



PSYCHOSOMATISCHE REHABILITATION

KLINIK FÜR PSYCHOSOMATISCHE MEDIZIN UND PSYCHOTHERAPIE
SEGEBERGER KLINIKEN GRUPPE

Die **Segeberger Kliniken Gruppe** ist ein Verbund von Einrichtungen mit über 30-jähriger Entwicklungsgeschichte in den Bereichen Akutmedizin, Rehabilitation, Prävention und Wellness, der sich als ganzheitlicher Anbieter von Gesundheitsleistungen versteht.

Der Hauptsitz der **Segeberger Kliniken Gruppe** ist Bad Segeberg. Bad Segeberg ist ein Luftkurort innerhalb des Ferienlandes zwischen Nord- und Ostsee. Als Tor zur Holsteinischen Schweiz, dem größten Naturpark Schleswig-Holsteins, ist Bad Segeberg von Seen und Wäldern umgeben. Die Lage Bad Segebergs ist nicht nur ideal für aktive Erholung, sondern auch für Ausflüge in die nahegelegenen Hansestädte Hamburg und Lübeck sowie der Landeshauptstadt Kiel. Die Ostseestrände der Lübecker Bucht sind ebenfalls binnen einer halben Stunde Autofahrt einfach erreichbar.

Die **Segeberger Kliniken Gruppe** ist im Laufe der Jahre kontinuierlich gewachsen und zählt daher mit ihren vielfältigen und hochspezialisierten medizinischen Leistungen zu den innovativen Kliniken Schleswig-Holsteins. Sie zählt gleichzeitig auch zu den größten privat geführten Klinikunternehmen in Schleswig-Holstein.

Ebenso verfügt die **Segeberger Kliniken Gruppe** über das jeweils größte Kardiologische Zentrum und Neurologische Zentrum Norddeutschlands mit einer engen Verzahnung von Akut- und Rehabilitationsmedizin. Die Grund- und Regelversorgung wird in der zur Unternehmensgruppe gehörenden Allgemeinen Klinik sichergestellt.

Dem Unternehmen gehören ca. 1600 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter an und es stehen insgesamt ca. 1000 Betten zur Verfügung, die sich auf folgende Bereiche verteilen:

■ **Herzzentrum**

Kardiologie/Angiologie, Herz- und Gefäßchirurgie, Kardiologische und Angiologische Rehabilitation

■ **Neurologisches Zentrum**, Akutneurologie und Rehabilitation

■ **Psychosomatisches Zentrum**, Akut- und Rehabilitationsbehandlung

■ **Allgemeine Klinik**, Chirurgie, Innere Medizin, Gynäkologie/Geburtshilfe, Urologie, Anästhesie und Neuro-/Radiologie

■ **Praxisklinik Norderstedt**, Ambulantes OP-Zentrum, Kardiologisches Versorgungszentrum

Zusätzlich gehören folgende Institutionen der Geschäftsgruppe an:

■ VITALIA Seehotel

■ VITALIA Gesundheitszentrum

■ Ambulanter Pflegedienst SK mobil

■ Kinderhospizdienst „Die Muschel e.V.“

■ Familienzentrum

Aufgrund dieser Struktur erhalten die Patienten eine umfassende Behandlung unter einem Dach. Dies reicht von der Prävention über die Diagnostik, Akuttherapie bis zur Rehabilitation und anschließenden Nachsorge.

■ **Organisationsstruktur**, siehe Organigramme

■ Klinikleitung	Marlies Borchert	Geschäftsführende Gesellschafterin
	Harald Toews	Geschäftsführer
	Prof. Dr. med. Gert Richardt	Ärztlicher Direktor

■ Bettenzahlen/Planbetten	Akutstationäre Betten	461 Betten
	Rehabilitationsbetten	485 Betten

Die Segeberger Kliniken sind Lehrkrankhaus der Christian-Albrechts-Universität zu Kiel und des Universitätsklinikums UKE-Hamburg.

■ Qualitätsmanagement

Das Qualitätsmanagement der Segeberger Kliniken Gruppe ist angelehnt an die Richtlinien der DIN EN ISO 9001:2008. So wird gewährleistet, dass grundlegende Qualitätsstandards eingehalten und bewertet werden können. Alle Bereiche der Kliniken werden laufend auf Verbesserungspotenziale überprüft.

Das QM-System dient der Umsetzung der Qualitätsziele auf Unternehmens-, Klinikums- und Abteilungsebene. Sie sind Basis für die im Qualitätsmanagement-Handbuch dokumentierten Kernprozesse, die im Rahmen interner bzw. externer Audits regelmäßig überprüft werden.

Der Rehabilitationsbereich des Psychosomatischen Zentrums verfügt seit 2008 über das Gütesiegel „Medizinische Rehabilitation in geprüfter Qualität“ der Krankenhausgesellschaft Schleswig-Holstein (KGSH).

■ Zimmerausstattung und Verpflegung

Die Rehabilitanden der Psychosomatik werden in 1-Bett-Zimmern untergebracht. Das erst neu erbaute, freundliche gestaltete Bettenhaus befindet sich direkt am Großen Segeberger See, so dass die meisten Zimmer über einen wunderbaren Ausblick verfügen. Die Zimmer sind ausgestattet mit eigenen Bädern und Telefon inkl. Notrufanlage.

Das VITALIA Klinik-Hotel steht Privatversicherten und Selbstzahlern offen. Es liegt in der unmittelbaren Nähe des Großen Segeberger Sees am Kurpark und ist direkt dem Herz-Gefäß-Zentrum und dem Psychosomatischen Zentrum angeschlossen. Alle Suiten und Gästezimmer sind mit edlen Hölzern, Textilien, Lichtkuppeln und großen Panoramafenstern ausgestattet. Dem VITALIA Klinik-Hotel ist zudem ein separates Restaurant angeschlossen. Ebenso erhalten die Gäste/Patienten/ Rehabilitanden eine VIP-Karte für das VITALIA Wellness-& Beauty-Ressort im benachbarten VITALIA Seehotel. An den Präventionsangeboten des VITALIA Gesundheitszentrums kann teilgenommen werden.

Die Unterbringung von Begleitpersonen/ Kindern ist bei uns möglich. Während der Therapien werden die Kinder in der hauseigenen Kinderbetreuung untergebracht und betreut. Schulpflichtige Kinder werden bei längerem Aufenthalt des Elternteils in einer entsprechenden Schule in Bad Segeberg unterrichtet.

Im gesamten Klinikverbund besteht Vollverpflegung. Bei der Auswahl der Mahlzeiten stehen Vollkost, leichte Kost, vegetarische Kost oder an Stoffwechselstörungen angepasste Diätformen, zusätzlich auch Mahlzeiten ohne Schweinefleisch zur Verfügung. Zusätzlich besteht die Möglichkeit, in den hauseigenen Cafés Mahlzeiten zu sich zu nehmen.

■ Angebote für Patienten

Zahlreiche Freizeitangebote können von den Patienten/Rehabilitanden wahrgenommen werden. So finden z.B. regelmäßig Dia- und Fachvorträge zu verschiedenen Themen im eigenen Haus statt.

Außerdem werden Tanzkurse, Konzerte, Lesungen, Kino, Spielabende und Andachten angeboten. Zusätzlich bieten wir Ausflüge in die Landeshauptstadt Kiel, die Hansestadt Lübeck und in die nahegelegenen Ostseebäder an.

Die zentrumsnahe Lage ermöglicht unseren Gästen die Teilnahme an kulturellen Angeboten der Stadt.

Vorwort

1.0 Merkmale der Strukturqualität

- 1.1 Leitungsteam
- 1.2 Ärzte und Psychologische Psychotherapeuten
- 1.3 Bauliche Gegebenheiten
 - 1.3.1 Jetzige Situation
 - 1.3.2 Klinikneubau

2.0 Zugangswege und Indikationen

3.0 Allgemeines therapeutisches Konzept

- 3.1 Informationen des Patienten zu den Zielen der Rehabilitation
- 3.2 Integrierte Behandlung auf der Basis bio-psycho-soziodynamischer Störungs- und Krankheitsmodelle
 - 3.2.1 Die Bedeutung der somatischen Dimension
 - 3.2.2 Übergreifendes Konzept der psychotherapeutischen Behandlung
 - 3.2.2.1 Methodenpluralität und differenzielle Indikation
 - 3.2.2.2 Kombination von Einzel- und Gruppentherapie
 - 3.2.2.3 Kombination mit psychoedukativen Behandlungsbestandteilen und Gesundheitsbildung
 - 3.2.2.4 Kombination der psychotherapeutischen Behandlung mit übenden Verfahren
 - 3.2.2.5 Kombination mit verbalen und nicht-verbalen (kreativtherapeutischen) psychotherapeutischen Methoden
 - 3.2.2.6 Kombination psychotherapeutischer und psychopharmakologischer Behandlung
 - 3.2.2.7 Unspezifische psychotherapeutische Effekte durch die flankierenden Maßnahmen
 - 3.3 Psychodynamische Therapieverfahren
 - 3.4 Verhaltenstherapie
 - 3.5 Die Bedeutung der sozialen Dimension i. S. der Teilhabe am gesellschaftlichen und beruflichen Leben

4.0 Therapeutisches Vorgehen

- 4.1 Diagnostisch-therapeutische Phase
 - 4.1.1 Ärztliches Aufnahmegespräch
 - 4.1.2 Aufnahme durch die Pflege
 - 4.1.3 Zuordnung zum Bezugstherapeuten im Rahmen der Verteilungskonferenz
 - 4.1.4 Einzelpsychotherapeutisches Erstgespräch
 - 4.1.4.1 Diagnostik der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie
 - 4.1.4.2 Verhaltenstherapeutische Diagnostik
 - 4.1.5 Standardisierte psychologische Testdiagnostik
 - 4.1.6 Indikationsstellung für die Gruppentherapie
- 4.2 Prozessmerkmale der patientenorientierten mehrdimensionalen bio-psycho-soziodynamisch fundierten psychosomatisch-psychotherapeutischen Behandlung

- 5.0 Notfallsituationen und Krisenintervention**
- 6.0 Spezielle Behandlungsschwerpunkte**
 - 6.1 Psychosomatische Rehabilitation für trauernde Menschen
 - 6.2 Psychosomatische Rehabilitation für chronisch schmerzkranken Patienten
 - 6.3 Psychosomatische Rehabilitation für türkische MigrantInnen
 - 6.4 Psychosomatische Rehabilitation für sozialmedizinische Problempatienten
 - 6.5 Psychosomatische Rehabilitation von Patienten mit schweren internistischen Erkrankungen
 - 6.6 Behandlung psychosomatischer Erkrankungen im höheren Lebensalter
 - 6.7 Psychosomatische Rehabilitation für (allein erziehende) Elternteile mit Kindern (als Begleitperson)
- 7.0 Nachsorge**
- 8.0 Klinikinterne Fort- und Weiterbildung des therapeutischen Teams**
- 9.0 Lehraufträge und Zusammenarbeit mit psychotherapeutischen Weiterbildungsinstituten**
 - 9.1 Zusammenarbeit mit psychotherapeutischen und medizinischen Weiterbildungsinstituten
 - 9.2 Lehre/Lehraufträge an Universitäten
- 10.0 Segeberger Symposien, Vorträge und Publikationen**
 - 10.1 Segeberger Symposien ab 2005
 - 10.2 Publikationen ab 2005
 - 10.3 Eingeladene wissenschaftliche Vorträge ab 2007
- 11.0 Forschungsaktivitäten Qualitätsmanagement**

Seit 1989 wird die **psychosomatische Rehabilitationsklinik** zum überwiegenden Teil von den Rentenversicherungsträgern belegt. Ab dem 1.1.2010 hat die Deutsche Rentenversicherung Bund die Federführung übernommen. 2005 wurde zusätzlich eine **akut-stationäre psychosomatisch-psychotherapeutische Behandlungseinheit** eingerichtet, die aktuell mit 44 Betten im Krankenhausbedarfsplan Schleswig-Holstein ausgewiesen ist. Die Akutstation ist personell, organisatorisch und konzeptionell klar vom Rehabilitationsbereich abgetrennt.

Die heutige **Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie der SEGEBERGER KLINIKEN GMBH** mit einem 150 Betten umfassenden Rehabilitationsbereich und der psychosomatisch-psychotherapeutischen Akutstation ist das Ergebnis eines kontinuierlichen Entwicklungsprozesses über die letzten 2 Jahrzehnte. Bedeutsam auch für das heutige Behandlungskonzept ist die Tatsache, dass die Etablierung einer stationären psychosomatischen Rehabilitation in den Segeberger Kliniken aus der kardiologischen und neurologischen Akut- und Rehabilitationsmedizin heraus erfolgte.

Die Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie ist Teil einer Klinikengruppe, zu der die weiteren Fachbereiche Innere Medizin, Chirurgie, Gynäkologie und Geburtshilfe, Herz-, Gefäß- und Kreislauferkrankungen, Herzchirurgie, Anästhesie und Neurologie gehören, die ebenso akutmedizinische Behandlungen wie auch medizinische Rehabilitationsmaßnahmen durchführen. Das psychosomatisch-psychotherapeutische Behandlungsangebot ist über Schnittstellen mit diesen anderen Fachgebieten verbunden. So wird u.a. durch gemeinsame ärztliche Besprechungen und einen gemeinsamen Bereitschaftsdienst eine Verzahnung von somatischer Medizin und Psychotherapie mit hohem Standard im Versorgungsalltag gewährleistet. Seit 2005 ist die Klinik Akademisches Lehrkrankenhaus für die Medizinische Fakultät der Universität Schleswig-Holstein Campus Kiel. Es bestehen Kooperationsverträge mit diversen Instituten der Weiterbildung zum ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten (vgl. 8.0).

Die Orientierung an einem **bio-psycho-sozialen Modell** i.S.d. Weltgesundheitsorganisation (WHO), das nicht nur der psychischen, sondern auch der somatischen und sozialen Dimension in der Entstehung und Behandlung psychischer und psychosomatischer Störungen und Erkrankungen den ihnen gebührenden, durch vielfältige Forschungsergebnisse untermauerten Stellenwert zuerkennt, bildet die Grundlage unserer Konzeptualisierung von Diagnostik und Therapie. Die Durchführung von Heilbehandlungsmaßnahmen in unserem Hause ist den übergeordneten Zielen einer medizinischen Rehabilitation verpflichtet. Die therapeutischen Bemühungen beziehen sich somit gemäß der **Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF)** sowohl auf die Ebene körperlicher und seelischer Funktionen und Strukturen als auch auf die Dimension der Aktivitäten und Teilhabe (s. Abb.1).

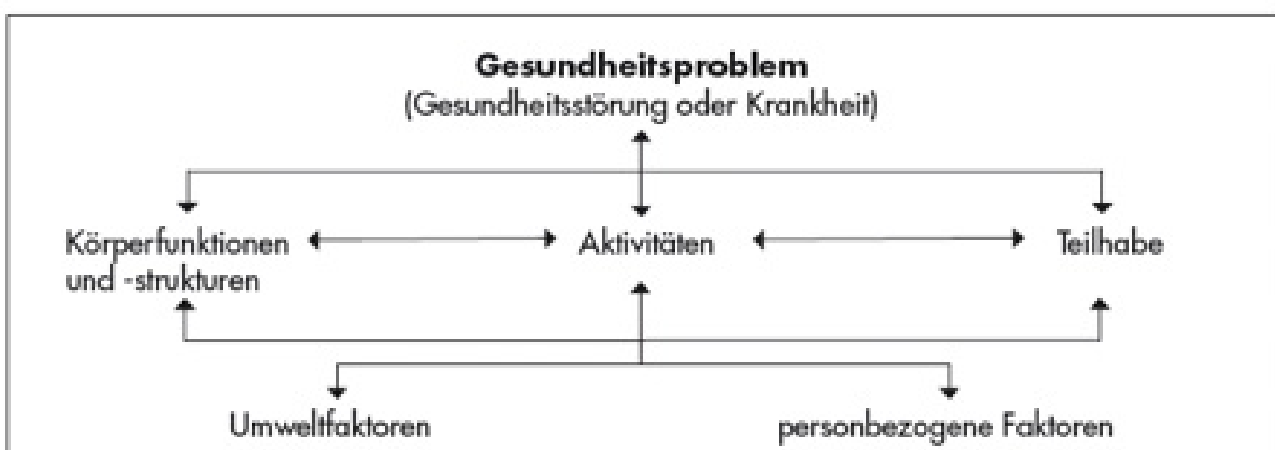


Abbildung 1: Das bio-psycho-soziale Modell der ICF
Aus: Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR), ICF-Praxisleitfaden 2 • 2008

VORWORT

Durch die Verbindung der psychosomatischen Rehabilitationsklinik insbesondere mit dem Herzzentrum und der neurologischen Klinik entstehen hervorragende Voraussetzungen dafür, auch PatientInnen mit kardialer und neurologischer **Komorbidität** ein adäquates integriertes psychosomatisch-psychotherapeutisches Behandlungsangebot zu machen. Eine weitere Besonderheit unserer psychosomatischen Klinik, die sich aus deren Entstehung und Geschichte ableitet, ist die im Vergleich mit anderen Kliniken relativ hohe Gewichtung der **Sport- und Bewegungstherapie** (vgl. 3.3) im therapeutischen Programm. Hier nutzen wir nicht nur die körper-psychotherapeutischen Effekte, sondern auch im besonderen Maße die nachweislich positive Beeinflussung vieler für das psychische Befinden bedeutsamer somatischer Funktionen durch ein fachkompetent angeleitetes Training, das auf eine Steigerung der körperlichen Belastbarkeit abgezielt. (vgl. 4.1.1).

Von Beginn an orientiert sich die **psychotherapeutische Arbeit** in unserer Klinik in erster Linie an einer **Methodenpluralität**, d.h., die anerkannten Psychotherapieschulen, wie Verhaltenstherapie und psychodynamische Therapieverfahren, kommen gleichermaßen zur Anwendung. Dabei bestehen nicht 2 getrennte Bereiche, sondern ärztliche und psychologische PsychotherapeutInnen mit psychodynamischer oder verhaltenstherapeutischer Ausrichtung arbeiten in einem Team zusammen. Die Zuweisung von PatientInnen zum jeweiligen Behandlungsmodell erfolgt im Rahmen einer differenziellen Indikationsstellung (vgl. 3.3). Mit diesem Konzept versuchen wir der Individualität der Patienten insbesondere im Hinblick auf ihre psychotherapeutischen Behandlungsziele und -erwartungen zu entsprechen und realisieren unseren Anspruch einer patientenorientierten Behandlung.



Priv.-Doz. Dr. med. Lutz Götzmann
Chefarzt



Dipl.-Psych. Oliver Bohlen
Ltd. Psychologe

Bad Segeberg, im Januar 2011

1.0 Merkmale der Strukturqualität

1.1 Leitungsteam

- **Chefarzt: Priv.-Doz. Dr. med. Lutz Götzmann**
Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie; psychoanalytischer Schwerpunkt.
- **Oberarzt: Dr. med. Reinhard Fröschlin**
Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie mit der Zusatzbezeichnung Rehabilitationswesen; tiefenpsychologischer Schwerpunkt.
- **Oberärztin: Cora Albrecht**
Fachärztin für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie und Fachärztin für Allgemeinmedizin; verhaltenstherapeutischer Schwerpunkt.
- **Leitender Psychologe: Dipl.-Psych. Oliver Bohlen**
Approbierter Psychologischer Psychotherapeut; verhaltenstherapeutischer Schwerpunkt, anerkannter Supervisor für Verhaltenstherapie.
- **Leitende Psychologin: Dipl.-Psych. Nazife Koç-Gündüz**
Approbierte Psychologische Psychotherapeutin, tiefenpsychologischer Schwerpunkt.
- **Oberärztin: Dr. med. Bianca Schwennen**
Fachärztin für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie und Fachärztin für Allgemeinmedizin; verhaltens-therapeutischer Schwerpunkt.
- **Oberärztin/Oberarzt: N.N.**

Die Mitglieder des Leitungsteams sind in der Lehre der Universitäten Zürich und Kiel im Fach Psychosomatische Medizin und Psychotherapie vertreten. Sie sind Dozenten, Prüfer und anerkannte Supervisoren in der Weiterbildung in einer Reihe verhaltenstherapeutischer und psychodynamischer Ausbildungsinstituten für ÄrztInnen und PsychologInnen (vgl. 9.1) und sind im Curriculum Psychosomatische Grundversorgung der Länder Schleswig-Holstein und Hamburg tätig. Der Chefarzt Herr Dr. Götzmann ist u. a. Vorstandsmitglied der Schweizerischen Ärztegesellschaft für Psychotherapie und Mitglied der europäischen Arbeitsgemeinschaft für Psychosomatik in der Transplantationsmedizin. Der leitende Oberarzt Herr Dr. Fröschlin ist u.a. Mitglied des Arbeitskreises Migration und öffentliche Gesundheit am Sozialministerium Schleswig-Holstein.

1.2 Ärzte und Psychologische Psychotherapeuten

Im psychosomatisch-psychotherapeutischen Team arbeiten derzeit ca. 30 ärztliche und psychologische KollegInnen zusammen. In der Klinik wird nach dem Bezugstherapeuten-Modell (vgl. Zielke, 1994¹, 2000²) gearbeitet, d.h. der jeweilig zuständige Psychotherapeut (Diplom-Psychologe oder Arzt) ist im interprofessionellen Team federführend für die Behandlungsplanung, den therapeutischen Prozess und den psychotherapeutischen Teil der Behandlungs- und Abschlussdokumentation bei den ihm zugeteilten Patienten verantwortlich. Im Team sind etwa zu gleichen Teilen die beiden großen Therapierichtungen vertreten, sowohl die psychodynamischen Verfahren mit Psychoanalyse und tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie als auch die Verhaltenstherapie. Bis auf wenige Ausnahmen befinden sich alle Ärzte in Facharztweiterbildungen bzw. habe diese bereits abgeschlossen. Alle Psychologen sind entweder bereits approbierte Psychotherapeuten oder absolvie-

1 Zielke M, Surm J (Hrsg). Der Bezugstherapeut in der stationären Rehabilitation. In: Handbuch stationäre Verhaltenstherapie. Beltz, 1994. Carls W, Evertz P, Missel P, Schultz K, Zielke M: Qualitätsstandards der medizinischen Rehabilitation (2000).

ren genau wie die Ärzte berufsbegleitend an externen Instituten curriculare psychotherapeutische Weiterbildungen. Zusätzlich zur Zugehörigkeit zu den beiden genannten Therapieschulen bestehen bei den Teammitgliedern Spezialkompetenzen, so z.B. auf psychotraumatologischem Gebiet oder im Bereich der Behandlung schwerer Persönlichkeitsstörungen. Die Basiscurricula zum Erlernen der Psychodynamisch Imaginativen Traumatherapie (PITT), der EMDR-Technik, der Strukturbezogenen Therapie und der Schematherapie wurden klinikintern zur Weiterbildung der ärztlichen und psychologischen MitarbeiterInnen durchgeführt. Die Teilnahme an Seminaren und Tagungen außerhalb der Klinik wird regelmäßig von der Geschäftsleitung finanziell unterstützt. So befinden sich z. Zt mehrere Psychologinnen in aufwändigen Gruppentherapiefortbildungen. Darüber hinaus haben auch die psychologischen Psychotherapeuten Erfahrungen mit Patienten, bei denen psychische bzw. psychosomatische Störungen und Körpererkrankungen gleichzeitig vorliegen. Die Klinik wird auch speziell mit diesen Patientengruppen belegt, insbesondere mit psychosomatischen Störungen und Komorbiditäten aus den Gebieten der Inneren Medizin, der Kardiologie und Neurologie (vgl. auch 7.0).

Die ärztlichen MitarbeiterInnen der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie arbeiten sowohl ärztlich-psychotherapeutisch als auch somatisch-medizinisch. Im Ärzteteam ist eine vergleichsweise hohe Kompetenz und Erfahrung, insbesondere mit der Diagnostik und Behandlung internistischer, kardiologischer und neurologischer Erkrankungen vorhanden.

Der Schwerpunkt der psychosomatischen Rehabilitation für türkische MigrantInnen (vgl. 6.3) erfordert nicht nur bilinguale MitarbeiterInnen in Pflege, Medizin und Psychotherapie, sondern auch eine erhöhte Kultursensibilität im gesamten Team. Alle Teammitglieder sind mit den spezifischen Belastungen und Konflikten der Migration auch als transgenerationales Geschehen gut vertraut.

1.3 Bauliche Gegebenheiten

1.3.1 Jetzige Situation

Die 150 Patienten der psychosomatischen Rehabilitationsklinik sind in Einzelzimmern untergebracht, die überwiegend mit einem Balkon ausgestattet sind, z.T. auch über einen Seeblick verfügen. Die 150 Betten sind in zwei Einheiten aufgeteilt mit jeweils einem Pflegestützpunkt, dessen Zentrum ein geräumiges Schwesternzimmer bildet. Hinzu kommen Gruppenräume und Seminarräume, letztere sind ausgerüstet mit moderner Technologie. Die Klinik verfügt über eine große Turnhalle sowie über ein Schwimmbad mit einer 20-Meter-Bahn, über eine Sauna und einen Whirlpool. Ein Außengelände kann für Terraintraining und sportliche Spiele genutzt werden. Das gepflegte Ambiente der öffentlichen Räume sowie die Ausstattung der Patientenzimmer entsprechen einer gehobenen Kategorie. Die helle Atmosphäre, die betont niedrigschwellige kommunikative Gestaltung der öffentlichen Räume („Kommunikationszentrum“) sollen den Patienten das Einleben erleichtern. Auch das klinikeigene Cafe bietet einen attraktiven Treffpunkt für PatientInnen, wo Begegnung, Kontaktaufnahme und informeller Austausch untereinander einen adäquaten Raum finden können. Das Vertrautwerden miteinander wird weiterhin erleichtert durch die festen Plätze im Patientenrestaurant. Die Tischgemeinschaften, die natürlich auf Wunsch auch verändert werden können, bilden einen wichtigen Grundstein für den interpersonellen Austausch in der Patientengemeinschaft und damit eine unverzichtbare Ressource der Behandlung.

Das Speisenangebot im Patientenrestaurant ist auf der Grundlage moderner ernährungsmedizinischer Erkenntnisse zusammengestellt. Frühstück und Abendessen werden in Form eines Buffetts

vorgehalten, das Mittagessen wird am Platz serviert. Es besteht immer die Auswahl zwischen verschiedenen Hauptgerichten, eines davon ist ein Vegetarisches.

Die Klinik ist rauchfrei; im Sinne einer Schwellenerhöhung müssen Raucher das Klinikgelände verlassen, um rauchen zu können.

1.3.2 Klinikneubau

Voraussichtlich Ende 2011 wird die Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie in einen Neubau umziehen. Eine helle Atmosphäre, ein betont gepflegtes Ambiente sowie eine gehobene Ausstattung werden auch in der neuen Klinik realisiert. Gemeinschaftsräume, Möglichkeiten zum Spielen und zu anderen aktiven Freizeitgestaltungen sind in den Planungen berücksichtigt. Es entspricht dem ausdrücklichen Ziel der Klinikleitung, auch auf der Ebene des Räumlichen den Patienten einen angenehmen wertschätzenden Rahmen für ihre Behandlung zu bieten.

2.0 Zugangswege und Indikation

Die Klinik wird belegt durch die Rentenversicherungsträger gemäß § 15 des SGB VI und die Krankenkassen nach § 40 Abs. 2 SGB V sowie durch Privatversicherungen. Sie ist beihilfeberechtigt im Sinne § 4 Abs. 1 Nr. 2 BVO. Eine besonders beschleunigte Aufnahme innerhalb von drei Wochen wird für Eilfälle gewährleistet.

Stationär behandelt werden können:

Affektive Störungen

- Angsterkrankungen, phobische und Panikstörungen, GAS
- Zwangsstörungen
- Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen
- Dissoziative Störungen (Konversionsstörungen)
- Somatoforme Störungen
- Essstörungen
- Psychologische Faktoren und Verhaltensfaktoren bei anderenorts klassifizierten Krankheiten
- Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen
- Remittierte psychotische Erkrankungen

Es bestehen folgende spezielle Behandlungsschwerpunkte (vgl. 6.1 bis 6.7):

- Psychosomatische Rehabilitation für trauernde Menschen
- Psychosomatische Rehabilitation für chronisch schmerzkranken Patienten
- Psychosomatische Rehabilitation für türkische MigrantInnen
- Psychosomatische Rehabilitation von sozialmedizinischen Problempatienten
- Psychosomatische Rehabilitation von Patienten mit schweren internistischen Erkrankungen
- Behandlung psychosomatischer Erkrankungen im höheren Lebensalter
- Psychosomatische Rehabilitation für (alleinerziehende) Elternteile mit Kindern (als Begleitpersonen)

Kontraindikation:

- Akute psychotische Erkrankungen
- Drogen-, Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit
- Patienten, deren akute Suizidgefährdung besondere Schutzvorkehrungen erforderlich macht
- Psychoorganisch wesensveränderte und pflegebedürftige Patienten, bei denen kein ausreichender psychotherapeutischer Ansatz erkennbar ist
- Patienten unter 18 Jahren

Für Patienten, die auf den Rollstuhl angewiesen sind, besteht keine Kontraindikation, da Rollstuhl gerechte Zimmer zur Verfügung stehen und weite Bereiche der Klinik behindertengerecht ausgebaut sind. Erblindete Patienten können nur nach Rücksprache aufgenommen werden.

3.0 Allgemeines therapeutisches Konzept

3.1. Informationen des Patienten zu den Zielen der Rehabilitation

Mit dem Einladungsschreiben erhalten PatientInnen vorab unterschiedliche **Prospekte**, durch die sie über die Klinik und die Grundgedanken der Behandlung informiert werden.

Spätestens am dritten Tag ihres Aufenthaltes nehmen sie an einer **Begrüßungsveranstaltung** teil, die von Mitgliedern des Leitungsteams durchgeführt wird. Hier wird den Patienten das therapeutische Konzept erläutert, einerseits wird die Patientenorientierung unserer Behandlung betont, andererseits aber auch die Notwendigkeit des eigenen Engagements und der Integration in die therapeutische Gemeinschaft hervorgehoben. Die Erhaltung, Wiederherstellung und Verbesserung der beruflichen Leistungsfähigkeit als Zielsetzung rehabilitativer Maßnahmen wird dargestellt, die Abgrenzung zwischen Akut- und Rehabilitationsmedizin dadurch veranschaulicht. Die Verbesserung der Teilhabe am gesellschaftlichen Leben als übergeordnetes Ziel wird erläutert. Es wird explizit hingewiesen auf Angebote der Klinik wie die Sozial- und Rehabilitationsberatung sowie auf die Klinikseelsorge. Ausdrückliche Erwähnung findet das gruppenpsychotherapeutische Konzept mit einer kurzen Erläuterung der Effektivität gruppenpsychotherapeutischer Maßnahmen. Auf dem Hintergrund des Passungskonzeptes (vgl. 3.2.2.) wird das inhaltlich sehr differenzierte Gruppenangebot veranschaulicht.

Neben den allgemeinen Zielen der Rekompensation und Stärkung krankheitsgeschwächter biologischer Funktionen, der Wiederherstellung bzw. Erhaltung der Erwerbsfähigkeit, der Verbesserung psychosozialer Kompetenzen und kreativer Fähigkeiten sowie vorbeugend der Nutzung und Förderung gesunder körperlich-seelischer Ressourcen gehört die Bestimmung der **individuellen Ziele** zu den vorrangigen Aufgaben in der Anfangsphase der rehabilitativen Behandlung. Am Aufnahmetag erhalten die Patienten einen Fragebogen mit unterschiedlichen übergeordneten Zieldefinitionen und zusätzlich auch einen Fragebogen zu ihrer eigenen spezifischen psychotherapeutischen Behandlungserwartung (vgl. 3.2.2). Weiterhin ist jeder Patient angehalten, einen umfangreichen Patientenfragebogen incl. wichtiger Angaben zur Lebensgeschichte zu bearbeiten, wodurch von Beginn an die aktive Mitarbeit betont wird. In den ärztlichen und psychotherapeutischen Aufnahmegesprächen werden darüber hinaus die individuellen Reha-Ziele weiter gemeinsam mit dem Patienten auf der psychosozialen, somatischen, edukativen und Aktivität und Teilhabebezogenen Ebene konkretisiert und zum Aufenthaltsende von Behandler und Patient zusammen ausgewertet.

Zu Behandlungsbeginn erfolgt eine Einführung in die Gruppenpsychotherapie durch ein Leitungsmitglied, die als Motivations- und Informationsveranstaltung für die neu aufgenommenen Rehabilitanden konzipiert ist. Auch durch die Teilnahme am fortlaufenden einmal wöchentlich stattfindenden **psychoedukativen Patientenseminar** wird die Einstimmung auf die spezifischen Charakteristika der psychosomatischen Reha-Maßnahme zusätzlich gefördert.

Am Ende der Aufnahmewoche erfolgt ein **Begrüßungsgespräch durch die lfd. Schwester** der Klinik. Hier erfahren die Patienten Näheres über die Funktionen und die Bedeutung der Pflege in der Psychosomatik und werden ausdrücklich dazu angeregt, ihre Fragen zu den konkreten alltäglichen Klinikabläufen zu klären.

3.2. Integrierte Behandlung auf der Basis bio-psycho-soziodynamischer Störungs- und Krankheitsmodelle

3.2.1 Bedeutung der somatischen Dimension

Der Bedeutung der somatischen Dimension in der psychosomatischen Rehabilitation wird durch die oben genannte enge Verzahnung des psychosomatischen Rehabilitationsbereiches mit den anderen Abteilungen und Kliniken der Segeberger Kliniken Gruppe im besonderen Maße Rechnung getragen. Zum Behandlungsteam zählen Fachärzte für Allgemeinmedizin, Neurologie und Psychiatrie, sowie Kolleginnen und Kollegen mit klinischen Erfahrungen aus den Bereichen Neurologie, Kardiologie, Orthopädie, Ophthalmologie und Gynäkologie. Neben einem Bezugstherapeuten ist jedem Patienten eine Stationsärztin bzw. ein Stationsarzt zugeordnet, deren Fokus im Bereich körperlicher Beschwerden, **somatischer Komorbidität**, medikamentöser und körperbezogener Behandlung und organmedizinischer Aspekte im Hinblick auf die sozialmedizinische Leistungsbeurteilung liegt. Möglichkeiten zur Nutzung des hohen Standards somatischer Diagnostik in den unterschiedlichen Fachdisziplinen zeichnet unsere psychosomatische Rehabilitationsbehandlung aus. Die Teilnahme an Veranstaltungen zur **Gesundheitsbildung** und zu **Patientenschulungen** in Bezug auf die klassischen kardiovaskulären Risikofaktoren, Diabetes und Multiple Sklerose steht den Patienten offen. Patientenseminare zur Tabakentwöhnung und gesunder Ernährung einschl. aktiver Übungen in der Lehrküche können bei Indikation verordnet werden.

Die **Sport- und Bewegungstherapie** beinhaltet Anwendungen auf drei unterschiedlichen Belastungsstufen (25-, 50- und 75 Watt) und realisiert neben unspezifischen psychotherapeutischen Effekten (Stimmungsstabilisation und Symptombesserung bei depressiven, somatoformen und Angststörungen, Freude an Bewegung, Kontakte zu Mitpatienten) die Steigerung der Kondition, die Ausweitung körperlicher Beweglichkeit und die Verbesserung des Körpergefühls. Erfahrene Sport- und Bewegungstherapeuten leiten jede Anwendung gezielt an und geben dem Stationsarzt regelmäßig Rückmeldungen über die Leistungsfähigkeit seines Patienten. Feste Bestandteile des sport- und bewegungstherapeutischen Behandlungsprogramms sind Spaziergänge, Schwimmen, vielfältige gymnastische Übungen, Nordic Walking und sportliche Spiele.

Physiotherapeutische Maßnahmen kommen bei Indikation zur Anwendung, insbesondere bei Patienten mit Komorbiditäten im muskulo-skeletalen Bereich (vgl. 6.3). Neben der krankengymnastischen Befundaufnahme, sowie einzel- und gruppenkrankengymnastischen Behandlungen ergänzen u.a. Anwendungen der Balneotherapie wie medizinische und Bewegungsbäder, Massagen, Kinesio-Tape, Kraniosakrale Therapie oder TENS (transkutane elektrische Nervenstimulation) die therapeutischen Maßnahmen insbesondere für Patienten mit unterschiedlichen Schmerzsymptomen.

3.2.2 Übergreifendes Konzept der psychotherapeutischen Behandlung

3.2.2.1 Methodenpluralität und differenzielle Indikation

Die Anwendung therapeutischer Methoden in der Klinik orientiert sich fachlich an den von der Psychotherapieforschung identifizierten Wirkfaktoren bei der Behandlung psychischer Erkrankungen und deren Realisierung in den verschiedenen Psychotherapieschulen. Berücksichtigung finden sowohl die so genannten „common factors“, also solche Wirkfaktoren, die den derzeit anerkannten Verfahren gemeinsam sind als auch spezifische Wirkungen, die durch die Anwendung gezielter Therapietechniken erreicht werden und den Heilerfolg herbeiführen sollen.

Bei letztgenannten basieren die Indikationsentscheidungen auf dem in der Klinik etablierten Konzept einer differenziellen Indikation zur Herstellung einer größtmöglichen Passung zwischen Behandlungsmethode und Therapeut auf der einen und Patienten mit ihren individuellen Störungsbildern auf der anderen Seite.

Die psychotherapeutische Behandlung wird also auf der Basis eines Konzeptes der Methodenpluralität und der **Methoden- und Personen- orientierten differenziellen Indikationsstellung** durchgeführt (Boll-Klatt A, Bohlen O, Schmeling-Kludas C 2005, vgl. 10.2).

Die genannte Vorgehensweise orientiert sich an der Zielsetzung einer größtmöglichen Patientenorientierung. Diese zu realisieren beinhaltet nicht nur die Orientierung an den individuellen Behandlungszielen sondern insbesondere auch die Berücksichtigung der individuellen Behandlungserwartungen an die psychotherapeutische Behandlung. Die Indikationsstellung entspricht einer Passungsentscheidung und basiert theoretisch auf dem allgemeinen Modell von Psychotherapie, wie es Orlinsky und Howard (1987, ebd.) entwickelt haben. Danach kann eine **Passungsentscheidung** auf 4 Ebenen erfolgen:

1. Passung zwischen Störung des Patienten und Behandlungsmodell des Therapeuten
2. Passung zwischen Störung des Patienten und personalen Merkmalen des Therapeuten
3. Passung zwischen personalen Merkmalen des Patienten und Behandlungsmodell des Therapeuten
4. Passung zwischen personalen Merkmalen des Patienten und personalen Merkmalen des Therapeuten.

Um auf diese Weise eine Zuordnung von PatientInnen zu EinzeltherapeutInnen vornehmen zu können, bedarf es einer Zusammenstellung des psychotherapeutischen Teams, die – um es mit einer Metapher auszudrücken – einem Biotop und nicht einer Monokultur auch auf der Ebene der Persönlichkeiten entspricht. Dazu gehört z.B. ein ausgewogenes Verhältnis zwischen Frauen und Männern, einer adäquaten Repräsentanz unterschiedlicher Altersgruppen, einer guten Mischung zwischen kontemplativeren und extravertierteren Persönlichkeiten sowie das Vorhandensein unterschiedlicher Spezialkompetenzen und Interessenschwerpunkte. Bei Neueinstellungen von Mitarbeitern spielen diese Gesichtspunkte eine nicht unerhebliche Rolle. Zusätzlich wird bereits im Bewerbungsgespräch nicht nur die Offenheit im Hinblick auf das jeweils andere Behandlungsmodell (psychodynamische Therapie, Verhaltenstherapie) gefordert, sondern auch eine gewisse Offenheit hinsichtlich der für die differenzielle Indikationsstellung relevanten personalen Merkmale.

3.2.2.2 Kombination von Einzel- und Gruppentherapie

Im Mittelpunkt der psychotherapeutischen Behandlung steht eine **Kombination aus Einzel- und Gruppentherapie**, wobei die verschiedenen Settings unterschiedliche Aufgaben und Zielsetzungen

haben können und Prozesse auf unterschiedlichen Ebenen initiieren (vgl. z. B. von Rad, 2003; Lemche, 2000). Es wird daher neben den Vorgaben von Kostenträgern auch aus inhaltlichen Gründen die Kombination beider Vorgehensweisen präferiert. Dem Gesichtspunkt der Mehrpersonensituation wird dabei naturgemäß in der Klinik besondere Aufmerksamkeit geschenkt, zumal die im Laufe der Lerngeschichte bzw. Biographie bedeutsamen und für die Entwicklung des Störungsbildes prädisponierenden Beziehungserfahrungen vor allem in der Gruppe reaktualisiert, aber auch reflektiert und bearbeitet werden können. In diesem Zusammenhang werden also u.a. die Therapieschulenübergreifenden Wirkfaktoren Problemaktualisierung, Motivationale Klärung, und Problembewältigung genutzt.

Die **Einzeltherapie** findet mit einem Termin pro Woche statt, der je nach Problematik des Patienten 50 Minuten (2/3 der Patienten) oder 25 Minuten (1/3 der Patienten) umfassen kann. Die ersten beiden Psychotherapiegespräche haben für alle Patienten eine Dauer von 50 Minuten. Für die **Gruppentherapie** stehen wöchentlich drei-mal 90 Minuten zur Verfügung. Die Zuweisung zur Gruppentherapie erfolgt auf der Basis der Orientierung sowohl an den Problemen des Patienten als auch an seinen Bedürfnissen (vgl.4.1.5). Diesen Grundgedanken entsprechend wird eine breitgefächerte Auswahl konzeptionell unterschiedlicher Gruppentherapien vorgehalten, die von psychoanalytisch-orientierten bis hin zu störungsspezifischen kognitiv-behavioralen Vorgehensweisen reicht.

Das **Spektrum der Gruppentherapien** beinhaltet folgende Elemente:

- Zieloffen-interaktionelle Gruppentherapie
- Interaktionelles Problemlösetraining
- Psychoanalytisch interaktionelle Gruppentherapie
- Psychoanalytisch orientierte Gruppentherapie
- Soziales Kompetenztraining
- Gruppentherapie „Arbeit und Beruf“ für sozialmedizinische Problempatienten
- Gruppentherapie für Schmerzpatienten
- Gruppentherapie für trauernde Patienten
- Gruppentherapie speziell für Frauen mit Traumafolgestörungen

Es wird nach dem Konzept der halboffenen Gruppe gearbeitet.

Die Leitung einer Gruppentherapie erfolgt durch einen erfahreneren Psychotherapeuten, der entweder approbierter psychologischer Psychotherapeut oder Facharzt ist oder sich in fortgeschrittener psychotherapeutischer Weiterbildung befindet. Als Kotherapeuten fungieren Ärzte am Beginn ihrer psychotherapeutischen Weiterbildung und Psychotherapeuten in Ausbildung (sogenannte PIAs).

3.2.2.3 Kombination mit psychoedukativen Behandlungsbestandteilen und Gesundheitsbildung

Neben den genannten Psychotherapiegruppen spielen psychoedukative Angebote eine wichtige Rolle. Für alle Patienten obligatorisch ist die Teilnahme an einem 1 x wöchentlich stattfindenden Patientenseminar, in dem allgemeine psychosomatische, psychotherapeutische, gesundheitliche und sozialmedizinische Themen referiert werden.

Darüber hinaus wird jeder Patient einer spezifischen **indikativen psychoedukativen Gruppe** (IPEG) zugeteilt, die 1 x wöchentlich, insgesamt 4 x, mit einer Dauer von 60 Minuten stattfindet.

IPEGs mit u.a. folgenden unterschiedlichen Themenschwerpunkten werden angeboten: **Depression, Angststörungen, Stressbewältigung, Arbeit und Beruf, Adipositas, Tabakentwöhnung.**

3.2.2.4 Kombination der psychotherapeutischen Behandlung mit übenden Verfahren

Jeder Patient wird angehalten, ein Entspannungstraining zu erlernen. Vorgehalten werden die **Progressive Muskelrelaxation** nach Jacobson sowohl als Anfänger- als auch als Fortgeschrittenenkurs, das **Autogene Training**, eine chinesische Bewegungsmeditation (**Qigong**) sowie eine **Atemtherapie**. Dieses breite Spektrum entspricht wiederum unserer Leitlinie der Patientenorientierung und realisiert unseren Anspruch, jedem einzelnen Patienten die Art von Entspannungstraining zur Verfügung zu stellen, die seiner Persönlichkeit am ehesten entspricht. So ist es durchaus üblich, Wechsel auf ein anderes Entspannungsverfahren vorzunehmen, wenn der Patient zu der zunächst verordneten Methode nicht den rechten Zugang findet. Die Berücksichtigung positiver Vorerfahrungen oder auch von Wünschen der Patienten erfolgt durchgängig .

Im Rahmen einer ressourcenorientierten und -fördernden Rehabilitationsbehandlung darf das **Achtsamkeitstraining** nicht fehlen. Die Steigerung der psychischen Widerstandskraft, der Resilienz, durch den achtsamen gegenwartsbezogenen Umgang mit dem körperlichen und dem personalen Selbst steht hier im Mittelpunkt.

Das **Skills Training** stellt ein unverzichtbares Element besonders in der Behandlung von Patienten mit einer schwereren Strukturpathologie dar (vgl. 3.2.3). Die Förderung der Affektregulation und damit die Verbesserung der Fähigkeit dieser Patienten, sich vor Affektdurchbrüchen und affektiven Überflutungen zu schützen, markieren die wichtigsten Zielsetzungen dieses Behandlungsbestanteils.

3.2.2.5 Kombination mit körperorientierten und kreativtherapeutischen Methoden

Körperorientierte psychotherapeutische Behandlungsmethoden sind hinsichtlich ihrer Modalitäten drei Kategorien zuzuordnen:

1. **Funktional-übungsorientiert**
2. **Emotions- und erlebnisorientiert**
3. **Aufdeckend-konfliktorientiert**

Die **Körpererfahrung**, die **Biodynamische Massage** und die **Tanztherapie** repräsentieren unsere körperpsychotherapeutisch orientierten Gruppen; sie sind schwerpunktmäßig in der 2. Modalität angesiedelt, zielen auf eine Erweiterung von Erlebens-, Erfahrungs- und Wahrnehmungsmöglichkeiten im Hier und Jetzt ab. Gleiches gilt für die **Gestaltungstherapie**, in der über den Ausdruck in unterschiedlichen Materialien, Formen und Farben die Phantasietätigkeit angeregt wird und die Wahrnehmungsfähigkeit für inneres Erleben gefördert wird.

1 x wöchentlich wird eine erlebnisorientierte **Großgruppenveranstaltung** angeboten, die vom Chefarzt persönlich geleitet wird. Gezielte Übungen, die die Verbesserung des emotionalen Erlebens im Hier und Jetzt und dessen Wahrnehmung fokussieren, stehen hier im Mittelpunkt.

Nicht-sprachliche Verfahren sind besonders indiziert bei PatientInnen, die entweder deutliche alexithyme Merkmale aufweisen oder sich in starkem Maße einer rationalisierenden und intellektualisierenden Abwehr bedienen. Erfahrungen in der Körpertherapie und Arbeiten aus der Gestaltungstherapie können in der Einzeltherapie einer vertieften Auseinandersetzung zugänglich gemacht werden. Tanztherapie und biodynamische Massage schließen den interaktionellen Austausch durch

körperliche Berührung ein.

Ein weiteres kreativtherapeutisches Verfahren besteht in der **Biblio- und Poesietherapie**, die eine Komplettierung im Hinblick auf das Angebot unterschiedlicher Medien darstellt.

3.2.2.6 Kombination mit psychopharmakologischer Behandlung

Die fachärztliche Indikation, Überwachung und Steuerung einer modernen psychopharmakologischen Behandlung gehört zum Standard der psychosomatischen Rehabilitation. Die letzten zwei Jahrzehnte haben einen enormen Wissenszuwachs in den **Neurowissenschaften** erbracht und 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. Neurobiologische Erkenntnisse geben Aufschluss über körperliche Prozesse, durch die hormonelle oder Stoffwechselfvorgänge bei psychischen Störungen verstehbar werden.

Die Neurowissenschaften haben uns sehr geholfen, um ein vertieftes Verständnis des Zusammenspiels zwischen Körper und Seele zu entwickeln. Dieses theoretische Hintergrundwissen fließt ein, wenn (Fach)Arzt, Psychotherapeut und Patient gemeinsam den Entschluss zur **medikamentösen Mitbehandlung** fassen und ein entsprechendes Psychopharmakon oder auch ein Schmerzmittel eingesetzt wird. In diesen Fällen ist es von besonderer Bedeutung, dass sich der (psychologische) Psychotherapeut gut auskennt in der gegenseitigen Beeinflussung der psychopharmakologischen und psychotherapeutischen Behandlung.

Zum Einsatz kommen hauptsächlich die modernen **Serotonin- und Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer**, bei Schmerzpatienten durchaus auch **trizyklische Antidepressiva**. Bei gezielter fachärztlich-psychiatrisch gestellter Indikation wird differenziert einzelfallbezogen auch auf eine Medikation mit **niedrig-** oder **hochpotenten** Neuroleptika zumindest passager zurückgegriffen.

3.2.2.7 Unspezifische psychotherapeutische Effekte durch flankierende Maßnahmen

Das freie Malen und Gestalten in der Ergotherapie, die Sport- und Bewegungstherapie, die Anwendungen der Physiotherapie sowie die physikalischen und balneologischen Maßnahmen haben nicht nur entsprechende direkte körperliche und Übungseffekte, sondern beinhalten auch unspezifische psychotherapeutische Wirkfaktoren. Hier sind insbesondere die Selbstwertsteigerungen durch Erfolgserlebnisse und die Stimmungsstabilisierung durch körperliche Aktivität zu nennen, ebenso auch die antidepressive Wirkung interpersoneller Kontakte sowie das Erleben von Spaß und Freude im gemeinsamen Tun. In Physiotherapie und physikalischer Therapie wird ein direkter Kontakt zum Körper hergestellt, Patienten werden „angefasst“, erleben häufig nach langer Zeit wieder die wohltuende Wirkung positiver körperlicher Berührung. Der achtsame Umgang z.B. in der Krankengymnastik mit dem körperlichen Schmerz, der sinnbildlich das psychische Leid somatisch symbolisiert, stellt eine wichtige Voraussetzung dar für den oft dann erst möglichen psychischen Zugang zur seelischen Not des Patienten.

3.3 Psychodynamische Therapieverfahren

Die **tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie** ist unter den psychodynamischen Therapien die am häufigsten praktizierte und am besten untersuchte Therapieform. Sie kann als **Einzeltherapie** und als **Gruppentherapie** zur Anwendung kommen.

EINRICHTUNGSKONZEPT

Anhand des **Göttinger Modells** lassen sich gruppentherapeutische Vorgehensweisen auf tiefenpsychologisch respektive psychoanalytischer Grundlage in drei Modalitäten unterscheiden:

- die **psychoanalytisch-interaktionelle Psychotherapie**, die von ihrem Konzept her große Überschneidungen zur Strukturbezogenen Therapie (s.u.) aufweist,
- die **psychoanalytisch orientierte** und
- die **psychoanalytische Gruppentherapie**.

Im klinisch-rehabilitativen Setting bestehen Indikationen für die psychoanalytisch interaktionelle und die psychoanalytisch orientierte Vorgehensweise (vgl. 4.1.5).

Entsprechend einer modernen psychoanalytisch begründeten Krankheitslehre gehen wir in der Durchführung der Einzeltherapie von vier unterschiedlichen ätiopathogenetischen Modellen aus. Zu unterscheiden sind:

- **Konfliktpathologie**
- **Strukturpathologie**
- **Traumapathologie**
- **reaktive Pathologie**

Ein **konfliktzentriertes Vorgehen** ist für die große Gruppe der neurotischen Störungen indiziert. Die sichtbare und quälende Symptomatik wird als Antwort oder als ein Lösungsversuch auf einen Konflikt verstanden. Dieser Konflikt kann intrapsychisch als eine Ambivalenz zwischen widersprüchlichen inneren Strebungen 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 gleichzeitig. So besteht ein erster Schritt in der Behandlung darin, die einzelnen Konfliktfelder und ihre Interaktion gemeinsam mit dem Patienten zu verstehen, um daraus die Entstehung der beobachtbaren Symptomatik und die Bedeutung dieser Symptomatik abzuleiten. Im Zuge dieses Vorgehens wird versucht, die belastenden, häufig als wenig nachvollziehbar imponierenden Affekte zu kontextualisieren, d.h., die vorhandene Trennung von Affekt und Vorstellung aufzuheben und diese damit im Zusammenhang mit ihrer Entstehungsgeschichte nachvollziehen zu können. Mit der wachsenden Einsicht in die psychodynamischen Hintergründe ergeben sich häufig schon erste Lösungsansätze. Diese äußern sich einerseits in einer veränderten Einstellung gegenüber den Konflikten und den daran beteiligten Personen und in einer Zunahme der Distanzierungsfähigkeit von den belastenden Emotionen, andererseits kann aus der vertieften Einsicht auch eine konkrete Veränderung eigener Verhaltensweisen resultieren. Letztendlich geht es immer wieder um die Verbesserung der Beziehungsfähigkeit eines Patienten und damit um sein Vermögen, interpersonelle Beziehungen sowohl im privaten als auch im beruflichen Bereich adäquater zu gestalten.

In Anbetracht der durch die Rehabilitationsdauer vorgegebenen relativ engen zeitlichen Begrenzungen ist die Psychotherapie im Sinne einer **Ultrakurzzeittherapie** zu konzeptualisieren. Dies bedeutet für die psychodynamischen Therapien zweierlei: Zum einen gilt es, die Symptomreduktion immer im Auge zu behalten, zum anderen ist eine gewisse therapeutische Bescheidenheit gefordert, wenn es um das Vordringen in unbewusste Schichten geht. Gleiches lässt sich für die Dynamik von Übertragung und Gegenübertragung konstatieren, die meist nur in einem eingeschränkten Maße genutzt werden kann. Ebenso verhält es sich mit der therapeutischen Regression, deren Begrenzung und Steuerung von den Psychotherapeuten im Auge behalten werden muss. Die häufigste Aufgabe besteht darin, pathologische Regression, also Regression im Dienste der Abwehr, zu reduzieren und dem Patienten wieder einen Zugang zur Nutzung seiner autonomen Strebungen zu ermöglichen.

Die **moderne tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie** hat Konzepte entwickelt, die den Einbezug kognitiver, psychoedukativer, suggestiver und störungsspezifischer therapeutischer Techniken beinhalten und damit den Erfordernissen der zeitbegrenzten stationären Rehabilitationsbehandlung entsprechen.

Auf tiefenpsychologischer Grundlage ist dann auch die sogenannte **Strukturbezogene Therapie** entwickelt worden, deren Anwendung bei Patienten mit einer Strukturpathologie indiziert ist. Patienten mit Persönlichkeitsstörungen verfügen je nach Art der Störung über mehr oder weniger deutliche Beeinträchtigungen der Funktionsfähigkeit der psychischen Struktur. Bei schweren strukturellen Störungen, z.B. bei der Borderline-Persönlichkeitsstörung, sind keine abgegrenzten Konflikte intrapsychisch abgelagert, und es fehlt der psychische Binnenraum, in dem sie sich ereignen und in dem sie reflektiert werden können. Die Psychodynamik ist weniger eine intrapsychische denn eine interpersonelle. Die psychodynamisch relevanten Interventionen können sich daher nicht interpretierend und deutend an einen ungelösten inneren Konflikt wenden, sondern müssen sich auf die interpersonelle Situation ausrichten. Hier ist für den Patienten der Ort des leidvollen Erlebens, sei es, dass das menschliche Miteinander als spannungsreich-ängstigend oder frustrierend erlebt wird, sei es, dass der Rückzug aus der problematischen Objektwelt in die quälende Leere führt und zu selbstschädigenden Handlungen Anlass gibt. In diesem Feld des Zwischenmenschlichen platziert, sollen die therapeutischen Interventionen das Leiden des Patienten annehmen, um dann innere Repräsentanzen aufzubauen, die dem Patienten mehr und mehr zur Verfügung stehen können, ihm jene Struktur vermitteln, die er bis dahin entbehrt hatte. Das primäre Ziel der Strukturbezogenen Therapie besteht nicht im Verstehen der Störung bzgl. ihrer Konfliktodynamik und deren biografischer Bedingtheit, sondern im veränderten Umgang des Patienten mit der Störung, die er als etwas Eigenes akzeptieren soll, dann als etwas schwieriges Eigenes verantwortet und durch eine veränderte Einstellung bewältigt. Die therapeutischen Interventionen zielen darauf ab, die verloren gegangene Selbstwirksamkeit des Patienten zu fördern, d.h. ihn insbesondere in der Affektregulierung zu unterstützen und es ihm zu ermöglichen, Beziehungen wiederherzustellen und aufrechtzuerhalten.

Ist die psychische Störung eines Patienten auf eine **reaktive Pathologie** zurückzuführen, wie dieses z.B. in Zusammenhang mit Verlusterlebnissen oder auch mit beruflichen Konfliktsituationen häufig vorkommt, wird sich die Arbeit auf die Ebene des Aktuellen und Interpersonellen konzentrieren. Diese sog. Aktualkonflikte, für die sich kein Hinweis auf eine neurotische Grundlage findet, erfordern ein bewältigungsorientiertes Vorgehen, im Rahmen dessen die schon erwähnten nicht-klassisch psychodynamischen Therapietechniken zum Einsatz kommen.

Das Vorliegen einer **Traumapathologie**, insbesondere wenn das Symptombild einer posttraumatischen Belastungsstörung diagnostiziert wird, erfordert deutliche Modifikationen der psychodynamischen Therapietechnik. Besonders die Stabilisierungstechniken aus der Psychodynamisch Imaginativen Traumatherapie (PITT) kommen in diesen Fällen zur Anwendung (vgl. auch 6.0).

3.4 Verhaltenstherapie

Die **lerntheoretisch fundierte Psychotherapie** (Verhaltenstherapie) ist gekennzeichnet durch die Annahme, dass alles gegenwärtige Verhalten (verstanden als motorisches Verhalten, physiologische Reaktionen, Kognitionen und Emotionen), auch das in krankheitswertiger Weise gestörte Verhalten, durch Lernprozesse bedingt ist und durch Lernvorgänge modifizierbar ist. Dabei werden selbstverständlich genetisch determinierte Möglichkeiten und Prädispositionen berücksichtigt. Wir gehen dabei von neueren Entwicklungsstufen der Verhaltenstherapie aus, die sowohl die allgemeine kognitiv-behaviorale Erweiterung wie auch schematherapeutische und achtsamkeitsbasierte Weiter-

entwicklungen umfassen und neben der behavioralen und kognitiven Ebene auch die emotionale Verhaltensebene fokussieren (sog. „3. Welle“ i.d. Verhaltenstherapie).

Besondere Berücksichtigung finden das aktuelle Verhalten und die problem aufrechterhaltenden Faktoren. Für das Verständnis der Störung und die Erarbeitung eines Störungsmodells ist darüber hinaus die individuelle Lerngeschichte von großer Bedeutung. Erst daraus wird in der Regel ableitbar, welche Interventionen mit Aussicht auf Erfolg in der Gegenwart eingesetzt werden können. Im Laufe der Zeit hat sich darüber hinaus gezeigt, dass bei vielen Störungen typische Lernbedingungen und Reiz-Reaktions-Konstellationen vorliegen (z.B. Vermeidung bei Angststörungen, depressiogene kognitive Prozesse bei depressiven Störungen), so dass in diesen Fällen ein störungsspezifisches Vorgehen erfolgversprechend ist.

Für jede Patientin/jeden Patienten wird eine genaue Verhaltensanalyse (horizontal und vertikal) zur Bestimmung der Determinanten des situativen Verhaltens erarbeitet (Mikroanalyse). In einer anschließenden Makroanalyse wird die Einbettung des problematischen Verhaltens in die psychische und soziale Realität der betreffenden Person auf dem jeweiligen lerngeschichtlichen Hintergrund untersucht und ein funktionales Bedingungsmodell erarbeitet. Die Behandlungsstrategien werden daraufhin individuell auf die Probleme der Person angepasst.

Im Rahmen der Rehabilitation ist der Gedanke des „Empowerment“ von Bedeutung, der den Patienten die eigene Einflussnahmemöglichkeit erschließt und auf eine Steigerung der Selbstwirksamkeitserwartung gerichtet ist. In der Verhaltenstherapie ist dies im Selbstmanagement-Ansatz realisiert, der als eine methodische Variante hilft, die oben genannten therapeutischen Grundsätze zu realisieren.

3.5 Bedeutung der sozialen Dimension im Sinne der Teilhabe am gesellschaftlichen und beruflichen Leben

Die therapeutische Gemeinschaft, der informelle Austausch mit Mitpatienten in einem Setting, das eine Distanz zur häuslichen und beruflichen Situation ermöglicht bzw. schafft, sind als sozio-therapeutische Wirkfaktoren anzusehen. Prozesse des Kennenlernens werden unterstützt durch die schon erwähnten Tischgemeinschaften sowie durch ein **Patientenpatensystem**. **Freizeitaktivitäten** wie gemeinsame Wanderungen, Ausflüge mit dem Fahrrad und abendliche Veranstaltungen helfen, wieder Zugang zu den individuellen Ressourcen zu finden, Tendenzen des sozialen Rückzugs zu lockern sowie mitmenschliches Interesse und Empathie zu erleben und selbst zu üben (Förderung der Resilienz).

Die besondere Berücksichtigung der sozialmedizinischen Fragestellungen erfolgt durch **medizinisch-beruflich-orientierte (MBO) Rehabilitationsbestandteile** (Näheres s.u. 6.3). Hierzu zählen ein **EDV-gestützter Arbeitsplatz**, der zum einen zur Einschätzung der Arbeitshaltung und -motivation, zur Belastungserprobung und zur Verbesserung der Belastbarkeitsdauer genutzt wird, zum anderen aber auch zur Einübung und Verbesserung der Fähigkeiten zum Umgang mit PC und häufig benutzten Softwareanwendungen. Beratungen durch einen **externen Rehabilitationsberater** unterstützen Patienten in Fragen der beruflichen Rehabilitation, vor allem in der Klärung der Fragen, in wieweit Maßnahmen zur Teilhabe indiziert sind, die notwendige Einsatzbereitschaft des Patienten bereits vorliegt und wie diese konkret aussehen könnten. Die **Sozialberatung** arbeitet sehr eng mit dem Rehabilitationsberater zusammen, unterstützt Patienten fachkompetent bei der Lösung der vielfältigen Probleme, die den sozialen Bereich betreffen.

14-tägig findet regelmäßig eine **Konferenz zu den sozialmedizinischen Problempatienten** statt, an der alle Mitglieder des psychotherapeutisch-psychosomatischen Teams teilnehmen. In Anwesenheit des Einzel- und Gruppentherapeuten, des medizinisch behandelnden Arztes und des Pflegepersonals werden wichtige Informationen zu den Problemfällen zusammengetragen, und es wird eine (abschließende) **sozialmedizinische Einschätzung** unter größtmöglicher Berücksichtigung aller wichtigen Aspekte erarbeitet. Die Veranstaltung trägt deutlich zur Erweiterung des sozialmedizinischen Wissens aller Teammitglieder bei und insbesondere neue Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mit noch geringer Berufserfahrung finden Zugang zu den wissenschaftlichen und klinischen Grundlagen der sozialmedizinischen Beurteilung sowie zu den diesbezüglichen Erfordernissen in der Dokumentation (ärztlicher Entlassungsbericht).

4.0 Therapeutisches Vorgehen

4.1 Diagnostisch-therapeutische Phase

Es wird eine umfassende somatisch-medizinische, psychiatrisch-psychotherapeutische und psychosoziale Diagnostik durchgeführt und mit dem Patienten gemeinsam ein bio-psycho-sozio-dynamisches Verständnis ihrer Störung und Erkrankung erarbeitet. Ziel ist die Erstellung eines individuellen, an den Gegebenheiten und Bedürfnissen des Patienten orientierten multimodalen Behandlungsplans.

4.1.1. Ärztliches Aufnahmegespräch

Auf der somatischen Ebene wird die ärztliche Anamnese und Aufnahmeuntersuchung neben der Erhebung berufsbezogener Aspekte und des individuellen Risikoprofils ergänzt durch die Abnahme eines Routinelabors incl. Schilddrüsen- und Blutfettwerte und die Ableitung eines EKGs. Im Rahmen der Oberarztvisite werden dann ggf. auf der Grundlage der Vorbefunde und der aktuellen Untersuchungsergebnisse mit dem Patienten gemeinsam weitere diagnostische Vorgehensweisen festgelegt, z.B. erweiterte Labordiagnostik, Echokardiographie, Ergometrie, Lungenfunktionsprüfung oder Endoskopie. Die oben genannten diagnostischen Möglichkeiten der **Segeberger Kliniken Gruppe** sowie zusätzliche **Konsiliaruntersuchungen** in den assoziierten Fachabteilungen und ggf. bei niedergelassenen kooperierenden Fachärzten stehen dafür zur Verfügung. Bei drängender Indikation ist natürlich auch eine unmittelbare Verlegung z.B. zur invasiven Diagnostik mittels Herzkatheter oder Verlegung auf eine Überwachungs- oder Intensivstation möglich.

Im ärztlichen Aufnahmegespräch erfolgt auch die Indikationsstellung für die Belastungsstufe der Sport- und Bewegungstherapie, für notwendige Maßnahmen der Physiotherapie, der physikalischen und balneologischen Medizin sowie der Ergotherapie. Der aufnehmende Arzt verordnet darüber hinaus eines der oben erwähnten Entspannungsverfahren, ebenso stellt er die Indikation für eine **psychopharmakologische Mitbehandlung**. Bei Identifikation sozialmedizinischer Problempatienten wird zunächst eine **Sozialberatung** veranlasst, der dann eine Beratung durch den externen **Rehaberater** folgen kann. Ggf. schließt dies auch die Verordnung von Tätigkeiten am Computer gestützten Arbeitsplatz ein.

4.1.2. Aufnahme durch die Pflege

In der Umsetzung der sog. haltenden Funktion („**Holding Function**“) besteht die hauptsächliche Aufgabe der Pflege in der stationären Psychosomatik und Psychotherapie. Die Haltung des Ver-

sorgens sowohl auf körperlicher als auch auf psychischer Ebene, des Auffangens und Aufnehmens („**Containing**“), des Tröstens und Verstehens charakterisiert diese Funktion.

Die Pflege ist für den Patienten der erste Ansprechpartner nicht nur am Tag der Aufnahme, sondern auch in körperlichen und/oder psychischen Krisensituationen. Das Pflegepersonal ist darin geschult, sowohl die patienteneigenen Ressourcen zu aktivieren, als auch den Patienten gezielt dabei zu unterstützen, Zugang zu den Ressourcen innerhalb der Patientengemeinschaft zu finden. Die Schwestern tragen in Krisensituationen Sorge dafür, dass der sofortige Kontakt mit dem behandelnden Arzt und/oder Psychotherapeuten hergestellt wird.

Die Patientenaufnahme durch die Pflege entspricht den dafür vorliegenden Standards. Wie im psychotherapeutischen Erstgespräch so kommt dem Aufnahmegespräch der Schwestern neben der diagnostischen auch eine wichtige therapeutische Bedeutung zu: Dieser erste Kontakt bzw. diese erste Beziehungserfahrung entscheidet insbesondere bei den schwerer gestörten Patienten oft darüber, ob sie zumindest mit einem rudimentären Anteil von Vertrauen die Behandlung beginnen können oder gleich vom ersten Tag an die neue Umgebung („das Außen“) ablehnen oder sogar aggressiv bekämpfen, wodurch die Etablierung einer hilfreichen therapeutischen Beziehung erheblich erschwert wird.

4.1.3 Zuordnung zum Bezugstherapeuten im Rahmen der Verteilungskonferenz

Die Zuordnung eines Patienten zum Bezugs-(Einzel-)Therapeuten erfolgt im Rahmen der oben genannten differenziellen Indikationsstellung, die in den an dem Tag nach Aufnahme durchgeführten Verteilungskonferenzen stattfindet. Die Stationsärzte stellen dort die von ihnen aufgenommenen Patienten anhand der Akte, der vorliegenden Vorbefunde und ihrer ersten psychischen Einschätzung vor. Die Patienten selbst kommen über die von ihnen ausgefüllten Fragebögen und ihre Angaben zu den Zielen und Behandlungserwartungen zu Wort. Eine Vertreterin der Pflege ergänzt diese Vorstellung durch Verhaltensbeobachtungen und ihren ersten Eindruck. Nach Reflektion und Diskussion dieser Informationen im Kreis der ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten und der Pflege wird dann jeder Patient einem passenden ärztlichen oder psychologischen Einzelpsychotherapeuten zugeteilt. Voraussetzung für ein solches Vorgehen, das auf einer Methoden- und Personenorientierten Passung beruht, ist, dass sowohl die Leitung als auch die Teammitglieder über eine gute Kenntnis verfügen bezüglich der jeweiligen Schulenzugehörigkeit der einzelnen Therapeuten des Teams, sondern auch bezüglich deren Persönlichkeit, ihrer Arbeitsweise und ihren Spezialkompetenzen. Die Aufteilung in zwei Unterteams mit jeweils etwa 12 psychologischen und ärztlichen Mitarbeitern schafft dafür den entsprechenden Rahmen.

4.1.4.1 Diagnostik der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie

Die tiefenpsychologische Diagnostik in der Einzeltherapie erfolgt anhand der Durchführung eines Erstinterviews, das sich inhaltlich anlehnt an die Vorgaben der **Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik** (OPD). Dieses Material wird ergänzt durch Beobachtungen, insbesondere des interpersonellen Verhaltens des Patienten durch den Stationsarzt und das Pflegepersonal. Der ausführliche ausgefüllte Patientenfragebogen fließt zusätzlich in die Diagnosefindung ein. Am Ende der diagnostischen Phase muss der Einzeltherapeut eine vorläufige Einschätzung in Bezug auf die ICD-10-Diagnose, auf den Aktual- bzw. auf den intrapsychischen Konflikt und auf das Integrationsniveau der Funktionsfähigkeit der psychischen Struktur treffen. Diese Diagnostik beinhaltet auch Aussagen über die sich spontan realisierende Übertragungs-Gegenübertragungs-Dynamik und

über die vorwiegend verwendeten Abwehrmechanismen. Die Erstellung des psychischen Befundes orientiert sich an den Vorgaben des **AMDP-Systems**, schließt zusätzlich auch ein die Beschreibung der Introspektions- und Reflektionsfähigkeiten sowie der Motivation zur psychotherapeutischen Behandlung im engeren Sinne. Auf der Basis dieses diagnostischen Materials werden dann die für die Behandlung relevanten **psychodynamischen Hypothesen** gebildet.

4.1.4.2 Verhaltenstherapeutische Diagnostik

Die verhaltenstherapeutische Statusdiagnostik bei Behandlungsaufnahme dient neben dem Ziel der Zuordnung des Störungsbildes zu den Kategorien der verwendeten nosologischen Klassifikationssysteme (multiaxiale Diagnosestellung nach ICD, ggf. DSM) vorrangig der **Einordnung des Problemverhaltens in einen sinnvollen Bedingungs-zusammenhang**. Hieraus leitet sich die Definition möglicher Therapieziele sowie die Planung notwendiger Behandlungselemente und Veränderungsschritte seitens des Patienten ab. Die verhaltenstherapeutische Diagnostik nutzt möglichst viele verschiedene Informationsquellen zum Erkenntnisgewinn, dabei werden Eingangshypothesen durch konvergierende Daten bestätigt, während divergierende Informationen Anlass zur Ergänzung oder Neuformulierung diagnostischer Aussagen führen. Dieses Rückkopplungsprinzip ist auch während des weiter fortlaufenden diagnostisch-therapeutischen Prozesses wirksam. Wichtige Informationsquellen zu Beginn der Behandlung sind das Aufnahmegespräch bzw. die -untersuchung durch den Stationsarzt, die Beobachtungen der Schwestern des Pflegestützpunktes in den ersten Kontakten, mitunter auch das Verhalten des Patienten in der Begrüßungsveranstaltung sowie die schriftlichen Angaben in den Aufnahmefragebögen. Für die Erstellung des psychischen Befundes gilt das oben unter 4.1.4.1 Gesagte in gleicher Weise.

Kernstück der Diagnostik ist die durch den Einzeltherapeuten durchgeführte Verhaltensanalyse. Diese stellt ein Ordnungssystem für Informationen zur Entwicklung eines funktionellen Bedingungsmodells des Störungsbildes dar und bestimmt so die vorausgehenden und aufrechterhaltenden Faktoren der Erkrankung. In der Klinik wird stets eine **auf den Einzelfall bezogene, individuelle Verhaltensanalyse** gemeinsam mit dem Patienten erstellt. Zwar stehen in der Verhaltenstherapie Diagnose und störungsspezifische Interventionen häufig in einem engen Zusammenhang, die Diagnostik soll aber immer den Ausgangspunkt für eine Therapie i. S. eines individuellen Problemlöseprozesses darstellen. Hierfür ist die Erhebung relevanter lerngeschichtlicher Erfahrungen (prädisponierende Faktoren), auslösender Ereignisse und Funktionalitäten (instrumentelle Konditionierungen) des Problemverhaltens erforderlich. Wichtig in diesem Zusammenhang ist auch die Kenntnis des Psychotherapeuten über etwaige Einflüsse körperlicher Komorbiditäten.

Beispielhaft wird das konkrete Verhalten in Situationen für jeden Problembereich in Mikroanalysen näher untersucht. Neben den horizontalen Verhaltensanalysen kommen **vertikale Verhaltensanalysen zur Identifikation der handlungsleitenden Regeln und Pläne sowie der Störung zugrunde liegender dysfunktionaler Metakognitionen** zum Einsatz. Nicht zuletzt vermittelt die Betrachtung der Therapiesituation selbst (Therapeut-Patient-Interaktion) unter verhaltensanalytischen Gesichtspunkten diagnostische Hinweise auf die emotionale Bedürfnislage des Patienten, defizitäres oder exzessives Sozialverhalten und vorrangig wirksame Schemata des Patienten.

Im weiteren Verlauf des diagnostisch-therapeutischen Prozesses können u. a. die **Anfertigung von Selbstbeobachtungsprotokollen, die Durchführung diagnostischer Rollenspiele, Verhaltensbeobachtungen im Klinikalltag** oder – in Absprache mit dem Patienten – auch die Erhebung von **Fremdanamnesen** ergänzende Informationsquellen darstellen. Zur Differenzierung bestimmter Problembereiche werden darüber hinaus spezifische Fragebogenverfahren (vgl. auch 4.1.5) einge-

setzt, z. B. zur Erfassung psychosozialer Belastungen im Berufsleben oder Identifikation relevanter Schemata und Modi bei tiefer in der Persönlichkeit verankerter Problemverhaltensweisen.

In der Klinik liegt ein Verständnis verhaltenstherapeutischer Diagnostik vor, welches besonderen Wert auf Transparenz und Beteiligung des Patienten legt.

Für die Erstellung des psychischen Befundes gilt das oben unter 4.1.4.1 Gesagte in gleicher Weise.

4.1.5 Standardisierte psychologische Testdiagnostik

Am Tag nach der Aufnahme und 3 Tage vor Entlassung (Prä-/Postmessungen) erfolgt flächendeckend die computerunterstützte, standardisierte Fragebogendiagnostik bei den Patienten. Die Auswahl der Testverfahren orientiert sich u.a. an der Empfehlung der Arbeitsgruppe der Deutschen Gesellschaft für Psychosomatische Medizin (DGPM). Einige der Fragebögen liegen auch in einer türkischsprachigen Version vor.

Die Testbatterie umfasst folgende Instrumente:

- ISR (ICD-10 Symptom-Rating)
- HEALTH-49 (Hamburger Module zur Erfassung allgemeiner Aspekte psychosozialer Gesundheit für die therapeutische Praxis – verkürzte Fassung)
- VDS-30 (Sulz; Persönlichkeitsskalen)
- AVEM (Arbeitsbezogene Verhaltens- und Erlebensmuster)
- BDI-II (Beck Depressions-Inventar)
- ICF AT 50 (Nosper; Fragebogen zur Aktivität und Teilhabe)

Darüber hinaus können als Paper-Pencil-Tests weitere gängige psychometrische Verfahren der Persönlichkeitsdiagnostik wie die Symptomchecklisten der IC D-10 (IDCL), SCI-90 bzw. BSI, HADS, STAI, der Gießen-Test und die IES-R angewendet werden. Je nach Fragestellung werden diese ergänzt z.B. um das Narzissmus Inventar (NI), das Diagnostische Interview für das Borderlinesyndrom (DIB) oder den PDEQ zur Erfassung peritraumatischer Dissoziationen.

Zum Einsatz kommen dann auch neuropsychologische Testverfahren, um ggf. bestehende kognitive Einbußen bzw. Beeinträchtigungen der kognitiven Stützfunktionen zu diagnostizieren. Verwendet werden z.B. der d2, der KVT, der Mosaiktest (HAWIE), die Wechsler Memory Scale, Zahlennachsprechen (HAWIE), und die Rey-Oesterrieth-Figur. Bei auffälligen Testergebnissen wird die Indikation zu einem Hirnleistungstraining gestellt, das von Ergotherapeuten durchgeführt wird.

Zur Leistungsdiagnostik im Bereich der Intelligenz wird das LPS und oder der Progressive Matrizen Test (PMT) verwendet.

4.1.6 Indikationsstellung für spezifische gruppentherapeutische Methoden

Auf der Basis des psychischen Befundes, der psychodynamischen Hypothesen insbesondere mit der Unterscheidung von Konflikt- und Strukturpathologie bzw. des funktionalen Bedingungsmodells sowie unter Einbezug der Behandlungserwartungen des Patienten wird die Zuweisung zur sogenannten **Kerngruppe** vorgenommen. Die unterschiedlichen zur Verfügung stehenden Gruppentherapien wurden bereits unter 3.2.2.2 beschrieben. Dabei nutzen wir durchaus die Möglichkeit einer Behandlungsmodell übergreifenden Indikationsstellung, d. h., dass Patienten, die sich in tiefenpsychologisch fundierter Einzeltherapie befinden, durchaus auch an einer störungsspezifischen bzw. themenzentrierten verhaltenstherapeutisch ausgerichteten Gruppentherapie teilnehmen können

und umgekehrt. Darüber hinaus bieten die indikativen **psychoedukativen Gruppen (IPEG)** eine weitere Möglichkeit, der Störungsspezifität Rechnung zu tragen und den Patienten gezielte Informationen zur Entstehung und Behandlung, z.B. von Angsterkrankungen, Depressionen oder Schmerzsyndromen zu vermitteln.

Als dritte Säule der gruppentherapeutischen Maßnahmen ist der Bereich der unter 3.2.2.5 ausgeführten nicht-verbalen kreativ- und/oder körpertherapeutischen Gruppenverfahren anzusehen. Neben der professionellen Einschätzung werden insbesondere auch die Begabungen, Vorlieben und Interessen von Patienten in die Indikationsstellung einbezogen.

4.2 Prozessmerkmale der patientenorientierten mehrdimensionalen biopsychosozialen psychosomatisch-psychotherapeutischen Behandlung

Unter Nutzung einer zentralen **EDV-gestützten Therapieplanung** (Magrathea time base) werden nach Festlegung aller Indikationen die individuellen Behandlungspläne erstellt. Am Wochenende wird dem Patienten der Behandlungsplan für die kommende Woche ausgehändigt. Veränderungen und Abweichungen können jeweils einen Tag vorher von der zentralen Therapieplanung bearbeitet werden, sodass deren zeitnahe Umsetzung gewährleistet ist. Umstellungen im Behandlungsplan werden sowohl aufgrund der Wünsche und Rückmeldungen der Patienten als auch aufgrund der Diskussion im interdisziplinären Team vorgenommen.

Der Austausch der an der Behandlung beteiligten Bezugstherapeuten, Stationsärzten und Pflegepersonen findet in den viermal wöchentlich stattfindenden Verteilungskonferenzen, in der wöchentlich mit einer Dauer von 60 Minuten getrennt für die jeweiligen Unterteams durchgeführten Teamsupervisionen und in der Sozialmedizinischen Beurteilungskonferenz (SBK) statt. Die **Supervisionen** in der Gruppe werden vom zuständigen Oberarzt oder dem zuständigen leitenden Psychologen geleitet. Dabei wird regelmäßig auf die Sichtweisen der verschiedenen Behandlungsmodelle, auf Fragen der differenziellen Indikation und auch auf die sozialmedizinische Beurteilung eingegangen. Der interdisziplinär-interprofessionelle Behandlungsabgleich bei problematischen Therapieverläufen findet darüber hinaus in der wöchentlichen interdisziplinären Fallkonferenz (IFK) statt.

Die Beurteilung der Notwendigkeit einer **Verlängerung** der ursprünglich geplanten Verweildauer (durchschnittlich 5,3 Wochen) wird vorrangig nach sozialmedizinischen Gesichtspunkten, aber auch unter Berücksichtigung darüber hinaus reichender inhaltlicher medizinisch-therapeutischer Kriterien festgelegt. Im Einzelnen kommt eine Verlängerung des Klinikaufenthaltes dann in Frage, wenn das Ziel einer stabilen Wiedereingliederung in eine Erwerbstätigkeit (Teilhabe am Arbeitsleben) anders nicht erreicht werden kann, d.h. Schritte, welche die kurzfristige oder längerfristige Prognose erheblich beeinflussen, noch erzielt werden müssen. Eine Verlängerung wird im selteneren Fall auch erwogen, wenn im Rahmen einer Krise des Patienten im Behandlungsverlauf weder eine Verlegung in eine Akuteinrichtung noch die sofortige Entlassung in das häusliche Umfeld sinnvoll erscheint und eine grundsätzliche Aussicht auf Wiederherstellung der Leistungsfähigkeit besteht.

Das **Ablaufdiagramm** auf der nächsten Seite gibt einen Überblick über die Prozessqualität der psychotherapeutisch-psychosomatischen Behandlung.

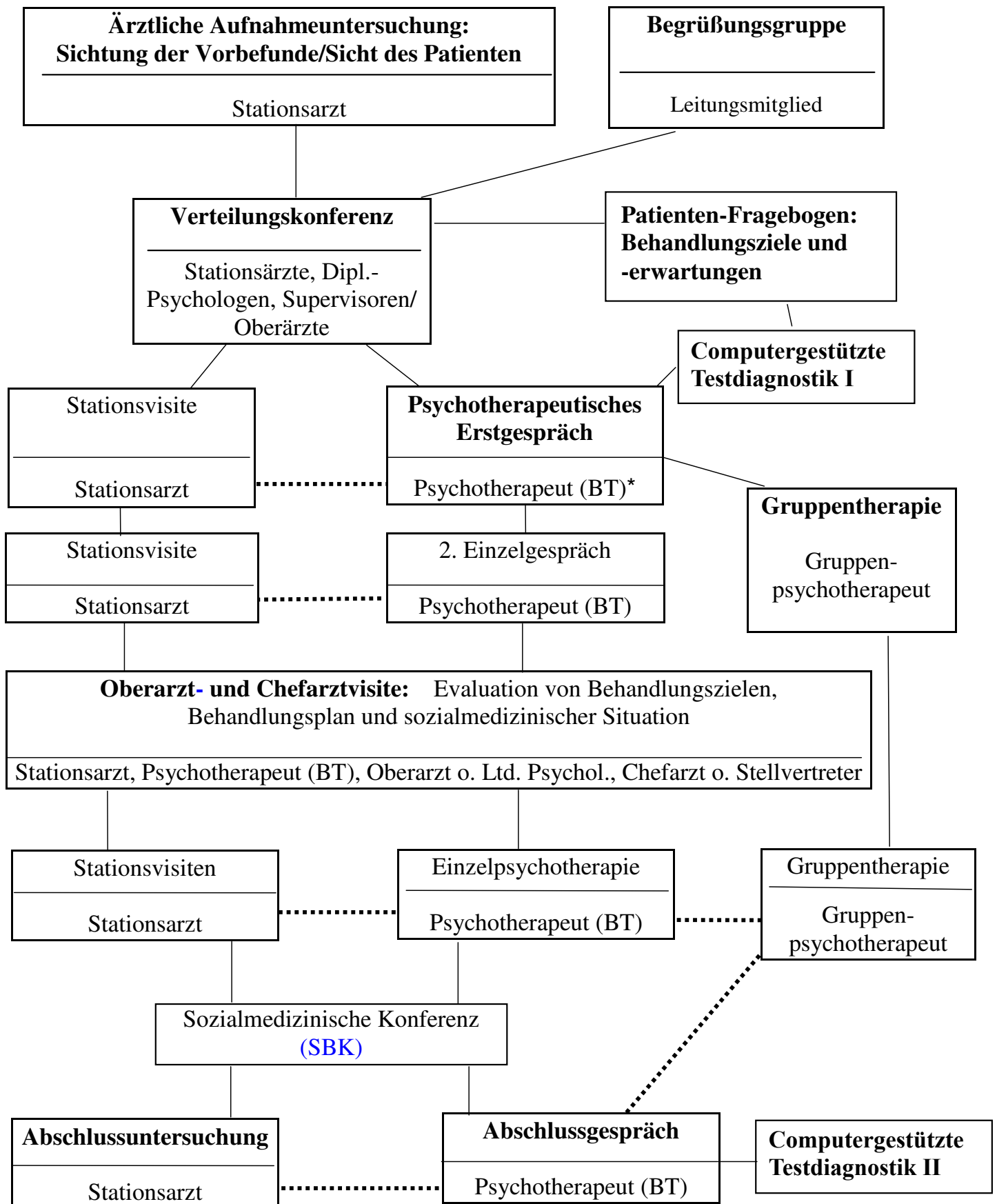
In der dritten Woche nach Behandlungsbeginn wird die **Chefarztvisite** durchgeführt, die vor allem noch einmal der Evaluation der Behandlungsziele, aber auch der Überprüfung des Therapieplanes dient. Anwesend sind wiederum der zuständige Stationsarzt, der behandelnde Einzelpsychotherapeut, die Pflege sowie der zuständige Oberarzt bzw. der leitende Diplompsychologe. In der Chefarztvisite wird ausdrücklich dem Patienten die Möglichkeit gegeben, sich selbst zum Behandlungs-

verlauf und zu den Therapiezielen zu äußern und die Sichtweise des Chefarztes zu erfragen. Die Chefarztvisite wird entsprechend ihrer Funktion bei jedem einzelnen Patienten in einem speziellen Visitenraum durchgeführt, so dass die Schweigepflicht und die Privatsphäre des Patienten gewahrt sind.

Über die bereits genannten Punkte hinaus beschäftigt sich jede Chefarztvisite auch mit der sozialmedizinischen Situation des Patienten, so dass die **berufliche Orientierung der Rehabilitation** für Patienten, aber auch für Ärzte und Psychotherapeuten routinemäßig angemessen gewichtet wird. Wenn ein bewusster oder unbewusster Rentenwunsch vermutet wird oder wenn bei einem Patienten eine von der ärztlichen Beurteilung abweichende Sichtweise zu erwarten ist, so wird dies vom Chefarzt thematisiert bzw. – sofern bereits möglich – die voraussichtliche abschließende sozialmedizinische Stellungnahme angesprochen. Dadurch, dass diese Konfrontation durch den Chefarzt erfolgt, gelingt es in der Regel, die psychotherapeutische Beziehung und die Beziehung zwischen Stationsarzt, Pflege und Patient von dieser schwierigen Thematik zu entlasten.

Angesichts der durchschnittlichen Verweildauer von unter 6 Wochen ist in der Einzelpsychotherapie ein sehr strukturiertes Vorgehen von Seiten der Psychotherapeuten aller Schulen erforderlich. In der Regel müssen nach zwei Gesprächen die Therapieziele definiert und mit dem Patienten abgesprochen sein. Psychotherapeutische Mitarbeiter mit weniger als drei Jahren Berufserfahrung erhalten zusätzlich zur Fallsupervision in der Gruppe eine regelmäßige wöchentliche **Einzel-supervision**, die gerade auch die Zielorientierung sehr fokussiert. Bei Bedarf ist auch für die erfahreneren Kollegen jederzeit kurzfristig ein Supervisionstermin möglich.

Schließlich wird die Prozessqualität der psychotherapeutischen Behandlung auch durch eine regelmäßige externe Supervision der Rehabilitationsteams gewährleistet, die die Zusammenarbeit innerhalb der Teams bzw. innerhalb der Klinik zum Gegenstand hat.



Prozessqualität der rehabilitativen psychotherapeutischen Behandlung in der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie der Segeberger Kliniken Gruppe

Die Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie verfügt über einen klar definierten **Notfallplan**, der allen MitarbeiterInnen des therapeutischen Teams natürlich bekannt ist. Es besteht eine Differenzierung in unterschiedliche Notfallstufen. Außerhalb der regulären Arbeitszeiten wird die Versorgung durch die **diensthabenden Assistenzärzte** des Herzzentrums gewährleistet. In einer täglichen Übergabe kurz vor Ende der regulären Arbeitszeit werden die problematischen Patienten besprochen und mögliche Maßnahmen der Krisenintervention festgelegt. Durch die regelmäßige Teilnahme der Ärzte der Psychosomatik an der Morgenbesprechung der Ärzte des Herzzentrums wird die Rückmeldung sicher gestellt. Darüber hinaus besteht im Rahmen eines Hintergrunddienstes eine **Rufbereitschaft** für jeweils einen der Oberärzte der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie.

Die beiden **Pflegestützpunkte** sind am Wochenende und nachts jeweils durch eine Schwester besetzt. Es liegen klare Anweisungen in Form eines schriftlichen Konzeptes vor wie mit latenter **Suizidgefährdung** von Patienten umzugehen ist, so dass das therapeutische Team weiß, welche unterstützenden Maßnahmen einzuleiten sind, damit der Patient seinen Gedanken und Impulsen widerstehen kann und das latente nicht in ein akutes suizidales Risiko übergeht. Im Rahmen eines sogenannten Antisuizidversprechens bestätigt der Patient, dass er sich bei übermächtig werdenden Gedanken und Impulsen bei einem Angehörigen des Stationsteams meldet, damit die Suizidgefährdung in der aktuellen Situation weiter abgeschätzt werden kann und entsprechende Gegenmaßnahmen ergriffen werden können. Vergleichbare Verabredungen werden mit Patienten mit selbstverletzendem Verhalten getroffen.

In ähnlicher Weise wird mit dem **schädlichen Gebrauch von Suchtmitteln** umgegangen. Im Rahmen eines Abstinenzvertrages wird mit dem Patienten der Verzicht auf Alkohol, Drogen und die selbstgesteuerte Einnahme von Medikamenten vereinbart. Über disziplinarische Maßnahmen bei Nichteinhaltung wird der Patient informiert. Die Zusammenarbeit mit dem **Projekt „Lotse“** des am Ort befindlichen Ambulanten Therapiezentrum Sucht (ATS) ergänzt die Möglichkeiten gezielter professioneller Einflussnahme auf Sucht- bzw. suchtgefährdete Patienten. Diese können dort ambulant unentgeltlich Beratungsgespräche in Anspruch nehmen.

Es besteht eine gute kollegiale Zusammenarbeit mit einem nahegelegenen großen psychiatrischen Krankenhaus. Patienten mit akuten suizidalen Krisen und / oder akuter psychotischer Dekompensation können dorthin verlegt werden. Bei Suchtmittel konsumierenden Patienten, die keine Abstinenzvereinbarungen einhalten können, wird versucht, eine Motivation für eine entsprechende Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen zu etablieren und – wann immer möglich – eine direkte Verlegung in die Wege zu leiten. Somatisch krisenhafte Entwicklungen, wie z.B. der Eintritt eines akuten Koronarsyndroms oder eines Apoplexes können direkt auf die Intensivstation der jeweiligen medizinischen Fachdisziplin verlegt werden.

6.0 Spezielle Behandlungsschwerpunkte

6.1 Psychosomatische Rehabilitation für trauernde Menschen

In die Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie der SEGEBERGER KLINIKEN GMBH werden seit langer Zeit trauernde Menschen zur psychosomatischen Rehabilitation eingewiesen. Besonders häufig handelt es sich um Patienten, die durch unterschiedliche Ereignisse den **Verlust eines Kindes** erlitten haben:

- Erkrankungen der Kinder vom Kleinkind- bis zum jungen Erwachsenenalter. Besonders belastend sind dabei chronische Krankheitsverläufe, wie sie bei Krebserkrankungen, Mukoviszidose oder chronischem Muskelschwund auftreten.
- Verkehrsunfälle einschl. der sog. Disco-Unfälle,
- Suizide oder
- Gewaltverbrechen.

Nicht selten kommen nach einem Verlust eines Kindes beide Elternteile gemeinsam zur psychosomatischen Behandlung.

Auch **Verluste des Lebenspartners** können zu besonders belastenden Situationen führen, die die Bewältigungsfähigkeiten des überlebenden Partners überschreiten, z. B.

- Verluste nach chronischer Krankheit mit Pflegebedürftigkeit, die den Angehörigen bis an die Grenzen seiner Belastbarkeit gebracht hat.
- Partnertod durch Suizid
- Unfalltod, insbesondere wenn der überlebende Partner selbst von dem Unfall mit betroffen war und den Tod des Partners miterlebt hat.

Bei allen genannten Konstellationen, insbesondere beim Verlust eines Kindes, ist regelmäßig vom Vorhandensein z. T. ausgeprägter Schuldgefühle auszugehen, auch dann, wenn ein „vernünftiger Grund“ hierfür nicht erkennbar ist. Die Bewältigung des Verlustes und die Trauer werden nicht selten zusätzlich durch z. T. heftigen Ärger gegenüber dem Verstorbenen kompliziert, sei es, dass die Beziehung zum Zeitpunkt des Todes ambivalent oder belastet war, sei es, dass der Ärger auf die Erfahrung zurückzuführen ist, allein zurück gelassen worden zu sein. Die unzureichende Verarbeitung dieser Affekte ist eine häufige Ursache dafür, dass eine gesunde, normale Trauerreaktion in eine pathologische, prolongierte Trauer übergeht.

Besonderheiten der psychotherapeutischen Unterstützung Trauernder

Trauer ist zunächst einmal die normale Reaktion eines psychisch gesunden Menschen auf ein schwerwiegendes Ereignis. Es ist – ähnlich wie bei der Behandlung posttraumatischer Belastungsstörungen – wichtig, dass dieser Aspekt für den Patienten spürbar wird, meist ist es günstig, ihn direkt anzusprechen. Des Weiteren ist Trauer ein hoch individueller Prozess, der in Art, Inhalt und zeitlicher Abfolge bei jedem Menschen unterschiedlich verläuft.

Daneben kommen aber nicht selten trauernde Menschen zur psychosomatischen Rehabilitation, bei denen das Verlustereignis schon länger zurückliegt, die bereits Selbsthilfegruppen (z. B. „Verwaiste Eltern“) besucht oder therapeutische Hilfe in Anspruch genommen haben und bei denen nach und nach deutlich wird, dass eine zusätzliche psychische oder psychosomatische Erkrankung oder ein

zusätzlicher Problembereich vorliegt, der mit dem Trauerprozess durch Wechselbeziehungen verbunden ist. Dies kann in Einzelfällen auch bedeuten, dass die Patienten z. B. Problemen im Berufsbereich dadurch ausweichen, dass sie sich auf die Rolle eines trauernden Menschen zurückziehen, den ohnehin niemand verstehen und von dem man Aktivitäten nicht erwarten kann. In einigen Fällen kommt es auch zur Ausbildung einer sekundären Identität als Trauernder.

Vor diesem Hintergrund sind folgende Aspekte bei der Behandlung trauernder Menschen von Bedeutung:

1. **Psychoedukation** über die normalen Anteile des Ablaufes eines Trauerprozesses, insbesondere über die Unvermeidbarkeit von Schuldgefühlen und von mehr oder weniger deutlichen aggressiven Affekten.
2. **Einzelgespräche**, die sich unmittelbar auf das jeweils aktuelle Trauererleben des Betroffenen beziehen. Diese Gespräche sind nicht zuletzt deswegen von großer Bedeutung, weil gerade nach schwerwiegenden Verlusten, wie wir sie oben aufgeführt haben, das soziale Laiennetzwerk der betroffenen Patienten über kurz oder lang überfordert ist, so dass das Gespräch über den Verlust nach und nach verstummt. Wie schon ausgeführt, soll die psychotherapeutische Haltung sich dabei zunächst einmal auf einen psychisch Gesunden mit schwerwiegender Erfahrung beziehen.
3. **Spezifische Gruppenangebote zum Thema Trauer**. In unserer Klinik bieten wir 2x wöchentlich eine sog. Trauergruppe an, die von Mitarbeitern geleitet wird, die über spezielle Kompetenzen und ein spezifisches Interesse an der Arbeit mit dieser Patientengruppe verfügen.
4. Zusätzlich vorhandene psychische und psychosomatische Störungen oder ungelöste Lebensprobleme müssen diagnostisch erfasst werden. Ein Indikator für das Vorliegen einer solchen Komorbidität sind lang anhaltende Trauerprozesse (2 Jahre und länger), bei denen wesentliche Bewältigungsfortschritte noch nicht erkennbar sind.
5. Besonders belastet ist der Trauerprozess dann, wenn der Patient/die Patientin durch das Verlusterlebnis traumatisiert wurde, wie dies durch die eigene Mitbeteiligung bei Unfällen aber auch durch erschreckende Anblicke, z.B. bei Identifizierungen Verstorbener oder auf Intensivstationen, geschehen kann. Das Vollbild einer posttraumatischen Belastungsstörung weisen zwar nur wenige Patienten auf, trotzdem ist es wichtig, Traumafolgestörungen zu erkennen und ggf. traumazentriert intervenieren zu können.
6. Je nach Ergebnis dieser Diagnostik ist ein Gesamttherapieplan zu erstellen, der einerseits der Trauerproblematik der davon betroffenen Patienten spürbar Rechnung trägt, andererseits aber auch den festgestellten Komorbiditäten oder sonstigen Lebensproblemen. Dies kann eine bei Trauer allein in der Regel nicht angebrachte psychopharmakologische Intervention mit Antidepressiva beinhalten, die Teilnahme an spezifischen Gruppenangeboten, wie z.B. dem sozialen Kompetenztraining, der Stressbewältigung oder der Gruppe zu berufsbezogenen Problemen und überhaupt die Teilnahme an dem aktivierenden multimodalen Programm, wie es in unserer Klinik vorgehalten wird. Im Einzelfall kann das Schwergewicht sogar darauf liegen, dass der Patient die Position als Trauernder verlassen und sich wieder seinen Lebensaufgaben zuwenden kann. Als Beispiele seien hier die Wiederaufnahme der Berufstätigkeit genannt (einzelne trauernde Menschen geraten über diese Situation in eine so schwerwiegende Beeinträchtigung, dass längere Krankschreibungen erfolgen und schließlich die Erwerbsfähigkeit gefährdet wird), bei anderen Patienten ist es z.B. wichtig, dass die Rolle

als Mutter oder Vater gegenüber weiteren in der Familie vorhandenen Kindern wieder angemessen wahrgenommen wird.

7. Wenn vom Verlust eines Kindes betroffene Eltern gemeinsam zur stationären Rehabilitation kommen, so ist für beide individuell die Art des Umgangs mit dem Verlusterlebnis und das Vorhandensein von Komorbiditäten zu prüfen. Eine besondere Entlastung kann – wie dies aber auch bei Patienten, die einzeln zur Aufnahme kommen, der Fall ist – dadurch erreicht werden, dass die unterschiedlichen Arten zu trauern und Verluste zu bewältigen, thematisiert werden. Dadurch können Spannungen zwischen solchen Ehepartnern vermieden oder reduziert werden, die sehr unterschiedlich mit dem Verlusterlebnis umgehen.

Insgesamt geht es darum, der spezifischen Situation trauernder Menschen therapeutisch gerecht zu werden. Dies kann einerseits beinhalten, Trauerprozesse zuzulassen, sie in ihrer Individualität anzuerkennen und nicht zu pathologisieren. Andererseits kann es erforderlich sein, dem Patienten zu helfen seine Position als ein Mensch, der in seiner Trauer festgehalten ist, zu überwinden und sich wieder dem Leben zuwenden zu können.

Erfahrungen aus rehabilitativer Sicht

Patienten, die nach einem Verlusterlebnis zur Aufnahme kommen, können im Rahmen einer 4- bis 6-wöchigen Rehabilitationsmaßnahme in aller Regel so stabilisiert werden, dass die Wiederaufnahme bzw. die Fortführung der Berufstätigkeit möglich ist. Bei durch Komorbiditäten und zusätzliche Lebensprobleme komplizierten Trauerprozessen gelingt es ebenfalls sehr häufig, bereits während der stationären Behandlungsphase neue Perspektiven, insbesondere auch in beruflicher Hinsicht, zu eröffnen. Die im Vergleich mit anderen Rehabilitanden des Indikationsbereiches Psychosomatik günstigeren Ergebnisse dürften nicht zuletzt darauf zurückzuführen sein, dass bei trauernden Menschen meist dem auslösenden Ereignis ein größeres, psychischen Störungen bzw. anderen psychosozialen Problemen ein geringeres Gewicht im Hinblick auf die Ausprägung der Beeinträchtigung zukommt.

6.2 Konzept zur Behandlung chronisch Schmerzkranker

In der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie der SEGEBERGER KLINIKEN GMBH besteht neben anderen Schwerpunkten ein spezielles Konzept zur Behandlung chronisch Schmerzkranker. Die **Indikation** zur Behandlung ist grundsätzlich bei allen chronischen Schmerzkrankungen gegeben. Hervorgehoben werden sollen:

- Rückenschmerzen mit und ohne erklärungsgebendem Organbefund,
- Kopf- und Gesichtsschmerzen (Spannungskopfschmerz, Migräne, medikamenten-induzierter Kopfschmerz, Gesichtsnuralgien, anhaltender idiopathischer Gesichtsschmerz usw.),
- Gelenk- und Muskelschmerzen (z. B. rheumatischer Schmerz, Fibromyalgie),
- neuropathische Schmerzen (z. B. Schmerzen nach Verletzungen),
- Schmerzen, die durch psychische Störungen hervorgerufen oder aufrechterhalten werden, z. B. durch Depressionen,
- Beschwerden und Schmerzzustände im Zahn-, Mund- und Kieferbereich.

Grundlagen des Segeberger Konzeptes (vgl. Köhne 2005/Schwennen 2011):

Das Ziel der verschiedenen Behandler (Ärzte, Psychotherapeuten, Pflegekräfte, Physiotherapeuten, Sport- und Bewegungstherapeuten) ist eine auf die Erkrankung und die Bedürfnisse des einzelnen Patienten zugeschnittene **individuelle Schmerztherapie** im Rahmen eines multimodalen Behandlungskonzeptes. Dabei verbinden wir die individuellen Therapiebestandteile mit erprobten, standardisierten Behandlungstechniken.

In der Schmerztherapie hat sich in den letzten Jahren eine **ganzheitliche und interdisziplinäre Betrachtung** durchgesetzt, um Patienten mit chronischen Schmerzen gerecht werden zu können. Anders als beim akuten Schmerz, welcher sich in der Regel auf umschriebene Ursachen beziehen lässt, löst sich beim chronischen Schmerz das Erkrankungsgeschehen von einer diagnostizierbaren Ursache, es entwickelt sich abgekoppelt von der ursprünglichen Schädigung eine Schmerzerkrankung. Zum Verständnis dieser Problematik haben die Schmerzphysiologie und die Gehirnforschung mit der Erkenntnis von Chronifizierungsprozessen innerhalb der Schmerz leitenden Nervenstrukturen beigetragen. Daneben zeigen psychotherapeutische Forschungsansätze, dass das Krankheitsverhalten chronisch Schmerzkranker häufig zur Entstehung und Aufrechterhaltung eines chronischen Schmerzes beiträgt. Ein solches „chronisches Krankheitsverhalten“ ist dann Ausdruck misslungener Anpassung an die besonderen Umstände, Belastungen und Beeinträchtigungen, die mit chronischen Schmerzen verbunden sein können. Chronisches Krankheitsverhalten kann sich beispielsweise in ausgeprägter Hilflosigkeit oder Ängstlichkeit, Rückzugsverhalten, unangemessener Schonhaltung oder auch übertriebener Inanspruchnahme des medizinischen Versorgungssystems mit passiver Behandlungserwartung äußern.

Im Zusammenhang mit dem chronischen Schmerz kann es zu weiteren psychischen Problemen, insbesondere Angststörungen, Depressionen oder beispielsweise auch zu einem Medikamentenmissbrauch, kommen. Auf all diese Problembereiche reagieren wir mit unserem Behandlungskonzept so, dass Ganzheitlichkeit nicht nur eine leere Floskel bleibt, sondern mit Leben erfüllt wird. Zu den einzelnen Behandlungsbestandteilen:

Medizinische Versorgung:

Bei Aufnahme erfolgt eine zielgerichtete und umfassende **Schmerzanamnese** sowie Untersuchung durch einen schmerztherapeutisch erfahrenen Arzt. Der Arzt als ein zentraler Ansprechpartner und Koordinator während der Behandlung verschafft sich zudem eine gründliche Übersicht über die meist zahlreich vorliegenden Vorbefunde, um gezielt zu entscheiden, welche weiteren Untersuchungen noch erforderlich sind. Dabei ist unsere Erfahrung, dass nur in einem Teil der Behandlungsfälle eine weiterführende somatische bzw. apparative Diagnostik notwendig ist. Soweit erforderlich, werden durch Fachärzte der anderen Fachgebiete der SEGEBERGER KLINIKEN GMBH neurologische, internistische, kardiologische oder psychiatrische Untersuchungen durchgeführt, anästhesistische oder orthopädische Untersuchungen werden durch Kooperationen gewährleistet, ggf. ist auch eine invasive internistische oder neurologische Diagnostik im Hause möglich.

Über den Arzt wird ein **medikamentöses Schmerzmanagement** mit peripheren oder zentralen Analgetika, unterstützenden Medikamenten und ggf. Psychopharmaka in die Wege geleitet, bei Analgetika induziertem Schmerz erfolgt ein Medikamentenentzug. Stimulationsverfahren, z. B. TENS, werden eingesetzt, ebenso neuraltherapeutische Behandlungstechniken oder das Kinesiotaping. Wichtig ist uns eine gründliche Aufklärung über die Erkrankung und die geplanten Behandlungs-

schritte, damit unsere Patienten wieder eine angemessene Vorstellung von ihrer Erkrankung und Einsicht, Eigenaktivität und Kompetenzen in Hinblick auf die erforderliche Therapie entwickeln.

Psychotherapeutische Behandlung:

Auch in der psychotherapeutischen Behandlung gehen wir individuell vor, sowohl in der Einzel- wie auch in der Gruppentherapie, wobei letztere über den Einzeltherapeuten koordiniert wird. Die **Auswahl des Einzeltherapeuten** erfolgt über eine **differenzielle Indikationsstellung**, d. h. für jeden neu eingetroffenen Patienten wird nach der Eingangsdiagnostik der zuständige Psychotherapeut ausgewählt. Ziel ist es dabei, eine möglichst optimale Passung zwischen Patient und Einzeltherapeut herzustellen. Bei Schmerzpatienten steht die schmerztherapeutische Kompetenz bei der Zuteilung an erster Stelle, wobei schmerztherapeutisch sehr erfahrene Behandler zur Verfügung stehen. In zweiter Linie wird überlegt, ob die individuelle Problematik besser von einem Verhaltenstherapeuten, von einem psychodynamisch arbeitenden Therapeuten oder einem Therapeuten mit körpertherapeutischer Kompetenz behandelt wird. In der Einzeltherapie geht es in erster Linie um die Erarbeitung eines individuellen, auf der Lebens- und Lerngeschichte basierenden Verständnisses der Schmerzkrankheit. In Rückkopplung mit dem Arzt wird dabei u. a. ein für den Patienten plausibles psychophysiologisches Erklärungsmodell für die Entstehung und Aufrechterhaltung des Schmerzes vermittelt.

Eine psychoedukativ und interaktionell ausgerichtete Schmerzbewältigungsgruppe wird regelhaft angeboten, in dieser steht zum einen die Vermittlung von Schmerzbewältigungskompetenzen, die Stärkung einer Veränderungsmotivation und Erweiterung der Schmerzmanagementkompetenzen im Mittelpunkt. Darüber hinaus erfolgt eine Auseinandersetzung mit der individuellen Schmerzgeschichte, so dass mit dieser verknüpfte oder auch losgelöste Lebensveränderungen und Konflikte bearbeitet werden können. Aufgrund unserer Erfahrung, dass häufig sogar weit reichende Konflikte oder negative lebensgeschichtliche Erfahrungen mit krankheitsauslösend sind oder mit in das aktuelle Krankheitserleben einfließen, hat sich aus unserer Sicht die Kombination aus edukativen störungsspezifischen Behandlungsanteilen sowie den weiterreichenden Angeboten sehr bewährt.

Jeder Patient erhält Gelegenheit, eines oder mehrere **Entspannungsverfahren** kennenzulernen, etwa die Progressive Muskelrelaxation nach Jacobson, alternativ das Autogene Training, das Achtsamkeitstraining oder das Qi-Gong. Die Körpererfahrung oder die Tanztherapie mit Körpererfahrungselementen können eine sinnvolle Ergänzung darstellen.

Physiotherapie, Physikalische Therapie, Sport- und Bewegungstherapie

Ein wichtiger Behandlungsbestandteil besteht in der **Physiotherapie**, hier erfolgt eine gezielte Befunderhebung und entsprechend dieser eine einzelkrankengymnastische Betreuung und/oder eine Behandlung in einer spezifischen Gruppe mit 6 Terminen in der Woche, 3 im Bewegungsbad, 3 in der Gymnastikhalle. Ggf. kommen nicht schmerzspezifische Behandlungselemente hinzu, z. B. in Form eines Beckenbodentrainings, Schwindeltrainings oder Alltagsbelastungstrainings.

Behandlungselemente aus der **Physikalischen Therapie** werden je nach Bedarf eingefügt, ein breites Angebot von Muskellockerungsmassagen, Fango, Unterwasserdruckstrahlmassagen, Stangerbädern, Kneipp'schen Anwendungen, Wärme- und Kältetherapie, Elektrotherapie, Lymphdrainage usw. ist vorhanden.

Zur gezielten Aktivierung, Tagesstrukturierung, Vermittlung eines angemessenen Maßes der individuellen Belastbarkeit (Schmerzpatienten neigen in der Regel dazu, sich entweder zu stark zu

schonen oder sich zu überfordern) erfolgt eine bis zu dreimal am Tag mögliche und nach Belastungsstufen gestaffelte vielfältige und auch den Spaß an der Bewegung wieder vermittelnde **Sport- und Bewegungstherapie** in Form von Trockengymnastik, Wassergymnastik, Schwimmen, Wandern, Walking, Joggen, Ergometerbelastung, Fahrradfahren usw.

Ergänzende Therapieverfahren

Über das genannte schmerztherapeutische Behandlungsprogramm hinaus ist das gesamte Therapiespektrum der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie verfügbar, insbesondere nehmen die Patienten regelmäßig an einem **psychoedukativen Patientenseminar** mit dem Ziel der Vermittlung von Hintergrundwissen zu einzelnen Störungsbildern und zum Zusammenhang zwischen körperlichen und psychischen Vorgängen teil. Sie können des Weiteren die **Ergotherapie** einzeln oder die dort angebotene Gestaltungs- oder Kunsttherapiegruppe besuchen - auch eine funktionelle Ergotherapie bei Schmerz bedingten feinmotorischen Bewegungseinschränkungen wird angeboten.

Bei Bedarf erfolgt eine Beratung und/oder Begleitung durch den **Sozialdienst** oder eine berufsspezifische Rehabilitationsberatung durch einen Rehabilitationsberater der Rentenversicherungsträger oder einen kooperierenden privaten Beratungsträger.

Behandlungskoordination und Qualitätssicherung

Das Behandlungsprogramm wird, wie bereits ausgeführt, durch den Arzt in Abstimmung mit dem Psychotherapeuten koordiniert. Behandlungsziele und der Behandlungsplan werden nach der Eingangsdagnostik, ggf. der internen Schmerzkonferenz erarbeitet. Eine Therapieevaluation erfolgt im Rahmen der Chefarztvisite sowie innerhalb der Oberarztvisiten und psychotherapeutischen Supervisionen, des Weiteren wird eine externe Supervision angeboten. Schmerztherapeutische Fortbildungsmaßnahmen inkl. externer Schmerzkonferenzen sowie die Beteiligung an verschiedenen Qualitätssicherungsmaßnahmen werden regelmäßig durchgeführt.

Im Rahmen dieses Schmerzkonzeptes möchten wir besonders auf unsere Behandlungserfahrungen mit Patienten mit **Schmerzen oder psychosomatischen Problemen im Zahn-, Mund- und Kieferbereich** hinweisen. Hier existiert eine bewährte Kooperation mit der Zahnarztpraxis Dr. Sven Holtorf, Bad Segeberg.

Aufnahmeverfahren:

Die Aufnahme kann nach kurzer Wartezeit, im Einzelfall auch unmittelbar erfolgen nach Klärung der Kostenübernahme durch den zuständigen Kostenträger. Für Ersatzkassen-Patienten besteht eine unkomplizierte Aufnahmemöglichkeit, da die SEGEBERGER KLINIKEN GMBH eine der Kooperationskliniken zur Behandlung chronisch Schmerzkranker in Schleswig-Holstein im Rahmen des Ersatzkassen-Schmerzkonzeptes ist.

6.3 Stationäre Psychosomatik für türkische Migranten

Seit 1995 bieten wir in der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie der SEGEBERGER KLINIKEN GMBH türkisch- und kurdischsprachige Psychotherapie im Rahmen der stationären Behandlung. Heute werden uns türkischsprachige Patienten für stationäre psychosomatische Heilverfahren von den Trägern der gesetzlichen Rentenversicherung sowie von den Krankenkassen zugewiesen. Auf unserer Akutstation werden auch Krankenhausbehandlungen (Akutbehandlungen) für die Krankenkassen in türkischer Sprache angeboten.

Behandlungskapazität und Unterbringung

Aktuell können etwa 350 türkische Patienten pro Jahr in der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie der SEGEBERGER KLINIKEN GMBH behandelt werden. Die türkischen Patienten sind gemeinsam mit den übrigen Kranken auf gemischten Stationen in modernen Einzelzimmern, auf der Akutstation in Doppelzimmern (Nasszelle, auf Wunsch Fernseher und Telefon) untergebracht.

Indikationen

In unserer Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie werden bei türkischsprachigen (wie bei deutschen) Patienten folgende Störungen und Krankheitsbilder schwerpunktmäßig behandelt:

- Neurotische und affektive Erkrankungen wie Depressionen und Angst- und Zwangsstörungen.
- Chronische Schmerzen, einschließlich somatoformer Schmerzstörungen sowie Somatisierungsstörungen.
- Psychosomatische Funktionsstörungen und Krankheitsbilder, die den Bewegungsapparat, die inneren Organe oder den neurologischen Bereich betreffen.
- Posttraumatische Belastungsstörungen und dissoziative Störungen (Konversionsstörungen).
- Persönlichkeitsstörungen.
- Überlastungs- und Erschöpfungsreaktionen in psychosozialen Krisen, Burnout.
- Somatopsychische Beeinträchtigungen nach organischen Erkrankungen, z. B. Bewältigungsprobleme als Folgen von operativen Eingriffen oder Unfällen.

Patienten mit Suchterkrankungen, akuter Selbstmordgefährdung und floriden psychotischen Störungen können nicht aufgenommen werden. Ebenso ist unsere Klinik nicht geeignet für Kinder und Jugendliche, wohl aber für Mütter und Väter mit deutschsprachigen Kindern, für die ganztägige Betreuungsmöglichkeiten zur Verfügung stehen.

Spezifische Probleme psychosomatisch erkrankter türkischsprachiger Patienten

Bis heute wurden bei mehr als 3.000 türkischsprachigen Patienten stationäre psychosomatische Heilverfahren in unserer Klinik durchgeführt. Unsere Behandlungserfahrungen zeigen, in Übereinstimmung mit der noch recht spärlichen Literatur, dass bei dieser Patientengruppe folgende Probleme bzw. Fragestellungen gehäuft auftreten:

- Es handelt sich meist um bereits über mehrere Jahre chronisch verlaufende psychosomatische und depressive Erkrankungen, die zu langen Arbeitsunfähigkeitszeiten geführt haben. Regelmäßig kommt es dabei zu umfangreichen und kostenintensiven diagnostischen Maßnahmen (oft mit Mehrfachuntersuchungen) und unbefriedigend ausgegangenen, fehlindizierten somatischen Behandlungsversuchen.
- Die Patienten leiden unter einem starken Beschwerdedruck, wobei ein überraschend hoher Anteil der türkischsprachigen Kranken traumatisierende Erfahrungen mit offener Gewalt und massiv beeinträchtigenden Unfällen gemacht hat. In Einzelfällen liegen vor diesem Hintergrund chronifizierte posttraumatische Belastungsstörungen vor.

- Vielen Patienten fällt es außerordentlich schwer, die Psychogenese ihrer psychosomatischen Erkrankungen anzuerkennen. Wenn eine solche Krankheitseinsicht erzielt wurde, besteht häufig die unrealistische Erwartung, dass durch eine kurzfristige ärztliche Behandlung eine vollständige Heilung erfolgen müsste.
- Die Patienten befinden sich häufig in schwierigen sozialen Konstellationen in ihrer Familie, der türkischen Gemeinde, der Arbeitswelt oder ihrem sonstigen Umfeld, wobei es – z. T. durch die Migration in einen fremden Kulturkreis ausgelöst – häufig zu Rollenkonflikten und/oder sozialem Rückzug kommt. Bewältigungsfähigkeiten und psychische Funktionen, wie Selbstbestimmung und Selbstwirksamkeitsüberzeugungen, sind vor allem bei türkischen Frauen oft besonders defizitär ausgebildet.
- Bei der Mehrzahl der Patienten liegen neben der psychosomatischen Erkrankung weitere, z. T. schwerwiegende organische Gesundheitsstörungen und Risikofaktoren vor. Trotz umfangreicher Vordiagnostik fehlt in der Regel ein Gesamtbehandlungskonzept, und die Patienten sind schlecht informiert, so dass die Behandlungsmöglichkeiten häufig bei weitem nicht ausgeschöpft werden.

Vor diesem Hintergrund sollte aus unserer Sicht möglichst bereits auf betrieblicher Ebene der Anstoß zu einer stationären Rehabilitationsmaßnahme gegeben werden, wenn sich bei türkischsprachigen Patienten Arbeitsunfähigkeitszeiten häufen und sich ein chronischer Verlauf der Gesundheitsstörungen abzeichnet. Die Aufgaben und die Chancen eines rechtzeitig durchgeführten stationären psychosomatischen Heilverfahrens liegen dann darin, durch eine umfassende Bewertung der psychischen und der somatischen Gesundheitsstörungen zu einem Gesamtbehandlungsplan zu kommen, in dessen Rahmen die Patienten nach entsprechender Aufklärung aktiv und langfristig mitarbeiten können. Die gehäufte und inadäquate Inanspruchnahme medizinischer Gesundheitsleistungen kann damit deutlich reduziert, in vielen Fällen zusätzlich einer vorzeitigen Berentung vorgebeugt werden, wie es uns bei einem großen Teil unserer Patienten gelingt. Insgesamt lassen sich dadurch nach unserer Einschätzung die Gesamtkosten im Bereich der medizinischen Versorgung türkischsprachiger Patienten deutlich verringern.

Bei entsprechender Indikation (diagnostisch unklare oder instabile Erkrankungen) kann in unserer Klinik eine akutpsychosomatische Krankenhausbehandlung durchgeführt werden, wobei aus sprachlichen Gründen bei vielen Migranten eine Psychotherapie nur in der türkischen oder kurdischen Sprache überhaupt möglich ist.

Psychosomatisches und psychotherapeutisches Behandlungsangebot der Segeberger Kliniken GmbH

Die Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie der SEGEBERGER KLINIKEN GMBH ist eng mit den anderen Fachgebieten unseres Hauses verzahnt. Von daher stehen unseren Patienten die diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten der Inneren Medizin, der Kardiologie, der Angiologie, der Herzchirurgie, der Allgemeinen Chirurgie, der Neurologie, der Urologie und der Anästhesie uneingeschränkt zur Verfügung.

In der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie sind bilinguale Mitarbeiter in der Psychotherapie und der Krankenpflege tätig. Die Patienten erhalten folgendes Angebot:

- Im Zentrum der Behandlung stehen die Einzelpsychotherapie und die Gruppenpsychotherapie, die durch weibliche und männliche Psychotherapeuten in türkischer Sprache angeboten werden.
- Ergänzend werden Entspannungsverfahren (progressive Muskelrelaxation) sowie Patienten-Seminare in türkischer Sprache durchgeführt. Letztere vermitteln u. a. Informationen zur Entstehung

und Art psychosomatischer Erkrankungen, zu den Behandlungsmöglichkeiten, zu den Notwendigkeiten einer langfristig geplanten Therapie (z. B. auch mit Psychopharmaka) und zu sozialmedizinischen Fragen.

- Homogene Gruppenangebote für türkische Patienten beinhalten ferner Körpererfahrung, Tanztherapie (orientalischer Tanz), Kreativtherapie, Ergotherapie (türkische Handwerksgruppe) und gemeinsames Kochen inkl. Ernährungsberatung.
- Eine gemeinsame Behandlung bzw. gemischte Gruppen von türkischsprachigen und deutschen Patienten werden in der Gestaltungstherapie, der Bewegungstherapie, der physikalischen Therapie, der Krankengymnastik usw. angeboten. Auch die Stationsvollversammlungen werden gemeinsam durchgeführt.
- Die gesamte psychosomatische und medizinische Diagnostik und Therapie (ggf. inkl. einer differenzierten Psychopharmakotherapie) wird von den Ärzten der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie initiiert und zu einem Gesamtbehandlungsplan zusammengefügt.

Behandlungsziele

Vor dem Hintergrund der geschilderten Probleme psychosomatisch erkrankter türkischsprachiger Patienten stehen in der Regel folgende **Rehabilitationsziele** im Vordergrund: Linderung des z. T. enormen Beschwerdedrucks durch das mehrdimensionale Angebot (ggf. inkl. einer differenzierten Psychopharmakotherapie).

- Die Erhaltung bzw. Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit.
- Die Durchbrechung der sozialen Isolation vieler türkischsprachiger Patienten durch die Gruppenangebote und die Kontakte mit Patienten deutscher und türkischer Herkunft sowie die schrittweise, geleitete Auseinandersetzung mit kulturtypischen, störungsbegünstigten Faktoren im sozialen Umfeld.
- Die Erarbeitung eines psychosomatischen Krankheitsverständnisses, die Erzielung von Einsicht in die Erfordernisse einer entsprechenden, meist langfristig erforderlichen Behandlung und die diesbezügliche Aufklärung der Patienten mit dem Ziel einer Vermeidung künftiger fehlindizierter somatischer Diagnostik und Therapie.
- Die Motivierung für am Wohnort realisierbare Nachbehandlungen (wir haben Kontakte zu türkischsprachigen Psychotherapeuten, Nervenärzten und Selbsthilfegruppen in den meisten Regionen Deutschlands, insbesondere in den Großstädten).
- Die Klärung schwieriger sozialer Probleme, ggf. mit Hilfe von Beratungen durch unsere Sozialarbeiter oder Rehabilitationsberater der Rentenversicherungsträger, die in unserem Hause eine Sprechstunde abhalten.
- Die umfassende Diagnostik und Behandlung somatischer Begleiterkrankungen und Risikofaktoren in Kooperation mit den übrigen Fachbereichen sowie die Aufstellung eines Gesamtbehandlungsplanes und die umfassende Aufklärung der Patienten.
- Die fundierte sozialmedizinische Stellungnahme, u. a. zur Erwerbs- und Arbeitsfähigkeit.

Demgegenüber zielt die **Krankenhausbehandlung** in den entsprechenden Fällen auf die umfassende Diagnostik und Therapie der vorhandenen Gesundheitsstörungen, wobei eine gegenüber der Rehabilitation intensivierte ärztliche und psychotherapeutische Behandlung auf hohem fachlichem Niveau gewährleistet wird.

Behandlungserfahrungen

In der SEGEBERGER KLINIKEN GMBH können wir kurdisch- oder türkischsprachigen Patienten eine stationäre psychosomatische und psychotherapeutische Behandlung von gleicher Qualität anbieten, wie sie auch deutsche Patienten erhalten. Dabei hat sich die Kombination von türkischsprachigen und gemischten Therapiemaßnahmen, die von deutschen und türkischsprachigen Patienten gemeinsam genutzt werden, außerordentlich bewährt, ebenso die gemeinsame Unterbringung auf „gemischten“ Stationen. Auch wenn aufgrund der gerade bei türkischsprachigen Patienten chronischen Verläufe die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit teilweise nicht oder nicht sofort gelingt, profitieren diese Patienten von unserem stationären psychosomatischen Heilverfahren: In aller Regel kommt es zu einem deutlichen Rückgang des z. T. enorm hohen Beschwerdedrucks, schwierige soziale Situationen im persönlichen Umfeld der Patienten können geklärt werden. Wir erstellen einen Gesamtbehandlungsplan, der alle vorhandenen somatischen und psychischen Gesundheitsstörungen berücksichtigt, klären die Patienten hierüber umfassend auf und initiieren am Wohnort realisierbare Nachbehandlungen, bei Bedarf in türkischer Sprache. Darüber hinaus können bei einem wesentlichen Teil der Patienten ein psychosomatisches Krankheitsverständnis und die Motivation für eine ggf. langfristige entsprechende Behandlung hergestellt werden. Nach unserer Einschätzung dürften dadurch nach der Entlassung fehlindizierte diagnostische und therapeutische medizinische Maßnahmen reduziert und so ein erheblicher Beitrag zur Kostendämpfung geleistet werden.

6.4 Psychosomatische Rehabilitation von sozialmedizinischen Problempatienten

Charakteristika sozialmedizinischer Problempatienten

Sozialmedizinische Problempatienten können durch folgende Merkmale gekennzeichnet sein:

1. Der Patient ist zum Zeitpunkt der Aufnahme bereits seit längerer Zeit durchgehend arbeitsunfähig.
2. Der Patient kann sich eine Rückkehr ins Erwerbsleben kaum mehr vorstellen und beabsichtigt evtl., einen Rentenantrag zu stellen.
3. Der Patient kommt im Rahmen eines laufenden Rentenantragsverfahrens in die Heilbehandlungsmaßnahme („Reha vor Rente“) oder erhält bereits eine Rente wegen Erwerbsminderung.

Bei Patienten aus dem Indikationsbereich Psychosomatik gilt häufig in besonderem Maße, dass für die Rückkehr ins Erwerbsleben nicht nur eine Erkrankung und damit unmittelbar zusammenhängende Symptome und Funktionseinschränkungen ausschlaggebend sind, sondern darüber hinaus die **Motivationslage** des Patienten eine bedeutsame Rolle spielt.

Besondere Schwierigkeiten in der Psychotherapie sozialmedizinischer Problempatienten

Ausschlaggebend für die langen Arbeitsunfähigkeitszeiten oder den Rentenwunsch dieser Patientengruppe sind neben objektiven Überforderungen häufig unlösbare Konflikte oder Kränkungerlebnisse im Arbeitsleben. Rente wegen Erwerbsminderung kann dann die Bedeutung einer suboptimalen Bewältigungs- (bzw. Vermeidungs-)strategie erhalten und als Ausweg aus einer schweren aktuellen Belastungssituation empfunden werden, bei einer anderen Patientengruppe auch als Entschädigung für lebenslang erlittene Zurücksetzungen. Eine psychotherapeutische bzw. psychosomatische Behandlung, die das Ziel hat, die Symptombelastung zu verringern und die Leistungsfähigkeit zu steigern, läuft somit im Erleben des Patienten seiner gegenwärtigen Bedürfnis- und Motivationslage diametral entgegen. In der Therapie entsteht in dieser Konstellation der Eindruck: „Es darf sich nichts bessern!“.

Für das interdisziplinäre Behandlungsteam resultieren hieraus oft nachhaltige Schwierigkeiten in Bezug auf die therapeutische Allianz, insbesondere die behandelnden Psychotherapeuten im Gruppen- und Einzelsetting stehen vor der Herausforderung, in dieser Situation einerseits eine verstehende, empathische Haltung als Basis therapeutischen Handelns zu behalten, andererseits Änderungsprozesse und vor allem auch Modifikationen arbeitsbezogener Einstellungen gezielt anstoßen zu müssen. Hinzu kommt die Doppelrolle als Behandler und sozialmedizinischer Gutachter seitens der ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten, welche in dieser Funktion auch die Mitwirkungspflicht und zumutbare Willensanstrengung des Patienten einfordern müssen und zwischen störungsbedingten Einschränkungen auf der einen Seite und Verdeutlichungstendenzen, Aggravation und Simulation auf der anderen Seite zu unterscheiden und schließlich auch Stellung zu nehmen haben (vgl. Problem der Rollendiffusionen bei Schmeling-Kludas und Boll-Klatt 2003).

Psychotherapeutisches Behandlungskonzept der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie der SEGEBERGER KLINIKEN GMBH

Anhand der oben geschilderten Merkmale werden die Patienten schon bei der **Eingangsdagnostik** als sozialmedizinische Problempatienten identifiziert. Es schließt sich eine **differenzielle Indikationsstellung für die Einzelpsychotherapie** an, die Bezug nimmt auf das hypothetische Bedingungsgefüge der Problematik und die voraussichtliche Erreichbarkeit des Patienten für ein eher verhaltenstherapeutisches oder psychodynamisch fundiertes Vorgehen, sowie auf die besondere Berücksichtigung somatischer Faktoren. Darüber hinaus wird auch versucht, eine **optimale Passung** des ausgewählten Psychotherapeuten mit spezifischen Merkmalen des Patienten herzustellen. Dies bedeutet in der Regel, dass sozialmedizinische Problempatienten wegen der beschriebenen Behandlungsschwierigkeiten einen Einzeltherapeuten mit längerer Berufserfahrung und erweiterten sozialmedizinischen Kenntnissen erhalten.

Inhaltlich ist bei der Psychotherapie dieses Klientels zunächst die **Entwicklung zum sozialmedizinischen Problempatienten** zu klären. Wichtig ist hierfür, dass der Psychotherapeut genaue Kenntnis von der beruflichen Biografie des Patienten erhält. Defizite und Ressourcen im Hinblick auf das Arbeitsleben sind dabei gleichermaßen zu berücksichtigen. Der Psychotherapeut kann sich seine psychotherapeutische Handlungsfähigkeit bei dieser Patientengruppe dadurch bewahren, dass er den **Rentenwunsch im Gefüge der psychischen Konflikte und Belastungen** des einzelnen Patienten versteht. Hierbei sind auch kulturelle Besonderheiten in der Entwicklung und Darstellung des Leidens (z. B. bei Patienten mit Migrationshintergrund) zu berücksichtigen, was im Rahmen der Arbeit mit türkischen Patienten in der Klinik durch muttersprachliche Therapeuten gewährleistet werden kann.

Im Weiteren geht es im Falle vorrangig interpersoneller Schwierigkeiten im Berufsleben darum, die einseitige Fremdattribuierung von Arbeitsplatzschwierigkeiten durch „geleitetes Entdecken“ in eine Sichtweise zu überführen, die dem Patienten aktive Bewältigungsansätze unter Berücksichtigung eigener Anteile an der Entwicklung oder zumindest Aufrechterhaltung der als ausweglos erlebten Problemsituationen aufzeigt (z. B. bei „**Mobbing**“). Wichtig ist es auch, eine weitsichtige **Kosten-Nutzen-Analyse** in Bezug auf das Erwerbsleben gemeinsam mit dem Patienten durchzuführen, so dass neben den aktuell verhaltenswirksamen, erhofften kurzfristigen Konsequenzen wie Entlastung und Wiedergutmachung auch die möglichen langfristigen negativen Folgen wie Verlust von Sozialkontakten, Tagesstrukturierung und potenziellen Quellen der Anerkennung ins Blickfeld rücken. Neben der Einzelpsychotherapie ist das zweite wichtige Behandlungselement in den Segeberger Kliniken die **Themen zentrierte Gruppe „Arbeit und Beruf“**. In dieser Gruppenpsychotherapie

wird mit Kurzreferaten, Gruppendiskussionen, Kleingruppenarbeit und Rollenspielen zu vorgegebenen Themen gearbeitet. Enthalten sind auch edukative Einheiten zu sozialmedizinischen oder betrieblichen Fragestellungen. U. a. werden hier folgende Inhalte behandelt: die Entwicklung des individuellen sozialmedizinischen Problems, rechtliche Grundlagen von Rehabilitation und Berentung sowie daraus für den Patienten resultierende Anforderungen und Hilfestellungen, eine Analyse der Vor- und Nachteile des Verbleibs bzw. des Verlassens der Arbeitswelt, Konfliktmanagement und Teamfähigkeit. Im Rahmen der im Gruppenprozess durchgeführten individuellen Verhaltensanalysen werden die leistungsfähigkeit beeinträchtigende Muster und lerngeschichtlich determinierte intrapsychische Konflikte, die zu Schwierigkeiten im Berufsleben führen, herausgearbeitet. Eine in der Klinik durchgeführte Evaluation zeigte Vorteile dieses Gruppenangebotes gegenüber der Standardbehandlung (Bürger und Schmeling-Kludas 2005).

Je nach individueller Situation können die Patienten während der Rehabilitationsmaßnahme auch an einem **Sozialen Kompetenztraining** oder an einem psychoedukativen Gruppenangebot zur **Stressbewältigung** teilnehmen. Darüber hinaus sind sie wie alle Patienten in das multimodale Angebot der psychosomatischen Klinik eingebunden. So können beispielsweise Arbeitsproben und diagnostische Hinweise bezüglich des Leistungsvermögens und der Motivation in der Ergotherapie gewonnen werden.

Die **Chefarztvisite** in der dritten Behandlungswoche wird gezielt für die Therapie der sozialmedizinischen Problempatienten genutzt. Zu diesem Zeitpunkt sind die Behandlungsziele definiert, der Behandlungsplan ist aufgestellt und das Arbeitsbündnis mit dem Psychotherapeuten ist beurteilbar. Eine Prognose hinsichtlich des sozialmedizinischen Ergebnisses der Heilbehandlungsmaßnahme wird mit dem Patienten zu diesem Zeitpunkt bereits thematisiert, um eine frühzeitige Auseinandersetzung mit einer möglicherweise unterschiedlichen Einschätzung des Behandlungsteams und des Patienten zu ermöglichen. Hierdurch kann es dem Bezugstherapeuten gelingen, bis Behandlungsende den Patienten bei der Entwicklung einer realistischen Sichtweise seiner beruflichen Zukunft und Bewältigung auf ihn möglicherweise zukommender Anforderungen zu unterstützen. Häufig kann eine Intensivierung der psychotherapeutischen Arbeit mit sozialmedizinischen Problempatienten erst dann entstehen, wenn Transparenz hinsichtlich der voraussichtlichen Begutachtung durch die Klinik hergestellt ist.

Vor dem Hintergrund der geschilderten Schwierigkeiten ist die **ständige Arbeit an der therapeutischen Beziehung** bei der Behandlung der in Frage stehenden Klientel von zentraler Bedeutung. Hierbei müssen auch eigene interne Leistungsstandards der Therapeuten, Identifikationsprozesse und Loyalitätskonflikte im Rahmen der angesprochenen Doppelrolle reflektiert werden. Deswegen ist eine **intensive und qualifizierte Supervision** der Psychotherapie erforderlich, welche regelmäßig im Einzel- und Gruppensetting in der Klinik stattfindet. Die Mitarbeiter der Rehabilitationseinrichtung legen Wert darauf, gegenüber dem Patienten transparent mit den genannten Problemen umzugehen, d. h. auch, falls erforderlich, den Behandlungsauftrag des Rentenversicherers und die damit verbundene Begutachtungsnotwendigkeit kenntlich zu machen, um die nötige Authentizität zu wahren.

Zur inhaltlichen Absicherung der Begutachtung wurde eine ständige interdisziplinäre **sozialmedizinische Beurteilungskonferenz (SBK)** für ärztliche und psychologische Mitarbeiter eingerichtet, die von einem Mitglied des Leitungsteams durchgeführt wird. Fortbildungen zum Thema werden in Kooperation mit dem zuständigen Rehabilitationsrat und dem Sozialdienst der Klinik bei Bedarf angeboten.

Auch für die Patienten erfolgt in dem **psychoedukativen Patientenseminar** der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie „flächendeckend“ eine detaillierte Information über die sozialmedizinischen Hintergründe des Heilverfahrens.

Mit dem geschilderten psychotherapeutischen Vorgehen ist doch ein nennenswerter Anteil der Patienten psychotherapeutisch erreichbar und damit für eine Rückkehr ins Berufsleben motivierbar. Häufig sind diesbezüglich aber bei Abschluss des Heilverfahrens noch Ängste der Patienten, Ambivalenzen oder Unsicherheiten vorhanden. Der bei der Entlassung aus der Klinik auftretenden Schnittstellenproblematik ist von daher große Aufmerksamkeit zu widmen.

Rehabilitationsnachsorge und Vernetzung mit ambulanter Psychotherapie sowie mit Maßnahmen der beruflichen Rehabilitation

Geeignete Patienten werden von uns in die Intensivierte Rehabilitations-Nachsorge (**IRENA**) bzw. in die **Gruppennachsorge nach dem Hannoverischen Modell** vermittelt. Dies wird dadurch sehr erleichtert, dass Nachsorgeangebote von unserer Klinik selbst vorgehalten und auch extern von Mitarbeitern durchgeführt werden, so dass Nutzen und Möglichkeiten der Nachsorgeangebote im psychotherapeutischen Team der Klinik gut bekannt sind.

Nicht selten stellt die **Weitervermittlung in ambulante Psychotherapie** auf Kosten der Krankenkassen ein Problem dar. Hintergründe hierfür liegen neben den heute üblichen langen Wartezeiten auch in Ambivalenzen der Patienten, Behandlungsempfehlungen der Psychotherapeuten aus der Klinik Folge zu leisten. Auf die niedergelassenen Psychotherapeuten wirken diese Patienten oft weniger motiviert als auf anderem Wege zugewiesene Kranke, so dass im Zusammenspiel mit den Versorgungsengpässen in der ambulanten Psychotherapie eine Selektion mit nachteiligen Folgen gerade für die sozialmedizinischen Problempatienten zu verzeichnen ist. Vor diesem Hintergrund profitieren wir von den Erfahrungen aus zwei seinerzeit von Mitarbeitern der Klinik gegründeten Qualitätszirkeln: dem **Qualitätszirkel „Stationäre Psychosomatische Rehabilitation – ambulante Kassenpsychotherapie“ in Hamburg** und dem **Qualitätszirkel „Psychotherapie“ in Bad Segeberg**. Im fachliche Austausch zwischen Klinik und niederge lassenen Psychotherapeuten werden auch Möglichkeiten zur Entschärfung der Schnittstellenproblematik erörtert und die Rolle der beruflichen Probleme und der sozialmedizinischen Situation in der stationären wie in der ambulanten Psychotherapie diskutiert.

Maßnahmen der beruflichen Rehabilitation werden bei Bedarf durch die in der Klinik seitens des Rentenversicherers durchgeführte Rehabetung ebenso gebahnt wie stufenweise Wiedereingliederungen in das Berufsleben durch den Sozialdienst der Klinik.

Insgesamt gelingt es mit den geschilderten Aktivitäten der **Rehabilitationsnachsorge, der Vernetzung mit der ambulanten Kassenpsychotherapie sowie mit der beruflichen Rehabilitation** die nötige Weiterversorgung der Patienten zu gewährleisten. Dies ist – neben der fachlichen Qualität der jeweiligen Angebote – nach unserer Einschätzung ganz entscheidend für den Erfolg der psychosomatischen Rehabilitation, gerade auch bei sozialmedizinischen Problempatienten.

6.5 Internistische Psychosomatik

Es war immer ein wesentliches Anliegen der Psychosomatischen Medizin, die Bereiche der körper- und der seelenbezogenen Medizin zusammenzuführen, um eine umfassende Sicht auf erkrankte Menschen zu gewinnen im Sinne eines bio-psycho-sozialen Krankheitsverständnisses. Diese **integrierte ärztliche Haltung** hat in der SEGEBERGER KLINIKEN GMBH eine besondere Tradition, da die Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie in den 80er Jahren aus dem Herzzentrum heraus entstanden ist, nachdem psychosoziale Aspekte von Herzerkrankungen in einem sich entwickelnden Behandlungsschwerpunkt immer stärkere Beachtung gefunden hatten. Die auch heute noch enge Zusammenarbeit mit dem Herzzentrum, die u. a. gemeinsame Dienstbesprechungen, Bereitschaftsdienste und einen Assistentenaustausch beinhaltet, wurde im Jahre 2003 innerhalb des Klinikverbundes auch auf die Innere Klinik des Allgemeinen Krankenhauses ausgedehnt. So steht der Psychosomatik auch das gesamte Spektrum der modernen internistischen Diagnostik und Therapie auf hohem Niveau zur Verfügung, einschließlich Herzkathetereingriffen, invasiven endoskopischen Prozeduren, Sonographien oder Spiroergometrien.

Typischerweise muss man davon ausgehen, dass somatische Erkrankungen vor der Aufnahme eines Patienten in der Psychosomatik - i. B. in der psychosomatischen Rehabilitation - hinreichend abgeklärt sind. In der Praxis zeigt sich jedoch häufig ein differenzialdiagnostischer Bedarf bei unklaren körperlichen Beschwerden oder das Vorliegen weiter behandlungsbedürftiger körperlicher Begleiterkrankungen. In manchen Fällen gelingt eine angemessene Versorgung sogar nur in Kooperation unterschiedlicher Fachdisziplinen, so etwa bei Patienten, bei denen wegen maligner Herzrhythmusstörungen ein Defibrillator implantiert wurde und die darunter eine Angststörung entwickelten, oder solchen mit einer Essstörung und begleitender Zuckerkrankheit.

Erweiterte, z. B. gastroenterologische, endokrinologische oder kardiologische Fragestellungen können innerhalb der konsiliarischen Zusammenarbeit behandelt werden. Bei sehr aufwändigen Problemstellungen können Patienten auch in andere Abteilungen verlegt werden, wobei wegen der räumlichen Nähe der Kliniken die psychotherapeutische Behandlung typischerweise parallel fortgesetzt werden kann. In der psychosomatischen Rehabilitation bedeutet dies zwar die zwischenzeitliche Unterbrechung der Maßnahme, aber ohne dass der Gesamtcharakter des Heilverfahrens verändert wird, wie das bei der Verlegung in ein anderes Haus sonst unvermeidlich wäre.

Manchen Patienten, etwa solchen mit einer Angststörung, ermöglicht die psychotherapeutische Begleitung überhaupt erst die Durchführung der Diagnostik, z. B. einer Koronarangiographie oder Magnetresonanztomographie. In differenzialdiagnostisch schwierigen Fällen, wie bei gleichzeitigem Vorliegen einer koronaren Herzerkrankung und einer herzbezogenen Angststörung, ist eine enge Abstimmung von Psychosomatiker und Kardiologe zur Einordnung und Therapieplanung erforderlich. Patienten, bei denen eine internistische Erkrankung ganz im Vordergrund steht, können von der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie konsiliarisch oder im Rahmen des Liaisondienstes im Herzzentrum mit versorgt werden.

Körperliche Begleitsymptome spielen bei vielen seelischen Erkrankungen eine bedeutende Rolle und machen damit eine integrierte medizinische Diagnostik und Behandlung notwendig. Das gilt neben Angststörungen, Depressionen und somatoformen Störungen auch für drei weitere Behandlungsschwerpunkte unserer Klinik: Für psychosomatische Störungen im höheren Lebensalter, für chronische Schmerzstörungen und für posttraumatische Belastungsstörungen. Bei letzterer gilt dies in zweifacher Hinsicht: Einerseits besteht bei schwer traumatisierten Menschen eine Häufung von somatoformen Störungen, insbesondere von anhaltenden somatoformen Schmerzstörungen; ande-

rerseits kommen posttraumatische Belastungsstörungen auch als Folge einschneidender medizinischer Maßnahmen vor, wie z. B. einer kardiopulmonalen Reanimation.

Indikationen

Die Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie verfügt über 40 Krankenhaus- und 150 Rehabilitationsbetten. Folgende Erkrankungssituationen werden im Schwerpunkt Internistische Psychosomatik vorzugsweise behandelt:

Differenzial diagnostische Klärung

- Bei besonders komplexen Erkrankungssituationen bzw. bei differenzialdiagnostisch schwer einzuordnenden körperlichen Beschwerden kann ein stationärer Aufenthalt mit dem Fokus auf psychosomatisch-internistischer Diagnostik angezeigt sein. Dies gilt auch für die Begutachtung von Patienten.

Somatoforme Störungen

- z. B. funktionelle Herz-, Atemwegs-, Magen- oder Darmbeschwerden, Somatisierungsstörungen oder chronische Schmerzzustände.

Essstörungen

- Die somatische Situation erfordert nicht selten eine internistische Mitbehandlung, z. B. bei ausgeprägtem Untergewicht oder Elektrolytentgleisungen.

Das gleichzeitige Vorliegen seelischer und körperlicher Erkrankung

- Für eine Vielzahl vor allem chronischer internistischer Erkrankungen ist belegt, dass zusätzliche psychische oder psychosomatische Erkrankungen einen ungünstigeren Verlauf zur Folge haben. Das gilt z. B. für die koronare Herzkrankheit, bei der eine zusätzlich vorhandene depressive Erkrankung vermehrt Rhythmusstörungen und eine erhöhte Sterblichkeit zur Folge hat, oder die chronisch entzündlichen Darmerkrankungen, deren Verlauf durch psychische Störungen ebenfalls beeinflusst werden kann.
- Bestimmte Patienten benötigen neben einer spezialisierten Psychotherapie gleichzeitig spezielle Angebote aus dem Gebiet der Inneren Medizin. Beispielhaft seien hier Angststörungen bzw. posttraumatische Belastungsstörungen bei Patienten mit implantiertem Defibrillator oder das gemeinsame Vorkommen von Essstörungen und Diabetes mellitus genannt. Patienten mit derartig komplexen Erkrankungssituationen treffen in unserer Klinik aufgrund der geschilderten Voraussetzungen auf besonders geeignete Behandlungsbedingungen.
- Psychische Beeinträchtigungen bei chronischen Erkrankungen, wie z. B. entzündlichen Darmerkrankungen, chronischen Atemwegserkrankungen, Diabetes mellitus, kardiopulmonale Erkrankungen mit deutlich eingeschränkter körperlicher Leistungsfähigkeit, HIV-Infektionen, Erkrankungen des rheumatologischen Formenkreises oder Malignomen. Missglückt bei diesen Erkrankungen die Bewältigung und kommt es zu somatopsychischen Störungen, wie z. B. zu reaktiven Depressionen, so wird neben der Lebensqualität nicht selten auch der Verlauf der Erkrankung selbst ungünstig beeinflusst. Eine misslungene Krankheitsverarbeitung beeinträchtigt oft auch die Therapietreue der Patienten, so dass eine optimale internistische Behandlung nicht ohne weiteres durchgeführt werden kann.

- Bei einigen chronischen Erkrankungen aus dem Gebiet der Inneren Medizin gehört nach heutigem Kenntnisstand eine psychosomatische Diagnostik und Mitbehandlung zum Standard, z. B. bei chronischen Schmerzsyndromen, auch wenn diese durch eine klar erkennbare organische Grunderkrankung ausgelöst wurden.

Die ärztlichen Mitarbeiter der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie absolvieren in der Regel auch internistische Weiterbildungsabschnitte und nehmen mit den Kollegen der Inneren Medizin und des Herzzentrums an den gemeinsamen Fortbildungen und Frühbesprechungen teil, so dass viele Fragen auf kurzem Wege geklärt werden können. Die enge Zusammenarbeit von Psychosomatiker und Internist ist in unserer Klinik somit nicht nur Konzept, sondern alltäglich praktizierte Realität.

6.6 Behandlung psychosomatischer Erkrankungen im höheren Lebensalter

Die Behandlung von psychosomatischen Erkrankungen im höheren Lebensalter gewinnt aus zwei Gründen an Bedeutung: Zum einen steigt als Folge der demographischen Entwicklung der Anteil älterer Menschen an der Gesamtbevölkerung. Zum anderen haben sich die Psychosomatik und die Psychotherapie im letzten Jahrzehnt vermehrt mit psychosomatischen Erkrankungen und ihrer Therapie bei älteren Menschen beschäftigt. Heute wissen wir aus sorgfältigen Studien, dass psychische und psychosomatische Störungen im höheren Lebensalter keineswegs seltener sind als in früheren Lebensabschnitten, und dass diese Störungen in der überwiegenden Zahl der Fälle therapeutisch gut beeinflusst werden können. In der Versorgungspraxis werden sie allerdings nach wie vor häufig nicht erkannt und noch häufiger unzureichend behandelt. Die Folgen sind u. a. fehlindizierte Diagnostik- und Therapieversuche mit unbefriedigendem Ausgang in den somatischen Fachgebieten sowie eine unangemessene Medikation mit Schlaf- und Beruhigungsmitteln, so dass es im weiteren Verlauf nicht selten zu eigentlich vermeidbaren Einweisungen in Krankenhäuser und Pflegeheime kommt.

Spezifische Probleme in der Gerontopsychosomatik

Die seelischen Probleme der älteren Generation lösen bei vielen Behandlern spontan erst einmal Resignation aus: „Was soll man denn da noch verändern?“. Ein tieferer Grund hierfür besteht in der sog. „umgekehrten Übertragungssituation“, d. h. die Therapeuten befinden sich zu Beginn einer Behandlung mit älteren Menschen oft nicht – wie sie es bei jüngeren Patienten gewohnt sind - in der Position eines verständnisvollen Elternteils, sondern in der eines Kindes. Die Auseinandersetzung mit dieser Problematik muss von daher in einem Team von Ärzten und Psychologen, die Alterspatienten psychotherapeutisch behandeln, ständig wach gehalten werden.

Daneben werden die psychosomatische Diagnostik und Therapie durch folgende Schwierigkeiten erschwert:

- Angehörige der älteren Generation sind es häufig nicht gewohnt, über ihre Gefühle und über seelische Probleme nachzudenken und zu sprechen. Sie benötigen hierfür gezielte Hilfen.
- Die für psychosomatische Erkrankungen ursächliche seelische Problematik liegt oft weniger offen zutage als bei jüngeren Menschen, u. a. weil viele der älteren Patienten zunächst einmal deutlich machen, dass sie mit den Belastungen ihres Lebens gut zurechtkommen. Deswegen besteht die erste Phase eines psychosomatischen Heilverfahrens bei älteren Menschen oft darin, ein psychosomatisches Krankheitsverständnis und die Motivation für psychotherapeutische Vorge-

hensweisen zu erarbeiten. Daneben erfordert das Erkennen bestimmter Auslöser für psychosomatische Erkrankungen, wie z. B. bei sog. Aktualkonflikten oder bei der Wiederbelebung früherer Traumatisierungen im Dritten Reich, im Krieg und in der Nachkriegszeit, spezielle Erfahrungen auf Behandlerseite.

- Fast alle älteren Menschen mit psychosomatischen Störungen leiden zugleich an Körperkrankheiten. Die Behandler müssen deswegen nicht nur über Erfahrungen bei der organmedizinischen Abklärung von Beschwerden geriatrischer Patienten, sondern auch über die entsprechenden apparativen Möglichkeiten verfügen.
- Eine wichtige, häufig aber auch schwierige Differenzialdiagnostik besteht in der Abgrenzung depressiver Zustände von beginnenden demenziellen Prozessen. Auch hierfür sind spezielle Kompetenzen auf Behandlerseite und die Möglichkeiten neuropsychologischer Diagnostik vonnöten.

Indikationen

In unserer Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie werden bei Alterspatienten folgende Störungen und Krankheitsbilder schwerpunktmäßig behandelt:

- Somatoforme Störungen und psychosomatische Krankheitsbilder, die die inneren Organe, den neurologischen Bereich oder den Bewegungsapparat betreffen. Gleichzeitig bestehende organische Erkrankungen müssen diagnostisch entsprechend zugeordnet und parallel behandelt werden.
- Somatopsychische Beeinträchtigungen im Sinne von Bewältigungsproblemen nach schwerwiegenden Organerkrankungen, insbesondere nach Herzinfarkt, Herzoperationen und anderen größeren operativen Eingriffen.
- Psychoonkologische Problemkonstellationen
(nach eigener Erfahrung einer Krebserkrankung oder nach Krebserkrankung des Partners)
- Depressionen und Angststörungen.
- Akute und chronische Erschöpfungsreaktionen.
- Persönlichkeitsstörungen – Überforderungs- oder Überlastungsreaktionen in sozialen Krisensituationen (z. B. nach dem Verlust nahestehender Personen).
- Chronische Schmerzzustände.

Bei vielen der genannten Indikationen ist das Vorliegen eines beginnenden demenziellen Abbaus auszuschließen bzw. bei der Behandlung, z. B. einer Depression, zu berücksichtigen. Die neuropsychologischen Untersuchungen bei der Demenzdiagnostik können von den Psychologen der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, in speziellen Fällen auch durch die Memory-Clinic des Neurologischen Zentrums unserer Klinik, erfolgen.

Geriatrische Patienten mit im Vordergrund stehenden Suchterkrankungen, akuter Selbstmordgefährdung, floriden psychotischen Störungen und mit Verwirrheitszuständen können nicht aufgenommen werden. In der Regel sollte Gehfähigkeit bestehen oder absehbar wieder erreichbar sein.

Psychosomatisches und psychotherapeutisches Behandlungsangebot für ältere Patienten in der SEGEBERGER KLINIKEN GMBH

Die psychosomatische Versorgung geriatrischer Patienten erfolgt durch ein erfahrenes multidisziplinäres Team, das seit mehr als 15 Jahren Alterspatienten psychotherapeutisch behandelt. Der Leiter der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, PD Dr. med. Lutz Götzmann, und der Ltd. Oberarzt, Dr. R. Fröschlin, sind Fachärzte für Psychosomatische Medizin und für Innere Medizin.

Innerhalb der SEGEBERGER KLINIKEN GMBH wird ein weites Spektrum neurologischer, internistischer und kardiologischer Diagnostik und Therapie (inklusive z. B. der Herzkatheter-Untersuchung) vorgehalten, das für Alterspatienten uneingeschränkt zur Verfügung steht.

In der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie erhalten geriatrische Patienten folgendes therapeutisches Angebot:

- Im Zentrum der Behandlung stehen die Einzelpsychotherapie durch erfahrene ärztliche oder psychologische Psychotherapeuten und die Gruppenpsychotherapie. Dabei achten wir bei der Gruppenzusammenstellung auf die besonderen Bedürfnisse und Schwierigkeiten von Alterspatienten.
- Gemeinsam mit jüngeren Patienten werden Kranken im höheren Lebensalter Entspannungsverfahren (Autogenes Training und Progressive Muskelrelaxation), Atemtherapie, Patientenseminare, Ergotherapie, Gestaltungstherapie, physikalische Therapie und Krankengymnastik angeboten. Des Weiteren erfolgt ein intensives bewegungstherapeutisches Angebot durch Sportlehrer, die Erfahrungen mit Menschen im höheren Lebensalter haben. Ggf. werden alle Möglichkeiten unseres Schmerzschwerpunktes genutzt.
- Bei einem Teil der Alterspatienten ist eine differenzierte Psychopharmakotherapie angezeigt. Häufig geht es darum, Benzodiazepine und andere Beruhigungsmittel abzusetzen und bei gegebener Indikation geeignete Präparate, insbesondere Antidepressiva, zu verordnen. Dabei ist besonders auf das gleichzeitige Vorliegen körperlicher Begleiterkrankungen zu achten, die den Einsatz bestimmter Präparate verbieten. In ähnlicher Weise bestehen besondere differenzialtherapeutische Anforderungen immer dann, wenn neben einer psychischen Störung ein beginnender demenzieller Abbau vorliegt. Ggf. wird der Chefarzt PD Dr. med. L. Götzmann, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, hinzugezogen.
- Der Sozialdienst der Klinik berät die Patienten zu sozialen Fragen. Er sorgt für die ambulante Weiterbehandlung oder Nachsorge zur Absicherung des Therapieerfolges und eruiert ggf. psychosoziale Versorgungsmöglichkeiten und Gruppenangebote am Wohnort.

Die gesamte psychosomatische und medizinische Diagnostik und Therapie wird von den Ärzten der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie initiiert und zu einem Gesamtbehandlungsplan zusammengeführt. Mehr als jüngere Kranke benötigen geriatrische Patienten Orientierungshilfen. Klare, übersichtliche Behandlungsprogramme bilden hierfür eine wesentliche Voraussetzung.

Behandlungserfahrungen

Der kombinierte Einsatz der genannten Therapieverfahren führt bei Alterspatienten in der Regel zu einer Linderung des Beschwerdedrucks, einer Neuorientierung in einer schwierigen Lebensphase sowie zur Beendigung fehlindizierter somatischer Diagnostik- und Therapiemaßnahmen. Für die ambulante Weiterbehandlung von Alterspatienten ist erfahrungsgemäß neben der Einschaltung des

Sozialdienstes die telefonische Kontaktaufnahme mit dem weiterbehandelnden Hausarzt vor Entlassung des Patienten besonders wichtig.

6.7 Kinderbetreuung während stationärer Behandlungen in der Segeberger Kliniken Gruppe

Der Anteil allein erziehender Mütter und Väter steigt in unserer Gesellschaft ständig an. Aber auch wenn beide Elternteile für die Kinderbetreuung zur Verfügung stehen, ist es wegen der Anforderungen im Berufsalltag oft sehr schwierig, eine ausreichende Kinderbetreuung zu organisieren, wenn ein Elternteil wegen einer Erkrankung stationär eingewiesen werden muss. Häufig unterbleibt dann die eigentlich dringend erforderliche Behandlung. In der Segeberger Kliniken Gruppe haben wir deswegen eine Betreuungsmöglichkeit für Kinder der verschiedenen Altersstufen organisiert, so dass betroffene Eltern ihre Kinder mit in die Klinik bringen können. Grundsätzlich gilt das für alle Krankenhausabteilungen und Rehabilitationsbereiche. Besonders wichtig ist es aber naturgemäß für die länger dauernden Akutbehandlungen in der Psychosomatischen Medizin und für die psychosomatische, neurologische und kardiologische Rehabilitation.

Um den Eltern die Teilnahme an der Behandlung möglichst vollständig zu ermöglichen, wird die Kinderbetreuung ganztägig angeboten (nur außerhalb der Betreuungszeiten und nachts sind die Eltern selbst zuständig):

- Die Kinder werden in zwei Gruppen von erfahrenen Erzieherinnen betreut (0-5 Jahre und 6-12 Jahre).
- Die Betreuungszeiten sind Montag bis Freitag 8.30 bis 16.00 Uhr, Montag und Donnerstag nach Absprache bis 17.00 Uhr.
- Für Schulkinder wird der Schulbesuch in Bad Segeberg organisiert. Im Ort sind alle gängigen Schultypen vorhanden. Nach Ende des Unterrichts erfolgt bei Bedarf eine Weiterbetreuung bis 16.00 Uhr.
- Der Standort der Kinderbetreuung befindet sich direkt neben dem AK Segeberger Kliniken GmbH und etwa 200 m vom Herzzentrum/Psychosomatik (Am Kurpark) entfernt. Vom Neurozentrum aus erfolgt der Transfer in einem Kindertaxi mit Betreuung um 8.30 Uhr (Rückfahrt 16.00 Uhr).

Durch das Angebot werden Müttern und Vätern mit Kindern stationäre Behandlungen, vor allem in der Psychosomatik und Psychotherapie und in der Rehabilitation, ohne wesentliche Abstriche ermöglicht. Die Kinder haben Kontakt zu Gleichaltrigen, was für sie gerade in einer „Erwachsenenklinik“ von Bedeutung ist.

In der Regel übernehmen Krankenkassen und die Rentenversicherer die Kosten, was vorab zu klären ist. Sollten Sie weitere Fragen zu diesem Angebot haben, so wenden Sie sich bitte an unsere Aufnahme: Telefon 04551/802-4920.

7.0 Nachsorge

Die Verzahnung der ambulanten Therapie mit der stationären Behandlung und anschließenden Weiterbetreuung wird über die sorgfältige Sichtung der Vorbefunde, den telefonischen Kontakten mit den Zuweisern im Vorfeld oder zum Ende der Behandlung gewährleistet. Die Arztbriefe werden zeitnah zum Entlassungszeitpunkt fertiggestellt. Der Sozialdienst und der Rehabilitationsberater werden bei schwierigen sozialmedizinischen Fragen frühzeitig mit eingeschaltet. Die Durchführung einer stufenweisen Wiedereingliederung nach dem Hamburger Modell wird vom Einzeltherapeuten zusammen

mit dem Patienten unter Einschaltung des Sozialdienstes geplant und beantragt. In Absprache mit dem Patienten und dem zuständigen Einzelpsychotherapeuten nimmt der Sozialdienst Kontakt mit Nachsorgeeinrichtungen und mit Arbeitgebern auf.

Besondere Berücksichtigung finden die Nachsorgeprogramme der Rentenversicherungsträger. Die intensive Reha-Nachsorge (IRENA) wird auch in der Klinik durchgeführt. Ebenso vorbereitet wird die Teilnahme am „Curriculum Hannover“. Psychologische Psychotherapeuten des Teams sind außerhalb der Klinikarbeitszeit in der Leitung dieser Gruppen tätig.

Darüber hinaus wird der Sozialdienst auch aktiv, wenn es um die Vermittlung von Patienten an spezielle Beratungsstellen und/oder Selbsthilfegruppen geht.

8.0 Klinikinterne Fort- und Weiterbildung der Mitarbeiter

Unter 1.2 werden die curricularen und externen Fort- und Weiterbildungen des psychotherapeutischen Teams aufgeführt.

Es folgen die **klinikinternen regelmäßigen Fortbildungsaktivitäten**.

- Klinikinterne Fortbildung zu Fragestellungen der Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie; 3-wöchig, 60 Minuten
- Klinikinterne Fortbildung zu speziellen Fragestellungen der Gruppenpsychotherapie; 3-wöchig, 60 Minuten
- Sozialmedizinische Fortbildung im Rahmen der sozialmedizinischen Konferenz; 3-wöchig, 60 Minuten
- Wöchentliche Einzel- und Gruppensupervision durch erfahrene Supervisoren in Verhaltenstherapie bzw. Tiefenpsychologisch fundierter Therapie
- Regelmäßige Teilnahme der Ärzte an den wöchentlich stattfindenden kardiologisch-internistischen Fortbildungen; 2 x 20 Minuten
- Regelmäßige monatlich stattfindende durch einen externen Supervisor geleitete Teamsupervision
- Fortbildung des Pflegepersonals zu speziellen psychotherapeutisch-psychosomatisch relevanten Themen; 1 x wöchentlich, 30 Minuten
- Fortbildung der assoziierten therapeutischen Teams (Bewegungstherapie, Ergotherapie, Physiotherapie, Diätabteilung, Sozialdienst, Pflege); monatlich, 30 Minuten
- Jährliche gesetzlich vorgeschriebene Fortbildung in Fragen der Arbeitssicherheit, des Brandschutzes etc. in Kooperation mit dem Fachbereich Bildung

9.0 Zusammenarbeit mit Weiterbildungsinstituten und Lehraufträge

9.1 Zusammenarbeit mit psychotherapeutischen und medizinischen Weiterbildungsinstituten

Es bestehen **Kooperationsverträge** mit folgenden psychotherapeutischen Weiterbildungsinstituten:

- Institut für Therapieforschung (IFT-Nord), Kiel
- Institut für Psychotherapie (IFP) an der Universität Hamburg, Hamburg
- Institut für Verhaltenstherapie Ausbildung Hamburg (IVAH)
- Zentrum für Ausbildung in Psychotherapie (ZAP), Bad Salzuflen, Lüneburg
- John-Rittmeister-Institut, Kiel

Der Chefarzt Priv.-Doz. Dr. med. **Lutz Götzmann** ist als **Dozent** tätig am:

- Freud-Institut Zürich (FIZ) der Schweizerischen Gesellschaft für Psychoanalyse (SGPsa)

Der leitende Psychologe Dipl.-Psych. **Oliver Bohlen** ist an folgenden Instituten als Supervisor anerkannt und/oder als **Dozent** tätig:

- Institut für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie der Akademie für medizinische Fort- und Weiterbildung an der Ärztekammer Schleswig-Holstein
- Gesellschaft für Verhaltenstherapie, Hannover /Hildesheim
- Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie (DGVT), Ausbildungszentrum Hamburg
- Leiter der dezentralen Ambulanz des Instituts für Therapieforschung (IFT-Nord), Kiel, an den SEGEBERGER KLINIKEN GMBH
- Michael Balint Institut für Psychoanalyse, Psychotherapie und analytische Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie (MBI), Hamburg

Es besteht darüber hinaus eine langjährige intensive Zusammenarbeit mit der **Fortbildungsakademie und der Ärztekammer Schleswig Holstein**. Der leitende Oberarzt Dr. med. Reinhard Fröschlin ist stellvertretender Leiter des Curriculums „Psychosomatische Grundversorgung“. Dr. Fröschlin und Herr Bohlen sind als Gruppenleiter und Referenten dort regelmäßig tätig, Herr Bohlen darüber hinaus auch in der Psychosomatische Grundversorgung an der Ärztekammer Hamburg uns als Dozent auf den Lübecker Psychotherapietagen der Norddeutschen Arbeitsgemeinschaft für Psychotherapie und Psychosomatik e.V.

9.2 Lehre/Lehraufträge

Priv.-Doz. Dr. med. Lutz Götzmann

- Universität Zürich im Fach Psychosomatische Medizin und Psychotherapie

Dipl.-Psych.Oliver Bohlen

- 2003 bis 2008 Universitätskrankenhaus Hamburg-Eppendorf für die Veranstaltung „Praktikum Psychosomatik“
- Seit 2003 Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Campus Kiel im Fach Psychosomatik und für die Veranstaltung „Praktikum der Psychosomatik“

10.0 Segeberger Symposien, Vorträge und Publikationen

10.1 Segeberger Symposien ab 2005

Titel Symposium	Datum	Referent	Titel des Vortrages
„Theoretische Grundlagen der psychoanalytisch begründeten Therapien - eine tour d´horizon“	16.06.2005	Prof. Dr. Gerd Rudolf, Heidelberg	„Theoretische Grundlagen der psychoanalytisch begründeten Therapien – eine tour d´horizon“
„It takes two to tango!“	07.12.2005	Prof. Dr. Bernhard Strauß, Jena	„It takes two to tango!“ Einflüsse von Therapeutenmerkmalen auf den Prozess und das Ergebnis von Psychotherapie
„Die ‚3. Welle‘ in der Verhaltenstherapie: Emotionsbezogenes Vorgehen“	30.08.2006	PD Dr. Claas-H. Lammers, Hamburg	„Die ‚3. Welle‘ in der Verhaltenstherapie: Emotionsbezogenes Vorgehen“
„Ätiologische psychodynamische Diagnostik: Konfliktneurotische versus strukturelle Störungen“	05.10.2006	Prof. Dr. Gerd Rudolf, Heidelberg	„Ätiologische psychodynamische Diagnostik: Konfliktneurotische versus strukturelle Störungen“
„Schematherapie in der modernen Psychotherapie – Einführung und Standortbestimmung -“	05.03.2008	Prof. Dr. Heinrich Berbalk, Hamburg	„Schematherapie Einführung und Standortbestimmung“
„Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie – quo vadis?“	09.09.2009	Prof. Dr. Volker Riegels, Berlin	„Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie - quo vadis?“
„Psychotherapie der chronischen Depression: Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy – CBASP“	26.05.2010	Prof. Dr. med. Ulrich Schweiger	„Psychotherapie der chronischen Depression: Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy – CBASP“

- **Bohlen O** (2005) Essstörungen – Anorexia nervosa und Bulimia nervosa. In: Schmeling-Kludas C. (Hrsg) Psychosomatisches Kompendium der Inneren Medizin. Hans Marseille Verlag, München, 227-244
- **Boll-Klatt A, Bohlen O, Schmeling-Kludas C** (2005) Passt oder passt nicht? Methoden und Personen orientierte differenzielle Indikationsstellung im Rahmen stationärer Psychotherapie. Psychotherapeut 50: 179-185
- **Boll-Klatt A** (2005) Aktuelle psychosomatische Krankheitsmodelle. In: Schmeling-Kludas C (Hrsg) Psychosomatisches Kompendium der Inneren Medizin. Hans Marseille Verlag, München, 75-100
- **Boll-Klatt A** (2005) Integrierte Kardiologie. In: Schmeling-Kludas C (Hrsg) Psychosomatisches Kompendium der Inneren Medizin. Hans Marseille Verlag, München, 119-147
- **Boll-Klatt A, Schmeling-Kludas C** (2005) Mensch und Maschine. Die Therapie mit implantiertem Defibrillator. In: Schmeling-Kludas C (Hrsg) Psychosomatisches Kompendium der Inneren Medizin. Hans Marseille Verlag, München, 149-168
- **Schmeling-Kludas C** (2005) Psychosomatische Rehabilitation von Migranten. In: Assion H-J (Hrsg) Migration und seelische Gesundheit. Springer, Berlin Heidelberg, 187-194
- **Köhne M** (2005) Depressionen. In: Schmeling-Kludas C (Hrsg) Psychosomatisches Kompendium der Inneren Medizin. Hans Marseille Verlag, München, 245-258
- **Köhne M** (2005) Chronischer Schmerz. In: Schmeling-Kludas C (Hrsg) Psychosomatisches Kompendium der Inneren Medizin. Hans Marseille Verlag, München, 193-210
- **Köhne M** (2005) Suizidalität. In: Schmeling-Kludas C (Hrsg) Psychosomatisches Kompendium der Inneren Medizin. Hans Marseille Verlag, München, 273-281
- **Köhne M, Bohlen O** (2005) Alkoholkrankheit In: Schmeling-Kludas C (Hrsg) Psychosomatisches Kompendium der Inneren Medizin. Hans Marseille Verlag, München, 259-272
- **Schmeling-Kludas C** (2005) Arzt-Patient-Beziehung in der Inneren Medizin. In: Schmeling-Kludas C (Hrsg) Psychosomatisches Kompendium der Inneren Medizin. Hans Marseille Verlag, München, 29-41
- **Schmeling-Kludas C** (2005) Die Herstellung gemeinsamer Wirklichkeiten: Aufklärung, Beratung und Gesprächsführung. In: Schmeling-Kludas C (Hrsg) Psychosomatisches Kompendium der Inneren Medizin. Hans Marseille Verlag, München, 43-54
- **Schmeling-Kludas C** (2005) Ärztliches Handeln im Sinne einer Integrierten Inneren Medizin. In: Schmeling-Kludas C (Hrsg) Psychosomatisches Kompendium der Inneren Medizin. Hans Marseille Verlag, München, 101-108
- **Schmeling-Kludas C** (2005) Betreuung chronisch Kranker. In: Schmeling-Kludas C (Hrsg) Psychosomatisches Kompendium der Inneren Medizin. Hans Marseille Verlag, München, 111-118
- **Schmeling-Kludas C** (2005) Integrierte Intensivmedizin. In: Schmeling-Kludas C (Hrsg) Psychosomatisches Kompendium der Inneren Medizin. Hans Marseille Verlag, München, 169-178
- **Schmeling-Kludas C** (2005) Integrierte Onkologie. In: Schmeling-Kludas C (Hrsg) Psychosomatisches Kompendium der Inneren Medizin. Hans Marseille Verlag, München, 179-192

- **Schmeling-Kludas C**, Schoeneich F (2005) Somatoforme Störungen. In: Schmeling-Kludas C (Hrsg) Psychosomatisches Kompendium der Inneren Medizin. Hans Marseille Verlag, München, 211-225
- **Bohlen O** (2006) Stationäre Behandlung einer türkischen Migrantin mit Zwangsstörung unter Berücksichtigung ihres kulturellen Hintergrundes. In: Fricke S, Rufer M, Hand I (Hrsg) Verhaltenstherapie bei Zwangsstörungen – Ein fallbasiertes Lehrbuch. Urban & Fischer, München, 199 - 214
- **Koch U, Lang K, Mehnert A, Schmeling-Kludas C** (2006) Vorwort. In: Koch U, Lang K, Mehnert A, Schmeling-Kludas C (Hrsg) Die Begleitung schwer kranker und sterbender Menschen. Grundlagen und Anwendungshilfen für Berufsgruppen in der Palliativversorgung. Schattauer, Stuttgart, V-VI
- **Schmeling-Kludas C** (2006) Die Kommunikation mit Schwerstkranken und ihren Angehörigen. In: Koch U, Lang K, Mehnert A, Schmeling-Kludas C (Hrsg) Die Begleitung schwer kranker und sterbender Menschen. Grundlagen und Anwendungshilfen für Berufsgruppen in der Palliativversorgung. Schattauer, Stuttgart, 31-52
- **Schmeling-Kludas C** (2006) Gesprächspsychotherapie bei körperlich Kranken und Sterbenden. In: Eckert J, Biermann-Ratjen E-M, Höger D (Hrsg) Gesprächspsychotherapie. Ein Lehrbuch. Springer, Berlin Heidelberg, 393-407
- **Schmeling-Kludas C** (2006) Medizinisch-berufliche Orientierung in der psycho-somatischen Rehabilitation. In: Müller-Fahrnow W, Hansmeier T, Karoff M (Hrsg) Wissenschaftliche Grundlagen der medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation. Pabst Science Publishers, Lengerich, 405-406
- **Schmeling-Kludas C, Bürger W** (2006) Beruflich orientierte Reha bei sozial-medizinischen Problempatienten in der Psychosomatik. In: Deck R, Glaser-Möller N (Hrsg) Berufliche Orientierung in der medizinischen Rehabilitation in den nordeuropäischen Ländern und in Deutschland. Jacobs-Verlag, Lage, 135-144
- **Kollenbaum V-E** (2007) Psychosomatik. In: Schaps K-P, Kessler O, Fetzner U (Hrsg.) Neurologie, Psychiatrie, Psychosomatik. Springer-Verlag, Heidelberg, 165-198
- **Reisch T, Schuster U, Michel K** (2007) Suicide by jumping and accessibility of bridges: results from national survey in Switzerland. Suicide Life Threat Behav 37 (6). 681-687.
- **Schmeling-Kludas C** (2007) Prinzipien der Anwendung von Rehabilitationsmethoden. In: Aulbert E, Nauck F, Radbruch L (Hrsg) Lehrbuch der Palliativmedizin. 2. überarb. Aufl. Schattauer, Stuttgart, 1229 – 1234
- **Schmeling-Kludas C, Eckert J** (2007) Psychotherapeutischer Umgang mit körperlich Kranken. In: Reimer C, Eckert J, Hautzinger M, Wilke E (Hrsg) Psychotherapie. Ein Lehrbuch für Ärzte und Psychologen. 3. aktual. Aufl. Springer, Heidelberg, 433 – 444
- **Schmeling-Kludas C, Wilke E** (2007) Besonderheiten von Psychotherapie im Rahmen stationärer psychosomatischer Behandlungen. In: Reimer C, Eckert J, Hautzinger M, Wilke E (Hrsg) Psychotherapie. Ein Lehrbuch für Ärzte und Psychologen. 3. aktual. Aufl. Springer, Heidelberg, 687 - 711
- **Schmeling-Kludas C** (2007) Psychosomatische Rehabilitation. In: Morfeld M, Mau W, Jäckel W H, Koch U (Hrsg) Rehabilitation, Physikalische Medizin und Naturheilverfahren. Urban & Fischer, Elsevier, München Jena, 219 – 232

- **Lang K, Schmeling-Kludas C, Schölermann C, Kunkel F, Koch U** (2007) Von der Aufklärung bis zur einfühlsamen Begleitung in der Onkologie und Palliativmedizin: Evaluation eines Kursmanuels für Ärzte, Studierende und Pflegekräfte. In: Schumacher A, Röttger K (Hrsg) Informieren, Beraten, Behandeln. Das Spektrum der Psychoonkologie. Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Psychosoziale Onkologie e.V., Jahrbuch 2006. Pabst Science Publishers,
- **Boll-Klatt A** (2008) Psychokardiologie in der kardiologischen Rehabilitation. In: Herrmann-Lingen C, Albus C, Titscher G (Hrsg) Psychokardiologie – ein Praxisleitfaden für Ärzte und Psychologen. Deutscher Ärzte-Verlag, 237-255
- **Boll-Klatt A** (2008) Psychotherapeutischer Umgang mit Anpassungsstörungen bei Patienten mit koronarer Herzkrankheit. In : Arbeitskreis Klinische Psychologie in der Rehabilitation BDP (Hrsg) Belastung, Stress, Burnout – Therapie und Prävention. Deutscher Psychologen Verlag, 45-64
- **Reisch T, Schuster U, Michel K** (2008) Suicide by jumping from bridges and other heights: social diagnostic factors. Psychiatry Res. 30; 161 (1), 97-104
- **Kollenbaum V-E** (2009) Depression und essentielle Hypertonie Gibt es einen Zusammenhang? Einige Überlegungen zum gemeinsamen Auftreten beider Störungsbilder. Med. Welt 60 (11/12), 379-382
- **Boll-Klatt A, Jordan J** (im Druck: 2011) Kardiovaskuläre Risikofaktoren und Risikoerkrankungen – psychologische und soziale Faktoren. In: Rick O (Hrsg) Medizinische Rehabilitation – ein Leitfaden. Elsevier Verlag, Frankfurt
- **Boll-Klatt A, Jünger J, Holzapfel N** (im Druck: 2011) Rehabilitation bei Patienten mit Herzinsuffizienz – psychologische und soziale Faktoren. In: Rick O (Hrsg) Medizinische Rehabilitation – ein Leitfaden. Elsevier Verlag, Frankfurt

10.3 Eingeladene wissenschaftliche Vorträge ab 2007

- **Boll-Klatt A**, Der nicht-sprachliche Zugang zum psychosomatischen Patienten. Curriculum Psychosomatische Grundversorgung an der Akademie für ärztliche Fort- und Weiterbildung der Ärztekammer Schleswig-Holstein, seit 1987 fortlaufend
- **Bohlen O**, Angststörungen. Curriculum Psychosomatische Grundversorgung an der Akademie für ärztliche Fort- und Weiterbildung der Ärztekammer Schleswig-Holstein, seit 2004 fortlaufend
- **Boll-Klatt A**, Das psychische Trauma in der Medizin. Curriculum Psychosomatische Grundversorgung der Akademie für medizinische Fort- und Weiterbildung der Ärztekammern Hamburg und Schleswig-Holstein, seit 2005 fortlaufend
- **Bohlen O**, Verhaltensmedizin und Verhaltenstherapie. Curriculum Psychosomatische Grundversorgung an der Akademie für ärztliche Fort- und Weiterbildung der Ärztekammer Schleswig-Holstein, 2006 bis 2008
- **Bohlen O**, Umgang mit Therapiezielen. Curriculum Psychosomatische Grundversorgung an der Akademie für ärztliche Fort- und Weiterbildung der Ärztekammer Schleswig-Holstein, 2007
- **Bohlen O**, Einführung in die Verhaltenstherapie. Curriculum Psychosomatische Grundversorgung der Fortbildungsakademie der Ärztekammer Hamburg, 2007
- **Bohlen O**, Verhaltenstherapie bei Essstörungen. Curriculum Psychosomatische Grundversorgung der Fortbildungsakademie der Ärztekammer Hamburg, seit 2007 fortlaufend

EINGELADENE WISSENSCHAFTLICHE VORTRÄGE AB 2007

- **Boll-Klatt A**, Risiko und Strategie – Psychosoziale Faktoren. 27.1.2007, 5. Stent-Kompass, European Surgical Institute, Norderstedt
- **Boll-Klatt A**, Borderline - zwischen Trieb und Trauma. Akademie für medizinische Fort- und Weiterbildung der Ärztekammer Schleswig-Holstein, 9.6.2007, Bad Segeberg (gemeinsam mit Dipl. Psych.M.Kohrs)
- **Boll-Klatt A**, Psychische Komorbidität bei Herzerkrankungen – Aufgabe der kardiologischen oder der psychosomatischen Rehabilitation? 23. - 24.11.2007, Max-Halhuber-Symposium, Bad Malente
- **Boll-Klatt A**, Depressivität bei Koronarpatienten – Rationelle Diagnostik und Therapie aus Sicht der Reha-Psychologin. 23.- 24.11.2007, Max-Halhuber-Symposium, Bad Malente
- **Schmeling-Kludas C** (2007) Psychosomatische Krankheitsmodelle. Institut für Psychotherapie der Universität Hamburg, 23.01.2007
- **Schmeling-Kludas C** (2007) Zukunft der Psychosomatik – Konflikt- oder Integrations-feld zwischen Psychiatrie und Somatik? Fachtagung „Zukunftsfähig durch Integration und Vernetzung - Perspektiven regionaler Gesundheitsversorgung, Lüneburg, 15.11.2008
- **Kollenbaum V** (2007) Psychoonkologie: Was muss der onkologisch tätige Arzt darüber wissen? Wiesbaden, 15.4.2007. 113. Internistenkongress. Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin.
- **Specht T**, Somatoforme Störungen. 2007, Ärzteverein, Bad Segeberg
- **Boll-Klatt A**, Psychokardiologie – Zur Psychosomatik der koronaren Herzkrankheit. Interne Fortbildung, 30.1.2008, Strandklinik, Boltenhagen
- **Boll-Klatt A**, Umgang mit Anpassungsstörungen in der kardiologischen Rehabilitation. 74. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie, 27. – 29.3.2008, Mannheim
- **Boll-Klatt A**, Psychokardiologie – eine neue Sicht auf das Herz. 4.6.2008, Symposium „Was bewegt das gefährdete Herz“, Bad Segeberg
- **Boll-Klatt A**, „Psychodynamisch verstehen, patienten- und settingorientiert intervenieren“- psychotherapeutische Interventionen bei Koronarpatienten. 1.7.2008, Universitätsklinikum, Abteilung Qualitätsmanagement und Sozialmedizin, Freiburg
- **Boll-Klatt A**, „Brauchen wir das rekonstruierte oder das reale Kind für die Psychotherapie“ – Säuglingsforschung und Mentalisierungskonzept. 5.7.2008, Akademie für medizinische Fort- und Weiterbildung der Ärztekammer Schleswig-Holstein, Bad Segeberg (gemeinsamer Vortrag mit Dipl.Psych.M.Kohrs)
- **Boll-Klatt A**, Psychotherapeutische Interventionen bei depressiven Koronarpatienten. 13.9.2008, Herzwirk, Brennpunkt 6 – Aktuelle Psychokardiologie, Schlei-Klinikum, Schleswig
- **Boll-Klatt A**, Die Borderlinepersönlichkeitsstörung als chronifizierte komplexe posttraumatische Belastungsstörung. Interne Fortbildung, 8.10.2008, Klinik Ginsterhof, Rosengarten
- **Boll-Klatt A**, Psychotherapeutischer Umgang mit Anpassungsstörungen bei PatientInnen mit koronarer Herzkrankheit. 27. Jahrestagung des AK Klinische Psychologie in der Rehabilitation, 21. – 23.11.2008, Erkner
- **Kollenbaum V**, Abgrenzung des Postgastrektomiesyndroms zur Anorexie. Lehmrade, 17. 5. 2008. Lehmraeder Psychoonkologietag „Interdisziplinäre Behandlung des Magenkarzinoms“. REHA-Klinik Lehmrade GmbH und DRK-Krankenhaus Ratzeburg
- **Kollenbaum V**, Interozeption - Körperwahrnehmung in der Psychosomatik, Lübeck, 20.5.2008. Forum Psychotherapie Lübeck

EINGELADENE WISSENSCHAFTLICHE VORTRÄGE AB 2007

- **Kollenbaum V**, Spiritualität als Wirkfaktor in der Psychotherapie - Untersuchungen, Erfahrungen und Überlegungen. Bad Malente, 8.10.2008. Curtius Klinik, Bad Malente
- **Kollenbaum V**, Trennung, Tod und Trauer - Verlust als Chance? Quedlinburg, 5.12.2008. mdap - Mitteldeutsche Akademie für Psychotherapie
- **Specht T**, Gerontopsychosomatik. Jährlich seit 2008, Curriculum Psychosomatische Grundversorgung der Akademie der Ärztekammer Schleswig-Holstein, Bad Segeberg
- **Specht T**, Nicht-medikamentöse Behandlung der arteriellen Hypertonie. 2008, Herbsttagung der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie DGK, Hamburg
- **Bohlen O**, Kognitive Therapie in der ärztlichen Praxis. Curriculum Psychosomatische Grundversorgung an der Akademie für ärztliche Fort- und Weiterbildung der Ärztekammer Schleswig-Holstein, ab 2009
- **Bohlen O**, Kognitive Verfahren in der Verhaltenstherapie. Seminar an der Akademie für medizinische Fort- und Weiterbildung der Ärztekammer Schleswig-Holstein, Bad Segeberg, ab 2009
- **Boll-Klatt A**, Der herzinsuffiziente Patient aus psychokardiologischer Sicht. 4.3.2009, Symposium „Aktuelle Therapiestrategien der Herzinsuffizienz“, Bad Segeberg
- **Boll-Klatt A**, Borderline – zwischen Trieb und Trauma. 4.4.2009, Arbeitsgemeinschaft Psychotherapie Hamburg (APH), Hamburg (gemeinsam mit Dipl.Psych.M.Kohrs)
- **Boll-Klatt A**, Stress oder Trauma? – Differentialdiagnostische Aspekte von Traumafolgestörungen bei ICD-Patienten – 36. Jahrestagung der DGPR, 11. – 13.6.2009, Berlin
- **Boll-Klatt A**, Borderline – zwischen Trieb und Trauma. 11. – 15.10.2009, fortlaufendes Seminar auf den Lübecker Psychotherapie Tagen, Lübeck (gemeinsam mit Dipl.Psych.M.Kohrs)
- **Boll-Klatt A**, Psychische Traumatisierungen bei ICD-Patienten. 27.10.2009, Ärzteverein, Bad Segeberg
- **Boll-Klatt A**, Psychische Traumatisierungen in der Medizin. 10.12.2009, Eröffnung des Medizinischen Versorgungszentrum Regio Hamburg, Hamburg- Sinstorf
- **Boll-Klatt A**, Aktuelle psychosomatische Krankheitsmodelle aus psychodynamischer Sicht. Halbjährlich seit SS 2009, Hauptvorlesung „Psychosomatische Medizin“ an der Universität Schleswig-Holstein, Campus Kiel
- **Kollenbaum V**, Psychogener Schwindel. Itzehoe, 13.2.2009. Schwindel: Diagnostik und Therapie, 5K-Klinikverbund Schleswig-Holstein
- **Kollenbaum V**, Psychoonkologische Behandlungselemente. Berlin, 26.09.2009. Deutscher Internistentag, Berlin 24. - 26.09.2009. Berufsverband Deutscher Internisten.
- **Specht T**, Differenzialdiagnose körperlicher Leitsymptome. Halbjährlich seit SS 2009, Hauptvorlesung „Psychosomatische Medizin“ an der Universität Schleswig-Holstein, Campus Kiel
- **Bohlen O**, Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy – CBASP. 09.02.2010, Institut für Therapieforschung (IFT-Nord), Kiel
- **Kollenbaum V**, Umgang mit schweren Verlusten. Kiel, 13. Februar 2010. Fachtagung Umgang mit schweren Verlusten - Trauer und Psychosomatik. Zentrum für Integrative Psychiatrie, Kieler Arbeitskreis Trauerbegleitung
- **Bohlen O**, Moderne kognitive Verhaltenstherapie. 07.05.2011, Seminar im Michael Balint Institut, Hamburg
- **Bohlen O**, „Angst ist nicht gleich Angst“ – Differentielle Behandlung von Angsterkrankungen in der Verhaltenstherapie. 09.-13.10.2011, Seminar auf den Lübecker Psychotherapietagen, Lübeck

11.0 Forschungsaktivitäten ab 2005

- "SIBAR"-Studie (Screening-Instrument Beruf und Arbeit in der Rehabilitation). Entwicklung und Implementierung eines generischen Screening-Instrumentes zur Identifikation von beruflichen Problemlagen und des Bedarfes an berufsorientierten und beruflichen Rehabilitationsleistungen. In Kooperation mit Bürger W, Deck R, Dietsche S, Koch U, Raspe H: AG „Reha-Forschung“, Zentrum für Psychosoziale Medizin, Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie, Universitäts-Krankenhaus Hamburg-Eppendorf, 2005
- Teststatistische Überprüfung von Instrumenten zur Erfassung des rehabilitativen Prozessgeschehens - Projekt zur Entwicklung eines Verfahrens zur Erstellung einer bereichsspezifischen Leitlinie zur rehabilitativen Behandlung von Patienten mit Angststörungen und Depression. In Kooperation mit Koch U, Schulz H, Watzke B, Büscher C, Zentrum für Psychosoziale Medizin, Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie, Universitäts-Krankenhaus Hamburg-Eppendorf, 2005/2006
- Schematherapie und Achsel-Störungen. In Kooperation mit Berbalk H, Kadasch C: AG „Allgemeine Psychologie, Klinische Psychologie und Methoden“, Fachbereich Psychologie, Psychologisches Institut III, Universität Hamburg, 2007/2008
- Der Modusansatz in der Schematherapie. In Kooperation mit Berbalk H, Schmidt A, Dierßen M: AG „Allgemeine Psychologie, Klinische Psychologie und Methoden“, Fachbereich Psychologie, Psychologisches Institut III, Universität Hamburg, 2008/2009
- Zusammenhang zwischen psychotherapienaher Behandlungsdosis und dem Therapieerfolg in der Rehabilitation psychischer/psychosomatischer Erkrankungen. In Kooperation mit Schulz H, Watzke B, Melchior H: AG „Psychotherapeutische Versorgung“, Zentrum für Psychosoziale Medizin, Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie, Universitäts-Krankenhaus Hamburg-Eppendorf, 2008/2009
- Reha 55+ – Rehabilitation bei Versicherten im mittleren Lebensalter – Erwartungen und Bedürfnisse aus Rehabilitandensicht. In Kooperation mit Pohontsch N, Richter S, Krüger-Wauschkuhn T & Deck R: Institut für Sozialmedizin, Universitätsklinikum Schleswig-Holstein Campus Lübeck, 2009/2010

Segeberger Kliniken Gruppe
Am Kurpark 1
23795 Bad Segeberg
Tel. 04551/802-0
www.segebergerkliniken.de