

## **Von der Patientin zur „aufgeklärten Verbraucherin?“ Komplex traumatisierte/ dissoziative Menschen und stationäre Traumatherapie**

Vortrag von Claudia Igney im Rahmen der 15. Fachtagung der ISSD –Deutsche Sektion e.V.:  
Wo bleiben komplex traumatisierte/ dissoziative Menschen in der Versorgung?  
am 9. Februar 2008 in Oberursel

### **1. Allgemeine Entwicklungen**

VIELFALT e.V. wurde 1995 gegründet, um multiple Menschen zu unterstützen und über Trauma und Dissoziation zu informieren. 1997 - für eine Frauenberatungsstelle- und 2002 für VIELFALT e.V. habe ich ausgewählte Kliniken befragt, um möglichst viele Informationen über stationäre Traumatherapieangebote zusammenzutragen. Die Befragung 2002 enthielt gezielte Fragen zur spezifischen Fortbildung der MitarbeiterInnen, dem Patienten-Therapeuten-Schlüssel, zu den therapeutischen Angeboten für die konkrete Traumabearbeitung und wie viele der PatientInnen dies erreichen, zum Umgang mit PatientInnen mit rituellen Gewalterfahrungen u.v.a.m.. Weit mehr als die Hälfte der 50 Kliniken beantworteten den Fragebogen und war mit der Aufnahme der Daten in unsere Liste einverstanden.

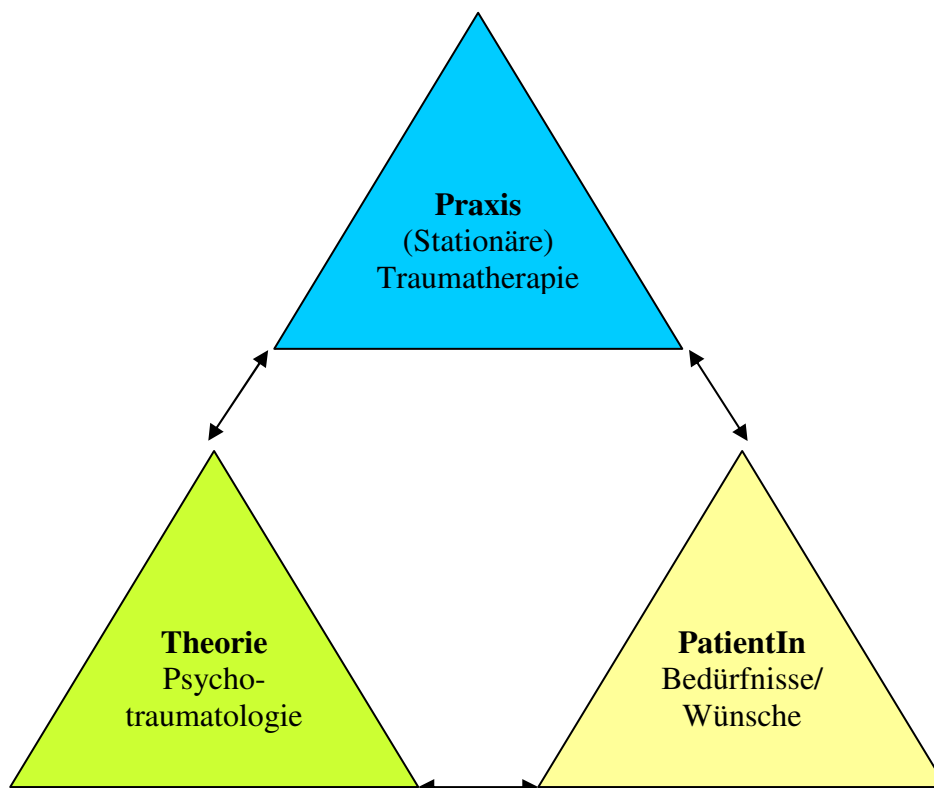
Dieses Material wurde seitdem sehr oft angefordert, v. a. von Therapiesuchenden, Beratungsstellen, Angehörigen. Auch in den telefonischen Sprechzeiten unseres Vereins kommen viele Fragen von Menschen auf der Suche nach einem geeigneten Therapieplatz. Wir erhielten überwiegend positive Rückmeldungen, dass die detaillierten Informationen aus unserer Liste bei der Klinikauswahl geholfen haben. Ich habe versucht, das Material fortlaufend zu aktualisieren und alle neuen oder mir bisher nicht bekannten Traumatherapieangebote aufzunehmen. Jedoch wurde es mit den Jahren immer schwieriger, an solche detaillierten und verlässlichen Informationen zu kommen. Die Bedingungen in den Kliniken änderten sich schnell und es kam kaum noch ein Fragebogen ausgefüllt zurück. Anfang 2007 haben wir uns entschlossen, das Material nicht mehr zu verschicken, sondern lediglich eine Adressliste mit Links und Kurzangaben aus den Informationsmaterialien der Kliniken sowie allgemeine Hinweise zum Finanzierungsweg auf unsere Website [www.vielfalt-info.de](http://www.vielfalt-info.de) zu stellen. Wir bitten dort auch die Hilfesuchenden, direkt mit den Kliniken Kontakt aufzunehmen und sich über die aktuellen Behandlungsangebote zu informieren bzw. individuelle Vereinbarungen zu treffen.

Insgesamt ist erfreulich, dass die Zahl an Kliniken mit einem traumatherapeutischen Angebot kontinuierlich ansteigt. Diese Angebote sind allerdings sehr unterschiedlich: Sie reichen von einem einstündigen Gruppenangebot pro Woche oder einer einzelnen sehr engagierten und fortgebildeten Mitarbeiterin bis hin zu Traumatherapiestationen mit eigenem Konzept und langjähriger Erfahrung.

Mit dem Boom des Traumabegriffes und der rasanten Entwicklung der Psychotraumatologie ist Traumatherapie auch ein Marketingfaktor geworden. Das ist sehr zu begrüßen. Ein fairer Wettbewerb setzt jedoch Regeln voraus – z.B. verbindliche Qualitätsstandards für stationäre traumatherapeutische Angebote, deren Einhaltung objektiv geprüft wird und deren notwendige Rahmenbedingungen durch die Klinikträger und die Kostenträger sichergestellt sind. Diese Standards müssen m. E. ebenso wie die Prüfungsergebnisse veröffentlicht werden. Ohne eine solche verpflichtende Transparenz einerseits und andererseits Wahlfreiheit für die PatientInnen gibt es keinen echten Wettbewerb um Qualität und Effizienz – und für Hilfesuchende und Vermittlungsstellen keine verlässlichen Informationen als Beratungs- und Entscheidungsgrundlage.

## 2. Im Spannungsfeld von Theorie - Praxis - Wünschen/ Bedürfnissen der PatientInnen

Im optimalen Fall ist die Entwicklung von Therapiekonzepten bzw. Versorgungsmodellen ein Zusammenspiel der drei Komponenten:



Natürlich findet dieses Zusammenspiel nicht im luftleeren Raum statt, die Rahmenbedingungen sind wesentlich und folgen im zweiten Teil des Vortrages.

Ich möchte zunächst zugespitzt einige der Differenzen aufzeigen zwischen den Wünschen und Bedürfnissen der Hilfesuchenden, der Psychotrauma-Literatur und den Öffentlichkeitsmaterialien der Kliniken und den - von den PatientInnen wahrgenommenen und uns berichteten - realen Möglichkeiten vor Ort.

### „Das ist meine letzte Chance!“

Wenn jemand sich durch viele Klinik-Hotlines durchtelefoniert oder zwei Jahre auf einen Therapieplatz wartet oder sich durch zwei Widersprüche gegen Bescheide der Rentenversicherer endlich in die „richtige“ Klinik gekämpft hat – so ist das im optimalen Fall eine Zeit, in der jemand sich auf die Therapie vorbereiten und über die eigenen Ziele und Bedürfnisse klarer werden kann. Es steigt aber zwangsläufig auch die Erwartungshaltung. Viele sagen: „Noch mal halte ich diesen Stress nicht durch, also **muss** die Therapie jetzt erfolgreich sein!“

### Heilung ist machbar!

Auf vielen Websites der Kliniken und in entsprechenden Fachbüchern werden die neuen Entwicklungen der Psychotraumatologie als bahnbrechende Errungenschaft und die modernen traumatherapeutischen Methoden als hochwirksam und (zumindest EMDR) auch als wissenschaftlich gut erforschte Behandlungsmethoden angepriesen. Zu Recht!

Es wird der Standard einer erfolgreichen Traumatherapie vorgestellt: die drei Phasen Stabilisierung, Traumabearbeitung und Integration/Neuorientierung. Es wird beschrieben, dass das Sprechen über die Gewalterfahrungen unter den PatientInnen triggert und deshalb in die Einzeltherapie gehört. Für multiple Menschen gilt zusätzlich: Im normalen Stationsalltag sollen nur alltagstaugliche Persönlichkeiten agieren, für traumatisierte Persönlichkeiten ist die Einzeltherapie der richtige Ort. Es wird betont, wie wichtig Ressourcenorientierung, ein schonendes Vorgehen, das Erlernen von Selbstberuhigung und Selbsttröstung und das Erlernen von Selbstkontrolle über die Symptome sind. Zu Recht!

Es finden sich auf den Websites und in Klinikbroschüren Vorträge, in denen beeindruckende Erfolge und Fallgeschichten beschrieben werden, auch Heilungsprozesse, bei denen sich in nur ein bis zwei EMDR-Sitzungen schwere posttraumatische Belastungsstörungen auflösten. Das macht Mut. Zu Recht!

Verschwiegen wird jedoch sehr oft, dass dies Sternstunden eines Therapeutenlebens sind – und der Stationsalltag meist anders aussieht. Verschwiegen wird nicht selten auch, dass ein erster Klinikaufenthalt fast immer ausschließlich der Stabilisierung, nicht aber der Traumaverarbeitung dient – und dass oft nicht sicher ist, ob ein zweiter Aufenthalt in absehbarer Zeit möglich ist.

Meine Erfahrung aus den Rückmeldungen vieler PatientInnen ist, dass durch solche Beschreibungen eine enorme Erwartungshaltung entsteht – an die Klinik, aber auch an sich selbst. Dies nicht erfüllen zu können, erzeugt Frustration und destruktive Dynamiken – auf beiden Seiten.

### **Differenzen zwischen Theorie und Praxis**

Ein Haupt-Kritikpunkt der PatientInnen ist, dass zwar viel in den Öffentlichkeitsmaterialien der Kliniken steht, dies dann aber im Einzelfall oft nicht verfügbar ist.

Z.B. lesen PatientInnen auf der Website von der Möglichkeit einer EMDR-Behandlung in der Klinik. Dies wird auch auf Nachfrage bei der Servicehotline bejaht. Nach Aufnahme sind dann aber die zwei einzigen EMDR-TherapeutInnen krank oder weg gegangen oder für eine andere PatientInnengruppe zuständig. Oder: EMDR kann nur der Chefarzt und der ist mit den PrivatpatientInnen ausgelastet.

In vielen Kliniken - auch Traumastationen!- kann aufgrund des Personalmangels nur eine Einzelstunde pro Woche angeboten werden, in anderen Kliniken anderthalb bis zwei Stunden. Dies bedeutet bei einem sechswöchigen Aufenthalt insgesamt 6 bis 12 Einzelstunden, in denen eine therapeutische Beziehung aufgebaut, ein Therapieziel formuliert und sich wieder verabschiedet werden muss. Gleichzeitig sollen sie die einzige Zeit und der einzige Ort sein, an dem über die erlebte Gewalt gesprochen werden kann und Platz ist für die dazugehörigen Gefühle.

Für multiple Menschen muss dies in der gleichen Zeit von allen an der Therapie beteiligten Persönlichkeitsanteilen geleistet werden. Sie erleben, dass Persönlichkeitsanteile, die den Stationsalltag stören oder stören könnten, dort nicht erwünscht sind. Gefragt sind die Fähigkeiten der erwachsenen Alltagspersonen, mit einer neuen Umgebung und fremden Menschen klar zu kommen. Dafür sind sie aber nicht in eine Traumaklinik gegangen! Sondern sie erwarten Hilfe für traumatisierte Persönlichkeitsanteile oder Hilfe bei gemeinsamen inneren Entscheidungsprozessen etc. Diese Anforderungen sind auch für viele stabile multiple Menschen nicht zu leisten – und gehen an ihren Bedürfnissen vorbei. Dies kann zu Verzweiflungstaten führen oder zu destruktiven Dynamiken unter den PatientInnen. Es entbrennt ein Kampf um die knappen Ressourcen nach dem Motto: Wer hat die größte Krise, die meiste Hilfsbedürftigkeit und die effektivste Strategie, beim

therapeutischen Notdienst noch eine Stunde mehr zu bekommen. Dies interagiert mit den Stationsregeln. Es gibt deshalb auch das Gegenteil: Wenn es strikte Zugangsvoraussetzungen für bestimmte Therapieangebote und Traumabearbeitung gibt, dann werden Krisen und verzweifelte Persönlichkeitsanteile häufig eher verborgen.

Erschreckend häufig wird auch berichtet, dass PatientInnen sich in und mit diesen Konfliktsituationen völlig allein gelassen fühlen und in destabilisiertem Zustand entlassen werden. Dies endet nicht selten in der Notaufnahme der heimischen Psychiatrie.

### **Die therapeutische Beziehung ist der wirksamste Faktor!**

Was bei der öffentlichen Freude über wirksame Methoden manchmal untergeht ist die Erkenntnis, dass der wirksamste Faktor über alle Schulen und Methoden hinweg eine gute, tragfähige therapeutische Beziehung ist. Auch eine erfolgreiche EMDR-Behandlung benötigt eine solche tragfähige Beziehung –zur Klinik und zur TherapeutIn.

Was PatientInnen am meisten schätzen – oder eben vermissen, ist „ein guter, heilsamer Ort“, menschlicher Beistand, Geborgenheit, verlässliche kompetente Bezugspersonen, Zuwendung und das Gefühl, als einzigartiger Mensch (bzw. bei Multiplen eben auch als mehrere Persönlichkeiten) mit individuellen Bedürfnissen und in ihrer Not gesehen und unterstützt zu werden – auch in Krisen und nachts.

### **Wahlmöglichkeiten**

Standardisierte Therapieprogramme, insbesondere in den Reha-Kliniken, lassen wenig Raum für Selbstbestimmung und einen individuellen Heilungsprozess. Es braucht aber Zeit und vielfältige Angebote, um herauszufinden: Was brauche ich? Was hilft mir? Welche Therapeutin oder welcher Therapeut könnte mir genug Sicherheit für die Traumabearbeitung geben?

Gewalt ist verbunden mit Ohnmacht, Kontrollverlust und dem Gefühl des Ausgeliefert-Seins. Ein starres Klinik-Setting kann hier schnell retraumatisierend wirken.

Da die Kostenträger bevorzugt in ihre jeweiligen Vertragskliniken einweisen, sind die Wahlmöglichkeiten zwischen den Kliniken begrenzt bzw. müssen erkämpft werden. Starre Vorgaben der Therapiedauer (z.B. 6 Wochen in Reha-Kliniken) führen zu zeitlichem Druck, der ein zu schnelles Vorgehen befördert mit der Gefahr, in nicht ausreichend stabilisiertem Zustand entlassen zu werden. Ohne ausreichende Nachbetreuung führt dies nicht selten nach der Entlassung zur Rückkehr in alte destruktive Verhaltensmuster und/oder akute Krisen. Oder es wird in Anbetracht des kurzen Behandlungszeitraumes sich ausschließlich auf Stabilisierung beschränkt, so dass eine Traumaverarbeitung nicht stattfindet.

### **Der sichere Ort und Ressourcenorientierung**

Es ist schwierig, einen inneren sicheren Ort zu imaginieren, wenn der äußere Ort als nicht sicher empfunden wird. Nicht sicher heißt z.B.: häufig wechselndes Personal, ein unangekündigtes Fernsehteam im Speisesaal, Bewilligung der Kostenübernahme zunächst nur für drei Wochen, eine sich selbst verletzende Mitpatientin im Doppelzimmer, eskalierende Konflikte unter den Patientinnen, ausgebrannte und/oder nicht ausreichend ausgebildete MitarbeiterInnen etc. pp

Es ist schwierig, den PatientInnen täglich und glaubwürdig die Wichtigkeit der Stressreduktion und Ressourcenförderung zu vermitteln und dies einzuüben, wenn gleichzeitig der Ressourcenmangel und die Überlastung der MitarbeiterInnen sichtbar und fühlbar ist.

PatientInnen beschreiben als Kriterien für einen guten/heilsamen und sicheren Ort neben den oben genannten Beziehungsaspekten:

- Absprachen werden getroffen und eingehalten
- Kein Kampf um Therapie und Ressourcen
- „ich kann bleiben/ wieder kommen“

- „Alle dürfen da sein. Alles hat seinen Platz“
- Wahlmöglichkeiten

### **3. Rahmenbedingungen**

#### **Chancengleichheit?!**

Die bisher genannten Dinge werden aus vielen Kliniken berichtet. Hinzu kommen noch deutliche regionale Unterschiede. In einigen, insbesondere ländlichen und östlichen Regionen ist die Unterversorgung mit ambulanten TraumatherapeutInnen eklatant –Erfahrungen mit DIS noch selten. Der optimale Wechsel zwischen ambulanter und stationärer Therapie ist also schon aus diesem Grund schwierig.

Bei Traumastationen wiederum ist –neben der Erfahrung und einem guten Konzept- der rechtliche Status wichtig (§§107-111 und §40 SGB V, § 26 SGB IX). Ein Krankenhaus der Regelversorgung hat einen regionalen Versorgungsauftrag und die Ausrichtung auf Diagnostik, Heilung und Linderung von Krankheiten. Vorrangiger Arbeitsauftrag von Rehabilitationskliniken ist es, Fähigkeitsstörungen und Beeinträchtigungen (z.B. der Arbeitsfähigkeit) zu beseitigen, zu verringern oder eine Verschlimmerung zu verhindern. Diese Trennung ist vielleicht noch für traumatisierte Lokführer, Soldaten und überfallene Bankangestellte nachvollziehbar, für komplex traumatisierte Menschen aber in der Regel nicht passend –auch wenn dies vor Ort in den Kliniken oft mit großem Engagement passend gemacht zu werden versucht.

Glück hat, wer im Einzugsbereich einer der wenigen Kliniken der Regelversorgung wohnt, die neben einer Akutpsychiatrie und allgemein psychotherapeutischen Stationen auch über eine im Landeskrankenhausplan strukturell verankerte Traumatherapiestation verfügt. Diese Menschen werden –bei entsprechender medizinischer Indikation- aufgrund des Versorgungsauftrages bevorzugt (wenn auch immer noch mit z.T. mehrmonatiger Wartezeit) und meist ohne komplizierten Antragsweg aufgenommen. Außerdem haben langjährig gut arbeitende Traumastationen eine Ausstrahlung z.B. auf die Akutpsychiatrie vor Ort und die Vernetzung mit regionalen ambulanten TherapeutInnen. Dies hat in einigen Regionen in den letzten 20 Jahren zu einer deutlichen Verbesserung der Versorgung traumatisierter Menschen geführt.

Pech hat, wer z.B. im Mecklenburger Land wohnt. Hier ist - neben einer eklatanten Unterversorgung mit ambulanten Traumatherapieangeboten - auch der Weg zu stationärer Traumatherapie oft nur mit Wartezeiten bis zu zwei Jahren oder in die Rehabilitationskliniken möglich. Um jedoch in eine der –meist regional weit entfernten- Reha-Kliniken mit traumatherapeutischen Angebot zu kommen, muss die Hilfesuchende den Antragsweg kennen und ihre Rechte. Sie muss wissen, dass eine erste Ablehnung im formvollendeten Behördendeutsch nicht persönlich gemeint ist – sondern eine übliche „Kostendämpfungsmaßnahme“ – und dass ein fristgerecht eingelegter Widerspruch sehr oft Erfolg hat. Begutachtungen im Auftrag der Rentenversicherungen werden häufig als retraumatisierend beschrieben, weil der zugewiesene psychiatrische Gutachter oft nicht über psychotraumatologische Fachkenntnisse verfügt. Dass auf diesem Weg nur die stabilsten und kampfbereiten oder solche mit kompetenter Unterstützung zum Ziel kommen, ist einleuchtend. Für alle anderen bleibt die regionale Psychiatrie das einzige Angebot.

Außerdem sind Reha-Kliniken auf Grund ihres Arbeitsauftrages in der personellen Ressourcenausstattung meist benachteiligt gegenüber den Krankenhäusern und die Möglichkeit der Intervalltherapie ist durch die Kostenträger eingeschränkt und weder für die BehandlerInnen noch für die PatientInnen planbar. Ambulante Nachbetreuung ist überwiegend nicht gegeben.

Seit 1.4.2007 ist die ambulante und stationäre Rehabilitation der Krankenkassen eine Pflichtleistung. Außerdem hat das Gesetz eine Klärung der Zuständigkeiten versucht. Laut Informationsblatt Nr. 4 (März 07, S. 2) des Bundesministerium für Gesundheit ([www.die-gesundheitsreform.de](http://www.die-gesundheitsreform.de)) gilt nun:

- „Behandlungen, die der Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit bzw. Wiedereingliederung ins Berufsleben dienen, übernimmt die Rentenversicherung.
- Die Krankenversicherung finanziert Rehabilitationsleistungen, wenn diese erforderlich sind, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Beschwerden zu lindern, sofern die Erwerbsfähigkeit nicht erheblich gefährdet oder gemindert ist. Sie ist auch zuständig, wenn es darum geht, einer drohenden Behinderung oder Pflegebedürftigkeit vorzubeugen.“

Weiter heißt es dort „Nicht nur schneller, auch individueller können Patienten jetzt notwendige Reha-Leistungen in Anspruch nehmen: künftig dürfen sie sich „ihre“ Einrichtung selbst aussuchen. Das stärkt den Wettbewerb – und ist vor allem für die Versicherten ein deutliches Plus im Vergleich zur früheren Regelung, wonach ihnen nur diejenigen Reha-Kliniken zur Verfügung standen, mit denen die Krankenkasse einen Versorgungsauftrag hatte. Nun können alle Versicherten grundsätzlich zwischen allen bundesweit zertifizierten und zugelassenen stationären Reha-Einrichtungen wählen – sind sie allerdings teurer als die Vertragspartner der Krankenkassen, muss der Patient die Mehrkosten selbst tragen. Und: diese Wahlfreiheit gilt nur dann, wenn die gesetzliche Krankenversicherung – nicht aber die Unfall- oder Rentenversicherung – für die Reha-Maßnahme zuständig ist.“

Die Verbraucherzentrale Hamburg (2007) weist daraufhin, dass die Pflicht zur Kostenübernahme allerdings nur gegeben ist, „wenn die medizinische Notwendigkeit besteht, die in den meisten Fällen vom Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) überprüft wird.“ (S. 8).

Mir scheint, dass hiermit das Problem nur verlagert wird. Zwar ist nun evtl. die Zuständigkeit von Rentenversicherung und Krankenkassen sinnvoller geklärt und im Zuständigkeitsbereich der Kassen die künstliche Trennung zwischen Krankheitsbehandlung und Verbesserung von Fähigkeitsstörungen verringert. Solange die Pflegesätze aber so unterschiedlich hoch sind, sehe ich die Gefahr, dass medizinische Dienste der Krankenkassen sich im Einzelfall zunehmend eher für die kurzfristig kostengünstigere Variante der Rehabilitationsbehandlung entscheiden – und PatientInnen nur dann eine Wahlfreiheit haben, wenn sie sich das finanziell leisten können (s.o.).

Dieser Zustand ist nicht hinnehmbar!

### **Strukturelle Hindernisse**

Eine optimale gesundheitliche Versorgung komplex traumatisierter Menschen ist ein Gebot der Mitmenschlichkeit und langfristig kostensparend. Dem wird niemand widersprechen. Warum findet eine solche Versorgung dann aber trotz guter Konzepte und Praxiserfahrungen vielerorts nicht statt? Strukturelle Hindernisse sind m. E. zurzeit v.a.:

- Für Krankenkassen ist eine besonders gute Versorgung chronisch Kranker oder sozial benachteiligter Menschen kaum imagefördernd. Werbewirksame Zielgruppe sind junge, gesunde Menschen, denn die bringen wirtschaftlich den größten Nutzen für die Kasse – und somit einen Wettbewerbsvorteil (niedrige Beiträge). Qualität hat ihren Preis: Traumatherapiestationen benötigen einen höheren Personalschlüssel und deshalb auch einen höheren Pflegesatz. Kurzfristig betrachtet erhöht dies die Kosten.

- Für die Kliniken bzw. Klinikträger ist eine spezifische, qualitativ hochwertige Behandlung komplex traumatisierter Menschen wirtschaftlich nur dann attraktiv, wenn es für sie auch einen höheren Pflegesatz gibt, bzw. der einheitliche Pflegesatz der Station dem Rechnung trägt. Komplex Traumatisierte benötigen intensivere und qualifizierte personelle Betreuung und passen oft nicht bruchlos ins Behandlungsprogramm.
- Erschwerend kommt die überwiegend strikte Trennung der Sektoren in ambulante, stationäre und rehabilitative Versorgung (und deren Finanzierung) hinzu. Dies führt zum Streit über Zuständigkeiten, zu nur kurzfristigem wirtschaftlichen Denken und Schnittstellenproblemen. Die gerade bei der Unterstützung komplex traumatisierter Menschen notwendige Kooperation und Vernetzung wird in der Regel nicht gefördert und nicht extra honoriert.
- Die „KundInnen“ können ihre Marktmacht kaum einsetzen, auf Grund der sehr eingeschränkten Wahlfreiheit und dem fehlenden Zugang zu verlässlichen Informationen über die Qualität des Behandlungsangebotes.

Das derzeitige System fördert eine Binnenorientierung, d.h. es geht vorrangig ums Überleben der eigenen Einrichtung/ Institution und um individuelle Lösungen. Dies erschwert eine Kooperation und deren strukturelle Verankerung.

### **Qualitätssicherung?!**

Seit 2004 sind alle Leistungserbringer zur Qualitätssicherung gesetzlich verpflichtet (§ 137 und 135a SGB V, Reha: 137d SGB V, §20 SGB IX). Alle zwei Jahre muss jedes Krankenhaus einen strukturierten Qualitätsbericht veröffentlichen ([www.qualitaetsbericht.de](http://www.qualitaetsbericht.de)).

Die freiwillige Zertifizierung nach KTQ (Kooperation für Transparenz und Qualität im Krankenhaus, [www.ktq.de](http://www.ktq.de)) oder DIN ISO wird als Wettbewerbsvorteil wahrgenommen.

Auch die Deutsche Rentenversicherung hat ein eigenes umfassendes Qualitätssicherungsprogramm für die medizinische Rehabilitation entwickelt, das bundesweit detaillierte Informationen (Strukturqualität, Peer Review-Verfahren und Patientenbefragungen) erhebt und an die Kliniken rückmeldet. Die Veröffentlichung erfolgt in zusammengefasster Form ([www.deutsche-rentenversicherung-bund.de](http://www.deutsche-rentenversicherung-bund.de)), einige wenige Kliniken veröffentlichen auch ihre einrichtungsspezifischen Ergebnisse (z.B. [www.baar-klinik.de](http://www.baar-klinik.de)).

Hervorzuheben ist hier auch die Entwicklung rehabilitationsspezifischer Leitlinien (bisher für Alkoholabhängigkeit und depressive Störungen), in denen detailliert Evidenzbasierte Therapiemodule mit Inhalten und Dauer/Häufigkeit pro Woche aufgelistet werden.

Die gesetzlichen Qualitätsberichte der Krankenhäuser und die Qualitätsberichte der KTQ-zertifizierten Krankenhäuser und Reha-Einrichtungen sind öffentlich einsehbar und sollen auch zur Information und Entscheidungsgrundlage für Patienten dienen. So kann man sich z.B. informieren über die TOP 10 der häufigsten Diagnosegruppen jeder Fachabteilung oder die häufigsten Operationen. So lässt sich feststellen, ob eine Klinik besondere Erfahrung in der Behandlung bestimmter Krankheiten, z.B. F43 (Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen) hat. Es lässt sich auch in Erfahrung bringen, wie viele der Ärzte eine abgeschlossene Facharztausbildung haben oder sich in Ausbildung befinden. Jedoch hilft dies in der Regel wenig, wenn ein komplex traumatisierter/ dissoziativer Mensch auf der Suche nach einem für ihn individuell geeigneten Therapieplatz ist. Er will wissen, ob Erfahrung mit DIS besteht, ob „alle da sein dürfen“, die Möglichkeit zur Traumabearbeitung gegeben ist, ob auch nachts eine kompetente Begleitung bei Krisen geleistet werden kann, wie viel Einzeltherapie bei einer speziell fortgebildeten Traumatherapeutin verlässlich zugesichert

werden kann etc. Deshalb ist die Entwicklung spezifischer Qualitätskriterien für traumatherapeutische Angebote notwendig. Diese könnten in vorhandene Qualitätsmanagementsysteme integriert oder als eigenes Zertifikat gestaltet sein.

Vorstellen möchte ich die „**Empfehlungen von Qualitätsstandards für stationäre Traumatherapie**“ der Arbeitsgruppe „stationäre Traumatherapie“ der **DeGPT** (Frommberger & Keller (Hrsg), 2007). Neben den unten dargestellten Angaben zur Strukturqualität enthalten die Empfehlungen auch Angaben zur Prozessqualität (Behandlungsverfahren) und Ergebnisqualität (Wirksamkeit).

Notwendige Strukturmerkmale des Behandlungssettings (Auszüge)  
(vgl. Jacob u.a. 2007)

- Orientierung am Phasenmodell der Traumatherapie mit Stabilisierungs-, Konfrontations- und Integrationsphase. Bei komplex Traumatisierten ist dies jedoch kein gradliniger Prozess, sondern immer wieder ein Wechsel zwischen den Phasen notwendig.
- Möglichkeit zur Intervalltherapie in derselben Klinik
- Individuell angemessene Verweildauern (auch um eine Entlassung im destabilisierten Zustand weitgehend vermeiden zu können)
- Annehmende, stressarme, ausgleichende Atmosphäre. PatientInnen werden explizit zu respektvollem Umgang untereinander angehalten, Zuwiderhandlung hat klare Konsequenzen.
- Qualifikation des ärztlich/psychologischen Personals: ausreichende psychotherapeutische Erfahrung und Kenntnisse, Weiterbildung, Erfahrung und Supervision in anerkannten traumaspezifischen Verfahren.
- Qualifikation aller weiteren therapeutischen MitarbeiterInnen (Pflege, Ergotherapie, Sport, etc.): Weiterbildung im Erkennen von und Umgang mit Traumafolgeerscheinungen
- Personalschlüssel: je nach Art und Ausstattung der Klinik, anzustreben sind ca. 4,5 PatientInnen auf eine ärztliche bzw. psychologische PsychotherapeutIn
- Einzeltherapie: für komplex Traumatisierte mind. 2 x 60 Minuten pro Woche in allen Therapiephasen
- Stabilisierende, ressourcenorientierte Gruppentherapie (Psychoedukation, Skillstraining, erlebnisorientierte Gruppen etc.)
- Berücksichtigung geschlechtsspezifischer Aspekte (Gruppenangebot, Wahl der/des TherapeutIn)

## **Forschung**

Die Entwicklung von Standards setzt voraus, dass bekannt ist, welche Methoden und Behandlungssettings wirksam und effizient sind. Die obigen Standards basieren vor allem auf langjähriger klinischer Erfahrung.

Die evidenzbasierte Medizin verlangt allerdings vor allem randomisiert kontrollierte Studien, d.h. Patienten werden zufällig einem definierten Behandlungssetting oder einer Kontrollgruppe zugeteilt. Dies ist aus ethischen Gründen bei traumatisierten Menschen nicht vertretbar. Außerdem ist gerade die Behandlung komplex traumatisierter Menschen eine Kombination aus vielen Methoden, meist in Kombination ambulanter und stationärer Therapie, so dass die Wirksamkeit **einzelner** Behandlungsmaßnahmen oder Methoden schwer nachweisbar ist. Außerdem ist die Wirksamkeit vieler Methoden nur an Typ1-TraumapatientInnen nachgewiesen. Die klinische Erfahrung zeigt, dass für komplex traumatisierte Menschen und insbesondere dissoziative Menschen diese Methoden oft abgewandelt oder ihr Einsatz individuell sehr sorgsam geprüft werden muss.



Bisher existieren nur wenige deutsche Studien zum Gesamtergebnis der stationären Therapie von Traumatisierten, d.h. Erhebungen zu Therapiebeginn und –ende und drei Monate oder ein Jahr nach Entlassung (vgl. Frommberger & Keller 2007). Diese Studien geben Durchschnittswerte an, z.B. bei wie viel Prozent der PatientInnen sich die Hauptsymptomatik gebessert hat. Ergänzt werden sollte dies durch Längsschnittstudien einzelner Therapieverläufe über einen längeren Zeitraum, insbesondere für spezifische PatientInnengruppen (z.B. DIS). Interessant wären in diesem Zusammenhang auch negative Therapieverläufe, also die Frage: Wer profitiert nicht von diesem Angebot und warum? Gerade PatientInnen, die über Jahre erfolglos durch diverse Kliniken und ambulante Behandlungen gehen, verursachen hohe Kosten.

### **Fazit**

Allgemein gültige spezifische, wissenschaftlich fundierte Qualitätskriterien sind notwendig als Voraussetzung einer einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung. Erst dies macht Qualitätsvergleiche zwischen den Einrichtungen möglich. Ein festgelegter Mindeststandard sollte Voraussetzung für die Anerkennung als Traumastation und ihre Belegung durch die Kostenträger sein. Eine solche anerkannte Traumastation muss für ALLE traumatisierten Menschen ohne lange Wartezeiten zur Verfügung stehen. Verlässliche Informationen für NutzerInnen und Wahlmöglichkeiten sind ebenso zu fordern.

Es ist mir klar, dass einige der o.g. Qualitätskriterien im Moment nicht realisierbar sind. Und ich weiß, unter welch schwierigen Bedingungen viele Teams und einzelne KollegInnen trotzdem hervorragende Arbeit leisten – und auch wie viele PatientInnen trotz schwieriger Rahmenbedingungen von der stationären Therapie profitieren und wichtige Erfahrungen machen. Wir sollten uns aber nicht mit unzumutbaren Bedingungen abfinden.

**Jeder sollte ein Recht auf Behandlung nach dem aktuellen Wissensstand der Forschung und klinischen Erfahrung haben!**

Verbindliche Kriterien und Standardisierung sind kein Allheilmittel – gerade weil bei komplex Traumatisierten meist ein individuelles Vorgehen erforderlich ist. Strukturierte, „objektive“ Therapiemanuale und Konzepte der evidenzbasierten Medizin können die klinische, praktische Erfahrung nicht ersetzen, weil „solche Konzepte der Vielfalt menschlichen Seins und Werdens nicht genügen.“ (Reddemann 2007, S. 16). Jedoch brauchen eine Station und deren MitarbeiterInnen sichere Rahmenbedingungen, ausreichend Ressourcen und eine Vielzahl an Behandlungsangeboten und spezifischen Fähigkeiten, um ein solches individuelles Vorgehen überhaupt leisten zu können.

## **4. (Aus-)Wege?!**

### **Qualität und Wirtschaftlichkeit sind gesetzlich gefordert**

Laut SGB V müssen Leistungen ausreichend und zweckmäßig sein und in der fachlich genotenen Qualität sowie wirtschaftlich erbracht werden (§ 70 SGB V). Für die Qualitätssicherung im Krankenhaus ist seit 2004 als oberstes Gremium der Gemeinsame Bundesausschuss (je neun Sitze für Spitzenverbände der Krankenkassen und der Leistungserbringer und drei unparteiische Sitze) zuständig. Der GBA hat u. a. Kriterien für die indikationsbezogene Notwendigkeit und Qualität der im Rahmen der Krankenhausbehandlung durchgeführten diagnostischen und therapeutischen Leistungen festzulegen (§ 137 SGB V). Der GBA ist Träger des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (§ 139a SGB V), welches u. a. Gutachten zu Fragen der Qualität und Wirtschaftlichkeit erstellt und den GBA berät.

Alle Leistungserbringer sind verpflichtet, sich an einrichtungsübergreifenden Maßnahmen der Qualitätssicherung zu beteiligen, die insbesondere das Ziel haben, die Ergebnisqualität zu verbessern (GKV-Gesundheitsreform 2000).

### **Fachverbände und Forschung**

Fachverbände und WissenschaftlerInnen arbeiten an der Entwicklung von Empfehlungen für Qualitätsstandards. Sie können die Forderung nach verbindlichen Mindeststandards für die Anerkennung einer Traumastation und deren Belegung durch die Kostenträger stellen und entsprechende Fachdiskussionen, Öffentlichkeits- und Lobby-Arbeit initiieren.

### **Integrierte Versorgung und Disease Management Programme**

Komplex traumatisierte Menschen benötigen oft eine Vielzahl an Unterstützungsformen und –einrichtungen mit der Notwendigkeit der Zusammenarbeit auch über die Sektorgrenzen hinweg (ambulante und stationäre Therapie, Klinik, Beratungsstellen, ambulante psychiatrische Pflege etc.). Gesetzlich können solche Modelle der engeren Verzahnung der Sektoren verstärkt im Rahmen der Integrierten Versorgung (SGB V, § 140 a-d) gefördert werden.

Auch die Schaffung eines eigenen Disease Management Programms (nach § 137f,g SGB V) für (komplexe) PTSD oder dissoziative Störungen wäre denkbar.

Gemeinsam ist beiden das Ziel einer Behandlung auf bestem Stand der Wissenschaft, in einem aufeinander abgestimmten sektorübergreifenden Behandlungsnetzwerk – und mit der Möglichkeit, über die dafür notwendigen Ressourcen speziell mit Kostenträgern zu verhandeln, da der Gesetzgeber dies fördert und somit Anreize für alle Beteiligten schafft.

### **Die „Graswurzelebene“**

In jedem Versorgungsgebiet ist die Einrichtung oder der Erhalt einer qualitätsgerechten Traumastation und deren Verankerung im Krankenhausbedarfsplan zu fordern. Dies kann unterstützt werden:

- Engagement der regionalen ambulanten Einrichtungen, niedergelassenen KollegInnen, Fachgremien, Arbeitskreise etc. für ein solches Versorgungsangebot
- Das Ansehen der Klinik steigt, wenn solche Unterstützung und Anerkennung vorhanden ist. Dies erhöht die Motivation zum Aufbau oder Erhalt des Angebotes.
- Evtl. kann die regionale Krankenkasse zu einem Modellprojekt der Integrierten Versorgung überzeugt werden, um dieses Netzwerk und die Versorgungsqualität zu stärken.
- Ansprechen der politischen Gremien, mit Kleiner/Großer Anfrage an den Senat die Versorgungssituation feststellen lassen, dann Beseitigung der Defizite einfordern
- Petitionen an den Landtag (oder Bundestag) bei Versorgungsdefiziten
- Öffentlichkeitsarbeit
- Fördervereine für Traumastationen (z.B. [www.traumhaus-bielefeld.de](http://www.traumhaus-bielefeld.de) )

Ich glaube, dass es in den nächsten Jahren zunehmend darauf ankommen wird, eine starke Lobby zu haben bzw. zu entwickeln – auf der regionalen Ebene und auf Landes- und Bundesebene. Wir sollten hierfür alle Möglichkeiten nutzen mit vielfältigen vereinten Kräften!

#### Literatur:

Bundesministerium für Gesundheit (2007). Informationsblatt Nr. 4: Die neue Gesundheitsversicherung: Stark für Rehabilitation. [www.die-gesundheitsreform.de](http://www.die-gesundheitsreform.de)

Frommberger, U., Keller, R. (Hrsg.): Empfehlungen von Qualitätsstandards für stationäre Traumatherapie. Indikation, Methoden und Evaluation stationärer Traumatherapie in Rehabilitation, Akutpsychosomatik und

Psychiatrie. Arbeitsgruppe „stationäre Traumatherapie der Deutschsprachigen Gesellschaft für Psychotraumatologie (DeGPT). Lengerich: Pabst.

Jacob, V., Dilcher, K., Klein, A., Schüepp, R. (2007). Notwendige Strukturmerkmale des Behandlungssettings als Voraussetzung für stationäre Traumatherapie. In: Frommberger, U., Keller, R. (Hrsg.): Empfehlungen von Qualitätsstandards für stationäre Traumatherapie. (S. 28-35 und 148-151), Lengerich: Pabst.

Haubrock, M., Schär, W. (2007). Betriebswirtschaft und Management im Krankenhaus. 4., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage, Bern: Hans Huber.

Reddemann, L (2007). Psychodynamische Therapie traumainduzierter Störungen. In: Lamprecht, F. (Hrsg.): Wohin entwickelt sich die Traumatherapie? Bewährte Ansätze und neue Perspektiven. (S. 15-31). Stuttgart: Klett-Cotta.

Verbraucherzentrale Hamburg (2007). Gesundheitsreform 2007 Was bringt sie Neues? Informationsbroschüre, Hamburg: Selbstverlag.

[www.deutsche-rentenversicherung-bund.de](http://www.deutsche-rentenversicherung-bund.de) (Pfad Rehabilitation – Qualitätssicherung)