

Zurück an :

Klinik St. Irmingard
Sekretariat Psychotraumatologie
Osternacher Str. 103
83209 Prien am Chiemsee

Dr. Peter Heinz
Chefarzt Psychotraumatologie
Sekretariat Tel. +49 (8051) 607-530
Fax +49 (8051) 607-528
sekr.psychotraumatologie@st-irmingard.de
www.st-irmingard.de

ANMELDEBOGEN zur Wiederaufnahme auf die Traumastation

wahlweise auch zur Anmeldung für die Institutsambulanz für Komplexe Traumafolgestörungen (nach bereits vorausgegangenem Aufenthalt auf der Traumastation)

Die Angaben dieses Fragebogens sind ausschließlich für die Behandlung bestimmt und werden streng vertraulich behandelt. Bitte beantworten Sie die Fragen so zutreffend wie möglich (bitte in Druckschrift).

Name, Vorname: _____ Geb.- Datum: _____

PLZ _____ Wohnort _____ Str. _____

Tel. privat: _____ ggf. dienstlich: _____

Handy-Nr.: _____ E-Mail: _____

Krankenkasse: _____ Zusatz.-Vers. _____



A N M E L D E B O G E N

- zur stationären Therapie von Traumafolgestörungen (Wiederaufnahme)
- zur Behandlung in der Ambulanz für komplexe Traumafolgestörungen
(auch beide Kreuzchen sind möglich)
- noch unklar, ob ambulante oder stationäre Behandlung

Checkliste für die Anmeldung:

- Bitte vollständiges Ausfüllen des Anmeldebogens
- Zusendung von Arzt- und Therapieberichten stationärer und ambulanter Behandlungen seit dem letzten Aufenthalt in unserer Abteilung
- Möglichst Krankenhauseinweisung plus Überweisungsschein. Klären Sie bitte ggf. mit unserem Sekretariat, welche Formulare mit welchen diagnostischen Angaben erforderlich sind!
- Bitte beachten Sie auch das Informationsschreiben und den Anmeldebogen für Ihren ambulanten Therapeuten (Seite 16ff.), welche Sie bitte an diesen weiterleiten.

Zur Aufnahme für stationäre Krankenhausbehandlung:

- Beantragung der Kostenübernahme bei der Krankenkasse durch den zuweisenden Arzt in ausreichendem zeitlichen Abstand vor dem Aufnahmetermin (ca. 8 – 10 Wochen) und un-
aufgeforderte Zusendung an uns.
- Eine Kostenzusage ist nicht erforderlich bei folgenden Krankenkassen: SBK, Barmer, TKK, AOK, DAK und diversen Betriebskrankenkassen (klären Sie dies bitte ggf. mit unserem Sekretariat ab)



Angaben zum Kostenträger:

Kostenträger	Adresse des Kostenträgers	Vers. Nr.
Gesetzliche Krankenkasse		
Private Krankenversicherung		
Beihilfestelle		
Tagegeldversicherung		
Kostenzusage liegt bereits vor von folgenden Stellen:	<input type="checkbox"/> Krankenkasse <input type="checkbox"/> priv. Krankenversicherung <input type="checkbox"/> Beihilfestelle <input type="checkbox"/> Tagesgeldversicherung	Bitte Kopie der Zusagen der Anmeldung ggf. beilegen

Inanspruchnahme von Wahlleistungen:

Ich möchte folgende **Wahlleistungen** in Anspruch nehmen:

- Privatärztliche Behandlung** mit gesonderter Liquidation nach GOÄ
- Komfort-Zimmer Paket PRIMA ambiente: 35 € pro Tag** (Stand September 2023)
1-Bett-Zimmer, freundliche Zimmerausstattung inkl. Hotelbettwäsche und –vorhänge, Dekoartikel, Internet (WLAN), Telefon Flatrate, Minibar, TV, CD- & DVD-Player, Badetücher & -mantel, Parkplatz
- Komfort-Zimmer & Serviceleistungen Paket PRIMA ambiente plus: 38 € pro Tag**
(Stand September 2023)
Alle PRIMA ambiente Leistungen
Tageszeitung, Nordic-Walking-Stöcke, 7-Gang Fahrrad, Obstteller und Kaffe-/Kuchengutschein 1x wöchentlich

12 % Rabatt ab dem 1. Tag bei Buchung von PRIMA ambiente / ambiente plus von mind. 4 Wochen

Anreise:

Ich kann innerhalb 24 bis 72 Stunden anreisen Ja Nein

Ich benötige mindestens 1 – 2 Wochen Vorlaufzeit zur Aufnahme Ja Nein

Die Aufnahme kann erst ab dem _____ aus folgendem Grund erfolgen: _____

Der letzte Aufenthalt in der Klinik St. Irmingard war vom _____ bis _____.

Mein zuständiger Einzeltherapeut war: _____

Meine Behandlung sollte unbedingt durchgeführt werden von einem

- weiblichen Therapeuten männlichen Therapeuten
 beides ist möglich

Spezielle Fragen zu einer evtl. Behandlung in der Traumaambulanz:

Im Verlauf der Indikationsprüfung für die Behandlung in unserer Abteilung erhalten Sie ggf. weitere Information zur Institutsambulanz für komplexe Traumafolgestörungen. Es handelt sich um eine methoden- und berufsgruppenübergreifende Behandlung. Die Fahrtkosten werden nicht von der gesetzlichen Krankenkasse bezahlt und müssen im Regelfall selbst getragen werden.

Bei den nachfolgenden Fragen handelt es sich um orientierende und noch nicht verbindliche Auskünfte.

Die nachfolgenden Punkte bitte nur auszufüllen, falls eine Behandlung in der Ambulanz prinzipiell infrage kommt:

Ich komme mit dem PKW Ja Nein

Ich fahre selbst , ich werde gebracht

Ich komme mit dem Zug Ja Nein

Ich bin zeitlich soweit flexibel, dass ich Montag bis Mittwoch tagsüber ggf. auch für mehrere Stunden die Behandlung in der Ambulanz in Anspruch nehmen kann

Ja Nein

Ich kann sicherstellen, dass ich unterstützend auch an Online Therapie (Videogespräche) teilnehmen kann. Technische Voraussetzung (Smartphone, Tablet oder PC und ggf. WLAN) sind bei mir zuhause gegeben

Ja Nein

Ich werde derzeit noch in einer anderen psychiatrischen oder psychosomatischen Institutsambulanz behandelt

Ja Nein



Persönlicher Bericht für die Wiederaufnahme

1. Bitte beschreiben Sie Ihre wichtigsten Beschwerden und Probleme, aufgrund derer Sie wieder eine Behandlung in der Klinik St. Irmingard wünschen.

.....

.....

.....

.....

2. Wie haben sich Ihre Beschwerden oder Probleme seit Ihrer Entlassung entwickelt?

.....

.....

.....

.....

3. Wie hat sich die letzte stationäre Behandlung auf Ihre Beschwerden und Ihr Leben ausgewirkt?

.....

.....

.....

.....





4. Welche Therapiemaßnahmen waren für Sie beim letzten stationären Aufenthalt besonders hilfreich?

.....

.....

.....

.....

5. Welche wichtigen privaten und beruflichen Veränderungen und Ereignisse hat es in Ihrem Leben seit dem letzten Aufenthalt gegeben?

.....

.....

.....

.....

6. Befanden Sie sich seit der letzten stationären Behandlung in einer schweren seelischen Krise?

nein ja von _____ bis _____

Auslöser hierfür war: _____

7. Gab es dabei Gedanken, sich das Leben zu nehmen?

nein ja

Auslöser hierfür war: _____



8. Kam es seit der letzten stationären Behandlung zu selbstschädigendem Verhalten?

nein ja

in Form von _____

9. Trinken Sie zurzeit Alkohol?

nein ja nämlich _____ wie oft / wie viel _____

10. Nehmen Sie zurzeit Drogen?

nein ja nämlich _____ wie oft / wie viel _____

11. Welche Medikamente nehmen Sie zurzeit ein?

Bitte geben sie den Namen und die genaue Dosierung an.

Medikament	Dosierung	seit wann

12. Befinden Sie sich aktuell in ambulanter psychiatrischer Behandlung?

nein ja

Befinden Sie sich aktuell in ambulanter psychotherapeutischer Behandlung?

nein ja

Wenn ja, welches Ziel bzw. welche Themen standen im Vordergrund der Therapie

.....



Bitte geben Sie **Name, Adresse und Telefon-Nr.** Ihrer Behandler **vollständig** an und erteilen uns durch Ihre Unterschrift eine Schweigepflichtentbindung für evtl. Nachfragen bei den Vorbehandlern.

.....

.....

.....

.....

Schweigepflichtsentbindung: Ich entbinde die o.g. Ärzte / Therapeuten sowie die Ärzte der psychotraumatologischen Abteilung der Klinik St. Irmingard von der ärztlichen Schweigepflicht für behandlungsbezogenen Nachfragen.

Datum und Unterschrift:

13. Befanden Sie sich zwischenzeitlich in stationärer Behandlung?

- nein ja

Wenn ja, bitte geben Sie Klinik und Zeitraum der Behandlung an und fügen die entsprechenden Entlassungsbriefe bei bzw. veranlassen deren Übersendung an uns.

.....

.....

.....

.....

14. Was sollte sich für Sie durch die Behandlung in der Klinik St. Irmingard ändern?

Bitte nennen Sie drei konkrete Ziele, die Sie erreichen möchten?

1.

.....

2.

.....

3.

.....



Covid 19-bezogene Fragen:

Aufgrund der Onkologischen und Kardiologischen Fachabteilungen in der Klinik St. Irmingard sind die Covid-19-bedingten Auflagen sehr streng.

Sind Sie motiviert und in der Lage, die Therapie auch mit Maske durchzuführen? (sofern weiterhin entsprechende Auflagen durch das Gesundheitsamt bestehen)

Ja

Nein

Sind Sie gegen Covid 19 vollständig geimpft?

Ja

Nein

Sind Sie von Covid 19 genesen?

Ja

Nein

Datum und Unterschrift: _____

Herzlichen Dank für die Beantwortung unserer Fragen!

Internationaler Traumafragebogen

Im Folgenden sind Probleme und Beschwerden aufgelistet, die bei Menschen als Folgen von traumatischen oder belastenden Lebenserfahrungen auftreten. Bitte wählen Sie die Erfahrung aus, die Sie am meisten belastet und beantworten Sie die Fragen auf diese Erfahrung hin.

Belastende Lebenserfahrung _____

Wann fand dieses Erlebnis statt? (bitte eine der Möglichkeiten ankreuzen)

- | | |
|------------------------------|---------------------------|
| a. vor weniger als 6 Monaten | d. vor 5 bis 10 Jahren |
| b. vor 6 bis 12 Monaten | e. vor 10 bis 20 Jahren |
| c. vor 1 bis 5 Jahren | f. vor mehr als 20 Jahren |

Bitte lesen Sie jede Aussage gründlich durch und kreuzen dann die Zahl auf der rechten Seite an, die angibt, wie sehr Sie dieses Problem im letzten Monat belastet hat.

	<i>Gar nicht</i>	<i>Ein bisschen</i>	<i>Mittelmäßig</i>	<i>Ziemlich</i>	<i>Sehr stark</i>
P1. Aufwühlende Träume, in denen Teile des Erlebnisses wieder passierten oder die einen klaren Bezug zu dem Erlebnis hatten.	0	1	2	3	4
P2. Intensive Bilder oder Erinnerungen haben, die manchmal auftauchen und bei denen Sie sich fühlen, als ob das Erlebnis jetzt und hier gerade noch einmal stattfindet.	0	1	2	3	4
P3. Vermeiden, dass etwas von Innen an das Erlebnis erinnert (zum Beispiel Gedanken, Gefühle oder Körperempfindungen).	0	1	2	3	4
P4. Vermeiden, dass etwas von Außen an das Erlebnis erinnert (zum Beispiel Menschen, Orte, Gespräche, Dinge, Tätigkeiten oder Situationen).	0	1	2	3	4
P5. Extrem wachsam sein, aufmerksam oder „auf der Hut“ sein.	0	1	2	3	4
P6. Sich kribbelig fühlen oder leicht erschreckbar sein.	0	1	2	3	4

Haben sich die oben genannten Probleme im letzten Monat:

P7. Auf Ihre Beziehungen zu anderen Menschen oder Ihre sozialen Kontakte ausgewirkt?	0	1	2	3	4
P8. Auf Ihre Arbeit oder Ihre Arbeitsfähigkeit ausgewirkt?	0	1	2	3	4
P9. Auf irgendeinen anderen wichtigen Lebensbereich ausgewirkt, wie zum Beispiel Kindererziehung, Leistungen für Schule oder Universität oder sonstige wichtige Aktivitäten?	0	1	2	3	4



Hier stehen Probleme oder Symptome, die bei Menschen auftreten können, die irgendwann einmal belastende oder traumatische Erlebnisse hatten. Die Aussagen beziehen sich darauf, wie Sie typischerweise fühlen, typischerweise über sich selbst denken und sich typischerweise mit anderen Menschen verhalten. Bitte geben Sie an, wie sehr jede der Aussagen auf Sie zutrifft.

Wie sehr trifft dies auf Sie zu?

	Gar nicht	Ein bisschen	Mittelmäßig	Ziemlich	Sehr stark
C1. Wenn ich aufgebracht bin, dauert es bei mir lange bis ich mich wieder beruhige.	0	1	2	3	4
C2. Ich fühle mich wie abgestumpft oder gefühlsmäßig taub.	0	1	2	3	4
C3. Ich fühle mich als Versager.	0	1	2	3	4
C4. Ich fühle mich wertlos.	0	1	2	3	4
C 5. Ich fühle mich wie weit entfernt oder abgeschnitten von anderen Menschen.	0	1	2	3	4
C6. Ich finde es schwierig anderen Menschen gefühlsmäßig nahe zu bleiben.	0	1	2	3	4

Haben die oben genannten Probleme aus den Bereichen Gefühle, Einstellungen zu sich selbst und zu Beziehungen im letzten Monat:

C7. Bedenken oder Sorgen bezüglich Ihrer Beziehungen zu anderen Menschen oder Ihren sozialen Kontakten erzeugt?	0	1	2	3	4
C8. Sich auf Ihre Arbeit oder Ihre Arbeitsfähigkeit ausgewirkt?	0	1	2	3	4
C9. Sich auf irgendeinen anderen wichtigen Bereich Ihres Lebens ausgewirkt, wie zum Beispiel Kindererziehung, Leistungen für Schule oder Universität oder sonstige wichtige Aktivitäten?	0	1	2	3	4

International Trauma Questionnaire, Cloitre et al., 2018; Deutsche Übersetzung: Lueger-Schuster, Knefel, Maercker, 2018

Dieser Fragebogen besteht aus 8 Fragen über Erfahrungen und Erlebnisse, die Sie möglicherweise aus Ihrem alltäglichen Leben kennen. Bitte geben Sie an, in welchem Ausmaß Sie derartige Erlebnisse in den letzten 4

Wochen einschließlich heute gehabt haben. Bitte lassen Sie bei Ihren Antworten Episoden in Ihrem Leben unberücksichtigt, in denen Sie unter dem Einfluß von Alkohol, Drogen oder Medikamenten gestanden haben.

Bitte markieren Sie durch Umkreisen oder Ankreuzen die Prozentzahl, die zeigt, wie oft Ihnen so etwas passiert. 0% bedeutet niemals und 100% immer.

1. Einigen Menschen passiert es gelegentlich, sich an einem Ort zu befinden und nicht zu wissen, wie sie dorthin gekommen sind. Kennzeichnen Sie bitte mit Ihrer Antwort, wie häufig Ihnen dies passiert.

0% (nie) 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100% (immer)

2. Einigen Menschen passiert es gelegentlich, neue Dinge in ihrem Besitz zu finden, an deren Kauf sie sich nicht erinnern können. Kennzeichnen Sie bitte mit Ihrer Antwort, wie häufig Ihnen dies passiert.

0% (nie) 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100% (immer)

3. Einige Menschen machen manchmal die Erfahrung, neben sich zu stehen oder sich selbst zu beobachten, wie sie etwas tun; und dabei sehen sie sich selbst tatsächlich so, als ob sie eine andere Person betrachteten. Kennzeichnen Sie bitte mit Ihrer Antwort, wie häufig Ihnen dies passiert.

0% (nie) 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100% (immer)

4. Einigen Menschen wird manchmal gesagt, daß sie Freunde oder Familienangehörige nicht erkennen. Kennzeichnen Sie bitte mit Ihrer Antwort, wie häufig Ihnen dies passiert.

0% (nie) 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100% (immer)

5. Einige Menschen haben zuweilen das Gefühl, daß andere Personen, Gegenstände und die Welt um sie herum nicht wirklich sind. Kennzeichnen Sie bitte mit Ihrer Antwort, wie häufig Ihnen dies passiert.

0% (nie) 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100% (immer)

6. Einige Menschen haben zeitweise das Gefühl, daß ihr Körper oder ein Teil des Körpers nicht zu ihnen gehört. Kennzeichnen Sie bitte mit Ihrer Antwort, wie häufig Ihnen dies passiert.

0% (nie) 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100% (immer)

7. Einige Menschen stellen gelegentlich fest, daß sie in vergleichbaren Situationen so unterschiedlich handeln, daß sie das Gefühl haben, zwei unterschiedliche Personen zu sein. Kennzeichnen Sie bitte mit Ihrer Antwort, wie häufig Ihnen dies passiert.

0% (nie) 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100% (immer)

8. Einige Menschen stellen manchmal fest, daß sie bestimmte Stimmen in ihrem Kopf hören, die sie anweisen Dinge zu tun, oder die ihr Handeln kommentieren. Kennzeichnen Sie bitte mit Ihrer Antwort, wie häufig Ihnen dies passiert.

0% (nie) 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100% (immer)

DES-T (Spitzer, Freyberger, Brähler, Beutel, Stieglitz, 2015)



Wie oft fühlten Sie sich im Verlauf der <u>letzten 2 Wochen</u> durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?	Überhaupt nicht	An einzelnen Tagen	An mehr als der Hälfte der Tage	Beinahe jeden Tag
Wenig Interesse oder Freude an Ihren Tätigkeiten	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Niedergeschlagenheit, Schwermut oder Hoffnungslosigkeit.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Schwierigkeiten ein- oder durchzuschlafen oder vermehrter Schlaf	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Müdigkeit oder Gefühl, keine Energie zu haben	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Verminderter Appetit oder übermäßiges Bedürfnis zu essen	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Schlechte Meinung von sich selbst; Gefühl, ein Versager zu sein oder die Familie enttäuscht zu haben	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Schwierigkeiten, sich auf etwas zu konzentrieren, z.B. beim Zeitunglesen oder Fernsehen	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Waren Ihre Bewegungen oder Ihre Sprache so verlangsamt, dass es auch anderen auffallen würde? Oder waren Sie im Gegenteil „zappelig“ oder ruhelos und hatten dadurch einen stärkeren Bewegungsdrang als sonst?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Gedanken, dass Sie lieber tot wären oder sich Leid zufügen möchten	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3

Wenn eines oder mehrere dieser Probleme bei Ihnen vorliegen, geben Sie bitte an, wie sehr diese Probleme es Ihnen erschwert haben, Ihre Arbeit zu erledigen, Ihren Haushalt zu regeln oder mit anderen Menschen zurecht zu kommen:

Überhaupt nicht erschwert

Etwas erschwert

Relativ stark erschwert

Sehr stark erschwert

Wie oft fühlten Sie sich im Verlauf der <u>letzten 2 Wochen</u> durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?	Überhaupt nicht	An einzelnen Tagen	An mehr als der Hälfte der Tage	Beinahe jeden Tag
Nervosität, Ängstlichkeit oder Anspannung	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Nicht in der Lage sein, Sorgen zu stoppen oder zu kontrollieren	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Übermäßige Sorgen bezüglich verschiedener Angelegenheiten	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Schwierigkeiten zu entspannen	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Rastlosigkeit, so dass Stillsitzen schwer fällt	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Schnelle Verärgerung oder Gereiztheit	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Gefühl der Angst, so als würde etwas Schlimmes passieren	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3

Wenn eines oder mehrere dieser Probleme bei Ihnen vorliegen, geben Sie bitte an, wie sehr diese Probleme es Ihnen erschwert haben, Ihre Arbeit zu erledigen, Ihren Haushalt zu regeln oder mit anderen Menschen zurecht zu kommen:

Überhaupt nicht erschwert

Etwas erschwert

Relativ stark erschwert

Sehr stark erschwert



Wie stark fühlten Sie sich im Verlauf der <u>letzten 4 Wochen</u> durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?	Nicht be- einträchtigt	Wenig be- einträchtigt	Stark be- einträchtigt
a. Bauchschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Rückenschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Schmerzen in Armen, Beinen oder Gelenken (Knie, Hüften usw.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Menstruationsschmerzen oder andere Probleme mit der Menstruation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Schmerzen oder Probleme beim Geschlechtsverkehr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Schmerzen im Brustbereich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Schwindel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Ohnmachtsanfälle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. Herzklopfen oder Herzrasen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k. Kurzatmigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l. Verstopfung, nervöser Darm oder Durchfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m. Übelkeit, Blähungen oder Verdauungsbeschwerden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wenn eines oder mehrere dieser Probleme bei Ihnen vorliegen, geben Sie bitte an, wie sehr diese Probleme es Ihnen erschwert haben, Ihre Arbeit zu erledigen, Ihren Haushalt zu regeln oder mit anderen Menschen zurecht zu kommen:

Überhaupt nicht
erschwert

Etwas
erschwert

Relativ stark
erschwert

Sehr stark
erschwert

Herzlichen Dank für die Beantwortung unserer Fragen!



Allgemeine Informationen für zuweisende Psychotherapeuten und Ärzte zur Abteilung für Psychotraumatologie

Die Abteilung für Psychotraumatologie richtet sich primär an PatientInnen mit Erfahrungen sexualisierter Gewalt in der Kindheit (70-80%), die schwere und chronische posttraumatische Belastungsstörungen sowie zahlreiche Komorbiditäten (affektive Störungen, Angststörungen, Essstörungen, Zwangsstörungen, Persönlichkeitsstörungen, dissoziative Störungen usw.) aufweisen. Die psychotherapeutische Behandlung bei komplexen Traumafolgestörungen erfordert in aller Regel längerfristige, über mehrere Jahre angelegte Maßnahmen, die oft auch eine Kombination von ambulanten und stationären Therapien beinhalten.

Die Abteilung für Psychotraumatologie der Klinik St. Irmingard verfügt ab Januar 2022 neben der Traumastation auch über eine Institutsambulanz für komplexe Traumafolgestörungen. Wenn sich abzeichnet, dass die bisherigen ambulanten Therapieangebote zur Erreichung der Behandlungsziele nicht ausreichen, möchten wir Sie daher gerne bei der Einleitung von traumaspezifischen Behandlungsmaßnahmen im Rahmen unserer Fachklinik unterstützen.

Institutsambulanz für Patientinnen und Patienten mit komplexen Traumafolgestörungen

Die Klinik St. Irmingard eröffnet im Januar 2022 eine Psychosomatische Institutsambulanz (nach § 118 Absatz 3 SGBV) mit einer Spezialisierung für Patientinnen und Patienten mit komplexen Traumafolgestörungen. Zielsetzung ist es, dieser bisher ambulant wie auch stationär unterversorgten Patientengruppe eine bedarfsgerechte, qualitativ hochwertige ambulante Behandlung zu ermöglichen.

Die Ambulanz wird schrittweise aufgebaut und beginnt ihre Tätigkeit zunächst im Rahmen einer Pilotphase.

Das Wichtigste in Kürze:

- Unsere Behandlungskapazitäten sind zunächst noch stark limitiert, sodass sich ggf. auch im Rahmen der Ambulanz leider längere Wartezeiten ergeben können bzw. dass nicht alle Patienten, für welche formal die Zugangsvoraussetzungen bestehen, aufgenommen werden können!
- Wir bieten derzeit nur Leistungen an, wenn parallel eine psychotherapeutische Behandlung bei einem niedergelassenen Kollegen sichergestellt ist.
- Die Betreuung von Akuttraumatisierten (ohne bereits geregelte ambulante Psychotherapie) ist nicht möglich
- Es handelt sich um ein multiprofessionelles und berufsgruppenübergreifendes Angebot.
Schwerpunkte sind u.a.:
 - Unterstützung bei der Entwicklung eines Gesamtbehandlungsplanes, ggf. unter Berücksichtigung von kombinierten Maßnahmen im ambulanten und stationären Setting
 - Niederfrequente multiprofessionelle Mitbetreuung: z.B. Skillstraining, Körper- oder Kunsttherapie, sozialarbeiterische Unterstützung. Diese Maßnahme kann auch während der Wartezeit auf einen stationären Aufenthalt erfolgen.
 - Differentialdiagnostik von Traumafolgestörungen
 - Poststationäre Weiterbetreuung

Das ambulante Stundenkontingent im Rahmen einer Richtlinienpsychotherapie wird durch die zusätzliche Behandlung in der Institutsambulanz nicht eingeschränkt. Die parallele Nutzung wird im bayerischen Landesvertrag nach §118 Abs. 3 SGBV ausdrücklich gestattet. Der gezielte Einsatz der Ambulanz zur Praxisvertretung in Urlaubs- oder Krankheitszeiten ist hingegen nicht möglich.

Welche Patienten (mit welchen Diagnosen) können in der Institutsambulanz für komplexe Traumafolgestörungen behandelt werden?

Infolge der gesetzlichen Vorgaben nach § 118 kann nur eine besonders stark betroffene Untergruppe von traumatisierten Patienten behandelt werden.

- Diagnostische Voraussetzungen: Diagnose oder Verdachtsdiagnose einer Posttraumatischen Belastungsstörung F43.1 plus einer damit verbundenen somatischen Diagnose. Bei dieser zusätzlichen Diagnose sollte es sich um ein körperliches Leiden handeln, das in einer sich negativ auswirkenden Wechselwirkung mit dem psychischen Störungsbild steht. Der Zusammenhang kann weit gefasst sein. In vielen Fällen ist die Behandlung der körperlichen Erkrankung durch depressive Stimmungslagen mit sozialem Rückzug, durch unterschiedlichste Ängste oder Befürchtungen, mangelnde Selbstfürsorge oder Vermeidungsverhalten stark beeinträchtigt. Die somatische Diagnose ist in den gesetzlichen Vorgaben nicht genauer spezifiziert. Es kann sich um Störungsbilder aus jedem medizinischen Fachgebiet handeln, beispielsweise um einen schwer einstellbaren Diabetes mellitus, eine ausgeprägte Adipositas, einen Morbus Crohn, um rezidivierende Schmerzen bei einer orthopädischen oder neurologischen Grunderkrankungen oder um den erschwerten Verlauf einer chronischen Hauterkrankung.
- Bei Vorliegen (oder beim Verdacht auf das Vorliegen) einer dissoziativen Störung F44 oder einer somatoformen Störung F45 ist keine separate somatische Diagnose erforderlich.
- Das Behandlungsangebot besteht für volljährige, gesetzlich versicherte Patienten. Ein Anspruch auf Leistungen im Rahmen der Privaten Krankenversicherung und anderen Kostenträgern besteht derzeit nicht (kann aber u. U. im Einzelfall mit dem Kostenträger vereinbart werden). Eine Finanzierung über den Fonds Sexueller Missbrauch ist in Fällen ohne anderweitige Kostenübernahme zu diskutieren.

Wer kann nicht in unserer Institutsambulanz behandelt werden?

- Arbeits- oder Wegeunfallopfer. Diese Patientengruppe erhält Leistungen im Rahmen des Psychotherapeutenverfahrens der Gesetzlichen Unfallversicherung. Wenden Sie sich bitte an die zuständige Berufsgenossenschaft.
- Opfer von Gewalttaten im Rahmen des Opferentschädigungsgesetz (OEG). Betroffene von Akuttraumatisierungen im Rahmen zwischenmenschlicher Gewalt können derzeit noch nicht über unsere Institutsambulanz versorgt werden.
- Traumatisierte Geflüchtete (ohne Krankenkassenkarte) können derzeit ebenfalls nicht über die Institutsambulanz versorgt werden.

Überweisung in die Institutsambulanz

Die Inanspruchnahme der Ambulanz erfolgt per Überweisung unter Angabe der o.g. Diagnosen oder Verdachtsdiagnosen. Die Überweisung kann nach §118 SGB V ausschließlich durch die nachfolgend genannten Arztgruppen vorgenommen werden:

- Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
- Facharzt für Psychiatrie
- Ärztlicher Psychotherapeut
- eine Überweisung durch einen Psychologischen Psychotherapeuten ist nicht möglich.

Bitte nutzen Sie für die Anmeldung und den patientenbezogenen Austausch den „**Bogen für den ambulanten Therapeuten**“. Das Procedere der Zuweisung ist dort detailliert beschrieben.

Stationäre Behandlung auf der Traumastation

Nach erstmaliger Anmeldung und positiver Indikationsprüfung im Rahmen eines Vorgesprüches bieten wir PatientInnen mit ambulanter Therapie (oder realistischer Perspektive einer demnächst beginnenden ambulanten Therapie) eine stationäre Orientierungstherapie an. Das Konzept für diese vier- bis sechswöchige Behandlung ist regressionsbegrenzend ausgerichtet, stark durch die Prinzipien der Dialektisch-Behavioralen Therapie geprägt und fokussiert darauf, ambulante Therapiefähigkeit zu fördern. Zugleich dient der Aufenthalt der langfristigen Behandlungsplanung. Längere Aufenthalte bieten wir in der Folge eines Orientierungsaufenthaltes nur dann an, wenn im Rahmen des vereinbarten integrierten, langfristigen Behandlungsplanes die Notwendigkeit besteht, einen Behandlungsschritt stationär zu machen, der ambulant nicht möglich ist. Typischerweise ist das die Traumakonfrontation. Stationäre Aufnahmen zur Bewältigung akuter Krisen oder wiederholte Aufenthalte zur Stabilisierung sieht unser Konzept auch vor dem Hintergrund der Gefahr von Hospitalisierungsschäden nicht vor.

Infolge des Missverhältnisses zwischen Anmeldungen und verfügbaren Behandlungskapazitäten ergeben sich leider lange Wartezeiten bis zu einer stationären Aufnahme. Um den Aufnahmedruck zu reduzieren, mussten wir weitere Filter einbauen:

- Eingrenzung eines regionalen Einzugsbereichs von 150km um die Klinik für gesetzlich Versicherte
- Begrenzung der Verweildauer beim Erstaufenthalt auf ca. 4 - 6 Wochen im Rahmen des o.g. Orientierungssettings. Die Durchführung einer Traumakonfrontation ist oft erst im Rahmen eines meist längeren Folgeaufenthaltes möglich.

Einweisung zur stationären Behandlung auf der Traumastation

Auch bei einer Einweisung zur stationären Behandlung bemühen wir uns, die Indikationsprüfung für die Behandlung über die Institutsambulanz vorzunehmen, sofern die oben aufgeführten Voraussetzungen für die Inanspruchnahme bestehen (und unsere Behandlungskapazitäten dafür ausreichen). Vorteil dieser Vorgehensweise ist, dass wir dann im Rahmen von mehreren Terminen ggf. auch ausführlichere Maßnahmen zur Diagnostik und Behandlungsplanung anbieten zu können. In begrenzten Fällen kann zur Vorbereitung auf den stationären Aufenthalt bereits niederfrequent eine methoden- und berufsgruppenübergreifende Behandlung über die Ambulanz eingeleitet werden.

Bitte nutzen Sie für die Anmeldung und den patientenbezogenen Austausch den „**Bogen für den ambulanten Therapeuten**“. Das Procedere der Zuweisung ist dort detailliert beschrieben.

Bitte zurück an:

Klinik St. Irmingard GmbH
Sekretariat Psychotraumatologie
Osternacher Straße 103
83209 Prien am Chiemsee

Dr. Peter Heinz
Chefarzt Psychotraumatologie
Sekretariat Tel. +49 (8051) 607-530
Fax +49 (8051) 607-528
sekr.psychotraumatologie@st-irmingard.de
www.st-irmingard.de

Bogen für den ambulanten Therapeuten

Anmeldung zur Wiederaufnahme auf die Traumastation oder zur Behandlung
in der Institutsambulanz für komplexe Traumafolgestörungen

Sehr geehrte Kollegin, sehr geehrter Kollege,
Ihre Patient*in beabsichtigt eine Wiederaufnahme auf die Traumastation oder möchte sich nach einer bereits
erfolgten stationären Behandlung in unserer Abteilung nun in der Institutsambulanz behandeln lassen. Uns ist
die Abstimmung der jeweiligen Maßnahme mit Ihnen außerordentlich wichtig.

Wir bitten Sie daher, zunächst den vorausgehenden Abschnitt „**Informationen für zuweisende Psycho-
therapeuten und Ärzte**“ zu lesen.

- Um eine Patientin oder einen Patienten anzumelden, bitten wir Sie, uns den nachfolgenden Fragebo-
gen ausgefüllt zukommen zu lassen.
- Sehr dankbar sind wir Ihnen für einen aktueller schriftlicher Bericht oder auch eine Kopie eines bereits
vorliegenden Psychotherapieantrags (bitte senden an obige Adresse).

betrifft Patient (Name):.....

ambulanter Therapeut (Name, Anschrift):.....

Telefonische Erreichbarkeit (Tel.-Nr. , Sprechzeiten):

Erreichbarkeit per E-Mail (anonymisierter Austausch):.....

Differentielle Abklärung der Behandlungsindikation bzgl. der Abteilung für Psychotraumatologie

Mein Anliegen als Zuweiser ist:

- Anmeldung zur stationären Wiederaufnahme
- Anmeldung zur Behandlung in der Traumaambulanz.
- Ich bin prinzipiell mit beiden Behandlungsmöglichkeiten einverstanden, falls sich seitens der
Klinik für Psychotraumatologie eine Behandlungsoption hierfür ergibt



Voraussetzungen für eine Wiederaufnahme auf die Traumastation:

Eine Wiederaufnahme auf die Traumastation unterstützen wir nur,.....

- wenn die Maßnahme einem prognostisch aussichtsreichen und schlüssigen Gesamtbehandlungsplan mit dem Schwerpunkt in der ambulanten Therapie folgt (realistische Ziele, die nur in mehreren Etappen und unter Einsatz multimodaler Therapieansätze erreichbar sind).
- wenn der angestrebte Fortschritt im Heilungsprozess nur durch die Einbeziehung der Mittel des Krankenhauses (Forderung nach SGB V) erreichbar ist.
- wenn die Therapiemotivation der Patientin / des Patienten und die Bereitschaft zur Übernahme von Eigenverantwortung sehr hoch ist.
- wenn die am Ende des vorausgegangenen Aufenthaltes formulierten Zwischenziele soweit als möglich umgesetzt wurden und die erarbeiteten selbstregulatorischen Fertigkeiten („Skills“) weiter konsequent eingesetzt wurden.

Voraussetzungen für die Nutzung der Institutsambulanz:

Die Behandlung in einer psychosomatischen Institutsambulanz ist nach gesetzlichen Vorgaben grundsätzlich nur möglich bei Vorliegen einer 1) somatoformen oder 2) dissoziativen Störung oder aber bei 3) einer für den Behandlungsverlauf bedeutsamen negativen Wechselwirkung zwischen einer psychischen und somatischen Störung (nähere Angaben siehe in den **Informationen für zuweisende Psychotherapeuten und Ärzte**)

Procedere der Zuweisung:

- bitte immer (auch bei primär angedachter Anmeldung für die Ambulanz) einen **Einweisungsschein** beilegen.
- wenn die Nutzung der Institutsambulanz infrage kommt oder vordringliches gewünscht ist, bitte auch einen **Überweisungsschein** beifügen.

Der Überweisungsschein für die Nutzung der Psychosomatischen Institutsambulanz kann nach §118 nur von einem Arzt ausgefüllt werden (Siehe **Informationen für zuweisende Psychotherapeuten und Ärzte**).

- ich bin selbst Arzt und lege bei Erfüllung der Diagnosevoraussetzungen den Überweisungsschein selbst bei.
- die Überweisung wird noch beim behandelnden Psychiater organisiert und nachgesandt.

Die formale Abwicklung der Zuweisung ist manchmal leider etwas komplizierter. Nehmen Sie gerne auch die Beratung durch unser Sekretariat in Anspruch (Di/Do/Fr 9-12 Uhr, Telefon 08051/607-530), falls Sie Unterstützung benötigen.

Bei Unsicherheiten oder Unklarheiten: kein Problem. Wir melden uns ggf. wegen weiterer Absprachen!

Angaben zur bisherigen ambulanten Behandlung:

Therap. Verfahren: VT tiefenpsycholog. psychoanalytisch andere:.....

Wie viele Std. voraussichtlich noch zur Verfügung?.....

- Die ambulante Therapie läuft in Kürze aus oder kann von mir nicht weitergeführt werden (bitte ggf. um Angabe von Gründen).....

Arbeiten Sie selbst mit traumatherapeutischen Methoden? Ggf. welche?.....

Traumakonfrontation im amb. Setting wurde bereits angewandt: nein ja ggf. welche Methode / Anzahl der Sitzungen / welche Erfahrungen?.....

Angaben zur vorausgegangenen stationären Therapie in unserer Abteilung:

Wie beurteilen Sie den Erfolg des vorausgegangenen Aufenthaltes?

.....
.....

Wie beurteilen Sie die Umsetzung der vereinbarten Zwischenziele / Nutzung der Skills? (siehe Entlassbericht oder entsprechende Arbeitsblätter des Patienten)

.....
.....

Welche Therapieziele sollten aus Ihrer Sicht bei einem weiteren stat. Aufenthalt angestrebt werden?

.....
.....

Klärung des Arbeitsauftrages an die Klinik für Psychotraumatologie

Empfehlenswerte Schwerpunkte/Therapieziele im Rahmen der Therapie

in der Ambulanz oder auf Station

	Nein	vielleicht	Ja	Anmerkungen
Diagnostik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Skillstraining	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Körpertherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kunsttherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arbeit an destruktiven Bindungen (ggf. welche?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Probleme in Partnerschaft/mit Kindern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Klärung sozialrechtlicher Fragen (ggf. welche?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Klärung Arbeitssituation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einleitung zusätzlicher amb. Unterstützungsangebote	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Änderung der Psychopharmakotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Traumakonfrontation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere Anliegen an die Klinik (ggf. welche?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			

Vielen Dank für Ihre Unterstützung durch die Beantwortung der Fragen!

Datum: **TherapeutIn** (bitte Unterschrift und Praxisstempel)

Unterschrift TherapeutIn

