

**THERAPIEKONZEPT DER
KLINIK LIPPERLAND
- PRÄVENTION, STRESSMEDIZIN
UND PSYCHOSOMATISCHE
REHABILITATION -
2017
IM REHABILITATIONSZENTRUM
BAD SALZUFLEN DER
DEUTSCHEN RENTENVERSICHERUNG
BUND**

**Rehabilitationszentrum Bad Salzuflen der
Deutschen Rentenversicherung Bund
- Klinik Lipperland -
Psychotherapie und psychosomatische Rehabilitation**

Wichtige Daten, Fakten und Kontakte:

Anschriften:

Klinik Lipperland
Am Ostpark 1, 32105 Bad Salzuflen
Telefon (05222) 62 - 0
Telefax (05222) 62 - 2850
Telefax (05222) 62 - 2197(med.Abt.)

**Kaufmännischer
Direktor:**

Thomas Wegener
Telefon (05222) 62 - 2360

Ärztlicher Direktor:

Dr. med. Dieter Olbrich
Facharzt für Psychosomatische Medizin und
Psychotherapie, Neurologie , Psychiatrie
Rehabilitationswesen – Sozialmedizin
Telefon (05222) 62 - 2160
Telefax (05222) 62 - 2197

Sekretariat:

Sabine Kasten
Telefon (05222) 62 - 2161

**Den Oberärztinnen und Oberärzten der Klinik Lipperland
einen herzlichen Dank für die konzeptuelle Mitarbeit und
ganz besonderer Dank für die jahrelange, vertrauensvolle
und stets zuverlässige Zusammenarbeit:**

**Frau Dr. Barbara Schumacher
Frau Dr. Renate Horres – Melsheimer
Herr Dr. Thomas Rudolf
Herr Jörg Böttner**

**Herzlichen Dank an alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter
des Rehabilitationsteams, die das Konzept jeden Tag
in mannigfaltigen Rehabilitandenkontakten
mit Leben füllen und für den einzelnen Patienten
nutzbar machen.....**

Das Ganze ist mehr als die Summe seiner Einzelteile....

**Dank an das gesamte Rehateam der Klinik Lipperland
für sein Engagement und die kreative Zusammenarbeit.**

Inhalt

1. Einführung: Psychosomatische Rehabilitation

- 1.1 chronische Erkrankungen und Rehabilitationsbedarf
- 1.2 Medizinischen Leistungen im Wandel
 - 1.2.1 Prävention & Stressmedizin
 - 1.2.2 Grundzüge medizinischer Rehabilitation
 - 1.2.3 medizinisch-berufliche Orientierung (MBOR)
- 1.3 Grundsätze der psychosomatischen Rehabilitation
 - 1.3.1 Besonderheiten der stationären Psychotherapie in der psychosomatischen Rehabilitation

2. Therapiekonzept der Klinik Lipperland

- 2.1. Grundsatz: Interdisziplinarität
- 2.2. tiefenpsychologischer Schwerpunkt - Methodenübergreifende Rehabilitationsbehandlung
- 2.3. Grundsatz: Ressourcenorientierung
 - 2.3.1 ressourcenorientierte Basisgruppen
- 2.4. Seminare und Programme für häufige Erkrankungen
 - 2.4.1. Depression
 - 2.4.2. chronischer Schmerz – Migräne - Kopfschmerz
 - 2.4.3. Angsterkrankungen und phobischer Schwindell
 - 2.4.4. Schlafstörungen – nicht organische Insomnien
- 2.5. Psychotherapie in der psychosomatischen Rehabilitation

3. Schwerpunkte Prävention und Stressmedizin

- 3.1 Das Präventionsprogramm GUSI® - „Gesundheitsförderung und Selbstregulation durch individuelle Zielanalyse“
- 3.2 Stressmedizin: Diagnostik stressassoziierter biologischer Parameter
 - 3.2.1 Bestimmung der Herzraten-Variabilität (HRV)
 - 3.2.2 Neuropattern™ Diagnostik
- 3.3 Stressmedizin: spezielle Behandlungsangebote
 - 3.3.1 HRV – Biofeedback
 - 3.3.2 AVWF® – Audio-Visuelle-Wahrnehmungsförderung

4. berufliche Orientierung in der psychosomatischen Rehabilitation (MBOR)

- 4.1 Diagnostik und Einführung in die Sozialmedizin
- 4.2 beruflich orientierte Basisangebote
- 4.3 MBOR Kernmassnahmen
 - 4.3.1 berufsbezogene, lösungsorientierte Gruppenpsychotherapie

- 4.4 spezielle berufsbezogene Diagnostik und Arbeitsplatz-Training
 - 4.4.1 Das FCE-System SAPPHIRE – Messung der körperlichen Funktionskapazität
 - 4.4.2 Standardisierte Arbeitsproben - IDA und MELBA
 - 4.4.3 Das Arbeitsplatz – Trainingszentrum (APT)

5. Vernetzung

- 5.1 Wohnortnahe psychosomatische Rehabilitation – Vernetzung mit ambulanten Behandlern in der Region
- 5.2 externer Qualitätszirkel
- 5.3 Reha-Symposien und Reha-Werkstatt
- 5.4 Psychosomatische Rehabilitationsnachsorgegruppen im Rahmen des IRENA- bzw. PRN- Programms der Deutschen Rentenversicherung Bund und Westfalen

6. Ausstattung und Struktur

- 6.1 Apparative Ausstattung
- 6.2 Personelle Ausstattung
- 6.3 Organisationsstruktur

7. Indikationen (ICD 10)

8. Weiterbildung und Qualitätssicherung

- 8.1 Interdisziplinäre Weiterbildungsangebote
- 8.2 Basisdokumentation und Evaluation
- 8.3 internes Qualitätsmanagementsystem QMS-Reha®

9. Literaturhinweise

1. Psychosomatische Rehabilitation

1.1 Chronische Erkrankungen und Rehabilitationsbedarf

Für die Rehabilitation kommt den Erkrankungen des Bewegungsapparates sowie psychogenen und psychosomatischen Erkrankungen eine besondere Bedeutung zu. Dies dokumentiert sich in den Zahlen für medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen ebenso wie bei der Analyse der vorzeitigen Berentungen wegen Erwerbsminderung. (DEUTSCHE RENTENVERSICHERUNG BUND 2010). Mittlerweile werden 36% der vorzeitigen EM-Renten wegen psychischer Erkrankungen (Diagnosegruppe „F“ in der ICD-10) gewährt.

Rückenschmerzen finden sich besonders häufig sowohl in orthopädischen als auch psychosomatischen Abteilungen. Arbeits- und Berufsperspektive sowie sozialmedizinische Fragestellungen spielen bei dieser Symptomatik eine hervorragende Rolle. Diese Patientengruppen neigen zu einer erheblichen Chronifizierung und sind mit den Mitteln der kurativen Medizin unter den Bedingungen der ambulanten Praxis nur unbefriedigend zu behandeln (LANG 2000,2002).

Weitere besonders bedeutsame Erkrankungsgruppen für die Rehabilitationsmedizin sind Depressionen, oft in Verbindung mit körperlichen Erkrankungen, Angsterkrankungen sowie sämtliche psychische Störungen, die mit einer Einschränkung der interpersonellen Kompetenz einhergehen – Flexibilität, Teamarbeit und soziale Kompetenz sind gängige Forderungen eines im Wandel befindlichen, globalisierten Arbeitsmarktes.

Vor diesem Hintergrund ist für eine interdisziplinäre Rehabilitation das Zusammenwirken der Fachgebiete Psychosomatische Medizin und Orthopädie unter Einbeziehung psychischer, psychosozialer, biologischer und somatischer Diagnostik besonders sinnvoll, da hiermit ein breites Spektrum an rehabilitationsrelevanten Krankheitsbildern mit ihren Folgen abgedeckt wird.

Dabei ist das Ziel, orientiert an den Grundzügen qualifizierter, wissenschaftlich fundierter psychosomatischer Rehabilitation die Synergien der Teilbereiche Psychosomatik und Orthopädie zu nutzen, um den in der Regel multimorbiden Patienten aus allen Bereichen das Optimum an Diagnostik, Beratung und Behandlung anbieten zu können.

Es soll sowohl hinsichtlich der Therapieangebote als auch hinsichtlich der Organisationsstrukturen für den einzelnen Patienten deutlich werden, dass eine „ganzheitliche Behandlung“ mehr ist, als die Summe verschiedener Behandlungsangebote in unterschiedlichen Abteilungen.

Dies hat zum Ziel, ein Stück zur Überwindung von Spaltungen und Aufteilungen bei chronischen Krankheiten beizutragen und einer integrativen rehabilitationsmedizinischen Betrachtungsweise von Beginn an Raum zu geben. (OLBRICH 1994 a,b)

Die Grundlage jeder psychotherapeutisch-psychosomatischen Behandlung ist eine fundierte organmedizinische Diagnostik und qualifizierte somatische Therapie, umso mehr, als es in der psychosomatischen Behandlung darauf ankommt, den Patienten dort abzuholen, wo er „steht“. Salutogenentische Aspekte sind dabei zu berücksichtigen.

Dies kann bedeuten, dass ein Patient unmittelbar die Behandlungsangebote einer psychosomatischen Abteilung nutzen kann, es für den anderen Patienten sinnvoller sein mag, über den Weg der Orthopädie erstmals psychosomatische Behandlungsansätze kennen zu lernen (KORSUKÉWITZ 2000). Hiermit wird dem Problem der unzureichenden Inanspruchnahme psychotherapeutischer Behandlungsangebote am ehesten Rechnung getragen, ist doch bekannt, dass auch bei entsprechender Behandlungsnotwendigkeit der Weg in die psychosomatische Behandlung sehr viel schwieriger ist als in vergleichbare somatische Behandlungsangebote (FRANZ 1997; PAAR 2006).

Ein solcher flexibler interdisziplinärer Ansatz kann zum einen einen Beitrag zur besseren Versorgung psychosomatisch Kranker leisten (JANSSEN et al 1999; WITTCHEN & JACOBI 2001) und entspricht zum anderen dem Anspruch einer modernen Rehabilitationsmedizin im Sinne einer umfassenden Versorgung chronisch Kranker in spezialisierten Rehabilitationszentren. Dies bezieht sich sowohl auf die fachlichen Kompetenzen während einer stationären Rehabilitation als auch auf die Möglichkeiten einer prästationären Diagnostik (z. B. in Form von zeitlich begrenzten Diagnostikterminen) , ganztags-ambulanten (früher „teilstationären“) und ambulanten Rehabilitationsangeboten sowie qualifizierten Nachsorgemöglichkeiten (z.B. im Rahmen der „intensivierten Reha-Nachsorge IRENA“ der Deutschen Rentenversicherung Bund oder der „psychosomatischen Reha-Nachsorge PRN“ der Deutschen Rentenversicherung Westfalen).

Neu hinzugekommen sind seit 2009 präventive Leistungen als neues Angebot der Deutschen Rentenversicherung Bund und Westfalen. Das Präventionsprogramm „Gesundheitsförderung und Selbstregulation durch individuelle Zielanalyse – GUSI®“ wurde bei uns entwickelt und seit 2009 von mehr als 200 Versicherten genutzt.

Übergreifend und verbindend zwischen präventiven und rehabilitativen Angeboten kommt der „Stressmedizin“ zukünftig eine besondere Bedeutung zu.

Die Zunahme chronischer Gesundheitsstörungen, die wesentlich durch psychosoziale und mentale Belastungen im Kontext des Arbeitslebens entstehen, mag mit dazu beitragen, dass die Diskussion um „Burn-Out“

Symptome so breiten öffentlichen Raum einnimmt und über gesetzliche Vorgaben für eine „Anti-Stress-Verordnung“ nachgedacht wird (STRESSREPORT 2012; BAUER 2013).

Konzepte aus der Stressforschung helfen hier beim Verstehen, in der Diagnostik und der Prävention stressassoziierter Beschwerden (z.B. Schlafstörungen, Erschöpfung u.a.) und in der Behandlung von Erkrankungen, bei denen chronischer Stress eine besondere Rolle spielt (z.B. Ängste, Depressionen, somatoforme Störungen, Bluthochdruck, Adipositas, Diabetes Typ 2 u.a.) (HELLHAMMER&HELLHAMMER 2008)

1.2 Medizinische Leistungen im Wandel

Zu den allgemeinen Grundsätzen der medizinischen Rehabilitation gehört zunächst die – nicht immer eindeutige – Abgrenzung zur kurativen Medizin.

In der kurativen Medizin geht es primär um die Diagnostik und Behandlung akuter Erkrankungen. Bei psychischen Erkrankungen spielt auch die Schwere der Erkrankung eine Rolle für das Behandlungssetting. Dem gegenüber zielt die Rehabilitation auf die Wiederherstellung der Leistungs-, Funktions- und Beziehungsfähigkeit im Alltags- und Berufsleben ab („Teilhabe“). Hierfür sind die Krankheitsfolgen und Beeinträchtigungen vorrangig zu beachten. Grundlage der Rehabilitation ist die ICF (=International Classification of Functioning), das neben Krankheitsfolgen auch Fähigkeiten („positive Kontextfaktoren“) berücksichtigt. Die ICF geht über den Rahmen einer Beschreibung der Krankheitsfolgen hinaus und beschreibt neben Störungen der Körperstruktur und- funktion und daraus resultierenden Aktivitäts- und Teilhabestörungen auch positive Kontextfaktoren. Die ICF berücksichtigt damit nicht nur „Defizite“, sondern würdigt auch die „Ressourcen“ eines chronisch kranken Menschen.

Die gesetzlichen Grundlagen der medizinischen Rehabilitation sind zusammengefasst im SGB IX (2001) dargestellt. Hier wird die Methodenvielfalt in der medizinischen Rehabilitation unter dem Blickwinkel der Reintegration und Teilhabe in den Mittelpunkt gestellt.

Rehabilitation zielt auf die Gruppe chronisch kranker Menschen, wobei Krankheitsschwere, Chronifizierungsgrad, Multimorbidität und sozialmedizinische Problematik gleichermaßen zu berücksichtigen sind. Rehabilitation wird im multidisziplinären Team aus Ärzten, Schwestern, Psychologen, Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Sozialarbeitern und anderen Berufsgruppen durchgeführt. Deren Vernetzung in „Rehabilitationsteams“ ist unerlässlich, um alle Teilaspekte körperlichen und seelischen Erlebens der Rehabilitanden zusammenzutragen und für Diagnostik, Therapie und Begutachtung zu würdigen.

Ziel der Rehabilitation durch die Rentenversicherung ist die bestmögliche Wiederherstellung der Teilhabe, um so Risiken für die Erwerbsfähigkeit frühzeitig zu erkennen, die Erwerbsfähigkeit von Versicherten zu erhalten oder wiederherzustellen.

1.2.1 Prävention und Stressmedizin

Beruf und Arbeit sind zentrale Lebensbereiche eines Menschen. In den letzten Jahren ist es durch Veränderung von Arbeitsbedingungen mit zunehmender Arbeitsverdichtung, Mobilität, Komplexität und der Zunahme psychomentaler und sozio-emotionaler Arbeitsbelastungen zu einer Veränderung der arbeitsbezogenen Belastungsfaktoren gekommen (BAUER 2013). Dies zeichnet sich durch einen Wechsel von physischen hin zu psychischen Beeinträchtigungen aus. Trotz einer zunehmenden Inanspruchnahme psychosomatischer Rehabilitation ist der Anstieg der vorzeitigen Erwerbsminderungsrenten wegen psychischer Erkrankungen ungebrochen.

Dies zeigt, dass rehabilitative Ansätze alleine nicht ausreichen, um die Erwerbsfähigkeit langfristig zu sichern. Hierzu bedarf es frühzeitiger Interventionen in Form präventiver Leistungen für Versicherte, die Risikofaktoren erkennen lassen, wodurch ihre Erwerbsfähigkeit ungünstig beeinflusst wird. Hierauf zielt das seit 2009 bei uns durchgeführte, berufsbegleitende Präventionsprogramm „Gesundheitsförderung durch Selbstregulation und individuelle Zielanalyse – GUSI®“ (OLBRICH&RITTER 2010; STORCH&OLBRICH 2011; OLBRICH&BAAKE 2013).

Risikofaktoren, die die Erwerbsfähigkeit ungünstig beeinflussen sind im Erleben von Menschen oft „Stressoren“. Das Spektrum reicht von Überlastungsphänomenen in der Arbeit bis hin zu Arbeitslosigkeit, von langen Anfahrtswegen zur Arbeit über Alleinerziehende bis hin zur Pflege kranker Angehöriger.

Neben diesen potentiellen „Stressauslösern“ gilt es, die Bewältigungsmöglichkeiten des Individuums mit seinen Ressourcen zu verstehen. Sind die Stressoren größer als die Fähigkeit eines Individuums, diese zu bewältigen, geht die individuelle innere („Homöostase“) und äußere Balance verloren. Die Konsequenz sind im Kontext einer anhaltenden Stressreaktion auftretende körperliche und seelische Beschwerden (z.B. Burn-out Symptomatik), die schließlich in Krankheit einmünden können. Typische stressassoziierte Erkrankungen sind Herz-Kreislauf-Krankheiten (z.B. Bluthochdruck) und metabolisches Syndrom, bestimmte Depressionsformen und Erschöpfung.

Vor diesem Hintergrund spielt die Prävention, Diagnostik, und Behandlung stressbezogener Beschwerden und Erkrankungen eine zentrale Rolle in unserem Behandlungsangebot. Dies beschreibt der Begriff „Stressmedizin“.

1.2.2 Berufliche Orientierung in der medizinischen Rehabilitation (MBOR)

Die Rehabilitation der Rentenversicherung fokussiert auf den Erhalt oder die Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit von Versicherten. Von daher war die medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation seit jeher ein unverzichtbarer Teil unseres Therapiekonzeptes. Fast 70% unserer Rehabilitanden haben „besondere berufliche Problemlagen (BBPL)“.

Das Anforderungsprofil „medizinisch-berufliche Orientierung (MBOR)“ nimmt diese Entwicklungen auf und beschreibt thematisch angeordnet spezifische Angebote hinsichtlich Strukturanforderungen, Zielen und Umfang für diese Patientengruppe.

Die im MBOR – Anforderungsprofil beschriebene Zielgruppe von Rehabilitanden mit „besonderen beruflichen Problemlagen – BBPL“ ist weitgehend deckungsgleich mit den früher beschriebenen „sozialmedizinischen Problempatienten“ (OLBRICH 1994), für die wir bereits spezielle Angebote konzipiert hatten.

MBOR-Maßnahmen sollen für alle Patienten angeboten werden, bei denen eine sozialmedizinische Problematik vorliegt.

Einschlusskriterien sind:

- lange Arbeitsunfähigkeit (> 3 Monate);
- längerer Arbeitslosigkeit, ggf. im Wechsel mit Arbeitsunfähigkeitszeiten;
- latente oder manifeste Rentenwünsche (Rentenantrag gestellt oder geplant);
- negative subjektive Erwerbsprognose, entweder erfasst durch den SPE oder, in unserem Rehasentrum durch den WAI (www.arbeitsfaehig.ncom). WAI Werte < 20 sprechen für eine negative Wiedereingliederungsprognose.

Basisangebote für alle betroffenen Rehabilitanden („Basismodule“) werden ergänzt durch hochspezialisierte Angebote zur Diagnostik und Therapie berufsbezogener Problemlagen. Das Anforderungsprofil „medizinisch-berufliche Orientierung (MBOR)“ nimmt diese Entwicklungen auf und stellt sie zusammengefasst dar. Unsere allgemeinen und speziellen Angebote in diesem Bereich tragen dem MBOR-Anforderungsprofil Rechnung.

1.3 Grundsätze der psychosomatischen Rehabilitation

Grundlage der psychosomatischen Rehabilitation ist neben dem Krankheitsfolgenmodell der ICF ein bio-psycho-soziales Krankheitskonzept (ENGEL 1977).

Der Mensch ist dabei Teil eines komplexen Systems und interagiert auf verschiedenen Ebenen, die sowohl biologische als auch psychische und soziale Faktoren umfassen. Daher sind zum Verständnis der „individuellen Wirklichkeit“ eines Menschen neben dem somatischen Befund (biologische

Ebene) auch sein inneres Erleben (psychische Ebene) und sein Eingebundensein in die Gesellschaft (soziale Ebene) zur Diagnostik und für die Behandlung seiner Symptomatik mit allen daraus ableitbaren Konsequenzen von Bedeutung. Ressourcenaktivierung ist ein wesentlicher Faktor für Gesundheit und Wirkfaktor erfolgreicher Psychotherapien (GRAWE 2004). Von daher ist der Fokus auf einem „ressourcenorientierten Selbstmanagement“ (STORCH & KRAUSE 2007) bedeutsam auch für jeden rehabilitativen Ansatz.

Daraus lassen sich allgemeine Ziele der psychosomatischen Rehabilitation ableiten:

Eine Besserung der Beziehungsfähigkeit im Alltag und Berufsleben wird unmittelbare Auswirkungen auf die Aktivität- und Leistungsfähigkeit des Patienten haben, eine angemessene Krankheitsadaptation und Verarbeitung im Sinne einer optimalen Krankheitsbewältigung wird Rückwirkungen auf die soziale Einbindung in Familie, Arbeit und Gesellschaft (Teilhabe) haben.

Um dies zu erreichen, ist die Arbeit an den somatischen, psychischen und sozialen Dimensionen der Erkrankung und ihrer Folgen einschließlich ihres Zusammenwirkens Kernpunkt der psychosomatischen Rehabilitation. Es geht um den Aufbau eines Ressourcenpools, der auf möglichst vielen Ebenen der Informationsverarbeitung bei den Patienten gespeichert werden soll, um ihn im Alltag zur Verfügung zu haben. Dies berücksichtigt die neuen Erkenntnisse der neurobiologischen Forschung (HÜTHER 2010; GRAWE 2004) und macht verständlich, warum Therapieangebote auf der „Verstehensebene“ ebenso bedeutsam sind wie die auf der „Verhaltensebene“. Eine gute innere Haltung ist Grundlage für eine gesundheitsförderliche Handlung. Hierzu bedarf es der gezielten Motivationsförderung von Menschen; das Lernen muss „unter die Haut gehen“ (HÜTHER 2012).

Es geht um die Entwicklung „emotionaler Kompetenz“ (FRANKEN 2004) in sozialen Beziehungen und für sich selbst, wobei privater Alltag und Berufsleben nur verschiedene Facetten eines komplexen Ganzen sind.

Diese allgemeinen psychosomatischen Rehabilitationsziele sind „Haltungsziele“, kollektive „Visionen“, die verständlich machen, warum der individuellen Rehabilitationsmotivation eine so zentrale Bedeutung für den gesamten Prozess zukommt. (KUHL 2001). Von hier ausgehend sind dann individuell bei jedem einzelnen Patienten Handlungsziele zu definieren, die die Rahmenbedingungen der Rehabilitation, die Ressourcen der Patienten und mögliche Zielkonflikte berücksichtigen.

Bedeutsamster Zielkonflikt in der psychosomatischen Rehabilitation ist der zwischen Behandlungsauftrag einerseits und Begutachtungsnotwendigkeit andererseits. Eine genaue Motivationsanalyse und Prüfung der Rehabilitationsprognose ist deshalb insbesondere bei der Gruppe der „sozialmedizinischen Problempatienten (OLBRICH 1994) vorrangig.

1.3.1 Besonderheiten der stationären Psychotherapie in der psychosomatischen Rehabilitation

Psychotherapie ist ein zentrales Element der psychosomatischen Rehabilitation. Dies dokumentiert sich nicht zuletzt in den RehaStandards „Depression“ der Deutschen Rentenversicherung, die für mindestens 90% der Patienten mit depressiven Störungen umfangreiche psychotherapeutische Angebote fordern. Auf die Struktur und Inhalte wird dabei nicht weiter fokussiert.

Was ist nun das spezielle an stationärer Psychotherapie im Vergleich zu ambulanter Richtlinienpsychotherapie und ein „spezifischer“ Wirkfaktor?

Während im ambulanten Setting die Zweierbeziehung dominiert, ist der stationäre Rahmen geprägt durch das Handeln unterschiedlicher Berufsgruppen in einem Gruppen-bezogenen Kontext.

Bedenkt man, dass Patienten in psychotherapeutischen Prozessen regelhaft frühere Beziehungserfahrungen im „Hier und Jetzt“ der Interaktion mit der Institution, Therapeuten und anderen Patienten reinszenieren, wird verständlich, wie komplex und zeitgleich das „Übertragungsgeschehen“ im stationären Setting ist („synchrone Übertragungsbeziehungen“ HARDT 2001).

Dabei werden z.B. Krankenschwestern mit anderen Beziehungsangeboten und Verhaltensweisen konfrontiert als Ärzte und Psychotherapeuten.

Der Klinik fällt dabei die Funktion eines schützenden Rahmens zu, in dem unterschiedliche Facetten eines Patienten deutlich werden, und die im regelmäßigen Austausch der Mitglieder des Rehatemas reflektiert werden, um sie dann „zusammengefügt“ dem Patienten therapeutisch spiegeln zu können. Die Klinik versteht sich dabei als der therapeutische Partner des Patienten; einzelne Teammitglieder sind „Repräsentanten“ der Klinik.

Was bedeutet dies für die Arbeit in der Rehaklinik?

Besprechungen, in denen unterschiedliche Wahrnehmungen über einen Patienten zusammengeführt werden, haben hohe Priorität und sind wesentlicher Teil der psychotherapeutischen Arbeit. Das therapeutische Team hat Modellcharakter im Hinblick auf Kooperation und Austausch; es ist nicht „mein Patient“, der behandelt wird, sondern der Therapeut ist Teil eines Ganzen. Die „Bezugstherapeuten“ (Ärzte oder Psychologen) stellen dabei die Verbindung, den „Bezug“ zwischen Patient und Klinik sicher.

Die Klinik hat die Funktion eines „haltgebenden Rahmens“ (holding function).

Regelmäßige interne Fallbesprechungen und externe Supervision sichern dabei die Qualität des psychotherapeutischen Prozesses (PLASSMANN 2013).

2. Therapiekonzept der Klinik Lipperland

2.1. Grundsatz: Interdisziplinarität

Ein Charakteristikum für die Gesamtgruppe der psychosomatischen Rehabilitanden ist das hohe Maß an Komorbidität. Unter Komorbidität versteht man das gleichzeitige Vorliegen verschiedener psychogener und/oder somatischer Krankheitsbilder. Eine erhöhte Komorbidität weist auf eine komplexe Störung hin und erfordert in jedem Falle multimodale Behandlungsformen (JANSSEN et al 1999; OLBRICH 2000; Härter&BENGEL 2002).

Aus der Basisdokumentation psychosomatischer Rehabilitationskliniken ist bekannt, dass Patienten durchschnittlich 3,5 ICD 10-Diagnosen haben (OLBRICH 1999, PAAR 2006).

Darüber hinaus ist zu beachten, dass bei Komorbidität mit somatischen Erkrankungen zum einen direkte Zusammenhänge mit psychischen Störungen bestehen können (z. B. depressive Anpassungsstörungen), diese aber auch völlig unabhängig davon sein können (z. B. Migräne und Angst).

Vor diesem Hintergrund ist ein interdisziplinärer Ansatz in der Rehabilitation unabdingbar.

Die Klinik Lipperland als Rehabilitationsklinik für Psychosomatische Medizin und die Klinik Am Lietholz als Rehabilitationsklinik für Orthopädie – gemeinsam das „Reha-Zentrum Bad Salzuflen der Deutschen Rentenversicherung Bund“ bildend - und die Kooperation mit der Salzetalklinik der Deutschen Rentenversicherung Westfalen (Onkologie und Orthopädie) sowie dem Median Klinikum für Rehabilitation in Bad Salzuflen (Neurologie, Psychosomatische Medizin, Innere Medizin und Orthopädie) bieten hierfür beste Voraussetzungen.

Interdisziplinarität soll sich dabei nicht auf reine Konsultativität beschränken, sondern sich in einer interdisziplinären Betreuung verschiedener Schwerpunktbereiche widerspiegeln. Die interdisziplinäre Verzahnung findet auf der Oberarzteebene statt, d.h. psychosomatische Schwerpunktbereiche werden somatisch oberärztlich von dem jeweils anderen Fachgebiet mitbetreut, ebenso wie die psychosomatische Grundversorgung der somatisch orientierten Stationen durch Supervision von Oberärzten, bzw. psychologische Psychotherapeuten mit gewährleistet wird.

Es werden entsprechend des tiefenpsychologisch psychotherapeutischen Ausbildungs - Schwerpunktes in einem Curriculum über 3 Jahre die Inhalte der theoretischen Weiterbildung des Faches Psychosomatische Medizin und Psychotherapie vermittelt. Besonderen Stellenwert hat die Fortbildung in „Psychosomatischer Grundversorgung“.

Ziel ist es, sämtlichen therapeutischen Mitarbeitern eine psychosomatische Basiskompetenz im Sinne der „psychosomatischen Grundversorgung“ zu vermitteln.

2.2. Tiefenpsychologischer Schwerpunkt - Methodenübergreifende Rehabilitationsbehandlung

Die Klinik Lipperland ist eine Rehabilitationsklinik für Menschen mit psychischen und psychosomatischen Erkrankungen. Es kommen verschiedene Behandlungsmethoden entsprechend den Ausführungen des § 26 SGB IX zum Einsatz. Danach ist die Grundlage eine Behandlung durch Ärzte und anderer Heilberufe unter ärztlicher Verantwortung.

An Methoden sind neben Arzneimitteln, Hilfsmitteln und Arbeitstherapie im Absatz 5, § 26 SGB IX genannt: „Psychotherapie als ärztliche und psychotherapeutische Behandlung.“

Hierbei ist die methodische Grundlage der psychotherapeutischen Behandlung in der Klinik Lipperland die psychodynamische Psychotherapie. Dabei kommen verbale und körperorientierte Verfahren zum Einsatz. Die Bedeutung der Kreativtherapien, insbesondere der Körperpsychotherapien im Sinne einer „Neuropsychotherapie“ (GRAWE 2004) ist zum Verankern und Erproben neuer Verhaltensmuster ein besonders bedeutsamer Behandlungsteil und gehört zu den „Essentials“ psychosomatischer Rehabilitation (OLBRICH 2004, 2007). Sie wird bei uns wie in vielen anderen psychosomatischen Kliniken umfassend genutzt (OLBRICH 2004). Ergänzend wenden wir Verhaltenstherapie, systemische Therapien und psychoedukative Verfahren an.

Entsprechend den Strukturmerkmalen psychosomatischer Kliniken im Qualitätssicherungsprogramm der Rentenversicherung (KAWSKI & KOCH 1999) wird die Klinik Lipperland den Kliniken zugeordnet, in denen sowohl tiefenpsychologische als auch verhaltensmedizinische Behandlungsangebote durchgeführt werden.

Ziel ist der Einsatz von erprobten Methoden, sofern sie zum definierten Erreichen der Rehabilitationsziele der Patienten Erfolg versprechend einzusetzen sind. Die Behandlungsziele in der Klinik Lipperland orientieren sich an einer Ressourcen- und Lösungsorientierung, die die spezifischen Aktivitätsstörungen der Rehabilitanden berücksichtigt. Vor diesem Hintergrund ist die Psychotherapie stets „prozessorientiert“, und soll Patienten dabei helfen, die Inhalte neu zu ordnen, in einen lebensgeschichtlichen Kontext zu Stellen und zu verarbeiten. (PLASSMANN 2013)

Dies orientiert sich am im SGB IX, §26, Abs.1 und 2 formulierten Grundsatz der Beseitigung oder Minderung chronischer Krankheiten, um damit Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit zu vermeiden, zu überwinden oder weitere Verschlimmerungen zu verhüten und Menschen wieder die Teilhabe in Arbeit und Gesellschaft zu ermöglichen.

Vor diesem Hintergrund werden die tiefenpsychologischen Methoden eingesetzt, um Patienten über ein besseres Ursachenverständnis Verhaltensänderungen möglich zu machen. Verhaltenstherapeutische Methoden sollen der aktiven Bewältigung entweder von spezifischen Problemen (z.B. soziale Einschränkung bei Angst) oder der besseren Bewältigung von manifesten Symptomen (z. B. Schmerzbewältigung) dienen. Hinzu kommen Elemente aus der systemischen Therapie, bei denen es um ein Wahrnehmen der gesunden Anteile im Sinne einer Ressourcenaktivierung in Anlehnung an das Salutogenesekonzept von ANTONOVSKY (LAMPRECHT & JOHNEN 1994) geht. Nützlich hierfür sind auch Elemente des Gesundheitstrainings, die alle Patienten während ihrer Reha-Behandlung kennen lernen.

Das ressourcenorientierte Selbstmanagement nach dem Zürcher Ressourcenmodell – ZRM - (STORCH & KRAUSE 2005) ist insbesondere zur Förderung der Motivation, der Distanzierungsfähigkeit und der Handlungsumsetzung besonders nützlich.

Dies hilft Rehabilitanden mit Anforderungen in Arbeit und Beruf angemessen umzugehen, ohne gesundheitsgefährdende Risikomuster zu entwickeln (STORCH&OLBRICH 2011). Elemente aus dem ZRM finden sich auch in unseren speziell konzipierten berufsbezogenen, lösungsorientierten Psychotherapiegruppen und im ZAZO Programm zur Förderung der berufsbezogenen Motivation (FIEDLER et al. 2011)

2.3. Grundsatz Ressourcenorientierung

Wesentlicher Teil medizinischen Handelns ist die Diagnostik von Krankheitsentstehung und -entwicklung, die „Ätiopathogenese“. Hieran orientieren sich dann weitere therapeutische und rehabilitationsmedizinische Strategien. Unstrittig ist die Bedeutung dieses Ansatzes, greift allerdings für sich alleine gerade in der Rehabilitationsmedizin zu kurz.

Mindestens ebenso bedeutsam ist die Frage, was Menschen eigentlich gesund hält, also ein „salutogenetischer“ Ansatz. Die Salutogenese beschäftigt sich mit der Frage, was Menschen dabei geholfen hat, körperlich und seelisch gesund zu bleiben, oft trotz widriger Umstände.

Diese „Schutzfaktoren“ wurden im Weiteren als „Ressourcen“ bezeichnet, d.h. Fähigkeiten und Stärken, die jeder Mensch hat, um seine Gesundheit zu erhalten und zu fördern. Wer viele Ressourcen hat verfügt über eine hohe „Resilienz“, d.h. die Fähigkeit, sich zu schützen und im Gleichgewicht zu halten.

Dies ist eine der Grundlagen unserer psychosomatischen Rehabilitation – die Diagnostik von Ressourcen und das Erfassen der individuellen Resilienz unserer Rehabilitanden.

Hierzu gehört:

- die biografische Anamnese unter salutogenentischen Gesichtspunkten;
- das Erfassen der persönlichen Kontrollüberzeugungen;
- die Bestimmung der Selbstwirksamkeitserwartungen und
- das Erfassen der sozialen Ressourcen (soziales Netz).

Hierzu genutzte Instrumente sind u.a.

- die Analyse der fünf Säulen der Identität (HEINL&PETZOLD 1983) (körperliche Integrität und Krankheit, Arbeit, Finanzen, soziales Netz, Werte)
- testdiagnostische Instrumente (z.B. HAKEMP-90, AVEM, Erfassen von Kontrollüberzeugungen, DIAMO, WAI)

Ausgehend von dieser „psychosomatischen Basisdiagnostik“ und bei der heterogenen Struktur unserer Rehabilitanden hinsichtlich Krankheitsmodell, Vorerfahrung mit Psychosomatik, gutachterlichen Fragen und Motivation differenzieren wir unser Therapieangebot in eine **obligate Basistherapie** und fakultative, indikationsabhängige Angebote.

An der Basistherapie nehmen alle Rehabilitanden teil, unabhängig von Erkrankung und individuellem Fokus.

Bestandteile des Basisprogramms sind:

- die ressourcenorientierte Basisgruppe
- Seminare
- Bewegungstherapie („Basisgruppe Bewegung“) und
- Entspannungstraining (wahlweise autogenes Training oder progressive Muskelrelaxation)

Die fakultativen Angebote richten sich nach Indikation, Motivation und Belastbarkeit unserer Rehabilitanden und werden in Absprache mit ihnen verordnet.

2.3.1 Ressourcenorientierte Basisgruppe

Die Basisgruppe ist eine interaktive, psychoedukative Gruppe, in denen den Teilnehmern vier „Basis-Bereiche“ psychosomatischen Wissens und menschlichen Seins vermittelt werden. Es sind dies:

- Leib-Seelische Zusammenhänge: die Vorstellung der Affekte und deren Bedeutung für die nonverbale Kommunikation, wie körperliches Erleben und seelisches Befinden korrespondieren und was „negativer“ Stress ist;
- Neurobiologische Grundlagen: wie unser Gehirn funktioniert, Fühlen und Denken zusammenhängen und dass es eine „neuronale Plastizität“ gibt, d.h. wir durch Erfahrung und Lernen unsere „neuronalen Netze“ bis ins hohe Alter mit

formen. Wir informieren über die Bedeutung des Lernens und wie sich Menschen Ressourcen entwickeln und erhalten können;

- Wie (Reha-) Ziele auch umgesetzt werden: wir vermitteln ein motivationspsychologisches Modell (Rubikonmodell), das verstehbar macht, warum Ziele wichtig sind und wie Wünsche und Vorsätze auch in Handlung umgesetzt werden. Grundlage ist der „Rubikonprozess“ (STORCH&KRAUSE 2009). Die Rehabilitanden erfahren, wie persönliche Haltungen die Umsetzung von Vorsätzen unterstützen und die Gefühle dabei mit „ins Boot“ geholt werden sollten;
- Die Bedeutung von eigenen Ressourcen und Resilienz. Wir stellen das Salutogenese Konzept Antonovskys und die daraus abgeleiteten Schutzfaktoren vor und regen zur Analyse/Achtsamkeit eigener Ressourcen an.

2.4. Seminare und Angebote für die häufigsten Erkrankungen

2.4.1 Depression

Depressive Störungen sind der häufigste Grund, warum Patienten zu uns in die psychosomatische Rehabilitation kommen (QUALITÄTSBERICHT REHAZENTRUM BAD SALZUFLEN 2008).

Depressive Erkrankungen treten dabei häufig im Zusammenhang mit anderen psychischen und körperlichen Erkrankungen auf. Sie neigen zur Chronifizierung und sind verantwortlich für eine hohe Rate an Partizipationsstörungen in Form von Arbeitsunfähigkeitszeiten bis hin zu Frühverrentungen (LINDEN & WEIDNER 2005). Vor diesem Hintergrund ist die Verhinderung, Erkennung und nachhaltige Behandlung depressiver Erkrankungen mittlerweile zum „nationalen Gesundheitsziel“ erklärt worden (BUNDESMINISTERIUM für GESUNDHEIT 2006).

Depressionen sind ein inhomogenes Krankheitsbild, wobei biologische Faktoren, lebensgeschichtliche Einflüsse und erlerntes Verhalten gleichermaßen zur Entstehung und zum Verlauf beitragen. Bedeutsam ist, dass im deutschen Gesundheitswesen nur rund 50% der affektiven Störungen adäquat behandelt werden (WITTCHEN & JACOBI 2001).

Vor diesem Hintergrund sind in der Initiative des nationalen Gesundheitsziels als Aktionsfelder, in denen Verbesserungspotentiale mobilisiert werden könnten, benannt:

- Aufklärung
- Prävention
- Diagnostik, Indikationsstellung und Therapie
- Stärkung der PatientInnen und Betroffenen
- Rehabilitation
- Versorgungsstruktur.

Dies deckt sich wesentlich mit unseren Behandlungsangeboten für die Gruppe der depressiven Patientinnen und Patienten.

Im Rahmen der **Basistherapie** werden die Patienten nach der Aufnahme durch einen *Bezugstherapeuten* betreut. Hierbei handelt es sich um ärztliche oder psychologische Mitarbeiter, deren Aufgabe die Begleitung des Patienten von Aufnahme bis zur Entlassung ist.

Bei vielen Patienten mit depressiven Erkrankungen gibt es im Rahmen der Komorbidität oder bedingt durch „strukturelle Störungen“ (ARBEITSKREIS OPD 2005) die Notwendigkeit, im Rahmen der Einzelkontakte zu strukturieren und auf andere, spezifische Behandlungsangebote zurückzugreifen. Beispielhaft sei hier die Möglichkeit des Trainings der sozialen Kompetenz (HINSCH & PFINGSTEN 2002) benannt, an dem sowohl Patientinnen und Patienten mit depressiven Erkrankungen und strukturellen Störungen ebenso wie Patienten mit Persönlichkeitsstörungen und Angsterkrankungen teilnehmen können.

Zum **Basisprogramm** für depressiv Erkrankte gehört:

- ressourcenorientierte Basisgruppe
- Seminar Depression
- Erlernen eines Entspannungsverfahrens (Autogenes Training, wahlweise Progressive Muskelentspannung)
- Basisgruppe Bewegung, wobei hier insbesondere Körper wahrnehmende Verfahren zum Einsatz kommen (Qi Gong, Nowo Balance®, Atem- und Zentrieren);
- Informationsgespräche über individuelle medikamentöse Behandlungsmöglichkeiten.

Zu den **fakultativen Therapieangeboten** gehören abhängig von der Symptomatik und Struktur der Patienten, deren Belastbarkeit und den individuellen Rehabilitationszielen:

- interaktionelle analytische Gruppenpsychotherapie (HEIGL-EVERS; OTT 1998; STRAUSS&MATTKE 2012);
- berufsbezogene, lösungsorientierte Gruppenpsychotherapie
- Einzeltherapie, entweder psychodynamisch oder verhaltenstherapeutisch orientiert.

- Ressourcenorientierte Angebote, z.B. Elemente aus dem ZRM-Training (ressourcenorientiertes Selbstmanagement-Training)
- Angebote aus der Stressmedizin, z. B. HRV Biofeedback oder die Audio-visuelle-Wahrnehmungsförderung (AVWF®)
- Körperpsychotherapie
- Kreative Angebote (z.B. Malen, Töpfern, Arbeiten mit Speckstein, Theatergruppe, meditativer Tanz, Singen)

Weitere bedeutsame Behandlungselemente, die in den Bereich der Aufklärung gehören, ist die Sozialberatung einschließlich dem Aufzeigen von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sowie Sozialmedizingruppen.

Ergänzend kommen Ergotherapie, Belastungserprobung und Arbeitsplatztraining zum Einsatz.

2.4.2 Chronischer Schmerz

Das Leitsymptom „chronischer Schmerz“ findet sich bei fast 30% der Patienten, die zur psychosomatischen Rehabilitation in der Klinik Lipperland aufgenommen werden. Häufig sind diese Patienten mit BTM pflichtigen Opiaten eingestellt. (KOPF, PÜHLER & OLBRICH 2005; OLBRICH 2006)

Die ICD – 10 – Diagnosen von Patienten mit Leitsymptom „Schmerz“ sind heterogen. Führend ist die „anhaltend somatoforme Schmerzstörung“ gefolgt von *Depressionen* und *dissoziativen Störungen*. Es finden sich auch Patienten mit *primär orthopädischen Erkrankungen* und *somatisierten Angststörungen*, bei denen Schmerz als Symptom ganz im Vordergrund des Erlebens steht. Patienten mit chronischen Schmerzen sind häufig im Rentenantragsverfahren und verantwortlich für lange Arbeitsunfähigkeitszeiten (HUBER 2000).

Die Faktoren für Chronifizierung sind gut untersucht und wiederholt beschrieben (HASENBRING 1992; FLOR 2006). Es spielen hier insbesondere die Dauer der Schmerzanamnese, die Schmerzbewältigung, das Ausmaß von Depressivität und das nonverbal-motorische Ausdrucksverhalten eine wichtige Rolle. Sehr bedeutsam sind auch neurobiologische Fakten, die in den letzten Jahren erforscht wurden und unter dem Begriff des „Schmerzgedächtnisses“ zusammengefasst werden können. Dies alles gilt es, in einem integrativen Behandlungsansatz zu berücksichtigen. Ziel ist der die „körperlich seelisch soziale“ Faktoren integrierend erfassende Arzt (EGLE 2003).

Unsere Behandlungsangebote orientieren sich im Ablauf an dem von NICKEL & EGGLE (1999) vorgelegten psychodynamisch – interaktionellen Gruppentherapiekonzept somatoformer Schmerz-

störungen, das wir an die Bedürfnisse der stationären psychosomatischen Rehabilitation adaptiert haben. Grundsätzlich ist es möglich, diesen Behandlungsansatz auch ganztags ambulant (teilstationär) oder ambulant anzubieten. Für diese Patientengruppe ist auch das psychosomatische Nachsorgeangebot für den Transfer in den Alltag besonders geeignet.

Die **Basistherapie** umfasst eine diagnostische Phase, eine Informations- und eine Motivationsphase.

Hierzu gehört:

- Erfassung der Risikofaktoren für eine Chronifizierung
- Analyse des bisherigen Verlaufs und insbesondere der bisherigen therapeutischen Maßnahmen
- Psychologische Basisdiagnostik einschließlich testpsychologischer Diagnostik (SCL-90-R und schmerzspezifisch die Schmerzempfindungsskala (SES))
- Seminar „chronischer Schmerz“
- medikamentöser Behandlungsplan
- ggfs. Führen eines Schmerztagebuchs
- Informationen der Patienten über angemessene medikamentöse Schmerzbehandlung,
- Probleme der Gewöhnung und Abhängigkeit in der medikamentösen Schmerzbehandlung

Alle Patienten nehmen an der **ressourcenorientierten Basisgruppe** teil.

Als Entspannungsverfahren setzen wir die Progressive Muskelrelaxation nach Jacobson ein.

Ergänzend nutzen wir das respiratorische Atembiofeedback nach LEUNER (RFB).

Patienten mit chronischem Schmerz nehmen nur nach individueller Absprache abhängig von der Belastbarkeit an der Basisgruppe „Bewegung“ teil. Bei fehlender Belastbarkeit erhalten sie eine bewegungstherapeutische Einzelbehandlung, die neben physiotherapeutischen Grundsätzen insbesondere Aspekte der Körperwahrnehmung (Nowo-Balance) im individuellen Setting vermittelt.

Die Basistherapie umfasst somit sowohl die diagnostische als auch die Informations- und Motivationsphase.

Die **fakultativen Therapieangebote** für diese Patientengruppe sind abhängig vom Ausmaß der unterschiedlichen Chronifizierungsfaktoren, der Ätiologie und Art der psychogenen Erkrankung (häufig z.B. traumatisierte PatientInnen mit Leitsymptom Schmerz),

der Behandlungsmotivation (häufig sozialmedizinische Konfliktkonstellationen und Rentenverfahren) und den individuellen Rehabilitationszielen der Patienten.

Es bedarf hier eines aktiven, antwortenden therapeutischen Ansatzes, da chronischer Körperschmerz und strukturelle Störungen bis hin zu Persönlichkeitsstörungen häufig komorbide auftreten (SCHÜSSLER&SÖLLNER 2001). Besondere Berücksichtigung finden bei dieser Patientengruppe Fragen der Sozialmedizin und Leistungsbegutachtung, die einen wesentlichen Einfluss auf den Behandlungsverlauf haben (OLBRICH 1996, HUBER 2000, OLBRICH 2006b).

Abhängig von diesen Faktoren kommen zum Einsatz:

- interaktionelle Gruppenpsychotherapie
- Schmerzbewältigungstraining
- Einzeltherapie, psychodynamisch, strukturbezogen
- Einzeltherapie, verhaltenstherapeutisch
- Körperpsychotherapie

An speziellen somatischen Angeboten:

- Physiotherapie (alle Techniken der neurophysiologisch fundierten Physiotherapie und die manuelle Therapie)
- Medikamentöse Schmerzbehandlung
- TENS (**T**ranskutane **E**lektrische **N**erven**S**timulation)
- Physikalische Therapie mit dosiert regressiven Angeboten.
- Arbeitsprobe (mit dem IDA Inventar)
- Arbeitsplatztraining
- Diagnostik der körperlichen Leistungsfähigkeit mit dem FCE- System „sapphire“ und Vergleich mit dem allgemeinen Berufsprofil

Gerade bei dieser Patientengruppe ist eine sorgfältige Koordination sämtlicher somatischer und psychotherapeutischer Behandlungsansätze von größter Bedeutung. Hierzu finden regelmäßige Teambesprechungen statt, die im Sinne von Schmerzkonferenzen geführt werden.

Eine besondere Form chronischen Schmerzes sind:

Migräne und andere chronische Kopfschmerzformen

Migräne und andere chronische Kopfschmerzformen sind ein weit verbreitetes, aber oft unterschätztes Leiden. 54 Millionen Menschen in Deutschland leiden an Kopfschmerzen. 85% des Schmerzmittelgebrauchs in Deutschland erfolgen wegen Kopfschmerzen. Dabei kommt dem Spannungskopfschmerz und der Migräne eine herausragende Rolle zu.

Insbesondere beim **Spannungskopfschmerz** handelt es sich um ein multifaktoriell bedingtes Leiden, bei dem in einem hohen Prozentsatz Angststörungen, Depression und somatoforme Störungen als Komorbidität zu beachten sind (PUCA et al 1999; DIENER & MAIER 2003; LIMMROTH 2004).

Entsprechend der multifaktoriellen Genese von Spannungskopfschmerzen und den unterschiedlichen Einflussfaktoren auf die Ausprägung und den Verlauf der Migräne kann therapeutisch nur ein multimodaler Behandlungsansatz unter Einbeziehung verschiedener Fachdisziplinen sinnvoll sein. Dies verlangt zunächst eine klare Diagnostik, andererseits den Einsatz sowohl somatischer, psychoedukativer und psychotherapeutischer Behandlungsverfahren.

Vor diesem Hintergrund gibt es ein Programm für kopfschmerzkranken Patienten, das spezielle Diagnostik und Behandlungsangebote für diese Gruppe bereit hält.

Grundlage der Behandlung ist eine soweit als möglich ambulant abgeschlossene somatische **Diagnostik**. Diese erfolgt unter Einsatz neurologischer, psychosomatischer und orthopädischer Mittel, so dass eine Zuordnung des jeweiligen Kopfschmerzsyndroms nach ICD 10 (GOEBEL 1999) gewährleistet ist.

Ausgehend davon erhalten die Patienten in der **Basistherapie** folgende Behandlungsangebote:

- Medikamentenanalyse und Medikation, ggf. Neueinstellung
- Informationen zur medikamentösen Kopfschmerz- und Migränebehandlung
- Seminar „chronischer Schmerz“
- Einweisung in das Führen eines Kopfschmerztagebuches

- Die fakultativen Therapieangebote richten sich nach der vorliegenden Komorbidität und den individuellen Rehabilitationszielen, die der Patient formuliert und die mit ihm abgestimmt werden.

- Zu diesen Angeboten gehören:
- Nordic-walking und andere Formen von Bewegungstherapie, die die Ausdauer fördern;

- Atembiofeedback nach Leuner (RFB)
- spezielle Physiotherapie (u. a. Reflexzonentherapie am Fuß, energetische Kieferbehandlung);
- TENS Behandlung (=transkutane elektrische Nervenstimulation)

Chronischer Schmerz ist auch Leitsymptom der „anhaltend somatoformen Schmerzstörung“. Deshalb im Folgenden einige Anmerkungen zu

Somatoformen Störungen

Die somatoformen Störungen sind über die ICD 10 begrifflich in die Klassifikation psychischer Störungen eingeführt worden. Es gab früher bezüglich dieser Erkrankungen eine große und verwirrende Begriffsvielfalt. Bedauerlich war, dass dies dazu führte anzunehmen, bei somatoformen Störungen handele es sich eher um leichtgradige psychogene Erkrankungen. Dagegen spricht der Verlauf, das Inanspruchnahmeverhalten und Leiden der Betroffenen und die erhebliche Chronifizierungsneigung. (RUDOLF & HENNIGSEN 1998).

Somatoforme Störungen sind charakterisiert durch die wiederholte Darbietung körperlicher Symptome in Verbindung mit hartnäckigen Forderungen nach medizinischen Untersuchungen, trotz wiederholter negativer Ergebnisse und Versicherung der Ärzte, dass die körperlichen Symptome nicht begründbar sind (ICD 10). Es sollten Zusammenhänge zu psychosozialen Belastungen im Umfeld der Symptombildung zu finden sein.

Dies macht verständlich, dass sich Menschen mit somatoformen Störungen überzufällig häufig in somatischen Kliniken finden, ebenso wie in der Praxis des Allgemeinmediziners. Es muss heute von einer Punktprävalenz somatoformer Störungen von etwa 12% in der Allgemeinbevölkerung ausgegangen werden. Ihr Anteil in Allgemeinpraxen liegt bei 20-40%. Patienten mit somatoformen Störungen bieten große Herausforderungen bezüglich Diagnostik und Therapie und verursachen durch wiederholte körperliche Abklärungen nicht unerhebliche Kosten im Versorgungssystem. (HENNINGSEN et al. 2002)

Bei der Behandlung dieser Patientengruppe ist deshalb von ganz besonderer Bedeutung, eine fundierte somatische Diagnostik abgeschlossen zu haben, die die entsprechende Voraussetzung für eine psychosomatisch orientierte Behandlung bietet, damit auch die Sicherheit zu haben, nicht zum wiederholten Male organische Diagnostik durchführen zu müssen, da dies zur weiteren Chronifizierung beiträgt.

Besonders bedeutsam bei der frühen Diagnostik und Rehabilitationsplanung ist die Kooperation mit und die Schulung von Hausärzten, um Chronifizierung und negativen iatrogenen Einflüssen vorzubeugen. Auf Grund der Erfahrungen mit dieser Patientengruppe in der psychosomatischen Rehabilitation entstand auch das „Modellprojekt

Bad Salzuflen“, das in einem späteren Abschnitt gesondert dargestellt wird.

Es gibt in der psychosomatischen Rehabilitation mittlerweile fundierte Erfahrungen mit verschiedenen Behandlungskonzepten für Patienten mit somatoformen Störungen (RIEF& HILLER 1992, RUDOLF & HENNINGSEN 1998;PAAR 1999).

Ausgehend von diesen Erfahrungen gelten folgende Behandlungsgrundsätze:

In der Basistherapie kommen psychoedukative und kognitiv behaviorale Methoden zum Einsatz. Dies umfasst ein breites Spektrum an Informationsvermittlung, das Führen von Symptomtagebüchern, der Einsatz von körperwahrnehmenden Übungen (funktionale Körpertherapie), die Nutzung kreativer Medien (Malen, Tanz, Rollenspiel, Musik) und Methoden aus der Stressmedizin.

Dies bezieht sich sowohl auf spezielle Diagnostik wie die Bestimmung der neuropattern™ (HELLHAMMER&HELLHAMMER 2008;2012) als auch spezielle Therapieangebote (z.B. HRV Biofeedback).

Grundlage unseres therapeutischen Tuns ist eine kontinuierliche Reflexion der Arzt-Patient-Beziehung, wobei es basale Aufgabe des Arztes ist, mit dem Patienten die organmedizinischen Befunde durchzusprechen und ihm diese adäquat zu erläutern bzw. wiederholt begrenzte, symptombezogene klinische Nachuntersuchungen durchzuführen.

Allgemeine Ziele sind neben einer besseren Körperwahrnehmung eine realistische Information über Körperfunktionen, eine bessere Wahrnehmung und Differenzierung von Affekten und damit auch eine bessere Kommunikations- und Konfliktfähigkeit.

An fakultativen Therapieangeboten kommen abhängig von den individuellen Rehabilitationszielen, der Chronifizierung und Komorbidität folgende Verfahren zum Einsatz:

interaktionelle Gruppenpsychotherapie;

Körperpsychotherapie

Körperwahrnehmungsgruppen mit unterschiedlichen Methoden (Atem- und Zentrieren, Yoga, Nowo-Balance,Qi Gong)

Die Physiotherapie kommt ergänzend zur Verbesserung klar diagnostizierter Funktionseinschränkungen bei orthopädischer Komorbidität zum Einsatz.

Medikamentöse Behandlung für diese Patientengruppe nutzen wir, obwohl es keine Studien gibt, die eine klinisch überzeugende Wirksamkeit von Psychopharmaka wissenschaftlich belegen (NUTZINGER & LANGS 2005). Trotzdem gibt es klinische Hinweise auf den Nutzen niedrig dosierter antidepressiver Medikation. Dies beeinflusst zum einen die körperliche Symptomatik und führt zu einer affektiven „Distanzierung“, zum anderen gibt es einen stimmungsstabilisierenden Effekt.

Psychopharmaka sind nie die Methode der ersten Wahl bei der Behandlung von Patienten mit somatoformen Störungen, allerdings im Zusammenspiel mit psychotherapeutischen Interventionen und Körpertherapie bei diesen Patienten ausgesprochen nützlich.

2.4.3 Angststörungen und phobischer Schwindel

Angst ist zunächst kein pathologisches Phänomen, sondern eine Reaktion, die auf eine äußere Gefahr gerichtet ist, angemessen sein sollte und dazu dient, durch Flucht oder Aggression die äußere Gefahr zu beseitigen. Hiervon ist die Angst als Krankheit im Sinne einer neurotischen Angst abzugrenzen, die in keiner Weise der Situation angemessen ist, übertrieben ist und zu erheblichen Fähigkeitsstörungen führen kann. Bei den Angstsyndromen sind primäre und sekundäre Angstsyndrome zu differenzieren (SENF 1996). Primäre Angstsyndrome können mit diffuser Angst als *Angstneurose*, mit fokussierter Angst im Sinne einer *Phobie* und als „negative Angsteffektäquivalente“ im Sinne von *körperlichen Funktionsstörungen* (Schlafstörungen, Atemveränderungen, gastrointestinale Veränderungen, Schwindel) auftreten. Sekundäre Angstsyndrome sind Reaktionen auf primär internistische, neurologische oder psychiatrische Erkrankungen im Sinne von Anpassungsstörungen bzw. sekundär phobischen Entwicklungen.

Neben den unterschiedlichen Ausprägungen der Angst spielt für die Behandlungsplanung die differenzierte psychodynamische Diagnostik nach der „Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik – OPD“ (ARBEITSKREIS OPD 2005) eine große Rolle. Dabei kommt insbesondere der Einschätzung des Strukturniveaus eines Patienten zentrale Bedeutung zu, sind doch für Patienten mit „strukturellen Beeinträchtigungen“ besonders Struktur – bezogene psychotherapeutische Ansätze nötig (RUDOLF 2012). Als Faustregel gilt, dass je mehr Angstbewältigung ein Mensch erkennen lässt, je mehr er sich aktiv damit auseinandersetzt, umso integrierter ist seine Struktur und die zu Grunde liegende Ich-Stärke.

Zur Basistherapie gehört:

Die diagnostische Phase, in der zum einen eine Problem- und Verhaltensanalyse sowie die Erarbeitung eines individuellen Bedingungsmodells der Störung steht. In dieser Phase wird auch gemäß der OPD-Achse IV „Struktur“ (ARBEITSKREIS OPD 2005) eine Aussage zum Strukturniveau des Patienten zu erarbeiten sein.

Seminar „Angst“:

Hier werden Angstpatienten ausführlich über Ursachen und Erscheinungsformen von Angst informiert. Sie bekommen Informationsmaterial und haben die Möglichkeit zum Austausch.

Alle Patienten erlernen ein Entspannungsverfahren, um zu einer Herabsetzung des allgemeinen Spannungsniveaus zu kommen. Wir setzen die progressive Muskelrelaxation nach Jacobson ein, weil hier im Erleben der Patienten ein höheres Maß an Selbstregulation möglich ist.

Die fakultativen Behandlungsangebote richten sich nach der Ich-Struktur, der Ätiologie und Erscheinungsform der Angst und den individuellen Rehabilitationszielen der Patienten.

Folgende therapeutischen Interventionen kommen zum Einsatz:

- interaktionelle Gruppenpsychotherapie;
- kognitive Therapien
- Expositionstraining
- Lauftraining mit dem Ziel der Aktivierung und der Steigerung der körperlichen Belastbarkeit. (REIMERS & BROOCKS 2003)
- besonders für Patienten mit Panikattacken sind Methoden aus der Stressmedizin angezeigt (HRV-Biofeedback und AVWF®)

Phobischer Schwindel als Sonderform einer Angsterkrankung

Aus Untersuchungen ist bekannt, dass insbesondere Schwindelsyndrome in einem hohen Prozentsatz (gut 30% in Allgemeinpraxen bis zu 60% in speziellen Schwindelambulanzen) Ausdruck einer zugrunde liegenden Angststörung sind (ECKHART-HENN 1998; FRANZ 2005).

Schwindel ist ein weit verbreitetes, unspezifisches Symptom in Praxis und Klinik. Somatoforme Schwindelsyndrome sind häufig und werden oft nicht diagnostiziert. Bei organisch bedingtem Schwindel spielen psychische Faktoren ebenfalls eine bedeutsame Rolle. Schwindeldiagnostik ist in unterschiedlich medizinischen Fachgebieten angesiedelt. Psychische Ursachen werden deshalb oft nicht hinreichend gewürdigt und erst dann diagnostiziert, wenn bereits Chronifizierung eingetreten ist. Hinzu kommt, dass Patienten mit Schwindelsyndromen meist eine organische Krankheitsattribution haben.

Es gibt zwei Wege zur Chronifizierung:

Zum einen wird aus einem zunächst somatischen Syndrom (z.B. dem gutartigen paroxysmalen Lagerungsschwindel) durch induzierte Angst, iatrogene Faktoren (hier insbesondere lange Arbeitsunfähigkeitszeiten) und unbewältigte konflikthafte Themen ein sekundär phobischer Schwindel.

Zum anderen wird ein primär somatoformer Schwindel lange Zeit lediglich auf der somatischen Ebene diagnostiziert und behandelt, was zu einer Fixierung und sekundären Chronifizierung führt.

Wir haben im Rahmen fortlaufender Diagnostik und Untersuchung von Schwindelpatienten die Posturographie (Gleichgewichtsplattform) sowohl

zur Diagnostik als auch Behandlung genutzt. (OLBRICH et al. 2006) Dies hilft Patienten, eine Brücke vom somatischen zum seelischen Erleben zu bauen. Es finden sich hier nicht organisch determinierte, spezifisch auffällige Posturographiemuster bei Patienten, die an phobischen Störungen und nicht näher bezeichneten Angststörungen leiden. Auf dieser Basis wird dann eine differenzierte Rückmeldung und Information des Patienten und die Einleitung einer psychotherapeutischen Behandlung möglich.

Bei Schwindelsyndromen als Angstäquivalent kommt daneben den speziellen Bewegungstherapien eine besondere Rolle zu. Hier setzen wir insbesondere die Nowo Balance – Methode (MAY-ROPERS 2002) ein. Dazu kommen Elemente aus der Medizinischen Trainingstherapie.

Ziel ist es, Patienten das Vertrauen in ihre körperliche Integrität und Leistungsfähigkeit wieder erleben zu lassen, um nicht einem weiteren Vermeidungsverhalten Vorschub zu leisten.

Wesentlich in der Behandlung dieser Patienten ist ebenso wie bei anderen Patienten mit Angststörungen die Konfrontation mit dem Vermeidungsverhalten und Bewegung wieder als etwas Positives erleben zu können. Alle Befunde belegen, dass ohne die Arbeit am Vermeidungsverhalten ein gutes Behandlungsergebnis nicht zu erreichen ist.

2.4.4 Schlafstörungen

Schlafstörungen stellen ein für die Patienten in der Regel sehr belastendes Symptom dar, unabhängig davon, ob sie als **primäres** oder **sekundäres** Störungsbild auftreten. Die häufigste Ursache von Schlafstörungen bei den sekundären Formen sind psychischen Erkrankungen. Sowohl depressive Störungen, wie aber auch Angststörungen, chronische Schmerzstörungen, Psychosen, Suchterkrankungen etc. gehen symptomatisch mit Schlafstörungen einher. Insbesondere eigene Selbstheilungsversuche bergen ein nicht unerhebliches Risiko für die Entwicklung einer manifesten Suchterkrankung durch den Konsum von Alkohol oder aber auch unkontrollierter Einnahme von abhängigkeits erzeugenden Pharmaka.

Die **diagnostische Phase** umfasst zunächst die differentialdiagnostische Einschätzung und eine genaue Klassifizierung der Symptomatik. Hierbei wird insbesondere geprüft, inwieweit mögliche organische Ursachen einer Schlafstörung zugrunde liegen, die entsprechende weiterführende Untersuchungen nach sich ziehen, stellen mögliche zugrundeliegende organmedizinische Erkrankungen doch u.a. ein erhebliches Risiko insbesondere bei der Entwicklung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen dar. Neben der körperlichen Untersuchung gehören hierzu auch:

- Medikamentenanalyse und Medikation, ggf. Neueinstellung
- Information zur medikamentösen Behandlung
- Einweisung in das Führen eines Schlaftagebuches/Schlafprotokolle

Zur **Basistherapie** gehört:

Seminar „Schlaf“:

Hier werden den Patienten, die unter Schlafstörungen leiden, Grundlagen zum Schlaf- und Schlafverhalten vermittelt. Darüber hinaus werden Informationen über medikamentöse und psychotherapeutische Behandlungsstrategien vorgestellt und die unterschiedlichen Behandlungsstrategien erläutert. Konkrete Hinweise zur Schlafhygiene werden den Patienten ausgehändigt.

Alle Patienten erlernen ein Entspannungsverfahren, um individuell ihr Spannungsniveau zu senken oder aber auch eine konkrete Unterstützungsmöglichkeit zur Verbesserung von Ein- und Durchschlafstörungen zur eigenen Verfügung zu haben.

Zu den **fakultativen** Therapieangeboten kommen abhängig von den möglichen zugrundeliegenden Ursachen der Schlafstörung und den individuellen Rehabilitationszielen:

- interaktionelle Gruppenpsychotherapie
- Einzeltherapie, psychodynamisch, strukturbezogen
- Einzeltherapie, verhaltenstherapeutisch
- Körperpsychotherapie
- Körperwahrnehmungsgruppen mit unterschiedlichen Methoden (Atem- und Zentrieren, Nowo-Balance, Qi Gong)
- individuelle physikalische Maßnahmen

Bei Patienten, deren Schlafstörungen im Kontext stressassoziierter Erkrankungen auftreten, setzen wir spezielle Verfahren aus der Stressmedizin ein, z.B. die Audio-visuelle-Wahrnehmungsförderung (AVWF®).

2.5. Psychotherapie in der psychosomatischen Rehabilitation

Psychosomatische Grundversorgung und stützende, strukturorientierte Psychotherapie erhalten alle Rehabilitanden im obligaten Basisprogramm. Die Indikation für weitergehenden psychotherapeutische Behandlung orientiert sich an den allgemeinen Grundsätzen zum Einsatz von Psychotherapie orientiert an den Grundsätzen der ambulanten Richtlinienpsychotherapie (FABER, HAARSTRICK 2003) und ergänzt um spezielle andere Psychotherapieverfahren (Körpertherapie, systemische Therapie, Kreativtherapie; OLBRICH 2009).

Eine psychotherapeutische Arbeit mit Rehabilitanden ist grundsätzlich nur im geschützten Raum einer stabilen therapeutischen Beziehung möglich. Dies orientiert sich zum einen in einer klaren räumlich stationären, zum anderen in einer klaren organisatorischen Zuordnung. Dies ist deshalb besonders wichtig, weil insbesondere depressive Patienten, die 65% unserer Rehabilitanden ausmachen, mit komorbiden Persönlichkeitsstörungen ihre interpersonellen Schwierigkeiten in der Institution re-inszenieren und z.B. Fragen der Hausordnung, des Stationsalltags, des Umgangs miteinander immer wieder neu reflektiert werden müssen und der Realraum ebenso zu beachten ist wie der therapeutische Raum.

Bedeutsam ist die Reflexion über Aufgaben, die Ziele und Möglichkeiten einer Rehabilitationsbehandlung. Es wird öfter zu diskutieren sein, inwieweit auch andere Zweige der Versorgung psychisch Kranker hier gefordert sind, insbesondere psychiatrische Tageskliniken und Kriseninterventionsstationen. Es ist eine gute Vernetzung mit den ambulanten Behandlern besonders wichtig, um zu vermeiden, dass Rehabilitation in Konflikt mit einer möglicherweise nötigen akut – psychiatrischen/psychotherapeutischen Behandlung gerät.

Wir haben ein „Bezugstherapeuten“ - System. Dies bedeutet, dass jeder Rehabilitand neben einem betreuenden Arzt einen ärztlichen- oder psychologischen Psychotherapeuten hat, der ihn aufnimmt, die biografische und Arbeitsanamnese erhebt, Rehabilitationsziele mit ihm bespricht und die Behandlung als primäre Bezugsperson im Rehateam koordiniert.

Nach oberärztlicher Zweitsicht (Facharzt – Standard) und Besprechung im Rehateam wird nach der Aufnahme neben den Basisangeboten der individuelle Rehaplan mit allen fakultativen Behandlungen festgelegt, wobei Veränderungen im Verlauf möglich und oft nötig sind.

Patienten erhalten Rehabilitationspläne, aus denen Art und Aufteilung der Behandlungsangebote gut ersichtlich sind, und die EDV gestützt erstellt werden (Programm Time-Base®).

Bei den psychotherapeutischen Angeboten liegt der Fokus auf der Gruppenpsychotherapie. Zum einen liegt dies daran, dass psychische Erkrankungen oft im Kontext von interpersonellen Konflikten entstehen, die sich in der Regel in Gruppen manifestieren, zum anderen daran, dass soziale Vernetzung und damit „Gruppe“ ein wesentlicher salutogenetischer Faktor ist.

Im Übrigen wissen wir, dass Gruppentherapien wirksam sind und den Vergleich mit Einzelpsychotherapie nicht scheuen müssen (STRAUB&MATTKE 2012).

Einzelpsychotherapie wenden wir bei den Rehabilitanden an, die auf Grund ihrer strukturellen Beeinträchtigung, Symptomschwere oder fehlender Motivation nicht für Gruppentherapie geeignet sind bzw. eine Kontraindikation vorliegt. Rund 2/3 unserer Rehabilitanden sind in Gruppenpsychotherapien integriert.

3. Schwerpunkte Prävention und Stressmedizin

3.1 Das Präventionsprogramm GUSI® - „Gesundheitsförderung und Selbstregulation durch individuelle Zielanalyse“

Aufgrund einer Veränderung der gesetzlichen Rahmenbedingungen (§ 31 Abs. 1, Nr. 2 SGB VI) und der hierzu erlassenen Richtlinien kann die Deutsche Rentenversicherung seit 2009 auch präventive Leistungen erbringen. Vor diesem Hintergrund ist in unserem Rehabilitationszentrum das Präventionsprogramm „Gesundheitsförderung und Selbstregulation durch individuelle Zielanalyse – GUSI®“ entwickelt worden. Das Präventionsprogramm GUSI® ist ein spezifisches Trainingsprogramm für aktiv Versicherte in der gesetzlichen Rentenversicherung, die spezifische Risiken erkennen lassen, durch die ihre Erwerbsfähigkeit ungünstig beeinflusst wird.

Es handelt sich im Wesentlichen um Menschen mit subklinischen Befindlichkeitsstörungen wie Schlafstörungen und Rückenschmerzen, meist verursacht im Kontext erhöhten Stresserlebens, die allerdings noch nicht zu einer manifesten psychogenen Erkrankung geführt haben. In dieser Gruppe finden sich auch Menschen mit Burn-out-Syndromen.

Grundlage des GUSI®-Präventionsprogramms ist eine berufsbegleitende, ambulante Durchführung.

Kernstück des GUSI®-Präventionsprogramms ist das Erlernen eines ressourcen-orientierten Selbstmanagementtrainings mit dem Züricher Ressourcenmodell (ZRM®). Hiermit lernen die Teilnehmer eine bessere Selbstregulierung durch Entwicklung eines für sie passenden Mottoziels. Die Selbstwirksamkeit wird gesteigert und die Teilnehmer lernen, mit negativem Affekt besser umzugehen. Das ZRM®-Training wird kombiniert und ist abgestimmt mit Achtsamkeitsübungen und Übungen aus der Progressiven Muskelentspannung sowie einem speziellen Bewegungstherapieprogramm, das auf präventive Aspekte fokussiert.

Seit 2009 werden regelmäßig GUSI®-Präventionsgruppen durchgeführt, die intern und extern evaluiert worden sind. Es hat sich gezeigt, dass das GUSI®-Präventionsprogramm nach individueller Diagnostik sehr gut angenommen wird. Die Durchführung in geschlossenen Gruppen hat mit dazu beigetragen, dass kein Teilnehmer das Präventionsprogramm während der Trainingsphase abgebrochen hat. Die Veränderungen im Präventionsprogramm waren beeindruckend. Die Teilnehmer lernten, einen besseren Umgang mit Belastungen in Arbeit und Beruf zu erreichen, mit negativem Affekt besser umzugehen, ihre Bewegungsfreude zu fördern und als durchaus „erwünschtem Nebeneffekt“ eine Gewichtsreduktion (OLBRICH&BAAKE 2013; INSTITUT FÜR REHABILITATIONSFORSCHUNG NORDERNEY 2012).

Nach der Modellphase zwischen 2009 und 2012 ist das GUSI®-Präventionsprogramm mittlerweile ein Routineangebot in Anbindung an das Reha-Zentrum Bad Salzuflen.

Durch die notwendige Akquise von Versicherten direkt in den Betrieben ist es gelungen, eine sehr gute Vernetzung zwischen Reha-Zentrum und Betrieben zu erreichen. In den letzten Jahren ist ein Netzwerk von rund 100 Betrieben in der Region entstanden, die Mitarbeiter entweder im GUSI®-Präventionsprogramm hatten oder aktive Beratung zu Fragen von Prävention und Rehabilitation zu Lasten der Deutschen Rentenversicherung erhielten.

3.2 Stressmedizin: Diagnostik stressassoziierter biologischer Parameter

Stress spielt bei der Entstehung vieler Erkrankung eine wichtige Rolle. Die WHO hat Stress „zur größten Gesundheitsgefahr des 21. Jahrhunderts“ erklärt, so dass nicht nur bei Experten, sondern auch in der Presse Stress heute in aller Munde ist. Dabei wird wenig differenziert, dass es Stress schon immer gegeben hat und stressvolle Ereignisse ein Teil des Lebens sind.

Entscheidend ist, ob es einem Menschen gelingt, Stress angemessen zu bewältigen und zu verarbeiten oder ob chronischer Stress dazu führt, dass es zu anhaltend negativen Folgen für den Erhalt des körperlichen und seelischen Gleichgewichtes kommt.

Stress bedeutet Beanspruchung, Spannung und Druck und hat sowohl Auswirkungen auf körperliches als auch seelisches Befinden.

Stress ist ein komplexes Geschehen, das zum einen eines Stressors bedarf (ein Stimulus), zum anderen eines Organismus, auf den er trifft. Jeder Mensch mit seiner ihm eigenen Lebensgeschichte bewertet erlebten Stress unterschiedlich, so dass zum Stimulus eine Erlebenskomponente hinzutritt, die bedeutsam für die Bewältigung von Stress ist.

Ziel des Organismus ist es, sein Gleichgewicht (Homöostase) zu erhalten. Dies bezieht sich allerdings nicht nur auf körperliche Reaktionen, sondern auch auf das seelische Befinden (WIPPERT&BECKMANN 2009; DOBOS&PAUL 2011; SCHANDRY 2011).

Die Stressreaktion ist als generalisierte Anpassungsreaktion zu verstehen, die entwicklungsgeschichtlich dabei geholfen hat, eine Spezies überleben zu lassen und sich den Anforderungen, die sie umgeben, anzupassen. Um Stress bewältigen zu können, bedarf es komplexer biologischer Systeme, die zum einen sicherstellen, dass Menschen „mit allen Sinnen“ wahrnehmen, ob eine Situation ungefährlich oder gefährlich ist, und dass schnellstmöglich „automatisierte“ Programme ablaufen, die Menschen dabei helfen, stresserzeugende Situationen zu bewältigen.

Dabei haben sich im Laufe der Entwicklungsgeschichte 3 Stufen des vegetativen (autonomen) Nervensystems (ANS) von Säugetieren

entwickelt, die PORGES (2010) in seiner „polyvagalen Theorie“ wie folgt beschreibt:

- Immobilisation und passive Adaptation („Totstellreflex“). Diese Stufe ist vermittelt über nicht myelinisierte Nervenfasern, die aus dorsalen Vaguschenkern entspringen und findet sich schon bei Reptilien;
- das Mobilisationssystem oder besser bekannt als „Kampf- und Flucht“-System, das über den Sympathikus vermittelt wird. Es führt zu einer Aktivierung, zu einer Erhöhung der Herzfrequenz, Ausschüttung von Glukokortikoiden und Katecholaminen („Stresshormone“), um genügend Energie zur Verfügung zu stellen, damit Organismen stressbezogene Situationen aktiv bewältigen können;
- nur bei Säugetieren gibt es ein über die myelinisierten Fasern laufendes, den ventralen Vaguschenkern entspringendes autonomes System, das der Selbstberuhigung und kognitiven Bewältigung von stressbezogenen Situationen dient. PORGES nennt es das System „Soziale Kommunikation, Engagement und Fürsorge“. Hierzu gehört die Vokalisation, das Hören und der Gesichtsausdruck. Ziel dieses hochentwickelten Systems ist die Neuroprotektion und Stabilisierung autonomer Prozesse, die Förderung einer kardialen respiratorischen Sinusarrhythmie und eines Schaffens von sozialen Verbindungen und Interaktionen, die dazu führen, dass Menschen sich sicher fühlen, sich selbst beruhigen können und so Stress bewältigen.

Bei guter Funktionsfähigkeit der beschriebenen Systeme sind Menschen problemlos in der Lage, akuten Stress zu verarbeiten. Dies gilt auch für die Mehrzahl von Traumatisierungen.

Chronischer Stress in Verbindung mit entwicklungsbiologischen Defiziten (pränatale und perinatale Faktoren) können dazu führen, dass Menschen aufgrund nicht mehr möglicher adäquater Bewältigung des Stresses erkranken.

So gilt chronischer Stress als wesentliche Ursache von Schlafstörungen, Konzentrationsproblemen, verschiedenen Formen der Depression und Angsterkrankungen und nicht zuletzt des Burn-out-Syndroms. Darüber hinaus gibt es eine enge Assoziation mit einer Vielzahl von körperlichen Erkrankungen (HELLHAMMER&HELLHAMMER 2005;2012).

Vor diesem Hintergrund habe wir uns konzeptuell dafür entschieden, weiterhin störungsspezifische, an der Leitsymptomatik orientierten Angebote für unsere Rehabilitanden anzubieten. Allerdings hat sich der Fokus verschoben auf Symptom-übergreifende, Ressourcen-orientierte Diagnostik und Therapie unter besonderer Berücksichtigung der Diagnostik und Therapie stressassoziierter Erkrankungen.

Die Diagnostik basiert auf der individuellen Lebensgeschichte, dem Erfassen peri- und pränataler Einflussfaktoren sowie psychologischen Stressmodellen, die Intensität und Ausmaß von Belastungen und deren Bewertungen durch den Patienten untersuchen.

Als spezielles testpsychologisches Instrument nutzen wir das Trierer Inventar zum Erfassen von chronischem Stress (TICS) (SCHULZ et al. 2004). Das Erfassen spezifischer Stressphänomene in der Arbeitswelt messen wir mit Hilfe des AVEM (= Arbeitsbezogene Verhaltens- und Erlebensmuster), (SCHAARSCHMIDT&FISCHER 2001) wobei hier insbesondere das Risikomuster B einen Hinweis auf nicht adäquat verarbeiteten Stress im Berufsleben gibt.

Neben diesen diagnostischen Verfahren wurden bisher Prozesse im Körper selbst, „der biologische Fingerabdruck“ von Stressphänomenen wenig oder gar nicht berücksichtigt. Dies hing zum einen mit den technischen Möglichkeiten, zum anderen mit der bisher vorwiegend störungsspezifischen konzeptionellen Ausrichtung zusammen. Bedingt durch technische Weiterentwicklungen und intensive Forschung stehen hier in den letzten Jahren nunmehr diagnostische Methoden und Modelle zur Verfügung, die wir auch in der psychosomatischen Rehabilitation nutzen können.

3.2.1 Bestimmung der Herzratenvariabilität

Unser Herz schlägt in der Regel ruhig und regelmäßig, meistens im Stillen, manchmal heftiger klopfend. Ohne dass wir uns dessen bewusst werden, dosiert das Herz immer genau die richtige Menge Blut, die durch unsere Blutgefäße und unseren Kreislauf fließt und uns befähigt, Aufgaben zu erledigen, zu denken, Sport zu machen, zu schlafen oder mit anderen Menschen Kontakt aufzunehmen.

Alle Menschen wissen, dass manchmal schon der Gedanke an bestimmte Situationen dazu führt, dass unser Herz schneller und kräftiger schlägt, z. B. wenn ich mich auf das Wiedersehen mit einem guten Freund freue. Das Herz ist also ein fein reguliertes Organ, das dafür sorgt, dass immer gerade so viel Energie bereitgestellt wird, wie wir für die jeweilige Aufgabe, die vor uns liegt, benötigen.

Es ist deshalb nicht erstaunlich, dass unsere Herzschläge auch im Ruhezustand nicht so gleichmäßig wie der Takt eines Metronoms oder das Klopfen eines Spechtes sind, sondern im Gegenteil, sich eine „ruhige Unregelmäßigkeit“ findet. Diese ist uns in der Regel nicht bewusst, kann aber unter Nutzung der heutigen technischen Möglichkeiten leicht bestimmt werden.

In der modernen wissenschaftlichen Medizin wird die „ruhige Unregelmäßigkeit“ des Herzschlages aus der Ableitung des Ruhe-EKGs errechnet und praktisch nutzbar durch verschiedene spezielle Grafiken dargestellt (WITTLING&WITTLING 2012).

Die HRV wird mittels eines „HRV-Scanners“ aufgezeichnet. Hierbei liegen Patienten nach einer vorhergehenden kurzen Ruhephase für 5 Min. entspannt in einem Sessel und es wird ein Ruhe EKG aufgezeichnet. Im Anschluss daran wird im Computer das EKG analysiert und die Herzratenvariabilität bestimmt.

Welche Informationen bekommen wir durch die HRV - Bestimmung?
Unser Herz erhält Nervenfasern vom vegetativen Nervensystem. Dieses Nervensystem arbeitet unbewusst, weshalb es auch als „autonomes Nervensystem (ANS)“ bezeichnet wird. Das autonome Nervensystem hat zwei Anteile:

Ein „Gaspedal“ und eine „Bremse“, wobei die Bremse besonders wichtig ist. Sie unterscheidet zwischen fein abgestuften Bremsungen und wenn nötig einer „Gefahrenbremsung“. Das Gaspedal ist das Sympathikus - Nervengeflecht, die Bremsen bestehen aus dem Parasympathikus, der seine Nervenfasern wesentlich über den in unserem Körper weit verzweigten Vagus-Nerv schickt. Unser Herz erhält nun vom Sympathikus und vom Parasympathikus Nervenfasern, so dass es eine feine Regulierung zwischen Gas- und Bremsfunktion gibt („vegetative Balance“).

Wir wissen aus vielen wissenschaftlichen Studien, dass Gesundheit, Wohlbefinden und Leistungsfähigkeit maßgeblich vom Zustand unseres vegetativen Nervensystems bestimmt werden. Insbesondere mit Stress im Zusammenhang stehende Beschwerden und Erkrankungen sind häufig auf eine Fehlsteuerung der vegetativen Balance zurückzuführen.

Hier nun setzt der HRV-Scann an:

Durch die Bestimmung der HRV gewinnen wir indirekt Einblick in die Balance und Funktionsweise des autonomen Nervensystems. Wir erhalten wesentliche Informationen darüber, ob die „innere Bremse“ ausreichend fein abgestimmt ist und gut funktioniert. Ist die innere Bremse zu schwach ausgeprägt, dann kann dies zu körperlichen und seelischen Beschwerden führen und die Erholungsfähigkeit des Körpers reduzieren. Ist das Gaspedal ständig aktiviert und hat dadurch die innere Bremse wenig Chance, regulierend einzugreifen, kann es zu unterschiedlichsten körperlichen Krankheiten kommen wie z. B. Bluthochdruck, Herzerkrankungen und Stoffwechselstörungen (z. B. bestimmte Formen von Diabetes). Auch für die Konzentration und das Lernen ist es sehr ungünstig, wenn Menschen zu sehr unter „innerem Strom“ stehen. Sie werden dünnhäutiger, empfinden negativen Stress, sind unausgeglichen und werden reizbar. Hält dieser Zustand über lange Zeit an, können daraus Erkrankungen entstehen wie z. B. Depressionen, Angst- und Panikstörungen oder körperliche Symptome ohne krankhaften Organbefund (somatoforme Störungen).

Die HRV ist von vielen Faktoren abhängig, z. B. ob Patienten vorher Kaffee getrunken haben, geraucht haben, wie gut sie die Nacht vorher geschlafen haben, welche Medikamente sie einnehmen u. a.

Insofern ist die Interpretation der Ergebnisse in jedem Falle nur mit diesen Informationen möglich und ist eine ärztliche/bezugstherapeutische Aufgabe.

3.2.2 Neuropattern™ Diagnostik

Die komplexen Zusammenhänge und Ursachen für stressbezogene Beschwerden machen neben der Kenntnis biografischer Faktoren auch das Erfassen psychischer, körperlicher und biologischer Signale notwendig, die mit einer Stressreaktion assoziiert sind. Wichtig ist dabei, dass diese Faktoren miteinander in Beziehung gesetzt werden, da es keine „1:1-Korrelation“ zwischen subjektivem Stressempfinden und körperlicher Stressreaktion gibt. Neuropattern™ (HELLHAMMER&HELLHAMMER 2008; HELLHAMMER et al. 2012)) sind ein Diagnostiksystem, das Rückschlüsse auf individuelle Dysregulationen stressrelevanter biologischer Systeme zulässt. Die Neuropattern™ Diagnostik wurde fachübergreifend an der Universität Trier entwickelt und ist eine wissenschaftliche Methode zur speziellen Stressdiagnostik, die der vorhandenen Komplexität und Heterogenität in diesem Felde Rechnung trägt. Durch die Messung und Erfassung psychischer und lebensgeschichtlicher Faktoren, körperlicher Stressreaktionen und biologischer Regulationssysteme lassen sich charakteristische Muster („Neuropatterns“) erfassen, die zum einen konkrete Hinweise auf mögliche Krankheitsursachen geben zum anderen auch die weitere Behandlung mitbestimmen.

Wir kooperieren in der Neuropattern™-Diagnostik mit dem Stresszentrum in Trier. Unsere MitarbeiterInnen wurden vor der Implementierung von Neuropattern™ intensiv geschult.

Die Neuropattern™ -Diagnostik besteht in der Messung von psychischen, körperlichen und biologischen Daten. Patienten geben Auskunft über soweit ihnen bekannte prä- und perinatale Faktoren, über ihre persönliche Entwicklung und Lebensgeschichte, Ärzte über den bisherigen Krankheitsverlauf, Einsatz und Nutzen verschiedener Behandlungsmethoden sowie Ko-Morbiditäten.

Als biologische Marker wird zum einen die Herzratenvariabilität (HRV) über einen längeren Zeitraum erfasst.

Zusätzlich wird aus Speichelproben das Tagesprofil der Cortisol-Ausschüttung erfasst und die Funktion der Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrinden-Achse (HPA-Achse) geprüft. Die HPA-Achse dient der Sekretionsregulation der Glukokortikoide. Dysregulation in diesem Bereich können an der Entstehung und Aufrechterhaltung von emotionalen und kognitiven Prozessen im Rahmen der Stressreaktion beteiligt sein.

Im klinischen Alltag wird mit Hilfe von 16 Salivetten zur Sammlung von Speichelproben und einem kleinen, am Körper fixierten EKG-Gerät der biologische Teil der Neuropattern™ -Diagnostik durchgeführt. Die Untersuchung dauert inklusive Vorbereitung und Erfassen der psychometrischen Diagnostik 4 Tage.

In Kooperation mit dem Stresszentrum Trier (www.stresszentrum-trier.de) wird dort die Auswertung der psychometrischen und biologischen Parameter vorgenommen und analysiert, inwieweit sich ein Patient einem bestimmten Neuropattern zuordnen lässt. Innerhalb von 4 Tagen erhalten wir eine individuelle Rückmeldung, die für uns eine fundierte Grundlage für die weitere Behandlung der Rehabilitanden ist. Der intensive Austausch mit dem Stresszentrum Trier ermöglicht eine individuelle Anpassung des Behandlungsprogramms noch während der stationären psychosomatischen Rehabilitation. Darüber hinaus besteht die Möglichkeit, ein für den Patienten speziell angepasstes online-Betreuungsprogramm für die ersten 3 Monate nach Entlassung aus der Rehabilitation zur Verfügung zu stellen.

3.2.3 Stressmedizin: spezielle Behandlungsangebote

Im Rahmen unseres Basisprogramms und der fakultativen, teilweise störungsspezifischen Behandlungsangebote werden bereits stressmedizinische Behandlungsverfahren eingesetzt. Es sind dies die Entspannungstrainings, Achtsamkeitsübungen, Bewegungstherapie und das Atembiofeedback.

Im Zuge der Implementierung des Schwerpunkts „Stressmedizin“ haben wir ergänzend zu dem unter Neuropatterns ausgeführten zwei weitere Verfahren implementiert, um sie auch psychosomatischen Rehabilitanden im klinischen Kontext nutzbar zu machen.

Es sind dies:

3.3.1 HRV-Biofeedback – Training

Nach Diagnostik und Besprechung der HRV Befund bieten wir Patienten mit eingeschränkter HRV, die nicht durch organische Veränderungen begründet ist, eine spezialisierten „Trainingsbehandlung“, das HRV Biofeedback, an.

Ziel ist die Verbesserung der Herzratenvariabilität (HRV) durch Rhythmisierung von Atmung und Herzschlag, wodurch insbesondere die „vagale Bremse“ in ihrer Funktion gefördert wird.

Im HRV-Biofeedback wird über optische Signale (z. B. ein fliegender Schmetterling oder Farben) zurückgemeldet, wie Herzschlag und Atmung rhythmisiert und synchronisiert sind. Über gezielte Beeinflussung der Atmung haben Patienten die Möglichkeit, die Rhythmisierung zwischen Atmung und Herzschlag gezielt zu erhöhen und so ihre Herzratenvariabilität günstig zu beeinflussen.

Durch diesen „Biofeedback - Effekt“ lernen Patienten, eine zunehmende Stärkung der „vagalen Bremse“ vorzunehmen, was sich neben in einer Verbesserung und Zunahme Ihrer Herzratenvariabilität auch in einem subjektiven Gefühl, sich aktiv selbst beruhigen zu können und besser „umschalten zu können“ zeigt.

Es geht beim HRV-Biofeedbacktraining neben der Entspannung besonders darum, die Fähigkeit zu erlernen, bewusst die Regulationsfähigkeit des autonomen Nervensystems (ANS) zu fördern. Dies hilft Patienten dabei, sich im Alltag schneller selbst zu beruhigen und Regenerationsphasen optimal auszuschöpfen (Förderung der „tropotrophen Achse“).

3.3.2 AVWF® (Audio-Visuelle Wahrnehmungsförderung)

Der Entwickler der AVWF® hat die Methode zunächst zur Lernförderung bei Kindern und Jugendlichen mit Störungen der Aufnahmefähigkeit entwickelt. Seit 2007 wird AVWF® regelhaft von Hochleistungssportlern zu Trainingszwecken genutzt (CONRADY 2012).

Ausgehend von der polyvagalen Theorie von PORGES (2010) werden dazu Schallwellen in Musikstücken derart moduliert, dass sie über in der Mittelohrmuskulatur gelegenen Nervenfasern das autonome Nervensystem (ANS) stimulieren und wieder in Balance bringen. Die vegetative Balance besteht aus einem ausgewogenen Gleichgewicht zwischen „Gas geben“ und einem fein abgestimmten „Bremsystem“. Während das Gaspedal über die Nervenfasern des Sympathikus läuft, ist die Feinregelung der Bremse über den Parasympathikus geregelt, hier insbesondere über den Vagusnerv. Beim Bremsystem gibt es allerdings eine Besonderheit: während die fein abgestuften Bremsungen von unserem Organismus gut vertragen werden, gibt es für den absoluten Notfall, d. h. wenn Lebensgefahr besteht, eine „Vollbremsung“. Man nennt dies den „Totstellreflex“. Bei Patienten kann sich dies z. B. darin äußern, dass ein Mensch mit übermächtiger Angst plötzlich ohnmächtig wird oder es im Rahmen der Vollbremsung zum Auftreten von Herzrhythmusstörungen kommt. Insofern kommt der gezielten Stimulation des Vagusanteils, der die fein abgestimmte Bremsfunktion reguliert, eine besondere Bedeutung zu (der ventrale Vaguskomplex).

Praktisch führen wir die Behandlung wie folgt durch:

Patienten hören über spezielle Kopfhörer Musik unterschiedlicher Stilrichtungen. Das Besondere an dieser Musik ist, dass die Frequenzen moduliert sind, etwas, was für unser Gehör nicht wahrnehmbar ist (Ausnahme: Menschen mit dem „absoluten Gehör“). Durch die Frequenzmodulation wird im Bereich des Hirnstamms (das „Erdgeschoss“ unseres Gehirns) der Teil des Vagusnerves stimuliert, der dazu notwendig ist, fein abgestufte kleine Bremsungen durchzuführen. Wir nehmen dies als Selbstberuhigung wahr.

Durch diese positive Beeinflussung des autonomen Nervensystems treten Effekte auf, die sich dann im Alltag bemerkbar machen können durch eine Erhöhung der Geschwindigkeit der Informationsverarbeitung des Gehirns, was sich u. a. in einer besseren Konzentration und mentalen Leistungsfähigkeit zeigen kann. Wer „den Kopf frei hat“, kann seine Fähigkeiten optimal entfalten; dies gilt sowohl für das geistige als auch für das körperliche Leistungsvermögen.

4. Berufliche Orientierung in der psychosomatischen Rehabilitation – MBOR

4.1 Diagnostik und Einführung in die Sozialmedizin

Sozialmedizinische Probleme sind bei vielen Patienten einer Rehabilitationsklinik in der Behandlungsplanung vordringlich zu berücksichtigen. Insbesondere gilt dies für so genannte „sozialmedizinische Problempatienten“ (OLBRICH 1996). Es sind dies Patienten im Rentenantragsverfahren, mit geplanter Rentenantragsstellung, Patienten im Zeitrentenbezug und Patienten mit einer durchgehenden Arbeitsunfähigkeit von mehr als 3 Monaten vor der Aufnahme.

Diese Faktoren spielen in vielen Fällen für die Behandlungsprognose eine wesentliche Rolle und werden in verschiedenen Studien als negativer Prädiktor für ein gutes Behandlungsergebnis beschrieben (OLBRICH 1998; PFINGSTEN & HILDEBRAND 1998).

67% unserer psychosomatischen Rehabilitanden sind „sozialmedizinische Problempatienten“, so dass Angebote für diese Gruppe zum Kernstück unseres Handelns gehören.

In den letzten Jahren ist seitens der Rentenversicherung besonderes Augenmerk auf spezielle Angebote für Patienten mit „besonderen beruflichen Problemlagen; sogenannte „BBPL“ Rehabilitanden gerichtet worden und in einem Anforderungsprofil niedergelegt worden, welche Erwartungen seitens der Rentenversicherung zur Versorgung dieser Patientengruppe bestehen (DEUTSCHE RENTENVERSICHERUNG 2010). BBPL Rehabilitanden sind weitgehend identisch mit „sozialmedizinischen Problempatienten“.

Im „Anforderungsprofil zur Durchführung der medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation (MBOR) im Auftrag der Deutschen Rentenversicherung wird differenziert zwischen

- beruflich orientierten Basisangeboten
- MBOR – Kernmaßnahmen und
- spezifischen MBOR Maßnahmen

In der Klinik Lipperland haben wir ein strukturiertes Vorgehen bei BBPL Rehabilitanden und halten Angebote für alle MBOR Bereiche bereit.

4.2. beruflich orientierte Basisangebote

In einer ersten Phase wird ein berufsbezogener Fragebogen und spezielle Testdiagnostik eingesetzt. Der Fragebogen erfasst objektive Daten wie AU-Zeiten, aber auch persönliche Einschätzungen wie eine geplante Rentenantragstellung, Wunsch nach Bearbeitung berufsspezifischer

Themen und Einschätzung der eigenen Belastbarkeit. Es gibt große Überschneidungen mit dem standardisierten SIMBO Fragebogen.

Als Standardinstrumente nutzen wir den WAI (=Work Ability Index) und den AVEM (=Arbeitsbezogene Erlebens- und Verhaltensmuster) (SCHARSCHMID&FISCHER 2003). Fakultativ setzen wir zum Erfassen von Arbeitsplatzphobien die „Job-Angst-Skala (JAS)“ (MUSCHALLA 2008; MUSCHALLA et al. 2010) ein.

Im Aufnahmegespräch werden dann von Arzt, Bezugstherapeut und Sozialarbeiterin orientiert an einer „Checkliste“ und unter Nutzung des MINI-ICF (LINDEN, BARON & MUSCHALLA 2008) folgende Bereiche erfasst und mit dem Rehabilitanden erörtert:

- beruflicher Werdegang und Arbeitsbiografie
- Situation am vorhandenen Arbeitsplatz (insbesondere Möglichkeiten der
- Adaptation, Umsetzung, Teilzeit, etc.) ;bei nicht vorhandenem Arbeitsplatz und Patienten ohne Berufsausbildung:
 - Welche Möglichkeiten gibt es?
 - bei Patienten mit AU-Zeiten Fragen der Aussteuerung und nachfolgende Maßnahmen.
 - Ist der Einbezug der ambulanten externen Reha-Fachberater sinnvoll?
 - Wie ist die subjektive Einschätzung der Patienten zu Fragen der Arbeitsplatzsicherheit, Arbeitsplatzkonflikten und zur Bedeutung der Arbeit?

4.3 MBOR - Kernmaßnahmen

Sämtliche sozialmedizinischen Problempatienten nehmen mindestens einmal an einer themenzentrierten Gruppe „Einführungsgruppe Sozialmedizin“ teil. In dieser Gruppe werden Informationen zur Arbeitsfähigkeit, AU - Voraussetzungen, versicherungsrechtliche Aspekte, Fragen der Rehabilitation, des Schwerbehindertenrechts und allgemeine Informationen vermittelt.

Darauf aufbauend finden Einzelberatungen zu Fragen der beruflichen Rehabilitation statt. Hier werden Möglichkeiten von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA) erörtert und oft gemeinsam mit der externen Reha-Beratung in die Wege geleitet, es wird die Nachsorge organisiert und zunehmend breiteren Raum einnehmend die stufenweise Wiedereingliederung im Anschluss an die medizinische Rehabilitation in die Wege geleitet.

Ergänzend zur Einführungsgruppe findet dann fortlaufend eine „Sozialmedizinische Gruppe“, statt. In diesen strukturierten, themenzentrierten Gruppen werden in drei Abschnitten die Grundlagen der sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung vorgestellt, Einzelfälle durchgesprochen, auf das Schwerbehindertenrecht fokussiert und in einer

dritten Einheit über die Möglichkeiten und Grenzen von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben gesprochen. Danach haben die Patienten die Möglichkeit, weitere Einzelberatungstermine in unserem Sozialdienst wahrzunehmen. Dies ist verpflichtend für die Rehabilitanden, bei denen eine stufenweise Wiedereingliederung durchgeführt wird.

Die Sozialberatung orientiert sich an der möglichst frühzeitig zu erstellenden sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung.

Grundlage hierfür ist die Verhaltensbeobachtung während der Rehabilitation, medizinische und psychopathologische Diagnostik, spezielle ergotherapeutische Diagnostik und der Einsatz des MINI-ICF zum standardisierten Erfassen der Krankheitsfolgen.

Mit dem Reha-Team werden regelmäßige sozialmedizinische „Konsensuskonferenzen“ in den Teambesprechungen durchgeführt, in denen unterschiedliche Wahrnehmungen und Verhaltensbeobachtungen über Patienten zusammengetragen werden.

Ziel ist eine medizinisch-psychosomatisch-psychosoziale Gesamtschau des Patienten, wobei sowohl die somatischen als auch die psychogenen Aspekte hinreichend gewürdigt werden sollen. Dies alles mündet dann in eine differenzierte sozialmedizinische Stellungnahme im Entlassungsbericht ein. Grundlagen hierfür sind die Leitlinien für die sozialmedizinische Beurteilung von Menschen mit psychischen Störungen. (DEUTSCHE RENTENVERSICHERUNG BUND 2012).

Dem Sozialdienst der Klinik Lipperland kommt neben den beschriebenen Aufgaben eine wesentliche Koordination und Betreuungsfunktion zu. Soweit möglich, soll bereits in der Rehabilitationsklinik die konkrete Planung für die poststationäre Rehabilitationsphase abgeschlossen sein.

Besondere Bedeutung kommt der zeitnahen stufenweisen Wiedereingliederung an dem alten Arbeitsplatz zu. Seit der gesetzlichen Neuregelungen im SGB IX, wonach die Rentenversicherung Kostenträger für zeitnahe, an stationäre Rehabilitation anschließende stufenweise Wiedereingliederung ist, führen wir bei ca. 10% unserer Rehabilitanden solche Maßnahmen durch (ca. 140 Fälle pro Jahr). Dabei kommt den Sozialarbeiterinnen eine zentrale Bedeutung zu, die in Absprache mit den Ärzten, den Arbeitgebern vor Ort und den Rehabilitanden differenzierte Wiedereingliederungspläne auf den Weg bringen.

Patienten erhalten außerdem Informationen zu Service- und Beratungsstellen vor Ort, Selbsthilfegruppen sowie Informationen über Voraussetzungen und Möglichkeiten von Leistungen zur Teilhabe.

4.3.1 berufsbezogene, lösungsorientierte Gruppenpsychotherapie

Ein spezielles therapeutisches Angebot für BBPL Rehabilitanden, die Motivation für die Bearbeitung berufsbezogener Konflikte und die Fähigkeit

zur Reflexion eigener Verhaltensweisen haben, ist die berufsbezogene, lösungsorientierte Gruppenpsychotherapie.

Dabei wird ein ressourcenorientierter Zugang gewählt, bei dem Elemente aus dem ZAZO Gruppentraining, dem ZRM Training und lösungsorientierten psychotherapeutischen Verfahren genutzt werden.

Alle Teilnehmer lernen im AVEM ihr arbeitsbezogenes Verhaltens- und Erlebensmuster kennen und davon ausgehend eine Förderung des Umgangs mit Belastungen im beruflichen Alltag. Meist geht es um eine Förderung der Distanzierungsfähigkeit und Steigerung der Lebenszufriedenheit. Die Gruppen sind halboffen, finden dreimal wöchentlich für je 90 Min. statt und laufen während der gesamten Dauer der Rehabilitation.

4.4 spezielle berufsbezogene Diagnostik und Arbeitsplatztraining (spezifische MBOR – Massnahmen)

4.4.1 Das FCE-System SAPPHIRE – Messung der körperlichen Funktionskapazität

Mit FCE-System Sapphire steht ein Verfahren zur gerätegestützten Testung der arbeitsbezogenen Funktionskapazität (=FCE) zur Verfügung. Es handelt sich um ein Assessment zur objektiven Untersuchung der funktionellen körperlichen Leistungsfähigkeit von Patienten, um spezifische und wesentliche Arbeitsanforderungen zu erfassen und in Bezug zu den beruflichen Leistungsanforderungen setzen zu können (Profilvergleich). So wird eine Objektivierung der körperlichen Leistungsfähigkeit von Patienten bezogen auf ein spezifisches Berufsprofil möglich.

Sapphire beinhaltet drei Testblöcke, die eine umfassende Beurteilung der körperlichen Leistungsfähigkeit in allen Arbeitsplatzbereichen ermöglicht. Die Patienten werden mit einem standardisierten Programm getestet, so dass computergestützte Vergleiche zu geforderten Arbeitsplatzprofilen ermöglicht werden. Gemessen werden statisches und dynamisches Heben, Schieben, Tragen und Ziehen. Weitere Testergebnisse erfassen die Gesamtkörperbeweglichkeit sowie die Finger- und Handfertigkeit. Die Effektivität (Produktivität) der Patienten wird in Zeiteinheiten gemessen, die sich an anerkannten Arbeitsanforderungsmessungen orientieren.

Die Sapphire-Testdiagnostik ist zeitlich und fachlich aufwändig. Es ist von einer 2-stündigen Untersuchungszeit auszugehen, wobei das System von speziell geschulten und zertifizierten Mitarbeitern aus der Ergotherapie und Physiotherapie betreut wird. Sapphire gehört zu den „spezifischen MBOR-Maßnahmen“. Insofern kommt diese Diagnostik nur nach spezieller Indikationsstellung für einen Teil der MBOR-Patienten zur Anwendung.

4.4.2 Standardisierte Arbeitsproben – IDA und MELBA

Die Einschätzung beruflicher Schlüsselqualifikation ist Kernstück jeder gezielten beruflichen Rehabilitation und wesentlicher Bestandteil der medizinischen Rehabilitation.

Das System MELBA (= psychologische Merkmalsprofile zur Eingliederung Behinderter in Arbeit) und davon abgeleitet das System IDA (= Instrumentarium zur Diagnostik von Arbeitsfähigkeiten) sind standardisierte Instrumente, die ökonomisch und flexibel einsetzbar sind. Sie liefern eine differenzierte Einschätzung der individuellen Fähigkeiten von Rehabilitanden im Kontext berufsbezogener Anforderungsprofile.

Während MELBA 29 Merkmale erfasst wird mit IDA über spezifische Arbeitsproben mit vorgegebenen Arbeitsmaterialien eine Aussage über 14 berufsrelevante Merkmale gemacht.

Die Bearbeitung der IDA Arbeitsproben ist voraussetzungsfrei, kann unabhängig vom Alter des Rehabilitanden eingesetzt werden und ist ökonomisch und flexibel. Es sind keine speziellen Räumlichkeiten erforderlich und mit einem Aufwand von 3 Stunden ein überschaubarer zeitlicher Rahmen gegeben.

Um die Verfahren anwenden zu können sind die Mitarbeiterinnen unserer Ergotherapie entsprechend geschult und qualifiziert.

4.4.3 Das Arbeitsplatz – Trainingszentrum (APT)

Das Rehasentrum verfügt über ein Arbeitsplatz-Trainingszentrum, das ergonomisch ausgestattet ist. Ein Teil des Trainingszentrums enthält PC gestützte, vernetzte Anwendungen verschiedener Trainings und Belastungserprobungen, der andere Teil dient dem Training für Rücken-gerechtes ergonomisches Arbeiten, orientiert an den Grundsätzen der Kinästhetik.

Folgende Angebote finden in unserem APT statt:

- ergonomische Arbeitsplatzberatung
- Erprobung von Hilfsmitteln
- Büroarbeitsplatztraining
- PC-gestütztes Aktivitätstraining
- berufliches Wiedereingliederungstraining
- Berufsvorbereitungstraining
- Seminare für Rücken – schonendes Arbeiten nach den Grundsätzen der Kinästhetik für Pflegekräfte und pflegende Angehörige
- Konzentrations- und Gedächtnistraining

Sämtliche Leistungen werden von speziell geschulten und zertifizierten Ergotherapeutinnen und Pflegekräften erbracht.

5. Vernetzung

5.1 Wohnortnahe psychosomatische Rehabilitation – Vernetzung mit ambulanten Behandlern in der Region

Im Bestreben, Modelle integrierter Versorgung im Gesundheitssystem zu implementieren und die Vernetzung der Akteure im Gesundheitswesen in der Region zu fördern, wurde in der Klinik Lipperland in den Jahren 2003 bis 2008 ein Modellprojekt entwickelt, das zu einer Vernetzung von Rehazentrum, niedergelassenen Ärzten und Betriebsmedizinern in der Region führte.

Ziel war die Qualitätsverbesserung in der Zuweisung zur psychosomatischen Rehabilitation unter Einbezug der KV- zugelassenen Ärzte und psychologischen Psychotherapeuten in der Region. Den Hausärzten kommt als Primärversorger im Gesundheitswesen eine besondere Rolle zu, sind sie doch in erster Linie dafür zuständig, dass bedarfsgerecht und zeitnah Rehabilitation in die Wege geleitet wird, um Erwerbsfähigkeit zu vermeiden oder frühzeitig wieder herzustellen.

Es wurde in den Jahren zwischen 2003 und 2006 gemeinsam mit der Klinik Flachsheide erprobt, inwieweit es durch diese Verzahnung möglich sei, zeit- und wohnortnah frühzeitig die Indikation für psychosomatische Rehabilitationsbehandlung zu stellen. Im Laufe des Projektes entstanden mannigfaltige Kontakte zu ambulanten Ärzten, Psychologen und Betriebsmedizinern in der Region. Die Kontakte wurden von der ortsansässigen Kassenärztlichen Vereinigung (KV) unterstützt.

Nachdem in einem Zwischenbericht (OLBRICH & DAMHORST 2005) die Ergebnisse vorgestellt worden waren, wurde dann die wohnortnahe vernetzte Zuweisung zur psychosomatischen Rehabilitation von Ärzten und Psychologen aus der Region ein ergänzender Zugangsweg zu den bisher üblichen Rehabilitationszugangswegen in die Psychosomatik.

Es hat sich gezeigt, dass die Implementierung der wohnortnahen psychosomatischen Rehabilitation unter Einbezug der niedergelassenen Ärzte und Psychologen zu einer zielgenaueren und zeitnäheren psychosomatischen Rehabilitationsbehandlung führt. Die Behandlungsergebnisse dieser Patientengruppe sind deutlich besser, als die der auf dem üblichen Weg zugewiesenen Patienten. Es findet eine differenzierte Indikationsstellung für die psychosomatische Rehabilitationsbehandlung statt. Weitere Effekte der wohnortnahen psychosomatischen Rehabilitation sind die Förderung der ganztags-ambulanten (teilstationären) Behandlungen und eine Verbesserung des Wissens über Rehabilitationsmöglichkeiten bei niedergelassenen Behandlern in der Region. Insofern hat das „Modellprojekt Bad Salzuflen“ für die wohnortnahe psychosomatische Rehabilitation einen wesentlichen Beitrag

zu einer integrierten Versorgung psychisch Kranker in der Region Ostwestfalen - Lippe geleistet.

5.2 Externe Qualitätszirkel

Ausgehend von den Kontakten aus dem Modellprojekt Bad Salzuflen besteht seit Jahren ein externer Qualitätszirkel von Chefarzten und Ärztlichen Direktoren Psychosomatischer Rehabilitationskliniken in Ostwestfalen. Der Ärztliche Direktor des Reha-Zentrums der DRV Bund tauscht sich hier mit Kollegen aus Vertragskliniken bei dreimal jährlich stattfindenden Treffen über aktuelle Entwicklungen in der psychosomatischen Rehabilitation, Reha-standards und sozialmedizinische Fragen aus.

Die Treffen werden protokolliert und sind Grundlage für eine kontinuierliche Zusammenarbeit. Mittlerweile nehmen insgesamt 12 psychosomatische Rehabilitationskliniken aus ganz Nordrhein-Westfalen an dem Qualitätszirkel teil.

5.3 Reha-Symposien und Reha-Werkstatt

Seit 2008 werden vom Reha-Zentrum Bad Salzuflen regelmäßig überregionale Symposien zu aktuellen Themen aus der Rehabilitation und insbesondere zur beruflichen Orientierung durchgeführt.

Es hat sich hier eine enge Kooperation mit der Berolina Klinik in Löhne (Ärztlicher Direktor Prof. Gerhard Schmid-Ott) entwickelt, so dass jährlich Symposien organisiert werden können, die entweder im Reha-Zentrum Bad Salzuflen der DRV Bund oder der Berolina Klinik durchgeführt werden.

Ziel der Veranstaltungen ist ein enger Praxisbezug und Austausch über aktuelle Reha-Konzepte, spezielle Angebote und Erfahrungen. Hierzu werden spezielle Arbeitsgruppen i.S. einer „Reha-Werkstatt“ angeboten, die das Vortragsprogramm ergänzen.

In diesem Kontext hat sich eine Arbeitsgruppe zur medizinisch-beruflich-orientierten Rehabilitation (MBOR) etabliert, die kontinuierlich unterschiedliche Schwerpunkte der Thematik beleuchtet, etabliert.

Jedes Reha-Symposium hat einen thematischen Schwerpunkt, der aus unterschiedlichen Perspektiven beleuchtet wird, z.B. „Reha in einer globalisierten Arbeitswelt“; „Prävention und berufliche Orientierung“; „demografischer Wandel und Rehabilitation“ um einige zu nennen.

5.4. Psychosomatische Rehabilitationsnachsorgegruppen im Rahmen des PSYRENA – Konzeptes der Deutschen Rentenversicherung

Es besteht Einigkeit darüber, dass die langfristigen Effekte einer stationären psychosomatischen Rehabilitationsbehandlung wesentlich vom Transfer in den Alltag abhängen. Dies gelingt umso besser, je konkreter

Strukturen vor Ort zur Verfügung stehen, um das in der psychosomatischen Reha-Behandlung Erarbeitete weiter zu begleiten und zu festigen.

Die ambulante psychosomatische Rehabilitationsnachsorge ist ein Angebot der Deutschen Rentenversicherung Bund im Rahmen des „IRENA - Programms“ (Intensivierte Reha - Nachsorge) bzw. der Deutschen Rentenversicherung Westfalen als sogen. „PRN - Programm“ (Psychosomatische Reha-Nachsorge).

Ziel ist die Fortführung und Begleitung der stationären Rehabilitationsziele im Alltag, ein Stück Behandlungscoordination unter Berücksichtigung berufsspezifischer und sozialmedizinischer Fragestellungen vor Ort, der Transfer der stationären Rehabilitationsergebnisse in den Alltag und ggf. die Hilfestellung zur Aufnahme einer ambulanten Psychotherapie, sofern eine Indikation hierzu besteht.

Es gibt umfassende Erfahrungen mit einem psychosomatischen Rehabilitationsnachsorgeprogramm, das ab 1993 implementiert und erprobt wurde und dessen Effizienz und Effekte wissenschaftlich belegt sind (KOBELT et al. 2001). Es handelt sich um psychosomatische Nachsorgegruppen, die sich einmal wöchentlich über einen Zeitraum von insgesamt 25 Sitzungen (ca. 6 Monate) treffen. Sie sind bekannt geworden unter dem Namen „Curriculum Hannover“.

Wir führen in der Klinik Lipperland kontinuierlich psychosomatische Reha-Nachsorgegruppen angelehnt an das Curriculum Hannover durch, die z.T. für Rehabilitanden genutzt werden, die zuvor stationär oder ganztags ambulant in der Klinik Lipperland rehabilitiert wurden bzw. von anderen psychosomatischen Rehabilitanden, die wohnortfern in anderen Reha-Kliniken waren.

Pro Jahr werden derzeit ca. 90 Patientinnen und Patienten in der psychosomatischen Reha-Nachsorge betreut, die ihre besondere Funktion darin hat, nicht ambulante Richtlinienpsychotherapie ersetzen zu wollen oder zu können, sondern immer den Bezug zur Ressourcenorientierung und zu Alltag und Beruf wahrt. Entsprechend ist das therapeutische Vorgehen in dieser Gruppe sehr viel aktiver, als in psychodynamischen Gruppenpsychotherapien. Gleichwohl spielen Fragen der Gruppendynamik und der individuellen lebensgeschichtlichen Konstellation eine bedeutsame Rolle, so dass die Nachsorgegruppen in jedem Falle von gruppentherapeutisch ausgebildeten ärztlichen und psychologischen Reha-Therapeuten betreut werden, die jeweils durch die Rentenversicherung als Nachsorgetherapeuten zugelassen sind.

Die Klinik Lipperland bietet darüber hinaus ihren stationären Rehabilitanden die Möglichkeit von PSYRENA-Maßnahmen an. Bei ca. 16% unserer Patientinnen und Patienten ziehen wir die Indikation für psychosomatische Rehabilitationsnachsorge-Gruppen und leiten entsprechende Verordnungen in die Wege.

6. Ausstattung und Struktur

6.1. Apparative Ausstattung

- Atembiofeedbackgerät (RFB) nach LEUNER;
- Herzratenvariabilitäts- Biofeedback (HRV-Biofeedback) und mobiles System Qui;
- Computergestützte psychologische Testdiagnostik mit dem Wiener-Testsystem;
- papierloses EEG;
- Dopplersonographie
- EKG, Belastungs-EKG, Langzeit-EKG;
- Langzeit-Blutdruckmessung;
- Ultraschall und Echokardiographie;
- externes Labor
- in Kooperation externes digitales Röntgen mit interner Auswertung
- Sonographie
- in Kooperation Lungenfunktionsprüfung und Spirometrie

6.2. Personelle Ausstattung

Der Stellenplan orientiert sich an den Personalanzahlzahlen in den Orientierungsstellenplänen der Deutschen Rentenversicherung und den fachlichen Notwendigkeiten für eine qualifizierte psychosomatische Rehabilitation (BERNHARD 2008).

Stellenplan und Qualifikationsmerkmale einzelner Mitarbeiter und Berufsgruppen:

Der Ärztliche Direktor ist Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Neurologie, und Psychiatrie mit den Zusatzbezeichnungen Sozialmedizin, Rehabilitationswesen und Ärztliches Qualitätsmanagement;

ein Oberarzt ist Facharzt für Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie mit den Zusatzbezeichnungen Sozialmedizin und Rehabilitationswesen;

eine Oberärztin ist Fachärztin für Neurologie, Psychiatrie und Psychosomatische Medizin und Psychotherapie mit den Zusatzbezeichnung Sozialmedizin, Rehabilitationswesen und suchtmmedizinische Grundversorgung;

ein Oberarzt ist Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie mit Zusatzbezeichnungen Sozialmedizin und Rehabilitationswesen.

Eine Oberärztin ist Internistin mit den Zusatzbezeichnungen Sozialmedizin, Rehabilitationswesen, Physikalische Therapie und Sportmedizin. Sie betreut alle Rehabilitanden des Rehasentrums internistisch.

Zum Behandlungsteam gehören weiter:;

9 Stationsärzte/-ärztinnen,

Qualifikationen: 5 Fachärztinnen (Allgemeinmedizin, Innere Medizin)

2 Ärztinnen mit Zusatzbezeichnung „Psychotherapie“

1 Arzt mit Zusatzbezeichnung „Sozialmedizin“

Sämtliche Ärzte/Ärztinnen verfügen über Erfahrungen in der stationären Rehabilitation.

8 Psychologen/innen (überwiegend mit Approbation)

Es gibt Mitarbeiter/innen in den Bereichen:

Tanz- und Bewegungstherapie, integrativer- und konzentrativer Bewegungstherapie;

Ergotherapie;

psychologisch-technische Assistenz, wobei eine Mitarbeiterin über eine Ausbildung als Trainerin für „mentales Aktivierungstraining (MAT)“ und Achtsamkeit (MBSR) verfügt;

ein Funktionsdienst mit 2 MTAs, die neben der Diagnostik im Bio-Feedback, der Posturografie, der Neuropattern™ Diagnostik, der progressiven Muskelentspannung und der Basisdokumentation (PSY-BADO) tätig sind.

Dem Sozialdienst stehen 1,75 Stellen für SozialarbeiterInnen zur Verfügung.

Für die Tätigkeit einer Qualitätsmanagement-Beauftragten als Stabsstelle zur Klinikleitung steht eine Stelle für das gesamte Rehaszentrum zur Verfügung.

Die 166 stationären und bis zu 6 ganztags-ambulanten Behandlungsplätze der Abteilung verteilen sich auf 6 Stationen. Diesen sind baulich soweit als möglich Arzt- teils auch Psychologenzimmer und ein Kommunikationsraum zugeordnet.

Zwei baulich abgegrenzte Bettenhäuser haben je 3 Stationen. Diese werden von je einer Pflegezentrale aus versorgt, so dass 82 bis 90 Patienten pro Pflegezentrale betreut werden.

Eine psychosomatische Weiterqualifikation der Schwestern erfolgt durch Teilnahme an der externen Supervision, Fallbesprechungen im

Schwesternteam mit Ärztlichem Direktor bzw.. Oberärzten und speziellen theoretischen Weiterbildungsangeboten für sämtliche Schwestern.

Die Schwestern übernehmen neben allgemeinpflegerischen Aufgaben auch entsprechend ihrem Ausbildungsstand Co - Therapeutenfunktion (Atemfeedback, Expositionstraining, Stationsgruppen). Externe Weiterbildungsangebote für Schwestern, die die psychosomatische Kompetenz steigern, werden gezielt gefördert.

6.3. Organisationsstruktur

Auf Stationsebene werden die Patienten medizinisch von ihrem Stationsarzt/-ärztin betreut. Die psychotherapeutische Betreuung im Sinne eines „Bezugstherapeuten - Systems“ übernehmen sowohl Psychologen als auch Ärzte.

Wöchentlich finden Visiten der Stationsärzte mit Ärztlichem Direktor bzw. Oberärzten statt.

In den ersten Tagen („Diagnostikphase“) nehmen alle neu aufgenommenen Patienten an der „Aufnahmegruppe“ am Anreisetag und der „Psychosomatik-Einführungsgruppe“ teil. Die Gruppen werden von Oberärzten geleitet und sichern so den Facharzt-Standard.

Darüber hinaus werden die neu aufgenommenen Patienten von ihren Stationsärzten bzw. Psychologen im Rahmen der täglichen Frühbesprechungen vorgestellt und der Behandlungsplan wird besprochen. Es finden regelmäßige Fallbesprechungen statt.

Externe Fallsupervisionen finden für psychotherapeutisch tätige Mitarbeiterinnen- und Mitarbeiter alle 14 Tage statt .

Patienten erhalten am Aufnahmetag ihr Therapiebuch, in dem neben einigen Basisinformationen und einer Übersicht der Behandlungsmöglichkeiten auch Stationsarzt und Psychologe vermerkt sind. Nach der Aufnahme findet eine EDV-gestützte Therapieplanung bis zunächst Montag der Folgeweche statt, so dass bereits Behandlungen am Tag nach der Aufnahme beginnen („Therapiephase“). Gleichzeitig dienen die ersten Tage der Diagnostik, insbesondere der Abstimmung der Rehabilitationsziele von Patient und Therapeut, wozu Grundlage die Bögen der Erge-Doku im Rahmen der Psychosomatischen Basisdokumentation PSY-BADO (HEUFT et al. 1998) sind.

Nach Abschluss der Diagnostikphase erfolgt dann die endgültige Therapieplanung, die abhängig von Verlauf und Notwendigkeit weitere Anpassungen ermöglicht.

7. Indikationskatalog entsprechend ICD 10

F30 – F39

Affektive Störungen, insbesondere rezidivierende und anhaltende depressive Störungen.

Kontraindikation:

Akute Manie, akute Suizidalität.

F40 – F48

Somatoforme Störungen, dissoziative Störungen, Angststörungen, neurotische und Belastungsstörungen.

F50 – F59

Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren.

F60 – F69

Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen.

F20 – F29

Schizophrene Psychosen, schizotype und wahnhaftige Störungen nur in der Remissionsphase und bei hinreichender Stabilität.

F10 – F19

Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen.

Kontraindikation:

Akute Intoxikationen, Entzugssyndrom, Delire, psychotische Störung, primäre Suchterkrankung.

Die anderen Indikationen ergeben sich aus den in der Abteilung Orthopädie behandelten und begleitenden neurologischen Krankheitsbildern.

Es sind hier insbesondere zu nennen:

G43	Migräne
G44	Spannungskopfschmerzsyndrome
G47	Schlafstörungen
H81	Störungen der Vestibularfunktion (chronische Schwindelsyndrome)
M45-M54	Diskopathien, sonstige Affektionen des Rückens.

Weitere Behandlungsmöglichkeiten durch die umfangreiche internistische Fachkompetenz:

E 10-14	Diabetes mellitus
E 20-35	Erkrankungen sonstiger endokriner Drüsen
K50	Morbus Crohn
K51	Colitis ulcerosa
K29	Gastritis, Duodenitis
K58	Colon irritabile
K59	sonstige funktionelle Darmstörungen

Bei folgenden Erkrankungsgruppen spielen Fragen der Krankheitsbewältigung eine besondere Rolle:

G40	Epilepsie
G35 – G36	Multiple Sklerose
G20 – G22	Morbus Parkinson
	onkologische Erkrankungen in Neurologie und Orthopädie

Entsprechend der ICD 10-Klassifikation finden sich folgende Problembereiche bei unseren Rehabilitanden:

Z56	Probleme in Bezug auf Berufstätigkeit oder Arbeitslosigkeit
Z61	Probleme mit Bezug auf negative Kindheitserlebnisse
Z64	Probleme mit Bezug auf bestimmte psychosoziale Umstände
Z72	Probleme mit Bezug auf Lebensführung

Besondere Bedeutung hat in den letzten Jahren der Bereich

Z73	Probleme mit Bezug auf Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung, hier besonders
Z 73.0	Erschöpfungssyndrom bei <u>Burn- Out Syndrom</u>

bekommen.

8. Weiterbildung und Qualitätssicherung

8.1 Weiterbildung

Die ärztliche Weiterbildung orientiert sich an den Weiterbildungsinhalten des Facharztes für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie mit tiefenpsychologischem Schwerpunkt. Es besteht ein Weiterbildungscurriculum, das über einen Zeitraum von 3 Jahren in insgesamt 250 Stunden Theorie vermittelt.

Es besteht die Möglichkeit der supervidierten Anamnesen durch den Ärztlichen Direktor.

Interne Fallbesprechungen und externe Supervision sind sichergestellt.

Besonderer Wert wird auf die Vermittlung und den Einsatz der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik (OPD - 2) gelegt. Klinikinterne OPD - Schulungen durch autorisierte Weiterbilder (Prof. Heuft, Frau Prof. Schneider, Münster) wurden regelmäßig durchgeführt.

Regelmäßige fach- und berufsbezogene Aus- und Weiterbildung ist fest in die Klinikabläufe eingebunden. Soweit möglich, sind sämtliche Weiterbildungsmaßnahmen zertifiziert.

Externe Weiterbildungsmaßnahmen werden gezielt gefördert.

Folgende Weiterbildungsermächtigungen liegen vor:

Gebiete:

Psychosomatische Medizin und Psychotherapie 3 Jahre

Zusatzbezeichnungen:

Sozialmedizin	1 Jahr
Psychotherapie	3 Jahre
Rehabilitationswesen	1 Jahr

8.2 Dokumentation und Evaluation

Die Klinik Lipperland nimmt am externen 5-Punkte-Qualitätssicherungsprogramm der Rentenversicherungsträger teil. Der Ärztliche Direktor ist als Peer geschult und war selbst als Schulungs-Peer tätig. Die Strukturqualität wird durch entsprechende Personalanzahl und ein qualifiziertes räumliches Angebot sichergestellt.

Unabhängig von den Zahlen wird auf eine qualifizierte Weiterbildung sämtlicher Mitarbeiter größter Wert gelegt.

Die Prozessqualität dokumentiert sich in den Behandlungsabläufen.

Routinemäßig werden zu Behandlungsbeginn die individuellen Rehabilitationsziele und Problembereiche der Patienten in Anlehnung an die PSY-BADO („Ergo-Doku-Bögen A und B2“) erfasst. Diese werden am

Ende der Behandlung durch die Patienten hinsichtlich ihres Zielerreichungsgrades eingeschätzt.

An testpsychologischen Instrumenten wird am Behandlungsbeginn und -ende bei allen Patienten die „Symptom-Checkliste 90“ (SCL-90-R) eingesetzt.

Bei chronischen Schmerzpatienten kommt als Veränderungsmessinstrument die „Schmerz-Empfindungs-Skala - SES“ (GEISSNER 1995) zum Einsatz.

Bei allen diagnostischen Verfahren ist auf die Akzeptanz durch die Patienten zu achten, damit Doppelbefragungen vermieden werden und auch für Patienten die Zielorientierung immer erkennbar bleibt.

Die vorhandene Basisdokumentation, Ergebnisdokumentation und Testdiagnostik wird regelmäßig (pro Quartal bzw. jährlich) ausgewertet. Dies dient der Rückmeldung der Mitarbeiter, der Anpassung von Behandlungselementen und der Darstellung der Behandlungsergebnisse im Qualitätsbericht.

Jenseits der routinemäßig eingesetzten Qualitätssicherungsmaßnahmen werden zu einzelnen Fragen spezielle Untersuchungen durchgeführt.

8.3. Qualitätssicherung und Zertifizierung

Das Rehabilitationszentrum Bad Salzuflen der Deutschen Rentenversicherung Bund ist seit 2011 nach dem QMS-Reha[®] System zertifiziert.

9 Literatur

Arbeitskreis OPD (Hrsg.)(2006)

OPD-2 – Operationalisierte psychodynamische Diagnostik
Huber, Göttingen

Bauer, J. (2013)

Arbeit
Warum unser Glück von ihr abhängt und wie sie uns krank macht
Blessing, München

Bernhard, P. (2008)

Personalanhaltszahlen
in:
Schmidt-Ott et al.
Rehabilitation in der Psychosomatik
Schattauer, Stuttgart

Conrady, U. (2011)

AVWF – Neuro- Coaching
Buchwerk Haberbeck, Lemgo

Deutsche Rentenversicherung Bund (2013)

Geschäftsbericht 2012
Deutsche Rentenversicherung Bund, Presse und Öffentlichkeitsarbeit, Berlin

Deutsche Rentenversicherung Bund (2012)

Leitlinien für die sozialmedizinische Beurteilung von Menschen mit psychischen Störungen
DRV Schriften Band , Berlin

Deutsche Rentenversicherung Bund (2007)

KTL – Klassifikation therapeutischer Leistungen in der medizinischen Rehabilitation
Ausgabe 2007
Dezernat Presse- und Öffentlichkeitsarbeit, Berlin

Dobos,G. ; Paul, A. (2011)

Mind – Body – Medizin
Urban&Fischer, München

Bundesministerium für Gesundheit (2006)

6.nationales Gesundheitsziel
Depressive Erkrankungen: verhindern, früh erkennen, nachhaltig behandeln
Referat Öffentlichkeitsarbeit, Berlin

Diener, H.Ch.; Maier, Ch. (2003)

Das Schmerztherapiebuch
Urban & Fischer, München

Dilling, H.; Mombour, W.; Schmidt, M.H.; Schulte-Markwort, E. (2005⁵)

Internationale Klassifikation psychischer Störungen
ICD-10 Kapitel V (F) – Forschungskriterien
Huber, Göttingen

Eckhardt-Henn. A.; Hopf, H.C.; Tttenborn, B. et al. (1998)

Psychosomatische Aspekte des Schwindels
Akt. Neurologie 25: 96 – 10

Egle, U.T.; Hoffmann, S.O. (2003)

Der Schmerzkranker
Schattauer, Stuttgart

Engel, G.L. (1997)

The Need for a New Medical Model:
a Challenge for Biomedicine
Science 196: 19 – 136

Faber; Haarstrick (2003⁶)

Kommentar Psychotherapie-Richtlinien
Urban & Fischer, München

Fiedler, R.; Hanna, R.; Hinrichs, J.; Heuft, G. (2011)

Förderung beruflicher Motivation
Trainingsprogramm für die Rehabilitation
Beltz, Weinheim

Franken, U. (2004)

Emotionale Kompetenz
Eine Basis für Gesundheit und Gesundheitsförderung
Dissertation, Fakultät für Gesundheitswissenschaften der Universität Bielefeld

Franz, M. (2005)

Neurologie -Schwindel
in:
Janssen; Joraschky; Tress(Hrsg.) Leitfaden Psychosomatische Medizin und Psychotherapie a.a.O.

Grawe, K. (2004)

Neuropsychotherapie
Hogrefe, Göttingen

Hasenbring, M. (1992)

Chronifizierung bandscheibenbedingter Schmerzen
Schattauer, Stuttgart

Hardt, J. (2001)

Chancen und Grenzen der Krankenhaus-Psychotherapie unter
psychoanalytischen Gesichtspunkten
ZPR, Schriftenreihe des Zentrums für Psychiatrie Reichenau, Heft 2

Härter, M. ; Bengel, J. (2001)

Epidemiologie psychischer Störungen in der medizinischen Rehabilitation
Abschlußbericht Rehabilitationswissenschaftlicher Forschungsverbund Freiburg/Bad Säckingen,
Freiburg

Heigl-Evers, A. ; Ott, J. (1998)

Die psychoanalytisch – interaktionelle Methode
Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen

Heinl, H. ; Petzold, H. (1983)

Gestaltungstherapeutische Fokaldiagnose und Fokalinterventionen bei Störungen aus der
Arbeitswelt
in:
Petzold, H.; Heinl, H.
Psychotherapie und Arbeitswelt
Junfermann, Paderborn

Heitzmann,B. ; Olbrich,D. (2005)

Berufliches Bewältigungsverhalten bei Rehabilitanden – Erprobung des psychodiagnostischen Verfahrens AVEM im Bereich der Rehabilitation
DRV Schriften Band 59, 449-450, Berlin

Hellhammer, D.H. & Hellhammer,J. (2005)

Stress – The Brain-Body Connection
Karger, Frankfurt/Main

Hellhammer, D.;Hero,T.;Gerhards,F. & Hellhammer,J. (2012)

Neuropattern: A new translational tool to detect and treat stress pathology
I. Strategical consideration
Stress, Early online, 1-9

Henningsen,P. et al. (2002)

Somatoforme Störungen
Leitlinien und Quellentexte
Schattauer, Stuttgart

Hero,T.; Gerhards,F.; Thiart,H.; Hellhammer, D.H. & Linden,M. (2012)

Neuropattern: A new translational tool to detect and treat stress pathology
II. The Teltow study
Stress 15 (5), 488-494

Heuft, G.; Senf, W. (1998)

Praxis der Qualitätssicherung in der Psychotherapie:
Das Manual zur Psy – BaDo
Thieme, Stuttgart

Huber, M. (2000)

Aspekte der Berufsunfähigkeit bei psychosomatischen Erkrankungen
Versicherungsmedizin 52 (2) : 66 – 75

Hüther, G. (2001)

Bedienungsanleitung für ein menschliches Gehirn
Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen

Institut für Rehabilitationsforschung Norderney (2012)

Betsi – Beschäftigungsfähigkeit teilhabeorientiert sichern
Machbarkeitsstudie und Evaluation
Abschlussbericht

Janssen, P.L.; Joraschky,P. ; Tress,W. (2009²)

Leitfaden Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
Deutscher Ärzteverlag, Köln

Kobelt,A.; Grosch,E.; Lamprecht,F.(2001)

Ambulante psychosomatische Nachsorge nach stationärer Rehabilitation
Schattauer, Stuttgart

Kopf,A.; Pühler,W.; Olbrich,D. (2005)

Chronische Schmerzenerkrankungen
in: Linden,; Müller Rehabilitationspsychopharmakotherapie a.a.O.

Kuhl, J. (2001)

Motivation und Persönlichkeit. Interaktionen psychischer Systeme
Hogrefe, Göttingen

Lamprecht, F.; Johnen, R. (1994)

Salutogenese – ein neues Konzept in der Psychosomatik?
Verlag für Akademische Schriften, Frankfurt/Main

Lamprecht, F.; Kobelt, A.; Künsbeck, H.W.; Grosch, E.; Schmidt-Ott, G. (1999)

Ergebnisse der 1 – Jahres- Katamnese einer ambulanten wohnortnahen Nachsorge nach stationärer Psychosomatischer Rehabilitation
PPmP Psychother.Psychosom.med.Psychol. 49: 387 – 391

Lang,E.;Kastner,S.;Liebig,K.;Neundörfer,B. (2002)

Verbesserung der ambulanten Versorgung von Patienten mit chronischen Rückenschmerzen
Schmerz 16: 22-33

Limmroth,V. (2004)

Migränefibel für den Hausarzt
unimed, Bremen

Linden,M. / Müller, W.E. (2005)

Rehabilitations- Psychopharmakotherapie
Deutscher Ärzte-Verlag, Köln

Linden,M. ; Baron,S.; Muschalla,B. (2009)

Mini – ICF – Rating für psychische Störungen
Huber, Bern

Lindner;J.; Angenendt,G.; Tschuschke,V. (2007)

Gruppentherapie in der psychosomatischen Rehabilitation
Psychosozial Verlag, Gießen

May-Ropers,Ch. (2002)

Das neue Handbuch der Körper – Balance
Junfermann, Paderborn

Muschalla,B.; Linden,M. (2008)

Die Arbeitsplatzphobieskala
Ärztliche Psychotherapie 4, 258-262

Muschalla,B.; Linden,M.; Olbrich, D. (2010)

The relationship between job-anxiety and trait anxiety – A differential diagnostic investigation with the Job-Anxiety-Scale and the State-Trait-Anxiety-Inventory
Journal of anxiety disorders 24, 366-371

Nickel, R.; Egle, U.T. (1999)

Therapie somatoformer Schmerzstörungen
Schattauer, Stuttgart

Nutzinger,D.O.; Langs,G.(2005)

Somatoforme Störungen
in: Linden; Müller
Rehabilitationspsychopharmakotherapie a.a.O.

Ohlmeier, D. (1994)

Psychosomatische Rehabilitation im gesellschaftlichen Spannungsfeld
In: Olbrich, D. (1994 b) a.a. O.

Olbrich, D. (1994 a)

Psychosomatische Rehabilitation : stationäre integrierte Kurzzeitpsychotherapie
in der neuro-orthopädischen Rehabilitation
Rehabilitation 33: 90 – 96

Olbrich, D. (Hrsgb.)(1994 b)

Neuro-orthopädische Psychosomatik –
Beiträge zu Theorie und Praxis Psychosomatischer Rehabilitation
Peter Lang, Frankfurt/Main

Olbrich, D. (1996)

Begutachtung und Psychotherapie –
Spannungsfeld in der Psychosomatischen Rehabilitation
In: Hocker, K.M. Methodenintegration in der Psychosomatischen Rehabilitation
Peter Lang, Frankfurt/Main

Olbrich, D.; Plassmann, R. (Hrsgb.)(1997)

Psychosomatische Rehabilitation und Sozialmedizin
Peter Lang, Frankfurt/Main

Olbrich, D.; Cicholas, B.; Klenke – Bossek, H. (1998)

Psychosomatische – psychotherapeutische Rehabilitation sozialmedizinischer Problempatienten –
Erkundungsstudie zu Befunden, Verlauf und Behandlungsergebnissen
Rehabilitation 37: 7 – 13

Olbrich, D. (2003)

Psychische und psychosoziale Faktoren bei chronischen Rückenschmerzen
Versicherungsmedizin 55, Heft 2, 70-75

Olbrich, D. (2004)

Kreativtherapie in der psychosomatischen Rehabilitation.
Ergebnisse einer Befragung der Leitung psychosomatischer Rehabilitationskliniken im Jahre 2002
Psychotherapeut 49, 67-70

Olbrich, D. ; Damhorst,F. (2005)

Qualitätsverbesserung in der Zuweisung zur psychosomatischen Rehabilitation –
Vernetzungsmodell für die rehabilitative Versorgung psychosomatischer Patienten.
Ein Modellprojekt in Bad Salzuflen
Projektbericht, Bad Salzuflen

Olbrich, D. (2006a)

Psychopharmakotherapie in der Rehabilitation von chronischen Schmerzkrankungen
DRV Schriften Band 59, 442-443; Berlin

Olbrich, D. (2006b)

Blick über den Zaun: Der Einfluss von Zielkonflikten auf die Prognose in der psychosomatischen
Rehabilitation chronisch Schmerzkranker – ist Rehabilitation vor Rente umsetzbar?
Schmerz, Suppl 1, 6

Olbrich, D.; Kabuth,M.; Laag,K. (2006)

Die Gleichgewichtsplattform (Posturografie) in Diagnostik und Therapie des somatoformen
Schwindels
DRV Schriften Band 64, 507

Olbrich, D. (2007)

Kreativtherapien -
Essentials psychosomatischer Rehabilitation
in:

Lindner; Angenendt; Tschuschke a.a.O.

Olbrich, D. (2009²)

Kreative Verfahren

in:

Janssen, P.L.; Joraschky, P.; Tress, W. (Hrsg.)

Leitfaden Psychosomatische Medizin und Psychotherapie a.a.O.

Olbrich, D.; Ritter, J. (2010)

Gesundheitsförderung und Selbstregulation durch individuelle Zielanalyse – GUSI®

Prakt.Arbeitsmedizin 20, 33-35

Olbrich, D. ; Baake, E. (2013)

Vier Jahre Präventionsprogramm GUSI®

Erfahrungen aus der Praxis, Evaluation, Perspektiven

KU Gesundheitsmanagement 4, 25-28

Paar, G.; Kriebel, R. (1999)

Psychosomatische Rehabilitation – Selbstverständnis, rehabilitative Konzepte,

psychotherapeutische Ausrichtungen, Bedarfs- und Indikationsfragen

PPmP Psychother.Psychosom.med.Psychol. 49: 295 – 301

Paar, G. (2006)

Psychosomatisch/psychische Rehabilitation

in: Janssen; Joraschky; Tress a.a.O., 469-477

Plassmann, R. (2013)

Prozessorientierte Psychotherapie

Psychotherapeutenjournal 131-137

Puca, F.; Genco, S.; Prudeniano, MO et al. (1999)

Psychiatric comorbidity and psychosocial stress in patients with tension –type headache from headache centers in Italy

Cephalgia 19: 159 – 164

Pfingsten, M.; Hildebrandt, J.; Saur, P.; Franz, C.; Seeger, D. (1997)

Das Göttinger Rücken Intensiv Programm (GRIP)

Ein multimodales Behandlungsprogramm für Patienten mit chronischen Rückenschmerzen

Teil 4: Prognostik und Fazit

Der Schmerz, 11: 30 – 41

Porges, S.W. (2010)

Die Polyvagal-Theorie

Emotion, Bindung, Kommunikation und ihre Entstehung

Junfermann, Paderborn

Rehazentrum Bad Salzuflen der Deutschen Rentenversicherung Bund (2009)

Qualitätsbericht 2008

Selbstverlag, Bad Salzuflen

Reimers, C.D.; Broocks, A. (2003)

Neurologie, Psychiatrie und Sport

Thieme, Stuttgart

Rudolf, G. (2012²)

Strukturbezogene Psychotherapie

Schattauer, Stuttgart

Schaarschmidt,U.; Fischer,A. (2001)

Bewältigungsmuster im Beruf
Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen

Schandry, R. (2011³)

Biologische Psychologie
Beltz, Weinheim

Schulz,P.; Schlotz,W.; Becker,P. (2004)

Das Trierer Inventar zum chronischen Stress (TICS) – Manual
Hogrefe, Göttingen

Sozialgesetzbuch IX. (2001))

Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen
Beck-Texte im dtv, München

Storch,M. ; Krause,F. (2005⁴)

Selbstmanagement - Ressourcenorientiert
Grundlage und Trainingsmanual für die Arbeit mit dem Züricher Ressourcenmodell (ZRM®)
Huber, Göttingen

Storch,M. ; Olbrich,D. (2011)

Das GUSI-Programm als Beispiel für Gesundheitspädagogik in Präventionsleistungen
der Deutschen Rentenversicherung Bund
in:

Knörzer,W.; Rupp, R. (Hrsgb.)
Gesundheit ist nicht alles – was ist es dann?
Gesundheitspädagogische antworten
Schneider Verlag, Hohengehren

Strauß,B.; Mattke,D. (2012)

Gruppenpsychotherapie
Springer, Berlin

Wippert, P.-M.; Beckmann,J. (2009)

Stress- und Schmerzursachen verstehen
Thieme,Stuttgart

Wittchen, H.U. & JACOBI, F. .(2001)

Die Versorgungssituation psychischer Störungen in Deutschland.
Eine klinisch-epidemiologische Abschätzung anhand des Bundes-Gesundheitssurveys 1998
Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 44 (10), 993-1000

Wittling,W; Wittling,R. (2012)

Herzschlagvariabilität:
Frühwarnsystem, Stress- und Fitnessindikator
Grundlagen-Messmethoden-Anwendungen
Eichsfeld-Verlag, Heiligenstadt