

Klinik am Osterbach

Konzept der Behandlung von depressiven Störungen in der Klinik am Osterbach Abteilung für Psychotherapeutische Medizin Am Osterbach 2 32545 Bad Oeynhausen

Einleitung

Depressive Störungen gehören zu den häufigsten psychischen Erkrankungen. Unter den im Jahr 2009 in der Abteilung für Psychotherapeutische Medizin behandelten Patientinnen und Patienten wurde bei 38% eine der Kategorien F32, F33 oder F34.1 diagnostiziert. Nach verschiedenen epidemiologischen Befunden liegt die Lebenszeitprävalenz einer depressiven Episode in Deutschland bei ca. 10%. Diesem Umstand haben die Fachgesellschaften sowie die Deutsche Rentenversicherung durch die Entwicklung einer Nationalen Versorgungsleitlinie bzw. eines Reha-Therapiestandards Rechnung getragen.

Das Konzept zur Depressionsbehandlung der Abteilung für Psychotherapeutische Medizin basiert auf den Reha-Therapiestandards „Depressive Störungen“, Leitlinien für die medizinische Rehabilitation der Rentenversicherung, in der Version von Januar 2011, sowie auf der S3-Leitlinie „Unipolare Depression“ der AWMF vom Dezember 2009.

Begriffsbestimmungen

Das vorliegende Behandlungskonzept findet seine Anwendung auf alle Versicherten der Abteilung für Psychotherapeutische Medizin, bei denen als **Hauptdiagnose** eine unipolare depressive Störung oder eine Dysthymie diagnostiziert worden ist. Grundlage der Diagnosestellung ist die Klassifikation nach der ICD-10 GM, hier die Kategorien F32, F33 und F34.1.

Versicherte mit einer schweren depressiven Episode mit psychotischen Symptomen (F32.3/F33.3) sind in aller Regel nicht rehafähig, bei Versicherten mit einer schweren depressiven Störung ohne psychotische Symptome (F32.2/F33.2) ist die Refahfähigkeit kritisch zu überprüfen.

Da sich aus der Diagnosestellung unmittelbar therapeutische Konsequenzen ergeben, ist eine formale Einordnung der Symptomatik in das Klassifikationsschema der ICD 10 im Sinne einer Aufnahmediagnose unmittelbar nach der ärztlich-therapeutischen Aufnahme notwendig. Wenn also im Folgenden von einer „**Depression**“ die Rede ist, dann ist damit eine Dysthymie (F34.1) oder eine depressive Episode (F32, F33) als Hauptdiagnose gemeint. Da die chronischen Verlaufsformen der Depression in der ICD 10 nur unzureichend berücksichtigt werden, werden hierfür die Kriterien des DSM IV angewandt. Als **chronische Depression** im Sinne dieses Konzeptes sind also die Dysthymie, eine Major Depression Episode (MDE, entsprechend ICD10 F32.1-3 bzw. F33.1-3) mit einer Dauer von mehr als zwei Jahren oder die „Double Depression“, also eine MDE bei bestehender Dysthymie anzusehen.

Mit **ETM** wird auf die Evidenzbasierten Therapiemodule der Reha-Therapiestandards Depression der DRV Bezug genommen.

Differentialdiagnostik

Abzugrenzen sind neben den depressiven Episoden im Rahmen bipolarer Störungen auch depressive Syndrome, die bei nahezu allen anderen psychischen Störungen (PTBS, Anpassungsstörungen, Persönlichkeitsstörungen, Abhängigkeitserkrankungen, Angst- und Zwangserkrankungen) auftreten können, aber auch depressive Störungen als echte Komorbidität bei im Vordergrund stehenden anderen psychischen Erkrankungen. Hier finden dann die jeweiligen spezifischen Behandlungskonzepte Anwendung.

Psychotherapie (ETM 01)

Die Psychotherapie spielt in der modernen Depressionsbehandlung eine unverzichtbare Rolle. Dies spiegelt sich auch in der Nationalen Versorgungsleitlinie wider, die lediglich für den Bereich der leichten depressiven Störungen eine alleinige Pharmakotherapie als Möglichkeit vorsieht. Auf der anderen Seite zeigen Daten zur Wirksamkeit von Antidepressiva im Bereich der leichten depressiven Störungen keinen signifikanten Unterschied zur Placebobehandlung, so dass aus unserer Sicht gerade auch für die leichten depressiven Störungen die Psychotherapie die Behandlung der Wahl darstellt.

Die psychotherapeutische Behandlung der depressiven Störungen in der Abteilung für Psychotherapeutische Medizin erfolgt im Wesentlichen im halboffenen Gruppensetting in nicht indikationsspezifischen Gruppen in einer Größe von 8-11 GruppenteilnehmerInnen. Die Gruppensitzungen finden 3x/Woche statt, wobei 2 Sitzungen je 90min dauern, eine Sitzung ist auf 60min als interaktionelle Gruppe angelegt.

Das halboffene Setting bietet die Chance des Lernens am Modell im Sinne der „therapeutischen Gemeinschaft“, da Versicherte, die am Beginn ihrer Behandlung stehen, in einer Gruppe mit Versicherten, deren Entlassung bevorsteht, zusammenarbeiten. Weiterhin bietet sich im halboffenen Setting ein größeres Spektrum an Übertragungsbeziehungen und Konfliktkonstellationen, die auf der einen Seite die Übertragungs- und Konfliktbearbeitung im tiefenpsychologischen Sinne, andererseits aber auch das Üben von Beziehungsgestaltung und Konfliktlösung im eher kognitiv-behavioralen Sinne eines Kompetenztrainings ermöglicht.

Die Bezugstherapeuten der jeweiligen Gruppe übernehmen weiterhin die Einzelpsychotherapie in einer Frequenz von einer Sitzung à 30 bis 50min pro Woche, wobei die Einzelsitzungen im Wesentlichen der Vor- und Nachbereitung der Gruppenarbeit, sowie der Vertiefung spezifischer Inhalte dienen sollen.

Die eigentliche Psychotherapie erfolgt nach einem integrativen Ansatz, der tiefenpsychologische, kognitiv-behaviorale, psychodramatische (nach Moreno), gesprächspsychotherapeutische, imaginative und weitere Verfahren beinhaltet. Die Schwerpunktsetzung in den einzelnen Gruppen ergibt sich durch die jeweilige spezifische Ausbildung der Bezugstherapeuten. Die Zuordnung der Versicherten zu den Gruppen erfolgt im Rahmen der Aufnahmeplanung im Vorfeld der Einbestellung und orientiert sich an den jeweiligen Gruppenschwerpunkten und dem spezifischen Störungsbild der Versicherten, wobei auch, soweit dies aus den eingehenden Akten ersichtlich ist, die Komorbidität sowie die Persönlichkeitsachse mitberücksichtigt wird.

Psychotherapie der chronischen Depression (ETM 01)

Zur Behandlung der chronischen Verlaufsformen der Depression ist in den letzten Jahren zunehmend das CBASP-Verfahren nach McCullough (Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy) in den Fokus gerückt, die entsprechenden Studien erscheinen vielversprechend. Eine der Kernmethoden des Verfahrens ist die Situationsanalyse, hierzu soll, wenn die personellen Voraussetzungen gegeben sind, eine indikative Gruppe eingerichtet werden. Elemente der CBASP-Therapie kommen bereits sowohl in den psychotherapeutischen Einzel- als auch Gruppentherapien zum Einsatz.

Psychoedukation (ETM 07)

Alle Versicherten mit der Hauptdiagnose einer Depression im Sinne dieses Konzeptes sollen an der „Infogruppe Depression“ teilnehmen. Hierbei handelt es sich um eine manualisierte, auf 6 Sitzungen à 60min angelegte, einmal wöchentlich stattfindende, psychoedukative Gruppe mit bis zu 12 TeilnehmerInnen. Ziel dieser Gruppe ist es, die Versicherten in die Lage zu versetzen, im Sinne eines „informed consent“ mehr Selbstwirksamkeitserleben für sich und ihre Behandlung zu entwickeln und in diesem Zuge stimmigere und kompetentere Entscheidungen für sich treffen zu können. Ein Unterziel ist es, die Motivation der Versicherten für notwendige Behandlungsmaßnahmen (z. B. Psychopharmakotherapie), die mit Vorurteilen behaftet sind, zu steigern und den Versicherten ein Grundverständnis der Wechselwirkungen bezüglich psychisch-seelischer und körperlicher Prozesse im Menschen nahezubringen.

Gestaltungstherapie (ETM 08)

Neben der Psychotherapie im engeren Sinne bildet die Kunst- und Gestaltungstherapie in der Bezugsgruppe als ausdruckszentriertes Verfahren in einer Frequenz von 2x90min/Woche die zweite wesentliche Säule des Behandlungskonzepts. Zusätzlich kann Kunst- und Gestaltungstherapie bei spezieller Indikation auch im Einzel verordnet werden.

Die Gestaltungstherapie bildet im Gesamtkonzept der Abteilung einen wichtigen Schwerpunkt, da die menschliche Kreativität im Genesungsprozess eine wichtige Ressource darstellt und es mittels der Kunsttherapie gelingen kann, emotionale Prozesse auch auf einer frühen, noch präverbalen, Ebene sichtbar zu machen, über das Gestalten eine Symbolisierung zu erzielen und mittels der Besprechung und Bearbeitung des Gestalteten eine Verbalisierung zu erreichen. Dies fördert beim Versicherten ein Erleben von Stimmigkeit mit dem eigenen „Geworden Sein“, aber auch den Mut, mittels der spielerischen Kraft der Kreativität „Neues zu gestalten“. Dieses Neue wird dann selbstverständlich im psychotherapeutischen Prozess beim Versicherten auch kognitiv verankert und in den Bezug zu seiner sozialen und beruflichen Realität gesetzt, um den Versicherten bei der Definition und Umsetzung der individuellen Ziele zu unterstützen.

Die Gestaltungstherapie harmoniert im besonderen Maße mit der auf der Abteilung PTH regelmäßig angewendeten Therapieform der „Inneren Kind – Arbeit“ und schlägt so den Bogen zu den persönlichen Ressourcen der Versicherten, die durch die depressive Erkrankung verschüttet wurden („Der Klient soll zu dem werden, der er eigentlich ist“).

Somit wohnt der Gestaltungstherapie durch die Herausforderung, an authentische frühe Anteile und Triebimpulse im eigenen Selbst anzuknüpfen und gleichzeitig real etwas in Handlung umzusetzen, was zunächst oft angstbesetzt ist, ein sowohl primär analytischer als auch aktivierender, übender Charakter inne, wodurch eine stimmige Synthese mit den verbalen Basistherapiegruppen entsteht.

Bewegungsverfahren (ETM 05)

In verschiedenen Untersuchungen wurde der Nutzen von körperlicher Aktivität in der Behandlung depressiver Störungen belegt. Einerseits scheint die körperliche Aktivität direkt einen Einfluss auf die Stimmung und den Antrieb zu haben, auf der anderen Seite ist natürlich bei vielfältigen somatischen Symptomen einer Depression, hier seien exemplarisch insbesondere Schmerzsyndrome genannt, ein körperorientiertes Verfahren im Sinne von Körperwahrnehmung indiziert.

Die Arbeit am Körper selbst als sozusagen fundamentalstem Teil des Mensch – Seins stellt einen wichtigen Teil jeglicher psychosomatischer Therapie dar. In der Therapie mit Depressiven geht es aber im Besonderen darum, den Körper als individuellen eigenen Körper zu beleben und aus dem Zustand der nur funktionierenden, reduzierten, verdrängten oder eben schmerzbehafteten Körperlichkeit in einen Zustand natürlicher, harmonischer, oder sogar lustvoller Körperlichkeit zu gelangen oder zurückzugelangen.

Bestimmte sportlich orientierte Aktivitäten können auch im Sinne eines interaktionellen psychotherapeutisch orientierten Ansatzes, in dem Fähigkeiten wie Beziehungsaufbau,

Kommunikation, Themenarbeit, aber auch der Umgang mit Frustrationen trainiert werden, oder aber auch im Sinne des gezielten Aufbaus positiver Aktivitäten genutzt werden.

Im Einzelnen stehen den Versicherten in der Abteilung für Psychotherapeutische Medizin hier die sportlich orientierten Angebote wie „Body-Workout“ und „Sport & Spiel“ offen. Für die Versicherten, die mit den sportlichen Anforderungen dieser Angebote überfordert sind, besteht die Möglichkeit einer Teilnahme an der wöchentlich geführten, auch sportlich orientierten Wandergruppe oder der Teilnahme am Nordic Walking.

Im Bereich der Körperwahrnehmung sowie der aufmerksamkeitsfokussierten Körpertherapie gibt es neben der eigentlichen Körperwahrnehmung auch Tanztherapie, eine Gruppe Stretching sowie ein Angebot an Yoga und Bewegungsmeditation sowie Tai Chi.

Weiterhin stehen selbstverständlich krankengymnastische Verfahren wie Wirbelsäulengymnastik, Wassergymnastik, Bewegungsbäder sowie klassische Krankengymnastik bei spezieller Indikation zur Verfügung.

Die Versicherten erhalten, unter Berücksichtigung auch der somatischen Kontraindikationen, ein auf den jeweiligen Bedarf zugeschnittenes Portfolio an Bewegungsverfahren. Exemplarisch sei hier das Beispiel einer Verordnung genannt, die Zeitangaben beziehen sich jeweils auf eine Woche: Sport & Spiel (90 min), Körperwahrnehmung (60 min), Wirbelsäulengymnastik (zweimal 30 min), Yoga und Bewegungsmeditation (40 min), in der Summe also 250 min in der Woche.

Aktivitätenaufbau (ETM 03)

Im Rahmen einer depressiven Erkrankung kommt es aus vielfältigen Gründen zum Verlust von Aktivitäten, auf der anderen Seite kann verminderte Aktivität auch die Erhaltung von depressiven Reaktionen fördern. Der Aufbau von Aktivitäten einschließlich der Förderung der Selbsthilfe stellt daher einen wichtigen lebenspraktischen Aspekt dar, dem durch eine Reihe von, je nach möglicher Eigeninitiative, mehr oder weniger therapeutisch angeleiteten Freizeitaktivitäten Rechnung getragen wird.

Einen weiteren Aspekt der depressiven Störungen deckt das Kochen im Rahmen eines Kochkurses ab – zum Einen im Sinne eines lebenspraktischen Trainings und Aktivitätenaufbaus, zum Anderen aber auch mit dem Nebeneffekt eines Genussstrainings mit Aspekten der Förderung von Selbstfürsorge, Wahrnehmung und Aufmerksamkeit.

Berufsbezogene Gruppen (ETM 02)

Häufig führen berufsbedingte Belastungen zu depressiven Erkrankungen. Im Rahmen der medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation (MBOR) stellen ausgeprägte Problemlagen am Arbeitsplatz einen besonderen Schwerpunkt dar. Neben der 2 x wöchentlichen Teilnahme über 90 Min. an einer psychotherapeutischen Basisgruppe, einer 2 x wöchentlichen Teilnahme über 90 Minuten an der Gestaltungstherapie, einer 1 x wöchentlich über 30 Min. stattfindenden Einzeltherapiesitzung, einer 1 x wöchentlich von dem Sozialdienst geleiteten indikativen Gruppe über 60 Min. und einer 1 x wöchentlichen Teilnahme an einer ergotherapeutisch geleiteten arbeitstherapeutischen Projektgruppe über 90 Min. nehmen alle der MBOR zugeordneten Rehabilitanden an einer 1 x wöchentlich über 90 Minuten stattfindenden indikativen Gruppe „Arbeit und Gesundheit“ teil.

Bei der indikativen Gruppe „Arbeit und Gesundheit“ handelt es sich um eine problem- und störungsorientierte Therapiegruppe mit arbeitsweltbezogener Problematik. Wesentliche Ziele dieser Gruppe sind, den Patienten Zusammenhänge zwischen den gesundheitlichen Beschwerden und den beruflichen Belastungen sowie der Lebensgestaltung aufzuzeigen. Außerdem geht es darum, die positiven Aspekte, Funktionen und Bedeutungen der Arbeit zu vermitteln und die berufliche Tätigkeit als wichtige Ressource der allgemeinen Lebenszufriedenheit begreiflich zu machen. Zudem geht es darum, bei den Rehabilitanden ein verbessertes Selbstverständnis zu erzielen und individuelle Stressbewältigungskompetenzen sowie die soziale Kompetenz zu verbessern. Durch

regelmäßiges Durchführen von Achtsamkeitsübungen soll die Achtsamkeit der Teilnehmer gefördert werden, wodurch eine Veränderung des Erlebens ermöglicht wird und persönliche Ressourcen mobilisiert werden können.

Ergotherapie (ETM 09)

Die Ergotherapie erfüllt im Rahmen der Depressionsbehandlung verschiedene Aufgaben. In der Werkgruppe geht es neben den rein motorischen Fähigkeiten insbesondere darum, konzentriert an einer Aufgabe zu arbeiten und diese auch fertigzustellen. Die Projektgruppen bieten die Möglichkeit, dass die Versicherten das Arbeiten im Team, die Abstimmung untereinander, das Lösen von Konflikten, sowie die Koordination von Tätigkeiten trainieren können. Für Versicherte, die besonders unter Störung der Konzentration und Aufmerksamkeit leiden, wird ein gezieltes, computergestütztes Konzentrationstraining vorgehalten.

Patienten mit deutlichen Einschränkungen des Leistungsvermögens nehmen an einer internen Belastungserprobung teil. Bei spezifischen Fragestellungen z. B. in Bezug auf die Leistungsfähigkeit von Patienten, die zuletzt eine Bürotätigkeit ausgeübt haben, wird eine interne Belastungserprobung an dem Modellarbeitsplatz Büro durchgeführt.

Diesen Angeboten ist gemeinsam, dass die depressiven Versicherten die Möglichkeiten haben, sich dem Thema Leistung und dem Bereich der Arbeit und Zusammenarbeit, der im Rahmen der Depression zumeist mit vielfältigen Kränkungen und Frustrationen besetzt ist und oft im Rahmen von depressiven Kognitionen in ein „Alles oder Nichts“ Denken einmündet, niedrigschwellig und mit therapeutischer Unterstützung und Anleitung wieder annähern zu können. So sind durch Erfolgserlebnisse Neubewertungen der eigenen Leistungsfähigkeit möglich, Defizite können gezielt trainiert und bearbeitet werden.

Manifest werdende nicht oder erst längerfristig therapierbare Funktionseinschränkungen liefern wichtige Informationen für die sozialmedizinische Beurteilung und den nach Abschluss der Rehabilitation noch bestehenden Hilfebedarf bezüglich medizinisch/beruflicher Rehabilitationsleistungen.

Allgemeine Gesundheitsbildung (ETM 06)

Allgemeine Gesundheitsbildung findet in Form eines umfangreichen Vortragsangebotes mit Schwerpunkt auf den Themen Ernährung und Rehabilitation im Allgemeinen statt. Die Versicherten erhalten mindestens 1x wöchentlich ein Angebot.

Die Gesundheitsbildung dient ebenso wie die spezielle Psychoedukation der Verbesserung von Selbstwirksamkeit und Motivation durch Information und Fokussierung auf die erforderliche Selbstfürsorge und Achtsamkeit zur Förderung oder Wiedererlangung der eigenen Gesundheit.

Sozialberatung und Unterstützung der beruflichen Reintegration (ETM 10, ETM 11)

Sozialberatung findet in der Abteilung für Psychotherapeutische Medizin zum einen im Rahmen der für alle Versicherten verbindlichen Sozialrechts - und Sozialmedizin Vorträgen statt. Zum anderen steht für alle Versicherten eine individuelle Sozialberatung zur Verfügung. Hier wird in Einzelgesprächen die Situation der Versicherten genauestens untersucht, um maßgeschneiderte Empfehlungen geben zu können und gegebenenfalls Maßnahmen einzuleiten.

Wie oben unter berufsbezogenen Gruppen beschrieben wird von Seiten des Sozialdienstes auch 1 x wöchentlich über 60 Min. eine indikative Gruppe im Rahmen der Medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation (MBOR) durchgeführt. In dieser Gruppe, an der Rehabilitanden mit berufsbezogenen Erkrankungen, also auch Patienten, bei denen berufsbezogene Belastungen zu der Entwicklung depressiver Erkrankungen geführt haben, teilnehmen, werden sozialrechtliche Begriffe geklärt und Informationen zu den gesetzlichen

A/ 18.3 Konzept der Behandlung von depressiven Störungen	Revision: 001	© Klinik am Osterbach
Erstellt: 18.05.10 as	geändert: 14.04.11 as	freigegeben: uh Seite 5 von 5

Grundlagen aus Rentenrecht, Arbeitsrecht und Schwerbehindertenrecht vermittelt. Ein Schwerpunkt dieser Gruppe ist die Motivationsförderung in Bezug auf mögliche berufliche Perspektiven. Hierzu gehören auch die Themenschwerpunkte berufliche Rehabilitation, Umgang mit Arbeitslosigkeit und Bewerbungstraining.

Nachsorgeplanung (ETM 12)

Die Planung der Nachsorge wird vom ersten Tag der Rehabilitation an mit einbezogen. Für die meisten Versicherten ist eine weiterführende ambulante psychotherapeutische Behandlung angezeigt. Sofern diese nicht ohnehin schon vorhanden ist, werden mit den Versicherten die weiteren therapeutischen Möglichkeiten besprochen und auch konkrete Kontakte vermittelt. Sofern heimatnah Möglichkeiten bestehen, eine Intensivierte Rehabilitations-Nachsorge (IRENA) incl. „Curriculum Hannover“ durchzuführen und dies für die Versicherten indiziert ist, wird dies entsprechend eingeleitet. Im Rahmen der Rehabilitationsnachsorge können die während der Reha-Maßnahme erreichten Reha-Ziele stabilisiert werden, Selbstwirksamkeitseffekte können verstärkt werden. Außerdem ist dadurch ein nachhaltiger und überprüfbarer Transfer des Gelernten in den Alltag gewährleistet.

Entspannungsverfahren (ETM 04)

An Entspannungsverfahren können Progressive Muskelrelaxation nach Jacobson oder Autogenes Training nach Schultz verordnet werden. Die Differentialindikation hängt von den Präferenzen der Versicherten sowie der Symptomatik (z. B. relative Kontraindikation für Autogenes Training bei ausgeprägter dissoziativer Symptomatik oder bei PTBS) ab.

Komorbidität (ETM 02)

Komorbide Störungen sollen primär im Rahmen der Bezugsgruppe mitbehandelt werden. Die Komorbidität hat daher, wie bereits im Abschnitt „Psychotherapie“ beschrieben, einen wesentlichen Einfluss auf die Zuweisung in eine bestimmte Behandlungsgruppe. So werden z. B. Versicherte mit komorbider Angst- oder Zwangsstörung primär in einer Bezugsgruppe mit eher kognitiv-verhaltenstherapeutisch ausgerichtetem Schwerpunkt aufgenommen, Versicherte mit ausgeprägten somatischen Symptomen eher in einer Gruppe mit einem auch ganzheitlich-medizinischen Ansatz.

Die folgenden indikativen Gruppen werden bereits durchgeführt: Eine Selbststeuerungsgruppe für Versicherte mit strukturellen Defiziten und die oben unter berufsbezogene Gruppen und Sozialberatung näher erläuterten Gruppen im Rahmen der medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation. Die Implementation weiterer indikativer Gruppen (Gruppe Sucht / Selbstschädigendes Verhalten, Angstbewältigungsgruppe, Schmerzbewältigungsgruppe) ist im Zuge der weiteren Entwicklung und Erweiterung der Abteilung geplant, sofern die personellen Ressourcen verfügbar sind.

Psychopharmakologie

Eine leitliniengerechte und moderne Psychopharmakotherapie ist integraler Bestandteil der Depressionsbehandlung in der Abteilung. Hierbei werden für die Differentialindikation die individuellen Wünsche, Bedürfnisse und Befürchtungen, sowie die jeweiligen aktuellen Erkenntnisse herangezogen. Es findet eine regelmäßige Schulung und Fortbildung der indizierenden Ärzte im Rahmen der ärztlichen Weiterbildung und der internen Fortbildungsreihe statt. Die Versicherten werden im Rahmen der Psychoedukation über die Möglichkeiten, Grenzen und möglichen Nebenwirkungen einer medikamentösen Depressionsbehandlung informiert und selbstverständlich im konkreten Einzelfall individuell beraten und aufgeklärt.

A/ 18.3 Konzept der Behandlung von depressiven Störungen	Revision: 001	© Klinik am Osterbach
Erstellt: 18.05.10 as	geändert: 14.04.11 as	freigegeben: uh Seite 6 von 6

Integration der Einzelverfahren

Um den Vorgaben der Reha-Therapiestandards Depression entsprechen zu können, ist es notwendig, dass eine fundierte Diagnosestellung nach ICD unmittelbar nach der ärztlich-psychotherapeutischen Aufnahme erfolgt. Die entsprechenden Diagnosealgorithmen sind im Anhang 1 und 2 festgelegt.

Neben der formalen Diagnose nach ICD 10 werden durch verschiedene Assessment-Instrumente die jeweiligen im Einzelfall bestehenden Einschränkungen und Ziele jedes Versicherten erfragt und in diesem Rahmen die Rehabilitationsziele festgelegt. Nach der Aufnahme wird durch den jeweiligen Bezugstherapeuten das individuelle Therapieprogramm festgelegt, wobei für alle Versicherten mit der Diagnose einer Depression die psychotherapeutische Basisgruppe, die Kunst- und Gestaltungstherapie und die psychoedukative „Infogruppe Depression“ verordnet werden sollen. Die Indikation der übrigen Verfahren wird unter Berücksichtigung der Therapiestandards Depression individuell mit den Versicherten festgelegt. Hierbei sind natürlich insbesondere im Bereich der Bewegungsverfahren gegebenenfalls bestehende medizinische Kontraindikationen zu beachten.

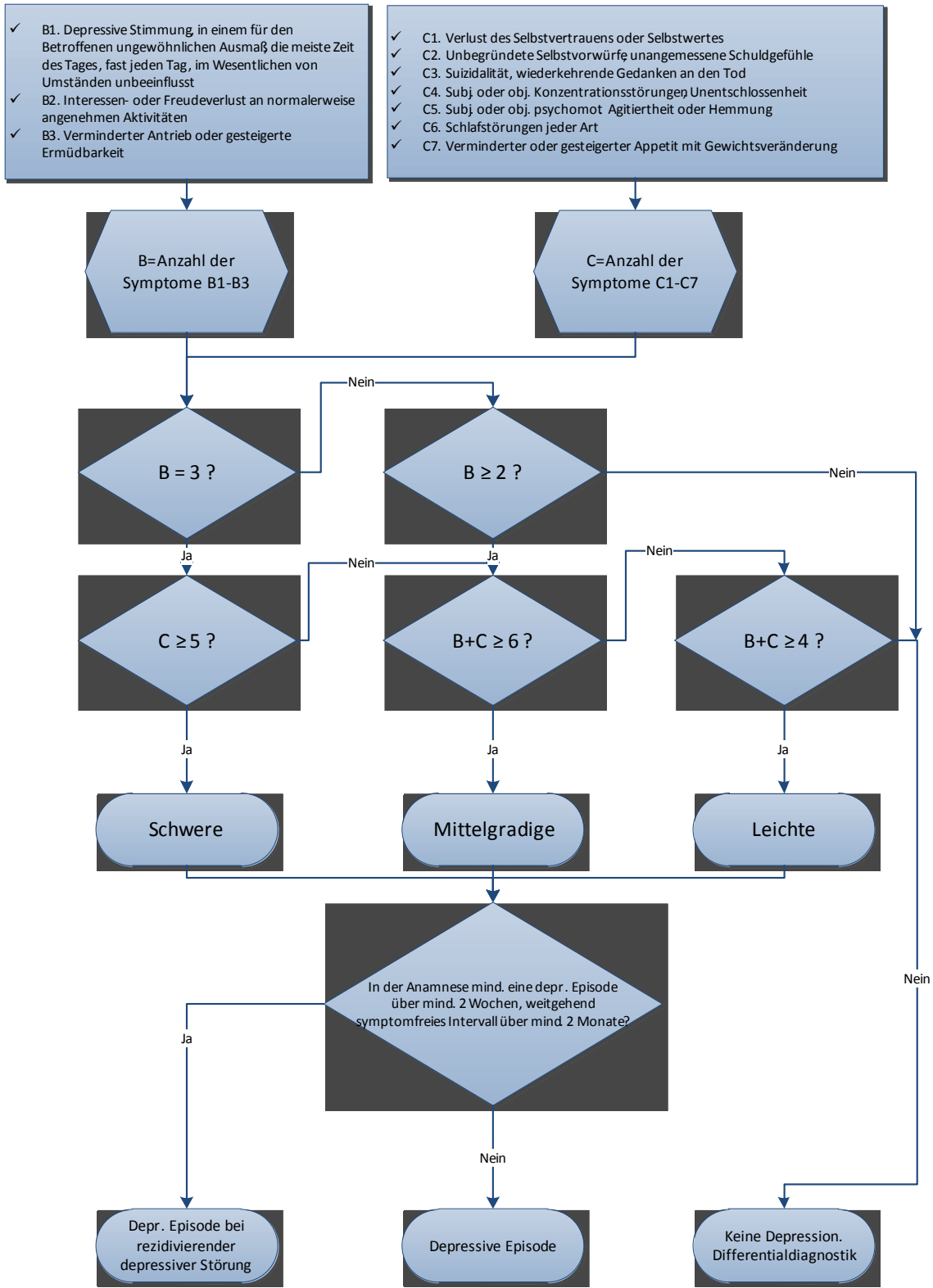
Eine Evaluation der Therapie findet einerseits im Rahmen einer subjektiven Erfolgskontrolle durch die Versicherten statt, die ihre eigene subjektive Einschätzung der aktuellen Symptomatik und daraus resultierende Einschränkungen sowie den Stand der Zielerreichung auf einem dafür vorgesehenen Formblatt fortlaufend dokumentieren können, andererseits findet im Rahmen von Visiten, Teambesprechungen und Supervisionen eine fortlaufende Erhebung des aktuellen Therapiestandards der Versicherten statt. Sollten sich Versicherte durch einzelne Therapieverfahren über- oder unterfordert fühlen oder sich die Notwendigkeit einer Modifikation der Therapie ergeben, so kann dies zeitnah in einen veränderten Therapieplan einfließen.

Anhang 1: Diagnoseschema F32/F33

Diagnostik der depressiven Störung nach ICD 10

Alle 3 Allgemeinen Kriterien G1-G3 müssen erfüllt sein:

- ✓ G1. Dauer der Symptomatik mindestens 2 Wochen
- ✓ G2. Keine manische oder hypomanische Episode in der Anamnese
- ✓ G3. Symptomatik ist nicht auf eine organische psychische Störung oder psychotrope Substanzen zurückzuführen



Anhang 2: Diagnoseschema F34.1

Diagnostik der Dysthymia nach ICD 10

