



Therapiekonzept der Psychosomatischen Abteilung

im

Kreiskrankenhaus Simbach am Inn

Plinganserstr. 10

84359 Simbach am Inn

Chefarzt: Dr. med. Jürgen Gosda

11. Fassung, Stand 27.03.2009

Therapiekonzept der Psychosomatischen Abteilung

Inhalt

Einführung	3
Psychosomatische Grundannahmen	3
Indikation und Aufnahme-procedere	5
Krankheitsverständnis und Therapeutischer Ansatz	6
Behandlungsangebot und Verlauf	9
Teamstruktur	12
Vor- und nachstationäres Procedere	12
Behandlungsschwerpunkte	13
Dokumentation und Evaluation	14

Einführung

Seit 1995 werden im Kreiskrankenhaus Simbach a. Inn Patienten mit psychosomatischen Erkrankungen in einer bettenführenden Abteilung behandelt, bis 2003 auch in diversen interdisziplinären Behandlungssettings gemeinsam mit der Rheumatologischen und Naturheilkundlichen Abteilung. 1995 – 1999 wurde das Kreiskrankenhaus als „Erste Deutsche Modellklinik für Ganzheitliche Grundversorgung“ im Rahmen des „Münchner Modells“, eines Projekts des naturheilkundlichen Schwerpunktes der TU München (Leiter: PD. Dr. med. D. Melchart), wissenschaftlich begleitet.

Aufgrund der stetig steigenden Nachfrage bezüglich psychosomatischer Behandlung durch ein sich ständig vergrößerndes Einzugsgebiet – entsprechend dem politischen Auftrag, sowohl eine regionale als auch überregionale Grundversorgung sicherzustellen – wurde die Psychosomatische Abteilung sukzessive erweitert. Anfang 2002 wurde die Naturheilkundliche Abteilung in die psychosomatische Konzeption integriert durch eine Akzentuierung der naturheilkundlichen Ausrichtung in der medizinischen Versorgung, Anfang 2004 auch die Rheumatologische Abteilung durch Etablierung des Behandlungsschwerpunktes „chronischer Schmerz“. Die Psychosomatische Abteilung verfügt jetzt über 85 Betten und kann so differenzierte Therapieangebote für Erkrankungen des gesamten Fachgebietes anbieten, wobei auch weiterhin die interdisziplinäre Patientenbetreuung im Konsiliar- und Liasondienst eine Besonderheit des Kreiskrankenhauses Simbach a. Inn und der assoziierten Kreiskrankenhäuser Eggenfelden und Pfarrkirchen ist.

Psychosomatische Grundannahmen

Epidemiologische Studien belegen, dass mindestens 15 bis 25% ärztlicher Inanspruchnahme in der medizinischen Grundversorgung auf seelische Störungen (z. B. Depressionen und Angsterkrankungen), funktionelle Dysfunktionen (Somatisierungsstörungen) sowie inadäquaten Umgang mit einer akuten oder chronischen Krankheit zurückgehen. Gerade diese Patienten werden häufig stationär eingewiesen und wiederholt diagnostischen Spezialuntersuchungen in den verschiedenen Fachdisziplinen zugeführt, wobei meist den Hintergründen der Entstehung und Aufrechterhaltung der Symptomatik kaum Bedeutung gegeben werden kann. Hier setzt der psychosomatische Ansatz an, der die Wechselwirkungen zwischen körperlichen, seelischen und sozialen Faktoren in den Mittelpunkt stellt.

Es zeichnet sich zwar ab, dass psychosoziale Faktoren im hausärztlichen Bereich zunehmend Bedeutung erlangen, psychosomatisch/psychotherapeutische Behandlungsplätze jedoch nicht ausreichend zur Verfügung stehen. Viele Patienten sträuben sich auch gegen eine psychotherapeutische Behandlung in psychiatrischen Einrichtungen, obwohl diese schon lange nicht mehr den negativen Vorurteilen in der Bevölkerung entspricht. Hier bestand eine Lücke effizienter Behandlung, die für den Landkreis Rottal-Inn sowie die angrenzenden Landkreise und zunehmend auch darüber hinaus von uns geschlossen werden konnte.

Psychosomatisches Denken erweitert medizinisches Vorgehen um eine Dimension, die gesündere Lebensführung nicht nur empfiehlt, sondern den Umgang mit Gesundheit und Krankheit explizit thematisiert. Zielsetzung ist dabei, den (er-)leidenden Patienten von einer passiven Behandlungserwartung soweit wie möglich zu einer **aktiven Mitarbeit** hin zu motivieren. Dabei gilt es auch zu verstehen, dass Gesundheit nicht als selbstverständliche statistische Norm gesehen werden kann, die nur durch ein Unter- oder Überschreiten chemischer oder physikalischer Messgrößen im Körper verursacht wird, sondern ständig neu „erzeugt“ werden muss. Aus unserer Sicht ist der Mensch gesund, wenn „krankmachende“ und „gesundmachende“ Kräfte ausbalanciert sind.

Der Kranke ist aus dem Lot geraten, hat die Balance verloren. An dieser Stelle muss der individuelle Lebensstil thematisiert und auf seine Hintergründe beleuchtet werden, wenn mittel- und langfristig Kosten im Gesundheitssektor eingegrenzt bzw. gesenkt werden sollen.

Dass Nikotin- und übermäßiger Alkohol- und/oder Nahrungsgenuss schädlich ist, weiß jeder – was damit kompensiert wird, ist aber oft nicht bewusst. Psychotherapie gibt Hilfestellung bei der Lösung von inneren, oft zeitüberdauernden (Grund)konflikten (z. B. zwischen Abgrenzungs- und Anlehnungswünschen) sowie bei der Meisterung äußerer Probleme. Häufig geraten Patienten, ausgelöst durch körperliche und seelische Erkrankungen, in existentielle Krisen, die zu ihrer Bewältigung einen haltgebenden und vertrauensvollen Rahmen benötigen. Unser psychosomatisches Vorgehen will insbesondere verborgene Fähigkeiten – bisher nicht genutzte **Ressourcen** – entdecken und im stationären Rahmen ein Übungsfeld zur Verfügung stellen, in dem angstbesetzte Themen und Einstellungen auch tatsächlich angegangen werden können.

Im Sinne eines salutogenetischen Ansatzes geht es auch darum, dass der Patient wieder Zugang findet zu seinem Engagement, der Wichtigkeit und dem Wert seiner Person sowie der Überzeugung, den Verlauf der Ereignisse durch eigenes Zutun angemessen beeinflussen zu können. Therapeutisch ist viel erreicht, wenn der Patient Probleme und Schicksalsschläge nicht nur als Bedrohung, sondern auch als Herausforderung sehen, eine bessere „Selbstaufmerksamkeit“ entwickeln und seine soziale Eingebundenheit verbessern kann.

Psychosomatik im Akutkrankenhaus zeichnet sich durch eine intensive Behandlung aus, die möglichst zeitnah an der Entstehung der Symptomatik ansetzt und therapeutische Maßnahmen einleitet, bevor – wie häufig bei psychosomatischen Erkrankungen zu beobachten ist – Chronifizierungsprozesse einsetzen. Eine Intensivierung üblicher psychosomatischer Behandlung gelingt nach unseren Erfahrungen neben einer höheren Therapiefrequenz besonders gut durch die Einbeziehung der den Patienten umgebenden sozialen Strukturen – meist der Familie, in die er ja in der Regel wieder zurückkehrt. Durch **Einbeziehung des Familiensystems** wird unmittelbar Einfluss genommen auf krankmachende Verhaltensmuster, ohne dass zuerst die ganze Lebensgeschichte in einem zeitraubenden Therapieprozess aufgearbeitet werden muss. Wichtig ist dabei das Engagement des Behandlungsteams, Patienten und Angehörige zu einem solchen Vorgehen zu motivieren. Es bedarf einer entsprechenden Ausbildung und Behandlungsversiertheit, die die komplexen Interaktionsmuster sozialer Systeme erkennt und über entsprechende Interventionsmöglichkeiten verfügt.

In der Regel reicht aber die Einbeziehung des sozialen Umfeldes allein nicht aus. Wichtig ist, dass der Patient im Schutzraum der Therapeutischen Gemeinschaft (von Ärzten, Schwestern, Spezialtherapeuten und Mitpatienten – als Ko-Therapeuten!) **neue Erfahrungen** machen und seine Wahrnehmungs- und Bewertungsmuster überprüfen kann. Wir haben ein differentielles Konzept erarbeitet, das sowohl gruppenorientiert – und damit direkt an den Kommunikationsstrukturen ansetzt – als auch einzeltherapeutisch ausgerichtet ist. Der Patient durchläuft nicht ein standardisiertes Diagnostik- und Therapieprogramm, sondern wird entsprechend seiner kognitiven und emotionalen Fähigkeiten „abgeholt“ und erhält neben der Teilnahme an verbindlichen Basisveranstaltungen eine individuell abgestimmte, mehrfach wöchentlich durchgeführte Einzeltherapie.

Indikation und Aufnahmeverfahren

Wir behandeln Patienten in **akuten seelischen Krisensituationen**, z. B. nach Verlusterlebnissen oder traumatischen Erfahrungen, mit psychosomatischen Erkrankungen, funktionellen Störungen, vegetativen Erschöpfungssyndromen, Psychoneurosen – insbesondere Angst- und depressiven Erkrankungen –, Essstörungen, Schmerzsyndromen, Persönlichkeitsstörungen und chronischen, vor allem internistischen Erkrankungen, die zu reaktiven psychischen Beeinträchtigungen geführt haben. Patienten, bei denen eine intensive und vom Konfliktgeschehen auch räumlich entfernte Behandlung erforderlich ist, können wir einen psychotherapeutischen Raum anbieten, der **zeitnah** über eine **Krankenhouseinweisung** erreichbar ist

Kontraindikationen: Wegen der offenen Räumlichkeiten können wir bündnisunfähigen suizidalen oder psychotisch dekompenzierten Patienten ebensowenig den notwendigen Rahmen bieten wie kontrollbedürftigen Suchtpatienten. Sofern eine über eine psychopharmakologische Behandlung hinausgehende psychotherapeutische Fragestellung besteht, behandeln wir auch Patienten mit psychiatrischer Vorgeschichte. Oft verweisen wir jedoch auf die zuständigen psychiatrischen Bezirkskrankenhäuser, mit denen eine gute Kooperation besteht. Mit Verlegungen und ggf. Rückverlegungen haben wir durchweg gute Erfahrungen gesammelt.

Ein besonderes Anliegen ist uns, die psychosomatische regionale und überregionale Akutversorgung durch ein **kurzfristiges Aufnahmeverfahren** zu gewährleisten und Wartelisten zu vermeiden (was uns auf Grund der stetig steigenden Nachfrage seit 2006 leider zunehmend nicht mehr gelingt ...). Zusätzlich zu unserer bewährten Behandlungsstruktur mit einer durchschnittlichen Aufenthaltsdauer von **4 – 6 Wochen** führen wir etwa **2 bis 3-wöchige Kriseninterventionen** durch. Besonders bewährt haben sich auch **Intervalltherapien**, z. B. nach einer Krisenintervention oder im Rahmen einer ambulanten Psychotherapie.

Bei unklarer Indikation, z. B. wenn es um die Abklärung einer Suchtproblematik oder einer schweren Essstörung geht, die nur durch frühzeitige klare Behandlungsabsprachen sinnvoll zu behandeln sind, wenn ein Verdacht auf ein psychotisches Geschehen besteht oder überhaupt zur – von den Krankenkassen geforderten – **Überprüfung der Notwendigkeit stationärer Behandlung**, führen wir kurzfristig prästationäre Gespräche durch. Wir sind dabei, ein Netzwerk mit niedergelassenen Kollegen aufzubauen, um die Versorgungskette zu optimieren und auch ambulante Therapieplätze vermitteln zu können.

Während der stationären Behandlung ist einerseits eine Distanzierung zu einem pathogenen Milieu möglich, andererseits kann oft durch die relative Wohnortnähe das soziale Feld im Blick behalten und das familiäre Umfeld miteinbezogen werden. Auch sind Voraussetzungen gegeben, eine ambulante psychotherapeutische Weiterbehandlung anzubahnen, vor der Entlassung mit niedergelassenen Kollegen in Kontakt zu treten und ggf. verbindliche Termine zur Weiterbehandlung bei motivationsambivalenten Patienten zu vereinbaren.

Zunehmend bemühen sich auch Patienten, die weiter entfernt wohnen, um eine Behandlung bei uns. Wir legen dann jedoch schon im Vorfeld großen Wert auf die Anbahnung der Bereitschaft der Familie, längere Anfahrtswege in Kauf zu nehmen, um an gemeinsamen Gesprächen zu partizipieren, sowie auf die Klärung der Nachbehandlung vor Ort.

Da das Einzugsgebiet der Mehrzahl unserer Patienten ländliche und kleinstädtische Strukturen mit einem eher geringen psychotherapeutischen Behandlungsangebot aufweist, sind im Gegensatz zu städtischen Gebieten die Hausärzte in besonderem Maße auch Ansprechpartner in seelischen Nöten. So erstaunt es nicht, dass unsere Patienten weniger von psychiatrisch oder psychotherapeutisch tätigen Kollegen eingewiesen werden, sondern von ihren meist langjährigen **Hausärzten**. Die Patienten sind zunächst oft nicht speziell psychotherapiemotiviert und suchen

im weitesten Sinne ärztlichen Rat. Manchen Patienten gelingt der Zugang zur Psychosomatik auch erst über den Umweg der internistischen Abteilung im Hause. Dort nehmen wir – konsiliarisch gerufen – einen ersten Kontakt mit ihnen auf. Wenn sich herausstellt, dass eine psychogene oder psychosomatische Problematik im Vordergrund steht, wird gemeinsam die Entscheidung gefällt, ob eine Betreuung im Rahmen des Liaisondienstes ausreichend oder eine Verlegung auf die Psychosomatische Abteilung angebracht ist.

Krankheitsverständnis und therapeutischer Ansatz

Ein psychosomatisches Krankheits- (oder Gesundheits-!) Verständnis, das körperliche, seelische und soziale Faktoren in einem wechselseitigen Bedingungsgefüge sieht, erfordert ein mehrdimensionales und (besonders wichtig!) synchrones Vorgehen. Eine dem internistischen Standard entsprechende Diagnostik und Therapie – ggf. unter Einbeziehung der Internistischen Abteilung – erfolgt dabei simultan mit fachspezifischer Psychodiagnostik und -therapie. Diese stützt sich einerseits auf die im stationären Rahmen erhobenen Daten und Beobachtungen, andererseits versuchen wir auch das außerstationäre soziale System mitzuerfassen. Damit wird unser tiefenpsychologisches Krankheits- und Therapieverständnis um die **systemische Perspektive** erweitert, wobei auch verhaltenstherapeutische Überlegungen einbezogen werden.

Die systemische Therapie, die aus der Familientherapie entwickelt wurde, versucht einseitige Perspektiven zu erweitern: Sie betrachtet den Menschen und seine Krankheit im **Kontext** seines sozialen Umfeldes. Symptome und Krankheiten werden nicht nur im Hinblick auf ihre Entstehung intrapsychisch gesehen, sondern auch in ihren Auswirkungen auf der zwischenmenschlichen Ebene. Aus systemischer Perspektive verliert die Frage nach der Ursache an Bedeutung, wodurch die oft lähmende Schuldfrage entschärft wird. Es geht darum, alte krankheitsfördernde Muster zu unterbrechen und die Ressourcen sowohl des Patienten als auch seines Umfeldes zu aktivieren. Der Therapiefokus wird von den Inhalten und Konflikten auf die **Erkennung der Muster** gelenkt, die zwischenmenschliches Zusammenleben gestalten. Systemisches Denken ist geprägt von Wertschätzung und Respekt gegenüber Menschen, aber „Respektlosigkeit gegenüber Ideen“. Systemische Therapie will grundsätzlich Menschen nicht verändern, sondern ihre Kommunikationsmuster hinterfragen und dabei alle Entwicklungspotenziale nutzen.

Wir gehen von der Annahme aus, dass sich neurotische und psychosomatische Symptome oft als Ausdruck einer ungelösten Grundproblematik verstehen lassen. Neben der Berücksichtigung tiefenpsychologischer und psychosomatischer Vorstellungsmodelle, wie z. B. lebensgeschichtliche unbewusste Konflikte, Regression und Übertragung, Abwehr und Widerstand, De- und Resomatisierung sowie lerntheoretische Modelle, bildet die Einschätzung der **Persönlichkeitsstruktur** die Grundlage der psychotherapeutischen Arbeit. Seit 2001 arbeiten wir zunehmend mit der operationalisierten psychodynamischen Diagnostik (OPD). In mehrfach jährlich stattfindenden Fortbildungsveranstaltungen haben wir unsere Kompetenz hierin ständig erweitern können.

Das stationäre Konzept, das in den ersten zwei Jahren des Bestehens der Abteilung durch die Zugehörigkeit des Pflorgeteams zur internistischen Abteilung eher als bipolar zu charakterisieren war mit sich teilweise nicht berührenden „Realitäts-“ und „Therapieräumen“ und einem – wie häufig in der klassischen Medizin – eher „semipermeablen“ Austausch zwischen den Berufsgruppen, hat sich zu einem **integrativen und fortwährend weiter differenzierten Behandlungsansatz** entwickelt mit einer intensiven Kommunikation zwischen allen am Therapieprozess des Patienten Beteiligten. Der **Arbeit im Team** geben wir grundlegende Bedeutung, denn hier treten entscheidende emergente Phänomene auf: Durch die Perspektivenvielfalt der unterschiedlichen Berufsgruppen und den Austausch der Teammitglieder werden Sichtweisen und Einschätzungen möglich, die die innere Realität des Patienten viel besser abbilden können als es der traditionelle Arzt-Patient-Dialog vermag. Seit 2005 dokumentieren wir den Therapieprozess zudem in unserer elektronischen Krankenakte. Dadurch, dass die Verläufe der einzelnen Therapien von allen Berufsgruppen hier zusammengetragen werden, konnte der kommunikative Austausch weiter intensiviert und die Behandlungsplanung verbessert werden.

Die vorliegende Konzeption ist in ihrer Ausgestaltung vor dem Hintergrund der Idee der **Therapeutischen Gemeinschaft** zu sehen. Die Station kann als haltender, aber auch begrenzender Rahmen verstanden werden, in dem sich Konflikte von infantiler unbewusster Dimension bis hin zu bewusster sozialer Aktualität entfalten können und somit einer psychotherapeutischen Bearbeitung im „Hier und Jetzt“ zugänglich werden. Der Patient ist dadurch gefordert, sich mit einer Vielzahl von Personen – Mitpatienten, Therapeuten, Schwestern u. a. – auseinandersetzen. Es ergeben sich dadurch unterschiedlichste Beziehungsangebote, die unbewältigte pathogene Grundkonflikte deutlich werden lassen, zumal durch die Versorgungsstruktur des Krankenhauses zunächst eine Regression eingeleitet wird, die latente, unbewusste Motive sichtbar werden lässt. Durch die Konfrontation mit der inneren und äußeren Realität werden jedoch wieder progressive Prozesse angestoßen, die auf eine realitätsadaptierte Lebensbewältigung zielen. Die Realisierung von Strukturen, die der Therapeutischen Gemeinschaft zugrunde liegen, ist keine neue Therapiemethode, sondern eine **Modifikation der Krankenhausstruktur** zu therapeutischen Zwecken.

Die Erfahrung, dass therapeutische Prozesse wesentlich von den atmosphärischen Rahmenbedingungen geprägt werden, die von Mitarbeitern und Patienten geprägt sind, hat eine konzeptuelle Entwicklung angestoßen, die neben dem Einzelsetting – als „roter Faden“ durch den Therapieverlauf und als „Ort der Integration“ der multimodalen Interventionen – auch auf ein **gruppentherapeutisches Vorgehen** setzt. Die Teilnahme an positiven Entwicklungen von Mitpatienten, die gegenseitige Anteilnahme, die Erfahrung, für andere Menschen hilfreich zu sein, sind ebenso wie soziale Lernprozesse therapeutische Wirkfaktoren. Auch eher in der Passivität verharrende Patienten profitieren vom Gruppenprozess, sogar wenn ihre Struktur, ihre Sozialisation und verinnerlichte Gebote der Zurückhaltung eine aktive Beteiligung (zunächst) nicht zulassen.

Korrigierende emotionale Erfahrungen können in einem sicheren und überschaubaren sozialen Raum ihre Wirkung entfalten, individuell verzerrte Wahrnehmungen (Übertragungen) können relativiert werden. Die psychische Präsenz entspricht dabei nicht der physischen: Gruppenmitglieder verbringen viel mehr Zeit innerlich und im zwischenzeitlichen persönlichen Austausch miteinander als die tatsächliche Zeit der gemeinsamen Gruppensitzungen umfasst. Viele Patienten haben bezüglich einer Gruppenzugehörigkeit eine verarmte Vorgeschichte und waren nie zuvor ein wichtiges teilnehmendes und prägendes Mitglied einer Gruppe.

In der Gruppentherapie kommen viele Faktoren zusammen, die in der Einzeltherapie nicht in diesem Maße berücksichtigt werden können. Gruppentherapie bedeutet immer auch eine Bewältigung von Komplexität, eine Rückführung von unübersichtlichen und hochkomplexen inhaltlichen Problemen auf grundlegende, zentrale „menschliche“ Themen. Wir wollen mit dem gruppentherapeutischen Vorgehen auch partikularisierenden Strömungen in unserer Gesellschaft, die ein zweifelhaftes „narzisstisches“ Autonomieverständnis vertreten, entgegenwirken und die Knüpfung, Gestaltung und manchmal auch das Aushalten von zwischenmenschlichen Beziehungen mehr in den Vordergrund stellen.

Dennoch steht die **Einzeltherapie** bei uns und noch mehr bei den Patienten weiterhin hoch im Kurs und findet mindestens zweimal wöchentlich statt. Aufgrund der begrenzten Ressourcen können wir nicht passiv zuwarten, bis unsere Patienten mehr oder weniger schnell in die Gruppen hineinwachsen. Es gibt auch Problembereiche, die nicht in einem Gruppensetting bearbeitet werden können, auf jeden Fall nicht in der Kürze der Zeit und nicht bei zu großer Unterschiedlichkeit der Persönlichkeitsstruktur und der Anliegen der Patienten. Nicht zuletzt bedürfen kurze Kriseninterventionen einer engmaschigen Einzelbetreuung.

Aus der Erfahrung, dass unsere Patienten häufig zunächst keinen Bezug zwischen ihren körperlichen Beschwerden und seelischen Vorgängen herstellen können, im emotionalen Ausdruck ihrer Befindlichkeit eingeschränkt, gehemmt oder weniger wortgewandt sind, haben wir unser Angebot an prä- bzw. extraveralen Therapieangeboten wie Bewegungs-, Rhythmus-, Koordinations-, Wahrnehmungs-, Achtsamkeits-, Ausdrucks-, Kunst- und Gestaltungstherapie in unserem Therapiesetting ständig erweitert. Dieses hochdifferenzierte Spektrum an **nonverbalen Therapien** – z. T. auch im Einzelsetting – vertieft und beschleunigt den Therapieprozess in erstaunlichem Maße.

Es hat sich gezeigt, dass für viele Patienten die Aufklärung über die physiologischen Abläufe ihrer Erkrankung sowie eine psychoedukative Schulung eine Entlastung darstellt, die die Bereitschaft zu psychotherapeutischen Behandlungsmaßnahmen entscheidend erhöht. Daher muss zu Beginn der Therapie der Suche nach der „Erklärung“ der Symptomatik ausreichend Zeit eingeräumt werden: Erst wenn es gelingt, unter Einbeziehung der (bisher vergeblichen) Erklärungsversuche und **Ursachenüberzeugungen** des Patienten gemeinsam mit ihm plausible Hypothesen zu generieren (bei funktionellen Erkrankungen geht es oft um physiologische Anspannungssphänomene und deren sekundären Auswirkungen) ist es sinnvoll, psychotherapeutisches Vorgehen im engeren Sinn zu planen (also z.B. das „sprachlos“ gewordene Körpersymptom wieder auf die emotionale und sprachliche Ebene zu bringen). Dabei hat der Respekt vor der zunächst häufigen Zurückhaltung des Patienten Vorrang vor der nachhaltigen Aufforderung zur Selbstexploration. Funktionelle Syndrome bzw. Somatisierungsstörungen haben eine **Funktion** und lassen sich nicht „wegtherapieren“, ohne dass die zugrundeliegende Dynamik verstanden wird.

Zu Beginn der Therapie geht es häufig um konkrete **Motivationsarbeit**, da ein Teil unserer Patienten entweder mit einem tieferen Verständnis der Symptomatik überfordert ist und die Befürchtung mitbringt, durch eine psychotherapeutische Behandlung von seinem sozialen Umfeld psychiatrisch stigmatisiert zu werden. Die Berücksichtigung der Unterschiedlichkeit unserer Patienten hat zur Etablierung eines Vorgehens geführt, das unseres Wissens nach in vergleichbaren psychosomatischen Abteilungen bisher nicht realisiert wurde: In – den eigentlichen Gruppentherapien vorgeschalteten – Verteilergruppen, sog. „Einführungsgruppen“ (s. u.) werden die Weichen dahingehend gestellt, dass der Patient entsprechend seiner Persönlichkeit und Motivation (und nicht nur hinsichtlich seiner Symptomatik bzw. Diagnose) auch Spezialgruppen zugeteilt wird (z. B. Stabilisierungs-, Selbstsicherheits-, Edukations-, Essstörungs- oder Schmerzgruppe). Durch diese „Harmonisierung“ kann dann eine **individuelle Therapie** in der Gruppe erfolgen, wodurch zugleich das gesamte Behandlungskonzept besser greift und die **Aufenthaltsdauer verkürzt** wird. Meist gelingt es auch, sog. „gruppunenfähige“ Patienten zu integrieren.

Je nach Konflikt- und Strukturniveau des Patienten haben therapeutische Interventionen eher stützend-strukturierenden Charakter oder sind mehr konfrontativ und konfliktzentriert. Entsprechend der Introspektionsfähigkeit und Veränderungskapazität des Patienten versuchen wir die adaptiven und integrativen Fähigkeiten und **Ressourcen** bewusst zu machen. Unter Beachtung der kommunikativen Strukturen des Alltags unserer Patienten thematisieren wir frühzeitig, tradierte Problemmuster in den Lebenssystemen und beziehen – wie bereits erwähnt – die **Familie** oder den **Partner** mit ein. Dadurch können die Interaktionsmuster des sozialen Feldes, aus dem der Patient kommt und in das er meist auch wieder entlassen wird, sichtbar gemacht, das Unterstützungspotential genutzt und Konflikte vor dem Hintergrund eines zirkulären Kausalitätsverständnisses ohne Schuld- und Defizitzuschreibungen einer Lösung näher gebracht werden.

Da eine stationäre Psychotherapie immer eine Kurzzeittherapie ist – eine intensive „**Reise nach Innen**“ –, ist es notwendig, möglichst frühzeitig eine „Reiseroute“ auszuwählen, d. h. einen Fokus zu formulieren, der die aktuelle Symptomatik mit der biographischen Entwicklung und dem Verhalten auf der „stationären Bühne“ in Beziehung setzt. Der Fokus weist auf die Psychodynamik hin und beinhaltet das Therapieziel, nach dem das weitere Procedere ausgerichtet wird. Neben der Einbeziehung der interaktionellen Erfahrungen auf der Station ist uns auch eine lebensnahe, **in die Zukunft gerichtete Orientierung** wichtig.

Behandlungsangebot und -verlauf

Die durchschnittliche Behandlungsdauer auf unseren Stationen liegt etwa bei 5 Wochen, für psychotherapeutisches Verständnis recht kurz (die durchschnittliche Behandlungsdauer psychosomatischer Krankenhäuser und Abteilungen in Bayern lag 2002 bei 56, 2006 bei 47 Tagen). Wir haben aber den Eindruck, dass sich diese Zeitspanne bewährt hat (s. u., Katamnese-Erhebungen). Es ist durchaus möglich, bei entsprechender konzeptioneller Gestaltung – Verbindung spezifischer struktureller und personeller Voraussetzungen mit stringenter Diagnostik, Therapieplanung und -durchführung – in recht kurzer Zeit einen psychotherapeutischen Fokus zumindest soweit zu bearbeiten, dass eine Krisensituation entschärft und eine weiterführende ambulante Psychotherapie durchgeführt oder eine rehabilitative Maßnahme zur Verhinderung drohender Erwerbsunfähigkeit angeschlossen werden kann.

Nach einer akuten seelischen Dekompensation, z. B. infolge des Todes eines Familienangehörigen oder Mitteilung einer belastenden medizinischen Diagnose, können sich Patienten auch innerhalb einer kurzen **Krisenintervention** stabilisieren und in ihr privates und berufliches Umfeld zurückkehren. Erwähnt sei auch, dass nach suizidalen Handlungen der psychotherapeutische Kontakt häufig auf der internistischen Intensivstation des Hauses hergestellt wird.

Unser Behandlungsangebot besteht aus einer Vielzahl ärztlich-psychologischer Gruppen- und Einzeltherapien, die auf der Behandlerebene durch tägliche Besprechungen und durch die Dokumentation seitens aller Berufsgruppen in eine gemeinsame elektronische Krankenakte so vernetzt sind, dass ein intensiver Therapieprozess angestoßen wird. Dabei wird dem Balint'schen Gedanken Rechnung getragen, dass sich Prozesse in der Patientengemeinschaft auch häufig in der Teamdynamik widerspiegeln, insbesondere bei sehr schwierigen Patienten („Borderline“), die sehr schnell ein Team aufzuspalten wissen. Im Unterschied zu ambulanter psychotherapeutischer Behandlung ist ein **geschützter Rahmen** gegeben, in dem unterschiedliche verbale und „nonverbale“ Therapiemethoden aufeinander abgestimmt werden können.

In der ersten Woche nimmt der Patient an mehreren speziellen **Einführungsgruppen** teil. Diese Gruppen ermöglichen ihm nicht nur erste Erfahrungen mit zunächst oft fremd anmutenden Gesprächen über körperliche und seelische Befindlichkeiten oder mit „nonverbalen“ Therapiemethoden zu sammeln, sondern lassen ihn auch teilnehmen an ähnlichen Problemen oder Beschwerden seiner Mitpatienten. Ein Anliegen ist uns, den Patienten „**dort abzuholen, wo er steht**“ und ihm Information über psychophysische und lebensgeschichtliche Zusammenhänge sowie unser therapeutisches Denken und Vorgehen zu vermitteln.

Da unsere Patienten häufig mit ganz verschiedenen Voraussetzungen und unterschiedlicher Motivation erstmals mit psychotherapeutischem Denken in Berührung kommen, ist besondere fachliche Kompetenz gefordert, um mit dem therapeutischen Vorgehen möglichst „passend“ an die Bedingungen der Patienten anzuknüpfen (und nicht andersherum!). Die Einführungsgruppen werden vom Chefarzt, den Oberärzten sowie den Kreativtherapeuten geleitet. Die Patienten werden mit unserem Konzept vertraut gemacht, der unterschiedliche Informationsstand abgeglichen, unterschiedliche Behandlungsvoraussetzungen geklärt, Erwartungen auf ihren Realitätsgehalt überprüft und entsprechende Motivationsarbeit geleistet. Durch dieses Vorgehen wird die Entfaltung des Therapieprozesses deutlich beschleunigt, da Befürchtungen entkräftet und sog. „Widerstände“ abgebaut werden.

Spätestens zur Mitte der Behandlungszeit hin, also meist in der zweiten oder dritten Woche, findet die Chefarzt-/Oberarztvisite als „**Gemeinsame Besprechung**“ statt, in der auch der Bezugstherapeut und nach Möglichkeit ein Mitglied des Pflgeteams zugegen sind. Die gemeinsame Reflektion der Vorgeschichte und des bisherigen Verlaufs führen regelhaft zu einem erheblichen Informationsgewinn. Die einzelnen Mitteilungen, Beobachtungen und Wahrnehmungen werden zu einem Mosaik zusammengetragen, das die Grundlage bildet für die Strukturdiagnose, die Psychodynamik und die abschließende Formulierung der **Therapieziele**.

Koordiniert wird das therapeutische Vorgehen in der **Einzeltherapie** von dem – für den Therapieverlauf verantwortlichen – Arzt oder Psychologen als Bezugstherapeuten, der die biographische Anamnese erhebt, den individuellen Therapieplan entwirft und in mehrfach wöchentlich stattfindenden Einzelgesprächen den Patienten bis zur Entlassung begleitet. Das soziale System, in das der Patient wieder zurückkehrt, wird dabei explizit angesprochen und nach Möglichkeit im Rahmen von **Paar- oder Familiengesprächen** miteinbezogen.

Eine effektive **Gruppentherapie** ist zum einen dadurch gewährleistet, dass wir mit kleinen Gruppen arbeiten, in denen die Teilnehmerzahl meist auf 5 bis 8 Patienten begrenzt ist, zum anderen durch die hohe Dichte der Gruppenstunden, die einen intensiven, kontinuierlichen Gruppenprozess gewährleistet. Dieses Setting ist die Konsequenz aus Vorerfahrungen mit anderen Gruppenmodellen mit größerer Teilnehmerzahl und meist nur zwei oder drei wöchentlichen Gruppensitzungen, die besonders bei nicht sehr motivierten Patienten einen ständigen „Neubeginn“ notwendig machen.

Dass krisenhafte Zuspitzungen unmittelbar ihren Besprechungs- und Handlungsrahmen finden, versteht sich von selbst. Durch die täglichen **Kurzvisiten** des Bezugstherapeuten ist eine – unserem Akutstatus entsprechende – Struktur gegeben. Eine wichtige Funktion kommt auch der fest etablierten abendlichen **Schwesternvisite** zu. Hier die Ereignisse des Tages und organisatorische Belange ebenfalls besprochen werden.

Bei jedem Patienten wird eine **internistische und psychiatrische Basisdiagnostik** durchgeführt und ggf. eine entsprechende **Therapie** eingeleitet. Darüberhinaus steht für eine weiterführende Diagnostik die internistische Abteilung zur Verfügung. Interdisziplinäre Fragestellungen können in diagnostischer und therapeutischer Hinsicht diskutiert und auch direkt von Kollegen mit Subspezialisierungen (z. B. Kardiologie) mitbehandelt werden. Eine je nach Beschwerdebild notwendige (psycho-pharmakologische) Behandlung erfolgt nach den gängigen Leitlinien. Schwere psychosomatische Krankheiten sowie primär somatische Erkrankungen, die zu einer reaktiven seelischen Beeinträchtigung geführt haben, können so umfassend behandelt werden.

Im Rahmen des ganzheitlichen Gesamtkonzeptes werden nach Möglichkeit **naturheilkundliche Verfahren** wie Hydrotherapie, Phytotherapie, Ernährungstherapie, Akupunktur, Homöopathie etc. eingesetzt.

Von besonderer Bedeutung für den therapeutischen Prozess ist die Integration der **nonverbalen, kreativen Verfahren**. Die Gestaltungs- und Maltherapie sowie die Körper-, Tanz-, Wahrnehmungs- und Ausdruckstherapie in verschiedenen Modifikationen stellen mit ihrem auf körperliche Prozesse gerichteten Fokus Medien zur Verfügung, die zunächst nicht verbalisierbare Affekte symbolisch im Bild, im körperlichen Spüren oder in der Bewegung zum Ausdruck bringen können. Auch als gefährlich erlebte Impulse und bedrohliche körpernahe Erfahrungen können so in die psychotherapeutische Begegnung eingebracht werden. Der „erlebte Körper“ wird so wieder mehr in das psychische und soziale System integriert. Beziehungskonflikte, die mit frühem Körpererleben verbunden sind, können so mobilisiert und zugänglich gemacht werden – sind doch die frühesten in unserem Leben gespeicherten Eindrücke körperliche Wahrnehmungen!

In der morgendlichen **Einstimmung** am Montag können die Patientin unmittelbar Fragen zum Therapieablauf klären. Meist geht es um einen Diskurs über Emotionen und Lebenseinstellungen, der Anlass zu einer Vertiefung in den Kerngruppen sein kann. Durch Wahrnehmungszentrierung werden Selbstverständlichkeiten und Gewohnheiten des Alltags bewusst gemacht, hinterfragt und die Selbstachtsamkeit geschult. Für ausreichend stabile Patienten bieten wir eine kontinuierliche Meditationsgruppe an.

Jeweils donnerstags findet die Stationsversammlung statt. Hier werden die Patienten in Organisationsprozesse miteingebunden und erhalten ausreichend Raum, dieses Forum mitzugestalten, z. B. indem sie die Moderation übernehmen: Die neuen Patienten werden in einem Ritual begrüßt, die scheidenden Patienten verabschiedet, Hierbei bietet sich die Gelegenheit den Therapieverlauf Revue passieren zu lassen. Häufig zeigt sich ein erheblicher Zugewinn an Selbstsicherheit und Prägnanz im kognitiven und emotionalen Ausdruck. Vor allem neue Patienten erhalten hier richtungsweisende Anstöße. Ebenfalls wird ein von den Patienten vorbereitetes Thema diskutiert, wodurch neue Möglichkeiten der Interaktion erprobt werden können. Während der Stationsversammlung werden – mit Unterstützung des Pflegedienstes – auch gemeinsame Aktivitäten für das Wochenende geplant.

Das Wochenende dient der **sozialen Aktivierung**, meist der Begegnung mit der Familie, die auf Besuch kommt oder zu der der Patient beurlaubt wird. Der Transfer neuer Einsichten und Erfahrungen in den sozialen Raum führt häufig zu erneuten Labilisierungen, die jedoch im stationären Setting aufgefangen werden können. Unter diesem Gesichtspunkt ist auch das **Wochenende nicht „therapiefrei“**.

Durch regelmäßige Übung **entspannungsfördernder Methoden** – Progressive Muskelentspannung nach Jacobson, Atemtherapie, u. a. – wird eine **vegetative Umstimmung** mit Muskeltonussenkung und Normalisierung biologischer Rhythmen induziert. Zu unserem Behandlungsangebot gehören weiterhin – bei entsprechender Indikation – **krankengymnastisch** geführte „sensomotorische“ Gruppen, Sport- und Walkinggruppen, die Gruppe „Bewegungserfahrung im Wasser“ sowie baneologische und roborierende Anwendungen bzw. spezifische krankengymnastische Behandlungen.

Teamstruktur

Das Behandlungsteam hat sich in den letzten Jahren kontinuierlich erweitert. Neben dem Abteilungsleiter, der für die volle Weiterbildungszeit des Fachgebietes sowie für 6 Monate Psychiatrie ermächtigt ist, sind 15 Ärzte und 10 Psychologen, 3 Gestaltungs- und Kunsttherapeuten, 7 Körperpsychotherapeuten sowie 32 Pflegekräfte (in Voll- und Teilzeit) in der Abteilung tätig, weiterhin Mitarbeiter aus der physikalischen Abteilung.

In **täglichen Teambesprechungen** werden die therapeutischen Prozesse auf den verschiedenen Ebenen – in der Einzeltherapie, in der Gruppentherapie sowie im gelebten Alltag in der therapeutischen Gemeinschaft – zusammengetragen. Dadurch werden auch Nebenschauplätze, an denen abgespaltene Interaktionsmuster ausgelebt werden, z. B. im Nachtdienst oder in der Krankengymnastik, in einen Verständniszusammenhang gebracht. Voraussetzung dazu ist, dass alle Teammitglieder mit psychologischen Phänomenen wie z. B. Übertragungs- oder Abwehrmechanismen vertraut sind und das sensible Gleichgewicht zwischen strukturierender Grenzsetzung und gewährender Unterstützung handhaben können. Erlebnissen in der Interaktion mit Patienten können die MitarbeiterInnen so den entsprechenden Mitteilungswert geben, sodass sowohl die gemeinsame Suche nach einer (bisher verborgenen) Psychodynamik als auch ein stringentes, gemeinsam getragenes therapeutisches Vorgehen erfolgen kann. Von besonderer Bedeutung ist die zeitnahe Möglichkeit, die Behandlungsstrategie zu modifizieren.

Die systemische Grundannahme, dass therapeutische Prozesse weder linear noch kausal verlaufen, sondern aufgrund ihrer Zirkularität auch die Behandler mit einschließen, muss bei der Reflektion der therapeutischen Prozesse der Patienten auch zu einer adäquaten Berücksichtigung der Teamdynamik führen. Probleme von Patienten spiegeln sich hier oft wieder, sie werden sogar nicht selten durch Inkongruenzen im Team erst identifiziert. Der Arbeitsatmosphäre kommt daher gerade im Hinblick auf schwierige Patienten besondere Bedeutung zu.

In einer monatlich stattfindenden **Balintgruppe** können durch Patienten initiierte Prozesse im Team erkannt und bearbeitet werden, in der **Fallsupervision** sowie in der **Teamsupervision** in etwa 8-wöchigem Turnus kann der Therapieverlauf bzw. die Dynamik unter den Mitarbeitern angesprochen und geklärt werden. In der regelmäßig stattfindenden **Intervision** – im Rahmen sog. Teamtage – werden konzeptionelle Fragen diskutiert und oft anhand konkret erlebter (meist schwieriger) Situationen ein berufsgruppenübergreifender Konsens erarbeitet. Zwei Stunden wöchentlich sind für eine intensive psychotherapeutische Weiterbildung vorgesehen. Dabei bildet die Vermittlung der in der Weiterbildungsverordnung geforderten Inhalte die zentrale Akzentsetzung. Entsprechend unserer systemischen Schwerpunktsetzung werden auch Videoaufnahmen von Paar- oder Familiengesprächen reflektiert. Regelmäßig vom Chefarzt durchgeführte Familienaufstellungen bieten in der Nachbesprechung unter didaktischen Gesichtspunkten besondere Möglichkeiten der Auseinandersetzung mit psychodynamischen Überlegungen. Mehrmals jährlich finden 2-tägige Fortbildungsveranstaltungen mit renommierten Referenten statt. Seit ca. 2006 ist eine wöchentlich stattfindende einstündige internistische Weiterbildung fest etabliert. Die Weiterbildungsermächtigung für Innere Medizin ist beantragt.

Vor- und nachstationäres Procedere

Wie schon erwähnt, sind prä- und poststationäre Therapiegespräche in unser Konzept integriert. Während prästationäre Gespräche eher diagnostischen Charakter haben und der Indikationsprüfung zur stationären Therapie dienen, kann in poststationären Gesprächen der Therapieprozess noch einmal reflektiert und Hilfestellung gegeben werden beim Transfer der stationär gemachten Erfahrungen in den Alltagsbereich sowie die Zeit bis zur Aufnahme einer ambulanten Psychotherapie überbrückt werden. Dieses Vorgehen trägt auch zur Verkürzung des Gesamtaufenthaltes bei. Als besonders wertvoll hat sich erwiesen, bereits vor der Entlassung mit dem einweisenden Hausarzt telefonisch in Kontakt zu treten und das weitere Vorgehen abzusprechen.

Wir haben mehrere Behandlungsschwerpunkte entwickelt:

Essstörung

Leitung: G. Häberle, Fachärztin für Gynäkologie

Essstörungen sind häufig in der ambulanten psychotherapeutischen Praxis nicht ausreichend oder nachhaltig zu bessern. Unser multimodales psychosomatisches Setting – mit der Sicherheit umfassender organmedizinischer Kompetenz einer internistischen Abteilung im Hintergrund – bietet ideale Voraussetzungen, um mit der erforderlichen Therapiedichte in die Tiefe gehen zu können. Nur über eine Veränderung tieferer, unbewusster Kräfte ist eine nachhaltige Veränderung zu erreichen.

Anders als in vielen Kliniken steht bei uns weniger das sichtbare Symptom der Essstörung im Vordergrund. Wir verstärken nicht das sowieso vorhandene ausgeprägte Kontrollbedürfnis, indem wir Kalorien zählen oder häufig das Gewicht kontrollieren, sondern wir respektieren die tiefer liegende, unbewusste Entscheidung, dass dieses Symptom in der bisherigen Lebensgeschichte in Kauf genommen wurde, um ein anderes darunter verborgenes Leid tragen zu können.

Wir bekämpfen also nicht das Symptom Essstörung, sondern helfen bei der Suche nach der tieferliegenden Ursache, fragen nach der Psychodynamik dieser Menschen. Essgestörte sind oft sehr einsam und schämen sich ihres Körpers. Daher sind unsere PatientInnen in das normale multimodale Setting der Abteilung und damit in die therapeutische Patientengemeinschaft integriert und nehmen zusätzlich an einer spezifischen Wahrnehmungs- und Reflektionsgruppe teil. Wir lenken den Blick weg von Diätkonzepten hin zu einer neuen Wahrnehmung und Unterscheidung von Hunger, Appetit und Sättigung. Die PatientInnen lernen, den Signalen des Körpers und seiner Regulationsfähigkeit zu vertrauen und unterdrückten Lebensimpulsen wieder Raum zu geben.

Auf der pragmatischen Ebene steht für die spätere Umsetzung daheim in Einzel- und Gruppengesprächen eine Ernährungswissenschaftlerin zur Verfügung.

Schmerztherapie

Leitung: Dr. med. M. Wittels, Fachärztin f. Anästhesie

Bei einem Großteil chronischer Schmerzpatienten lässt sich keine eindeutige organische Ursache diagnostizieren – und selbst bei Vorliegen einer manifesten körperlichen Erkrankung spielt bei der Krankheitsbewältigung und deren Prognose der psychische Aspekt eine entscheidende Rolle. Unserer Erfahrung in der klinischen Arbeit folgend haben wir ein Spezialprogramm für Schmerzpatienten etabliert, das sowohl den somatischen als auch den psychischen Beschwerden Rechnung trägt.

Das Behandlungsprogramm besteht aus einem 4-wöchigen stufenweise aufgebauten Gruppenprogramm zur Behandlung chronischer Schmerzen, z. B. unklaren Bauchschmerzen, Rückenschmerzen unklarer Genese, Kopfschmerzen etc. Die Durchführung des integrierten psycho-edukativen und tiefenpsychologischen Konzepts in einer „Somagruppe“ mit Schwerpunktthemen zum Schmerz – Schmerzverarbeitung, lebensgeschichtliche Faktoren, integrative Schmerzmodelle etc. - findet in Ergänzung zur bestehenden Therapie statt. Einzel- und Gruppentherapie, Feldenkrais-Therapie, Imaginationsübungen und Entspannungstechniken ergänzen das Grundangebot.

Traumatherapie

Leitung: Fr. U. Müller-Görtz, Fachärztin für Allgemeinmedizin und Anästhesie

Eine posttraumatische Belastungsstörung kann sich nach dem Erleben oder Miterleben von belastenden Ereignissen oder Situationen mit außergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophenartigem Ausmaß entwickeln, die bei fast jedem eine tiefe Verstörung hervorrufen würden. Hierzu gehören u. a. Naturereignisse, von Menschen verursachte Katastrophen, Kampfhandlungen, schwere Unfälle oder auch die Tatsache, Zeuge des gewaltsamen Todes anderer oder selbst Opfer von (sexualisierter) Gewalt oder miterlebter Gewalt zu sein. Die posttraumatische Belastungsstörung ist gekennzeichnet durch das Wiedererleben des traumatischen Ereignisses in Form von wiederkehrenden Gedanken, Tagträumen oder Träumen sowie intensiven negativen Gefühlen, der Vermeidung von Gedanken, Vorstellungen, Situationen, Aktivitäten, die an das Trauma erinnern, sowie durch einen Zustand der emotionalen Betäubtheit und Teilnahmslosigkeit. Zusätzlich treten Zeichen eines erhöhten Erregungsniveaus auf wie Ein- und Durchschlafstörungen, Reizbarkeit, Konzentrationsstörungen und übermäßige Schreckhaftigkeit.

In einem geschützten und beruhigenden Rahmen innerhalb eines traumaspezifischen multimodalen Settings können wir den PatientInnen Unterstützung bei der Verbesserung der Gefühlsregulation, der Selbstberuhigung, der Kontrolle von Flashbacks oder Dissoziationen geben, Informationen z. B. über die Andersartigkeit traumatischer Verarbeitungsprozesse vermitteln sowie, falls noch nicht vorhanden, für die Aufnahme einer längerfristigen ambulanten Psychotherapie motivieren und auch Hilfe beim Finden eines Therapieplatzes leisten.

Unser multimodales Setting umfasst eine traumaspezifische Imaginationsgruppe mit Einbeziehung psychoedukativer Elemente, Einzelgespräche, Körperpsychotherapie, Gestaltungstherapie sowie weitere „besänftigende“ Verfahren.

Dokumentation und Evaluation - Katamnese

1995 bis 1999 wurde ein 5-jähriges Forschungsprojekt „Münchener Modell“ – Leiter: Dr. med. D. Melchart –, ein Modellversuch zur Integration ganzheitlicher medizinischer Behandlungsmethoden durchgeführt. Hierbei stand weniger die Durchführung klinischer Studien im Vordergrund als vielmehr die Erfassung des Therapieprozesses und der Ergebnisqualität.

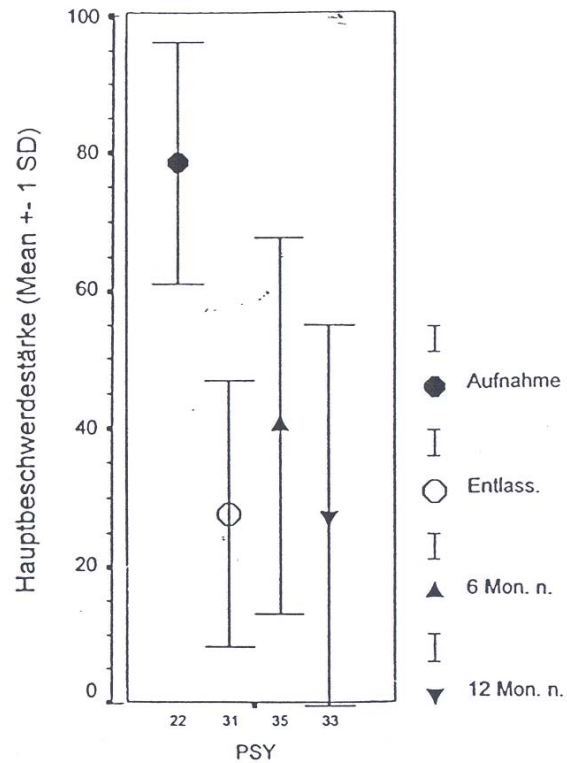
In den Zeiträumen Juli 1995 bis August 1996 sowie August 1996 bis Dezember 1997 und Februar bis Mai 1998 wurden im Rahmen dieser wissenschaftlichen Begleitung Arzt- und Patientenbefragungen durchgeführt. Neben einer Basisdokumentation, die demographische Daten wie Alter, Aufenthaltsdauer, ärztlich erhobene Daten wie Haupt- und Nebendiagnosen, Therapieerfolg, Medikation, Compliance sowie Angaben der Patienten zu Vorbehandlungen und Beschwerdedauer umfasste, wurden auch Daten erfasst, die Lebensstil und Lebensqualität beschreiben. In den drei Patientennachbefragungen konnte 12 Monate nach Entlassung ein deutlicher Rückgang der Hauptbeschwerden, Zunahme sozialer Aktivität und Verbesserung von Parametern wie körperliche Schmerzen, Vitalität, soziale Funktionsfähigkeit, psychisches Wohlbefinden und Lebenszufriedenheit verzeichnet werden. Einige Ergebnisse sollen näher beschrieben werden:

Symptomverbesserung

Im ersten Untersuchungszeitraum wurde die durchschnittliche **Beschwerdeintensität** bei der Aufnahme auf einer visuellen Analogskala (0-100 Punkten) durchschnittlich mit 68 Punkten angegeben, bei Entlassung mit 24 Punkten. 12 Monate danach wurden 37 Punkte ermittelt, d. h. ein Wert, der 46% unter dem Ausgangsniveau bei der Klinikaufnahme liegt. Im zweiten Untersuchungszeitraum lassen sich noch bessere Ergebnisse nachweisen. Entsprechend der weiterentwickelten Konzeption wurden auch schwerer erkrankte Patienten behandelt, die dementsprechend eine Beschwerdestärke von 78 Punkten bei der Aufnahme angaben. Bei der Entlassung lag die Beschwerdestärke bei 27 Punkten, 12 Monate danach wurden ebenfalls 27 Punkte ermittelt, d. h. eine Beschwerdeminderung um 65 %.

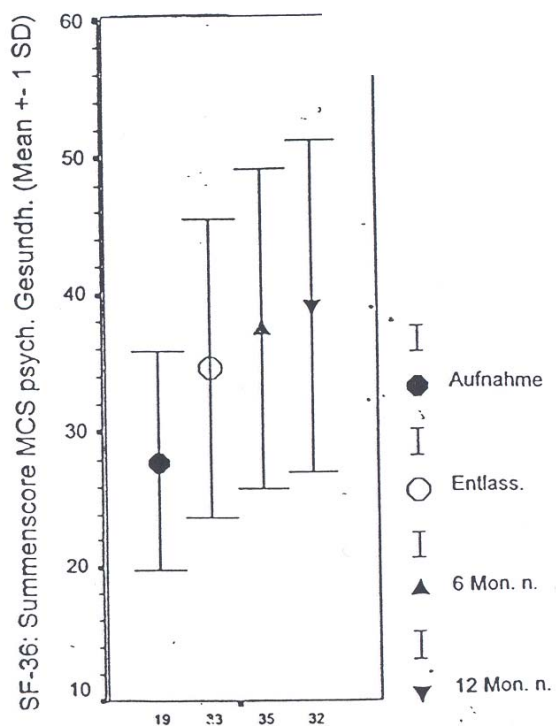
Im dritten Erhebungszeitraum konnte mit 59 % Beschwerdeminderung nach einem Jahr ein ähnlich gutes Ergebnis erzielt werden.

gs/"Konz-7"-23.01.01



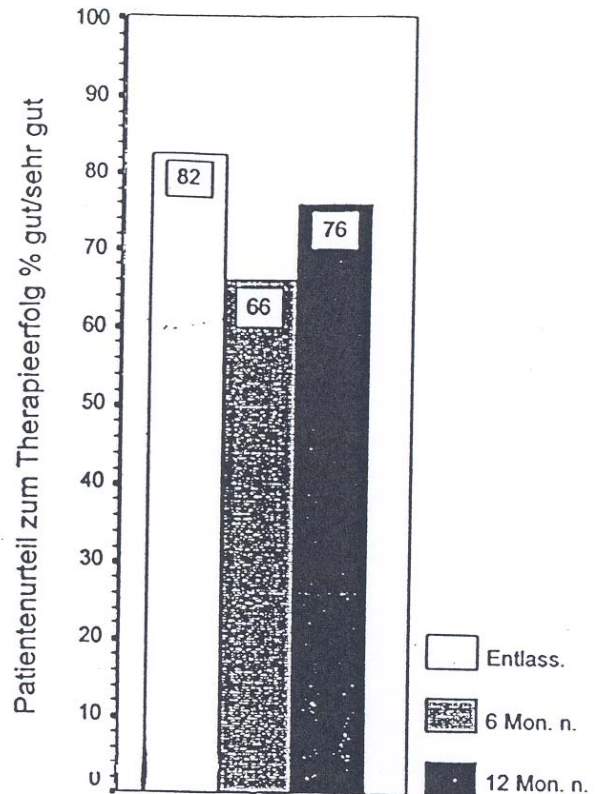
Psychische Gesundheit

Ein aus verschiedenen Parametern abgeleiteter Wert, der die **psychische Gesundheit** umschreibt, ergab im ersten Erhebungszeitraum zum Zeitpunkt der Aufnahme einen Durchschnittswert von 21 Punkten (Bevölkerungsdurchschnitt: 50 Punkte), 12 Monate nach Entlassung einen Wert von 35 Punkten. Im zweiten Erhebungszeitraum steigt die psychische Gesundheit von 27 Punkten bei der Aufnahme auf 39 Punkte 12 Monate nach der Entlassung, im dritten Erhebungszeitraum von 23 auf 38 Punkte.



Therapieerfolg

Der Therapieerfolg wurde im ersten Erhebungszeitraum von 80 % der Patienten zum Zeitpunkt der Entlassung mit „gut“ oder „sehr gut“ eingeschätzt, 12 Monate nach Aufnahme beurteilen immer noch 65 % den Therapieerfolg mit „gut“ oder „sehr gut“. Im zweiten Erhebungszeitraum beurteilen 82 % der Patienten zum Zeitpunkt der Entlassung den Therapieerfolg mit „gut“ oder „sehr gut“, 12 Monate nach Entlassung sind es immer noch 76 %, im dritten Erhebungszeitraum sind es 74 bzw. 67 %.



In der Zusammenschau der Daten kann festgestellt werden, dass durch die stationäre Behandlung eine deutliche Verminderung der Beschwerdestärke und Verbesserung der psychischen Gesundheit erzielt werden konnte, **die auch 12 Monate nach der Entlassung weitgehend anhielt.**

Seit September 1999 führen wir im Verbund mit anderen Psychosomatischen Kliniken der Arbeitsgemeinschaft für Psychotherapeutische Medizin eine Basisdokumentation durch (Psy-Bado - PTM). Hierbei werden neben soziodemographischen Daten Diagnosen, Erkrankungsdauer und – schwere wie Vorbehandlungen erfasst, die verschiedenen Behandlungsmaßnahmen dokumentiert und die Ergebnisse der Behandlung aus Sicht der Patienten und Therapeuten beurteilt. Eine katamnestiche Untersuchung dient der Erfassung des weiteren Verlaufs.

Auswertung der Ergebnisse einschließlich der Katamnese 2000 bis 2007

Die Patienten wurden bei der Aufnahme, Entlassung und bei der Nachbefragung (Katamnese) 1 Jahr nach der Entlassung nach der **Stärke ihrer Hauptbeschwerde** gefragt, diese wurde auf einer Visuellen Analog Skala zwischen 0 – 100 gemessen. Die Nachbefragung nach 1 Jahr erbrachte eine deutliche Reduktion der Hauptbeschwerdestärke. Auch die Therapeuten sollten die Veränderungen einschätzen, dabei ergab sich eine weitgehende Übereinstimmung zwischen der Selbstbewertung der Patienten und der Einschätzung durch die Therapeuten, letztere schätzten den Erfolg sogar etwas höher ein.

Hauptbeschwerdestärke

Untersuchungs-jahr	Fälle	Aufnahme	Entlassung	Katamnese	Reduktion
2000 / 2001	319 / 372	69,0	30,6	32,6	36,4
2002 / 2003	421 / 626	65,7	41,3	28,3	37,4
2004 / 2005	726 / 775	69,6	35,2	39,2	30,4
2006 / 2007	650 / 824	66,5	35,6	39,1	33,7
	5034		Durchschnittliche Verbesserung		32,2

Die Patienten wurden bei Entlassung und 1 Jahr nach Behandlung bzgl. der **Verbesserung ihrer körperlichen und psychischen Beschwerden** befragt. Bei Entlassung berichteten 72,2 % Patienten, dass sich ihre **körperlichen Beschwerden** gebessert hätten, bei der 1 Jahres Katamnese waren es immer noch 53,8 %. Bei Entlassung berichteten 86,5 % Patienten, dass sich ihre **psychischen Beschwerden** gebessert hätten, nach 1 Jahr waren es immer noch 65,7 %. Viele der Patienten hatten sich allerdings keiner ambulanten Nachbehandlung unterzogen, die ihnen empfohlen wurde.

Besserung der Beschwerden seit Aufnahme

Untersuchungs-jahr	Fälle	Körperliche Beschwerden		Psychische Beschwerden	
		Entlassung	Katamnese	Entlassung	Katamnese
2000 / 2001	319 / 372	71,4 %	69,2 %	87,7 %	55,9 %
2002 / 2003	421 / 626	74,2 %	45,7 %	88,3 %	63,2 %
2004 / 2005	726 / 775	69,8 %	55,8 %	81,2 %	68,8 %
2006 / 2007	650 / 824	73,8 %	47,4 %	88,1 %	70,8 %
Durchschnitt	5034	72,2 %	53,8 %	86,5 %	65,7 %

Bei der Entlassung schätzten durchschnittlich 75,1 % der Patienten den **Gesamterfolg der Behandlung** als gut oder sehr gut ein. Ein Jahr nach der Behandlung waren es durchschnittlich 68,8 % .

Gesamterfolg der Behandlung

Untersuchungsjahr	Fälle	Entlassung	1 Jahres Katamnese
2000 / 2001	319 / 372	75,8 %	67,9 %
2002 / 2003	421 / 626	71,2 %	61,7 %
2004 / 2005	726 / 775	76,9 %	68,8 %
2006 / 2007	650 / 824	75,7 %	74,4 %
Durchschnittlich:	5034	75,1 %	68,8 %

Wir erfassten die **Belastung des Patienten durch psychisch ausgelöste Beschwerden**, die sich im körperlichen oder seelischen Symptomen äußern, durch einen standardisierten Fragebogen (SCL-90-R) mit 90 Fragen, der auch einen Vergleich mit der Normalbevölkerung ermöglicht. Bei Aufnahme waren die Patienten in dem Wert, der die Gesamt-Symptom-Belastung GSI misst, im Vergleich zur „Normalbevölkerung“ (0,33) sehr hoch belastet, bei Behandlungsende kam es zu einer deutlichen Verminderung der Beschwerden, die auch nach einem Jahr noch weitgehend anhielt.

Veränderung der Gesamt-Symptom-Belastung GSI

Untersuchungsjahr	Fälle	Aufnahme	Entlassung	Katamnese
2000 / 2001	319 / 372	1,30	0,73	0,82
2002 / 2003	421 / 626	1,26	0,71	0,79
2004 / 2005	726 / 775	1,27	0,71	0,92
2007 / 2008	650 / 824	1,31	0,72	0,91

Insgesamt lässt sich nachweisen, dass die Beschwerdestärke durch den stationären Aufenthalt deutlich abgenommen hat. Körperliche und seelische Beschwerden haben sich deutlich gebessert. Auch ein Jahr nach der Behandlung sind anhaltende Besserungen nachweisbar.