

Psychotherapie in der Psychosomatischen - Rehabilitation am Beispiel der Gelderland-Klinik

Angestellte im Fokus 07.02.2018

Dipl. - Psych. Susanne Grohmann

(Psycholog. Leitung)

Psychologische Psychotherapeutin (TP)

Analytische Gruppentherapie

Psycho-Onkologie

Traumatherapie

Supervision

Gelderland-Klinik



Inhalt

- Was ist das Spezifische der Rehabilitation?
- Tätigkeitsfeld der Psychologen und die psychologische Leitungsrolle in der Rehabilitation am Beispiel der Gelderland-Klinik
(Rahmenbedingungen, Aufgaben, Zuständigkeiten,)
- Perspektiven und Chancen für Psychotherapeuten in der Rehabilitation

Rehabilitation

Allgemeine Definition

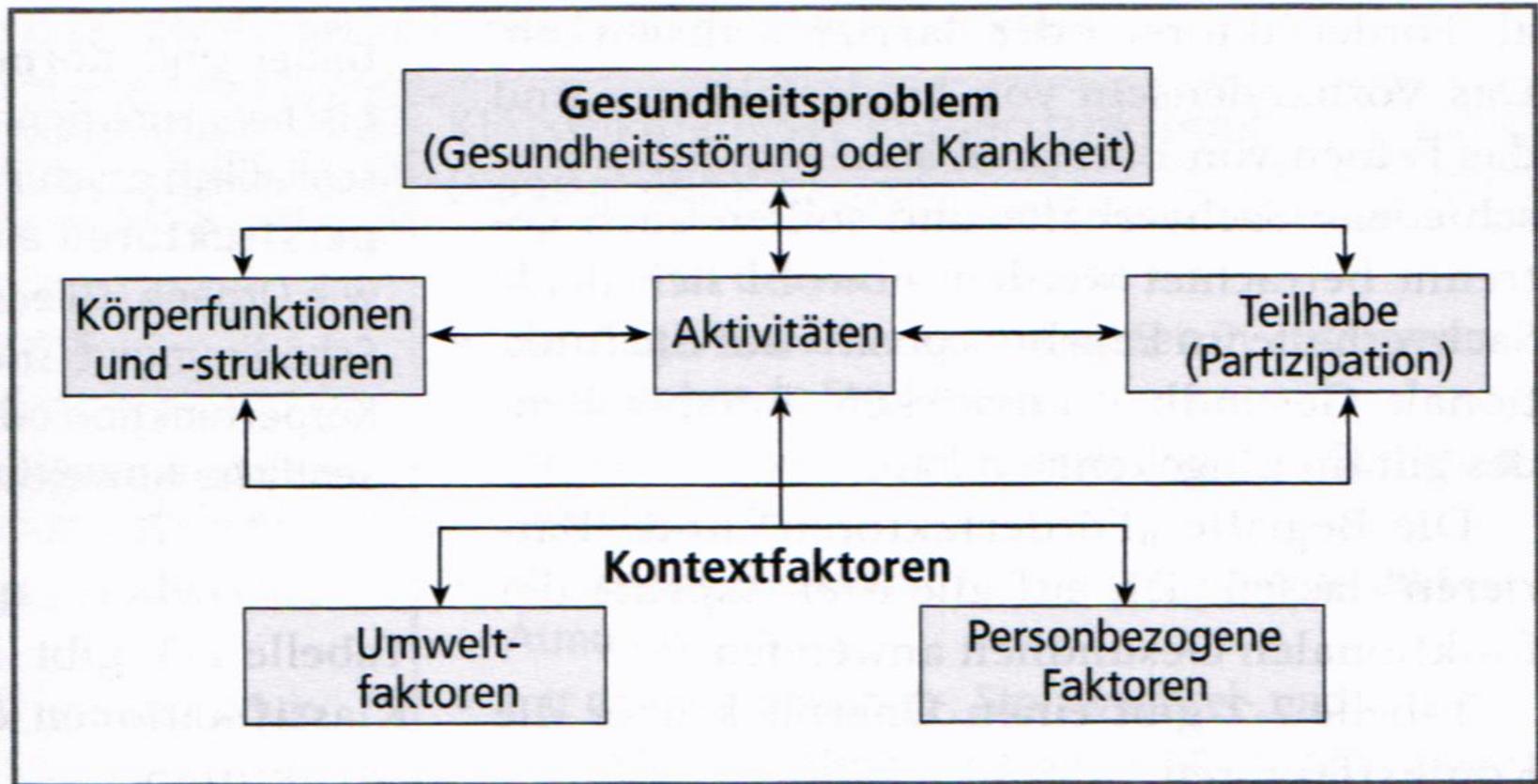
Rehabilitation ist der koordinierte Einsatz **medizinischer, sozialer, beruflicher, pädagogischer und technischer Maßnahmen**

sowie Einflussnahmen auf das physische und soziale Umfeld zur Funktionsverbesserung zum Erreichen einer größtmöglichen Eigenaktivität zur weitestgehenden **Partizipation** in allen Lebensbereichen,

damit der Betroffene in seiner **Lebensgestaltung so frei wie möglich wird.**

(WHO 1981)

ICF=Internationale Klassifikation von der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit



Unterscheidung

	Akutmedizin	Rehabilitation
Ziel	vollständige Heilung	bestmögliche Wiederherstellung
Strategie	von der Ursache ausgehend (ICD Diagnose)	Krankheitsfolgen orientiert (ICF)
Krankheitsmodell	eher bio-medizinisch	Bio-psycho-sozial
Rolle des Arztes	führt Diagnostik durch, legt Therapie fest (Feuerwehr Mentalität)	Eher Berater, Begleiter des Rehabilitanden, „partnerschaftlich“ („Gärtner Mentalität“)
Rolle des Patienten	Patient eher passiv, Befolgen ärztlicher Anordnung	Rehabilitand eher aktiv, Motiv „Leben lernen mit der Krankheit!“
Organisation	hierarchisch: ärztliche Tätigkeit zentrale Rolle	Interdisziplinäres Rehateam

Ziele in der Rehabilitation

- **Förderung der Teilhabe** am sozialen Leben und am Arbeitsleben
- Stärkung der **Bewältigungskompetenzen / Ressourcenaktivierung**
- **Symptomreduktion**
- Stärkung des **Selbstwirksamkeitserleben** im Umgang mit den körperlichen und psychischen Beschwerden
- **Verhaltensmodifikation** im Umgang mit Anforderungen

Medizinische Rehabilitation

- Bei **Gefährdung der Erwerbsfähigkeit und Selbstversorgung**
- Hauptkostenträger: **Rentenversicherungsträger**
- Andere:
 - Krankenkassen (bei nicht Erwerbstätigen)
 - gesetzliche Unfallversicherung
 - Berufsgenossenschaft

Medizinische Rehabilitation

zwei „Aufträge“:

1. Therapeutische/Medizinische Behandlung
2. Begutachtungsauftrag „Sozialmedizin“

Ziel ist dabei die Teilhabe beim Rehabilitanden zu erreichen und Aktivitäten zu fördern.

➤ **Divergierende Aufträge können zum Behandlungsdilemma werden!**

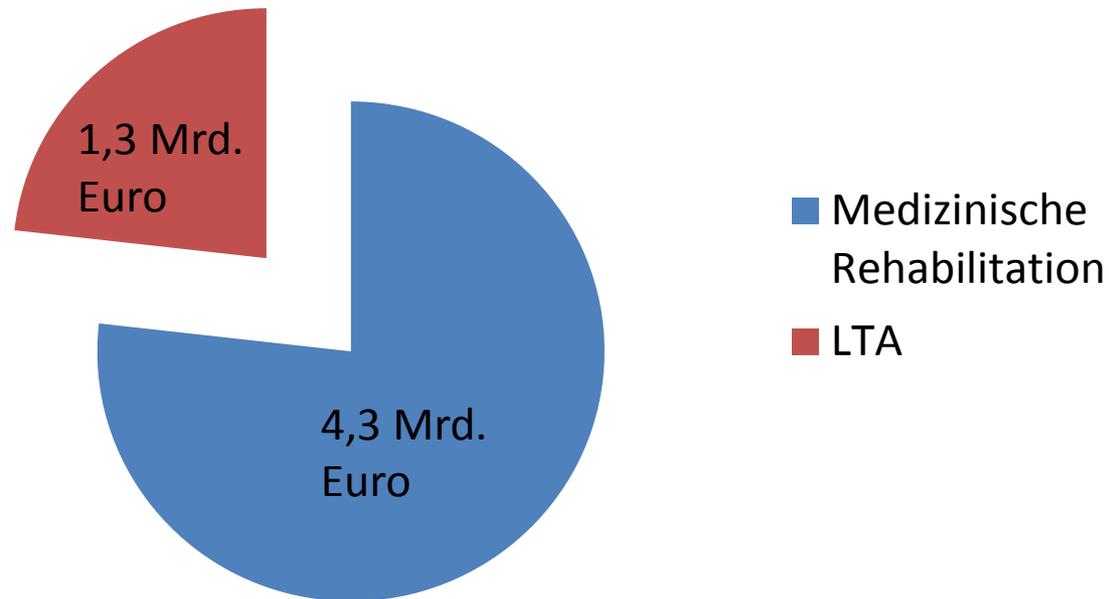
Sozialmedizin

- Vermeidung einer vorzeitigen Berentung
- Leistungsbeurteilung im multiprofessionellen Team
- Im Fokus steht die Beurteilung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit
- Begutachtung z. B. anhand der Mini ICF
- Ggf. Empfehlung von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA)

Aufwendungen für Rehabilitation

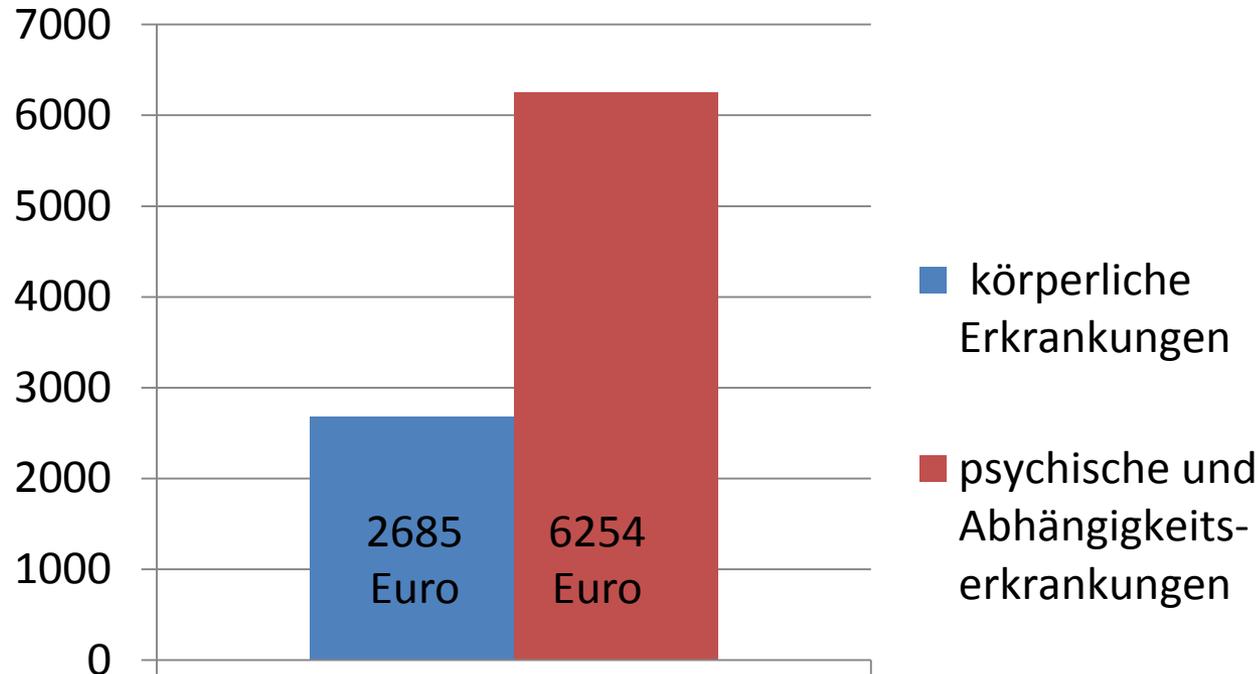
- Einige Fakten-

Im Jahr 2013 betragen die Ausgaben
insgesamt 5,84 Mrd. Euro



Aufwendungen für Rehabilitation

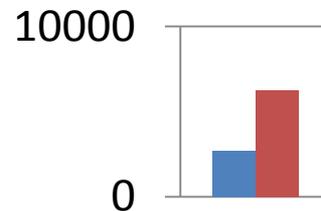
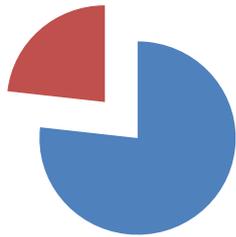
- Einige Fakten-



Stationäre medizinische
Rehabilitation:
ca. Euro pro Rehabilitand

Aufwendungen für Rehabilitation

- Einige Fakten-



➤ **Rehabilitation trägt damit besondere Verantwortung für den Versorgungsbereich**

Psychotherapeuten in der LPTK NRW im Bereich der Rehabilitation

NRW Kammermitglieder	10827
Selbständige	8861
Angestellt	1966
Angestellt	1966
Rehabilitationsbereich	268
Andere Einrichtungen	1698

- d.h. 14% der Angestellten sind im Rehabilitationsbereich tätig
- d.h. 2,4% der Kammermitglieder NRW insgesamt sind als Angestellte in der Rehabilitation tätig
- Aber: viele Psychotherapeuten in (fortgeschrittener) Ausbildung sind in der Reha tätig

Inhalt

- Was ist das spezifische der Rehabilitation?
 - Tätigkeitsfeld der Psychologen und die psychologische Leitungsrolle in der Rehabilitation am Beispiel der Gelderland-Klinik
(Rahmenbedingungen, Aufgaben, Zuständigkeiten,)
- Perspektiven und Chancen für Psychotherapeuten in der Rehabilitation

Gelderland-Klinik

Fachklinik für psychosomatische Rehabilitation

- Essstörungen:
Adipositas per magna, Anorexie,
Bulimie, Binge-eating
- Angststörungen
- Depressionen, Burn out,
Erschöpfungssyndrome
- somatoforme Störungen
- Schmerzstörungen
- Traumafolgestörungen
- Ängste und Depressionen bei
Krebserkrankungen
- Alterspsychosomatik



Strukturmerkmale

medizinisch-therapeutisches Personal / Psychologen

- 11 Diplom- / Master Psychologen
 - 4 Psychologische Psychotherapeuten
 - 5 in fortgeschrittener Ausbildung
 - 2 PiAs
- 1 Bachelor of Science

Integratives Behandlungskonzept

- psychotherapeutische Behandlung (Einzeltherapie, Gruppentherapie, psychodynamisch, verhaltenstherapeutisch, Paar- / Familiengespräche, systemisch)
- somatische Behandlung (psychosomatisch, allgemein-medizinisch, internistisch, psychiatrisch, neurologisch, konsiliarisch orthopädisch)
- Sport- und Bewegungstherapie, Physiotherapie
- Ergotherapie, Kreativtherapie (Kunst, Musik)
- Sozialberatung, berufsbezogene Angebote, MBOR
- Ernährungsberatung,
- Gesundheitskurse, psycho-edukative Angebote
- psychosomatische Pflege

Strukturqualität

- bestimmt durch den Kostenträger -

- Überprüfung durch regelhafte Visiten und Personalstandserhebungen
- KTL / RTSD / MBOR
- Personalstandards / Qualifikationen
- Arztbriefmanual / Überprüfung über Peer Review/ Bearbeitung
- Medizinisch technische Standards/Basisdiagnostik
- Räumliche Standards
- Nachsorge

Personelle Anforderungen in der Psychosomatik (je Anzahl/100)

Tabelle 2: Personelle Anforderungen der stationären Rehabilitation*		
Indikation	Psychosomatik	
	Anzahl / 100	Funktionsgruppe
Ärztlicher Bereich		
Ärzte	9	13
Psychologischer Bereich		
Psychologischer Psychotherapeut	4	
Dipl.-Psychologe, MA Psychologie		
BA Psychologie**	0,5	0,5
Bereich Pflege		
Pflegepersonal	8,5	8,5
Bereich soziale Arbeit		
Sozialarbeiter / Sozialpädagoge, Dipl., MA	1,2	1,2
Sozialarbeiter / Sozialpädagoge, BA		
Therapeutischer Bereich		
Sportlehrer/ -wissensch., Dipl., MA	1	7,5
Sportlehrer/ -wissensch., BA		
Sportl./Bew.-Th./Gymn.-Lehrer		
Physiotherapie, MA, BA	2,5	
Physiotherapeut	2,5	
Masseur	1,5	
med. Bademeister		
med. Badehelfer		
Ergotherapie, MA, BA	2,5	
Ergotherapeut		
Beschäftigungstherapeut		
Berufstherapeut		
Kreativtherapeut		
(Gestaltungs-, Kunsttherapie)		
Diät-Assistent / Ökotrophologe, Dipl., MA	1	1
Diät-Assistent / Ökotrophologe, BA		

Strukturqualität

- bestimmt durch den Kostenträger -
- Leistungsstandards setzen sich aus folgenden Bausteinen zusammen:
 - Ärztliche Behandlung
 - Psychologische Diagnostik / Therapie / Beratung
 - Bewegungstherapie
 - Arbeitsbezogene Maßnahmen
 - Gesundheitsbildung & Psychoedukation
 - Entspannungsverfahren
 - Ergotherapie
 - Physikalische Therapie
 - Ernährungsberatung
 - Sozial, sozialrechtliche und berufliche Beratung

Behandlungsvorgaben am Beispiel Depression (F32, F33, F34.1)

ETM = Evidenzbasierte Therapiemodule /Orientierung an den S3 Leitlinien; berücksichtigt werden ausschließlich KTL Leistungen

RTS Depressive Störungen (Basis: KTL 2015)			
ETM	Bezeichnung	Minstdauer	Mindestanteil
01	Einzelpsychotherapie	mind. 30 Min. pro Woche	mind. 90 %
02	Gruppenpsychotherapie	mind. 210 Min. pro Woche	mind. 90 %
03	Aktivitätsaufbau	mind. 60 Min. pro Woche	mind. 20 %
04	Entspannungsverfahren	mind. 30 Min. pro Woche	mind. 60 %
05	Bewegungstherapie	mind. 210 Min. pro Woche <i>mind. 3 mal</i>	mind. 80 %
06	Gesundheitsbildung und Psychoedukation	mind. 150 Min. pro Reha	mind. 90 %
07	Ernährungstherapeutische Leistungen	mind. 45 Min. pro Reha	mind. 30%
08	Gestalterische Ergotherapie und Künstlerische Therapien	mind. 90 Min. pro Woche	mind. 40 %
09	Funktionelle und arbeitsweltbezogene Therapien	mind. 50 Min. pro Woche	mind. 40 %
10	Leistungen zur sozialen und beruflichen Integration	mind. 45 Min. pro Reha	mind. 70 %
11	Vorbereitung nachgehender Leistungen	mind. 15 Min. pro Reha	mind. 80 %

Für die Bereiche ETM
1,2, teils 3,4,6 und 11
sind dabei die
Psychologen /
Psychotherapeuten
verantwortlich

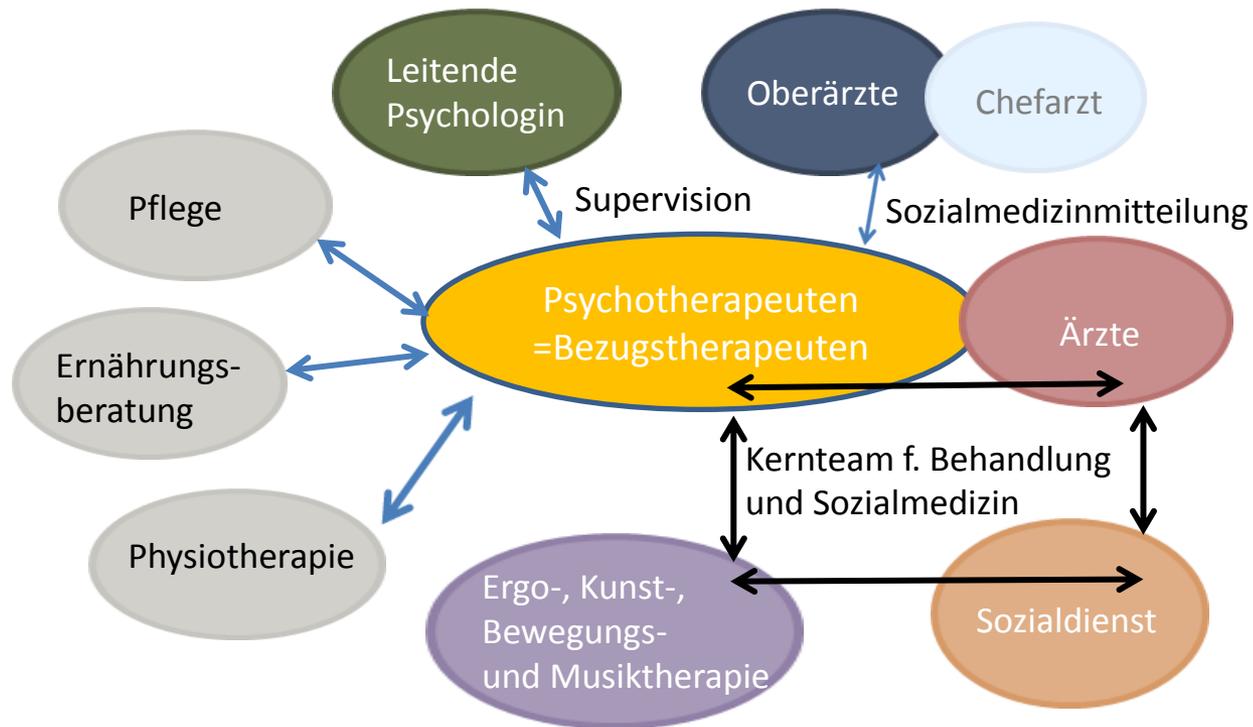
Tätigkeiten der psychologischen Bezugstherapeuten

- Hauptverantwortlich für den therapeutischen Prozess und die Behandlung – damit Ansprechpartner für den Patienten
- Aufnahmegespräche
- 3x pro Woche Gruppentherapie / 1x Einzeltherapie pro Woche
- Therapieziele herausarbeiten und überprüfen
- Verantwortlich für den Reha-Entlassbrief / Unterzeichnung
- Gruppendiagnostik ggf. weitere Einzeldiagnostik
- Sozialmedizinische Begutachtung (im Team), teils auch Mitteilung
- Vorträge
- Psycho-educative Kurse z.B. Depressionsbewältigung
- Nachsorge Vorbereitung / Information
- IRENA –Gruppen leiten



**Viele Kompetenzen, Verantwortungsbereiche
und auch Befugnisse!**

Das „Reha-Team“



Kritische Anmerkung

- Tarifliche Eingruppierung nach der AVR – stark veraltet!!!!
- Psychotherapeuten in fortgeschrittener Ausbildung bei 3 eingruppiert (entspricht EG 12- TVöD)
- nach erfolgter Approbation bei 2 (EG 13)
- Kein Facharztäquivalent !

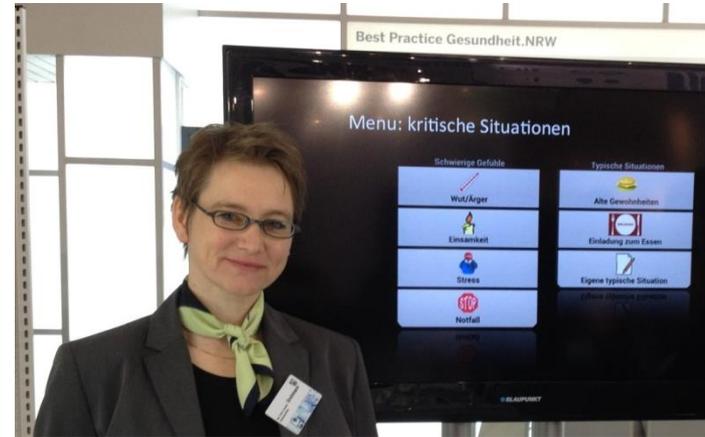
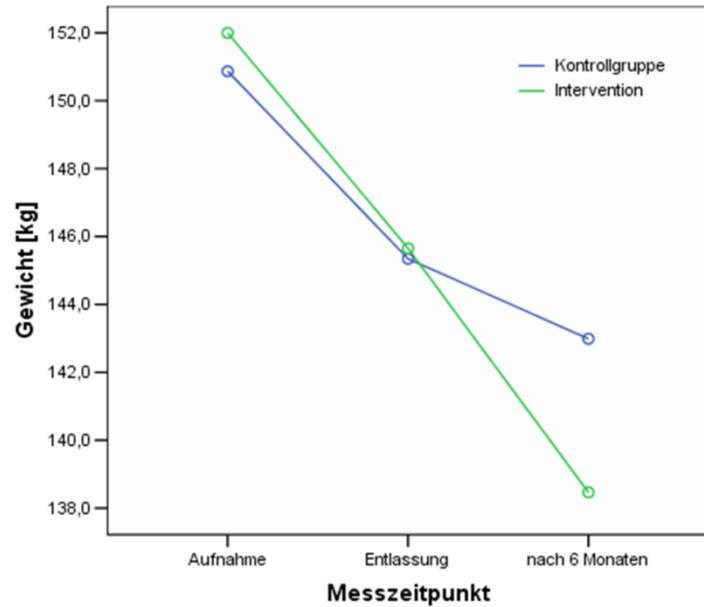
Leitende Psychologin: Tätigkeitsprofil

Berufsgruppe	Leitende Psychologin
Stellenbezeichnung	Leitende Psychologin
Direkt vorgesetzte Stelle (s. Organigramm)	Ärztlicher Direktor
Nachgeordnete Stelle/n:	<ul style="list-style-type: none"> - Berufsgruppe Psychologen - Berufsgruppe Sozialarbeiter
Qualifikation, formal	Dipl. Psychologin Psychologische Psychotherapeutin
Qualifikation, persönlich	Psychoanalytisch orientierte Gruppentherapie Psychoonkologie Traumatherapie
Aufgaben, allgemein	<ul style="list-style-type: none"> - Behandlung einer stationären Therapiegruppe von 7 Patienten - Zuständigkeit für die Berufsgruppen Psychologen und Sozialarbeiter - Supervision von Psychologen, ärztliche Bezugstherapeuten, Psychologen in Ausbildung (PIA) und Praktikanten - Durchführung von Bewerbungsgesprächen - Leitung /Zuständigkeit für die Balintgruppe/Pflegedienst - Durchführung von Weiterbildungen - Durchführung von Vorträgen - Organisation der internen und öffentlichen Gesundheitsvorträge - Regelung SIEDA-Programm für Psychologen - QM für den Bereich Psychologen und Sozialarbeiter - Organisation der psychologischen Testung - Regelung/Zuständigkeit der Routine Testung - Zuständigkeit für die Patientenbibliothek - Konzeptarbeit - Regelung von Vertretungen für ärztliche und psychologische Bezugstherapeuten - Projektgruppenleitungen - Leitung von Berufsgruppentreffen - Dozententätigkeit im Rahmen des übergreifenden "Curriculum am linken Niederrhein" - Fortbildung/Gesprächsführung für das Küchenpersonal und Pflegedienst
Informationsstrukturen	Die Informations- und Kommunikationsstrukturen sind im Behandlungskonzept und in der Timebase-Planvorlage vorgegeben.

Leitende Psychologin: Auszug Tätigkeitsprofil

- Organisation therapeutischer Leistungen/Zuständigkeiten (KTL- Management)
- Teamzusammensetzung
- Gesamt – Stundenplan für Gruppenveranstaltungen
- Supervision der psychologischen Kollegen
- Konzeptarbeit: Depressionsbehandlung, Angstbewältigung, Soziale Kompetenztraining, Achtsamkeit, Raucherentwöhnung, MBOR
- Vorträge / intern und extern
- Kooperation mit Ausbildungsinstituten, Paritätischen/SHG
- Einbindung in strategische Überlegungen
- Personalauswahl
- Referentin im Curriculum „Arbeitsgemeinschaft Niederrhein“
- Außendarstellung
- Kleine Behandlungsgruppe

Forschung im Adipositas-Nachsorge-Programm



- Originalarbeiten
- Fachmesse „Medica“ Herbst 2013
- Gesundheitsministerin NRW Sommer 2013



Moderne Zeiten

Antworten der Psychosomatik und Psychotherapie

26. bis 29. März 2014, Berlin



**Deutscher Kongress für
Psychosomatische Medizin
und Psychotherapie**

Durchführung von Fort- und Weiterbildungen

- „Curriculum Niederrhein“ - Zusammenschluss von den Kliniken Gelderland-Klinik, Psychiatrie Rheinberg und Psychiatrie Kalkar
- Zertifizierte Fort- und Weiterbildung
- Durchführung von den Leitenden Mitarbeitern der Kliniken
- Für Ärzte in Weiterbildung (FA Psychotherapie, Psychosomatische Medizin)
- 6 Semester – Postgraduierte Weiterbildung für approbierte Psychologen

Zusatzprojekte

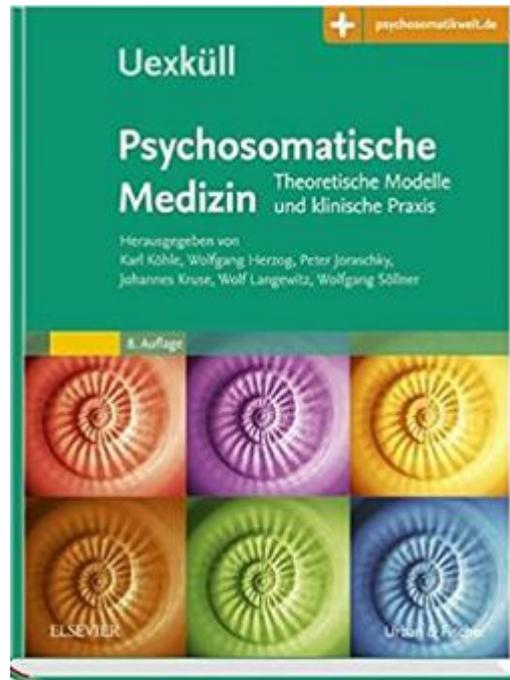
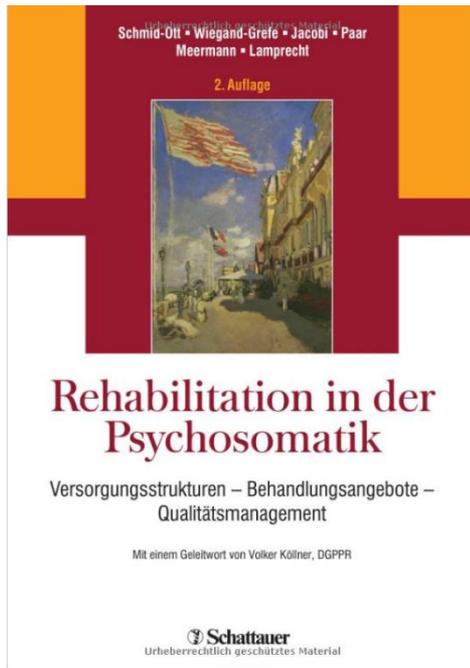


Beispiel für eine Maßnahme

Radwandern im Sommer 2014 mit **Krebspatientinnen** auf dem Ruhrtal-Radweg „**Neue Wege erfahren**“

Von Winterberg nach
Duisburg - 230 km an 5 Tagen

... Publikationen (wenn Zeit bleibt)



Die Krebserkrankung hinter sich lassen - neue Wege „erfahren“

Grohmann, S., Weber, U., Klase, G. & Kol, F.

Einführung
Mittlerweile scheint unstrittig, dass physische Aktivität sowohl im Vorfeld, aber auch während der Therapie einer Krebserkrankung die Lebensqualität und auch die Überlebensverträglichkeit erhöht (Ballal & Saha, 2012), auch in der Palliativversorgung scheint es trotz eines Mangels an qualitativ hochwertigen Studien Hinweise auf einen Nutzen für die Anwendung physischer Aktivität zu geben (Lowe et al., 2009). Durch die physische Aktivität während einer Krebelsbehandlung verbessern sich bei verschiedenen Erkrankungsarten unterschiedliche Fitnessparameter: die Lebensqualität und eine in ca. 60-90% aller Fälle bestehende Fatigue-Symptomatik (Speck et al., 2010). Speziell Fahrradfahrung führt bei Brustkrebspatientinnen nicht nur zu einer Verbesserung unterschiedlicher physiologischer Parameter sondern auch zu der Zunahme interueller Kontrollüberzeugung (Winstingham, 1995). Auch innerhalb stationärer Rehabilitations kommt ein standardisiertes, aktives Ausdauertraining mit täglichem 30-minütigen Fahrradfahrung physische und psychische Besserung bei Patienten mit einem Bronchialkarzinom (Kusenberg et al., 2007). In einer Pilotstudie konnte durch eine fünfwohige Fahrradfahrung die Lebensqualität deutlich besser als auch den Testosteron-Level signifikant verbessern (Baumann, 2013).

Methode
Intervention: 5 Tage Radfahren bei einer Tagesstrecke von 40-70 km innerhalb der geschlossenen Gruppe. Gruppenpsychosozialerapeutische Settings jeweils morgens und abends. Stichprobe: 9 Teilnehmerinnen im Alter von 58-76 Jahren. Zwei Teilnehmerrinnen konnten auf Grund eines Rezidivs bzw. eines akuten Life-Events nicht an der 13 Messung teilnehmen. Messungen: Ängstlichkeit, Depressivität via HADS (Herrmann-Lingen, Busz & Seath, 2011), Belastungshöhe, Anzahl belasteter Lebensbereiche via Distress-Thermometer (vgl. Mehnert, Müller-Lohmann & Koch, 2006), Messungen jeweils drei Wochen (10) zu Beginn (11) gegen Ende (12) und vier Wochen nach der Tour (13).

Zielsetzung
Trotz der geringen Stichprobengröße und der damit einhergehenden Teststärke zeigte sich im Post-Hoc-Kontrast im Vergleich von Messzeitpunkt 10 zu 12 eine signifikante Reduktion innerhalb der Anzahl der Problembereiche [$p = .02$], der Ängstlichkeit [$p = .03$] und des Distress [$p = .007$]. Die Mittelwerte waren jeweils zum Ende der Radtour (12) am niedrigsten, d.h. sie reagierten zu der Nachbefragung (13) noch einmal ein hier war am ehesten bei der Reduktion der Ängstlichkeit ein Unterschied zu vermuten ($p = .08$). Stetiglich einer positiven Veränderung eines Monats nach der Tour gab es im Kontrast zum Zeitpunkt 10 einen mittleren Effekt hinsichtlich des Distress ($\eta^2 = .11$) und einen mittleren Effekt bei der Anzahl an Problembereichen ($\eta^2 = .09$) sowie einen starken Effekt hinsichtlich der Angstreduktion ($\eta^2 = .42$).

Diskussion
Die Intervention Radwandern bei Krebs ist zur Nachahmung zu empfehlen. Sie hat Motivation zur Bewegung und zum Anschluss an eine Gruppe bei den Beteiligten gefördert und regt, dass Krebs-Patienten ein solches Projekt als hilfreich und unterstützend insbesondere als Halt gebend erleben. Die Erfahrung sich gemeinsam Schwergleiten zu stellen und die körperliche Aktivierung dabei Motivation für eine aktive Krankheitsbewältigung und fördern Zutrauen zu sich selbst. Ängste, Depressionen und auch die Wahrnehmung von Belastungen verändern sich innerhalb von kurzer Zeit durch diese intensive Erfahrung der Aktivierung der Gruppe (zusammend verübend). Insgesamt sind gute Effekte zu erleben: die die Unterstützung der gemeinsamen Bewegung innerhalb einer Gruppe belegen. Signifikante waren aufgrund des geringen nicht zu erwarten.

Literatur
Ballal, S. S., & Saha, S. (2012). Physical activity and quality of life in cancer patients: A review. *Journal of Cancer Research and Clinical Oncology*, 138(1), 1-10.
Baumann, S. (2013). *Die Krebserkrankung hinter sich lassen - neue Wege „erfahren“*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
Lowe, J. B., & Lippman, S. M. (2009). Physical activity and quality of life in cancer patients: A review. *Journal of Cancer Research and Clinical Oncology*, 135(1), 1-10.
Mehnert, A., Müller-Lohmann, S., & Koch, G. (2006). *Distress-Thermometer*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
Speck, G., & Speck, G. (2010). *Die Krebserkrankung hinter sich lassen - neue Wege „erfahren“*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Figuren
A bar chart showing the number of participants for different variables at three time points: 10 (Start), 11 (3 Wochen), and 12 (Ende). The variables are: Anzahl der Problembereiche, Ängstlichkeit, and Distress. The chart shows a general decrease in all three variables over time, with a significant drop in 'Anzahl der Problembereiche' at time point 12.

Inhalt

- Was ist das spezifische der Rehabilitation?
- Tätigkeitsfeld der Psychologen und die psychologische Leitungsrolle in der Rehabilitation am Beispiel der Gelderland-Klinik
(Rahmenbedingungen, Aufgaben, Zuständigkeiten,)
- **Perspektiven und Chancen für Psychotherapeuten in der Rehabilitation**

Perspektiven und Chancen für Psychotherapeuten in der Rehabilitation

Was ich mir wünschen würde?



Was ich mir wünschen würde....

- AVR, die Psychotherapeuten berücksichtigt
- Psychotherapeuten, die Lust haben Klinikprozesse mit zu gestalten
- Verantwortung von Psychotherapeuten für die Teamleitungsebene: Weisungsbefugnisse
- Mehr Psychotherapeuten in der Klinikleitung
- Eine Kammer, die Angestellte im Blick hat und einen Austausch - wie bei diesen Veranstaltungen - ermöglicht: Berufspolitische Unterstützung
- Stärkere Vernetzung der Angestellten Psychotherapeuten in den verschiedenen Länder-Kammern für bessere Lobbyarbeit
- Studiengang Psychotherapie mit Vermittlung von mehr Gruppentherapie Kompetenzen
- Etc....

Danke für Ihre Aufmerksamkeit !

