

Stationär-rehabilitative Traumatherapie nach Unfällen

Konzept zur

- psychischen und körperlichen Wiederherstellung der Verletzten
- zur Verkürzung von Arbeitsunfähigkeitszeiten
- Vermeidung von Berufsunfähigkeit

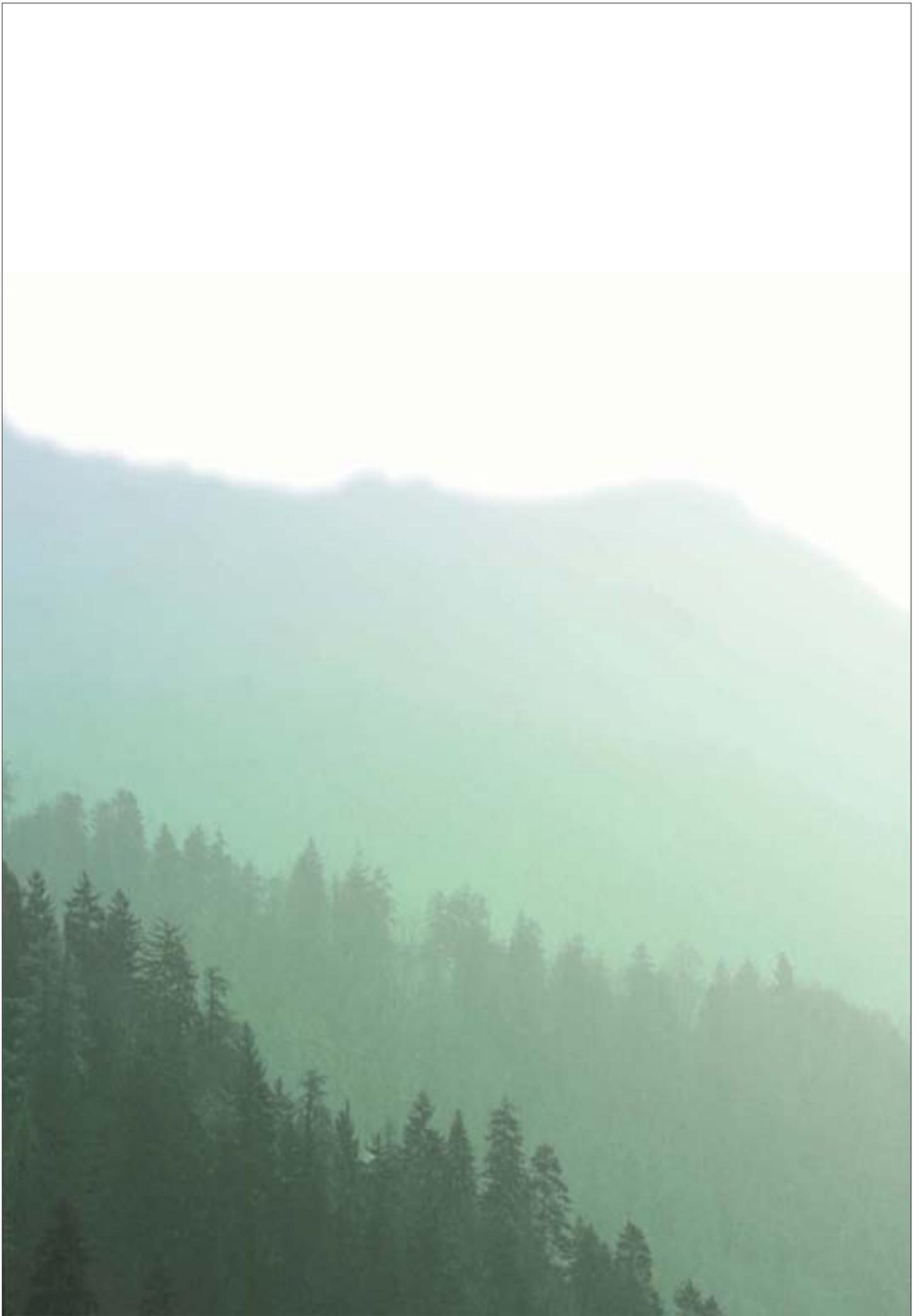


Kooperationsprojekt der

Schlüsselbad Klinik, Bad Peterstal-Griesbach
Rehabilitation Bereich Orthopädie, Unfallchirurgie,
Innere Medizin, Kardiologie
Chefarzt Dr. med. Siegfried Wentz

und der

Klinik an der Lindenhöhe, Offenburg
Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik
Chefarzt PD Dr. med. Dipl.-Biol. Ulrich Frommberger



Inhalt

Modellversuch „Behandlung von Psychotraumata in der orthopädischen Rehabilitation“



Schlüsselsbad Klinik, Bad Peterstal-Griesbach

1. Zielsetzung
2. Hintergrund
3. Struktur und Inhalt des Modellversuchs
 - 3.1 Patientenzielgruppe
 - 3.2 Phasen der Therapie
 - 3.2.1 diagnostische Phase
 - 3.2.2 Psychotraumatheapie
 - Einzeltherapie
 - Gruppentherapie
 - 3.3 Verweildauer
4. Strukturelle Voraussetzungen
 - 4.1 Atmosphäre
 - 4.2 Räumlichkeiten für die Patienten
 - 4.3 Räumlichkeiten für die Mitarbeiter
 - 4.4 Personelle Ausstattung
 - 4.5 Qualifikation des Personals
5. Abschließende Anmerkungen
6. Kontakt

1. Zielsetzung

Versorgungskonzept (medizinisch)

Ergänzend zur stationären orthopädisch-unfallchirurgischen oder internistisch-kardiologischen Rehabilitation sollen Unfallverletzte an der Schlüsselbad Klinik auch eine psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung erfahren.

Ziel ist die Therapie von posttraumatischen Folgestörungen. Damit wird es möglich, parallel zur körperlichen Wiederherstellung eine psychische Stabilisierung der Patienten zu erreichen. Ziel des Modellprojekts ist die rasche Wiederherstellung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit sowie die Vermeidung von Berufsunfähigkeit.

Versorgungskonzept (wirtschaftlich)

In der Schlüsselbad Klinik wird eine Station mit 16 Betten für Traumaopfer eingerichtet.

Die Verletzten werden entweder wie im AHB-Verfahren innerhalb der 14-Tages-Frist nach Genehmigung durch den Kostenträger vom Akutkrankenhaus oder aber über den jeweiligen Kostenträger direkt zugewiesen (entsprechend Anschlussheilverfahren).

Basisaufenthalt: 6 – 8 Wochen

Es wird ein Vertrag zwischen den gesetzlichen oder privaten Unfallversicherungsträgern und der Schlüsselbad Klinik geschlossen.

Erfolgsfaktoren

Durch den aktiven Wissenstransfer der beiden Kompetenzträger steht die Kooperation für eine qualitätsfördernde und gleichzeitig kostensenkende Maßnahme.

Erfolgsfaktoren liegen im Kompetenzzuwachs durch eine teamorientierte, fachübergreifende Zusammenarbeit der Mitarbeiter zweier Fachkliniken, sowie im herausragenden Ansatz, die Behandlung posttraumatischer Folgestörungen bei Unfallopfern zeitgleich mit der orthopädischen Rehabilitation zu beginnen.

2. Hintergrund

Posttraumatische Störungen erschweren die Rehabilitation

Im letzten Jahrzehnt zeigte die Unfallstatistik, dass in Deutschland mehr als 8 Millionen Menschen jährlich bei Unfällen verletzt werden. Von 1,5 Millionen Verletzten bei Arbeitsunfällen und 0,5 Millionen Verletzten bei Verkehrsunfällen weist eine nicht zu vernachlässigende Anzahl nicht nur körperliche Folgeschäden auf, sondern entwickelt auch psychische Erkrankungen als Unfallfolge. Prospektive Studien belegen Posttraumatische Belastungsstörungen (PTSD) bei bis zu 32% der Verkehrsunfallverletzten. Im Mittel ergab die Statistik eine Häufigkeit von 15%. Bei geschätzten 3 – 5% der Verletzten drohen Invalidität und Berufsunfähigkeit.

Studien zeigen, dass eine PTSD mit längerem stationärem Aufenthalt in der akut versorgenden Klinik, in Rehabilitationseinrichtungen und in der ambulanten Versorgung assoziiert ist (Frommberger et al. 1998). Die Rückkehr an den Arbeitsplatz erfolgt deutlich später als bei Verletzten ohne posttraumatische Folgestörungen. Eine bedeutsame Zahl an Verletzten ist auch 2 bis 5 Jahre nach dem Unfall immer noch nachhaltig beeinträchtigt (Barth et al. 2005) und weiter behandlungsbedürftig. Ein Teil davon muss aufgrund psychischer Erkrankung berentet werden und belastet nicht nur die Krankenversicherungen, sondern auch die Rentenversicherungsträger mit langjährigen Folgekosten.

Bisher wird auch in der qualitativ hochwertigen Rehabilitation von Patienten nach einem Unfalltrauma der Schwerpunkt auf die orthopädisch-unfallchirurgischen Symptome und deren Folgestörungen gelegt. Die psychischen Faktoren, die zu einer Chronifizierung von Beschwerden beitragen, werden – wenn überhaupt – nur unzureichend erfasst bzw. behandelt.

Die Forschung zu psychischen Erkrankungen konnte aber inzwischen den Nachweis erbringen, dass psychische Unfallschäden gut behandelbar sind.

Die Wirksamkeit der Behandlung von PTSD und anderen posttraumatischen Folgestörungen ist überzeugend durch die gut evaluierten Psychotherapieverfahren der Verhaltenstherapie (VT) und der Eye Movement and Desensitization and Reprocessing (EMDR) nachgewiesen. Evidenzbasierte Daten liefern auch psychopharmakologische Studien über die Anwendung von Serotonin-Wiederaufnahme-Hemmern (SSRIs).

Der von uns entwickelte Modellversuch soll die Versorgung von Verletzten in der orthopädischen Rehabilitation durch eine additive Therapie des Psychotraumas verbessern und somit mittel- und langfristig Kosten senken.

Zusätzliche Vorteile einer stationären Behandlung:

- Die Möglichkeit des Eingreifens und der Unterstützung durch einen geschulten Sozialtherapeuten oder Sozialarbeiter bei schwierigen oder unübersichtlichen sozialmedizinischen Situationen. Dies ist unter ambulanten Bedingungen kaum zu bewerkstelligen.
- Die Erstellung zuverlässiger Basisdaten für die Begutachtung. Unter stationären Bedingungen liegen wegen der längeren und intensiveren Beobachtungsmöglichkeiten bessere diagnostische Möglichkeiten vor, als im ambulanten Setting.

3. Struktur und Inhalt des Modellversuchs



3.1 Patientenzielgruppe

- Die für das Modellprojekt in Frage kommenden Patienten haben bei einem Unfall eine schwerwiegende Verletzung des Halte- und Bewegungsapparates oder innere Schäden erlitten, die eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme erforderlich machen. Zusätzlich sind bei diesen Patienten psychische Folgereaktionen bekannt – oder werden zumindest vermutet – die den gesamten Heilungsverlauf beeinträchtigen.
- Eine spezifische Traumatherapie (Kombination von orthopädisch-unfallchirurgischer mit psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung) der Betroffenen ist ambulant vor Ort nicht möglich, da in zumutbarer Entfernung keine entsprechend ausgebildeten Therapeuten verfügbar sind, die ohne lange Wartezeiten konsultiert werden können.

Beispiele für Verletzte mit psychischen posttraumatischen Störungen:

- Dachdecker –
Sturz vom Dach (Knochenbrüche, Unfähigkeit in Höhe zu arbeiten)
- Feuerwehrmann –
Brandverletzungen/Brüche (Unfähigkeit zu weiteren Brandeinsätzen)
- Polizeibeamter –
Schussverletzungen/Bruch (Außendienstunfähigkeit)
- Soldat – Unfälle bei Einsätzen
- Katastrophenopfer –
Verletzte nach Erdbeben, Großbränden, Massenkarambolagen, Flutwellen, Zugunfällen
- Opfer individueller Gewalteinwirkung:
Verletzte nach Vergewaltigung, Überfall, Entführung, Geiselnahme, Folter, Terrorismus, Krieg

3.2 Phasen der Therapie

Das strukturierte Therapieprogramm besteht aus mehreren Phasen:

- diagnostische Phase
- Psychotherapie
 - Stabilisierungsphase
 - Traumakonfrontation
 - Integrationsphase

Diese Phasen können bei den einzelnen Patienten unterschiedlich lange dauern, je nach prämorbidem Charakter, Bewältigungsstrategien oder Ressourcen.

3.2.1 Diagnostische Phase

Am Beginn der Traumabehandlung steht eine eingehende körperliche und psychische Anamnese und Diagnostik unter Berücksichtigung der individuellen Belastbarkeit des Patienten. In dieser Phase kommt dem Beziehungsaufbau, der gründlichen, umfassenden Informationsvermittlung und dem schnellen Abbau von Ängsten wesentliche Bedeutung zu. Die gewonnenen Informationen bilden die Grundlage für ein Verständnis der Störung und der weiteren Behandlungsplanung.

Unser Konzept berücksichtigt, dass diagnostische Fragen (insbesondere zur Traumanamnese) einen konfrontativen Charakter haben und verstärkt Intrusion auslösen können. Um diesen Effekt zu vermeiden, wird je nach individueller Belastbarkeit ein behutsames und schrittweises Vorgehen unter Zuhilfenahme von Stabilisierungstechniken angewandt.

Im Einzelnen ermöglicht die diagnostische Phase

- einen Überblick über funktionale wie dysfunktionale Bewältigungsstrategien
- die Identifizierung von Risikofaktoren,
- psychoedukative Maßnahmen entsprechend dem Störungsbild und damit die Entwicklung eines Erklärungsmodells für die Betroffenen, was zu deren Entlastung und Stabilisierung und damit letztlich auch zur Therapiemotivation beitragen soll,
- eine Orientierung für Verletzte und Behandler, an welchen Punkten psychotherapeutische Unterstützung ansetzen kann,
- eine fundierte Beschreibung einschränkender Belastungen,
- den Aufbau einer tragenden und vertrauensvollen Arbeitsbeziehung.

Damit liefert ein entsprechend gestalteter diagnostischer Prozess auch eine wichtige Basis für differenzierte Überlegungen zu weiteren Behandlungsschritten während und nach dem stationären Aufenthalt.

3.2.2 Psychotherapeutische Therapie

Außer einem aufwändigen somatischen Diagnostik- und/oder Behandlungsprogramm (basierend auf dem bestehenden Konzept der Schlüsselbad Klinik) benötigen die Patienten eine eingehende psychopathologische, neuropsychologische und verhaltensorientierte Diagnostik und Therapie.

Das psychotherapeutische Behandlungsprogramm – gegebenenfalls auch als Intervallbehandlung – besteht aus unterschiedlichen Therapie-Bausteinen wie Einzelpsychotherapie, Gruppentherapie mit verhaltenstherapeutischer Methodik, EMDR, Körpertherapie, Gestaltungstherapie und Stressmanagement.

Einzeltherapie

In allen Phasen sind mindestens zwei einzeltherapeutische Sitzungen à 50 Minuten pro Woche notwendig. Bei den in der Interaktion oft schwierigen Patienten sollten je 10 Minuten Nacharbeitung dazugerechnet werden, so dass mindestens 120 Minuten als Zeitkontingent pro Person und Woche zu kalkulieren sind. Bei komplex-traumatisierten Patienten ist in der Regel sogar mehr erforderlich. Eine Wahlmöglichkeit zwischen männlichen oder weiblichen Therapeuten ist vorgesehen.



Gruppentherapie

In der Gruppentherapie wird stabilisierend gearbeitet. Konfrontatives oder aufdeckendes Vorgehen wird ebenso wie die Wiederbelebung traumatischer Erfahrungen vermieden.

Folgende Gruppenangebote sollten vorgehalten werden:

- Psychoedukatives Vorgehen
- Skilltraining
- Erlebnisorientierte Angebote (z.B. KBT, Musiktherapie, Qi Gong)
- Training sozialer Kompetenz
- Einüben imaginativer Verfahren
- Ergotherapie/Gestaltungs- oder Kunsttherapie



Gruppentherapie ist:

- integrativ
- ressourcenorientiert
- zukunftsorientiert
- im Rahmen von Psychoedukation einsichtsfördernd
- handlungsorientiert

Die Gruppengröße ist auf 8 Patienten beschränkt.

Für die weiteren Phasen und Therapieverfahren der stationären Traumatherapie sind im Einzelnen die Empfehlungen richtungweisend, die eine Arbeitsgruppe der Deutschsprachigen Gesellschaft für Psychotraumatologie (DeGPT) erarbeitet hat.

Wir verweisen an dieser Stelle auf die weiterführende Literatur zur PTSD.

(Literaturverzeichnis im Anhang).

Grundsätzlich müssen während des gesamten stationären Aufenthaltes die Besonderheiten des Krankheitsbildes der posttraumatischen Belastungsstörung wie hohe Ängstlichkeit, Hyperarousal, Intrusionen sowie phobisches Vermeidungsverhalten oder Depressionen und gesteigerter Suchtmittelgebrauch berücksichtigt werden, da sonst psychotherapeutische Prozesse erschwert oder verhindert werden und eine wiederholte Destabilisierung des Gesundheitszustandes mit weiteren interventionsbedürftigen Krisen zu befürchten ist.

3.3 Verweildauern

Verweildauern müssen angemessen sein, um erneute stationäre Aufnahmen zu vermeiden. Patienten, die ambulant nicht ausreichend aufgefangen werden können, dürfen nicht zu früh in destabilisiertem Zustand entlassen werden. Es ist daher von einem Zeitkorridor von ca. 6 – 8 Wochen auszugehen. Bei schnellem und unproblematischem Heilungsverlauf kann sich die Verweildauer jedoch deutlich verkürzen.

4. Strukturelle Voraussetzungen

4.1 Atmosphäre

Die durch das Trauma häufig ausgelöste Übererregbarkeit bedarf verschiedener Maßnahmen zum Reizschutz. Dies betrifft z.B. den Schutz vor plötzlichen lauten Geräuschen oder hohem Dauerlärmpegel. Aber auch die Schaffung einer stressarmen, annehmenden und ausgleichenden Atmosphäre schafft positive Rahmenbedingungen für eine erfolgreiche Therapie.

4.2 Räumlichkeiten für die Patienten

Die Schlüsselbad Klinik bietet die erforderlichen Möglichkeiten der Unterbringung in Einzelzimmern sowie geeignete Aufenthaltsräume, die dem vermehrten Bedürfnis der Patienten nach Sicherheit, Schutz und Ruhe entsprechen.

Sollte in sehr seltenen Fällen eine akute Suizidgefährdung auftreten, so kann diese in der Klinik an der Lindenhöhe behandelt werden.

4.3 Räumlichkeiten für die Mitarbeiter

Um der typischen Problematik des Burnout auf Traumastationen entgegen zu wirken, werden für die Mitarbeiter entspannungsfördernde Rückzugsmöglichkeiten zur Verfügung gestellt.



4.4 Personelle Ausstattung

Die Traumatherapie muss von Therapeuten mit ausreichender psychotherapeutischer und psychopharmakologischer Erfahrung und mit zusätzlicher traumaspezifischer Aus- oder Weiterbildung durchgeführt werden. Behandelnde Personen ohne traumatherapeutische Ausbildung wären möglicherweise gefährdet, selbst sekundär traumatisiert zu werden.

Es wird geschultes, supervidiertes und motiviertes Personal zur Verfügung gestellt. Als Grundlage für die Berechnung des Personalschlüssels für eine Traumastation halten wir deshalb den für Akutkliniken für Psychosomatik und Psychotherapeutische Medizin entworfenen Personalschlüssel nach Heuft (in Janssen et al., 1999) für angemessen.

Bei einer durchschnittlichen Verweildauer von 60 bis 70 Tagen sieht er einen ärztlichen bzw. psychologischen Therapeuten pro 4,5 Patienten vor. Die Berechnungen von Heuft beziehen sich auf den Rahmen der Krankenhausbehandlung nach § 107 SGB V. Nach klinischer Erfahrung ist bei einer Rehaklinik ebenso dieser Personalschlüssel zugrunde zu legen.

Zusätzlich zu den Einzel- und Gruppentherapeutischen Angeboten ist in allen Behandlungssettings ein soziotherapeutisches Angebot mit einem Personalschlüssel von 1:18 notwendig, um Unterstützung bei Problemen im sozialen Umfeld zu gewährleisten und die notwendigen Maßnahmen einzuleiten.

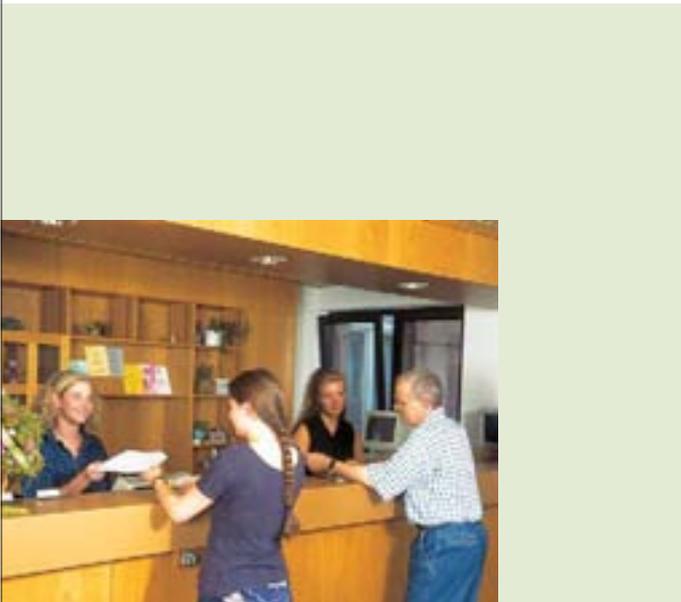
4.5. Qualifikation der Mitarbeiter

4.5.1. Qualifikation des ärztlich/psychologischen Personals:

- fortgeschrittene oder abgeschlossene Therapieausbildung
- fundierte Kenntnisse in Psychotraumatologie
- Kenntnisse, Weiterbildung, Erfahrung und Supervision in anerkannten traumaspezifischen Verfahren

4.5.2. Qualifikation aller weiteren therapeutischen Mitarbeiter:

Pflegepersonal, Sport-, Ergo- und erlebnisorientierte Therapeuten müssen neben ihrer berufsspezifischen Ausbildung weiter gebildet sein im Erkennen von und im Umgang mit Traumafolgeerscheinungen (z.B. Trauma-Stress-Management, posttraumatische - Störungsbilder, dissoziative Phänomene).



5. Abschließende Anmerkungen

In den letzten beiden Jahrzehnten haben sowohl wissenschaftliche Studien als auch klinische Erfahrungen und Untersuchungen ein breites Wissen um die Bedingungen und Effektivität der Traumatherapie erarbeitet.

Bei Planung und Aufbau einer stationären Traumaereinheit ist zu beachten, dass eine effektive, dem Traumapatienten angemessene Therapie länger dauern kann und mehr Personal erfordert als viele andere Therapien.

Wir sind sicher, dass durch entsprechende Personalausstattung und Kostenübernahmeerklärungen die Chancen für schwer geschädigten Patienten steigen, sich schneller und vollständiger wieder ins Erwerbsleben zu integrieren.

Damit wird dieses auf eine spezifische Zielgruppe zugeschnittene Rehakonzept nicht nur dem Interesse der Patienten gerecht, sondern vermeidet langfristig hohe Kosten auf Seiten der Kostenträger.

Kontakt



Dr. med. Siegfried Wentz

Chefarzt der Schlüsselbad Klinik,
Bad Peterstal-Griesbach

Facharzt für Orthopädie und Rheumatologie,
Chirotherapie, Sportmedizin, Physikalische
Therapie, Spezielle orthopädische Chirurgie,
Lehrbeauftragter der Universität Mainz

Anschrift

Schlüsselbad Klinik
Renchtalstraße 2
77740 Bad Peterstal-Griesbach

Tel. 0 78 06/86-0
Fax 0 78 06/86-2 02



PD Dr. med. Dipl.-Biol. Ulrich Frommberger

Chefarzt der Klinik an der Lindenhöhe,
Offenburg

Facharzt für Psychiatrie, Psychotherapie
und Psychosomatik,
Lehrbeauftragter der Universität Freiburg

Anschrift

Klinik an der Lindenhöhe
Bertha-von-Suttner-Str. 1
77654 Offenburg

Tel. 07 81/91 92-0
Fax 07 81/91 92-100

Literaturhinweise

1. American Psychiatric Association (1994) Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-IV) Fourth Edition. American Psychiatric Press, Washington DC
2. Barth, J., Kopfmann, S., Nyberg, E., Angenendt, J., Frommberger, U. (2005) Posttraumatic Stress Disorder and psychosocial impairment 5 years after a traffic accident. *Psychosocial Medicine*, 2, Doc 9
3. Bengel J (2003) Notfallpsychologische Interventionen bei akuter Belastungsstörung. In: Maercker A (Hrsg.): *Therapie der posttraumatischen Belastungsstörungen*, S. 185-204. 2. überarbeitete Auflage, Springer, Heidelberg
4. Blanchard EB, Hickling EJ, Devineni T, Veazey CH, Galowski TE, Malta LS, Buckley TC (2003) A controlled evaluation of cognitive behavioural therapy for posttraumatic stress in motor vehicle accident survivors. *Behav Res Ther* 41:79-96
5. Deutscher Bundestag (2002) Drucksache 14/7974: Bericht der Bundesregierung über den Stand von Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit und über das Unfall- und Berufskrankheitengeschehen in der Bundesrepublik Deutschland im Jahre 2000.
6. Ehlers A, Mayou R, Bryant B (1998) Psychological predictors of chronic Posttraumatic Stress Disorder after motor vehicle accidents. *J Abnorm Psychol* 107:508-519
7. Ehlers A, Clark D (2000) A cognitive model of persistent posttraumatic stress disorder. *Behav Res Ther* 38:319-345
8. Ehlers A, Clark D, Hackmann A, McManus F, Fennell M, Herbert C, Mayou R (2003) A randomized controlled trial of cognitive therapy, a self-help booklet, and repeated assessments as early interventions for posttraumatic stress disorder. *Arch Gen Psychiatry* 60:1024-1032
9. Foerster K (1996) Neue Grundsätze für die Begutachtung psychischer Traumen. *Med Sach* 92:25-30
10. Frommberger U, Stieglitz RD, Nyberg E, Schlickewei W, Kuner E, Berger M (1998) Prediction of Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) by immediate reactions to trauma. A prospective study in road traffic accident victims. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 248:316-321
11. Frommberger U, Schlickewei W, Nyberg E, Stieglitz RD, Kuner E, Berger M (1998) Die psychischen Folgen nach Verkehrsunfällen. Teil II: Ergebnisse einer prospektiven Studie. *Unfallchirurgie* 3:122-128

12. Frommberger U, Nyberg E, Angenendt J, Lieb K, Berger M (2004) Posttraumatische Belastungsstörungen. In: Psychiatrie und Psychotherapie (Berger M, Hrsg). S. 714-743. Urban & Fischer, München
13. Frommberger U, Stieglitz R-D, Nyberg E, Richter H, Novelli-Fischer U, Angenendt J, Zaninelli R, Berger M (2004) Comparison between paroxetine and behavior therapy in patients with Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) – a pilot study. *Int J Psychiatry Clin Practice* 8:19-23
14. Mayou R (2002) Posttraumatic stress disorder after motor vehicle accidents: 3-year follow-up of a prospective longitudinal study. *Behav Res Ther*, 40:665-675
15. Nyberg E, Stieglitz RD, Frommberger U, Berger M (2003) Psychische Störungen nach schweren Arbeitsunfällen. *Versicherungsmedizin* 55: 76-81
16. Nyberg E, Frommberger U, Berger M (2003) Therapie posttraumatischer Streßreaktionen bei Verkehrsunfallopfern. In: Maercker A (Hrsg.): Therapie der posttraumatischen Belastungsstörungen, S. 267-280. 2. überarbeitete Auflage, Springer, Heidelberg
17. Rose S, Bisson J, Wessely S (2002) Psychological debriefing for preventing posttraumatic stress disorder (PTSD). In: *The Cochrane Library*, Issue 3. Oxford: Update Software
18. Stein DJ, Zungu-Dirwayi N, van der Linden GJH, Seedat S (2002) Pharmacotherapy for posttraumatic stress disorder. In: *The Cochrane Library*, Issue 4, Oxford: Update Software
19. Stieglitz RD, Nyberg E, Albert M, Berger M, Frommberger U (2002). Entwicklung eines Screeninginstrumentes zur Identifizierung von Risikopatienten für die Entwicklung einer Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) nach einem Verkehrsunfall. *Z Klin Psychol Psychother* 31:22-30
20. van Etten ML & Taylor S (1998) Comparative efficacy of treatments for post-traumatic stress disorder: a meta-analysis. *Clin Psychol Psychother* 5:126-144
21. Weltgesundheitsorganisation WHO (1993) Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10. Dilling H, Mombour W, Schmidt MH (Hrsg.). Huber, Bern

Die Präsenz der MediClin

