

Trauma-Ambulanzen im Land Bremen

Auswertung für das Jahr 2013

I Vorbemerkung

Das AVIB wurde mit dem Beschluss der staatlichen Deputation für Arbeit und Gesundheit am 20.01.2011 damit beauftragt, Trauma-Ambulanzen (TA) im Land Bremen einzurichten. Diese sind eine Anlaufstelle für Opfer von Gewalttaten im Sinn des Opferentschädigungsgesetzes (OEG), für dessen Umsetzung in Bremen das AVIB zuständig ist. Für diese Personen halten die TA das Angebot einer psychotherapeutischen Frühintervention nach einer erlittenen Gewalttat vor.

Opfer von Gewalttaten sind in aller Regel hohen psychischen Belastungen ausgesetzt. Eine frühe Intervention kann dabei helfen zu verhindern, dass sich aus diesen Belastungen eine langfristige und chronifizierte Symptomatik, etwa in Form einer posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS), entwickelt.

Das AVIB hat zur Einrichtung von TA im Land Bremen mit mehreren Institutionen Verträge abgeschlossen. In der Stadt Bremen sind diese das AMEOS Klinikum Dr. Heines und das Klinikum Bremen Ost, die jeweils eine TA für die Zielgruppe der Erwachsenen eingerichtet haben. In der Stadt Bremerhaven gibt es das Angebot für Erwachsene beim Klinikum Bremerhaven Reinkenheide und für Kinder und Jugendliche bei der Initiative Jugendhilfe Bremerhaven.

Auf die Einrichtung eines entsprechenden Angebots für Kinder und Jugendliche in Stadt Bremen wurde nach mehreren Gesprächen und in Abstimmung mit dem Senator für Gesundheit verzichtet. Das existierende Hilfsangebot für die Gruppe der Kinder und Jugendlichen wird insgesamt als ausreichend eingeschätzt. Die Einrichtung einer TA für von Gewalt betroffene Kinder und Jugendliche würde eine Doppelstruktur schaffen, deren Etablierung vermieden werden sollte.

Im Rahmen einer Pressekonferenz am 07.03.2013 wurde das Angebot der bremischen TA der Öffentlichkeit vorgestellt. Dieses Datum kann damit als offizieller Beginn der Arbeit der TA im Auftrag des AVIB gelten. Die vorliegende Auswertung für das Jahr 2013 umfasst also einen Zeitraum von ca. 10 Monaten.

Als Grundlage der Auswertung dienen die Daten, die dem AVIB am 13.03.2014 vorlagen. Da zu diesem Stichtag noch nicht alle Daten für alle Klienten/innen vorhanden waren, werden Zahlen in den einzelnen Tabellen nicht in jedem Fall auch mit der Gesamtzahl der Klienten/innen übereinstimmen.

II Klienten/innen-Struktur

Im Jahr 2013 haben insgesamt 51 Personen (19 männlich, 32 weiblich) eine der TA aufgesucht. Mit diesen 51 Fällen liegt die Nachfrage etwas höher als bei den ersten Planungen im Jahr 2011 geschätzt. In der Vorlage zur o. g. Deputationssitzung war, aufgrund von Erfahrungen aus einem anderen Bundesland, mit 30 – 45 Fällen pro Jahr gerechnet worden. Dass diese Zahl bereits im ersten Jahr übertroffen wurde, belegt zunächst einen entsprechenden Bedarf, hat wahrscheinlich auch mit den besonderen Strukturen des Landes Bremen zu tun, lässt aber auch auf eine entsprechende Akzeptanz eines solchen Angebots bei den Betroffenen schließen.

Tabelle 1 zeigt die Verteilung der Fälle auf die einzelnen TA im Land Bremen:

Tab 1: Fallverteilung auf die Trauma-Ambulanzen

Bremen

		M	W
AMEOS Klinikum Dr. Heines	20	9	11
Klinikum Bremen Ost	5	4	1
Σ	25	13	12

Bremerhaven

		M	W
Initiative Jugendhilfe Bremerhaven	6	3	3
Klinikum Bremerhaven Reinkenheide	20	3	17
Σ	26	6	20

Etwas überraschend mag vielleicht der Anteil der männlichen Klienten in Höhe von ca. 37% sein. U.U. könnte dies aber damit zusammenhängen, aufgrund welcher Art von Gewalttat die Klienten/innen eine TA aufgesucht haben (vgl. Tab. 4).

Trotz des Größenunterschieds zwischen den Städten Bremen und Bremerhaven, war die Nachfrage im Jahr 2013 nahezu gleich.

Es sei an dieser Stelle aber bereits angemerkt, dass hier die erste Auswertung zur Arbeit der TA über einen knappen Jahreszeitraum vorliegt. Dies muss bei jeder Interpretation der Zahlen oder gar bei dem Versuch, Schlussfolgerungen daraus zu ziehen, berücksichtigt werden.

Tabelle zwei stellt das Alter der Klienten/innen zum Tatzeitpunkt dar. In vier Fällen wurden bereits frühere Gewalterfahrungen angegeben. Diese Taten sind hier nicht berücksichtigt. In

Fällen, in denen es noch zu wiederholten Angriffen bzw. Nachstellungen kommt, wurde das erste bekannte Tatdatum zugrunde gelegt.

Tab 2: Alter der Klienten/innen zum Zeitpunkt der Tat

		M	W
bis 18	6	3	3
19 – 30	18	6	12
31 – 40	5	2	3
41 – 50	10	5	5
51 – 60	6	2	4
über 60	6	1	5
Σ	51	19	32

Im Antrag auf Behandlung durch eine TA wird auch die Staatsangehörigkeit abgefragt. Von 43 Klienten/innen hatten 41 die deutsche Staatsangehörigkeit. Ein evtl. vorliegender Migrationshintergrund wird nicht erfasst.

III Schnelle Hilfe

Der besondere Zweck und das vorrangige Ziel, mit dem TA eingerichtet wurden, sind, dass Opfer von Gewalttaten möglichst schnell, bei Bedarf innerhalb weniger Tage, ein für sie passendes Hilfsangebot finden. TA sind ein Angebot für eine möglichst frühzeitige psychotherapeutische Intervention. Tabelle 4 zeigt, inwieweit dieses Ziel erreicht wird, bzw. innerhalb welchen Zeitraums das Angebot wahrgenommen wird.

Um hier ein möglichst differenziertes Bild zu erhalten sind die Zeiträume in der Tabelle zu Beginn kurz gefasst und vergrößern sich dann.

Tab 3: Zeitraum zwischen Tat und Antragstellung

		M	W
Bis zu 2 Wochen	7	1	6
2 – 4 Wochen	7	1	6
4 – 8 Wochen	13	9	4
8 Wochen – $\frac{1}{2}$ Jahr	12	3	9
$\frac{1}{2}$ Jahr – 1 Jahr	2	1	1
1 – 2 Jahre	2	2	0
Länger als 2 Jahre	0	0	0
Σ	43	17	26

Die weitaus meisten Klienten/innen suchten innerhalb des ersten halben Jahres nach einer Gewalttat eine TA auf. Dies scheint dem formulierten Ziel ein ‚Hilfsangebot innerhalb weniger Tage‘ vorzuhalten zu widersprechen, jedoch nur auf den ersten Blick. Das Angebot ist da; wann es konkret von den Klienten/innen auch wahrgenommen wird, ist zunächst deren Entscheidung. Diese Entscheidung wiederum ist sicher u.a. abhängig von der je individuellen Entwicklung einer entsprechenden Symptomatik, aber auch davon, wie bekannt die TA sind oder wie auf diese aufmerksam gemacht wird. Darüber hinaus gibt es auch keine allgemein

anerkannte Definition darüber, welcher Zeitraum genau gemeint ist, innerhalb dessen von Akuttraumatologie (zur Vermeidung der Chronifizierung von psychischen Problematiken) zu sprechen ist. Der Zeitraum von $\frac{1}{2}$ (bis 1) Jahr nach einem potentiell traumatisierenden Ereignis ist aber sicher darin inbegriffen.

IV Arten der Gewalt

Tabelle 5 zeigt aufgrund welcher Gewalttat die TA aufgesucht wurde. Die Häufigkeit von gefährlicher / schwerer Körperverletzung kann ein Hinweis auf den relativ hohen Anteil an männlichen Klienten sein. Ein Schockschaden ist in diesem Sinn zwar keine Gewalttat, sondern die Folge (durch Zeugenschaft) der Tat zu Lasten eines Dritten. Er gehört aber zu der Systematik des OEG.

Tab 4: Art der Gewalttat

		M	W
Gefährliche / schwere Körperverletzung	20	12	8
Vergewaltigung / sexuelle Nötigung	5	0	5
Raub und Erpressung	5	3	2
Schockschaden	7	5	2
Andere	10	0	10
Σ	47	20	27

Unter „Andere“ wurden die Fälle erfasst, bei denen aus den vorliegenden Daten entweder die Art der Tat nicht ganz eindeutig zuzuordnen ist oder auch wahrscheinlich keine Tat im Sinn des OEG, nämlich ein vorsätzlicher, rechtswidriger tätlicher Angriff, vorliegt.

In diesem Zusammenhang beschreibt Tabelle 6, wo die Taten stattfanden, ob eher im öffentlichen oder im privaten Bereich:

Tab 5: Gewalt Ort

		M	W
Häuslicher Bereich / Wohnung	13	4	9
Häuslicher Bereich / näheres häusliches Umfeld	6	2	4
Öffentlicher Bereich / Straße	14	6	8
Öffentlicher Bereich / Veranstaltung, Kneipe	7	3	4
Σ	40	15	25

Ergänzend zu den Tabellen 6 und 7 lässt sich sagen, dass in den meisten Fällen eine einmalige Traumatisierung der Anlass war, eine Trauma-Ambulanz aufzusuchen (ein sogenanntes Typ I Trauma). In mindestens vier Fällen gab es bereits frühere Gewalterlebnisse. Eine Bekanntschaft mit dem Täter liegt in mindestens vier Fällen vor.

Dies sind aber nur Angaben, die sich aus den vorliegenden Berichten ergeben, so aber nicht systematisch abgefragt werden und auch nicht abgefragt werden sollen, und daher kein vollständiges Bild ergeben können.

In 40 (von 45) Fällen wurde eine Anzeige erstattet.

V Zuständigkeit

Zwar sind die TA im Auftrag des AVIB für Opfer von Gewalttaten im Sinn des OEG zuständig. Da der Zugang zu den TA jedoch so niedrigschwellig wie möglich angelegt sein soll, lässt sich nicht in jedem Fall vorab klären, ob tatsächlich auch eine entsprechende Gewalttat im Sinne des OEG vorliegt.

Tab 6: Zuständigkeit OEG

		M	W
Ja	32	15	17
Örtliche Zuständigkeit anderes Bundesland	1	0	1
Arbeitsort	5	2	3
Gewalttat im Sinn des OEG fraglich	4	0	4
Nein	3	1	2
Σ	45	18	27

In der weitaus überwiegenden Zahl der Fälle ist eine eindeutige Zuständigkeit des AVIB gegeben. In einzelnen Fällen, etwa bei Zuständigkeit einer Berufsgenossenschaft, verweisen die TA bereits, wenn möglich, im Vorfeld auf die zuständigen Stellen; gegebenenfalls klärt das AVIB bei anderer Zuständigkeit die Frage der Kostenerstattung.

VI Behandlung durch die Trauma-Ambulanzen

Tabelle 7 stellt die bei den Klienten/innen vorliegende psychische Problematik zum Zeitpunkt der Antragstellung dar.

Tab 7: Psychische Problematik bei Antragstellung

		M	W
Schlafstörungen / Alpträume	28	14	14
Angst- oder Panikzustände	28	11	17
Konzentrationsstörungen / Erschöpfungszustände	6	1	5
Unruhe / Unsicherheitsgefühl / Erregungszustand	24	9	15
Stimmungsschwankungen / Wutanfälle	9	3	6
Flashbacks	16	8	8
Vermeidungsverhalten	10	4	6
Schockzustand	4	1	3

Traurigkeit	3	2	1
Seelisches Trauma	3	2	1
Psychosomatische Symptomatik	8	4	4
Körperliche Symptomatik	7	3	4
Σ	146	62	84

Bei dieser Darstellung (Tabelle 7) muss allerdings folgendes berücksichtigt werden: Da zum Zeitpunkt der Antragsstellung noch keine abschließende Diagnostik (nach der: Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD 10) vorliegt, findet sich in den Anträgen eine Aufzählung von Symptomen, die eher wiedergeben, aufgrund welcher Problematik die Klienten/innen die TA aufsuchen. In der Tabelle sind manche Symptome zu einem Punkt zusammengefasst. Da die Klienten/innen in der Regel über mehrere Symptome berichten, entspricht die Gesamtsumme der Symptome nicht der Anzahl der Klienten/innen.

Das Angebot der TA teilt sich in zwei mögliche Behandlungsphasen:

In der Phase 1 geht es darum, möglichst bald nach einer Gewalterfahrung im Rahmen einer Sachverhaltsaufklärung eine Diagnose zu stellen, eine Risikoabschätzung für die Entwicklung posttraumatischer Störungen vorzunehmen, erste Akutmaßnahmen wie Stabilisierung, Psychoedukation oder die Aktivierung von Selbstheilungskräften vorzunehmen und gegebenenfalls weitere Maßnahmen vorzubereiten und einzuleiten. Für diese Phase stehen bis zu fünf Behandlungsstunden zur Verfügung.

Falls dieser Stundenumfang nicht ausreicht, ist es möglich, weitere zehn Behandlungsstunden (Phase 2) zu beantragen. Diese beinhalten dann eine Akuttherapie, können aber beispielsweise auch dazu dienen, Wartezeiten für eine notwendige längere Psychotherapie zu überbrücken. Während die erste Phase bei den TA verortet ist, kann die Phase 2 auch von niedergelassenen psychologischen Psychotherapeuten durchgeführt werden. Hierfür wurde ein Verfahren in Abstimmung mit der Psychotherapeutenkammer Bremen verabredet.

Abschluss nach Phase 1 Trauma-Ambulanz

In 26 Fällen konnte bisher die Behandlung durch die TA nach Phase 1 abgeschlossen werden. In der Regel wurde zum Abschluss eine Anpassungsstörung oder eine akute Belastungsreaktion festgestellt. Das bedeutet, dass zum Behandlungsende, die Symptomatik noch nicht gänzlich abgeklungen war, dass aber durch akuttherapeutische und stabilisierende Maßnahmen wie Psychoedukation und Aktivierung von Ressourcen das Geschehene zunächst entaktualisiert werden konnte. In dieser Phase wird auch eine Risikoabschätzung für die Entwicklung weiterer Symptome bzw. für die Wahrscheinlichkeit des Rückgangs der Symptomatik vorgenommen. Günstig für letzteres ist z. B. die soziale Einbindung und Unterstützung des/der Klienten/in. In den meisten Fällen wurde eine gute Prognose gestellt.

In 4 Fällen gibt es aufgrund früherer Gewalterfahrung oder persönlicher Umstände eine erhöhte Vulnerabilität, die eine günstige Prognosestellung nur eingeschränkt erlaubt.

Generell wurden die Klienten/innen mit Ende der Behandlung darauf aufmerksam gemacht, bei anhaltender oder wiederkehrender Symptomatik eine akuttherapeutische Krisenintervention oder Akuttherapie wahrzunehmen. Dafür wurde auch die Liste der akuttherapeutisch arbeitenden niedergelassenen Psychotherapeuten/innen ausgehändigt. Im Einzelfall wurde auch ein Kontakt hergestellt.

Für zwei Klienten/innen gab es zum Abschluss die konkrete Empfehlung, eine Psychotherapie bei einem/r niedergelassenen Therapeuten/in wahrzunehmen.

Bei einzelnen Klienten/innen wird wahrscheinlich noch ein Termin zur Unterstützung und Vorbereitung auf einen anstehenden Prozess notwendig werden.

Die Behandlung in Phase 1 erstreckte sich auf bis zu 8 Wochen. 19 Klienten/innen nahmen nur eine Stunde bei einer TA wahr.

Tab 8: Behandlungsdauer Phase 1 Trauma-Ambulanz (von in 2013 abgeschlossenen Fällen)

		M	W
Einmaliger Kontakt	19	6	13
Bis zu 8 Wochen	7	3	4
8 Wochen – ½ Jahr			
½ - 1 Jahr			
Über 1 Jahr			
Σ	26	9	17

Auf alle abgeschlossenen Fälle bezogen, waren die Klienten/innen durchschnittlich zu 1,6 Behandlungsstunden bei einer TA. Werden nur die 7 Fälle berücksichtigt, die mehr als eine Stunde wahrgenommen haben, liegt dieser Schnitt bei 3,3 Stunden.

Allerdings ist hier nochmal darauf hinzuweisen, dass Daten erst für ca. die Hälfte der Klienten/innen vorliegen.

In sechs Fällen gab es einen Übergang von Phase 1 in Phase 2. In der Regel wurde hier dann eine posttraumatische Belastungsstörung diagnostiziert; ergänzt wurde diese auch z.B. durch eine depressive Störung.

Soweit eine Prognose gestellt werden konnte, schien die weitere Behandlungsdauer von 10 Stunden zunächst ausreichend zu sein. In einem Fall wird gegebenenfalls eine längere psychotherapeutische Versorgung notwendig.

Tab 9: Übergang in Phase 2 Trauma-Ambulanz

		M	W
Σ Übergang in Phase 2	6	3	3

Inwieweit von Klient/innen der Empfehlung gefolgt wurde, eine weitere Psychotherapie in Anspruch zu nehmen, kann letztlich nicht beurteilt werden. Dem AVIB liegt bisher kein Antrag auf Kostenübernahme durch eine/n niedergelassenen Psychotherapeuten/in vor. Dies bedeutet allerdings nicht, dass diese nicht aufgesucht wurden. Es kann genauso sein, dass eine Psychotherapie im Rahmen des hier vorrangig zuständigen Leistungsträgers, der Krankenversicherung, begonnen wurde.

Abschluss nach Trauma-Ambulanz Phase 2

Von den Fällen, die 2013 die TA Phase 2 wahrgenommen haben, wurde in 2013 kein Fall beendet.

VII Schlussbemerkungen

Das Angebot der TA gibt es im Auswertungszeitraum ca. zehn Monate (März bis Dezember). Die vorab hochgerechnete Anzahl an Klienten/innen wurde übertroffen. Das Angebot der TA wird im Land Bremen wahr- und angenommen.

Die Arbeit im Jahr 2013 stand zunächst auch vor der Herausforderung, die Trauma-Ambulanzen als Angebot für die betroffenen Personen und die Zusammenarbeit zwischen den Vertragspartnern mit entsprechenden Verfahrensabstimmungen zunächst überhaupt zu etablieren. Das ist in diesem Zeitraum gut gelungen.

Im Jahr 2014 wird das AVIB zusammen mit seinen Vertrags- und weiteren Kooperationspartnern das Angebot der Trauma-Ambulanzen weiterentwickeln.

Das zentrale Anliegen des AVIB und der TA, nämlich ein Angebot für eine frühzeitige Intervention für Opfer von Gewalttaten vorzuhalten, wird mit dem Ergebnis aus Tabelle 3, die den Zeitraum zwischen Tat und Antragstellung darstellt, und den dort dazu getroffenen Feststellungen, erfüllt.

Derzeit liegen dem AVIB noch nicht für alle Klienten/innen aus 2013 Abrechnungen vor. Die Kosten, die bisher in 42 Fällen geltend gemacht wurden, belaufen sich auf insgesamt 11.080 €. Eine differenziertere Aufstellung wird aber erstkünftig möglich sein. Eine Hochrechnung der erwarteten Kosten lag zwischen 15.000 und 25.000 €. Nach derzeitigem Stand liegen die Kosten unterhalb dieser Hochrechnung, werden aber abschließend vermutlich innerhalb des prognostizierten Rahmens liegen.

02.04.2014

Dr. Bittel
(Dipl. Psych)