

Therapiekonzept der Psychosomatischen Fachklinik Simbach a. Inn

- Integration tiefenpsychologischer, systemischer und humanistischer Perspektiven -

Chefarzt: Dr. med. Jürgen Gosda

17. weiterentwickelte Fassung, Stand 8/2021

Dateiname:	Therapiekonzept © Dr. med. Jürgen Gosda, 2020, all rights reserved	ID: 698	Version: 008/08.2021
Erstellt:	Dr. Jürgen Gosda / CHA Psychosomatik / SIM	Freigabe: QRM	letzte Änderung am: 09.08.2021
Geprüft:	Dr. Jürgen Gosda / CHA Psychosomatik / SIM		Gültigkeitsprüfung: 09.08.2023

Inhalt

1 Einführung..... 3

2 Psychosomatische Grundannahmen und therapeutische Wirkfaktoren 3

3 Krankheitsverständnis und therapeutischer Ansatz 5

4 Therapeutische Haltung 7

5 Indikation und Aufnahmeverfahren..... 9

6 Konkretes Behandlungsangebot und -verlauf.....10

7 Behandlungsschwerpunkte.....13

7.1 Therapie von Essstörungen 13

7.2 Schmerztherapie..... 14

7.3 Traumatherapie..... 14

7.4 Therapie junger Erwachsener..... 15

7.5 Strukturbezogene Therapie – Therapie für bessere Emotionsregulation 15

7.6 Soziale Kompetenz 15

8 Teamstruktur.....15

9 Vor- und nachstationäres Procedere16

10 Kalkulationskrankenhaus, Evaluation und Qualitätssicherung.....16

10.1 Qualitätsmanagement – Zertifizierung nach DIN EN ISO 9001:2015 17

10.2 STOP-D-Studie 17

10.3 „Münchner Modell“ 1995 bis 2000 17

10.4 Qualitätssicherung und Benchmarking durch das IQP seit 2000 18

10.5 Auswertung ausgewählter Ergebnisse der Befragung von über 8.300 PatientInnen aus den Jahrgängen 2013 bis 2020 19

11 Ausblick.....26

12 Refrentenliste (2-tätige Fortbildung).....27

13 Literaturverzeichnis.....28

1 Einführung

Im Deutschen Ärzteblatt wurde eine Krankenkassen-Studie publiziert, die die Inanspruchnahme des Versorgungssystems bei psychischen Erkrankungen untersuchte (Gaebel et al. 2013). In einer sehr großen Stichprobe von 9,92 Mio. Versicherten wurde bei einem Drittel in einem Dreijahreszeitraum bei Kontakten mit dem medizinischen Versorgungssystem eine psychische Störung diagnostiziert. Obwohl sich die fachspezifische Behandlung seelischer Erkrankungen in den letzten Jahrzehnten kontinuierlich verbessert hat, wurden 2013 immer noch 77% der PatientInnen mit schweren Depressionen fast ausschließlich von Fachärzten für somatische Medizin behandelt – in den letzten Jahren hat sich die Situation kaum verändert. Es besteht nach wie vor ein hoher Bedarf an psychotherapeutisch-psychosomatischen Behandlungsmöglichkeiten.

1995 – 1999 wurde das Krankenhaus Simbach am Inn als „Erste Deutsche Modellklinik für Ganzheitliche Grundversorgung“ im Rahmen des „Münchener Modells“, eines Projekts des naturheilkundlichen Schwerpunktes der TU München (Leiter: Prof. Dr. med. D. Melchart), neu strukturiert und eine Abteilung für Psychosomatische Medizin implementiert, wobei die PatientInnen nicht nur in dieser Abteilung, sondern auch in diversen interdisziplinären Behandlungssettings gemeinsam mit der damals vorhandenen kardiologischen, rheumatologischen und naturheilkundlichen Abteilung behandelt wurden.

Aufgrund der stetig steigenden Nachfrage nach qualifizierter stationärer psychosomatischer Behandlung durch das sich ständig vergrößernde Einzugsgebiet – entsprechend dem politischen Auftrag, sowohl eine regionale als auch überregionale Grundversorgung sicherzustellen – wurde die Psychosomatische Abteilung, die zunächst 12 Betten umfasste, sukzessive erweitert. 2002 wurde die Naturheilkundliche Abteilung in die psychosomatische Konzeption integriert, 2004 auch die Rheumatologische Abteilung durch Etablierung des Behandlungsschwerpunktes „chronischer Schmerz“, sodass 60 Betten für psychosomatische PatientInnen zur Verfügung standen. Nach weiteren Kapazitätsausweitungen 2006 und 2008 wurde die Abteilung im Rahmen einer Umstrukturierung der drei Krankenhäuser des Landkreises Rottal-Inn Anfang 2011 zur Fachklinik für Psychosomatische Medizin mit 120 Betten erweitert, nachdem eine grenzüberschreitende Kooperation der Kardiologischen Abteilung mit Braunau/Österreich wieder beendet wurde.

Durch diese Erweiterung wurden organisatorische Voraussetzungen geschaffen, sehr differenzierte Therapieangebote für Erkrankungen des gesamten Fachgebietes der Psychosomatischen Medizin anzubieten, wobei auch weiterhin die interdisziplinäre PatientInnenbetreuung im Konsiliar- und Liasondienst eine Besonderheit der Psychosomatischen Fachklinik Simbach a. Inn und der assoziierten Kreiskrankenhäuser Eggenfelden und Pfarrkirchen ist.

2013 erfolgte eine weitere Bettenaufstockung auf 140 im Bedarfsplan des Freistaates Bayern ausgewiesene Betten. Der traditionell kardiologische Schwerpunkt in Simbach wurde im Zuge einer Neuplanung der stationären Versorgungsstrukturen im Landkreis Rottal-Inn nach Eggenfelden verlegt. 2015 wurden weitere 30 Betten im Bettenbedarfsplan ausgewiesen, 2017 nochmals 20, sodass jetzt 190 Behandlungsplätze zur Verfügung stehen (*zurzeit infolge Corona jedoch reduziert*).

2 Psychosomatische Grundannahmen und therapeutische Wirkfaktoren

Epidemiologische Studien (Wittchen u. Jacobi 2001, Gaebel et al. 2011) belegen, dass mindestens 15 bis 25% ärztlicher Inanspruchnahme in der medizinischen Grundversorgung auf seelische Störungen, z. B. Depressionen und Angsterkrankungen, funktionelle Dysfunktionen (Somatisierungsstörungen) oder inadäquaten Umgang mit einer akuten oder chronischen Krankheit zurückgehen. Gerade diese PatientInnen werden häufig in Kliniken der somatischen Fachdisziplinen eingewiesen und wiederholt diagnostischen Spezialuntersuchungen zugeführt, wobei meist den Hintergründen der Entstehung und Aufrechterhaltung der Symptomatik im hoch verdichteten Klinikalltag meist kaum Bedeutung gegeben werden kann. Hier setzt der psychosomatische Ansatz an, der die Wechselwirkungen zwischen körperlichen, seelischen und sozialen Faktoren in den Mittelpunkt stellt.

Psychosoziale Faktoren im hausärztlichen Bereich haben zunehmend Bedeutung erlangt – u. a. durch das Weiterbildungsmodul Psychosomatische Grundversorgung ist eine umfangreiche Kompetenz im hausärztlichen Alltag entstanden. Darüber hinaus stehen psychosomatische/psychotherapeutische Behandlungsmöglichkeiten trotz einer erheblichen Ausweitung der ambulanten Behandlungskontingente nicht ausreichend zur Verfügung. Viele PatientInnen sträuben sich auch gegen eine psychotherapeutische Behandlung in psychiatrischen Einrichtungen, da dort häufig eine medikamentöse Behandlung priorisiert wird. So besteht weiterhin eine Lücke effizienter stationärer psychosomatisch-psychotherapeutischer Behandlung, die für den Landkreis Rottal-Inn sowie die angrenzenden Landkreise und zunehmend auch bayernweit und darüber hinaus von uns geschlossen wird.

Psychosomatisches Denken erweitert medizinisches Vorgehen um eine Dimension, die gesündere Lebensführung nicht nur empfiehlt, sondern den Umgang mit Gesundheit und Krankheit explizit thematisiert. Zielsetzung ist dabei, die (er-)leidenden PatientInnen von einer passiven Behandlungserwartung soweit wie möglich zu einer **aktiven Mitarbeit** hin zu motivieren. Dabei gilt es auch zu verstehen, dass Gesundheit nicht als selbstverständliche statistische Norm gesehen wird, die durch ein Unter- oder Überschreiten chemischer oder physikalischer Messgrößen im Körper verursacht wird, sondern ständig neu „erzeugt“ werden muss. Aus unserer Sicht ist der Mensch gesund, wenn krankmachende und gesundheitsfördernde Kräfte ausgewogen sind.

Der Kranke ist „aus dem Lot“ geraten, hat die Balance verloren. An dieser Stelle muss der individuelle Lebensstil thematisiert und auf seine Hintergründe beleuchtet werden, wenn mittel- und langfristig Kosten im Gesundheitssektor begrenzt werden sollen. Dass Tabak- und übermäßiger Alkohol- und/oder Nahrungsgenuss schädlich ist, weiß jeder – was damit kompensiert wird, ist aber oft nicht bewusst. Psychotherapie gibt Hilfestellung bei der Lösung von inneren, oft zeitüberdauernden (Grund)konflikten (z. B. zwischen gleichzeitigen Wünschen nach Selbstständigkeit und Versorgung) sowie bei der Meisterung äußerer Probleme. Ausgelöst durch körperliche und seelische Erkrankungen geraten PatientInnen in existentielle Krisen, die zu ihrer Bewältigung einen haltgebenden und vertrauensvollen Rahmen benötigen.

Unser psychotherapeutisches Vorgehen will insbesondere verborgene Fähigkeiten – bisher nicht genutzte **Resourcen** – entdecken und im stationären Rahmen ein Übungsfeld zur Verfügung stellen, in dem angstbesetzte Themen und Einstellungen auch tatsächlich aktiv „in Angriff“ genommen werden können. Im Sinne eines salutogenetischen Ansatzes (Antonovski 1997) geht es auch darum, dass die PatientIn wieder Zugang findet zu seinem Engagement, der Wichtigkeit und dem Wert seiner Person sowie der Überzeugung, den Verlauf der Ereignisse durch eigene Aktivität beeinflussen zu können. Therapeutisch ist viel erreicht, wenn die PatientInnen Probleme und Schicksalsschläge nicht nur als Bedrohung, sondern auch als Herausforderung sehen, eine bessere „Selbstaufmerksamkeit“ entwickeln und ihre soziale Eingebundenheit verbessern können.

Psychosomatische/psychotherapeutische Behandlung im Akutkrankenhaus zeichnet sich durch eine **intensive Behandlung** aus, die einerseits möglichst zeitnah an der Entstehung der Symptomatik ansetzt, andererseits aber auch – wie häufig bei psychosomatischen Erkrankungen zu beobachten ist – bereits fortgeschrittene Chronifizierungsprozesse beeinflussen kann. Notwendig ist eine „Hochdosistherapie“, um verfestigte Muster aufzuweichen und die PatientInnen für eine andere, gesündere Erlebens- und Verhaltensweisen zu öffnen.

Wichtig ist, dass die PatientInnen im Schutzraum der Therapeutischen Gemeinschaft (von Ärzten, Schwestern, Spezialtherapeuten - und MitpatientInnen - als Co-Therapeuten) **neue Erfahrungen** machen und ihre Wahrnehmungs- und Bewertungsmuster überprüfen können. Die Erfahrung, dass therapeutische Prozesse wesentlich von den atmosphärischen Rahmenbedingungen abhängen, die von MitarbeiterInnen und PatientInnen geprägt sind, hat eine konzeptuelle Entwicklung angestoßen, die neben dem **Einzelsetting** – als roter Faden durch den Therapieverlauf und als „Ort der Integration“ der multimodalen Interventionen – auch auf ein **gruppentherapeutisches Vorgehen** (Yalom 1996) setzt. Die Teilnahme an positiven Entwicklungen von MitpatientInnen, die gegenseitige Anteilnahme, die Erfahrung, für andere Menschen hilfreich sein zu können, sind ebenso wie soziale Lernprozesse therapeutische Wirkfaktoren. Auch eher in der Passivität verharrende PatientInnen profitieren vom Gruppenprozess, sogar wenn ihre Struktur, ihre Sozialisation und verinnerlichte Gebote der Zurückhaltung eine aktive Beteiligung (zunächst) nicht zulassen. Die PatientInnen durchlaufen aber nicht ein standardisiertes Diagnostik- und

Therapieprogramm, sondern wird entsprechend ihrer kognitiven und emotionalen Fähigkeiten „abgeholt“ und erhalten neben der Teilnahme an verbindlichen Gruppenveranstaltungen („Kerngruppe“) eine **individuell abgestimmte, mehrfach wöchentlich durchgeführte Einzeltherapie**.

Eine Intensivierung üblicher psychosomatischer Behandlung gelingt nach unseren Erfahrungen neben einer höheren Therapiefrequenz vor allem auch durch die Einbeziehung der die PatientInnen umgebenden sozialen Strukturen – meist der Familie, in die sie ja in der Regel wieder zurückkehren. Durch **Einbeziehung des Familiensystems** (Stierlin 1978, 1994; Selvini-Palazzoli 1985) wird unmittelbar Einfluss genommen auf krankmachende Verhaltensmuster, ohne dass zuerst die ganze Lebensgeschichte aufgearbeitet werden muss. Wichtig ist dabei das Engagement des Behandlungsteams, PatientInnen und Angehörige zu einem solchen Vorgehen zu motivieren. Es bedarf einer entsprechenden Ausbildung und Behandlungsversiertheit, die die komplexen Interaktionsmuster sozialer Systeme erkennen und entsprechende Interventionsmöglichkeiten anwenden kann.

3 Krankheitsverständnis und therapeutischer Ansatz

Ein psychosomatisches Krankheits- (oder Gesundheits-) Verständnis, das körperliche, seelische und soziale Faktoren in einem wechselseitigen Bedingungsgefüge sieht, erfordert eine mehrdimensionale Simultandiagnostik (Uexküll 1994). Eine dem allgemeinmedizinischen bzw. internistischen Standard entsprechende Diagnostik und Therapie erfolgt dabei simultan mit (tiefen)psychologischem Vorgehen. Dieses stützt sich einerseits auf die im stationären Rahmen erhobenen Daten und Beobachtungen, andererseits versuchen wir auch das soziale System mitzuerfassen. Die systemische Therapie (v. Schlippe, Schweitzer 1996, 2006; Welter-Enderlin, Hildenbrand 1996, Retzer 2002), die aus der Familientherapie entwickelt wurde, versucht die Perspektiven zu erweitern: Sie betrachtet den Menschen und seine Krankheit im Kontext seines sozialen Umfeldes.

Symptome und Krankheiten werden nicht nur im Hinblick auf ihre Entstehung intrapsychisch gesehen, sondern auch in ihren Auswirkungen auf der zwischenmenschlichen Ebene. Aus systemischer Perspektive verliert die Frage nach der Ursache an Bedeutung, wodurch die oft lähmende Schuldfrage entschärft und ersetzt wird durch ein zirkuläres Bedingungs- und Verstehensmodell. Es geht darum, alte krankheitsfördernde Muster zu unterbrechen und die Ressourcen sowohl der PatientIn als auch ihres Umfeldes zu aktivieren. Der Therapiefokus wird von den Inhalten und Konflikten auf die Erkennung der Muster gelenkt, die zwischenmenschliches Zusammenleben gestalten. Systemisches Denken ist geprägt von Wertschätzung und Respekt gegenüber Menschen, aber „Respektlosigkeit gegenüber Ideen“ (Cecchin 1993). Systemische Therapie will grundsätzlich Menschen nicht verändern, sondern ihre Kommunikationsmuster hinterfragen und dabei alle Entwicklungspotenziale nutzen.

Diese für das therapeutische Handeln wichtige Einstellung wird aber nur fruchtbar, wenn bedacht wird, dass neurotische und psychosomatische Symptome tiefenpsychologisch als Ausdruck einer ungelösten Grundproblematik und/oder struktureller Defizite zu verstehen sind. Vor dem Hintergrund tiefenpsychologischer Annahmen wie Unbewusstheit, Verdrängung, Regression, De- und Resomatisierung, Übertragung, Abwehr und Widerstand (Müller-Pozzi 1991, Mentzos 2009, Wöller u. Kruse 2010, Boll-Klatt u. Kohrs 2014), sowie neuerer Konzepte wie Bindung und Mentalisierung (Fonagy 2001) bildet die **Einschätzung der Persönlichkeitsstruktur** die Grundlage der psychotherapeutischen Arbeit (Rudolf 2007, 2010, 2013), wobei wir uns an der operationalisierten psychodynamischen Diagnostik (OPD 1 1996, OPD 2 2006) orientieren. In vielen Fortbildungsveranstaltungen haben wir unsere Kompetenz hierin ständig erweitern können. Ein profundes Wissen über prägende lebensgeschichtliche Grundkonflikte, strukturelle Fähigkeiten der Lebensbewältigung und den zirkulären Charakter von Beziehungsabfolgen ermöglicht erst, die PatientInnen in ihrem „Sosein“ zu verstehen.

Da stationäre Psychotherapie immer eine Kurzzeittherapie ist – eine intensive **„Reise in die innere Welt“** –, ist es notwendig, möglichst frühzeitig eine „Reiseroute“ auszuwählen, d. h. einen Fokus zu formulieren, der die aktuelle Symptomatik mit der biographischen Entwicklung und dem Verhalten auf der „stationären Bühne“ in Beziehung setzt (Lachauer 1992). Der Fokus weist auf die Psychodynamik hin und beinhaltet das Therapieziel, nach dem das

weitere Procedere ausgerichtet wird. Neben der Einbeziehung der interaktionellen Erfahrungen im stationären Alltag ist uns auch eine lebensnahe, **in die Zukunft gerichtete Orientierung** wichtig.

Unser Konzept, das in den ersten Jahren des Bestehens der Psychosomatik durch die Zugehörigkeit des Pflegeteams zur internistischen Abteilung eher als bipolar zu charakterisieren war mit sich teilweise nicht berührenden „Realitäts-“ und „Therapieräumen“ und einem – wie häufig in der klassischen Medizin – eher „semipermeablen“ Austausch zwischen den Berufsgruppen, hat sich zu einem **integrativen und fortwährend weiter differenzierten Behandlungsansatz** entwickelt mit einer intensiven Kommunikation zwischen allen am Therapieprozess der PatientIn Beteiligten. Der Arbeit im Team geben wir grundlegende Bedeutung (Bardé u. Mattke 1993), denn hier treten entscheidende emergente Phänomene auf: Durch die Perspektivenvielfalt der unterschiedlichen Berufsgruppen und den Austausch der Teammitglieder werden Sichtweisen und Einschätzungen möglich, die die innere Realität der PatientIn viel besser abbilden können als es der traditionelle Arzt-Patient-Dialog vermag. Dadurch, dass wir den Therapieprozess systematisch in unserer elektronischen Krankenakte dokumentieren, werden die Verläufe der einzelnen Therapien von allen Berufsgruppen hier zusammengetragen - der kommunikative Austausch wird dadurch weiter intensiviert und die zielorientierte Behandlungsplanung verbessert.

Die vorliegende Konzeption ist in ihrer Ausgestaltung vor dem Hintergrund der Idee der **Therapeutischen Gemeinschaft** zu sehen. Die Station kann als haltender, aber auch begrenzender Rahmen verstanden werden, in dem sich Konflikte von infantiler unbewusster Dimension bis hin zu bewusster sozialer Aktualität entfalten können und somit einer psychotherapeutischen Bearbeitung im „Hier und Jetzt“ zugänglich werden. Die PatientIn ist dadurch gefordert, sich mit einer Vielzahl von Personen – MitpatientInnen, Therapeuten, Schwestern u. a. – auseinanderzusetzen. Es ergeben sich dadurch unterschiedliche Beziehungsangebote, die unbewältigte pathogene Grundkonflikte deutlich werden lassen, zumal durch die Versorgungsstruktur des Krankenhauses zunächst eine Regression eingeleitet wird, die latente, unbewusste Motive sichtbar werden lässt. Durch die Konfrontation mit der inneren und äußeren Realität werden jedoch wieder progressive Prozesse angestoßen, die auf eine realitätsadaptierte Lebensbewältigung zielen. Die Realisierung von Strukturen, die der Therapeutischen Gemeinschaft zugrunde liegen, ist keine neue Therapiemethode, sondern eine **Modifikation der Krankenhausstruktur zu therapeutischen Zwecken**.

Korrigierende emotionale Erfahrungen können in einem sicheren und überschaubaren sozialen Raum ihre Wirkung entfalten, verzerrte Wahrnehmungen (Übertragungen) können bearbeitet werden. Die psychische Präsenz entspricht dabei nicht der physischen: Gruppenmitglieder verbringen viel mehr Zeit innerlich und im zwischenzeitlichen persönlichen Austausch miteinander als in der tatsächlichen Zeit der gemeinsamen Gruppensitzungen. Viele PatientInnen haben bezüglich einer Gruppenzugehörigkeit eine verarmte Vorgeschichte und waren nie zuvor ein wichtiges teilnehmendes und prägendes Mitglied einer Gruppe.

In der **Gruppentherapie** kommen viele Faktoren zusammen, die in der Einzeltherapie nicht in diesem Maße berücksichtigt werden können. Gruppentherapie bedeutet immer auch eine Bewältigung von Komplexität, eine Rückführung von hochkomplexen inhaltlichen Problemen auf grundlegende, zentrale „menschliche“ Themen. Wir wollen mit dem gruppentherapeutischen Vorgehen auch partikularisierenden Strömungen in unserer Gesellschaft, die ein zweifelhaftes „narzisstisches“ Autonomieverständnis vertreten, entgegenwirken und die Knüpfung, Gestaltung und manchmal auch das Aushalten von zwischenmenschlichen Beziehungen mehr in den Vordergrund stellen.

Dennoch hat die **tiefenpsychologische Einzeltherapie** bei uns und noch mehr bei den PatientInnen weiterhin als roter Faden und Lotse durch unser komplexes Therapieangebot einen zentralen Stellenwert und findet mindestens zweimal wöchentlich statt. Aufgrund der begrenzten Zeit von 4 – 6 Wochen können wir nicht passiv zuwarten, bis unsere PatientInnen mehr oder weniger schnell in die Gruppen hineinwachsen. Es gibt auch Problemereiche, die nicht in einem Gruppensetting bearbeitet werden können. Nicht zuletzt benötigen kurze Kriseninterventionen eine intensive Einzelbehandlung.

Aus der Erfahrung, dass unsere PatientInnen häufig zunächst keinen Bezug zwischen ihren körperlichen Beschwerden und seelischen Vorgängen herstellen können, im emotionalen Ausdruck ihrer Befindlichkeit eingeschränkt, gehemmt oder weniger wortgewandt sind, haben wir unser Angebot an prä- bzw. extraverbale Therapieangeboten wie Bewegungs-, Rhythmus-, Koordinations-, Wahrnehmungs-, Achtsamkeits-, Ausdrucks-, Kunst- und Gestaltungstherapie in unserem Therapiesetting ständig erweitert. Dieses hochdifferenzierte Spektrum an **nonverbalen Therapien** – meist auch im Einzelsetting – vertieft und beschleunigt den Therapieprozess in erheblichem Maße.

Es hat sich gezeigt, dass für viele PatientInnen die Aufklärung über die physiologischen Abläufe ihrer Erkrankung sowie eine psychoedukative Schulung eine Entlastung darstellt, die die Bereitschaft zu tiefergehenden psychotherapeutischen Behandlungsmaßnahmen entscheidend erhöht. Daher muss zu Beginn der Therapie der Suche nach dem Verstehen der Symptomatik ausreichend Zeit eingeräumt werden: Erst wenn es gelungen ist, unter Einbeziehung der (bisher vergeblichen) Erklärungsversuche und **Ursachenüberzeugungen** der PatientInnen gemeinsam mit ihnen plausible Hypothesen zu generieren - bei funktionellen Erkrankungen (Schmerz- und Somatisierungsstörungen) geht es oft um physiologische Anspannungssphänomene und deren sekundäre Auswirkungen - ist es sinnvoll, psychotherapeutisch zu intervenieren (also z. B. das „sprachlos“ gewordene Körpersymptom wieder auf die emotionale und sprachliche Ebene zu bringen). Dabei hat der Respekt vor der zunächst häufigen Zurückhaltung der PatientInnen Vorrang vor der Aufforderung zur Selbstexploration. Funktionelle Syndrome bzw. Somatisierungsstörungen haben eine **Funktion** und lassen sich nicht „wegtherapieren“, wenn die zugrundeliegende Dynamik nicht verstanden wird.

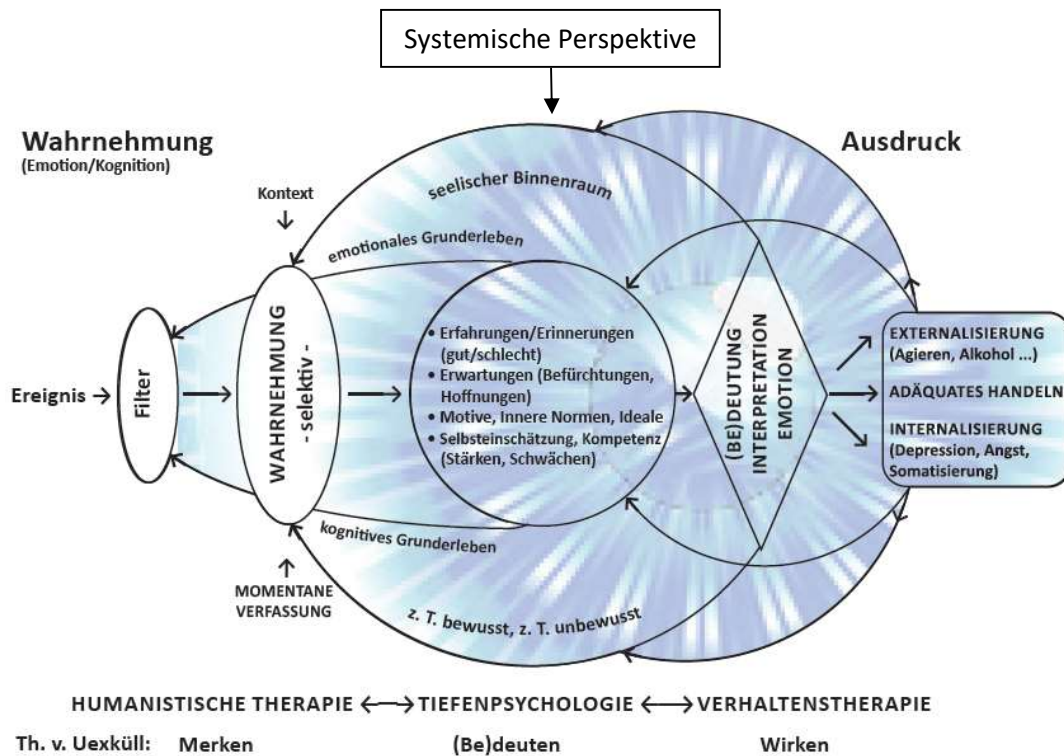
Zu Beginn der Therapie geht es häufig um konkrete **Motivationsarbeit**, da manche PatientInnen zunächst entweder mit einem tieferen Verständnis ihrer Symptome überfordert sind oder befürchten, durch eine psychotherapeutische Behandlung von ihrem sozialen Umfeld psychiatrisch stigmatisiert zu werden. Die Berücksichtigung der Unterschiedlichkeit unserer PatientInnen hat zur Etablierung von oberärztlich geleiteten Einführungsgruppen geführt, in denen die PatientInnen an ein psychosomatisches bzw. psychodynamisches Verständnis herangeführt werden. Auch den komplementären Therapien aus der Kunst- und Körperpsychotherapie sind spezifische Einführungsgruppen vorgeschaltet. Hier kann individuell auf Erwartungen/Befürchtungen eingegangen und weitere Motivationsarbeit geleistet werden.

Je nach Konflikt- und Strukturniveau der PatientInnen haben therapeutische Interventionen eher stützend-strukturierenden Charakter oder sind mehr konfrontativ und konfliktzentriert. Unabhängig von der Introspektionsfähigkeit und Veränderungsmotivation der PatientInnen versuchen wir die adaptiven und integrativen Fähigkeiten und **Ressourcen** bewusst zu machen. Nochmals: Unter Beachtung der kommunikativen Strukturen des Alltags unserer PatientInnen thematisieren wir frühzeitig tradierte Problemmuster in den Lebenssystemen und beziehen – wie bereits erwähnt – die **Familie** oder den **Partner** mit ein. Dadurch können die Interaktionsmuster des sozialen Feldes, aus dem die PatientInnen kommen und in das sie meist auch wieder entlassen werden, sichtbar gemacht, das Unterstützungspotential genutzt und Konflikte vor dem Hintergrund eines zirkulären Kausalitätsverständnisses ohne Schuld- und Defizitzuschreibungen angesprochen werden.

4 Therapeutische Haltung

Ganz entscheidend für das klinische Setting und die Ausdifferenzierung eines multimodalen Konzeptes ist die therapeutische Haltung der MitarbeiterInnen. Grundsätzlich fühlen wir uns in der Tiefenpsychologie beheimatet, haben aber diese Theorie auf ein breiteres Fundament (Fürstenau 2001) gestellt, das die systemische Therapie mit ihrer interpersonellen Ausrichtung sowie die erlebensorientierten humanistischen Verfahren einbezieht. Unsere therapeutische Haltung hat sich einerseits durch eigene Erfahrungen herausgebildet, andererseits durch die intensive Auseinandersetzung mit den verschiedenen psychotherapeutischen Schulen und deren Ausdifferenzierungen, die wir in unserem Weiterbildungscurriculum mit namhaften Referenten immer wieder diskutieren. Dieser fest etablierte (Weiterbildungs-)Prozess bestimmt maßgeblich unsere Wahrnehmung, unsere Bewertungen und unsere Schlussfolgerungen.

Das Simbacher Auge



© Dr. med. Jürgen Gosda,

Psychosomatische Fachklinik Simbach am Inn

Bereits die Wahrnehmung eines Ereignisses wird durch die Ausdifferenzierung unseres seelischen Binnenraumes bestimmt. Der „Scheinwerfer der Aufmerksamkeit“ wird durch unsere Erfahrungen, Erinnerungen, Erwartungen, Befürchtungen, Hoffnungen, Motive, Normen und Kompetenzerleben beeinflusst. Vielfältige Rückkopplungsschleifen bestimmen den Verarbeitungsprozess von der Wahrnehmungen eines Ereignisses bis zum individuellen Outcome.

Die OPD (Operationalisierte psychodynamische Diagnostik) hat die verschiedenen Perspektiven ausgearbeitet, die zur Erfassung der Problematik der PatientInnen hilfreich sind: Beziehung, Konflikt, Struktur. Infolge dieser Einschätzungen können Therapiefoki formuliert werden, die alle Berufsgruppen zu einem integrativen Vorgehen verbindet.

Gefühle sind oft nicht bewusst, nicht ausdifferenziert und nicht versprachlicht: Wir legen großen Wert auf die nonverbalen Therapieformen wie Kunsttherapie/Gestaltungstherapie, konzentrierte Bewegungstherapie/Tanztherapie in verschiedenen Modifikationen zum Erleben von Wahrnehmungsprozessen und Erweiterung von Ausdrucksmöglichkeiten (Schmeer 1995, Downing 1996). Daher haben Modelle und Elemente der humanistischen Psychotherapie (Greenberg 2006, Hartmann-Kottek 2004) eine hohe Bedeutung.

Die PatientInnen kommen nie allein zu uns: Die Berücksichtigung des Kontextes, in dem die PatientInnen leben, vor allem die Beschaffenheit ihrer Beziehungen, können nur mit einem systemischen Gesamtverständnis ausreichend gewürdigt werden. Daher versuchen wir regelhaft, die Familie oder den Beziehungspartner der PatientInnen möglichst früh in die Therapie mit einzubeziehen. Auch wenn es keine Konflikte gibt, geht es darum, im Sinne salutogenetischen Denkens bisher nicht genutzte Unterstützungsmöglichkeiten zu aktivieren.

Wir versuchen, frühe Prägungen bewusst zu machen (um auf sie einwirken zu können und zu verändern), wobei wir uns ausführlich der **Genogrammarbeit** (Hildenbrand 2007) widmen und systemische Familienaufstellungen

in unsere Konzeption integriert haben (Weber, Schmidt, Simon 2005). Ausdrücklich sei erwähnt, dass wir diese Arbeit tiefenpsychologisch verstehen – als „Verräumlichung“ und Verdeutlichung nachvollziehbarer psychodynamischer Kräfte und nicht als Bühne für kathartische Impulse und Darstellungen individueller Überzeugungen („Das wissende Feld“), wie es leider oft von einer „Wald- und Wiesenszene“ unzureichend ausgebildeter und qualifizierter Therapeuten gehandhabt wird.

5 Indikation und Aufnahmeverfahren

Wir behandeln PatientInnen in **akuten seelischen Krisensituationen**, z. B. nach Verlusterlebnissen oder traumatischen Erfahrungen, mit psychosomatischen Erkrankungen, funktionellen Störungen, vegetativen Erschöpfungssyndromen, Psychoneurosen – insbesondere Angst- und depressiven Erkrankungen –, Essstörungen, Schmerzsyndromen, Persönlichkeitsstörungen und chronischen, vor allem internistischen Erkrankungen, die zu reaktiven psychischen Beeinträchtigungen geführt haben. PatientInnen, bei denen eine intensive und vom Konfliktgeschehen auch räumlich entfernte Behandlung erforderlich ist, können wir einen psychotherapeutischen Raum anbieten, der **zeitnah** über eine **Krankenhauseinweisung** erreichbar ist.

Kontraindikationen: Wegen der offenen Räumlichkeiten können wir bündnisunfähigen suizidalen oder psychotischen PatientInnen ebenso wenig den notwendigen Rahmen bieten wie kontrollbedürftigen SuchtpatientInnen. Sofern eine über eine psychopharmakologische Behandlung hinausgehende psychotherapeutische Fragestellung besteht, behandeln wir auch PatientInnen mit psychiatrischer Vorgeschichte. Oft verweisen wir jedoch auf die zuständigen psychiatrischen Bezirkskrankenhäuser, mit denen eine gute Kooperation besteht. Mit Verlegungen und ggf. Rückverlegungen haben wir durchweg gute Erfahrungen gesammelt.

Ein besonderes Anliegen ist uns, die psychosomatische regionale und überregionale Akutversorgung durch ein **kurzfristiges Aufnahmeverfahren** zu gewährleisten, was aufgrund der großen Nachfrage nicht immer gelingt. Zusätzlich zu unserer bewährten Behandlungsstruktur mit einer durchschnittlichen Aufenthaltsdauer von 5 – 6 **Wochen** führen wir etwa **2- bis 3-wöchige Kriseninterventionen** durch. Besonders bewährt haben sich auch **Intervalltherapien**, z. B. im Rahmen einer ambulanten Psychotherapie.

Zur Überprüfung einer MDK-festen Behandlungsindikation führen wir kurzfristig **prästationäre Gespräche** durch. Dabei wird auch die Motivationslage geprüft, frühzeitige Behandlungsabsprachen können vereinbart werden. Eine wichtige Funktion des Vorgesprächs besteht auch darin, die PatientIn über unser therapeutisches Vorgehen aufzuklären, z. B. die Sinnhaftigkeit der Einbeziehung der/des Partnerin/Partners zu vermitteln, evtl. bestehende Ängste abzubauen und vorbereitende Maßnahmen zu empfehlen, z. B. die Teilnahme an einer Selbsthilfegruppe. Falls noch nicht erfolgt, werden auch ambulante Therapiemöglichkeiten erörtert bzw. bereits zu diesem Zeitpunkt die Suche nach einer nachstationären, weiterführenden Behandlung initiiert.

Um die Effektivität dieses Gespräches zu erhöhen, bekommen die PatientInnen bereits im Vorfeld einen Fragebogen zugeschickt, in dem viele Daten bzgl. der Krankheitsgeschichte und sozialen Verhältnisse erhoben werden, so dass das Prä-Gespräch bereits von PatientIn und TherapeutIn vorbereitet ist und Voraussetzungen und Zielsetzungen fokussiert besprochen werden können. Dieses Vorgespräch hat auf viele PatientInnen bereits einen stabilisierenden Einfluss durch die konkrete Aussicht auf eine stationäre Behandlung. In einem weiteren Dokument werden die Gepflogenheiten der Aufnahme und eventuelle Vereinbarungen (z. B. Alkoholabstinenz, Medikamentenreduktion) transparent vermittelt. Für die konkrete Planung der Einteilung in unsere Gruppen bekommen wir bereits Hinweise auf eine Konfliktdynamik oder eine Strukturproblematik. Darüber hinaus wird auch die Teilnahme an einem Spezialsetting überlegt und ggf. die konkrete Aufnahmemöglichkeit geplant.

Während der stationären Behandlung ist einerseits eine Distanzierung zu einem belastenden Milieu gegeben, andererseits kann bei Wohnortnähe die Familie oder andere wichtige Bezugspersonen direkt miteinbezogen werden. Zunehmend bemühen sich auch PatientInnen, die weiter entfernt wohnen, um eine Behandlung bei uns. Wir legen dann jedoch schon im Vorfeld großen Wert auf die Anbahnung der Bereitschaft der unmittelbaren Bezugs-

personen, längere Anfahrtswege in Kauf zu nehmen, um an gemeinsamen Gesprächen zu partizipieren. Die Möglichkeit der Videokonferenz ersetzt zwar nicht das persönliche Gespräch, hat sich bisher aber auch als Kommunikationsmedium bewährt.

Da das Einzugsgebiet der Mehrzahl unserer PatientInnen ländliche und kleinstädtische Strukturen mit einem eher geringen psychotherapeutischen Behandlungsangebot aufweist, sind im Gegensatz zu städtischen Gebieten die Hausärzte in besonderem Maße auch Ansprechpartner in seelischen Nöten. So erstaunt es nicht, dass unsere PatientInnen weniger von psychiatrisch oder psychotherapeutisch tätigen Kolleginnen eingewiesen werden, sondern von ihren meist langjährigen **Hausärzten**. Die PatientInnen sind zunächst oft nicht speziell psychotherapiemotiviert und suchen im weitesten Sinne ärztlichen Rat. Im Gegensatz zur öffentlichen Meinung verfügen unsere Einweiser meist über ein sehr feines Gespür für psychosomatische Zusammenhänge und leisten bereits im Vorfeld entsprechende Motivationsarbeit. Mit vielen Hausärzten besteht ein enger Kontakt, ebenfalls mit Betriebsärzten großer Firmen. Einige nutzen auch die Weiterbildungsmöglichkeiten in unserer Klinik.

Nach über 10-jähriger Verhandlungszeit (!) der Psychosomatik mit den Krankenkassen, der Kassenärztlichen Vereinigung und der Krankenhausgesellschaft stehen wir kurz vor der Eröffnung einer **Institutsambulanz**. Allerdings wurden die Voraussetzungen zur Inanspruchnahme recht hoch gelegt: Nur PatientInnen mit somatischer Komorbidität und/oder mit Somatisierungs- bzw. dissoziativen Störungen, die für die ambulante Regelversorgung nicht geeignet sind, können in einem **multimodalen Setting** behandelt werden.

6 Konkretes Behandlungsangebot und -verlauf

Die durchschnittliche Behandlungsdauer auf unseren Stationen liegt etwa bei 5 bis 6 Wochen, für psychotherapeutisches Verständnis ist dies recht kurz (die durchschnittliche Behandlungsdauer psychosomatischer Krankenhäuser und Abteilungen in Bayern lag 2002 bei 56, 2011 bei 49 Tagen, 2019 bei 43 Tagen). Diese Zeitspanne hat sich bewährt (s. u., Katamnese-Erhebungen). Es ist durchaus möglich in diesem Zeitraum bei entsprechender konzeptioneller Gestaltung – d. h. der Verbindung spezifischer struktureller und personeller Voraussetzungen mit stringenter Diagnostik, Therapieplanung und -durchführung – in recht kurzer Zeit einen psychotherapeutischen Fokus zumindest soweit zu bearbeiten, dass eine Krisensituation entschärft und eine weiterführende ambulante Psychotherapie durchgeführt oder eine rehabilitative Maßnahme zur Verhinderung drohender Erwerbsunfähigkeit angeschlossen werden kann. Nach einer akuten seelischen Dekompensation, z. B. infolge der Trennung einer langjährigen Partnerschaft oder Mitteilung einer belastenden medizinischen Diagnose, können sich PatientInnen auch innerhalb einer kurzen **Krisenintervention** von 2 – 3 Wochen stabilisieren und wieder in ihr privates und berufliches Umfeld zurückkehren.

Unser Behandlungsangebot besteht aus einer Vielzahl ärztlich-psychologisch geführter Gruppen- und Einzeltherapien, die auf der BehandlerEbene durch tägliche Besprechungen und durch die Dokumentation aller Berufsgruppen in eine gemeinsame elektronische Krankenakte so synergistisch wirken, dass ein intensiver Therapieprozess angestoßen wird. Dabei wird dem Balint'schen Gedanken Rechnung getragen, dass sich Prozesse in der Patientengemeinschaft auch häufig in der Teamdynamik widerspiegeln, insbesondere bei sehr schwierigen PatientInnen („Borderline“), die sehr schnell ein Team aufzuspalten wissen. Im Unterschied zu ambulanter psychotherapeutischer Behandlung ist ein **geschützter und grenzsetzender Rahmen** gegeben, in dem unterschiedliche verbale und nonverbale Therapiemethoden aufeinander abgestimmt werden.

In der ersten Woche nimmt die PatientIn an mehreren speziellen **Einführungsgruppen** teil. Diese Gruppen ermöglichen ihm nicht nur erste Erfahrungen mit zunächst oft fremd anmutenden Gesprächen über körperliche und seelische Befindlichkeiten oder mit erlebensorientierten nichtsprechenden Therapiemethoden, sondern lassen ihn auch teilnehmen an ähnlichen Problemen oder Beschwerden seiner MitpatientInnen. Ein Anliegen ist uns, die PatientInnen **„dort abzuholen, wo sie stehen“** und ihnen Informationen über psychophysische und lebensgeschichtliche Zusammenhänge sowie unser therapeutisches Denken und Vorgehen zu vermitteln.

Therapiekonzept

Da unsere PatientInnen häufig mit ganz verschiedenen Voraussetzungen und unterschiedlicher Motivation erstmals mit psychotherapeutischem Denken in Berührung kommen, ist besondere fachliche und empathische Kompetenz gefordert, um möglichst „passend“ an die Bedingungen der PatientInnen anzuknüpfen. Die PatientInnen werden in Einführungsgruppen von den zuständigen OberärztInnen bzw. KreativtherapeutInnen mit unserem Konzept vertraut gemacht, der Informationsstand abgeglichen, unterschiedliche Behandlungsvoraussetzungen geklärt, Erwartungen auf ihren Realitätsgehalt überprüft und entsprechende Motivationsarbeit geleistet. Durch dieses Vorgehen wird die Entfaltung des Therapieprozesses deutlich beschleunigt, da Befürchtungen hinsichtlich der unbekannteren therapeutischen Vorgehensweisen entkräftet und sog. „Widerstände“ abgebaut werden.

Nach Möglichkeit findet bereits nach einer Woche ein systemisches Familienangehörigen-/Paargespräch statt, nachdem dieses Vorgehen bereits im Prä-Gespräch erörtert wurde. Dadurch wird die/der Partnerin/Partner von Beginn an in den Therapieprozess mit einbezogen und z. B. eine Abgrenzungsthematik therapeutisch moduliert und die Angaben und Einschätzungen der PatientInnen fremdanamnestic ergänzt. Fast immer ergibt sich dadurch eine Fokusverschiebung: Das subjektive Erleben der PatientInnen bekommt dadurch eine eindrucksvolle Perspektivenerweiterung – insbesondere hinsichtlich seiner strukturellen Fähigkeiten, Probleme zu bagatellisieren oder zu dramatisieren. In diesem Gespräch geht es aber weniger darum, Problemfelder zu vertiefen, sondern eher zu verdeutlichen und vor allem auch Ressourcen zu entdecken, die in der Problemaktualisierung untergegangen sind. Unterschätzt wird häufig auch, dass der „zurückgebliebene“ Partner sich ebenfalls viele Gedanken macht und Befürchtungen und Hoffnungen entwickelt, meist aber kein Resonanzfeld hat, das ihn unterstützt.

Nach zwei Wochen findet die obligatorische Oberarztvisite als gemeinsame Besprechung statt mit der BezugstherapeutIn und nach Möglichkeit auch mit einem Mitglied des Pflegeteams und/oder der Körper-/ GestaltstherapeutIn. In der gemeinsamen Reflexion der Vorgeschichte und des bisherigen Verlaufs werden divergente Beobachtungen und Wahrnehmungen zu einem Mosaik zusammengetragen, das die Grundlage bildet für die Strukturdiagnose, die Psychodynamik und die abschließende Formulierung eines oder mehrerer gemeinsam zu bearbeitender Therapiefoki, die schriftlich formuliert werden und als roter Faden der multimodalen Therapie allen Berufsgruppen für ihre therapeutischen Interventionen leitend ist.

Koordiniert wird das therapeutische Vorgehen in der **Einzeltherapie** von der für den Therapieverlauf verantwortlichen ÄrztIn oder PsychologIn als BezugstherapeutIn, die die biographische Anamnese und das Genogramm erhebt, den individuellen Therapieplan entwirft und in (meist zwei) wöchentlich stattfindenden Einzelgesprächen die PatientIn bis zur Entlassung begleitet. Nach 4 – 5 Wochen findet die zweite Oberarzt-Visite statt, in der der Fortschritt in der Therapie und die Erreichung der Therapieziele unter Berücksichtigung sich evtl. neu ergebender Perspektiven reflektiert werden, evtl. im Rahmen eines weiteren Paargesprächs. Nach Möglichkeit sollte ein zweites Paargespräch stattfinden, um neue Erkenntnisse oder Kommunikationsmöglichkeiten in den zu erwartenden Alltag zu vermitteln – in der Regel kehrt die PatientIn wieder in ihr soziales System zurück.

In unseren Gruppentherapien haben wir im Verlauf der letzten 25 Jahre die verschiedenen Formate über Jahre hin erprobt: Zunächst sogenannte „Slow-Open-Gruppen“, in denen jede Woche 1 – 2 abreisende PatientInnen durch neue ersetzt werden: Das wichtige Thema `In Kontakt treten´ und `Abschied nehmen´ ist hier prägend. Bei den sogenannten „Halbgeschlossenen Gruppen“ wechselt die halbe Gruppe alle 3 Wochen (ca. 4 PatientInnen), wodurch bei entsprechender Versiertheit des Gruppentherapeuten und die größere zeitliche Kontinuität tiefere Gruppenprozesse möglich sind. **Auch mit geschlossenen Gruppen über 5 – 6 Wochen, die wir zu Corona-Zeiten etabliert haben, konnten wir gute Erfahrungen machen.** PatientInnen mit schwierigen Interaktionsmustern konnten gut integriert werden.

Über Jahre hinweg haben wir Erfahrungen mit einer weiteren Dynamik gesammelt: Je kürzer Gruppen sind – stationäre Gruppentherapie ist immer eine Kurzzeittherapie - sollten PatientInnen mit einem ähnlichen Strukturniveau (OPD-Diagnostik) gemeinsam in einer Gruppe behandelt werden, da sich das therapeutische Vorgehen nach den strukturellen Fähigkeiten der PatientInnen ausrichten sollte. Bei gut strukturierten PatientInnen geht es um eher objektbezogene, gut fassbare Konflikte vor dem Hintergrund biografischer Grundkonflikte, bei weniger gut strukturierten PatientInnen mehr um die Entwicklung von Fähigkeiten der Wahrnehmung, Steuerung und Selbstberuhigung, deren Fehlen zu habituellen Missverständnissen und „vergrößerten“ Konflikten in allen Berei-

chen führen. Um die Patientengruppen „gut strukturiert mit Konflikthintergrund (K)“, mit „strukturellen Einschränkungen (S)“ und einer Mischform (K-S) in die entsprechenden Gruppen einteilen zu können, wird bereits im Prä-Gespräch eine orientierende Einschätzung abgegeben, eine anspruchsvolle Aufgabe.

Dreimal wöchentlich findet die Gesprächsgruppe als Kerngruppe statt, in dieser Konstellation an den anderen Wochentagen eine erlebens-, wahrnehmungs- und ausdrucksfördernde Kreativgruppe mit jeweils körperpsychotherapeutischen oder kunsttherapeutischen Inhalten, so dass eine tägliche Gruppenkontinuität gegeben ist. Die Teilnahme an weiteren Gruppen, wie Rhythmus-, Bewegungs- oder Tanztherapie bzw. an Entspannungsverfahren in verschiedenen Formaten kommen individuell geplant hinzu (z. Zt. wegen Corona leider ausgesetzt).

Von besonderer Bedeutung für den therapeutischen Prozess ist die Integration der **nonverbalen, kreativen Verfahren** in den therapeutischen Prozess: Die Gestaltungs- und Maltherapie sowie die Körper-, Tanz-, Wahrnehmungs- und Ausdruckstherapie in verschiedenen Modifikationen stellen mit ihrem erlebensorientierten Fokus Medien zur Verfügung, die zunächst nicht verbalisierbare Affekte symbolisch im Bild, im körperlichen Spüren oder in der Bewegung zum Ausdruck bringen können. Auch als gefährlich erlebte Impulse und bedrohliche körpernahe Erfahrungen können so in die psychotherapeutische Begegnung eingebracht werden. Der „erlebte Körper“ wird so wieder mehr in das psychische und soziale System integriert. Beziehungskonflikte, die mit frühem Körpererleben verbunden sind, können mobilisiert und zugänglich gemacht werden – sind doch die frühesten in unserem Leben gespeicherten Eindrücke körperliche Wahrnehmungen.

Durch regelmäßige Übung **entspannungsfördernder Methoden** – Progressive Muskelentspannung nach Jacobson, Atemtherapie, Qigong u. a. – wird eine **vegetative Umstimmung** mit Muskeltonussenkung und Normalisierung biologischer Rhythmen induziert. Zu unserem Behandlungsangebot gehören weiterhin – bei entsprechender Indikation – **krankengymnastisch** geführte „sensomotorische“ Gruppen, Sport- und Walkinggruppen, insbesondere auch solche unter Berücksichtigung des eingeschränkten Aktivitätsniveaus vieler PatientInnen („slow-walking“). Weitere Angebote sind die Gruppe „Bewegungserfahrung im Wasser“ sowie baneologische und roborierende Anwendungen bzw. spezifische krankengymnastische Behandlungen. Durch regelmäßige Aktivierung von Bewegungsroutinen können viele PatientInnen ihre passiven Erlebensmuster verändern und gesundheitsfördernde Ausdrucksmöglichkeiten für ihren späteren Alltag anbahnen.

Dass krisenhafte Zuspitzungen unmittelbar ihren Besprechungs- und Handlungsrahmen finden, versteht sich von selbst. Eine wichtige Funktion kommt auch der fest etablierten abendlichen **Pflegevisite** zu. Hier werden die Ereignisse des Tages besprochen und auch organisatorische Belange geklärt.

Bei jeder PatientIn wird eine **internistische Basisdiagnostik** durchgeführt und ggf. eine entsprechende **Therapie** eingeleitet. Darüber hinaus stehen für eine weiterführende Diagnostik die internistischen Abteilungen der Krankenhäuser Eggenfelden und Pfarrkirchen zur Verfügung. Interdisziplinäre Fragestellungen können in diagnostischer und therapeutischer Hinsicht diskutiert und auch direkt von Kollegen mit Subspezialisierungen (z. B. Kardiologie) mitbehandelt werden. Eine je nach Beschwerdebild notwendige psychopharmakologische Behandlung erfolgt nach den gängigen Leitlinien. Aufgrund der (schlechten) Ergebnisse der psychopharmakologischen Studien der letzten Jahre (die häufig der subtilen Manipulation überführt wurden) sind wir viel zurückhaltender geworden mit der Verordnung antidepressiver/neuroleptischer Medikation. In der Tradition des naturheilkundlichen Schwerpunkts 1995 - 2000 im Rahmen des damaligen ganzheitlichen Gesamtkonzeptes werden auch heute noch nach Möglichkeit **naturheilkundliche Verfahren** wie Hydrotherapie, Phytotherapie, Ernährungstherapie, Akupunktur, Homöopathie etc. eingesetzt.

Jeweils freitags findet eine Stationsversammlung statt. Hier werden die PatientInnen in Organisationsprozesse miteingebunden und erhalten ausreichend Raum, dieses Forum mitzugestalten, z. B. indem sie die Moderation übernehmen: Die neuen PatientInnen werden in einem Ritual begrüßt, die vor der Entlassung stehenden PatientInnen verabschiedet. Hierbei bietet sich die Gelegenheit, den Therapieverlauf Revue passieren zu lassen. Fast immer zeigt sich ein erheblicher Zugewinn an Selbstsicherheit und Prägnanz im kognitiven Diskurs und emotionalen Ausdruck. Vor allem neue PatientInnen erhalten hier richtungsweisende Anstöße. Ebenfalls wird ein von den PatientInnen vorbereitetes Thema diskutiert, wodurch neue Möglichkeiten der Interaktion erprobt werden. Während der Stationsversammlung werden – mit Unterstützung des Pflegedienstes – auch gemeinsame Aktivitäten für das Wochenende geplant.

2017 haben wir nach langer datenschutzrechtlicher Prüfung das „**Synergetische Navigationssystem**“ (SNS – entwickelt von Prof. Schiepek, Salzburg) etabliert. Es handelt sich um eine ca. 10-minütige tägliche Reflexion des Therapieprozesses per PC/Handy. Durch tägliche Beantwortung relevanter Themenbereiche wird der Therapieprozess wie unter einem Vergrößerungsglas transparenter und anschaulicher gemacht. Dieses Procedere dient der Aktivierung der Selbstwirksamkeit. Die grafischen Darstellungen können wöchentlich mit der BezugstherapeutIn besprochen werden und geben oft Hinweise auf bisher nicht für relevant erachtete Themen. Eine Ausweitung in den prä- und poststationären Bereich ist geplant, mit älteren PatientInnen, die mit diesem Medium nicht vertraut sind, suchen wir andere Wege der Aktivierung.

Das Wochenende dient der **sozialen Aktivierung**, oft der Begegnung und Auseinandersetzung mit der Familie oder anderen wichtigen Bezugspersonen, die auf Besuch kommen oder zu der/denen die PatientIn fährt („Belastungserprobung“) (**coronabedingt ausgesetzt**). Der Transfer neuer Einsichten und Erfahrungen im sozialen Umfeld und vor allem dessen Reaktion führt zu einem unmittelbaren Alltagsbezug und zeitnahen Auseinandersetzung mit den im Vorfeld des stationären Aufenthalts wirksamen pathogenen Interaktionsmustern – aber auch zur (Neu-) Entdeckung positiver, zuletzt nicht mehr spürbarer Fähigkeiten und kreativen Ressourcen – wurde doch bereits durch die Herauslösung der PatientIn aus dem privaten und beruflichen Feld auch dort ein Reflexionsprozess eingeleitet. Wichtig ist uns die therapeutische Vorbereitung und spätere Reflexion der im häuslichen Umfeld gemachten Erfahrungen.

Nicht zuletzt dient das Wochenende auch der Reflexion der therapeutischen Interventionen der letzten Woche, der Einordnung von Begegnungen in der therapeutischen Gemeinschaft in biografische Bezüge, der Auswertung von Tagebucheinträgen sowie der Erprobung neuer sozialer Kompetenzen im Kontakt mit MitpatientInnen. PatientInnen, die sich nicht einer Belastungserprobung im häuslichen Umfeld unterziehen können und im Haus bleiben, erhalten spezielle Therapieangebote und können eine besonders intensive Resonanz durch das Pflegepersonal erfahren.

Zusammenfassung: Stationäre Psychotherapie ist ein geplanter multimodaler Prozess, der einen definierten Anfang und einen geplanten Abschluss benötigt. Von Beginn an wird die Behandlung in einem festgelegten zeitlichen Rahmen geführt, der nach einer initialen Diagnostikphase auf inhaltliche Zielsetzung und zeitlichen Ablauf oberärztlich überprüft wird. Diese Planungssicherheit ermöglicht den PatientInnen, sich vertrauensvoll auf die Therapie einzulassen und sich schließlich nach intensiven Therapiewochen auf die Entlassung, die bevorstehende Rückkehr in den Alltag und den Abschied von MitpatientInnen vorzubereiten. Die Behandlung findet ihren Abschluss in einer Oberarzt-Entlassungsgruppe und einer ausführlichen Pflegevisite.

7 Behandlungsschwerpunkte

Über die Jahre hinweg haben wir stationsbezogen mehrere Behandlungsschwerpunkte entwickelt. Hier haben sich die Mitarbeiter jeweils besonders qualifiziert und können im multimodalen Setting intensiv auf die zugrundeliegenden Themen eingehen.

7.1 Therapie von Essstörungen

Leitung: Gabriele Häberle, Fachärztin für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Fachärztin für Gynäkologie und Geburtshilfe

Essstörungen sind häufig in der ambulanten psychotherapeutischen Praxis nicht ausreichend oder nachhaltig zu behandeln. Unser multimodales Setting – mit der Sicherheit umfassender organmedizinischer Kompetenz der abteilungsinternen Internisten – bietet ideale Voraussetzungen, um mit der erforderlichen Therapiedichte in die Tiefe gehen zu können. Nur über eine Veränderung tieferer, unbewusster Kräfte ist eine nachhaltige Veränderung zu erreichen.

Anders als in vielen Kliniken steht bei uns weniger das sichtbare Symptom der Essstörung, das man „in den Griff bekommen muss“ im Vordergrund. Wir verstärken nicht das vorhandene ausgeprägte Kontrollbedürfnis, indem

wir Kalorien zählen oder häufig das Gewicht kontrollieren, sondern wir respektieren die tiefer liegende unbewusste Entscheidung, dass dieses Symptom in der bisherigen Lebensgeschichte in Kauf genommen wurde, um ein anderes, darunter verborgenes Leid tragen zu können. Wir versuchen gemeinsam mit den PatientInnen die Psychodynamik zu verstehen.

Essgestörte PatientInnen schämen sich oft ihres Körpers und sind sehr einsam. Daher sind unsere PatientInnen in das normale multimodale Setting der Abteilung und damit in die therapeutische Patientengemeinschaft integriert und nehmen zusätzlich an einer spezifischen Wahrnehmungs- und Reflexionsgruppe teil. Wir lenken den Blick weg von Diätkonzepten hin zu einer besseren Wahrnehmung und Unterscheidung von Appetit, Hunger und Sättigung. Die PatientInnen lernen, den Signalen des Körpers und seiner Regulationsfähigkeit zu vertrauen und unterdrückten Lebensimpulsen wieder Raum zu geben. Auf der pragmatischen Ebene steht in Einzel- und Gruppengesprächen eine Ernährungswissenschaftlerin zur Verfügung.

7.2 Schmerztherapie

Leitung: Dr. med. Hans-Klaus Etspüler, Dr. med. univ. Maximilian Huber, Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Fachärzte für Innere Medizin, Mag. Oksana Blotni, Psychologische Schmerztherapeutin

Bei einem Großteil chronischer SchmerzpatientInnen lässt sich keine eindeutige organische Ursache diagnostizieren – und selbst bei Vorliegen einer manifesten körperlichen Erkrankung spielt bei der Krankheitsbewältigung und deren Prognose der psychische Aspekt eine entscheidende Rolle. Wir haben ein Spezialprogramm für SchmerzpatientInnen etabliert, das sowohl den somatischen als auch den psychischen Beschwerden Rechnung trägt. Dieses Programm besteht aus einem 6-wöchigen stufenweise aufgebauten Gruppenprogramm zur Behandlung chronischer Schmerzen, z. B. unklaren Bauchschmerzen, Rückenschmerzen unklarer Genese, Kopfschmerzen etc. Die Durchführung des integrierten psychoedukativen und tiefenpsychologischen Konzepts mit Schwerpunktthemen zum Schmerz – Schmerzverarbeitung, lebensgeschichtliche Faktoren, integrative Schmerzmodelle etc. – findet täglich statt. Körpertherapeutische Interventionen, Imaginationsübungen und Entspannungsverfahren haben ebenfalls einen hohen Stellenwert.

7.3 Traumatherapie

Leitung: Stephan Kühler, Facharzt für Innere Medizin, Mag. Gertraud Forthuber, traumatherapeutisch ausgebildete Psychotherapeutin

Eine posttraumatische Belastungsstörung kann sich nach dem Erleben oder Miterleben von belastenden Ereignissen oder Situationen mit außergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophenartigem Ausmaß, die bei fast jedem Menschen eine tiefe Verstörung hervorrufen würde, entwickeln. Hierzu gehören u. a. Naturereignisse, von Menschen verursachte Katastrophen, Kampfhandlungen, schwere Unfälle oder auch die Tatsache, Zeuge des gewaltsamen Todes anderer oder selbst Opfer von (sexualisierter) Gewalt oder miterlebter Gewalt zu sein. Die posttraumatische Belastungsstörung ist gekennzeichnet durch das Wiedererleben des traumatischen Ereignisses in Form von bedrückenden Gedanken, Alpträumen sowie intensiven negativen Gefühlen, der Vermeidung von Situationen und Aktivitäten, die an das Trauma erinnern, sowie durch einen Zustand der emotionalen Betäubtheit und Teilnahmslosigkeit. Zusätzlich treten Zeichen eines erhöhten Erregungsniveaus auf wie Ein- und Durchschlafstörungen, Reizbarkeit, Konzentrationsstörungen und übermäßige Schreckhaftigkeit.

In einem geschützten und beruhigenden Rahmen innerhalb eines traumaspezifischen multimodalen Settings können wir den PatientInnen Unterstützung bei der Verbesserung der Gefühlsregulation, der Selbstberuhigung, der Kontrolle von Flashbacks oder Dissoziationen geben, Informationen z. B. über die Andersartigkeit traumatischer Verarbeitungsprozesse vermitteln sowie, falls noch nicht vorhanden, für die Aufnahme einer längerfristigen ambulanten Psychotherapie motivieren sowie auch Hilfe beim Finden eines Therapieplatzes leisten.

Unser multimodales Setting umfasst eine traumaspezifische Gruppe mit Einbeziehung psychoedukativer Elemente, Einzelgespräche, Körperpsychotherapie, Gestaltungstherapie, Imagination sowie weitere „besänftigende“ Verfahren.

7.4 Therapie junger Erwachsener

Leitung: Dr. med. Thorsten Jordan, Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie

Dieses Angebot richtet sich an junge Erwachsene im Alter von 18 bis 28 Jahren. Jungen Erwachsenen fällt es leichter, sich im Rahmen einer Gruppe gleichaltriger MitpatientInnen („Peergroup“) zu öffnen und sich mit den Hintergründen ihrer Probleme auseinanderzusetzen. Inhaltlich liegt der Schwerpunkt auf Themen der Übergangsphase aus dem Jugend- in das Erwachsenenalter, um Ablösung vom Elternhaus, Entwicklungsaufgaben wie Ausbildung oder Studium, Eintritt in ein festes Berufsleben, Partnerschaft oder gar Elternschaft.

7.5 Strukturbezogene Therapie – Therapie für bessere Emotionsregulation

Leitung: Dietmar Röckle, Leitender Psychologe und Renate Heiss, Diplompsychologin

Dieser Behandlungsschwerpunkt ist für PatientInnen entwickelt worden, die immer wieder von heftigen Gefühlen überwältigt werden und zu wenig Selbstberuhigungsfähigkeiten entwickeln konnten – häufig mit der Diagnose Borderline-Persönlichkeitsstörung. Schwerpunkt ist die Auseinandersetzung mit der „emotionalen Ausstattung“. Die Behandlung verbindet tiefenpsychologisches Verständnis mit dialektisch-behavioralem Vorgehen (DBT). In einem Skillstraining werden Fertigkeiten geübt und Fähigkeiten entwickelt: Es geht um Schulung der Selbst- und Fremdwahrnehmung, Förderung der Selbstberuhigungsmöglichkeiten, Verbesserung der Stresstoleranz und Vermeidung von Eskalation in angespannten zwischenmenschlichen Situationen.

7.6 Soziale Kompetenz

Leitung: Dr. med. Raimund Ritter, Facharzt für Innere Medizin – Psychotherapie, Ivonne Hahner, Ärztin in fortgeschrittener Weiterbildung

Hier liegt der Schwerpunkt in der Behandlung der Auswirkungen sozialer Einschränkungen bei Depressionen und Angsterkrankungen. Es geht darum, sich aus dem sozialen Rückzug wieder „heraus zu wagen“ und eine aktive Rolle einnehmen zu können. In Rollenspielen werden konkrete Situationen wie Auseinandersetzungen im beruflichen Rahmen, Schwierigkeiten im sozialen Leben (z. B. beim Einkaufen) oder Durchsetzung eigener Interessen im familiären Bereich zum Ausdruck gebracht und Lösungen erarbeitet.

8 Teamstruktur

Das Behandlungsteam hat sich in den letzten Jahren kontinuierlich erweitert. Der Chefarzt ist für die volle Weiterbildungszeit des Fachgebietes ermächtigt – vier Jahre nach der neuen Weiterbildungsordnung von 2019. Es besteht weiterhin eine Ermächtigung für 12 Monate Innere Medizin und Allgemeinmedizin sowie 3 Monate Naturheilverfahren durch Oberärzte. Das Gesamtteam besteht aus 3 Lfd. OberärztInnen (für je 60 PatientInnen) sowie weiteren 4 OberärztInnen und 1 Lfd. Psychologe – meist Fachärzte für Psychosomatische Medizin und weiteren Gebietsbezeichnungen Innere Medizin, Gynäkologie, Psychiatrie. Über 20 ÄrztInnen und PsychologInnen sind als unmittelbare BezugstherapeutInnen tätig. Weiterhin gehören zum Klinik-Team 6 Gestaltungs- und Kunsttherapeuten, 18 Körper- und PhysiotherapeutInnen, eine Ökotrophologin, eine Sozialpädagogin sowie über 40 Pflegekräfte (in Voll- und Teilzeit).

Die Klinik ist strukturiert in 6 Stationen mit jeweils 25 bis 30 PatientInnen, so dass eine übersichtliche, gut vernetzte Arbeitsweise gegeben ist.

In **täglichen Teambesprechungen** werden die therapeutischen Prozesse auf den verschiedenen Ebenen – in der Einzeltherapie, in der Gruppentherapie sowie im gelebten Alltag in der therapeutischen Gemeinschaft – zusammengetragen. Dadurch werden auch Nebenschauplätze, an denen abgespaltene Interaktionsmuster ausgelebt werden, z. B. im Nachtdienst oder in der Krankengymnastik, in einen Verständniszusammenhang gebracht. Voraussetzung dazu ist, dass alle Teammitglieder mit psychologischen Phänomenen wie z. B. Übertragungs- oder Abwehrmechanismen vertraut sind und die Spanne zwischen konflikthafter Auseinandersetzung und strukturierender Grenzsetzung sensibel handhaben. Erlebnissen in der Interaktion mit PatientInnen können die MitarbeiterInnen so den entsprechenden Mitteilungswert geben, sodass sowohl die gemeinsame Suche nach einer (bisher verborgenen) Psychodynamik als auch ein stringentes, gemeinsam getragenes therapeutisches Vorgehen erfolgen kann. Von besonderer Bedeutung in der Krankenhaus-Psychosomatik ist die zeitnahe Möglichkeit, die Behandlungsstrategie zu modifizieren.

Die systemische Grundannahme, dass therapeutische Prozesse weder linear noch kausal verlaufen, sondern aufgrund ihrer Zirkularität auch die Behandler mit einschließen, muss bei der Reflexion der therapeutischen Prozesse der PatientInnen auch zu einer adäquaten Berücksichtigung der Teamdynamik führen. Probleme von PatientInnen spiegeln sich hier oft wieder, sie werden sogar nicht selten durch Inkongruenzen im Team erst identifiziert. Der Arbeitsatmosphäre kommt daher gerade im Hinblick auf schwierige PatientInnen besondere Bedeutung zu. In **Fall- und Teamsupervisionen** kann der Therapieverlauf bzw. die Dynamik unter den Mitarbeitern angesprochen, konzeptionelle Fragen diskutiert und anhand konkret erlebter (meist schwieriger) Situationen ein berufsgruppenübergreifender Konsens erarbeitet werden.

Die in der Weiterbildungsordnung für die Gebietsbezeichnung Psychosomatische Medizin und Psychotherapie geforderten Inhalte werden im wöchentlichen Turnus vermittelt. Mehrmals jährlich finden zweitägige Fortbildungsveranstaltungen mit renommierten Referenten statt (siehe Anhang). Praxisnah werden Videoaufnahmen von Paar- oder Familiengesprächen sowie von Einzel- und Gruppenstunden reflektiert. Seit langem ist eine regelmäßig stattfindende internistische Weiterbildung fest etabliert.

9 Vor- und nachstationäres Procedere

Wie schon erwähnt, führen wir prä- und poststationäre Therapiegespräche. Während prästationäre Gespräche eher diagnostischen Charakter haben und der Indikationsprüfung zur stationären Therapie dienen, kann in poststationären Gesprächen der Therapieprozess noch einmal reflektiert und Hilfestellung gegeben werden beim Transfer der stationär gemachten Erfahrungen in den Alltag oder die Zeit bis zur Aufnahme einer ambulanten Psychotherapie überbrückt werden. Dieses Vorgehen trägt auch zur Verkürzung des Gesamtaufenthaltes bei. Durch die geplante Institutsambulanz (Eröffnung für Herbst 2021 in Aussicht) ergeben sich neue Möglichkeiten differenzierter multimodaler Vorgehensweisen. Bei längeren Wartezeiten kann bei bestimmten Diagnosen (Somatisierungsstörungen, Dissoziative Störungen, somatische Komorbidität) eine sogenannte „Überbrückungstherapie“ angeboten werden, wenn es keine Möglichkeiten der ambulanten Unterstützung gibt. Die PatientInnen können sich bereits im Vorfeld auf die stationäre Behandlung vorbereiten, auch nach der stationären Behandlung kann eine individuell zugeschnittene multimodale Therapie erfolgen, bis die PatientIn eine Behandlungsmöglichkeit bei einem ambulanten ärztlichen oder psychologischen Psychotherapeuten gefunden hat.

10 Kalkulationskrankenhaus, Evaluation und Qualitätssicherung

Die Psychosomatische Fachklinik Simbach am Inn ist als eine der ersten Kliniken in Deutschland als Kalkulationskrankenhaus für ein neues Entgeltsystem in Psychosomatik und Psychiatrie ausgewiesen und rechnet mit den Krankenkassen bereits seit 2013 nach dem PEPP-System (Pauschalisiertes Entgeltsystem für Psychiatrie und Psychosomatik) ab. In den ersten Jahren haben wir an das InEK (Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus) fast ein Viertel aller in Deutschland erfassten Fälle geliefert. Seit 2002 vergleichen wir im Rahmen der gesetzlich geforderten Qualitätssicherung in einem eigens dafür gegründeten Institut (IQP) unsere Behandlungsergebnisse mit 15 anderen Kliniken. Im Benchmarking konnten wir bisher immer sehr gute Ergebnisse verzeichnen.

10.1 Qualitätsmanagement – Zertifizierung nach DIN EN ISO 9001:2015

Um die Qualitätsstandards zu sichern und die Abläufe der Versorgung der PatientInnen zu prüfen und zu sichern, arbeitet die Psychosomatische Fachklinik eng mit dem Qualitätsmanagement zusammen. Jährlich und bei Bedarf finden interne Audits in der Klinik statt, um Prozesse zu analysieren bzw. ggf. optimieren, nicht genutzte Ressourcen zu eruieren, aber auch gute Leistungen kenntlich zu machen. Unabhängig davon finden jährlich Überwachungsaudits und alle drei Jahre Rezertifizierung nach DIN EN ISO 9001:2015 statt, um eine objektive Bewertung sicherzustellen.

Primär steht die intensive Behandlungsqualität der Therapien im Fokus, die Ergebnisse der Audits werden zeitnah von den Mitarbeitern der Psychosomatischen Fachklinik gesichtet und entsprechende Verbesserungs-, Vorbeuge- und/oder Korrekturmaßnahmen eingeleitet. Bei festgestellten Abweichungen werden zeitnah Korrekturen veranlasst. Das Qualitätsmanagement unterstützt die Psychosomatische Fachklinik bei der Verwaltung des Maßnahmenmanagements. Aus den Auditberichten 2019 und 2020 sind beispielhaft folgende positiven Ergebnisse zu benennen:

- Das erlebnisintensive, tiefenpsychologisch basierende Klinikkonzept sieht einen niederschweligen Zugang für den Kontakt des Patienten mit der Klinik vor.
- Die Psychosomatik prüft die Qualität der therapeutischen Leistungen systematisch durch Teilnahme am externen QM-Verfahren des Institutes für Qualitätsentwicklung in der Psychotherapie und Psychosomatik.
- Ein digitales Stimmungstagebuch für die Patienten wurde eingeführt. Ergebnisse werden im Patientengespräch evaluiert.
- Für die Klettertherapie in einer außerhalb des Klinikgrundstücks befindlichen Halle wurden Risikoprävention und Notfallversorgung organisiert.

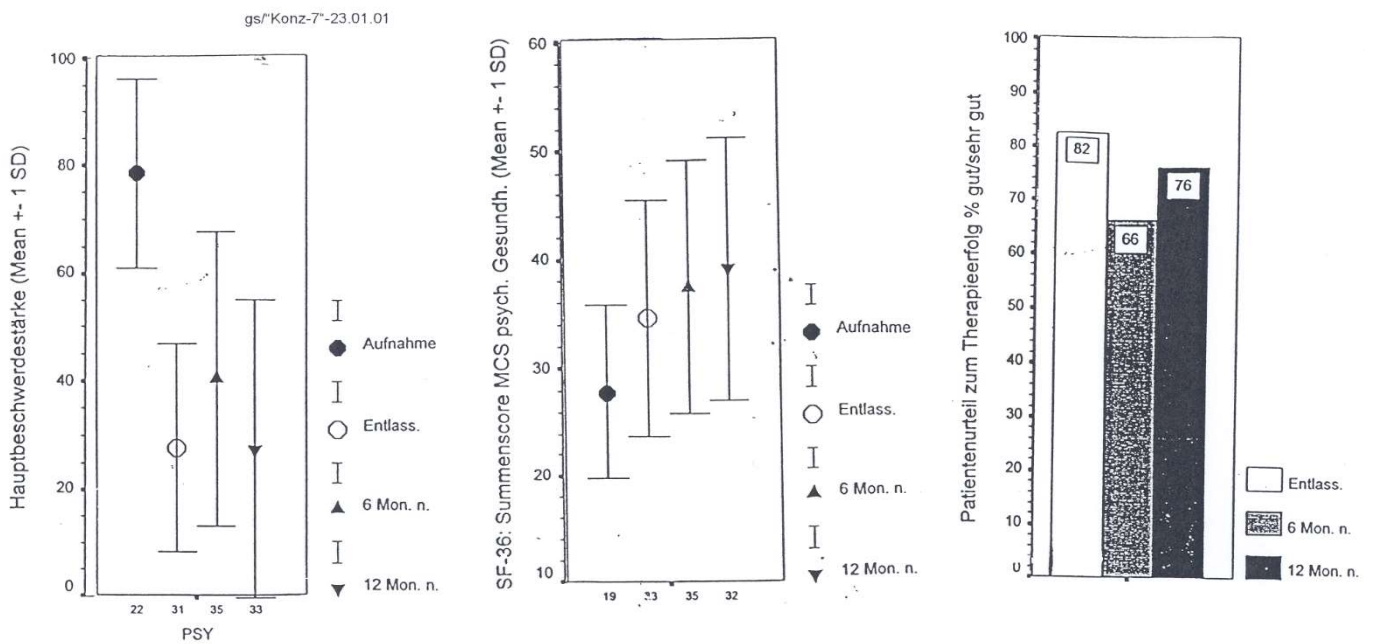
10.2 STOP-D-Studie

Da die Lebenszeitprävalenz für depressive Erkrankungen mit 12 – 19 % zu den häufigsten Erkrankungen überhaupt zählen (Wittchen et al. 2010) war es uns ein Anliegen, die Wirksamkeit von tiefenpsychologisch fundierter stationärer Psychotherapie durch Teilnahme an einer Multizenter-Studie gemeinsam mit 14 weiteren Kliniken in ganz Deutschland zu überprüfen. Bei Aufnahme, Entlassung und der Katamnese nach 6 Monaten wurde eine umfangreiche Erhebung von Zielparametern durchgeführt – Depressions-Inventar (BDI), Inventar der Persönlichkeitsorganisation (IPO), Heidelberger Umstrukturierungsskala (HUS), Hamilton-Rating-Scale for Depression (HAM-D), Global Severity Index (GSI), Symptom-Checkliste-90 (SCL-90-R), Beeinträchtigungs-Schwere-Score (BSS), Selbstbeurteilungsbogen (SBB) und Global Assessment of Functioning (GAF). Bei deutlich geringerer Therapiedauer als im Durchschnitt aller Kliniken konnten gute Effektstärken in allen relevanten psychodynamischen Parametern nachgewiesen werden, die auch in der Katamnese weiter anhielten. Ein für uns wichtiger Nebenbefund war auch, dass PatientInnen, die zusätzlich mit Antidepressiva behandelt wurden, keinen besseren Outcome vorwiesen als die PatientInnen, die ausschließlich psychotherapeutisch behandelt wurden.

10.3 „Münchener Modell“ 1995 bis 2000

Als erstes (und letztes?) deutsches „Krankenhaus für ganzheitliche Grundversorgung“ 1995 – 2000 haben wir im Rahmen des 5-jährigen Forschungsprojektes „Münchener Modell“ – Leiter: Prof. Dr. med. D. Melchart – einen Modellversuch zur Integration ganzheitlicher medizinischer Behandlungsmethoden in der internistischen stationären Grundversorgung durchgeführt. Hierbei standen weniger klinische Studien im Vordergrund als vielmehr die Erfassung des Therapieprozesses und der Ergebnisqualität. In diesem Zeitraum wurden vielfältige Arzt- und Patientenbefragungen zum Zeitpunkt der Aufnahme, der Entlassung und auch 12 Monate nach der Entlassung (Katamnese) durchgeführt. Hierbei konnte ein deutlicher Rückgang der Hauptbeschwerden, Zunahme sozialer Aktivität und Verbesserung von Parametern wie körperliche Schmerzen, Vitalität, soziale Funktionsfähigkeit, psychisches Wohlbefinden und Lebenszufriedenheit beschrieben werden. Z. B.:

Therapiekonzept



10.4 Qualitätssicherung und Benchmarking durch das IQP seit 2000

Seit 2002 lassen wir unsere Qualitätssicherung durch ein gemeinsam mit anderen Kliniken gegründetes Institut für Qualitätssicherung in der Psychotherapie und Psychosomatik (IQP) durchführen - Leitung S. von Heymann. Weit über 200.000 (!) dokumentierten Behandlungsfällen aller teilnehmenden Kliniken verfügt das IQP inzwischen über den weltweit größten Datensatz von stationär psychosomatisch behandelten PatientInnen. Aus diesem Pool wurden zu verschiedenen Fragestellungen Studien durchgeführt (z. B. Tritt 2003; Tritt 2007; Heymann 2003). Im Rahmen der Versorgungsforschung wurde der umfangreiche Datensatz auf verschiedene wissenschaftliche Fragestellungen hin untersucht, z. B. auf Einflussfaktoren auf die Wirksamkeit der Behandlung. Insgesamt wurde jedoch die von Kritikern der Psychosomatik grundsätzlich bezweifelte Wirksamkeit stationärer psychotherapeutischer Behandlung in eindrucksvoller Weise nachgewiesen.

Die jährlichen Auswertungen erlauben eine Darstellung des Patientenprofils bei Aufnahme, die Entwicklung der Beschwerden bis zur Entlassung und einen Vergleich der Ergebnisse der Klinik mit dem Gesamtdatenpool der beteiligten Kliniken (Benchmarking). Die Ergebnisse geben uns hilfreiche Hinweise auf den Therapie-Outcome und die Weiterentwicklung unseres Behandlungskonzepts. Im Rahmen der Versorgungsforschung kann der umfangreiche Datensatz außerdem auf verschiedene wissenschaftliche Fragestellungen hin untersucht werden, z. B. auf Einflussfaktoren auf die Wirksamkeit der Behandlung.

In den Jahren 2000 bis 2007 wurden über 5.000 PatientInnen erfasst. Durch die Behandlung erfolgte eine Reduktion der Hauptbeschwerde von durchschnittlich 32 %. 72 % der PatientInnen berichteten bei Entlassung, dass sich ihre körperlichen Beschwerden gebessert hätten, 86 % sprachen von einer Verbesserung der seelischen Beschwerden. In der katamnestischen Erhebung nach 1 Jahr waren es immer noch 54 % bzw. 66 %.

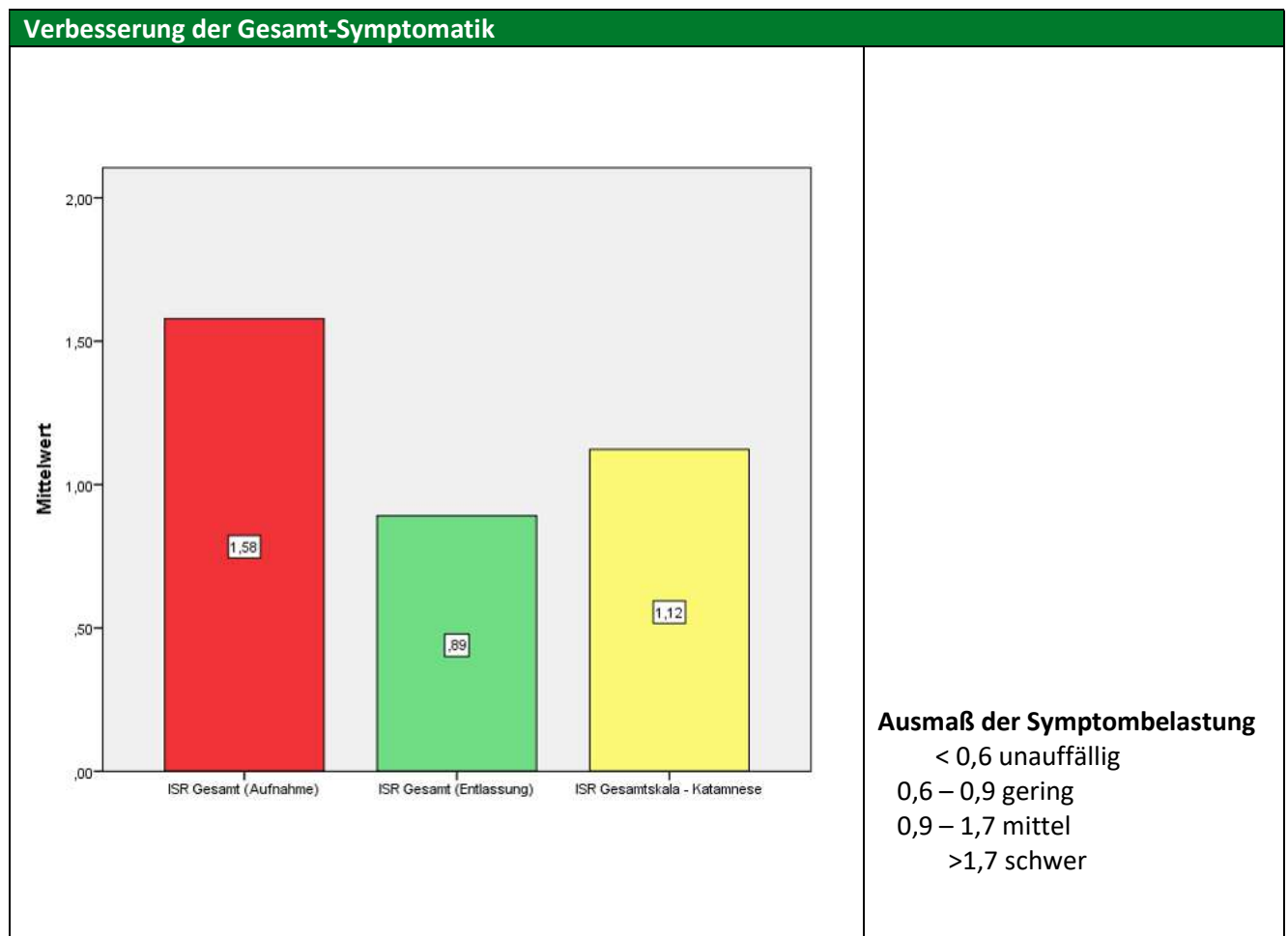
75 % der PatientInnen schätzten den Gesamterfolg als gut oder sehr gut ein. 1 Jahr später waren es immer noch 69 %. Die Gesamtsymptombelastung GSI, die mit Hilfe des standardisierten Fragebogens SCL-90-R mit 90 Fragen erfasst wurde, reduzierte sich der Belastungswert von 1,28 bei Aufnahme auf einen Belastungswert von 0,86 bei Entlassung. Auch ein Jahr nach der Behandlung waren deutlich anhaltende Besserungen nachweisbar.

10.5 Auswertung ausgewählter Ergebnisse der Befragung von über 8.300 PatientInnen aus den Jahrgängen 2013 bis 2020

Hierbei sind Daten bei Aufnahme/Entlassung und im Hinblick auf die Nachhaltigkeit der Behandlung eine Katamnese ein halbes Jahr nach der Entlassung dargestellt.

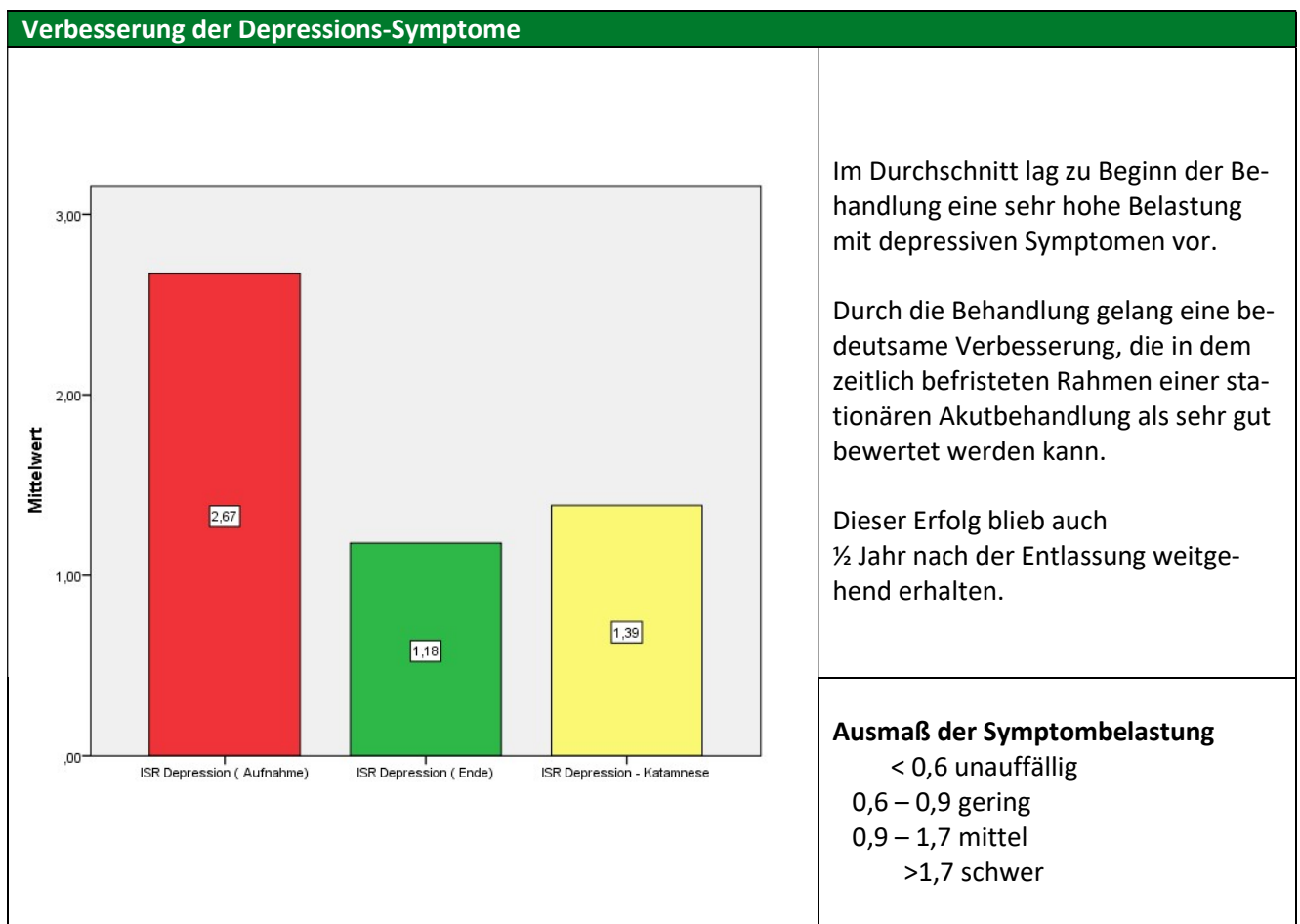
Verbesserung der Symptomatik

Ein zentrales Ziel der psychosomatischen Behandlung ist die Verbesserung der Krankheitssymptome und Beschwerden der PatientInnen. Zur Erhebung der Symptombelastung im Rahmen einer Patienten-Selbstbeurteilung verwenden wir das ICD-10-Symptom-Rating (ISR; Tritt et al. 2008). Dabei werden verschiedene Fragen zu Symptomgruppen (z. B. Depressivität, Angst) zusammengefasst. Ein Gesamtwert misst das generelle Ausmaß an Symptombelastung. Hierbei konnte eine deutliche Reduktion der Beschwerden zwischen Aufnahme und Entlassung nachgewiesen werden. Dies entspricht einer hohen Effektstärke (0,98). Auch bei der Nachbefragung (Katamnese) ½ Jahr nach Entlassung ist eine bedeutsame Verbesserung gegenüber dem Aufnahmewert festzustellen.



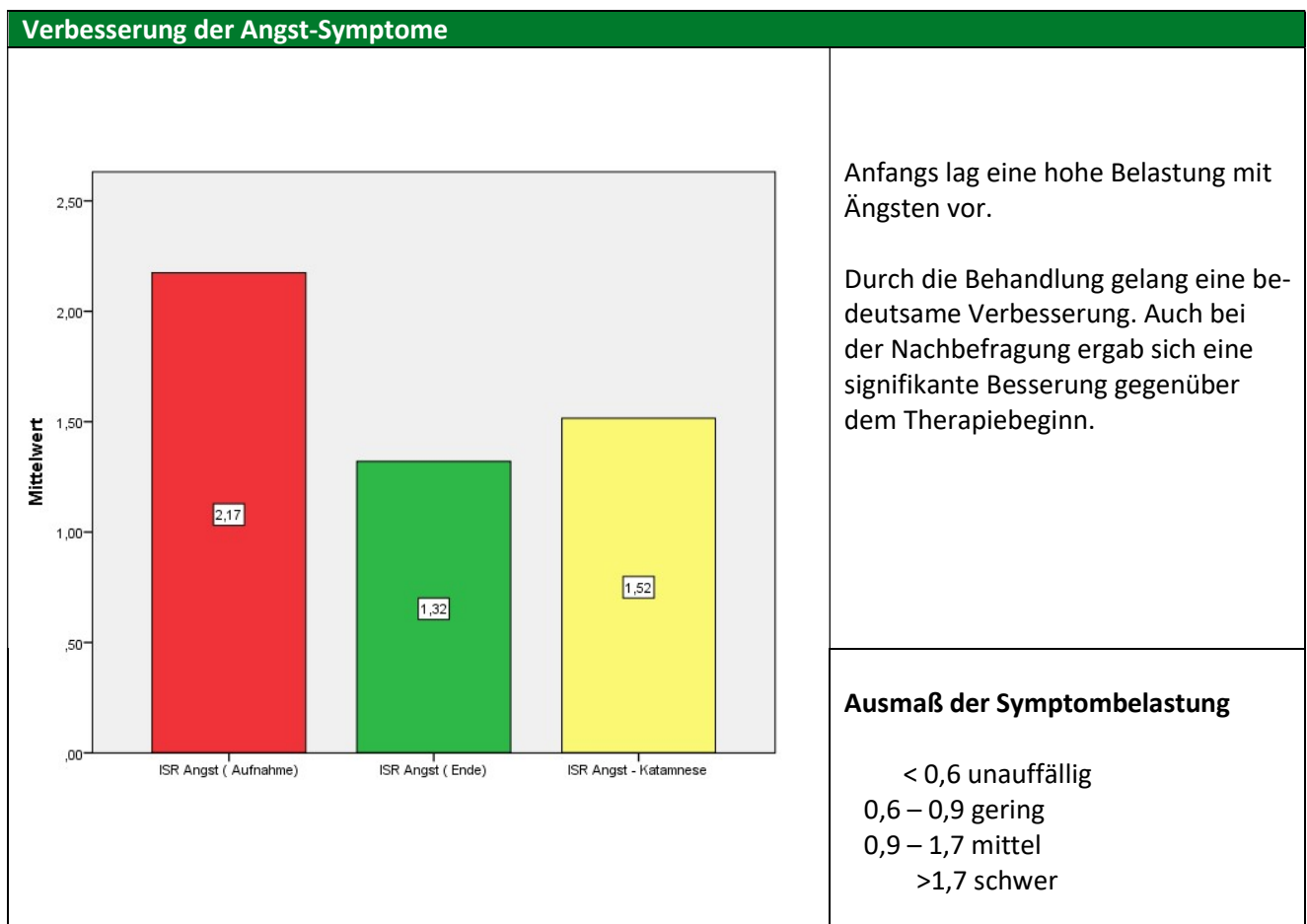
Wieder aktiv im Leben stehen

Depression ist eine ernst zu nehmende Erkrankung, bei der die betroffenen Menschen niedergeschlagen und freudlos sind. Sie fühlen sich hoffnungslos, leiden unter Sorgen und Ängsten, neigen zum Grübeln, fühlen sich kraftlos und ohne Antrieb. Häufig erleben sie sich minderwertig und ihr Leben als nicht mehr lebenswert. Solch eine depressive Episode kann einmalig auftreten, aber auch mehrfach wiederkehren und einen chronischen Verlauf nehmen. In unserer Behandlung geht es zuerst darum, die Auslöser und individuellen Hintergründe der Depression zu verstehen, um dann Bewältigungsstrategien zu erarbeiten. Unterstützt durch das therapeutische Team und die therapeutische Gemeinschaft gelingt es den PatientInnen meist, die Negativspirale des Rückzugs zu überwinden und schrittweise wieder aktiv zu werden, soziale Kontakte und positive Aktivitäten aufzubauen. Besonders wichtig sind die aufeinander abgestimmten vielfältigen Einzel- und Gruppentherapien. Bei schweren Depressionen wird der therapeutische Prozess auch durch den Einsatz von antidepressiven Medikamenten in individueller Dosierung unterstützt.



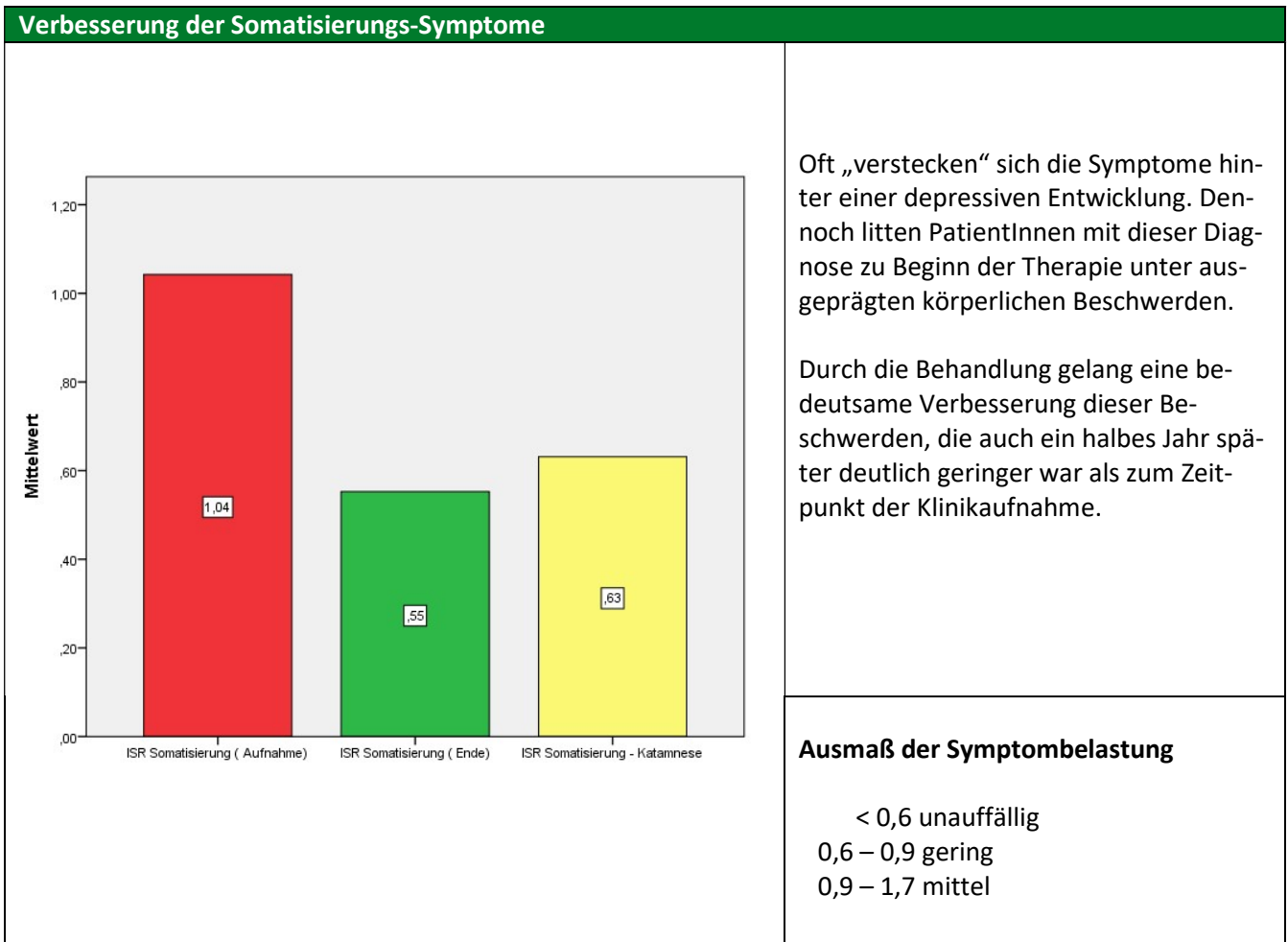
Ängste bewältigen

Angsterkrankungen sind neben Depressionen die am weitesten verbreiteten psychischen Erkrankungen. Obwohl Angst ein menschliches Gefühl ist, das eine wichtige Schutzfunktion haben kann, leiden viele Menschen unter übersteigerten krankhaften Ängsten, die ihr Leben massiv einschränken. Ängste können sich auf verschiedene Art zeigen, z. B. als Panikattacken, Ängste vor Menschenmengen, Höhen- oder Platzängste, soziale Ängste oder als ständige Sorge vor theoretisch möglichen Katastrophen. In der Behandlung geht es darum, ein persönliches Erklärungsmodell für die Entstehung und Aufrechterhaltung der Ängste zu entwickeln, dabei wird auch auf den prägenden Einfluss der bisherigen Lebenserfahrungen eingegangen. Mit Hilfe der TherapeutInnen und MitpatientInnen kann die PatientIn meist Schritt für Schritt ihr ängstliches Vermeidungsverhalten aufgeben, Selbstsicherheit und Bewältigungsmöglichkeiten entwickeln, um sich den angstauslösenden Situationen zu stellen. Auch das Erlernen von Atem- und Entspannungstechniken kann zur Selbstberuhigung beitragen.



Zusammenspiel von Körper und Seele: Somatisierungsstörungen

Viele Menschen leiden unter verschiedenen körperlichen Beschwerden oder chronischen Schmerzen. Oft lassen sich trotz vielfältiger Untersuchungen keine eindeutigen klaren Ursachen finden, man spricht dann von Somatisierungsstörungen (Körperfunktionsstörungen). Manchmal äußern die Ärzte, dass die Beschwerden „nervlich bedingt seien“. Dadurch fühlen sich die Betroffenen meist nicht beruhigt, sondern eher unverstanden und mit ihren Nöten allein gelassen. Zunehmend entwickeln sie Krankheitsängste oder sogar depressive Verstimmungen und suchen durch immer neue Untersuchungen Hilfe und Beruhigung. Bei der Entwicklung dieser Störungen spielen meist körperliche und seelische Einflüsse eine Rolle. Sie resultieren aus chronischem Stress und Konflikten und führen dadurch zu zunehmender innerer Anspannung, die schließlich zu einer Fehlsteuerung der inneren Organe führt. In unserem umfangreichen multimodalen Therapieprogramm mit ärztlicher Betreuung, Psychotherapie, körperorientierter Therapie, Entspannung, Physio- und Bewegungstherapie arbeiten wir gemeinsam daran, den eigenen Körper und dessen Reaktionen wieder besser wahrzunehmen, die psychosomatischen Ursachen der Beschwerden und die versteckte Bedeutung dieser Symptome zu verstehen und schließlich neue Bewältigungsmöglichkeiten für Stress und Belastungen zu entwickeln.

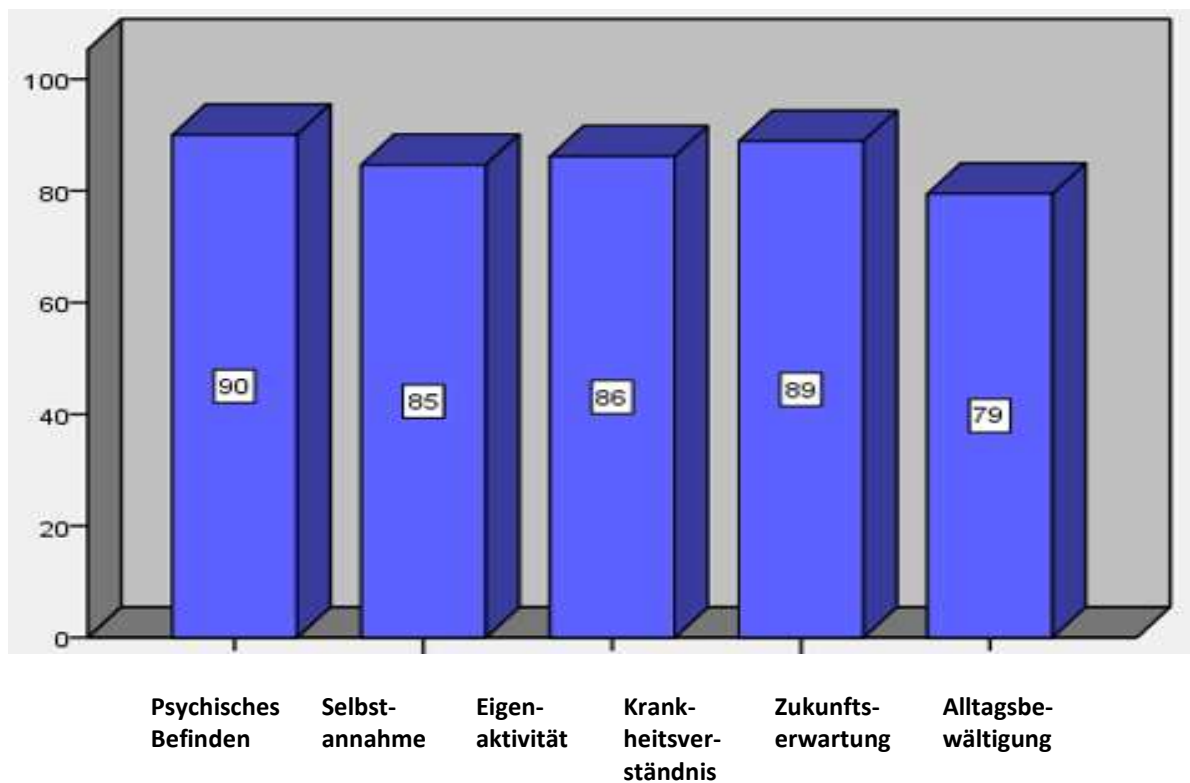


Einschätzung der Verbesserung in verschiedenen Lebensbereichen

Neben der Besserung der Beschwerden sind auch Verbesserungen in anderen Lebensbereichen ein wichtiger Aspekt des Behandlungserfolgs. Um diese Verbesserungen zu erfassen, bitten wir unseren PatientInnen um ihre Einschätzung des Ausmaßes an Veränderungen hinsichtlich:

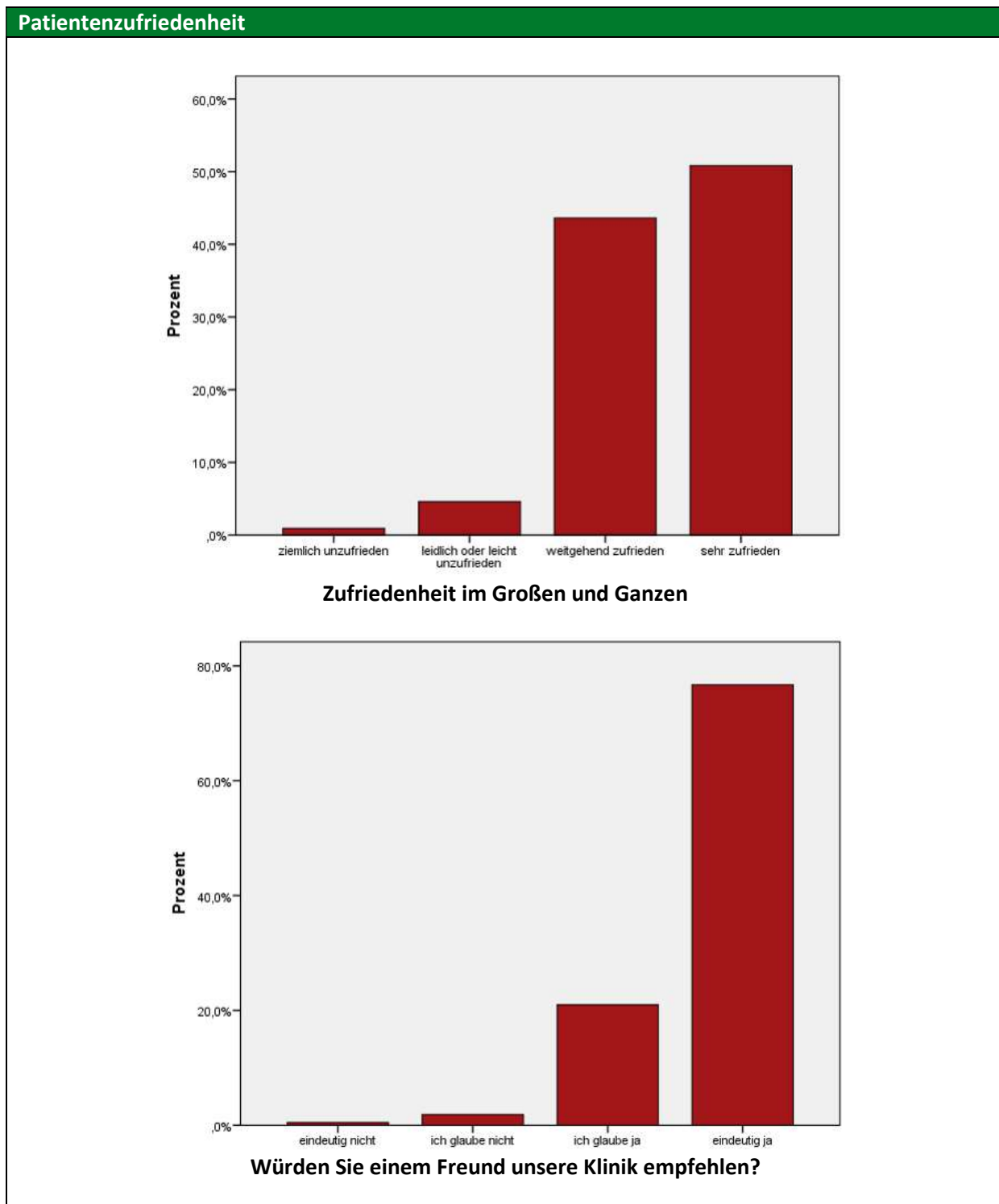
- dem psychischen Befinden
- dem Selbstwerterleben und der Selbstannahme
- der Möglichkeit zu Eigenaktivität und Verantwortungsübernahme
- dem Verständnis bzgl. ihrer Erkrankung
- der Einstellung gegenüber der Zukunft
- den Möglichkeiten zur Alltagsbewältigung.

Hier schätzen die PatientInnen die Veränderungen auf einer sechsstufigen Skala von „sehr viel gebessert“ bis „deutlich verschlechtert“ ein. Dargestellt sind die prozentualen Anteile der PatientInnen, die eine signifikante Verbesserung angaben.



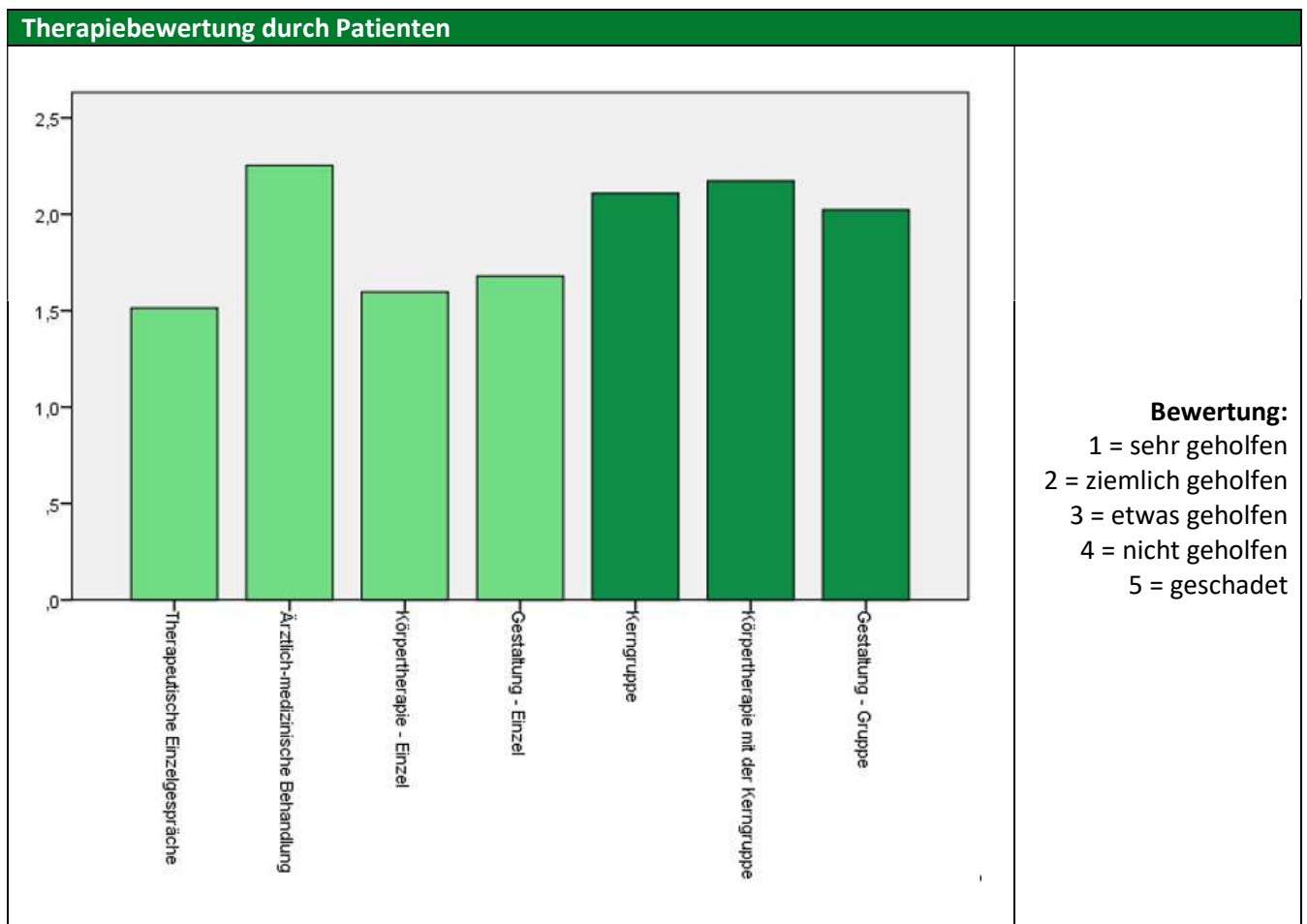
Behandlungszufriedenheit

Ein wichtiger Aspekt ist die Zufriedenheit der PatientInnen mit unseren Behandlungsangeboten, mit der Atmosphäre in der Klinik sowie mit der Versorgung und Betreuung. Dazu verwenden wir u. a. den Fragebogen zur Patientenzufriedenheit (ZUF8; Schmidt & Nübling 2002). In den Ergebnissen drückt sich die große Zufriedenheit der PatientInnen mit der hier erlebten Behandlung aus. Diese führt dazu, dass die meisten PatientInnen unsere Klinik an Freunde weiterempfehlen. Exemplarisch sind folgende Bewertungen dargestellt: „Wie zufrieden sind Sie mit der Behandlung im Großen und Ganzen?“ „Würden Sie einem Freund unsere Klinik empfehlen?“



Bewertung der Therapieangebote in unserer Klinik durch die PatientInnen

Unser vielfältiges und breitgefächertes multimodales Behandlungsangebot wird von den PatientInnen sehr positiv bewertet. Alle Bewertungen liegen auf der 5-stufigen Skala zwischen 1,5 und 2,2. Besonders erwähnenswert sind die wahrnehmungs- und ausdrucksfördernden nonverbalen Therapieverfahren wie die Körper- und Kunsttherapie wobei erwartungsgemäß die Einzeltherapie noch besser eingeschätzt wird als die Gruppentherapie. Auch die intensive Betreuung durch das Pfl egeteam als direkte Ansprechpartner hat einen hohen Stellenwert. Sie bietet z. B. durch die tägliche abendliche Pflegevisite Begleitung und Unterstützung des therapeutischen Prozesses.



11 Ausblick

Das Krankenhaus Simbach am Inn wurde in den 60er Jahren für die stationäre somatische Grundversorgung in der Region gebaut. Im Zuge des Modellprojektes der integrierten Versorgung unter Einbeziehung naturheilkundlicher und psychotherapeutischer Behandlung wurden 1995 – 2000 umfangreiche bauliche Verbesserungen durchgeführt. Seitdem wurden für psychosomatische Behandlungsmöglichkeiten zahlreiche kleine Umbauten durchgeführt. Aufgrund der langjährig guten Entwicklung der Psychosomatischen Abteilung, seit 2011 Fachkrankenhaus für Psychosomatische Medizin mit jetzt 190 im Bettenbedarfsplan des Freistaates Bayern ausgewiesenen Betten, hat sich der Träger – der Landkreis Rottal-Inn – entschieden, durch einen Anbau die baulichen Strukturen zu verbessern und damit auch eine sehr gute räumliche Atmosphäre zu schaffen. Im Juni 2021 ist der Neubau mit sehr schön gestalteten Aufenthalts- und Gruppenräumen sowie Patientenzimmern in Betrieb gegangen. Der kleine Speisesaal, der bisher nur „Schichtbetrieb“ zuließ, ist durch großzügig dimensionierte Räumlichkeiten ersetzt worden.

Das PEPP-Entgeltsystem wurde ersetzt durch die PPP-RL (Richtlinie für Personalausstattung in Psychiatrie und Psychosomatik) in der Mindestmengen für die Berufsgruppen festgeschrieben sind. Diese erfüllen wir, bei unseren therapeutischen Schwerpunkten liegen wir deutlich darüber. Wir haben alle Voraussetzungen geschaffen für den Betrieb einer Institutsambulanz, die die Vernetzung stationärer und ambulanter Behandlung weiter verbessern wird.

Die 8 Säulen unseres therapeutischen Konzeptes sind in einem lebendigen Prozess der kontinuierlichen Weiterentwicklung:

1. Therapeutische Gemeinschaft als Begegnungsfeld, das im interpersonellen Kontakt Wertschätzung, aber auch behutsame und wohlwollende Konfrontation erfahrbar macht.
2. Einzeltherapie, möglichst Episoden-orientiert und Erlebnis-fokussierend durch Familienbrett, Lifeline, Brainspotting u. a.
3. Genogrammarbeit zur Verdeutlichung und Bearbeitung der transgenerationalen Kräfte.
4. Gruppentherapie mit hoher emotionaler Involvierung bei Konfliktdynamiken/geringer emotionaler Involvierung bei Strukturthemen.
5. Paar- (und Familien-)gespräche, um die aktuelle Situation aus systemischer Perspektive unmittelbar erlebnisnah bearbeiten zu können.
6. Aktivitätsförderung (Tagebuch) und Wahrnehmungs- und Reflexionsschulung durch SNS
7. Aufstellungsarbeit als Verräumlichung der Psychodynamik mit hoher emotionaler Involvierung aller Beteiligten.
8. Unmittelbare Erlebniszentrierung, Affektdifferenzierung und Ausdrucksförderung in Körper- und Kunsttherapie – Einübung von Lebensroutinen und körpernahe Behandlung in der Physiotherapie.

Die therapeutischen Aufgaben (Aufnahme, Biografieerhebung, Genogrammarbeit, Dokumentation, Arztbriefschreibung etc.) sind in Leitfäden transparent und nachvollziehbar beschrieben, so dass auch neue MitarbeiterInnen sich schnell in den therapeutischen Alltag einfinden können.

Weitere Schwerpunktbildungen (Psychokardiologie, Psychopneumologie, Gerontopsychosomatik) sind in Planung.

Wir sind gut gerüstet für die immer wieder neuen Vorgaben unseres Gesundheitswesens.

12 Refrentenliste (2-tätige Fortbildung)

Referent	Fortbildungsthema
Mag. Monika Baumann	Brainspotting
Dipl.-Psych. Ulrike Borst	Systemische Interventionen in der stat. Psychotherapie
Prof. Dr. phil. Anna Buchheim	Bindungstheorie
PD Dr. med. Reiner W. Dahlbender	OPD-Diagnostik
Prof. Dr. med. M. Ermann	Modelle der Psychoanalyse
Prof. Dr. R. Grossarth-Maticsek *	Autonietraining
Prof. Dr. med. Dipl.-Psych. Lotte Hartmann-Kottek	Gestalttherapeutische Elemente in der Gruppentherapie
Prof. Dr. Bruno Hildenbrandt *	Genogrammarbeit
Dr. med. Ludwig Janus	Pränatale Psychologie und ihre klinische Bedeutung
Dr. med. B. Keller	Psychodrama-Therapie
Dr. med. Michael Klöpfer *	Psychodynamische Therapie
Prof. Dr. med. Rudolph Klußmann *	Balintgruppe / Fallsupervision
Prof. Dr. Jürgen Körner	Übertragung
Dr. med. R. Künzler	Frühe somatopsychische Entwicklungsschritte
Dr. biol. Hum. T. Kühler	DBT
Dr. med. Rainer A. Laufkötter	ADHS im Erwachsenenalter
Prof. Dr. med. Thomas Loew *	Fallsupervision - Gruppenpsychotherapie
Dr. med. Dankwart Mattke	Gruppenpsychotherapie in Kliniken
Prof. Dr. A. Reiter	Peri- und pränatale Wurzeln psychischer Störungen
PD Dr. med. Dipl.-Psych. A. Retzer *	Systemische Therapie
Dr. phil. Katrin Reuter	Psychoonkologie
Prof. Dr. Gerd Rudolf *	Strukturelle Psychotherapie/OPD-Diagnostik
Prof. Dr. Ulrich Sachsse *	Traumatherapie
Prof. Dr. Dr. Günter Schiepek *	Einführung in das SNS-System - Therapiebegleitende Evaluation
Dipl.-Psych. Sieglinde Schneider	Aufstellungsarbeit: Arbeit mit Figuren, Familienbrett
Dr. med. Dipl.-Psych. Klaus Schubert	Gestalttherapie / Humanistische Verfahren
Prof. Dr. med. Hermann Staats	Gruppenpsychotherapie Göttinger Modell
Dipl.-Psych. Michael Stasch *	OPD Diagnostik
Prof. Dr. phil. Ralf T. Vogel *	Existenzielle Psychotherapie
Prof. Dr. Renate Volbert	Traumatherapie, Begutachtung, Gedächtnisfunktionen
Dipl.-Psych. Rosmarie Welter-Enderlin	Therapeutische Rahmung in der systemischen Familientherapie
Dr. med. Martina Wittels	Interdisziplinäre Schmerztherapie
Dipl.-Psych. Gerhard Wolfrum *	Brainspotting
PD Dr. med. Wolfgang Wöller	Tiefenpsychologische Psychotherapie

*wiederholt

13 Literaturverzeichnis

- Antonovsky A: Salutogenese 1997, Tübingen, dgvt
- Bardé B, Mattke D: Therapeutische Teams, 1993, Göttingen, Vandenhoeck & Ruprecht
- Boll-Klatt A, Kohrs M: Praxis der psychodynamischen Psychotherapie, 2014, Stuttgart, Schattauer
- Cecchin G et al.: Respektlosigkeit: eine Überlebensstrategie für Therapeuten, 1993, Heidelberg, Carl-Auer-Systeme
- Downing G: Körper und Wort in der Psychotherapie, 1996, Deutsche Ausgabe, München, Kösel-Verlag GmbH & Co. KG
- Fonagy P: Bindungstheorie und Psychoanalyse, 2001, Stuttgart, Klett-Cotta
- Fürstenau P: Psychoanalytisch verstehen, Systemisch denken, Suggestiv intervenieren, 2001, Stuttgart, Pfeiffer bei Klett-Cotta
- Gaebel W et al.: Patienten mit psychischen Störungen: Oft am Spezialisten vorbei. Dtsch Ärzteblatt 2011; 108(26): A 1476
- Gaebel W et al.: Inanspruchnahme des Versorgungssystems bei psychischen Erkrankungen, Dtsch Ärzteblatt 2013; 110(47):799-808
- Greenberg L: Emotionsfokussierte Therapie, 2006, Tübingen, dgvt
- Hartmann-Kottek L: Gestalttherapie, 2004, Berlin, Heidelberg, New York, Springer-Verlag
- Heymann F v. et al.: Ist die diagnosebezogene Behandlungsdauer homogen? Prax klin Verhaltensmed Reha, 2003; (52): 209-221
- Hildenbrand B: Einführung in die Genogrammarbeit, 2007, Heidelberg, Carl-Auer-Systeme
- Lachauer R: Der Fokus in der Psychotherapie, 1992, München, Pfeiffer
- Mentzos S: Lehrbuch der Psychodynamik. Die Funktion der Dysfunktionalität psychischer Störungen, 2009, Göttingen, Vandenhoeck & Ruprecht
- Müller-Pozzi H: Psychoanalytisches Denken, 1991, Bern, Hans Huber
- OPD-2: Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik, 2006, Bern, Hans Huber, Hogrefe AG
- Retzer A: Passagen, Systemische Erkundungen, 2002, Stuttgart, Klett-Cotta
- Rudolf G: Die Einschätzung der Persönlichkeitsstruktur, Die Grundlage der psychotherapeutischen Arbeit, 2007, Stuttgart, New York, Thieme
- Rudolf G: Psychodynamische Psychotherapie, 2010, Stuttgart, Schattauer
- Rudolf G: Strukturbezogene Psychotherapie, 2013, Stuttgart, Schattauer
- Schlippe A v., Schweitzer J: Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung, 1996, Göttingen, Vandenhoeck & Ruprecht
- Schmeer G.: Das Ich im Bild, 1995 2. Aufl., München, Pfeiffer
- Schweitzer J, Schlippe A v.: Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung II, 2006, Göttingen, Vandenhoeck & Ruprecht
- Selvini-Palazzoli M et al.: Paradoxon und Gegenparadoxon, 1985, Stuttgart, Klett-Cotta
- Stierlin H: Delegation und Familie, 1978, Frankfurt, Suhrkamp
- Stierlin H: Ich und die Anderen, 1994, Stuttgart, Klett-Cotta
- Tritt K et al.: Patienten in stationärer psychosomatischer Krankenhausbehandlung: Psychotherapie in Psychiatrie, Psychotherapeutische Medizin und Klinischer Psychologie, 2003, 8: 244-251
- Tritt K et al.: Qualitätssicherung mit Benchmarking in der stationären Psychosomatik, PID 2007, 8(1): 74-78
- Uexküll, Th v.: Integrierte Psychosomatische Medizin in Praxis und Klinik, 1994, Stuttgart/New York, Schattauer
- Weber G, Schmidt G, Simon F: Aufstellungsarbeit revisited ... nach Hellinger, 2005, Heidelberg, Carl-Auer-Systeme
- Welter-Enderlin R, Hildenbrand B: Systemische Therapie als Begegnung, 1996, Stuttgart, Klett-Cotta
- Wittchen HU, Jacobi F: Die Versorgungssituation psychischer Störungen in Deutschland. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz 2001; 44: 993-1000
- Wittchen et al: 2010
- Wöller W, Kruse J: Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, 2010, Stuttgart, New York, Schattauer
- Yalom I: Theorie und Praxis der Gruppenpsychotherapie, 1996, München, Pfeiffer