

Psychosomatische Klinik Bad Neustadt

VORTRÄGE

2. Bad Neustädter Fachtagung für Sozialdienstmitarbeiter und Rehabilitationsberater

12.11.2004



Psychosomatische Klinik Bad Neustadt

Träger: Rhön-Klinikum AG

Salzburger Leite 1 · 97616 Bad Neustadt a. d. Saale

Telefon (09771) 67-01 · Telefax (09771) 659301

e-mail: psk@psychosomatische-klinik-bad-neustadt.de

www.rhoen-klinikum-ag.com

Impressum

Psychosomatische Klinik Bad Neustadt
der Rhön-Klinikum AG
Redaktion: Dr. med. Rudolf J. Knickenberg
Dr. phil. Lothar Schattenburg

Nachdruck nur mit schriftlicher Genehmigung des Herausgebers

2.000 - 06.05

Psychosomatische Klinik Bad Neustadt

VORTRÄGE

2. Bad Neustädter Fachtagung für Sozialdienstmitarbeiter und Rehabilitationsberater

12.11.2004



Psychosomatische Klinik Bad Neustadt

Träger: Rhön-Klinikum AG

Salzburger Leite 1 · 97616 Bad Neustadt a. d. Saale

Telefon (09771) 67-01 · Telefax (09771) 659301

e-mail: psk@psychosomatische-klinik-bad-neustadt.de

www.rhoen-klinikum-ag.com

Inhalt

	Vorwort	3
Kapitel 1	Neue Leistungen und neue Formen der Leistungserbringung	4
	<i>Andrea Keil</i>	
Kapitel 2	Sozialgesetzbuch – IX. Buch – Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen	12
	<i>Andrea Keil, Brigitte Gross</i>	
Kapitel 3	GKV-Modernisierungsgesetz	22
	<i>Christian Hehn</i>	
Kapitel 4	Therapeutische Aspekte der beruflichen Belastungserprobung	34
	<i>Dipl.-Psych. Rüdiger Zwerenz</i>	
Kapitel 5	Behandlungsmöglichkeiten psychischer Erkrankungen mit einem integrativen Ansatz	48
	<i>Dr. phil. Lothar Schattenburg</i>	
Kapitel 6	Medizinische Rehabilitation von Menschen mit Epilepsie	63
	<i>Dr. med. Jörg Mengs, Stefan Schlesinger, Dipl.-Psych. Edmund Grieshaber</i>	
Kapitel 7	Die integrierte Versorgung bei Herz- und Diabetespatienten am am Fallbeispiel der chronischen Herzinsuffizienz	
	– <i>Aus Sicht eines Kardiologen</i>	90
	<i>Priv.-Doz. Dr. med. Klaus Schröder</i>	
	– <i>Aus Sicht eines Diabetologen</i>	108
	<i>Prof. Dr. med. Dietmar Sailer</i>	
Kapitel 8	Das Konzept der Psychosomatischen Klinik Bad Neustadt unter tiefenpsychologischen und verhaltenstherapeutischen Gesichtspunkten	119
	<i>Dr. med. Dirk Gustson, Dr. med. Rudolf J. Knickenberg</i>	
Kapitel 9	Systemische Beratung im klinischen Sozialdienst	134
	<i>Dipl.-Päd. Ursula Pabsch</i>	
	Autoren	137

Vorwort

Die Sozialberatung nimmt in jeder rehabilitativen Maßnahme einen hohen Stellenwert ein. Dabei sind die Aufgaben, die die Diplom-Sozialpädagogen und Diplom-Sozialarbeiter zu bewältigen haben, sehr anspruchsvoll und vielfältig. Der Bogen spannt sich von Einzelberatungen zu den vielfältigen Themen des Rehabilitanden in unserem sozialen Sicherungssystem. Die Organisation der Nachsorge und Versorgung im häuslichen Umfeld nimmt neben therapeutischen Aufgaben, wie das Durchführen eines Bewerbertrainings, einer Gruppentherapie zu berufsspezifischen Fragen oder die Einzelbetreuung in einer therapeutischen Belastungserprobung den größten Raum ein.

Diese Spannweite der Sozialberatung haben die Organisatorinnen dieser Fachtagung für Sozialdienstmitarbeiter und Rehabilitationsberater, Frau Marion Gottwalt und Frau Susanne Hubrich vom Sozialdienst der Neurologischen Klinik, Frau Heike Menninger vom Sozialdienst der Frankenklinik und Frau Annerose Vorndran vom Sozialdienst der Psychosomatischen Klinik nachgezeichnet.

Durch namhafte Vertreter der Rentenversicherungsträger und der Gesetzlichen Krankenversicherungen wurden die ersten Erfahrungen mit dem SGB IX und dem Gesundheitsmodernisierungsgesetz dargelegt, inhaltliche Aspekte der therapeutischen Arbeit mit Patienten der Neurologischen Klinik, der Frankenklinik und der Psychosomatischen Klinik wurden durch Ärzte dieser Kliniken vorgestellt.

Die Ergebnisse der Begleitforschung wurden am Beispiel der beruflichen Belastungserprobung, zu der eine 2-Jahreskatamnese vorliegt diskutiert. Die therapeutischen Ansätze in der Arbeit von Sozialdienstmitarbeitern wurden abschließend durch einen Abriss über die systemische Beratung und ihre Einsatzmöglichkeiten im Beratungsalltag vorgestellt.

Wir danken den Organisatorinnen der Fachtagung und allen Vortragenden auf diesem Wege noch einmal, dass sie zum Gelingen der Tagung beigetragen haben.

Bad Neustadt, im Juni 2005

Jörg Rieger
Geschäftsleitung

Dr. med. Rudolf J. Knickenberg
Ärztlicher Direktor, Psychosomatische Klinik



Andrea Keil

BfA, Nürnberg

Abt. Rehabilitation



1

Neue Leistungen und neue Formen der Leistungserbringung

- **Überbrückungsgeld**
- **Arbeitsassistenz**
- **Stufenweise Wiedereingliederung**
- **Nutzung der Integrationsfachdienste**
- **Geldleistung statt Sachleistung**
- **Persönliches Budget**
- **Leistungserbringung im Ausland**

Abt. Rehabilitation



2

Wunsch- und Wahlrechte

Berechtigten Wünschen der Leistungsberechtigten wird bei der

Entscheidung über die Leistung
und bei der

Ausführung der Leistung entsprochen.

Abt. Rehabilitation



3

Grundsätze

- Die über ein persönliches Budget gewährten Leistungen sollen den Umfang der Sachleistungen nicht übersteigen.
- Die Rentenversicherung benötigt vom Budgetnehmer einen Nachweis über die sachgerechte Verwendung des Budgets.
- Die Rentenversicherung erbringt Leistungen in Form einer persönlichen Budgets mit befreiender Wirkung.
- Die Bemessung des Budgets richtet sich nach dem individuellen Bedarf und nach den Richtlinien, die für die pauschalierte Gewährung von zusätzlichen Leistungen gelten (z. B. für Haushaltshilfen, Reisekosten und Kfz-Hilfe-Verordnung)

Abt. Rehabilitation



4

Ausführung von Leistungen

§ 17 SGB IX (i.d.F. ab 01.07.2004)

Abs. 2

- Auf Antrag können Leistungen durch ein **monatliches** Persönliches Budget ausgeführt werden.
- Integrationsämter und Pflegekassen sind einbezogen.
- Das Persönliche Budget ist von den beteiligten Trägern als Komplexleistung zu erbringen.
- Budgetfähige Leistungen sind Leistungen, die sich auf alltägliche, regelmäßig wiederkehrende und regiefähige Bedarfe beziehen.

Abt. Rehabilitation



5

Ausführung von Leistungen

§ 17 SGB IX

Abs. 4

- Enthält das Persönliche Budget Leistungen mehrerer Leistungsträger, erlässt der nach § 14 erstangegangene und beteiligte Leistungsträger im Namen der anderen beteiligten Leistungsträger den Verwaltungsakt und führt das weitere Verfahren durch.

Abt. Rehabilitation



6

Ausführung von Leistungen

§ 17 SGB IX

Abs. 6

- Erprobung des Persönlichen Budgets v. 1.7.2004 – 31.12.2007

Die Modellregionen werden mit den obersten Sozialbehörden der Länder abgestimmt.

Die Modellprojekte werden wissenschaftlich begleitet.

Abt. Rehabilitation



7

Inhalte der Begleitforschung

- Bereitschaft zur Inanspruchnahme des Persönlichen Budgets
- Verwaltungs- und Entscheidungsabläufe sowie Kostenfolgen bei den Leistungsträgern
- Funktion der gemeinsamen Servicestellen
- Bedarfsermittlung und Budgetfeststellung, auch in der Koordinierung mehrerer Leistungsträger
- Nutzerzufriedenheit
- Angebotene Beratung und Unterstützung
- Entwicklung des Marktes

Abt. Rehabilitation



8

Kriterien für budgetfähige Leistungen

- Alltäglichkeit
(Gestaltung des eigenen Lebensumfeldes, Anforderung in Bezug auf Arbeit, Familie, Gesellschaft)
- Regelmäßigkeit
(wiederkehrend in festen Zeitabständen; täglich, monatlich)
- Regiefähigkeit
(Budgetnehmer soll allein oder mit Unterstützung/Budgetassistentz entscheiden können, wer, wo, wann, wie die Leistung ausführen soll.)

Abt. Rehabilitation



9

Budgetfähige Leistungen aus dem Leistungskatalog der RV

- Arbeitsassistentz
- Beförderungskosten
- Rehabilitationssport/Funktionstraining
- Reisekosten
- Haushaltshilfe/Kinderbetreuungskosten
- Gebärdensprachdolmetscher
- Kfz-Hilfe

Abt. Rehabilitation



10

Budget-V (regelt Verfahrensfragen)

Beauftragter Träger

Nach § 17 Abs. 4 SGB IX
zuständiger Leistungsträger
(Bezug zu § 14 unklar)

Bei Antragstellung in einer
gemeinsamen Servicestelle
der Träger, dem diese
zugeordnet ist.
(ist vom Gesetz nicht
getragen)

Abt. Rehabilitation



11

Aufgaben des Beauftragten

- Einholung der Stellungnahmen
 - Durchführung des Bedarfsfeststellungsverfahrens
 - Abschluss der Zielvereinbarung
 - Erlass des Verwaltungsaktes
 - Auszahlung des Budgets
-
- Widerspruch und Klage richten sich gegen den Beauftragten

Abt. Rehabilitation



12

Modellprojekt Baden-Württemberg

- Beginn: Oktober 2002
- Laufzeit: 3 Jahre
- Gemeinsames Projekt aller Rehabilitationsträger
- Durchführung in 3 Landkreisen
- Projektbegleitung durch die Universität Tübingen

Zwischenstand:

- 32 Teilnehmer
davon 23 LWV
9 LVA (alles LTA-Leistungen)
- Kein trägerübergreifendes Persönliches Budget
- Initiative zur Antragstellung ging von Leistungsträgern aus

Abt. Rehabilitation



13

Aufgabenerweiterung für die gemeinsamen Servicestellen

§ 22 Abs. 1 Nr. 2 SGB IX

... bei der Klärung des Rehabilitationsbedarfs, bei der Inanspruchnahme von Leistungen zur Teilhabe, bei der Inanspruchnahme eines **Persönlichen Budgets** und der besonderen Hilfen im Arbeitsleben sowie bei der Erfüllung von Mitwirkungspflichten zu helfen, ...

§ 84 Abs. 2 SGB IX

- Arbeitgeber werden verpflichtet, für Arbeitnehmer, die länger als 6 Wochen oder wiederholt arbeitsunfähig sind, ein betriebliches Integrationsmanagement aufzubauen.
- ... „kommen Leistungen zur Teilhabe oder begleitende Hilfen im Arbeitsleben in Betracht, werden vom Arbeitgeber die örtlichen **gemeinsamen Servicestellen** oder bei schwerbehinderten Menschen das Integrationsamt hinzugezogen. Diese wirken darauf hin, dass die erforderlichen Leistungen oder Hilfen unverzüglich beantragt und innerhalb einer Frist des § 14 Abs. 2 Satz 2 erbracht werden“

Abt. Rehabilitation



14

Sozialpolitische Diskussion zur Funktion der Servicestellen

- Weiterentwicklung der Servicestellen zu trägerübergreifenden, interdisziplinären Kompetenzzentren mit Steuerungsfunktion

und

- Entscheidungsbefugnis?
(Gesetz sieht nur Beratungs / Unterstützungsfunktion vor.)



SGB IX

Sozialgesetzbuch - Neuntes Buch - Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen

Autorin: Brigitte Gross, BfA, Dez. 8011
Referentin: Andrea Keil, BfA Nbg.
2. Bad Neustädter Fachtagung am 13.11.2004

1



Vorbereitung des SGB IX

Die Vorbereitung des Gesetzgebungsvorhabens erfolgte durch eine **Arbeitsgruppe Behindertenpolitik** der Fraktionen von SPD und Grünen unter maßgeblicher Beteiligung von Karl Hermann Haack (Beauftragter der Bundesregierung für die Belange der Behinderten)

2



Ziele des SGB IX

- mehr Selbstbestimmung der Behinderten
- schnellerer Zugang zu Reha-Leistungen
- mehr Bürgernähe
- mehr Transparenz und Effizienz
- individuelle und flexible Reha-Angebote
- Vereinfachung und Zusammenfassung

3



Überblick zu den Neuregelungen

Bereichsübergreifende Regelungen:

- Einbeziehung der Sozial- und Jugendhilfe in den Kreis der Reha-Träger
- Regelung des Schwerbehindertenrechts in einem Gesetzbuch zusammen mit dem Komplex Rehabilitation
- Zusammenarbeit der Leistungsträger

4



Überblick zu den Neuregelungen

„Reha-spezifische“ Regelungen:

- Harmonisierung der ergänzenden Leistungen
- neues Zuständigkeitsklärungsverfahren
- Servicestellen
- erweiterte Wunsch- und Wahlrechte
- Reha im Ausland
- Arbeitsassistenz
- Integrationsfachdienste
- Überbrückungsgeld
- Beteiligungsrechte Dritter

5



Mehr Selbstbestimmung

Erweiterte Wunsch- und Wahlrechte der Versicherten

- den berechtigten Wünschen der Rehabilitanden ist Rechnung zu tragen (§9 Abs. 1)
- Geldleistungen anstelle von Sachleistungen, wenn diese nicht in Reha-Einrichtungen auszuführen sind
- Leistungen zur Teilhabe können durch ein persönliches Budget erbracht werden (§ 17 Abs. 3)

6



Schnellerer Zugang zu Reha- Leistungen

- aufgehoben: § 6 des Gesetzes über die Angleichung der Leistungen zur Rehabilitation (RehaAnglG); d.h. es existiert keine Vorleistungsverpflichtung der Rentenversicherung mehr
- neu: § 14 - Zuständigkeitsklärung -
§ 15 - Erstattung selbstbeschaffter Leistungen

7



Zuständigkeitsklärung nach § 14

- Der zuerst angegangene Rehabilitationsträger hat innerhalb von zwei Wochen festzustellen ob er zuständig ist
- Bei Unzuständigkeit unverzügliche Weiterleitung an den richtigen Reha-Träger
- Andernfalls Entscheidung innerhalb von drei Wochen (Frist für Gutachter: zwei Wochen)

8



Selbstbeschaffte Leistungen

Kann über den Antrag nicht innerhalb der in § 14 genannten Fristen entschieden werden, kann der Versicherte sich die Leistung selbst beschaffen und Erstattung der Kosten verlangen.

Voraussetzungen:

- Entscheidung ist ohne Grund ausgeblieben
- Setzung einer angemessenen Frist
- Kosten halten sich in angemessenem Rahmen

9



Mehr Bürgernähe

- Beratung der Versicherten durch die Einrichtung Gemeinsamer *örtlicher Servicestellen*
- Kernaufgabe der Servicestelle ist die umfassende, qualifizierte, bürgernahe und barrierefreie Beratung
- alle Rehabilitationsträger bilden *Beratungsteams - sogenanntes Kooperationsmodell*

10



Kooperationsmodell geht von folgenden Kernaussagen aus

- Nutzung vorhandener Strukturen statt Errichtung neuer Servicestellen
- kein Auseinanderfallen von Struktur-, Durchführungs- und Finanzverantwortung
- Zusätzliches Angebot an die Versicherten
- Nur ein Ansprechpartner

11



Aufgaben der regional vernetzten Servicestellen für Rehabilitation

- Klärung des Hilfebedarfs
- Ermittlung und Benennung des zuständigen Trägers sowie Kontaktaufnahme
- Unterstützung bei Antragstellung
- Hinwirken auf unverzügliche Leistungserbringung und Kooperation mit Dritten

12



Praktische Umsetzung des Kooperationsmodells

- Trägerübergreifend vernetzte Servicestellen soll es auf Ebene der Kreise und kreisfreien Städte geben (440)
- Einrichtung der Servicestellen gemäß dem Grundsatz

„Qualität vor Quantität“

13



Mehr Transparenz und Effizienz

- Leistungen zur Rehabilitation werden im gegliederten System erbracht, d.h. von unterschiedlichen Trägern nach den spezifischen Einzelgesetzen
- Inhalt und Umfang der Leistungen richten sich folglich danach, welcher Träger für die Rehabilitation zuständig ist

14



Umsetzung dieses Ziels

- Harmonisierung von bisher in mehreren Gesetzen unterschiedlich geregelter Leistungen
z.B. Reisekosten und Haushaltshilfe
- Harmonisierung des Leistungsspektrums insgesamt
z.B. Arbeitsassistenz, Integrationsfachdienste, Überbrückungsgeld

15



Neue Leistungen

- Arbeitsassistenz - Hilfsperson auf die der Behinderte zur Aufnahme einer Beschäftigung angewiesen ist (§ 33 Abs. 8 Nr. 3)
- Integrationsfachdienst - Institution, die sich die Wiedereingliederung von Personen in das Erwerbsleben zum Ziel gesetzt hat (§ 33 Abs. 6 Nr. 8)
- Überbrückungsgeld - Geldleistung zur wirtschaftlichen Absicherung im Rahmen der ersten Phase einer Selbständigkeit (§ 33 Abs. 2 Nr. 5)

16



Individuelle und flexible Reha- Angebote

- Stärkung der ambulanten oder teilstationären Rehabilitation, z.B. Übergangsgeld und Lohnfortzahlung
- Grenzüberschreitende Rehabilitation unter bestimmten Bedingungen künftig möglich
- Geld- anstelle von Sachleistungen, z.B. im Rahmen persönlicher Budgets

17



Gemeinsame Empfehlungen

- Vereinbarung gemeinsamer Empfehlungen zur Qualitätssicherung - § 20
- Vereinbarung gemeinsamer Empfehlungen zur Zusammenarbeit - § 13
z.B. zur Abgrenzung von Entgeltersatzleistungen, Koordination von Leistungen bei Beteiligung mehrerer Träger

18



Fazit

- Reha-Leistungen werden künftig schneller erbracht
- Bessere Beratung und Betreuung der Versicherten
- Reha-Prozeß wird transparenter, effektiver und individueller ausgestaltet sein
- Paradigmenwechsel ist im Gesetz vollzogen
- SGB IX muss nun zügig umgesetzt werden

GKV-Modernisierungsgesetz (GMG)

Christian Hehn

Siemens-Betriebskrankenkasse
Bad Neustadt
Gesundheitsberater

Finanzielle Auswirkungen des GMG - Finanzentwicklung -

- ▶ Durch das GMG sollen nach Aussage der Politiker die Beitragssätze bis 2007 spürbar sinken.
- ▶ Durchschnittlicher Beitragsatz unter 13 % ?
- ▶ Die Experten sehen das anders!
- ▶ Auch nach SBK-Berechnungen sind die Schätzungen der Politik zu optimistisch!

Finanzielle Auswirkungen des GMG

- Finanzentwicklung -

- ▶ Die SBK wird sich dagegen weiterhin solide finanzieren, weil:
 - ▶ die SBK möchte ihren Kunden **langfristig** ein gutes Preis-Leistungs-verhältnis bieten
 - ▶ die SBK hält nichts davon, kurzfristig den Beitragssatz zu senken, um ihn dann später wegen einer Verschuldung wieder anheben zu müssen!
 - ▶ die SBK will die Versichertengemeinschaft nicht mit unnötigen Zinszahlungen belasten.
- ▶ Die SBK hat ihren Beitragssatz zum 01.07.2004 um 0,5 % auf 14,2 % gesenkt und beabsichtigt im Sommer 2005 eine weitere Ermäßigung

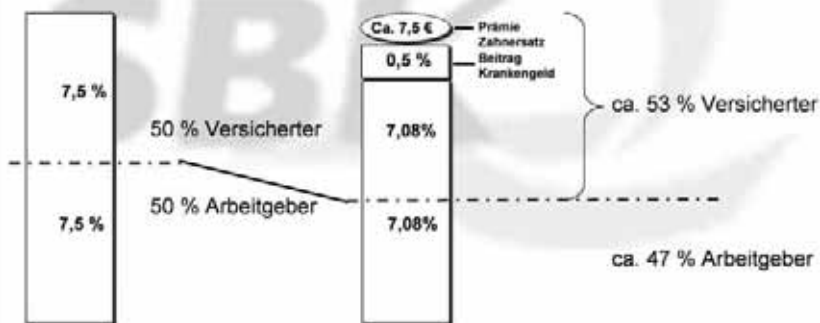
Finanzielle Auswirkungen des GMG

- Zusammensetzung des Beitragssatzes -

- ▶ Beispiel einer Krankenkasse mit heute 15 % Beitragssatz

▶ heute:

▶ ab 2006 (bei sonst gleichen Annahmen)



Gesetzliche Änderungen im Überblick:

- ▶ **Entbindungsgeld:** wird aus dem Leistungskatalog gestrichen
- ▶ **Sterbegeld:** wird aus dem Leistungskatalog gestrichen
 SBK-Tip: Zusatzversicherung
- ▶ **Künstliche Befruchtung:** statt bisher 4 Versuche können künftig nur noch 3 Versuche bezahlt werden; die Eigenbeteiligung beträgt 50% der Kosten
- ▶ **Sterilisation:** Kostenübernahme nur noch in medizinisch notwendigen Fällen möglich
- ▶ **Sehhilfen / Brillen:** Kostenbeteiligung nur noch für Kinder bis zum vollendetem 18. Lebensjahr möglich, sowie für schwer sehbeeinträchtigte Menschen (die Sehkraft darf mit der bestmöglichen Korrektur maximal 30% auf dem besseren Auge betragen)

Gesetzliche Änderungen im Überblick:

- ▶ **Arzneimittel:**
 - ▶ Grundsätzlich keine Kostenübernahme mehr für apothekenpflichtige, aber nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel
 - ▶ Arzneimittel, die überwiegend der Verbesserung der privaten Lebensführung dienen (z.B. Viagra, Appetitzügler, Arzneimittel zur Raucherentwöhnung) sind ab 01.01.2004 von der Verordnung ausgeschlossen
 - ▶ Die Preise für nichtverschreibungspflichtige Arzneimittel werden nicht mehr gesetzlich vorgeschrieben, sondern unterliegen dem freien Wettbewerb

Gesetzliche Änderungen im Überblick:

- ▶ **Arzneimittel:**
- ▶ OTC Präparate und Ausnahmeliste ab 1.4.2004
- ▶ Ausnahmeregelung durch Beschluß des Bundesausschuß:
- ▶ Arzneimittel müssen bei der Behandlung schwerwiegender Erkrankungen als Therapiestandard gelten
- ▶ gilt auch für Anthroposophie und Homöopathie
- ▶ Begründungspflicht des Arztes und alleinige Entscheidungsbefugnis zur Verordnung

Gesetzliche Änderungen im Überblick:

- ▶ **Neuregelungen bei den Zuzahlungen**
- ▶ Ab 01.01.2004 ist grundsätzlich bei **allen Leistungen** (Arznei-, Verband- und Hilfsmittel, Haushaltshilfe, Fahrkosten, Soziotherapie) eine Zuzahlung in Höhe von 10% der Kosten zu übernehmen.
- ▶ Bei **Heilmitteln** (z.B. Krankengymnastik, Massagen) und **Häuslicher Krankenpflege** ist jeweils eine Zuzahlung von 10% der Kosten sowie pauschal 10 Euro je Verordnung zu entrichten. Neue Heil-Mittelrichtlinie ab 01.07.2004!

Gesetzliche Änderungen im Überblick:

- ▶ **Neuregelungen bei den Zuzahlungen**
- ▶ Bei **stationärer Krankenhausbehandlung / Anschlussrehabilitation** Zuzahlung von 10 Euro pro Tag, begrenzt auf maximal 28 Tage pro Kalenderjahr
- ▶ Bei **stationären Kurmaßnahmen**: Zuzahlung in Höhe von 10 Euro pro Tag

Gesetzliche Änderungen im Überblick:

- ▶ **Belastungsgrenze**
- ▶ Zuzahlungen und Eigenanteile sind pro Kalenderjahr bis zur individuellen Belastungsgrenze zu zahlen
- ▶ Diese Grenze beträgt 2% der jährlichen Bruttoeinkünfte – dazu zählen alle Einnahmen eines Haushaltes
- ▶ Auf Familien wird durch "Familienabschläge" Rücksicht genommen – hier werden für Angehörige (Ehepartner) und mitversicherte Kinder bestimmte Freibeträge abgezogen
- ▶ Für chronisch Kranke Menschen gilt eine Grenze von 1% der Bruttoeinnahmen; wer dabei als "chronisch Krank" gilt, ist jetzt geklärt.

Als chronisch krank gilt,

- ▶ Wer sich in ärztlicher Dauerbehandlung befindet (d.h. pro Quartal mind. 1 Arztbesuch wegen derselben Krankheit)

und

- ▶ Pflegebedürftigkeit der Pflegestufe 2 oder 3 vorliegt

oder

- ▶ ein Grad der Behinderung von mind. 60% nach dem BVG oder eine Minderung der Erwerbsfähigkeit von mind. 60% nach den Regelungen der gesetzlichen Unfallversicherung vorliegt

oder

- ▶ eine kontinuierliche medizinische Versorgung erforderlich ist, ohne die nach ärztlicher Einschätzung eine lebensbedrohliche Verschlimmerung der Erkrankung, eine Verminderung der Lebenserwartung oder eine dauerhafte Beeinträchtigung der Lebensqualität aufgrund der Krankheit zu erwarten ist.

Gesetzliche Änderungen im Überblick:

- ▶ **Belastungsgrenze**
- ▶ Für das Erreichen der Belastungsgrenze werden alle Zuzahlungen (ausgenommen ist hier die Zuzahlung bei Zahnersatz) berücksichtigt.
- ▶ Die Belastungsgrenze wird jährlich neu berechnet und die Eigenbeteiligung muss jedes Jahr neu bezahlt werden

Gesetzliche Änderungen im Überblick:

- ▶ **Fahrten zur ambulanten Behandlung**
- ▶ Kostenübernahme ist nur bei **zwingender medizinischer Notwendigkeit** möglich; diese muss vom behandelnden Arzt bestätigt werden
- ▶ Kostenübernahme ist grds. nur in **fest definierten Ausnahmefällen** möglich, **insbesondere** bei Fahrten zur Dialyse und Strahlen- und Chemotherapie, Versicherten mit einem Schwerbehindertenausweis mit den Kennzeichen "aG" / "Bl" / "H", Versicherten der Pflegestufe II oder III
- ▶ **Vorherige Genehmigung** durch die Krankenkasse ist erforderlich
- ▶ Fahrten zur Stationären Behandlung (Krankenhaus / Reha) und ambulanten Operation werden auch ohne vorherige Genehmigung übernommen

Die Praxisgebühr

- ▶ **Grundsätzliches zur Praxisgebühr**
- ▶ Die Praxisgebühr ist bei jeder ersten Inanspruchnahme eines Arztes, Zahnarztes, bei einer ambulanten Behandlung im Krankenhaus oder eines psychologischen Psychotherapeuten zu entrichten
- ▶ Sie beträgt jeweils 10 Euro im Quartal
- ▶ Sie ist vor der ersten Inanspruchnahme an den Arzt/Zahnarzt zu entrichten, d.h. wird der gleiche Arzt ein zweites Mal im Quartal aufgesucht, ist bei diesem Arzt keine weitere Praxisgebühr mehr zu zahlen
- ▶ Der Arzt darf auf die Praxisgebühr nicht verzichten oder einen anderen Betrag als 10 Euro erheben
- ▶ Die Praxisgebühr ist von allen gesetzlich Versicherten zu entrichten, die das 18. Lebensjahr vollendet haben
- ▶ Vom Arzt (Zahnarzt, Psychotherapeuten etc.) ist eine Quittung über die entrichtete Praxisgebühr auszustellen (der Arzt darf für diese Quittung keine Vergütung verlangen)

Die Praxisgebühr

▶ Wann entfällt die Praxisgebühr?

- ▶ Bei Vorlage einer Überweisung aus demselben Quartal (Der Arzt ist dabei verpflichtet, Überweisungen ausschließlich nach medizinischen Gesichtspunkten vorzunehmen – sog. "Wunschüberweisungen" von Versicherten sind daher nicht zulässig.)
- ▶ Bei Arztbesuchen ausschließlich zum Zweck von Schutzimpfungen
- ▶ Bei Arztbesuchen ausschließlich von gesetzlich vorgesehenen Vorsorge- und Früherkennungsmaßnahmen (Gesundheits-Check-Up, Krebsvorsorge), Schwangerenvorsorge oder zahnärztlichen Früherkennungsuntersuchungen
- ▶ Bei Vorlage eines aktuellen Befreiungsausweises der Krankenkasse
- ▶ Teilnahme am DMP-Programm / SBK MedPlus - Chronikerprogramm (Diabetiker, Mamma Ca, Asthma, KHK)

Ausstellen von Überweisungen bei sog. Urlaubsfällen:

Auf der Grundlage des Bundesmanteilvertrages und § 28 Absatz 4 SGB V haben sich KBV und Spitzenverbände der Krankenkassen auf folgende Vorgehensweise bei sog. genannten Urlaubsfällen verständigt:

- Wird eine Weiterbehandlung im Urlaubsfall aufgrund einer akuten oder chronischen Erkrankung notwendig, kann der Vertragsarzt (am Wohnort) gemäß Bundesmanteilvertrag eine entsprechende Überweisung ausstellen.
- Durch Vorlage der Überweisung wird erkennbar, dass der Versicherte eine erneute Zuzahlung nicht leisten muss.
- Liegt keine akute oder chronische Erkrankung vor, darf der Vertragsarzt eine „prophylaktische“ Überweisung nicht ausstellen, da der Bundesmanteilvertrag eine solche Form der Überweisung nicht vorsieht.

Die Praxisgebühr

► Notfälle

► Ab 01.07.2004 gilt:

- Für Notfälle wird es separate, andersfarbige Quittungen geben. Bis alle Ärzte mit den zusätzlichen Quittungen ausgestattet sind, können für Notfälle übergangsweise die herkömmlichen Quittungen benutzt werden.
- Bei der ersten Inanspruchnahme des Notdienstes im Quartal sind 10,- € zu zahlen.
- Bei erneuter Inanspruchnahme des Notdienstes im gleichen Quartal ist nach Vorlage der Notdienst-Quittung keine Praxisgebühr mehr zu zahlen. Dies gilt unabhängig davon, ob ein planbarer oder unvorhergesehener Notfall vorliegt. Eine Überweisung für planbare Notfälle ist damit nicht mehr erforderlich.

- Wird im gleichen Quartal außerdem noch der Haus- oder Facharzt aufgesucht, sind beim Haus- oder Facharzt nochmals 10,- € zu bezahlen.
- Wird also z.B. im selben Quartal einmal der Hausarzt und einmal oder mehrmals der Notdienst aufgesucht, sind maximal 20,- € zu zahlen.

1. Inanspruchnahme eines psychologischen Psychotherapeuten und eines weiteren Arztes im Quartal

Die bis vorerst 30.06.2004 befristete Regelung, wonach bei Inanspruchnahme eines Psychotherapeuten und eines weiteren Arztes im gleichen Quartal nur 1 x die Praxisgebühr fällig wird, gilt jetzt dauerhaft.

Die Praxisgebühr

- ▶ **Sondersituation Zahnärzte**
- ▶ Eine Überweisung vom Hausarzt zum Zahnarzt (oder umgekehrt) ist nicht möglich
- ▶ Wird ausschließlich eine zahnärztliche Kontrolluntersuchung durchgeführt (sog. Bonuskontrolle), ist keine Praxisgebühr zu entrichten. Dies gilt auch, wenn neben dieser eingehenden Untersuchung eine Erhebung des PSI-Code, bestimmte Röntgenleistungen, eine Sensibilitätsprüfung der Zähne sowie eine Entfernung harter Zahnbeläge durchgeführt wird. Werden in dieser Sitzung allerdings weitere Leistungen erbracht, ist die Praxisgebühr zu zahlen.
- ▶ Eine solche Kontrolluntersuchung kann 2 x jährlich in Anspruch genommen werden (1 x je Kalenderhalbjahr im Abstand von mind. 4 Monaten)

Neue Möglichkeiten für Versicherte - Kassenspezifische Zusatzversicherungen -

- ▶ **Ab 2004: Kooperation zwischen Krankenkassen und Privater Krankenversicherung (PKV) möglich**
- ▶ SBK hat bereits Kooperationsvereinbarung mit „Siemens Private Finance, GmbH“ geschlossen
- ▶ Vorteile:
 - ▶ **Günstigere Beiträge im Rahmen von Gruppenversicherungsverträgen**
 - ▶ **Sinnvolle Ergänzungen zum GKV-Leistungspaket**
 - ▶ **Abschluss einer Zusatzversicherung für Familienangehörige zu gleichen, günstigen Konditionen**

Neue Möglichkeiten für Versicherte

- Neue Freiräume bei der Kostenerstattung -

- ▶ **Kostenerstattung für alle Versicherten**
(bisher nur für freiwillig Versicherte)

- ▶ **Kostenerstattung bei Behandlungen im Europäischen Ausland**

Neue Möglichkeiten für Versicherte

- Neue Chancen bei Versandhandel -

- ▶ **Zulassung des Versandhandels mit Arzneimitteln**
z. B.
 - ▶ www.docmorris.com
 - ▶ www.europaapotheek.nl

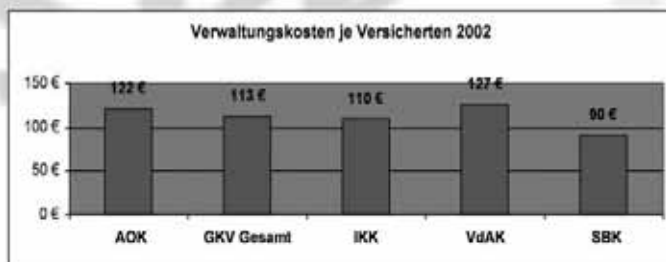
Neue Möglichkeit für Versicherte

- BonusPro das SBK Bonusmodell ab 1.3. 2004

- ▶ für alle SBK-Versicherte ab dem 15. Lebensjahr
- ▶ Familienangehörige bis zum vollendeten 14. Lebensjahr können bei den Eltern mitmachen
- ▶ Belohnt werden gesundheitliche Aktivitäten mit sog. Vitalpunkten
- ▶ je nach Punktzahl kann eine Wunschprämie erreicht werden
- ▶ Anmeldung beim Kundenberater oder direkt unter
- ▶ **www.sbk.org/bonuspro**

Änderungen bei den Krankenkassen

- ▶ Begrenzung des Verwaltungskostenanstiegs
- ▶ SBK hat weit unterdurchschnittliche Verwaltungskosten:



▶▶▶▶▶ **Therapeutische Aspekte der Beruflichen Belastungserprobung**

Dipl.-Psych. Rüdiger Zwerenz

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

**2. Bad Neustädter Fachtagung
„SGB IX + GMG: Erste Erfahrungen“
12. bis 13. November 2004**

▶▶▶▶▶ **Einleitung**

„Keine andere Technik der Lebensführung bindet den einzelnen so fest an die Realität als die Betonung der Arbeit, die ihn wenigstens in ein Stück der Realität, in die menschliche Gemeinschaft, sicher einfügt...“

(Freud 1948, S. 438).



►►►►► Psychische Belastungen am Arbeitsplatz



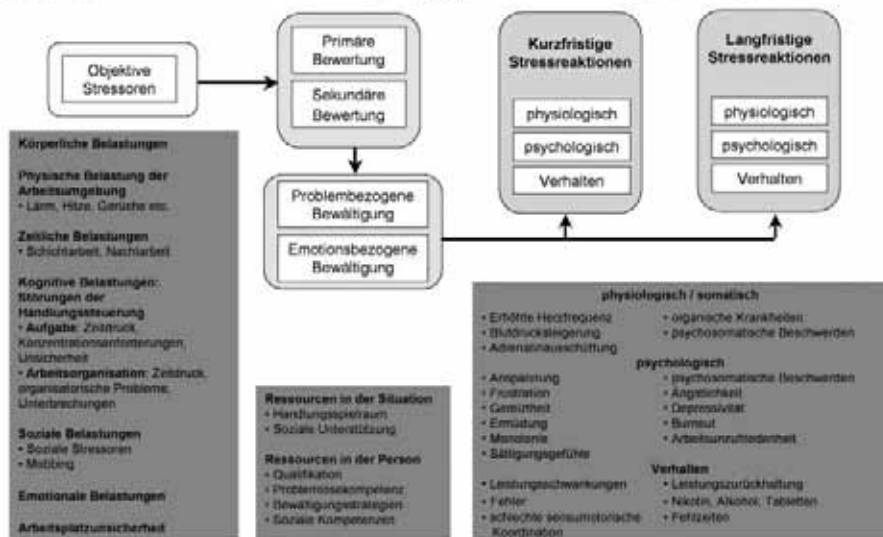
Dipl.-Psych. R. Zwerenz: „Therapeutische Aspekte der Beruflichen Belastungsprobing“
2. Bad Neustädter Fachtagung, November 2004

►►►►► Berufliche Belastungen (1)

- Einfluss **beruflicher Belastungen** auf psychische Gesundheit
 - Belastende Arbeitsanforderungen
 - Konflikte mit Kollegen / Vorgesetzten
 - (Drohender) Arbeitsplatzverlust
- Lange Arbeitsunfähigkeitszeiten, Arbeitslosigkeit oder der Wunsch nach vorzeitiger Berentung sind Prädiktoren für eine schlechtere berufliche Reintegration und Verschlechterung des psychischen Befindens in der Katamnese.

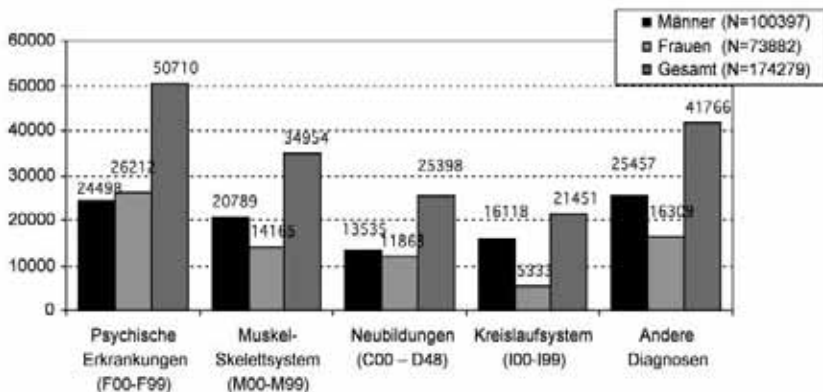
Dipl.-Psych. R. Zwerenz: „Therapeutische Aspekte der Beruflichen Belastungsprobing“
2. Bad Neustädter Fachtagung, November 2004

▶▶▶▶▶ Berufliche Belastungen (2) (Modell nach Zapf, 1999)



Dipl.-Psych. R. Zaverenz: „Therapeutische Aspekte der Beruflichen Belastungsprüfung“
3. Bad Neustädter Fachtagung, November 2004

▶▶▶▶▶ Berentungen aufgrund verminderter Erwerbsfähigkeit (VDR-Statistik für das Jahr 2003)



Psychische Störungen stellen die Hauptursache für vorzeitige Berentung in Deutschland bei den unter 50-jährigen dar.

Dipl.-Psych. R. Zaverenz: „Therapeutische Aspekte der Beruflichen Belastungsprüfung“
3. Bad Neustädter Fachtagung, November 2004

►►►►► Berufsbezogene Behandlungsangebote - Funktion

Berufsbezogene Behandlungsangebote haben sowohl eine **diagnostische** als auch eine **therapeutische** Funktion.

•**diagnostische Funktion:** frühzeitige berufsbezogene, arbeits- und sozialmedizinischen Anamnese als Grundlage zur weiteren Steuerung des Heilverfahrens

•**therapeutische Funktion:** Belastbarkeit unter möglichst realistischen Bedingungen testen, sowie gelernte Strategien auf den beruflichen Alltag übertragen (z.B. Berufliche Belastungserprobung)



►►►►► Berufsbezogene Behandlungsangebote – Arten (1)

Sozialtherapeutische Beratungen (Einzelberatungen oder Gruppenangebote, wie z.B. Bewerbertrainings)

- Sozialanamnese und Prognose
- Beratung bei rechtlichen und sozialen Problemen
- Entwicklung und Einleitung von Maßnahmen beruflicher und sozialer Art
- Vermittlungstätigkeiten und Kontaktherstellung zu Kostenträgern und Ämtern
- Hilfen bei Antragsstellungen und Erarbeitung von Perspektiven zur Lebensgestaltung



►►►►► Berufsbezogene Behandlungsangebote – Arten (2)

Berufliche Belastungserprobungen

- Intern bzw. extern
- Ermittlung des arbeitsrelevanten Leistungsprofils und der sozialen Anpassungsfähigkeit
- Erfassung der besonderen Gefährdung durch Einwirkungen am Arbeitsplatz
- therapeutische Nutzung der in der realistischen Arbeitssituation gemachten Erfahrungen (Einzelgespräche bzw. Aufarbeitungsgruppen)



►►►►► Berufsbezogene Behandlungsangebote – Arten (3)

Berufsbezogene Therapiegruppen

- Berufsbezogene Konflikte, Belastungen und Ressourcen erkennen und benennen
- Wechselbeziehung zwischen beruflichen Belastungen und dem Beschwerdebild aufzeigen
- vertiefende Bearbeitung berufsbezogener Konflikte und Belastungen auf dem Hintergrund der aktuellen Lebenssituation und der Biographie des Patienten
- Training sozialer Kompetenzen
- Einüben von Problemlösefertigkeiten
- Mobbinggruppen



▶▶▶▶▶ Studie I

„Berufliche Belastungserprobung als integrierter Bestandteil der psychosomatischen Rehabilitation - Evaluation im Rahmen eines randomisierten Kontrollgruppendesigns: Indikationen, Prädiktoren, Wirksamkeit“*

Teilprojekt: Tiefenpsychologischer Ansatz

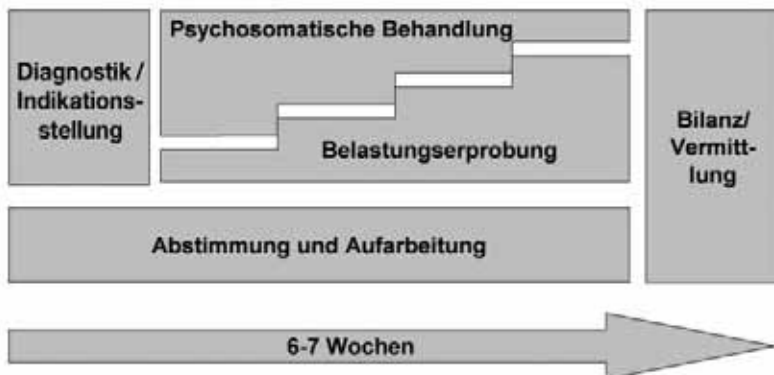
Knickenberg, R.J. (1), Schattenburg, L. (1), Vorndran, A. (1), Beutel, M.E. (2) & Zwerenz, R. (2)

(1) Psychosomatische Klinik Bad Neustadt/Saale; (2) Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Uni Mainz

**Multizentrische Studie mit der Medizinisch-Psychosomatischen Klinik Rosenegg in Prien, gefördert durch den VDR und das BMBF im Rahmen des Forschungsverbundes „Rehabilitationforschung Bayern“.*

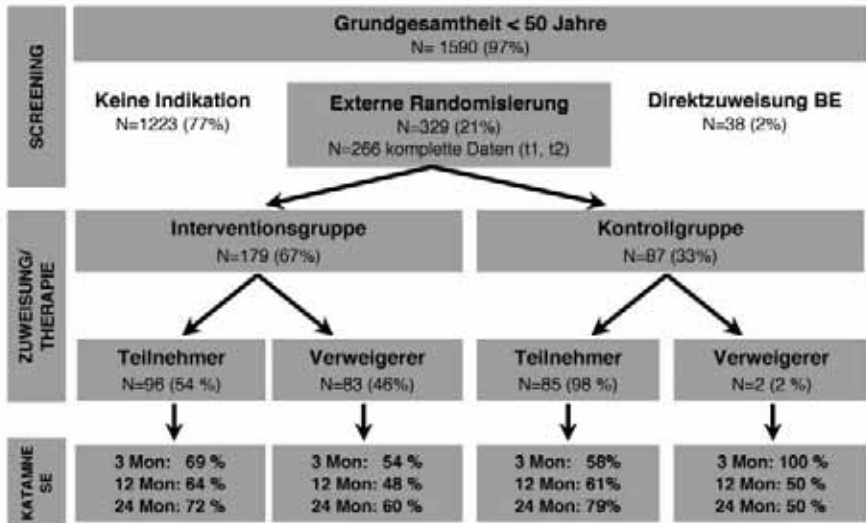
Dipl.-Psych. R. Zwerenz: „Therapeutische Aspekte der Beruflichen Belastungserprobung“
3. Bad Neustädter Fachtagung, November 2004

▶▶▶▶▶ Einbettung der beruflichen Belastungserprobung (BE) in die psychosomatische Behandlung



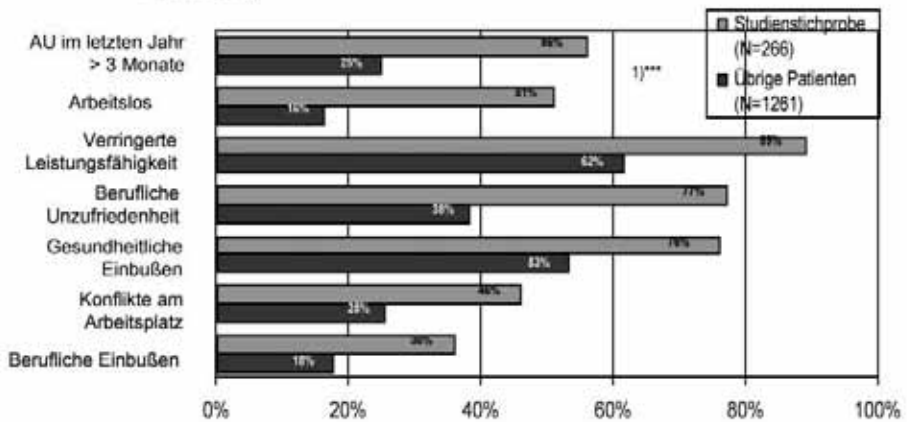
Dipl.-Psych. R. Zwerenz: „Therapeutische Aspekte der Beruflichen Belastungserprobung“
3. Bad Neustädter Fachtagung, November 2004

Studien-Design und Fallzahlen



Dipl. Psych. R. Zierenz: „Therapeutische Aspekte der Beruflichen Belastungsproberung“
3. Bad Neustädter Fachtagung, November 2004

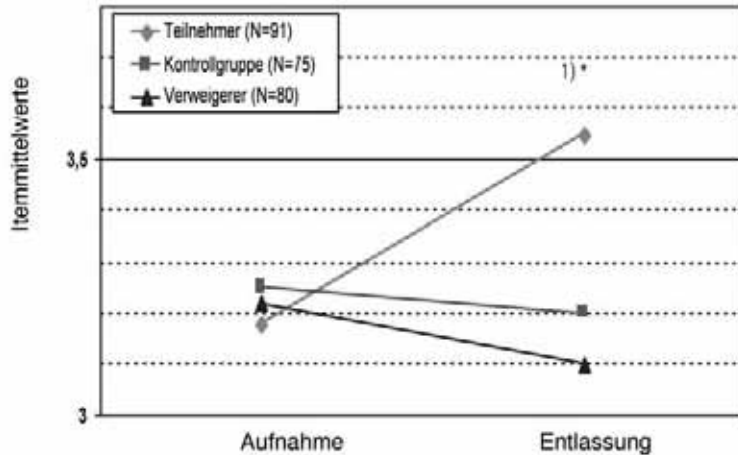
Objektive und subjektive berufliche Belastungen zu Behandlungsbeginn (Studienstichprobe vs. übrige Patienten)



1) Alle Unterschiede: $p < .001$

Dipl. Psych. R. Zierenz: „Therapeutische Aspekte der Beruflichen Belastungsproberung“
3. Bad Neustädter Fachtagung, November 2004

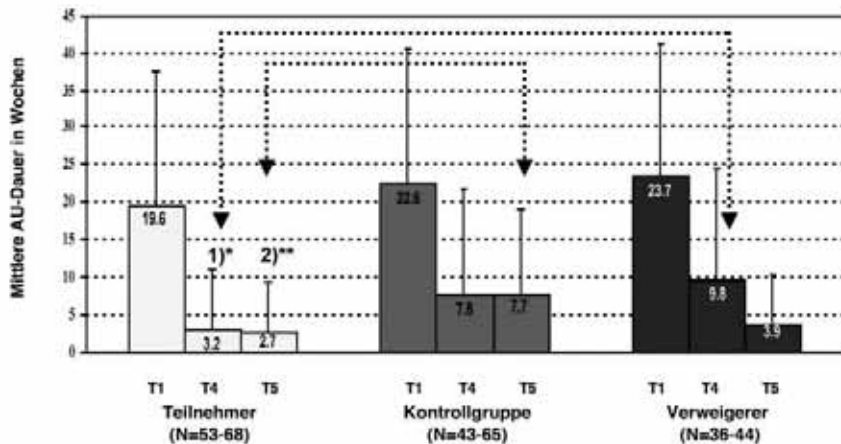
►►►►► **Kurzfristige Effekte:** Subjektive Einschätzung nach Klinikentlassung wieder arbeiten zu können



1) „Wie schätzen Sie Ihre berufliche Zukunft ein: Werden Sie nach Ihrer Klinikentlassung wieder Ihre bisherige oder eine neue Arbeit bewältigen können?“, Kovarianzanalyse mit Baseline-Wert als Kovariate: $F(2,242)=4.02$; $p < .05$

Dipl.-Psych. R. Zivarezi: „Therapeutische Aspekte der Beruflichen Belastungsprobung“
 2. Bad Neustädter Fachtagung, November 2004

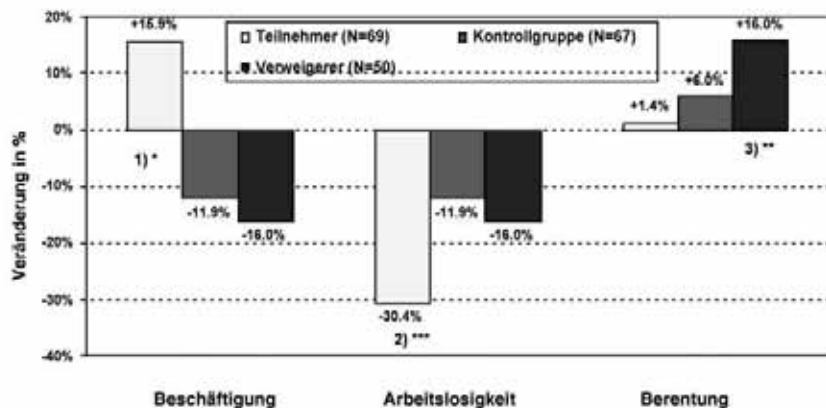
►►►►► **Langfristige Effekte:** Arbeitsunfähigkeit im Jahr vor Aufnahme und zu den Katamnesezeitpunkten



Kovarianzanalyse mit Baseline-Wert als Kovariate: 1) Teilnehmer < Verweigerer, $p < .05$; 2) Teilnehmer < Kontrollgr., $p < .01$; T1 = Aufnahme, T4 = 12 Mon., T5 = 2 Jahre

Dipl.-Psych. R. Zivarezi: „Therapeutische Aspekte der Beruflichen Belastungsprobung“
 2. Bad Neustädter Fachtagung, November 2004

►►►►► **Langfristige Effekte:** Veränderung von Beschäftigung, Arbeitslosigkeit und Berentung in den drei Gruppen



Veränderung der Beschäftigung, Arbeitslosigkeit und Berentung zwischen Aufnahme in die Klinik und 2 Jahre nach Entlassung

1) McNemar-Tests, * p < .05, ** p < .01, *** p < .001

Dipl. Psych. R. Zaverenz: „Therapeutische Aspekte der Beruflichen Belastungs-erprobung“
3. Bad Neustädter Fachtagung, November 2004

►►►►► **Zusammenfassung**

- **Kurzfristige Effekte:**
- A) **Behandlungsende:**
- Positivere berufliche Einstellungen und Prognosen für die Wiederaufnahme der Arbeit bei Teilnehmern der Beruflichen Belastungs-erprobung (BE)
- B) **3 Monate nach Entlassung:**
- noch keine Unterschiede bzgl. „Return to work“

- **Langfristige Effekte:**
- A) **12 Monate nach Entlassung:**
- AU-Dauer in der Gruppe der BE-Teilnehmer am niedrigsten
- B) **24 Monate nach Entlassung:**
- Zunahme der Beschäftigung bei den Teilnehmern an der BE und eine Abnahme in der Kontrollgruppe sowie bei Verweigerern/ Abbrechern der BE

Dipl. Psych. R. Zaverenz: „Therapeutische Aspekte der Beruflichen Belastungs-erprobung“
3. Bad Neustädter Fachtagung, November 2004

▶▶▶▶▶ Schlussfolgerungen

Die berufliche Belastungserprobung ...

- erlaubt eine Konfrontation mit realistischen, berufsbezogenen Anforderungen;
- unterstützt die Diagnostik und Bearbeitung der Wechselwirkung zwischen dem Störungsbild und der beruflichen Belastungssituation;
- führt langfristig zu einer deutlichen Zunahme der beruflichen Wiedereingliederung.

Dipl.-Psych. R. Zwerenz: „Therapeutische Aspekte der Beruflichen Belastungserprobung“
3. Bad Neustädter Fachtagung, November 2004



▶▶▶▶▶ Studie II

„Optimierung berufsbezogener Therapiemaßnahmen in der Psychosomatischen Rehabilitation im Rahmen eines tiefenpsychologischen und eines verhaltenstherapeutischen Ansatzes“*

Teilprojekt: Tiefenpsychologischer Ansatz

Knickenberg, R.J. (1), Schattenburg, L. (1), Vorndran, A. (1), Beutel, M.E. (2) & Zwerenz, R. (2)

(1) Psychosomatische Klinik Bad Neustadt/Saale; (2) Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Uni Mainz

*Multizentrische Studie mit der Medizinisch-Psychosomatischen Klinik Rosenack in Prien, gefördert durch den VDR und das BMBF im Rahmen des Forschungsverbundes „Rehabilitationforschung Bayern“.

Dipl.-Psych. R. Zwerenz: „Therapeutische Aspekte der Beruflichen Belastungserprobung“
3. Bad Neustädter Fachtagung, November 2004



►►►►► Berufsbezogene Therapiegruppe (BTG) - Themen



Dipl. Psych. R. Zverenz: „Therapeutische Aspekte der Beruflichen Belastungsprüfung“
3. Bad Neustädter Fachtagung, November 2004

►►►►► BTG – weitere Themen

- Motivation zur Auseinandersetzung mit Beruf / Problemen
- Positive / negative Erfahrungen im Beruf (Bilanzierung)
- Persönliche Vorstellungen und Ideale
- Parallelen im Verhalten (Beruf, privat, Gruppe)
- Verbindung zwischen berufsbezogenen Problemen und psychosomatischen Beschwerden
- Persönliche Schwächen und Stärken, eigenes Leistungsbild
- Eigene Anteile an der beruflichen Problematik

Dipl. Psych. R. Zverenz: „Therapeutische Aspekte der Beruflichen Belastungsprüfung“
3. Bad Neustädter Fachtagung, November 2004

▶▶▶▶▶ Tiefenpsychologisches Gruppenkonzept (1)

- Tiefenpsychologisches Gruppenkonzept mit fokalthérapeutischer Ausrichtung;
- Die Fokussierung auf die Bearbeitung berufsbezogener Belastungen durch den Therapeuten erlaubt nicht nur die bewusste Mitteilung, sondern auch die unbewusste Inszenierung ungelöster arbeits- und leistungsbezogener Konflikte im Hier und Jetzt der Gruppensituation;
- Die Gruppe gewinnt einen „Teamcharakter“, während der Gruppenleiter in der Übertragung z.B. als „Vorgesetzter“, als Repräsentant betrieblicher Vorgesetzter, der Rentenversicherungsträger, etc. erlebt werden kann.

Dipl.-Psych. R. Zivarezz: „Therapeutische Aspekte der Beruflichen Belastungsprüfung“
3. Bad Neustädter Fachtagung, November 2004

▶▶▶▶▶ Tiefenpsychologisches Gruppenkonzept (2)

Motivationsphase (2x 90 Minuten)

- Information (Interesse wecken)
- Exploration (Ziele erarbeiten)
- Motivation klären

Bearbeitungsphase (6x 90 Minuten)

- Kathartische Mitteilung von Gefühlen
- Stimulation der Interaktion zwischen den Gruppenmitgliedern
- Spiegelung eigener Konfliktanteile
- Bewusstmachung möglicher Übertragungen
- Einsicht in psychodynamische Zusammenhänge
- Bilanzierung

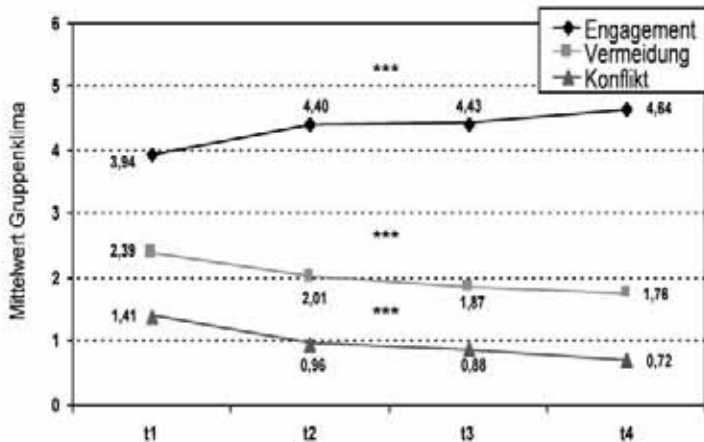
Dipl.-Psych. R. Zivarezz: „Therapeutische Aspekte der Beruflichen Belastungsprüfung“
3. Bad Neustädter Fachtagung, November 2004

▶▶▶▶▶ Gruppenklimafragebogen (GCQ-S)

- Engagement: Aspekte eines förderlichen Gruppenklimas
- Vermeidung und Abhängigkeit: Vermeiden der Thematisierung wichtiger interpersoneller Aspekte, Abhängigkeit vom Leiter, Befolgen von Gruppennormen
- Konflikt: Atmosphäre von Ärger und Spannung

Dipl. Psych. R. Zverenz: „Therapeutische Aspekte der Beruflichen Belastungsprüfung“
3. Bad Neustädter Fachtagung, November 2004

▶▶▶▶▶ Gruppenklima im Verlauf



Von den Interventionsteilnehmern (N=121) nach der 2., 4., 6. und 8. Gruppenstunde eingeschätzt (Varianzanalyse mit Messwiederholung (Zeiteffekt): *** $p < .001$)

Dipl. Psych. R. Zverenz: „Therapeutische Aspekte der Beruflichen Belastungsprüfung“
3. Bad Neustädter Fachtagung, November 2004

▶▶▶▶▶ Schlussfolgerungen



"I had the dream about meaningful employment again last night."

- Die Effektivität berufsbezogener Behandlungsangebote konnte nachgewiesen werden.
- Es besteht ein hoher Bedarf an einem niederschwelligeren Behandlungsangebot für die große Zahl an Patienten mit beruflichen Belastungen.
- Die Motivation der Patienten hat eine besondere Bedeutung für die Behandlung berufsbezogener Probleme.

Dipl.-Psych. R. Zwerenz: „Therapeutische Aspekte der Beruflichen Belastungsproberung“
2. Bad Neustädter Fachtagung, November 2004



▶▶▶▶▶ Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

Kontakt: zwerenz@uni-mainz.de

Dipl.-Psych. R. Zwerenz: „Therapeutische Aspekte der Beruflichen Belastungsproberung“
2. Bad Neustädter Fachtagung, November 2004



Behandlungsmöglichkeiten psychischer Erkrankungen mit einem integrativen Ansatz

Dr. phil. L. Schattenburg
2. Bad Neustädter Fachtagung für
Sozialdienstmitarbeiter und Rehabilitationsberater
Workshop am 12.11.2004
Psychosomatische Klinik Bad Neustadt

Motto

„Alles sollte so einfach wie möglich gemacht
werden, aber nicht einfacher.“

A. Einstein

und

„Wir sind die Neandertaler von morgen!“

Lernziele des Workshops

- Die Sensibilisierung auf die Art, Qualität und Effekte unserer Interventionen im klinischen Alltag.
- Also möglichst wenig Bewertung (soweit möglich!), sondern die Förderung der Reflexion auf das therapeutische Handeln und die Beratung (Aspekte der Supervision)
- Förderung der Kritikfähigkeit gegenüber dem integrativen Ansatz oder einer spezifischen Schule. Die wissenschaftliche Forschung ist offen.

Gliederung des Workshops

- Theoretische Ausführungen zum Thema
- Diskussion – Bedeutung für die Praxis der Zuhörer
- Was heißt integrativ in unserer Klinik?
- Fallbeispiele
- Videobeispiele aus Verhaltenstherapie und Tiefenpsychologie
- Supervision in verhaltenstherapeutischer und tiefenpsychologischer Perspektive (Fragebögen)

Ausgangspunkt

- Eine „reine“ Therapieschule gibt's nicht, hat es wohl auch nie gegeben. Dies erklärt auch die z.T. mit großer Schärfe geführten Absetzbewegungen in der Geschichte der Psychoanalyse.
- Das Konzept des Unbewussten trennt nicht mehr die Therapieschulen. So spricht Meichenbaum auch vom Unbewussten (s. **Schattenburg, 2003**).
- Auch **Grawe (1998, S. 335)** spricht von unbewussten Prozessen, lehnt aber eine psychische Instanz „des“ Unbewussten, die dem Bewusstsein als Instanz gegenübergestellt werden könnte, ab.

Einstimmung in das Thema: Integratives Arbeiten in unserer Klinik an Hand von PJG und BTG

Projekt: Japanischer Tempel



Unser Thema ist ideologisch besetzt

- weil es an die Identität der Therapeuten geht.
- Therapieschulen halten sich manchmal für die größte und treten oft mit einem Herrschaftsanspruch auf.
- weil es schwierig ist, sich mit neuen Entwicklungen auseinanderzusetzen. Jeder möchte natürlich mal bei dem bleiben, was er gelernt hat. Fragt man die Großen in der psychotherapeutischen Szene, so nehmen sie oft nicht (bzw. nicht mehr) von den Kollegen Kenntnis.
(Beispiele: Grawe, Kernberg, Davanloo usw.)

Was begünstigt die Forschung des integrativen Ansatzes

- Die Debatte „hermeneutisch vs. nomothetisch“ ist vorbei.
- Empirische Forschung wird heute nicht mehr als unmenschlich angesehen – nach dem Motto:

“Der Mensch wird zum Ding gemacht, wenn man ihn misst!”

- Vergleichende Therapieforschung kann nur empirisch sein.
- Damit zusammenhängend ein Aufschwung der Manualisierung (die natürlich auch kein Heilmittel ist!).
- Die neuen Techniken (Video, DVD usw.) sind etabliert und gelten nicht mehr als „Sünde“ – von einigen klassischen Psychoanalytikern abgesehen.

Der Zeitgeist unseres Themas

- **Globalisierung** (Debatte Freud-Janet wäre heute in der damaligen Form undenkbar)
- **Pluralismus** in den Methoden, Denken usw.
- **Ethik in der Psychotherapie:** z.B. Transparenz der Intervention, Stärkung der Patientenrechte (empowerment), die Therapie darf nicht schaden
- **Qualitätssicherung:** Kosten-Nutzen-Analyse, empirische Erforschung der Effekte, Öffnung gegenüber Therapievergleichen

Beispiele für Integratives Denken

- **Senf und Broda (2000).** Praxis der Psychotherapie. Ein integratives Lehrbuch: Psychoanalyse, Verhaltenstherapie, Systemische Therapie.
- **Reddemann (2004):** Psychodynamisch Imaginative Traumatherapie. PITT-Das Manual.
„Dieses Buch ist für Fachleute geschrieben. Es gründet auf den Prinzipien der psychodynamischen Psychotherapie, ist aber beeinflusst von einer ganzen Reihe anderer Verfahren; verwendet daraus, was hilfreich erscheint, und ist insoweit integrativ, nutzt aber zum Verständnis und als Grundlage psychoanalytische Konzepte“ (S. 13).

Beispiele für Integratives Denken

- **Wachtel (1981)**. Psychoanalyse und Verhaltenstherapie. Ein Plädoyer für ihre Integration.
- **Schattenburg (2000)**. Geschlechtsstereotype Attributionen bei Kindern in Leistungssituationen. Eine experimentelle Studie zum Ost-West-Vergleich.
- **Friedmann, Dietmar (2004)**: Integrierte Lösungsorientierte Psychologie (ILP). Grundidee dieses Ansatzes ist nicht die Förderung der Regression, sondern die „Betonung, dass man sehr schnell auf der Kompetenzebene arbeitet, die Ressourcen aktiviert und den Blick auf lohnende und attraktive Ziele lenkt“.
- **Fürstenau (2002)**. Psychoanalytisch verstehen, Systemisch denken, Suggestiv intervenieren. „Schließlich ist systemisches Denken hier gemeint i.S. einer Bezugnahme auf systemische Therapie als eine spezifische Behandlungsmethode (er verweist auf de Shazer, Milton Erickson usw.)

Prominenter Vertreter einer Integrativen Therapie: Grawe (1998). Psychologische Therapie

- **Aktivierung von Ressourcen: Was kann der Pat.?**
- **Prozessuale Aktivierung: Welche Situationen und Erinnerungen lösen die Reaktionen aus?**
- **Bewältigung: Welche Maßnahmen helfen dem Pat., das Problem zu bewältigen?**
- **Klärung der zu Grunde liegenden Motive: Welche Sichtweisen von sich will der Pat. vermeiden? Was möchte er erreichen? Wo in seinem Leben existieren Konflikte?**

Repräsentanten von Schulen: Psychoanalyse und Tiefenpsychologie

- Wöller, Kruse (2001): Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie. Basisbuch und Praxisleitfaden.
- Cierpka, Buchheim (Hrsg.) (2001). Psychodynamische Konzepte.
- Clarkin, Yeomans, Kernberg (2001). Psychotherapie der Borderline-Persönlichkeit. Manual zur psychodynamischen Therapie.
- Arbeitskreis OPD (Hrsg.) (2004). Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik. Grundlagen und Manual. 4. Auflage.
- Hiller, Leibing, Leichsenring, Sulz (2004). Lehrbuch der Psychotherapie. Band 2. Psychoanalytische und tiefenpsychologisch fundierte Therapie.

Repräsentanten von Schulen: Verhaltenstherapie

- Bodenmann (2004): Verhaltenstherapie mit Paaren. Ein modernes Handbuch für die psychologische Beratung und Behandlung.
- Hiller, Leibing, Leichsenring, Sulz (2003). Lehrbuch der Psychotherapie. Band 3. Verhaltenstherapie.
- Reinecker (1999). Lehrbuch der Verhaltenstherapie.
- Fiedler (1996). Verhaltenstherapie in und mit Gruppen.
- Beck et al. (1994). Kognitive Therapie der Depression.
- Margraf (Hrsg.) (2000). Lehrbuch der Verhaltenstherapie. 2 Bände.

Integrative Entwicklungen aus der Verhaltenstherapie heraus

- **Linehan** (1996). Dialektisch-Behaviorale Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung (Integration von Zentechniken).
- **Fiedler** (2000). Integrative Psychotherapie bei Persönlichkeitsstörungen.
- **Kanfer, Reinecker, Schmelzer** (2000). Selbstmanagement-Therapie. „Alles in allem handelt es sich bei unserer Selbstmanagement-Therapie um ein transtheoretisches, schulenübergreifendes, problem- und zielorientiertes Konzept. In dieser Hinsicht stehen wir möglicherweise Gräwes Bemühungen um eine übergreifende „Allgemeine Psychotherapie“ schon relativ nahe, möchten aber eine „objektive“ Bewertung dieses Standpunktes lieber anderen überlassen“ (S. 20).

Integrative Forschung hat es immer gegeben!

- Senf weist in seinem Aufsatz „**Integrativer Ansatz in der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie**“ (2001) darauf hin, dass
- „die Integrationsidee keineswegs neu ist in der Psychotherapie, vor allem nicht neu in der Psychoanalyse“. Senf meint, dass schon Freud zur Behandlung der Agoraphobie kombinierte Maßnahmen empfohlen hat, heute – so Senf – würde Freud die Legierung von Psychoanalyse und Verhaltenstherapie fordern.

Mangelnde Selbstreflexion der Praktiker

- Manchen Psychoanalytikern ist nicht bewusst (oder beschäftigen sich nicht damit), dass sie behaviorale Techniken (Verstärkung, Löschung, Konfrontation, kognitive Umstrukturierung, Übungen usw.) benutzen und umgekehrt:
- Manchen Verhaltenstherapeuten ist es nicht bewusst, dass sie deuten oder kathartisch arbeiten. Auch bei Linehan in ihrem DBT sind Deutungen nachzuweisen.
- „Keine Antwort ohne Deutung, keine Deutung ohne Antwort!“ (K. König, 2004, Vortrag in der Psychosomatischen Klinik, Bad Neustadt)

Integrativer Ansatz: Einerseits-Andererseits

Die klassischen Streitereien sind einerseits überwunden, dennoch profiliert man sich andererseits gerne durch eine Abgrenzung von den Großen: jüngstes Beispiel ist der Bestseller von David Servan-Schreiber:

Guérir le stress, l'anxiété et la dépression sans médicaments ni psychoanalyse (Paris 2003).

Jetzt auf deutsch: Die Neue Medizin der Emotionen. Stress, Angst, Depression: Gesund werden ohne Medikamente (Kunstmann, 2004)

Was heißt integrativ?

- Mischung von verschiedenen Therapieschulen in der Praxis:

Psychoanalyse, Tiefenpsychologie, Verhaltenstherapie, Systemtherapie, Maltherapie usw.

Diese Mischung kann von einem Therapeuten durchgeführt werden während einer Behandlungsdauer.

Diese Mischung kann von unterschiedlichen Therapeuten durchgeführt werden während einer Behandlungsdauer.

Was heißt integrativ?

Die Betrachtung eines Falles unter der Perspektive unterschiedlicher Therapieschulen z.B. in der Supervision oder Balintgruppe:

<u>Psychoanalyse</u>	<u>VT</u>	<u>Systemi. Ansatz</u>
Übertragung	Generalisierung,	?
Erinnern	Konfrontation	?
Unbewußter Schuldkonflikt	hemmende Pläne	?
Biografie (innere Objekte)	Lerngeschichte	?
Abwehr	Coping	?
usw.	usw.	?

Probleme des integrativen Ansatzes

Ausgangspunkt ist das Ziel einer Strukturänderung (i.S. der Tiefenpsychologie) oder eine dauerhafte Symptomänderung. Bei dieser Zielerreichung wird unterstellt, dass wir bei den Interventionen nicht ständig wechseln können. So erlaubt das Personality Disorders Institute in N.Y. (Direktoren: Kernberg, Clarkin) nicht in ihrem Ausbildungscurriculum, dass das TFP und das DPT gleichzeitig erlernt wird, sondern hintereinander - bei entsprechendem Interesse und Begabung.

Integrativer Ansatz in unserer Klinik

Verhaltenstherapeutisch orientiert:

- Angstgruppe
- Schmerzgruppe
- Tinnitusgruppe
- Training sozialer Kompetenzen
- Belastungserprobung
- EDV-Training
- Interaktionelle Gruppe
- Gesundheitsvorträge (Schlaf, Migräne, Essen...)
- Einzelgespräche

Integrativer Ansatz in unserer Klinik

Tiefenpsychologisch orientiert

- Verbale Gruppe
- Berufsbezogene Therapiegruppe
- Einzelgespräche

Integrativer Ansatz in unserer Klinik

Es sollte möglichst in einer Behandlungssequenz das Profil eines Verfahrens erkennbar bleiben (nach dem jetzigen Wissensstand!), d.h. man sollte jetzt nicht ständig mixen z.B. zwischen Rollenspielen und der Reflexion auf möglicherweise unbewusste Anteile bei Arbeitsplatzkonflikten. Man kann aber durchaus mal in einer tiefenpsychologisch orientierten Gruppe ein Rollenspiel machen. Oder im Gruppentraining sozialer Kompetenzen mal eine eher tiefenpsychologisch orientierte Sequenz durchführen.

Diskussion

Es sollte also kein ständiges Mixen der Interventionen geben, weil.....

Was meinen Sie dazu?

Welche Bedeutung hat das Ausgeführte für Ihre Praxis?

Fallbeispiel aus der berufsbezogenen Therapiegruppe: Herr K.

- Katharsis („Gram, der nicht spricht, bricht das Herz, bis dass es bricht“ – Shakespeare)
- Spiegelung durch die Gruppenmitglieder bezgl. eines überwertigen altruistischen Verhaltens und einer Hemmung gegenüber den Kollegen
- Verbindung mit der Biografie (schwacher Vater, angespannte Mutter)
- Schärfere Herausarbeitung (das Grundproblem war dem Pat. in Ansätzen schon klar) des Teufelskreises: Vernachlässigung der Familie-Hineinstürzen in die Arbeit-Vernachlässigung der Familie usw.
- Stimulation der Perspektivenübernahme bzgl. der Familie

Video I: Tiefenpsychologische Gruppe

- Vorstellung unseres Manuals zu den tiefenpsychologisch orientierten Interventionen. Aspekte der Supervision
(Arbeitsgruppe: Beutel, Knickenberg, Vorndran, Zwerenz, Schattenburg)

Video II: Training sozialer Kompetenzen

- Beispiel
- Fragebögen aus Kanfer, Reinecker, Schmelzer (2000, Selbstmanagement) zu Aspekten der Supervision

Fazit

- **Wir gehen nicht davon aus, dass ein Verfahren (bzgl. anerkannter Verfahren!) besser ist als das andere, sondern es hängt davon ab, welches Ziel ich verfolge, welche Ausbildung, Begabung und Vorlieben vorliegen usw.**
- **Dabei ist die Zielformulierung des Pat. und der Therapeuten wichtig. Konsens über die Ziele!**
- **Ein stationäres Setting mit vielfältigen Ansätzen kann u.U. eine festgefahrene ambulante Therapie wieder neuen Schwung verleihen, u.a. auch deswegen, weil die Stimulation in einer Klinik intensiver ist und die Übertragungsbereitschaft auf mehrere Personen verteilt wird.**
- **Integratives Arbeiten heißt, dass die verschiedenen Berufsgruppen anerkennend miteinander umgehen.**

**Vielen Dank für Ihre
Aufmerksamkeit!**

schattenburg.reha.@
psychosomatische-klinik-
bad-neustadt.de

Medizinische Rehabilitation von Menschen mit Epilepsie



Dr.med. J.Mengs

Medizinische Rehabilitation von Menschen mit Epilepsie

- mehr als nur Interventionen zur Anfallskontrolle
- Rehabilitationsbedarf groß
 - > nicht alle Patienten werden anfallsfrei
 - > Psychosoziale Schwierigkeiten persistieren

Medizinische Rehabilitation von Menschen mit Epilepsie

- Brennpunkt der Probleme von Epilepsiepatienten:
 - berufliche Schwierigkeiten
- > Arbeitslosenrate 3-fache der Allgemeinbevölkerung
- > Frühberentung vor dem 40. Lebensjahr = 30% gegenüber nur 10% bei allen Frühberenteten

Sozialmedizinische Charakterisierung von Epilepsien

- Anfälle – Sturz? Bewußtseinsstörung?
Störung der Willkürmotorik?
- Protektive Faktoren – verlässliche Vorwarnung?
Anfälle nur an den Schlaf gebunden?
Vermeidbare Anfallsauslöser?
- Anfallsfrequenz
- Anfallsprognose – Stabilität des Behandlungsstandes,
Rezidivprognose bei Anfallsfreiheit

Rehabilitationskonzept

- Epilepsierehabilitation als Informationsstrategie
 - Festlegung anfallsbedingter Einschränkungen für den Beruf
(Anfallsablauf, Häufigkeit, Prognose)
- Epilepsierehabilitation als Kompensation und Training
 - (Krankheitsselbstmanagement, Minderung psychischer Krankheitsfolgen)

Indikationen zur Rehabilitation

- Zustand nach epilepsiechirurgischem Eingriff
- Schwierigkeiten mit einer epilepsieangepassten Lebensführung (Krankheits-Selbstmanagement)
- Probleme in der Krankheitsbewältigung
- Epilepsiebezogene Informationsdefizite
- Erstellung eines sozial- und arbeitsmedizinischen Profils mit Schwerpunkt berufliche Eignung

Therapieangebote für Epilepsiepatienten



- *Neuropsychologische Diagnostik und Therapie*

- ▶ Erfassung alltags- und berufsrelevanter Teilleistungsstörungen
- ▶ Psychotherapeutische Interventionen

Therapieangebote für Epilepsiepatienten

Unterstützung bei der Krankheitsbewältigung

- ▶ Unberechenbares Auftreten epileptischer Anfälle > reaktiv depressives Syndrom mit Resignation, Frustration, Passivität
- ▶ Verbesserung des Informationsstandes > Anfallsauslöser vermeiden sowie die medikamentöse Behandlung optimieren

Therapieangebote für Epilepsiepatienten

Erlernen epilepsieangepasster Lebensgewohnheiten

Training der Medikamenteneinnahme zur
Verbesserung der Compliance

Beratung hinsichtlich geeigneter Sportarten

Therapieangebote für Epilepsiepatienten

Verbesserung der sozialen Kompetenz

- Bewerbertraining > Abbau von Befürchtungen
und Ängsten beider Seiten >
Arbeitgeber/Kollegen und Epilepsiepatient

Therapieangebote für Epilepsiepatienten

Medizinische und berufliche Belastungserprobung

Verträglichkeit von Medikamenten unter regelmäßiger
Alltags- und Arbeitsbelastung

Beurteilung der Erwerbsfähigkeit

Dauerbelastbarkeit / Ausdauerfähigkeit / Fahreignung

Therapieangebote für Epilepsiepatienten

Nachsorge und Berufliche Beratung durch den Sozialdienst

Teilnahme an Therapiebesprechungen

Klärung der beruflichen Wiedereingliederung
oder aber – Umschulung, Erstausbildung,
Berufsfindung

Eignungsbeurteilung Krankenpfleger

- Anfall-Selbstbeschreibung
- Aura 1-2 sec., kann sich nicht stützen, generalisierter Anfall, Reorientierung 5 min., kann Arbeit fortsetzen
- Häufigkeit
- 1-mal pro Jahr
- Prognose
- Keine strukturelle Hirnveränderung, Medikation nicht ausdosiert

Eignungsbeurteilung Krankenpfleger

- Psychischer Befund
- keine Auffälligkeiten, keine psychomotorische Verlangsamung
- Beurteilung
- geeignet für die Mehrzahl der Arbeitsplätze
- Einschränkungen
- Tätigkeiten, bei denen Patienten gesichert werden müssen, - bei denen ununterbrochene Beobachtung des Patienten notwendig ist

Eignungsbeurteilung Krankenpfleger

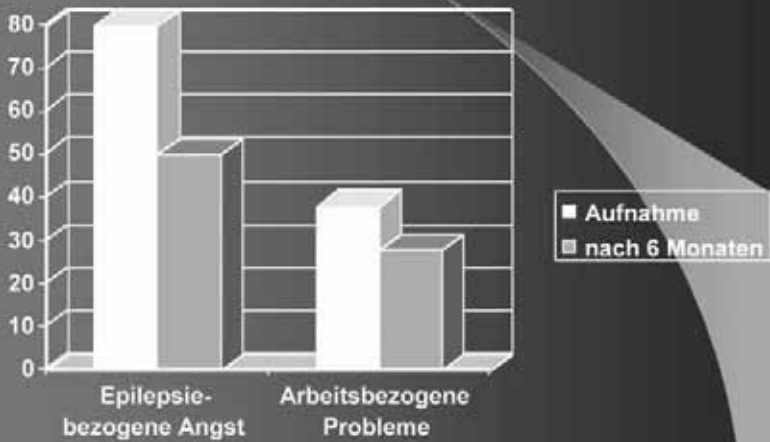
- Einsatzorte
 - Fachkliniken mit vergleichsweise selbständigen Patienten
 - Spezialambulanzen
 - Psychiatrische Krankenhäuser
 - Rehabilitationskliniken

Therapieangebote für Epilepsiepatienten

Angehörigenberatung

Angehörige sind genauso von der Erkrankung betroffen, wie Patienten selbst
z.B. Miteinbeziehung bei Fragen der beruflichen Neuorientierung

Lebensqualität zu Beginn und 6 Monate nach Rehabilitation



Nervenheilkunde 2002; 21: 457-62

Vielen Dank für Ihre
Aufmerksamkeit !





Epilepsie

Integrative Ansätze

Neurologisches Zentrum
Bad Neustadt / Saale

S. Schlesinger

„Ein integratives Versorgungskonzept mit eindeutig definierten Schnittstellen in der Betreuung von Epilepsiepatienten existiert in Deutschland bislang nicht !“

Teilnehmer am Kompetenznetzwerk Epilepsie



Neurologische Klinik



Institut für diagnostische und interventionelle Radiologie



Psychosomatische Klinik



PET Zentrum Bad Berka



Zentrum für Epilepsie der Universität Erlangen



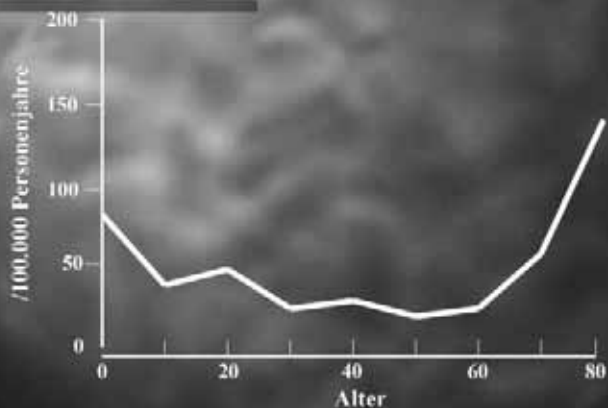
Niedergelassene Ärzte

**KOMPETENZNETZWERK
EPILEPSIE**

- Neurologische Klinik Bad Berka
- Institut für diagnostische und interventionelle Radiologie
- Psychosomatische Klinik
- Zentralklinik Bad Berka
- Zentrum für Epilepsie der Universität Erlangen
- Niedergelassene Ärzte

**NEUROLOGISCHE KLINIK
BAD NEUSTADT A. D. SAALE**

Altersverteilung



500 000 – 800 000 Betroffene in Deutschland

Epidemiologie

- Anteil der > 65 Jährigen in Deutschland:
 - 2000: 20%
 - 2033: 33 %
- Epileptische Anfälle / Epilepsie dritthäufigste Ursache für medizinische Probleme im Alter
- Epileptische Anfälle / Epilepsie nach zerebrovaskuläre Erkrankungen und Demenzen dritthäufigste Ursache für eine neurologische Symptomatik im Alter
- Inzidenz von unprovokierten epileptischen Anfällen:
 - 70 Lbj. : 100 / 100 000
 - 80 Lbj.: 150 – 200 / 100 000
- Inzidenz von akut-symptomatischen Anfällen:
 - 60 Lbj. : 50 / 100 000
 - 80 Lbj. : a) Frauen: 100 / 100, b) Männer 150 / 100
- Prävalenz epileptischer Anfälle im Alter: 1,0 – 1,5 %

Diagnose & Differentialdiagnose

- Diagnostik:
 - Wiederholte Standard- und Schlaf-EEG Aufzeichnungen
 - In Fällen diagnostischer Unsicherheit:



Video-EEG-Doppelbildaufzeichnung



- Zerebrales CCT / MRT



Differentialdiagnose I



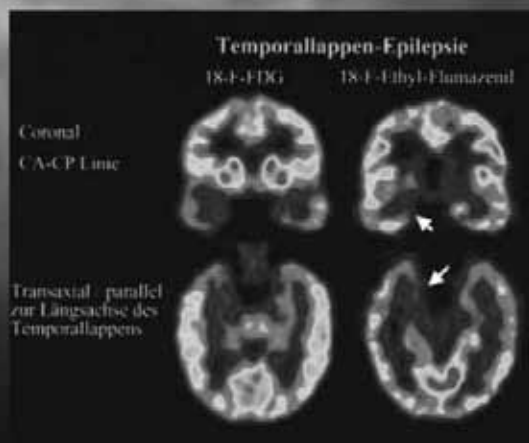
„Anfall oder Zufall ?“

Differentialdiagnose II

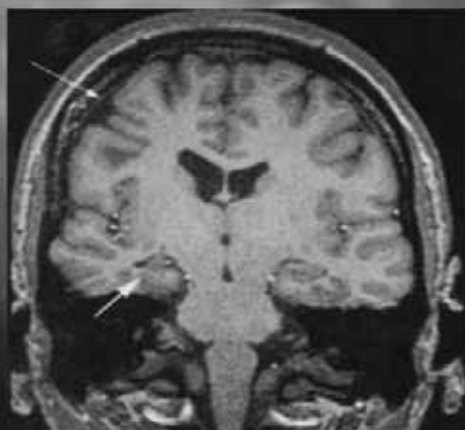


„Herz oder Hirn ?“

Bildgebung in der Epileptologie: PET (Positronen-Emissions-Tomogramm)



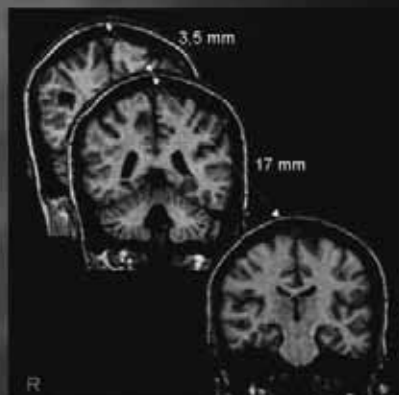
Bildgebung in der Epileptologie: MRT (Magnet-Resonanz-Tomogramm)



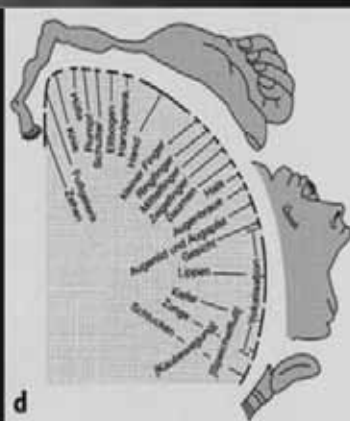
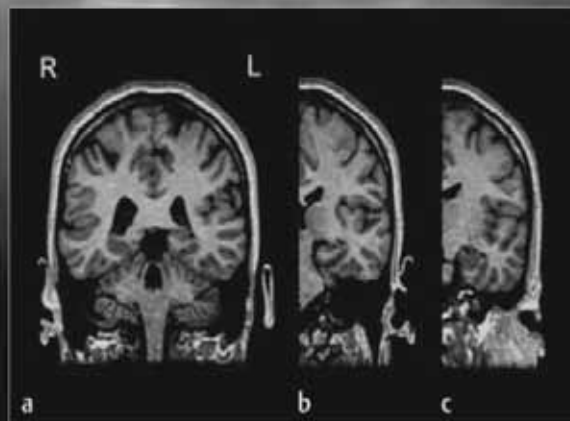
Bildgebung in der Epileptologie: MEG (Magnet-Encephalogramm)



MEG-Gerät



Neurotopographie

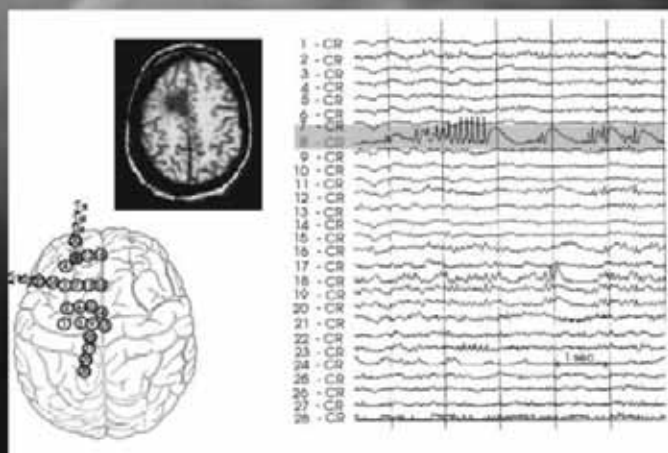


Differentialdiagnose III

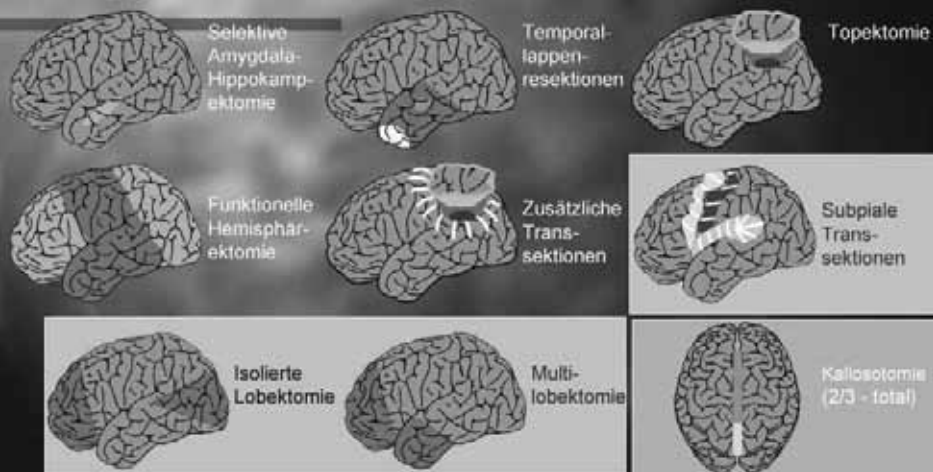


Invasive EEG-Ableitung
mit implantierten
Subduralelektroden

Praechirurgische Epilepsiediagnostik



Chirurgische Verfahren zur Behandlung pharmakoresistenter Epilepsien



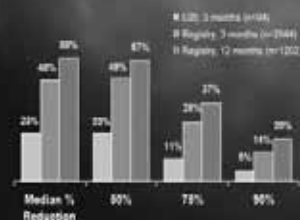
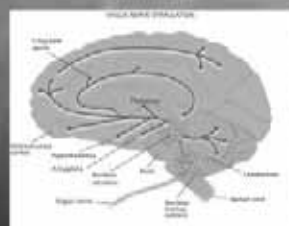
Epilepsiechirurgie



Intraoperative EEG Ableitung



Vagus-Nerv-Stimulation



Kosten

Die Kosten setzen sich zusammen aus:

- Komplexer medikamentöser Behandlung
- Wiederholten Krankenhauseinweisungen
- Diagnostische Maßnahmen
- Hohe Arbeitslosigkeit
- Frühberentung

Versorgungsziele im Kompetenznetzwerk



Zielgruppenstruktur im Kompetenznetzwerk

Patienten mit erstdiagnostizierter Epilepsie

Patienten mit therapieresistenter Epilepsie

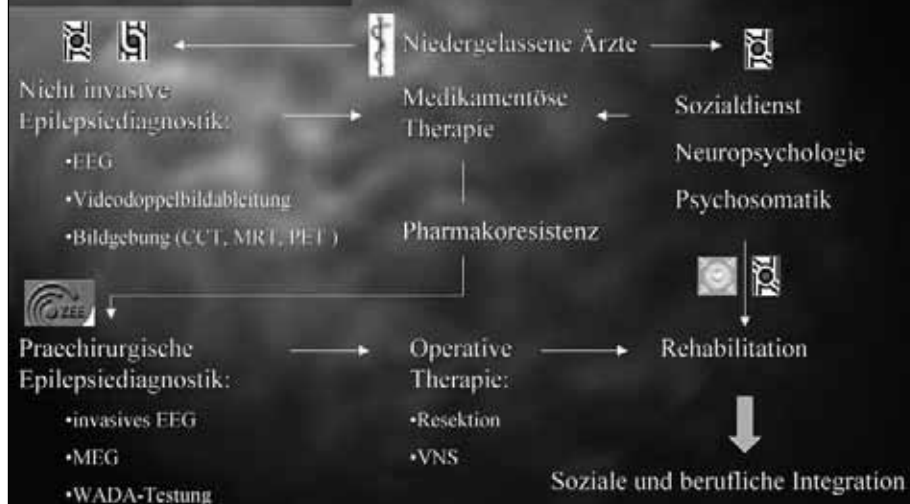


Patienten mit zusätzlicher geistiger und körperlicher Behinderung

Patienten mit epilepsiechirurgischer Behandlungsmöglichkeit

Integrative Versorgung

Neurologisches Zentrum Neustadt /Saale



Neuropsychologische Aspekte der Epilepsitherapie*

Referat zum Workshop Epilepsie bei der Sozialarbeitertagung 12.11.3.11.2004 in NES

**Von Dipl.-Psych. E. Grieshaber, Klinischer Neuropsychologe, Ltd.
Psychologe der Neurologischen Klinik, Bad Neustadt**

Der (neuro-)psychologischen Behandlung insbesondere auch nach epilepsiechirurgischem Eingriff kommt zentrale Bedeutung zu. 50 bis 80% der Betroffenen werden nach einem entsprechenden Eingriff anfalls- frei und ein weiterer Teil erfährt eine erhebliche Reduzierung der Anfälle.

Allerdings treten bei ca 75% erhebliche psychosoziale Probleme auf, die sofern sie nicht angegangen werden den operativen Erfolg nur unzureichend in den Lebensalltag der Patienten übertragen.

Von Bedeutung sind die nachfolgenden Interventionsbereiche:

- Neuropsychologische Diagnostik
- Neuropsychologische Therapie
- Psychotherapeutische Intervention
- Edukative Angebote, Informationsvermittlung
- Arbeits- und Belastungserprobung

Eine medizinische Rehabilitationsbehandlung ist, neben der postchirurgischen Rehabilitationsbehandlung, erforderlich bei:

- Problemen der Krankheitsbewältigung (Angst, Unsicherheit, Depression)
- Problemen des Krankheitsmanagements (Compliance, epilepsieangepasste Lebensführung)
- Behandlungsbedürftigen neuropsychologischen und motorischen Störungen
- Eingeschränkter Belastbarkeit
- Bedrohung der Erwerbsfähigkeit und des Arbeitsplatzes auf Grund epilepsie-abhängiger Probleme

*Das Referat stützt sich auf folgende Literaturquellen:

Hättig, Heinz: Neuropsychologische Aspekte der Epilepsie; psychoneuro 2004; 30(2): 95-100
Rösche, J./Uhlmann, C./ Fröscher, W.: Zur Wertigkeit neuropsychologischer Kurztests in der Epileptologie; Der Nervenarzt, Springer 2004; 10.1007/s00115-004-1777-5

Specht, U.: Berufliche Rehabilitation bei Menschen mit Epilepsie; Nervenheilkunde 1996; 15: 226-9

Kinne, G./Elsässer, D./Best, S./Jost, S./ Zschache, R.: Regionale Vernetzung medizinischer und

Beruflicher Rehabilitation: Das Bad Krotzinger Modell; Rehabilitation 2002; 41: 336 - 342

Neuropsychologische Diagnostik

Am häufigsten klagen Patienten mit Epilepsie über eine allgemeine kognitive Verlangsamung, Einschränkungen bei Aufgaben die komplexe Informationsverarbeitung erfordern, Gedächtnisstörungen und Einschränkungen der Aufmerksamkeit und Konzentration.

Insbesondere auch nach epilepsiechirurgischen Eingriffen ist eine Überprüfung theoriegeleitet auf dem Hintergrund lokalisationspezifischer Überlegungen erforderlich. Ein Großteil der fokalen Epilepsien ist durch eine Hirnschädigung erworben. Allerdings kann die funktionelle Läsion sich vom Ort der strukturellen Läsion durch die Ausbreitungswege der Epilepsie erheblich unterscheiden. Darüber-hinaus kann es z.B. bei Temporallappenepilepsien (TLE) die die häufigste Form fokaler Epilepsien darstellt, insbesondere (aber nicht nur, wie PET-Studien zeigen) bei sekundärer Generalisierung der Anfälle zu einem frontalen Metabolismus kommen. Dies kann zu intellektuellen Einbußen und zu Störungen spezifisch präfrontaler Funktionen führen, wie:

- Arbeitsgedächtnis und Kurzzeitgedächtnis
- Umstellfähigkeit
- Exekutive Funktionen
- Reduktion des psychomotorischen Tempos
- Verkürzte Aufmerksamkeitsspanne
- Verhaltenssteuerung

Die eben aufgezählten Einschränkungen sind natürlich auch typisch für Frontallappenepilepsien (FLE), die die zweithäufigste Epilepsie darstellen.

Ist die Temporallappenregion betroffen, die zu 70% mit einer Hippokampusklerose einhergeht (mesiale TLE; MTLE), kommt es zu:

- Störungen der Langzeitgedächtnisbildung im verbalen oder non-verbalen Bereich, je nachdem ob die sprachdominante Hemisphäre betroffen ist.
- Neue sprachliche Inhalte können nur unzureichend stabilisiert werden. Der Abruf sprachlicher Inhalte kann eingeschränkt sein (z.B. Wortfindungsstörungen)
- Mäßige Reduktion der Intelligenzfunktionen
- Einschränkung visuell-räumlicher Leistungen (bei nicht sprachdominanter Hemisphäre)

Parietale und occipitale Epilepsien sind selten und in der Regel in der Folge von Schädel-Hirn-Traumen zu beobachten.

Neuropsychologische Auffälligkeiten können folgende Funktionen betreffen:

- Körperschemastörungen
- Visuelle Benennungsstörungen (Agnosien)
- Neglectsymptome
- Visuell-räumliche und visuell-konstruktive Einschränkungen
- Apraxien
- Bei occipitalen Epilepsien findet sich kein überdauernd charakteristisches neuropsychologisches Störungsbild. Häufig finden sich visuelle Halluzinationen

Insgesamt ist noch nicht eindeutig belegt, dass es über die Zeit hinweg zu anhaltenden Einschränkungen kommt. Studien sind widersprüchlich. Allerdings zeigt sich eine Tendenz zu anhaltend kognitiven Einbußen insbesondere bei tonisch-klonischen Anfällen.

Um ein differenziertes Bild vorhandener Einschränkungen zu bekommen, ist es erforderlich eine ausführliche Testbatterie, wobei pc-gestützte Verfahren zu Aufmerksamkeitsleistungen und räumlichen Leistungen und P&P-Verfahren (Gedächtnis, exekutive Funktionen etc.) zum Einsatz kommen. Auf eine Darstellung einzelner Untersuchungsverfahren muß hier verzichtet werden.

Kurztests haben sich nicht bewährt da nicht im erforderlichen Maße Einschränkungen im Vergleich zu einer ausführlichen Testbatterie erkannt werden (Vgl. Rösche, J.; Uhlmann, C.; Fröscher, W.: Zur Wertigkeit neuropsychologischer Kurztests in der Epileptologie, Springer 02.09.2004).

Neuropsychologische Therapie

Auf Grund der Diagnostik, wird die störungsspezifische neuropsychologische Funktionstherapie festgelegt. Ziel ist die Defizite zu verringern, wo möglich Strategien und kompensatorische Verhaltensweisen aufzubauen und die psycho-vegetative Belastbarkeit zu steigern.

Therapie wird wo erforderlich im Einzelsetting, häufig jedoch in Gruppen angeboten.

Insbesondere für Aufmerksamkeitsstörungen, die Verarbeitungsgeschwindigkeit sowie für exekutive Funktionen haben sich pc-gestützte Therapieverfahren, die spezifisch für diese Störungen entwickelt und z.T. über Untersuchungen validiert wurden, bewährt. Die Verfahren sind adaptiv, d.h. sie setzen an dem Schweregrad der Einschränkung an und versuchen soweit möglich nur diese einzelne Funktion zu beüben. Nur dieses selektive und differenzierte Vorgehen sichert den Therapieerfolg. Zu komplexe Programme, z.B.

Computerspiele, setzen die Intaktheit vieler Funktionen voraus und führen deshalb zu Frustration und keiner Verbesserung defizitärer Bereiche (z.B. räumliche Leistungen, komplexe Figuren aufbauen, wenn basal Winkelerkennung eingeschränkt ist).

Gedächtnisleistungen werden überwiegend in Kleingruppen (2 bis 5 Pat.), die nach dem Schweregrad der Einschränkung zusammengestellt werden, beübt. Insbesondere bei der Therapie mnestischer Leistungen werden Strategien (z.B. Oberbegriffe bilden, assoziative Bindung und Eselsbrücken etc.) und kompensatorische Möglichkeiten (z.B. Gedächtnistagebuch) erarbeitet und eingeübt. Wo möglich wird der Transfer in den Alltag gefördert.

Psychotherapeutische Intervention

Patienten nach epilepsiechirurgischen Eingriffen aber auch Patienten die eine konservative Rehabilitationsbehandlung durchführen, haben häufig eine jahrzehntelange Krankheitsgeschichte hinter sich.

In dieser Zeit hat sich häufig eine emotionale Labilisierung eingestellt, mit:

- Allgemeiner Verunsicherung
- Reaktiv, depressiver Entwicklung
- Angst- und Zwangsstörungen (Wiederauftreten der Anfälle, neuen Anforderungen nicht gewachsen sein
- Antriebsstörungen
- Vermeidungsverhalten hinsichtlich Anforderungen und sozialen Situationen, mit Einschränkungen der sozialen Kompetenz

Diese emotionalen Einschränkungen und Einschränkungen sozialer Fertigkeiten müssen psychotherapeutisch in Einzel- und Gruppentherapie die verhaltens- und gesprächspsychotherapeutisch orientiert ist angegangen werden.

Da der Epilepsieschwerpunkt im Aufbau ist, kann meist nur eine Einzeltherapie durchgeführt werden.

Erfolgreich behandelte Patienten nach epilepsiechirurgischem Eingriff müssen lernen, dass sie wieder gesund sind und von ihrer Umgebung entsprechenden Erwartungen (beruflich und privat) ausgesetzt sind. Der Krankheitsgewinn, Belastungen und unangenehme Anforderungen auf Grund der Erkrankung vermeiden zu können, führt insbesondere dort zum Konflikt, wo noch keine angemessenen sozialen Verhaltensweisen zur Verfügung stehen und die Angst vor den Forderungen dominiert.

Edukative Angebote, Informationsvermittlung

Sowohl für konservativ als auch operativ behandelte Patienten sind sachlich fundierte Informationen über Erkrankung, Folgen medikamentöser und chirurgischer Behandlung wichtig. Während es für die operativ versorgte Gruppe um Informationen über den Aufbau gesunden Alltagsverhaltens, bei Anfallsfreiheit, u.U. mit Dauerfolgen im neuropsychologischen Bereich (z.B. Gedächtnis) geht, müssen konservativ behandelte Patienten über ihre Epilepsie, medikamentöse Behandlung, Compliance, anfallsprovozierende Verhaltensweisen, offensiver Umgang mit der Erkrankung gegenüber der Umwelt geschult werden. Dabei sollten Angehörige einbezogen werden.

Auch hier stehen wir noch am Anfang und müssen diesen Bereich erst noch auf- und ausbauen.

Unterstützung kann das Programm
MO MODULARES
S SCHULUNGSPROGRAMM
ES EPILEPSIE

Geben, das in der Region z.B. im Beratungszentrum in Würzburg angeboten wird. Ziel bei uns ist, die entsprechende Ausbildung zu machen, um dieses Programm, landkreisübergreifend auch in unserer Klinik anbieten zu können.

Arbeits- und Belastungserprobung

Der beruflichen Wiedereingliederung der Menschen mit Epilepsie kommt wichtige Bedeutung zu.

Ende der 90-er Jahre war, obwohl nach Behandlung 60 – 80% der Patienten anfallsfrei waren, die Arbeitslosenrate 2 bis 3mal höher als in der Gesamtbevölkerung. Annähernd jeder dritte frühberentete Epilepsiepatient ist jünger als 40 Jahre.

Gerade in der momentanen Arbeitsmarktlage, ist es wichtig, dass Patienten, wollen sie überhaupt eine Chance am Arbeitsmarkt haben, gut vorbereitet in den Wettbewerb um Arbeitsplätze gehen.

Neben - Training sozialer Fertigkeiten
- Bewerbungstraining
- Fähigkeit die Erkrankung offen und angemessen in der Bewerbungs- und beruflichen Situation anzusprechen

kommt der adäquaten Einschätzung der beruflichen Belastbarkeit und wo erforderlich der Einschätzung des Potentials zu einer Umschulung und des möglichen Arbeitsfeldes entscheidende Bedeutung bei.

In der Phase der medizinischen Rehabilitation, steht zunächst die Arbeitserprobung in den Bereichen

- Handwerk/Technik,
- Hauswirtschaft,
- EDV und kaufmännischer Bereich

zur Verfügung.

Auch hier befinden wir uns erst im Aufbau.

Die Patienten können für 2 bis 5 Tage in den Kliniken und der Verwaltung der Rhön-Klinikum-AG eingesetzt werden. Im EDV-Bereich kann ein Modell der psychosomatischen Klinik, zur Qualifizierung von Mitarbeitern im EDV-Bereich, das wissenschaftlich begleitet und evaluiert wurde, genutzt werden.

Die jeweiligen Mitarbeiter der Bereiche werden über die Belastungserprobung und auf was zu achten ist, informiert. Ein Beobachtungs-/Auswertebogen, der an MELBA orientiert und entsprechend des Krotzinger Modells modifiziert ist, kommt sowohl bei der Arbeits- wie der Belastungserprobung zum Einsatz.

Bei der Belastungserprobung sollte der Patient in der Regel halbschichtig arbeiten können, wobei die Anforderung auch auf vollschichtig für 4 bis ca. 10 Tage gesteigert werden kann.

Ziel ist in und um Bad Neustadt „Patenfirmen“ zu finden, die über die konzerneigenen Einrichtungen hinaus Patienten einen qualifizierten Einblick in einen Arbeitsbereich gewähren und/oder eine mehrtägige vollschichtige Belastungserprobung gewährleisten.

Auf Seiten der Patienten ist neben den „beruflichen“ Leistungen, wie Ausdauer, Flexibilität, Auffassung, Sorgfalt, berufliche Fertigkeiten etc., die Fähigkeit den Tagesablauf auf die berufliche Tätigkeit hin zu strukturieren von Bedeutung (rechtzeitiges Aufstehen, morgendliche Körperpflege, Frühstück, rechtzeitig auf den Weg zur Arbeit machen und ausreichend pünktlich zum Arbeitsbeginn am Arbeitsplatz sein, Pausen einhalten etc.).

Nach Auswertegespräch und schriftlicher Rückmeldung (MELBA) mit dem Betreuer muss ein Auswertegespräch mit dem Patienten zur beruflichen Perspektive stehen.

Diese Informationen müssen in eine qualifizierte sozialmedizinische Stellungnahme münden in der insbesondere auch neuropsychologische, sozial-emotionale, Einschätzung der gegebenen Belastbarkeit und Empfehlung zur beruflich/sozialen Wiedereingliederung gegeben sein muss, die den Ansprechpartnern (Arbeitgeber, REHA-Berater der Arbeitsagentur, Krankenversicherung, Arbeitsmediziner etc.) die Möglichkeit geben einen entsprechenden Plan zu Wiedereingliederung, Umsetzung oder Umschulung zu erarbeiten und umzusetzen.

2. Bad Neustädter Fachtagung

für Sozialarbeiter und Rehabilitationsberater



Priv. Doz. Dr. K. Schröder

Frankenklinik

Fachklinik für Prävention und Rehabilitation von Herz-, Kreislauf- und Gefäßerkrankungen mit integriertem Diabeteszentrum

**Die integrierte
Versorgung bei Herz-
und Diabetespatienten
am Fallbeispiel der
chronischen
Herzinsuffizienz**



RHÖN-KLINIKUM AG
Frankenklinik



Ein zunehmendes Problem

**1,6 Mio Patienten mit
Herzinsuffizienz NYHA
II-III (= 2%)**

**Etwa 130 000
Neuerkrankungen/Jahr**

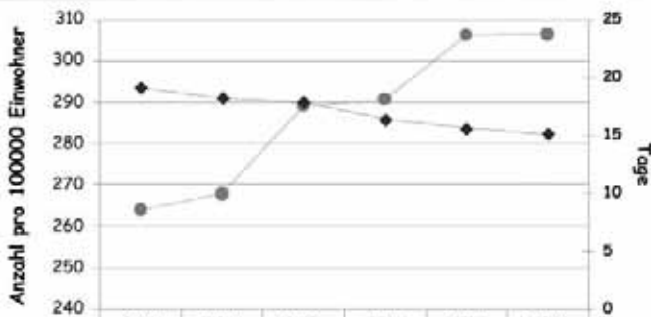


Ein zunehmendes Problem

11 Mio Arztbesuche / Jahr
3,5 Mio Hospitalisierungen / Jahr
57000 Todesfälle / Jahr
3. Häufigste Todesursache



Herzinsuffizienz in Deutschland

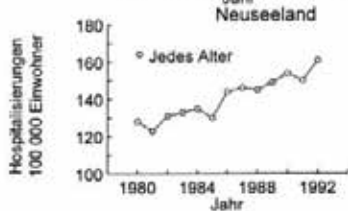
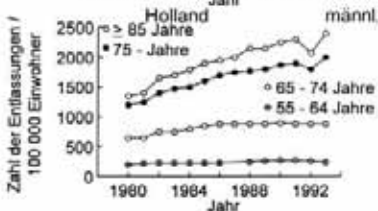
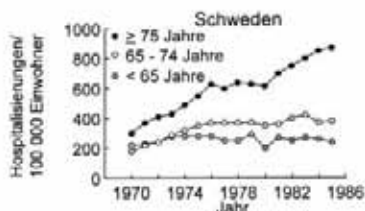
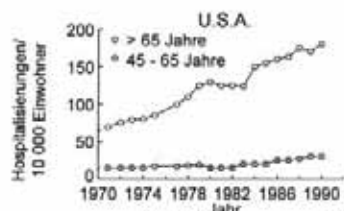


● Krankenhausfälle	264,1	267,8	289,2	290,7	306,3	306,4
◆ Verweildauer	19,1	18,2	17,9	16,4	15,6	15,1

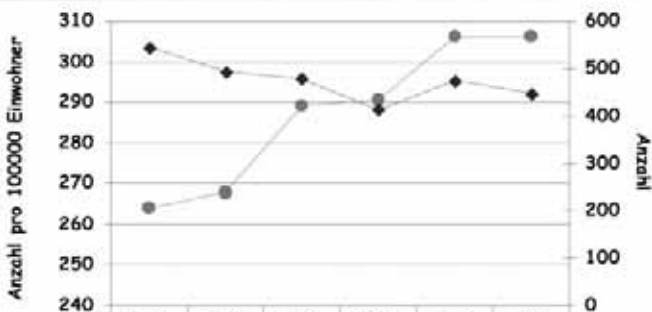
Statistisches Bundesamt (www.gbe-bund.de)



Herzinsuffizienz - Hospitalisierung



Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

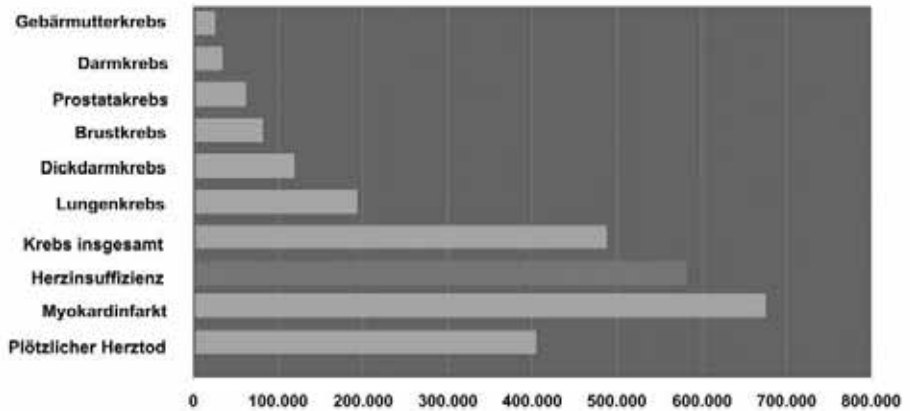


	1994	1995	1996	1997	1998	1999
● Krankenhausfälle	264,1	267,8	289,2	290,7	306,3	306,4
◆ Reha Leistungen	545	494	479	413	475	447

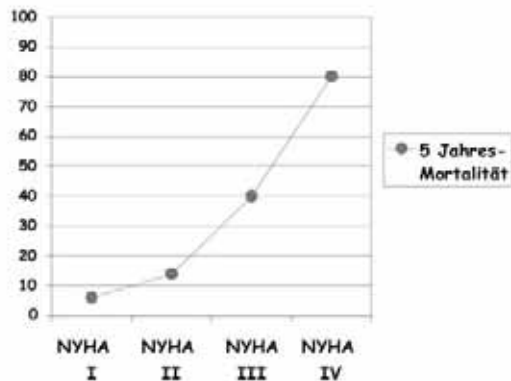
Statistisches Bundesamt (www.gbe-bund.de)



Jährliche absolute Mortalität

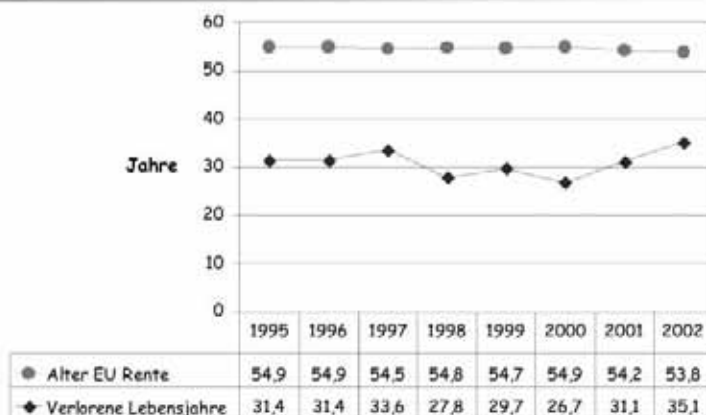


Herzinsuffizienz - Prognose





Herzinsuffizienz in Deutschland



Statistisches Bundesamt (www.gbe-bund.de)



Herzinsuffizienz verursacht hohe Kosten

Die Hospitalisierungskosten wegen
Herzinsuffizienz sind doppelt so
hoch wie
für alle Krebsarten zusammen

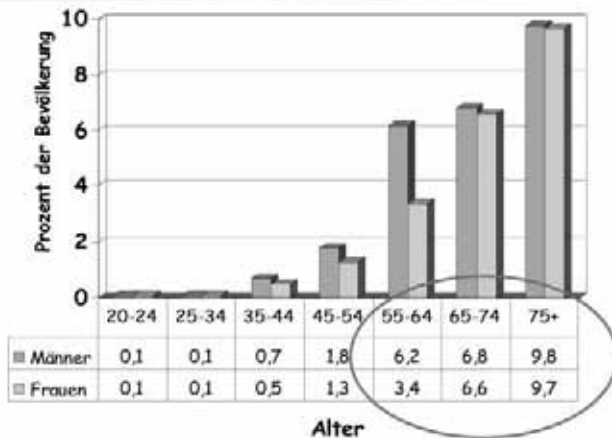


Geringe Compliance

- Durchschnittlich sechs Medikamente zur Behandlung der Herzinsuffizienz
- Nur 10 % der Patienten nehmen die Medikamente regelmäßig ein
- Ein Drittel der Patienten lässt sich kein Folgerezept ausstellen
- 50 % der Patienten leiden an drei oder mehr Begleiterkrankungen
- 78 % der Patienten suchen mindestens zweimal pro Jahr eine Klinik auf



Prävalenz der Herzinsuffizienz



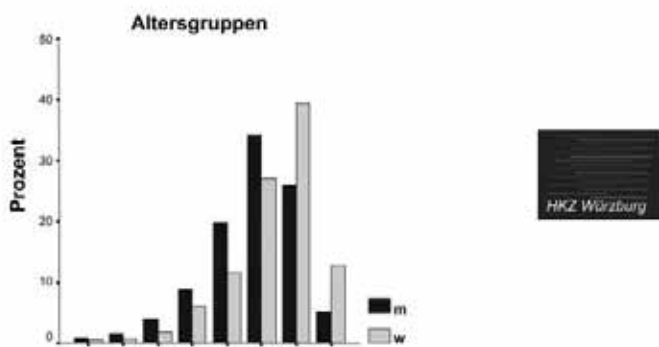


Herzinsuffizienzregister in Würzburg

- Beschreibung des klinischen Profils
 - Alters- und Geschlechtsverteilung
 - Schweregrad und Ätiologie
 - Prävalenz kardiovaskulärer Ereignisse und RF
 - Prävalenz psychischer Komorbidität, Lebensqualität
- Analyse der Richtlinien-Konformität der Therapie
- Mortalität, Morbidität (6, 12 und 18 Monate)
- Ressourcenverbrauch



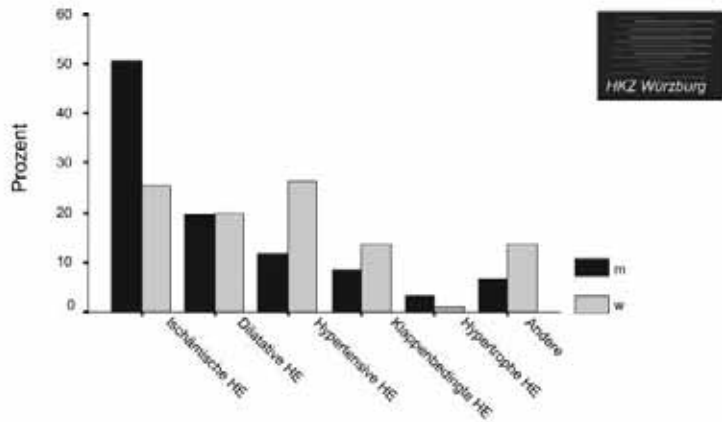
IN-Herzinsuffizienzregister Würzburg



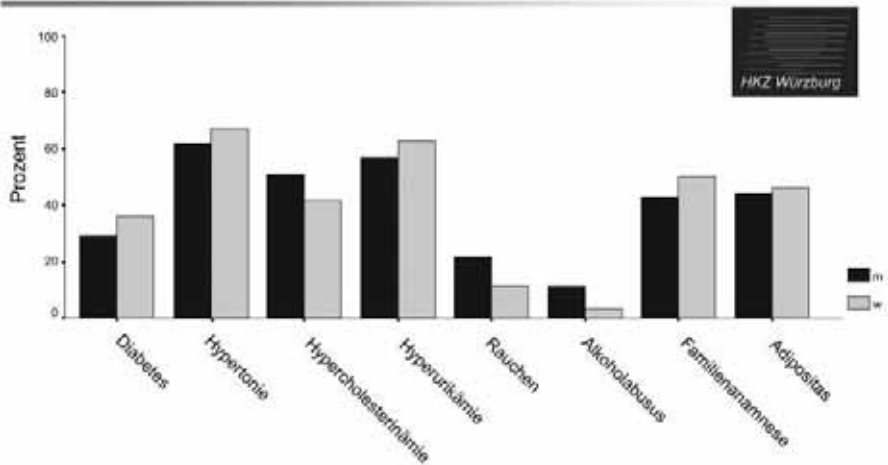
Gesamtzahl der für die Rekrutierung ins INH-Register qualifizierenden Patienten 06/02 – 12/03, n=1093



Herzinsuffizienz - Ätiologie

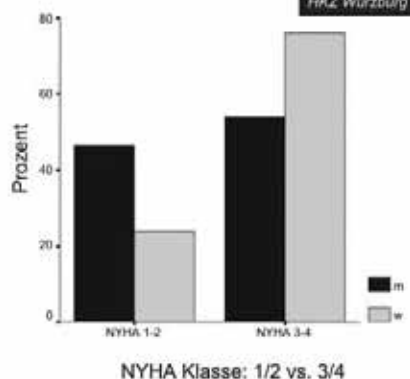
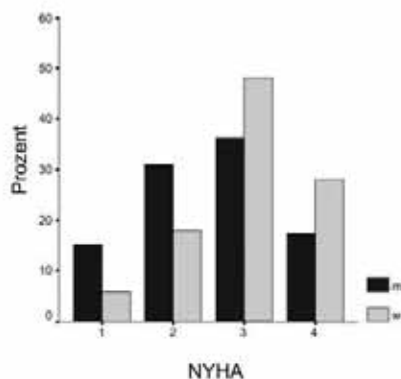


Risikoprofil bei n=936 herzinsuffizienten Patienten





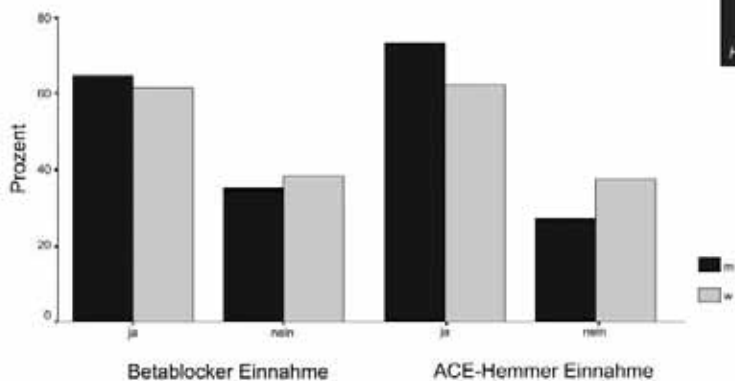
NYHA Klasse, prozentualer Anteil von Frauen und Männern



HKZ Würzburg



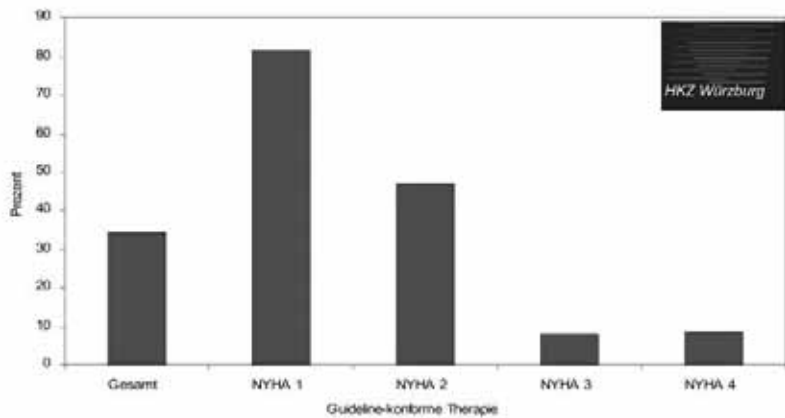
Pharmakotherapie bei Einschluss



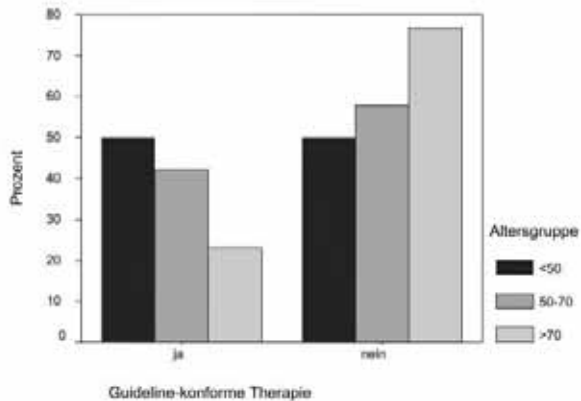
HKZ Würzburg



Leitliniengerechte Therapie bei Aufnahme

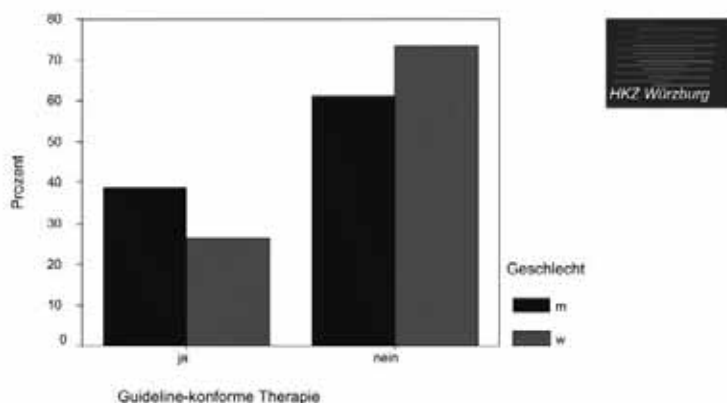


Leitliniengerechte Therapie und Alter bei Einschluss





Leitliniengerechte Therapie und Geschlecht

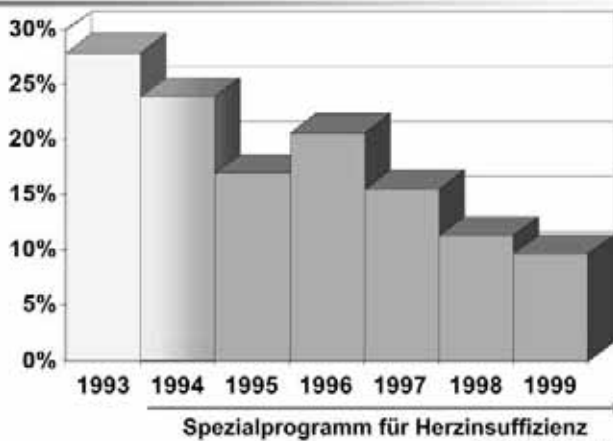


Lösung des Problems

Spezielle
integrierte
Versorgungsmodelle



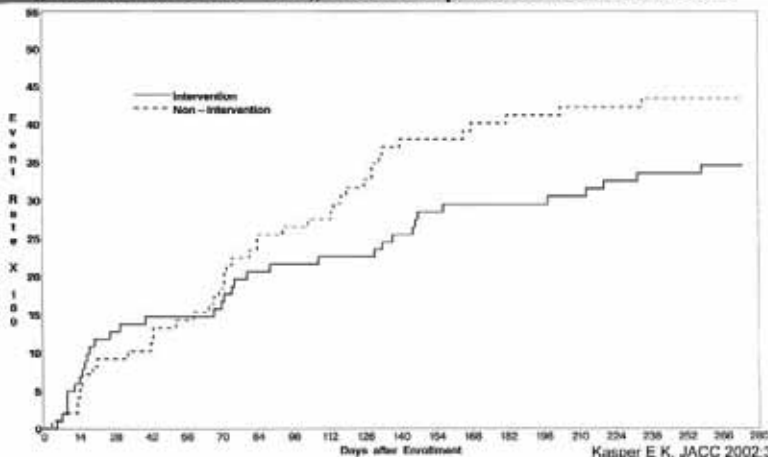
Jährliche Mortalität bei schwerer Herzinsuffizienz



Angermann CE, v. Scheidt W et al 2000



Zeit bis Wiederaufnahme oder Tod bei Patienten mit CHF „Standard-Care“ vs. „Interdisziplinäre Netzwerk-Care“



Kasper E K, JACC 2002;39:471-80



Bewegungstherapie und Herzinsuffizienz

von der Kontraindikation zur Indikation

- 1972
 - Körperliche Schonung, absolute Bettruhe

Spezielle Rehabilitations- Programme für Herzinsuffizienz

Meyer et al: Interval training in patients... Med Sci Sports Exerc 29:306

- 2001
 - Individuell dosierte Bewegungstherapie
- Working Group Report: Recommendations for exercise... Europ Heart J 22:125*

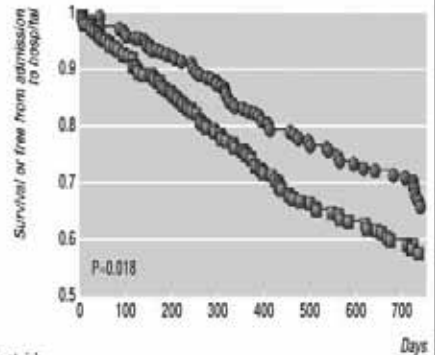
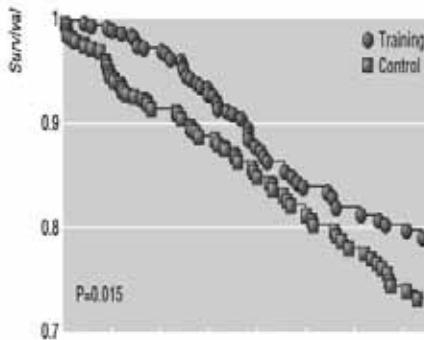


Wirkung des körperlichen Trainings

- Steigerung der Belastungsdauer
- Steigerung der Lebensqualität
- Steigerung der Sauerstoffaufnahme
- Reduktion des Plasmanoradrenalins



Auswirkung von körperlichem Training auf Mortalität und Hospitalisierung bei Herzinsuffizienz (Metaanalyse, 9 Studien, 801 Patienten)



No at risk

Training
Control

396
406

382
375

302
291

267
257

186
184

173
169

159
152

148
135

No at risk

Training
Control

354
367

333
333

250
244

218
203

148
150

135
135

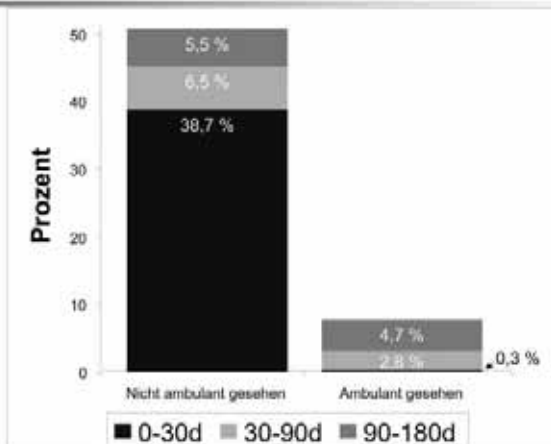
122
120

111
104

Piepoli MF et al 2004 ; 37938.645220.EE

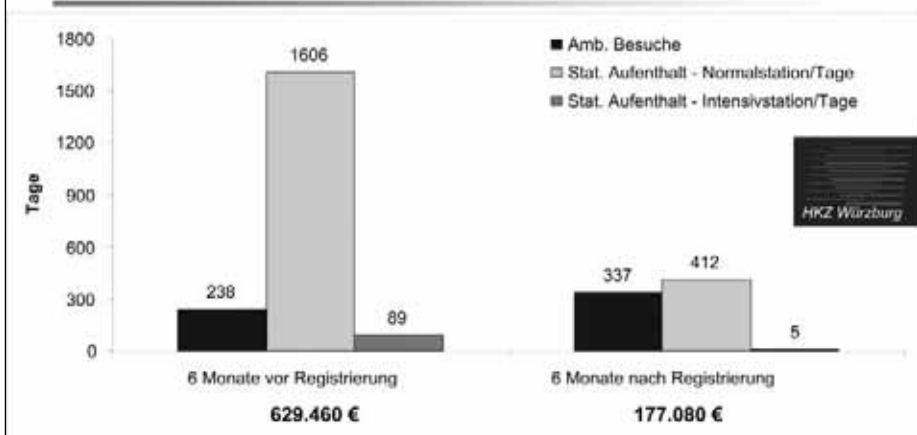


Mortalität nach 6 Monaten Follow Up





Ambulante und stationäre Aufenthalte



Körperliches Training - Praktisches

- Intervalltraining oder Ausdauertraining
 - Beginnend mit ca. 60% der max. Belastbarkeit oder 60% der max. Herzfrequenz, Steigerung auf ca. 80%
- Zirkeltraining
 - Koordination, leichte isometrische Übungen, gezieltes Üben einzelner Muskelgruppen
- Häufigkeit und Dauer
 - 3 bis 5 Mal pro Woche, 20-30 Minuten, Aufwärm- und Abkühlphase

AHA Scientific Statement Exercise and Heart Failure, Circ. 2003



Rehabilitationszentrum Gernbach

- 75 Patienten
 - 62 männlich
 - EF $33,8 \pm 7,6$ %
- Spezielles Rehabilitationsprogramm
 - 4 Wochen
 - Schulung, Ausdauertraining, psychologische Betreuung
- Follow up
 - $29,9 \pm 5,5$ Wochen

Miche E, Z Kardiol, 2003.985-993



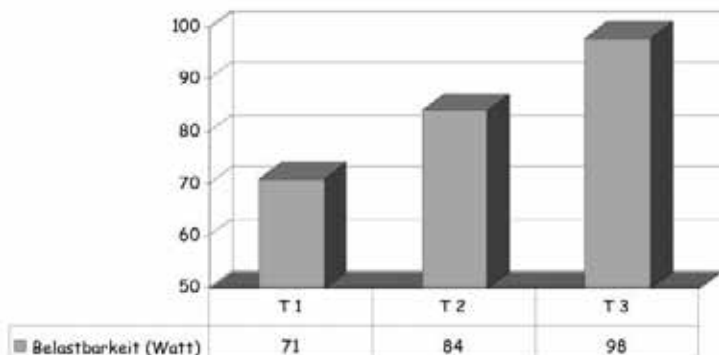
Medikation im Verlauf

	T1	T2	T3
ACE-Hemmer/Sartane	77	88	82
β-Blocker	79	92	93
Diuretika	59	81	78
Digitalis	32	17	21
Statine	49	69	60
Antikoagulationen	37	44	37

Miche E, Z Kardiol, 2003.985-993



Körperliche Belastbarkeit



Miche E, Z Kardiol, 2003.985-993



Behandlung der Herzinsuffizienz

Richtlinien der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie

Nicht-pharmakologisch

- Lebensstiländerung
- Krankheits- und behandlungsbezogene Information
- Präventive Maßnahmen
- Bewegung, körperliches Training

Pharmakologisch

- ACE-Hemmer/Sartane
- Beta Blocker
- Glykoside
- Diuretika
- Aldosteronantagonisten
- Behandlung der Risikofaktoren



Klinische Studien und klinischer Alltag:

Was braucht der Herzinsuffiziente Patient ?

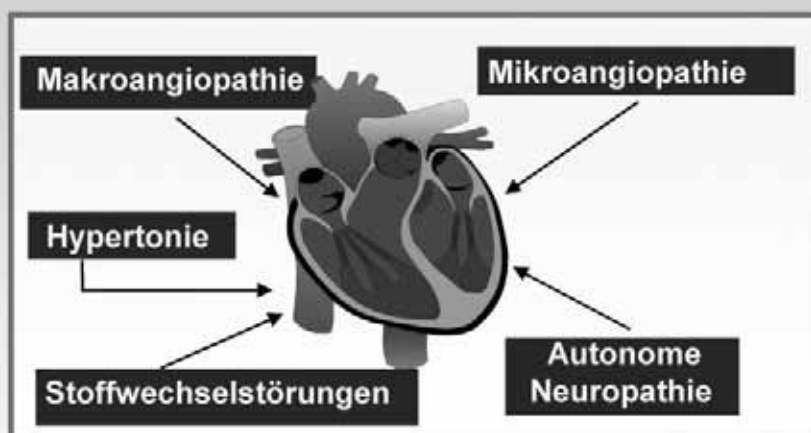
- **Nicht-pharmakologische und pharmakologische Therapiemaßnahmen**
 - *Krankheitsmonitoring und „Hilfe zur Selbsthilfe“ werden zur effektiveren Umsetzung der Richtlinienkonformen Therapie führen*
- **Modifikation des Risikoprofils**
 - *Die Entwicklung eines Bewusstseins für den Stellenwert nicht-pharmakologischer und pharmakologischer Primär- und Sekundärprävention ist Voraussetzung für die Verminderung von Inzidenz und Prävalenz der Herzinsuffizienz*
- **Berücksichtigung psychischer Aspekte**
 - *Depression als Risikofaktor muss erkannt und therapiert werden, Lebensqualität ist ein Behandlungsziel*



Diabetes und Herzinsuffizienz

D. Sailer
Diabeteszentrum
Bad Neustadt

Diabetes und Herz



Metabolisches Syndrom



© D. Sailer, 2004

Diabeteszentrum Bad Neustadt



Koronare Herzkrankheit



- **Das Ausmaß der KHK wird durch die Diabetesdauer und durch die Stoffwechseleinstellung geprägt und durch eine begleitende Hypertonie und Fettstoffwechselstörung verstärkt!**

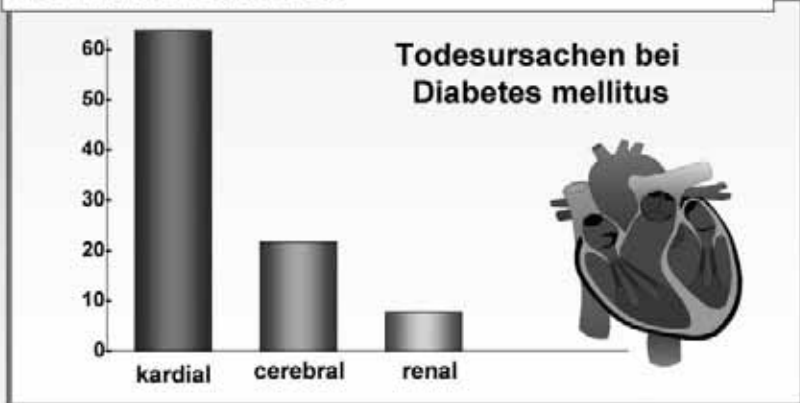
© D. Sailer, 2003

Diabeteszentrum Bad Neustadt



Diabetes und Herz

Der Diabetiker verstirbt an Komplikationen der Atherosklerose

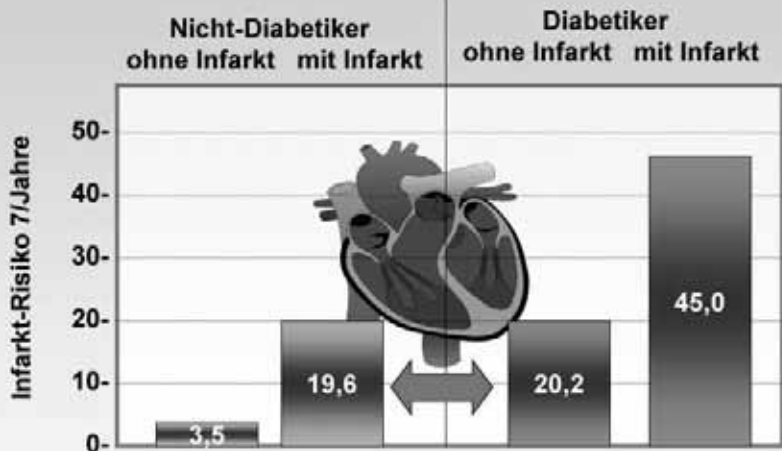


© D. Sailer, 2003

Diabeteszentrum Bad Neustadt



Diabetes mellitus Typ 2



Haffner, 1999

© D. Sailer, 2003

Diabeteszentrum Bad Neustadt

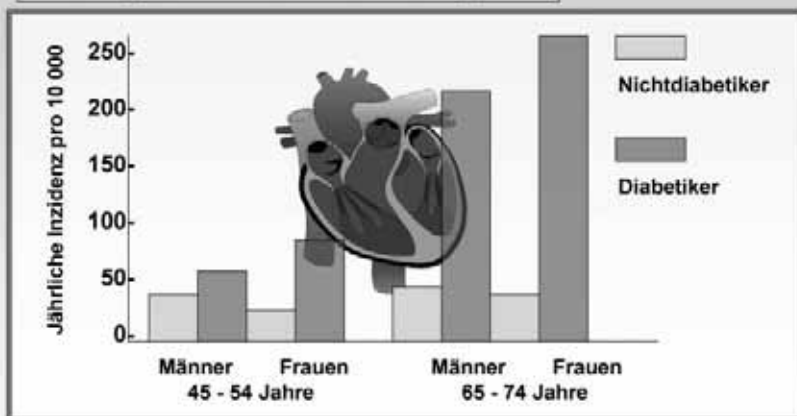




Das Risiko der Herzinsuffizienz ist bei Diabetikern 3 - 4fach höher im Vergleich zu Nichtdiabetikern



Häufigkeit des Herzversagens



Hypertonie



Die Hypertonie ist bei Diabetikern doppelt so häufiger wie in der Gesamtbevölkerung

**Prävalenz: Typ 1 Diabetes 20%
Typ 2 Diabetes 75%**



Arterielle Hypertonie



Die funktionellen und morphologischen Veränderungen erfolgen bei Diabetikern rascher als bei Hypertonikern ohne Diabetes

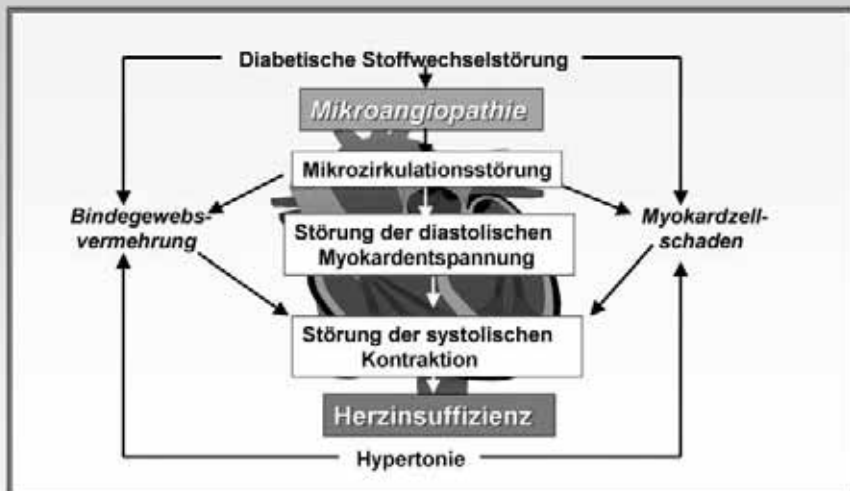




Arterielle Hypertonie

Die Druckbelastung führt zu:

- Myokardhypertrophie
- Vermehrung der intramyokardialen Kollagenfasern
- Verlust von Myofibrillen
- verminderter diastolischer Myokardentspannung
- verminderter systolischer Kontraktilität





Metabolische Störungen

- Die begrenzte Verfügbarkeit von CoA und L-Carnitin limitiert die β -Oxidation, so dass die Veresterung von Fettsäuren zu Triglyzeriden zunimmt.
- Triglyzeride kumulieren dadurch intramyokardial und behindern die Kontraktilität



Mikroangiopathie

- Durch den myokardialen O_2 -Mangel wird die β -Oxidation weiter eingeschränkt. Dies verschlechtert die Langzeitprognose vor allem aber die Prognose nach Herzinfarkt.





Mikroangiopathie

- Die Mikroangiopathie beeinträchtigt die O₂ - Versorgung und die diastolische Myokardentspannung und die systolische Kontraktion
- Dies erklärt auch die hohe Inzidenz der Herzinsuffizienz bei Diabetikern



Mikroangiopathie

- Die Mikroangiopathie vermindert die Durchblutung subendokardialer Myokardschichten und beeinträchtigt dadurch die myokardiale Pumpfunktion und begünstigt Rhythmusstörungen





Autonome Neuropathie

- **Ruhetachykardie**
- **Frequenzstarre**
- **QTc- Verlängerung**
- **Rhythmusstörungen**
- **Orthostase-Syndrom**

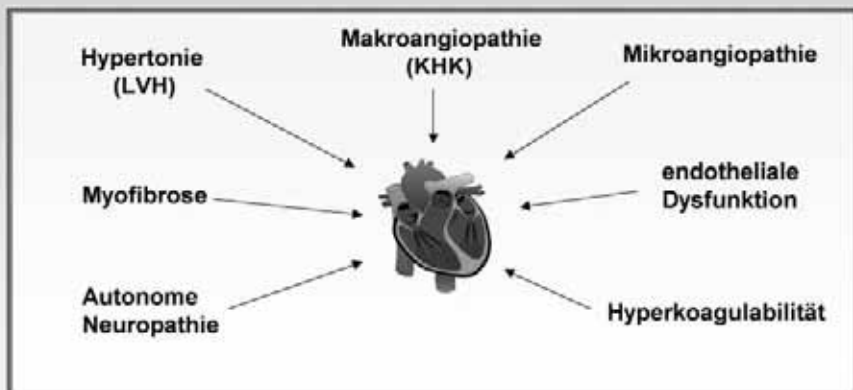


Echokardiographie

- **Diastolische Relaxationsstörung**
- **Compliancestörung**
- **reduzierter frühdiaastolischer Füllungsfluss**
- **reduziertes enddiastolisches Volumen**
- **LV-Füllungsbehinderung (erhöhte A-Welle)**
- **LV-Hypertrophie**
- **eingeschränkte systolische Pumpfunktion**



Herzinsuffizienz



© D. Sailer, 2003

Diabeteszentrum Bad Neustadt



Nicht-medikamentöse Therapie



Maßnahme	Diabetes	Hypertonie	KHK
Gewichtsreduktion	+++	+++	++
Ausdauertraining	+++	++	+++
Nikotinkarenz	+++	+	+++
Kochsalzrestriktion	+	++	(+)
Fettmodifikation	++	+	++
Stressbewältigung	+	++	+++

© D. Sailer, 2003

Diabeteszentrum Bad Neustadt



Herzinsuffizienz



Aufgaben der Rehabilitation:

- Behandlung der Herzinsuffizienz
- normoglykämische BZ-Einstellung
- normotone RR-Einstellung
- Einleiten einer Gewichtsreduktion
- Steigerung der körperlichen Aktivität



Zielwerte

- nüBZ < 120 mg/dl
- ppBZ < 150 mg/dl
- HbA1c < 6,5%
- RR < 130/85 - (besser < 120/80 mmHg)
- LDL < 100 mg/dl
- HDL > 40 mg/dl
- Gewichtsabnahme um 5 - 10%





Dr. med. D. Gustson
Dr. med. R. J. Knickenberg

Das Konzept der Psychosomatischen Klinik Bad Neustadt unter tiefenpsychologischen und verhaltenstherapeutischen Gesichtspunkten



Das Konzept der Psychosomatischen Klinik
Bad Neustadt unter verhaltenstherapeutischen
und tiefenpsychologischen Gesichtspunkten



- 1. Psychosomatik**
- 2. Psychotherapie**
- 3. Tiefenpsychologie**
- 4. Verhaltenstherapie**
- 5. Konzept der
Psychosomatischen Klinik Bad Neustadt**



• 1. Psychosomatik

- Früheste Ansätze von Psychosomatik finden sich in nicht dualistischen,
- z. B. magischen, schamanischen Heilverfahren, buddhistischen und christlichen Praktiken.
- Plato – Dialog des Charmides: „Wie du ein Auge nicht behandeln kannst, ohne den ganzen Kopf zu behandeln, kannst du den Kopf nicht behandeln ohne den ganzen Menschen zu behandeln.“
- Viktor von Weizsäcker (1886-1957) - Thure von Uexküll (1908)
- Karlfried Graf von Dürkheim (1896-1988):
- "Der Leib, der ich bin - den Körper, den ich habe."
- Bindungs- und Säuglingsforschung
- Psychophysiologie (®) Psychoneuroendokrinologie (®) Psychoimmunologie
- Psychoanalyse (®) Lerntheorie



1. Psychosomatik

Leib und Seele sind Ausdrucksformen eines ganzheitlichen Geschehens

2. Psychotherapie

3. Tiefenpsychologie

4. Verhaltenstherapie

5. Konzept der

Psychosomatischen Klinik Bad Neustadt



2. Psychotherapie

- **Psychotherapie ist kommunikativer und sozialer Problemlöseprozeß**
- Die Patient-Therapeut-Interaktion ist in diesem Prozeß ein Hilfsmittel zur Erweiterung der Erfahrungen des Patienten, damit dieser seinem Ziel näher kommen kann.
- **Definition nach Strotzka (1975)**
- P. ist ... ein bewusster und geplanter interaktionaler Prozeß...zur Beeinflussung von Verhaltensstörungen und Leidenszuständen...die in einem Konsensus (zwischen Patient und Therapeut/Team) für behandlungsbedürftig gehalten werden...in Richtung auf ein gemeinsam erarbeitetes Ziel (Verhaltensebene/Einsichtsebene, Symptomverminderung oder „Strukturveränderung“)....auf der Basis einer Theorie des normalen und pathologischen Verhaltens...mit psychologischen Mitteln der Kommunikation ...mit verbalen, nonverbalen, Einzel- und Gruppenbegegnungen und -therapien, medizinischen und sozialfürsorgischen Mitteln...mittels lehrbarer Technik.
- (Psychotherapie: Grundlagen, Verfahren, Indikationen. 1975)



1. Psychosomatik

Leib und Seele sind Ausdrucksformen eines ganzheitlichen Geschehens

2. Psychotherapie

Psychotherapie ist kommunikativer
Problemlöseprozeß

3. Tiefenpsychologie

4. Verhaltenstherapie

5. Konzept der

Psychosomatischen Klinik Bad Neustadt



3. Tiefenpsychologie

- **Philosophisch-Geisteswissenschaftliches Denken**
- Mystik, Ekstase, Traum, Wahnsinn, Genie
- Mystische Auffassung vom Bewussten im Unbelebten
- Bewusstsein in Pflanzen?
- Psyche: griechisch „Hauch“, „Seele“, Lebenskraft des Menschen. Im Mythos auch materiell verkörpert.
- **Tiefe – philosophisch-religiöse Bedeutung**
- **Tiefe – der Psyche zugeordnet, Oberfläche dem Körper**
- Tiefe heißt bei Freud verdrängte Oberfläche im System Ubw-Vorbew-Bew
- bei Jung schöpferischer Mutterboden des Bewusstseins
- kollektives Material des Unbewussten
- **Unbewusstes (® Übertragung (® Gegenübertragung (® Widerstand (® Abwehr**
- Begriff „Unbewusstes“ nach Carl Gustav Carus (Gynäkologe, romantischer Naturphilosoph, Maler, geboren: 03. 01. 1789 in Leipzig, gestorben: 28. 07. 1869 in Dresden):
- „Der Schlüssel zur Erkenntnis vom Wesen des bewussten Seelenlebens liegt in der Region des Unbewusstseins.“ „Aufgabe der Wissenschaft von der Seele ist darzulegen, auf welche Weise der Geist des Menschen in diese Tiefen herabzusteigen vermöge.“ („Psyche“, 1844)



1. Psychosomatik

Leib und Seele sind Ausdrucksformen eines ganzheitlichen Geschehens

2. Psychotherapie

Psychotherapie ist kommunikativer Problemlöseprozess

3. Tiefenpsychologie

Unbewusstes (® Übertragung (® Gegenübertragung

Widerstand (® Abwehr

4. Verhaltenstherapie

5. Konzept der

Psychosomatischen Klinik Bad Neustadt



4. Verhaltenstherapie

- Verhalten ist die Gesamtheit tierischer und menschlicher Reaktionsweisen, beruhend auf dem Zusammenwirken von Sinnesorganen, Nervensystem, Erfolgsorganen.
- **Indikationen:**
 - Zwangssymptome
 - Unkontrollierte Aggressionen
 - Vermeidung von bestimmten Situationen bei Phobien
 - Aktivitätshemmung bei Depression
 - Inneres Verhalten, wie Grübeln, emotionales Erleben von Angst, Wut, Verzweiflung
 - Physiologische Reaktionen wie Schwitzen, Erröten, Zittern, Schmerzen
- **Verhaltensdiagnostik:**
 - Zielbestimmung - konkret
 - Verhaltenanalyse - Bedingungen für Genese, für Aufrechterhaltung
 - Hypothesisches Bedingungsmodell
 - Therapieplanung - Selbstaufzeichnungen, Verlaufsberichte, Hausaufgaben, Selbstmanagement, Eigenbeteiligung, Eigenverantwortung



1. Psychosomatik

Leib und Seele sind Ausdrucksformen eines ganzheitlichen Geschehens

2. Psychotherapie

Psychotherapie ist kommunikativer Problemlöseprozeß

3. Tiefenpsychologie

Unbewußtes (®) Übertragung (®) Gegenübertragung

Widerstand (®) Abwehr

4. Verhaltenstherapie

Erlernen angemessener Verhaltensweisen
durch systematischen Aufbau

5. Konzept der

Psychosomatischen Klinik Bad Neustadt



Psychosomatischen Klinik Bad Neustadt:

- Abteilung Krankenhaus, CA Dr. Bleichner,
180 Betten
- Abteilung Rehabilitation, CA Dr. Knickenberg,
160 Betten

Aufnahmen 2003: gesamt 2989

Krankenhaus: 1757

Rehabilitation: 1146

Verweildauern 2003: 36 bzw. 39,4 Tage



Diagnosestatistik

Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (F10-F19):	0,4%
Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen (F20-F29):	1,1%
Affektive Störungen (F30-F39):	49,8%
Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (F40-F48):	34,6
Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren (F50-F59):	10,7
Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (F60-F69):	3,0%



- Stat. psychosom. Betten: Rehabilitation 11.500/ Krankenhaus 4.000
- Tiefenpsychologisch 50%, verhaltenstherapeutisch 39%, Komb. 11%
- Ca. 25 prospektive Studien mit 1-Jahreskatamnese: ca. 6.000 Patienten
- Erhebliche Einsparungen Cost-offset-Relation: 1 : 2.5 (Zielke, PPrM 1999)
- Klinische Besserung 2/3- 3/4 Patienten
- standardisierte Basisdokumentation (PsyBado) der Fachgesellschaften
- Mittlere bis große Effektstärken am Beispiel des GSI (SCL-90 R)
 - Aufnahme - Entlassung: 0.6 - 1.2
 - Entlassung - 1- Jahreskatamnese: 0.4 - 1.1
 - Mittlere Behandlungsdauer: 31-127 Tage
- Bedarf an differenziellen und störungsbezogenen Studien

Zugangswege zum Verständnis des Patienten



Tiefenpsychologische
Betrachtung der
Symptomentstehung

Verhaltenstherapeutische
Betrachtung der Chroni-
fizierungsbedingungen
in der Rehabilitation

Patient

Tiefenpsychologische
Körpertherapie in der
Psychosomatik

Neurowissenschaftliche
Fundierung der Geist-
Gehirn-Korrelation



- Genetische und neurophysiologische Faktoren
- biographische Entwicklung/ Konfliktpathologie
- Bindungsverhalten
- Strukturniveau
- Lebenssituation zum Zeitpunkt des Auftretens
- Subjektives Krankheitsmodell
- Konsequenzen im Bedingungsgefüge
- chronisches Krankheitsverhalten

Diagnostische Vorgehensweisen

Medizinische
Eingangs-
untersuchung

Tiefenpsycho-
logisches
Interview

Sozialmedi-
zinische
Eingangs-
diagnostik

Testpsycholo-
gisches
Screening

Basisdoku-
mentation

Eingangs-
screening, For-
schung

Individuelle Therapieziel-orientierte Bausteine



- Tiefenpsychologische Gruppentherapie
- Körperbezogene Psychotherapie
- Einzeltherapie

- Indikationsbezogene Gruppen
 - Schmerzsyndrome
 - Tinnitus
 - Angstbewältigung
- Berufsbezogene Gruppen
- Berufsbezogene Trainingsmaßnahmen
 - EDV-Training, Belastungserprobung

- Entspannungstraining
- Ergotherapie
 - Diagnose geleitet, Interaktionstraining, Gefühlsausdruck
 - Vorstufe der Belastungserprobung
- Körperliche Aktivierung
 - Gymnastik, Sporttherapie, Ergometertraining,
 - Physiotherapie
- Soziotherapeutische Maßnahmen

Das Konzept der Psychosomatischen Klinik
Bad Neustadt unter
verhaltenstherapeutischen und
tiefenpsychologischen Gesichtspunkten



1. Psychosomatik

Leib und Seele sind Ausdrucksformen eines ganzheitlichen Geschehens

2. Psychotherapie

Psychotherapie ist kommunikativer Problemlöseprozeß

3. Tiefenpsychologie

Unbewußtes (®) Übertragung (®) Gegenübertragung

Widerstand (®) Abwehr

4. Verhaltenstherapie

5. Konzept der

Psychosomatischen Klinik Bad Neustadt




Tiefenpsychologisches Gruppenkonzept (1)

- Tiefenpsychologisches Gruppenkonzept mit fokalthérapeutischer Ausrichtung
- Die Fokussierung auf die Bearbeitung berufsbezogener Belastungen durch den Therapeuten erlaubt nicht nur die bewusste Mitteilung, sondern auch die unbewusste Inszenierung ungelöster arbeits- und leistungsbezogener Konflikte im Hier und Jetzt der Gruppensituation.
- Die Gruppe gewinnt einen „Teamcharakter“, während der Gruppenleiter in der Übertragung z.B. als „Vorgesetzter“, als Repräsentant betrieblicher Vorgesetzter, der Rentenversicherungsträger, etc. erlebt werden kann.




Tiefenpsychologisches Gruppenkonzept (2) - Rahmenbedingungen

- | | |
|-----------------|--|
| Teilnehmerzahl: | • 8 bis maximal 10 Teilnehmer |
| Gruppendauer: | • 90 Minuten, 2 Termine pro Woche über 4 Wochen |
| Durchführung: | • Ein/-e Gruppenleiter/-in und max. ein/-e Hospitand/-in
• Schulung über Vermittlung der Arbeitsinhalte und Erläuterung des Manuals |
| Teilnahme: | • Erfüllen der Screening-Kriterien
• Therapeutische Zustimmung
• Freiwillige Teilnahme durch Patienten
• Max. 2 Fehltermine |



Tiefenpsychologisches Gruppenkonzept (3)

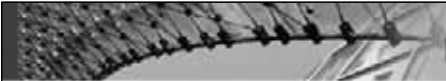


Motivationsphase (2x 90 Minuten)


- Information (Interesse wecken)
- Exploration (Ziele erarbeiten)
- Motivation klären

Bearbeitungsphase (6x 90 Minuten)

- Kathartische Mitteilung von Gefühlen
- Stimulation der Interaktion zwischen den Gruppenmitgliedern
- Spiegelung eigener Konfliktanteile
- Bewusstmachung möglicher Übertragungen
- Einsicht in psychodynamische Zusammenhänge
- Bilanzierung

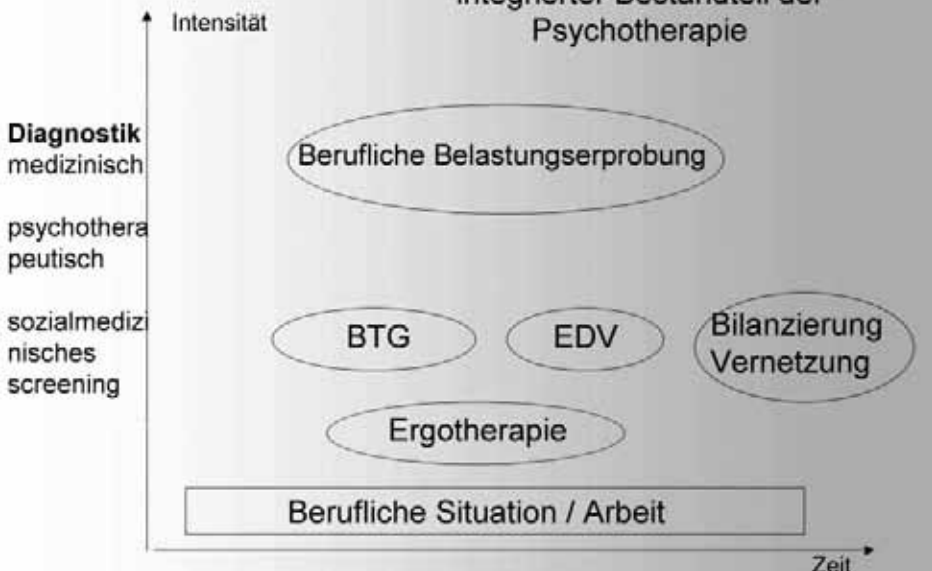


Projektorientiertes Arbeiten



- Teamfähigkeit, konstruktives Mitarbeiten
- Strukturiertes, an die Zeitvorgabe angepasstes Planen
- Anregung zu Selbstreflexion bei dem Arbeitsplatz ähnlichen Interaktionen
- Umsetzung von Ideen
- Verantwortungsübernahme
- Umgang mit Lob und Mißlingen
- Erteilen und Empfangen von Anweisungen

Behandlung von Arbeitsplatzproblemen als integrierter Bestandteil der Psychotherapie



Ergotherapeutische Angebote



K
U
N
S
T
H
E
R
A
P
I
E

Projektorientiertes Arbeiten
In Kombination mit der berufsbezogenen
Gruppe, bei beruflichen Problemen

Malgruppen zum themenorientierten Arbeiten
zur Erleichterung von Affektausdruck und
Auseinandersetzung mit den eigenen Problemen

Produktorientiertes Arbeiten
Zur Beantwortung sozialmedizinischer
Fragestellungen, mündliche Rückmeldung

Freies Werken
Basisangebot für alle Patienten, unter Aufsicht
Abends und Sa. - vormittag



Ängste älterer Arbeitnehmer in Bezug auf Computertätigkeit



- **Versagensängste**
 - etwas falsch machen, Daten verlieren oder den Computer beschädigen,
 - neues Wissen nicht verarbeiten können
 - Blamage vor jüngeren Kollegen
 - Unverständlichkeit englischer Computersprache
- Angst vor **Kontrollverlust**
- Angst vor **Benachteiligung, Einbußen, Statusverlust**
- Benachteiligung bei betrieblicher Fort- u. Weiterbildung



Einbettung des Berufsbezogenen Behandlungsangebots in die Psychosomatische Behandlung





- Vom Alter unabhängig
- Bis 12 Teilnehmer
- Bei 7-maliger Teilnahme Bescheinigung über erfolgreichen Abschluß
- Indikationen:
 - Befürchtungen, Belastungen im Umgang mit EDV
 - Zur Überprüfung der Leistungsfähigkeit
 - Erhöhung von Selbsteffizienzerleben
 - Erwerb von zusätzlichen Fähigkeiten bei älteren Arbeitnehmern



Computerkurs für ältere Arbeitnehmer aus der

Bad Neustadt/Saale

Psychosomatischen Klinik

Dozent: Dipl.-Physiker Dr. Harald Bittner, Bad Kissingen

Der Kurs ist für Einsteiger gedacht sowie für alle, die ihre Kenntnisse fundieren wollen. Der Kurseinstieg ist alle 2 Wochen möglich. Zu Beginn ist ein T0-Kurs obligatorisch, Ausnahme nur für PC-Erfahrene. T0-Kurse jeweils montags 15.15 bis 17.45 Uhr! Folgende Kurse T1 bis T8 jeweils Mi und Mo 12:45 bis 15:15.

Ansprechpartner PSK: Fr. A. Vorndran, Tel. 67-3114

Kursverlauf

T 0	T 1	T 2	T 3	T 4		Mo	Mi	Mo	Mi	Mo	Mi
				T 0	T 5	T 6	T 7	T 8			
Mo	Mi	Mo	Mi	Mo	Mi	Mo		T 0	T 1	T 2	T 3

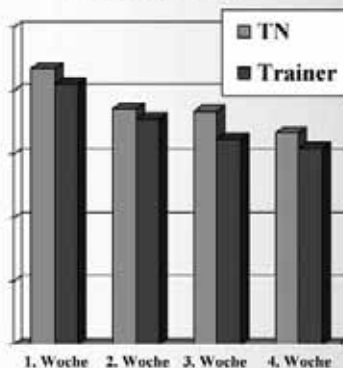


Kursverlauf

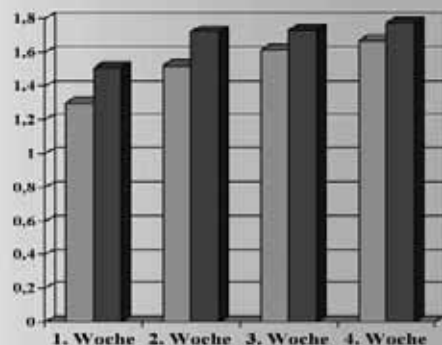
T 0	Allgemeines, Kennen lernen, Umgang mit Maus, Fenstern, Systemsteuerung I	Handgeschick Drag & Drop
T 1	Tastatur, Sonderzeichen per Alt / AltGr-Tasten, Akzente, Steuerungsmöglichk., 1. Text	Text eingeben, MS-Word
T 2	Formatierung am 1. Text (Zeichen, Absatz, Nummerierung, ...), Sonderzeichen/Symbole	Markieren, formatieren
T 3	weiteres Formatieren; Anwendung der Formatierung (Geschäftsbrief), Listen per Tabulatoren, Textvorlagen	Übungen am Text
T 4	Tabellen, AutoKorrektur, Serienbriefe, Zierschriften, Grafik, weitere Word-Themen, Fragebogen	Listen, freie Gestaltung
T 0	Allgemeines, Kennen lernen, Umgang mit Maus, Fenstern, Systemsteuerung I, Tastatur	Handgeschick Drag & Drop
T 5	Windows, Systemsteuerung II, PC-Innenleben, Windows-Explorer	Allgemeines
T 6	eMail, Internet, Historisches, Technisches	Mailing, Selbsterkundung
T 7	Einführung in Tabellenkalkulation mit Excel, Auto Ausfüllen	Grundlagen
T 8	praktische Arbeit mit Excel, Skizzieren weiterer Möglichkeiten des Programms Fragebogen	Anwendung

Einschätzung der Teilnahme am Computerkurs durch Teilnehmer (N=64) und Anleiter (N=64)

Ängste vor dem Umgang mit dem PC?



Eigeninitiative im Kurs?



Systemische Beratung im klinischen Sozialdienst

Ursula Pabsch

Grundannahmen:

Der Mensch lebt im Kontext verschiedener sozialer Systeme.

Ein soziales System organisiert sich autonom in einem spezifischen Interaktionsmuster innerhalb einer spezifischen Wirklichkeitskonstruktion.

Jeder Mensch hat eine je eigene Sicht der Welt im Kontext seiner/ihrer privaten Weltgeschichte.

Empfindungen und Handlungen sind häufig abhängig von der eigenen Vermutung über die Bewertung anderer Personen dieser spezifischen Situation.

Diese Vermutung kann konträr zu den tatsächlichen Bewertungen anderer Personen sein. Jeder hat ein Lieblingsbild von sich und wie sie oder er von anderen Menschen gesehen werden möchten.

Jeder hat eine eigene Art der Problemdefinition und deren Lösung.

Konsequenzen für die beraterische Haltung:

- > Kenntnis über die eigene private Weltgeschichte
- > Kenntnis über die eigenen Wertvorstellungen
- > Respekt vor den bisherigen Prozessen im System
- > wertschätzende Begegnung mit Klienten
- > Interesse an der Lebenswelt des Klienten
- > Neugierde auf die Art der Klienten zu denken
- > Fähigkeit, aktiv zuzuhören und emotionale Beteiligung zu vermitteln
- > Neutralität gegenüber anderen Ideen über die Welt
- > Schaffung von emotionalen Freiraum für den Klienten
- > Focus auf Stärken, Ressourcen und Möglichkeiten des Klienten

Als BeraterInnen haben wir die Wahl, die Klienten mit Begriffen der Pathologie oder der Kompetenz wahrzunehmen.

Dies kann der Klient merken an unserer Art zu sprechen, zu fragen, zu zuhören und an unseren Reaktionen auf seine/ihre Antworten.

Spezifische Methoden:

lösungs-orientierte Fragen (z.B. Skala-Frage, Ausnahmen)

ressourcen-orientierte Fragen (z.B. coping, Komplimente)

zirkuläre und reflexive Fragen

Familienkarte

Skulpturarbeit

Systemische Fragen im klinischen Sozialdienst

Angenommen, ich würde Ihren Partner/Mutter/Vater/Kind(=Patient) auf der Straße treffen, woran würde ich ihn erkennen?

Was denken Sie darüber, dass es gerade Sie getroffen hat?

Für wen wird Ihre Erkrankung wohl am schlimmsten sein?

Wie haben Sie es geschafft, sich mit dem Unfall/Krankheit auseinanderzusetzen?

Gibt es Tage, an denen es Ihnen etwas besser geht?

Woran merkt Ihr Partner, dass es Ihnen besser geht?

Was machen Sie dann anders?

Was gibt Ihnen Hoffnung/Kraft/Mut?

Für wen könnte es am wichtigsten sein, dass Sie wieder so wie früher werden?

Gibt es Personen, die Sie unterstützen können?

Wer könnte es am ehesten schaffen, alle Familienmitglieder an einen Tisch zu holen?

Was brauchen Sie für sich, um die Aufgabe bewältigen zu können?

Wie können Sie sicherstellen, dass Sie sich erholen können?

Was müsste Ihre Frau signalisieren, damit Sie sich Unterstützung von außen holen können?

Was würde Ihre Entscheidung leichter machen?

Was brauchen Sie von mir, um eine Entscheidung treffen zu können?

Woran merken Sie, dass Sie eine gute Entscheidung getroffen haben?

Was glauben Sie, wie hoch ist die Wahrscheinlichkeit, dass Sie eine Lösung für diese

problematische Situation finden? Auf einer Skala von 1 – 10, 1 steht für "Sie finden

keinen Weg" und 10 steht für "Sie finden den optimalen Weg für sich in dieser Situation",

wo stehen sie im Moment?

Angenommen, Ihr Partner (= z.B. komatöser Patient) könnte Ihnen einen Rat geben, was würde er Ihnen sagen?

Angenommen, Sie entscheiden sich, Ihre Mutter in ein Pflegeheim zu geben, was denken dann Ihre Nachbarn/Ehemann/Vater über Sie?

Was denken Sie über sich als Tochter, wenn Sie Ihren Vater nicht zu Hause pflegen?

Ziel:

Stärkung des Selbstwertes des Klienten

Stärkung der persönlichen Kontrolle des Klienten über seine Lebenssituation

Informationen über die Art des Klienten zu denken und zu handeln

Informationen über ihre Ressourcen

Informationen über die Ziele des Klienten

Literaturliste

Übersicht:

von Schlippe, Arist/Schweitzer, Jochen: Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung, Vandenhoeck&Ruprecht

Weiss, Thomas: Familientherapie ohne Familie, Kösel

Grundlagen:

Satir, Virginia: Selbstwert und Kommunikation, Pfeiffer

Satir, Virginia: Mein Weg zu dir, Kontakt finden und Vertrauen gewinnen, Kösel

Moskau, Gaby/Müller, Gerd: Virginia Satir – Wege zum Wachstum, Junfermann

Simon, Fritz/Rech-Simon, Christel: Zirkuläres Fragen, systemische Therapie in Fallbeispielen, Auer-Verlag

Tomm, Karl: Die Fragen des Beobachters, Auer-Verlag

Walter, John/Peller, Jane: Lösungs-orientierte Kurztherapie

Durrant, Michael: Auf die Stärken kannst du bauen, Modernes Leben

Imber-Black, Evan: Familien und größere Systeme, Auer-Verlag

Kim Berg, Insoo: Familien-Zusammenhalten. Ein kurz-Therapeutisches und lösungsorientiertes Arbeitsbuch, Modernes Leben

de Shazer, Steve: Das Spiel mit Unterschieden. Wie therapeutische Lösungen finden, Carl Auer

Spezialthemen:

Kaufmann, Rudolf: Die Familienrekonstruktion, Asanger

Nerin, William: Versöhnung mit den Eltern, Kösel

Sautter, Christiane & Alexander: Alltagswege zur Liebe

Schmidt, Martin: Systemische Familienrekonstruktion, Hogrefe

Imber-Black, Evan: Die Macht des Schweigens, Klett-Cotta

Imber-Black, Evan: Geheimnisse und Tabus in Familie und Familientherapie, Lambertus

Imber-Black, Evan: Rituale in Familien und Familientherapie, Carl Auer

Walters, M/ Carter, B. Papp, P., Silverstein, O.: Unsichtbare Schlingen. Die Bedeutung der Geschlechterrollen in der Familientherapie, Klett-Cotta

Hegemann, Thomas u.a.: Familienmedizin, Schattauer

Autoren

Grieshaber, Edmund, Dipl.-Psych.

Leitender Psychologe, Neurologische Klinik, Bad Neustadt

Gross, Brigitte

Bundesversicherungsanstalt für Angestellte, Berlin

Gustson, Dirk, Dr. med.

Leitender Oberarzt, Psychosomatische Klinik Bad Neustadt, Abt. Rehabilitation

Hehn, Christian

Gesundheits- und Kundenberater der Siemens Betriebskrankenkasse, Bad Neustadt

Keil, Andrea

Stellvertretende Leiterin des Rehabilitationsbereichs Bayern,
Bundesversicherungsanstalt für Angestellte, Nürnberg

Knickenberg, Rudolf, J., Dr. med.

Ärztlicher Direktor, Psychosomatische Klinik Bad Neustadt,
Chefarzt der Abt. Rehabilitation

Mengs, Jörg, Dr. med.

Oberarzt, Neurologische Klinik, Abt. Weiterführende Rehabilitation, Bad Neustadt

Pabsch, Ursula, Dipl.-Päd.

Sozialdienst, Klinik Kipfenberg, Neurochirurgische und Neurologische Fachklinik

Rieger, Jörg

Geschäftsleitung Frankenklinik, Neurologische Klinik, Psychosomatische Klinik Bad Neustadt

Sailer, Dietmar, Prof. Dr. med.

Chefarzt, Diabeteszentrum / Frankenklinik, Bad Neustadt

Schattenburg, Lothar, Dr. phil.

Leitender Psychologe, Abt. Rehabilitation, Psychosomatische Klinik Bad Neustadt

Schlesinger, Stefan

Oberarzt, Abt. Akutneurologie mit überregionaler Stroke Unit
und klinischer Neurophysiologie, Neurologische Klinik, Bad Neustadt

Schröder, Klaus, PD Dr. med.

Chefarzt, Frankenklinik, Bad Neustadt

Steube, Diethard, Prof. Dr. med.

Chefarzt, Abt. für Intensivmedizin, Abt. für die Behandlung von
Schwerst-Schädel-Hirn-Verletzten und anderen erworbenen Hirnschäden,
Abt. für Aktivierende Pflege, Neurologische Klinik, Bad Neustadt

Zwerez, Rüdiger, Dipl.-Psych.

Justus-Liebig-Universität, Gießen

Organisation und Leitung der Tagung

Marion Gottwalt, Dipl. Sozialpädagogin (FH)

Sozialdienst Neurologische Klinik
Telefon 09771/908-8775, Telefax 09771/659412
gottwalt.soz@neurologie-bad-neustadt.de

Susanne Hubrich, Dipl. Sozialpädagogin (FH)

Sozialdienst Neurologische Klinik
Telefon 09771/908-8772, Telefax 09771/659412
s.hubrich.soz@neurologie-bad-neustadt.de

Heike Menninger, Dipl. Sozialpädagogin (FH)

Sozialdienst Frankenlinik
Telefon 09771/67-3558, Telefax 09771/67-3300
h.menninger.soz@frankenlinik-bad-neustadt.de

Annerose Vorndran, Dipl. Sozialpädagogin (FH)

Sozialdienst Psychosomatische Klinik Bad Neustadt
Telefon 09771/67-3114, Telefax 09771/65-9301
a.vorndran.soz@psychosomatische-klinik-bad-neustadt.de



Psychosomatische Klinik Bad Neustadt

Träger: Rhön-Klinikum AG

Salzburger Leite 1 · 97616 Bad Neustadt a. d. Saale

Telefon (09771) 67-01 · Telefax (09771) 65 93 01

e-mail: psk@psychosomatische-klinik-bad-neustadt.de

www.rhoen-klinikum-ag.com