

# Klinik Schwedenstein

Fachklinik für Psychosomatische Medizin



## *Jahresbericht 2004*

Herausgeber  
Klinik Schwedenstein  
Obersteinaer Weg  
01896 Pulsnitz

Redaktion  
Dr. phil. Dipl.-Psych. Rolf Leibbrand  
Mechthild Kreuzahler

Gesamtherstellung  
WinterDruck  
Herrnhut

## Klinik Schwedenstein

Obersteinaer Weg, 01896 Pulsnitz

Telefon +49 (0) 35955-47-0

Telefax +49 (0) 35955-47-631

[www.klinik-schwedenstein.de](http://www.klinik-schwedenstein.de)

[info@klinik-schwedenstein.de](mailto:info@klinik-schwedenstein.de)

## Ärztliche Direktorin

Dr. Kornelia Sturz

Ärztin für Psychiatrie / Psychotherapie

Fachärztin für Psychotherapeutische Medizin

Sozialmedizin

Telefon +49 (0) 35955-47-501

[sturz@klinik-schwedenstein.de](mailto:sturz@klinik-schwedenstein.de)

## Träger

Wittgensteiner Kliniken Aktiengesellschaft

Borkenberg 14, 61440 Oberursel

[info@wka-ag.de](mailto:info@wka-ag.de), [www.wka.de](http://www.wka.de)

## Amtsgericht

Siegen HRB 6629

## Vorstand

Thomas Kupczik (CEO), Jens Holstein (CFO),

Dr. Rainer Brase (COO), Helmut Weigel (COO)

## Vorsitzender des Aufsichtsrates

Rainer Hohmann



## Inhaltsverzeichnis

<b>Leitungsteam</b> .....	7
<b>Behandlungsspektrum</b> .....	8
<b>Zum 10-jährigen Bestehen der Klinik Schwedenstein – eine Standortbestimmung</b>	
„Editorial“ – 10 Jahre Klinik Schwedenstein – ein Meilenstein .....	11
Feier zum 10-jährigen Bestehen der Klinik Schwedenstein .....	13
Klinik-Video .....	14
Die Entwicklung der Klinik Schwedenstein im Kontext der Psychosomatik in Deutschland .....	16
Psychosomatische Rehabilitation als Chance: Konzepte – Wirksamkeit – Wirtschaftlichkeit .....	23
Die demographische Entwicklung in Deutschland als Herausforderung für die psychosomatische Behandlung Älterer .....	28
<b>Berichte zur Behandlungsqualität</b>	
Basisdokumentation .....	34
Zum aktuellen Status der Behandlungsqualität: Ergebnisse der Pilotphase des GKV-Projektes .....	39
<b>Wissenschaftliche Tagungen</b>	
3. Schwedensteiner Reha-Fachtagung – „Der D-Arzt als Schnittstelle für diagnostisches Screening, Behandlungsanleitung und Begutachtung“ .....	43
Programm der 3. Schwedensteiner-Rehafachtagung .....	44
1. Pulsnitzer Hausärzte-Symposium .....	45
Programm des 1. Pulsnitzer Hausärzte-Symposiums ... ..	47
Tagungen, Seminare und Kurse .....	48
<b>Forschungsprojekte</b> .....	50
<b>Publikationen</b> .....	51



---

### ***Externe Aktivitäten***

Teilnahme am 13. Sächsischen Treffen zur Suchtprävention am 7. und 8. Mai 2004 in Dresden, ausgerichtet durch die Gesellschaft gegen Alkohol- und Drogengefahren (GAD e.V.) Landesgruppe Sachsen . . . . .	52
Fortbildungen, Vorträge und Dozententätigkeit. . . . .	54
Fernseh-, Rundfunk- und Pressebeiträge . . . . .	56
Prävention und Information . . . . .	58

<b><i>Interne Fortbildungen</i></b> . . . . .	60
---	----

### ***Kooperationen***

Kooperationen mit wissenschaftlichen Fachgesellschaften und Arbeitsgruppen, Mitgliedschaften, Vorstandstätigkeiten. . . . .	61
--	----

### ***Aus- und Weiterbildung***

Weiterbildungen. . . . .	64
Diplomanden. . . . .	65
Praktikanten. . . . .	66





## Das Leitungsteam

Dr. med. Kornelia Sturz  
*Ärztliche und Verwaltungsleitung*  
*Ärztin für Psychiatrie / Psychotherapie*  
*FÄ für Psychotherapeutische Medizin*  
*Sozialmedizin*  
Telefon 03 59 55 / 4 75 01  
sturz@klinik-schwedenstein.de

Dipl.-Psych. Klaus Dilcher  
*Leitender Psychologe Abteilung I*  
*Stellvertretende Klinikleitung*  
*Abteilungsleiter Psychodiagnostik,*  
*Evaluation und Qualitätssicherung*  
*Psychologischer Psychotherapeut*  
Telefon 03 59 55 / 4 76 46  
dilcher@klinik-schwedenstein.de

Dr. med. Ulrike Anderssen-Reuster  
*Oberärztin Abteilung III*  
*Stellvertretende Klinikleitung*  
*FÄ für Psychiatrie / Psychotherapie /*  
*Psychoanalyse*  
*FÄ für Psychotherapeutische Medizin*  
Telefon 03 59 55 / 4 75 05  
anderssen-reuster@klinik-schwedenstein.de

Dr. med. Kerstin Fuchs  
*Oberärztin Abteilung IV*  
*FÄ für Psychiatrie und Psychotherapie*  
Telefon 03 59 55 / 4 75 56  
fuchs@klinik-schwedenstein.de

Dr. phil. Dipl.-Psych. Rolf Leibbrand  
*Leitender Psychologe Abteilung V*  
*Psychologischer Psychotherapeut*  
Telefon 03 59 55 / 4 75 04  
leibbrand@klinik-schwedenstein.de

Dr. med. Cornelia Nestler  
*Internistische Oberärztin –*  
*Abteilungsleiterin Physikalische Therapie*  
*FÄ für Innere Medizin / Diabetologin*  
*FÄ für Physikalische*  
*und Rehabilitative Medizin*  
*Rehabilitationswesen und Sozialmedizin*  
Telefon 03 59 55 / 4 75 66  
nestler@klinik-schwedenstein.de

Dipl.-KS Margot Schniebel  
*Abteilungsleiterin Pflegedienst*  
*Sozialdienst*  
Telefon 03 59 55 / 4 75 07  
schniebel@klinik-schwedenstein.de

Horst Schulze  
*Abteilungsleiter Körper-*  
*und Kreativtherapie*  
Telefon 03 59 55 / 4 75 06  
Fax 03 59 55 / 4 76 31  
schulze@klinik-schwedenstein.de

Bianka Milbrandt  
*Funktionsverwaltungsleiterin*  
Telefon 03 59 55 / 4 75 12  
milbrandt@klinik-schwedenstein.de

Astrid Petersohn  
*Abteilungsleiterin Küche / Service*  
Telefon 03 59 55 / 4 76 28  
kueche@klinik-schwedenstein.de

---

Wir danken Herrn Dipl.-Med. Wido Flachowsky, der im Jahre 2004 seine Tätigkeit im Leitungsteam beendet hat, recht herzlich für die geleistete Arbeit. Wir wünschen ihm persönlich und beruflich alles Gute.



## Behandlungsspektrum

### ***Essstörungen und Adipositas (auch Behandlung Jugendlicher)***

ICD-10 F50

- Magersucht (Anorexia nervosa)
- Ess-Brech-Sucht (Bulimia nervosa)
- sonstige nicht organisch bedingte Essstörungen
- Adipositas

### ***Begleitende (sekundäre) Abhängigkeitserkrankungen bei anderen psychischen Störungen***

ICD-10 F10 bis F19

- Nikotin- und Medikamentenabhängigkeit bzw. -missbrauch
- Alkoholabhängigkeit bzw. -missbrauch
- Drogenabhängigkeit und -missbrauch (im Einzelfall nach besonderer Klärung der Voraussetzungen)

### ***Störungen der Impulskontrolle***

ICD-10 F63

- Pathologisches Spielen (Spielsucht)
- Pathologisches Stehlen (Kleptomanie)
- sonstige Störungen der Impulskontrolle

### ***Posttraumatische und sonstige Belastungsstörungen***

ICD-10 F43 und F62

- Anhaltende posttraumatische Belastungsstörung
- Akute traumatische Reaktionen nach Extremereignissen
- Anhaltende Persönlichkeitsveränderung nach Extrembelastung

### ***Tinnitus und Morbus Menière***

ICD-10 F54 (in Verbindung mit somatischer Diagnoseziffer)

- Dekompensierter (chronisch-komplexer) Tinnitus
- Hyperakusis (Überhörigkeit)
- Morbus Menière
- rezidivierende Hörstürze

### ***Somatoforme Störungen und Schmerzstörungen***

ICD-10 F45

- Somatisierungsstörung
- Bewältigung chronischer körperlicher Schmerzzustände und -erkrankungen (z. B. Migräne, Trigeminusneuralgie, Wirbelsäulensyndrome), psychische Begleitfaktoren und -erkrankungen bei chronischen Schmerzsyndromen, Somatoforme Schmerzstörung
- Funktionelle Syndrome (Reizdarm, Reizmagen, Reizblase)
- Somatoforme autonome Funktionsstörung (psychovegetative Störung) mit kardiovaskulärem, gastrointestinalem, respiratorischem oder urogenitalem Erscheinungsbild
- Hypochondrie (übermäßige Krankheitsängste)
- Körperdysmorphie Störung (überzogenes Empfinden eigener Hässlichkeit)

### ***Konversionsstörungen und dissoziative Störungen***

ICD-10 F44

- Dissoziative Fugue
- Dissoziative Amnesie
- Dissoziative Identitätsstörung
- Derealisations- und Depersonalisationsstörungen
- Dissoziative Krampfanfälle
- Dissoziative Störungen der Sensibilität und Motorik





### **Angst- und Zwangserkrankungen**

ICD-10 F40 bis F42

- Phobien (z. B. Tierphobien, Sozialphobie, Agoraphobie)
- Panikstörung
- generalisierte Angststörung
- Zwangsstörungen (Zwangsgedanken und / oder -handlungen)

### **Affektive Störungen**

ICD-10 F30 bis F39

- Depressive Erkrankungen (phasische Depression, Dysthymia, saisonale Depression)
- Bipolare (manisch-depressive) und zyklotyme Erkrankungen

### **Schlafstörungen**

ICD-10 F51

- Nicht-organische Schlaflosigkeit
- Nicht-organische Störung des Schlaf-Wach-Rhythmus
- Nächtliche Alpträume mit plötzlichem Erwachen
- sonstige nichtorganische Schlafstörungen

### **Psychische Störungen im höheren Lebensalter**

entsprechend der spezifischen störungsbezogenen Diagnoseziffer

- Depressionen und Ängste im höheren Lebensalter
- Depressive Reaktion und pathologische Trauer nach Tod naher Angehöriger
- Psychosomatische Störungen aufgrund von chronischen Überforderungssituationen
- Bewältigung und Stabilisierung des Leistungsniveaus bei beginnender Demenz

### **Persönlichkeitsstörungen**

ICD-10 F60 und F61

- Borderline- und emotional instabile Persönlichkeitsstörungen
- weitere Persönlichkeitsstörungen, insbesondere ängstlich-vermeidende, abhängige und zwanghafte (anankastische) Persönlichkeitsstörungen
- Komplexe und kombinierte Persönlichkeitsstörungen

### **Krankheitsbewältigung bei chronischen körperlichen Erkrankungen**

ICD-10 F54

(in Verbindung mit somatischer Diagnoseziffer)

- Krankheiten aus dem Bereich der Inneren Medizin (z.B. Morbus Crohn, Hypertonie, koronare Herzerkrankungen, Tumorerkrankungen, Asthma)
- Neurologische Krankheiten, insbesondere multiple Sklerose und epileptische Anfallsleiden
- Synkopen
- sonstige chronische körperliche Erkrankungen, bei denen psychische und psychosomatische Einflussfaktoren den Verlauf mitbestimmen

### **Krankheitsbewältigung und Rückfallprophylaxe bei psychotischen Erkrankungen**

ICD-10 F20 bis F29

- Chronische Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis ohne akute Selbst- und Fremdgefährdung
- Wahnhafte Störungen
- sonstige vorübergehende psychotische und psychosenahe Störungen



### ***Sexuelle Funktionsstörungen***

ICD-10 F52

- Störungen des sexuellen Verlangens
- Störungen genitaler Reaktionen (z. B. Orgasmusstörungen, Vaginismus)
- sonstige nicht-organische sexuelle Funktionsstörungen

### ***Anpassungsstörungen und psychische Krisen bei besonderen Belastungssituationen***

ICD-10 F43

bzw. entsprechend der spezifischen störungsbezogenen Diagnoseziffer

- Somatoforme (funktionelle) Störungen und psychische Einflussfaktoren bei
  - Mobbing
  - Lebens- und Berufskrisen
  - komplizierten Trauerreaktionen
  - chronischer Überlastung
- Burn-out-Syndrom
- Erschöpfungszustände

### ***Weitere in der Klinik Schwedenstein behandelbare Diagnoseziffern***

nach ICD-10

- F06 und F07 Organische einschließlich symptomatischer psychischer Störungen
- F48 Neurasthenie und sonstige neurotische Störungen
- F53 psychische und Verhaltensstörungen im Wochenbett, nicht andernorts klassifizierbar
- F55 Missbrauch von nicht abhängigkeits-erzeugenden Substanzen
- F59 n.n.b. Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren
- F64 Störungen der Geschlechtsidentität
- F65 Störungen der Sexualpräferenz
- F66 psychische und Verhaltensprobleme in Verbindung mit der sexuellen Entwicklung und Orientierung
- F68 und F 69 sonstige und n. n. b. Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen
- F70, F78 und F79 leichte Intelligenzminderung; sonstige und n. n. b. Intelligenzminderung



## Zum 10-jährigen Bestehen der Klinik Schwedenstein - eine Standortbestimmung

### »Editorial« – 10 Jahre Klinik Schwedenstein – ein Meilenstein

Das Jahr 2004 war für die Klinik Schwedenstein ein ganz besonderes Jahr: Seit der Eröffnung im Jahr 1994 sind 10 Jahre vergangen. In diesen 10 Jahren hat sich die Klinik Schwedenstein in einem sehr wechselhaften und häufig wenig vorhersehbaren gesundheitspolitischen Umfeld zu einer festen Größe in der deutschen Reha-Landschaft und zur größten psychosomatischen Reha-Klinik in Sachsen entwickelt.

Für uns ist dies Anlass, dem diesjährigen Jahresbericht ein etwas verändertes Gesicht zu verleihen und die Gelegenheit zu nutzen, um einerseits mit gewissem Stolz auf das in den vergangenen 10 Jahren Geleistete zurückzublicken, und andererseits eine Standortbestimmung zu Nutzen und Perspektiven der von uns angebotenen psychosomatischen Behandlung vorzunehmen. Der vorliegende Jahresbericht hat daher sowohl den Charakter einer Jubiläumsschrift als auch einer Zwischenbilanz nach 10 Jahren intensiver Aufbau- und Entwicklungsarbeit.

10 Jahre mögen nach einem für eine Klinik kurzen Zeitraum klingen. Dennoch haben die vielfältigen und teilweise radikalen Veränderungen im Gesundheitswesen in dieser Zeit die Klinik Schwedenstein wiederholt auf die Probe gestellt und verlangen ihr auch in jüngster Zeit konsequente Weiterentwicklung und Innovation ab. In einem Umfeld, das zunehmend von hohen Qualitätsanforderungen und wirtschaftlichen Zwängen bestimmt ist, hat die Klinik Schwedenstein ein in seiner Differenziertheit und Bandbreite weithin einmaliges Behandlungsspektrum behaupten können, das sich auch hinsichtlich unabhängiger Qualitätsprüfung immer wieder aktiv den Herausforderungen des sich wandelnden Gesundheitsmarktes stellt.

Das 10-jährige Bestehen der Klinik Schwedenstein stellt auch eine symbolische Zäsur dar, die eine neue Etappe mit neuen Herausforderungen einläutet. Dies geschieht in einer Zeit, in der die

Anforderungen im Gesundheitssystem sich zunehmend verschärfen und einer Vielzahl von Kliniken schmerzhaft Anpassungsprozesse bis hin zur Überforderung und Schließung abverlangen. Um so bedeutsamer ist in dieser Situation die solide Basis, die in den vergangenen 10 Jahren geschaffen wurde. Sie ermöglicht es, den notwendigen und oft schwierigen Wandlungsprozess, den die sich wandelnden Rahmenbedingungen uns abfordern, nicht nur zu akzeptieren, sondern immer wieder auch aktiv zu gestalten und eigene Schwerpunkte zu setzen. Auf diese Weise konnten in jüngster Zeit neue Kostenträger gewonnen, qualitätssichernde Maßnahmen erweitert, Behandlungskonzepte weiter verbessert und die Stellung der Klinik behauptet werden.

All unseren Partnern, jenen die uns von Anfang an begleitet haben ebenso wie denjenigen, mit denen sich im Lauf der Zeit neue, fruchtbare Kooperationen ergeben haben, gilt unser Dank für die gute und vertrauensvolle Zusammenarbeit. Mit unseren Kostenträgern, den Kolleginnen und Kollegen in eigener Praxis und in anderen klinischen Einrichtungen wünschen wir uns auch für die Zukunft eine enge und sich stetig fortentwickelnde gemeinsame Arbeit zum Wohl und Nutzen der Patientinnen und Patienten.

Möglich wurde die sehr erfreuliche Entwicklung der Klinik Schwedenstein allerdings zuvorderst durch ein engagiertes und motiviertes Team von Mitarbeitern, die die Klinik in den vergangenen 10 Jahren in vielfältiger Hinsicht geprägt haben und die bei zunehmend komplexer werdenden Anforderungen Patienten, Kostenträger, Fachkollegen und Kooperationspartner gleichermaßen durch eine qualifizierte und professionelle Behandlung überzeugen. Die Neuerungen und Veränderungen im Gesundheitssystem verlangen gerade in jüngster Zeit von unserer gesamten Belegschaft ein hohes Maß an Flexibilität, beruflicher Entwicklungsbereitschaft und gegenseitiger Unterstützung bei der Bewältigung schwieriger und teilweise auch schmerzhafter Neuerungsprozesse.



---

Allen unseren Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, den heutigen ebenso wie den ehemaligen, gilt daher zum 10-jährigen Bestehen der Klinik Schwedenstein ganz besonderer Dank!

Dem besonderen Charakter einer Jubiläumsschrift entsprechend, wird der Schwerpunkt des Jahresberichtes diesmal von drei Positionsartikeln gebildet, deren Inhalte in Vortragsform bereits beim Festakt zum 10-jährigen Bestehen der Klinik Schwedenstein am 4. Juli 2004 vorgestellt wurden: Die Ärztliche Direktorin der Klinik Schwedenstein, Dr. Kornelia Sturz, berichtet

zunächst über »Die Entwicklung der Klinik Schwedenstein im Kontext der Entwicklung der Psychosomatik in Deutschland«. Es folgt ein Beitrag des Leitenden Psychologen Dipl.-Psych. Klaus Dilcher, über »Psychosomatische Rehabilitation als Chance: Konzepte – Wirksamkeit – Wirtschaftlichkeit«. Schließlich stellt die Leitende Oberärztin, Dr. Ulrike Anderssen-Reuster, einen Artikel zur »Demographischen Entwicklung in Deutschland als Herausforderung für die psychosomatische Behandlung älterer und hochbetagter Patienten« vor.

Kornelia Sturz, Ärztliche Direktorin

## **Feier zum 10-jährigen Bestehen der Klinik Schwedenstein**

Am 2.7.2004 begingen wir feierlich im Kreise von zahlreichen Gästen das 10-jährige Bestehen der Klinik Schwedenstein.

Die Festveranstaltung begann mit zahlreichen Willkommens- und Grußworten: Dipl.-Med. Albrecht Einbock, Ministerialdirigent im Sächsischen Staatsministerium für Soziales, konnte leider persönlich nicht erscheinen, sandte aber Grußworte, die von der Ärztlichen Direktorin, Dr. Kornelia Sturz, verlesen wurden. Anschließend sprachen Landrätin Petra Kockert und Bürgermeister Erhard Rückwardt zu Ehren der Klinik Schwedenstein und betonten die Bedeutung der Klinik als wirtschaftlicher und kultureller Faktor der Region sowie als einer der großen Arbeitgeber. Dr. Bernd Sprenger, Ärztlicher Direktor der Klinik Schwedenstein von 1994 bis Ende 2001, sandte schriftlich Grußworte und die besten Wünsche für die Klinik Schwedenstein, da er nicht persönlich erscheinen konnte. Der Vorstandsvorsitzende der Wittgensteiner Kliniken AG, Thomas Kupczik, stellte in seinem Grußwort Zusammenhänge zwischen der allgemeinen gesundheitspolitischen Lage, der Entwicklung der Klinik Schwedenstein und der Wittgensteiner Kliniken AG her. Dr. Kornelia Sturz betonte in diesem Zusammenhang die Bedeutung der Einbettung der Klinik Schwedenstein in das Unternehmen der Wittgensteiner Kliniken AG analog der Einbettung in eine Familie mit vielen Geschwistern mit einem identitätsstiftenden Familienzusammenhalt, der über manche Krise hinweghelfen kann und bereits hinweggeholfen hat.

Zur Jubiläumsfeier am 2.7.2004 konnten viele Gäste begrüßt werden. Wir möchten uns herzlich bedanken bei den Vertretern der Kostenträger, wie der Barmer Ersatzkasse, der Berufsgenossenschaften, der Unfallkassen, bei den Vertretern von Berufsverbänden, bei zahlreichen

Kolleginnen und Kollegen aus Praxen und Kliniken und bei vielen ehemaligen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern für ihren Besuch und die Teilnahme an der Jubiläumsfeier zum 10-jährigen Bestehen der Klinik Schwedenstein.

Neben den Grußworten und drei Hauptvorträgen, die in dieser Festschrift auch zu lesen sind, wurde das neu geschaffene Klinikvideo der Klinik Schwedenstein vorgestellt. In dem Video mit dem Titel »Räume öffnen« wird anhand verschiedener Patientenschicksale die Arbeitsweise der Klinik Schwedenstein anschaulich vorgestellt. Die drei exemplarischen Fälle sollen alle Interessierten, wie zukünftige Patienten und Kostenträger, über psychosomatische Medizin informieren, Vorurteile abbauen und die Hemmschwelle für eine nötige Behandlung verringern.

Während der Festveranstaltung hatten alle Gäste die Möglichkeit, an Klinikbesichtigungen teilzunehmen und von den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Klinik zahlreiche Erläuterungen zu erhalten. Während eines sächsischen Mittagessens und einer Kaffeepause konnten Diskussionen weiter fortgeführt und Kontakte vertieft werden. In einem Diskussions- und Frageforum wurde mit Vertretern aus der Fachwelt intensiv und teilweise kontrovers über die Position psychosomatischer Rehabilitationskliniken diskutiert. Die drei Vorträge gaben zu vielfältigen Fragen und Diskussionsbeiträgen der teilnehmenden Gäste Anlass.

Die Kabarettaufführung »Die Welt ist außerhalb der Irrenhäuser nicht minder drollig als drinnen« mit Lars Jung, Kornelia Schumann und Thomas Mahn stellte den heiter besinnlichen Ausklang der Jubiläumsveranstaltung dar.

Wir möchten uns noch einmal herzlich bei allen Gästen bedanken, die mit uns gemeinsam diesen Ehrentag begingen.

Rolf Leibbrand, Leitender Psychologe



## **Klinik-Video**

Aus Anlass des 10-jährigen Bestehens unserer Klinik entstand der Wunsch, ein Klinikvideo zu drehen, in dem sich unsere Klinik präsentieren kann. Es sollte eine Darstellung werden, in der sich sowohl potenzielle Patientinnen und Patienten, interessierte Behandler und auch Kostenträger über unsere Struktur, Therapie-schwerpunkte und unser Selbstverständnis informieren können.

Im Laufe des Gestaltungsprozesses kam es zu häufigen Gesprächen und Diskussionen, in denen insbesondere auch die Wandlung der Klinik im Laufe der vergangenen 10 Jahre Thema war. Immer wieder auftauchende Fragen waren:

- Was war unser Selbstbild – wie ist es heute?
- Was hat sich verändert – was ist geblieben?
- Welche Anpassungen an die gesellschaftlichen und wirtschaftlichen Rahmenbedingungen waren und sind sinnvoll, notwendig oder unvermeidbar?
- Wo muss man sich widersetzen, um den therapeutischen Kern der eigenen Arbeit zu erhalten?

Diese Gespräche waren wichtig, sie boten Anlass zur Reflexion über die therapeutischen Prinzipien, die Wertvorstellungen und die Behandlungsziele. Dabei zeigte sich, dass ein deutlicher Wandel stattgefunden hat. Die humanistischen Ziele der frühen 90er Jahre wurden durch neue pragmatische Zielsetzungen ergänzt und teilweise modifiziert. Nicht nur die therapeutischen Notwendigkeiten und Möglichkeiten bestimmen unsere Strategie heute, sondern verstärkt auch die finanziellen und zeitlichen Rahmenbedingungen. Im Rahmen des Diskussionsprozesses wurde deutlich, welchen Beitrag die vielen in unserem Hause vertretenen Ansätze, vom verhaltenstherapeutischen, kreativtherapeutischen, körpertherapeutischen bis hin zum tiefenpsychologischen und systemischen Ansatz, auch und gerade in der heutigen Zeit zu diesen veränderten Zielsetzungen leisten. Viele Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter haben im Laufe des letzten Jahrzehntes immense Erfahrungen gesammelt, wurden pro-

fessioneller, realistischer und zielorientierter. Die Euphorie des Aufbruchs in der »Nachwendezeit« ist übergegangen in ein konsequentes und mitunter mühevolleres Arbeiten an der Fortentwicklung der Behandlungsqualität. Auch ein personeller Wechsel in der Leitung hat sich vollzogen, verbunden mit einer teilweisen Veränderung von Konzepten, Anschauungen und therapeutischem Selbstverständnis. All diese Veränderungen haben der Klinik ein neues Gesicht gegeben.

Das Spannungsfeld zwischen veränderten äußeren Rahmenbedingungen und unserem Anspruch, die Patientinnen und Patienten in einem individuellen und möglichst selbstbestimmten Entwicklungsprozess zu begleiten, gepaart mit den vielseitigen Erfahrungen und therapeutischen Qualifikationen unserer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, führt uns zu der verbindenden Vorstellung, dass wir »äußere Räume« und auch »innere Räume« öffnen können und wollen. Blockierte Wege, verdeckte Gefühle und verschüttete Entwicklungsmöglichkeiten können frei gelegt, neue Potenziale erschlossen und Ressourcen wieder neu entdeckt werden. Als Ergebnis dieser gemeinsamen Reflexion versahen wir die Darstellung der Klinik Schwedenstein und unserer Arbeit im Video mit der Überschrift »Räume öffnen«.

Anhand von drei Beispielpatienten wurde auf der Grundlage dieser Überlegungen die szenische Umsetzung erarbeitet. Eine bulimische Patientin zeigt die »innere Welt«, in der sich jemand befindet, dessen Gedanken nur noch ums Essen kreisen. Eine ältere Patientin wird dargestellt, welche nach dem Tode ihres Mannes in eine Depression verfällt. Schließlich wird noch ein gestresster Manager gezeigt, der sich mit dysfunktionalen Mitteln (Alkohol und Tabletten) beruhigt. Anhand dieser drei prototypischen Patienten werden die verschiedenen Angebote in der Klinik bildlich dargestellt, gruppen- und einzeltherapeutische Sitzungen dem Zuschauer nahe gebracht. Die zahlreichen begleitenden Therapieangebote und auch die Freizeitmöglichkeiten werden dargestellt. Die



Klinikräumlichkeiten, auch die schöne Umgebung wird gezeigt. Wir glauben, dass die Zuschauer durch diesen kurzen Film einen guten Eindruck von unserer Arbeit bekommen

und sich auf die Klinik und die Therapie bereits im Vorfeld einstimmen können.

Ulrike Anderssen-Reuster,  
stellvertretende Ärztliche Direktorin



## ***Die Entwicklung der Klinik Schwedenstein im Kontext der Psychosomatik in Deutschland***

Der Standort der Klinik Schwedenstein ist ein historischer. Bereits 1913 wurde hier ein Krankenhaus aus kommunalen Mitteln mit Hilfe von Geldern aus privaten Stiftungen und Legaten für Sozial- und Krankenpflege errichtet. Das Krankenhaus wurde von den Pulsnitzer Ärzten und deren Personal betreut. Seit 1930 befanden sich dort eine Entbindungsstation, eine Kinderabteilung und ein geschlossener Bereich für Infektionskrankheiten. Im Rahmen der Weltwirtschaftskrise musste das Krankenhaus 1932 zeitweise geschlossen werden. 1945 wurde es als Lazarett genutzt und ab 1946 fand ein schrittweiser Ausbau zum Quarantänekrankenhaus für Ostsachsen zur Behandlung von Scharlach, Diphtherie und Ruhr statt. Ab 1955 bis zum Ende der DDR war dieses Haus ein Spezialkrankenhaus für Ostsachsen zur Verwendung durch den Bezirksarzt. Im Haus befanden sich eine Physiotherapie- und eine Augenabteilung. 1977 wurde eine Fachambulanz für verschiedene Fachärzte auf dem Krankenhausgelände errichtet.

1993 erfolgte die Grundsteinlegung für die Klinik Schwedenstein. Es entstand ein großer Neubau, der Altbau wurde erweitert und die Fachambulanz zunächst mit einer gynäkologischen Praxis und einer Physiotherapiepraxis weitergeführt.

*Wie kam es zu der Eröffnung der Klinik Schwedenstein im Sommer 1994 nach knapp eineinhalbjähriger Bauzeit?*

Die BARMER Ersatzkasse suchte Anfang der 90er Jahre im Osten Deutschlands eine Vertragsklinik für psychosomatische Medizin, die modernsten Anforderungen entsprechen, Patienten effizient und nach neuesten wissenschaftlichen Standards behandeln, Therapieabläufe evaluieren und den Mitarbeitern eine gute psychotherapeutische Weiterbildung bieten konnte. Eine derartige Einrichtung musste allerdings mangels geeigneter bestehender Institutionen neu ins Leben gerufen werden. Die Wittgensteiner Kliniken Aktiengesellschaft, damals noch

Wittgensteiner Kliniken Allianz, die bereits die neurologische Rehabilitationsklinik Schloß Pulsnitz betrieb, wurde Vertragspartner der BARMER Ersatzkasse und konnte am heutigen Standort den Wunsch nach einer modernen psychosomatischen Klinik realisieren.

Bernd Sprenger, damals Oberarzt in der Psychosomatischen Klinik in Bad Grönenbach, die ebenfalls zur WKA gehört, konnte als Ärztlicher Leiter für die neu entstehende Klinik Schwedenstein gewonnen werden. Er stellte sich 1993 sein Leitungsteam zusammen, das am 1.5.1994 seine Arbeit aufnahm.

Zum damaligen Leitungsteam gehörten neben Bernd Sprenger Frank Behrmann und Hans-Martin Rothe als Bereichsleitende Ärzte, Arno Kohlhoff als Leiter der Qualitätssicherung und Evaluation, Friederike Heüveldop und Horst Schulze als Leiter der Kreativ- und Körpertherapie, Margot Schniebel als Pflegedienstleiterin und Sozialarbeiterin, Mechthild Kreuzahler als Chefsekretärin, Herr Schallenberg und Herr Frank als Verwaltungsleiter und ich selbst als stellvertretende Ärztliche Direktorin und Bereichsleitende Ärztin. Dieses Kernteam wurde bald erweitert durch Frau Petersohn als Küchenchefin und durch viele Mitarbeiter im Bereich der Verwaltung, der Küche und des Service, der Pflege, der Körper- und Kreativtherapie, der Badeabteilung sowie durch Ärzte und Psychologen.

Am 19. Juli 1994 konnten wir endlich die ersten Patientinnen und Patienten in der Klinik Schwedenstein begrüßen. In den vergangenen 10 Jahren haben wir 13.560 Patientinnen und Patienten in der Klinik Schwedenstein behandelt. Als Vertragsklinik der BARMER Ersatzkasse kamen zu uns sehr viele westdeutsche Patienten, die häufig erstmals durch ihren Aufenthalt in der Klinik Schwedenstein in den Osten Deutschlands kamen und in den Therapiegruppen ihre ostdeutschen Mitbürger sehr gut kennenlernen konnten. Insofern hat die Klinik Schwedenstein neben der therapeutischen Arbeit auch einen guten Beitrag zur Integration von Ost und West geleistet.



Bernd Sprenger, Frank Behrmann, Hans-Martin Rothe und ich machten uns mit der Unterstützung aller Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter daran, in der Klinik Behandlungskonzepte hoher Qualität nach neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen zu entwickeln und zu etablieren. Wir bauten störungsspezifische Spezialstationen zur Behandlung von Patienten mit somatoformen Störungen, Tinnitus, Borderline-Persönlichkeitsstörungen, Psychosen, Essstörungen, sekundären Abhängigkeitserkrankungen und posttraumatischen Belastungsstörungen auf, die bald auch überregional bekannt wurden. Unsere Arbeit wurde ständig evaluiert durch unsere eigene Qualitätssicherungsabteilung, es entstanden zahlreiche Diplomarbeiten, und in den Jahren 1996 bis 1998 nahmen wir mit 14 weiteren Rehabilitationskliniken der WKA an der durch das Hochrhein-Institut durchgeführten PROTOS-Studie mit gutem Ergebnis teil. Wir bildeten zahlreiche Ärzte und Psychologen aus, die jetzt als Fachärzte oder approbierte Psychologen in anderen Kliniken oder in eigener Praxis tätig sind. Die Klinik Schwedenstein wurde in der Region zu einer festen Größe in Bezug auf Innovation, hohe Behandlungskompetenz sowie Fort- und Ausbildung.

Dies alles in recht kurzer Zeit in den ersten Jahren aufzubauen, konnte nur durch eine hoch motivierende team- und beziehungsorientierte, aber auch konsequente Führung durch Bernd Sprenger und eine Begeisterungsfähigkeit mit hohem Engagement aller Mitarbeiter der Klinik Schwedenstein realisiert werden. Wir alle hatten damals eine ausgeprägte und intensive Vorstellung davon, wie wir offen, ehrlich und transparent miteinander arbeiten wollten, um für die Patienten die bestmöglichen Therapien anbieten zu können. Ich möchte mich an dieser Stelle bei Bernd Sprenger, dem charismatischen Gründungsvater bedanken, ich habe viel von ihm gelernt und bin mir sicher, dass ohne seine kraftvollen Impulse die Klinik nicht in so kurzer Zeit zu dem geworden wäre, was sie heute darstellt. Gleichzeitig möchte ich mich bei allen ehemaligen Mitarbeitern, meinen beiden Bereichsleitenden Kollegen Frank Behrmann

und Hans-Martin Rothe und allen anderen für ihr großes Engagement bedanken.

Die Entwicklung über die 10 Jahre war wechselhaft und durchaus häufiger krisenhaft. Die Reha-Krise von 1996 wirkte sich auch auf unsere Klinik aus und führte dazu, dass wir Kurzarbeit durchführen mussten. Dieser Einschnitt wurde mit Teamgeist und gegenseitiger Unterstützung verkraftet. Alle engagierten sich, um die Belegungsschwankungen auszugleichen, so dass die Kurzarbeit nach wenigen Monaten wieder aufgehoben werden konnte. In den folgenden Jahren wurden die Umstände nicht milder. Die Pflegesätze stiegen nicht mehr, die Aufgaben und Ausgaben wuchsen jedoch ständig. Wir mussten immer wieder rationalisieren und Abläufe optimieren, um Kosten sparen zu können. Trotz dieser Aufgaben feierten wir im Jahr 1999 zu unserem 5-jährigen Bestehen gemeinsam ein tolles Fest mit humorigen Sketchen und Einlagen aller Mitarbeiter.

Zu meinem großen Bedauern verließ uns Bernd Sprenger Ende November 2001 aus persönlichen Gründen, um eine andere Leitungstätigkeit aufzunehmen. Nach anfänglichem Zögern entschloss ich mich, zum 1.12.2001 die Verantwortung für diese große Klinik in der Funktion als Ärztliche Direktorin zu übernehmen. Leider verließen im Sommer 2002 meine beiden Gründungskollegen Frank Behrmann und Hans-Martin Rothe die Klinik, um in anderen Kliniken leitende Positionen wahrzunehmen.

Dank eines neuen Leitungsteams konnte die Klinik Schwedenstein diese Erschütterungen recht gut bewältigen. Aus den ehemals drei großen Bereichen wurden vier Abteilungen, geleitet von Ulrike Anderssen-Reuster, Kerstin Fuchs, Klaus Dilcher und Rolf Leibbrand, die mich in der Leitung der Klinik und dem ungebrochenen Anspruch an Qualität, Weiterentwicklung von Konzepten und guter Ausbildung der Mitarbeiter bestens unterstützen.

In dieser neuen Leitungsteamkonstellation entwickelten wir eine Spezialstation zur psychotherapeutischen Behandlung von älteren



Patienten, ein neues Konzept zur Behandlung von Borderline-Störungen und spezifische Therapiemodule zur Behandlung von Depressionen, Schmerzen und Angststörungen.

Die Zuständigkeiten für die unterschiedlichen Indikationen verteilen sich wie folgt:

Dr. med. Ulrike Anderssen-Reuster

- Gerontopsychosomatik, Angst, Zwang, Depression, Burn-out, Persönlichkeitsstörungen

Dr. med. Kerstin Fuchs

- Posttraumatische Belastungsstörungen, psychotische Erkrankungen, Depression, allgemeine Psychosomatik

Dipl.-Psych. Klaus Dilcher

- Essstörung, Posttraumatische Belastungsstörungen, Borderline-Persönlichkeitsstörungen

Dr. phil. Dipl.-Psych. Rolf Leibbrand

- Tinnitus, Somatoforme Störungen, insbesondere Schmerzstörungen  
Psychische Störung in Verbindung mit körperlichen Erkrankungen

An dieser Stelle möchte ich ganz ausdrücklich und ganz herzlich allen ehemaligen Mitarbeitern und den aktuellen Mitarbeitern meinen Dank aussprechen für die mit großem Engagement, Fachwissen und ständiger Offenheit für Neues geleistete Arbeit.

Nach dieser kurzen Darstellung der Klinikentwicklung in den vergangenen 10 Jahren möchte ich jetzt einen Sprung machen zurück zu den Anfängen der Psychosomatik und dem Beginn ihrer Entwicklung hin zur heutigen Bedeutung.

In der Geschichte und Entwicklung der Psychosomatik in Deutschland ist psychosomatisches Denken untrennbar mit der ärztlichen Heilkunst verbunden. Das Fachgebiet der Psychosomatischen Medizin im engeren Sinne entwickelte sich aus der Inneren Medizin heraus,

wäre jedoch ohne das Werk Sigmund Freuds (1856–1939) nicht denkbar gewesen. Die Entwicklung der Psychoanalyse trug ganz wesentlich zum Verständnis der psychosomatischen Krankheiten bei. Andererseits entstanden einerseits schon in den 20er Jahren psychoanalytische Kliniken, in denen Psychoanalyse unter stationären Bedingungen durchgeführt wurde, z. B. die psychoanalytische Klinik von Ernst Simmel in Berlin-Tegel. Es entstanden aber auch, wie in Heidelberg, in der Medizinischen Klinik unter Ludolf Krehl, der von 1907 bis 1930 Leiter der Klinik war, erste Experimente und Behandlungen basierend auf der Psychoanalyse und den Annahmen der Wechselwirkung zwischen Bewusstem und Unbewusstem, zwischen Seelischem und Organischem. Nicht unerwähnt lassen möchte ich in diesem Zusammenhang auch den so genannten »Wilden« Psychosomatiker Georg Groddeck, der in Baden-Baden eine psychosomatische Klinik leitete. Diese frühen Einrichtungen von Ernst Simmel und Georg Groddeck gingen schon vor der Nazi-Ära zum Teil aus finanziellen Gründen wieder ein.

Die Nazi-Diktatur brachte eine Pause in der Entwicklung der Psychosomatik und der Psychoanalyse und damit einen gewaltigen Rückschritt gegenüber anderen Ländern. Die Zielsetzungen der Psychotherapie vertragen sich nicht mit denen einer Diktatur, in der freie, selbstbestimmte Menschen nicht gewünscht und eher hinderlich sind. Fortschrittliche Psychoanalytiker, Psychosomatiker und Psychiater wanderten aus oder wurden aufgrund jüdischer Abstammung umgebracht. Die Psychiatrie wurde in der Nazi-Zeit immer rückschrittlicher und zum Teil in den Dienst der Machthaber gestellt.

Prof. Michael Geyer aus Leipzig beschreibt die gemeinsame Ausgangsposition der Psychotherapie und Psychosomatik in dem nach dem Zweiten Weltkrieg geteilten Deutschland. Er betont, das Gemeinsame sei die Tradition einer in der Medizin verankerten deutschen ärztlichen Psychotherapie, die gemeinsame Schuld der Vertreibung jüdischer Psychotherapeuten

und Psychoanalytiker in der Nazi-Zeit sowie die frühe, recht erfolgreiche Institutionalisierung als medizinische Disziplin. In der DDR gab es, wie in Westdeutschland, ein relativ großes Angebot an stationärer Psychotherapie. Kurt Höck als Leiter des Hauses der Gesundheit in Berlin entwickelte die psychodynamisch intendierte Gruppenpsychotherapie und eröffnete 1964 eine 27-Betten-Station in Berlin-Hirschberg. In der DDR entwickelten sich 35 ähnliche Kliniken, die nach diesem Konzept arbeiteten.

1953 wurde an der Karl-Marx-Universität in Leipzig eine universitäre Psychotherapie-Abteilung gegründet, die 1974 unter Christa Kohler zu einer eigenständigen Abteilung wurde. 1983 übernahm Michael Geyer die Leitung. Die Klinik in Erlabrunn, Klinik für Psychotherapie und Psychosomatik, wurde 1950 eröffnet. In Dresden gibt es ebenfalls eine lange Tradition der stationären Psychotherapie. In den 60er Jahren entstand eine Abteilung im Krankenhaus Dresden-Neustadt, die bis heute arbeitet.

In Westdeutschland entwickelten sich die psychosomatisch-psychotherapeutischen Institutionen zunächst außerhalb der Universitäten und insbesondere außerhalb der Psychiatrien.

1946 gründete Friedrich Curtius in Lübeck eine psychosomatisch-internistische Klinik, 1948 Heinz Wiegmann eine Klinik für psychogene Störungen in Berlin, 1949 wurde das bekannte Niedersächsische Landeskrankenhaus Tiefenbrunn gegründet. Arthur Jores gründete 1950 in Hamburg-Blankenese das Elsa-Brandström-Haus. Dieses Haus überdauerte jedoch die Zeit nicht. Bereits 1950 wurde die Klinik Wittgenstein in Bad Berleburg gegründet. Bald folgten auch psychotherapeutisch arbeitende Abteilungen an Universitätskliniken wie in München, Heidelberg, Leipzig, Freiburg, Gießen und Mainz.

Diese Institutionen wurden von psychoanalytisch vorgebildeten Ärzten geleitet, die in Ermangelung adäquater Behandlungsangebote für ihre Patienten initiativ wurden und eigene

Abteilungen gründeten. Sie taten dies auch, um unnötige kostenintensive Fehlbehandlungen zu vermeiden.

Die genannten Einrichtungen konnten und mussten sich auch in Abgrenzung zur psychoanalysefeindlichen Psychiatrie entwickeln. Heinz Schepank berichtete, dass Ernst Kretzschmar seinen Assistenten striktest bei Strafandrohung mit Kündigung eine psychoanalytische Weiterbildung verbot. Diese Ablehnung der Psychoanalyse in der Psychiatrie war eine deutsche Besonderheit in beiden Teilen Deutschlands.

International ist die Psychiatrie der Psychoanalyse und Psychotherapie erheblich offener gegenüber und hat die psychotherapeutische Behandlung in ihre Kliniken integriert. Von Ausnahmen abgesehen beginnt dies mit sehr großer zeitlicher Verzögerung zur Zeit in Deutschland ebenfalls.

Aus der Hotel-Psychoanalyse der 20er Jahre entwickelten sich ausgefeilte Behandlungskonzepte zur stationären Psychotherapie.

Die Entwicklung der Gruppenpsychotherapie, die Nutzung des therapeutischen Milieus und der therapeutischen Gemeinschaft sowie die Integration verschiedener Therapiebausteine, insbesondere auch körper- und kreativtherapeutischer Art, verbesserten fortlaufend die Ergebnisse und den Standard der zunehmend entstehenden psychosomatischen Abteilungen und Kliniken.

Die Bezeichnung »Psychosomatik« ist in diesem Zusammenhang eigentlich irreführend, denn gemeint sind alle Erkrankungen, die mit Psychotherapie als Behandlungsmethode vorrangig oder zumindest gleichrangig mit anderen Therapiemethoden behandelt werden. Das sind alle Neurosen, Persönlichkeitsstörungen, Anpassungsstörungen, Suchterkrankungen und die Psychosomatosen im engeren Sinne. Der Begriff Psychosomatik etablierte sich, um Konflikte, Konkurrenzen und Spannungen mit der Psychiatrie zu vermeiden. Wie schon erwähnt, bot die Psychiatrie, von wenigen Ausnahmen abgesehen, keine psychotherapeutischen Behandlungsmöglichkeiten an. Insbesondere die



internistischen Psychosomatiker konnten in der Psychiatrie für ihre Patienten keine Hilfe finden und gründeten, auch um unnötig kostenintensive Fehlbehandlungen zu vermeiden, eigene Abteilungen, die sie »Psychosomatische Abteilungen« nannten.

Seit 1967 war die Neurose als Krankheit im Sinne der Reichsversicherungsordnung gesetzlich akzeptiert, so dass Psychotherapie sowohl ambulant wie stationär von den RVO-Kassen und seit 1971 auch von den Ersatzkassen finanziert wurde.

Auch die Suchterkrankungen wurden Ende der 60er Jahre als Krankheit anerkannt und die daraus resultierenden Behandlungskosten von unserem Sozialsystem übernommen.

Michael Geyer betont, dass diese frühe Einbindung der Psychotherapie in das System der Sozialversicherungen in beiden Teilen Deutschlands und die frühe Etablierung psychotherapeutischer Bildungsinhalte in die Aus-, Weiter- und Fortbildung von Ärzten eine typisch deutsche Besonderheit darstellt. Die DDR hatte weltweit als erstes Land einen Facharzt für Psychotherapeutische Medizin.

In Westdeutschland entwickelte sich eine weitere typisch deutsche Besonderheit: seit den 60er Jahren schuf die BfA große psychosomatische Rehabilitationskliniken. Kurkliniken wurden z. T. in spezielle Psychotherapiekliniken umfunktioniert. Es entstanden so bekannte Kliniken wie Isny oder die Klinik in Gengenbach, Zwesten und Schömberg. Mit der Anerkennung der Suchterkrankung als Krankheit entwickelten sich Spezialkliniken zur Behandlung von Alkoholkranken, Medikamenten- und Drogenabhängigen.

Bislang waren all diese Kliniken tiefenpsychologisch oder psychodynamisch, wie es insbesondere in der DDR hieß, ausgerichtet. Anfang der 70er Jahre kam die Verhaltenstherapie aus den USA nach Deutschland. Dies führte zur Gründung spezieller verhaltenstherapeutischer Kliniken wie z. B. in Windach, Bad Dürkheim oder der Klinik Berus.

Damals waren sich die Kostenträger noch darüber im Klaren, dass stationäre Psychotherapie vergleichsweise kostengünstig ist und insbesondere langfristig Kosten spart.

Nach der Wende sorgten die Rentenversicherungsträger dafür, dass auch in den neuen Bundesländern psychosomatische und psychotherapeutische Rehabilitationskliniken, zum Teil in eigener Trägerschaft, zum Teil mit privaten Klinikbetreibern, entstanden. Bei zunehmender Frühberentung aufgrund psychischer Störungen sahen die Rentenversicherungsträger die Notwendigkeit psychosomatisch-psychotherapeutischer Kliniken. Es konnte in vielen Studien nachgewiesen werden, dass die Behandlung zu einem erheblichen Rückgang der Arbeitsunfähigkeitstage, der Krankentage und der Inanspruchnahme des medizinischen Gesundheitswesens führte. Hier haben die Rentenversicherer für die angemessene Versorgung der Patienten und für die Belastung unserer Sozialsysteme viel geleistet, indem sie früh erkannt haben, wie wirksam stationäre psychotherapeutische Behandlung ist. Basierend auf diesen Erfahrungen und Untersuchungsergebnissen belegten die Krankenkassen zunehmend die psychosomatischen Rehabilitationskliniken. Andere stationäre Behandlungsplätze stehen bis heute nicht in ausreichendem Maße zur Verfügung. Die Versorgung und Behandlung der Patienten in den Rehabilitationskliniken und die Akzeptanz durch die einweisenden Ärzte ist gut, so dass die Krankenkassen die Reha-Kliniken zum Wohle ihrer Versicherten belegten, zumal zahlreiche Kosten-Nutzen-Analysen die Sinnhaftigkeit überzeugend darstellen.

In diese Zeit nach der Wende fiel auch der Wunsch der BARMER Ersatzkasse, im Osten Deutschlands eine psychosomatische Klinik belegen zu können, was dann zum Aufbau der Klinik Schwedenstein führte.

In einer gerade erschienenen Studie von Tanja Puschner aus Ulm, und Severin Haug, Heinz Häfner und Hans Kordy aus Stuttgart, sind die Behandlungsergebnisse von stationärer und ambulanter Psychotherapie verglichen worden.

Die Ergebnisse waren gleichgütig, jedoch führte die stationäre Psychotherapie in einem Zehntel der Zeit zu der gewünschten Veränderung. Die Experten sind sich einig, dass häufig ein Anschub der Behandlung stationär erfolgen muss, insbesondere bei schweren oder chronischen Verläufen, um danach eine erfolgreiche ambulante Behandlung durchführen zu können.

Übrigens ist die psychotherapeutische und psychosomatische Medizin die am besten untersuchte medizinische Disziplin.

Trotz des unbestrittenen Nutzens gibt es für das Fachgebiet der psychotherapeutischen und psychosomatischen Medizin noch einige Probleme. So ist unklar, wie sich der Bedarf an psychotherapeutischen und psychosomatischen Betten errechnen soll. Es gibt unterschiedliche Untersuchungen, wie die Mannheimer Kohortenstudie von Heinz Schepank oder das Gutachten von Paul L. Janssen. Lt. Gesundheitssurvey liegt die Lebenszeitprävalenz, an einer psychischen Störung zu erkranken, bei 42,6%. Affektive Störungen, Angststörungen und somatoforme Störungen sind am häufigsten. Die Hauptlast sind die indirekten Krankheitskosten wie AU-Tage und insbesondere die Fehlinanspruchnahme des Gesundheitssystems. Dies führt zu weiteren Problemen, nämlich der Identifizierung der Patienten, um sie einer angemessenen Behandlung zuzuführen.

Michael Geyer führte unlängst aus, dass in Sachsen 497 Betten im Bereich der psychosomatischen und psychotherapeutischen Medizin fehlen. Er bezog sich dabei auf das Janssen-Gutachten. Allein im Regierungsbezirk Dresden fehlen 176 stationäre Behandlungsplätze.

Der Bedarf an psychosomatischen und psychotherapeutischen Betten könnte sogar noch weiter steigen und die Behandlungskosten trotzdem sinken, wenn die wirklich behandlungsbedürftigen Patienten in den Akutkrankenhäusern und in der Allgemeinarztpraxis identifiziert würden. Wesentlich dazu ist ein gut funktionierender Konsiliar- und Liaisondienst, der in Zukunft leider durch die Einführung der

DRGs sehr in Frage steht. Die Fehlbehandlung der Patienten in der somatischen Medizin mit immer wieder erfolgten Untersuchungen, manchmal Operationen, und Medikamentengaben ist als Problem lange bekannt und außerordentlich kostenintensiv. Vielleicht kann in Zukunft eine bessere Vernetzung die Identifizierung dieser Patienten erleichtern und so die Mehrkosten durch Fehlbehandlungen senken. Zu denken wäre dabei an integrierte Versorgungsmodelle nach § 140 SGB V.

Die zukünftige demographische Entwicklung wird zu einer weiteren Steigerung des Bedarfs an psychosomatischen Rehabilitationsbehandlungsplätzen führen. Die Zunahme an älteren Menschen führt zu einer Verschiebung des Krankheitsspektrums, akute Erkrankungen werden weniger, chronisch-degenerative Erkrankungen werden mehr, die Multimorbidität steigt. Krankheiten, in denen der psychische Verarbeitungsanteil eine große Rolle spielt, werden verstärkt auftreten. Psychotherapeutische Interventionen zur Krankheitsverarbeitung oder Krankheitsbegleitung sowie psychoedukative Maßnahmen werden an Bedeutung gewinnen.

In Deutschland entwickelten sich parallel universitäre Einrichtungen, akutstationäre Behandlungseinheiten und große Rehabilitationskliniken. Zur Zeit sind etwa 70% der psychotherapeutischen Betten in Rehabilitationskliniken und 30% im Akutbereich, davon etwa 3% im universitären Bereich angesiedelt. Was bedeutet dies für die Versorgungssituation und wo sind eigentlich die Unterschiede zwischen der Akut- und der rehabilitativen psychotherapeutischen Behandlung?

Für die Versorgungssituation bedeutet dies, dass mehr Behandlungsplätze zur Verfügung stehen, als im Bettenbedarfsplan ausgewiesen sind, d.h. die fehlenden 497 Betten sind in den Psychosomatischen Kliniken z.T. bereits vorhanden. Alle Experten sind sich einig, dass die Unterschiede zwischen der akut und rehabilitativ geleisteten psychotherapeutischen und psychosomatischen Medizin sehr gering sind und die Schnittmenge ca. 80–90% beträgt. Gerhard H. Paar führte



unlängst aus: »Die strikte Trennung von Akut- und Rehabilitationsmedizin ist nicht möglich, da beide Behandlungsformen weitestgehend die gleichen Methoden und Verfahren auf medizinisch-wissenschaftlicher Grundlage anwenden«.

In verschiedenen Untersuchungen, z. B. von Prof. Friedhelm Lamprecht konnte 1998 gezeigt werden, dass es kaum signifikante Unterscheidungsmerkmale zwischen dem Patienten im Krankenhaus und in der Rehabilitationsbehandlung gibt.

Auch Prof. Uwe Koch aus Hamburg kann in seinen vielfältigen Untersuchungen keine klare Unterscheidung zwischen Akut- und Reha-Psychosomatik definieren.

Die Rehabilitationskliniken sind für chronisch Kranke zuständig und achten insbesondere auf die Funktionseinschränkungen, die durch die Erkrankung entstanden sind. Dies widerspricht nicht der o. g. Aussage, da psychisch Kranke in der Regel immer noch 4–7 Jahre brauchen, bis sie einer adäquaten Behandlung zugeführt werden, also von einer Chronifizierung fast in jedem Fall ausgegangen werden kann und in den Akuteinrichtungen zum Teil wochenlange Wartezeiten bestehen.

Das bio-psycho-soziale Krankheitsmodell der psychosomatischen Medizin unterscheidet sich wenig in der Akut- und Reha-Medizin, im Gegensatz zur Abgrenzung von der somatischen Akutmedizin mit ihrem eher biotechnischen Krankheitsverständnis. Die Inhalte des SGB IX stehen in keinem Widerspruch zu uralten psychotherapeutischen Zielen, nämlich die Freiheitsgrade der Patienten zu erhöhen, die Selbstbestimmung, die Arbeits- und Beziehungsfähigkeit sowie die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben zu verbessern.

Die akutversorgenden Einheiten sind in der Regel nicht größer als 25 bis max. 60 Betten. Von Michael Geyer, aber auch von Gerhard H. Paar und Uwe Koch, wurde ganz klar gefordert, dass größere Kliniken nötig sind, um Spezialisierungen vorzuhalten und auch eine gute Facharztausbildung gewährleisten zu können. Die Klinik Schwedenstein bietet diese Besonderheiten bereits an.

In unserer Klinik gibt es verschiedenste störungsspezifische Konzepte, in denen methodenintegrativ gearbeitet wird. Ein Behandlungsteam aus Ärzten und Psychologen, Körper- und Kreativtherapeuten und speziell geschultem Pflegepersonal verbindet sowohl psychodynamische und kognitiv-verhaltenstherapeutische als auch nonverbale Therapiemethoden in der Behandlung der Patienten. Die störungsspezifischen Konzepte sind längst über den alten Schulstreit hinweg und vereinen gemäß der wissenschaftlichen Leitlinien die Therapiemethoden miteinander, die für die Patienten am sinnvollsten und erfolgversprechendsten sind.

Somit kann die Klinik Schwedenstein einen wichtigen Part in der Versorgung psychisch kranker Menschen darstellen. In der Vernetzung der Sektoren ambulant, teilstationär, Akut und Reha bedarf es einer gezielten Koordination, um die Patientinnen und Patienten kostengünstig und effektiv durch dieses System zu steuern. Die Möglichkeiten des GKV-Modernisierungsgesetzes, insbesondere die Möglichkeit, integrierte Versorgungsangebote zu machen, scheinen speziell vor diesem Hintergrund erfolgversprechend.

Kornelia Sturz, Ärztliche Direktorin

*Nähere Angaben zur verwendeten Literatur sind auf Anfrage in der Klinik Schwedenstein erhältlich.*

### »Psychosomatische Rehabilitation als Chance: Konzepte – Wirksamkeit – Wirtschaftlichkeit«

Die psychosomatische Rehabilitation steht in den letzten Jahren wie viele andere medizinische Dienstleistungen auf dem Prüfstand hinsichtlich ihrer angebotenen Behandlungskonzepte, ihrer Wirksamkeit und letztlich ihres Nutzens und der Wirtschaftlichkeit. Dieser Herausforderung hat sich die Klinik Schwedenstein in den letzten zehn Jahren offensiv gestellt und neben einem tragfähigen allgemeinen Behandlungskonzept eine ganze Reihe von störungsspezifischen Behandlungskonzepten entwickelt, erprobt und evaluiert.

Es ging hierbei weniger darum, dogmatisch bestimmte schulenspezifische Behandlungskonzepte durchzusetzen, sondern viel mehr um die Erhöhung des Nutzens für die Patienten und Patienten, die uns anvertraut wurden.

#### Konzepte

Neben einem allgemeinen Behandlungskonzept waren störungsspezifische Behandlungskonzepte einer der wichtigsten Punkte zur Steigerung der Wirksamkeit der psychosomatischen Behandlung. Um diese Aussage machen zu können, entwickelte die Klinik Schwedenstein ein Evaluationskonzept. Dabei kooperierten wir mit universitären und externen freien Evaluationsforschungsgruppen. Genannt seien hier das Hochrhein-Institut für Rehabilitationsforschung in Bad Säckingen, Dr. Nikolaus Gerdes, und die private Universität Witten-Herdecke mit dem Lehrstuhl für Medizintheorie an der Universität Witten/Herdecke, Lehrstuhlinhaber Prof. Dr. Peter F. Matthiessen. Dabei wurde z. B. in der PROTOS-Studie (Dilcher, Klaus; Klingelhöfer, Jürgen; Köbel, Werner; Sprenger, Bernd; Stauss, Konrad; Mestel, Robert; Gerdes, Nikolaus; Zwingmann, Elke; 2000) die Wirksamkeit des gesamten Behandlungsspektrums der Klinik Schwedenstein untersucht und belegt als auch in zahlreichen Evaluationsstudien störungsspezifische Behandlungskonzepte überprüft. Zahlreiche weitere Evaluationsstudien werden durchgeführt (vgl. Abb. I).

Tinnitus-Evaluationsstudie	1996	N = 101
Protos-Studie	1996 / 97	N = 382
Modellprojekt »Psychosomatische Eileinweisung«	1998 – 2001	N = 917
PTBS-Evaluationsstudien	2000 2001 2002	N = 64 N = 89 N = 136
Depressions-Evaluationsstudie	2001 / 02	N = 238
Borderline-Evaluationsstudie	2003	N = 163
GKV-QS-Reha-Projekt	2003 / 04	N = 250

**Abb. I:**  
**Konzept-Evaluationen  
der Klinik Schwedenstein**

Seit 2003 nimmt die Klinik Schwedenstein zudem am Qualitätssicherungsprojekt der gesetzlichen Krankenkassen in Anlehnung an das QS-Programm der Rentenversicherer erfolgreich teil.

Die Grundthese im Rahmen der Evaluationsstrategie der Klinik Schwedenstein ist:

*»Ergebnisqualität ist der entscheidendste und wichtigste Aspekt der Qualitätssicherung«*

#### Wirksamkeit

Das Ergebnis einer psychosomatischen Rehabilitationsbehandlung, d.h. deren Wirksamkeit kann auf vielfältigen Ebenen gemessen und bewertet werden. Eine häufige Art der Beschreibung von Therapieergebnissen ist z. B.:

- Abnahme von Symptombelastungen (Angst, Vermeidung, Depression, Schmerzen)
- Zunahme von Fähigkeiten (Abgrenzung von Problemen anderer, Stresstoleranz, Entspannungsfähigkeit etc.).

Eine zweite Möglichkeit, die Wirksamkeit per Dienstleistung zu beschreiben, ist die Konzentration auf monetär bewertbarer Ergebnisqualität. Hierbei sind drei Ergebnisparameter besonders hervorzuheben:



1. Erhalt bzw. Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit
2. Übernahme von Pflegeleistungen
3. Verhinderung von Pflegebedürftigkeit

Ein gängiges Maß zur Beurteilung der Höhe von Effekten sind Effektstärken (d). Ohne näher auf die statistischen Hintergründe des Effektstärkenkonzeptes einzugehen, errechnet sich eine Effektstärke im Prinzip aus der Differenz eines Anfangswertes und eines Abschlusswertes nach Durchführung einer Behandlung von z. B. zehn Wochen. Die sich ergebende Differenz wird dann an der so genannten Standardabweichung (s) standardisiert. Viel wichtiger als eine solche Beschreibung einer Formel ist für die Entscheidungsträger in Politik und Gesellschaft, was solche Effektstärken inhaltlich bedeuten.

*Hierzu ein Beispiel:*

#### **Behandlung von Adipositas**

Wir gehen davon aus, dass 10 Patienten 10 Wochen eine psychosomatische Rehabilitationsbehandlung erhalten und das Gewicht der Patienten bei Aufnahme und bei Entlassung gemessen wird (vgl. Abb. II). In diesem Beispiel nehmen die teilnehmenden Patienten mit unterschiedlichem Ausgangsgewicht, jeder für sich, 10 kg bis zum Ende der Behandlung ab. Berechnet man jetzt die Effektstärke, ergibt sich folgendes Bild: Für das Beispiel Abb. II (10 kg pro 10 Wochen): Effektstärken = 0,33. Erhöht man nun die Abnahme innerhalb der 10 Wochen auf 20 kg, ergibt sich eine Effektstärke von 0,66.

Dieses Beispiel zeigt auf, welche realen Effekte hinter dem Konzept der Effektstärke (d) stehen können. Das Problem, was sich jetzt ergibt ist, dass die Abnahme von Gewicht bei Adipositas-Patienten eine zentrale Messgröße ist, die jedoch über den zweiten wichtigen Evaluationsfaktor, die monetär bewertbare Ergebnisqualität, nichts aussagt.

#### **Wirtschaftlichkeit**

Für die Überlegung von Entscheidungsträgern ist jedoch die Frage »Was darf stationäre psychosomatische Behandlung kosten?« von der Antwort abhängig: »Es kommt darauf an,

#### **Ein Beispiel: Behandlung von Adipositas**

10 Patienten, 10 Wochen Behandlung

	Gewicht bei Aufnahme in Kg	Gewicht bei Entlassung in Kg
Frau Müller	110	100
Herr Schulze	120	110
Herr Lehmann	130	120
Frau Maier	140	130
Frau Berg	150	140
Herr Vogel	160	150
Frau Sommer	170	160
Frau Obst	180	170
Herr Maler	190	180
Frau Seifert	200	190
Mittlerer Wert:	155	145

Gewichtsabnahme:  
Effektstärke für die Behandlung = 0,33

#### **Abb. II:**

*Praxisbeispiel: Wie hoch sind Effektstärken bei einem Gewichtsreduktionsprogramm?*

wie groß die Effektstärke durch die Behandlung ist«. Hierbei ist jedoch die monetäre Bewertung von Effektstärken der zentrale Punkt. Prof. Werner W. Wittmann hat mit seiner Arbeitsgruppe (Wittmann, 2000; Wottawa & Thierau, 1998; Schmidt & Hunter, 1999) ein monetäres Bewertungsmodell für Effektstärken vorgestellt. Dies ergibt sich aus folgenden Faktoren:

#### **Monetäre Bewertung von Effektstärken**

(Wittmann, 2000; Wottawa & Thierau; 1998, Schmidt & Hunter, 1999)

- Effektstärkemaß für die Rehamaßnahme (d)
- Wirkungsdauer des Effekts (T)
- Anzahl der Rehabilitanden (N)
- Gesamtkosten pro Rehabilitation (K)
- Standardabweichung der Produktivität ( $SD_{Prod}$ )
- Der Nettotonutzen (U) ergibt sich aus:

$$U = N \times T \times (SD_{Prod}) \times d - N \times K$$

Nettonutzen    Quantität    Qualität    Kosten

*Hierzu eine Beispielrechnung:*

*Frage:*

Wie hoch sind die Kosten (K)?



*Antwort:*

Bei einer Dauer der RehaMaßnahme von 43 Tagen, einem Pflegesatz von 117,60 €, Lohnfortzahlung für 1,5 Monate bei einem Monatslohn von 2046,- € gleich 3069,- € ergibt sich

$$K = (40 \times 128 \text{ €}) + 3069,- \text{ €} \\ = 8184,- \text{ €}$$

*Frage:*

Wie groß ist die Wirkungsdauer (T)?

*Antwort:*

In unseren Studien war T = 1 bzw. 2 Jahre

*Frage:*

Wie groß ist die Standardabweichung der Produktivität ( $SD_{\text{Prod}}$ )?

*Antwort:*

$SD_{\text{Prod}}$  nach Schmidt & Hunter (1999) ca. 70 % des mittleren Jahreseinkommens = 18619,- €.

*Frage:*

Unter welchen Rahmenbedingungen wiegt der Nutzen die Kosten gerade auf?

*Antwort:*

Der Break-Even Point gibt Auskunft über diese Gleichung

$$\text{Bruttonutzen} = \text{Kosten} \\ N \times T \times SD_{\text{Prod}} \times d = N \times K$$

*Frage:*

Welche Effektstärken (d) müssen wir dafür wenigstens erzielen?

*Antwort:*

$$d = \frac{k}{T \times SD_{\text{Prod}}}$$

Das Return-on-Investment-Konzept (ROI) fragt nach dem Verhältnis von Nutzen und

Kosten. Hierbei sollte die Investition (Kosten) in Bezug auf den Nutzen (monetäre bewertbare Effektstärken) über 1 liegen.

Die Kernforderung lautet: ROI sollte größer 1 sein!

Die entscheidende Frage lautet also: »Ist ROI in Bezug auf stationäre psychosomatische Rehabilitation größer oder kleiner als 1«?

Um diese Frage zu beantworten, ziehen wir nun die Evaluationsstudien aus Abb. III-V zusammen und berechnen die mittlere Effektstärke sowie spezifische ROI-Indizes. Abgebildet sind hier exemplarisch drei Evaluationsstudien mit den dazugehörigen Indizes.

Es ergeben sich für die psychosomatische Rehabilitation hier exemplarisch am Beispiel von drei Evaluationsstudien:

Tinnitus-Evaluationsstudie	ROI = 1,59
Borderline-Evaluationstudien	ROI = 1,49
PTBS-Evaluationsstudie	ROI = 2,19
ein mittlerer Return on Investment	= 1,75.

Alleine für die seit der Eröffnung der Klinik Schwedenstein im Jahre 1994 behandelten 5.237 erwerbstätigen Patienten ergibt sich hiernach (unter Verwendung der vorn dargestellten Formeln) **ein gesellschaftlicher monetärer Nutzen von 34.508.453 Euro.**

Dies bedeutet, der monetäre Nutzen übertrifft die Kosten für die stationäre psychosomatische Rehabilitation der erwerbstätigen Versicherten mit ca. 34 Mio. Euro in der 10-Jahres-Perspektive der Klinik Schwedenstein.

Um einem Missverständnis direkt entgegenzuwirken: Hinter diesem monetären Nutzen stehen Effektstärken, die die Reduktion von Symptombelastung (Angst, Depression, Vermeidungsverhalten etc.), die Wiedergewinnung von Erwerbsfähigkeit und die Reduktion von subjektiv quälend erlebter psychischer Leiden abbilden. Aber wie in anderen medizinischen Disziplinen, wie der Onkologie, der Kardiologie etc.,

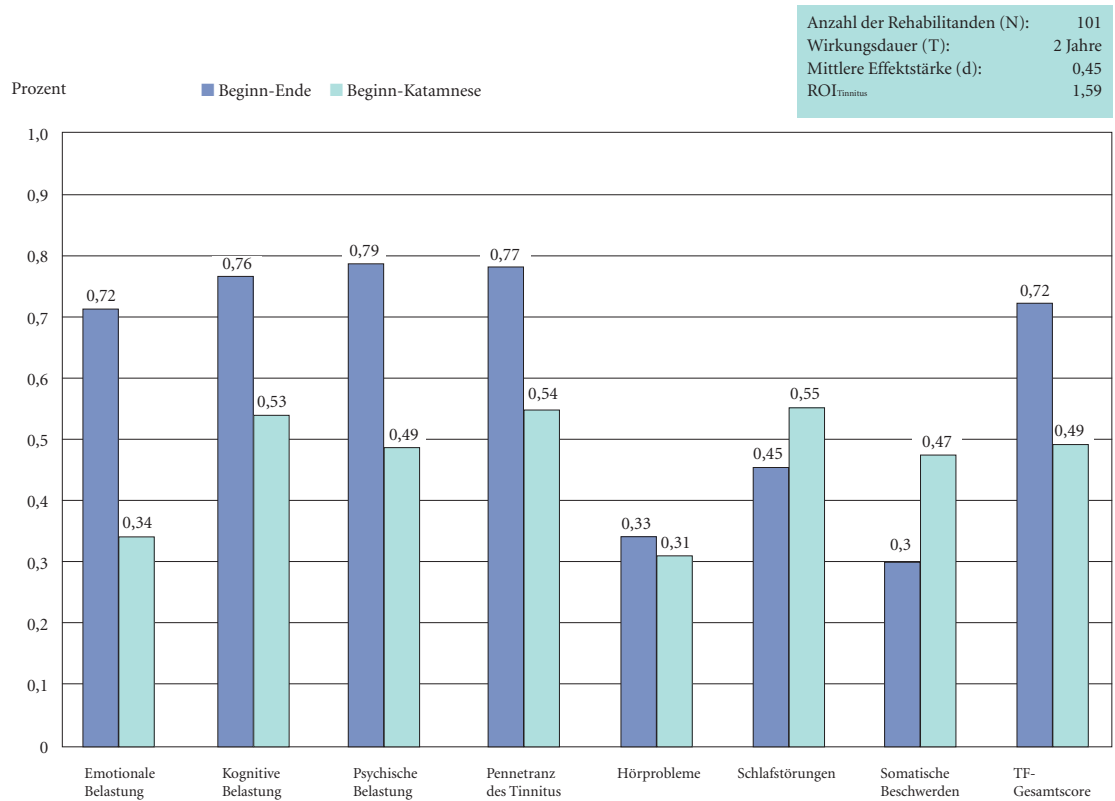


Abb. III: mittlere Effektstärke und spezifischer ROI bei der Behandlung von Tinnituspatienten

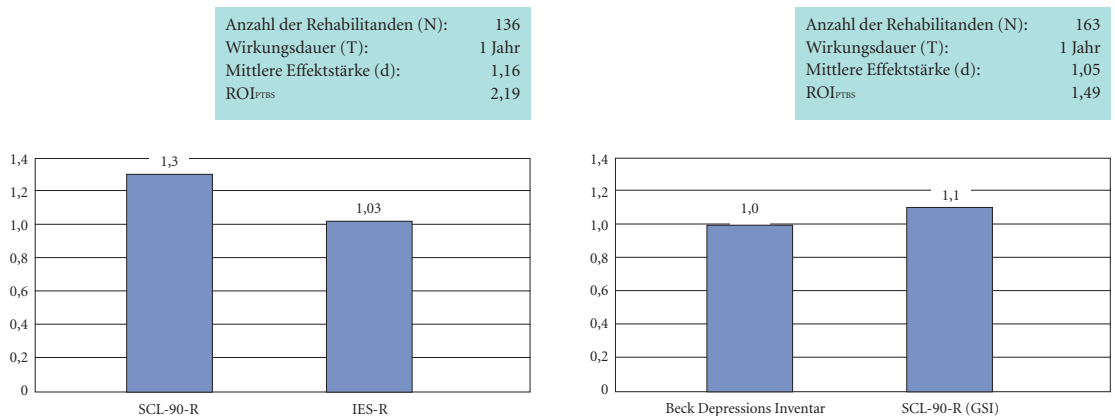


Abb. IV: mittlere Effektstärke und spezifischer ROI PTBS-Evaluationsstudie

Abb. V: mittlere Effektstärke und spezifischer ROI Borderline-Evaluationsstudie

sind die Ebenen des Einzelschicksals und die monetäre Machbarkeit keine sich ausschließenden Problemfelder, sondern sind im Rahmen des gesellschaftlichen Diskurses zu integrieren.

Dieser Beitrag sollte verdeutlichen, dass es sich für die Gesellschaft, die Kosträger von medizi-

nischen Rehabilitationsmaßnahmen lohnt, in die psychosomatische Rehabilitation zu investieren. Wir meinen, dass sich das Ergebnis der Klinik Schwedenstein, Psychosomatische Fachklinik, sehen lassen kann!

Klaus Dilcher, Leitender Psychologe  
Marion Jung, Psychologisch techn. Assistentin

---

#### Literatur:

- Albrecht, K. (2003). Effektivität einer stationären Psychotherapie für Patientinnen und Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung in einer Klinik für Psychosomatische Medizin. Dresden: Technische Universität.
- Dilcher, K., Klingelhöfer, J., Köbel, W., Sprenger, B., Stauss, K., Mestel, R., Gerdes, N., Zwingmann, E. (2000). PROTOS-Studie Teil B: Ergebnisse der Rehabilitation bei Reha-Ende, nach 6 Monaten und 12 Monaten, Psychosomatische Kliniken, in: Gerdes, N., Weidemann, H. (Hrsg.), PROTOS-Studie „Ergebnisqualität stationärer Rehabilitation in 15 Kliniken der Wittgensteiner Kliniken Allianz“ Darmstadt, Steinkopff-Verlag Darmstadt, 2000, 173-203)
- Dilcher, K., Ostermann, T., Sturz, K., Rodewig, H., Koebel, B., Matthiessen, P.F., (2001) Psychosomatisches Eileinweisungsverfahren der Barmer Ersatzkasse, Hamburg Münchner und Hanseatischen Krankenkasse. Lehrstuhl für Medizintheorie, Universität Witten/Herdecke
- Koch, A., (2000). Evaluation einer stationären Traumatherapie in einer Klinik für psychosomatische Medizin. Dresden: Technische Universität.
- Koch, S., Andreas, S., Bleich, C., Dirmaier, J., Harfst, T., Kawski, U., Schulz, H. (2004) Ergebnisbericht zur Erhebung der Patientenzufriedenheit und der Ergebnisqualität, Klinik Schwedenstein Pulsnitz. Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie, Zentrum für Psychosoziale Medizin, Unveröffentlichter Bericht.
- Rothe, H.-M., Dilcher, K., Mockry, L. & Herrle, J. (1998) Stationäre psychosomatische Behandlung des chronischen Tinnitus: Welchen Einfluss hat die soziale Unterstützung auf das Therapieergebnis? Poster auf der 47. Arbeitstagung des DKPM, Leipzig 1998.
- Tiesler, N., (2002). Wirksamkeit frühzeitiger stationärer Rehabilitation bei depressiven Patienten – Evaluation des Modellprojektes „Psychosomatische Eileinweisung“ -. Dresden: Technische Universität
- Wittmann, W.W. (2000) Qualitätssicherung in der psychosomatischen Rehabilitation aus der Perspektive der Evaluationsforschung. Vortrag gehalten in Bad Berleburg, Mai 2000 ([http://www.psychologie.uni-mannheim.de/psycho2/publi/papers/vortrag\\_quality.pdf](http://www.psychologie.uni-mannheim.de/psycho2/publi/papers/vortrag_quality.pdf))
- Zimmermann, B. (2002). Evaluation der stationären Therapie zur Behandlung von Patienten mit Posttraumatischer Belastungsstörung in einer Klinik für Psychosomatische Medizin. Dresden: Technische Universität.



### ***Die demographische Entwicklung in Deutschland als Herausforderung für die psychosomatische Behandlung Älterer***

Ein gesellschaftlicher Umbruch von großer Tragweite findet zurzeit statt. Wenn auch das Thema gerne ignoriert wird, so ist es klar, dass zum heutigen Zeitpunkt die Jahrhunderte lang gültige Vorstellung vom Leben als Entwicklung mit Altern als Endpunkt hinterfragt werden muss. Wo vor 100 Jahren lediglich 5 % der Menschen älter als 70 Jahre alt waren, so sind es heute bereits 20 % und in 20 Jahren circa 35 %. Zum ersten Mal überhaupt wird die Zahl der Kinder in unserem Land geringer sein als die Zahl der Alten.

Trotz des evidenten Zahlenmaterials wird diese Entwicklung noch immer stark verdrängt, so wie der Alterungsprozess insgesamt verdrängt wird. Üblicherweise möchte jeder alt werden, aber keiner alt sein, weil mit der Vorstellung von Altern unangenehme Dinge verbunden werden: Pflegebedürftigkeit, Hilflosigkeit, Abhängigkeit, Verfall und Schwäche. Diese Vorstellungen verursachen Unbehagen, Angst und Hilflosigkeit, insofern werden sie vermieden. Die schönen und positiven Altersbilder werden rarer: die gute Großmutter im Kreise ihrer Enkel, da nämlich sowohl die Enkel weniger werden als auch die Großmütter. Frauen sind immer häufiger sowohl kinder- als auch enkellos. Das generationenübergreifende Band, durch welches die Mehrzahl von uns allen mit ihren Alt-vorderen verbunden ist, wird immer brüchiger, die seelische Infrastruktur – die Beziehung zwischen den Generationen – verwandelt sich. Dies führt schon jetzt zu einem Umbruch von Wertvorstellungen, Bindungsverhalten, Beziehungsgestaltungen und Erwartungen.

In wirtschaftlicher Hinsicht kommt es zu einer erheblich stärkeren Belastung der mittleren Generation – die Aufwendungen für die finanzielle Sicherung der Altengeneration werden von heute (2004) bis zum Jahr 2040 um mehr als 70 % steigen! Es ist zu erwarten, dass diese Entwicklung zu erheblichen zwischenmensch-

lichen Spannungen führen wird. Die Jüngeren fürchten, ein »Heer nutzloser Esser« ernähren zu müssen, sie selbst müssen mit einer erheblichen Verringerung des Rentenniveaus und zunehmender Verschuldung rechnen. Ein Generationenkrieg (der übrigens keinesfalls neu ist) droht. Der Konflikt von Altern versus Ökonomie – schon immer bekannt bei knappen Ressourcen – wird die derzeit mittelalte Generation am stärksten treffen. Dies erfordert, dass jetzt vorausgedacht wird und Lösungen gesucht werden.

Es ist für die Jugend und die mittelalte Generation nicht zumutbar, eine exponentiell wachsende Schar von Rentnern »durchzufüttern«. Die Alten werden, ob sie wollen oder nicht, mitarbeiten und ihren Beitrag zur Gesellschaft leisten müssen. In Amerika, wo sich viele ältere Leute aufgrund der negativen Aktienentwicklung in Bezug auf ihre Altersvorsorge verschätzt haben, kommen bereits jetzt viele Menschen nicht um eine Arbeit auch jenseits des 70. Lebensjahres herum. Es ist zu erwarten, dass uns das ähnlich gehen wird.

In Bezug auf die Bewertung von Alter, Altern und Alterung sowie der Alten selbst ist ein Umdenken unumgänglich. Das defizitäre Modell muss hinterfragt werden, zumal es ja eher aus dem Blickwinkel der Jugend geboren ist und nicht vom Selbsterleben der Alten geprägt ist. Da die Belastungen der Jüngeren immer höher werden, müssen die Älteren, so lange sie nur können, ihren Beitrag zu einer funktionierenden Gesellschaft leisten. Um dies bewältigen zu können, bedarf es einer Neustrukturierung des Lebenslaufes. Die bislang übliche Differenzierung in Phase 1, in der die Bildung dominierte, Phase 2, Familiengründung und berufliche Entwicklung, und Phase 3, Dominanz von Freizeit und Genuss, muss aufgegeben werden. An deren Stelle soll ein neues Verständnis von Entwicklung ins Leben treten, welches von einer Gleichzeitigkeit von Bildung, Arbeit, Familie und Freizeit ausgeht. Damit alte Menschen in dieser Weise produktiv sein können, insbesondere in ihrem angestammten Beruf, z. B. zeitbegrenzt oder auf bestimmte

Gebiete beschränkt, muss unsere Gesellschaft allerdings zu einem veränderten Altersbild sowie zu einer veränderten Ansprache alter Menschen gelangen. Die Stärken oder Kräfte des Alters sollten in der Öffentlichkeit deutlicher thematisiert werden. Die Mitverantwortung der Alten für die Gesellschaft muss vermittelt werden.

Wie können sie ihre finanziellen Ressourcen und ihr Wissen weitergeben? Können sie z. B. jüngere Leute finanziell in deren Ausbildung unterstützen, Kinder betreuen, Fachwissen vermitteln? Diese Fragen sollten in einem gesamtgesellschaftlichen Kontext diskutiert und entschieden werden. Diese Fragen betreffen aber auch unseren eigenen Umgang mit Älteren und die Ambivalenz der Jüngeren gegenüber den Älteren, worin sich natürlich unsere eigene Ambivalenz unserem eigenen Älterwerden gegenüber zeigt.

### **Selbstwahrnehmung der Älteren**

Die 70- bis 100-jährigen Teilnehmer der Berliner Altersstudie haben übereinstimmend angegeben, sich um mindestens 12 Jahre jünger zu fühlen als es ihrem wirklichen Alter entspricht. Diesem Willen zum Jungsein, quasi dem Willen zum Leben, entspricht auch der Wille zur Teilnahme am Leben und in der Regel auch eine Zufriedenheit mit dem Leben. Zwei Drittel der Teilnehmer der Berliner Altersstudie fühlen sich gesund, in der Regel gesünder als ihre Altersgenossen tatsächlich sind, und 90 % haben noch ausgeprägte Lebensziele. Nur ein Drittel der Teilnehmer ist vorwiegend vergangenheitsorientiert. Die Alten selbst – im Gegensatz zu dem, wie die Jungen die Alten definieren – fühlen sich mitten im Leben und wollen auch daran teilnehmen. Diese Mehrheit der Alten, von denen gerade die Rede ist, kann man grob gesagt als die »gesunden Alten« beschreiben, ohne psychische Defizite oder Merkmale einer psychischen Störung.

In der Eldermen-Studie, welche von Gudrun Schneider et al. in einem internistischen Akutkrankenhaus der Universität Essen durchgeführt wurde, wurden alle über 60-jährigen sta-

tionär aufgenommenen Patienten untersucht und bezüglich ihrer Lebensgeschichte, ihrer objektiven organischen Erkrankungen, ihrer Fähigkeiten (activities of daily living – ADL) und ihrer psychogenen und psychosomatischen Beeinträchtigung untersucht. Im Ergebnis zeigte sich, dass die objektiven Belastungen in der Lebensgeschichte wenig Einfluss auf die aktuelle psychische Verfassung hatten, es waren vielmehr die subjektiv belastenden Lebensereignisse, welche zum Untersuchungszeitpunkt zu einer hohen Beeinträchtigung führten. Bei 24,2 % der Probanden, also etwa einem Viertel, wurden die Kriterien einer psychogenen Erkrankung erfüllt. Als lebensgeschichtlich besonderer Risikofaktor für psychogene Erkrankungen im Erwachsenenalter und im hohen Alter erwies sich dabei das Fehlen einer konstanten guten Bezugsperson in der Kindheit. Am zufriedensten und kompetentesten war aber nicht die Population, die am meisten Förderung und Zuwendung und am wenigsten Belastung erlebt hatte, sondern diejenige, die Belastungsphasen durchgestanden und bewältigt hatte.

Anhand der Eldermen-Studie lässt sich nachweisen, dass ca. ein Viertel der internistischen Patientinnen und Patienten vor allem durch ausgeprägte psychogene und psychosomatische Beeinträchtigungen auffällt, ein negatives Selbstbild hat und wenige supportive Faktoren in der Biografie erlebt hat. Diese Gruppe kann als Risikopopulation geortet werden, da sie ihr psychogenes Leiden häufig durch Schmerzsymptome oder funktionelle Störungen im Alter demonstriert und darüber ihre seelische Not zum Ausdruck bringt. Ferner muss ein großer Teil von diesen Menschen mit Todesfällen naher Angehöriger zurecht kommen, meist der Ehepartner. Da ja die früher vorhandenen haltgebenden sozialen Strukturen immer mehr zerbröseln, haben viele der Patienten keine Kinder, keine Freunde und keine haltgebende Dorfgemeinschaft – wir sind also bereits jetzt mit den Folgen des sozialen Umbruchs konfrontiert und müssen, gemeinsam mit anderen, neue Strukturen suchen und entwickeln – vorhanden sind sie nur partiell.



Da es in früheren Jahrhunderten nur wenige Alte gab und eine Alternskultur in unserem heutigen Sinne nicht nötig war, sind wir gezwungen, diese neu zu schaffen. Es bedarf zunächst der Aufklärung, nämlich, dass »älter« und »alt« nicht gleich senil und hässlich bedeutet. Es bedarf der Aufklärung dahingehend, dass die Form des biologischen Alterns sich geändert hat, dass manche Pathologien nachlassen, dass der heute 70-Jährige so fit ist wie der 65-Jährige vor einigen Jahren, dass mit dem Zuwachs an Lebensjahren auch ein Zuwachs an Vitalität und Leistungsfähigkeit einhergegangen ist. Es bedarf der Unterstützung der Älteren, um sich gegen die Gerontophobie und die Abwertung der Jüngeren zu schützen und auch zu wehren – eine psychosomatische Klinik muss an dieser Stelle auch eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe übernehmen und die Älteren dabei unterstützen, die Fremdadwertung nicht zur Selbstabwertung zu machen. Wir müssen die Älteren gegen die Verunglimpfung, gegen den Jugendwahn, latente Ausgrenzung und gegen die entmündigende und entwürdigende Sprache schützen – diese wird letztlich nicht nur von den Jungen über die Alten gedacht (wobei die eigenen Ängste und Befürchtungen mit einschließen), sondern sie wird von den Alten selbst über sich gedacht: Keiner, das hat die Berliner Altersstudie gezeigt, denkt schlechter über andere alte Leute als alte Leute selbst.

Neben der Stärkung des Selbstbewusstseins und der politischen Arbeit bedarf es jedoch auch einer fordernden Haltung den Alten gegenüber. Wir brauchen sie. 30 % der pflegenden Angehörigen, welche kranke Ehepartner, Eltern oder auch Kinder pflegen, sind 65 bis 79 Jahre alt. Mehr als 5 % der pflegenden Angehörigen sind über 80 und älter. In zwei Dritteln der Familien geht die pflegerische Leistung von Angehörigen der mittleren und älteren Generation aus. Dies wird zukünftig nicht weniger werden, eher noch mehr – mit sanftem oder stärkerem Druck durch die Kostenträger. Da sich auch die Anzahl Pflegebedürftiger in den nächsten 20 Jahren verdoppeln wird, benötigt die Gesellschaft die pflegenden Angehörigen, ohne die eine Versorgung der Bedürftigen nicht garantiert ist. Da

das System unserer Rentensicherung und Pflegeversicherung an Grenzen kommt, können wir auf die aktive Mitwirkung der Älteren im sozialen Bereich nicht verzichten. Dies bedeutet für uns, dass wir uns von lieb gewordenen Vorstellungen verabschieden müssen, nämlich einem selbstbestimmten Rentneralter mit Zeit und Geld, um die offenen Lebenswünsche nachzuholen.

### **Zukunftsperspektiven für das 21. Jahrhundert**

Im dritten Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland, welcher im Jahr 2001 vorgelegt wurde, wurden die Zukunftsperspektiven für die Altenpolitik im 21. Jahrhundert entwickelt. Dabei sollen die Rahmenbedingungen für ein aktives Altern mitten in der Gesellschaft gestärkt werden. Ein aktives, selbstständiges und produktives Leben im Alter soll angestrebt und die individuellen Ressourcen zur Aufrechterhaltung eines unabhängigen und aktiven Lebens bereitgestellt und unterstützt werden. In der Kommission werden eine differenzierte Sicht des Alters und Alterns vermittelt und auch die Ressourcen älterer Menschen für die Gesellschaft gesehen. Einerseits wird die Verantwortung des Einzelnen für sein eigenes Alter und Altern betont, andererseits die Verantwortung der Gesellschaft für die Ermöglichung selbstständigen und aktiven Lebens im Alter untersucht, wobei die gesellschaftliche Mitverantwortung in der materiellen Sicherung, in einer fachlich fundierten medizinisch-rehabilitativen und pflegerischen Versorgung sowie in einer altenfreundlichen Gestaltung der Umwelt liegt.

Im dritten Kapitel dieses Berichtes sind im Besonderen die Gesundheit, die Versorgung, die Pflegebedürftigkeit, aber auch die psychische Stabilität alter Menschen das Thema. Betont wird, dass Alter nicht mit Krankheit gleichzusetzen sei, dass es jedoch im höheren Alter zu einer Zunahme an behandlungswürdigen Krankheiten komme. Problematisch ist die Zunahme an chronischen Erkrankungen, die sich durch Irreversibilität und lebenslange Behandlungsbedürftigkeit auszeichnen und häufig mit Komorbidität und Multimorbidität

einhergehen. Die eindimensionalen Krankheitsmodelle der kurativen Medizin werden diesem chronischen Krankheitsverständnis nicht mehr gerecht, deshalb sind Prävention und Rehabilitation unverzichtbar. Wesentlich ist auch die Frage nach der Lebensqualität des verlängerten Lebens. Es geht nicht nur darum, dem Leben mehr Jahre zu geben, sondern auch den Jahren mehr Leben. In Bezug auf Alterung und Verschleiß ist festzustellen, dass extrinsische Faktoren, wie körperliche Aktivitäten, intrinsische Faktoren, wie z. B. morphologische Organveränderungen, entgegenwirken können. Zwar sind nahezu alle über 70-Jährigen auf die eine oder andere Art in ihrer körperlichen Funktionsfähigkeit beeinträchtigt, aber nur ein Drittel ernsthaft krank und in vielen Fällen (bei hohem Blutdruck, Fettstoffwechselstörungen, Zucker usw.) bestehen trotzdem keine subjektiven Beschwerden oder Leidensdruck.

An dieser Stelle seien die sechs Kriterien von Prof. Marie Jahoda für psychische Gesundheit genannt:

1. Positive Einstellung zu sich selbst (Selbstvertrauen, Selbstakzeptanz)
2. Wachstum, Reifung, Entwicklung
3. Autonomie (emotionale Freiheit von den Anforderungen anderer, Selbstachtung)
4. Unverzerrte, präzise Wahrnehmung der Realität
5. Fähigkeiten und Fertigkeiten zur Bewältigung von Anforderungen der Umwelt
6. Integration psychischer Faktoren

In diesem Sinne ist die psychische Gesundheit mehr als die Abwesenheit von psychischen Erkrankungen. Darin kommt auch die Verantwortung des Individuums für seine eigene Gesundheit zum Ausdruck. Gemäß der Ottawa-Erklärung der WHO von 1986 versteht man unter gesundem Älterwerden nicht das Freisein von Krankheiten, sondern die Verfügbarkeit von personalen Ressourcen, durch die die aktive Lebensgestaltung ermöglicht ist. Zu den personalen Ressourcen der aktiven Lebensgestaltung (nach Kruse von 1999) gehören:

- körperliches und seelisches Wohlbefinden
- körperliche und geistige Leistungsfähigkeit

- erhaltene Aktivität im Sinne der Ausübung persönlich bedeutsamer Aufgaben
- Selbstständigkeit im Alltag
- Selbstverantwortung in der Alltagsgestaltung und Lebensplanung
- Offenheit für neue Erfahrungen und Anregungen
- Fähigkeit zur Aufrechterhaltung und Gründung tragfähiger sozialer Beziehungen
- Fähigkeit zum reflektierten Umgang mit Belastungen und Konflikten
- Fähigkeit zur psychischen Verarbeitung bleibender Einschränkungen und Verluste
- Fähigkeit zur Kompensation bleibender Einschränkungen und Verluste

In der Berliner Altersstudie litten 9,1 Prozent der Befragten an einer depressiven Störung, davon 5,4 Prozent an einer Major Depression, 2,0 Prozent an einer Dysthymia, 1 Prozent an einer Depression mit Demenz, 0,7 Prozent an einer depressiven Anpassungsstörung sowie 1,9 Prozent an einer Angststörung. Ferner finden sich 0,7 Prozent Schizophrene und 0,6 Prozent organisch bedingte Persönlichkeitsstörungen. Im Gegensatz zu Demenzen weisen die Depressionen keine Altersabhängigkeit auf, d. h. deren Inzidenz nimmt im hohen Alter nicht zu. Trotz der altersabhängigen Zunahme der Demenzerkrankungen ist die psychiatrische Gesamtmorbidität der Gruppe der 65-jährigen und älteren Menschen nicht höher als die jüngerer Altersgruppen! Dass die Depressionen keine Altersabhängigkeit aufweisen, ist als Hinweis auf die im Alter erhaltene psychische Widerstandsfähigkeit (Resilienz) zu interpretieren, d. h. die Fähigkeit des Menschen, nach Eintreten von Anforderungen und Verlusten das frühere psychische Anpassungs- und Funktionsniveau wieder herzustellen (Ursula Staudinger spricht hier vom »Wohlbefindensparadox«). Wenn man bedenkt, dass im hohen Alter chronische Erkrankungen, Schmerzen, funktionelle Einschränkungen und soziale Verluste zunehmen und dass deren Bewältigung und Verarbeitung eine Aufgabe des höheren Lebensalters darstellt, so muss die Fähigkeit dazu als psychologische Leistung interpretiert werden. Da jedoch die Anzahl depressiv erkrankter



Menschen im Alter nicht zunimmt und zudem beim größten Teil der älteren Bevölkerung Lebenszufriedenheit besteht, ist davon auszugehen, dass es vielen Menschen gelingt, die Anforderungen und Verluste gut zu bewältigen und zu verarbeiten.

### **Aufgabe der Gerontopsychotherapie**

Die Aufgabe, die zuallererst zu leisten ist, ist es, den älteren Menschen, sofern sie psychische oder psychotherapeutische Unterstützung brauchen, diese nicht zu versagen. Obwohl die Älteren durchschnittlich genauso häufig oder genauso selten psychisch krank sind wie die Jüngeren, bekommen sie vergleichsweise viel seltener psychotherapeutische Unterstützung. Obwohl es sich um die Personengruppe handelt, die in unserer Bevölkerung am stärksten wächst, erhalten lediglich 0,9 % dieser Bevölkerungsgruppe psychotherapeutische Hilfe.

Die typischen Problemthemen im Alter sind:

- Verlusterfahrung, sei es des Partners, der Gesundheit, der sozialen Sicherheit oder der sozialen Rolle
- ferner chronische Erschöpfung bei langandauernden Pflegesituationen von Familienangehörigen
- ferner gibt es auch in dieser Altersgruppe – wie in jeder anderen auch – Patienten mit neurotischen Störungen, Süchten (vor allem Benzodiazepine) und Angst.

In der Klinik Schwedenstein litten die meisten Gerontopsychosomatik-Patienten des Jahres 2003 unter affektiven Störungen, in der Regel Depressiver Störung, prolongierter Trauerreaktion oder Dysthymia (63 %), Angststörungen (9 %), Anpassungsstörungen (19 %) sowie somatoformen Störungen (5 %).

Die inhaltliche therapeutische Arbeit unterscheidet sich nicht grundlegend von der Arbeit mit Jüngeren. Die Patienten sind in der Regel sehr engagiert und ernsthaft bei der Arbeit und können deutliche therapeutische Fortschritte erzielen. Bei der psychometrischen Untersuchung mit dem Beck Depressions-Inventar – BDI (Hautzinger et al., 1994) zeigte sich zwi-

schen Aufnahme und Entlassung eine durchschnittliche Verringerung des Gesamtpunktwertes von 17 auf 11 Punkte, was einer Verbesserung von einer leicht- bis mittelgradigen Depression hin zum Grenzbereich zwischen klinischer Unauffälligkeit und leichter Depression entspricht.

Weiterhin schätzten 87 % der behandelten Patienten bei ihrer Entlassung ein, dass sich die Behandlung für sie »sehr gelohnt« oder »gelohnt« habe.

Wir vertreten die Auffassung, dass ein Mensch gesund ist, der trotz seiner Einschränkungen und Probleme gerne lebt, sein Leben bewältigen kann, Aufgaben erfüllen kann, Beziehungen pflegt und einen Sinn in seinem Dasein findet. Die Gesundheit wird dabei nicht statisch oder final gesehen, sondern mehrdimensional als eine Aufgabe, der man sich auf verschiedenen Ebenen zuwenden muss. Sie kann durch Aktivität, Übung und Bemühung bis zu einem gewissen Grad erhalten werden. Bei älteren Menschen ist eine hundertprozentige körperliche Funktionstüchtigkeit ohnehin selten zu finden. Dennoch kann, i. S. des Wohlbefindensparadoxons, eine Akzeptanz des eigenen körperlich eingeschränkten Zustandes erreicht werden und eine Verarbeitung der realen schmerzlichen Gegebenheiten, z. B. bei Trauer, gelingen.

Beim älteren Menschen ist bemerkenswert, dass es zu einer Gleichzeitigkeit von Stärken und Schwächen kommt. Einerseits lässt die physische Stärke, die Belastbarkeit, mitunter auch die geistige Frische und das Gedächtnis nach, andererseits hat der Mensch im Laufe seines gelebten Lebens einen immensen Erfahrungsschatz und eine grundlegende Daseinskompetenz erworben. Man kann diese Kompetenz mitunter sogar Weisheit nennen. Wenn auch die Geschwindigkeit der Informationsverarbeitung und der Anpassungsfähigkeit im Alter etwas nachlässt, so sind andererseits eine gute soziale Kompetenz, ein größerer Weitblick und eine gute Problemlösekompetenz meist vorhanden. Diese Fähigkeiten und Fertigkeiten bilden eine Ressource, die es zu nutzen gilt und die man





den Defiziten entgegenstellen kann. Es ist insbesondere sehr wichtig den älteren Patienten selbst aufzuzeigen, wo ihre Fähigkeiten liegen – oft haben sie diese, im ständigen Vergleich mit ihrem früheren Selbst oder den vermeintlichen Fähigkeiten »der Anderen« zu gering geschätzt und sich darüber selbst in einen Entwertungsprozess hineingearbeitet, der schließlich Selbstwert, Selbstwirksamkeit und positive Lebensausrichtung erheblich behindert hat. An diesem

Punkt ist der Vergleich mit gleichaltrigen und ähnlich beeinträchtigten oft befreiend. Eine Einschätzung der eigenen Möglichkeiten, Austausch, Rückkopplung im therapeutischen Prozess und ehrliche Kommunikation ermöglichen eine Überwindung dieser Einengung und eine realistische Einschätzung der eigenen Person.

Ulrike Anderssen-Reuster,  
stellvertretende Ärztliche Direktorin

---

*Literatur:*

Maercker, A. (Hrsg.) (2002). Alterspsychotherapie und klinische Gerontopsychologie. Heidelberg: Springer.  
Heuft, G. Kruse, A. & Radebold, H. (2000). Lehrbuch der Gerontopsychosomatik und Alterspsychotherapie. München: Reinhardt.  
Schirrmacher, F. (2004). Das Methusalem-Komplott. München: Karl Blessing Verlag.

Mayer, K.U. & Baltes, P.B. (Hrsg.) (1999) Die Berliner Altersstudie. Berlin: Akademie Verlag.  
Schneider, G. Kruse, A. Nehen, H.G. & Heuft, G. (2003). Alt und krank und trotzdem zufrieden? Bewältigung des körperlichen Alterungsprozesses – Längsschnittdaten aus der Eldermen-Study. Psychotherapie, Psychosomatik & Medizinische Psychologie, 132.



## Berichte zur Behandlungsqualität

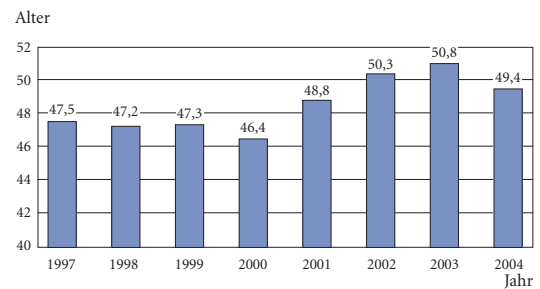
### *Basisdokumentation*

Seit Bestehen der Klinik Schwedenstein wird die Arbeit aller Bereiche durch die Abteilung für Psychodiagnostik, Evaluation & Qualitätssicherung evaluiert. Im Laufe der vergangenen zehn Jahre wurde das klinikinterne Dokumentationssystem mehrfach revidiert und den klinikspezifischen und externen Anforderungen angepasst. Im Rahmen des umfangreichen Qualitätsmanagements der Klinik Schwedenstein werden Daten erhoben, die einen Überblick über wesentliche Merkmale und Therapieergebnisse der bei uns behandelten Patientinnen und Patienten und deren Aussagen zu ihrer Sicht auf die Behandlung in unserer Klinik ermöglichen. Grundlage für die Erhebung ist die Psy-BaDo (Heuft & Senf, 1998). Parallel dazu werden störungsspezifische Fragebögen sowie Fragebögen zur allgemeinen Zufriedenheit der Patienten über den Aufenthalt in der Klinik Schwedenstein eingesetzt.

Von Juli 1994 bis Oktober 2004 wurden 14.117 Patienten behandelt. Basis für die folgenden Auswertungen sind Daten von 10.690 in diesem Zeitraum behandelten Patienten.

Der Frauenanteil war in den vergangenen Jahren nahezu konstant und lag im Berichtszeitraum bei durchschnittlich 77,7 %.

Das Durchschnittsalter lag bei 48,3 Jahren (Streuung =15,5) und ist deutlich höher als in vergleichbaren Einrichtungen. Der Anteil der über 60-jährigen Patienten nahm kontinuierlich zu. Im Jahr 1997 lag der Anteil der Patienten in dieser Altersgruppe bei 15,6 % und stieg in den Folgejahren bis auf 28,4 % im Jahr 2003. Seit 2001 stellt diese Gruppe den größten Anteil dar.



*Abb. I: Entwicklung des Durchschnittsalters*

ICD-10 Diagnosen im Zeitraum 1. 1. 1997 – 31. 10. 2004	Hauptdiagnose		Nebendiagnose <sup>1</sup>	
	Anzahl	in %	Anzahl	in %
Störungen durch psychotrope Substanzen	139	1,3	3227	30,2
Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen	284	2,7	124	1,2
Affektive Störungen	3270	30,6	2348	22,0
Phobische Störungen	258	2,4	554	5,2
Sonstige Angststörungen	580	5,4	626	5,9
Zwangsstörungen	86	0,8	134	1,3
Reaktion auf schwere Belastung und Anpassungsst. (ohne Posttraumatische Belastungsstörung)	1180	11,0	301	2,8
Posttraumatische Belastungsstörung	587	5,5	326	3,1
Dissoziative Störungen (Konversionsstörungen)	75	0,7	289	2,7
Somatoforme Störungen	873	8,2	1360	12,7
Essstörungen	921	8,6	754	7,1
Schlafstörungen	56	0,5	195	1,8
Tinnitus, Adipositas, Asthma, Colitis Ulcerosa (F54)	1220	11,4	1896	17,8
Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	872	8,2	1604	15,0
Sonstige	279	2,6	443	4,1
Summe gesamt	10680	100	14181	132,8

*Tab. I: Haupt- und Nebendiagnosen*

<sup>1</sup> Mehrfachnennungen möglich

### Diagnosestatistik

In Tabelle I ist die Diagnosestatistik nach ICD-10 mit den Häufigkeiten der Haupt- und Nebendiagnosen abgebildet. Mit durchschnittlich 30,6 % Hauptdiagnosen und 20,6 % Nebendiagnosen bildet der Anteil der Patienten mit affektiven Störungen im gesamten Berichtszeitraum gleich bleibend die größte Gruppe.

Der Anteil von Patienten mit Reaktion auf schwere Belastung und Anpassungsstörungen beträgt durchschnittlich 11,0 % und ist ebenfalls gleich bleibend hoch. Durch den Aufbau von Spezialstationen mit eigenen Behandlungskonzepten z. B. für posttraumatische Belastungsstörungen, für Essstörungen, für Borderline-Persönlichkeitsstörungen und für Tinnitus-erkrankungen war der Anteil der behandelten Patienten mit diesen Störungsbildern im Berichtszeitraum ebenfalls relativ hoch.

Die durchschnittliche Anzahl der vergebenen Nebendiagnosen pro Patient betrug im Jahr 1997 2,7 und erhöhte sich auf 3,5 im Jahr 2002. Die durchschnittliche Anzahl im Berichtszeitraum beträgt 3,1.

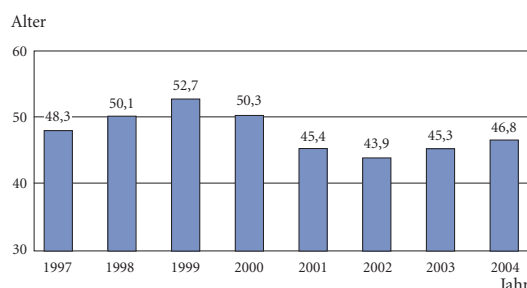
Insgesamt ist eine Zunahme des Schweregrades der Störungen zu verzeichnen. Dies spiegelt sich vor allem auch in den Zahlen zu Suizidversuchen vor Aufnahme der Patientinnen und Patienten in die Klinik Schwedenstein wider: Der Anteil der aufgenommenen Patientinnen und Patienten, die in ihrem Leben bereits einen Suizidversuch begangen hatten, erhöhte sich von 14,2 % im Jahr 1999 auf 20,3 % im Jahr 2003 und betrug im Berichtszeitraum durchschnittlich 18 %.

### Behandlungsdauer

Die Abbildung II zeigt die Schwankungen der mittleren Behandlungsdauer pro Patient in den Jahren 1997 bis 2004. Gründe für diese Schwankungen sind zum Großteil die Auswirkungen des Gesetzes zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung ab dem Jahr 2000.

Bei der Betrachtung der Entwicklung der mittleren Behandlungsdauer ist in den vier zahlenmäßig am stärksten vertretenen Indikations-

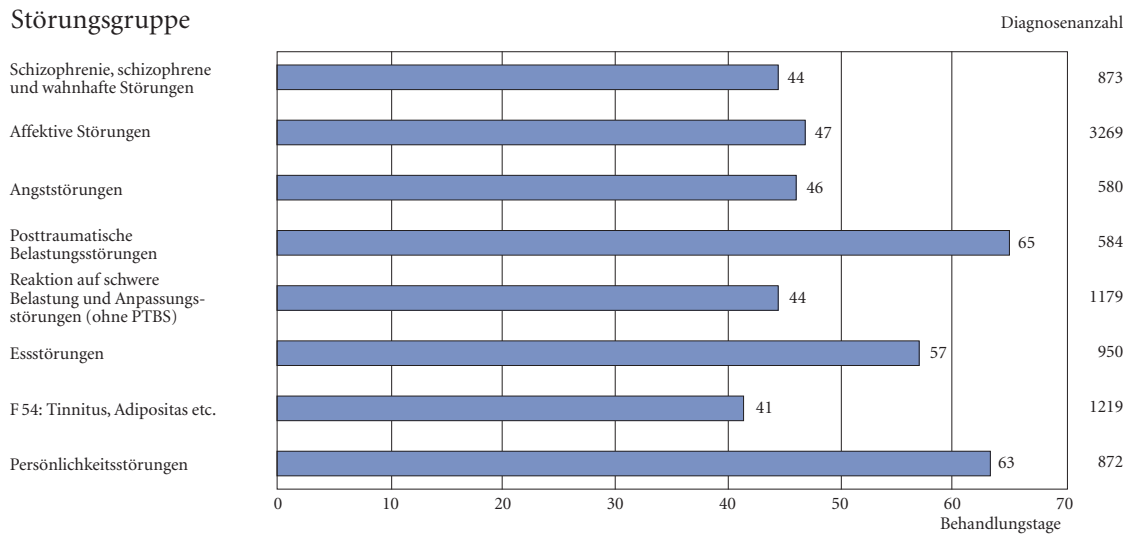
gruppen »Affektive Störungen«, »Psychische Faktoren und Verhaltensfaktoren bei andernorts klassifizierten Krankheiten (Tinnitus usw.)« und »Somatoforme Störungen« ein Rückgang und bei »Essstörungen« ein Anstieg zu beobachten. In der Indikation »Somatoforme Störungen« ist von einem Rückgang der Behandlungsdauer von 48 Tagen im Jahr 1997 auf 42 Tage im Jahr 2003 zu berichten. Ein Anstieg der Behandlungsdauer ist im Indikationsbereich »Posttraumatische Belastungsstörung« um durchschnittlich 12 Tage (von 57 Tagen auf 65 Tage) und im Indikationsbereich »Essstörungen« um durchschnittlich vier Tage im Zeitraum zwischen 1997 und 2004 zu verzeichnen. Der weitere Ausbau der Spezialstationen mit den dazugehörigen Behandlungskonzepten erklärten diesen Anstieg.



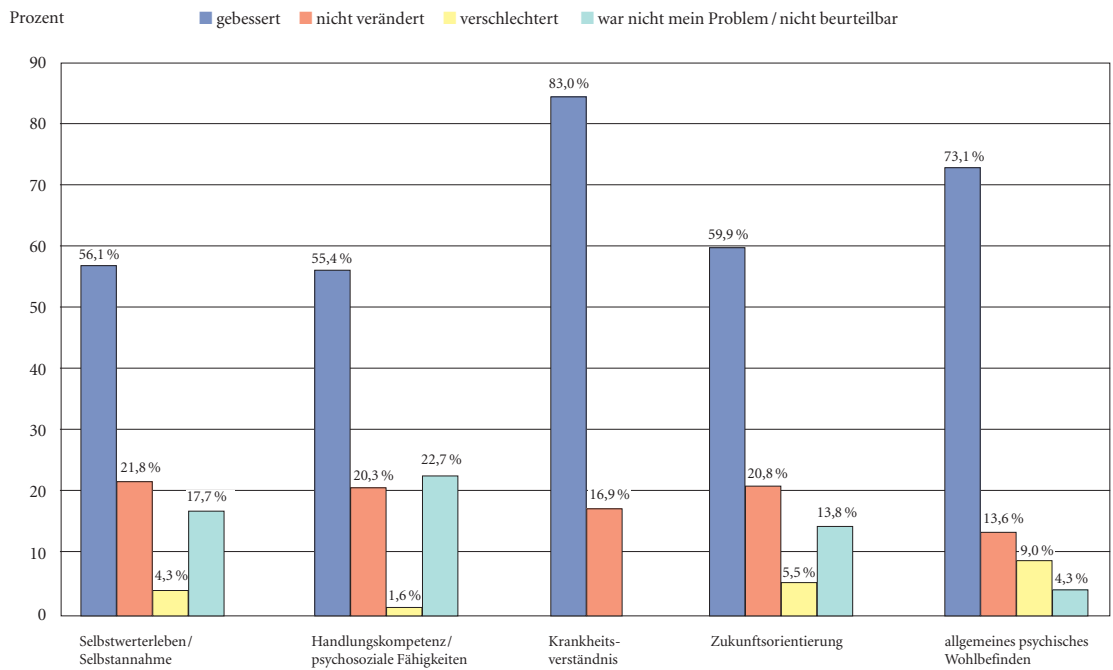
**Abb. II: Entwicklung der durchschnittlichen Behandlungsdauer**

### Behandlungsergebnisse

Anhand der Psy-BaDo als einer der Hauptkomponenten des Systems der Qualitätsüberprüfung in der Klinik Schwedenstein können auch Aussagen über Behandlungsziele und -erfolge aus der Sicht des Patienten getroffen werden. Es wurden Problembereiche bzw. Befindensstörungen betrachtet, die die Patientinnen und Patienten zur Behandlung in unsere Klinik geführt haben. Die am Behandlungsende erhobene Einschätzung zeigt das Ausmaß der vom Patienten subjektiv wahrgenommenen Veränderungen. Mehr als die Hälfte aller befragten Patientinnen und Patienten profitiert in allen genannten Problembereichen von unseren Behandlungsangeboten, bezogen auf Krankheitsverständnis und psychisches Wohlbefinden sind es sogar mehr als zwei Drittel (vgl. Abbildung IV).



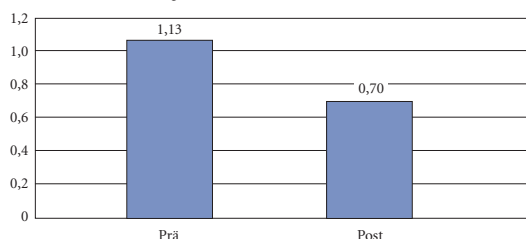
**Abb. III: Durchschnittliche Behandlungszeit im Zeitraum 1997–2004**



**Abb. IV: Veränderungen in spezifischen Problembereichen bei 5.800 im Zeitraum 1999 bis 2004 behandelten Patienten**

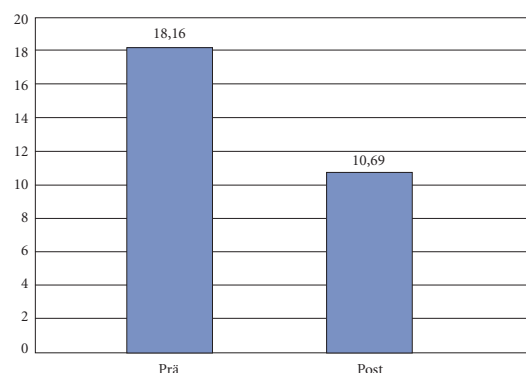
Störungsspezifische Fragebögen, die teils standardmäßig und teils indikativ in der Klinik Schwedenstein eingesetzt werden, geben Auskunft über das Ausmaß der körperlichen und psychischen Störungen der Patienten. In Abbildung V wird die allgemeine psychische Belastung und in Abbildung VI die Veränderung der depressiven Symptomatik dargestellt. Die Ergebnisse aller im Berichtszeitraum behandelten Patienten zeigen einen deutlichen Rückgang der Beschwerden. Die Effektstärke, die nach Cohen (1977) in klein (0,2 – 0,5), mittel (0,5 – 0,8) und groß (> 0,8) unterteilt wird, stellt das Maß der Veränderung dar und liegt im Bereich der allgemeinen psychischen Belastung bei 0,7 und in der Veränderung der depressiven Symptomatik bei 1,1. Die genannten Koeffizienten stellen für die klinische Versorgungspraxis sehr gute Werte dar.

Effektstärke der Veränderung: 0,69



**Abb. V: Veränderung der allgemeinen psychischen Belastung (GSI)**

Effektstärke der Veränderung: 1,05



**Abb. VI: Veränderung der depressiven Symptomatik (BDI)**

### Patientenzufriedenheit

Bereits seit 1994 wird die Patientenzufriedenheit als ein Maß der Qualität unserer Arbeit gemessen.

Dazu werden eine Reihe von Qualitätsindikatoren der Patientenzufriedenheit, wie z. B.

- medizinisches und psychotherapeutisches Angebot
- Verhältnis Patient – Pflegepersonal
- Zimmer- und Klinikausstattung
- Freizeitmöglichkeiten

untersucht. Alle Patienten werden aufgefordert, im Laufe ihres Aufenthaltes eine Einschätzung über die Zufriedenheit mit bestimmten Rahmenbedingungen und dem Engagement und Verhalten der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Klinik sowie der Wichtigkeit dieser Faktoren für die Behandlung abzugeben. In Abb. V wurde die Wichtigkeit auf einer Skala von 0 (gar nicht wichtig) bis 100 (sehr wichtig) einzelner Qualitätsindikatoren und deren Bewertung dargestellt (in % der gut/sehr gut – Bewertungen).

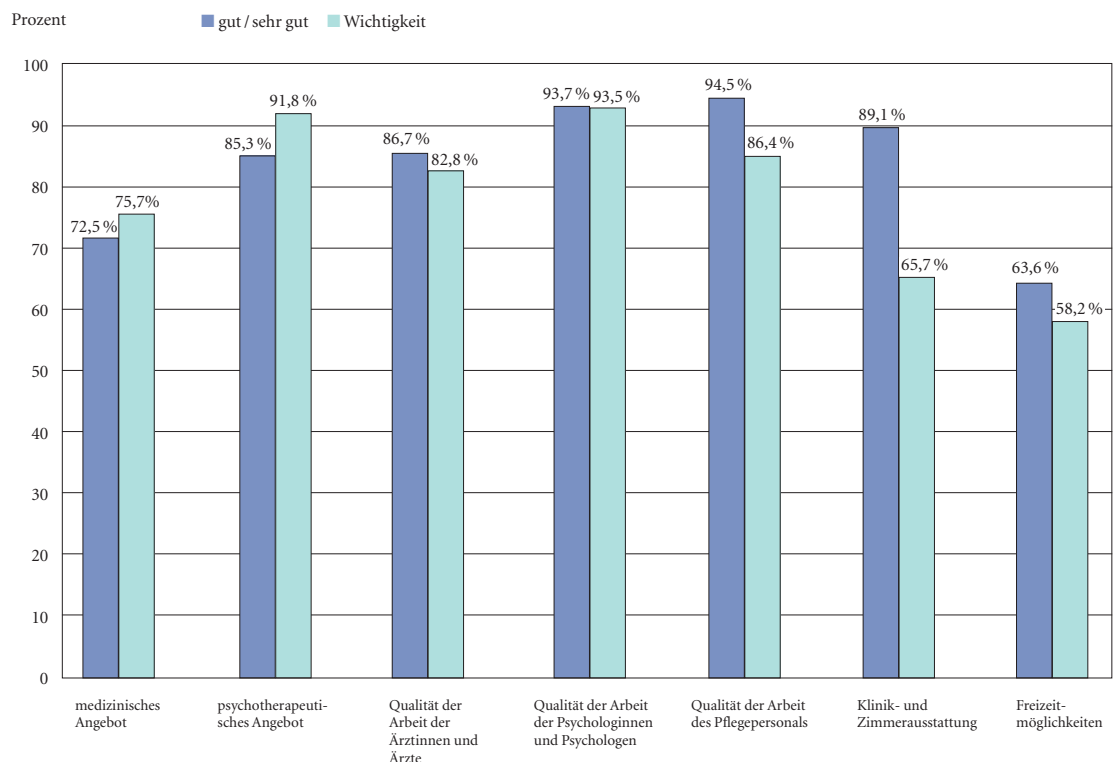
Im Rahmen der psychologischen Diagnostik werden die Patientinnen und Patienten u.a. nach Behandlungserfolg und Einschätzung der Gesamtbehandlung befragt.

In einem weiteren Fragebogen wird nach der Zufriedenheit im Großen und Ganzen gefragt. 83,9 % aller Befragten im Zeitraum von 1997 bis 2004 gaben an, dass die Behandlung in der Klinik Schwedenstein den meisten bzw. fast allen ihren Bedürfnissen entsprochen hat. 84 % waren mit der Behandlung weitgehend bis sehr zufrieden. 87,7 % der befragten Patienten würden die Klinik einem Freund weiterempfehlen und 81,8 % würden wieder in die Klinik Schwedenstein kommen, wenn sie Hilfe bräuchten. Von den 582 im Jahre 2004 befragten Patientinnen und Patienten gaben 80,1 % (-3,9 % gegenüber dem Gesamtzeitraum) an, dass sie mit der Behandlung weitgehend zufrieden waren. 81,9% (-5,8 % gegenüber dem Gesamtzeitraum) würden die Klinik einem Freund weiterempfehlen und 77,2 % (-4,6 % gegenüber dem Gesamtzeitraum) würden wieder in die Klinik kommen, wenn sie Hilfe bräuchten. Wie die

durchgeführten Untersuchungen zeigen, wird die Klinik Schwedenstein in den letzten Jahren in der Gesamtbewertung etwas kritischer beurteilt. Dies lässt sich u.a. mit der relativen Zunahme komplexer und schwerwiegender Krankheitsbilder (z. B. steigende Anzahl von Nebendiagnosen) begründen. Aber auch die gewachse-

nen Ansprüche der Patienten an eine qualitativ gute Behandlung mit spezialisierten und umfangreichen Behandlungsangeboten spiegeln sich hier wider und müssen für alle Mitarbeiter Ansporn und Verpflichtung in der täglichen Arbeit sein.

Marion Jung, Psychologisch techn. Assistentin



**Abb. VII: Patientenzufriedenheit**

*Literatur:*

Heuft, G. & Senf, W. (1998). Praxis der Qualitätssicherung in der Psychotherapie: Das Manual zur Psy-BaDo. Stuttgart: Thieme Verlag.

### Zum aktuellen Status der Behandlungsqualität: Ergebnisse der Pilotphase des GKV-Projektes

In unserem Jahresbericht 2003 haben wir über die Teilnahme der Klinik Schwedenstein an der Pilotphase des Qualitätssicherungsprojektes der Gesetzlichen Krankenversicherung berichtet. Dargestellt wurden der Ablauf des Projektes, die drei Säulen der Qualitätserfassung: Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität sowie die Operationalisierung und Auswertung der drei genannten Aspekte der Behandlungsqualität. Insbesondere das Vorgehen zur Auswertung der Entlassungsberichte als Gradmesser für die Prozessqualität wurde eingehender beschrieben.

Nach der Beschreibung der ersten Phase dieses Projektes ist es nun an der Zeit, von den Ergebnissen der Pilotphase zu berichten, an der sich insgesamt 11 Kliniken beteiligten, bevor zu Beginn des Jahres 2005 die nächste Phase des Projektes in der Klinik Schwedenstein eingeläutet wird.

### Strukturqualität

Die Strukturqualität umfasst die Voraussetzungen, die in einer Behandlungseinrichtung existieren müssen, damit ein gutes Ergebnis erzielt werden kann. Diese umfassen sowohl Strukturmerkmale im engeren Sinn als auch sogenannte strukturnahe Prozessmerkmale. Die erfassten Bereiche sind in Abb. I aufgeführt.

Medizinisch-technische Merkmale der Strukturqualität	
-	Allgemeine Merkmale und räumliche Ausstattung
-	Medizinisch-technische Ausstattung
-	Therapeutische Behandlungen, Schulungen, Patientenbetreuung
-	Personelle Ausstattung
Strukturnahe Prozessmerkmale	
-	Konzeptionelle Grundlagen
-	Internes Qualitätsmanagement
-	Interne Kommunikation und Personalentwicklung

Abb. I Merkmale der Strukturqualität

Die Ergebnisse der Strukturqualitäts-Erhebung sind in Abb. II zusammengefasst.

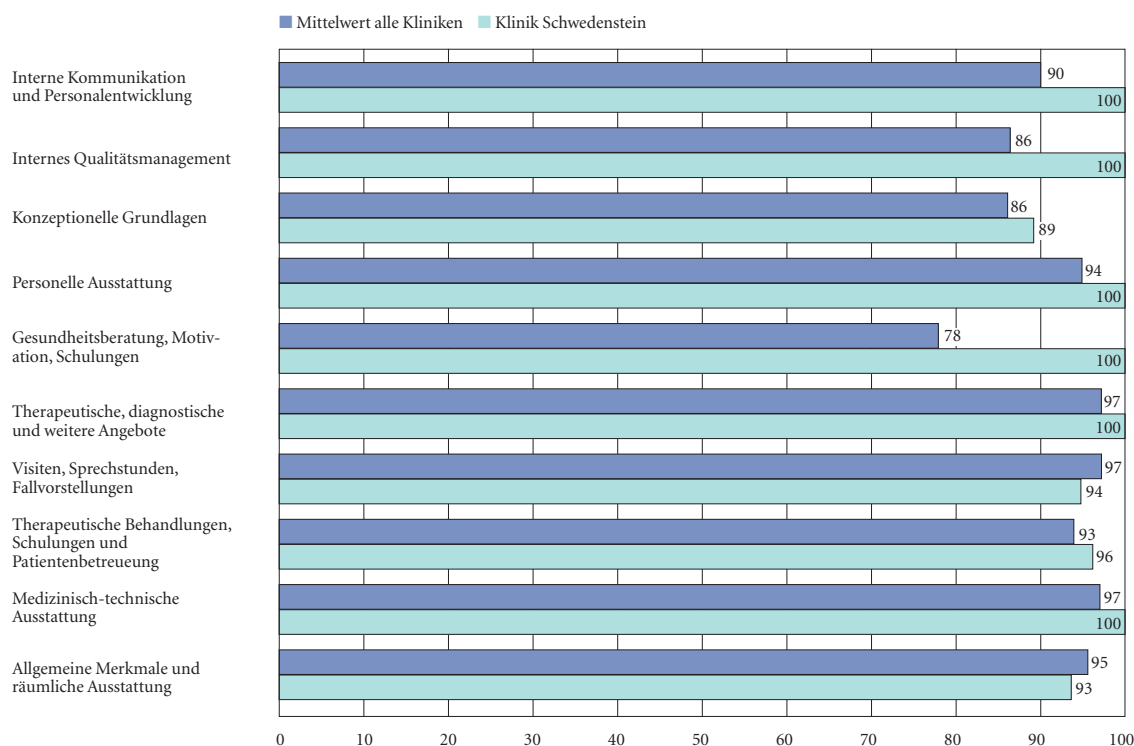


Abb. II: Ergebnisprofil Strukturqualität – Erfüllung der Basiskriterien



Deutlich wird, dass die Klinik Schwedenstein im Vergleich mit den übrigen beteiligten Kliniken in keiner Kategorie deutlich unterdurchschnittliche, jedoch in einigen Kategorien weit überdurchschnittliche Qualitätsmerkmale aufweist. Für nicht weniger als 6 der untersuchten 10 Merkmalsbereiche wird eine 100% ige Erfüllung der Qualitätskriterien festgestellt. Einige durch die Studienkoordinatoren angeregte Verbesserungsvorschläge wurden außerdem unmittelbar nach Rückmeldung der Ergebnisse umgesetzt, so dass inzwischen weiter verbesserte Ergebnisse zu erwarten wären. Insgesamt werden der Klinik Schwedenstein somit hervorragende Voraussetzungen für die Erbringung qualifizierter Behandlungen bescheinigt, die im Vergleich aller evaluierten Kliniken deutlich überdurchschnittlich sind.

#### **Prozessqualität**

Die Prozessqualität wurde auf der Grundlage einer systematischen Auswertung der Entlassungsberichte der beteiligten Institutionen ermittelt. Dabei wurden die Berichte von zuvor speziell geschulten Leitenden Ärzten jeweils anderer beteiligter Kliniken anhand eines Kriterienkataloges ausgewertet (»Peer-review-Verfahren«). Beurteilt wurden verschiedene einzelne Bereiche und der Gesamtbericht bzw. der gesamte Reha-Prozess. Dabei konnten für jeden Bereich bis zu 10 Qualitätspunkte vergeben werden.

Beurteilt wurden die Bereiche

- Anamnese
- Diagnostik
- Therapieziele / Therapie
- Klinische Epikrise
- Sozialmedizinische Stellungnahme
- Weiterführende Maßnahmen / Nachsorge

sowie der Gesamte Reha-Prozess.

Die Klinik Schwedenstein erreichte im Mittel des gesamten Reha-Prozesses einen Wert von 7,5 Punkten, was in etwa dem Mittelwert der Referenzgruppe (7,3 Punkte) entspricht. Maxi-

mal wurden 8,2 Punkte erreicht (Bereich: Weiterführende Maßnahmen / Nachsorge).

Im Bereich Sozialmedizinische Stellungnahme erzielte die Klinik Schwedenstein eine signifikant bessere Qualitätsbewertung als die Referenzgruppe, wobei die rückgemeldeten Defizite in diesem Bereich dennoch Anlass zu weiteren Verbesserungsbemühungen geben. Die sonstigen Beurteilungen bewegten sich im Rahmen des jeweiligen Durchschnittswertes aller Kliniken.

Insgesamt zeigt sich somit für den Bereich der Prozessqualität ein gutes und im relativen Vergleich tendenziell überdurchschnittliches Ergebnis, das allerdings unseren selbst gesteckten Zielen nicht ganz gerecht wird und Anlass für weitergehende Bemühungen ist.

#### **Ergebnisqualität**

Die Ergebnisqualität wurde auf zwei Ebenen erfasst. Zum Einen wurden sowohl von jeder/ jedem Bezugstherapeutin/en als auch von den Patientinnen und Patienten vorrangige Therapieziele aus einer Therapiezielliste ausgewählt und deren Erreichung zum Ende der Behandlung beurteilt. Dabei wurden in der Erhebungsphase für Patienten und Therapeuten unterschiedliche Versionen verwendet, um die »Übersetzung« fachspezifischer Begrifflichkeiten in die Alltagssprache der Patientinnen und Patienten zu gewährleisten. Die erfassten Therapieziele gliedern sich in psychosoziale, somatische, edukative und aktivitäts- / partizipationsbezogene Aspekte. Die vollständige Liste der Therapieziele ist in Abbildung III aufgeführt.



Psychosozial:

- Reduktion der spezifischen Symptomatik
- Bearbeitung emotionaler Aspekte
- Bearbeitung kognitiver Aspekte
- Förderung der sozialen Kompetenz
- Bearbeitung intrapsychischer Aspekte
- Entwicklung des Selbst
- Akzeptierung der Realität
- Bearbeitung biographisch relevanter Ereignisse
- Entwicklung adäquater Behandlungsmotivation

Somatisch:

- Steigerung der körperlichen Leistungsfähigkeit
- Linderung vegetativer Beschwerden
- Linderung von Schmerzen
- Reduzierung von Risikoverhalten/ -faktoren

Edukativ:

- Vermittlung von Informationen über die Krankheit
- Förderung von Gesundheitsverhalten
- Verbesserung der Stressbewältigung

Aktivität/ Partizipation:

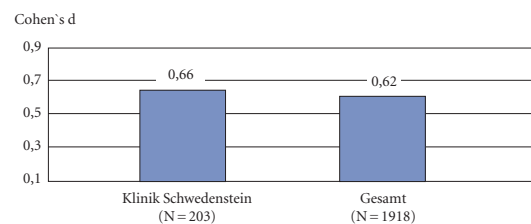
- Wiederherstellung/ Erhalt der Arbeitsfähigkeit
- Bearbeitung von interpersonellen Problemen
- Verbesserung der Alltagsbewältigung
- Erarbeitung von Zukunftsperspektiven

**Abb. III: Therapieziele**

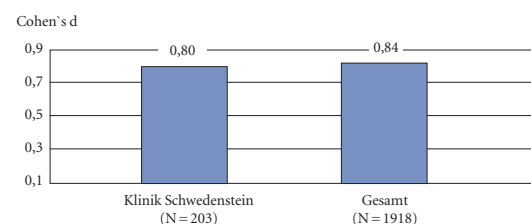
Die Beurteilung der Zielerreichung durch die Therapeuten ergab eine durchschnittliche bis leicht überdurchschnittlich gute Zielerreichung in nahezu allen Bereichen. Lediglich im Bereich sozialer Kompetenzen wurde die Zielerreichung von unseren Therapeutinnen und Therapeuten etwas geringer eingeschätzt als in den Referenzkliniken.

Wichtiger noch als die Beurteilung der Zielerreichung durch die Therapeuten ist aus klinischer Sicht die Beurteilung durch die Patientinnen, da sie für die Zufriedenheit mit der Behandlung, Veränderungsmotivation, Selbstwirksamkeitserwartung und Optimismus eine wichtige Rolle spielt. Patientenseitig wurde die Zielerreichung in allen Bereichen zumindest durchschnittlich, in zwei Bereichen (Entwicklung des Selbst, Bearbeitung biographisch relevanter Ereignisse) sogar signifikant überdurchschnittlich bewertet.

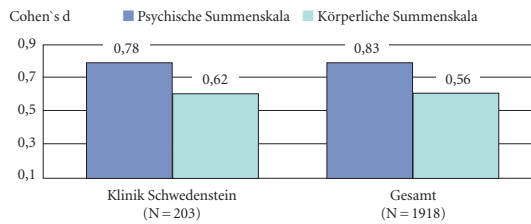
Als zweite Komponente der Ergebnisqualität wurde eine Evaluation auf der Basis standardisierter Selbstbeurteilungsinstrumente durchgeführt. Als Syndromskalen zur Selbstbeurteilung wurden u.a. die Symptom-Checkliste – SCL-14, die Kurzform der Allgemeinen Depressionsskala – ADS-K, die Kurzform des Fragebogens zum Gesundheitszustand - SF-8 und der Fragebogen zu interpersonellen Problemen – IIP eingesetzt. Hier zeigten sich bezogen auf die Gesamtheit der untersuchten Patientinnen und Patienten auf allen Skalen Werte im Durchschnittsbereich der untersuchten Kliniken. Die Effektstärken, die nach Cohen (1977) in klein (0,2 – 0,5), mittel (0,5 – 0,8) und groß (> 0,8) unterteilt werden und die jeweiligen Vergleichswerte aus den Referenzkliniken sind in den Abbildungen IV bis VII dargestellt. Im statistischen Vergleich verschiedener Indikationsbereiche konnte sich die Klinik Schwedenstein in einem Bereich positiv abheben: bei hoch belasteten Patientinnen und Patienten mit Persönlichkeitsstörungen wurde ein signifikant größere Verbesserung des allgemeinen Beschwerdeausmaßes (SCL-14-Gesamtwert) erzielt als in den Referenzkliniken. Die übrigen Ergebnisse bewegten sich im Durchschnittsbereich der untersuchten Kliniken.



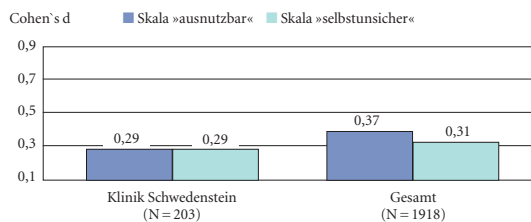
**Abb. IV: Globaler Schwereindex der Symptom-Checkliste (GSI der SCL-14)**



**Abb. V: Allgemeine Depressionsskala (ADS)**



**Abb. VI: Fragebogen zur gesundheitsbezogenen Lebensqualität (SF-8)**



**Abb. VII: Inventar zur Erfassung interpersoneller Probleme (IIP)**

Auch für den Bereich der Ergebnisqualität zeigt sich somit ein Ergebnis im durchschnittlichen bis leicht überdurchschnittlichen Bereich.

Als Fazit der Pilotphase des Projektes lässt sich festhalten, dass die Klinik Schwedenstein über hervorragende Voraussetzungen zur Durchführung qualifizierter psychosomatischer Behandlungen verfügt. Zu berücksichtigen ist dabei außerdem, dass in der Klinik Schwedenstein objektivierbar ein besonders hoher und auch im Vergleich mit gleichartigen Einrichtungen überproportionaler Anteil an Patienten mit

besonders schweren und chronischen Verläufen behandelt wird, was auch Einflüsse auf das Therapieergebnis erwarten lässt. Die Prozess- und Ergebnisqualität bewegen sich auf zufriedenstellendem und im Vergleich zu den Referenzkliniken ebenbürtigen bis leicht überdurchschnittlichen Niveau, entsprechen aber nicht unseren hochgesteckten Zielen. Allerdings muss in diese Bewertung mit einbezogen werden, dass die in der Referenzgruppe enthaltenen Kliniken sich jeweils auf freiwilliger Basis und somit besonders frühzeitig an der Pilotphase des GKV-Projektes beteiligten. Dies spricht dafür, dass es sich um Einrichtungen mit besonders ausgeprägtem Qualitätsbewusstsein und –anspruch handelt, so dass auch für die Referenzgruppe insgesamt von deutlich überdurchschnittlichen Standards und Ergebnissen, gemessen an der Gesamtheit aller gleichartigen Kliniken, auszugehen ist. Vor diesem Hintergrund erscheinen die Ergebnisse der Klinik Schwedenstein nochmals in verändertem Licht, geben jedoch keinen Anlass zu einer Verringerung des eigenen Anspruchs. Nach der Erhebungsphase in der ersten Jahreshälfte 2003 und der Rückmeldung der ersten Ergebnisse wurden daher weitere intensive Anstrengungen zur Verbesserung der Behandlungsqualität auf allen drei Ebenen unternommen, deren Resultate wir im Rahmen einer erneuten Evaluationsphase des weiterhin laufenden GKV-Projektes zu Beginn des Jahres 2005 überprüfen wollen.

Rolf Leibbrand, Leitender Psychologe  
Marion Jung, Psychologisch techn. Assistentin

## Wissenschaftliche Tagungen

### **3. Schwedensteiner Reha-Fachtagung – »Der D-Arzt als Schnittstelle für diagnostisches Screening, Behand- lungsanleitung und Begutachtung«**

Zwei Themen standen bei der diesjährigen Reha-Fachtagung im Mittelpunkt. Zum einen die Praxiserfahrungen von Notärzten und D-Ärzten bezüglich einer frühzeitigen Einleitung und kontinuierlichen Fortsetzung von Behandlungen bei psychosomatischen Unfallfolgen mit oder ohne körperliche Verletzungen. Zum anderen der Informationsaustausch verschiedener Teilnehmer des Behandlungsnetzwerkes von Versicherten der gesetzlichen Unfallversicherungen, wie z. B. D-Ärzte, Notärzte, Hausärzte, ambulante Psychotherapeuten sowie stationäre Behandler der chirurgischen, orthopädischen und neurologischen Abteilungen sowie der psychosomatischen Reha-Fachkliniken.

Im Vorfeld der Tagung waren ausdrücklich alle D-Ärzte Sachsens angeschrieben worden, sich an der Diskussion über die Verbesserung der Heilverfahrenssteuerung zu beteiligen. Erfreulich war, dass trotz der hohen Eingebundenheit in den Routineablauf in den Praxen und Kliniken die Resonanz mit mehr als 90 Teilnehmern und einem guten Dutzend D-Ärzten so hoch wie noch nie war.

Eröffnet wurde der Tag durch einen Beitrag von Claudia Hora und Annette Wasewitz der Berufsgenossenschaft für Fahrzeughaltungen, der modellhaft eine Heilverfahrenssteuerungskette bei traumatisierten Unfallverletzten darstellte und insbesondere auf die positiven Kosteneffekte bei einer engmaschigen Heilverfahrenssteuerung hinwies. Dr. Felix Bonnaire aus der Klinik für Unfall-, Wiederherstellungs- und Handchirurgie des Krankenhauses Dresden-Friedrichstadt eröffnete dann mit einem pointierten Vortrag über die Heilverfahrenssteuerung aus Sicht der D-Arztpraxis die

Diskussion. Er warb für eine größere Sensibilität im Hinblick auf psychische Komponenten und psychosomatische Zusammenhänge bei der Krankheitsbewältigung. Dies wurde auch vom Notarzt Dr. Gerhard Georg Schlenk aus Leipzig, dem Leiter eines Kriseninterventions-teams, betont. Er beschrieb viele Fallbeispiele aus der täglichen Routine der Akutversorgung somatischer Verletzungen und erläuterte die psychischen Akutfolgen von Unfällen.

Im Weiterbildungsteil wurden dann diagnostische Screeningverfahren für die Symptombereiche PTBS, Angst und Depression, chronischer Schmerz und somatoforme Störungen von den Vertretern der Klinik Schwedenstein vorgestellt. In einer Zusammenfassung verschiedener Kurzreferate von Vertretern der Unfallversicherungsträger (Verwaltungsberufsgenossenschaft Dresden, Andrea Buchmann, Unfallkasse Thüringen, Jeanette Kranz, Unfallkasse Sachsen, Roland Kramer), Dr. Ines Richter als praktizierende Hausärztin sowie Dr. Felix Bonnaire aus D-Arzt-Sicht wurde die Tagung abgeschlossen.

Als konkretes Ergebnis konnte festgehalten werden, dass Frank Martin Weiler vom Landesverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften in Zusammenarbeit mit verschiedenen Berufsgenossenschaften und der Unfallkasse Sachsen ein Fortbildungsmodul für D-Ärzte in den nächsten Monaten realisiert. Am Ende der Tagung wurde nochmals von allen Beteiligten der Wunsch geäußert, die Veranstaltung im regelmäßigen Turnus mit einer frühzeitigen Ankündigung auch im nächsten Jahr fortzusetzen. Der Termin für die 4. Schwedensteiner Reha-Fachtagung ist der 1. September 2005. Eine Vorankündigung wird im März 2005 und das Programm im Juni 2004 an alle Interessentinnen und Interessenten verschickt. Wir freuen uns bereits jetzt wieder auf die traditionell rege Beteiligung.

Klaus Dilcher, Leitender Psychologe



**Programm der 3. Schwedensteiner Reha-Fachtagung zum Thema  
»Die Behandlungssteuerung bei psychosomatischen Unfallfolgen –  
der D-Arzt als Schnittstelle für diagnostisches Screening,  
Behandlungseinleitung und Begutachtung«  
am 8. September 2004 in der Klinik Schwedenstein**

<b>Referentinnen/Referenten</b>	<b>Themen</b>
Dr. med. Kornelia Sturz Ärztliche Direktorin Klinik Schwedenstein	Begrüßung – Ziele der 3. Schwedensteiner Reha-Fachtagung
Claudia Hora Annette Wasewitz Gruppenleiterinnen Unfallsachbearbeitung der Berufsgenossenschaft für Fahrzeughaltungen Dresden	Früherkennung und Heilverfahrenssteuerung traumatisierter Unfallverletzter – ein Projekt der Berufsgenossenschaft für Fahrzeughaltungen
PD Dr. med. Felix Bonnaire Chefarzt der Klinik für Unfall-, Wiederherstellungs- und Handchirurgie des Krankenhauses Dresden Friedrichstadt, Städt. Klinikum, Akademisches Lehrkrankenhaus der TU Dresden	Psychosomatische Störungen nach Unfällen: Chancen und Störungen der Heilverfahrenssteuerung in der D-Arzt-Praxis
Dr. med. Gerhard Georg Schlenk Leipziger Notararzt, Vorstandsvorsitzender des Kriseninterventionsteams (KIT) Leipzig e.V.	Notarztpraxis und psychische Unfallfolgen
Dipl.-Psych. Klaus Dilcher, Leitender Psychologe der Abteilung I Dr. phil. Dipl.-Psych. Rolf Leibbrand Leitender Psychologe der Abteilung V Dipl.-Psych. Carina Ulbrich Stationstherapeutin Klinik Schwedenstein	Diagnostische Screeningverfahren für verschiedene Symptombereiche: PTBS, Angst und Depression, Chronischer Schmerz, Somatoforme Störungen
Andrea Buchmann Reha-Managerin der Verwaltungs- Berufsgenossenschaft Dresden Jeanette Kranz Gruppenleiterin Unfallkasse Thüringen Roland Kramer Abteilungsleiter Entschädigung der Unfallkasse Sachsen Dr. Felix Bonnaire s. o. Dipl.-Psych. Klaus Dilcher s. o. Dr. med. Ines Richter Fachärztin für Allgemeinmedizin – Psychotherapie Dresden	Kurzreferate/Statements: – Erwartungen aus Sicht der Unfallversicherungsträger – Erwartungen aus Sicht der D-Ärzte – Erwartungen aus Sicht der ambulanten und stationären Behandler

## **1. Pulsnitzer Hausärzte-Symposium**

Am 29. September 2004 wurde in der Klinik Schwedenstein eine neue Veranstaltungsreihe ins Leben gerufen. Geplant ist, mit jährlich stattfindenden, sehr praktisch ausgerichteten Symposien zu verschiedenen psychosomatischen Störungsbildern insbesondere haus- und allgemeinärztliche Kolleginnen und Kollegen anzusprechen, die in ihrer täglichen Arbeit häufig und unvorbereitet mit solchen Störungsbildern konfrontiert sind.

Mit dem »Pulsnitzer Hausärzte-Symposium« wird das Ziel verfolgt, Hinweise für die Diagnostik und den Umgang mit Patienten mit psychosomatischen Erkrankungen zu geben, effektive Strategien aufzuzeigen und damit auch den Patienten die Möglichkeit zu eröffnen, frühzeitig etwas gegen ihre Beschwerden zu unternehmen.

Das diesjährige erste Symposium trug den Titel:

### ***Somatoforme und funktionelle Störungen: Effektive Strategien zum Umgang mit unklaren körperlichen Beschwerden***

Störungen in Verbindung mit körperlichen Beschwerden aller Art, bei denen sich auch nach sorgfältiger Diagnostik keine ausreichenden organischen Ursachen auffinden lassen, sind hier zu Lande extrem häufig. Diese psychosomatischen Störungen im engeren Sinn werden heute als somatoforme oder funktionelle Störungen bezeichnet. Es werden Raten von 20 bis über 40 % in internistischen Praxen, bis zu 40 % in neurologischen Abteilungen und deutlich über 10 % in der Allgemeinbevölkerung berichtet. Im Gesundheitswesen verursachen diese Störungen weit überdurchschnittliche Kosten, die im ambulanten Bereich um das 14-Fache, im stationären Bereich immerhin um das 6-Fache erhöht sind. Effektive Behandlungsmaßnahmen beschränken sich auf das Spektrum psychosomatischer Therapieverfahren. Oft vergehen Jahre, bis die Betroffenen die geeignete Behandlung erhalten. Währenddessen verschlimmert sich das Leiden meist konti-

nuierlich. Ergebnis ist in vielen Fällen eine regelrechte Krankenkariere, die keiner sinnvollen Steuerung unterliegt, Ressourcen verschlingt und bei allen Beteiligten zu zunehmender Ratlosigkeit führt.

Nach der Begrüßung durch die Ärztliche Direktorin, Dr. Kornelia Sturz, gab der Leitende Psychologe der Abteilung für somatoforme Störungen und Schmerzstörungen, Dr. Rolf Leibbrand, zunächst einen Überblick über die Bedeutung somatoformer Störungen in unserem Gesundheitssystem, wobei er insbesondere auf Probleme bei der Verkaufssteuerung an der Schnittstelle zwischen organmedizinischer und psychosomatisch-psychotherapeutischer Behandlung einging.

Dr. Elisabeth Rauh, Chefarztin am Zentrum für verhaltenstherapeutische Medizin der Klinik Stafelstein, berichtete danach in ihrem Vortrag über ein Forschungsprojekt der Universität Marburg zum Umgang mit somatoformen Störungen in der Hausarztpraxis. Dabei ging sie insbesondere auf die praktische Vorgehensweise und die Inhalte der Beratung ein, die von den speziell für das Projekt geschulten Ärzten angewandt wurden.

Dr. Cornelia Nestler, internistische Funktionsoberärztin, und Dr. Rolf Leibbrand, stellten danach das Behandlungskonzept der Klinik Schwedenstein an einem praktischen Fallbeispiel anschaulich dar, was bei den anwesenden Teilnehmerinnen und Teilnehmern auf reges Interesse stieß.

Schließlich stellte Dr. Kornelia Sturz das zukünftige Antragsverfahren für die Krankenkassen-finanzierte stationäre psychosomatische Rehabilitation vor, wobei die damit verbundenen Neuerungen und Anforderungen zu ausführlichen spontanen Diskussionen Anlass gaben, wobei seitens der Anwesenden vielfach auf mögliche Umsetzungsprobleme und Unklarheiten hingewiesen wurde. Aus dem Publikum und von Dr. Kornelia Sturz wurde der Wunsch geäußert, auftretenden Problemen durch gegenseitige Unterstützung und persönliche Kontaktaufnahme mit Mitarbeitern der Klinik zu begegnen.



---

In der Pause zwischen den Vorträgen bestand die Möglichkeit, die Klinik zu besichtigen und Fragen zu Konzept und Abläufen zu stellen. Nach einer abschließenden Diskussion klang die Veranstaltung mit einem Imbiss und der Gelegenheit zum persönlichen Gespräch aus.

Aus unserer Sicht war das 1. Pulsnitzer Hausärzte-Symposium ein vielversprechender Auftakt für eine neue Veranstaltungsreihe der Klinik Schwedenstein. Besonders gefreut haben

wir uns über das rege Interesse und die positive Resonanz der anwesenden Ärztinnen und Ärzte. Gerne werden wir auch die Anregung aufgreifen, die Veranstaltung durch Workshop-Angebote (einschließlich praktischer Übungen zur Vorgehensweise) zu ergänzen und damit noch besser nutzbar für das Management von Patienten mit psychosomatischen Erkrankungen in der alltäglichen Arbeit zu machen.

Rolf Leibbrand, Leitender Psychologe



**Programm des 1. Pulsnitzer Hausärzte-Symposiums  
»Somatoforme und funktionelle Störungen« – Effektive Strategien zum Umgang  
mit unklaren körperlichen Beschwerden  
am 29. September 2004 in der Klinik Schwedenstein**

<b>Referentinnen / Referenten</b>	<b>Themen</b>
Dr. med. Kornelia Sturz Ärztliche Direktorin Klinik Schwedenstein	Begrüßung
Dr. Dipl.-Psych. Rolf Leibbrand Leitender Psychologe Klinik Schwedenstein	Einführung in die Thematik – Kennzeichen und Bedeutung somatoformer Störungen in unserem Gesundheitssystem
Dr. med. Elisabeth Rauh Leitende Ärztin Zentrum für verhaltenstherapeutische Medizin Klinik Staffelstein	Umgang mit somatoformen Störungen
Dr. med. Cornelia Nestler Internistische Oberärztin Dr. Dipl.-Psych. Rolf Leibbrand Leitender Psychologe Klinik Schwedenstein	Das stationäre Behandlungskonzept der Klinik Schwedenstein für somatoforme Störungen anhand von zwei Fallbeispielen
Dr. med. Kornelia Sturz Ärztliche Direktorin Klinik Schwedenstein	Neuerungen im Antragsverfahren zur stationären Rehabilitation



## Tagungen, Seminare und Kurse

	Thema	Referent(en)	Veranstalter
28.3.2004	Supervisionsworkshop Psychotraumatologie – »Behandlungsfälle posttraumatischer Belastungsstörungen« – Imagery rescripting and reprocessing therapy (IRRRT)	Smucker, M. R., Prof., Medical College of Wisconsin	Klinik Schwedenstein
1./2.10.2004	Kongress »Zwang und Somatisierung«  Vorträge: – Neurobiologie der Emotionsregulation bei Somatisierungsstörungen – Alexithymie – Neurobiologie und Psychopharmakotherapie von Zwangsstörungen – Zur Psychodynamik und Psychotherapie des Zwangs – Kognitiv-behaviorale Therapie von Zwangsstörungen – Somatisierungsstörungen unter Berücksichtigung von traumatischen Erfahrungen – Psychodynamische Therapie von somatoformen Schmerzpatienten unter Einbeziehung von EMDR – Psychodynamische Therapie somatoformer Schmerzstörungen am Beispiel der Fibromyalgie – Somatoforme Störung als Persönlichkeits- störung am Beispiel des Tinnitus  Seminare: – Analytische Psychotherapie bei Zwangsstörungen – Zusammenhang von Zwang und psychosomatischen Erkrankungen – Stationäre psychotherapeutische Komplex- behandlung bei Zwangserkrankungen – Komplexe Behandlung beim Tinnitus – Verhaltenstherapeutische Behandlungs- konzepte bei somatoformen Störungen – Körperpsychotherapie bei Patienten mit alexithymen Affektstörungen – Kognitiv-behaviorale Therapie von Zwang und Somatisierung – Psychodynamische Psychotherapie bei somatoformen Schmerzstörungen unter besonderer Berücksichtigung der Fibromyalgie	Anderssen-Reuster, U., Dr., Pulsnitz Baumeister, C., Dr., Bad Gottleuba Behrmann, F., Dresden Betz, C., Dr., Chemnitz Bschor, T., PD Dr., Berlin Duncker, H., Dr., Moritzburg Eich, W., apl. Prof. Dr., Heidelberg Fendler, M., Dresden Geyer, P., Furth im Wald Hessel, A., PD Dr., Leipzig Herzog, H., Dresden Höll, R., Dr., Berggießhübel Israel, M., Dr., Dresden Joraschky, P., Prof. Dr., Dresden Köllner, V., PD Dr., Blieskastel Lang, H., Prof. Dr. Dr., Würzburg Laniado, S., Dipl.-Psych., Dresden Merkle, W., Dr., Frankfurt am Main Pöhlmann, K., PD Dr., Dresden Rothe, H.-M., Dr., Görlitz Schückel, H.-B., Dipl.-Soz.-Päd., Dresden Simmich, T., Dr., Dresden Subic-Wrana, C., Dr., Köln Tauber, R. F., Dr., Kreischa Thomä, H., Prof. Dr., Leipzig	Gemeinsamer Kongreß der Klinik für Psychotherapie und Psychosomatik Universitätsklinikum der TU Dresden Prof. Dr. P. Joraschky; Klinik Schwedenstein, Pulsnitz Dr. K. Sturz; Median-Klinik, Berggießhübel, Dr. R. Höll; Evang. Fachklinik Heidehof, Moritzburg Dr. H. Duncker; Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie, Gesundheitspark Klinik Bad Gottleuba, Dr. C. Baumeister





<b>Thema</b>	<b>Referent(en)</b>	<b>Veranstalter</b>
15./16.11.2004 Kurs »Psychosomatische Krankenpflege« <ul style="list-style-type: none"><li>– Reaktionen nach Traumatisierungen</li><li>– Tinnituskonzept</li><li>– Ausdrucksmalen</li><li>– Klinikführung – Pflege in der Psychosomatik</li><li>– Soziales Kompetenztraining</li><li>– Angst – Ursachen und Auswirkungen</li><li>– Schmerz – Somatoforme Störungen</li><li>– Körpertherapeutische Stabilisierung bei Traumapatienten</li><li>– Umgang mit Persönlichkeitsstörungen</li></ul>	Götze, M., Nestler, Dr., C., Podszun, M., Schniebel, Dipl. KS, M., Harms, J., Schröder, Ch., Trensch, R., Brandt, W., Rickert, U., Pulsnitz	Klinik Schwedenstein in Zusammenarbeit mit dem Deutschen Berufsverband für Pflegeberufe
13./14.12.2004 Kurs »Psychosomatische Krankenpflege« <ul style="list-style-type: none"><li>– Essstörungen</li><li>– Borderline-Störungen</li><li>– Ausdrucksmalen</li><li>– Körpertherapie in der Psychosomatik</li><li>– Psychosomatik für Ältere</li><li>– Psychotherapie bei Psychosepatienten</li> <li>– Schlafstörungen / Biofeed-back</li><li>– Körperwahrnehmung – Übungen zur Verbesserung der Wahrnehmungsfähigkeit</li></ul>	Glasow, C., Winter, A., Podszun, M., Schniebel, Dipl. KS, M., Wurll, Dr., P., Wälde, A., Günther, A., Hofmann, K., Roch, I., Pulsnitz	Klinik Schwedenstein in Zusammenarbeit mit dem Deutschen Berufsverband für Pflegeberufe



## Forschungsprojekte

In der folgenden Tabelle sind abgeschlossene, in Arbeit bzw. in Vorbereitung befindliche Forschungsprojekte aufgeführt.

An dieser Stelle bedanken wir uns sehr bei den Patientinnen und Patienten, die an den Projek-

ten teilgenommen haben. Darüber hinaus haben wir mit den beteiligten Forschungsinstituten und Kostenträgern kompetente und zuverlässige Partner für eine Zusammenarbeit gewinnen können, bei denen wir uns ebenfalls bedanken möchten.

Dilcher, K. Sturz, K., Dr.	Stationäre psychosomatische Behandlung von Unfallopfern im Rahmen der gesetzlichen Unfallversicherung. Arbeitsfähigkeit und soziales Funktionsniveau nach 6 Monaten, 1 Jahr und 3 Jahren. Ein Pilotprojekt.	Klinik Schwedenstein in Kooperation mit den Berufsgenossenschaften 2002 – 2004
Dilcher, K. Winter, A. Weins, A. Sturz, K., Dr.	Stationäre Dialektisch Behaviorale Therapie bei Borderline-Patienten Evaluation eines neuen Behandlungssettings.	Klinik Schwedenstein, 2004 – 2005
Dilcher, K. Sturz, K., Dr.	Evaluation und Langzeiteffekte der stationären Therapie bei posttraumatischer Belastungsstörung (PTBS) – 1-Jahres-Nachuntersuchung.	Klinik Schwedenstein, Pulsnitz 1998 – 2004 teilweise abgeschlossen
Leibbrand, R., Dr. Oehmig, F.	Evaluation der langfristigen Therapieeffekte bei Tinnitus-Patienten in der Klinik Schwedenstein	Klinik Schwedenstein 2004 – 2005



## Publikationen

- Hiller W., Kroymann R., Leibbrand R., Cebulla M., Korn H-J., Rief W., Fichter M.M. (2004). Wirksamkeit und Kosten-Nutzen-Effekte der stationären Therapie somatoformer Störungen. *Fortschritte der Neurologie Psychiatrie*, 15, 136–146.



## Externe Aktivitäten

### ***Teilnahme am 13. Sächsischen Treffen zur Suchtprävention am 7. und 8. 5. 2004 in Dresden, ausgerichtet durch die Gesellschaft gegen Alkohol- und Drogengefahren (GAD e. V.) Landesgruppe Sachsen***

Nach einer nunmehr schon über Jahre bestehenden »Tradition« des Kontaktes und der Präsenz auf den jährlichen Sächsischen Treffen zur Suchtprävention der Gesellschaft gegen Alkohol- und Drogengefahren e. V. war unsere Klinik in diesem Jahr erstmalig eingeladen, für den »Randbereich« der Essstörungen auf den diesjährigen Suchtpräventionstagen mit einer von elf Arbeitsgruppen im Programm vertreten zu sein. Da die Gesellschaft gegen Alkohol- und Drogengefahren primär auf die Prävention von so genannten stofflich gebundenen Süchten abzielt, stellte diese Einladung ein Novum dar, das unsererseits dankend aufgenommen wurde.

Zu diesem Suchtpräventionstreffen waren alle eingeladen, die in irgendeiner Form Bezug zu Suchterkrankungen haben, d. h. Betroffene, Angehörige, Laien, freiwillige und professionelle Helfer. Die Teilnehmerzahl des Treffens belief sich etwa auf 400 Personen. Es waren je zwei Arbeitseinheiten innerhalb von Kleingruppen vorgesehen. Die von uns angebotene Kleingruppe »Essstörungen und Sucht – Essen hält Leib und Seele zusammen« wurde von ca. 20 Teilnehmern besucht, was gerade für diesen Randbereich eine doch erstaunlich hohe Anzahl bedeutet und somit das Interesse auch an den nicht stofflich gebundenen Süchten dokumentiert. Die Arbeitsgruppe wurde geleitet von Dr. Stephan Brücker, Facharzt für Psychosomatische Medizin / Psychotherapie und Stationstherapeut auf der Essstörungsstation der Klinik Schwedenstein. Die Teilnehmer setzten sich zusammen aus vorwiegend professionellen Helfern, insbesondere Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeitern sowie Ärztinnen und Ärzten und weiterer Helferberufe. Ebenso waren einzelne Angehörige und auch einige Betroffene anwesend. Die Teilnehmer wurden nach ihren spezifischen Interessen sowie ihrer Motivation zur Teilnahme an der Arbeitsgruppe befragt.

Bereits hier bildete sich ein hoher Informationsbedarf zu den Erkrankungen sowie zu den spezifischen Behandlungsmethoden unserer Klinik ab. Zunächst wurde mit den Teilnehmerinnen und Teilnehmern der Suchtaspekt der verschiedenen Essstörungen (Magersucht, Ess-Brech-Sucht, Esssucht) herausgearbeitet. Die typischen Kriterien von Suchterkrankungen, wie Dosissteigerung und Kontrollverlust, wurden auf die Essstörung angewandt und übertragen. Die Süchte wurden im gesellschaftlichen Kontext betrachtet, insbesondere im Rahmen der aggressiven Werbung für Schönheitsideale in allen Bereichen. Anhand eines konkreten Fallbeispiels wurden dann Verbindungen hergestellt zu statistischen Daten über Erkrankungshäufigkeit, Geschlechtsverteilung, Erkrankungsalter, ebenso zu vulnerablen Phasen, hier insbesondere der Pubertät sowie dem jungen Erwachsenenalter von Frauen: Schon die Hälfte der 9- bis 12-jährigen Schülerinnen findet sich zu dick, und fast 50 % der Mädchen zwischen 11 und 13 Jahren haben bereits eine Diät gemacht. In Deutschland leiden etwa 100.000 Frauen zwischen 15 und 35 Jahren an Magersucht sowie etwa 600.000 an Ess-Brech-Sucht. Junge Männer achten weniger auf ihr Aussehen und leiden nur selten an Essstörungen. Die Einstiegspforten für eine Essstörung wurden erläutert, z.B. die Pubertät mit der Veränderung des Körperschemas bei gleichzeitig hohem bzw. kaum erreichbarem gesellschaftlichen Schönheits- und Schlankheitsideal. Schlankheit gilt als Symbol für Selbstvertrauen und Selbstkontrolle, das damit verbundene Selbstwertgefühl wird vermarktet (»Ich schaffe eine Diät, ich bin sportlich, leistungsfähig etc.«). Darüber hinaus wurden die Prognosen und die entsprechenden Behandlungsmöglichkeiten erörtert, hier insbesondere aus dem Blickwinkel von Angehörigen, Betroffenen oder behandelnden Ärzten. Darauf aufbauend wurde das Behandlungskonzept der Klinik Schwedenstein vorgestellt, welches mit seinem Phasenmodell (symptomorientierte Phase und Konfliktphase) auf reges Interesse stieß. Zuletzt verblieb Zeit für eine lebhaftige Diskussion. Hier war die Frage dominierend, wie man Betroffene zu einer adäquaten Behandlung motivieren und



---

diese vermitteln kann. Es konnten Informationslücken geschlossen und Zugangswege zur psychosomatischen Rehabilitation in unserer Klinik erläutert werden.

Insgesamt erlebten wir die Teilnahme an dem 13. Sächsischen Treffen zur Suchtprävention als sehr belebend und befruchtend und stießen innerhalb der Arbeitsgruppe auf reges Interesse der Teilnehmer. Auf der Abschlussveranstaltung des Treffens hatte jede Gruppe noch einmal Raum, die Inhalte und Ergebnisse der eigenen Gruppenarbeit vorzustellen. Auch im Gesamtrahmen wurde ein deutliches Interesse am Bereich Essstörungen spürbar. Von den Veranstaltern wurde betont, dass die Zusammenarbeit in Zukunft weiter gefördert und entwickelt werden soll. Eine Einladung zu dem nächsten Treffen im Jahre 2005 wurde bereits ausgesprochen.

#### **Ausblick**

Durch den verbesserten Kontakt sowie die stärkere Einbindung in die Gesellschaft gegen Alkohol- und Drogengefahren e. V., Landesgruppe Sachsen, kann unsere Klinik an einer wesentlichen Stelle präsent sein, eine gesellschaftliche Funktion zur Aufklärung über Essstörungen wahrnehmen sowie ihre Position als kompetenter Ansprechpartner in der spezialisierten Behandlung von Essstörungen in der Region Sachsen sowie überregional darstellen und weiterentwickeln.

Stephan Brücker, Stationstherapeut



### **Fortbildungen, Vorträge, Dozententätigkeit 2004**

	<b>Thema</b>	<b>Referent/Dozent</b>	<b>Veranstalter</b>
14.1.2004	Vortrag »Kann einem posttraumatischen Belastungs- syndrom vorgebeugt werden? – Sekundäre und tertiäre Prävention«	Dilcher, K., Dipl.-Psych.	Berufsgenossenschaft Nahrungsmittel und Gaststätten Jena
16./17.1.2004	Workshop »Behandlung somatoformer Störungen«	Leibbrand, R., Dr. Dipl.-Psych.	Technische Universität Dresden – Institute of Advanced Studies GmbH
18.2.2004	Vortrag »Psychotherapeutische Krisenintervention und Umgang mit Suizidalität«	Anderssen-Reuster, U., Dr.	Dresdner Institut für Psychodynamische Psychotherapie – Regionalinstitut im Sächsischen Weiterbildungskreis für Psychotherapie, Psychoanalyse und Psychosomatische Medizin e.V.
3. – 6.3.2004	Vortrag »Posttraumatische Belastungsstörung bei tschetschenischen Flüchtlingen«	Lianova, R., u. a.	55. Jahrestagung des Deutschen Kollegiums für Psychosomatische Medizin (DKPM) Geldern
8. – 10.3.2004	Vortrag »Stationäre störungsspezifische Rehabilitation bei Patientinnen und Patienten mit Posttraumatischer Belastungsstörung (PTBS): Katamnestiche Ergebnisse und prognostische Faktoren«	Dilcher, K., Dipl.-Psych., Sturz, K., Dr.	13. Rehabilitationswissen- schaftliches Kolloquium des VDR in Düsseldorf
8.5.2004	Workshop »Somatoforme Störungen«	Leibbrand, R., Dr. Dipl.-Psych.	Ausbildungsprogramm Psychologische Psychotherapie der Johann-Wolfgang- Goethe-Universität Frankfurt / M.



	<b>Thema</b>	<b>Referent/Dozent</b>	<b>Veranstalter</b>
2.6.2004	Vortrag »Stress – Verarbeitung, Entwicklung und Prävention«	Leibbrand, R., Dr., Dipl.-Psych.	Berufsinformationszentrum Bautzen
30.6.2004	Vortrag »Psychosomatik für Ältere – Wie kann eine altersgerechte Psychotherapie gestaltet werden?«	Anderssen-Reuster, U., Dr.	Dresdner Institut für Psychodynamische Psychotherapie – Regionalinstitut im Sächsischen Weiterbildungskreis für Psychotherapie, Psychoanalyse und Psychosomatische Medizin e.V.
17.–22.9.2004	Seminar »Grundlagen der Posttraumatischen Belastungsstörung«	Sturz, K., Dr., Mokry, J., Dipl.-Psych.	12. Weimarer Psychotherapiewoche
6.10.2004	Vortrag »Sexueller Mißbrauch«	Sturz, K., Dr.	Klinikum Görlitz
10.11.2004	Workshop »Praktische Körpertherapie«	Schmidt, B.	3. Sozialpsychiatrisches Symposium »Ess-Störungen – ein grenzenloses Phänomen« der Stadt Görlitz
10.11.2004	Vorlesung »Case-Management – Heilbehandlung – Teilhabeleistungen« im Fachbereich Sozialversicherung	Sturz, K., Dr.	Fachhochschule Bonn-Rhein-Sieg – Berufsgenossenschaftliche Akademie Hennef (Sieg)
15.12.2004 22.12.2004	Einführungskurs »Psychotraumatologie« Teil I und II	Sturz, K., Dr.	Dresdner Institut für Psychodynamische Psychotherapie



## Fernseh-, Rundfunk- und Pressebeiträge

	<b>Thema</b>	<b>ReferentInnen</b>	<b>Veranstalter</b>
4 / 2004	»Borderline-Persönlichkeitsstörungen – BPS«	Winter, A., Dipl.-Psych., Weins, A., Dilcher, K., Dipl.-Psych.	Beitrag im Gesundheitsreport Sachsen/ Gesundheitsreport Hamburg – Ausgabe 2004
7./8.5.2004	»Essstörungen und Sucht: Essen hält Leib und Seele zusammen«	Brücker, S., Dr.	Publikation »Suchtkrankenhilfe 2004 – was ist möglich?« Beitrag zum 13. Sächsi- schen Treffen zur Suchtprävention in Dresden (s. Seite 52/53)
5 / 2004	»Ja, ich bin essgestört«	Jäger, M., Dilcher, K., Dipl.-Psych.	Beitrag in der Broschüre »Dünn & Dick« des Staatsministeriums für Soziales – Freistaat Sachsen
6 / 2004	»Neue Chancen in der Behandlung komplexer psychosomatischer Störungsbilder«	Leibbrand, R., Dr. Dipl.-Psych.	Beitrag im KV-Blatt Berlin – Mitteilungsblatt der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin
6 / 2004	»Angstzustände – ein weitverbreitetes Leiden«	Leibbrand, R., Dr. Dipl.-Psych.	Fachartikel in Zeitschrift »Gesundheitsreport Hamburg«
23.6.2004	»Persönliche Krisen sind der Auslöser« – Mit Sport-Bulimie zerstörte ich meinen Körper	Brücker, S., Dr.	Interview in der Zeitschrift »tina«
2.7.2004	»Chance für späte Freiheiten« – Herkömmliche Psychotherapie-Konzepte genügen den Ansprüchen der älteren Generation nicht mehr – Spezialstation für Geronto- psychosomatik in der Klinik Schwedenstein reagiert auf demographischen Wandel«	Sturz, K., Dr., Anderssen-Reuster, U., Dr., Schniebel, M., Dipl.-KS	Pressekonferenz und Pressemitteilung anlässlich des 10-jährigen Bestehens der Klinik Schwedenstein
7 / 2004	»Klinik Schwedenstein feiert 10-jähriges Bestehen«	Sturz, K., Dr.	Artikel im »Pulsnitzer Anzeiger« – Amtsblatt
7.7.2004	»Wo manche Odyssee endet« Klinik Schwedenstein behandelt seit zehn Jahren psychosomatische Beschwerden	Sturz, K., Dr.	Artikel in der Sächsischen Zeitung
23.8.2004	»Wie bleibe ich fit im Alter?«	Schniebel, M., Dipl.-KS	Interview im MDR





	<b>Thema</b>	<b>ReferentInnen</b>	<b>Veranstalter</b>
10 / 2004	»Tabuthema: Essstörungen bei Männern«	Dilcher, K., Dipl.-Psych.	Interview für dpp – Nachrichten aus Psychiatrie und Selbsthilfe (www.lichtblick99.de)
1.10.2004	»Wenn der Hunger zum Feind wird«	Heüveldop, F.	Interview in der Sächsischen Zeitung Ausgabe Kamenz
10 / 2004	»Essstörungen und klinische Behandlungsmethoden«	Brücker, S., Dr.	Fachartikel in Zeitschrift »Gesundheit in Sachsen«
27.10.2004	»Macht uns die Gesellschaft krank?«	Fuchs, K., Dr.	Artikel im Wochenkurier – Verlagssonder- veröffentlichung
12 / 2004	»Behandlung somatoformer und funktioneller Störungen«	Leibbrand, R., Dr., Dipl.-Psych.	Artikel im Kölner Universitätsjournal 3–4/2004



## **Prävention und Information**

<b>Referentinnen / Referenten</b>	<b>Thema</b>	<b>Veranstalter / Ort / Datum</b>
Behandlerteam der Station für Essstörungen Abt. I	Offene Informationsabende »Essstörungen / Esssucht« für Essgestörte, Angehörige, Behandler, Interessierte	Klinik Schwedenstein 9.3.2004 8.6.2004 28.9.2004
Heüveldop, F., Abt. I Schniebel, M., Pflegedienstleiterin	Vortrag über Krankheitsbild Essstörungen und Klinikführung	BEK Dresden – Regionalgeschäftsstelle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Leistungsabteilung 6.2.2004
Sturz, K., Dr., Dilcher, K., Anderssen, U., Leitungsteam	Hospitation zweier Fachkollegen der Berufsgenossenschaften aus Korea – Vorstellung der stationären Psychotherapie	Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege Dresden 2.2.2004 10.2.2004
Glasow, C. Heüveldop, F., Schmidt, B. Abt. I	Vortrag zum Thema Essstörungen und Klinikführung	1. Mittelschule Kamenz für Schüler der 10. Klasse 28.1.2004 Diakonische Akademie Moritzburg 27.3.2004 Psychologie-Studenten der TU Dresden 14.4.2004 Berufsschule für Kinderpflege Bautzen 21.9.2004
Brücker, S., Hänisch, D., Korall, K., Abt. I	Informationsstand zum Thema »Essstörungen«	13. Sächsisches Treffen zur Suchtprävention in Dresden 7./8.5.2004



<b>Referentinnen / Referenten</b>	<b>Thema</b>	<b>Veranstalter / Ort / Datum</b>
Schmidt, B., Abt. I	Informationsabend über »Essstörungen-, -sucht«	Gmünder Ersatzkasse Bautzen 12.5.2004
Schniebel, M., Pflegedienstleiterin	Vortrag zum Thema: »Krankheitsbilder in der psychosomatischen Klinik« sowie Klinikführung	Institut für Gesundheit und Soziales Großröhrsdorf – Pflegedienstleiterinnen in Ausbildung 15.3.2004
Glasow, C., Buschmann, R., Abt. I	Selbsthilfegruppe »Esskapade« für stationäre Patientinnen und Patienten und ehemalige Patientinnen und Patienten	Klinik Schwedenstein 15.7.2004
Glasow, C., Abt. I	Selbsthilfegruppe »Suchtkranke« Kamenz stellt sich vor mit dem Thema: »Nur du allein kannst es schaffen, doch du schaffst es nicht allein«	Klinik Schwedenstein 29.9.2004
Glasow, C., Abt. I	Herzsportgruppe Kamenz stellt sich vor mit: »Ein Thema für jeden, der mit seiner Erkrankung nicht allein sein oder bleiben möchte«	Klinik Schwedenstein 11.11.2004
Schmidt, B., Flache, B., Dilcher, K., Abt. I	Ehemaligen-Treffen der Essstörungsstation unter dem Motto: »Sich wiedersehen, sich austauschen und voneinander lernen«	Klinik Schwedenstein 13.11.2004



## Interne Fortbildungen

	<b>Referentinnen / Referenten</b>	<b>Thema</b>
16.1.2004	Dr. C. Nestler, Pulsnitz	Sozialmedizinische Beurteilung – Teil I
23.1.2004	Dipl.-Psych. K. Dilcher, Pulsnitz	Berufliche Belastungserprobung
30.1.2004	Dr. K. Sturz, Pulsnitz	Posttraumatische Belastungsstörungen
27.2.2004	Dr. C. Nestler, Pulsnitz	Sozialmedizinische Beurteilung – Teil II
5.3.2004	Dr. R. Leibbrand, Pulsnitz	Biofeedback – Indikationen, Funktionsweise, Wirkfaktoren
12./ 13.3.2004	Prof. Dr. H. J. Freyberger, Stralsund	OPD-Grundkurs – Teil II
19.3.2004	S. Vollmann, Pulsnitz	Gesunde Ernährung
26.3.2004	Dipl.-Psych. A. Hammel, GeneralCologneRe. Berlin	Betreuung von Akuttraumatisierten im Rahmen der Zusammenarbeit mit dem Rehabilitations-Dienst der GeneralCologneRe.
2.4.2004	W. Flachowsky, Pulsnitz	Interaktive Psychotherapie von Persönlichkeitsstörungen nach Benjamin (SASB)
23.4.2004	PD Dr. U. Porsch, Mainz Dr. R. Leibbrand, Pulsnitz	Reizdarm
7.5.2004	PD Dr. K. Pöhlmann, Universitätsklinikum Dresden	Therapieziele und Lebensziele
14.5.2004	H. Schulze, Pulsnitz	Praxis Körper- und Kreativtherapie
4./ 5.6.2004	Prof. Dr. V. Tschuschke, Universitätsklinikum Köln	Seminar »Gruppentherapie«
18.6.2004	Dr. U. Anderssen-Reuster, Pulsnitz	Umgang mit Suizidalität
25.6.2004	Y. Mellin, Pulsnitz	Projektive Identifizierung
27.8.2004	L. Brodzinska, Berlin	Nonverbale Techniken in der Gruppentherapie (Rollenspiel, Skulpturen stellen)
17./18.9.2004	PD Dr. habil. K. Reschke, Universitätsklinikum Leipzig	Seminar Entspannungsverfahren »Autogenes Training«
24.9.2004	Prof. Dr. P. Joraschky, Universitätsklinikum Dresden	Familientherapie
8.10.2004	Prof. Dr. Reker, Münster	Arbeitsrehabilitation
5./6.9.2004	Dipl.-Psych. R. Kroymann, Kreischa	Grundlagen und Anwendung der Biofeedbacktherapie in der Psychosomatik
12.11.2004	Dr. K. Sturz, Pulsnitz	Posttraumatische Belastungsstörungen Teil II
26.11.2004	Dr. U. Anderssen-Reuster, Pulsnitz	Psychotherapie und Religion
3.12.2004	Dipl.-Psych. J. Morky	Dissoziative Identitätsstörungen
10.12.2004	Dr. H.-M. Rothe, Görlitz	Somatisierungsstörungen als Persönlichkeitsstörungen



## Kooperationen

### *Kooperationen mit wissenschaftlichen Fachgesellschaften und Arbeitsgruppen, Mitgliedschaften, Vorstandstätigkeiten*

#### **Kooperationen mit wissenschaftlichen Einrichtungen:**

Klinik und Lehrstuhl für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie der TU Dresden, Prof. Dr. P. Joraschky

Klinik und Lehrstuhl für Psychotherapie und Psychosomatische Medizin der Universität Leipzig Prof. Dr. M. Geyer

Lehrstuhl für Klinische Psychologie und Psychotherapie der TU Dresden, Prof. Dr. W. Wittchen

Institut für Klinische Psychologie der Universität Köln und Deutsches Institut für Psychotraumatologie, Prof. Dr. G. W. Fischer

Hochrhein-Institut für Rehabilitationsforschung, Bad Säckingen, Prof. Dr. W. H. Jäckel, Dr. N. Gerdes

Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf Prof. Dr. Dr. U. Koch

Klinische Psychologie und Psychotherapie der Johannes Gutenberg Universität Mainz Prof. Dr. rer. nat. W. Hiller

Forschungsgesellschaft für angewandte Systemsicherheit und Arbeitsmedizin mbH – Arbeitsmedizinisches Präventionszentrum Erfurt Dr. Dipl.-Psych. M. Materne

Lehrstuhl für Medizintheorie an der Universität Witten-Herdecke, Lehrstuhlinhaber Prof. Dr. P. F. Matthiessen

Lehrstuhl für Klinische Psychologie an der Technischen Universität Chemnitz Lehrstuhlinhaber Prof. Dr. S. Gauggel

#### **Mitgliedschaft in Fachverbänden:**

Deutsche Gesellschaft für Psychotherapeutische Medizin (DGPM)

Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Rehabilitation (DGPR)

Deutsches Kollegium für Psychosomatische Medizin (DKPM)

Bund Deutscher Internisten (BDI)

Bund Deutscher Psychologen (BDP)

Deutsche Diabetesgesellschaft (DDG)

Sächsische Gesellschaft für Endokrinologie und Stoffwechsel

Deutsche Adipositasgesellschaft (DAG)

Deutsche Gesellschaft für Psychologie – Fachgruppe Klinische Psychologie (DGPs)

Deutsche Gesellschaft für Biofeedback (DGBfB)

Deutsche Gesellschaft für Verhaltensmedizin (DGVM)

Deutsche Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie e.V. (DGPT)

Bundesverband der Vertragspsychotherapeuten e.V. (bvvp)

Sächsische Gesellschaft für Nervenheilkunde

Sächsisches Institut für Psychoanalyse und Psychotherapie e.V. (SPP)



**Fördernde Mitgliedschaft  
in folgenden Organisationen:**

Deutschsprachige Gesellschaft  
für Psychotraumatologie (DeGPT)

Deutsche Crohn- und Colitis-Vereinigung (DCCV)

Deutsche Tinnitusliga (DTL)

**Mitarbeit in Arbeitsgruppen:**

Sächsische Landesdirektorenkonferenz  
Psychosomatischer Kliniken

**Qualitätsmanagement  
in psychosomatischen Kliniken:**

Qualitätszirkel »Stationäre psychosomatische Therapie  
des chronischen Tinnitus«

Qualitätszirkel  
»Netzwerk Psychotraumatologie« Sachsen

Leitlinienentwicklung  
der stationären Traumatherapie (DeGPT)

Psychosomatische Pflege  
(Sachsen/Sachsen-Anhalt)  
im Deutschen Berufsverband für Krankenpflege

Arbeitsgruppe Krisenintervention –  
Entwicklung neuer Konzepte unter Leitung  
des Sächsischen Innenministeriums  
und Kriseninterventionsteams (KIT)

**Beiträge zum Qualitätsmanagement:**

Assessoren-Mitgliedschaft European Federation  
of Quality Management (EFQM)

Beteiligung am QS-Programm  
der Gesetzlichen Krankenkassen  
in der medizinischen Rehabilitation –  
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf –  
Institut und Poliklinik  
für Medizinische Psychologie

**Dozententätigkeit:**

Sächsischer Weiterbildungskreis  
für Psychotherapie, Psychoanalyse  
und Psychosomatische Medizin e.V. (SWK)

Dresdner Institut  
für Psychodynamische Psychotherapie

Institut für Gesundheit und Soziales  
Großröhrsdorf

Moritzburger Diakonische Bildungsakademie

Aufbaustudiengang  
Psychologische Psychotherapie an der  
Technischen Universität Dresden (TUDIAS)

Fachbereich Sozialversicherung  
Fachhochschule Bonn-Rhein-Sieg –  
Berufsgenossenschaftliche Akademie

**Gutachten- und Beratungstätigkeit:**

Sächsisches Sozialgericht Chemnitz, Leipzig  
Berufsgenossenschaft Bergbau  
Berufsgenossenschaft Fahrzeughaltung  
Verwaltungsberufsgenossenschaft Dresden  
Berufsgenossenschaft für Einzelhandel Berlin  
Großhandels- und Lagerei-Berufsgenossenschaft Gera  
Steinbruchs-Berufsgenossenschaft Dresden  
Textil- und Bekleidungs-Berufsgenossenschaft Augsburg  
Unfallkasse Sachsen  
Unfallkasse Thüringen

**Kooperationen mit Selbsthilfegruppen und Beratungsstellen außerhalb und in der Klinik:**

Selbsthilfegruppe für Essstörungen  
Selbsthilfegruppe für Alkoholabhängige (AA)  
Tinnitus-Selbsthilfegruppe Dresden  
Selbsthilfegruppe für Essgestörte in Dresden und Kamenz  
Angehörigengruppe für psychisch Kranke  
Angehörigengruppe von Alkoholkranken (Alanon)  
Angehörigengruppe für Essgestörte  
Kontaktbüro für Selbsthilfegruppen (KISS) in Dresden  
Opferhilfe Dresden und Bautzen

**Konsiliar- und Liaisondienst:**

Klinik Schloß Pulsnitz:  
Neurologie  
Neuropsychologie  
Sächsisches Krankenhaus für Psychiatrie und Neurologie Arnsdorf  
Neurologie

**Ambulante Angebote der Klinik Schwedenstein für Patientinnen und Patienten mit:**

Borderline-Syndrom  
Persönlichkeitsstörungen  
Posttraumatischen Belastungsstörungen  
Essstörungen  
Chronisch komplexem Tinnitus  
Somatoformen Störungen / psychovegetativen Erkrankungen  
Funktionellen Schmerzsyndromen  
Depressionen  
Angststörungen



# Aus- und Weiterbildung

## Weiterbildungen

<b>Abgeschlossene Ausbildungen</b>		Aufbaustudiengang Psychologische Psychotherapie an der Technischen Universität Dresden (TUDIAS)	
<b>Ärztinnen / Ärzte:</b>			
<i>Facharztausbildungen:</i>		Zentrum für Psychotherapie Chemnitz e.V. an der Technischen Universität Chemnitz	
Fachärztinnen für Psychiatrie	2		
Ärztin für Psychiatrie	1		
Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie	1	<b>Supervision:</b>	
Fachärztin für Psychotherapeutische Medizin	3	Dipl.-Soz.-Päd. Hanna Herty,	
Facharzt für Innere Medizin	1	Coaching & Supervision (DGSv) sowie Training & Organisationsberatung,	
Fachärztin für Innere Medizin	1	Nürnberg	
Fachärztin für Physikalische und Rehabilitationsmedizin	1	Dipl.-Psych. Michaela Huber,	
Facharzt für Allgemeinmedizin	1	1. Vorsitzende der dt. Sektion der ISSD,	
Fachärztin für Allgemeinmedizin	1	Mitbegründerin des Zentrums für Psychotraumatologie in Kassel,	
		Göttingen	
<i>Zusatzbezeichnungen:</i>		Prof. Dr. Wolfgang Weigand,	
Psychotherapie	2	Supervisor (DGSv), Gruppendynamischer Trainer (DAGG) und Organisationsberater,	
Psychoanalyse	1	Berlin	
Sozialmedizin	2		
Naturheilverfahren	1		
Rehabilitationswesen	1		
<b>Abgeschlossene Weiterbildungen:</b>		Veronika Engl	
Facharztstitel in der Klinik	10	Ärztin für Psychotherapeutische Medizin,	
Approbierte Psychologinnen/Psychologen	6	EMDR-Supervisorin,	
Approbierter Körperpsychotherapeut	1	Bielefeld	
<b>Ärztinnen/Ärzte in Weiterbildung:</b>		<b>Supervision durch Mitarbeiter der Klinik für andere Einrichtungen:</b>	
zum Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie	1	Dr. Dipl.-Psych. Rolf Leibbrand	
zum Facharzt für Psychotherapeutische Medizin	3	Aufbaustudiengang Psychologische Psychotherapie an der TU Dresden (TUDIAS)	
Zusatztitel Psychotherapie	3	und Dresdner Akademie für Psychotherapie (DAP)	
<b>Psychologinnen/Psychologen in Weiterbildung:</b>		Dipl.-Psych. Klaus Dilcher	
	7	Zentrum für Psychotherapie Chemnitz e.V. an der Technischen Universität Chemnitz	
<b>Kooperationsverträge mit psychologischen Ausbildungsinstituten:</b>		<b>Doktoranden:</b>	
Sächsischer Weiterbildungskreis für Psychotherapie, Psychoanalyse und Psychosomatische Medizin e. V. (SWK)		Dipl.-Psych. Klaus Dilcher	
		Raichat Lianova	
Dresdner Institut für Psychodynamische Psychotherapie		<b>Weiterbildungsermächtigungen:</b>	
		für Psychotherapeutische Medizin	3 Jahre
Sächsisches Institut für Psychoanalyse und Psychotherapie e. V.		Dr. med. Kornelia Sturz	
		für Psychiatrie	1 Jahr
Dresdner Akademie für Psychotherapie (DAP)		Dr. med. Ulrike Anderssen-Reuster	
		für Innere Medizin	1 Jahr
		Dr. med. Cornelia Nestler	





---

## *Diplomanden*

**Glasow Carola**

Selbsthilfe bei Essstörungen  
Indikatoren für eine effiziente Gruppenselbstbehandlung  
Fachhochschule Jena

**Oehmig Franziska**

Therapieeffekte und langfristiger Verlauf bei stationären  
Tinnitus-Patienten einer psychosomatischen Fachklinik  
Dresden: Technische Universität



## **Praktikantinnen und Praktikanten**

### **Psychologie**

Bartig, Nicole  
Schlenkrich, Claudia  
Schwulst, Karsten  
Oehmig, Franziska  
Schröder, Anne  
Zeugner, Steffen

### **Forschung**

Pöschl, Anja  
Kirsch, Katja  
Friedrich, Monika  
Bresan, Regina

### **Badeabteilung**

Winkelmann, Anja (Anerkennungspraktikum)  
Zerndt, Nicole  
Schubert, Carolin  
Schöne, Michelle  
Schmaler, Christiane (Anerkennungspraktikum)  
Domel, Mandy

### **Kreativtherapie**

Barthel, Manuela  
Voigt, Kristin  
Gerdenics, Birgit  
Reißig, Sylvia  
Ebert, Silvia  
Roeber, Kerstin Beate  
Schulze, Rea  
Hanschke, Susann  
Zeun, Zhomas

### **Service / Hauswirtschaft**

Wagner, Dagmar-Sabine  
Erdmann, Nicole  
Wagner, Sabine  
Gräfe, Romy

### **Küche**

Roche, Katrin  
Götzel, Katharina  
Thiermann, Antje  
Brückner, Bettina  
Rakus, Stefanie  
Trinkler, Franziska  
Scheffel, Nadine

### **Ärztlicher Bereich**

Gärtner, Jana  
Völkel, Antje

### **Kaufmännischer Bereich**

Kenner, Irene  
Henschel, Georg  
Kunath, Babett  
Schneider, Sandro  
Kirsch, Katja  
Queißer, Janine  
Mothes, Christin  
Träber, Katharina  
Ledermann, Katy  
Bresan, Regina  
Haufe, Martina  
Döge, Christiane  
Schunke, Susann  
Haufe, Claudia  
Thiel, Robert  
Schöne, Nicole  
Mager, Gisela  
Schäfer, Isabel  
Kordese, Annett  
Mager, Sabrina

### **Schulpraktikanten**

Adolph, Tina  
Gräfe, Maria  
Trepte, Lydia

### **Haustechnik**

–

### **Diätassistenten**

Pierschel, Carolin  
Leuner, Beatrice  
Geißler, Stefanie  
Rakus, Stefanie  
Jockschat, Tina

### **Krankenpflege**

Peinemann, Kay  
Koreng, Anett  
Lange, Viola  
Kreische, Dina  
Siegling, Solveig  
Roßnagel, Olivia  
Panoscha, Anita  
Krüger, Tobias  
Sakautzki, Ilka  
Zemann, Ramona