



Psychosomatische Klinik  
**Campus Bad Neustadt**  
Medizinische Exzellenz aus Tradition

# 40 Jahre Psychosomatische Klinik Bad Neustadt

Psychosomatik im Wandel der Zeit

Schriftenreihe XXII



## Impressum

**Psychosomatische Klinik der RHÖN-KLINIKUM AG**

Redaktion: Prof. Dr. med. Martin Siepmann und Dr. phil. Lothar Schattenburg

Nachdruck nur mit schriftlicher Genehmigung des Herausgebers

2.000 - 04.2016

# 40 Jahre Psychosomatische Klinik Bad Neustadt

Psychosomatik im Wandel der Zeit

**Schriftenreihe XXII**

# INHALTSVERZEICHNIS

---

4 VORWORT

Martin Siepmann

---

6 BEGRÜSSUNG

Burkhard Bingel

---

10 PSYCHOSOMATIK –  
MEDIZINISCHE MODE ODER MODERNE MEDIZIN

Martin Siebert

---

18 GRUSSWORTE

18 Michael Scharbert, DRV Bund

22 Werner Krempf, DRV Nordbayern

24 Frank Dünisch, AOK Bayern

26 Rainer Blasutto, DAK München

28 Peter Suckfüll, Stellvertretender Landrat Landkreis Rhön-Grabfeld

29 Bruno Altrichter, 1. Bürgermeister Stadt Bad Neustadt

---

30 ÜBERLEITUNG FESTVORTRAG HERR PROF. JORASCHKY

Burkhard Bingel

---

31 FESTVORTRAG KÖRPER, BILD UND PSYCHOTHERAPIE

Peter Joraschky

---

---

## PSYCHOSOMATIK IM NETZWERK

- 50 Beschleunigung im Berufsleben und die Folgen  
Elmar Brähler
- 84 Aus der Sicht der Psychiatrie  
Martin Siepmann
- 91 Aus der Sicht der Kardiologie  
Sebastian Kerber
- 100 Aus der Sicht der Kardiochirurgie  
Anno Diegeler und Jörg Babin-Ebell
- 111 Aus der Sicht der Neurologie  
Bernd Griewing
- 120 Aus der Sicht der Handchirurgie  
Jörg van Schoonhoven

---

## ELEMENTE DER MODERNE

- 131 Das neue Selbstverständnis der Psychosomatik  
Johannes Kruse
- 141 Psychosomatik online?  
Erfahrungen und Perspektiven des Internets  
Manfred E. Beutel

- 
- 157 ZUSAMMENFASSUNG  
Lothar Schattenburg

- 
- 164 AUTORENVERZEICHNIS

- 
- 166 SCHRIFTENREIHE DER KLINIK
-

# VORWORT

*Martin Siepmann*

Bei der Eröffnung, vor 40 Jahren, war die Psychosomatische Klinik Bad Neustadt die erste ihrer Art in Bayern und hat entsprechend Pionierarbeit auf ihrem Fachgebiet geleistet. Mit der zunehmenden gesellschaftlichen Bedeutung von psychosomatischen Erkrankungen wuchs das Haus. Die Vielfalt der Therapieformen machte in den 90er Jahren eine Aufteilung erforderlich. Es entstanden in Bad Neustadt ein eigener Krankenhausbereich für die psychosomatische Akutbehandlung und ein separater Rehabilitationsbereich für die Wiedereingliederung der Patienten in den Alltag. Dazu gehörte seit Beginn die besondere Berücksichtigung der beruflichen Situation.

Früher als andernorts wurde der Körper in die Therapie mit einbezogen. Seit ihrem Bestehen wendet die Klinik Körperpsychotherapie an, die Ausdrucks- und Wahrnehmungsmöglichkeiten des Körpers erfahrbar macht bzw. „den Körper zum Sprechen bringt“. Die Vorgehensweisen und Angebote wurden in einem intensiven Dialog zwischen Erfahrung und theoriegeleiteten Ergänzungen ständig weiterentwickelt. Der Patient kann Verdrängtes wiederentdecken und erkennen, was ihn belastet hat. Die Identifikation seiner Körpersignale kann ihn zu einem psychosomatischen Gesamtverständnis der Auswirkungen seiner Konflikte bringen. Körperbild und Psychotherapie ist Thema des Festvortrags des Symposiums.

Im Laufe der Jahrzehnte hat die Psychosomatische Klinik Bad Neustadt nicht nur viele Behandlungsplätze geschaffen, sondern auch dafür gesorgt, die Wartezeiten auf einen Behandlungsplatz zu verkürzen. Diesen Prozess wollen wir auch in Zukunft fortführen, denn die Zahl der psychischen Störungen nimmt zu. Sie sind mittlerweile der häufigste Grund für Frühverrentungen in Deutschland. Vielen Betroffenen kann die Psychosomatik zurück in die Erwerbstätigkeit helfen. Ein Grund, warum die Klinik therapeutische Konzepte für ältere Arbeitnehmer und für Patienten mit berufsbezogenen Störungen weiterentwickelt und sich darin etabliert hat. Durch die Nähe zur akutmedizinischen Versorgung im Rhön-Klinikum Campus Bad Neustadt wird seit jeher ein intensiver Austausch mit den Fachkollegen somatischer Disziplinen gepflegt. Dieser kommt in dem interdisziplinären Ansatz des Symposiums zum Ausdruck.

Der Aufbau, die planmäßige Belegung und die Weiterentwicklung der Klinik wurden durch das vertrauensvolle Entgegenkommen der Deutschen Rentenversicherung – Bund/Regional sowie der Gesetzlichen und Privaten Krankenversicherung ermöglicht. Wir möchten uns bei Verwaltung und Ärztlichen Diensten dieser Institutionen für die gute Zusammenarbeit bedanken und sind sicher, dass unsere klinische Arbeit der

vergangenen 40 Jahre das in uns gesetzte Vertrauen gerechtfertigt hat. In gleicher Weise danken wir allen niedergelassenen Ärzten aus unserem regionalen Umfeld aber auch aus anderen Bundesländern, die uns Patienten anvertrauen.

Dieser Kongressband anlässlich der Veranstaltung zum 40-jährigen Bestehen der Klinik soll unseren Partnern im Gesundheitswesen einen Einblick in die Historie der Klinik und ihre Arbeitsweise geben. Gleichzeitig sollen die Entwicklung der Psychosomatik, zukünftige Herausforderungen und Perspektiven aufgezeigt werden.

Unser erster Dank gilt den Referenten, die mit ihren Beiträgen ganz wesentlich zu dem Erfolg der Veranstaltung beigetragen haben. Unser sehr herzlicher Dank gilt allen Mitarbeitern, die durch ihren Einsatz auch in schwierigen Zeiten dazu beigetragen haben, die Klinik zu dem zu machen, was sie heute darstellt.

Bad Neustadt, im Januar 2016



Prof. Dr. Martin Siepmann  
Ärztlicher Direktor



Dr. Dagmar Stelz  
Chefärztin



Burkhard Bingel  
Geschäftsleitung

# BEGRÜSSUNG

*Burkhard Bingel*

Sehr verehrte Damen und Herren,

ich heiÙe Sie im Namen der Psychosomatischen Klinik Bad Neustadt der RHÖN-KLINIKUM AG anlässlich des 40-jährigen Bestehens herzlich willkommen.

Besonders freue ich mich, heute in unserer Mitte begrüÙen zu dürfen

- Herrn Professor Dr. Peter Joraschky, Leiter der Akademie für Allgemeine Psychotherapie in Dresden und ehemaliger Direktor der Klinik und Poliklinik für Psychotherapie und Psychosomatik des Universitätsklinikums Carl Gustav Carus der TU Dresden, der den Festvortrag dieser Jubiläumsveranstaltung mit dem Titel „Körper, Bild und Psychotherapie“ halten wird.
- Herrn Professor Dr. Manfred Beutel, Direktor der Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie der Johannes-Gutenberg-Universität Mainz.
- Herrn Professor Dr. Elmar Brähler, Ehemaliger Leiter der Selbstständigen Abteilung für Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie der Universität Leipzig, Department für psychische Gesundheit.
- Herrn Professor Dr. Johannes Kruse, Direktor der Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie am Universitätsklinikum Gießen und Marburg.
- Herrn Professor Dr. Jörg Babin-Ebell, Stellvertretender Leitender Oberarzt der Klinik für Kardiochirurgie der Herz- und Gefäß-Klinik Bad Neustadt.
- Herrn Professor Dr. Bernd Griewing, Ärztlicher Direktor der Neurologischen Klinik Bad Neustadt.
- Herrn Professor Dr. Sebastian Kerber, Chefarzt der Klinik für Kardiologie der Herz- und Gefäß-Klinik Bad Neustadt.
- Herrn Professor Dr. med. Jörg van Schoonhoven, Chefarzt der Klinik für Handchirurgie Bad Neustadt.
- Herrn Dr. Dr. Martin Siebert, Vorstandsvorsitzender der RHÖN-KLINIKUM AG, Bad Neustadt, der zur Psychosomatik – medizinische Mode oder moderne Medizin vorträgt.

Ich danke Ihnen für die Mitgestaltung dieser Jubiläumsveranstaltung.

Herzlich willkommen heiÙe ich auch,

- Herrn Michael Scharbert, Stellvertretender Leiter des Dezernats 8022 der Deutschen Rentenversicherung Bund, Berlin
- Frau Sandra Naether, Abteilungsleiterin Teilhabe Rehabilitation der Deutschen Rentenversicherung Nordbayern, Bayreuth
- Herrn Frank Dünisch, Direktor der AOK-Direktion Schweinfurt
- Herrn Rainer Blasutto, Stellvertretender Leiter Vertragsgebiet Bayern der DAK, München
- Herrn Peter Suckfüll, Stellvertretender Landrat des Landkreises Rhön-Grabfeld
- Herrn Bruno Altrichter, 1. Bürgermeister der Stadt Bad Neustadt a. d. Saale

Vielen Dank für Ihr Grußwort.

Ich begrüÙe Herrn Eugen Münch, den Aufsichtsratsvorsitzenden der RHÖN-KLINIKUM AG, der vor 40 Jahren diese Einrichtung gründete. Damit setzte er den Startschuss für 40 erfolgreiche Jahre RHÖN-KLINIKUM.

Die Veranstaltung eröffnet hat die Band „Whistling to the Bird“. Vielen Dank für die musikalische Umrahmung und herzlich Willkommen.

BegrüÙen möchte ich auch die Vertreter

- der Gesetzlichen Krankenversicherungen
- der Selbsthilfegruppen und Beratungsstellen
- die Vertreter der niedergelassenen ärztlichen Kollegen und der Kollegen aus stationären Einrichtungen
- der Behörden und öffentlichen Einrichtungen
- der Klinikseelsorge
- der Presse

Unsere Patienten und deren Angehörige

Die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen aus unserer Klinik und den Schwestereinrichtungen.

Und unsere langjährigen Weggefährten, die zum Wohle und der Entwicklung unserer Einrichtung beigetragen haben.

An dieser Stelle hätte ich sehr gerne Frau Dr. Rosemarie Schütz als Mitbegründerin und langjährige Chefärztin der Psychosomatischen Klinik Bad Neustadt begrüßt. Sie verstarb am 01.09.2015 im Alter von 90 Jahren. Mit Mut, Konsequenz und unermüdlichem Einsatz zum Wohle der ihr anvertrauten Patienten, entwickelte sie diese Klinik und führte Sie als Ärztliche Direktorin 13 Jahre.

Ich darf Sie bitten, sich zu erheben und im Stillen Frau Dr. Schütz zu gedenken.

Vielen Dank

Aus ihrer ehemaligen Wirkungsstätte möchte ich begrüßen

- Herrn Jörg Rieger, der neben den Schwesterneinrichtungen am Standort auch die Psychosomatische Klinik langjährig als Geschäftsführer geleitet hat.
- Unseren ehemaligen Chefarzt Herrn Dr. Bleichner, der uns auch heute noch immer wieder mit Rat und Tat zur Seite steht.
- Herrn Dr. Maaser, Supervisor der Klinik.
- Unsere langjährige Pflegedienstleitung Frau Sieglinde Härder.
- Herrn Karlheinz Geis, Leiter der Sport-Spiel und Gestaltungsabteilung.

Herzlich begrüßen darf ich heute auch Herrn Dr. Knickenberg. Seit 01. Januar 2002 bis März dieses Jahres lenkte er als Ärztlicher Direktor und Chefarzt der Abteilung Rehabilitation gemeinsam mit seinem Chefarztkollegen Herrn Dr. Bleichner und dessen Nachfolge Frau Dr. Stelz die Geschicke der Psychosomatischen Klinik. Nunmehr dürfen wir diese Veranstaltung auch dazu nutzen, Herrn Dr. Knickenberg in den Ruhestand zu verabschieden.

Ich freue mich sehr, dass er heute hier sei kann.

An dieser Stelle darf ich Ihnen heute Herrn Professor Dr. Martin Siepman vorstellen, der seit 01.07.2015 als Chefarzt und Ärztlicher Direktor als Nachfolger von Herrn Dr. Knickenberg gemeinsam mit uns die Weichen stellt, um die erfolgreiche Arbeit der letzten vier Jahrzehnte fortzusetzen und zukünftigen Herausforderungen gerecht zu werden.

Als eine der ersten bundesweit und als erste in Bayern entstand 1975 die Psychosomatische Klinik Bad Neustadt. Die ersten Jahre waren von purer Pionierarbeit geprägt, wenn man u.a. bedenkt, dass erst im Jahr 1970 die Psychosomatik ein Lehrfach der Medizin in Deutschland wurde.

Das Wachstum der Klinik und die Vielfalt der Therapieformen machten in den 1990er Jahren eine neue Aufteilung notwendig. So entstanden ein eigener Krankenhausbereich für die Akutbehandlung und ein separater Rehabilitationsbereich.

Früher als in anderen Einrichtungen hat man damit begonnen, neben der tiefenpsychologisch und verhaltenstherapeutischen Behandlung auch den Körper miteinzubeziehen. Seit nunmehr zehn Jahren wenden wir auch die Körperpsychotherapie an. Diese Therapieform geht davon aus, dass der Körper sich Erlebnisse merkt, die der Kopf verdrängt oder vergessen hat. Die meisten Therapien finden nach den heutigen wissenschaftlichen Erkenntnissen in Gruppen statt. Befragungen von Patienten haben ergeben, dass das Gespräch mit Mitpatienten als deutlich hilfreicher empfunden wird als andere Therapieformen.

## Heutige und zukünftige Herausforderungen

Arbeitsbelastung, Konkurrenzdenken, Informationsflut und fehlende soziale Sicherheit sorgen dafür, dass immer mehr Menschen unter Angstzuständen, negativem Dauerstress und irgendwann unter einer der vielen Formen von Depression (z.B. Burnout) leiden. Die Zahl dieser Patienten steigt permanent. Der häufigste Grund für Frühverrentung sind psychische Störungen. Diese Tatsache verdeutlicht auch die wirtschaftliche Bedeutung der Psychosomatik, die vielen Betroffenen zurück ins Erwerbsleben helfen kann. In der Klinik werden jährlich bis zu 3.000 Patienten mit allen Krankheitsbildern der Psychosomatik behandelt. Eine steigende Nachfrage an Akut-, Teilstationärer- und Ambulanter Behandlung stellt uns zukünftig vor noch größere Herausforderungen. Nicht zuletzt erhalten wir von Betrieben der Region im Zuge des betrieblichen Gesundheitsmanagement vermehrt Anfragen zum Thema Psychosomatik im Betrieb.

Um dieser Entwicklung Rechnung tragen zu können, werden unsere Behandlungskonzepte kontinuierlich weiterentwickelt, unsere Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter stetig fort- und weitergebildet und neue Behandlungsangebote etabliert.

Aufgrund der Gebäudesubstanz unserer Klinik und um neue Behandlungskonzepte und Therapieangebote zu etablieren, wird die Psychosomatische Klinik am 01.05.2016 in die neue Klinik am Kurpark umziehen. Zusätzliche Angebote wie eine stationäre Tagesklinik, ein Ambulanzangebot und noch weitere Therapieangebote sind vorgesehen und befinden sich aktuell auf dem behördlichen Genehmigungsweg bzw. sind in Abstimmung mit Niedergelassenen und sonstigen Kooperationspartnern.

Lassen Sie uns nun gemeinsam den 40. Geburtstagstag der Psychosomatischen Klinik Bad Neustadt feiern.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit.

# PSYCHOSOMATIK – MEDIZINISCHE MODE ODER MODERNE MEDIZIN

*Martin Siebert*

Sehr geehrte Damen und Herren,  
liebe Kolleginnen und Kollegen,  
verehrte Gäste,

ich bedanke mich für die Möglichkeit, unsere heutige Festveranstaltung nebst ihrem hochkarätigen Programm mit einem Thema zu eröffnen, das man als Feststellung oder Frage interpretieren kann:

## **„Psychosomatik – Medizinische Mode oder moderne Medizin“**

Sie teilen gewiß meinen Eindruck: Psychischen und psychosomatischen Erkrankungen kommt heute eine weit höhere Aufmerksamkeit zu, als dies noch vor ein oder zwei Jahrzehnten der Fall war. Und richtig: Während entsprechende Erkrankungen vor 20 Jahren noch ein Schattendasein im Unterbewußtsein der öffentlichen Wahrnehmung führten, gehören ihre Diagnosen heute zum zweithäufigsten Grund, der bei einer Krankschreibung angegeben wird. Und sie bilden wohl im Augenblick den häufigsten Grund für eine Frühverrentung in Deutschland.

Das will ich kurz ausführen, nicht zuletzt, um Ihre physische und psychische Belastbarkeit im Rahmen unserer Festveranstaltung gleich am Anfang ein erstes Mal auf die Probe zu stellen:

- Erhebungen der AOK haben ergeben, dass die Zahl der Krankschreibungen aufgrund psychischer Erkrankungen zwischen 2000 und 2011 um gut 50% und die der Arbeitsunfähigkeitstage um rund 56% zugenommen hat. Aus dem BKK-Gesundheitsreport 2014 geht hervor, dass trotz rückläufiger Krankenstände in den letzten Jahren der relative Anteil psychischer Erkrankungen am Arbeitsunfähigkeitsgeschehen steigt. Er kletterte in den vergangenen 39 Jahren von 2% auf 14,7%. Die durch psychische Krankheiten verursachten Krankheitstage haben sich in diesem Zeitraum verfünffacht (DAK 2014: 17%, was gegenüber 2013 ein Plus von 12% darstellt). Psychische Erkrankungen sind außerdem die häufigste Ursache für krankheitsbedingte Frühberentungen. In den letzten zwei Jahrzehnten stieg laut der Deutschen Rentenversicherung der Anteil von Personen, die aufgrund seelischer Leiden frühzeitig in Rente gingen, von 14,5% auf 41,9%. Gegenüber dem Jahr 2000 stellt das eine Steigerung von über 40% dar;

- das Burnout-Syndrom prägt seit einigen Jahren die gesundheitsorientierte Berichterstattung in den einschlägigen Zeitschriften und Magazinen; das Krankheitsbild ist der beinahe bekannteste Begriff im Zusammenhang mit psychischen Krankheiten. - Oder nur eine „Mode“? – Gern erweitert sich auch unser Wissen oder unsere Neigung, „neue“ psychische Störungen zu definieren – man lese nur den Beitrag in der Wirtschaftswoche vom 12. März 2015 unter der Überschrift „Burnout bei Kindern: Schüler sind immer häufiger überlastet“;
- psychische und psychosomatische Erkrankungen werden längst zu den Volkskrankheiten gezählt. Nach Daten des Bundes-Gesundheitssurveys von 1998 - der BGS 98 war die erste repräsentative gesamtdeutsche Untersuchung zum Gesundheitszustand der Erwachsenenbevölkerung - sind innerhalb eines Jahres 31% der erwachsenen Bevölkerung zwischen 18 und 65 Jahren von mindestens einer psychischen oder psychosomatischen Störung betroffen. Das entspricht 16,5 Millionen Menschen im Erwerbsalter.

Diese Zahlen und Feststellungen zeigen durchaus einen Entwicklungstrend bei psychischen Erkrankungen. Sie geben aber auch ein beredtes Zeugnis über die Potentiale der Psychosomatischen Medizin. Daher nochmals die Frage oder Feststellung, die ich meinem kurzen Beitrag vorangestellt habe:

## **„Psychosomatik – Medizinische Mode oder moderne Medizin“**

1. Wie lassen sich die vorliegenden Zahlen erklären? - Ist die Psychosomatik tatsächlich „in Mode“? - Ist sie ein Fach, das in unserer jetzigen Zeit und unter dem Ansturm gesellschaftlicher Entwicklungen zeitgemäß ist, dessen Bedeutung aber auch wieder vergehen kann – so wie die große Zeit der Lungenheilanstalten im Zeitalter der Tuberkulose? – Sehen wir eine Momentaufnahme oder eine Konstante im Prozess des kontinuierlichen Wandels moderner Medizin?
2. Oder ist die aktuelle Bedeutung gerade ein Ausdruck des permanenten, rasanten Fortschritts in der Medizin? – Drückt sich darin ein besseres seelisches, ein gesamthafteres, nicht zu eng auf einzelne Organe oder Funktionen eingegängtes Verständnis des Patienten aus, das sich wiederum in einer ansteigenden Inzidenz einschlägiger Krankheitsbilder auswirkt? – Steht diese Entwicklung womöglich für eine versöhnliche Entwicklung von Somatik und Psychosomatik und verdient sich damit unbestritten die Anerkennung als „moderne Medizin“?

Erlauben Sie mir, kurz Rückschau zu halten. Das verbessert die Orientierung.  
Läßt Erfahrungen zu. Und befestigt das Wissen:

- Schon Hippokrates verstand den Menschen als Ganzes, als „beseelten Leib“ und brach mit der damals vorherrschenden medizinischen Tradition seiner Zeit, die Krankheiten allein den Göttern und magischen Kräften anzulasten. Er war davon überzeugt, dass Körper und Seele untrennbar miteinander verbunden seien. Die Seele sei maßgeblich am Entstehen von körperlichen Leiden beteiligt – insbesondere an solchen, für die keine organische Ursache zu finden sei. Es ist sein Verdienst, daß er der Medizin damit einen weniger mystischen und mehr rationalen Charakter verschafft hat;
- im europäischen Mittelalter verlor sich die Lehre des Hippokrates: Die Kirche bestand auf einer strikten Trennung von Körper und Seele. Nach dem christlichen Dogma war die Seele von Gott geschaffen und unsterblich. Körperliche Schmerzen galten als etwas, das man ertragen musste und nicht behandeln durfte – eine Prüfung Gottes und – wenn der Schmerz nachließ – seine Gnade;
- im 17. Jahrhundert setzte sich René Descartes mit dem „Leib-Seele-Problem“ auseinander; er deutete meditative Erfahrungen und meinte, die Seele sei ohne Körper vorstellbar; offenbar würden beide getrennt existieren. Der menschliche Körper wurde als etwas eher Mechanisches angesehen; die Gräben zwischen Seele und Körper vertieften sich - auch in der Medizin. Sie konzentrierte sich immer stärker auf das Körperliche und ließ psychische Faktoren außer Acht;
- mit der beginnenden Moderne - dem Zeitalter der großen medizinischen Entdeckungen und Fortschritte - änderte sich der Blick auf den Menschen und seine Krankheiten abermals. Die Körpermedizin stieß an Grenzen, die sich nicht allein durch neue technologische Erfindungen überwinden ließen. Eine ganzheitliche Betrachtung des Menschen - das Zusammenspiel von Körper und Geist - rückten wieder stärker in den Fokus der Medizin;
- die Rückbesinnung auf die schon für Hippokrates naheliegenden Erkenntnisse nahm zu; eine komplexere Betrachtungsweise setzte sich allmählich durch, die den Zusammenhang von Biologisch-Körperlichem, Psyche, Umwelt und Lebenserfahrungen betont;
- Freud befasste sich im engeren Sinne nicht mit der Psychosomatik. Allerdings darf die Psychoanalyse durchaus als maßgebliche Wegbereitung angesehen werden. In den 50er Jahren erschien das Grundlagenwerk „Psychosomatische Medizin“ von Franz Alexander. Zu den Pionieren der Psychosomatik gehörte in Deutschland auch Thure von Uexküll, der die Disziplin als eigene Fachrichtung etablierte und für Reformen der Mediziner Ausbildung eintrat, um das Studium patientenorientierter auszurichten. Seine damalige Forderung ist heute noch genauso aktuell: Die Psychosomatik versteht sich als ein

fächerübergreifendes Herangehen; sie beschränkt sich im besten Fall nicht auf bestimmte medizinische Fachgebiete;

- seit 1992 gibt es in Deutschland den Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie. Mit dessen Einführung wurde auch die traditionelle Trennung der Psychosomatischen Schulen – nämlich der psychogenetischen und der holistisch-integrativen – weitgehend überwunden. Dies erleichterte auch die Professionalisierung der psychotherapeutischen Kompetenz und den Aufbau psychosomatisch spezialisierter Kliniken. Heute setzt sich die Psychosomatische Medizin dafür ein, die Traditionen zu wahren, aber auch zu überwinden, um in der klinischen und wissenschaftlichen Praxis ein für den Patienten und seine individuelle Betroffenheit überzeugendes Therapiekonzept umsetzen zu können. Die integrative Psychosomatische Medizin verbessert damit auch ihre Möglichkeiten, neue Entwicklungen sowohl klinisch wie wissenschaftlich zu rezipieren und im wohlverstandenen Interesse der Patienten weiterzuentwickeln;
- aber gerade weil die Psychosomatik nicht nach einer einzigen Ursache eines bestehenden Leidens sucht, sondern den ganzen Menschen und die Wechselwirkungen zwischen Körper und Seele betrachtet, kann sie auch bei der Überwindung oder Linderung somatischer Grunderkrankungen helfen, nicht zuletzt, indem sie die psychischen Begleiterscheinungen mildert und die Lebensqualität der Patienten verbessert. Das gilt umso mehr, als der Patient sich häufig primär körperlich krank fühlt – und ein besseres, körperlich-seelisches Krankheitsverständnis ihm auch bei der Überwindung der Krankheit besser helfen kann.

Setzen wir uns noch ein wenig mit dem Gedanken auseinander, daß bestimmte Entwicklungen durchaus der Mode folgen. Mode hat insoweit immer etwas mit Zeitgeschmack, Individualität und Veränderungssehnsucht zu tun. Was davon reflektiert die moderne Psychosomatik, die sich stets einer adäquaten Versorgung ihrer Patienten stellen muss?:

- Niemand wird bestreiten, daß auch medizinische Themen und Verfahren modischen Einflüssen ausgesetzt sind; sie spiegeln auf ihre Weise den sozialen, technologischen und demografischen Wandel. Hinzu kommen gesamtgesellschaftliche Trends, die den typischen „Fall“ in der Medizin – speziell auch in der Psychosomatischen Medizin – prägen. Die Rede ist z.B. von einer Beschleunigung der Arbeitsprozesse, einer Verdichtung des Arbeitspensums, einer oftmals weniger gut bewältigten Trennung von Beruflichem und Privatem durch ständige Erreichbarkeit. Der technische Fortschritt, z.B. in der Kommunikationstechnologie, führt zu neuen Abhängigkeiten und zunehmend weniger steuerbaren Verhaltensmustern;
- im Arbeitsleben haben sich die Anforderungen an Mobilität, Flexibilität und die sozial-interaktionellen Fähigkeiten erhöht; das Leistungspensum ist gewachsen, während die Unsicherheiten, z.B. bezüglich des Arbeitsplatzes und der Karriereplanung, zunehmen.

Es nimmt nicht Wunder, wenn sich das Belastungsspektrum in den letzten Jahrzehnten von einer eher physischen hin zu einer psycho-mentalenen Beanspruchung verschoben hat;

- dieser Wandel hängt auch mit einem sozio-demografischen Wandel zusammen: Durch steigende Lebenserwartung und sinkende Geburtenzahlen kommt es zu einer Überalterung der Gesellschaft. Diese Entwicklung erfordert aus rentenmathematischen Gründen eine Verlängerung der Lebensarbeitszeit; sie verändert auch die Anforderungen an die Medizin – speziell an die Psychosomatische Medizin. Wenn die berufliche Leistungsfähigkeit der Patienten gefährdet und beeinträchtigt wird, sind z.B. die berufsbezogenen Behandlungsansätze der psychosomatischen Rehabilitation angezeigt, denen wohl in Zukunft eine noch größere Bedeutung zukommen wird;
- neben den eher herkömmlichen psychischen Störungen - wie etwa die depressive Störung, die Angst-, Schmerz-, Ess- und Persönlichkeitsstörung - treten neue Krankheitsbilder in Erscheinung. Das Burnout-Syndrom oder die Bildschirmsucht hatte ich bereits angesprochen. Insoweit bringt jede Epoche ihre eigenen Phänomene hervor: Mancher erinnert sich womöglich noch an die Neurasthenie, die eine malade Begleiterscheinung der Industrialisierung war, geprägt von der Hast und der Nervosität jener Jahre. Das Phänomen verebbte mit dem Beginn des Zweiten Weltkriegs. Und noch zu Zeiten des Wirtschaftswunders haben wohl 40% aller Arbeiter an psychosomatischen Erkrankungen oder Begleiterkrankungen gelitten, was sicher auch den damaligen Arbeitsbedingungen geschuldet war, schließlich kannte man noch die Rolle des Familienoberhauptes und –ernährers, die 6-Tage-Woche und natürlich den minderen Komfort eines herkömmlichen Arbeitsplatzes.

Nichts von alledem wollen wir zurück; doch mag diese Rückschau helfen, heutige Krankheitsbilder ein wenig zu relativieren, ohne sie zugleich zu bagatellisieren. Es wäre auch verkehrt, den Zuwachs bestimmter Indikationen allein mit einer Verschlechterung der allgemeinen Lebensumstände zu erklären. Ich freue mich daher darauf, daß wir im weiteren Verlauf unserer heutigen Veranstaltung noch einiges über die aktuellen Herausforderungen, aber auch über die Möglichkeiten der Psychosomatischen Medizin hören werden, speziell auch über die Folgen eines beschleunigten Berufsalltages und über die online-gestützte Psychosomatik.

Geben Sie mir noch kurz die Gelegenheit, auf die Entwicklung der Psychosomatischen Klinik Bad Neustadt einzugehen:

- In den mittlerweile 40 Jahren ihres Bestehens hat die Psychosomatische Klinik die aufgezeigten Entwicklungen der Psychosomatischen Medizin auf eigene Weise nachgezeichnet. Sie wurde 1975 als erste psychosomatische Klinik in Bayern gegründet und

begann dann eine Entwicklung, die von Eugen Münch und Dr. Rosemarie Schütz auf nachhaltige Weise vorangetrieben wurde;

- es erfüllt uns mit Trauer, daß Frau Dr. Schütz im September im Alter von 90 Jahren verstorben ist. Lassen Sie mich an dieser Stelle deshalb noch einmal unsere Wertschätzung für die von ihr geleistete Pionierarbeit zum Ausdruck bringen. Sie hat sich um die Entwicklung neuer Behandlungsmodelle in der Psychotherapie überaus verdient gemacht. In Ergänzung der ursprünglichen tiefenpsychologisch-psychodynamischen Orientierung wurden zunehmend auch verhaltenstherapeutische bzw. verhaltensmodifizierende Behandlungsstrategien in das therapeutische Konzept integriert und damit die Ergebnisse neuerer Psychotherapieforschung fruchtbar gemacht. Vor diesem Hintergrund setzte sich die Überlegenheit eines jeweils individuell angepassten, Therapieschulen-übergreifenden Behandlungskonzeptes durch;
- während zunächst akut psychisch erkrankte und rehabilitationsbedürftige Menschen gemeinsam behandelt wurden, fand Anfang der 90er Jahre eine Aufteilung der Klinik in eine Akut- und Rehabilitationsabteilung statt. Damit wurden einerseits die strukturellen Konsequenzen aus den differentiellen Behandlungs- bzw. Rehabilitationsbedürfnissen bei verschiedenen psychischen Störungen bzw. unterschiedlichen Krankheitsverläufen gezogen, andererseits wurde ein Modell medizinischer Versorgung etabliert, das man rückblickend betrachtet durchaus als einen gelungenen Prototyp von „Integrierter Versorgung“ bezeichnen könnte – ein Begriff, der heute in aller Munde ist;
- die Psychosomatische Klinik Bad Neustadt mit ihren 340 (Stand 10/2015: 236 akut und 104 rehabilitativ) Betten in je einer Akut- und Rehabilitationsabteilung zeichnet sich durch ein reges Engagement hinsichtlich Fortbildung, Qualitätssicherung und Forschung aus; sie pflegt ein weit verzweigtes Netzwerk an Kooperationen mit Kostenträgern, Zuweisern, Selbsthilfegruppen, Weiterbildungsinstituten und Universitäten. Die Psychosomatische Klinik Bad Neustadt hatte dabei stets den Anspruch, immer auf dem aktuellen therapeutischen und wissenschaftlichen Stand zu sein;
- heute ist das integrative Therapiekonzept eine gelebte Selbstverständlichkeit: Die Ärzte der Psychosomatischen Klinik werden von den Fachkollegen der anderen Campus-Kliniken bei allen psychosomatischen Fragestellungen einbezogen. Die Klinik ist auch Vorreiter bei der Einführung und Gestaltung des PEPP – des neuen Entgeltsystems –, immer in dem Bemühen, neue Entwicklungen rasch zu adaptieren und für das Gesamtkonzept nutzbar zu machen.

Kommen wir zuletzt noch einmal auf das Thema meines Vortrages zurück:

## Psychosomatik – Medizinische Mode oder moderne Medizin?

Ich möchte festhalten:

- Psychosomatische Erkrankungen sind und werden weiter eine medizinische Herausforderung sein;
- die Weiterentwicklung der Psychosomatik ist in vollem Gange - mit nutzbringenden Forschungsprojekten bei Therapie- und Interventionsstudien, in der Versorgungsforschung sowohl wie in der Grundlagenforschung;
- wir müssen uns die Freiräume schaffen, um auch in Zukunft dynamischen Entwicklungsperspektiven gegenüber aufgeschlossen zu bleiben, beispielsweise durch die engere Anbindung von Psychosomatischen Kliniken an breit aufgestellte Krankenhäuser der Maximalversorgung. Dies entspricht auch den Bemühungen der RHÖN-KLINIKUM AG: Aufbau von netzwerkmedizinischen Strukturen, deren grundlegendes Anliegen die zielgerichtete Vernetzung von Kliniken mit vielfältigen Spezialisierungen ist. Auf dieser Weise verbessert sich nicht nur die Effizienz der Behandlung, vielmehr kommen auch die Patienten in den Genuss eines besseren Diagnose- und Behandlungsregimes;
- aufgrund der steigenden Lebensarbeitszeit kommt vor allem auch der Psychosomatischen Rehabilitation wachsende Bedeutung zu; die Schwerpunkte in Forschung und Lehre müssen daher offen für die sich ändernden Rahmenbedingungen sein und sich aktiv daran beteiligen, das Fachgebiet angemessen fort- und weiterzuentwickeln.

Sie haben es sicher erwartet: Man wird auf die Frage nach dem Stellenwert der Psychosomatik keine eindeutige Antwort formulieren können. Sie gilt in unserer modernen Gesellschaft zweifellos als Ausdruck moderner Medizin. Ihr Wachstum und ihre Dynamik spiegeln aber auch die gewachsenen Anforderungen leidender Menschen in einer schnelllebigen Zeit. Sie sind damit auch Ausdruck des Zeitgeistes – und damit eine zeitspezifische, vielleicht modeartige Erscheinung. Ich bin mir aber sicher, daß die Psychosomatische Medizin, so wie ich sie hier in Bad Neustadt habe kennenlernen dürfen, sich allein aufgrund ihrer Tradition, ihrer Entwicklungsgeschichte, ihrer Professionalität und ihrer Wissenschaftlichkeit niemals für ein allein modisches Therapiekonzept hergeben wird. Stets wird eine ganzheitliche Betrachtung Richtschnur für eine optimale Diagnose und Behandlung sein und damit eine trendunabhängige, kompetente Patientenversorgung gewährleisten.

Weil in diesem Unternehmen alle zutiefst davon überzeugt sind, haben wir uns auch zu mutigen, zukunftsorientierten Investitionen entschlossen. Es paßt zu unserer heutigen Veranstaltung, es paßt zum 40-jährigen Jubiläum unserer Psychosomatischen Klinik, daß wir in Kürze ein neues, modernes Gebäude beziehen werden. Es entsteht im Zuge der vollständigen Sanierung der ehemaligen Kurparkklinik in einer sehr schönen Lage direkt am Kurpark. Mit dem Umzug in dieses neue Gebäude, den wir für Frühjahr 2016 planen, legen wir ein weiteres Fundament für eine erfolgreiche Weiterentwicklung der Psychosomatik in Bad Neustadt. Mit moderner Medizin und in einem dann keinesfalls altmodischen Gebäude werden wir auch in den nächsten 40 Jahren erfolgreich sein.

# GRUSSWORTE

## Michael Scharbert, DRV Bund

Sehr geehrter Herr Bingel,  
sehr geehrter Herr Prof. Dr. Siepman,  
sehr geehrter Herr Suckfüll,  
sehr geehrter Herr Altrichter,

meine sehr geehrten Damen und Herren,

ich danke Ihnen herzlich für die freundliche Einladung! Ich freue mich, gemeinsam mit Ihnen das 40-jährige Bestehen der Psychosomatischen Klinik Bad Neustadt feiern zu dürfen.

Meine Name ist Michael Scharbert, ich bin Dezernent bei der Deutschen Rentenversicherung Bund und zuständig für die Zusammenarbeit mit den Vertragskliniken.

Ich möchte Ihnen auch im Namen des Direktoriums der Deutschen Rentenversicherung Bund herzliche Glückwünsche überbringen.

Damit ist insbesondere auch der Dank verbunden für Ihr Engagement und die langjährige vertrauensvolle Zusammenarbeit zum Wohle unserer Versicherten.

Wenn eine Fachklinik, wie die Psychosomatische Klinik in Bad Neustadt ein 40-jähriges Jubiläum feiert, schaut man zurück und fragt sich, wie das Rezept lautet, welches die Psychosomatische Klinik so erfolgreich gemacht hat.

Bei der Betrachtung der zurückliegenden Jahre fällt auf, dass das Haus – trotz aller erforderlichen Anpassungen – Kontinuität bewiesen hat.

Gerade auf der medizinischen und verwaltungsseitigen Leitungsebene hat nur eine relativ geringe personelle Fluktuation stattgefunden. Dadurch entsteht die Möglichkeit, der Einrichtung ein klar identifizierbares Gepräge zu geben und zugleich auch Nachhaltigkeit und Tradition zu begründen. Sich den erforderlichen Entwicklungen in der medizinischen Rehabilitation nicht nur anzupassen, sondern diese engagiert mit zu gestalten, zeichnet dieses Haus im Besonderen aus.

An dieser Stelle darf ich an Ihren ehemaligen Geschäftsführer und Verwaltungsleiter Herrn Rieger erinnern, der das Haus lange begleitet hat.

Besonderen Dank möchte ich auch Herrn Dr. Knickenberg aussprechen, der die Klinik seit 2002 als ärztlicher Direktor begleitet hat. Herr Dr. Knickenberg hat gerade seinen verdienten Ruhestand angetreten. Die Nachfolge als Chefarzt hat Herr Professor Dr. Siepman angetreten und ich wünsche Ihm bei dieser Aufgabe viel Glück und Erfolg!

Die erwähnte Kontinuität erlaubt es auch, erforderliche Anpassungen – die der Wandel der Zeit mit sich bringt – auch in medizinisch-konzeptioneller und in baulich-struktureller Hinsicht planvoll und behutsam vorzunehmen.

Wie wir sehen können, wird die Entwicklung nicht stehen bleiben, sondern mit den geplanten umfangreichen Neubaumaßnahmen werden sich neue Optionen für die medizinische Rehabilitation an diesem Standort ergeben.

Wir wünschen der Psychosomatischen Klinik und allen Beteiligten eine glückliche Hand und ein gutes Gelingen bei Ihren Vorhaben.

Sehr geehrte Damen und Herren,

Leistungen zur Rehabilitation haben eine hohe Bedeutung in unserem Land. Sie tragen dazu bei, einem vorzeitigen Ausscheiden aus dem Erwerbsleben entgegenzuwirken beziehungsweise eine erfolgreiche Rückkehr in das Alltags- und Berufsleben zu unterstützen. Es gilt der Grundsatz „Reha vor Rente“.

Mit ihrem breiten Angebot an Leistungen zur medizinischen und beruflichen Rehabilitation trägt die Deutsche Rentenversicherung Bund dazu bei, dass Versicherte trotz gesundheitlicher Beeinträchtigungen länger am Erwerbsleben teilnehmen können.

Mit ihren eigenen Rehabilitationszentren und mit den Vertragseinrichtungen unterhält die Deutsche Rentenversicherung Bund ein engmaschiges und leistungsfähiges Versorgungsnetz für ihre Versicherten. Damit wird sichergestellt, dass jeder Versicherte die für ihn passende Rehabilitationsleistung erhält.

Die Einhaltung hoher Qualitätsstandards in den von der Deutschen Rentenversicherung Bund belegten Einrichtungen sichert eine qualitativ hochwertige Leistung. Die Psychosomatische Klinik hier in Bad Neustadt ist für uns ein bewährter und leistungsstarker Partner in diesem Netz.

Leistungen zur Rehabilitation dienen aber nicht nur der Aufrechterhaltung oder Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit. Sie unterstützen den sozialen Zusammenhalt unserer Gesellschaft. Sie sind darauf ausgerichtet, Menschen mit Behinderung oder drohender Behinderung den – von der Behindertenrechtskonvention der Vereinten Nationen geforderten – barrierefreien Zugang unter anderem zur Arbeits- und Berufswelt zu ermöglichen. Damit wird Menschen eine Perspektive für das weitere Leben in und mit der Gesellschaft gegeben. Der Grundsatz lautet „Teilhabe statt Ausgliederung“.

Die Bedeutung dessen, woran wir – die Rehabilitationseinrichtungen und die Deutsche Rentenversicherung Bund als Leistungsträger – gemeinsam arbeiten, lässt sich auch in Zahlen ausdrücken:

Insgesamt wurden im vergangenen Jahr im Bereich der medizinischen Rehabilitation bei der Deutschen Rentenversicherung Bund rund 786.000 Anträge gezählt; knapp 494.000 Bewilligungen wurden erteilt.

Im Vergleich zum Jahr 2013 ist dies ein Antragszuwachs von 1,9 %. Die Bewilligungen haben sich sogar um 4,9 % im Vergleich zum Vorjahr erhöht.

Die Diagnosegruppe „psychische/psychosomatische Erkrankungen“ nahm im Jahr 2014 mit 17,2 % den drittgrößten Anteil der Bewilligungen ein. Im letzten Jahr wurden durch die Deutsche Rentenversicherung Bund fast 85.000 Maßnahmen in dieser Indikation bewilligt – dies ist eine Steigerung gegenüber dem Jahr 2013 um 5,7 %. An erster Stelle liegt – im letzten, wie auch in diesem Jahr – die Indikation „Bewegungsorgane/Orthopädie“, gefolgt von der Indikation „Neubildungen“.

Die aktuellsten Zahlen, die mir vorliegen, umfassen den Zeitraum Januar bis September 2015: Bei der Deutschen Rentenversicherung Bund wurden 65.712 Bewilligungen ausgesprochen, was gegenüber dem Vorjahreszeitraum ein Plus von 1,2 % ist.

Ein Anstieg an Bewilligungen von Leistungen zur Rehabilitation zieht zwangsläufig höhere Ausgaben nach sich. Die Deutsche Rentenversicherung Bund hat im Jahr 2014 gut 2,5 Milliarden Euro in Leistungen zur Teilhabe investiert. Davon entfallen auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation knapp 1,7 Milliarden Euro. Die Deutsche Rentenversicherung Bund hat die zur Wiedereingliederung ins Erwerbsleben notwendigen Leistungen stets nach Bedarfslage und nicht nach Kassenlage bewilligt.

Rehabilitation ist kein statisches Handlungsfeld. Um die der Deutschen Rentenversicherung Bund für Leistungen zur Rehabilitation zur Verfügung stehenden Mittel sinnvoll einzusetzen und damit dem gesetzlichen Auftrag der Rentenversicherung möglichst effizient nachkommen zu können, entwickeln wir die Rehabilitation stetig weiter.

Hierzu gehört nicht nur die Erhöhung der Passgenauigkeit der angebotenen Rehabilitationsleistungen – insbesondere die stärkere Ausrichtung der Leistungsinhalte an die Anforderungen der Berufs- und Arbeitswelt. Wir wissen, dass Reha kein temporäres Ereignis ist, sondern ein Prozess, der die leistungsgewandelten Menschen begleitet und nur dann erfolgreich sein kann, wenn die beteiligten Akteure eng zusammenarbeiten und die Leistungen individuell und flexibel ausgestaltet werden.

Da wir die Menschen auch nicht erst dann erreichen wollen, wenn sie akuten Rehabilitationsbedarf haben, müssen unsere Angebote schon deutlich früher ansetzen.

Die Rentenversicherung erbringt daher Präventionsleistungen: ein relativ neues Produkt, das nach erfolgreichen Modellprojekten nun in die bundesweite Routine umgesetzt wird. Mit Präventionsleistungen wird die Leistungskette der Deutschen Rentenversicherung weiter ausgebaut. Angesprochen werden diejenigen, die noch keinen aktuellen Rehabilitationsbedarf haben, aber – sei es aufgrund ihres Alters, einer ungesunden Lebensweise oder aufgrund ihrer beruflichen Belastungen – vorbeugend Unterstützung benötigen.

Auch beim Ausbau unseres Serviceangebotes sind wir nicht untätig geblieben: Seit dem Frühjahr steht Betrieben und Unternehmen der Firmenservice zur Verfügung. Telefonisch, per Mail oder auch persönlich vor Ort, steht so ein trägerübergreifender Ansprechpartner rund um die Themen „gesunde Mitarbeiter/innen“, „Rente und Altersvorsorge“ sowie „Beiträge und Meldungen zur Sozialversicherung“ zur Verfügung.

Meine sehr geehrten Damen und Herren,

ich gratuliere zu 40 Jahren Psychosomatische Klinik in Bad Neustadt!

Ich möchte allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Hauses für die von Ihnen geleistete Arbeit und die dadurch erzielten Erfolge herzlich danken. Danke, dass wir wir unsere Versicherten bei Ihnen in guten Händen wissen dürfen!

Ich wünsche Ihnen weiterhin viel Freude bei Ihrer Arbeit – und auf die weiterhin gute Zusammenarbeit!

Vielen Dank!

# Werner Krempl, DRV Nordbayern

Sehr geehrte Damen und Herren,

vielen Dank für die Einladung zum 40-jährigen Jubiläum. Ich habe sie gerne angenommen und freue mich, dass ich die Gelegenheit erhalte, heute zu Ihnen zu sprechen.

Die DRV Nordbayern hat die Entwicklung dieses Hauses von Anfang an begleitet. Seit Januar 1979 wird die Rehaeinrichtung durch die DRV Nordbayern (damals LVA Unterfranken und LVA Ober- und Mittelfranken) auch regelmäßig belegt.

Dem „Geburtstagskind“ der Klinik und den verantwortlichen Personen sowie allen Mitarbeitern der Klinik gratuliere ich herzlich.

Die Dauer Ihres Bestehens in unserer kurzlebigen Zeit beweist bereits, wie gut es Ihrem Haus gelungen ist, sich an die stetig ändernde Rahmenbedingungen und Erfordernisse anzupassen.

Gleiches gilt übrigens auch für die gesetzliche Rentenversicherung, die im vergangenen Jahr bereits ihr 125-jähriges Bestehen feiern konnte.

Die Rentenversicherung blieb gleichzeitig stabil und beweglich genug, um auf gesellschaftliche Veränderungen reagieren zu können.

Gleiches gilt für die Psychosomatische Klinik Bad Neustadt. Denn in den vergangenen 40 Jahren hat sich vieles verändert.

Damals haben Sie es gewagt, die erste psychosomatische Klinik in Bayern zu eröffnen. Sie waren damit Vorreiter und Vorbild für viele andere Häuser.

Durch ständige Investitionen, wie z. B. die große Renovierung 1994/95 und Erstellung und fortlaufende Weiterentwicklung der therapeutischen Konzepte, wurde das konstant hohe Niveau beibehalten.

Eine Verknüpfung von Erfahrungen aus der Praxis und den Erkenntnissen aus Wissenschaft und Forschung konnte dabei zum Wohl des Patienten erreicht werden.

Gerade heute – auch nach dem 40-jährigen Bestehen – hat die Behandlung von psychischen und psychosomatischen Störungen wachsende Bedeutung. Dies zeigen die Rehabilitations- und Rentenstatistiken der Rentenversicherung deutlich. Rund ein Viertel der Ausgaben für die medizinische Rehabilitation – von insgesamt mehr als 5 Mrd. € – werden durch psychische Störungen verursacht.

Es wird viel diskutiert, ob die Diagnosen aus dem Bereich der psychischen Störungen tatsächlich zunehmen oder ob der Anstieg auf eine verbesserte Diagnostik und auf die Sensibilisierung der Öffentlichkeit – oder auf beides – für dieses Thema zurückzuführen ist. Diese Diskussion ist meiner Meinung nach weitgehend unerheblich, weil nicht zielführend.

Entscheidend ist, dass psychische Störungen für die betroffenen Menschen mit erheblichen Einbußen an Lebensqualität verbunden sind. Dies geht Hand in Hand mit Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit im Arbeitsleben.

Die Anforderungen dieses Arbeitslebens haben sich in den letzten 40 Jahren ganz erheblich verändert. Die veränderten Arbeits- und Lebensbedingungen sind m.E. – mit – ursächlich für die zunehmende Bedeutung psychischer Störungen.

Zu nennen sind dabei

- unsichere prekäre Arbeitsverhältnisse,
- wachsender Konkurrenzdruck,
- ständige Erreichbarkeit,
- erhöhte Anforderungen an Flexibilität und Mobilität.

Dazu kommen geänderte gesellschaftliche Rahmenbedingungen, z.B.

- der abnehmende familiäre Zusammenhalt korrespondierend mit
- einem Anstieg der Scheidungsrate,
- die fehlende soziale Unterstützung
- und vieles mehr.

Deshalb ist die stationäre psychosomatische Rehabilitation, wie sie hier geleistet wird, aus Sicht der Rentenversicherung ein wichtiges Glied in der Behandlungskette. Hier werden entscheidende Voraussetzungen für eine weitere Teilhabe der Versicherten am Erwerbsleben geschaffen.

Damit kann die Rentenversicherung ihren gesetzlichen Auftrag, Versicherte durch Reha vor Rente im Erwerbsleben zu halten, erfüllen. Dies ist nicht nur im Interesse des einzelnen Versicherten. Es ist auch im Interesse der Versichertengemeinschaft. Die Gelder der Beitragszahler werden sparsam und zielgerichtet verwendet.

Daher darf ich der Leitung und den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern dieses Hauses für die geleistete Arbeit ausdrücklich danken. Für die Zukunft wünsche ich mir eine Fortsetzung der vertrauensvollen Zusammenarbeit zum Wohle unserer Rehabilitanden und der Einrichtung.

Diese Zukunft wird erfolgreich sein, wenn private und öffentliche Träger auch weiterhin miteinander und nicht gegeneinander arbeiten.

Dafür viel Erfolg!

# Frank Dünisch, AOK Bayern

Sehr geehrter Herr Bingel, sehr geehrter Herr Professor Dr. Siepman, Herr Dr. Dr. Siebert, sehr geehrter Herr Münch, wehrte Festgäste,

gerne bin ich der Einladung gefolgt, mit Ihnen und Ihren Gästen gemeinsam das 40-jährige Bestehen der Psychosomatischen Klinik Bad Neustadt zu feiern.

40 Jahre Psychosomatische Klinik Bad Neustadt –

- steht seit 40 Jahren für ein optimales Versorgungsangebot in unserer Region für unsere Versicherten und damit Ihre Patienten. Ein Angebot, das die Patienten in krankheitsbedingt schwierigen Lebenssituationen dringend brauchen.
- Steht aber auch für 40 Jahre Anwendung und Weiterentwicklung von anerkannten und qualitativ hochwertigen Therapien sowie für 40 Jahre Aus-, Fort- und Weiterbildung von qualifiziertem Personal, das den Patienten engagiert und motiviert zur Seite steht!
- Und steht zuletzt für 40 Jahre Investition und Förderung einer modernen und zeitgemäßen Einrichtung.
- Kurz gesagt, das Wohl der Patienten liegt der Psychosomatischen Klinik Bad Neustadt seit nun 40 Jahre sehr am Herzen.

Die erste Klinik ihrer Art in Bayern wurde 1975 eröffnet –

richtig - das war die Psychosomatische Klinik Bad Neustadt. Auf einem zu dieser Zeit noch relativ unbekanntem Fachgebiet hat die Klinik Pionierarbeit geleistet. Generationen von Psychotherapeuten wurden bei Ihnen ausgebildet. Sie haben somit einen großen Beitrag für die Versorgung insgesamt geleistet.

Doch wer hätte vor 40 Jahren daran gedacht, dass uns Krankheitsbilder aus der Psychosomatik und Psychotherapie dermaßen in unserem Leben beeinträchtigen können und die Arbeitsunfähigkeitszahlen aufgrund solcher Langzeiterkrankungen erheblich steigen werden?

Besonders bemerkenswert ist die enge Verknüpfung von Akutbehandlung und Rehabilitation an einem Ort. Dies gilt heute als optimales Leitbild einer „Integrierten Versorgung“. Der Erfolg dieses Systems zeigt sich vor allem in der Behandlung von Patienten mit Essstörungen, der sogenannten Anorexia nervosa und Bulimie. Die Psychosomatische Klinik schafft es durch individuelle und konsequente Therapieansätze, den Behandlungserfolg der Patienten mit diesen Krankheitsbildern zu sichern. Ein ausschlaggebender Aspekt ist hierbei auch die Distanz zum gewohnten heimatlichen Umfeld.

Aber nicht nur für das Bild der Essstörungen genießt die Psychosomatische Klinik einen hervorragenden Ruf. Wir als Kostenträger AOK Bayern erhalten Anfragen aus dem

gesamten Bundesgebiet und können die Psychosomatische Klinik mit bestem Wissen und Gewissen weiterempfehlen.

Besonders hervorzuheben ist, dass durch die jährlichen zielgerichteten Verhandlungen eine verständnis- und vertrauensvolle Zusammenarbeit entstehen konnte, die wir auch in Zukunft fortsetzen möchten. Die erhöhte Nachfrage nach psychosomatischen Behandlungsplätzen, sowohl im Akut- als auch im Reha-Bereich, ist entscheidend für die Entwicklung des Krankenhausbudgets.

Dabei stehen wir vor grundlegenden Veränderungen. Der Gesetzgeber führte nun auch für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen ein „Pauschalisiertes Entgeltsystem in der Psychiatrie und Psychosomatik“, sogenannte PEPP-Pauschalen ein. Dadurch soll ein einheitliches Abrechnungssystem mit einheitlichen Abrechnungsregeln entstehen. Die Vergütung erfolgt hierbei auf der Grundlage von tagesbezogenen Entgelten.

Der Umstieg in das neue Entgeltsystem besteht zunächst auf freiwilliger Basis und viele Psychiatrische und Psychosomatische Kliniken warteten zunächst ab. Doch auch hier hat die Psychosomatische Klinik in Bad Neustadt zukunftsweisende Pionierarbeit geleistet. Als erstes Haus in Ober- und Unterfranken stieg die Klinik erfolgreich in das neue Abrechnungssystem um.

Durch eine Vision vor 40 Jahren entstand der Tatendrang zur Gründung einer Psychosomatischen Klinik in Bad Neustadt. Diese Vision konnte durch Ihr enormes Engagement realisiert werden, so dass die Klinik in Bad Neustadt zu einem großen Vertragspartner mit überregionaler Bedeutung herangewachsen ist.

Doch nicht nur damals, auch heute stehen in Bad Neustadt große Veränderungen bevor. Der geplante Neubau, in dem auch die Psychosomatische Klinik Ihren neuen Platz finden soll, ist abermals ein zukunftsweisendes Vorhaben, für das ich Ihnen viel Erfolg und ein gutes Gelingen wünsche.

Für uns als Partner wünsche ich uns weiterhin eine vertrauensvolle und konstruktive Zusammenarbeit zum Wohle Ihrer Patienten und zugleich unserer Versicherten in der Region!

# Rainer Blasutto, DAK München

Sehr geehrter Herr Dr. Siebert, sehr geehrter Herr Münch, sehr geehrter Herr Bingel, sehr geehrter Herr Bocklet, sehr geehrter Herr Prof. Dr. Siepmann, sehr geehrte Frau Dr. Stelz, sehr geehrter Herr Dr. Knickenberg, liebe Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Klinik, sehr geehrte Festgäste,

letztes Jahr wurde in Bad Neustadt das 30-jährige Bestehen der Herz- und Gefäßklinik gefeiert mit der wir im Bereich der Selektivverträge sehr erfolgreich zusammenarbeiten. Heute begeht nun die Psychosomatische Klinik Bad Neustadt ihr 40-jähriges Jubiläum und krönt das Ganze.

Eine sehr lange Zeit – eine bewegte Zeit

- mit sich ständig ändernden Herausforderungen,
- der zwingenden Erfordernis, sich diesen zu stellen und
- vor allem die Patienten auf höchstem Niveau zu versorgen.

Es ist auch, wie wir heute sehen, eine sehr erfolgreiche Zeit, die wir mit diesem Festakt würdigen.

Ich beglückwünsche Sie und vor allem Ihr gesamtes Team zu diesem außerordentlichen Jubiläum.

Sie können stolz sein, auf das, was sie gemeinsam im Sinne einer exzellenten Patientenversorgung seit über 40 Jahre leisteten und was die Psychosomatische Klinik Bad Neustadt zu dem gemacht hat, was sie heute ist:

- einem Pionier unter den psychosomatischen Kliniken in Bayern,
  - einer der ältesten psychosomatischen Klinik in Bayern,
  - einer unverzichtbaren Säule in der therapeutischen Ausbildung und
  - dem Stammhaus im Rhön-Konzern,
  
  - das über vier Jahrzehnte den Spagat zwischen
  - stetigem Aufbau und der Weiterentwicklung seiner medizinischen Expertise,
  - einer Patientenorientierung und Effizienzsteigerung,
  - der Sozialen Verantwortung und den berechtigten wirtschaftlichen Interessen eines Konzerns sowie
  - den sich ständig verändernden Rahmenbedingungen und dem verschärften Wettbewerb
- mit Bravour absolviert und wie ein Fels in der Brandung die Jahrzehnte erfolgreich gemeistert hat.

Sie haben sich Neuem gegenüber nie verschlossen und Veränderungen stets als Chance gesehen.

So waren Sie eine der ersten Kliniken in Deutschland, die im Akutbereich auf das PEPP-System umgestiegen sind und die Chance im neuen Entgeltsystem erkannt haben.

Ich bedanke mich bei Ihnen und beim gesamten Team der psychosomatischen Klinik Bad Neustadt

- für die Jahrzehnte lange, hervorragende Versorgung unserer Kunden – Ihrer Patienten,
- für die gute, partnerschaftliche und vertrauensvolle Zusammenarbeit bei den alljährlichen Vertragsverhandlungen und
- ganz besonders für die Einladung zu Ihrem großen Jubiläum.

Fünf Minuten für ein Grußwort zu einem 40-jährigen Jubiläum (so ganz nebenbei, das sind über 21 Millionen Minuten Betriebszeit) zeigt das Größenverhältnis überaus beeindruckend.

- Es ist nicht mehr als ein Wimpernschlag in dieser Zeit,
- es ist aber genügend Zeit, um vieles nicht zu sagen, was eigentlich zu sagen wäre,
- vieles zu wiederholen, was meine Vorredner bereits gesagt haben oder
- das vorweg zu nehmen, was die die mir folgenden Redner noch sagen werden.
- Es ist jedoch ausreichend Zeit, mich kurz zu fassen,
- Ihnen nochmals die besten Glückwünsche der DAK-Gesundheit und des vdek zu überbringen,
- Ihnen und Ihrer gesamten Belegschaft für die Zukunft alles Gute,
- ein genauso glückliches/erfolgreiches Händchen in der Leitung und Weiterentwicklung des Unternehmens wie bisher sowie
- weiterhin die erforderliche Motivation und Innovationskraft in Ihrem Klinik-Betrieb zu wünschen, welche die Psychosomatische Klinik Bad Neustadt in den letzten 40 Jahren so ausgezeichnet hat.

Ich bin sicher, dass Sie alle Herausforderungen, welche die nahe und ferne Zukunft an Sie und Ihre Mitarbeiter stellt – ich denke hier insbesondere an den Klinikneubau und die geplante Tagesklinik – mit gewohnter Bravour meistern werden und dass Sie unsere Versicherten die nächsten Jahrzehnte genauso hervorragend betreuen werden, wie Sie dies in der Vergangenheit getan haben.

An dieser Stelle bedanke ich mich auch speziell bei Ihnen, sehr geehrter Herr Dr. Knickenberg, für die exzellente medizinische Versorgung unserer Kunden und wünsche Ihnen für Ihren Ruhestand nur das Beste.

Dank für Ihre Aufmerksamkeit und nochmals alles Gute zu Ihrem 40jährigen Jubiläum!

# Peter Suckfüll, Stellvertretender Landrat Landkreis Rhön-Grabfeld

Meine sehr verehrten Damen und Herren,

ich freue mich, Sie heute anlässlich des 40-jährigen Jubiläums der Psychosomatischen Klinik begrüßen zu dürfen.

Es geht heute um mehr als unternehmerische Qualität am Standort Bad Neustadt! Es geht um Alltagsprobleme und um Weitsicht! Bitte lassen Sie mich dies erläutern:

In den letzten Jahrzehnten haben ein steigender Termindruck, eine gewachsene Freizeithektik und eine extreme Zunahme von multimedialen Einflüssen dafür gesorgt, dass schon viele Schüler aus eigener Anschauung wissen, was sich hinter dem Begriff Stress verbirgt. Der effizienzbestimmte Alltag läuft für die meisten Erwachsenen unter Druck ab. Die Konsequenz der geforderten Leistungsfähigkeit ist eine merkbliche Zunahme an psychischen Erkrankungen, denen wir begegnen müssen. Das gelingt uns zum Teil nur mit professioneller Unterstützung.

Diese Entwicklung ist ein besorgniserregendes, aktuelles und gesamtgesellschaftliches Phänomen, welches Eugen Münch bereits vor 40 Jahren bewusst gewesen sein muss. Die Gründung einer psychosomatischen Klinik im Gefüge der Rhön-Klinik AG beweist somit den richtigen Spürsinn für die Zukunft.

Als Stellvertreter des Landrats bin ich froh, dass Herr Münch das unternehmerische Gespür und den Mut hatte, in Rhön-Grabfeld eine entsprechende Klinik anzusiedeln. Auch wenn wir den Leistungsdruck nicht gänzlich aus der Gesellschaft nehmen können, so können wir doch in der Region durch die Psychosomatische Klinik auf die nötige Infrastruktur zurückgreifen, um derartigen Erkrankungen wohnortnah und mit hoher Professionalität zu begegnen.

Bitte erlauben Sie mir, mich im Namen des Landkreises für die hohe Qualität der medizinischen Versorgung zu bedanken. Ein Dank, der sich vor allem an die vielen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Hauses richtet. Ich bin wirklich froh, ein so engagiertes Team vor Ort zu wissen und bedanke mich beim Unternehmen Rhön-Klinikum AG für die vier Jahrzehnte der Standorttreue.

Wir freuen uns, Sie weiter als Gesundheitspartner an unserer Seite zu wissen.

Bruno Altrichter,

## 1. Bürgermeister Stadt Bad Neustadt

Sehr geehrte Damen und Herren,

mit der Gründung der Psychosomatischen Klinik in Bad Neustadt hat der damalige Geschäftsführer Eugen Münch einerseits Neuland betreten und gleichzeitig den Grundstein zur Entwicklung eines Gesundheitskonzerns gelegt, der heute in der Rechtsform einer Aktiengesellschaft geführt wird und in vielerlei Hinsicht - aber insbesondere auf medizinischen Gebieten - Meilensteine gesetzt hat.

Für Bad Neustadt und die Region war es ein Glücksfall, dass das Bauprojekt hier am Berg, oberhalb von Hersfeld und Bad Neustadt, auf diese Weise einer Neuorientierung und vor allem einer Nutzung zugeführt werden konnte, von der wir auch heute besonders profitieren. Die aktuelle Entwicklung des Klinikstandortes, der inzwischen zum Campus medizinischer Exzellenz wurde, lässt erwarten, dass sich das Unternehmen erneut an die Spitze des medizinischen Fortschritts setzt und damit den Menschen in der Region und weit darüber hinaus bundesweit Spitzenmedizin zuteilwerden lässt.

Derzeit befindet sich die ehemalige Kurparkklinik in der Kurhausstraße im Umbau. Sie wird ertüchtigt, modernisiert und erweitert für die Psychosomatische Klinik. Sie macht sich gewissermaßen mit dem neuen Standort und dem modernen Gebäude selbst ein Geburtstagsgeschenk. Man wird in wenigen Monaten dort ein modernes Haus zur Verfügung haben, das den Patienten, Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, sowie den Ärzten modernste Rahmenbedingungen bieten wird, um damit den medizinisch-therapeutischen Erfordernissen gerecht zu werden.

Auch heute nach 40 Jahren gilt daher meine Anerkennung dieser weitsichtigen Entscheidung zum Aufbau dieser Klinik als Fundament der weiteren Entwicklung dieses exzellenten Klinik- und Gesundheitsstandortes.

Ich danke allen Ärzten und dem Pflegepersonal, die in diesen zurückliegenden Jahrzehnten zusammen mit den Verwaltungskräften und den technischen Mitarbeitern zum Wohle und zur Gesundung der vielen Patienten gearbeitet haben sowie den Leistungserbringern in Form der Sozialkassen für die gute Partnerschaft mit der Klinik.

Ich wünsche für die Zukunft allen Patienten, die diese Klinik aufsuchen müssen, gute Heilungserfolge in einem Krankheitsbild, das in unserer Gesellschaft mehr und mehr in Erscheinung tritt.

# ÜBERLEITUNG FESTVORTRAG HERR PROFESSOR JORASCHKY

*Burkhard Bingel*

Für den Festvortrag unserer heutigen Jubiläumsveranstaltung konnten wir Herrn Professor Peter Joraschky gewinnen.

Professor Joraschky ist Nervenarzt und Psychoanalytiker. Er studierte Medizin und Psychologie in München. Als Assistenzarzt war er schon 1973 bis 1980 in der Abteilung für psychosomatische Medizin am Zentrum für Innere Medizin bei Thure von Uexküll in Ulm tätig. 1980 wurde er Oberarzt am Bezirkskrankenhaus Günzburg, wo er den Bereich Psychotherapie leitete.

1984 ging Prof. Joraschky als Oberarzt an die Psychiatrische Universitätsklinik Erlangen und leitete dort die selbstständige Abteilung Psychosomatik und Psychotherapie. 1991 wurde Joraschky zum Universitäts-Professor an der Universität Erlangen-Nürnberg ernannt. 1998 folgte er einem Ruf nach Dresden und war bis zu seiner Emeritierung 2012 Direktor der Klinik für Psychotherapie und Psychosomatik am Universitätsklinikum Carl Gustav Carus.

Seitdem ist er noch vielfältig aktiv. Unter anderem leitet er die Akademie für Allgemeine Psychotherapie (aap) in Dresden, ein Ausbildungsinstitut mit der Besonderheit, dass es sowohl tiefenpsychologische Psychotherapie als auch Verhaltenstherapie anbietet. Wissenschaftlich ist Herr Prof. Joraschky durch grundlegende Arbeiten zu dem Thema Körperbild bekannt.

Herr Professor Joraschky, ich bin gespannt auf Ihre Ausführung und darf das Wort an Sie übergeben.

# FESTVORTRAG KÖRPER, BILD UND PSYCHOTHERAPIE

*Peter Joraschky*

Das Körpererleben als ein Leitthema für das 40-jährige Jubiläum der Psychosomatischen Fachklinik Bad Neustadt/Saale soll deutlich machen, dass, vor allem angestoßen durch die Behandlung von PatientInnen mit Essstörungen, die Vulnerabilität des Körpererlebens als eine Grundstörung des Selbstgefühls zu Gründungszeiten der Klinik erkannt wurde und Eingang fand in die Entwicklung von komplexen Behandlungsmethoden, die die Körperpsychotherapie immer als ein wichtiges Therapieprinzip einbezogen haben. Klinische und wissenschaftliche Kooperationen, Vorträge auf der Körperbildwerkstatt der psychosomatischen Universitätsklinik Dresden belegen die Tradition der langjährigen wissenschaftlichen Zusammenarbeit. Hier konnte uns Prof. Siepmann immer zu wissenschaftlichen Fragestellungen mit psychophysiologischen Labormessungen hilfreich zur Seite stehen. Es ist mir eine große Freude, dass ich diesen roten Faden aufnehmen darf und hier einen kleinen Ausschnitt der klinischen Anwendung der Konzepte zum Körpererleben darstellen darf.

In den letzten 20 Jahren ist das Körpererleben sowohl in den grundlagenorientierten Forschungen zur Neurobiologie und psychoanalytischen Entwicklungspsychologie als auch durch seine Bedeutung im Rahmen der Persönlichkeitsentwicklung und seine vielfältigen Auswirkungen bei klinisch relevanten Krankheitsbildern in den Mittelpunkt des Interesses gerückt. Dies betrifft vor allem Patienten mit komplex-traumatisierten Persönlichkeitsstörungen, Borderline-, somatoformen und Essstörungen, Dysmorphophobien sowie Patienten mit dem Wunsch nach plastischen Operationen. Entwicklungspsychologisch frühe Störungen im Körpererleben, etwa durch Vernachlässigung oder Überstimulation, schlagen sich als „Schatten“ im Körperselbst nieder, die gravierende Auswirkungen auf das Selbsterleben haben. In welchem Ausmaß die Emotions- und Selbstregulation und die Entwicklung des Körpererlebens zusammenspielen, zeigen Untersuchungen zur Wechselbeziehung zwischen Selbst- und Körperakzeptanz. Auf diese psychotherapeutisch relevanten Aspekte soll besonders Bezug genommen werden.

## **1. Dimensionen des Körpererlebens – Terminologische Vielfalt**

Das Gesamtkörper-Leiberleben ist nur sehr bedingt verbal zu erfassen. Somit ist ein grundsätzliches Ausdrucksdilemma einer jeden operationalen Annäherung an das Körper- oder Leiberleben unvermeidbar (Tab. 1, 2). Wird vom Körperbild gesprochen, so kann immer gleichzeitig eine objektivierende Betrachtung des Körpers als auch die subjektive,

komplex-mehrdimensionale verbal-nonverbale Bezugnahme auf den eigenen Leib gemeint sein (Tab. 3).

Aufgrund der vielfältigen wissenschaftstheoretischen Perspektiven besteht eine terminologische Vielfalt. Dabei umfassen die Begriffe zum einen die affektiv unbewussten oder kognitiv bewussten Zugangswege zum Körpererleben, zum anderen haben sie auch historische Wurzeln. Im internationalen Sprachgebrauch werden unter dem Begriff Body-Image (Thompson 1990; Cash und Pruzinsky 2002) die perzeptiven, affektiven und kognitiven Komponenten der Body-Image Disorders beschrieben (Tab. 4). Der Terminus „Körperbild“ wird sowohl als Oberbegriff als auch zur Beschreibung unterschiedlicher Teilaspekte der Leiberfahrung angewandt. Unter historischer Perspektive kann auf vorliegende Übersichten verwiesen werden (Bielefeld 1986; Joraschky 1983; Paulus 1982; Röhrich et al. 2005; Röhrich 2009).

Schilder (1935) versteht unter dem Körperbild“ das *„Vorstellungsbild des eigenen Körpers“*. Daran knüpft er die Interpretation, dass das Körperbild eine bewusste, der Reflexion zugängliche Außen- und Innenwahrnehmung des Körpers darstellt. Es setzt sich als Gesamtheit der Einstellung zum Körper (Wahrnehmung, Kognition, Affekt) zusammen (Clement und Löwe 1996). Fenichel (1945) hat unter psychoanalytischem Aspekt unter Körperbild *„die Summe der psychischen Repräsentanzendes Körpers und seiner Organe“* verstanden. Hierunter lassen sich die unbewussten, noch nicht reflexionsfähigen Repräsentationsprozesse verstehen, die heute unter dem Begriff „Körperselbst“ subsummiert werden. Wegen diesen unterschiedlichen Beschreibungsebenen, die sich auch den Dimensionen des „Körper-Seins“ (Körper-Selbst) und „Körper-Habens“ (Körper-Bild) zuordnen lassen, wurde in einer deutschen Konsensuskonferenz (Röhrich et al. 2005) als Oberbegriff das „Körpererleben“ gewählt.

## 2. Embodiment

Das für die Philosophie und die Psychosomatik grundlegende Leib-Seele-Problem wird von der Embodiment-Forschung aus der interdisziplinären Perspektive wieder aufgegriffen. In den letzten 20 Jahren haben sich die Philosophie, die Psychoanalyse, die akademische Psychologie, die Neurowissenschaften und die cognitive science (Fuchs et al., 2010) sowohl zu Fragestellungen der Grundlagenforschung wie der Anwendung ausgetauscht. Der Anstoß für die Theorie des embodied mind kam von den Biologen Maturana u. Varela (1984/2012), die beschreiben, wie Menschen ihre Welt gemäß ihren Erfahrungen und ihren Lebensbedingungen konstruieren. Diese strukturelle Kopplung zwischen Organismus und Umgebung greift den Begriff des subjektiven Lebensraums von J. v. Uexküll (1956) wieder auf. Unter phänomenologischer Perspektive wird der Mensch als ein verkörpert handelndes Wesen verstanden, dass im affektmotorischen Bezug zu seiner Umwelt steht. Über den Körper wird uns die Welt als erlebte Welt zugänglich. Also nicht

nur die Affekte sind immer körperlich gebunden, sondern auch die Kognitionen gehen auf sensomotorische Prozesse zurück. Ein statisches Abbildungskonzept im Gedächtnis wird abgelöst von einem Konzept der Dynamik kontinuierlicher Konstruktion von seelischen Zuständen in aktuellen Interaktions-Situationen, wie sie auch die neurobiologische Forschung zum Embodiment vertritt (Gallese, 2013).

Für die klinische Forschung und die Therapie sind es vor allem die im Embodiment-Konzept einbezogenen frühesten menschlichen Interaktionserfahrungen, die für die frühe Selbstentwicklung entscheidend sind (Leutinger-Bohleber, 2001). Das Embodiment-Konzept greift auch epigenetische Studien auf, die belegen, dass frühe Beziehungserfahrungen die genetische Anlage des Säuglings spezifisch aktivieren (Suomi, 2011). Die implizit gespeicherten Prozesse bestimmen unser späteres Denken, Fühlen und Handeln grundlegend. Wissenschaftstheoretisch greift also das Embodiment-Konzept alte psychosomatische Grundpositionen der Kreismodelle wieder auf. Durch den interdisziplinären Austausch ergeben sich jedoch vielfältige Anregungen z. B. für experimental-psychologische Untersuchungen und neurobiologische Forschungsansätze.

### **3. Das implizite Körpergedächtnis und die Entwicklung des Körper-Selbst**

Das Proto-Selbst (Damasio 1994) bzw. Kern-Selbst (Stern 1992) wird als Grundlage für das Körper-Selbst gesehen. Dieses bildet die tiefste Ebene selbst gemachter Erfahrung – es ist ein grundlegendes Referenzsystem für die spätere Einordnung eigener Erfahrungen und wird in seiner Struktur durch regulierende Aktivitäten der elterlichen Bezugsperson beeinflusst: Charakteristische Interaktionen nennt Stern (1992) „Representations of Interaction being Generalized“ (RIGs). Diese RIGs sind vorsprachlich und auf der Körper-ebene als emotionale Reaktionsmuster verankert (Tab. 5, 6, 7, 8).

Seit 30 Jahren werden durch die empirische Säuglingsforschung (Übersicht Geißler 2007; Beebe und Lachmann 2004, 2006) Interaktionsstudien vorgelegt, die heute für die Forschung zur Entwicklung von Emotions- und Selbstregulation stimulierend sind. Das Neugeborene ist mit grundlegenden Fähigkeiten im Sinne interaktiver Kompetenzen ausgestattet, die sich offenbar evolutionär als vorteilhaft erwiesen haben. Im Rahmen der relationalen Betrachtung der Lebensprozesse geht Stern (1992) davon aus, dass am Beginn ein ganzheitliches Erleben steht, das auf Integration von Informationen aus unterschiedlichen Sinneskanälen fußt.

Das Baby erschließt sich ab dem 3. Monat schrittweise die „Welt der direkten Kontakte“, in der Erfahrungen mit Nähe und Distanz, mit körperlichen Positionierungen, mit wechselseitigem Erregungsniveau und wechselseitiger Kontrolle gemacht werden. Diese körperliche Regulation erfolgt auch im Dienst der eigenen körperlichen Bedürfnisbefriedigung (z. B. Streichel-, Kitzelspiele). Das gelungene Zusammenspiel zwischen

Säugling und elterlichen Bezugspersonen wird mit dem Begriff der „Feinfühligkeit“ beschrieben. Diese impliziert, dass die Signale des Kindes richtig wahrgenommen und interpretiert werden, dass die Betreuungspersonen dem Entwicklungsstand des Kindes entsprechend reagieren und dass die Reaktion zeitlich gut abgestimmt erfolgt. Das nonverbale Know-how umfasst die Fähigkeiten zum Aufbau einer guten rhythmischen Architektur im Handeln, von Augenkontakt und Berührungen (Downing 2004), die Fähigkeit, dem Kind die Führung zu überlassen, ablehnende kindliche Signale zu tolerieren und die Interaktion zu stoppen und zu begrenzen. Diese Aspekte der Feinfühligkeit und der Steuerung von Trennungsstress durch Körperkontakt kommen in Bowlbys (1969) Bindungstheorie zu kurz.

Stern (1998) legt Wert darauf, dass die Austauschprozesse analog einem Musikstück nur über das Gesamte seine Wirkung haben und eine einzelne Note nichts aussagt: **„Wie der Erwachsene den Tanz, so erlebt der Säugling die soziale Welt in erster Linie als Welt der Vitalitätsaffekte, bevor sie sich zu einer Welt formaler Handlungen entwickelt.“**

Die Entwicklung des Mentalen geschieht nach psychoanalytischer Ansicht über den Körper als erstem Objekt (Gaddini 1998). Sensorisch ausgelöste Zustände bilden einen ersten mentalen Raum, der noch keine Struktur aufweist, über stufenweise Integrationsprozesse entstehen Phantasietätigkeit, Raum- und Zeitvorstellungen. In ihrer Theorie zur multiplen Kodierung (Tab. 9) verbindet Bucci (1997) psychoanalytische, neurobiologische und informationstheoretische Konzepte. Mit Bucci gehen Säuglings- und Kleinkindforscher heute davon aus, dass Interaktionserfahrungen zunächst präsymbolisch repräsentiert werden, dass sie sich in Affektbereitschaft, in körperlichen Ausdrucksformen darstellen, bevor sie sprachlich und damit symbolisch zugeordnet werden können. Dieser Fortschritt zum Symbolischen erfolgt auf einer intersubjektiven Grundlage, immer in Beziehung zum anderen. Klinisch bedeutet dies, dass das nicht sprachfähige Kind nach einem Objekt suchen muss, das in der Lage ist, die bedrohlichen körperlichen Zustände einzuordnen, ihnen Struktur zu geben, sie zu beruhigen.

## 4. Das Körperselbst

Damasio (1994) versteht den Körper als Bühne von Empfindungen und Gefühlen und somit als Fundament des Erlebens und gefühlter Bedeutungen. Körpererleben ist zentraler Teil des Selbsterlebens, das Körpererleben wird in neuronalen Netzen „multi-codiert“ auf Körper-, Bild- und Sprachebene. Dieses Modell begründet den Ausgangspunkt für die empirischen Untersuchungen der Säuglingsforscher.

Downing hat die affektmotorischen Schemata (1996) als grundlegend für die Verarbeitung des Erlebens und Handelns dargestellt. Sie sind in der körperlichen Haltung, Bewegung, in Atemmustern, Muskelspannungen, motorischen Impulsen, vegetativen Reaktionen eingeschrieben. Wenn ein Mensch die Arme hochreißt, bedeutet dies nicht

die folgende Freude, sondern in der Embodiment-Theorie ist die Gleichzeitigkeit des Affektausdrucks mit dem Affekt eine Einheit.

In diesem Sinne hat Gendlin (1997) in seinem Konzept des Fokussing den Felt Sense definiert. Das Erleben wird von Gendlin nicht nur als inneres Erleben, sondern als Interaktion mit der Welt verstanden. Indem wir etwas erleben, lernen wir die Bedeutung von etwas für uns kennen. Die Bedeutung wird im Körper gefühlt und ist bezogen auf Situationen. Körpererleben, der Kern des Selbsterlebens sowie Weiterleben hängen von der Geschichte unserer Lebenserfahrungen ab. Auf der Besonderheit, das Selbsterleben auf das Körpererleben zu beziehen, gründen die Körperpsychotherapien. Im Körpererleben teilt sich somit Subjektivität mit. Ohne Körpererleben stellt sich keine subjektive Wahrnehmung meines Selbst, der anderen und der Welt her. Wenn Gedanken und Körpergefühle in Konflikt miteinander sind, stellt sich ein Gefühl von Stimmigkeit nur ein, wenn beide miteinander kongruent werden. Das heißt nicht, dass sich die Gedanken dem Körper „unterwerfen“ sondern dass eine Abstimmung zur Stimmigkeit führt.

## **5. Körpererleben und körperorientierte Psychotherapie bei traumatisierten Patienten**

Aus aversiven Kindheitsbelastungen resultierende Beschädigungen des Körpererlebens können als häufige Grundstörung eines vulnerablen Selbstgefühls angesehen werden. Die systematische Vernachlässigung dieser zentralen Dimension in diagnostischen Manualen dürfte verschiedene Ursachen haben: Die Schambesetzung des Körpers, die Schwierigkeiten der differenzierten Verbalisierung und Symbolisierung des Körpererlebens wird durch trauma- und bindungstheoretische Hypothesen erörtert. Bislang werden die weiter bestehenden negativen Körperkonzepte, die intensiven Berührungängste und negative Wahrnehmung des Körpers durch den anderen auch bei erfolgreichen Therapien Traumatisierter übersehen. Daraus resultieren bleibende Vulnerabilitäten für die Intimitäts- und Beziehungsgestaltung. Der inzwischen umfangreiche klinische Erfahrungsschatz durch multimodale stationäre Therapien mit körperorientierter Psychotherapie wie auch die Einbeziehung des Körpererlebens in den therapeutischen Dialog stimmen hoffnungsvoll, dass in Zukunft systematische Untersuchungen dieses Feldes auch zu einer besseren Integration körperpsychotherapeutischer Ansätze führen können.

„Der Schatten aufgegebenen Objekte“ (Freud, 1895), wird nicht nur auf den Körper projiziert, vielmehr zeigt die entwicklungspsychopathologische Stressforschung, dass die meisten frühkindlichen Belastungen direkt Beschädigungen des Körpererlebens in Form von körperlicher Vernachlässigung und Gewalt, taktile Deprivation und/oder Überstimulation, Verletzung der körperlichen Schamgrenzen sind, die mit frühen emotionalen Vernachlässigungen meist Hand in Hand gehen. Die Modulation negativer Affekte wie Angst oder Schmerz findet in der frühen Entwicklung durch Beruhigung oder Überstimu-

lation am Körper statt. Die Emotionsregulation, die intersubjektiv im körperlichen Austausch zwischen Eltern und Kind vermittelt wird, steht im engen Zusammenhang mit der Etablierung eines integrierten Körper selbstgefühls. Das beschädigte Körpererleben stellt in diesem Sinne eine Grundstörung, eine basale Vulnerabilität für spätere Selbstgefühlstörungen dar. Umso erstaunlicher, dass bei der Diagnostik der Persönlichkeitsstörungen wie z. B. bei der Borderline-Persönlichkeitsstörung, wo die Traumatisierung ein hoher Einflussfaktor ist, die Störung des Körpererlebens nicht als DSM IV-Kriterium vorkommt. Auch in der Psychotherapie wird es nur unzureichend berücksichtigt.

## **Biografisches Interview zum Körpererleben**

Die individuelle Körperlandkarte bei Patienten mit Mangel- und Überstimulierungserfahrungen ist häufig sprachlicher Erkundung schwer zugänglich. Hierfür können nur hypothetisch verschiedene Aspekte erörtert werden, die alle noch empirischer Bestätigung bedürfen. Mehrere Faktoren tragen zu einer geringen Differenzierung von Körpererleben und Emotionswahrnehmung bei und machen daher das Körper selbst potentiell desintegrierbar: Bei Patienten mit Somatisierungen fanden wir ein hoch signifikantes deutliches Überwiegen von vermeidendem Bindungsstil im Erwachsenenbindungsinterview sowie in 70 % zusätzlich die Kategorie „unresolved trauma“. Beide Faktoren tragen dazu bei, dass Körpererleben nicht expressiv gemacht werden kann (Alexithymiekomponente), wenig wahrgenommen wird und durch die verhinderte Selbstreflexion kaum verbalisierbar wird. Diese Faktoren von Affektvermeidung, Alexithymie und Symbolisierungsschwierigkeit sind zentrale Themen der Beziehung von Körper und Emotion. Als Zugangsweg zu im impliziten Gedächtnis gespeicherten Beschädigungen des Körpererlebens wird daher gegenwärtig intensiv über die körperliche Gegenübertragung, über Körperinszenierungen in der Übertragung vor allem von psychoanalytischer Seite in der klinischen Forschung berichtet (Heisterkamp 2002).

Im Rahmen der Erfassung von Körperepisoden ist es wichtig, nicht nur auf traumatische Beschädigungen, auf „tote Zonen im Körper selbst“, Abspaltungen, Fragmentierungen (Plassmann 1989) zu achten, sondern auch auf die Episoden mit positivem Körperbezug, um die Landkarte auch mit positiven Körpererlebnissen anzureichern. Beispiele wären z. B. Erinnerungsepisoden an motorische Erkundungsphasen mit Bewegungslust, Tanzen und spielerische Kontakte. Ein wesentlicher Bereich der Körperbiografie sind Erinnerungen an zärtliche Bezugspersonen, die Fähigkeit, körperliche Tröstung zu genießen, sich anlehnen und gehalten werden können. Übergangsobjekte wie Stofftiere oder Haustiere zu streicheln, sind wichtige Erfahrungen und stehen auch teilweise im Dienste der Selbstheilung bei taktile Deprivation. Insbesondere in der analen Phase der Abhängigkeits-Autonomie-Entwicklung sind die aggressiven Emotionen des Ausstoßens, die Ekelregulation, die aggressive Abgrenzung und das Ausscheiden wichtige Körpererlebnisse.

se in Verbindung mit Interaktionserfahrungen. Weitere zentralen Themen sind die Klärung von Bewältigungsprozessen, wie Gewalterfahrungen oder körperbezogenen Entwertungen ausgeglichen werden konnten oder wie das sexuelle Erleben mit dem Erleben von Scham und Zweifel in das Körper selbst integriert wurde. Dies nur als kurze Beispiele für die Erörterung der Körperbiografie.

## 6. Körper- und Selbsterleben als maladaptiver Zirkel

Die Aktivierung der Körper selbst-Vulnerabilität geschieht häufig im Verlauf von Chronifizierungsprozessen, wo die Körpersymptome wie Schmerz, Befindlichkeitsstörungen, Essstörungen, Somatisierungen negative affektive Zirkel schließen. Durch die Chronifizierung der Körpersymptome werden die frühen Narben der Traumatisierung daueraktiviert.

*Fallbeispiel:*

*Die 25jährige Patientin, seit 10 Jahren an einer Anorexie erkrankt, hatte taktile Deprivationserlebnisse im ersten Lebensjahr, als sich ihre Mutter wegen einer schweren Depression in stationäre psychiatrische Behandlung begeben musste. Sie blieb in einer Selbstobjektabhängigkeit, indem sie immer die Emotionen der Mutter zu stabilisieren suchte. Insbesondere vermied sie im Rahmen der Autonomieentwicklung das Austragen von Aggressionen und Ekelauffekten. Als sie in der Pubertät auf einer Parkbank von einem Mann übergriffig berührt wurde, hatte sie panische Angst vor einer Vergewaltigung. Von diesem Zeitpunkt an wurde die schon vorbestehende konflikthafte Sexualität pathologisch verarbeitet, indem sie ihre primären und sekundären Geschlechtsmerkmale abspaltete, sie nur als Fremdkörper wusch, ohne ihren Körper noch mit Sensibilität berühren zu können. Die Anorexie löste „die Abgrenzung“ wie den Triebverzicht. Durch die Anorexie wurde das beschädigte Selbstgefühl stabilisiert, der Körper als Fremdkörper gespalten. Im Rahmen des Chronifizierungsprozesses traten zunehmend bulimische Impulse auf, die die Patientin bedrohten und die sie mit extremer Selbstkontrolle zu unterbinden wusste. Im Rahmen dieser chronischen „Selbstvergewaltigung“ des Körpers kam es immer wieder zu Gewichtsverlust, zu stationären Behandlungen, schließlich zu dissoziativen Zuständen mit Depersonalisation. Nachdem sie versuchte, die Spannungen durch Kratzen an der Haut zu lösen, wurden die Verletzungen immer stärker, und sie brannte die Haut systematisch mit Zigaretten.*

*Die enge Verknüpfung von Ekel vor Triebdurchbrüchen wie auch sexuellen Durchbrüchen waren in der verbalen Therapie nicht entscheidend zu bessern. Hier ist insbesondere die Rolle der Zwanghaftigkeit und Alexithymie als besonders pathogen wirksam festzustellen, da sie die Toleranz gegenüber Triebimpulsen extrem verringert.*

## 7. Die Entwicklung von Selbstgefühl und Körpererleben in der Therapie unter Einbeziehung der Kunsttherapie als Symbolisierungshilfe

*Der Schwerpunkt der Therapie bei der Patientin lag auf der Affektdifferenzierung und Bearbeitung der Dissoziationen (vgl. Abb. 1 – 4). Die Patientin konnte mehr Toleranz gegenüber ihren Angstzuständen, depressiven Verlassenheitsgefühlen, ihrer Impulsivität mit mörderischen Wutgefühlen und ihren Ekelgefühle (nach zwei Jahren konnte sie erstmalig dem Therapeuten die Hand geben) entwickeln. Am Ende der Therapie erfüllte sie nicht mehr die Kriterien der Borderline-Persönlichkeitsstörung. In der begleitend zur Psychotherapie durchgeführten Körperpsychotherapie entwickelt sie zunehmende Toleranz von Nähe. Zunächst konnte sie nur in einer Ecke kauend auf Distanz gehen. Schließlich war es ihr möglich, Kontakte durchzuführen. Die am Ende der Therapie durchgeführten Untersuchungen mit den Körperkonzeptskalen zeigten jedoch noch extreme Auffälligkeiten: Besonders die Dimension Körperkontakt, die **Angst vor Berührung** lag im extremen Bereich. Die Selbstakzeptanz des Körpers hatte sich deutlich verbessert, nicht zuletzt durch die sportliche Betätigung, das regelmäßige Radfahren und die höhere Sensibilität gegenüber dem Körperäußeren. Die Dimension „Akzeptanz des Körpers durch Andere“ zeigt jedoch weiterhin ein extrem negatives Körpergefühl, was eine hohe Vulnerabilität für Intimitätsbeziehungen bedeutet. Für den Therapeuten waren diese Extremwerte letztlich überraschend. Trotz der körperorientierten analytischen Psychotherapie bleiben noch wichtige Bereiche des Körpererlebens nur unzureichend verändert.*

Dies verweist darauf, dass das Screening der Körperkonzepte, der Berührung und die Körper-Akzeptanz zentrale Faktoren zur Evaluation des Therapieverlaufs sind (Abb. 5). An diesen Parametern schließlich beweist sich auch die Körperpsychotherapie bei Patienten mit Traumatisierungen.

## 8. Entwicklung integrativer körperorientierter Psychotherapieansätze

Insbesondere durch die stationäre Psychotherapie, in der die Körperpsychotherapie im Rahmen der multimethodalen Ansätze einen wichtigen Stellenwert erreicht hat, wurden in den letzten Jahren integrative körpertherapeutische Ansätze entwickelt.

Allgemeines Wirkprinzip von Psychotherapie ist die Arbeit auf einem optimalen affektiven Niveau. Je körpernäher ein Affekt erlebt wird, desto „ergreifender“ wird er empfunden. Eine positive Besetzung des eigenen Körpers ist wiederum die Voraussetzung für Freude, Sinnlichkeit und Lusterfahrung. Durch Angst verursachte Affektblockaden können körpertherapeutisch gelöst werden, spielerisches Umgehen und direktes Erfahren sind für eine sinnlich orientierte Entwicklung günstig. In jeder Körpertherapie wird das grundlegende, basale Erleben des eigenen Körpers durch spezielle „Angebote“ gebahnt, durch Wiederholung eingeübt und für den therapeutischen Prozess genutzt.

In einer nächsten Stufe kann dieses körperliche Spüren durch Phantasien angereichert werden, die um das körperliche Spüren zentriert sind. Auf einer dritten Stufe können in der Begegnung mit anderen, aber auch in der Phantasie zwischenmenschliche Erfahrungen reaktiviert werden. Küchenhoff (1996) gibt folgende Verbindungsmöglichkeiten des Körpererlebens an:

- die Verbindung von Sinnlichkeit und Emotionalität,
- die Verbindung von körperlichem Erleben und Unbewusstem,
- die Verbindung von Körpererleben und präverbalem Erfahrungsbereich,
- die Verbindung von Körperempfinden und Intersubjektivität,
- die Verbindung von Körpererleben und Selbstgefühl (Abgrenzung gegen andere, Subjekt-Objekt-Differenzierung).

Körperbezug, Reflexion und Handeln stehen in jeder Körpertherapie in einem produktiven Wechselverhältnis. Die Erweiterung des Handlungsspielraums erfolgt durch das Wiederholen gemachter Erfahrung, und die Erprobung und Stabilisierung neuer Verhaltensweisen. Die Funktionelle Entspannung (v. Arnim 1998) fokussiert z. B. die **körperliche Eigenwahrnehmung** des Patienten auf folgende **körperliche Bezugssysteme**:

- der Bezug zum Boden als „äußerer Halt“
- das Skelettsystem als „Gerüst“ oder „innerer Halt“
- die Haut als „Grenze“
- die Körperhöhlen als „innere Räume“

Ein weiteres System ist der körpereigene Rhythmus, der besonders am autonomen Atemrhythmus beim Vorgang des „Loslassens“, d. h. eines begrenzten Entspannungsvorgangs, wahrnehmbar ist. Auf der Suche nach einer theoretischen Begründung der Vorgehensweise erfolgte die Orientierung vor allem an entwicklungspsychologischen Modellen, z. B. an den Motivationssystemen Lichtenbergs (1991): Die Beziehung zum Boden für eine haltgebende Objektbeziehung, die Wahrnehmung des eigenen Skelett- und Gelenksystems für Autonomie im Sinne von Selbständigkeit und Selbstbewegung, die Empfindung der eigenen körperlichen Hautgrenze für Schutz- und Abgrenzungsmöglichkeit, die Erfahrung von inneren Räumen für das Vertrauen in autonome vegetative Vorgänge, die Wahrnehmung rhythmischer Vorgänge im eigenen Körper, sowohl für Ergeben und Bekommen als auch für sinnliches Vergnügen.

Aus klinischer Erfahrung sollen einige „Essentials“ der körperbezogenen Gruppenbehandlung, wie sie bei der Behandlung von traumatisierten Schmerzpatienten mit körperbezogenen Interventionen zur Stabilisierung und Ressourcenaktivierung integriert wurden, beschrieben werden, die auch für den generellen Umgang mit Traumapatienten gelten können:

1. Der Rahmen muss für die Gruppenteilnehmer sicher sein (Regeln!).
2. Grenzen werden besonders achtsam gewahrt.
3. Jede Haltung, jede Bewegung kann spielerisch ausprobiert werden.
4. Große, tänzerische Bewegungen „mit Rhythmus“ fördern positive Affekte.
5. Eine Erfahrung, z. B. mit einer Unterlage, die mit Kissen gepolstert ist, kann Halt geben.
6. Die Arbeit an Körperregionen, „wo es nicht weh tut“, kann sinnvoll sein, damit sich die Patienten wieder anders spüren lernen.
7. Die Gruppe kann genutzt werden, um neue Beziehungserfahrungen zu machen, und um, wie eine Patientin es ausdrückte, „das Lachen wieder zu entdecken“.

Tab. 1 Körperbezogene Interventionen in der Stabilisierungsphase

In der Stabilisierungsphase geht es außerdem um das Erlernen eines differenzierten Umgangs mit Affekten. Die Patientinnen sind entweder von viel zu heftigen Gefühlen überflutet oder sie sind „konstriktiv“, d. h. sie haben keinen Kontakt zu ihren Gefühlen. Beides kann als belastend erlebt werden. Das Wahrnehmen und das Benennen von Körperempfindungen kann der erste Schritt sein, etwas über affektive Reaktionen zu lernen. Wichtig ist für eine Patientin, dass sie ihre Gefühle steuern kann. Das heißt auch, dass das Nichtfühlen(wollen) als Fähigkeit zu würdigen ist.

## II Bearbeitungsphase:

Voraussetzung für eine Traumabearbeitung ist eine tragfähige therapeutische Beziehung und eine gute Stabilität im körperlichen, seelischen und sozialen Bereich. Körpertherapeutische Interventionen sollen sich im „Toleranzfenster“ der Patientin/des Patienten abspielen, werden immer nach dem Entwicklungsplan selbst und „unter Regie“ des Patienten durchgeführt.

Innerhalb der Phase II können folgende Interventionen gemacht werden (v. Arnim, 1998): Im Rahmen der körperbezogenen Interventionen kann, z. B. durch Berührungen, sich das implizit gespeicherte Trauma „enthüllen“. Wenn diese Interventionen nach einer vorherigen, sehr differenzierten Vereinbarung mit dem Patienten geschehen, kann sich das im Körpergedächtnis Gespeicherte kontrolliert und limitiert zeigen, wobei eine Art rhythmisches Hin- und Her zwischen aufdeckenden Anteilen und stabilisierenden, haltgebenden Anteilen entsteht und nach und nach Körperempfindung, Affekt, und Szene in das autobiographische Narrativ des Patienten eingegliedert werden können.

### III Integrationsphase:

Hirsch (2004) betont aus psychoanalytischer Sicht, dass bei der Behandlung von traumatisierten Patienten immer die Doppelaufgabe zu beachten sei: Die Stützung des Pat., um seine Verarbeitungskapazität zu erhöhen, und „der Kampf mit dem Drachen“, d. h. der durch das Trauma ausgelösten Wut und Verzweiflung.

Körperbezogene Interventionen dieser Phase sind z.B. Körper-Angebote wie: „einen sicheren Stand finden“, „Vom Stehen zum Gehen kommen“, „Festhalten vs. Loslassen“, „Weggehen – Wiederkommen – Sich Verabschieden“. Sie sind bedeutsam bei der

- Unterstützung von Trauerarbeit,
- Förderung von „Loslassen“ der traumatischen Identität,
- Erprobung der soziale Neuorientierung,
- Abschiedsphase bzgl. der therapeutischen Beziehung.

Der große Stellenwert, den die Berücksichtigung des Körpererlebens in den Therapiephasen spielt, hat das Ziel, nicht sprachlich codierte Inhalte über das Körpererleben erfahren zu lassen und schließlich einer bewusst differenzierenden Wahrnehmung und weitergehenden Mentalisierung zuzuführen.

#### Literatur:

Arnim A von (1998): Funktionelle Entspannung als Therapie bei Autodestruktion. In J. Wiese & P. Joraschky (Hrsg.). Psychoanalyse und Körper (S. 27-51). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Beebe B, Lachmann FM (2004) Säuglingsforschung und die Psychotherapie Erwachsener. Wie interaktive Prozesse entstehen und zu Veränderungen führen, Klett-Cotta, Stuttgart.

Beebe B, Lachmann FM (2006) Die relationale Wende. Ein dyadischer Systemansatz aus Sicht der Säuglingsforschung. In: M Altmeyer, H Thomä (Hrsg) Die vernetzte Seele. Die intersubjektive Wende in der Psychoanalyse, Klett-Cotta, Stuttgart, S. 122-159.

Bielefeld J (1986) Körpererfahrung. Grundlage menschlichen Bewegungsverhaltens, Hogrefe, Göttingen.

Bowlby J (1969) Attachment and loss, Vol. 1, Basic Books, New York.

Bucci W (1997) Psychoanalysis and Cognitive Science. A multiple Code Theory, Guilford Press, New York, London.

Cash TF, Pruzinsky T (eds) (2002) Body Image. A Handbook of theory, research, and clinical practice, Guilford Press, New York.

Clement U, Löwe B (1996) Fragebogen zum Körperbild (FKB-20), Hogrefe, Göttingen.

Damasio A (1994) Descartes' Irrtum. Fühlen, Denken und das menschliche Gehirn, Deutscher Taschenbuch Verlag, München.

Downing G (1996). Körper und Wort in der Psychotherapie. München: Kösel.

Downing G (2004) Emotion, body, and parent-infant interaction. In: J Nadel, D Muir (Hrsg) Emotional Development: Recent Research Advances, Oxford University Press, Oxford, S. 429-449.

Fenichel O (1945) The psychoanalytic theory of neurosis, Norton, New York.

Freud S (1895) Über die Berechtigung, von der Neurasthenie einen bestimmten Symptomenkomplex als Angstneurose abzutrennen. In: S Freud (1905) Bruchstücke einer Hysterie, GW Band 5.

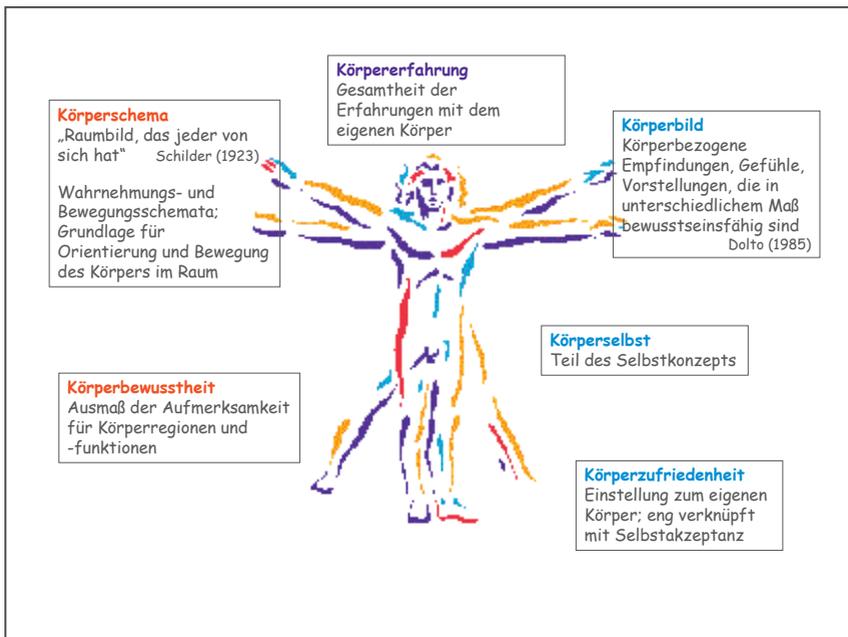
Fuchs T, Sattel, HC & Henningsen P (Eds.) (2010). The Embodied Self. Dimensions, Coherence and Disorders. Stuttgart: Schattauer.

- Gaddini E (1998) Das Ich ist vor allem ein Körperliches, Ed. diskord, Tübingen.
- Gallese V (2013). Den Körper im Gehirn finden. Konzeptionelle Überlegungen zu den Spiegelneuronen. In Leuzinger-Bohleber et al. (S. 75-112).
- Gendlin E (1997). Experiencing and the Creation of Meaning (2. Aufl.). Evanston: Northwestern University Press.
- Geißler P (2007) Entwicklungspsychologisch relevante Konzepte im Überblick. In: P Geißler, G Heisterkamp (Hrsg) Psychoanalyse der Lebensbewegungen. Zum körperlichen Geschehen in der psychoanalytischen Praxis - Ein Lehrbuch, Springer, Wien, New York, S. 99-164.
- Heisterkamp G (2002). Basales Verstehen. Handlungsdialoge in Psychotherapie und Psychoanalyse. Stuttgart: Pfeiffer.
- Hirsch, M (2004) Psychoanalytische Traumalogie.  
Das Trauma in der Familie. Theorie und Therapie schwerer Persönlichkeitsstörungen. Stuttgart: Schattauer.
- Joraschky P (1983). Das Körperschema und das Körper-Selbst als Regulationsprinzipien der Organismus-Umwelt-Interaktion. München: Minerva.
- Leutzinger-Bohleber M (2001). „... und dann – mit einem Male – war die Erinnerung da ...“ (Proust). Aus dem interdisziplinären Dialog zwischen Psychoanalyse und Cognitive Science zum Gedächtnis. In Cierpka & Buchheim (S. 99-123).
- Lichtenberg JD (1991b). Motivational-funktionale Systeme als psychische Strukturen. Eine Theorie. Forum Psychoanal; 7: 85-97.
- Maturana HR & Varela FJ (1984/2012). Der Baum der Erkenntnis. Die biologischen Wurzeln menschlichen Erkennens (5. Aufl.). Frankfurt: Fischer
- Paulus P (1982) Zur Erfahrung des eigenen Körpers, Beltz, Weinheim, Basel.
- Plassmann R. (1989) Artificielle Krankheiten und Münchhausen-Syndrome. In. Der eigene Körper als Objekt. Zur Psychodynamik selbstdestruktiven Körperagierens. Hirsch M (Hrsg). Berlin: Springer; 118-154.
- Röhrich F, Seidler K-P, Joraschky P, Borkenhagen A, Lausberg H, Lemche E, Loew T, Porsch U, Schreiber-Willnow K, Tritt K (2005) Konsensuspapier zur terminologischen Abgrenzung von Teilaspekten des Körpererlebens in Forschung und Praxis. Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie 55: 183-190.
- Röhrich F (2009) Das Körperbild im Spannungsfeld von Sprache und Erleben – terminologische Überlegungen. In: P Joraschky, F Röhrich, E Lemche, T Loew (Hrsg) Körpererleben – ein Handbuch zu Forschungsmethoden in klinischer Diagnostik und Therapie, Schattauer, Stuttgart.
- Schilder P (1935). The image and appearance of the human body, Kegan Paul, London.
- Stern DN (1992) Die Lebenserfahrung des Säuglings, Klett-Cotta, Stuttgart.
- Stern DN (1998) Die Mutterschaftskonstellation.  
Eine vergleichende Darstellung verschiedener Formen der Mutter-Kind-Psychotherapie, Klett-Cotta, Stuttgart.
- Suomi, 2011
- Thompson JK, Penner LA, Altabe MN (1990) Procedures, problems, and progress in the assessment of body images. In: TF Cash, T Pruzinsky (eds) Body Images: Development, Deviance and Change, Guilford Press, New York, S. 21-48.
- Uexküll J (1956). Streifzüge durch die Umwelten von Tieren und Menschen. Bedeutungslehre. Reinbek: Rowohlt.



## Körpererleben

Die Gesamtheit aller im Verlaufe der individuellen wie gesellschaftlichen Entwicklung erworbenen Erfahrungen mit dem eigenen Körper, die sowohl kognitiv wie affektiv, bewusst wie unbewusst sein können (Bielefeld, 1987)





## Körperbild

Das Körperbild beschreibt den subjektiv phänomenalen Funktionsbereich, als **körperbezogene Empfindungen, Gefühle, Vorstellungen**, die in unterschiedlichem Maß bewusstseinsfähig sind

(Dolto, 1985)



## Die 4 Komponenten des Körperbildes

### Perzeptiv

- Fehleinschätzung der eigenen Körperdimensionen
  - kein sensorisches Defizit

### Kognitiv

- Negative Bewertung des eigenen Körpers (kognitive Verzerrung)
- Bei BN ausgeprägter als bei AN

### Affektiv

- Negative Gefühle bei Konfrontation
- Scham, Ekel

### Behavioral

- Vermeidung- und Kontrollverhalten



## Körper selbst

psychoanalytisches Konstrukt, das einen **Teil des Selbstkonzepts** darstellt

Körpererfahrungen und -phantasien, d. h. **unbewusste Gefühle und Phantasien über den Körper**

Die Körper Erfahrung ist aus der Sichtweise psychoanalytischer Theorien **in eine Beziehungsentwicklung eingebettet**. Daraus folgt, dass das **Körper selbst immer intersubjektiv** ist.

(Joraschky, 1996)



## Das Proto-Selbst

- Die Wahrnehmungen aus dem Körper werden im somatosensorischen System kartographiert.
- Verschiedene Subsysteme arbeiten parallel.
- Abbildungen der Körperzustände werden miteinander vernetzt.
- Die Informationen werden zunächst dekonstruiert, in Einzelqualitäten zerlegt, im Rückenmark und Gehirn neu gemischt und schließlich zu einem Bild des Körpers konstruiert.



## Das Kern-Selbst

- Es beschreibt ein bewusstes Selbstgefühl.
- Erstmals werden vorher unbewusste Emotionen gefühlt.
- Gefühle bewerten, ordnen, steuern.



## Das autobiografische Selbst

Hier werden die Fotos des Kern-Selbst gleichsam zu einem autobiografischen Selbst, dem Fotoalbum. Die Inhalte des Kern-Selbst können zu einer Geschichte verknüpft werden. Damit wird ein großer Raum von Nachdenken und Phantasie gebildet, von der Gegenwart bis zur Zukunft.



## Theorie der multiplen Codierung

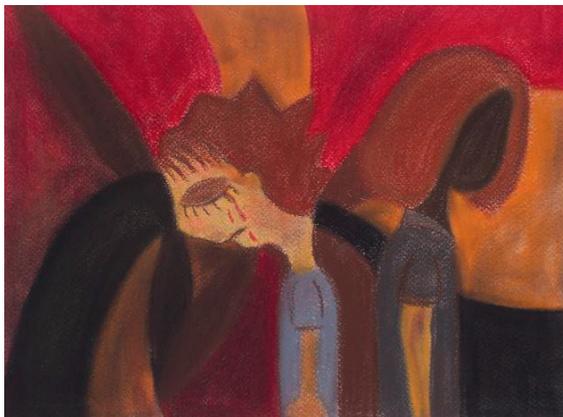
Säuglings- und Kleinkindforscher gehen heute davon aus, dass Interaktionserfahrungen zunächst präsymbolisch repräsentiert werden, dass sie sich in Affektbereitschaften, in körperlichen Ausdruckformen darstellen, bevor sie sprachlich und damit symbolisch zugeordnet werden können. Dieser Fortschritt zum Symbolischen erfolgt auf einer intersubjektiven Grundlage, immer in Beziehung zum Anderen.

### „Zwiespalt“ (Abb. 1)



„Der Baum auf dem Bild bin ich – die sich ständig zwiegespalten fühlt – einmal voller Leben, Gefühl, Ideen und Kreativität, dann wieder leer und einsam. Die Wurzeln ruhen haltlos im Boden, denn kein Teil des Baumes (Gefühl und Leere) ist beständig / bleibt dauerhaft. Es ist ein Zustand, der ständig wechselt, aber nicht voraussehbar ist.“

### „Verlassen“ (Abb. 2)



„Dieses Bild stellt die Situation zu einer mir sehr wichtigen Bezugsperson dar, die Worte äußerte, die „nicht in mein Konzept“ passten. Sie bedeuteten für mich weggestoßen, ausgegrenzt oder gar verlassen zu werden. Kleinste Enttäuschungen entfachten bei mir das Gefühl, nicht gewollt zu werden. Sehr oft klammerte ich mich an diese Bezugsperson, kam es zu Konflikten, hatte ich sofort Angst, diese Person zu verlieren. Auf dem Bild weine ich rote Tränen, weil der Schmerz so stark war.“

### „Allein“ (Abb. 3)



„Alleinsein ist für mich schwer auszuhalten. Um mich allein zu fühlen, reicht der kleinste Auslöser – eine Absage, ein zu später Anruf oder ein Streit. Schnell fühle ich mich dann leer. Manchmal ist es so, als könnten nur andere Menschen das Leben sinnvoll machen. Allein fühle ich mich bodenlos, drohe zu zerfließen.“

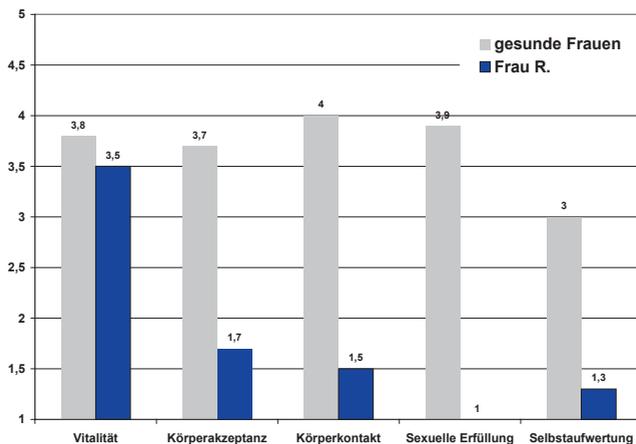
„Nachreifung“ (Abb. 4)



„Das Bild kam mehr aus dem Unbewussten. Ich hatte keine genauen Vorstellungen darüber, was ich male, fühlte mich in dieser Zeit aber oft wie ein Kind, das neue Dinge lernen muss, aber völlig planlos ist, immer wieder hinfällt und aufsteht. Es befindet sich in einem separaten Raum, da es mit der „normalen“ Welt nicht mithalten kann. Wenn es nachgereift ist, kann es den Raum verlassen.“



DKB-35: Frau R. – nach 3-jähriger Therapie



# PSYCHOSOMATIK IM NETZWERK

Beschleunigung im Berufsleben und die Folgen

*Elmar Brähler*

UNIVERSITÄT LEIPZIG  
Medizinische Fakultät

Universitätsklinikum  
Leipzig  
Medizin ist unsere Berufung

## **Burnout, Stress, Fatigue, Erschöpfung, Depression, Angst, Somatisierung und die Arbeit**

**Elmar Brähler**

Universität Leipzig,  
Abteilung für Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie  
&  
Universitätsklinikum Mainz Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und  
Psychotherapie



1. **Begriffsdefinitionen & Abgrenzung**
  - Burnout, Stress, Fatigue, Erschöpfung, Depression, Angst, Somatisierung
2. **Studie 1:** Zusammenhang von Ressourcen, chronisch aktiviertem Stress und Erschöpfung
3. **Studie 2:** Burnout in der deutschen Bevölkerung - COPSOQ
4. **Studie 3:** Burnout in der deutschen Bevölkerung - BOSS
5. **Studie 4:** Sicher Beschäftigte, unsicher Beschäftigte, Arbeitslose und Psychische Gesundheit
6. **Studie 5:** Sicher Beschäftigte, unsicher Beschäftigte, Arbeitslose und Lebensqualität
7. **Studie 6:** Langzeitfolgen von Arbeitslosigkeit im Ruhestand
8. **Fazit**

### Burnout

- German disease?
- Burnout nur für Hilfsberufe?
- Haben Hausfrauen Burnout?
- Haben Rentner Burnout?
- Goldstandard?
- Normwerte?

UNIVERSITÄT LEIPZIG  
Medizinische Fakultät

Studie 1

Universitätsklinikum Leipzig  
Medizin ist unsere Berufung



Burnout Phasenmodelle:

Freudenberger, Journal of Social Issues (1974)

Cherniss, Praeger, NY (1980)

Schaufeli & Enzmann, Taylor and Francis, London (1998)

Burisch, Springer, Heidelberg (2006)

↓

> 130 Symptome

Quellen: [www.spiegel.de](http://www.spiegel.de); [www.focus.de](http://www.focus.de); [www.stern.de](http://www.stern.de)

Bad Neustadt a.d. Saale 30.10.2015 4

UNIVERSITÄT LEIPZIG  
Medizinische Fakultät

Studie 1

Universitätsklinikum Leipzig  
Medizin ist unsere Berufung

### ICD-10

ICD-10-GM-2012 > Z00-Z99 > Z70-Z76 > Z73

**Z70-Z76 Personen, die das Gesundheitswesen aus sonstigen Gründen in Anspruch nehmen**

**Z73 Probleme mit Bezug auf Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung**

**Inkl.:**

- Akzentuierung von Persönlichkeitszügen
- Ausgebranntsein (Burn out)
- Einschränkung von Aktivitäten durch Behinderung
- Körperliche oder psychische Belastung o.n.A.
- Mangel an Entspannung oder Freizeit
- Sozialer Rollenkonflikt, anderenorts nicht klassifiziert
- Stress, anderenorts nicht klassifiziert
- Unzulängliche soziale Fähigkeiten, anderenorts nicht klassifiziert
- Zustand der totalen Erschöpfung

**Exkl.:**

- Probleme mit Bezug auf Pflegebedürftigkeit (Z4.-)
- Probleme mit Bezug auf sozioökonomische oder psychosoziale Umstände (Z55-Z65)

---

■ DSM-IV: 68.20 „Probleme im Beruf“

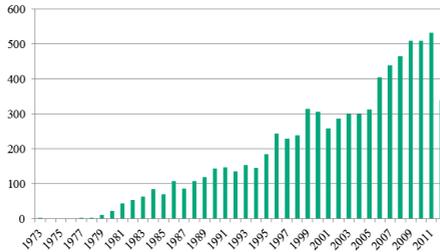
➔ Integration in ICD-11 und DSM-V Diagnosekriterien nicht geplant.

Curriculum Komitee Medizin 1  
PD Dr. Manfred Jücker, Dr. Corinna Bergelt

Bad Neustadt a.d. Saale 30.10.2015 5

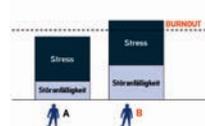
## Relevanz: Publikationsaufkommen in PubMed Suchwort: „Burnout“

(N=7671; Zeitraum 1973-2012)



## Erklärungsansätze zum Burnout-Syndrom

- Vulnerabilitäts-Stress-Modell
- Gratifikations-Modell
- Anforderungs-Ressourcen-Modell



UNIVERSITÄT LEIPZIG **Studie 1**  **Universitätsklinikum Leipzig**  
Medizin ist unsere Berufung

Medizinische Fakultät

## Burnout als Risikozustand?

	<b>Erschöpfung</b>
<b>4</b>	<b>Chronischer Stress</b>
<b>3</b>	<b>Burnout (Risiko-Zustand)</b>
<b>2</b>	<b>Überforderungserleben</b>
<b>1</b>	<b>Individuelle Faktoren (Ressourcen) und Arbeitsplatzbezogene Faktoren (Stressoren)</b>

Bad Neustadt a.d. Saale    30.10.2015 8

UNIVERSITÄT LEIPZIG **Studie 1**  **Universitätsklinikum Leipzig**  
Medizin ist unsere Berufung

Medizinische Fakultät



## Anforderungs-Ressourcen Modell

	<b>Erschöpfung</b>
<b>4</b>	<b>Chronischer Stress</b>
<b>3</b>	<b>Nicht ausreichend Ressourcen bzw. keine Erholung</b>
<b>2</b>	<b>Überforderungserleben</b>
<b>1</b>	<b>Individuelle Faktoren (Ressourcen) und Arbeitsplatzbezogene Faktoren (Stressoren)</b>

Bad Neustadt a.d. Saale    30.10.2015 9

## Stress

- Allerweltskonzept
- Vielschichtig
- Eustress?
- Zeitgemäß?

## Fatigue

- Abgrenzung zu Depression?
- Nur bei Krebskranken und Herzkranken?
- Iatrogen verursacht? Bestrahlung, Chemo?
- Normwerte/Grenzwerte?
- Goldstandard?

UNIVERSITÄT LEIPZIG  
Medizinische Fakultät

**Begriffsdefinition & Abgrenzung**

Universitätsklinikum  
Leipzig  
Medizin ist unsere Berufung

## Erschöpfung

- Neurotizismus?
- Somatoform?
- Abgrenzung Fatigue, Depression, Burnout?
- Nur Symptom?

Bad Neustadt a.d. Saale 30.10.2015 12

UNIVERSITÄT LEIPZIG  
Medizinische Fakultät

**Begriffsdefinition & Abgrenzung**

Universitätsklinikum  
Leipzig  
Medizin ist unsere Berufung

## Depression

- Frauenlastig
- Männerdefizitär
- Screener besser als Interview bei prädiktiven Studien
- Verschiedene Screener, verschiedene Ergebnisse
- Viele Unterformen

Bad Neustadt a.d. Saale 30.10.2015 13

## Angststörung

- Hohe Interkorrelationen mit Somatisierung, Depression, Burnout
- Screener mit unterschiedlichen Ergebnissen

## Somatisierung

- Psychologische Variablen notwendig
- Definition im Fluss befindlich
- Theoretisch nicht definiert
- Grenzwerte? Wenig Somatisierung gut?

UNIVERSITÄT LEIPZIG  
Medizinische Fakultät

Gliederung

Universitätsklinikum  
Leipzig  
Medizin ist unsere Berufung

- 1. Begriffsdefinitionen & Abgrenzung**
  - Burnout, Stress, Fatigue, Erschöpfung, Depression, Angst, Somatisierung
- 2. Studie 1:** Zusammenhang von Ressourcen, chronisch aktiviertem Stress und Erschöpfung
- 3. Studie 2:** Burnout in der deutschen Bevölkerung - COPSOQ
- 4. Studie 3:** Burnout in der deutschen Bevölkerung - BOSS
- 5. Studie 4:** Sicher Beschäftigte, unsicher Beschäftigte, Arbeitslose und Psychische Gesundheit
- 6. Studie 5:** Sicher Beschäftigte, unsicher Beschäftigte, Arbeitslose und Lebensqualität
- 7. Studie 6:** Langzeitfolgen von Arbeitslosigkeit im Ruhestand
- 8. Fazit**

Bad Neustadt a.d. Saale 30.10.2015 16

UNIVERSITÄT LEIPZIG  
Medizinische Fakultät

Studie 1

Universitätsklinikum  
Leipzig  
Medizin ist unsere Berufung

## Zusammenhänge von Ressourcen, chronisch aktiviertem Distress und Erschöpfung in der deutschen Allgemeinbevölkerung.

Kocalevent<sup>1</sup> R.D., Klapp<sup>2</sup> B.F., Albani<sup>3</sup> C., Brähler<sup>3</sup> E.

<sup>1</sup> Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

<sup>2</sup> Medizinische Klinik m.S. Psychosomatik, Charité Universitätsmedizin Berlin

<sup>3</sup> Selbständige Abteilung für Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie, Universität Leipzig

Bad Neustadt a.d. Saale 30.10.2015 17

## Methode

- Datenerhebung erfolgte durch ein Meinungsforschungsinstitut (USUMA.com)
- Mehrthemenumfrage in der Allgemeinbevölkerung (N=2552)
- Trierer Inventar zur Erfassung von chronischem Stress (TICS)
- Chalder Fatigue Scale (CFS)
- Fragebogen zu Selbstwirksamkeitserwartungen, Optimismus (SWOP)
- Überprüfung im Strukturgleichungsmodell (AMOS)

## Chronischer Stress: Trierer Inventar zum chronischen Stress (TICS; Schulz, Scholtz & Becker et al. 2004)

- 57 Items – 5-Punkt Likert Skala
  - 0 = „nie“ bis 5 = „sehr häufig“
  - Das TICS umfasst 10 Skalen:
    - Arbeitsüberlastung
    - Soziale Überlastung
    - Erfolgsdruck
    - Arbeitsunzufriedenheit
    - Überforderung bei der Arbeit
    - Mangel an sozialer Anerkennung
    - Soziale Spannungen
    - Soziale Isolation
    - Chronische Besorgnis
    - Screening Skala
- Stress aus hohen Anforderungen
- Stress aus Mangel an Bedürfnisbefriedigung

UNIVERSITÄT LEIPZIG  
Medizinische Fakultät

Studie 1

Universitätsklinikum  
Leipzig  
Medizin ist unsere Berufung

## Erschöpfung: Chalder-Fatigue-Scale (CFS, Chalder, T. et al. 1993)

- 11 Items
- 0 = „weniger als üblich“ bis 3 = „viel mehr als üblich“
- Die CFS umfasst 2 Skalen:
  - Mentale Erschöpfung
  - Physische Erschöpfung

Bad Neustadt a.d. Saale 30.10.2015 20

UNIVERSITÄT LEIPZIG  
Medizinische Fakultät

Studie 1

Universitätsklinikum  
Leipzig  
Medizin ist unsere Berufung

## Ressourcen: Fragebogen zu Selbstwirksamkeit, Optimismus (SWOP, Scholler et al. 1999)

- 18 Items
- 1 = „stimmt nicht“ bis 4 = „stimmt genau“
- Der SWOP umfasst 3 Skalen:
  - Selbstwirksamkeitserwartungen
  - Optimismus
  - Pessimismus

Bad Neustadt a.d. Saale 30.10.2015 21

## Vorkommen von Stresserleben in der deutschen Allgemeinbevölkerung

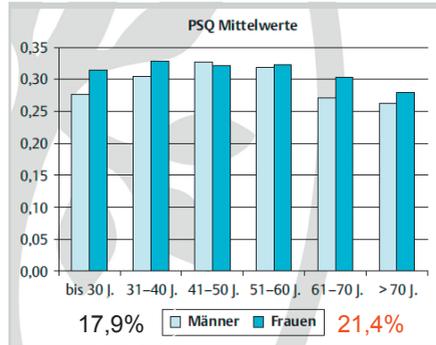
Beispiel-Items:

„Sie haben das Gefühl, dass zu viele Forderungen an Sie gestellt werden.“

„Sie fühlen sich mit Verantwortung überladen.“

„Sie fühlen sich unter Termindruck.“

„Sie haben Probleme, sich zu entspannen.“



Cohen's  $d=0.13$ , effect size  $r=0.06$

Kocalevent et al. 2011, *Das Gesundheitswesen*

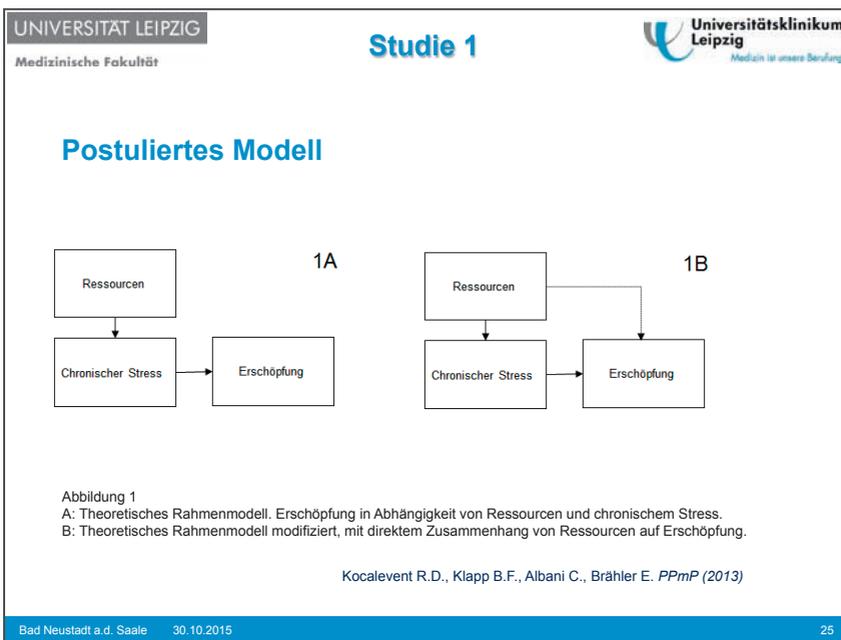
## Vorkommen von Erschöpfung in der deutschen Allgemeinbevölkerung

	Erschöpfung	Odds Ratios	95% KI
Männer	25,5%	-	
Frauen	33,7%	1,49**	1,24-1,78
16-40 Jahre	19,6%	-	
41-60 Jahre	31,3%	1,87**	1,48-2,36
> 61 Jahre	42,0%	2,97**	2,37-3,73
↓ SES	34,9%	2,32**	1,56-3,44
↓ health status	68,8%	9,38**	7,04-12,50

Kocalevent et al. 2011, *BMC Research Notes*

UNIVERSITÄT LEIPZIG		Studie 1		Universitätsklinikum Leipzig Medizin ist unsere Berufung	
Medizinische Fakultät					
Stichprobe (N=2552)					
Soziodemographische Variablen	Gesamt (N=2552) n (%)	chronischer Stress niedrig (n=2011) n (%)	chronischer Stress hoch (n=475) n (%)	Signifikanz	
Alter				$\chi^2(2)=24,69; p<0,01$	
16-40 Jahre	953 (38,3%)	737 (77,3%)	216 (22,7%)		
41-60 Jahre	801 (32,2%)	639 (79,8%)	162 (20,2%)		
61-95 Jahre	732 (29,4%)	635 (86,7%)	97 (13,3%)		
Geschlecht				$\chi^2(1)=3,10; p=0,08$	
Männer	1201 (47,3%)	988 (82,3%)	213 (17,7%)		
Frauen	1337 (52,7%)	1063 (79,5%)	274 (20,5%)		
Partnerschaft				$\chi^2(1)=4,41; p<0,05$	
ja	1488 (58,6%)	1223 (82,2%)	265 (17,8%)		
nein	1050 (41,4%)	828 (78,9%)	222 (21,1%)		
Erwerbstätigkeit				$\chi^2(7)=26,59; p<0,01$	
Vollzeit (≥ 35 h/Woche)	930 (36,6%)	726 (78,1%)	204 (21,9%)		
Teilzeit (15-34 h/Woche)	197 (7,8%)	150 (76,1%)	47 (23,9%)		
Stundenweise (<15 h/Woche)	51 (2,0%)	42 (82,4%)	9 (17,6%)		
Wehr-/Zivildienst/Muttersch./Erz.	37 (1,5%)	29 (78,4%)	8 (21,6%)		
Rentner	747 (29,4%)	646 (86,5%)	101 (13,5%)		
Berufsausbildung	36 (1,4%)	30 (83,3%)	6 (16,7%)		
Schulausbildung (auch Uni, HS)	170 (6,7%)	133 (78,2%)	37 (21,8%)		
Erwerbslosigkeit				$\chi^2(1)=2,39; p=0,12$	
nein	2360 (93,0%)	1915 (81,1%)	445 (18,9%)		
ja	178 (7,0%)	136 (76,4%)	42 (23,6%)		

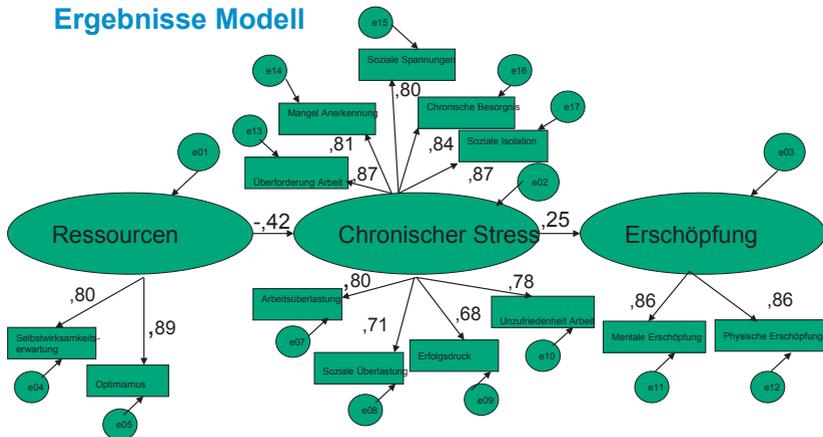
Bad Neustadt a.d. Saale 30.10.2015 24



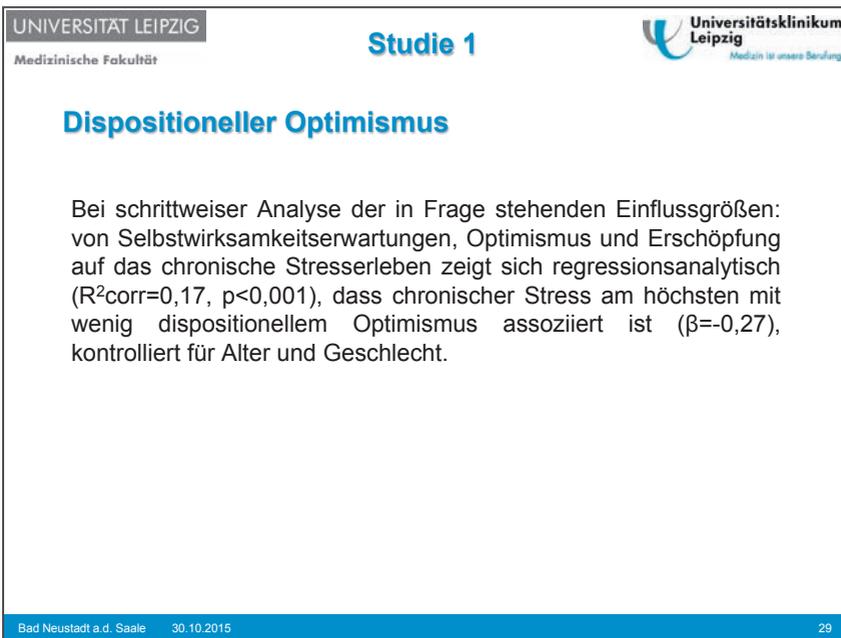
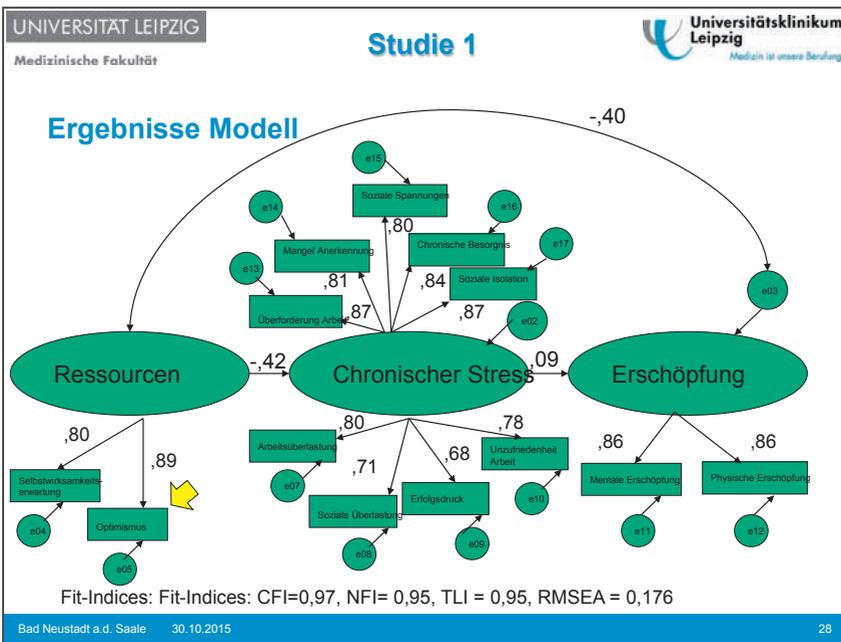
### Ergebnisse

Soziodemographische Variablen	Chronischer Stress (N=487, 19,1%)	Odds ratio (95% CI)
<b>Geschlecht</b>		
Männer	213 (8,4%)	1
Frauen	274 (10,8%)	1,20 (0,98-1,50)
<b>Alter</b>		
18-40 Jahre	216 (8,7%)	1,92* (1,48-2,50)
41-60 Jahre	801 (6,5%)	1,66* (1,26-2,18)
61-95 Jahre	732 (3,9%)	1
<b>Partnerschaft</b>		
ja	265 (8,6%)	1
nein	222 (10,4%)	1,23* (1,01-1,51)
<b>Schichtindex nach Winkler</b>		
Unterschicht	255 (11,2%)	1,61** (1,06-2,44)
Mittelschicht	150(6,6%)	1,15 (0,75-1,77)
Oberschicht	29 (1,3%)	1

### Ergebnisse Modell



Fit-Indices: CFI=0,95, NFI= 0,95, TLI = 0,93, RMSEA = 0,176



## Schlussfolgerungen

- Modellannahme bestätigt analog zu Anforderungs-Ressourcen-Modell.
- Ressourcen wirken auf das gemessene Ausmaß von chronischem Stress und Erschöpfung.
- Geschlechterunterschiede nur tendenziell ( $p=0,08$ ).
- Ermittelte Risikofaktoren: jüngeres Alter, niedrige soziale Schicht,  $\emptyset$  Partnerschaft.
- Verhaltensbezogene sind ebenso wie verhältnis-bezogene Maßnahmen zur Prävention und Gesundheitsförderung angezeigt.

## Grenzen der vorliegenden Studie

- Der Stichprobenumfang lässt keine repräsentativen epidemiologischen Angaben in Subgruppen zu.
- Neben subjektiven lagen keine objektivierbaren Angaben zum Gesundheitszustand vor, so dass Zusammenhänge zwischen chronischem Stresserleben und somatischen Outcomes nicht Gegenstand dieser Studie sein konnten.
- Bedarf an längsschnittlichen Untersuchungen gegeben.

UNIVERSITÄT LEIPZIG  
Medizinische Fakultät

Gliederung

Universitätsklinikum  
Leipzig  
Medizin ist unsere Berufung

- 1. Begriffsdefinitionen & Abgrenzung**
  - Burnout, Stress, Fatigue, Erschöpfung, Depression, Angst, Somatisierung
- 2. Studie 1:** Zusammenhang von Ressourcen, chronisch aktiviertem Stress und Erschöpfung
- 3. Studie 2:** Burnout in der deutschen Bevölkerung - COPSOQ
- 4. Studie 3:** Burnout in der deutschen Bevölkerung - BOSS
- 5. Studie 4:** Sicher Beschäftigte, unsicher Beschäftigte, Arbeitslose und Psychische Gesundheit
- 6. Studie 5:** Sicher Beschäftigte, unsicher Beschäftigte, Arbeitslose und Lebensqualität
- 7. Studie 6:** Langzeitfolgen von Arbeitslosigkeit im Ruhestand
- 8. Fazit**

Bad Neustadt a.d. Saale 30.10.2015 32

UNIVERSITÄT LEIPZIG  
Medizinische Fakultät

Studie 2

Universitätsklinikum  
Leipzig  
Medizin ist unsere Berufung

## Prävalenz von psychischer und physischer Erschöpfung in der deutschen Bevölkerung und deren Zusammenhang mit weiteren psychischen und somatischen Beschwerden

Stöbel-Richter Y.<sup>1</sup> , Daig I.<sup>2</sup>, Brähler E.<sup>1</sup> , Zenger M.<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Abteilung für Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie, Universität Leipzig  
<sup>2</sup> Institute für Medizinische Psychologie, Universitätsmedizin Berlin  
<sup>3</sup> Selbstständige Abteilung für Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie, Universität Leipzig

Bad Neustadt a.d. Saale 30.10.2015 33

## Methode

- Repräsentativbefragung 2009
- Stichprobe: N = 2500
- Instrumente
  - Copenhagen Burnout Inventory (CBI)
  - Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)
  - General Assessment of Side Effects (GASE)

## Prävalenz von Erschöpfung

	Stichprobe Gesamt (N=2 433)	Männer (n=1065)	Frauen (n=1368)
<b>Altersgruppen</b>			
18–35 Jahre	568 (23,3 %)	244 (22,9 %)	324 (23,7 %)
36–50 Jahre	678 (27,9 %)	298 (28,0 %)	380 (27,8 %)
51–64 Jahre	596 (24,5 %)	267 (25,1 %)	329 (24,0 %)
> 65 Jahre	591 (24,3 %)	256 (24,0 %)	335 (24,5 %)
<b>Beschäftigungsstatus</b>			
in Ausbildung	92 (3,8 %)	47 (4,4 %)	45 (3,3 %)
vollzeitbeschäftigt	928 (38,1 %)	540 (50,7 %)	388 (28,4 %)
teilzeitbeschäftigt	230 (9,5 %)	27 (2,5 %)	203 (14,8 %)
arbeitslos/geringfügig beschäftigt	243 (10,0 %)	100 (9,4 %)	143 (10,5 %)
nicht berufstätig (Hausfrau/-mann)	152 (6,2 %)	6 (0,6 %)	146 (10,7 %)
Rentner	764 (31,4 %)	345 (32,4 %)	419 (30,6 %)
Erziehungs-/Mutterschaftsurlaub	24 (1,0 %)	0 (0,0 %)	24 (1,7 %)

UNIVERSITÄT LEIPZIG Studie 2 

Medizinische Fakultät Medizin ist unsere Berufung

## Verteilung von Depressivität und Ängstlichkeit bei Personen mit und ohne Erschöpfung

HADS	Keine Erschöpfung			Erschöpfung			Chi <sup>2</sup>	p-Wert
	Unauffällig 0-7	Fragwürdig 8-10	Auffällig ≥11	Unauffällig 0-7	Fragwürdig 8-10	Auffällig ≥11		
Ängstlichkeit	81,2%	13,8%	5,0%	21,9%	30,8%	47,3%	412,55	<0,001
Depressivität	78,5%	14,0%	7,5%	23,3%	28,0%	48,7%	305,35	<0,001

Bad Neustadt a.d. Saale
30.10.2015
36

UNIVERSITÄT LEIPZIG Studie 2 

Medizinische Fakultät Medizin ist unsere Berufung

## Weitere Beschwerden

Beschwerden	Keine Erschöpfung				Erschöpfung				Chi <sup>2</sup>	p-Wert
	Gar nicht	Leicht	Mittel	Schwer	Gar nicht	Leicht	Mittel	Schwer		
Kopfschmerzen	55,3%	29,2%	13,8%	1,7%	34,9%	27,4%	24,7%	13,0%	85,84	<0,001
Schwindel	84,9%	12,4%	2,5%	0,2%	52,1%	19,9%	24,7%	3,4%	236,96	<0,001
Schmerzen in der Brust	94,7%	4,3%	0,9%	0,1%	77,4%	11,6%	8,9%	2,1%	109,10	<0,001
Herzrasen/Herzstolpern	92,6%	6,1%	1,1%	0,2%	70,5%	16,4%	12,3%	0,7%	126,43	<0,001
Atemschwierigkeiten	88,9%	7,8%	2,7%	0,6%	64,4%	15,1%	15,1%	5,5%	114,93	<0,001
Kreislaufschwierigkeiten/ niedriger Blutdruck	82,1%	13,1%	4,5%	0,3%	60,7%	17,9%	19,3%	2,1%	74,79	<0,001
Bauchschmerzen	90,3%	7,8%	1,6%	0,3%	72,6%	12,3%	14,4%	0,7%	105,30	<0,001
Übelkeit	92,7%	6,2%	0,9%	0,2%	71,2%	14,4%	11,6%	2,7%	146,15	<0,001

Bad Neustadt a.d. Saale
30.10.2015
37

## Weitere Beschwerden

Beschwerden	Keine Erschöpfung				Erschöpfung				Chi <sup>2</sup>	p-Wert
	Gar nicht	Leicht	Mittel	Schwer	Gar nicht	Leicht	Mittel	Schwer		
Appetitlosigkeit	93,8%	4,4%	1,5%	0,4%	77,9%	8,3%	12,4%	1,4%	86,08	<0,001
Zittern	95,6%	3,1%	1,2%	0,1%	75,3%	15,1%	7,5%	2,1%	113,15	<0,001
Schlafstörungen	78,1%	14,4%	6,7%	0,9%	45,6%	19,7%	29,3%	5,4%	133,78	<0,001
Alpträume	95,7%	3,3%	0,9%	0,0%	75,5%	14,3%	6,8%	3,4%	145,59	<0,001
Rückenschmerzen	63,7%	19,1%	14,5%	2,7%	41,8%	17,8%	25,3%	15,1%	83,13	<0,001
innere Unruhe	83,6%	13,0%	2,9%	0,4%	47,9%	21,9%	20,5%	9,6%	250,18	<0,001
Reizbarkeit	85,7%	12,0%	2,0%	0,2%	58,2%	20,5%	12,3%	8,9%	211,61	<0,001
Niedergeschlagenheit	88,7%	9,1%	2,0%	0,2%	47,3%	22,6%	19,9%	10,3%	359,97	<0,001
Selbstd Gedanken	99,0%	0,8%	0,2%	0,0%	88,4%	7,5%	2,1%	2,1%	105,06	<0,001
Ängstlichkeit	95,7%	3,6%	0,7%	0,0%	71,2%	13,0%	12,3%	3,4%	245,38	<0,001

### 1. Begriffsdefinitionen & Abgrenzung

- Burnout, Stress, Fatigue, Erschöpfung, Depression, Angst, Somatisierung

### 2. Studie 1: Zusammenhang von Ressourcen, chronisch aktiviertem Stress und Erschöpfung

### 3. Studie 2: Burnout in der deutschen Bevölkerung - COPSOQ

### 4. Studie 3: Burnout in der deutschen Bevölkerung - BOSS

### 5. Studie 4: Sicher Beschäftigte, unsicher Beschäftigte, Arbeitslose und Psychische Gesundheit

### 6. Studie 5: Sicher Beschäftigte, unsicher Beschäftigte, Arbeitslose und Lebensqualität

### 7. Studie 6: Langzeitfolgen von Arbeitslosigkeit im Ruhestand

### 8. Fazit

UNIVERSITÄT LEIPZIG  
Medizinische Fakultät

Studie 3

Universitätsklinikum  
Leipzig  
Medizin ist unsere Berufung

## Burnout in der deutschen Bevölkerung – BOSS

### Burnout prevalence in the German general population – not a work restricted phenomenon

Cordes, Brähler, Kruse, Larisch

<sup>1</sup> Under Review

Bad Neustadt a.d. Saale 30.10.2015 40

UNIVERSITÄT LEIPZIG  
Medizinische Fakultät

Studie 3

Universitätsklinikum  
Leipzig  
Medizin ist unsere Berufung

## Methode

- Repräsentativbefragung 2011
- Stichprobe: N = 2055 Personen
- Instrumente (u.a.)
  - Burnout Screening Scale (BOSS II; Hagemann & Genenich 2014)

Bad Neustadt a.d. Saale 30.10.2015 41

## Ergebnisse

### Burnout nach Beschäftigungsstatus

Hausfrau / Militärdienst	7.7%
Ausbildung	2.9%
Arbeitslos	12.7%
Teilzeit	4.2%
Vollzeit	4.2%
Ruhestand	10.9%

## Ergebnisse

### Burnout nach Alter (in Jahren)

< 26	3.6%
26 - 35	3.7%
36 - 45	5.3%
46 - 55	8.1%
56 - 65	7.6%
66 - 75	7.2%
> 75	15.8%

UNIVERSITÄT LEIPZIG  
Medizinische Fakultät

Gliederung

Universitätsklinikum  
Leipzig  
Medizin ist unsere Berufung

- 1. Begriffsdefinitionen & Abgrenzung**
  - Burnout, Stress, Fatigue, Erschöpfung, Depression, Angst, Somatisierung
- 2. Studie 1:** Zusammenhang von Ressourcen, chronisch aktiviertem Stress und Erschöpfung
- 3. Studie 2:** Burnout in der deutschen Bevölkerung - COPSOQ
- 4. Studie 3:** Burnout in der deutschen Bevölkerung - BOSS
- 5. Studie 4:** Sicher Beschäftigte, unsicher Beschäftigte, Arbeitslose und Psychische Gesundheit
- 6. Studie 5:** Sicher Beschäftigte, unsicher Beschäftigte, Arbeitslose und Lebensqualität
- 7. Studie 6:** Langzeitfolgen von Arbeitslosigkeit im Ruhestand
- 8. Fazit**

Bad Neustadt a.d. Saale 30.10.2015 44

UNIVERSITÄT LEIPZIG  
Medizinische Fakultät

Studie 4

Universitätsklinikum  
Leipzig  
Medizin ist unsere Berufung

## Gesundheit und Lebensqualität im Kontext von Arbeitslosigkeit und Sorgen um den Arbeitsplatz

Zenger, M.<sup>1</sup>, Hinz, A. <sup>1</sup>, Petermann, F.<sup>2</sup>, Brähler, E.<sup>1</sup>, Stöbel-Richter, Y. <sup>1</sup>

<sup>1</sup> Abteilung für Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie, Universität Leipzig  
<sup>2</sup> Zentrum für Klinische Psychologie, Universität Bremen

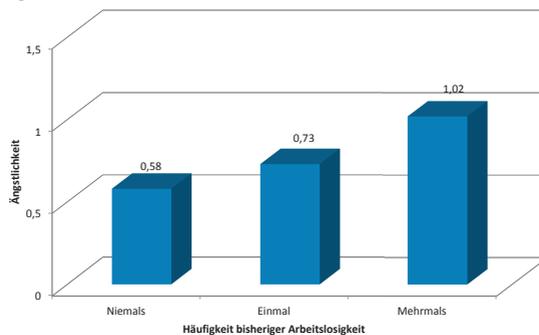
Bad Neustadt a.d. Saale 30.10.2015 45

## Methode

- Repräsentativbefragung 2010
- 2500 Personen
- Instrumente
  - Lebenszufriedenheit (FLZ-M)
  - Angst (GAD-2)
  - Depression (PHQ-2)
  - Beschwerden (BL-R)

## Ergebnisse

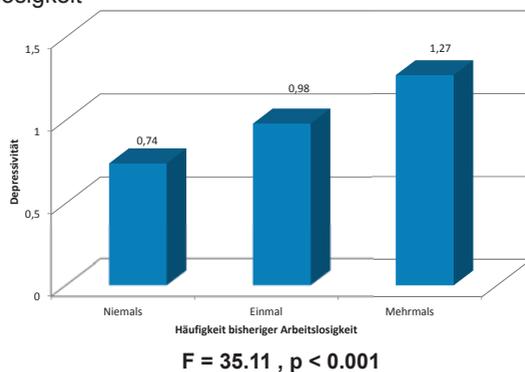
- Mittlere Ängstlichkeit in Abhängigkeit von der Häufigkeit bisheriger Arbeitslosigkeit



$F = 24.29$  ,  $p < 0.001$

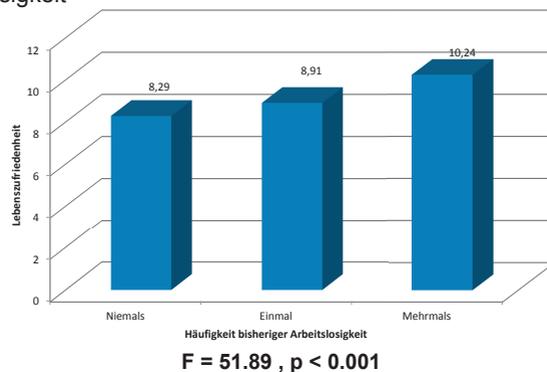
## Ergebnisse

- Mittlere Depressivität in Abhängigkeit von der Häufigkeit bisheriger Arbeitslosigkeit



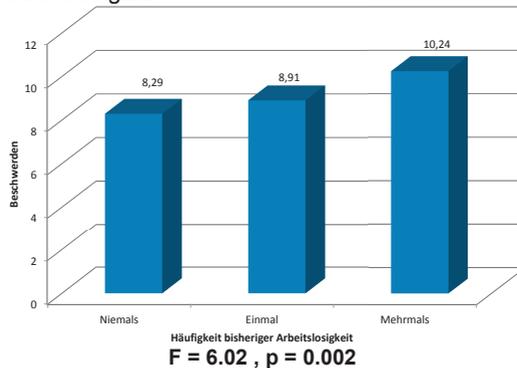
## Ergebnisse

- Mittlere Lebenszufriedenheit in Abhängigkeit von der Häufigkeit bisheriger Arbeitslosigkeit



## Ergebnisse

- Mittlere Beschwerdebelastung in Abhängigkeit von der Häufigkeit bisheriger Arbeitslosigkeit



## Fazit für die Praxis

- Perioden der Arbeitslosigkeit
    - ↑ Depressivität
    - ↑ Ängstlichkeit
    - ↑ Psychosomatische Beschwerden
    - ↓ Lebenszufriedenheit
  - Arbeitsplätze, welche subjektiv mit Sorgen behaftet sind stehen mit einem höheren Ausmaß an Belastungen in Zusammenhang
- Psychosoziale Hilfsangebote v.a. für Menschen mit langen und häufigen Arbeitslosigkeitsperioden
- Stabile Arbeitsverhältnisse können Gesundheitsverschlechterung der arbeitenden Bevölkerung entgegen wirken

UNIVERSITÄT LEIPZIG  
Medizinische Fakultät

Gliederung

Universitätsklinikum  
Leipzig  
Medizin ist unsere Berufung

- 1. Begriffsdefinitionen & Abgrenzung**
  - Burnout, Stress, Fatigue, Erschöpfung, Depression, Angst, Somatisierung
- 2. Studie 1:** Zusammenhang von Ressourcen, chronisch aktiviertem Stress und Erschöpfung
- 3. Studie 2:** Burnout in der deutschen Bevölkerung - COPSOQ
- 4. Studie 3:** Burnout in der deutschen Bevölkerung - BOSS
- 5. Studie 4:** Sicher Beschäftigte, unsicher Beschäftigte, Arbeitslose und Psychische Gesundheit
- 6. Studie 5:** Sicher Beschäftigte, unsicher Beschäftigte, Arbeitslose und Lebensqualität
- 7. Studie 6:** Langzeitfolgen von Arbeitslosigkeit im Ruhestand
- 8. Fazit**

Bad Neustadt a.d. Saale 30.10.2015 52

UNIVERSITÄT LEIPZIG  
Medizinische Fakultät

Studie 5

Universitätsklinikum  
Leipzig  
Medizin ist unsere Berufung

**Arbeitsplatzunsicherheit vs. Arbeitslosigkeit: Trotz der Unterschiede im sozioökonomischen Status sind die Auswirkungen auf psychische Gesundheit und Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen ähnlich**

Mewes, R.<sup>1</sup>, Rief, W. <sup>1</sup>, Martin, A.<sup>2</sup>, Glaesmer, H<sup>3</sup>, Brähler, E. <sup>4</sup>

<sup>1</sup>Klinische Psychologie und Psychotherapie, Phillips-Universität Marburg  
<sup>2</sup>Klinische Psychologie und Psychotherapie, Bergische Universität Wuppertal  
<sup>3</sup>Selbstständige Abteilung für Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie, Universität Leipzig

Bad Neustadt a.d. Saale 30.10.2015 53

## Methode

- Repräsentativbefragung 2007 im Rahmen eines DFG Projektes
- N = 2500 Personen → Hier vorgestellte Teilstichprobe
  - n = 957 sicher Beschäftigte
  - n = 218 unsicher Beschäftigte
  - n = Arbeitslose
- Instrumente
  - PHQ 15
  - PHQ 9
  - PHQ Angst
  - Ärztesuche

## Ergebnisse

- Gruppenvergleiche

	a sicher beschäftigt (n=957)	b unsicher beschäftigt (n=218)	c arbeitslos (n=161)	F	p	Post-hoc Vergleiche
Stärke somatoformer Symptome (PHQ-15) mögliche Bandbreite (0-30)	2,4 (3,1)	3,7 (4,0)	3,9 (4,3)	$F_{(2,1335)} = 21,72$	$\leq 0,001$	a < b = c <sup>1</sup>
Stärke depressiver Symptome (PHQ-9) mögliche Bandbreite (0-27)	1,7 (2,7)	2,9 (3,8)	3,6 (4,4)	$F_{(2,1332)} = 34,16$	$\leq 0,001$	a < b = c <sup>2</sup>
Stärke der Angstsymptome (PHQ) mögliche Bandbreite (0-14)	1,6 (2,2)	2,6 (2,8)	2,6 (2,9)	$F_{(2,1329)} = 21,59$	$\leq 0,001$	a < b = c <sup>3</sup>
Arztbesuche (letzte 12 Monate)	5,3 (7,0)	6,9 (6,8)	7,4 (7,8)	$F_{(2,1336)} = 8,78$	$\leq 0,001$	a < b = c <sup>4</sup>

<sup>1</sup>a < b:  $t_{(218)} = -4,3$ ,  $p \leq 0,001$ ; a < c:  $t_{(160)} = -4,3$ ,  $p \leq 0,001$ ; b = c:  $t_{(177)} = -0,7$ ,  $p = 0,48$

<sup>2</sup>a < b:  $t_{(218)} = -4,6$ ,  $p \leq 0,001$ ; a < c:  $t_{(170)} = -5,3$ ,  $p \leq 0,001$ ; b = c:  $t_{(219)} = -1,6$ ,  $p = 0,12$

<sup>3</sup>a < b:  $t_{(218)} = -4,6$ ,  $p \leq 0,001$ ; a < c:  $t_{(160)} = -4,1$ ,  $p \leq 0,001$ ; b = c:  $t_{(1329)} = -0,1$ ,  $p = 0,89$

<sup>4</sup>a < b:  $t_{(1336)} = -3,0$ ,  $p \leq 0,003$ ; a < c:  $t_{(1336)} = -3,1$ ,  $p \leq 0,002$ ; b = c:  $t_{(1336)} = -0,6$ ,  $p = 0,53$

UNIVERSITÄT LEIPZIG Studie 5 Universitätsklinikum Leipzig  
Medizin ist unsere Berufung  
 Medizinische Fakultät

## Ergebnisse

- Inanspruchnahme von Fachärzten

	Sorgen am Arbeitsplatz	Arbeitslose	Beschäftigte	
Allgemeinärzte	2.4 (2.7)	2.9 (4.2)	1.7 (2.2)	$F_{(2,1329)} = 19.92$ $p \leq 0.001^{**}$
Internisten	0.45 (1.55)	0.31 (0.87)	0.25 (0.89)	$F_{(2,1335)} = 3.39$ $p = 0.03^*$
Nervenärzte & Psychiater	0.14 (0.95)	0.17 (1.05)	0.04 (0.48)	$F_{(2,1335)} = 3.52$ $p = 0.03^*$
Psychotherapeuten				n.s.

Bad Neustadt a.d. Saale 30.10.2015 56

UNIVERSITÄT LEIPZIG Studie 5 Universitätsklinikum Leipzig  
Medizin ist unsere Berufung  
 Medizinische Fakultät

## Fazit für die Praxis

- Unsichere Beschäftigung und Arbeitslosigkeit haben im Durchschnitt eine ähnlich negative Auswirkung auf die psychische Gesundheit
- Risiko einer psychischen Störung
  - Arbeitslose > Personen mit unsicherer Beschäftigung
- Arbeitslosigkeit und unsichere Beschäftigung gehen mit schlechterer psychischer Gesundheit einher als eine sichere Beschäftigung
- Schlechtere psychische Gesundheit = höhere Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen

 Sowohl für Arbeitslose als auch für unsicher Beschäftigte ist Gesundheitsversorgung in Bezug auf psychische Gesundheit nötig

Bad Neustadt a.d. Saale 30.10.2015 57

1. **Begriffsdefinitionen & Abgrenzung**
  - Burnout, Stress, Fatigue, Erschöpfung, Depression, Angst, Somatisierung
2. **Studie 1:** Zusammenhang von Ressourcen, chronisch aktiviertem Stress und Erschöpfung
3. **Studie 2:** Burnout in der deutschen Bevölkerung - COPSOQ
4. **Studie 3:** Burnout in der deutschen Bevölkerung - BOSS
5. **Studie 4:** Sicher Beschäftigte, unsicher Beschäftigte, Arbeitslose und Psychische Gesundheit
6. **Studie 5:** Sicher Beschäftigte, unsicher Beschäftigte, Arbeitslose und Lebensqualität
7. **Studie 6:** Langzeitfolgen von Arbeitslosigkeit im Ruhestand
8. **Fazit**

## Langzeitfolgen von Arbeitslosigkeit im Ruhestand

Unemployment during working life and mental health of retirees: Results of a representative survey.

Zenger, M.<sup>1</sup>, Brähler, E.<sup>2</sup>, Berth, H.<sup>3</sup>, Stöbel-Richter, Y.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Selbstständige Abteilung für Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie, Universität Leipzig

<sup>2</sup> Abteilung für Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie, Universität Leipzig

<sup>3</sup> Medizinische Psychologie, Universitätsklinikum Carl Gustav Carus, Technische Universität Dresden

## Methode

- Repräsentativbefragung 2006
- N = 1396 Personen ab dem 60. Lebensjahr
- Instrumente
  - GAD – 7
  - FLZ – M
  - PHQ - 2

## Ergebnisse

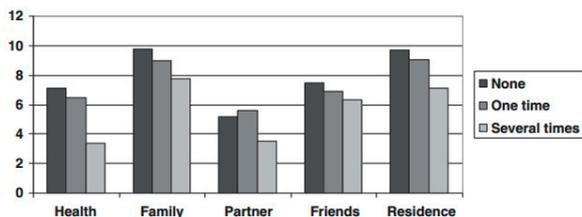


Figure 1. Satisfaction with life scores dependent on times of unemployment.

## Ergebnisse

	Main effects						Interaction terms							
	Unemployment		Current household income		Gender		Unemployment × Current income		Unemployment × Gender		Current income × Gender		Unemployment × Current income × Gender	
	<i>F</i>	<i>p</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
GAD-7	14.83	***	4.23	**	6.87	**	1.31	0.24	2.42	0.09	0.99	0.41	2.34	*
PHQ-2	13.53	***	5.49	***	2.39	0.12	3.14	**	0.59	0.56	0.35	0.85	0.73	0.67

Notes: \* $p < 0.05$ ; \*\* $p < 0.01$ ; \*\*\* $p < 0.001$ .

## Ergebnisse

	Times of unemployment			<i>F</i>	<i>p</i>
	None	One time	Several		
Anxiety	2.72 (3.17)	2.83 (3.20)	4.70 (4.14)	18.24	***
Cut-off $\geq 10$	3.6%	5.1%	13.0%		
Depression	1.00 (1.25)	0.93 (1.16)	1.53 (1.31)	9.54	***
Cut-off $\geq 3$	9.4%	7.7%	20.4%		

Notes: Standard deviations are given within parentheses.  
\*\*\* $p < 0.001$ .

UNIVERSITÄT LEIPZIG  
Medizinische Fakultät

Gliederung

Universitätsklinikum  
Leipzig  
Medizin ist unsere Berufung

- 1. Begriffsdefinitionen & Abgrenzung**
  - Burnout, Stress, Fatigue, Erschöpfung, Depression, Angst, Somatisierung
- 2. Studie 1:** Zusammenhang von Ressourcen, chronisch aktiviertem Stress und Erschöpfung
- 3. Studie 2:** Burnout in der deutschen Bevölkerung - COPSOQ
- 4. Studie 3:** Burnout in der deutschen Bevölkerung - BOSS
- 5. Studie 4:** Sicher Beschäftigte, unsicher Beschäftigte, Arbeitslose und Psychische Gesundheit
- 6. Studie 5:** Sicher Beschäftigte, unsicher Beschäftigte, Arbeitslose und Lebensqualität
- 7. Studie 6:** Langzeitfolgen von Arbeitslosigkeit im Ruhestand
- 8. Fazit**

Bad Neustadt a.d. Saale 30.10.2015 64

UNIVERSITÄT LEIPZIG  
Medizinische Fakultät

Fazit

Universitätsklinikum  
Leipzig  
Medizin ist unsere Berufung

- Arbeit ist eine Ressource für psychische Gesundheit
- Sicherer Arbeitsplatz ist eine sehr große Ressource für psychische Gesundheit
- Arbeitslosigkeit, Arbeitsplatzbedrohung und Nichtarbeit sind Risikofaktoren für die psychische Gesundheit
- Entfremdung und Gratifikationskrisen am Arbeitsplatz sind Risikofaktoren für psychische Gesundheit
- Fraktionierte Beschäftigungsverhältnisse sind problematisch
- Es gibt gesundheitsschädliche Arbeitsverhältnisse, aber auch gesundheitsschädliche Lebensverhältnisse ohne Arbeit
- Es gibt viele Veränderungen der Arbeitswelt, nicht nur die inflationär behauptete Beschleunigung, die empirisch kaum belegt ist

Bad Neustadt a.d. Saale 30.10.2015 65

## Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit



# Aus der Sicht der Psychiatrie

*Martin Siepmann*



**Psychosomatische Klinik  
Bad Neustadt a. d. Saale**  
Medizinische Exzellenz aus Tradition

## aus der Sicht der Psychiatrie

**Prof. Dr. Martin Siepmann**



Ärztlicher Direktor/Chefarzt  
Abteilung Rehabilitation/Krankenhaus Haus 4.3,  
Bad Neustadt, 30.Okt. 2015



## Psychosomatik aus Sicht der Psychiatrie



„hat nur wenige Patienten“

„ist Psychiatrie light“

„bietet keine eigenständige Behandlung“

„gefährdet psychiatrische Versorgung“

## aus der Sicht der Psychosomatik



### feindliche Übernahme

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, **Psychosomatik** und Nervenheilkunde

Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und **Psychosomatik**



aus: <http://www.cartoon-archiv.de>

## zwei verschiedene Hilfen für die gleichen Patienten ?

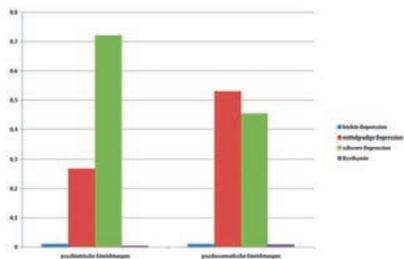


- Psychiater leiten psychosomatische Fachkliniken
- Patienten mit überlappende Diagnosen
- Psycho- und Pharmakotherapie in beiden Disziplinen

## die gleichen Patienten ?



Anteile (v. H.) unterschiedlicher Depressionsdiagnosen in psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen  
(n= 175 196)



Statistisches Bundesamt, Krankenhausstatistik für das Jahr 2008

## die gleichen Patienten ?



### Psychiatrie

- Suchterkrankungen
- Psychosen
- Affektive Störungen
- Demenz
- Persönlichkeitsstörungen

### Psychosomatik

- Affektive Störungen mit somatischer Komorbidität
- Angststörungen
- Somatoforme Störungen
- Essstörungen
- Schmerzstörungen
- Tinnitus

## die gleichen Behandler ?



### Facharzt Psychiatrie

- 5 Jahre  
*davon:*
- 1 Jahr Neurologie
- 240 Psychotherapiestunden

### Facharzt Psychosomatik

- 5 Jahre  
*davon:*
- 1 Jahr Innere Medizin und 1 Jahr Psychiatrie
- 1500 Psychotherapiestunden

## Wurzeln der Psychiatrie



Ordnungspolitische Aufgaben  
(Irrenanstalten)

Psychische (Gehirn-)symptome  
(Griesinger 1845)

Klassifikation psychischer Störungen  
(Kraepelin 1896)

Malariakur (Jauregg 1917)

Lobotomie (Freeman 1937)



## Wurzeln der Psychosomatik



Temperamentenlehre (Galen 2. Jht)

Hysterie (Freud 1895)

Gestaltkreis(von Weizsäcker 1940)

Antrophologische Methode (Kütemeyer 1953)

Integrierte Medizin (Uexküll 1963)



aus: <http://www.neuro24.de>

# Akzeptanz

Psychosomatik



aus: <http://www.carolabad.de>

Psychiatrie



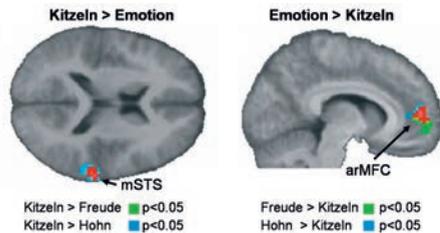
© One Day over the Couch's Nat. Med. Forum Posters (1975) United States

## Ist Neurobiologie eine Brücke ?

„Neuropsychiatrie“

und

„Neuropsychosomatik“



aus: <http://www.medizin.uni-tuebingen.de>

## Angelsächsische Länder

---



Psychotherapy is “talk therapy,” where you meet with a psychiatrist, psychologist, social worker, or other trained mental health professional.

---

## Fazit

---

differenzierte Versorgung statt Minimalmedizin

Synergie statt Konkurrenz

---

# Aus der Sicht der Kardiologie

*Sebastian Kerber*



**Herz- und Gefäß-Klinik  
Bad Neustadt a. d. Saale**  
Medizinische Exzellenz aus Tradition

## **Die Psychosomatik im Netzwerk ... aus Sicht der Kardiologie**



40 Jahre Psychosomatische Klinik Bad Neustadt /Saale  
Psychosomatik im Wandel der Zeit  
30. Oktober 2015

Prof. Dr. med. Sebastian Kerber



## Psychosomatik im Wandel : 1951



**Der Gesundheits-Brockhaus, 1951, Wiesbaden:**

**„Psychosomatik, die Wissenschaft, die die Beziehung zwischen Seelenleben und Krankheit erforscht, ... die Krankheit erscheint einer bestimmten inneren seelischen Beziehung angemessen. Die Bezeichnung stammt aus den Vereinigten Staaten. In Deutschland wird sie von P. von Weizäcker, Siebeck u.a. gepflegt. Sie ist jedoch umstritten.“**

*Klinik der Achtsamkeit*

## Psychosomatik im Wandel : 2015



Sehr geehrte, liebe Kollegen, Sie haben die Einladung unserer 40-Jahrfeier hoffentlich schon durch die Hauspost bekommen. Anliegend darf ich Ihnen sicherheitshalber noch einmal das Programm zusenden. Wie Sie vielleicht jetzt erst realisieren, ist der Punkt: „Die Psychosomatik im Netzwerk“ eng getaktet. Wir alle gemeinsam haben 60 Minuten, d.h. 12 Minuten pro Vortragenden. Darf ich Sie herzlich bitten, Ihre gewohnt guten konzisen Darlegungen von theoretischen Inhalten auch in diesem Fall anzuwenden und sich möglichst an diese Zeitvorgaben zu halten. Es stehen die üblichen Projektionsmittel zur Verfügung.

Mit kollegialen Grüßen  
Dr. med. Rudolf J. Knickenberg

Klinik der Achtsamkeit

## Warum Vernetzung ? (I)



Herz- und Gefäß-Klinik  
Bad Neustadt a. d. Saale  
Medizinische Exzellenz aus Tradition

- Interdisziplinärer Ansatz am Campus
- Weiterentwicklung in der Kardiologie („vom Katheterschieben zur kritischen Selbstreflexion“)
- Kardiologie: ... von der Morphe zur Funktion ...
- Tako Tsubo-Kardiomyopathie als Modellerkrankung
- Stabile, breite Brücke zwischen Kardiologie und Psychosomatik längst überfällig
- Denken über die Abteilungsgrenzen essentiell !

## Warum Vernetzung ? (III)



Herz- und Gefäß-Klinik  
Bad Neustadt a. d. Saale  
Medizinische Exzellenz aus Tradition

- Positionspapier Z. Kardiologie 2008: Ladwig et al.
- Einbeziehung psychosomatischer Konzepte in die „Alltags-Kardiologie“
- Ia-Evidenz zur Mitbehandlung bei HI, KHK, ICD-Therapie, Rhythmusstörungen, Tx, Kunstherz
- Depressivität = ätiologischer und prognostischer Faktor bei Koronarer Herzerkrankung
- Cluster von Störungen (Depression, Phobie, Ängste, u.v.a.m.)
- Psychische Komorbidität >> Patienten-Compliance

## „Unsere Werkstücke“



- Funktionierender Konsildienst bilateral
- Bilaterale stationäre (Mit-) Betreuung (> 100 Patienten/Jahr)
- Etablierung eines psychosomatischen Gesprächskreises für stationäre kardiologische Patienten / deren Angehörige
- Systematische Betreuung der HI-Patienten (NYHA III/IV)
- Aufbau/Weiterentwicklung des Spezialgebietes „Musikermedizin“
- Gemeinsame Öffentlichkeitsarbeit (Schriftenreihen, Bayerisches Fernsehen, Mainpost, Fortbildungen, Visits vor Ort ... alles im kollegialen Dialogprinzip !)

## Gemeinsame Herausforderungen



- Depression als Risiko- und Prognosefaktor
- „Herzschmerz“ ist weit aus mehr/tiefergehend als „Koronarstenose und Stent“
- ... das Leben mit dem ICD ...
- ... das Leben mit dem Kunstherz/einem „anderen“ Herzen/mit zwei Herzen („Huckepack“-Doppelherz)
- ... schwere kardiovaskulärer Erkrankungen wie Herzinsuffizienz: Zukunft/Chancen/Risiken/Tod
- „Schwindel, Ohnmacht, Kollaps, Angst“.  
Abgrenzung zur „Somatik“, insbes. „Rhythmologie“

## Tako Tsubo-Kardiomyopathie: „die Modell-Erkrankung“

- Psychischer und / oder physischer Stress als **Trigger** in 77% der Fälle (z.B. Tod eines nahen Verwandten, Katastrophenerlebnis, etc.) für ...
- ... eine **passagere, evtl. schwerste, reversible Herzinsuffizienz**
- Assoziation von **erhöhten Katecholaminspiegeln** und Erkrankung in Beobachtungsstudie
- Betroffen sind in 91% Frauen, 80% **postmenopausale Frauen**
- EKG-/ Laborveränderungen möglicherweise Folge der **exzessiven Katecholaminfreisetzung !**
- Herausforderung für Psychosomatiker: **„Ausloten“ der Trigger für Stress-Situationen**
- Gute Prognose mit **kompletter Erholung der Pumpfunktion** des Herzens
- Geringe **Krankenhaussterblichkeit (<1%)**
- **Selten Rezidive** in 3-15%
- **Keine** spezifische medikamentöse Therapie evaluiert

## Psyche und Somatik



Bild: Angelika Bader anläßl.  
Malwettbewerb der HGK  
zum HFA-Day 2014

## Psyche und Somatik

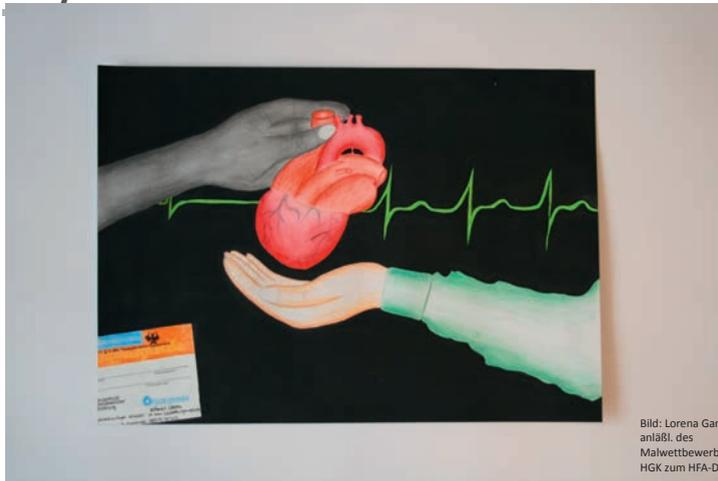


Bild: Lorena Gans  
anläßl. des  
Malwettbewerbs der  
HGK zum HFA-Day 2014

## Musikermedizin



## Musikermedizin

- 2004: Musikermedizin aus psychosomatischer Sicht
- 2006: Jahrzehntelange Höchstleistung als Musiker
- 2008: Vom Lampenfieber zur Auftrittsangst
- 2010: Musizieren lehren und lernen
- 2012: Burn-out bei Musikern und Medizinern
- 2014: Der Musiker und sein Körper
- Kooperation mit Dt. Ges. Musikerphysiologie und -medizin
- Beteiligung beim Aufbau „Netzwerk Musikermedizin“ der Universität Würzburg und DGfMM



Quelle:  
Claudia  
Spahn,  
Orchester,  
7/8 2010

## „Gelebte Vernetzung“

**Gruppentherapie in der psychosomatischen Rehabilitation**  
Lothar Schatzberg

34.1 Die Berücksichtigung der Angst vor der Gruppe – 440  
34.2 Ziele von Gruppentherapien in der psychosomatischen Rehabilitation – 441  
34.3 Die stationäre Gruppe als «Orchester» – 442  
34.4 Die Behandlung von beruflich stark belasteten Patienten – 443  
34.4.1 Ablauf der erkrankten tiefenpsychologischen Gruppentherapie (STG) – 444  
34.4.2 Evaluation der berufsbezogenen Therapiegruppe (BTG) – 445  
34.5 OPD und Verhaltenstherapie – 446  
34.6 Ausblick – 447  
Literatur – 447

kol

8.2.12

Für Ida habe ich gemacht  
Gipsen, in Loken Schokolade.  
Die Art führen an Medizin  
habe ich mit  augenmerklich an schneller  
Orientierung – falls Sie Zeit & Lust haben.

RHÖN-KLINIKUM Campus Bad Neustadt, 30.10.2015, Psychosomatik im Netzwerk ...aus Sicht der Kardiologie, Prof. Dr. med. Sebastian Kerber

14

## ... alle guten Wünsche für die Zukunft



Lauschende Muse um 440 vor Christus  
Musizierende Muse spielt die Kithara  
Eine Nachtigall, die beiden Musen lieb war!

RHÖN-KLINIKUM Campus Bad Neustadt, 30.10.2015, Psychosomatik im Netzwerk ...aus Sicht der Kardiologie, Prof. Dr. med. Sebastian Kerber

15

**... voller Hoffnung für die Zukunft !**



Herz- und Gefäß-Klinik  
Bad Neustadt a. d. Saale  
Medizinische Exzellenz aus Tradition



Herz- und Gefäß-Klinik  
Bad Neustadt a. d. Saale  
Medizinische Exzellenz aus Tradition

Vielen Dank für Ihre Geduld und  
Aufmerksamkeit beim Zuhören !

# Aus der Sicht der Kardiochirurgie

Anno Diegeler und Jörg Babin-Ebell



## Herzchirurgie und Psychosomatik

Prof. Dr. med. Anno Diegeler



40 Jahre Psychosomatische Klinik in Bad Neustadt a.d.Saale  
30. Oktober 2015



## Herzchirurgie und Psychosomatik



- **Gibt es einen Bedarf**
- Was sind die Möglichkeiten
- Kurzzeit-Intervention
- Schwerpunkt Herzchirurgie allgemein
- Schwerpunkt: Mechanische Herzunterstützung

RHÖN-KLINIKUM Campus Bad Neustadt, Monat 2014, Veranstaltung, Referent, Titel

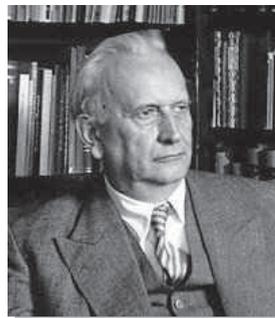
2

## Herzchirurgie und Psychosomatik



### Operieren am Herzen ist eine Existenzfrage

*„ Es gibt Situationen, in denen Existenz sich unmittelbar verwirklicht. Das sind letzte Situationen, die nicht verändert oder umgangen werden können, Grenzsituationen: Tod, Leiden, Kampf, Schuld. Nur in ihnen kann sich das Ganze der Existenz verwirklichen. Indem wir in eine solche Situation mit offenen Augen eintreten, werden wir ganz wir selbst.“*



Karl Jaspers  
1883-1969

RHÖN-KLINIKUM Campus Bad Neustadt, Monat 2014, Veranstaltung, Referent, Titel

3

## Herzchirurgie und Psychosomatik



### Vor der Herzoperation



- **Todesängste : „Herz = Motor des Lebens“**
- **„phantasierter Tod“ durch HLM**
- **Kontrollverlustängste (Narkose, Behandler)**
- **Angst vor Schmerzen/Komplikationen**
- **Angst vor dem Setting (High-Tech-)Krankenhaus**
- **Erhöher Distress ist mit erhöhter Morbidität und Mortalität assoziiert**

Pignay-Demaria V et al. Ann Thorac Surg. 2003,75:314–321.

## Herzchirurgie und Psychosomatik



### Nach der Herzoperation

- **Posttraumatische Belastungsstörung**
- **Schlafstörungen**
- **Schmerzen**
- **Depressionen**
- **Postoperatives Delir**
- **Fatigue**

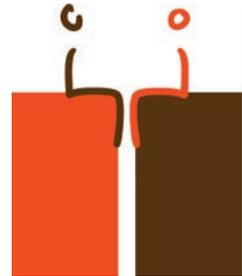
## Herzchirurgie und Psychosomatik



### Voraussetzungen

(die gute Eintrittskarte)

Rapport: psychotherapeutische Auftrag  
in der Herzchirurgie, Freiwilligkeit,  
Schweigepflicht, Zusicherung der  
weiteren Behandlung



Basis: empathische, kongruente und  
**authentische Grundhaltung**

RHÖN-KLINIKUM Campus Bad Neustadt, Monat 2014, Veranstaltung, Referent, Titel

6

## Herzchirurgie und Psychosomatik



### Kurzzeit-Intervention

- Emotionale Begleitung durch VEE
- Ressourcenorientierung
- Zukunftsorientierung
- Familiengespräche
- Entspannungsverfahren (AT, PMR)
- Würdigung und Umstrukturierung der Angst
- Dissoziation weiterer Belastungen
- Kriseninterventionen
- Schmerzbewältigungstechniken
- Hypnotherapie <sup>(5)</sup>
- Vermittlung in ambulante/stationäre/Rehabilitations- PT, SHG
- Informationen in Schriftform
- Frequenz richtet sich nach Bedarf

Tigges-Limmer K, & Gummert J: Hypnose-ZfH, 5(1+2) 10, 2010

RHÖN-KLINIKUM Campus Bad Neustadt, Monat 2014, Veranstaltung, Referent, Titel

7

## Herzchirurgie und Psychosomatik



# BY.PASS

Bypass surgery with **p**ychological and **s**piritual support

- Wie wirkt sich prä- und postoperative psychologische Versorgung auf die postoperative Erholung herzchirurgischer Patienten aus?
- Welche Patienten profitieren am meisten von den psychologischen Interventionen?
- Können Entscheidungsempfehlungen für psychologische Interventionen aufgrund der erhobenen präoperativen Parameter gegeben werden?

Rosendahl, J., Tigges-Limmer, K., Gummert, J., Dziewas, R., Albes, J. M., & Strauss, B. (2009). Bypass surgery with psychological and spiritual support (the By.pass study): study design and research methods. *Am Heart J*, 158(1), 8-14 e11.

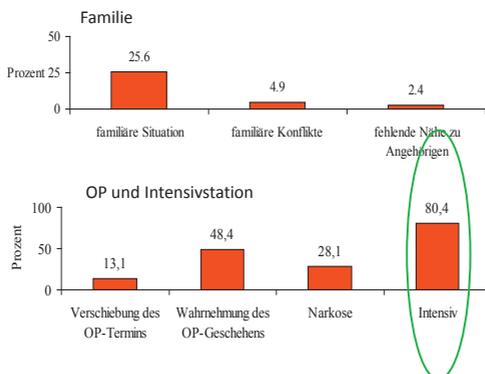
RHÖN-KLINIKUM Campus Bad Neustadt, Monat 2014, Veranstaltung, Referent, Titel

8

## Herzchirurgie und Psychosomatik



### Gesprächsschwerpunkte



Tigges-Limmer K et al. Z Herz-Thorax-Gefäßchir 2011 Suppl1 25:29-37

RHÖN-KLINIKUM Campus Bad Neustadt, Monat 2014, Veranstaltung, Referent, Titel

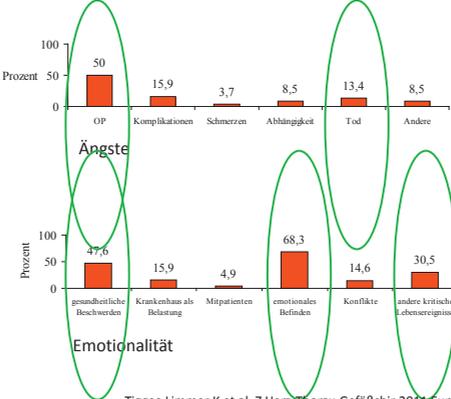
9

## Herzchirurgie und Psychosomatik



Klinik für Kardiochirurgie  
Bad Neustadt a. d. Saale  
Medizinische Exzellenz aus Tradition

### Schwerpunkte der Psychosomatischen Belastung



Kategorie	Prozent
OP	50
Komplikationen	15,9
Schmerzen	3,7
Abhängigkeit	8,5
Tod	13,4
Andere	8,5

Kategorie	Prozent
gesundheitliche Beschwerden	47,6
Krankenhausaufenthalt als Belastung	15,9
Mitpatienten	4,9
emotionales Befinden	68,3
Konflikte	14,6
andere kritische Lebensereignisse	30,5

Tigges-Limmer K et al. Z Herz-Thorax-Gefäßchir 2011 Suppl1 25:29-37

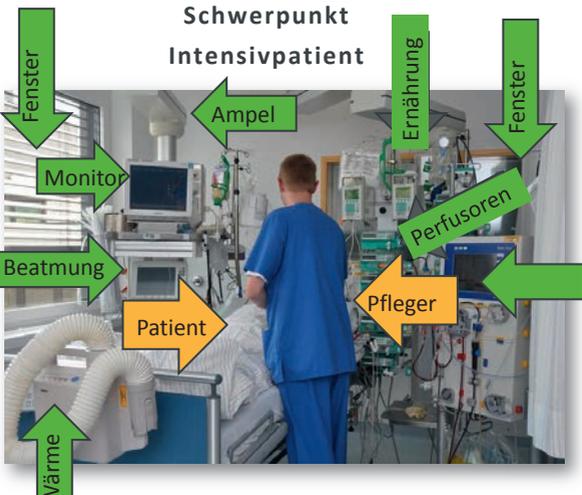
RHÖN-KLINIKUM Campus Bad Neustadt, Monat 2014, Veranstaltung, Referent, Titel 10

## Herzchirurgie und Psychosomatik



Klinik für Kardiochirurgie  
Bad Neustadt a. d. Saale  
Medizinische Exzellenz aus Tradition

### Schwerpunkt Intensivpatient



RHÖN-KLINIKUM Campus Bad Neustadt, Monat 2014, Veranstaltung, Referent, Titel 11

## Herzchirurgie und Psychosomatik



### Was durchlebt der Patient auf der Intensivstation

- Lebensbedrohung/Todesangst
- Reanimation/ Reintubation
- Schmerzen, Invasive Therapien
- Durst
- Albträum
- Stete Unruhe/Hektik
- Hoher Geräuschpegel/Alarmer
- Fehlende Intimsphäre
- Abhängigkeit
- Kurze Besuchszeiten
- Leid der Mitpatienten

## Herzchirurgie und Psychosomatik



### Mechanische Herzunterstützung als Dauertherapie



## Herzchirurgie und Psychosomatik



Patienten mit VAD

“Point of no return”

RHÖN-KLINIKUM Campus Bad Neustadt, Monat 2014, Veranstaltung, Referent, Titel

14

## Herzchirurgie und Psychosomatik



### Besonderes Belastungsprofil nach VAD

- Einsatz Assist-System: hohes Risiko für psychotische Episode und PTBS
- Ängste (Fehlfunktionen, Infektionen, Apoplex)
- Abhängigkeit (Gerät, Angehörigen, Institutionen)
- Erst: Deutliche Verbesserung der LQ (Luftnot, Mobilität)
- Später: Wahrnehmung der Einschränkung der Autonomie
- Depressionen (Suizid)
- Im Verlauf: post-traumatische Belastungsstörung bei 25% der Angehörigen

Albert W et al. Z Herz Thorax Gefäß Chir 2002; 16 (suppl 1):1110 – 1119

Eshelman et al. Heart Fail Rev (2009) 14:21-28

Bunzel B et al. J Heart Lung Transplant 2007;26:385-389

Tigges-Limmer K et al. J Heart Lung Transplant 2010;29:692-4

RHÖN-KLINIKUM Campus Bad Neustadt, Monat 2014, Veranstaltung, Referent, Titel

15

## Herzchirurgie und Psychosomatik



### VAD-Programm-Psychologisches Betreuung im HZ-NRW Bad Oeynhausen

VAD Implantation 1/2010 – 12/2011 N = 204	
Psychologisches Screening	142 (69.6%)
Kein Screening	62 (30.4%)
Psychotherapeutische Behandlung	104 (73.3%)
Keine Behandlung gewünscht	38 (27.7%)
Dauer der Behandlung	7.5 (SD 11,5) 1-68 Kontakte
Alter	54.3 (SD 12.5) 18-75 Jahre
Geschlecht	78 % ♂ 22 % ♀

**¾ der VAD Patienten** wünschen eine psychologische Mitbehandlung

RHÖN-KLINIKUM Campus Bad Neustadt, Monat 2014, Veranstaltung, Referent, Titel

16

## Herzchirurgie und Psychosomatik



### Worauf zielt die Psychosomatische Mitbehandlung

- Fokussierung auf emotionale Bewältigung
- Integration des VAD in das Körperbild
- Ressourcenaktivierung
- Umstrukturierung der Angst
- Aktivierung der „neuen Normalität“
- Spezifizierung der Entspannungsverfahren
- Angehörigenmitversorgung
- Konfliktklärung (intrapsychisch/interpersonell)
- carpe diem

RHÖN-KLINIKUM Campus Bad Neustadt, Monat 2014, Veranstaltung, Referent, Titel

17

## Herzchirurgie und Psychosomatik

Wie wird die psychologische Mitbehandlung in der Herzchirurgie bezahlt?



Gar nicht...

## Herzchirurgie und Psychosomatik



## Herzchirurgie und Psychosomatik



### Das Psychologische Team in Bad Oeynhausen



RHÖN-KLINIKUM Campus Bad Neustadt, Monat 2014, Veranstaltung, Referent, Titel

20



Klinik für Kardiochirurgie  
Bad Neustadt a. d. Saale  
Medizinische Exzellenz aus Tradition

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit



# Aus der Sicht der Neurologie

*Bernd Griewing*



**Neurologische Klinik  
Campus Bad Neustadt**  
Medizinische Exzellenz aus Tradition

## **Psychosomatik im Netzwerk Aus der Sicht der Neurologie**



**40 Jahre Psychosomatische Klinik**  
Prof. Dr. med. B. Griewing  
30. Oktober 2015 Bad Neustadt a. d. Saale



## Psyche oder Soma?

### Neurologische Psychosomatik in der Praxis



- 20% der ambulanten und 5% der stationären neurologischen Patienten ohne organisch erklärbaren Befund
- Somatoforme Störungen
  - größte Subgruppe dissoziative Bewegungsstörungen
  - zweitgrößte Subgruppe Schwindel und Gleichgewichtsstörungen
- Simultandiagnostik oder „sowohl als auch“
  - Berücksichtigung organischer und psychosozialer Faktoren
- Mindert das Risiko, sich als in die „Psycho-Ecke“ abgeschoben zu fühlen

2

## Kasuistik dissoziative Gangstörung?



### Allgemeines:

- 32 jährige Patientin
- Einweisungsgrund: Abklärung rezidivierender Schwäche in den Beinen mit Gangstörung

### Anamnese:

- EA, FA unauffällig, SA: 2 Kinder (3 u. 7 J.), verheiratet

### Juni 2001: Aufnahme externe Klinik

- Erstmaliges Auftreten von lumboschialgiformen Schmerzen mit Ausstrahlung zuerst ins rechte Bein, im Verlauf ins linke Bein bis zum Knie ausstrahlend und Schwäche in beiden Beinen.
- Stationäre Abklärung 6.7.01-13.7.01:
- Klinik:  
Neurologischer Status: Hüftbeuger-, und Kniestreckerparese KG 4/5, unsicherer breitbasiger Gang mit ungerichteter Fallneigung, Zehenstand und Hackengang nicht möglich. MER seitengleich mittlebhaft, keine PBZ, Sensibilität intakt.
- Befunde:
  - cMRT, MRT LWS, CCT, EEG, Rö.-Thorax, VEP, SSEP, MEP, EMG, Liquor ( inkl. Borrelien, Viren, OKB, Zytologie) unauffällig.
  - Labor: CK 1163 (CKMB 26) nach 2 Tagen im Normbereich. (i.m. Spritze im Vorfeld).
  - Urin: Bakterieller HWI

3

## Kasuistik dissoziative Gangstörung?



- Therapie:  
Dexamethason 500 mg i.v. (5 Tage) + Musaril.
- Verlauf:  
Nach 3 Tagen völlige Beschwerdefreiheit mit uneingeschränkter Gehfähigkeit.

Entlassungs-Diagnose:

→ **Lumbago mit funktioneller Gangstörung**

Weitere 5 Aufnahmen 2001 - 2008: Externe Diagnosen.....

- Lumbago, Neuroborreliose
- Funktionelle Gangstörung, depressive Störung
- Ambulante Psychotherapie, stationäre Psychosomatik
- Keine klinische Besserung, erneute Rezidive

4

## Kasuistik dissoziative Gangstörung?



5

## Kasuistik dissoziative Gangstörung?

- **Neurologischer Befund:**  
Wach, orientiert, HN: o.B., **schlafte proximal betonte Paraparese der Beine KG 2-3/5**, Bauchmuskelparese KG 4/5, MER seitengleich mittelbehaftet, keine PBZ, **breitbasiges unsicheres, schlurfendes Gangbild**. Zehen- und Hackengang nicht möglich.

### Befunde:

- **Elektrophysiologie** (1 Tag nach Aufnahme):
  - NLG: N. peronäus: unauffällig
  - F-Welle: unauffällig
  - Repetitive Stimulation: unauffällig
  - **EMG (alle 4 Extremitäten): mit leicht gelichtetem Aktivitätsmuster in allen Muskeln und < 20 % PP-Rate im TA und DEL.**
- **EEG:** unauffällig
- **EKG:** unauffällig
- **Labor:** Chol. 225 mg/dl, GE 8,6 mg/dl, Calcium 2,70 mmol/l, sonst unauffällig einschließlich Kalium 4.05mol/l, CKNA, CKMB, Diff.-BB, Eiweißelektropherese, Kollagenoseparameter, Lupusantikoagulans.
- Innerhalb 5 Tagen unter konservativen Therapiemaßnahmen langsamer Rückgang bis zur völligen Beschwerdefreiheit am 5. Tag.
- **Am 6. Tag: Kaliumbelastungstest mit 1 BT Kalinor®:**  
**Nach ca. 10 Minuten nahezu völliger Gehverlust mit hochgradiger Paraparese (KG 2/5).**

6

## Kasuistik dissoziative Gangstörung?

### Diagnostik nach Kaliumgabe:

- **Labor:**  
K<sup>+</sup>: 5,02 mmol/l nach 30 min.
- **EMG:**
  - **Mot. Neurographie mit Amplitudenreduktion nach wiederholten Reizungen über mehrere Minuten**
  - **F-Welle: nicht auslösbar**
  - **EMG mit gelichtetem Aktivitätsmuster bei Willkürinnervation.**
- **EKG:**  
unverändert zu Vorbefunden

### Entlassungs-Diagnose:

→ **Periodische dyskaliämische Lähmung**

### Therapie:

- Calciumgluconat 10% i.v.
- Tetrazepam 50 mg 1-0-1

### Verlauf:

- **Komplette Remission nach 24 h**

7

## Hyperkaliämische periodische Lähmung

### Genetik:

- Autosom. Dominant

### Pathogenese:

- Natriumkanalstörung mit Verschiebung des K<sup>+</sup> von intra- nach extrazellulär mit Folge eines Depolarisationsblocks. Beginn 1.-2. Dekade

### Klinik:

- Paroxysmale oft beinbetonte Lähmungen von Minuten bis Stunden z.T. auch Tage andauernd. Provokationsfaktoren sind Ruhe nach körperlicher Anstrengung, Kälte, Hunger (Fasten), Alkohol, kaliumreiche Getränke und Speisen (Cola, Säfte).
- MER sind im Anfall abgeschwächt oder erloschen.

### Diagnostik:

- Klinik
- Labor:
  - häufig Serumkalium im Anfall > 5 mmol/l (Es besteht keine Korrelation zw. Kaliumhöhe und Lähmungsgrad!)
  - CK meist normal
- EKG:
  - Hohes T, breiter QRS-Komplex

8

## Hyperkaliämische periodische Lähmung

### Empfehlung:

- Humangenetische Diagnostik (autosom. dom. oder sekundäre Form) und Beratung.
- Diät: Kaliumarme, kohlenhydrat- und natriumreiche Kost
- Meidung starker körperlicher Anstrengungen, Stress und Fastenkuren
- Medikamentös: Diamox®, Calciumgluconat i.v.

9

## Kasuistik pharmakoresistente Epilepsie?

- Stationäre Einweisung zur Therapieoptimierung wegen häufiger lange anhaltender schwerer generalisierter epileptischer Anfälle
- Wirbelfraktur bei Anfall
- Mehrfache Statustherapie
- EEG und MRT unauffällig
- Dauermedikation nicht wirksam

10

## Kasuistik Dissoziativer Anfall



11

## Maßnahme

### Diagnose:

- Nicht epileptische psychogene Anfälle, am ehesten dissoziativ

### Therapie:

- Antikonvulsiva Absetzen
- Psychotherapie mit Verhaltenstherapeutischem oder Systemtherapeutischen Ansatz



Nicht alles was zuckt, oder zappelt hat Epilepsie!

12

## Kasuistik Dissoziative Bewegungsstörung

### Beachte:

- Mimik
- Tremor
- Gang



13

## Dissoziative Bewegungsstörung

### Die ganze Wahrheit ...Krankengeschichte P. T. jetzt 37 Jahre

ab 7/2011	Diagnose Depression
ab 8/2012	<b>Arbeitsniederlegung wegen Zunahme von:</b> Müdigkeit, Konzentrationsstörungen, leeres Gefühl im Kopf, Vergesslichkeit, Sehstörungen, Nachlassen sexuelles Interesse, Nachtschweiß, Schulterschmerzen, Arme wie taub, falscher Geschmack, ständiger Harndrang
ab 9/2012	2 Wochen in der Psychiatrie. „Er sei gesund“
ab 5/2013	Tremor rechte Hand
9/2013	Ein Neurologe sagte zu ihm: „Psychogener Tremor“
11/2013	Verdachtsdiagnose Parkinson. DatScan® positiv
12/2013	Beginn L-Dopa Therapie ( nach 2,5 Jahren)
11/2014	Auf den Rollstuhl angewiesen Apomorphinpumpe + 1000 mg L-Dopa Äquivalent Stadium 5 nach Hoehn & Yahr
1/2015	Operation – Tiefe Hirnstimulation STN bds
2/1015	Video

14

## Dissoziative Bewegungsstörung

02/2015

- STN Links 2,3 STN, Rechts 1,6 V
- 500 mg L-Dopa
- 1 mg Rotigotin
- 150 mg Venlafaxin



15



**Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!**



**Prof. Dr. med. Bernd  
Griewing**  
Ärztlicher Direktor, Medical Board



[www.neurologie-bad-neustadt.de](http://www.neurologie-bad-neustadt.de)  
[www.rhoen-klinikum-ag.com](http://www.rhoen-klinikum-ag.com)



# Aus der Sicht der Handchirurgie

*Jörg van Schoonhoven*



**Klinik für Handchirurgie  
Bad Neustadt a. d. Saale**  
Medizinische Exzellenz aus Tradition

## Psychosomatik im Netzwerk mit der Handchirurgie



40 Jahre Psychosomatische Klinik Bad Neustadt  
Jörg van Schoonhoven  
Bad Neustadt, 30. Oktober 2015



## Psychosomatik und Handchirurgie

---



- Gegenseitige Dienstleistungen
  - Gemeinsame Interessen und Aktivitäten
  - Gemeinsame Behandlung von Patienten
- 

## Psychosomatik und Handchirurgie

---



### Gegenseitige „Dienstleistungen“ am Standort

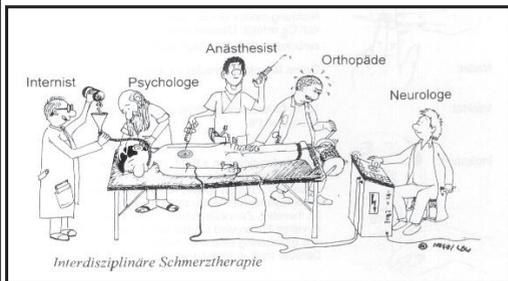
- Konsiliarische Behandlung von handverletzten Patienten der Psychosomatischen Klinik („Therapieboxen“)
  - Konsiliarische Beurteilung der Suizidalität von handchirurgischen Patienten
  - Akute Krisenintervention bei handchirurgischen Patienten
  - Supervision des Reha-Teams „Handtherapie“
-

## Psychosomatik und Handchirurgie



### Interdisziplinäre Interessen und Aktivitäten

#### Interdisziplinäre Schmerztherapie (CRPS)



- Diagnosesicherung
- Ausschalten der Noxe Schmerz
- Frühzeitige Mobilisierung und Aktivität
- Psychosomatische Begleittherapie
- Soziale Reintegration

## Psychosomatik und Handchirurgie



### Interdisziplinäre Interessen und Aktivitäten

#### Gemeinsames Interesse an der Musikermedizin (Ärzte)



Plattform zur Überbrückung gegenseitiger Vorurteile zwischen Chirurg und Musiker mit Entwicklung therapeutischer Beziehungen



## Psychosomatik und Handchirurgie

---



### Interdisziplinäre Behandlung von „Handpatienten“

- Patienten mit Diskrepanz zwischen objektiven Befunden, Funktionseinschränkung und Beschwerdeintensität (Wahrnehmungsstörung, Schmerzverarbeitungsstörung)
  - Patienten deren Leben aufgrund einer schweren Handverletzung dekompenziert
  - Patienten mit Selbstverletzungen an der oberen Extremität (Klopfer, Strangulierer, Wundmanipulierer)
  - Patienten mit fokaler Dystonie (clenched fist, Anfälle, Lähmungen)
- 

## Psychosomatik und Handchirurgie

---



### Entwicklung von Strukturen zur Behandlung gemeinsamer Patienten

- Wöchentliche, gemeinsame Visite Handchirurg, Psychosomatiker, Schmerztherapeut (Anästhesie), Schwester, Handtherapeuten auf der Reha-Station
  - Interdisziplinäre Patientenvorstellung und Besprechung mit Reha-Team, Chefarzt Handchirurgie, Chefarzt/Oberarzt Psychosomatik, Seelsorger
  - Gegenseitige kurzfristige stationäre Übernahme von Patienten unter Fortsetzen der Handtherapie oder Psychotherapie
  - Supervision des Reha-Teams
-

## Psychosomatik und Handchirurgie

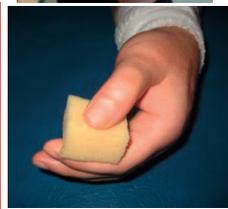


Patienten deren Leben aufgrund einer schweren Handverletzung dekompenziert ist (privat, beruflich, posttraumatische Belastungsstörung)

## posttraumatische Belastungsstörung



N.Z., männlich, 27 Jahre, Walzenverletzung,  
8 Operationen, 2 Rehabilitationsmaßnahmen



## Psychosomatik und Handchirurgie



### Patienten mit Selbstverletzungen an der oberen Extremität (Klopfer, Strangulierer, Wundmanipulierer)

Kreislauf aus:

- Zwang zur Wiederholung
- Verstecken und Verheimlichen
- „Wettkampf“ mit den Behandlern
- Wissen um die gesundheitliche Schädigung

## Chronisches Ulkus bei einem Klopfer



20-jähriger Mann mit chronischer Wunde seit 17 Monaten und mehrfachen externen operativen Behandlungen

## Chronisches Ulkus bei einem Klopfer

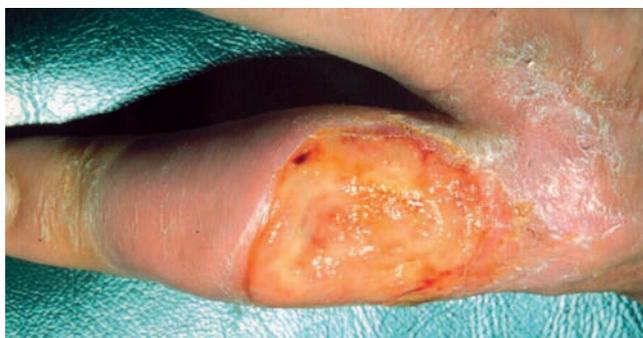


Nach 3 Wochen Behandlung  
im zirkulären Gips

Nach Deckung der instabilen  
Narbe mit Transpositionsflappen



## Chronisches Ulkus bei einem Klopfer



3 Jahre später

## Selbstverletzung

23-jährige Patientin, badet rechten Kleinfinger in „Abflussfrei“ (Kalilauge), Amputation Kleinfinger rechts – 2 Jahre später Nekrosen auch IV und V links



links



## Psychosomatik und Handchirurgie

### Patienten mit fokaler Dystonie

- clenched fist
- Anfälle
- Verkrampfungen
- Lähmungen

## fokale Dystonie



### clenched fist / Simulation

S.T., männl., geb.1962, seit 1998 Symptomatik, damalige komplette diagnostische Abklärung, psychosomatische Behandlung abgelehnt, 2015 ME nach auswärtiger Versteifung Daumengrundgelenk

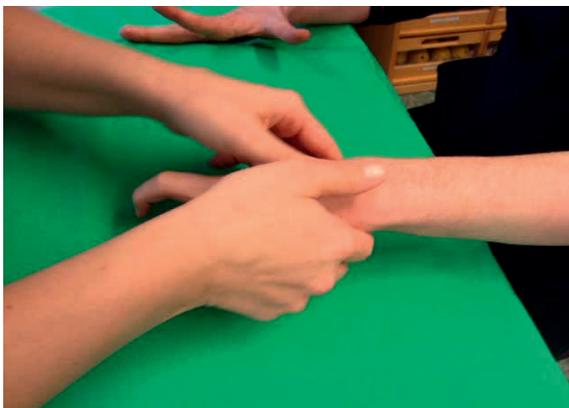


## fokale Dystonie



### Krampfanfälle / Konversionsneurose

M.W., m., 18 Jahre, Krampfanfälle nach Bagatelltrauma



## Psychosomatik und Handchirurgie



### 40 Jahre Psychosomatische Klinik Bad Neustadt 23 Jahre Klinik für Handchirurgie Bad Neustadt



=

Aufbau der sehr seltenen, intensiven Zusammenarbeit dieser zwei Berufsgruppen und eine große Anzahl gemeinsamer Patienten, denen nur durch die wert-schätzende Zusammenarbeit geholfen werden konnte

## Wunschliste



- Kontinuität (Intensivierung) der gemeinsamen Aktivitäten auf allen Ebenen
- Wissenschaftliche Aufarbeitung
  - Retrospektive Aufarbeitung gemeinsamer Patienten
  - Definition einer standardisierten psychosomatischen Begleittherapie für spezifische Indikationen
  - Prospektive interdisziplinäre Studie mit Aufbau einer Datenbank





**Klinik für Handchirurgie**  
**Bad Neustadt a. d. Saale**  
Medizinische Exzellenz aus Tradition

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit



# ELEMENTE DER MODERNE

## Das neue Selbstverständnis der Psychosomatik\*

*Johannes Kruse*

Die Einführung des Facharztes für Psychotherapeutische Medizin bzw. später Psychosomatische Medizin und Psychotherapie im Jahre 1992 gab der Psychosomatischen Medizin und der psychodynamischen Psychotherapie in Deutschland einen starken Impuls für die Weiterentwicklung. Zwei Traditionslinien prägten die Entwicklung des Fachgebiets. Eine Tradition entstammt der Psychoanalyse, die von A.E. Meyer auch als psychogenetische Linie bezeichnet wurde. Ausgehend von psychosomatisch-psychotherapeutischen Krankenhausabteilungen war es das Bestreben, die Psychoanalyse in die Medizin einzuführen. Diese psychogenetisch orientierte Psychosomatik wurde im psychoanalytischen Dialog entdeckt, in dem die subjektive Innenwelt des Patienten und seine Interaktionen mit dem Therapeuten in den zentralen Fokus der Forschung genommen wurden (Janssen, 2009).

Der konzeptuelle Ausgangspunkt dieser Traditionslinie ist das Konversionsmodell von Freud (1917), in der die körperliche Symptomatik als Ausdruck eines innerseelischen Konfliktes verstanden wird. Der Körper ist in diesem Verständnis Ausdrucksbühne, auf dem die Abwehr und das Abgewehrte in Form des Symptoms zur Darstellung kommt. Alexander (1951) formulierte spezifische psychodynamische Grundkonflikte, die mit unterschiedlichen körperlichen Erkrankungen verbunden sind. Für ihn waren die psychosomatischen Störungen jedoch nicht eine Ausdruckskrankheit, sondern Folge einer resultierenden vegetativen Reaktion.

In der Weiterentwicklung dieses Modells sprach Mitscherlich (1966) von einer zweiphasigen Verdrängung. In einer ersten Phase, so Mitscherlich, münden starke und anhaltende unbewusste Konflikte und Belastungen in einer psychischen Symptombildung. Reicht die daraus resultierende Entlastung nicht aus, erfolge eine Verdrängung in den somatischen Bereich durch eine Resomatisierung der Affekte. Er nahm dabei Bezug zu dem stärker Ich-psychologisch-orientierten Modell von Max Schur (1955). Er sah die Entwicklung psychosomatischer Erkrankungen als Folge der Resomatisierung der affektiven Reaktion in Belastungssituationen. Unter schweren Belastungen, traumatischen Erlebnissen und in Konfliktsituationen komme es zur Resomatisierung der affektiven Reaktion, die in eine psychosomatische Symptombildung münden könne. Eng verbunden ist dieses Modell

\*Dieser Beitrag stellt eine gekürzte Version eines Vortrages bei der DGPT dar, der im Jahresband der DGPT erscheinen wird.

mit dem Alexithymiekonzept der französischen Schule (Marty und de M'Uzan 1963). Der Begriff Alexithymie beschreibt die Schwierigkeit des Patienten, Gefühlsvorgänge wahrzunehmen, die für die Autoren verbunden sind mit einer charakteristischen Form der Objektbeziehung (projektive Reduplikation) und einem konkretistischem Denkstil. Sowohl die konfliktorientierten als auch die Ich-psychologischen Ansätze wurden in den weiteren Jahren in der psychodynamischen Psychosomatik weiterentwickelt. Im Deutschland der Nachkriegszeit sind es u. a. Alexander Mitscherlich, Horst-Eberhard Richter, Sven Olaf Hoffmann, Michael von Rad, Gerhard Rudolf, Anneliese Heigl-Evers und Paul Janssen, die diese Traditionslinie verkörpern. Sie gibt wichtige Impulse für die psychosomatische Modellbildung aber auch für die psychotherapeutische Versorgung und die Gestaltung der Weiterbildung im Bereich der Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie.

Die zweite Traditionslinie, die integrierte bzw. holistische Tradition der Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie, ist in Deutschland mit dem Namen Thure von Uexküll (1988) und Viktor von Weizsäcker (1949/50) eng verbunden. Zentrales Paradigma dieser Traditionslinie ist es, dass bei allen menschlichen Erkrankungen biologische, psychische und soziale Aspekte bei der Entstehung und Chronifizierung einer Erkrankung zu diagnostizieren und zu behandeln sind. Charakteristisch für diese Linie ist die Aussage, dass nicht Krankheiten, sondern kranke Menschen behandelt werden. Das subjektive Erleben des kranken Menschen in Diagnostik und Therapie ist somit zu berücksichtigen und die Arzt-Patient-Beziehung entsprechend zu gestalten. In diesem holistischen Ansatz ist die Psychosomatik eine Beurteilungs-/Handlungsdimension (Janssen, 2009). Es ist ein medizinisches Grundlagenfach für alle Ärzte und dementsprechend kein Spezialfach. So formulieren Weiss und English 1943 in ihrem Lehrbuch: „Psychosomatische Medizin ist ein vergleichsweise neuer Begriff, aber er beschreibt einen Weg der Medizin, der so alt ist, wie die Kunst des Heilens selber. Sie ist keine Spezialität, sondern eine Betrachtungsweise, die für alle Aspekte der Medizin und der Chirurgie gilt. Es geht nicht darum, das Soma weniger zu studieren, es geht vielmehr darum, die Psyche mehr zu studieren“ (zitiert nach Janssen, 2009).

Die aktuelle Psychosomatische Medizin versucht „das Beste der beiden früher oft antagonistisch erlebten Traditionslinien zu extrahieren und in der klinischen und wissenschaftlichen Praxis umzusetzen“ (Henningsen, 2013).

Mittlerweile stellt die Psychosomatische Medizin einen wichtigen Eckpunkt in der Versorgung von Menschen mit psychischen und psychosomatischen Störungen in Deutschland dar. Mehr als 5.000 Ärzte haben den Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie mittlerweile erworben. In mehr als 200 psychosomatisch-psychotherapeutischen stationären Einrichtungen mit über 10.000 Behandlungsplätzen werden Patienten stationär psychosomatisch-psychotherapeutisch behandelt, in ca. 160 psychosomatischen Rehabilitationseinrichtungen erfolgt eine stationäre psychosomatische Rehabilitationsmaßnahme. Mehr als 3.000 Fachärzte für Psychosomatische Medizin

und Psychotherapie sind im ambulanten Bereich tätig. Das Fachgebiet ist nicht nur quantitativ gewachsen, es hat sich auch inhaltlich weiterentwickelt (Herzog, Beutel und Kruse, 2013).

Die durch die Schulenorientierung geprägte Psychotherapielandschaft hat sich in den vergangenen 20 Jahren deutlich entideologisiert. Störungsorientierte Psychotherapieansätze wurden zunehmend weiterentwickelt. Auch haben die verhaltenstherapeutischen Ansätze und die Integration des Stresskonzeptes sich in zahlreichen Bereichen der Psychosomatischen Medizin als gewinnbringend erwiesen.

Die Psychosomatische Medizin hat die Herausforderung der modernen Medizin sowohl im klinischen, wissenschaftlichen und ökonomischen Rahmen aufzunehmen, um Voraussetzungen für eine langfristige Perspektive der psychodynamischen Psychotherapie in der Krankenversorgung zu schaffen. Dabei geht es darum, auf konkrete Problemstellungen der Psychosomatik orientierte psychotherapeutische Kompetenzen zu vermitteln und anzuwenden, ohne einerseits die Richtlinienpsychotherapie zu vernachlässigen und andererseits sie zur alleinigen Richtschnur zu machen.

## **Wissenschaftliche Herausforderung für die Psychosomatische Medizin**

Die Psychosomatische Medizin beschreitet zwei sehr unterschiedliche methodische Wege, Erkenntnis über den Menschen und seine psychosomatischen Zusammenhänge zu entwickeln. Einerseits nutzt sie in ihren Erklärungsansätzen die naturwissenschaftliche Logik der Medizin, die die allgemeingültigen Gesetzmäßigkeiten des Körperlichen entsprechend dem naturwissenschaftlichen Paradigma erforscht. Andererseits verfolgt sie einen lebensgeschichtlichen hermeneutischen und somit kulturwissenschaftlichen Ansatz, der das einzelne Subjekt in seiner individuellen Subjektivität einschließlich der Bedeutung des Körpers mit seinen lebensgeschichtlichen und sozialen Bezügen zu verstehen sucht. Beide Ansätze werden in der Psychosomatischen Medizin in Beziehung gebracht.

Die Forschung im Bereich der Psychosomatischen Medizin muss dabei anschlussfähig sein an die biomedizinische Forschung, um im Kontext der evidenzbasierten Medizin bestehen zu können. Das Forschungsumfeld im Bereich der Humanmedizin ist geprägt durch die Dominanz der naturwissenschaftlich orientierten Grundlagenforschung und die Notwendigkeit, die Wirksamkeit des eigenen diagnostischen und therapeutischen Handelns durch empirische Evidenz zu belegen. So ist z.B. die Grundlage für die Anerkennung eines Therapieverfahrens der Grad der empirischen Evidenz, die sich an der Anzahl und Qualität der randomisiert-kontrollierten Studien bemisst.

Dieser Herausforderung zu begegnen, stößt in der augenblicklichen Wissenschaftslandschaft auf sehr unterschiedliche Schwierigkeiten. So stehen wir vor der grundsätzlichen Problematik, psychisches Erleben, psychosomatische Interaktionen und psychotherapeu-

tische Veränderungsprozesse nicht nur hermeneutisch zu verstehen, sondern sie auch mit sozialem empirischen und biologischen Markern zu messen. Die Möglichkeiten, für diese Forschung Gelder einzuwerben, sind zurzeit erheblich eingeschränkt. Die Grundförderung in der Wissenschaft ist in den vergangenen Jahren deutlich zurückgefahren, zu Gunsten der Drittmittelförderung und der leistungsorientierten Vergabe von Geldern. So können größere Forschungsprojekte nur dann erfolgreich durchgeführt werden, wenn sie durch die in einem kompetitiven Verfahren eingeworbenen Drittmittel finanziert werden. Im Rahmen dieser Drittmittelvergaben entscheidet die „wissenschaftliche community“, welche Forschungsprojekte sie fördern möchte. Sie nimmt somit unmittelbar Einfluss auch auf die Inhalte der Forschung. Vor diesem Hintergrund ist die Bereitschaft, für die Erforschung biopsychosozialer Zusammenhänge sowie für die Psychotherapieforschung Gelder zur Verfügung zu stellen, sehr begrenzt.

Gleichzeitig müssen sich die Wissenschaftler einer internen Evaluierung unterziehen. Als wesentliche Leistungsmerkmale des Wissenschaftlers werden die durch die wissenschaftlichen Publikationen erzielten Impact-Punkte gewertet sowie die kompetitiv eingeworbenen Drittmittel. Dabei erweist sich das wissenschaftliche Arbeitsfeld als sehr fragmentiert, u. a. dadurch, dass durch einen hohen Grad an Spezialisierung einzelne Forschungsbereiche kaum noch in der Lage sind, über ihre Forschungsergebnisse miteinander zu kommunizieren.

Dennoch ist in dem vergangenen Jahrzehnt die Evidenz für das biopsychosoziale Krankheitsmodell deutlich gewachsen. Auf der Suche nach den genetischen Ursachen der Erkrankung entdeckte man die Epigenetik, einen Forschungszweig, der die Interaktion zwischen Geneexpression und biographischen Erfahrungen untersucht. Auf der Suche nach den neurobiologischen Grundlagen des Erlebens entdeckte man die Neuroplastizität des Gehirns, d.h. das erfahrungsabhängige Wachstum bestimmter Hirnareale. In großen prospektiven epidemiologischen Studien wurde die Bedeutung psychosozialer Faktoren für die Entwicklung chronischer körperlicher Erkrankungen bestätigt. Auch wuchs die empirische Evidenz für die Wirksamkeit der psychodynamischen Psychotherapie in den vergangenen 10 Jahren erheblich an. Metaanalysen weisen darauf hin, dass bei zahlreichen Störungsbildern die psychodynamische Psychotherapie einen ausgeprägten Effekt auch auf die Entwicklung der Symptomatik hat (Leichsenring et al., 2015).

## **Herausforderung durch den institutionellen und ökonomischen Rahmen in der Medizin**

Die Ökonomie in der Medizin verfolgt die Aufgabe, einen Rahmen zu schaffen, in dem die medizinische Versorgung ermöglicht werden kann. Zunehmend durchdringt die Logik der Ökonomie aber auch unmittelbar die Gestaltung der medizinischen Versorgung (Maio, 2014). Um Arbeitsprozesse zu optimieren, wird in der hochspezialisierten medizinischen

Versorgung zunehmend auf ein technisches Reparaturmodell zurückgegriffen. Im Rahmen einer fragmentierten Versorgung werden einzelne Organe, wie z. B. Koronararterien, „repariert“. Dabei werden die Arbeitsabläufe extrem verdichtet, um eine ausreichende Auslastung zu erzielen. Unter den aktuellen Rahmenbedingungen des Gesundheitssystems ist nur so ein wirtschaftliches Arbeiten im Krankenhaus möglich. Hinzu kommt, dass die Abläufe zunehmend formalisiert werden und der Dokumentationsaufwand steigt. Dieser ist notwendig, um eine transparente Abrechnung sowie eine juristische Absicherung zu erzielen. Die Technisierung wird mit den wachsenden technischen Möglichkeiten in der Medizin fortschreiten, auch um die darin liegenden wirtschaftlichen Reserven zu sichern.

Daraus erwachsen zumindest drei Aufgaben für die Psychosomatische Medizin, die sich in ihrer holistischen Tradition auch der Einführung des Subjekts in die Medizin verbunden fühlt. Die Psychosomatische Medizin...

- ... besitzt eine Schnittstellenfunktion zwischen somatischer, hochspezialisierter und technisierter Medizin und dem psycho-sozialen und psychotherapeutischen Versorgungsbereich, die sich in interdisziplinären Kooperationen und Konsiliar- und Liaisontätigkeiten, aber auch in der Vermittlung psychosomatischer Basiskompetenzen an primär somatisch tätige Ärzte realisieren kann.
- ... kann sich nicht nur auf die individuelle Therapie von Patienten mit psychischen und psychosomatischen Störungen zurückziehen, sie hat auch den politischen Auftrag, auf die Gefahren aufmerksam zu machen, die mit der aktuellen Fragmentierung, Technisierung und Ökonomisierung der Medizin für den Patienten verbunden sind.
- ... muss ökonomische Rahmenbedingungen erhalten und ausbauen, die eine psychosomatische und psychotherapeutische Versorgung im Rahmen der medizinischen Versorgung ermöglichen. So kommt der Weiterentwicklung des Krankenhausfinanzierungssystems im Bereich der Psychiatrie, Psychosomatik und Kinder- und Jugendpsychiatrie eine erhebliche Bedeutung für die Weiterentwicklung der Psychosomatischen Medizin zu.

## Herausforderungen in der Versorgung

Psychische und psychosomatische Störungen sind mit einer 1-Monats-Prävalenz von 19,8 % sehr häufig. Sie beeinträchtigen die Lebensqualität für die Betroffenen massiv und haben enorme sozialmedizinische Folgen. Nahezu 40 % aller neu bewilligten Erwerbsminderungsrenten erfolgen wegen psychischer Störungen, ca. 20 % aller Arbeitsunfähigkeitstage entfallen auf psychische Störungen.

Auch das Krankheitsspektrum hat sich erheblich verändert. Funktionelle Störungen sowie chronische körperliche Erkrankungen, wie z. B. Diabetes und chronische Herzer-

krankungen, überwiegen. Insbesondere komplexe Störungen, d. h. Störungsbilder, bei denen körperliche Multimorbidität verbunden ist mit einer psychosozialen Problematik, erweisen sich sowohl für den Patienten als auch für das Versorgungssystem als sehr problematisch. Sie führen zu einer stark eingeschränkten Lebensqualität und erhöhten Sterblichkeit, verbunden mit erhöhten Kosten im Gesundheitssystem (Wild et al., 2014). So sterben Patienten mit Diabetes mellitus oder koronarer Herzerkrankung deutlich früher, wenn sie gleichzeitig eine psychische Störung aufweisen (Hofmann et al., 2013). Diese Patienten haben oftmals primär kein psychosomatisches Krankheitsverständnis und keine Psychotherapiemotivation. Sie werden überwiegend zunächst in hausärztlichen Praxen behandelt und zählen zu der Patientengruppe mit den häufigsten Hausarztkontakten, Überweisungen und AU-Bescheinigungen. Sie stellen eine besondere Risikogruppe dar.

Aus diesen Herausforderungen erwachsen für die Psychosomatische Medizin folgende Aufgabenfelder.

- Da der Hausarzt bzw. der Facharzt primärer Ansprechpartner für Patienten mit psychischen und psychosomatischen Störungen sowie für Patienten mit komplexen Störungsbildern ist, gilt es, durch Schulung der Arzt-Patient-Kommunikation und Vermittlung der psychosomatischen Grundkompetenz und Grundversorgung dafür zu sorgen, dass eine adäquate psychosomatische Basisdiagnostik und Versorgung bei diesen Patienten erfolgt.
- Auf einer zweiten Ebene sind Formen der interdisziplinären Zusammenarbeit von somatisch tätigen Ärzten und Psychosomatikern weiterzuentwickeln, z.B. im Rahmen von Konsiliar- und Liaison-tätigkeiten, verbunden mit der Implementierung störungs- und kontextbezogener psychotherapeutisch-psychosomatischer Interventionen, z.B. für Patienten in der Transplantationsmedizin, in der Palliativmedizin, Schmerztherapie, Onkologie, Kardiologie etc.. So wurden in den vergangenen Jahren psychodynamisch orientierte psychotherapeutische Interventionen bei Patienten z.B. mit Brustkrebs-erkrankungen, koronarer Herzerkrankung und Diabetes (Beutel et al. 2014, Albus et al. 2011, Kruse et al. 2010) entwickelt und evaluiert.
- Im Bereich der stationären Krankenhaus- und Rehabilitationsbehandlung werden multimodale psychodynamische Behandlungsansätze weiterentwickelt. Der stationäre Rahmen bietet die Möglichkeit, simultan und vernetzt die somatische und die psychotherapeutische/psychosomatische Diagnostik/Therapie durchzuführen. Die Integration kreativer Therapieverfahren (Musiktherapie, Gestalttherapie, Kunsttherapie etc.), familientherapeutischer Ansätze, sozialarbeiterischer Unterstützung sowie Sport- und Bewegungstherapie in ein multimodales psychodynamisches-psychotherapeutisches

Setting ermöglicht u.a. ein intensives Arbeiten mit Patienten, die primär keiner Psychotherapie zugänglich sind, z.B., da sie kaum eine therapeutische Ich-Spaltung aufbauen können, sie im Rahmen der mangelnden Mentalisierungsfähigkeit nur unzureichend Zugang zu intrapsychischen Prozessen finden können oder sich in einer aktuellen Krise befinden, die eine Herausnahme aus dem sozialen Feld sinnvoll erscheinen lässt.

- Die psychodynamisch orientierten Richtlinienpsychotherapien sind für die Arbeit in der Psychosomatischen Medizin weiterhin zentraler Versorgungsbestandteil. Diese sind vor dem Hintergrund des aktuellen Wissens und den Versorgungsanforderungen weiterzuentwickeln. Als Beispiele mögen die Integration von EMDR und weiterer traumaspezifischer Methoden in die psychodynamischen Verfahren sowie die Entwicklung störungsorientierter Behandlungsansätze dienen. Störungsspezifische psychotherapeutische Behandlungsansätze wurden zunächst im Kontext der Verhaltenstherapie entwickelt. Die psychodynamische Psychotherapie versteht die Störungen als Ausdruck von Konflikt- oder Strukturstörungen bzw. von der Verarbeitung traumatischer Erlebnisse, in deren Folge sich sehr unterschiedliche Symptombilder entwickeln können. Die Therapie wird stärker auf die Verarbeitung der intrapsychischen Konflikte, der Strukturproblematik bzw. der Integration traumatischer Inhalte fokussiert. Es zeigt sich jedoch, dass es spezifische Merkmale bei klinisch definierten Störungsbildern hinsichtlich des Aufbaus eines Arbeitsbündnisses, der charakteristischen Interaktionsmuster, der Übertragung, der zugrundeliegenden Konflikte und des Aufbaus eines Arbeitsbündnisses gibt (Beutel et al., 2002). So wurden vermehrt störungsorientierte psychodynamische Behandlungsansätze z. B. für Panikstörung (Subic-Wrana et al. 2012), für generalisierte Angststörungen (Leichsenring und Salzer 2014), für somatoforme Störungen (Arbeitskreis PISO 2012) und für Anorexia nervosa (Friederich et al. 2014) entwickelt. In diesen Behandlungsansätzen werden psychodynamische Interventionen konkretisiert für den Umgang mit spezifischen Behandlungsproblemen, z. B. in der Therapie von Patienten mit somatoformen Schmerzstörungen bzw. mit Anorexia nervosa.

## Das Versorgungsprofil der Psychosomatischen Medizin wandelt sich

Diese Herausforderung hat die Psychosomatische Medizin sowohl in der stationären als auch in der ambulanten Versorgung angenommen. In aktuell mehr als 200 stationären Einrichtungen erfolgt eine intensive psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung, in der Einzel- und Gruppenpsychotherapie, verbunden mit Kreativtherapien und Sozialtherapien, fokussiert durchgeführt werden. Diese stationäre Einheit bildet in der Regel den Kernbereich der psychosomatischen Abteilung. Gleichzeitig beteiligt sich die Psychosomatische Medizin an multimodalen Komplexbehandlungen wie z. B. in der multimodalen Schmerztherapie, der Arbeit auf der Palliativstation oder in der

Versorgung chronisch körperlicher Erkrankungen wie z. B. Adipositas oder Diabetes. In onkologischen und Organ-Zentren ist sie integriert, z. B. in der Arbeit der Brustzentren oder der Hauttumorzentren. Durch ihre Konsiliar- und Liaisondienste schafft sie eine Schnittstelle zwischen der somatischen und der psychotherapeutischen Versorgung. Mithilfe von Schulungen im Bereich der psychosomatischen Grundversorgung und der Arzt-Patient-Kommunikation vermitteln sie die psychosomatische Basiskompetenz in die somatische Medizin hinein.

Auch im ambulanten Bereich verändert sich zunehmend das Versorgungsprofil der Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie. Der Facharzt ist gefordert als Diagnostiker, um rasch eine initiale biopsychosoziale Gesamtdiagnostik oder eine psychosomatische Simultandiagnostik zu leisten. Er ist Vermittler, Übersetzer und Schnittstelle zwischen der somatischen Medizin und der psychotherapeutischen Versorgung, u. a. in dem er auch Konsile für Hausärzte durchführt. Dabei ist er Behandlungsplaner, der gemeinsam mit dem Patienten die weitere psychotherapeutische, psychiatrische und somatische Versorgung plant, und er ist Psychotherapeut, der u. a. Richtlinienpsychotherapien durchführt (Kruse et al. 2013).

Die psychotherapeutisch-psychosomatische Behandlung der Patienten sollte eingebunden sein in einen Gesamtbehandlungsplan. Dieser umfasst einerseits die qualifizierte somatische Behandlung sowie die psychosomatische Basisversorgung in der Hand des Hausarztes bzw. Facharztes. In einem Stepped Care-Ansatz erweisen sich dann niederschwellige Therapieangebote u. a. im Rahmen psychosomatischer Ambulanzen oder diagnostischer Gespräche in der ambulanten Versorgung als sehr hilfreich, ein psychosoziales Krankheitsverständnis und ggf. eine psychotherapeutische Behandlungsmotivation aufzubauen. Bei einer Reihe von Patienten erweisen sich diese Angebote als ausreichend. Besteht ein weiterer Behandlungsbedarf und konnte eine psychotherapeutische Behandlungsmotivation aufgebaut werden, so können differenzierte Formen der Psychotherapie eingeleitet werden. Solche strukturierten Versorgungsprogramme können nur gelingen, wenn sie in enger Kooperation mit hausärztlichen bzw. fachärztlichen Praxen durchgeführt werden. Die Aufgabe der Psychosomatiker und Psychotherapeuten ist es, sich eng im Medizinbetrieb zu vernetzen, um so eine weitere Entwicklung einer qualitativ hochwertigen psychotherapeutischen-psychosomatischen Versorgung zu gewährleisten.

## Literatur:

- Albus, C., Beutel, M.E., Deter, H.C., Fritzsche, K., Hellmich, M., Jordan, J., Juenger, J., Krauth, C., Ladwig, K.H., Michal, M., Mueck-Weymann, M., Petrowski, K., Pieske, B., Ronel, J., Soellner, W., Waller, C., Weber, C. & Herrmann-Lingen, C. (2011): A stepwise psychotherapy intervention for reducing risk in coronary artery disease (SPIRR-CAD) - rationale and design of a multicenter, randomized trial in depressed patients with CAD. *J Psychosom Res.* Oct;71(4):215-22.
- Alexander, F. (1951): *Psychosomatische Medizin*. Berlin: De Gruyter.
- Arbeitskreis PISO (Hrsg.) (2012): *Somatoforme Störungen: Psychodynamisch-Interpersonelle Therapie (PISO)*. Göttingen: Hogrefe.
- Beutel, M.E. (2002): *Neurowissenschaft und Psychotherapie*. *Psychotherapeut* 47, 1-10. Berlin: Springer.
- Beutel, M.E., Weißflog, G., Leuteritz, K., Wiltink, J., Haselbacher, A., Ruckes, C., Kuhnt, S., Barthel, Y., Imruch, B.H., Zwerenz, R. & Brähler, E. (2014): Efficacy of short-term psychodynamic psychotherapy (STPP) with depressed breast cancer patients: results of a randomized controlled multicenter trial. *Ann Oncol.* Feb;25(2):378-84.
- Fonagy, P. (2003): *Bindungstheorie und Psychoanalyse*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Freud, S. (1917): *Vorlesung zur Einführung in die Psychoanalyse*. G.W. 11
- Friederich, H.C., Herzog, W., Wild, B., Zipfel, S. & Schauenburg, H. (2014): *Anorexia nervosa: Fokale psychodynamische Psychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Henningsen, P. (2013): *Psychosomatische Medizin und Psychotherapie heute – Das Beste aus zwei Welten*. In: Herzog, W., Beutel, M., Kruse, J. (Hrsg.): *Psychosomatische Medizin und Psychotherapie heute – Zur Lage des Fachgebietes in Deutschland*. Stuttgart: Schattauer-Verlag.
- Herzog, W., Beutel, M.E. & Kruse, J. (Hrsg.) (2013): *Psychosomatische Medizin und Psychotherapie heute – Zur Lage des Fachgebietes in Deutschland*. Stuttgart: Schattauer-Verlag.
- Hofmann, M., Köhler, B., Leichsenring, F. & Kruse, J. (2013): Depression as a Risk Factor for Mortality in Individuals with Diabetes: A Meta-Analysis of Prospective Studies. *PLOS ONE* 8(11): e79809. doi: 101371/journal.pone.0079809
- Janssen, P.L. (2009): *Psychoanalytische-psychodynamische Theorien und Krankheitskonzepte*. In: Janssen, P.L., Joraschky, P., Tress, W. (Hrsg.): *Leitfaden Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*. Köln: Dt. Ärzte-Verlag.
- Kruse, J., Beutel, M.E. & Herzog, W. (2013): *Quo Vadis Psychosomatische Medizin und Psychotherapie?* In: *Psychosomatische Medizin und Psychotherapie heute – Zur Lage des Fachgebietes in Deutschland*. Stuttgart: Schattauer-Verlag.
- Kruse, J., Basler, M., Beutel, M.E. et al. (2013): *Das Fachgebiet Psychosomatische Medizin und Psychotherapie in der Versorgung*. In: *Psychosomatische Medizin und Psychotherapie heute – Zur Lage des Fachgebietes in Deutschland*. Stuttgart: Schattauer-Verlag.
- Kruse, J., Larisch, A., Hofmann, M. & Herzog, W. (2013): *Ambulante psychosomatische und psychotherapeutische Versorgung in Deutschland – Versorgungsprofile abgebildet durch Daten der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV)*. *Psychoth Psych Med* 59: 254-272.
- Leichsenring, F., Salzer, S. (2014): *Generalisierte Angststörung: Psychodynamische Therapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Leichsenring, F., Luyten, P., Hilsenroth, M.J., Abbass, A., Barber, J.P., Keefe, J.R., Leweke, F., Rabung, S. & Steinert C. (2015): *Psychodynamic Therapy Meets Evidence-Based Medicine: A Systematic Review Using Updated Criteria*. *Lancet Psychiatry*, Jul; 2(7): 648-60.
- Leichsenring, F., Leweke, F., Klein, S. & Steinert, C. (2015): *The Empirical Status of Psychodynamic Psychotherapy – An Update: Bambi's Alive and Kicking*. *Psychother Psychosom* 84: 129-148.
- Maio, G. (2014): *Medizin ohne Maß? Vom Diktat des Machbaren zu einer Ethik der Besonnenheit*. Stuttgart: Trias.
- Marty, P. & de M'Uzan, D. (1963): *L'Investigation Psychosomatique*. Paris: puf.
- Mitscherlich Alexander: *Krankheit als Konflikt; 1966 (Studien zur psychosomatischen Medizin)*. Frankfurt: Edition Suhrkamp.
- Rudolf, G. (2006): *Strukturelle Psychotherapie*. Stuttgart: Schattauer-Verlag.
- Schur, M. (1955): *Zur Metapsychologie der Somatisierung*. In: Brede, K. (Hrsg.): *Einführung in die psychosomatische Medizin*. 1974, 335-395. Frankfurt: Fischer.
- Subic-Wrana, C., Milrod, B. et al., (2012): *Panikfokussierte Psychodynamische Psychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.

Uexküll von, Th. & Wesiak, W. (2003): Integrierte Medizin als Gesamtkonzept der Heilkunde: Ein bio-psycho-soziales Modell. In: Uexküll von, Th. (Hrsg.): Psychosomatische Medizin – Modelle ärztlichen Denkens und Handelns. Auflage 5, 3-42. München/Jena: Urban u. Fischer.

Uexküll von, Th., Wesiak, W. (1988): Theorie der Humanmedizin. München: Urban u. Schwarzenberg.

Weiss, E.G. & English, O.S. (1943) Psychosomatic Medicine. Philadelphia: W. B. Saunders Co.

Weizsäcker von, V. (1949/50): Psychosomatische Medizin. Psyche 3, 331-341. Stuttgart: Klett-Cotta.

Wild, B., Heider, D., Maatouk, I., Slaets, J., König, H.H., Niehoff, D., Saum, K.U., Brenner, H. Söllner, W. & Herzog, W. (2014): Significance and costs of complex biopsychosocial health care needs in elderly people: results of a population-based study. Psychosom Med. Sep;76(7):497-502.

Wöller, W. & Kruse, J. (2014): Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie. Basisbuch und Praxisleitfaden. 4. überarbeitete Aufl. Stuttgart: Schattauer-Verlag.

# Psychosomatik online?

## Erfahrungen und Perspektiven des Internets

*Manfred E. Beutel*



Psychosomatik online? Erfahrungen und  
Perspektiven des Internets

**Manfred E. Beutel & Rüdiger Zwerenz**  
und  
Katharina Gerzymisch, Jan Becker, Severin Hennemann  
AG Rehawissenschaften/E-Mental-Health

**40 Jahre Psychosomatische Klinik Bad Neustadt**  
Psychosomatik im Wandel der Zeit  
Freitag, 30. Oktober 2015

# Psychodynamische Therapie online?



- Vorbehalte Psychotherapeuten/Psychosomatiker (Scharff 2013):
  - Online Gesundheitsinformationen (“Dr. Google”)
  - Exzessiver Internetgebrauch
  - Einbußen an emotionalem Kontakt, Beziehung, Übertragung
- Metaanalysen: positive Effekte internet-basierter Selbsthilfe und Intervention bei Angst, Depression, Adipositas, Essstörungen, PTBS
  - Akzeptanz variiert bei Teilnehmern und Gesundheitssystem
  - Mangel an Langzeitergebnissen und direkten Vergleichen zu Psychotherapie
  - Meist kognitive Verhaltenstherapie oder Patientenschulung

2

## Themen

 UNIVERSITÄTSmedizin.  
Klinik und Poliklinik für  
Psychosomatische Medizin und  
Psychotherapie

- Psychodynamische Nachsorge  
GSA Online
  - Therapeutische Beziehung online
- Unterstützung stationärer Therapie  
durch Onlineselbsthilfe: Deprexis
- Virtuelle Onlineklinik: Reh@:Info
- Aktuelle Entwicklungen:
  - Umsetzungsstudie GSA Online plus
  - Kraft eigener Emotionen Nutzen (KEN) Onlineselbsthilfe
- Schlussfolgerungen



„Wir müssen unsere Strategie überdenken, zu hoffen, das Internet verschwindet einfach wieder“



## Themen

- Psychodynamische Nachsorge GSA Online
  - Therapeutische Beziehung online
- Unterstützung stationärer Therapie durch Onlineselbsthilfe: Deprexis
- Virtuelle Onlineklinik: Reh@:info
- Aktuelle Entwicklungen:
  - Umsetzungsstudie GSA Online plus
  - Kraft eigener Emotionen nutzen
- Schlussfolgerungen

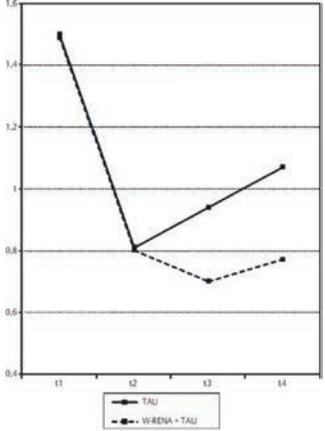


„Wir müssen unsere Strategie überdenken, zu hoffen, das Internet verschwindet einfach wieder“



## Internet-basierte Nachsorge nach stationärer Rehabilitation

- Nachsorge wichtig um Effekte stationärer Rehabilitation zu erhalten und Rückkehr zur Arbeit zu fördern
- Geringe Teilnahmequoten offline (Zugang, Zeit...)
- Onlinenachsorge verbessert psych. Stabilität nach psychosomatischer Rehabilitation (Ebert et al., Rehabilitation 2013; 52: 164–172)



Time Point	TAU (Solid Line)	WIRENA + TAU (Dashed Line)
t1	1.5	0.8
t2	0.8	0.7
t3	0.95	0.75
t4	1.1	0.8

## Psychodynamische Online-Nachsorge für beruflich belastete Rehabilitanden

GSA Online (ISRCTN33957202) Zwerenz et al., *Trials*, 2013

- **Ziel:** Indikationsübergreifende Evaluation der Wirksamkeit der Online-Intervention bzgl. der beruflichen Wiedereingliederung
- **Einschlusskriterien:** Internetzugang, 18-59 Jahre, Erwerbstätigkeit, Berufliche Belastung (SIBAR)
- **Primäre Zielgröße:** Subjektive Prognose der Erwerbsfähigkeit SPE nach 12 Mon.
- **Sekundäre Zielgrößen:** Depression, Angst (PHQ), Lebensqualität (SF-12), berufsbezogene Risikomerkmale (AVEM)
- **Zufallszuordnung(RCT):**
  - **Intervention:** Psychodynamische Online-Nachsorge beruhend auf Supportiv Expressiver Therapie (Luborsky 1984)
  - **Kontrollgruppe:** Information über Schlaf, Ernährung, Bewegung, Stressbewältigung, Entspannung (1/Woche)

\* Förderung DRV-Bund, Förderschwerpunkt „Nachhaltigkeit durch Vernetzung“ (11/2010-08/2014; FKZ: 0423/00-40-65-50-25)

[online-nachsorge.de](http://online-nachsorge.de)








## Blog: Allgemeine Instruktion

*„Ich möchte Sie bitten, eine Situation im Umgang mit anderen zu schildern, die Sie in der vergangenen Woche am meisten bewegt und beschäftigt hat. Bitte geben Sie an, was Ihre Wünsche und Erwartungen waren und wie Sie und die anderen reagiert haben. Schildern Sie auch Ihre Gedanken und Gefühle ... Bitte nehmen Sie sich ca. 45 Minuten Zeit. ... Sie müssen sich beim Schreiben keine Gedanken über die Rechtschreibung, Satzstellung oder Grammatik machen. Es ist wichtig, das Schreiben nicht zu unterbrechen.“*

Beziehungsmuster am Arbeitsplatz – die drei Kernfragen:

- Was waren Ihre Wünsche und Erwartungen in der Situation?
- Wie haben die anderen an der Situation Beteiligten reagiert?
- Wie haben Sie auf die anderen reagiert?



online-nachsorge.de



UNIVERSITÄTSmedizin.  
Klinik und Poliklinik für  
Psychosomatische Medizin und  
Psychotherapie

MARKZ

## Beispiel einer Beziehungsepisode

“Nach einem Jahr Krankschreibung haben sich viele Anforderungen am Arbeitsplatz verändert, und ich kenne mich damit nicht mehr aus. Mein Vorgesetzter behandelt mich wie ein Anfänger. Obwohl er es nicht beweisen kann, behauptet er, er muss mich kontrollieren, damit ich keine Fehler mehr mache, und ich muss ihm immer die Arbeit vorzeigen. ...“

- W: rücksichtsvoll und vertrauensvoll behandelt werden “nach allem was ich für meine Firma getan habe”
- RO: verständnislos, kränkend, herabsetzend
- RS: hilflos und hoffnungslos (“keine Chance”), vorwurfsvoll und nachtragend



online-nachsorge.de

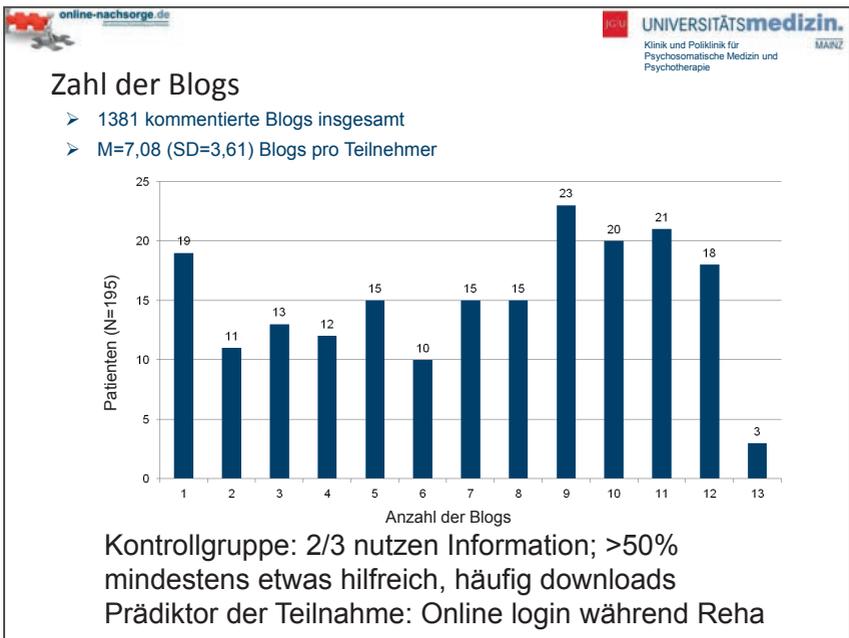
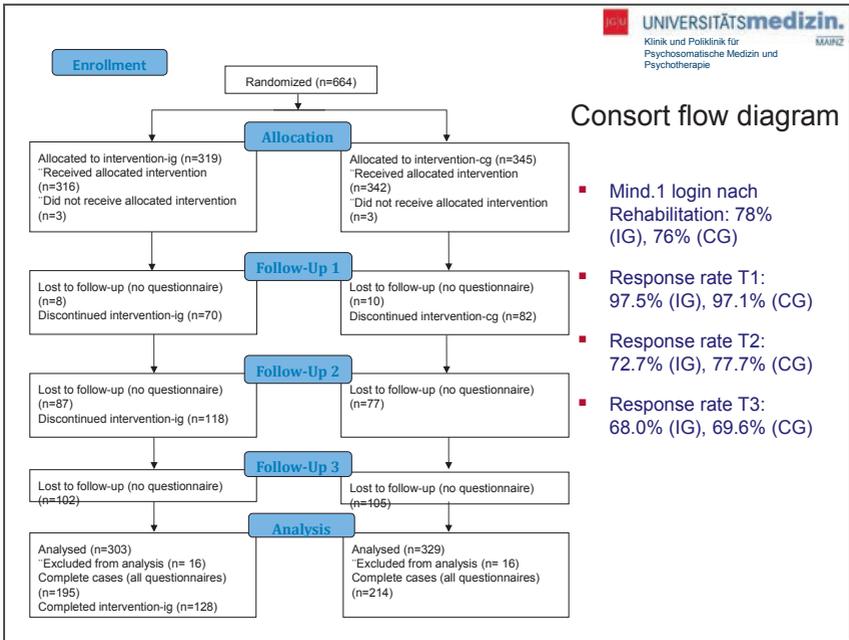


UNIVERSITÄTSmedizin.  
Klinik und Poliklinik für  
Psychosomatische Medizin und  
Psychotherapie

MARKZ

## Blogs Wochen 1 und 12

- (...) Ich werde schon seit 14 Jahren von einem Kollegen gegängelt und denunziert. Ich war bis 2007 sein Vorgesetzter, danach wurde die Situation umgedreht und nun ist er mein Vorgesetzter. Dieser Mensch ist eine Qual für mich und ich werde regelmäßig auf übelste Weise angeschrien und verunglimpft. Ich werde mit gemischten Gefühlen anfangen zu arbeiten. (...)
- „Mir scheint, Sie fühlen sich schon lange in Ihrem Betrieb nicht respektiert. Offenbar hat dieses Gefühl die tägliche Zusammenarbeit sehr schwierig gemacht und unsicher, wie Sie auf Ihren Vorgesetzten zugehen können. Vielleicht gibt es eine Chance Ihre erste Begegnung nach der Rehabilitation anders anzugehen?“
- „... Ich habe gelernt, dass ich bei der Auseinandersetzung ruhig bleiben kann und erst überlegen, ob es sich lohnt zu eskalieren ... das ist schwierig mit einem Choleriker wie meinem Chef, aber ich kenne ihn und kann jetzt schwierige Begegnungen vorhersehen ... ich muss mir Zeit nehmen... “





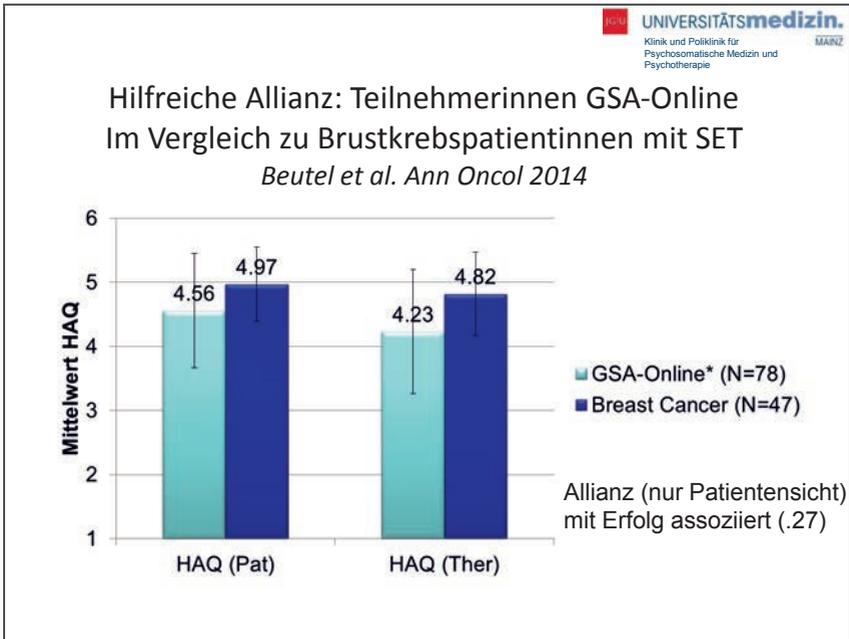
## Ergebnisse

- Signifikante Verbesserung der subjektiven Erwerbsprognose in der Interventions- vs. Kontrollgruppe nach 12 Monaten (Hauptzielkriterium)
- Weitere Verbesserungen: Depressivität, Ängstlichkeit, Stressbelastung, Somatisierung, berufsbezogene Einstellungen
- Prädiktoren des Behandlungserfolgs: Zahl der Blogs, therapeutische Allianz (Patientensicht)

## Themen



- Psychodynamische Nachsorge GSA Online
  - Therapeutische Beziehung online
- Unterstützung stationärer Therapie durch Onlineselbsthilfe: Deprexis
- Virtuelle Onlineklinik: Reh@:info
- Aktuelle Entwicklungen:
  - Umsetzungsstudie GSA Online plus
  - Affektphobie online behandeln
- Schlussfolgerungen



## Therapeutische Allianz

*„hallo online-therapeut, zunächst einmal vielen dank für ihre bemühungen, einschätzungen und gedankenanstöße. ich habe mich bei ihnen stets richtig verstanden gefühlt... das niederschreiben und parallele ordnen von gedanken hat mir geholfen, die teilweise negativen erfahrungen in der firma objektiver, neutraler und distanzierter zu bewerten. ich beziehe schwierige situationen nicht mehr ausschließlich auf mich, sondern habe gelernt, dinge aus unterschiedlichen betrachtungsweisen zu sehen. das hilft mir, in zukunft gelassener mit mir selbst und anderen menschen umzugehen :) ich habe ... gelernt mal \"nein\" zu sagen, ohne dass ich direkt mit nachhaltigen konsequenzen zu rechnen brauche. im gegenteil. es hat die anderen kollegen eher beeindruckt, dass ich nicht ständig zu allem und jedem \"ja\" sage. nochmals vielen lieben dank für ihr \"offenes ohr\" wünscht ihnen der - mediamanager -“*



# Themen

- Psychodynamische Nachsorge  
GSA Online
  - Therapeutische Beziehung online
- Unterstützung stationärer Therapie durch Onlineselbsthilfe: Deprexis
- Virtuelle Onlineklinik: Reh@:info
- Aktuelle Entwicklungen:
  - Umsetzungsstudie GSA Online plus
  - Affektphobie online behandeln
- Schlussfolgerungen





# deprexis



**UNIVERSITÄTSmedizin.**  
Klinik und Poliklinik für  
Psychosomatische Medizin und  
Psychotherapie

**Unterstützung stationärer psychosomatischer  
Behandlung durch angeleitete Online-Selbsthilfe:  
deprexis- Studie**

- Kooperationspartner: Psychosomatische Klinik Bad Neustadt
- Sponsor: Rhön-Klinikum AG
- Stichprobe: N = 240 Patienten (aktuell ca. N=150)
- Diagnose: Depression + BDI > 13
- Zufällige Zuordnung:
  - deprexis parallel zur stationären Therapie & darüber hinaus (12 Wochen)
  - Kontrollgruppe bekommt allg. Depressionsinfos
- Design: Programm, Infos und Fragebögen online
- Laufzeit: 05/2014 – 09/2016

**Themen**



- Psychodynamische Nachsorge GSA Online
  - Therapeutische Beziehung online
- Unterstützung stationärer Therapie durch Onlineselbsthilfe: Deprexis
- **Virtuelle Onlineklinik: Reh@:info**
- Aktuelle Entwicklungen:
  - Umsetzungsstudie GSA Online plus
  - Affektphobie online behandeln
- Schlussfolgerungen



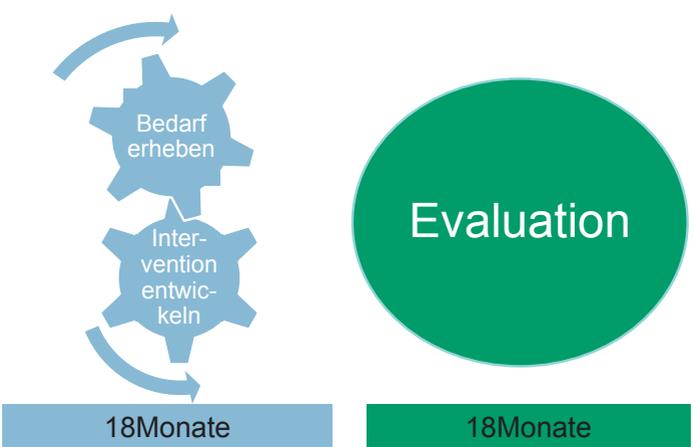
## Reha@:info

Förderung: DRV „Wege in die Rehabilitation“

- Positive Erwartung erklärt bis zu 15% des Therapieerfolgs
- Negative und unrealistische Erwartungen verhindern Zugang zur Reha und beeinträchtigen Erfolg („Kurerwartung“)
- Ziel: Rehabilitanden auf stationäre psychosomatische Rehabilitation (TP/ KVT) mit spezifischen, „authentischen“ internetbasierten Videos vorbereiten
  - Behandlungs- und Ergebnisbewertung verbessern
  - Therapeutisches Bündnis und Erfolg verbessern
- Beruht auf Fokusgruppen und Interviews mit Rehabilitanden und Mitarbeitern
- Prätest des Prototyps: usability, Attraktivität,...
- Gegenwärtig Prüfung in RCT

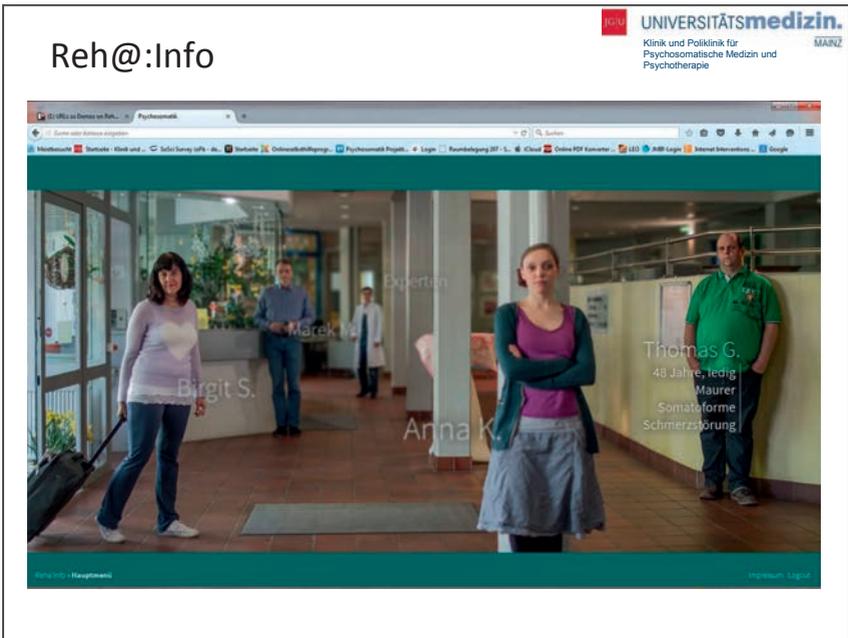
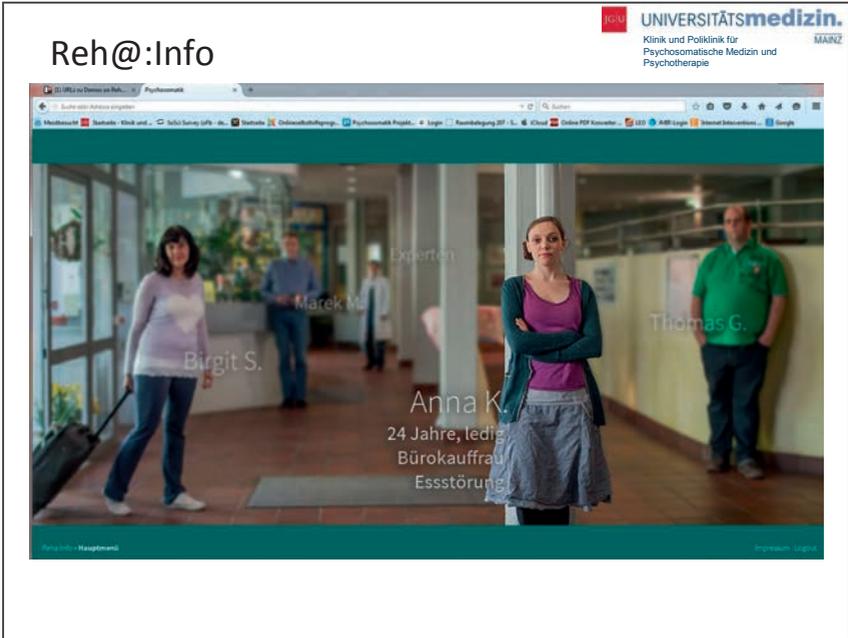


## Studienphasen



18 Monate

18 Monate





## Themen

- Psychodynamische Nachsorge GSA Online
  - Therapeutische Beziehung online
- Unterstützung stationärer Therapie durch Onlineselbsthilfe: Deprexis
- Virtuelle Onlineklinik: Reh@:info
- Aktuelle Entwicklungen:
  - Umsetzungsstudie GSA Online plus
  - Affektphobie online behandeln
- Schlussfolgerungen

ALL RIGHTS RESERVED  
<http://www.cartoonban.com>



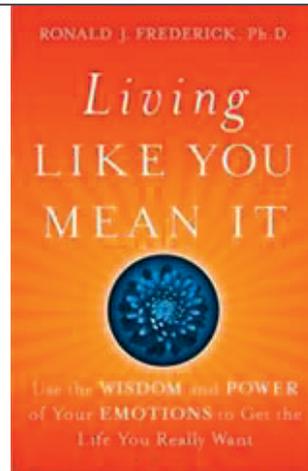


## Umsetzung der internetbasierten Nachsorge GSA-Online plus

- Erweiterte Indikationsbereiche Psychosomatik, Kardiologie, Orthopädie, Onkologie
- Vereinfachung auf wirksame Komponenten
- Videobasierte online Motivations- und Informationsmodule
- Untersuchung von Implementierung, Akzeptanz und Kostenwirksamkeit von GSA-Online unter Praxisbedingungen

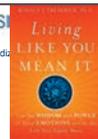
## Themen

- Psychodynamische Nachsorge GSA Online
  - Therapeutische Beziehung online
- Unterstützung stationärer Therapie durch Onlineselbsthilfe: Deprexis
- Virtuelle Onlineklinik: Reh@:info
- Aktuelle Entwicklungen:
  - Umsetzungsstudie GSA Online plus
  - **Kraft eigener Emotionen Nutzen (KEN)**
- Schlussfolgerungen



## Kraft eigener Emotionen Nutzen (KEN)

 UNIVERSITÄT JENA  
Klinik und Poliklinik für  
Psychosomatische Medizin  
Psychotherapie



- (1) Emotionen ermöglichen rapide und automatische Verarbeitung komplexer Information („Bauchgefühl“) und bewerten, wie gut Bedürfnisse erfüllt werden
- (2) Menschen, die wenig Zugang zu ihren Gefühlen haben („Gefühlsphobie“; emotional awareness), erleiden vermehrt Angst, Depression, psychosomatische Symptome und schneiden schlechter bei Psychotherapie ab
- (3) Emotionale Achtsamkeit erlernen in 8 Einheiten über 10 Wochen; Therapeutenkontakt wöchentlich (email)
- (4) Schritte: a) sich seiner Emotionen und Abwehr bewusst werden; b) die Furcht zähmen; c) Emotionen durchleben; d) emotional öffnen
- (5) In schwedischer Studie erfolgreich bei Angst und Depression, z.Zt. Erprobung nach stationärer psychosomatischer Therapie

## Themen



- Psychodynamische Nachsorge GSA Online
  - Therapeutische Beziehung online
- Unterstützung stationärer Therapie durch Onlineselbsthilfe: Deprexis
- Virtuelle Onlineklinik: Reh@:info
- Aktuelle Entwicklungen:
  - Umsetzungsstudie GSA Online plus
  - Affektphobie online behandeln
- **Schlussfolgerungen**

## Schlussfolgerungen

- Psychodynamische Onlinenachsorge gut akzeptiert bei psychisch und körperlich Kranken
- Erkennen und Durcharbeiten maladaptiver Beziehungsmuster in Schreibaufgaben (SET) verbessert indikationsübergreifend subjektive Erwerbsprognose, Depression, Angst, Lebensqualität
- Interdisziplinäre Kooperation eröffnet neue Wege Patienten zu erreichen und Motivation zu fördern (virtuelle Klinik: Reh@:Info)
- online Selbsthilfe kann stationäre Therapie ergänzen und Schnittstellen überbrücken (deprexis)



# ZUSAMMENFASSUNG

Lothar Schattenburg

Die **Psychosomatische Klinik Bad Neustadt** feierte am 30. Oktober 2015 ihren **40-jährigen Geburtstag** unter dem Titel: *Psychosomatik im Wandel der Zeit*. Durch die Tagung führten: Herr Burkhard Bingel, Dr. med. Dagmar Stelz und Prof. Dr. med. Martin Siepmann. Geschäftsführer **Burkhard Bingel** eröffnete den Festtag und **begrüßte ganz herzlich die Gäste und wünschte einen interessanten Tagungsverlauf**. Bingel führte aus, dass bei der Eröffnung vor 40 Jahren die Psychosomatische Klinik Bad Neustadt die erste ihrer Art war und entsprechend Pionierarbeit auf ihrem Fachgebiet geleistet habe. Die Vielfalt der Therapieformen machte in den 90er Jahren eine Aufteilung erforderlich. Es entstanden in Bad Neustadt ein eigener Krankenhausbereich für die psychosomatische Akutbehandlung und ein separater Rehabilitationsbereich für die Wiedereingliederung der Patienten in den Alltag. Dazu gehörte seit Beginn die besondere Berücksichtigung der beruflichen Situation. Bingel führte ferner aus, dass seit Gründung der Klinik die Körperpsychotherapie ein besonderer Schwerpunkt war, ferner habe die Klinik auch dafür gesorgt, die Wartezeiten auf einen Behandlungsplatz zu verkürzen. Bingel bedankte sich ganz herzlich bei der Deutschen Rentenversicherung, den Krankenkassen, der Verwaltung, den Ärztlichen Diensten und regionalen Verantwortungsträgern und Institutionen für die vertrauensvolle und erfolgreiche Zusammenarbeit in den letzten 40 Jahren.

Der Vorstandsvorsitzende der Rhön-Klinikum AG **Dr. med. Dr. jur. Martin Siebert** hielt seinen Eröffnungsvortrag zum Thema: **“Psychosomatik - Medizinische Mode oder moderne Medizin“**. Dieses Thema könne man als Frage oder als Feststellung auffassen. Siebert betonte, dass psychischen und psychosomatischen Erkrankungen heute eine weit höhere Aufmerksamkeit zukomme, als dies noch vor ein oder zwei Jahrzehnten der Fall war. Diese Diagnosen gehören heute zum zweithäufigsten Grund, der bei einer Krankenschreibung angegeben wird. Und sie bilden wohl im Augenblick den häufigsten Grund für eine Frühverrentung in Deutschland. Siebert gibt eine Rückschau auf die Entwicklung des Faches, um heutige Krankheitsbilder ein wenig zu relativieren, ohne sie zugleich zu bagatellisieren. Auf die Frage nach dem Stellenwert der Psychosomatik „Medizinische Mode oder moderne Medizin“ würde man keine eindeutige Antwort formulieren können. Neben den diagnostischen Fragen ging Siebert auch auf die therapeutische Orientierung der Klinik ein. In Ergänzung der ursprünglichen tiefenpsychologisch-psychodynamischen Orientierung wurden zunehmend auch verhaltenstherapeutische bzw. verhaltensmodifizierende Behandlungsstrategien in das therapeutische Konzept integriert und damit die Ergebnisse neuerer Psychotherapieforschung fruchtbar gemacht. Vor diesem Hintergrund setzte sich die Überlegenheit eines jeweils individuell angepassten, Therapieschulen-übergreifenden Behandlungskonzeptes durch. Ferner unterstrich Siebert, dass heute das

*integrative Therapiekonzept* eine gelebte Selbstverständlichkeit sei. Die Ärzte der Psychosomatischen Klinik werden von den Fachkollegen der anderen Campus-Kliniken bei allen psychosomatischen Erkrankungen einbezogen. Der Vortrag schloss mit einem Ausblick auf die zukunftsorientierten Investitionen. Im April 2016 zieht die Psychosomatische Klinik um in eine ehemalige Kurparkklinik am Kurpark. Damit würde ein weiteres Fundament gelegt für eine erfolgreiche Weiterentwicklung der Psychosomatik in Bad Neustadt.

Nun folgten an diesem Festtag die **Grußworte** der Herren: **Michael Scharbert** (*DRV Bund*), **Werner Krempf** (*DRV Nordbayern*), **Frank Dünisch** (*AOK Bayern*), **Rainer Blasutto** (*DAK München*), **Peter Suckfüll** (*Stellvertretender Landrat des Landkreises Rhön-Grabfeld*) und **Bruno Altrichter**. In diesen Grußworten wurde aus den jeweiligen beruflichen Perspektiven betont: die vertrauensvolle Zusammenarbeit, die tatkräftige und erfolgreiche Kooperation in herausfordernden und schnelllebigen Zeiten, die Versorgungsleistung, der Nutzen für die Patienten und die große Bedeutung für Bad Neustadt und die gesamte Region Rhön-Grabfeld mit ihrem Einzugsgebiet.

**Prof. Dr. med. Peter Joraschky** (Emeritus der Universität Dresden und Leiter der Akademie für Allgemeine Psychotherapie, Dresden) hielt seinen Festvortrag zum Thema: **„Körper, Bild und Psychotherapie“**. Das Körpererleben als ein Leitthema für das 40-jährige Jubiläum der Psychosomatischen Klinik Bad Neustadt soll deutlich machen, dass, vor allem angestoßen durch die Behandlung von Patienten und Patientinnen mit Essstörungen, die Vulnerabilität des Körpererlebens als eine Grundstörung des Selbstgefühls zu Gründungszeiten der Klinik erkannt wurde und Eingang fand in die Entwicklung von komplexen Behandlungsmethoden, die die Körperpsychotherapie immer als ein wichtiges Therapieprinzip einbezogen haben. Auch dieser Vortrag wurde mit großem Interesse aufgenommen, gehören doch die Essstörungen mit zu den Schwerpunkten der Psychosomatischen Klinik Bad Neustadt. In den letzten 20 Jahren ist das Körpererleben sowohl in den grundlagenorientierten Forschungen zur Neurobiologie und psychoanalytischen Entwicklungspsychologie als auch durch seine Bedeutung im Rahmen der Persönlichkeitsentwicklung und seine vielfältigen Auswirkungen bei klinisch relevanten Krankheitsbildern in den Mittelpunkt des Interesses gerückt. Joraschky hielt einen wahrhaft enzyklopädischen Vortrag zu den Themen: Dimensionen des Körpererlebens, Embodiment, das implizite Körpergedächtnis und die Entwicklung des Körper-Selbst, Körpererleben und körperorientierte Psychotherapie bei traumatisierten Patienten, Biografisches Interview zum Körpererleben, Körper- und Selbsterleben als maladaptiver Zirkel, die Entwicklung von Selbstgefühl und Körpererleben in der Therapie unter Einbeziehung der Kunsttherapie als Symbolisierungshilfe. Es wurde betont, dass insbesondere durch die stationäre Psychotherapie in den letzten Jahren *integrative körpertherapeutische Ansätze* entwickelt wurden. Mit diesen Ausführungen lag Joraschky auf derselben Linie wie Siebert, der in seinem Eröffnungsvortrag ebenfalls die Bedeutung integrativer

Therapieansätze unterstrichen hatte. Eindrucksvolle Fallbeispiele mit den psychotherapeutischen Interventionen und Selbsterfahrungselementen des Vortragenden rundeten den Vortrag ab.

Den Freitagnachmittag eröffnete **Prof. Dr. rer. biol. hum. Elmar Brähler** (Ehemaliger Leiter der selbstständigen Abteilung für Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie der Universität Leipzig) mit seinen Ausführungen zu: **“Burnout, Stress, Fatigue, Erschöpfung, Depression, Angst, Somatisierung und die Arbeit“**. Mit diesem Thema traf Brähler zielgenau einen der Schwerpunktthemen der Psychosomatischen Klinik Bad Neustadt. Seit vielen Jahren besteht in der Psychosomatischen Klinik eine *berufsbezogene Therapiegruppe (BTG)*, deren Effekte auch erforscht wurden (s. Forschungsbericht 2015 in der Schriftenreihe XXI der Klinik). Zunächst definierte Brähler die im Vortragstitel genannten vielschichtigen Konzepte. Vor allem die Ausführungen zum Burnout stießen auf großes Interesse, ist dieses Konzept doch ebenso aktuell wie umstritten. Sechs Studien wurden vorgestellt. Als Fazit konnte festgehalten werden aufgrund umfangreicher sehr differenzierter empirischer Forschungen: Arbeit ist eine Ressource für die psychische Gesundheit, ein sicherer Arbeitsplatz ist eine sehr große Ressource für psychische Gesundheit, Entfremdung und Gratifikationskrisen am Arbeitsplatz sind Risikofaktoren für psychische Gesundheit. Fraktionierte Beschäftigungsverhältnisse sind problematisch. Und interessant das Fazit: Es gibt viele Veränderungen der Arbeitswelt, nicht nur die inflationär behauptete Beschleunigung, die empirisch kaum belegt sei. Brähler konnte mit seinem Vortrag sehr schön zeigen, wie wichtig es ist, arbeitsmedizinische und –psychologische Elemente mit in die Psychotherapie hineinzunehmen, um so die psychische Gesundheit zu fördern.

Ein Hauptschwerpunkt am Campus Bad Neustadt ist die Vernetzung der einzelnen Kliniken miteinander. Folgerichtig standen die nun folgenden Vorträge am Freitagnachmittag unter dem Motto: **Die Psychosomatik im Netzwerk**.

**Prof. Dr. med. Martin Siepmann** (Ärztlicher Direktor der Psychosomatischen Klinik Bad Neustadt) eröffnete diesen Schwerpunkt **mit der Sicht aus der Psychiatrie**. Im Vortrag wurden Konfliktfelder zwischen der Psychiatrie und der Psychosomatik beschrieben. So höre man manchmal aus der Sicht der Psychiatrie, dass die Psychosomatik nur „wenige Patienten habe, Psychiatrie `light` sei, keine eigenständige Behandlung habe und die psychiatrische Versorgung gefährde.“ Aus der Sicht der Psychosomatik werde manchmal die Befürchtung einer „feindlichen Übernahme“ durch die Psychiatrie geäußert. Siepmann fragte nun, ob es sich um die gleichen Patienten und die gleichen Behandler handeln würde. In der Psychiatrie werden behandelt: Suchterkrankungen, Psychosen, Affektive Störungen, Demenz und Persönlichkeitsstörungen. Die Psychosomatik beschäftigt sich mit affektiven Störungen mit somatischer Komorbidität, Angststörungen, Somatoformen Störungen, Essstörungen, Schmerzstörungen und Tinnitus. Die Behandler sind nicht gleich: Der Facharzt Psychiatrie dauert 5 Jahre, davon 1 Jahr Neurologie und 240 Psychotherapiestunden. Der Facharzt dauert 5 Jahre: davon 1 Jahr innere Medizin, 1 Jahr

Psychiatrie und 1500 Psychotherapiestunden. Siepmann schlug als Fazit seines Vortrages eine Brücke zwischen den zwei Disziplinen der Psychiatrie und der Psychosomatik, indem er eine differenzierte Versorgung statt Minimalmedizin forderte, was zu einer Synergie führe und nicht zu einer Konkurrenz.

**Prof. Dr. med. Sebastian Kerber** (Chefarzt Klinik für Kardiologie, Herz- und Gefäß-Klinik, Bad Neustadt) führte das Schwerpunktthema des Nachmittags weiter mit **der Sicht aus der Kardiologie**. Der interdisziplinäre Ansatz am Campus wurde betont. Eine stabile, breite Brücke zwischen Kardiologie und Psychosomatik sei längst überfällig. Das Denken über Abteilungsgrenzen sei essentiell. Kerber brachte für seinen Ansatz mehrere eindrucksvolle Beispiele: So spielt die Depressivität als ätiologischer und prognostischer Faktor bei einer koronaren Herzerkrankung eine wichtige Rolle. "Herzschmerz" sei weit mehr/tiefergehend als Koronarstenose und Stent. Dass das Leben mit einem Kunstherzen einer psychologischen Unterstützung bedarf, liegt auf der Hand. Ferner spielt die Unterstützung der Krankheitsverarbeitung bei schweren kardiovaskulären Erkrankungen wie Herzinsuffizienz eine enorm wichtige Rolle. Die Psychosomatik wird sehr deutlich bei der Tako-Tsubo-Kardiomyopathie. Bei dieser Erkrankung liegt ein psychischer und/oder physischer Stress als Trigger in 77% der Fälle vor (Tod eines nahen Angehörigen, Katastrophen). Ferner gab Kerber als Vernetzung das Beispiel der Musikermedizin, an dem mehrere Kliniken des Campus interdisziplinär mitwirken. Bis dato fanden sechs Tagungen zum Schwerpunkt Musikermedizin statt, die nächste Tagung mit dem Titel "Ressource Musik – Musiker im Mittelpunkt" befindet sich gerade in Vorbereitung (Tagungsort: Psychosomatische Klinik Bad Neustadt, 11. - 13. Mai 2017). Diese Tagungen der Musikermedizin mit hervorragenden Workshops stießen immer auf reges Interesse.

**Prof. Dr. med. Anno Diegeler** (Chefarzt der Kardiochirurgie der Herz- und Gefäß-Klinik, Bad Neustadt) und **Prof. Dr. med. Jörg Babin-Ebell** (Stellvertretender Leitender Oberarzt der Kardiochirurgie der Herz- und Gefäß-Klinik, Bad Neustadt) führten das Thema der Vernetzung weiter mit der **Sicht aus der Kardiochirurgie**. Zusammenhänge zwischen der Herzchirurgie und der Psychosomatik wurden herausgearbeitet. So sind vor der OP seelische Zustände zu berücksichtigen: Todesängste, phantasierter Tod, Kontrollverlust-ängste durch Narkose und Behandler, Angst vor Schmerzen und Komplikationen. Angst vor dem Setting (High-Tech-Krankenhaus). Bei diesen Phänomenen ist daran zu denken, dass erhöhter Distress assoziiert ist mit einer erhöhten Morbidität und Mortalität. Nach einer Herzoperation ist aus psychosomatischer Sicht zu denken an: Posttraumatische Belastungsstörung, Schlafstörungen, Schmerzen, Depressionen, Postoperatives Delir oder Fatigue. Diegeler beschrieb ausführlich die psychotherapeutischen Interventionen in der Herzchirurgie wie: Emotionale Begleitung, Ressourcenorientierung, Zukunftsorientierung, Familiengespräche, Entspannungsverfahren (AT, PMR), Würdigung und Umstrukturierung der Angst, Schmerzbewältigungstechniken usw. Es wurde eindrücklich gezeigt im Vortrag, welche Bedeutung heute psychologische und psychotherapeutische Interventionen haben in einem klassisch somatischen Fach wie der Herzchirurgie.

Die nächsten Ausführungen zur Vernetzung aus der Sicht der Neurologie machte Prof. Dr. med. Bernd Griewing (Ärztlicher Direktor Neurologische Klinik, Bad Neustadt, Medical Board). Ausgangspunkt des Vortrages waren folgende Zahlen: 20 % der ambulanten und 5 % der stationären neurologischen Patienten sind ohne organisch erklärbaren Befund. Bei den Somatoformen Störungen sind als größte Subgruppe die dissoziativen Bewegungsstörungen, als zweitgrößte Subgruppe der Schwindel und die Gleichgewichtsstörungen zu beobachten. Wichtig sei bei diesen Beschwerden eine Simultandiagnostik oder ein „sowohl als auch“. Diese mindere das Risiko, sich als in die „Psycho-Ecke“ abgeschoben zu fühlen. Griewing zeigte eindruckliche Kasuistiken der dissoziativen Gangstörung und einer pharmakoresistenten Epilepsie. Es wurde aber auch im Vortrag darauf hingewiesen, dass beide Strategien zu berücksichtigen seien: die psychosomatische Strategie einerseits, aber auch die somatische Strategie andererseits. Denn: So kann sich hinter einem „Psychogenen Tremor“ halt auch eine Parkinson-Krankheit verbergen. Dies wurde an einer Kasuistik verdeutlicht.

Last but not least beendete **Prof. Dr. med. Jörg van Schoonhoven** den Überblick der Vernetzung der Psychosomatik am Campus Bad Neustadt aus **der Sicht der Handchirurgie**. Die Zusammenarbeit zeigt sich bei gegenseitigen Dienstleistungen. So werden konsiliarische Behandlungen von handverletzten Patienten durch die Psychosomatik organisiert. Die Abklärung der Suizidalität und akute Kriseninterventionen werden durchgeführt, ferner die Supervision des Reha-Teams: „Handchirurgie“. Dann gibt es interdisziplinäre Interessen und Aktivitäten zwischen der Psychosomatik und der Handchirurgie, nämlich eine interdisziplinäre Schmerzkonferenz. Das gemeinsame Interesse an der Musikermedizin (s. oben Prof. Kerber), bei der die Verschränkung von Hand und Psyche besonders deutlich ist, wurde benannt. Ferner die interdisziplinäre Behandlung von „Handpatienten“. Dabei geht es um Patienten mit Diskrepanz zwischen objektiven Befunden, Funktionseinschränkung und Beschwerdeintensität. Um Patienten, deren Leben aufgrund einer schweren Handverletzung dekompenziert. Ferner um Patienten mit Selbstverletzungen an der oberen Extremität (Klopfer, Strangulierer, Wundmanipulierer) und um Patienten mit fokaler Dystonie (clenched fist, Anfälle und Lähmungen). Auch van Schoonhoven zeigte eindrucklich an Beispielen - wie seine ärztlichen Kollegen vor ihm - welche große Bedeutung heute psychologische und psychotherapeutische Aspekte in einem doch eher somatisch fundierten Fach haben.

Den Schluss der Festveranstaltung machten zwei Vorträge unter der Überschrift: **Elemente der Moderne**.

**Prof. Dr.med. Johannes Kruse** (Direktor der Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie am Universitätsklinikum Gießen und Marburg) fokussierte in seinem Vortrag auf das **neue Selbstverständnis der Psychosomatik**. Die Einführung des Facharztes für Psychotherapeutische Medizin bzw. später Psychosomatische Medizin und Psychotherapie im Jahre 1992 gab der Psychosomatischen Medizin und psychodynamischen Psychotherapie

einen starken Impuls für die Weiterentwicklung. Zwei Traditionslinien prägten die Entwicklung des Fachgebiets. *Eine Traditionslinie* entstammt der Psychoanalyse, die von A.E. Meyer auch als psychogenetische Linie bezeichnet wurde. Ausgehend von psychosomatisch-psychotherapeutischen Krankenhausabteilungen war es das Bestreben, die Psychoanalyse in die Medizin einzuführen. Diese psychogenetisch orientierte Psychosomatik wurde im psychoanalytischen Dialog entdeckt, in dem die subjektive Innenwelt des Patienten und seine Interaktionen mit dem Therapeuten in den zentralen Fokus der Forschung genommen wurden.

Die *zweite Traditionslinie*, die integrierte bzw. holistische Tradition der Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie, ist in Deutschland mit dem Namen Thure von Uexküll und Viktor von Weizsäcker eng verbunden (s. oben den Vortrag von Joraschky). Zentrales Paradigma dieser Traditionslinie ist es, dass bei allen menschlichen Erkrankungen biologische, psychische und soziale Aspekte bei der Entstehung und Chronifizierung einer Erkrankung zu diagnostizieren und zu behandeln sind.

Die *aktuelle Psychosomatische Medizin* versuche nun, diese beiden Traditionslinien zusammenzuführen und das Beste aus ihnen zu extrahieren und in der klinischen und wissenschaftlichen Praxis umzusetzen. Ferner betonte Kruse, dass sich die durch die Schulorientierung geprägte Psychotherapielandschaft in den vergangenen 20 Jahren deutlich entideologisiert habe. Diese Einschätzung teilte Kruse mit jener seiner Vorredner Siebert und Joraschky. Im Laufe des Vortrages wurden die aktuellen Herausforderungen benannt: die wissenschaftliche Herausforderung für die Psychosomatische Medizin, die Herausforderung durch den institutionellen und ökonomischen Rahmen in der Medizin und Herausforderungen in der Versorgung. Die Schlussfolgerung lautete, dass es die Aufgabe der Psychosomatiker und Psychotherapeuten sei, sich eng im Medizinbetrieb zu vernetzen, um so eine weitere Entwicklung einer qualitativ hochwertigen Versorgung zu gewährleisten.

Im Schlussvortrag fragte **Prof. Dr. med. Manfred Beutel** (Direktor der Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie der Johannes-Gutenberg-Universität Mainz): „**Psychosomatik online?**“ und berichtete von „**Erfahrungen und Perspektiven des Internets.**“ Zunächst wurden die Vorbehalte von Psychotherapeuten und Psychosomatiker gegenüber Online Gesundheitsinformationen („Dr. Google“) und exzessivem Internetgebrauch beschrieben. Ferner würden kritisch gesehen: Einbußen an emotionalem Kontakt, Beziehung und Übertragung. Diesen Einwänden stellte Beutel aus seiner Sicht Metanalysen gegenüber, die positive Effekte internet-basierter Selbsthilfe und Interventionen gezeigt hätten bei: Angst, Depression, Adipositas, Essstörungen und der PTBS. Drei Projekte wurden vorgestellt, die in enger Zusammenarbeit mit der Universität Mainz und der Psychosomatischen Klinik Bad Neustadt durchgeführt wurden resp. noch in der Auswertung sind:

1. Beim Projekt *GSA-Online* geht es darum, beruflich belastete Rehabilitanden darin zu unterstützen, zu Hause beruflich wieder Fuß zu fassen. *GSA* steht für: *Gesundheitstraining Stressbewältigung am Arbeitsplatz*. Als Intervention wurde eine Psychodynamische Online-Nachsorge beruhend auf der Therapie nach Luborsky durchgeführt. Ergebnisse: Signifikante Verbesserung der subjektiven Erwerbsprognose in der Intervention- vs. Kontrollgruppe nach 12 Monaten. Ferner Reduktion bei der Depressivität und Ängstlichkeit.
2. Beim Projekt *Deprexis* geht es um die Unterstützung stationärer psychosomatischer Behandlung durch PC-gestützte Programme. Ergebnisse sind aktuell in der Auswertung.
3. Projekt: *Virtuelle Onlineklinik: Reh@:info*. Rehabilitanden sollen besser über Filme, die von Schauspielern gemacht wurden, auf die Reha vorbereitet werden. Projekt läuft noch.

## Fazit

Der Festtag zum 40-jährigen Jubiläum zeigte die diversen Aktivitäten der Psychosomatischen Klinik in Therapie und Forschung. In den Grußworten wurde die Zusammenarbeit mit den Kostenträgern und den regionalen Verantwortungsträgern als vertrauensvoll eingeschätzt. Die Schwerpunkte der Therapie und die Psychotherapeutische Orientierung der Klinik wurden vorgestellt. Allen Vorträgen zog sich der *rote Faden* durch, dass heute *integrative und interdisziplinäre Therapieansätze* bei den hoch komplexen Krankheitsbildern zu favorisieren sind. Eindrucksvoll wurde an Hand von Kasuistiken gezeigt, welche Rolle psychologische und psychotherapeutische Interventionen in den Fächern der Psychiatrie, Neurologie, der Kardiologie, Herz- und Handchirurgie haben. Die enge und gut laufende interdisziplinäre Vernetzung am Campus Bad Neustadt mit den anderen Kliniken wurde herausgearbeitet. Die externen Vorträge verorteten die Psychosomatische Klinik Bad Neustadt in den externen therapeutischen und wissenschaftlichen Kontext. Die aktuellen Herausforderungen an die Psychosomatik wurden beschrieben, denen sich auch Bad Neustadt zu stellen hat. Die Psychosomatik gewinnt, wenn arbeitsmedizinische und –psychologische Aspekte berücksichtigt werden. Ein kurzer Ausblick auf die neue Psychosomatische Klinik am Kurpark in Bad Neustadt wurde gegeben. An diesem Tag wurde in der Geburtstagsatmosphäre neue Kraft geschöpft für den nun anstehenden Umzug.

# AUTORENVERZEICHNIS

**Professor Dr. med. Jörg Babin-Ebell**

Stellv. Leitender Oberarzt Kardiochirurgie  
Herz- und Gefäß-Klinik, Bad Neustadt

**Burkhard Bingel**

Geschäftsführung RHÖN-KLINIKUM Campus,  
Bad Neustadt

**Professor Dr. med. Manfred E. Beutel**

Direktor  
Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie,  
Johannes-Gutenberg-Universität, Mainz

**Professor Dr. rer. biol. hum. Elmar Brähler**

Ehemaliger Leiter der Selbstständigen Abteilung für Medizinische Psychologie und  
Medizinische Soziologie der Universität Leipzig, Department für psychische Gesundheit

**Professor Dr. med. Anno Diegeler**

Chefarzt Klinik für Kardiochirurgie  
Herz- und Gefäß-Klinik, Bad Neustadt

**Professor Dr. med. Bernd Griewing**

Ärztlicher Direktor  
Neurologische Klinik, Bad Neustadt

**Professor Dr. med. Peter Joraschky**

Leiter der Akademie für Allgemeine Psychotherapie (aap), Dresden  
Ehemaliger Direktor der Klinik und Poliklinik für Psychotherapie und Psychosomatik des  
Universitätsklinikums Carl Gustav Carus der TU Dresden

**Professor Dr. med. Sebastian Kerber**

Chefarzt Klinik für Kardiologie  
Herz- und Gefäß-Klinik, Bad Neustadt

**Professor Dr. med. Johannes Kruse**

Direktor

Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie  
am Universitätsklinikum Gießen und Marburg

**Dr. phil. Lothar Schattenburg**

Leitender Psychologe des Bereichs Rehabilitation  
Psychosomatische Klinik, Bad Neustadt

**Professor Dr. med. Jörg van Schoonhoven**

Chefarzt Klinik für Handchirurgie  
Herz-und Gefäß-Klinik, Bad Neustadt

**Dr. med. Dr. jur. Martin Siebert**

Vorstandsvorsitzender  
RHÖN-KLINIKUM AG, Bad Neustadt

**Professor Dr. med. Martin Siepmann**

Ärztlicher Direktor  
Psychosomatische Klinik, Bad Neustadt

**Dr. med. Dagmar Stelz**

Chefärztin  
Psychosomatische Klinik, Bad Neustadt

# SCHRIFTENREIHE DER KLINIK

- 2003 I **Vorträge zur Fachtagung 12.06.2003**  
„Forschungsprojekte zur stationären psychosomatischen Behandlung:  
Fragestellungen, Ergebnisse, therapeutische Umsetzung“
- 2004 II **Vorträge zur Fachtagung 21.04.2004 „Return to work“**  
„Die Wiedereingliederung in den Arbeitsprozess als Aufgabe der  
psychosomatischen Rehabilitation“
- 2004 III **Vorträge zur Fachtagung 19.06.2004**  
„Musikermedizin aus psychosomatischer Sicht.  
Aktuelle neurowissenschaftliche Erkenntnisse, Prävention und Rehabilitation“
- 2004 IV **Neustädter Fachtagung für Sozialdienstmitarbeiter und  
Rehabilitationsberater 12.11.2004**
- 2005 V **Forschungsbericht 2005**  
Anlässlich des 30-jährigen Bestehens der Psychosomatischen Klinik  
Bad Neustadt
- 2005 VI **30 Jahre Psychosomatische Klinik Bad Neustadt 19.06.2005**  
„Entwicklungen und Perspektiven in Psychosomatik und Psychotherapie  
zwischen Grundlagen und klinischer Umsetzung“
- 2005 VII **Seelsorge und Psychotherapie, 28.10.2005**  
In Kooperation mit der Klinikseelsorge am Rhön-Klinikum Bad Neustadt
- 2006 VIII **Jahrzehntelange Höchstleistung als Musiker 05./06.05.2006**  
In Kooperation mit der Deutschen Gesellschaft für Musikerphysiologie  
und Musikermedizin (DGfMM)  
„Rechtzeitige Vorbeugung und wirksame Behandlung somatischer und  
psychosomatischer Erkrankungen“
- 2007 IX **Forschungsbericht 2007**
- 2007 X **Seelsorge und Psychotherapie, 01.12.2006**  
In Kooperation mit der Klinikseelsorge am Rhön-Klinikum Bad Neustadt  
„Beichte und Psychotherapie – Vergebung und Veränderung“

- 2007 XI **Körper und Psyche im psychotherapeutischen Kontext 11./12.05.**  
in Kooperation mit der Deutschen Gesellschaft für klinische Psychotherapie  
und psychosomatische Rehabilitation (DGPPR)  
„Die körperbezogene Psychotherapie als Zugang zu psychosomatischen  
Erfahrungen“
- 2008 XII **Der Stellenwert des Pflegeberufes in der Psychosomatik 26.10.2007**
- 2009 XIII **Vom Lampenfieber zur Auftrittsangst 30./31.05.2008**  
In Kooperation mit der Deutschen Gesellschaft für Musikerphysiologie und  
Musikermedizin (DGfMM)
- 2010 XIV **Seelsorge und Psychotherapie, 17.09.2010**  
In Kooperation mit der Klinikseelsorge am Rhön-Klinikum Bad Neustadt  
„Verlust und Resilienz – Über den Umgang mit Verlusterfahrungen in  
Seelsorge und Psychotherapie“
- 2010 XV **Musizieren lehren und lernen – Licht und Schatten, 11./12.06.2010**  
In Kooperation mit der Deutschen Gesellschaft für klinische Psychotherapie  
und psychosomatische Rehabilitation (DGfMM)
- 2011 XVI **Seelsorge und Psychotherapie, 29.10.2011**  
In Kooperation mit der Klinikseelsorge am Rhön-Klinikum Bad Neustadt  
„Trauung, Trennung, Treue“
- 2012 XVII **„Burnout“ bei Hochleistungsanforderungen: Musik und Mediziner**  
In Kooperation mit der Deutschen Gesellschaft für klinische  
Psychotherapie und psychosomatische Rehabilitation (DGfMM)
- 2013 XVIII **Seelsorge und Psychotherapie, 26./27.04.2013**  
In Kooperation mit der Klinikseelsorge am Rhön-Klinikum Bad Neustadt  
„Erzählte Familiengeschichten in Psychotherapie und Seelsorge“
- 2014 XIX **Der Musiker und sein Körper. Ein Resonanzraum für Wahrnehmung,  
Sinnlichkeit und Erleben. 27./28.06.2014**  
In Kooperation mit der Deutschen Gesellschaft für klinische Psychotherapie  
und psychosomatische Rehabilitation (DGfMM)

- 2015 XX Vom Körperbild zur Körperbezogenen Psychotherapie
- 2015 XXI Forschungsbericht 2015  
Jubiläumsausgabe 40 Jahre Psychosomatische Klinik Bad Neustadt
- 2016 XXII 40 Jahre Psychosomatische Klinik Bad Neustadt  
Psychosomatik im Wandel der Zeit
- 2017 XXIII In Vorbereitung die Tagung  
„Ressource Musik – Musiker im Mittelpunkt“





**Psychosomatische Klinik  
Campus Bad Neustadt**  
Medizinische Exzellenz aus Tradition

**Psychosomatische Klinik der RHÖN-KLINIKUM AG**

Ärztlicher Direktor: Professor Dr. med. Martin Siepmann

Salzburger Leite 1

97616 Bad Neustadt

**Telefon:** 09771 67-01

**Fax:** 09771 65-989303

**E-Mail:** [psk@psychosomatische-klinik-bad-neustadt.de](mailto:psk@psychosomatische-klinik-bad-neustadt.de)

**Internet:** [www.psychosomatische-klinik-bad-neustadt.de](http://www.psychosomatische-klinik-bad-neustadt.de)



**RHÖN-KLINIKUM**  
AKTIENGESELLSCHAFT