



Psychosomatische Klinik Bad Neustadt

Abteilung Rehabilitation



Psychosomatische Klinik Bad Neustadt
Träger: Rhön-Klinikum AG
Salzburger Leite 1 · 97616 Bad Neustadt a. d. Saale
Telefon (09771) 67-01 · Telefax (09771) 65 93 01
e-mail: psk@psychosomatische-klinik-bad-neustadt.de
www.rhoen-klinikum-ag.com

Impressum

Redaktion und Textverarbeitung:

Dr. med. Rudolf J. Knickenberg, Jörg Rieger

Herausgeber:

Psychosomatische Klinik Bad Neustadt der Rhönklinikum AG

Nachdruck nur mit schriftlicher Genehmigung des Herausgebers

Überarbeitete Auflage 2005. 1000

Therapeutisches Konzept der Psychosomatischen Klinik Bad Neustadt Abteilung Rehabilitation

Salzburger Leite 1
97616 Bad Neustadt a. d. Saale
Telefon (09771) 67-01 · Telefax (09771) 65 93 01
e-mail: psk@psychosomatische-klinik-bad-neustadt.de
www.rhoen-klinikum-ag.com

INHALTSVERZEICHNIS

| | |
|---|----|
| Vorwort | 6 |
| 1.0 Bauliche Gegebenheiten | 7 |
| 2.0 Zugangswege und Indikation | 7 |
| 3.0 Therapeutisches Konzept | 8 |
| 3.1 Informationen der Patienten zu den Zielen der Rehabilitation | 8 |
| 3.2 Theoretisch - konzeptuelle Orientierung..... | 8 |
| 3.3 Theoretische Vorgehensweisen..... | 10 |
| 3.3.1 Psychodynamisch konfliktzentrierte Verfahren | |
| 3.3.2 Verhaltensmodifikationen | |
| 3.3.3 Neurophysiologische und neuropsychologische Erkenntnisse | |
| 3.3.4 Flankierende Maßnahmen | |
| 4.0 Therapeutisches Vorgehen | 13 |
| 4.1 Diagnosenstatistik..... | 16 |
| 5.0 Therapeutische Verfahren | 16 |
| 6.0 Indikative Schwerpunktbildung | 19 |
| 6.1 Gynäkologische Erkrankungen mit psychosomatischer Verursachung..... | 19 |
| 6.2 Behandlungsschwerpunkt „spezielle Probleme der zweiten Lebenshälfte“ | 20 |
| 6.3 Kognitive Einschränkungen | 20 |
| 6.4 Berufsbezogene Therapieangebote für Patienten mit Konflikten am Arbeitsplatz und beruflichen Belastungen | |
| MBO - Medizinisch-beruflich-orientierte Belastungserprobung | 21 |
| 6.5 „Burn out“ - nicht nur in sozialen Berufen | 22 |
| 7.0 Fort- und Weiterbildung | 24 |
| 7.1 Tagungen | 25 |
| 8.0 Forschungsaktivitäten | 26 |
| 9.0 Maßnahmen der Qualitätssicherung | 28 |
| 9.1 Strukturqualität | 28 |
| 9.2 Prozessqualität | 29 |
| 9.3 Ergebnisqualität | 30 |
| 10.0 Nachsorge | 30 |
| 11.0 Anhang | 31 |
| 11.1 Statistik | 31 |
| 11.2 Veröffentlichungen, Vorträge und Workshops der Mitarbeiter | 34 |
| 11.3 Veröffentlichungen ab 2003 | 38 |
| 11.4 Poster | 41 |
| 11.5 Veröffentlichungen in 2005 | 41 |
| 11.6 Praktikumbestellen für medizinisch-beruflich-orientierte Belastungserprobungen | 43 |

VORWORT

Die Psychosomatische Klinik Bad Neustadt wird seit ihrer Eröffnung am 01.04.1975 von den Rentenversicherungsträgern, seit 01.01.2002 unter der Federführung der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte, Berlin, den Gesetzlichen und Privaten Krankenversicherungen belegt. Die Abteilung Krankenhaus und die Abteilung Rehabilitation verfügen insgesamt über 340 Betten.

Die Psychosomatische Klinik Bad Neustadt steht in Trägerschaft der Rhön-Klinikum AG. Diese ist einer der großen privaten Krankenhausträger und betreibt Krankenhäuser und Rehabilitationseinrichtungen.

1995 erfolgt eine Trennung der Klinik in eine Krankenhaus- (180 Betten) und eine Rehabilitationsabteilung (160 Betten). Hiermit wurde dem Umstand Rechnung getragen, dass psychosomatische Krankheitsbilder im zeitlichen Verlauf unterschiedliche Behandlungsansätze benötigen. Hierbei ist nicht die Art der Störung (Diagnose) ausschlaggebend, sondern der Schweregrad und die Aktualität der Erkrankung. Vereinfachend kann man es so formulieren: Dekompensationen, die mit ambulanten Mitteln nicht zu stabilisieren sind, bedürfen einer sofortigen Krankenhausbehandlung, chronische Prozesse einer Rehabilitationsbehandlung unter Einbeziehung der sozialmedizinischen Aspekte.

Dies an sich schon komplexe Krankheitsgeschehen wird durch sozialmedizinische Fragestellungen noch weiter verkompliziert. Die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit, die Feststellung der geminderten oder erheblich gefährdeten Leistungsfähigkeit lässt sich nur im Kontext des beruflichen und sozialen Umfeldes und unter Würdigung der somatischen, psychischen und sozialen Einschränkungen treffen. Diese Entscheidung sollte alle entscheidenden Parameter berücksichtigen. Dazu bedarf es der sorgfältigen Sichtung aller Vorbefunde, der somatischen und psychiatrischen Diagnostik und der Verhaltensbeobachtung. Das daraus resultierende Behandlungsangebot muss individuell auf die Bedürfnisse des Patienten zugeschnitten sein und von einem multiprofessionellen Team vertreten werden.

In unserer Klinik tragen wir die erhobenen Befunde und Informationen in den Teamsitzungen zusammen und machen sie für die Behandlung wie auch zur Beantwortung der komplexen Zusammenhängefragen nutzbar. Die Professionalität eines Teams zeigt sich in der Fähigkeit aller Mitarbeiter zum Denken in vernetzten Strukturen. Ein gewachsenes Team mit langjährigen erfahrenen Mitarbeitern und jungen, lernbegierigen Menschen, die sich integrieren und neue Impulse bringen, ergeben die richtige Mischung aus Erfahrung und Anfängergeist, mit der sich ein psychodynamisches Konzept fortschreiben lässt, das auch die Integration bewährter anderer Therapieformen, wie die Verhaltenstherapie, auf dem Weg zu einem integrativen Behandlungsmodell zulässt.

Diesen Weg beschritten haben wir gemeinsam mit: Herr Dr. med. Bleichner, Chefarzt der Abteilung Krankenhaus der Psychosomatischen Klinik, Herr Dr. phil. Maaser, Therapiecontrolling und Supervisor. Auf der langjährigen Tätigkeit und den tiefenpsychologischen Therapiekonzepten beruht der gute Ruf der Klinik bei Zuweisern, Kosten- und Leistungsträgern. Durch diese Kollegen ist die Klinik in der tiefenpsychologischen Tradition seit mehr als 20 Jahren verankert.

Bad Neustadt, im März 2005

Dr. med. Rudolf J. Knickenberg
Ärztlicher Direktor
Chefarzt Abt. Rehabilitation

I.0 BAULICHE GEGEBENHEITEN

Die 160 Patienten der Abteilung Rehabilitation sind auf acht Stationen in Einzelzimmern untergebracht. Dazu kommen Schwesternzimmer, Therapeutenzimmer und Gruppenräume. Gemeinschaftsräume und die große Glaskuppel bieten den Patienten helle, freundliche Rückzugsmöglichkeiten auch außerhalb des eigenen Zimmers zum Gespräch oder gemeinsamen Spielen. Die Klinik ist raucherfrei; Raucher können im Umfeld der Klinik rauchen.

Die Rezeption im Eingangsbereich hat eine wichtige Funktion in der Vermittlung zwischen den Belangen der Patienten, der Verwaltung und den therapeutischen Mitarbeitern. Über die Rezeption werden die Patienten auf die Stationen geleitet, alle einlaufenden Telefonate werden von hier vermittelt. Über die Rezeption laufen auch alle Koordinationen für ausgelöste medizinische Notfallmaßnahmen. Mit den Mitarbeiter der Rezeption wird in regelmäßigen Abständen ein Kommunikationstraining durchgeführt. Den Mitarbeitern ist daran gelegen, dem psychosomatisch Kranken ein Gefühl von Geborgenheit und freundlicher Unterstützung zu vermitteln. Die helle Atmosphäre, die kommunikative Gestaltung der öffentlichen Räume und im Speisesaal, das Speisenangebot mit verschiedenen Hauptgerichten und Beilagen erleichtern das Einleben.

2.0 ZUGANGSWEGE UND INDIKATION

Die Abteilung Rehabilitation der Psychosomatischen Klinik Bad Neustadt umfasst 160 Behandlungsplätze auf 8 Stationen. Jede Station ist mit 2 Ärzten bzw. 1 Arzt und 1 Diplompsychologen besetzt.

Die Klinik wird belegt durch die Rentenversicherungsträger gemäß § 15 SGB VI und die Krankenkassen nach § 40 Abs. 2 SGB V sowie Privatkrankenversicherungen. Sie ist beihilfeberechtigt im Sinne des § 4 Abs. 1 Nr. 2 BVO. Die Klinik verfügt über einen Vertrag nach § 111 SGB V mit den Bayerischen Verbänden der Gesetzlichen Krankenversicherungen.

Eine besonders beschleunigte Aufnahme innerhalb von drei Wochen wird für „Eilfälle“ gewährleistet.

Stationär behandelt werden können:

- ▶ Affektive Störungen (ICD-10 F32 – F34)
- ▶ Allgemeine psychosomatische Störungen in Belastungssituationen und Lebenskrisen (ICD-10 F 35 – F 39)
- ▶ Neurotische Belastungs- und somatoforme Störungen (ICD-10 F 40 – F48)
- ▶ Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren (F 50 – F 59), besonders seien hier erwähnt:
Anorexia nervosa und Bulimia nervosa
- ▶ Adipositas bei gestörtem Essverhalten
- ▶ Psychologische Faktoren oder Verhaltensfaktoren bei andernorts klassifizierten Krankheiten (F 54) (z. B. Reizdarmsynndrome, essentielle Hypertonie, Syndrome des oberen Verdauungstraktes Morbus Crohn, Colitis ulcerosa)
- ▶ Neurologisch-psychosomatische Erkrankung (z. B. psychogene Anfallserkrankung, Migräne, Torticollis spasmodicus, Musikerkrampf)
- ▶ Psychotische Erkrankung in Remission zur Hilfe bei der Neuorientierung im familiären und beruflichen Bereich, zur Stärkung des Selbstwertgefühls und zur Akzeptanz der Erkrankung

Für Patienten im mittleren Lebensalter und der zweiten Lebenshälfte bieten wir als besonderen Behandlungsschwerpunkt an:

- ▶ Neurotische Reaktionen einschließlich depressiv-narzißtischer Krisen in der zweiten Lebenshälfte nach schwereren oder gehäuften Verlusterlebnissen und bei berufsbezogener Problematik
- ▶ Psychosomatische Krankheitsbilder bei Patienten mit Altersproblematik, negativer Lebensbilanz und sozialer Isolation
- ▶ Diagnostik und Behandlung von Konzentrations- und Gedächtnisstörungen in der zweiten Lebenshälfte, Anleitung zum mentalen Training (Hirnleistungstraining)
- ▶ Schwere somatische Erkrankungen mit Problemen der Krankheitsverarbeitung (somato-psychische Störungen)

Kontraindikationen:

- ▶ Akute psychotische Erkrankungen
- ▶ Hirnorganisch wesensveränderte und pflegebedürftige Patienten, bei denen kein ausreichender psychotherapeutischer Ansatz erkennbar ist
- ▶ Patienten unter 16 Jahren
- ▶ Drogen-, Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit
- ▶ Patienten, deren akute Suizidgefährdung besondere Schutzvorkehrungen erforderlich macht
- ▶ Rollstuhlpatienten, da der Rehabilitationsbereich nicht behindertengerecht ausgebaut ist

3.0 THERAPEUTISCHES KONZEPT

Durch die Informationsmaterialien der Klinik weiß der Patient schon vor der Aufnahme von der Notwendigkeit zum eigenen Engagement bei seiner Behandlung. Zugeschickt werden ihm der Wegweiser für Patienten und die Hausordnung. Er ist informiert über den Grundgedanken der therapeutischen Gemeinschaft und wie diese auf den Stationen gelebt wird.

3.1 Informationen des Patienten zu den Zielen der Rehabilitation

Der Patient wurde vor seiner Aufnahme mit den Zielen einer psychosomatisch ausgerichteten Rehabilitation vertraut gemacht. Dazu gehört neben den eigenen individuell zu bestimmenden Zielen die Rekompensation und Stärkung krankheitsgeschwächter biologischer Funktionen, die Wiederherstellung bzw. Erhaltung der Erwerbsfähigkeit, Verbesserung psychosozialer Kompetenzen und kreativer Fähigkeiten sowie vorbeugend Nutzung und Förderung gesunder körperlich-seelischer Ressourcen. In der Aufnahmewoche wird die Motivationsgruppe – Einführung in die Psychosomatik – eingebunden, in der die therapeutische Vorgehensweise noch einmal erläutert wird.

3.2 Theoretisch-konzeptuelle Orientierung

Die tiefenpsychologische Psychosomatik geht von der Vorstellung aus, dass die Symptome und Beschwerden des Patienten mit allgemeinen Lebens- und Persönlichkeitsproblemen in Zusammenhang stehen und dass diese Zusammenhänge dem Patienten selbst nicht bzw. nur teilweise bewusst sind. Dieser Ansatz enthält folgende Bestimmungsstücke:

- ▶ Symptome, unter denen der Patient leidet und das damit in Zusammenhang stehende Krankheitsverhalten erlebt er bewußt. Die Ursachen und Hintergründe seiner Erkrankung, d. h. die Dynamik, aus der die Erkrankung entsteht und die sein Krankheitsverhalten steuert, bleiben dem Bewusstsein des Patienten verborgen, sie sind unbewusst.

Im Bereich der unbewussten Konfliktpathologie besteht bei psychosomatischen Erkrankungen stets ein unbewusstes Potential nicht gelebter Emotionen, das sich als Phantasie mit motivationalem Charakter beschreiben lässt.

- ▶ Das Muster dieser nicht gelebten Emotionalität eines psychosomatisch Erkrankten lässt sich tiefenpsychologisch als Konflikt oder als Entwicklungsdefizit auffassen. Auf der theoretischen Ebene sei hier auf die moderne Theoriediskussion verwiesen. Neben den herkömmlichen Konzepten der Neurosenpsychologie finden objektbeziehungstheoretische Erwägungen und das Konzept der strukturellen Ich-Störung Berücksichtigung. Aus empirischer Sicht liegen zumeist unbewusste Konflikte und auch Entwicklungsdefizite vor.
- ▶ In die Persönlichkeitsstruktur - einerseits genetisch teilweise festgelegt, andererseits in der frühen Kindheit grundgelegt - ist die Konfliktpathologie eingebettet. Frühe Verletzungen und Missbrauchserlebnisse, unerfüllte Wünsche und Frustrationen, also allgemein traumatische Beziehungserfahrungen können nicht entsprechend verarbeitet werden und bestimmen so als „Leitlinie“ das gesamte Leben der betreffenden Persönlichkeit. Diese Persönlichkeits- und Konfliktpathologie bestimmt alle wesentlichen weiteren Entscheidungen des Menschen bis in das Erwachsenenalter hinein. Dabei werden seine unerfüllt gebliebenen kindlichen Wünsche, insbesondere in seinen späteren Beziehungsphantasien, im Bereich der Partnerschaft und der Arbeit eingespeist. Analog zum Grundmuster seiner Erfahrungen und seiner Frustrationen versucht der Erwachsene seine Beziehung zu konstellieren, ohne die tiefgefühlten frühen Defizite damit auffüllen zu können. So entsteht Enttäuschungswut, die er schon in der Kindheit und dann auch in den späteren Beziehungen nicht ausleben und verarbeiten konnte. Die Symptomentstehung kann dann als Kompromiss zwischen seinen frühkindlichen Wünschen und Erfahrungen und den auf diesem Hintergrund aktuell gefühlten Entbehrungen angesehen werden.
- ▶ Neben den tiefenpsychologischen Konzepten integrieren wir in unsere moderne theoretische Orientierung auch verhaltenstherapeutische Theorieansätze im Sinne eines integrativen Theorie- und Therapieansatzes. Diese Ansätze kommen besonders bei der Modifikation von gelernten sozialen Interaktionsschemata und Kontrollüberzeugungen zur Anwendung.
- ▶ Im Sinne des sogenannten sekundären Krankheitsgewinnes aus tiefenpsychologischer und aufrechterhaltender Bedingungen aus verhaltenstherapeutischer Sicht werden die Symptome im Rahmen der Chronifizierungsprozesse auch durch die Veränderung der äußeren Lebensumstände und den an den Symptomenkomplex adaptierten inneren Einstellungen zusätzlich fixiert. Neben der Konfliktabwehr im engeren Sinne tritt ein gelerntes Fehlverhalten als chronisches Krankheitsverhalten auf. Das chronifizierte Krankheitsverhalten zu modifizieren erfordert das Erstellen einer Bedingungsanalyse zusammen mit dem Patienten, die Vermittlung von Information zur vorliegenden Störung und zu einem Veränderungswissen, das erarbeitet und auch eingeübt werden muss.

3.3 Therapeutische Vorgehensweisen

Im Rahmen der stationären Behandlung konstituiert sich der oben beschriebene infantile Ambivalenzkonflikt auch in der Beziehung zu den Therapeuten und im Rahmen der Gruppentherapie zu den anderen Patienten. Dies entspricht dem Übertragungsvorgang, der dem Patienten im therapeutischen Prozeß bewußt gemacht werden soll, damit er die von ihm unbewusst gestalteten Beziehungskonstellationen und daraus abgeleiteten Erwartungen erkennen und, soweit diese dysfunktional sind, auch im Rahmen seiner Möglichkeiten überwinden kann. Die tiefenpsychologische Therapie hilft dem Patienten, die Hintergründe seiner Erkrankung zu klären und versetzt ihn so in die Lage, sich schrittweise mehr Selbstständigkeit und Selbstbestimmung zu erarbeiten. Wir erachten es im Rahmen einer stationären Psychotherapie als unsere Aufgabe, dem Patienten bei der akuten Überwindung seiner Symptome Hilfen an die Hand zu geben, die in der Anleitung zu konkreten Übungen und der Bereitstellung von Erfahrungsfeldern bestehen, in denen der Patient seine zuvor erarbeiteten Grundannahmen überprüfen und revidieren kann.

3.3.1. Psychodynamisch konfliktzentrierte Verfahren

Entsprechend der tiefenpsychologischen Krankheitslehre gehen wir von einem konfliktzentrierten Modell psychischer Störungen aus. Dies bedeutet insbesondere für die große Gruppe der neurotischen Störungen, dass die sichtbare und quälende Symptomatik eine Antwort oder einen Lösungsversuch auf einen Konflikt darstellt. Dieser Konflikt kann innerpsychisch als eine Ambivalenz zwischen widerstrebenden inneren Bestrebungen aufgefasst werden. Es kann sich aber auch um einen äußeren Konflikt zwischen dem Individuum und seiner sozialen Umwelt handeln. Oft bedingen sich innere und äußere Konfliktfelder auch gegenseitig. So ist ein erster Schritt in der Behandlung, die einzelnen Konfliktfelder und ihre Interaktion gemeinsam mit dem Patienten zu verstehen, um daraus die Rolle der beobachtbaren Symptomatik und die Bedeutung dieser Symptomatik abzuleiten. Mit der wachsenden Einsicht in diese Zusammenhänge ergeben sich häufig schon erste Lösungsansätze. Diese können einerseits in einer veränderten Einstellung gegenüber den Konflikten und den daran beteiligten Personen bestehen, andererseits kann durch die vertiefte Einsicht auch ein konkreter Veränderungswunsch eigener persönlicher Verhaltensweisen resultieren.

3.3.2. Verhaltensmodifikationen

Gerade bei chronifizierten Störungen ist die Rekonstruktion des ehemals auslösenden Konfliktes durch Bearbeitung der auslösenden Situation oft nicht mehr möglich oder führt zu keiner Veränderung des Symptoms. Die Sekundärfolgen sind so übermächtig geworden, dass die Symptomatik entweder als sinnentleertes Ritual abläuft oder unabhängig von konfliktträchtigen Situationen auf andere Signalreize hin aufgerufen wird. Die Symptomatik wird selbst zur Krankheit. Bei diesen Symptomkonstellationen ist oft als erster Schritt eine Verhaltensmodifikation angezeigt, die sich effektiv mit konfliktzentrierten Vorgehensweisen kombinieren lässt. Es bietet sich zunächst ein übendes Vorgehen an. Hier kommen verhaltenstherapeutische Ansätze zur kognitiven Umstrukturierung, zur Exposition sowie zur Modifikation der Wahrnehmung zur Anwendung. Verhaltensmodifikationen können sich auch auf das Interaktionsverhalten wie etwa die Selbstsicherheit beziehen. In Rollenspielen können das selbstsichere Auftreten, das Äußern eigener Wünsche und Bedürfnisse, der Umgang mit Kritik und Ablehnung geübt werden.

Verhaltensmodifikationsmöglichkeiten im einzelnen:

- ▶ Expositionsübungen
- ▶ Kognitive Umstrukturierung
- ▶ Rollenspielgruppen zur Erhöhung sozialer Kompetenz
- ▶ Schulung der Sinneswahrnehmung
- ▶ Symptombezogene Wahrnehmungsänderung
- ▶ Aufbau und Stabilisierung von Alternativverhalten.

3.3.3. Neurophysiologische und neuropsychologische Erkenntnisse

Die "Neurowissenschaften" finden immer stärkeren Eingang in die Psychotherapie. Sie bilden die Grundlage für das Verständnis der Entstehung emotionaler Abläufe, der Steuerung des Verhaltens und der Entwicklung und Arbeitsweise des Gedächtnisses. Neurophysiologische und neuropsychologische Erkenntnisse geben Aufschluß über die körperlichen Vorgänge bei allen mit Symptomen einhergehenden psychischen Störungen. Es werden dabei die im Körper abgelaufenen hormonellen oder Stoffwechselfvorgänge verstehbarer. Letztendlich helfen uns die Neurowissenschaften zu einem vertieften Verständnis des Zusammenspiels zwischen Körper und Psyche. Die seit Descartes bestehende Trennung in „Körper“ und „Seele“ geht in der neurophysiologischen Betrachtungsweise im Sinne einer gleichberechtigten Existenz von Psyche und Soma auf. Auch die genetischen Einflüsse auf die Entstehung von Gesundheit und Krankheit, auf die Konstitution und das Temperament eines Menschen finden hier als Hintergrundwissen für eine jede individuelle Psychotherapie ihre Berücksichtigung. Besonders deutlich wird dies bei dem von Patient und Therapeut gemeinsam gefassten Entschluss zur medikamentösen Mitbehandlung. Das Einsetzen eines Psychopharmakons oder auch eines Schmerzmittels setzt eine breite Kenntnis der Pharmakologie voraus. Die Auswahl erfolgt unter Berücksichtigung der Symptomatik und der mit dem Medikament zu bewirkenden Erleichterungen für den Patienten. Berücksichtigt werden müssen: die Kenntnisse über die Chemie der Botenstoffe des Gehirns und deren Beeinflussung, die Wirkung der Medikamente auf das emotionale Erleben des Patienten und nicht zuletzt auch die Wechselwirkung der Medikamente untereinander.

Der neurowissenschaftliche Ansatz reicht aber deutlich weiter. Reizwahrnehmung und Reizverarbeitung, kognitive Vorgänge und Lernen, das Zusammenspiel von Kognition und Emotionen führen auf einer weiteren Hierarchieebene zu Fragen der Symbolisierungsfähigkeit des Gehirns und damit schließlich zu einer erweiterten Betrachtung des Leib- Seele- Problems. Die psychosomatische Verständnis- und Herangehensweise erfährt durch die neurowissenschaftlichen Erkenntnisse eine ungeahnte und kaum zu überschätzende Bereicherung. Konkrete Auswirkungen auf die Therapie haben diese Erkenntnisse besonders im Umgang mit dissoziativen Störungen bis hin zur Traumabehandlung, im Umgang mit chronischem Schmerz und Tinnitus, im Umgang mit Depressionen, Angst-, Panik- und Zwangsstörungen.

3.3.4. Flankierende Maßnahmen

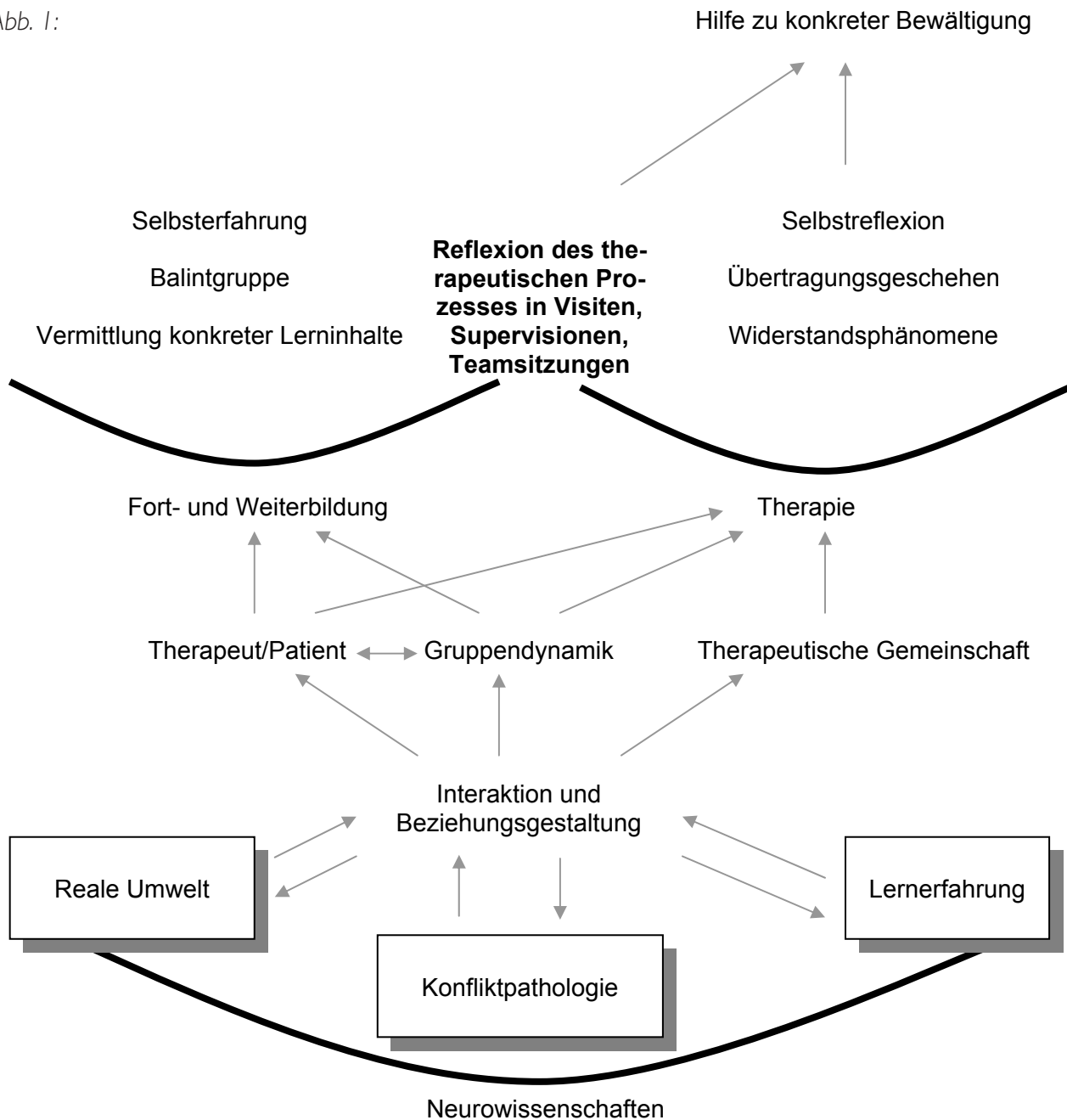
Zu den übenden Verfahren gehören das Durchführen eines Entspannungstrainings wie der progressiven Muskelrelaxation nach Jacobson oder das Autogene Training. Im weiteren Sinne können auch balneophysikalische und krankengymnastische Maßnahmen neben den ihnen eigenen speziellen Effekten entspannend wirken.

Ergotherapeutische Gruppen- und Einzelbehandlung können ebenso wie körperorientierte Verfahren zur Anwendung kommen. Sie haben je nach Vorgehen und Konzeption der einzelnen Gruppen mehr konfliktzentriert aufdeckende oder auch die Wahrnehmung trainierende und zu Verhaltensänderung anregende Funktion.

Der Sozialdienst hilft dem Patienten bei seiner Integration in die berufsbezogenen Gruppenangebote. Die Patienten werden an den Belastungserprobungsstellen betreut, der Sozialdienst holt Beurteilungen von den „Arbeitgebern“ ein. Sie tragen über Kontakte zu Selbsthilfegruppen und die sozialpsychiatrischen Dienste zur Verzahnung der stationären Maßnahme mit den ambulanten Vor- und Nachbetreuern bei. Für die Einleitung beruflicher Reha-Maßnahmen stellt der Sozialdienst den Kontakt zu dem Reha-Berater der Rentenversicherung noch während der stationären Maßnahme her.

Die Abb. 1 versucht auf dem Boden zugrundeliegender neurophysiologischer Abläufe, den Einfluss von Konfliktpathologie, erlerntem Verhalten und realer Umwelt auf die Beziehungsgestaltung im therapeutischen Setting nachzuzeichnen. Die sich ergebenden Interaktionen in Einzelkontakten, in Gruppentherapien und der therapeutischen Gemeinschaft auf der Station lösen zwei Prozesse aus. Mit dem Patienten wird an seiner Problematik mit den Möglichkeiten tiefenpsychologischer Techniken gearbeitet. Der Therapeut nimmt die Interaktionen zum Anlaß, in seiner eigenen Weiter- oder Fortbildung diese Prozesse ebenfalls zu reflektieren, theoretisch zu unterlegen oder für seine eigene Selbsterfahrung nutzbar zu machen

Abb. 1:



4.0 THERAPEUTISCHES VORGEHEN

Es wird eine umfassende medizinische, psychiatrisch/psychotherapeutische Diagnostik durchgeführt und mit dem Patienten gemeinsam die bio-psycho-soziale Disposition seiner Erkrankung erarbeitet.

Der Behandlungsbedürftigkeit des Krankheitsbildes wird durch ein ärztliches Gespräch und eine ärztliche Aufnahmeuntersuchung am Aufnahmetag Rechnung getragen. Im Regelfall wird dabei auch die medikamentöse Behandlung festgelegt oder die vom Patienten mitgebrachte Medikation zunächst weitergeführt.

Die nächsten Sitzungen dienen der Anamneseerhebung und Besprechung der Biographie. Diese erweiterte Aufnahmephase schließt mit der individuellen Erstellung einer Zieldefinition in mündlicher oder schriftlicher Form. Es werden die Zielvorstellungen des Patienten von diesem mit Hilfe des Therapeuten formuliert. Der zweite wichtige Punkt ist die Ausformulierung der Eigenverantwortung des Patienten für das Erreichen dieser Ziele. Es wird dabei zum Ausdruck gebracht, dass jegliche Besserung seines Zustandes sein eigener Verdienst und nicht die Verpflichtung des Therapeuten ist. Die Aufgabe des Therapeuten besteht in der Begleitung, der zur Verfügungstellung des speziellen psychotherapeutischen Wissens und der Unterstützung des Patienten beim Erkennen und Bewältigen seiner Störung. Mit dieser Abmachung wird ein Arbeitsbündnis beschrieben, in dem Therapeut und Patient als Partner an einem vom Patienten vorgegebenen Ziel arbeiten. Der "Lohn dieser Bemühungen" gebührt dem Patienten.

Ein Therapievertrag kann den Verzicht auf Alkohol oder Medikamenten beinhalten. Ausgeführt sein kann auch bei suizidgefährdeten Patienten, welche unterstützenden Maßnahmen Therapeut und Stations-team ihm gewähren können, damit dieser seinen Impulsen widerstehen kann. Der Patient bestätigt seinerseits, dass er sich bei übermächtig werdenden Impulsen bei einem Angehörigen des Stationsteams meldet, damit die Suizidgefährdung weiter abgeschätzt werden kann und entsprechende Gegenmaßnahmen ergriffen werden. Noch speziellere Maßnahmen können für Patienten beschrieben werden, die zur Selbstverletzung neigen. Der Vertrag endet mit entsprechenden, für alle Patienten verbindlichen Maßnahmen bei Übertretung der Abmachungen hinsichtlich eines Konsums von Suchtmitteln oder selbstgefährdender oder selbstverletzender Handlung.

Zur stationären Aufnahme gelangen zunehmend schwerer gestörte Patienten mit Ich-strukturellen Defiziten. Leichtere Verlaufsform psychischer Störungen werden heutzutage überwiegend ambulant oder teilstationär behandelt und gelangen höchstens im Rahmen akuter psychischer Krisen in die stationäre Behandlung. Die angewandten Therapiemaßnahmen sind grundsätzlich darauf ausgerichtet, dem Patienten im Rahmen eines stärker strukturierten Vorgehens Einsichten in seine Entwicklung zu vermitteln und über die Einnahme von Hilfs-Ich-Funktionen der therapeutischen Mitarbeiter ihm dabei zu helfen, eine strukturelle Nachreifung des Ich einzuleiten und seine Objekt- und Selbsterfahrung bewusster wahrzunehmen. In der tiefenpsychologischen Therapie spielen die Diagnostik maligner Objektbeziehungsdyaden eine große Rolle. Sie lassen sich im Übertragungsgeschehen ableiten und können dem Patienten vorsichtig und taktvoll gedeutet werden.

Die **tiefenpsychologische Diagnostik** erfolgt durch die Erstellung eines tiefenpsychologischen Erstinterviews in Anlehnung an die operationalisierte psychodynamische Diagnostik (OPD) ergänzt um Verhaltensbeobachtungen nach tiefenpsychologischen Gesichtspunkten im Rahmen des therapeutischen Teams und der therapeutischen Stationsgemeinschaft.

Erweitert werden kann dieses diagnostische Vorgehen um die teilweise EDV-gestützte **psychologische Testdiagnostik** hinsichtlich Persönlichkeits-, Leistungs- und projektiver Testverfahren. Ein Schwerpunkt liegt auf der Hirnleistungsdiagnostik und möglichen anschließenden Überführung in ein Gedächtnistraining.

Auf der somatischen Ebene wird die ärztliche Aufnahmeuntersuchung durch die Abnahme eines Rou-

tinelabors und die Ableitung eines EKG's ergänzt. Im Rahmen der Oberarztvisiten werden dann auf der Grundlage der Vorbefunde und der aktuellen Untersuchungsergebnisse mit dem Patienten gemeinsam das weitere diagnostische Vorgehen festgelegt. Folgende diagnostische Schritte sind möglich:

Internistische Diagnostik: Konventionelle Röntgentechnik, differenzierte Labordiagnostik, EKG, Ergometrie mit Belastungs-EKG, Rheographie, Ultraschall-dopplertechnik, Sonographie, Oesophago-Gastro-Duodenoskopie, Rektosigmoido-Coloskopie, Lungenfunktionsprüfung mit Blutgasanalysen.

Gynäkologische Diagnostik: Untersuchungsplatz mit Kolposkopie und mikrobiologischer Diagnostik, Sonographie (abdominal, vaginal), CTG

Als Unternehmen der Rhön-Klinikum AG stehen der Klinik die konsiliarischen, diagnostischen und medizinischen Leistungen folgender Kliniken in gleicher Trägerschaft zur Verfügung

Herz- und Gefäß-Klinik Bad Neustadt

Kardiochirurgisches Zentrum
Klinik für Kardiologie I
Klinik für Kardiologie II
Klinik für Gefäßchirurgie
Institut für Radiologie

Klinik für Handchirurgie Bad Neustadt

Frankenklinik

Kardiologisches und angiologisches Rehabilitationszentrum
mit dem Schwerpunkt Anschlussrehabilitation
mit integriertem Diabeteszentrum

Neurologische Klinik Bad Neustadt

Abteilung für Akutneurologie mit Stroke Unit und Klinischer Neurophysiologie
Abteilung für die Behandlung von Schwerst-Schädel-Hirnverletzten mit Intensivmedizin
Abteilung für Weiterführende Rehabilitation und Abteilung für Anschlussheilbehandlung
Abteilung für Aktivierender Pflege

Saaletalklinik

Stationäre Rehabilitation von Abhängigkeitserkrankungen (Alkohol- Medikamenten- und Drogenabhängigkeit) mit Vorstellungsmöglichkeiten für Patienten, bei denen sich die ganze Tragweite der Abhängigkeitserkrankung erst nach der Aufnahme in der Psychosomatischen Klinik herausstellt. Die Saaletalklinik arbeitet ebenfalls nach einem tiefenpsychologischen Konzept.

Das nachfolgende Schema beschreibt den formalen Behandlungsablauf für einen Patienten von seiner Aufnahme bis zur Entlassung. Dabei wird auf eine Verzahnung zwischen medizinisch erhobenen Befunden und psychotherapeutischem Vorgehen geachtet. Dies ist besonders gut durch die Besetzung der Stationen mit Ärzten und Psychologen gegeben. Der Gesamtbehandlungsplan wird in Visiten und Supervisionssitzungen erstellt.

Medizinische/”somatische” Maßnahmen

Ärztliches Aufnahmegespräch
Körperliche Untersuchung
Fortsetzung/Anpassung der Medikation
Oberarztvorstellung



Psychotherapeutische Maßnahmen

Vorstellung des Patienten
in der Stationsgemeinschaft
“Patenpatient”
Erstinterview durch Bezugstherapeuten

I. Behandlungstag

Visiten
Festsetzung von Konsiliar-
Untersuchungen



Eingliederung in therapeutische Stationsgruppen
Verbale Gruppe
Körpergruppe
Interaktionelle Gruppe
Erstellung des vollständigen Therapieplans

I. Behandlungswoche

Rückkopplung der erhobenen
Befunde an den Patienten, den
Bezugstherapeuten, Physio-
und Ergotherapeuten in Visiten
und Supervisionen



Verordnete Teilnahme an:
Sporttherapien nach Belastungsmöglichkeit
Medizinischer Trainingstherapie
Schwimmen
Physiotherapeutische Anwendungen
Ergotherapie
Indikativen Gruppen
Beratungsgespräche/Sozialdienst,
berufliche Belastungserprobung

Letzte Behandlungswoche

Zusammenschau der Befunde und therapeutischen Entwicklungen sozialmedizinische Beurteilung,
Vorbereitung der nachstationären Behandlung.

Abb.2: Verzahnung medizinischer und psychotherapeutischer Maßnahmen

Darstellung der Patiententherapiepläne

Entsprechend dem Ablaufschema (Abb. 2) werden mit den neu aufgenommenen Patienten spezielle individuelle Therapiepläne ausgearbeitet. Diese umfassen neben den Einzelgesprächen zur Informationsgewinnung und Bearbeitung spezieller Situationen verschiedene Formen der Gruppentherapien. Für die Patienten sind die zwei mal wöchentlich stattfindenden Stationsrunden, die verbale tiefenpsychologische Gruppenpsychotherapie, die körperbezogene tiefenpsychologische Gruppenpsychotherapie und die interaktionale Gruppentherapie obligatorisch. Hinzu kommen die wöchentlich ablaufenden Visiten, in denen Einzelkontakte mit dem therapeutischen Stationsteam möglich sind. Die Gelegenheit zu weiteren Einzelkontakten ergibt sich durch die auf jeder Station durch die Therapeuten abgehaltene Sprechstunde bzw. durch die individuelle Planung solcher Einzelkontakte.

Im Rahmen der Sport-, Spiel-, Gestaltungsgruppen (SSG) finden je nach Behandlungsschwerpunkt mehr Körperwahrnehmungsschulung, kreatives Malen, Entspannungstraining und die Auseinandersetzung mit einem Werkstoff und mehr körperbezogene sportlich gymnastische Übungen statt. Diese beinhalten neben der Körperwahrnehmungsschulung den Terrainlauf, das Zirkeltraining, Einzel- und Gruppengymnastik, medizinisch-technisches Training und Schwimmen. Hinzu kommen die weiter oben dargestellten symptomorientierten Schwerpunktgruppen.

Die durchschnittliche Behandlungsdauer beträgt aktuell 37,5 Tage. Eine genauere Aufschlüsselung findet sich im statistischen Anhang.

4.1 Diagnosenstatistik

Bei einer Erhebung aus den Jahren 2003 und 2004 ergeben sich die Aufnahmen in den folgenden diagnostischen Hauptgruppen (Mehrfachnennungen sind möglich).

| ICD | Diagnosen | Anzahl |
|--------|---|--------|
| F31 | Bipolare affektive Störungen | 11 |
| F32.0 | Leichte depressive Episode | 219 |
| F32.1 | Mittelgradige depressive Episode | 854 |
| F 32.2 | Schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome | 424 |
| F 33.0 | Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode | 110 |
| F 33.1 | Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode | 476 |
| F 33.2 | Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome | 58 |
| F 34.1 | Dysthymia | 265 |
| F 40.0 | Agoraphobie | 103 |
| F 41.0 | Panikstörung (episodisch paroxysmale Angst) | 89 |
| F 41.1 | Generalisierte Angststörung | 69 |
| F 41.2 | Angst und depressive Störung, gemischt | 65 |
| F 41.3 | Andere gemischte Angststörungen | 11 |
| F 43.1 | Posttraumatische Belastungsstörung | 23 |
| F 43.2 | Anpassungsstörungen | 122 |
| F 45.0 | Somatisierungsstörung | 334 |
| F 45.4 | Anhaltende somatoforme Schmerzstörung | 179 |
| F 50.0 | Anorexia nervosa | 218 |
| F 50.2 | Bulimia nervosa | 75 |
| F 60 | Persönlichkeitsstörung | 194 |
| H 91.2 | Tinnitus | 24 |

Tab. I: Diagnosenstatistik

5.0. THERAPEUTISCHE VERFAHREN

Aufgrund wissenschaftlicher Ergebnisse aus der Psychotherapieforschung haben wir uns zu der schwerpunktmäßigen Durchführung von Gruppentherapien entschlossen. Die Indikation zur Gruppentherapie insgesamt kann breit gestellt werden. Die Gruppen sind als offene Gruppen konzipiert. Es stoßen also immer wieder neue Patienten dazu, immer wieder muß auch von scheidenden Patienten Abschied genommen werden. In der **verbalen Gruppe** kommen abgewandelte psychoanalytische Gruppentherapieelemente zum Einsatz. Allgemein kommt es zu einer vertieften Einsicht in die eigenen Interaktionen mit den anderen Gruppenmitgliedern. Die Gruppe hat einen schützenden und bergenden Charakter, da den Patienten deutlich wird, dass sie mit ihrer Symptomatik nicht allein stehen. Besonders profitieren können die Patienten durch eine Beobachtung und Verbesserung ihres sozialen Verhaltens. Sie schärfen ihr Verstehen und Empfinden sozialer Prozesse, lernen, auf die anderen Gruppenmitglieder einzugehen, erleben auch unterschiedliche Bewältigungsmöglichkeiten der anstehenden Problembereiche. Auf diese Weise werden vor dem Hintergrund der therapeutischen Gemeinschaft einer Station die gruppendynamischen Prozesse therapeutisch optimal genutzt. In den verbalen Gruppen gilt die Grundregel der freien Interaktion. Die Patienten werden aufgefordert, die Eindrücke aus ihrem Innern und aus der Gruppensituation frei zu äußern. Es entwickelt sich ein spontanes, im stationären Setting durch den Therapeuten strukturiertes Gespräch. Es kommt zu einer multipersonalen Übertragung, indem die Patienten ihre unbewussten Einstellungen zu früheren Bezugspersonen auch auf die Mitglieder der Gruppe und den Therapeuten übertragen. Die Gruppenmitglieder reagieren mit ihren eigenen Gegenübertragungen, zudem reagieren die Mitglieder der Gruppe in einer Gruppenübertragung auf den Therapeuten. Der Psychotherapeut beobachtet die Interaktionen zwischen den Gruppenmitgliedern und die sich etablierenden Übertragungen auf ihn selbst und versucht, die Interaktionen mit dem emotionalen Erleben zu verknüpfen. Der Gruppenleiter achtet darauf, daß sich die Patienten nicht verbal verletzen und Impulse sozial angemessen ausgedrückt werden, was vor allem bei Borderline-Patienten und narzißtischen Störungen besonders wichtig ist.

Höher strukturiert ist die einmal wöchentlich auf der Station stattfindende **interaktionale Gruppenpsychotherapie**. „Interaktional“ meint die schöpferisch offene, spielerische Annäherung an Interaktionserfahrungen, -gewohnheiten und -probleme. Die Qualität und Intensität unterscheidet sich nach den individuellen Erfahrungen und den situativen Gegebenheiten. Soziale Interaktionen können von dem Einzelnen immer wieder gleich dysfunktional gestaltet werden. In den von den Therapeuten vorgegebenen Aufgaben, Spielen und Rollenspielen können immer wieder ähnliche Verhaltensweisen gesehen, besprochen und verändert werden. Die Flexibilität in Interaktionsmöglichkeiten, und Lösungsansätze für soziale Konfliktsituationen ist ein wesentliches Merkmal sozialer Kompetenz und seelischer Gesundheit. Die regelmäßig behandelten Themenbereiche befassen sich mit: Ankommen/ Abschied, Vertrauen, gegenseitige Rückmeldungen, Konfliktklärungen und szenische Darstellungen. Therapeutische Ziele sind: die Flexibilität in Situationen mit verschiedenen Interaktions- und Kommunikationsanforderungen zu erhöhen, das Selbstbild mit dem Fremdbild abzugleichen, Kritik adäquat äußern und annehmen können, Gefühle wahrzunehmen und zu zeigen und die Kontaktfähigkeit zu erhöhen.

In der **Körperpsychotherapiegruppe** herrschen als Aufgaben die Beschreibung der eigenen Sinneswahrnehmung, der Körperbezüge und das Erleben von Körperbewegungen vor. Der Therapeut fordert zu entsprechenden Körperübungen oder zur Konzentration auf die Sinneswahrnehmung auf und nutzt die gemachten Empfindungen dazu, diese mit dem aus der Biographie erinnerten Körpererleben zu verknüpfen. Diese Gruppe ist besonders geeignet für alle Patienten, denen der Zugang zum eigenen Körper und zu den eigenen Gefühlen schwerfällt, die zu Abwehrvorgängen tendieren wie Gefühlsverdrängung, Intellektualisierung, Rationalisierung oder Affektisolierung.

Im **Gruppentraining soziale Kompetenz (GSK)** haben die Patienten die Möglichkeit, in Rollenspielen für sie schwierige Gespräche und selbstsicheres Auftreten direkt zu üben. Sie erhalten Hinweise für ihr Auftreten, erarbeiten sich, welche Gesprächsführung am günstigsten erscheint, ohne unangemessen aggressiv oder zu verbindlich zu wirken.

Im Vergleich zu diesem gruppentherapeutischen Vorgehen haben Einzelgespräche einen vorwiegend realitätsbezogenen, stützenden, motivierenden und damit therapiefördernden Charakter. Bei bestimmten Krankheitsbildern und in schwierigen Verlaufsphasen der Therapie werden die Einzeltherapien vermehrt angeboten.

Das in Gruppen und Einzelgesprächen erarbeitete Wissen um den konflikthaften biografischen Hintergrund und den daraus resultierenden problematischen Interaktionen und Symptombildungen soll der Patient reflektieren, um dann bei der Erarbeitung alternativer Verhaltensweisen unterstützt zu werden. Hierzu kommen neben den einzelnen Gruppengesprächen auch die weiteren flankierenden Therapiemaßnahmen zur Anwendung.

In **Sport und Spiel**, eingeschränkt auch in der Krankengymnastik, kann der Patient den Umgang mit seinem eigenen Körper und seinen Interaktionen mit den Mitpatienten überprüfen und verändern. Die Gymnastik einzeln und in Gruppen ist gerade bei den somatoformen Schmerzstörungen eine erprobte Möglichkeit, über organische Behandlungsmaßnahmen zunächst einen Zugang zu den Patienten zu finden, um nach dem Erwerb von Vertrauen die Bereitschaft zu erhöhen, auch psychische Prozesse für die Auslösung oder Verstärkung von Schmerzen mit zu berücksichtigen. Krankengymnastische Übungsbehandlung kann auch die "somatische Brücke" für die dissoziativen Störungen, einhergehend mit Lähmungen oder dem Ausfall von Sinnesorganen darstellen, über die ein Verzicht auf die Symptomatik möglich wird. Sport und Spiel dienen häufig neben der Förderung des Teamgeistes der Abfuhr von aggressiven Spannungen und dem spielerischen Äußern von Durchsetzungsfähigkeit und Zielstrebigkeit.

In **ergotherapeutischen Maßnahmen** kann der Patient seine Ausdauer fördern, kann seinen Emotionen über Medien wie Ton oder Farbe Ausdruck verleihen und vermag auch hier im Gruppenprozess bei Gemeinschaftsaufgaben seine spezielle Art, zu einer Problemlösung beizutragen, reflektieren. Dabei beeinflusst die Verwendung unterschiedlicher Werkstoffe die Stimmung der Patienten und verlangt diesen andere Fertigkeiten ab. Die Patienten entwickeln im Umgang mit einem schwer zu bearbeitenden Material mehr Durchhaltevermögen oder Frustrationstoleranz, mit verfließenden Farben wird die Kreativität angesprochen, die Arbeit kann nicht akkurat ausgeführt werden, was von manchem Patienten kaum toleriert werden kann. Die Verwendung verschiedener Werkstoffe ist auch ein guter Ansatzpunkt für berufsbezogene Fragestellungen. Ergotherapie stellt in der medizinischen Rehabilitation einen wichtigen Schritt zur differenzierten Leistungsbeurteilung dar.

In den **soziotherapeutischen Beratungsgesprächen** geht es darum, mit dem Patienten im Rahmen des Gesamtbehandlungsplans in enger Abstimmung mit dem Bezugstherapeuten auf der realitätsbezogenen Ebene seine Vorstellung zu beruflicher Veränderung, zu Maßnahmen zur Teilhabe am Arbeitsleben oder Berentung zu problematisieren und ihn in berufsbezogene Gruppen und berufliche Belastungserprobungen zu integrieren. Weitere Aufgabe ist die Unterstützung bei Fragen zu anderen sozialtherapeutischen Themen wie zur Schuldenberatung, zu Mietfragen, zum Taschengeld und zu Maßnahmen zur Teilhabe am Arbeitsleben. Über die Soziotherapeuten wird auch der Kontakt zum Rehabilitator gebahnt.

Das **Entspannungstraining** in der Form der **progressiven Muskelrelaxation nach Jacobson** ist für Viele leicht zu lernen. Die Patienten führen es bei uns einmal in der Woche unter Anleitung durch und erhalten schriftliche Informationen zur regelmäßigen eigenen Übung. Die Gruppenstunden dienen der Anleitung und bieten Gelegenheit zu fragen, ein eigenes Training ist unumgänglich. Nur so bekom-

men die Patienten eine eigene Routine und können die Entspannung auch zu Hause an ihrem Arbeitsplatz als Kurzentspannung wirklich nutzen.

Im Einzelfall können wir mit unseren Patienten auch ein **bio-feed-back-Training** durchführen.

6.0 INDIKATIVE SCHWERPUNKTBILDUNG

In der Klinik werden neben den tiefenpsychologischen Standardgruppen spezielle symptomorientierte indikative Gruppen angeboten. In diesen Gruppen wird der Patient verstärkt zur Selbstbeobachtung seiner Symptomatik angeleitet. Es wird dann versucht, die Intensität der Symptomatik mit speziellen Situationen in Verbindung zu bringen, mit emotionalen Auslösern oder gedanklichen Beunruhigungen. Zur Bewältigung werden mit den Patienten gemeinsame Bewältigungsstrategien erarbeitet, die neben Verfahren zur Entspannung und Imagination auch aktives Üben der ängstigen oder ungebundenen Situationen beinhalten. Auf diese Weise können symptomorientiert behandelt werden:

- ▶ Ängste
- ▶ Tinnitus
- ▶ Schmerzen und andere somatoforme Störungen
- ▶ Anorexie und Bulimie
- ▶ Psychosomatisch-gynäkologische Erkrankungen
- ▶ Depressionen
- ▶ Schlafstörungen

Gesonderte Teilkonzepte zur Anforderung durch Patienten und Zuweiser liegen vor für:

- ▶ Tinnitus aurium
- ▶ Spezielle Schmerztherapie
- ▶ Eßstörung
- ▶ Psychotherapie in der Lebensmitte

6.1 Gynäkologische Erkrankungen mit psychosomatischer Verursachung

Epidemiologische Untersuchungen zeigen, daß die Lebenszeit-Prävalenz affektiver Störungen bei Frauen deutlich höher ist als bei Männern. Ein seit 1994 von der Klinik angebotener Behandlungsschwerpunkt liegt im Bereich „Frauengesundheit“ und auf der psychosomatischen Behandlung gynäkologischer und sexueller Störungen. Hierzu zählen Probleme in der Adoleszenz und Fertilitätsstörungen ebenso wie Erkrankungen und Probleme im Verlauf der Schwangerschaft, dem Klimakterium und nach Tumorerkrankungen. Häufig gibt es nach sexuellen Gewalterfahrungen auch Symptome einer posttraumatischen Belastungsstörung. Dabei ist nicht in jedem Fall an die stationäre Aufarbeitung dieser posttraumatischen Störungen gedacht. Es soll den Betroffenen Gelegenheit zur vertrauensvollen Mitteilung dieser Erfahrung gegeben werden, um sie dann in eine entsprechende ambulante Weiterbehandlung überführen zu können. Sowohl primär biologisch-körperliche wie psychopathologisch begründete Störungen führen oft sekundär zu erheblichen Beeinträchtigungen im sozialen und beruflichen Leben und zu familiären Konfliktsituationen.

Erschwerend wirkt nach wie vor die festzustellende Überbelastung von Frauen durch den doppelten Belastungsdruck von Beruf und Haushalt. Zunehmende Gereiztheit, Verkrampfung, unbewusste Genussverbote führen zu einer Reduzierung libidinöser Affekte, es entwickeln sich Formen psychogener Unlust und Abneigung, häufig ausgedrückt durch körpersprachliche Symptome. Gelernte Faktoren im Sinne einer Hilflosigkeit gegenüber Ansprüchen von Außen, gegenüber Erfahrungen eigenen Versagens, unrealistische Erwartungen, kombiniert mit Persönlichkeitszügen wie Selbstunsicherheit und Leistungspro-

bleme treten hinzu. Hier wird mit einer Kombination aus adäquater fachärztlicher gynäkologischer Untersuchung, medikamentöser und physiotherapeutischer Behandlung im Verbund mit psychotherapeutischen Maßnahmen eine Klärung und hilfreiche Beeinflussung der Probleme erreicht. Bessere rationale und emotionale Einsichtsfähigkeit und bessere Lebensbewältigung sind das Ziel.

6.2 „Spezielle Probleme der zweiten Lebenshälfte“

Beginnend seit Anfang 1996 wurden zunehmend gezielt berufsbezogene Interventionsformen in das Therapieprogramm hereingenommen. Eigenstudien haben gezeigt, dass wesentliche Belastungen im Berufsleben der älteren Arbeitnehmer, der Wechsel des Vorgesetzten und daraus resultierende Konflikte am Arbeitsplatz sowie technologische Veränderungen – Umstellung/Einführung von EDV- bzw. computergestützter Arbeitsplatz – und schließlich auch veränderte Arbeitsplatzbedingungen, verbunden mit erhöhten psychomentalen Belastungen am Arbeitsplatz, bestehen. Die Klinik hat dem zunehmenden Bedarf nach gezielten psychotherapeutischen Maßnahmen für ältere Arbeitnehmer Rechnung getragen. Es soll ihnen damit eine angemessene Teilhabe am gesellschaftlichen und beruflichen Leben auch weiter ermöglicht werden. Diese berufsbezogenen Behandlungsangebote sind gleichwertiger Bestandteil der psychosomatischen Rehabilitationsbehandlung, wie andere somatische und psychotherapeutische Verfahren auch. Patienten mit entsprechender Problematik werden entweder in eine berufsbezogene Gruppe für ältere Arbeitnehmer oder in eine berufsbezogene Gruppe für ältere Arbeitnehmer mit zusätzlichem EDV-Training einbezogen. Diese speziell auf die Probleme älterer Arbeitnehmer zugeschnittene Gruppe kann durch eine von der soziotherapeutischen Abteilung begleitete Belastungserprobung ergänzt werden. Diese Gruppen und ihre Ergebnisse werden im Rahmen eines Projektes mit Förderung durch die Bundesversicherungsanstalt für Angestellte wissenschaftlich durch Professor Dr. med. Beutel, Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie, Justus-Liebig-Universität Gießen, begleitet.

6.3 Kognitive Einschränkungen

Konzentration- und gedächtnisbezogener Einschränkungen werden von uns testpsychologisch diagnostiziert und bei Bedarf ein Hirnleistungstraining nach neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen angeboten. Das Trainingsprogramm ist deutlich differenzierter als die herkömmlichen Schulungshilfen zum Gedächtnistraining wie etwa das „Gehirnjogging“. Dies Training soll Spaß machen, nicht nur die Fehler und Defizite verdeutlichen, sondern auch Bestätigung vermitteln. (Knickenberg et al. 2004) Auf eine kurze Formel gebracht lernen ältere Menschen besser, indem sie zu ihnen schon bekannten Inhalten möglichst spielerisch dazu lernen.

Diese Bemühungen können um ein EDV- Training erweitert werden, das speziell für unsere Patienten vom Christlichen Bildungswerk Bad Neustadt (CBW) angeboten wird und den Umgang mit dem Computer von den Grundbegriffen bis zum selbstständigen Arbeiten vermittelt. Der Kurs umfasst 8 Sitzungen à 2,5 Stunden ist auf maximal 12 Teilnehmer begrenzt (Beutel et al. 2004, Freiling et al. 2004). In der Klinik stehen Computerarbeitsplätze zur Verfügung, um das Gelernte zu üben und zu vertiefen. Auch ein Internetzugang ist zur freien Nutzung vorhanden.

6.4 Belastungserprobung im privaten und beruflichen Umfeld

Im Rahmen des Klinikkonzeptes ermöglichen wir den Patienten Belastungserprobungen als therapeutische Maßnahmen. Dieses Vorgehen folgt der Überlegung, dass psychosomatische Störungsbilder neben direkt auslösenden und aufrechterhaltenden Bedingungen zusätzlich mit den privaten und beruflichen Lebensbedingungen Wechselwirkungen aufweisen, durch die die Symptomatik nach der Rückkehr aus der stationären Rehabilitation leicht wieder gebahnt werden kann, da die eingeleiteten Veränderungen noch frisch sind und weiter ausgebaut werden müssen. Zum Teil fördern die Familienmitglieder, Freunde, Verwandte, Kollegen und Vorgesetzte ungewollt das Schon- oder Konfliktverhalten. In diesen sozialen Verhaltens- und Beziehungsmustern liegt nach klinischer Erfahrung oft ein großes Rückfallpotential. Zum besseren Transfer dienen die therapeutischen Beurlaubungen, in denen der Patient vorbereitende Gespräche führen kann und seine erarbeiteten veränderten Verhaltensweisen erproben kann. Nach seiner Rückkehr aus der externen Belastungserprobung in die Klinik können die gemachten Beobachtungen und Erfahrungen besprochen und Veränderungen gezielt weiter bearbeitet werden.

6.5 Berufsbezogene Therapieangebote für Patienten mit Konflikten am Arbeitsplatz und beruflichen Belastungen MBO - Medizinisch-beruflich-orientierte Belastungserprobung

An der Klinik existieren berufsbezogene Gruppentherapieangebote, in die jüngere Arbeitnehmer, Auszubildende, Patienten ohne Schulabschluß und ungelernete Arbeitnehmer integriert werden. Diese Gruppe erstreckt sich über acht Termine von jeweils 90 Minuten und ist als halboffene Gruppe angelegt. Nach einer Definition der beruflichen bzw. schulischen Problembereiche werden gemeinsame Lösungsstrategien erarbeitet. Dabei werden dysfunktionale Verhaltens- und Denkweisen herausgearbeitet, die auch von Seiten des Patienten möglicherweise zu einer Beziehungsstörung am Arbeitsplatz oder in der Schule geführt haben, die von dem einzelnen Patienten oft voreilig als „Mobbing“ bezeichnet wird. Unter Berücksichtigung der sich etablierenden Beziehungsstrukturen in der Gruppe werden die problematischen Verhaltensweisen transparenter gemacht und Alternativen besprochen. Die Patienten werden durch Rollenspiele dazu aktiviert, auch konkret Änderungen ihres Verhaltens einzuüben. In Hausaufgaben werden sie dazu angehalten, die in der Gruppe erarbeiteten Ansichten weiter zu vertiefen.

Ausprobieren und umsetzen

In **Berufspraktika** kann Erlerntes umgesetzt oder neue Erfahrungen in einem Beruf vermittelt oder die Konzentrations- und Aufmerksamkeitsleistung in der regelmäßigen Arbeit erprobt werden. Dieser Behandlungsschritt ist sehr aufwendig, wird vom Sozialdienst der Klinik begleitet und steht für ausgewählte Patienten in verschiedenen Betrieben zur Verfügung. Die Klinik kooperiert mit zahlreichen Betrieben in Bad Neustadt (siehe Anhang). Das Praktikum wird dann in den Therapieprozess eingebettet, wobei alle Zeiten variabel sind und mit dem Patienten zusammen abgesprochen werden.

Vorgeschaltet werden kann in der Ergotherapie die Konzentrationsförderung, das räumliche Denken und die Handgeschicklichkeit. Der Patient wird angeleitet auf eine ergonomische Arbeitshaltung zu achten und seine Kräfte einzuteilen.

Die Belastungserprobung erscheint indiziert für langzeitarbeitsunfähige oder auch langzeitarbeitslose Patienten bzw. für Patienten, die aufgrund ihrer psychischen oder physischen Einschränkung während der stationären Therapie Erfahrungen mit anderen Verhaltensweisen machen, die sie im Rahmen der Belastungserprobung dann auch an einem dem eigenen Beruf ähnlichen Arbeitsplatz erproben können. Der Einfluss der beruflichen Belastungserprobung wurde in einer Verlaufsstudie mit 80 Patienten

behandlungsbegleitend und katamnestisch in Zusammenarbeit mit Professor Dr. med. Beutel untersucht. Es konnte bei den insgesamt 358 in einer zweiten Studie konsekutiv überprüften Patienten eine Besserung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit in der Selbsteinschätzung, der Fremdbeurteilung durch die betrieblichen Vorgesetzten und der sozialmedizinischen Beurteilung nachgewiesen werden, die auch in der Katamnese nach 7 Monaten noch erhalten geblieben waren. Teilnehmer der Belastungserprobung zeichneten sich durch ein besonderes Maß psychischer und beruflicher Belastung, aber auch durch eine höhere berufsbezogene Veränderungsmotivation aus. Diese Studie wird fortgesetzt, die Klinik wird darüber berichten.

6.6 „Burn out“- nicht nur in sozialen Berufen

Burnout ist ein Gefühlszustand der Erschöpfung, der von zu viel Arbeit und Stress und zu wenig Erholung herrührt. Die Spannkraft lässt nach, Ermüdung tritt immer schneller ein, depressive Verstimmungen können die Folge sein. Schlafstörungen und psychosomatische Beschwerden oder Abhängigkeit von Suchtmitteln erschweren den Verlauf erheblich. Die Stadien des circulus vitiosus erfolgen immer rascher. Mit der zunehmenden Lustlosigkeit im Beruf wächst die Angst, Fehler zu machen. Die Folge ist eine vermehrte Anstrengung, die Symptomatik wird weiterhin intensiviert.

Die Entwicklung beginnt mit einem idealistischen Enthusiasmus. Der Berufsanfänger engagiert sich über die Maßen und in intensiver Identifikation mit dem Beruf und in sozialen Berufen in der Hilfe für seine Mitmenschen. Er investiert lange zu viel Energie in seine Arbeit und vernachlässigt sich selbst. Diese Entwicklung fällt in die Zeit der Ausbildung, der Existenzgründung und der folgenden Berufsjahre. Nach geraumer Zeit tritt Ernüchterung ein. Was zunächst anregend und spannend war, gehört nun zum Alltag. Zweifel an der eigenen Effektivität melden sich, die eigene Arbeit und das eigene Wertesystem werden in Frage gestellt

Das Burnout-Syndrom lässt sich aber nicht auf eine einzige Ursache zurückführen und bildet sich über einen längeren Zeitraum aus, wobei der Übergang von der „normalen“ Stressreaktion zum Burnout-Syndrom fließend ist. Ungebremst verläuft das Burnout-Syndrom in folgenden aufeinander aufbauenden Phasen:

- ▶ Zu Beginn vermehrtes Engagement für die eigenen Ziele bei gleichzeitiger Überarbeitung und einem Gefühl der Erschöpfung.
- ▶ Es kommt zur Reduktion des eigenen Einsatzes mit zunehmenden Rückzug und einer negativen Einstellung zur Arbeit und den Kollegen.
- ▶ Negative emotionale Reaktion und Schuldzuweisung, Depression und Aggressionen können beobachtet werden.
- ▶ Deutlicher Abfall von Kreativität, Leistungsfähigkeit und Motivation kennzeichnen den nächsten Schritt.
- ▶ Das Burnout Syndrom endet oft in einer geistigen, sozialen und emotionalen Verarmung mit psychosomatischen Reaktionen wie Schlafstörungen, Übelkeit, Magen-Darm-Beschwerden, Verzweiflung und Depression.

Allgemeine Ursachen für das Burnout-Syndrom liegen in den heutigen Arbeitsbedingungen. Steigende Leistungsanforderungen, Leistungsverdichtung und Verschlankung sind bekannte Forderungen und Schlagworte. Eine Grenzziehung zwischen Arbeitszeit und Freizeit ist kaum noch möglich, Zeit für Privatsphäre und Erholung bleibt besonders in verantwortungsvolleren Berufen und Positionen kaum übrig. Dabei wird in unserer Gesellschaft zu einseitig an die kognitiven Fähigkeiten, an die umfassende Kontrolle aller Abläufe und an die Berechenbarkeit der Menschen und die Fortschrittshörigkeit geglaubt. Der persönliche, auf Intuition und Emotion beruhende, aus der Kreativität entstehende Umgang miteinander wird zu wenig beachtet oder wird aus Zeitgründen immer stärker eingeschränkt. Für spirituelle Bedürfnisse, Entspannung und Selbstfindung ist oft kein Raum.

Besonders gefährdet sind Angehörige sozialer Berufe. Dazu gehören Kranken- und Altenpfleger, Lehrer und Ärzte, Sozialpädagogen und Sozialarbeiter, Krankengymnasten und Logopäden, Priester und Psychotherapeuten. Sie treffen ihre Berufswahl oft aus dem Wunsch heraus, mit Menschen reden, Menschen helfen zu wollen. Im Laufe der Berufsjahre setzt dann eine Desillusionierung ein, die noch leichter als für andere Berufe in das burn-out Syndrom führen kann.

Paradoxerweise aber erleben sich Angehörige der genannten Berufsgruppen zunächst von ihrem eigenen Selbstverständnis her als gesund, über die Maßen leistungsfähig und unverwundbar. Sie erleben sich über lange Zeit als immer im Dienst, einsatzfreudig und in der Lage, auch in schwierigsten Situationen adäquat zu reagieren. Sie vertreten den ihnen anvertrauten Menschen gegenüber die Prinzipien gesunder Lebensführung, die sie bei ihrer eigenen Lebensgestaltung oft grob missachten. Sie überschreiten regelmäßig ihre eigenen körperlichen und psychischen Leistungsgrenzen zu Lasten eines befriedigenden Privatlebens. Dies kann mit therapeutischen Omnipotenzansprüchen zu tun haben, die im Lauf der Jahre stark enttäuscht werden.

Die Kluft zwischen der innerlich eingeräumten, kognitiv emotional nachvollziehbaren oder zumindest vage gespürten Notwendigkeit zu einem auch für die eigene Gesundheit verantwortlichen Leben und der tatsächlichen Lebensführung wird immer breiter und trägt zum Lebensüberdruß bei. Das eigene Unwohlsein wird durch ethisch moralische Forderungen beschwichtigt, deren Erfüllung auch das Gefühl eigener Omnipotenz erneut bestätigt: „Was soll ich denn tun, wenn man mich doch so dringend braucht?“ Dies sind Fragen, mit denen sich diese Menschen immer fester an ihr Hamsterrad binden. Da es dabei auch noch sinnvoll und bewundernswert ist, so zu denken und zu handeln, kommt auch das Gefühl von Sinnlosigkeit und Leere nicht so recht auf. Doch hat die Familie dann kein Recht und vor allen Dingen, haben Sie selbst kein Recht auf das, was Sie anderen zubilligen?

Nur mit einem kurzem Gedanken sei die Frage gestreift, wie die Betroffenen es kompensieren. Denn Berufs- und Lebenserfahrung sagen, dass es Heilige nur selten gibt. Sicher entschädigt viele das Ansehen. Wenn es ausbleibt, verschärft sich die Sinnkrise. Vielleicht birgt diese Krise aber auch die Möglichkeit zur Selbstbesinnung und zum Umdenken. Die Spannkraft lässt nach, Ermüdung tritt immer schneller ein, depressive Verstimmungen können die Folge sein. Schlafstörungen und psychosomatischen Beschwerden oder Abusus von Suchtmitteln erschweren den Verlauf erheblich. Die Stadien des *circulus vitiosus* erfolgen immer rascher. Mit der zunehmenden Lustlosigkeit im Beruf wächst die Angst, Fehler zu machen. Die Folge ist eine vermehrte Anstrengung, die Symptomatik wird weiterhin intensiviert.

7.0 FORT- UND WEITERBILDUNG

Die Chefärzte der Klinik verfügen über eine dreijährige Weiterbildungszeit zum Facharzt Psychotherapeutische Medizin, eine zweijährige Weiterbildungszeit zum Facharzt Innere Medizin und für ein Jahr zum Facharzt für Psychiatrie. Weiterhin bestehen Weiterbildungsermächtigungen für die Vermittlung aller Bausteine zum Erwerb der Zusatzbezeichnung Psychotherapie, die Weiterbildungsermächtigung für ein Jahr Sozialmedizin und für ein Vierteljahr Spezielle Schmerztherapie.

Die Fort- und Weiterbildungsaktivitäten der Klinik umfassen im Sinne der oben beschriebenen Weiterbildungsermächtigungen Inhalte aus der psychotherapeutischen Medizin, der Inneren Medizin, der Psychiatrie und Sozialmedizin. Neben der direkten Unterweisung der weiterzubildenden Assistenten in Visiten und den Aufnahmebesprechungen zu den Patienten finden regelmäßig einmal pro Woche nach Absprache mit und Einverständnis von den Patienten eine Gruppenpsychotherapiesupervision mit direkter Analyse der Gruppenabläufe hinter der Einwegscheibe durch die Supervisoren und nachfolgender Besprechung mit dem Gruppenleiter; eine Theorie Weiterbildung über 1 1/2 Stunden und eine in Blockform stattfindende acht mal jährlich über drei Tage durchgeführte Supervision der körperbezogenen Gruppen statt.

Hinsichtlich des Inhaltes und der Struktur des Weiterbildungscurriculums ist dieses aus drei Modulen aufgebaut:

Das **Modul I** befasst sich mit der Vermittlung von Grundlagen. Entsprechend der Weiterbildungskataloge sind dabei die Psychobiologie, Ätiologie, Psychophysiologie, Entwicklungspsychologie, Persönlichkeitslehre, theoretische Grundlagen in der Sozial- und Lernpsychologie, der Tiefenpsychologie und allgemeiner und spezieller Verhaltenslehre zur Pathogenese und Verlauf der Erkrankung, der Dynamik der Paarbeziehung, der Familie und Gruppe abgedeckt.

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. Die Teilnehmer erhalten von der Bayerischen Landesärztekammer Fortbildungspunkte anerkannt.

Einmal monatlich findet ein **sozialmedizinisches Colloquium** statt. Es dient Ärzten und Psychologen der Klinik und allen interessierten Kollegen zur Erweiterung ihrer sozialmedizinischen Kompetenz bei der Erstellung von Leistungsbeurteilungen und der Abfassung von psychiatrisch/ psychotherapeutischen Gutachten für die Sozialgerichte. Es soll ein Forum zum Austausch und zur Diskussion zwischen Ärzten und Psychologen in verschiedenen Einrichtungen des Gesundheitswesens, der Gerichtsbarkeit und den Kosten- und Leistungsträgern bieten. Es wird für die Mitarbeiter der Klinik ergänzt durch Betriebsbesichtigungen, um den Mitarbeitern die Arbeitswelt unserer Patienten durch eigene Anschauung näher zu bringen.

Einmal monatlich treffen sich ärztliche Kollegen aus der Abteilung für Anästhesie, der Klinik für Handchirurgie, der Klinik für Neurologie und zwei niedergelassene Fachärzte für Orthopädie bzw. Unfallchirurgie in der Psychosomatischen Klinik zur **interdisziplinären Schmerzkonferenz**. Diese Veranstaltung ist auch für weitere interessierte niedergelassene Kollegen geöffnet und bietet ein Forum zur Diskussion komplexer schmerztherapeutischer Fragestellungen.

Für Diplompsychologen besteht die Möglichkeit zur Erlangung der Approbation durch eine Kooperation mit dem Centrum für Integrative Psychotherapie –CIP- (Leiter: Dr. med. Dr. phil. Sulz) in München. Das Curriculum beinhaltet die Theorievermittlung, die Selbsterfahrung und Supervision. Der Wissensstand wird entsprechend den Vorgaben des Psychotherapeutengesetzes in Zwischen- und Abschlußprüfung überprüft.

Die Organisation der Fort- und Weiterbildung wie auch die Supervision obliegt dem Leiter für interne Schulung und Therapiecontrolling. Diese Position wurde eigens für diese Aufgabe geschaffen; der Leiter ist von der Klinikhierarchie unabhängig. Zu seinen Aufgaben gehört die Schulung der Mitarbeiter und die Supervision der durchgeführten Therapien. Die Ergebnisse dieser Arbeit werden in regelmäßigen Sitzungen mit der Ärztlichen Leitung diskutiert und direkt in die praktische Arbeit eingebracht bzw. der konzeptuellen Weiterentwicklung zur Verfügung gestellt.

Für die externe Weiterbildung ist eine Zusammenarbeit mit dem Institut für Psychotherapie und Medizinische Psychologie der Universität Würzburg, Vorstand: Prof. Dr. med. Dr. phil. H. Lang, vereinbart.

7.1 Tagungen

Die Psychosomatische Klinik hat zahlreiche Tagungen ausgerichtet und für das Jahr 2005 in Planung:

2003

12. Juni 2003 Bad Neustädter Fachtagung

**Forschungsprojekte zur stationären psychosomatischen Behandlung:
Fragestellungen, Ergebnisse therapeutische Umsetzung**

2004

05.05.2004: Kolloquium mit den Fachhochschulen für Sozialpädagogik:

Aufgaben der psychosomatischen Versorgung

Fachtagung in der Psychosomatischen Klinik Bad Neustadt / Saale

21.04. 2004: **“Return to work“**

Die Wiedereingliederung in den Arbeitsprozess als Aufgabe der psychosomatischen Rehabilitation

19.06 2004: **Musikermedizin aus psychosomatischer Sicht:**

Aktuelle neurowissenschaftliche Erkenntnisse, Prävention, Behandlung und Rehabilitation.

2005

12.10. 2005: **Kontroversen in der Rehabilitation substanzbezogener Störungen:**

Psychosomatische Therapie oder Entwöhnung?

In Kooperation von

Psychosomatischer Klinik Bad Neustadt, Saaletalklinik Bad Neustadt,

Ev. Fachhochschule Nürnberg, Fachbereich Sozialwesen

24. und 25.06 2005: **30 Jahre Psychosomatische Klinik Bad Neustadt
Entwicklungen und Perspektiven in Psychosomatik und Psychotherapie:
zwischen Grundlagen und klinischer Umsetzung**

28.10.2005: **Seelsorge und Psychotherapie**

8.0 FORSCHUNGSAKTIVITÄTEN

Abgeschlossene Projekte:

Berufliche Belastungserprobung als integrierter Bestandteil der psychosomatischen Rehabilitation - Evaluation im Rahmen eines randomisierten Kontrollgruppendesigns: Indikationen, Prädiktoren, Wirksamkeit

Multizentrische Studie mit der Medizinisch-Psychosomatischen Klinik Roseneck in Prien, Psychosomatische Klinik Bad Neustadt

Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie der Justus-Liebig-Universität, Gießen

Laufzeit: 10/1998-12/2001

Förderung: BMBF im Rahmen des Rehabilitationswissenschaftlichen Forschungsverbund Bayern (RFB)

Projektleitung:

Prof. Dr. med. Dipl.-Psych. Manfred E. Beutel

Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie, Universität Gießen,

Dr. phil. E. Kayser (bis 31.12.2001)

Dr. med. R.J. Knickenberg (ab 01.01.2002)

Dr. phil. L. Schattenburg (ab 01.01.2002)

Psychosomatische Klinik Bad Neustadt

Adaptation älterer Arbeitnehmer an berufliche Veränderungen – Entwicklung und Evaluation eines Behandlungsprogramms zur Förderung der beruflichen Reintegration im Rahmen der stationäre psychosomatischen Rehabilitation.

Laufzeit: 04/2000- 04/2003

Förderung: Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (BfA). Assoziiertes Projekt beim Rehabilitationswissenschaftlichen Forschungsverbund Bayern (RFB)

Kooperation mit der Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie, Gießen (Prof. Dr. M.E. Beutel), Psychosomatische Klinik Bad Neustadt, (Dr. F. Bleichner, Dr. E. Kayser), Institut für Arbeitswissenschaft, Gesamthochschule Kassel (Prof. Martin)

Kontrollierte Therapiestudie zur Optimierung berufsbezogener Therapiemaßnahmen in der Psychosomatischen Rehabilitation im Rahmen eines verhaltenstherapeutischen und eines tiefenpsychologischen Ansatzes.

Laufzeit: 01/2002- 12/2004

Förderer: BMBF im Rahmen des Rehabilitationswissenschaftlichen Forschungsverbund Bayern (RFB)

In Kooperation mit der Klinik Roseneck/ Prien, (PD Dr. Dr. A. Hillert) Studienleitung tiefenpsychologisches Projekt (Prof. Dr. M. E. Beutel mit Dr. E. Kayser, Dr. F. Bleichner, Bad Neustadt) in Gießen

Laufende Projekte

Kontrollierte Therapiestudie zur Optimierung berufsbezogener Therapiemaßnahmen in der psychosomatischen Rehabilitation im Rahmen eines tiefenpsychologischen und eines verhaltenstherapeutischen Ansatzes: Teilprojekt tiefenpsychologischer Ansatz

Laufzeit des Projektes: 01.03.2002 bis 28.02.2005

Rehabilitationswissenschaftlicher Forschungsverbund Bayern (RFB, Projekt C4a)

Förderer: Dt. Luft- und Raumfahrt- Gesellschaft (DLR)

Projektleiter (PL) / Projektmitarbeiter (PM):

Dr. med. Rudolf J. Knickenberg¹⁾ (PL)

Dr. phil. Lothar Schattenburg¹⁾ (PL)

Prof. Dr. med. Manfred E. Beutel²⁾ (PL)

Dipl.-Psych. Rüdiger Zwerenz²⁾ (PM)

1) Rhön Klinikum AG

Psychosomatische Klinik Bad Neustadt

Salzburger Leite 1

97616 Bad Neustadt/Saale

2) Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie

Johannes Gutenberg-Universität, Mainz

Untere Zahlbacher Straße 8

55131 Mainz

Selbsthilfegruppen für psychisch und psychosomatisch Kranke – Versorgungsangebot, Inanspruchnahme, Wirksamkeit

Förderer: BKK Bundesverband, Essen

Laufzeit: 10/2002 - 09/2005

Beteiligte Kliniken:

Psychosomatische Klinik Bad Neustadt/ Saale Bereich Rehabilitation (Dr. R.J. Knickenberg)

Psychosomatische Klinik Bad Neustadt/ Saale Bereich Krankenhaus (Dr. F. Bleichner)

Vogelsbergklinik Grebenhain (R.Thiede, D. Grodd)

Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie, Heilig Geist Hospital, Frankfurt/ Main (Dr. W. Merkle)

Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie JLU Gießen (Prof. Dr. Ch. Reimer)

Rehabilitationszentrum Bad Kissingen der BfA, Rhön-Klinik (Dr. W. Franke; seit Oktober 2003)

Projektleiter:

Prof. Dr. M.E. Beutel (Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie Johannes Gutenberg-Universität, Mainz)

Dipl.-Psych. J. Matzat (Kontaktstelle für Selbsthilfegruppen, Gießen)

Projektmitarbeiter:

Dr. biol. hom. F. Meyer, Dipl.-Psych.

Dipl.-Psych. A. Höflich

Diagnostik und Therapie leichter kognitiver Beeinträchtigungen bei älteren (50-59-jährigen) Patienten in der psychosomatischen Rehabilitation – Bedeutung für die berufliche Reintegration

Förderer: Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (BfA)

Laufzeit: 06/2004 - 05/2006

Projektleiter: Prof. Dr. M.E. Beutel (Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Johannes Gutenberg-Universität, Mainz)

Projektmitarbeiter: Dipl.- Psych. S. Wagner, Dipl.- Psych. W. Müller (Training)

Kooperationspartner:

Dr. med. Rudolf J. Knickenberg, Psychosomatische Klinik, Rhön-Klinikum, Abt. Rehabilitation,

Dr. med. Franz Bleichner, Psychosomatische Klinik, Rhön-Klinikum Abt. Krankenhaus

PD Dr. Rainer Kaschel, Klinik für Psychiatrie, Justus-Liebig-Universität

Dr. Sönke Paulsen, Klinik für Psychiatrie, Justus-Liebig-Universität

Kooperationspartner für EDV:

Prof. Dr. Ing. H. Martin

Dipl.- Päd T. Freiling

Institut für Arbeitswissenschaft Universität Gesamthochschule Kassel

Die Durchführung der EDV Kurse erfolgt durch das Christliche Bildungswerk (CBW), Bad Neustadt, Leiter Herr Lefort, EDV-Kursleiter: Dr. Bittner, Dipl. Physiker.

9.0 MASSNAHMEN DER QUALITÄTSSICHERUNG

Qualitätssicherung und Qualitätsentwicklung sind in der stationären psychotherapeutischen Behandlung im Bereich der psychosomatischen Erkrankung bereits ein fester Bestandteil der Rehabilitationspraxis. Bei der Qualitätssicherung ist Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität zu unterscheiden. In einer klinischen Einrichtung sollten diese Qualitätsvorgaben berücksichtigt werden.

9.1 Strukturqualität

An psychosomatischen Kliniken sollten die Ansprüche gemäss einer stationär-psychotherapeutisch arbeitenden Klinik gestellt werden. Dies bedeutet:

- ▶ Angemessene bauliche Ausstattung
- ▶ Angemessene Stellenpläne
- ▶ Multiprofessionelles Team
- ▶ Anerkennung als Weiterbildungsstätte

- ▶ Vorliegen und Vielfältigkeit von Weiterbildungsermächtigungen
- ▶ Mitgliedschaft der Chefärzte in Fachgesellschaften, Orientierung an den Vorgaben diverser Fachgesellschaften
- ▶ Veröffentlichungen der Chefärzte bzw. der Mitarbeiter der Klinik
- ▶ Umfassende klinikinterne Weiterbildung
- ▶ Vorliegen eines eindeutigen, an den wissenschaftlich anerkannten Therapiemethoden, orientierten Konzeptes
- ▶ Kooperation mit einem Weiterbildungsinstitut für Psychotherapie / Psychoanalyse

9.2 Prozessqualität

Die Prozessqualität lässt sich am Therapieverlauf und den individualisierten Therapieplänen nachvollziehen. Die Dokumentation erfolgt entsprechend dem Katalog therapeutischer Leistungen des VDR und der bayerischen Basisdokumentation Psychosomatik. In ihr werden folgende Parameter erfasst:

- ▶ Sozialmedizinische Eingangsvariablen wie Einzugsbereich, Kostenträger, Wartezeiten, Chronifizierung und Vorbehandlungsaufwand, Arbeitsunfähigkeit, Geschlecht, Familiensituation.
- ▶ Behandlungsdiagnosen in psychiatrischen und somatischen Bereichen, verschlüsselt nach ICD 10. Spezifizierung nach Problembereichen und Bewältigungsverhalten.
- ▶ Diagnostische Maßnahmen: Testdiagnostische Verfahren, spezielle medizinische Diagnostik: Laboruntersuchungen, EKG und Belastungs-EKG, Spirometrie, endoskopische Verfahren, Ultraschalluntersuchungen, erweiterte neurologische Untersuchungsverfahren, gynäkologische Untersuchungen.
- ▶ Die therapeutischen Maßnahmen mit der inhaltlichen Bezogenheit auf die gestellten Diagnosen im Bereich der Einzel- und Gruppentherapie und innerhalb der einzelnen Funktionsbereiche von Sport, Spiel und Gestaltung. Ebenso werden die somatomedizinischen Maßnahmen einschließlich der medikamentösen Behandlung erfasst.
- ▶ Die Behandlungsergebnisse durch die Einschätzung der Therapeuten und unabhängig davon auch die Einschätzung durch die Patienten, die Erfassung der sozialmedizinischen Variablen sowie die vereinbarten Folgemaßnahmen.

Als "Veränderung zum Besseren auf dem Boden wissenschaftlicher Erkenntnisse" kann der Begriff evidenzbasierte Medizin übersetzt werden. Evidenzbasierte Medizin ist als eine prozessorientierte Denkweise zu verstehen, die als übergeordnetes Ziel die Behandlung der Patienten nach den wissenschaftlichen Leitlinien und Standards hat. Durch fortlaufende Evaluation der eigenen Leistung und der Effektivität von angewandten Maßnahmen könnte sie in einer Zeit knapper werdender Ressourcen ein entscheidendes Instrument der Qualitätssicherung darstellen. Sie betrifft daher jeden einzelnen Arbeitsplatz auf allen Hierarchieebenen.

Ebenfalls in die Prozessqualität gehört ein nachvollziehbarer ärztlicher Gesamtbehandlungsplan mit für das vorliegende Störungsbild aufeinander bezogenen Maßnahmen. Die Verantwortung für die durchgeführten Therapien liegt bei einem Bezugstherapeuten, der die unterschiedlichen Maßnahmen aufeinander abstimmt, die Ergebnisse im Gespräch mit den Patienten miteinander verknüpft und der in Visiten und Fallbesprechungen den Fortlauf der Therapie mit dem zuständigen Oberarzt abspricht.

Eine fundierte sozialmedizinische Beurteilung wird durch Einbeziehen relevanter Vorbefunde, angemessene medizinische und psychologische Diagnostik, durch die Verhaltensbeobachtungen aus den unterschiedlichen therapeutischen Bereichen der Klinik und gegebenenfalls die Durchführung einer beruflichen Belastungserprobung sowie aus den Ergebnissen der berufsbezogenen Gruppen gewährleistet.

9.3 Ergebnisqualität

Zur Ergebnisqualität gehört das Erarbeiten von Therapiezielen über den stationären Aufenthalt hinaus, die Anbindung an die ambulante Weiterbehandlung unter Austausch mit den Zuweisern bzw. an die Nachsorgeprogramme der Kosten- und Leistungsträger sowie das entlassungsnahe Abfassen von Arztbriefen und anderen Mitteilungen an Nachbehandler sowie Kosten- und Leistungsträger. Für spezielle Bereiche der Behandlung, so für die berufsbezogenen Gruppen gewährleistet eine Begleitforschung mit Durchführung von Katamnesen die Überprüfung der Wirksamkeit der stationären Therapie.

Die Klinik nimmt generell an den Qualitätssicherungsmaßnahmen der Rentenversicherungsträger - **peer review, KTL, Patientenbefragung** - teil. Der Chefarzt und sein Stellvertreter haben sich als **peer** qualifiziert.

Es bestehen Qualitätszirkel intern und auch extern. Extern ist die Klinik Mitglied des Bad Kissinger Qualitätszirkels der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte. In Zusammenarbeit mit anderen psychosomatischen Kliniken werden konzeptuelle Probleme diskutiert und weiterentwickelt.

10.0 NACHSORGE

Die Verzahnung der ambulanten Therapie mit der stationären Behandlung und anschließenden Weiterbetreuung ist über die sorgfältige Sichtung der Vorbefunde, den telefonischen Kontakten mit den Zuweisern im Vorfeld oder zum Ende der Behandlung gewährleistet. Die Arztbriefe werden zeitnah zur Entlassung des Patienten fertiggestellt. Der Sozialdienst der Klinik wird bei schwierigeren sozialmedizinischen Fragestellungen frühzeitig mit eingeschaltet und nimmt auch seinerseits Kontakt mit Nachsorgeeinrichtungen und Arbeitgebern auf. In die stationäre Behandlung können bedarfsweise die Teilnahme an berufsbezogenen Gruppen und Belastungserprobungen integriert werden(siehe 6.0).

Besondere Berücksichtigung finden die Reha-Nachsorgeprogramme der Rentenversicherungsträger. Im Rahmen der intensiven Reha-Nachsorge (IRENA) der BfA führt die Klinik diese Maßnahmen auch selber durch. Anwendung findet im Bereich der Landesversicherungsanstalten das „Curriculum Hannover“, dem sich verschiedene Landesversicherungsanstalten angeschlossen haben, und die „Psychosomatische Nachsorge Rehabilitation“ (PNR) der LVA Westfalen. Ein Ziel dieser Maßnahmen ist die weitere Verfolgung der Rehabilitationsziele des Patienten und in dem Maße, in dem sich die Bedeutung medizinisch /psychotherapeutischer Maßnahmen im Rehabilitationsverlauf verringert, die Steigerung der beruflichen Förderung.

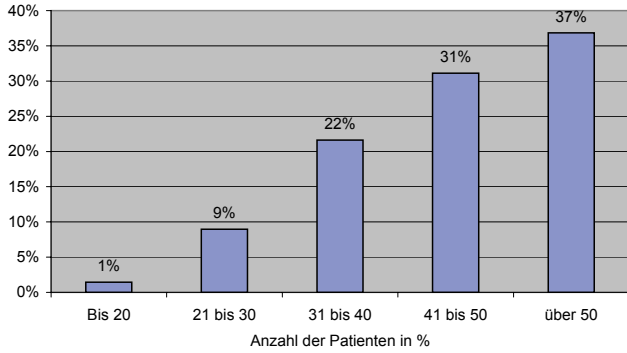
Die Klinik vermittelt über ihren Sozialdienst auch die weitere Begleitung der Patienten in Rehabilitationseinrichtungen für psychisch Kranke, z.B. betreutes Wohnen, stellt Kontakte zu den Arbeitsämtern oder Betrieben her und vermittelt in Beratungsstellen oder Selbsthilfegruppen.

II.0 ANHANG

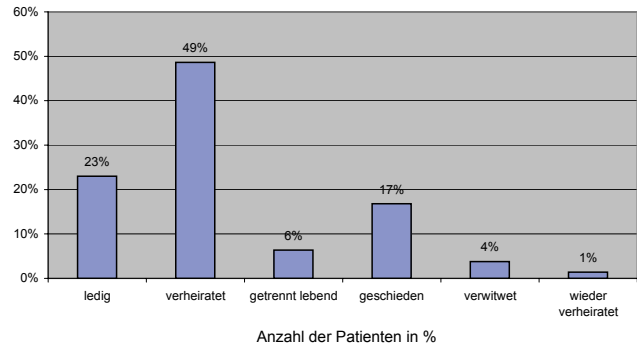
II.1 Statistik

Die folgenden Tabellen geben einen Überblick über die wichtigsten soziodemographischen und sozialmedizinischen Parameter. Die Daten beziehen sich auf die in 2003 behandelten 1180 Patienten aus der Basisdokumentation unserer Klinik.

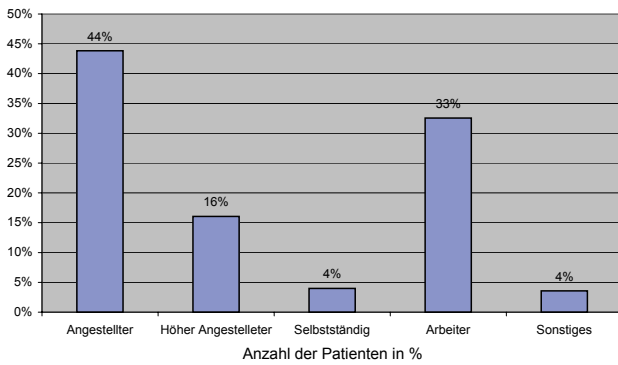
Altersgruppen



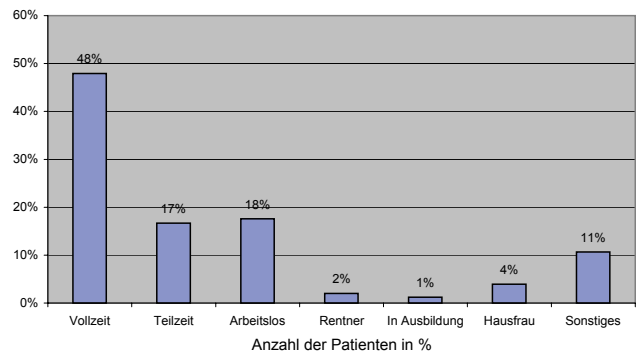
Familienstand



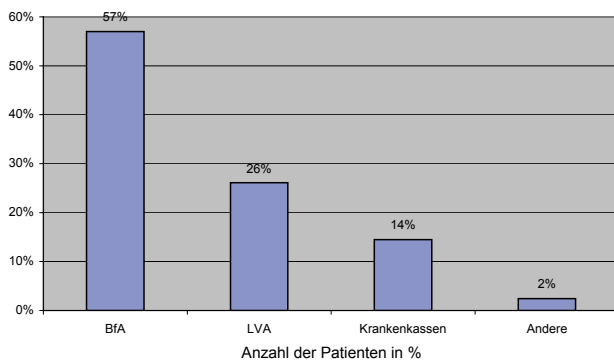
Beruflicher Status



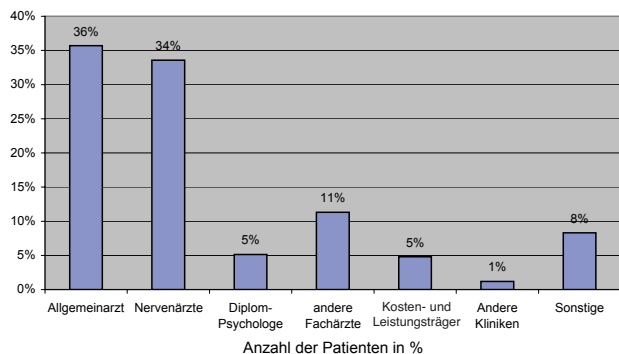
Derzeitige Berufsausübung



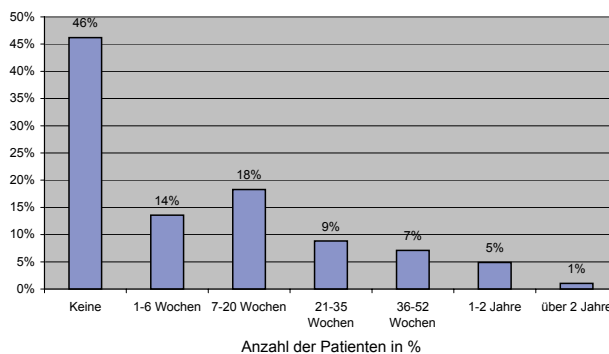
Kostenträger (gruppiert)



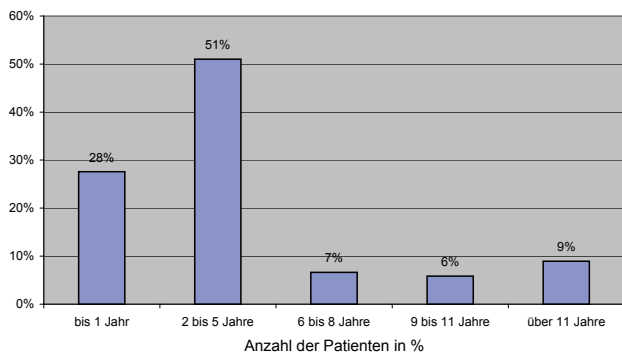
Vermittlung der Maßnahme durch



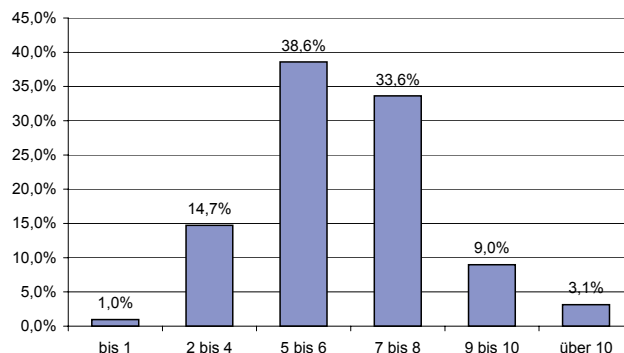
Arbeitsunfähigkeit bei Aufnahme



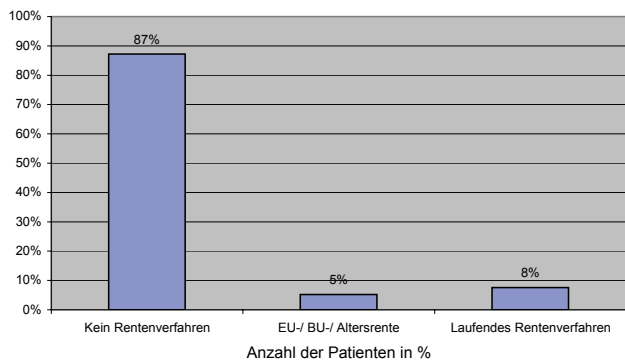
Erkrankungsdauer



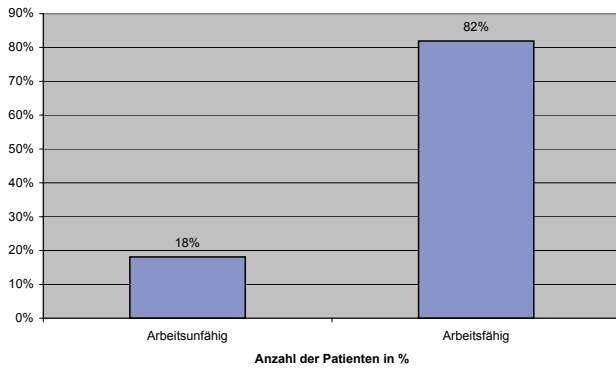
Verweildauer (in Wochen)



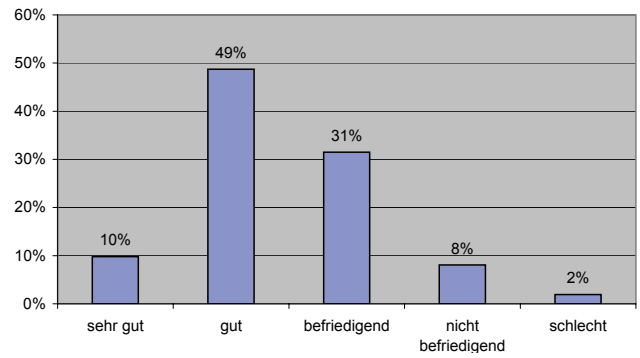
Rentenverfahren



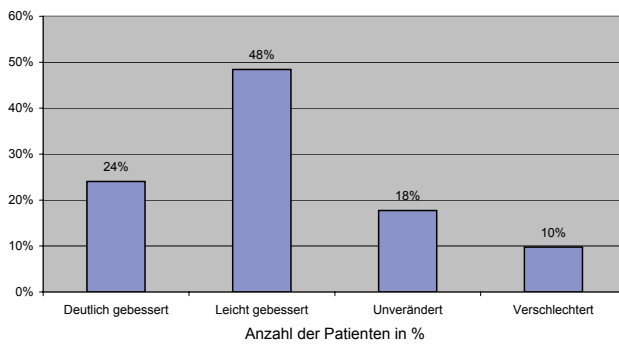
Arbeitsfähigkeit bei Entlassung



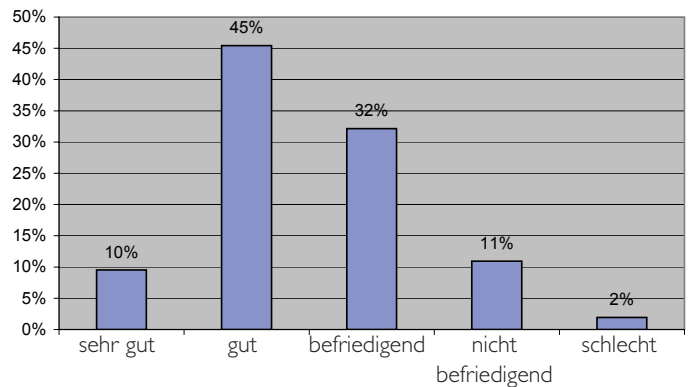
Atmosphäre in der Klinik



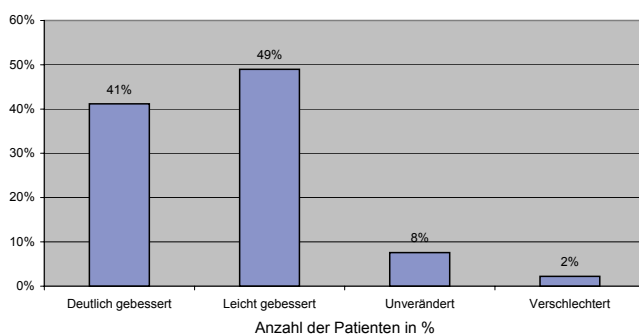
Veränderung der psychischen Beschwerden aus Patientensicht



Therapeutisches Angebot



Veränderung der psychischen Beschwerden aus Therapeutesicht



11.2 Veröffentlichungen, Vorträge und Workshops der Mitarbeiter

112.1 Buchbeiträge

Beutel,ME, Knickenberg,RJ, Brähler,E (2004): Seelische Balance und mentale Fitness im Anti-Aging. In: Jacobi,G, Bisalski,HK, Gola,U, Huber,J Sommer,F (2004): Anti-Aging für Männer. Strategien für den ganzen Mann. ThiemeVerlag, Stuttgart, New York

Knickenberg, R. J.: Möglichkeiten und Chancen der Kombination von Psychopharmaka und Verhaltenstherapie. In: Bents, H., Frank, R., Rey, E.R. (Hrsg.): Erfolg und Mißerfolg in der Psychotherapie. S. Roderer Verlag Regensburg 1996

Knickenberg, R. J.: Stationäre Verhaltenstherapie bei Borderline - Persönlichkeitsstörungen. In: Meermann, Vandereyken, (Hrsg.): Verhaltenstherapeutische Psychosomatik. Klinik, Praxis, Grundversorgung. 2. Aufl., Schattauer, Stuttgart - New York, 1996

Knickenberg, R. J.: Der therapeutische Prozeß in der Verhaltenstherapie. In : Schilling, M.(Hrsg): Studienzeit und ihre Probleme. Kurztherapien in der Psychologischen Studienberatung. Schriftenreihe der Psychologischen Studentenberatung des Bundesministeriums für Wissenschaft und Verkehr. Wien 1999

Knickenberg, R. J.: Interaktionsbezogene Fallarbeit. Praktische Vorgehensweise am Beispiel der Arbeitsweise in Bad Pyrmont. In : Sulz, S. K. D. (Hrsg.): 2001, in Vorbereitung

Knickenberg, R. J. , Meermann, R.: Psychopharmakotherapie und Verhaltenstherapie. In: Meermann, Vandereyken, (Hrsg.): Verhaltenstherapeutische Psychosomatik. Klinik, Praxis, Grundversorgung. 2. Aufl., Schattauer, Stuttgart - New York, 1996

Meermann, R., Knickenberg, R. J.: Stationäre Verhaltenstherapie - Indikationen, Methoden und Ergebnisse. In: Helmchen, H. , Hippus, H.(Hrsg.):Psychiatrie für die Praxis. 19 MMW Medizin Verlag, München 1994

Meermann, R., Knickenberg, R. J.: Zur Situation der Aus- und Weiterbildung in Verhaltenstherapie in der Bundesrepublik Deutschland. In: Meermann, Vandereyken, (Hrsg.): Verhaltenstherapeutische Psychosomatik. Klinik, Praxis, Grundversorgung. 2. Aufl., Schattauer, Stuttgart - New York, 1996

Zwerenz, R., Knickenberg, R.J., Beutel, M.E. (2004): Lebensqualität und berufliche Belastungen bei Patienten der stationären psychosomatischen Rehabilitation. I.: Maurischat, C., Morfeld,M., Kohlmann,Th., Bullinger, M. (Hrsg.): Lebensqualität: Nützlichkeit und Psychometrie des Health Survey SF-36/ SF-12 in der medizinischen Rehabilitation. Pabst Science Publisher, Lengerich, Berlin, Bremen, Miami, Riga, Viernheim, Wien, Zagreb

11.2.2 Zeitschriftenartikel

Beutel, M., Bleichner, F. , Kayser, E. Beruflicher Wandel und Psychotherapie älterer Arbeitnehmer. In: Strauß, B., Geyer, M. (Hrsg.) Psychotherapie in Zeiten der Veränderung: Historische, kulturelle und gesellschaftliche Hintergründe einer Profession. (2000a) (229-240)

Beutel, M., Stein En Rosse, C., Bleichner, F., Kayser, E., Schlüter, K., Kehde, S. Katamnestiche Beurteilung stationärer psychosomatischer Rehabilitation aus Sicht von Patienten und ihren Hausärzten. Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation, 49 (2000), 66-74.

- Gerhard, C., Bleichner, F., Gustson, D., Kayser, E., Weiss, B., Loy, G., Beutel, M. Berufsbezogene Gruppen für ältere Arbeitnehmer – psychosomatische Rehabilitation. Textentwurf für Gesundheit im Beruf (eingereicht 2001 für BfA-Versicherten-Zeitschrift).
- Gustson, D., Psychosomatik des Fluor genitalis, in Weissenbacher, E. R., Fluorpraktikum, Medifact München, 4. Aufl. 2001, S. 139-154
- Gustson, D., Das Übermitteln schlechter Nachrichten, in: Bodden-Heidrich, R., Rechenberger, I., Bender, H. G., Psychosomatische Gynäkologie und Geburtshilfe, Edition Psychosozial, Gießen, 2000, S. 43-55
- Gustson, D., Süchtig nach Verschwinden, in: Neuro-Psychiatrische Nachrichten, 02/2000, S 9
- Kayser, E., Bloem, R., Beutel, M. Berufliche Belastungserprobung als integrierter Bestandteil der Psychosomatischen Rehabilitation. Beiträge zur 18. Jahrestagung des Arbeitskreises Klinische Psychologie in der Rehabilitation (Kompetenz und Qualität Klinischer Psychologie in der Rehabilitation) vom 26.-28. Febr. 1999 in Bad Eilsen. Psychologen-Verlag, 2000.
- Knickenberg, R. J.: Selbsterfahrung: Historischer Rückblick und heutiger Stand in der Verhaltenstherapie. Praxis der klinischen Verhaltensmedizin und Rehabilitation. 7 25 (1994) 41 - 45
- Knickenberg, R. J.: Die Integration der Psychotherapie in die ärztliche Weiterbildung. Krankenhauspsychiatrie 7, (1996) 19 - 25
- Knickenberg, R. J.: Chronische Schmerzen. Verhaltenstherapeutische Erklärungsmodelle. TW Neurologie Psychiatrie 11, (1997) 120 - 126
- Knickenberg, R. J., Meermann, R.: Dauerdialyse - Patienten in psychiatrischer Sicht. Deutsche Medizinische Wochenschrift 109,42,(1984) 1614 - 1619
- Knickenberg, R. J., Meermann, R.: Psychosomatische Aspekte balneologischer und physikalischer Therapie am Kurort. Z.Phys.Med.Baln.Med.Klim.17 (1988) 386
- Knickenberg, R. J., Meermann, R.: Zwei Jahre berufsbegleitender Weiterbildung in ärztlicher Verhaltenstherapie. Nds. Ärzteblatt 24 (1992) 29 - 33
- Knickenberg, R. J., Meermann, R.: "Freßsucht" - Psychiatrisch - psychologische Hintergründe von Eßstörungen, Ableitung therapeutischer Ansätze. Ernährungsumschau, 43, Sonderheft, (1996) 63 - 67
- Knickenberg R.J., Meermann R.: Verhaltenstherapeutische Schmerzbehandlung. Der Schmerz, 12, 1, (1998) 72
- Knickenberg R. J., Sulz S. K. D.: Interaktionsbezogene Fallarbeit in der verhaltenstherapeutischen Fort- und Weiterbildung. Verhaltenstherapie, 9, (1999) 23 - 29
- Stucke, W., Knickenberg, R. J., Meermann, R.: Über ein "Baukasten - System" zur Zusatzbezeichnung Psychotherapie, Nds.Ä.-Blatt, 5 (1990) 1 - 3
- Meermann, R., Redecker, T. G., Knickenberg, R. J.: Indikationen, Möglichkeiten und Ergebnisse der stationären Verhaltenstherapie. Münchener Medizinische Wochenschrift 135 (1992) 143 - 147
- Okon, E, Knickenberg, R.J.: Gravierende Änderungen. Der Hausarzt 3 (2000) 28 – 29

11.2.3 Vorträge und Workshops

Gustson, D., Kayser, E., Berufsbezogene Therapieangebote in der Abteilung Rehabilitation der Psychosomatischen Klinik Bad Neustadt/Saale. Vortrag am 18.12.2000 bei der BfA

Kayser, E., Zwerenz, R., Gustson, D., Vorndran, A., Beutel, M. Schnittstellenproblematik am Beispiel der integrierten Beruflichen Belastungserprobung (BE). Vortrag auf der 6. Arbeitstagung des Rehabilitationswissenschaftlichen Forschungsverbundes Bayern (RFB) "Schnittstellenproblematik – Reha-Ökonomie" am 19./20.07.2001 in München. Vortrag bei der Arbeitstagung "Schnittstellenproblematik und Gesundheitsökonomie" des Bayrischen Forschungsverbundes, München.

Knickenberg, R. J.: Workshop: Gesprächsführung in der Verhaltenstherapie gehalten im Rahmen des FIKV im Oktober 1988

Knickenberg, R. J.: Selbsterfahrung und Balintgruppenarbeit in der Verhaltenstherapie. Vortrag gehalten am 16.12.1988 vor dem Arbeitskreis für Verhaltensforschung und -Therapie an der Universität Münster e.V.

Knickenberg, R. J.: Das verhaltenstherapeutische Behandlungskonzept der Fachklinik Bad Pyrmont, Vortrag gehalten vor der Arbeitsgemeinschaft der Betriebskrankenkassen am 15.06.1989 in Bad Pyrmont

Knickenberg, R.J.: Physikalische Therapie an einer verhaltenstherapeutischen psychosomatischen Fachklinik, Vortrag gehalten auf dem Internationalen Kongreß für physikalische Medizin, Balneologie und medizinische Klimatologie, Freiburg im Breisgau, 12.-14.10.1989.

Knickenberg, R.J.: Der Körper und das Selbstwertgefühl. Vortrag auf dem Kongreß: Essen und Trinken hält Leib und Seele zusammen. Bad Zwischenahn 31.09.1991

Knickenberg, R.J.: Die Kombination von Psychopharmakabehandlung und Verhaltenstherapie im stationären Setting
Psychotherapie unter der Lupe. Kongreß für klinische Psychologie und Psychotherapie Berlin 16.-21. Februar 1992

Knickenberg, R.J.: Das diagnostische Arzt - Patienten - Gespräch
Akademie für öffentliches Gesundheitswesen, Düsseldorf:
Fragen der Begutachtung neurotischer, psychosomatischer und funktioneller Erkrankungen. Bad Pyrmont 10. Juni 1992

Knickenberg, R.J.: Psychopharmaka und Verhaltenstherapie in der Klinik. Vortrag bei den 3. Donaueschinger Fachtagen 24. April 1993

Knickenberg, R.J.: Selbsterfahrung in verhaltenstherapeutischen Methoden.
22. Psychotherapiewoche der Akademie für Ärztliche Fortbildung, Langeoog, 31. Mai - 05. Juni 1993

Knickenberg, R.J.: Probleme und Chancen der Kombination von Pharmakotherapie und Verhaltenstherapie. Vortrag auf der 2. Jahrestagung des DVT, Berlin 1995.

- Knickenberg, R. J.: Verhaltenstherapeutische Schmerzbehandlung
24. Psychotherapiewoche der Akademie für Ärztliche Fortbildung, Langeoog, 22.-27.05.1995
- Knickenberg, R. J.: Verhaltenstherapeutische Schmerzbehandlung
Psychotherapiewoche der Akademie für Ärztliche Fortbildung, Langeoog,
05.-08.06.1996
- Knickenberg, R. J.: Verhaltenstherapeutische Schmerzbehandlung
Lindauer Psychotherapiewochen. 13.-24.04.1996
- Knickenberg, R. J.: Grundlagen psychosomatischer Erkrankungen und verhaltenstherapeutische Vorgehensweisen. 26. Psychotherapiewoche der Akademie für Ärztliche Fortbildung, Langeoog, 18.-23.05.1998
- Knickenberg, R. J.: Praktische Erfahrung bei der Zertifizierung nach ISO 9000
Vortrag beim Jahrestreffen der DEGEMED, Frankfurt, 22.10.1998
- Knickenberg, R. J.: Grundlagen psychosomatischer Erkrankungen und verhaltenstherapeutische Vorgehensweisen. 27. Psychotherapiewoche der Akademie für Ärztliche Fortbildung, Langeoog, 23.-29.05.1999
- Knickenberg, R. J.: Verhaltenstherapeutische Schmerztherapie. 28. Psychotherapiewoche der Akademie für Ärztliche Fortbildung, Langeoog, 29.-03.06.2000
- Knickenberg, R. J.: Konzepte und Behandlungsstrategien bei Somatisierungsstörungen. Akademie für Verhaltenstherapie, Köln, 10.03. – 11.03.2000
- Knickenberg, R. J.: Verhaltenstherapie bei dissoziativen Störungen. 29. Psychotherapiewoche der Akademie für Ärztliche Fortbildung, Langeoog, 29.-03.06.2001
- Knickenberg, R. J.: Verhaltenstherapeutische Balintgruppe. Interdisziplinärer Seminarkongress für ärztliche Fortbildung des Berufsverbandes Deutscher Internisten (BDI e.V.) Bad Pyrmont 12. Oktober 2001
- Knickenberg, R. J. Interaktionelle Fallarbeit IFA = verhaltenstherapeutische Balintgruppe (Leiterseminar), DÄVT Herbstkongress, Bedeutung der Hirnforschung für die Psychotherapie, München, 09. / 10.11.2001
- Knickenberg, R. J. Interaktionelle Fallarbeit IFA = verhaltenstherapeutische Balintgruppe ,Leiterseminar Integration und Differenzierung als Zukunft der Psychotherapie, München, 20.-23. Juni 2002
- Knickenberg, R. J., Bents, H.: Workshop: Fallbezogene Supervision. Erstes verhaltensmedizinisches Symposium 2.-3.9.1988 Bad Pyrmont
- Knickenberg, R. J., Meermann, R.: Psychosomatische Aspekte balneologischer und physikalischer Therapie am Kurort, Vortrag auf dem 93. Kongreß der Deutschen Gesellschaft für physikalische Medizin und Rehabilitation, 20. - 22.10.1988, Bad Homburg
- Knickenberg, R. J., Meermann, R.: Einführung in die psychosomatische Rehabilitation. Ergebnisse der Qualitätssicherung und ISO – Zertifizierung in der Rehabilitation. Brennpunkte in der Psychiatrie, Hamburg, 03. – 05. 2001

Meermann, R., Knickenberg, R. J.: Weiterbildungsmöglichkeiten zum ärztlichen Verhaltenstherapeuten. Vortrag auf dem XV. Internationalen Kongreß für Psychotherapie, 18.09.1991 in Hannover

Knickenberg, R.J., Meermann, R., Bents, H.: Zur Kombination von Psychopharmaka und Verhaltenstherapie in einer psychosomatischen Klinik. Vortrag DGPN - Kongreß, Köln 1992

Knickenberg, R. J., Meermann R.: Verhaltenstherapeutische Schmerzbehandlung
Kongreß der DIVS, Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für
Schmerztherapie. Hamburg, 13.-14.03.1998

Knickenberg, R. J., Meermann R.: Der chronische Schmerzpatient. Psychiatrisch - psychosomatische Aspekte der Behandlung und Begutachtung
Fortbildungstagung des MDK Niedersachsen, Bad Pyrmont 20 - 21 11.1997

Mühlbauer, W., Rau, M., Knickenberg, R.J.: Diagnostik ,Differentialdiagnostik Bei Kopfschmerz und Schwindel.
Kongress für angewandte Sozialmedizin des MDK Niedersachsen, Hannover 25 - 26 11.1998

Zwerenz, R., Beutel, M., Kayser, E. Vortrag auf dem Rehabilitationswissenschaftlichen Kolloquium "Individualität und Rehaprozess" vom 13. bis 15. März 2000 in Würzburg.

11.3 Veröffentlichungen ab 2003

11.3.1 Artikel

Beutel, M.E., Zwerenz, R., Kayser, E., Gustson, D., Schattenburg, L., Knickenberg, R.J., (2004): Berufsbezogene Einstellungen, Ressourcen und Risikomerkmale im Therapieverlauf: Eignet sich der AVEM als Messverfahren für psychisch und psychosomatisch Kranke? Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie, 33 (2), 110-119.

Gerhard, C., Knickenberg, R.J. (2003): Beruflicher Stress Behandlungsmöglichkeiten in der psychosomatischen und psychotherapeutischen Rehabilitation. Gesundheit im Beruf, Zeitschrift der BfA, 49,1, 10-13

Knickenberg, R.J., Sulz, S.K.D. (2004): Die Form und das Verborgene. Zum Verhältnis von verhaltenstherapeutischer „Interaktionsbezogenen Fallarbeit“ und tiefenpsychologisch fundierter „Balint Gruppe“. Balintjournal, 5, 1-6

Schattenburg, L., Knickenberg, R.J., Gustson, G., Beutel, M.E. (2004): Zusammenhänge zwischen beruflichen und familiären Belastungen. Psychother. Psych Med, 54, 110

Schattenburg, L. (2003). Hrsg. und Übersetzer von D. Meichenbaum: Intervention bei Stress. Anwendung und Wirkung des Stressimpfungstrainings. 2. Auflage. Bern: Huber.

Schattenburg, L. (2003). Neue Ergebnisse und Fortentwicklung des Stressimpfungstrainings nach Meichenbaum. In: Meichenbaum, D. Intervention bei Stress. Anwendung und Wirkung des Stressimpfungstrainings (S. 133-171). Bern: Huber. 2. Auflage.

Schattenburg, L. (2004). Rezension zu Pohlen, M. & Bautz-Holzherr, M.: Eine andere Psychodynamik. (Bern: Huber 2001). Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie, 2, 199-201.

Zwerenz, R., Knickenberg, R.J., Schattenburg, L., Beutel, M.E. (2004): Berufliche Belastungen und Ressourcen berufstätiger Patienten der psychosomatischen Rehabilitation im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung. Rehabilitation, 43, 10-16

Schattenburg, L. (2003). Tiefenpsychologisches Adhärenz- und Kompetenztraining anhand von Videoaufnahmen von Gruppensitzungen für Doktoranden an der Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie (Universität Gießen) am 26.6. und 2.7.

11.3.2 Workshops ab 2003

Knickenberg, R.J. (2003): Theorie der Verhaltenstherapie. Ein Vergleich mit der Tiefenpsychologie. Institut für Psychotherapie Bad Mergentheim, 24.10- 25.10

Knickenberg, R.J. (2003): Verhaltensanalyse mit Fallbeispielen. Institut für Psychotherapie Bad Mergentheim, 12.12.- 13.12.

Knickenberg, R.J. (2004): Verhaltenstherapeutische Schmerzbehandlung
ICBM Kongreß, 25.- 28.08.04, Mainz

Knickenberg, R.J. (2004): Arbeitsplatzbezogene Problemstellungen und Rehabilitationsansätze bei älteren Patienten in der Psychosomatik. VDR Arbeitstagung „Arbeitsstress, Krankheitsentwicklung und Arbeitsbezogene Rehabilitation in der Psychosomatik- Trägerübergreifendes Fachseminar“, Bad Dürkheim, 19.10.2004

11.3.3 Vorträge ab 2003

Beutel, M.E., Zwerenz, R., Kayser, E., Gustson, D., Schattenburg, L., Knickenberg, R.J., (2002): Erfassung berufsbezogener Einstellungen, Bewältigungsressourcen und Risikomerkmale: Eignet sich der AVEM als Messverfahren in der stationären psychosomatischen Behandlung? 11. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium, 04.-06. März, München

Beutel, M.E., Gerhard, C., Zwerenz, R., Bittner, R., Bleichner, F., Schattenburg, L., Knickenberg, R.J., Freiling, T., Kreher, S., Martin, H., (2003): Verminderung von Technologieängsten in der psychosomatischen Rehabilitation – Erste Ergebnisse zu einem Computertraining für ältere Arbeitnehmer. Vortrag auf dem 12. Rehabilitationswissenschaftlichen Kolloquium 10. – 12. März, Bad Kreuznach

Beutel, M.E., Zwerenz, R., Knickenberg, R.J., Schattenburg, L. (2004): Berufsbezogene Therapiemaßnahmen im tiefenpsychologischen Setting. Vortrag auf der 11. RFB Fachtagung (Rehabilitationswissenschaftlicher Forschungsverbund Bayern) in der Klinik Roseneck in Prien am 7.5.

Gerhard, C., Bleichner, F., Knickenberg, R.J., Schattenburg, L., Beutel, M.E., (2003): Behandlung berufsbezogener Belastungen und Konflikte älterer Arbeitnehmer – Akzeptanz und Wirksamkeit eines gruppen-therapeutischen Angebotes. Vortrag auf dem 12. Rehabilitationswissenschaftlichen Kolloquium 10. – 12. März, Bad Kreuznach

Gustson, D. (2004): "Endlich aufatmen" Information zum Rauchen und Motivation zum Aufhören. Wandelhalle Kurzentrum Bad Neustadt

Gustson, D. (2004): "Denn man dachte anders über die Dinge als in unserer heutigen Welt". Aus der gynäkologisch-psychosomatischen und sexualmedizinischen Sprechstunde. 16. Symposium "Psychoanalyse und Altern": "Liebe, Lust und Leidenschaften im Alter - vergänglich, wandelbar, zeitlos?" 3. und 4. Dezember 2004 Gießhaus der Universität Kassel

Knickenberg, R.J., Schattenburg, L., Vorndran, A., Zwerenz, R., Beutel, M.E. (2003): Kontrollierte Therapiestudie zur Optimierung berufsbezogener Therapiemaßnahmen in der psychosomatischen Rehabilitation im Rahmen eines tiefenpsychologischen und verhaltenstherapeutischen Ansatzes. Vortrag auf dem 9. Methodenworkshop des RFB (Rehabilitationswissenschaftlicher Forschungsverbund Bayern) in München am 23.5.

Knickenberg, R.J., Wagner, S., Bleichner, F., Beutel, M.E. (2004): Möglichkeiten der Erfassung von Gedächtnisstörungen bei psychosomatisch Kranken. 13. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium. Selbstkompetenz- Weg und Ziel der Rehabilitation. 08.- 10. März, Düsseldorf

Knickenberg, R.J. (2004): Der integrative berufsbezogene Therapieansatz in der stationären Rehabilitation. „Return to work“. Die Wiedereingliederung in den Arbeitsprozeß als Aufgabe der psychosomatischen Rehabilitation. Psychosomatische Klinik Bad Neustadt, 24.04.2004

Knickenberg, R.J. (2004): Was lässt sich aus der Psychotherapie zur Rehabilitation von Musikern beitragen? Musikermedizin aus psychosomatischer Sicht: Aktuelle neurowissenschaftliche Erkenntnisse, Prävention, Behandlung und Rehabilitation. Psychosomatische Klinik Bad Neustadt, 19.06.2004

Schattenburg, L., Gerhard, C., Beutel, M.E., Knickenberg, R.J., Bleichner, F. (2003): Berufsbezogene Gruppentherapie bei älteren Arbeitnehmern: Themen, Behandlungstechnik, Veränderungspotenzial. Vortrag auf der Bad Neustädter Fachtagung zu Forschungsprojekten zur stationären psychosomatischen Behandlung am 12.6.

Schattenburg, L., Zwerenz, R., Knickenberg, R.J., Vorndran, A., Beutel, M.E. (2003): Wie lassen sich mehr Patienten zur Bearbeitung berufsbezogener Probleme motivieren? Differenzierung und Optimierung berufsbezogener Therapieansätze. Vortrag auf der Bad Neustädter Fachtagung zu Forschungsprojekten zur stationären psychosomatischen Behandlung am 12.6.

Schattenburg, L. (2003). Die Bedeutung Klinische Psychologie für Soziale Arbeit. Vortrag an der Fachhochschule Frankfurt a. M. am 27.10.

Schattenburg, L. (2004). Die Forschungsschwerpunkte in der Psychosomatischen Klinik Bad Neustadt. Vortrag auf dem Kolloquium mit den Fachhochschulen für Sozialpädagogik in der Psychosomatischen Klinik Bad Neustadt. am 5.5.

Schattenburg, L. (2004). Selbstinstruktion und Selbstwirksamkeitsüberzeugungen bei Verhaltens- und Persönlichkeitsstörungen. Vortrag am Institut für Heilpädagogik der Universität Kiel am 30. 6.

Schattenburg, L. (2004). Stress und Stressbewältigung. Vortrag in der Wandelhalle Bad Neustadt am 5.7.

Schattenburg, L. (2004). Behandlungsmöglichkeiten psychischer Erkrankungen mit einem integrativen Ansatz. Workshop auf der 2. Bad Neustädter Fachtagung für Sozialdienstmitarbeiter und Rehabilitationsberater am 12.11.

Schattenburg, L., Knickenberg, R.J., Gustson, D., Beutel, M.E. (2004): Zusammenhänge zwischen beruflichen und familiären Belastungen. Aspekte einer tiefenpsychologischen Behandlung in einem stationären Setting mit Kasuistik. Vortrag auf der 55. Arbeitstagung des Deutschen Kollegiums für Psychosomatische Medizin (DKPM) in Geldern am 5.3.

Schattenburg, L., Knickenberg, R.J., Vorndran, A., Beutel, M.E., Zwerenz, R. (2004): Tiefenpsychologisch fundierte Gruppentherapie für beruflich belastete Patienten in der stationären psychosomatischen Rehabilitation- Gruppenkonzept und Ergebnisse einer kontrollierten Studie. 13. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium. Selbstkompetenz- Weg und Ziel der Rehabilitation. 08.- 10. März, Düsseldorf

Zwerenz, R., Knickenberg, R.J., Schattenburg, L., Beutel, M.E. (2003): Motivation zur Auseinandersetzung mit beruflichen Belastungen in der stationären psychosomatischen Rehabilitation – Entwicklung und Validierung eines Fragebogens. Vortrag auf dem 12. Rehabilitationswissenschaftlichen Kolloquium 10. – 12. März, Bad Kreuznach

Zwerenz, R., Knickenberg, R.J., Vorndran, A., Beutel, M.E. (2004): Kurz- und langfristige Ergebnisse einer kontrollierten Studie zur beruflichen Belastungserprobung als therapeutisches Modul innerhalb der stationären psychosomatischen Rehabilitation. 13. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium. Selbstkompetenz- Weg und Ziel der Rehabilitation. 08.- 10. März, Düsseldorf

Zwerenz, R., Knickenberg, R.J., Schattenburg, L. & Beutel, M.E. (2004): Confronting work-related conflicts during psychosomatic inpatient rehabilitation – results of a randomized study. Lecture at the 8th Congress of EFRR „Rehabilitation sciences in the new millenium. Challenge for multidisciplinary research” in Ljubljana, Slovenia, 13th -17th June

11.4 Poster:

L. Schattenburg, R. J. Knickenberg, R. Zwerenz & M. Beutel (2003). Effekte tiefenpsychologisch fundierter Fokalthherapie bei beruflich stark belasteten Patienten im stationären Setting. DKPM-Tagung in Göttingen (19.-22.3.2003). 2. Posterpreis des Deutschen Kollegiums für Psychosomatische Medizin.

11.5 Veröffentlichungen in 2005

Beutel, M.E., Zwerenz, R., Bleichner, F., Vorndran, A., Knickenberg, R. J. (2005): Vocational training integrated into inpatient psychosomatic rehabilitation - Short and long-term results from a controlled study. Disability and Rehabilitation, im Druck

Schattenburg, L., Knickenberg, R.J. (2005). Konzept und Aktivitäten der Psychosomatischen Klinik Bad Neustadt der Rhön-Klinikum AG – Abteilung Rehabilitation. Erscheint in Psychodynamische Psychotherapie. Forum der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie. Heft 1

Schattenburg, L., Knickenberg, R.J. (2005). Musikermedizin aus psychosomatischer Sicht. Ein Tagungsbericht. Erscheint im Neurotransmitter.

Schattenburg, L., Knickenberg, R.J., Beutel, M.E., Zwerenz, R. (2005). Vergleich von tiefenpsychologischen Gruppen (halboffen vs. geschlossen) im stationären Setting mit dem Gruppenklimafragebogen GCQ-S von Mackenzie. Abstract erscheint in Psychotherapie, Psychosomatik und Medizinische Psychologie
Schattenburg, L., Knickenberg, R.J., Krug, B., Mund, S., Beutel, M.E., Zwerenz, R. (2005). Behandlungsintegrität einer tiefenpsychologischen Gruppentherapie für beruflich belastete Patienten in der stationären psychosomatischen Rehabilitation – Videogestützte Analyse der Interventionen.

Schattenburg, L. (2005). Rezension zu Clarkin, J., Yeomans, F. & Kernberg, O.: Psychotherapie der Borderline-Persönlichkeit. Manual zur Transference-Focused Psychotherapy-TFP. (Schattauer, 2001) und Yeomans, F., Clarkin, J. & Kernberg, O.: A Primer of Transference-Focused Psychotherapy for the Borderline Patient (Jason Aronson, 2002). Erscheint in PSYCHE, 1, 90-94.

Wagner, S., Kaschel, R., Paulsen, S., Knickenberg, R.J., Bleichner, F., Beutel, M.E. (2005) Der Zusammenhang leichter kognitiver Einbußen und der subjektiven beruflichen Leistungsfähigkeit bei 50- bis 59-jährigen Patienten in stationärer psychosomatischer Rehabilitation. Erscheint im Sammelband des 14. Rehabilitationswissenschaftlichen Kolloquiums des VDR in Hannover vom 28.02.-02.03.2005.

II.6 Praktikumsstellen für medizinisch-beruflich-orientierte Belastungserprobungen

A

| | |
|------------------------|--|
| Altenpflege | Vill'sche Altenstiftung 97616 Bad Neustadt |
| | BRK Altenheim 97616 Bad Neustadt |
| Autohaus/ Werkstatt | Ford Autohaus Gaul 97616 Bad Neustadt |
| | BMW Seifert 97616 Bad Neustadt |
| | Fa. Kehm (Mercedes) 97616 Bad Neustadt |
| | Kehm-Woytinnck (VW) 97616 Brendlorenzen |
| | Audi Autohaus Kuhn 97616 Bad Neustadt |
| | Opel Autohaus Laudensack 97616 Bad Neustadt |
| | Ford Autohaus Ledermann 97616 Bad Neustadt |
| | Vorndran GmbH 97616 Bad Neustadt |
| Auto- zubehör | Autoteile Reese 97616 Bad Neustadt |

B

| | |
|------------------------|---|
| Baumarkt/ Baustoffe | toom Baumarkt 97616 Bad Neustadt |
| | Baywa AG 97616 Bad Neustadt |
| | OBI 97616 Bad Neustadt |
| | Appl Baustoffhandel 97616 Bad Neustadt |
| Beratung/ Service | Günther Fachhandel 97616 Bad Neustadt |
| | Telekom 97616 Bad Neustadt |
| Bibliothek | Stadtbibliothek 97616 Bad Neustadt |
| Blumen- laden | Pustablume 97616 Bad Neustadt |

Büro- und Verwaltungs- tätigkeit/ Rezeption

| |
|---|
| Landwirtschaftsamt 97616 Bad Neustadt |
| Landratsamt Rhön-Grabfeld 97616 Bad Neustadt |
| Frankenklinik 97616 Bad Neustadt |
| Papier Schmitt 97616 Salz |
| Klinik für Handchirurgie 97616 Bad Neustadt |
| Dt. Post AG 97616 Bad Neustadt |
| Kunert Wellpappe 97616 Bad Neustadt |
| Neurologische Klinik 97616 Bad Neustadt |
| Saaletalklinik 97616 Bad Neustadt |
| Stadtverwaltung 97616 Bad Neustadt |
| Stadtwerke 97616 Bad Neustadt |
| Amtsgericht 97616 Bad Neustadt |

D

| | |
|-------------|---|
| Dentallabor | Theo Geis GmbH 97616 Bad Neustadt |
| | GHZ – Dental GmbH 97616 Bad Neustadt |
| Druckerei | Druckerei Lang 97616 Bad Neustadt |

E

| | |
|------------------|---|
| EDV/ Computer | Rhön-Klinikum AG EDV-Abteilung 97616 Bad Neustadt |
| | Preh Werke 97616 Bad Neustadt |
| | CBW 97616 Bad Neustadt |

| | |
|---------------------------|---|
| Einzelhandel | Igros 97616 Herschfeld |
| | E-Center 97616 Bad Neustadt |
| | Naturkost am Hohntor 97616 Bad Neustadt |
| | Drogeriemarkt Müller 97616 Bad Neustadt |
| | Tegut 97616 Bad Neustadt |
| | dm-Drogeriemarkt 97616 Bad Neustadt |
| | Geschirrkeller 97616 Herschfeld |
| | Nr. 5, Schreib- u. Bastelbedarf 97616 Bad Neustadt |
| | TOP 3 Markt 97616 Bad Neustadt |
| | TTL 97616 Bad Neustadt |
| Ergo-,Physio- therapie | Neurologische Klinik 97616 Bad Neustadt |

F

| | |
|--------------------|--|
| Fahrrad- bedarf | Wolf Bike & Play 97616 Bad Neustadt |
| | RADhaus Raab 97616 Bad Neustadt |
| Frisör | Peter Straub 97616 Bad Neustadt |
| | Haar-Genau 97616 Bad Neustadt |
| | Mangold, Peter 97616 Bad Neustadt |

G

| | |
|-------------------------|--|
| Gastro- nomie | Schloßhotel 97616 Bad Neustadt |
| Gartenbau/ Gärtnerei | Gartenbau Meier 97616 Bad Neustadt |
| | Kantner, Josef 97616 Brendlorenzen |
| | St. Josefskongregation Ursberg 97702 Maria Bildhausen |

| | |
|-------------------------|---|
| Gesundheits- technik | Fa. Kahl 97421 Schweinfurt |
| | Orthopädie reh in tec Weber GmbH Sanitätshaus 97720 Nüdlingen |
| | Sanitätshaus Wiedemann 97421 Schweinfurt |
| Glaserei/ Fensterbau | Bock Fensterbau- Glaserei-Sonnenschutz 97616 Bad Neustadt |
| Großhandel | Papier Schmitt 97616 Salz |
| | Reisenweber 97616 Salz |

H

| | |
|---|---|
| Haustechnik | Neurologische Klinik 97616 Bad Neustadt |
| Heizungs- und Sanitär- technik | RGT (Rhönland Gesundheits- technik GmbH & Co KG) 97616 Bad Neustadt |

I

| | |
|--------------------------|--------------------------------------|
| Industrie- zulieferer | Fa. Jopp GmbH 97616 Bad Neustadt |
| Ingenieure | Vermessungsamt 97616 Bad Neustadt |

K

| | |
|-------------------|---|
| Kaufhaus | Kaufhaus Pecht 97616 Bad Neustadt |
| | Schewa 97616 Bad Neustadt |
| Krankenkasse | AOK Bayern 97616 Bad Neustadt |
| | BEK 97616 Bad Neustadt |
| | DAK 97616 Bad Neustadt |
| Kinder- garten | Väth-König´scher Stiftungs- kindergarten 97616 Bad Neustadt |

Kinder-
garten Kinderg. Mühlbach
97616 Bad Neustadt

Kinderg. Herschfeld
97616 Herschfeld

Kranken-
haus Rhön-Klinikum AG
Medizinisches Lager
97616 Bad Neustadt

Kreiskrankenhaus
97616 Bad Neustadt

Küche Großküche der Herz-
und Gefäßklinik
97616 Bad Neustadt

L

Labor BLS Analytik GmbH
97708 Großenbrach

Land-
maschinen Wolf Landmaschinen
97616 Bad Neustadt

Landwirtschaft Norbert Kleinhenz
97616 Brendlorenzen

Lehrtätigkeit Gesellschaft für berufliche
Fortbildung
97616 Bad Neustadt

M

Maler und
Verputzer Knaier Norbert
97616 Bad Neustadt

Rhön-Klinikum AG
97616 Bad Neustadt

Metallver-
arbeitung Hohmann Edelstahl-Präzision
97616 Bad Neustadt

Möbelhaus Einrichtungsh. Pfeuffer
97616 Bad Neustadt

Angermüller
97618 Salz

R

Reisebüro Reisestudio im Kaufhaus Pecht
97616 Bad Neustadt

Reisebüro Kastner
97616 Bad Neustadt

Reisebüro Geis
97616 Bad Neustadt

Eric Tours
97616 Bad Neustadt

S

Schreinerei Fa. Gass
97616 Bad Neustadt

Fa. Scheuplein
97616 Brendlorenzen

Sozialbe-
treuung CBW
97616 Bad Neustadt

Spedition Spedition Geis GmbH & Co
97616 Bad Neustadt

Sportartikel Sport Schewa
97616 Bad Neustadt

Sport Pecht
97616 Bad Neustadt

T

Technischer
Zeichner Vermessungsamt
97616 Bad Neustadt

Tierarzt Ursula Heusinger
97616 Bad Neustadt

Töpferei Töpferei im Hof
97616 Salz

Z

Zahnarzt Simmig Anett
97616 Bad Neustadt

Zeitungen Main Post - Geschäftsstelle
97616 Bad Neustadt

Rhön- und Saalepost
97616 Bad Neustadt

Verkehrsanbindung:

Bad Neustadt a. d. Saale – umgeben von viel Wald und intakter Natur – liegt am Rande des Naturparks "Bayerische Rhön".

Die Stadt Bad Neustadt a. d. Saale und ihre Umgebung bieten Patienten und deren Angehörigen die Möglichkeit, neben dem Klinikalltag auch das interessante Umfeld zu erkunden. Nachstehend die Anreisemöglichkeiten:

Anreise mit der Bahn

- ▶ von Fulda mit dem Nahverkehrszug Gersfeld (Rhön), von dort aus mit dem Bus bis zum Bahnhof Bad Neustadt a. d. Saale
- ▶ ab Würzburg Interregioverbindung über Schweinfurt, dort umsteigen in Richtung Erfurt nach Bad Neustadt a. d. Saale
- ▶ aus den neuen Bundesländern oder Berlin über Erfurt, von dort Direktverbindung nach Schweinfurt über Neustadt a. d. Saale

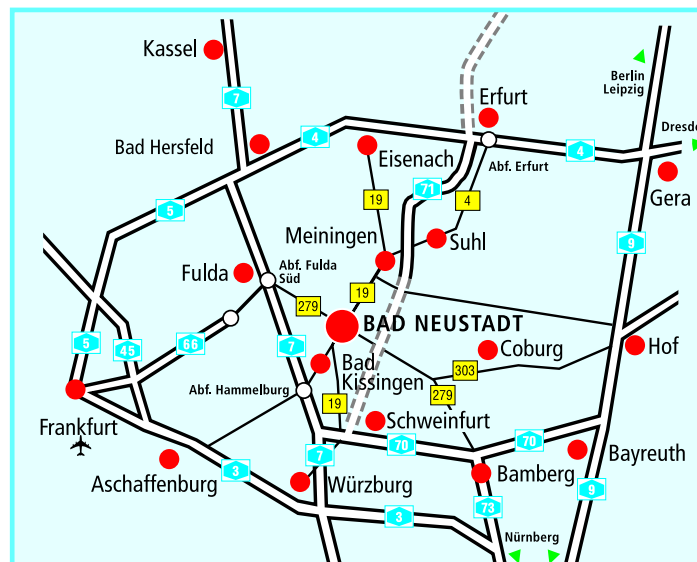
Anreise mit dem Auto

- ▶ von Norden kommend über die Autobahn A 7 bis zur Ausfahrt Fulda-Süd/Bad Neustadt a. d. Saale, weiter über die B 279 in Richtung Gersfeld/Bischofsheim bis nach Bad Neustadt a. d. Saale
- ▶ aus dem Nordosten auf der Autobahn A71 bis nach Meiningen, dann weiter auf der B 19 nach Bad Neustadt a. d. Saale
- ▶ aus dem Süden kommend über Würzburg auf der A 7 in Richtung Kassel bis zur Ausfahrt Schweinfurt/Werneck/ Bad Neustadt a. d. Saale, auf der B 19 weiter nach Bad Neustadt a. d. Saale
- ▶ aus Süden und Südosten kommend Richtung Bamberg, dann auf der A 73 (Frankenschnellweg) weiter Richtung Coburg bis zur Ausfahrt Breitengüßbach/Bad Neustadt a. d. Saale, auf der B 279 über Bad Königshofen nach Bad Neustadt a. d. Saale

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

Grundsätzlich ist zu empfehlen, mit öffentlichen Verkehrsmitteln anzureisen, denn in Kliniknähe gibt es nur wenige Parkplätze.

Unseren Patienten steht innerörtlich ein kostenloser Buspendelverkehr ganzjährig an allen Kalendertagen zur Verfügung.



Psychosomatische Klinik Bad Neustadt
Träger: Rhön-Klinikum AG
Salzburger Leite 1 · 97616 Bad Neustadt a. d. Saale
Telefon (09771) 67-01 · Telefax (09771) 65 93 01
e-mail: psk@psychosomatische-klinik-bad-neustadt.de
www.rhoen-klinikum-ag.com