intervention for children and their parents following pediatric accidental injury. Eur Child Adolesc Psychiatry. 2008 Aug;17(5):316–25. doi:10.1007/s00787-007-0673-5

101. Cox CM, Kenardy JA, Hendrikz JK. A Randomized Controlled Trial of a Web-Based Early Intervention for Children and their Parents Following Unintentional Injury. Journal of Pediatric Psychology. 2010 Jul 1;35(6):581–92. doi:10.1093/jpepsy/jsp095

102. Stallard P, Velleman R, Salter E, Howse I, Yule W, Taylor G. A randomised controlled trial to determine the effectiveness of an early psychological intervention with children involved in road traffic accidents. Child Psychology Psychiatry. 2006 Feb;47(2):127–34. doi:10.1111/j.1469-7610.2005.01459.x

103. Zehnder D, Meuli M, Landolt MA. Effectiveness of a single-session early psychological intervention for children after road traffic accidents: a randomised controlled trial. Child Adolesc Psychiatry Ment Health. 2010 Dec;4(1):7. doi:10.1186/1753-2000-4-7

104. Berkowitz SJ, Stover CS, Marans SR. The Child and Family Traumatic Stress Intervention: Secondary prevention for youth at risk of developing PTSD. Child Psychology Psychiatry. 2011 Jun;52(6):676–85. doi:10.1111/j.1469-7610.2010.02321.x

105. Haag A, Landolt MA, Kenardy JA, Schiestl CM, Kimble RM, De Young AC. Preventive intervention for trauma reactions in young injured children: results of a multi-site randomised controlled trial. Child Psychology Psychiatry. 2020 Sep;61(9):988–97. doi:10.1111/jcpp.13193

106. Kassam-Adams N, Felipe García-España J, Marsac ML, Kohser KL, Baxt C, Nance M, et al. A pilot randomized controlled trial assessing secondary prevention of traumatic stress integrated into pediatric trauma care. Journal of Traumatic Stress. 2011 Jun;24(3):252–9. doi:10.1002/jts.20640

107. Kramer DN, Landolt MA. Early psychological intervention in accidentally injured children ages 2–16: a randomized controlled trial. European Journal of Psychotraumatology. 2014 Dec 1;5(1):24402. doi:10.3402/ejpt.v5.24402

108. Melnyk BM, Alpert-Gillis L, Feinstein NF, Crean HF, Johnson J, Fairbanks E, et al. Creating Opportunities for Parent Empowerment: Program Effects on the Mental Health/Coping Outcomes of Critically Ill Young Children and Their Mothers. Pediatrics. 2004 Jun 1;113(6):e597–607. doi:10.1542/peds.113.6.e597

109. Nugent NR, Christopher NC, Crow JP, Browne L, Ostrowski S, Delahanty DL. The efficacy of early propranolol administration at reducing PTSD symptoms in pediatric injury patients: A pilot study. Journal of Traumatic Stress. 2010 Apr;23(2):282–7. doi:10.1002/jts.20517

110. Rosenberg L, Rosenberg M, Sharp S, Thomas CR, Humphries HF, Holzer CE, et al. Does Acute Propranolol Treatment Prevent Posttraumatic Stress Disorder, Anxiety, and Depression in Children with Burns? Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology. 2018 Mar;28(2):117–23. doi:10.1089/cap.2017.0073

111. Stoddard FJ, Luthra R, Sorrentino EA, Saxe GN, Drake J, Chang Y, et al. A Randomized Controlled Trial of Sertraline to Prevent Posttraumatic Stress Disorder in Burned Children. Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology. 2011 Oct;21(5):469–77. doi:10.1089/cap.2010.0133

112. Van Emmerik AA, Kamphuis JH, Hulsbosch AM, Emmelkamp PM. Single session debriefing after psychological trauma: a meta-analysis. The Lancet. 2002 Sep;360(9335):766–71. doi:10.1016/S0140-6736(02)09897-5

113. Stileman HM, Jones CA. Revisiting the debriefing debate: does psychological debriefing reduce PTSD symptomology following work-related trauma? A meta-analysis. Front Psychol. 2023 Dec 21;14:1248924. doi:10.3389/fpsyg.2023.1248924

114. Stover CS, Hahn H, Maciejewski KR, Epstein C, Marans S. The child and family traumatic stress intervention: Factors associated with symptom reduction for children receiving

treatment. Child Abuse & Neglect. 2022 Dec;134:105886. doi:10.1016/j.chiabu.2022.105886

115. Hahn H, Putnam K, Epstein C, Marans S, Putnam F. Child and family traumatic stress intervention (CFTSI) reduces parental posttraumatic stress symptoms: A multi-site meta-analysis (MSMA). Child Abuse & Neglect. 2019 Jun;92:106–15. doi:10.1016/j.chiabu.2019.03.010

116. Kramer DN, Hertli MB, Landolt MA. Evaluation of an Early Risk Screener for PTSD in Preschool Children After Accidental Injury. Pediatrics. 2013 Oct 1;132(4):e945–51. doi:10.1542/peds.2013-0713

117. Hein I, Gigengack M, Sachser C, Lindauer R. Accuracy of the Pediatric Emotional Distress Scale – Early Screener to predict the risk for developing PTSD in young children after accidental injury. European Journal of Psychotraumatology. 2025 Dec 31;16(1):2494364. doi:10.1080/20008066.2025.2494364

118. Kassam-Adams N. The Acute Stress Checklist for Children (ASC-Kids): Development of a child self-report measure. J Traum Stress. 2006 Feb;19(1):129–39. doi:10.1002/jts.20090

119. Frühe B, Kultalahti TT, Röthlein HJ, Rosner R. Vorhersagbarkeit posttraumatischer Belastung bei Kindern und Jugendlichen nach traumatischen Ereignissen in der Schule. Kindheit und Entwicklung. 2008 Oct;17(4):219–23. doi:10.1026/0942-5403.17.4.219

120. Yalin Sapmaz S, Erkuran HO, Ergin D, Celasin NS, Karaaarslan D, Ozturk M, et al. Validity and Reliability of the Turkish Version of the DSM-5 “Severity of Acute Stress Symptoms—Child Age 11–17” Form. Dusunen Adam. 2017.

121. Saxe G, Chawla N, Stoddard F, Kassam-Adams N, Courtney D, Cunningham K, et al. Child Stress Disorders Checklist: A Measure of ASD and PTSD in Children. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry. 2003 Aug;42(8):972–8. doi:10.1097/01.CHI.0000046887.27264.F3

122. Miller AB, Saxe G, Stoddard F, Bartholomew D, Hall E, Lopez C, et al. Reliability and validity of the DICA-ASD [Poster presentation]. In. New Orleans, LA; 2004.

123. Miller A, Enlow MB, Reich W, Saxe G. A diagnostic interview for acute stress disorder for children and adolescents. Journal of Traumatic Stress. 2009 Dec;22(6):549–56. doi:10.1002/jts.20471

124. Steil R, Füchsel G. Interviews zu Belastungsstörungen bei Kindern und Jugendlichen: IBS-KJ – Diagnostik der akuten und der posttraumatischen Belastungsstörung. Manual (Testmappe komplett). Hogrefe; 2006.

125. Gordon RS. An operational classification of disease prevention. Public Health Rep. 1983;98(2):107–9. PubMed PMID: 6856733; PubMed Central PMCID: PMC1424415.

126. Geuzinge R, Visse M, Duyndam J, Vermetten E. Social Embeddedness of Firefighters, Paramedics, Specialized Nurses, Police Officers, and Military Personnel: Systematic Review in Relation to the Risk of Traumatization. Frontiers in Psychiatry. 2020;Volume 11-2020. doi:10.3389/fpsyt.2020.496663

127. Kyron MJ, Rees CS, Lawrence D, Carleton RN, McEvoy PM. Prospective risk and protective factors for psychopathology and wellbeing in civilian emergency services personnel: a systematic review. Journal of Affective Disorders. 2021 Feb 15;281:517–32. doi:10.1016/j.jad.2020.12.021

128. Marmar C, Mccaslin-Rodrigo S, Metzler T, Best S, Weiss D, Fagan J, et al. Predictors of Posttraumatic Stress in Police and Other First Responders. Annals of the New York Academy of Sciences. 2006 Aug 1;1071:1–18. doi:10.1196/annals.1364.001

129. Greinacher A, Nikendei A, Kottke R, Wiesbeck J, Herzog W, Friederich H, et al. Secondary traumatisation in psychosocial emergency care personnel—A longitudinal study accompanying German trainees. Health Social Care Comm. 2020 May;30(3):957–67. doi:10.1111/hsc.13258

130. Brooks S, Rubin G, Greenberg N. Traumatic stress within disaster-exposed occupations: overview of the literature and suggestions for the management of traumatic stress in the workplace. British medical bulletin. 2019 Mar 1;129:25–34. doi:10.1093/bmb/ldy040

131. Maglione MA, Chen C, Bialas A, Motala A, Chang J, Akinniranye O, et al. Combat and Operational Stress Control Interventions and PTSD: A Systematic Review and Meta-Analysis. Military Medicine. 2022 Jul 1;187(7–8):e846–55. doi:10.1093/milmed/usab310

132. Peñalba V, McGuire H, Leite JR. Psychosocial interventions for prevention of psychological disorders in law enforcement officers. In: The Cochrane Collaboration, editor. Cochrane Database of Systematic Reviews [Internet]. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd; 2008 [cited 2026 Apr 7]. p. CD005601.pub2. Available from: https://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD005601.pub2 doi:10.1002/14651858.CD005601.pub2

133. Wild J, Tyson G, Thew G, Wilkins A, Beierl E, El-Salahi S, et al. Cognitive Resilience Training to Prevent PTSD and Major Depressive Disorder in Paramedic Recruits: A Randomized Clinical Trial. JAMA Network Open. 2026 Feb 9;9:e2557241. doi:10.1001/jamanetworkopen.2025.57241

134. Tannenbaum SI, Cerasoli CP. Do Team and Individual Debriefs Enhance Performance? A Meta-Analysis. Hum Factors. 2013 Feb;55(1):231–45. doi:10.1177/0018720812448394

135. Tannenbaum SI, Cerasoli CP. Do Team and Individual Debriefs Enhance Performance? A Meta-Analysis. Hum Factors. 2013 Feb;55(1):231–45. doi:10.1177/0018720812448394

136. Keiser NL, Arthur W. A meta-analysis of the effectiveness of the after-action review (or debrief) and factors that influence its effectiveness. Journal of Applied Psychology. 2021 Jul;106(7):1007–32. doi:10.1037/apl0000821

137. Hermosilla S, Forthal S, Sadowska K, Magill EB, Watson P, Pike KM. We need to build the evidence: A systematic review of psychological first aid on mental health and well-being. Journal of Traumatic Stress. 2023 Feb;36(1):5–16. doi:10.1002/jts.22888

138. Peng M, Xiao T, Carter B, Shearer J. Evaluation of system based psychological first aid training on the mental health proficiency of emergency medical first responders to natural disasters in China: a cluster randomised controlled trial. BMJ Open. 2024 May 6;14:e078750. doi:10.1136/bmjopen-2023-078750

139. Greenberg N, Langston V, Everitt B, Iversen A, Fear NT, Jones N, et al. A cluster randomized controlled trial to determine the efficacy of Trauma Risk Management (TRiM) in a military population. Journal of Traumatic Stress. 2010 Aug;23(4):430–6. doi:10.1002/jts.20538

140. Anderson GS, Di Nota PM, Groll D, Carleton RN. Peer Support and Crisis-Focused Psychological Interventions Designed to Mitigate Post-Traumatic Stress Injuries among Public Safety and Frontline Healthcare Personnel: A Systematic Review. IJERPH. 2020 Oct 20;17(20):7645. doi:10.3390/ijerph17207645

141. International Society For Traumatic Stress Studies. Posttraumatic Stress Disorder Prevention and Treatment Guidelines: Methodology and Recommendations. International Society for Traumatic Stress Studies; 2019.

142. National Institute for Health and Care Excellence. Post-traumatic stress disorder [Internet]. National Institute for Health and Care Excellence; 2018 Dec [cited 2026 Mar 15]. Report no.: NG116. Available from: https://www.nice.org.uk/guidance/ng116

143. Engel CC, Jaycox LH, Freed MC, Bray RM, Brambilla D, Zatzick D, et al. Centrally Assisted Collaborative Telecare for Posttraumatic Stress Disorder and Depression Among Military Personnel Attending Primary Care: A Randomized Clinical Trial. JAMA Intern Med. 2016 Jul 1;176(7):948. doi:10.1001/jamainternmed.2016.2402

144. Bisson JI, Jenkins PL, Alexander J, Bannister C. Randomised controlled trial of psychological debriefing for victims of acute burn trauma. Br J Psychiatry. 1997 Jul;171(1):78–81. doi:10.1192/bjp.171.1.78

145. Hobbs M, Mayou R, Harrison B, Worlock P. A randomised controlled trial of psychological debriefing for victims of road traffic accidents: Table I. BMJ. 1996 Dec 7;313(7070):1438–9. doi:10.1136/bmj.313.7070.1438

146. Mayou RA, Ehlers A, Hobbs M. Psychological debriefing for road traffic accident victims: Three-year follow-up of a randomised controlled trial. Br J Psychiatry. 2000 Jun;176(6):589–93. doi:10.1192/bjp.176.6.589

147. Sijbrandij M, Olff M, Reitsma JB, Carlier IVE, Gersons BPR. Emotional or educational debriefing after psychological trauma: Randomised controlled trial. Br J Psychiatry. 2006 Aug;189(2):150–5. doi:10.1192/bjp.bp.105.021121

148. Rose S, Jonathan Bisson, Churchill R, Wessely S. Psychological debriefing for preventing post traumatic stress disorder (PTSD)(Review). Cochrane Database of Systematic Reviews. 2002;3. doi:10.1002/14651858.CD000560

149. Alshahrani K, Johnson J, Prudenzi A, O'Connor D. The effectiveness of psychological interventions for reducing PTSD and psychological distress in first responders: A systematic review and meta-analysis. PLOS ONE. 2022 Aug 24;17:e0272732. doi:10.1371/journal.pone.0272732

150. Teismann T, Thoma P, Taubner S, Wannemüller A, Sydow KV, editors. Klinische Psychologie und Psychotherapie: Ein verfahrensübergreifendes Lehr- und Lernbuch [Internet]. 1st ed. Hogrefe Verlag; 2024 [cited 2025 Aug 6]. Available from: https://elibrary.hogrefe.com/book/10.1026/03148-000 doi:10.1026/03148-000

151. Bundesärztekammer, Kassenärztliche Bundesvereinigung, Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften, editors. Nationale Versorgungs-Leitlinie Unipolare Depression – Langfassung, Version 3.2 [Internet]. 2022 Sep 29 [cited 2025 Jul 21];(3.2). Available from: https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/nvl-005

152. Schäfer I, Gast U, Hofmann A, Knavelsrud C, Lampe A, Liebermann P, et al. S3-Leitlinie Posttraumatische Belastungsstörung. Springer Verlag, Berlin. 2019.

153. Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie e.V. (DGPM), editor. S3 Leitlinie - Behandlung von Angststörungen [Internet]. 2021 Apr 6 [cited 2025 Jul 21];(2). Available from: https://register.awmf.org/assets/guidelines/051-028l_S3_Behandlung-von-Angststoerungen_2021-06.pdf

154. Gagnon MP, Sasseville M, Leblanc A. Classification of Digital Mental Health Interventions: A Rapid Review and Framework Proposal. In: Séroussi B, Weber P, Dhombres F, Grouin C, Liebe JD, Pelayo S, et al., editors. Studies in Health Technology and Informatics [Internet]. IOS Press; 2022 [cited 2025 Aug 6]. Available from: https://ebooks.iospress.nl/doi/10.3233/SHTI220545 doi:10.3233/SHTI220545

155. Deutschland, editor. Psychosoziale Notfallversorgung: Qualitätsstandards und Leitlinien Teil I und II. 3. Aufl., Stand 07.2012. Vol. 7. Bonn; 2012. 124 p. (Praxis im Bevölkerungsschutz).

156. Gordon RS Jr. An operational classification of disease prevention. Public health reports. 1983;98(2):107–9.

157. Kassam-Adams N, Gold JI, Montaño Z, Kohser KL, Cuadra A, Muñoz C, et al. Development and Psychometric Evaluation of Child Acute Stress Measures in Spanish and English. Journal of Traumatic Stress. 2013 Feb;26(1):19–27. doi:10.1002/jts.21782

158. Petermann F. Trauma-Symptom-Checkliste für Kinder und Jugendliche. Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie. 2018 Sep;66(4):253–5. doi:10.1024/1661-4747/a000363

Anhang

ANHANG A: GLOSSAR 106

ANHANG B: PICO-TABELLEN 110

ANHANG B1 PICO-TABELLEN „UMGANG MIT AKUTER PSYCHOSOZIALER BELASTUNG BEI ERWACHSENEN ZIVILPERSONEN“ 110
ANHANG B2: PICO-TABELLEN „UMGANG MIT AKUTER PSYCHOSOZIALER BELASTUNG BEI KINDERN UND JUGENDLICHEN“ 167
ANHANG B3: PICO-TABELLEN „UMGANG MIT AKUTER PSYCHOSOZIALER BELASTUNG BEI EINSATZKRÄFTEN“ 181

ANHANG C: TABELLARISCHE ÜBERSICHT EVALUATION SCREENING-INSTRUMENTE FÜR AKUTE BELASTUNGSSTÖRUNGEN BEI ERWACHSENEN 198

Anhang A: Glossar

*Screening-Instrumente***.** Die untersuchten Screening-Instrumente dienen der Identifizierung von belasteten Personen, welche ein erhöhtes Risiko für die Entwicklung einer PTBS oder anderen Traumafolgestörung nach einem schwerwiegenden Ereignis haben könnten. Sie sind nicht zur Diagnosestellung oder zur Einschätzung der Belastungsschwere geeignet. Diese Definition orientiert sich an Teismann et al. (150), welche Screening-Instrumente als kurze Fragebögen beschreiben, die der Identifizierung von psychischen Störungen bzw. von akuter psychischer Belastung nach schwerwiegenden Ereignissen in größeren Personengruppen oder relevanten Störungsbereichen dienen. Nach einem schwerwiegenden Ereignis können Screening-Instrumente im Kontext eines zweistufigen Ansatzes (sog. Screen-and-Treat-Approach: Selektion und Behandlungsangebot für Belastete; (25)) eingesetzt werden. Im ersten Schritt werden alle Personen mithilfe eines Screening-Instrumentes erfasst. Personen, welche einen erhöhten Wert (beispielsweise das Übertreffen eines vorab festgelegten Grenzwertes) aufweisen und damit ggf. auch ein erhöhtes Risiko haben, eine Traumafolgestörung zu entwickeln (Prädiktion), können identifiziert werden und im Verlauf nochmals gescreent werden (Watchful Waiting: regelmäßige Kontrolle ohne aktive Behandlung) oder eine psychosoziale Intervention erhalten oder bei einer heilkundlich tätigen Person vorstellig werden, um ggf. eine Diagnosestellung zu initiieren und das weitere Vorgehen partizipativ erläutern zu können.

Psychosoziale Unterstützung. Psychosoziale Unterstützung ist das ereignisnahe bedürfnisorientierte Begleiten einer Person ohne den spezifischen Einsatz psychotherapeutischer Techniken. Hierbei geht es um supportives und alltagsnahes Handeln, welches strukturiert sein kann. Die Durchführung erfolgt meist durch geschulte, psychosozial arbeitende Personen, die üblicherweise keinem Heilberuf angehören.
Die psychosoziale Unterstützung kann in Form von Manualen und formalisierten Interventionen stattfinden (wie bspw. Psychische Erste Hilfe, Child and Family Traumatic Stress Intervention). Sie kann aber auch im Rahmen der Einsatzkraftunterstützung als Peer-Support erfolgen.

Psychotherapie/Psychotherapeutische Interventionen. Gemäß des Psychotherapeutengesetzes (§ 1 Abs. 2 Satz 1 PsychThG) ist Psychotherapie die Ausübung jeder, mittels wissenschaftlich geprüfter und anerkannter psychotherapeutischer Verfahren oder Methoden, Tätigkeit zur Feststellung, Heilung oder Linderung von Störungen mit Krankheitswert, bei denen Psychotherapie indiziert ist. Psychotherapie wird weitgehend störungsspezifisch ausgeübt und orientiert sich dabei an Leitlinien, beispielsweise für depressive Störungen (151), posttraumatische Belastungsstörung (152) oder Angststörungen (153).

In Tab. A1 findet sich ein Vergleich der psychosozialen Unterstützung und der Psychotherapie hinsichtlich verschiedener Merkmale, die den Unterschied dieser Maßnahmen noch einmal erläutern soll.

Tabelle A1

Vergleich psychosoziale Unterstützung und Psychotherapie

	Psychosoziale Unterstützung	Psychotherapie
Indikation*	**Kann bei Bedarf** angeboten werden.	**Soll** angeboten werden, wenn die Diagnosekriterien einer psychischen Störung erfüllt sind.
Zeitliches Verhältnis zum belastenden Ereignis	Unmittelbar bis Stunden und Tage/ Wochen nach Ereignis.	Soll angeboten werden, wenn die Diagnosekriterien einer psychischen Störung erfüllt sind; in der Regel nach Monaten
Durchführende	Geschulte, nicht-therapeutische, psychosoziale Helfende (z. B. PSNV-Kräfte der Hilfsorganisationen, Notfallseelsorger:innen, Kriseninterventionsteams).	FÄ für Psychiatrie und Psychotherapie, FÄ für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Psychologische Psychotherapeut:innen, Fachpsychotherapeut:innen für Erwachsene, FÄ für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut:innen, Fachpsychotherapeut:innen für Kinder und Jugendliche
Zustandsbeschreibungen/ Diagnosen	Belastete Betroffene, die eine Akute Stressreaktionen (ICD-11) bzw. Akute Belastungsreaktion (ICD-10) unmittelbar bis zu 48 Stunden nach dem Ereignis aufweisen (*Cave*: Diese Reaktionen sind keine psychischen Störungen (Diagnosen) und keine Vorstadien einer psychischen Störung. Die Akute Belastungsstörung wird im DSM-V-TR als Diagnose benannt und bezieht sich auf den Zeitraum 3 Tage bis einen Monat nach dem Ereignis.)	Psychische Störungen (*Cave*: Neben Störungen, die spezifisch mit Stress assoziiert sind, treten nichtereignisbezogene psychische Störungen – wie z. B. depressive Störungen und Angststörungen – auf.)
Interventionen	Bedürfnisorientiertes Vorgehen: - Sicherheit und Orientierung vermitteln - Symptomatik normalisieren - Soziale Unterstützung aktivieren und - Selbstwirksamkeit fördern. Im weiteren Verlauf: - Ressourcen aktivieren - Beratung zu individuellen Anliegen - ggf. Weitervermittlung (Psychotherapie, Psychiatrie)	Störungsspezifische Psychotherapie
Evidenzlage für Intervention	Keine Evidenz bis 72h nach dem Ereignis; insgesamt niedrig	Hoch

Anmerkung. * Komorbide psychische Störungen oder Syndrome sollen entsprechend den Empfehlungen der jeweiligen Leitlinien (weiter-)behandelt werden.

Approbierte Therapeut:innen. In Deutschland gehören zur Gruppe der approbierten Therapeut:innen: FÄ für Psychiatrie und Psychotherapie, FÄ für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Psychologische Psychotherapeut:innen, Fachpsychotherapeut:innen für Erwachsene, FÄ für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut:innen, Fachpsychotherapeut:innen für Kinder und Jugendliche.

Technik-gestützte Interventionen. Technik-gestützte Interventionen zeichnen sich durch den Einsatz von digitalen Hilfsmitteln aus, die eine Reduktion der psychischen Belastung anstreben. Gemäß Gagnon et al. (154) gibt es verschiedene Arten digitaler Interventionen, wie die Nutzung von Internetseiten, Smartphone-Apps, künstlicher Intelligenz oder virtueller Realität. Psychosoziale Unterstützung und Psychotherapie können Technik-gestützt angeboten werden.

Formen der Einsatznachbesprechungen. Zwei Formen sind zu unterscheiden: *Operative Nachbesprechungen* fokussieren auf Einsatzabläufe, Sicherheit, Kommunikation und Teamprozesse. Sie haben keine psychosozial unterstützende Zielsetzung und streben keine Förderung der emotionalen Auseinandersetzung mit den psychosozialen Belastungen des Einsatzes an. Dahingegen bestehen *Psychologisch fokussiertes Debriefing* meist aus mehreren, strukturierten Intervention (in Einzel- und Gruppe) mit detaillierter Nacherzählung und emotionaler Aktivierung mit dem Ziel, spätere psychische Störungen zu verhindern (z. B. Critical Incident Stress Debriefing; CISD).

Psychologische Erste Hilfe (Psychological First Aid, PFA). Unter „Psychologischer Erster Hilfe“ (Psychological First Aid, PFA) werden verschiedene strukturierte Ansätze verstanden, die anstreben, die psychosoziale Belastung unmittelbar nach einem schwerwiegenden Ereignis zu reduzieren, bei gegenwärtigen Bedürfnissen zu helfen und adaptives Verhalten kurz- und mittelfristig zu begünstigen. Die Maßnahmen werden bei Kindern, Jugendlichen, Erwachsenen, Familien und Einsatzkräften üblicherweise im Einzelgespräch oder kleinen Gruppen eingesetzt (137). Die Ansätze gelten als flexibel und kultursensitiv, da sie in verschiedenen Kontexten und Ländern durchgeführt werden. Allerdings unterscheiden sich die Ansätze hinsichtlich zentraler Interventionsprinzipien, Zeitpunkt, Ablauf, Dauer und diversen Interventionen sowie der Vorkenntnisse der Ausbilder:innen und der Auszubildenden. PFA wird bei Einsatzkräften auch häufig gleichgesetzt mit peer-gestützter „Psychosoziale Erste Hilfe“ und ist abzugrenzen vom Konzept „Mental Health First Aid“, welches stärker auf die Sensibilisierung für psychische Krisen und Gesundheitsprobleme unterschiedlicher Art, die Entstigmatisierung dieser und die Vermittlung in professionelle Hilfesysteme abzielt. Ebenso ist PFA abzugrenzen von der „Psychischen Ersten Hilfe“

bezeichneten psychosozialen Basiskompetenz von Einsatzkräften in der Kommunikation mit von Notfällen Betroffenen (155).

Prävention. Maßnahmen, Handlungen oder Interventionen, die von oder an einer Person durchgeführt werden, die zu einem gegebenen Zeitpunkt keine Beschwerden oder Beeinträchtigungen durch eine Krankheit erleben und die darauf abzielen, das Risiko einer zukünftigen Erkrankung an dieser Krankheit zu verringern. Prävention wird dabei auf Grundlage der Bevölkerungsgruppe, für die die Maßnahme nach einer Kosten-Nutzen-Analyse ratsam ist, in drei Stufen unterteilt: universell, selektiv und indiziert. Die Definition und Klassifikation von Prävention orientiert sich an Gordon (156).

Universelle Prävention. Maßnahmen, Handlungen oder Interventionen, die für die Allgemeinheit bedenkenlos empfohlen werden können und in vielen Fällen ohne fachliche Beratung oder Unterstützung umgesetzt werden können und bei denen der Nutzen des Einzelnen die Kosten und Risiken überwiegt.

Selektive Prävention. Maßnahmen, Handlungen oder Interventionen, die sich an eine spezifische Untergruppe der Bevölkerung richten, die sich durch Alter, Geschlecht, Beruf oder andere Merkmale Charakteristika auszeichnet und deren Erkrankungsrisiko über dem Durchschnitt liegt .

Indizierte Prävention. Maßnahmen, Handlungen oder Interventionen, die sich ausschließlich an asymptomatische Personen richten, bei denen ein individueller Risikofaktor, ein Zustand oder eine Anomalie festgestellt wurde, die sie als Personen mit einen ausreichend hohen Risiko für die zukünftige Entwicklung einer Krankheit identifiziert, um eine Intervention zu rechtfertigen.

Anhang B: PICO-Tabellen

Anhang B1 PICO-Tabellen „Umgang mit akuter psychosozialer Belastung bei erwachsenen Zivilpersonen“

PICO-1: Umgang mit akuter psychosozialer Belastung bei erwachsenen Zivilpersonen (Kapitel: 4.1)

1) Klinische Frage: Welche **Screeninginstrumente** sind bei Erwachsenen mit psychischen Symptomen nach einem schwerwiegenden Ereignis hinsichtlich der psychometrischen Kennwerte am besten geeignet, das Ausmaß der akuten psychosozialen Belastung zu erfassen, und in deutscher Sprache verfügbar?

Tabellarische Umsetzung in PICO-Frage (**P**atient:in/**P**opulation, **I**ntervention, **C**omparison, **O**utcome)

	Patient(in)/Population	Intervention (diagn./therapeutisch)	Vergleichsintervention	Outcome(s) – Nutzen und Schaden
	Alter mind. 18 Jahre Akute Belastungsreaktion (ICD-10, ICD-11) Oder Akute Belastungsstörung (DSM-IV, DSM-5) Oder Schweregrad akuter psychosomatischer Symptomatik	Selbstbeurteilungsfragebogen, Fremdbeurteilungsfragebogen, Interview mit Patient(in)	Vergleichsinstrumente innerhalb der gleichen Kategorie: Selbstbeurteilungsfragebogen, Fremdbeurteilungsfragebogen, Interview mit Patient(in)	Psychometrische Kennwerte: Reliabilität Sensitivität Spezifizität Verfügbarkeit einer deutschen Übersetzung Diagnose einer PTBS oder anderen Traumafolgestörung Selbstberichtete PTBS-Schwere

	Beginn psych. Symptome frühestens am Tag des Ereignisses bis 3 Monate nach belastendem Ereignis			Schwere anderer Traumafolgestörungen (wie z.B. Depressivität, Ängstlichkeit. Dissoziation, Verhaltensauffälligkeiten)
1 Manser et al. (20)	*N* = 90 Patient:innen, die nach einem belastenden Ereignis (z.B. Verkehrsunfälle) in einem Level-I-Traumazentrum (Krankenhaus mit höchster Versorgungsstufe für Schwerverletzte) behandelt wurden und mindestens ein akutes Stresssymptom im Primary Care PTSD-Screen (PC-PTSD) aufwiesen. Einschluss in die Studie maximal 30 Tage nach dem Ereignis.	Screening von akuter psychischer Belastung nach dem belastenden Ereignis mit dem PC-PTSD (4 Items) und der Posttraumatic Adjustment Scale (PAS, 10 Items). Randomisierte Zuteilung zu einer 60-minütigen Beratung (*n* = 49) zur Normalisierung von PTBS-Symptomatik, Coping-Strategien und Weitervermittlung an Trauma-Therapeut:innen.	Screening von akuter psychischer Belastung nach dem belastenden Ereignis mit dem PC-PTSD und der PAS. Care as usual (*n* = 41): Erhalten einer Broschüre über PTBS und die Rolle von Ressourcen für die psychische Gesundheit.	Messung der PTBS-Symptomatik mittels von Sozialarbeitern durchgeführten Screenings. Verwendung der PCL-C nach 45 und 90 Tagen zur Erfassung der PTBS-Symptomatik. Der PC-PTSD konnte eine PTBS-Symptomatik zu beiden Messzeitpunkten vorhersagen: nach 45 Tagen: β = .43*** nach 90 Tagen: β = .37***. Die erfasste Depressivität im PAS war signifikant mit der PTBS-Symptomatik assoziiert: nach 45 Tagen: β = .33** nach 90 Tagen: β = .38*** Die Interventionsgruppe zeigte keine signifikante Verbesserung der PTBS-Symptomatik im Vergleich zur Kontrollgruppe.

2 Bunnell et al. (21)	*N* = 271 Patient:innen in einem Level-I-Traumazentrum (Krankenhaus mit höchster Versorgungsstufe für Schwerverletzte), die während ihres Aufenthalts direkt im Anschluss nach einem belastenden Ereignis in die Studie eingeschlossen wurden.	Screening von akuter Belastung und subjektivem Stressempfinden direkt nach dem belastenden Ereignis mithilfe des Peritraumatic Distress Inventory (PDI, Selbstbeurteilungsinstrument, 13 Items).	/	Messung der PTBS-Symptomatik mithilfe der PTSD-Checklist for DSM-V (PCL-5, 20 Items) via Telefon nach 30 Tagen. Es zeigte sich für den PDI eine Spezifität von 73% und eine Sensitivität von 71% bei einem Cut-Off Wert von 23.
3 Schultebraucks et al. (22)	*N* = 346 Patient:innen, die nach einem belastenden Ereignis (z.B. lebensbedrohlicher Unfall, körperliche oder sexuelle Gewalt) in Notaufnahmen aufgenommen wurden und das Trauma-Kriterium A nach DSM-V erfüllten. Keine Zeitangabe des Ereignisses.	Erhebung von peritraumatischer Stresssymptomatik mithilfe der Immediate Stress Response Checklist (ISRC, 27 Items) in der Notaufnahme. Entwicklungsstichprobe: *n* = 253.	Erhebung von peritraumatischen Stresssymptomen mithilfe der ISRC in der Notaufnahme bei der Validierungsstichprobe: *n* = 93	Messung der PTBS-Symptomatik nach 1, 3, 6 und 12 Monaten via Telefon mithilfe der modified PTSD Symptom Scale (mPSS, 17 Items) und der PTSD-Checklist für DSM-V (PCL-5, 20 Items). Identifikation der fünf vorhersagestärksten Items des ISRC zur Entwicklung einer Kurzversion. In der Entwicklungsstichprobe (*n* = 253) zeigte das 5-Item-Screening eine Sensitivität von 80 % und eine Spezifität von 74 %, während in der Validierungsstichprobe (*n* = 93) eine Sensitivität von 83 % und eine Spezifität von 73 % erreicht wurde. Die Vorhersagekraft des 5-Item-Screenings unterschied sich nicht signifikant von der der vollständigen ISRC.

				Noch keine deutsche Version vorhanden.
4 Jones et al. (19)	*N* = 3258 Patient:innen, die innerhalb von 72 Stunden nach einem potenziell lebensbedrohlichen Ereignis in einer Notaufnahme aufgenommen wurden.	Erfassung prätraumatische Stressoren, Unfallmerkmale und peritraumatische Stresssymptome. Bei der Entwicklungsstichprobe (*n* = 1.282). Mittels Lasso-Regression wurden 265 potenzielle Prädiktoren identifiziert, von denen die 8 aussagekräftigsten zur Entwicklung des Screenings genutzt wurden.	Mehrere Validierungsstichproben, um die Generalisierbarkeit des Screenings zu testen: 1. Primäre Validierungsstichprobe (*n* = 282): Patient:innen nach einem Autounfall, um die Vorhersagekraft des Modells außerhalb der Entwicklungsstichprobe zu testen. 2. Sekundäre Validierungsstichprobe (*n* = 534): Patient:innen, welche andere belastende Ereignisse erlebten (z. B. körperliche Übergriffe, Stürze, sexuelle Übergriffe), um die Anwendbarkeit des Screenings auf eine breitere Population zu prüfen. 3. 6-Monats-Follow-up (*n* = 1160): Überlebende eines Autounfalls, um zu prüfen, ob das Screening auch langfristige PTBS-Risiken zuverlässig vorhersagen kann.	Messung der PTBS-Symptomatik nach 3 Monaten mithilfe der PTSD-Checklist für DSM-V (PCL-5, 20 Items). Das 8-Item-Screenings konnte eine klinisch relevante PTBS-Symptomatik (PCL-5-Wert ≥ 38) mit einem Cut-Off-Wert von 16 zuverlässig vorhersagen. In der Entwicklungsstichprobe wurden mit diesem Cut-Off 69% der Betroffenen korrekt als auffällig identifiziert (Sensitivität = 69%), während 78% der nicht betroffenen Personen korrekt als unauffällig eingestuft wurden (Spezifität = 78%). Die Ergebnisse waren in den Validierungsstichproben vergleichbar.

5 Brewin et al. (23)	*N* = 198 Erwachsene (41 Überlebende eines Zugunglücks in Ladbroke Grove, London + 157 Opfer von Gewaltverbrechen). Keine Zeitangabe des Ereignisses.	Screening auf posttraumatische Symptomatik in der ersten Stichprobe (n = 41, Überlebende des Zugunglücks) mit dem Trauma Screening Questionnaire (TSQ, 10 Items), basierend auf der PTSD Symptom Scale – Self Report (PSS-SR), und Einsatz der Clinician-Administered PTSD Scale (CAPS).	Validierung des TSQ in einer zweiten, unabhängigen Stichprobe (*n* = 157, Opfer von Gewaltverbrechen).	Messung der PTBS-Symptomatik mittels der CAPS (Stichprobe I) und dem PSS-SR (Stichprobe 2). In der ersten Stichprobe erhielten 14 von 41 Teilnehmenden (34 %) mittels CAPS eine PTBS-Diagnose, während in der zweiten Stichprobe 42 von 157 Teilnehmenden (26,8 %) eine PTBS-Diagnose mittels PSS-SR- erhielten. Ein Cut-off-Wert von mindestens 6 Re-experiencing- oder Arousal-Symptomen (in beliebiger Kombination) bot eine Sensitivität von 86 % und eine Spezifität von 93 % in der ersten Stichprobe. In der zweiten Stichprobe lagen die Werte für Sensitivität zwischen 76% und 86 % und für Spezifität zwischen 93 % und 97 %, mit einer gesamten diagnostischen Effizienz von 90–92 %.

6 Brewin et al. (24)	*N* = 596 Erwachsene, die vom Trauma Response Programme des National Health Service (NHS) nach den Londoner Bombenanschlägen 2005 identifiziert und gescreent wurden. Die Teilnehmenden wurden über einen Zeitraum von 2 Jahren erfasst. Die Teilnehmenden füllten den TSQ im Durchschnitt 47 Tage nach dem belastenden Ereignis aus.	Personen (*n* = 322), die beim Trauma Screening Questionnaire (TSQ, 10 Items) einen positiven Score (≥ 6 Symptome) erreichten und als Risikogruppe für die Entwicklung einer PTBS eingestuft wurden. Der TSQ wurde mehrfach bis zu 24 Monate nach den Anschlägen angewendet, PTBS Diagnosen wurden nach DSM-IV Kriterien gestellt.	Personen (*n* = 274), die beim TSQ einen Score von < 6 Symptomen erreichten und als nicht gefährdet für die Entwicklung einer PTBS eingestuft wurden. PTBS-Diagnosen wurden nach DSM-IV Kriterien gestellt.	Messung der PTBS-Symptomatik mittels Selbstbeurteilungsinstrumente in mehreren Follow-ups. Der TSQ erreichte 0-6 Monate nach dem belastenden Ereignis bei *n* = 152 Personen eine Sensitivität von 94,8 %, jedoch eine niedrigere Spezifität von 25,5 % bei der Vorhersage einer PTBS-Diagnose, mit einer gesamten diagnostischen Effizienz von 52%. Nach 7-12 Monaten (*n* = 103) lag die Sensitivität bei 87,2 % und die Spezifität bei 39,3 %, mit einer gesamten diagnostischen Effizienz von 61,2%. Nach 19-24 Monaten (*n* = 22) sanken Sensitivität und Spezifität auf 62,5% und 64,3%, mit einer gesamten diagnostischen Effizienz von 63,6%.

7 Kröger & Kliem (25)	*N* = 208 Erwachsene, die eine ambulante Behandlung in einer Ausbildungsambulanz oder in einer psychotherapeutischen Praxis in Braunschweig erhielten. Keine Zeitangabe des Ereignisses.	Personen (*n* = 70), die nach DSM-IV-Kriterien eine PTBS-Diagnose erhielten und drei Screening-Instrumente ausfüllten: die deutsche Version des Trauma Screening Questionnaire (TSQ, 10 Items), die Posttraumatic Diagnostic Scale (PDS, 17 Items) sowie ein aus der PDS extrahierter 8-Item-Subtest.	Personen (*n* = 138), die keine PTBS-Diagnose nach DSM-IV Kriterien erhielten, aber ebenfalls die drei Screening-Instrumente ausfüllten. Diese Gruppe diente zur Validierung des TSQ und der PDS-Tests.	Die Fläche unter der ROC-Kurve (AUC) lag für alle drei Screening-Instrumente zwischen 0.77 und 0.81, was auf eine moderate diagnostische Genauigkeit hinweist. Der bevorzugte Cut-Off-Wert für das TSQ lag bei ≥8 (Sensitivität: 53 %, Spezifität: 84 %), für die PDS bei ≥21 (Sensitivität: 81 %, Spezifität: 71 %) und für den 8-Item-Subtest bei ≥12(Sensitivität: 69 %, Spezifität: 78 %).
8 Ehring et al. (26)	*N* = 775 erwachsene Personen aus fünf unabhängigen Stichproben, die nach einem Fahrzeugunfall oder nach schwerer körperlicher oder sexueller Gewalt in einer Notaufnahme behandelt wurden. Die Rekrutierung erfolgte je nach Stichprobe zwischen 2 Wochen und 7 Jahren nach dem belastenden Ereignis.	Vier Stichproben (*n* = 522): Stichprobe 1 (*n* = 101): Fahrzeugunfall-Überlebende, rekrutiert 3 bis 12 Monate nach dem Unfall, 21,8 % erfüllten die DSM-IV-Kriterien für PTBS. Stichprobe 2 (*n* = 76): Überlebende von schwerer körperlicher oder sexueller Gewalt, rekrutiert 3 Monate bis 7 Jahre nach dem Ereignis, 39 % hatten eine PTBS-Diagnose . Stichprobe 3 (*n* = 140): Fahrzeugunfall-Überlebende, erste Erhebung 2 Wochen	Fahrzeugunfall-Überlebende (*n* = 253), rekrutiert innerhalb der ersten 3 Monate nach dem Unfall.	Messung der PTBS-Symptomatik mittels SCID für DSM-IV. In Stichproben 3 und 4 wurden Follow-up-Untersuchungen nach 6 Monaten durchgeführt. Bester Cut-Off-Wert zur Diagnose einer aktuell bestehenden PTBS: PDS-Gesamtwert ≥ 18 (Sensitivität: 86 %, Spezifität: 87 %). Bester Cut-Off-Wert zur Vorhersage einer zukünftigen PTBS (6 Monate): Kombination aus PDS-Symptomcluster-Scoring und Cut-Off Wert von 20 (Sensitivität: 82 %, Spezifität: 82 %). Die 8-Item-Kurzversion der PDS mit einem Cut-Off ≥ 9 zeigte eine ähnliche diagnostische Genauigkeit wie die vollständige PDS.

		nach dem belastenden Ereignis. Stichprobe 4 (*n* = 205): Überlebende von schwerer körperlicher oder sexueller Gewalt, erste Erhebung 2 Wochen nach dem belastenden Ereignis. Alle Teilnehmenden füllten folgende Selbstbeurteilungsbögen aus: - Posttraumatic Diagnostic Scale (PDS, 17 Items) - Trauma Screening Questionnaire (TSQ, 10 Items) - SPAN (4-Item-Skala: Startle, Physiologische Reaktion, Ärger, Numbing) - BPTSD-6 (6-Item Fragebogen) - Disaster-Related Psychological Screening Test (DRPST, 7 Items) - Lang & Stein 2-Item- und 6-Item-Skalen		Der empfohlene Cut-Off-Wert von 6 im TSQ erreichte hohe Spezifitäten (0.92–1.00), aber die Sensitivitäten waren in Stichproben 1 bis 3 niedriger als 0.75. Ein Cut-Off von 3 (AUC 0.89–0.97) erfüllte die Mindestkriterien in allen Stichproben. Ein Cut-Off von ≥5 im SPAN zeigte eine Sensitivität von 76 % und eine Spezifität von 84 %. Ein Cut-Off von ≥7 im BPTSD-6 hatte eine Sensitivität von 90 % und eine Spezifität von 66 %, erreichte jedoch nicht in allen Stichproben die Mindestqualität von 0.75. Der DRPST mit Cut-Off ≥5 erreichte in zwei Stichproben die Mindestqualität (AUC: 0.85–0.90). Die Lang & Stein 6-Item-Skala mit Cut-Off ≥8 war in den meisten Stichproben zuverlässig (AUC: 0.87–0.94).

9 O'Donnell et al. (27)	*N* = 527 Erwachsene, die nach einer schweren physischen Belastung (z. B. Verkehrsunfälle, Stürze, Übergriffe, Arbeitsunfälle) in vier Level-1-Traumazentren in Australien hospitalisiert wurden. Die Erhebung der Screening-Daten fand durchschnittlich 8,27 Tage (*SD* = 10,61) nach dem Ereignis statt.	Screening von akuter psychischer Belastung nach einem belastenden Ereignis mit einem 41-Item-Fragenpool zur Identifikation von PTBS- und Depressionsrisikofaktoren (prätraumatisch, peritraumatisch, posttraumatisch). Alle 527 PatientInnen füllten diesen Fragebogen während der Hospitalisierung aus. Entwicklung des PAS in Substichprobe 1 (*n* = 145): Explorative Faktorenanalyse (EFA) zur Reduktion des 41-Item-Fragenpools auf 10 Items.	Validierung des PAS in Substichprobe 2 (n = 169): Konfirmatorische Faktorenanalyse (CFA) zur Überprüfung der Modellgüte.	Follow-Up nach 12 Monaten bei *N* = 404 PatientInnen: Messung der PTBS-Symptomatik mit der Clinician-Administered PTSD Scale (CAPS), um zu überprüfen, wie gut die PAS während akuter Belastung nach einem belastenden Ereignis eine spätere PTBS voraussagen konnte. Die Sensitivität der PAS lag bei 82 %, die Spezifität bei 84 %. Zum Vergleich wurde auch das ASDI in der Validierungsstichprobe (*n* = 169) untersucht, das eine gleich hohe Sensitivität von 82 %, jedoch eine geringere Spezifität von 74 % aufwies. Die negative prädiktive Wertigkeit (NPV) der PAS lag bei 98 %.
10 Stieglitz et al. (28)	*N* = 182 Patient:innen, die nach einem Verkehrsunfall an der Universitätsklinik Freiburg unfallchirurgisch versorgt wurden. Keine Zeitangabe des Ereignisses.	Einsatz des Fragebogens zu Beschwerden nach einem Unfall (10 Items) von Stieglitz et al. (2002)	Keine	Die interne Konsistenz betrug α = 0,71. Die Interrater-Reliabilität betrug Kappa = 0,64 (SE = 0,15; 95%[0,36; 0,92]. Der Cut-Off-Wert des Fragebogens liegt bei 4, die Sensitivität betrug 88,9%, die Spezifität lag bei 69,7%.

11 Winkel et al. (29)	*N* = 93 Personen, die bei einer Amsterdamer Polizeistation ein Verbrechen anzeigten. Messung der Symptomatik einer Anpassungsstörung drei Monate nach dem Ereignis.	Einsatz des Screening-Instruments für Polizisten (RISK, 10 items), um das individuelle Risiko der Opfer einzuschätzen, eine PTBS zu entwickeln.	Keine	Die interne Konsistenz betrug α = 0,71. Die Interrater-Reliabilität betrug Kappa = 0,64 (SE = 0,15; 95% [0,36; 0,92]. Messung der diagnostischen Effizienz drei selektiver Items des RISK hinsichtlich Depressivität und Ängstlichkeit im Rahmen einer Anpassungsstörung: Item 3 zeigte eine Sensitivität von 85% bzw. 91% und eine Spezifität von 69% bzw. 68%. Item 7 zeigte eine Sensitivität von 22% bzw. 23% und eine Spezifität von 95% bzw. 94%. Item 9 zeigte eine Sensitivität von 56% bzw. 62% und eine Spezifität von 92%.

PICO-2: Umgang mit akuter psychosozialer Belastung bei erwachsenen Zivilpersonen (Kapitel: 4.2)

2) Klinische Frage: Welche Interventionen zur **psychosozialen Unterstützung** sind bei Erwachsenen mit psychischen Symptomen nach einem schwerwiegenden Ereignis besser geeignet als inaktive oder aktive Kontrollbedingungen, um die spätere Ausbildung einer PTBS oder anderen Traumafolgestörung zu verhindern bzw. deren spätere Symptomatik zu reduzieren?

Tabellarische Umsetzung in PICO-Frage (**P**atient:in/**P**opulation, **I**ntervention, **C**omparison, **O**utcome)

	Patient(in)/Population	**Intervention (diagn./therapeutisch)**	**Vergleichsintervention**	**Outcome(s) – Nutzen und Schaden**
	Alter mind. 18 Jahre Akute Belastungsreaktion (ICD-10, ICD-11) Oder Akute Belastungsstörung (DSM-IV, DSM-5) Oder Schweregrad akuter psychosomatischer Symptomatik Beginn psych. Symptome frühestens am Tag des Ereignisses bis 3 Monate nach belastendem Ereignis	Psychosoziale Intervention, Psychosoziale Unterstützung, Beginn Intervention innerhalb von drei Monaten	Measurement-Only Watchful waiting Treatment-As-Usual (TAU) bzw. Usual-Care Sonstige inaktive oder aktive Vergleichs-intervention Beginn Intervention innerhalb von drei Monaten	Diagnose einer PTBS oder anderen Traumafolgestörung selbstberichtete PTBS-Schwere Schwere anderer Traumafolgestörungen (wie z.B. Depressivität, Ängstlichkeit. Dissoziation, Verhaltensauffälligkeiten) Funktionsniveau Lebensqualität

1 Tan et al. (31)	*N* = 80 Ersthelfende. Keine Zeitangabe des Ereignisses.	Mind-body- resilience Trainingsprogramm, randomisierte Zuteilung (*n* = 40)	Warteliste (*n* = 40)	Messung der PTBS-Symptomatik mittels Selbstbeurteilungs-instrumenten. Nach der Intervention zeigte die Experimentalgruppe deutlich weniger selbstberichtete PTBS-Symptomatik als die Kontrollgruppe (d = -0.26). Nach drei Monaten fiel der Unterschied in der selbstberichteten Symptomatik zur Kontrollgruppe geringer aus (d = -0.07)
2 Tan et al. (32)	Systematischer Review mit sechs kontrollierten Studien. Die Proband:innen in den Studien hatten ein belastendes Ereignis nach DSM-5 PTBS-Kriterium A erlebt (Umweltkatastrophe, interpersonelle Gewalt, Militäreinsatz, schwere Erkrankung). Keine Zeitangabe des Ereignisses.	Mind-body-Interventionen: Hatha-Yoga Fitness-Hausaufgaben personalisiertes Yoga Sudarshan Kriya Yoga trauma-informierte achtsamkeitsbasierte Stressreduktion (MBSR) virtuelle MBSR	Warteliste und gruppenbasiertes gesundheitsförderndes Bildungsprogramm (aktive Kontrollbedingung)	Messung mittels Selbstbeurteilungsinstrumenten. Es wurde ein Effekt von g = -0.25 gefunden, der darauf hinweisen könnte, dass mind-body-Interventionen die Ausprägung des Vollbilds einer PTBS verhindern konnten.
3 Slade et al. (33)	*N* = 678 Frauen, welche nach einer Geburt im Screening für eine belastende Geburtserfahrung auffielen.	Selbsthilfe-Materialien ergänzend zur usual care (*n* = 336). Randomisierte Zuteilung. Selbsthilfe-Materialien:	Usual care (*n* = 342). Keine Beschreibung, was usual care beinhaltet.	Messung der PTBS-Symptomatik 6 und 12 Wochen postnatal mittels strukturierten klinischen Interviews. Die Prävalenzrate von PTBS der Experimentalgruppe (26.7%) wich nicht signifikant von der Prävalenzrate der

	Zwei Wochen nach Geburt erfolgte die Intervention.	Eine Broschüre und ein Film, welche erklärten, wie man erste psychologische Reaktionen nach einem belastenden Ereignis handhabt.		Kontrollgruppe (26.2%) ab. Die Probandinnen nahmen die Selbsthilfe-Materialien positiv war.
4 Bugg et al. (34)	*N* = 67 Patienten mit Verletzungen, welche in die Notaufnahme kamen und in einem Screening innerhalb von zwei Wochen nach dem Ereignis (Unfall, körperlicher Angriff) auffällig für eine akute Belastungsstörung wurden. Zwei Wochen nach Besuch der Notaufnahme erfolgte die Intervention.	Drei Schreibsitzungen à 20 Minuten, 5 - 6 Wochen nach dem Unfall entsprechend des Pennebaker Schreibparadigmas. Randomisierte Zuteilung. Die Proband:innen (*n* = 31) sollten über emotionale Aspekte ihres belastenden Ereignisses schreiben. Außerdem erhielten die Proband:innen ein Selbsthilfebuch einen Monat nach dem Ereignis.	*n* = 36 erhielten ein Selbsthilfebuch innerhalb eines Monats nach dem Ereignis.	Messung mittels Selbstbeurteilungsinstrumente. Es gab keine signifikanten Unterschiede zwischen der Experimental- und Kontrollgruppe in Hinblick auf selbstberichtete PTBS-Symptome, Ängstlichkeit und Depressivität sowie in Bezug auf Lebensqualität, drei und sechs Monate nach dem Ereignis. Die selbstberichtete PTBS-Symptomatik, Ängstlichkeit und Depressivität hatten sich verbessert. 71% der Proband:innen benannten das Schreiben als hilfreich.
5 Latif et al. (35)	*N* = 50 Frauen aus Frauenhäusern, welche von häuslicher Gewalt in Karachi, Pakistan betroffen waren. Keine Zeitangabe des Ereignisses.	Traumafokussierte KVT-basierte, angeleitete Selbsthilfe über neun Sitzungen, 12 Wochen lang. *n* = 25.	Warteliste (*n* = 25)	92% nahmen an mindestens sechs Sitzungen teil, 80% an allen Sitzungen. Erfassung der PTBS-Symptomatik mittels Selbstbeurteilungsinstrumente. Die Experimentalgruppe benannte eine Verbesserung der selbstberichteten PTBS-Symptome (d = 1.9)
6 De Brier et al.	Systematisches Review mit neun querschnittlichen Studien.	Sprechen mit Personen aus dem Umfeld über das belastende Ereignis.	/	Es gab keine kontrollierten Studien. Erfassung von Risiko- und Copingfaktoren oder Kommunikationsverhalten der

(36)	Proband*innen waren Personen, welche ein belastendes Ereignis erlebt hatten (Ausschluss bei kriegs- oder krankheitsbedingten Ereignissen) und mit Laien im Umfeld über das Ereignis sprachen. Keine Zeitangabe des Ereignisses.			Personen, sowie der selbstberichteten PTBS-Symptomatik mittels Selbstbeurteilungs-instrumente. Positive Kommunikation durch Familienangehörige (r = −.38, aOR = 0.26, β = −.22) und expressives Coping (β = −.62) der Betroffenen stand signifikant im Zusammenhang mit der selbstberichteten PTBS-Symptomatik
7 Heidari et al. (37)	Systematisches Review mit 13 Studien, welche die Rolle von Laien und Einflussfaktoren auf deren Verhalten bei Verkehrsunfällen untersuchten. Keine Zeitangabe des Ereignisses.	Qualitative oder querschnittliche Erhebungen oder Meinungsumfragen.	/	Es wurde herausgestellt, dass Laien meist zuerst am Unfallort sind, bevor professionelle Hilfe eintrifft. Medien spielten eine große Rolle in der Aufklärung über angebrachtes Verhalten an Unfallorten. Die WHO-Strategien sollten befolgt werden und Laien entsprechend trainiert werden.
8 Ironson et al. (38)	*N* = 105 Personen, welche in den letzten sechs Monaten ein belastendes Ereignis (Erleben von Gewalt-verbrechen oder Tod) erlebten und in ärmeren Gegenden leben.	1. EMDR (*n* = 34) 2. gruppenbasiertes Stressmanagement mit Fokus auf Traumata (*n* = 37) 3. gruppenbasierte psychologische Erste Hilfe (*n* = 34) Randomisierte Zuteilung zu einer der drei Interventionen, welche vier Sitzungen umfasste.	/	Messung der selbstberichteten PTBS-Symptomatik und Depressivität sowie posttraumatischer Kognitionen mittels Selbstbeurteilungs-instrumente ein, drei und sechs Monate nach der Intervention. Alle drei Interventionen zeigten einen Rückgang der selbstberichteten PTBS-Symptome (Median der ES nach einem Monat: d = 0,96, nach drei Monaten: d = 1,38, nach sechs Monaten: d = 1,10),

				wobei die schnellste Rückgangsrate bei Personen, welche EMDR erhielten, vorzufinden war (d = 1.33). Nach sechs Monaten gab es keine signifikanten Unterschiede zwischen den Interventionen in Bezug auf die selbstberichtete PTBS-Symptomatik.
9 Lotzin et al. (39)	*N* = 30 Personen, welche ein belastendes Ereignis (z.B. Unfall, schwere Erkrankung, körperlicher Angriff, sexueller Übergriff) nach PTBS Kriterium A des DSM-5 erlebten. Keine Zeitangabe des Ereignisses.	SOLAR-Gruppenprogramm (*n* = 15). Inhalte des Programms: Fünf Sitzungen bzgl. Skills zum Umgang mit subklinischen Stress und Anpassungs-problemen nach belastenden Ereignissen. Randomisierte Zuteilung.	Warteliste (*n* = 15)	Messung der PTBS-Symptomatik mittels Selbstbeurteilungs-instrumente. 92,9% nahmen an vier von fünf Sitzungen teil, die Abbruchrate lag bei 10 %. 92,3 % gaben an, sehr zufrieden mit dem Programm zu sein. Die selbstberichtete PTBS-Symptomatik nahm in beiden Gruppen ab, wobei die Experimentalgruppe kaum einen Unterschied zur Kontrollgruppe zeigte (d = 0,03). Ebenso lag eine Verbesserung der selbstberichteten Lebensqualität in Bezug auf mentale Gesundheit (d = 0,64), Beziehungen (d = 0,54) und Umgang mit Problemen (d = 0,55) vor, wobei eine stärkere Verbesserung bei der Experimentalgruppe erfolgte.
10 Kredentser et al. (40)	Familien und Krankenhauspersonal von *N* = 58 Patient:innen einer Intensivstation, deren Aufenthalt mindestens 72 Stunden umfasste und die	Tagebuch schreiben (*n* = 15) oder Psychoedukation (*n* = 14) oder Beides (*n* = 15), während des Krankenhausaufenthaltes. Randomisierte Zuteilung.	Usual care (*n* = 14). Keine Beschreibung, was usual care beinhaltet.	Messung mittels Selbstbeurteilungs-instrumenten. Personen der Experimentalgruppe zeigten geringere selbstberichtete Depressivität und Ängstlichkeit in Bezug auf den Krankenhaus-aufenthalt 90 Tage

	mehr als 24 Stunden künstliche Beatmung benötigten. Die Patient:innen nahmen ebenfalls an den Interventionen teil. Keine Zeitangabe des Ereignisses.			nach Entlassung. Personen, welche Psychoedukation und das Tagebuchschreiben erhielten, berichteten signifikante geringere PTBS- und Depressionssymptomatik nach 90 Tagen.
11 Mannell et al. (41)	*N* = 20 Frauen, welche aufgrund von häuslicher Gewalt in Frauenhäusern in Afghanistan leben. Keine Zeitangabe des Ereignisses.	Befragung zur Haltung gegenüber narrativen Geschichtenerzählen als Möglichkeit, mit den Erfahrungen der häuslichen Gewalt umzugehen	/	Erfassung der Meinung zu narrativem Geschichtenerzählen mittels semi-strukturierter Interviews. Die Frauen berichteten, dass sie beim Erzählen von belastenden Erfahrungen Stigmatisierung gegenüberstanden. Erfolgte das narrative Geschichtenerzählen in einem unterstützenden Umfeld, berichteten die Frauen im Anschluss von einer Erleichterung und einer Verbesserung ihrer mentalen Gesundheit.
12 Figueroa et al. (42)	*N* = 166 Personen, welche in der Notaufnahme nach einem belastenden Ereignis (z.B. Unfälle, schwere Erkrankung, Gewaltverbrechen, sexuelle Gewalt, Erkrankung/ Tod/ Unfall eines Angehörigen) rekrutiert wurden. Das Ereignis	Einzelsitzung psychologischer Erste Hilfe (*n* = 78), welche beinhaltete: - aktives Zuhören - Atemtraining - Kategorisieren von Bedürfnissen - Psychoedukation	Psychoedukation (*n* = 88)	51.81 % nahmen zur Follow-up-Erhebung nach drei Monaten nicht mehr teil. Messung der PTBS-Symptomatik und Depressivität mittels Selbstbeurteilungsinstrumente. Es wurde keine signifikante Verbesserung in der Experimentalgruppe hinsichtlich der selbstberichteten PTBS-Symptomatik oder Depressivität nach drei Monaten

	hatte innerhalb von 72 Stunden stattgefunden.	- unterstützende Weiterleitung an ein soziales Netzwerk. Randomisierte Zuteilung.		vorgefunden. Drei Monate nach dem Ereignis berichteten Proband:innen der Experimentalgruppe von einem erhöhten Drogen-/Alkoholkonsum, vermehrten interpersonellen Konflikten und Abmelden aufgrund von Krankheit auf der Arbeit.
13 (43)	*N* = 1458 Patient:innen auf Intensivstationen. Keine Zeitangabe des Ereignisses.	Randomisierte Zuteilung. Patient:innen (*n* = 669) erhielten zu Beginn usual care (vom ersten bis zum fünften Monat der Studie) und im Anschluss dreimal 1:1- Stressunterstützungs-sitzungen (nur für Patient:innen mit hoher Belastung) sowie ein Entspannungs- und Erholungsprogramm, durchgeführt von Krankenpfleger:innen der Intensivstation (innerhalb des sechsten Monats). Bestandteile des Entspannungs- und Erholungsprogramms: - Verwenden von Coping-Strategien, wie z.B. entspannende Musik hören	Patient:innen (*n* = 789) erhielten usual care. Keine Beschreibung, was usual care beinhaltet.	Messung der PTBS-Symptomatik mittels Selbstbeurteilungs-instrumente sechs Monate nach der Intervention. Es gab keine signifikante Veränderung bei beiden Gruppen in der selbstberichteten PTBS-Symptomschwere nach sechs Monaten.
14	*N* = 109 College-Studierende, welche in	Erfassung der PTBS-Symptomatik und der Achtsamkeit,	/	Eine erhöhte wahrgenommene Schwere der Pandemie und erhöhte

Liu et al. (44)	Quarantäne während der Covid-19-Pandemie waren. Keine Zeitangabe des Ereignisses.	sowie der wahrgenommen Schwere der Pandemie von Studierenden über sieben Tage, dreimal täglich, mittels Selbstbeurteilungs-instrumenten.		selbstberichtete PTBS-Symptomatik ging mit einer geringen selbstberichteten state-Achtsamkeit einher und vice versa. Eine erhöhte selbstberichtete trait-Achtsamkeit schien keinen Moderator darzustellen.
15 Mhlongo et al. (45)	*N* = 734 Frauen, welche in den letzten 20 Tagen vergewaltigt wurden.	Supportive Beratung von Sozialarbeiter:innen im Rahmen von wöchentlichen Sitzungen von 3,5 Stunden über fünf bis sechs Monate hinweg.	Zusätzlich wurden *n* = 786 Frauen als Vergleichsgruppe rekrutiert. Diese hatten kein belastendes Ereignis erlebt, nahmen aber an der Beratung teil.	Messung mittels Selbstbeurteilungs-instrumente. Ergebnisse nach drei Monaten: Opfer einer Vergewaltigung, welche nicht an der Intervention teilnahmen, berichteten eine signifikante Abnahme der Depressivität (ß = -0.342), genauso wie Teilnehmende der Beratung (ß = -0.341). Opfer einer Vergewaltigung, welche nicht an der Intervention teilnahmen, berichteten eine signifikante Abnahme der PTBS-Symptomatik (ß = -0.337), genauso wie Teilnehmende der Beratung (ß = -0.325). In darauf folgenden Messzeitpunkten (6, 9, 12, 18, 24 Monate) gab es keine signifikante Veränderung der Depressivität und PTBS-Symptomatik.

PICO-3: Umgang mit akuter psychosozialer Belastung bei erwachsenen Zivilpersonen (Kapitel: 4.3)

3) Klinische Frage: Welche **psychotherapeutischen** Interventionen sind bei Erwachsenen mit psychischen Symptomen **innerhalb von 72 Stunden** nach einem schwerwiegenden Ereignis besser geeignet als inaktive oder aktive Kontrollbedingungen, um die spätere Ausbildung einer PTBS oder anderen Traumafolgestörung zu verhindern bzw. deren spätere Symptomatik zu reduzieren?

Tabellarische Umsetzung in PICO-Frage (**P**atient:in/**P**opulation, **I**ntervention, **C**omparison, **O**utcome)

	Patient(in)/Population	**Intervention (diagn./therapeutisch)**	**Vergleichsintervention**	**Outcome(s) – Nutzen und Schaden**
	Alter mind. 18 Jahre Akute Belastungsreaktion (ICD-10, ICD-11) Oder Akute Belastungsstörung (DSM-IV, DSM-5) Oder Schweregrad akuter psychosomatischer Symptomatik Beginn psych. Symptome frühestens am Tag des Ereignisses	Psychotherapeutische Intervention Beginn Intervention innerhalb von 72 Stunden	Measurement-Only Watchful waiting Treatment-As-Usual (TAU) bzw. Usual-Care Sonstige inaktive oder aktive Vergleichs-intervention Beginn Intervention innerhalb von 72 Stunden	Diagnose einer PTBS oder anderen Traumafolgestörung Selbstberichtete PTBS-Schwere Schwere anderer Traumafolgestörungen (wie z.B. Depressivität, Ängstlichkeit. Dissoziation, Verhaltensauffälligkeiten) Funktionsniveau Lebensqualität

1 Abdol-lahpour et al. (46)	*N* = 180 Frauen in einem iranischen Krankenhaus, welche eine belastende Geburt erfahren hatten. Die erste Intervention erfolgte innerhalb 48 Stunden nach dem Ereignis.	Die Interventionsgruppen erhielten innerhalb von 48 Stunden eine Beratungssitzung von 40-60 Minuten. Darauffolgende Interventionen: 1. **Interventionsgruppe**: Debriefing (*n* = 51) 2. **Interventionsgruppe**: kognitive Verhaltenstherapie (KVT; *n* = 47) Randomisierte Zuteilung zu einer der zwei Interventionsgruppen oder der Kontrollgruppe. Keine Beschreibung der konkreten Inhalte der Interventionen.	Usual care (*n* = 82). Keine Beschreibung, was usual care beinhaltet.	Messung mittels Selbstbeurteilungs-instrumente. Es gab keine signifikanten Unterschiede vier bis sechs Wochen nach der Geburt zwischen den Interventionsgruppen und der Kontrollgruppe in Hinblick auf selbstberichtete Depressivität. Drei Monate nach der Geburt zeigten Personen der beiden Interventionsgruppen eine signifikante Verbesserung der selbstberichteten Depressivität im Vergleich zur Kontrollgruppe .
2 Maples-Keller et al. (52)	*N* = 95 Patient:innen eines „Trauma-Centers“ in Atlanta. Screening erfolgte innerhalb 24 Stunden nach dem Ereignis (Verkehrsunfälle, Überfälle, Körper-verletzungen).	Entweder: Eine Sitzung Expositionstherapie (*n* = 36) Oder: 2. Drei Sitzungen Expositionstherapie (*n* = 35) Randomisierte Zuteilung zu einer von zwei Interventionen.	Keine Intervention (*n* = 24), nur Messung der PTBS-Symptomatik zu den gleichen Zeitpunkten wie die Interventionsgruppen (1, 3, 6 und 12 Monate nach Intervention).	Messung der PTBS-Symptomatik mithilfe eines semi-strukturierten klinischen Interviews zu fünf Messzeitpunkten (vor Intervention und 1, 3, 6 und 12 Monate nach Intervention). Es gab keine Unterschiede zwischen den Interventionsgruppen und der Kontrollgruppe in den Follow-up Erhebungen.

				Effektstärken (d) der Interventionen nach 1-3/ 3-6/ 6-12/ 1-12 Monaten in Bezug auf die PTBS-Symptomatik: Kontrollgruppe: 0.48/ 0.13/ 0.35/ 0.83 1 Sitzung Expositionstherapie: 0.47/0.12/ 0.09/ 0.76 3 Sitzungen Expositionstherapie: 0.04/ 0.11/ 0.16/ 0.40
3 Tarquinio et al. (48)	*N* = 60 Personen, welche von Gewalt am Arbeitsplatz betroffen waren. Intervention erfolgte 48 oder 96 Stunden nach dem Ereignis.	1. Single session EMDR- recent event (*n* = 19; 48 Stunden nach Ereignis, Dauer von 1,5 bis 2 Stunden) 2. Critical Incident Stress Debriefing (CISD) (*n* = 23; 48 Stunden nach Ereignis, Dauer 1,5 bis 2 Stunden) 3. Single session delayed EMDR-recent event (*n* = 18; 96 Stunden nach Ereignis, Dauer von 1,5 bis 2 Stunden) Randomisierte Zuteilung zu einer der beiden Intervention	/	Messung mittels Selbstbeurteilungsinstrumente. Drei Monate im Follow-up zeigten die Proband:innen der EMDR-Gruppen keine selbstberichtete PTBS-Symptomatik, während bei der CISD-Gruppe noch PTBS-Symptomatik berichtet wurde.
4	*N* = 221 Personen, welche innerhalb der letzten 72 Stunden ein belastendes	Frühe psychologische Erste Hilfe nach dem ABCDE-Protokoll der WHO (30-60 Min.):	Psychoedukation für 5-10 Minuten (*n* = 112).	Messung mittels Selbstbeurteilungs-instrumente und klinische Interviews. Einen Monat nach der Intervention

Figueroa et al. (51)	Ereignis (Unfälle, schwere Erkrankung, Versterben einer nahestehenden Person, sexueller Missbrauch) erlebt hatten und die Notaufnahme aufgesucht hatten.	aktives Zuhören (10-20 Min.) Atemtraining (5-10 Min.) Beachten von Bedürfnissen (5-10 Min.) Weiterleiten an ein soziales Netzwerk (5-10 Min.) Psychoedukation (5-10 Min.) *n* = 109. Randomisierte Zuteilung.		wurde kein Unterschied zwischen den Interventionen in Hinblick auf die Häufigkeit von selbstberichteter PTBS-Symptomatik gefunden. Direkt nach der Intervention berichteten Patient:innen, welche das ABCDE-Protokoll erhielten, eine stärkere Entlastung als Personen, die die Psychoedukation erhielten (d = 0.30). Einen Monat nach der Intervention berichteten Personen, die das ABCDE-Protokoll erhielten, eine schwächere PTBS-Symptomatik (d = 0.42). Nach sechs Monaten gab es keine signifikanten Unterschiede bzgl. der selbstberichteten PTBS-Symptomatik und Depressivität zwischen den verschiedenen Interventionen.
5 Von Känel et al. (53)	*N* = 190 Patient:innen mit akuten Koronarsyndrom wurden innerhalb 48 Stunden nach Besuch einer Notaufnahme randomisiert den Interventionen zugewiesen.	Single session, 40-minütige traumafokussierte Intervention (*n* = 97).	Beratung zur Rolle von Stress und dem Einfluss auf koronare Erkrankungen (*n* = 93).	Messung der PTBS-Symptomatik durch verblindete Interviewer nach drei Monaten. Es wurde durch die Interviewer kein Unterschied in der PTBS-Symptomatik zwischen den Interventionsgruppen gefunden. Im Selbstbericht ergab sich, dass Patient:innen der traumafokussierten Beratung weniger von der Intervention profitierten als die Patient:innen der Stressberatung. Die durch die Interviewer erhobene Prävalenzrate von PTBS-Symptomen betrug 0.5%.

6 Bragesjö et al. (49)	*N* = 10 Frauen, welche nach einer Vergewaltigung eine Notfallklinik aufsuchten. Intervention erfolgte innerhalb 72 Stunden nach dem Ereignis.	Drei Sitzungen prolongierte Exposition, je 60 Minuten.	/	Messung mittels Selbstbeurteilungs-instrumente. Der Mittelwert der selbstberichteten PTBS-Symptomatik betrug nach der dritten Sitzung *M* = 49.9 (*SD* = 9.5) und sank im Follow-up nach zwei Monaten auf *M* = 38.8 (*SD* = 14.5). Es wurden keine weiteren statistischen Analysen durchgeführt.
7 Bragesjö et al. (47)	*N* = 32 Personen, welche nach einem belastenden Ereignis (Unfall oder Gewaltverbrechen) die Notaufnahme aufsuchten. Intervention erfolgte innerhalb 72 Stunden nach dem Ereignis.	Drei Sitzungen prolongierte Exposition, je 60 Minuten. (*n* = 15). Randomisierte Zuteilung.	Drei Sitzungen Psychoedukation und allgemeine, nicht-direktive Unterstützung. (*n* = 17)	Messung der PTBS-Symptomatik mittels klinisch strukturierten Interview. Der Mittelwert der PTBS-Symptomatik betrug nach zwei Monaten *M* = 17.9 (*SD* = 115.7) in der PE-Gruppe (*n* = 10) und in der Kontrollgruppe (*n* = 14) *M* = 13.1 (*SD* = 15.3). Nach sechs Monaten betrug die PTBS-Symptomatik *M* = 4.0 (*SD* = 4.4) in der PE-Gruppe (*n* = 5) und in der Kontrollgruppe (*n* = 6) *M* = 9.5 (*SD* = 11.8). Es wurden keine weiteren statistischen Analysen durchgeführt.
8 Fauerbach et al. (50)	*N* = 50 Patient:innen mit Verbrennungen im Krankenhaus. Intervention erfolgte innerhalb von 48 Stunden nach Aufnahme.	„Safety, Meaning, Activation and Resilience Training“ (SMART) Intervention, *n* = 28. Die SMART-Intervention verlief manualisiert über vier	Nicht-direktive supportive Psychotherapie (NDSP; *n* = 22). NDSP erfolgte anhand eines Protokolls in vier Sitzungen.	Messung mittels Selbstbeurteilungsinstrumente. Eine Woche und einen Monat nach der letzten Intervention war bei der SMART-Gruppe die selbstberichtete Depressivität und PTBS-Symptomatik unterhalb des klinischen Cut-offs, während die NDSP-Gruppe

		Sitzungen und basiert auf KVT. Inhalte von SMART: Angstmanagement, imaginative Exposition, kognitive Umstrukturierung Randomisierte Zuteilung.		oberhalb der klinischen Cut-offs blieb. Auswertung von deskriptiver Statistik.

PICO-4: Umgang mit akuter psychosozialer Belastung bei erwachsenen Zivilpersonen (Kapitel: 4.4)

4) Klinische Frage: Welche **psychotherapeutischen** Interventionen sind bei Erwachsenen mit psychischen Symptomen in einem Zeitraum von **drei Tagen bis drei Monaten** nach einem schwerwiegenden Ereignis besser geeignet als inaktive oder aktive Kontrollbedingungen, um die spätere Ausbildung einer PTBS oder anderen Traumafolgestörung zu verhindern bzw. deren spätere Symptomatik zu reduzieren?

Tabellarische Umsetzung in PICO-Frage (**P**atient:in/**P**opulation, **I**ntervention, **C**omparison, **O**utcome)

	Patient(in)/Population	**Intervention (diagn./therapeutisch)**	**Vergleichsintervention**	**Outcome(s) – Nutzen und Schaden**
	Alter mind. 18 Jahre Akute Belastungsreaktion (ICD-10, ICD-11) Oder Akute Belastungsstörung (DSM-IV, DSM-5) Oder Schweregrad akuter psychosomatischer Symptomatik Beginn psych. Symptome frühestens am Tag des	Psychotherapeutische Intervention (max. 18 Sitzungen), Beginn Intervention zwischen drei Tagen und drei Monaten nach Ereignis	Measurement-Only Watchful waiting Treatment-As-Usual (TAU) bzw. Usual-Care Sonstige inaktive oder aktive Vergleichs-intervention Beginn Intervention zwischen drei Tagen und drei Monaten nach Ereignis	Diagnose einer PTBS oder anderen Traumafolgestörung Selbstberichtete PTBS-Schwere Schwere anderer Traumafolgestörungen (wie z.B. Depressivität, Ängstlichkeit. Dissoziation, Verhaltensauffälligkeiten) Funktionsniveau Lebensqualität

	Ereignisses bis 3 Monate nach belastendem Ereignis			
1 Greenwald & Camden (54)	*N* = 96 Personen, welche Opfer eines Gewaltverbrechens waren. Keine Zeitangabe des Ereignisses.	EMDR (2,5 bis 5 aufeinander folgende Tage, von 9 – 17 Uhr, *n* = 46). Randomisierte Zuteilung.	Progressive Counting (PC) im gleichen zeitlichen Umfang wie EMDR (*n* = 50).	Messung mittels Selbstbeurteilungsinstrumente. In beiden Gruppen fand eine Abnahme der selbstberichteten PTBS-Symptomatik statt (d = 1.09). Es gab keine signifikanten Unterschiede zwischen den beiden Gruppen (EMDR: d = 1.24; PC: d = .95) Es gab keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen in den folgenden selbstberichteten Bereichen: - Einschätzung aktueller Probleme: EMDR: d = 1.54; PC: d = 1.63 - Stabilität in verschiedenen Lebensbereichen: EMDR: d = .89; PC: d = 1.06 - Lebensqualität: EMDR: d = -1.17; PC: d = -.85
2 Oren-Schwartz et al. (55)	*N* = 158 eritreische Geflüchtete, welche sich in Israel aufhalten. Keine Zeitangabe des Ereignisses.	Neunwöchiges Achtsamkeitstraining (MBTR-R, *n* = 98). Das Training erfolgte im Gruppensetting (10- 15 Teilnehmende), jede Sitzung erstreckte sich über 2,5 Stunden. Randomisierte Zuteilung.	Warteliste (*n* = 60)	Messung mittels Selbstbeurteilungs-instrumente. Das selbstberichtete Gefühl von Scham mediierte signifikant den Einfluss von MBTR-R auf die selbstberichtete PTBS-Symptomschwere (R^2 = .51, F(2, 112) = 183.17). Es gab keinen signifikanten Zusammenhang zwischen der Intervention und der selbstberichteten PTBS-Symptomschwere.

3 Vignaud et al. (56)	Systematischer Review von elf Studien, welche Debriefing-Gruppen mit Kontrollgruppen hinsichtlich PTBS-Symptomatik verglichen. Intervention erfolgte zu unterschiedlichen Zeitpunkten nach dem Ereignis (Zwei Tage bis zwei Jahre)	Psychologische Debriefing-Gruppen. Keine genaue Beschreibung des Debriefings.	Es wurden folgende Vergleichsinterventionen durchgeführt: Warteliste, Debriefing im Einzelsetting, Aufklärung durch Lehrende, Stressmanagement oder Aufklärung über Stress, EMDR, „small battlemind training“	Messung mittels Selbstbeurteilungs-instrumente. Zwei von elf Studien berichteten eine Abnahme der selbstberichteten PTBS-Symptomatik nach Debriefing. Die Autor:innen schlussfolgerten, dass Debriefing-Gruppen keinen signifikanten Effekt auf selbstberichtete, spezifische PTBS-Symptomatik habe.
4 Bastos et al. (57)	Cochrane Review von acht Studien, welche Debriefing bei Frauen, die eine belastende Geburt erfahren hatten, untersuchten. Intervention erfolgte zu unterschiedlichen Zeitpunkten (48 h bis sechs Wochen) oder es gab keine Zeitangabe.	Debriefing, welches mindestens eine Sitzung umfasste und das Ziel hatte, dass Frauen ihre Erfahrungen schildern konnten und sich ihre emotionalen Reaktionen bzgl. der Geburt normalisierten.	Usual care innerhalb von sechs Wochen nach der Geburt, was keine psychologischen Interventionen beinhalten durfte. Keine weiteren Beschreibungen.	Messung mittels Selbstbeurteilungs-instrumente. Der relative Effekt von psychologischen Debriefing auf die selbstberichtete PTBS-Symptomatik lag bei RR = 0.60; 95% KI [0.34; 1.06], wenn es ein hohes Ausmaß an geburtshilfliche Eingriffen gab. Wenn Debriefing indiziert war, betrug der relative Effekt RR = 1.15; 95% KI [0.66; 2.01].
5 Covers et al. (58)	*N* = 57 Personen, welche eine Vergewaltigung erfahren hatten. Intervention erfolgte zwischen 14 und 28 Tagen nach dem Ereignis.	Zwei Sitzungen EMDR (*n* = 29). Randomisierte Zuteilung.	Watchful waiting (*n* = 28)	Messung mittels Selbstbeurteilungsinstrumente und eines strukturierten klinischen Interviews. Die Interventionsgruppe zeigte einen Effekt von d = 0.89 bis d = 1.57 in Bezug auf die selbstberichtete PTBS-Symptomatik. Die Kontrollgruppe zeigte einen Effekt von d

				= 0.79 bis d = 1.54 in Bezug auf die selbstberichtete PTBS-Symptomatik. EMDR war nicht signifikant effektiver als watchful waiting bzgl. folgender selbstberichteter Konstrukte: PTBS-Symptomatik, allgemeiner Psychopathologie, Depressivität, sexueller Dysfunktion und Gefühle von Scham und Schuld.
6 Yurtsever et al. (59)	*N* = 154 medizinisches Fachpersonal, Patient:innen und deren Angehörige, sowie Angehörige von verstorbenen Personen, die in Kontakt mit Covid-19 standen Keine Zeitangabe des Ereignisses.	Fünf online EMDR-Sitzungen innerhalb von fünf aufeinander folgenden Tagen	/	Messung mittels Selbstbeurteilungs-instrumente. Bei allen Personengruppen nahm die selbstberichtete PTBS-Symptomatik signifikant ab: Fachpersonal: d = 0.67 Angehörige von an Covid-Erkrankten: d = 0.61 Patient:innen: d = 0.60 Angehörige von Verstorbenen: d = 0.52
7 Kuhfuß et al. (60)	Systematischer Review mit 16 Studien, welche sich mit der Wirkung von „Somatic Experiencing“ beschäftigten. Keine Zeitangabe des Ereignisses.	1 - 15 Sitzungen von Somatic Experiencing, wobei eine Sitzung 40- 90 Minuten ging. Auch im Gruppensetting möglich.	Warteliste oder Physiotherapie	Messung mittels Selbstbeurteilungs-instrumente. Es wurde berichtet, dass Somatic Experiencing einen positiven Effekt auf selbstberichtete PTBS-Symptomatik haben kann: Im Vergleich zur Kontrollgruppe: d = 1.08 – 1.26, Im Prä-Post-Vergleich: d = .46
8 Bolton et al.	*N* = 281 Personen, welche Opfer von systematischer	*n* = 114, welche an „behavioral activation treatment for depression“ (BATD)	*n* = 66, welche auf der Warteliste für eine der beiden Interventionen standen	Messung mittels Selbstbeurteilungsinstrumente der selbstberichteten Depressivität und „Dysfunktion“ (hier:

(61)	Gewalt in Kurdistan waren. Keine Zeitangabe des Ereignisses.	teilnahmen. BATD fand im Umfang 12 Sitzungen statt und fokussierte sich auf den Aufbau positiver Aktivitäten im Alltag. *n* = 101, welche cognitive processing therapy (CPT) teilnahmen. CPT fand im Umfang von 12 Sitzungen statt und fokussierte sich auf kognitive Umstrukturierung und emotionale Verarbeitung des belastenden Ereignisses.		die Fähigkeit, sich (nicht) um sich und andere zu sorgen) . ES für BATD: d = 0.60 (Depressivität) und d = 0.55 (Dysfunktion) im Vergleich zu beiden Warteliste-Kontrollgruppen. d = 0.84 (Depressivität) und d = 0.79 (Dysfunktion) im Vergleich zur Warteliste-Kontrollgruppe für BATD ES für CPT: d = 0.70 (Depressivität) und d = 0.90 (Dysfunktion) im Vergleich zu beiden Warteliste-Kontrollgruppen. d = 0.44 (Depressivität) und d = 0.63 (Dysfunktion) im Vergleich zur Warteliste-Kontrollgruppe für CPT. BATD hatte einen signifikanten Einfluss auf die selbstberichtete Depressivität und Dysfunktion, während CPT nur einen signifikanten Einfluss auf Dysfunktion hatte.
9 Durón-Figueroa et al. (62)	*N* = 14 Personen, welche in Mexiko ein Erdbeben erlebt hatten. Erstkontakt innerhalb der ersten zwei Wochen nach dem Erdbeben.	CBT von sechs bis acht Sitzungen, eine Sitzung pro Woche, je 90 Minuten, angelehnt an die „acute stress disorder treatment guidelines“ von Bryant (2007).	/	Messung mittels Selbstbeurteilungs-instrumente. Signifikante Veränderung der selbstberichteten PTBS-Symptomatik über die Zeit im Vergleich zur Prä-Messung: Post-Intervention: Z = -3.297, g = 3.7 nach einem Monat: Z = -3.297, g = 4.0

				nach drei Monaten: Z = -3.297, g = 3.9 nach sechs Monaten: Z = -3.303, g = 4.1 Signifikante Veränderung der selbstberichteten Ängstlichkeit über die Zeit im Vergleich zur Prä-Messung: Post-Intervention: Z = -3.300, g = 1.8 nach einem Monat: Z = -3.297, g = 2.0 nach drei Monaten: Z = -3.300, g = 2.0 nach sechs Monaten: Z = -3.300, g = 2.0 Signifikante Veränderung der selbstberichteten Depressivität über die Zeit im Vergleich zur Prä-Messung: Post-Intervention: Z = -3.304, g = 1.9 nach einem Monat: Z = -3.297, g = 2.1 nach drei Monaten: Z = -3.299, g = 2.1 nach sechs Monaten: Z = -3.298, g = 2.0
10 Guay et al. (63)	*N* = 166 Personen, welche innerhalb der letzten 25 Tagen ein Gewaltverbrechen erlebt hatten.	Randomisierte Zuteilung zu CBT (*n* = 54) oder CBT unter Einbezug eines nahestehendem Angehörigen (CBT-SO, *n* = 52). Bestandteile von CBT: vier wöchentliche Sitzungen à zwei Stunden. Bestandteile von CBT-SO: gleicher Ablauf wie bei CBT und eine zusätzliche Sitzung	Usual care (*n* = 60): Keine psychologischen Interventionen, Teilnahme am „Standardprogramm“ des „Crime Victims Assistance Centers of Montreal“. Keine weitere Beschreibung vorhanden.	Messung mittels Selbstbeurteilungsinstrumente und klinisch strukturiertem Interview. Die selbstberichtete Depressivität nahm signifikant mit der Zeit ab (Completer-Analyse): Post-Messung: CBT: d = 0.660, CBT-SO: d = 1.173 Nach sechs Monaten: CBT: d = 0.741; CBT-SO: d = 0.793 Es gab keine signifikanten Unterschiede zwischen CBT und CBT-SO.

		mit einem nahestehenden Angehörigen.		Nach 12 Monaten: CBT: d = 0.717, CBT-SO: d = 0.682 Completer-Analyse der PTBS-Symptomatik: Nach vier Wochen erfüllten signifikant weniger Patient:innen, welche CBT erhalten haben, die Kriterien einer PTBS-Diagnose nach SKID im Vergleich zur usual care (31% vs. 55%). Es gab keine signifikanten Unterschiede zwischen CBT und CBT-SO (39%). Nach sechs Monaten erfüllten signifikant weniger Patient:innen, welche CBT erhalten haben, die Kriterien einer PTBS-Diagnose nach SKID im Vergleich zur usual care (27% vs. 64%). Es gab keine signifikanten Unterschiede zwischen CBT und CBT-SO (41%). Nach 12 Monaten gab es keine signifikanten Unterschiede zwischen CBT (33%) CBT-SO (35%) und usual care (55%).
11 Shalev et al. (64)	*N* = 231 Personen, welche nach einem belastenden Ereignis (Motorradunfall, Terroranschlag, Arbeitsunfall, andere) im	Randomisierte Zuteilung zu einer der folgenden Interventionen, welche je 12 Wochen stattfanden: prolongierte Exposition (*n* = 63; PE)	Keine Intervention (*n* = 82).	Messung mittels Selbstbeurteilungsinstrumente und klinisch strukturierten Interview.

	Krankenhaus aufgenommen wurden. Intervention erfolgte einen Monat nach dem Ereignis.	Kognitive Therapie (*n* = 40; KT) Escilatopram (*n* = 23; SSRI) Placebo (*n* = 23)		PE und KT reduzierten signifikant die PTBS-Symptomatik innerhalb von fünf Monaten. Mittelwerte des strukturierten Interviews nach einem Monat: • PE: 73.59, 95% [68.21; 78.96] • KT: 71.78, 95% [66.92; 78.93] Mittelwerte des strukturierten Interviews nach fünf Monaten: • PE: 28.59, 95% [21.89; 35.29] • KT: 29.48, 95% [21.32; 37.95] Mittelwerte des strukturierten Interviews nach drei Jahren: • PE: 31.51, 95% [20.25; 42.78] • KT: 32.08, 95% [20.74; 43.42] • SSRI: 34.31, 95% [16.54; 52.07] • Placebo: 32.13, 95% [19.40; 41.78] Die Prävalenzrate für PTBS betrug nach 3 Jahren 28.6 – 46.2%.

12 Wu et al. (65)	*N* = 60 Personen, welche einen Motorradunfall erlebt hatten. Intervention erfolgte 4 Wochen nach dem Unfall.	„Brief CBT“: vier wöchentliche Sitzungen, je 1,5 Stunden lang (*n* = 31). Angelehnt an das Manual von Bisson et al. (2004). Randomisierte Zuteilung.	Selbsthilfe-Programm (*n* = 31): Erhalten einer Selbsthilfe-Broschüre, welche auf dem B-CBT-Manual von Williams & Poijula (2002) basiert	Messung mittels Selbstbeurteilungs-instrumente. Ergebnisse drei Monate nach Intervention: 1. Abnahme selbstberichteter Ängstlichkeit in CBT-Gruppe (g = 1.27) 2. Abnahme selbstberichteter Depressivität in CBT-Gruppe (g = 0.80) 3. Abnahme selbstberichteter Intrusionen in beiden Interventionsgruppen (CBT: g = 1.17; Selbsthilfe: g = 0.79). 4. Abnahme selbstberichteter Vermeidung in CBT-Gruppe (g = 0.71) 5. Abnahme selbstberichtetes Hyperarousal in beiden Interventionsgruppen (CBT: g = 1.27; Selbsthilfe: g = 0.63). Ergebnisse nach sechs Monaten nach der Intervention: 1. Abnahme selbstberichteter Ängstlichkeit in beiden Gruppen (CBT: g = 1.15; Selbsthilfe: g = 0.46), wobei sich die Effektstärken signifikant unterschieden. 2. Abnahme selbstberichteter Depressivität in CBT-Gruppe (g = 1.02) 3. Abnahme selbstberichteter Intrusionen in beiden Interventionsgruppen (CBT: g = 1.30; Selbsthilfe: g = 0.24)

				4. Abnahme selbstberichteter Vermeidung in beiden Interventionsgruppen (CBT: g = 0.51; Selbsthilfe: g = 0.32) 5. Abnahme selbstberichtetes Hyperarousal in beiden Interventionsgruppen (CBT: g = 1.35; Selbsthilfe: g = 0.75).
13 Des Groseilliers et al. (66)	*N* = 46 Personen, welche in den letzten zehn Tagen ein belastendes Ereignis (Motorradunfall, Arbeitsunfall, Gewaltverbrechen, Freizeitunfall) erlebt hatten und sich in der Notaufnahme eines Krankenhauses befanden.	Kognitiv-behaviorale Intervention von zwei Sitzungen, welche Psychoedukation, Skills-Training und Motivational Interviewing beinhaltet. *n* = 26. Randomisierte Zuteilung.	Keine Intervention, nur Teilnahme an den Messzeitpunkten (*n* = 20)	Messung durch Selbstbeurteilungsinstrumente und klinisch strukturiertem Interview. Nach zwei Jahren zeigte die Kontrollgruppe eine signifikant höhere selbstberichtete PTBS-Symptomatik als die Interventionsgruppe, was sich auch im Interview zeigte. Die Proband:innen der Interventionsgruppe berichteten signifikant seltener von intrusiven Symptomen und Vermeidungsverhalten als Proband:innen der Kontrollgruppe. Insgesamt wurde eine Effektstärke von d = 0.69 für die Intervention gefunden. Keine der Personen der Interventionsgruppe erfüllte die Kriterien im Follow-up für eine PTBS, während dies bei *n* = 5 (26%) Personen der Kontrollgruppe zutraf.
14 Kliem & Kröger (67)	Meta-Analyse: Wirksamkeit einer frühen traumafokussierten KVT (TFCBT), 10 RCTs.	TFCBT (*n* =355), bestehend aus Psychoedukation, Exposition (imaginär und in-vivo) und Hausaufgaben.	Keine Intervention oder aktive Kontrollbedingung (*n* = 375, z. B.: Supportive Beratung, Standardversorgung, Warteliste).	Messung der PTBS Symptomatik mittels klinisch strukturierter Interviews und Selbstbeurteilungsinstrumente. Ergebnisse nach 3–6 Monaten:

	Insgesamt *N* = 730 Erwachsene mit frühen posttraumatischen Symptomen (akute Belastungsstörung oder akute PTBS nach DSM-IV) nach einem schwerwiegenden Ereignis (z. B. Unfall, körperlicher Angriff, sexuelle Gewalt). Keine Zeitangabe des Ereignisses.			Verhinderung der Vergabe einer PTBS-Diagnose: TFCBT reduzierte die Anzahl vergebener PTBS Diagnosen signifikant (ES = 0.54). Klinisch bewertete PTBS-Symptome: ES = 0.45. Reduktion selbstberichteter Symptomatik: Intrusionen: ES = 0.37 Vermeidung: ES = 0.58 Depressivität: ES = 0.27. Ergebnisse nach 12 Monaten: PTBS-Diagnose: ES nimmt auf ES = 0.34 ab, jedoch bleibt TFCBT den Vergleichsinterventionen überlegen. Teilnehmende mit mehr Sitzungen zeigen stärkere Effekte. Unfallopfer profitieren stärker als andere Personen, welche andere schwerwiegende Ereignisse erlebten.

PICO-5: Umgang mit akuter psychosozialer Belastung bei erwachsenen Zivilpersonen (Kapitel: 4.5)

5) Klinische Frage: Welche **psychopharmakologischen Interventionen** sind bei Erwachsenen mit psychischen Symptomen nach einem schwerwiegenden Ereignis besser geeignet als inaktive oder aktive Kontrollbedingungen, um die spätere Ausbildung einer PTBS oder anderer Traumafolgestörungen zu verhindern bzw. deren spätere Symptomatik zu reduzieren?

Tabellarische Umsetzung in PICO-Frage (**P**atient:in/**P**opulation, **I**ntervention, **C**omparison, **O**utcome)

	Patient(in)/Population	**Intervention (diagn./therapeutisch)**	**Vergleichsintervention**	**Outcome(s) – Nutzen und Schaden**
	Alter mind. 18 Jahre Akute Belastungsreaktion (ICD-10, ICD-11) Oder Akute Belastungsstörung (DSM-IV, DSM-5) Oder Schweregrad akuter psychosomatischer Symptomatik	Pharmakologische Intervention Beginn Intervention innerhalb von drei Monaten	Measurement-Only Watchful waiting Treatment-As-Usual (TAU) bzw. Usual-Care Sonstige inaktive oder aktive Vergleichs-intervention Beginn Intervention innerhalb von drei Monaten	Diagnose einer PTBS oder anderen Traumafolgestörung Selbstberichtete PTBS-Schwere Schwere anderer Traumafolgestörungen (wie z.B. Depressivität, Ängstlichkeit. Dissoziation, Verhaltensauffälligkeiten) Funktionsniveau Lebensqualität

	Beginn psych. Symptome frühestens am Tag des Ereignisses bis 3 Monate nach belastendem Ereignis			
1 von Känel et al. (72)	*N* = 154 Personen mit akuten Koronarsyndromen (z.B. Myokardinfarkt) Keine Zeitangabe des Ereignisses	Messung der Verabreichung von Benzodiazepinen, Morphinen, Antidepressiva und Beta-Blockern während des Aufenthaltes im Krankenhaus. Keine Angabe der Dosierung.	/	Messung der PTBS-Symptomatik drei Monate nach Auftreten des Koronarsyndroms mittels klinischer Interviews. 37,7% der Patient:innen erhielten Benzodiazepine, 72,1% erhielten Morphine und 88,3% erhielten Beta-Blocker. 7,1% erhielten Antidepressiva. 11,7% der Patient:innen entwickelten eine PTBS. Die Gabe von Benzodiazepinen ging mit einem vierfach erhöhten Risiko, eine PTBS zu entwickeln, einher. Es gab einen signifikanten Zusammenhang zwischen der Schwere der PTBS-Symptomatik (unstandardisierter Koeffizient B [SE], 0.589 [0.274]; partial r=0.18) sowie der Häufigkeit und Schwere von Flashbacks (B [SE], 0.433 [0.217]; partial r=0.17) und der Gabe von Benzodiazepinen.
2 Campos et al. (73)	Systematischer Review mit acht Studien zum Einsatz von Benzodiazepinen nach belastenden Ereignissen.	Verabreichung einer der folgenden Benzodiazepine: Temazepam (30 mg über 5 Tage sowie 15 mg zwei Tage darauf) Alprazolam (2,5 mg pro Tag)	Placebo oder nichts.	Messung der PTBS-Symptomatik mittels Selbstbeurteilungsinstrumente oder klinischer Interviews. Patient:innen, welche ein Benzodiazepin einnahmen, hatten ein erhöhtes Risiko, an einer PTBS zu erkranken, als

	Keine Zeitangabe des Ereignisses	Clonazapam (2,7 mg (+/- 0,8 mg) pro Tag) Midazolam (0,12 mg (+/- 0,32 mg; oder 0,0038 mg pro Kilogramm Körpergewicht) Lorazepam (keine Angabe zur Dosierung)		Personen, welche kein Benzodiazepin einnahmen: (risk ratio (RR) = 1.53; 95% confidence interval (CI): 1.05–2.23)
3 Bertolini et al. (68)	Cochrane Review über Medikation zur Prävention einer PTBS. Neun Studien zur Gabe von Gabapentin, Propranolol, Dexamethason oder Omega-3-Fettsäuren. Keine Zeitangabe des Ereignisses	Gabe von Propranolol, Gabapentin, Dexamethason oder Omega-3-Fettsäuren. Keine Angabe zur Dosierung.	Placebo	Messung der PTBS-Symptomatik mittels Selbstbeurteilungsinstrumente oder klinischer Interviews. Aufgrund mangelnder Evidenz konnte nicht herausgefunden werden, ob die Gabe von Propranolol die Entwicklung einer PTBS verhindert. Der relative Effekt, nach drei Monaten an einer PTBS erkrankt zu sein, lag bei RR = 0.77 [0.31; 1.92]. Aufgrund mangelnder Evidenz konnte nicht herausgefunden werden, ob die Gabe von Gabapentin die Entwicklung einer PTBS verhindert. Der relative Effekt, nach drei Monaten an einer PTBS erkrankt zu sein, lag bei RR = 0.80 [0.18; 3.59]. Im Vergleich von Gabapentin und Propranolol lag der relative Effekt, nach

				drei Monaten an einer PTBS erkrankt zu sein, bei RR = 1.25 [0,26; 6.07]. Aufgrund mangelnder Evidenz konnte nicht herausgefunden werden, ob die Gabe von Dexamethason die Entwicklung einer PTBS verhindert. Der relative Effekt, an einer PTBS erkrankt zu sein, lag bei RR = 0.79 [0.56; 1.12]. Aufgrund mangelnder Evidenz konnte nicht herausgefunden werden, ob die Gabe von Omega-3-Fettsäuren die Entwicklung einer PTBS verhindert. Der relative Effekt, nach drei Monaten an einer PTBS erkrankt zu sein, lag bei RR = 2,44 [0.23; 26.09].
4 Zohar et al. (75)	*N* = 353 Patient:innen, welche zwischen Juni 2006 und Dezember 2008 aufgrund eines belastenden Ereignisses (Terrorangriffe, Krieg, körperlicher Angriff, Vergewaltigung) die Notaufnahme besuchten. Rekrutierung erfolgte einem Monat nach dem Ereignis.	Randomisierte Zuteilung zur Gabe von Escilatopram, *n* = 176. Keine Angabe der Dosierung.	Placebo	Messung der PTBS-Symptomatik mittels klinischen Interviews. Die Gabe von Escilatopram zeigte insgesamt keinen präventiven Effekt zur Vorbeugung einer PTBS. Personen, welche Escilatopram erhielten, berichteten von einer besseren Schlafqualität als Personen, die das Placebo erhielten (d = 0.39).

5 Deforges (74)	*N* = 2070 Frauen, welche ein Kind gebaren. Keine Zeitangabe des Ereignisses	Retrospektive Erfassung, ob die Frauen während des Geburtsprozesses Morphine (intramuskulär) oder N_2O (30 bis 50% durch eine Inhalationsmaske) erhielten. Keine Angabe der Dosierung.	/	Messung mittels Selbstbeurteilungsinstrumente im Anschluss an die Geburt und acht Wochen später. Acht Wochen nach der Geburt berichteten Frauen von weniger stark ausgeprägter PTBS-Symptomatik, wenn ihnen während der Geburt N_2O verabreicht wurde (S = 0.11). Allerdings ging sowohl die Gabe von N_2O (S = 0.12) und von Morphinen (S = 0.03) mit einer ausgeprägteren PTBS-Symptomatik einher, wenn die Geburt als besonders schmerzhaft empfunden wurde.
6 Florido et al. (76)	Review mit 16 Studien, Prüfung des Effekts von Glukokortikoiden zur Prävention einer PTBS-Diagnose. Schwerwiegende Ereignisse waren beispielsweise medizinische Eingriffe, schwere Erkrankungen, Verkehrsunfälle oder belastende Erfahrungen während eines Militäreinsatzes.	Gabe von **Hydrocortison** in folgender Dosierung: **→ Präventiv vor dem Ereignis:** 1. bol (100 mg) + 24 h (10 mg/h) + tapering 3 Tage, intravenös **→ Präventiv während des Ereignisses:** 1. bol (100 mg) + 6 Tage (0.18 mg/kg) + tapering (14–35 Tage) intravenös oder	Placebo	Messung mittels Selbstbeurteilungsinstrumente oder klinischer Interviews. Die Gabe von Hydrocortison führte in der ersten Woche nach der Intervention zu einer Verringerung des Vermeidungsverhaltens, wobei der Effekt nach einem Monat nicht mehr signifikant war. Die Gabe von Hydrocortison führte bei Frauen zu einer größeren Reduktion der selbstberichteten Depressivität im Vergleich zu Männern. Die Gabe von Hydrocortison führte insgesamt zu einem kürzeren Aufenthalt auf der Intensivstation und reduzierter PTBS-

	Keine Zeitangabe des Ereignisses	2. 5 d (50 mg q.6 h) + 6 Tage tapering, intravenös **→ präventiv nach dem Ereignis:** 1. SD (100-140 mg), intravenös oder 2. 10d (40 mg/Tag) + 6 Tage tapering, oral oder 3. SD (100 mg), intravenös **→ kurativ nach dem Ereignis:** 1. SD (4 mg/kg), intravenös oder 2. 7 Tage (Placebo) + 7 Tage (10 mg) + 7 Tage (Placebo) + 7 Tage (30 mg), oral oder 3. 1 Monat 10 mg/ Tag, oral oder 4. 7x 30mg, oral oder 5. 8x 30 mg oral oder 6. 1y 1800 mg, oral Oder **Dexamethason**: **→ Präventiv während des Ereignisses:** 1. SD (1mg/kg), intravenös Oder **Mifepriston**: **→ kurativ nach dem Ereignis:**		Symptomatik (keine Angabe von Effektstärken). Die eingeschlossenen Studien haben verschiedene Limitationen wie bspw. verschiedene Dosierungen der Medikamente, verschiedene Messinstrumente und heterogene Stichproben.

		1. 1x 1800 mg oder 2. 7 Tage (600 mg/Tag)		
7 Grau et al. (71)	*N* = 71 Patient:innen, welche einen Unfall oder interpersonelle Gewalt erfahren hatten. Keine Zeitangabe des Ereignisses.	Gabe von Opioiden (*n* = 13). Keine Angabe der Dosierung.	Gabe von nicht-steroidalen Antirheumatika (NSAIDs; *n* = 58) Keine Angabe der Dosierung.	Messung mittels Selbstbeurteilungsinstrumente. Zwei Wochen nach Gabe der Medikamente nahm die Schmerzintensität der Patient:innen in beiden Gruppen signifikant ab ($F(1, 55) = 6.696$, partial $\eta 2 = 0.109$). Personen, welche Opioide einnahmen, berichteten von einer signifikanten Abnahme der PTBS-Symptomatik ($F(1, 12) = 6.885$, partial $\eta 2 = 0.365$), während dies bei Personen der Vergleichsgruppe nicht der Fall war.
8 Carmi et al. (77)	*N* = 96 Patient:innen mit akuter Stresssymptomatik Innerhalb von sechs Stunden nach Ereignis (Motorrad- oder Arbeitsunfall, Raketen- oder Gewaltangriff)	Randomisierte Zuteilung zu: Einmalige Gabe von 100-140 mg Hydrocortison intravenös (*n* = 51)	Intravenöse Gabe von Placebo, randomisiert	Messung mittels Selbstbeurteilungsinstrumente von emotionalem Stress, Dissoziationssymptomatik, Ängstlichkeit, Depressivität sowie PTBS-Symptomatik, nach zwei Wochen, einem Monat, drei, acht und 13 Monate nach Gabe. Ergebnis: Nach 13 Monaten unterschieden sich die zwei Gruppen nicht mehr hinsichtlich des psychischen Befindens. Nach Gabe von Hydrocortison war das Ausmaß der selbstberichteten PTBS-Symptomatik nicht geringer als nach Gabe von Placebo. Allerdings war das

				Ausmaß der selbstberichteten PTBS-Symptomatik bei Gabe von Hydrocortison in der Nacht niedriger.
9 Kotgassner et al. (69)	Systematischer Review mit 8 RCTs Betroffene erlebten eine Sepsis oder eine Herzoperation, waren in einem militärischen Einsatz oder wurden wegen einer PTBS mit psychotropen Medikamenten behandelt. Keine Zeitangabe des Ereignisses.	Gabe von Hydrocortison zu unterschiedlichen Zeitpunkten, zur Prävention oder als Intervention von PTBS-Symptomen. Keine Angabe der Dosierung.	Placebo	Messung der PTBS-Symptomatik mittels Selbstbeurteilungsinstrumente. Hydrocortison reduzierte im Vergleich zu Placebo signifikant selbstberichtete PTBS-Symptomatik, wenn dies präventiv eingesetzt wurde (d = 1.50). Es hatte keinen Effekt, wenn es kurativ eingesetzt wurde.
10 Astill Wright et al. (70)	Systematischer Review und Meta-Analyse, mit 19 RCTs; Gabe von Psychopharmaka innerhalb drei Monaten nach dem Ereignis, bei Personen, welche einen septischen Schock, einen Unfall oder eine Herzoperation erlitten hatten	Hydrocortison; Propranolol, Oxytocin, Gabapentin, Fischöl (1470 mg DHA/147 mg EPA), Fischöl (224 mg DHA/22.4 mg EPA), Dexamethason, Escitalopram, Imipramin oder Chloralhydrat. Keine Angabe der Dosierung.	Placebo	Messung der PTBS-Symptomatik mittels Selbstbeurteilungsinstrumente oder klinischer Interviews. Nur Hydrocortison war Placebo überlegen (RR = 0.21, 95% [0.05, 0.89])
11	*N* = 107 Erwachsene, welche mit akuter Stresssymptomatik, nach	Randomisierte Zuteilung zu:	Gabe von intranasalem Placebo (über acht Tage, zehn Stöße zweimal täglich).	Messung von PTBS-Symptomatik mittels eines klinischen strukturierten Interviews 1.5, drei und sechs Monate nach

Van Zuiden et al. (78)	einem Unfall oder körperlichen Angriff, in die Notaufnahme kamen Erste Gabe innerhalb von 12 Tagen nach dem belastenden Ereignis. Studien 5 bis 8 beinhalten dieselbe Stichprobe, wobei sieben Personen ausgeschlossen wurden.	Gabe von intranasalem Oxytocin (über acht Tage, 40 IU zweimal täglich) *n* = 53		dem belastenden Ereignis. 1.5 Monate nach dem belastenden Ereignis gab es keinen signifikanten Unterschied zwischen der Experimental- und Kontrollgruppe bzgl. der PTBS-Symptomatik. In Sekundäranalysen zeigte sich, dass Personen mit einer hohen PTBS-Symptomatik zu Beginn, nach der Gabe von Oxytocin, im Follow-up eine geringere PTBS-Symptomatik zeigten als Personen, die anstelle des Oxytocins das Placebo erhielten.
12 Engel et al. (79)	*N* = 100 Erwachsene, welche mit akuter Stresssymptomatik, nach einem Unfall oder körperlichen Angriff, in die Notaufnahme kamen → *N* = 54 Männer → *N* = 27 Frauen, welche hormonelle Kontrazeptiva verwenden → *N* = 19 Frauen, welche einen natürlichen Menstruationszyklus haben Erste Gabe innerhalb von 12 Tagen nach dem belastenden Ereignis.	Randomisierte Zuteilung zu: Gabe von intranasalem Oxytocin (über acht Tage, 40 IU zweimal täglich). *n* = 49	Gabe von intranasalem Placebo (über acht Tage, zehn Stöße zweimal täglich).	Messung von PTBS-Symptomatik mittels eines klinischen strukturierten Interviews 1.5, drei und sechs Monate nach dem belastenden Ereignis. Bei allen Subgruppen fand eine Abnahme der PTBS-Symptomatik statt. Es gab keine signifikanten Unterschiede zwischen den Subgruppen. Frauen, welche hormonelle Kontrazeptiva nutzten, zeigten allerdings signifikant stärkere mittel- bis längerfristige Erholung (zwischen 1.5 und sechs Monaten), unabhängig von der Ausgangssymptomatik und der Behandlungsbedingung.

13 Engel et al. (80)	*N* = 100 Erwachsene, welche mit akuter Stresssymptomatik, nach einem Unfall oder körperlichen Angriff, in die Notaufnahme kamen → *N* = 54 Männer → *N* = 27 Frauen, welche hormonelle Kontrazeptiva verwenden → *N* = 19 Frauen, welche einen natürlichen Menstruationszyklus haben Erste Gabe innerhalb von 12 Tagen nach dem belastenden Ereignis.	Randomisierte Zuteilung zu: Gabe von intranasalem Oxytocin (über acht Tage, 40 IU zweimal täglich). *n* = 49	Gabe von intranasalem Placebo (über acht Tage, zehn Stöße zweimal täglich).	Messung der Herzratenvariabilität (mittels Handgelenkuhr und Brustband), des Cortisolspiegels in Ruhe und am Morgen, der Cortisolreaktion beim Erwachen, der Cortisolsuppression durch Dexamethason (mittels Speichelproben), sowie des Oxytocinspiegels (mittels Blutplasma und Speichelprobe) in Ruhe, 1.5, drei und sechs Monate nach dem belastenden Ereignis. Messung von PTBS-Symptomatik mittels eines klinischen strukturierten Interviews 1.5, drei und sechs Monate nach dem belastenden Ereignis. Bei Frauen, welche hormonelle Kontrazeptiva nutzten, hing ein hoher Oxytocinspiegel mit einer höheren PTBS-Symptomatik im Follow-up zusammen. Höhere Cortisolsuppression war mit geringerer PTBS-Symptomatik bei Männern assoziiert, allerdings mit höherer PTBS- Symptomatik 1.5 Monate im Follow-up bei Frauen, welche hormonelle Kontrazeptiva nutzten. Die Effekte waren unabhängig von der Behandlungsbedingung.
14 Frijling (81)	Dissertation über den Einsatz von intranasalen	Gabe einer einzelnen Dose Oxytocin	/	Messung der Aktivität der Amygdala und präfrontaler Regionen mittels fMRI.

	Oxytocin zur Prävention von PTBS. Stichprobe: *N* = 37 – 41 Personen, welche nach einem belastenden Ereignis (Unfall oder körperlicher Angriff) in die Notaufnahme kamen. Keine Zeitangabe des Ereignisses.			Messung der PTBS-Symptomatik mittels klinischer Interviews. Es wurde eine akut erhöhte Reaktivität der Amygdala auf ängstliche Gesichter erfasst, sowie eine abgeschwächte funktionelle Konnektivität zwischen Amygdala, ventromedialem und ventrolateralem präfrontalen Kortex, nach einmaliger Gabe von Oxytocin.
15 Nishi et al. (82)	*N* = 155 Personen, welche einen Motorradunfall erlebten. Baseline-Messung erfolgte innerhalb 23 Tagen nach dem Ereignis.	Messung der Oxytocin-Spiegels und des C-reaktiven Proteins mittels Blutproben.	/	Messung der PTBS-Symptomatik mittels Selbstbeurteilungsinstrumente. Bei männlichen Probanden konnte die Höhe des Oxytocin-Spiegels nicht das Auftreten einer PTBS-Symptomatik nach einem Monat vorhersagen. Die Höhe des Oxytocin-Spiegels hing negativ mit dem Spiegel C-reaktiver Proteine zusammen. Bei weiblichen Proband:innen ging ein erhöhter Oxytocin-Spiegel mit erhöhter Kooperationsfähigkeit zur Baseline-Messung einher. Nach einem Monat ging der erhöhte Oxytocin-Spiegel mit Suche nach sozialer

				Unterstützung, positiver Aufarbeitung, Übernahme von Verantwortung und planvollem Problemlösen einher. Es gab bei beiden Geschlechtern keinen Zusammenhang zwischen dem Oxytocin-Spiegel und Depressivität, PTBS-Symptomatik oder Ängstlichkeit.
16 Mion et al. (83)	Retrospektive Studie über *n* = 274 Soldat:innen, welche 2010 bis 2012 in Afghanistan stationiert waren. 32% der Soldat:innen erhielten Ketamin aufgrund Verletzungen im Einsatz. Keine Zeitangabe des Ereignisses.	Ketamin in unterschiedlicher Dosierung (0 - 300mg)	Morphin	Messung mittels Selbstbeurteilungsinstrumente. Diagnosevergabe einer PTBS erfolgte durch einen/ einer Psychiater:in. Das Erleben einer akuten Belastungsstörung während des Einsatzes war positiv assoziiert mit der Entwicklung einer PTBS. Die Verabreichung von Ketamin stellte keinen Risikofaktor für die Entwicklung einer PTBS dar.
17 Schönenberg et al. (84)	*N* = 50 Personen, welche einen Unfall erlebten. Keine Zeitangabe des Ereignisses.	Ketamin (*n* = 13)	Opioide (*n* = 24) oder andere Analgetika (*n* = 13)	Messung mittels Selbstbeurteilungsinstrumente. Drei Tage nach dem Ereignis gab es einen signifikanten Zusammenhang zwischen der Ketamingabe und erhöhten Symptomen der Dissoziation, Flashbacks, Hyperarousal und Vermeidungsverhalten. Die Symptomatik war signifikant ausgeprägter bei Personen,

				welche Ketamin einnahmen, im Vergleich zu den anderen Gruppen.

PICO-6: Umgang mit akuter psychosozialer Belastung bei erwachsenen Zivilpersonen (Kapitel: 4.6)

6) Klinische Frage: Welche **Technik-gestützten Interventionen** sind bei Erwachsenen mit psychischen Symptomen nach einem schwerwiegenden Ereignis besser geeignet als inaktive oder aktive Kontrollbedingungen, um die spätere Ausbildung einer PTBS oder anderen Traumafolgestörung zu verhindern bzw. deren spätere Symptomatik zu reduzieren?

Tabellarische Umsetzung in PICO-Frage (**P**atient:in/**P**opulation, **I**ntervention, **C**omparison, **O**utcome)

	Patient(in)/Population	**Intervention (diagn./therapeutisch)**	**Vergleichsintervention**	**Outcome(s) – Nutzen und Schaden**
	Alter mind. 18 Jahre Akute Belastungsreaktion (ICD-10, ICD-11) Oder Akute Belastungsstörung (DSM-IV, DSM-5) Oder Schweregrad akuter psychosomatischer Symptomatik Beginn psych. Symptome frühestens am Tag des	Technik-gestützte Intervention (Kann psychosozial oder psychotherapeutisch sein, muss es aber nicht) Beginn Intervention innerhalb von drei Monaten	Measurement-Only Watchful waiting Treatment-As-Usual (TAU) bzw. Usual-Care Sonstige inaktive oder aktive Vergleichs-intervention Beginn Intervention innerhalb von drei Monaten	Diagnose einer PTBS oder anderen Traumafolgestörung Selbstberichtete PTBS-Schwere Schwere anderer Traumafolgestörungen (wie z.B. Depressivität, Ängstlichkeit. Dissoziation, Verhaltensauffälligkeiten) Funktionsniveau Lebensqualität

	Ereignisses bis 3 Monate nach belastendem Ereignis			
1 Ford-Gilboe et al. (85)	*N* = 462 kanadische Frauen, welche in den letzten sechs Monaten Gewalt in ihrer Partnerschaft erfahren haben.	Randomisierte Zuteilung zu dem individualisierten „iCAN Plan 4 Safety-Tool“ (Online-Programm; *n* = 231). Bestandteile der Intervention: - interaktive Übung zur Entscheidungshilfe, wie der Kontakt zum Partner verlaufen soll - Risikoeinschätzung, ob weiterhin Gewalt erfahren wird - Erarbeitung von individualisierten Strategien zum Umgang mit Gewalt	Teilnahme an einer standardisierten Form des Tools (*n* = 231). Bestandteile der Intervention: - Aufklärung über Risikofaktoren für partnerschaftliche Gewalt - Erarbeitung von Strategien für den Umgang mit Gewalt - Empfehlungen für Beratungsstellen in Krisensituationen	Messung mittels Selbstbeurteilungsinstrumente. Es gab keine signifikanten Unterschiede zwischen der Experimental- und Kontrollgruppe hinsichtlich der PTBS-Symptomatik. In beiden Gruppen wurde eine Reduktion der PTBS-Symptomatik (d = -0.17) und der Depressivität (d = -0.18) berichtet. Frauen, welche minderjährige Kinder hatten, berichteten von einer stärkeren Reduktion der Depressivität und der PTBS-Symptomatik, wenn sie die individualisierte Variante durchlaufen hatten, als Frauen ohne Kinder (Depressivität: d = -0.27 vs. d = -0.06 PTBS-Symptomatik: d = -0.19 vs. d = -0.16)
2 Bragesjö et al. (86)	*N* = 70 Erwachsene, welche in den vergangenen zwei Monaten ein belastendes Ereignis (Vergewaltigung, Unfall, interpersonelle Gewalt) erlebt hatten.	Randomisierte Zuteilung zu „Condensed Internet deivered Prolonged Exposure“ (CIPE): dreiwöchiges Online-Programm, im Umfang von 18 Stunden. Aufteilung in 4 Module: 1. Psychoedukation über Reaktionen nach belastenden	Wartelistekontrollgruppe: *n* = 31	Messung mittels Selbstbeurteilungsinstrumente. Proband:innen, welche an CIPE teilgenommen hatten, berichteten nach sechs Monaten von einer stärkeren Reduktion der PTBS-Symptomatik als Proband:innen auf der Warteliste (bootstrapped d = 0.83). intention-to-treat-Analyse.

		Ereignissen sowie Atemübungen 2. Imaginierte Exposition, täglich für 20 Minuten mit anschließender Verarbeitung von 15 Minuten 3. Anleitung zur in vivo- Exposition der belastendsten Momente während des Ereignisses 4. Zusammenfassung der Ergebnisse der Behandlung und Erstellung Rückfallplan Während der Module sollte ein täglicher Kontakt zu einem Therapeuten gewährleistet sein. *n* = 39		
3 Segal et al. (87)	*N* = 119 Personen, welche im letzten Monat ein belastendes Ereignis erlebt hatten.	Randomisierte Zuteilung zu Attention control therapy (ACT). Durchführung von sechs wöchentlichen wortbasierten Dot-Probe Online-Sitzungen. Pro Sitzung erfolgten 160 Durchgänge (Präsentation von 128 Ereignis-assoziierten Wörtern und 32 neutralen Wörtern), wobei die Proband:innen bei der Präsentation eines	Treatment as usual (*n* = 59): Kontaktaufnahme seitens des Forschungsteams nach weiteren zwei Monaten. 23.7% hatten in der Zeit eine psychotherapeutische oder medikamentöse Behandlung begonnen.	Messung mittels Selbstbeurteilungsinstrumente. In beiden Gruppen wurde eine signifikante Reduktion der PTBS-Symptomatik (Wald $X^2 = 33.24$) berichtet. 58.2% der Proband:innen, welche zur ACT-Bedingung zugeteilt wurden, erhielten 2 Monate nach dem Ereignis eine PTBS-Diagnose, bei Personen der Kontrollgruppe waren es 49.1%.

		Punkts auf dem Bildschirm eine Taste drücken sollten. *n* = 60		
4 Horsch et al. (88)	*N* = 56 Frauen, welche einen Notkaiserschnitt erlebten. Intervention erfolgte sechs Stunden nach dem Ereignis.	Zusätzlich zu usual care (Keine Beschreibung): 15 Minuten Spielen des Computerspiels „Tetris“ auf einem Gerät, das in der Hand gehalten werden kann. *n* = 28 Randomisierte Zuteilung (1:1)	Usual care (Keine Beschreibung): *n* = 28	Messung mittels Selbstbeurteilungsinstrumente. Die Probandinnen führten täglich ein Tagebuch über die Häufigkeit intrusiver Erinnerungen an das belastende Ereignis. Probandinnen, welche Tetris spielten, berichteten nach einer Woche signifikant seltener von intrusiven Erinnerungen und Flashbacks (d = 0.65, d = 0.50, intention-to-treat-analysis). Nach einem Monat erfüllten signifikant mehr Probandinnen der Kontrollgruppe die DSM-V-Kriterien einer PTBS als Probandinnen der Interventionsgruppe (30.4%, *n* = 7 vs. 4.2%, *n* = 1, per protocol analysis).
5 Iyadurai et al. (89)	*N* = 71 Personen, welche nach einem Motorradunfall in einer Notaufnahme vorstellig wurden. Intervention erfolgte sechs Stunden nach dem Unfall.	Die Proband:innen sollten den schlimmsten Moment während ihres Unfalls berichten und anschließend für 10 – 20 Minuten auf einem Nintendo Tetris spielen. *n* = 37 Randomisierte Zuteilung.	Die Probandinnen sollten 10 – 20 Minuten alle Aktivitäten auflisten, an denen sie während ihres Aufenthaltes in der Notaufnahme teilgenommen haben. *n* = 34	Messung mittels Selbstbeurteilungsinstrumente. Proband:innen, welche Tetris spielten, berichteten nach einer Woche signifikant seltener von intrusiven Erinnerungen als Personen der Kontrollgruppe (d = 0.67). Nach einem Monat wurden keine signifikanten Unterschiede hinsichtlich selbstberichteter PTBS-Symptomatik

				(Vermeidungsverhalten, Intrusionen, Hyperarousal) zwischen den Gruppen festgestellt.
6 Jiang et al. (90)	*N* = 80 weibliche Pflegekräfte eines Krankenhauses, welche in den letzten 12 Stunden eine Herz-Druck-Massage zur Wiederbelebung von Patient:innen durchführten.	Vier Tage nach dem Ereignis: 15 Minuten spielen der Smartphone-App „Ceaseless Music Note“. Randomisierte Zuteilung (1:1:1:1) zu einer der folgenden Gruppen: 1. Spielen der App mit Hintergrundmusik der App, nachdem den Forschenden der schlimmste Moment des Ereignisses genannt wurde 2. Spielen der App ohne Hintergrundmusik, nachdem den Forschenden der schlimmste Moment des Ereignisses genannt wurde 3. Hören der Hintergrundmusik, nachdem den Forschenden der schlimmste Moment des Ereignisses genannt wurde 4. Nennung des schlimmsten Moments während des Ereignisses gegenüber den Forschenden		Messung mittels Selbstbeurteilungsinstrumente. Die Probandinnen führten täglich ein Tagebuch über die Häufigkeit intrusiver Erinnerungen an das belastende Ereignis. Bei allen Gruppen nahm die Anzahl der Intrusionen von Tag 3 zu 4 gleichermaßen signifikant ($\eta 2 = 0.12$) ab.

7 Kanstrup et al. (91)	*N* = 41 Patient:innen, welche nach einem belastenden Ereignis (Unfall, Angriff durch ein Tier, körperlicher Angriff) in einer Notaufnahme vorstellig wurden. Intervention erfolgte 72 Stunden nach Vorstellung in der Notaufnahme.	Die Proband:innen (*n* = 22) sollten den schlimmsten Moment während ihres Unfalls aufschreiben und anschließend für 10 – 20 Minuten auf einem Nintendo Tetris spielen. Randomisierte Zuteilung.	Hören eines Podcasts einer schwedischen Radio App für 10 – 20 Minuten (*n* = 19).	Messung mittels Selbstbeurteilungsinstrumente. Keine Durchführung von Signifikanztests, nur Berechnung von deskriptiver Statistik und Cohens d. Basierend auf den statistischen Berechnungen berichteten die Proband:innen der Experimentalgruppe nach einer und nach fünf Wochen seltener von Intrusionen, im Vergleich zur Kontrollgruppe.
8 Deforges et al. (92)	*N* = 146 Frauen, welche einen Notkaiserschnitt erlebten. Intervention erfolgte maximal sechs Stunden nach dem Ereignis.	3-minütiges Training zur Benutzung eines Nintendos. Anschließend 15 Minuten Spielen des Computerspiels „Tetris“ auf einem Nintendo. *n* = 74 Randomisierte Zuteilung.	Die Probandinnen (*n* = 72) sollten 10 – 20 Minuten alle Aktivitäten auflisten, an denen sie im Krankenhaus teilgenommen hatten.	Messung mittels Selbstbeurteilungsinstrumente und klinischer Interviews. Patientinnen, die Tetris spielten, berichteten nach sechs Wochen von weniger Intrusionen ($\beta = -0.73$, S.E. = 0.38, $z = -1.94$, $p < 0.0525$) und geringerer Anspannung ($\beta = -0.55$, S.E. = 0.29, $z = -1.92$, $p < 0.0552$) als Patientinnen der Kontrollgruppe. Patientinnen, die Tetris spielten, berichteten nach sechs Monaten von einer signifikant reduzierten PTBS-Symptomatik ($\beta = -0.65$, S.E. = 0.32, $z = -2.04$, 95%CI[−1.27, −0.03]). Die Auswertung der klinischen Interviews zeigte keine signifikante Veränderung der Symptomatik in den Follow-ups.

9 (93)	*N* = 41 Probandinnen mit erhöhtem Alkoholkonsum*, die innerhalb der letzten 10 Wochen einen sexuellen Übergriff erfahren haben. * Mindestens 1 Getränk im letzten Monat und mehr als 3 Getränke an einem Tag oder mehr als 7 Getränke in der letzten Woche, innerhalb der letzten 6 Monate.	2x tägliche Nutzung der App „THRIVE“ über 21 Tage. Bestandteile der App: 1. Kognitive Umstrukturierung 2. Aktivitätenplanung 3. Tägliche Einschätzung der PTBS-Symptomatik und des Konsumverhaltens 4. Tägliches Einschätzen von verfügbaren Ressourcen 5. Beziehungsorientierte Übungen Zusätzlich wöchentliches Telefoncoaching mit einem der Forschenden. Randomisierte Zuteilung, *n* = 20	Gleiche Nutzung der App (*n* = 21). Keine Teilnahme an den Punkten 1 und 5. Zusätzlich wöchentliches Telefoncoaching mit einem der Forschenden, wobei aktiv die Bestandteile der App nicht besprochen werden sollten.	Messung mittels Selbstbeurteilungsinstrumente. Nach drei Monaten berichtete die Interventionsgruppe von einer signifikant reduzierten PTBS-Symptomatik (d = -0.70), geringerer Häufigkeit intoxikiert zu sein (d = -0.62) und weniger Stunden pro Woche zu konsumieren (d = -0.39) im Vergleich zur Kontrollgruppe. Mehr Probandinnen der Interventionsgruppe berichteten von einer reliablen Verbesserung der PTBS-Symptomatik (OR = 2.67) und des Alkoholkonsums (OR = 3.05) im Vergleich zur Kontrollgruppe.
10 Freedman et al. (94)	*N* = 77 Personen, welche nach einem belastenden Ereignis (79.2% Motorradunfälle) die Notaufnahme aufsuchten. Keine Zeitangabe des Ereignisses.	Spielen der „SnowWorld“ VR an einem Computer, wobei die Proband:innen (*n* = 36) über 10 Minuten Schneebälle warfen und explodieren ließen.	Keine Intervention (*n* = 41).	Messung mittels Selbstbeurteilungsinstrumente. Nach zwei Wochen sowie nach sechs Monaten konnte kein signifikanter Unterschied hinsichtlich der selbstberichteten PTBS-Symptomatik zwischen den Gruppen festgestellt werden.
11	*N* = 3740 Proband:innen, welche mit Ausbruch des	Individuelle Nutzung des Chatbots „Friend“, welcher	/	Messung mittels Selbstbeurteilungsinstrumente. Nach Nutzung des Chatbots

Lahutina et al. (95)	Ukraine-Kriegs 2022 den Chatbot „Friend“ nutzten. Keine Zeitangabe des Ereignisses.	Psychoedukation und Anleitungen zur Selbsthilfe anbietet.		berichteten die Proband:innen von einer Reduktion ihres Stresslevels (d = .73), wobei diese davon unabhängig war, ob man ein Kind hatte.
12 Mouthaan et al. (96)	*N* = 150 Patient:innen einer Notaufnahme, welche ein belastendes Ereignis erlebt hatten (Unfall, körperliche Gewalt). Intervention erfolgte eine Woche nach dem Ereignis.	Teilnahme an dem „TRAUMA TIPS“ Online-Programm (*n* = 75), Zuhause. Absolvierung von 6 Schritten: 1. Einführung in das Programm 2. Erhebung von Ängstlichkeit und Anspannung (auch nach dem letzten Schritt) 3. Erfahrungsberichte anderer Betroffenen hören 4. Erklärung von 5 Coping-Strategien 5. Audiosequenzen zu Stressmanagement 6. Kontaktinformationen für weitere professionelle Hilfe. Randomisierte Zuteilung.	Care as usual: unstrukturierte Gespräche mit dem Krankenhauspersonal (*n* = 75).	Messung mittels Selbstbeurteilungsinstrumente und klinischem Interview. 41.7% der Proband:innen nutzten das Programm 1x, 35.8% häufiger. Die durchschnittliche Nutzungsdauer lag bei *M* = 20.8 Minuten (*SD* = 26.3). In beiden Gruppen lag nach 12 Monaten eine signifikante Verbesserung der PTBS-Symptomatik vor, wobei sich die Gruppen nicht signifikant voneinander unterschieden. Die selbstberichtete Depressivität und Ängstlichkeit hatte sich nicht bei beiden Gruppe innerhalb von 12 Monaten signifikant verändert.
13 Purgato et al. (97)	*N* = 238 Krankenhaus-mitarbeitende aus Norditalien, welche	Digitale Version des Self-help+ Programms der WHO. Bestandteile:	Lesen der italienischen Übersetzung des Buches „Leaf by Niggle“ (*n* = 119).	Messung mittels Selbstbeurteilungsinstrumente. Es wurde in beiden Gruppen nach 14 Wochen keine signifikanten

	während der Pandemie in ihrem Beruf arbeiteten. Keine Zeitangabe des Ereignisses.	1. Anleitung zu Stressmanagement 2. Audio-visuelle Anleitung zu Bestandteilen der „Acceptance Commitment Therapy“ Teilnahme über 5 Wochen,*n* = 119. Randomisierte Zuteilung.		Änderungen der PTBS-Symptomatik berichtet.
14 Wesemann et al. (98)	*N* = 67 Soldat:innen, welche für 6 Monate in Afghanistan stationiert waren. Keine Zeitangabe des Ereignisses.	Teilnahme am „Chaos driven Situations Management Retrieval System“ (CHARLY) vor Beginn des Einsatzes (*n* = 36). Bestandteile des Computerprogramms: 1. Biofeedback 2. Psychoedukation 3. Erarbeitung von Coping-Strategien Training mit CHARLY über 1,5 Tage. Randomisierte Zuteilung.	Routine Training des Militärs über 1,5 Tage (*n* = 31).	Messung mittels Selbstbeurteilungsinstrumente. Soldat:innen, welche an CHARLY teilgenommen hatten, berichteten vier bis sechs Wochen nach dem Einsatz von einer geringeren PTBS-Symptomatik als Soldat:innen, die am Routine Training teilnahmen: - Wiedererleben: ω2 = 0.091 - Vermeidung: ω2 = 0.064 - Arousal: ω2 = 0.074 Die PTBS-Symptomatik vor Beginn des Einsatzes wurde nicht erhoben.

Anhang B2: PICO-Tabellen „Umgang mit akuter psychosozialer Belastung bei Kindern und Jugendlichen“

PICO-1: Umgang mit akuter psychosozialer Belastung bei Kindern und Jugendlichen (Kapitel: 5.1)

1) Klinische Frage: Welche ***psychotherapeutischen*** oder ***pharmakologischen*** Interventionen bzw. welche Form von ***psychischer erster Hilfe*** oder ***psychosoziale Unterstützung*** sind bei Menschen mit psychischen Symptomen nach einem schwerwiegenden Ereignis im Kindes- und Jugendalter besser geeignet als inaktive oder aktive Kontrollbedingungen, um die spätere Ausbildung einer PTBS oder anderen Traumafolgestörung zu verhindern bzw. deren spätere Symptomatik zu reduzieren?

Tabellarische Umsetzung in PICO-Frage (**P**atient:in/**P**opulation, **I**ntervention, **C**omparison, **O**utcome)

1	Patient(in)/Population	Intervention (diagn./therapeutisch)	Vergleichsintervention	Outcome(s) – Nutzen und Schaden
	Alter 3-18 Jahre Akute Belastungsreaktion (ICD-10, ICD-11) Oder Akute Belastungsstörung (DSM-IV, DSM-5) Oder Psych. Symptome nach Traumatisierung	Psychosoziale Intervention, Psychische erste Hilfe, Psychosoziale Unterstützung, Psychotherapeutische Intervention (max. 18 Sitzungen), Pharmakologische Intervention Beginn Intervention innerhalb eines Monats	Measurement-Only Watchful waiting Treatment-As-Usual (TAU) bzw. Usual-Care Sonstige inaktive oder aktive Vergleichs-intervention Beginn Intervention innerhalb eines Monats	Diagnose einer PTBS oder anderen Traumafolgestörung PTBS-Schwere Schwere anderer Traumafolgestörungen (wie z.B. Depressivität, Ängstlichkeit. Dissoziation, Verhaltensauffälligkeiten) Funktionsniveau Lebensqualität

	Beginn psych. Symptome innerhalb 1 Monats nach Traumatisierung			
1 Kenardy et al. (100)	N = 103 Kinder und Jugendliche (7-15 Jahre) nach Unfallverletzungen (Kraftfahrzeug, Stürze, Sportunfälle, weitere Unfälle), innerhalb von 72 Stunden nach dem Ereignis eingeschlossen	Self-directed Information: Krankenhausbehandlung mit Darbietung eines Informationsbooklets (Kind und Elternteil: n = 33)	Krankenhausbehandlung ohne Darbietung eines Informationsbooklets (n = 70)	in der ITT-Analyse im 1-Monats-FU bzw. 6-Monats-FU für die Zielgrößen akute und posttraumatische Stresssymptome keine Überlegenheit Angstsymptome: in der ITT- und Completer-Analyse eine Überlegenheit der Intervention zwischen dem 1-Monats-FU und 6-Monats-FU, nicht jedoch zwischen dem Einschlusswert und dem 1-Monats-FU.
2 Cox et al. (101)	N = 85 Kinder und Jugendliche (7-16 Jahre), innerhalb von 2 Wochen nach unbeabsichtigten Verletzungen/Unfällen mit Krankenhausaufenthalt eingeschlossen	Self-directed Information: „Ungesteuerte Informationsintervention“ (Webpage & Booklet) (n = 29)	Assessment-Only (n = 27)	PTBS-, Angst-, Depressions-, Wut- und Dissoziationssymptome, sowie elterliche PTBS-Symptome: keine Überlegenheit der Intervention Completer-/Per-Protocol-Analyse: eine Überlegenheit der Interventionsbedingung bzgl. des Outcomes kindlicher Angstsymptome
3 Stallard et al. (102)	N = 158 Kinder und Jugendliche (7-18 Jahre) nach Verkehrsunfällen mit Krankenhausbehandlung, innerhalb von 4 Wochen nach dem Ereignis eingeschlossen	Debriefing Intervention (n = 82)	neutrale Diskussion ohne Traumabezug (n = 76)	in der ITT-Analyse im 8-Monats-FU für die Zielgrößen PTBS-Diagnosen, posttraumatische Stresssymptome, Angstsymptome und generelle Verhaltensprobleme keine Überlegenheit einer Debriefing Intervention

4 Zehnder et al. (103)	N = 99 Kinder und Jugendliche (7-16 Jahre) nach Verkehrsunfällen mit Krankenhausbehandlung, innerhalb von ca. 10 Tagen nach dem Ereignis eingeschlossen.	Debriefing-Intervention (Traumanarrativ, Umstrukturierung und Psychoedukation + Leaflet) (n = 51)	Treatment-As-Usual (Standard-Krankenhausbehandlung mit Zugang zu allen verfügbaren Hilfen) (n = 50)	im 2-Monats- sowie im 6-Monats-FU (keine ITT) für die Zielgrößen PTBS-Diagnosen, posttraumatische Stresssymptome, depressive Symptome und generelle Verhaltensauffälligkeiten keine Überlegenheit einer Debriefing-Intervention
5 Berkowitz et al. (104)	N = 106 Kinder und Jugendliche (7–17 Jahre) nach gemischten traumatischen Ereignissen (Unfälle, Angriffe, Gewalt, Hundebisse), innerhalb der ersten 30 Tage eingeschlossen	CFTSI-Intervention (n = 53)	Supportive Beratung (n = 53)	Im 1- und 3-Monats-FU für die Zielgrößen PTBS-Symptome, Angstsymptome sowie PTBS-Diagnoserate eine Überlegenheit der CFTSI-Intervention. Bezüglich des Outcomes Dissoziative Symptome zeigte sich im 1- und 3-Monats-FU keine Überlegenheit der CFTSI-Gruppe.
6 Haag et al. (105)	N = 133 Kinder (1–6 Jahre) nach gemischten Unfallverletzungen und Verbrennungen, im Durchschnitt 12 Tage nach Event eingeschlossen	CARE-Intervention (n = 62)	TAU-Behandlung (n = 71)	In der ITT-Analyse im 3-Monats-FU für die Zielgröße PTBS-Symptome und PTBS-Diagnoserate, Verhaltensauffälligkeiten sowie Funktionsniveau eine Überlegenheit der CARE-Intervention. Im 6-Monats-FU zeigte sich keine Überlegenheit mehr bzgl. PTBS-Symptomen und PTBS-Diagnoserate, Verhaltensauffälligkeiten sowie Funktionsniveau.
7 Kassam-Adams	N = 185 Kinder und Jugendliche (8–17 Jahre) nach	Stepped-Preventive-Care-Intervention (n = 46)	TAU-Behandlung (n = 39)	In der ITT-Analyse im 6-Wochen-FU und 6-Monats-FU für die Zielgröße PTBS-Symptome keine Überlegenheit.

et al. (106)	gemischten Unfallverletzungen, im Durchschnitt 3 Tage nach Event eingeschlossen			Im 6-Wochen-FU sowie 6-Monats-FU zeigte sich Überlegenheit für Lebensqualität und Unterlegenheit für Depression.
8 Kramer & Landolt (107)	N = 108 Kinder und Jugendliche (2–16 Jahre) nach Verkehrsunfällen oder Verbrennungen, 5 bis 19 Tage nach Event eingeschlossen	EPICAP-Intervention (n = 54)	TAU-Behandlung (n = 54)	In der ANCOVA im 3-Monats-FU und 6-Monats-FU für die Zielgrößen PTBS-Symptome, PTBS-Diagnose und Verhaltensauffälligkeiten keine Überlegenheit. Im 3-Monats-FU Überlegenheit der Intervention für internalisierende Symptome im CBCL nur in der Altersgruppe 7–16 Jahre, die im 6-Monats-FU nicht mehr bestand.
9 Melnyk et al. (108)	N = 174 Kinder (2–7 Jahre) nach unerwarteten Krankenhausaufenthalten in pädiatrischer Intensivpflege, bei der Intensivstation-Aufnahme eingeschlossen	Elternfokussierte COPE-Intervention (n = 90)	Kontrollbedingung (strukturgleiches Programm mit Informationen über Intensivstation und Hilfemöglichkeiten) (n = 84)	In der ANCOVA im 12-Monats-FU für die Zielgrößen Gesamtwert der Verhaltenssymptome, externalisierende Symptome und Rate klinisch relevanter Verhaltenssymptome im mütterlichen Bericht eine Überlegenheit der COPE-Intervention. PTBS-Symptome bei Kindern erhoben, aber nicht berichtet. Im 1–3-Monats-FU keine Überlegenheit. Im 6-Monats-FU Überlegenheit bzgl. Rückzugsverhalten und externalisierende Symptome. Angaben zur Überlegenheit bzgl. Hyperaktivität und Adaptivität im 12-Monats-FU nicht statistisch belegt.
10	N = 29	innerhalb von 12 Stunden orale Gabe von Propranolol	Placebo (n = 15)	In der ITT-Analyse im 6-Wochen-FU für die Zielgrößen PTBS-Symptome sowie

Nugent et al. (109)	Kinder und Jugendliche (10–18 Jahre), Patienten in der pädiatrischen Notaufnahme	für 10 Tage + Tapering (n = 14)		Herzrate und Blutdruck keine Überlegenheit.
11 Rosenberg et al. (110)	N = 202 Kinder und Jugendliche (10–18 Jahre) mit schweren pädiatrischen Verbrennungen, innerhalb von 48–72h	innerhalb von 48–72h mit Propranolol behandelt (nach Gewicht, Ø 3,64 ± 3,19 mg/kg pro Tag, titriert nach Herzfrequenz) (n = 89)	TAU-Bedingung (n = 113)	Im Langzeit-FU (2–12 Jahre nach Verbrennung) für die Zielgrößen PTBS, Angst und Depression keine Überlegenheit.
12 Stoddard et al. (111)	N = 26 Kinder und Jugendliche (6–20 Jahre) mit pädiatrischen Verbrennungen oder rekonstruktiver Verbrennungsoperation	flexibel dosiertes Sertralin (25–150 mg/Tag) (n = 17)	Placebo (n = 9)	Im 8-12-24-Wochen-FU für die Zielgröße PTBS im Selbsturteil keine Überlegenheit. Bezüglich PTBS-Symptome im Elternbericht: nach 8, 12 und 24 Wochen Überlegenheit der Sertralin-Gruppe. Bezüglich depressiver Symptome: nach 8 und 12 Wochen Überlegenheit der Placebo-Gruppe.

PICO-2: Umgang mit akuter psychosozialer Belastung bei Kindern und Jugendlichen (Kapitel: 5.2)

2) Klinische Frage: Welche in deutscher Sprache verfügbaren ***Screeninginstrumente*** sind bei Menschen mit psychischen Symptomen nach einem schwerwiegenden Ereignis im Kindes- und Jugendalter hinsichtlich der psychometrischen Kennwerte am besten geeignet, das Ausmaß der akuten psychischen Belastung zu erfassen?

Tabellarische Umsetzung in PICO-Frage (**P**atient:in/**P**opulation, **I**ntervention, **C**omparison, **O**utcome)

2	Patient(in)/Population	Intervention (diagn./therapeutisch)	Vergleichsintervention	Outcome(s) – Nutzen und Schaden
	Alter 3-18 Jahre Akute Belastungsreaktion (ICD-10, ICD-11) Oder Akute Belastungsstörung (DSM-IV, DSM-5) Oder Schweregrad akuter psychosomatischer Symptomatik Beginn psych. Symptome frühestens am Tag der	Selbstbeurteilungsfragebogen, Fremdbeurteilungsfragebogen, Interview mit Kind bzw. Jugendlichen Interview mit Bezugsperson	Vergleichsinstrumente innerhalb der gleichen Kategorie: Selbstbeurteilungsfragebogen, Fremdbeurteilungsfragebogen, Interview mit Kind bzw. Jugendlichen Interview mit Bezugsperson	Psychometrische Kennwerte: Reliabilität Validität Sensitivität Spezifizität Verfügbarkeit einer deutschen Übersetzung

	Traumatisierung bis 1 Monat nach Traumatisierung			
1 PEDS-ES (Niederländisch) Hein et al. (117)	0-7 Jahre Risiko für spätere PTBS-Diagnose	Fremdbeurteilungsfragebogen	Diagnostic Infant and Preschool Assessment (DIPA) Interview mit Bezugsperson	Kriteriumsvalidität: AUC = .727 Cutoff 8 PPV 0.35 NPV 0.88 Youden‘s J 0.33 Cutoff 6: PPV 0.33 NPV 0.92 Youden‘s J (0.38) Sensitivität: Cutoff 8: 0.65 Cutoff 6: 0.82 Spezifität: Cutoff 8: 0.73 Cutoff 6: 0.56
2 PEDS-ES Kramer, Hertli & Landolt (116)	2–6 Jahre Späteres PTBS-Risiko	Fremdbeurteilungsfragebogen		Reliabilität: Interne Konsistenz α = .76 Kriteriumsvalidität: Full/partial PTSD: Sensitivität 85%, Spezifität 63% PTSD severity: Sensitivität 77%, Spezifität 56% Mit 5 Risikofaktoren: Sensitivität stabil, Spezifität 53% (full/partial PTSD), 48% (severity) Deutsche Version: ja
3	11–17 Jahre Akute Stresssymptome	Selbstbeurteilungsfragebogen	CPTS-RI	Reliabilität: Interne Konsistenz: α = .918

NSESSS Acute Stress Symptoms 11–17 Yalın-Sapmaz et al. (120)				Test-Retest: r = .651 (p < .001) Validität: Faktorenstruktur: 1 Faktor (EFA/PCA, Eigenwert 4.379, 67.7% Varianz; CFA: CFI .964, RMSEA .1) Konstruktvalidität: CPTS-RI r = .785 (p < .001) Deutsche Version: nein
4 ASC-Kids Kassam-Adams (118)	8–17 Jahre	Selbstbeurteilungsfragebogen	CATS YSR CSDC (Elternbericht) CBCL	Reliabilität: Interne Konsistenz: 19 Symptomitems α = .85; 29 Items α = .86; Subskalen: Dissoziation α = .64, Reexperiencing α = .74, Avoidance α = .73, Arousal/Anxiety α = .73 Test-Retest (1 W.): Symptomskala r = .76; Total r = .83; Subskalen r = .59–.75 Validität: Faktorenstruktur: 4 Faktoren (EFA, 19 Symptomitems) Konstruktvalidität: CATS akut r = .77; CATS FU r = .61; YSR Internalizing r = .49; YSR Externalizing r = .30 Deutsche Version: Checkliste zur Akuten Stressymptomatik (CAB) (Fruhe et al., 2008) als Neubearbeitung

5 ASC-Kids / CEA-N (Spanisch) Kassam-Adams et al. (157)	8–17 Jahre	Selbstbeurteilungsfragebogen	Child PTSD Symptom Scale RCMAS CDI	Reliabilität: Interne Konsistenz: ASC-Kids Total .83 (95% CI .80–.86), Subskalen .45–.76; CEA-N Total .84 (95% CI .80–.87), Subskalen .59–.70 Test-Retest (1 W.): ASC-Kids Total r = .78; Subskalen r = .60–.68; CEA-N Total r = .59 Cross-language Reliabilität: Total r = .93; Subskalen r = .68–.90 Validität: Konvergent: ASC-Kids – CPSS 3 M. r = .54; RCMAS r = .56; CDI r = .42 Deutsche Version: ja
6 CSDC Saxe et al. (121)	2–18 Jahre	Fremdbeurteilungsfragebogen	CBCL-PTSD CDC CPTSD-RI	Reliabilität: Interne Konsistenz: Symptomitems α = .84 Test-Retest: Total r = .84; Subskalen r = .63–.89 Validität: Konvergent (akut): CBCL-PTSD Parent r = .49, Nurse r = .35; CDC Parent r = .49, Nurse r = .33; CPTSD-RI Parent r = .39 Diskriminant: CBCL-Thought n.s. Deutsche Version: nein (Englisch)
7 TSC-KJ	8–21 Jahre	Selbstbeurteilungsfragebogen	BDI-II / DIKJ HDI UCLA-PTSD-RI	Reliabilität:

Peter-mann (158)			ADS, STADI	Interne Konsistenz: α = .76–.86 (Skala Belastung durch Sexualität nichtklinisch: .55) Interrater (ICC): .44 Validität: Faktorenstruktur: 6-Faktoren-Modell (CFI = .85, TLI = .84, RMSEA = .04, SRMR = .06); Subskalen CFI = .94–.99 Konstruktvalidität klinisch: r = .42–.82 (BDI-II/DIKJ, HDI, UCLA-PTSD-RI); nicht-klinisch: r = .53–.76 (ADS, STADI, UCLA-PTSD-RI) Veränderungssensitivität: signifikant (η^2 = .72; d = 0.52–1.45) Deutsche Version: ja (Hogrefe)
8 IBS-A-KJ Steil & Füchsel (124)	ab 7 Jahre	Interview		Reliabilität: Interne Konsistenz: α = .92 Deutsche Version: ja (Hogrefe)
9 DICA-ASD Miller et al. (122)	7–16 Jahre Akute Belastungsstörung	Interview		Reliabilität: Interne Konsistenz: α = .76–.93 Cohens Kappa: 1 Deutsche Version: nein

10 DICA-ASD Miller et al. (123)	7–18 Jahre Akute Belastungsstörung	Interview	CBCL (PTSD, Anxious/Depressed, Internalizing) CSDC (Nurse, Patient)	Reliabilität: Interne Konsistenz: Symptomitems α = .97; Dissoziationsitems α = .96 Cohens Kappa: 1 Validität: Signifikante Gruppenunterschiede (T-Tests) für CBCL (PTSD, Anxious/Depressed, Internalizing) und CSDC (Nurse, Patient) Deutsche Version: nein

PICO-3: Umgang mit akuter psychosozialer Belastung bei Kindern und Jugendlichen (Kapitel: 5.3)

3) Klinische Frage: Gibt es eine systematische Überlegenheit einer Variante der ***psychotherapeutischen*** oder ***pharmakologischen*** Intervention bzw. Form von ***psychischer erster Hilfe*** oder ***psychosoziale Unterstützung*** bei Menschen mit psychischen Symptomen nach einem traumatischen Ereignis im Kindes- und Jugendalter, um die spätere Ausbildung einer PTBS oder anderen Traumafolgestörung zu verhindern bzw. deren spätere Symptomatik zu reduzieren?

Tabellarische Umsetzung in PICO-Frage (**P**atient:in/**P**opulation, **I**ntervention, **C**omparison, **O**utcome)

3	Patient(in)/Population	Intervention (diagn./therapeutisch)	Vergleichsintervention	Outcome(s) – Nutzen und Schaden
	Alter 3-18 Jahre Akute Belastungsreaktion (ICD-10, ICD-11) Oder Akute Belastungsstörung (DSM-IV, DSM-5) Oder Psych. Symptome nach Traumatisierung Beginn psych. Symptome innerhalb 1 Monats nach Traumatisierung	Psychosoziale Intervention, Psychische erste Hilfe, Psychosoziale Unterstützung, Psychotherapeutische Intervention (max. 18 Sitzungen), Pharmakologische Intervention Beginn Intervention innerhalb eines Monats	Alle unter Intervention genannten Sonstige inaktive oder aktive Vergleichs-intervention Beginn Intervention innerhalb eines Monats	Diagnose einer PTBS oder anderen Traumafolgestörung PTBS-Schwere Schwere anderer Traumafolgestörungen (wie z.B. Depressivität, Ängstlichkeit. Dissoziation, Verhaltensauffälligkeiten) Funktionsniveau Lebensqualität

	Im Rahmen der Literaturrecherche fand sich keine Meta-Analyse oder systematische Übersichtsarbeit, welche Hinweise auf eine systematische Überlegenheit einer Variante der psychotherapeutischen oder pharmakologischen Intervention bzw. Form von psychischer erster Hilfe oder psychosozialen Unterstützung untersucht hat.

PICO-4: Umgang mit akuter psychosozialer Belastung bei Kindern und Jugendlichen (Kapitel: 5.4)

4) Klinische Frage: Gibt es eine systematische Überlegenheit bei **Einbezug von Bezugspersonen (vs. ohne)** in **psychotherapeutischen** oder **psychosozialen Interventionen** bzw. Formen von **psychosozialer Unterstützung** bei Kindern und Jugendlichen mit psychischen Symptomen nach einem traumatischen Ereignis hinsichtlich der späteren Reduktion von Symptomatik der PTBS oder anderer Traumafolgestörungen?

Tabellarische Umsetzung in PICO-Frage (**P**atient:in/**P**opulation, **I**ntervention, **C**omparison, **O**utcome)

4	Patient(in)/Population	Intervention (diagn./therapeutisch)	Vergleichsintervention	Outcome(s) – Nutzen und Schaden
	Alter 3-18 Jahre Akute Belastungsreaktion (ICD-10, ICD-11) Oder Akute Belastungsstörung (DSM-IV, DSM-5) Oder Psych. Symptome nach Traumatisierung Beginn psych. Symptome innerhalb 1 Monats nach Traumatisierung	Psychosoziale Intervention, Psychische erste Hilfe, Psychosoziale Unterstützung, Psychotherapeutische Intervention (max. 18 Sitzungen), Pharmakologische Intervention Beginn Intervention innerhalb eines Monats Jeweils mit Einbezug von Bezugspersonen	Alle unter Intervention genannten Sonstige inaktive oder aktive Vergleichs-intervention Beginn Intervention innerhalb eines Monats Jeweils ohne Einbezug von Bezugspersonen	Diagnose einer PTBS oder anderen Traumafolgestörung PTBS-Schwere Schwere anderer Traumafolgestörungen (wie z.B. Depressivität, Ängstlichkeit. Dissoziation, Verhaltensauffälligkeiten) Funktionsniveau Lebensqualität
	Im Rahmen der Literaturrecherche fand sich keine randomisiert-kontrollierte Studie, welche direkt dieselbe Intervention mit vs. ohne Bezugspersoneneinbezug verglichen hat.			

Anhang B3: PICO-Tabellen „Umgang mit akuter psychosozialer Belastung bei Einsatzkräften“

PICO-1: Umgang mit akuter psychosozialer Belastung bei Einsatzkräften (Kapitel: 6.1)

1) Klinische Frage: Welche vorbereitenden Maßnahmen sind bei Einsatzkräften vor dem Eintreten schwerwiegender oder potentiell lebensbedrohlicher Ereignisse geeignet, die spätere Entwicklung anhaltender psychischer Symptomatik zu reduzieren?

Tabellarische Umsetzung in PICO-Frage (**P**atient:in/**P**opulation, **I**ntervention, **C**omparison, **O**utcome)

	Patient(in)/Population	**Intervention (diagn./therapeutisch)**	**Vergleichsintervention**	**Outcome(s) – Nutzen und Schaden**
	Fokus für Einsatzkräfte: Einsatzkräfte vor Exposition gegenüber einem schwerwiegenden oder potenziell lebensbedrohlichen Ereignis	**Fokus für Einsatzkräfte:** Vorbereitende Schulungen und organisationsbezogene Maßnahmen (z. B. Psychoedukation zu Stressreaktionen, Coping-Strategien, Team- und Rollenstrukturen)	**Fokus für Einsatzkräfte:** Übliche Vorbereitung / keine spezifische Maßnahme	**Fokus für Einsatzkräfte:** Auftreten stressassoziierter oder unspezifischer psychischer Störungen Schwere psychischer Symptomatik Funktionsniveau Inanspruchnahme von Unterstützung
1 Geuzinge et al. (126)	Systematische Übersichtsarbeit mit *N* = 89 Studien Überwiegend Beobachtungsstudien (querschnittlich oder longitudinal), keine randomisierten Interventionsstudien	Soziale Einbettung und organisationsbezogene Faktoren (z. B. Teamkohäsion, soziale Unterstützung, Führung) Fokus auf Zusammenhang zwischen sozialer Einbettung und psychischer Gesundheit	Geringere soziale Einbettung bzw. geringere organisationale Unterstützung	Soziale Einbettung und unterstützende Beziehungen im Arbeitsumfeld waren in den meisten Studien mit geringerer psychischer Belastung und geringerem Risiko für Traumafolgesymptome assoziiert; Ergebnisse waren jedoch heterogen, teils inkonsistent und in einzelnen Kontexten auch mit erhöhter Belastung verbunden.

	Einsatzkräfte (Feuerwehr, Rettungsdienst, Polizei, Militär, spezialisierte Pflegekräfte)			
2 Kyron et al. (127)	Systematische Übersicht mit *N* = 66 prospektiven Studien. Mitarbeiter ziviler Rettungsdienste (Feuerwehrleute, Rettungssanitäter, Polizisten), die in der Vorbereitungs- und Einsatzphase untersucht wurden	Identifikation von Risiko- und Schutzfaktoren: 1) Kognitive Fähigkeiten; 2) Coping Tendenzen; 3) Persönlichkeitseigenschaften; 4) Peritraumatische Reaktionen; 5) Eigenschaften des Arbeitsplatzes; 6) Interpersonelle Faktoren; 7) Ereignisse außerhalb der Arbeit.	Niedrigere vs. höhere Ausprägung dieser Faktoren	Soziale Unterstützung war protektiv hinsichtlich der Entwicklung psychischer Erkrankungen. Peritraumatische Dissoziation, vorbestehende psychische Probleme und Traumatisierungen waren Risikofaktoren für künftige psychische Erkrankungen (z.B. posttraumatische Belastungsstörung [PTBS], Depression). Neurotizismus war mit künftigen PTBS-Symptomen, Burnout und schlechterer allgemeine psychischer Gesundheit assoziiert. Peritraumatische Vermeidungs- und Intrusionssymptome der PTBS waren mit zukünftigen PTBS- und Depressionssymptomen assoziiert.
3 Marmar et al. (128)	Querschnittsstudie Evidenz zu Risikofaktoren für PTBS nach kritischen Ereignissen bei Einsatzkräften	Psychologische und arbeitsbezogene Risikofaktoren nach kritischen Ereignissen (z. B. peritraumatischer Distress, Dissoziation, Arbeitsstress)	Niedrigere vs. höhere Ausprägung dieser Faktoren	Signifikante Prädiktoren für PTBS-Symptome waren peritraumatischer Distress (β = 0.240), Dissoziation (*beta* = 0.174), Arbeitsstress (β = 0.182), geringe soziale Unterstützung (β = −0.246) und problemorientiertes Coping (β = 0.103)

	N = 715 Polizeibeamte nach Exposition gegenüber kritischen Ereignissen			Keine Geschlechtsunterschiede im PTBS-Risiko; Schlafstörungen vermittelten den Zusammenhang zwischen PTBS und körperlichen Beschwerden.
4 Greinacher et al. (129)	*N* = 100 deutsche Fachkräfte in Ausbildung für psychosoziale Notfallhilfe vor Teilnahme an Notfalleinsätzen Wahrgenommenes Vorbereitungsgefühl und Resilienzfaktoren wurden vor einer Schulung in psychosozialer Notfallhilfe erfasst Nach der Schulung, bei der die Teilnehmenden an Notfalleinsätzen mitgewirkt hatten, wurde die sekundäre Traumatisierung untersucht Längsschnittstudie mit zwei Erhebungszeitpunkten	Einflussfaktoren auf die Entwicklung einer Sekundärtraumatisierung Folgende Fragebögen wurden zu T1 eingesetzt: Experiences in Close Relationships–Revised (ECR-RD), Relationship Questionnaire (RQ-2), OPD Structure Questionnaire short scale (OPD-SQS), Sense of Coherence Scale (SOC-29), Questionnaire for Social Support Short Form (F-SOZU K-14), Mindful Attention and Awareness Scale (MAAS) Zu T2 wurde folgender Fragebogen eingesetzt: Questionnaire for Secondary Traumatization (QST)	Niedrigere oder höhere Ausprägung dieser Faktoren	Für Sekundäre Traumatisierung zu T2 zeigten sich subklinische Werte. Schutzfaktoren für sekundäre Traumatisierung waren Achtsamkeit (MAAS), Vorbereitungsgefühl sowie soziale Unterstützung. Spezifische Expertise reduzierte den Einfluss von Bindungsvermeidung, Persönlichkeitsfunktionalität und Kohärenzgefühl auf das Ausmaß sekundärer Traumatisierung. Ein höheres wahrgenommenes Kompetenz- und Vorbereitungsgefühl reduzierte den Einfluss von Bindungsvermeidung, geringem Kohärenzgefühl und niedriger Achtsamkeit auf sekundäre Traumatisierung. Das subjektive Gefühl, innerlich auf Notfallsituationen vorbereitet zu sein, zeigte keinen signifikanten moderierenden Effekt auf den Zusammenhang

				zwischen Resilienzfaktoren und sekundärer Traumatisierung.
5 Brooks et al. (130)	Narratives Review Beschäftigte in Berufen mit erhöhtem Traumaexpositions-risiko (z. B. Einsatzkräfte, Gesundheitswesen, Katastrophenhilfe) Überblick über organisations-bezogene Unterstützungsmaßnahmen	Verschiedene arbeitsplatzbezogene Maßnahmen zur Unterstützung nach belastenden Ereignissen (z. B. Resilienz- und Kompetenztrainings, Stressmanagement, Debriefing, psychosoziale Unterstützung, Reintegrations- und Nachsorgeprogramme)	Nicht spezifiziert (narrative Zusammenfassung heterogener Studien)	Soziale und organisationale Unterstützung war konsistent mit besseren psychischen Outcomes und Funktionsfähigkeit assoziiert. Evidenz zu spezifischen Interventionen (insbesondere Debriefing) war widersprüchlich; kein klarer Nachweis einer überlegenen Maßnahme.
Maglione et al. (131)	Systematische Übersicht und Meta-analyse mit *N* = 29 Studien Aktive Militärangehörige, Polizei, Rettungskräfte (z. B. Feuerwehr, Notfallsanitäter) 24 der 29 Studien bezogen militärisches Personal mit ein	Maßnahmen des Combat and Operational Stress Control (COSC), z. B. Resilienz- und Bewältigungstrainings, Stressimpfung, Debriefing, psychologische Erste Hilfe, Dekompression nach Einsatz (Third Location Decompression; TLD) und Reintegrationsprogramme	Keine Intervention / übliche Versorgung (TAU) oder alternative aktive Stressbewältigungsmaßnahme (z. B. Standardtraining)	Kein signifikanter Effekt von COSC-Maßnahmen auf PTBS-Symptomwerte oder PTBS-Fälle nach Einsatz. Ergebnisse waren unabhängig davon, ob mit keiner Intervention oder mit anderen aktiven Maßnahmen verglichen wurde.
Peñalba et al. (132)	Cochrane-Review mit 10 eingeschlossenen Studien;	Manualisierte psychosoziale Interventionen (z. B. Stressreduktionsprogramme,	Keine oder andere Interventionen	Sehr begrenzte Evidenz aufgrund kleiner Stichproben und niedriger Studienqualität; kein belastbarer

	nur 5 Studien mit auswertbaren Daten Polizeibeamt:innen (law enforcement officers)	Psychoedukation, Entspannungsverfahren, soziale Unterstützung, körperliche Aktivität)		Wirksamkeitsnachweis für psychosoziale Interventionen zur Prävention stressassoziierter psychischer Symptome (z. B. Angst, Depression, PTBS-Symptome, Schlafprobleme).
Wild et al. (133)	*N* = 570 Paramedic-Studierende vor Beginn der beruflichen Tätigkeit (prä-expositionsbezogene Population) Randomisierte kontrollierte Studie, 3-armiges Design mit 12-Monats-Follow-up	Internet-basiertes kognitives Resilienztraining (iCT-R) über 6 Wochen (*n* = 195)	Psychoedukation (*n* = 197); Standardtraining (*n* = 178)	Reduzierte Wahrscheinlichkeit für das Auftreten einer PTBS oder Depression im 12-Monats-Follow-up in der Interventionsgruppe im Vergleich zur Psychoedukation (OR, 0.20; 95% KI, 0.05-0.73) und Standardtraining (OR, 0.25; 95% KI, 0.07-0.97)

PICO-2: Umgang mit akuter psychosozialer Belastung bei Einsatzkräften (Kapitel: 6.2)

2) Klinische Frage: Welche frühen Maßnahmen nach belastenden Einsätzen sind bei Einsatzkräften geeignet, die Entwicklung anhaltender psychischer Symptomatik zu reduzieren?

Tabellarische Umsetzung in PICO-Frage (**P**atient:in/**P**opulation, **I**ntervention, **C**omparison, **O**utcome)

	Patient(in)/Population	Intervention (diagn./therapeutisch)	Vergleichsintervention	Outcome(s) – Nutzen und Schaden
	Fokus für Einsatzkräfte: Einsatzkräfte nach belastenden Einsätzen mit akuter Stressreaktion oder frühen Belastungssymptomen	**Fokus für Einsatzkräfte:** frühe psychosoziale Unterstützung (z. B. PFA, Peer-Support) Operative Nachbesprechung (AAR) ohne Emotionsaktivierung gestuftes Vorgehen (Monitoring und Weitervermittlung)	**Fokus für Einsatzkräfte:** übliche Versorgung / informeller Support keine strukturierte Intervention Debriefing-Verfahren	**Fokus für Einsatzkräfte:** Symptomschwere / Inzidenz psychischer Störungen Funktions- und Dienstfähigkeit Inanspruchnahme von Unterstützung unerwünschte Effekte
1 Tannenbaum & Cerasoli (135)	Meta-Analyse mit *N* = 46 publizierten und nicht publizierten Studien Teams und Einzelpersonen in Trainings-, Simulations- und Arbeitskontexten (z. B. Militär, Medizin, Ausbildung); nicht spezifisch	Leistungsbezogen operative Nachbesprechung (After-Action Review, AAR): strukturierte Reflexion nach einer Aufgabe oder Erfahrung zur Verbesserung von Lernen und Leistung (z. B. Feedback, Analyse von	Kein AAR oder passive Feedbackmethoden	Operative Nachbesprechungen waren mit einer signifikanten Verbesserung der Leistung verbunden (mittlere Effektstärke d = 0.67; ca. 25 % Leistungssteigerung). Effekte waren vergleichbar für Teams und Einzelpersonen sowie in simulierten und realen Settings

	traumaexponierte Populationen	Handlungen, Ableitung von Verbesserungen)		
2 Keiser & Arthur (136)	Meta-Analyse mit *N* = 61 Studien (915 Teams, 3 499 Einzelpersonen). Einzelpersonen (Lernende, Fachkräfte) und Teams aus unterschiedlichen Kontexten, überwiegend aus dem Gesundheitswesen (z.B. Ärzt:innen, Pflegekräfte), ergänzend aus dem militärischen Bereich (z.B. Soldat:innen, militärische Teams) sowie aus weiteren Trainings-, Organiations- und Simulationskontexten	After-Action Review (AAR) als systematische Technik mit den zentralen Bestandteilen Rückmeldung, Reflexion und Diskussion nach einer Trainings-, Aufgaben- oder Leistungssituation (feedback, reflection, discussion) mit unterschiedlichen Interventionsmerkmalen: • Ausrichtung (Individuum vs. Team) • Strukturierungsgrad (hoch vs. niedrig) • Moderation (selbst- vs. expertengeleitet) • Review-Medien (objektiv, z.B. Videofeedback vs. subjektiv, z.B. erinnerungsbasiert) Die Dauer der AAR-Sitzungen wurde dichotom kategorisiert (≤ 20 Minuten vs. >20 Minuten)	Kontrollgruppe ohne AAR Innerhalb der Meta-Analyse erfolgten zudem Vergleiche unterschiedlicher AAR-Ausprägungen (z.B. selbstgeleitet vs. expert:innengeleitet, hohe vs. niedrige Strukturierung) zur Überprüfung moderierender Einflüsse auf den Lernerfolg	Positiver Gesamteffekt von AAR auf trainingsbezogene Outcomes (*d* = 0.79, 95% KI 0.63-0.95), insbesondere zeigen sich positive Effekte für kognitive Outcomes (*d* = 1.01, 95% KI 0.51-1.51), Teamprozess-Outcomes (*d* = 0.93, 95% KI 0.73-1.13), Einstellungs-Outcomes (*d* = 0.46, 95% KI 0.32-0.60) sowie Aufgabenleistung/ Task Performance (insgesamt: *d* = 0.86, 95% KI 0.68-1.04; im Training: *d* = 0.87, 95% KI 0.69-1.06). Für die Leistungssteigerung am realen Arbeitsplatz (Job) liegt mangels Studien (*k*=3) keine statistisch gesicherte Evidenz vor (*d* = 0.67, 95% KI -0.75-2.09).

3 Hermosilla et al. (137)	Systematische Übersicht mit *N* = 12 Studien. Kinder, Jugendliche, Erwachsene, die potenziell traumatischen Ereignissen (PTEs) ausgesetzt waren (z. B. Naturkatastrophen, Gewalt, Krieg, Pandemie).	Psychological First Aid (PFA) – strukturierte psychosoziale Unterstützung unmittelbar nach traumatischen Ereignissen (z. B. Förderung von Sicherheit, Beruhigung, Verbundenheit und Selbstwirksamkeit); Durchführung in Einzel- oder Gruppensettings Durchführende: Fachkräfte für psychische Gesundheit sowie geschulte Helfende ohne spezifischen psychosozialen Hintergrund Settings: Schulen, Universitäten, Krankenhäuser, Einrichtungen der psychischen Gesundheitsversorgung, Gemeinde- und häusliche Settings sowie kinderfreundliche Räume	Keine Intervention, übliche Versorgung oder alternative psychosoziale Unterstützung	Hinweise auf Verbesserungen psychosozialer Outcomes, insbesondere geringere Angst-, Depressions- und Belastungssymptome sowie ein verbessertes Sicherheitsgefühl, Verbundenheit und Kontrollgefühl; Studienqualität überwiegend niedrig bis moderat
4 Peng et al. (138)	Cluster-randomisierte kontrollierte Studie (cRCT) im Parallelgrupppendesign mit Follow-Up	Eintägiges, systembasiertes, und kulturell an den chinesischen Kontext adaptiertes Psychological First Aid-Training (PFA-Training) bestehend aus sechs	Training-As-Usual (TAU); Herkömmliche Schulung auf Basis des „Mental Health Gap Action Programme (mhGAP) Intervention Guide“ (IG) für nicht	Messung mittels Selbstbeurteilungsinstrumenten; Primärer Outcome: PFA-Kompetenz (Wissen, Fertigkeiten, Einstellungen; PFA-SKA) 2 Monate Post-Intervention

	Medizinisches Notfallpersonal (vorrangig Ärzte und Pflegekräfte, *N* = 1399) aus 42 chinesischen Krankenhäusern ohne Vorbildung in der psychologischen Betreuung	Modulen zu Kernkonzepten, Wissen, Praxis; das Training umfasst Elemente der Sensibilisierung für psychische Gesundheit und eine PFA-Ausbildung auf Basis der PFA-Richtlinie der Johns Hopkins University (n = 21 Kliniken)	spezialisierte Gesundheitseinrichtungen durch dieselben Schulungsleitungen (n = 21 Kliniken)	Sekundäre Outcomes: Posttraumatisches Wachstum (PTGI), allgemeine Selbstwirksamkeit (GSE), berufliche Lebenszufriedenheit (ProQOL-5) PFA-Training war zwei Monate Post-Treatment mit moderaten Verbesserungen in der PFA-Kompetenz (aMD = 4.35; 95% KI 1.17-7.52; *p* = .007; *Cohen's d* = 0,35) und geringen Verbesserungen in der allgemeinen Selbstwirksamkeit (aMD = 0.845; 95% KI 0.0716-1.618), *p* = .032; *Cohen's d* = 0.20) verbunden. Kein signifikanter Effekt auf Posttraumatisches Wachstum und berufliche Lebensqualität.
5 Greenberg et al. (139)	Cluster-randomisierte kontrollierte Studie mit Follow-up Militärpersonal der Royal Navy auf 12 Kriegsschiffen	Trauma Risk Management (TRiM): Peer-Support-Programm zur Förderung von Hilfesuche und Unterstützung nach potenziell traumatischen Ereignissen	Übliche Versorgung (Standardversorgung der Marine)	Kein signifikanter Effekt auf psychische Gesundheit oder Einstellungen zu psychischen Erkrankungen (inkl. Stigmatisierung). Geringerer Anstieg disziplinarischer Verstöße in der TRiM-Gruppe (Differenz 6.8 %, 95 % KI 4.0–9.7) Geringe Traumaexposition während des Studienzeitraums
6 Anderson et al.	Systematische Übersicht mit *N* = 14 Studien (n = 18 849 Teilnehmende).	Große Heterogenität an Interventionen:	Unterschiedliche Vergleichsbedingungen, darunter Wartelisten-Kontrollgruppen, keine Intervention,	Vielzahl unterschiedlicher Outcome-Maße über die Studien hinweg, u. a. Fehlzeiten, Stigmatisierung, Suizidalität, Alkoholkonsum, Hilfesuchverhalten,

(140)	Einsatzkräfte (z.B. Polizisten, Feuerwehrleute, Sanitäter, Justizvollzugsbeamte), medizinisches Fachpersonal (z. B. Pflegekräfte, Ärzte in Notaufnahmen) und weitere Berufsgruppen (z.B. Fachkräfte in Verkehrsbetrieben), die potenziell psychologisch traumatischen Ereignissen (PPTE) ausgesetzt waren	Critical Incident Stress Debriefing (CISD, *k* = 5 Studien), Critical Incident Stress Management (CISM, *k* = 1 Studie), Peer-Support-Programme, darunter spezifische Interventionen wie Psychological First Aid, Trauma Risk Management, "Road to Readiness" und "Together for Life"-Programme (*k* = 8 Studien)	Psychoedukation, alternative Unterstützungsangebote oder verschiedene Formen des Peer- vs. Vorgesetzten-Support	psychiatrische Symptome (z.B. PTBS-Symptomatik, Angst) oder allgemeines Funktionsniveau. Konsistente Evidenz für einen spezifischen Bereich liegt nicht vor. Vereinzelte positive Effekte repräsentieren isolierte Befunde einzelner Studien mit begrenzter methodischer Qualität. Insgesamt inkonsistente und unzureichende Evidenzlage aufgrund heterogener Outcome-Maße und methodischer Limitationen der Studien.
7 Engel et al. (143)	Randomisierte kontrollierte Studie (RCT) mit 12-monatigem Follow-up *N* = 666 Militärangehörige mit PTBS und/oder Depression in der primärmedizinischen Versorgung	Centrally Assisted Collaborative Telecare (CACT): stufenweise psychosoziale und medikamentöse Behandlung mit systematischem Monitoring der Symptome und Behandlung durch Pflegepersonal mittels Telemedizin	Übliche integrierte Versorgung (Treatment as usual, TAU)	Im Vergleich zur üblichen Versorgung zeigte die Interventionsgruppe nach 12 Monaten eine stärkere Reduktion der PTBS-Symptomatik (PDS: −6.07 vs. −3.54 Punkte) und der Depressionssymptomatik (SCL-20: −0.56 vs. −0.31 Punkte). Ein Anteil von 25 % vs. 17 % der Teilnehmenden erreichte eine 50 %-Verbesserung der PTBS (RR 1.6; 95 % KI 1.1–2.4; NNT 12.5), und 30 % vs. 21 % eine 50 %-Verbesserung der Depression (RR 1.7; 95 % KI 1.1–2.4; NNT 11.1). Zusätzlich zeigten sich signifikante Verbesserungen somatischer Symptome

				(PHQ-15: −1.37 Punkte) und der psychischen Funktionsfähigkeit (SF-12 Mental Component: +3.17 Punkte).
8 Bisson et al. (144)	*N* = 133 Personen mit akuter Brandverletzung, die konsekutiv in eine spezialisierte Brandverletzteneinheit in Bristol aufgenommen wurden* Die Intervention wurde zwischen 2-19 Tage nach dem belastenden Ereignis durchgeführt (*M* = 6,3; *SD* = 3,6). * 30 Personen fielen nach der Randomisierung aus der Analyse heraus (23 Personen durch Lost-to-Follow-Up, 7 Personen durch Entlassung aus dem Krankenhaus vor der Durchführung der Intervention)	Die Interventionsgruppe erhielt ein Psychologisches Debriefing (PD) nach dem von Mitchell (1983) beschrieben siebstufigen, halbstrukturierten Ansatz in einer Einzelsitzung (*n* = 41) oder einer Sitzung mit dem/der Partnerin (*n* = 16) von 30-120 Minuten (*M* = 44,3; *SD* = 17,4). Fokus des PD waren die Brandverletzung und ihre Auswirkungen, ergänzt durch schriftliche Informationen zu häufigen Reaktionen nach stark belastenden Ereignissen, Bewältigungsstrategien und unterstützende Kontaktnummern im Bedarfsfall. Randomisierte Zuteilung zur Interventionsgruppe oder der Kontrollgruppe.	No-treatment-Kontrollgruppe (*n* = 46)	Messung mittels Selbstbeurteilungsinstrumenten (HADS, IES, VAS) und klinischen Interviews (CAPS). Nach 13 Monaten zeigte die Interventionsgruppe signifikant höhere Werte für Angst (HADS-A: *p* = .02), Depression (HADS-D: *p* = .04) und posttraumatische Belastung (IES: *p* = .009). Die PTBS-Prävalenz (CAPS) war mit 26 % gegenüber 9 % in der Kontrollgruppe ebenfalls signifikant erhöht (*p* = .03). Zudem waren die Zufriedenheitswerte (VAS) in der Interventionsgruppe signifikant geringer (*p* = .02); was sich auch nach der Baseline-Adjustierung (ANCOVA) bestätigte (*p* = .004, *F* = 8.7). Alle Maße blieben auch unter Kontrolle der Ausgangswerte signifikant schlechter als in der Kontrollgruppe.

9 Hobbs et al. (145)	*N* = 106 Personen, die nach einem Straßenverkehrsunfall konsekutiv in einem Krankenhaus in Oxford aufgenommen wurden, sich an das Ereignis erinnern konnten und erste psychische Symptome zeigten Die Intervention wurde in den meisten Fällen innerhalb von 24-48 Stunden nach dem Verkehrsunfall durchgeführt.	Die Interventionsgruppe (*n* = 54) erhielt ein einstündiges Debriefing (Aufarbeitung des Traumas, Förderung des emotionalen Ausdrucks und der kognitiven Verarbeitung). Randomisierte Zuteilung zur Interventionsgruppe oder der Kontrollgruppe.	No-treatment-Kontrollgruppe (*n* = 52); erhielt Informationsbroschüre mit Ratschlägen zu üblichen emotionalen Reaktionen, den Nutzen des Gesprächs über das Erlebte, zum frühzeitigen schrittweisen Rückkehr in den regulären Straßenverkehr und zur Unterstützung durch Familie und Freunde (Aushändigung an alle Versuchspersonen).	Messung mittels halbstrukturierten Interviews und Selbstbeurteilungsinstrumenten (IES, BSI). Nach 4 Monaten keine signifikante Reduktion posttraumatischer Symptome oder klinischer Diagnosen (PTBS, phobische Angst) in der Interventionsgruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe. Interventionsgruppe wies auf zwei Subskalen des BSI signifikant schlechtere Werte auf ($p < .05$). Deskriptiv zeigte die Interventionsgruppe durchweg höhere Belastungstrends (z.B. IES, Reiseangst, Stress) ohne weitere statistische Signifikanzen. * * Im 4-Monat-Follow-Up lag die Drop-Out-Rate in der Interventionsgruppe bei 22 % (n = 12) und in der Kontrollgruppe bei 6 % (n = 3).
10 Mayou et al. (146)	Langzeit-Nachuntersuchung der Kohorte von Hobbs et al. (1996; siehe 2) nach drei Jahren; *N* = 61 Personen zwischen 16 und 65 Jahren	Die Interventionsgruppe (*n* = 30) erhielt das Debriefing der Studie von Hobbs et al. (1996; Aufarbeitung des Traumas, Förderung des emotionalen Ausdrucks und	No-treatment-Kontrollgruppe (*n* = 31); erhielt Informationsbroschüre mit Ratschlägen zu üblichen emotionalen Reaktionen, den Nutzen des Gesprächs über das Erlebte, zum frühzeitigen schrittweisen	Messung mittels halbstrukturierten Interviews und Selbstbeurteilungsinstrumenten (IES, BSI). Im 3-Jahres-Follow-Up wies die Interventionsgruppe signifikant höhere

		der kognitiven Verarbeitung). Randomisierte Zuteilung zur Interventionsgruppe oder der Kontrollgruppe.	Rückkehr in den regulären Straßenverkehr und zur Unterstützung durch Familie und Freunde (Aushändigung an alle Versuchspersonen).	Werte in den BSI-Bereichen Depression, Angst, Zwangsstörungen und Hostilität auf (p < .03). Zudem zeigte sich eine signifikant stärkere Belastung durch phobische Reiseangst als Mitfahrende (p = .006) sowie stärkere unfallbedingte Schmerzen (p = .002; auch unter Kontrolle der Verletzungsschwere, Dauer des Krankenhausaufenthalts und Verletzung der Extremitäten signifikant: p < .007). Die soziale Funktionsfähigkeit war in der Interventionsgruppe nach drei Jahren ebenfalls signifikant schlechter (p = .001). Personen mit hohen initialen Belastungswerten (IES-Score ≥ 24) blieben 3 Jahre nach der Debriefing-Intervention symptomatisch, während vergleichbare Personen der Kontrollgruppe eine Symptomverbesserung zeigten und im Follow-Up vergleichbare Werte wie Personen mit einem geringen initialen IES-Score aufwiesen.
11 Sijbrandij et al. (147)	N = 236 Erwachsene (Mindestalter 18 Jahre), die ein einzelnes traumatisches	In der Interventionsgruppe wurde eine Einzelsitzung psychologisches Debriefing	No-treatment-Kontrollgruppe (n = 81)	Messung von PTBS-Symptomatik mittels Interview (SI-PTSD), Messung von Angst und Depression mittels

	Ereignis (A1 Kriterium nach DSM-IV) vor weniger als zwei Wochen erlebt haben, ohne vorbestehende Psychopathologie Die Intervention wurde etwa 15 Tage (Median; IQR: 11-19 Tage) nach dem belastenden Ereignis durchgeführt.	(Dauer 45-60 Min.). Verglichen wurden zwei spezifische Adaptionen des Critical Incidents Stress Debriefing (CISD)-Protokoll nach Mitchell (1983) bzw. Mitchell & Everly (2001): **1. Emotionales Debriefing** (*n* = 76): Fokus auf die Rekonstruktion des Traumas und der damit verbundenen Emotionen (Reaktionsphase), Ausschluss von Psychoedukation. **2. Psychoedukatives Debriefing** (*n* = 79): Fokus auf Symptombeschreibung und Psychoedukation (Coping-Strategien), Ausschluss der emotionalen Reaktionsphase. Randomisierte Zuteilung zu einer der zwei		Selbstbeurteilungsinstrumenten (HADS-A, HADS-D) nach 2 und 6 Wochen und nach 6 Monaten. In allen drei Gruppen zeigte sich im Zeitverlauf eine Symptomreduktion ohne signifikante Unterschiede zwischen den Gruppen (PTBS: $p = .33$; Angst: $p = .96$; Depression: $p = .23$). Emotionales Debriefing bei hohem initialen Hyperarousal (≥ 2 Symptome) führte nach 6 Wochen zu signifikant höheren PTBS-Werten im Vergleich zur Kontrollgruppe ($p = .005$).

		Interventionsgruppen oder der Kontrollgruppe.		
13 Stileman & Jones (113)	Meta-Analyse mit *N* = 21 Primärstudien (n = 3 744 Einzelpersonen)* Personen nach Exposition gegenüber einem arbeitsbezogenen potenziell traumatischen Ereignis (*work-related potentially traumatic event, PTE*) aus unterschiedlichen Berufsgruppen (z.B. Militär, Rettungsdienst, Strafvollzug, Pflege und Gesundheitswesen sowie Sektoren mit geringerem PTE-Risiko, wie Finanzwesen und Einzelhandel) PTE-Typen: überwiegend diskrete Einzelereignisse (15 Studien, z.B. Raubüberfälle, Verkehrsunfälle), in militärischen Stichproben auch	Psychologische Debriefing-Interventionen nach einem arbeitsbezogenen PTE, insbesondere nach den siebenphasigen Modellen von Mitchell (1983; CISD) oder Dyregrov (1989) Als Merkmale der Intervention wurden in Subgruppenanalysen die Sitzungsanzahl (einmalige vs. mehrmalige Debriefing-Sitzungen), Einzel- vs. Gruppensetting sowie Adhärenz an etablierte siebenphasige Modelle untersucht.	Heterogene Vergleichs- bzw. Kontrollbedingungen, darunter Wartelisten-Kontrollgruppen, keine Intervention, alternative weniger intensive Unterstützungsangebote (z.B. Stress-Psychoedukation) und in einzelnen Studien selbstselektierte Kontrollgruppen von Beschäftigten, die ein Debriefing-Angebot ablehnten.	Schweregrad der PTBS-Symptomatik, gemessen mit validierten Skalen (z.B. IES, IES-R, PCL); zusätzliche Untersuchung der PTBS-Symptomcluster Vermeidung, Hyperarousal und Intrusion *Gesamteffekt*: Kein statistisch signifikanter Gesamteffekt zur Reduktion von PTBS-Symptomen (SMD = -0.11; 95% KI -0.28–0.07; I^2 = 69%) *Symptomcluster*: kein statistisch signifikanter Unterschied zwischen den Effekten auf die drei Symptomcluster (*p* = .19) und keine Behandlungseffekte für die Symptomcluster (Vermeidung: SMD = -0.28; 95% KI -0.63–0.07; Hyperarousal: SMD = 0.12; 95% KI -0.15–0.39; Intrusionen: SMD = -0.14; 95% KI -0.52–0.23) *Sitzungsanzahl*: statistisch signifikanter Unterschied zugunsten der Einzelsitzungen (*p* = .03). Bei ausschließlicher Betrachtung von Einzelsitzungen kleiner statistisch signifikanter Effekt zugunsten

	mehrfache Ereignisse (6 Studien) * Hauptanalyse basierend auf 16 kontrollierten Studien (5 Vorher-Nachher-Studien wegen künstlich überhöhter Effekte ausgeschlossen)			des Debriefings (SMD= -0.19; 95% KI -0.37 bis -0.02). Bei der Interpretation dieses Befundes sind die verbliebene hohe Heterogenität der Subgruppe (I^2= 66 %) sowie das methodische Verzerrungsrisiko der Primärstudien (z.B. Selektionsbias) zu beachten.
14 Rose et al. (148)	Systematische Übersicht und Meta-Analyse (Cochrane Review) Systematische Übersicht mit 11 eingeschlossenen Studien, davon 6 Studien in der Meta-Analyse Personen kurz nach Exposition gegenüber einem traumatischen Ereignis (meist innerhalb eines Monats)	Einmalige strukturierte Nachbesprechung (psychologisches Debriefing) mit emotionaler Verarbeitung des Ereignisses und Normalisierung der Reaktionen	Keine Intervention, Aufklärungsmaßnahme oder verzögerte Nachbesprechung	Kein Nachweis, dass Debriefing das Auftreten einer PTBS oder psychischer Belastungssymptome verhindert In einer Studie zeigte sich nach einem Jahr ein erhöhtes Risiko für PTBS nach Debriefing (OR 2.51; 95 % KI 1.24–5.09) Kein Vorteil hinsichtlich Depression, Angst oder allgemeiner psychischer Morbidität. Evidenz gegen routinemäßiges Debriefing zur Prävention von PTBS
15 Alshahrani et al. (149)	Systematische Übersicht und Meta-Analyse mit *N* = 15 Studien. Rettungskräfte (Polizisten, Feuerwehrleute,	Psychologische Interventionen, darunter auch Critical Incident Stress Debriefing (CISD)	Keine Intervention, Warteliste, Psychoedukation oder übliche Versorgung (TAU)	Insgesamt zeigten psychologische Interventionen eine Reduktion von PTBS-Symptomen.

	Rettungssanitäter, Such- und Rettungsteams) mit Exposition gegenüber traumatischen Ereignissen.	Es wurden *n* = 3 Studien zu Debriefing/CISD eingeschlossen; separate Effektgrößen für diese Intervention wurden nicht berichtet.		Effekte waren heterogen und die Studien wiesen überwiegend ein moderates bis hohes Verzerrungspotenzial auf. Für Debriefing/CISD wurden keine spezifischen Effektgrößen berichtet; die Evidenzbasis war begrenzt und erlaubte keinen konsistenten Wirksamkeitsnachweis.

Anhang C: Tabellarische Übersicht Evaluation Screening-Instrumente für akute Belastungsstörungen bei Erwachsenen

Tabelle C1

Merkmale der Studien und diagnostische Effizienz spezifischer Screening-Instrumente für eine akute Belastungsstörung bei Erwachsenen

Studien-nummer	Screening-Instrument	Item-anzahl	Studie	Stichprobenmerkmale / Setting	Anwendungs-zeitraum	Tatsächliche und empfohlene Stichprobengröße [a]	Validitäts-maß	Diskriminierungsfähigkeit [b] und Reliabilitätsindizes [c]	Methodische Limitationen [d]
1	Primary Care PTSD-Screen (PCS-PTSD; Prins et al., 2003)	4	Manser et al. (2018)	Physisch verletzte stationär behandelte Patienten nach einem schwerwiegenden Ereignis (ohne weitere Informationen) Alter: *M* = 39.36 (*SD* = 15.12) *n* = 49 erhielten eine Coaching-Intervention *n* = 41 erhielten ein „Treatment-as-usual“	max. 30 Tage nach dem Ereignis	*N* = 90 $N_{empfohlen}$ = nicht kalkulierbar	PTSD Checklist–Civilian Version (PCL-C; Weathers et al., 1993)	keine Informationen angegeben	6), 7)

Studien-nummer	Screening-Instrument	Item-anzahl	Studie	Stichprobenmerkmale / Setting	Anwendungs-zeitraum	Tatsächliche und empfohlene Stichprobengröße [a]	Validitäts-maß	Diskriminierungsfähigkeit [b] und Reliabilitätsindizes [c]	Methodische Limitationen [d]
2	Peritraumatic Distress Inventory (PDI; Brunet et al., 2001)	13	Bunnell, Davidson & Ruggiero (2018)	verletzte stationär behandelte Patienten nach einem schwerwiegenden Ereignis (z.B. Verkehrsunfall, Tierbiss etc.) Alter: *M* = 44.22 (*SD* = 19.73)	nach der Aufnahme	*N* = 271 < $N_{empfohlen}$ = 365	/	AUC = 0.78 SEN = 0.71, SPE = 0.73, Cronbach's α = 0.83	1), 2), 3), 5)
3	Immediate Stress Response Checklist (ISRC; Fein et al., 2001)	5	Schultebraucks et al. (2023)	Patienten in einer Notaufnahme (z.B. nach sexuellem Übergriff, lebensbedrohlichem Unfall) Alter: *M* = 35.63 (*SD* = 12.57) *n* = 253 (Entwicklungsstichprobe) *n* = 93 (Validierungsstichprobe)	/	n_1 = 253 < $n_{1\text{-}empfohlen}$ = 306 n_2 = 93 < $n_{2\text{-}empfohlen}$ = 285	PTSD Checklist for DSM-5 (PCL -5; Weathers et al., 2013) modified PTSD Symptom Scale (mPSS; Foa et al., 1993)	AUC = 0.80 - 0.84 SEN = 0.80 - 0.83 SPE = 0.73 - 0.74	1), 2), 3), 7)

Studiennummer	Screening-Instrument	Itemanzahl	Studie	Stichprobenmerkmale / Setting	Anwendungszeitraum	Tatsächliche und empfohlene Stichprobengröße [a]	Validitätsmaß	Diskriminierungsfähigkeit [b] und Reliabilitätsindizes [c]	Methodische Limitationen [d]
4	8-Item-Screening, welches die aussagekräftigsten Prädiktoren für die Entwicklung einer PTBS enthielt (Jones et al., 2023)	8	Jones et al. (2023)	Patienten in einer Notaufnahme nach einem Motorradunfall Alter: *M* = 33.7 – 36.6 (*SD* = 12.1 – 13.2) *n* = 1282 (Entwicklungsstichprobe) *n* = 282 (primäre Validierungsstichprobe) *n* = 534 (sekundäre Validierungsstichprobe) *n* = 1160 (dritte Validierungsstichprobe nach sechs Monaten)	max. 72 Stunden nach der Aufnahme	n_1 = 1282 n_2 = 282 n_3 = 534 n_4 = 1160 $N_{vollständig}$ = *3258 >* $N_{empfohlen}$ = 361	PTSD Checklist for DSM-5 (PCL -5; Weathers et al., 2013)	AUC = 0.83 SEN = 0.89 SPE = 0.78	2), 3), 7)

Studien-nummer	Screening-Instrument	Item-anzahl	Studie	Stichprobenmerkmale / Setting	Anwendungs-zeitraum	Tatsächliche und empfohlene Stichprobengröße [a]	Validitäts-maß	Diskriminierungsfähigkeit [b] und Reliabilitätsindizes [c]	Methodische Limitationen [d]
5	Trauma Screening Questionnaire (TSQ; Brewin et al., 2002)	10	Brewin et al. (2002)	Überlebende eines Zugunglücks (*n* = 41) oder Kriminalitätsopfer (*n* = 157) Alter: *M* = 35 – 38.3 (*SD* = 10.3 -13)	/	n_1 = 41 < $n_{1\text{-empfohlen}}$ = 186 n_2 = 157 < $n_{2\text{-empfohlen}}$ = 218	PTSD Symptom Scale - Self Report Version (PSS-SR; Foa et al., 1993) Clinician-Administered PTSD Scale (CAPS-I; Blake et al., 1995)	SEN = 0.57 - 0.93 SPE = 0.70 - 0.97	1), 2), 3), 6), 7)
6			Brewin et al. (2010)	Überlebende der Bombenanschläge von London 2005 Alter: *M* = 41.7 (*SD* = 12.2)	*M* = 47 Tage (*SD* = 3.1) nach dem Ereignis, Rekrutierung über	0 – 6 Monate: *N* = 152 < $N_{empfohlen}$ = 167 7 – 12 Monate: *N* = 103 < $N_{empfohlen}$ = 272	/	0 -6 Monate: SEN = 0.94 SPE = 0.25 7 – 12 Monate: SEN = 0.87 SPE = 0.39 Cronbach's α = 0.81 - 0.84	1), 2), 3), 5), 6)

Studien-nummer	Screening-Instrument	Item-anzahl	Studie	Stichprobenmerkmale / Setting	Anwendungs-zeitraum	Tatsächliche und empfohlene Stichprobengröße [a]	Validitäts-maß	Diskriminierungsfähigkeit [b] und Reliabilitätsindizes [c]	Methodische Limitationen [d]
					zwei Jahre				
8			Ehring et al. (2007) [e]	Überlebende eines Motorradunfalls oder körperlichem/ sexuellem Übergriff Alter: *M* = 34.3 – 36.89 (*SD* = 9.49 – 11.93)	Rekrutierung: zwischen zwei Wochen und sieben Jahren nach dem Ereignis	Cut-off-Wert = 6: *N* = 522 > $N_{empfohlen}$ = 324 Cut-off-Wert = 4: *N* = 522 > $N_{empfohlen}$ = 191	Structured Clinical Interview for DSM-IV (SCID; First et al., 1996)	Cut-off-Wert = 6: SEN = 0.64 SPE = 0.86 Cut-off-Wert = 4: AUC = 0.89 – 0.97 SEN = 0.90 SPE = 0.70	2), 3), 6), 7)

Studien-nummer	Screening-Instrument	Item-anzahl	Studie	Stichprobenmerkmale / Setting	Anwendungs-zeitraum	Tatsächliche und empfohlene Stichprobengröße [a]	Validitäts-maß	Diskriminierungsfähigkeit [b] und Reliabilitätsindizes [c]	Methodische Limitationen [d]
7			Kröger & Kliem (2014)	Patienten zu Beginn einer ambulanten Behandlung Alter: *M* = 39.87 (*SD* = 12.20) *n* = 70 *n* = 138	/	*N* = 208 < $N_{empfohlen}$ = 384	Structured Clinical Interview for DSM-IV (SCID; Wittchen et al., 1997)	AUC = 0.77 - 0.81 SEN = 0.53 SPE = 0.84 Cronbach's α = 0.86	1)
8	Posttraumatic Diagnostic Scale (PDS; Foa et al., 1995)	17	Ehring et al. (2007) [e]	Überlebende eines Motorradunfalls oder eines körperlichen/ sexuellen Übergriffs Alter: *M* = 34.3 – 36.89 (*SD* = 9.49 – 11.93)	Rekrutierung: zwischen zwei Wochen und sieben Jahre nach dem Ereignis	*N = 522* > $N_{empfohlen}$ = 213	Structured Clinical Interview for DSM-IV (SCID; First et al., 1996)	AUC = 0.90 - 0.96 SEN = 0.82 SPE = 0.82	2), 3), 7)
7			Kröger & Kliem (2014)		/	*N* = 208 < $N_{empfohlen}$ = 306	Structured Clinical Interview for DSM-IV	AUC = 0.81 SEN = 0.81	1)

Studiennummer	Screening-Instrument	Itemanzahl	Studie	Stichprobenmerkmale / Setting	Anwendungszeitraum	Tatsächliche und empfohlene Stichprobengröße [a]	Validitätsmaß	Diskriminierungsfähigkeit [b] und Reliabilitätsindizes [c]	Methodische Limitationen [d]
				Patienten zu Beginn einer ambulanten Behandlung Alter: *M* = 39.87 (*SD* = 12.20)			(SCID; Wittchen et al., 1997)	SPE = 0.71 Cronbach's α = 0.95	
8	Posttraumatic Diagnostic Scale - Subset	8	Ehring et al. (2007) [e]	Überlebende eines Motorradunfalls oder eines körperlichen/ sexuellen Übergriffs age: *M* = 34.3 – 36.89 (*SD* = 9.49 – 11.93)	Rekrutierung: zwischen zwei Wochen und sieben Jahre nach dem Ereignis	*N* = 522 < $N_{empfohlen}$ = 204	Structured Clinical Interview for DSM-IV (SCID; First et al., 1996)	SEN = 0.86 SPE = 0.89	2), 3), 6), 7)

Studiennummer	Screening-Instrument	Itemanzahl	Studie	Stichprobenmerkmale / Setting	Anwendungszeitraum	Tatsächliche und empfohlene Stichprobengröße [a]	Validitätsmaß	Diskriminierungsfähigkeit [b] und Reliabilitätsindizes [c]	Methodische Limitationen [d]
7			Kröger & Kliem (2014)	Patienten zu Beginn einer ambulanten Behandlung Alter: *M* = 39.87 (*SD* = 12.20) *n* = 70 *n* = 138	/	*N* = 208 < $N_{eempfohlen}$ = 251	Structured Clinical Interview for DSM-IV (SCID; Wittchen et al., 1997)	AUC = 0.79 SEN = 0.90 SPE = 0.52 Cronbach's α = 0.90	1)
8	Selbstberichtsscreening der Davidson Trauma Scale (SPAN; Meltzer-Brody et al., 1999)	4	Ehring et al. (2007)[e]	Überlebende eines Motorradunfalls oder eines körperlichen/ sexuellen Übergriffs Alter: *M* = 34.3 – 36.89 (*SD* = 9.49 – 11.93)	Rekrutierung: zwischen zwei Wochen und sieben Jahre nach dem Ereignis	*N* = 522 > $N_{empfohlen}$ = 238	Structured Clinical Interview for DSM-IV (SCID; First et al., 1996)	AUC = 0.89 - 0.97 SEN = 0.79 SPE = 0.64	2), 3), 7)

Studien-nummer	Screening-Instrument	Item-anzahl	Studie	Stichprobenmerkmale / Setting	Anwendungs-zeitraum	Tatsächliche und empfohlene Stichprobengröße [a]	Validitäts-maß	Diskriminierungsfähigkeit [b] und Reliabilitätsindizes [c]	Methodische Limitationen [d]
8	6-item brief PTSD DSM-IV questionnaire (BPTSD-6; Fullerton et al., 2000)	6	Ehring et al. (2007)[e]			*N* = 522 > $N_{empfohlen}$ = 283	Structured Clinical Interview for DSM-IV (SCID; First et al., 1996)	AUC = 0.88 - 0.92 SEN = 0.90 SPE = 0.66	2), 3), 7)
8	Disaster-Related Psychological Screening Test (DRPST; Chou et al., 2003)	7	Ehring et al. (2007)[e]			*N* = 522 > Cut-off-Wert = 3: $N_{empfohlen}$ = 183 Cut-off-Wert = 5: $N_{empfohlen}$ = 249	Structured Clinical Interview for DSM-IV (SCID; First et al., 1996)	Cut-off-Wert = 3: SEN = 0.88 SPE = 0.46 Cut-off-Wert = 5: AUC = 0.85 - 0.90 SEN = 0.84 SPE = 0.74	2), 3), 6), 7)
8	Screening von Lang	2 & 6	Ehring et al. (2007)[e]			*N* = 522 > 2 Items:	Structured Clinical	2 Items:	2), 3), 7)

Studien-nummer	Screening-Instrument	Item-anzahl	Studie	Stichprobenmerkmale / Setting	Anwendungs-zeitraum	Tatsächliche und empfohlene Stichprobengröße [a]	Validitäts-maß	Diskriminierungsfähigkeit [b] und Reliabilitätsindizes [c]	Methodische Limitationen [d]
	& Stein mit zwei und sechs Items (Lang & Stein, 2005)					$N_{empfohlen}$ = 311 6 Items: $N_{empfohlen}$ = 292	Interview for DSM-IV (SCID; First et al., 1996)	AUC = 0.82 - 0.90 SEN = 0.68 SPE = 0.81 6 Items: AUC = 0.87 - 0.90 SEN = 0.90 SPE = 0.73	
9	Posttraumatic Adjustment Scale (PAS; O'Donnell et al., 2008)	10	O'Donnell et al. (2008)	Überlebende einer physischen Verletzung (z.B. nach einem Übergriff oder Arbeitsunfall) Alter: *M* = 37.85 (*SD* = 14.34)	*M* = 8.27 Tage (*SD* = 10.61) nach dem Ereignis	*N* = 404 > $N_{empfohlen}$ = 258	Clinician-Administered PTSD Scale (CAPS; Blake et al., 1998) Acute Stress Disorder Interview (ASDI; Bryant et al., 1998)	AUC = 0.84 - 0.85 SEN = 0.82 SPE = 0.74 - 0.84	2), 3), 4), 7)

Studien-nummer	Screening-Instrument	Item-anzahl	Studie	Stichprobenmerkmale / Setting	Anwendungs-zeitraum	Tatsächliche und empfohlene Stichprobengröße [a]	Validitäts-maß	Diskriminierungsfähigkeit [b] und Reliabilitätsindizes [c]	Methodische Limitationen [d]
10	Fragebogen zu Beschwerden nach einem Unfall (Stieglitz et al., 2002)	10	Stieglitz et al. (2002)	stationär behandelte Überlebende eines Verkehrsunfalls Alter: *M* = 36.5 (*SD* = 13.2)	/	*N* = 182 < $N_{empfohlen}$ = 240	/	SEN = 0.88 SPE = 0.69 Cronbach's α = 0.71	1), 2), 3), 5), 6)
11	3-Item-Screening "RISK" (Winkel, Wohlfarth & Blaauw, 2004)	10	Winkel, Wohlfarth & Blaauw (2004)	Kriminalitätsopfer, die eine Straftat angezeigt haben Alter: *M* = 47 (*SD* = 19.35)	Messung einer Anpassungsstörung: drei Monate nach der Anzeige	*N* = 93 < Item 3: $N_{empfohlen}$ = 251 Item 7: $N_{empfohlen}$ = 246 Item 9: $N_{empfohlen}$ = 341	/	Item 3: SEN = 0.85 - 0.91 SPE = 0.68 - 0.69 Item 7: SEN = 0.22 - 0.23 SPE = 0.94 - 0.95 Item 9:	1), 2), 3), 5), 6)

Studien-nummer	Screening-Instrument	Item-anzahl	Studie	Stichprobenmerkmale / Setting	Anwendungs-zeitraum	Tatsächliche und empfohlene Stichprobengröße [a]	Validitäts-maß	Diskriminierungsfähigkeit [b] und Reliabilitätsindizes [c]	Methodische Limitationen [d]
								SEN = 0.56 - 0.62 SPE = 0.92 Cronbach's α = 0.71	

Anmerkungen. [a] Die empfohlene Stichprobengröße wurde anhand der Formel von Negida et al. (2019) und Hajian-Tilaki (2014; Formel 6.6 und 6.7) ermittelt, wobei die maximale Fehlergrenze *d* auf 0.1 festgelegt wurde:
$N = N_{se} + N_{sp} = \frac{Z_{\frac{\alpha}{2}}^2 \hat{S}e(1-\hat{S}e)}{d^2 \times Prev} + \frac{Z_{\frac{\alpha}{2}}^2 \hat{S}p(1-\hat{S}p)}{d^2 \times (1-Prev)}$ (Negida et al., 2019; Hajian-Tilaki, 2014).

[b] AUC = Area under the curve; SEN = Sensitivität; SPE = Spezifität. Laut Swets (1998) deuten Werte von 0.50 < AUC ≤ 0.70 auf eine niedrige, 0.70 < AUC ≤ 0.90 auf eine moderate und 0.90 < AUC ≤ 1.0 auf eine hohe Diskriminationsfähigkeit der Messung hin.

[c] Laut Schmidt-Atzert und Amelang (2012) weisen Werte < 0.80 auf einen geringen, Werte zwischen 0.80 - 0.90 auf einen moderaten und Werte >.90 auf einen exzellenten Wert für Cronbach's *α* hin.

[d] 1) Stichprobengröße kleiner als empfohlen: Dies führt zu einer erhöhten Fehlergrenze, d. h., einer verringerten Präzision der geschätzten diagnostischen Genauigkeitsindizes (Hajian-Tilaki, 2014); 2) Keine Angabe des (gewichteten) κ und von Kreuztabellen; 3) Keine Gewichtung der Sensitivität bei Auswahl des optimalen Cut-Off-Wertes (Zimmerman & Balling, 2021); 4) Keine Angabe von Indizes für unterschiedliche Cutt-Off-Werte; 5) Cronbach's α nicht korrigiert für gemischte Stichproben (Waller, 2008); 6) AUC fehlt; 7) Cronbach's α fehlt.

[e] Die Studie von Ehring et al. (2007) bestand aus fünf Substichproben (n_1 = 101; n_2 = 76; n_3 = 140; n_4 = 205; n_5 = 138; N_{gesamt} = 775). Die fünfte Stichprobe wurde nicht in die Berechnung der Sensitivität und Spezifität einbezogen. Die Gesamtstichprobengröße setzte sich somit aus vier verschiedenen Stichproben zusammen und umfasste bei der Berechnung der Kennwerte *N* = 522 Personen. Dies gilt für alle Instrumente, die Ehring et al. (2007) berichten.

Versionsnummer: 3.0
Erstveröffentlichung: 05/2008
Letzte inhaltliche Überarbeitung: 05/10/2026
Nächste Überprüfung geplant: 04/10/2031

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