

## „Von der Patientin zur „aufgeklärten Verbraucherin?“

### Komplex traumatisierte/dissoziative Menschen und stationäre Traumatherapie

Claudia Igney  
VIELFALT e.V., [www.vielfalt-info.de](http://www.vielfalt-info.de)  
Fachtagung der ISSD-D am 9.2. 2008 in Oberursel

## VIELFALT e.V.

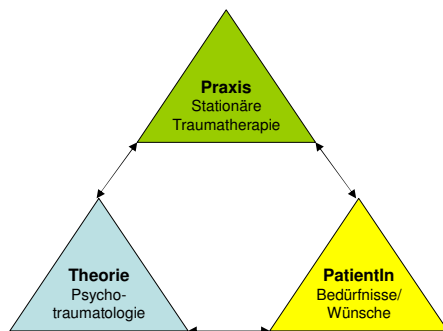
Information zu  
Trauma und Dissoziation



Seit 1995:

- Ziel: Verbesserung der Lebenssituation dissoziativer/ multipler Menschen
- Informationen zu ambulanten und stationären Therapie- und Beratungsangeboten
- 1998/ 2002 Klinikbefragungen, seitdem fortlaufend aktualisierte Klinikliste ([www.vielfalt-info.de](http://www.vielfalt-info.de)), viele Anfragen und Rückmeldungen
- Zahl der Kliniken mit traumatherapeutischem Angebot ist steigend, aber Umfang und Qualität sehr unterschiedlich!
- Zugang zu verlässlichen Informationen erschwert

Claudia Igney, VIELFALT e.V., 9.2.2008



## Bedürfnisse/ Wünsche

- Leicht zugängliche, vergleichbare, verlässliche Informationen und gute Beratung
- „ein guter/ heilsamer Ort“, Sicherheit
  - Absprachen werden getroffen und eingehalten
  - Kein Kampf um Therapie und Ressourcen
  - „Ich kann bleiben/ wieder kommen“
- Menschlicher Beistand, Geborgenheit, verlässliche, kompetente Bezugspersonen
- Als einzigartiger Mensch (bzw. als mehrere Personen bei DIS) mit individuellen Bedürfnissen gesehen/ unterstützt werden - auch in Krisen und nachts!
- „Alle dürfen da sein“ – „Alles hat einen Platz“
- Wahlmöglichkeiten

Claudia Igney, VIELFALT e.V., 9.2.2008

## Theorie...

Öffentlichkeitsmaterialien und Fachbücher vermitteln:

- Es gibt hochwirksame traumatherapeutische Methoden
- „Goldstandard“ der modernen Traumatherapie: 3-Phasen-Modell (Stabilisierung, Traumakonfrontation, Integration/Neuorientierung)
- Stressarme, ausgleichende Atmosphäre schaffen:
  - Sprechen über die Gewalt gehört in die Einzeltherapie
  - DIS: im Stationsalltag nur „alltagstaugliche“ Persönlichkeiten
- Ressourcenorientierung
- Erlernen von Selbstkontrolle und Selbstberuhigung

**Fazit: „Heilung ist machbar!“, hohe Erwartungshaltung**

Claudia Igney, VIELFALT e.V., 9.2.2008

## und (oft) die Praxis:

- Die Methoden sind oft im Einzelfall nicht verfügbar
- Nur 1-2 Stunden Einzeltherapie pro Woche
- Kampf um die begrenzten Ressourcen, destruktive Dynamiken, „Verzweiflungstaten“
- Wahl der Klinik und eines individuell passenden Konzeptes ist eingeschränkt, feste Therapieprogramme
- Therapie oft nicht planbar
  - Kostensagen z.T. nur für 3 Wochen
  - Intervalltherapie nicht überall realisierbar
  - nur Stabilisierung oder zu schnelles Vorgehen
- Gefahr: Entlassung in destabilisiertem Zustand
- Kein „sicherer Ort“, Stress!

Claudia Igney, VIELFALT e.V., 9.2.2008

## Chancengleichheit?

### Optimal:

- Traumastation im Landeskrankenhausplan, Pflegesatz angepasst
- Gute regionale Vernetzung, auch ambulant/ stationär
- Öffentlichkeitsarbeit
- Vorgespräche
- Intervalltherapie (planbar!)

### In vielen ländlichen und östlichen Regionen:

- Unterversorgung ambulant
- Traumastationen weit weg
- Sehr lange Wartezeiten oder Reha-Klinik
- Komplizierte Antragswege, häufige Ablehnung, Gutachter oft nicht fortgebildet
- Reha-Kliniken:
  - Intervalltherapie und Vernetzung ist erschwert,
  - i. d. R. niedrigerer Pflegesatz (= Ressourcen)

Claudia Igney, VIELFALT e.V., 9.2.2008

## Gesundheitsreform 2007

- Klarere Trennung der Zuständigkeiten bei Reha
  - Rentenversicherung: Behandlungen zur Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit bzw. Wiedereingliederung ins Berufsleben
  - Krankenkassen: Krankheiten erkennen, heilen, ihre Verschlimmerung verhüten, Beschwerden lindern, Vorbeugung drohender Behinderung oder Pflegebedürftigkeit
- Stationäre Rehabilitation der Kassen nun Pflichtleistung
  - Aber: MDK prüft „medizinische Notwendigkeit“
- Wahlfreiheit der Versicherten bundesweit
  - Aber: ist die gewünschte Klinik teurer als die Vertragsklinik der Kasse, muss PatientIn die Differenz tragen!

Quellen: [www.die-gesundheitsreform.de](http://www.die-gesundheitsreform.de) und Verbraucherzentrale Hamburg

Claudia Igney, VIELFALT e.V., 9.2.2008

## Qualitätssicherung

- Alle Leistungserbringer sind zur Qualitätssicherung verpflichtet (§135a und §137 SGB 5, Reha: 137d SGB 5, §20 SGB 9)
- Jedes KH muss seit 2004 strukturierten Qualitätsbericht veröffentlichen ([www.qualitaetsbericht.de](http://www.qualitaetsbericht.de)):
  - Inhalt z.B. die häufigsten Diagnosen und Operationen der Fachabteilung und Anzahl ÄrztInnen mit Facharzt Ausbildung
  - Berichte sind ausdrücklich auch zur Information und Entscheidungsgrundlage für PatientInnen
  - Aber: dies hilft komplex traumatisierten/ dissoziativen Menschen auf der Suche nach einem Therapieplatz wenig!
- Rentenversicherung Bund: eigenes Qualitätssicherungsprogramm für Rehabilitation (+ Leitlinienentwicklung)

Claudia Igney, VIELFALT e.V., 9.2.2008

## Qualitätsstandards für stationäre Traumatherapie

### Notwendige Strukturmerkmale des Behandlungssettings

(Auswahl aus Jacob u.a. (2007) in Frommberger & Keller (Hrsg): Empfehlungen von Qualitätsstandards für stationäre Traumatherapie der AG „stationäre Traumatherapie der DeGPT. Lengerich: Pabst)

- Orientierung am Phasenmodell der Traumatherapie (aber flexibel!, individueller Wechsel der Phasen)
- Möglichkeit zur Intervalltherapie
- Individuell angemessene Verweildauern
- Qualifikation des ärztlich/psychologischen Personals: ausreichende psychoth. Erfahrung und Weiterbildung + Erfahrung + Supervision in anerkannten traumatherapeutischen Verfahren

Claudia Igney, VIELFALT e.V., 9.2.2008

- Qualifikation aller weiteren therapeutischen Mitarb.: Weiterbildung im Erkennen und Umgang mit Traumafolgeerscheinungen
- Personalschlüssel: anzustreben sind 4,5 Pat. je PsychotherapeutIn
- Einzeltherapie: mind. 2x 60 Min./ Woche in allen Therapiephasen
- Stabilisierende, ressourcenorientierte Gruppentherapie
- Berücksichtigung geschlechtsspezifischer Aspekte

Außer diesen Angaben zur Strukturqualität enthalten die Empfehlungen auch Angaben zur Prozessqualität (Behandlungsverfahren) und Ergebnisqualität (Wirksamkeit).

Claudia Igney, VIELFALT e.V., 9.2.2008

## Forschung

- Entwicklung von Standards setzt Erkenntnisse über wirksame Methoden und Behandlungssettings voraus
- Evidenzbasierte Medizin: v.a. randomisiert kontrollierte Studien, bei Trauma ethisch nicht vertretbar
- Komplextrauma: langfristige und vielfältige Behandlung, Wirksamkeitsnachweis einzelner Komponenten schwierig
- Klinische Erfahrung und Studien v.a. mit Typ1-Trauma, Anpassung der Methoden bei Komplextrauma
- Nötig: Mehr Therapiewirksamkeitsstudien, Längsschnittstudien von Therapieverläufen: Wer profitiert (nicht) von diesem Angebot und warum?

Claudia Igney, VIELFALT e.V., 9.2.2008

## Fazit

Notwendig:

- verbindliche Qualitätsstandards
- Festgelegter Mindeststandard sollte Voraussetzung für Anerkennung als Traumastation und Belegung durch Kostenträger sein
- Objektive Prüfung + Veröffentlichung
- Verlässliche Informationen für NutzerInnen
- In jeder Region eine zertifizierte Traumastation mit Intervalltherapie
- Wahlfreiheit

Claudia Igney, VIELFALT e.V., 9.2.2008

## (Aus-)Wege?!

- Qualität und Wirtschaftlichkeit sind gesetzlich gefordert! Leistungen müssen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein (§70 SGB 5).
- Berufspolitische Arbeit, Fachverbände, Forschung
- Neue Möglichkeiten nutzen: z.B. Modelle der Integrierten Versorgung (§140 a-d SGB 5), DMP (§137 f,g)
- „Graswurzelebene“:
  - Regionales, interdisziplinäres Engagement für die Verankerung einer Traumastation im Landeskrankenhausplan
  - Netzwerke schaffen, Öffentlichkeits- und Lobbyarbeit
  - Politik einschalten (Kleine/ Große Anfragen, Gremienarbeit etc.)
  - Petitionen, Fördervereine (z.B. [www.traumhaus-bielefeld.de](http://www.traumhaus-bielefeld.de))

Claudia Igney, VIELFALT e.V., 9.2.2008

Gewaltbetroffene Menschen brauchen eine starke Lobby und unsere vielfältigen Möglichkeiten und Fähigkeiten!

