

**Frommberger, Ulrich; Keller, Rolf (Hg.):
Empfehlungen von Qualitätsstandards für stationäre Traumatherapie.
Indikation, Methoden und Evaluation stationärer Traumatherapie in Rehabilitation,
Akutpsychosomatik und Psychiatrie**

Pabst Science Publishers Lengerich, 2007, 187 Seiten, 20,00 €

Diese Empfehlungen sind Ergebnis eines vierjährigen Arbeits- und Diskussionsprozesses der Arbeitsgruppe „Stationäre Traumatherapie“ der Deutschsprachigen Gesellschaft für Psychotraumatologie (DeGPT). Ziel ist es, Richtlinien für den deutschsprachigen Raum zu erarbeiten, die dem aktuellen Stand der nationalen und internationalen Forschung und klinischen Erkenntnis entsprechen. Diese Richtlinien sollen als Instrument der Qualitätssicherung dienen.

Das Buch besticht durch gute Lesbarkeit, komprimierte Aussagen ausgewiesener ExpertInnen zur klinischen Erfahrung und dem wissenschaftlichen Forschungsstand sowie Empfehlungen zu notwendigen Rahmenbedingungen (Setting, Qualifikation des Personals etc.) und zur Evaluation stationärer Traumatherapie.

In knapper Form werden Kriterien für die Indikation zu einer stationären Traumatherapie (versus ambulanter Traumatherapie), die Phasen des Behandlungsprozesses, Behandlungsmethoden und Anforderungen an die Vernetzung bzw. Behandlungskette dargestellt.

Die AutorInnen standen dabei vor dem Problem, dass es eine Vielzahl von Verfahren und Konzepten gibt, die sich in der Praxis mehr oder weniger bewährt haben, jedoch kaum wissenschaftlich untersucht sind.

Insbesondere die Behandlung komplex traumatisierter Menschen verlangt ein Gesamtkonzept mit vielen Methoden übergreifenden Bausteinen und oft mehreren Aufenthalten bzw. Intervalltherapie mit wechselnden Abschnitten ambulanter und stationärer Therapie. Es ist bei der Vielzahl der Einflussfaktoren (auch Komorbidität etc.) schwierig, wissenschaftlich exakte Wirksamkeitsnachweise für einzelne Behandlungsmethoden und Behandlungsabschnitte zu erbringen. Außerdem verlangen die Prinzipien der evidenzbasierten Medizin den Vergleich mit einer Kontrollgruppe. Dieser müsste bei gleicher Ausgangssituation ein Teil des komplexen Behandlungsprogramms vorenthalten werden, was ethisch oft nicht vertretbar ist. Dennoch lassen sich Aussagen zu dem insgesamt erreichten Therapieerfolg treffen, z.B. durch Katamnese-Untersuchungen (Befragungen mit validierten Instrumenten zum Aufnahme- und Entlassungszeitpunkt sowie 1 Jahr nach Entlassung, im Einzelnen s. S. 107 ff).

Ein Großteil der wissenschaftlichen Erkenntnisse und Therapieevaluationen bezieht sich bisher allerdings auf Behandlungsmethoden für Typ 1-Traumata (Verkehrsunfälle, Naturkatastrophen, einmalige Gewalt im Erwachsenenalter etc.) und die Arbeitsgruppe verweist darauf, dass für andere, noch komplexere Traumafolgestörungen (wie DIS) die Therapie adaptiert werden muss, „so dass genau geprüft werden muss, ob die an der „einfachen“ PTSD evaluierten Therapieformen auch für die jeweiligere „komplexere“ PTSD-Form im Einzelfall geeignet ist.“ (S. 13).

Es ist ein großes Verdienst der Arbeitsgruppe, eine erste Arbeits- und Diskussionsgrundlage vorgelegt zu haben in Bezug auf „wissenschaftlich evaluierte und/oder klinisch bewährte, effektive Behandlungsweisen“ (S.11) und dafür notwendige strukturelle und personelle Rahmenbedingungen. Reha-Kliniken z.B. haben bis heute keine gesetzlichen oder durch Gutachten gestützten Vorgaben für Personalschlüssel für PsychotherapeutInnen –so dass dies im Ermessens- und Verhandlungsspielraum zwischen den Klinikträgern und Kostenträgern liegt. Die Arbeitsgruppe definiert als notwendige Strukturqualität u.a. das Angebot von mindestens zwei Einzelsitzungen a 50 Min pro Woche für alle Traumatisierten in allen

Therapiephasen, für interaktionell schwierige PatientInnen insgesamt 120 Min. Einzeltherapie pro Woche, für komplex Traumatisierte in der Regel mehr (S. 32) - ein Standard, der meiner (C.I.) Einschätzung nach in vielen Kliniken nicht gegeben ist.

Es wäre sehr wünschenswert und notwendig, dass die nun vorliegenden fundierten Empfehlungen weiter diskutiert werden auf fachlicher und politischer Ebene und mit den Kostenträgern und dann in verbindliche Qualitätsstandards münden.

Denn neben den fachlichen psychotraumatologischen Anforderungen bedeutet dies auch:

„Bei Planung und Aufbau einer stationären Traumaereinheit ist es essentiell zu erkennen, dass eine effektive, dem Traumapatienten angemessene Therapie länger dauern kann und mehr Personal erfordert als viele andere Therapien. Wird dieses klinisch fundierten Erkenntnis nicht durch entsprechende Personalausstattung und Kostenübernahmeerklärungen Rechnung getragen, wird lediglich ein Etikett verwendet, das den schwer geschädigten Patienten nicht nützt oder sogar zu einer Verschlechterung führt. Dies ist weder im Interesse der Patienten noch der Solidargemeinschaft angesichts der individuellen Belastungen und der hohen Kosten bei falscher oder nicht ausreichender Behandlung.“ (S. 120).

Rezension von Claudia Igney
für VIELFALT e.V.