

Gültigkeit/Verteiler:

		x											
Alle	GF	Med.	MSD	PD	PT	Phy	Ergo	VwE	Kü	Se	HT	Fa	Re

Inhalt:

1. Erläuterungen
2. Aufgaben der Psychologinnen
3. Grundsätze
4. Qualitätsmerkmale
 - Durchführung
 - Besonderheiten
5. Lösungsorientierte Einzelberatung
6. Motivierende Gesprächsführung
7. Entspannung
8. Psychologische Schmerztherapie
9. Basis 1-3 Psyche und Gesundheit
10. Schmerzbewältigungstraining
11. Umgang mit Stress und Belastungen (Stressbewältigungstraining)
12. Vorschläge zur Durchführung
13. Einsatz von Assessments
14. Psychische Komorbidität
 - Erfassung psychischer Symptome und Fähigkeitsbeeinträchtigungen
 - Diagnose einer psychischen Erkrankung
 - Sozialmedizinisch orientierte Befunderhebung (Psychopathologischer Befund)
15. Nachsorge
16. Evaluation

Literatur

Anhang
Evaluationsbogen

1. Erläuterungen

Chronische Verläufe, rezidivierende Verschlechterungen sowie Komorbidität sind häufige Kennzeichen von Krankheitsentwicklungen am Bewegungssystem. Tiefgreifende Veränderungen am Arbeitsmarkt, anhaltende Arbeitslosigkeit, Arbeitsverdichtung, die persönliche Angst vor dem Arbeitsplatzverlust führen zu einem Anwachsen von psychischen und sozialen Problemen in der erwerbstätigen Bevölkerung. Eine psychosoziale Betrachtungsweise von Gesundheitsproblemen erfordert deshalb ein ganzheitlich angelegtes interdisziplinäres Rehabilitationskonzept, welches Psychotherapie (einzeln und in der Gruppe) sowie den Erwerb von Handlungs- und Konfliktlösekompetenzen in der Vordergrund stellt (vgl. Therapiekonzepte HolsingVital).

Ziel der psychologischen Interventionen in der medizinischen Rehabilitation ist die Vermittlung eines angemessenen Störungsmodells, das psychosoziale Belastungsfaktoren ausdrücklich berücksichtigt. Psychotherapeutische Interventionen dienen der emotionalen Entlastung, der psychischen Stabilisierung, der Konfliktlösung und Kompetenzentwicklung.

Gültigkeit/Verteiler:

		x											
Alle	GF	Med.	MSD	PD	PT	Phy	Ergo	VwE	Kü	Se	HT	Fa	Re

Psychotherapie hilft beim Aufbau individueller Bewältigungsstrategien und verbessert die Belastbarkeit.

Übersicht

Leistungen	Therapieangebot	Zielsetzung
Psychosozialer Befund Psychologische Diagnostik Problemanalyse Beurteilung psychischer Fähigkeitsstörungen	Anamnese Exploration Diagnostisches Interview Assessments Interview Mini ICF	Multimodale Diagnostik Verhaltensanalyse Ermittlung von Problembereichen und Ressourcen Empfehlung zur sozialmedizinischen Beurteilung
Problemorientierte Gruppenarbeiten	Belastungen und Stress Schmerz Tinnitus Arbeit und Gesundheit (Adipositas)	Psychoedukation Handlungsplanung Motivation
Krisenintervention		Psychische Stabilisierung Emotionale Entlastung
Expositionsbehandlung	In sensu In vivo	Behandlung von Angststörungen
Psychologische Schmerztherapie	Schmerzbewältigungstraining	Schmerzkontrolle Schmerzintegration Krankheitsbewältigung
Verhaltenstrainings	Soziale Kompetenz Nichtrauchertraining	Kompetenzerwerb Suchtprävention
Klinische Hypnose	einzel	Schmerzkontrolle Schmerzintegration Krankheitsbewältigung

2. Aufgaben der Psychologinnen

Erheben eines psychischen Befundes:

- Herstellen einer tragfähigen therapeutischen Beziehung
- Erfassen des subjektiven Krankheitsmodells des Patienten
- Bisherige Copingstrategien
- Rehabilitationsziele festlegen
- Ggf. psychopathologischer Befund (s. 12. Psychische Komorbidität)

Konzept Psychologische Interventionen A.Med.HV.Psych.02.03

Letzte Fassung: 2/12, geändert zu Konzept: 26.5.2015, Revision: 1.3.2017, 25.11.2019, 6/2020; Kontrolle 2/25
 Freigegeben durch: G. Horbach

Gültigkeit/Verteiler:

Weiterhin:

- Anwendung und Auswertung psychometrischer Verfahren
- Durchführung von Einzel- und Gruppentherapien (Krankheitsbewältigung, Schmerzbewältigung, Schmerzkontrolle, Stressbewältigung, Umgang mit Konflikten, Erarbeitung von Copingstrategien, Motivationstraining)
- Verschlüsselung psychischer Diagnosen bei manifester psychischer Komorbidität nach ICD in Zusammenarbeit mit der psychologischen Psychotherapeutin.

Alle Patienten der Abteilung Verhaltensorientierte Rehabilitation nehmen an einer problemorientierten Gruppenarbeit (Stressbewältigung, Schmerzbewältigung, Gesundheitskurs) teil, falls notwendig ergänzt durch Einzelberatungen oder psychotherapeutische Interventionen.

Wichtige Verfahren sind:

- Veränderungen schmerzfördernder Bedingungen
- Veränderungen stressfördernder Bedingungen
- Informationen rund um den chronischen Schmerz
- Informationen zu Stressentstehung und -aufrechterhaltung
- Erlernen neuer Schmerzbewältigungsstrategien (Aufmerksamkeitsfokussierung, Imagination, Selbstinstruktion)
- Stressbewältigungstraining
- Erlernen von Entspannungsverfahren
- Training sozialer Kompetenzen
- Training kommunikativer Fähigkeiten
- Selbsthypnose

3. Grundsätze

Kurative Versorgung ist a priori kausal orientiert. Ihr konzeptionelles Bezugssystem ist in der Regel das bio-medizinische Krankheitsmodell. Dem gegenüber liegt der medizinischen Rehabilitation ein **bio-psycho-soziales Modell von funktionaler Gesundheit und deren Beeinträchtigung** zugrunde, das Gesundheit und Krankheit als Ergebnis des Ineinandergreifens physiologischer, psychischer und sozialer Vorgänge beschreibt. Auf diese Weise wird sichergestellt, dass neben Erkenntnissen aus der medizinischen Versorgung auch die gesellschaftlichen Bedingungen, in denen Rehabilitanden leben, Teil des Prozesses der medizinischen Rehabilitation werden.

Verhaltensmedizin wird verstanden als der konsequente Versuch, die Bedeutung physiologischer, behavioraler und subjektiver Faktoren bei der Ätiologie und Behandlung von Problemstellungen zu berücksichtigen und sie zu einem adäquaten Störungsmodell zusammenzufassen. Dabei ist die Ausrichtung interdisziplinär.

Handlungs- und Bewältigungsplanung

Gute Vorsätze im Hinblick auf das Gesundheitsverhalten (z.B. körperliche Aktivität) werden häufig nicht in die Tat umgesetzt („Intentions-Verhaltens-Lücke“). Die Umsetzung von Intentionen in (Gesundheits-) Verhalten kann durch den Einsatz von Selbstregulationsstrategien wie der Handlungs- und Bewältigungsplanung gefördert werden. Im Rahmen der Handlungsplanung formuliert der Rehabilitand konkrete Pläne, wann, wo und wie er bestimmtes Verhalten umsetzen möchte. Bei der Bewältigungsplanung werden Barrieren antizipiert und konkrete Bewältigungsstrategien entwickelt. Auf diese Weise können Intentionen auch dann umgesetzt werden, wenn Hindernisse auftauchen. Psychologische Interventionen erfolgen konzeptgestützt im Rahmen der Fachabteilungen.

4. Qualitätsmerkmale

Durchführung

Bei allen Rehabilitanden wird ein Screening zu Depression und Angst durchgeführt. Alle Rehabilitanden (der Verhaltensorientierten Rehabilitation und der Medizinisch-beruflich-orientierten Rehabilitation) erhalten als Einzeltherapie mindestens ein Aufnahme- und ein Abschlussgespräch.

Für die Durchführung vertiefender psychologischer Diagnostik und die Diagnosestellung gilt der Approbationsvorbehalt.

Besonderheiten

Das gesamte Reha-Team achtet bei allen Rehabilitanden während des Reha-Aufenthaltes auf Symptome einer Depression oder Symptome von Angst. Wenn entsprechende Anzeichen bemerkt werden, wird der Arzt oder Psychologe darüber informiert.

Die angewendeten psychotherapeutischen Methoden sind überwiegend symptomnah und übungsorientiert.

Psychotherapeutische Interventionen erfolgen ressourcenorientiert, d.h. die vorhandenen Kompetenzen und Fähigkeiten der Rehabilitanden werden im Sinne der Kurzzeittherapie herausgearbeitet und gefördert.

Die antidepressive Wirkung von Ausdauerbewegung ist hinlänglich bekannt.

Psychologische Interventionen sollen das Rehabilitationskonzept insgesamt unterstützen, die Motivation zu mehr Bewegung fördern, den Rehabilitanden aktivieren, ihn bei gesundheitsrelevanten Verhaltensänderungen unterstützen und eine vorhandene depressive Stimmungslage aufhellen.

Es empfiehlt sich, den Rehabilitanden einfache Alltagsbewegungen wie schnelles Gehen, Fahrradfahren und Schwimmen zu empfehlen, insbesondere auch auf Lieblingsaktivitäten im Sinne der Förderung von Aktivitäten und Teilhabe einzugehen.

So können in den psychologischen Gruppen auch Leibübungen eingesetzt werden, die dem Rehabilitanden angenehme Körpererfahrungen ermöglichen.

Dies kann z.B. durch die **zehn Leitsätze einer Ausdauertherapie** geschehen (vgl. Waibel u.a., 2009):

- Ich fühle mich wohl durch Bewegung
- Ich bewege mich zu jeder Jahreszeit
- Ich finde meinen guten Rhythmus wieder
- Ich höre auf meinen Körper
- Ich fühle mich wohl in dieser Gruppe
- Wenn Körper, Seele und Geist sich finden
- Ich schaffe es
- Der Wind trägt mich
- Die Weite in mir – das Gehen mit dem Anderen
- Die Wertschätzung meines Leibes ist eine Lebenskunst

Der Einsatz der Leitsätze, evtl. auch in Verbindung mit einfachen Bewegungs-, Geh- oder Standübungen ermöglicht vitale Leiberfahrungen, moderate Bewegungsaktivierung, leiblich lustvolle Erfahrungen, die kognitiv gestützt werden.

5. Lösungsorientierte Einzelberatung

Der lösungsorientierte Ansatz in der Beratung beschäftigt sich weniger mit den gängigen Fragen nach den Ursachen und aufrechterhaltenden Bedingungen (Welche Ursachen gibt es für das Problem?, was hält das Problem aufrecht?). Vielmehr wird die Frage „Wie können Lösungen konstruiert werden?“ in den Mittelpunkt gestellt.

Lösungsorientiertes Arbeiten versteht sich nicht als Beseitigen oder Reparieren von Problemen und Defiziten, sondern steht vielmehr für Kompetenzerweiterung. Berater wie zu Beratende sollen sich auf mögliche Lösungen konzentrieren und die analytische Rückblende durch einen zuversichtlich stimmenden Blick in die Zukunft ersetzen (Bamberger, 2012). Über die Entwicklung einer Lösungsvision wird es möglich, auf neue Ideen im Hinblick auf eine Lösung zu kommen.

6. Motivierende Gesprächsführung

Motivierende Gesprächsführung ist eine von Miller und Rollnik (2009) entwickelte klientenzentrierte, zielgerichtete Beratungsmethode zur Förderung der Motivation für Verhaltensänderungen. Bei dieser Methode wird davon ausgegangen, dass jede Person über ein großes Veränderungspotential, Motivation und Ressourcen verfügt. Aufgabe des Therapeuten ist es, natürliche Veränderungsprozesse zu unterstützen, indem Ambivalenzen erfasst und aufgelöst werden.

Motivierende Gesprächsführung basiert auf den folgenden vier Grundprinzipien:

- Empathie ausdrücken
- Diskrepanzen entwickeln
- Widerstand umlenken
- Selbstwirksamkeit fördern

Gültigkeit/Verteiler:

7. Entspannung

Ziel/Zweck

Mit Hilfe von Entspannungstherapie sollen die Rehabilitanden Entspannungstechniken zur Selbstregulation der muskulären Spannung erlernen und einüben. Entspannungsübungen zielen auf die Verbesserung der Körperwahrnehmung und auf das Herbeiführen einer

Entspannungsreaktion:

- Verlangsamung der Atmung
- Absinken der Herzfrequenz
- Absinken des Blutdrucks
- Entspannung der Skelettmuskulatur
- Ruhezustand

Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer sollen außerdem zur regelmäßigen Übung und Anwendung auch über den stationären Aufenthalt hinaus motiviert werden.

Zuständigkeit:

Zuständig für die Durchführung der Entspannungstherapie sind folgende Personen:

1. Svetlana Holsing, Yogalehrerin
2. Sibyll Scherkus, Dipl. Psychologin
3. Gabriele Schnabel, Psychologische Psychotherapeutin
4. Wiebke Kollmeier, B.Sc.
5. Angelika Witt, Physiotherapeutin

Sie vertreten sich gegenseitig in der Reihenfolge ihrer Nennung.

Zuständig für die Indikationsstellung und Verordnung sind die Ärzte. Die Entspannungstherapie ist fester Baustein in den Therapiepaketen gemäß den Vorgaben der Leitlinien Rückenschmerz und Knie- und Hüft-TEP der DRV.

Durchführung:

Für die Teilnahme an der Entspannungstherapie existieren zwei Zuweisungswege:

1. ärztl. Verordnung
2. Selbstanmeldung des Patienten

Die Durchführung erfolgt als „halboffene“ Gruppe 2x pro Woche mit festen und variablen Übungselementen.

Das Grundprinzip lautet: Entspannung durch vorausgehende Anspannung. Es wird eine Wechselwirkung zwischen muskulärer Entspannung und einem seelisch erlebten Ruhezustand angenommen. Mit Hilfe der Anspannungs- Entspannungstechnik wird systematisch Muskelgruppe für Muskelgruppe entspannt.

Ein vertiefter Ruhezustand soll durch die Anwendung konzentrativer Elemente erreicht werden. Hier können Formeln aus dem Autogenen Training (insbesondere die Ruheformel), Körperwahrnehmungsübungen (Reise durch den Körper), Atemübungen sowie Imaginationsübungen (Ort der Ruhe und der Kraft) zur Anwendung kommen.

Ablaufbeschreibung

1. Vorbesprechung/Impuls
2. Anspannen ca. 5-8 Sek., Entspannung ca. 30 Sek., 1-2 Wiederholungen in folgender Reihenfolge:
 - Unterarme, Oberarme Bizeps Oberarme Trizeps
 - Schultern
 - Nacken
 - Gesicht
 - Rückenmuskeln
 - Bauchmuskeln
 - Oberschenkel und Gesäßmuskeln
 - Unterschenkel (Wadenmuskeln)
 - Unterschenkel (Schienbeinmuskeln)
3. Es können flexibel als Ergänzung/zur Einstimmung angeboten werden:
 - Atementspannung
 - Konzentrative Elemente
 - Körperwahrnehmungsübungen
4. Vor- und Nachbesprechung:
In einem kurzen Impuls soll vor der Übung die Zielsetzung von Entspannungstherapie, der Übungsstand der Teilnehmerinnen und Teilnehmer sowie die evtl. Einführung neuer Elemente eingeführt/besprochen werden.
In einer Nachbesprechung soll evtl. Fragen zum Ablauf Raum gegeben werden.
Erlebnisse während der Übungen, Erfolge bzw. Mißerfolge sowie Hinweise zum weiteren Üben können besprochen werden.

Da die Entspannungstherapeutinnen sich gegenseitig vertreten, sollten die Übungen in den Grundzügen gemäß dem oben beschriebenen Ablaufes durchgeführt werden. Individuelle Schwerpunktsetzung oder Anpassungen können jederzeit vorgenommen werden. Durch Wiederholung desselben Ablaufes ist jedoch ein höherer Lerneffekt zu erwarten.

8. Psychologische Schmerztherapie

Schmerz gilt als häufigstes Begleitsymptom körperlichen Leidens. In der Bevölkerung treten wiederkehrende und andauernde Schmerzen überaus häufig auf und verursachen beträchtliche psychosoziale Beeinträchtigungen.

Chronische Rückenschmerzen sind in den letzten Jahrzehnten sowohl für das Versorgungssystem als auch für Arbeitgeber und Versicherungen zunehmend zum Problem geworden. Chronische Rückenschmerzen bringen steigende Zahlen hinsichtlich Behandlungskosten und Arbeitsunfähigkeitszeiten hervor.

Somatisch-medizinisch lässt sich das nicht hinreichend erklären. Beim Schmerzempfinden handelt es sich um ein komplexes psychisches Phänomen, das zur individuellen Wirklichkeit des Betroffenen gehört. Eine Definition als unangenehme Empfindung, die durch eine Verletzung hervorgerufen wird und durch diese erklärt werden kann, greift zu kurz, denn Angst kann

Schmerzen verstärken, Trost kann sie lindern, positive Erwartungen beeinflussen die Compliance bei der Therapie usw.

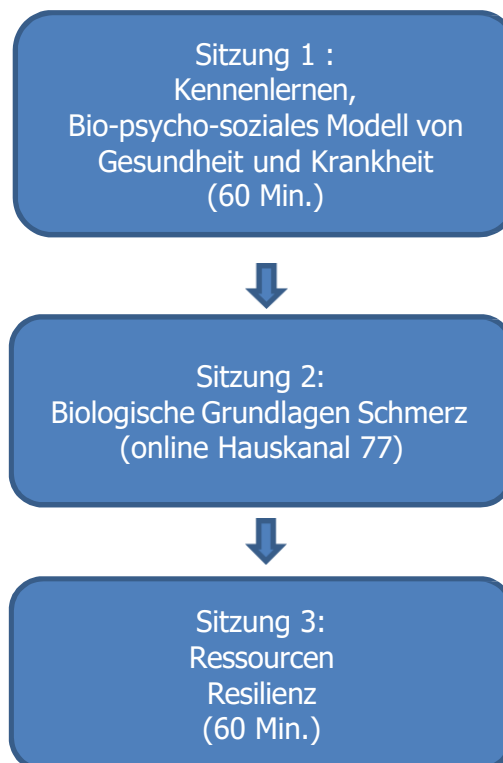
Die psychologischen Determinanten von Schmerz sind vielfältig: Kulturelle Unterschiede in Schmerzwahrnehmung und –bewältigung sind vielfach beschrieben worden. Weiterhin ist die Bedeutung von Aufmerksamkeit, Ablenkung und kognitiven Prozessen für die Schmerzwahrnehmung und die Schmerzbewältigung belegt. Lernprozesse spielen eine Rolle ebenso wie durch das primäre Umfeld oder durch lebensgeschichtliche Ereignisse geprägte Verhaltensmuster.

Schmerz kann psychologisch als Reaktionsmuster auf drei Ebenen verstanden werden

- Subjektiv/psychologisch: Schmerzäußerung, Klagen, Stöhnen, Vorstellungen, Gedanken und Gefühle
- Motorisch/Verhalten: Muskulär, Ausdrucksmotorik
- Physiologisch/organisch: Erregung des nozizeptiven Systems

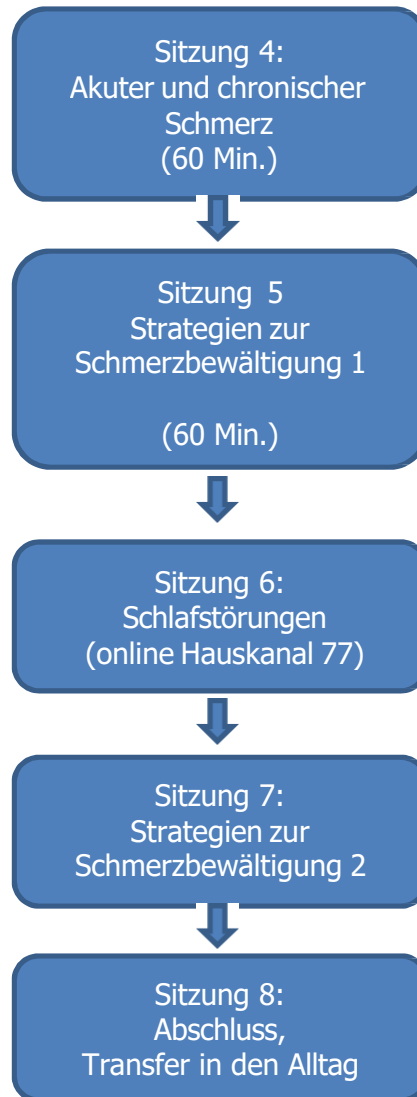
Eine Messung der Schmerzintensität ist schwierig und auf den o.g. Ebenen nur über Beobachtung durchzuführen. Die klinische Schmerzmessung durch Verhältnisschätzmethoden (VAS-Skala) hat sich bewährt, sie ermöglicht eine Verlaufsdarstellung (vgl. auch Schmerzkonzept HolsingVital).

9. Schmerzbewältigung Gruppe



Gültigkeit/Verteiler:

Die erste Sitzung dient dem Kennenlernen der Teilnehmer und dem Feststellen von Motivationen und Erwartungen. Die Teilnehmer sollen mit dem Behandlungskonzept vertraut werden und Therapieziele formulieren bzw. deren Erreichbarkeit einschätzen.



Ziel/Zweck:

Ziel der Schmerzbewältigung ist die Aufklärung über Schmerzwahrnehmung und Schmerzverarbeitungsmechanismen.

Weitere Teilziele sind:

- Erlernen von Methoden der Schmerzkontrolle
- Aufklären über psychosomatische Zusammenhänge
- Differenzierung in der Schmerzwahrnehmung

Konzept Psychologische Interventionen A.Med.HV.Psych.02.03

Letzte Fassung: 2/12, geändert zu Konzept: 26.5.2015, Revision: 1.3.2017, 25.11.2019, 6/2020

Freigegeben durch: G. Horbach

Gültigkeit/Verteiler:

Zuständigkeit:

Zuständig für die Durchführung der Schmerzbewältigung ist der Psychologische Dienst.

Zuständig für die Indikationsstellung und Verordnung sind die Ärzte.

Durchführung:

Die Durchführung der Schmerzbewältigungsgruppe erfolgt als geschlossene Gruppe 8x pro Aufenthalt mit festen und variablen thematischen Elementen als themengebundene problemorientierte Gruppenarbeit.

Die Pat. sollen die Themenwahl und Ablauf mit gestalten, Abwandlungen sind möglich.

Die Gruppe wird je nach Nachfrage mit wechselnder Größe (max. 15 Teilnehmer) geplant und durchgeführt, jedoch immer im Rahmen der Verhaltensmedizinischen Orthopädie angeboten.

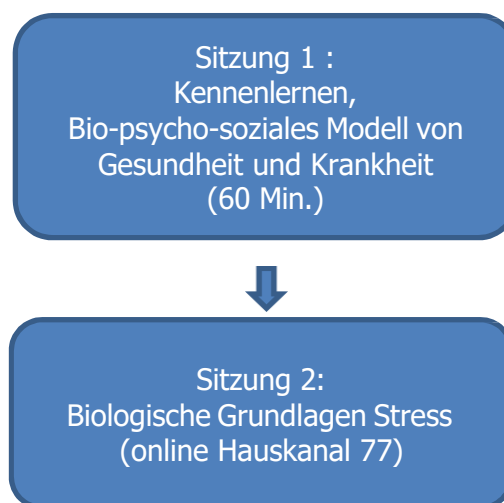
Ablaufbeschreibung:

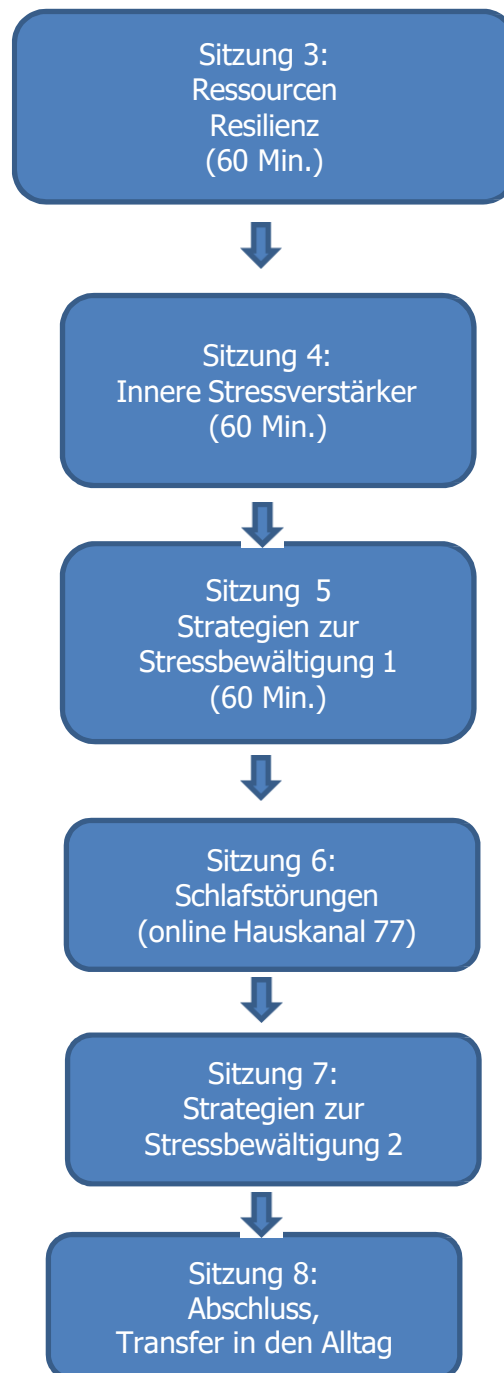
- Was ist erfolgreiche Schmerzbewältigung?
- Schmerzschwelle
- Psyche und Schmerz

Schmerzbewältigungstechniken: innere und

- Äußere Ablenkung
- Übung „Ort der Ruhe“ o.ä.
- Die Rolle von Einstellung und Erwartung
- Selbstkontrolle
- Angst-Vermeidungs-Verhalten

10. Stressbewältigung





Gültigkeit/Verteiler:

Ziel/Zweck:

Ziel der Stressbewältigung ist die Aufklärung über Mechanismen der Stressentstehung und der Förderung eines bewussten, stress mindernden Umgangs mit täglichen Belastungen. Die Durchführung des Kurses orientiert sich dabei an der Klassifikation von Stressbewältigungsweisen in instrumentelle, mentale und regenerative Bewältigungsstrategien. Folgende Themenblöcke werden behandelt:

- Instrumentelles Stressmanagement: Problemlösen, Prioritäten setzen; Umgang mit Zeit
- Mentale Stressbewältigung: Einstellungsänderung, positive Selbstinstruktion, Sinngebung
- Regenerative Stressbewältigung: Entspannung, Erholung und Genussstraining
- Ressourcenaktivierung aus dem Unbewussten als ein wichtiger Aspekt für die Stressbewältigung/Stressprävention

Zuständigkeit:

Zuständig für die Durchführung der Stressbewältigung ist der Psychologische Dienst. Zuständig für die Indikationsstellung und Verordnung sind die Ärzte.

Durchführung:

Die Durchführung erfolgt als geschlossene Gruppe 8x pro Aufenthalt mit festen und variablen thematischen Elementen als themengebundene problemorientierte Gruppenarbeit. Die Pat. sollen den Ablauf mitgestalten, Abwandlungen sind möglich.

Die Gruppe wird je nach Nachfrage mit wechselnder Größe (max. 15 Teilnehmer) geplant und durchgeführt, jedoch immer im Rahmen der Verhaltensmedizinischen Orthopädie angeboten.

Ablaufbeschreibung:

Instrumentelles Stressmanagement

- Allgemeine, persönliche Stressoren und deren Lokalisierung (äußere/innere)
- Stress messen (Einschätzung der eigenen Stressbelastung)
- Chronifizierung von Stress und dessen Folgen
- Techniken des Problemlösens
- Prioritäten setzen

Lernziel: Identifikation von persönlichen Stressoren und Stressbelastung; aktiver, problemorientierter Umgang mit täglichen Belastungen

Übung: Pers. Stressverstärker; Problemlösen am Beispiel; Stress-Test

Mentales Stressmanagement

- Die Rolle von Gedanken und Bewertungen für das Stressgeschehen
- Identifikation von stressverschärfenden Gedanken und Einstellungen
- Relativieren und Distanzieren
- Sinngebung

Lernziel: Eigene Kompetenzen stärken; Belastungen relativieren; eigene Anteile an der

Gültigkeit/Verteiler:

		x											
Alle	GF	Med.	MSD	PD	PT	Phy	Ergo	VwE	Kü	Se	HT	Fa	Re

Stressentstehung erkennen; Einstellungen ändern; förderliche Gedanken entwickeln
Übung: „Zitronenübung“ (o. andere);

Regeneratives Stressmanagement

- Richtig Erholen
- Selbstbestimmung
- Wahl der Freizeitaktivitäten
- Voraussetzungen für Genuss/Kriterien für Erholung
- Genuss im Alltag

Lernziel: Ausgleich – Arbeit/Freizeit; Bedeutung der Erholung; Genuss fördernde Einstellungen entwickeln; bewusste/selbstbestimmte Zeitgestaltung.

Übung: „Genussübung“; Was macht eine Tätigkeit erholsam?.

11. Vorschläge zur Durchführung

Vorschläge für erste Sitzung (BASIS 1)

Nr.	Baustein	Ziel	Methode	Material
1	Ressourcenaktivierung	Kennenlernen der Teilnehmer Aktivierung von Ressourcen Entwicklung eines Mottoziels	Somatische Marker Ideenkorb	Bildkartei
2	Kennenlernen	Förderung des Gruppenzusammenhaltes	Vorstellen der Teilnehmer Kennenlernspiel	
3	Therapieziele	Entwicklung realistischer Erwartungen	Ich möchte erreichen, dass ich...	Einzelarbeit

Vorschläge für die Abschlusssitzung

Die Abschlusssitzung soll Evaluation und Reflektion ermöglichen. Die Teilnehmer sollen den Reha-Erfolg bzw. die Zielerreichung einschätzen und Möglichkeiten des Transfers in den Alltag besprechen.

Möglichkeiten der Nachsorge bzw. des Therapieerfolges sollen besprochen werden.

QMH
Konzept
Psychologische Interventionen
A.Phy.HV.Psych.02.03



Gültigkeit/Verteiler:

		x											
Alle	GF	Med.	MSD	PD	PT	Phy	Ergo	VwE	Kü	Se	HT	Fa	Re

Nr.	Baustein	Ziel	Methode	Material
1	Nachsorge	Erfolgsstabilisierung Sicherung der Weiterbehandlung	Ideensammlung Adressen finden	
2	Positive Ermunterungen	Langfristige Stabilisierung Schaffung von Erinnerungshilfen	Nach dem Losverfahren anderen positive Rückmeldung geben Ich schreibe mit selber einen Brief	Motivations- karten
3	Evaluation	Qualitätssicherung, evtl. Ableitung von Maßnahmen	Fragebogen ausfüllen	Evaluations- bogen

Gültigkeit/Verteiler:

		x											
Alle	GF	Med.	MSD	PD	PT	Phy	Ergo	VwE	Kü	Se	HT	Fa	Re

Gesundheit, Schutzfaktoren, multifaktorielles Modell				
Nr.	Baustein	Ziel	Methode	Material
1	Definition von Gesundheit (Bio-psycho-soziales Modell)	Die Teilnehmer wissen, dass Gesundheit körperliches, psychisches und soziales Wohlbefinden beinhaltet und dass Gesundheit und Krankheit als Pole eines Kontinuums verstanden werden können.	Impuls Austausch	Folie 1
2	Risiko- und Schutzfaktoren	Die Teilnehmer wissen um die Bedeutung von Risiko- und Schutzfaktoren für die Gesundheit und können Beispiele für wesentliche Schutzfaktoren nennen.	Impuls Prominente Beispiele Ideen-sammlung	Folie 6 Folie 7
3	Wohlbefinden und Genuss	Die Teilnehmer wissen, dass ihr persönliches Wohlbefinden wesentlich für die Erhaltung und Förderung der Gesundheit ist, und kennen verschiedene Möglichkeiten zur Steigerung ihres Wohlbefindens. Die Teilnehmer kennen eine einfach durchzuführende Genussübung und wissen, dass Genuss eine positive Wirkung auf ihr Wohlbefinden ausübt.	Impuls Diskussion Ideen-sammlung Genussübung	Folie 2 Folie 3
4	Selbstvertrauen	Die Teilnehmer wissen, das Selbstvertrauen einen wesentlichen Schutzfaktor für ihre Gesundheit darstellt.	Übungen zur Körper-sprache	Folie 4
5	Soziale Kontakte	Die Teilnehmer(innen) kennen die Bedeutung einer offenen Grundhaltung gegenüber anderen Personen für die Gesundheit	Diskussion	Folie 5

Gültigkeit/Verteiler:

		x											
Alle	GF	Med.	MSD	PD	PT	Phy	Ergo	VwE	Kü	Se	HT	Fa	Re

Weiteres Thema: Angst und Depression (60 Min.)				
Nr.	Baustein	Ziel	Methode	Material
1	Kennzeichen von Angst	Die Teilnehmer wissen, dass Angst ein Gefühl ist, das alle Menschen besitzen und das Angst als seelisches Alarmsignal dienen soll, lebensgefährliche Handlungen und Situationen zu vermeiden	Impuls Austausch Fallbeispiel	Folie 1 und 2
2	Kennzeichen einer Depression	Die Teilnehmer wissen, dass es bei depressiven Verstimmungen nicht um ein einzelnes isoliertes Gefühl handelt, sondern um eine Mischung aus Denken, Fühlen, Handeln und körperlichem befinden	Impuls Symptome nennen	Folie 3
3	ABC der Gefühle	Die Teilnehmer können das ABC-Modell auf eine von ihnen gewählte Situation anwenden	Impuls 1-2 Beispiele aus der Gruppe Arbeitsblatt	Folie 4 und 5
4	Angst vor der Angst Vermeidungsverhalten	Die Teilnehmer kennen die Vor- und Nachteile des Vermeidungsverhaltens und planen eine niedrigschwellige Veränderung (Verhaltensexperiment)	Impuls Text positive Einstellungen (Kleingruppe)	Folien 6 -8
5	Wirksame/ Unwirksame Strategien	Die Teilnehmer können wirksame und unwirksame Strategien nennen. Insbesondere sollen die positiven Wirkungen von Sport und Bewegung (Nordic Walking, Ausdauertherapie) herausgestellt werden: Reduktion von Angst, Aufhellung der Stimmung	Diskussion Vorstellungsbildung, z.B. Ort der Ruhe und der Kraft	Folien 9 und 10

12. Einsatz von Assessments

Ziel/Zweck:

Ziel des Einsatzes psychologischer Messinstrumente in der medizinischen Rehabilitation ist die Identifikation psychosozialer Belastungsfaktoren. Sie sollen helfen, Therapieentscheidungen zu treffen, den Verlauf zu messen und den Patienten eine Rückmeldung über ihre gesundheitsgefährdenden Verhaltensweisen und Lebensstile zu liefern.

Anschließende psychotherapeutische Interventionen dienen der emotionalen Entlastung, der psychischen Stabilisierung, der Konfliktlösung und Kompetenzentwicklung. Psychotherapie hilft beim Aufbau individueller Bewältigungsstrategien und verbessert die Belastbarkeit.

QMH Konzept Psychologische Interventionen

A.Phy.HV.Psych.02.03



Gültigkeit/Verteiler:

		x											
Alle	GF	Med.	MSD	PD	PT	Phy	Ergo	VwE	Kü	Se	HT	Fa	Re

Zuständigkeit:

Zuständig für die Durchführung der diagnostischen Assessments ist die Dokumentationsassistentin. Zuständig für Auswertung und Indikationsstellung hinsichtlich der Therapie sind die Dipl. Psychologinnen sowie die Chefärztin VMO.

Durchführung:

Die Assessments werden den Behandlungspfaden wie folgt zugeordnet:

Leistungen	Therapieangebot	Zielsetzung
VOR – Stress	SIMBO HADS-Test AVEM	➤ Identifizierung berufl. Problemlagen ➤ Depressions- und Angstscreening ➤ Aussagen treffen zum Stresstyp und zur Arbeitsmotivation
VOR - Schmerz	SIMBO, HADS-Test VAS, SES, ADS, PDI, QLIP, Schmerzzeichnung FFb-H-R Schmerzgraduierung nach Korff	➤ Identifizierung berufl. Problemlagen ➤ Depressionsdiagnostik ➤ Erfassung Schmerzintensität ➤ Erfassung subjektiver Behinderung ➤ Erfassung von Aspekten der Lebensqualität ➤ Erfassung des Chronifizierungsstadiums
Tinnitus	SIMBO Tinnitus-Fragebogen nach Goebel und Hiller SCL – 90 R	➤ Identifizierung berufl. Problemlagen ➤ Ermittlung des Tinnitus-Schweregrades ➤ Messung subjektiv empfundener Beeinträchtigung durch körperliche und psychische Symptome

Ablauf

1. Die Dokumentationsassistentin übergibt die auszufüllenden Bögen (HADS, SiMBO, SCL 90, Tinnitus-FB) bei ihrem Aufnahmetermin an die Patienten.
2. Der AVEM und (alternativ) der Schmerzfragebogen werden von den Psychologinnen oder von Ärzten bei entsprechender Fragestellung ausgehändigt,
3. Die Dokumentationsassistentin erfasst die Ergebnisse elektronisch in der Dokumentation der Elektronischen Patientenakte (EPA).
4. Die Auswertung wird von den Dipl. Psychologinnen und behandelnden Ärzten zur Kenntnis genommen, mit dem Pat. ggf. besprochen (Besprechung von Testergebnissen) und für die weitere Therapieplanung genutzt.

Die Ergebnisse und Interpretationen finden Eingang in den E-Bericht.

Bei speziellen diagnostischen Fragestellungen setzen die Psychologinnen u.U. weitere Instrumente ihrer Wahl ein.

Sollte ein Patient aufgrund sprachlicher oder sonstiger Probleme nicht in der Lage sein, bei der Testdiagnostik mitzuwirken, so ist ein kurzer Eintrag in den Verlaufsbogen in der EPA vorzunehmen.

13. Psychische Komorbidität

Psychische Komorbidität, also das gleichzeitige Vorliegen einer psychischen Störung mit einer körperlichen Erkrankung, ist in der medizinischen Rehabilitation mit somatischer Indikation häufig. Ergebnisse der Reha-Forschung zeigen, dass in der somatischen Rehabilitation etwa jede(r) Fünfte zusätzlich zur körperlichen Erkrankung auch an einer psychischen Störung leidet. Bei der medizinischen Rehabilitation spielt die psychische Komorbidität auch deshalb eine große Rolle, weil sie ungünstige Auswirkungen auf die Motivation und Bereitschaft zur aktiven Mitwirkung an der eigenen Rehabilitation und damit auf das Rehabilitationsergebnis sowie den weiteren Krankheitsverlauf haben kann.

Stufenweises Vorgehen:

- Diagnostik psychischer Komorbidität
- Screening, ggf. vertiefte Diagnostik
- Behandlungseinleitung und Behandlung
- Dokumentation

Erfassung psychischer Symptome und Fähigkeitsbeeinträchtigungen

Werden psychische Symptome und Fähigkeitsbeeinträchtigungen von Rehabilitanden benannt, so sind sie weiter zu explorieren. Grundsätzlich kann diese Exploration durch alle anderen

Gültigkeit/Verteiler:

Mitglieder des Reha-Teams unterstützt werden. Verhaltensbeobachtungen können den Selbstbericht um therapeutische und pflegerische Sichtweisen ergänzen.

Diagnose einer psychischen Erkrankung

Die Frage, ob eine psychische Erkrankung vorliegt bedarf einer gründlichen differentialdiagnostischen Abklärung und ggf. eines psychiatrischen Konsils. Testergebnisse können herangezogen werden, sind aber zu interpretieren und zu begründen.

Um die Diagnose einer psychischen Erkrankung zu stellen bedarf es

- eines psychopathologischen Befundes,
- eines Abgleichs, ob die psychische Symptomatik durch körperliche Ursachen hervorgerufen wird (z.B. Herzerkrankung oder Schilddrüsenerkrankung) oder eine Nebenwirkung eines Medikamentes ist,
- der Erhebung einer störungsspezifischen Anamnese,
- der Hinzuziehung von Vorbefunden und Behandlungsberichten, sofern vorhanden.

Eine F-Diagnose zur Dokumentation und Feststellung psychischer Erkrankungen soll in den Entlassungsbericht aufgenommen werden, um eine Weiterbehandlung zu begründen. Wenn kein durch die Diagnose begründeter Behandlungsbedarf besteht, und wenn die psychische Symptomatik nicht ausschlaggebend ist für die sozialmedizinische Beurteilung, kann auf die Diagnosestellung verzichtet werden.

Z-Diagnosen können verwendet werden, um aktuelle Lebensprobleme oder auch krankheitsbedingte Belastungen zu beschreiben. Dies ist angemessen bei psychischer Belastung ohne Krankheitswert.

Sozialmedizinisch orientierte Befunderhebung (Psychopathologischer Befund)

Im psychopathologischen Befund muss dargelegt werden, inwieweit die psychisch bedingten Beeinträchtigungen aktuell zu Aktivitätsbeeinträchtigungen auf dem aktuellen oder potentiellen Arbeitsplatz führen.

Besteht der Verdacht, dass die Funktions- und Fähigkeitsbeeinträchtigungen die Erwerbsfähigkeit aufheben können, so ist ein psychiatrisches Konsil zu empfehlen. Die eingeschränkten Funktionen und Fähigkeiten sollen möglichst auf der Aktivitäts- und Verhaltensebene beschrieben werden.

Probleme bei der Krankheitsbewältigung

Im psychologischen Aufnahmegespräch sollen bei allen Rehabilitanden folgende Themen exploriert werden:

- Akute psychische oder psychosoziale Belastungen
- Probleme bei der Krankheits- oder Krankheitsfolgenbewältigung

Zusätzlich soll das gesamte Reha-Team bei allen Rehabilitanden während des Reha-Aufenthaltes auf das Vorliegen der o.g. Problemlagen achten.

Gültigkeit/Verteiler:

Bei schwerwiegenden Problemen oder Belastungen soll ein psychologisches Einzelgespräch oder bei Bedarf eine psychologische Krisenintervention erfolgen.

Die Buchung in den Terminplan erfolgt durch den psychologischen Dienst mit Hilfe der EDV, ebenso die Dokumentation.

Die Befunderhebung erfolgt im Gespräch und wird in die Elektronische Patientenakte unter der jeweiligen Patientennummer hinterlegt.

Bei entsprechender Indikation soll stets eine individuelle Nachsorge- oder Weiterbehandlungsempfehlung erarbeitet werden.

14. Nachsorge

Im Rahmen einer drei- bis vierwöchigen Rehabilitation können komorbide psychische Störungen (z.B. Depressionen und Ängste) nicht umfassend behandelt werden. Deshalb ist eine langfristige, individuelle Nachsorge erforderlich, in deren Kontext die Entwicklung relevanter Problemlagen weiter verfolgt und bei Bedarf eine weiterführende Behandlung eingeleitet werden kann. Auch umfassendere Lebensstiländerungen (z.B. Steigerung der körperlichen Aktivität) können in der Rehabilitation oft lediglich initiiert werden. Die Nachsorge stellt eine vielversprechende Möglichkeit dar, Lebensstiländerungen zu verstetigen und hierdurch die Nachhaltigkeit der medizinischen Rehabilitation zu steigern.

Der psychologische Dienst evaluiert den Kurs Gesundheit mit einem standardisierten Fragebogen.

Den Rehabilitanden werden Selbsthilfebücher aus der Patientenbibliothek empfohlen.

15. Evaluation

In der Abschlusssitzung wird für definierte Zeiträume ein standardisierter Fragebogen zur Evaluation des Gruppenprogramms Psychologie ausgegeben.

Er wird anonym ausgefüllt, von den Gruppenleiterinnen eingesammelt und zur Auswertung zur Verfügung gestellt. Die Durchschnittsergebnisse werden für jeden Kurs ermittelt und der Gruppenleitung zurückgemeldet.

Gültigkeit/Verteiler:

Literatur:

- Bamberger, G.: lösungsorientierte Beratung. Weinheim. Beltz. 2012
Biefang, S. u.a.: Assessmentverfahren für die Rehabilitation. Göttingen. Hogrefe. 1999
DRV Bund (2013): Psychologische Interventionen.
DRV Bund (2014): Psychische Komorbidität
Fiedler, R. u.a.: Förderung beruflicher Motivation. Weinheim. Beltz. 2011
Flor, H.: Psychobiologie des Schmerzes. Bern. Huber. 1991
Franke, A.: Gruppentraining gegen psychosomatische Störungen. Weinheim. Psychologie Verl.-Union. 1991
Geissner, E. u. Jungnitsch, G. (Hrsg.): Psychologie des Schmerzes. Weinheim: Psychologie Verl.-Union. 1992
Hautzinger, M. (Hrsg.): Kognitive Verhaltenstherapie bei Depressionen. Weinheim. Psychologie Verl.-Union. 1997
Kalinke, D. und Haak, K.: Schmerzbewältigung. Niedernhausen/Ts. Falken. 1996
Kaluza, G.: Stressbewältigung. Berlin. Springer. 2011
Miltner, W. u.a.: Verhaltensmedizin. Berlin. Springer. 1986
Schuster, N. u.A.: Psychische Belastungen im Arbeitsalltag. Weinheim. Beltz. 2011
Stieglitz, R.-D. u.a. (Hrsg.): Praxishandbuch AMDP. Hogrefe. 2018
Storch, M.: Machen Sie doch was Sie wollen. Bern. Huber. 2012
Storch, M. u. Krause: Ressourcen aktivieren aus dem Unbewussten – Manual für die Arbeit mit der ZRM-Bildkartei. 2011
Vaitl, D. u.a. (Hrsg.): Handbuch der Entspannungsmethoden. Weinheim. Psychologie Verl.-Union. 1993
Waibel, M. u. Jakob-Krieger, C.: Integrative Bewegungstherapie. Stuttgart. Schatthauer. 2009

Gültigkeit/Verteiler:

		x											
Alle	GF	Med.	MSD	PD	PT	Phy	Ergo	VwE	Kü	Se	HT	Fa	Re

Evaluationsbogen

Welchen Kurs haben Sie besucht?

- ☐ Schmerzbewältigung
- ☐ Stressbewältigung

Haben Sie die Inhalte der Vertiefung für Ihr Beschwerdebild als passend empfunden?

- ☐ ja
- ☐ nein

Bitte kreuzen Sie jeweils ein Feld zur Bewertung an!

Bewertung:

1=hilfreich 2=etwas hilfreich 3=weniger hilfreich 4=überhaupt nicht hilfreich

Die Auswahl der Inhalte war	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
Die Wahl der Medien war	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
Der Inhalt des Kurses war in Bezug auf meine Beschwerden	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
Der Inhalt des Kurses war in Bezug auf meine berufliche Tätigkeit	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐

Bitte kreuzen Sie jeweils ein Feld zur Bewertung an!

Bewertung: 1=sehr gut 2=gut 3=mäßig 4=schlecht

Die Gruppenatmosphäre war	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
Die Erfüllung meiner Erwartungen war	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
Die Möglichkeiten zur Diskussion waren	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
Planung und Ablauf des Kurses waren	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐

Was hätten Sie sich noch gewünscht?

Was empfanden Sie als störend?

Weitere Anregungen?
