



**Fachkrankenhaus St. Georg  
Bad Dürkheim / Schwarzwald**

**Fachkrankenhaus St. Georg  
Bad Dürkheim/Schwarzwald  
ZENTRUM FÜR AKUTMEDIZIN**

**Klinik für allgemeine Psychiatrie, Neurologie, Psychotherapie,  
Psychosomatische Medizin mit Innerer und Allgemeinmedizin  
Ärztlicher Direktor.: Univ. Prof. Dr. med. Erich W. Burrer**

Sehr verehrte Damen, sehr geehrte Herren,  
liebe Kolleginnen und Kollegen,  
liebe Patientinnen und Patienten,

das **Zentrum für Akutmedizin St. Georg** (IK Nr. 260 831 185) ist ein *regional und überregional* arbeitendes Krankenhaus. Es ist *Vertragskrankenhaus gesetzlicher Krankenkassen* nach § 108 Nr. 3 SGB V in Verb. mit § 109 Abs. 3 Satz 3 SGB V mit 116 Betten. Es ist somit ein Krankenhaus im Sinne des § 107 Abs. 1 SGB V in Verb. mit § 2 Nr. 1 Krankenhausfinanzierungsgesetz.

Die **Einweisung** der Patienten in das Krankenhaus erfolgt nach § 39 SGB V (**freie Krankenhauswahl**) durch eine *Krankenhausverordnung* eines Arztes oder einer Klinik, aus der die *akute Behandlungsnotwendigkeit* hervorgeht. Bei AOK, BKK, IKK ist eine gesonderte Genehmigung erforderlich.

**Interdisziplinäre Fachbereiche:**

*Allgemeine Psychiatrie* (Sozialpsychiatrie, biologische Psychiatrie, Neurologie),

*Psychosomatik* (Soziosomatik, Psychosomatik, Ökosomatik, Allgemein-, Innere-, Familienmedizin), *Psychotherapie* (Psychoanalytische oder tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, Verhaltenstherapie, systemische Therapie, nonverbale Therapien).

*Konsiliarärztliche Bereiche* (spezielle Innere Medizin, Gynäkologie, Haut, Urologie, Orthopädie, Augen, HNO).

Die **Indikation** umfasst die vollstationäre *Diagnostik, Krisenintervention* und *Behandlung* aller mental-emotional verursachten oder beeinflussten körperlichen Erkrankungen oder Funktionsstörungen und exogen oder endogen bedingten seelischen Störungen jeder Altersgruppe ab dem 16. Lebensjahr.

**Behandlungsdauer:** im allgemeinen 4 Wochen bis 3 Monate, Krisenintervention 1 Tag - 14 Tage mit vor- und nachstationärer Behandlung („Tagesklinik“).

**Kontraindikation:** Primäre Suchterkrankungen, Kuren, Rehabilitationsbehandlungen, Krankheiten, die einer Behandlung auf einer geschlossenen oder Intensivstation bedürfen.

**Diagnostik:** EEG, EKG, Ergometrie, Dopplersonographie, klinische Chemie, psychologische und psychophysiologische Funktionstests, Indikationsstellung ambulant oder klinisch behandlungsbedürftiger Erkrankungen.

**Interaktives Behandlungsmodell**

Entsprechend den regelkreisförmigen Zusammenhängen der Gesellschaft und Naturwissenschaft unterliegt auch die Medizin einer Interaktion, in der sich körperliche, emotionale, mentale, soziale Bereiche und das ökologische (biologische, physikalische) Umfeld gegenseitig beeinflussen und beim Menschen einen Prozess der Innen-/Außenanpassung ermöglichen (H. v. Foerster). Grundsätzlich berühren und steuern sich deshalb Umwelt, Körper und Seele des Patienten gegenseitig. Seine Eigenständigkeit, seine soziale Integration und geistig-emotionale Einflüsse auf ihn werden von uns in besonderer Weise therapeutisch gesteuert (kybernetisches Prinzip).

Durch eine ökologische und soziale Einbindung erlebt der Patient dabei, dass er nicht allein für sich verantwortlich ist, aber auch nicht die anderen für ihn, sondern dass durch das Zusammenwirken von Umwelt, Familie, Partner und Gesellschaft und seiner selbst die Realität geprägt wird und somit auch Konfliktursachen und Krankheiten mitbestimmt werden können.

In der Therapie stehen deshalb Realitätsbewältigung, soziale Kompetenz, emotionale Ausgewogenheit und körperliche Gesundung der Patienten in einem sich ergänzenden (komplementären) Zusammenhang.

Es gelingt durch diese Behandlungsform besonders gut, einführend den Menschen zu begegnen, ohne medizinische Belange und die Handlungsfähigkeit des Einzelnen zu vernachlässigen.

Es zeigt sich dabei auch, dass zwischen dem Menschen mit seinen Problemen und der Umwelt mit ihren Schwierigkeiten eine Interdependenz (gegenseitige Einflussnahme und Abhängigkeit) besteht.

Therapie ist aus o. g. Gründen für uns ein Informations-, Beziehungs- und Handlungsprozess und keine Behandlung im herkömmlichen Sinne.

Therapeutische Eingriffe des Personals und Eigenständigkeit der Patienten halten sich dabei die Waage.

Interpersonell nutzen wir kommunikative und verhaltenstherapeutische Verfahren vorwiegend ziel-, lösungs- und konfliktorientiert.

Introspektiv dienen tiefenpsychologisch fundierte psychoanalytische Verfahren und Methoden der humanistischen Psychologie einem schnellen Zugang zu den Problemen der betroffenen Menschen.

Während es einerseits in der Behandlung um das Erleben einer inneren Ordnung geht (somatische Medizin), geht es andererseits um Kreativität (z.B. Kunsttherapie, Musiktherapie, Gestaltungstherapie) und damit verknüpfte Selbstregulierung (mehrdimensionale Therapie). Die Wahrnehmung seiner selbst durch Gestaltung, durch geistige Auseinandersetzung und durch Handlung stabilisiert und ermöglicht, dass auch dadurch seelische und zwischenmenschliche Bedürfnisse und Konflikte spürbar werden. Der Selbstwahrnehmung dienen auch Rollenspiele und gestalttherapeutische Gesichtspunkte der Gruppenführung, die einen therapeutischen Prozess fördern, ohne unbedingt Probleme im Miteinander (Beziehungskonflikt) ansprechen zu müssen.

Nicht zuletzt sind besonders entspannungs- und körpertherapeutische Verfahren (z.B. progressive Muskelrelaxation, Biofeedback, Analytische Körperarbeit, Feldenkraismethode, Funktionelle Entspannung, Heilgymnastik, Hypnotherapie, etc.) von großer Bedeutung, da sie die Hinführung zum Selbst losgelöst von Verpflichtungen unterstützen.

Mit den Mitteln der *Beziehungsarbeit*, *Selbstregulierung* und durch *handlungszentrierte Maßnahmen* lässt sich somit eine Stabilität erreichen, ohne durch Überforderung oder fehlendes Einfühlungsvermögen Probleme zu verstärken.

Das „**therapeutische Team**“ (22 Fachärzte, Ärzte und Psychologen) hat die Aufgabe, einem *interaktiven Behandlungsmodell* gerecht zu werden. Dieses ist im Rahmen eines therapeutischen Krankenhauses notwendig, da nicht nur auf die diagnostischen, medikamentösen und ärztlichen Belange der Patienten eingegangen wird, sondern auch die zwischenmenschlichen Abläufe zu berücksichtigen sind. Erst das Gleichgewicht medizinischer, sozialer und psychischer Interaktion gibt dem Patienten die Möglichkeit, an sich zu arbeiten. Alle Patienten sind deshalb in einem Prozess zu sehen, in dem neben Ärzten, Psychotherapeuten, Psychologen, System-, Sozio- und Sozialtherapeuten auch die Krankenschwestern, Pfleger, Gestaltungstherapeuten und Körpertherapeuten teilhaben. In diesem wird Heilung und Eigenverantwortlichkeit des Patienten ermöglicht.

Im Folgenden beschreiben wir Ihnen kurz unser therapeutisches Modell. Gerne beantworten wir Ihnen auch Fragen, wenn Sie uns besuchen oder anrufen.

Mit herzlicher Begrüßung,  
Ihre

gez.  
Univ. Prof. Dr. med. Erich W. Burrer, Kolleginnen und Kollegen  
Fachärzte für Psychiatrie, Psychotherapie,  
Psychosomatik, Innere Medizin, Neurologie  
Verhaltenstherapie – Psychoanalyse – systemische Therapie

ZA St. Georg, Gartenstraße 11 + 15, Postfach 13 64,  
D 78067 Bad Dürkheim über Villingen-Schwenningen  
Telefon 07726 9226-2000, Anmeldung 07726 9226-1097  
Ärztliches Aufnahmeseekretariat: Telefon 07726 9226-1022, Fax 07726 9226-1027

## Indikationen des ZA St. Georg

1. **Akutkrankenhaus** für psychiatrische, psychosomatische und psychotherapeutische Medizin (mit Innerer Medizin, Neurologie, Allgemeinmedizin, Schmerztherapie) nach § 39 SGB (Sozialgesetzbuch V der Bundesrepublik Deutschland).

**Akutaufnahme:** Diese kann an jedem Tag erfolgen. Zuständig für Akutaufnahmen sind der Dienstarzt und der zuständig rufbereite Facharzt für Psychiatrie, Neurologie, psychosomatische Medizin oder Anästhesiologie. Zuständig für psychotherapeutische Krisenintervention ist der Dienstpsychologe (8.30 Uhr bis 17.00 Uhr) oder Dienstarzt (17.00 Uhr bis 8.30 Uhr).

2. **Regionales und überregionales Krankenhaus:** Patienten werden auch aus dem gesamten Bundesgebiet stationär aufgenommen, da die Distanz zum Wohnort es vielen Patienten aufgrund ihrer interpersonellen Dependenz erst ermöglicht, zu sich selbst zu finden.

3. **Ambulanz**

a) Teilstationäre Behandlung: Nach stationärer Behandlung können Patienten zur Wiedereingliederung 7 tagesklinische Termine in Psychiatrie, Psychotherapie oder psychosomatischer Medizin erhalten, die mit den Kassen abrechnungsfähig sind („teilstationäre Behandlung“), z. B. 3 Tage stationäre Behandlung wegen akuter Dekompensation, dann nachstationäre Termine mit Wiedereingliederung in den Arbeitsprozess.

b) Notfälle können nach EBMÄ (Kassenärztliche Versorgung aller Krankenkassen Deutschlands) für gesetzliche Krankenkassen abgerechnet werden. Notfallüberweisung ist nach Möglichkeit sinnvoll, sollte ein Arzt erreichbar sein.

4. **Krankenkassen**

Die Behandlung im Krankenhaus ist durch § 39 und § 107 Abs. 1 SGB V geregelt; es besteht ein Versorgungsvertrag nach § 108/109 SGB V, vertreten durch die Ersatzkassen. Etliche der gesetzlichen Krankenkassen, wie z.B. BKK, IKK u. a. haben sich dem Vertrag auf Grund des äußerst preiswerten Tagessatzes formlos angeschlossen (nicht AOK). Die Ein- oder Überweisung in unser Haus erfolgt durch eine Krankenhausverordnung, aus der die akute Behandlungsnotwendigkeit am Tag der Aufnahme hervorgeht.

5. **Diagnostische Indikationen**

- Depressionen, Burn-out Syndrome, Psychosen, suizidale Krisen
- Angst- und Zwangserkrankungen, Schlafstörungen
- allgemeine, internistische und orthopädische Erkrankungen psychosomatischer Genese
- Neurologische Störungen mit psychiatrischer Symptomatik oder psychosomatischer Genese
- Somatisierungsstörungen/Psychosomatosen, Schmerzstörungen
- Verhaltensstörungen wie Adoleszentenkrisen, Essstörungen
- Kernneurosen, Borderlinestörungen, Impulskontrollstörungen (ADS, ADHS u.a.)
- sekundäre Abhängigkeitserkrankungen mit Comorbidität
- Anpassungs- und posttraumatische Belastungsstörungen

6. **Kontraindikationen**

Suchterkrankungen und Erkrankungen, die einer Behandlung auf einer Intensiv- oder geschlossenen Abteilung bedürfen, Rehabilitationsbehandlungen und Pflege.

7. **Sozialmedizinische Indikationen**

Krankheiten, die ambulant nicht mehr behandlungsfähig sind; Notfälle; Notfallambulanz; Kriseninterventionen; Diagnostik; Indikationsstellung zu einer ambulanten Behandlung, auch mit Erstellung eines Gutachtens für den Einweisenden; Intervallbehandlung; medikamentöse Einstellung; integrative Versorgung unter Einbeziehung von ambulant Behandelnden, Arbeitgebern, Beratungsstellen und Krankenkassen; teilstationäre Behandlung bis zu vier Wochen (Tagesklinik); chronifizierte Störungen.

8. **Fachbereich: Siehe Anlage**

# Unser klinisches Verständnis

## Medizin ist Prozess

Wenn jemand eine stationäre Behandlung in unserer Klinik beginnt, ist es hilfreich, in kurzen Worten zu erklären, worum es in der Therapie geht.

Es geht darum, dass der Leidende medizinisch behandelt wird und trotzdem in der Lage ist, psychotherapeutisch an sich selbst zu arbeiten. Dies bedeutet, dass der stationäre Aufenthalt nicht nur, wie normalerweise, eine Behandlung darstellt, bei der der Patient untersucht wird, behandelt wird und Medikamente erhält.

Es wird darüber hinaus versucht, einen Prozess in Gang zu setzen, bei dem der Patient auch mit ärztlicher Hilfe selbst versucht, gesundheitliche Probleme als Neubeginn zu begreifen.

Wir als Therapeuten haben die Aufgabe, den Patienten bei seinem Heilungsprozess zu begleiten und darauf zu achten, dass er gefordert wird, dass er sich aber nicht überfordert.

## Die Symptome (körperlicher oder seelischer Art)

Der Patient kommt mit Konfliktbelastungen und Symptomen, die einer akuten Therapie bedürfen, in die Behandlung. Diese sind Folgen einer Erkrankung, die somatisch oder psychopathologisch diagnostiziert werden muss.

Die Erkrankung wiederum ist Ausdruck nicht rechtzeitig wahr oder ernst genommener körperlicher oder seelischer Probleme.

## Die Ursachen (Diagnostik)

Wenn die Therapie angemessen durchgeführt werden soll, muss berücksichtigt werden, dass eine Symptombehandlung ohne Behandlung der Ursachen nicht zu einem wirklichen Erfolg führt. Dies ist nicht einfach, weil jeder, der leidet, eigentlich nur ein Ziel verfolgt, nämlich sein Leiden sofort „loszuwerden“. Insofern wird der Patient, der uns gegenüber steht oder sich mit uns auseinandersetzt, zunächst Schwierigkeiten haben zu akzeptieren, dass wir körperliche Untersuchungen machen oder Gespräche führen, die mit seiner Symptomatik anscheinend nichts zu tun haben. Er wird unter Umständen den Eindruck gewinnen, dass es um belanglose Dinge geht. Erst im Laufe der Zeit kann er spüren, dass Untersuchungen und Gespräche mit den Symptomen in Zusammenhang stehen. Er wird beispielsweise wahrnehmen, dass sich aufgrund einer Gruppensitzung seine Kopfschmerzen verstärken, dass sein Blutdruck bei der Arbeit vielleicht ansteigt, dass sein hoher Lipidspiegel unter Umständen in Zusammenhang mit Stress steht. Er erlebt, dass seine Symptome in Zusammenhang mit menschlichen Konflikten oder Ängsten stehen. Deren Dramatik kann jetzt aber durch Dialog abgebaut werden. *So erlebt der Patient, dass Heilung auch durch Beziehung zu Ursachen beginnt.*

## Der Konflikt (Die Auseinandersetzung mit der Krankheit - Realitätsarbeit)

Natürlich entsteht ein Konflikt, wenn zur Krankheit auch die Aufgabe des Kranken hinzukommt, sie zu verstehen. Der Patient fühlt sich „überfordert“. Er fürchtet auf der einen Seite seine gesundheitlichen Probleme oder Ängste, auf der anderen Seite muss er sich mit ihnen auseinandersetzen. Es findet eine Parallele zum Leben statt, in dem er vielleicht mit dem Schicksal hadert, ohne sich mit ihm auseinandersetzen zu können.

Der nächste Schritt in der therapeutischen Entwicklung wäre der, dass der Patient erkennt, dass er in vielen Bereichen die Auseinandersetzungen mit sich selbst führt. Er entdeckt Probleme in sich, die ihn oft daran hindern, das zu tun, was er im Grunde genommen für richtig hält. In diesem Moment ist der Therapeut nicht, wie anfangs häufig vom Patient erlebt, ein „Gegner“. *Der Arzt ist sein Verbündeter auf dem Weg zur Gesundheit.*

## Die Interaktion (Beziehung und Krankheit)

Die Beziehungen zu Mitpatienten oder dem Personal der Klinik bringen immer wieder Probleme zum Ausdruck, die der Patient auch in seinem Alltagsleben hat. Im Unterschied zu seinem heimatlichen Umfeld hat er aber im klinischen Rahmen die nötige Distanz. *Der Patient kann sich in der stationären Interaktion anders erleben und seine Probleme differenzieren.*

Er erlebt sich durch Interaktion körperlich und seelisch, ohne - wie zu Hause - hilflos zu sein. Er kann stationär feststellen, dass er viele seiner Probleme und Symptome durch das Umfeld verursacht sieht, sie im Grunde aber selbst initiiert (70% aller Erkrankungen werden durch falsche Lebensweise und Stress hervorgerufen).

### **Die Entspannung („Katharsis“)**

Wenn ein Patient seine gesundheitlichen Probleme durch Diagnostik, ärztliche Hilfe, mit oder ohne Medikation, versteht (Aha-Effekt, Katharsis) und annehmen kann, so entsteht eine Entspannung. Er kann beobachten, dass Symptome sich verringern. Er kann sich selbst ernst nehmen und erlebt, dass er in seinen Sorgen respektiert wird. *Realität wird möglich.*

### **Die Änderung (Therapie)**

Der Patient kann im Schutz des Krankenhauses erleben, wie Menschen mit Hilfe anderer lernen, dass sie in ihrer Persönlichkeit respektiert und angenommen werden, so wie sie sind und nicht wie sie „sein sollten“. Sicher wird manche Illusion der Wirklichkeit Platz machen. Diese Wirklichkeit gibt aber Geborgenheit, weil sie Grenzen darstellt, Orientierung und die Möglichkeit zur Entfaltung und Gesundheit.

Damit kann der Patient mit Hilfe einer stationären Behandlung gesundheitliche Schwierigkeiten ordnen, akzeptieren und lösen. Es wird häufig noch wehtun, die Grenzen des Körpers und der Seele anzunehmen. Indem man aber weiß, dass Krankheit zum Leben gehört, sie allen Menschen begegnet, *wird Therapie zu einem gesteuerten, verstehenden und annehmenden Prozess. Änderung wird möglich.*

### **Das Ergebnis („Homöostase“)**

Das Symptom ist der Versuch des Körpers und der Seele, auf Störungen ihrer Gleichgewichte hinzuweisen. Das wieder gefundene Gleichgewicht („Homöostase“) führt zur Heilung oder zur Möglichkeit der Lebensbewältigung. Die Voraussetzung Leben, Krankheit und Heilung als Prozess zu sehen, ist gegeben. *Gesundheit wird möglich.*

## **Unser diagnostisches Spektrum (nach ICD 10)**

- Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen (F00-F09)
- Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (F10.1, 3, 5, 9 bis F19.1, 3, 5, 9)
- Angstpsychosen, Psychosen (F20-F29)
- Affektive Störungen, z.B. Depressionen (F30-F39)
- Neurotische, Angst-, Belastungs- und psychosomatische Störungen (F40-48)
- Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen, z.B. Essstörungen (F50-F59)
- Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (F60-F69)
- Entwicklungsstörungen (F80-F89)
- Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Jugend (F90-F98)
- Vorsätzliche Selbstschädigung (X84.9, Y09.9, Y34.9 mit ICD10 F00-99 zusammen)
- Episodische und paroxysmale Krankheiten des Nervensystems (G40-G47, G50-G51)
- Internistische, neurologische, orthopädische, allgemeinmedizinische und andere Krankheiten, in Verbindung mit F00 bis F99  
Herz und Kreislaufsystem betreffend R00-R19.8  
Haut betreffend R20-R23.8  
Nervensystem betreffend R25-R29.8  
Harnsystem betreffend R30-R39  
Erkennen, Wahrnehmen und Stimmung betreffend R40.0-R46.8  
Sprache und Stimme betreffend R47-R49  
Allgemeinsymptome betreffend R50-R64  
Mangelernährung E40-64  
Stoffwechselstörungen wie Adipositas E66-68  
Krankheiten der Gelenke (Arthrosen) M15-19  
Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens M40-54
- Personen mit potentiellen Gesundheitsrisiken (Innere Medizin, Allgemeinmedizin, Orthopädie u.a.) aufgrund sozioökonomischer, psychosozialer Umstände (Z00.8, Z55-Z65, Z03.6, Z04.5, Z04.8 mit ICD10 F00-99 zusammen)

# Unsere Therapien

## 1. Somatische und medikamentöse Therapien

Sie betonen die körperliche Genesung, eine Ich-Stärkung und damit ein seelisches Gleichgewicht im Verhältnis zum sozialen, biologischen und physikalischen Umfeld („mens sana in corpore sano“)

- a) **Klassisch-somatische Medizin (Innere Medizin, Neurologie, Psychiatrie)**  
z. B. Diagnostik, allgemeine Medikation und Psychopharmakotherapie, Nährstoffzufuhr, Sportmedizin, Schmerztherapie, medizinische Beratung, konsiliarmedizinische Behandlung etc.
- b) **Ganzheitliche somatische Therapien (Allgemeinmedizin)**  
z. B. Naturheilkunde, Schlaftherapie, Schlafentzugsbehandlung, Lichttherapie, Atemtherapie (Feedback), Ernährungsmedizin, Körperpsychotherapien.
- c) **Physikalische Therapien, z. B. Schmerztherapie**  
z. B. Massage, Gymnastik, Bewegungstherapie, Rückenschule, Feldenkraismethode, Sport, Medikation.

## 2. Psychiatrische, psychotherapeutische und psychosomatische Therapien

Sie betonen die geistige und emotionale Selbstfindung und die kognitiv-soziale Kompetenz.

Es lassen sich derzeit vier bekannte Therapierichtungen unterscheiden, die viele sich berührende und überlappende Bereiche zeigen. Sie werden von uns deshalb zirkulär integriert.

- a) **Erkenntnis- und kommunikativ geprägte Verfahren** (psychiatrische, sozialpsychiatrische und psychosomatische Behandlungsansätze)  
Sie bezwecken therapeutisch vor allem die informative Kommunikation, soziale Integration und emotionale Ausgewogenheit im sozialen Kontext (z. B. ärztliches Gespräch, Paar- und Familientherapie, Milieuthherapie, Sozialtherapie).
- b) **Erkenntnisgeprägt-konditionierende Verfahren** (verhaltensmedizinische Behandlungen)  
Sie sehen eine Anpassung an soziale, individuelle und körperliche Notwendigkeiten an erster Stelle und betonen die Anpassung (z. B. kognitive Verhaltenstherapie, Entspannungstherapien).
- c) **Beziehungsorientierte Verfahren** (psychodynamische Therapien)  
Sie betonen den emotionalen Beziehungsaspekt, die Ich-Stärkung und Selbstfindung (z. B. tiefenpsychologisch fundierte, analytische Körperpsychotherapie).
- d) **Bewusstseins- und sinngeprägte Verfahren** (existenzielle Psychotherapien)  
Neben der körperlichen und der seelischen Dimension gibt es, wie Karl Popper es beschreibt, eine dritte Dimension. C. G. Jung spricht von einer transpersonalen Ebene, Victor Frankl von einem "Oberbewusstsein" im Gegensatz zum "Unterbewusstsein" und „Unbewusstem". Karl Popper formuliert, dass Erkennen und Denken immer von Annahmen geprägt sind, die sich auch im Glauben eines Menschen, in seinen Überzeugungen, Strukturen, Regeln, Gebräuchen, Gesetzen und Ritualen wieder finden. Selbst die Wissenschaft ist, wie Popper es vermittelt, von Annahmen und Theorien geprägt, die zunächst einen Glaubensgrundsatz beinhalten. In unserer Behandlung ist es die existenzielle Psychotherapie, die den Menschen in seinem transpersonalen und personalen Erleben betrachtet.

### 3. Visiten, Überwachung und Diagnostik

**Chefarzt-, Abteilungsleiter- und Oberarztvisite:** Wöchentlich einmal für jede Gruppe (Mo., Di., Mi., Do., Fr.), auch in den Zimmern der Patienten (milieutherapeut. Aspekt) \*

\* entspricht der "patientenzentrierten Visite" des Landeskrankenhauses Hildesheim. Diese Visite steht im Gegensatz zur krankheitszentrierten Visite. Sie ist Teamgespräch für den Patienten, Koordination, Realitätsebene der medizinischen Versorgung und Verordnungen, Verlängerung der Gruppenerfahrung, Arbeit an der Motivation und der therapeutischen Beziehung.

**Visiten: (Regelungen** der diagnostischen, strukturellen und medikamentösen Probleme) vor Beginn der Gruppensitzung (4 - 5 x wöchentlich) durch den jeweiligen Stationsarzt oder Visitenarzt. Alle Verordnungen (Regelungen), auch medizinische, werden psychotherapeutisch integriert (Prinzip der Interdependenz) \*\* und evtl. bearbeitet. Sie sind somit ein Teil der Beziehungsarbeit mit den Patienten.

\*\* Patienten können nur erfolgreich an sich arbeiten oder Verantwortung für ihre Krankheit übernehmen, wenn ein Gleichgewicht der Abhängigkeiten zwischen Arzt und Patient/Gruppe besteht. Direktive Verordnungen oder zu nachgiebige Regelungen vermindern die Motivation des Patienten und stören das Klima der Eigenverantwortlichkeit desselben (Lähmung bei zu starker, Ich-Diffusion bei zu geringer Führung).

**Visitenarzt:** Der Visitenarzt hat im therapeutischen Ablauf die Aufgabe, den Stationsarzt, im Besonderen den Gruppentherapeuten, in körperlichen und disziplinen Bereichen zu entlasten und beiden die Möglichkeit einzuräumen, die Ebene der Einfühlung und Neutralität zu bewahren. Er entscheidet über formale Kriterien des Aufenthaltes, körperliche Untersuchungen, disziplinäre Verordnungen und führt die körperliche Behandlung durch, wenn die Neutralität nicht gewährleistet ist.

**Diagnostik:** Diese ist vorwiegend zu Beginn der stationären Behandlung erforderlich, später in Abständen. Durch körperliche Untersuchungen, Labor, EKG, EEG, psychologische Testungen und Exploration, auch extern (konsiliarärztlich) in stationär nicht bestehenden Fachrichtungen. Die Diagnostik ist die Bedingung einer Behandlung. Sie setzt eine körperliche Intaktheit voraus und erfolgt durch "Körperärzte" (Visitenärzte).

**Medikation:** Die Behandlung der Patienten erfolgt medikamentös, nach klassisch internistischen, neurologischen und psychiatrischen Gesichtspunkten täglich, im Einvernehmen mit den Patienten durch den Stationsarzt oder durch den Visitenarzt.

**Dienstarzt:** Dieser hat die Aufgabe, bei Krisensituationen allgemeinmedizinisch, internistisch, neurologisch oder psychiatrisch einzugreifen und Patienten stationär aufzunehmen. Er hält sich deshalb ständig über 24 Stunden in der Klinik auf. Psychotherapeutische Gespräche führt er nur stützend durch, um den Rahmen der Therapie nicht durch divergente Äußerungen gegenüber dem behandelnden Arzt/Psychologen zu gefährden.

**Rufdienst:** Diesen übernehmen die Oberärzte und der Chefarzt, deren Funktion es ist, zu beraten und in Notfällen die Klinik aufzusuchen.

**Schwesternvisite:** Patientenkontakt 4 x tägl. in allen Stationen mit evtl. Verlaufsberichten (nach alter Terminologie: Pflegeberichte).

**Station:** Zusammenfassung von 1 - 2 Stationsgruppen. Dienstältester Stationsarzt oder Gruppentherapeut klärt organisatorische Fragen und ist direkter Ansprechpartner der Oberärzte, bzw. des Chefarztes.

**Gruppenführung in den Stationseinheiten:** Nach integrativen und beziehungsorientierten Kriterien. Je akuter das Krankheitsbild ist, desto stärker übernimmt der Gruppenarzt ordnende und führende Funktionen, die eine Beziehungsfähigkeit der Patienten im strukturierten Rahmen ermöglicht.

### 4. Sonstige Therapien: siehe nächste Seite

**(Hier Therapieplan ausdrucken)**

Bad Dürrhein/Bad Krozingen, 31.03.09

## **Impressum**

Copyright: Burrer, Erich W., Univ. Prof. Dr. med., Arad, Bad Dürrhein/Schwarzwald und Freiburg i.Br.

Druck: Druckerei Fleig, Bräunlingen/Donaueschingen

Klinikträger: Oberrheinische Kliniken GmbH & Co. Betriebs-KG, Bad Krozingen

# Bad Dürrhein



# So finden Sie uns

Leerer Umschlagdeckel !!!