

hat. Der Rückruf des Therapeuten erfolgte 14 Tage (!) später und erreichte sie nur auf AB, weil sie da schon mit ihrer Familie in Urlaub war, der direkt im Anschluß an die Wiedereingliederung stattfand. In der Wiedereingliederung habe sie nur noch das Bedürfnis gehabt, weit weg zu sein und habe dafür einzig die Möglichkeit gesehen, in den geplanten Urlaub zu gehen. Deshalb habe sie auch der Wiederaufnahme der vollen Tätigkeit zugestimmt, die am 14.08.2006 erfolgen sollte. Sie habe panische Angst gehabt, daß sie nicht weg könne, wenn sie weiterhin krank geschrieben sei. Nach dem Urlaub, in dem es ihr nur mäßig besser gegangen sei, sei sie dann wieder in ihre Filiale gegangen, wo sie dann nach täglicher Verschlechterung der Ängste und Panikattacken erstmals nach dem Überfall wieder Dienst in der Schalterhalle gemacht habe. Nach 14 Tagen sei sie dann mit einem Schreikrampf völlig zusammengebrochen. Danach habe sie sich nicht mehr vorstellen können, jemals wieder in einer Postfiliale arbeiten zu können und habe deshalb dem wiederholten Vorschlag ihres Arbeitgebers zur Auflösung des Arbeitsverhältnisses zugestimmt. Von ihrer Kollegin habe Sie dann die Uniklinik Heidelberg empfohlen bekommen und sich hilfeschend dorthin gewandt.

(Beleg: Bericht der Unterzeichnerin vom 4.12.2006 und Behandlungsprotokoll der Unterzeichnerin vom 27.10.2006)

Die Uniklinik Heidelberg diagnostiziert aufgrund von einer zweitägigen eingehenden Untersuchung (14.09. und 20.09.2006) bei der Pat. eine Posttraumatische Belastungsstörung. Aufgrund der Schwere und Dauer der bestehenden Symptome wird der Pat. eine stationäre Aufnahme in der Psychotraumatologischen Abteilung empfohlen. Dies lehnt die Pat. jedoch ab und wird daraufhin von dort in die Praxis der Unterzeichnerin zur ambulanten Weiterbehandlung empfohlen.

(Beleg: Bericht des Universitätsklinikums Heidelberg vom 04.10.2006)

Die Pat. gibt an, daß sie sich in der Uniklinik das erste Mal in ihrer Problematik bei einer Therapeutin verstanden und wohl gefühlt habe. Die Therapeutin habe ihr auch erklärt, daß sie nicht verrückt sei und daß alle ihre Symptome eine klare Erklärung in dem von ihr erlebten Überfall haben. Vor einer stationären Aufnahme habe sie jedoch Angst gehabt aufgrund der Vorerfahrungen mit ihrem Therapeuten.

(Beleg: Bericht der Unterzeichnerin vom 04.12.2006)

Am 20.10. erhält die Unterzeichnerin den Behandlungsauftrag der Unfallkasse für 5 Stunden mit anschließender Berichterstattung.

(Beleg: Schreiben der Unfallkasse vom 20.10.2006)

Am 27.10.2006 stellt sich die Pat. erstmalig zur Behandlung in der Praxis der Unterzeichnerin vor. Im Erstgespräch schildert sie ein ungewöhnlich hohes Ausmaß an klassischen Posttraumatischen Symptomen, wie täglich mehrfach auftretende Panikattacken, bei denen sie die Bilder des Überfalls stets vor Augen hat mit Atemnot, Zittern, Schwindelanfällen und Rückenschmerzen und dazwischen immer wieder Gefühle von Taubheit. Sie habe ständig das Gefühl und panische Angst, es könne jederzeit und an jedem Ort wieder passieren, egal ob sie gerade im Supermarkt, auf der Straße, in einer Bank oder zuhause sei. Nirgendwo fühle sie sich sicher. Seit dem Überfall habe sie nicht mehr durchschlafen können, wache jede Nacht mehrmals voller Angst auf. Ihre frühere Lebensfreude und Geselligkeit sei ihr selbst im Zusammensein mit engen Freunden oder Familie abhanden gekommen. Sie wolle endlich wieder ein normales Leben führen.

Neben dem freien Interview wurde auch eine standardisierte Diagnostik per Fragebogen durchgeführt. Dabei erreichte die Pat. auf der gebräuchlichen „Impact of event scale“ (IES) mit einem Wert von 44 Punkten die höchstmögliche Symptomstärke-Klasse für eine Posttraumatische Belastungsstörung.

In ihrer Schilderung des Erlebten wurde deutlich, daß es durch die wiederholte Konfrontierung mit der traumatischen Situation in der Vorbehandlung ohne vorangegangene Stabilisierung und die Wiederaufnahme der Tätigkeit ohne vorhergehende Traumaverarbeitung zu dieser dramatischen Symptomverschlechterung gekommen ist. Bereits während des Überfalls und dann später in den Konfrontationsbehandlungen scheint es aller Wahrscheinlichkeit nach bei der Patientin zu einem gehirnbioologischen Schutzmechanismus gekommen zu sein, den wir Psychotraumatolog/innen „Dissoziation“ nennen. Das ist ein Phänomen, bei dem ähnlich