



Klinik Dr. Franz Dengler

Fachabteilungskonzept Psychosomatik



Foto: Daniel Wieser

Stand: Februar 2023, Revisionszeitraum: alle 2 Jahre

Verfasser: Dr. Andrea-Menges-Fleig (Chefärztin Psychosomatik),
Dr. Victoria Kowalewski (Leitende Psychologin Psychosomatik)
und MitarbeiterInnen

1.2 Kontaktdaten

Name der Klinik:	Klinik Dr. Franz Dengler
Straße	Kapuzinerstr. 1
PLZ / Ort	76530 Baden-Baden
Telefon	07221 351 0
E-Mail	info@dengler.de
Internet	www.dengler.de
Institutionskennzeichen:	260820079

Kaufmännische Leitung

Name	Dipl.-Kaufmann Arnd Fliescher
Position	Geschäftsführer
Telefon	07221 351 823
Telefax	07221 351 826
E-Mail	fliescher@dengler.de

Ärztliche Leitung

Name	Dr. med. Andrea Menges-Fleig, Chefärztin Psychosomatik
Facharztbezeichnung	Fachärztin für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Systemische Therapie, Traumatherapie
Telefon	07221 351 801
Telefax	07221 351 812
E-Mail	menges-fleig@dengler.de

Weitere AnsprechpartnerInnen

Name	Maria Koppelman
Position	Qualitätsmanagementbeauftragte
Telefon	07221 351 821
Telefax	07221 351 826
E-Mail	koppelman@dengler.de

Name	Jutta Bastian
Position	Assistentin der Geschäftsleitung
Telefon	07221 351 822
Telefax	07221 351 826
E-Mail	bastian@dengler.de

Name Jasmin Mannweiler
Position Chefarztsekretariat
Telefon 07221 351 801
Telefax 07221 351 812
E-Mail ca-sekretariat@dengler.de

Name Janina Khalisi
Position Pflegedienstleitung
Telefon 07221 351 499
Telefax 07221 351 812
E-Mail pdl@dengler.de

Name Natalie Stolz
Position PatientInnenaufnahme
Telefon 07221 351 807
Telefax 07221 351 866
E-Mail aufnahme@dengler.de

1.3 Inhaltsverzeichnis

Teil I

1.1	Deckblatt	1
1.2	Kontaktdaten	2
1.3	Inhaltsverzeichnis	4
2	Allgemeine Angaben	6
2.1	Zur Einrichtung	6
2.2	Allgemeine Angaben zur Fachabteilung Psychosomatik	13
3	Struktur der Fachabteilung Psychosomatik	13
3.1	Räumliches Angebot	13
3.2	Medizinisch-technische Ausstattung	15
3.3	Personelle Besetzung	16
3.4	Öffnungszeiten der Einrichtung und Therapiezeiten der Rehabilitanden	17
3.5	Organisation der Verpflegung	18
4	Medizinisch-konzeptionelle Grundlagen	18
4.1	Indikationen/Kontraindikationen	18
4.2	Rehabilitationsziele	20
4.3	Abteilungsspezifische Therapieausrichtung	22
4.4	Rehabilitationsdauer und Kriterien der Modifikation	30
5	Rehabilitationsablauf und -inhalte	31
5.1	Aufnahmeverfahren	31
5.2	Rehabilitationsdiagnostik	32
5.3	Das interdisziplinäre Reha-Team	42
5.4	Ärztliche Aufgaben	45
5.5	Behandlungselemente	46
5.5.1	Weitere Berufsgruppen / therapeutische Bereiche mit ihren Aufgaben und Angeboten	46
5.5.2	Darstellung medizinisch-beruflicher Angebote	62
5.5.3	Gesundheitstraining und PatientInnenschulung	74
5.5.4	Einbeziehung von Angehörigen	76
5.6	Entlassungsmanagement	76
5.7	Notfallmanagement	77
5.8	Angaben zur Hygiene	78
5.9	Gewaltschutzkonzept	79
5.10	Supervisionskonzept	81
6	Dokumentation	81
7	Angaben zum Datenschutz	82
8	Qualitätssicherung	82

8.1	Einführung	82
8.2	Aufbau einrichtungsinternes Qualitätsmanagement	83
8.2.1	MitarbeiterInnen mit Befugnissen für die Sicherstellung relevanter Prozesse	83
8.2.2	Ressourcenbereitstellung	84
8.3	Prozessstruktur	84
9	Mustertherapiepläne	87
10	Forschungsaktivitäten	110
11	Ein besonderes Abkürzungsverzeichnis ist nicht erforderlich	118
12	Literaturverzeichnis	118
- Teil II -		122

2 Allgemeine Angaben

2.1 Zur Einrichtung

➤ Geographische Beschreibung, Erreichbarkeit und Theoriemodell

❖ Baden-Baden ist sowohl Erholungs- und Kurort als auch Kunst- und Kongressstadt von internationalem Ruf. In den natürlichen heißen Quellen von Baden-Baden erholten sich schon die RömerInnen. Heute ist die Stadt im nördlichen Schwarzwald mit ihrem milden Klima im Sommer und Winter ein attraktiver Ort für BesucherInnen aus aller Welt. Ereignisse in den Bereichen Kultur, Kunst, Musik, Theater, Medien und Sport haben internationale Bedeutung. Das Festspielhaus und das Museum Frieder Burda finden weltweit Anerkennung. Die Klinik Dr. Franz Dengler liegt zentrumsnah, aber doch ruhig zwischen Festspiel- und Kurhaus. Sie grenzt an den großen Kurpark Baden-Badens. Bei ebener Bodenbeschaffenheit in der Umgebung ist Bewegungstherapie im Freien gut möglich.

❖ Baden-Baden ist mit dem PKW über das Netz der Bundesautobahnen (Ausfahrt Baden-Baden) zu erreichen.

Der Bahnhof Baden-Baden ist Haltepunkt für ICE-/EC-/IC-/IR-Züge der Deutschen Bahn.

Der Transfer vom Bahnhof zur Klinik und zurück ist durch einen eigenen Fahrdienst gewährleistet.

Die nächsten Flughäfen sind Karlsruhe/Baden-Baden (15 km entfernt), Straßburg (60 km), Stuttgart (100 km) und Basel (160 km).

Im Stadtgebiet bewegt man sich schnell und bequem mit verschiedenen Busverbindungen fort. Eine Haltestelle befindet sich direkt vor der Klinik.

❖ Die Klinik Dr. Franz Dengler ist ein seit der Gründung 1890 traditionsreiches Haus. Aktuell erfolgt eine Anpassung der Kapazität von 167 auf 200 Betten (140 im Fachbereich Orthopädie, 60 im Fachbereich Psychosomatik). Sie strebt eine ganzheitliche Behandlung und Rehabilitation im Sinne des Rahmenkonzepts der medizinischen Rehabilitation der DRV-Bund an. Zu den wichtigsten Grundlagen der Behandlung zählt das biopsychosoziale Modell (WHO-Modell), wie es auch in der internationalen Classification of Functioning (ICF) Berücksichtigung findet. Dem schon vor über 40 Jahren formulierten „biopsychosozialen“ Modell von funktionaler Gesundheit (Engel, 1980) liegt ein umfassendes Verständnis von Krankheit und Behinderung zu Grunde. Dieses hat weitreichenden Einfluss auf das Theoriemodell der Rehabilitation. Es erklärt Entstehung und Verlauf einer Erkrankung wesentlich als das Ergebnis eines komplexen Ineinandergreifens physiologischer, psychischer und sozialer Vorgänge. Vor allem chronische Erkrankungen sind gemäß dieser Sichtweise multifaktoriell bedingt, d. h. bei der Entstehung, der Aufrechterhaltung und dem Verlauf spielen somatische, psychische, verhaltensbezogene, soziokulturelle (soziale Vorgänge bzw. gesellschaftliche Bedingungen) und insbesondere berufsspezifische Faktoren zusammen, in

Abgrenzung zur kurativen Therapie, deren konzeptionelles Bezugssystem das bio-medizinische Krankheitsmodell ist.

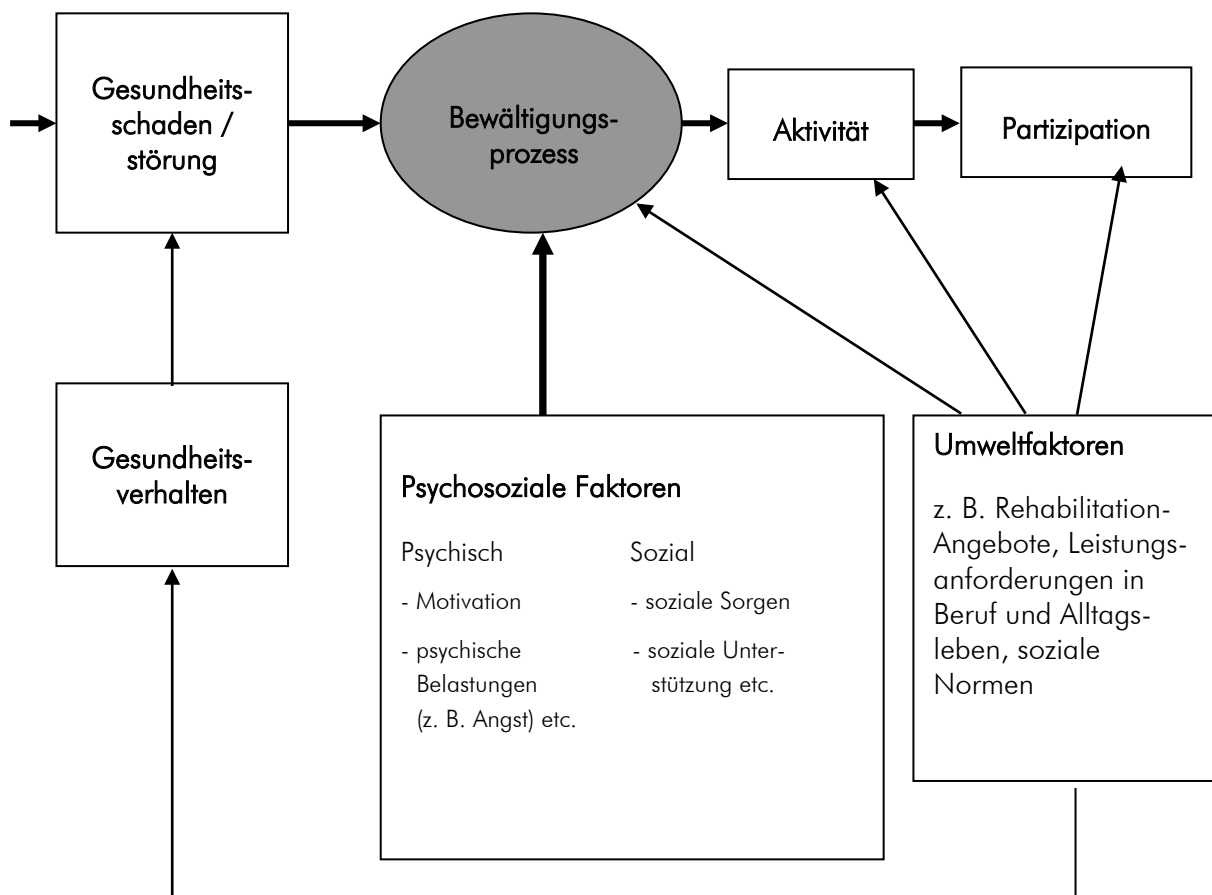
Das nachfolgend vorgestellte Rehabilitationskonzept stellt die Grundlage der Arbeit in der Klinik Dr. Franz Dengler in Baden-Baden dar.

Es entspricht dem aktuellen Stand der für die medizinische Rehabilitation relevanten Wissenschaften und Forschung und wird dahingehend laufend (mindestens alle zwei Jahre) leitliniengerecht aktualisiert. In Bezug auf Diagnostik, Therapie und sozial-medizinische Beurteilung charakterisiert es die grundlegenden Herangehensweisen an die Probleme und Bedürfnisse der RehabilitandInnen. Entsprechend ist das Klinikkonzept der Klinik multidisziplinär, mehrdimensional und multimodal. Besondere Bedeutung wird auf die Behandlung von Teilhabestörungen gelegt. In dem aus dem WHO-Modell abgeleiteten, sogenannten „Theoriemodell der Rehabilitation“ wird auf die große Bedeutung psychosozialer Faktoren für den Verlauf chronischer Erkrankungen hingewiesen. Von besonderer Bedeutung ist dabei, dass erstmals die für den Rehabilitationsprozess wesentlichen Kontextfaktoren mit in die Klassifikation einbezogen wurden. Schließlich geht die ICF von einer vernetzten Struktur mit wechselseitiger Beeinflussung von Funktionen und Strukturen, Aktivitäten, der Teilhabe und den Kontextfaktoren aus.

Neben den einerseits traditionell überwiegend wohnortfernen stationären Heilverfahren werden auch wohnortnahe, ganztägig ambulante und stationäre Nachsorgemaßnahmen (Anschluss-heilbehandlung) durchgeführt. Die medizinische Rehabilitation orientiert sich seit Mai 2001 an der ICF (internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit). Diese definiert als wesentliches Ziel aller Gesundheitsstrategien die funktionale Gesundheit, die allen Behinderten und chronisch Kranken eine optimale Integration in alle Bereiche des sozialen Lebens ermöglichen soll.

Die Anschlussheilbehandlung wurde etabliert, um bei akuten Erkrankungen oder Gesundheitsstörungen einen möglichst frühen Beginn von Rehabilitationsmaßnahmen und einen nahtlosen Übergang vom Akutkrankenhaus in die Rehabilitation zu gewährleisten.

Abbildung 1: Theoriemodell der Rehabilitation (Gerdes und Weis, 2000)



Neben der Ausprägung der psychischen Beeinträchtigung spielen ressourcenorientierte Voraussetzungen wie z. B. spezifische Coping-Strategien, Motivation zu einer Behandlung oder das Vorhandensein sozialer Unterstützung eine entscheidende Rolle für die Prognose aller chronischen Erkrankungen. Das Theoriemodell der Rehabilitation stellt die Befähigung der PatientInnen zum eigenverantwortlichen Umgang mit krankheitsbedingten Anforderungen im Sinne eines Aufbaus von Selbstmanagementkompetenz in den Mittelpunkt der rehabilitationsmedizinischen Behandlung.

Entscheidend für den Erfolg unserer Rehabilitationsmaßnahmen sind drei Behandlungskonzepte, basierend auf einer detaillierten Diagnostik und intensiven Aufklärung der PatientInnen, sowie einer engen Abstimmung zwischen ÄrztInnen, TherapeutInnen und Pflegepersonal. Dazu gehört auch eine exakte Dokumentation zur Verlaufsbeobachtung und Qualitätskontrolle.

➤ **Klinikträger:**

Klinik Dr. Franz Dengler GmbH

Kapitalgesellschaft in Baden-Baden, Geschäftsführer Dipl. Kaufmann Arnd Fliescher, HRB 738667 beim Amtsgericht Mannheim

➤ **Reha Fachabteilungen:**

Abteilungen für Orthopädie und Psychosomatische Medizin

Die Klinik Dr. Franz Dengler bietet das gesamte Behandlungsspektrum der konservativen Orthopädie/Traumatologie und der Psychosomatischen Medizin, der Sozialmedizin, der Physikalischen Therapie, der Chirotherapie, der Neuraltherapie, der Akupunktur sowie der Sportmedizin. Die ständige fachlich-medizinische Verantwortung obliegt den ChefärztInnen der einzelnen Fachabteilungen (gemäß §107 Abs. 2 Nr. 2 SGB V).

- ❖ Die **Schwerpunkte der Orthopädischen Abteilung** liegen auf der Behandlung von RehabilitandInnen mit degenerativen und entzündlich-rheumatischen Erkrankungen, Verletzungsfolgen der Haltungs- und Bewegungsorgane und daraus resultierenden Schmerzzuständen, soweit möglich standardisiert siehe folgenden Text. Als vom DVO zertifiziertes klinisches osteologisches Schwerpunktzentrum ist die Klinik Dr. Franz Dengler insbesondere auch mit der Diagnose und Therapie Osteologischer Erkrankungen, insbesondere der Osteoporose befasst.

- ❖ In der **Abteilung für Psychosomatische Medizin** werden vor allem RehabilitandInnen mit Schmerz-, depressiver, Angst-, somatoformer und psychoreaktiver Symptomatik behandelt.

➤ **Kooperationen:**

Die Klinik Dr. Franz Dengler ist ein wichtiger Kooperationspartner der umliegenden Krankenhäuser in Baden-Baden, sowie zwischen Freiburg und Karlsruhe. Durch eine langjährig etablierte Vernetzung zwischen den einzelnen Kooperationspartnern wird eine qualitativ hochwertige und effiziente Verknüpfung von akutmedizinischer und rehabilitativer Versorgung der RehabilitandInnen gewährleistet.

KooperationspartnerInnen Orthopädie

Klinikum Mittelbaden

76530 Baden-Baden

Vincentius Krankenhaus

76135 Karlsruhe

Arcus Sportklinik

75179 Pforzheim

Neurochirurgie Kreiskrankenhaus

77815 Bühl

Praxis für Neurologie Dr. Dr. Bernsdorff

76530 Baden-Baden

Storch&Beller GmbH Medizin- und Orthopädietechnik

76530 Baden-Baden

KooperationspartnerInnen Psychosomatik	
Abteilung für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie des Universitätsklinikums Freiburg	79104 Freiburg/Br.
Zentrum für Schmerztherapie Städt. Klinikum Karlsruhe – Klinik für Anästhesie und Intensivmedizin	76133 Karlsruhe
Youjang Medical University for Nationalities	Baise, Guangxi, VR China
MEDIAN Klinik Gunzenbachhof	76530 Baden-Baden
Epilepsiezentrum Kork	77694 Kehl-Kork
Rommel-Klinik	75323 Bad Wildbad
Sigma Zentrum Hochrhein Psychosomatische Akutklinik	79713 Bad Säckingen
Weitere KooperationspartnerInnen	
Stadtklinik mit angeschlossenem Dialysezentrum	76532 Baden-Baden
Acura Rheumazentrum	76530 Baden-Baden
Städt. Klinikum Karlsruhe	76133 Karlsruhe
St. Vincentius Krankenhäuser	76135 Karlsruhe
Kreiskrankenhaus Rastatt	76437 Rastatt
Chirurgische Universitätsklinik Freiburg	79106 Freiburg
Medizinische Klinik und Poliklinik	79106 Freiburg
Chirurgische Universitätsklinik Heidelberg	69120 Heidelberg

Die Zusammenarbeit erfolgt über regelmäßigen telefonischen aber auch schriftlichen Austausch der ChefärztInnen mit den Kooperationspartnern.

➤ **Leistungsformen:**

Die Klinik Dr. Franz Dengler hat den Status einer Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtung gemäß § 107 SGB V mit einem Versorgungsvertrag nach § 111 Abs. 2 SGB V für die Fachbereiche Orthopädie und Psychosomatik. Die Rentenversicherungsträger belegen die Klinik sowohl im Rahmen der Anschlussheilbehandlung als auch als Heilverfahren entsprechend den Vorschriften des SGB VI und SGB IX. Für den orthopädischen und den psychosomatischen Fachbereich besteht die Zulassung nach § 21 Abs. 1 SGB IX.

Die Ausrichtung der medizinischen Rehabilitation ist insbesondere bei den noch im Erwerbsleben stehenden RehabilitandInnen an die Anforderungen der Arbeitswelt konzeptualisiert (MBOR-Konzept). Es werden folgende stationäre, teilstationäre und ambulante Leistungsarten und Behandlungsformen angeboten:

Ambulante Rehabilitation

- Ambulante Rehabilitation nach § 40 Abs. 1 SGB V
- Private Krankenversicherung
- SelbstzahlerInnen
- Beihilfe

Stationäre und teilstationäre Rehabilitation

- Beihilfe
- Landesversorgungsämter
- Deutsche Rentenversicherung Bund (DRV)
- Deutsche Rentenversicherung Bund Knappschaft-Bahn-See
- Alle Gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV) z. B.: AOK, BEK, GEK, BKK, KKH, Bundesknappschaften, DAK, Ersatzkassen, Innungskrankenkasse, TKK
- Alle Privaten Krankenversicherungen (PKV)
- SelbstzahlerInnen
- Kriegsopferversorgung
- Behörde für Inneres und Sport Polizei Hamburg

➤ Behandlungsmöglichkeiten / Nachsorge:

Die Klinik Dr. Franz Dengler verfügt im orthopädischen Bereich über eine T-RENA und IRENA-Zulassung, die eine intensive ambulante Rehabilitationsnachsorge ermöglichen.

Ambulante Rehabilitation	Angeborene Leistungen	Behandelte PatientInnen 2019
IRENA/T-RENAProgramm (Fachbereich Orthopädie)	<ul style="list-style-type: none">- Erkrankungsspezifische Rehabilitationsdiagnostik- Erstellen eines Rehabilitationsplanes mit Festlegung der Rehabilitationsziele- Ambulante Diagnostik und Therapie- Notfallmedizinische Versorgung- Konsiliardiagnostik- Integration in ambulante Betreuungskette/Selbsthilfegruppen	T-RENA: 105 PatientInnen IRENA: 107 PatientInnen (ab 2020 auf Grund der Pandemie nicht repräsentativ)

Im psychosomatischen Bereich gibt es umfangreiche Präventionsprogramme mit spezifischem Fokus auf besondere berufliche Problemlagen und Ressourcenaktivierung (Siehe Kapitel Besondere Versorgungsschwerpunkte insbesondere „Betsi“).

➤ Fachabteilungsübergreifende Grundlagen:

Chronische Erkrankungen der zunehmend älter werdenden Gesellschaft stellen heute den Schwerpunkt der medizinischen Rehabilitation dar. Da diese Krankheiten in der Regel nicht mehr vollständig geheilt werden können, ist nicht die Wiederherstellung der Gesundheit das primäre Ziel der Rehabilitation, sondern die Besserung des Gesundheitszustandes und das Verhindern des Fortschreitens des Krankheitsprozesses sowie die Förderung der Fähigkeit der Betroffenen, mit der Erkrankung und ihren Folgen adäquat umzugehen und trotz einer Behinderung die Rollen in Beruf, Familie und Gesellschaft so weit wie möglich **im Sinne der**

Teilhabe auszufüllen. Die interdisziplinär aufgestellte Klinik mit ihren zwei Fachabteilungen ist auf diese Aufgaben in besonderem Maße eingerichtet.

Die interdisziplinäre Zusammenarbeit wird in den Vordergrund gestellt. PatientInnen aus den zwei Fachabteilungen können so mehrdimensional diagnostiziert und behandelt werden. Die gesamte apparative Diagnostik des Hauses steht allen Abteilungen zur Verfügung. Hierdurch ist neben der Funktionsdiagnostik und der psychosozialen Diagnostik auch die apparative Diagnostik der Erkrankungen und Funktionsstörungen sowie der hieraus resultierenden Schädigungen und Komorbiditäten in optimalem Maße möglich.

Als wesentliche Merkmale der medizinischen Rehabilitation, die heute den Unterschied zu üblichen „Kurbehandlungen“ deutlich machen, sind zu nennen:

- Einbeziehung des Arbeitsplatzes im Rahmen der medizinischen Rehabilitation:
 - ⇒ Stufe A: Beruflich orientierte Basisangebote für jeden Rehabilitanden
 - ⇒ Stufe B: MBOR- Kernmaßnahmen für alle Rehabilitanden mit besonderer beruflicher Problemlage (BBPL)
 - ⇒ Stufe C: Spezifische MBOR- Maßnahmen für Rehabilitanden mit BBPL, bei denen der Erfolg der Kernmaßnahmen nicht absehbar ist; Versicherte im Rentenverfahren („Reha vor Rente“)
- Krankheitsgruppenspezifische Behandlungskonzepte
- Intensivierte Gesundheitsbildung in Kursen, Seminaren und Einzelberatungen
- Zusammenarbeit der MitarbeiterInnen aus unterschiedlichen Fachabteilungen in den zwei personell getrennten und eigenständigen Reha-Teams und synergistische Zusammenführung von ärztlicher, pflegerischer Betreuung und Therapiemaßnahmen der unterschiedlichen Bereiche (z. B. Ergotherapie, Physikalische Therapie, Physiotherapie, Psychotherapie, Ernährungsberatung, Service, Aufnahmesekretariat) im Rahmen der jeweiligen Abteilungskonferenzen und 1x im Monat innerhalb einer großen Klinikkonferenz.
- Aktivierende Maßnahmen stehen hierbei im Vordergrund der physikalischen Therapien
- Spezielle Möglichkeiten zur Verlaufsbeobachtung und zur qualifizierten sozial-medizinischen Begutachtung

Die Besonderheiten des ganzheitlichen stationären Therapieansatzes sind:

- Durchführung einer umfassenden sozio-psycho-somatischen Diagnostik.
- Motivationsbildung durch komplexe Edukation (Entstigmatisierung psychischer Kontextfaktoren) und Einleitung psychotherapeutischer Behandlungsmaßnahmen zur Erweiterung bisheriger dysfunktionaler und eindimensionaler Kognitionen: Vom isoliert erlebten somatischen Symptom zum interaktionellen psychosozialen Konfliktgeschehen.
- Ein multimodales und vernetztes psychosomatisches Behandlungsprogramm zur Verständnisbildung und Verdeutlichung der differenzierten sozio-psycho-somatischen Verknüpfungen des Krankheitsgeschehens.

2.2 Allgemeine Angaben zur Fachabteilung Psychosomatik

Die Abteilung Psychosomatische Medizin der Klinik Dr. Franz Dengler wurde am 01. Juli 2009 gegründet. Anlass hierfür war die Erkenntnis, dass ein hoher Anteil der PatientInnen in stationärer orthopädischer und damals auch kardiologischer Rehabilitation zusätzlichen Bedarf für psychotherapeutische Behandlung hat, da z.B. bei Bestehen eines chronischen Schmerzgeschehens oder reaktiver depressiver Zustände psychogene Faktoren sowohl symptomauslösende als auch aufrechterhaltende Funktionen beinhalten (nach verschiedenen wissenschaftlichen Studien bis zu 40% der PatientInnen; Härter & Bengel 2002, Härter et al. 2002).

Daher war ursprünglich eine Hauptaufgabe der psychosomatischen Abteilung Konsultativität und psychotherapeutische Mitbehandlung bei indikativen PatientInnen der beiden anderen Abteilungen. Zu diesem Zweck wurde ein Behandlungsprogramm (psychotherapeutische Einzelgespräche, Gruppentherapie, Entspannungstraining) konzipiert und im klinischen Alltag implementiert.

Ein umfassendes soziopsychosomatisches Behandlungsprogramm wurde in der personell eigenständigen und damit von den damals zwei anderen Abteilungen abgegrenzten Abteilung entwickelt. Es werden PatientInnen mit F-Diagnosen als rehabilitationsrelevante Hauptdiagnosen stationär und teilstationär behandelt, ausgehend von einer vernetzten Struktur mit wechselseitiger Beeinflussung von Funktionen und Strukturen, Aktivitäten, der Teilhabe und der Kontextfaktoren.

3 Struktur der Fachabteilung Psychosomatik

3.1 Räumliches Angebot

➤ Funktionsräume der Fachabteilung Psychosomatik

Eine moderne Lehrküche, ein Gestaltungstherapieraum (Malen und Werken) sowie Räume für Gruppenpsychotherapie und Entspannungsverfahren, acht psychotherapeutische Einzelbehandlungsräume, zwei Arztzimmer für die notwendigen medizinischen Untersuchungen, ein Pflegestützpunkt im Haus Baden, zwei Räume für den Sozialdienst, ein großer Vortragsraum.

Die Ausstattung der Funktionsräume ist großzügig und entspricht der jeweiligen therapeutischen bzw. medizinischen Notwendigkeit.

Für die ganztägig ambulanten PatientInnen stehen die notwendigen Aufenthaltsräume zur Verfügung. Die Anzahl der behandelbaren teilstationären PatientInnen ist abhängig von der Anzahl der aufgenommenen stationären PatientInnen und wird entsprechend gesteuert.

➤ **Klinikübergreifende Funktionsräume, die von der Fachabteilung Psychosomatik mitbenutzt werden.**

Physiotherapie- und balneophysikalische Abteilung mit Bewegungsbad, Therapiesporthalle, ein Trainingstherapieaum mit diversen medizinischen Trainingstherapiegeräten sowie Fahrrad-, Sitz-, Oberkörper- bzw. Laufbandergometer mit Monitormöglichkeit bei Herz-Kreislaufkrankungen. Zusätzlich verfügt die Klinik über einen Notfallraum (Limited care) mit 2 Betten (EKG Monitoring mit Übertragung in das Schwesternzimmer), Sauerstoffsättigung, sowie der Möglichkeit zur kurzzeitigen intensivmedizinischen Betreuung mit Reanimationseinheit.

➤ **PatientInnen-Aufenthaltsräume**

Eine große Eingangshalle, ein Kiosk, eine Bibliothek, ein Café sowie Ruhezone bieten den PatientInnen die Möglichkeit zur Kommunikation und Entspannung.

➤ **PatientInnen-Zimmer**

Die Fachabteilung hat für stationäre und teilstationäre Rehabilitationsmaßnahmen im Haus Baden 60 Betten (Einzel-, Doppel-, und Behindertenzimmer u. a. für Rollstuhlfahrer, gehbehinderte und andere bewegungseingeschränkte PatientInnen) zur Verfügung. Die Ausstattung der Zimmer ist ausgerichtet für PatientInnen bis zu einer Gewichtsgrenze von 130 kg. Die Unterbringung der PatientInnen erfolgt grundsätzlich in Einzelzimmern. Die Doppelzimmer werden nur dann genutzt, wenn bei Einbeziehung von Angehörigen in die Therapie eine Unterbringung notwendig bzw. auch therapeutisch sinnvoll ist. Die Zimmer sind modern und zeitgemäß ausgestattet. Die Zimmer verfügen über Dusche, WC, Notrufeinrichtung, Telefon, W-Lan, Weck-Radio, TV und Safe.

➤ **Barrierefreiheit aller Räumlichkeiten**

Bei den ständigen (regelmäßigen) Umbaumaßnahmen wird darauf geachtet, dass bzgl. Mobilitätsminderung, Seh-/Hörminderung und bei kognitiven Einschränkungen Verbesserungen bzgl. der Barrierefreiheit Berücksichtigung finden. Unter dem Aspekt der Barrierefreiheit finden nachfolgende Prinzipien bei uns Anwendung:

- Fuß- und Rollprinzip
- Zwei-Sinne-Prinzip
- Verwendung leichter Sprache/beonderer Kommunikationsformen.

3.2 Medizinisch-technische Ausstattung

Die apparative Ausstattung des diagnostisch-therapeutischen Funktionsbereiches ist modern und indikationsgerecht. Alle diagnostischen und therapeutischen Einrichtungen werden fachübergreifend genutzt. Durch Kooperation und Koordination innerhalb der Klinik, aber auch mit externen Institutionen und niedergelassenen KollegInnen, wird dem § 12 SGB V Rechnung getragen. Die Diagnostik wird unter Beachtung des Grundsatzes der Notwendigkeit, der Wirtschaftlichkeit und der Zweckmäßigkeit bzw. des Nutzens für die PatientInnen ergänzend zu den bereits vorliegenden haus- und fachärztlichen Befunden durchgeführt. Kostenträchtige Mehrfachuntersuchungen oder unnötige Strahlenbelastungen können so im Interesse des zu Untersuchenden vermieden werden.

Gleichwohl ist Grundvoraussetzung und wegweisend für die Therapie die richtige Diagnose. Hierfür und für ärztlich erforderliche Kontrolluntersuchungen hält die Rehabilitationsklinik ein entsprechendes Angebot nicht invasiver diagnostischer Möglichkeiten vor:

Spezielle und weiterführende Diagnostik wird in Kooperation mit externen Institutionen oder mit niedergelassenen Fachkollegen durchgeführt.

Klinisch-chemische Untersuchungen werden im Rahmen der Routine durch ein Großlabor, akute klinisch-chemische Untersuchungen durch die ortsansässige Klinikum Mittelbaden in Baden-Baden sichergestellt.

Untersuchung	im Hause	Kooperation
Erhebung und Verlaufsdocumentation des Muskelstatus einschl. EMG und Biofeedback	X	
3D Wirbelsäulenvermessung (strahlungsfrei) zum Erkennen von statischen Störungen des Achsskeletts und Beinlängendifferenzen (z.B. post-op.)	X	
Fachinternistische Basisdiagnostik	X	
Farbdoppler-Echokardiographie, sowie Ultraschall der inneren Organe	X	
Farbkodierte Duplexsonographie;	X	
Myokardszintigraphie		X
Koronarangiographie		X
Knochendichtemessung (nach DEXA Methode) Gerät: Lunar Prodigy, Fa. GE		X
Langzeit-Blutdruckmessung	X	
Laufbandanalyse	X	
Lichttherapie	X	
Manualtherapeutische Diagnostik zur Aufdeckung der Ursachen schmerzhafter Funktionsstörungen	X	
Multifunktionelle Röntgenanlage zur Anfertigung aller Standardaufnahmen am Schädel, Skelett, Thorax;		X

Untersuchung	im Hause	Kooperation
Orthopädische Funktionsdiagnostik mit aktiver und passiver Bewegungsüberprüfung, dokumentiert nach der Neutral-0-Methode	X	
Posturographie (Gleichgewichtsplattform)	X	
Psychometrische Testuntersuchung	X	
Ruhe-, Belastungs- und Langzeitelektrokardiogramm (EKG);	X	
Spirometrisches Screening, Lungenfunktion mit Blutgasanalyse	X	
Spirometrie/Pulsoxymetrie;	X	
Ultraschall der Gelenke, Muskeln und Sehnen	X	
Ultraschall der Gefäße, der inneren Organe einschließlich Schilddrüse;	X	
Cardio- MRT		X
Schnittbilddiagnostik		X

3.3 Personelle Besetzung

ÄrztInnen und psychologisches Personal	Anzahl	Qualifikationen
Chefärztin Psychosomatik	1,0	Fachärztin für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Systemische Therapie und Traumatherapie
OberärztInnen Psychosomatik	1,5	FÄ für Psychiatrie und Neurologie, fortgeschrittene Weiterbildung Sozialmedizin Promovierter Facharzt Innere Medizin und Kardiologie, Sozialmedizin
StationsärztInnen	3,0	Approbierte ÄrztInnen
Psychologische PsychotherapeutInnen	2,5	Psychologische/r PsychotherapeutIn, Klinische/r PsychotherapeutIn in fortgeschrittener Aus- und Weiterbildung
Hilfskraft Psychologen	0,3	
Pflegepersonal	Anzahl	Spezielle Qualifikationen
Gesundheits- und KrankenpflegerInnen	5,1	In ständiger psychosomatischer Weiterbildung
Sonstige Bereiche	Anzahl	Spezielle Qualifikationen
SozialarbeiterIn	0,75	Dipl.-Sozialarbeiterin
Medizinisch-therapeutisches Personal	Anzahl	Spezielle Qualifikationen
ErgotherapeutIn	1,5	Staatlich geprüfte ErgotherapeutIn
PhysiotherapeutIn	1,5	Manuelle Therapie, Kinesiotape
DiätassistentIn	0,6	Diätassistentin, Ernährungsberaterin/DGE

Der fachärztliche Hintergrunddienst wird gewährleistet durch die Chefärztin im Wechsel mit einer Oberärztin. Die 24-stündige ärztliche Rufbereitschaft wird abteilungsübergreifend durch einen ständig anwesenden Arzt/Ärztin gewährleistet. 24-stündige Pflegebereitschaft wird einerseits durch den pflegerischen Tagdienst, den Spätdienst sowie durch eine Nachtschwester abgedeckt (mindestens eine 3jährig examinierte Gesundheits- und Krankenpflegekraft 24/7 anwesend).

Die Vertretungsregelung im ärztlichen, pflegerischen und psychotherapeutischen Bereich wird garantiert durch die gute personelle Besetzung in der Abteilung. In den Bereichen Sozialmedizin, Ergotherapie, Physiotherapie, Badeabteilung und Sport sowie Ernährungsmedizin erfolgt die Vertretung abteilungsübergreifend.

Wir bieten dem ärztlichen Personal die Möglichkeit, sich extern in folgenden Fachbereichen weiterzubilden: Sozialmedizin, Rehabilitationswesen und psychosomatische Grundversorgung

Eine **Weiterbildungsermächtigung** für die Facharztanerkennung für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie ist von Fr. Dr. Menges-Fleig beantragt.

Seit 2021 besteht zwischen der Klinik Dr. Franz Dengler und dem Institut für Systemische Forschung, Therapie und Beratung Magdeburg (ISFT Magdeburg) eine Kooperation. Diplom-Psychologen oder Psychologen (M. Sc.), die am ISFT Magdeburg die Approbationsausbildung zur/m Psychologischen PsychotherapeutIn mit Vertiefung Systemischer Therapie absolvieren, können ihre praktische Tätigkeit in der Klinik Dr. Franz Dengler im Rahmen eines Anstellungsverhältnis als PsychotherapeutIn in Ausbildung (PiA) absolvieren, die Anerkennung zur Sichererstellung der praktischen Tätigkeit nach § 2 Abs. 2 PsychTh-APrV am ISFT Magdeburg als Ausbildungsstätte für Psychologische PsychotherapeutInnen im Land Sachsen-Anhalt wurde der Abteilung für Psychosomatische Medizin der Klinik Dr. Franz Dengler 2021 erteilt.

Ein **internes Weiterbildungscurriculum** findet seit Januar 2012 regelhaft statt. Die Zusatzbezeichnung „Sozialmedizin“ kann über die Weiterbildungsermächtigung des Chefarztes der orthopädischen Klinik erworben werden.

3.4 Öffnungszeiten der Einrichtung und Therapiezeiten der Rehabilitanden

Alle erforderlichen Behandlungsmaßnahmen werden in der Klinik durchgeführt. Die Rehabilitation ist ganztägig, multimodal und berufsgruppenübergreifend ausgerichtet. Am Tag finden ca. vier bis sechs Therapieeinheiten statt, insgesamt ca. 22 Leistungen pro Woche mit ca. 20-25 Stunden Therapiezeit. Dazu gehören ärztliche, psychotherapeutische, sozialpädagogische und ergotherapeutische Leistungen, zusätzlich Bewegungs- und Physiotherapie sowie Entspannungsverfahren.

Zu den meisten Gruppen z. B. Entspannungsverfahren und störungsspezifische Gruppen erhalten die PatientInnen schriftliches Informationsmaterial (sogenannte „Handouts“). Darin sind die Inhalte der Gruppenstunden kurz und prägnant zusammengefasst.

Die therapiefreie Zeit wird auch zur „gedanklichen Nachbereitung“ des in den Therapien Besprochenen und Erlebten genutzt. Sie bietet die Möglichkeit, das Gelernte anzuwenden und auszuprobieren. Gefördert wird dieser wichtige Teil der Behandlung durch eine intensive Kommunikation unter den Rehabilitanden, ein Gruppensetting auf der Station und in der Klinik sowie durch gemeinsame Freizeitaktivitäten.

3.5 Organisation der Verpflegung

Die Speiseversorgung wird von der externen Firma Procuratio erbracht. Die Gestaltung der Speisenpläne integriert die Nährstoffempfehlungen für die Gemeinschaftsverpflegung der DGE. Die Abläufe im Bereich der Speiseversorgung sind serviceorientiert ausgerichtet und über eine VA geregelt. Die PatientIn hat vielfältige Wahlmöglichkeiten, in Abhängigkeit von den ärztlich verordneten Kostformen, die über die Diätberatung nach individueller Notwendigkeit und in Abstimmung erfolgen. Es können alle medizinisch indizierten diätetischen Kostformen angeboten werden.

Im Rahmen der Speiseproduktion und im Service werden die Anforderungen der DGE und der Ernährungstherapie umgesetzt und sichtbar gemacht, die Speiseversorgung ist auf die ernährungstherapeutische Schulungsinhalte abgestimmt. Die HACCP-Vorschriften werden konsequent umgesetzt.

Die Zufriedenheit der PatientInnen wird systematisch erfasst und regelmäßig bewertet.

4 Medizinisch-konzeptionelle Grundlagen

4.1 Indikationen/Kontraindikationen

In der Psychosomatischen Fachabteilung werden vor allem PatientInnen folgender Krankheitsgruppen mit den damit zusammenhängenden Fähigkeitsstörungen und (sozialen) Beeinträchtigungen nach

➤ ICD-10 behandelt:

a) Affektive Störungen (F3), darunter vor allem

- Depressive Episoden (F32)
- Rezidivierende depressive Störungen (F33)
- Anhaltende affektive Störungen (F34), insbesondere Dysthymia (F34.1)
- Andere affektive Störungen (F38)

- Nicht näher bezeichnete affektive Störung (F39)

b) Neurotische, Belastungs- und Somatoforme Störungen (F4), davon v.a.

- Phobische Störungen (F40)
- Andere Angststörungen (F41)
- Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen (F43),
- insbesondere akute Belastungsreaktion (F43.0) und
- posttraumatische Belastungsstörung (F43.1)
- Dissoziative Störungen (Konversionsstörungen; F44)
- Somatoforme Störungen (F45) insbesondere die Somatisierungsstörung (F45.0), funktionelle Schmerzen des muskuloskelettalen Systems (F45.38), die anhaltende Schmerzstörung (F45.4), auch mit somatischen Faktoren (F45.41)
- Andere neurotische Störungen, insbesondere Burnout bzw. Neurasthenie (F48.0)

c) Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren (F5)

- Psychische Faktoren oder Verhaltensfaktoren bei andernorts klassifizierten Krankheiten (F54)

➤ Als **Nebendiagnosen** sind möglich:

- Internistische Psychosomatik: Morbus Crohn (K50.9), Colitis ulcerosa (K51.9), Adipositas (E66.9), Anpassungsstörungen (F43.2) nach schweren internistischen Erkrankungen, chronisch-internistische Erkrankungen, erschwerte Rekonvaleszenzen, rheumatologische Erkrankungen incl. Kollagenosen (M35.9), Stoffwechselstörungen (Schilddrüse, endokrine Orbitopathie (E05.0), Diabetes mellitus)
- Orthopädische Psychosomatik: Anpassungsstörungen (F43.2) nach schweren orthopädischen Erkrankungen und Operationen und bei Osteoporose.

➤ **Indikationsspektrum nach ICF**

Die ICF unterscheidet die Komponenten der „Funktionsfähigkeit und Behinderung“ sowie der „Kontextabhängigkeit“ (vgl. WHO, 2001 & 2004; Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information, 2004, deutsch 2005). In der ersten Komponente sind „Körperfunktionen“, „Körperstrukturen“ sowie „Aktivitäten und Partizipation“, in der zweiten die „Umweltfaktoren“ und die „Personenbezogenen Faktoren“ zusammengefasst. Wesentlicher Unterschied gegenüber gängigen Klassifikationssystemen ist die ressourcenorientierte (saluto- statt pathogenetische) Formulierung der einzelnen Funktionen sowie die Berücksichtigung der Interaktion zwischen Gesundheitszustand und individueller Lebensumwelt der PatientInnen.

Nach der ICF sind für die Diagnostik und Therapieplanung der psychosomatischen Rehabilitation folgende Bereiche für psychische Störungen als besonders bedeutsam anzusehen:

- Körperfunktionen und Körperstrukturen,
- Aktivitäten und der Partizipation (Teilhabe) sowie
- Kontextfaktoren

➤ Kontraindikationen

Nicht behandelt werden:

- Pflegebedürftige PatientInnen
- PatientInnen mit ansteckenden Erkrankungen
- Sozial desintegrierte PatientInnen
- Manifest suizidale PatientInnen
- PatientInnen mit chronifizierten psychiatrischen Erkrankungen
- PatientInnen mit (floriden) Psychosen
- PatientInnen mit akutem Substanzmissbrauch

Die Aufnahme von Minderjährigen wird von einem vorausgehenden Familiengespräch abhängig gemacht.

4.2 Rehabilitationsziele

Das grundsätzliche Ziel psychosomatisch-psychotherapeutischer Therapie besteht in der Minderung der akuten Beschwerden der PatientInnen und in der Optimierung der Adaptationsfähigkeit auf lange Sicht.

Die Rehabilitationsbehandlung soll die biopsychosozialen Voraussetzungen dafür schaffen, die RehabilitandInnen möglichst auf Dauer in Arbeit und Beruf (wieder-) einzugliedern bzw. das vorzeitige Ausscheiden aus dem Erwerbsleben zu verhindern.

Bei chronischen, nicht mehr vollständig reversiblen Erkrankungen soll zumindest eine Linderung der körperlichen und seelischen Beschwerden, eine Verringerung der Einschränkungen und Beeinträchtigungen erreicht und das Fortschreiten des Krankheitsprozesses eingedämmt werden. Trotz der Einschränkungen und Beeinträchtigungen soll der/die PatientIn befähigt werden, mit der Krankheit adäquat umzugehen und Pflegebedürftigkeit vermieden bzw. vermindert werden.

Die allgemeine Zielsetzung der medizinischen Rehabilitation ist ausgerichtet auf:

- Die Wiederherstellung, den Erhalt oder die wesentliche Besserung der Gesundheit sowie Leistungs- und Erwerbsfähigkeit der Betroffenen,
- eine Vermeidung bleibender sozialer und arbeitsbezogener Funktionseinschränkungen sowie eine Verschlimmerung oder Chronifizierung der Erkrankung,

- die Bewegung der Betroffenen zum adäquaten, aktiven und selbstbestimmten Umgang mit ihrer Erkrankung sowie
- den Erhalt der Teilhabe der Betroffenen am gesellschaftlichen Leben und eine erfolgreiche Wiedereingliederung in das Berufsleben trotz möglicher Einschränkungen (DRV Bund, 2009; Pimmer und Buschmann Steinhage, 2008; Sozialgesetzbuch, Neuntes Buch, SGB IX) ab.

Weiter werden **spezielle psychotherapeutische Therapieziele**, wie z.B. Schaffung eines tragfähigen Arbeitsbündnisses zwischen PatientIn und TherapeutIn, sowie **spezifische ICF-Rehabilitationsziele bezogen auf Körperfunktionen und Körperstrukturen** unterschieden, letztere zielen allgemein auf die Abwendung, Beseitigung, Minderung, Verhütung der Verschlimmerung oder Milderung der Folgen von Schädigungen einschließlich psychischer Funktionen.

Die Rehabilitationsziele werden im Aufnahmegespräch gemeinsam mit dem BezugstherapeutInnen formuliert. Damit eine realistische Zielformulierung gelingt wird sich am **S.M.A.R.T** (Englisch. Klug, elegant) – Prinzip orientiert. Es ist wurde für die Steuerung wirtschaftlicher Prozesse entwickelt, kommt aber auch bei der Vereinbarung individueller Gesundheitsziele zum Einsatz.

Die einzelnen Buchstaben von S.M.A.R.T stehen für die geforderten Eigenschaften des Ziels:

- **Spezifisch:** wird klar, was genau erreicht werden soll (z.B. Wiederaufnahme der Arbeit)
- **Messbar:** kann überprüft werden, in welchem Maße das Ziel erreicht wird (z.B. tägliche Arbeitsstunden)
- **Attraktiv:** halten sowohl Rehabilitand als auch Behandler das Reha-Ziel für wichtig und lohnenswert?
- **Realistisch:** Halten beide Seiten das Ziel für erreichbar? (vor dem Hintergrund des derzeitigen Zustandes, z.B. hinsichtlich Schmerzen, Ausdauer, Krankheitsbewältigung, häusliches Umfeld)
- **Terminiert:** was ist der Zeitrahmen für die Erreichung des Ziels (z.B. bis zur Entlassung aus der Klinik, innerhalb von sechs Monaten nach Entlassung).

Aufbauend auf diesen grundlegenden Therapiezielen werden die Ziele für die einzelnen PatientInnen entsprechend der jeweiligen Lebenssituation angepasst bzw. spezifiziert.

Um eine Übersichtlichkeit der Ziele zu gewährleisten, fokussieren wir unter Einbezug der persönlichen Lebenssituation des Rehabilitanden gemeinsam mit ihm drei Ziele. Nach der Festlegung der übergeordneten Reha-Ziele werden diese schriftlich in der elektronischen PatientInnennakte (GPM), im Formular Therapieziele, einsichtbar für das

Reha-Team dokumentiert. Darüber hinaus wird der Therapiezielebogen ausgedruckt und im Sinne eines Therapievertrags gegengezeichnet, ein Exemplar erhält die PatientIn ein anderes bleibt in der Handakte der BezugstherapeutIn. Die Entwicklung hinsichtlich Erreichung der Ziele wird in den regelmäßigen Reha-Team-Besprechungen diskutiert und in den Therapieverlaufsprotokollen in der elektronischen Patientenakte im GPM dokumentiert.

Nachfolgend ist ein Therapiezielebogen aufgeführt.

The image shows a form titled "Therapieziele bei Aufnahme". It has three numbered sections for goals, each with a text input field:

- 1. Psycho-mentales Ziel
- 2. Somatisches Ziel
- 3. Soziales/berufliches Ziel

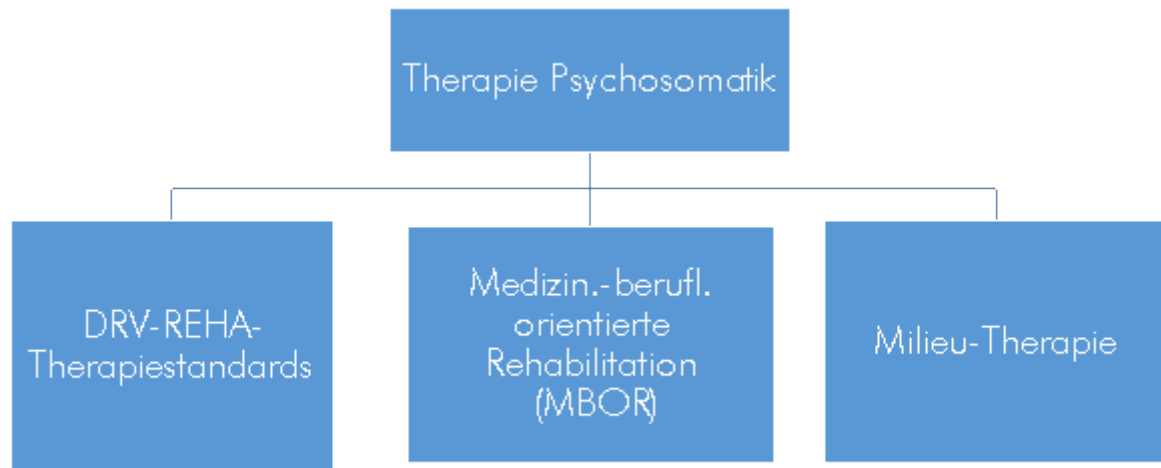
Below the goal sections is a section titled "Unterschriften" with two signature fields:

- Left field: Datum, Unterschrift Patient*in
- Right field: Datum, Unterschrift Therapeut*in

4.3 Abteilungsspezifische Therapieausrichtung

Ein gruppentherapeutisches Konzept mit einem zugrundeliegenden integrativen Ansatz ist die Basis des Therapieansatzes der Abteilung Psychosomatik. Grundlage dabei ist die therapeutische Gemeinschaft als soziales Übungsumfeld im Sinne der Milieuthherapie. Der Zusammenarbeit von TherapeutInnen und Pflege kommt dabei eine besondere Bedeutung zu. Die Therapieleitlinien in den Gruppen und auch in den ergänzenden psychotherapeutischen Einzelgesprächen entsprechen den S3-Leitlinien und verfolgen einen integrativen Ansatz. Ausgerichtet an den jeweiligen Indikationen kommen dabei tiefpsychologische, verhaltenstherapeutische und systemische Aspekte zum Einsatz.

Das gruppentherapeutische Behandlungskonzept der Abteilung für Psychosomatik basiert auf drei Modulen: Den DRV-Therapiestandards, der Milieu-Therapie und den Therapieanforderungen im Rahmen von MBOR. Die Anforderungen und unterschiedlichen Aspekte der drei Module finden Berücksichtigung in allen Bestandteilen unseres Behandlungskonzepts.



Module des Konzepts der Psychosomatik (Menges-Fleig, Kowalewski, 2022)

Gruppentherapeutisches Behandlungskonzept

Die PatientIn ist gemeinsam mit seiner BezugstherapeutIn, Pflegepersonal und MitpatientInnen mit ähnlicher Symptomatik (entsprechend den Leitsymptomen Depression, Schmerz und Angst sowie der DRV-Rehastandards) Teil einer konstanten Bezugsgruppe (Kerngruppe). Auch in weiteren regelmäßigen Therapie-Gruppen treffen sich immer dieselben Personen, die einer BezugstherapeutIn zugeordnet sind. So entsteht ein gemeinsamer therapeutischer Prozess während des Aufenthalts. Auch Sport-, Entspannungs- oder Kreativtherapien finden überwiegend in derselben Gruppe statt. So können persönliche Beziehungen, Vertrauen, Wertschätzung und gegenseitiger Respekt entstehen und die PatientInnen können sich gegenseitig Halt geben.

Psychische Erkrankungen beeinträchtigen oft die sozialen Fähigkeiten. Therapeutische Prozesse hängen wesentlich von den atmosphärischen Rahmenbedingungen ab, die von MitarbeiterInnen und PatientInnen geprägt sind. Im Schonraum der Klinik werden Rahmenbedingungen im Sinne eines speziellen Milieus geschaffen, in dem der Umgang und die Kommunikation mit anderen Menschen in einer vertrauten und geschützten Umgebung trainiert werden können.

Mit Hilfe verschiedener Kommunikationsmöglichkeiten wird den PatientInnen in Gruppen geholfen, sich auf aktives Zusammenleben mit anderen einzulassen, Verständnis für sich selbst und andere zu entwickeln (Teilhabe am Leben in der Gesellschaft). Dies kommt den krankheitsbedingt eingeschränkten Möglichkeiten der Alltags- und Berufsbewältigung entgegen und bietet einen Rahmen für eine rasche Stabilisierung und Kontaktaufnahme zu MitpatientInnen.

In der Entwicklung von Beziehungen und Gruppenprozessen, die Spiegelbilder der Alltagssituationen darstellen (Reinszenierung von Konflikten), kann durch Bewusstwerden und Reflexion dieser Prozesse eigenes Interaktionsverhalten funktionaler gestaltet werden, was sich auf die Alltags- und Berufsfähigkeit des Menschen auswirkt.

Im Rahmen einer Gemeinschaft kann das zwischenmenschliche Miteinander wieder als wertvoll erfahren werden. Dadurch wird die Kontaktfähigkeit gestärkt, der Mensch kann aus Vereinsamung und Vereinzelung herausgeholt werden. Spezifisches Leid kann überwunden werden, Strategien der Alltagsbewältigung werden eingeübt, anstehende Probleme können bereits im Vorfeld mit der Unterstützung anderer gemeistert werden. Durch die Perspektivenvielfalt können eigene Beschwerden besser verstanden und andere Wege damit gefunden werden. Damit wird die Eigenverantwortung gefördert und die aktive Arbeit an den Psychotherapiezielen ermöglicht.

Weitere therapeutische Wirkfaktoren der Gruppe sind gegenseitige Anteilnahme, Teilnahme an positiver Entwicklung von MitpatientInnen, Erfahrung, für andere Menschen hilfreich sein zu können, soziale Lernprozesse.

Das Spektrum der therapeutischen Gruppen umfasst: Psychodynamische Gruppen, verhaltenstherapeutisch orientierte Indikations- und Aktivierungsgruppen, Entspannungsverfahren sowie kunsttherapeutische und ergotherapeutische Gruppen. Darüber hinaus werden im Rahmen von MBOR zusätzlich Berufskompetenzgruppen, Gruppen zu sozialen Fragen sowie Arbeitsplatz-Training in der Gruppe (Projektgruppe) angeboten. Die einzelnen Behandlungselemente werden in Kapitel 5 ausführlich dargestellt.

Neben der Teilnahme an verbindlichen Gruppenveranstaltungen erhält jede PatientIn eine individuell abgestimmte wöchentlich durchgeführte Einzeltherapie. Diese werden von den zuständigen KerngruppentherapeutInnen geführt; sie dienen der Klärung und Lösung aktueller Konflikte, sofern diese sich (z.B. wegen massiver Widerstände gegen bestimmte Themen bzw. Behandlungsschritte, in aller Regel verbunden mit Angst, Ärger und Schamgefühlen) noch nicht im Rahmen der Gruppentherapie bearbeiten lassen.

Pflege in der Psychosomatik

Im Rahmen der Milieuthherapie kommt der Pflege in der Psychosomatik eine besondere Bedeutung zu:


In der Psychosomatik ist das Pflegepersonal eine wichtige und starke Stütze im ganzheitlichen Behandlungskonzept. Das Pflegepersonal soll an der Gestaltung der Atmosphäre der Milieuthherapie mitwirken. Alle psychischen Störungen gehen mit einer Störung im Aufbau und der Aufrechterhaltung von sozialen Beziehungen einher. Dies verlangt nach einer besonderen Art der Pflege. Die PatientInnen können von den

Pflegekräften im Aufbau ihrer sozialen Beziehungen im stationären Kontext unterstützt werden und auf diese Weise lernen, ihre Ängste abzubauen.

Neben den administrativen Aufgaben der Pflege sind entlastende, stützende, orientierungsgebende Gespräche, Krisengespräche, Rückmeldung des Verhaltens der PatientInnen im stationären Kontext, Aktivierung von PatientInnen, Expositionsbegleitung, spezialisierte Gruppenangebote (Abendrunde, Aktivierungsgruppe, Genusstherapie) Bestandteil der täglichen Tätigkeiten. Zudem sind die Pflegekräfte als Bindeglied zwischen PatientInnen und ÄrztInnen/TherapeutInnen feste Mitglieder des interdisziplinären Teams. Dabei ist ihre Anwesenheit und Mitwirkung in den gruppentherapeutischen Prozessen von großer Bedeutung.

Im Zusammenhang mit der Bezugspflege wird durch eine feste Zuordnung von PatientInnen zu einzelnen Pflegekräften die Kontaktaufnahme vereinfacht und eine emotionale Öffnung ermöglicht.

Das Pflegepersonal sollte in der Lage sein, die Bedürfnisse und Nöte der PatientInnen zu erfassen, in ihrem Schweregrad und bezogen auf die somatische und psychische Grundproblematik abzuwägen, um dann den PatientInnen angemessen begegnen zu können und die geeigneten Maßnahmen treffen zu können.



1. Milieutherapie in der Pflege - Psychosomatik

Wichtigste Schnittstelle zwischen Rehabilitand und allen Beteiligten im Behandlungsprozess

Morgen-/Abendrunden KTL H730	Morgen-/Abendrunden KTL H730	wie in KG 1–KG4			
Aktivierungsangebot KTL L560/570	Aktivierungsangebot KTL L560/570				
Bezugspflege: Pflegeanamnese, Wochengespräch (Therapiebegleitung) KTL H550/H750	Bezugspflege Pflegeanamnese, Wochengespräch (Therapiebegleitung) KTL H550/H750				
KG 1	KG 2	KG 3	KG 4	KG 5	KG 6

Pflegekonzept:
 Pflege als erster Ansprechpartner bei Fragen, Schwierigkeiten von Patienten
 Eigenständige Einschätzung pflegerischer Bedürfnisse, eigenverantwortliches Handeln
 Eigenständige Durchführung anspruchsvoller edukativer Interventionen
 Hilfe bei Überwindung oder Akzeptanz gesundheitsbezogener Defizite und Einschränkungen des Rehabilitanden
 Aufbau sozialer Beziehungen: Gespräche, Kriseninterventionen
 Anleitung zur Gesundheitsförderung und Prävention, Dokumentation

Nachfolgend werden unsere Therapiekonzepte im Überblick dargestellt

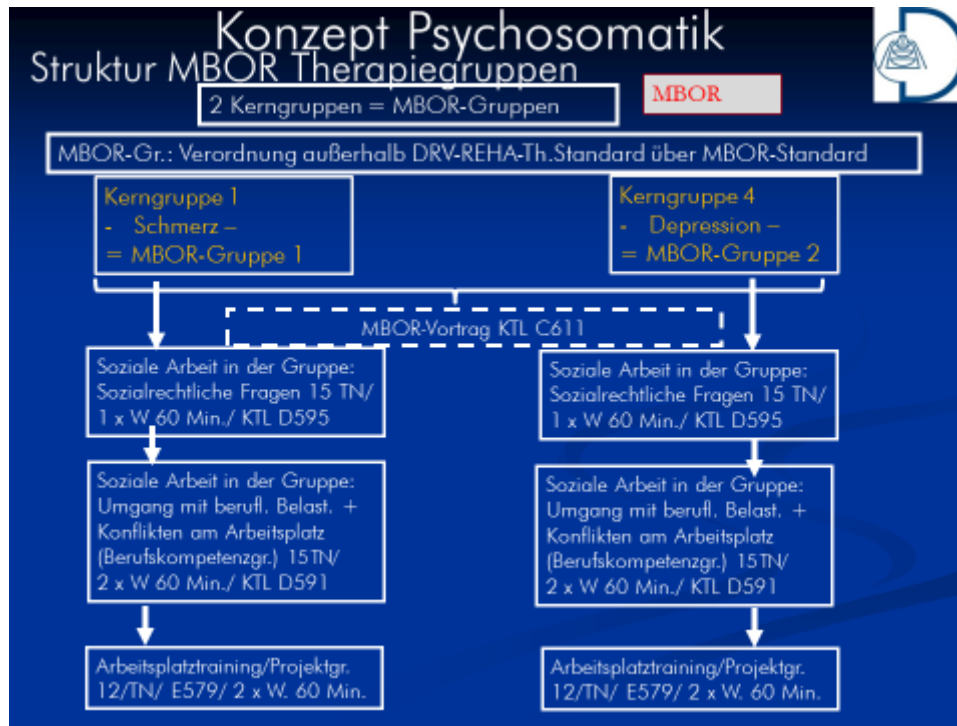
1. Gruppenkonzept Psychosomatik unter Einbeziehung von MBOR-Gruppen



Überblick Therapiegruppen, mit drei MBOR-Gruppen, gemäß DRV MBOR-Anforderungen, und DRV-Therapiestandards (Menges-Fleig, Kowalewski, 2022)

2. Zusätzliches beruflich orientiertes Therapieprogramm für die MBOR-Gruppen

Zusätzliches berufsorientiertes Therapieprogramm im Rahmen von MBOR gemäß Anforderungen der DRV (Menges-Fleig & Kowalewski, 2022)



Zur therapeutischen Ausrichtung der Fachabteilung Psychosomatik gehört auch die Prävention. Daher wurden neben Behandlungskonzepten zur Durchführung der medizinisch-beruflichen Rehabilitation auch unterschiedliche Präventionsprogramme entworfen.

➤ Präventionsprogramme

Psychische Fitness ist das Ergebnis der vernetzten Bio-Psycho-Sozialen Verarbeitungsprozesse im Gehirn, die vor allem emotional und kognitiv arbeitende Gehirnareale betreffen.

Einflussfaktoren sind **lebensgeschichtliche Stressoren** (z.B. Traumata, emotionale Vernachlässigung aber auch Überprotektion) und protektive Faktoren (z.B. Intelligenz, gute Ausbildung, intakte psychosoziale Einbindung) sowie der aktuelle psychosoziale Kontext.

Psychische Fitness ist messbar durch psychometrischen Testverfahren und eine ergänzende psychologische Anamnese.

Die Klinik Dr. Dengler bietet Präventionsprogramme für betrieblich Beschäftigte an, aber auch speziell für Polizisten, Feuerwehrleute und Angehörige der Bundeswehr, die besonderen Stressoren ausgesetzt sind.

A) Präventionsleistungen der gesetzlichen Rentenversicherungen speziell auf die Bedürfnisse betrieblich Beschäftigter angepasst als Kombination **stationärer und berufsbegleitender ambulanter** Leistungen (Betsi: BalancePLUS). Vorgesehene Gruppengrößen: 10-12 Personen.

Zielsetzung:

- Steigerung der psychischen Fitness, des körperlichen Leistungsvermögens und kognitiver Fähigkeiten
- Stressfreier Umgang mit beruflichen Anforderungen, Vermeidung von Burn-out Syndromen
- Gesunde Work-Life- Balance, Ressourcenaktivierung/Resilienz-Training
- Umgang mit Konflikten
- Entdecken eigener kreativer Potenziale

Das Präventionsprogramm umfasst:

1. Vorbereitungsphase
2. Stationäre Phase (1 Woche)
3. Ambulante Trainingsphase (12 Wochen)
4. Eigen-Trainingsphase (12 Wochen)
5. Auffrischungs-Wochenende (Refresher)

B) Präventionsleistungen der gesetzlichen Rentenversicherungen berufsbegleitend und als **ausschließlich ambulante** Leistungen (Betsi: Beschäftigung teilhabeorientiert sichern). Vorgesehen sind ebenfalls Gruppengrößen von 10-12 Personen.

Ablauf:

1. Vorbereitungsphase
2. Ambulante Phase (3 Tage in firmengemischten Gruppe)
3. Ambulante Trainingsphase (18 Wochen)
4. Eigen-Trainingsphase (6 Wochen)
5. Auffrischungstag (Refresher)

➤ **Präventionsprogramm für Polizisten/Feuerwehrleute und Angehörige der Bundeswehr:**

Speziell für diese Berufsgruppen hält die Dr. Franz Dengler Klinik ein Präventionsprogramm vor, wobei die Zielsetzung dem BalancePLUS Programm entspricht. Allerdings ist bei diesen Berufsgruppen davon auszugehen, dass sich die Notwendigkeit der Präventionsmaßnahme auf dem Hintergrund spezieller und vor allem auch traumatisierender Ereignisse mit psychoreaktiver Folgesymptomatik ergibt, sei es, dass die Einsatzkräfte mit akuten Traumata

konfrontiert waren oder sich z.B. bei Auslandseinsätzen auf engstem Raum aufhalten mussten, um sich nicht zu gefährden.

Das Präventionsprogramm wird deswegen nach entsprechender Diagnostik individuell vereinbart, wobei die einzelnen therapeutischen Bausteine dementsprechend abgestimmt werden. Auch sollte möglichst schon im Vorfeld abgeklärt sein, ob eine zwei bis dreiwöchige Präventionsmaßnahme ausreicht oder ob aufgrund von ICD 10 Diagnosen eine 4-6-wöchige psychosomatische Rehabilitationsmaßnahme in der Dr. Franz Dengler Klinik indiziert ist..

➤ **Therapeutisches Leistungsspektrum (KTL)**

Im Folgenden werden die Leistungsbereiche und ausgewählte Leistungsgruppen nach den KTL-Kapiteln dargestellt.

KTL-Beschreibung	KTL Code
Ärztliche sozialmedizinische Beratung einzeln	C551
Ärztliche therapeutische Intervention einzeln	C553
Sprechstundenkontakte/Ärztliche Beratung zu Krankheit und Therapie einzeln	C552
Somatische Visite/Psychosomatische Visite	C552
Vortrag Einführung in die Rehabilitation	C613
Vortrag Sozialrechtliche Info	C612
Vortrag Angststörungen	C600
Vortrag depressive Störungen	C600
Vortrag Chronische Schmerzerkrankungen	C600
Vortrag Stress und Stressbewältigung	C594
Vortrag Medizinisch beruflich orientierte Rehabilitation	C611
Emotionales Essen/Seminar zur Gesundheitsinformation und -förderung	C632
Intuitives Essen/Seminar zur Gesundheitsinformation und -förderung	C632
Ärztliches Abschlussgespräch (Abschluss/Nachsorge)	D579
Sozialrechtliche Beratung einzeln	D553
Sozialberatung	D552
Beratung zur Stufenweisen Wiedereingliederung	D562
Sonstige Beratung zur beruflichen Integration einzeln	D569
Berat. zu Nachsorgeangeboten, Selbsthilfegruppen, ext. Beratungsstellen	D573
Sonstige Soziale Arbeit in der Gruppe/Sozialrechtliche Fragen in der Gruppe	D595
Berufskompetenz-Gruppe	D591
NP Diagnostik	E601
IDA MELBA	E601
Arbeitsplatztraining/Projektgruppe	E579
Ergotherapeutische Behandlung einzeln	E641
Progressive Muskelrelaxation	F612
Progressive Muskelrelaxation IRENA	F612
Autogenes Training	F611
Sonstige Entspannungsverfahren in der Gruppe: Qigong	F619
Sonstige Entspannungsverfahren in der Gruppe: Musikmeditation	F619
Kunst- und Gestaltungstherapie einzeln	F683
Kunst- und Gestaltungstherapie in der Gruppe	F703
Hirnleistungstraining, einzeln/Cogpack PC Training	F100
Psychotherapeutische Krisenintervention	G551
Psych. Einzelgespräch	G620
Kerngruppe 1	G579

KTL-Beschreibung	KTL Code
Kerngruppe 2	G579
Kerngruppe 3	G579
Kerngruppe 4	G579
Kerngruppe 5	G579
Indikationsgruppe 1	G616
Indikationsgruppe 2	G612
Indikationsgruppe 3	G612
Indikationsgruppe 4	G612
Indikationsgruppe 5	G613
Brainwalking (AKW AKTIV)	G609
Stress-/Problemlösegruppe	G601
Trauergruppe	G589
Achtsamkeitsbasierte Körperwahrnehmung	G572
Suchtprävention/Rauchentwöhnung	G679
Balance Plus	G601
Supportives Gespräch/Pflegesprechstunde	H740
Verabschiedungsgruppe	L560
PatientInnenversammlung	L560
Aktivierungsgruppe/Pflege	L560
Abendrunde/Pflege	L560
Kreativwerkstatt/Gestalterische Kreativtherapie	L570
Lehrküche indikationsübergreifend in der Gruppe	M622
Ernährungsberatung einzeln	M590

Hinsichtlich balneophysikalischer, physiotherapeutischer und bewegungstherapeutischer Leistungen können je nach Indikation sämtliche in der KTL enthaltenen Codes zur Anwendung kommen, da die Klinik Dr. Dengler in diesen Fachbereichen ein entsprechend qualifiziertes Personal vorhält.

Die Therapiemodule unserer Therapiestandards für Depression, Angst und chronischen Schmerz entsprechen den Anforderungen der DRV-Therapiestandards. (Mustertherapie s. Kapitel 9).

4.4 Rehabilitationsdauer und Kriterien der Modifikation

Im Hinblick auf die individuell sehr unterschiedlichen Ausgangssituationen und Therapieziele wird die Therapiedauer variabel gehandhabt. Im Laufe des Rehabilitationsprozesses zeigt sich gut, welche Behandlungszeit im Einzelfall erforderlich ist. Grundlage bieten die viermal wöchentlich stattfindenden multiprofessionellen (interdisziplinären) Reha-Teamkonferenzen, in denen die Therapiefortschritte bzw. Hemmnisse und evtl. notwendige Anpassung der Therapieziele diskutiert werden. Es ist mit einer mittleren Verweildauer von ca. 5 Wochen bzw. 35 Tagen zu rechnen.

Kriterien der Modifikation ergeben sich aus der Erreichbarkeit der Therapieziele innerhalb des therapeutischen Prozesses insbesondere hinsichtlich der Möglichkeiten in Beziehung auf Partizipation und Teilhabe sowie Wiederherstellung und Erhalt der Arbeitsfähigkeit.

Evidenzbasierte Therapiemodule bei depressiven Störungen und chronischen Schmerzstörungen dienen als Grundlage der Therapiepläne (siehe Punkt 11 Mustertherapiepläne). Die therapeutischen Leistungen werden in den Entlassungsberichten über ein spezielles Formblatt erfasst.

5 Rehabilitationsablauf und -inhalte

Um ein einheitliches Vorgehen in der Klinik Dr. Franz Dengler sicherzustellen, ist ein für alle Mitarbeiter verpflichtendes Qualitätsmanagementsystem eingerichtet, in dem alle Prozesse dokumentiert sind. Dies wird im Kapitel Qualitätssicherung näher beschrieben.

5.1 Aufnahmeverfahren

Die von Kostenträgern bzw. von anfragenden ÄrztInnen oder PatientInnen zugeschickten Unterlagen werden von der Patientendisposition an den/die ChefärztIn der Abteilung zur Prüfung weitergeleitet. Im Bedarfsfall werden weitere Unterlagen angefordert bzw. werden die PatientInnen zur ambulanten Voruntersuchung einbestellt. Die Patientendisposition vergibt Aufnahmetermine an die PatientInnen. Bei Vorliegen einer Kontraindikation, wird dies den entsprechenden AntragstellerInnen mitgeteilt. Mit Einladung/Einbestellung zur Reha erhalten die PatientInnen Aufnahmebögen der Psychosomatik, welche ausgefüllt zum Reha-Antritt mitzubringen sind. Die Aufnahmefragebögen umfassen:

- Psychosomatik Aufnahmefragebogen – erfasst allgemeine Angaben zur Biografie, zur aktuellen sozialen Situation, zu medizinischen Erkrankungen und Vorbefunden.
- Arbeitsplatzbeschreibung - neben allgemeinen Beschreibungen zum Arbeitsplatz, bietet der Fragebogen auch Platz, Problemlagen am Arbeitsplatz individuell zu formulieren
- SIBAR – standardisierter Fragebogen zur Erfassung beruflicher Belastungen
- Fragebogen zur Bewertung der Auswirkungen von Kontextfaktoren

Das Mitbringen der ausgefüllten Fragebögen ermöglicht bereits im Aufnahmegespräch mit der Chefärztin oder Oberärztin der Psychosomatik ggf. die Einteilung in eine unserer MBOR-Gruppen, darüber hinaus erhält die PatientIn die Hausordnung der Klinik Dr. Franz Dengler. Auch diese ist unterschrieben zum Reha-Antritt mitzubringen, darin verpflichtet sich die PatientIn zur Abstinenz von Alkohol und Drogen für die Zeit der Reha-Maßnahme.

Die Aufnahme selbst ist verbindlich geregelt durch die schriftlich fixierte VA Erstuntersuchung Medizin im Teil b Psychosomatik.

Grundsätzlich gilt: Jede PatientIn wird am Aufnahmetag ärztlich untersucht, am zweiten Tag von der Chefärztin in die psychosomatische Abteilung aufgenommen, wobei eine psychosomatische Diagnostik erfolgt und der Therapieplan auf Grundlage der DRV-Reha-

Standards in Zusammenarbeit mit der PatientIn erstellt wird. Am Folgetag erfolgt Vorstellung bei der BezugstherapeutIn.

Die Therapieplanung erfolgt computergestützt. Durch entsprechende Optimierungsprogramme werden die Therapien so umgesetzt, dass die Wirksamkeit der einzelnen therapeutischen Maßnahmen möglichst genau an die Bedürfnisse und die aktuelle Leistungsfähigkeit der PatientInnen angepasst wird.

5.2 Rehabilitationsdiagnostik

Grundlage der Therapie ist eine fundierte biopsychosoziale Diagnostik, die das Ausmaß sämtlicher Einschränkungen und Ressourcen der PatientInnen beschreibt. Die diagnostische Grundausstattung der Klinik ermöglicht die Erkennung von Erkrankungen und Erkrankungsrisiken, beruflichen Problemlagen, die Aufstellung eines Therapieplanes, Verlaufskontrollen sowie eine fundierte sozialmedizinische Beurteilung (entsprechend den Empfehlungen der Deutschen Rentenversicherung Bund; VDR, 2007).

Ein besonderer Schwerpunkt ist daher die Erfassung der biopsychosozialen Funktionsverluste (z. B. Einschätzung von Organfunktionen, Erhebung der Rollenfunktionen im Sinne der Teilhabe am Alltagsleben sowie in Familie, Beruf und Gesellschaft) und deren Auswirkungen auf das Leistungsvermögen der PatientInnen.

Die rehabilitationspezifische Diagnostik verknüpft medizinische und psychologische-psychiatrische Befunde mit sozialmedizinischen Gegebenheiten, insbesondere werden dabei im Sinne von MBOR berufliche Problemlagen erfasst. Das Vorgehen orientiert sich an der systemischen Sichtweise, die die Einzelnen nicht als isolierte Individuen, sondern als Teil unterschiedlicher Systeme versteht. Der rehabilitative und sozialmedizinische Auftrag ist erst dann erfüllt, wenn auch das Umfeld, d. h. die Kontextfaktoren, ausreichend einbezogen wurde.

Bei der Aufnahme der neuen RehabilitandInnen werden zunächst die aktuellen medizinischen, psychiatrischen und psychotherapeutischen Befunde gesichtet und bewertet.

Liegt bei Antritt des stationären Heilverfahrens allerdings keine exakte Abklärung organischer Erkrankungen vor, so ist die interdisziplinär agierende Klinik in der Lage dieser Aufgabe nachzukommen. Aufgrund der vorliegenden diagnostischen Möglichkeiten ist es möglich, die erforderlichen Untersuchungen in engem zeitlichem Rahmen durchzuführen.

Die Aufgabe der Rehabilitationsdiagnostik ist nicht nur das Erkennen der sich aus der Krankheit ergebenden Störungen bzw. Funktionsbeeinträchtigungen. Vielmehr soll der Umfang der Funktionseinschränkungen beurteilt sowie die vorhandenen Restfunktionen erkannt werden.

Ein weiteres wesentliches Merkmal der Rehabilitationsdiagnostik umfasst in besonderem Maße auch die Erkennung psychischer und sozialer Behinderungen und möglicher Belastungssituationen. Eine weitere Aufgabe der Rehabilitationsdiagnostik ist die Analyse des Grades der Krankheitsbewältigung und deren Einflussmöglichkeiten. Die psychischen und sozialen Belastungen im Alltagsleben und am Arbeitsplatz, in der Familie, in der Freizeit und

im Beruf müssen festgestellt werden. Im Rahmen von MBOR erfolgt über die medizinisch und psychotherapeutischen Diagnosen hinaus eine Sozialanamnese sowie eine Berufsanamnese mit Erfassung möglicher beruflicher Problemlagen sowie die Erfassung von Kontextfaktoren.

Diagnostische Besonderheiten ergeben sich durch interdisziplinäre Zusammenarbeit des Reha-Teams. Die Befunde der am Behandlungsverlauf beteiligten unterschiedlichen Berufsgruppen (ÄrztInnen, Dipl.-PsychologInnen, SozialarbeiterInnen, ErgotherapeutInnen, psychosomatisch geschultes Pflegepersonal, PhysiotherapeutInnen) werden in der Indikationskonferenz zusammengefasst.

Grundlage der Therapie ist eine fundierte sozio-psychosomatische Diagnostik, die das Ausmaß sämtlicher Einschränkungen und Ressourcen der PatientInnen beschreibt.

Eine solche Diagnostik ermöglicht die Definition von Zielen für die Rehabilitationsbehandlung, die Aufstellung eines Therapieplanes, Verlaufskontrollen sowie eine fundierte sozial-medizinische Beurteilung (entsprechend den Empfehlungen der Deutschen Rentenversicherung Bund; VDR, 1996). Dabei werden die diagnostischen Ergebnisse aller beteiligten Berufsgruppen in den regelmäßigen Reha-Teambesprechungen zusammengetragen.

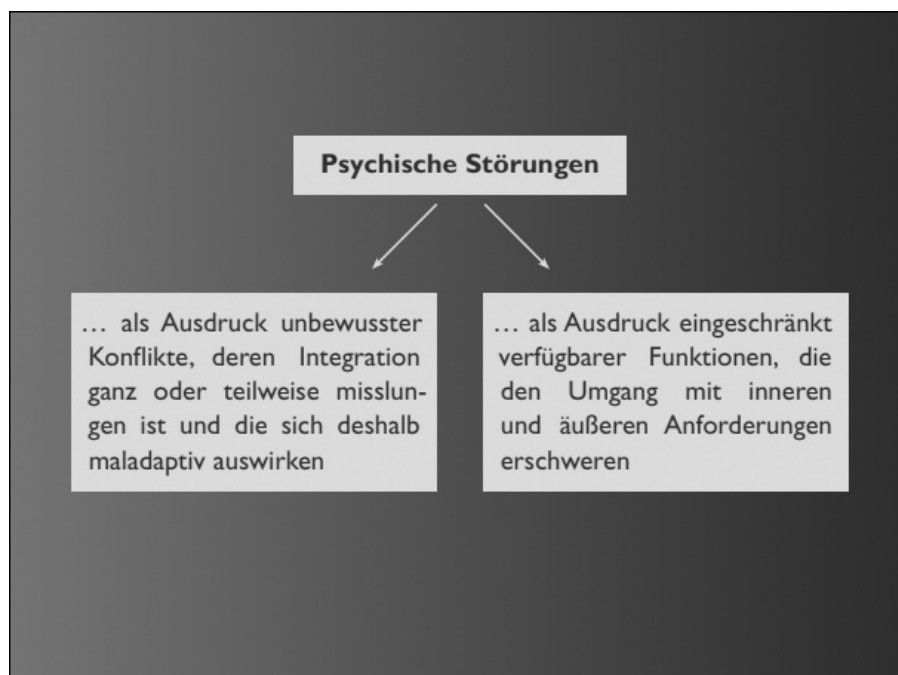
Die Psychodiagnostik bezieht sich primär auf die rehabilitationsrelevanten Symptome und Dimensionen der Persönlichkeit, des Erlebens und des Verhaltens. Die psychotherapeutisch tätigen Berufsgruppen (FachärztInnen für Psychiatrie und Psychotherapie und Psychosomatische Medizin, Dipl.-PsychologInnen, SozialarbeiterInnen, ErgotherapeutInnen) nutzen dabei verschiedene Instrumente und Techniken:

- Die tiefenpsychologische Exploration
- Die operationalisierte psychodynamische Diagnostik (OPD)
- Die Sozialanamnese
- Die Verhaltensanalyse
- Die Verhaltensbeobachtung
- Die Verlaufsbeobachtung
- Psychometrische Verfahren und testpsychologische Untersuchungen
- Leistungsbeurteilungsinstrumentarien (Ida/Melba)
- Instrument zur Erfassung Beruflicher Belastungen (SIBAR)
- Arbeitsplatzbeschreibung
- DRV Fragebogen zur Erfassung von Kontextfaktoren
- Neuropsychologisches Assessment zur Erfassung des kognitiven Leistungspotenzials

Der operationalisierten psychodynamischen Diagnostik (OPD) kommt in unserer Diagnostik eine grundlegende Bedeutung zu.

OPD

OPD: die Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik ist ein seit 1996 kontinuierlich weiterentwickeltes klinisch relevantes Diagnostik- und Therapieplanungssystem. Es stellt der TherapeutIn ein individuelles Profil der störungsrelevanten aktuellen Probleme und Lebensschwierigkeiten sowie der aktivierbaren veränderungsrelevanten Ressourcen eines Patienten zur Verfügung. Die Terminologie dieses Systems ist schulenübergreifend. Das erste Manual wurde 1996 veröffentlicht, 2006 erschien eine revidierte Fassung: OPD 2, in dem erstmals ein Instrumentarium zur Therapieplanung und Ansätze zur Therapie Evaluation integriert sind.



Achsen des OPD -2 Systems

Das OPD- System basiert auf dem einer multiaxialen Diagnostik. Die diagnostischen Dimensionen und Kategorien werden mit Hilfe von fünf Achsen (vier dynamische und eine deskriptive Achse) bestimmt die ersten vier Achsen entstammen einem aus der Psychoanalyse abgeleiteten Verständnis. Sie erfassen folgende Inhalte:

- Achse 1: Krankheitserleben und Behandlungsvoraussetzungen
Zentrale Frage: welche Störungen/ Probleme und Ressourcen liegen vor?
- Achse 2: Beziehung (maladaptive Beziehungsmuster)
Zentrale Frage: wie interagiert die PatientIn mit anderen?
- Achse 3: Konflikt (zeitlich überdauernden neurotische Konflikte bzw Konfliktschemata)
Zentrale Frage: welche Motive (Konflikte) bewegen die PatientIn?
- Achse 4: Struktur (psychisch-strukturelle Fähigkeiten)
Zentrale Frage: wie reguliert sich der PatientIn

- Achse 5: psychische und psychosomatische Störungen (Symptomatologie gemäß ICD-10 bzw DSM – IV
Zentrale Frage: was liegt phänomenologisch- diagnostisch vor?

In **Achse 1** wird das Krankheitserleben und die Behandlungsvoraussetzungen der PatientInnen erfasst, ebenso das Veränderungskonzept, die Veränderungsressourcen und -Hemmnisse.

In **Achse 2** werden die von den PatientInnen berichteten Beziehungsepisoden und das interaktive Übertragungs- und Gegenübertragungsgeschehen der TherapeutIn schematisch zu einem maladaptiven Beziehungsmuster konfiguriert. Dabei wird die Art und Weise, wie die PatientIn relevante Beziehungen erlebt und sich diesem Erleben entsprechend anderen Personen gegenüber verhält rekonstruiert.

OPD-2 Achse 2: Beziehungsdynamisches Schema

Perspektive A: Erleben des Patienten	
Der Patient erlebt sich immer wieder so, dass er (andere/n) ... defensiv erlebte Reaktion	Patient erlebt andere immer wieder so, dass sie ... erlebter Angriff / Enttäuschung
Perspektive B: Erleben der anderen (auch des Untersuchers)	
Andere – auch der Untersucher – erleben, dass der Patient immer wieder (andere/n) ... schwieriges Beziehungsangebot	Andere – auch der Untersucher – erleben sich gegenüber dem Patient immer wieder so, dass sie unbewusst nahegelegte Antwort

Beispiel:

- Patient erlebt andere ihm gegenüber als vernachlässigend (negatives Erleben des Patienten der anderen);
- Patient reagiert anderen gegenüber besonders hilfsbereit (defensiv ausgerichtetes Verhalten zur Vermeidung weiterer Vernachlässigung durch andere);
- andere erleben den Patienten hingegen nicht als hilfsbereit, sondern als fordernd (die aus Patientensicht vermeintliche Hilfsbereitschaft wird von anderen als problematisches Interaktionsangebot aufgefasst, da er mit seinem Verhalten zugleich auch die Erwartung signalisiert, sich im Gegenzug revanchieren zu müssen);
- andere erleben sich gegenüber der PatientIn als abschottend (sie schotten sich gegen die als überzogen erlebten Forderungen des Patienten ab);

- damit mobilisiert die PatientIn (un-)bewusst/automatisiert bei anderen genau jenen Reaktionen ihm gegenüber, die er zu vermeiden sucht und die aus seinem Erleben heraus sein letztlich dysfunktionales Verhalten begründen.

Achse 3:

Konfliktodynamik als überdauernde dysfunktionale Motivationswidersprüche.

1. Individuations-Abhängigkeits-Konflikt
2. Kontrolle-Unterwerfungs-Konflikt
3. Autarkie-Versorgungs-Konflikt
4. Selbstwertkonflikt
5. Schuldkonflikt
6. Ödipaler Konflikt
7. Identitätskonflikt

Für jeden Konflikt liegt eine idealtypische Beschreibung für den aktiven bzw passiven Verarbeitungsmodus vor und zwar jeweils bezogen auf die Lebensbereiche Herkunftsfamilie, Partnerschaft, Beruf und Arbeitswelt, Besitz und Geld soziale Gruppierungen sowie Körper und Sexualität. Der Verarbeitungsmodus bezieht sich auf die Balance des Ausgleich zwischen inneren und äußeren Anforderungen und die daraus resultierenden überkompensatorischen (aktiven, kontraphobischen) bzw regressiven (passiven, vermeidenden, dysfunktionalen Entweder- oder- Lösungen. Je mehr Lebensbereiche ein Konflikt tangiert, umso klinisch bedeutsamer wird er. Zu Beurteilung werden die beiden inneren Konflikte mit der größten klinischen Bedeutung für die Fokusbildung bestimmt und der Modus der Verarbeitung des Hauptkonflikts angegeben.

Achse 4

OPD-Achse IV: Struktur

- 1a Selbstwahrnehmung
- 1b Objektwahrnehmung
- 2a Selbstregulierung
- 2b Regulierung des Objektbezugs
- 3a Kommunikation nach innen
- 3b Kommunikation nach außen
- 4a Bindung an innere Objekte
- 4b Bindung an äußere Objekte
- 5 Struktur gesamt

Darstellung der unterschiedlichen Foki:

OPD-2: Strukturfoki (1)

Wahrnehmung:

- Selbstreflexion
- Affektdifferenzierung
- Identität
- Selbst-Objekt-Differenzierung
- Ganzheitliche Objektwahrnehmung
- Realistische Objektwahrnehmung

OPD-2: Strukturfoki (2)

Steuerung:

- Impulssteuerung
- Affekttoleranz
- Selbstwertregulierung
- Beziehungen schützen
- Interessenausgleich
- Antizipation

OPD-2: Strukturfoki (3)

Kommunikation:

- Affekte erleben
- Phantasien nutzen
- Körper selbst
- Kontaktaufnahme
- Affektmitteilung
- Empathie

OPD-2: Strukturfoki (4)

Bindung:

- Internalisierung
- Introjekte nutzen
- Variable Bindungen
- Bindungsfähigkeit
- Hilfe annehmen
- Bindungen lösen

Fokus: Das Erleben des Selbst

- Kann der Patient zu sich selbst in Beziehung treten?
- Kann er Einblick in das eigene Innere nehmen und dadurch Einsichten gewinnen?
- Kann er ein kohärentes Bild von sich gewinnen?
- Kann er unterschiedliche Selbst-Aspekte zueinander in Beziehung setzen?
- Kann er die eigene biographische Entwicklung verstehen?
- Hat er ein Gefühl von Identität, das seiner alters- und geschlechtsbezogenen Lebensrealität entspricht?
- Kann er selbstverantwortlich planen und handeln?
- Hat er ein Gefühl von Ausgerichtetsein und Orientierung in der Welt?
- Verfügt er über sprachliche Begriffe für sein seelisches Erleben, d.h. für seine Gefühle, Bedürfnisse und Intentionen?
- Kann er in einem inneren Dialog mit sich selbst kommunizieren?

mod. nach Rudolf G (2013): Strukturbezogene Psychotherapie. Schattauer, Stuttgart, 3.Aufl., S. 140

Fokus: Das emotionale Erleben des Patienten

- Wie erlebt der Patient Affekte?
- Wie gut kann er sie unterscheiden?
- Welche Affekte herrschen vor?
- Wo sind die Grenzen seiner Affekttoleranz?
- Wie versucht er, heftige Affekte zu regulieren?
- Wie kränkbar ist er?
- Wie deutlich kann er seine Affekte anderen mitteilen?
- Lässt er Affekte anderer an sich herankommen?
- Versteht er die Affektäußerungen anderer?
- Kann er mit anderen gemeinsame Affekte haben?
- Kann er anderen gegenüber empathisch sein?

Fokus: Objekterleben und Beziehungsdynamik

- Wer sind die wichtigen anderen?
- Wie gut kann er sie von sich abgegrenzt wahrnehmen?
- Wie gut vermag er andere mit eigenen Interessen, Überzeugungen und Einstellungen wahrzunehmen?
- Wie gut vermag er sich in andere hineinzusetzen?
- Wie realistisch kann er die Objektwelt sehen, welche Verzerrungen herrschen vor?
- Wie gut kann er zu anderen Kontakt aufnehmen, Beziehungen eingehen?
- Wie gut kann er Beziehungen, die ihm wichtig sind, vor Beschädigung durch eigenen Impulse bewahren?
- Wie gut vermag er, sich anderen verständlich zu machen?
- Kann er in Beziehungen zu anderen seine eigenen Interessen wahren?
- Kann er die berechtigten Interessen anderer gelten lassen?
- Kann er die möglichen Reaktionen anderer auf sein Tun antizipieren?

Fokus: Bindung

- Kann sich der Patient emotional an andere binden?
- Kann er innerlich gute Beziehungserfahrungen in sich aufbewahren?
- Kann er unterschiedliche Beziehungen zu unterschiedlichen Objekten haben?
- Sind seine Beziehungen ausschließlich dyadisch möglich?
- Spielen für ihn strafende, verfolgende, entwertende innere Objekte eine bedeutende Rolle?
- Ist er imstande, prosoziale Gefühle wie Dankbarkeit, Fürsorglichkeit oder Verantwortung zu erleben und zum Ausdruck zu bringen?
- Kann er gegenüber anderen, denen er willentlich geschadet hat, Schuld empfinden?
- Kann er sich innerlich unter Zuhilfenahme positiver Introjekte selbst beruhigen und trösten?
- Kann er äußerlich bei anderen Hilfe und Unterstützung suchen und annehmen?
- Kann er Abschied nehmen und Trauer über Verluste erleben?

Achse 5: präzise deskriptiv-phänomenologische Diagnostik: syndromale Auffälligkeiten gemäß ICD 10 werden klassifiziert.

Mit der OPD 2 wird das zu behandelnde Problem, der Interventionsprozess und das Behandlungsergebnis auf eine gemeinsame konzeptuelle Basis gestellt, so dass die psychodynamisch-psychotherapeutische Diagnostik als Handlungsanweisung für die Therapie verstanden werden kann. Dabei spiegelt das Gewicht der Struktur oder Konfliktanteile die Auswahl der Foki wider. Meist sind beide Aspekte bedeutsam.

Die Therapieziele werden auf eine überschaubare Anzahl besonders relevanter klinischer Probleme des Individuums begrenzt. Die OPD soll die verbindliche Kommunikation unter den TherapeutInnen fördern.

Da die konflikthafter und strukturell bedingten Einschränkungen alle Lebensbereiche betreffen, besteht zwischen dem Potential für die Arbeitsmarktintegration und dem psychischen Strukturniveau der Persönlichkeit ein empirisch nachweisbarer Zusammenhang. Von da aus erscheint die Kombination der psychologischen bzw. psychodynamischen Diagnostik (OPD) mit denen der MBOR grundsätzlich sinnvoll. Dazu bietet unsere Rehabilitationsklinik als Institution eine Zusammenschau der erhobenen diagnostischen Befunde als Ausgangspunkt einer individuell abgestimmten Therapieplanung an.

Die häufigsten Rehadiaosen in der psychosomatischen Abteilung umfassen chronische Schmerzstörungen, somatoforme, depressive und Angststörungen.

Psychometrische Status- und Verlaufsdiagnostik

In der Verlaufsdiagnostik werden die folgenden psychometrischen Testverfahren, die das psychopathologische Zustandsbild dokumentieren, eingesetzt (ergänzt durch PC-gestützte Tests zur kognitiven Leistungsfähigkeit und anderer arbeitsrelevanter Fähigkeiten (z. B. des Gedächtnisses oder der Konzentration)).

Testverfahren und Beschreibung	Standard Verlaufs-Diagnostik	Standard Status-Diagnostik	Bedarf Status-Diagnostik
HADS-D (Hospital Depressions- und Angstskala) Fragebogen zur Selbstbeurteilung der Schwere einer Depressivität und Angst	✓		
BSCL-(Brief Symptom-Check-Liste) Fragebogen zur Selbstbeurteilung der subjektiv empfundenen aktuellen Beeinträchtigung durch 53 vorgegebene körperliche und psychische Symptome	✓		

Testverfahren und Beschreibung	Standard Verlaufs- Diagnostik	Standard Status- Diagnostik	Bedarf Status- Diagnostik
IIP-C (Inventar Interpersonaler Probleme) Fragebogen zur Selbsteinschätzung von Problemen im Umgang mit anderen Menschen. Die Anwendung erlaubt eine differenzierte Diagnostik interpersonaler Probleme im klinischen Kontext			✓
SOMS (Screening für Somatoforme Störungen) Screening-Fragebogen zur Erfassung körperlicher Beschwerden, die nicht auf eine organische Veränderung zurückzuführen sind. Die Anwendung erlaubt die diagnose-relevante Bestimmung eines sog. „Somatisierungsindex“.			✓
SKID-II (Screening für Persönlichkeitsstörungen) Die Anwendung erlaubt eine schnelle und valide Diagnostik der zehn auf Achse-II sowie der zwei im Anhang des DSM-IV aufgeführten Persönlichkeitsstörungen			✓
Neuropsychologisches Assessment: TAP (Testbatterie zur Aufmerksamkeitsprüfung)			✓
Neuropsychologisches Assessment: MMST (Mini Mental Status Examination)			✓
Neuropsychologisches Assessment: Coloured Progressive Matrices (CPM):			✓
Neuropsychologisches Assessment: Uhrentest			✓
Neuropsychologisches Assessment: CERAD-Plus			✓

Sozialmedizinische Leistungsdiagnostik

Der Einschätzung von berufsübergreifenden Qualifikationen – den sogenannten Schlüsselqualifikationen – wird sowohl im Kontext der Personalauswahl als auch der beruflichen Rehabilitation und Integration zunehmend mehr Aufmerksamkeit geschenkt.

Neben der Förderung der Motivation der RehabilitandInnen, sich mit ihren individuellen Berufs- und Arbeitssituationen auseinanderzusetzen, erfolgt auch eine berufsbezogene Diagnostik zur erweiterten Therapieplanung.

Um sozialmedizinische Fragen zu der Beurteilung von Arbeits- und Leistungsfähigkeit sowie dem Vorliegen beruflicher Schlüsselqualifikationen differenziert, zuverlässig und effektiv zu beantworten und den individuellen Bedürfnissen gerecht zu werden, nutzen wir unterschiedliche wissenschaftlich fundierte Verfahren:

Testverfahren zu Einschätzung der beruflichen Leistungsfähigkeit	Bedarf Verlaufs- Diagnostik	Bedarf Status- Diagnostik
<p>MELBA (Psychologische Merkmalprofile zur Eingliederung Behinderter in Arbeit) MELBA ist ein Verfahren mit dem einerseits die Fähigkeiten einer Person und andererseits die Anforderungen einer Tätigkeit dokumentiert werden können. Dazu stellt das Verfahren ein Fähigkeits- und ein Anforderungsprofil bereit. Bei insgesamt 29 Merkmalen handelt es sich um Schlüsselqualifikationen, die eine hinreichende und umfassende Beschreibung der tätigkeitsrelevanten psychischen Fähigkeiten einer Person sowie der psychischen Anforderungen einer Tätigkeit erlauben.</p>		✓
<p>Ida (Instrumentarium zur Diagnostik von Arbeitsfähigkeiten) Dieses diagnostische Modul erlaubt anhand von 14 Arbeitsproben die Operationalisierung von primär a) kognitive Fähigkeiten, b) Fähigkeiten zur Art der Arbeitsausführung, c) psychomotorische Fähigkeiten und d) Fähigkeiten aus dem Bereich Kulturtechniken/ Kommunikation - und damit die Erhebung und Beurteilung von denjenigen arbeitsrelevanten Schlüsselqualifikationen, die mit dem Verfahren MELBA dokumentiert werden. Der Einsatz ist daher an die Arbeit mit MELBA gekoppelt.</p>		✓
<p>AVEM (Arbeitsbezogene Verhaltens- und Erlebensmuster) Der AVEM erlaubt Aussagen über gesundheitsförderliche Verhaltens- und Erlebensmuster bei der Bewältigung von Arbeits- und Berufsanforderungen.</p>		✓
<p>ELA (Einschätzung der körperlichen Leistungsfähigkeit bei arbeitsbezogenen Aktivitäten) ELA ist ein Assessmentinstrument zur Beurteilung der arbeitsbezogenen körperlichen Leistungsfähigkeit. Erhoben werden die typischen physischen Anforderungen der Arbeitswelt wie z.B. das Heben und Tragen von Lasten oder das Stehen in vorgeneigter Haltung. Die erhobenen Fähigkeiten werden mit den Anforderungen am Arbeitsplatz verglichen (Profilvergleich).</p>		✓
<p>SBIAR Screening-Instrument zur Messung des Bedarfs an berufsbezogenen Behandlungsangeboten in der medizinischen Rehabilitation SIBAR berücksichtigt mit drei Subskalen unterschiedliche Bedarfsbereiche: 1. sozialmedizinisches bzw. Frühberentungsrisiko, 2. berufliches Belastungserleben und 3. subjektiver berufsbezogener Behandlungsbedarf.</p>		✓

Computergestütztes Therapieverfahren	Bedarf Pc-gestützte Therapie
<p>Cogpack Ein PC-gestütztes, neuropsychologisches Therapieprogramm. Es enthält 64 Test- und Übungsprogramme mit über 500 Aufgaben zum Training und zur Rehabilitation von Hirnfunktionen.</p>	✓

5.3 Das interdisziplinäre Reha-Team

Interdisziplinäre Reha -Teamarbeit:

Am Behandlungsprozess beteiligte ÄrztInnen, Pflegekräfte, Diplom-PsychologInnen, ErgotherapeutIn, GestaltungstherapeutIn, PhysiotherapeutIn, SporttherapeutIn, DiätassistentIn sowie Sozialdienst treffen sich wöchentlich zu interdisziplinären Reha-Team-Konferenzen, aus der nachfolgenden Tabelle sind Turnus und Zielsetzung der Meetings/Besprechungen sowie des Fortbildungsimpulses zu entnehmen:

Kommunikationsmatrix – Meetings/Besprechungen – Fachabteilung Psychosomatik Klinik Dr. Franz Dengler																
		Chefärztin Psychosomatik	Oberärztin Psychosomatik	StationsärztInnen	Ärzte Orthopädie / Innere	Psychotherapeutinnen	Sozialdienst	Kunsttherapeutin	Diätassistentinnen	Pflegedienst	Physiotherapie	Ergotherapie	Ort	Zeitpunkt	Dauer	Häufigkeit
1.	Organisationskonferenz	X	X	X		X	X	X	X			X	Therapieraum Baden	Montag 13:30	30 Min.	wöchentl.
2.	Fortbildungsimpuls	X	X	X		X	X	X	X			X	Therapieraum Baden	Dienstag 13.00	30 Min.	wöchentl.
3.	Einzelfall-Supervision	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Therapieraum Baden	Dienstag 13:30	90 Min.	wöchentl.
4.	MBOR-Konferenz	X	X			X	X	X				X	Büro Chefärztin	Mittwoch 8:30	60 Min.	wöchentl.
5.	Entlass.-Konferenz	X	X	X		X	X	X	X	X	X	X	Therapieraum Baden	Mittwoch 11:00	60 Min.	wöchentl.
6.	Teambesprechung	X	X	X		X	X	X	X	X		X	Therapieraum Baden	Mittwoch 12.00	30 Min.	wöchentl.
7.	Indikationskonferenz	X	X	X		X	X	X	X	X	X	X	Therapieraum Baden	Donnerstag 10:00	60 Min.	wöchentl.
8.	Einzelfall-Supervision (abteilungsintern)	X	X			X							Büro Chefärztin	Dienstag 09:00- 09:30 Mittwoch 10:00-	60 Min.	wöchentl.

**Kommunikationsmatrix – Meetings/Besprechungen –
Fachabteilung Psychosomatik Klinik Dr. Franz Dengler
Ziele der Besprechungen**

		Ziel der Besprechung	Nennung Nachweise (Protokoll, Doku, Ergebnisse)
1.	Organisationskonferenz	Ziel: Besprechung und Klärung organisatorischer Fragen - Informationsvermittlung aus Leitungsbesprechung, Klinikkonferenz etc. - Besprechung abteilungsinterner organisatorischer Fragen und Neuerungen - Monitoring laufender abteilungsinterner Projekte - Fehlermanagement: Aufnahme identifizierter Struktur-/Prozessfehler, Ausfüllen und Abgeben der Fehler-/Chancenformulare Stufe 2/3	Protokoll- und Maßnahmenplan „Organisationskonferenz“ (Laufwerk Psychosomatik) Ereignismeldung
2.	Fortbildungsimpuls	Ziel: Klinische Fort- und Weiterbildung des fachübergreifenden Behandlungsteams - Vortragende: extern / intern	Dokumentation: - Veranstaltungsplan „Dienstags-curriculum“ (halbjährlich) (Laufwerk Psychosomatik) - TeilnehmerInnenliste (→ Verwaltung)
3.	Einzelfall-Supervision (interdisziplinär)	Ziel: Einzelfall-Supervision (interdisziplinär) - Besprechung von PatientInnen der Abt. Psychosomatik oder mitbehandelter PatientInnen der Abt. Orth./Innere Med. zu Psychodynamik, Behandlungsfokus, Intervention, Sozialmedizin ... - Interdisziplinärer Austausch der am Behandlungsprozess beteiligten Berufsgruppen.	Dokumentation: - Formular „Dokumentation Fallsupervision“ in Psy.- Pat.-Akte - TeilnehmerInnenliste (→ Verwaltung)
4.	MBOR-Konferenz	Ziel: Sozialmedizinische Beurteilung der PatientInnen - Besprechung und Bewertung der Befunde aus Leistungserprobung IDA/MELBA und Neuropsychologischem Assessment	Dokumentation: - Chef-/OberärztIn: „Pat.-Ordner“ - TherapeutIn: „Psy.- Pat.-Akte“
5.	Entlass.-Konferenz	Ziel: PatientInnen-Abreisen der aktuellen Woche: - Klärung Diagnostik - Klärung die Entlassung und den E-Bericht betreffender, offener Fragestellungen	Dokumentation: - Chef-/OberärztIn: „Pat.-Ordner“ - TherapeutIn: „Psy.- Pat.-Akte“
6.	Team-Besprechung	Ziel: Psycho-Hygiene - Reflexion nach Umgang mit schwierigen Patienten	Dokumentation: - Chef-/OberärztIn: „Pat.-Ordner“ - TherapeutIn: „Psy.- Pat.-Akte“
7.	Indikationskonferenz	Ziel 1: Vorstellung und Besprechung PatientInnen-Neuaufnahmen Austausch der Aufnahmebefunde der am Behandlungsprozess beteiligten Berufsgruppen - Klärung Fokus der Therapie - Klärung von Aufenthaltsdauer, Diagnostik, Vorbefunden, Therapieindikation, soz. medizinische Situation, Erfordernis gesonderter	Dokumentation: - Chef-/OberärztIn: „Pat.-Ordner“ - TherapeutIn: „Psy.- Pat.-Akte“

		Diagnostik/Konsile. Ziel 2: Klärung von Fragen / Planung laufender Behandlungen	
8.	Einzelfall-Supervision (abteilungsintern)	Ziel: Einzelfall-Supervision - Reflexion des psychotherapeutischen Prozesses: Sicherstellung Leitlinien-gerechter Therapie, differenzierte Gestaltung der therapeutischen Beziehung, sichere Wahrnehmung der Übertragung und Gegenübertragung .	Dokumentation: - Formular „Dokumentation Fallsupervision“ in Psy.- Pat.-Akte

ÄrztInnen: Den ärztlichen MitarbeiterInnen obliegt die medizinische Diagnostik, insbesondere als rehabilitationsbezogene Funktions- und Leistungsdiagnostik, die Feststellung des individuellen Behandlungsbedarfs, die Planung und Anwendung der medizinischen Therapie sowie die Leitung und Überwachung des Rehabilitationsablaufs, die Durchführung von Visiten, die Übernahme koordinierender und anleitender Aufgaben, die Nachsorgeplanung und die Überwachung der rechtzeitiger Erstellung des Entlassungsberichtes.

Die Aufgaben der psychotherapeutisch tätigen ÄrztInnen entsprechen den Aufgabenstellungen der Dipl.-PsychologInnen. Im Rahmen des Rehabilitationsteams nehmen die ÄrztInnen somit eine Schlüsselstellung ein. Fachlich-medizinisch trägt die Chefärztin die ständige ärztliche Verantwortung.

Diplom-PsychologInnen in fortgeschrittener Approbationsausbildung: Die psychologischen MitarbeiterInnen erheben bei Aufnahme die psychologisch-psychotherapeutisch relevante Anamnese und entsprechende Befunde, führen die Psychodiagnostik durch, auch unter zur Hilfenahme von standardisierten Leistungs- und Persönlichkeitstests. Sie erstellen den psychischen Teil des Entlassungsberichts, so u.a. den psychischen Befund, den psychopathologischen Befund sowie der psychischen Epikrise. Sie Erheben ggf. Fremdanamnese. Weitere Aufgaben sind Einzel- und Gruppentherapie, Psychoedukation, Entspannungstraining, Angehörigen-/ Familien-/Paargespräche, Krisenintervention, störungsspezifische Trainingsprogramme, Teilnahme an Visiten bei Bedarf, Planung Wiedereingliederung, Planung der Nachsorge (ambulante oder klinische Weiterbehandlung, PsyRENA).

Sozialdienst: Gesonderte Schwerpunkte der Sozialberatung in der Psychosomatischen Klinik insbesondere auch im Hinblick auf die **medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation (MBOR):**

- Erhebung der Sozialanamnese
- Orientierende Sozialberatung einzeln
- Kontaktaufnahme mit Arbeitgeber/Betriebsarzt
- Frühzeitiger Einbezug der Reha-Fachberatung der DRV

- Regelung des notwendigen Informationsaustausches
- Rechtliche Grundlagen der Leistungsbeurteilung
- Arbeitsplatzbeschreibung und Abgleich mit dem Fähigkeitsprofil der RehabilitandInnen nach Erfassung des anforderungsbezogenen Fähigkeitsprofils (IDA, MELBA, ELA -Test) Arbeitsplatztraining (MBOR-Projektgruppen)
- Erfassung von Konflikten am Arbeitsplatz (reales Mobbing versus Mobbingerleben)
- Ermittlung arbeitsplatzbezogener Ängste aber auch eventueller unrealistischer subjektiver Beurteilung der eigenen Leistungsfähigkeit
- Thematisierung konkreter arbeits- und berufsbezogener Zielvorstellungen
- Kontaktaufnahme mit Angehörigen
- Information und Unterstützung zur beruflichen Wiedereingliederung z. B. Arbeitsplatzhilfen und weiterführende Angebote sowie Einleitung der Wiedereingliederung
- Abklärung eventuell notwendiger beruflicher Um- oder Neuorientierung
- Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben
- Information hinsichtlich Leistungen der Agentur für Arbeit bzw. der Rentenversicherung oder der Krankenversicherung
- Abklärung finanzieller Belange, wirtschaftliche Sicherung
- Antragstellung auf GdB und Egliederungshilfe für behinderte Menschen
- Vermittlung weiterführender ambulanter Behandlung (z.B. Curriculum Hannover), von Selbsthilfegruppen aber auch Möglichkeiten zur Teilhabe am sozialen Umfeld
- Arbeits- und sozialrechtliche Beratung (Kündigungsschutz)
- Sozialtherapeutische Einzelbetreuung
- Soziale Gruppenarbeit (Gruppe für Sozialrechtliche Fragen, Berufsproblemegruppe, Arbeitsplatz Training in der Gruppe)

5.4 Ärztliche Aufgaben

Die ärztlichen Aufgaben werden in den Stellenbeschreibungen, die neben anderen Berufsgruppen auch für StationsärztInnen, OberärztIn und ChefärztIn schriftlich beschrieben und von den jeweiligen Mitarbeiterinnen unterschrieben werden, definiert. Im Rahmen des Rehabilitationsteams nehmen die ÄrztInnen eine Schlüsselstellung ein, da sie fachlich-medizinisch die ständige ärztliche Verantwortung tragen (gemäß §107 Abs. 2 Nr. 2 SGB V). Letztlich hat die Chefärztin die ständige ärztliche Verantwortung zu tragen.

Die Stellenbeschreibungen umfassen die organisatorischen Merkmale (zugehörige Abteilung, Abteilungsleitung, Vertretung, Unterstellung, Stellenbezeichnung), das Anforderungsprofil (Mindestabschluss, Spezialabschlüsse, fachbezogene Berufserfahrung, persönliche Eigenschaften und Arbeitszeit), das Aufgabenprofil mit einer Unterteilung in die Aufgaben der ÄrztInnen, die rein somatisch eingesetzt werden und in psychotherapeutische Aufgaben der

ärztlichen PsychotherapeutInnen (patientenbezogene Aufgaben u.a. wöchentliche Visiten, Chefarzt Visiten ebenfalls wöchentlich), mitarbeiterbezogene Arbeiten, administrative Aufgaben, Anleitung/Supervision, Beteiligung und Teilnahme an Fortbildungen), Vollmachten, Befugnisse, Budget sowie Informationsrechte- und -pflichten [ÄrztInnen-Teambesprechung, Klinikkonferenz, Abteilungskonferenzen, Intranet-QM]. Zusätzlich wird das Arbeitsplatzprofil beschrieben.

Die ÄrztInnen nehmen an den mehrfach wöchentlich stattfindenden Reha-Teamsitzungen teil, in denen u.a. die partizipative Rehaziabstimmung erfolgt, der Fortschritt in der Rehazielerreichung überprüft und die Therapie angepasst wird.

5.5 Behandlungselemente

5.5.1 Weitere Berufsgruppen / therapeutische Bereiche mit ihren Aufgaben und Angeboten

❖ Psychotherapie - Einzelpsychotherapie

Jede RehabilitandIn der psychosomatischen Klinik hat zusätzlich zu den beiden Kerngruppensitzungen und vielfältigen gruppentherapeutischen Angeboten einmal pro Woche ein Einzelgespräch (Dauer 30 Minuten) mit seinem/seiner ärztlichen oder psychologischen BezugstherapeutIn.

Es werden die individuelle psychosoziale und somatische Situation thematisiert, die Therapieziele formuliert, überprüft und ggf. neu formuliert, zentrale Konflikte bearbeitet, aktuelle Fragen geklärt, der gesamte Behandlungsprozess zusammengefasst und die Perspektiven für die Zukunft erarbeitet, insbesondere hinsichtlich der Aktivität und Teilhabe.

In der psychosomatischen Fachabteilung sind TherapeutInnen mit unterschiedlichen Ausbildungsschwerpunkten tätig. Es besteht jedoch eine tiefenpsychologisch-psychodynamische Grundausrichtung. Verhaltenstherapeutische, systemische und gestalttherapeutische Elemente werden miteinbezogen. Insofern ist der Behandlungsansatz als schulenübergreifend und integrativ anzusehen.

Nach den Vorgaben der Deutschen Rentenversicherung liegt der Schwerpunkt der Psychotherapien während der Rehabilitationsbehandlung bei den Gruppenangeboten.

Diese Vorgaben entsprechen auch den konzeptuellen Vorstellungen des Gesamtteams, insbesondere vor dem Hintergrund zunehmender Vereinzelungs- und Rückzugstendenzen in der Gesellschaft mit abnehmender Beziehungs- und Integrationsfähigkeit bei gleichzeitiger Ausbildung narzisstischer Lebensgestaltungsformen.

Überblick über unsere psychotherapeutischen Gruppen:

- Psychodynamisch-interaktionelle Psychotherapiegruppen (Kerngruppen)
- Indikationsgruppen:
 - Schmerzbewältigungsgruppe
 - Depressionsbewältigungsgruppen

- Angstbewältigungsgruppe
- Stress-/Problemlösegruppe
- Achtsamkeits- und Körperwahrnehmungsgruppe
- Brainwalking
- Raucherentwöhnung

Nachfolgend werden Struktur und Inhalte der psychotherapeutischen Gruppen erläutert:

Psychodynamisch-interaktionelle Gruppe (Kerngruppe)

Sie bildet das zentrale Element unseres gruppentherapeutischen Konzepts. Sie findet zweimal in der Woche statt und dauert jeweils 90 Minuten. Es nehmen alle PatientInnen teil, die jeweils einer BezugstherapeutIn zugeordnet sind (maximal 12 Personen). Die Gruppe wird durch die BezugstherapeutIn und eine Co-TherapeutIn geleitet. Die Kerngruppe kann als geschützter Raum für vielfältige Erfahrungsmöglichkeiten angesehen werden: Entlastung, Ermutigung, Bereicherung, Rückmeldung, Erleben von Zusammengehörigkeit, Bestätigung.

Indikationsgruppen

In Indikationsgruppen werden die TeilnehmerInnen mit bestimmten Diagnosen oder Diagnosefeldern in einer Gruppe zusammengefasst, das heißt die Gruppe ist für Menschen mit bestimmten Problemen angezeigt. Dadurch ist es möglich, sich konkreter zu bestimmten speziellen Fragen des Krankheitsbildes und der Lösungswege auszutauschen von den Erfahrungen der anderen zu profitieren, zudem ist es ein sehr erleichterndes Gefühl zu erleben, mit den eigenen Problemen nicht alleine dazustehen. Die Ziele jedes Einzelnen, die er oder sie mit der Therapie erreichen möchte, werden natürlich von der zugrundeliegenden Problematik abhängen. So wird jemand mit einer depressiven Verstimmung sich vielleicht vornehmen, sich mehr durchzusetzen, „nein“ zu sagen oder wieder mehr am Leben teilzunehmen, und jemand mit Ängsten wird sich eventuell konkrete Schritte zur Angstüberwindung überlegen, während sich jemand mit einer Schmerzstörung als Ziel setzen könnte, trotz seiner Schmerzen aktiv zu bleiben. Die TeilnehmerInnen einer Kerngruppe sind auch einer speziellen Indikationsgruppe zugeordnet. Die Indikationsgruppen finden einmal wöchentlich (60 Min.) statt. Im Folgenden werden die Inhalte der einzelnen Indikationsgruppen näher erläutert:

Depressionsbewältigungsgruppe

Ein großer Teil der PatientInnen, die zu uns in die Klinik kommen, haben eine depressive Störung als Haupt- oder Nebendiagnose. Depression ist eine ernstzunehmende Erkrankung, bei der die betroffenen Menschen niedergeschlagen und freudlos sind. Sie fühlen sich hoffnungslos, leiden unter Sorgen und Ängsten, neigen zum Grübeln, fühlen sich kraftlos und ohne Antrieb. Häufig erleben sie das Leben nicht mehr lebenswert und

haben zahlreiche körperlichen Beschwerden. Depressive Episode können einmalig auftreten, aber auch mehrfach wiederkehren und einen chronischen Verlauf nehmen. Die störungsspezifische Gruppe ist vom gemeinsamen Bestreben der TeilnehmerInnen getragen, ähnliche Ziele zu erreichen. Es geht darum, die Auslöser, Folgen und individuellen Hintergründe der Depression zu verstehen und Bewältigungsstrategien zu erarbeiten. Bei schweren Depressionen wird der Prozess durch den Einsatz von antidepressiven Medikamenten unterstützt.

In sechs Therapiemodulen werden in unserer Indikationsgruppe zunächst Symptome, Ursachen fördernde und aufrechterhaltende Faktoren einer Depression besprochen. Mithilfe von psychoedukativen Elementen (Vermittlung von Informationen über Ursachen, Symptome und aufrechterhaltende Faktoren der Depression) wird ein individuelles Modell der Entwicklung depressiver Symptome erarbeitet und auf geeignete antidepressiv wirksame Strategien (Aufbau angenehmer Aktivitäten, Stärkung der Selbstsicherheit, Aktivierung von Ressourcen im Sinne eines Selbstmanagements) fokussiert. Darüber hinaus wird eine Rezidivprophylaxe für die depressive Symptomatik erarbeitet. Die PatientInnen sollen lernen, depressive Gedanken und Erlebnismuster bei sich als Symptome der Erkrankung zu erkennen und kompetent darin werden, diese selber zu unterbrechen und zu verändern.

Dies geschieht mittels Austausch in der Gruppe, Einzelarbeit, Rollenspielen, sowie achtsamkeitsbasierten Körperübungen, Atemarbeit, körpertherapeutischen Übungen und Phantasiereisen. Der Zusammenhang zwischen Verhalten und Gefühlen wird erarbeitet, der Aufbau positiver Aktivitäten, die Bedeutung des Gleichgewichts zwischen Anforderung und positiven Aktivitäten, die Bedeutung depressionsfördernder Grundüberzeugungen wird vermittelt, Lösungsstrategien können erworben, eingefahrene Verhaltensmuster korrigiert werden. Gemeinsam werden Gedanken, die im Alltag hinderlich sind, untersucht und alternative, heilsamere Denkmöglichkeiten erarbeitet und erprobt. Die Negativspirale des Rückzugs kann überwunden werden. Die PatientInnen sollen schrittweise wieder aktiv werden, soziale Kontakte und positive Aktivitäten aufzubauen.

Die Depressionsgruppe wird durch ein spezifisch neuropsychologisches/bewegungstherapeutisches Element: Brainwalking ergänzt. Die TeilnehmerInnen der Depressionsgruppe führen das mit Achtsamkeitstherapie kombinierte Verfahren gemeinsam durch.

Schmerzbewältigungsgruppe

Bei einem Großteil chronischer SchmerzpatientInnen lässt sich keine eindeutige organische Ursache diagnostizieren, selbst beim Vorliegen einer manifesten körperlichen Erkrankung spielt bei der Krankheitsbewältigung und deren Prognose der psychische Aspekt eine entscheidende Rolle. In der störungsspezifischen Gruppe wurde ein Spezialprogramm etabliert, das sowohl dem somatischen als auch dem psychischen Schmerz Rechnung trägt. Kenntnisse über die Auslösung, Verstärkung und Chronifizierung von Schmerzen

sowie über Zusammenhänge mit früheren seelischen Traumatisierungen werden vermittelt. Die Patienten bekommen Techniken der Schmerzbewältigung vorgestellt (z.B. Entspannungstechniken und das Führen einer Schmerzkurve). Gleichfalls wird in der Gruppenarbeit auf die Möglichkeiten und Risiken von Medikamenten sowie auf mögliche physiotherapeutische Verfahren eingegangen. Genusstraining und Methoden zur Schmerzbewältigung, wie Mentales Training, Meditation, Suggestion, Körpertherapeutische Interventionen; Imaginationsübungen und Entspannungsverfahren werden vorgestellt. Die Integration des Erlernten in den Alltag wird gefördert. Die Gruppe umfasst insgesamt sechs Module. TeilnehmerInnen der Schmerzbewältigungsgruppe nehmen zusätzlich an der achtsamkeitsbasierte Körperwahrnehmungsgruppe teil.

Angstbewältigungsgruppe

Angsterkrankungen sind neben Depressionen die am weitesten verbreiteten psychischen Erkrankungen. Obwohl Angst ein menschliches Gefühl ist, das eine wichtige Schutzfunktion haben kann, leiden viele Menschen unter übersteigerten krankhaften Ängsten, die ihr Leben massiv einschränken. Ängste können sich auf verschiedene Arten zeigen z.B. als Panikattacken, Ängste vor Menschenmengen, Höhen- oder Platzängste, soziale Ängste oder als ständige Sorge vor theoretisch möglichen Katastrophen. „Irrationale“ Ängste, d. h. solche, die sich nicht „vernünftig“ erklären lassen, werden von den Betroffenen häufig aus Scham verheimlicht. In den Gruppensitzungen der Indikationsgruppe geht es darum, offen über die eigenen Ängste zu sprechen und ein persönliches Erklärungsmodell für die Entstehung und Aufrechterhaltung der Ängste zu entwickeln. Dabei wird auch auf den Einfluss der bisherigen prägenden Lebenserfahrungen eingegangen.

Es wird ein verhaltenstherapeutisches Modell vorgestellt, durch das sich die Entstehung und Behandlung von Ängsten erklären lässt. Die PatientInnen sollen lernen, Schritt für Schritt ihr ängstliches Vermeidungsverhalten aufzugeben Selbstsicherheit und Bewältigungsmöglichkeiten entwickeln, sich durch schrittweise Konfrontation den Angst auslösenden Situationen stellen. Dies kann mit therapeutischer Begleitung und nachfolgend in abgestimmter Eigeninitiative durchgeführt werden. Auch das Erlernen von Atem- und Entspannungstechniken, sowie Meditation kann zur Selbstberuhigung beitragen. Die Gruppe umfasst insgesamt sechs Module.

Teilnehmer der Angstbewältigungsgruppe nehmen zusätzlich an der Stress-/Problemlösegruppe teil.

Weitere psychotherapeutische Gruppen:

Achtsamkeitsbasierte Körperwahrnehmungsgruppe

Achtsame Körperwahrnehmung ist ein ressourcenorientierter Therapieansatz. In dem gelernt wird, wie die Aufmerksamkeit zwischen den Gedanken, den Gefühlen und den körperlichen Empfindungen hin- und herpendeln kann. Dies unterstützt den konstruktiven Umgang mit

belastenden Emotionen und Stress und mildert Gedankenkreisen. Selbstwert- und Selbstfürsorge kann sich in einem geschützten Rahmen wieder entwickeln.

Ziel dieser Gruppe ist der achtsamere Umgang mit dem Körper: Die verschiedenen Sinne wie z. B. Riechen und Schmecken werden (wieder) entdeckt und geschult. Die TeilnehmerInnen verbessern auf diese Weise ihre Wahrnehmung und Sensibilität für die verschiedenen Sinnesreize. Hinzu kommt eine gesteigerte Genussfähigkeit: Indem wir unsere Sinne schärfen, können wir angenehme und wohltuende Dinge intensiver erleben.

Stressbewältigungs- und Problemlösegruppe

Diese Gruppe hat edukativ-verhaltenstherapeutischen Charakter: Es werden unterschiedliche Stressbewältigungsstrategien vorgestellt und gemeinsam mit den PatientInnen eingeübt. Dabei werden sowohl Methoden der kurzfristigen Stressreduktion vermittelt (Entspannungsverfahren, Wahrnehmungslenkung, positive Selbstgespräche, körperliche und emotionale Abreaktion), als auch Methoden der langfristigen Stressbewältigung (Systematische Problemlösung, Einstellungsänderung, Achtsamkeitstraining, soziale Kontakte und Zufriedenheitserlebnisse).

Dadurch soll ein realistischer Umgang mit den jeweiligen Stressfaktoren erreicht und die Motivation des Einzelnen geweckt werden, neue Verhaltensweisen zu erproben und somit den künftigen Handlungsspielraum für sich zu erweitern.

Darüber hinaus soll der Prozess der systematischen Problemlösung vermittelt und geübt werden.

Brainwalking (AKW aktiv)

In dieser Gruppe wird ein ganzheitliches Training angestrebt, bei dem geistige Aktivität mit Bewegung in der Natur kombiniert wird. Mentale Fähigkeiten wie Konzentration, Gedächtnis und Aufmerksamkeit werden in wohltuender Umgebung so trainiert, dass Kreativität und Entspannung besonders gefördert werden.

Raucherentwöhnung

Die Inhalte der Gruppentherapie zur PatientInnenschulung bezüglich der Tabakentwöhnung folgen dem gleichnamigen standardisierten Curriculum der Deutschen Rentenversicherung.

Die Vermittlung erfolgt dabei grundsätzlich über insgesamt sechs Module:

- Motivationsklärung, Nikotinsubstitution
- Entscheidungsfindung
- Vorbereitung auf den Rauchstopp
- Verhaltens- und Bedingungsanalyse
- Strategien zur Verhaltensänderung
- Strategien der Rückfallprophylaxe

Während die ersten drei Module (1-3) zur Motivation der Teilnehmenden dient, sollen in den Modulen 4-6 Konkrete Handlungs- und Lösungsstrategien vermittelt werden. Neben den

konkreten Inhalten der Module steht die konkrete Unterstützung der Teilnehmenden mit Fokus auf den individuellen Befindlichkeiten und Bedürfnissen im Zentrum der Gruppentherapie. Medizinische Hintergründe zu den Auswirkungen des Tabakkonsums sowie den damit oftmals verbundenen psychosozialen Belastungsfaktoren sollen den Teilnehmenden auf einfache und klar verständliche Art und Weise dargelegt werden. Als gruppentherapeutische Maßnahme sollen hierbei auch Interaktionen und Diskussionen zwischen den Teilnehmenden im Vordergrund stehen, um die Relevanz der sozialen Interaktion und eigenen Motivation bei der Tabakentwöhnung weiter hervorzuheben. Je nach Gruppenzusammensetzung können der Umfang sowie die zeitliche Abfolge der einzelnen Module variieren.

❖ **Gestaltungstherapie**

Unsere diplomierte KunsttherapeutIn nutzt in der Gestaltungstherapie vor allem Mal- und Werktherapie. In der Regel erfolgt die Therapie in Gruppen, kann jedoch bei entsprechender Indikation, auch im Einzelsetting verordnet werden. Die Gestaltungs-Therapiegruppen sind ebenfalls auf die Hauptstörungsbilder ausgerichtet:

Gestaltungstherapie bei Depression

Sich auszudrücken ist ein menschliches Urbedürfnis. Wer an Depression leidet, muss wieder fähig werden zu handeln und sich zu spüren. Schon die Wahl des geeigneten Werkmittels ist als Entscheidungs- und Handlungsübung zu beachten.

So wird es dem depressiven Menschen zunehmend möglich, Handlungskompetenz und Selbstwirksamkeit zu entwickeln. Die Wahrnehmung wird auf das Hier und Jetzt gelenkt. Die emotionale Schwingungsfähigkeit kann erhöht werden.

Um depressive PatientInnen nicht zu überfordern können sie in kleinen Schritten an das kreative Tun herangeführt werden. Das kann in der Therapie z. B. mit dem Ausmalen eines Mandalas beginnen, um dann Schritt für Schritt in die eigene Gestaltung und Auseinandersetzung zu kommen. PatientInnen können sich so Schritt für Schritt wieder an längere Konzentrationsspannen heranarbeiten. Zudem fördert das Malen und Gestalten einen Grübelstopp: Es kann nicht gleichzeitig gemalt und gegrübelt werden. Das Gestalten eigener Kunstwerke fördert Schritt für Schritt in kreativer Weise die Eigeninitiative. Das Spüren und Erleben der positiven Kraft des Wollens fördert auch das Wollen in anderen Lebensbereichen – und so den Genesungsprozess.

Gestaltungstherapie bei Angststörungen

Anstatt über Ängste zu reden kann im professionell begleiteten kreativen Prozess Distanz zu belastenden Emotionen gewonnen werden. Besonders PatientInnen, die zum Rationalisieren neigen, können in der Kunsttherapie aus den ewigen Kreisläufen des Denkens aussteigen, ihre Gefühls- und Körperwahrnehmung verbessern und so ihre Angstgefühle zum Ausdruck bringen und überwinden.

Indem man gefürchteten Dingen eine Form gibt, bringt man sie auch symbolisch unter Kontrolle. Unbewusste Konflikte lassen sich in dieser eher spielerischen und daher angstfreieren Atmosphäre besser und für die PatientInnen leichter darstellen, als mit Worten. Auch das Selbstvertrauen und das Vertrauen in die eigene Problemlösefähigkeit kann dadurch verbessert werden.

Die Konfrontation mit dem Angstauslöser auf der Bildebene kann so ein wichtiger Schritt sein, um sich Problemen zu stellen und sie zu bewältigen.

Bei chronischen Schmerzstörungen

PatientInnen mit chronischen Schmerzen, deren Wahrnehmung durch den Schmerz oft eingengt ist, ermöglicht die Sensibilisierung der Wahrnehmung in gestaltungstherapeutischen Prozess einen neuen Bezug zur Realität und kann so einer Schmerzfixierung entgegen wirken.

Durch das kreative Gestalten werden neue Sinnes- und Körpererfahrungen vermittelt. Kreative Erfahrungen können Impulse schaffen zur Auseinandersetzung mit dem Leiden und die Beschäftigung mit inneren Werten und persönlichen Ressourcen anregen. Erfahrungen von Menschen in Not zeigen, wie wichtig es ist, die innere Welt hervorzuheben, ihr Ausdruck zu verleihen. Durch die schöpferische Tätigkeit entstehen Bezüge zu inneren Werten, die über der Welt des Leidens stehen. Somit wird der Blick auf eine neue Sinnfindung freigegeben, die auch die Einstellung gegenüber dem Schmerz verändert. Die chronisch schmerzkranken PatientInnen, der sich mit einem Phänomen beschäftigt, das von der Umwelt nicht direkt wahrgenommen werden kann und das ihn andererseits in ständige innere Spannung versetzt, wird durch den Schmerz immer wieder auf sich selbst gelenkt. Die Auseinandersetzung mit Kunst ermöglicht auch eine flexiblere Aufmerksamkeitslenkung weg von den körperlichen Beschwerden und hin zu einem gesunden Wechsel von Aufmerksamkeit nach innen und außen. Aus diesem Grund ist das kreative Gestalten in der Kunsttherapie zwar nicht an sich bereits heilend, aber es kann der betroffenen PatientIn vor Augen führen, dass sein subjektiv erlebter Schmerz doch kein unveränderlicher ist. Schmerzen können durch Aufmerksamkeitsabzug bzw. Ablenkung nachlassen.

Kreative Tätigkeit und differenziertere Wahrnehmung fördern zudem die Selbstgestaltung des Alltagslebens. Die in der Gestaltungstherapie angeregte Suche nach Selbstaussdruck lässt im Gegengewicht zu externaler Kontrollüberzeugung, Gefühlen von Ohnmacht und Hilflosigkeit eine selbstverantwortliche und stärker selbstbestimmte Perspektive des 'mit dem Schmerz Lebens' entwickeln.

❖ Ergotherapie

Die Ergotherapie begleitet, unterstützt und befähigt Menschen, die in ihren alltäglichen Fähigkeiten eingeschränkt oder von Einschränkung bedroht sind. Diesen Menschen soll es ermöglicht werden, für sie bedeutungsvolle Betätigungen in den Bereichen Selbstversorgung, Produktivität und Freizeit in ihrer Umwelt durchführen zu können.

Die Ergotherapie orientiert sich an der Handlungsfähigkeit der PatientInnen, was nach der ICF-Klassifikation der Aktivität und Partizipation entspricht.

Die Ergotherapie zielt hier auf eine Verbesserung sowohl motorischer, sensorischer und perzeptiver als auch psychischer, sozialer und kognitiver Funktionen ab, um insgesamt den Aufbau eines guten Aktivitätsniveaus, die Förderung von Ausdauer- und Leistungsfähigkeit sowie die Stresstoleranz und Selbstständigkeit zu fördern. Es können auch Fertigkeiten trainiert werden, auf die die PatientIn, durch die oft negative depressive Selbsteinschätzung („Ich kann nichts ...“) keinen hinreichenden Zugang mehr hat. Weitere wichtige Ziele sind der Aufbau von Selbstfürsorge und der Abgrenzungsfähigkeit sowie das Training von Ausdauer und Durchhaltevermögen. Auch Einzeltraining der Aktivitäten des täglichen Lebens mit dem Ziel, der eigenständigen Lebensführung, ist Teil der Therapie.

Die Ergotherapie ist immer indiziert, um einer drohenden oder weiteren Schädigung vorzubeugen (Prävention):

a) Ergotherapie im Einzelsetting:

- **Fähigkeitstraining:** insbesondere bei Angst- und Zwangserkrankungen, Schwindel, Konversionsstörungen (körperliches und motorisches Training), Training für den Arbeitsplatz: Stehtraining, dynamisches Positionstraining: Wechsel von Stehen, Sitzen, Gehen am Arbeitsplatz, Pünktlichkeit, Flexibilität am Arbeitsplatz; Lebenspraktische Fähigkeiten: Selbstständigkeit, Selbstfürsorge, Selbstorganisation, Selbstvertrauen, emotionale Fähigkeiten (Empathie, Abgrenzung, psychische Stabilität).
- **Kognitives Training:** Cog Pack Training.
- **Kommunikationstraining:** Training von Selbst- und Fremdwahrnehmung, Interaktionsfähigkeit, sozialen Kompetenzen
- **Alltagskompetenzen:** Körperpflege, spezifische ADLs, Alltagsstrukturierung, Umgang mit Beeinträchtigungen im Alltag, Selbstversorgungs-kompetenzen.

b) Ergotherapie in der Gruppe:

- **“Meditation mit den Händen“:** Training von Handlungsplanung, Ausdauer, Geduld, Zeitmanagement, Arbeitsrhythmus, Konzentration auf ein Ziel, Zielerreichung.
- **Kognitives Training in der Gruppe:** Gedächtnis, Konzentration, Aufmerksamkeit.
- **Kreativwerkstatt:** Die Kreativwerkstatt stellt unseren PatientInnen Raum, anregende Materialien und bei Bedarf fachliche Begleitung zur Verfügung. Sie bietet damit nicht nur den Freiraum, ungestört kreativ bzw. künstlerisch tätig sein zu können, sondern schafft auch die Rahmenbedingungen dafür, dass Menschen in ihren Fähigkeiten und Möglichkeiten weitgehend selbst wählen können, welche (bildnerische / gestalterische) Ausdrucksform für sie die passende sind. Neben dem schöpferischen Schaffen und der Entdeckung der Eigenkreativität stehen dabei Spaß, Entspannung, Selbstverwirklichung, das Erleben von Gemeinschaft, die Förderung von Konzentration und Aufmerksamkeit im Mittelpunkt des Geschehens.

Gemeinsam unter fachlicher Begleitung besteht die Möglichkeit, verschiedenen Materialien oder bestimmte Techniken auszuprobieren und so einen wichtigen Schritt in Umsetzung der eigenen kreativen Ausdruckskraft zu erlangen. In der Kreativ-Werkstatt kann als Einzelperson oder als Kleingruppe nach zeitlich festgelegten Terminen gearbeitet werden (z.B. 1 x wöchentlich).

❖ Pflege in der Psychosomatik

Für das Gelingen milieutheraeutischer Therapieansätze im stationären Setting ist eine enge Zusammenarbeit zwischen Ärzt/Innen, Psychotherapeut/Innen und Pflegekraft unabdinglich. Die Mitarbeiter/Innen der Pflege sind wesentlich am ganzheitlichen Behandlungskonzept beteiligt. Sie sind erste AnsprechpartnerInnen für die Patient/Innen, daher kommt ihnen eine Schlüsselrolle bei der Umsetzung des Therapiekonzeptes zu. Das Pflegepersonal wirkt an der Gestaltung der Atmosphäre der Milieuthherapie mit. Alle psychischen Störungen gehen mit einer Störung im Aufbau und der Aufrechterhaltung von sozialen Beziehungen einher. Dies verlangt nach einer besonderen Art der Pflege. Die Patienten können von den Pflegekräften im Aufbau ihrer sozialen Beziehungen im stationären Kontext unterstützt werden und auf diese Weise lernen, ihre Ängste abzubauen. Neben den administrativen Aufgaben der Pflege sind entlastende, stützende, orientierungsgebende Gespräche, Krisengespräche, Rückmeldung des Verhaltens der Patienten im stationären Kontext, Aktivierung von Patienten, Expositionsbegleitung, spezialisierte Gruppenangebote (Abendrunde, Aktivierungsgruppe) Bestandteil der täglichen Tätigkeiten. Zudem sind die Pflegekräfte als Bindeglied zwischen Patienten, Ärzten / Therapeuten feste Mitglieder des interdisziplinären Teams. Dabei ist ihre Anwesenheit und Mitwirkung in den gruppentherapeutischen Prozessen von großer Bedeutung. Im Zusammenhang mit der Bezugspflege wird durch eine feste Zuordnung von Patienten zu einzelnen Pflegekräften die Kontaktaufnahme vereinfacht und eine emotionale Öffnung ermöglicht. Mit allen Patienten wird am Aufnahmetag ein pflegerisches Gespräch geführt, dessen Ziel es ist die Bedürfnisse und Nöte der Patienten zu erfassen. Bezogen auf die somatische und psychische Grundproblematik abzuwägen, um dann den Patienten angemessen zu begegnen und die geeigneten Maßnahmen zur gemeinsamen Zielerreichung treffen zu können. Somit ist gesichert, dass alle im Pflegeteam das gleiche Ziel verfolgen und die Maßnahmen standardgemäß in der gleichen Qualität erbracht werden. In regelmäßigen Abständen und bei Veränderungen des Pflegebedarfs evaluiert das Pflegepersonal die Wirksamkeit der Pflege und passt diese bei Bedarf an.

Für alle Patienten wird eine Pflegedokumentation angelegt. Sie besteht aus einem Aufnahmebogen mit Pflegeziel- und Maßnahmenplanung, einem Kurvenblatt je Aufenthaltswoche, einem Anordnungsblatt und einem Pflegebericht. Zusätzliche Dokumente für besondere Pflegemaßnahmen wie z.B. Wunddokumentation, Ein- und Ausfuhrkontrolle etc. werden individuell eingefügt. In der Pflegedokumentation werden die im Pflegeprozess geplanten und durchgeführten Maßnahmen, weitere Beobachtungen, Besonderheiten und Veränderungen dokumentiert.

Der Pflegeprozesse gliedert sich in fünf Stufen:



Zu den wesentlichen Aufgaben der Pflege gehören:

- Erklärung der therapeutischen Gemeinschaft der Station betreffend der Struktur, der Organisation, der Verantwortlichkeiten, des Tagesablaufs, schützender Regeln und Grenzen
- Im Rahmen der Bezugspflege Aufbau eines therapeutischen Arbeitsbündnisses mit den PatientInnen.
- In Co -Therapie mit der Stationspsychologin, Leitung der milieutherapeutischen Stationsgruppe.
- Organisation der Milieuthherapie (z.B. Freizeitaktivitäten, Tagesstrukturierung, Ausflüge in Freizeitgruppen, Sehenswürdigkeiten in der Umgebung etc.)
- Grund- und Behandlungspflege
- Mitwirkung bei Organisation, Dokumentation und Therapieplanung
- Die Ausführung diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen gemäß ärztlicher/psychotherapeutischer Weisung (z. B. Medikamentenausgabe, Blutdruck- und Gewichtskontrollen)
- Verlaufsbeobachtung aus pflegerischer Sicht
- Durch die 24-stündige Anwesenheit und Präsenzgarantie Mitwirkung bei der „holding function“ des stationären Settings
- Assistenz bei ärztlichen/psychotherapeutischen Tätigkeiten im Rahmen der Diagnostik und Behandlung einschließlich Notfallbehandlung
- Mitwirken innerhalb des interdisziplinären Teams im Rahmen des Gesundheitstraining
- Mitwirkung im Rahmen des Beschwerdemanagements der Rehabilitationsklinik als unmittelbarer Ansprechpartner für die PatientInnen.

Ein besonderer Aspekt unseres Psychosomatischen Konzeptes sind die milieutherapeutischen Stationsgruppen. Sie sind ergänzend zu den psychotherapeutischen Gruppen zu verstehen und helfen dabei in der Psychotherapie angestoßene Entwicklungen in den Alltag zu integrieren.

Im Folgenden werden die Inhalte der milieuthrapeutischen Stationsgruppen ausführlich dargestellt:

Mileutherapeutische Stationsgruppen

Sie stellen einen wesentlichen Teil der Milieugestaltung innerhalb der therapeutischen Teamarbeit dar. Zweck ist ein Neu- und Wiedererwerb alltagspraktischer Fähigkeiten und die Förderung von Ressourcen. Die Ziele sind soziotherapeutisch ausgerichtet, die Prinzipien wirken therapeutisch (Wirkfaktoren). Es werden folgende vier Wirkfaktoren unterschieden: - Partizipation (Beteiligung der Patienten am Krankheitsprozess: Unterscheidung in Mitentscheid, Mitverantwortung und Autonomie) - Offenen Kommunikation Soziales Lernen - Leben in der Gemeinschaft. Die Gruppe hat das Ziel, der PatientIn die Möglichkeit zu geben, sich in der Gemeinschaft zu erleben, Ressourcen zu entdecken und zu fördern und das Selbstbewusstsein zu stärken. Die PatientIn soll für den Alltag stabilisiert werden, es soll ihr Handwerkszeug mit auf den Weg gegeben werden, mit seiner Erkrankung leben zu können. Die Gruppen sind auch dazu konzipiert, Informationen zum Krankheitsgeschehen und zu verschiedenen Alltagsthemen zu geben. Die PatientInnen werden informiert, was gesunder Schlaf ist, welche Faktoren den Schlaf beeinträchtigen oder fördern, erhalten Tipps zur Schlafhygiene und bekommen praktische Möglichkeiten, den Schlaf erholsam und entspannt zu gestalten gezeigt.

Entsprechend den Vorgaben der Kostenträgern werden die Patienten von examinierten Gesundheits- und Krankenpflegefachkräfte betreut. Viele Mitarbeiter besitzen bereits Zusatzqualifikationen, wie z.B. Wund- und Schmerzexperte/in und Praxisanleiter/in. Hierdurch steht den Patienten ein professionales Team zur Verfügung.

In unserer Klinik sind folgende Standards implementiert:

1. Expertenstandard Dekubitusprophylaxe
2. Expertenstandard Entlassmanagement
3. Expertenstandard Sturzprophylaxe
4. Expertenstandard Schmerzmanagement
5. Expertenstandard Erhaltung und Förderung der Mobilität
6. Expertenstandard Pflege von Menschen mit chronischen Wunden
7. Pflegestandard Medikamentengabe

Die Pflegestandards werden regelmäßig anhand der neuesten pflegewissenschaftlichen Erkenntnisse angepasst und sind im QM-System hinterlegt.

Ernährungsberatung

Ein zentrales Anliegen der medizinischen Rehabilitation ist die Motivation zur aktiven Krankheitsbewältigung und zum eigenverantwortlichen Gesundheitsbewusstsein. Entscheidende Bedeutung kommt dabei neben der Steigerung der körperlichen Aktivität und

dem Bewusstmachen von risikoreichen Verhaltensweisen (Alkohol, Nikotin), dem Erlernen einer gesundheitsfördernden Ernährungsweise zu. Nahezu alle sogenannten Zivilisationskrankheiten hängen mit falschen Ernährungsgewohnheiten zusammen. Der Stellenwert der Ernährungsberatung und -therapie kann angesichts der Kosten, die durch falsche Ernährung bedingten Erkrankungen verursachen, für die Volkswirtschaft nicht hoch genug angesetzt werden. Grundlegende Kenntnisse für eine gesunde Ernährung müssen allen RehabilitandInnen vermittelt werden.

Häufig hängen Ernährungsfehler weniger mit fehlendem Wissen über die richtige Menge und Zusammensetzung der Ernährung als vielmehr mit mangelnder Motivation zur Umsetzung im Alltagsleben zusammen.

Die ErnährungsberaterInnen verfügen deswegen nicht nur über die erforderlichen Fachkenntnisse, sondern sind auch psychologisch geschult mit Kenntnissen aus der Erwachsenenpädagogik, um die RehabilitandInnen zu einem gesunden Ernährungsverhalten zu motivieren.

In unserer Klinik wird eine umfassende Ernährungsberatung durch qualifizierte MitarbeiterInnen durchgeführt. Die Ernährungsberatung erfolgt neben den Angeboten in der Gruppe auch einzeln.

In der Einzelberatung wird zunächst eine Ernährungsanamnese erhoben, um individuelle Themen zu besprechen. Der Fokus der Beratung liegt auf der Weitergabe der Ernährungsempfehlungen bei verschiedenen Erkrankungen oder dem Erarbeiten einer schrittweisen Ernährungsumstellung für die Zeit nach der Reha. Außerdem können diese Termine für eine Kostabsprache bei Nahrungsmittelunverträglichkeiten und Allergien genutzt werden, um die Speisenauswahl während der Reha zu begleiten.

Das **Schulungsprogramm** umfasst:

- Erstellung individueller Ernährungsrichtlinien anhand der aktuellen Laborwerte
- Ernährungsberatung
 - o bei Gicht - Wissensvermittlung zur Krankheitssituation und Diättherapie
 - o bei Fettstoffwechselstörungen
 - o bei Diabetes mellitus - richtiges Essen in den individuellen Tagesrhythmus einbauen lernen.
 - o Kohlenhydratorientiertes und fettarmes Essen üben
 - o Ernährungsberatung bei Osteoporose
 - o bei Herz-Kreislauf-Erkrankungen
 - o bei Bluthochdruck
 - o bei Untergewicht
 - o bei Adipositas
 - o bei Essstörungen

Darüber hinaus bieten die Diätassistentinnen Gruppen mit unterschiedlichen Schwerpunkten und ein Lehrküche an, in der dann der praktische Umgang mit Nahrungsmitteln geübt werden kann.

Es folgt ein Überblick über die Gruppen-Angebote in der Ernährungsberatung:

Ernährungsgruppe

Hier erhalten PatientInnen Information über die Grundprinzipien einer gesunden Ernährung und wie individuell die Umsetzung im Alltag aussehen kann. Ernährungsmythen werden aufgeklärt auf die Spur und gemeinsam wird die Vielfältigkeit einer gesunden Ernährung erarbeitet.

Lehrküche

In der Lehrküche stehen Genuss und das gemeinsame Schaffen von Speisen im Vordergrund. Mit allen Sinnen können Lebensmittel zu Speisen zubereitet werden, mal nach Rezept, mal auch ganz frei kreativ. Hierbei achten wir auf eine saisonale Auswahl der Lebensmittel und eine angenehme Essatmosphäre.

Auch eine Lehrkücheneinheit zum Thema Kalorienreduktion ist möglich. Dabei wird gezeigt, wie man leckere, sättigende und ansprechende Speisen herstellen kann, die viele Nährstoffe aber wenig Kalorien enthalten. Das kann als Inspiration für den Alltag dienen, da unkomplizierte Rezepte mit flotter Zubereitung bevorzugt werden.

Max. 6 TeilnehmerInnen, 150 Min.

Gruppenberatung „emotionales Essen“

Emotionales Essen ist weit verbreitet und kann sich als ungesunde Essgewohnheit nach und nach in den Alltag einschleichen. Bei der Gruppenberatung werden die körperlichen und psychischen Hintergründe des emotionalen Essens, erklärt. Neben einem Austausch der TeilnehmerInnen werden Lösungsansätze entwickelt. Das gemeinsame Erleben eines „Genussmomentes“ rundet die Gruppenberatung ab.

Gruppenberatung „intuitives Essen“

Die Gruppenberatung „intuitives Essen“ dient dazu die Körpersignale Hunger und Sättigung wieder spüren zu lernen. Informiert wird über die Vorgänge im Körper und wie der Alltag uns manchmal davon abhält auf die Signale zu reagieren. Im gemeinsamen Austausch können Lösungsansätze entwickelt werden.

Entspannungsverfahren:

In der Klinik Dr. Franz Dengler kommen unterschiedliche Entspannungsverfahren zum Einsatz. Im Rahmen der Einzeltherapien lernen PatientInnen bei Bedarf individuell auf ihre Problemlage abgestimmte Entspannungs-, Atem- und Meditationstechniken oder Embodiement-Techniken, so z.B. bei Panikstörungen, Traumafolgestörungen,

Schlafstörungen und chronischen Schmerzzuständen. Darüber hinaus werden in den Indikationsgruppen teilweise zusätzliche Entspannungstechniken, wie Meditationen, Suggestionen etc. vermittelt, deren Einsatz wissenschaftlich bei speziellen Störungsbildern erwiesen sind.

Die nachfolgend aufgeführten Gruppen werden von unterschiedlichen, entsprechend ausgebildeten Berufsgruppen durchgeführt. Die Gruppen sind so konzipiert, dass die PatientInnen über die Dauer der Reha einer Entspannungsgruppe zugordnet sind und Ihnen so die Möglichkeit geboten wird, über einen Zeitraum der Reha zweimal wöchentlich dieses Entspannungsverfahren zu erproben. Die PatientInnen werden dazu angehalten, auch selbstständig das Verfahren in der therapiefreien Zeit täglich zu üben. Im Folgenden werden die einzelnen Gruppen vorgestellt:

Progressive Muskelrelaxation nach Jacobson

Durch die willentliche und bewusste An- und Entspannung bestimmter Muskelgruppen soll ein Zustand tiefer Entspannung des ganzen Körpers erreicht werden. Ziel des Verfahrens ist eine Senkung der Muskelspannung unter das bis dahin normale Niveau, aufgrund einer verbesserten Körperwahrnehmung. Mit der Zeit soll die Person lernen, muskuläre Entspannung herbeizuführen, wann immer sie dies möchte. Zudem sollen durch die Entspannung der Muskulatur auch andere Zeichen körperlicher Unruhe oder Erregung reduziert werden können wie beispielsweise Herzklopfen, Schwitzen oder Zittern. Darüber hinaus können Muskelverspannungen aufgespürt und gelockert und damit Schmerzzustände verringert werden.

Autogenes Training

Ein auf Autosuggestion basierendes Entspannungsverfahren.

Das autogene Training wird in drei Stufen gegliedert:

- Die Grundstufe (früher als Unterstufe bezeichnet): Ihre Techniken wenden sich an das vegetative Nervensystem.
- Die Organübungen: Die Organübungen regulieren die Funktionen der einzelnen Organe.
- Die Oberstufe: Ihre Methoden bezwecken die Beeinflussung des Verhaltens durch formelhafte Vorsatzbildung. Ihre Methoden erschließen unbewusste Bereiche des Trainierenden.

Ziel ist, dass die PatientInnen während ihrer stationären Behandlung ein Entspannungsverfahren kennenlernen können und motiviert werden selbstständig zu üben. So können die PatientInnen aktiv auf ihre körperliche und psychische Symptomatik Einfluss nehmen, das Entspannungsverfahren später in häuslicher Umgebung weiter praktizieren und langfristig davon profitieren.

Die Einteilung in die Entspannungsgruppen erfolgt nach psychotherapeutischen Gesichtspunkten. PatientInnen mit Angststörungen werden der progressiven Muskelrelaxation zugeordnet. PatientInnen mit Depression nehmen am Autogenen Training teil.

Darüber hinaus wird in unserer Klinik auch eine chinesische Meditations-, Achtsamkeits- und Bewegungsform angeboten: Qigong.

Qigong

Nach Verständnis der Traditionellen Chinesischen Medizin ist Qi die Lebensenergie, die alles Lebende durchfließt. Gong kann als Arbeit oder Übung übersetzt werden, demnach bedeutet Qigong, in etwa: Die Arbeit am Qi. Aus Sicht der Traditionellen Chinesischen Medizin ist der Körper des Menschen von Meridianen durchzogen, auf ihnen fließt die Lebensenergie – das Qi. Blockaden (sowohl seelische als auch körperliche) können zu Störungen des Qi-Flusses führen, was zu Krankheit und Schmerz führen kann. Qigong dient der Harmonisierung und Regulierung des Qi-Flusses.

Es finden Gruppen mit unterschiedlichen Schweregraden statt, abhängig von der körperlichen Belastbarkeit der PatientInnen. Jede PatientIn erhält die Möglichkeit, an einer Qigonggruppe teilzunehmen.

❖ Physiotherapie/Trainingstherapie

Im Rahmen der Physiotherapie/Trainingstherapie werden mit den Mitteln der physikalischen Therapie gestörte Körperfunktionen wiederhergestellt, beziehungsweise verlorengegangene Funktionen kompensiert und verbliebene Fähigkeiten optimal genutzt. Dabei steht die Verbesserung von Koordination, Kraft und Ausdauer im Mittelpunkt. Dazu wird die Bewegung zur Unterstützung von Heilungsprozessen oder zur Verhinderung von Fehlentwicklungen genutzt. Bevorzugt werden aktive Methoden der Bewegungs- und der Atemtherapie eingesetzt. Sie werden vorbereitet, unterstützt und ergänzt durch die passiven Techniken der Massage, der Wärme- und Kältetherapie, der Wasser- und Elektrotherapie.

Von besonderer Bedeutung in der Behandlung ist die Fähigkeit der TherapeutInnen, die PatientInnen zur Mitarbeit zu gewinnen und zur Selbstständigkeit anzuregen. Jede Behandlung beginnt mit der Erarbeitung eines auf die PatientInnen angepassten Behandlungsprogramms. Neben einem Übungsprogramm, das von der passiv geführten Bewegung über die Bewegung gegen Widerstand bis zur von den PatientInnen frei geführten Bewegung in Einzelarbeit oder in Gruppen reicht, stehen die physikalisch-therapeutischen Anwendungen und apparativen Hilfen wie Bälle, Keulen, Ringe, Sprossenwand, Schlingentische oder Traktionsgeräte.

Der Ökonomisierung von Bewegungsabläufen, sowie der Verbesserung der Körperhaltung und des Gangbildes kommen hierbei entscheidende Bedeutungen zu.

Im Rahmen der Qualitätssicherung wird darauf geachtet, dass, bis auf Ausnahmefälle (Krankheit oder Urlaub) während des Aufenthaltes, TherapeutInnenkonstanz gewahrt bleibt.

Die Vermittlung zur Teilhabeorientierung soll die Eigeninitiative der PatientInnen zum aktiven Üben während des Klinikaufenthaltes und später auch durch Handouts für zu Hause fördern.

Krankengymnastische Techniken:

- Passive Techniken zur Vorbeugung von Kontrakturen sowie zur Verbesserung der Beweglichkeit funktionsgestörter Gelenke. Extensionen zur mechanischen Entlastung von Gelenksstrukturen an der Wirbelsäule
- Aktive Bewegungen zum Bahnen und Einüben bestimmter Bewegungsabläufe
- Komplexe Bewegungen zur Anbahnung und Übungen komplexer Bewegungsabläufe und zur Verbesserung der Koordination
- Herzkreislauftraining in Form von leichten Ausdauerbelastungen und Übungen der Orthostase
- Atemübungen
- Mechanische Stimulation zum Beispiel zur Behandlung von Triggerpunkten
- Neurophysiologische Therapiekonzepte, vor allem die propriozeptive neuromuskuläre Fazilitation

Die **Sporttherapie** ergänzt unser Angebot.

In Gruppen und in Einzelanwendungen werden geeignete gymnastische wie sportliche Mittel genutzt, um motorische, psychische und soziale Funktionen der PatientInnen zu regenerieren und zu kompensieren, sowie Sekundärschäden vorzubeugen (z. B. Herzübungs- und Trainingsgruppe, Terraintraining, Nordic Walking).

Indikationsspezifische Übungen im Schwimmbad sorgen unter Ausnutzung des natürlichen Auftriebs und des Wasserwiderstandes für eine rasche Mobilität insbesondere in der postoperativen Situation.

Im Rahmen der Medizinischen Kräftigungstherapie können sowohl die allgemeine körperliche Leistungsfähigkeit gesteigert, als auch lokale Funktionsstörungen behandelt werden. Moderne Trainingsgeräte ermöglichen ein frühzeitiges aktives und assistives Beüben betroffener Strukturen. Insbesondere das Üben im Unterlastbereich stellt hierbei einen großen Vorteil dar. Insgesamt entstehen verkürzte Immobilisationszeiten und beschleunigte Heilungsverläufe.

Ergänzt werden unsere trainingstherapeutischen Anwendungen durch die Arbeit am Fahrrad-, Sitz-, Kurbel- bzw. Laufbandergometer. Hierbei geht es um die Wiederherstellung verloren gegangener kardialer Fähigkeiten falls erforderlich unter EKG- oder auch einfacher Puls-Überwachung.

Darüber hinaus dient uns das Laufband auch als Hilfsmittel bei der Gangschule, ggf. auch mit Entlastungsaufsatz. Insbesondere für EndoprothesenträgerInnen erweist sich dies als besondere Möglichkeit der Wiedererlangung der beeinträchtigten Gehfähigkeit.

Die Rücken- und Endoprothesenschule sind gruppentherapeutische Maßnahmen zur Vermittlung praktischer und altersbezogener Strategien zur Schmerzvermeidung, Schmerzbewältigung und Sturzprophylaxe.

Regelmäßige interne und externe Fortbildungen und Teambesprechungen tragen zum hohen Ausbildungsniveau unserer TherapeutInnen bei. Eine regelmäßige Dokumentation des aktuellen Befundes, ermöglicht eine enge Kommunikation unter den mit- und

weiterbehandelnden TherapeutInnen und lässt den Behandlungsfortschritt bzw. die Notwendigkeit einer Therapieänderung erkennen.

Physikalische Therapie

Im Rahmen der physikalischen Therapie werden Funktionen des Organismus durch physikalische Einwirkungen gezielt beeinflusst und Reaktionen des Körpers induziert. Angepasst an die Diagnose und Beschwerden der PatientInnen werden die unterschiedlichen Techniken der physikalischen Therapie angewandt.

Folgende physikalische Methoden und Maßnahmen werden durchgeführt:

- Verschiedene Massageformen, wie klassische Massage, manuelle Lymphdrainage
- Elektrotherapie (Ultraschall, Iontophorese, unterschiedlichste Nieder-, Mittel- und Hochstromtherapieformen)
- Elektrische Muskelstimulation
- Balneotherapie
- Hydrotherapie
- Moorpackung
- Thermotheapie (Licht)
- Fototherapie (Licht)
- Thermotheapie
- Klimatherapie

Alle diese Maßnahmen haben aber nicht nur eine somatische, sondern auch eine psychosoziale Stabilisierung und Aktivierung zum Ziel. Eine schnelle Symptomlinderung und Funktionsverbesserung fördert erheblich die PatientInnenmotivation und -aktivierung. Die Behandlungen sind diagnoseorientiert ausgerichtet und ärztlich verordnet. Sie werden von qualifizierten TherapeutInnen kontrolliert, dem Heilungsverlauf angepasst und in Absprache mit den anderen TherapeutInnen individuell dosiert. Hierdurch ist es möglich, neben Schmerzlinderung, Muskellockerung und Durchblutungsförderung auch eine Einsparung von Medikamenten zu erreichen. Abgesehen davon vermitteln physikalische Maßnahmen einen psychischen Entspannungs- und Wohlfühleffekt der ebenfalls zur Genesung beiträgt.

5.5.2 Darstellung medizinisch-beruflicher Angebote

➤ Spezielle MBOR (Medizinisch-Beruflich Orientierte Rehabilitation) Angebote bei PatientInnen mit BBPL (Besonderer Beruflicher Problemlage)

Das SGB IX fordert seit 2001 eine stärkere Ausrichtung auf den nahtlosen Übergang zwischen Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben. Paragraph 11 SGB 9). Ziel von MBOR als zusätzliches Angebot der DRV ist dementsprechend eine stärkere berufliche Orientierung der medizinischen Rehabilitation,

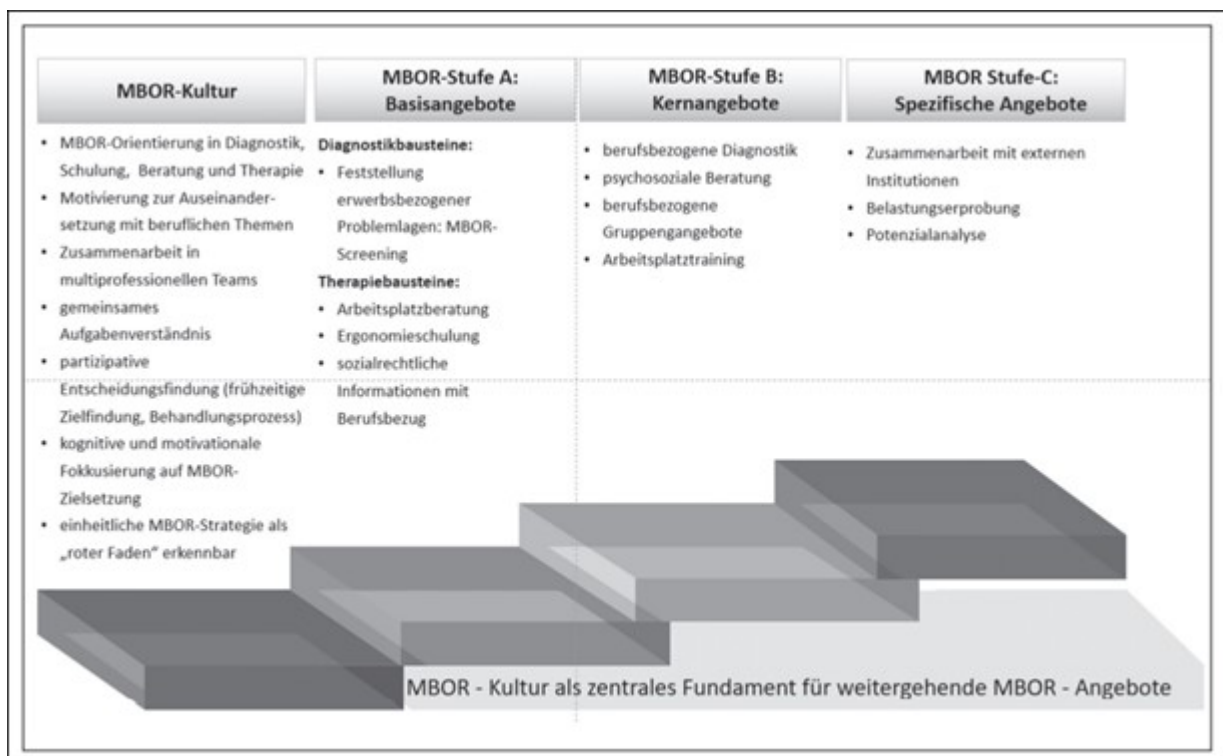
die sich auf den Erhalt und die Wiederherstellung von Aktivität und Teilhabe im Sinne der ICF als Abgrenzungskriterium von der Akutbehandlung versteht.

Eine Auswertung durch die DRV ergab, dass etwa die Hälfte der RehabilitandInnen in einer psychosomatischen Rehabilitationseinrichtung besondere berufliche Problemlagen (BBPL) aufweisen und oder eine deutliche Diskrepanz zwischen beruflicher Leistungsfähigkeit und den Arbeitsanforderungen im bisherigen Umfeld zeigen. (Hillert, 2008).

MBOR stellt eine konzeptionelle Weiterentwicklung von Reha-Diagnostik und Reha-Therapie dar (DRV-Bund, 2009). Durch die bewusste Fokussierung der Rehabilitation auf erwerbsbezogene diagnostische und therapeutische Angebote sollen Veränderungen der persönlichen Einstellung zur beruflichen Situation, die Verwendung geeigneter Hilfsmittel und Training/Modifikation von Arbeitsabläufen gefördert werden, um so eine (weitere) Teilhabe am Erwerbsleben zu ermöglichen. Ziel ist dabei die dauerhafte berufliche Integration. Dazu bedarf es berufsbezogener, zielgerichteter, individualisierter Angebote in unserer Klinik.

Im Rahmen des Stufenmodells der MBOR gibt es drei Versorgungsstufen, die sich hinsichtlich der Intensität und des Angebots unterscheiden.

In der aktuellen Fassung (DRV Bund, 2019 a) wurden insbesondere Änderungen in Bezug auf die Integration evidenzbasierten Wissens, eine Konkretisierung des MBOR-Prozesses in der Stufe A, ein stärker an den Teilhabebeschränkungen orientierte Beschreibung der Kern-Elemente der Stufe B, eine Ausdifferenzierung und Konkretisierung der Leistung der Stufe C sowie erste Überlegungen zu einem MBOR-Übergangmanagement vorgenommen.



Stufenmodell MBOR Praxismodell klinische Verhaltensmedizin

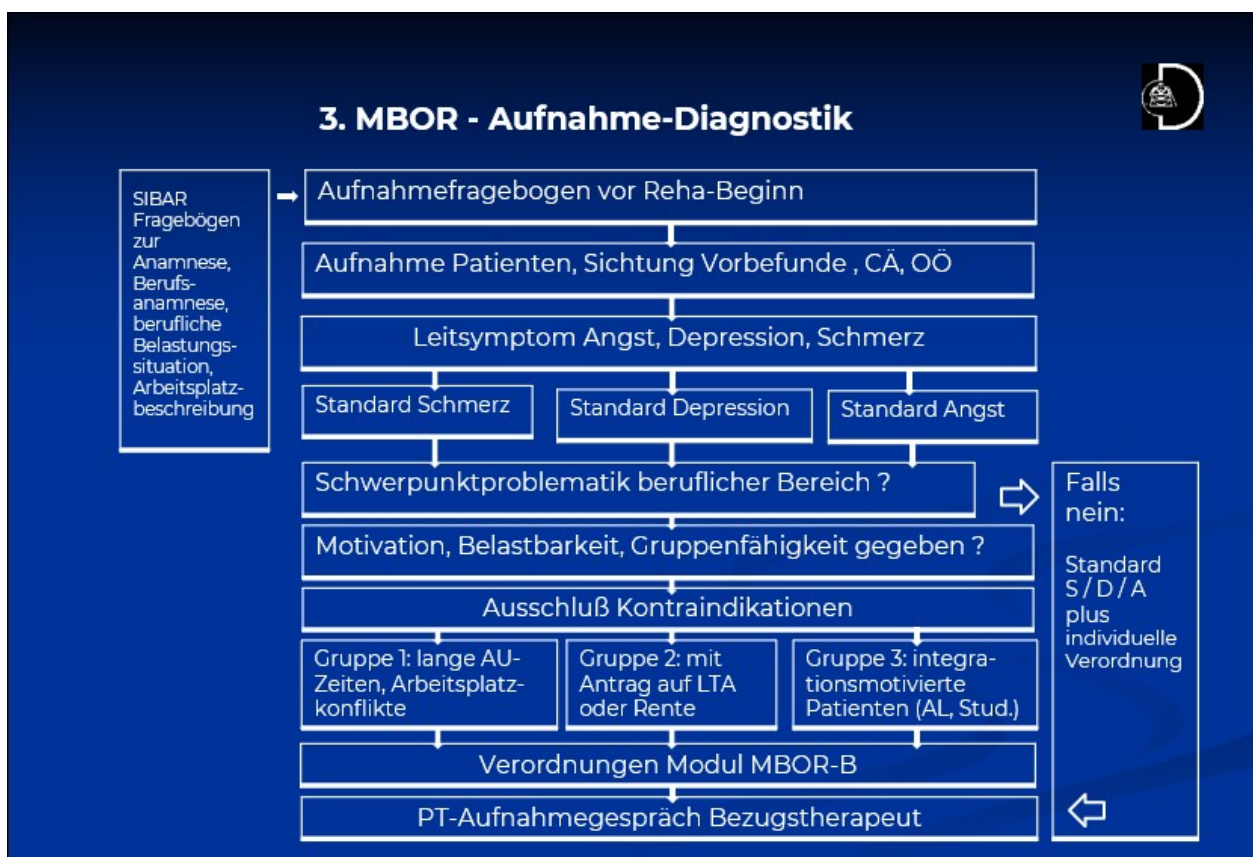
MBOR-Diagnostik

Die Rehabilitanden erhalten vor Aufnahme mit der Einladung bereits umfangreiches Infomaterial über die Klinik sowie Fragebögen zur Anamnese, einschließlich einer ausführlichen Berufs-anamnese und Fragebögen zu ihrer beruflichen Belastungssituation (SIBAR). Die MBOR- Eingangsdiagnostik findet auf Basis des standardisierten Fragebogeninventars und eines speziellen Fragebogens zur allgemeinen Arbeits- und berufsspezifischen Anamnese sowie einer detaillierten Arbeitsplatz-beschreibung in Zusammenhang mit einem ärztlichen Aufnahmegespräch durch die Chefärztin oder Oberärztin der Klinik und einer ärztlichen Aufnahmeuntersuchung durch unseren Internisten statt.

Auf Basis der umfangreichen Anamnese erfolgt die Feststellung erwerbsbezogener Problemlagen und die Umsetzung in konkrete Therapieziele.

Erwerbsbezogene/berufliche Problemlage sind:

- A. problematische sozialmedizinische Verläufe z.B. mit langen oder häufigen Zeiten der Arbeitsunfähigkeit und oder Arbeitslosigkeit
- B. Negatives subjektive berufliche Prognose, verbunden mit der Sorge, den Anforderungen des Arbeitsplatzes nicht gerecht werden zu können (auch bei Vorliegen eines Rentenantrags)
- C. Aus sozialmedizinischer Sicht erforderliche berufliche Veränderung.



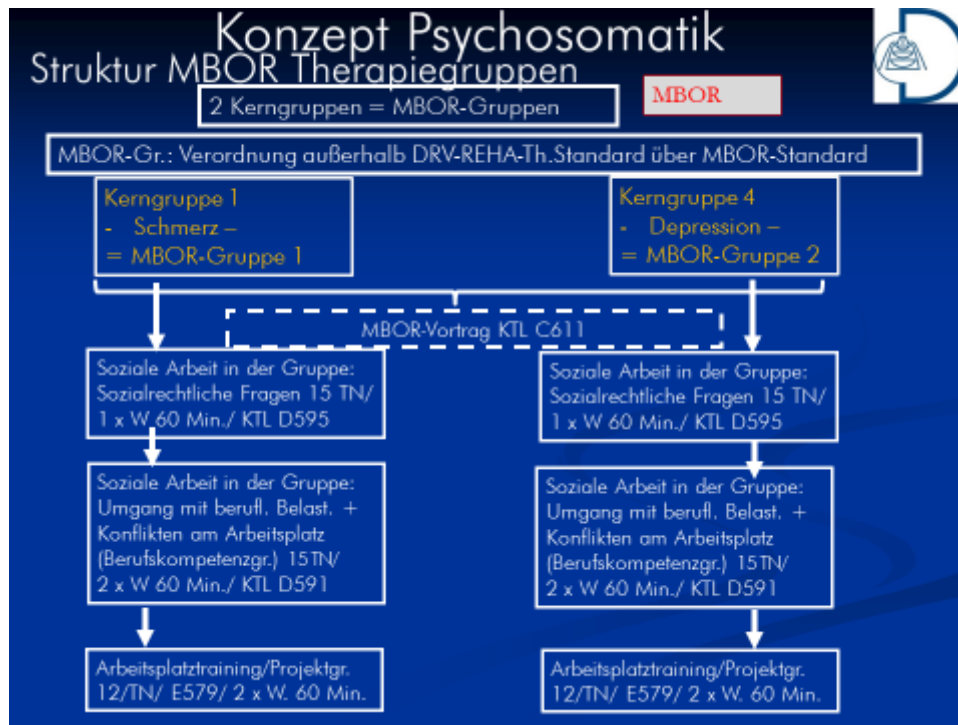
Die Auswertungen und Festlegung MBOR "Ja" oder "Nein" erfolgt im Aufnahmegespräch und wird an alle Berufsgruppen in der Indikationskonferenz mitgeteilt.

Nachdem die MBOR-Fähigkeit geprüft, Kontraindikationen ausgeschlossen wurden, werden die Rehabilitanden bei vorhandener Motivation, Belastbarkeit und Gruppenfähigkeit entsprechend ihres Leitsymptoms (Depression, Schmerz, Angst) in verschiedene Kerngruppen eingeteilt, die in ihrer Zusammensetzung auch im weiteren Therapieverlauf dem Milieugedanken folgend den MBOR-Gruppen entsprechen. Anstatt das Therapiekonzept durch isolierte erwerbsbezogene Therapiebausteine zu ergänzen, werden die MBOR-Gruppen in Zusammenhang mit allen MBOR-Modulen in das Gesamtkonzept integriert. So stellt die MBOR-Gruppe einen Behandlungsstrang in einem psychodynamisch- interaktionellen Gesamtkonzept dar. Die frühzeitige Identifikation der Zielgruppe ist uns wichtig, um dadurch von Beginn der Rehabilitation an, eine durchgängige erwerbsbezogene Orientierung zu gewährleisten. Die Therapieinhalte und Angebote in MBOR beschränken sich nicht auf die Überwindung körperlicher oder psychischer Beschwerden, es geht zusätzlich darum, einen teilhabebezogenen, ressourcenorientierten Entwicklungsprozess anzustoßen, der über die gesamte stationäre Behandlung hinausreicht und Möglichkeiten der Nachsorge beinhaltet.

Nachdem die Notwendigkeit und Fähigkeit für MBOR geprüft wurde, wird im Rahmen der MBOR -Arbeitsgruppen neben der Erstellung eines Fähigkeits- und Förderungsprofis durch den Sozialdienst oder die ergotherapeutische Abteilung eine weitere Unterteilung der MBOR- PatientInnen getroffen, um individueller auf die jeweiligen Therapieziele eingehen zu können.

Einteilung der Rehabilitanden in verschiedene MBOR-Gruppen erfolgt einerseits nach dem Leitsymptom der Erkrankung (Angst, Depression, Schmerz) und innerhalb dieser Gruppe durch Unterteilung in einzelne MBOR- Zielgruppen (MBOR 1 bis 3). Dies ermöglicht das gezieltere Herausarbeiten von individuellen und berufsspezifischen Faktoren bei der eigenen Krankheitsentwicklung sowie die gezieltere Ressourcenentwicklung durch den gemeinsamen Erfahrungshintergrund der jeweiligen Gruppe. Spezielle berufsbezogene Rehabilitationskonzepte sind bedeutsam, da die berufliche Problemsituation nicht von selbst verschwindet, wenn die psychosomatischen Beschwerden bewältigt wurden.

Die Berufs- und Erwerbstätigkeit eines Menschen umfasst im Sinne des biopsychosozialen Modells einen bedeutenden Teilbereich MBOR wird in unserer Klinik deshalb in ein ganzheitliches Behandlungskonzept, integriert:



MBOR-Konzept gemäß DRV – MBOR-Anforderungen (Menges-Fleig & Kowalewski, 2022)

Unsere MBOR-Gruppen im Überblick:

MBOR Gruppe 1:

- PatientInnen mit langen Arbeitsunfähigkeitszeiten, PatientInnen mit Arbeitsplatzkonflikten,
- PatientInnen die sich beruflicher Herausforderung nicht mehr gewachsen fühlen
- PatientInnen, die Frage einer beruflichen Veränderung haben.
- Therapieziele bei diesen PatientInnen:
 - Optimierung Arbeits- und Interaktionsverhaltens
 - Überwindung berufsbezogener Einschränkungen
 - Stärkung berufsbezogener Ressourcen
 - Abbau von Schon- und Vermeidungsverhalten.

MBOR Gruppe 2:

- RehabilitandInnen, die einen Antrag auf LTA oder einen Rentenantrag gestellt haben.
- Bei diesen PatientInnen Bedarf es der Überprüfung der Leistungsfähigkeit
- Therapieziele: Verbesserung der Leistungsfähigkeit
- Einsatz gezielter therapeutische Maßnahmen um Verbesserung der Leistungsfähigkeit zu fördern.

MBOR Gruppe 3:

- Arbeitslose, StudentInnen, Hausfrauen, nicht erwerbsfähige RehabilitandInnen, die ihre Integration in den Arbeitsmarkt anstreben
- Therapieziele: Entwicklung einer realistischen erwerbsbezogenen Perspektive, Stärkung beruflicher Ressourcen, Überprüfung der Neigung und Arbeitsbelastungsfähigkeit

In unserem Behandlungskonzept geht es neben der Förderung der Motivation für eine psychotherapeutische Behandlung gleichermaßen um eine Erzeugung bzw. Förderung der Veränderungsmotivation im beruflichen Bereich. Die meisten RehabilitandInnen erwarten von ihrem Reha-Aufenthalt eine Erholung von sozialen und beruflichen Belastungsthemen und neigen zu Beginn der Reha dazu, die Verantwortung für ihre Beschwerde an äußere schwierige Umstände ("Mobbing", "Bossing", "Burnout") zu delegieren. Insofern muss die Auseinandersetzung über die Wechselwirkung eigener Interaktionsmuster, der Symptomatik und dem beruflichen Umfeld so früh wie möglich geweckt und gefördert werden.

Kontraindikationen für MBOR-Maßnahmen:

- PatientInnen mit schwerer depressiver Symptomatik
- PatientInnen mit Traumafolgestörungen (flashbacks oder Dissoziationen)
- PatientInnen mit Persönlichkeitsstörungen und stark gestörten Interaktionsverhalten (Impulsivität, Aggressivität, suizidalem Verhalten)
- PatientInnen mit ausgeprägten Zwangsstörungen
- PatientInnen mit starken körperlichen Einschränkungen, Schmerzen, Asthma,...)
- PatientInnen mit dauerhafter Berentung.
- Bei diesen PatientInnen muss neben der vorrangigen Bearbeitung der zugrunde liegenden Störung zusätzlich zunächst eine stabile Veränderungsmotivation entwickelt werden.

Sozialmedizinische Beurteilung:

Die sozialmedizinische Beurteilung bezieht sich auf die Leistungsfähigkeit und Belastbarkeit der PatientInnen in Bezug auf die Teilhabe im Erwerbsleben und wird abschließend im Entlassungsbericht festgehalten. Sie ist grundsätzlich mehrdimensional (VDR 2003; Doßmann & Franke 1993). Die Beurteilung erfolgt für die letzte Tätigkeit der PatientInnen und die Tätigkeit, die aufgrund der Ausbildung sowie bisheriger Tätigkeiten zugemutet werden kann. Letzteres wird in Form eines Tätigkeitsprofils (positives und negatives Leistungsbild) aufgezeigt, wobei die verbliebene Leistungsfähigkeit dargelegt wird.

Bei spezifischen beruflichen Problemlagen (BBPL) wird auf der Grundlage der MBOR-Potentialanalyse, die eine Abklärung des beruflichen Potentials auf Basis der beruflichen Biographie, einer Stärken-Schwächen-Analyse und der individuellen Interessen der RehabilitandInnen ermöglicht, eine differenzierte Beurteilung erstellt.

Qualitativ wird dabei beurteilt, welche körperlich-geistigen Funktionen zur Ausführung beruflicher Tätigkeiten erhalten oder eingeschränkt sind, quantitativ ist festzustellen, in welchem zeitlichen Umfang sie ausgeübt werden kann. Bei der Einstufung der psychischen Leistungsparameter geben psychometrische Verfahren (psychologische Tests) eine Orientierungshilfe. Ergänzt wird diese Einschätzung durch standardisierte Bewertungssysteme, wie z.B. IDA/MELBA oder durch Einsatz standardisierter Instrumente eines Neuropsychologischen Assessments:

IDA/MELBA

Es handelt sich um ein Verfahren, mit dem einerseits die Fähigkeiten einer Person und andererseits die Anforderungen einer Tätigkeit dokumentiert werden können. Dazu stellt das Verfahren ein Fähigkeits- und ein Anforderungsprofil bereit.

IDA bietet die Möglichkeit bis zu 14 standardisierte Arbeitsproben durchzuführen, anhand derer die kognitiven Fähigkeiten, die Fähigkeiten zur Art der Arbeitsausführung, die psychomotorische Fähigkeiten sowie die Fähigkeiten aus dem Bereich Kulturtechniken/Kommunikation der PatientIn beurteilt werden.

Mit dem auf IDA abgestimmten Dokumentationsinstrumentarium MELBA werden die Ergebnisse der Arbeitsproben und die während einer Untersuchung gemachten Beobachtungen sowie zusätzliche Verhaltensbeobachtungen oder auch weitere Untersuchungen zu einem Fähigkeitsprofil zusammengefasst. Mit IDA/MELBA ist es möglich, eine Differenzierung von 29 Einzelmerkmalen vorzunehmen.

Neuropsychologisches Assessment

Die Neuropsychologie beschäftigt sich mit den Funktionen des Gehirns, wie z.B. dem Denkvermögen (bzw. der Intelligenz), der Aufmerksamkeit, dem Gedächtnis, dem Sprachvermögen, den motorischen Fertigkeiten, Persönlichkeits-/Verhaltensänderungen, emotionalen Störungen und visuellen Wahrnehmungsstörungen. Im Rahmen neuropsychologischer Diagnostik werden insbesondere gestörte Hirnleistungsfunktionen z.B. in Folge von Unfällen oder Erkrankungen oder bei psychischen Störungen untersucht. Darüber hinaus bietet die Neuropsychologie spezielle neuropsychologische Therapiemöglichkeiten für die Behandlung dieser Störungen und Beeinträchtigungen. Standardisierte Testverfahren kommen in unserer Klinik bei Durchführung neuropsychologischer Untersuchungen zum Einsatz.

Neben der beschriebenen Aufnahmediagnostik und dem Einsatz psychometrischer Verfahren erfolgt die Einschätzung der Leistungsfähigkeit auch durch Beobachtungen in den MBOR-Gruppen, insbesondere in der Projektgruppe. Unsere MBOR-Gruppen werden weiter unten ausführlich dargestellt.

Dabei muss bedacht werden, dass sich die Objektivierbarkeit einer beruflichen Leistungseinschränkung bei psychischen und psychosomatischen Erkrankungen besonders schwierig

gestaltet (vgl. Doßmann & Franke 1993). Deshalb ist eine externe spezielle sozialmedizinische Supervision garantiert. Im Abschlussgespräch wird zusammen mit den PatientInnen überprüft, inwieweit die bei Aufnahme gemeinsam formulierten und während des Behandlungsverlaufs eventuell angepassten Therapieziele erreicht worden sind und ob abschließend ein gemeinsames soziopsychosomatisches Krankheitsverständnis formuliert werden kann. Dies ist insbesondere dann von Bedeutung, wenn weitere Rehabilitationsmaßnahmen bzw. Maßnahmen am Arbeitsplatz erforderlich sind. Letzteres bedarf einer Vernetzung in Form von konzertierten Aktionen mit außerklinischen, fachübergreifenden Institutionen. Für diesen „Außendienst“ ist der Sozialdienst der Klinik als Referenzperson ansprechbar.

MBOR-spezifische Gruppen

Psychische Störungen gehen häufig mit negativen Bewertung der eigenen Fähigkeiten, so auch der kognitiven Fähigkeiten einher, woraus die Überzeugung einer verminderten Leistungsfähigkeit für den Arbeitsplatz resultieren kann. Unabhängig von der subjektiv durch z.B. einen depressionstypischen Denkstil verzerrten Wahrnehmung des eigenen Leistungsvermögen, beeinflussen psychische Störungen auch objektiv messbar die kognitive Leistungsfähigkeit und können bei langen Krankheitsverläufen mit cerebralen Veränderungen einhergehen. Das bedeutet, dass eine Neubewertung der kognitiven Fähigkeiten, um die Anforderungen am Arbeitsplatz zu bewältigen, kaum gelingen kann, ohne tatsächliche Verbesserung kognitiver Leistungen. Um eine Stärkung der für die berufliche Tätigkeit relevanten psychischen Kompetenzen und kognitiven Leistungen zu erzielen, bedarf es eines therapeutischen Rahmens, der dies ermöglicht. Stresserleben bedingt durch Ängste, Druck oder aggressives Abwehrverhalten blockieren kognitive Prozesse, wie Logisches Denken, Assoziationsfähigkeit, Gedächtnisfunktionen exekutiv Funktionen. Schon bei dem Erleben von Erschöpfung zeigen Menschen, bei denen keine psychischen Störungen diagnostiziert wurden, Einbußen in kognitiven Parametern.

Psychosomatische MBOR-Maßnahmen sollten daher in eine entspannte, wohlwollende Klinikgemeinschaft eingebettet sein, in welcher Zugänge zu höheren kognitiven Prozessen wieder möglich werden.

Unser Therapieangebot, das speziell auf die Situation im Arbeitsleben ausgerichtet wurde, wird im Folgenden dargestellt:

Berufskompetenzgruppe

Aktuelle berufliche Probleme sollen hier gemeinsam im Gruppensetting vor dem Hintergrund der Lebens- und Arbeitsbiografie mit besonderer Berücksichtigung emotionaler und interaktioneller Aspekte analysiert und Lösungsansätze erarbeitet werden. Grundlage ist - wie in den Kerngruppen - eine Vertrauensbasis und ein Arbeitsbündnis zwischen dem Gruppenleiter und Gruppenmitgliedern sowie der Gruppenmitglieder untereinander.

Belastende Berufsprobleme einschließlich deren Auswirkungen im privaten Bereich sollen thematisiert werden und mit Hilfe der Gruppenmitglieder bearbeitet werden.

Berufsprobleme können Erschöpfung durch Überlastung im Sinne eines Burn-out-Erlebens sein, drohende oder eingetretene Arbeitslosigkeit, Notwendigkeit einer beruflichen Umorientierung aus gesundheitlichen Gründen oder Kontextfaktoren der Arbeitswelt wie Strukturwandel, Arbeitszeitverdichtung, Zunahme von Leistungsdruck und Konkurrenz, Computerisierung. Es kann auch um Anpassungsschwierigkeiten durch interaktionelle Probleme gehen bei Konfrontation mit neuen Mitarbeitern oder Vorgesetzten, Autoritätskonflikten, Degradierung, Entzug von Aufgaben und Verantwortung oder Mobbing. Hierbei geht es neben psychoedukativen Elementen und Rollenspielen nicht primär um konkrete Lösungsvorschläge, sondern insbesondere um die Analyse eigener Konfliktanteile, beispielsweise der Relativierung einer einseitigen Opferhaltung sowie ggf. der Identifikation grundlegender eigener Konfliktmuster.

Psychosomatisches Krankheitsverstehen und Krankheitsakzeptanz auf der Grundlage gemeinsamer Betroffenheit soll gefördert werden, resignative und regressiver Tendenzen sollen überwunden werden in Verbindung mit einer Zunahme der Motivation zur positiven Problemarbeit mit dem Ziel der Eröffnung arbeits- und berufsbezogener Perspektiven.

Insgesamt wird beabsichtigt, ein vertieftes Verständnis für die eigene Erlebensweise zu begründen und damit auch die Eigenverantwortlichkeit und das Gefühl der positiven Selbststeuerung zu verstärken. Das geschlossene gruppentherapeutische Setting fördert eine positive Dynamik des Erlebens von Zugehörigkeit, gegenseitiger Unterstützung, Verständnis und Vertrauen. Durch den Austausch gleichsinniger Problemerkahrungen wird das Gefühl der Isolation aufgebrochen und aus dem erweiterten gemeinsamen Erfahrungsraum entstehen neue Ideen und Handlungsimpulse.

Projektgruppen (Arbeitsplatztraining)

Arbeitsplatztraining im Rahmen von MBOR war ursprünglich nur auf die orthopädische Rehabilitation ausgerichtet. Inzwischen wurde MBOR auf weitere Fachgebiete ausgeweitet, wodurch auch beim Arbeitsplatztraining eine ganzheitliche Herangehensweise mit differenzierteren Ansätzen unterschiedlicher Fachdisziplinen Berücksichtigung findet. Ziel ist eine Steigerung der Leistungsfähigkeit hinsichtlich physischer und psychischer (einschließlich kognitiver) Fähigkeiten, um die Anforderungen am Arbeitsplatz wieder zu bewältigen.

Das Arbeitsplatztraining umfasst daher fachgebiets- und indikationsübergreifend das Training tätigkeitstypischer Arbeitsabläufe und Aktivitäten, die für die Bewältigung der Arbeitsanforderungen notwendig sind.

Grundlegende Zielformulierungen der deutschen Rentenversicherung hinsichtlich des Arbeitsplatztrainings sind:

- Neubewertung der eigenen physischen und psychischen (einschl. kognitiven) Leistungsfähigkeit

- Verbesserung der Sicherheit in den Arbeitsabläufen (je nach Problemstellung hinsichtlich Bewegungs- und/oder Verhaltensmustern und/oder kognitiven Prozessen)
- Automatisierung zielgerichteter Arbeitsabläufe unter Beachtung förderlicher Verhaltensweisen und ergonomischer Gesichtspunkte
- Stärkung der für die berufliche Tätigkeit relevanten physischen und psychischen (einschl. kognitiven) Kompetenzen

Beim Arbeitsplatztraining handelt es sich um ein auf die initiale berufsbezogene Diagnostik aufbauendes Training, das dazu dient, die persönliche physische und psychische (einschl. kognitive) Belastungsfähigkeit von Rehabilitandinnen und Rehabilitanden mit zunehmender Intensität zu stärken und im Verlauf einzuschätzen. (vergl. DRV, 2021)

Das Arbeitsplatztraining in der unserer Klinik wird in Form von Projektgruppen angeboten. In den Projektgruppen geht es neben den projektbezogenen Strategien zur Problemlösung und Aufgabenbewältigung insbesondere auch um die Erweiterung der Problemlösekompetenzen auf kommunikativer Ebene. Der überwiegende Anteil der Rehabilitanden in unserer Abteilung hat eine Tätigkeit, bei der überwiegend oder zu einem hohen Maß kognitiv-geistige und soziale Kompetenzen gefordert sind. Im Rahmen der ergotherapeutischen Projektgruppen können die Rehabilitanden ihr Handeln als Resultat von Interaktionen und den daraus gewonnenen Erfahrungen verstehen und so eine Perspektive auf das Selbst einnehmen, wodurch ein Prozess psychischer Heilung, ein Zutrauen in eigene Fähigkeit sowie Freude am eigenen Wirken und Rückkehr in den Arbeitsprozess möglich werden kann.

Ein Training tätigkeits- und berufsspezifischer Fähigkeiten und Fertigkeiten kann stattfinden, ebenso eine Motivationsförderung im Zusammenhang mit dem Training arbeitsüblicher Bewegungsabläufe (z.B. Feinmotorik, Geschicklichkeit). Mentale Fähigkeiten (z. B. Auffassung, Aufmerksamkeit, Konzentration, Umstellungsfähigkeit, Lernen, Vorstellungsvermögen, Problemlösen, Arbeitsplanung) können identifiziert und verbessert werden. Ebenso ist im Zusammenhang mit dem Erproben eigener Fähigkeiten und Fertigkeiten sowohl die Wahrnehmung als auch die Verbesserung sozialer und sozialkommunikativer Fähigkeiten (z.B. Durchsetzungs- und Anpassungsvermögen, Kontaktfähigkeit, Kritikfähigkeit, Teamfähigkeit, Führungsfähigkeit) möglich. Weitere Schwerpunkte sind die Förderung der Art der Arbeitsausführung (z. B. Genauigkeit, Arbeitsergonomie), die Förderung arbeits- und berufsbezogener Schlüsselqualifikationen (z. B. Eigeninitiative, Ausdauer, kritische Kontrolle, Misserfolgstoleranz, Ordnungsbereitschaft, Pünktlichkeit, Selbstständigkeit, Sorgfalt. Persönlichkeitsbezogene Fähigkeiten (z. B. Selbsteinschätzung, Selbstwahrnehmung, Selbstvertrauen) können verbessert werden. Insgesamt ist die Gruppe im Sinne systemischen Denkens auf die Förderung und Stärkung der Ressourcen der Rehabilitanden ausgerichtet, wobei systemisches Denken bedeutet, außerhalb von isolierten und unverbundenen Einzelereignissen zugrundeliegende Muster zu erkennen. So können Verbindungen

zwischen Ereignissen sichtbar gemacht, leicht verstanden und damit auch beeinflusst werden.

Die Projektgruppen finden zweimal wöchentlich 60 Min. statt und umfassen 3 Kernmodule:

- Projektplanung
- Projektentwicklung/Ablauf-Überwachung und
- Projekt Präsentation

Die Themen unserer Projektgruppen, sind im Gegensatz zu Arbeitstrainings an spezifischen Arbeitsplätzen, möglichst kreativ gestaltet, um und den psychischen Störungen häufig begleitenden eingengten Denkestiel wieder zu erweitern. Komplexe Planungsaufgaben, setzen die Anwendung unterschiedlicher kognitiver Leistungsbereiche voraus. Die Projektaufgaben sollten in einem Setting stattfinden, in welchem Raum für das Erleben von Freude und Spaß gegeben ist, um Verbitterung und aggressivem Abwehrverhalten entgegenzuwirken und so die Nutzung psychischer und kognitiver Fähigkeit überhaupt zu ermöglichen:

Beispiele für Projekte

Arbeiten im Reisebüro:

- 3 Tage Wellness-Wochenende in Baden-Baden
- 3 Tage Wandern und Kultur in Baden- Baden

Event-Planer

- Planung Spieleabend in der Dr. Dengler Klinik
- Planung Musik- und Tanzabend in der Dr. Dengler Klinik

Projektdauer: über 5 Wochen zweimal wöchentlich 60 Min.		
Projektplanung	Projekt-Ablauf-Überwachung	Projektpräsentation
1. Woche 1.Std. Vorstellung Projekt, Impulse durch Gruppenleiter Aufgabenvorstellung (Teilprojekte)	3. Woche 1. + 2. Stunde aushäusige Bearbeitung Projekt, Informationen einholen	Woche 5 1. Präsentation vorbereiten/Spieleabend letzte Organisationen etc. 2. Stunde Präsentation
1. Woche 2. Stunde 15 Min. Begrüßung, Kleingruppenbildung; Aufgabenverteilung an Kleingruppen 25 Min. Vertrautmachen	4. Woche 1-2 Projekt vorbereiten: Prospekte, Flyer, Nachsorgebuch etc. gestalten und mit	

Projektdauer: über 5 Wochen zweimal wöchentlich 60 Min.		
Projektplanung	Projekt-Ablauf-Überwachung	Projektpräsentation
mit Aufgaben durch Kleingruppen 5 Min. Abschluss	Inhalten füllen: Wanderroute schreiben, Pfade beschreiben: Spezielle Flora, kulturelle Sehenswürdigkeiten etc.	
2. Woche: 1. Std. Projekt-Planung in Kleingruppen 2. Stunde Vorstellung Projekt-Planung durch Kleingruppen,		

Soziale Fragen in der Gruppe

Die PatientInnen haben in dieser Gruppe die Möglichkeit, individuell sozialrechtliche Fragen bezüglich ihrer Situation am Arbeitsplatz zu klären. Der geschlossene Gruppenverband trägt auch in dieser Gruppe dazu bei, dass die PatientInnen, im Verlauf mehr Vertrauen fassen und üben ihre Anliegen öffentlich im Gruppenkontext anzusprechen und zu klären. Die Gruppe hat so über das Ziel der Klärung sachlicher Inhalte aus, auch verhaltenstherapeutischen Wert, da die Fähigkeit sozialer Kompetenzen gefördert wird. Die Gruppe findet einmal wöchentlich (60 Min.) statt.

Darüber hinaus nehmen die PatientInnen einmal pro Reha an dem MBOR Vortrag teil.

Nachsorge

Die Sozialberatung des Hauses erarbeitet in enger Zusammenarbeit mit den ärztlichen und psychologischen BezugstherapeutInnen Vorschläge zur beruflichen Rehabilitation und Reintegration in den Alltag, die mit den PatientInnen und den jeweils verantwortlichen externen Institutionen wie DRV-Bund, Arbeitsämtern sowie Krankenkassen abgestimmt werden. Der Anspruch einer individuellen Nachsorgeplanung findet entsprechend dem Bedarf der Umsetzung einer Teilhabe am Arbeitsleben, der Initiierung einer soziopsychosomatischen Nachsorge, aber auch der Klärung maßgeblicher Fragen statt, die nach der Entlassung aus der medizinischen Rehabilitation für die PatientInnen relevant sind, z. B. Fragen zu sozialrechtlichen Ansprüchen, zur Wohnsituation und zur wirtschaftlichen Sicherung.

Eine Kontaktaufnahme zu Vor- und NachbehandlerInnen durch ÄrztInnen und psychologische BezugstherapeutInnen und ggf. zum Arbeitgeber durch den Sozialdienst sowie die

Weitervermittlung an externe Institutionen wie Einrichtungen der Rentenversicherung, Berufsförderungswerke und Beratungsstellen dienen dazu, die PatientInnen bei der Rückführung ins Arbeits- und Alltagsleben zu unterstützen.

Im Rahmen der Nachsorge geben die ärztlich/psychologischen BezugstherapeutInnen Empfehlungen für eine Nachsorge im Rahmen der IRENA, für eine fachärztliche Weiterbehandlung, für eine notwendige, weiterführende psychotherapeutische Betreuung oder auch die Empfehlung zu Selbsthilfegruppen. Alternativ besteht die Möglichkeit zur Weiterbehandlung in unserer Klinik, um den bereits begonnenen Rehabilitationsprozess fortzusetzen. Dies dient der Sicherung des Rehabilitationszieles und zur Festigung der bereits während der Rehabilitation erreichten Rehabilitationsergebnisse.

5.5.3 Gesundheitstraining und PatientInnenschulung

Ziel der Rehabilitation ist eine Verbesserung von funktionellen Einschränkungen. Darüber hinaus ist eine Wissensvermittlung zur Bewältigung von krankheitsspezifischen Alltagsproblemen erforderlich. Gleichmaßen müssen den RehabilitandInnen auch umfangreiche Kenntnisse über die Erkrankung, über deren möglichen Verlauf sowie über die Einflussnahme auf den Krankheitsverlauf vermittelt werden. Hierdurch soll es gelingen die PatientInnen vom „Behandeltwerden“ zum selbstverantwortlichen Handeln zu führen. Gesundheitsinformation und Gesundheitstrainingsprogramme stellen eine wesentliche Säule für den Erfolg der therapeutischen Maßnahmen dar. Die Gesundheitsbildung hat die Beeinflussung von negativen Verhaltensweisen durch eigenverantwortliches Handeln der PatientInnen zum Ziel. Dies soll einerseits die Entstehung und die Progression von Krankheiten verhindern helfen, andererseits Hilfen zur Krankheitsbewältigung vermitteln.

Die Angebote zur Gesundheitsbildung richten sich nicht nur an die PatientInnen, bei denen das bisherige Risikoverhalten (z. B. Rauchen, Alkoholkonsum, unkontrollierte Medikamenteneinnahme, Fehlernährung, Bewegungsarmut usw.) bereits zu entsprechenden Organschäden führte und damit die Leistungsminderung verursachte. Es werden auch Betroffene aus anderen Indikationsbereichen, d.h. „noch Gesunde“ angesprochen. Damit erfüllt das Gesundheitstraining sowohl die Aufgabe der primären als auch tertiären Prävention.

Ein Problem in der Rehabilitation ist, dass die PatientInnen im Allgemeinen mit einer Konsumhaltung in die Rehabilitation kommen. Sie bringen ihre Krankheit in die Rehabilitationsmaßnahme ein und erwarten von Fachleuten, dass eine Wiederherstellung des körperlichen Leistungsvermögens erreicht wird. Alle therapeutischen Bemühungen müssen aber darauf abzielen, dass die PatientInnen zu der Überzeugung gelangen, dass sie eine aktive Rolle als selbstverantwortliche Partner übernehmen müssen, wenn die therapeutischen Bemühungen langfristig Wirkung entfalten sollen. Im Rahmen des Gesundheitstrainings soll neben der Wissensvermittlung auch eine Motivation zur Verhaltensänderung erreicht werden.

Die Klinik bietet dazu ein umfassendes Gesundheitstrainingsprogramm an. Das Gesundheitstraining wird von einem interdisziplinären Team von TherapeutInnen (ÄrztInnen, PsychologInnen, DiätassistentInnen, Ergo-, Physio- und SporttherapeutInnen) durchgeführt.

Hierbei wird der/die PatientIn als Partner verstanden, der/die ein Anrecht auf sachkompetente Information in einer für ihn/sie verständlichen Sprache hat. Im Rahmen des Gesundheitstrainings wird der/die PatientIn individuell durch Information, Motivation und Schulung unterstützt, um zu einer dauerhaften gesundheitsbewussten Lebensstiländerung zu gelangen.

Krankheitsspezifische Programme sollen die RehabilitandInnen befähigen, mit einer chronischen Erkrankung besser umzugehen, um so drohenden Folgeerkrankungen vorzubeugen.

Die problembezogenen Programme richten sich auf den Abbau von Risikoverhalten, den Ausgleich von Behinderungen und den Aufbau gesundheitsfördernden Verhaltens. Sie sind im Sinne der Aufmerksamkeits- und Körperwahrnehmungsfokussierung in der Regel sowohl problembezogen als auch verhaltenstherapeutisch orientiert und stellen eine Kombination aus kognitiven und übenden Verfahren dar.

Grundseminare:

- Einführung in die Rehabilitation
- Von der Nahrungsaufnahme zum Genießen
- Wie erhalte ich meine Gesundheit und beuge Krankheiten vor?
- Diabetes mellitus
- Fettstoffwechselstörungen
- Gesunde Ernährung/Reduktionskost
- Arterien- und Venenerkrankungen

Diagnosespezifische Vorträge:

- Inhalt und Ziele der Medizinischen Kräftigungstherapie
- Inhalte und Ziele der Rückenschule
- KHK
- Blutdruckselbstmessung

Vorträge mit Schwerpunkt psychosomatische Medizin:

- Einführung in die Reha
- Stressedukation
- Schmerzedukation
- Depressionsedukation
- Angstedukation
- Sozialrechtliche Information
- Herz und Psyche
- Rückenschmerzen
- Nikotin und andere Suchstoffe

Alternative / ergänzende Vorträge:

- Qigong Yangsheng
- Philosophie und Religion in China
- Einfluss der Religion auf die traditionelle chinesische Medizin
- Akupunktur in der Psychosomatik

5.5.4 Einbeziehung von Angehörigen

Falls im Laufe der rehabilitativen Maßnahme ersichtlich wird, dass aufgrund von psychosozialer Problemlage Angehörige in den therapeutischen Prozess mit eingebunden werden sollten, so können mit Einverständnis der PatientInnen Paar- bzw. Familiengespräche vereinbart werden. Auch hinsichtlich der Nachsorge werden bei Bedarf Angehörige mit einbezogen.

5.6 Entlassungsmanagement

Die Vorbereitung der Entlassung, der Zeitpunkt der Entlassungsuntersuchung, die Koordination der Nachsorge und die weiterführende Behandlung sowie die fristgerechte Erstellung und Übermittlung des Reha Entlassungsberichtes, der vorläufige Entlassungsbericht als Information für den weiterbehandelnden Arzt und das Infomaterial für den Rehabilitanden sind schriftlich in den VAs Abschlussuntersuchung und Entlassbrieferstellung dargelegt. Somit ist sichergestellt, dass auch neue PsychotherapeutInnen/ÄrztInnen eine gute Einweisung erhalten und ein klinikeinheitliches Arbeiten sichergestellt ist.

Eine Woche vor Abreise des Patienten wird in der interdisziplinären Teamkonferenz das Ergebnis der Rehabilitationsbehandlung hinsichtlich der Erreichung der Therapieziele, der sozialmedizinischen Beurteilung und der zukünftigen Teilhabe bezüglich weiterer Empfehlungen abschließend besprochen.

Die zu entlassende PatientIn wird mindestens drei Tage vor Abreise von der Therapieplanung für die Abschlussuntersuchung durch die zuständige ÄrztIn und für das Entlassungsgespräch bei der zuständigen PsychotherapeutIn sowie dem/der ChefärztIn terminiert.

Die Abschlussuntersuchungen der PatientIn durch die ÄrztInnen erfolgt mit Schwerpunkt auf die Kontrolle der pathologischen Aufnahmebefunde. Objektiver Untersuchungsbefund in Bezug auf Einweisungsdiagnose und das Rehabilitationsergebnis. Beschreibung der erreichten Funktionsveränderung im prä- und postrehabilitativen Vergleich. Hierzu wird eine Reevaluation des Leistungsvermögens bzw. der Selbsteinschätzung der PatientIn in Abhängigkeit vom Beschwerde- und Krankheitsbild vorgenommen mit Erörterung der hier erhobenen Befunde. Klärung der sozialmedizinischen Beurteilung, Besprechung des vorläufigen Entlassungsberichtes, Klärung der weiteren hausärztlichen Versorgung und der Entlassungsmedikation im Rahmen des gültigen Entlassungsmanagements.

Im psychotherapeutischen Abschlussgespräch wird abschließend der gesamte Verlauf der stationären Behandlung überprüft, wobei die Therapieelemente und die jeweiligen Fortschritte einzeln bewertet werden. Die psychischen Haupt -und Nebendiagnosen, so wie sie im Entlassungsbericht genannt werden, werden ebenso wie Empfehlungen für die weiterführenden Maßnahmen im ambulanten Rahmen besprochen. Grundlage für unser Entlassmanagement bildet der Rahmenvertrag Entlassmanagement-Reha vom 01.02.2019.

5.7 Notfallmanagement

Es bestehen Regelungen, die einen schnellen und reibungslosen Ablauf im Rahmen der Notfallversorgung sichern. Allen Beteiligten ist die Ablauforganisation bekannt und liegt außerdem in schriftlicher Form in unserem Qualitätsmanagementsystem (BITqms: AA Medizinischer Notfall (D386) vor. Ein schnelles Eintreffen von kompetentem und geschultem Personal, sowie ein ruhiger Ablauf wird gewährleistet, um die Notfallsituationen zu beherrschen:

Ausstattung und Räume:

- 1) Notrufanlagen befinden sich in allen PatientInnenzimmern und in allen PatientInnenbädern.
- 2) Notrufanlagen befinden sich in allen Therapieräumen, in denen PatientInnen auch ohne TherapeutInnen sich alleine aufhalten, z. B : Hydrojetmassageraum, Theracellraum, Lymphmanschettenraum.
- 3) In allen übrigen Räumen der Klinik, wo PatientInnen immer mit Klinikpersonal anzutreffen sind, befindet sich ein Telefon mit angegebener Notfallnummer.
- 4) Der Notfallraum befindet sich in Haus Baden auf einer Ebene mit dem Pflegestützpunkt Baden und den ÄrztInnenzimmern.
- 5) Je eine Notfalltasche befindet sich in jedem Pflegestützpunkt.
- 6) Je ein Notfallrucksack befindet sich: im Notfallraum, im MTT-Raum bei Ergometeranlage, auf Station 5B, auf Station 8 (Falkenstein), in der Badeabteilung.
- 7) Je eine Sauerstoffflasche befindet sich: im Notfallraum, im EKG-Raum, Im Pflegestützpunkt Baden, auf Station 5B, Pflegestützpunkt Merkur, Pflegestützpunkt Falkenstein.
- 8) Je ein Defibrillator befindet sich: im Notfallraum, im EKG-Raum.
- 9) Der automatische Defibrillator befindet sich: im Notfallraum.

Notfallschulungen:

- A) Megacode Schulungen: jährlich verpflichtend für alle ÄrztInnen, Pflegekräfte, alle therapeutisch arbeitenden MitarbeiterInnen und die MitarbeiterInnen der Diagnostik.
- B) Ersthelferschulungen: alle 2 Jahre verpflichtend für die 11 benannten, beauftragten Ersthelfer und zusätzlich für alle Fahrer, die PatientInnendienste leisten.

Hierbei wird folgende Regel befolgt: 10% des aktuell anwesenden Klinikpersonals müssen ausgebildete, fortlaufend geschulte Ersthelfer sein.

Auch bei einem medizinischen Notfall ist die Weiterversorgung anderer PatientInnen gewährleistet.

Eine ständige Verbesserung der Einsatzqualität erfolgt durch eine nicht protokollierte Einsatzbesprechung und Schulungen der beteiligten Berufsgruppen. Die Kontrolle der Notfallausrüstung (Notfalltasche, Notfallrucksack, Notfall-Medikation) obliegt der Pflegedienstleitung.

Schriftlich geregelt sind die verschiedenen medizinischen Regelungen beispielsweise das Verhalten im medizinischen Notfall, der Handlungsablauf im Notfall Reanimation, der Notfallplan Suizidrisiko, die Ausstattungen bezüglich Notfalltasche, Notfallrucksack und Notfallmedikamente im Medikamentenschrank in jedem Pflegestützpunkt.

Liegt die Gefahr eines unmittelbaren Risikos (z.B. Suizidrisiko) vor, welches mit schweren Verletzungen oder Tod einhergehen kann, tritt der medizinische Notfallplan in Kraft.

Es besteht ein Funkkreis (898 Notfallteam) durch den die DienstärztIn, die diensthabende Nachschwester bzw. Stationsschwester aktiviert werden. Außerdem gibt es einen Funkkreis (333 Unterstützungsteam) durch den die Chefärztin Psychosomatische Medizin und der diensthabende internistische Facharzt aktiviert werden.

Alle Mitarbeiter leisten grundsätzlich Hilfe und informieren oder lassen über die Notfallnummer 898 die Rezeption informieren. Folgende Informationen müssen mitgeteilt werden: Wer meldet, was ist passiert, wo ist etwas passiert. Auf Nachfrage muss gewartet werden.

Die Rezeption löst über das Notfalltelefon mit der Nummer 898 die Funker des Notfallteams aus. Sprachdurchsage: Was und wo ist etwas passiert. Das Notfallteam begibt sich unverzüglich mit Notfallausrüstung zum Notfallort und führt die Behandlung durch.

Bei lebensbedrohlichen Zuständen wird über die Notfallnummer 898 die Rezeption informiert und das Unterstützungsteam angefordert. Die Rezeption löst über das Notfalltelefon mit der Nummer 333 die Funker des Unterstützungsteams aus. Sprachdurchsage: Was und wo ist etwas passiert.

Das Unterstützungsteam begibt sich unverzüglich zum Notfallort und hilft bei der Behandlung. Anschließend erfolgt eine Nachbesprechung des Einsatzes im Team.

5.8 Angaben zur Hygiene

In den Hygienestandards werden alle für die Klinik Dr. Franz Dengler erstellten Reinigungs- und Desinfektionspläne gesammelt. Für die MitarbeiterInnen stellen die Standards verbindliche Vorgaben zur Beachtung der hygienischen Aspekte bei der täglichen Arbeit dar.

Die Standards, die im Intranet eingesehen werden können, stellen den Mitarbeiterinnen Informationen zur Verfügung, um hygienisch nach dem Stand des heutigen Wissens arbeiten

zu können. Die Mitarbeiterinnen informieren sich ständig und eigenverantwortlich über die Inhalte und Veränderungen.

Das Kapitel Infektionskrankheiten enthält den gesetzlich vorgeschriebenen Meldebogen des Gesundheitsamtes sowie die hausinternen Meldelisten „PatientInnenerfassung Infektionskrankheiten“ und „PatientInnenerfassung Gastroenteritis“.

Die im Intranet der Klinik aufgeführten Hygienestandards betreffen folgende Bereiche:

„Abfall“, „Infektionskrankheiten“, „Personalhygiene“, „Reinigung“, „Desinfektion“, „Kontrolllisten“, „Technik: Aufbereitung medizinischer Geräte“, „Wäsche“, „Punktionen und Injektionen“.

Jährliche Schulungen für alle Mitarbeiter werden über den Schulungsplan dokumentiert.

Der Facharzt für Innere Medizin und Kardiologie Dr. Funke, Oberarzt Dr. Khalisi sowie der Ärztliche Direktor Dr. Ursel sind als Hygienebeauftragte Ärzte zusammen mit den hygienebeauftragten MitarbeiterInnen (PDL) und der externen Hygienebeauftragten verantwortlich für die Erstellung, Aktualisierung und Durchführung der Hygienestandards.

5.9 Gewaltschutzkonzept

Zur Sicherung der Rechte und auch des Wohls von MitarbeiterInnen und PatientInnen in der Klinik Dr. Franz Dengler wurde ein Konzept zum Gewaltschutz incl. Leitlinien zum Umgang mit Gewaltereignissen als auch Handlungsanweisungen für die Situation nach einem Gewaltvorfall (einsehbar im BITqms (D1005)) festgelegt, es wird im Alltag angewendet und regelmäßig überprüft.

Das Vorliegen des Rahmenkonzepts soll die MitarbeiterInnen zum einen für kritische Situationen sensibilisieren und zum anderen Verhaltensmöglichkeiten anbieten, um aggressive Impulse in Gewaltsituationen professionell deeskalieren zu können. Dabei geht es um den Schutz und Sicherheit der zu betreuenden Rehabilitanden und der Mitarbeitenden.

Das Deeskalationsmanagement beinhaltet verschiedene konzeptuelle Aspekte:

- Es existieren Leitlinien zum Umgang mit Aggression und Gewalt
- Durchführung einer Gefährdungsanalyse
- regelmäßige Schulungen zur Verbesserung des Krankheitsverständnisses
- regelmäßige Reflexion von Gewohnheiten im Umgang mit PatientInnen und Mitarbeitenden
- Implementierung eines Beschwerdemanagements für Patienten und Mitarbeitende

- Regelmäßige Schulungen aller Mitarbeitenden zur Kompetenzerweiterung (verbale Deeskalationstechniken und Techniken zur körperlichen Abwehr)
- Regelmäßige Überprüfung der baulichen, organisatorischen und verhaltensbedingten Einflussfaktoren
- Regelung zum Umgang mit aggressiven/gewalttätigen Vorfällen (Notfallplan)
- Regelung zur Dokumentation von Gewaltvorfällen
- Regelung zur Nachsorge

Prävention und Deeskalation

- Verhinderung von Gewalt und Aggression durch Reflexion, Interpretation und Anpassung der Sichtweise
- Krisenintervention durch Anwendung von Anti-Opfer-Signalen, der apologetischen Gesprächstechnik, der LIMO Gesprächstechnik nach mentaler Vorbereitung und positiver Selbstinstruktion
- Deeskalierende Kommunikation durch Talk down Strategie und Gesprächstechniken wie Validation, Verwendung von Stopp-Sätzen, von Ich-Botschaften sowie einer klaren Stimme

Leitlinien zum Umgang mit Gewaltereignissen

Es wurden verbindliche Leitlinien zum Umgang mit Gewaltereignissen und Übergriffen erarbeitet, die für alle Mitarbeitende verbindlich gültig sind.

Traumatisches Ereignis

Betroffene/Beteiligte

⇒ Alarmabsetzen

Notfall Telefon Psychosomatik 8470

(gleichzeitige Benachrichtigung von CÄ, OÄ, BezugstherapeutIn)

Rezeption 898

(gleichzeitige Benachrichtigung von DienstärztIn und Pflegestützpunkt)

⇒ Erstbetreuung durch Kontaktaufnahme zur betroffenen Person möglichst sofort am Ereignisort, emotionalen Beistand leisten, nicht alleine lassen, Abstimmung untereinander durch Anwendung von Deeskalationstechniken, ärztliche bzw. psychotherapeutische Intervention und Behandlung, ggf. Polizei bzw. Notarzt informieren.

Handeln nach einem Gewaltvorfall

Nach einem Gewaltvorfall muss die Situation kritisch aber wertschätzend besprochen werden, damit die Mitarbeitenden einerseits die Möglichkeit erhalten die Belastungssituation zu verarbeiten, andererseits aber auch gewürdigt wird, was positiv verlaufen ist, bzw. was verbesserungswürdig ist.

5.10 Supervisionskonzept

Eine ständige, wöchentliche psychotherapeutische Supervision ist gewährleistet durch einen qualifizierten externen Supervisor, die interne Supervision durch die Chefärztin in Einzel- und Teamsupervisionen und in den Fallbesprechungen.

Eine externe Team-Supervision ist in monatlichen Abständen gewährleistet durch einen qualifizierten externen Supervisor.

6 Dokumentation

Krankenakte

Für alle PatientInnen wird eine individuelle Krankenakte angelegt. Sie enthält Anamnese, sämtliche Befunde, Verlaufsberichte (Optiplan) sowie Briefe und Befunde anderer Krankenhäuser bzw. Institutionen oder niedergelassener ÄrztInnen. Die Krankenakte dokumentiert vor Allem die individuelle Problematik des/der jeweiligen PatientIn und die sich daraus ergebenden Therapieziele sowie deren Zielerreichungsgrad. Die nach Abschluss der Behandlung in der Krankenakte verbleibende Therapiekarte dient zur Strukturierung der Behandlung (Therapieplanung): Darüber hinaus werden auf dieser Karte die in Anspruch genommenen therapeutischen Anwendungen und der Behandlungsverlauf dokumentiert. Das Datenschutzgesetz wird eingehalten. Alle Daten verbleiben grundsätzlich in der PatientInnenenakte. Zusätzlich wird von den PsychotherapeutInnen eine psychotherapeutische Zusatzakte geführt, die nach Abschluss der Behandlung in die somatische Krankenakte übernommen wird.

Entlassungsbericht

Für jeden/jede PatientIn wird entsprechend den Anforderungen der jeweiligen Kostenträger innerhalb von 10 Tagen nach Entlassung ein ärztlicher Entlassungsbericht erstellt. Die Inhalte des einheitlichen Entlassungsberichts für PatientInnen der Rentenversicherung basieren auf den Grundlagen des Peer Review-Verfahrens des Qualitätssicherungsprogramms der Rentenversicherung. Zum Entlassungsbericht gehören:

- Allgemeine und klinische Anamnese
- Familien-, Sozial- und Berufsanamnese
- Aktuelle Beschwerden und funktionelle Einschränkungen bzgl. Teilhabe

- Aufnahmebefund
- Diagnostischer Aufnahmebefund, Vorbefunde; Ergebnisse der klinischen Untersuchung einschließlich Fähigkeitsstörungen, psychologische/psychosoziale Diagnostik
- Therapie mit der Darstellung des Therapiezieles und des Verlaufes, insbesondere Darstellung der eingesetzten therapeutischen Maßnahmen
- Abschlussbefund mit Dokumentation des Rehabilitationsergebnisses
- Sozialmedizinische Epikrise
- Einschätzung der Teilhabe am Arbeitsleben einschließlich des positiven/negativen Leistungsbildes, Einschätzung der Teilhabe am gesellschaftlichen Leben
- Weiterführende Maßnahmen und Nachsorge, insbesondere hinsichtlich Förderung der Teilhabe am Arbeitsleben bzw. der Teilhabe am gesellschaftlichen Leben
- Aussagen zur Prognose
- Vorläufiger Entlassungsbericht am Tag der Entlassung

7 Angaben zum Datenschutz

Die Klinik Dr. Franz Dengler gewährleistet, dass das Sozialgeheimnis Dritten gegenüber gewahrt wird und die Regelungen des Datenschutzes gemäß dem Bundesdatenschutzgesetz sowie der EU-Datenschutzgrundverordnung und der nationalen Ausführungsgesetze eingehalten werden. Daten über Rehabilitanden und interne Informationen aus dem Schriftverkehr mit dem Kostenträger unterliegen der Verschwiegenheit.

Alle MitarbeiterInnen werden über die Verpflichtung auf das Datengeheimnis und die sich daraus ergebenden Verhaltensweisen unterrichtet und unterzeichnen eine entsprechende Erklärung.

Alle zwei Jahre erfolgt eine für alle MitarbeiterInnen **verpflichtende Datenschutzschulung**, die im Schulungsplan dokumentiert wird.

Die gesetzlichen Grundlagen, die Datenschutzregelungen und das Datenschutzmanagement sind im Intranet/Qualitätsmanagementsystem einsehbar.

Es ist ein externer Datenschutzbeauftragter bestellt, der durch einen Datenschutz-koordinator der Klinik unterstützt wird.

Kontaktdaten:

Karlheinz Bühner

datenschutz@dengler.de Telefon: 07221-351 0

Die Technisch-organisatorischen Maßnahmen dokumentieren unter anderem die **Zugriffskontrolle auf Rehabilitandendaten**. Die Verarbeitungsmöglichkeiten sind durch ein Berechtigungskonzept zentral geregelt und über Berechtigungsgruppen realisiert.

8 Qualitätssicherung

8.1 Einführung

Das Leitbild der Klinik Dr. Franz Dengler ist die Grundlage unseres Handelns und wurde unter Mitwirkung und Anregung des QM-Teams einerseits und andererseits durch den Einbezug aller MitarbeiterInnen entwickelt und in der Klinik umgesetzt.

Leitmotive des Leitbildes sind auf die einzelnen Interessenspartner ausgerichtet (PatientInnen, MitarbeiterInnen, Kostenträger, Gesellschafter, zuweisende ÄrztInnen und Krankenhäuser) und mit konkreten Zielvorgaben auf Klinik- und Abteilungsebene verknüpft.

Die Geschäftsleitung stellt sicher, dass Aufgaben, Kompetenzen und Verantwortung der Führungskräfte in Arbeitsverträgen, in den Prozessbeschreibungen bzw. im Organigramm festgelegt sind. Unser Qualitätsmanagement hat zum Ziel, die qualitätsbestimmenden Faktoren der alltäglichen Versorgungspraxis zu planen (PLAN), qualitätssichernd Durchführen (DO), ständig kritisch zu prüfen (CHECK) und fortlaufend zu verbessern (ACT).

Durch den prozessorientierten Ansatz erreichen wir nicht nur die Einbindung aller MitarbeiterInnen sondern auch die unserer PartnerInnen und KundenInnen.

8.2 Aufbau einrichtungsinternes Qualitätsmanagement

Verpflichtung der obersten Leitung

Durch die verbindliche Freigabe des Klinikkonzeptes verpflichtet sich die oberste Leitung eindeutig zur Erfüllung der Anforderungen durch klare Festlegung der Strukturen, zur Bereitstellung der erforderlichen Ressourcen und Aktivitäten zur kontinuierlichen Verbesserung.

Verpflichtung der MitarbeiterInnen

Alle MitarbeiterInnen sind verpflichtet die im QM-System vorliegenden Regelungen umzusetzen und einzuhalten.

8.2.1 MitarbeiterInnen mit Befugnissen für die Sicherstellung relevanter Prozesse

Qualitätsmanagementbeauftragte

Eine Qualitätsmanagement-Beauftragte (QMB) ist benannt und als Stabstelle an die Klinikleitung angegliedert. Über interne und externe Fort- und Weiterbildungen wird sichergestellt, dass die Kenntnisse erlangt werden, um die Anforderungen an das QM-System aktuell zu halten. Zur Unterstützung der Ressourcen der QMB ist zusätzlich eine Beratungsfirma für die Umsetzung des QMS einbezogen.

QM-Team:

Um eine zielgerichtete, qualitätsorientierte Weiterentwicklung des Managements zu gewährleisten, hat die Klinik im Juli 2008 einen Ausschuss (QM-Team) ins Leben gerufen, der seither kontinuierlich das QM-System weiterentwickelt.

Prozessverantwortliche/Prozessbetreuer:

Die Führungskräfte unserer Klinik übernehmen die Verantwortung für die Planung, Durchführung, Überwachung und Verbesserung definierter Prozesse mit dem Ziel die Prozesswirksamkeit, Machbarkeit und Weiterentwicklung aufrecht zu erhalten und werden durch ProzessbetreuerInnen unterstützt.

8.2.2 Ressourcenbereitstellung

Die räumlich-sachliche, personellen wie auch die medizinisch-technische Ausstattung der Klinik werden im Vorfeld der jährlichen Investitionsplanung im Hinblick auf ihre Funktionalität (i. S. der Erreichung der Anforderungen von PatientInnen und Interessenspartnern) regelhaft geprüft, notwendige Anpassungen ermittelt und Anpassungen vorgenommen.

Verantwortliche MitarbeiterInnen oder externe Vertragspartner sind zur Einhaltung der gesetzlichen Anforderungen schriftlich bestellt. Jährlich erfolgt durch die Beauftragten eine Überprüfung, ggf. Anpassung der klinikspezifischen Regelungen im Vergleich zu den aktuell geltenden externen Vorgaben.

Erforderliche Gremien- und Kommunikationsstrukturen sind eingerichtet. Sitzungen und Begehungen zur Arbeitssicherheit, Hygiene, Brandschutz und zum Datenschutz werden nach gesetzlichen Vorgaben durchgeführt und protokolliert.

Die MitarbeiterInnen werden entsprechend der gesetzlichen Verpflichtung unterwiesen. Die Durchdringung der Teilnahme wird überwacht. Neue MitarbeiterInnen erhalten durch die Inhalte des Hausordners und der Einarbeitungscheckliste relevante Informationen und Schulungen.

Personelle Ausstattung

Die personelle Ausstattung und fachliche Qualifikation der MitarbeiterInnen orientiert sich an den vertraglich festgelegten, indikationsspezifischen Anforderungen bzw. Vorgaben der Kostenträger. Die Einarbeitung und Aufrechterhaltung der Qualifikation erfolgt geplant nach den internen und externen Anforderungen über interne und externe Fort- und Weiterbildungsaktivitäten. Im Rahmen der externen Qualitätssicherung erfolgt eine vierteljährliche Personalstandsmeldung an die DRV-Bund. Es existieren schriftliche Stellenbeschreibungen für jeden Arbeitsplatz mit Bezug zur PatientInnenversorgung.

8.3 Prozessstruktur

Die Zuordnung unserer relevanten Unternehmensprozesse zur Erfüllung der Anforderungen der Kostenträger (BAR- Anforderungen) sind in einer Prozesslandkarte übersichtlich dargestellt. Diese befindet sich in unserem Dokumentenmanagementsystem „BITqms“.

Regelkommunikation zwischen Geschäftsführung und nachgeordneten Ebenen

Die regelmäßige interne Kommunikation zwischen der Geschäftsleitung und den nachgeordneten Ebenen ist durch Kommunikationsmatrizen inklusive Protokollverteilung geregelt. Zusätzlich werden gesetzlich geforderte und anlassbedingte Betriebsversammlungen durchgeführt oder entsprechende Informationen ausgehängt.

Prozesse planen und durchführen

Um unsere gewünschte Qualität nachhaltig zu gewährleisten, bedarf es einer verbindlichen Festlegung für alle MitarbeiterInnen. Für die rehabilitationsspezifischen Prozesse sind entsprechende Verfahrensabläufe erarbeitet worden. Die Verfahrensabläufe benennen den Prozessverantwortlichen, beschreiben die erforderlichen Ressourcen, die Ziele und deren Bewertung, Risiken und Chancen, Input, Schnittstellen, Aktivitäten und die mitgeltenden Nachweisdokumente.

Die Durchführung erfolgt durch die festgelegten MitarbeiterInnen entsprechend den Qualifikationsanforderungen und ist über unsere Rehabilitationsdokumentation nachvollziehbar.

Prozesse überprüfen

Alle von der Klinikleitung getroffenen Festlegungen zur Struktur- und Prozessqualität haben das Ziel, die erreichte Ergebnisqualität unserer Anstrengungen entsprechend unsere Zielsetzung zu erfüllen bzw. Verbesserungspotenziale/ Risiken und Stärken zu erkennen. Zahlreiche Instrumente zur Überprüfung der Struktur- Prozess- und Ergebnisqualität sind implementiert. Die Ergebnisse der Überprüfungen werden protokolliert, bewertet, Maßnahmen zur Korrektur, Verbesserung oder Risikobewältigung festgelegt und auf Umsetzung und Wirksamkeit überprüft.

PatientInnenbefragungen

Durch den PatientInnenfragebogen werden Kennzahlen zu unterschiedlichsten Bereichen der Klinik erfasst. Die Ergebnisse der monatlichen Auswertungen werden an die AbteilungsleiterInnen kommuniziert und vom QM-Team bewertet. Die Darstellung der jahresbezogenen und bewerteten Vergleichsaussagen erfolgt einmal jährlich.

MitarbeiterInnenbefragungen

Der Fragebogen wurde unter Mitwirkung des Betriebsrates erarbeitet. Aufgrund eines 5-stufigen Ratings sowie der Erfassung von Abteilungszugehörigkeiten und durch eine externe

Datenanalyse ist eine systematische Auswertung mit entsprechendem Feedback an die Geschäftsleitung und MitarbeiterInnen möglich. Durch regelmäßige Befragungen ist ein Vergleich möglich.

Externe Qualitätssicherung

Die Klinik ist eingebunden in das externe Qualitätssicherungsverfahren der gesetzlichen Krankenkassen (QS-Reha). Dieses Verfahren dient der Bewertung der Struktur-Prozess-Ergebnisqualität sowie der PatientInnenzufriedenheit. Eine zusätzliche Visitation erfolgte im Jahre 2012.

Die Zertifizierung nach IQMP-Reha ist im Jahr 2012 erfolgt. Seit Juli 2015 sind wir nach dem Regelwerk QReha erfolgreich zertifiziert, die letzte Rezertifizierung war im Juli 2021.

Beschwerdemanagement

Es ist ein umfangreiches Beschwerdemanagement implementiert. Dieses dient uns zur ständigen kontinuierlichen Verbesserung.

Prozessdatencontrolling

Die Überwachung der relevanten Daten zur Zielverfolgung erfolgt nach festgelegten Intervallen durch das QM-Team und durch benannte Verantwortliche.

Prozesse bewerten

Für die Bewertung unserer Ziele nutzen wir Kennzahlen, die mit Hilfe einer Ampelchart überwacht werden. Diese ist auch Grundlage für die jährlichen Zielvereinbarungsgespräche mit den Abteilungsverantwortlichen. Auch die Gesamtbewertung der Kennzahlen erfolgt während der jährlichen Strategietage anhand dieses Steuerungsinstrumentes. Abgeleitet werden daraus die erforderlichen Maßnahmen.

Unternehmenserfolg bewerten

Einmal jährlich im 1. Quartal des Jahres erfolgt die Bewertung unseres Managementsystems während der Strategietage. Alle Ergebnisse aus den internen und externen Qualitätsüberprüfungen, werden durch die Führungskräfte (Ist- Soll Vergleich) bewertet und Maßnahmen zur Verbesserung/ Korrektur festgelegt.

Zielplanung aktualisieren

Ziel des Strategietages ist es, die Ergebnisse nochmals dahingehend zu beurteilen, ob die von den Führungskräften benannten Ziele tatsächlich geeignet sind, die Strategie weiter zu verfolgen oder die Unternehmensausrichtung anzupassen. Die betriebswirtschaftlichen Ergebnisse, die Rückmeldungen aus Partnergesprächen und aktuelle Anforderungen unserer Partner beeinflussen zeitnah unser Handeln und mittel- bis langfristig unsere Unternehmenspolitik.

Mit Hilfe eines Ergebnisprotokolls werden beschlossene Maßnahmen zur Strategieausrichtung weiterverfolgt.

Qualitätsmanagementprojekte

Ein systematisches Projektmanagement ist für die gezielte Überwachung von Projekten und Arbeitsgruppen etabliert. Für alle Projekte liegt ein Projektauftrag inklusive Projektplan vor. Das Gesamtcontrolling über alle laufenden Projekte wird zentral vom/von der ProjektmanagerIn überwacht.

9 Mustertherapiepläne

Im folgenden werden die Therapiepläne entsprechend der DRV - Therapiestandards vorgestellt. Bei den MBOR-Gruppen sind die zusätzlichen Anforderungen der DRV berücksichtigt. Die Übersicht umfasst jeweils 4 Wochen.

Im Anschluss an die Darstellung der Therapiepläne folgt ein Abkürzungsverzeichnis, in welchem die Bezeichnungen der einzelnen Therapien kurz erläutert werden.

Therapieplan für die Kerngruppe 1 (MBOR-Gruppe) - Woche 1

	Montag, 09.02.2099	Dienstag, 10.02.2099	Mittwoch, 11.02.2099	Donnerstag, 12.02.2099	Freitag, 13.02.2099
07:00			D Blutentnahme		
08:00					P-Werken 1 (Mo+Fr)
09:00	Kerngruppe 1	P Projektgruppe	D EKG	Einführung in die Re...	Kerngruppe 1
10:00	KE	Sozialrechtliche Frag...	KE	KG S RU	Indikationsgruppe 1
11:00		S ERGOM O.M.		P Berufskompetenzg...	KG SH/RU
12:00		Patientenversammlung		P Autoogenes Trainin...	
13:00	Verabschiedungsgru...		KG SH/RU	P Projektgruppe	P AKWG PSY
14:00			PE (30 Min.)	D Visite	
15:00	P Berufskompetenzg...	P Autoogenes Trainin...	KG S RU	P Stress DO	
16:00					
17:00		Abendgruppe			
18:00					

Therapieplan für die Kerngruppe 1 (MBOR-Gruppe) - Woche 2

	Montag, 16.02.2099	Dienstag, 17.02.2...	Mittwoch, 18.02.2...	Donnerstag, 19.02...	Freitag, 20.02.2099
07:00					
08:00			KE		P-Werken 1 (Mo+Fr)
09:00	Kerngruppe 1	P Projektgruppe		KG S RÜ	Kerngruppe 1
10:00	P Schmerzvortrag Kowalewski, Victoria	Sozialrechtliche Frag...	P Sozialberatung 45	P Berufskompetenzg...	Indikationsgruppe 1
11:00		S ERGOM O.M.			KG SH/RÜ
12:00	KE Verabschiedungsgru...	Patientenversammlung		P Projektgruppe	
13:00			KG SH/RÜ PE (30 Min.)		P AKWG PSY
14:00					
15:00	P Berufskompetenza...	KG S RÜ	P Autoogenes Trainin...	P Autoogenes Trainin...	
16:00					
17:00		Abendrunde			
18:00					

Therapieplan für die Kerngruppe 1 (MBOR-Gruppe) - Woche 3

	Montag, 23.02.2099	Dienstag, 24.02.2...	Mittwoch, 25.02.2...	Donnerstag, 26.02...	Freitag, 27.02.2099
07:00					
08:00			KE		P-Werken 1 (Mo+Fr)
09:00	VORT Sozialrechtlich... Kerngruppe 1	P Projektgruppe Sozialrechtliche Frag...		KG S RÜ	Kerngruppe 1
10:00	KE		S ERGOM O.M.		
11:00				P Berufskompetenzg... P Autogenes Trainin...	Indikationsgruppe 1 KG SH/RÜ
12:00		Patientenversammlung			
13:00	Verabschiedungsgru...		KG SH/RÜ PE (30 Min.)	P Projektgruppe	P AKWG PSY
14:00		KG S RÜ			
15:00	P Berufskompetenzg...		P Autogenes Trainin...		
16:00					
17:00		Abendgruppe			
18:00					

Therapieplan für die Kerngruppe 1 (MBOR-Gruppe) - Woche 4

	Montag, 02.03.2099	Dienstag, 03.03.2...	Mittwoch, 04.03.2...	Donnerstag, 05.03...	Freitag, 06.03.2099
07:00					
08:00			KE		P-Werken 1 (Mo+Fr)
09:00	Kerngruppe 1	P Projektgruppe		KG S RU	Kerngruppe 1
10:00	S ERGOM O.M.	Sozialrechtliche Frag...	S ERGOM O.M.		
11:00				P Berufskompetenzg...	Indikationsgruppe 1
12:00		Patientenversammlung		P Autogenes Trainin...	
13:00	Verabschiedungsgru...			P Projektgruppe	P AKWG PSY
14:00			PE (30 Min.)		
15:00	P Berufskompetenzg...	KG S RU	P Autogenes Trainin...		
16:00	VORT MBOR				
17:00		Abendgruppe			
18:00					

Therapieplan für die Kerngruppe 2 (Keine MBOR-Gruppe) - Woche 1

	Montag, 09.02.2099	Dienstag, 10.02.2...	Mittwoch, 11.02.2...	Donnerstag, 12.02...	Freitag, 13.02.2099
07:00		D Blutentnahme			
08:00					
09:00		Kerngruppe 2	D FKG	Einführung in die Re...	
10:00	KG SH/RÜ		P Brainwalking PSY	KG S BB	KG S BB
11:00	S MTT o. E. (273)			P Autogenes Trainin...	ERGO Kreativwerkst...
12:00	Verabschiedungsaru...	Patientenversammlung			
13:00	S NORDIC light			P Visite	
14:00			PE (30 Min.)		
15:00		Indikationsgruppe 2	P Autoqenes Trainin...	P Stress DO	S MTT o. E. (273)
16:00			Aktivierungsgruppe 1		
17:00		Abendgruppe			
18:00					

Therapieplan für die Kerngruppe 2 (Keine MBOR-Gruppe) - Woche 2

	Montag, 16.02.2099	Dienstag, 17.02.2...	Mittwoch, 18.02.2...	Donnerstag, 19.02...	Freitag, 20.02.2099
07:00					
08:00					
09:00	P Sozialberatung 45	Kerngruppe 2			P Visite
10:00	KG S BB		P Brainwalking PSY	KG S BB	
11:00				P Autogenes Trainin...	ERGO Kreativwerkst...
12:00	Verabschiedungsgru...	Patientenversammlung			
13:00	S NORDIC light	S MTT o. E. (273)	PE (30 Min.)		S MTT o. E. (273)
14:00				Kerngruppe 2	KG SH/RÜ
15:00		Indikationsgruppe 2	P Autogenes Trainin...		
16:00			Aktivierungsgruppe 1		
17:00		Abendgruppe			
18:00					

Therapieplan für die Kerngruppe 2 (Keine MBOR-Gruppe) - Woche 3

	Montag, 23.02.2099	Dienstag, 24.02.2...	Mittwoch, 25.02.2...	Donnerstag, 26.02...	Freitag, 27.02.2099
08:00	VORT Sozialrechtlich...				
09:00		Kerngruppe 2			KG S BB
10:00	KG SH/RÜ		P Brainwalking PSY	KG S BB	
11:00	S MTT o. E. (273)			P Autoogenes Trainin...	ERGO Kreativwerkst...
12:00	Verabschiedungsgru...	Patientenversammlung			
13:00	S NORDIC light		PE (30 Min.)	P Visite	
14:00				Kerngruppe 2	S MTT o. E. (273)
15:00		Indikationsgruppe 2	P Autoogenes Trainin...		
16:00			Aktivierungsgruppe 1		
17:00		Abendrunde			
18:00					

Therapieplan für die Kerngruppe 2 (Keine MBOR-Gruppe) - Woche 4

	Montag, 02.03.2099	Dienstag, 03.03.2099	Mittwoch, 04.03.2099	Donnerstag, 05.03.2099	Freitag, 06.03.2099
08:00					
09:00	S MTT o. E. (273)	Kerngruppe 2			S MTT o. E. (273)
10:00	KG S BB		P Brainwalking PSY	KG S BB	
11:00				Abschluss P Autogenes Trainin...	ERGO Kreativwerkst... Weber, Andrea
12:00	Verabschiedungsgru...	Patientenversammlung			
13:00				P Visite	
14:00	S NORDIC light		PE (30 Min.)	Kerngruppe 2	KG SH/RÜ
15:00		Indikationsgruppe 2	P Autogenes Trainin...		
16:00			Aktivierungsgruppe 1		
17:00		Abendgruppe			
18:00					

Therapieplan für die Kerngruppe 3 (Keine MBOR-Gruppe) - Woche 1

	Montag, 09.02.2099	Dienstag, 10.02.2...	Mittwoch, 11.02.2...	Donnerstag, 12.02.2...	Freitag, 13.02.2099
07:00			D Blutentnahme		
08:00		D FKG	KG S BB	Einführung in die Re...	P Sozialberatung 45
09:00			Kerngruppe 3		P Visite
10:00	Indikationsgruppe 3	S MTT o. E. (273)		KG S BB	
11:00				P Autogenes Trainin...	S MTT o. E. (273)
12:00	Verabschiedungsgru...	Patientenversammlung			
13:00			PE (30 Min.)	S NORDIC light	
14:00	Kerngruppe 3	P Autogenes Trainin...			P Brainwalking PSY
15:00	KG SH/RÜ	ERGO Kreativwerkst...			
16:00			Aktivierungsgruppe 1		
17:00		Abendgruppe			
18:00					

Therapieplan für die Kerngruppe 3 (Keine MBOR-Gruppe) - Woche 2

	Montag, 16.02.2099	Dienstag, 17.02.2...	Mittwoch, 18.02.2...	Donnerstag, 19.02...	Freitag, 20.02.2099
07:00					
08:00	VORT Sozialrechtlich...		KG S BB		
09:00			Kerngruppe 3		P Visite
10:00	KG SH/RÜ Indikationsgruppe 3			KG S BB	
11:00				P Autogenes Trainin...	
12:00	Verabschiedungsgru...	Patientenversammlung Menges-Fleig, Andrea			S MTT o. E. (273)
13:00		S MTT o. E. (273)	PE (30 Min.)		
14:00	Kerngruppe 3	P Autoogenes Trainin...		S NORDIC light	P Brainwalking PSY
15:00		ERGO Kreativwerkst...		Depressionsvortrag	
16:00			Aktivierungsgruppe 1		
17:00		Abendgruppe			
18:00					

Therapieplan für die Kerngruppe 3 (Keine MBOR-Gruppe) - Woche 3

	Montag, 23.02.2099	Dienstag, 24.02.2...	Mittwoch, 25.02.2...	Donnerstag, 26.02...	Freitag, 27.02.2099
07:00					
08:00			KG S BB		
09:00					
10:00	KG SH/RÜ Indikationsgruppe 3	S MTT o. E. (273)	Kerngruppe 3	KG S BB	P Visite
11:00				P Autogenes Trainin...	S MTT o. E. (273)
12:00	Verabschiedungsgru...	Patientenversammlung			
13:00			PE (30 Min.)		
14:00	Kerngruppe 3			S NORDIC light	
15:00			P Autoogenes Trainin...	P Stress DO	P Brainwalking PSY
16:00		ERGO Kreativwerkst...	Aktivierungsgruppe 1		
17:00		Abendgruppe			
18:00					

Therapieplan für die Kerngruppe 3 (Keine MBOR-Gruppe) - Woche 4

	Montag, 02.03.2099	Dienstag, 03.03.2...	Mittwoch, 04.03.2...	Donnerstag, 05.03...	Freitag, 06.03.2099
07:00					
08:00			KG S BB		
09:00			Kerngruppe 3		P Visite
10:00	Indikationsgruppe 3	S MTT o. E. (273)		KG S BB	Abschluss
11:00				P Autoogenes Trainin...	S MTT o. E. (273)
12:00	Verabschiedungsgru...	Patientenversammlung			
13:00			PE (30 Min.)	S NORDIC light	
14:00	Kerngruppe 3	P Autogenes Trainin...			P Brainwalking PSY
15:00	KG SH/RÜ	ERGO Kreativwerkst...			
16:00			Aktivierungsgruppe 1		
17:00		Abendgruppe			

Therapieplan für die Kerngruppe 4 (MBOR-Gruppe) - Woche 1

	Montag, 09.02.2099	Dienstag, 10.02.2...	Mittwoch, 11.02.2...	Donnerstag, 12.02...	Freitag, 13.02.2099
07:00			D Blutentnahme		
08:00			KE		KE
09:00		P Projektgruppe 2		Einführung in die Re...	
	KG S RÜ		P Berufskompetenzg...	KG S RÜ	KG SH/RÜ
10:00					
	P-Malen 1 (Mo+Mi)	Kerngruppe 4			
11:00				Kerngruppe 4	D FKG
12:00	Verabschiedungsgru...	Patientenversammlung		P Visite	
13:00			Sozialrechtliche Frag...	Indikationsgruppe 4	S ERGOM O.M.
14:00	P Berufskompetenzg...	P Autogenes Trainin...		P Projektgruppe 2	
15:00		PE (30 Min.)	P Autogenes Trainin...		P Brainwalking PSY
16:00	VORT MBOR		KG SH/RÜ		
17:00		Abendgruppe			
18:00					

Therapieplan für die Kerngruppe 4 (MBOR-Gruppe) - Woche 2

	Montag, 16.02.2099	Dienstag, 17.02.2...	Mittwoch, 18.02.2...	Donnerstag, 19.02...	Freitag, 20.02.2099
07:00					
08:00					
09:00		P Projektgruppe 2	KE	KG S RÜ	
10:00	P Sozialberatung 45 P-Malen 1 (Mo+Mi)	P Visite Kerngruppe 4	P Berufskompetenzg... S ERGOM O.M.		KG SH/RÜ
11:00		Patientenversammlung		Kerngruppe 4	KG S RÜ
12:00	Verabschiedungsaru...				
13:00			Sozialrechtliche Frag...	Indikationsgruppe 4	KE
14:00	P Berufskompetenzg...	P Autogenes Trainin...		P Projektgruppe 2	P Brainwalking PSY
15:00		PE (30 Min.)	P Autogenes Trainin...	Depressionsvortrag	
16:00			KG SH/RÜ		
17:00		Abendgruppe			
18:00					

Therapieplan für die Kerngruppe 4 (MBOR-Gruppe) - Woche 3

	Montag, 23.02.2099	Dienstag, 24.02.2...	Mittwoch, 25.02.2...	Donnerstag, 26.02.2...	Freitag, 27.02.2099
07:00					
08:00	VORT Sozialrechtlich...	P Projektgruppe 2	KE		
09:00	KG S RÜ		P Berufskompetenzg...	S ERGOM O.M.	KG SH/RÜ
10:00		P Visite			
11:00	P-Malen 1 (Mo+Mi)	Kerngruppe 4		Kerngruppe 4	KG S RÜ
12:00	Verabschiedungsgru...	Patientenversammlung			
13:00			Sozialrechtliche Frag...	Indikationsgruppe 4	KE
14:00	P Berufskompetenzg...	P Autogenes Trainin...		P Projektgruppe 2	P Brainwalking PSY
15:00		PE (30 Min.)	P Autogenes Trainin...	P Stress DO	
16:00			KG SH/RÜ		
17:00		Abendgruppe			
18:00					

Therapieplan für die Kerngruppe 4 (MBOR-Gruppe) - Woche 4

	Montag, 02.03.2099	Dienstag, 03.03.2...	Mittwoch, 04.03.2...	Donnerstag, 05.03...	Freitag, 06.03.2099
07:00					
08:00					KG S RÜ
09:00		P Projektgruppe 2	S ERGOM O.M.	PE (30 Min.)	
10:00	KG S RÜ		P Berufskompetenzg...		P Visite
11:00	P-Malen 1 (Mo+Mi)	Kerngruppe 4		Kerngruppe 4	Abschluss
12:00	Verabschiedunasaru...	Patientenversammlung			KE
13:00			Sozialrechtliche Frag...	Indikationsgruppe 4	
14:00	P Berufskompetenzg...	P Autonomes Trainin...		P Projektgruppe 2	S ERGOM O.M.
15:00			P Autogenes Trainin...		P Brainwalking PSY
16:00					
17:00		Abendgruppe			
18:00					

Therapieplan für die Kerngruppe 5 (Keine MBOR-Gruppe) - Woche 1

	Montag, 09.02.2099	Dienstag, 10.02.2...	Mittwoch, 11.02.2...	Donnerstag, 12.02.2...	Freitag, 13.02.2099
07:00			D Blutentnahme		
08:00				Einführung in die Re...	
09:00		Aquafitness			P Visite
10:00	P (SPG) DI+MI		S NORDIC		P ANGST
11:00				PE (30 Min.)	D FKG
12:00	Verabschiedungsgru...	Patientenversammlung			
13:00		KG Pilates DI+MI	Indikationsgruppe 5		PMR Mo & Do
14:00					ERGO Kreativwerkst...
15:00			Kerngruppe 5	P Stress DO	
16:00					Aktivierungsgruppe 1
17:00	PMR Mo & Do	Abendgruppe			
18:00					

Therapieplan für die Kerngruppe 5 (Keine MBOR-Gruppe) - Woche 2

	Montag, 16.02.2099	Dienstag, 17.02.2...	Mittwoch, 18.02.2...	Donnerstag, 19.02...	Freitag, 20.02.2099
08:00					
09:00	VORT Sozialrechtlich...			Kerngruppe 5	
10:00	P (SPG) DI+MI	P Visite	S NORDIC		motorisch funktionell...
11:00				PE (30 Min.)	
12:00	Verabschiedungsgru...	Patientenversammlung			
13:00		KG Pilates DI+MI	Indikationsgruppe 5	P Sozialberatung 45	PMR Mo & Do
14:00	Aquafitness				ERGO Kreativwerkst...
15:00					
16:00			Kerngruppe 5		Aktivierungsgruppe 1
17:00	PMR Mo & Do	Abendgruppe			
18:00					

Therapieplan für die Kerngruppe 5 (Keine MBOR-Gruppe) - Woche 3

	Montag, 23.02.2099	Dienstag, 24.02.2...	Mittwoch, 25.02.2...	Donnerstag, 26.02...	Freitag, 27.02.2099
07:00					
08:00					
09:00				Kerngruppe 5	Aquafitness
10:00	P (SPG) DI+MI	D Visite	S NORDIC		motorisch funktionell...
11:00				PE (30 Min.)	
12:00	Verabschiedungsgru...	Patientenversammlung			
13:00			Indikationsgruppe 5		
14:00		KG Pilates DI+MI			PMR Mo & Do
15:00					ERGO Kreativwerkst...
16:00			Kerngruppe 5		Aktivierungsgruppe 1
17:00	PMR Mo & Do	Abendgruppe			
18:00					

Therapieplan für die Kerngruppe 5 (Keine MBOR-Gruppe) - Woche 4

	Montag, 02.03.2099	Dienstag, 03.03.2...	Mittwoch, 04.03.2...	Donnerstag, 05.03...	Freitag, 06.03.2099
07:00					
08:00					
09:00		Aquafitness		Kerngruppe 5	
10:00	P (SPG) DI+MI		S NORDIC		P Visite
11:00				PE (30 Min.)	motorisch funktionell...
12:00		Patientenversammlung		Abschluss	
13:00	Verabschiedungsgru...		Indikationsgruppe 5		
14:00		KG Pilates DI+MI			PMR Mo & Do
15:00					ERGO Kreativwerkst...
16:00			Kerngruppe 5		Aktivierungsgruppe 1
17:00	PMR Mo & Do	Abendgruppe			
18:00					

Nachfolgend die Erläuterung der in den Therapieplänen verwendeten Abkürzungen

Abkürzungsverzeichnis zu den Therapieplänen		
Abendgruppe	Abendrunde für alle PatientInnen der Psychosomatik	ETM 03: Aktivitätsaufbau – Strukturierte soziale Kommunikation und Interaktion
Abschluss	Abschlussgespräch Chefärztin Psychosomatik	ETM 11: Vorbereitung nachgehender Leistungen
Aktivierungsgruppe 1	Gruppe für nicht MBOR-PatientInnen	ETM 03: Aktivitätsaufbau – Strukturierte soziale Kommunikation und Interaktion
AKW PSY	Achtsamkeitsbasierte Körperwahrnehmung	ETM 02: Gruppenpsychotherapie - Psychotherapie psychodynamisch in der Gruppe: Körpertherapiegruppe
P* AT	Autogenes Training	ETM 04: Entspannungsverfahren
Brainwalk PSY	Gedächtnispaziergang – Gehirntraining, Achtsamkeit, Bewegung	ETM 02: Psychotherapie verhaltenstherapeutisch in der Gruppe
P Berufskompetenzgruppe	MBOR-Gruppe	Umgang mit berufl. Belast. + Konflikten am Arbeitsplatz
Ergo Kreativwerkstatt	Gruppe für nicht MBOR-PatientInnen	Gestalterische Kreativtherapie
D EKG	EKG	Diagnostik
Depressionsvortrag	Vortrag für MBOR- und nicht MBOR-Patienten	ETM 06: Gesundheitsbildung/Psychoedukation
Einführung in die Re...	Einführung in die Reha	ETM 06: Gesundheitsbildung/Psychoedukation
Indikationsgruppe 1	Indikationsgruppe zur Kerngruppe 1	ETM 02: Psychotherapie verhaltenstherapeutisch als indikative Gruppe: Schmerz
Indikationsgruppe 2	Indikationsgruppe zur Kerngruppe 2	ETM 02: Psychotherapie verhaltenstherapeutisch als indikative Gruppe: Depression
Indikationsgruppe 3	Indikationsgruppe zur Kerngruppe 3	ETM 02: Psychotherapie verhaltenstherapeutisch als indikative Gruppe: Depression
Indikationsgruppe 4	Indikationsgruppe zur Kerngruppe 4	ETM 02: Psychotherapie verhaltenstherapeutisch als indikative Gruppe: Depression
Indikationsgruppe 5	Indikationsgruppe zur	ETM 02: Psychotherapie

Abkürzungsverzeichnis zu den Therapieplänen		
	Kerngruppe 5	verhaltenstherapeutisch als indikative Gruppe: Angst
Kerngruppe 1	MBOR-Gruppe	ETM 02: Psychotherapie psychodynamisch in der Gruppe
Kerngruppe 2	Nicht MBOR-PatientInnen	ETM 02: Psychotherapie psychodynamisch in der Gruppe
Kerngruppe 3	Nicht MBOR-PatientInnen	ETM 02: Psychotherapie psychodynamisch in der Gruppe
Kerngruppe 4	Nicht MBOR-PatientInnen	ETM 02: Psychotherapie psychodynamisch in der Gruppe
Kerngruppe 5	Nicht MBOR-PatientInnen	ETM 02: Psychotherapie psychodynamisch in der Gruppe
KE	Krankengymnastik einzeln	ETM 05: Bewegungstherapie
KG S RÜ	Krankengymnastikgruppe im Schwimmbad Rücken stabilisierend	ETM 05: Bewegungstherapie
KG SH/RÜ	Krankengymnastikgruppe Schulter und Rücken	ETM 05: Bewegungstherapie
KG S BB	Bewegungsbad (Gruppe) im Schwimmbad	ETM 05: Bewegungstherapie
S nordic light	Nordic Walking light	ETM 05: Bewegungstherapie
P Projektgruppe	MBOR-Gruppe	Arbeitsplatztraining
P Schmerzvortrag	Vortrag für PatientInnen mit chron. Schmerzstörungen	ETM 06: Gesundheitsbildung/Psychoedukation
P Stress Do	Vortrag Stress- und Stressbewältigung Für alle PatientInnen	ETM 06: Gesundheitsbildung/Psychoedukation
P Visite	Psychosomatische Visite	Chef- oder Oberärztin
P Werken	Werkgruppe	ETM 08: Gestaltungs- und Kunsttherapie
Patientenversammlung	Wöchentl. Versammlung aller PatientInnen der Psychosomatik sowie der ÄrztInnen und TherapeutInnen (Gruppe bietet Raum für	ETM 03: Aktivitätsaufbau – Strukturierte soziale Kommunikation und Interaktion

Abkürzungsverzeichnis zu den Therapieplänen		
	Anregungen, Kritik etc.)	
PE (30 Min)	Psychotherapeutisches Einzelgespräch	ETM 01 Einzelpsychotherapie
S ERGOM O.M.	Ergometer Training ohne Monitoring	ETM 05: Bewegungstherapie
S MTT o.E	Medizinische Trainingstherapie obere Extremitäten	ETM 05: Bewegungstherapie
Sozialberatung 45	Sozialberatung einzeln (45 Min.)	ETM 10: Leistungen zur sozialen und beruflichen Integration
Sozialrechtliche Fragen	MBOR-Gruppe	Soziale Arbeit in der Gruppe
Verabschiedungsgruppe	Wöchentl. Versammlung aller PatientInnen der Psychosomatik sowie der ÄrztInnen und TherapeutInnen zur Verabschiedung derer PatientInnen, die in dieser Woche entlassen werden	ETM 03: Aktivitätsaufbau – Strukturierte soziale Kommunikation und Interaktion
Vortrag MBOR	Nur für MBOR-PatientInnen	Vortrag Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation
Vortrag sozialrechtl.	Vortrag sozialrechtliche Information. Für alle psychosomatischen PatientInnen	ETM 06: Gesundheitsbildung/Psychoedukation

*Die Abkürzungen P oder Psy sind klinikinterne Abkürzungen, die besagen, dass in diese Therapiegruppen nur PatientInnen der Psychosomatik eingeplant werden oder aber von MitarbeiterInnen der Abteilung Psychosomatik angeboten werden, die Abkürzung S bezieht sich auf sporttherapeutische Leistungen.

10 Forschungsaktivitäten

Die Beurteilung der Behandlungsergebnisse aus Therapeutesicht (behandelnder Arzt oder Psychotherapeut) ist für die Dr. Franz Dengler Klinik ein wichtiges Instrument zur internen Qualitätsbewertung ihrer therapeutischen Leistungen. Deshalb wird seit 2013 eine Behandlungsdokumentation und Behandlungsevaluation für alle Abteilungen der Klinik

durchgeführt. Diese Dokumentation ermöglicht ein Monitoring von Ergebnisparametern. Die Klinik wertet die Ergebnisse halbjährlich und in einem umfassenden Jahresbericht aus. Nachfolgend werden die Behandlungsergebnisse hinsichtlich verschiedener symptombezogener Parameter für die Abteilung Orthopädie, Innere Medizin und Psychosomatik für das Jahr 2021 analysiert und dargestellt.

Hauptergebnisse

Im Jahr 2021 betrug die Anzahl der Patienten der Abteilung Psychosomatik 404 Patienten

Patienten der Abteilung Psychosomatik weisen am Ende ihrer Behandlung deutlich geringere Angst- und Depressivitätswerte sowie eine deutlich geringe subjektiv empfundene aktuelle Beeinträchtigung im Vergleich zu Beginn ihrer Behandlung auf.

Patienten der Abteilungen Orthopädie und Innere Medizin/Kardiologie, die mehr als eine psychotherapeutische Einzelbehandlung erhielten, haben zum Zeitpunkt der Entlassung deutlich geringere Angst- und Depressivitätswerte im Vergleich zum Zeitpunkt der Aufnahme.

Abbildung 3 zeigt einen Überblick über die Entwicklung der Anzahl der Patienten in der Abteilung Psychosomatik von 2015 bis 2021



Quelle: GPM Daten, Abreise zwischen dem 01.01.2021 und 31.12.2021

Tabelle 4 gibt eine Übersicht über die Anzahl der Patienten, die im Jahr 2021 in der Abteilung für Psychosomatik behandelt wurden. Zusätzlich werden die Ergebnisse für das Jahr 2020 dargestellt.

Tabelle 4: Übersichtstabelle Abteilung Psychosomatik, Anzahl der Patienten für das 2021 und 2020 (Quelle: HADS Tabelle und GPM)		
	2020	2021
Patienten der Abteilung Psychosomatik	237	404

Tabelle 5 zeigt eine deskriptive Auswertung der Merkmale der Patienten in der Abteilung Psychosomatik.

Tabelle 5		Mittelwert
Geschlecht	Frauen 289 (72 %) Männer 115 (28 %)	
Alter	Min= 20 Jahre Max = 89 Jahre	57 Jahre
Behandlungsdauer (Tage)		33 Tage

Behandlungsergebnisse der psychotherapeutisch behandelten Patienten
in der Abteilung Psychosomatik

Bei den psychotherapeutisch behandelten Patienten der Psychosomatischen Abteilung der Klinik Dr. Franz Dengler wird bei Aufnahme mit einem Selbstbeurteilungsinstrumentes (HADS) die Schwere der Depressivität und Angst erfasst. Zusätzlich werden bei Entlassung erneut die Depressivitäts- und Angstwerte erhoben. Die geringeren HADS-Werte bei Entlassung weisen auf eine deutliche Verbesserung der Werte im Zuge der stationären Behandlung hin.

Im Jahr 2021 wurden insgesamt 249 auswertbare HADS-Testergebnisse erhoben.

Aufgrund der statistischen Abhängigkeit der vorhergesagten und erreichten Daten wurde für die Signifikanzprüfung jeweils ein t-Test für abhängige Stichproben durchgeführt. Die Auswertung ergab einen **hoch signifikanten Unterschied** zwischen den Angst- und Depressivitätswerten bei Aufnahme und bei Entlassung aus der Klinik Dr. Franz Dengler ($p=.000$) für die Patienten, für die Werte vorlagen. Abbildungen 4 - 5 verdeutlichen den Unterschied der Verteilung der Depressivitäts- bzw. Angstwerte bei Aufnahme und Entlassung bei diesen Patienten.

Abbildung 4:
Prozentuale Verteilung der Angstwerte
der psychotherapeutisch behandelten
Patienten
bei Aufnahme in die Klinik und bei Entlassung
im Jahr 2021

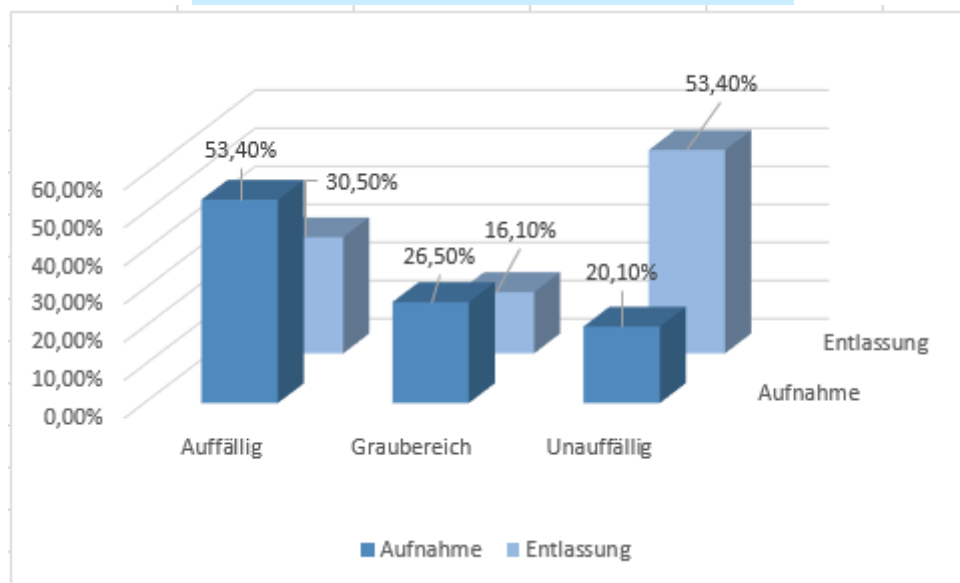
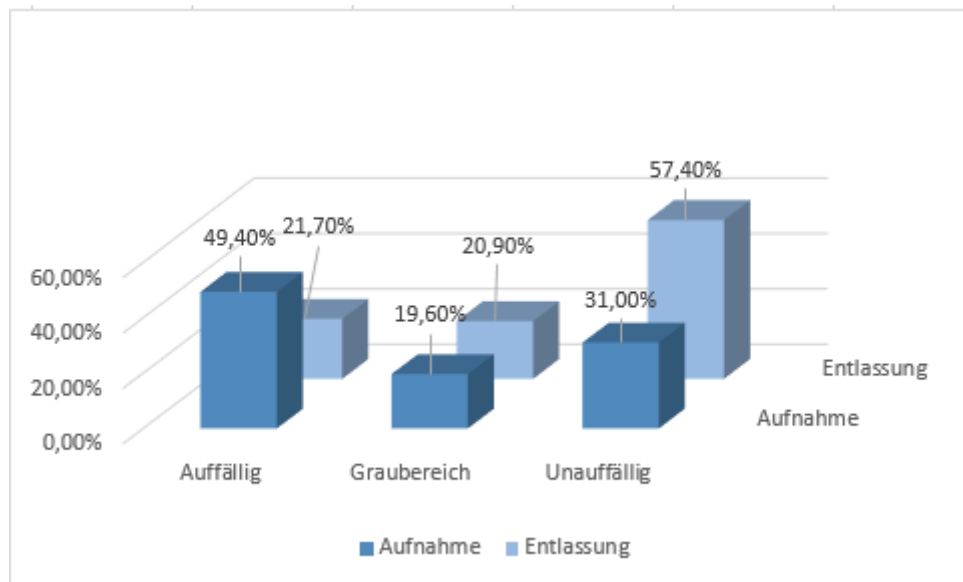


Abbildung 5:
 Prozentuale Verteilung der Depressivitätswerte
 der psychotherapeutisch behandelten Patienten
 bei Aufnahme in die Klinik und bei Entlassung
 im Jahr 2021



Die Auswertung der Mittelwertunterschiede für Angst und Depressivität bei Aufnahme und Entlassung ergab **hoch signifikante Unterschiede** für beide Werte ($p= 0,000$ für Angst und $p= 0,000$ für Depressivität).

In der folgenden Tabelle 6 werden zudem die Effektstärken „d“ dargestellt. Die Effektstärke ist ein standardisiertes Vergleichsmaß, das es erlaubt, Angaben zur Größe des Unterschieds zwischen zwei Mittelwerten zu machen. Die berechneten Effektstärken nach Cohen (1988) liegen zwischen 0,69 und 0,7. Diese Werte entsprechen einer mittleren positiven Effektstärke.

Tabelle 6: HADS-Werte - Psychotherapeutisch behandelte Patienten bei Aufnahme und Entlassung für das Jahr 2021 (M=Mittelwert, SD= Standardabweichung, ES= Effektstärke); n = 249				
	bei Aufnahme M/SD	bei Entlassung M/SD	Effektstärke ES* (nach Cohen) für das Jahr 2020	Effektstärke ES* (nach Cohen) für das Jahr 2021
HADS Angst	10,9/4,2	7,8/4,9	0,68	0,69
HADS Depressivität	10,3/4,6	7,0/4,8	0,74	0,7

* Die Effektstärke ist ein standardisiertes Maß für die Veränderung. Effekte von 0,2 gelten als klein, von 0,5 als mittel und Effekte von 0,8 als groß (Cohen, 1988). Berechnung erfolgte mittels „standardized response mean“.

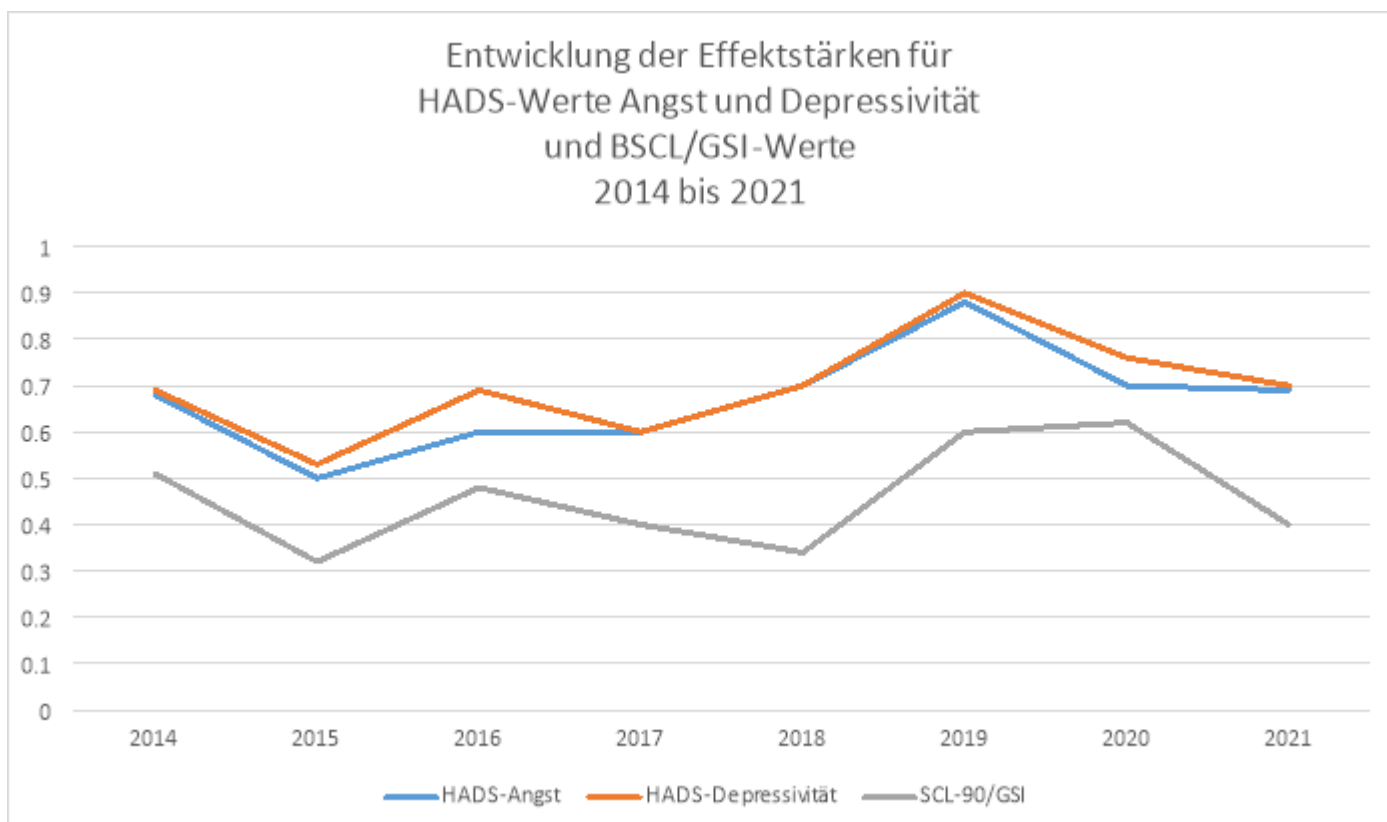
Zusätzlich zu der Erhebung der Angst- und Depressivitätswerte wird bei den Patienten der Psychosomatischen Abteilung sowohl bei Aufnahme als auch bei Entlassung die subjektiv empfundene aktuelle Beeinträchtigung durch 53 vorgegebene körperliche und psychische Symptome (BSCL) erfasst.

In Tabelle 7 sind die durchschnittlichen BSCL/GSI(1)-Werte der Patienten in der Abteilung Psychosomatik dargestellt. Mit einer Effektstärke von 0,4 für die BSCL/GSI-Werte werden die positiven Veränderungen für das Jahr 2021 als klinisch relevant interpretiert und als kleiner Effekt bezeichnet.

Tabelle 7: BSCL-Werte (GSI) Patienten der Abteilung Psychosomatik bei Aufnahme und Entlassung, im Jahr 2021 und 2020 (M=Mittelwert, SD= Standardabweichung); Daten lagen vor für n= 214 Patienten (GSI)				
	bei Aufnahme M/SD	bei Entlassung M/SD	Effektstärke ES* nach Cohen für das Jahr 2020	Effektstärke ES* nach Cohen für das Jahr 2021
BSCL/GSI	64/12,5	56/14,7	0,5	0,4
* Die Effektstärke ist ein standardisiertes Maß für die Veränderung. Effekte von 0,2 gelten als klein, von 0,5 als mittel und Effekte von 0,8 als groß. Berechnung erfolgte mittels „standardized response mean“.				

Abbildung 6 zeigt die Entwicklung der Effektstärken für die HADS-Werte und den SCL-90-Wert/BSCL-Wert zwischen 2014 und dem Jahr 2021. Es zeigt sich, dass die Werte relativ konstant sind und im Durchschnitt im mittleren Bereich liegen. In den Jahren 2017 bis 2019 war für die HADS-Werte Angst und Depressivität ein Anstieg zu verzeichnen.

Abbildung 6: Entwicklung der Effektstärken für HADS-Werte Angst und Depressivität und BSCL/GSI-Werte 2014 bis 2021



* Die Effektstärke ist ein standardisiertes Maß für die Veränderung. Effekte von 0,2 gelten als klein, von 0,5 als mittel und Effekte von 0,8 als groß. Berechnung erfolgte mittels „standardized response mean“.

Literatur:

Cohen, J. (1988). Statistical power analysis for the behavioral sciences. Hillsdale: Erlbaum.

11 Ein besonderes Abkürzungsverzeichnis ist nicht erforderlich

12 Literaturverzeichnis

1. Behandlungskonzept „Rehabilitation nach Nukleusprolaps und Nukleotomie“. M. J. Struck & W. Gerbig In: Rehakonzepte muskuloskelettaler Erkrankungen Erwachsener (Homepage der DRV)
2. Biefang, S. Potthoff, P., Schliehe, F. (1999): Assessmentverfahren für die Rehabilitation, Göttingen.
3. Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) (Hrsg.): Wegweiser Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen. 15. Auflage, Frankfurt (2013).
4. BfA (Hrsg.): SGB/Sozialgesetzbuch. 38. Auflage (2002).
5. Bochnik, H.-J., Hackhausen, W.: Personenorientierte Diagnostik und Begutachtung – Fehlervermeidung und Qualitätssicherung. Urban & Fischer Verlag, München, Jena, 1.Auflage (1999).
6. Dahlbender, R.W. & Tritt, K. (2011), Einführung in die OPD, Psychotherapie, Bd 16, 1. Medien München
7. Delbrück, H., Haupt, E.: Rehabilitationsmedizin: ambulant, teilstationär, stationär. 2. Auflage, Urban & Schwarzenberg, München, Wien, Baltimore (1998).
8. Deutsche Rentenversicherung: Anforderungsprofil zur Durchführung der Medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation (MBOR) im Auftrag der Deutschen Rentenversicherung (08/2012).
9. Deutsche Rentenversicherung: Leitlinien zur sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung bei KHK (11/2015).
10. Deutsche Rentenversicherung: Reha-Therapiestandards Chronischer Rückenschmerz (03/2016).
11. Deutsche Rentenversicherung Bund, Dezernat 8023: Anforderungsprofil für eine stationäre Einrichtung zur medizinischen Rehabilitation von Erwachsenen mit psychosomatischen und psychischen Störungen (10.04.2017).
12. Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.): Strukturqualität von Reha-Einrichtungen – Anforderungen der Deutschen Rentenversicherung, Stationäre medizinische Reha-Einrichtungen (Mai 2010).
13. Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.): Strukturqualität von Reha-Einrichtungen – Anforderungen der Deutschen Rentenversicherung, Anhänge I + II
14. Dileo, C., Bradt, J.: Medical music therapy: a meta-analysis and agenda for future research. Jeffrey, Cherry Hill New York (2005)
15. Dilling, H., Mombour, W. Schmidt, M.H. (Hrsg.) : Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V (F), Klinisch-diagnostische Leitlinien. Verlag Hans Huber, Bern, 7. überarbeitete Auflage (2010).
16. Engel, G.L.: The need <http://www.psychology48.com/deu/d/need/need.htm> for a new model: a challenge for biomedicine. Science 196, S.129-137 (1977).
17. Erenkämper, A., Rompe, G.: Begutachtung der Haltungs- und Bewegungsorgane. Georg Thieme Verlag (2003).

18. Fritze, E., Mehrhoff, F., May, B.: Die ärztliche Begutachtung. Steinkopff Verlag Darmstadt, 6. vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage (2008).
19. Frommelt, P., Grötzbach, H.: NeuroRehabilitation, Grundlagen, Praxis, Dokumentation. Blackwell Verlag GmbH, Berlin (2002).
20. Gerdes N., Weis J.: Zur Theorie der Rehabilitation. In: J. Bengel & U. Koch (Hrsg.): Grundlagen der Rehabilitationswissenschaften. Springer, Heidelberg; S. 41-68 (2000).
21. Gostomzyk, J.G.: Angewandte Sozialmedizin, Handbuch für Weiterbildung und Praxis. Loseblattsammlung, ecomed Verlagsgesellschaft, Landsberg (2000).
22. Grawe, K., Donati, R., Bernauer, F.: Psychotherapie im Wandel: von der Konfession zur Profession. 5. Aufl. Hofgreffe, Göttingen (2001).
23. Grigoleit, H. P., Schliehe, F., Wenig, M.: Handbuch Rehabilitation und Vorsorge. Asgard Verlag, Sankt Augustin, Loseblattsammlung (1999).
24. Hackhausen, W.: Probleme der Zusammenarbeit zwischen Arbeitsverwaltung und Rentenversicherung. MedSach 89, Heft 3, S. 86–89 (1993).
25. Hackhausen, W.: Grundlagen der Begutachtung für stationäre Leistungen zur Sicherung der Erwerbsfähigkeit nach § 31 Abs. 1 Satz 1. Nr. 2 SGB VI, Deutsche Rentenversicherung, S. 313–319, 4–5 (1993).
26. Hackhausen, W.: Handikap-Analyse und Graduierung der Rehabilitationsbedürftigkeit. Gesundheitswesen 60, S. 373–375 (1998).
27. Hackhausen, W.: Probleme beim Übergang von der medizinischen zur beruflichen Rehabilitation. MedSach 91, Heft 3, S. 91–94 (1995).
28. Hackhausen, W.: Sozialmedizin und ärztliche Begutachtung – Kompendium für Ärzte und Juristen. ecomed Verlagsgesellschaft, Landsberg (2003).
29. Hackhausen, W. et al.: Die Rehabilitationsbegutachtung für sozialmedizinische Gutachter – ein Diskussionsbeitrag zur Qualitätssicherung. Rehabilitation 38, S. 107–126 (1999).
30. Härter, M., Bengel, J. : Psychische Beeinträchtigungen und Störungen bei Patienten mit Herz-Kreislauf-Erkrankungen - Epidemiologie und Implikationen für die medizinische Rehabilitation und Nachsorge. In B. Strauß (Ed.), Psychotherapie bei körperlichen Erkrankungen. Hogrefe, Göttingen, S. 23-42 (2002).
31. Härter, M., Baumeister, H., Reuter, K., Wunsch, A., Bengel, J. : Epidemiologie komorbider psychischer Störungen bei Rehabilitanden mit muskuloskelettalen und kardiovaskulären Erkrankungen. Rehabilitation, 41, S. 367-374 (2002).
32. Jaspers, K.: Allgemeine Psychopathologie. Springer Verlag Berlin, Heidelberg (1973)
33. Joraschky, P., Egle, U.T., Pöhlmann, K.: Depressive Störungen und Suizidalität. In: Egle, U.T., Hoffmann, S., Joraschky, P. (Hrsg.) : Sexueller Missbrauch, Misshandlung, Vernachlässigung. Erkennung, Therapie und Prävention der Folgen früher Stresserfahrungen. Schattauer, Stuttgart, New York, 4. erweiterte und überarbeitete Auflage (2016).
34. Kaiser, U. et al. (2020). MBOR check up: modulare Bewertungsmethoden zur Standortbestimmung und Weiterentwicklung von MBOR-Konzepten in Rehakliniken, in: Praxis klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation, 112, S. 86-102.
35. Kügelgen, B., Hanisch, L. (Hrsg.): Begutachtung von Schmerz. Diskussionsbeiträge der Schmerzbegutachtung. Gentner-Verlag, Stuttgart (2001).
36. Kunz, R., Ollenschläger, G., Raspe, H., Jonitz, G., Kolkmann, F.-W. (Hrsg.): Lehrbuch Evidenzbasierte Medizin in Klinik und Praxis. Dt. Ärzteverlag, Köln (2007).

37. Laufs, A., Uhlenbruck, W.: Handbuch des Arztrechts. C. H. Beck'sche Verlagsbuchhandlung, München (1999).
38. Leitlinie zur medizinischen Rehabilitation für Patientinnen und Patienten im erwerbsfähigen Alter nach lumbaler Bandscheibenoperation (S2) 1996
39. Leitlinien zur Rehabilitationsbedürftigkeit für den beratungsärztlichen Dienst der BfA. Eigenverlag BfA, 1. Auflage, Januar (1999).
40. Marx, H. H.: Medizinische Begutachtung. Georg Thieme Verlag, Stuttgart (1997).
41. von Maydell, B., Ruland, F.: Sozialrechtshandbuch (SRH). Luchterhand-Verlag, Neuwied, Kriftel, Berlin (1996).
42. Matthesius, R.-G.: ICDH – International Classification of Impairments. Disabilities and Handicaps Teil 1 und Teil 2. World Health Organization Geneva, Verlag Ullstein Mosby, Wiesbaden (1995).
43. Nemeroff CB, Heim CM, Thase ME, Klein DN, Rush J, Schatzberg AF, et al. : Differential responses to psychotherapy versus pharmacotherapy in patients with chronic forms of major depression and childhood trauma. Proc Natl Acad Sci USA; 100:14293–6 (2003).
44. Mehrtens, G., Schönberger, A., Valentin, H.: Arbeitsunfall und Berufskrankheit. Erich Schmidt Verlag, Berlin, 6. Auflage (1998).
45. Nüchtern, E.: Die Anwendung der ICDH in der sozialmedizinischen Begutachtung. Gesundheitswesen 63, S. 542–547, Thieme Verlag, Stuttgart (2001).
46. Oliveri, M. et al.: Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit (EFL) nach Susan Isernhagen. Medizinische Mitteilungen 69. SUVA (1996).
47. Pesek, U.: Musiktherapie – Versuch einer Meta-Analyse. Bericht über die Ergebnisse einer Diplomarbeit im Studiengang Psychologie. Eberhard-Karls-Universität Tübingen. Unveröffentlichtes Manuskript (2005).
48. Petermann, F., Vaitl, D.: Entspannungsverfahren-eine Einführung. In: Petermann, F. & Vaitl, D. (Hrsg.), Entspannungsverfahren-Das Praxishandbuch, Beltz Verlag Weinheim Basel, S. 1-16 (2009).
49. Peters-Lange, S.: Begutachtungsprobleme in Verfahren um Berufs- oder Erwerbsunfähigkeitsrenten. NZS, Heft 5, S. 207–213 (1994).
50. Ritter, G., Suchenwirth, R. M. A., Widder, B.: Neurologische Begutachtung bei inadäquaten Befunden. Gustav Fischer Verlag Ulm, Stuttgart, Jena, Lübeck, 1. Auflage (1997).
51. Schröder, H., Hackhausen, W. (Hrsg.): Persönlichkeit und Individualität in der Rehabilitation. VAS-Verlag für Akademische Schriften, Frankfurt (2001).
52. Seidel, H.-J., Bittighofer, P. M. (Hrsg.): Checkliste Arbeits- und Betriebsmedizin. Thieme-Verlag, Stuttgart (2002).
53. Stern, D.: Die Lebenserfahrung des Säuglings. Klett-Cotta, Stuttgart, 11. Auflage (2016).
54. Streibelt, M. (2010). Steuerung besonderer beruflicher Problemlagen als Voraussetzung effektiv durchgeführter medizinischer Rehabilitationsleistungen, in: Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation, 86, S. 5-14.
55. Uexküll, Th. V.: Psychosomatische Medizin. 7. Auflage, Urban und Fischer (2010).
56. Klinik Dr. Franz Dengler. Baden-Baden: Fachabteilungskonzept Orthopädie März 2022
57. Verband Deutscher Rentenversicherungsträger: Das ärztliche Gutachten für die gesetzliche Rentenversicherung – Hinweise zur Begutachtung. DRV-Schriften, Band 21 September 2018
58. DRV: „Sozialmedizinische Beurteilung bei psychischen und Verhaltensstörungen“ in „Leitlinien für die sozialmedizinische Begutachtung“, DRV (August 2012).

59. Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (Hrsg.) : Abschlußberichte – Band III, Arbeitsbereich „Rehabilitationskonzepte“, Teilband 3 „Psychische und neurologische Erkrankungen“, Arbeitsgruppe 3 „Psychosomatik, Teil III – S. 621-629 und 779-828. (September 1991).
60. Witschi, Theresa : „Ergotherapie“. In: Rössler W (Hrsg.) „Psychiatrische Rehabilitation“, Springer-Verlag Berlin Heidelberg New York, S.355-363 (2004).



- Teil II -

Im Folgenden wird das Reha-Konzept der Fachabteilung Psychosomatik noch einmal in übersichtlicher Tabellenform dargestellt, um einen schnellen Überblick zu ermöglichen.

Unser Therapieangebot gemäß DRV-Therapiestandards und DRV-MBOR-Anforderungen

Nachfolgend die Grundstruktur unseres Gesamtkonzeptes



Struktur-Modell Konzept-Psychosomatik

Nachfolgend Struktur und Aufbau der Psychotherapiegruppen



Struktur der Therapiegruppen der Fachabteilung Psychosomatik

Therapiestandard Depressive Störungen

Nachfolgend Therapiestandard Depressive Störungen gemäß DRV-Therapiestandard

Depressive Störungen			Dauer in Minuten angegeben					Anforderung DRV		
Code	KTL	Therapie	Woche							
			1.	2.	3.	4.	5.			
ETM 01 Einzelpsychotherapie	G620	Einzel Psychotherapie	1 x wöch. 30	30	30	30	30	30	30/W	90%
ETM11 Vorb. Nachg. Leistung	D579	Nachsorge/Abschluss-PsyCÄ.	1 x Reha 15					15	15/Reha	80%
ETM 02 Gruppenpsychoth.	G579	Kerngruppe	2 x wöch. 90	180	180	180	180	180	210/W	90%
	G609	AKW aktiv (Brainwalk)	1 x wöch. 60	60	60	60	60	60		
	G612	Indikationsgruppe Depression	1 x wöch. 60	60	60	60	60	60		
ETM 04 Entspannungsverfab.	F611	Autogenes Training (max 15 TN)	2 x wöch. 30	30	30	30	30	30	30/W	60%
ETM 05 Bewegungstherapie		Physio-Standard A, B oder C							210/W	80%
				210	210	210	210	210		
ETM 06 Gesundheitsbildung/ Psychoedukation	C613	Vortrag Einführ. Reha	1 x Reha	30					150/Reha	90%
	C600	Vortrag depressive Störungen	1 x Reha				60			
	C594	Vortrag Stress u. Stressbewältigung	1x Reha			60				
	C612	Vortrag sozialrechtl. Information	1x Reha		30					
	C552	ärztl. Visiten	1x wöch.	15	15	15	15	15		
ETM 10 Leist. soz. berufl. Integratio	D552	Sozialberatung	1 x Reha	45					45/Reha	70%

Depressive Störungen			Dauer in Minuten angegeben					Anford. DRV		
Code	KTL	Therapie	Woche							
			1.	2.	3.	4.	5.			
ETM 03 Aktivitätsaufbau	L560	Verabschiedungsgruppe	1 x wöch.	60	60	60	60	60	60/W	20%
	L560	Patientenversammlung	1 x wöch.	60	60	60	60	60		
	L560	Abendrunde	1 x wöch.	60	60	60	60	60		
	L560	Aktivierungsgruppe	1 x Reha			60				
ETM 08 Gestal. Ergo/ Kunstth.	F703	Kunst- und Gestaltungstherapie	1 x wöch. 90	90	90	90	90	90	90/w	40%

Zu ETM 08: Nicht MBOR-PatientInnen mehren zusätzlich an der Kreativwerkstatt teil, da diese nur 60 Min. umfasst wurde sie nicht in den Therapie-Standard aufgenommen.

Therapiestandard Angst-Störungen

Nachfolgend Therapiestandard Angst-Störungen, orientiert am DRV-Therapiestandard Depression

Angst-Störungen			Dauer in Minuten angegeben					Anforderung DRV		
Code	KTL	Therapie		Woche					Anforderung	DRV
				1.	2.	3.	4.	5.		
ETM 01 Einzelpsychotherapie	G620	Einzel Psychotherapie	1 x wöch. 30	30	30	30	30	30	30/W	90%
ETM11 Vorb. Nachg. Leistung	D579	Nachsorge/Abschluss-Psy.CÄ	1 x Reha 15					15	15/Reha	80%
ETM 02 Gruppenpsychoth.	G579	Kerngruppe	2 x wöch. 90	180	180	180	180	180	210/W	90%
	G601	Stress-/Problemlösegruppe	1 x wöch. 90	90	90	90	90	90		
	G613	Indikationsgruppe Angst	1 x wöch. 60	60	60	60	60	60		
ETM 04 Entspannungsverfah.	F612	PMR (max 15 TN)	2 x wöch. 30	30	30	30	30	30	30/W	60%
ETM 05 Bewegungstherapie		Physio-Standard A, B oder C							210/W	80%
				210	210	210	210	210		
ETM 06 Gesundheitsbildung/ Psychoedukation	C613	Vortrag Einführ. Reha	1 x Reha	30					150/Reha	90%
	C600	Vortrag Angststörungen	1 x Reha				60			
	C594	Vortrag Stress u. Stressbewältigung	1x Reha			60				
	C612	Vortrag sozialrechtl. Information	1x Reha		30					
	C552	+ ärztl. Visiten	1x wöch.	15	15	15	15	15		
ETM 10 Leist. soz. berufl. Integration	D552	Sozialberatung	1 x Reha.	45					45 /Reha	70%

Angst-Störungen			Dauer in Minuten angegeben					Anford. DRV		
Code	KTL	Therapie		Woche					Anforderung	DRV
				1.	2.	3.	4.	5.		
ETM 03 Aktivitätsaufbau	L560	Verabschiedungsgruppe	1 x wöch.	60	60	60	60	60	60/W	20%
	L560	Patientenversammlung	1 x wöch.	60	60	60	60	60		
	L560	Abendrunde	1 x wöch.	60	60	60	60	60		
	L560	Aktivierungsgruppe	1 x Reha			60				
ETM 08 Gestal. Ergo/ Kunstth.	F703	Kunst- und Gestaltungstherapie	1 x wöch. 90	90	90	90	90	90	90/w	40%

Zu ETM 08: Nicht MBOR-PatientInnen nehmen zusätzlich an der Kreativwerkstatt teil, da diese nur 60 Min. umfasst, wurde sie nicht in den Standard aufgenommen.

Therapiestandard Schmerz-Störungen

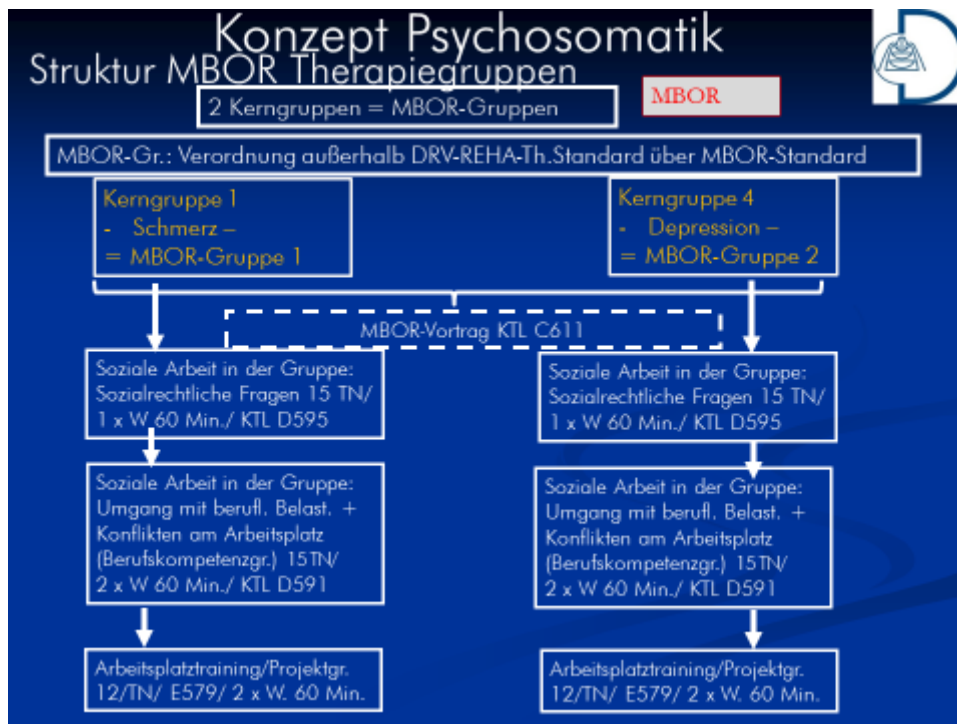
Nachfolgend Therapiestandard chronische Schmerzstörung, orientiert am DRV-Therapiestandard Depression

Schmerz-Störungen			Dauer in Minuten angegeben					Anforderung DRV		
Code	KTL	Therapie	Woche							
			1.	2.	3.	4.	5.			
ETM 01 Einzelpsychotherapie	G620	Einzel Psychotherapie	1 x wöch. 30	30	30	30	30	30	30/W	90%
ETM 11 Vorb. Nachg. Leistung	D579	Nachsorge/Abschluss-Psy.CÄ	1 x Reha 15					15	15/Reha	80%
ETM 02 Gruppenpsychoth.	G579	Kerngruppe	2 x wöch. 90	180	180	180	180	180	240/W	90%
	G572	AKW pass.(Psychodynam.)	1 x wöch. 60	60	60	60	60	60		
	G616	Indikationsgruppe Schmerz	1 x wöch. 60	60	60	60	60	60		
ETM 04 Entspannungsverfah.	F611	AT (max 15 TN)	2 x wöch. 30	30	30	30	30	30	30/W	60%
ETM 05 Bewegungstherapie		Physio Standard A, B oder C							210/W	80%
				210	210	210	210	210		
ETM 06 Gesundheitsbildung/ Psychoedukation	C613	Vortrag Einführ. Reha	1 x Reha	30					160/Reha	90%
	C600	Vortrag chron.Schmerzstörungen	1 x Reha			60				
	C594	Vortrag Stress u. Stressbewältigung	1 x Reha		60					
	C612	Vortrag sozialrechtl. Information	1 x Reha	30						
	C552	Aufnahme + ärztl. Visiten	1 x wöch.	15	15	15	15	15		
ETM 10 Leist. soz. berufl. Integration	D552	Sozialberatung	1 x wöch.	45					45 /Reha	70%

Schmerz-Störungen			Dauer in Minuten angegeben					Anford. DRV		
Code	KTL	Therapie	Woche							
			1.	2.	3.	4.	5.			
ETM 03 Aktivitätsaufbau	L560	Verabschiedungsgruppe	1 x wöch.	60	60	60	60	60	60/W	20%
	L560	Patientenversammlung	1 x wöch.	60	60	60	60	60		
	L560	Abendrunde	1 x wöch.	60	60	60	60	60		
	L560	Aktivierungsgruppe	1 x Reha			60				
ETM 08 Gestal. Ergo/ Kunstth.	F703	Kunst- und Gestaltungstherapie	1 x wöch. 90	90	90	90	90	90	90/w	40%

Zu ETM 08: Nicht MBOR-PatientInnen mehren zusätzlich an der Kreativwerkstatt teil, da diese nur 60 Min. umfasst, wurde sie nicht in den Standard aufgenommen.

Nachfolgend MBOR Therapiegruppen gemäß DRV-MBOR Anforderungen



Nachfolgend Therapiestandard MBOR gemäß DRV-MBOR Anforderungen

MBOR			Dauer in Minuten angegeben					Anf. DRV		
Code	KTL	Therapie	Woche							
				1.	2.	3.	4.	5.		
MBOR Stufe A	C612	Vortrag <u>Sozialrechtl.</u> Info.	1 x wöch.	30					über Reha Th.-Standard verordnet	Alle Pat.
MBOR Stufe B										
MBOR-Vortrag	C611	Vortrag medizinisch-berufliche orientierte Rehabilitation	1 x Reha	30						
Psychosoz. Beratung in der MBOR	D595	Soziale Arbeit in der Gruppe: Sozialrechtliche Fragen 15 TN	1 x wöch.	60	60	60	60	60		
Berufsbezogene Gruppen	D591	Soziale Arbeit in der Gruppe: Umgang mit <u>berufl. Belast.</u> + Konflikten am Arbeitsplatz (Berufskompetenzgruppe) 15 TN	2 x wöch.	60	60	60	60	60		
Arbeitsplatztraining	E579	Arbeitsplatztraining 12/TN	2 x wöch.	60	60	60	60	60		
MBOR Stufe C		Einleitung Nachsorge bei Bedarf								

Standards Bewegungstherapie für psychosomatische PatientInnen

Bewegungstherapie Standard A: Patienten*innen mit akuten/starken Schmerzen, geringe Belastbarkeit

Code	Therapie Soll	1. Woche Min.	2. Woche Min.	3.Woche Min	4. Woche Min.	5.Woche Min.	KTL-Code
	Physiotherapie	60	60	60	30	30	B
	Schulter-Rücken-Gruppe	60	60	60	60	60	A
	Schwimmbad Rücken stabil	60	60	60	60	60	A
	Ergometer o.M.	30	30	30	60	60	
Zeitsummen	Bewegungstherapie ist:	210	210	210	210	210	
KTL ETM 05	Soll pro Reha 210' 80%	210	210	210	210	210	

Bewegungstherapie Standard B: Patienten*innen mit mittlerer Belastbarkeit, ältere Patienten*innen

Code	Therapie Soll	1. Woche Min.	2. Woche Min.	3.Woche Min	4. Woche Min.	5.Woche Min.	KTL-Code
	Schulter-Rücken-Gruppe	30	30	30	30	30	A
	Schwimmbad Bewegungsbad	60	60	60	60	60	A
	MTT o.E	60	60	60	60	60	A
	Nordic Walking light	60	60	60	60	60	L551
Zeitsummen	Bewegungstherapie ist:	210	210	210	210	210	
KTL ETM 05	Soll pro Reha 210' 80%	210	210	210	210	210	

Bewegungstherapie Standard C: Patienten*innen mit guter Belastbarkeit, keine/geringe akute Schmerzen

Code	Therapie Soll	1. Woche Min.	2. Woche Min.	3.Woche Min	4. Woche Min.	5.Woche Min.	KTL-Code
	Aquafitness	30	30	30	30	30	A
	Nordic Walking	90	90	90	90	90	L551
	Jumping Fitness (mot. funk. Tr.)	30	30	30	30	30	L559
	Pilates	60	60	60	60	60	B
Zeitsummen	Bewegungstherapie ist:	210	210	210	210	210	
KTL ETM 05	Soll pro Reha 210' 80%	210	210	210	210	210	