

KONZEPT

DER DIAKO NORDFRIESLAND gGmbH



FACHKLINIK FÜR PSYCHIATRIE UND PSYCHOSOMATIK
**TRAUMA
KOMPETENZZENTRUM
NORD**



Impressum

Dr. med. Christoph Mai, Chefarzt und Ärztlicher Direktor

Ralf Tönnies, Therapeutische Leitung

Dr. med. Güde Nickelsen, Leitende Oberärztin

Lars Petersen, Pflegedienstleitung

Dr. rer. nat. Anke Bauer, Wissenschaftliche Mitarbeiterin

Das Konzept entstand in Zusammenarbeit mit den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Abteilung.

Stand:

2.2020, nächste Revision: 2023

Kontakt und weitere Informationen:

DIAKO Nordfriesland gGmbH

Fachklinik für Psychiatrie und Psychosomatik

Gammeltoft 8-15, 25821 Breklum, OT Riddorf

Telefon: 04671 408 0

Email: info.nf@diako.de

Internet: www.diako-nf.de

Wir sind zertifiziert nach DIN EN ISO 9001:2015

(dies gilt für die Standorte Breklum, Bredstedt, Schleswig (Suchthilfezentrum) und Kiel (Fachambulanz Kiel))

Fotonachweis: Anke Bauer © DIAKO Nordfriesland

Gender-Hinweis:

Wir sind uns bewusst, dass viele der in diesem Text benutzten Begriffe wie Patient, Mitarbeiter, Therapeut etc. grammatikalisch gesehen maskulin (männlich) sind. Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird die gleichzeitige Verwendung männlicher und weiblicher Sprachformen („Patientinnen und Patienten“) nicht durchgängig verwendet. In einigen Fällen verwenden wir sie als neutrale Begriffe, die eine Funktion und nicht eine Person meinen. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten gleichwohl für beiderlei Geschlecht. Die Komplizierung und Bürokratisierung des Lesens bzw. Schreibens durch Formulierungen wie „Leiter_in“ oder „MitarbeiterIn“ wollen wir den Leserinnen und Lesern (und uns selbst) ersparen.

Behandlung von Traumafolgestörungen und Komorbidität

Trauma Kompetenzzentrum Nord - Konzept der Krankenhausbehandlung

Inhaltsverzeichnis

Impressum	2
1. Einleitung	4
1.1 Wir stellen uns vor	4
1.2 Biopsychosoziales Störungsmodell	5
2. Theoretischer und wissenschaftlicher Hintergrund der Traumafolgestörungen	6
2.1 Komorbidität	8
3. Grundlagen der Traumatherapie	8
4. Phasen der Traumabehandlung	12
5. Ziele der Traumabehandlung	12
6. Allgemeine Informationen zur Traumabehandlung	12
7. Qualifikation der Mitarbeiter des Traumakompetenzzentrums Nord	13
8. Vernetzt behandeln - Therapieerfolg sichern!	13
10. Qualitätssicherungsmaßnahmen und Dokumentation	16
11. Referenzen und weiterführende Literatur	17

Behandlung von Traumafolgestörungen und Komorbidität

Trauma Kompetenzzentrum Nord - Konzept der Krankenhausbehandlung

1. Einleitung

1.1 Wir stellen uns vor

Die DIAKO Nordfriesland gGmbH ist ein konfessionelles Haus mit Angeboten für die Behandlung und Betreuung von Menschen mit Krankheiten, Störungen und Beeinträchtigungen aus den Bereichen der seelischen Gesundheit:

- Allgemeinpsychiatrie und Gerontopsychiatrie
- Suchtmedizin
- Psychosomatik und Psychotherapie
- Kinder- und Jugendpsychiatrie

In einem Unternehmen vereint: Zur DIAKO Nordfriesland gehören die Fachklinik für Rehabilitation sowie die Breklumer Fachklinik für Psychiatrie und Psychosomatik, die Flensburger Fachklinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie, die Tagesklinik und Ambulanz für Kinder- und Jugendpsychiatrie in Flensburg - Villa Paletti sowie Tageskliniken, Ambulanzen und Nachsorgeeinrichtungen an verschiedenen Standorten im nördlichen Schleswig-Holstein.

Das Angebot der DIAKO Nordfriesland umfasst

- Diagnostik, Behandlung und Therapie
- Rehabilitation und Adaption
- Eingliederungshilfe und Nachsorge
- Suchthilfezentren, Beratung, Betreuung, Prävention und mehr.

Wir verstehen uns als einen modernen Gesundheitsdienstleister – Computer- und Medienabhängigkeit oder Posttraumatische Belastungsstörungen werden bei uns ebenso fachkundig behandelt wie depressive Störungen und Schizophrenie. **Unsere innere Vernetzung** erlaubt umfassende und individuell abgestimmte Angebote.

Unsere Partner sind niedergelassene Ärzte und Psychotherapeuten, das DIAKO Krankenhaus und weitere Krankenhäuser der Region, das Klinikum der Christian-Albrechts-Universität zu Kiel, Beratungsstellen, soziale und kirchliche Einrichtungen, Nachsorgeeinrichtungen, der öffentliche Gesundheitsdienst, die betriebliche Sozial- und Gesundheitsberatung sowie Vereine und Verbände.

Unsere Gesellschafter sind die Ev.-Luth. Diakonissenanstalt zu Flensburg, der Verein Fachkrankenhaus Nordfriesland e.V., das Zentrum für Mission und Ökumene, der Ev.-Luth. Kirchenkreis Nordfriesland und der Verein Brücke e.V..

1.2 Biopsychosoziales Störungsmodell

Dem therapeutischen Konzept der Fachklinik für Psychiatrie und Psychosomatik liegt ein biopsychosoziales Modell von Erkrankungen zugrunde. Aus diesem Grund ist das Angebot multimodal und umfasst psychodynamisch und verhaltensorientierte Verfahren sowie psychoedukative, sozial-therapeutische, allgemeinmedizinische, internistische und neuropsychiatrische Maßnahmen neben weiteren spezifischen Angeboten.

Aufgrund häufiger überlappender Komorbidität bei den hier beschriebenen Störungen bietet die enge Zusammenarbeit zwischen den Abteilungen mit den fachübergreifenden Nutzungsmöglichkeiten einzelner Behandlungsmodule sowie fachübergreifendes Wissen einen deutlichen Vorteil für eine erfolgreiche Therapie.

2. Theoretischer und wissenschaftlicher Hintergrund der Traumafolgestörungen

Traumafolgestörungen sind mögliche Folgereaktionen auf sehr belastende Ereignisse wie z.B. das Erleben von körperlicher und sexualisierter Gewalt, von Natur- oder durch Menschen verursachte Katastrophen, kriegerischen Auseinandersetzungen, Folter oder das Erleben von schwerwiegenden Unfällen.

Die Symptomatik kann unmittelbar oder auch mit (z. T. mehrjähriger) Verzögerung nach dem traumatischen Geschehen auftreten (Hofmann 2014). Häufig führen solche Erfahrungen zu Posttraumatischen Belastungsstörungen (PTBS) oder anderen psychischen Erkrankungen und sind oft mit einer hohen Rate an Folgeerkrankungen verbunden. Die Häufigkeit von Traumafolgestörungen ist abhängig von der Art des Traumas:

- Ca. 50% Prävalenz nach Vergewaltigung
- Ca. 25% Prävalenz nach anderen Gewaltverbrechen
- Ca. 50% bei Kriegs-, Vertreibungs- und Folteropfern
- Ca. 10% bei Verkehrsunfallopfern
- Ca. 10% bei schweren Organerkrankungen (Herzinfarkt, Malignome)

Die Lebenszeitprävalenz für PTBS in der Allgemeinbevölkerung mit länderspezifischen Besonderheiten liegt zwischen 1% und 7% (Deutschland 1,5 - 2 %). Die Prävalenz subsyndromaler Störungsbilder ist wesentlich höher. Es besteht eine hohe Chronifizierungsneigung. Bei gleicher Art der Belastung sind Frauen doppelt so häufig von der PTBS betroffen wie Männer. Eine Komorbidität mit einer weiteren psychiatrischen Störung, vor allem mit depressiven Störungen, weisen über 80% aller Patienten mit Traumafolgestörungen auf. Häufig kommen auch Angststörungen, Somatisierungsstörungen, somatoforme Schmerzstörung, dissoziative Störungen, Persönlichkeitsstörungen und Abhängigkeitserkrankungen vor. Die Entwicklung komorbider Störungen ist oft eine Folge einer nicht diagnostizierten und somit auch nicht behandelten PTBS.

Die Posttraumatische Belastungsstörung ist gekennzeichnet durch:

- sich aufdrängende, belastende Gedanken und Erinnerungen (Flashbacks, Alpträume)
- Übererregungssymptome (Schlafstörungen, Schreckhaftigkeit, vermehrte Reizbarkeit, Affektintoleranz, Konzentrationsstörungen)

(AWMF 2011a, Schäfer und Krausz 2006, Bisson et al. 2013, Hofmann 2014, McGuire et al. 2014, Lancaster et al. 2016). Im Folgenden werden die therapeutischen Möglichkeiten der Behandlung von Traumafolgestörungen evidenzbasiert nach den Leitlinien des AWMF (Ar-

beitsgemeinschaft der wissenschaftlichen Fachgesellschaften) (www.leitlinien.net) kurz beschrieben. Dieses ist in Einklang mit aktuellen ausführlichen Reviews zum Thema (Bisson et al. 2013, McGuire et al. 2014, Lancaster et al. 2016). Die folgende Aufzählung gibt eine Übersicht über die Kriterien des AWMF zur evidenzbasierten Medizin:

"Evidenz"grad:	Kriterien:
Ia: Wirksam	"Evidenz" aufgrund von Metaanalysen randomisierter, kontrollierter Studien
Ib: Wirksam	"Evidenz" aufgrund von mindestens einer randomisierten, kontrollierten Studie
Ila: Wirksam	"Evidenz" aufgrund von mindestens einer gut angelegten, kontrollierten Studie ohne Randomisierung
IIb: Wirksam	"Evidenz" aufgrund von mindestens einer gut angelegten, quasi-experimentellen Studie, retrospektive Kohortenstudie
III: Wahrscheinlich wirksam	"Evidenz" aufgrund gut angelegter, nicht experimenteller, deskriptiver Studien (z.B. Beobachtungsstudien (vorher-nachher), Vergleichsstudien, Korrelationsstudien, Fall-Kontrollstudien)
IV: Möglicherweise wirksam	"Evidenz" aufgrund von Fall-Serien, Berichte von Expertengruppen, Konsensuskonferenzen
V: Möglicherweise wirksam	Expertenmeinungen und -aussagen bzw. klinische Erfahrung anerkannter Autoritäten

Tabelle 2: Therapie der PTBS nach EBM (evidenzbasierte Medizin)

Therapie:	Evidenzklasse (nach AWMF 2011 a und b)
Traumaadaptierte psychodynamische Therapie (PT)	I
Traumaadaptierte kognitive Verhaltenstherapie (CBT)	I
Spezielle neurobiologische Verfahren: EMDR	I
Traumaspesifische Stabilisierung	III
Ressourcenorientierte Verfahren (Distanzierungstechniken, imaginative Verfahren)	III
Pharmakotherapie	Antidepressiva (SSRI): I (Vorsicht bei Suizidgefährdung) Adjuvant /symptomorientiert: I
Nicht verwenden:	Nicht-traumaadaptierte Verfahren: III Alleinige Pharmakotherapie: II Unvorbereitete Traumakonfrontation: II
Adjuvante Verfahren wie Ergotherapie, Kunsttherapie, Musiktherapie, Körper- und Bewegungstherapie, Physiotherapie können in einem traumaspezifischen Gesamtbehandlungsplan berücksichtigt werden	III-IV

2.1 Komorbidität

Die Folgen der Traumatisierung können vielfältig sein (AWMF 2011a). Deshalb sind die im Rahmen von Traumafolgestörungen häufig auftretenden zusätzlichen Störungen in das Konzept integriert:

- Depressive Störungen
- Angststörungen
- Abhängigkeitserkrankungen
- Essstörungen
- Somatoforme Störungen
- Persönlichkeitsstörungen
- Dissoziative Störungen
- Umweltmedizinische Erkrankungen

3. Grundlagen der Traumatherapie

Die Grundlagen der Traumatherapie im Traumakompetenzzentrum Nord umfassen:

a) Diagnostik und Behandlungsplanung

b) Psychoedukation: Traumafolgestörungen, komorbide Störungen

c) Alltagsstabilisierung:

- Gesonderter Frauen-Wohnbereich
- Tagesstrukturierung
- Regulation des Tag-Nacht-Rhythmus
- Affektregulation
- Ressourcenaktivierung
- Skills - (Fertigkeiten-)Training (DBT)
- Achtsamkeitstraining
- Entspannungsverfahren
- Selbstwirksamkeit und Selbstfürsorge

d) Psychiatrische und medizinische Behandlung:

- Diagnostik, Komorbidität psychiatrisch und somatisch
- Störungsspezifisch ggf. medikamentöse Behandlung
- Ggf. konsiliarische Mitbehandlung somatischer Erkrankungen durch Fachärzte im Ort

e) Gruppentherapie:

- Störungsübergreifende und indikative Gruppen im Rahmen des Modulverfahrens der Abteilung
- Frauenspezifische Psychotherapiegruppe
- Körperwahrnehmung
- Bewegungstherapie
- Imaginationsgruppe
- Ergotherapie
 - Achtsamkeit
 - Ressourcenaktivierung und -stärkung

f) Einzeltherapie:

- (Distanzierungs-)Techniken zur Kontrolle intrusiver Erinnerungen und dissoziativer Zustände
- Imaginative Verfahren: Gezielte Aktivierung und Nutzung des heilsamen Potenzials positiver innerer Bilder („gezieltes Träumen“) als Gegengewicht gegen die häufig quälenden Erinnerungsbilder aus der traumatischen Situation. Aktivierung und Vertiefung spezifischer Ressourcen.
- Kognitive Verfahren: Die Kognitive Verhaltenstherapie der PTBS hat das Ziel, traumabedingte dysfunktionale Überzeugungen (v. a. Schuld- und Schamgedanken) zu verändern und durch zunehmende Gewöhnung (Habituation) an die angstausslösenden Erinnerungen die Angst zu reduzieren. Nach sorgfältiger Vorbereitung finden eine in-sensu Konfrontation mit den Trauma-Erinnerungen und die Veränderung der traumarelevanten Bedrohungsgedanken statt, um das Empfinden der eigenen Handlungsfähigkeit zu stärken und entsprechendes Vermeidungsverhalten zu überwinden.

- EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing): EMDR als dynamisch-behaviorale Psychotherapiemethode:

Im Jahr 1989 erschien die erste Veröffentlichung von Francine Shapiro, in der sie über ihre Methode der „Augenbewegungs-Desensibilisierung“ zur Behandlung von Posttraumatischen Belastungsstörungen (PTBS) berichtete. Etwa 1991 nannte sie dieses Verfahren Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR), was auf Deutsch etwa mit Desensibilisierung und Neuorientierung durch Augenbewegungen übersetzt werden könnte. Inzwischen hat diese Methode der Traumabehandlung breite Anerkennung gefunden, ist Teil der an den Leitlinien ausgerichteten Therapie und kann als die am besten untersuchte Therapie der PTBS gelten. Francine Shapiro sah ihren Ansatz als einen methodenübergreifenden Zugang an, was der heute in Deutschland vertretenen Sichtweise entspricht (Hofmann 2014). Die psychosomatische Abteilung der Fachklinik für Psychiatrie und Psychotherapie arbeitet seit vielen Jahren erfolgreich mit EMDR bei der Behandlung von Traumafolgestörungen.

Die Theorie der EMDR-Methode stützt sich auf das Modell der Adaptiven Informationsverarbeitung (AIP-Modell), das davon ausgeht, dass dysfunktional gespeicherte, pathogene Erinnerungen Auslöser vieler psychischer und psychosomatischer Störungen sein können (Shapiro 2013).

Demnach gibt es ein adaptives System der Verarbeitung von Informationen im Gehirn, das z.B. bei der Verarbeitung von Stresserlebnissen oder schmerzhaften Verlusterlebnissen verhindert, dass eine traumatische Stressreaktion eintritt. Dieses System kann aber unter gewissen Umständen überfordert werden, etwa bei belastenden, traumatischen Erlebnissen (z.B. Folter, Unfälle oder Missbrauchserfahrungen). Hier wird die Information nicht verarbeitet, sondern im Nervensystem unverarbeitet festgehalten, d.h. in ihrer ursprünglichen Gestalt, in Bildern, Gedanken, Geräuschen, also als körpernahe Empfindung. Dies implizite Gedächtnis kann als emotionales Gedächtnis bezeichnet werden, das in den entwicklungs-geschichtlich alten Strukturen des Gehirns (Amygdala, Hippokampus) angesiedelt und nicht zeitlich geordnet ist. Es funktioniert weitgehend unabhängig vom expliziten, rationalen oder narrativen Gedächtnis, das im Großhirn (Neokortex) angesiedelt ist. Dies gespeicherte, unverarbeitete Informationspaket führt quasi ein "Eigenleben" und kann von den kleinsten Erinnerungen an das ursprüngliche Trauma reaktiviert werden (Triggerreize).

EMDR wirkt vor diesem Hintergrund vor allem dadurch, dass es zunächst die traumatischen Erinnerungen mit all ihren verschiedenen Komponenten – visuell, emotional, kognitiv, physisch – aufruft und das adaptive System der Informationsverarbeitung anregt, das bisher keinen Zugriff auf die Informationen hatte (Servan-Schreiber 2004).

EMDR ist ein strukturiertes Verfahren, das in einem acht Phasen umfassenden Behandlungsablauf durchgeführt wird: Anamnese und Behandlungsplanung, Vorbereitung des Pati-

enten, Bewertung des Traumas, Durcharbeitung, Verankerung und Einsetzen eines positiven Gedankens, Körper-Test, Abschluss und Nachbefragung

Das Grundprinzip der Methode besteht darin, dass sich eine Person auf eine traumatische Erfahrung und die damit verbundenen Gedanken und Gefühle konzentriert, während gleichzeitig rhythmische Augenbewegungen induziert werden. Es wird also die Aufmerksamkeit des Patienten zugleich auf einen äußeren Reiz (Augenbewegungen) und auf eine identifizierte Quelle emotionaler Störungen (über Bilder und Körperempfindungen) gelenkt (Hofmann 2006). So wird ein rascher Zugang zu allen Assoziationsketten, die mit den in der Behandlung angesprochenen traumatischen Erinnerungen verbunden sind, ermöglicht. In einem so unterstützten Prozess der Informationsverarbeitung kann eine beschleunigte Reprozessierung der maladaptiven, fragmentierten traumatischen Erinnerungen stattfinden. Die Erinnerung verliert ihren intrusiven und emotionsgeladenen Charakter und kann zu einer "normalen" Erinnerung an ein schlimmes Ereignis werden. Damit ist häufig eine Reduktion der Symptomatik verbunden (Hofmann 2006). (weitere Referenzen: Störungsspezifische AWMF-Leitlinien 209, APA 2017, Hofmann 2014, Shapiro 2013).

Tabelle 3: Evidenz für die Wirksamkeit der Therapie von Traumafolgestörungen mit EMDR

Studie	Evidenzklasse*
Erste umfassende Metaanalyse von 61 Studien: EMDR ist gleich wirksam wie VT (=Verhaltenstherapie), bei kürzerer Therapiedauer (Etten und Taylor 1998)	I
Weitere Metaanalyse von Wagner (2004) mit ähnlichen Ergebnissen: EMDR ist gleich wirksam wie VT, bei ca. 40% kürzerer Therapiedauer	I
Foa et al (2009): Praxisleitlinie der International Society for Traumatic Stress Studies: EMDR ist effektiv und bei der Therapie Erwachsener einzuordnen die Kategorie "A" (beste Kategorie), bei der Therapie von Kindern einzuordnen in die Kategorie "B"	I
Department of Veterans Affairs et al. (2004): Leitlinie PTBS: EMDR ist effektiv und einzuordnen die Kategorie "A" (beste Kategorie)	I
Bisson und Andrew (2007) und Bisson et al. (2013): Systematischer Review der therapeutischen Möglichkeiten bei PTBS mit der besten Wirksamkeit für EMDR	I
Cvetek R (2008): Kontrollierte klinische Studie: Wirksamkeit der EMDR bei Traumafolgestörungen, die keine PTBS-Kriterien erfüllen: Signifikante Reduktion in Symptom- und Traumafolge-Skalen	II
Evidenzbewertung insgesamt:	I

*evidenzbasiert nach den Leitlinien des AWMF (Arbeitsgemeinschaft der wissenschaftlichen Fachgesellschaften) (www.leitlinien.net), Dieses ist in Einklang mit aktuellen ausführlichen Reviews zum Thema (Bisson et al. 2013, McGuire et al. 2014, Lancaster et al. 2016).

4. Phasen der Traumabehandlung

Die Phasen der Traumabehandlung sind:

- Stabilisierung, Ressourcenaktivierung
- Traumabearbeitungsphase
- Reintegration in den Alltag

Nicht in jedem Fall werden alle Phasen der Traumabehandlung durchlaufen, und nicht in jedem Fall werden alle Phasen während einer Behandlung durchlaufen.

Die Phasen verlaufen in der Regel nicht idealtypisch in der angegebenen Reihenfolge, üblich sind oszillierende Verläufe mit immer wieder notwendiger Stabilisierung und ggf. auch nach längerer Zeit noch einmal notwendigem Einsatz von spezifischen Traumabehandlungsverfahren. Die Behandlungsplanung erfolgt daher immer individuell und möglichst flexibel an die Erfordernisse der Patientin angepasst.

Angehörige werden in die Behandlung miteinbezogen, soweit dies indiziert ist.

Eine Intervalltherapie ist möglich und häufig sinnvoll.

Stationäre, teilstationäre und ambulante Behandlungsangebote sind eng verzahnt und ergänzen sich.

5. Ziele der Traumabehandlung

Die Ziele der Behandlung von Traumfolgestörungen sind:

- Die Folgen der Traumatisierung verstehen
- Stabilisierung im Lebensalltag
- Verringerung der belastenden Symptome
- Wiedergewinnen von Lebensfreude.

6. Allgemeine Informationen zur Traumabehandlung

Die **Aufnahme** zur Krankenhausbehandlung erfolgt über die Einweisung niedergelassener Ärzte. Für die rehabilitative Behandlung ist die Kostenzusage eines Sozialleistungsträgers, wie z. B. Rentenversicherung, Krankenkasse oder Sozialamt notwendig.

Die **Behandlungsdauer** richtet sich nach der individuellen Notwendigkeit und beträgt in der Regel 3 bis 8 Wochen.

Angehörige werden auf Wunsch der Patienten durch Partner- und Familiengespräche mit einbezogen.

Besuchszeiten sind täglich von 9.00 bis 22.00 Uhr und nach persönlicher Absprache.

Besonderheit "Duftstoffe": In der Klinik werden Patienten mit ausgeprägten Duftstoff-Intoleranzen behandelt. Dieses betrifft auch häufig Patienten mit Traumafolgestörungen. Alle Patienten und Besucher werden daher gebeten, jede Art von Duftstoffen zu vermeiden (z.B. aus Parfüm, Rasierwasser, Deo, Haarspray etc.)*.

Besonderheit "Innenraumklima": In den Räumlichkeiten der Fachklinik für Psychiatrie und Psychosomatik in Breklum wurde besonders auf emissionsarme Baumaterialien und Einrichtungsgegenstände geachtet. Elektrosmog wird nach Möglichkeit verringert. Außerdem sind Desinfektionsmittel, Spülmittel, Waschmittel und Seifen frei von Duftstoffen und Aldehyden*.

*Wir bemühen uns um eine Minimierung des Eintrages von VOC/Duftstoffen. VOC bzw. Duftstoff-Freiheit können wir nicht garantieren. Ein Rechtsanspruch besteht nicht.

7. Qualifikation der Mitarbeiter des Traumakompetenzzentrums Nord

Ärztliche Leitung

Dr. med. Güde Nickelsen, Ärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, EMDR-Therapeutin.

Therapeutische Leitung

Ralf Tönnies, EMDR-Therapeut, Psychotraumatologe, Supervisor, Traumaforschungsschwerpunkt: Junge Erwachsene und Familien, Komorbidität Sucht, Binge Eating Disorder, Adipositas, interkulturelle Aspekte.

Das Behandlungsteam setzt sich zusammen aus erfahrenen Bezugstherapeutinnen, Pflegekräften, BewegungstherapeutInnen, ErgotherapeutInnen, einer Musiktherapeutin und weiteren MitarbeiterInnen.

8. Vernetzt behandeln - Therapieerfolg sichern!

Bei allen Erkrankungen aus den Fachbereichen der DIAKO Nordfriesland handelt es sich um komplexe Störungsbilder. Mehrfacherkrankungen und Überschneidungen mit anderen Störungen (Komorbidität) sind eher die Regel als die Ausnahme.

Weiterhin ist die Gefahr von Rückfällen im Bereich der psychiatrischen und psychosomatischen Störungen allgegenwärtig. Aus diesen Gründen kann nur ein multimodales und ver-

netztes Therapiekonzept unter Einbezug von Nachsorgeangeboten langfristig erfolgreich sein. Dieses muss alle individuellen Aspekte der Erkrankung einbeziehen.

Die Behandlung in der DIAKO Nordfriesland bietet dabei den Vorteil einer guten Vernetzung des erforderlichen therapeutischen Angebotes. So sind -falls individuell erforderlich- die Therapie psychiatrisch-psychosomatischer Komorbidität, Verlegungen in andere Abteilungen sowie die unkomplizierte Vermittlung in Nachsorge- oder Übergangsangeboten möglich. Neben der vielfältigen psychiatrischen Versorgung im Kreis Nordfriesland betreuen wir Betroffene in Schleswig-Holstein mit unseren Einrichtungen an den Standorten Schleswig, Kiel und Hohenfelde.

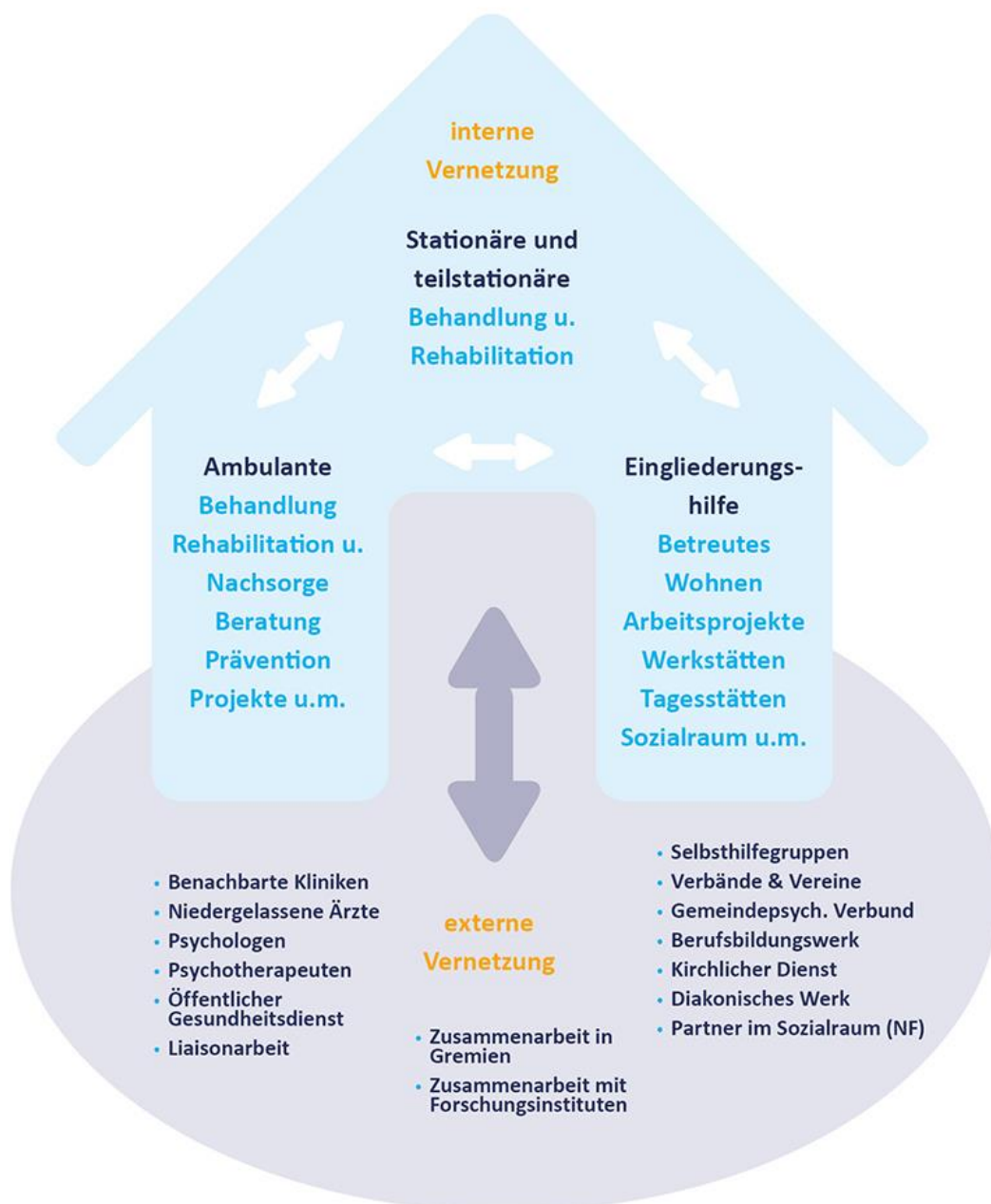


Abbildung 8.1: Interne und externe Vernetzung der DIAKO Nordfriesland

Unsere Partner bei der nachhaltigen Betreuung abhängigkeitskranker und psychisch kranker Menschen sind auch

- die niedergelassenen Ärzte und die wohnortnahen Krankenhäuser
- die regional aktiven Beratungsstellen und Selbsthilfegruppen
- die Einrichtungen der gemeindenahen psychiatrischen Versorgung
- die regionalen sozialen und kirchlichen Einrichtungen
- die betriebliche Sozial- und Gesundheitsberatung sowie Vereine und Verbände.

**Viele weitere Informationen über unsere Einrichtungen finden Sie
auf unserer Internetseite:**

www.diako-nf.de

10. Qualitätssicherungsmaßnahmen und Dokumentation

Wir sind zertifiziert nach dem Qualitätssicherungsprogramm nach DIN EN ISO 9001-2008.

Für jeden Patienten wird eine Dokumentation angelegt, aus der alle relevanten Diagnosen, Befunde sowie die durchgeführten/geplanten Therapieformen entnommen werden können.

Die Dokumentation umfasst:

- sämtliche erhobene anamnestische Daten, klinische Befunde und deren Interpretation
- die Behandlungsziele und einen individuellen Therapieplan betreffend Art, Häufigkeit und Intensität der Behandlungselemente sowie die Teilnahmedokumentation
- die Bewertung des Therapieerfolges durch Zwischenuntersuchungen in bestimmten Zeitabständen
- die Abschlussuntersuchung/-befundung
- die Angaben zu den Visiten und Teambesprechungen/Fallkonferenzen
- den Entlassungsbericht.

Die Arbeit aller therapeutischen Mitarbeiter wird in regelmäßigen Abständen intern und extern supervidiert. Die internen Supervisionen führen der Chefarzt, Oberärzte und leitende Therapeuten durch. Es finden in diesem Rahmen Fallbesprechungen, Chefarzt- und Oberarztvisiten, Patientenkonferenzen und kollegiale Supervisionen im Rahmen von Teamsitzungen statt. Die externe Supervision wird von qualifizierten Supervisoren durchgeführt.

Zusätzlich werden an der Fachklinik für Psychiatrie und Psychosomatik Erhebungen zur Patientenzufriedenheit durchgeführt und quartalsweise ausgewertet und diskutiert. Die Klinik verfügt über ein internes Beschwerdemanagement, das von Patienten und von Mitarbeitenden genutzt werden kann.

Die Fachklinik für Psychiatrie und Psychosomatik hat es sich zur Aufgabe gesetzt, dem Bereich Schulung und Fortbildung ihrer Mitarbeiter breiten Raum und Aufmerksamkeit zu widmen. Fortbildungen sind intern und extern möglich. Klinikintern finden regelmäßig Einzelvorträge zu bestimmten Themen im Rahmen ärztlicher und therapeutischer Fortbildung statt. Abteilungintern werden zwei Mal im Jahr Fachseminare durchgeführt. Extern findet die Fortbildung im Rahmen von Tagesseminaren, Wochen- und Wochenendseminaren und längerfristigen Schulungen und Fortbildungen statt.

11. Referenzen und weiterführende Literatur

1. AWMF 051/010: S3-Leitlinie: Posttraumatische Belastungsstörung. AWMF-Leitlinien-Register (2019).
2. APA / American Psychological Association: Clinical Practice Guideline for the Treatment of Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) in Adults Guideline Development Panel for the Treatment of PTSD in Adults Adopted as APA Policy February 24, 2017 (2017).
3. BISSON JI, ROBERTS NP, ANDREW M, COOPER R, LEWIS C (2013): Psychological therapies for chronic post-traumatic stress disorder (PTSD) in adults. Cochrane Database Syst Rev. 2013: <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD003388.pub4>.
4. BISSON J, ANDREW M (2007). Psychological treatment of post-traumatic stress disorder (PTSD). Cochrane Database of Systematic Reviews 2007, Issue 3. Art. No.: CD003388. DOI: 10.1002/14651858.CD003388.pub3.
5. CVETEK R (2008). EMDR treatment of distressful experiences that fail to meet the criteria for PTSD. Journal of EMDR Practice and Research, 2,2-14.
6. DEPARTMENT OF VETERANS AFFAIRS & DEPARTMENT OF DEFENSE (2004). VA/DoD Clinical Practice Guideline for the Management of Post-Traumatic Stress. Washington, DC: Veterans Health Administration, Department of Veterans Affairs and Health Affairs, Department of Defense. Office of Quality and Performance publication 10Q-CPG/PTSD-04.
7. ESCHENRÖDER CH (Hrsg.): EMDR. Eine neue Methode zur Verarbeitung traumatischer Erinnerungen. Dgvt Verlag, Tübingen (1997)
8. FOA EB, KEANE TM, FRIEDMAN MJ, COHEN JA (2009). Effective treatments for PTSD: Practice Guidelines of the International Society for Traumatic Stress Studies New York: Guilford Press.
9. HOFMANN A (2014): EMDR, Praxishandbuch zur Behandlung traumatisierter Menschen. 5., vollständig überarbeitete Auflage.
10. LANCASTER CL, TEETERS JB, GROS DF, BACK SE (2016): Posttraumatic Stress Disorder: Overview of Evidence-Based Assessment and Treatment. Journal of clinical medicine, 5(11):
11. MCGUIRE TM, LEE CW, DRUMMOND PD (2014): Potential of eye movement desensitization and reprocessing therapy in the treatment of post-traumatic stress disorder. Psychology research and behavior management, 7:273-283.
12. MICHOPoulos V, VESTER A, NEIGH G (2016): Posttraumatic stress disorder: A metabolic disorder in disguise? Experimental Neurology, 284(Heft Pt B):220-229.
13. SCHÄFER I, KRAUSZ M (2006): Trauma und Sucht: Konzepte-Diagnostik-Behandlung. Leben-Lernen Klett Cotta Verlag Stuttgart.
14. SERVAN-SCHREIBER D: Die neue Medizin der Emotionen. Stress, Angst, Depression: Gesund werden ohne Medikamente. Verlag Antje Kunstmann, München (2004)
15. SHAPIRO F: (2013): EMDR, Grundlagen und Praxis. 2. überarbeitete Auflage.
16. SHAPIRO F, VOGELMANN-SINE S, SINE LF: Die Behandlung von Trauma und Suchtproblemen mit EMDR. In: Eschenröder (Hrsg.): EMDR: Eine neue Methode zur Verarbeitung traumatischer Erinnerungen. dgvt-Verlag, Tübingen (1997)
17. VOGELMANN-SINE S, SINE LF, SMYTH NJ, POPKY AJ: EMDR. Behandlungsmanual für stoffgebundene Süchte. Deutsche Übersetzung: Institut für Traumatherapie, Berlin (1998)