



Psychiatrie · Psychotherapie

Klinik Hohe Mark

fachlich kompetent · christlich engagiert

*Therapiekonzept der
Abteilung Psychotherapie*



Deutscher Gemeinschafts-Diakonieverband GmbH, Marburg

Inhalt	Seite
1 Institutionelle Einbindung der Klinik	4
2 Das Therapiekonzept im Überblick	4
3 Zur praktischen Durchführung der Therapie	5
3.1 Formen ärztlich/psychologisch geleiteter Gruppen	6
3.1.1 Tiefenpsychologisch fundierte Gruppentherapie	6
3.1.2 Maltherapiegruppen	6
3.1.3 Erlebnisorientiert-interaktionelle Gruppen	6
3.1.4 Stationsrunde/Vollversammlung	7
3.2 Einzeltherapie	7
3.3 Störungsspezifische Therapieansätze	7
3.3.1 Ess-Störungen	7
3.3.2 Angst- und Panikstörungen, Zwangserkrankungen	8
3.3.3 Posttraumatische Belastungsstörungen	8
3.3.4 Borderline-Störungen	8
3.3.5 Defizite in sozialer Kompetenz	8
3.4 Therapieverträge	9
4 Diagnostische/therapeutische Dokumentation	9
5 Therapieevaluation und Qualitätsmanagement	9
Impressum	10



1

Institutionelle Einbindung der Klinik

Die Klinik Hohe Mark ist eine Klinik des Deutschen Gemeinschafts-Diakonieverbandes GmbH (Krankenhausträger) mit Geschäftsstelle in Marburg. Über den Deutschen Gemeinschafts-Diakonieverband ist die Klinik Hohe Mark Mitglied des Diakonischen Werkes der Evangelischen Kirche in Deutschland. Neben der Abteilung Psychotherapie mit 72 Betten verfügt die Klinik über zwei Psychiatrische Abteilungen mit jeweils 72 Betten, über eine Tagesklinik mit 15 Plätzen sowie über eine Institutsambulanz. Seit 1997 ist die Klinik Hohe Mark an der gemeindepsychiatrischen Pflichtversorgung für einen Teil der Stadt Frankfurt beteiligt.

2

Das Therapiekonzept der Abteilung Psychotherapie im Überblick

Schwerpunktmäßig wird in unserer Abteilung tiefenpsychologisch fundierte Einzel- und Gruppentherapie durchgeführt. In dieser Kombination geht es uns darum, die spezifischen Möglichkeiten stationärer Psychotherapie so weit wie möglich zu nutzen.

Diese sehen wir zum einen wie in der ambulanten Einzeltherapie in der Bearbeitung der therapeutischen „Mikroszene“, die sich im Gegenüber von Patient und Therapeut als Ausdruck von Übertragungen bei reiferen Patienten, von Spaltungen und projektiven Identifizierungen bei Patienten mit Überwiegen „früher“ Ich-struktureller Störungsanteile ereignet.

Hinzu kommt aber als „Makroszene“ die Station mit der dortigen Patientengruppe und dem therapeutischen Team als Inszenierungsbühne zentraler Beziehungskonflikte – ebenfalls auf unterschiedlichem Strukturniveau. Auf dieser Ebene hat sich eine ebenso intensive Arbeit als notwendig erwiesen wie in der Einzelsituation. Ziel ist, Verschiebungen von Konflikten, Spaltungen und psychosoziale Kompromissbildungen frühzeitig in den Blick zu bekommen, um sie therapeutisch fruchtbar machen zu können. Hier hat sich die Schaffung übersichtlicher Beziehungsräume für die Patienten und die Einrichtung eines Bezugspflegesystems sehr bewährt. Viele der Schwestern und Pfleger haben therapeutische Zusatzausbildungen, die sie im Rahmen unserer ausgesprochen teamorientierten Zusammenarbeit einbringen. Hier liegt aber auch eine wichtige Funktion der Gruppenarbeit mit den Patienten,

3 Zur praktischen Durchführung der Therapie

weil Hinweise und Deutungen durch Mitpatienten oft besser angenommen werden können als durch die professionellen Gruppenleiter, die leicht in Übertragungsrollen gesehen werden.

Zu einem weiteren wichtigen Standbein unserer Therapie sind bei zahlreichen Störungen verhaltenstherapeutische Übungsbehandlungen und gelegentlich auch die kognitive Verhaltenstherapie geworden. Verhaltenstherapie findet ihren Einsatz insbesondere bei Angst- und Panikstörungen, Zwangserkrankungen, Ess-Störungen und posttraumatischen Belastungsstörungen. Dabei erscheint uns in jedem Fall wichtig, psychodynamische Gesichtspunkte weiter im Blick zu behalten und parallel in der Therapie zu berücksichtigen. Der klassische Gegensatz zwischen verhaltenstherapeutischer und tiefenpsychologischer Therapeutenrolle („Trainer“ versus „Projektionswand“) zeigt sich in der Praxis als nur wenig relevant, da auch in der psychodynamisch orientierten Therapie unserer überwiegend Ich-strukturell gestörten Patienten die Übernahme von Hilfs-Ich-Funktionen oft entscheidend wichtig ist und andererseits Abstinenz, Betonung der Verantwortlichkeit des Patienten und therapeutische Distanz auch für die erfolgreiche Durchführung verhaltenstherapeutischer Übungsbehandlungen als Voraussetzungen gelten können. In der Behandlung posttraumatischer Belastungsstörungen arbeiten wir zusätzlich mit imaginativen Verfahren im Sinne von schutzgebenden Imaginationen („sicherer Ort“, „innere Helfer“) sowie imaginativen Distanzierungstechniken. Diese werden zunächst vermittelt,

bevor die eigentlichen traumatischen Szenen unter einer den notwendigen Halt gebenden therapeutischen Begleitung bearbeitet werden können.

Hinzu kommen Gestaltungstherapie für nahezu alle Patienten, einzeln und in der Gruppe, sowie verschiedene körpertherapeutische Gruppen. Je nach Indikation werden Einzelkörperselbsterfahrung, Entspannungsgruppen, Musik- und Tanztherapie angeboten.

Eine gut ausgebaute Arbeitstherapie steht für die Gesamtklinik zur Verfügung, die unsere Abteilung sowohl für arbeitsvorbereitendes Training bei entsprechender Indikation als auch als Übungsfeld bei arbeitsbezogenen Konflikten nutzt. Ein besonderes Merkmal unserer Klinik insgesamt ist ihre überkonfessionell christliche Ausrichtung. Diese äußert sich in einem allen Patienten offen stehenden Angebot an Veranstaltungen und Seelsorge, das bei Interesse wahrgenommen werden kann und durch die Klinik-seelsorge koordiniert wird. Dieses umfasst Gottesdienste, Gesprächsgruppen zu Lebens- und Glaubensfragen, Einzelseelsorge und tägliche Morgenandachten.

Die äußere Struktur der Abteilung spiegelt das Konzept in sich funktionierender therapeutischer Gruppen wider. Die Patienten sind auf vier Stationen mit jeweils maximal 18 Bewohnern untergebracht, die jeweils gemeinsam essen, gemeinsame Stationsrunden und Gruppentherapien haben und denselben Tagesraum teilen.

Beziehung ergeben sich auf diese Weise ganz überwiegend innerhalb dieser überschaubaren Räume und Konflikte werden relativ schnell deutlich und bearbeitbar.

Die ersten ein bis zwei Wochen der Therapie bilden die Diagnostikphase. Hier geht es in erster Linie darum, den zentralen Beziehungskonflikt (Luborsky) eines Patienten zu verstehen, um auf dieser Grundlage für die bestehende begrenzte Zeit sinnvolle Therapieziele im Sinne einer Fokalthherapie festlegen zu können. Den Abschluss dieser Phase bildet oft eine Fokusrunde, bei der alle direkt mit dem Patienten arbeitenden Mitglieder des multiprofessionellen therapeutischen Teams sowie der zuständige Oberarzt anwesend sind.

In der Fokusrunde werden die bis dahin bekannten Inhalte zusammengetragen. Dazu gehören Symptomatik, Realkonflikte des Patienten, bisheriges szenisches Erleben sowohl im Einzelkontakt als auch auf der Station sowie die biografische Anamnese, die ausgehend von einer mit Figuren erstellten Familienkonstellation erhoben wird. Hinzu kommen festgelegte Gestaltungselemente (ein Landschaftsbild, in dem der Patient seine gegenwärtige Stimmung ausdrücken kann, und eine Plastik, in der er sich selbst darstellt und versucht, das gegenwärtige Problem mit einzuarbeiten).

Nach Besprechung und Diskussion der einzelnen Elemente im Sinne einer Theoriebildung mit möglichst großer Erklärungskraft für die vorliegenden Phänomene wird abschließend versucht, diese in einem „Fokussatz“ in der Ichform zu kondensieren. Dieser kann dann in der weiteren Therapie allen

Teammitgliedern als Leitlinie und Mittel zur Zentrierung der Therapie dienen. Die eigentliche Therapiephase dient dann der Bearbeitung dieses zentralen Beziehungskonfliktes, wobei der Patient immer wieder die Möglichkeit hat, Gefühle und sein Verhalten in den therapeutischen Beziehungen und der Stationsgruppe zu erleben, Rückmeldungen zu bekommen und Neues auszuprobieren.

Rechtzeitig muss dann auch die von den Patienten oft verdrängte Entlassung in Erinnerung gebracht werden, um in einer dritten Phase eine gelungene Ablösung aus dem Therapiesetting zu ermöglichen, eine Außenorientierung wiederherzustellen und die für die nächste Zeit anstehenden Fragen zu klären, wie private Beziehungen, Wohnung, Arbeit und ambulante Anschluss-therapie.

Im Allgemeinen erhält jeder Patient pro Woche eine lange oder zwei kurze Einzeltherapiesitzungen bei seinem ärztlichen oder psychologischen Therapeuten, wobei je nach Indikation vorgegangen werden muss. So brauchen Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörungen anfangs oft tägliche Kurzkontakte. Hinzu kommen Gespräche mit den nichtärztlichen Mitgliedern des therapeutischen Teams, insbesondere den jeweils zuständigen Bezugsschwestern und -pflegern.

Ärztlich/psychologisch geleitete Gruppentherapiesitzungen werden – einschließlich der Visite – in der Regel an jedem Werktag angeboten. Schwerer gestörte Patienten nehmen allerdings nicht an allen Gruppen teil bzw. erst nach einer Zeit der Stabilisierung. Hinzu kommen für alle Patienten

durch Physiotherapeuten durchgeführte Gymnastik- und Körper-selbsterfahrungsgruppen, zwei Kleingruppentermine pro Woche in der Gestaltungstherapie sowie je nach Indikation Teilnahme an Entspannungsgruppen (progressive Muskelrelaxation), Einzelkörper-selbsterfahrung, Einzelgestaltungs-therapie, Musiktherapie, Tanztherapie oder Arbeitstherapie. Letztere kann – wenn es sich um eine Erprobung der berufsbezogenen Belastungs-fähigkeit geht – auf bis zu 20 Wochenstunden gesteigert werden.

3.1 Formen ärztlich/psychologisch geleiteter Gruppen:

3.1.1 Tiefenpsychologisch fundierte Gruppentherapie

Hier folgen wir in den meisten Gruppen aus Gründen der Indikation dem Konzept der analytisch-interaktionellen Gruppe nach dem „Göttinger Modell“. Dieses speziell für Personen mit frühen Ich-strukturellen Defiziten entwickelte Konzept eignet sich für die meisten unserer Patienten besonders gut. Es zeichnet sich dadurch aus, dass der Therapeut Hilfs-Ich-Funktionen übernimmt, „Antworten“ gibt und bei der Identifizierung und Kontext-klarifizierung von Affekten hilft. Das kann bei diesen Patienten als Voraussetzung dafür gelten, dass Nachreifungsprozesse im Sinne einer Restitution der Ich-Organisation möglich werden.

In entsprechend stabilen Gruppen arbeiten wir im Sinne der analytisch-orientierten Gruppentherapie, wo unter Ermöglichung einer tieferen Regression mit Klarifikation, Konfrontation und Deutung als wesentliche Interventionen

gearbeitet wird. Rhythmus: zweimal pro Woche; Teilnehmerzahl: 6–9.

3.1.2 Maltherapiegruppen

Hier werden großflächige, spontan mit Fingerfarben zu einem erst direkt vorher bekannt gegebenen Thema gemalte Bilder der Patienten gemeinsam angeschaut und besprochen. Dabei werden meist zunächst spontane Eindrücke und Einfälle der Gruppenmitglieder gesammelt, bevor der „Maler“ seine ursprünglichen Intentionen und Gefühle äußert, um dann gemeinsam mit der Gruppe deren Ideen zu besprechen. Von Seiten der Therapeuten werden zu weiterem Nachdenken anregende, nicht festlegende Deutungen im Sinne des Therapiefokus eingebracht.

Rhythmus: einmal pro Woche; Teilnehmer: meist die gesamte Therapiegruppe, ca. 16 Personen.

3.1.3 Erlebnisorientiert-interaktionelle Gruppen

Es wird jeweils ein Interaktions-spiel und eine Psychodramasequenz durchgeführt, und zwar möglichst mit Beteiligung aller Gruppenmitglieder. Von diesen sieht sich dadurch jeder veranlasst, sich über seinen Standpunkt klar zu werden und für eine von ihm gewünschte Position in der Gruppe einzusetzen, sowie zu entscheiden, wie deutlich er ein Gefühl zeigen möchte. Dies geschieht im Sinne eines Probehandelns. Die Gruppe bietet sowohl den Rahmen für alle Interaktionen als auch in den Reaktionen einen Spiegel. Das anschließende, meist sehr engagiert geführte Gruppengespräch dient der weiteren Klärung der während des Spiels entstandenen Gefühle. Unzufriedenheit mit der

eigenen Rolle wird hier trotz des spielerischen Charakters der Interaktionen zum Anlass für konkrete Änderungen in der Realität.

Rhythmus: einmal pro Woche; Teilnehmer: bis auf indizierte Ausnahmen die gesamte Therapiegruppe (10 bis 14 Personen).

3.1.4 Stationsrunde/

Vollversammlung

Die Stationsrunde dient dazu, den Patienten eine Mitverantwortung sowohl in Bezug auf praktische Fragen als auch auf Konflikte auf der Station zu ermöglichen und diese in gemeinsamer Diskussion so weit wie möglich zu klären. Dabei gilt es sowohl zu lernen, reale Grenzen wahrzunehmen und zu akzeptieren, als auch im Rahmen dieser Grenzen (oft überraschend kreativ) Lösungsmöglichkeiten für Probleme zu finden. Gerade für Borderline-Patienten kann es ausgesprochen wichtig sein zu erleben, dass Stationsregeln weitgehend auf Kompromissbildungen zwischen allen Beteiligten, eben auch zwischen den Patienten, beruhen und nicht – wie es ihnen vorher aufgrund von Spaltungsmechanismen erschien – eine Laune böser Objekte darstellen. Die auf eine Therapiegruppe bezogenen wöchentlichen „Stationsrunden“ werden vom zuständigen Therapeuten geleitet. Die monatlich durchgeführten „Vollversammlungen“ (aller Patienten und Mitarbeiter einer Station) laufen nach genau festgelegten Regeln ab, die eine Leitung der Sitzung durch Patienten ermöglichen. Das kann für diese wiederum zu einer prägenden Erfahrung werden, die oft sehr sinnvoll in die fokalthérapeutische Arbeit eingebunden werden kann.

3.2 Einzeltherapie

Die Einzeltherapie erfolgt je nach Störungsbild und Stationssetting in 30- bis 50-minütigen Sitzungen. In indizierten Einzelfällen erscheint in der Anfangsphase der Therapie bei manchen Patienten auch ein täglicher Kurzkontakt nötig. Wir führen tiefenpsychologisch fundierte Einzeltherapie im Sitzen durch, wobei je nach Strukturniveau der Patienten auch mehr oder weniger ausgeprägte Hilfs-Ich-Funktionen – vor allem am Anfang der Therapie – durch den Therapeuten übernommen werden müssen.

Falls bei einem Patienten ein verhaltenstherapeutisches Übungsprogramm durchgeführt wird, werden nach der störungsspezifischen Diagnostik- und Therapieplanungsphase im Allgemeinen die ersten Minuten der Therapiesitzung für diesbezügliche Rückmeldungen verwendet, z. B., um ein Verhaltenstagebuch durchzusehen und eventuelle Probleme zu besprechen.

3.3 Störungsspezifische Therapieansätze

Bei folgenden Krankheitsbildern arbeiten wir mit störungsspezifischen Therapieansätzen:

3.3.1 Ess-Störungen

Die Abteilung verfügt über eine spezielle Station für Ess-Störungen. Schon im ambulanten Vorgespräch, das bei Patienten mit Ess-Störungen grundsätzlich durchgeführt wird, stellen wir unser Therapieprogramm in den Grundzügen dar, um falsche Erwartungen zu korrigieren und eine Möglichkeit zu geben, die

eigene Motivation einzuschätzen. Insgesamt gehen wir auch hier von unserem psychodynamisch orientierten Ansatz aus, nehmen aber verhaltenstherapeutische Gesichtspunkte mit auf.

Während der stationären Therapie auf unserer Ess-Störungsstation wird in diesem Sinne im Anschluss an die Diagnostikphase mit den Patienten ein verhaltenstherapeutischer, störungsspezifischer Therapievertrag abgeschlossen. Bei Anorexia nervosa handelt es sich um einen verstärkerorientierten Vertrag mit dem Ziel der Gewichtszunahme. Dieser sieht parallel zum (am BMI orientierten) individuellen Gewicht eine Intensivierung des therapeutischen Programms und einen zunehmenden Spielraum für Eigenaktivitäten vor sowie besondere Maßnahmen wie gemeinsame Entspannungsphasen nach den Mahlzeiten, definiert aber auch die Grenzen der stationären Behandlungsmöglichkeiten. Verträge bei Bulimia nervosa und Adipositas richten sich entsprechend auf eine Regulierung des Essverhaltens, wobei von vornherein die Eigenverantwortlichkeit der Patienten betont wird, z. B. im Führen von Esstagebüchern. Parallel beginnen wir mit einer tiefenpsychologisch fundierten Einzeltherapie und Einzelkörperelbsterfahrung. Zunächst nehmen alle Patientinnen und Patienten an der Basisgruppe teil, wo in interaktiver Form Themen wie ausgewogenes Essverhalten, der Teufelskreis der Bulimie und Gedanken und Gefühle, die mit dem Essen in Verbindung stehen, behandelt werden. Später kommt eine tiefenpsychologisch fundierte Gruppentherapie hinzu sowie je nach Indikation verschiedene Spezialtherapieverfahren.

3.3.2 Angst- und Panikstörungen, Zwangserkrankungen

Hier treten zur tiefenpsychologisch fundierten Einzel- und Gruppentherapie verhaltenstherapeutische Übungsprogramme unterstützend hinzu. Für Patienten mit Angst- und Panikstörungen gibt es stationsübergreifend eine wöchentliche indikative Gruppe unter Leitung eines Psychologen. Betroffenen wird vorab schriftliches Informationsmaterial zur Verfügung gestellt. In der Gruppe werden neben weiterer Information individuelle Übungsprogramme entwickelt, die sich an einer vorher sorgfältig aufgestellten Angsthierarchie orientieren. In der Expositionsphase werden tägliche „Hausaufgaben“ durchgeführt, die die Patienten in einem Tagebuch dokumentieren. In der Gruppe werden diese dann gemeinsam besprochen. Jeder bekommt anfangs eine „Patin“ oder einen „Paten“ aus den Reihen der Fortgeschrittenen zur Seite gestellt. Immer wieder lässt sich bei Angst- und Zwangsstörungen ein positiver Synergismus zwischen psychodynamischer und lerntheoretischer Betrachtungs- und Vorgehensweise beobachten.

3.3.3 Posttraumatische Belastungsstörungen

Im Wesentlichen geht es in diesem Bereich um Patientinnen, die einem sexuellen Missbrauch in ihrer frühen Kindheit ausgesetzt waren und wegen verschiedener im Erwachsenenalter auftretender Störungen unsere Klinik aufsuchen. Oft besteht eine Borderline-Persönlichkeitsstörung oder eine mehr oder weniger ausgeprägte dissoziative Symptomatik bis hin zur schweren dissoziativen Identitätsstörung. Weil während der Therapie immer wieder zahlreiche Schlüsselsituationen und zufällige

Begegnungen zum Auslöser überflutender Erinnerungen werden können und oft auch ausgeprägt agiert und reinszeniert wird, stellt die Behandlung dieser Patientinnen besondere Anforderungen an die Stationsteams. In den meisten Fällen kann die Therapie in den Stationsgruppen unserer Abteilung erfolgen. Für Patientinnen, bei denen ein sehr übersichtliches Setting erforderlich scheint, wurde in der psychiatrischen Abteilung eine kleine Station geschaffen, in der ausschließlich Frauen aufgenommen werden und wo die posttraumatische Belastungsstörung einen Behandlungsschwerpunkt bildet. In der Therapie kommen, wie oben beschrieben, neben tiefenpsychologisch fundierter Einzel- und Gruppentherapie insbesondere imaginative Verfahren zur Anwendung.

3.3.4 Borderline-Störungen

In der Behandlung von Borderline-Störungen verfügen wir über langjährige Erfahrung. Es hat sich in unserer Abteilung als förderlich für die Therapie erwiesen, Betroffene in die bestehenden Gruppen der Stationen zu integrieren. Gerade im Zusammenleben mit den anderen Patienten zeigen sich sehr schnell die spezifischen Beziehungsprobleme. Wir versuchen es Betroffenen dann zu ermöglichen, diese im Zusammenhang der Gruppe und deren Wahrnehmungen zu bearbeiten. Vertrauenspersonen sorgen dabei für den nötigen Halt und helfen absolute Sichtweisen, die das Fühlen und Handeln bestimmen, schrittweise zu überwinden. Ziel ist, beide Seiten, in die bei einer Spaltung die Welt zerfällt, wie Gut/Böse, Anwesend/Abwesend, miteinander in Kontakt zu brin-

gen, um eine Integration und eine Konstanz in der Beziehung zu ermöglichen.

Oft ist die Therapie von heftigen Gefühlsschwankungen und -impulsen der Betroffenen gekennzeichnet, evtl. auch Selbstverletzungstendenzen. Hier arbeiten wir mit Therapieverträgen, die individuell mit unseren Patientinnen und Patienten ausgehandelt und besprochen werden, um schützende Grenzen zu setzen. Wo Ess-Störungen im Vordergrund stehen, erfolgt eine Aufnahme auf unsere entsprechende Station. Die Behandlungsdauer beträgt ca. 8 Wochen, kann aber, wenn notwendig, auch verlängert werden.

3.3.5 Defizite in sozialer Kompetenz

Hier bieten wir wöchentlich für zwei Zeitstunden ein Gruppentraining sozialer Kompetenzen nach Pfingsten und Hinsch (GSK) stationsübergreifend unter psychologisch/sozialpädagogischer Leitung an. In dieser sehr intensiven Gruppe wird mit Hilfe von Video-Feedback geübt, verschiedenste soziale Situationen besser zu meistern. Zusätzlich werden zum gezielten Ausbau der Fähigkeiten Hausaufgaben vorgegeben. Das GSK erscheint uns deshalb besonders geeignet, weil es die Fähigkeit, situationsadäquat und flexibel zu handeln, in den Vordergrund stellt und sozial kompetentes Verhalten vom langfristigen Erfolg her definiert. Die Teilnehmer können erlernen, durch die Unterscheidung von Kognitionen, Emotionen/Selbstverbalisationen und tatsächlichem Handeln Freiheitsgrade zu gewinnen. Ebenso wird trainiert, verschiedene Grundtypen sozialer Situationen zu unterscheiden und sich diesen angemessen zu verhalten. Eine kontrollierte

Evaluationsstudie zur Wirksamkeit des GSK, die wir in unserem stationären Setting durchführten, unterstrich die hohe Effektivität dieses Programms.

3.4 Therapieverträge

In der Behandlung der Borderline-Persönlichkeitsstörung und dissoziativer Störungen haben sich Therapiekontrakte im Sinne eines schriftlich ausformulierten Vertrages sehr bewährt, um die Grenzen des therapeutischen Settings in eindeutiger Weise festzulegen. Insbesondere der Ausschluss selbstschädigenden Verhaltens sowie die Teilnahme an Therapieveranstaltungen können hier aufgenommen werden einschließlich der Konsequenzen bei Nichteinhaltung des Vertrages. Auf diese Weise kann ein äußeres Agieren im Sinne der Abwehr zugunsten von erwünschten Prozessen innerhalb therapeutischen Beziehungen begrenzt werden.

Patient erhält außerdem in der ersten Wochen einen ausführlichen Anamnesefragebogen, der ebenfalls in der Akte aufbewahrt wird.

Um allen an der Therapie Beteiligten, auch z.B. Ärzten im Nachtdienst, eine rasche Orientierung zu ermöglichen, wird für das auf unseren Stationen eingeführte Dokumentationssystem ein Patientenstammblatt angelegt. Dieses enthält im Überblick alle wesentlichen Daten wie Diagnose, bisherige Klinikaufenthalte, Informationen über Lebensgewohnheiten (insbes. auch Suchtverhalten), soziale Situation, körperlichen Zustand, insbesondere aber auch die aktuelle Symptomatik sowie vermutete psychodynamische Zusammenhänge. Eine Kopie dieses Stammblatts wird den Spezialtherapeuten aus der Gestaltungstherapie, Physiotherapie, Sozialdienst, Arbeits- und Musiktherapie ausgehändigt, wenn sie in die Behandlung einbezogen werden. Neben den üblichen Bogen für Medikamente, Laborwerte und medizinische/pflegerische Maßnahmen enthält dieses Dokumentenstationssystem auch Verlaufsbogen, bei denen das Pflegepersonal Beobachtungen und Gespräche festhält und bei denen spezielle Absprachen mit dem Patienten sowie ein formulierter Therapiefokus ihren besonderen Platz haben. Nach Abschluss der Therapie wird ein ausführlicher Bericht an einweisende und weiter behandelnde Therapeuten verfasst. Wenn ein Patient der Weitergabe eines Berichtes nicht zustimmt, was in Einzelfällen vorkommt, legen wir eine Katamnese für unsere Akte an und benachrichtigen den einweisenden Therapeuten über diese Entscheidung des Patienten.

5 Therapieevaluation und Qualitätsmanagement

In der psychotherapeutischen Abteilung ist uns an einer Optimierung der Therapie gelegen, um mit den vorhandenen Ressourcen für unsere Patienten in der zur Verfügung stehenden Zeit den größtmöglichen Nutzen zu erreichen. Deshalb werten wir laufend die aktuellen Therapieergebnisse aus.

Zur Evaluation verwenden wir das computergestützte Qualitätssicherungssystem Akquasi (Heidelberg-Stuttgarter Modell zur Qualitätssicherung in der Psychotherapie), das von der Forschungsstelle für Psychotherapie in Heidelberg (Leitung Prof. Dr. H. Kächele) entwickelt wurde. Neben einer Basisdokumentation für alle Patienten der Klinik werden im Psychotherapiebereich bei Aufnahme und Entlassung verschiedene psychologische Tests durchgeführt. Insbesondere sind das die SCL 90 (Symptomcheckliste mit 90 Fragen) und das IIP (Inventar zur Erfassung interpersoneller Beziehungen). Durch dieses Vorgehen lässt sich zum einen feststellen, welche Fortschritte ein Patient/eine Patientin in den verschiedenen erfassten Beschwerdebereichen während der Therapie gemacht hat. Zum anderen werden in diesem System aber auch auffällige Verläufe angezeigt. Diese werden im Qualitätsteam diskutiert, um für die Zukunft eine Therapieoptimierung zu erreichen. Ebenso wurden neue Therapieverfahren, die wir in die Abteilung einführen, sowie die Gewichtung der Therapieverfahren untereinander mehrfach in entsprechenden kleinen Studien evaluiert.

4 Diagnostische/therapeutische Dokumentation

Über jedes Erstinterview, das als ambulantes Gespräch stattfindet, wird ein ausführliches Protokoll angefertigt, das dem zukünftigen Behandler zur Verfügung steht. Ansonsten werden Aufnahmegesprächsprotokolle diktiert und die Anamnesen im weiteren Verlauf ergänzt.

Diese Protokolle sind Bestandteile der beim verantwortlichen Therapeuten befindlichen Patientenakte, wo auch alle Einzelgespräche sowie die Entwicklung des Patienten in der Gruppe dokumentiert werden. Jeder

*fachlich kompetent –
christlich engagiert*

Klinik Hohe Mark

des Deutschen Gemeinschafts-
Diakonieverbandes GmbH, Marburg
Psychiatrie, Psychotherapie
Friedländerstraße 2
61440 Oberursel
Telefon (0,12 €/Min.)
0 18 05 / HOHE MARK
0 18 05 / 4 6 4 3 6 2 7 5
Fax (0,12 €/Min.)
0 18 05 / FAX HOHE MARK
0 18 05 / 3 2 9 4 6 4 3 6 2 7 5
klinik@hohemark.de
www.hohemark.de

Chefarzt der Abteilung
Psychotherapie und
verantwortlich für den
Inhalt dieses Konzeptes:

Dr. med. Martin Grabe



