



Psychosomatische Klinik
Campus Bad Neustadt
Medizinische Exzellenz aus Tradition

Psychosomatische Klinik Bad Neustadt

Therapiekonzept



IMPRESSUM

Herausgeber:

Psychosomatische Klinik der RHÖN-KLINIKUM AG
Kurhausstraße 31, 97616 Bad Neustadt a. d. Saale

Redaktion:

Prof. Dr. med. Martin Siepmann, Dr. med. Dagmar Stelz,
Burkhard Bingel

Gestaltung & Satz:

MainKonzept, Berner Straße 2, 97084 Würzburg,
www.mainkonzept.de

Bildnachweis:

RHÖN-KLINIKUM AG

Druck:

kraus print u. media GmbH & KG, 97618 Wülfershausen
im April 2016

Nachdruck nur mit schriftlicher Genehmigung des Herausgebers

THERAPIEKONZEPT DER PSYCHOSOMATISCHEN KLINIK BAD NEUSTADT

Akademisches Lehrkrankenhaus
der Philipps-Universität Marburg

INHALTSVERZEICHNIS

06 VORWORT

07 EINLEITUNG

08 KLINIK UND UMFELD

09 ZUGANGSWEGE UND AUFNAHME

10 KRANKENHAUSSTRUKTUR

12 INDIKATIONS- UND BEHANDLUNGSSPEKTRUM

14 BASISDOKUMENTATION

15 GRUPPENPSYCHOTHERAPIE

16 THEORETISCH-KONZEPTUELLE ORIENTIERUNG

18 THERAPEUTISCHES VORGEHEN

20 THERAPEUTISCHE METHODEN

21 PSYCHODYNAMISCHE VERFAHREN

22 VERHALTENSTHERAPEUTISCHE VERFAHREN

23 NEUROPHYSIOLOGISCHE UND NEUROPSYCHOLOGISCHE ERKENNTNISSE

25 FLANKIERENDE MASSNAHMEN

26 DAS BEZUGSTHERAPEUTENSYSTEM UND DIE PSYCHOSOMATISCHE
FACHPFLEGE

27 VISITEN, KRISEN-, MOTIVATIONSGESPRÄCHE UND EINZELTHERAPIE

28 SOZIALDIENST

29 INTEGRATION IN KLARE KLINIKSTRUKTUREN

30 QUALITÄTSSICHERUNG UND DOKUMENTATION

32 DIAGNOSESTATISTIK 2015

32 FORT- UND WEITERBILDUNG

33 TAGUNGEN

35 SO FINDEN SIE UNS

36 LITERATURVERZEICHNIS

VORWORT

Die Psychosomatische Klinik Bad Neustadt wurde am 01.04.1975 eröffnet. Von Beginn an wurden die Patienten einer akutstationären psychosomatischen Behandlung oder bei anderen Leistungsträgern einem rehabilitativen Behandlungsansatz zugeführt. 1995 erfolgte die Einteilung der Klinik in eine Krankenhaus- und eine Rehabilitationsabteilung, die sich seitdem auf dem Campusgelände Bad Neustadt des RKA befanden.

Seit dem Umzug in die vollständig und nach modernen Gesichtspunkten renovierte und erweiterte ehemalige Kurparkklinik Bad Neustadt im Jahr 2016 stehen 240 akutpsychosomatische Betten zur Verfügung. Hinzu kommen 20 tagesklinische Plätze. Aufgrund der räumlichen Begrenzung können vorübergehend keine Rehabilitationsmaßnahmen durchgeführt werden. Die Klinik ist zertifiziert nach DIN EN ISO: 2008.

Sie ist akademisches Lehrkrankenhaus der Universität Marburg. Es bestehen intensive Kooperationen mit den übrigen Kliniken des Campus Bad Neustadt (Herz- und Gefäß-Klinik, Klinik für Handchirurgie, Neurologische Klinik, Frankenklinik, Saaletalklinik, RHÖN-Kreisklinik), weiterhin besteht ein weit verzweigtes Netz an Kooperationen mit Kostenträgern, Zuweisern, Selbsthilfegruppen, Weiterbildungsinstituten und weiteren Universitäten (u. a. Gießen/Marburg, Dresden, Mainz).

Regelmäßig finden auf verschiedenen Ebenen externe Supervisionen und Qualitätskontrollen statt (z. B. IQP München). Die Klinik verfügt über die volle Weiterbildungsermächtigung im Fach Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, weiterhin über die Weiterbildungsermächtigung für ein halbes Jahr Psychiatrie sowie ein Jahr Sozialmedizin.

Prof. Dr. Siepmann ist als Ärztlicher Direktor Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Facharzt für Neurologie und Psychiatrie, Facharzt für Klinische Pharmakologie, Supervisor (AAP Dresden) und Suchtmediziner mit der Zusatzbezeichnung Sozialmedizin. Frau Dr. Stelz ist als Chefärztin Fachärztin für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Fachärztin für Innere Medizin, Zusatzbezeichnungen Psychotherapie und Ärztliches Qualitätsmanagement, Balintgruppenleiterin (BLÄK und DBG), Supervisorin (AfP Erfurt) und besitzt den Fachkundenachweis Rettungsdienst.

EINLEITUNG

Die Psychosomatische Klinik Bad Neustadt ist Vorreiterin bei der Einführung und Gestaltung des PEPP (Pauschalierter Entgeltsystem in der Psychiatrie und Psychosomatik), das mit dem 01.10.2013 in Kraft trat. Zudem legen wir großen Wert darauf, das Konzept stets aktuell zu halten sowie die Erkenntnisse aus Leitlinien und wissenschaftlichen Publikationen zu berücksichtigen. Die Klinik ist aufgeteilt in zwei Chefarztbereiche: mit 125 Betten unter der Leitung der Chefärztin Dr. Dagmar Stelz und mit 115 Betten sowie 20 tagesklinischen Plätzen unter der Leitung des Ärztlichen Direktors Prof. Dr. Martin Siepmann.

Behandelt werden im Krankenhaus psychosomatische und psychische Störungen, deren Schweregrad dringlich eine stationäre Behandlung, das heißt eine zeitnahe Herausnahme aus dem häuslichen Milieu, erfordert. Durch den strukturierenden, haltgebenden psychosomatischen Therapierahmen des stationären Krankenhaussettings soll die Stabilisierung des Patienten soweit vorangebracht werden, dass der Patient anschließend ambulant oder teilstationär weiterversorgt werden kann.



A handwritten signature in black ink.

Burkhard Bingel
Geschäftsführer



A handwritten signature in black ink.

Jochen Bocklet
Geschäftsführer



A handwritten signature in black ink.

Prof. Dr. Martin Siepmann
Chefarzt
Ärztlicher Direktor



A handwritten signature in black ink.

Dr. Dagmar Stelz
Chefärztin

KLINIK UND UMFELD



Zimmer

Die 240 Patienten der beiden Abteilungen der Psychosomatischen Klinik sind auf sechs Stationsebenen in Einzelzimmern mit eigenem Badezimmer untergebracht. Auf den jeweiligen Stationsebenen ist die therapeutische Präsenz über Schwesternzimmer, Therapeutenzimmer und Gruppentherapieräume gewährleistet. Die Klinik ist mit einer größeren Zahl adipositas- und behindertenfreundlich ausgestatteten Zimmer versehen. Weiterhin verfügt sie über Zimmer mit extralangen Betten. Die Kriseninterventionsstation hat zudem einen mit zwei Plätzen ausgestatteten Schockraum und ein zusätzliches Überwachungszimmer für Patienten mit psychischen oder körperlichen Instabilitäten. Eine mit 25 Betten gebaute Komfortstation in der sechsten Etage des Gebäudes bietet z. B. für Privatpatienten oder Selbstzahler neben der Möglichkeit der Chefarztwahlleistungen die Unterbringung in Einzelzimmern mit gehobenem Standard.

Für einen angenehmen Aufenthalt außerhalb ihrer Zimmer stehen den Patienten Sitzgrup-

pen im Foyer-Bereich, außerhalb der Essenszeiten der Speisesaal (mit angrenzender Terrasse und direktem Zugang zum Kurpark) und diverse Vortragsräume zur Verfügung. Jede Patientenetage ist mit einer eigenen kleinen Teeküche ausgestattet, die mit Kaffee- und Teebereiter sowie Trinkwasserspender bestückt ist.

Rezeption

Die Rezeption im Eingangsbereich übernimmt eine wichtige Funktion in der Vermittlung zwischen den Anliegen der Patienten, der Verwaltung und den therapeutischen Mitarbeitern. Über die Rezeption werden die Patienten aufgenommen und anschließend durch die Stationsschwestern auf die Stationen geleitet. Die Rezeption übernimmt zudem die Koordination medizinischer und anderer Notfallmaßnahmen. Sie ist in drei Schichten besetzt. Die Mitarbeiter sind darauf eingestellt, dass Patienten sich direkt an sie wenden, wenn sie ärztliche, therapeutische oder pflegerische Kontakte benötigen.

ZUGANGSWEGE UND AUFNAHME



Zugangswege

Die Einweisung der Patienten erfolgt durch niedergelassene Fachärzte (§ 39 Absatz 4 SGB V) bzw. durch die Verlegung aus anderen Akutkrankenhäusern nach telefonischer bzw. schriftlicher Anmeldung.

Es besteht ein Vertrag nach § 108 SGB V mit den Verbänden der gesetzlichen Krankenversicherung. Die Klinik ist für Beschäftigte des Öffentlichen Dienstes beihilfefähig. Bei privatversicherten Patienten ist in jedem Fall die Kostenzusage der Versicherung vor dem Beginn des Aufenthalts in unserem Haus einzuholen (gemäß den Vertragsbedingungen des Verbandes der Privatkrankenversicherer).

Die Patienten können über unsere Chefarztssekretariate Kontakt mit der Klinik aufnehmen. Ihre Anfrage wird dort bearbeitet, indem entweder ohne Zwischenschaltung eines Chef- oder Oberarztes ein Termin unmittelbar vergeben oder ein Rückruf mit dem Behandler vereinbart wird, um die Indikationsstellung exakter überprüfen zu können. Auch lassen sich vorstationäre Gespräche oder die Zusendung eines Moti

vationsschreibens vereinbaren. Treten die Patienten unmittelbar per Brief, E-Mail oder Telefonanruf an uns heran, bitten wir um eine zusätzliche Kontaktaufnahme durch den behandelnden Arzt/Therapeuten mit uns.

Aufnahme

Nach Ankunft der Patienten in der Klinik werden diese von der Stationsschwester mit den Strukturen des Hauses bekannt gemacht. In einem oberärztlichen explorativen Anreisegespräch werden die Vorgeschichte und die aktuellen Beschwerden der Patienten ausführlich ergründet. Schließlich erfolgt eine erste Therapieplanung mit den gemeinsam formulierten vorläufigen Behandlungszielen. In diesem Zusammenhang bemühen wir uns um Transparenz, indem wir die Patienten in die Abläufe des therapeutischen Prozedere einbeziehen. Je nach Krankheitsbild und Allgemeinzustand wird schließlich eine Aufteilung in die einzelnen Sektionen des Hauses vorgenommen.

KRANKENHAUSSTRUKTUR



Das Kerngebiet der Chefärzte der Psychosomatischen Klinik Bad Neustadt umfasst die Internistische Psychosomatik mit den Schwerpunkten Anorexia nervosa und Bulimie, somatopsychische Erkrankungen, Traumatherapie und junge Männer (Dr. Dagmar Stelz) sowie den Bereich Alterspsychosomatik mit den zusätzlichen Schwerpunkten berufsbezogene Erkrankungen, Adipositas, somatoforme Störungen und Schmerzstörungen (Prof. Dr. Martin Siepmann). Psychotherapeutisch sind circa jeweils neun Patienten einem Bezugstherapeuten (Arzt oder Psychologe) zugeordnet. Diese Therapiegruppen werden in unterschiedlicher Ausprägung in sogenannten Sektionen zusammengefasst, die medizinisch und psychotherapeutisch jeweils durch Oberärzte und/oder einen leitenden Psychologen betreut werden. Hinzu kommt eine Kriseninterventionsstation (K1.1).

Jeder Oberarzt hat einen Behandlungsschwerpunkt, wobei wir grundsätzlich bemüht sind, eine gemischte Belegung in jeder Sektion anzubieten. Die therapeutische Arbeit ist tiefenpsychologisch orientiert. Konzeptuell besteht ein gruppentherapeutisches Setting, aufgeteilt in verbale und körperorientierte Gruppen. Die Patienten haben in der Regel mindestens eine Gruppentherapie täglich, regelmäßige Visiten und einzeltherapeutische Gespräche. Zusätzlich bieten wir Spezialtherapien in der Abteilung Bewegungs-, Körper- und Kreativtherapien sowie Ernäh-

rungsberatung an. Spezielle indikative Gruppentherapieangebote bestehen für Männer unter 25 Jahren, Patienten mit Anorexia nervosa und Bulimie, Traumafolgestörungen, Adipositas, Angststö und einem Psychologen geleistet. Dreischichtig sind Fachpflegekräfte im gesamten Haus für die Patienten zuständig. Der Facharztstandard wird durch den Oberarzt im Hintergrunddienst gewährleistet.



Auf der Kriseninterventionsstation (K1) werden Patienten in Krisen von jeder Station im Sinne eines Belegsystems behandelt, bis sie so stabilisiert sind, dass sie auf die Normalstation (zurück-)verlegt werden können. Die Fachpflegekräfte der Kriseninterventionsstation (K1) arbeiten im Drei-Schicht-System. Die Patienten gehören weiter zu der ihnen zugeordneten Allgemeinstation und werden durch deren Oberarzt behandelt. Auf der Kriseninterventionsstation (K1) finden zusätzlich zu den Stationstherapien regelmäßig montags und freitags Oberarzt- und Chefarztdienste sowie am Wochenende (Samstag und Sonntag) Oberarztdienste statt.

Sollte eine direkte Verlegung in psychiatrische Kliniken oder bei somatischen Instabilitäten bzw. Abklärungsbedürftigkeiten eine Verlegung in entsprechende somatische Akutkliniken nötig sein, werden die Patienten nach Abschluss der Behandlung von dort in der Regel zurückübernommen.

INDIKATIONS- UND BEHANDLUNGSSPEKTRUM



Voraussetzung für die stationäre Aufnahme ist, dass das Behandlungsziel nicht durch teilstationäre, vor- und nachstationäre oder ambulante Behandlung erreicht werden kann (§ 39, §108 SGB V). Die Fachabteilungsdiagnosen sind:

- mittel- und schwergradig ausgeprägte depressive Störungen (ICD-10 F32, F33, F34): beispielsweise in der Folge von beruflichen und privaten Konflikt- und Belastungssituationen oder negativ gefärbter Lebensbilanzkrisen (diese auch im höheren Lebensalter).
- neurotische Belastungs- und somatoforme Störungen (ICD-10 F40 bis F48): unter anderem chronische phobische Störungen, Angst- und Panikstörungen, Zwangsstörungen, die posttraumatische Belastungsstörung, dissoziative Störungen, unterschiedliche Somatisierungsstörungen, die anhaltende somatoforme Schmerzstörung (F45.40) und die chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (F45.41).

- Essstörungen (ICD-10 F50 bis F59): von der Anorexia nervosa, Bulimia nervosa zur Adipositas per magna und nicht organischen Schlafstörungen (F51.0). Die Patienten mit Adipositas werden in ein angepasstes, tägliches Bewegungsprogramm integriert und bekommen eine Ernährungsberatung. Für die Anorexia nervosa und Bulimia nervosa, sowie für die Patienten mit Adipositas liegt ein eigenes Konzept vor.
- psychologische Faktoren oder Verhaltensfaktoren bei anderorts klassifizierten Krankheiten (F54) im Zusammenhang mit z. B. Asthma bronchiale, Colitis ulcerosa, Dermatitis, Urtikaria etc.
- psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (ICD-10 F10 bis F19), vor allem deren schädlicher Gebrauch, wenn diese nicht Hauptdiagnosen sind.
Wir sind keine somatische Entzugsklinik oder Entwöhnungsklinik. Wir sehen unsere Arbeit an diesen Patienten, die häufig mit Nebendiagnosen aus dem benannten Bereich zu uns kommen, in der Motivationsarbeit und in der Behandlung der sekundären Suchtanteile bei beispielsweise Depressionen oder Angsterkrankungen.
- somatopsychische Erkrankungen: Wir behandeln häufig Patienten mit den verschiedensten somatischen Erkrankungen (KHK, Diabetes mellitus, Hypertonie, neurologische, internistische Krankheiten, Patienten im Senium). Bei ihnen sollte eine ausreichende körperliche Selbstständigkeit und Belastbarkeit vorliegen. Die Behandlung von Patienten mit kognitiven Störungen im Alter ist möglich, wenn diese nur leichtgradig ausgeprägt sind.

Kontraindikationen für die akutpsychosomatische stationäre Behandlung sind unter anderem Patienten unter 18 Jahren sowie hirnorganisch wesensveränderte und pflegebedürftige Patienten, bei denen kein ausreichender psychotherapeutischer Ansatz erkennbar ist. Auch Patienten mit akuter Suizidalität, akuten Psychosen, manifester Sucht und Patienten, die nicht bündnis- und absprachefähig sind, können wir nicht akutpsychosomatisch betreuen.

Ziel ist es, mit Hilfe der vorgestellten Behandlungsansätze die Patienten intensiv auf die Alltagserfordernisse vorzubereiten sowie die Bereitschaft zur Selbstfürsorge, Selbstverantwortung und Veränderung zu fördern. Des Weiteren soll eine solche Stabilität erarbeitet werden, dass die Therapie schließlich auf ambulanter, teilstationärer oder auf einer beschützenden Ebene weiter stattfinden kann. Insgesamt geht es darum, Ressourcen der Patienten in den Mittelpunkt zu stellen und diese wieder verfügbar zu machen. Hilfreich für die poststationären Planungen sind unsere Sozialpädagogen.

BASISDOKUMENTATION (BADO)



Alle Patienten werden bei Aufnahme und bei Entlassung im Rahmen der Basisdokumentation zur Lebenssituation, krankheitsrelevanten Aspekten und zu ihrer Behandlungszufriedenheit mit Hilfe von GAF, PHQ-D, ISR und ZUF befragt. Die Auswertung dieser Fragebögen wird sowohl für die interne, als auch externe Qualitätsüberprüfung verwandt.

Im Sinne einer externen Qualitätssicherung zur Prozess- und Ergebnisqualität werden die in der Basisdokumentation erhobenen Daten mit allen Daten aus den bayerischen psychosomatischen Kliniken, die sich im Institut für Qualitätsentwicklung in der Psychotherapie und Psychosomatik (IQP) München zusammengefunden haben, in anonymisierter Form verglichen.

GRUPPENPSYCHOTHERAPIE



Das stationäre Behandlungssetting der Psychosomatischen Klinik Bad Neustadt ist schwerpunktmäßig auf ein Gruppensetting – überwiegend tiefenpsychologisch orientiert – ausgerichtet. Die gruppentherapeutische Arbeit teilt sich schwerpunktmäßig in verbale und körperbezogene Gruppenpsychotherapien auf. Die körperbezogenen Gruppentherapien setzen auf der Ebene des basalen Körpererlebens an. Sie werden regelmäßig von externen Körpertherapeuten supervidiert. Ergänzend finden einzeltherapeutische Gespräche statt, Krisen- und Motivationsgespräche, Visiten und Stabilisierungsarbeit.

THEORETISCH-KONZEPTUELLE ORIENTIERUNG



Die tiefenpsychologische Psychosomatik geht von der Vorstellung aus, dass die Symptome und Beschwerden des Patienten mit allgemeinen Lebens- und Persönlichkeitsproblemen in Zusammenhang stehen und dass diese Zusammenhänge dem Patienten selbst nicht bzw. nur teilweise bewusst sind. Dieser Ansatz enthält folgende Bestimmungsstücke:

- Symptome, unter denen der Patient leidet, und das damit in Zusammenhang stehende Krankheitsverhalten erlebt er bewusst. Die Ursachen und Hintergründe seiner Erkrankung, d. h. die Dynamik, aus der die Erkrankung entsteht und die sein Krankheitsverhalten bedingt, bleiben dem Bewusstsein des Patienten teilweise verborgen, sie sind unbewusst. Im Bereich der unbewussten Konfliktpathologie besteht bei psychosomatischen Erkrankungen stets ein unbewusstes Potenzial nicht gelebter Emotionen, das sich als Phantasie mit motivationalem Charakter beschreiben lässt.
- Das Muster dieser nicht gelebten Emotio-

nalität eines psychosomatisch Erkrankten lässt sich tiefenpsychologisch als Konflikt auffassen. Die heutige tiefenpsychologische Psychosomatik hat sich von dieser Spezifitätsannahme gelöst bzw. ist in andere Richtungen offener und empirischer geworden. Neben den herkömmlichen Konzepten finden objektbeziehungstheoretische Erwägungen, Bindungstheorie, Traumaforschung und das Konzept der strukturellen Ich-Störungen Berücksichtigung. Aus empirischer Sicht liegen zumeist unbewusste Konflikte und auch Entwicklungsdefizite vor.

• In der Persönlichkeitsstruktur – einerseits genetisch teilweise festgelegt, andererseits in der frühen Kindheit grundgelegt – ist die Konfliktpathologie eingebettet. Frühe Verletzungen und Missbrauchserlebnisse, unerfüllte Wünsche und Frustrationen, also allgemein traumatische Beziehungs erfahrungen können nicht entsprechend verarbeitet werden und bestimmen so als „Leitlinie“ das gesamte Leben der betreffenden Persönlichkeit. Diese Persönlich-

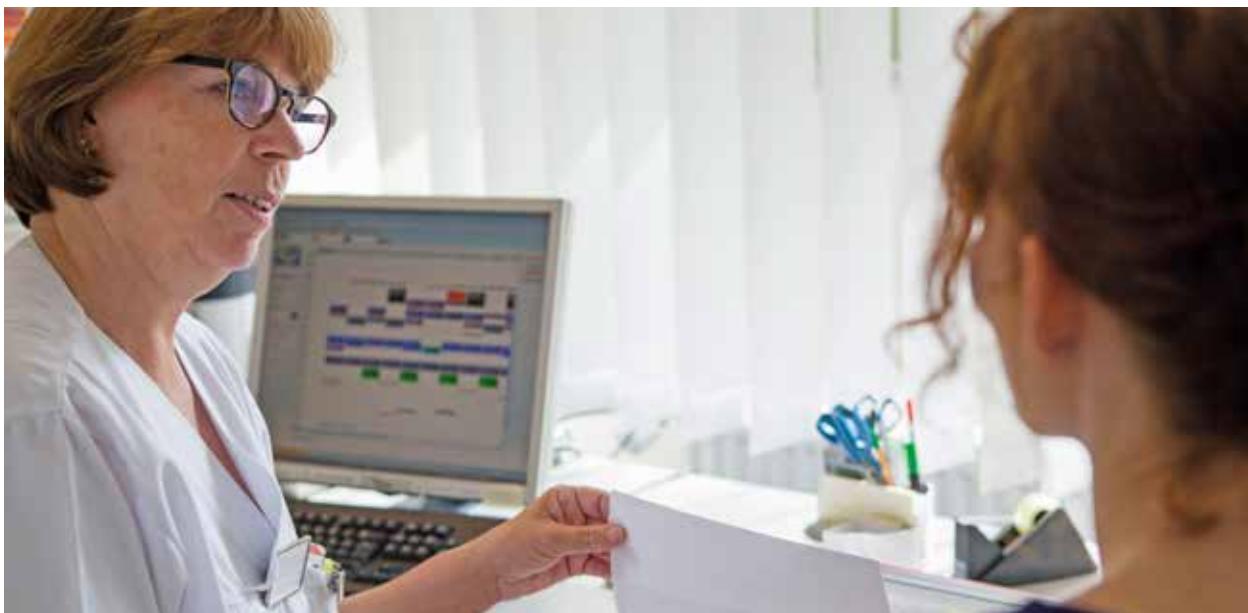
keits- und Konfliktpathologie bestimmt alle wesentlichen weiteren Entscheidungen des Menschen bis in das Erwachsenenalter hinein. Dabei werden die unerfüllt gebliebenen kindlichen Wünsche, insbesondere in den späteren Beziehungsphantasien, in die Bereiche der Partnerschaft und der Arbeit einfließen. Analog zum Grundmuster seiner Erfahrungen und seiner Frustrationen versucht der Erwachsene unbewusst seine Beziehung zu konstellieren, ohne die tiefgefühlten frühen Defizite damit kompensieren zu können. So entsteht Enttäuschungswut, die er schon in der Kindheit und dann auch in den späteren Beziehungen nicht adäquat ausleben und verarbeiten konnte. Die Symptomentstehung kann dann als Kompromiss zwischen seinen frühkindlichen Wünschen und Erfahrungen und den auf diesem Hintergrund aktuell gefühlten Entbehrungen angesehen werden.

- Mittels einer intensiven Schulung der Körperwahrnehmung und regelmäßigen Körperpsychotherapien unter Nutzung von Eutonie, konzentrativer Bewegungstherapie und der Feldenkrais-Methode im Rahmen einer eigenen bewährten Therapiekonzeption führen wir die Patienten an eine intensive Körperarbeit heran. Auf diesem Weg gelingt es, den körpersprachlichen Ausdruck verdrängter oder ungelebter Emotionen zu verstehen und eine Symptomreduktion zu erreichen.
- Neben den tiefenpsychologischen Konzepten integrieren wir in unsere moderne theoretische Orientierung auch verhaltenstherapeutische Theorieansätze im Sinne eines integrativen Theorie- und Therapieansatzes. Diese Ansätze kommen besonders bei der Modifikation von gelernten sozialen Interaktionsschemata und Kontrollüberzeugungen zur Anwendung.
- Viel Wert legen wir auf unsere spezielle Indikationsgruppe für junge Männer bis circa 25 Jahre, die von einem Oberarzt und weiteren männlichen Therapeuten geleitet wird. In dieser Gruppe können sich die Patienten über den Weg der körpertherapeutischen

Arbeit mit ihren spezifischen Problemen intensiv befassen.

- Regelmäßig werden nach individueller Indikationsstellung (Einzel- oder Gruppensetting) Paar- und Familiengespräche durchgeführt.
- Bei schwer traumatisierten Patienten wird bereits im Anreisegespräch mit Stabilisierungsarbeit und Psychoedukation begonnen. Die Integration in das tiefenpsychologische Behandlungsangebot leiten wir individuell und sehr vorsichtig ein. Neben einzeltherapeutischen Kontakten werden in einer Stabilisierungsgruppe (unter Führung der Leitenden Oberärztin und weiteren Therapeuten) Stabilisierungstechniken unter besonderer Berücksichtigung der Achtsamkeit vorgestellt und eingeübt.
- Schule im Krankenhaus: Seit 2000 kommen Pädagogen der Schule für Kranke in die Psychosomatische Klinik Bad Neustadt. Während der bayerischen Regelschulzeit findet ein wöchentliches Schul- und Lernangebot als Einzel- bzw. Gruppenunterricht statt.

THERAPEUTISCHES VORGEHEN



Es wird eine umfassende fachärztlich geleitete, psychiatrische, psychotherapeutische und internistische Diagnostik durchgeführt und mit dem Patienten gemeinsam die bio-psycho-soziale Disposition seiner Erkrankung erarbeitet.

Der medizinischen Behandlungsbedürftigkeit des Krankheitsbildes wird durch ein fachärztliches exploratives Gespräch und eine ärztliche Aufnahmeuntersuchung am Aufnahmetag Rechnung getragen. Im Regelfall wird dabei auch die medikamentöse Behandlung festgelegt oder die vom Patienten mitgebrachte Medikation zunächst weitergeführt. Dabei wird auch das therapeutische Arbeitsbündnis erklärt und vereinbart.

Anamneseerhebung und Erarbeitung der biographischen Hintergründe der aktuellen Dekompensationssituation findet statt. Dem folgt die individuelle Erstellung einer Zieldefinition in mündlicher oder schriftlicher Form. Der Patient formuliert seine Zielvorstellungen mit Hilfe des Therapeuten. Weitere wichtige Punkte sind die Ausformulierung der Eigenverantwortung des Patienten für das Erreichen dieser Ziele. Es wird dabei zum Ausdruck gebracht, dass jegliche Besserung seines Zustandes sein eigener Verdienst und nicht die Verpflichtung des Therapeuten ist. Die Aufgabe des Therapeuten besteht in der Begleitung, der zur Verfügungstellung des

speziellen psychotherapeutischen Wissens und der Unterstützung des Patienten beim Erkennen und Bewältigen seiner Störung. Mit dieser Abmachung wird das Arbeitsbündnis beschrieben, in dem Therapeut und Patient als Partner an einem vom Patienten vorgegebenen Ziel arbeiten. Immer wieder wird am Therapiefokus gearbeitet. Regelhaft werden Fortschritte in den wöchentlich stattfindenden Visiten und die weitere stationäre Behandlungsnotwendigkeit überprüft. Vor Beginn der Behandlung wird über Risiken und Nebenwirkungen der Therapie ausführlich mündlich und schriftlich anhand eines Aufklärungsbogens informiert. Im Therapievertrag wird in der Regel der Verzicht auf Alkohol, Drogen oder andere Suchtmittel besprochen.

Zur stationären Aufnahme gelangen zunehmend schwer gestörte Patienten mit Ich-strukturellen Defiziten. Leichtere Verlaufsformen psychischer Störungen werden heutzutage überwiegend ambulant oder teilstationär behandelt und gelangen höchstens im Rahmen akuter psychischer Krisen in die stationäre Behandlung. Die angewandten Therapiemaßnahmen sind grundsätzlich darauf ausgerichtet, dem Patienten im Rahmen eines stärker strukturierten Vorgehens Einsichten in seine Entwicklung zu vermitteln. Zudem helfen ihm die therapeutischen Mitarbeiter durch die Einnahme von Hilfs-Ich-Funktionen dabei, eine strukturelle Nachreifung des Ichs des Patienten einzuleiten und seine Objekt- und Selbsterfahrung bewusster wahrzunehmen. In der tiefenpsychologischen Therapie spielt die Diagnostik ungünstiger Beziehungskonstellationen eine große Rolle. Sie lassen sich im Übertragungsgeschehen ableiten und können dem Patienten vorsichtig und taktvoll gedeutet werden.

Auf somatischer Ebene wird die ärztliche Aufnahmeuntersuchung ergänzt durch Voruntersuchung, Erfassung der Vitalwerte, Labor, gegebenenfalls weiterführende Diagnostik sowie Röntgen, Ergometrie, Sonografie, Lungenfunktionsprüfung, EEG und Schlafapnoescreening. In diesem Zusammenhang werden die Befunde mitbewertet, um deren Mitnahme der Patient bereits im Vorfeld der Aufnahme gebeten wurde.

THERAPEUTISCHE METHODEN



Im Rahmen der stationären Behandlung konstelliert sich die oben beschriebenen unbewussten Konflikte auch in der Beziehung zu den Therapeuten und im Rahmen der Gruppentherapie zu den anderen Patienten. Dies entspricht dem Übertragungsvorgang, der dem Patienten im therapeutischen Prozess bewusst gemacht werden soll, damit er die von ihm unbewusst gestalteten Beziehungskonstellationen und daraus abgeleiteten Erwartungen erkennen und, soweit diese dysfunktional sind, auch im Rahmen seiner Möglichkeiten überwinden kann. Die tiefenpsychologische Therapie hilft dem Patienten, die Hintergründe seiner Erkrankung zu klären und versetzt ihn so in die Lage, sich schrittweise mehr Selbstständigkeit und Selbstbestimmung zu erarbeiten (Yalom, 2005; Lorentzen et al., 2013). Wir erachten es im Rahmen einer stationären Psychotherapie als unsere Aufgabe, dem Patienten bei der Veränderung seiner Symptome zu helfen, Konflikte und Probleme zu erkennen, zu verstehen, zu bearbeiten und Veränderungsschritte zu erproben. Störungsspezifische Therapieformen sind für Patienten mit Essstörungen (Anorexia nervosa, Bulimie), Traumafolgestörungen, Adipositas, Schmerzstörungen, Angststörungen sowie berufsbezogenen Problemen als indikative Gruppenangebote verfügbar.

PSYCHODYNAMISCHE VERFAHREN

Entsprechend der tiefenpsychologischen Krankheitslehre gehen wir von einem konfliktzentrierten Modell psychischer Störungen aus. Dies bedeutet insbesondere für die große Gruppe der neurotischen Störungen, dass die sichtbare und quälende Symptomatik eine unbewusste Antwort oder einen Lösungsversuch auf innere, ungelöste Konflikte darstellt. Dieser Konflikt kann innerpsychisch als eine Ambivalenz zwischen widerstrebenden inneren Bestrebungen aufgefasst werden. Es kann sich aber auch um einen äußeren Konflikt zwischen dem Individuum und seiner sozialen Umwelt handeln. Oft bedingen sich innere und äußere Konfliktfelder auch gegenseitig. So ist ein erster Schritt in der Behandlung, die einzelnen Konfliktfelder und ihre Interaktion gemeinsam mit dem Patienten zu verstehen, um daraus die Rolle der beobachtbaren Symptomatik und die Bedeutung dieser Symptomatik abzuleiten. Mit der wachsenden Einsicht in diese Zusammenhänge ergeben sich häufig schon erste Lösungsansätze.



Diese können einerseits in einer veränderten Einstellung gegenüber den Konflikten und den daran beteiligten Personen bestehen. Andererseits kann durch die vertiefte Einsicht auch ein konkreter Veränderungswunsch eigener persönlicher Verhaltensweisen resultieren.

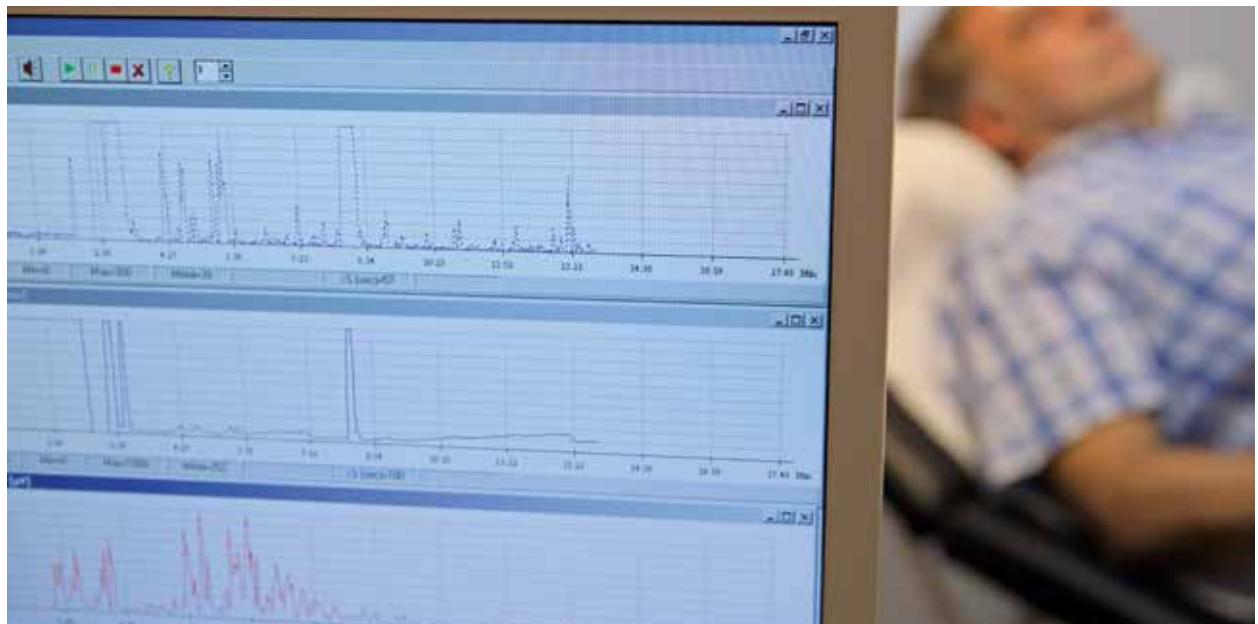
Die Patienten erarbeiten sich mit Hilfe der Beziehungsklärung zu sich und zu anderen die Fähigkeit, die hinter ihren Symptomen liegenden Probleme und Belastungen zu erkennen, zu bearbeiten und sich konkrete Veränderungsschritte in Richtung konstruktiver, veränderter Zukunftsperspektiven zu entwickeln.

VERHALTENSTHERAPEUTISCHE VERFAHREN



Die verhaltenstherapeutische Behandlung besteht aus einer Vielzahl von Maßnahmen und Techniken, die ständig wissenschaftlich überprüft und weiterentwickelt werden (Margraf und Schneider, 2009). Die Erarbeitung eines Erklärungsmodells für die vorliegende Störung mit den Patienten ist Bestandteil der Therapie, die an der gegenwärtig bestehenden Problematik ansetzt. Das Vorgehen ist individuell auf die jeweilige Störung abgestimmt. Prädisponierende, auslösende und aufrechterhaltende Problembedingungen werden unterschieden. Die angewendeten Maßnahmen berücksichtigen vorrangig die Bedingungen, deren Änderung für eine dauerhafte Lösung des Problems notwendig ist. Verhaltenstherapie ist handlungsorientiert und setzt eine aktive Rolle der Patienten voraus, die zum Erproben und Einüben neuer Verhaltensweisen und Problemlösungsstrategien z. B. durch Rollenspiele angeleitet werden (Margraf und Schneider, 2009). Über eine Erhöhung der Problemlösefähigkeit werden allgemeine Fertigkeiten zur Bewältigung zukünftiger Probleme vermittelt und die Fähigkeit zu Selbsthilfe verbessert.

NEUROPHYSIOLOGISCHE UND NEUROPSYCHOLOGISCHE ERKENNTNISSE



Die „Neuwissenschaften“ finden immer stärkeren Eingang in die Psychotherapie. Sie bilden die Grundlage für das Verständnis der Entstehung emotionaler Abläufe, der Steuerung des Verhaltens und der Entwicklung und Arbeitsweise des Gedächtnisses. Neurophysiologische und neuropsychologische Erkenntnisse geben Aufschluss über die körperlichen Vorgänge bei allen mit Symptomen einhergehenden psychischen Störungen. Es werden dabei die im Körper abgelaufenen hormonellen oder Stoffwechselvorgänge verstehbarer. Letztendlich helfen uns die „Neuwissenschaften“ zu einem vertieften Verständnis des Zusammenspiels zwischen Körper und Psyche. Die seit Descartes bestehende Trennung in „Körper“ und „Seele“ geht in der neurophysiologischen Betrachtungsweise im Sinne einer gleichberechtigten Existenz von Psyche und Soma auf. Auch die genetischen Einflüsse auf die Entstehung von Gesundheit und Krankheit, die Konstitution und das Temperament

eines Menschen finden hier als Hintergrundwissen für eine jede individuelle Psychotherapie ihre Berücksichtigung.

Mit dem Patienten wird an seiner Problematik mit den Möglichkeiten tiefenpsychologischer Techniken gearbeitet. Der Therapeut nimmt die Interaktionen zum Anlass, in seiner eigenen Weiter- oder Fortbildung diese Prozesse ebenfalls zu reflektieren, theoretisch zu unterlegen oder für seine eigene Selbsterfahrung nutzbar zu machen. Regelhaft wird dieses supervidiert.

Der neurowissenschaftliche Ansatz reicht aber noch deutlich weiter. Reizwahrnehmung und Reizverarbeitung, kognitive Vorgänge und Lernen, das Zusammenspiel von Kognition und Emotionen führen auf einer weiteren Hierarchieebene zu Fragen der Symbolisierungsfähigkeit des Gehirns. Die psychosomatische Verständnis- und Herangehensweise

erfährt durch die neurowissenschaftlichen Erkenntnisse eine kaum zu überschätzende Bereicherung. Konkrete Auswirkungen auf die Therapie haben diese Erkenntnisse besonders im Umgang mit dissoziativen Störungen bis hin zur Traumabehandlung, im Umgang mit chronischem Schmerz und Tinnitus sowie im Umgang mit Depressionen, Angst-, Panik- und Zwangsstörungen. Es ist zu erwarten, dass die neurowissenschaftliche Forschung den störungsspezifischen Zugang neu beleben wird. Bereits in absehbarer Zeit könnte eine neurowissenschaftliche Diagnostik Teil der Vorbereitung einer Therapie werden, um die spezifischen Ansatzstellen für therapeutische Interventionen genauer festzulegen, und im Therapieverlauf zu prüfen, ob die angezielten Veränderungen auf neuronaler Ebene tatsächlich erreicht werden (Grawe, 2004).

Die neurophysiologischen Erkenntnisse finden stets Berücksichtigung bei dem vom Patienten und Therapeuten gemeinsam gefassten Entschluss zur medikamentösen Mitbehandlung. Das Einsetzen eines Psychopharmakons oder auch eines Schmerzmittels setzt eine breite Kenntnis der Pharmakologie voraus. Die Auswahl erfolgt unter Berücksichtigung der Symptomatik und der mit dem Medikament zu bewirkenden Erleichterungen für den Patienten. Berücksichtigt werden müssen: Die Kenntnisse über die Chemie der Botenstoffe des Gehirns und deren Beeinflussung, die Wirkung der Medikamente auf das emotionale Erleben des Patienten und nicht zuletzt auch die Wechselwirkung der Medikamente untereinander.

FLANKIERENDE MASSNAHMEN

Zu den übenden Verfahren gehört das Durchführen eines Entspannungstrainings wie der Progressiven Muskelrelaxation nach Jacobson.

Biofeedback-Techniken, die psychophysiologische Vorgänge bzw. Parameter bewusst wahrnehmbar machen (z. B. Muskeltonus), kommen adjuvant zum Einsatz.

Mit dem Biofeedbacktraining lenkt der Patient die Aufmerksamkeit auf den Körper und mittels subtiler Selbst-Wahrnehmungsprozesse und gezielter Erinnerung interpretiert er für sich „alte“ leibliche Erfahrungen „neu“. So können auch auf seelischer Ebene Entwicklungsprozesse angestoßen werden, die zu größerer Sensibilität und Idealerweise zur Selbst-Annahme führen. (Siepmann et al., 2008). Mit dem Herzratenvariabilitätsgestützten Biofeedback oder Herzbiofeedback wird der Grad der Koordination zwischen Atemrhythmus und Herzfrequenzschwankungen als rückzumeldender Prozess erfasst. Durch eine angestrebte Steigerung der Herzratenvariabilität (HRV) mittels Atemübungen wird der stressmindernde (parasympathische) Anteil des autonomen Nervensystems (Vagotonus) trainiert. Hauptindikation ist Depression, da bei Patienten mit depressiven Störungen die HRV im Sinne einer chronischen Stressreaktion erniedrigt ist und eine andauernde HRV-Erniedrigung das Risiko für kardiovaskuläre Erkrankungen erhöht (Siepmann et al., 2008).

Besonders bei Schmerzpatienten setzen wir auch physikalische/krankengymnastische Maßnahmen ein, die durch in Gruppen stattfindende Wirbelsäulgymnastik ergänzt wird.

Unsere Küche bietet ausgewogene Kost und auch spezifische Diäten und Beratung durch Fachpersonal an.



Die Patienten nehmen an einer speziellen Körperpsychotherapie, durchgeführt von den Bezugstherapeuten, teil. Davon unabhängig führt die Abteilung Bewegungs-, Körper- und Kreativtherapien die Körperwahrnehmungsgruppentherapie durch. Dabei handelt es sich um ein essentielles Behandlungsangebot für alle im engeren Sinne psychosomatisch erkrankten Patienten, denen eine differenzierte Wahrnehmung der eigenen Körpersignale häufig fehlt und eine differenzierte Körperwahrnehmung erlernen müssen (siehe auch Schriftenreihe XI der Klinik).

Die Abteilung Bewegungs-, Körper- und Kreativtherapien führt unsere Patienten je nach Indikation durch verschiedene Gruppenangebote, wie Körperwahrnehmungsschulung, Ergometertraining, Schwimmen, therapeutisches Boxen, Terrainlauf, sogenannte harte und weiche Therapieschienen. Darüber hinaus werden unsere Patienten durch Ergotherapie einzeln oder in der Gruppe gefördert. Auch hierbei kann der Patient in der Beziehung zu sich und anderen in diesen Interaktionen neue Erfahrungen machen und Veränderungsschritte probieren.

DAS BEZUGSTHERAPEUTEN-SYSTEM UND DIE PSYCHOSOMATISCHE FACHPFLEGE



Allgemein geübte Praxis in der stationären psychosomatischen Behandlung von Patienten ist die Betreuung der Patienten im Rahmen eines Bezugstherapeutensystems. Ein konstanter Oberarzt, Arzt oder Psychologe stellt den festen und verlässlichen Ansprechpartner für alle somatischen und psychotherapeutischen Belange der von ihm betreuten Patienten dar. Die zweite verlässliche Größe in der Patientenbetreuung ist die Pflegekraft. Es besteht eine enge Zusammenarbeit zwischen diesen Berufsgruppen im therapeutischen Team. Auf Schwestern und Pflegern ruht eine besondere Verantwortung. Sie verkörpern den Realraum und sind oft auch in Krisensituationen erste Ansprechpartner, die sich den Bedürfnissen der Patienten annehmen und

das weitere Vorgehen kanalisieren und begleiten. Dem entspricht in unserer Klinik die mit „Milieutherapie“ umschriebene Gestaltung der Atmosphäre. Um diese herzustellen, sollte das Pflegepersonal in der Lage sein, die Bedürfnisse und die Bedrängnisse der Patienten zu erfassen und in ihrem Schweregrad und bezogen auf die somatische und psychische Grundproblematik abzuwägen, um dann dem Patienten angemessen begegnen und die geeigneten Maßnahmen treffen zu können. Das Pflegepersonal hat daher in der Betreuung der Patienten spezielle Aufgaben inne, zu deren Durchführung es einer kontinuierlichen, den neuen Wissensstand berücksichtigenden Weiterbildung bedarf.

VISITEN, KRISEN-, MOTIVATIONS-GESPRÄCHE UND EINZELTHERAPIE



Ziel der einzeltherapeutischen Gespräche sind die Strukturierung und Integration der verschiedenen Erfahrungen, die der Patient in der Beziehung zu sich und zu anderen und in den verschiedenen Gruppen hat, sowie Krisenintervention und Einordnung lebensgeschichtlicher Zusammenhänge. Labilisierungs- und Regressionszustände sollen aufgefangen und bearbeitet werden. Letztendlich geht es auch um die konkrete Planung von Veränderungsschritten und Perspektiven, besonders im Hinblick auf den poststationären Bereich.

SOZIALDIENST



Unsere Sozialpädagogen helfen in der Zusammenarbeit mit Behörden und Kostenträgern bei der prä- und poststationären Planung und der Weiterleitung von Patienten, beispielsweise zum Sozialpsychiatrischen Dienst, zu Selbsthilfegruppen oder in die Tagesklinik.

INTEGRATION IN KLARE KLINIKSTRUKTUREN

Auf der Basis der Bündnis- und Absprachefähigkeit des Patienten wird der Therapieverlauf des Patienten durch dessen Auseinandersetzung mit Klinikstrukturen und mit anderen komplexen, aufeinander abgestimmten Strukturen bestimmt. Konzeptuell werden neben dem gemeinsamen Therapieraum auch der Realraum und das Beziehungsverhalten zu einem Wirkfaktor. Durch die Herausnahme aus und dem Abstand zu den beruflichen und privaten Belastungsfaktoren wird der Patient in die Lage versetzt, sich durch die Integration in die haltgebenden komplexen Strukturen der Klinik zu stabilisieren. Zudem wird es ihm möglich, sich zu hinterfragen und in der Auseinandersetzung zu sich, zum therapeutischen und Pflegepersonal und zu Mitpatienten bewusster zu erleben. Vieles, was Patienten aus dem Alltag kennen, wiederholt sich hier und wird dann einer therapeutischen Bearbeitung zugänglich gemacht.

QUALITÄTSSICHERUNG UND DOKUMENTATION

Strukturqualität

Die Psychosomatische Klinik Bad Neustadt erfüllt die Ansprüche einer stationären psychosomatischen Klinik:

- angemessene bauliche Ausstattung
- entsprechende Stellenpläne
- multiprofessionelles Team
- Anerkennung als Weiterbildungsstätte, Vorliegen und Vielfältigkeit von Weiterbildungsermächtigungen
- Mitgliedschaft der Chefärzte in Fachgesellschaften, Orientierung an den Vorgaben dieser Fachgesellschaften
- Weiterbildungsermächtigungen der Chefärzte und der Mitarbeiter der Klinik
- umfassende klinikinterne Weiterbildung
- Vorliegen eindeutiger, wissenschaftlich anerkannter Therapiemethoden und ein daran orientiertes Konzept
- Kooperationen mit Weiterbildungsinstituten

Prozessqualität

Die Dokumentation der Prozessqualität erfolgt nach den Vorgaben der bayerischen Basisdokumentation Psychosomatik. Folgende Parameter werden bei Aufnahme und Entlassung erfasst:

- Sozialmedizinische Eingangsvariablen, wie Einzugsbereich, Kostenträger, Wartezeit, Chronifizierung, Vorbehandlungsaufwand, Arbeitsunfähigkeit, Geschlecht, Familiensituation
- Behandlungsdiagnosen in psychosomatischen und somatischen Bereichen, Verschlüsselung nach ICD-10, Erfassung des Schweregrades nach BSS und SCL-90
- Diagnostische Maßnahmen Testdiagnostische Verfahren, spezielle medizinische Diagnostik (internistisch, Laboruntersuchungen,

EKG, Belastungs-EKG, Spirometrie, Schlaf-Apnoe-Screening, Ultraschalluntersuchungen, quantitatives EEG, erweiterte neurologische Untersuchungsverfahren, autonome Funktionsdiagnostik (Herzratenvariabilitäts- und Hautdurchblutung- und Hautleitfähigkeitsmessungen, psychometrische Tests und psychiatrische Ratingverfahren)

- Therapeutische Maßnahmen Diese werden inhaltlich auf die gestellten Diagnosen abgestimmt und im Bereich der Einzel- und Gruppenpsychotherapie umgesetzt und finden darüber hinaus innerhalb der einzelnen Funktionsbereiche der Abteilung Bewegungs-, Körper- und Kreativtherapien statt. Ebenso werden so-matomedizinische Maßnahmen einschließlich der medikamentösen Behandlung erfasst.
- Einschätzung der Behandlungsergebnisse durch Patienten und Therapeuten. Die eigene Leistung und die Effektivität der zur Anwendung kommenden Maßnahmen werden mit Hilfe dieser Daten evaluiert und zur konzeptuellen Weiterentwicklung verwandt (BADO). Auf diese Weise entsteht ein Prozess, in dem Schwierigkeiten erkannt und einzelne Abläufe optimiert werden können.
- In regelmäßigen Fallbesprechungen unter Leitung der zuständigen Oberärzte werden nach erfolgter Eingangsdiagnostik die Behandlungsdiagnosen festgelegt und immer wieder der Therapiefokus sowie das therapeutische Vorgehen abgestimmt. Unter dem Aspekt, inwieweit eine stationäre Behandlung weiterhin erforderlich ist, wird der Therapiefortschritt kontinuierlich überprüft und mit dem Patienten besprochen.

Ergebnisqualität

Stationäre psychosomatische Behandlung kann sinnvollerweise nur als Teil eines Gesamtbehandlungskonzeptes gesehen werden. Deshalb sind die Einbeziehung von Zuweisern und die rechtzeitige Planung der nachstationären Therapie für die Qualität des Behandlungsergebnisses von ausschlaggebender Bedeutung. Dies geschieht im Regelfall telefonisch und durch rasche schriftliche Information nach Abschluss der Behandlung.

Es besteht in Bayern ein Zusammenschluss aller psychosomatischen Kliniken im Rahmen der Direktorenkonferenz. In diesem Kreis werden Probleme der stationären Behandlung diskutiert, Ergebnisse verglichen und Therapiestandards bei einzelnen Krankheitsbildern erarbeitet.

Das Institut für Qualitätsentwicklung in der Psychotherapie und Psychosomatik (IQP) München, Leitung Dr. Fritz von Heymann, wertet die Daten der Basisdokumentation aus und vergleicht sie mit anderen psychosomatischen Kliniken in Bayern. Somit können die eigenen Klinikergebnisse mit den gepoolten Daten aller anderen bayerischen Kliniken verglichen werden. Auf dieser Grundlage werden in internen Qualitätszirkeln konzeptuelle Probleme diskutiert und weiterentwickelt. Darüber hinaus werden bestimmte Fragestellungen im Rahmen von Forschungsprojekten überprüft. Es besteht eine wissenschaftliche Kooperation mit Prof. Dr. Manfred E. Beutel, Johannes-Gutenberg-Universität Mainz, und mit der Klinik für Psychotherapie und Psychosomatik des Universitätsklinikums Carl Gustav Carus der Technischen Universität Dresden.

DIAGNOSESTATISTIK 2015

Anzahl der Diagnosen aus dem Kapitel V ICD-10-GM „Psychische und Verhaltensstörungen“



FORT- UND WEITERBILDUNG

Regelmäßig nehmen die Mitarbeiter an Pflichtfortbildungen zu folgenden Themen teil:

- Datenschutz
- Medizinproduktegesetz (MPG – alle Mitarbeiter, die Umgang mit medizinischen Geräten haben)
- Hygiene/Biostoffe
- Brandschutz
- Arbeitssicherheit
- Zertifiziertes Notfalltraining
- Strukturierte Fort- und Weiterbildung für Ärzte und Psychologen
- Theoretische Vermittlung von Weiterbildungsinhalten im Rahmens des Instituts für Psychoanalyse und Psychotherapie Würzburg, im Rahmen der Weiterbildungsermächtigung für drei Jahre Psychosomatische Medizin
- Kooperation mit Ausbildungsinstituten bundesweit, insbesondere AfP Erfurt, CIP München, CIP Bamberg, WIAP Wiesbaden, AVM Würzburg, IVS Nürnberg-Fürth

- Curricula: Innere Medizin, Psychiatrie, Sozialmedizin, Psychosomatische Medizin
- Interdisziplinäres schmerztherapeutisches Kolloquium
- Rotationsmöglichkeiten/Weiterbildung Psychiatrie
- Promotionsmöglichkeiten
- Weiterbildungsermächtigung für drei Jahre Psychosomatische Medizin (komplett) sowie ein Jahr Sozialmedizin und Psychiatrie
- Externe Supervision der Arbeit
- Körperpsychotherapie
- Gruppen-/Fallsupervision
- Supervision Schmerztherapie
- Unterweisung Eutonie
- Feldenkrais
- Atemtherapie
- Konzentратiv Bewegungstherapie
- Balintgruppen
- Fallbesprechungen für Pflegepersonal

TAGUNGEN



2007

11. und 12.05.2007

Körper und Psyche im psychotherapeutischen Kontext. Die körperbezogene Psychotherapie als Zugang zu psychosomatischen Erfahrungen in Kooperation mit der Deutschen Gesellschaft für klinische Psychotherapie und Psychosomatische Rehabilitation (DGPPR)

26.10.2007

Der Stellenwert des Pflegeberufes in der Psychosomatik

2008

30. und 31.05.2008

Vom Lampenfieber zur Auftrittsangst in Kooperation mit der Deutschen Gesellschaft für Musikerphysiologie und Musikmedizin (DGfMM)

18.07.2008

Ich und Wir in Seelsorge und Psychotherapie. Der Mensch zwischen Individualität und Selbstauflösung in Kooperation mit der Klinikseelsorge am RHÖN-KLINIKUM Campus Bad Neustadt

2009

Über 4 Termine in diesem Jahr

Upgrade Psychotherapie für den Kliniker: Nicht stoffgebundene Süchte, Tinnitus, Essstörungen, somatoforme Schmerzstörung

2010

11. und 12.06.2010:

Musizieren lehren und lernen: Licht und Schatten in Kooperation mit der Deutschen Gesellschaft für Musikerphysiologie und Musikmedizin (DGfMM)

TAGUNGEN

17.09.2010

Verlust und Resilienz – Über den Umgang mit Verlusterfahrungen in Seelsorge und Psychotherapie in Kooperation mit der Klinikseelsorge am RHÖN-KLINIKUM Campus Bad Neustadt

2011

29. und 30.10.2011:

Trauung, Trennung, Treue. Die Paarbeziehung im Spiegel von Seelsorge und Psychotherapie in Kooperation mit der Klinikseelsorge am RHÖN-KLINIKUM Campus Bad Neustadt

2012

22. und 23.06.2012:

„Burnout“ bei Hochleistungsanforderungen. Musiker und Mediziner in Kooperation mit der Deutschen Gesellschaft für Musikerphysiologie und Musikermedizin (DGfMM)

2013

26. und 27.04.2013:

Erzählte Familiengeschichten in Psychotherapie und Seelsorge in Kooperation mit der Klinikseelsorge am RHÖN-KLINIKUM Campus Bad Neustadt

2014

27. und 28.06.2014:

„Der Musiker und sein Körper. Ein Resonanzraum für Wahrnehmung, Sinnlichkeit und Erleben.“ In Kooperation mit der Deutschen Gesellschaft für Musikerphysiologie und Musikermedizin (DGfMM)

2015

30.10.2015:

40 Jahre Psychosomatische Klinik Bad Neustadt

SO FINDEN SIE UNS

Bad Neustadt a. d. Saale – umgeben von viel Wald und Natur – liegt am Rande des Naturparks „Bayerische Rhön“, seit der Wiedervereinigung wieder mitten in Deutschland und ist so aus allen Richtungen verkehrsgünstig zu erreichen:

Mit der Bahn

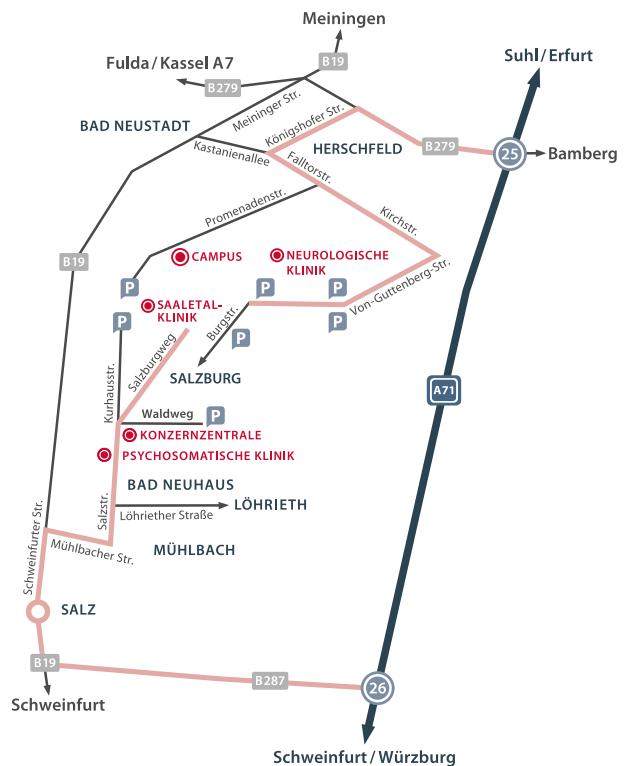
- von Fulda mit dem Nahverkehrszug Gersfeld (Rhön), von dort aus mit dem Bus bis zum Bahnhof Bad Neustadt
- ab Würzburg über Schweinfurt, dort umsteigen in Richtung Erfurt nach Bad Neustadt
- aus den neuen Bundesländern oder Berlin über Erfurt, von dort Direktverbindung nach Schweinfurt über Bad Neustadt

Mit dem Auto/Navigationsgerät

- Eingabe Navigationsgerät: Kurhausstraße
- von Norden kommend über die Autobahn A 7 bis zur Ausfahrt Fulda-Süd/Bad Neustadt a. d. Saale, weiter über die B 279 in Richtung Gersfeld/Bischofsheim bis nach Bad Neustadt
- aus dem Nordosten auf der Autobahn A 71 bis zur Ausfahrt Bad Neustadt (Süd)
- aus dem Süden kommend über Würzburg auf der Autobahn A 7 in Richtung Kassel, am Autobahndreieck Schweinfurt/Werneck in Richtung Schweinfurt (Autobahn A 70) bis zum Autobahndreieck Werntal, dann auf die Autobahn A 71 in Richtung Erfurt bis zur Ausfahrt Bad Neustadt (Süd)
- aus Süden und Südosten kommend Rich-

tung Bamberg, dann auf der Autobahn A 70 Richtung Schweinfurt bis zum Autobahndreieck Werntal, dann auf die Autobahn A 71 in Richtung Erfurt bis zur Ausfahrt Bad Neustadt (Süd)

Grundsätzlich ist zu empfehlen, mit öffentlichen Verkehrsmitteln anzureisen, denn in Kliniknähe stehen nur beschränkt Parkplätze im Waldweg und am Ende der Kurhausstraße zur Verfügung. Innerörtlich ist ein kostenloser Buspendelverkehr ganzjährig an allen Kalentertagen eingerichtet.



LITERATURVERZEICHNIS

Grawe, K. (Hrsg). Neuopsychotherapie.
Hogrefe, Göttingen, 2004

Lorentzen S, Ruud T, Fjeldstad A, Hoglend P. Comparison of short- and long-term dynamic group psychotherapy: randomised clinical trial. British Journal of Psychiatry. 2013;203: 280-287.

Margraf J, Schneider S (Hrsg). Lehrbuch der Verhaltenstherapie, Springer, Heidelberg, 2009

Mück-Weymann M. HRV-Biofeedback – Links zwischen Leib und Seele ? Abstractband 4. Internationales Symposium Herzfrequenzvariabilität, Halle (Saale), 2008

Siepmann M, Aykac V, Unterdörfer J, Petrowski K, Mueck-Weymann M. A pilot study on the effects of heart rate variability biofeedback in patients with depression and in healthy subjects. Applied Psychophysiology and Biofeedback. 2008;195-201

Yalom I D (Hrsg). Theorie und Praxis der Gruppenpsychotherapie. Klett-Cotta, Stuttgart, 2005

Psychosomatische Klinik
der RHÖN-KLINIKUM AG
Kurhausstraße 31
97616 Bad Neustadt a. d. Saale

Telefon 09771 67 70
Fax 09771 6 77 90 01
psk@psychosomatische-klinik-bad-neustadt.de
www.psychosomatische-klinik-bad-neustadt.de

04.2016 / 2500