

Psychoonkologie



Deister Weser Kliniken

Bad Münden im Weserbergland

Verhaltensmedizin · Psychosomatik

Inhalt

■	Andere Wege in der Tumornachsorge	1
■	Geschlechtsspezifische Unterschiede im Bewältigungsverhalten	2
■	Therapeutische Angebote	2
■	Die Häufigkeit	3
■	Der psychosomatische Behandlungsansatz	4
■	Ja zur Organmedizin	6
■	Das Konzept	6
■	Die stationäre Behandlung	6
■	Der Behandlungsablauf	7
■	Das Spezialprogramm	8
■	Die Nachsorge	9
■	Die Qualitätssicherung	9
■	Die Aufnahmemodalitäten	9



Deister Weser Kliniken

Fachklinik für Verhaltensmedizin und Psychosomatik

Fachklinik für Onkologie

Lug ins Land 5

31848 Bad Münder

Telefon 05042/600-212

Telefax 05042/600-600

E-Mail muehler@dwk.mediclin.de

www.mediclin.de

© MediClin AG 2004

Stand: Februar 2004

Z/Öffentlichkeitsarbeit, Offenburg

Text: Deister Weser Kliniken, Bad Münder

Satz und Litho: DIVA, Weisweil

Andere Wege in der Tumornachsorge – Psychoonkologie

Monika S. berichtet: „Seit mir der Arzt gesagt hat, dass ich Krebs habe, bin ich sehr verunsichert. Über meine Ängste kann ich mit meinen Angehörigen nicht sprechen, die wollen davon nichts hören. Obwohl man mir gesagt hat, dass Operation und Chemotherapie mir geholfen haben, habe ich viele körperliche Beschwerden, die mir jedes Mal Angst machen, es könnten sich Metastasen gebildet haben. Ich traue mich gar nicht mehr, mich körperlich zu belasten, da ich nicht weiß, wie der Körper dann reagiert. Wenn ich in einer Zeitschrift das Wort ‚Krebs‘ lese, werde ich ganz unruhig und nervös und versuche, die Tatsache zu verdrängen, dass ich auch Krebs habe. Vor jeder Kontrolluntersuchung habe ich große Angst, oft ist mir auch übel und ich fühle mich völlig unfähig, irgendetwas zu tun. Ich habe schon sehr viele Ärzte aufgesucht und nehme eine Vielzahl an Medikamenten ein, von denen ich hoffe, dass sie helfen können.“

Viele Patienten beschreiben ihre Krankheitserscheinungen so und fühlen sich häufig als Außenseiter. Plötzlich hat sich ihre gesamte Lebenssituation verändert, einschließlich ihrer sozialen Kontakte, der Frage der Arbeitsfähigkeit usw.

Liegen sichtbare körperliche Schäden vor, leiden die Betroffenen oftmals unter einer starken Einschränkung ihres Selbstwertgefühls.

Manche hoffen, durch eine Vielzahl von Maßnahmen, die sie z.T. der Laienpresse entnehmen, den Krebs zurückdrängen zu können und beschäftigen sich einen Großteil des Tages damit.

Andere wiederum versuchen, das Krankheitsbild völlig zu verdrängen, missachten mögliche Einschränkungen der Leistungsfähigkeit und überlasten sich so völlig.

Viele Patienten trauen sich nicht, über ihre Probleme zu sprechen, da auch Angehörige und Bekannte verunsichert sind und nicht wissen, wie sie mit der Situation umgehen sollen.

So ist die Diagnose einer Krebserkrankung für viele Patienten oftmals ein Sturz aus der normalen Wirklichkeit. Denn bei dieser Diagnose Krebs und im Verlauf der Krebserkrankung kommt es zum Verlust der körperlichen Integrität, von Autonomie und Aktivität.

Obwohl Tabus zunehmend abgebaut werden, sind Stigmatisierung und soziale Isolierung nicht selten. Die Angst, bald zu sterben oder ein Rezidiv zu erleben, begleitet viele Patienten für den Rest des Lebens.

Solange eine zielführende kausale Vorbeugung und primäre Therapie fehlen, handelt es sich bei einer Tumorerkrankung immer um eine existenzielle Frage. Je nach Persönlichkeit antworten Patienten auf Krankheitsbelastungen mit Optimismus, Fatalismus oder auch kämpferischer Haltung. Durch psychische Belastungen drohen Depressionen und Angststörungen, Schuldgefühle stellen sich ein.

Mit Hilfe **kognitiver, emotionaler** und **handlungsbezogener Bewältigungsstrategien** können Patienten wieder **Selbstvertrauen** entwickeln.

Eine wichtige Aufgabe aller Behandler ist daher, neben der Therapie auch die Ressourcen des Patienten zu nutzen, um ihm mit Angeboten zur Krankheitsbewältigung wieder zu mehr **Lebensqualität** zu verhelfen.

Und diese definiert sich aus den unterschiedlichsten Bereichen:

- von der Zufriedenheit mit den Behandlungen über
- emotionales Befinden bis hin zur
- beruflichen Rehabilitation und
- Stabilisierung sozialer Kontakte.

Geschlechtsspezifische Unterschiede im Bewältigungsverhalten

Untersuchungen zum Einfluss der Krankheitsbewältigung zeigen, dass Patienten besser leben, wenn sie mit ihrer Krebserkrankung umgehen können. So berichten Studien darüber, dass Patientinnen, die eine Psychotherapie erhalten haben, länger überlebten als Patientinnen, die nicht in einer solchen Therapie waren.

Gründe für eine Psychotherapie sind in erster Linie Angst, starke psychische Befindlichkeitsstörungen, innere Unruhe und soziale Isolierung.

Es ließ sich zeigen, dass Frauen ein stärkeres Bedürfnis nach Information und ausgeprägtere Wünsche nach Entscheidungsbeteiligung haben, während das Informationsbedürfnis bei Männern nach Infektionsrisiken ausgeprägter war.

Wenn dem so ist, stellt sich die Frage, warum Krebspatienten so selten psychosoziale Betreuung in Anspruch nehmen.

Gründe dafür sind, dass Patienten glauben, psychosoziale Betreuung würde sie belasten, und über 30 % geben an, von einem solchen Angebot nie gehört zu haben.

Therapeutische Angebote

Die primäre Therapie geht von dem Grundsatz aus:

So radikal wie notwendig und so schonend wie möglich.

Dennoch resultieren hieraus oft gravierende **Folgeprobleme**, die medizinischer, psychischer und sozialer Art sind. Im Rahmen der Behandlung von Tumorpatienten ist zwischen kurativer und palliativer Zielsetzung in der Therapiekonzeption zu unterscheiden, sodass es verschiedene Wege in der Nachsorge gibt.

Die **Anschlussheilbehandlung (AHB)** ist bei Tumorpatienten die erste Möglichkeit, die gesamte Problematik anzugehen. Sie dient insbesondere der Diagnostik und Therapie der medizinischen, psychischen und sozialen Defizite. Die AHB stellt eine Schwerpunktmaßnahme dar. Die zeitliche Dauer ist abhängig von der bestehenden Problematik und dem Zustand der Situation vor Ort, in die der Patient eingegliedert werden muss. Zum Abschluss der AHB wird ein Reha-Plan aufgestellt, der das weitere ambulante Vorgehen beschreibt.

Es kommt bei der Behandlung Tumorkrankter nicht allein darauf an, die **„Kranken am Leben, sondern im Leben zu halten“**. Primärtherapie, ausgerichtet auf den Krankheitsherd, bedarf also der Ergänzung durch Rehabilitation.

Rehabilitation verstanden als Restaurierung der Handlungsfähigkeit als Mitglied der Gesellschaft.

Die Leitlinien rehabilitativer Einflussnahme lassen sich zusammenfassen:

- Unverzichtbare Grundlage aller medizinischen Maßnahmen ist die organbezogene Behandlung Krebskranker. Sie bedarf jedoch der Ergänzung auf dem psychosozialen Sektor.
- „Mit der Krankheit leben lernen“, also Krankheitsbewältigung, ist Bestandteil des Therapieplanes.
- Aktive Therapie ist notwendig, da Schonung ihre Bedeutung vornehmlich in akuten Krankheitsphasen hat. Bei chronischem Verlauf drängt sie die Patienten in die Passivität des Abwartenmüssens und Nichtstunkönnens.
- Die Rehabilitation mutet dem Kranken Mitverantwortung für den Heilungsverlauf zu. Er muss lernen, seinen Platz im Leben (Beruf) trotz veränderter Bedingungen einzunehmen. Dazu sind entsprechende Verhaltensmuster zu entwickeln.
- Gesunde Persönlichkeitsanteile (körperlich/seelisch/sozial) müssen als Kompensation von krankheitsbedingten Mängeln entwickelt werden.

Daraus ergeben sich als wesentliche **Eckpunkte rehabilitativer Therapigestaltung** bei Tumorkranken:

- Offene Beziehungsgestaltung, Krisentherapie mit dem Ziel einer Neuorganisation der Lebensgestaltung und Vermittlung von Zukunftsperspektiven.
- Somatische Therapie in Ausrichtung auf Organprozess und Körperfunktion.
- Bewegungs- und Sporttherapie im Sinne von Übungs- und Trainingsverfahren, zur Mobilisierung der Eigenverantwortung und Förderung der Krankheitsverarbeitung.
- Selbsthilfegruppen als Möglichkeit individueller Auseinandersetzung mit Krankheitsfolgen (kognitiv, emotional).
- Musik-, Kreativ- und Integrative Bewegungstherapie als Anregung schöpferischer Kräfte. Aufbau von neuem Sinngefühl, Beeinflussung von Selbstwertproblemen. Erörterung von Lebens- und Berufsperspektiven einschließlich praktischer Hilfen (Berufsförderung) in Zusammenarbeit mit Reha-Beratern.

Bei der Rehabilitation Krebskranker kommt es wesentlich darauf an, eine vernünftige Synthese zwischen somatisch-naturwissenschaftlichem, medizinisch-soziologischem und psychologischem Krankheitsverständnis auf der Basis eines integrativen Konzeptes zu finden.

Die **Aktivierung von Bewältigungsmöglichkeiten (Coping)** hängt in hohem Maße von der adäquaten Auseinandersetzung mit der Erkrankung im Rahmen der Arzt-Patienten-Beziehung ab. Sie stellt sich eben nicht von selbst im Rahmen von Verordnungen und Anwendungen ein. Dem Therapeuten kommt dabei die Aufgabe eines Katalysators bzw. eines „sachverständigen Begleiters“ zu.

Die Häufigkeit

Jährlich werden in der Bundesrepublik Deutschland ca. 300.000 Neuerkrankungen an Krebs diagnostiziert. Der weitaus größte Teil aller Patienten nimmt psychotherapeutische Hilfsangebote bis jetzt nicht in Anspruch. Es besteht kein Zweifel darüber, dass nur allein auf der Diagnose Krebs noch keine hinreichende Indikation zu psychotherapeutischer Behandlung beruht. Man geht jedoch davon aus, dass bis zu 20 % aller Patienten diesbezüglich fachliche Hilfe benötigen würden.

Die Akzeptanz von Psychotherapie durch ärztliche und psychologische Psychotherapeuten scheint dabei nicht nur auf Seiten der Patienten geschlechtsspezifisch (überwiegend erfolgt eine Inanspruchnahme durch krebserkrankte Frauen) sondern auch abhängig zu sein von der Tumorlokalisation: Brust-, Unterleibs-, Lungen- und Hautkrebserkrankte suchen eher von sich aus diese Therapien auf, als z.B. Darmkrebspatienten (Anus praeter-Träger) oder Kehlkopflose. Genau Zahlen zur Inanspruchnahme liegen derzeit leider nicht vor, sodass man hier auf Vermutungen angewiesen ist.

Der psychosomatische Behandlungsansatz

Jede Erkrankung ist psychosomatisch, beschreibt Psychosomatik doch das ständige Wechselspiel zwischen Seele und Körper. Nur wenn hier ein Gleichgewicht besteht, ist der Mensch gesund.

Erleben Menschen dieses Wechselspiel als gestört, geraten Körper und Seele aus dem Gleichgewicht, so erkrankt der Mensch.

Und niemals ist nur die eine Seite allein beteiligt.

Der psychosomatische Bereich der Deister Weser Kliniken hat sich der **Neuorientierung in der Krebsnachsorge** gestellt, hin zu einer **patientenorientierten Nachsorge**, in der körperliche und **psychosoziale Betreuung, Geborgenheit und Lebensqualität** die Hauptrolle spielen, so wie es sich auch die Deutsche Krebshilfe auf die Fahnen geschrieben hat.

Neuere Erkenntnisse belegen für die Mehrzahl der Tumoren, dass mit einer eng-maschigen Überwachung zwar Rezidive früher erkannt werden, dies aber keinen positiven Effekt für die Betroffenen hat.

Im Gegenteil: Verlängert wird im Allgemeinen nicht die Überlebenszeit, sondern die Leidenszeit.

So werden die Nachsorgetermine von den Patienten oftmals als belastend angesehen. Jahrzehntlang ist ihnen jedoch gesagt worden, dass diese unbedingt einzuhalten sind, ja, dass sie für sie lebenswichtig seien. Dabei wurde im Laufe der Jahre mehr und mehr Technik eingesetzt.

Das Gespräch mit dem Arzt oder Therapeuten beschränkt sich oft auf eine kurze Mitteilung. Die Beantwortung von für die Betroffenen wichtigen Fragen bleibt immer häufiger aus.

Die **Rehabilitation im Fachbereich Verhaltensmedizin und Psychosomatik in den Deister Weser Kliniken** setzt auf eine individuell auf die Bedürfnisse und die Lebensplanung des Patienten ausgerichtete Nachsorge, die die psychische Verfassung des Betroffenen evtl. auch seiner Angehörigen mit berücksichtigt. Eine solche Ausrichtung der Therapie erlaubt es, unnötigen technischen Ballast aus der Nachsorge zu beseitigen und sich mehr auf die tatsächlichen Bedürfnisse der zu rehabilitierenden Patienten zu konzentrieren.

Auch scheinbar rein somatische, posttherapeutische Folgezustände können beim Krebspatienten zu einer erheblichen Beeinträchtigung des psychischen Wohlbefindens führen. Als Beispiel sind Ernährungsprobleme nach Gastrektomie, Anus praeter nach Resektion eines Kolorektal-Karzinoms, Potenz- und Kontinenzprobleme nach Operationen im kleinen Becken, Störungen des Körperselbstbildes nach Mamma-amputation etc. zu nennen.

Hier informieren wir über das gesamte Spektrum der zur Verfügung stehenden Möglichkeiten, um für den individuellen Patienten die für ihn persönlich am besten geeignete Lösung zu finden. Selbstverständlich werden Spezialisten wie Ernährungsberater oder Prothesenhersteller zugezogen.

Besonders beschäftigt uns die Gruppe brustamputierter Frauen, die oft mit **diffusen Angstzuständen** reagiert. Frauen mit Brustkrebs und gynäkologischen Tumoren müssen sich nicht nur mit der Angst zu sterben auseinandersetzen. Viele belastet zudem die Angst vor körperlicher Entstellung und sexueller Entwertung.

Mit der Diagnose Krebs beginnt die psychische Ausnahmesituation.

In der Folgezeit kommen dann neben der eigentlichen Therapie weitere körperliche, psychische und soziale Belastungen auf die Patientinnen zu. Doch viel zu oft treten diese wichtigen psychosozialen Aspekte stark hinter die Probleme zurück, die die operative und medikamentöse Therapie des Tumors mit sich bringen. Die sozialen Folgen der Krankheit stellen vor allem für jüngere Patientinnen unter 50 Jahren eine Bedrohung dar. Zwei Drittel

haben Angst, ihr Familienleben, ihre berufliche oder finanzielle Situation könne negativ beeinflusst werden. 15 % äußern die Sorge, die Krankheit könne ihr Sexualleben beeinträchtigen. Eine Störung des Selbstwertgefühls (Aussehen, Akzeptanz durch andere etc.) befürchten 35 % der jüngeren Frauen.

Im Hinblick auf die Nachsorge beanstanden 22 % der Brustkrebspatientinnen das unzulängliche psychologische Betreuungsangebot, über ein Viertel vermissen praktische Ratschläge zur Krankheitsbewältigung und fast 40 % wünschen sich mehr Informationen über ihre Heilungschancen.

Um einen eigenständigen Beitrag zur Krankheitsbewältigung und zur „**Stärkung des Immunsystems**“ zu leisten, greift jede zweite Patientin zu ergänzenden Maßnahmen wie Entspannungs- und Meditations-techniken, Naturheilverfahren, Diät und Vitaminzufuhr.

Als kritischste Phase der Erkrankung, bei der Unterstützung am wichtigsten ist, bezeichnen zwei Drittel der Patientinnen das **Auftreten eines Tumorrezidivs**.

Psychosoziale Folgen sind nicht ausschließlich negativ.

Bei den Auswirkungen der Krankheit auf persönliche Beziehungen, nehmen die Patientinnen oft einen positiven Aspekt wahr. So geben 40 % an, die Beziehung zum Partner habe sich durch die Krankheit gebessert, und jeweils ein Drittel der Patientinnen sieht eine gleiche Tendenz in der Beziehung zu den Kindern und Freunden. Lediglich gegenüber dem Arbeitgeber überwiegen die negativen Auswirkungen.

Vier von fünf Patientinnen befassen sich aktiv mit ihrer Krankheit, vor allem indem sie Informationen und Befunde sammeln und über die Krankheit sprechen.

Fast drei Viertel der Frauen gewinnt der Krankheit auch **positive Aspekte** ab:

Sie haben durch diese Erkrankung ihr Leben mehr als bisher zu schätzen gelernt. Kleinere Probleme werden nicht mehr ganz so ernst genommen.

Mehr als ein Drittel der Betroffenen fühlt sich allerdings müder als zuvor und macht sich Gedanken um die Zukunft.

Jede zweite Frau und besonders viele Rezidivpatientinnen müssen ihre Aktivitäten im Alltag einschränken. Knapp 30 % der Frauen fühlen sich nicht mehr so attraktiv, feminin und selbstbewusst wie früher und können sich nicht mehr so gut mit ihrem Körper identifizieren.

Jede zweite Frau gibt an, ihre Sexualität sei durch die Krankheit und/oder die Behandlung beeinträchtigt worden. Allerdings hat auch jeder vierte Partner Schwierigkeiten, mit der Krankheit der Frau umzugehen, vor allem wenn die Frauen jünger sind oder wenn ein Rezidiv vorliegt.

Auch für solche Patientinnen ist die Behandlung in einer psychosomatischen Klinik die **Therapie der Wahl**.

Wir wissen, dass psychosomatische Erkrankungen keine seelischen Erkrankungen sind, die hauptsächlich und ausschließlich seelische Ursachen haben.

Wir wissen, dass psychosomatisch Kranke nicht verrückt sind.

Und **wir wissen** auch, dass seelisch Kranke genau so gute oder weniger gute Menschen sind, wie körperlich Kranke.

Seelisch Kranke haben keinen „Charakterfehler“ und müssen sich ihrer Gesundheitsstörungen nicht schämen. Aber sie sollten ihr Recht auf Behandlung mit der gleichen Selbstverständlichkeit wahrnehmen, wie körperlich Kranke das tun. Denn auch bei psychosomatischen Erkrankungen beeinflussen sich körperliche, emotionale, gedankliche, verhaltensmäßige und soziale Prozesse gegenseitig.

Ja zur Organmedizin

In unserem Verständnis von Rehabilitation haben daher auch die bewährten organmedizinischen Behandlungsverfahren ihren Platz und zwar im Rahmen des ganzheitlichen Behandlungsprinzips. Denn der Spezialist für das erkrankte Organ ist schnell gefunden.

Wir aber behandeln den ganzen Menschen!

Struktur und Arbeitsweise einer psychosomatischen Rehabilitationsklinik unterscheiden sich grundlegend von anderen – besonders auch psychotherapeutischen – Einrichtungen.

Die Voraussetzungen einer gründlichen **somatopsychischen Diagnostik** (solide organmedizinische Funktionsdiagnostik mit entsprechender apparativer Ausstattung der Klinik, eine gründliche Psychodiagnostik und fundierte Sozialanamnese) sind ebenso erforderlich wie ein breites Spektrum therapeutischer Möglichkeiten.

Das geforderte **ganzheitliche Behandlungskonzept** wird effektiv durch ein umfassendes Therapieangebot realisiert, das medikamentöse Therapie, balneophysikalische Maßnahmen und Bewegungstherapie, gezielte Krankengymnastik, Entspannungstherapieverfahren, Gestaltungs- und Ergotherapie sowie Einzel- und Gruppenpsychotherapie beinhaltet.

Das Konzept

Unser **therapeutisches Konzept** orientiert sich an der Verhaltensmedizin, die wirksam, wissenschaftlich begründet und wirtschaftlich ist. Wir wenden Erkenntnisse und Tatsachen an, die durch Untersuchungen und Forschung über das menschliche Verhalten gewonnen wurden.

Dabei ist es uns wichtig, Lösungen für die aktuell bestehenden Probleme zu finden und nicht Krankheits-symptome aufgrund lange zurückliegender Kindheitsereignisse zu rekonstruieren.

Die stationäre Behandlung

Ein Nachteil einer stationären Behandlung kann sein, dass die Patienten während dieser Zeit aus ihrem sozialen Umfeld genommen werden. Sie können auch ihrer Arbeit nicht nachgehen.

Wenn sich die Patienten jedoch erst einmal auf die Behandlung eingelassen haben, gibt es kein besseres Lernfeld, als eine verhaltensmedizinische psychosomatische Fachklinik.

Dabei sind die Kombinationen verschiedener Behandlungsangebote (Gruppentherapie, Ergo-, Sport- und soziotherapeutische Maßnahmen, Musiktherapie, Integrative Bewegungstherapie etc.) ebenso hilfreich wie die Tatsache, dass **Mitpatienten** mit ähnlichen Krankheitsbildern **als Modell** zur Verfügung stehen.

So ist oftmals die Herausnahme des Erkrankten aus seinem sozialen Umfeld **unabdingbare Voraussetzung** für eine Besserung.

Der häufig gehörte Einwand, eine solche Herausnahme sei ja nur für kurze Zeit möglich, danach kehre der Patient in sein unverändertes soziales Umfeld zurück, lässt sich entkräften.

Durch die stationäre Behandlung hat sich der Patient verändert. Er verfügt über andere und bessere Verhaltensmöglichkeiten, und wenn er dann während der stationären Behandlung bereits Gelegenheit hatte, im Rahmen einer **therapeutischen Belastungserprobung** die neuen Bewältigungsstrategien in seinem ursprünglichen sozialen Umfeld zu üben, so trägt dies zu einem guten **Transfer in den Alltag** bei. Damit dieser Transfer erhalten bleibt, ist eine enge Kooperation mit den Nachbehandlern von Seiten der Klinik unabdingbar.

Der Behandlungsablauf

Da viele Patienten hier erstmalig mit dem Kontext einer psychosomatischen Fachklinik in Berührung kommen, werden sie in den ersten Tagen von einem **Patenpatienten** betreut, einem Mitpatienten, der schon länger in der Klinik ist und diese Aufgabe übernimmt.

Außerdem nehmen alle neu angereisten Patienten an einer **Einführungsveranstaltung** teil, die Informationen über unser Behandlungskonzept und die Vorstellung von der aktiven Mitarbeit jedes Einzelnen vermittelt. So werden Ängste vor der Behandlung abgebaut und erste wichtige Kontakte zu Mitpatienten und Therapeuten geknüpft.

Am Tag der Aufnahme wird der Patient durch den behandelnden **Bezugstherapeuten** (ärztlicher oder psychologischer Verhaltenstherapeut) aufgenommen. Der Bezugstherapeut ist Ansprechpartner für die gesamte Dauer der stationären Behandlung für alle Belange des Patienten.

Ärztliche Untersuchung und erstes **therapeutisches Gespräch** sind Bestandteile des Aufnahmetages. Daraus ergeben sich ein **psychiatrischer/körperlicher Befund**, eine Arbeitsdiagnose wird formuliert und diagnostisch-medizinische Maßnahmen (z.B. EKG, EEG, Labor etc.) werden geplant.

In der folgenden ersten **Therapiesitzung** geht es darum, die Therapieziele zu ermitteln und festzulegen. Gemeinsam mit dem Patienten plant der Bezugstherapeut die einzelnen Therapieschritte, die dann in den verhaltenstherapeutischen **Gruppentherapien** aber auch in der **Einzeltherapie** sowie unterstützenden therapeutischen Maßnahmen umgesetzt werden.

Wir halten folgende Gruppentherapien vor:

- Psychologisches Programm zur Gesundheitsförderung
- Gruppe zur Verbesserung der sozialen Kompetenz
- Verhaltenstherapeutisch ausgerichtete Problemlösegruppe
- Entspannungstraining nach Jacobson
- Indikationsbezogene, störungsspezifische verhaltenstherapeutische Gruppen

Angebote aus der **Sporttherapie** (mit Schwimmbad und Turnhalle), der **Ergotherapie**, der **physikalischen Therapie** und der **Soziotherapie** komplettieren das Behandlungsprogramm. Dabei ist gerade die Soziotherapie von besonderer Bedeutung. Sie steht für soziale Beratung der Patienten und bei der Planung der externen Belastungserprobung zur Verfügung. Auch bei der Entlassung des Patienten nach Hause und der damit notwendigen Nachsorge ist sie wesentlicher Bestandteil.

Das Spezialprogramm

Nach der **ausführlichen Anamnese** und der **eingehenden körperlichen Diagnostik** werden die Patienten in einer speziellen Gruppe zusammengefasst, die sich mit dem **subjektiven Krankheitsmodell** beschäftigt:

- Welche Vermutungen hat der Patient über die Ursachen der Gesundheitsstörungen?
- Wie „objektiv und realistisch“ sind diese Vermutungen?
- Welche Schlussfolgerungen zieht der Patient selber aus seinem Krankheitsmodell (z.B. Änderungsversuche, Aufgabe von Lösungsversuchen und Resignation, Delegation der Verantwortung an andere)?
- Welche Schlussfolgerungen und Therapieversuche hat das soziale Umfeld des Patienten bisher unternommen?
- Welche Maßnahmen führten bislang (eventuell kurzfristig) zur Verbesserung?
- Welche Maßnahmen hatten keinerlei Einfluss auf die Beschwerden?
- Welche führten sogar zu Verschlechterungen?
- Auf welche Maßnahmen hat sich der Patient bisher nicht eingelassen? Weshalb?
- Welche Maßnahmen sieht der Therapeut, das bestehende Krankheitsmodell des Patienten konstruktiv zu nutzen oder zum Positiven zu ändern?

Diese subjektiven Krankheitsüberzeugungen sind für die weitere Behandlung des Patienten äußerst relevant, weil sie erklären, weshalb er bestimmte Schritte unternimmt bzw. unterlässt.

Die Patienten nehmen an einer **Informationsgruppe** teil, deren zentrale therapeutische Aufgabe es ist,

- sie über die Grenzen einer passiven Therapie zu informieren und aufzuklären,
- sie zur Übernahme von Selbstverantwortung für den Behandlungserfolg zu ermutigen,
- ihnen Kompetenzen zur Selbstkontrolle zu vermitteln.

Dazu gehören Informationen über den heutigen Kenntnisstand bezüglich der Entstehung von Krebs, Therapiemöglichkeiten, Nachsorge, Schmerzbehandlung, Einfluss von Sport, Ernährung und Entspannungsverfahren.

Die **psychologische Diagnostik**, die erst dann möglich ist, wenn der Patient sich mit seinem Krankheitsverständnis angenommen fühlt, trägt zur Klärung der häufig bestehenden psychosomatischen Gesundheitsstörungen bei. Es befinden sich eben häufig depressive oder ängstliche Patienten in der Gruppe der Patienten, die mit der Diagnose Krebs leben müssen. Die entsprechenden Störungsbilder werden dann in themenzentrierten Gruppentherapien und im Rahmen der Einzelgespräche behandelt.

Hier sind insbesondere **Verfahren zur Entspannung** (Progressive Muskelrelaxation nach Jacobson, Entspannungsgymnastik), **Strategien zur Verminderung depressiven Verhaltens** (kognitive Umstrukturierung, Aktivitätstagebücher, positive Verstärker) zu nennen.

Maßnahmen der **balneophysikalischen Abteilung** und **Sporttherapien** ergänzen dieses Behandlungsprogramm im Sinne einer Verbesserung der körperlichen Funktionsfähigkeit.

Spezielle Gruppen werden z.B. für brustamputierte Frauen mit Bewegungseinschränkungen im Bereich der Arme angeboten, die Stoma-Bauch-Becken-Bodengymnastik hilft Patienten mit Anus praeter.

Gleichzeitig folgen tagesstrukturierende Maßnahmen, um über positive Aktivitäten dem Patienten einen Einblick in die vorhandene Leistungsfähigkeit zu geben.

Im Rahmen der **Soziotherapie** erfolgen Informationsvermittlung und Hilfestellung im Zusammenhang mit Fragen der Schwerbehinderung, Arbeitsplatzsicherung, Wiedereingliederungshilfen etc.

Komplementäre Angebote aus dem Bereich der **Naturheilverfahren** ergänzen das Behandlungsprogramm.

Die Nachsorge

Die Patienten nehmen einen **Projektvertrag** und einen **Reha-Plan** für die Zeit nach der stationären Behandlung mit. Da, wo es erforderlich ist, halten wir sie an, bereits während des stationären Aufenthaltes verbindliche Termine mit den **Nachbehandlern** zu vereinbaren. Wir sorgen dafür, dass unser **Entlassungsbericht** innerhalb von sieben Tagen vorliegt. Die Möglichkeit einer **Intervallbehandlung** besteht.

Die Qualitätssicherung

Der Qualitätssicherung dienen die Weiterbildung der qualifizierten Mitarbeiter, die Basisdokumentation, der Entlassungsfragebogen, die Beurteilung des Therapieerfolges durch Patienten und Therapeuten sowie die Nachbefragung der behandelten Patienten. Die Zertifizierung der Deister Weser Kliniken ist in der Vorbereitung.

Die Aufnahmemodalitäten

Leistungs- und Kostenträger der stationären Behandlung sind die Rentenversicherungsträger gemäß § 15 SGB VI, Krankenkassen nach § 40 Abs. 2 SGB V und Privatversicherungen.

Die Deister Weser Kliniken sind eine so genannte „gemischte Krankenanstalt“ i.S.d. § 4 Abs. 5 der Musterbedingungen der Privaten Krankenversicherungen, in denen keine Kur- oder Sanatoriumsbehandlung durchgeführt werden.

Die Zuweisung erfolgt auf Veranlassung bzw. Genehmigung der Rentenversicherungsträger bzw. der jeweils zuständigen Krankenkasse aufgrund einer Antragstellung durch den Patienten oder auf Initiative des behandelnden Arztes.

Mit den Landesverbänden der Krankenkassen in Niedersachsen besteht ein Versorgungsvertrag gemäß § 111 SGB V.

Die Kliniken sind zur Durchführung von Anschlussheilbehandlungen (AHB) der Indikationsgruppe 10 b, e, f, k zugelassen.

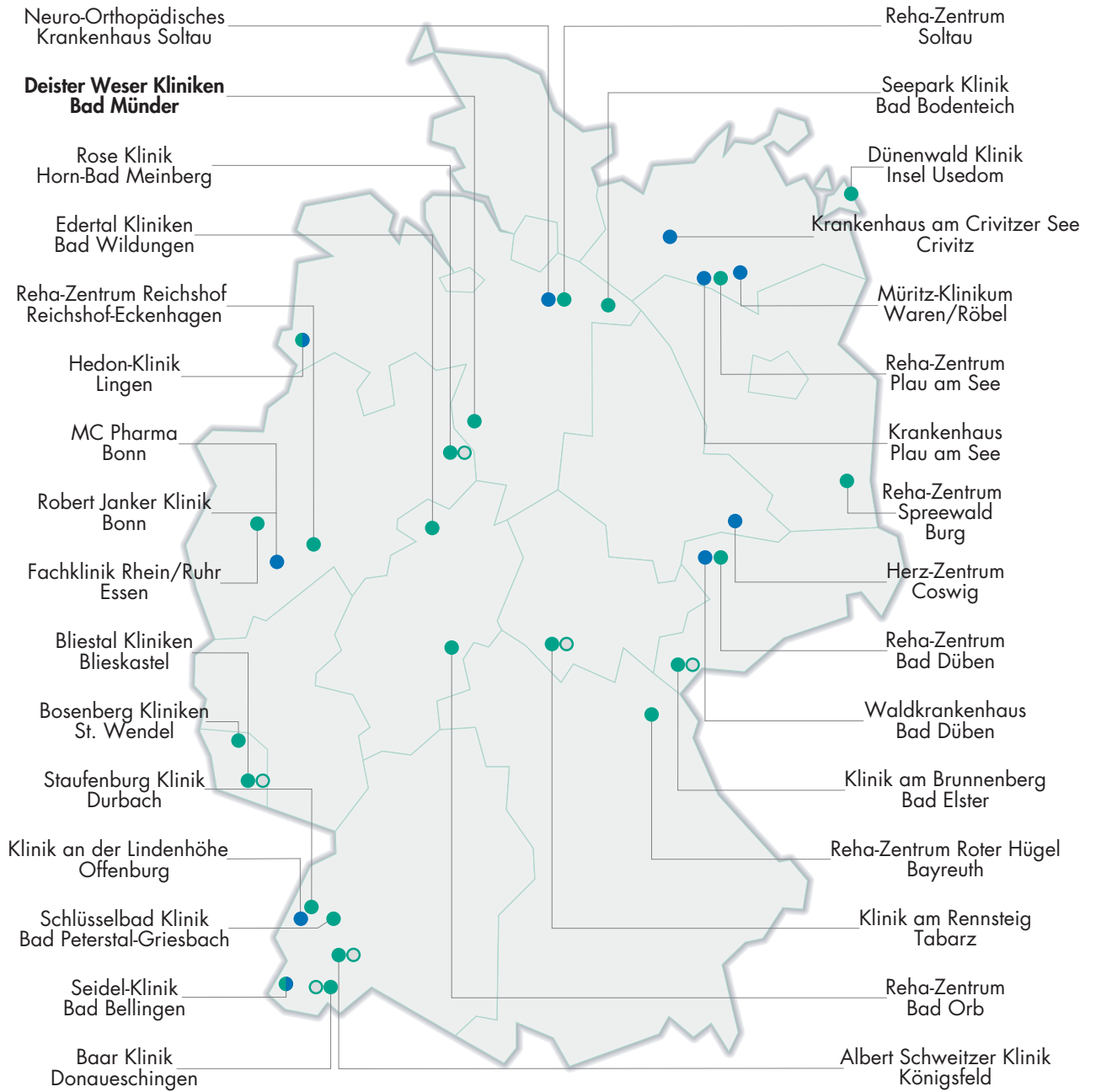
Aufnahmemöglichkeit besteht grundsätzlich an jedem Werktag, sobald uns eine schriftliche Kostenzusage vorliegt.

In Einzelfällen ist ein Vorgespräch erforderlich.



Dr. med. Dieter Pütz
Chefarzt Psychosomatik und Verhaltensmedizin
Facharzt für Neurologie und Psychiatrie
Facharzt für Psychotherapeutische Medizin,
Naturheilverfahren, Rehabilitationswesen, Sozialmedizin

Die Präsenz der MediClin



● Akuteinrichtungen ● Postakuteinrichtungen/med. Rehabilitation ○ Pflegeeinrichtungen in 2004