



Therapiekonzept

Psychosomatische Klinik Bad Neustadt Abteilung Krankenhaus



Psychosomatische Klinik Bad Neustadt
Träger: Rhön-Klinikum AG
Salzburger Leite 1 · 97616 Bad Neustadt a. d. Saale
Telefon (09771) 67-01 · Telefax (09771) 659301
e-mail: psk@psychosomatische-klinik-bad-neustadt.de
www.rhoen-klinikum-ag.com

Impressum

Redaktion und Textverarbeitung:
Dr. med. Franz Bleichner, Jörg Rieger, Gabriele Straub

Herausgeber:
Psychosomatische Klinik Bad Neustadt der Rhön-Klinikum AG
– Nachdruck nur mit schriftlicher Genehmigung des Herausgebers –

I.500 - 2004

Therapiekonzept der
Psychosomatischen Klinik Bad Neustadt
Abteilung Krankenhaus

Salzburger Leite 1
97616 Bad Neustadt a. d. Saale
Telefon (09771) 67-01 · Telefax (09771) 659301
e-mail: psk@psychosomatische-klinik-bad-neustadt.de
www.rhoen-klinikum-ag.com

INHALTSVERZEICHNIS

| | | |
|------------|--|-----------|
| 1 | Einleitung | 3 |
| 2 | Zugangswege | 3 |
| 3 | Behandelte Krankheitsbilder | 4 |
| 3.1 | Indikationen | 4 |
| 3.2 | Kontraindikationen | 5 |
| 4 | Das Behandlungskonzept | 5 |
| 4.1 | Aufnahme | 5 |
| 4.1.1 | Allgemeinstation versus Intermediate Care | 6 |
| 4.1.2 | Intermediate Care (IC) | 6 |
| 4.1.3 | Allgemeinstation und Stationsgemeinschaft | 6 |
| 4.2 | Erstuntersuchung/Diagnostik | 7 |
| 4.2.1 | Medizinische Aufnahmeuntersuchung | 7 |
| 4.2.2 | Erstinterview | 7 |
| 4.2.3 | Testpsychologie, Basisdokumentation | 8 |
| 4.2.4 | Resümee | 8 |
| 4.3 | Behandlung | 9 |
| 4.3.1 | Gruppenpsychotherapie | 9 |
| 4.3.2 | Körperbezogene Gruppenpsychotherapie | 9 |
| 4.3.3 | Visiten, Krisen-, Motivationsgespräche und Einzeltherapie | 10 |
| 4.3.4 | Medizinische bzw. medikamentöse Behandlung | 10 |
| 4.3.5 | Begleitende therapeutische Maßnahmen – Schule im Krankenhaus | 10 |
| 4.4 | Therapieabschluss | 11 |
| 4.5 | Zusammenfassung | 11 |
| 5 | Klinikstrukturen | 12 |
| 6 | Das therapeutische Team | 12 |
| 7 | Qualitätssicherung und Dokumentation | 13 |
| 7.1 | Strukturqualität | 13 |
| 7.2 | Prozessqualität | 13 |
| 7.3 | Ergebnisqualität | 14 |
| 8 | Diagnosenstatistik | 15 |
| 8.1 | Darstellung des Patientengutes 2002/2003 nach Diagnosen, Schweregraden und Verweildauer | 15 |
| 8.1.1 | Hauptdiagnose | 15 |
| 8.1.2 | Komorbidität (psychisch) | 15 |
| 8.1.3 | Komorbidität (somatisch) | 15 |
| 8.1.4 | Symptombelastung Aufnahme/Entlassung | 16 |
| 9 | Fort- und Weiterbildung | 16 |
| 10 | Statistik | 17 |
| 11 | Literatur | 21 |

I EINLEITUNG

Die Psychosomatische Klinik Bad Neustadt wurde 1975 gegründet. Von Beginn an wurden Patienten rasch und ohne aufwendige vorstationäre Diagnostik aufgenommen. Neben einer Patientengruppe, die eindeutig einem rehabilitativen Behandlungsansatz zuzuführen war, wurden zum anderen zunehmend „akut kranke“ Patienten, die rasche Hilfe benötigten, behandelt. Um diesen unterschiedlichen Patientengruppen gerecht zu werden, wurden unterschiedliche Konzepte für Akut- und Rehabilitationspatienten entwickelt.

Von Seiten der Patienten wurde zunehmend der Wunsch nach kürzeren Behandlungszeiten geäußert. Dies war bedingt durch eine bessere ambulante psychotherapeutische Versorgung, durch ein sich insgesamt veränderndes Behandlungsverständnis und durch sich abzeichnende Arbeitsplatzschwierigkeiten bei langer behandlungsbedingter Abwesenheit. Anfang der 80er Jahre waren stationäre Behandlungszeiten von durchschnittlich 50 bis 60 Tage die Regel. Zehn Jahre später dauerte eine psychosomatische Therapie in der Klinik ca. zehn Tage weniger. Heute beträgt die durchschnittliche Therapiedauer 35 Tage.

Die konsequente Aufgliederung der Klinik in einen Krankenhaus- (180 Betten) und einen Rehabilitationsbereich (160 Betten) Anfang der 90er Jahre erfolgte als logische Weiterentwicklung des Klinikkonzeptes und war aufgrund der veränderten Ausgangsbedingungen unerlässlich geworden. Aus diesen Überlegungen heraus entstanden 1993 zwei Abteilungen mit unterschiedlichen Aufgaben und unterschiedlichen Konzepten.

Im Akutbereich werden psychosomatische und psychische Krankheitsbilder behandelt, deren Schweregrad dringlich eine stationäre Behandlung, d.h. die sofortige Herausnahme aus dem häuslichen Milieu, erforderlich werden lässt. Zielsetzung ist es, durch einen strukturierten psychotherapeutischen Prozess die Gesundung des Patienten so weit zu fördern, dass der Patient ambulant weiter versorgt werden kann. Damit richtet sich die Behandlungsdauer nach den individuellen Erfordernissen des jeweiligen Krankheitsbildes.

Bad Neustadt, im Dezember 2004

Dr. med. Franz Bleichner
Chefarzt Abteilung Krankenhaus

2 ZUGANGSWEGE

Die Aufnahme erfolgt nach Verordnung von Krankenhauspflege durch niedergelassene Ärzte gemäß § 39 Absatz 4 SGB V bzw. durch Verlegung aus Akutkrankenhäusern nach telefonischer bzw. schriftlicher Anmeldung. Es besteht ein Vertrag nach § 108 SGB V mit den Verbänden der Gesetzlichen Krankenversicherung. Die Klinik ist für Beschäftigte des Öffentlichen Dienstes beihilfefähig. Privatversicherte Patienten werden gebeten, in jedem Fall die Kostenzusage ihrer Versicherung vor Aufnahme einzuholen (gemäß den Vertragsbedingungen des Verbandes der Privatkrankenversicherer).

3 BEHANDELTE KRANKHEITSBILDER

3.1 Indikationen

Alle Krankheitsbilder, bei denen psychische Faktoren als Ursache oder als Folge beteiligt sind.

- ▶ Depressive Störungen (F32, F33, F34.1)
Depressive Dekompensationen in Belastungssituationen und Lebenskrisen, neurotische Reaktionen einschließlich depressiv-narzisstischer Krisen in der 2. Lebenshälfte nach schweren oder gehäuften Verlusterlebnissen (Personen, Lebensinhalte, gesundheitliche Einbußen etc.)
- ▶ Angststörungen (F40, F41)
Panikstörung mit / ohne Agoraphobie, Phobien, generalisierte Angststörung
- ▶ Zwangsstörungen (F42)
- ▶ Anpassungs- und Belastungsstörungen (F43)
Posttraumatische Belastungsstörung, depressiv-psychosomatische Krankheitsbilder bei Patienten in der 2. Lebenshälfte mit Altersproblematik, negativer Lebensbilanz und sozialer Isolation; schwere somatische Erkrankungen mit Problemen der Krankheitsverarbeitung (z. B. Diabetes mellitus, Krebserkrankungen usw.)
- ▶ Dissoziative Störungen (F44)
- ▶ Somatoforme Störungen (F45)
Somatoforme Schmerzstörung, Somatisierungsstörung
- ▶ Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren (F50-F59)
Anorexia nervosa einschließlich bulimischer Krankheitsbilder
Adipositas
- ▶ Psychologische Faktoren oder Verhaltensfaktoren bei andernorts klassifizierten Krankheiten (F54)
Psychosomatische Erkrankungen im engeren Sinne
(z. B. Ulcuserkrankungen, essentielle Hypertonie, Colitis ulcerosa, Morbus Crohn)
Neurologisch-psychosomatische Erkrankungen
(z. B. Anfallserkrankungen, Migräne, Torticollis spasmodicus)
- ▶ Persönlichkeitsstörungen (F60-69)
Narzisstische Störungen und Borderline-Störungen
„Frühe Störungen“ im tiefenpsychologischen Sinne
- ▶ Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (F10-F19)
(schwerpunktmäßig Alkohol- und Medikamentenmissbrauch)

Im Laufe der Jahre haben sich Behandlungsschwerpunkte herausgebildet, wie z. B. **Essstörungen** jeden Schweregrades, **Patienten mit schweren Lebenskrisen** und **Patienten mit Adoleszenzkrise**. Die räumliche Nähe und die intensive Kooperation mit der Herz- und Gefäß-Klinik, Neurologischen Klinik, Klinik für Handchirurgie ermöglichen die Behandlung von Patienten mit psychischen **Dekompensationen bei schweren körperlichen Erkrankungen**.

3.2 Kontraindikationen:

- ▶ Psychosen im akuten Zustand
- ▶ Hirnorganisch wesensveränderte und pflegebedürftige Patienten, bei denen kein ausreichender psychotherapeutischer Ansatz erkennbar ist
- ▶ Patienten, deren akute Suizidgefährdung besondere Schutzvorkehrungen erforderlich macht

4 DAS BEHANDLUNGSKONZEPT

Wir verstehen eine akutstationäre psychosomatische Behandlung als Teil eines Gesamtbehandlungskonzeptes. Sie ist immer dann erforderlich, wenn die Mittel einer ambulanten Therapie nicht mehr ausreichen, wie zum Beispiel bei multimorbiden Patienten, oder wenn eine hochfrequente Therapie erforderlich ist.

Unser Grundsatz lautet, jeden Patienten, bei dem eine Indikation zur stationären psychosomatischen Akutbehandlung vorliegt, zu jeder Zeit aufzunehmen, zu diagnostizieren, zu behandeln und so bald wie möglich wieder in die ambulante Situation zu entlassen.

Die konsequente Umsetzung unserer Zielsetzung erfordert in der Praxis einen Optimierungsprozess, d.h. wir stellen unseren Umgang mit allen Schritten des Patienten einschließlich seiner Beziehungsgestaltung so ein, dass sie dem Therapiefortschritt dienlich gemacht werden können. Hintergrund und Klammer hierfür ist das Arbeitsbündnis zwischen Patient und Therapeut (Klinik).

4.1 Aufnahme

In der ersten Begegnung muss zunächst die Schwere der Pathologie des Patienten grundsätzlich eingeordnet werden. Zu klären sind folgende Fragen:

1. Worunter leidet der Patient?
2. Braucht der Patient stationäre psychosomatische Behandlung?
3. Können wir diese mit unseren Möglichkeiten leisten?
4. Benötigt der Patient besondere Hilfestellungen?
5. Welches Therapieziel hat der Patient, welches Therapieangebot benötigt er hierfür und welcher Therapierahmen ist erforderlich?

Diese Fragen sind bereits in der Aufnahmesituation zu beantworten.

Befindet sich der Patient in einem Zustand, der den Rahmen unserer medizinischen und psychotherapeutischen Möglichkeiten übersteigt, z. B. bei akuter Suizidalität, muss eine Einweisung in eine entsprechende Klinik erfolgen. Desgleichen können Fehleinweisungen erkannt und weitervermittelt werden.

4.1.1 Allgemeinstation versus Intermediate Care

Werden die ersten drei Fragen so beantwortet, dass der Patient im Rahmen unserer therapeutischen Möglichkeiten behandelbar ist, so wird auf dieser Grundlage eine weitere Weichenstellung vorgenommen. In der Regel erfolgt die Behandlung auf einer Allgemeinstation. Wird jedoch ein klinischer Zustand festgestellt, der aktuell, medizinisch wie auch psychotherapeutisch, einer intensiveren Betreuung bedarf, erfolgt die Aufnahme auf einer hierfür personell und apparativ speziell eingerichteten Intermediate Care Station (IC).

4.1.2 Intermediate Care (IC)

Diese Station ermöglicht den Umgang mit schweren akuten Krisen und stellt somit die Voraussetzung für eine akut-psycho somatische Versorgung von Patienten dar:

Aufgrund ihrer baulichen, personellen und apparativen Ausstattung kann die IC-Station besondere Aufgaben erfüllen, die auf einer Allgemeinstation nur schwer zu leisten sind, wie:

1. Intensive medizinische Versorgung und Überwachung bei auch somatisch schwerkranken Patienten, wie z. B. Anorexia-nervosa-Patienten im kritischen Gewichtsbereich ($BMI < 12$), Patienten mit schwerem Asthma bronchiale, begleitende Herzerkrankungen.
2. Betreuung von strukturschwachen Patienten, die eine intensive und kontinuierliche Führung brauchen.
3. Schwere akute, z. B. in der Therapie entstandene Krisen, die eine vorübergehende Herausnahme aus der Stationsgemeinschaft sinnvoll erscheinen lassen.

Patienten, die auf der IC-Station untergebracht sind, sind einer Allgemeinstation und einem Bezugstherapeuten zugeordnet. Hierdurch sind bzw. bleiben sie Teil einer Stationsgemeinschaft und genießen gleichzeitig besondere Aufmerksamkeit und Schutz.

4.1.3 Allgemeinstation und Stationsgemeinschaft

Die Integration eines neuen Patienten in die Station und die Stationsgemeinschaft erfolgt auf verschiedenen Stufen.

1. Begrüßung und erste Informationen durch die Stationsschwester.
2. Aufnahmegespräch durch Bezugstherapeutin/Bezugstherapeut und Oberärztin/Oberarzt.
3. Betreuung durch einen Patenpatienten, Erklärung von Haus- und Stationsabläufen.

Damit beginnt für den Patienten die Aufgabe, sich als neuer Mitpatient zu integrieren. Er hat sich in einer neuen sozialen Umgebung in einer neuen Rolle zurechtzufinden.

1. Der neue Patient wird so mit der Stationsgemeinschaft in Kontakt gebracht, dass er sich angenommen fühlt und erste grundlegende Erfolge in der Kontaktaufnahme zu anderen erlebt.
Die Rückzugsmöglichkeiten des Einzelzimmers wirken dabei als Gegenpol gegen die gruppendynamische Vereinnahmung durch die Stationsgemeinschaft.
2. Bei der Kontaktaufnahme werden die grundlegenden Beziehungskonflikte des Patienten in besonderer Weise sichtbar. Kommt es in der Aufnahmesituation zu Konflikten zwischen dem Neankömmling und der Stationsgemeinschaft, erfolgt eine intensive Hilfestellung durch das therapeutische Personal. Die Integration in die Stationsgemeinschaft wird mit der Teilnahme an der Stationsrunde am Wochenende abgeschlossen. Dort wird der Patient offiziell von seiner Stationsgemeinschaft begrüßt und erhält die Gelegenheit, sich mit seinen Problemen, weshalb er in die Klinik gekommen ist, und seinen Therapievereinbarungen, die mit ihm getroffen wurden, vorzustellen.

4.2 Erstuntersuchung / Diagnostik

4.2.1 Medizinische Aufnahmeuntersuchung

Die medizinische Aufnahmeuntersuchung wird vom Stationsarzt (zumeist auch Bezugstherapeut) durchgeführt und ist als Angelpunkt in Hinblick auf die zu entwickelnde therapeutische Beziehung bzw. das Arbeitsbündnis konzipiert. Zwei Aspekte sind hervorzuheben:

- ▶ Der Patient erlebt sich bezüglich seiner körperlichen Beschwerden als ernst genommen, was als unverzichtbare Grundlage jeder Psychotherapie gelten darf.
- ▶ Der Patient lernt unseren andersartigen psychosomatischen Umgang mit seinen körperlichen Beschwerden kennen (z. B. psychosomatische Symptome sind keine Einbildung, sondern im Lebenszusammenhang zu betrachten!). Damit werden die ersten Umrisse eines psychosomatischen Verständnisses der eigenen Symptome erarbeitet.

Die Auswertung der Ergebnisse (Vorbefunde und Routinelaboruntersuchungen eingeschlossen) erfolgt unter fachärztlicher Leitung des Oberarztes. Notwendige weiterführende Untersuchungen werden festgelegt und durchgeführt.

4.2.2 Erstinterview

Im tiefenpsychologischen Erstinterview wird das Arbeitsbündnis hinsichtlich seiner Struktur mit Inhalt und Differenzierungsgrad einschließlich der geplanten Therapiedauer so weit ausgearbeitet, dass auf dieser Grundlage die Therapie im engeren Sinne beginnen kann.

Im Erstinterview bietet der Patient seine Krankheit, sein Problem, aber auch seine Wünsche und Vorstellungen für die Therapie an. Der Therapeut antwortet mit unserem therapeutischen Angebot. Über dieses Angebot und das entsprechende Gegenangebot wird dann ausführlich gesprochen. In diesem Sinne ist Motivationsarbeit eine intensive Verhandlung und das Arbeitsbündnis das Verhandlungsergebnis.

Wesentliche Elemente des Erstinterviews sind:

- ▶ Herausarbeitung von gegenwärtigen Beziehungsproblemen und deren psychogenetischen Wurzeln:
Dies ist die Umsetzung unseres **objektbeziehungstheoretischen** Ansatzes.
- ▶ Herausarbeitung von Zusammenhängen zwischen Symptomatik und Lebensproblemen:
Dies kennzeichnet die Umsetzung unseres allgemeinen **psychosomatischen** Konzeptes.
- ▶ Anreize zur Erweiterung des eigenen **Krankheitsmodells**:
Der Patient hat eigene Theorien über seine Problematik, die bestimmte Einengungen (z. B.: „Ich habe nur berufliche Probleme!“) aufweisen. Solche Einengungen werden motivierend, Mut machend, Interesse und Neugier weckend bearbeitet.
- ▶ Herausarbeitung der **Therapieziele**:
Inhaltlich werden die Therapieziele in Richtung auf unsere Entlassungskriterien mit dem Patienten festgelegt.
- ▶ Erarbeitung eines **Behandlungsplans**
- ▶ **Therapiedauer**
Bei der Festlegung des zeitlichen Rahmens beziehen wir die berufliche wie auch familiär-partnerschaftliche Realität des Patienten ausdrücklich mit ein.
Die Schwere des Krankheitsbildes, die therapeutische Notwendigkeit und die reale Situation bestimmen letztendlich die Behandlungsdauer.

4.2.3 Testpsychologie, Basisdokumentation

Alle Patienten werden bei Aufnahme und bei Entlassung im Rahmen der Basisdokumentation zur Lebenssituation, zu krankheitsrelevanten Aspekten und zu ihrer Behandlungszufriedenheit befragt. Die Auswertung dieser Fragebögen wird sowohl für die interne als auch für die externe Qualitätsüberprüfung verwandt (s. u.). Die Ergebnisse aus Vorbefunden, Aufnahmegespräch, medizinischer Untersuchung, Erstinterview und Verhaltensbeobachtung werden zusammengetragen und ausgewertet. Bei entsprechender Indikation wird die Aufnahmeuntersuchung durch testpsychologische Untersuchungen, wie z. B. Hirnleistungstests, ergänzt.

4.2.4 Resümee

Es wird die Aufnahmediagnose festgelegt, und es erfolgt eine Einschätzung der Beeinträchtigung des Patienten (Schweregrad). Somit kann der therapeutische Ansatz einschließlich der hierfür erforderlichen Rahmenbedingungen entwickelt werden. Der Bezugstherapeut wertet die Untersuchungsergebnisse mit dem Patienten aus und stimmt die Zielsetzung und den Behandlungsansatz mit ihm ab.

4.3 Behandlung

Der gesamte Prozess der Aufnahme ist als wichtiger Bestandteil der Behandlung anzusehen, da hier bereits eine entscheidende Weichenstellung für den gesamten Verlauf erfolgt. Intensive diagnostisch-therapeutische Kontakte ermöglichen eine rasche Integration des Patienten in seine Stationsgemeinschaft und die Therapie.

4.3.1 Gruppenpsychotherapie

Schwerpunkt unserer Behandlung ist die Gruppenpsychotherapie nach den Prinzipien eines tiefenpsychologisch fundierten Ansatzes. Sie hat sich für eine stationäre Kurzzeittherapie bewährt und ist durch die moderne Psychotherapieforschung belegt (z. B. Tschuschke, V., 2003). Die Indikation für eine gruppenpsychotherapeutische Behandlung kann breit gestellt werden, so dass im Verlauf der stationären Behandlung nahezu alle Patienten daran teilnehmen. Die Gruppen sind offen, d. h. es werden immer wieder Patienten integriert und verabschiedet. Ansatzpunkt dabei ist, wie sich der Patient mit seiner Persönlichkeit und mit der Darstellung seines Problems in die Gruppe einbringt. Dabei ergeben sich im Wesentlichen zwei Ebenen:

- ▶ Auf der Ebene der **Selbtsicht und des Selbstverständnisses** geht es darum, wie sich der Patient in seinem Problemfeld selbst erlebt und darstellt.
- ▶ Die zweite Ebene ist, welche **Beziehungsstrukturen** der Patient gegenwärtig in der Gruppe entwickelt und welche Beziehungsstrukturen er in seiner Darstellung berichtet. Damit wird einbezogen, was der Patient über seinen ganzen Lebensweg einschließlich erster Kindheitserfahrungen einbringt. Die Bearbeitung früherer Erfahrungen wird als „verliebene Kindlichkeit“ (Fürstenau, P., 1992) bezeichnet, die heute noch die Beziehungsprobleme des Patienten prägt und so eine Weiterentwicklung verhindert.

Die Bearbeitung in der verbalen Gruppe hilft dem Patienten, seine psychosomatischen Symptome als Ausdruck und Folge von Beziehungsproblemen zu verstehen. Diese Ebene des Verstehens ist im strukturellen Sinne auf der Ebene der Triangularität angesetzt, d. h. es ist ein relativ gesundes Niveau, auf dem der Patient hier angeregt wird. Bei strukturell gestörten Patienten muss die therapeutische Arbeit auf dem Niveau der Selbstwert-, Affekt- und Stimmungsregulation ergänzt werden, d. h. die Selbstklärung des Patienten wird auf der erwachsenen Ebene ausgebaut, und vervollständigend dazu werden Defekte auf der Ebene der Selbstregulation schrittweise ausgeglichen.

4.3.2 Körperbezogene Gruppenpsychotherapie

Die Körperbezogene Gruppentherapie setzt auf der Ebene des basalen Körpererlebens als Material der Therapie an (Maaser, R., et al. „Körperbezogene Psychotherapie“, 1994). Da der Patient in der gleichen Gruppe mit dem gleichen Therapeuten abwechselnd einmal verbal und dann körperbezogen arbeitet, ist gewährleistet, dass die gesamte Bandbreite möglicher Störungsaspekte von schweren Strukturstörungen bis hin zu einem neurotischen Niveau erfasst werden können, so dass sich beide Methoden in der Praxis integrativ ergänzen. So wird z. B. eine Erfahrung in der körperbezogenen Therapie in der nächsten verbalen Gruppe angesprochen und dort weiter bearbeitet.

4.3.3 Visiten, Krisen-, Motivationsgespräche und Einzeltherapie

Einzelgespräche in den verschiedensten Formen, wenn notwendig auch als Einzelpsychotherapie im engeren Sinne, werden ergänzend und absichernd eingesetzt:

- ▶ Strukturierende Ordnung und integrative Zusammenführung der Erfahrungen in den verschiedenen Gruppen ist dabei der wichtigste steuernde Aspekt. Der Gefahr der Überforderung durch die Vielfaltigkeit der verschiedenen Erfahrungen wird damit vorgebeugt.
- ▶ In der Therapie auftretende Labilisierungs- und Regressionszustände können aufgefangen und bearbeitet werden. In diesem Sinne können bestimmte, die Gruppe überfordernde Themen in der Einzeltherapie bearbeitet werden.
- ▶ Alle Gespräche haben motivierenden Charakter: Die sich im Therapieverlauf ergebenden Hindernisse der Entwicklung werden motivierend und stützend reflektiert und beseitigt.

Die Visite stellt das übergeordnete steuernde Element dar. Sie klärt, wo der Patient in der Therapie steht, welche therapeutischen Hilfen er benötigt und wie viel Zeit er noch braucht, um wieder in sein soziales Umfeld zurückkehren zu können.

4.3.4 Medizinische bzw. medikamentöse Behandlung

Medizinische und psychotherapeutische Interventionen sind miteinander verzahnt, sie bedingen sich gegenseitig: Einerseits ist jede medizinische Intervention gleichzeitig eine psychotherapeutische, die das Arbeitsbündnis stützt und fördert, andererseits muss sich jedes psychotherapeutische Vorgehen immer auch der Absicherung auf der somatischen Ebene vergewissern. In diesem Sinne wird insbesondere die Behandlung mit Psychopharmaka immer in den Rahmen des Arbeitsbündnisses bzw. des psychotherapeutischen Optimierungsprozesses eingebunden.

4.3.5 Begleitende therapeutische Maßnahmen – Schule im Krankenhaus

Sportlich trainierende, spielerische und ergotherapeutische Angebote begleiten die Psychotherapie. Sie ermöglichen dem Patienten, sich innerhalb einer Gruppe bezüglich seiner körperlichen und kreativen Fähigkeiten neu zu erfahren. Diese neuen Erfahrungen werden in der Psychotherapie aufgegriffen und bearbeitet. Eine besondere Bedeutung kommt der Körperwahrnehmungsschulung als Ergänzung und Unterstützung der körperbezogenen Gruppenpsychotherapie zu. Der Patient lernt in dieser Gruppe, seinen Körper differenzierter wahrzunehmen.

Seit 2000 besteht das Angebot Schule im Krankenhaus. Während der bayerischen Regelschulzeit findet ein wöchentliches Schul- und Lernangebot im Rahmen von ca. 20 Unterrichtsstunden (à 45 Minuten) als Einzel- bzw. Gruppenunterricht statt. Dieses Angebot besteht für alle schulpflichtigen Patienten (z. B. Essstörungen).

4.4 Therapieabschluss

Vergleichbar der Aufnahmesituation kommt dem Abschluss der Therapie besondere Bedeutung zu. Der Patient verlässt den ihn schützenden stationären Raum und muss sich wieder seinen Alltagsproblemen stellen. Hierzu benötigt er besondere Unterstützung, da sich Ängste, Selbstzweifel und Insuffizienzgefühle, die er während der Therapie schon überwunden glaubte, erneut melden und ihn bedrohen. In dieser Phase ist die Einbeziehung von Partner und Familie, die Planung des weiteren therapeutischen Vorgehens, die Besprechung von Möglichkeiten der Intervention bei erneut einsetzenden Krisen usw. hilfreich und wirkt entängstigend und stabilisierend.

Einer herausragenden Bedeutung kommt in dieser Situation der Kontaktaufnahme und Einbeziehung der weiterbehandelnden niedergelassenen Ärzte und psychologischen Psychotherapeuten zu. Hierdurch erhält der Patient die Gewissheit, seine Therapieziele weiter verfolgen zu können. Auf gleicher Ebene ist die Vermittlung der Kontaktaufnahme zu einer Selbsthilfegruppe zu sehen. Wir sehen die stationäre psychosomatische Behandlung als Teil einer Behandlungskette an und halten deshalb den Kontakt mit den Vor- und Nachbehandlern für unerlässlich.

4.5 Zusammenfassung

Durch unseren methodischen Zugang der verbalen Therapie einerseits und der körperbezogenen Therapie andererseits werden alle Störungsaspekte auf der gesamten Bandbreite von schweren Strukturstörungen bis hin zu einem gesunden, neurotischen Niveau integrativ aufeinander bezogen bearbeitet. Inhaltlich ist dies eine psychotherapeutische Arbeit an der Selbstsicht und am Selbstverständnis, an der Selbststeuerung und der Selbstkontrolle sowie an der Beziehungsproblematik des Patienten. Dieser Prozess wird durch Einzelgespräche ergänzend und motivierend ausgestaltet und abgesichert. Medizinische, insbesondere medikamentöse Therapie ist dabei unter dem Primat des Arbeitsbündnisses Grundlage und integraler Bestandteil der gesamten Behandlung.

5 KLINIKSTRUKTUREN

Der Therapieverlauf des Patienten wird durch dessen Auseinandersetzung mit den Klinikstrukturen entscheidend mitbestimmt, denn Patient und Therapeut begegnen sich in einem komplexen, aufeinander abgestimmten Strukturgefüge, das gemeinsame Bedingungen (Arbeitsbündnis) und Regelungen (Hausordnung) umfasst. Unser Konzept berücksichtigt nicht nur einen gemeinsamen Therapieraum, sondern auch einen gemeinsamen Realraum, in dem Therapeut und Patient auf einer realen Ebene als Partner eines Arbeitsbündnisses miteinander in Interaktion treten. Auf dieser sozialen Ebene werden dem Patienten bewusst und/oder unbewusst Aspekte einer Institution, eines therapeutischen Teams wie auch eines einzelnen Therapeuten vermittelt. Die Institution Klinik wird vom Patienten daraufhin überprüft, wie sie funktioniert. Auf dieser sozialen Vermittlungsebene wird der einzelne Therapeut für seinen Patienten zum Modell für Gesundheit im sozial-tiefenpsychologischen Sinne. Der Patient erlebt, wie sein Therapeut im komplexen sozialen Gefüge einer Institution verschiedene Rollen übernimmt und ausfüllt (trianguläres Entwicklungsniveau). Unter dieser konzeptuellen Sichtweise können viele Möglichkeiten des sozialen Lernens, wie z. B. Lernen am Modell, Lernen von Rollenübernahme und Rollenflexibilität, als therapeutische Wirkfaktoren nutzbar gemacht werden.

Die Abteilung Rehabilitation ist von der Abteilung Krankenhaus konzeptionell, personell und räumlich getrennt (siehe Konzept der Abteilung Rehabilitation).

6 DAS THERAPEUTISCHE TEAM

Der Patient ist einem Bezugstherapeuten zugeordnet, der ihn als professioneller Begleiter durch seine Therapie führt, d.h. Inhalte und Ziele der Therapie mit ihm herausarbeitet und Verlauf und Abschluss mit ihm gestaltet. Der Therapeut arbeitet in einem Sektionsteam (zwei Stationen sind zu einer Sektion zusammengefasst) und steht unter der Anleitung und Supervision eines Oberarztes als Sektionsleiter. Der Oberarzt tritt mit dem Patienten gleichermaßen in verschiedenen Situationen des klinischen Alltags in Beziehung (Aufnahme und Verabschiedung des Patienten, Visiten etc.) und greift strukturierend in die Therapie ein. So gestaltet und verantwortet er den Therapieverlauf auf einer übergreifenden Ebene. Im Dreieck Patient-Bezugstherapeut-Oberarzt wird durch den Austausch Bezugstherapeut-Oberarzt gewährleistet, dass alle drei Beteiligten so auf den Verlauf des therapeutischen Prozesses einwirken, dass in möglichst kurzer Zeit ein günstiges Therapieziel erreicht wird. Die Dynamik dieses Optimierungsprozesses ergibt individuelle Behandlungszeiten, die vorherige Festlegung eines bestimmten Behandlungszeitraumes entfällt. Der strukturierte therapeutische Prozess und die Dynamisierung der Behandlungszeiten sind die wesentlichsten Grundlagen unseres Krankenhauskonzeptes. Die Teamstruktur stellt hierfür den integrativen Hintergrund zur Verfügung. Demgemäß arbeitet der einzelne Therapeut in einem Stationsteam bzw. Sektions- oder Abteilungsteam mit mehreren anderen Partnern wie Ärzten, Diplom-Psychologen, Sozialarbeitern, Mitarbeitern im Pflegedienst sowie Sport- und Gestaltungstherapeuten zusammen. Die Teamsitzungen stehen unter ständiger fachärztlich-psychotherapeutischer Anleitung (Fachärzte für Psychotherapeutische Medizin, Innere Medizin als Oberärzte), die einzelnen Psychotherapien werden regelmäßig supervidiert.

7 QUALITÄTSSICHERUNG UND DOKUMENTATION

Qualitätssicherung und Qualitätsentwicklung sind in der stationären psychosomatischen Behandlung von jeher fester Bestandteil.

7.1 Strukturqualität

Gemäß den Richtlinien, wie sie mittlerweile z. B. vom VdAK für den Bereich der stationären psychosomatischen Medizin entwickelt wurden, erfüllt die Klinik die strukturqualitätsmäßigen Voraussetzungen wie angemessene bauliche Ausstattung, entsprechende Stellenpläne, Anerkennung als Weiterbildungsstätte, entsprechende Qualifikation der leitenden Ärzte, umfassende klinikinterne Weiterbildung, Kooperation mit anderen Kliniken/Instituten usw. Die leitenden Ärzte verfügen über Weiterbildungsermächtigungen in Psychosomatischer Medizin und Psychotherapie, Innere Medizin, Psychiatrie, Sozialmedizin und Spezielle Schmerztherapie [siehe auch Fort- und Weiterbildung (9)].

7.2 Prozessqualität

Die Dokumentation der Prozessqualität erfolgt nach den Vorgaben der bayerischen Basisdokumentation Psychosomatik. Folgende Parameter werden bei Aufnahme und Entlassung erfasst:

- ▶ Sozialmedizinische Eingangsvariablen, wie Einzugsbereich, Kostenträger, Wartezeit, Chronifizierung, Vorbehandlungsaufwand, Arbeitsunfähigkeit, Geschlecht, Familiensituation.
- ▶ Behandlungsdiagnosen in psychosomatischen und somatischen Bereichen, Verschlüsselung nach ICD-10, Erfassung des Schweregrades nach BSS und SCL-90.
- ▶ Diagnostische Maßnahmen
Testdiagnostische Verfahren, spezielle medizinische Diagnostik, Laboruntersuchungen, EKG, Belastungs-EKG, Spirometrie, endoskopische Verfahren, Ultraschalluntersuchungen, erweiterte neurologische Untersuchungsverfahren, gynäkologische Untersuchungen.
- ▶ Therapeutische Maßnahmen
Werden inhaltlich auf die gestellten Diagnosen abgestimmt und im Bereich der Einzel- und Gruppenpsychotherapie und innerhalb der einzelnen Funktionsbereiche von Sport, Spiel und Gestaltung dokumentiert. Ebenso werden somatomedizinische Maßnahmen einschließlich der medikamentösen Behandlung erfasst.
- ▶ Unabhängig voneinander Einschätzung der Behandlungsergebnisse durch Patienten und Therapeuten. Die eigene Leistung und die Effektivität der zur Anwendung kommenden Maßnahmen werden mit Hilfe dieser Daten evaluiert und zur konzeptuellen Weiterentwicklung verwandt. Auf diese Weise entsteht ein Prozess, in dem Schwierigkeiten erkannt und einzelne Abläufe optimiert werden können.

- ▶ In regelmäßigen Fallbesprechungen unter Leitung des zuständigen Oberarztes werden nach erfolgter Eingangsdiagnostik die Behandlungsdiagnosen festgelegt sowie das therapeutische Vorgehen abgestimmt. Unter dem Aspekt, inwieweit eine stationäre Behandlung weiterhin erforderlich ist, wird der Therapiefortschritt kontinuierlich überprüft und mit dem Patienten besprochen.

7.3 Ergebnisqualität

Stationäre psychosomatische Behandlung kann sinnvoller Weise nur als Teil eines Gesamtbehandlungskonzeptes gesehen werden. Deshalb ist die Einbeziehung von Zuweisern und die rechtzeitige Planung der nachstationären Therapie für die Qualität des Behandlungsergebnisses von ausschlaggebender Bedeutung. Dies geschieht im Regelfall telefonisch und durch rasche schriftliche Information nach Abschluss der Behandlung.

Es besteht in Bayern ein Zusammenschluss aller psychosomatischen Kliniken im Rahmen der Direktorenkonferenz. In diesem Kreis werden Probleme stationärer Behandlung diskutiert, Ergebnisse verglichen und Therapiestandards bei einzelnen Krankheitsbildern erarbeitet.

Das Institut für Qualitätsentwicklung in Psychotherapie und Psychosomatik (IQP) München, Leitung Dr. F. von Heymann, wertet die Daten der Basisdokumentation aus und vergleicht sie mit anderen psychosomatischen Kliniken in Bayern. Somit können die eigenen Klinikergebnisse mit den gepoolten Daten aller anderen bayerischen Kliniken verglichen werden. Auf dieser Grundlage werden in internen Qualitätszirkeln konzeptuelle Probleme diskutiert und weiter entwickelt. Darüber hinaus werden bestimmte Fragestellungen im Rahmen von Forschungsprojekten überprüft. Es besteht eine wissenschaftliche Kooperation mit Herrn Prof. Dr. M. Beutel, Johannes-Gutenberg-Universität Mainz.

Zur Zeit werden folgende Forschungsprojekte in den Abteilungen Krankenhaus und Rehabilitation der Psychosomatischen Klinik Bad Neustadt bearbeitet:

Erstes Projekt: „Diagnostik und Therapie leichter cognitiver Beeinträchtigungen bei älteren (50-59jährigen) Patienten.“
Förderung durch die BfA Bundesversicherungsanstalt für Angestellte.

Zweites Projekt: „Selbsthilfegruppen für psychisch und psychosomatisch Kranke – Versorgungsangebot, Inanspruchnahme, Wirksamkeit.“
Förderung durch den BKK Bundesverband.

Drittes Projekt: „Kontrollierte Therapiestudie zur Optimierung berufsbezogener Therapiemaßnahmen in der psychosomatischen Rehabilitation im Rahmen eines tiefenpsychologischen und verhaltenstherapeutischen Therapieansatzes.“
Förderung durch das BMBF Bundesministerium für Bildung und Forschung.

8 DIAGNOSENSTATISTIK

8.1 Darstellung des Patientengutes 2002 / 2003 nach Diagnosen, Schweregraden und Verweildauer

8.1.1 Hauptdiagnose

| Diagnosen | 2002 | 2003 |
|---------------------------------------|--------|--------|
| | N=1487 | N=1647 |
| Rez. depressive Episode F33 | 38,2% | 45,5% |
| Depressive Episode F32 | 22,2% | 26,8% |
| Angststörung F40&F41 | 15,4% | 9,8% |
| Essstörung F50 | 11,0% | 9,0% |
| Somatoforme Störung F45 | 4,2% | 3,1% |
| Anpassungs- und Belastungsstörung F43 | 3,4% | 1,4% |
| Dysthymia F34.1 | 1,4% | 0,7% |
| Persönlichkeitsstörung F60-69 | 2,4% | 1,6% |
| Zwangsstörung F42 | 0,7% | 0,7% |
| Dissoziative Störung F44 | 0,4% | 0,4% |
| Alkohol F10 | 0,1% | 0,4% |
| Schizophrenie F2 | 0,1% | 0,5% |
| Manisch bipolare Störung F30-31 | 0,1% | 0,4% |

8.1.2 Komorbidität (psychisch)

| Anzahl der F Diagnosen | 2002 | 2003 |
|------------------------|-------|-------|
| 1 | 38,8% | 37,9% |
| 2 | 36,5% | 39,1% |
| 3 | 16,8% | 15,9% |
| 4-5 | 7,3% | 6,6% |
| 6 und mehr | 0,6% | 0,4% |

8.1.3 Komorbidität (somatisch)

| Somatische Diagnosen | 2002 | 2003 |
|----------------------|-------|-------|
| 0 | 36,1% | 36,6% |
| 1 | 29,0% | 25,9% |
| 2 | 16,5% | 16,0% |
| 3 | 8,2% | 9,7% |
| 4-5 | 10,3% | 11,7% |

8.1.4 Symptombelastung Aufnahme / Entlassung

| | 2002 | 2003 |
|------------|-------|-------|
| Aufnahme | 1,21% | 1,24% |
| Entlassung | 0,64% | 0,66% |
| Differenz | 0,57% | 0,58% |

9 FORT- UND WEITERBILDUNG

Die Chefarzte der Klinik verfügen über eine dreijährige Weiterbildungszeit zum Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, eine zweijährige Weiterbildungszeit für den Facharzt für Innere Medizin, eine einjährige Weiterbildungszeit für den Facharzt für Psychiatrie, eine einjährige Weiterbildungszeit für Sozialmedizin und eine dreimonatige Weiterbildungszeit Spezielle Schmerztherapie. Weiterhin bestehen Weiterbildungsermächtigungen für die Vermittlung aller Bausteine für den Erwerb der Zusatzbezeichnung Psychotherapie. Die Fort- und Weiterbildungsaktivitäten der Klinik umfassen im Sinne der oben beschriebenen Weiterbildungsermächtigung Inhalte der psychosomatischen Medizin, der Inneren Medizin, der Psychiatrie und der Sozialmedizin. Hierzu gehören regelmäßige Supervisionen von gruppenpsychotherapeutischen Angeboten (mit Einverständnis der Patienten) sowie fall- und verlaufsbezogene wöchentliche Besprechungen von Patienten. Die Körperbezogene Gruppenpsychotherapie wird mehrfach jährlich über drei Tage in Blockform extern supervidiert. Wöchentlich findet eine Theorie- weiterbildung über anderthalb Stunden statt. Hinsichtlich des Inhalts und der Struktur des Weiterbildungscurriculums ist dieses oft aus drei Modulen aufgebaut:

Das Modul I befasst sich mit der Vermittlung von Grundlagen entsprechend der Weiterbildungskataloge. Es sind dabei Psychobiologie, Ätiologie, Psychophysiologie, Entwicklungspsychologie, Persönlichkeitslehre, theoretische Grundlagen in der Sozial- und Lernpsychologie, der Tiefenpsychologie und allgemeiner und spezieller Verhaltenslehre zur Pathogenese und Verlauf der Erkrankungen, der Dynamik der Paarbeziehungen, der Familie und der Gruppe erfasst.

Das Modul II umfasst die Krankheitslehre mit ca. 100 Stunden. Entsprechend des Weiterbildungskataloges sind hier die allgemeine und spezielle Psychopathologie, psychiatrische Nosologie einschließlich Klassifikation, allgemeine und spezielle Neurosenlehre und Psychosomatik einschließlich der Diagnose, Differentialdiagnose, Pathogenese, Psychodynamik und des Verlaufes der Erkrankungen abzuhandeln.

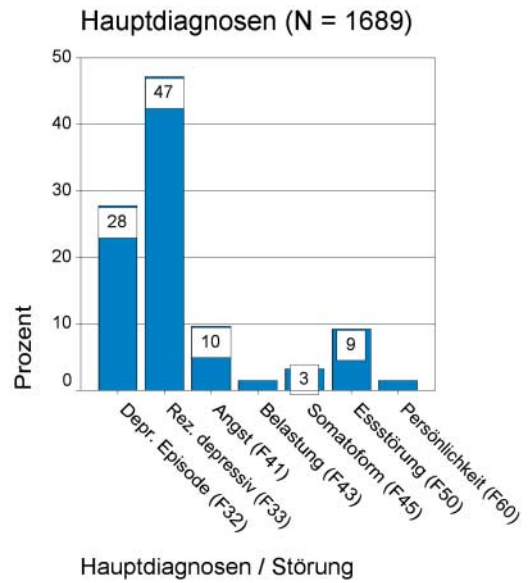
Im Modul III – Methoden, Techniken und Verfahren – werden in 100 Stunden entsprechend des Weiterbildungskataloges psychodiagnostische Testverfahren und Verhaltensdiagnostik, theoretische Grundlagen der psychoanalytisch begründeten und kognitiv-behavioralen Psychotherapiemethoden einschließlich der Indikation für spezielle Therapieverfahren, Prävention, Rehabilitation, Krisenintervention, Suizid- und Suchtprophylaxe, Organisationspsychologie und Familienberatung vermittelt.

Für alle Module existieren ausführliche Literaturlisten zur Anleitung für das Selbststudium. Das Curriculum wird angereichert durch Vorträge externer Referenten zu ausgewählten Themen.

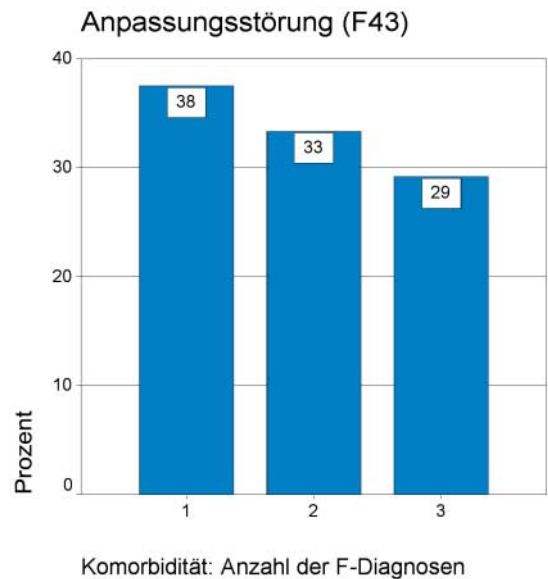
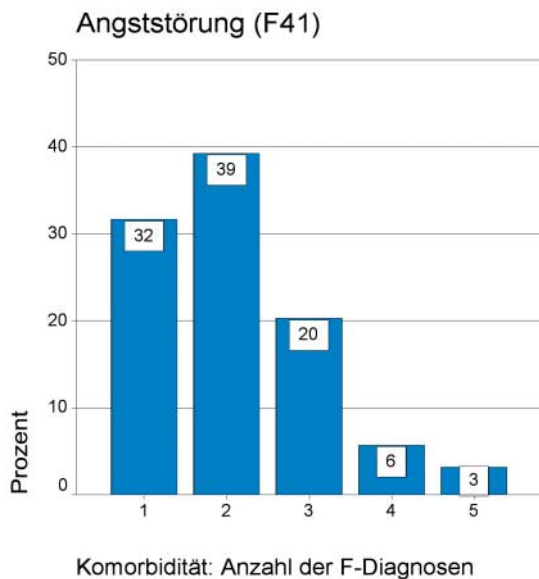
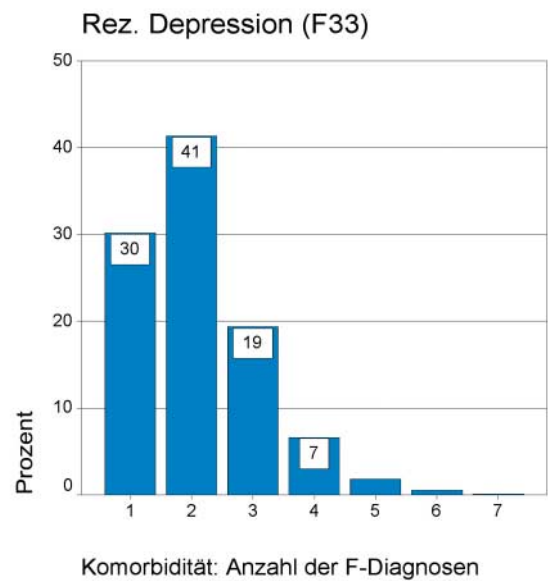
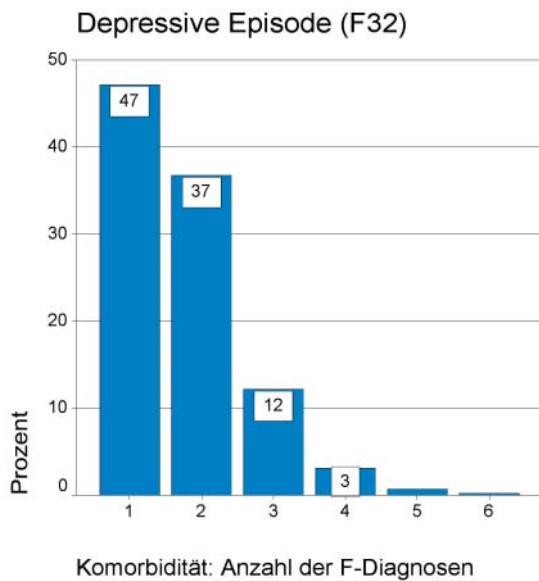
Gemäß der Weiterbildungsordnung für Innere Medizin und Psychiatrie finden regelmäßig Theoriefortbildungen zu ausgewählten Themen aus beiden Bereichen statt. Fragestellungen zu internistischen bzw. psychiatrischen Problemen sind in die Teamsitzungen integriert (VT-Fallbesprechungen, Sozialmedizinisches Kolloquium, Fachtagungen).

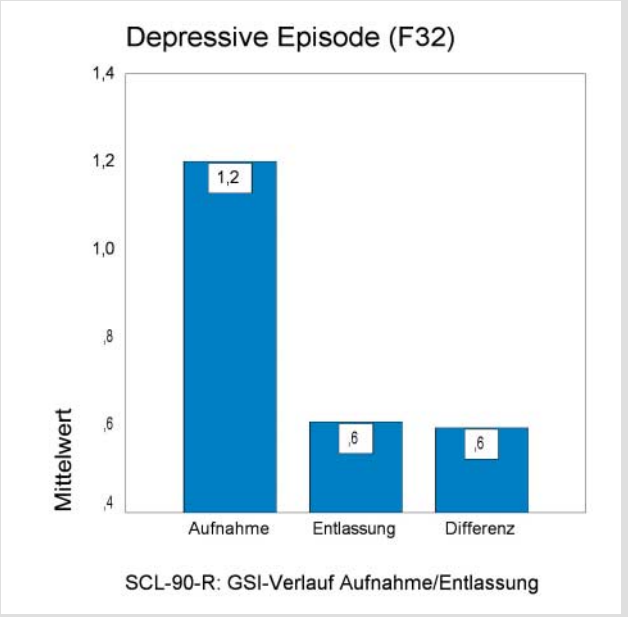
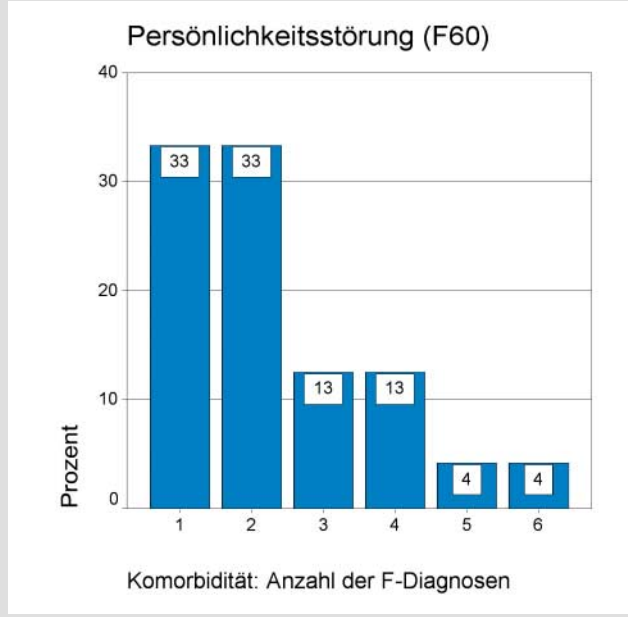
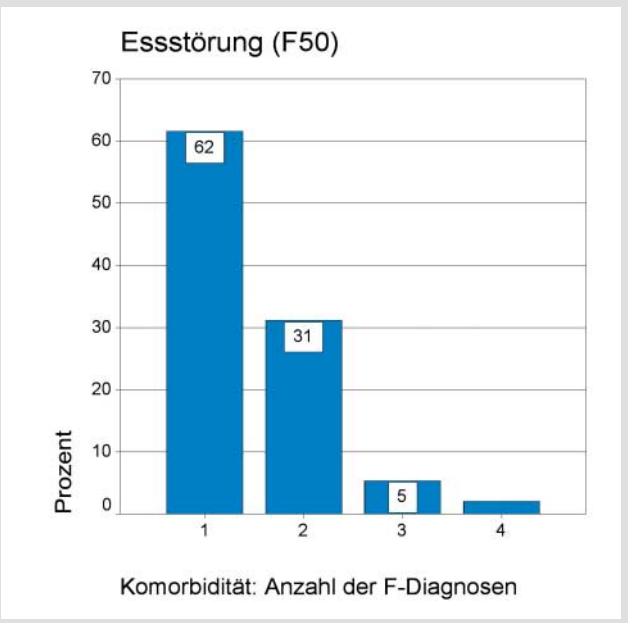
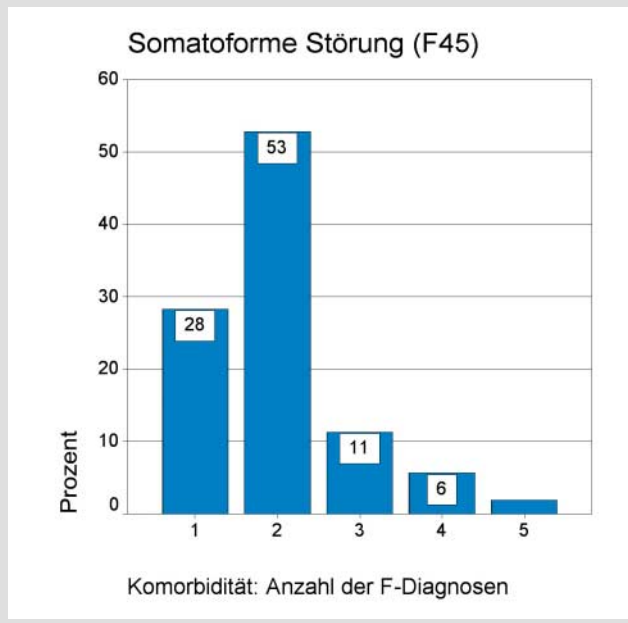
10 STATISTIK

Institut für Qualitätsentwicklung
in Psychotherapie
und Psychosomatik (IQP), München
Leitung Dr. F. von Heymann

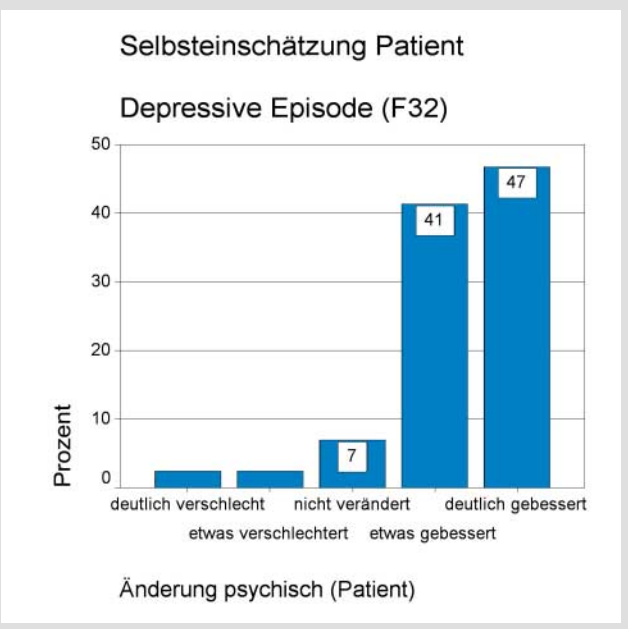
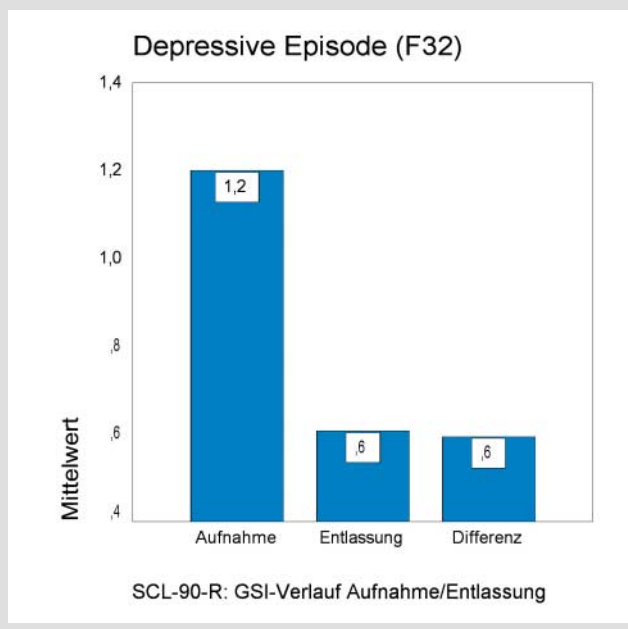


Kormorbidität bezogen auf einzelne Krankheitsbilder

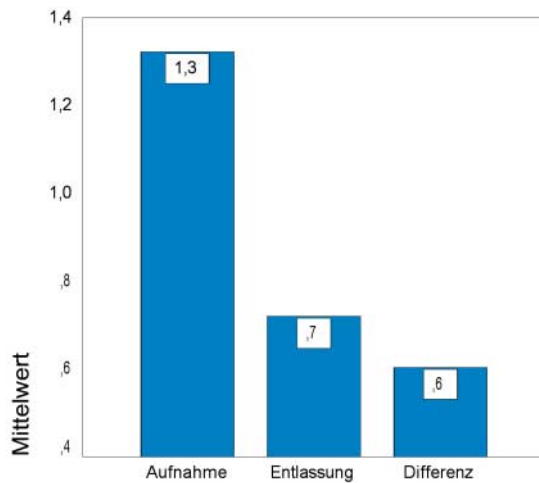




Symptombelastung Aufnahme / Entlassung (GSI) und Patientenselbsteinschätzung bezogen auf einzelne Krankheitsbilder



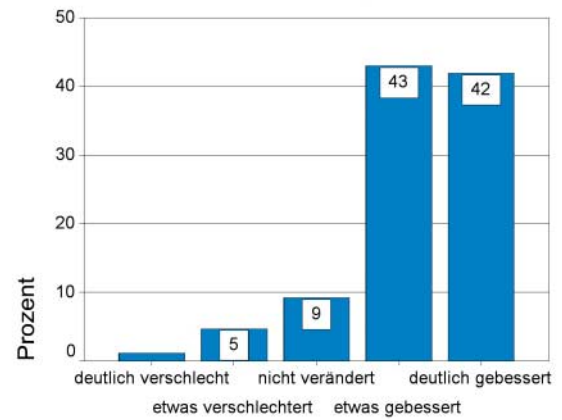
Rez. Depression (F33)



SCL-90-R: GSI-Verlauf Aufnahme/Entlassung

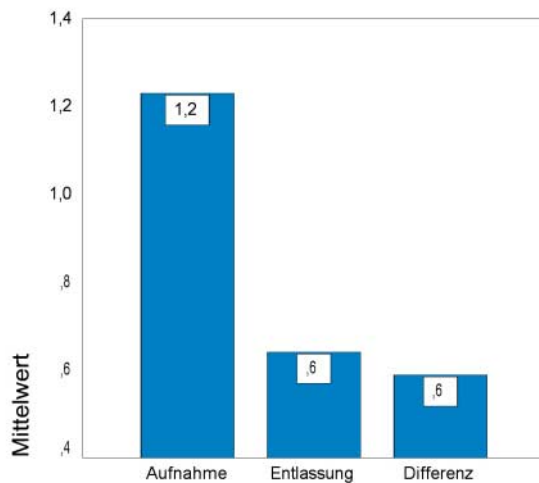
Selbsteinschätzung Patient

Rez. Depression (F33)



Änderung psychisch (Patient)

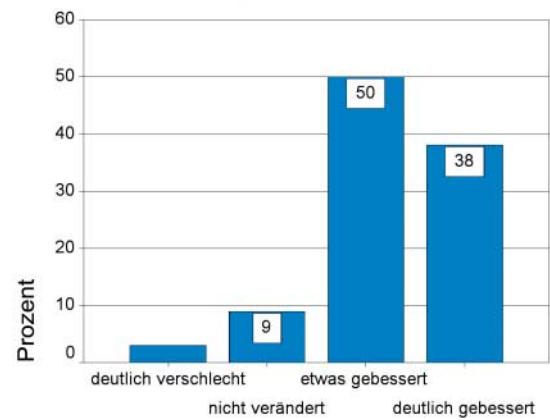
Angststörung (F41)



SCL-90-R: GSI-Verlauf Aufnahme/Entlassung

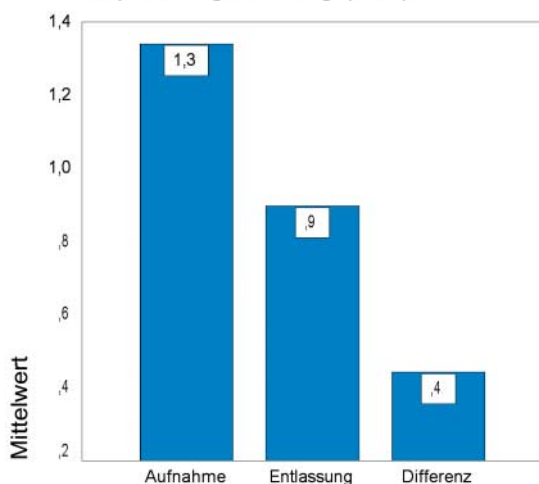
Selbsteinschätzung Patient

Angststörung (F41)



Änderung psychisch (Patient)

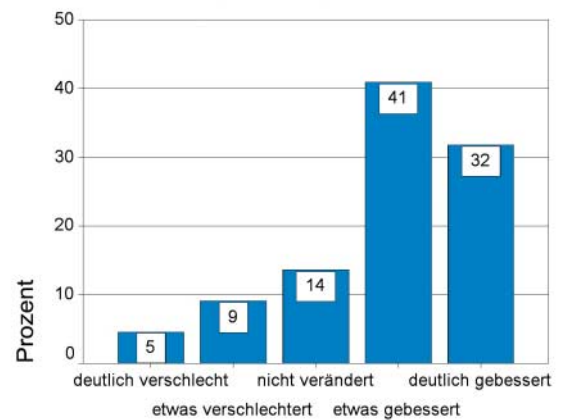
Anpassungsstörung (F43)



SCL-90-R: GSI-Verlauf Aufnahme/Entlassung

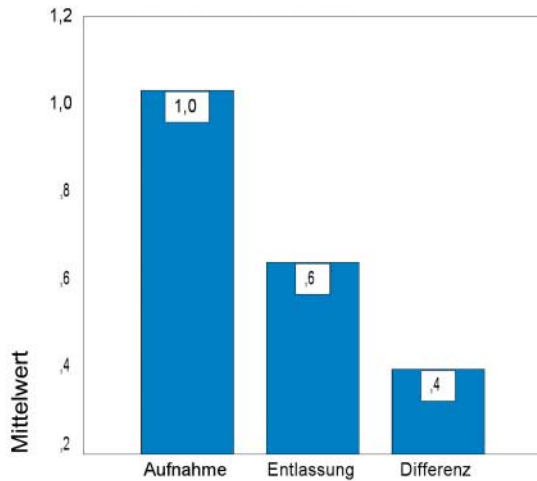
Selbsteinschätzung Patient

Anpassungsstörung (F43)



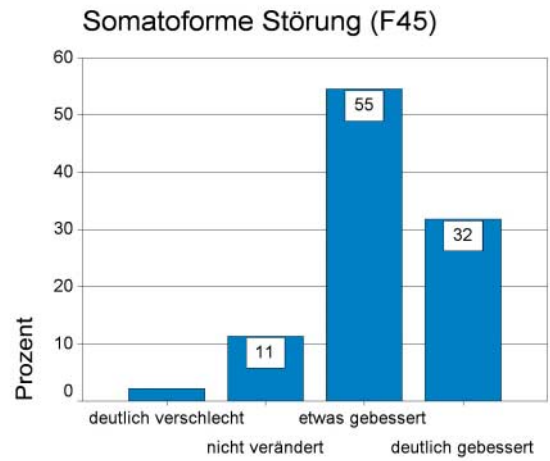
Änderung psychisch (Patient)

Somatoforme Störung (F45)



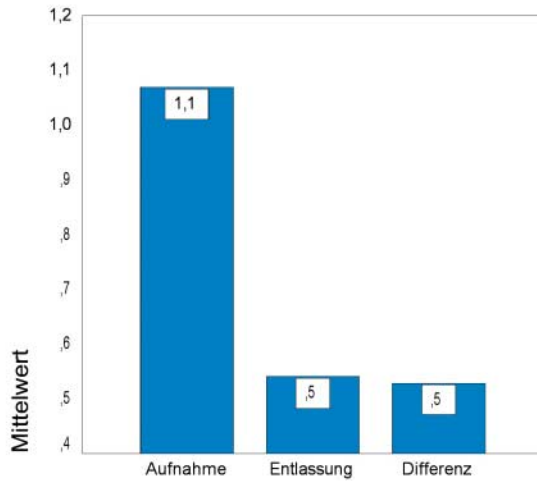
SCL-90-R: GSI-Verlauf Aufnahme/Entlassung

Selbsteinschätzung Patient



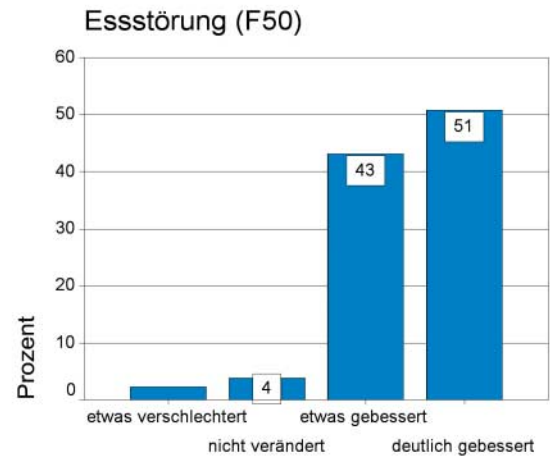
Änderung psychisch (Patient)

Essstörung (F50)



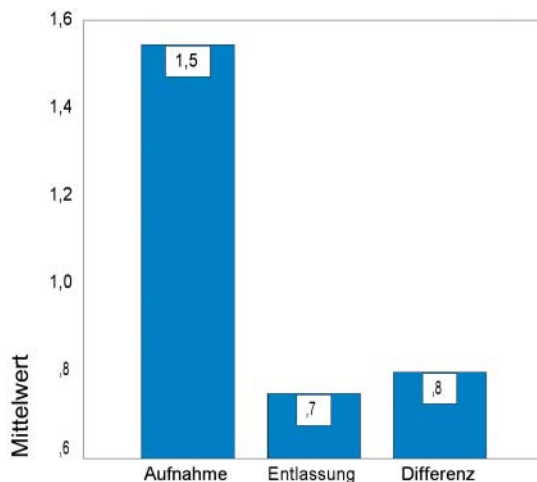
SCL-90-R: GSI-Verlauf Aufnahme/Entlassung

Selbsteinschätzung Patient



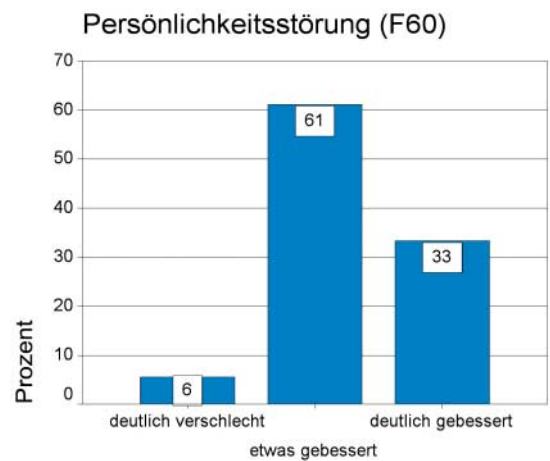
Änderung psychisch (Patient)

Persönlichkeitsstörung (F60)



SCL-90-R: GSI-Verlauf Aufnahme/Entlassung

Selbsteinschätzung Patient



Änderung psychisch (Patient)

II LITERATUR

Fürstenau, Peter

Zur Theorie psychoanalytischer Praxis
Psychoanalytisch-sozialwissenschaftliche Studien
Klett-Cotta, Stuttgart, 2. Auflage 1992

Entwicklungsförderung durch Therapie
Grundlagen psychoanalytisch-systemischer Psychotherapie
Pfeiffer, München, 2. Auflage 1994

Psychoanalytisch Verstehen, systemisch Denken,
suggestiv Intervenieren
Pfeiffer (Klett-Cotta), Stuttgart, 2. Auflage 2002

Kernberg, Otto

Psychodynamische Therapie bei Borderline-Patienten
Huber, Bern, 1993

Schwere Persönlichkeitsstörungen
Klett-Cotta / J. G. Cotta'sche Buchhandlung Nachfolger, Stuttgart, April 2000

Maaser, Rudolf et al.

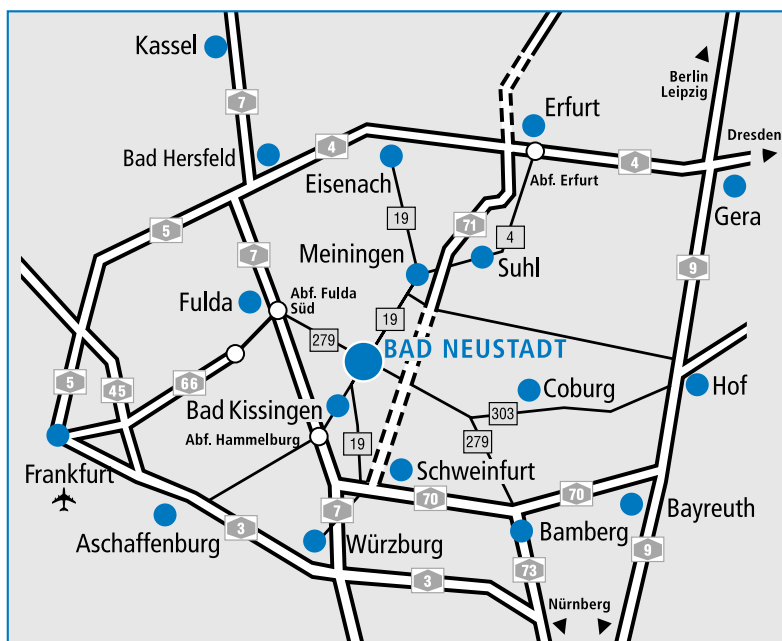
Theorie und Methode der körperbezogenen Psychotherapie
Kohlhammer, Stuttgart, 1994

Tschuschke, Volker

Praxis der Gruppenpsychotherapie
Thieme, Stuttgart, Juli 2001

Uexküll, Thure v.

Psychosomatische Medizin
Urban & Fischer Verlag, München, Juni 2000



Verkehrsanbindung

Mit der Bahn:

- ▶ aus dem Norden und Nordwesten über Fulda (IR/ICE/EC-Bahnhof), von dort weiter mit dem Bahnbus
- ▶ aus Richtung der neuen Bundesländer und Berlin über Meiningen bzw. Erfurt
- ▶ aus dem Süden und Westen über Würzburg (IR/ICE/EC-Bahnhof) und Schweinfurt
- ▶ aus dem Südosten über Bamberg und Schweinfurt

Mit dem Auto:

- ▶ aus dem Norden und Nordwesten auf der Autobahn A7 bis zur Ausfahrt Fulda Süd/Bad Neustadt, weiter über die B279 Richtung Gersfeld und Bischofsheim
- ▶ aus dem Nordosten über das Autobahnkreuz Erfurt auf der Autobahn A71 bis Meiningen, dann weiter auf der B19 über Mellrichstadt
- ▶ aus dem Südwesten auf der Autobahn A7 über Würzburg zum Autobahnkreuz Schweinfurt, hier auf der A70 Richtung Bamberg bis zur nächsten Ausfahrt, dann weiter auf der B19
- ▶ aus dem Süden und Südosten auf der A73 (Frankenschnellweg) über Bamberg in Richtung Coburg, ab der Ausfahrt Breitengüßbach/Bad Neustadt auf der B279 über Bad Königshofen.

In Bad Neustadt folgt man der Ausschilderung „RHÖN-KLINIKUM“.



Psychosomatische Klinik Bad Neustadt
 Träger: Rhön-Klinikum AG
 Salzburger Leite 1 · 97616 Bad Neustadt a. d. Saale
 Telefon (09771) 67-01 · Telefax (09771) 659301
 e-mail: psk@psychosomatische-klinik-bad-neustadt.de
 www.rhoen-klinikum-ag.com