Die KUNST des ÜBERLEBENS

erregung (Spannungsverlust, Dissoziation) als gesunde Menschen. Das Stresstoleranzfenster wird also kleiner.[4]

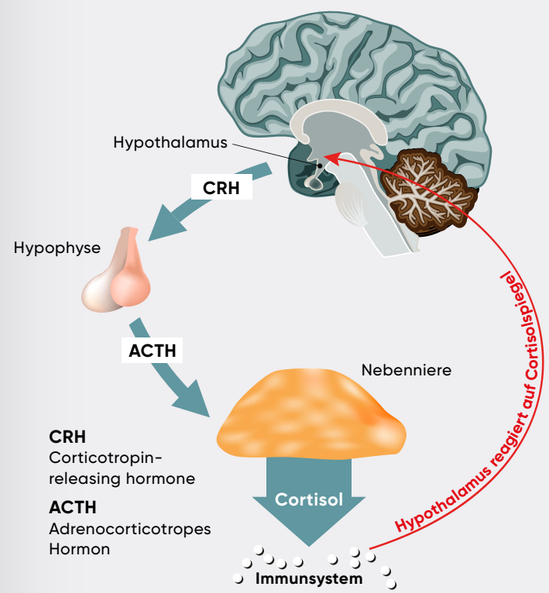
RISIKOGRUPPEN: KINDER, FRAUEN UND GEFLÜCHTETE

Kinder und Jugendliche sind durch belastende familiäre Umweltbedingungen vorwiegend von Entwicklungs- und Bindungstraumata betroffen: Bei Kindern, die in prekären Familienverhältnissen aufwachsen, liegt die Prävalenz von Entwicklungstrauma-Folgestörungen bei bis zu 58 %.[4] Einer Studie aus 2014 zufolge wurde jede dritte Frau in der EU nach ihrem 15. Lebensjahr Opfer körperlicher und/oder sexueller Gewalt. Da PTBS auch nach Folter, Krieg, Verfolgung und Flucht auftreten kann, sind Geflüchtete besonders betroffen. International liegt die Prävalenz bei rund 30 %.[6] →

Global betrachtet leidet fast ein Drittel aller Geflüchteten unter PTBS.

STRESSREAKTION
IM ÜBERBLICK

Die Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrinden-Achse ist ein komplexer endokrinologischer Regelkreis, der bei PTBS-Patient:innen vermutlich gestört ist.



Abbildung

PTBS – INTRUSION, ÜBERERREGBARKEIT, VERMEIDUNG

Traumatische Erlebnisse werden in kurz anhaltende (akute Traumatisierung, Typ I) und lang anhaltende (chronische Traumatisierung, Typ II) Ereignisse unterschieden. Die Traumafolgestörungen PTBS, komplexe PTBS (KPTBS), strukturelle dissoziative Störung und Entwicklungstrauma-Folgestörungen beschreiben vergleichsweise komplexe Krankheitssyndrome.

Bei der PTBS handelt sich um ein Typ-I-Trauma, das durch außergewöhnliche Bedrohungssituationen (wie u. a. Krieg, Terroranschläge, schwere Unfälle, Gewalt) oder Veränderungen katastrophalen Ausmaßes (wie Naturkatastrophen) ausgelöst werden kann. Das belastende Erlebnis muss dabei nicht am eigenen Leib erfahren werden. Während oder unmittelbar nach dem traumatischen Ereignis sind Reaktionen wie Derealisation (Unwirklichkeitsgefühle), Depersonalisation (man ist nicht man selbst) und Veränderung des Zeiterlebens möglich. Zudem kann es zu dissoziativen Symptomen, zu Schuld- und Schamgefühlen und Stimmungsbeeinträchtigungen kommen. Nicht jeder Mensch entwickelt nach einem traumatischen Erlebnis eine PTBS.

Eine PTBS äußert sich zeitlich verzögert in ständig aufdrängendem Wiedererleben des belastenden Ereignisses in Erinnerungen und Träumen (Intrusionen, „Flashbacks“), Übererregbarkeit (Reizbarkeit, Schlafstörungen, Wutausbrüchen, Schreckhaftigkeit) und Vermeidungsverhalten *(siehe Tabelle, S. 63)*. Dieses Beschwerdebild kann zu massiven Einschränkungen im Privat- und Berufsleben führen. Halten die Symptome auch nach vier bis acht Wochen an, spricht man von PTBS.

INZIDENZ UND PROGNOSE

Die Lebenszeitprävalenz für PTBS in der Allgemeinbevölkerung beträgt für Deutschland 1,5–2 %. Die Erkrankung neigt zur Chronifizierung (Symptome bestehen länger als sechs Monate). Komorbide Störungen sind eher die Regel als die Ausnahme: Etwa 80 % der Betroffenen entwickeln im Lauf ihres Lebens zumindest eine weitere psychische Störung, rund 60 % zwei oder mehr.

Häufig handelt es sich dabei um affektive Störungen, Angststörungen, somatoforme Störungen und Substanzabhängigkeiten. Auch dissoziative und psychotische Symptome bis hin zu potenziell gefährdenden Verhaltensweisen (suizidale Handlungen oder Selbstverletzung) sind möglich.

Die Häufigkeit von PTBS ist von der Art des Traumas abhängig und bewegt sich zwischen 10 % (bei Verkehrsunfallopfern und schweren Organerkrankungen) und 50 % (nach Vergewaltigungen, bei Kriegs-, Vertreibungs- und Folteropfern).[4]

Bei rund 30 % der Patient:innen bleiben die Symptome trotz Behandlung bestehen und haben schwerwiegende Auswirkungen auf die Lebensqualität der Betroffenen selbst sowie auf ihr privates Umfeld.

FOTOS iStock/Halfpoint, Adobe Stock/ laurencesoulez

PSYCHOTHERAPEUTISCHE BEHANDLUNG DER PTBS

Behandlung erster Wahl ist die traumafokussierte Psychotherapie, bei der der Schwerpunkt auf der Verarbeitung der Erinnerung an das traumatische Ereignis und/oder seiner Bedeutung liegt.

Zwei traumafokussierte Therapieformen sind die Traumafokussierte Kognitive Verhaltenstherapie (TF-KVT), die auf der imaginativen oder In-vivo-Exposition gegenüber dem Trauma beruht, und die Technik des Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR). Bei der EMDR-Therapie bewegt die Therapeutin/der Therapeut die Hand vor der/dem Betroffenen rhythmisch von links nach rechts. Die Patient:innen folgen der Bewegung mit ihren Augen. Dadurch können die traumatischen Erinnerungen verarbeitet werden. Neben EMDR und TF-KVT existieren noch weitere traumafokussierte Interventionen, die jedoch noch in zu geringem Ausmaß untersucht wurden und daher nicht von der aktuellen Leitlinie empfohlen werden.

Bei der EMDR-Therapie wird durch Handbewegungen der Therapeutin/des Therapeuten, denen die Betroffenen mit den Augen folgen, die Verarbeitung von Traumata angeregt.

Nicht-traumafokussierte Interventionen legen den Behandlungsschwerpunkt auf die Vermittlung von Fertigkeiten der Emotionsregulation, den Umgang mit posttraumatischen Belastungssymptomen oder die Lösung aktueller Probleme. Einige Therapiekonzepte kombinieren traumafokussierte und nicht-traumafokussierte Techniken.

Weil sich die PTBS-Symptomatik durch traumafokussierte Psychotherapie nicht bei allen Betroffenen vollständig zurückbildet, kommt ein multimodales Therapiekonzept mit adjuvanten Methoden zur Anwendung: Empfehlenswert sind Ausdauersport, Ergotherapie, Kunsttherapie, Musiktherapie, Körper- und Bewegungstherapie oder Physiotherapie. →

PHARMAKOTHERAPIE DER PTBS

Eine Psychopharmakotherapie soll laut Leitlinie weder als alleinige noch als primäre Therapie eingesetzt werden. Falls dennoch eine Medikation bevorzugt wird, sollten Sertralin, Paroxetin und Venlafaxin (im Off-Label-Use) zum Einsatz kommen.

Statistisch signifikante Befunde für deren Wirksamkeit fanden sich bisher nur für einzelne SSRI und für den SSNRI Venlafaxin. Deren Wirksamkeit lag deutlich unter jener einer psychotherapeutischen Behandlung.

In der bislang einzigen Metaanalyse zum Vergleich von Pharmako- und Psychotherapie bei PTBS – die allerdings lediglich vier Studien einschloss – fand sich keine Evidenz dafür, dass eine Kombinationsbehandlung aus Pharmakotherapie und traumafokussierter Psychotherapie effektiver als Psychotherapie allein ist.

Benzodiazepine sollen nicht angewendet werden, da sie unwirksam in der Behandlung von PTBS sind und die Risiken, die mit einer Einnahme einhergehen (Abhängigkeit, Rebound-Effekte etc.), den möglichen kurzzeitigen Nutzen überwiegen. Zudem ist das Risiko, eine PTBS zu entwickeln, wenn unmittelbar nach dem traumatischen Ereignis Benzodiazepine eingenommen werden, erhöht.

KOMPLEXE PTBS – ALLEIN GEGEN DEN REST DER WELT

Einige Personen, die traumatische Erfahrungen erleben, entwickeln ein klinisches Bild, das über die PTBS hinausgeht. Typischerweise wird die KPTBS durch länger anhaltende traumatische Erlebnisse, die aus mehreren oder sich wiederholenden – meist von Menschen ausgelösten – traumatischen Ereignissen besteht, hervorgerufen; es handelt sich also um ein Typ-II-Trauma.

Die KPTBS ist über die Kernsymptomatik der PTBS hinaus durch schwerwiegende Beeinträchtigungen der Emotionsregulation, Veränderungen der Einstellung zu anderen Menschen und zu sich selbst (mangelnde Selbstfürsorge, wenig Gespür für sich selbst) gekennzeichnet *(siehe Tabelle, S. 63)*. Ist die Emotionsregulation gestört, kann sich dies in einer Unfähigkeit äußern, angenehme und unangenehme Gefühle zu empfinden, in Gefühlsausbrüchen sowie dem Unvermögen, Ärger und Wut zu modulieren. KPTBS-Patient:innen finden oft nur schwer in eine emotionale Balance.

KPTBS-Patient:innen leiden häufig unter einer gestörten Impulskontrolle, was sich in Impulsivität und einer verminderten Selbstkontrolle äußert. Weitere Symptome sind anhaltende depressive Verstimmung sowie Hoffnungslosigkeit und Verzweiflung, die häufig mit latenter chronischer Suizidalität und teils schweren Selbstverletzungen einhergehen kann. Manchmal zeigt sich zudem eine verzerrte Wahrnehmung des Täters/der Täterin, die von Idealisierung und paradoxer Dankbarkeit bis hin zu intensiven Rachevorstellungen reichen kann.

KPTBS-Betroffenen fällt es schwer, ihre Emotionen zu regulieren; das kann zu Wut oder Selbstverletzungen führen.

Die KPTBS beeinflusst auch die Beziehung zu den Mitmenschen negativ, was sich in sozialem Rückzug bis hin zur Isolation, einer misstrauischen Haltung gegenüber der Umwelt und dem Gefühl, niemandem vertrauen zu können, niederschlägt. Aufgrund der Unfähigkeit, nahe Beziehungen aufrechtzuerhalten, sind wiederholte – oft abrupte – Beziehungsabbrüche im beruflichen wie im privaten Bereich charakteristisch für die KPTBS.

Dieses komplexe Beschwerdebild trägt im selben Maß zur Belastung bei und führt zu ähnlichen Einschränkungen im Alltag wie die Kernsymptome der PTBS selbst.

Luise Reddemann, deutsche Fachärztin für Psychiatrie und Psychoanalytikerin sowie Begründerin der Psychodynamisch Imaginativen Traumatherapie (PITT), sieht den Umstand kritisch, dass zur Diagnose einer KPTBS alle Kriterien der PTBS erfüllt werden müssen. Ihren Erfahrungen zufolge weist die Mehrzahl der komplex traumatisierten Personen gar keine PTBS-Kernsymptomatik auf.[7] Das DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) – das dominierende psychiatrische Klassifikationssystem in den USA – handhabt die Diagnostik anders: In der US-Fachliteratur wurde die KPTBS zwar diskutiert, aber nicht als eigenständige Krankheit in das DSM-5 aufgenommen; stattdessen wurden die Symptome als Teil der Hauptsymptomatik einer PTBS ergänzt.

INZIDENZ

Aufgrund der Anerkennung von KPTBS als eigenständiges Krankheitsbild im Jahr 2022 ist die Datenlage →

Eine Psychopharmakotherapie soll bei PTBS laut Leitlinie weder als alleinige noch als primäre Therapie eingesetzt werden.

FOTO iStock/PeopleImages

Gegenüberstellung Diagnostik und Symptomatik PTBS – KPTBS

Symptomcluster	Beschreibung, Symptome
PTBS	
Traumatisches Ereignis	Traumatisches Ereignis Sehr bedrohliches oder schreckliches Ereignis oder eine Serie von Ereignissen KPTBS: meist langanhaltende oder wiederholte Ereignisse, aus denen eine Flucht schwierig oder unmöglich ist (z. B. Folter, Sklaverei, wiederholte sexuelle oder körperliche Gewalt)
Wiedererleben	(1) intrusive Erinnerungen, Flashbacks oder (2) Alpträume, meist in Verbindung mit emotionaler Belastung oder physischen Reaktionen
Vermeidung	Vermeidung von (1) Gedanken und Erinnerungen oder (2) Aktivitäten, Situationen und Personen, die an das Ereignis erinnern
Übererregung	(1) Wahrnehmung anhaltender Bedrohung oder (2) erhöhte Schreckhaftigkeit
Beeinträchtigung	Funktionale Beeinträchtigung in persönlichen, familiären, sozialen oder anderen Bereichen
Zusätzlich zur Diagnose der KPTBS	
Schwierigkeiten der Emotionsregulation	(1) Erhöhte Reizbarkeit und Wut oder (2) verminderte emotionale Schwingungsfähigkeit
Verändertes Selbstbild	(1) Anhaltendes negatives Selbstbild, das dazu führt, dass die Person sich als beschädigt oder wertlos wahrnimmt oder (2) tiefgreifende und anhaltende Gefühle von Scham, Schuld und Versagen
Interpersonelle Schwierigkeiten	Anhaltende Schwierigkeiten, (1) Beziehungen aufrechtzuerhalten oder (2) sich anderen nahe zu fühlen
Für die Diagnosestellung muss in jedem Cluster eines von zwei Symptomen erfüllt sein.	

Tabelle: Diagnostische Kriterien nach ICD-11 für die Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) und komplexe PTBS (KPTBS), Quelle: Eilers R et al. 2021[2]

NÜTZLICHES

ANLAUFSTELLEN & HILFSANGEBOTE

- **SELBSTHILFEGRUPPEN**
  - **Wien**
    Selbsthilfe PTBS
    www.selbsthilfeptbs.at
  - **Vorarlberg**
    Traumata Selbsthilfegruppe
    https://selbsthilfe-vorarlberg.at traumata-selbsthilfegruppe
  - **Kärnten**
    Selbsthilfegruppe PTBS – für Menschen mit Gewalt-igen/traumatischen Erfahrungen
    www.selbsthilfe-kaernten.at
  - **Oberösterreich**
    „Ich auch" – Selbsthilfegruppe für Frauen, die sexuell missbraucht wurden
    www.davy.at
  - **Steiermark**
    LOTUS – Frauenselbsthilfe bei Traumafolgen und PTBS
    www.selbsthilfe-trauma.wixsite.com/forum
- **THERAPEUT:INNEN-SUCHE**
  - *www.besthelp.at/fachgebiet/11/trauma-belastungsstoerungen*
  - *www.psyonline.at*
  - Österreichisches Netzwerk für Traumatherapie (inkl. Therapeut:innensuche): *www.oent.at*
- **TELEFONNUMMERN (ÖSTERREICHWEIT)**
  - **Telefonseelsorge**
    142
  - **Helpline Traumahilfe Österreich**
    01 413 00 44, *www.traumahilfe.at*
  - **Frauenhelpline**
    0800 222 555
  - **Männerinfo**
    0800 400 777

Kasten

→ noch recht dürftig; bis ausschließlich nach ICD-11 kodiert werden kann, wird lt. Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK) mit einer Übergangszeit von ungefähr 5 Jahren gerechnet. Eine repräsentative deutsche Studie schätzt die 1-Monats-Prävalenz der KPTBS jedoch auf 0,5 % (Maercker et al., 2018[8]), eine litauische Studie auf 1,8 % (Kvedaraite et al., 2022[9]).

THERAPIE VON KPTBS – PSYCHOTHERAPEUTISCHE BEHANDLUNG

Komplexe Traumatisierungen sollten mit einer Kombination traumafokussierter Psychotherapien behandelt werden. Auch Therapien zur Emotionsregulation und Verbesserung von Beziehungsstörungen durch Bearbeitung dysfunktionaler zwischenmenschlicher Muster sind hilfreich. Die Studienlage reicht noch nicht aus, um spezifischere Empfehlungen zu geben, phasenbasierte Therapieansätze scheinen bei komplexer Traumatisierung allerdings besonders wirksam zu sein.[10]

In der Praxis wird die Kombination des zweistufigen Konzeptes „Skillstraining zur affektiven und interpersonellen Regulation/Narrative Therapie" (STAIR/NT) angewandt.[11] Hierbei werden zunächst Fähigkeiten zur Emotionsregulation und zwischenmenschlichen Beziehungen erlernt, in der narrativen Phase wird die Traumaexposition durchgeführt. Im Vordergrund der Psychodynamisch Imaginativen Traumatherapie (PITT) stehen imaginative Elemente, bei denen die Vorstellungskraft der Patient:innen genutzt wird, um Gefühle zu regulieren und eine positive Beziehung zu sich selbst aufzubauen. Darüber hinaus wird die Dialektisch-Behaviorale Therapie (DBT) angewandt, eine Form der kognitiven Verhaltenstherapie, die viele therapeutische Methoden vereint.

QUELLEN

- Schäfer I et al. S3-Leitlinie der Deutschsprachigen Gesellschaft für Psychotraumatologie (DeGPT) (Federführende Fachgesellschaft). Posttraumatische Belastungsstörung. AWMF-Register Nr. 155/001. Springer Verlag. Berlin. 2019. Abgerufen unter: https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/155-001 am 19.03.2024
- Schmiedebach H.-P. Traumafolgestörungen. Springer Berlin Heidelberg. 2019.
- Österreichisches Netzwerk für Traumatherapie (öent). Expert:innenfolder: Traumatherapie in Österreich – Meet the Standards. 2018. Abgerufen unter: https://oent.at/wp-content/uploads/2018/07/OENT-ExpertInnen-Folder-2018-WEB.pdf am 20.03.2024
- Pschyrembel Online, Medizinisches Wörterbuch, pschyrembel.de. abgerufen am 19.03.2024
- Eilers R et al. Die einfache und komplexe Posttraumatische Belastungsstörung in der Praxis. Schwerpunkt: Gewalterfahrungen und Traumafolgestörungen bei Kindern und Jugendlichen. 2021. hogrefe. Jahrgang 30 Heft 3

Weitere Literatur auf Anfrage

FOTO iStock/Drazen Zigic

DOR.
IN BALANCE BLEIBEN
DAS ORIGINAL

Für mehr Lebensfreude!

Bei emotionalem Stress, für mehr Energie und gute Stimmung!

Ab und an stehen wir alle unter Strom oder werden durch Unvorhergesehenes aus der Bahn geworfen... Umso notwendiger ist es dann, unseren Körper und Geist optimal mit Nährstoffen zu versorgen. Nahrungsergänzungsmittel auf natürlicher Basis sind hier ein wertvoller Beitrag. Insbesondere jene sind wichtig, die den Nervenstoffwechsel unterstützen und so zu mentaler Stärke, neuer Antriebskraft und einem gesunden Schlaf-Wach-Rhythmus verhelfen. Extrakte des Pflanzenstoffs Griffonia als Vorläufer unseres "Glückshormons" Serotonin begünstigen außerdem eine gute Stimmungslage und verbessern damit auch die Leichtigkeit im Umgang mit herausfordernden Lebenssituationen.

Lesen Sie mehr zum Thema.....

UNSERE EMPFEHLUNG:

Bei einer kombinierten Einnahme der beiden Produkte empfehlen wir 1 mal täglich 1 Kapsel CORTIDOR.® morgens und 1 mal täglich 1 Kapsel SERODOR.® um 16:00 Uhr einzunehmen.

CORTIDOR.®
✓KONZENTRATION
✓LEISTUNG
✓AUSDAUER

Die speziell ausgewählten und 100 % natürlichen Pflanzenstoffe in CORTIDOR.® unterstützen den Körper im Umgang mit Stress sowie geistiger Belastung. Sie begünstigen weiters die Deckung des erhöhten Energiebedarfs. Mit Vitamin C, D3, einem natürlichen B-Komplex sowie Selen, Zink und Magnesium.

SERODOR.®
✓LEBENSFREUDE
✓MENTALE STÄRKE
✓SCHLAF

Ein starkes Team aus Griffonia, Rosenwurz, Maca und Ginseng plus B-Vitamine sowie Magnesium kann zu besserer Stimmung, mentaler Stärke und neuer Antriebskraft beitragen. Außerdem unterstützen die Inhaltsstoffe von SERODOR.® das Wiedererlangen eines gesunden Schlaf-Wach-Rhythmus.

Verzehrempfehlung: 2 Kapseln täglich morgens mit einem Glas Wasser einnehmen.

Inhaltsstoffe pro Tagesdosis, 2 Kapseln

Vitamin A (RE)	556,67 µg	(RS)-Alpha-Liponsäure	66,8 mg
Vitamin D3	33,4 µg	Coenzym Q10	50 mg
Vitamin E	22,34 mg	Withania Somnifera Wurzelextrakt	70 mg
Vitamin C	66,8 mg	davon Withanolide	1,05 mg
Pantothensäure	10 mg	Süßholz Wurzelextrakt	70 mg
Magnesium	60,3 mg	Rhodiola Rosea Wurzelextrakt	50 mg
Zink	5 mg	davon Rosavine	1,5 mg
Kupfer	0,334 mg	davon Salidroside	0,5 mg
Selen	100 µg	Basilikum Blattextrakt	50 mg
Chrom	23,4 µg	Roter Ginseng Wurzelextrakt	50 mg
S-Adenosyl-Methionin (SAM)	66,8 mg	davon Ginsenoside	2,5 mg
L-Tyrosin	120 mg	Buchweizenkeimpulver	66,8 mg
L-Phenylalanin	40 mg	Grüner Tee Blattextrakt	50 mg
Phosphatidylserin	66,8 mg	davon Theanin	30 mg

Zutaten: Hydroxypropylmethylcellulose (Kapselhülle), S-Adenosyl-Methionin (SAM), L-Tyrosin, Magnesiumoxid, Phosphatidylserin (aus Soja), Süßholz Wurzelextrakt, Withania Somnifera Wurzelextrakt, Buchweizenkeimpulver, L-Ascorbinsäure, (RS)-Alpha-Liponsäure, Basilikum Blattextrakt, Coenzym Q-10, Grüner Tee Blattextrakt, Rhodiola Rosea Wurzelextrakt, Roter Ginseng Wurzelextrakt, D-Alpha-Tocopherylacetat, L-Phenylalanin, Beta-Carotin, Natriumselenit, Zinkcitrat, Cholecalciferol, Calcium-D-pantothenat, Chrom(III)-chlorid, Kupfercitrat, Farbstoff Kapselhülle: Calciumcarbonat, Calciumphosphat

(!) Bei Schwangeren und Stillenden darf eine Tagesdosis von 1500 µg Retinol/Vit. A (entsprechend 5000 I.E. Retinol) nicht überschritten werden.

Inhalt: 60 Kapseln PZN: 4849695, 180 Kapseln PZN: 5333189

Verzehrempfehlung: 2 mal täglich 1 Kapsel bis 16 Uhr mit einem Glas Wasser einnehmen.

Inhaltsstoffe pro Tagesdosis, 2 Kapseln

Vitamin C	80 mg	Buchweizenkeimpulver	100 mg
Biotin	300 µg	Roter Ginseng Wurzelextrakt	80 mg
Magnesium	110 mg	davon Ginsenoside	4 mg
Zink	10 mg	L-Phenylalanin	220 mg
Griffonia Samenextrakt	333,3 mg		
Maca Wurzelextrakt	120 mg		
Rhodiola Wurzelextrakt	120 mg		
davon Rosavine	3,6 mg		
davon Salidroside	1,2 mg		

Zutaten: Griffonia Samenextrakt, Hydroxypropylmethylcellulose (Kapselhülle), L-Phenylalanin, Magnesiumoxid, Maca Wurzelextrakt, Rhodiola Rosea Wurzelextrakt, L-Ascorbinsäure, Buchweizenkeimpulver, Roter Ginseng Wurzelextrakt, Zinkpicolinat, D-Biotin, Farbstoff Kapselhülle: Calciumcarbonat, Calciumphosphat

Inhalt: 60 Kapseln PZN: 4851249

VON APOTHEKER-INNEN ENTWICKELT · HERGESTELLT UND PRODUZIERT IN ÖSTERREICH · 100% NATÜRLICHE INHALTSSTOFFE · HÖCHSTE VERTRÄGLICHKEIT

DOR. Produkte sind erhältlich in Ihrer Apotheke oder direkt bei NORDpharma GmbH

Bestellungen und Informationen: office@nordpharma.at

Druck-, Satzfehler sowie Produkt-, Inhalts- und Rezepturänderungen vorbehalten. Stand 04/2024