

Mütter, Kinder, Väter – Familien in der Deister Weser Klinik

Dr. Dieter Pütz – Deister Weser Klinik, Bad Münder

Wir über uns

Die Deister Weser Klinik ist eine Fachklinik für Psychosomatik, Verhaltensmedizin und Onkologie.

Wir behandeln seit vielen Jahren Patientinnen mit psychosomatischen Erkrankungen und arbeiten vorwiegend nach einem modernen verhaltenstherapeutischen Konzept.

Aber auch Musik-, Gestaltungs- und Kreativtherapie fügen sich nahtlos in unser Behandlungskonzept ein.

Unser ganzheitliches Behandlungskonzept umfasst Einzel- und Gruppentherapien, Entspannungsmethoden, Gestaltungstherapie, Bewegungstherapie auch im Wasser, Kinderbetreuung während der Therapiezeiten und gezielte Krankengymnastik.

Das therapeutische Team besteht aus Ärzten, Diplom-Psychologen, Kreativ-, Musik-, Gestaltungs- und Ergotherapeuten sowie Sport- und Bewegungstherapeuten. Neben dem Sozialdienst arbeiten bei uns Co-Therapeuten im Bereich der Pflege und Versorgung, aber auch Krankengymnasten, Medizinische Bademeister, Masseurinnen und Diätassistentinnen.

Im Gegensatz zu Mutter-Kind-Kuren, die vorrangig der Erholung erschöpfter Mütter bzw. auch der Behandlung kranker Kinder dienen, nehmen wir bisher Mütter mit behandlungsbedürftigen psychosomatischen oder psychiatrischen Erkrankungen gemeinsam mit ihren Kindern auf.

Für die Dauer der therapeutischen Anwendungen stellen wir zu den üblichen Zeiten die Betreuung der Kinder sicher.

Es zeigt in der letzten Zeit immer deutlicher, dass natürlich auch Angehörige durch Erkrankungen innerhalb der Familie mitbetroffen sind und Anleitung sowie Hilfe benötigen. Außerdem findet Männermedizin fast ausschließlich am Stammtisch statt.

Daher möchten wir unser Angebot in Richtung Familienmedizin erweitern, um Mütter mit Kindern bereits im Vorfeld einer drohenden Erkrankung gezielt helfen zu können, und Angehörige in diese Behandlung miteinzubeziehen.

■ Gesundheitsrisiken von Frauen

■ Subjektiver Gesundheitszustand und Beschwerden

Im Alter von 40 Jahren ergeben sich zwischen Männern und Frauen kaum Unterschiede in der subjektiven Einschätzung ihres Gesundheitszustandes. Danach bezeichnen Frauen ihren Gesundheitszustand generell schlechter als Männer. Dieser Unterschied ist bei manchen Beschwerden deutlicher als bei anderen. Am auffälligsten ist er bei Nacken- und Schulterschmerzen und bei innerer Unruhe, Reizbarkeit, Grübeleien, übermäßigem Schlafbedürfnis, Schlaflosigkeit und Schwindelgefühl.

Generell gilt, dass im Verlauf der letzten 25 Jahre der Anteil von Personen, die unter gesundheitlichen Beschwerden leiden, insgesamt zugenommen hat.

Rund die Hälfte aller Männer und Frauen im Westen Deutschlands (49 %) klagen über Krankheiten des Muskel- und des Skelettsystems.

Ebenso häufig werden Krankheiten des Herzkreislaufsystems (45 %) angegeben, wobei der Anteil der Frauen hier deutlich höher liegt.

In der Gruppe derjenigen, die ihre Beschwerden als stark bezeichnen, finden sich vor allem Personen, die über wenig soziale Unterstützung verfügen.

Auch ein Zusammenhang mit dem sozioökonomischen Status wird beobachtet: Je höher die Schulbildung, je höher das Einkommen, desto besser wird der subjektive Gesundheitszustand eingeschätzt. Und zwar von Männern und Frauen.

■ Risikomerkmale der sozialen Lage

Mit dem sozioökonomischen Status hängt aber nicht nur der subjektiv erlebte Gesundheitszustand zusammen, sondern auch der „objektive“: Mit steigendem Einkommen nehmen die Erkrankungshäufigkeit und die frühe Sterblichkeit kontinuierlich ab. Da Frauen im Mittel immer noch in weniger qualifizierten Berufen arbeiten und über die Lebensspanne gesehen im Allgemeinen weniger Berufsjahre haben als Männer, verdienen sie weniger und sind häufiger als Männer von Armut bedroht und – entsprechend der Tatsache „Armut macht krank“ – auch besonders krankheitsgefährdet. Durch den Zusammenhang von Bildungsniveau und Krankheitshäufigkeit werden diese Befunde verstärkt:

Je niedriger das Bildungsniveau, desto schlechter ist der Gesundheitszustand.

Das hängt u.a. damit zusammen, dass Personen mit niedrigem Bildungsniveau häufiger ein mangelndes Gesundheitsverhalten zeigen. So sind etwa 70 % aller Männer und Frauen mit niedrigem Bildungsstatus nicht sportlich aktiv.

Allerdings zeigen Frauen mit niedrigem Bildungsniveau eher keine der anderen Risikoverhaltensweisen wie Rauchen oder Alkoholkonsum. Lediglich Ernährungsaspekte spielen bei ihnen eine krankheitsförderliche Rolle, denn sie haben häufig starkes Übergewicht und erhöhte Cholesterinwerte.

Nun sind für Übergewicht sicherlich eine Vielzahl von Faktoren maßgeblich. Aber es bleibt die Tatsache, dass Frauen mit niedrigem Einkommen vor allem an den Ausgaben für die Erhaltung der Gesundheit sparen müssen. Zum Beispiel an der Ernährung oder an gesundheitsfördernder Freizeitgestaltung wie sportliche Aktivitäten.

■ Krankheitsfolgen

Chronische Erkrankungen führen am häufigsten zu Frühberentung. Hier fällt auf, dass der Anteil der Frauen, die aufgrund einer psychiatrischen Erkrankung frühberentet wurden, deutlich zugenommen hat. 1995 erfolgten etwa 25 % aller Frühberentungen von Frauen aufgrund psychiatrischer Erkrankungen. Bei Männern lag dieser Anteil lediglich bei etwa 16 %.

Die Folgen einer Frühberentung sind für Frauen drastischer als für Männer, denn die Höhe der Frührenten liegt bei Frauen im Mittel zwischen 500 und 750 Euro, bei Männern hingegen zwischen 600 und 1200 Euro. Ursächlich dafür sind deutlich geringere Einkommen von Frauen und, bedingt durch Erziehungszeiten, zumeist kürzere Beitragszeiten.

■ Gesundheitsbewusste Lebensführung

Obwohl viele Frauen gezwungen sind, aufgrund ihres Einkommens an der Ernährung zu sparen, gilt dennoch, dass es ihnen im Schnitt besser als Männern gelingt, sich gesundheitsbewusst zu ernähren. Sie rauchen auch seltener als Männer und trinken weniger Alkohol, nehmen weniger illegale Drogen und gehen regelmäßiger zur Vorsorgeuntersuchung.

■ Gewalt gegen Frauen

Die Kriminalstatistik von 1995 zeigt, dass in diesem Jahr ca. 5.000 Jungen und ca. 15.000 Mädchen unter 14 Jahren das Opfer von sexuellem Missbrauch waren. Etwa 9 % davon waren jünger als 6 Jahre. In der Gruppe der 14- bis 17-Jährigen finden sich 500 männliche und über 2.000 weibliche Opfer. Dabei ist anzunehmen, dass die Dunkelziffer sehr groß ist, zumal wenn die Täter aus dem familiären Umfeld kommen.

■ Arbeitslosigkeit

Es stellt sich die Frage, ob Arbeitslosigkeit bei Frauen mit den gleichen Belastungen und gesundheitlichen Auswirkungen verbunden ist wie bei Männern.

Da weibliche Erwerbsbiografien in der Regel kürzer als männliche sind bzw. Frauen durch Familienphasen unterbrochene Erwerbsbiografien haben, wird argumentiert, dass arbeitslose Frauen auf die „Hausfrau- und Mutterrolle“ als gesundheitliche Ressource zurückgreifen und somit die negativen Folgen von Arbeitslosigkeit abgepuffert werden können.

Untersuchungen zeigen, dass Arbeitslose gegenüber Erwerbstätigen einen schlechteren psychischen Gesundheitszustand aufweisen.

Dies trifft in gleicher Weise für Männer und Frauen zu.

Arbeitslose Frauen schätzen ihre Gesundheit im Vergleich zu erwerbstätigen Frauen schlechter ein, geben einen höheren Beschwerdestatus an und sind unzufriedener mit ihrem Leben.

In dem Maße, in dem Erwerbstätigkeit fester Bestandteil der weiblichen Normalbiografie wird, steigen auch die wahrgenommenen Nachteile, die sich aus dem Verlust des Arbeitsplatzes ergeben.

■ Bericht zur Gesundheit von Frauen

Der Bericht zur Gesundheit von Frauen von Dezember 1999 fasst die Auswirkungen von Haus- und Familienarbeit auf die Gesundheit zusammen und stellt fest, dass Frauen mit fünf Stunden pro Tag doppelt so viel unbezahlte Arbeit wie Männer leisten. Voll-erwerbstätige Frauen mit Kindern unter sechs Jahren weisen mit 72 Wochenstunden, Verheiratete mit 77 Stunden pro Woche die höchste Gesamtarbeitszeit (Erwerbs- sowie Haus- und Familienarbeit) aus.

Nun sagen Zeiten alleine noch nichts über die durch Haus- und Familienarbeit tatsächlich entstandenen Belastungen aus.

Wie für den Bereich der Erwerbsarbeit kann auch für die häusliche und familiäre Arbeit davon ausgegangen werden, dass hier gesundheitszuträgliche Potenziale ebenso wie gesundheitsabträgliche immanent sind. Denn das subjektive Erleben lässt sich nur in Bezug auf den gesamten biografischen Hintergrund verstehen.

Wie eine Situation empfunden wird, hängt von verschiedenen Faktoren wie der schulischen und beruflichen Qualifikation, der Beteiligung am Erwerbsleben, lebensgeschichtlichen Erfahrungen, der beruflichen oder familiären Orientierung sowie der Art der Partnerschaft ab. Das führt dazu, dass vergleichbare Situationen unterschiedlich erfahren werden können: als positiv und stärkend oder als belastend (Problem versus Herausforderung).

Das ändert aber nichts daran, dass Frauen im Haushalt mehr Arbeiten ausführen, die sich nach den Kriterien der humanen Arbeit negativ auf Gesundheit und Wohlbefinden auswirken.

Vergleichende Arbeitsplatzanalysen ergaben, dass die Anforderungen und Belastungen von Haus- und Familienarbeit ähnlich hoch sind wie an vielen Erwerbsarbeitsplätzen.

■ Frauen und häusliche Pflege

Der Bericht weist auf einen weiteren wesentlichen geschlechtsspezifischen Belastungsfaktor hin, den der häuslichen Pflege und ihrer gesundheitlichen Auswirkung. In Westdeutschland leben ca. 1,2 Millionen pflegebedürftige Personen in privaten Haushalten, die zu 73 % von Lebenspartnerinnen, Müttern, Töchtern oder Schwiegertöchtern gepflegt werden.

Etwa 75 % der zu pflegenden Personen sind älter als 65 Jahre. Die Betreuung erfolgt zu 32 % in Ehepaarhaushalten und zu 40 % in Haushalten von Angehörigen.

In 44 % der Fälle wird die Pflege allein von den Lebenspartnerinnen oder -partnern durchgeführt, bei etwa einem Drittel erfolgt eine Unterstützung durch Pflegedienste.

Die Hauptpflegepersonen unterliegen hohen körperlichen und psychischen Beanspruchungen, die sich vor allem bei einer permanent notwendigen Betreuung ergeben. Die entstehenden Belastungen unterscheiden sich für Frauen verschiedener Altersgruppen. Frauen mittleren Alters sind meist pflegende Töchter oder Schwiegertöchter mit weiteren gleichzeitigen familiären und beruflichen Verpflichtungen.

Häufig ist mit der Übernahme von Pflegeaufgaben langfristig eine Reduzierung oder gar die Aufgabe der eigenen Erwerbsarbeit verbunden. Das bedeutet neben finanziellen Einschränkungen die Verringerung sozialer Kontakte und beruflicher Entwicklungsmöglichkeiten. Beides wird von Frauen als belastend empfunden.

Häusliche Pflege ist ein Bereich der unbezahlten Haus- und Familienarbeit, der zu beträchtlichen gesundheitlichen Belastungen der Pflegenden führt und vor allem Frauen betrifft. Sie ist mit materiellen Einschränkungen verbunden und häufig von sozialer Isolation begleitet.

Gerade für jüngere Frauen bedeutet die Übernahme von Pflegeaufgaben einen tiefen Einschnitt in persönliche Lebenspläne und ist mit dem Verzicht auf Erwerbsarbeit und einer Einschränkung der beruflichen Zukunftsperspektive verknüpft.

■ **Pflege kranker Kinder**

Gleiche gesundheitliche Auswirkungen sind bei der Pflege chronisch kranker Kinder zu vermuten, die in hohem Maße noch jüngere Frauen als die in der Pflege tätigen betrifft.

■ **Burn-out bei Müttern**

Hinsichtlich der grundsätzlichen gesundheitlichen Belastungen kommt Dr. Jürgen Collatz, Wissenschaftler an der Medizinischen Hochschule Hannover und Leiter des Forschungsverbundes „Mütter und Mutter-Kind-Kuren“ in einer Studie zu dem Ergebnis, dass 10 bis 20 % der Mütter an schweren Erschöpfungszuständen wie dem Burn-out-Syndrom leiden. Die meisten Frauen geben als Hauptbelastung den ständigen Einsatz für die Familie an.

■ **Mütter sind Manager**

Dabei unterscheidet sich der Tagesablauf einer Mutter nicht von dem eines Managers: Einkaufen, Organisieren, Termine einhalten, Menschen führen, Verantwortung übernehmen.

Nur erhält sie keine Gratifikationen für ihre Arbeit, keinen Urlaub, kein Recht auf Überstundenausgleich, von der 35-Stunden-Woche ganz zu schweigen und leidet dennoch unter den gleichen gesundheitlichen Gefährdungen und Krankheiten wie gut bezahlte Führungskräfte.

■ Mutter-Sein ist strapaziös

Neben all den befriedigenden Seiten, die die Hausfrauen- und Muttertätigkeit mit sich bringt – die Herausforderung im positiven Sinne, zu der Familie und Kinder ihre Mütter anregen – gibt es nichts daran zu rütteln, dass es sich um einen strapaziösen Beruf handelt. Gekennzeichnet durch ein großes Spektrum völlig heterogener, in kurzer Folge wechselnder Belastungsfaktoren, die nicht nur sehr viel Zeit kosten, sondern häufig auch unter Zeitdruck geschehen. Sie beanspruchen ganz erheblich das Reaktionsvermögen der Frauen.

Außerdem findet ein Großteil ihrer Tätigkeit noch ständig im Fadenkreuz aufmerksamer, nörgelnder oder beschwerdewilliger Nachbarn und Familienangehöriger statt. Ein zusätzlicher Belastungsfaktor. So sind die Mütter nahezu rund um die Uhr seelischen, körperlichen, mentalen und sozialen Stressreizen ausgesetzt.

Und sie arbeiten zumeist im Konflikt mit ihrer inneren Uhr. Von ihnen wird erwartet, dass sie 24 Stunden volle Leistung bringen.

■ Biologische Regelkreise geraten aus den Fugen

Ihre Körperorgane arbeiten häufig im Grenzbereich. Oft werden auch biologische Regelbereiche überschritten. Zeitweilig bis an die Grenzen der so genannten autonom geschützten Leistungsreserven.

Ein solches andauerndes nervliches Übermüdungsstadium mit permanentem Rückgriff auf Leistungsreserven, führt bei vielen Frauen zu einem Erschöpfungszustand, letztendlich zu Ein- und Durchschlafstörungen. Auch wenn ein Großteil der Frauen diese Tätigkeiten gerne ausführt, kann es nicht überraschen, dass sich ein hoher Prozentsatz überfordert fühlt. Und das hat natürlich Folgen.

■ Der Sympathikus spielt verrückt

So finden Mediziner gehäuft Symptome, die mit der vegetativen Steuerung zu tun haben. Die Sympathikusnerven, also die ergotropen Nerven, die für die Steigerung der Arbeitsbereitschaft verantwortlich sind, arbeiten bei diesen Frauen häufig auf Hochtouren.

Folgerichtig klagen sie dann auch darüber:

- „Bei mir ist die Luft raus!“ (Atemtätigkeit)
- „Das schlägt mir auf den Magen!“ (Drosselung der Magen- und Darmtätigkeit)
- „Ich bin sauer!“ (dito)
- „Mir geht es besch...!“ (ebenso)
- „Das bringt mein Blut zum Kochen!“ (Erhöhung des Blutdrucks)
- „Ich fühle mich saft- und kraftlos!“ (Dämpfung der Abwehrreaktion und Schwächung des Immunsystems etc.)

Erschwerend kommt hinzu, dass sich aufgrund der besonderen Stellung der Frauen Belastungsaufbau, Erkrankung, chronische Phase und Rehabilitation meist abgeschirmt und verborgen gegenüber der Außenwelt vollziehen.

■ Frau am Herd – Mann im Leben

Eine solche Entwicklung ist zusätzlich durch das gesellschaftlich geprägte Rollenbild bestimmt. Schließlich ist es ja so, dass die Frau zu Hause sitzt, während der Mann das Geld verdient. Und weil das Elend versteckt werden muss, führt diese Haltung zu teilweise obskuren Versuchen, die Gesundheit zu erhalten und wiederherzustellen.

Nur wer das hohe Risiko einschätzen kann, als Hausfrau und Mutter die Freude an diesen Tätigkeiten zu verlieren, kann nach Ursachen forschen und Gegenmaßnahmen ergreifen.

Wird eine Lösung aus dem Dilemma gesucht, so ist die einzelne Frau meist nicht in der Lage, konstruktive und wirksame Lösungen zu praktizieren, sodass Bewältigungsversuche häufig scheitern.

Frauen gehen in ihrem Alltag auf sehr enge Weise mit Menschen um und sind zum Gelingen ihrer Tätigkeit auf bestimmte Reaktion dieser Menschen angewiesen. Daher können sie Misserfolge nicht anderweitig kompensieren.

■ Mütter sind Einzelkämpferinnen?

Eine weitere Scheinlösung ist das Verbergen der Situation anderen gegenüber, fast in Form eines Einzelkämpfertums, das viele Mütter und Frauen praktizieren, auch dann, wenn Probleme auftauchen.

Sie tun alles, damit niemand etwas von den eigenen Problemen merkt. Auch vor sich selbst verbergen viele die Enttäuschung, dass es ihnen nicht gelungen ist, den eigenen Ansprüchen zu genügen, eine „wirklich gute Mutter“ zu werden.

Und hier liegt oft ein bemerkenswerter Zusammenhang vor: Gerade die, die es besonders gut machen wollten, sind bei Frustrationen auch besonders gefährdet, in Agonie und Enttäuschung abzustürzen.

Mit Schamgefühlen über das eigene Versagen, wird nach außen das erfolgreiche Image aufrechterhalten, während im vereinsamten Inneren Anstrengung und Verzweiflung wachsen.

Das Aufrechterhalten einer Fassade fordert zusätzliche Kraft, die dann anderweitig fehlt.

■ Hilfe zur Selbsthilfe

Vielen Frauen fällt es auch schwer, von anderen etwas anzunehmen oder um Hilfe zu bitten. Wer aber von niemandem Nehmen oder Annehmen kann, ist immer auch durch Depressionen gefährdet.

Und dabei ergibt sich die Schwierigkeit häufig gar nicht immer aus dem benannten Problem (d.h. bspw. schwierige, unruhige Kinder, zu viel Arbeit im Haushalt, ein nörgelnder Ehemann), sondern viel mehr aus der Art und Weise, wie das Problem zu lösen versucht wird.

Ein Handeln ohne klare Motive bewirkt aber, dass man sich ohnmächtig den Gegebenheiten ausgeliefert fühlt und sich nicht als Mitgestalter der Gegenwart erlebt.

■ Was ist zu tun?

Eine geschlechtsspezifische Betrachtung von Erkrankungsrisiken und des Inanspruchnahmeverhaltens von Gesundheitsversorgung führt zu der Frage, wie sich die Versorgung dieser unterschiedlichen gesundheitlichen Situation anpasst.

■ Missverständliche Psychogeschichten

Das wird hier beispielhaft für die psychosomatische/psychotherapeutische Versorgung und Rehabilitation dargestellt.

Dazu ist es wichtig, sich von einer Reihe von Missverständnissen zu trennen, die die Theoriebildung in der Psychosomatik weiter beeinflussen. Das häufig anzutreffende Verständnis, dass psychosomatische Erkrankungen auf ein psychisches Problem zurückzuführen seien, behindert die Arbeit mit Patienten wesentlich und geht von einer falschen Sichtweise des Ineinanderwirkens psychophysischer Vorgänge aus.

Psychosomatische Erkrankung sind keine psychischen Erkrankungen mit im Wesentlichen psychischer Genese. Es sind Erkrankungen mit komplexen psychophysischen und sozialen Wechselwirkungen.

Somit gibt es auch keine psychologische/somatische Behandlung einzelner Krankheitsbilder, sondern das Behandlungsangebot muss alle notwendigen Behandlungskompetenzen integrieren.

Keine Fachdisziplin oder Berufsgruppe kann für sich allein Erkrankungen adäquat behandeln. Sie können es immer nur gemeinsam.

■ Nichtmotiviert, von wegen...?!

Ein weiteres Vorurteil betrifft den nichtmotivierten Patienten.

Nichtmotivierte Patienten gibt es nicht.

Aber der Therapeut sollte berücksichtigen, zu welchen Änderungen der Patient derzeit bereit ist. Und dafür ist es unabdingbar, sich mit den Modellvorstellungen des Patienten auseinander zusetzen, sie nachzuvollziehen und die Erfahrung zu vermitteln, dass er selbst Experte im Umgang mit seinen Problemen werden kann.

■ Geteiltes Leid

Patienten können ihr Leid nicht verbergen, auch wenn sie darüber mit niemandem sprechen. Auf die Dauer bekommt ihre Umgebung doch etwas von diesem Leid mit und wird davon selbst berührt.

Wenn Unternehmungslust, Lebensfreude und Leistungsfähigkeit beeinträchtigt sind, können damit auch den Angehörigen wichtige gemeinsame Bereiche oder Stützen verloren gehen. Und je enger der Kontakt zum Betroffenen ist, umso stärker ist das Mitleiden, auch und gerade, wenn der Betroffene nicht darüber spricht („Man kann nicht nicht reagieren.“).

Da insbesondere die Angehörigen als Mitbetroffene eine wichtige Rolle spielen, sind sie in ein integriertes psychosomatisches Behandlungskonzept mit einzubeziehen.

■ **Integrative Psychosomatik**

Der Anspruch eines integrierten psychosomatischen Arbeitsansatzes verlangt in der Medizin, dem Körper nicht weniger, sondern seelischen Aspekten mehr Aufmerksamkeit zu schenken.

Wir gehen heute davon aus, dass Störungen und Krankheiten immer eingebettet sind in eine Vielzahl von somatischen, persönlichen und sozialen Gegebenheiten, die zu einer Aufrechterhaltung des Krankheitszustandes beitragen und bei der Behandlung Berücksichtigung finden müssen.

■ **Versorgungskette**

Die Behandlungen von Patientinnen mit psychosomatischen Störungen beginnen in der Regel in der Praxis von Hausärzten oder Hausärztinnen. Dabei werden etwa 95 % der psychischen Diagnosen von Praktikern und Internisten gestellt, zumeist „funktionelle Störung psychischen Ursprungs“; 70 % der psychosomatischen Patienten sind Frauen.

■ **Behandlungskarrieren**

Ein nicht untypischer Weg von Frauen mit psychosomatischen Beschwerden sieht oft so aus:

Frauen fokussieren bei der Schilderung ihrer Beschwerden eher auf den erlebnismäßigen Aspekt, stellen Zusammenhänge mit psychischen Problemen her. Sie erhalten daher schneller eine psychische Diagnose und werden in der Regel mit Psychopharmaka behandelt. Dadurch wird eine aktive und lösungsorientierte Lebensführung und Krankheitsbewältigung verhindert.

In der Regel haben Patientinnen bereits eine lange Krankheits- und Behandlungskarriere hinter sich, bevor eine fachpsychotherapeutische Behandlung erfolgt. Das hängt mit Barrieren in den Köpfen der Behandler, aber auch der Patientinnen zusammen.

■ **Ambulant oder besser stationär?**

Grundsätzlich kann eine Behandlung von psychosomatischen Störungen ambulant oder stationär erfolgen.

Stationäre Rehabilitationsmaßnahmen, besonders dann, wenn sie wohnortfern angeboten werden, sind für Frauen mit familiären Verpflichtungen schwierig zu verwirklichen. Deshalb wurden vermehrt Möglichkeiten geschaffen, während des stationären Aufenthaltes von Müttern die Versorgung der Kinder zu gewährleisten (Vermittlung und Bezahlung einer Haushaltshilfe, Mitnahmemöglichkeiten von Kindern in einzelnen Rehabilitationseinrichtungen).

In den meisten Fällen ist damit aber nicht der gesamte Aufgabenbereich von Frauen mit Familien abgedeckt.

Auch wollen zahlreiche Mütter (insbesondere Alleinerziehende) ihren Kindern keine (weiteren) Trennungserfahrungen zumuten oder sie in der Obhut von Personen lassen, mit denen sie ein gespanntes Verhältnis haben oder denen sie sich auf keinen Fall

verpflichten möchten.

Insgesamt bevorzugen Frauen in der psychosomatischen Versorgung daher ambulante oder teilstationäre Angebote.

Über die Jahrzehnte haben sich spezielle Rehabilitationseinrichtungen für Frauen etabliert.

■ **Müttergenesungswerk**

Insbesondere das Müttergenesungswerk bietet stationäre Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen für Kinder und Mütter an.

Es werden sowohl Kuren für die Mütter allein als auch Mutter-Kind-Kuren durchgeführt. Bestandteile sind ärztliche Leistungen, problemorientierte Gruppen und Einzelpsychotherapeutische Maßnahmen, Heilmittel und Maßnahmen zur Gesundheitsförderung sowie Ernährungsberatung und Bewegungsangebote.

Die Angebote orientieren sich an den gesundheitlichen Bedürfnissen von Müttern und den auslösenden Belastungsfaktoren.

■ **Besondere Belastungsfaktoren**

In einer Statistik des Müttergenesungswerkes werden als häufigste Gesundheitsbelastung die nervliche oder seelische Überlastung, Wirbelsäulenleiden und Bandscheibenleiden, Niedergeschlagenheit und Müdigkeit genannt.

■ **Reha versus Kur?**

In der Praxis ist es oftmals schwierig zu entscheiden, ob eher eine Mutter-Kind-Kur oder ein Aufenthalt der Frau in einer psychosomatischen Fachklinik angebracht erscheint.

Diese Entscheidung wird häufig nicht am gesundheitlichen Bedarf der Frauen, sondern an organisatorischen Erfordernissen ausgerichtet, da – vor allem durch die zahlenmäßige Zunahme alleinerziehender Mütter – der Bedarf nach Einrichtung mit Angeboten zur Mutter-Kind-Behandlung zunimmt.

Dies führt auch zu einer Diskussion, inwieweit die Müttergenesung ein frauengerechtes Gesundheitsangebot darstellt.

Zwar ist es in vielen Fällen für betroffene Frauen erleichternd, ihre Lebenssituation mit anderen Frauen unter Ausschluss von Männern zu reflektieren, diese Möglichkeit steht aber wiederum nur Frauen mit Kindern zur Verfügung.

Zu diskutieren wäre, ob gerade im Bereich der Familienarbeit nicht stärker der Aspekt einer gemeinsamen Verantwortung von Frauen und Männern in den Vordergrund gestellt werden sollte und ob Konzeptionen von „Eltern-Kind-Einrichtungen“ nicht auch ein frauengerechteres Gesundheitsangebot darstellen könnten.

■ **Biologie, Seele und Umfeld**

Das entspräche insbesondere sowohl in der Diagnostik wie in der Therapie einer Orientierung am „biopsychosozialen Modell“.

Beim Auftreten von Beschwerden – somatischer wie psychischer Natur – erfolgt

neben einer angemessenen apparativen Diagnostik eine ausreichend ausführliche Anamnese unter Einbeziehung der Angehörigen.

Sie beinhaltet neben der Erfassung körperlicher Veränderungen sowohl Faktoren der Lebenssituation, der psychischen Bewältigungskompetenzen wie auch der bislang praktizierten Lösungsversuche und Eigenbehandlungen.

Frauen sollten durch das medizinische Versorgungssystem in ihrer häufig bereits vorhandenen psychosomatischen Sichtweise bestärkt werden.

Dazu bedarf es aber ausgebildeter Behandler und Behandlerinnen in psychosomatischen Belangen.

■ **Frauen haben Ressourcen, glauben es aber kaum**

Spezifische Angebote sollten ressourcenorientiert sein. Der Begriff Doppel- bzw. Mehrfachbelastung ist untrennbar mit dem Lebensalter von Frauen verbunden. Damit ist eine einseitige Sichtweise der Lebenssituation von Frauen verknüpft.

Das Tätigwerden in wechselnden Lebensbereichen erfordert, wie beschrieben, flexiblere Bewältigungsstrategien und erhöht dadurch vielfältige Kompetenzen wie Organisations-, Anpassungs- und Umstellungsfähigkeiten.

Allerdings zeigen Erfahrungen in der psychotherapeutischen Arbeit mit Frauen, dass diese oft keinen Stolz über diese Fertigkeiten verspüren, sondern vielmehr mit Schuldgefühlen reagieren, wenn sie glauben, den vielfältigen Anforderungen nicht vollkommen gerecht zu werden. Dies ist vor allem bei Müttern zu beobachten, die eine Berufstätigkeit weiterführen oder wieder aufnehmen, insbesondere dann, wenn diese Tätigkeit auch noch Freude bringt.

Frauen sollten zu Veränderungen und eigenverantwortlichem Handeln ermutigt werden. Viele psychische und psychosomatische Erkrankungen gehen mit einem Gefühl der Hilf- und Hoffnungslosigkeit einher. Situationen werden als unveränderbar und nicht beeinflussbar erlebt.

Die Betroffenen verhalten sich passiv, lassen Dinge „auf sich zu kommen“ und machen sich abhängig von externen Faktoren.

■ **Informationen sind wichtig**

Es ist therapeutische Aufgabe, Selbstsicherheit, Selbstbewusstsein und Selbstakzeptanz zu erhöhen und Frauen dadurch zu befähigen, in ihrem Lebensalltag angemessene Entscheidungen zu treffen und Problemlösungen zu erarbeiten, um die jeweils individuelle Lebenssituation günstig zu beeinflussen.

Mit der Förderung von Veränderungsbereitschaft geht auch die Forderung nach einem selbstbewussten und selbstbestimmten Umgang mit dem Gesundheitssystem einher. Dazu gehört auf Behandlerseite insbesondere die Bereitschaft zu ausführlicher Information und Aufgeschlossenheit auch kritisch fragenden Patientinnen gegenüber. Letztendlich ist es therapeutische Aufgabe, Hilfesuchverhalten zu erkennen und ernst zu nehmen, aber auch in allen Bereichen der Medizin die Hilfe zur Selbsthilfe zu stärken.

Frauen, Mütter, Väter, Kinder und die Deister Weser Klinik –

einem solchen Behandlungsansatz hat sich die Deister Weser Klinik verpflichtet.

„Wer nicht handelt, wird behandelt“, ist unser Wahlspruch.

■ Gesunde Wechselwirkungen

Dabei ist es richtig und menschenwürdig anzunehmen, dass Körper und Seele sich gegenseitig beeinflussen. Der Körper die Seele und die Seele den Körper. Diese Wechselwirkung tritt immer auf, nicht nur bei Krankheiten, sondern auch im Gesunden. Und niemals trägt eine Seite die alleinige Ursache von Störungen auf der anderen. Integrative Psychosomatik spricht dieses ständige Wechselspiel an. Sie begreift, dass jedes Gefühl zu körperlichen Reaktionen und jede Körperreaktion zu Gefühlen führt. Nur in dieser Wechselwirkung ist gesundes menschliches Leben möglich. Erleben Menschen anstelle dieses natürlichen Zusammenspiels zwischen Körper und Seele beide Bereiche als voneinander getrennt, so erkranken sie.

■ Struktur und Arbeitsweise

Struktur und Arbeitsweise einer psychosomatischen Rehabilitationsklinik unterscheiden sich grundlegend von anderen – besonders auch von Mutter-Kind-Kuren und psychotherapeutischen – Institutionen.

Die Voraussetzung einer gründlichen somatopsychischen Simultan- bzw. Komplementär-Diagnostik (solide organ-medizinische Funktionsdiagnostik mit entsprechend apparativer Ausstattung der Klinik, eine gründliche Psychodiagnostik und fundierte Sozialanamnese) sind ebenso erforderlich, wie ein breites Spektrum therapeutischer Möglichkeiten.

■ Breites Spektrum gefordert

Dieses breite therapeutische Spektrum ist notwendig, weil Patientinnen, die in eine psychosomatische Rehabilitationsklinik aufgenommen werden, häufig für Psychotherapie wenig empfänglich sind. Psychotherapieangebote werden zunächst diskriminierend und ängstigend erlebt, da diese weitgehend mit Psychiatrie gleichgesetzt werden („Ich hab’s nicht im Kopf, sondern im Rücken!“).

■ Was wird mich erwarten?

So sind die Erwartungen der Patientinnen zu Beginn der Rehabilitationsmaßnahme meist diffus und in erster Linie von einem somatischen Krankheitsangebot geprägt. Diese Haltung entspricht der bisherigen Haltung der Patientinnen zu medizinischer Versorgung und Hilfestellung.

■ Thematisierung psychosozialer Faktoren

Die Thematisierung psychosozialer Faktoren und möglicher Zusammenhänge der geklagten Beschwerden lösen häufig Ängste und Vermeidungsverhalten aus. Dabei herrscht insbesondere die Furcht vor, als psychisch krank oder gestört angesehen zu

werden. Was Frauen auch in Mutter-Kind-Einrichtungen oft davon abhält, psychologische Angebote anzunehmen:
„Ich bin doch nicht verrückt!“.

■ **Angebot, plausibel und transparent**

Deshalb ist es wichtig, ein therapeutisches Angebot zu machen, das auch für die Patientinnen plausibel und transparent ist. Ein solches Angebot lässt sich ganz besonders gut im Rahmen einer verhaltenstherapeutisch ausgerichteten Klinik machen, deren wesentliches therapeutisches Ziel es ist, die eigenen Möglichkeiten der Patientinnen zu fördern, damit diese mit ihren körperlichen, seelischen und sozialen Problemen besser umgehen können.

■ **Behandlungsbedürftige Krankheiten**

Im Gegensatz zu den gängigen Mutter-Kind-Kuren, die vorrangig der Erholung erschöpfter Mütter bzw. auch der Behandlung erkrankter Kinder dienen, nehmen wir Mütter mit behandlungsbedürftigen psychosomatischen Störungsbildern (z.B. Angststörung, Zwangserkrankung, Depression etc.) oder psychiatrischen Krankheitsbildern (schizophrene Erkrankungen, Z.n. Psychosen etc.) gemeinsam mit ihren Kindern auf.

Solche Krankheitsbilder werden bei Müttern oft verkannt bzw. nicht richtig diagnostiziert, da man im Fall von Müttern mit Kindern automatisch von Erschöpfung ausgeht, ohne zu berücksichtigen, dass in vielen Fällen bereits vor der Geburt der Kinder manifeste Erkrankungen vorlagen.

Daher liegt unser Schwerpunkt der Behandlung nicht vorrangig auf körperlicher Erholung und Freizeitgestaltung, sondern auf der Behandlung der beschriebenen Störungen, die medizinisch therapeutisch anzugehen sind.

Und somit ergibt sich unserer Ansicht nach keine Konkurrenz zu den bewährten Angeboten der Mutter-Kind-Kuren.

■ **Reha + Kur = gemeinsam sind wir stark!**

Grundlage der Indikationsstellung für Mutter-Kind-Kuren ist das „Leitsyndrom zur Begutachtung und Indikationsstellung von Präventions- und Rehabilitationsmaßnahmen für Mütter und Kinder“.

Mütter und Kinder werden anhand bestehender Klassifikationssysteme von dem Medizinischen Dienst der Krankenkassen begutachtet (dann wird entschieden, ob Mutter und Kind die Voraussetzungen für eine Maßnahme erfüllen).

Nun zeigen diese Klassifikationssysteme nur unzureichend die vielschichtige Krankheitssituation der Mütter auf. Deshalb liefert das „Leitsyndrom“ ein komplexes Modell mütterspezifischer Erkrankungen, das als Indikationsgrundlage für präventive und rehabilitative Maßnahmen gelten kann.

Inhalt des „**Leitsyndroms**“ sind die folgenden vier Kernbereiche:

1. Kernsyndrom

- Schwere Erschöpfungszustände
- Multiple, psychosomatische Befindlichkeitszustände
- Somatoforme Beschwerden und Erkrankungen
- Burn-out-Syndrom

2. Multimorbidität

- Fähigkeitseinbußen (impairments)

3. Multiaxialität

- Multiple, psychische und soziale Belastungen führen zu
- Überlastungs- und Gratifikationskrisen
- Funktionellen Störungen (disabilities)
- Sozialen Beeinträchtigungen (handicaps)

4. Störungen

- der kindlichen Entwicklung und Gesundheit
- der Mutter-Kind-Interaktion
- des Familiensystems und sozialen Netzwerkes

Mit dem „Leitsyndrom“ wird zusammenfassend ein prozesshaftes Geschehen der ständigen Überforderung und Belastung bis hin zu chronischen Erschöpfungszuständen bei Müttern verdeutlicht, das sich nur wenig von den bisher behandelten kranken Frauen in der Deister Weser Klinik unterscheidet.

Begleitende Gesundheitsstörungen zeigen einen hohen Krankheitswert an, der das gesamte familiäre Netz beeinträchtigen kann, so zum Beispiel die kindliche Entwicklung oder die Mutter-Kind-Beziehung.

Und damit finden sich weitere deutliche Parallelen zu Behandlungsschwerpunkten und Erkrankungsbildern in der Deister Weser Klinik.

■ Welche Möglichkeiten bestehen in diesem Zusammenhang, das Angebot einer psychosomatischen Rehabilitationsklinik im Sinne einer Familienmedizin zu nutzen?

Um diese Frage zu klären, ist es aufgrund der bisherigen Bewilligungspraxis notwendig, sich mit dem **Begriff der Kur** zu beschäftigen.

Auch wenn hinsichtlich Kur und Rehabilitation auf der einen Seite die ausreichende Trennschärfe fehlt, werden auf der anderen Seite qualifizierte ebenso wie unqualifizierte Angebote unter der Überschrift „Morgens Fango, abends Tango“ in einen Topf geworfen.

Eine Kur kann präventiven, rekonditionierenden oder rehabilitierenden Charakter haben.

■ Rehabilitation

Die Rehabilitation ist insofern von der Kur abzugrenzen, als dass sie mit einem Mehr an Pflegeaufwand, ärztlicher Betreuung und Infrastruktur verbunden ist.

Es ist davon auszugehen, dass bei der Rehabilitation schwerere Beeinträchtigungen vorliegen als bei einer Kur.

Leider sind viele Definitionen von Kur und Rehabilitation unrealistisch und kontraproduktiv. Oft suggerieren sie, dass eine vollständige Wiederherstellung der Gesundheit im klassischen Sinn oder die totale Wiedererlangung der verlorenen Kompetenzen möglich ist.

Dadurch verhindern sie die Motivation zu einer teilweisen Stärkung von verbleibenden Fähigkeiten sowie die Einsicht in ein umfassend ganzheitliches Verständnis von Gesundheit.

■ Was ist denn nun eine passende Definition?

Eine angemessene Definition des Kurbegriffes sollte folgende Punkte beinhalten:

- Steigerung der Kompetenz in einzelnen physischen, psychischen, kognitiven, emotionalen und sozialen Funktionen;
- Verringerung der Abhängigkeit von Ärzten, Behandlung, Medikamenten etc. durch ein Bewusstsein der Eigenverantwortung;
- Verbesserung der Auseinandersetzung mit evtl. eingetretenen Einschränkungen und Verlusten, sodass die Einsicht in die umfassende Ganzheitlichkeit und so eine neue Form der Gesundheit möglich wird.

Bei der Kurmedizin geht es nicht mehr nur darum, Defizite, die durch Krankheit entstanden sind wieder zu beseitigen. Vielmehr sollen bestehende Kräfte und Fähigkeiten gefördert und trainiert werden, die entweder zur Rehabilitation oder auch zur Prävention führen.

Der medizinische Blick auf die so genannte Restgesundheit und die Heil- und Abwehrkräfte muss ergänzt werden durch den Blick auf emotionale, intellektuelle und soziale Komponenten des Seins.

Das Training der eigenen Regulationssysteme kann nicht nur auf den Bereich des Körpers beschränkt bleiben, wenn man Lebensqualität im Sinn hat. Vor allem aber sollte auch an der inneren Haltung der Frauen gearbeitet werden.

■ Einbeziehung der Angehörigen als Pflicht

Dabei ist die Einbeziehung von Angehörigen zu fordern und als sinnvoll zu erachten. Wesentliche pädagogische Aufgabe und salutogenetisches Behandlungsziel ist es, Beziehungen zu stabilisieren und die Kommunikation zwischen den Frauen und ihren Angehörigen zu verbessern.

Außerdem ist es eine der Bewältigungsintentionen, soziale Beziehungen fortzuführen. Gemeinsame Angebote ermöglichen dieses Anliegen und erleichtern es.

Gleichzeitig können Angehörige, bedingt durch das Miteinander mit den Frauen, ebenfalls eine neue Haltung zu deren Problematik vermittelt bekommen und auf die-

sem Wege ihre Selbstverwirklichung vereinfachen:

Nicht nur die Betroffene braucht ein Selbstbild, in dem sie als vollwertiger Mensch gilt, sondern auch ihre Familie muss dieses Bild von ihr haben.

■ **Gemeinsame Angebote**

Gemeinsame Angebote sind ein entscheidendes Moment der Kommunikationsgelegenheit und somit von essenzieller Bedeutung für das soziale Wohlbefinden aller Beteiligten.

Ein weiterer wichtiger Hinweis auf den „Nutzen“ der Angehörigen, ist die angestrebte nachhaltige Wirkung der Kurerfahrung.

Es baut sich zwischen den Frauen und ihren Angehörigen ein wechselseitiger Einfluss auf, sodass beide auf lange Sicht ähnliche Formen der Auseinandersetzung ausbilden.

Gesundheit, Heilung und Bewältigung sind kollektive Aufgaben.

Nach der systemischen Denkweise ist die Belastungssituation eine Angelegenheit der ganzen Familie, da kein Mensch eine isolierte Einheit ist, sondern Teil größerer Systeme.

Die soziale Wirklichkeit bildet den Hintergrund der Auseinandersetzung, und sie kann förderlich oder aber schädlich wirken, d.h. der Heilungsprozess wird von den Reaktionen der Familienmitglieder beeinflusst. Nur die Berücksichtigung der Angehörigen kann der schädlichen Wirkung vorbeugen.

■ **Nutzen für die Angehörigen**

Damit ist die Teilnahme an solchen Angeboten nicht nur für die Genesung der Frauen sinnvoll, sondern auch für die Angehörigen selbst.

Das Programm kann für sie eine präventive Aufgabe bekommen, im Sinne der sekundären Prävention (Beherrschung und Beseitigung von Risikofaktoren), aber auch im Sinne der primären Prävention (Stärkung der salutogenetischen Faktoren für eine gesunde Lebensführung).

■ **Die Situation Kur: Herausforderung oder Problem?**

Die Situation Kur ist für die Patientinnen eine ungewohnte Gegebenheit. Sie kommen in eine neue Umgebung, die häufig weit ab von zu Hause ist und das zu einer Zeit, in der sie durch Krankheit, vermehrte Belastungen durch Kinder, Pflege etc. gezwungen sind, sich mit ihrem bisherigen Leben auseinander zu setzen.

Viele Betroffene wünschen sich daher die Begleitung durch ihre Partner, um während der Therapie bei ihnen Beistand zu finden oder um die verbleibende Zeit gemeinsam zu verbringen.

■ **Soziale Ressourcen nutzen**

Die Auseinandersetzung mit der neuen Situation wird nicht nur durch innere, sondern auch durch soziale Ressourcen günstig beeinflusst. Denn soziale Unterstützung wirkt

sich positiv aus:

- Frauen zeigen weniger kontraproduktive Bewältigungsstrategien (Abwehrversuche wie Verleumdung, Verzerrung etc.);
- sie bauen größeres Selbstvertrauen auf und können sich so besser an die neuen Bedingungen anpassen;
- sie entwickeln mehr Autonomie und machen mehr Versuche, die Umgebung/Situation zu kontrollieren und zu verändern;
- sie zeigen eine bessere Zusammenarbeit mit den Mediziner/Therapeuten und haben daher einen günstigeren Krankheitsverlauf;
- sie erhalten mehr Informationen und Ratschläge, was auf die Bewertung der Situation und Auswahl der Bewältigungsstrategien wirkt;

■ **Unterstützung fördert problemzentriertes Handeln**

Zusammenfassend wird die Wirkungsweise sozialer Unterstützung in einem Haupteffektmodell auf zwei Ebenen angenommen:

- Emotional bedingte Effekte auf das Hormon- und/oder Immunsystem.
- Beeinflussung des Gesundheitsverhaltens durch Modellverhalten und/oder Instruktionen.

■ **Angehörige sind auch Menschen**

Andererseits beeinträchtigen Gesundheitsstörungen der Frauen auch die Angehörigen und belasten sie.

Für alle Familienmitglieder ergeben sich Einschränkungen und die gesamte Interaktion in der Familie bedarf oftmals einer neuen Organisation.

So wichtig und hilfreich Unterstützung auf der einen Seite ist, so schwer fällt sie häufig auf der anderen. Partner fühlen sich im Umgang mit der Frau unwohl, was durchaus zu einer Beeinträchtigung ihrer Stützpotenziale führen kann. Der Umgang wird als belastend, teilweise bedrohlich erlebt, sodass sich gemeinsame Angebote positiv auf Verhaltensunsicherheiten auswirken können.

Denn oftmals haben Familienmitglieder das Gefühl, etwas falsch zu machen. Haben sie aber Einblick in die Bereiche, die den künftigen Lebensstil und die Lebensphilosophie der Frau konstituieren, kann diese Unsicherheit gemildert werden und sich darüber hinaus ein Gefühl stärkerer Gemeinschaft entwickeln.

Gemeinsame Angebote nehmen die Befangenheit.

Angehörige zeigen zumeist sehr deutliche Belastungen, dabei können mögliche Belastungsquellen sein:

- Mangelnde Kenntnisse und Informationen über die Situation der Betroffenen
- Mangelndes Verständnis der medizinischen Informationen
- Ungenaue Instruktionen durch Arzt oder Therapeut
- Persönlichkeitsveränderung der Partnerin (Aggressivität, Depressivität)
- Rollenveränderungen in der Familie
- Mangelnde Kooperation der Betroffenen

Angehörige fühlen sich oft alleingelassen mit der neuen Verantwortung und haben selbst ein Bedürfnis nach Trost, Schutz und Gesprächsmöglichkeiten.

Aufgrund der genannten Defizite findet man bei ihnen, besonders auch nach Klinikaufenthalten der direkt Betroffenen „schwere funktionelle Störungen im psychischen und physischen Bereich“. Der emotionale Stress, den die Angehörigen durch die Erkrankung der Partnerin erfahren, ist vergleichbar und in der Regel sogar höher als bei den Betroffenen selbst. Ihre starke psychische Belastung zeigt sich darin, dass sie mit mehr Angst und Hilflosigkeit reagieren und zum Teil das Gefühl des Ausgeliefertseins haben.

Die Betroffenen können ihre Ängste oft besser meistern, weil sie eher sehen, dass sie und wie sie selbst den Bewältigungsprozess beeinflussen können.

Es ist also dringend angezeigt, sich in gleicher Weise um die Belastung der Angehörigen zu kümmern, denn es ist nicht unwahrscheinlich, dass diese anderenfalls krankheitsfördernd wirken.

Eine Stärkung der internen Kontrollüberzeugung, Stressmanagement oder Entspannung bekommen den Angehörigen genauso gut wie den Betroffenen. Daher ist es auch nicht notwendig, unterschiedliche Konzepte zu entwickeln. Die Programme für Angehörige und Betroffene müssen sich nicht unterscheiden. Hinzu kommen muss jedoch für die Angehörigen eine Bewusstmachung der unterstützenden Funktionen, die sie haben können.

■ Belastungen treffen immer die ganze Familie

Es ist naheliegend anzunehmen, dass die Belastungen der Angehörigen nicht ohne Folgen auf die Unterstützungsleistungen und damit für den Genesungsprozess der Betroffenen bleiben.

Die emotionale Unterstützung lässt genau dann nach, wenn sich die Familienmitglieder selbst überfordert fühlen. Nur Angehörige, die gelernt haben damit umzugehen, können eine effektive Unterstützung gewährleisten. Diese Fähigkeiten stellen sich allerdings nicht von alleine ein, der erforderliche Lernprozess muss initiiert werden und braucht eine kontinuierliche Begleitung.

Kann die Familie neue Anforderungen nicht hinreichend verarbeiten, wird sie zu einer zusätzlichen Belastung für die Erkrankten. Denn irgendwann besinnen sich die Angehörigen wieder stärker auf ihre eigenes Leben. Es wird ihnen einfach zu viel, ständig beistehen zu müssen, immer ein offenes Ohr zu haben und die immer gleichen instrumentellen Hilfen zu geben.

Auch bei ihnen stellt sich ein Burn-out-Syndrom ein, und die Gefahr dafür ist besonders bei denen gegeben, die ihren Selbstwert fast ausschließlich über das Helfen definieren.

■ Fazit...

Wir halten fest, dass soziale Unterstützung immer der Gefahr der Wirkungsumkehr unterliegt. Sie kann scheitern oder sogar schädigen. Unterstützer brauchen deshalb einen Ausgleich, die Familie muss selbst unterstützt werden.

Nur so kann den physischen und psychischen Überforderungserscheinungen entgegengewirkt oder vorgebeugt werden.

...und was daraus folgt!

Es ist eine entscheidende Aufgabe der Familienmedizin, hier Anstoß zu geben, indem besonders die Kontrollüberzeugung und die Selbstverwirklichung gefördert und geschult werden.

Mit wachsender Selbstwirksamkeitsüberzeugung verbessert sich die tatsächliche Leistung, denn beides steht in einer Beziehung zueinander.

Folglich verstärkt sich auch die Selbstwirksamkeit, wenn die tatsächliche Kompetenz zunimmt.

Wegweisend aber ist, dass sich die Kompetenzerwartung primär auf die subjektive Verfügbarkeit von Handlungen bezieht, ohne dass dabei eine Übereinstimmung mit den objektiven Handlungsressourcen erforderlich wäre.

Demnach kann man das Selbstwirksamkeitsgefühl auch als internale Kontrollüberzeugung bezeichnen, die zur Entwicklung eigener Mittel und Ziele führt und meistens auch mit günstigen Attribuierungen verbunden ist.

Kontrollüberzeugungen sind das Kernelement der zu fördernden psychosozialen Ressourcen, denn je größer der Eindruck der eigenen Steuerungsfähigkeit ist, desto besser auch die Befindlichkeit.

Daher ist es sinnvoll, sowohl die Selbstwirksamkeit als auch die Kontrollüberzeugungen zu fördern, um ein generelles Gefühl von Verhaltenskompetenz zu erzeugen und um die Realisierung der aktiven, den Lebensstil betreffenden Komponenten zu ermöglichen.

■ Wie könnten solche Angebote in der Deister Weser Klinik aussehen?

Grundsätzlich sollte – dem „Leitsyndrom“ folgend – unterschieden werden in eine Vorbereitungs- und eine Durchführungsphase.

Die Vorbereitungsphase könnte in gemeinsamen Gruppeninformationen bestehen, zu denen Mütter mit Kindern vor Durchführung einer Maßnahme zusammenkommen.

Im Rahmen dieser Vortermine würden das Behandlungsangebot und Konzept der entsprechenden Klinik vorgestellt werden. Gleichzeitig würde das die Möglichkeit eröffnen, im Rahmen eines kurz gefassten Fragebogens zentrale anamnestische Informationen zu erhalten, um differenzierter auf die Anliegen und die Therapieziele der jeweiligen Patientin eingehen zu können.

Die Vorausveranstaltung dient aber auch bereits dem Gruppenfindungsprozess und der Behandlungsmotivation, deshalb sollten an diesem Termin Angehörige, insbesondere Partner teilnehmen. Erste Aufgabe wird es bereits sein, die Patientin darin zu unterstützen, gesundheitsförderliches Verhalten zu initiieren und gesundheitsschädliches Verhalten zu vermeiden. Aber auch sie zu befähigen, mit einer definierten Erkrankung zukünftig anders umzugehen, hier Expertin für ihre Erkrankung zu werden.

Weitere Phasen

Die Phase der Orientierung, der Gruppenfindung und der Therapiemotivation setzt sich nach Aufnahme in die Klinik fort.

In einer so genannten Stabilisierungsphase, die zwischen dem 4. und 18. Tag erfolgt, setzen reflexive Prozesse der gesundheitlichen und psychosozialen Situation ein.

Es folgt die abschließende Rückorientierungs- und Ausgangsphase gegen Ende der Maßnahme. Unter der Überschrift „Und was nun weiter?“ findet eine Bilanzierung statt und vorbereitende Maßnahmen für die Weiterbehandlung am Wohnort werden getroffen.

Dabei geht es nicht immer nur um professionelle Hilfe, vielmehr werden die Mütter mit Kindern, die Familie angehalten, auch andere Maßnahmen der sozialen Unterstützung in Anspruch zu nehmen (z.B. Selbsthilfegruppen).

Da, wo es nicht möglich ist, Familienmedizin im Sinne der gemeinsamen Aufnahme von Vater, Mutter und Kindern sicherzustellen, gehören Angehörigenseminare zum Grundangebot der Deister Weser Klinik.

■ **Mangel an Folgeangeboten**

Im Sinne der Qualitätssicherung werden darüber hinaus – Voraussetzung ist eine wohnortnahe Belegung der Klinik – nachfolgende Angebote in Form von intensivierter Nachsorge, Gruppenangeboten, Angehörigentreffen etc. gemacht.

Solche Angebote erfolgen vor dem Hintergrund, dass insbesondere gruppentherapeutische Angebote selten kurzfristig zu bekommen sind.

Da, wo gute ambulante Strukturen bestehen, sollte in gemeinsamer Kooperation darauf zurückgegriffen werden.

■ **Exkurs: Brustkrebspatientinnen und onkologisch erkrankte Kinder**

Besondere wichtig ist im Zusammenhang mit Überlegungen zur Familienmedizin darauf hinzuweisen, dass ein Schwerpunkt unserer Behandlung die psychosomatische Betreuung onkologisch erkrankter Patientinnen, insbesondere Brustkrebspatientinnen ist. Daher bestehen wesentliche Kenntnisse auch über die Behandlung und Folgen onkologischer Erkrankungen, was in Kombination mit den psychosomatischen/psychotherapeutischen Veränderungsmöglichkeiten auch Müttern mit onkologisch erkrankten Kindern zugute kommen kann.

Wesentliche Ziele dieser Behandlung sind

- die Wiederherstellung oder Besserung der körperlichen, seelischen und sozialen Integrität der Patienten nach abgeschlossener Primärtherapie,
- die Steigerung der körperlichen Fitness mit dem Ziel der Wiederanpassung an die häusliche Umgebung, Hilfen, um die Freude am Leben zurückzugewinnen,
- Vermittlung von Grundlagenwissen über Tumorentstehung und moderne Behandlungsmethoden,

- die Prävention solcher Erkrankungen durch Aufklärung über Risikofaktoren und dadurch ermöglichte
- Veränderung der Lebensweise sowie
- evtl. die Klärung sozialrechtlicher und anderer Fragen.

■ **Nacharbeit ist notwendig**

Uns zeigt sich sehr deutlich, dass die Rehabilitationskliniken häufig die Aufgaben der Primärversorgung nachholen müssen, insbesondere was Aufklärung und Vorbeugung angeht.

Da sich die Patientinnen auch durch eine Verminderung der allgemeinen Leistungsfähigkeit und erhebliche psychische Belastungen, – ganz besonders in der Funktion der Doppelbelastung plus Pflege – auszeichnen, werden durch das abgestimmte interdisziplinäre Therapiekonzept individuell funktions- und befundbezogene Behandlungen ermöglicht.

■ **CUBB**

Auch chronische Unterbauchbeschwerden ohne organisches Korrelat (CUBB) gehören zu einem Behandlungsschwerpunkt der Deister Weser Klinik.

Sie sind in der Gynäkologie vergleichbar häufig, unklar und therapieresistent wie Kopfschmerzen in der Allgemeinmedizin. Die Wahrscheinlichkeit, CUBB zu entwickeln, ist bei Frauen mit sexuellen und körperlichen Missbrauchserfahrung überdurchschnittlich hoch.

■ **Und wer versorgt unsere Patienten?**

An Fachdisziplinen sind vorhanden Ärzte für Psychiatrie und Neurologie/Psychotherapie, Sozialmedizin, Innere Medizin, Hämatologie und internistische Onkologie sowie Gynäkologie. Weitere Mitglieder des therapeutischen Teams sind Dipl.-Psychologen, Kreativ-, Musik- und Ergotherapeuten sowie die Bewegungs-, Sport- und Sozialtherapeuten.

Im co-therapeutischen Bereich sind Mitarbeiterinnen des Pflegepersonals tätig. Kinderbetreuerinnen, Krankengymnasten, medizinische Bademeister und Masseurinnen sowie Diätassistentinnen komplettieren das therapeutische Team.

■ **Psychosozial meint Beziehungsqualitäten**

Da wir kranke Menschen behandeln wollen anstatt Krankheiten, können wir die somatische Krankheitsmanifestation und ihre psychosozialen Aspekte nicht trennen. Psychosoziale Parameter sind Beziehungsqualitäten. Das Instrument dafür ist die therapeutische Beziehung zur Patientin.

Dabei darf die psychosoziale Betreuung als Aufgabe verschiedener Berufsgruppen die Patientin nicht im Unklaren lassen, wer überhaupt für sie zuständig ist. Kooperation und Kommunikation zwischen den einzelnen Berufsgruppen müssen stimmen. Die vielen Helfer der verschiedenen Berufsgruppen sollen von der Patientin als Einheit, als ihr therapeutisches Team erlebt werden können.

■ **Der Behandlungsverlauf**

Am Anfang stehen die eingehende körperliche Untersuchung, notwendige diagnostische Klärung und Fragen der Medikation.

Die weiteren Behandlungsmaßnahmen, die sich an dem jeweiligen Störungsbild und der Persönlichkeit der Patientin orientieren, setzen sich zusammen aus einem kombinierten, problemorientierten und klar strukturierten Vorgehen von körperbezogenen, erlebnisaktivierenden, einsichtsfördernden und verhaltensübenden Verfahren innerhalb des verhaltensmedizinischen Behandlungskonzeptes.

■ **Einzelgespräche und Gruppentherapien**

Die Einzelgespräche und Gruppentherapien werden überwiegend von Ärzten und Dipl.-Psychologen unter Mitarbeit der Co-Therapeuten durchgeführt.

■ **Das Programm zur Gesundheitsförderung**

Es dient den einzelnen Patientinnen dazu, ihren Gesundheitszustand aktiv zu stärken oder zu verbessern.

Dabei gehen wir davon aus, dass es nicht möglich ist, nicht psychosomatisch zu reagieren. Daraus folgt, dass man lernen kann, für die eigenen psychosomatischen Reaktionen sensibler zu sein, und dass diese Kenntnis eine wichtige Bedingung für die Aufrechterhaltung und Stärkung der Gesundheit ist. Das Training beschäftigt sich mit Information, Entspannung, Konzepten von Gesundheit, Umgang mit Medikamenten, Verhaltenstraining im Bereich der Gefühle, von Forderungen und Bitten, sowie dem Umgang mit problematischen Situationen.

■ **Die Ergotherapie**

Sie dient der Belastungserprobung mit dem Ziel, sachorientierte und soziale Fertigkeiten zu erwerben. Daneben können gezielt soziale Kompetenzen im Umgang miteinander aufgebaut werden.

■ **Die Kreativ- und Gestaltungstherapie**

Schwerpunkte dieser Gruppen sind Aktivierung und Kontaktfindung durch Umgang mit Materialien sowie die Einübung sozialer Fähigkeiten über die Entwicklung von Gruppenarbeit; Erleben und Ausdruck von Gefühlen durch Darstellung emotionaler Inhalte mittels verschiedener Materialien, Verbesserung der Selbst- und Fremdwahrnehmung durch Wahrnehmungs- und Interaktionsübungen, Verbesserung der Wahrnehmung von Beziehung zwischen emotionalen Spannungen und körperlichen Reaktionen.

■ Die Musiktherapie

Sie dient der Behandlung körperlicher Funktionsstörungen, unterstützt Maßnahmen zur psychischen Krankheitsbewältigung im Sinne von Verbesserung des Selbstwertgefühls, der Motivation und der Eigenaktivität; ergänzt die Behandlung innerpsychischer Kälte.

■ Die Integrative Bewegungstherapie

Sie fördert das Körpererleben, den Bezug zur eigenen Leiblichkeit, die Prägnanz des Körperschemas, die Sensibilität, Expressivität und Entspannungsfähigkeit. Dieser Behandlungsansatz wirkt nicht nur mobilisierend, er vermag auch verbal eingeschränkte Patientinnen in der nonverbalen Kommunikation zu erreichen.

■ Die Bewegungs- und Sporttherapie

Ziel dieser Maßnahme ist die Funktionsverbesserung bestimmter Körperbereiche, die Stärkung der körperlichen Leistungsfähigkeit und die Verbesserung der vegetativen Reaktionslage. Darüber hinaus können aber auch Fragen wie Konkurrenz und Kooperation, Selbstvertrauen und Vertrauen zu anderen erlebbar gemacht und therapeutisch bearbeitet werden.

Es geht aber auch darum, im Rahmen der sportlichen Aktivitäten Alternativreaktionen zum Problemverhalten der Patientin aufzubauen und durch Aktivitäten außerhalb der Therapie die persönliche Belastungsfähigkeit zu steigern.

■ Die Soziotherapie

Die Soziotherapie dient der Vorbereitung der nachstationären Phase. Zusammen mit dem Patienten werden Nachsorgemöglichkeiten besprochen und Familie, Arbeitgeber sowie sonstige wichtige Bezugspersonen soweit wie möglich in die Therapie mit einbezogen.

Die Soziotherapie soll jedoch nicht primär als Serviceleistung für Patienten verstanden werden, sondern ihnen die Möglichkeiten vermitteln, ihre Ziele zu erreichen.

■ Die Physiotherapie und Krankengymnastik

Nach spezieller klinischer Indikation erfolgen hier gezielte Maßnahmen und Anwendungen.

Ergo-, Sport- und Soziotherapie stellen für unsere Klinik Erfahrungsräume für Patientinnen dar, in denen sie mit Hilfe von Fachkräften, die im engen Kontakt mit dem Bezugstherapeuten stehen, vielfältige Erfahrungen sammeln können.

Daher findet Therapie auch nicht primär im Büro des Therapeuten statt, sondern es ist für den Behandlungsverlauf entscheidend, dass und wie die Patientin neu gewonnene Erfahrungen zwischen Einzel- und Gruppenterminen umsetzt.

Unsere therapeutischer Schwerpunkt liegt auf der Gruppenbehandlung.

Die Zuordnung zu den einzelnen Gruppen richtet sich nach dem Krankheitsbild. Die Teilnahme ist freiwillig.

Neben den genannten Basisgruppen, die sich mit Selbstbewusstsein, Problemlösen und Gesundheitstraining befassen, zielen die indikationsbezogenen Gruppen auf das

jeweilige Krankheitsbild: z.B. Angst-, Depressions-, Schmerz-, Entspannungsgruppen. Die Einzeltherapie dient in erster Linie der Abrundung und Koordination der Gruppenbehandlungen.

■ Die somato-medizinische Versorgung

Zur somatischen Versorgung steht ein umfangreiches medizinisches Labor, EKG, Langzeit-EKG, Langzeitblutdruckmessung, Endoskopie, Fahrradergometrie, Ultraschall-diagnostik, Spirometrie und Elektroenzephalographie zur Verfügung.

■ Spezialprogramme

Auf zwei Spezialprogramme sei hingewiesen, ADHS bei Erwachsenen und Borderline-Persönlichkeitsstörungen.

■ ADHS bei Kindern

Das Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätssyndrom ist beinahe zu einem Leitsyndrom unserer Zeit geworden. Die Schätzungen zur Verbreitung reichen von 2 bis 6 %.

■ ADHS bei Erwachsenen

Inzwischen mehren sich die Fälle von aufmerksamkeitsgestörten Erwachsenen, und viele Experten gehen inzwischen davon aus, dass ADHS ein lebenslanges, wenn auch nicht unbehandelbares Handicap darstellt. Längsschnittuntersuchungen zeigen, dass bis zu 60 % der betroffenen Kinder auch noch als Volljährige die klinischen Symptome aufweisen.

Mittlerweile hat die Deister Weser Klinik Erfahrungen in weit über 100 Fällen. Wir helfen durch verhaltenstherapeutische Programme – die z.B. Zeitmanagement, Selbstinstruktion und klare Verhaltensänderungen umfassen – bei Diagnose und Therapie weiter.

■ Borderline-Persönlichkeitsstörungen

Die Borderline-Persönlichkeitsstörungen implizieren ein Störungsbild, das mit Problemen in der Affektregulierung, dem Selbst und dem Selbstbild, der sozialen Integration, der kognitiven Funktionsfähigkeit und Verhaltensproblemen einhergeht.

Unsere Behandlung orientiert sich an der Vorstellung, dass immer wieder erlebte Verletzungen eine Traumatherapie erfordern, und basieren auf den therapeutischen Ansätzen von A. Linehan.

Aber auch Gestaltungs-, Musik- und Körpertherapie haben hier ihren Anwendungsbereich.

Beide Störungsbilder haben großen Einfluss auf die Gestaltung des familiären Zusammenlebens und die Interaktion mit Kindern.

■ Essen und trinken hält Leib und Seele zusammen

Weitere therapeutische Angebote beschäftigen sich mit der Ernährung – Kochen – Essen – Schmecken – Riechen.

Falsche Ernährung wird mit vielen Krankheiten in Verbindung gebracht. Wenn eine ausgewogene Ernährung vorhandene Schädigungen auch nicht beseitigen kann, so beugt sie in jedem Fall vor und ist von prophylaktischer Bedeutung.

Aber nicht zuletzt hat Ernährung auch eine soziale Dimension, denn gemeinsames Kochen, Essen und Trinken ist im höchsten Maße ein geselliges Ereignis, das an sich schon positiv auf das Befinden wirkt. Wir gehen davon aus, dass im Rahmen unserer Behandlung viele Menschen motiviert sind, mit Anregungen und Unterstützung ihr Ernährungsverhalten zu verändern.

Leider gehören gerade Gewohnheiten der Nahrung und Ernährung zu den stabilsten überhaupt, die nur dann zu verstehen und zu verändern sind, wenn sie anhand der eigenen Ess- und Ernährungsgeschichte aufgearbeitet werden.

■ Kriterium Gesund?

Trotz Motivation und Selbsterkundung stößt eine Veränderung der Ernährungsgewohnheiten jedoch häufig an Barrieren, denn schließlich wird die eigene Lebensweise für gewöhnlich nicht anhand des Kriteriums „gesund“ ausgerichtet, sondern durch soziale Anerkennung, Stressbewältigung oder unmittelbares Wohlbefinden gesteuert. Appelle an die Vernunft müssen daher wirkungslos bleiben, wenn die erste Motivation verschwunden ist.

■ Ess-Störungen

Wie zutreffend diese Formulierung ist, zeigt sich bei den ständig zunehmenden Ess-Störung ganz besonders deutlich. Auch hier ist nicht an die Vernunft zu appellieren, hier spielen Einflüsse der Peer-Group eine wesentlich größere Rolle, kombiniert mit einem bestimmten Schönheitsideal in der Gesellschaft und Modelllernen am Beispiel der Eltern.

„Wie wird in meiner Familie mit Diäten umgegangen? Welche Bedeutung hat eine ‚gute‘ Figur? Gegessen wird was auf den Tisch kommt!“

■ Theorie braucht Praxis

Dennoch ist – als Voraussetzung für eine gesundheitsbewusste Ernährung – das Wissen über Nahrung, Ernährung und die gesundheitlichen Intentionen wichtig. D.h. dieser Baustein kann nicht ohne Informationen auskommen, sodass fundierte Grundlagen an Kenntnissen empfehlenswert sind.

Hier können wir auf die bewährte Arbeit unserer Diätassistentin zurückgreifen.

Neben der Theorie lässt sich die Praxis im Rahmen unserer Lehrküche umsetzen.

Die Teilnehmerinnen lernen bewusster und aufmerksamer zuzubereiten, zu essen und zu erleben, dass Essen selbstverständlich auch Genuss sein soll.

■ **Genuss will gelernt sein**

Genuss lässt sich nur vermitteln und lernen, wenn gehandelt wird. Deshalb sollte das gemeinsame Kochen und dabei vor allem die Kommunikation im Vordergrund stehen. Damit ist die Vermittlung von gesundheitsbewusster Ernährung ein klassisches Beispiel für die Kombination von Information und Übungen.

Wichtig ist aber nicht nur das eigene Ausprobieren und Genießen, sondern ebenso die Zuversicht, dass diese Rezepte auch bei anderen, insbesondere der Familie, Anklang finden.

Dieser Punkt ist deshalb so wichtig, weil eine häufige Rechtfertigung, in den alten Trott zurückzufallen der ist, dass Angehörige das gesunde Essen nicht mögen.

Auch hier zeigt sich wieder die Notwendigkeit, Angehörige in die Informationsveranstaltungen und Übungen einzubeziehen, damit sie dasselbe Wissen bekommen und den Spaß an der gemeinsamen Zubereitung und den Testessen erfahren können.

■ **Diätküche**

Für die Diätküche gilt, dass nicht angeleitet durch die Diätassistentin gekocht wird, sondern die Patientinnen selber, natürlich nicht ganz ohne Hilfe und Anleitung, hier den Kochlöffel führen. Vor dem Hintergrund des Grundlagenwissens, können sie eigene Rezepte mit den Ernährungsfachleuten durchsprechen, ggf. abwandeln und dann selbst Angehörige und Mitstreiter anleiten.

■ **Kochen und Psychosomatik**

Das hat den großen Vorteil, dass eine gewisse Aufregung und Spannung entsteht, sich also psychosomatische Symptome zeigen, die beherrschbar sind, wodurch sie Kontrollüberzeugungen und das Vertrauen in sich selbst stärken können, ohne dabei auf negativ empfundene Wettbewerbsbedingungen zurückgreifen zu müssen. Denn hier stehen Kooperation, Teamarbeit, voneinander und miteinander lernen und Spaß im Vordergrund. Das Lernen durch die Peers gehört, wie eben gesagt, ebenso zur Sozialisation, wie das eigene Erfahren.

■ **Stress, die Krankheit an sich?**

Wir wissen, dass Stress – damit ist nicht das kritische Lebensereignis selbst gemeint, sondern die vielen kleinen Alltagsbelastungen („Das Fass läuft über“) – auf Dauer krank macht.

Schlafstörungen, erhöhter Blutdruck, Gastritis, Reizdarm und Reizblase, Muskelzuckungen, Nervosität etc. werden benannt, wie bereits zu Anfang unter dem Burn-out-Syndrom subsummiert.

■ **Lösungsansätze**

Deshalb ist es wichtig, sich auch mit Stressmanagement, Problemlösen und Zeitkompetenz zu befassen – also die Fähigkeit zu aktiver Selbststeuerung zu entwickeln.

Aber auch mit unaufhörlichen Grübeleien, d.h. Gedanken, die sich im Kreise drehen, umzugehen und diese abschalten zu können. Ein Weg zur Kontrolle ergebnislosen Nachdenkens ist z.B. der Gedankenstopp.

Daneben sind Ablenkungen wichtig, um Grübeleien zu beenden. Dabei werden die betreffenden Gedanken z.B. durch Aktivitäten ersetzt, die besonders hohe Aufmerksamkeit erfordern, also keine Routinetätigkeiten. Oder man beginnt etwas, von dem man weiß, dass es einen sehr interessiert.

■ Problemlösetraining

Problemlösetraining ist ein Verhaltensprozess, bei dem zum einen mehrere effektive Handlungsoptionen erarbeitet werden und zum anderen auch die Auswahl, Entscheidungen und Erprobungen einer dieser Alternativen angestrebt wird.

Bewährte Bausteine des Problemlösetrainings bestehen in genereller Orientierung; Formulierung des Problems; bisherige Lösungsversuche; Erarbeiten von Alternativen, z.B. durch Brainstorming; Entscheidungen und Überprüfung.

Dabei ist es selbstverständlich, dass die praktische Erprobung dazugehört – was sonst sollte man am Ende überprüfen?

■ Zeitkompetenz

Stressmanagement beinhaltet auch Zeitkompetenz.

Dabei geht es nicht etwa darum, seine verfügbare Zeit systematisch einzuteilen, um möglichst viel zu schaffen und zu leisten. Man sollte sich vielmehr bewusst werden, dass Zeit nicht nur Ruhezeit und Gelegenheit dafür ist, sie mit Arbeit zu verbringen. Zeitkompetenz kann aber nicht nur durch Informationen vermittelt werden, sondern auch durch strukturelle Rahmenbedingungen des Konzeptes trainiert werden. Freiwilligkeit, freie Zeiteinteilung, Wahl-, Entscheidungs- und Möglichkeit zur Initiative verlangen von den Betroffenen aktives zeitbezogenes Handeln, sodass sie das neue Wissen bereits im Rahmen der stationären Behandlung anwenden und üben können.

■ Was ist Grundlage unseres Handelns?

Grundlage unseres therapeutischen Handelns ist vorwiegend ein modernes verhaltenstherapeutisches Konzept.

Und was bedeutet das?

Jeder Mensch befindet sich sein ganzes Leben in einem Lernprozess. Er gewinnt neue Erkenntnisse oder neue Fertigkeiten, alte Dinge werden eventuell vergessen. Diese Lernerfahrungen führen bei jedem von uns zu individuellen Gedanken und Einstellungen, Gewohnheiten, Gefühlen, Aktivitäten oder Körperreaktionen, die wir zusammenfassen unter dem Begriff „Verhalten“.

In manchen Phasen der jeweiligen Lebensgeschichte kann es geschehen, dass sich ungünstige Verhaltensmuster entwickelt haben oder die erlernten Verhaltensmuster für den Umgang mit neu aufgetretenen Belastungen im Leben nicht mehr ausreichen, was sich u.U. in psychosomatischen Erkrankungen äußert.

Umlernen ist bis ins hohe Alter möglich!

Wir gehen davon aus, dass solche Lernergebnisse in ungünstiger Richtung wieder rückgängig gemacht oder verändert, also umgelernt werden können. Ebenso können fehlende Lernprozesse nachgeholt werden.

■ **Patientinnen zu Expertinnen machen**

In der Therapie geht es uns darum, die Patientinnen in die Lage zu versetzen, ungünstige oder fehlende Aspekte in Ihrem Verhalten zu erkennen und zu verändern.

Wir beschäftigen uns dabei weniger mit ihrer Vergangenheit, um etwa zu sehen, wie es zu der ungünstigen Entwicklung kam. Wir überlegen vielmehr mit ihnen, was sie konkret an ihrem Verhalten ändern können, um ihr Leben zukünftig besser und ohne psychosomatische Beschwerden führen zu können.

Dafür benötigen wir die Mitarbeit der Patientinnen. Die Verhaltenstherapie ist eine sehr aktive Therapie. Sie findet nicht ausschließlich im Büro des Therapeuten statt, sondern bedient sich der Gruppenarbeit, Übungen im Umfeld und Hausaufgaben. Dabei sind wir nur der „Katalysator“ für die Veränderungen, die Patientinnen sind die „Veränderungsassistentinnen“.

Denn nur die Betroffenen wissen, wie es in ihnen aussieht. Und nur sie können umsetzen, was wir ihnen vorschlagen.

■ **Klinik als angstfreies Übungsfeld**

Wir sehen unsere Klinik als weitgehend angstfreies Übungsfeld, das für solch ein Umlernen günstige Voraussetzungen bietet.

In der geschützten Atmosphäre dienen Einzel- und Gruppenangebote sowie der Klinikalltag mit seinem Austausch zwischen den Mitpatienten als Raum, mit eigenem Verhalten zu experimentieren und andere Eindrücke zu gewinnen.

■ **Ihr Weg zu uns**

Leistungs- und Kostenträger der stationären Behandlung sind die Rentenversicherungsträger gemäß § 15 SGB VI bzw. die gesetzliche Krankenversicherung nach § 40 Abs.2 SGB V und die Privatkrankenversicherung.

Die Deister Weser Klinik ist eine beihilfefähige so genannte „gemischte Krankenanstalt“ i.S. des § 4 Abs. 5 der Musterbedingungen der PKV.

Die Zuweisung erfolgt außer durch niedergelassene Ärzte und Ärztinnen auch auf Veranlassung der Rentenversicherungsträger und der Krankenkassen.

In Einzelfällen bitten wir um ein ambulantes Vorgespräch.

Die Deister Weser Klinik liegt 30 km von der niedersächsischen Landeshauptstadt Hannover und 15 km von der Kreisstadt Hameln entfernt oberhalb von Bad Münster. Sie ist günstig über die B 217 oder die BAB 2, Ausfahrt Lauenau, zu erreichen. Auch per Bahn ist Bad Münster über die Strecke Hannover-Hameln-Altenbeke gut erreichbar.

Kontakt:

Dr. Dieter Pütz
Deister Weser Klinik
Lug ins Land 5
31848 Bad Münster
E-Mail puetz@dwk.mediclin.de