

KOMPETENZNETZWERK „REHABILITATION“

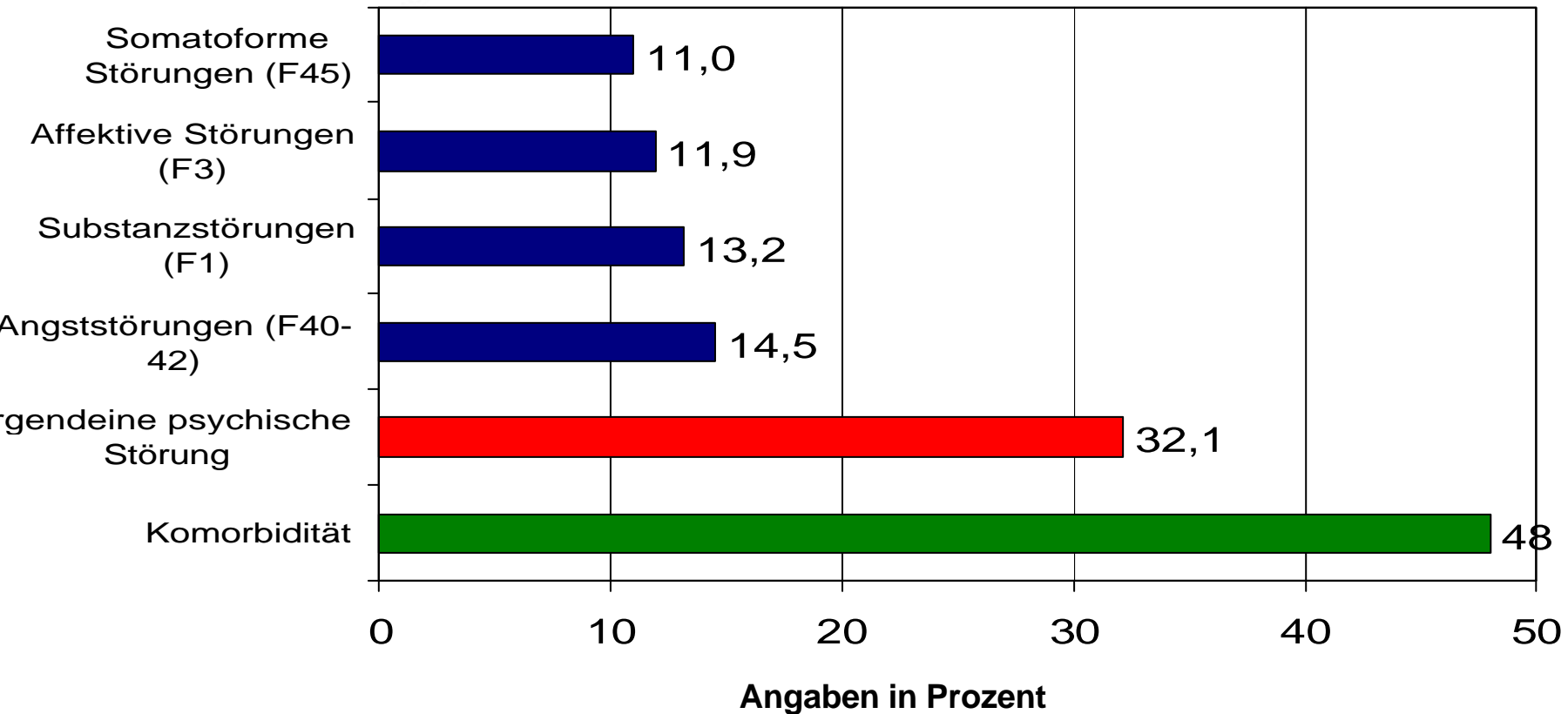
Prof.Dr.med.J.M.Herrmann





Epidemiologie psychischer Störungen

Ein-Jahres-Prävalenzen psychischer Störungen bei Erwachsenen (18-65 Jahre)



(Wittchen und Jacobi 2001, Bundesgesundheitsurvey 1998)



Stationäre Leistungen zur medizinischen Rehabilitation für Erwachsene Männer und Frauen im Berichtsjahr 2004

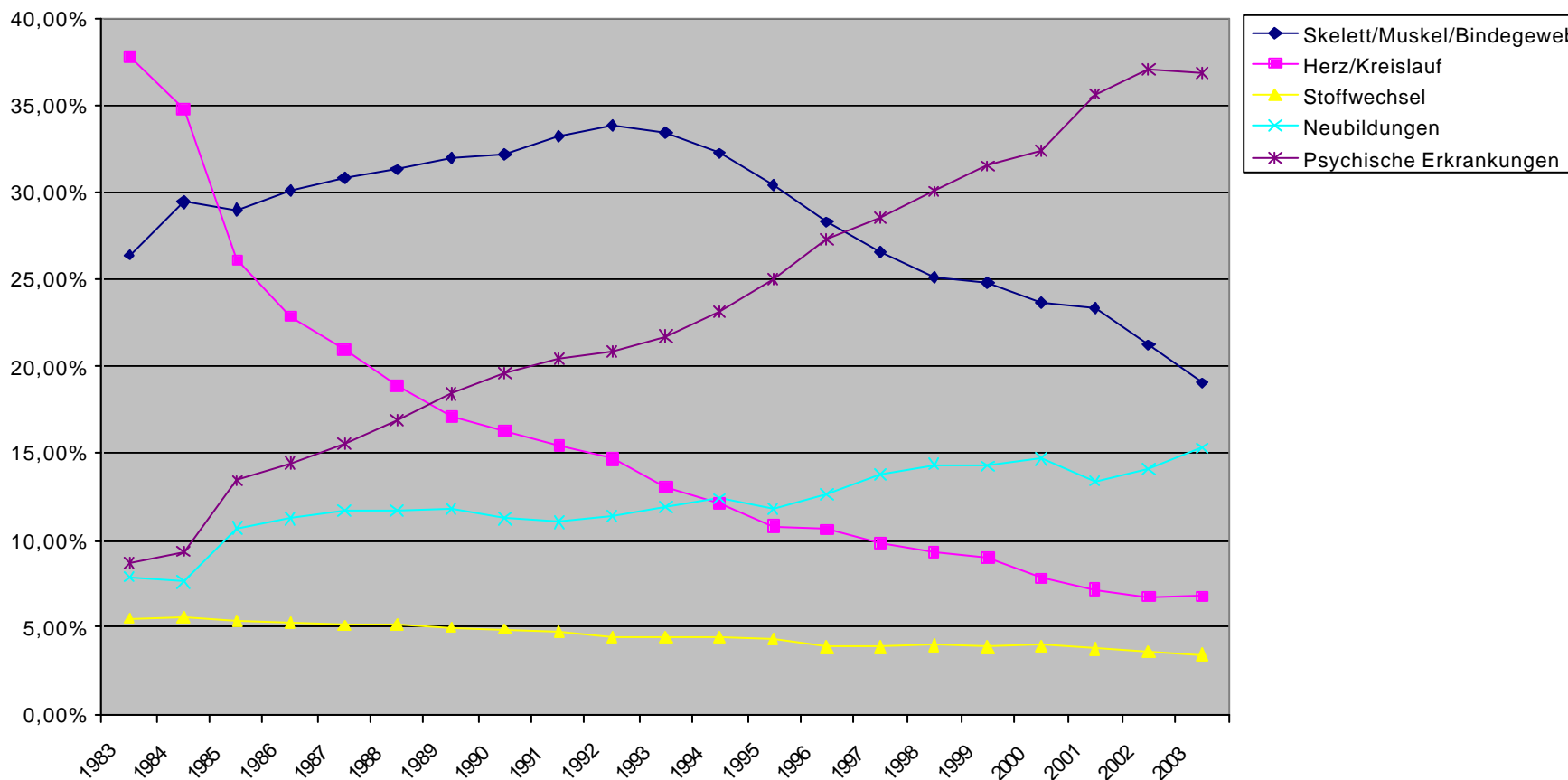
Alter	Insgesamt	Muskeln/ Skelett/ Bindegewebe	Neubildungen	Psychische Erkrankungen	Krankheiten des Kreislaufsystems	Stoffwechsel/ Verdauungssystem	Atmungssystem	Nervensystem
		2	3	4	5	6	7	8
bis 30	30.250	6.332	1.261	12.441	839	2.004	798	1.040
30 - 39	85.886	30.530	5.453	26.576	4.091	3.134	2.766	2.736
40 - 49	194.780	77.519	18.215	45.514	18.131	8.264	5.189	4.656
50 - 59	261.497	114.546	33.053	36.996	35.212	10.206	7.155	4.169
über 60	129.709	24.026	82.627	3.574	9.158	1.662	1.620	712
Insgesamt	702.122	252.953	140.609	125.101	67.431	26.270	17.228	13.313



Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit nach ausgewählten Diagnosenhauptgruppen Rentenversicherung

Frauen

Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit nach ausgewählten Diagnosenhauptgruppen RV
Frauen

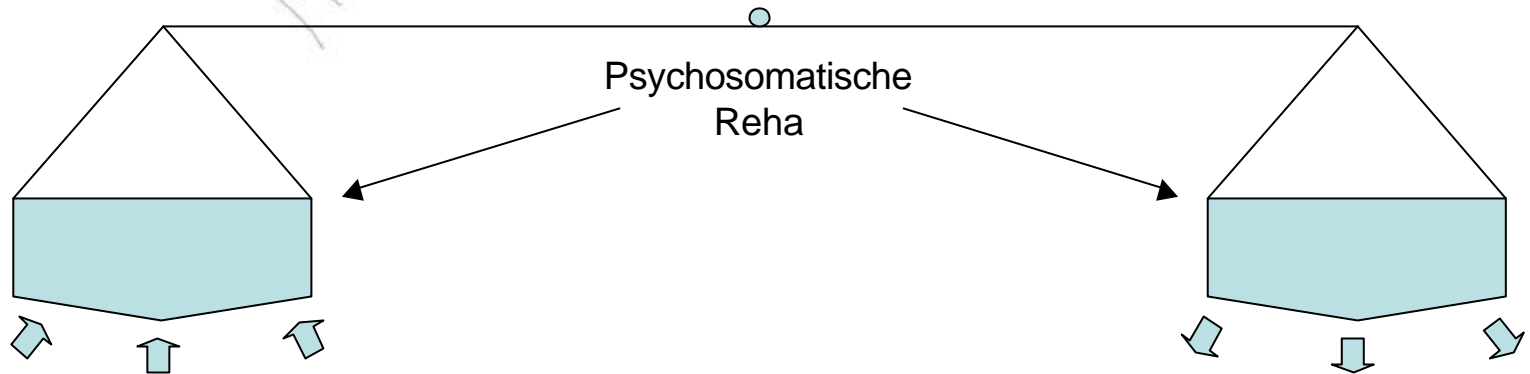


Quelle: VDR 2005

Rehabilitation in Baden-
Württemberg. Stuttgart-11-06



Spezifischer Ansatz der psychosomatischen Rehabilitation (Bio-psycho-soziales Krankheitsmodell, ICF)



Krankheitsfaktoren/Risikofaktoren

Symptome

(Schmerzen, Erschöpfung, Ängste, Depressivität)

Beziehungskonflikte

(beruflich, familiär, intrapsychisch)

Persönlichkeitsstil

(Negation, Feindseligkeit, Misstrauen, Beziehungsabbruch)

Bewegungsmangel

Übergewicht

Alltagsdrogen

Ressourcen-/Schutzfaktoren

Soziale Unterstützung

Entspannungsfähigkeit

Genussfähigkeit/Wohlbefinden

Konfliktmanagement/Stresstoleranz

Soziale Kompetenz

Selbstwirksamkeit

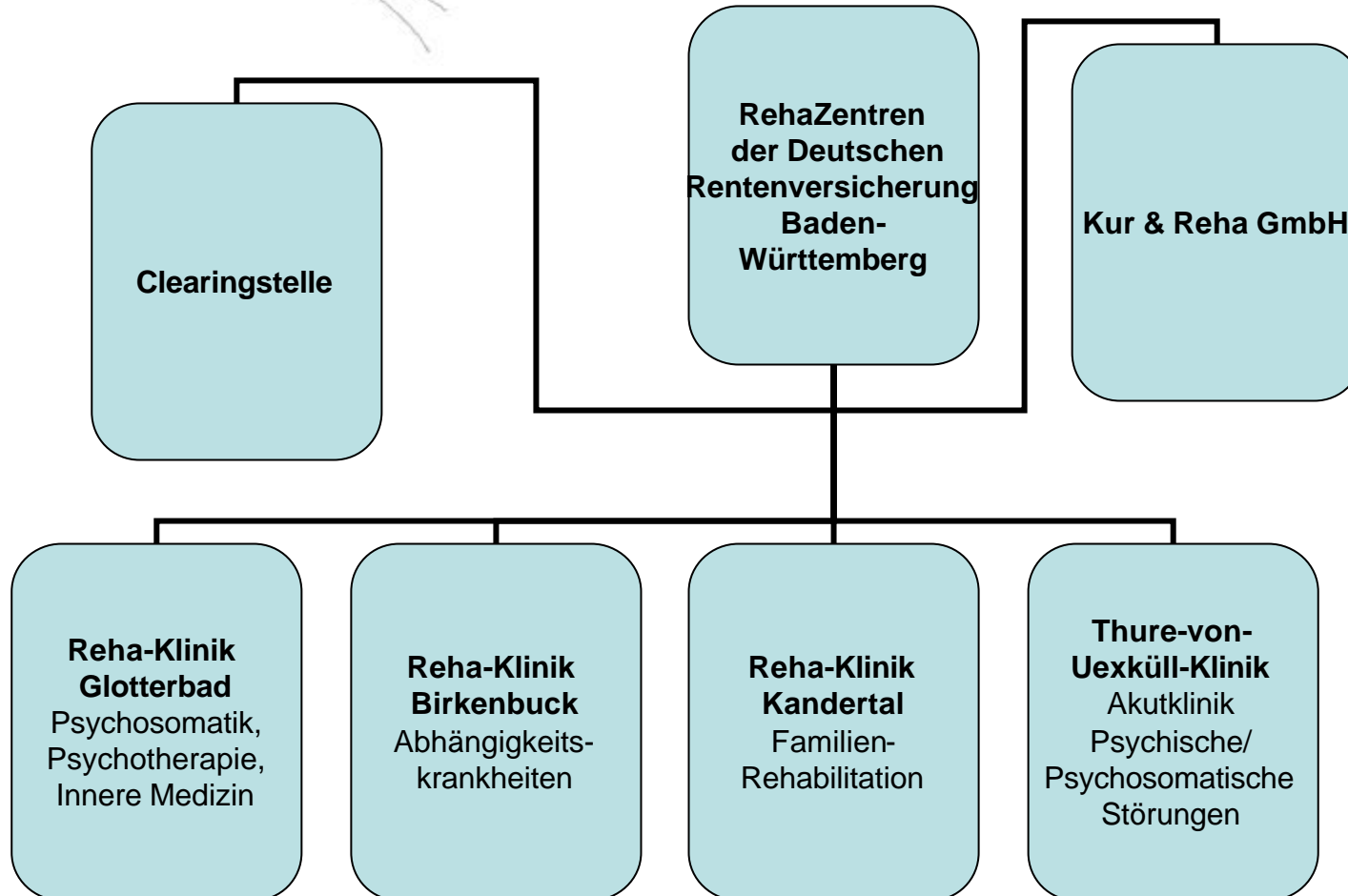
Symptome
vermindern

Krankheitsverarbeitung
verbessern

Belastungstoleranz
adaptieren.



Verbund für Integrierte Versorgung in der Psychosomatischen und Abhängigkeitsmedizin Südbaden





DIAGNOSE -



Freitag, 25. August 2006

PANORAMA

HF2

Süddeutsche Zeitung Nr. 195 / Seite 9

Die Skelett-Schwwestern

Abmagen für Jeans der Größe zero – wer in Hollywood hip sein will, braucht Beine wie Mikados und offenbar nichts zu essen

Von Tanja Rest

Es war einmal... das California Girl. Es hatte lange Beine, runde Hüften, große Brüste und einen Hintern, der in der 30 von Levis gut überkam. Das California Girl der Achtzigerjahre sah aus wie Bo Derek oder Pamela Anderson, 30 - 60 - 90 waren seine Glückszahlen. Heute sieht es aus wie Nicole Richie. Was nicht unbedingt eine Verbesserung ist.

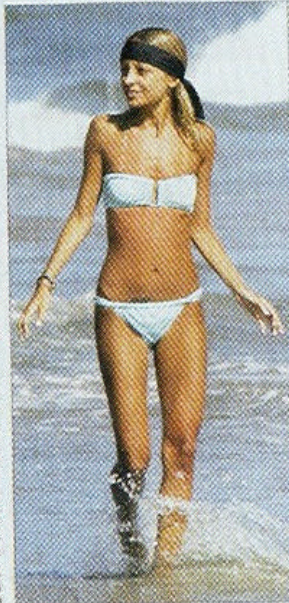
Nicole Richie ist die Adoptivtochter des Sängers Lionel Richie. In der Doku-Soap „The Simple Life“ fiel sie vor allem dadurch auf, dass sie im Unterschied zu Paris Hilton ein paar Gramm zu viel auf den Hüften hatte. Das war im Dezember 2003. 18 Monate später wog sie 30 Kilo weniger, füllte dafür aber mehr Platz in den Kleiderkapseln. Hierin geadelte sich die ähnlich magere Schauspielerin Lindsay Lohan: „The Skeleton Twins“. „Skelettschwwestern“, scherzt die Presse. Vor einigen Tagen druckten die internationalen Hochglanzblätter genüsslich von Bikini-Bild, Armbändern und Beine wie Mikado-Stäbe, ein Bräutchen wie ein Vogelkäfig und große, hüfttiefe Augen in einem alten Gesicht. Es ist nicht mehr viel übrig von Nicole Richie, 34, und damit hat sie den Rang einer Stilkönigin schon mal sicher.

Kaum Hintern, kaum Busen

Der skeletteste Körper ist an der amerikanischen Werteliste und insbesondere in Hollywood das Accordion der Saison. Kommentatoren sprechen von „cardioparesis“, Brust-Toppchen-Magersucht. Besonders eindrucksvoll hat diesen Look vor einigen Wochen auch die Britin Kate Winslet zur Schau gestellt. Zur Premiere von „Pisch der Karibik 2“ erschien sie in einem goldenen, knielang ausgeschnittenen Gucci-Kleid, und durch den Schlitz sah man... fast nichts. Es ist die Unkenmelodie der Achtzigerjahre: Ästhetik des Inneren-oder-Außer-Sicht, mehr Hintern, mehr Busen ist so wenig wie möglich von allem geworden. „Wenn man heute die Frage hört: Wo hast du dir die Brüste machen lassen“, dann geht es nur noch höher.



„Wenn du Größe 2 trägst und die fetteste Person in einem Raum voller Menschen bist, ist das schon etwas unheimlich.“ (von B.J. die Six-Zero-Jüngerrinnen Victoria Beckham, Nicole Richie und Eva Longoria. Foto: action press (2))



Die Glückszahlen des neuen California Girl sind 30 - 55 - 60. Eingekleidet wird es von Trendlab als wie Sass & Bide, Barz und Reggiani. Club Monaco, das dem sonst eher bodenständigen Unterteilchen Gap, die die Mikado-Größe 0 ebenfalls im Sortiment gesammelt hat.

Ihre Vorbildin Kate Moss, die Anfang der Neunziger mit dem Mager-Look-Popstar machte und im besten Fall noch als 30 Kilo auf die Waage bringt, kann in eine Jeans der Größe 0 nicht hinein. In Amerika war die skulpturalistische Kleidergröße bis vor kurzem noch die 2.



sen, kosmetische Chirurgien statteten an Brüsten, Beinen und Hintern genauso häufig Platz ab, wie sie Botox in die Stirnen spritzten. Frost und Fett sind von den Spielkarten der In-Lokale weitgehend verschwunden. Hollywoods Lieblingsschön Jason Hayley hat kürzlich ein Restaurant am Sunset Boulevard eröffnet, in dem sogar die Sachen kalorienlos sind – eine Bein, dafür in Salat eingewickelt. Zu trinken gibt es vor allem Wasser, mit Kirschkeln, darin Eiswürfel. Lutschen befeuchtet den Hunger.

44 Kilo Leberdewicht

Fitness-Trainer, die in ihrem Gym ein diktatorisches Regime führen und unentertene Kardikidnolen propagieren, sind die neuen Götter von Los Angeles. Es gilt die eigene Regel: Jedes Gramm Körperfett ist ein Gramm zu viel. Damit sich der Jojo-Effekt übermäßigen Haltungsübungen spürt wie Wunde auf der Leber, erscheinen raute Aspirinlotionen in Fitness-Tempeln wie dem „Crunch“ in West Hollywood zwei Mal täglich zum Workout. Noch im Forum sind Medienberichte zufolge auch die Teichwasserzoo-Clubber Ärzte, die das Medizinent Adipositas bereitwillig verschreiben – gedacht ist eigentlich für Hyperaktivität, doch zu den vielen Nebenwirkungen gehört auch Gewichtszunahme.

In Deutschland würde ein von der Schönheitsindustrie abgeklärter Trend zum Zero-Körper ziemlich kaum Anklang finden. „Dafür sind die deutschen Frauen zu vernünftig“, sagt Heidi Pontani, Moderedakteurin beim Hochglanz-Magazin Modeller. In der USA ist es üblich, die Stars und ihre Mode zu kopieren, etwas Ähnliches gibt es bei uns nicht. Außerdem: Diese Frauen haben doch einfach krank und schrecklich sein.“ Beim Verband der Textilwirtschaft kommt man die Größe 8, angeboten werde sie in diesen Geschäften jedoch nicht.

Bahntickets können auf Handy bestellt werden

Berlin (dpa) – Bahnkunden können ihre Fahrkarte ab sofort auch auf das Handy bestellen. Das Ticket bekommen Bahnsamstende dann in Form einer 2D-Barcodes via SMS (Multi Media Message) geschickt. Dieser Code wird von Smartphone wie bei einem Online-Ticket – vom Handy-Bildschirm gescannt. Die neue Form des Tickets kann bis zehn Minuten vor Abfahrt des Zuges bestellt werden. Für das neue Ticket müssen sich Bahnstunde zunächst unter [www.mobilebahn.de](http://mobilebahn.de) anmelden. Zur eigenen Handynummer wird eine persönliche Geheimnummer (PIN) definiert. Um eine Bahnfahrkarte zu buchen, muss mit dem Handy eine Internetverbindung zu <http://mobilebahn.de> hergestellt werden. Besucht wird via Lastschriftverfahren oder Kreditkarte.

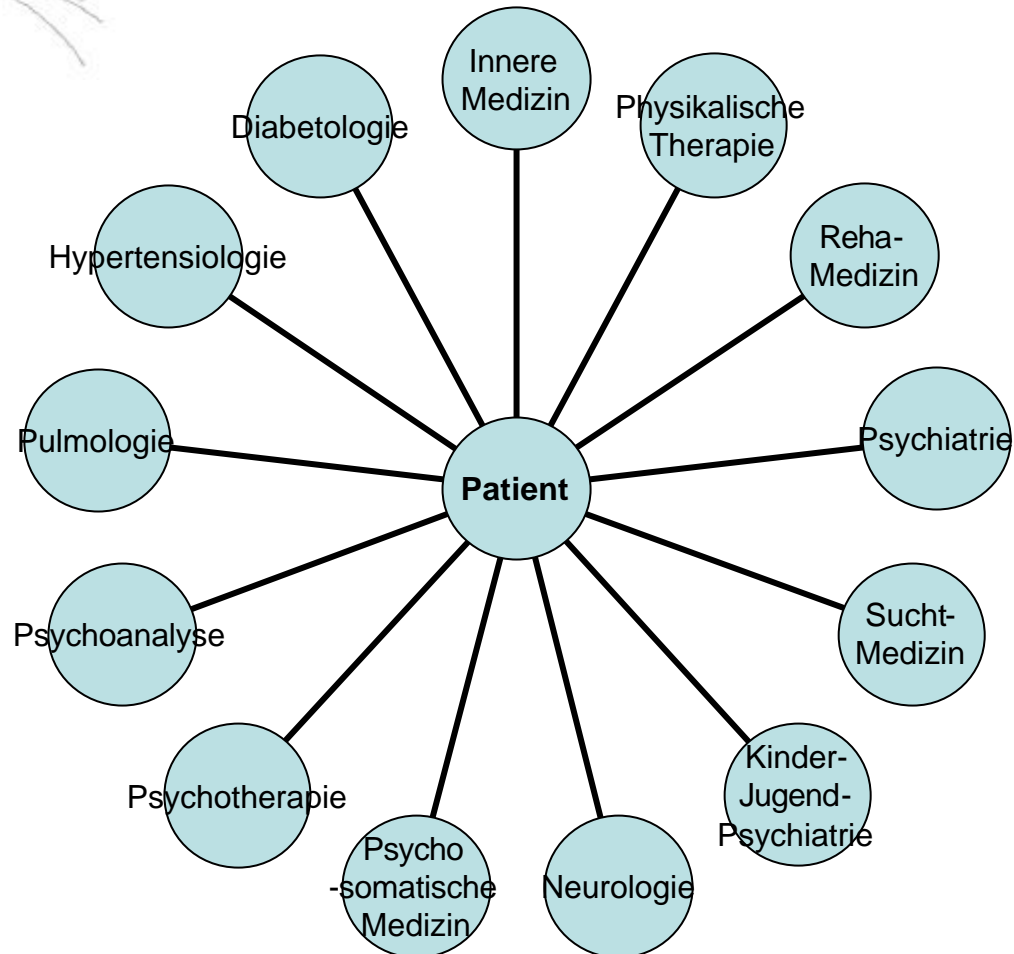


Maden im Kaubonbon

Wiesbaden (AP) – Bei Kontrollen der städtischen Lebensmittelüberwachung ist im vergangenen Jahr in Hessen mehr als jedes fünfte Unterbrot befallen worden. 333 Tausend Lebensmittel



„Flying Doctors“





Entwicklung der ambulanten psychosomatischen Rehabilitation

ab 1996 Empfehlungsvereinbarung GRV/GKV: Durchführung gemeinsamen Modellvorhaben

1997 bis 2001 Modellvorhaben Orthopädie und Kardiologie

ab 2002 BAR Anforderungskriterien für ambulante Reha

ab 2004 Trägerübergreifendes Qualitätssicherungsprogramm für ambulante Reha

Aktuelle Umsetzung der ambulanten Rehabilitation der RV

- 2003: bundesweit ca. 5% aller Maßnahmen, große Varianzen
- BfA, Orthopädie: bundesweit 9%, Ballungsräume z.B. Berlin 20-25%
- 2003 Psychosomatik : 352 Maßnahmen (M: 174; F: 178)
- 0.7 % der 50991 psychosomatischen Maßnahmen insgesamt



Behandlungsverbund

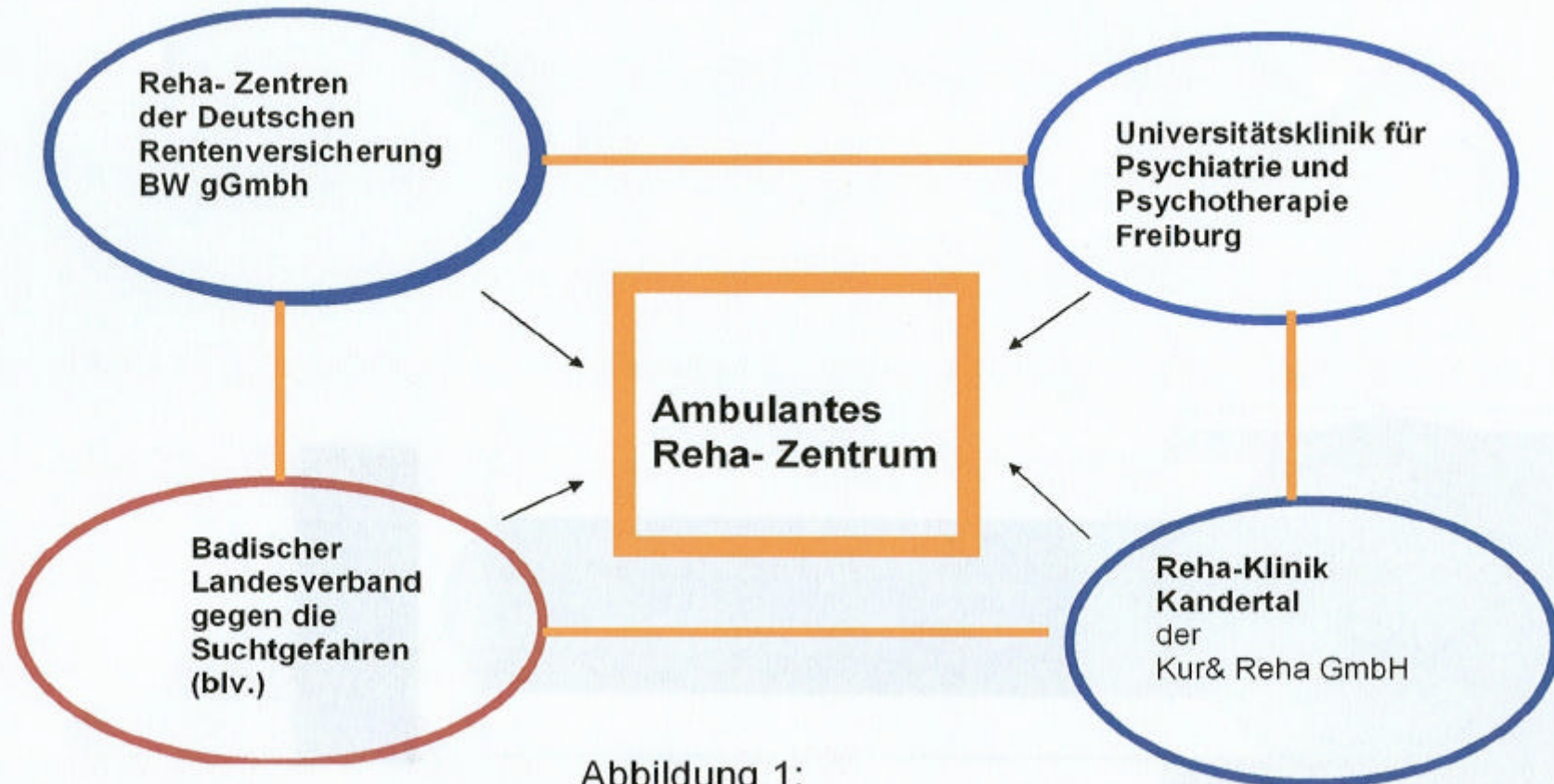
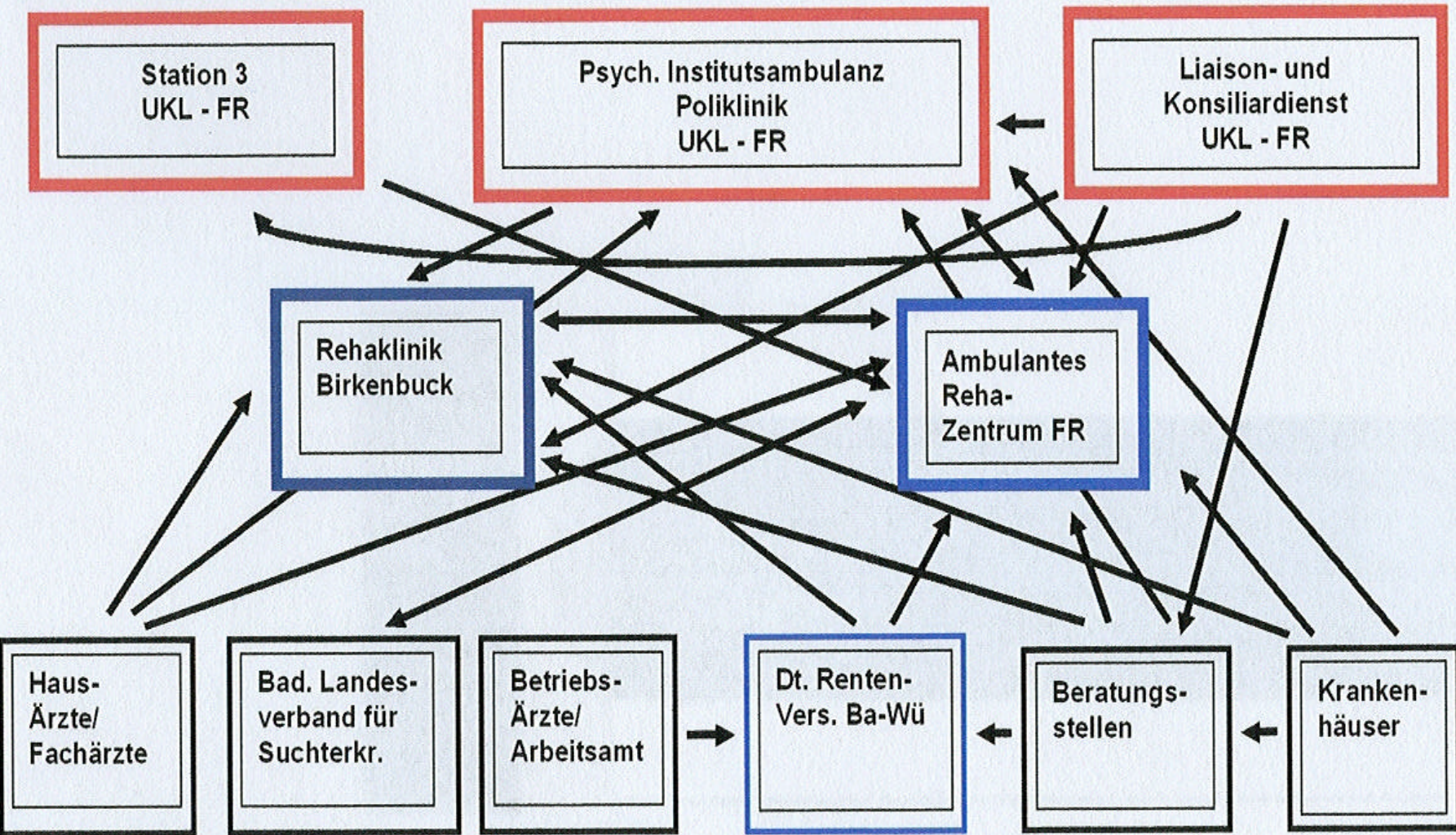


Abbildung 1:

Freiburger Therapieverbund Abhängigkeitserkrankungen





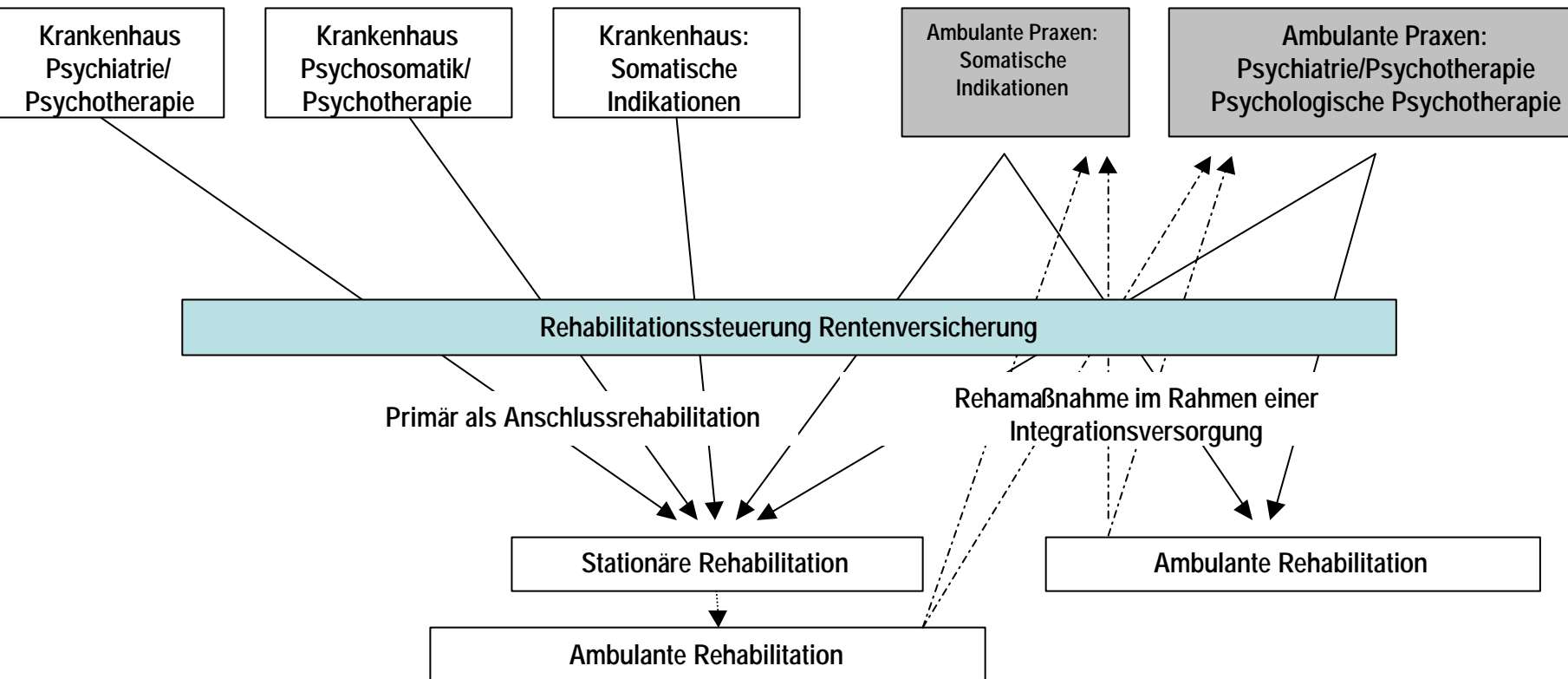
Möglichkeiten der Optimierung

- Ressourcenorientiert (Kostenersparnis)
 - Zentrale Diagnostik
 - Zentrale Apotheke
- Patienten-/Problemorientiert (höhere Versorgungsqualität)
 - Psychosomatik
 - Sucht
 - Familie
- Common Service (Optimierte Abläufe)
 - Psychotherapie
 - Physiotherapie
 - Schreibdienst
 - Belastungserprobung
- Interdisziplinäre Zentren (bessere Koordination)
 - Eltern-Kind-Sucht-Zentrum



Modelle der Rehabilitation psychisch Kranker

Patientengruppen mit psychischen Erkrankungen mit potentielltem zusätzlichem Bedarf für eine rehabilitative Behandlung





ER LÄUFT UND LÄUFT

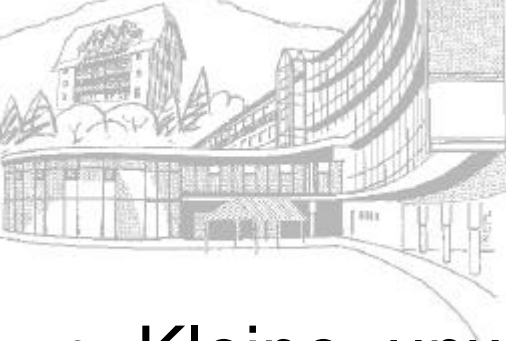
HERZLICHEN DANK FÜR IHRE AUFMERKSAMKEIT!



**Gehen Sie täglich
mit Ihrem Hund,
auch wenn Sie
keinen haben!**

**HERZLICHEN DANK FÜR
IHRE
AUFMERKSAMKEIT!**





Probleme der stationären Rehabilitation

- Kleine unwirtschaftliche Kliniken
- Kaum steigende Pflegesätze
- Längst überfällige Instandhaltungskosten
- Kommunikationsprobleme
- Widerstände auf der mittleren Führungsebene
- Falsches Führungsverhalten
- **Lösung:**
 - **Optimierung betriebswirtschaftlicher und organisatorischer Vorgänge**



Stationär behandelte Patienten: Rehabilitation

- Es führten **125.101 Versicherte mit psychischen Störungen** 2004 eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme über die **Gesetzliche Rentenversicherung (GRV)** durch
Durchschnittliche Verweildauer:
 - **40 Tage (Psychosomatik)**
 - **93 Tage (Sucht)**

(Verband Deutscher Rentenversicherungsträger, 2001)
- Ein **kleinerer Teil an Versicherten** führte eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme nach § 40 SGB V über **GKV** durch.

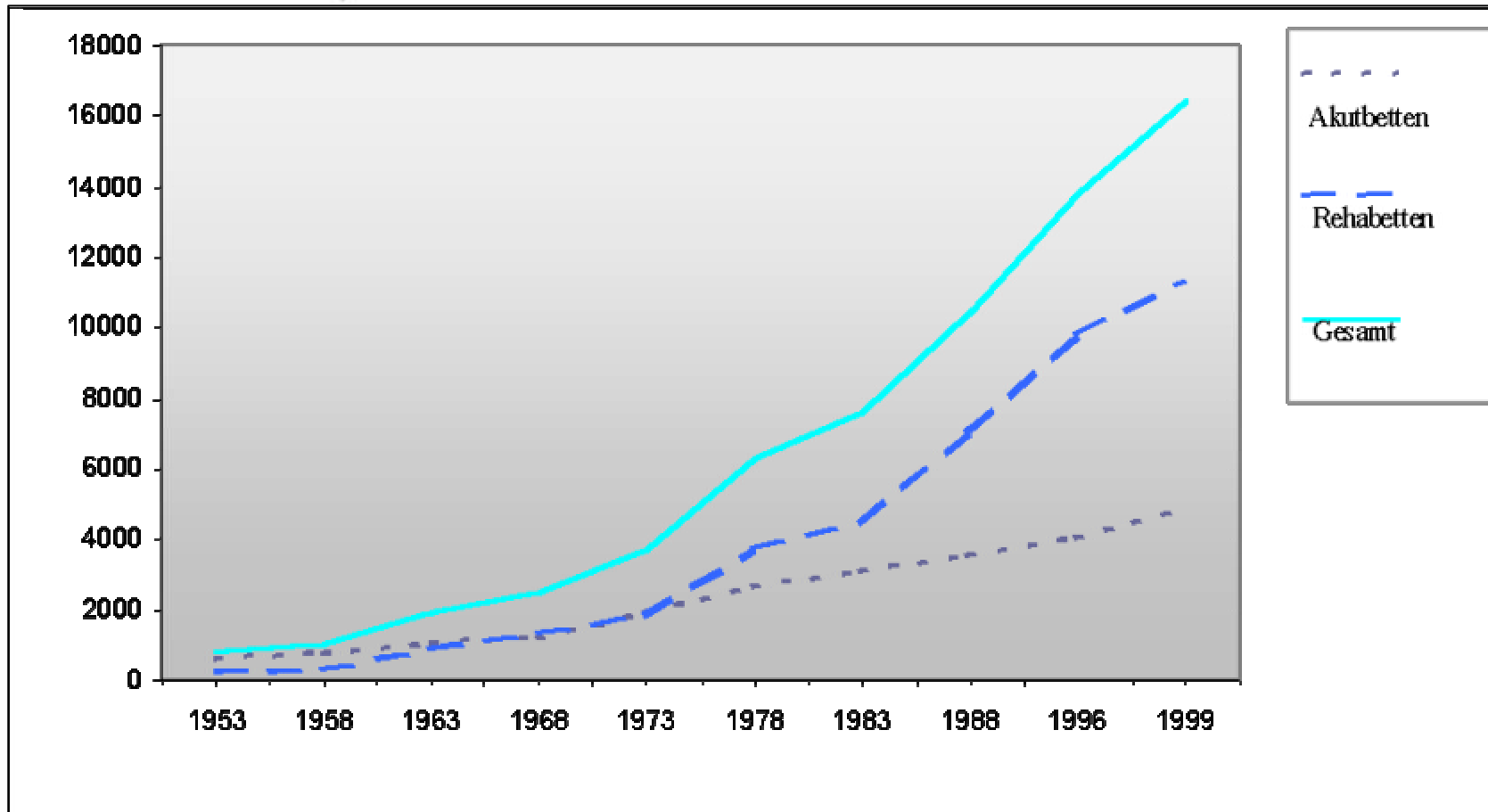
(Statistisches Bundesamt, 2000)



Definition "Psychosomatische Rehabilitation"

Die "Psychosomatische Rehabilitation" stellt einen indikationsspezifischen Angebotstyp der Medizinischen Rehabilitation dar, bei dem im Rahmen eines ganzheitlichen Rehabilitationskonzepts psychotherapeutischen Behandlungsmaßnahmen ein besonderer Stellenwert zukommt.

Bettenentwicklung in der Psychosomatik/Psychotherapie (ohne Psychiatrie)



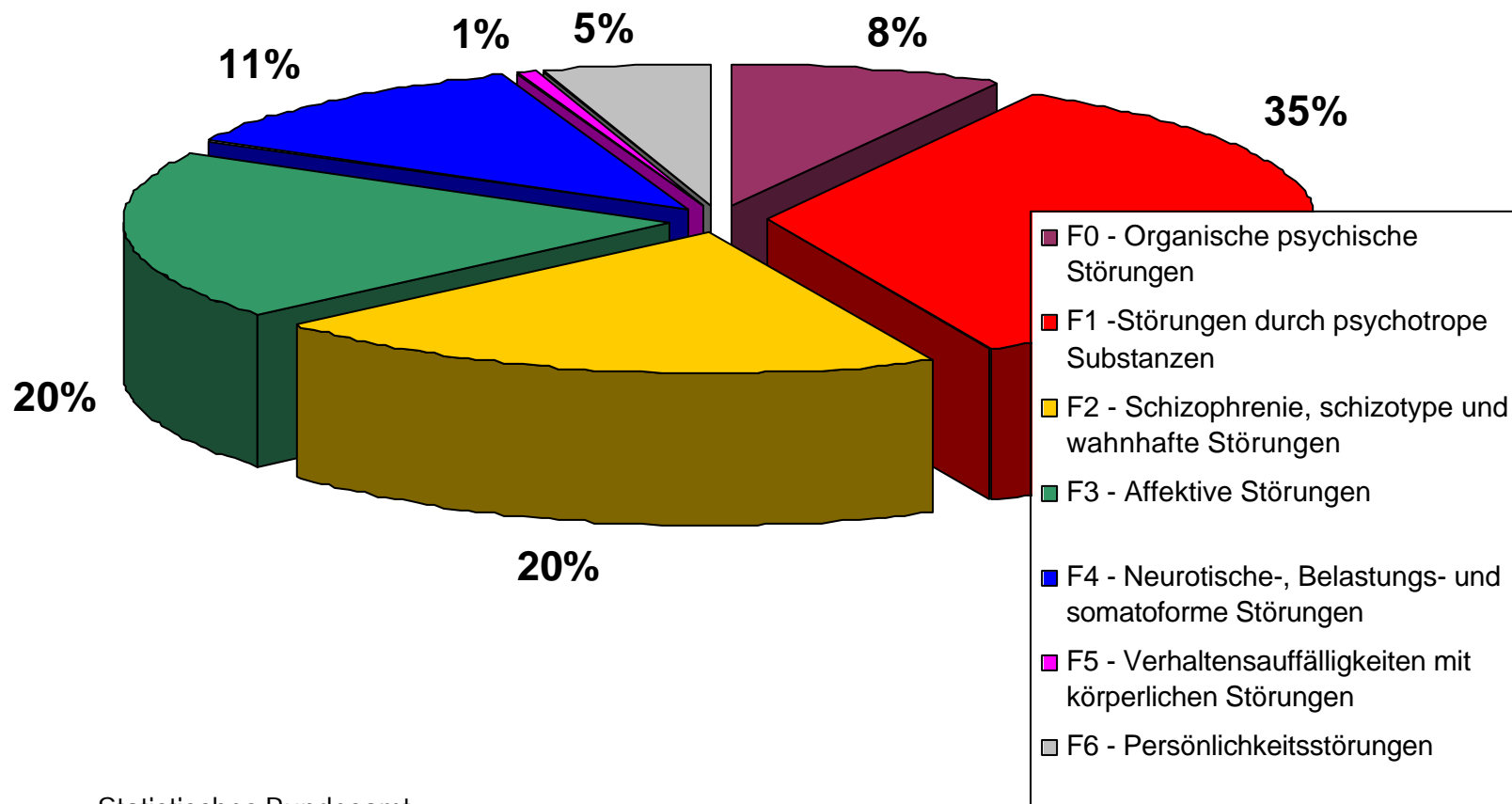


der psychosomatischen Rehabilitation

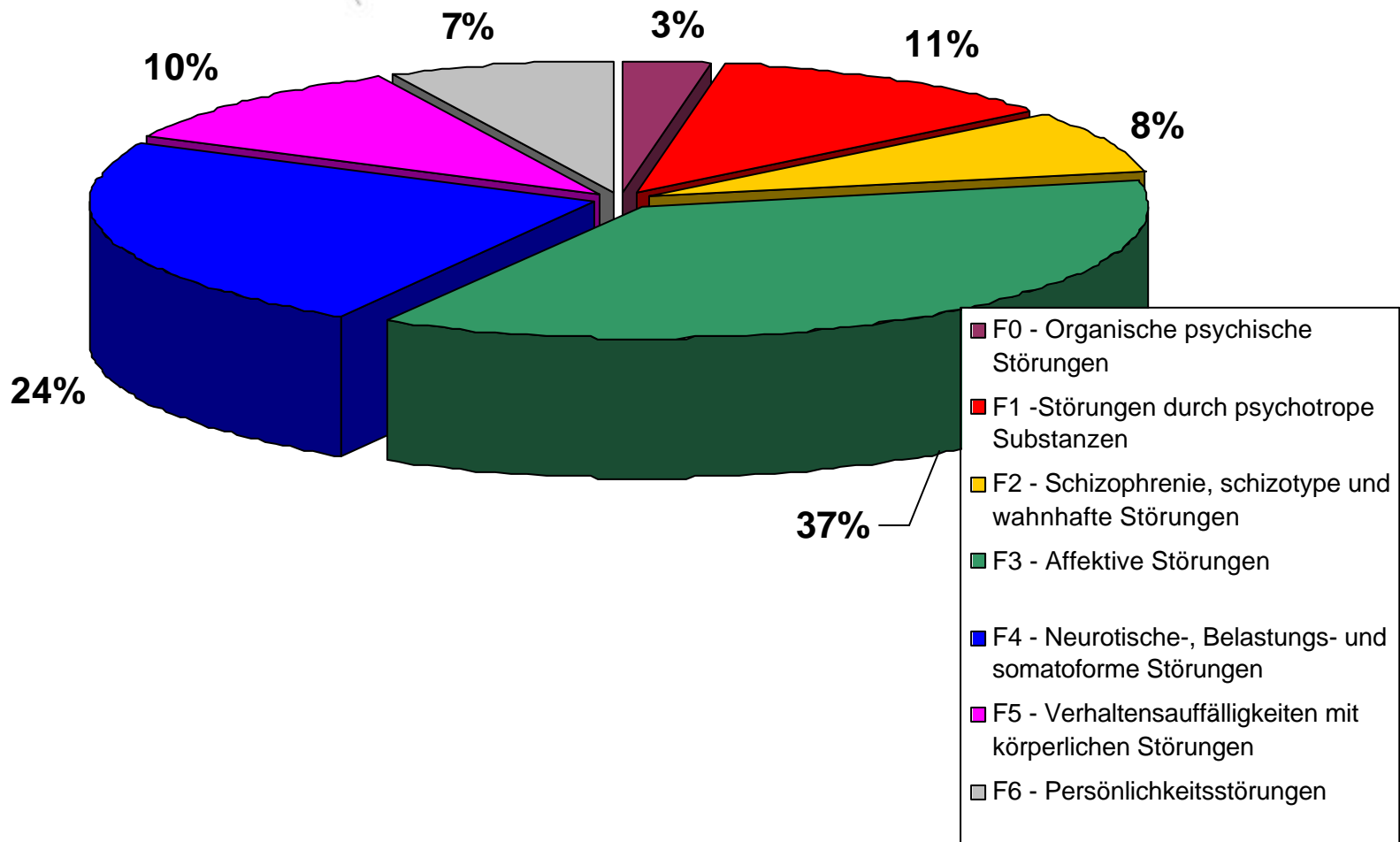
- Umschichtungen in der psychiatrischen Versorgung
- Finanzielle Vorteile der Kostenträger
- Rehabilitationsspezifischer Entwicklungsprozess
- Widerstände bei der Umsetzung psychosomatischer Behandlungskonzepte in der Akutversorgung



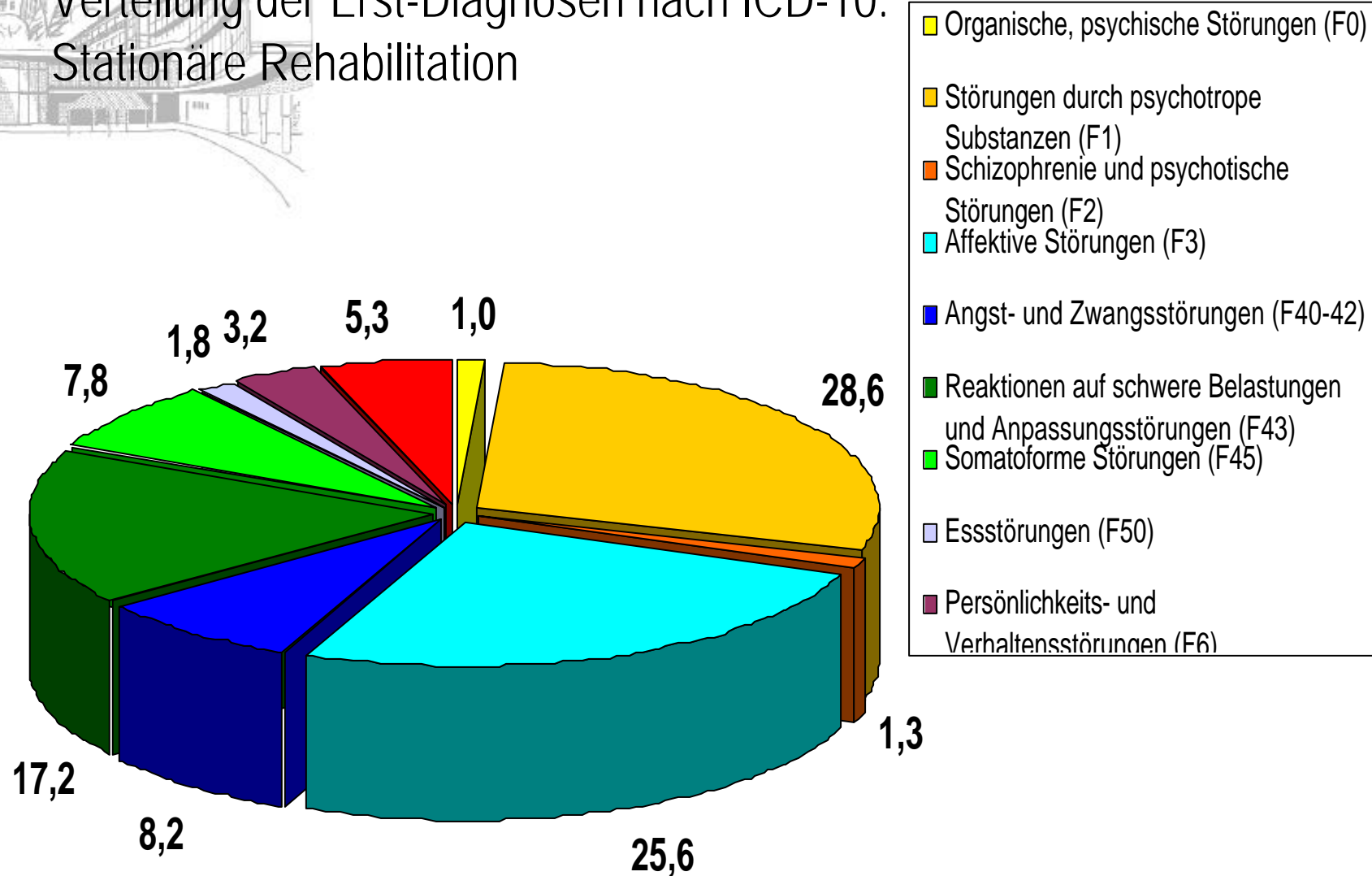
Verteilung der Erst-Diagnosen nach ICD-10: Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychotherapie



Verteilung der Erst-Diagnosen nach ICD-10: Fachabteilungen für Psychosomatik und Psychotherapie



Verteilung der Erst-Diagnosen nach ICD-10: Stationäre Rehabilitation



Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (2004)

Rehabilitation in Baden-
Württemberg. Stuttgart-11-06



Ausstattung mit Psychotherapeuten in Kliniken der psychosomatischen Rehabilitation

	Alle Kliniken (N=69) (Therapeut pro Behandlungsplatz)		
	max	min	Mittel
Äaerztliche Psychotherapeuten	1:25	1:7	1:13
Psychologische Psychotherapeuten	1:184	1:9	1:38
Äaerztliche und psychologische Psychotherapeuten	1:26	1:5	1:9

Psychotherapeuten

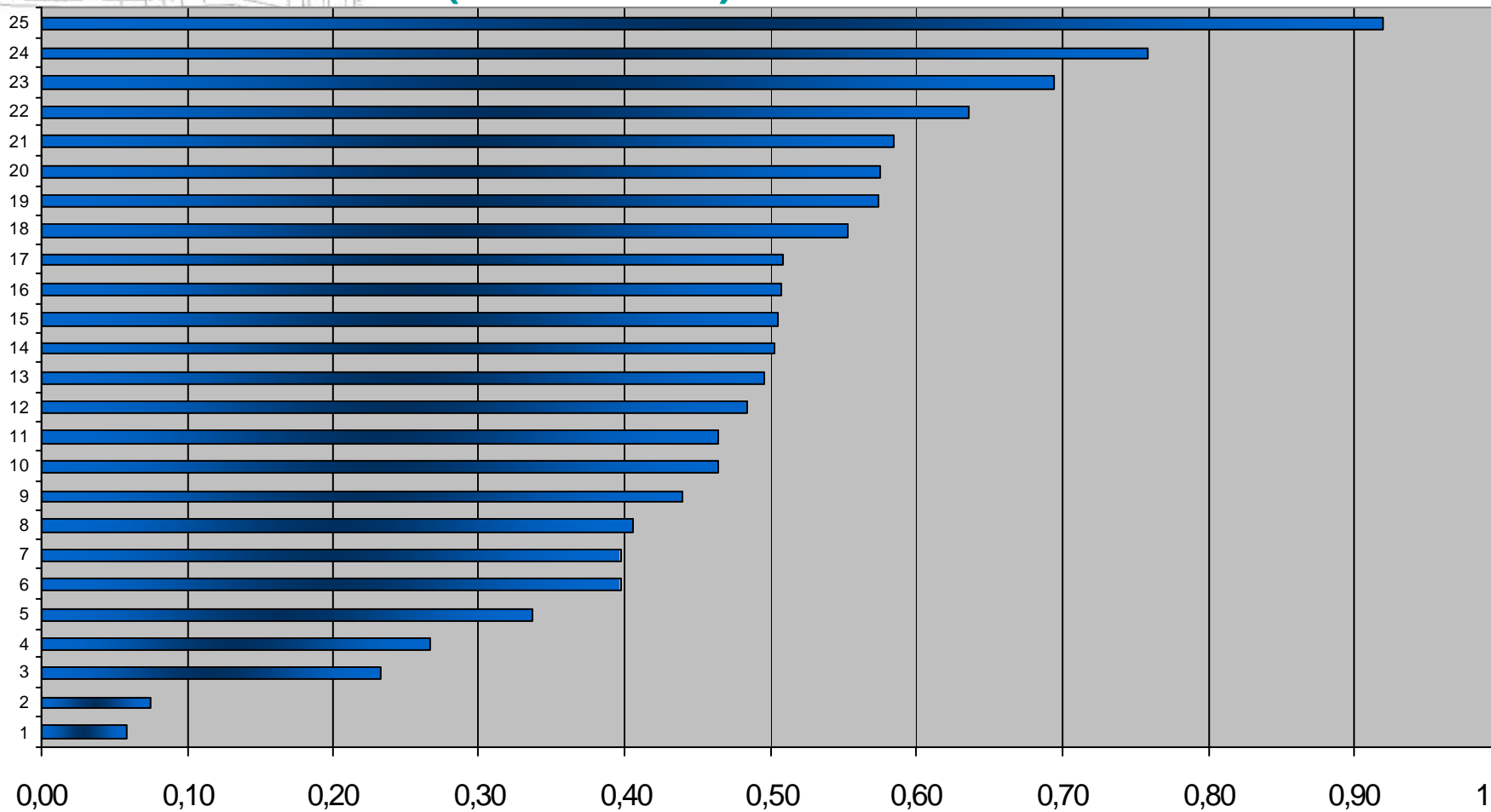


psychosomatischer Rehabilitation

- Statistisch und klinisch bedeutsame Veränderungen in einer Vielzahl von psychometrischen Testvariablen (z.B. Lebenszufriedenheit, Depressivität, Ängstlichkeit)
- durchgängig hochsignifikante Veränderungen in Beschwerdebereichen (z.B. Schmerzen, Herz-Kreislaufstörungen, Anspannung)
- Bedeutsame Veränderungen der kostenrelevanten Ergebnisvariablen in nahezu allen Studien (z.B. Arbeitsplatzzufriedenheit, Stützpunktambulanz)



Effektstärken einzelner Kliniken (SCL-9)



Nur Kliniken mit mehr als 25 Patienten einbezogen (Range pro Klinik: 25-141 Patienten)



Voraussetzungen für eine ambulante Rehabilitation

Neben den medizinischen Voraussetzungen sind erforderlich:

- Mobilität und physische und psychische Belastbarkeit
- Erreichbarkeit der Einrichtung in zumutbarer Fahrzeit (max. 45 bis 60 Min.)
- Sicherstellung der häuslichen Versorgung sowie der sonstigen medizinischen Versorgung
- Verbleiben im häuslichen Umfeld / familiären Beziehungsrahmen rehabilitationsförderlich



Ambulante Rehabilitation nicht indiziert / kontraindiziert...

- Erfordernis intensiver klinischer Mitbehandlung bei psychischer / somatischer Komorbidität
- durchgängig notwendige Stützung und Strukturierung durch stationäres Setting wegen verminderter psychophysischer Belastbarkeit
- zu erwartende, die Rehabilitationsziele gefährdende Fortführung beruflicher Aktivitäten
- Verbesserung sozialer Kompetenz und Beziehungsfähigkeit nur durch Integration in ein vollstationäres Setting
- Risiko therapiebedingter emotionaler Labilisierung, welche die eigenen Bewältigungsmöglichkeiten überfordert
- ausreichende Compliance nur im stationären Rahmen sicherzustellen
- Erfordernis engmaschiger Betreuung / kontinuierlicher Verfügbarkeit von Psychotherapeuten wegen ausgeprägter



Integrierte Versorgung nach §140a Abs. 1 SGB V

Gesetzesinhalt:

- Vertragspartner
- Vertragsgestaltung
- Vergütung und Finanzierung.

leistungssektorenübergreifend:

- Akutbehandlung
- **Rehabilitation**
- Nachsorge u.a.

Vertragspartner:

- Krankenkassen (als Leistungsträger)
- Leistungserbringer

interdisziplinär- fachübergreifend:

- Hausarzt
- Facharzt
- Akutkrankenhaus
- Apotheker

Verpflichtung zu: Qualitätssicherung, Wirtschaftlichkeit, Behandlung entsprechend dem allgemein **anerkannten Stand** der medizinischen Erkenntnisse



Ziele und Prinzipien der Integrationsversorgung

Ziele:

- Verbesserung der Behandlungsergebnisse
- Schnelle Integration in berufliches / gesellschaftliches Leben
- Vermeidung von Fehlallokationen / -behandlungen
- Verringerung langer stationärer Aufenthalte
- Reduzierung von Behandlungskosten

Prinzipien:

- ganzheitlich und patientenbezogen
- Evidenzbasiert
- Schnittstellen besser regelnd
- prozessorientierte QS
- gemeinsame wirtschaftliche Verantwortung



Rehabilitation der RV als Bestandteil der Integrierten Versorgung

Bei einer ambulanten oder stationären Akutversorgung ist häufig ein **Bedarf** für eine **anschließende medizinische Rehabilitation** durch die Rentenversicherung gegeben.

Grundsätzliche Option:

- als **Anschlussheilbehandlung** (AHB) im Sinne eines Bestandteils einer integrierten Behandlungskette und damit **Integrierten Versorgung** BfA (2005)



Kooperationsvertrag RV – GKV (Ersatzkassen)

Ausgangspunkt:

RV als Leistungsträger im Bereich der medizinischen Rehabilitation vom Gesetz **nicht als Vertragspartner** der Integrierten Versorgung vorgesehen.

Rahmenverträge (2005) zur Förderung der I.V.:

- RV mit mehreren Krankenkassen: DAK, BEK, TKK, VdAK, AOK (Bay)
- **Inhalt:** regeln das **Zusammenwirken** auf der Ebene der **Leistungserbringer** von ambulanter und stationärer Akutbehandlung und der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation v.a. durch **Informationsaustausch** BfA (2005)



Teilnahme von Rehabilitationseinrichtungen an Integrierter Versorgung

Nach §140b Abs. 1 SGB V können **Reha-Einrichtungen** als Vertragspartner im Sinne von **Leistungserbringer** an der integrierten Versorgung teilnehmen.

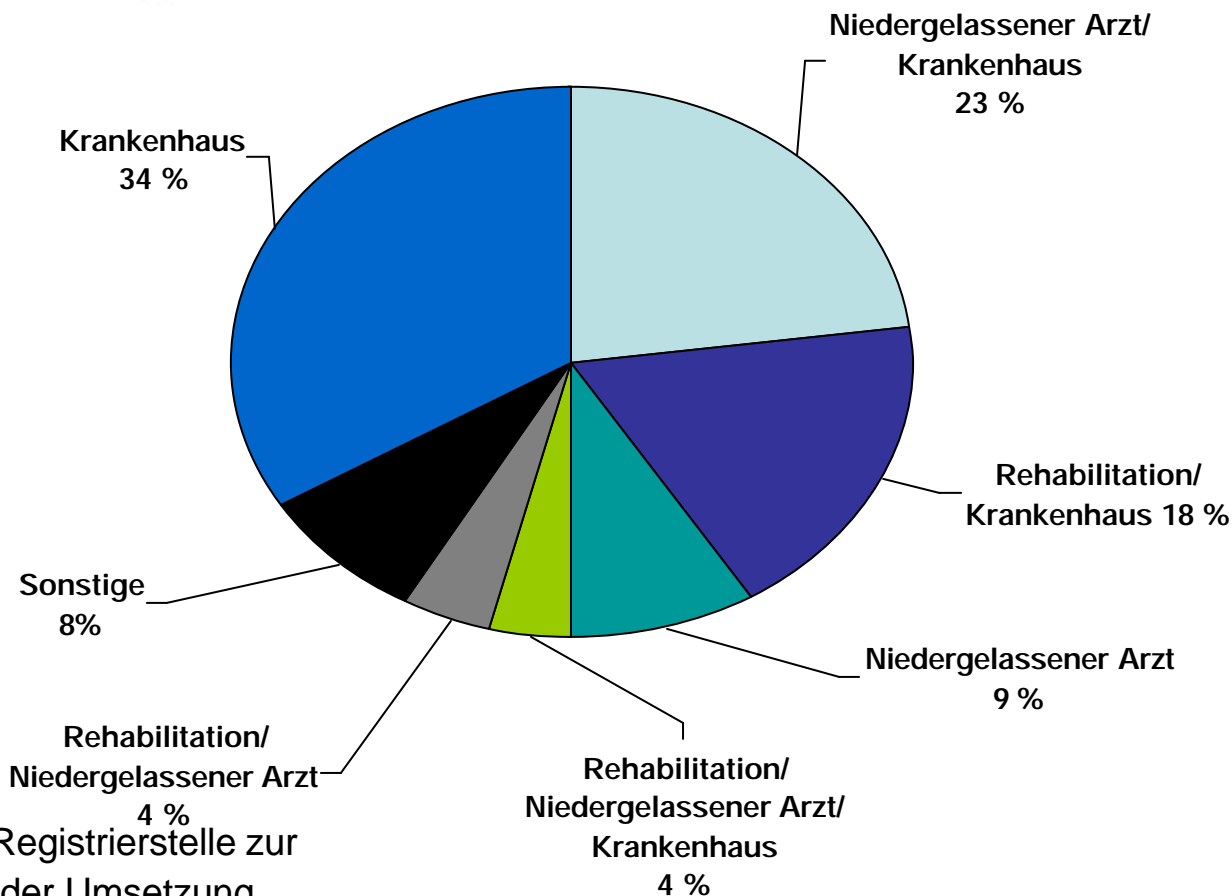
Voraussetzung: Vertrag nach §111 SGB V

Bedingung: RV-Finanzierung der Reha-Leistung im Rahmen abgestimmter IV-Programme sind weiterhin Maßnahmen im Sinne von §15 SGB VI (primäres Ziel: Erhalt bzw. Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit)

BfA (2005)



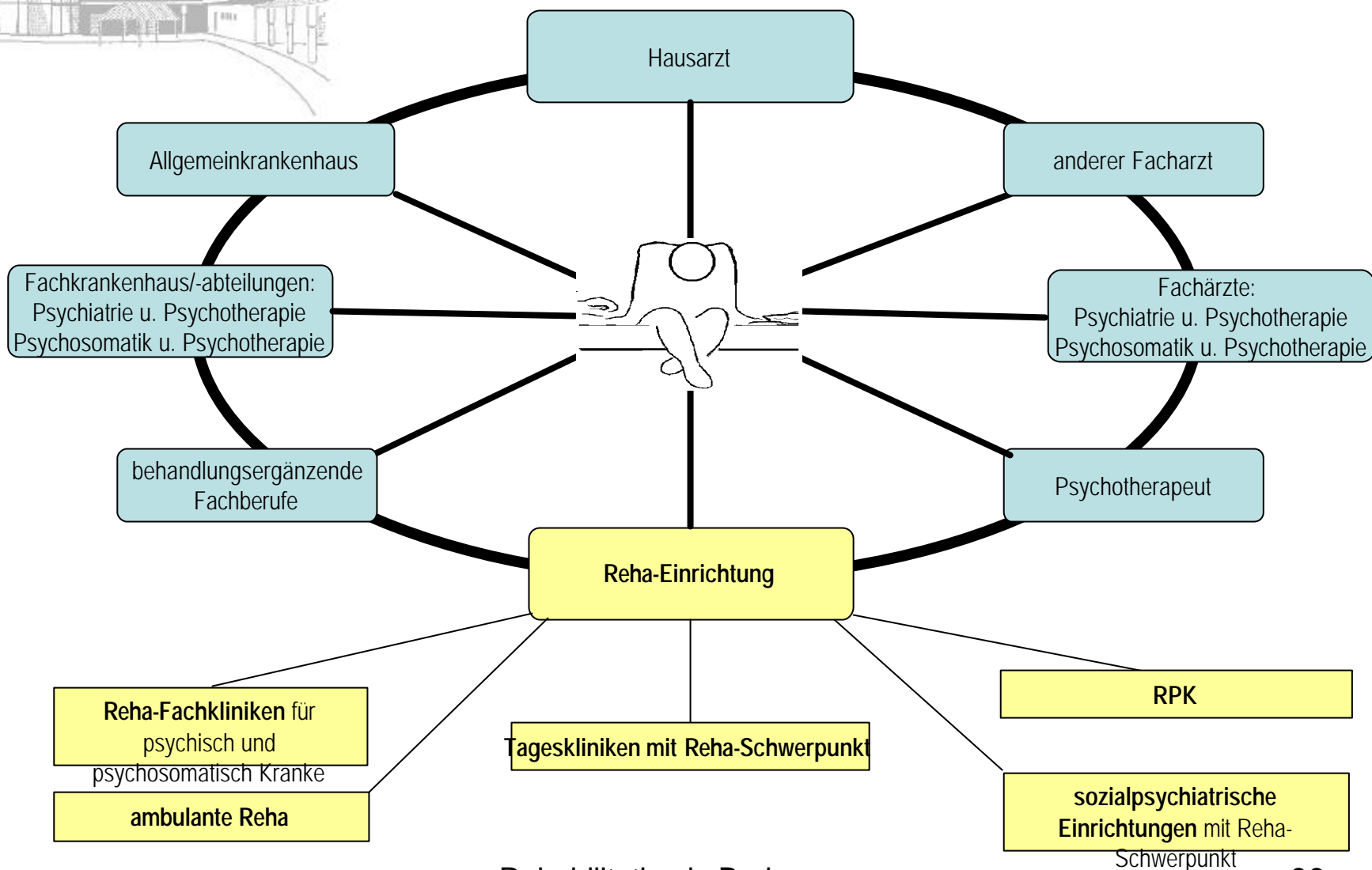
Anteile der Vertragspartner-Kombinationen an gemeldeten Verträgen zur Integrierten Versorgung



Gemeinsame Registrierstelle zur
Unterstützung der Umsetzung
des §140 d SGB V
BQS, Stand: April 2005

Rehabilitation in Baden-
Württemberg. Stuttgart-11-06

Akteure der IV von psychisch Kranken



Rehabilitation in Baden-

Württemberg. Stuttgart-11-06
modifiziert und erweitert nach Härter. 2005



Fazit zu den bisherigen IV-Modellen in der Rehabilitation von Psychisch Kranken

Stand:

- Voraussetzungen für IV-Modelle sind im Bereich der Reha für Psychisch Kranke im Prinzip gegeben
- Entwicklungsspielräume werden bisher kaum genutzt
- Bisherige Modelle wenig überzeugend und / oder strittig

Grundsätzliches Problem bei der Umsetzung:

Der Integrationsbegriff hat im Kontext der Versorgung psychisch Kranker eine **spezifische Bedeutung**: Krankenhaus- und Rehabilitationsbehandlung **aus „einer Hand“** vs. **abgestimmter und vernetzter von verschiedener Institutionen**

Psychiatrie und Psychotherapie (Tage)



Liegezeit (in Tagen)

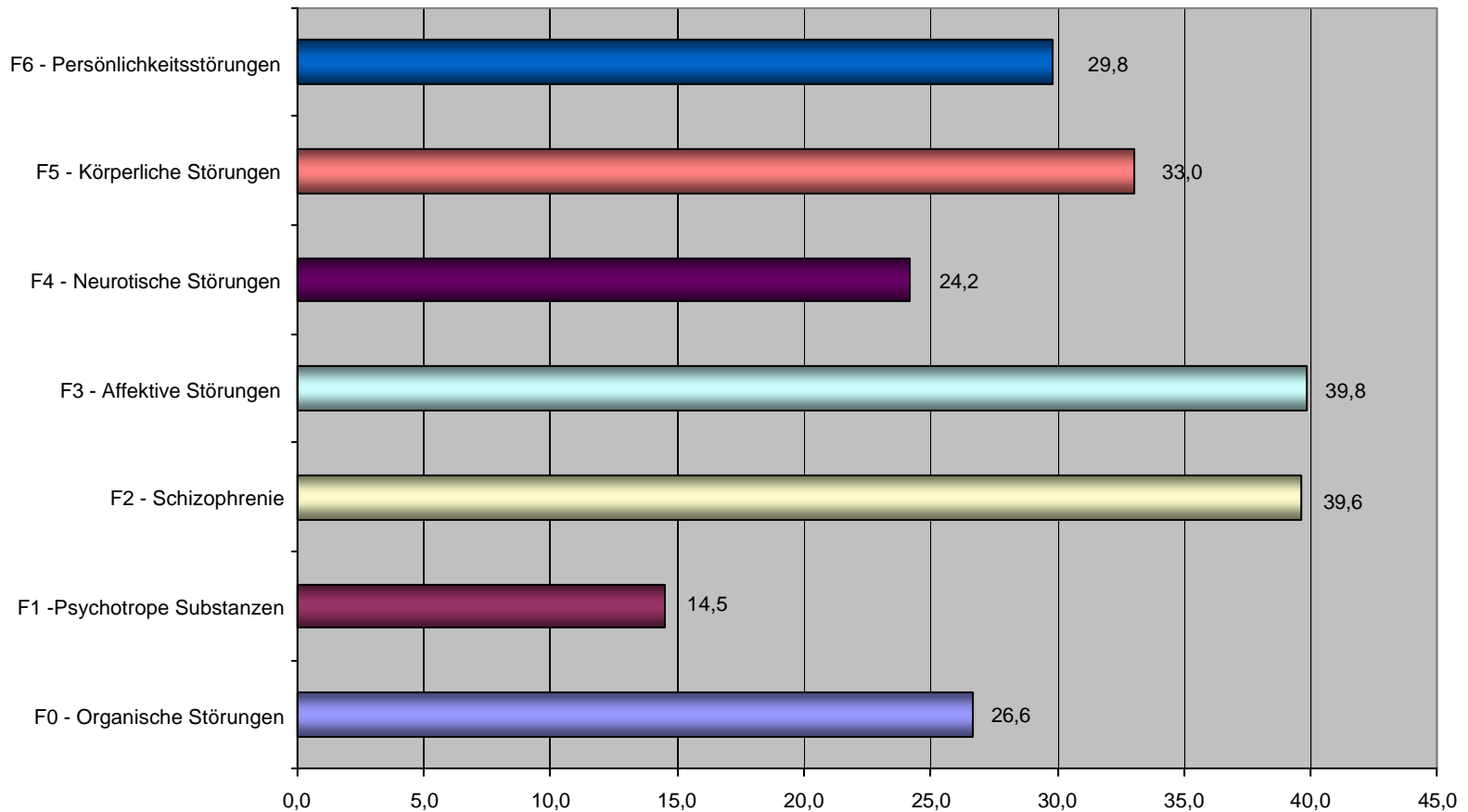


Abbildung 2: Durchschnittliche Anzahl der Krankenhaustage nach Erstdiagnose für alle 625.911 Behandlungsepisoden aufgrund psychischer Störungen in Krankenhäusern für Psychiatrie und Psychotherapie im Jahre 2002 (Statistisches Bundesamt 2005).



Situation der Rehabilitation psychisch Kranker I

Indikatoren des gestiegenen Rehabilitationsbedarfs

- **erheblicher Anstieg der Arbeitsunfähigkeitsfälle und –tage wegen psychischer Erkrankungen** (Fehlzeitreport, AOK-Daten vgl. Badura et al. 2005, DAK 2005)
- **erheblicher Anstieg der vorzeitigen Berentungen**
- **Hinweise auf Zunahme von Wiedereinweisungen**



zur Situation der Rehabilitation psychisch Kranker II

Das Versorgungsangebot

Ein wesentlicher Teil der reintegrierenden Aufgabenstellungen wurde bisher (sinnvollerweise) im Rahmen der Krankenhausbehandlung erbracht. Reduktion der stationären Verweildauern gefährdet diese Aufgabenstellungen.

Angebote der „Psychosomatischen Rehabilitation“ werden nur begrenzt von Patienten mit vorheriger Behandlung in psychiatrischen Krankenhäusern genutzt.

Rehabilitative Behandlungsmöglichkeiten wie RPK, ambulante Rehabilitation für Patienten mit psychischen Erkrankungen, Tageskliniken stehen nur im begrenzten Umfang zur Verfügung oder richten sich oft nur an spezifische Teilgruppen der Patienten

azit: Zunehmender Bedarf an Rehabilitation für psychisch Kranke v.a. in enger zeitlicher Nähe zur stationären Behandlung.

Gefragt sind unterschiedliche neue oder erweiterte mit den Rahmenbedingungen vereinbare rehabilitative Versorgungskonzepte, deren modellhafte Erprobung und Evaluation



Deutsches Ärzteblatt

7

Ärztliche Mitteilungen

Das Organ der Ärzteschaft

Gegründet 1872

Ausgabe A

17. Februar 2006



US-Gesundheitspolitik

**Wettbewerb ist
das Leitprinzip**

Seite 373

Indoor Cycling

**Intensives Training
am Ergometer**

Seite 405

Knie-TEP

**Mindestmengen
nicht ableitbar**

Seite 376

www.aerzteblatt.de

KIK-F Rehabilitation
Gehringsstraße
79286 Glöttental

Herrn Prof. Dr.
Joerg Michael Herrmann

1044#790819770K2464#0706

-034233-2548

Druckerei: Druckerei Christen, 70532 Kitzingen, 09341 100-1000



J.R.SIEWERT,
Dtsch.Ärzteblatt 103/7, 384, 2006

„Zusammenführen, was zusammengehört“



Parallelen Autoproduktion und Klinikbehandlung - Optimale Prozess- und Schnittstellengestaltung

Dtsch.Ärzteblatt 103/7, 390 (2006)

Kurze Wartezeiten
Geringe Reparatur-
/Fehlerquote
Keine unnötigen Wege
Adäquate Bestände
Optimale Flächennutzung
Wenige Transporte
Ziel: Just-in-time-Produktion

- Kurze Verweildauer
- Niedrige Komplikationsrate
- Weniger
Doppeluntersuchungen
- Hohe Bettenauslastung
- Optimale Abteilungsgröße
- Keine Verlegungen
- Ziel: Krankenhausaufenthalt
nur so lange wie medizinisch
notwendig

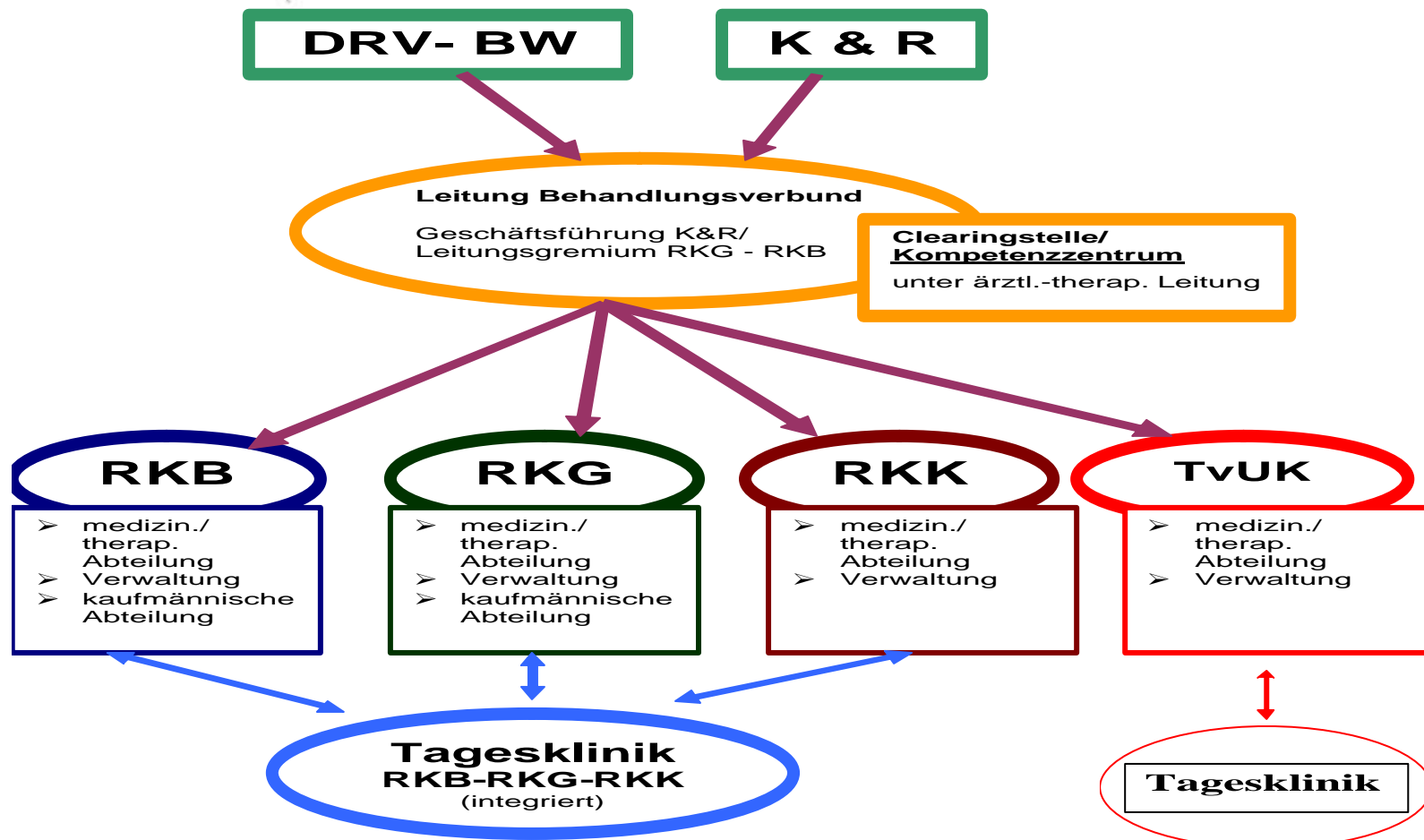


ABER...

- **Gesundheit ist keine Ware**
- **Patienten sind keine Werkstücke**
- **Ärzte und Therapeuten sind nicht nur Dienstleister**



Verbund - Organigramm



Clearingstelle:

- Kompetenzzentrum
- Qualitätsentwicklung
- Controlling
- Casemanagement



Integrationsebenen

Therapeutisches Konzept („Bio-psychosoziales Modell“)

Somatische und psychotherapeutische Medizin, Sozialtherapie und –medizin

Tiefenpsychologische, systemische und verhaltensmedizinische Psychotherapie

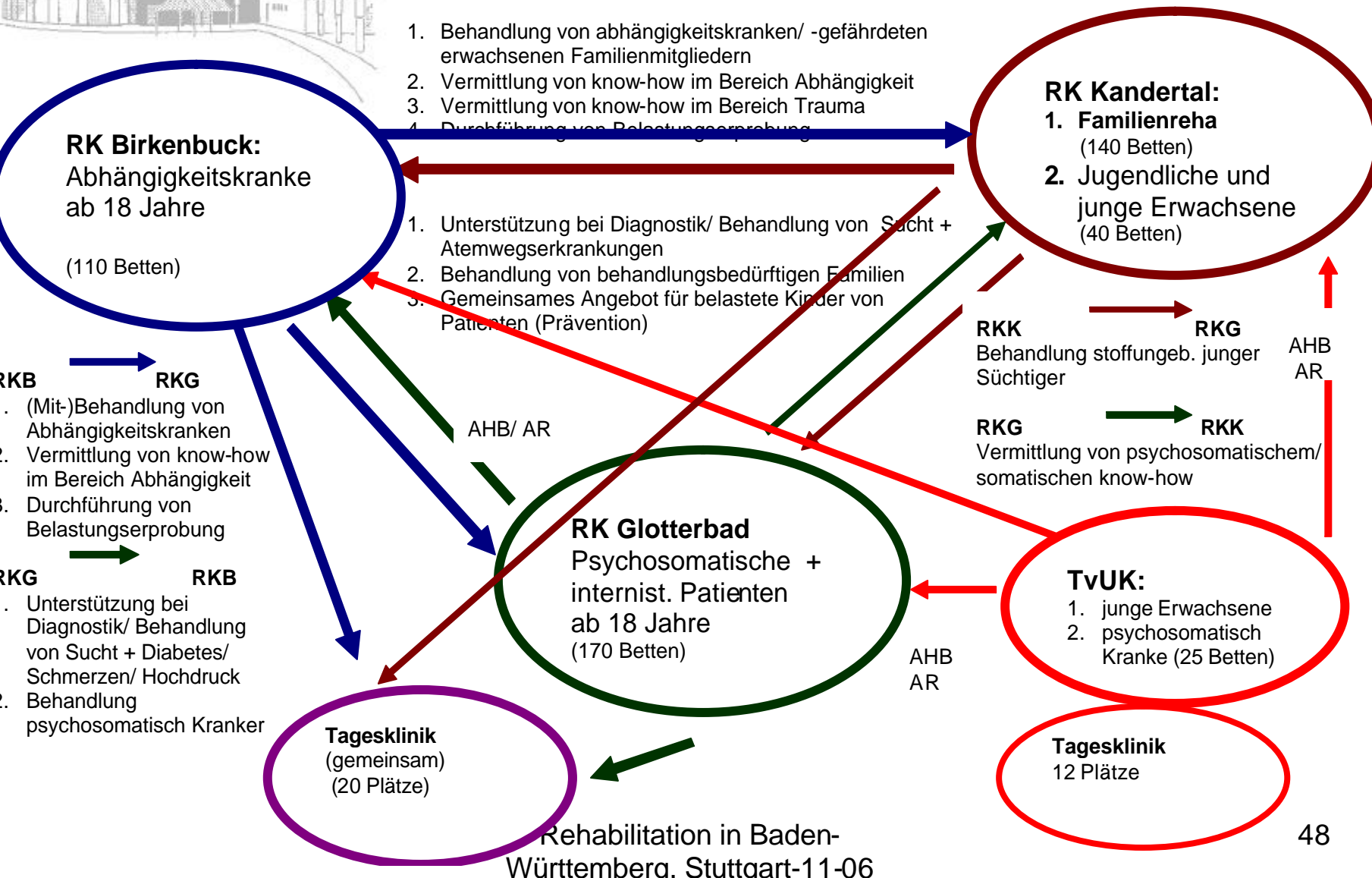
Passung von individueller Wirklichkeit und Krankheitsmodell

Therapiezielvereinbarung und Therapiekonzepte

Störungsspezifische Therapie mit ressourcenorientiertem Vorgehen

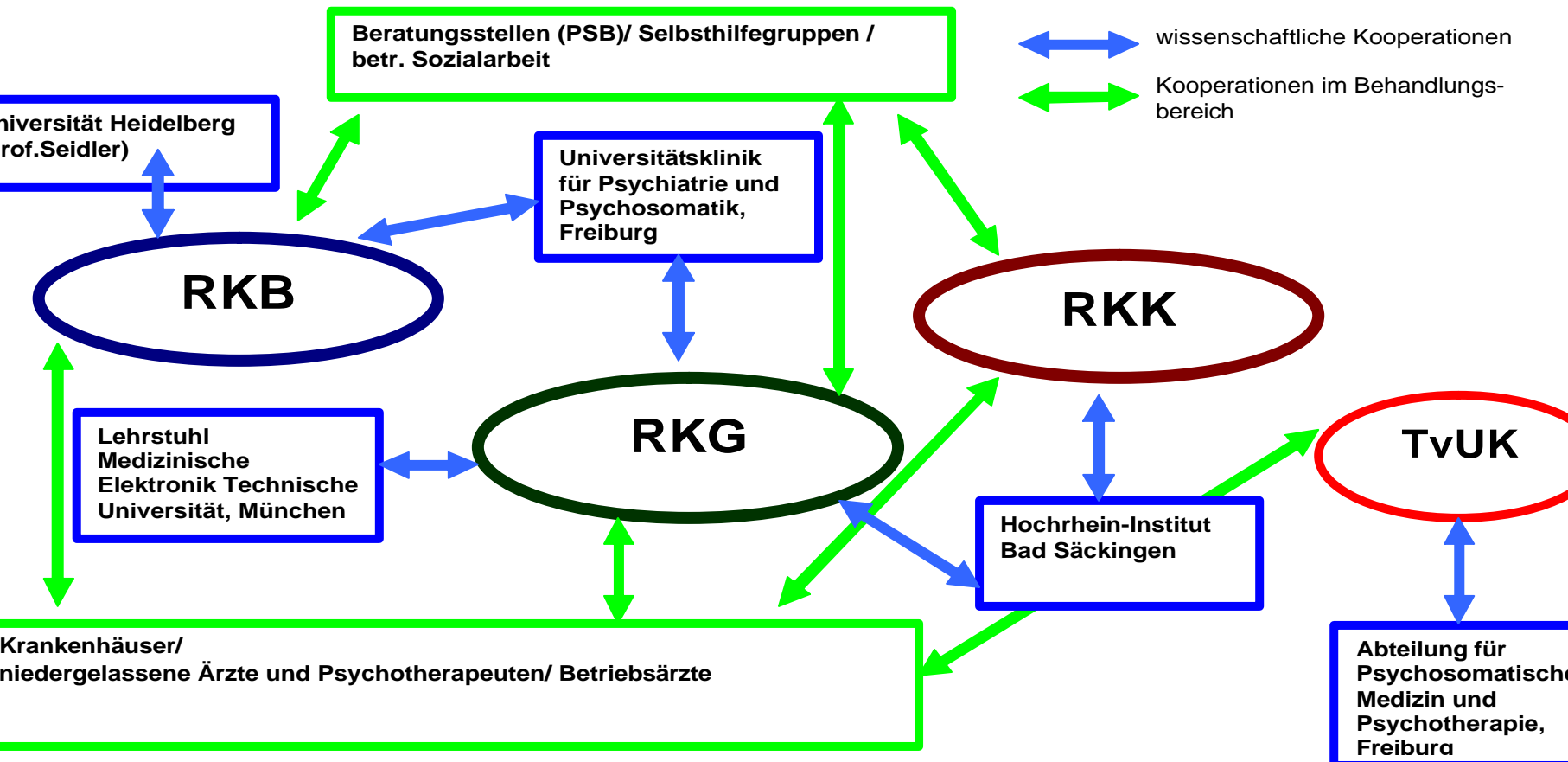


VERBUND - SÜDBADEN





VERBUND - KOOPERATIONEN





„Mehrwert durch Vernetzung“

- **Steigerung der Versorgungsqualität**
- **Bessere Nutzung der Ressourcen**
- **Verbesserte Abläufe**
- **Behandlungsmodule mit eigenständiger Leitung**
 - **Flache Hierarchien**



CLEARINGSTELLE- AUFGABEN

- **Aufnahmeplanung**
- **Zuteilung der Patienten auf die am Verbund beteiligten Kliniken**
- **Verbund-internes Kompetenzzentrum**
 - Qualitatives Assessment
 - Diagnostik und Behandlungsplanung
- **Casemanagement**



CLEARINGSTELLE- STRUKTUR

- **Zuordnung**
 - Unmittelbar der Leitung des Verbundes
- **Ärztlich-therapeutische Leitung**
- **Kaufmännische Leitung**
- **Jede Klinik ist durch qualifizierte Mitarbeiter beteiligt**
 - Gegenseitige Vertretung in allen Bereichen der Rehabilitation
 - Medizin
 - Psychotherapie
 - Sozialtherapie



VERBUND-INDIKATIONEN

RKB

Frauen und Männer
ab 18 Jahre:

1. Formen von Abhängigkeit und schädlichem Gebrauch, insbesondere von Alkohol und Medikamenten (Polytoxikomanie)
2. Abhängigkeit und schädlicher Gebrauch verbunden mit:
 - Persönlichkeitsstörungen
 - Traumafolgestörungen (PTBS und Formen struktureller Dissoziation)
 - Anpassungs- und neurotischen Störungen
 - Nikotinabhängigkeit
 - Diabetes sowie chronischer Erkrankungen der Atemwege und Bluthochdruck
 - Chronischem Schmerzsyndrom des Bewegungsapparates
 - ADHS

RKG

Frauen und Männer ab
18 Jahre:

- Chronisch-internistische Erkrankungen (z.B. Asthma bronchiale, Diabetes mellitus, Hypertonie),
- Onkologische Erkrankungen (Nachsorge, AHB),
- Eßstörungen,
- Funktionelle Erkrankungen („Somatisierungsstörungen“),
- Affektive Störungen (z.B. Ängste und Depressionen)
- Neurotische Störungen
- Chronische Schmerzsyndrome (Wirbelsäulensyndrome, Migräne, Spannungskopfschmerzen, Analgetika-Kopfschmerzen),
- Persönlichkeitsstörungen (u.a. Borderline-Störungen),
- Trauma-Folgestörungen (PTSD),
- Arbeitsplatzkonflikte („Mobbing“)

RKK

1. Familien
(Erwachsene und Kinder)

Erwachsene:

- Affektive Störungen
 - Neurotische Störungen
 - Somatoforme Störungen
 - Persönlichkeitsstörungen
 - Burn out
 - Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen (Adipositas, Anorexie, Bulimie)
- Kinder:

- Verhaltensstörungen
 - ADHS
 - Neurodermitis
 - Asthma bronchiale
2. Jugendliche und junge Erwachsene (14 bis 25 Jahre) mit folgenden Störungen:
- Nichtstoffgebundene Sucht
 - Eßstörungen (Adipositas, Bulimie, Anorexie)
 - Adoleszentenkrise
 - Prävention Gefährdeter

TvUK

1. Junge Erwachsene
(18-30 Jahre):

- Persönlichkeitsstörungen
- Eßstörungen
- psych. Störungen im Rahmen von Ablösungskrisen

2. Patienten im mittleren Lebensalter mit

- somatoformen und
- psychosomatischen Störungen



HYPERTONIE





Metabolisches Syndrom





Psychosomatische Erkrankungen – Häufigkeit

Wittchen (2002), Bundesgesundheitsurvey (1998)

