



# **Therapiekonzept der salus klinik Lindow**

## **Psychosomatik**

Verantwortlich: Schöneck, R. & Cina, R.  
Stand November 2024

salus klinik Lindow  
Straße nach Gühlen 10  
16835 Lindow  
[www.salus-lindow.de](http://www.salus-lindow.de)  
[mail@salus-lindow.de](mailto:mail@salus-lindow.de)

## Änderungshistorie

<b>Seite</b>	<b>Datum</b>	<b>Verantwortlicher</b>
1, 3, 7, 8, 9, 27, 46, 47, 48, 50, 51, 84, 92, 93, 94	15.11.2013	PD Dr. J. Lindenmeyer
1, 2, 3, 7, 8, 25, 28, 45, 50, 51, 53, 57, 59	03.12.2014	PD Dr. J. Lindenmeyer
1, 6, 7, 8, 26, 27, 37, 45, 48, 50, 51, 62, 93, 94	27.11.2015	PD Dr. J. Lindenmeyer
1, 2, 3, 4, 8, 9, 28, 45, 46, 49, 51, 56, 60, 65, 92, 94, 96	20.11.2016	Prof. Dr. J. Lindenmeyer
1, 2, 3, 7, 8, 46	02.11.2017	Prof. Dr. J. Lindenmeyer
1, 2, 3, 7, 8, 9, 29, 32, 43, 47, 51, 92, 95	28.10.2018	Prof. Dr. J. Lindenmeyer
1, 2, 3, 7, 8, 17, 23, 24, 44, 45, 48, 61, 90	01.11.2019	Dipl.-Psych. R. Schöneck
1, 2, 3, 6, 7, 9, 17, 37, 39, 45, 46, 47, 77, 83, 92, 95, 96	02.11.2020	Dipl.-Psych. R. Schöneck
1, 2, 3, 7, 8, 9, 15, 16, 29, 32, 46, 47, 55, 62, 85, 93, 96	04.11.2021	Dipl.-Psych. R. Schöneck
1, 3, 8, 9, 39, 44, 45, 47, 70, 88	26.10.2022	Dipl.-Psych. R. Schöneck
1, 3, 8, 9, 50, 54, 77, 78, 87, 98	18.10.2023	Dipl.-Psych. R. Schöneck
1, 3, 8, 9, 43, 47, 53, 63, 94	04.11.2024	Dipl.-Psych. R. Schöneck

## Vorbemerkung

Die salus klinik Lindow ist als medizinische Rehabilitationsklinik seit März 1997 unter Federführung der DRV Berlin-Brandenburg in Betrieb. Seit dieser Zeit wurden bis 2022 über 15.000 Psychosomatikpatienten zu Lasten der Rentenversicherung sowie der gesetzlichen Krankenversicherung behandelt. Die Ergebnisse der Behandlung wurden in den Jahresberichten ausführlich dokumentiert.

Grundlage der Klinikkonzeption ist das im Rahmen der Zertifizierung erstellte Qualitätshandbuch. An der Konkretisierung der Therapieprozesse haben im Rahmen des Qualitätsmanagements Mitarbeiter\*innen aus allen Abteilungen der salus klinik Lindow mitgewirkt, so dass es sich bei der Rehabilitationsbehandlung in unserem Haus um ein interdisziplinäres Gemeinschaftswerk handelt.

Es gibt ein gesondertes Konzept für die Behandlung zur Medizinischen Rehabilitation mit beruflicher Orientierung –MBOR (Schöneck & Cina, 2024).



R. Schöneck  
Direktor



R. Cina  
Leitender Arzt

<b>Gliederung</b>	<b>Seite</b>
<b>1. Die salus klinik Lindow</b>	<b>06</b>
<b>2. Wissenschaftliche Grundlagen der Behandlung</b>	<b>09</b>
2.1 Grundlagen der Verhaltensmedizin	09
2.2 Die ICF als Grundlage der Behandlung	15
2.3 Störungsspezifische Modelle und Behandlungskonzepte	18
2.4 Modell der Veränderungsphasen	28
2.5 Schlussfolgerungen für die Behandlung	29
2.6 Aus der Therapieforschung ableitbare Therapieprinzipien	32
<b>3. Indikation, Behandlungsziele und Behandlungsdauer</b>	<b>36</b>
3.1 Indikationskriterien	37
3.2 Die Indikation zur stationären Behandlung	38
3.3 Behandlungsziele	39
3.4 Behandlungsdauer	42
<b>4. Klinik-Management und Struktur der salus klinik</b>	<b>43</b>
4.1 Strukturelle Bedingungen	43
4.2 Organisation des ärztlich-therapeutischen Personals	46
4.3 Raumkonzept / Ausstattung	50
4.4. Notfallmanagement	51
<b>5. Organisation und Module der Behandlung</b>	<b>53</b>
5.1 Medizinische Versorgung durch den Bezugsarzt	54
5.2 Medizinische Station	59
5.3 Psychotherapie durch den Bezugstherapeuten	59
5.4 Sozialdienst	69
5.5 Indikatives Therapieangebot	70
<b>6. Therapieablauf</b>	<b>83</b>
6.1 Diagnostik-Phase	83
6.2 Selbstreflexionsphase	85
6.3 Veränderungsphase	86
6.4 Erprobungsphase	87
<b>7. Evaluation und Qualitätssicherung</b>	<b>89</b>
7.1 Manualisierung der Therapieangebote	89
7.2 Qualitätszirkel	89
7.3 Kontinuierliche Evaluation	89
7.4 Qualitätssicherungsprogramm der Rentenversicherer	90
7.5 Chefarztvisite und Supervision	90
7.6 Regelmäßige Patientenbefragung	90
7.7 Kooperationspartnerbefragung	90
7.8 Dokumentation mittels EDV	91
7.9 Zertifizierung nach ISO 9001, FVS/DEGEMED, MAAS-BGW und	

	Rauchfreie Krankenhäuser	91
7.10	Kooperation mit Forschung und Wissenschaft	92
	Literatur	93
Anlagen	Exemplarische Wochenpläne	

# 1. Die salus klinik Lindow

Die Klinik wurde 1913 durch die damalige Reichsversicherungsanstalt als Lungenheilstätte und Klinik für Herz-Kreislauf-Erkrankungen erbaut. Im 2. Weltkrieg diente die Klinik als Lazarett. Ab 1945 wurde sie als Sanatorium für russische Offiziere genutzt, bis sie 1990 in den Besitz der LVA Brandenburg überging. Nach 1 jähriger Bauzeit betreibt die salus klinik GmbH seit März 1997 hier eine medizinische Rehabilitationsklinik für Sucht und Psychosomatik mit insgesamt 273 Therapieplätzen unter Federführung der DRV Berlin-Brandenburg. Die Gebäude wurden unter Wahrung der Belange des Denkmalschutzes renoviert. Die Anlage wurde durch ein weiteres Bettenhaus (Suchtabteilung), ein Küchengebäude mit Speisesaal sowie ein Sporttherapiegebäude mit Schwimmbad ergänzt.

Der aus dem Lateinischen stammende Name „salus“ kann als Programm und Ziel der Klinik verstanden werden: Zum „umfassenden leiblich-seelischen Wohlergehen“ gehören Selbsterkenntnis und Kompetenz zur Selbstregulation als zentrale Faktoren der Genesung und Stabilisierung. Im SGB IX kommt in §4 ein ähnliches Verständnis von Rehabilitation zum Ausdruck: Die Rehabilitation bzw. die Leistung zur Teilhabe soll nicht nur einer Behinderung vorbeugen, Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit überwinden oder mindern und die Teilhabe am Arbeitsleben entsprechend den Neigungen und Fähigkeiten der Person dauerhaft sichern, sondern die persönliche Entwicklung ganzheitlich fördern und die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft sowie eine selbständige und selbstbestimmte Lebensführung ermöglichen und erleichtern. Diese Zielorientierung ist im lateinischen Begriff „salus“ enthalten.

Die Klinik liegt ca. 55 km nordwestlich von Berlin unmittelbar an einen See grenzend. Zur Ortschaft Lindow ist es etwa 1 Kilometer. Über den Bahnhof Lindow (1 Km) bzw. Gransee (10 Km über öffentlichen Busverkehr erreichbar) besteht eine günstige Einbindung an den öffentlichen Nahverkehr. Beispielsweise beträgt die Fahrzeit nach Berlin/Mitte weniger als 1 Stunde. Unmittelbar vor der Klinik gibt es eine öffentliche Bushaltestelle. Durch ausgebaute Bundesstraßen und die Nähe zur Autobahn ist die Klinik auch mittels PKW gut zu erreichen. Während der Behandlung ist das Steuern eines PKW aus versicherungstechnischen Gründen untersagt.

Durch die Lage der Klinik bieten sich günstige Möglichkeiten für die medizinische Rehabilitationsbehandlung um die notwendigen Änderungs-, Adaptions- und Reintegrationsprozesse unter realen Bedingungen durchführen zu können. Gleichzeitig bietet die Lage der Klinik auf einem großen Seegrundstück ideale Möglichkeiten, um in Ruhe und Abstand vom Alltag über

notwendige Veränderungen der bisherigen Lebensweise nachzudenken und diese dann auch wirklich in die Tat umzusetzen.

Die salus klinik Lindow ist eine Fachklinik zur Behandlung von volljährigen Rehabilitand\*innen und Patienten mit Störungen durch psychotrope Substanzen (Alkoholabhängigkeit, Medikamentenabhängigkeit oder polyvalenten Substanzmissbrauch ohne Morphintyp) und für Rehabilitand\*innen und Patienten mit psychischen und psychosomatischen Erkrankungen, insbesondere Angststörungen, Anpassungsstörungen mit dem Schwerpunkt posttraumatische Belastungsstörungen, depressive Störungen, Essstörungen, somatoforme Störungen, Persönlichkeitsstörungen, Schmerzstörungen und Zwangsstörungen, pathologischem Glücksspiel und pathologischem PC- und Internetgebrauch.

Die salus klinik Lindow verfügt insgesamt über 273 Behandlungsplätze. Um allerdings flexibel auf medizinische Notfallsituationen oder kurzfristig notwendige Therapieerweiterungen reagieren zu können, wurden einschließlich einer medizinischen Aufnahmestation insgesamt 323 Betten konzessioniert.

Seit der Eröffnung der Klinik 1997 haben wir uns konsequent und erfolgreich um eine möglichst starke Integration in die regionalen Behandlungsmöglichkeiten von Psychosomatikpatient\*innen in Berlin und Brandenburg bemüht. U. a. arbeitet die Klinik seit vielen Jahren im Qualitätszirkel der psychosomatischen Rehabilitationskliniken in Brandenburg und im Berliner Qualitätszirkel Essstörungen mit. Zudem ist die Klinik in diversen Arbeitskreisen des Landes Brandenburg tätig. Alle zwei Jahre führen wir eine Tagung für niedergelassene Kolleg\*innen zu einem Thema der Psychosomatik durch. Seit 2008 ist die Klinik schließlich Träger von 4 psychosozialen Beratungsstellen für Langzeitarbeitlose mit psychischen Vermittlungshemmnissen im Landkreis Potsdam Mittelmark. Im Jahre 2020 lag die durchschnittliche stationäre Verweildauer unserer Psychosomatikpatient\*innen bei 38 Tagen.

Die Klinik verfügt über eine Nachsorgeambulanz in Berlin und in Werder, in die Patienten im Anschluss an ihre stationäre Behandlung nahtlos in störungsspezifische Nachsorgegruppen für pathologisches Glücksspiel, Essstörungen und Psychosomatikpatient\*innen mit Teilhabestörungen vermittelt werden können. Die Nachsorgeangebote sind von den Leistungsträgern als Nachsorgeangebote Curriculum Hannover akzeptiert.

Die Psychosomatikabteilung verfügt über 92 Behandlungsplätze in einem separaten Bettenhaus.

Insgesamt sind in der salus klinik Lindow ca. 180 Mitarbeiter\*innen beschäftigt. Das interdisziplinäre Behandlungsteam besteht aus Ärzt\*innen, Psycholog\*innen, Sozialarbeiter\*innen,

Arbeits- und Beschäftigungstherapeut\*innen sowie Sport- und Physiotherapeut\*innen. Zur Qualifizierung der therapeutischen Mitarbeiter\*innen verfügt die Klinik über ein eigenes staatlich anerkanntes Ausbildungsinstitut für Verhaltenstherapie (SIV) mit angeschlossener Institutsambulanz.

Alle Mitarbeiterbüros (incl. aller Funktionsbereiche) sind per PC mit dem Intranet verbunden als Voraussetzung für eine elektronische Patientenakte und eine schnelle wie sichere Kommunikation zwischen den Mitarbeiter\*innen. Leitende Mitarbeiter\*innen verfügen über einen PC mit externer E-Mail - Verbindung. Alle Bezugstherapeut\*innen verfügen über eine Videokamera, um Therapiesitzungen zu Supervisionszwecken zu dokumentieren.

Die salus klinik Lindow ist barrierefrei.

Die salus klinik Lindow ist in privater Trägerschaft und verfügt über eine Konzession nach §30 der Gewerbeordnung. Die Belegung der Klinik erfolgt durch Rentenversicherungsträger gemäß den Paragraphen 13, Absatz 1 in Verbindung mit den Paragraphen 15, Absatz 2 SGB VI und durch Krankenversicherungsträger gemäß SGB V. Der federführende Leistungsträger ist die DRV Berlin-Brandenburg. Für Beamte ist die Behandlung beihilfefähig nach den Vorschriften (BhV) des Bundes und der Länder. Auch Selbstzahler werden aufgenommen. Es besteht ein Versorgungsvertrag mit den Krankenkassen nach §111 SGB V.

Die salus klinik Lindow ist seit Dezember 2005 nach DIN-EN-ISO 9001:2015, den Qualitätsgrundsätzen von DEGEMED und FVS sowie MAAS-BGW zertifiziert. Alle Prozesse von der Aufnahme bis zur Entlassung und Katamnese sind im Klinikhandbuch in Form von Flussdiagrammen mit Schnittstellen, Verantwortlichkeiten und verwendeten Dokumenten detailliert beschrieben, so dass in diesem Konzept auf Darstellungen mit derartiger Spezifikation verzichtet wird. Die salus klinik Lindow wurde 2019 vom Netzwerk Raucherfreier Krankenhäuser rezertifiziert (Gold Forum Level). Die Behandlung von Essstörungen in unserer Klinik wird von der Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung empfohlen, die Klinik ist Mitglied im Bundesfachverband Essstörungen.

Der Leitende Arzt ist für 24 Monate zur Weiterbildung im Fach Psychiatrie und Psychotherapie ermächtigt, der Oberarzt der Suchtabteilung für 24 Monate im Gebiet der Inneren Medizin. Die salus klinik ist im Rahmen der Weiterbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten für die praktische Tätigkeit im Rahmen der Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten gemäß § 2 Abs. 2 Nr. 1 PsychTh-APrV für 12 Monate und gemäß § 2 Abs. 2 Nr. 2 PsychThG für 6 Monate anerkannt. Seit 2023 ist die Klinik auch als Weiterbildungsstätte für das Gebiet „Psychotherapie für Erwachsene“ im Psychotherapieverfahren „Verhaltenstherapie“ gemäß der Weiterbildungsordnung für die Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten der Ostdeutschen Psychotherapeutenkammer (WBO PT) anerkannt. Seit 2024 ist die Klinik Weiterbildungsinstitut der OPK.



## 2. Wissenschaftliche Grundlagen der Behandlung

Das Behandlungskonzept der Psychosomatischen Abteilung basiert auf einem biopsychosozialen Störungsmodell, in das die Erkenntnisse der Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin sowie der Rehabilitationsforschung einfließen, wie sie beispielsweise in den Lehrbüchern von Hillert et al (2008), Margraf und Schneider (2018), Wittchen und Hoyer (2018), sowie Kircher (2012) dargestellt sind.

### 2.1. Verhaltensmedizinische Grundlagen

Vorrangiges Ziel der Verhaltensmedizin ist die interdisziplinäre Sicht von Gesundheit und Krankheit. In Abhängigkeit von der jeweiligen Krankheit oder Funktionsstörung wird das spezialisierte Wissen aus unterschiedlichen medizinischen, biologischen, anthropologischen, soziologischen und psychologischen Subdisziplinen gesammelt und koordiniert, um ein umfassendes und ganzheitliches Erklärungs- und Behandlungskonzept zu entwickeln und zu überprüfen. Verhaltensmedizinische Interventionen sind aus folgenden Gründen insbesondere bei psychosomatischen Erkrankungen zu etablierten Behandlungsmethoden geworden:

- Die Erklärungsansätze für dysfunktionales Verhalten, welches bei der Entstehung und oder Aufrechterhaltung der Beschwerden eine Rolle spielt, sind nachvollziehbar und gemeinsam mit dem Patienten empirisch überprüfbar.
- Der deutliche Prävalenzanstieg chronischer Erkrankungen bedarf multikausaler Erklärungs- und Behandlungsansätze
- Die steigende Lebenserwartung des Menschen und die z. T. hoch technisierten Therapiemaßnahmen haben zu einer Kostenexplosion im Gesundheitswesen geführt. Der Einsatz verhaltensmedizinischer Präventionsprogramme (z.B. hinsichtlich Rauchen, Ernährungsverhalten) hat sich als besonders wirksam zur Eindämmung der Kostenflut erwiesen.

Grundsätzlich lassen sich in der Verhaltensmedizin 3 Konstellationen zur Entstehung und Aufrechterhaltung von Krankheiten und Funktionsstörungen finden, die auf unterschiedlichen Voraussetzungen basieren und mit verschiedenen therapeutischen Konsequenzen für die Betroffenen einhergehen:

- Psychische Belastung und Fehlanpassung durch körperliche Erkrankung: Es liegt eine körperliche Erkrankung vor, die akut oder chronisch besteht und mit oder ohne Lebensbedrohlichkeit einhergeht. Ein Teil der betroffenen Patienten erlebt diese Krankheit als psychisch stark belastend. Dies kann nicht nur körperliche Stressreaktionen bedingen, welche die Grunderkrankung und damit das körperliche Befinden negativ beeinflussen, sondern kann zu einer mangelnden, aktiven Teilnahme des Patienten an der Gesundung führen.

- Körperliche Erkrankung und Fehlanpassung durch psychische Störung: Psychische Störungen können im Fall eines chronischen Verlaufs zu körperlichen Fehlanpassungen führen oder diese verstärken.
- Psychosomatische Erkrankung durch Interaktion psychischer und körperlicher Faktoren: Hier bestehen körperliche Beschwerden, welche die betroffenen Patienten nicht nur in ihrem Befinden und ihrer Lebenssituation stark beeinträchtigen, sondern auch zu einer intensiven Nutzung der medizinischen Versorgung führen. Diese Beschwerden werden durch akute oder chronische psychische Belastungen verursacht.

### **2.1.1. Das allgemeine Krankheitsmodell der Verhaltensmedizin**

Das verhaltensmedizinische Krankheitsmodell unterscheidet sich grundlegend vom allgemeinen, häufig von Patienten verinnerlichtem, medizinischen Krankheitsmodell. Die Beschwerden und Auffälligkeiten eines Patienten werden nicht als Ausdruck einer zugrundeliegenden Störung verstanden, sondern als Probleme, deren Bedingungen im Einzelfall eruiert und verändert werden müssen. Aufbauend auf lerntheoretischen Grundlagen werden drei Ursachen für die Entstehung von psychosomatischen Erkrankungen unterschieden:

- prädisponierende Bedingungen
- auslösende Bedingungen
- aufrechterhaltende Bedingungen

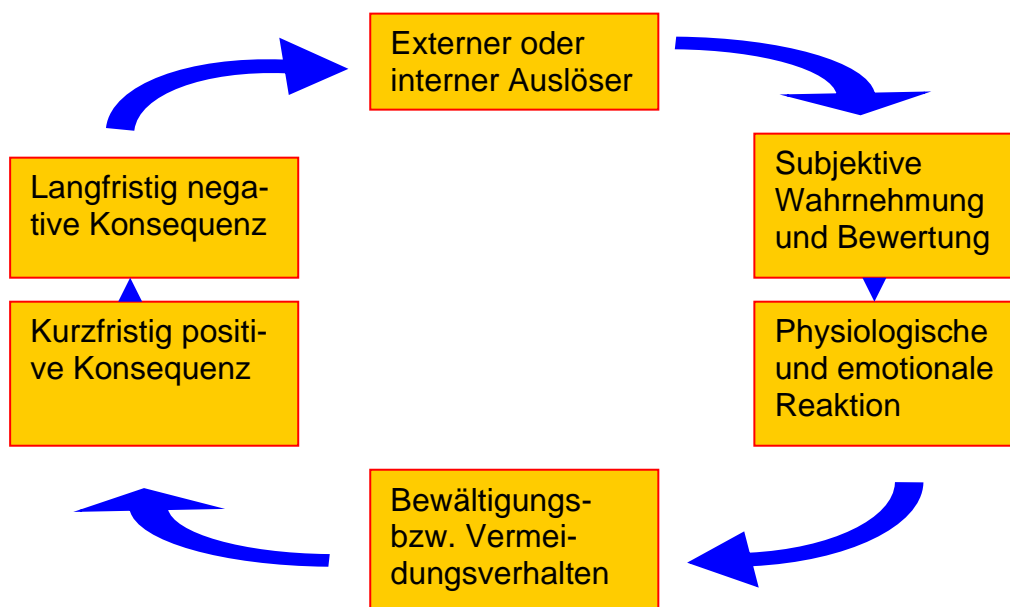
Aus verhaltensmedizinischer Sicht sind 3 Grundprinzipien für die Behandlung zu nennen:

- Kontinuitätsannahme: Aus der Beobachtung des Verhaltens lässt sich nicht automatisch eine Beurteilung über Normalität oder Pathologie ableiten. Dazu bedarf es vielmehr einer Analyse der Häufigkeit, der Intensität und der Umstände, unter denen ein Verhalten auftritt. Hinsichtlich der Umstände eines Verhaltens sind nicht nur Aspekte des Mikro-, sondern auch des Makrokontextes (z.B. der jeweiligen Kultur) zu berücksichtigen.
- Zentrale Bedeutung von Lernmechanismen: Die Prozesse des Lernens müssen zwar als eng vernetzt mit Merkmalen der Reifung, mit genetischen oder biologischen Prozessen gesehen werden. Dies schließt aber nicht aus, einzelne Merkmale pathologischer Reaktionen durch gezielte Lernprozesse zu verändern.
- Überprüfbarkeit: Die konkrete, beobachtbare Verhaltensebene stellt den zentralen Ansatzpunkt in der Verhaltensmedizin für Veränderungen und deren Evaluation dar: Die in der Behandlung aufgestellten Hypothesen und Vermutungen zur Entstehung einer Störung können zwar durchaus spekulative Elemente beinhalten, sie müssen aber prinzipiell überprüfbar sein. Ebenso müssen sich die therapeutischen Veränderungen zumindest prinzipiell intersubjektiv erfassen, beobachten und evaluieren lassen.

Zum Verständnis psychosomatischer Beschwerden aus verhaltensmedizinischer Sicht ist eine Präzisierung des Verhaltensbegriffs notwendig. Demnach sind in jedem Verhalten folgende Ebenen zu unterscheiden:

- $\alpha$ -Ebene: Gemeint sind konkrete, beobachtbare Elemente des Verhaltens von einfachen Reflexhandlungen, emotionale Reaktionen bis hin zu komplexen Tätigkeiten
- $\beta$ -Ebene: Die als Kognitionen bezeichnete Ebene umfasst alle Prozesse der menschlichen Informationsverarbeitung (Wahrnehmen, Denken, Bewertungen, Gedächtnis und Erinnern). Sie verschließen sich einer externen Beobachtung und sind nur von der Person selbst erlebbar und erfassbar.
- $\gamma$ -Ebene: Diese Ebene umfasst sowohl überdauernde genetische biologische Ausstattung einer Person als auch aktuelle biologische und somatische Prozesse (z.B. Medikation, spezifische Mangelerscheinungen). In der Verhaltensmedizin wird diese Ebene sowohl durch periphere als auch durch zentrale oder endokrine Maße erfasst.

Entscheidend ist, dass sich die Ebenen des menschlichen Verhaltens nicht aufeinander reduzieren lassen. Auf welcher Ebene die Behandlung im konkreten Einzelfall vorrangig ansetzen sollte, muss daher erst durch ein individuell erhobenes Störungsmodell in jedem Einzelfall entschieden werden. Hierbei kommen in der Verhaltenstherapie Regelkreismodelle eine zentrale Bedeutung zu.



**Abb. 1:** Das allgemeine Krankheitsmodell in der Verhaltensmedizin.

Erst auf dem Hintergrund einer genauen Bestimmung des im Einzelfall bei einem Patienten entwickelten Entstehungsmodells kann abgeleitet werden, was die strategischen Ansatzpunkte in der Behandlung (sog. Targets) sein können:

- Externe oder interne Auslöser: Hier können die Veränderung von ungünstigen Kontextfaktoren (z.B. am Arbeitsplatz oder innerhalb der Familie) bzw. die Linderung interner Auslöser (z.B. durch Medikation oder Physiotherapeutische Behandlung) im Fordergrund stehen
- Subjektive Wahrnehmung und Bewertung: Hier kann sowohl die Veränderung expliziter Informationsverarbeitung (z.B. durch Methoden der kognitiven Therapie) als auch impliziter Informationsverarbeitungstendenzen des Patienten (z.B. durch meditative Verfahren oder neuropsychologische Trainings) angestrebt werden.
- Physiologische und emotionale Reaktion: Diese Ebene kann sowohl physiologisch (z.B. durch Entspannungstrainings, Medikation oder Physio- und Sporttherapie) als auch emotional (z.B. durch Expositionsübungen und Genusstraining) therapeutisch beeinflusst werden.
- Bewältigungs- bzw. Vermeidungsverhalten: Hier können sowohl Kompetenztraining als auch Expositionsübungen (inkl. Arbeitserprobungen) indiziert sein.
- Kurzfristig positive Konsequenzen: Hier geht es darum sowohl innerhalb der Behandlung als auch im Umfeld der Patienten die Verstärkungsbedingungen zu optimieren (z.B. Abbau von ungünstiger Verstärkung von Vermeidungsverhalten und systematische Verstärkung von aktivem Bewältigungsverhalten).
- Langfristig negative Konsequenzen: Hier kann es wieder um eine Veränderung ungünstiger Kontextfaktoren im Mittelpunkt gehen.

Um die erforderliche aktive Mitarbeit des Patienten zu erzielen, ist bei der Aufstellung einer Behandlungsstrategie immer sicherzustellen, dass sie den subjektiven Bedürfnissen des Patienten entspricht. Die psychologische Forschung (Grawe 1998) spricht von vier Grundbedürfnissen:

- Kontrollbedürfnis: Kontrolle meint in diesem Zusammenhang u.a., das Gefühl, die Fäden seines Lebens selbst in der Hand zu halten und auch da, wo kein persönlicher Einfluss möglich ist, zumindest eine Erklärung für Ereignisse, Geschehnisse oder Phänomene zu haben.
- Bindungsbedürfnis: Bindungsbedürfnis meint, dass wir uns nach verlässlichen und vertrauten Beziehungen sehnen, deren Muster individuell sehr verschieden sein können, die man aber in ähnlicher Weise immer wieder herzustellen strebt. Schwierigkeiten, stabile, achtende und langfristig hilfreiche Beziehungen einzugehen und zu erhalten, können zu erheblichen psychischen Problemen führen.

- Bedürfnis nach Lust und Unlustvermeidung: Viele Psychosomatische Beschwerden werden dadurch aufrechterhalten, dass die Patienten hierdurch kurzfristig befürchtete negative Erfahrungen vermeiden wollen. Therapeutische Veränderungen erfordern häufig, kurzfristige Anstrengungen und Unlust auf sich zu nehmen zugunsten langfristiger Vorteile. Entsprechend ist für eine ausreichende kurzfristige Verstärkung des Patienten durch Entlastung, Settingsbedingungen und therapeutischer Zuwendung zu sorgen.
- Bedürfnis nach Selbstwerterhöhung: Insbesondere chronische psychosomatische Störungen stellen eine ernsthafte Bedrohung des Selbstwertgefühls der Patienten dar, was häufig zu rigidem Abwehrverhalten bzw. Kompensationsstrategien führt. Diese können therapeutisch nur bearbeitet werden, wenn sich der Patient in seinem Selbstwertgefühl gestärkt fühlt.

### **2.1.2. Stress – ein zentrales psychobiologisches Konzept der Verhaltensmedizin**

Stress ist per se kein negativer Zustand, denn ohne Herausforderungen, wäre unser Leben äußerst reizarm und unterfordernd. Die Problematik, die sich aus einer Stressbelastung ergeben kann, besteht darin, dass Menschen in Belastungssituationen häufig keine adäquaten Bewältigungsstrategien kennen oder nicht in der Lage sind, diese anzuwenden. Dadurch kann es sowohl auf der physiologischen als auch auf der psychischen Ebene zu Fehlanpassungen kommen, die zu funktionellen oder manifesten Erkrankungen und Störungen führen können. Um die Komplexität solcher Ursache-Wirkungs-Gefüge erfassen und verstehen zu können, bedarf es einer gleichzeitigen Berücksichtigung psychoneurobiologischer Faktoren. Das Konzept Stress bezieht sich nicht auf die Belastung per se, sondern auf die individuellen psychobiologischen Bewältigungskompetenzen, die eine Person in Abhängigkeit von ihren jeweiligen genetischen und erfahrungsbedingten Voraussetzungen (Vulnerabilitäten) besitzt. Deshalb werden Stressoren von Menschen individuell unterschiedlich wahrgenommen und verarbeitet, Aufgrund dieser Individualität kann ein gleicher Stressor von manchen Personen als hoch belastend und von anderen als stressfrei erlebt werden.

Bei der Fähigkeit, schwierige Lebenssituationen unbeschadet zu überstehen (Resilienz) spielen gesundheitserhaltende Variablen wie Kohärenzsinn, Optimismus, Humor und Flexibilität bei der Zielverfolgung und Zielerreichung eine Rolle. Kohärenzsinn (Antonovsky, 1987) beschreibt das überdauernde und dennoch dynamische Gefühl des Vertrauens, dass

- die internale oder externale Umwelt strukturiert, vorhersagbar und erklärbar ist,
- Lebensereignisse oder Traumata bewältigbar sind,
- die Anforderungen des Lebens Herausforderungen sind, die Investitionen und Engagement verdienen.

### 2.1.3. Besondere Methoden der Verhaltensmedizin

Im Folgenden werden zwei therapeutische Aspekte skizziert, die durch die Verhaltensmedizin gegenüber bisherigen Behandlungsansätzen eine besondere Akzentuierung erfahren haben:

- Verhaltensmedizinische Psychoedukation: Eine verhaltenstherapeutische Strategie, die in vielen verhaltensmedizinischen Behandlungsbereichen zum Einsatz kommt, ist die Verbesserung des gesundheits- bzw. krankheitsbezogenen Wissens. Nur Menschen, die gesundheits- bzw. störungsspezifisches Wissen besitzen, sind in der Lage, Gesundheits- und Krankheitsrisiken adäquat einzuschätzen und mögliche ungünstige Einstellungen und Verhaltensweisen aufzugeben. Psychoedukation beinhaltet insbesondere die Aufklärung über:
  - die Vermeidung von Übergewicht durch gesunde Ernährung
  - die Risiken von regelmäßigem Suchtmittelkonsum
  - die positiven Effekte von angemessener sportlicher Betätigung

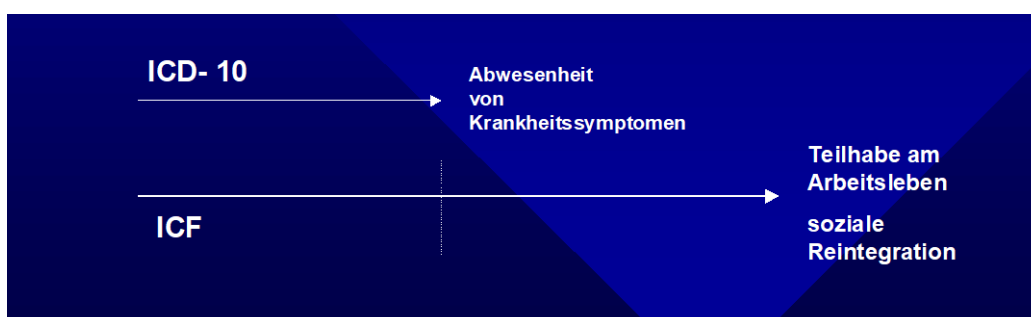
Psychoedukation im Rahmen einer psychosomatischen Rehabilitation ist außerdem angebracht, wenn Patienten physiologische Kenntnisse bzw. Wissen über ihre Krankheit oder Störung benötigen, die ihnen hilft, Krankheitssymptome oder Nebenwirkungen der Behandlung richtig einzuordnen. Eine Grundvoraussetzung guter und wirksamer psychoedukativer Maßnahmen ist die interdisziplinäre Zusammenarbeit bei der Zusammenstellung der zu vermittelnden Fakten. Außerdem haben sich aktivierende, die Patientengruppe mit einbeziehende Verfahren deutlich überlegen erwiesen als passiver Frontalunterricht in Form von Vorträgen.

- Modifikation des subjektiven Krankheitsmodells: Menschen, die körperliche Symptome sehr deutlich wahrnehmen (erhöhte Interozeption) und davon überzeugt sind, dass diese körperlichen Symptome Anzeichen einer schwerwiegenden Erkrankung sind, lassen diese Symptome medizinisch abklären. Ergibt diese Abklärung keinen Hinweis auf eine Pathologie, verlieren sie bei diesem Teil der Betroffenen ihre Bedrohlichkeit. Bei einigen Betroffenen bestehen jedoch einseitig somatische Gesundheitsängste weiter und die Fehleinschätzung der körperlichen Symptome verstärkt sich. Die führt häufig nicht nur zu weiteren, nicht erfolgreichen medizinischen Abklärungen, sondern auch zu einer markanten Verschlechterung der Lebensqualität und zu einer Einschränkung der psychosozialen Funktionsfähigkeit. Vorrangiges Ziel der Verhaltensmedizin ist daher eine Optimierung des subjektiven Krankheitsmodells des Patienten. Hierfür kann es hilfreich sein, psychobiologische Befunde zur Erklärung der Zusammenhänge zwischen subjektiv erlebten Belastungen und endokrinen und oder immunologischen Dysregulationen heranzuziehen. Entscheidend für das Gelingen einer Modifikation des Krankheitsmodells ist die Qualität der Patient-Therapeut-Beziehung. Alternative Erklärungen für seine Beschwerden kann ein Patient nur annehmen, wenn der Therapeut die Beschwerden ernst nimmt, das Krankheitsmodell des Patienten erst einmal so annimmt, wie es vom Patienten vorgestellt wird und

durch sachliches Nach- und Hinterfragen die Gründe für dessen angenommenes Krankheitsmodell exploriert. Zusammen mit den Ergebnissen aus der Erhebung lebensgeschichtlicher und aktueller Belastungen kann ein alternatives Modell in Erwägung gezogen und durch psychobiologische Fakten sowie Verhaltensexperimente ergänzt werden.

## 2.2. Die ICF als Grundlage der Behandlung

Angesichts der zunehmenden Bewusstheit über die soziale Dimension von Erkrankungen sowohl hinsichtlich ihrer Genese, ihrer Auswirkungen im Alltag der Betroffenen und schließlich ihrer Prognose ist der ICD-10 durch das internationale Klassifikationssystem of Functioning (ICF) der WHO (2001) ergänzt worden. Gegenstand des ICF sind nicht mehr vorrangig die Symptome einer Erkrankung (Komponenten Körperfunktion und Aktivität) sondern die sich daraus ergebende Behinderung im Alltag der Betroffenen (Komponente Teilhabe an verschiedenen Lebensbereichen). Entsprechend beschränkt sich das Ziel einer Behandlung auch nicht mehr auf die Beseitigung von Krankheitssymptomen, dies ist bei chronischen Erkrankungen häufig nicht mehr möglich. Vielmehr richten sich die Behandlungsmaßnahmen darüber hinaus auf die Überwindung der durch eine Erkrankung entstehenden Beeinträchtigung des Betroffenen hinsichtlich seiner Teilhabe am Arbeitsleben und gesellschaftlichen Leben, wie dies zum Beispiel mit Einführung des SGB IX im Jahre 2001 bereits für alle Rehabilitationsmaßnahmen vorgeschrieben wurde.



**Abb. 2:** Der erweiterte Gegenstand von medizinischer Rehabilitation: Ziel des SGB IX ist nicht mehr nur die Beseitigung/Linderung von Krankheitssymptomen nach ICD-10 sondern die Überwindung/Kompensation der durch sie bedingten sozialen Behinderung nach ICF.

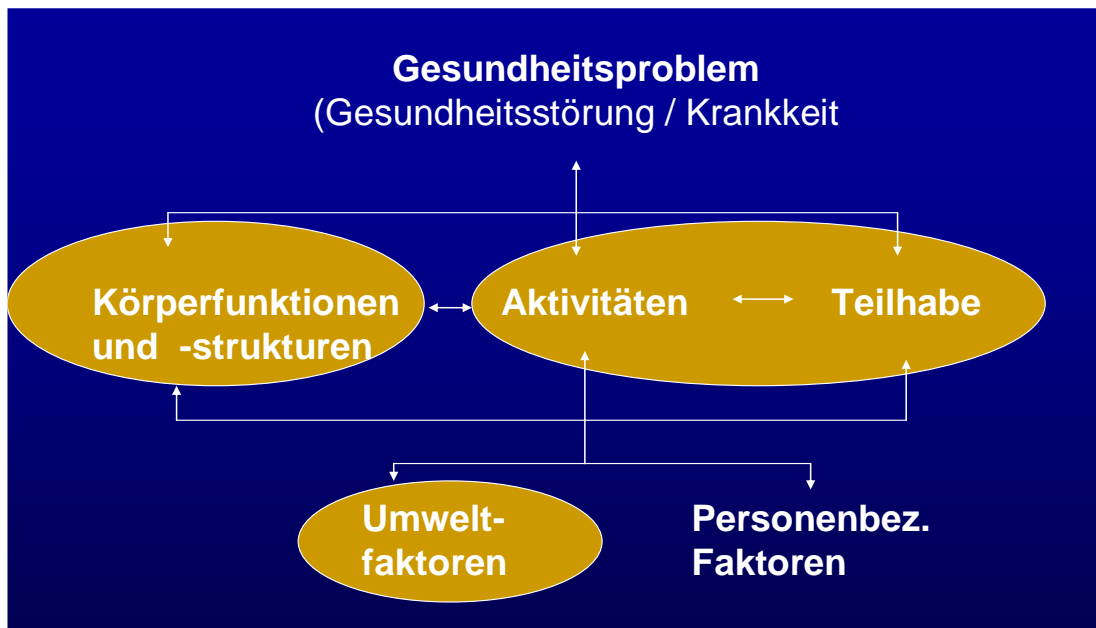
Der gesetzliche Auftrag der Rehabilitation betrifft die „Abwendung einer erheblichen Gefährdung der Erwerbsfähigkeit bzw. der wesentlichen Besserung oder Wiederherstellung der bereits geminderten Erwerbsfähigkeit“ (BfA 1998, Deutsche Rentenversicherung Bund 2004). Das Ziel der Rehabilitationsmaßnahme ist dabei die Verbesserung der funktionalen Gesundheit:

- die körperlichen Funktionen einschließlich des geistigen und seelischen Bereichs) und die Körperstrukturen einer Person entsprechen allgemein anerkannten (statistischen) Normen
- eine Person kann alles tun, was von einem Menschen ohne Gesundheitsprobleme erwartet wird.
- eine Person hat Zugang zu allen Lebensbereichen, die ihr wichtig sind, und kann sich in diesen Lebensbereichen in der Weise und dem Umfang entfalten, wie es von einem Menschen ohne Beeinträchtigung der Körperfunktionen oder Körperstrukturen oder der Aktivitäten erwartet wird

Die funktionale Gesundheit wird somit nicht mehr als eine Eigenschaft von Personen, sondern als das Resultat einer Interaktion zwischen dem Betroffenen und seiner Umwelt verstanden. Hierbei unterscheidet die ICF folgende zentrale Komponenten:

- Körperstrukturen und Körperfunktionen (körperliche, geistige und seelische Integrität und ihre Störungen).
- Aktivitäten (Durchführung von Aufgaben im Alltag und ihre Einschränkungen)
- Teilhabe (Ausmaß, in dem ein Mensch in seiner privaten und beruflichen Lebensführung eingeschränkt ist)
- Umweltfaktoren (soziale, materielle und verhaltensbezogene Umwelt und ihre Barrieren)
- Personenbezogene Faktoren (interne Gegebenheiten einer Person, welche nicht Teile ihres Gesundheitsproblems sind)





**Abb. 3:** Das bio-psycho-soziale Modell der ICF.

Zur Erfüllung dieser Aufgabe gilt es, die Heuristiken und Kategorien der ICF und des bio-psycho-sozialen Störungsmodells nicht nur hinsichtlich der Diagnostik und sozialmedizinischen Stellungnahmen zu nutzen, sondern insbesondere hinsichtlich der hilfreichen Interventionen mit Leben zu füllen. Soziale Fragen und Problembereiche – weitere Kontextfaktoren im Sinne der ICF – sind in vielfältiger Hinsicht zu beachten und zu würdigen:

- Ein großer Teil unserer Patienten bewertet private und insbesondere berufliche Belastungen als auslösend, wenn nicht gar ursächlich für die erlebten Beschwerden. Genauso wie Paar- oder Familiengespräche zur Klärung und ggf. Lösung privater Probleme beitragen können, können auch Gespräche bspw. mit Mitarbeitern der betrieblichen Sozialberatung oder Vorgesetzten Entsprechendes für den beruflichen Bereich leisten. Positive Erfahrungen mit diesem Angebot bestehen aufgrund des überschaubaren Aufwandes für Wegezeiten gerade für Patienten aus der näheren Umgebung.
- Die Besprechung möglicher Zielkonflikte durch soziale Verstärker (im motivationalen und lerntheoretischen Sinne) spielt unserer Erfahrung nach eine zunehmende Rolle: Die Sicherung oder Verbesserung der eigenen (beruflichen) Leistungsfähigkeit könnte im Widerspruch zu einem impliziten oder expliziten Wunsch nach einer früheren Berentung stehen, gerade auch bei älteren arbeitslosen Versicherten, die ihre Ersparnisse nicht durch Hartz IV angegriffen sehen wollen.
- Zur Klärung qualitativer und quantitativer sozialmedizinisch relevanter Leistungseinschränkungen dienen auch ergotherapeutische (z.B. MELBA), sporttherapeutische (z.B. Ausdauer, Beweglichkeit, EFL) und psychologische (z.B. neuropsychologische Diagnostik) und psychotherapeutische (z.B. Interaktionsverhalten in Gruppensituationen) Angebote. Im Weiteren besteht die Möglichkeit externer Belastungsprobun-

gen in benachbarten Betrieben sowie in Kooperation mit dem Berufsförderungswerk Berlin. Die Kooperation unserer Sozialberatung mit einem Berater der Deutschen Rentenversicherung Bund ist zur Klärung einer möglichen Einleitung berufsfördernder Maßnahmen sehr hilfreich.

- 2019 waren etwas weniger als 30% der Patienten der Psychosomatischen Abteilung arbeitslos, teils nach SGB III, teils nach SGB II. Unsere Angebote (u.a. PC-Kurse, Bewerbungstraining, Arbeitstherapie, externe Arbeitserprobung) zielen daraufhin, die psychosomatische Rehabilitation auch zur Verbesserung von Vermittlungschancen zu nutzen.
- Arbeitslosigkeit – gerade die damit einhergehenden finanziellen Probleme und die Auswirkungen auf soziale Beziehungen und Selbstwertgefühl – stellt einen Risikofaktor für körperliche und seelische Erkrankungen dar. Die subjektiv Sinn gebende Teilhabe am gesellschaftlichen Leben trotz Arbeitslosigkeit ist ein weiterer Aspekt der Rehabilitation, da ohne diese die Nachhaltigkeit der Rehabilitation – bspw. bis zum erhofften Gewinn eines Arbeitsplatzes – erheblich eingeschränkt erscheint. Hierzu haben wir ebenfalls spezifische Behandlungsangebote geschaffen (IG Leben ohne Arbeit, Arbeitstherapie und externes Praktikum zur Steigerung der Motivation für Nachbarschaftshilfe und soziales Engagement)

Ein komplexer Zusammenhang besteht zwischen Psychosomatischen Beschwerden und Arbeitsbedingungen:

- Überforderung: Heutige Arbeitsplätze sind zunehmend weniger durch körperliche Belastung als vielmehr durch psychischen Stress gekennzeichnet. Viele Beschäftigte sind einem erheblichen Qualifikationsdruck durch immer neue Informationstechnologien, der verstärkten Erwartung zu Flexibilisierung und der zunehmenden Bedrohung durch Arbeitslosigkeit in Form einer „Erosion der Vollzeitverhältnisse“ und einer „Fragmentierung stabiler Berufsbiografien“ ausgesetzt (Zielke, 2000). Eine Zunahme an psychosomatischen Beschwerden ist insbesondere dann zu beobachten, wenn Beschäftigte auf diese Situation mit einer Verausgabung und einer unökonomischen Aktivität reagieren, die Stress- und Belastungsniveau erhöhen, bis schließlich die Krankschreibung durch den Arzt die einzig legitimierte Form der „Auszeit“ und Erholung wird.
- Emotionale Belastung: Insbesondere im Dienstleistungsgewerbe aber auch anderen Arbeitsplätzen mit viel Kundenkontakt ist es Arbeitnehmern nicht möglich Gefühle von Ärger und Stress offen auszudrücken. Stattdessen sind sie gezwungen auch unfreundlichen oder unverschämten Kunden stets freundlich und beherrscht gegenüberzutreten. Ähnliche Anforderungen ergeben sich bei der Arbeit in Teams, die ebenfalls ständige Ausgeglichenheit und Kooperation im Kontakt zu Kollegen voraussetzen. Psychosomatische Beschwerden sind vor diesem Hintergrund oftmals die einzig mögliche Ausdrucksform der Konflikte und Belastungssituationen. Sie schaffen kurzfristige Entlastung und Schonung, führen aber auf die Dauer zu einer Verschärfung der Beziehungsbelastungen.
- Arbeitslosigkeit: In einer Vielzahl von Studien konnte ein verstärktes Auftreten von psychosomatischen Beschwerden bei Arbeitslosigkeit festgestellt werden.

## 2.3 Störungsspezifische Modelle und Behandlungskonzepte

### 2.3.1 Angststörungen

Angststörungen gehören zu den häufigsten psychischen Erkrankungen überhaupt. Sie können die Form von plötzlichen Angstanfällen (Panikstörung mit bzw. ohne Agoraphobie), situationspezifischen Phobien oder posttraumatischen Belastungsstörungen annehmen. Entscheidend für die Chronifizierung von Angststörungen ist die Entwicklung von "Angst vor der Angst": Die Betroffenen gelangen zu der Überzeugung, dass die als bedrohlich eingeschätzten Angstzustände nur durch rechtzeitiges Vermeiden der Auslösesituation bzw. sofortige Flucht verhindert werden können. Entsprechend gering ist die Spontanremissionsrate bei Angststörungen.

Eine wirksame Behandlung muss sich vor allem auf die Veränderung der aufrechterhaltenden Bedingungen der Angststörung richten und insbesondere den Teufelskreis von Vermeidungsverhalten und Aufrechterhaltung der Störung durchbrechen. Die Expositionsbehandlung in vivo hat sich hierbei allen anderen Behandlungsmethoden als überlegen erwiesen, wobei eine massierte Expositionsbehandlung mit möglichst vielen therapeutischen Übungen an unmittelbar aufeinanderfolgenden Tagen die schnellsten und sichersten Erfolge bewirkt. Die Expositionsbehandlung zielt in erster Linie darauf ab, den Rehabilitand\*innen eine Bewältigung ihrer Angst zu ermöglichen, und nicht notwendigerweise darauf, diese für immer zu beseitigen. Dies ist deshalb besonders wichtig, weil sonst spontan auftretende Angstanfälle von den Betroffenen als erneuter Rückfall dramatisiert würden und erneut den Teufelskreis von sich aufschaukelnden Angstanfällen auslösen könnten.

Ausgangspunkt der Behandlung von Rehabilitand\*innen mit Angststörungen ist eine engmaschige einzeltherapeutische Betreuung und die tägliche Indikativgruppe „Angstbewältigungstraining“. Nach einer sorgfältigen Erarbeitung eines individuellen Erklärungsmodells für die Angststörung und der Ableitung des entsprechenden Behandlungsrationalis werden Angstpatienten möglichst mit Situationen in der Alltagsrealität konfrontiert, die ein hohes Maß an Angst auslösen (z.B. Autofahrt, Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel, Benutzung von Fahrstühlen, Dunkelheit, Besteigen von Türmen, Sprechen in der Öffentlichkeit), und dabei an der Ausführung ihres Vermeidungs- oder Fluchtverhaltens gehindert. Bei medizinischer Indikation oder entsprechend festgelegter Motivation der Rehabilitand\*innen wird ein graduiertes Vorgehen bei den Expositionsübungen gewählt. Die Durchführung der Expositionsübungen wird jeweils entsprechend darauf zugeschnitten, ob es sich bei der Angststörung der Rehabilitand\*innen um eine Panikstörung, eine soziale Phobie, eine spezifische Phobie oder eine posttraumatische Belastungsstörung handelt. Durch gezielte therapeutische Interventionen werden hierbei die stattfindenden Habituationsprozesse bis zu einer völligen Reduktion der Angst gefördert. So machen die Rehabilitand\*innen die Erfahrung, dass eine Überwindung selbst starker Angstgefühle ohne Flucht oder Vermeidung möglich ist. Unter Anleitung ihrer Therapeuten gewinnen sie damit Zugang zu neuen Bewältigungsmöglichkeiten. Nach Möglichkeit werden keine Medikamente zur Unterstützung der Expositionsbehandlung eingesetzt.

Zur Optimierung der Therapieeffekte und der Selbstwirksamkeitsüberzeugung erfolgen möglichst viele Expositionsübungen hintereinander innerhalb mehrstündiger Therapieeinheiten an einem Tag. Je nach Indikation werden die Expositionsübungen einzeln oder in Kleingruppen von 2-4 Rehabilitand\*innen durchgeführt. Falls indiziert, erfolgt schließlich eine Fortführung von Expositionsübungen im Rahmen gezielter Sporttherapie bzw. von Arbeitserprobungen.

### 2.3.2 Zwangsstörungen

Zwangsstörungen gelten bis heute als besonders schwer zu behandelnde Störung. Einerseits suchen Betroffene aus Scham erst nach relativ langer Krankheitsdauer professionelle Hilfe. Zum anderen verfügen Therapieeinrichtungen häufig nicht über die besonderen organisatorischen und personellen Voraussetzungen, um eine gezielte Behandlung von Zwangsstörungen entsprechend dem heutigen Forschungsstand durchführen zu können. Derzeit erhalten dadurch lediglich etwa 2% aller Zwangspatienten eine angemessene Behandlung.

Die Expositionstherapie in vivo mit Reaktionsverhinderung bzw. -management gilt bei Zwangsstörungen allgemein als Methode der Wahl. In zahlreichen Studien konnte die Wirksamkeit dieses Verfahrens insbesondere bei Handlungszwängen, aber auch bei gedanklichen Zwängen, nachgewiesen werden. Allerdings sind langfristig wirksame Veränderungen nur dann zu erwarten, wenn die Behandlung unter alltagsnahen Bedingungen erfolgt.

Rehabilitand\*innen mit Zwangsstörungen werden wiederholt und massiert mit den für sie typischen angstauslösenden Situationen in der Alltagsrealität konfrontiert und gleichzeitig an der Ausführung ihrer Zwangsrituale gehindert. Die Reaktionsverhinderung ist notwendig, weil ritualisiertes Vermeidungsverhalten extrem löschungsresistent ist. Durch die dabei stattfindenden Habituationsprozesse wird eine nahezu völlige Reduktion der Angst und Unruhe erreicht. Die Patienten machen so die Erfahrung, dass eine Überwindung ihrer als unerträglich empfundenen Unruhe ohne Zwangsrituale möglich ist und gewinnen Zugang zu neuen Bewältigungsmöglichkeiten. Zunächst werden realitätsnahe Auslösesituationen im Rahmen der stationären Behandlungsumgebung aufgesucht oder hergestellt. Unter Umständen gelingt allerdings die Übertragung auf den Alltag nur dadurch, dass auch Übungen direkt vor Ort in der Alltagsumgebung der Rehabilitand\*innen unter Anleitung der/des Bezugstherapeutin/en stattfinden können. Durch die Möglichkeit einer Intensivbehandlung mit mehreren Expositionsübungen hintereinander an einem Tag ist gewährleistet, dass die Rehabilitand\*innen in jedem Fall so lange in der Situation bleiben können, bis ihre Erregung völlig abgeklungen ist. Falls erforderlich werden die Bezugstherapeut\*innen daher von Praktikant\*innen bei der Durchführung der Expositionsübungen unterstützt. Die Expositionsübungen werden von sorgfältigen therapeutischen Nachbereitungen der sehr intensiven Lernerfahrungen begleitet. Spezifische therapeutische Maßnahmen zur kognitiven und motivationalen Umbewertung unterstützen hierbei weitere adaptive Veränderungen von Wahrnehmungs- und inneren Veränderungsmustern und stabilisieren so den langfristigen Therapieerfolg.

### 2.3.3 Esstörungen

Insbesondere bei Frauen wurde in den letzten Jahren ein großer Bedarf für die Behandlung von Essstörungen deutlich. Die drei häufigsten Formen von Ess-Störungen sind Anorexia nervosa (gravierender Gewichtsverlust durch strenge Reduktion der Kalorienaufnahme und selbstinduziertes Erbrechen), Bulimia nervosa (gezügeltes Essverhalten unterbrochen durch Heißhungeranfälle mit anschließendem selbstinduzierten Erbrechen) und Übergewicht/Adipositas.

- Anorexia nervosa und Bulimia nervosa: Bislang existiert kein einheitliches, empirisch belegtes Modell zur Pathogenese und Aufrechterhaltung. Über die retrospektiv in der Regel kaum identifizierbare multifaktorielle Genese hinaus werden beide Ess-Störungen durch einen Kreislauf von eingeschränktem Ernährungsverhalten und Heißhungerattacken verfestigt. Das wesentliche Moment dieses Teufelskreises ist die Angst der Betroffenen vor einer Gewichtszunahme. Problem verschärfend finden sich häufig eine gestörte Wahrnehmung des eigenen Körperbildes, Selbstwertdefizite und Defizite in der Konfliktbewältigung.

Bei der Behandlung von bulimischen Essstörungen hat sich eine Normalisierung des gestörten Essverhaltens als wichtigster therapeutischer Ansatzpunkt erwiesen. Mit Hilfe einer massierten Expositionstherapie in vivo lassen sich hierbei besonders effiziente Erfolge erzielen. Entsprechend werden Rehabilitand\*innen mit Bulimia nervosa über den ganzen Tag mit entsprechenden Auslösesituationen konfrontiert, bis sie ihre Angst vor normalem Essen, vor bestimmten Speisen, vor der Wahrnehmung des eigenen Körpers und vor Gewichtszunahme überwunden haben.

- Adipositas: Unklar ist gegenwärtig, inwieweit Übergewichtige tatsächlich Störungen des Essverhaltens aufweisen oder eher biologische Faktoren das Übergewicht determinieren. Da inzwischen auch eine Vielzahl von Befunden zu den negativen Auswirkungen von Diätversuchen bei Übergewichtigen vorliegen, muss bei diesen Rehabilitand\*innen besonders gründlich geprüft werden, ob überhaupt eine Indikation zur Gewichtsreduktion besteht. Aber auch in diesem Fall sollte sich die Behandlung nicht auf eine Gewichtsreduktion beschränken, sondern die Einstellung zum und den Umgang mit dem eigenen Körper aber auch gezielte Strategien zur Rückfallprophylaxe umfassen.

Ausgangspunkt der Behandlung von Rehabilitand\*innen mit Essstörungen ist eine engmaschige einzeltherapeutische Betreuung und die tägliche Indikativgruppe „Essstörungen“. Je nach individueller Indikation können bei Rehabilitand\*innen mit Ess-Störungen folgende Übungen kombiniert werden (Böse und Beisel, 2005; Beisel 2009):

- Ernährungskonfrontation: Die Übungen beziehen sich auf eine normale Ernährung mit bisher vermiedenen Lebensmitteln in ausreichender Menge und Nährstoffzusammensetzung. Während fünf über den Tag verteilten Mahlzeiten wird die Auf-

merksamkeit der Rehabilitand\*innen auf angstinduzierende Aspekte wie Geschmack, Aussehen, Konsistenz der Speisen fokussiert und mögliche Vermeidungstendenzen (z.B. hastig essen, sich ablenken) verhindert, bis sich eine deutliche Verringerung der mit Essen einhergehenden Ängste der Rehabilitand\*innen einstellt. Im weiteren Verlauf werden die Mahlzeiten zunehmend unter sozialen Kontextbedingungen (Restaurant, Kantine) eingenommen. Durch die so erreichte Normalisierung des Essverhaltens wird der körperliche Mangelzustand als physiologischer Auslöser für Heißhungerattacken behoben.

- Figurkonfrontation: Die Rehabilitand\*innen betrachten sich (insbesondere im Anschluss an Mahlzeiten) in einem Ganzkörperspiegel, wobei ihre Aufmerksamkeit solange auf detaillierte Aspekte (Form, Aussehen, Bewertung) gelenkt wird, bis sich die dadurch ausgelösten Ängste und Ablehnungsreaktionen durch Habituation deutlich reduziert haben. Darauf aufbauende Übungen können in der Sauna, dem Schwimmbad oder Umkleidekabinen in Kaufhäusern durchgeführt werden. Die Rehabilitand\*innen lernen hierdurch, dass sie trotz mancher „ungeliebter“ Körperpartien ihre Figur nicht als Ganzes ablehnen müssen, sondern sich und ihren Körper insgesamt zu akzeptieren.
- Konfrontation mit Auslösern für Heißhungerattacken: Hierbei werden die Rehabilitand\*innen gezielt mit den bei Essanfällen normalerweise konsumierten Nahrungsmitteln (binge food) konfrontiert. Gegebenenfalls werden die Übungen durch negative Stimmungsinduktion und Frustrationserlebnisse intensiviert. Die Rehabilitand\*innen lernen, dass sie auch bei intensivem Kontakt mit bislang typischen Auslösern für Heißhungeranfälle ihr Verlangen selbständig überwinden können.
- Ergänzt wird dieses Vorgehen durch kognitive Therapieinterventionen zur Veränderung von irrationalen Annahmen über Ernährung und Selbstbild sowie zum Aufbau von Selbstkontroll- und Problemlösefähigkeiten.
- Ernährungsberatung: Um bei Übergewichtigen eine dauerhafte Gewichtsreduktion erzielen zu können, ist eine Umstellung des alltäglichen Essverhaltens erforderlich. Hierzu ist die praktische Vermittlung und selbständige Anwendung von Wissen über ausgewogene Ernährung und über die fettarme, Vitamin schonende Zubereitung von Speisen erforderlich.

#### **2.3.4 Depression**

Etwa 15-20% der Bevölkerung erkranken im Verlauf ihres Lebens mindestens an einer depressiven Episode. Das Erkrankungsrisiko ist bei Frauen doppelt so hoch wie bei Männern. In letzter Zeit ist insbesondere eine Zunahme bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen zu verzeichnen. Im Zentrum aktueller multifaktorieller Modelle zur Entstehung von Depression

stehen kognitive Verzerrungsmuster, die über kognitiv-affektive Interaktionen und körperliche Prozesse eine anhaltende depressive Verstimmung und Antriebsarmut bewirken können. Letztere führen über einen Teufelskreis von Verstärkerverlust und erlernter Hilflosigkeit zu einer Chronifizierung der Symptome und einer immer stärkeren Beeinträchtigung der sozialen Beziehungen. Zudem können kritische Lebensereignisse (insbesondere Verlusterfahrungen) und eine unzureichende oder passive Bewältigung dieser zu Entwicklung depressiver Symptome beitragen.

Kognitive Verhaltenstherapie mit und ohne zusätzliche medikamentöse Behandlung hat sich bei der Behandlung von Depression unabhängig vom Schweregrad der Störung als besonders erfolgreich erwiesen. Verlaufsstudien machen allerdings deutlich, dass hierbei ein besonderes Schwergewicht auf spezielle Aufrechterhaltungstherapien und Präventionsmaßnahmen hinsichtlich der bei Depression schleichend verlaufenden Rückfälle zu legen ist. Darüber hinaus ist eine unmittelbare Behandlung der häufig mit depressiven Störungen einhergehenden sozialmedizinischen Problemstellungen (Arbeitslosigkeit, Arbeitsunfähigkeit; Erwerbsunfähigkeit, Berentung) erforderlich.

Ausgangspunkt der Behandlung von Rehabilitand\*innen mit depressiver Störung ist eine engmaschige einzeltherapeutische Betreuung und die tägliche Indikativgruppe „Aus der Depression heraus“ Inhaltlich bestehen folgende drei Schwerpunkte:

- Erhöhung des Aktivitätsniveaus: Voraussetzung für die Überwindung des Teufelskreises von Verstärkerverlust und gelernter Hilflosigkeit ist eine kontinuierliche Steigerung des Aktivitätsniveaus der Rehabilitand\*innen. Hierzu wird mit den Rehabilitand\*innen gemeinsam für jeden Tag eine Liste sinnhafter und angenehmer Tätigkeiten aufgestellt, deren Erledigung und Auswirkung auf die Befindlichkeit über den Tag von den Rehabilitand\*innen protokolliert wird.
- Kognitive Umstrukturierung: Entsprechend den Methoden der kognitiven Umstrukturierung werden die persönlichen depressiven Gedankenmuster gemeinsam mit den Rehabilitand\*innen identifiziert und einer rationalen Überprüfung unterzogen. Hierbei sind neben den Inhalten depressiver Kognitionen insbesondere auch die formalen Aspekte kognitiver Denkstörungen bei Depressiven zu fokussieren. Ziel ist es, den Rehabilitand\*innen dabei zu helfen, wieder Kontrolle über ihre Kognitionen zurückzugewinnen.
- Kommunikationstraining: Die Rehabilitand\*innen erweitern in Rollenspielen (z.T. unter Einbeziehung ihrer Angehörigen) anstelle ihres oftmals appellativen, für ihre Umwelt aversiven Interaktionsstils bzw. Vermeidungsverhaltens ihre sozialen und kommunikativen Fertigkeiten. Zentrale Inhalte sind hierbei das Äußern von Wünschen, Neinsagen, sowie Loben und Kritik.



Neben diesem Gruppentherapieangebot wurde insbesondere für diejenigen Patienten\*innen, bei welchen ein besonderes Verlustereignis als auslösend für die depressive Symptomatik identifiziert werden konnte, eine spezifische Gruppentherapie zur Trauerbewältigung entwickelt.

Darüber hinaus bieten insbesondere die indikativen Angebote der Ergotherapie und Sporttherapie ideale Möglichkeiten bei der Behandlung von depressiven Rehabilitand\*innen, um Veränderungsprozesse innerhalb der Klinik zu erproben und zu intensivieren.

### **2.2.5 Somatoforme Störungen**

Somatoforme Störungen umfassen verschiedene körperliche Symptome oder Beschwerden, für die keine ausreichende organische Ursache gefunden werden kann. Die wichtigsten Formen sind: Körperdysmorphie Störung (ausgeprägtes Leiden über einen körperlichen Makel, der von anderen Personen nicht als Makel wahrgenommen wird), Hypochondrie (Angst, an einer unerkannten schweren Krankheit zu leiden), Somatisierungssyndrom (vielfältige, nicht ausreichend organisch erklärbare körperliche Symptome), Konversionssyndrom (neurologische Störungen oder Ausfälle ohne organische Ursache) und somatoforme Schmerzstörung (organisch nicht ausreichend erklärbare Schmerzen).

Gemeinsam ist den betroffenen Rehabilitand\*innen, dass körperliche Symptome als gefährlicher wahrgenommen werden und dass bestimmte Krankheiten für wahrscheinlicher oder ernster gehalten werden, als sie wirklich sind. In der Folge entwickelt sich ein sog. „chronisches Krankheitsverhalten“, das durch zunehmende Passivität und Hilflosigkeit der Betroffenen, eine übermäßige Inanspruchnahme medizinisch-diagnostischer Maßnahmen, körperliches und soziales Schonverhalten sowie eine sozial und familiär stabilisierte Krankenrolle gekennzeichnet ist. Schließlich sehen viele Rehabilitand\*innen mit somatoformen Störungen in dem Erhalt einer Rente die einzige Lösung ihrer Probleme.

Die Schwerpunkte der verhaltensmedizinisch orientierten Behandlung von somatoformen Störungen im Rahmen einer engmaschigen einzeltherapeutischen Betreuung und der Teilnahme an der täglich stattfindenden Indikationsgruppe „Schmerzbewältigung“ sind:

- Erarbeiten eines verhaltensmedizinischen Krankheitsmodells: Auf dem Hintergrund möglichst umfassender medizinischer Untersuchungen, einer ausführlichen Anamnese (u.a. Krankengeschichte, Erfahrungen mit Vorbehandlungen, bisherige Bewältigungsversuche) und einer systematischen retrospektiven Erfassung situativer Einflüsse auf die Beschwerden wird mit den Rehabilitand\*innen schrittweise ein verhaltensmedizinisches Störungsmodell entwickelt. In einfachen Teufelskreismodellen wird hierbei insbesondere der Zusammenhang von Emotionen, Muskelverspannung und Erregung, Aufmerksamkeitszentrierung und Informationsverzerrung, Schonverhalten und Symptomverschlimmerung veranschaulicht. Zur Verinnerlichung und zum

besseren Verständnis der Störungsmodelle werden die Rehabilitand\*innen gebeten, diese ihren Bezugspersonen und Angehörigen zu vermitteln.

- Systematische Selbstbeobachtung: Die Rehabilitand\*innen werden aufgefordert, die in ihrem verhaltensmedizinischen Störungsmodell postulierten Zusammenhänge systematisch durch eine engmaschige Selbstbeobachtung und den Einsatz von Biofeedback während der Behandlung auf ihre Richtigkeit hin zu überprüfen. Die Rehabilitand\*innen werden hierbei zu bestimmten Tätigkeiten und Aufgaben angehalten, um die Auswirkung auf ihre körperliche Symptomatik zu protokollieren. Die Ergebnisse der Selbstbeobachtung werden in regelmäßigen Therapiesitzungen ausgewertet und daraus entsprechende kognitive Interventionen (Umbewertungen, Wahrnehmungsveränderungen) abgeleitet.
- Überwindung von Schon- und Krankheitsverhalten: Durch Teilnahme an der Sporttherapie bzw. Werktherapie sowie gezielte Therapieaufgaben wird das bisherige Schonverhalten der Rehabilitand\*innen schrittweise abgebaut und das Aktivitätsniveau wieder erhöht. Um die insbesondere bei chronischen Schmerzen entwickelte Sensibilisierung auf neurochemischer Ebene wieder zurück zu fahren, wird den Rehabilitand\*innen hierbei ein Vorgehen nach dem Konzept des „Work-hardening“ angeboten: Danach wird ein umfangreicher Aktivitätsplan aufgestellt, der gerade auch bei auftretenden Schmerzen durchgehalten werden soll. Gleichzeitig lernen die Rehabilitand\*innen im Rollenspiel einen konstruktiven Umgang mit Ärzt\*innen anstelle von Aggravieren ihrer körperlichen Beschwerden.

### **2.3.6 Persönlichkeitsstörungen**

Durch verbesserte diagnostische Klassifikationssysteme ist eine starke Zunahme der Vergabe von Persönlichkeitsstörungsdiagnosen in der psychotherapeutischen Praxis zu verzeichnen. Gleichzeitig ist der frühere therapeutische Pessimismus gegenüber Persönlichkeitsstörungen zunehmend der Einschätzung gewichen, die Lebenszufriedenheit und soziale Anpassung von Rehabilitand\*innen mit Persönlichkeitsstörung durch gezielte Therapiemaßnahmen deutlich verbessern zu können.

Als gemeinsamer Nenner der verschiedenen Persönlichkeitsstörungen werden sozial unflexible und wenig angepasste Verhaltensauffälligkeiten gesehen, die vor allem in Form einer gestörten zwischenmenschlichen Interaktion ihren Ausdruck finden. Biopsychosoziale Vulnerabilitäts-Stress-Modelle gehen hinsichtlich der Entstehung von Persönlichkeitsstörungen von einer Wechselwirkung einer besonderen dispositionellen Empfindlichkeit, Labilität oder Verletzlichkeit der Rehabilitand\*innen einerseits und sozialen Anforderungen, Stress sowie mangelndem sozialen Rückhalt andererseits aus. Eine daraus resultierende negative Selbstsicht und Umweltwahrnehmung der Betroffenen verfestigte sich schließlich zu den für Persönlichkeitsstörungen typischen rigiden Kognitionen und Bewältigungsstrategien.

Während komorbide Persönlichkeitsstörungen bei primären spezifischen Störungen eine besonders sorgfältige Beziehungsgestaltung durch die/den Therapeutin/en bei der Durchführung störungsspezifischer Behandlungsangebote erfordern, erfolgt die stationäre Behandlung von Rehabilitand\*innen mit primärer Persönlichkeitsstörung als Kombination einer engmaschigen Einzeltherapie (anfangs täglich, im Verlauf dann 3-4 Sitzungen pro Woche) und eines kompetenzaufbauenden Gruppentherapieangebots „Fertigkeitentraining“. Sie versteht sich als Anschieben von Veränderungsprozessen, um Rehabilitand\*innen überhaupt in die Lage zu versetzen, von einer oftmals indizierten längerfristigen ambulanten Weiterbehandlung profitieren zu können. Darüber hinaus werden die sozialmedizinischen Problemstellungen der Rehabilitand\*innen fokussiert:

- Einzeltherapie: Die Ich-Syntonie der Persönlichkeitsstörungen, die rigiden idiosynkratischen Verarbeitungs- und Bewältigungsmuster der Rehabilitand\*innen sowie ihr Misstrauen aufgrund erlebter Ablehnung durch ihre Umwelt stellen hohe Anforderungen an die Gestaltung der therapeutischen Beziehung. Das unter dem Stichwort „dialektische Verhaltenstherapie“ hierfür entwickelte therapeutische Vorgehen beinhaltet einerseits eine besondere Wertschätzung und Akzeptanz der Rehabilitand\*innen durch den Therapeuten (Validation) und andererseits eine strikte Einhaltung folgender Reihenfolge bei der Bearbeitung von Themen und Therapiezielen im Rahmen der Einzeltherapiesitzungen: 1) manifeste Selbst- und Fremdgefährdung, 2) therapiewidriges Verhalten, 3) Vermeidungs- und Fluchtverhalten, 4) Aufbau von Verhaltenskompetenzen, 5) individuelle Ziele der Rehabilitand\*innen.
- Fertigkeitentraining: Im Rahmen einer 4x wöchentlich 90 Minuten stattfindenden Kleingruppe von bis zu 10 Rehabilitand\*innen werden folgende Fertigkeiten trainiert, um Rehabilitand\*innen mit Persönlichkeitsstörungen eine situationsangemessenere und befriedigendere Interaktion mit ihrer Umwelt zu ermöglichen: zentrale Achtsamkeitsfertigkeiten, soziale Fertigkeiten, Emotionsregulationsfertigkeiten, Stress- und Frustrationstoleranz.

### **2.3.7 Alkohol- und Medikamentenmissbrauch**

Über die Gruppe der Alkohol- und Medikamentenabhängigen hinaus gibt es eine viel größere Anzahl von Personen mit gesundheitlich bzw. sozial schädlichem Alkohol- bzw. Medikamentenmissbrauch ohne eindeutige Abhängigkeit: Beispielsweise berichten etwa 21% aller Männer und 5% aller Frauen von ernsthaften Problemen mit Alkohol im Verlauf ihres Lebens. Der Verbrauch an Schmerz-, Beruhigungs- und Schlafmitteln in Deutschland reicht aus, um etwa 1,5 Millionen Menschen täglich zu versorgen. Die bisherigen Suchtbehandlungsangebote sind für diese Personengruppe aufgrund ihrer einseitigen Abstinenz- und Krank-

heitsmodellfixierung unattraktiv. In Deutschland ist bis heute ein Fehlen von spezifischen Kurzinterventionen bei Suchtmittelmissbrauch festzustellen.

Erfahrungen in anderen Ländern zeigen, dass hierbei das Behandlungsparadigma der Schadensbegrenzung („harm reduction“), bei dem schädlicher Suchtmittelkonsum minimiert aber nicht notwendigerweise vollkommen aufgegeben wird, für Rehabilitand\*innen mit Alkohol- bzw. Medikamentenmissbrauch eine realistische Alternative zu abstinenzorientierten Behandlungskonzepten darstellt, zumal ein erheblicher Teil der so behandelten Personen ihren Suchtmittelkonsum vollkommen einstellt. Für die Dauer der stationären Behandlung wird allerdings auch mit diesen Rehabilitand\*innen Alkoholabstinenz vereinbart.

Die Behandlung von Personen mit Suchtmittelmissbrauch ohne Abhängigkeit erfolgt in Einzeltherapie und in Form von einer störungsspezifischen Therapiegruppe „Der springende Punkt“ (4x pro Woche a 90 Minuten) mit bis zu 12 Rehabilitand\*innen mit folgenden inhaltlichen Schwerpunkten (Lindenmeyer, 2001; 2014):

- Erarbeitung persönlicher Punktabstinenz: Vor dem Hintergrund einer ausführlichen Erhebung des eigenen Suchtmittelkonsums, einer umfangreichen Aufklärung über Wirkung und Gefahren von Suchtmitteln in Form von Informationsschriften und entsprechenden Verhaltensexperimenten sowie unter Einbeziehung relevanter Bezugspersonen erarbeiten die Rehabilitand\*innen neue persönliche Normen im Umgang mit Alkohol und Medikamenten. Es geht hierbei nicht um die wenig erfolgversprechende Festlegung von Trinkmengen sondern um die Unterscheidung von problemlosen Trinksituationen und solchen Situationen, in denen künftig vollkommen auf Alkohol bzw. Medikamente verzichtet werden soll (Prinzip der Punktabstinenz).
- Exposition in vivo: Die Rehabilitand\*innen üben den Verzicht auf Alkohol in für sie kritischen Trinksituationen im Sinne von Expositionsübungen in vivo. Ziel ist, dass Rehabilitand\*innen erleben, diese Situationen selbst bei Alkoholverlangen abstinenzbewältigen zu können und dadurch zu einer realistischen Kosten-Nutzen-Überlegung hinsichtlich ihres künftigen Umgangs mit Alkohol gelangen zu können.
- Ablehnungstraining: Die Rehabilitand\*innen üben in Rollenspielen das Ablehnen von Trinkangeboten in sozialen Trinksituationen.
- Rückfallprävention: Die Rehabilitand\*innen erarbeiten konkrete Strategien, um auch bei einem künftigen Trinkexzess konsequent zu ihrem vereinbarten, gemäßigten Alkoholkonsum zurückzukehren. Hierzu wird ein Selbstbeobachtungszeitraum nach Beendigung der stationären Behandlung vereinbart, in dem die Rehabilitand\*innen ihren Alkoholkonsum protokollieren und diese Aufzeichnungen an ihre(n) Therapeutin/en weiterleiten. Motivation zur Nutzung der kostenlosen Onlineangebote der salus kliniken [www.selbsthilfealkohol.de](http://www.selbsthilfealkohol.de)

### 2.3.8 Pathologisches Glücksspiel

Für die Behandlung von Pathologischem Glücksspiel gibt es ein eigenständiges Therapiekonzept, auf das an dieser Stelle verwiesen wird. Sie können es sich auf unserer Website unter [www.salus-lindow.de](http://www.salus-lindow.de) herunterladen.

### 2.3.9 Pathologisches PC- und Internetgebrauch

Für die Behandlung von Pathologischem PC- und Internetgebrauch gibt es ein eigenständiges Therapiekonzept, auf das an dieser Stelle verwiesen wird. Sie können es sich auf unserer Website unter [www.salus-lindow.de](http://www.salus-lindow.de) herunterladen.

## 2.4 Modell der Veränderungsphasen

Einen wesentlichen Impuls hat die Behandlung von Psychosomatischen Beschwerden durch das Modell der Veränderungsphasen von Prochaska und DiClemente (1986) erhalten. Die beiden Autoren haben vier Veränderungsphasen postuliert, bei deren Übergang jeweils spezifische Motivationshürden zu überwinden sind. Danach können die Betroffenen ein jeweils individuell unterschiedliches Ausgangsniveau hinsichtlich ihres Problembewusstseins, ihrer Bereitschaft zu einer Veränderung ihres Verhaltens, ihrer Einstellungen oder ihrer Umgebungsbedingungen, ihrer diesbezüglich bereits durchgeführten Veränderungen und ihrer Fähigkeit zur Aufrechterhaltung ihrer Veränderungen haben, für die jeweils eine unterschiedliche Form der therapeutischen Beziehungsgestaltung geeignet ist.

- Precontemplation: Der Betroffene ein ausschließlich somatisch orientiertes Krankheitsverständnis bzw. eine passive Behandlungserwartung. Entsprechend sieht er keinerlei Anlass sein eigenes Verhalten verändern. Die oftmals erfolglosen Behandlungsversuche in der Vergangenheit können außerdem zu weitgehender Resignation und immer stärker werdendem Rentenwunsch führen. Entsprechend sträuben sich viele Psychosomatikpatienten mit einer für Außenstehenden unbegreiflichen Hartnäckigkeit gegen psychotherapeutische Maßnahmen. Sie fühlen sich dadurch in ihrem Selbstgefühl derart bedroht, dass sie stattdessen immer umfangreichere diagnostische Abklärungen fordern.
- Contemplation: Der Betroffene beginnt, sich mit einer psychosomatischen Betrachtung seiner Beschwerden kritisch auseinanderzusetzen. Allerdings bedeutet die wachsende Einsicht noch keine konkrete Veränderungsbereitschaft. Im Vordergrund stehen vielmehr zunächst Abwägungsprozesse, in deren Verlauf der Betroffene entscheidet, wie er sich in Zukunft verhalten möchte, welche Veränderungsschritte er gegebenenfalls vornehmen will und schließlich welche Hilfestellungen er hierfür in Anspruch nehmen wird. Hierbei geht es um vielfältige Kosten-Nutzen-Analysen. Den Betroffenen beschäftigen

z.B. Fragen wie die Möglichkeit einer Berentung, die Dauer und Art einer möglichen Behandlungsmaßnahme sowie schließlich die Entwicklung persönlicher Therapieziele. Infolge aufkommender Schuld- und Versagensgefühle besteht immer wieder die Versuchung, sich der belastenden Selbstreflexion durch vorschnelle oder oberflächliche Lösungsversuche zu entziehen.

- **Action:** Der Betroffene hat einen ernsthaften Änderungsvorsatz gefasst bzw. strebt konkrete Veränderungen seines Problemverhaltens an und versucht nun, dies auch in die Tat umzusetzen. Durch Versuchs-Irrtumslernen oder die Unterstützung von professionellen oder nichtprofessionellen Helfern gilt es, persönlich geeignete Veränderungsstrategien zu entwickeln. Misserfolge oder Durstrecken stellen hierbei die Veränderungsabsichten des Betroffenen immer wieder auf eine harte Probe.
- **Maintenance:** Patienten in dieser Veränderungsphase haben bereits konkrete Änderungsversuche gestartet, sehen sich aber immer wieder mit Belastungs- und Kliniksituationen konfrontiert, in denen eine automatische Neigung zu altem Problemverhalten besteht. Auch bei kleineren Rückfällen ist ihre Selbstwirksamkeitszuversicht bedroht. Zusätzlich wird die Situation durch Misstrauen bzw. Resignation ihrer Bezugspersonen belastet.

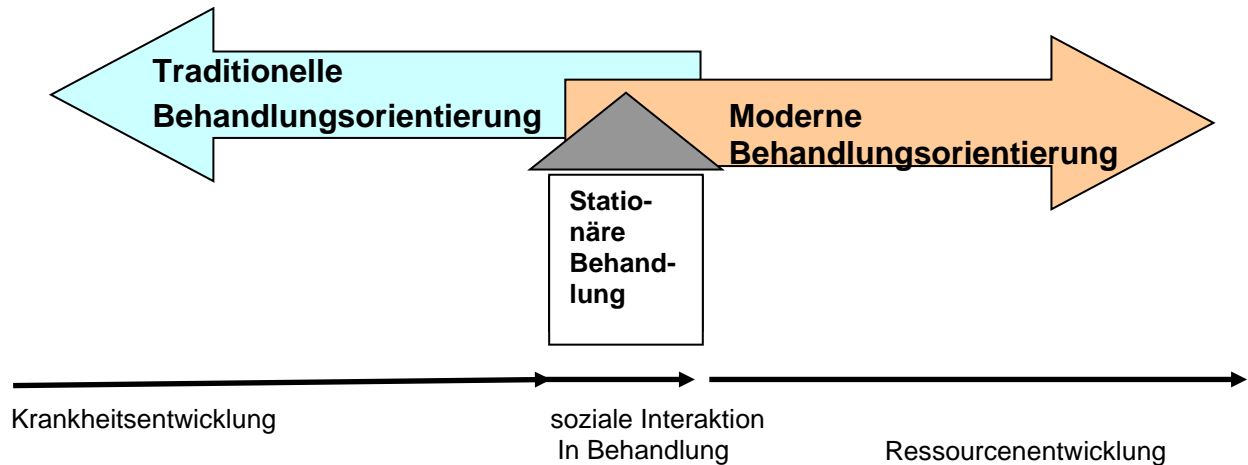
Auch wenn insbesondere die hierarchische Abfolge der oben genannten Veränderungsphasen in empirischen Studien nicht einheitlich nachgewiesen werden konnte und das Modell wiederholt heftig kritisiert wurde (vgl. West, 2005), so konnte doch gezeigt werden, dass die einzelnen Phasen von jeweils unterschiedlichen psychischen Prozessen und Handlungsweisen auf Seiten der Rehabilitand\*innen gekennzeichnet sind, die ein entsprechend phasengerechtes Therapeutenverhalten und spezifische Interventionsformen erfordern.

## 2.5 Schlussfolgerungen für die Behandlung

Aus den dargestellten Störungsmodellen lassen sich mehrere Maxime für die medizinische Rehabilitationsbehandlung von Psychosomatik-Rehabilitand\*innen ableiten:

### 2.5.1 Realitäts- und Zukunftsorientierung

Die Therapieangebote dürfen sich nicht auf die Überwindung der körperlichen und psychischen Beschwerden beschränken. Vielmehr muss ein teilhabebezogener Ressourcenentwicklungsprozess angestoßen werden, der zeitlich weit über die stationäre Behandlung hinausreicht. Angesichts der beschränkten zeitlichen und finanziellen Behandlungsressourcen kann dies aber nur bedeuten, dass eine verstärkte Realitäts- und Zukunftsorientierung zu Lasten der psychotherapiedominierten bzw. rückwärtsgerichteten Auseinandersetzung mit dem eigenen Krankheitsgeschehen bzw. mit den aktuellen Interaktionsprozessen innerhalb des Therapieprozesses zu erfolgen hat (vgl. Abbildung 4).

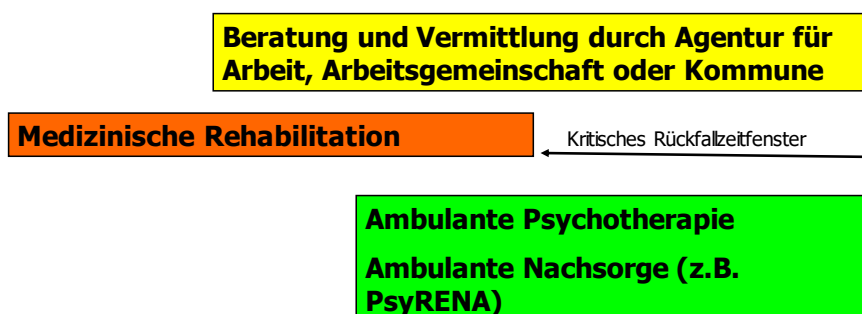


**Abb. 4:** Veränderte Behandlungsorientierung: Die Schwerpunkte einer psychosomatischen Behandlung lagen früher auf der Auseinandersetzung mit der Krankheitsentwicklung und dem aktuellen Interaktionsverhalten der Patienten im Rahmen der Therapie. Heute liegt der Behandlungsschwerpunkt auf der teilhabeorientierten Ressourcenentwicklung, die weit über die eigentliche Therapie hinausreicht.

Konkret erfordert dies eine systematische Ausweitung der Kapazität von teilhabebezogenen und ressourcenorientierten Therapiemaßnahmen mit sozialtherapeutischem bzw. arbeits-therapeutischem Schwerpunkt gegenüber rein psychotherapeutisch ausgerichteten Therapieangeboten.

### 2.5.2 Nahtlosigkeit

Bei vielen Psychosomatikpatient\*innen hängt der Erfolg von Rehabilitationsmaßnahmen weniger von der Optimierung einzelner Behandlungsmodule als vielmehr von der Nahtlosigkeit der einzelnen Therapie- und Nachsorgemaßnahmen sowie der sonstigen Unterstützungsangebote ab (vgl. Abbildung 5).



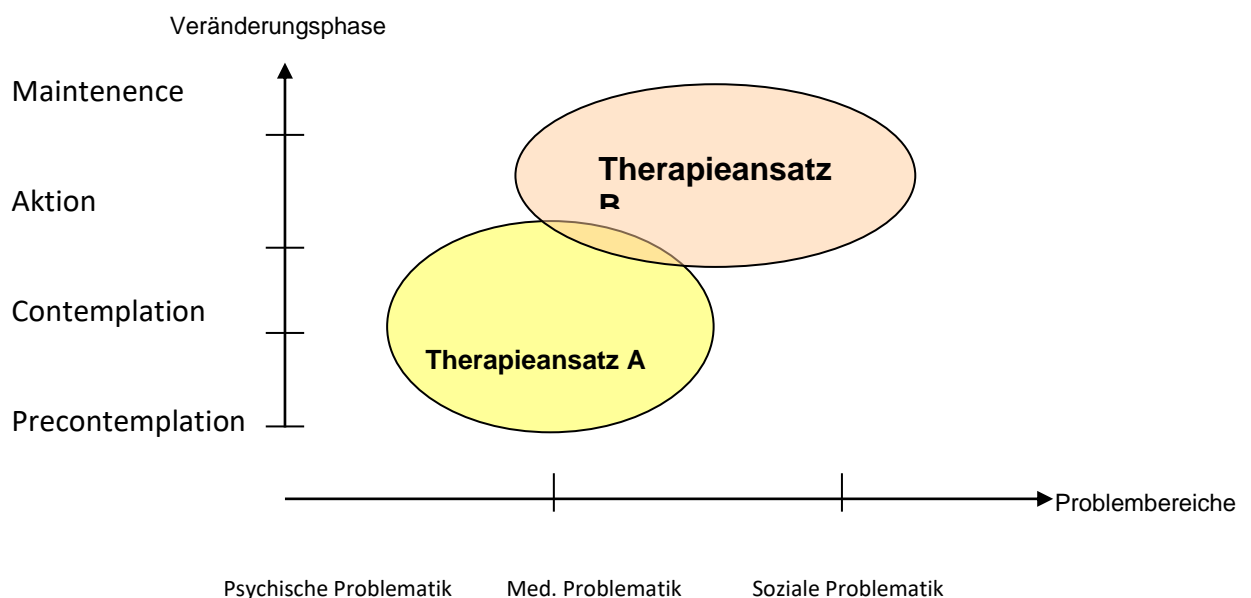
**Abb. 5:** Die erforderliche Überlappung der verschiedenen Therapie- und Unterstützungsangebote für Alkoholabhängige.

Beispielsweise ist bei einer stationären Rehabilitationsbehandlung anzustreben, dass Vereinbarungen zur ambulanten Weiterbehandlung dadurch einen möglichst hohen Verbindlichkeitscharakter erhalten, dass sie frühzeitig beantragt und genehmigt werden und dass bereits aus der stationären Behandlung heraus erste ambulante Termine wahrgenommen werden können. Voraussetzung hierfür ist, dass regelhaft der Stand des Patienten durch Kontakte zum Vorbehandler eruiert wird. Entsprechend sollte bei arbeitslosen Patienten Beratungs- und Vermittlungstätigkeit der Arbeitsverwaltung bereits während der medizinischen Rehabilitation beginnen.

### 2.5.3 Veränderungsphasengerechte Differenzierung der Behandlung

Bei der Auswahl des Therapiesettings und der Therapieschwerpunkte sollte neben den individuellen Problembereichen eines Patienten immer auch die Veränderungsphase hinsichtlich seiner Bewältigungsbemühungen Berücksichtigung finden, so dass sich insgesamt ein zweidimensionales Modell der Therapieindividualisierung ergibt.

- Die Horizontale bestimmt die indizierten inhaltlichen Schwerpunkte der Behandlung und die hierfür erforderliche Ausstattung der Therapieeinrichtung.
- Die Senkrechte bestimmt dagegen die hierbei indizierte therapeutische Interaktionsform und das Behandlungssetting in Abhängigkeit von der Veränderungsbereitschaft eines Patienten: Bei Rehabilitand\*innen mit großer Veränderungsambivalenz



**Abb. 6:** Zweidimensionale Differenzierungsmöglichkeit von Therapieangeboten



in der Precontemplationphase werden durch konfrontatives bzw. direktives Therapeutenverhalten häufig Widerstand und Reaktanz auf Seiten des Patienten erzeugt, bis hin zum Therapieabbruch. Hier haben sich stattdessen eine dosierte, das Selbstkonzept des Patienten nicht bedrohende Informationsvermittlung und die spezifischen Interaktionsstrategien des Motivational Interviewing (Miller und Rollnick, 2015) bewährt. Bei Rehabilitand\*innen in der Phase von Contemplation ist ein sorgsamer Umgang mit Ambivalenz hinsichtlich einer Veränderung seines Krankheitsverhaltens erforderlich. Häufig muss der Behandler die Ambivalenz des Patienten von sich aus bewusst machen, anstatt sich mit angepassten Äußerungen des Patienten zufrieden zu geben. Am wirkungsvollsten ist es hierbei, wenn es dem Behandler gelingt, von sich aus mögliche Einwände und Härten der einzelnen Behandlungsvorschläge vorwegzunehmen noch bevor der Patient sie ausgesprochen hat. Dagegen erfordert die therapeutische Anleitung von änderungsbereiten Patienten in der Aktionsphase ein eher direktives Therapeutenverhalten, um z.B. beim Kompetenztraining in Rollenspielen oder bei der Einstellungsveränderung durch kognitive Umstrukturierung einen möglichst deutlichen Erfolg zu erzielen. Bei Patienten in der Maintenance-Phase ist v. a. die Förderung von Selbstwirksamkeitsüberzeugung entscheidend. Hier kommt es im Rahmen einer effektiven Vorbereitung auf die Zeit nach der Behandlung (Rückfallprävention) darauf an, durch immer stärkere therapeutische Zurückhaltung bei immer schwereren Therapieaufgaben unter Alltagsbedingungen eine möglichst stabile internale Attribuierung der Veränderungserfolge durch den Patienten zu erzielen (Lindenmeyer, 2018).

## **2.6 Aus der Therapieforschung ableitbare Therapieprinzipien**

Das Therapiekonzept der Psychosomatikabteilung orientiert sich an folgenden Therapieprinzipien der Verhaltensmedizin:

### **2.6.1 Ganzheitlicher Therapieansatz**

Entscheidend für die Chronifizierung von psychosomatischen Beschwerden sind weniger die ursprünglichen Entstehungsbedingungen, als vielmehr die Entwicklung von psychophysiologischen Regelkreisen sowie ein zunehmendes Vermeidungsverhalten und schließlich eine wachsende Demoralisierung der Betroffenen:

- Betroffene und ihre Bezugspersonen reagieren auf körperliche und psychische Beschwerden nicht einfach passiv, sondern suchen aktiv nach Linderung oder Bewältigung. Durch ein sich gegenseitiges Aufschaukeln von kognitiven Bewertungsprozessen, Wahr-

nehmungsveränderungen und physiologischer Erregung können hierbei sog. „Teufelskreise“ entstehen, die dann ihrerseits wiederum die Symptomatik verschlimmern.

- Viele Rehabilitand\*innen flüchten sich in Vermeidungsverhalten, um sich kurzfristig in ihren Beschwerden zu entlasten und gleichzeitig Verständnis und Zuwendung durch ihre Umwelt zu erlangen. Langfristig wird aber dieses Vermeidungsverhalten selbst zum wesentlichen Bestandteil der Störung, indem die Betroffenen dadurch keine korrigierenden Erfahrungen mehr machen und ihr Alltagsleben immer stärker beeinträchtigt wird.
- Erfolglose Bewältigungsversuche der Betroffenen im Umgang mit ihrer Problematik sowie die zunehmende Beeinträchtigung des Alltagslebens durch ihr Vermeidungsverhalten führen oftmals zu Demoralisierung und Depression bis hin zu Rentenbegehren oder sogar suizidalen Handlungen.

Entscheidend für den Therapieerfolg ist eine konzentrierte und unmittelbare Überwindung dieser chronifizierenden Bedingungen mittels eines ganzheitlichen Therapieansatzes. Entsprechend erfolgt in der *salus klinik Lindow* eine Integration moderner medizinisch-pharmakologischer, psychologischer und sozialtherapeutischer Behandlungsansätze in einem interdisziplinären Team. Die Größe der Klinik ermöglicht eine besondere Breite der spezifischen Therapieangebote. Gleichzeitig eröffnet die entsprechend umfangreiche und qualifizierte Ausstattung der verschiedenen Abteilungen die Möglichkeit einer möglichst hohen Verdichtung der stationären Behandlung, um einerseits die Erfolgserlebnisse und das Kompetenzerleben von Rehabilitand\*innen zu intensivieren und andererseits die Ausfallzeiten der Betroffenen in Beruf und Familie auf ein Minimum zu reduzieren.

### **2.6.2 Störungsspezifische Intervention**

Zur Ermöglichung eines optimalen Therapieerfolgs ist eine Rehabilitationsbehandlung der individuellen Problematik der Rehabilitand\*innen, ihrer Gedankenwelt, ihren sozialen Umweltbedingungen und Beziehungsstrukturen sowie ihren Lebenszielen und Werthaltungen anzupassen. Entsprechend werden in der *salus klinik Lindow* keine Standardprogramme mit einem Schwerpunkt auf störungsübergreifender Gruppentherapie durchgeführt. Grundlage für die Planung der Therapie jeder/s einzelnen Patientin/en sind vielmehr die Ergebnisse einer mehrtägigen Diagnostikphase. Der Schwerpunkt der Behandlung liegt auf einer engmaschigen, störungsspezifischen Einzel- bzw. Kleingruppentherapie. Der zeitliche Umfang einzelner Therapiemaßnahmen und die Dauer der Gesamtbehandlung werden im Rahmen der Kostenzusagen der Leistungsträger individuell und gemeinsam mit den Rehabilitand\*innen abgestimmt. Angestrebt wird ein möglichst einfacher und gradliniger Gesamtbehandlungsplan nach dem Prinzip der minimalen Intervention. So wird verhindert, dass zu komplexe, aus vielen Komponenten bestehende Therapieprogramme sich negativ auf die Selbstwirksamkeitserwartung der Rehabilitand\*innen und den Therapieerfolg auswirken.

### **2.6.3 Transparenz / Eigenverantwortung**

Häufig befinden sich Rehabilitand\*innen in einem Ambivalenzkonflikt zwischen einem ausgeprägten Änderungsbegehren und dem Bedürfnis nach Bewahrung vorhandener Einstellungen, Gewohnheiten und Verhaltensweisen. Dies kann den Erfolg einer Behandlung besonders dann in Frage stellen, wenn die eigene Furcht vor Veränderung den Betroffenen nicht ausreichend bewusst ist. Der Erfolg einer Rehabilitationsmaßnahme hängt wesentlich davon ab, ob es gelingt, vorhandene Ambivalenzkonflikte möglichst vor Beginn der eigentlichen Interventionen offen anzusprechen. Vor diesem Hintergrund wird die Bedeutung der informierten und freiwilligen Therapieentscheidung der Rehabilitand\*innen („informed consent“) deutlich: Nur Rehabilitand\*innen, die sich informiert und freiwillig dafür entscheiden, etwas Unangenehmes zu tun, werden im Sinne von Dissonanzreduktion diese Entscheidung aufwerten und damit langfristig für richtig halten.

Unsere therapeutische Grundhaltung ist das Verhandeln von Therapiezielen und Therapiemaßnahmen mit unseren Rehabilitand\*innen. Wir sehen es als unsere Aufgabe an, Rehabilitand\*innen zur aktiven und selbstgewollten Teilnahme an den indizierten Therapiemaßnahmen zu motivieren. Gemeinsam mit den Rehabilitand\*innen wird auf der Grundlage einer umfangreichen medizinischen und psychologischen Diagnostik das Für und Wider verschiedener Erklärungs- und Behandlungsmöglichkeiten detailliert erörtert und schließlich ein konkreter Behandlungsplan vereinbart. Grundlage der therapeutischen Zusammenarbeit ist eine exakte Protokollierung aller therapeutischen Aktivitäten durch die Rehabilitand\*innen in einem persönlichen Therapiebuch. Die Rehabilitand\*innen tragen während des Tages ihre Vorhaben und deren Erledigung ein. Außerdem werden hier alle medizinisch-therapeutischen Vereinbarungen festgehalten.

### **2.6.4 Alltagsnähe**

Psychosomatische Beschwerden werden durch chronisches Krankheitsverhalten sowie gelernte Hilflosigkeit und eine geringe Selbstwirksamkeitsüberzeugung verfestigt. Der Erfolg einer Therapie ist somit weniger das unmittelbare Ergebnis von Selbsterkenntnis und Einsicht, sondern entsteht erst durch die konsequente und situationsangemessene Umsetzung dieser Erkenntnisse in gezielte Patientenaktivität.

Um einen möglichst stabilen Transfer der Therapieerfolge im Alltag der Rehabilitand\*innen zu gewährleisten, sind alle Behandlungsangebote der salus klinik Lindow darauf ausgerichtet, Rehabilitand\*innen zur Erprobung von konkreten Verhaltensänderungen in typischen Alltags- und Auslösesituationen anzuregen. Der Behandlungsschwerpunkt liegt auf gezielten Übungsaufgaben für die Rehabilitand\*innen in der Realität im Sinne einer Expositionsbehandlung *in vivo*.

### **2.6.5 Bezugstherapie**

Chronifizierte psychosomatische Erkrankungen sind aufgrund ihrer Komplexität in der Regel nur im interdisziplinären Team behandelbar. Dabei besteht die Gefahr, dass die Vielfalt der nebeneinander bestehenden therapeutischen Beziehungen Rehabilitand\*innen überfordert bzw. verwirrt. Ein Durchlaufen mehrerer Abteilungen im Rahmen einer Behandlung mit immer neuen Ansprechpartnern und erneuter Befragung ist außerdem aufgrund des enormen Informationsaustauschbedarfs aller Beteiligten nur wenig ökonomisch. Entsprechend erfolgt die interdisziplinäre Behandlung in der salus klinik Lindow unter der Gesamtverantwortung der Leitenden Ärztin nach dem Bezugstherapie-Prinzip:

- Während der gesamten Behandlungszeit hat jede(r) Patient\*in eine(n) feste(n) Bezugstherapeutin/arzt, durch die/den eine kontinuierliche Überwachung des gesamten Rehabilitationsprozesses erfolgt.
- Ein(e) feste(r), während der gesamten Behandlung zuständige(r) Bezugstherapeut(in) (Diplompsychologe/In) für jede(n) Patientin/en koordiniert alle Therapiemaßnahmen, klärt Schwierigkeiten und ist in ihrer/seiner Verantwortlichkeit für die/den Patientin/en unmittelbar greifbar.
- Der/die Bezugstherapeut(in) begrüßt seine/ihre Rehabilitand\*innen, übernimmt die Eingangsdagnostik ebenso wie die Therapieplanung; er/sie begleitet die gesamte Therapie sowie die Einleitung der Weiterbehandlung/Nachsorge; bei einer Wiederaufnahme ist er/sie wieder Ansprechpartner der/s Patientin/en und der Angehörigen.

Damit dieses „Monitoring“ intern erfolgreich, transparent und mit wenig Aufwand erfolgen kann, bedienen sich der Bezugsarzt/-therapeut und alle übrigen am Behandlungsprozess Beteiligten einer selbst entwickelten EDV-Dokumentation (Pado), in der alle relevanten Daten für die Berechtigten verfügbar sind, von der Medikation bis zur Leistungseinschätzung und den Verlaufsdaten.

### **2.6.6 Teilhabebezogene Behandlung**

Aufgabe einer Rehabilitationseinrichtung ist es, über eine Krankenbehandlung hinaus schädigungsbedingte Funktionsstörungen, die nicht nur vorübergehender Natur sind, sowie drohende oder bereits manifeste Beeinträchtigungen der Teilhabe am beruflichen und gesellschaftlichen Leben zu vermeiden, zu beseitigen, zu bessern oder zumindest deren Verschlimmerung zu verhüten. In §1 des SGB IX wird die Förderung der Selbstbestimmung und der gleichberechtigten Teilhabe behinderter oder von Behinderung bedrohter Menschen als grundlegendes sozialpolitisches Ziel hervorgehoben. Selbstbestimmung, Gleichberechtigung und die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben, wozu an vorderer Stelle das Arbeitsleben zählt, hat der Gesetzgeber mit dem SGB IX zum Gegenstand des Leistungsrechtes gemacht. Für den unmittelbaren Therapieerfolg sind beruflicher Status, Wohnsituation, finanzielle Situation, das Ausmaß an sinnvoller Freizeitgestaltung, soziale Bindungen und die Integrität der Rehabilitand\*innen als soziale Rahmenbedingungen von entscheidender Bedeutung.

Die salus klinik Lindow trägt durch eine umfangreiche Ausstattung spezifischer sozialmedizinischer und sozialtherapeutischer Diagnostikverfahren und Behandlungsangebote der Tatsache Rechnung, dass gerade angesichts struktureller Arbeitslosigkeit der Region die Vermittlung von spezifischen emotionalen und sozialen Fertigkeiten und Problemlösestrategien zur Erlangung einer regulären Erwerbstätigkeit bei einer Vielzahl der Rehabilitand\*innen entscheidende Bedeutung zukommt. Klinikeigene Werkstätten, die Möglichkeit zur Arbeitserprobung im Rahmen von Betriebspraktika, spezifische Trainings- und Unterstützungsangebote bei der Arbeitssuche, Schuldenberatung und Finanzschulung, Haushaltsführung, Selbstorganisation, Computerlehrgänge und schließlich umfassende Freizeitanregungen bieten die Möglichkeit, soziale Reintegration und (Wieder)-Teilhabe am Arbeitsleben zum unmittelbaren Schwerpunkt des Behandlungsplans einer/s Patientin/en zu machen.

### **2.6.8 Wissenschaftlichkeit**

Das Behandlungskonzept der salus klinik Lindow integriert auf der Basis einer verhaltensmedizinischen Grundorientierung ausschließlich Behandlungsmethoden, die sich empirisch besonders bewährt haben und folgt damit den AWMF-Leitlinien der jeweiligen Fachgesellschaften. Es erfolgen eine intensive Grundlagen- und Begleitforschung in Kooperation mit mehreren Universitäten sowie routinemäßige Katamneseuntersuchungen zur Evaluierung des Gesamtkonzepts und einzelner Therapiebausteine. Die kontinuierliche Weiterentwicklung des Behandlungskonzepts orientiert sich an den Ergebnissen dieser Untersuchungen. Die Mitarbeiter\*innen der Klinik werden im Rahmen von „Qualitätszirkeln“ zur Mitwirkung an der Optimierung und Weiterentwicklung des Behandlungsangebots ermutigt und bei der Durchführung wissenschaftlicher Untersuchungen unterstützt.

### **2.6.9 Servicehaltung**

Die salus klinik Lindow versteht ihre Arbeit als Dienstleistung gegenüber den Rehabilitand\*innen. Bei der Entwicklung der Therapieorganisation wurde besonders darauf Wert gelegt, das beeinträchtigte Selbstwertgefühl der Rehabilitand\*innen nicht durch therapeutische Bevormundung und Einschränkungen noch weiter zu schwächen. Ein wesentliches Anliegen der Supervision aller therapeutischen Mitarbeiter\*innen der Klinik ist es, sie bei der Abstimmung ihres Interaktions- und Beziehungsverhaltens auf die Bedürfnisse ihrer Rehabilitand\*innen und bei der Gestaltung einer Veränderungsmotivation fördernden Atmosphäre zu unterstützen. Alle organisatorischen Abläufe der Klinik orientieren sich an der Würde und Selbstverantwortlichkeit der Rehabilitand\*innen. Diese Haltung ist aber nicht zu verwechseln mit einer willfährigen Wunscherfüllung. Wir verhandeln mit unseren Rehabilitand\*innen das Fordern und Fördern auf Gegenseitigkeit. Das heißt zum Beispiel, dass eine erwartbare und vereinbarte Mitwirkung auch eingefordert wird, und es wird kenntlich gemacht, wo wir Differenzen zwischen dem wahrnehmen, was der Patient möchte und was er unserer Meinung nach braucht.

### 3. Indikation, Behandlungsziele und Behandlungsdauer

Aufgrund der größenbedingten Vielfältigkeit der Therapieangebote der salus klinik Lindow kann ein weites Spektrum von Psychosomatischen Beschwerden sachgerecht und individuell behandelt werden. Die Behandlungsdauer und die Behandlungsschwerpunkte werden entsprechend nach Indikation und entsprechend der im Vorfeld getroffenen Entscheidung in Form der Bewilligungsbescheide individuell vereinbart.

#### 3.1 Indikationskriterien

Aufgenommen werden volljährige Frauen und Männer mit vorliegendem Bewilligungsbescheid der Rentenversicherungsträger bzw. mit Kostenzusage oder als Privatzahler, die ein oder mehrere Störungen aus folgenden Bereichen haben:

- Angst- und Zwangserkrankungen (F40.x, F41.x, F42.x,)
- Reaktionen auf schwere Belastungen (F43.x)
- Persönlichkeitsstörungen (F60.x nach ICD-10),
- Depression (F3x.x nach ICD-10)
- nicht-organische Schlafstörungen (F51.x)
- Nikotinmissbrauch und -abhängigkeit (F17.1, F17.2x nach ICD-10)
- chronische Schmerzsyndrome (F45.8, G.43.x, G.44.x nach ICD-10)
- pathologische Glücksspiel (F 63,0 nach ICD-10)
- pathologischer PC- und Internetgebrauch (F68.8 nach ICD-10)
- Essstörungen (F50,x nach ICD-10)
- Alkohol oder Medikamentenmissbrauch (F10.1, F13.1, F15.1, F19.1, F55 nach ICD-10)

Für folgende körperliche Erkrankungen gibt es besondere Behandlungsangebote:

Diabetes mellitus,

Adipositas

Gedächtnis- und Konzentrationsstörungen (F1x.5 nach ICD-10).

Erfahrungsgemäß ist eine stabile Veränderungsmotivation bei der Mehrzahl der Rehabilitand\*innen bei Klinikaufnahme nicht gegeben. Sie ist daher auch keine Voraussetzung für die Klinikaufnahme. Vielmehr ist die Erzeugung bzw. Förderung von Veränderungsmotivation integraler Bestandteil unseres Behandlungskonzepts

Kontraindikationen für eine Aufnahme sind akute Suizidalität und akutes psychotisches Geschehen, ansteckende körperliche Krankheiten, die eine Gefährdung für MitRehabilitand\*innen darstellen, sowie durch Ansteckung gefährdete körperliche Krankheiten. Rollstuhlfahrer, permanent gehunfähige oder bettlägerige Patienten können nicht aufgenommen werden. Bei Vorliegen einer stoffgebundenen Abhängigkeit ist bei vorab gegebener Zustimmung des Leistungsträgers eine interne Verlegung in die Abteilung für Abhängigkeits-erkrankungen erforderlich.

Voraussetzung für die Behandlung ist in jedem Fall die in der Regel durch den Leistungs- bzw. Kostenträger festgestellte Rehabedürftigkeit, Refähigkeit und ausreichend günstige Rehaprognose einer/r Patient\*in. Entsprechend ist die Behandlungsgrundlage entzogen, wenn sich im Verlauf der Behandlung Hinweise ergeben, die begründete Zweifel hieran aufkommen lassen. Eine fragliche Behandlungsindikation kann in Absprache mit dem Vorbehandler bzw. dem Leistungsträger durch ein Vorgespräch in der Klinik abgeklärt werden.

### **3.2 Die Indikation zur stationären Behandlung**

Die üblichen Diagnosegruppen geben keine oder nur grobe Orientierungshilfen für die Entscheidung zur stationären oder ambulanten Behandlungsform, da sie keine therapiebezogenen Entscheidungen zur Verfügung stellen. Neben der Ausprägung und Schwere des individuellen Störungsbildes stellen die Kontextfaktoren – sicherheitsrelevanter Arbeitsplatz, familiäre Situation, Wohnumgebung etc. – sowie das Wunsch- und Wahlrecht des Versicherten stets einen weiteren erheblichen Einflussfaktor für die Wahl der Behandlungsmodalität dar. Einer zumindest anfänglich stationären Rehabilitation wird Vorrang eingeräumt, wenn eines oder mehrere der folgenden Merkmale vorliegen:

- Die Befreiung aus einer aktuell belastenden, schwer erträglichen oder gar pathogenen Lebenssituation ist nötig oder zumindest günstig (z.B. Gewalt, destruktive Beziehungen; keine Wohnung, instabile Wohnsituation).
- Der Genesungsprozess wird durch starke Befindlichkeitsschwankungen und häufige Krisen so erschwert, dass eine ambulante Therapie nicht regelmäßig stattfinden kann bzw. kein Einsatz am Arbeitsplatz möglich ist.
- Die subjektive Sicherheit des Patienten bezüglich der Kontrolle des Problemverhaltens ist gering: Abbau der Demoralisierung, Stärkung der Hoffnung auf Erfolg und Motivierung sind vitale Themen.
- Die Bildung formeller und informeller Gruppen ist ambulant nicht möglich, aber die Aktivierung derartiger Wirkfaktoren ist von entscheidender Bedeutung.
- Mehrere spezifische Therapieangebote, die komplexe Probleme auf mehreren Ebenen gleichzeitig bearbeiten (z.B. bei Multimorbidität), sind erforderlich.

- Es ist viel Stützung und Sicherheit beim Experimentieren mit neuen, subjektiv ungewohnten Verhaltensweisen sowie bei dem systematischen Aufbau der Abstinenzhaltung empfehlenswert.
- Das soziale Umfeld hat so wenig unterstützende Funktion für Persönlichkeits- und Verhaltensänderungen, dass dies durch ambulante Hilfen nicht kompensiert werden kann.
- Es gibt Schwierigkeiten in der Beurteilung und Diagnose, denen nur durch die Möglichkeit zur zeitlich umfassenden und detaillierten Beobachtung und durch häufigen Kontakt begegnet werden kann.
- Die Fähigkeiten zur Bewältigung des täglichen Lebens sind so beeinträchtigt, dass die Belastungen aus Beruf und Familie nicht kompensiert werden können.

Je mehr Problembereiche vorliegen, desto dringlicher wird die Indikation zu einer stationären Therapie(phase), die mit einer hohen Dichte an verschiedenen Maßnahmen und mit stabilisierenden Rahmenbedingungen die notwendige Unterstützung gewährleistet.

### **3.3 Behandlungsziele**

Die folgende Unterteilung in Zieldimensionen und Zielbereiche erfolgt an Anlehnung an die Systematik der Abteilung für Medizinische Psychologie des Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (U. Koch) für das Peer-Review-Verfahren im Qualitätssicherungsprogramm der Gesetzlichen Rentenversicherung.

#### **Zielsetzungen auf psychosozialer Ebene**

- 1. Motivierung zur aktiven Teilnahme und Änderung**
  - 1.1 Entwicklung eines tragfähigen therapeutischen Arbeitsbündnisses
  - 1.2 Wissen um Rolle und Aufgaben des Patienten in der stationären Rehabilitation
  - 1.3 Aufbau einer stabilen Psychotherapiemotivation
  - 1.4 Klärung von Werten und Zielen
  - 1.5 Vermittlung eines biopsychosozialen Krankheitsverständnisses
  - 1.6 Vermittlung eines Erklärungsmodells für die Entstehung und Aufrechterhaltung der Symptomatik
- 2. Konsum von psychotropen Substanzen**
  - 2.1 Klärung problematischer Konsummuster
  - 2.2 Vermittlung von Informationen zu psychotropen Substanzen
  - 2.3 Kenntnisse von Alternativen zum bisherigen Konsum
  - 2.4 Zielvereinbarung klären (Reduktion des Konsums; bedingte Abstinenz; nachhaltige Abstinenz)
- 3. Kompetenzen zur Stabilisierung der Einstellungsänderung**
  - 3.1 Erwerb eines konstruktiven Rückfallverständnisses
  - 3.2 Kenntnisse über einen ausgewogenen, bedürfnisorientierten Lebensstil
  - 3.3 Differentieller Abbau von Vermeidungsverhalten
  - 3.4 Angebote konsequent und sozial verträglich zurückweisen können



- 3.5 Verbesserung der Selbstkontrolle in Risikosituationen
- 3.6 Tagesstrukturierung durch gute Routinen
- 3.7 Antriebssteigerung
- 3.8 Abbau von Rückzugsverhalten; Beteiligung am sozialen Leben
- 3.9 Langeweile aushalten bzw. in der Erlebnisqualität verändern
- 3.10 Konstruktiver Umgang mit Ärger / Ungeduld
- 3.11 Förderung der Genussfähigkeit
- 3.12 Aktivierung von Ressourcen
- 3.13 Vorbereitung / Planung von Nachsorgemaßnahmen
- 4. Psychische Stabilisierung**
- 4.1 Ruhe und Erholung
- 4.2 Verbesserung der psychischen Belastbarkeit
- 4.3 Förderung der Entspannungsfähigkeit
- 4.4 Erwerb von Kenntnissen über Stressentstehung und -bewältigung
- 4.5 Erwerb von Stressbewältigungsfähigkeiten
- 5. Veränderung / Bearbeitung emotionaler Aspekte**
- 5.1 Emotionale Entlastung und Stabilisierung
- 5.2 Abbau von Schuldgefühlen / Scham
- 5.3 Verbesserung des Umgangs mit Ärger, Wut, Aggression
- 5.4 Unterstützung eines adäquaten Trauerprozesses
- 5.5 Stimmungsaufhellung
- 5.6 Abbau von Versagensängsten
- 5.7 Verarbeitung erlebter Kränkungen
- 5.8 Verbesserung der Impulskontrolle
- 5.9 Verbesserung der Affekttoleranz
- 5.10 Verbesserung in der Verarbeitung und im Ausdrücken von Affekten
- 6. Bearbeitung kognitiver Aspekte**
- 6.1 Verringerung von Bagatellisierung, Leugnung und Verantwortungsdelegation
- 6.2 Veränderung irrationaler Ideen und „Denkfehler“
- 6.3 Verbesserung der Problemlösefähigkeiten
- 6.4 Verbesserung der Konzentrationsfähigkeit
- 6.5 Kognitive Umstrukturierung
- 7. Soziale Kompetenz**
- 7.1 Sozial erfolgreiches Kommunikationsverhalten
- 7.2 Selbstsichere Verhaltensweisen zur Wahrnehmung persönlicher Rechte
- 7.3 Erkennen und Bearbeiten dysfunktionaler Beziehungsmuster
- 8. Intrapsychische Aspekte**
- 8.1 Verbesserung Konfliktwahrnehmung, Konflikttoleranz, Konfliktbewältigungskompetenz
- 8.2 Bearbeitung grundlegender intrapsychischer Konflikte (z.B. Autonomie – Abhängigkeit) von Schuld, Scham
- 9. Selbstbild / Selbstverantwortung**
- 9.1 Entwicklung eines realistischen Selbstbildes (Selbstwirksamkeit, Selbstvertrauen, Selbstwertgefühl)
- 9.2 Wahrnehmung eigener Ziele, Wünsche und Bedürfnisse
- 9.3 Steigerung der Selbstverantwortung / Eigenmotivation
- 10. Akzeptanz und Realität**
- 10.1 Erarbeiten einer Krankheitseinsicht

- 10.2 Wahrnehmung und Akzeptanz von Belastungsgrenzen
- 10.3 Körperakzeptanz
- 10.4 Erhöhung der Frustrationstoleranz
- 11. Bearbeiten biographisch relevanter Ereignisse**
- 11.1 Bewältigung einer vorangegangenen Trennung oder eines Verlustes
- 11.2 Bearbeitung traumatischer Lebensereignisse
- 11.3 Bearbeitung der biographischen Hintergründe der Symptomatik
- 11.4 Bearbeitung der Beziehungen zur Herkunftsfamilie
- 12. Sexualität**
- 12.1 Kenntnis der Zusammenhänge zwischen dem Konsum psychotroper Substanzen und Libido bzw. Sexualität
- 12.2 Besserung spezifischer Störungen
- 13. Änderung sonstiger Störungen**
- 13.1 Reduktion der Angstsymptomatik
- 13.2 Verbesserung der Angstbewältigungskompetenzen
- 13.3 Abbau von Vermeidungsverhalten
- 13.4 Reduktion der depressiven Symptomatik
- 13.5 Verbesserung der Depressionsbewältigungskompetenzen
- 13.6 Aktivitätssteigerung
- 13.7 Verbesserung der Tagesstrukturierung
- 13.8 Abbau des Rückzugsverhaltens
- 13.9 Verbesserung der Schmerzbewältigungskompetenzen
- 13.10 Normalisierung des Essverhaltens

## **Zielsetzungen auf somatischer Ebene**

- 1. Steigerung der körperlichen Leistungsfähigkeit**
- 1.1 Besserung der körperlichen Fitness (Kondition, Beweglichkeit, Kraft und Koordination)
- 1.2 Kräftigung der Rückenmuskulatur
- 1.3 Verbesserung der Körperwahrnehmung
- 2. Reduzierung von Risikofaktoren / -verhalten**
- 2.1 Gewichtsreduktion
- 2.2 Gewichtszunahme
- 2.3 Tabakabstinenz / -reduktion
- 2.4 Blutdruckeinstellung
- 2.5 Diabeteseinstellung
- 2.6 Senkung der Blutfettwerte
- 2.7 Verbesserung der Leberwerte
- 2.8 Verbesserung eventueller Krebsfrühstadien
- 3. Linderung spezifischer Störungen**
- 3.1 Lockerung der muskulären Anspannung
- 3.2 Verbesserung der kardiopulmonalen Belastbarkeit
- 3.3 Linderung von Beschwerden des Gastrointestinaltrakts
- 3.4 Linderung von Schmerzen im Wirbelsäulenbereich
- 3.5 Linderung von Gelenkbeschwerden
- 3.6 Linderung von Kopfschmerzen
- 3.7 Reduktion von Schlafstörungen

- 3.8 Stuhlgangregulierung von Abführmittel
- 4. Optimierung der Medikation**
- 4.1 Reduktion / Absetzen von Psychopharmaka
- 4.2 Ansetzen einer adäquaten Medikation
- 4.3 Verbesserung der Compliance bzgl. der Medikation
- 5. Diagnostische Abklärung des somatischen Zustandsbildes**

## **Zielsetzungen auf der Ebene der Aktivitäten und Partizipation**

- 1. Wiederherstellung / Erhalt der Arbeitsfähigkeit**
- 1.1 Sicherung des bestehenden Arbeitsplatzes
- 1.2 Klären belastender Faktoren am Arbeitsplatz
- 1.3 Verbesserung des beruflichen Leistungsvermögens
- 1.4 Klärung der quantitativen und qualitativen Leistungsfähigkeit
- 1.5 Erhöhung von Vermittlungschancen am Arbeitsmarkt
- 1.6 Erweiterung berufsbezogener Kompetenzen
- 1.7 Wiedereingliederung in das Erwerbsleben
- 2. Verbesserung von Problemen im interpersonellen Bereich**
- 2.1 Stärkung sozialer und interpersoneller Ressourcen für den beruflichen Bereich
- 2.2 Stärkung von interpersonellen Ressourcen in der Partnerschaft bzw. im sozialen Umfeld
- 3. Erarbeiten von Zukunftsperspektiven**
- 3.1 Klärung der weiteren beruflichen Zukunft
- 3.2 Erarbeiten von Zukunftsperspektiven im sozialen Bereich
- 4. Verbesserung der Freizeitgestaltung**
- 4.1 Erarbeiten einer sinnvoll erlebten Zeitstruktur
- 4.2 Erarbeiten und Stärken von Interessen
- 4.3 Erproben subjektiv zufrieden stellender Aktivitäten
- 5. Verbesserung der Alltagsbewältigung**
- 5.1 Klärung häuslicher Belastungen
- 5.2 Klärung und Verbesserung der finanziellen Situation / Umgang mit Geld
- 5.3 Verbesserung der Wohnsituation
- 5.4 Stärkung der Eigenständigkeit bzgl. Haushaltsführung

Eine zentrale therapeutische Aufgabe im Rahmen der Rehabilitationsbehandlung liegt darin, sich gemeinsam mit der/dem Patient\*in aus diesem Zielkatalog auf persönlich relevante und realistische Therapieziele zu verständigen. Mit Hilfe des „Goal-Attainment-Scaling“ (Kiresuk & Lund, 1978) wird in einem 2. Schritt jedes operationalisierte Ziel in fünf Ausprägungen definiert („viel besser als erwartet“, „besser als erwartet“, „erwartetes Ziel“, „schlechter als erwartet“, viel schlechter als erwartet“), um so den Behandlungsfortschritt für Patient\*in und Therapeut\*in transparent überprüfen zu können. Die so vereinbarten Therapieziele werden gemeinsam im Therapiebuch des Patienten und in der elektronischen Patientenakte (padodesk) fixiert, um allen an der Behandlung beteiligten Mitarbeiter\*innen stets präsent zu sein.

### 3.4 Behandlungsdauer

Die Behandlungsdauer ist zunächst durch die Kostenzusage der Leistungsträger vorgegeben. Entsprechend den Regelungen der Leistungsträger kann die Behandlungsdauer dem tatsächlichen Behandlungsbedarf nach oben oder nach unten angepasst werden:

- Bei den meisten Leistungsträgern kann eine Verlängerung von bis zu 2 Wochen ohne Beantragung lediglich durch Anzeige erfolgen. In diesem Fall ist diese Verlängerung im Rahmen sogenannter Budgetregelungen durch entsprechende Behandlungsverkürzung bei anderen Patienten auszugleichen.
- Wir konnten bei besonderer Indikation (Patient\*innen mit Essstörung und PTBS) mit dem Federführer eine Vereinbarung treffen, die Behandlung mit schriftlicher Begründung am Budget vorbei zu verlängern.
- Bei einigen Leistungsträgern und allen Kostenträgern ist eine Verlängerung schriftlich zu beantragen.

Gründe für eine Verkürzung der bewilligten Behandlung können darin liegen, dass:

- die Therapieziele des Patienten bereits ausreichend erreicht werden konnten
- eine ambulante Weiterbehandlung ausreichend erscheint
- keine Erwerbsfähigkeit erzielt werden kann
- keine Veränderungsbereitschaft erzielt werden kann.

Folgende Gründe können dagegen eine Verlängerung der ursprünglich bewilligten Behandlungsdauer erforderlich machen:

- Aufwändige Differentialdiagnostik zu Behandlungsbeginn
- Verzögerte Herstellung einer vertrauensvollen therapeutischen Beziehung
- Verzögerter Aufbau von Veränderungsmotivation
- Rückschläge bzw. Krisen im Behandlungsverlauf
- Verlangsamte Therapiefortschritte
- Therapieausfall durch interkurrente Erkrankungen
- Schwerwiegende Veränderungen im sozialen Umfeld des Patienten (z.B. Trennung, Kündigung, Wohnungslosigkeit)
- Nicht ausreichende Stabilisierung von Behandlungsfortschritten.

## **4. Klinik-Management und Struktur der salus klinik**

### **4.1 Strukturelle Bedingungen**

Unter Strukturqualität werden die Charakteristika eines Leistungserbringers verstanden, die im Zeitablauf relativ konstant sind. Dazu gehören die dem Leistungserbringer zur Verfügung stehenden Mittel und Ressourcen und die Bedingungen der physischen und organisatorischen Umgebung. Dies betrifft also die technischen und organisatorischen Voraussetzungen der Arbeit ebenso wie die Art und Anzahl der Mitarbeiter und deren Qualifikation. Die Strukturqualität soll die Bedingungen herstellen, die notwendig und hinreichend sind, um die Ziele einer geforderten Leistung ökonomisch und sicher zu erreichen.

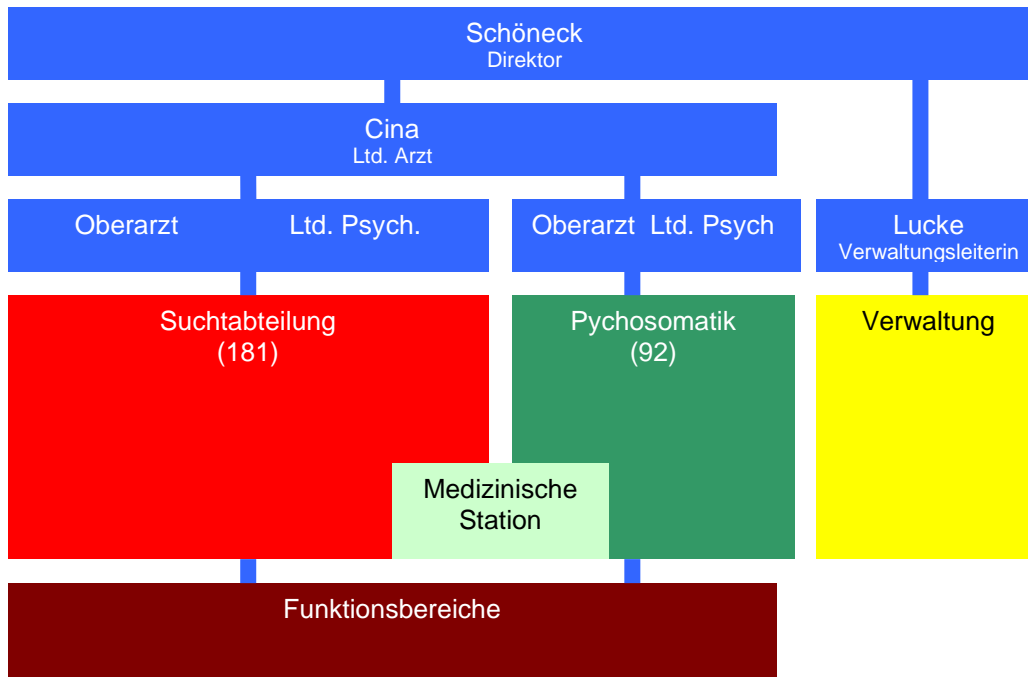
Die salus klinik Lindow wird hinsichtlich der Einhaltung der Strukturvoraussetzungen regelmäßig durch den federführenden Leistungsträger im Rahmen des Qualitätssicherungsprogramms der DRV überprüft (u. a. regelmäßige Visitationen, halbjährliche Personalstandsmeldung)

#### **4.1.1 Personelle Struktur**

Träger der salus klinik Lindow ist die Salus-Klinik GmbH & Co. Lindow KG, Sitz der Gesellschaft: Lindow, eingetragen: Amtsgericht Neuruppin, HRA 722 NP, Steuernummer: 052/163/00140, persönlich haftender Gesellschafter: Salus-Klinik GmbH, Sitz: 50354 Hürth (eingetragen: Amtsgericht Köln, HRB 44457) Geschäftsführer: Dr. Julia Domma-Reichart und Rodolfo Esteban Baumbach. Die Geschäftsleitung in Lindow liegt bei dem Direktor Robert Schöneck (Prokurist) und der Verwaltungsleiterin Frau Andrea Lucke.

Der Rehabilitationsprozess liegt in der Gesamtverantwortung des leitenden Arztes Reto Cina, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie.

Das Organigramm der gesamten Klinik ist in schematischer Darstellung (die Zahlen in den Abteilkästchen beziehen sich auf die Anzahl der Rehabilitationsplätze) als Organigramm wiedergegeben. In diesem Konzept wird im Weiteren nur noch auf die Psychosomatikabteilung eingegangen.



**Abb. 7:** Organigramm der salus klinik Lindow

Die Psychosomatikabteilung nutzt die Medizinische Station sowie die Funktionsbereiche gemeinsam mit der Suchtabteilung. Daher werden die dort tätigen Mitarbeiter\*innen im Stellenplan der Psychosomatikabteilung lediglich entsprechend dem Anteil der Psychosomatik-Rehabilitand\*innen an der Gesamtpatientenschaft (mit einem Faktor von  $92:273 = 0,34$ ) berechnet. Der Oberarzt der Suchtabteilung steht als Facharzt für Innere Medizin für internistische Konsile in der Psychosomatikabteilung zur Verfügung. Schließlich besteht wöchentlich die Möglichkeit zur Durchführung eines orthopädischen Konsils durch eine niedergelassene Fachärztin für Orthopädie in den Räumen der Klinik, mit der ein fester Vertrag besteht. Ansonsten sind beide Kliniken personell und räumlich voneinander separiert. Gemeinsame Veranstaltungen gibt es für die Patienten außerhalb der Freizeit lediglich bei der Nutzung von indikativen Therapieangeboten.

Die Psychosomatikabteilung besteht aus 1 Oberarzt (Facharzt für Psychosomatik), 2 Ltd. Psycholog\*innen, 4 Bezugssäzt\*innen, 12 Bezugstherapeut\*innen sowie 2 Sozialarbeiterinnen. Das Organigramm 2 zeigt die hierarchische Struktur und die inhaltliche Spezialisierungen einzelner Bezugstherapeut\*innen in der Psychosomatikabteilung.

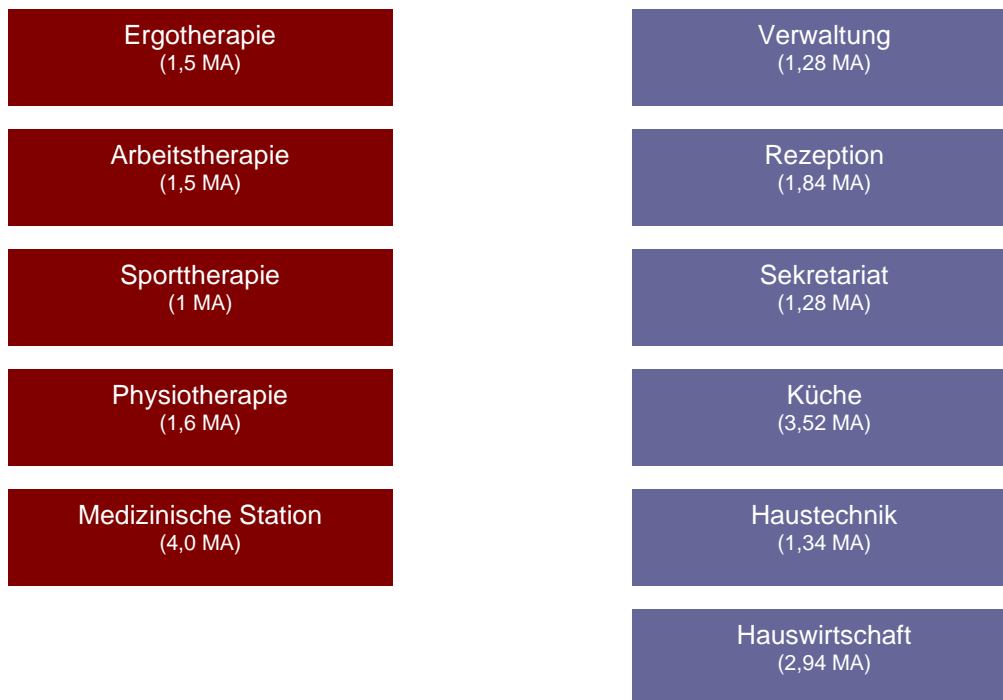


**Abb. 8:** Organigramm der Psychosomatikabteilung

Abbildung 9 fasst zusammen, welche Abteilungen zu den Funktionsbereichen und welche zur Verwaltung zählen. Bis auf einen Teil der Physiotherapie (Massage) und ein einzelnes Angebot der Sporttherapie (nordic walking) werden alle Leistungen durch das Personal der salus klinik Lindow erbracht. Die von unseren Ärzt\*innen verordneten Massagen werden in den Räumen der Klinik durch Angestellte einer benachbarten Praxis durchgeführt, mit der ein fester Vertrag besteht.

Unter dem Dach der Verwaltung finden sich die Küche, die Haustechnik und die Hauswirtschaft, die alle mit eigenem Personal betrieben werden. Die Klinik wird von unserem Hauswirtschaftsbereich gereinigt. Die Rehabilitand\*innen sind nur für das Sauberhalten ihres eigenen Zimmers verantwortlich. Die Endreinigung bei der Entlassung bzw. bei einem Zimmerwechsel übernimmt das Hauspersonal.

In 2021 wurde der Vertrag mit dem Caterer gekündigt und die Küche wieder von der Klinik betrieben. Unverändert sind die Köche diätgeschult und arbeiten eng mit der Diätassistentin der Klinik zusammen.



**Abb. 9:** Organigramm der Funktionsbereiche. Bei den angegebenen Mitarbeiterzahlen (MA) ist zu beachten, dass die tatsächliche Mitarbeiterzahl aufgrund der Mitnutzung durch die Suchtabteilung um den Faktor 0,36 verringert wurde.

## 4.2. Organisation des ärztlich-therapeutischen Personals

Das multiprofessionelle Team und seine gesamte multimodale Arbeit unterstehen dem Direktor und dem Leitenden Arzt.

Die für die unmittelbare Behandlung der Rehabilitand\*innen zentralen Personen sind die/der Bezugstherapeut\*in, die/der die Funktion eines Case-Managers ausübt, und die/der Bezugsarzt/ärztin in folgendem Zahlenverhältnis:

- Ein(e) Bezugstherapeut\*in der Psychosomatikabteilung betreut durchschnittlich 8 Rehabilitand\*innen in ihrer/seiner Bezugsgruppe. Außerdem beteiligt sie/er sich mit 1-2 weiteren Kolleg\*innen an der Durchführung eines 4-5 mal pro Woche stattfindenden indikativen Therapieangebotes
- Ein(e) Bezugsärztin/arzt betreut durchschnittlich 20 Rehabilitand\*innen.

Ergänzend sind Fachtherapeuten der Funktionsbereiche und das Personal der Medizinischen Station im Behandlungsprozess gemäß ihrer jeweiligen Funktion beteiligt.



Der aktuelle Personalstellenplan wird kontinuierlich mit dem federführenden Leistungsträger abgestimmt (siehe Anlage).

#### 4.2.1 Aufgaben der Mitarbeiter

Ziel der Organisation ist es, mit möglichst flachen Hierarchien zu arbeiten, also den Bezugstherapeut\*innen und –ärzt\*innen ein Arbeiten mit so viel Gestaltungs- und Entscheidungsspielraum zu ermöglichen und lediglich hierarchisch bedingte Arbeitszeitbeanspruchungen so gering wie möglich zu halten. Zugleich verlangen die ärztliche Verantwortung und das Qualitätsmanagement aber auch eine Kontrolle der Therapie, welche die Einhaltung der Standards prüft und gegebenenfalls Anleitung und Hilfe bereitstellt. Diesen beiden Zielen sind die Verteilung der Aufgaben und Funktionen sowie die Struktur der Kommunikation unter den Mitarbeiter\*innen verpflichtet.

Bereich / Funktion	Grundqualifikation	Zusatzqualifikation	Aufgaben
<b>Direktor</b>	Dipl.-Psych. M.Sc.	Approbation als Psych.Psychotherapeut Supervisor VT	Klinikmanagement Konzeptentwicklung Supervision
<b>Leitender Arzt</b>	FA für Psychiatrie u. Psychotherapie	Supervisorin VT Sozialmedizin und Reha- wesen	Ärztlich-therapeutische Leitung: Konzeptentwicklung, Therapiecon- trolling, Supervision, Berichtswe- sen, Hintergrunddienste
<b>Oberarzt</b>	FA für Psychosomatik	Sozialmedizin und Reha- wesen	Fachärztliche Supervision; Vertretung der Ltd. Ärztin Hintergrunddienste
<b>Leitende Psycho- loginnen</b>	Dipl.-Psych. Psych. Psychothera- peutin	Supervisorin VT	Psych. Supervision; Diagnostik; Therapieorganisation; Konzept- entwicklung
<b>Bezugstherapeuten</b>	Dipl.-Psych. M.Sc.	Approbation als (in Ausbildung zum) Psy- chotherapeut; Psychothe- rapeut*in in Weiterbildung	Case-Management, Diagnostik, Therapieplanung, Einzel- u- Grup- pentherapie; Indikationsgruppen, Dienste
<b>Bezugsärzte</b>	FÄ für Allgemeinmedi- zin, Assistenzarzt	in Ausbildung zur VT	Medizinische Versorgung in Diag- nostik und Therapie, 24-Std. - Bereitschaft, Indikationsgruppen, Dienste
<b>Fachtherapeuten der Funktionsbereiche</b>	Sozialarbeiter Ergotherapeuten Sportlehrer Physiotherapeuten Arbeitstherapeuten	Fachkunde Suchtpsycholo- gie MELBA Schulung EFL Schulung Tai Chi Lehrer	Sozialdienst Sporttherapie Physiotherapie (incl. EFL) Ergotherapie Arbeitstherapie (incl. MELBA) Indikationsgruppen
<b>Medizinische Station</b>	Krankenschwestern, -pfleger; Arzthelferin		24-Std. pflegerische Versorgung, Pflegedokumentation
<b>Verwaltung</b>	Leitung: Betriebswirt		Aufnahmesekretariat; Buchhal- tung; Rezeption / Zentrale; Be- richtsversand u. Dokumentati- onsverwaltung; Personalwesen;

			Buchhaltung; Haustechnik; Hauswirtschaft; Küche; EDV / QM.
--	--	--	--

## 4.2.2 Kommunikationsstrukturen

Die patientenorientierte Kommunikation der Mitarbeiter innerhalb der salus klinik Lindow verläuft kontinuierlich auf verschiedenen Ebenen:

- EDV – gestützte Patientendokumentation (PADO):  
Täglich werden über jede/n Patient/in die relevanten Verlaufsdaten aus Medizin – Pflege – Therapie und Behandlungsplanung bzw. -korrektur eingetragen. Durch ein EDV-Netzwerk, mit dem alle Mitarbeiter\*innen im medizinisch-therapeutischen Bereich verbunden sind, stehen die aktuellen Daten über die Rehabilitand\*innen allen Mitarbeiter\*innen gemäß ihren Benutzerrechten jederzeit zur Verfügung, so dass auch in Vertretungssituationen kein Informationsdefizit entsteht.
- EDV – Intranet:  
Ins Netzwerk werden täglich die Protokolle der aktuell relevanten Tagesereignisse gestellt, die allen Mitarbeiter\*innen zugänglich sind. Die diensthabenden Mitarbeiter\*innen werden über alle Sonderregelungen, die einzelne Rehabilitand\*innen betreffen, unterrichtet; Substanzkontrollen werden angeordnet und deren Ergebnis zeitnah rückgemeldet usw. Tägliche Treffen aller Mitarbeiter\*innen zur ausschließlichen Weitergabe von Sachinformationen sind deshalb nicht nötig, und die wichtigen Informationen erreichen so sicher und unverfälscht ihr Ziel.

Regelbesprechungen	Teilnehmer	Vorgabe/ grundsätzliche Inhalte	Zyklus	Dokumentation
<b>Leitungskonferenz</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dir.</li> <li>• LA</li> <li>• OA PS</li> <li>• LP PS</li> <li>• OA SU</li> <li>• LP SU</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Qualitätsmanagement</li> <li>• Öffentlichkeitsarbeit/ Marketing</li> <li>• Personalführungsfragen</li> <li>• Grundsätzliche Strategie</li> <li>• Konzeptentwicklung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wöchentlich Mo. 08.00 – 09.30 Uhr</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Maßnahmenliste (Outlook)</li> </ul>
<b>Qualitätszirkel</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nach vorheriger Festlegung durch Leitungsteam</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nach vorheriger Festlegung bzw. Vorgabe durch Leitungsteam</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nach Bedarf</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Protokoll/ Vortrag (vor Leitungsteam)</li> </ul>
<b>Klinikkonferenz</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ärztl.-therap. Ltg.</li> <li>• Alle therap. MA</li> <li>• PDL</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Info über wesentliche Kennzahlen des Unternehmens</li> <li>• Qualitätssicherung bzw. Qualitätsmanagement</li> <li>• Weiterentwicklung der Klinik</li> <li>• Gegenseitige Vorstellung neuer Konzepte</li> <li>• Bekanntgabe neuer MA</li> <li>• Fallvorstellung „journal club“</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wöchentlich Mi. 08.00 – 09.00 Uhr</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Protokoll Outlook</li> </ul>
<b>Haustreff</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alle VW-Bereiche</li> <li>• KL</li> <li>• VWL</li> <li>• PDL</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Investitionen</li> <li>• Abarbeiten von Patientenanregungen und –beschwerden</li> <li>• Personalführung</li> <li>• Qualitätssicherung</li> <li>• Ergebnisse aus wöchentlicher HW-</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wöchentlich Do. 13.30 – 14.30 Uhr</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Maßnahmenliste (Outlook)</li> </ul>

		Begehung <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ergebnisse aus jährlicher Klinikbegehung (KL/ VWL/ TL/ HWL)</li> <li>• Aktuelles</li> </ul>		
<b>Chefarztvisite</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• LA</li> <li>• BA</li> <li>• BT</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Therapiecontrolling</li> <li>• Indikationsentscheidungen</li> <li>• Sozialmedizinische Beurteilung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 3x pro Behandlung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pado</li> </ul>
<b>Supervision</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• SV</li> <li>• Betroffene therap. MA</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diagnostik</li> <li>• Therapieplanung und –optimierung</li> <li>• Krisenintervention</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nach Bedarf Ø 1x pro Wo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pado</li> </ul>

### 4.2.3 Supervision

Je nach Ausmaß der Berufserfahrung der Bezugstherapeut\*innen besteht die Supervision in unterschiedlicher Gewichtung aus folgenden Elementen: Vermittlung praxisbezogener theoretischer Kenntnisse, Hilfe oder Zweitsicht bei der Therapieplanung, Anleitung zur Durchführung von speziellen Techniken, Reflexion der Therapeut-Patient-Beziehung und „Monitoring“ des Therapieverlaufes. Die/der Supervisor/in vermittelt die Haltung, dass therapeutische Arbeit als ein ständiges Lernen von neuen Fertigkeiten, Einstellungen, Bewertungen, emotionalen Reaktionen und professionellem Handeln zu begreifen ist (Kanfer et al., 1996).

In stationärer Therapie müssen auch die spezifischen Regeln, die Organisation und das Leitbild der Klinik berücksichtigt werden. Ein/e hausinterne/r Supervisor/in hat den Vorteil, die Struktur und die therapeutischen Möglichkeiten der Klinik zu kennen, und als Mitverantwortliche/r für den Therapieprozess und das Behandlungsergebnis hat sie/er Zugriff zu allen Informationen über die Rehabilitand\*innen, ist also nicht nur auf den subjektiven Bericht der Supervisanden angewiesen. Außerdem kann manchmal ein akutes Eingreifen notwendig sein, z.B. bei Abbruchtendenzen, disziplinarischen Problemen oder drohender Suizidalität. Hier sind kurzfristig Hilfestellungen durch eine/n jederzeit verfügbare/n interne/n Supervisor/in möglich, die von externen Supervisoren nicht geleistet werden können. Vor diesem Hintergrund wird in der salus klinik Lindow das Modell „hausinterne Supervision“ bevorzugt.

Um eine möglichst kurzfristige Supervisionsmöglichkeit (innerhalb 1 Tages) zu sichern und die Supervisionsressourcen optimal an den unterschiedlich hohen Supervisionsbedarf jeder/s Mitarbeiterin/s anpassen zu können, geben alle 4 Supervisor\*innen Supervisionszeiten frei, die dann von den behandelnden Mitarbeiter\*innen nach Bedarf gebucht werden können. Dadurch kann das Ausmaß der Supervision bei jeder/m Mitarbeiter/in stark variieren, im Schnitt erhalten therapeutische Mitarbeiter\*innen aber 60 Minuten Einzel- bzw. Teamsupervision pro Woche. Die Inhalte der Supervision werden in der elektronischen Patientenakte fixiert. Außerdem erfolgt die Supervision entsprechend den Grundsätzen der Weiterbildungsinstitute videounterstützt. D.h. mit vorheriger Zustimmung der Rehabilitand\*innen werden die Therapiesitzungen aufgenommen, die Aufnahmen bilden dann die

Grundlage der Supervision. Außerdem besteht die Möglichkeit der Nutzung von Einwegscheiben zur Supervision von gruppentherapeutischen Angeboten.

In der Supervision stehen das Behandlungsanliegen der Rehabilitand\*innen und die darauf gerichtete Optimierung des Therapeutenverhaltens im Mittelpunkt. Der Supervisionsprozess wird in Anlehnung an die verschiedenen anerkannten Supervisionsmodelle (vgl. Lindenmeyer, 1997; Lohmann, 2000) gestaltet. Ähnlich wie in der Selbstmanagement-Therapie, die Therapie als Problemlöseprozess betrachtet, wird auch die Supervision als ein Prozess zur Identifikation von Lösungen für konkrete Probleme betrachtet.

### **4.3 Raumkonzept / Ausstattung**

Die Psychosomatikabteilung der salus klinik Lindow stellen ein 3 stöckiges Gebäude (Haus A) und ein 3 stöckiger Neubau (Haus K) dar. Hier befinden sich 20 Mitarbeiterbüros und 7 Gruppentherapieräume (teilweise mit Videoausrüstung bzw. Einwegscheibe), 1 Vortragsraum, 2 Fernsehräume, sowie 4 Aufenthaltsräume. Die Unterbringung der Psychosomatikpatient\*innen erfolgt ausschließlich in Einzelzimmern. Auf ausdrücklichen Wunsch können Patienten auch in einem Zweibettzimmer untergebracht werden. Alle Patientenzimmer sind mit eigenem Bad, Telefon, Fernseher, Kühlschrank und Minisafe zum Verschluss von Wertsachen ausgestattet. Sie sind wohnlich mit dem Charakter von Hotelzimmern eingerichtet.

Die Medizinische Station verfügt über 18 Betten (8 2-Bettzimmer, 1 Einzelzimmer, 1 Überwachungszimmer), 1 Stationszimmer, 4 Behandlungs- bzw. Untersuchungszimmer, 6 Arztzimmer, 1 Sekretariat und 2 Aufenthaltsräume. Hier erfolgt die medizinische Aufnahmeuntersuchung, die Medikamentenausgabe, die Betreuung in Krisensituationen und die Behandlung interkurrenter Erkrankungen, die eine vorübergehende Isolierung oder engere Betreuung durch das Pflegepersonal erfordern. Die Aufnahmestation verfügt über ein Sonographiegerät mit Farbdoppler, ein EKG und Spirometrie. Für medizinische Notfälle stehen ein Defibrillator und ein Überwachungszimmer zur Verfügung. Die Labordiagnostik erfolgt durch ein externes Labor (Laborgemeinschaft Wittstock), die Medikamentenversorgung erfolgt durch die Apotheke der Ruppiner Kliniken, Neuruppin (tägliche Lieferung). Die Klinik ist rund um die Uhr ärztlich, therapeutisch und pflegerisch besetzt und verfügt über alle diagnostischen und therapeutischen Einrichtungen, die für die Rehabilitation erforderlich sind.

Die Sporttherapie verfügt über 1 Hallenschwimmbad (25 m), 1 Turnhalle (incl. Volleyballnetz, Tischtennisplatten und Bogenschießplatz), 1 Ergometertrainingsraum (6 Plätze), 1 Fitnessraum mit chipkarten-gesteuerten Trainingsgeräten, 1 Gymnastikraum, 1 Ruhe- und Entspannungsraum, 1 Sauna, 1 Kegelbahn und ein Mitarbeiterbüro. Den Rehabilitand\*innen stehen entsprechende Umkleieräume mit Dusche und Schließschränken zur Verfügung.

Die Physiotherapie umfasst 3 Behandlungsräume für Einzel- bzw. Kleingruppenbehandlung sowie 1 großen Übungsraum zur Evaluation funktioneller Leistungen (EFL) mit 23 Arbeitsstationen.

Die Ergotherapie verfügt über 2 große Gruppenräume, 1 Materialraum, 1 Brennofen und 1 Mitarbeiterbüro.

Die Arbeitstherapie umfasst eine Schreinerei (1 Werkraum, 1 Maschinenraum), eine Gärtnerei (umfangreiche Außenanlagen, 1 Gewächshaus, 1 Schulungsraum, 1 Mitarbeiterbüro), eine therapeutische Übungsfirma (23 EDV Arbeitsplätze, 1 Lagerraum 1 Mitarbeiterbüro) sowie eine Fahrradwerkstatt.

Der Cafeteriabereich verfügt über 2 große Aufenthaltsräume mit Musikanlage, 1 Kiosk, 1 Wasserzapfanlage, 1 Kaffeemaschine, 1 Billardtisch und 1 Klavier. Angrenzend befindet sich die Waschküche für Patienten mit 4 Maschinen, 4 Trocknern sowie Bügeleisen. Außerdem stehen den Rehabilitand\*innen drei Internetterminals, ein W-LAN Bereich, ein Infoterminal sowie eine Patientenbibliothek zur Verfügung,

Auf dem großen Klinikgelände mit Seeufer befinden sich viele Anlagen zur Freizeitgestaltung oder sportlichen Betätigung: Sportplatz, Minigolfanlage, Bouleplatz, Badestelle, Grillplatz, Liegewiese, Tischtennisplatten, mehrere überdachte Sitzplätze und Pavillons, Kinderspielfeld und einen Wohlfühl-Fußpark. Außerdem verfügt die Klinik über 100 Fahrräder, die von Rehabilitand\*innen gegen ein Pfand kostenlos ausgeliehen werden können.

In allen Klinikräumen und auf dem gesamten Klinikgelände herrscht Rauchverbot. Es wurden mehrere Raucherpavillons errichtet.

Alle Mitarbeiterbüros (incl. alle Funktionsbereiche) sind per PC mit dem Intranet verbunden als Voraussetzung für eine elektronische Patientenakte und eine schnelle wie sichere Kommunikation zwischen den Mitarbeiter\*innen. Leitende Mitarbeiter\*innen verfügen über einen PC mit externer E-Mail - Verbindung. Alle Bezugstherapeut\*innen verfügen über eine Videokamera, um Therapiesitzungen zu Supervisionszwecken zu dokumentieren.

## **4.4 Notfallmanagement**

Die medizinische Station ist rund um die Uhr mit einer Schwester besetzt, die die Station nie verlässt, um immer telefonisch erreichbar zu sein. Außerdem ist rund um die Uhr ein diensthabender Arzt in der Klinik, der ständig durch ein Funkgerät erreichbar ist. Schließlich ist rund um die Uhr ein ärztlicher Hintergrunddienst (alternierend Ltd. Arzt bzw. 3 Oberärzte) bestimmt, der über Haustelefon (während der Arbeitszeit) bzw. Diensthandy (außerhalb der Arbeitszeit) erreichbar ist.

Notrufe gehen immer direkt auf der medizinischen Station ein. Das weitere Notfallprocedere ist im Qualitätshandbuch beschrieben. Für verschiedene Notfallsituationen (Intoxikati-

on/Rückfall, Zwangseinweisung, Verlegung in Akuthaus, Feuersalarm, Evakuierung der Klinik im Katastrophenfall) existieren darüber hinaus ausführlichere, im Rahmen des Qualitätsmanagements gelenkte Handlungsanweisungen.

**Verantwortungen**

1-2  
jeder MA/  
jeder Patient

3-5  
PD

6-9  
DA

10  
PD/ DA

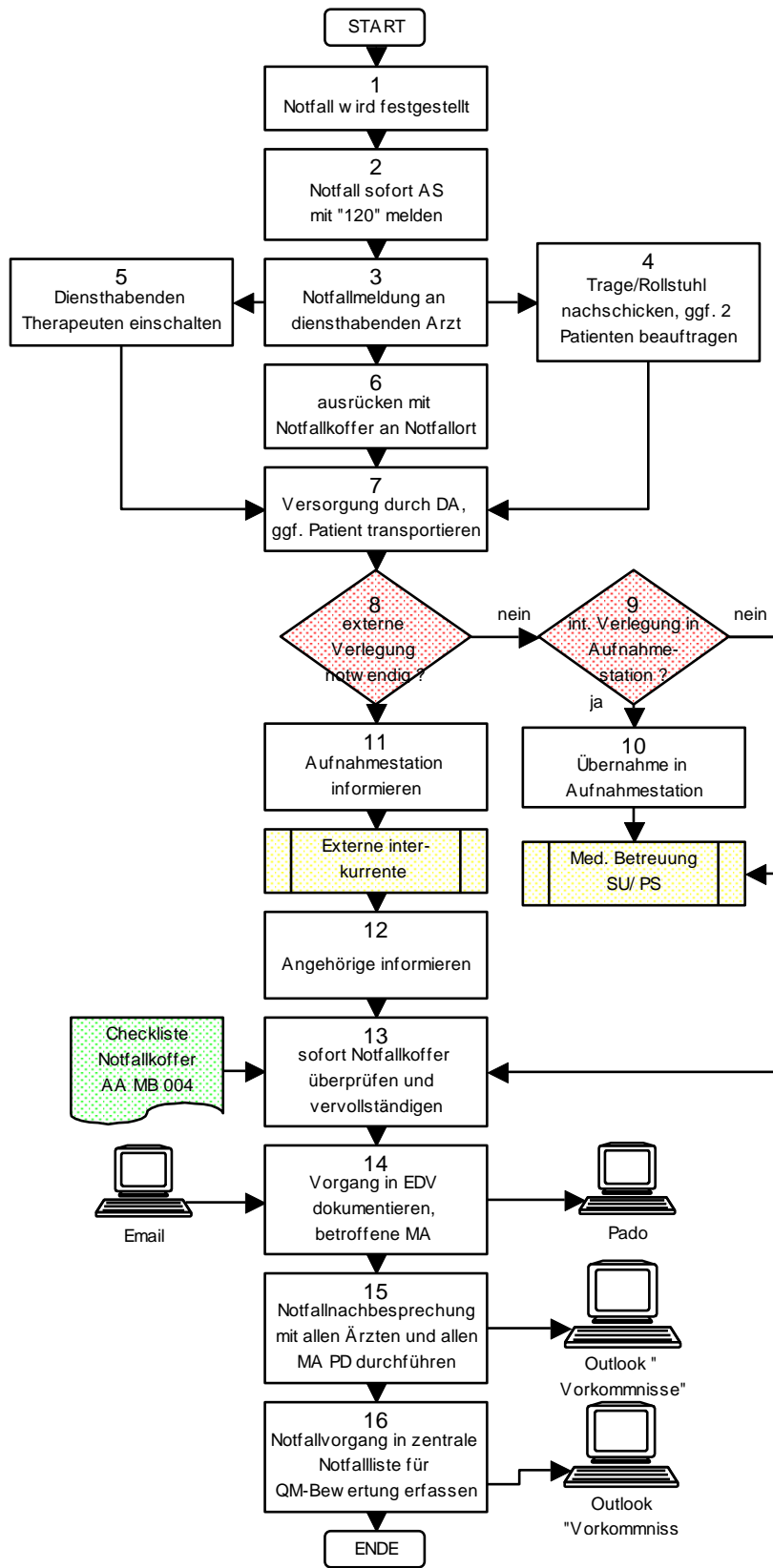
11-12  
DA

13  
PD

14  
DA

15-16  
LA/ OÄ

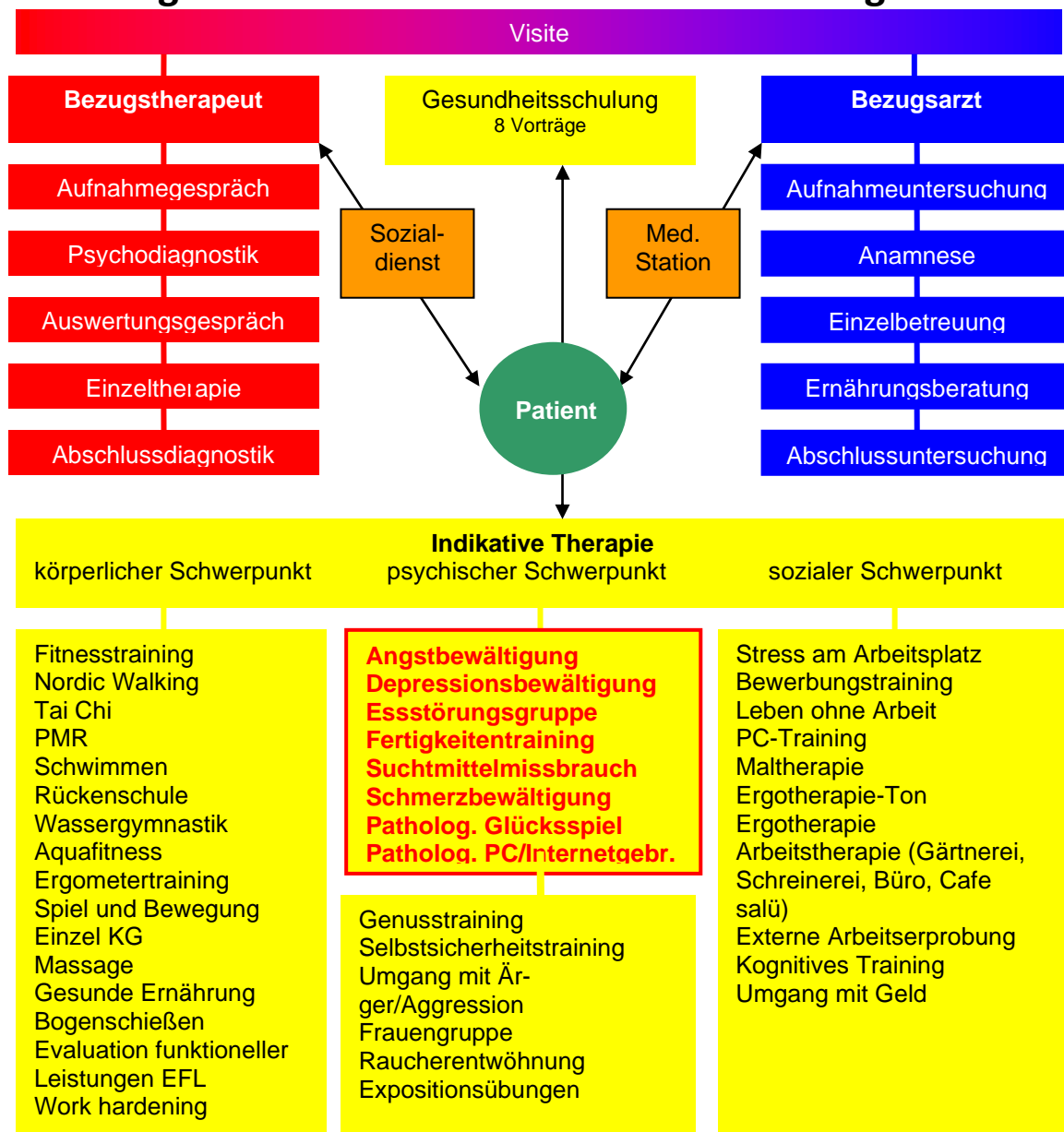
**Verfahrensablauf Teil 1 von 1**



**Bemerkungen**

- 2  
- 1: Wo ist es passiert ?  
- 2: Was ist passiert ?  
- 3: Wer ist betroffen ?
- 3  
Sprechfunk
- 4  
sofern keine 2.  
Schwester
- 6  
- inkl. Defi  
- der Notfallkoffer befindet sich im Schwesternzimmer der Aufnahme-station
- 7  
- der ranghöchste Arzt vor Ort übernimmt die Verantwortung, alle anderen MA haben ihn zu unterstützen  
- der Arzt bleibt so lange bei dem Verletzten, bis die weitere Versorgung durch Fachkräfte sichergestellt ist  
- Verletzte müssen durch den DA auch psychologisch betreut werden  
- Patient durch Körperkontakt und - nähe, z. B. Knien neben dem Patienten, beruhigen  
- Patienten ausschließlich mit der Trage/Rollstuhl transportieren !
- 8  
z.B.: Verlegung  
- in ext. Krankenhaus
- 13  
die Überprüfung des Notfallkoffers durch die PDL erfolgt nach jeder Benutzung
- 14  
ggfs. ext. Vordruck der Berufsgenossenschaft "Unfallmeldung" ausfüllen. Wenn zur Weiterbehandlung Taxikosten angefallen sind, ist das Formblatt
- 15  
Die Mitarbeiter werden bzgl. Erstmaßnahmen im Rahmen der med. Notfallversorgung in der internen Weiterbildung halbjährlich geschult

## 5. Organisation und Module der Behandlung



Anstelle von Standardbehandlungen sind wir bemüht, den enormen Unterschieden und individuellen Bedürfnissen unserer Psychosomatik-Rehabilitand\*innen durch zeitliche und inhaltliche Differenzierungsmöglichkeiten gerecht zu werden. Weil somit die inhaltlichen Schwerpunkte und die Dichte an Therapieangeboten bei Rehabilitand\*innen stark variieren können, so dass keine allgemeinen Wochenpläne für alle Rehabilitand\*innen entstehen. Vielmehr bekommt jede Patientin und jeder Patient durch die elektronische Patientenakte einen individuellen Therapieplan ausgedruckt. Beispiele für unterschiedliche Pläne finden sich im Anhang.

Wesentlich für das Verständnis der Behandlungsplanung ist, dass die Rehabilitanden die gebotene Vielfalt nicht als „therapeutischen Supermarkt“ missverstehen, aus dem man so viel wie möglich kostenlos mitnimmt, sondern dass in der gemeinsamen Therapieplanung die



Prioritäten so gesetzt werden, dass vor allem diejenigen Methoden in Anspruch genommen werden, die für einen nachhaltigen Rehabilitationserfolg notwendig und sinnvoll sind.

Als Lotsen bei der Zusammenstellung des individuellen Therapieplans fungieren dabei die Bezugärztin/der Bezugsarzt und die Bezugstherapeutin/der Bezugstherapeut im Sinne von Case Managern. Sie nehmen die Rehabilitand\*innen auf, führen die erforderlichen diagnostischen Untersuchungen durch und entwickeln auf dieser Grundlage gemeinsam den Rehabilitand\*innen einen Therapieplan von indikativen Therapieangeboten. Durch regelmäßige Einzelgespräche begleiten sie die Rehabilitand\*innen während der gesamten Behandlung und passen hierbei die indikativen Behandlungsangebote ständig den Veränderungsfortschritten der Patientin/des Patienten an. Bezugsarzt und Bezugstherapeut leiten gemeinsam mit dem Patienten die erforderlichen Weiterbehandlungen bzw. eine Nachsorge ein. Beide verfassen schließlich gemeinsam den Entlassbericht des Patienten.

Im Folgenden werden zunächst die Tätigkeit des Bezugsarztes und des Bezugstherapeuten beschrieben. Im Anschluss erfolgt ein Überblick über das indikative Therapieangebot der salus klinik Lindow.

## **5.1 Medizinische Versorgung durch den Bezugsarzt**

Die organmedizinische Versorgung unserer Rehabilitand\*innen ist geprägt von einer salutogenetischen Herangehensweise, orientiert an einem bio-psycho-sozialen Krankheitsmodell. Die Ärzte unserer Klinik verstehen sich als Coach, der den Rehabilitand\*innen hilft, einen eigenverantwortlichen Umgang mit ihrer Gesundheit zu finden. Dieses Vorgehen entspricht dem unserer Therapie zugrunde liegenden Selbstmanagement-Therapiekonzept.

### **5.1.1 Aufnahmeuntersuchung**

Die Rehabilitand\*innen erhalten direkt nach der Klinikaufnahme eine gründliche, körperliche Untersuchung einschließlich der Erhebung des aktuellen neurologischen und psychischen Status. Weiterhin werden umfangreiche standardisierte laborchemische Untersuchungen von Blut und Urin durchgeführt. Bei speziellen Fragestellungen sind gezielte Laboruntersuchungen vorgesehen. Alle Rehabilitand\*innen erhalten eine elektrokardiografische Untersuchung (EKG). Bei gegebener Fragestellung wird eine Sonographie des Abdomens, der Schilddrüse sowie der extrakraniellen und peripheren Gefäße durchgeführt.

Alle Ergebnisse werden unmittelbar in unserer elektronischen Patientenakte festgehalten, um allen an der Behandlung der Rehabilitand\*innen beteiligten Mitarbeitern zur Verfügung zu stehen.

## 5.1.2 Anamnese

Zu Beginn der Behandlung erfolgt eine umfangreiche medizinische Anamnese, die durch die elektronische Patientenakte geleitet folgende Bereiche umfasst:

- Eigenanamnese
- Aktuelle Beschwerden
- Familienanamnese
- Vegetative Anamnese
- Gynäkologische Anamnese

Alle Angaben der Rehabilitand\*innen werden unmittelbar in der elektronischen Patientenakte dokumentiert, um als Grundlage für die weitere Behandlungsplanung zur Verfügung zu stehen.

## 5.1.3 ärztliche Einzelbetreuung

**Einleitung einer verhaltensmedizinischen Perspektive:** Angesichts der somatischen Fixierung vieler Psychosomatik-Rehabilitand\*innen werden bei der Diagnostik entsprechend der Methode des „Trojanischen Pferdes“ zunächst in erster Linie organische Aspekte aufgegriffen und psychophysiologische Untersuchungsmethoden eingesetzt, um den Rehabilitand\*innen zu vermitteln, dass auch in der Psychotherapie die organischen Beschwerden einen hohen Stellenwert haben. Ausgehend von organischen Untersuchungen werden sukzessive immer mehr psychische Inhalte eingebaut.

**Konsiliardienst:** Durch entsprechende Vereinbarungen mit den Ruppiner Kliniken, dem Ärztezentrum Neuruppin sowie mehreren Fachärzten in der näheren Umgebung besteht die Möglichkeit, jede Konsiliaruntersuchung kurzfristig durchführen zu lassen. Die Fahrten werden durch einen Transportdienst der Klinik durchgeführt.

Bei Patienten mit Beschwerden des Muskel-Skelettsystems erfolgt eine Vorstellung bei der 1x pro Woche in der Klinik anwesenden Fachärztin für Orthopädie, die nach kurzfristiger Durchführung erforderlicher Untersuchungen in ihrer Praxis spezifische Behandlungsvorschläge unterbreitet und eine sozialmedizinische Begutachtung vornimmt.

**Absetzen von nichtindizierter Medikation:** Bei Psychosomatik-Rehabilitand\*innen erfolgt häufig eine symptomatische, medikamentöse Therapie über einen längeren Zeitraum. Entsprechend kommt ein erheblicher Anteil der Rehabilitand\*innen mit Medikamenten, die sie längerfristig eingenommen haben, die aber wenig erfolgreich waren, zur Behandlung in eine psychosomatische Klinik, verbunden mit häufigen Missbrauchs- und Sucht-, aber auch Complianceproblemen. Vor diesem Hintergrund erfolgt das Ausschleichen bzw. Absetzen von

nicht indizierter Medikation in Rücksprache mit den vorbehandelnden Ärzten als integrierter Bestandteil der Gesamtbehandlung.

**Überwindung von chronischem Krankheitsverhalten und Abbau von Risikoverhalten:** Das bei Psychosomatik-Rehabilitand\*innen häufig zu beobachtende chronische Krankheitsverhalten ist gekennzeichnet durch zunehmende Passivität und Hilflosigkeit der Betroffenen, eine übermäßige Inanspruchnahme medizinisch-diagnostischer Maßnahmen des psychosozialen Versorgungssystems, körperliches und soziales Schonverhalten sowie eine sozial und familiär stabilisierte Krankenrolle. Viele Patienten zeigen gleichzeitig ein gesundheitsschädliches Risikoverhalten in Form von weitgehender Missachtung körperlicher Warnsymptome (Ernährung, Rauchen, Arbeitsschutz, Sport) und mangelnder Compliance bei medizinischen Maßnahmen. Schwerpunkte der verhaltensmedizinisch orientierten Behandlung sind daher:

- die Vermittlung eines adäquaten, handlungsleitenden Krankheitsverständnisses,
- die Veränderungen von Schon- und Krankheitsverhalten,
- die Vermittlung eines konstruktiven Umgangs mit Schmerzen und anderen Körpersymptomen anstelle von Bagatellisierung bzw. Aggravierung,
- der Aufbau gesundheitsförderlicher Einstellungen und Verhaltensweisen (z.B. systematische Selbstbeobachtung oder Physiotherapie),
- ein konstruktiver Umgang mit medizinischen Hilfen und Medikamenten (u.a. die Erhöhung von Compliance bei notwendiger Dauermedikation, medikamentöser Neueinstellung, Handhabung bzw. Umstellung von Bedarfsmedikation),
- Abbau von unmittelbar gesundheitsschädlichen Verhaltensweisen (Rauchen, Ernährungsgewohnheiten).

#### **5.1.4 Ernährungsberatung**

Ungesunde Ernährung und Übergewicht stellen mittlerweile eines der wichtigsten Gesundheitsprobleme dar. Gleichzeitig haben sich die meisten Diätprogramme und Interventionen zur Gewichtsreduktion als vollkommen wirkungslos erwiesen. Die moderne Ernährungswissenschaft geht davon aus, dass Selbstmanagement-Methoden einen wichtigen Stellenwert in der Ernährungsberatung darstellen. Dieser Vorstellung fühlen wir uns verpflichtet und haben unser Konzept danach ausgerichtet, die Rehabilitand\*innen darin anzuleiten, eine gesunde Ernährung in ihre eigenen Hände zu nehmen.

Bei der Aufnahme in unserer Klinik werden anhand einer ausführlichen Diagnostik mit Aufnahmeuntersuchung und Anamneseerhebung, Laboruntersuchung, Abdomen-Sonographie und Bestimmung des Body-Maß-Index die Risikofaktoren erfasst. Jeder Patient erhält eine einführende Ernährungsberatung. Bezugsarzt und Bezugstherapeut motivieren den Patienten und bestärken ihn zu einer aktiven Einflussnahme auf seine Risikofaktoren. Selbstver-

ständig ist uns eine geeignete medikamentöse ständig ärztlich überwachte Einstellung einer vorhandenen Hypertonie oder eines Diabetes mell. mit der Verordnung einer entsprechenden Diabetes Diät, die von unserem Diätkoch in Zusammenarbeit mit dem internistischen Oberarzt zusammengestellt wird.

Bei Unverträglichkeitsreaktionen können die Rehabilitand\*innen in einem gemeinsamen Gespräch mit dem Küchenchef, dem Diätkoch und dem internistischen Oberarzt einen individuellen Speiseplan zusammenstellen, der entsprechende Wünsche berücksichtigt.

Ausgehend von Empfehlungen der DGE servieren wir dreimal in der Woche Fleisch und einmal Fisch. Des Weiteren werden für alle Mahlzeiten eine Nährstoffzusammensetzung und Kalorienangabe veröffentlicht, sowie für die angebotenen Nahrungsmittel Fett- und Kalorientabellen. Anstelle spezieller Ernährungsberatung oder Diätschulung setzen wir in der Klinik für alle Patienten konsequent die Kampagne der deutschen Gesellschaft für Ernährung um, fünf Portionen Obst und Gemüse am Tag zu essen. Übergewichtige Patienten werden zusätzlich der IG-Gesunde Ernährung zugeführt, in der eine behutsame Gewichtsreduktion durch normale Kalorienzufuhr an 3 Mahlzeiten und ausreichend Bewegung angestrebt wird.

Durch die behandelnden Bezugsärzte wird bei einer festgestellten Cholesterinerhöhung, bei Übergewicht und Bluthochdruck oder anderen Folgeerkrankungen von Übergewicht eine individuelle Ernährungsberatung angeboten.

Bei entsprechender Indikation nehmen die Rehabilitand\*innen täglich an spezifischen Angeboten zur Unterstützung gesundheitsbewusster Verhaltensweisen und zur Gewichtsabnahme in unserer Sporttherapie teil (Adipositasgruppe, Ergometer-Training, Fitness-Training). Spezielle Angebote für essgestörte Rehabilitand\*innen und Patienten sind die Gruppe Gesundheit und Ernährung für adipöse Rehabilitand\*innen und die Essgestörtengruppe für Anorexia N. und Bulimie. Um das Essverhalten zu optimieren nehmen diese Patienten ihre Mahlzeiten auch an einem therapeutisch-begleiteten Tisch ein.

Einmal wöchentlich findet durch unsere Fachärzte für Innere Medizin unter der Leitung des internistischen Oberarztes eine Diabetes-Sprechstunde statt, in der die medikamentöse Einstellung besprochen wird, Ernährungspläne ausgearbeitet werden und die Kontrolle der Blutzucker-Werte sowie des Gewichts gewährleistet ist.

### 5.1.5 Medizinische Abschlussuntersuchung

Jeder Patient erhält vor der Entlassung eine ausführliche Abschlussuntersuchung einschließlich einer Routinelaboruntersuchung. Die Abschlussuntersuchung erfolgt spätestens 2 Werktage vor dem Entlassungstermin, damit die Ergebnisse der Untersuchungen mit den Rehabilitand\*innen besprochen werden können, besonders im Hinblick auf die weiteren notwendigen medizinischen Maßnahmen nach der Entlassung aus unserer Klinik.

**Sozialmedizinische Begutachtung:** Die Sicherung bzw. Wiederherstellung eines mindestens 6-stündigen Leistungsvermögens ist das vorrangige Ziel jeder Rehabilitationsmaßnahme. In der Zusammenschau

- der körperlichen Untersuchungen,
- des psychopathologischen Befundes,
- der testpsychologischen Ergebnisse,
- der labordiagnostischen und technischen Befunde,
- fachärztlicher Befunde,
- eines Fähigkeitsprofils in Anlehnung an MELBA (siehe Kap. 6.13.3.2),
- eventueller externer Belastungserprobungen und
- des Fitness-Profiles

wird in einer wöchentlichen Teamsitzung der psychosomatischen Abteilung unter Leitung des leitenden Arztes eine sozialmedizinische Leistungsbeurteilung vorgenommen. Diese ist zeitlich so zu terminieren, dass die sozialmedizinische Beurteilung den Rehabilitand\*innen durch den Bezugsarzt rechtzeitig vor der Entlassung zur Kenntnis gegeben werden und eventuelle Divergenzen besprochen bzw. ausgeräumt werden können. Sollten Maßnahmen zur Teilhabe am Arbeitsleben notwendig erscheinen, wird in diesem Forum darüber entschieden und evt. die Vorstellung bei der Reha-Beraterin der Deutschen Rentenversicherung Bund eingeleitet, die regelmäßig in zweiwöchigem Abstand zu Beratungen in die Klinik kommt. Notwendige Maßnahmen zur Teilhabe am Arbeitsleben werden bereits während des stationären Aufenthaltes eingeleitet, sofern keine gravierenden Hindernisse dies unmöglich machen.

Jeder stationäre Rehabilitationsaufenthalt in unserer Klinik endet mit der Erstellung eines ärztlichen Entlassungsberichtes, welcher unter anderem die Funktion eines sozialmedizinischen Gutachtens hat. In diesem Bericht werden somit alle sozialmedizinisch relevanten Befunde zusammengefasst und in der sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung bewertet.

## 5.2 Medizinische Station

Die Medizinische Station ist Dreh- und Angelpunkt des organmedizinischen Handelns. Sämtliche technischen Untersuchungen und medizinischen Behandlungsmaßnahmen werden von hier aus organisiert.

Die Medizinische Station ist rund um die Uhr an allen Tagen des Jahres mit Krankenschwestern besetzt, die im Schichtdienst arbeiten. Der diensthabende Arzt übernachtet ebenfalls auf der Aufnahmestation, um in Krisenfällen kurzfristig erreichbar zu sein. Damit sind die Mitarbeiter der Medizinischen Station gemeinsam mit dem diensthabenden Arzt und dem diensthabenden Therapeuten die zentrale Anlaufstelle für Rehabilitand\*innen außerhalb des Regelbetriebs der Klinik. Die wesentlichen Aufgaben der Mitarbeiter der Medizinischen Station bestehen in der Begrüßung, der Einführung und der pflegerischen Aufnahme neuer Rehabilitand\*innen, in Vitalzeichenkontrollen, im Ausarbeiten der Patientenkurven, im Stellen und in der Ausgabe von Medikamenten, in der Unterstützung der Ärzte bei diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen sowie in der Durchführung von entlastenden Gesprächen bei Rehabilitand\*innen in krisenhaften Zuständen.

Rehabilitand\*innen, die aufgrund einer psychischen oder somatischen Krise überwacht werden müssen, werden aus dem Therapiebereich auf die Medizinische Station verlegt.

### **5.3. Psychotherapie durch den Bezugstherapeuten**

Die Psychotherapeutischen Angebote des Bezugstherapeuten unterscheiden sich danach, in welcher Phase sich Psychosomatik-Rehabilitand\*innen hinsichtlich ihrer Veränderungsbestrebungen befinden. Der Schwerpunkt der Behandlung liegt auf einem individuell unterschiedlichen Ausmaß an kontinuierlicher einzeltherapeutischer Betreuung durch die/den Bezugstherapeutin/en (mindestens 2 Einzelgespräche pro Woche) sowie an regelmäßiger Gruppenpsychotherapie innerhalb der störungsspezifischen Therapiegruppe (4 bzw. 5 x 90 Min pro Woche).

#### **5.3.1 Aufnahmegespräch**

Das Aufnahmegespräch dient zur Abklärung und der Anbahnung einer therapeutischen Beziehung und schließlich der ersten Informierung der Rehabilitand\*innen über das weitere Vorgehen, sowie der selektiven Indikationsstellung. Neben einer ersten Sichtung der individuellen Problematik jeder/s Patientin/en geht es vor allem darum festzustellen, in welcher Phase sie/er sich hinsichtlich der Auseinandersetzung mit ihrer/seiner Störung befindet. Schließlich wird die Notwendigkeit sozialer Versorgung (Schuldenregulierung, Übergangsgeld) abgeklärt. Alle Angaben der Rehabilitand\*innen werden unmittelbar in der elektronischen Patientenakte dokumentiert, um für die weitere Behandlungsplanung allen beteiligten Mitarbeiter\*innen zur Verfügung zu stehen.

Aus Sicht der Rehabilitand\*innen stellt das Aufnahmegespräch sozusagen die „Visitenkarte“ der Klinik dar und soll damit eine günstige Motivationsgrundlage für weitere Therapieentscheidungen der Rehabilitand\*innen schaffen helfen. Die Rehabilitand\*innen werden ermutigt, wichtige Bezugspersonen zur Aufnahme mitzubringen.

### 5.3.2 Psychodiagnostik

Organisation und Inhalte der Diagnostikphase orientieren sich an der körperlichen und psychischen Verfassung der Rehabilitand\*innen. Grundlegend sind Servicehaltung und Patientenorientierung der Therapeut\*innen.

Die psychologische Diagnostik umfasst im Einzelnen:

- störungsübergreifende Fragebogen in RehaScan

- SCL 90
- Therapieerwartung
- Unsicherheitsfragebogen UFB
- Fragebogen zur Lebenszufriedenheit FLZ
- BDI bzw. PHQ9
- AUDIT
- Angstfragebogen STAI
- Fagerström Test
- Fragebogen zum Essverhalten FEV
- Partnerschaftsfragebogen PFB
- Soziale Unterstützung SOZU
- Stressfragebogen SF12
- Arbeitsbezogene Verhaltens- und Erlebnismuster AVEM
- Medikamentenscreening KMM
- Lebenszufriedenheit SOEP

- störungsspezifische Fragebogen

Angststörungen (ACQ, BSQ, MI, VS, BAI, CCL, SIAS, SPS, WI)

Depression (VS, ADS, HS-Skala, IPC)

Zwangsstörung (HZI)

Essstörung (EDI-2, FFB, EDE-Q)

Persönlichkeitsstörung (PIKS, PSSI, FIE, IPC, SESA, ADS)

Somatoforme Störung (SOMS, SES, FESV, SES, ERSS, KKG, PDI, SESA, SF, ADS)

Pathologisches Glücksspiel (SOKRATES, SP, CQG)

Alkoholmissbrauch (SOKRATES, SP, FFT, DRC, BASU, CBQ)

- Fakultative Diagnostik

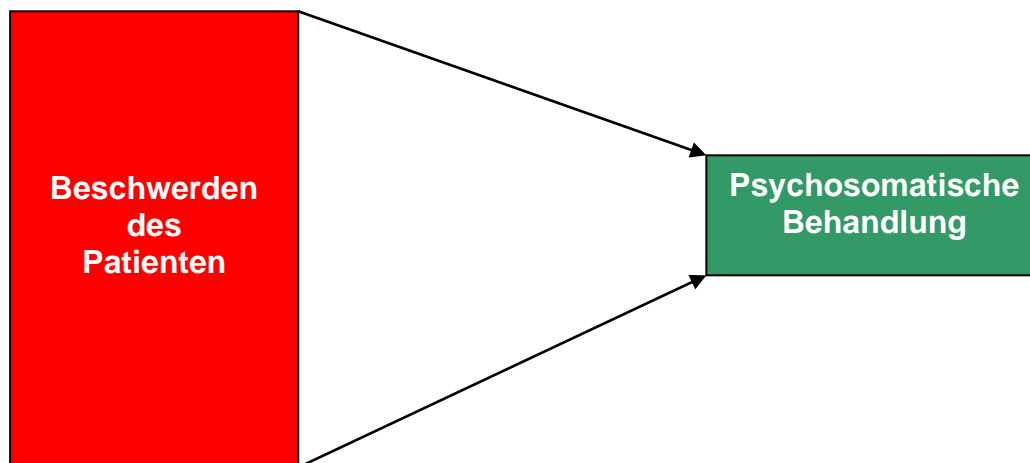
Bei Verdacht auf kognitive und intellektuelle Leistungsstörungen wird eine neuropsychologische Abklärung der Aufmerksamkeits- und Konzentrationsfähigkeit, des Gedächtnisvermögens sowie der allgemeinen kognitiven Flexibilität (v.a. Alertness, geteilte Aufmerksamkeit, selektive Aufmerksamkeit) in Form einer computergestützten Testbatterie (TAP - Testbatterie zur Aufmerksamkeitsprüfung) durchgeführt. Aufmerksamkeits-Belastungs-Test (d2), Kurztest zur Erfassung von Gedächtnis und Aufmerksamkeitsstörungen (SKT), Diagnostikum für Cerebralschädigung (DCS) und Mehrfachwahl-Wortschatz-Intelligenztest (MWT-B) sind weitere sinnvolle Instrumente.

### 5.3.3 Auswertungsgespräch

Eine gezielte und qualifizierte Rückmeldung der Diagnostikergebnisse stellt eine wichtige und effektive Intervention bei der Motivierung von Psychosomatik-Rehabilitand\*innen dar. Der Therapeut sollte hierbei lange und komplexe Ausführungen vermeiden, und auf einfache Formulierungen und logische Stringenz seiner Erklärungen achten. Er sollte insbesondere auf Skepsis oder Einwände der Rehabilitand\*innen eingehen. Das Auswertungsgespräch umfasst folgende Punkte:

- Rückmeldung der Diagnostik-Ergebnisse

Der Therapeut beginnt mit der Rückmeldung in Bezug auf mögliche psychische oder körperliche Problembereiche des Patienten. Es geht dabei darum, die z.T. ausschließlich organisch erlebte, sehr vielschichtige individuelle Problematik eines Patienten glaubhaft auf den Ansatz einer Psychosomatischen Behandlung zu konzentrieren.



**Abb. 10:** Rückmeldung allgemeiner Diagnostikergebnisse

Nach Möglichkeit ist eine Aneinanderreihung mehrerer Diagnosen zu vermeiden, sondern eine der folgenden 4 Rückmeldungen zu wählen:

- Beruhigung: „alles normal“
- Organische Beschwerden als Folge psychosozialer Belastung
- Psychosoziale Störung als Folge organischer Beschwerden
- Mehrere unabhängig von einander bestehende Probleme

- Erläuterung der individuellen Therapieindikation

Die Schlussfolgerungen aus der Rückmeldung zu den Diagnostikergebnissen für die weitere Behandlungsplanung sind jeweils anders akzentuiert je nachdem, in welcher Veränderungsphase der Patient sich in der Auseinandersetzung mit seinen psychosomatischen Beschwerden befindet:



- Precontemplation: Bei Patienten in der Precontemplationphase geht es bei der Rückmeldung der Diagnostikergebnisse darum, die Grundlage für ein psychosomatisches Verständnis der subjektiven Beschwerden zu schaffen. Zur Vermeidung von Reaktanz bzw. interaktionellem Widerstand sollten bei Widerspruch des Patienten allerdings keine weiteren Überzeugungsversuche gemacht werden. Entsprechend benötigen die Patienten in der Precontemplationphase im weiteren Therapieverlauf v.a. Informationen, die es ihnen unter Wahrung ihres Selbstwertgefühls erlauben, ihr organisch fixiertes Krankheitsmodell aufzugeben. Sie benötigen gleichzeitig interaktionellen Freiraum, um sich selbst entscheiden zu können.

- Contemplation: Für Patienten in der Contemplationphase geht es im weiteren Therapieverlauf in erster Linie darum, sie in einer psychosomatischen Betrachtungsweise ihrer Beschwerden zu bestärken und mit emotional „eindrucksvollen“ Informationen zu versorgen, die ihre Kosten-Nutzen-Analysen in Richtung aktiver Compliance gehen lassen. Gleichzeitig ist aber auch ihre Ambivalenz bezüglich möglicher Therapieziele und Veränderungsschritte zu entpathologisieren und ernst zu nehmen.

- Action: Die Rückmeldung der Diagnostikergebnisse zielt bei Betroffenen in der Action-Phase darauf ab, die Betroffenen in ihrer Änderungsbereitschaft zu würdigen und gezielte Möglichkeiten der Veränderung, voraussehbare Schwierigkeiten sowie der therapeutischen Unterstützungsmöglichkeiten bei ihrer Überwindung aufzuzeigen. Zunächst sollte die Selbstdiagnose der Rehabilitand\*innen bestätigt und möglichst viele beschämende/beunruhigende Details als normale Aspekte einer chronischen Erkrankung entpathologisiert werden. Anstelle internal stabiler Zielvariablen wie Motivation, Charakter, Willen sollte die Steigerung von Bewältigungsfertigkeiten von persönlich relevanten Belastungssituationen als Ansatzpunkt für eine Behandlung herausgestellt werden.

- Maintenance: Ziel der Rückmeldung der Diagnostikergebnisse bei Patienten in der Maintenance-Phase ist es, anstelle eines Alles-oder-Nichts-Denkens („ich habe es geschafft vs. ich bin wieder rückfällig“) Rückschläge als normalen Bestandteil eines längeren Bewältigungsprozesses zu vermitteln. Hierzu sollten die Rehabilitand\*innen in ihren trotz eines Rückfalls bereits bestehenden Ressourcen bestärkt und die noch fehlenden Fähigkeiten situativ eingegrenzt werden.

### **5.3.4 Einzeltherapie**

Die engmaschige Einzeltherapie mit mindestens 2 Kontakten pro Woche dient v.a. dazu, die Therapiemaßnahmen und die Therapiedauer individuell auf die Problematik des einzelnen Patienten abzustimmen. Um allerdings einerseits angesichts der beschränkten zeitlichen Ressourcen der Behandler in einer psychosomatischen Klinik zielgerichtet arbeiten zu kön-

nen und andererseits zu verhindern, immer wieder durch Konflikte im Klinikalltag in einer kontinuierlichen Therapie unterbrochen zu werden, haben die Einzelgespräche folgende Ablaufstruktur:

- Begrüßung
- Gab es erneutes Symptomverhalten oder Situationen, in denen der Patient Symptomdruck verspürt hat? (wenn ja, vorrangig bearbeiten)
- Gab es sog. "therapieschädigendes Verhalten" z.B. Nichtteilnahme, Nichterledigen von Aufgaben, Regelverstöße, negative Äußerungen über Therapie, kritische Rückmeldungen von therapeutischen Mitarbeitern? (wenn ja, vorrangig bearbeiten)
- Besprechung der Therapieaufgabe des Patienten aus der letzten Sitzung.
- Thema der Stunde
- Erneute Therapieaufgabe bzw. Wochenplanung für den Patienten

Die Frequenz der Einzeltherapie richtet sich nach der individuellen Indikation jedes Patienten. Bei vielen Rehabilitand\*innen sind 2 Einzelgespräche pro Woche ausreichend. Borderline-Rehabilitand\*innen haben in der ersten Therapiehälfte täglich ein Einzelgespräch, um selbstschädigendes Verhalten nicht durch in der Folge vermehrte Einzeltherapietermine ungewollt zu verstärken.

### **Verhaltensanalyse der psychosomatischen Beschwerden**

Die Verhaltensanalyse der psychosomatischen Beschwerden stellt häufig eine erhebliche motivationale Hürde dar. Sie impliziert eine veränderte Sichtweise der vorrangig einseitig organisch attribuierten Beschwerden und ein erhebliches Maß an kritischer Selbstreflexion, die am Behandlungsbeginn keinesfalls vorausgesetzt werden kann.

### **Erarbeitung eines individuellen Störungsmodells**

Für eine verhaltensmedizinische Behandlung ist entscheidend, dass den Rehabilitand\*innen ein einfaches, auf den Einzelfall abgestimmtes Erklärungsmodell ihrer Beschwerden vermittelt wird, aus dem unmittelbare Interventionen abgeleitet werden können. Anstelle von traitorientierten Begriffen wie „Willensschwäche“ oder einseitig organischen Erklärungsmodellen lässt sich ein bio-psycho-soziales Störungsmodell erarbeiten, das die situative Einbettung der subjektiven Beschwerden betont und die eigenen Einflussmöglichkeiten benennt.

### **Durchführung von einzeltherapeutischen Behandlungsmaßnahmen**

Den Bezugstherapeut\*innen stehen störungsspezifische, ausgearbeitete Behandlungsmanuale zur Behandlung auf verhaltensmedizinischer Grundlage zur Verfügung. Diese umfassen kognitive Intervention, Verhaltensaufbau und Kompetenztraining, die

Einbeziehung von Angehörigen und Partnern sowie die Einleitung und Durchführung von Expositionsübungen in vivo.

### ***Rückfallprävention***

Die Entstehung eines Rückfalls lässt sich als Folge von mangelnder Selbstwirksamkeitsüberzeugung und unzureichenden Bewältigungsfähigkeiten der Betroffenen in individuell relevanten Belastungssituationen beschreiben. Ein zentrales Anliegen der Rückfallprävention ist eine systematische Vorbereitung der Rehabilitand\*innen auf die kritische Zeit des ersten Jahres nach Abschluss der stationären Behandlung sowie die Erhöhung der Bewältigungskompetenzen von individuell relevanten Belastungssituationen.

### **5.3.5 Angehörigenarbeit**

Die wichtigsten Bezugspersonen der Rehabilitand\*innen werden, wenn sie bei der Aufnahme nicht anwesend waren, durch die Bezugstherapeut\*innen in einem ausführlichen Brief über das Behandlungskonzept informiert und zu einer aktiven Beteiligung an der Behandlung eingeladen.

Für alle Angehörigen und Bekannten von Rehabilitand\*innen findet jeden Samstag eine Informationsveranstaltung in der Klinik statt. In ihr werden das psychosomatische Krankheitsmodell und das Behandlungskonzept der Klinik erläutert. Außerdem besteht die Möglichkeit, auf Fragen von Angehörigen einzugehen.

Die engsten Lebenspartner eines Patienten werden nach Möglichkeit an der Einzeltherapie in Form von Paargesprächen beteiligt.

### **5.3.7 Störungsspezifische Gruppentherapie**

Die störungsspezifische Gruppentherapie findet 4-5 mal pro Woche á 90 Minuten statt. Die Teilnehmergröße beträgt max. 12 Rehabilitand\*innen. Die Gruppen werden immer von einem Tandem von 2 Bezugstherapeuten angeboten, um eine kontinuierliche Gruppendurchführung auch in Urlaubszeiten oder bei Erkrankung gewährleisten zu können. Wir haben in der Psychosomatikabteilung folgende Angebote:

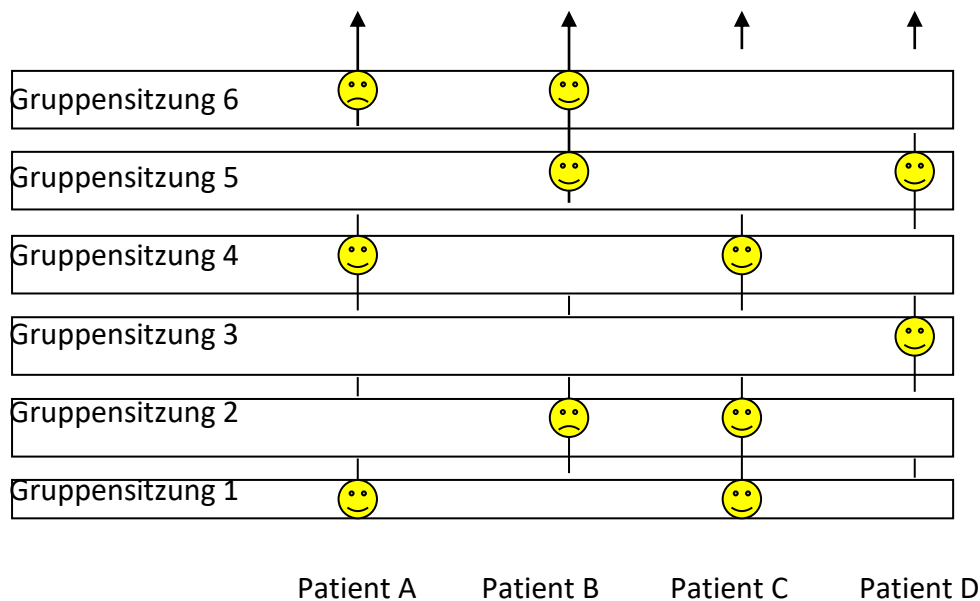
- Angstbewältigungsgruppe
- Depressionsbewältigungsgruppe
- Fertigkeitentraining für Persönlichkeitsstörungen
- Essstörungsgruppe
- Schmerzbewältigungsgruppe
- Pathologisches Glücksspiel

- Schmerzbewältigungstraining
- Gesundheitsinformation

Therapiebausteine	Ziele	Maßnahmen	Dauer	Dokumentation
Aus der Depression heraus	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Störungsverständnis</li> <li>• Aktivitätssteigerung</li> <li>• Identifikation und Veränderung depressiver Kognitionen</li> <li>• Aufbau von nichtdepressivem Interaktionsverhalten</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vermittlung von Erklärungsmodell</li> <li>• Situationsanalyse</li> <li>• Aktivitätsprogramm</li> <li>• Kognitive Umstrukturierung</li> <li>• Bearbeiten von Teilnehmermaterialien</li> <li>• Hausaufgaben</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nach Indikation</li> <li>• 4x wöchentlich á 90 min</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gruppenbogen FB TH 071</li> <li>• Pado</li> <li>• Therapiebuch FB TH 021</li> <li>• Teilnehmermaterialien FB TH 045</li> </ul>
Angstbewältigung	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Störungsverständnis</li> <li>• Überwindung von Vermeidungsverhalten</li> <li>• Reduktion der Angstsymptome</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vermittlung von Erklärungsmodell</li> <li>• Situationsanalyse</li> <li>• Expositionsübungen</li> <li>• Kognitive Umstrukturierung</li> <li>• Bearbeiten von Teilnehmermaterialien</li> <li>• Hausaufgaben</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nach Indikation</li> <li>• 4x wöchentlich á 90 min</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gruppenbogen FB TH 071</li> <li>• Pado</li> <li>• Therapiebuch FB TH 021</li> <li>• Teilnehmermaterialien FB TH 042</li> </ul>
Der springende Punkt (schädlicher Alkoholkonsum)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Unterscheidung von harmlosen und kritischen Trinksituationen</li> <li>• Entwicklung persönlicher Punktabstinenz</li> <li>• Einleitung kritischer Selbstbeobachtung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dosierte Informationsvermittlung</li> <li>• Bearbeiten von Teilnehmermaterialien</li> <li>• Ablehnungstraining</li> <li>• Expositionsübungen</li> <li>• Einleitung von Selbstbeobachtung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nach Indikation</li> <li>• 4x wöchentlich á 90 min</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gruppenbogen FB TH 071</li> <li>• Pado</li> <li>• Therapiebuch FB TH 021</li> <li>• Teilnehmermaterialien FB TH 041</li> </ul>
Fertigkeitentraining	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Störungsverständnis</li> <li>• Verbesserte Interaktions- und Beziehungsfertigkeiten</li> <li>• Verbesserte Konfliktlösestrategien</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Informationsvermittlung</li> <li>• Bearbeiten von Teilnehmermaterialien</li> <li>• Rollenspiele</li> <li>• Expositionsübungen</li> <li>• Einleitung von Selbstbeobachtung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nach Indikation</li> <li>• 4x wöchentlich á 90 min</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gruppenbogen FB TH 071</li> <li>• Pado</li> <li>• Therapiebuch FB TH 021</li> <li>• Teilnehmermaterialien</li> </ul>
Schmerzbewältigung	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verhaltensmedizinisches Schmerzverständnis</li> <li>• Abbau von Vermeidungsverhalten</li> <li>• Schmerzreduktion</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vermittlung von Störungsmodell</li> <li>• Schmerzprotokoll</li> <li>• Situationsanalyse</li> <li>• Einübung von Schmerzbewältigungsstrategien</li> <li>• Entspannungstraining</li> <li>• Hausaufgaben</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nach Indikation</li> <li>• 4x wöchentlich á 90 min</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gruppenbogen FB TH 071</li> <li>• Pado</li> <li>• Therapiebuch FB TH 021</li> </ul>

Therapiebausteine	Ziele	Maßnahmen	Dauer	Dokumentation
Ess-Störungsgruppe	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Störungsverständnis</li> <li>• Ernährungsrehabilitation</li> <li>• Verbesserung von Selbstwert</li> <li>• Körperakzeptanz</li> <li>• Verbesserte Wahrnehmung und Ausdruck von Gefühlen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Informationsvermittlung</li> <li>• Bearbeiten von Teilnehmermaterialien</li> <li>• Hausaufgaben</li> <li>• Expositionsübungen (Kochen, Einkaufen, Essen)</li> <li>• Essprotokolle</li> <li>• Tischbegleitung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• nach Indikation</li> <li>• 4x wöchentlich a' 90 min</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gruppenbogen</li> <li>• Pado</li> <li>• Therapiebuch</li> <li>• Rückmeldung über Outlook</li> <li>• Teilnehmermaterialien FB TH 051</li> </ul>
Pathologisches Glücksspiel	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Störungsverständnis</li> <li>• Selbstreflexion</li> <li>• Veränderungsmotivation</li> <li>• Kognitive Umstrukturierung</li> <li>• Abbau von Vermeidungsverhalten</li> <li>• Aufbau von Alternativverhalten</li> <li>• Erhöhung der Selbstakzeptanz</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Informationsvermittlung</li> <li>• Rollenspiele</li> <li>• Expositionsübungen</li> <li>• Einleitung von Selbstbeobachtung</li> <li>• Bearbeitung von Materialien</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 4x wöchentlich a' 90 min</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gruppenbogen</li> <li>• Pado</li> <li>• Therapiebuch</li> <li>• Rückmeldung über Outlook</li> <li>• Teilnehmermaterialien FB TH 1xx</li> </ul>
Vorträge PS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Störungsverständnis</li> <li>• Motivationsförderung</li> <li>• Selbstreflexion</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Informationsvermittlung</li> <li>• Bearbeitung von Teilnehmermaterialien</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 4x wöchentlich a' 40 min</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pado</li> <li>• Therapiebuch</li> <li>• Teilnehmermaterialien FB TH 120</li> </ul>
Pathologischer PC-/Internet-Gebrauch	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Störungsverständnis</li> <li>• Selbstreflexion</li> <li>• Veränderungsmotivation</li> <li>• Kognitive Umstrukturierung</li> <li>• Abbau von Vermeidungsverhalten</li> <li>• Aufbau von Alternativverhalten</li> <li>• Erhöhung der Selbstakzeptanz</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Informationsvermittlung</li> <li>• Rollenspiele</li> <li>• Expositionsübungen</li> <li>• Einleitung von Selbstbeobachtung</li> <li>• Bearbeitung von Materialien</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 4x wöchentlich a' 50 min</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gruppenbogen</li> <li>• Pado</li> <li>• Therapiebuch</li> <li>• Rückmeldung über Outlook</li> </ul>

Es handelt sich hierbei um sogenannte „halboffene“ Gruppen, in denen ausscheidende Rehabilitand\*innen durch neue Rehabilitand\*innen ersetzt werden. Der Vorteil von halboffenen Gruppen gegenüber sog. „geschlossenen“ Gruppen besteht in der Möglichkeit individuell unterschiedlich langer Therapiedauer in Abhängigkeit von der Problematik eines Patienten, sowie in einer erheblich besseren Auslastung der Behandlungsplätze. Aufgrund der ständigen Fluktuation der Rehabilitand\*innen innerhalb halboffener Gruppen ist es allerdings nur bedingt möglich, die in den veröffentlichten Gruppentherapiemanualen dargestellte Abfolge von auf einander aufbauenden Themen über einen längeren Zeitraum einzuhalten. Es empfiehlt sich stattdessen, jeweils für jeden einzelnen Patienten einen inhaltlichen Verlauf innerhalb der Gruppentherapie zu konzipieren, der dann intervallmäßig über mehrere Gruppenstunden fortgeführt werden kann. In den einzelnen Gruppentherapiesitzungen stehen dadurch jeweils mehrere Rehabilitand\*innen nacheinander für eine begrenzte Zeit im Mittelpunkt (Lindenmeyer, 2005).



**Abb. 12:** Die Ablaufstruktur bei halboffenen Therapiegruppen

Anders als in einer Einzeltherapie ist die Teilnahme an einer Gruppentherapie für die Rehabilitand\*innen niemals selbstverständlich. Entscheidend ist daher, dass der Patient sich zu jedem Zeitpunkt zumindest im Groben darüber im Klaren ist, wozu er an der Therapiegruppe teilnimmt. Entsprechend sollte der Patient vom Therapeuten immer wieder mit bestimmten Aufgaben innerhalb der Gruppentherapiesitzungen betraut werden, auf die er sich vorbereiten kann und die ein für ihn transparentes Ziel verfolgen. Entsprechend verfügt jede der störungsspezifischen Gruppentherapien über Teilnehmermaterialien (Lindenmeyer, 2016; 2011), deren Durcharbeitung für den Patienten sozusagen den „roten Faden“ seiner Behandlung bildet.

Der Schwerpunkt kann bei diesen Therapieaufgaben in der Gruppe für den betroffenen Patienten darauf liegen:

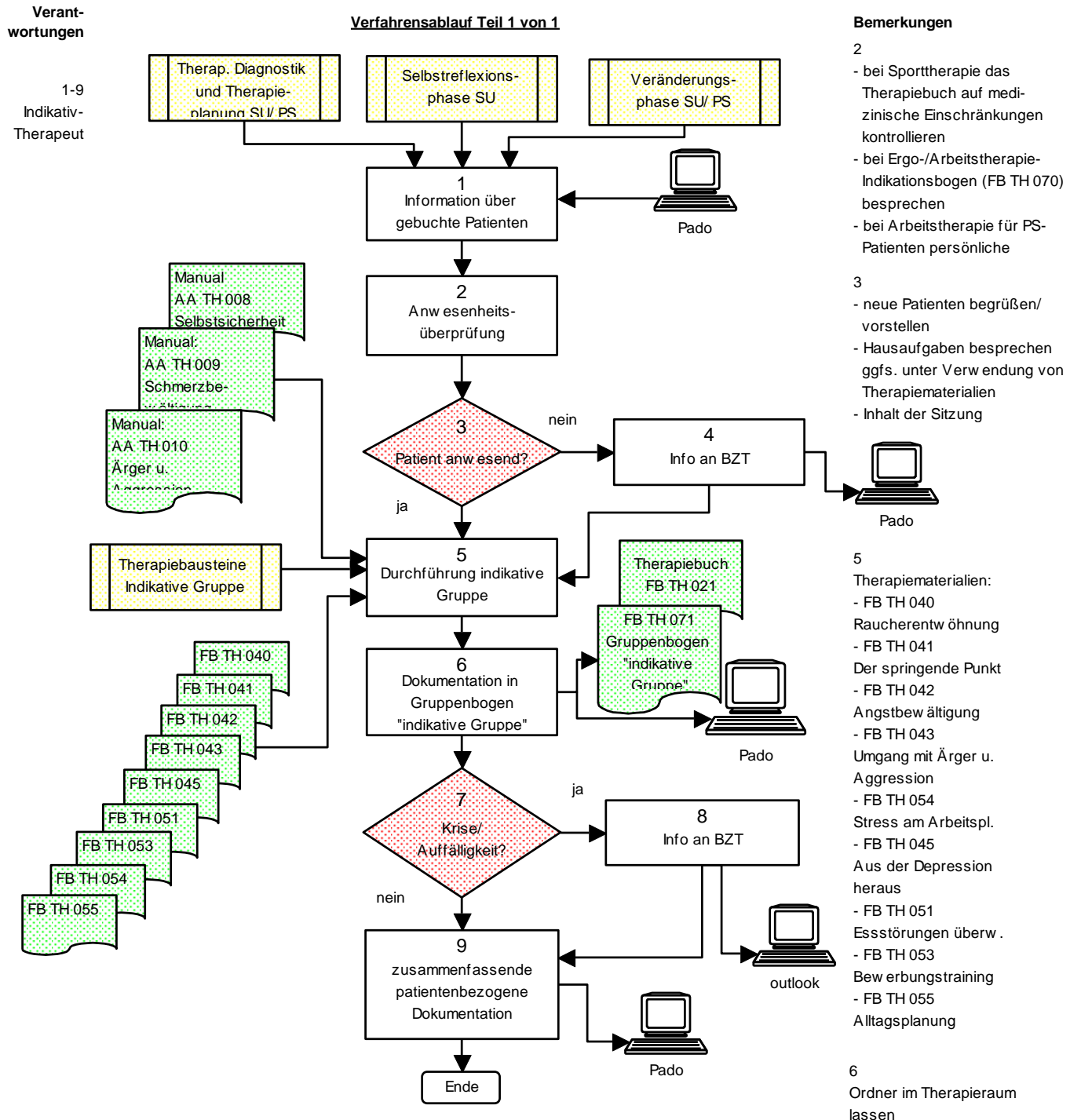
- von den MitRehabilitand\*innen Rückmeldung zu erhalten,
- seine Überlegungen erstmals anderen Menschen anzuvertrauen,
- seine Selbstsicherheit und Selbstbehauptung zu erproben bzw. zu steigern,
- durch die Veröffentlichung eine erhöhte Selbstverpflichtung einzugehen,
- unmittelbare Unterstützung und Hilfe durch Mitpatienten zu erfahren.

Die Aufgabe des Therapeuten besteht v.a. darin:

- neuen Rehabilitand\*innen die Integration in die Therapiegruppe zu ermöglichen,
- für gute instrumentelle Gruppenbedingungen zu sorgen,

- der Gruppentherapie für jeden einzelnen Patienten inhaltlich einen roten Faden zu geben.

Dies geschieht am besten durch die konsequente Einhaltung der hierarchischen Struktur der einzelnen Gruppentherapiesitzungen:



Für alle indikativen Psychotherapiegruppe existieren Teilnehmerheft (Lindenmeyer, 2010), Sie stellen erprobte Strukturierungshilfe dar, die es Patienten auch in einer sog. offenen Therapiegruppe ermöglichen, sich in einer thematisch sinnvollen Reihenfolge mit ihrer Proble-

matik zu beschäftigen. Teilnehmermaterialien sind sowohl für die Patienten als auch für den Therapeuten ein Leitfaden, etwas, woran man sich im wahrsten Sinne des Wortes „festhalten kann“.

## 5.4 Sozialdienst

Die ungünstige soziale Situation vieler Psychosomatik-Rehabilitand\*innen macht eine individuelle Betreuung durch Sozialarbeiter erforderlich. Diese erfolgt in Form von Einzelgesprächen.

Aufgabe/ Aktivität	Aufgaben-/Prozessbeschreibung	Nachweis/ Dokumentation	Bemerkung
<b>Arbeitsuche</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Beratung bzgl. Berufsorientierung</li> <li>Internetrecherche über mögliche Stellen</li> <li>Erstellen bzw. Optimierung der Bewerbungsunterlagen</li> <li>Vorbereitung der Bewerbungsgespräche</li> <li>Überprüfung der fortlaufenden Bewerbungsaktivitäten</li> <li>Vermittlung von Stellen für Beschäftigung mit Aufwandsentschädigung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pado</li> <li>Bewerbungsunterlagen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>BIZ</li> <li>BAA</li> <li>Bewerbertraining</li> <li>1 € Jobs</li> </ul>
<b>Externe Praktika</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Anfrage durch BZT</li> <li>Indikation prüfen, Inhalte und Schwerpunkte des Praktikums prüfen</li> <li>Auswahl des Betriebes</li> <li>Einhaltung des Arbeitsschutzes prüfen</li> <li>ggf. Vorstellungstermin für Patient vereinbaren</li> <li>bei positiver Entscheidung Praktikumsvertrag abschließen (Unterschrift durch KL, SD, Patient und Praktikumsbetrieb)</li> <li>regelmäßiger Kontakt während des Praktikums mit zuständigem ext. Betreuer</li> <li>nach Beendigung des Praktikums, Abschlussbeurteilung durch Praktikumsbetrieb, ggf. gemeinsame Abschlussbesprechung mit Betrieb</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pado</li> <li>Praktikumsvertrag</li> <li>Abschlussbeurteilung, Abschlusszeugnis</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Minstdauer 3 KW</li> <li>Arbeitszeit zwischen 3 und 4 Stunden täglich (5-Tage-Woche)</li> </ul>
<b>Schuldenregulierung</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Beratung bzgl. Schuldenregulierung</li> <li>Aufstellen einer Gläubigerliste</li> <li>Aufstellen eines Haushaltsbuchs</li> <li>notwendige Maßnahmen festlegen/ klären</li> <li>Vermittlung in Schuldnerberatungsstellen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pado</li> <li>Haushaltsbuch</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>z.B. Stundungen, Zahlungsvereinbarungen, etc.</li> </ul>
<b>Nachsorge</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Anmeldung per Email oder Telefon durch BZT</li> <li>Terminvereinbarung durch SD</li> <li>Prüfen der Indikation, Aufklärung bzw. Beratung des Patienten über Möglichkeiten der Nachsorge</li> <li>sofern notwendig Vermittlung in interne Nachsorgevorstellungsrunden, ggf. Vermittlung von Besichtigungs- bzw. Vorstellungsterminen</li> <li>bei Zustimmung des Patienten zur stationären Nachsorge, Unterstützung bei der Beantragung der geplanten Maßnahme in Zusammenarbeit mit BZT und BZA</li> <li>Kontaktaufnahme mit möglichen Einrichtungen, Abstimmung der Aufnahmebedingungen inkl. möglicher Aufnahmetermin</li> <li>Unterstützung bei der Bewerbung</li> <li>bei Kostenzusage, Abstimmung des nahtlosen Über-</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pado</li> <li>Anträge, Schriftverkehr mit Leistungsträger</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><u>Indikation Tagesklinik:</u> - Therapieerfolg ohne weitere Betreuung am Heimatort gefährdet</li> <li><u>Indikation Wiedereingliederung:</u> - noch keine vollst. Leistungsfähigkeit für die Rückkehr in den Arbeitsprozess (Hamburger Modell)</li> <li><u>Indikation Betreutes Wohnen:</u> - bei schlechtem sozialen Umfeld</li> </ul>



	gangs von Entlassung in stationäre Nachsorgeeinrichtung		
<b>Informationsdienst/ Sozialberatungsleistungen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Information und Beratung bzgl. aller relevanten Sozialleistungen:</li> <li>- Arbeit und Behörden</li> <li>- Arbeitsvermittlung</li> <li>- Wohnungsangelegenheiten</li> <li>- Materielle Grundversorgung</li> <li>- Regelung des Krankengeldes</li> <li>- familienrechtliche Angelegenheiten</li> <li>- berufsfördernde Leistungen</li> <li>- Möglichkeiten der Nachsorge</li> <li>- sozialrechtliche Leistungen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pado</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• -</li> </ul>
<b>Sozialfonds</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• mdl. Antragsstellung durch Patient</li> <li>• Prüfen der Bedürftigkeit</li> <li>• Festlegen des Eigenanteils sowie des Zuschusses durch die Klinik</li> <li>• bei positivem Entscheid, Kopie für Patientenakte erstellen (Hilfsakte SD), Original an Patient übergeben</li> <li>• Auszahlung durch Verwaltung-Kasse anhand genehmigten Antrag auf Sozialleistungen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pado</li> <li>• Antrag auf Leistungen aus dem Sozialfonds</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>Info. über akt. Stand des Sozialfonds durch PV (ca. 2x pro Jahr)</u></li> <li>• <u>Auszahlung nur an ALG II - Empfänger möglich</u></li> </ul>
<b>Vorschüsse</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• mdl. Beantragung durch Patient</li> <li>• Prüfen der Bedürftigkeit und der Ansprüche (feste Zusage durch Kosten- bzw. Leistungsträger)</li> <li>• bei positivem Entscheid, Antrag auf Vorschuss erstellen, Kopie für Patientenakte, Original für Patient</li> <li>• Auszahlung durch PV Kasse anhand des genehmigten Antrages</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pado</li> <li>• Antrag auf Vorschüsse</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>Vorschüsse sind nur möglich, wenn der Geldeingang auf das Klinikkonto sichergestellt ist</u></li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Beantragung der Überweisung (Leistungsansprüche) beim Kosten/ Leistungsträger auf Klinikkonto</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Antrag auf Überweisung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• -</li> </ul>
<b>Unterstützung bei der Beantragung von Sozialleistungen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• mdl. Beantragung durch Patient</li> <li>• Prüfen der bestehenden Ansprüche</li> <li>• bei positiver Entscheidung, Unterstützung bzw. Mitwirkung beim Erstellen der relevanten Anträge</li> <li>• ggf. Unterstützung bei Problemen im Rahmen der Genehmigung mit zust. Behörden</li> <li>• Anmeldung durch BZT bzw. BZA über Outlook</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• -</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• -</li> </ul>

## 5.5 Indikatives Therapieangebot

Um der Vielfalt der psychischen oder sozialen Problemen in der Therapie ausreichend gerecht werden zu können, sind v.a. größere Therapieeinrichtungen dazu übergegangen sog. „indikative Therapiegruppen“ zu einzelnen Problembereichen anzubieten. Hierbei handelt es sich um geschlossene Gruppen, in denen ausgewählte Rehabilitand\*innen mit ähnlicher Problematik ein Programm über 10 bis 12 Gruppentherapieeinheiten zu einem spezifischen Thema absolvieren. Im Rahmen der Behandlung kann ein Patient mehrere für ihn relevante indikative Gruppen durchlaufen.

Zu beachten ist, dass der Therapeut der indikativen Gruppe die Lebensdaten und die individuellen psychodynamischen Zusammenhänge der einzelnen Rehabilitand\*innen in der Regel nicht kennt. Er muss sich auf das inhaltliche Thema des Gruppenprogramms beschränken, was von den Rehabilitand\*innen als konflikthafte Normierung erlebt werden kann. Die Situation kann erheblich durch eine entsprechende Vorbereitung der Rehabilitand\*innen auf die Inhalte der indikativen Gruppe in Form von Arbeitsmaterialien erleichtert werden. Die

gleichzeitige Behandlung durch mehrere Therapeuten eröffnet immer auch die Möglichkeit für ein Gegeneinanderauspielen durch die Rehabilitand\*innen. Hier ist ein enger und offener Informationsaustausch zwischen den behandelnden Therapeuten unabdingbar der in der salus klinik Lindow durch unsere elektronische Patientenakte (Pado) unterstützt wird. In ihr:

- buchen Bezugsarzt und Bezugstherapeut das individuelle Behandlungsprogramm des Patienten entsprechend den vorhandenen Ressourcen,
- druckt der Bezugsarzt einen individuellen Therapieplan für den Patienten aus,
- geben Bezugsarzt und Bezugstherapeut den indikativen Therapeuten die individuellen Therapieziele des Patienten bekannt,
- dokumentieren die indikativen Therapeuten die Anwesenheit und v.a. die Mitarbeit des Patienten.

Das indikative Behandlungsprogramm der salus klinik Lindow untergliedert sich in drei inhaltliche Schwerpunkte, deren relative Bedeutung im Gesamtbehandlungsplan eines Patienten jeweils sehr unterschiedlich sein kann.

### **5.5.1 Körperlicher Schwerpunkt**

Die körperorientierten Behandlungsmaßnahmen sind in der Medizinischen Rehabilitation für die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit sowohl unmittelbar als auch mittelbar von Bedeutung. Unmittelbar, weil sie aktuelle Einschränkungen, die mit dem Bewegungsapparat und der Belastungsfähigkeit des Organismus zusammenhängen, positiv beeinflussen können und mittelbar, weil sie die nachhaltige Bewältigung der chronischen Erkrankung erleichtern. Neben spezifischen körperlichen Fähigkeitsstörungen finden sich bei Psychosomatikpatient\*innen erhebliche unspezifische Beeinträchtigungen durch mangelnde körperliche Fitness, die beispielsweise zu psychophysischer Labilität, zu Stressanfälligkeit und erhöhter Angstbereitschaft beitragen.

Die unter direkter ärztlicher Leitung stehende sport- und physiotherapeutische Abteilung verfügt über Therapieangebote, die sowohl der Freizeitgestaltung als auch der Prävention bzw. Behandlung körperlicher und psychosomatischer Beschwerden dienen. Zentrale Therapieziele sind hierbei: (Wieder)Erlangen von Vertrauen in die Funktionstüchtigkeit des eigenen Körpers, Aufbau eines positiven Körpergefühls, Abbau von Schon- und Vermeidungsverhalten im körperlichen und sozialen Bereich, Aufgeben der Krankenrolle, Erlernen von Entspannungstechniken.

#### ***Indikative Sporttherapie***

Die Teilnahme an sporttherapeutischen Maßnahmen erfolgt nur entsprechend individuell zwischen Bezugärztin/arzt, Bezugstherapeut\*in und Patient\*in vereinbarter Therapieziele. Der zeitliche Umfang dieser Maßnahmen wird jeweils mit jedem Patienten individuell ver-

einbart. Sie erfolgen jeweils in Gruppen von bis zu 12 Rehabilitand\*innen. Im Verlauf der Behandlung werden hierbei zunehmend realistische Alltagsbedingungen durch systematisches Ausschleichen therapeutischer Kontrollen und wachsende Eigenverantwortung der Rehabilitand\*innen angestrebt. Das tatsächliche Leistungsspektrum wird anfangs durch Therapeut\*innen, später durch Patienten-Selbstbeobachtungsbögen kontinuierlich erhoben und mit den Rehabilitand\*innen regelmäßig erörtert. Die Abteilung verfügt hierbei über folgende Behandlungsangebote:

Therapiebausteine	Ziele	Maßnahmen	Dauer	Dokumentation
Qi Gong	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Konzentration</li> <li>• Koordination der oberen Extremitäten und Atmung</li> <li>• Körperliche und geistige Entspannung</li> <li>• Achtsamkeit</li> <li>• Wahrnehmungsschulung</li> <li>• Energieressourcen erkennen und wieder entdecken</li> <li>• Abbau von Verspannungen im Schulterbereich</li> <li>• Selbstbewusstsein und Körperbewusstsein wieder finden</li> <li>• Körperliche Ausdrucksformen entwickeln</li> <li>• Schmerzlinderung</li> <li>• Lösung von Spannungs- und Aggressionszuständen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ausgewählte Übungen aus dem traditionellen chinesischen Qi Gong („18 Formen der Harmonie“)</li> <li>• 3 Übungen des „Wudang Qi Gong“</li> <li>• Überwiegendes Üben im Stehen</li> <li>• Entspannungs- und Atemübungen im Liegen</li> <li>• Atem- und Körperbeobachtung</li> <li>• Körper-Phantasiereisen</li> <li>• Videovorführungen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 5x wöchentlich 50 min</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pado</li> <li>• Therapiebuch (FB TH 021)</li> </ul>
Fitness	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Muskelaufbau</li> <li>• Konditionierung (Steigerung Ausdauerfähigkeit)</li> <li>• Verbesserung/Wiederherstellung der körperlichen Leistungsfähigkeit</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gerätetraining</li> <li>• Hanteltraining</li> <li>• Übungen auf der Matte mit/ohne Hanteln</li> <li>• Ergometertraining</li> <li>• Stepper</li> <li>• Dehnung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 5x wöchentlich 50 min</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pado</li> <li>• Therapiebuch (FB TH 021)</li> </ul>
Nichtschwimmertraining	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wassergewöhnung</li> <li>• Abbau von Angst</li> <li>• Schwimmtechniken erlernen und verbessern</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Einsatz verschiedener Schwimmhilfen</li> <li>• Atemübungen gegen den Wasserwiderstand</li> <li>• Tauchübungen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 5x wöchentlich 50 min</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pado</li> <li>• Therapiebuch (FB TH 021)</li> </ul>
Rücken aktiv	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wahrnehmungs- u. Bewegungsschulung</li> <li>• Vermittlung von Informationen zum Aufbau und Funktionsweisen des Bewegungsapparates</li> <li>• Lernen von individuellen Bewegungsalternativen u. alltagsnahen Hilfestellungen zur Prophylaxe</li> <li>• Mobilisation der Wirbelsäule</li> <li>• Dehnung und Kräftigung der Rumpfmuskulatur</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sitzhilfe</li> <li>• Partnerübungen</li> <li>• Gruppenübungen</li> <li>• WS-Modell, Folien, Info-material</li> <li>• Pezziball</li> <li>• Matten</li> <li>• Terrabänder</li> <li>• Kleine Hanteln</li> <li>• Igelball</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 5x wöchentlich 50 min</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pado</li> <li>• Therapiebuch (FB TH 021)</li> </ul>

Tai Chi	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Konzentrationstraining</li> <li>• Koordinationstraining</li> <li>• Gleichgewichtsschulung</li> <li>• Achtsamkeit</li> <li>• Entspannung</li> <li>• Energieressourcen erkennen und wieder entdecken</li> <li>• Abbau von Somatisierungsercheinungen</li> <li>• Selbstbewusstsein und Körperbewusstsein wieder finden</li> <li>• Körperliche Ausdrucksformen entwickeln</li> <li>• Muskelaufbau der Bein- und Rumpfmuskulatur</li> <li>• Schmerzlinderung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Elemente des Tai Chi Quan Yang – Stiles ( 24er Peking-Form )</li> <li>• Einzelübungen als Entspannungstraining (aktiv)</li> <li>• Geh- und Atemübungen</li> <li>• Entspannungsübungen im Liegen (passiv)</li> <li>• Körper-Phantasiereisen</li> <li>• Videovorführungen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 5x wöchentlich 50 min</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pado</li> <li>• Therapiebuch (FB TH 021)</li> </ul>
Wassergymnastik	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mobilisation</li> <li>• Muskelkräftigung</li> <li>• Koordinations- und Gleichgewichtsschulung</li> <li>• Verbesserung des Körperbefindens</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verschiedene Übungs- und Bewegungsformen in der Gruppe, paarweise und einzeln</li> <li>• Muskelkräftigung</li> <li>• Koordinations- und Gleichgewichtsübungen</li> <li>• Konditionsübungen</li> <li>• Spielerische Formen</li> <li>• Einsatz von verschiedenen Geräten/ Auftriebsmitteln</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 5x wöchentlich 50 min</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pado</li> <li>• Therapiebuch (FB TH 021)</li> </ul>
Adipositas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gewichtsreduktion</li> <li>• Ausdauertraining/ Aquajogging unter Belastungsparameter</li> <li>• Förderung der körperlichen Leistungsfähigkeit des Herzkreislaufsystems</li> <li>• Gelenkmobilisation</li> <li>• Muskelkräftigung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Konditionstraining</li> <li>• Einsatz von verschiedenen Geräten</li> <li>• Muskelkräftigung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 5x wöchentlich 50 min</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pado</li> <li>• Therapiebuch (FB TH 021)</li> </ul>
Körperschule	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vermittlung theoretischen Wissens über Mechanismen der physiologischen Körpervorgänge und -mechanismen</li> <li>• Körperwahrnehmung</li> <li>• Schmerzzustände beseitigen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Einzel- und Partnerübungen</li> <li>• Atem- und Körperbeobachtung</li> <li>• Lockerungs- und Dehnungsübungen</li> <li>• Stabilisierung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 5x wöchentlich 50 min</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pado</li> <li>• Therapiebuch (FB TH 021)</li> </ul>
Bogenschießen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Auseinandersetzung mit der Konzentration und Aufmerksamkeit, Körperwahrnehmung, Atmung, Spannung und Entspannung, Leistungsanspruch, Kontrollverlust, Angst und Aggression</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bogenschießen</li> <li>• Umgang mit dem Material, d.h. Pfeil und Bogen</li> <li>• Videoanalyse und Filmdokumentation</li> <li>• Schießen mit geschlossenen Augen</li> <li>• Schießen aus unterschiedlichen Entfernungen</li> <li>• Zielschießen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 5x wöchentlich 50 min</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pado</li> <li>• Therapiebuch (FB TH 021)</li> </ul>
Ergometertraining	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ausdauertraining</li> <li>• Förderung der Leistungsfähigkeit des Herzkreislaufsystems</li> <li>• Schulung der Belastungswahrnehmung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ergometer fahren, unter RR und Pulskontrolle</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 5x wöchentlich 30 min</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pado</li> <li>• Therapiebuch (FB TH 021)</li> </ul>
Progressive Muskelrelaxation PMR	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Spannungszustände differenziert wahrnehmen und diese bewusst kontrollieren oder verändern</li> <li>• Eigenständiges Herbeiführen eines Entspannungszustandes auf psycho-physiologischer Ebene</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• PMR Übungen nach Jakobson</li> <li>• klassische Zählmethode</li> <li>• Vergegenwärtigungsmethode</li> <li>• Integration des Beckenbodens</li> <li>• Atemtherapie</li> <li>• Einführung in andere Entspannungsverfahren</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 5x wöchentlich 50 min</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pado</li> <li>• Therapiebuch (FB TH 021)</li> </ul>

Bewegungsgruppe	<ul style="list-style-type: none"> <li>psychische und physische Leistungsfähigkeit steigern</li> <li>neue Anregungen für die Freizeitgestaltung erlangen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>allgemeine und spezielle Bewegungsübungen</li> <li>Bewegungsspiele</li> <li>Walking</li> <li>Radtouren</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>5x wöchentlich 50 min</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pado</li> <li>Therapiebuch (FB TH 021)</li> </ul>
Spiel und Bewegung	<ul style="list-style-type: none"> <li>Förderung der konditionellen und koordinativen Fähigkeiten</li> <li>Entwicklung und Förderung der allgemeinen Beweglichkeit und der sozialen Integrationsfähigkeit</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Unterschiedliche Sport- und Bewegungsspiele (z.B. Basketball, Zweifelderball, Tischtennis, Badminton, Softballtennis, ...)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>5x wöchentlich 50 min</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pado</li> <li>Therapiebuch (FB TH 021)</li> </ul>
Aufbausport	<ul style="list-style-type: none"> <li>Verbesserung der körperlichen Leistungs- und Belastungsfähigkeit</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>kleine Sportspiele</li> <li>Wandern</li> <li>Fahrradfahren</li> <li>Ergometertraining</li> <li>Funktionsgymnastik</li> <li>Kegeln</li> <li>Stretching</li> <li>Pulskontrolle</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>5x wöchentlich 50 min</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pado</li> <li>Therapiebuch (FB TH 021)</li> </ul>
Zumba	<ul style="list-style-type: none"> <li>Entwicklung von Bewegungsbalance</li> <li>Verbesserung der körperlichen Leistungsfähigkeit und Koordination</li> <li>Neue Anregung für die Freizeitgestaltung erlangen</li> <li>Freude an der Bewegung finden</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Aufwärm- und Dehnungsübungen</li> <li>Tanzschritte einüben</li> <li>Bewegung zur Musik</li> <li>Koordinationsübungen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>5x wöchentlich 50 min</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pado</li> <li>Therapiebuch (FB TH 021)</li> </ul>
Körpertherapie sensitiv	<ul style="list-style-type: none"> <li>Wahrnehmung der funktionalen und disfunktionalen Körpersensationen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Körperfokussierung in ruhiger Umgebung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>5x wöchentlich 50 min</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pado</li> <li>Therapiebuch (FB TH 021)</li> </ul>
Waldbaden	<ul style="list-style-type: none"> <li>Koordination</li> <li>Ausdauer</li> <li>Kräftigung</li> <li>Entspannung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Vermittlung wahrnehmungsbasiertem Spazierens</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>5x wöchentlich 50 min</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pado</li> <li>Therapiebuch (FB TH 021)</li> </ul>

### **Freizeitsport**

Im Sinne einer sinnvollen und gesundheitsbewussten Freizeitgestaltung bietet die sporttherapeutische Abteilung darüber hinaus folgende Aktivitäten für Rehabilitand\*innen auf freiwilliger Basis an: Spiele, Mannschaftsspiele, Tischtennis, Jogging, Boccia, wandern, Billard, Badminton sowie schwimmen, Sauna, Ergometertraining und kegeln. Diese Aktivitäten können v.a. außerhalb der regulären Therapiezeiten und am Wochenende stattfinden. Sie werden wo erforderlich von therapeutischem Personal angeleitet und supervidiert. Entsprechend finden an allen Samstagen sowie Sonn- und Feiertagen 4 sporttherapeutische Angebote in der Klinik statt. Ziel ist es die Eigeninitiative und Selbstverantwortung der Rehabilitand\*innen zu fördern.

### **Indikative Physiotherapie**

Die Indikation für physiotherapeutische Maßnahmen wird durch das ärztliche Personal der salus klinik Lindow gestellt. Außerdem besteht wöchentlich die Möglichkeit eines Konsils durch eine FÄ für Orthopädie in der Klinik. Grundsätzlich legt unser Konzept auch in der Behandlung orthopädischer Beschwerden (insbesondere chronische Lumbalgien, Arthrosen)

den Schwerpunkt auf die Aktivierung und Gesundheitserziehung der Rehabilitand\*innen. Zwar sind dabei kurzfristig auch lindernde Maßnahmen durch geschultes Fachpersonal, die von den Rehabilitand\*innen mehr oder weniger passiv in Anspruch genommen werden, hilfreich und manchmal notwendig, langfristig aber heißt das Ziel „Gesundheit selber machen“. Dieses Prinzip gilt in der Sucht genauso wie in der gesamten Rehabilitation. Die Abteilung verfügt hierbei über folgende Behandlungsangebote:

Therapiebausteine	Ziele	Maßnahmen	Dauer	Dokumentation
Krankengymnastik	<ul style="list-style-type: none"> <li>Schmerzlinderung</li> <li>Muskelaufbau</li> <li>Bewegungsverbesserung</li> <li>Steigerung der Bewegungseffektivität</li> <li>Verbesserung der Activity of Daily Life (ADL)</li> <li>Gleichgewichtsschulung</li> <li>Verbesserung der Wirbelsäulenstatik</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Muskelmantelschulung</li> <li>Propriozeptive neuromuskuläre Faszilitation (PNF)</li> <li>allg. Mobilisation</li> <li>Diverse Übungen mit und an med. Geräten</li> <li>allgemeine Übungen der KG</li> <li>Beckenbodengymnastik</li> <li>Postsometrische Relaxation (PIR)</li> <li>Jandatraining</li> <li>Wassergymnastik</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>6 – 12 Behandlungen á 30 min</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pado</li> <li>Therapiebuch (FB TH 021)</li> </ul>
angewandte Physiotherapie	<ul style="list-style-type: none"> <li>Wieder-Erlernen, Effektivitätssteigerung berufsbezogener Bewegungsabläufe</li> <li>Erkennen und Neuorientierung eigener Grenzen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Bewegungsschulung mit Hilfe spezieller Geräte in Anlehnung an Richtlinien der EFL</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>6-12 Behandlungen á 30 min</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pado</li> <li>Therapiebuch (FB TH 021)</li> </ul>
Reflextherapien	<ul style="list-style-type: none"> <li>Schmerzlinderung</li> <li>Bewegungsverbesserung</li> <li>Verbesserung der Trophik und Durchblutung (DB)</li> <li>Normalisierung des Muskeltonus</li> <li>Ausleitung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Bigema</li> <li>Segmentmassage</li> <li>Fußreflexzonenmassage</li> <li>Schröpfen</li> <li>Trigger-Punkt-Behandlung</li> <li>Colonbehandlung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>6 – 12 Behandlungen á 30 min</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pado</li> <li>Therapiebuch (FB TH 021)</li> </ul>
Hydrotherapie	<ul style="list-style-type: none"> <li>Schmerzlinderung</li> <li>Bewegungsverbesserung</li> <li>Durchblutungsförderung</li> <li>Normalisierung des Muskeltonus</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Heiße Rolle</li> <li>Kneippanwendungen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>6 – 12 Behandlungen á 30 min</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pado</li> <li>Therapiebuch (FB TH 021)</li> </ul>
Elektrotherapie	<ul style="list-style-type: none"> <li>Schmerzlinderung</li> <li>Bewegungsverbesserung</li> <li>Verbesserung der Durchblutung (DB)</li> <li>Normalisierung des Muskeltonus</li> <li>Lähmungsbehandlung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Stromtherapie des Nieder-, Mittel- und Hochfrequenzbereichs</li> <li>Ultraschall</li> <li>Galvanisation</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>6 – 12 Behandlungen zwischen 10 und 30 min</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pado</li> <li>Therapiebuch (FB TH 021)</li> </ul>
Manuelle Therapie	<ul style="list-style-type: none"> <li>Schmerzlinderung</li> <li>Bewegungsverbesserung</li> <li>Verbesserung des Gelenkspiels</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Weichteiltechniken</li> <li>Gelenktechniken</li> <li>Traktionsbehandlungen</li> <li>Wirbel- und Gelenktherapie nach Dorn</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>6 – 12 Behandlungen á 30 min</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pado</li> <li>Therapiebuch (FB TH 021)</li> </ul>
Schlingentherapie	<ul style="list-style-type: none"> <li>Schmerzlinderung</li> <li>Bewegungsverbesserung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hubfreie Mobilisation</li> <li>Traktionsbehandlungen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>6 – 12 Behandlungen á 30 min</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pado</li> <li>Therapiebuch (FB TH 021)</li> </ul>

Tapen	<ul style="list-style-type: none"> <li>Schmerzlinderung</li> <li>Bewegungskorrektur</li> <li>Aktivierung/ Normalisierung des Muskeltonus</li> <li>Lymphabfluß</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Taping</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>6 – 12 Behandlungen á 30 min</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pado</li> <li>Therapiebuch (FB TH 021)</li> </ul>
Dehnungsbehandlung	<ul style="list-style-type: none"> <li>Schmerzlinderung</li> <li>Bewegungsverbesserung</li> <li>Muskel-/Nervendehnung</li> <li>Faszienlösung</li> <li>Lösungen von Spannungen und Aggressionen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Traktionsbehandlungen</li> <li>spezielle Dehntechniken</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>6 – 12 Behandlungen á 30 min</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pado</li> <li>Therapiebuch (FB TH 021)</li> </ul>
Manuelle Lymphdrainage mit Kompressionstherapie	<ul style="list-style-type: none"> <li>Steigerung der Lymphangiomotrik</li> <li>Ödemreduzierung</li> <li>Entschlackung</li> <li>Parasympatikusverstärkung</li> <li>Schmerzlinderung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>nach Asdonk</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>6 – 12 Behandlungen á 30 min</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pado</li> <li>Therapiebuch (FB TH 021)</li> </ul>
Atemtherapie	<ul style="list-style-type: none"> <li>Verbesserung der Atemexkursion</li> <li>Bewusstwerdung und Ökonomisierung dieser</li> <li>Entspannung</li> <li>Schmerzlinderung</li> <li>Aufbau der aufrechten Körperhaltung</li> <li>Einsatz der Atmung in der Anspannung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Atemgymnastik</li> <li>Tiefenatmung</li> <li>Atemmobilisation</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>6 – 12 Behandlungen á 30 min</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pado</li> <li>Therapiebuch (FB TH 021)</li> </ul>
Entspannungstherapie	<ul style="list-style-type: none"> <li>Entspannung</li> <li>Aktivierung des vegetativen NS</li> <li>Normalisierung der Körperabläufe</li> <li>Lösungen im Körper akkumulierter Spannungen und Aggressionen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Manuelle Lymphdrainage</li> <li>Reiki</li> <li>Massage</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>6 – 12 Behandlungen á 30 min</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pado</li> <li>Therapiebuch (FB TH 021)</li> </ul>

Zusätzlich besteht die Möglichkeit der Verordnung von Massagen durch eine externe Fachkraft in den Räumen der salus klinik Lindow.

### 5.5.2 Psychotherapeutischer Schwerpunkt

Eine Vielzahl von Psychosomatischen Störungen wird durch unspezifische Belastungen und Stressfaktoren ausgelöst: Stress führt zu einer Erhöhung des Erregungsniveaus, zu einer Aktivierung des kognitiven Systems der Rehabilitand\*innen und erhöht dadurch die Gefahr eines Rückgriffs auf altes Symptom- bzw. Problemverhalten. Je nach den Ergebnissen der Diagnostik ist daher über die störungsspezifischen Behandlungsmethoden hinaus eine Teilnahme an folgenden störungsübergreifenden, indikativen Psychotherapiegruppen möglich:

Therapiebausteine	Ziele	Maßnahmen	Dauer	Dokumentation
-------------------	-------	-----------	-------	---------------

Selbstsicherheits-training und Kommunikation (SEKO)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aufbau von selbstsichereren Verhaltenskompetenzen in den Bereichen: Forderungen stellen, Nein-Sagen, Kontakt, Umgang mit Fehlern und Kontakt.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Situationsanalyse</li> <li>• Rollenspiel</li> <li>• Selbstinstruktionen</li> <li>• Hausaufgaben</li> <li>• Bearbeitung von Teilnehmermaterialien</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nach Indikation</li> <li>• 4x wöchentlich á 90 min</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gruppenbogen FB TH 071</li> <li>• Pado</li> <li>• Therapiebuch FB TH 021</li> <li>• Teilnehmermaterialien FP TH xxx</li> </ul>
Umgang mit Ärger und Aggression	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Entwicklung von situationsangemessenen Normen</li> <li>• Abbau von Ärger und Aggression</li> <li>• Aufbau von Alternativverhalten</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Situationsanalyse</li> <li>• Rollenspiel</li> <li>• Selbstinstruktionen</li> <li>• Bearbeitung von Teilnehmermaterialien</li> <li>• Hausaufgaben</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nach Indikation</li> <li>• 4x wöchentlich á 90 min</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gruppenbogen FB TH 071</li> <li>• Pado</li> <li>• Therapiebuch FB TH 021</li> <li>• Teilnehmermaterialien FB TH 043</li> </ul>
Raucherentwöhnung	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Motivationsförderung</li> <li>• Erfolgreicher Nikotinentzug</li> <li>• Verbesserungen der Fertigkeiten zur Rückfallprävention</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Informationsvermittlung</li> <li>• Einsatz von Nikotinpflaster</li> <li>• Vorbereitung auf Tag X</li> <li>• Expositionsübungen</li> <li>• Bearbeiten von Teilnehmermaterialien</li> <li>• Hausaufgaben</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nach Indikation</li> <li>• 4x wöchentlich á 90 min</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gruppenbogen FB TH 071</li> <li>• Pado</li> <li>• Therapiebuch FB TH 021</li> <li>• Teilnehmermaterialien FB TH 040</li> </ul>
Ernährungsgruppe	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Störungsverständnis</li> <li>• Aufbau von gesundem Ernährungsverhalten</li> <li>• Körperliche Aktivierung</li> <li>• Langsame Gewichtsreduktion</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vermittlung von Erklärungsmodell</li> <li>• Essprotokolle</li> <li>• Bearbeiten von Teilnehmermaterialien</li> <li>• Kochen in Lehrküche</li> <li>• Tischbegleitung</li> <li>• Hausaufgaben</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nach Indikation</li> <li>• 4x wöchentlich á 90 min</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gruppenbogen FB TH 071</li> <li>• Pado</li> <li>• Therapiebuch FB TH 021</li> <li>• Teilnehmermaterialien FB TH xxx</li> </ul>
Frauengruppe	<ul style="list-style-type: none"> <li>• positive Identität als Frau</li> <li>• Aufbau von selbstsicherem Rollenverhalten</li> <li>• Positives Körpergefühl</li> <li>• Abgrenzung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hausaufgaben</li> <li>• Bearbeiten von Teilnehmermaterialien</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nach Indikation</li> <li>• 4x wöchentlich á 90 min</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gruppenbogen FB TH 071</li> <li>• Pado</li> <li>• Therapiebuch FB TH 021</li> <li>• Teilnehmermaterialien FB TH xxx</li> </ul>
Genustraining	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sensibilisierung für Genussmöglichkeiten im Alltag</li> <li>• Steigerung von Genussfähigkeit und Selbstfürsorge</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vermittlung von Genussregeln</li> <li>• Genussübungen</li> <li>• Hausaufgaben</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nach Indikation</li> <li>• 4x wöchentlich á 90 min</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gruppenbogen FB TH 071</li> <li>• Pado</li> <li>• Therapiebuch FB TH 021</li> </ul>
Kognitives Training	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realistische Selbsteinschätzung</li> <li>• Steigerung der kognitiven Leistungsfähigkeit</li> <li>• Kompensationsstrategien für kognitive Einschränkungen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• EDV Training (Cogpak)</li> <li>• Hausaufgaben</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nach Indikation</li> <li>• 4x wöchentlich á 90 min</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gruppenbogen FB TH 071</li> <li>• Pado</li> <li>• Therapiebuch FB TH 021</li> <li>• Cogpak</li> </ul>

Zur Vermeidung von Beliebigkeit, Überfrachtung bzw. Zerstückelung der Therapie wird hierbei für jede(n) Patientin/en lediglich eine Teilnahme an möglichst wenigen, dafür aber 4-5 mal wöchentlich stattfindenden Indikationsgruppen angestrebt. Alle indikativen Gruppen sind offene Gruppen mit maximal 12 Teilnehmer\*innen, um einen Einstieg und Ausstieg nach individuellen Gesichtspunkten jederzeit zu ermöglichen. Sie folgen empirisch erprobten Programmen und stehen unter kontinuierlicher Begleitforschung. In jeder indikativen Gruppensitzung erhalten die Rehabilitand\*innen jeweils Anregungen für Therapieübungen, die sie dann mit ihren Bezugstherapeut\*innen zu persönlich durchzuführenden Übungsaufgaben ausarbeiten können.



### 5.5.3 Arbeitsbezogener Schwerpunkt

Gerade bei arbeitslosen Rehabilitand\*innen wird deutlich, dass sich die Behandlung nicht auf die Überwindung der psychosomatischen Beschwerden beschränken kann, sondern dass ein teilhabebezogener, ressourcenorientierter Abstinenzentwicklungsprozess angestoßen werden muss, der zeitlich weit über die eigentliche Behandlung hinausreicht. Sollen medizinische Rehabilitationsbemühungen der spezifischen Situation von arbeitslosen Patienten gerecht werden, so ist hierzu eine verstärkte Realitäts- und Zukunftsorientierung des Behandlungssystems erforderlich. Angesichts der beschränkten zeitlichen und finanziellen Behandlungsressourcen kann dies aber nur bedeuten, dass diese Umorientierung zu Lasten der psychotherapiedominierten bzw. rückwärtsgerichteten Auseinandersetzung mit dem eigenen Krankheitsgeschehen bzw. mit den aktuellen Interaktionsprozessen innerhalb der stationären Einrichtung erfolgen muss. Konkret erfordert dies v.a. im indikativen Behandlungsangebot eine systematische Ausweitung der Kapazität von teilhabebezogenen und ressourcenorientierten Therapiemaßnahmen mit sozialtherapeutischem bzw. arbeitstherapeutischem Schwerpunkt gegenüber den in der Regel psychotherapeutisch ausgerichteten Gruppenangeboten.

Um solche Therapieangebote allerdings wirksam werden zu lassen, müssen sie auf die spezifische Situation eines Patienten im Einzelfall abgestimmt sein. Hier sind hinsichtlich der Arbeitssituation von Rehabilitand\*innen 3 mögliche Problemkonstellationen zu unterscheiden:

1. Patienten mit unsicherem Arbeitsplatz: In wirtschaftlich ungünstigen Regionen besteht ein erhöhtes Risiko des Arbeitsplatzverlustes. Immerhin verlieren über 20% unserer Rehabilitand\*innen, die am Ende der Behandlung in Arbeit waren, innerhalb des 1-Jahreskatamnesezeitraums ihren Arbeitsplatz (Lindenmeyer & Kolling, 2007). Auch wenn sicherlich ein gewisser Teil dieser Rehabilitand\*innen ihren Arbeitsplatz infolge ihrer psychosomatischen Erkrankung verloren haben dürfte, sind weitere Gründe für den Arbeitsplatzverlust denkbar:

- Konflikte infolge überzogener bzw. unrealistischer Ansprüche der Rehabilitand\*innen bei der Rückkehr an den Arbeitsplatz,
- Wirtschaftliche Schwierigkeiten des Betriebs,
- Mangelhafte Arbeitsleistung bzw. erhöhte Fehlzeiten der Rehabilitand\*innen.

Entsprechend bedarf es bei Rehabilitand\*innen mit Arbeitsplatz einer verstärkten Hinwendung der Therapie auf die Rückkehr an den Arbeitsplatz. Schon in der Behandlung muss die Sicherheit des Arbeitsplatzes möglichst objektiv abgeklärt werden, die Rückkehr an den Arbeitsplatz konkret vorbereitet, gegebenenfalls die Arbeitsleistung gezielt verbessert sowie ein Notfallplan für die Möglichkeit einer Kündigung aufgestellt werden.

2. Arbeitslose Rehabilitand\*innen mit Chancen auf baldige Wiederbeschäftigung: Hier besteht das Problem oftmals in der passiven Erwartungshaltung der Betroffenen, Arbeit durch die Arbeitsverwaltung vermittelt zu bekommen. Dies trifft sich mit der leider immer noch häufig vorherrschenden Praxis der Arbeitsverwaltung, mit der Vermittlungstätigkeit bis nach der medizinischen Rehabilitation zu warten. Oft besteht außerdem die Gefahr, dass die Betroffenen nach Absagen hinsichtlich ihrer Bemühungen um Arbeit resignieren oder aufgrund unrealistischer Ansprüche keinen geeigneten Arbeitsplatz finden. Schließlich besteht bei Rehabilitand\*innen häufig Unkenntnis über die erforderliche Qualität von Bewerbungsunterlagen oder über das angemessene Verhalten in Bewerbungsgesprächen.

In all diesen Fällen bedarf es einer zielgerichteten Unterstützung und Anleitung der Betroffenen zu eigeninitiativen Bewerbungsanstrengungen bereits aus der medizinischen Rehabilitation heraus. Gegebenenfalls sind ein Training von und eine Vorbereitung auf Bewerbungsgespräche indiziert.

3. Langzeitarbeitslose Rehabilitand\*innen ohne Chancen auf Wiederbeschäftigung: Hier besteht das Problem darin, dass sich die Bemühungen der Jobcenter auf die (häufig erfolglose) berufliche Reintegration der Betroffenen beschränken, ohne dass ihr Leben ohne Arbeit fokussiert würde. Die Mehrzahl der Betroffenen wird aber in absehbarer Zeit keine Arbeit finden. Die Frage stellt sich, welche Teilhabemöglichkeiten sich in diesem Fall ergeben.

Hier bedarf es in der Behandlung zunächst einer offenen Ansprache der unverändert fortbestehenden Arbeitslosigkeit und dann darauf aufbauend der gezielten Entwicklung von konkreten Perspektiven sowie des Aufbaus von Ressourcen für ein Leben ohne bezahlte Arbeit.

## **Systematische Evaluation des Arbeitsverhaltens**

Häufig überschätzen Rehabilitand\*innen ihre Arbeitsleistung. In anderen Fällen ist dagegen ein übertriebenes Schon- und Vermeidungsverhalten bei körperlichen Einschränkungen bzw. Schmerzen zu beobachten. Entsprechend setzen wir 2 Verfahren zu objektiven Evaluation des Arbeitsverhaltens von Rehabilitand\*innen ein.

### - Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit (EFL)

Das aus den USA stammende EFL-System (nach S. Isternhagen) bietet die Möglichkeit, die körperliche Belastbarkeit von Rehabilitand\*innen an 29 Arbeitsstationen systematisch zu untersuchen und zu trainieren. Ziel dieser arbeits- und teilhabebezogenen Form der Physiotherapie ist es, die psychophysiologische Sensitivierung und dysfunktionale Schonhaltung von Patienten gegenüber Schmerzreizen bzw. körperlichen Belastungen zu überwinden.

Nach einer detaillierten Analyse und realitätsgerechten Beurteilung der körperlichen Fä-

higkeiten und Defizite wird mit Material wie Werkzeugen, Stäben, Sandsäcken usw. geübt bestimmte Arbeitsabläufe (wieder) körpergerecht und kraftsparend zu beherrschen. Dadurch kann differenziert entschieden werden, inwieweit jemand aufgrund körperlicher Einschränkungen in seiner letzten Tätigkeit oder in einem anderen Beruf wieder arbeiten kann. Außerdem ermöglicht das EFL-System eine gezielte Überprüfung von diesbezüglichen Therapiefortschritten.

- Merkmalsprofil zur Eingliederung Behinderter in Arbeit (MELBA)

Das MELBA-System (Kleffen et al., 1997) bietet die Möglichkeit das subjektive Fähigkeitsprofil eines Patienten mit dem objektiven Anforderungsprofil seiner letzten Tätigkeit und seinem tatsächlichen Arbeitsverhalten im Rahmen der Arbeitstherapie in Beziehung zu setzen. Beurteilt werden 29 Merkmalskomplexe wie kognitive Merkmale (z.B. Arbeitsplanung), soziale Merkmale (z.B. Teamarbeit), die Arbeitsausführung (z.B. Sorgfalt), die Psychomotorik (z.B. Feinmotorik) und Kommunikations- und Kulturfähigkeiten (z.B. Lesen können). Außerdem ermöglicht das MELBA-System eine Messung von arbeitsbezogenen Therapiefortschritten.

Die Rehabilitand\*innen nehmen an arbeitsplatzbezogenen Rehabilitationsangeboten ausschließlich bei eindeutiger Indikation und mit klarer Zielsetzung teil. Auch der zeitliche Umfang dieser Rehabilitationsmaßnahmen wird jeweils mit jeder/m Patientin/en individuell vereinbart. Die arbeitsplatzbezogenen Rehabilitationsangebote erfolgen täglich jeweils in Einzelbetreuung oder Kleingruppenarbeit von 6-8 RehabilitandInnen. Zur Aktivierung und Förderung von Eigeninitiative der Rehabilitand\*innen findet an allen Samstagen und Sonn- und Feiertagen ein werktherapeutisches Angebot statt. Insgesamt verfügt die Abteilung über folgende Therapieangebote:

Therapiebausteine	Ziele	Maßnahmen	Dauer	Dokumentation
Bewerbungstraining	<ul style="list-style-type: none"> <li>Realistische Selbsteinschätzung</li> <li>Optimierung von Bewerbungsunterlagen</li> <li>Optimierung von Bewerbungsverhalten</li> <li>Intensive Arbeitssuche</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Information über gesetzliche Grundlagen</li> <li>Erstellung von Bewerbungsmappe</li> <li>Vermittlung und Vorbereitung von Beratungsgesprächen</li> <li>Rollenspiel</li> <li>Bearbeitung von Teilnehmermaterialien</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Nach Indikation</li> <li>4x wöchentlich á 90 min</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Gruppenbogen FB TH 071</li> <li>Pado</li> <li>Therapiebuch FB TH 021</li> <li>Teilnehmermaterialien FB TH xxx</li> </ul>
Zukunftsplanung ohne Arbeit „Alltagsplanung“	<ul style="list-style-type: none"> <li>Realistische Selbsteinschätzung</li> <li>Aufbau von aktivem Freizeitverhalten und sozialem Engagement</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Bearbeitung von Teilnehmermaterialien</li> <li>Hausaufgaben</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Nach Indikation</li> <li>4x wöchentlich á 90 min</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Gruppenbogen FB TH 071</li> <li>Pado</li> <li>Therapiebuch FB TH 021</li> <li>Teilnehmermaterialien FB TH xxx</li> </ul>

Stress am Arbeitsplatz	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Störungsverständnis</li> <li>• Aktive Stressreduktion</li> <li>• Abbau von Überforderung</li> <li>• Realistische Leistungsorientierung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vermittlung von Erklärungsmodell</li> <li>• Situationsanalyse</li> <li>• Rollenspiel</li> <li>• Kognitive Umstrukturierung</li> <li>• Entspannungstraining</li> <li>• Hausaufgaben</li> <li>• Bearbeitung von Teilnehmermaterialien</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nach Indikation</li> <li>• 4x wöchentlich á 90 min</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gruppenbogen FB TH 071</li> <li>• Pado</li> <li>• Therapiebuch FB TH 021</li> <li>• Teilnehmermaterialien FB TH xxx</li> </ul>
Umgang mit Geld	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realistische Selbsteinschätzung</li> <li>• Geltendmachung von öffentlichen Leistungen</li> <li>• Haushaltsplanung/ -führung</li> <li>• Vorbereiten/Einleiten einer Schuldenregulierung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Information über gesetzliche Grundlagen</li> <li>• Vermittlung und Vorbereitung von Beratungsgesprächen</li> <li>• Bearbeiten von Teilnehmermaterialien</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nach Indikation</li> <li>• 4x wöchentlich á 60 min</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gruppenbogen FB TH 071</li> <li>• Pado</li> <li>• Therapiebuch FB TH 021</li> </ul>
Lese- und Rechtschreibtraining	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Erwerb von grundlegenden Lese- und (Recht)-Schreibkenntnissen</li> <li>• Vermeidungsverhalten im Hinblick auf Lesen und Schreiben abbauen</li> <li>• Den Alltag besser bewältigen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prüfen des individuellen Leistungsstandes</li> <li>• Bearbeiten von Teilnehmermaterialien</li> <li>• Lese- und Schreibübungen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nach Indikation</li> <li>• Individuell nach Absprache á 60 min</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gruppenbogen FB TH 071</li> <li>• Pado</li> <li>• Therapiebuch FB TH 021</li> </ul>
EDV-Training	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Abbau von Berührungsängsten</li> <li>• Fördern der Motivation für die PC-Arbeit</li> <li>• Grundlagenkenntnisse in der PC-Nutzung vermitteln</li> <li>• Texte selbständig erstellen</li> <li>• Berufliche Qualifikation verbessern</li> <li>• Optimalen Einsatz der PC-Anwendung fördern</li> <li>• Möglichkeiten und Umgang der Internetdienste Web, E-Mail und Forum kennenlernen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Eigene Dokumente, Tabellen, Diagramme und animierte Präsentationen anhand von Schulungsunterlagen erstellen, die sich an den ECDL-Lehrinhalten orientieren</li> <li>• Übungen zum Erlernen der Adressierung und bestmöglichen Handhabung des Internet</li> <li>• Eigene Recherche mit Hilfe von Suchmaschinen</li> <li>• Einrichten eines E-Mail-Kontos</li> <li>• Aufsuchen indikationsbezogener Foren</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nach Indikation</li> <li>• 5x wöchentlich á 50 min</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gruppenbogen FB TH 071</li> <li>• Pado</li> <li>• Therapiebuch FB TH 021</li> </ul>
Arbeitstherapie (Gärtnerei)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Motivation, um die körperlichen u. geistigen Fähigkeiten einzusetzen</li> <li>• Schulen von Fähigkeiten wie Geschicklichkeit, Gleichgewicht, Kraft, Ausdauer, Genauigkeit, Feingefühl für Pflanzen</li> <li>• Förderung von Selbständigkeit, Selbstverantwortung und Selbstsicherheit</li> <li>• Funktionserhaltung und -steigerung anstreben</li> <li>• Soziale Aspekte (Verhalten in der Gruppe, Hilfsbereitschaft)</li> <li>• Motivation zur aktiven Freizeitgestaltung (Tagesstruktur)</li> <li>• Vermittlung von Grundsätzen des Arbeitsschutzes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gesunde Umwelt erhalten</li> <li>• Erneuern und Vermehren von Pflanzen</li> <li>• Diverse Pflegemaßnahmen durchführen (Gelände, Garten, Gewächshaus)</li> <li>• Projektarbeiten im Rahmen des Landschaftsbaus</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 5x 150 Min. / Woche</li> <li>• bzw. 5x 210 Min. / Woche</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pado</li> <li>• Therapiebuch (FB TH 021)</li> </ul>
Gärtnerei – Melba	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diagnostische Einordnung arbeitsbezogener Fähigkeiten</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pflastern und Pikieren</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 2x 150-180 Min. / Woche</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pado</li> <li>• Melba Anmelde- und Indikationsbogen</li> </ul>
Arbeitstherapie (Büro)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Motivation, um geistigen Fähigkeiten einzusetzen</li> <li>• Schulen von Büroarbeitstätigkeiten (Buchen, Rechnungswesen, Terminplanung, Adressverwaltung, Dokumentenherstellung)</li> <li>• Förderung von Selbständigkeit, Selbstverantwortung und Selbstsicherheit</li> <li>• Soziale Aspekte (Verhalten in der Gruppe, Hilfsbereitschaft)</li> <li>• Vermittlung von Grundsätzen des Arbeitsschutzes (Rückenschule)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Testung AZUBI-N</li> <li>• Mitarbeit in virtueller Übungsfirma</li> <li>• Projektarbeiten im Rahmen von Erstellung von Druckvorlagen und Serienbriefen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 5x 150 Min. / Woche</li> <li>• bzw. 5x 210 Min. / Woche</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pado</li> <li>• Therapiebuch (FB TH 021)</li> </ul>

Ergotherapie Gruppe 1	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Training sozialer Kompetenzen</li> <li>• Training von Grundarbeitsfähigkeiten</li> <li>• Förderung von Selbständigkeit, Selbstverantwortung und Selbstsicherheit</li> <li>• Auseinandersetzung mit Fähigkeiten und Grenzen</li> <li>• Tagestruktur</li> <li>• Sinnvolle Freizeitgestaltung und Interessenförderung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Angebot diverser Techniken wie Seidenmalerei, Malen, Korbflechten, Emaille, Enkaustik, Leder</li> <li>• bei Bedarf Motivationsgespräch</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 4x90 Min/Woche</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pado</li> <li>• Therapiebuch (FB TH 021)</li> </ul>
Ergotherapie Gruppe 2	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aktivierung kreativer Ausdrucksmöglichkeiten</li> <li>• Entdeckung &amp; Entwicklung bisher nicht genutzter Potentiale</li> <li>• Experimentierfreude wecken</li> <li>• Auseinandersetzung im Gruppenprozess</li> <li>• Eigenwahrnehmung &amp; Reflexionsfähigkeit stärken</li> <li>• Selbstaussdruck, Entspannung &amp; Misserfolgstoleranz üben</li> <li>• Motivation zur Wiederbelebung der Interessenförderung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Freie Medienwahl aller farbgebenden Techniken, auf Papier, Leinwand, Stoff &amp; Seide, Mischtechniken, graphische Drucktechnik, experimentelle Gestaltung, Emaille, Leder, Peddigrohr</li> <li>• bei Bedarf Motivationsgespräch</li> <li>• Gemeinsame Beschreibung und Ausdruck von Emotionen im Bild -und Gestaltungsprozess</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 5x90 Min/Woche</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pado</li> <li>• Therapiebuch (FB TH 021)</li> </ul>
Maltherapie	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sensibilisierung für eigene Bedürfnisse und Emotionen</li> <li>• Förderung des emotionalen Ausdrucks, der Flexibilität</li> <li>• Erarbeitung neuer Verarbeitungsstrategien</li> <li>• Verbesserung der Misserfolgstoleranz</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Freies Gestalten mit Farben</li> <li>• themenzentriertes Malen</li> <li>• Ausdrucksmalen</li> <li>• bei Bedarf Motivationsgespräch</li> <li>• Gemeinsame Beschreibung und Ausdruck von Emotionen im Bild -und Gestaltungsprozess</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 4x90 Min/Woche</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pado</li> <li>• Therapiebuch (FB TH 021)</li> </ul>
Ergotherapie Gruppe 4	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Training sozialer Kompetenzen</li> <li>• Aktivierung, Verbesserung von Problemlöseverhalten</li> <li>• Förderung von Impulskontrolle und Entspannungsfähigkeit</li> <li>• Stabilisierung</li> <li>• Motivation zur aktiven Freizeitgestaltung</li> <li>• Auseinandersetzung mit Fähigkeiten und Grenzen</li> <li>• Sensibilisierung für eigene Bedürfnisse und Emotionen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gestaltung von Werkstücken und Bildern mit verschiedenen Materialien und Techniken</li> <li>• bei Bedarf Motivationsgespräch</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 5x90 Min/Woche</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pado</li> <li>• Therapiebuch (FB TH 021)</li> </ul>
Ergotherapie Tongruppe 1	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Förderung von Grundarbeitsfähigkeiten (Ausdauer, Geduld, Konzentration...)</li> <li>• Verbesserung der Misserfolgstoleranz</li> <li>• Förderung der Flexibilität, Kreativität und des emotionalen Ausdrucks</li> <li>• Verbesserung sozialer Kompetenzen</li> <li>• Verbesserung der Selbstwahrnehmung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• freies Gestalten mit Ton, Mosaik und Emaille</li> <li>• in Einzel- Gruppen- und Projektarbeiten</li> <li>• bei Bedarf Motivationsgespräch</li> <li>• Themenzentriertes Arbeiten</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 4x90 Min/Woche</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pado</li> <li>• Therapiebuch (FB TH 021)</li> </ul>

Ergotherapie Tongruppe 2	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Förderung von Grundarbeitsfähigkeiten (Ausdauer, Geduld, Konzentration...)</li> <li>• Verbesserung der Misserfolgstoleranz</li> <li>• Förderung der Flexibilität, Kreativität und des emotionalen Ausdrucks</li> <li>• Verbesserung sozialer Kompetenzen</li> <li>• Verbesserung der Selbstwahrnehmung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• freies Gestalten mit Ton, Mosaik und Emaille</li> <li>• in Einzel- Gruppen- und Projektarbeiten</li> <li>• bei Bedarf Motivationsgespräch</li> <li>• Themenzentriertes Arbeiten</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 5x90 Min/Woche</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pado</li> <li>• Therapiebuch (FB TH 021)</li> </ul>
Ergotherapie Tongruppe 3	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Förderung von Kommunikation, Interaktion, Kooperation</li> <li>• Auseinandersetzung mit Fähigkeiten und Grenzen</li> <li>• Training sozialer Kompetenzen</li> <li>• Verbesserung von Selbständigkeit, kreativen Ausdruck, Spannungsfähigkeit, Misserfolgstoleranz</li> <li>• Motivation zur aktiven Freizeitgestaltung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fertigung von Gebrauchs- und Kunstobjekten aus Ton, Mosaiksteinen und Emaille</li> <li>• Gestaltung von Gruppenarbeiten</li> <li>• bei Bedarf Motivationsgespräch</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 4x90 Min/Woche</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pado</li> <li>• Therapiebuch (FB TH 021)</li> </ul>
Ergotherapie Tongruppe 4	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aktivierung kreativer Ausdrucksmöglichkeiten</li> <li>• Entdeckung &amp; Entwicklung bisher nicht genutzter Potentiale</li> <li>• Experimentierfreude wecken</li> <li>• Auseinandersetzung im Gruppenprozess</li> <li>• Eigenwahrnehmung &amp; Reflexionsfähigkeit stärken</li> <li>• Förderung der Impulskontrolle, Entspannungsfähigkeit, Auseinandersetzung mit Fähigkeiten, Grenzen, Variablen &amp; Flexiblen Lösungsansätzen für Veränderungen im Gestaltungsprozess</li> <li>• Motivation zur Wiederbelebung der Interessenförderung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• freies Gestalten mit Ton, Emaille, Mosaik</li> <li>• in Einzel- Gruppen- und Projektarbeiten im kurzen Zeitrahmen</li> <li>• Gemeinsame Beschreibung und Ausdruck von Emotionen im Gestaltungsprozess</li> <li>• bei Bedarf Motivationsgespräch</li> <li>• Themenzentriertes Arbeiten</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 5x90 Min/Woche</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pado</li> <li>• Therapiebuch (FB TH 021)</li> </ul>
Arbeitstherapie (Schreinerei)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Training von Grundarbeitsfähigkeiten, handwerklichen Basisfertigkeiten, Verantwortung und Arbeitsschutz</li> <li>• Aktivierung, Verbesserung von Problemlöseverhalten, Ausdauer, Auffassung und Sorgfalt</li> <li>• Motivation zur aktiven Freizeitgestaltung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Planung und Fertigung von Werkstücken aus Holz und Holzwerkstoffen, nach Bauanleitungen und Zeichnungen</li> <li>• Wechselnde Arbeiten an Projekten im Team</li> <li>• Individuelle und kreative Formgestaltung</li> <li>• Bearbeitung von Teilnehmermaterialien</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 5x150 Min/Woche</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pado</li> <li>• Therapiebuch (FB TH 021)</li> <li>• Teilnehmermaterialien FB TH xxxx</li> </ul>
Werktherapie – Melba	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diagnostische Einordnung arbeitsbezogener Fähigkeiten</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Anfertigen von verschiedenen Bausätzen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 2x 150-180 Min/Woche</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pado</li> <li>• Melba Anmelde- und Indikationsbogen</li> </ul>
Wochenend- Therapie	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Orientierung und Information</li> <li>• Förderung von Kontakten</li> <li>• Aktivierung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• wechselndes Angebot einer Technik oder eines Handwerks</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 2x150 Min/Woche</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pado</li> <li>• Therapiebuch (FB TH 021)</li> </ul>

Weitere Details finden sich in unserem MBOR-Konzept (Schöneck & Cina, 2024)

## 6. THERAPIEABLAUF

### 6.1 Diagnostik-Phase

Alle Rehabilitand\*innen werden zunächst einem ein- bis zweitägigen Intensiv-Sceningverfahren unterzogen. Um ihnen die Orientierung und das Einleben in der Klinik zu erleichtern werden allen neuen Rehabilitand\*innen sog. „PatenRehabilitand\*innen“ zur Seite gestellt.

Die ausführliche medizinisch-psychologische Untersuchung dient zur Abklärung der Notwendigkeit primärer medizinischer Behandlungen (z. B. medikamentöse Versorgung bzw. Einstellung) und sozialer Versorgung (Schuldenregulierung, Übergangsgeld, anhängige Strafverfahren), sowie der selektiven Indikationsstellung, der Anbahnung einer therapeutischen Beziehung und schließlich der ersten Information der Rehabilitand\*innen über das weitere Vorgehen. Neben einer ersten Sichtung der individuellen Problematik jeder/s Patientin/en geht es vor allem darum festzustellen, in welcher Phase sie/er sich hinsichtlich der Auseinandersetzung mit ihrer/seiner Störung befindet.

Aus Sicht der Rehabilitand\*innen stellt die Diagnostikphase sozusagen die „Visitenkarte“ der Klinik dar und soll damit eine günstige Motivationsgrundlage für weitere Therapieentscheidungen der Rehabilitand\*innen schaffen helfen. Organisation und Inhalte der Diagnostikphase orientieren sich an der körperlichen und psychischen Verfassung der Rehabilitand\*innen. Grundlegend sind Servicehaltung und Patientenorientierung der Therapeut\*innen. Die Rehabilitand\*innen werden ermutigt, wichtige Bezugspersonen zur Aufnahme mitzubringen.

Jeden Freitag findet für neue aufgenommene Psychosomatikpatient\*innen eine Begrüßungs- und Informationsveranstaltung durch den leitenden Arzt oder seinen Stellvertreter statt.

Nach Abschluss aller psychologischen Untersuchungen werden den Rehabilitand\*innen im Rahmen eines ausführlichen Auswertungsgesprächs die Ergebnisse unmittelbar zurückgemeldet und in ein einfaches, plausibles Erklärungsmodell durch ihre Bezugstherapeut\*innen zusammengefasst. Daraus werden die individuellen Behandlungsschwerpunkte, die in Frage kommenden Behandlungsmaßnahmen und die voraussichtliche Behandlungsdauer abgeleitet. Die Untersuchungsergebnisse werden außerdem in Beziehung gesetzt zu der Einschätzung durch Vorbehandler und Angehörige sowie zu den Erwartungen der Patient-Innen selbst. Die Rehabilitand\*innen haben Gelegenheit, Fragen hinsichtlich der weiteren Behandlung zu klären und eventuelle terminliche/organisatorische Probleme zu besprechen.

Schließlich entscheiden die Rehabilitand\*innen, inwieweit sie der vorgeschlagenen Behandlungsform zustimmen können. Ambivalenz oder mangelnde Zustimmung der Rehabilitand\*innen werden von therapeutischer Seite ausdrücklich entpathologisiert. In diesem Fall wird den Rehabilitand\*innen empfohlen, im Verlauf der anschließenden Selbstreflexionsphase an speziellen Motivationsförderungsmaßnahmen teilzunehmen, um zu einer besseren Informationsgrundlage für eine endgültige Therapieentscheidung zu kommen. Leistungsträger und bei Einwilligung der Rehabilitand\*innen die Vorbehandler (Hausärztin/arzt, Beratungsstelle, betriebliche Suchtkrankenhelfer\*innen) erhalten eine sofortige Rückmeldung über die Ergebnisse der Diagnostikphase und Therapievereinbarungen in Form eines Aufnahmeberichts. Auf dieser Grundlage wird später Kontakt mit dem Vorbehandler aufgenommen, um den Stand der Rehabilitand\*innen zu objektivieren.

## 6.2 Reflexionsphase

Hier geht es darum, die Problematik der Rehabilitand\*innen für die Betroffenen verständlich zu machen und die Zusammenhänge der einzelnen Symptome bzw. Problemverhaltensweisen zu der persönlichen Biografie und Alltagsrealität zu erhellen. Denn auch bei großem Leidensdruck sind viele Rehabilitand\*innen hinsichtlich jeder Veränderung sehr ambivalent, weil ihr Problemverhalten ursprünglich durchaus zur Bewältigung persönlicher Krisensituationen geeignet war, den Normen ihrer Umgebung oder Erziehung entspricht oder sogar zur Stabilisierung von persönlichen Beziehungen oder Familienstrukturen beiträgt. Je nach Einzelfall kann der Schwerpunkt der Reflexionsphase auf folgenden Inhalten liegen:

- genaue Analyse der körperlichen, psychischen und sozialen Entstehungs- und Aufrechterhaltungsbedingungen der individuellen Problematik der Rehabilitand\*innen,
- Überwindung von Scham- und Schuldgefühlen, um das volle Ausmaß und die Folgen des eigenen Problemverhaltens für andere erkennen zu können,
- dosierte störungsspezifische Informationsvermittlung, um eine therapiegünstige Kausalattribution und Veränderungserwartung entwickeln sowie verstärkt Selbstverantwortung übernehmen zu können,
- Entwicklung persönlicher Veränderungsziele und einer realistischen Lebensperspektive.

Indikationsabhängig kann hierbei eine einzeltherapeutische Verhaltensanalyse oder die gemeinsame Auseinandersetzung innerhalb der störungsspezifischen Bezugsgruppe im Vordergrund stehen. Bei Einverständnis der Rehabilitand\*innen kann auch eine Einbeziehung relevanter Bezugspersonen (Angehörige, Arbeitskolleg\*innen oder -vorgesetzte) erfolgen, selbstverständlich unter Wahrung des Datenschutzes.

Während dieser Phase sollen die individuell mit den Rehabilitand\*innen vereinbarten Rahmenbedingungen ihres Klinikaufenthalts (Ausgangsregelung, Besuchszeiten etc.) eine be-



sondere Intensität der Auseinandersetzung mit sich selbst ohne Ablenkung oder Anforderungen von außen, einen gewissen Schutz vor Überforderung sowie einen Schonraum zur selbstkonzeptkonformen Änderung von Einstellungen und Sichtweisen ohne Druck durch Bezugspersonen ermöglichen.

Der Ausgang kann sich bis maximal 22.45 Uhr erstrecken und wird in der üblichen Weise über Ausgangsbücher und Stichproben kontrolliert. Sollte nach besonderer medizinischer bzw. therapeutischer Indikation im Einzelfall ein Ausgang über 22.45 Uhr hinaus vereinbart werden, so muss sich die/der Patient\*in in jedem Fall persönlich auf der Aufnahmestation zurückmelden.

Um Psychosomatik-Rehabilitand\*innen ein umfassenderes Verständnis über psychosomatische Zusammenhänge und deren nachhaltige Beeinflussbarkeit durch aktives Gesundheitsverhalten (Ernährung, Genussmittelkonsum, Bewegung, Entspannung) zu vermitteln, nehmen sie in dieser Zeit vier mal wöchentlich an einer Vortragsreihe (sog. Gesundheitsvorträge) teil, deren Inhalte durch das Bearbeiten von Teilnehmermaterialien vertieft werden. Rehabilitand\*innen mit einem Rentenbegehren nehmen zusätzlich 4 mal pro Woche an einer spezifischen Indikativen Gruppe „Gesundheitsgespräche“ teil, um die Möglichkeiten einer Rehabilitationsmaßnahme und den Ablauf der sozialmedizinischen Begutachtung transparent zu gestalten.

Zum Abschluss der Reflexionsphase werden die Rehabilitand\*innen systematisch ermutigt, sich unter gründlicher Abwägung aller Vor- und Nachteile bzw. Kosten-Nutzen-Gesichtspunkte für oder gegen die vorgeschlagenen Behandlungsmaßnahmen zu entscheiden. Falls erforderlich kann die/der Therapeut\*in hier auch bei unterschiedlichen Auffassungen von Rehabilitand\*innen und ihren Bezugspersonen vermitteln.

### **6.3 Veränderungsphase**

Die vorgeschlagenen Behandlungsangebote sind in jedem Einzelfall unterschiedlich. Der „rote Faden“ der Gesamtbehandlung ist die kontinuierliche Betreuung der Rehabilitand\*innen durch ihre Bezugspersonen bzw. Bezugstherapeut\*innen im Rahmen einer engmaschigen Einzeltherapie und der Teilnahme an der störungsspezifischen Bezugsgruppentherapie. Zur Bearbeitung spezifischer Problembereiche besuchen die Rehabilitand\*innen zusätzlich einzelne indikative Therapieangebote aus dem psychotherapeutischen, sozialrehabilitativen und sporttherapeutischen Bereich. Das relative Ausmaß dieser inhaltlichen Bereiche innerhalb des Gesamtbehandlungsplans einer/s Patientin/en kann vollkommen unterschiedlich sein:

- bei sozial bzw. beruflich desintegrierten Rehabilitand\*innen kann vorrangig eine soziale Reintegrationsbehandlung erfolgen,
- bei Rehabilitand\*innen mit vorrangig psychischen Beschwerden kann der Behandlungsschwerpunkt auf eine psychotherapeutisch ausgerichtete Behandlung gelegt werden,
- bei entsprechend organisch geschädigten Rehabilitand\*innen kann eine vorrangig physiotherapeutisch/medizinisch dominierte Behandlung erfolgen.

Alle adaptiven Indikationsstellungen und Korrekturen des Therapieplanes werden zwischen den Rehabilitand\*innen und ihren Bezugsärzt\*innen bzw. Bezugstherapeut\*innen vorgenommen. Auch die Einbeziehung von Angehörigen erfolgt durch die Bezugstherapeut\*innen, die dadurch auch für letztere zu festen Ansprechpartnern in der Klinik werden.

Die Therapiefortschritte und Zufriedenheit der Rehabilitand\*innen und gegebenenfalls der Angehörigen mit dem Therapieverlauf werden regelmäßig durch das Ausfüllen kurzer Fragebögen und in bestimmten Abständen durch veränderungssensitive psychodiagnostische Erhebungsinstrumente erhoben und rückgemeldet.

## 6.4 Erprobungsphase

So früh wie möglich werden die Rehabilitand\*innen ermutigt, sich direkt mit persönlich relevanten Problemsituationen in der Alltagsrealität zu konfrontieren, um so ihre Bewältigung ohne Symptom- oder Vermeidungsverhalten zu üben. Sie können dadurch Zugang zu neuen Bewältigungsmöglichkeiten und mehr Selbstbewusstsein gewinnen. Gleichzeitig kann auf diese Weise eine schrittweise Verringerung der Angst und des Misstrauens von Angehörigen erzielt werden. Entsprechend findet in dieser Phase die Behandlung zunehmend auch außerhalb der Therapieeinrichtung statt.

Gegen Ende der Behandlung wird die Intensität der Therapeutenkontakte systematisch ausgedünnt. Die Interventionen beschränken sich zunehmend auf eine Vorbereitung und Auswertung entsprechender Therapieaufgaben. Die Rehabilitand\*innen protokollieren ihre Aktivitäten kontinuierlich in entsprechenden Selbstbeobachtungsbögen und werten diese gemeinsam mit ihrem/r Bezugstherapeut/in aus. Falls erforderlich kann die/der Therapeut\*in Rehabilitand\*innen auch bei Therapieaufgaben außerhalb der Einrichtung begleiten. Rückschläge oder Complianceprobleme können kurzfristig durch eine Intensivierung der therapeutischen Kontakte aufgefangen werden. Die Rehabilitand\*innen und ihre Angehörigen lernen auf diese Weise systematisch, ungünstige Entwicklungsverläufe rechtzeitig zu erkennen und gegebenenfalls kurzfristig zu korrigieren.

Je nach individueller Indikation werden die Rehabilitand\*innen von ihren Bezugstherapeut\*innen systematisch beim Anschluss an eine Selbsthilfegruppe, bei der Kontaktaufnahme zu einer Nachsorgeeinrichtung bzw. bei der Einleitung einer ambulanten Weiterbehandlung bzw. nach vorheriger Rücksprache mit dem Leistungsträger einer beruflichen Rehabilitationsmaßnahme unterstützt und ermutigt. Zur Erleichterung der beruflichen Wiedereingliederung sind außerdem gemeinsame Gespräche an der Arbeitsstelle der Rehabilitand\*innen möglich.

Rehabilitand\*innen und ihre Angehörigen markieren schließlich in einem Kalender, den sie in ihrer Wohnung aushängen werden, Rückfallrisiko- bzw. Belastungssituationen innerhalb der ersten 6 Monate nach Abschluss der stationären Behandlung. Sie vereinbaren außerdem ein individuelles Ausmaß an telefonischen Kontakten zu ihrer/m Bezugstherapeutin/en in dieser Zeit. Alle Rehabilitand\*innen werden darauf hingewiesen, dass für ehemalige Rehabilitand\*innen eine Hotline eingerichtet wurde, bei der täglich in der Zeit von 19.00 – 21.00 Uhr die/der diensthabende Ärztin/Arzt bzw. Therapeut\*in telefonisch erreicht werden kann. Die Rehabilitand\*innen werden ermutigt, diese Unterstützungsmöglichkeit bei Krisen nach Abschluss der Behandlung in Anspruch zu nehmen.

Unmittelbar vor Abschluss der stationären Behandlung füllen die Rehabilitand\*innen fast alle Fragebögen der Eingangsdiagnostik erneut aus. Die Ergebnisse und insbesondere der Vergleich zu den Eingangswerten werden in einem ausführlichen Therapieabschlussgespräch zwischen Rehabilitand\*innen und ihren Bezugstherapeut\*innen erörtert.

Über den Leistungsträger hinaus erhalten mit Einverständnis der Rehabilitand\*innen Vor- bzw. Nachbehandler einen ausführlichen Entlassungsbericht nach Abschluss der stationären Behandlung.

## **7. Evaluation und Qualitätssicherung**

Die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität der Klinik wird durch folgende Maßnahmen gesichert:

### **7.1 Manualisierung der Therapieangebote**

Für alle Therapieangebote existieren konzeptionelle Leitfäden, um eine konsequente Umsetzung des Therapiekonzepts sicherzustellen. Ihre Umsetzung wird jeweils auf die individuellen Bedürfnisse der einzelnen Rehabilitand\*innen von den behandelnden Mitarbeiter\*innen - unterstützt durch engmaschige Supervision - angepasst. Alle Arbeitsanleitungen und die zugehörigen Dokumente sind in einer Datenbank gespeichert, wo sie regelmäßig aktualisiert werden. So ist gewährleistet, dass alle Mitarbeiter\*innen einen unmittelbaren Zugriff auf die richtigen Unterlagen haben, ohne Papiere horten und verwalten zu müssen. In Vertretungssituationen ist so auch eine nahtlose Fortführung der bisherigen Arbeit mit Gruppen und Einzelnen möglich.

### **7.2 Qualitätszirkel**

Über das Verbesserungswesen und Beschwerdemanagement werden entsprechende Anregungen ausgewertet und in Maßnahmen umgesetzt. Wenn die Maßnahmen die Einbeziehung mehrerer Teams, Berufsgruppen oder Abteilungen erforderlich machen, werden bei Bedarf interne Qualitätszirkel mit einer Teilnahme auf freiwilliger Basis eingerichtet, um systematisch an der organisatorischen und konzeptionellen Weiterentwicklung der Klinik zu arbeiten.

Außerdem ist die salus klinik Mitglied im externen Qualitätszirkel der psychosomatischen Rehakliniken in Brandenburg.

### **7.3 Kontinuierliche Evaluation**

Im therapeutisch-medizinischen Bereich wird eine kontinuierliche Evaluation des Gesamtkonzepts sowie einzelner Behandlungsbausteine durch die regelmäßige Erstellung der Basisdokumentation aus Pado und die Erhebung von prospektiven Katamnesen ein Jahr nach Behandlungsende vorgenommen. Hierbei erreichen wir seit Jahren eine Answerquote von deutlich über 60%. Die Ergebnisse dieser Untersuchungen werden den Mitarbeitern bzw. den damit befassten Qualitätszirkeln rückgemeldet und im jährlichen Qualitätsbericht der Klinik veröffentlicht.

Die salus klinik stellt der Nationalen Statistik alle Daten aus Basisdokumentation und Katamnese anonymisiert zur Verfügung, um die Transparenz der Rehabilitation zu gewährleisten und eventuelle bundesweite Trends erkennbar werden zu lassen.

## **7.4 Qualitätssicherungsprogramm der Rentenversicherer**

Die salus klinik war von Anfang an am QS-Programm der Deutschen Rentenversicherung Bund beteiligt. Die Rückmeldungen zur Rehabilitandenstruktur, zu den therapeutischen Leistungen (KTL), zur Patientenbefragung nach drei Monaten, zu Berichtslaufzeiten und zum Peer-Review der Entlassungsberichte werden zeitnah nach Eintreffen der QS-Berichte den Mitarbeitern zur Kenntnis gebracht, mit den intern erhobenen Daten verglichen und ggf. in Qualitätszirkeln verarbeitet.

Hinzu kommen die Visitationen, die – vergleichbar mit den externen Qualitätsmanagement-Audits der Zertifizierungsgesellschaften – anhand einer ähnlichen Checkliste die Struktur- und Prozessqualität der Klinik überprüfen. Deren Ergebnisse münden in Maßnahmen zur Qualitätsentwicklung.

## **7.5 Chefarztvisite und Supervision**

3x während der Behandlung findet bei jedem Patienten der Psychosomatikabteilung eine Visite durch den Leitenden Arzt statt. Außerdem wird die Behandlung in der Psychosomatikabteilung kontinuierlich durch den Oberarzt und die leitende Psychologin supervidiert. Als Grundlage zur Optimierung der Therapeut-Patient-Interaktion dienen hierbei die Videoaufnahmen der Einzeltherapie. Externe klinische Supervision findet bei Bedarf und zeitlich befristet für definierte Problemstellungen statt. Dasselbe gilt für Organisationssupervision und Leitungs-Coaching.

## **7.6 Regelmäßige Patientenbefragung**

Die Patienten werden wöchentlich mit einem Kurzfragebogen von den Bezugstherapeuten und durch den Abschlussfragebogen nach ihrer Bewertung des Behandlungsverlaufes und ihrer Zufriedenheit mit der Klinik befragt. Patienten Anregungen werden durch die Klinikleitung in einem wöchentlichen Aushang beantwortet.

## **7.7 Kooperationspartnerbefragung**

Alle Zuweiser und andere Kooperationspartner (z.B. psychosoziale Beratungsstellen, niedergelassene Ärzte, Entgiftungsstationen) werden kontinuierlich einmal pro Jahr in einer Gesamterhebung über ihre Zufriedenheit hinsichtlich der Zusammenarbeit mit der salus klinik

befragt und um Verbesserungsvorschläge gebeten. Die Ergebnisse werden im Jahresbericht veröffentlicht.

## 7.8 Dokumentation mittels EDV

Für die Patientendaten existiert eine gemeinsame Datenbank, die allen medizinisch-therapeutischen Mitarbeiter\*innen über ein PC-Netzwerk zugänglich ist. Jedes Dokumentationsdatum muss also nur einmal eingegeben werden und zwar unmittelbar zum Zeitpunkt der Erfassung durch denjenigen, der die Daten erhebt. Sie stehen automatisch den verschiedenen Abteilungen zur Planung und Optimierung ihrer therapeutischen Angebote zur Verfügung. Der Patientendokumentation kommt dadurch nicht nur eine archivierende und das Berichtswesen vorstrukturierende, sondern auch eine aktuell die Therapie steuernde Funktion zu.

## 7.9 Zertifizierung nach ISO 9001, FVS/DEGEMED, MAAS-BGW und Rauchfreie Krankenhäuser

Die salus klinik Lindow wurde im Dezember 2005 erfolgreich zertifiziert und praktiziert seitdem kontinuierlich das intern und extern überprüfte Qualitätsmanagement (Lindenmeyer, 2006b). Im November 2023 wurde das 6. Re-Zertifizierungsaudit erfolgreich durchgeführt. U.a. wurden hierbei folgende Kriterien für die QM-Bewertung festgelegt:

Bericht/ Statistik	Zyklus der Auswertung	Verantwortung für Erhebung	Verantwortung für Auswertung	Kennzahl/ Überwachungssystematik
<b>Belegungsstatistik</b>	monatlich	Dir.	Dir.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Absolute Belegung</li> <li>Prozentuale Belegung</li> <li>Aktuelle Belegungsentwicklung zum Vorjahr (zu Vorjahresmonat)</li> <li>Monatliche Info an MA im Rahmen der Klinikkonferenz</li> </ul>
<b>Haltequote</b>	monatlich	Aufn.-Skr. Chef-Skr.	Dir.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Prozentuale Quote von disziplinarischen Entlassungen</li> <li>Prozentuale Quote von Abbrüchen</li> <li>Monatliche Info an MA im Rahmen der Klinikkonferenz</li> </ul> SOLL: Haltequote über 90%
<b>Berichtsstatistik Entlassbrieflaufzeit</b>	täglich	Schreibbüro	Schreibbüro	<ul style="list-style-type: none"> <li>Anzahl der Entlassbriefe mit einer Laufzeit mit mehr als neun Tagen</li> <li>Monatliche Info an MA im Rahmen der Klinikkonferenz</li> </ul>

<b>Patientenzufriedenheitsermittlung Abschlussfragebogen</b>	monatlich	Patient (BZT)	Dir. Leitungskonferenz	Zufriedenheitsindex mit allen Klinikbereichen bzgl. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Therapie</li> <li>• Medizin</li> <li>• Service</li> </ul>
<b>Wöchentliche Patientenzufriedenheit (FB TH 036)</b>	wöchentlich	Patient (BZT)	BZT LA Dir.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Zufriedenheit des Patienten mit allen Klinikbereichen bzgl. <ul style="list-style-type: none"> <li>– Therapie</li> <li>– Medizin</li> <li>– Service</li> </ul> </li> <li>• Bei Bewertung im Bereich Medizin schlechter „3“ erfolgt eine Einladung zur Ärzterunde zur Thematisierung und ggf. Festlegung notwendiger Maßnahmen</li> <li>• Bearbeitung aller Anregungen von Patienten durch Dir. inkl. Aushang an zentraler Infotafel im Bereich Küche</li> <li>• Überwachung durch Haustreff</li> <li>• Auszählen aller Patienten, die an keiner indikativen Gruppe bzw. sonstiger therapeutischer Maßnahme teilgenommen haben</li> <li>• Anzahl aller ausgefüllten Fragebögen inkl. Rückmeldung an Klinikkonferenz</li> </ul>

## 7.10 Kooperation mit Forschung und Wissenschaft

Seit Beginn ist die salus klinik Lindow an verschiedenen Forschungsprojekten der HU Berlin, der TU Dresden sowie der Universitäten Münster, Chemnitz, Halle und Marburg beteiligt. U.a. ist die Klinik Kooperationspartner beim durch die DRV-Bund geförderten Projekt zur empirischen Entwicklung von Rehabilitations-Management-Kategorien (RMK), dem EU geförderten Projekt zur Behandlung von Alkoholabhängigen mit Gewalt (TAVIM) und dem DFG geförderten Projekt zur Validierung einer deutschen Version des MATE. Außerdem führt die Klinik gemeinsam mit der Radboud Universität Nijmegen seit 2010 mehrere Forschungsprojekte zur therapeutischen Veränderung automatischer Reaktionstendenzen bei Depression und Adipositas durch (Joysticktraining). Seit 2014 ist die salus klinik Lindow Kooperationsklinik der Medizinischen Hochschule Brandenburg und seit 2016 Lehrereinrichtung der MHB. Alle Projekte, an denen Versicherte der Leistungsträger beteiligt sind, werden mit dem federführenden Hauptbeleger vorher abgestimmt.

## LITERATUR:

- Beisel, S. (2009). Stationäre kognitive Verhaltenstherapie bei Anorexia nervosa und Bulimia nervosa. In G. Reich & M. Czierkpa (Hrsg.), Psychotherapie der Essstörungen. Stuttgart: Thieme.
- Betriebliches Maßnahmenkonzept Infektionsschutz SARS CoV 19 (internes Dokument)
- Böse, R., Beisel, S. & Greissner, E. (2005). Konfrontationstherapie bei der Behandlung von Essstörungen. In H.-U. Wittchen und P. Neudeck (Hrsg.), Konfrontationstherapie bei psychischen Störungen. Göttingen: Hogrefe Verlag (S. 303-332).
- Dilling, H., Mombour, W. & Schmidt, M.H. (Hrsg.). (2014). Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). Bern: Verlag Hans Huber.
- Grawe, K. (2004). Neuropsychotherapie. Göttingen: Hogrefe.
- Jacobson, E. (1996, 3.). Entspannung als Therapie. Progressive Relaxation in Theorie und Praxis. Stuttgart: Pfeiffer bei Klett-Cotta.
- Hillert, A. /Müller-Fahrnow, W., & Radoschewski, F.M. (2009). Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation. Grundlagen und Praxis. Köln: Deutscher Ärzteverlag.
- Kanfer, F.H., Reinecker, H. & Schmelzer, D. (1996, 2.). Selbstmanagement-Therapie: ein Lehrbuch für die klinische Praxis. Berlin: Springer.
- Kircher, T. (Hrsg.)(2012). Kompendium der Psychotherapie. Für Ärzte und Psychologen. Heidelberg: Springer.
- Kiresuk, T.J., Lund, S.H. (1978). Goal Attainment Scaling. In: Attkission, C.C., Hargreaves, W.A. Horowitz, M.J. & Srensen, J.E. (Hrsg.). Evaluation of human service programs. New York: Academic Press.
- Kolling, R., Lindenmeyer, J., & Kulbartz-Klatt, J.Y. (2001). Wieviel Daten nützen dem Patienten? In Fachverband Sucht e.V. (Hrsg.), Rehabilitation Suchtkranker – mehr als Psychotherapie! Geesthacht: Neuland Verlag S. 123-133.
- Kolling, R., Lindenmeyer, J., & Zimdars, P. (2002). Erwerbsfähig, aber erwerbslos – Spezifische Therapieangebote für Langzeitarbeitslose. In Fachverband Sucht e.V. (Hrsg.), Die Zukunft der Suchtbehandlung – Trends und Prognosen. Geesthacht: Neuland Verlag S. 302-310.
- Lindenmeyer J. (1997): Supervision und Selbsterfahrung in der Verhaltenstherapie. In: A. Heigel-Evers, I. Helas, & H. C. Vollmer (Hrsg.): Die Person des Therapeuten. Qualitätssicherung in der Suchtbehandlung. S95-115. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.



- Lindenmeyer, J. (2000). Ethik in der Verhaltenstherapie. In E. Behnsen, K. Bell, D. Best, H. Gerlach, H. D. Schirmer & R. Schmid (Hrsg.), Management Handbuch für die psychotherapeutische Praxis. Heidelberg: Decker's Verlag 780: S. 1-12.
- Lindenmeyer, J. (2006): Einfache Qualitätsprozesse für den Alltag in der Rehaklinik. Zertifizierung aktuell, 2, S. 14-15.
- Lindenmeyer, J. (2016). Alkoholabhängigkeit. Fortschritte der Psychotherapie, Band 6. Göttingen: Hogrefe.
- Lindenmeyer, J. (Hrsg.) (2020). Therapie-Tools: Offene Gruppen 2. Weinheim: Beltz.
- Lindenmeyer, J. (Hrsg.) (2020). Therapie-Tools: Offene Gruppen 1. Weinheim: Beltz.
- Lindenmeyer, J. (2018). Rückfallprävention. In Margraf J. & Schneider, S. (Hrsg.), Lehrbuch der Verhaltenstherapie, Band 1 (4. Aufl.). Berlin: Springer (S. 617-640).
- Lohmann, B. (2000). Effiziente Supervision. Praxisorientierter Leitfaden für Einzel- und Gruppensupervision. Hohengehren: Schneider Verlag.
- Margraf, J., & Schneider, S. (Hrsg.) (2018). Lehrbuch der Verhaltenstherapie. Band 1-4 (3.Aufl.). Berlin: Springer.
- Miller, W.R. & Rollnick, S. (2015). Motivierende Gesprächsführung. Freiburg: Lambertus.
- Prochaska, J.O. & DiClemente, C.C. (1986). Toward a comprehensive model of change. In: Miller, W.R. & Heather, N. (Eds.). Treating Addictive Behaviours: Processes of Change. New York: Plenum Press.
- Schöneck, R. & Cina, R. (2024). Konzept der salus klinik Lindow Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation (MBOR) in der Psychosomatik. Eigenverlag.
- Wittchen, U., & Hoyer, J. (2011). Klinische Psychologie und Psychotherapie. (2. Aufl.). Heidelberg: Springer.



**Exemplarischer Wochenplan: Angststörung**

**Exemplarischer Wochenplan: Essstörung**

**Exemplarischer Wochenplan: Depression**

**Exemplarischer Wochenplan: Somatoforme Schmerzstörung**