



# Magazin



## Posttraumatische Belastungsstörungen

Normalreaktion auf ein außergewöhnliches Belastungsereignis

- ▶ Diagnostik und Symptome
- ▶ Therapie
- ▶ Rehabilitation



## Adressen und Kontakte auf einen Blick

### Michels Kliniken

- 

■ **Michels Kliniken Zentralverwaltung**  
Robert-Bosch-Straße 5 · 48153 Münster  
Telefon (02 51) 78 00 00 · Telefax (02 51) 780 00 50  
info@michelskliniken.de · www.michelskliniken.de  
Büro Berlin: Fasanenstraße 5 · 10623 Berlin  
Telefon (030) 800 929 100 · Telefax (030) 800 929 111
- 

■ **Brandenburg Klinik Bernau bei Berlin**  
Brandenburgallee 1 · 16321 Bernau bei Berlin  
Telefon (03 33 97) 30 · Telefax (03 33 97) 333 44  
info@brandenburgklinik.de · www.brandenburgklinik.de
- **Orthopädie**  
Ärztliche Leitung: CA Dr. med. Horst Reich  
Telefon (03 33 97) 312 00 · Telefax (03 33 97) 339 01  
reich@brandenburgklinik.de
- **Kardiologie**  
Ärztliche Leitung: CA Dr. med. Evelin Lieback  
Telefon (03 33 97) 326 00 · Telefax (03 33 97) 333 79  
lieback@brandenburgklinik.de
- **Neurologische Frührehabilitation und Neurologie AHB**  
Ärztliche Leitung: CA Prof. Dr. med. Michael Jöbges  
Telefon (03 33 97) 341 73 · Telefax (03 33 97) 340 44  
joebges@brandenburgklinik.de
- **Psychosomatik und Psychotherapie**  
Ärztliche Leitung: CA Privatdozent Dr. med. Tom-Alexander Konzag  
Telefon (03 33 97) 331 00 · Telefax (03 33 97) 333 43  
konzag@brandenburgklinik.de
- 

■ **Herzog-Julius-Klinik**  
Kurhausstraße 13–17 · 38667 Bad Harzburg  
Telefon (0 53 22) 79 00 · Telefax (0 53 22) 79 02 00  
info@herzog-julius-klinik.de · www.herzog-julius-klinik.de  
Ärztliche Leitung: CA Dipl.-med. Waldemar Czosnowski  
Telefon (0 53 22) 79 07 00 · Telefax (0 53 22) 79 07 05  
czosnowski@herzog-julius-klinik.de
- **Nordseeklinik Norderney**  
Bülowallee 6 · 26548 Norderney  
Telefon (0 49 32) 880 · Telefax (0 49 32) 88 12 00  
info@nordsee-klinik-norderney.de · www.nordsee-klinik-norderney.de  
CA Dermatologie: Dr. Axel Schlieter  
Telefon (0 49 32) 88 17 00 · Telefax (0 49 32) 88 17 02  
schlieter@nordsee-klinik-norderney.de  
CA Pneumologie: Dr. Gerhard Lehmer  
Telefon (0 49 32) 88 17 01 · Telefax (0 49 32) 88 17 02  
lehmer@nordsee-klinik-norderney.de
- **Haus Hanseatic · Haus Wilhelm-Augusta**  
Gartenstraße 47 · 26548 Norderney  
Telefon (0 49 32) 88 19 07 · Telefax (0 49 32) 88 12 00  
info@nordsee-klinik-norderney.de · www.nordsee-klinik-norderney.de  
CA Pädiatrie: Dr. Stefan Hammann  
Telefon (0 49 32) 88 45 10 · Telefax (0 49 32) 88 42 00  
hammann@nordsee-klinik-norderney.de
- 

■ **Sachsenklinik Bad Lausick**  
Parkstraße 2 · 04651 Bad Lausick  
Telefon (03 43 45) 30 · Telefax (03 43 45) 312 00  
sak@sachsenklinik.de · www.sachsenklinik.de
- **Orthopädie**  
Ärztliche Leitung: CÄ Dr. med. Heike-Kathrin Gansen, MBA  
Telefon (03 43 45) 317 00 · Telefax (0 34 25) 316 56  
gansen@sachsenklinik.de
- **Neurologie**  
Ärztliche Leitung: Prof. Dr. med. habil. Horst Hummelsheim  
Telefon (0 34 25) 88 88 12 · Telefax (0 34 25) 88 88 77  
hummelsheim@sachsenklinik.de



### NRZ Neurologisches Rehabilitationszentrum Leipzig

Muldentalweg 1 · 04828 Bennewitz  
Telefon (0 34 25) 88 80 · Telefax (0 34 25) 88 88 88  
nrz@sachsenklinik.de · www.nrz-leipzig.de  
Ärztliche Leitung: Prof. Dr. med. habil. Horst Hummelsheim  
Telefon (0 34 25) 88 88 12 · Telefax (0 34 25) 88 88 77  
hummelsheim@sachsenklinik.de

- **Tagesklinik am NRZ Leipzig**  
Waldstraße 14 · 04105 Leipzig  
Telefon (03 41) 58 98 80 · Telefax (03 41) 589 88 55  
tagesklinik@sachsenklinik.de · www.tagesklinik-nrz.de

### Michels Pflegeheime

- **SeniorenResidenz Lindenhof**  
Offenbachstraße 160 · 16321 Bernau bei Berlin  
Telefon (03 33 97) 329 00 · Telefax (03 33 97) 329 01  
Leitung: Roswitha Reimer  
reimer@brandenburgklinik.de  
info@seniorenresidenz-lindenhof.de · www.seniorenresidenz-lindenhof.de
- **SeniorenResidenz LindenhofPlus**  
Offenbachstraße 160 · 16321 Bernau bei Berlin  
Telefon (03 33 97) 329 00 · Telefax (03 33 97) 329 01  
Leitung: Roswitha Reimer  
reimer@brandenburgklinik.de  
info@seniorenresidenz-lindenhof.de · www.seniorenresidenz-lindenhof.de
- **Wachkomazentrum Regine-Hildebrandt-Haus**  
Kurallee 45 · 16321 Bernau bei Berlin  
Leitung: Martin Stams  
Telefon (03 33 97) 328 00 · Telefax (03 33 97) 328 28  
info@wachkomazentrum-rhh-bernaue.de  
www.wachkomazentrum-rhh-bernaue.de
- **Haus Birkenhof**  
Johann-Strauß-Straße 2 · 16321 Bernau bei Berlin  
Leitung: Martin Stams  
Telefon (03 33 97) 328 21 · Telefax (03 33 97) 333 44  
info@birkenhofpflege.de
- **Wachkomazentrum Hannelore-Kohl-Haus**  
Muldentalweg 1 · 04828 Bennewitz  
Telefon (0 34 25) 88 85 60 · Telefax (0 34 25) 88 85 90  
Leitung: Gabriele Tutte  
Telefon (0 34 25) 88 87 00 · Telefax (0 34 25) 88 87 99  
hkh@muldentalpflege.de · www.wachkomazentrum-hkh-bennewitz.de
- **Haus Muldental**  
Muldentalweg 1 · 04828 Bennewitz  
Telefon (0 34 25) 88 87 01 · Telefax (0 34 25) 88 87 99  
Leitung: Gabriele Tutte  
Telefon (0 34 25) 88 87 00 · Telefax (0 34 25) 88 87 99  
hmtl@muldentalpflege.de · www.muldentalpflege.de
- **Pflegeheim Parkblick Taucha**  
Am Schmiedehöfchen 1 · 04425 Taucha  
Telefon (03 42 98) 35 20 · Telefax (03 42 98) 352 70  
Leitung: Christel Trotte  
Telefon (03 42 98) 352 11 · Telefax (03 42 98) 352 70  
parkblick@muldentalpflege.de · www.pflegeheim-parkblick-taucha.de
- **Senioren-Residenz am Theater Solingen**  
Konrad-Adenauer-Straße 63 · 42651 Solingen  
Telefon (02 12) 22 23 30 · Telefax (02 12) 222 33 49  
Leitung: Christine Werchan  
info@michels-altenpflege.de

## Inhalt

Normalreaktion auf ein außergewöhnliches Belastungsereignis Was passiert bei einem Trauma?	4
Diagnostik, Symptomatik und Genese Traumafolgestörungen	6
Somatoforme und somatopsychische Erkrankungen Speicherung von Körperempfindungen und Erkrankung	9
Das Phasenmodell der Traumapsychotherapie	11
Stationäre Rehabilitation von Traumafolgestörungen in der Brandenburg Klinik	13
Qualitätsmanagement Herzog-Julius-Klinik Bad Harzburg Brandenburg Klinik Bernau bei Berlin	15 15
Intern Neurologische Rehabilitation – Studie am NRZ Neurologische Rehabilitation – zwei Projekte an der BBK News Mitarbeiter	16 16 17

## Liebe Leserinnen, liebe Leser,

die aktuelle Ausgabe des Klinikmagazins befasst sich thematisch mit den Folgen schwerer psychischer Verletzungen – den Posttraumatischen Belastungsstörungen: Etwa 80 Prozent aller Menschen werden mindestens einmal im Leben mit einer Situation konfrontiert, die eine psychische Traumatisierung zur Folge haben kann – Verbrechen, sexuelle Übergriffe, Schicksalsschläge können unter anderem der oder die Auslöser sein. Während viele Betroffene diese Ereignisse mehr oder weniger allein verarbeiten können, benötigen andere Menschen psychologische und medizinische Unterstützung bei der Bewältigung der Traumafolgestörungen.

Was bei einem Trauma geschieht, welche therapeutischen und rehabilitativen Möglichkeiten zur Verfügung stehen, erfahren Sie in diesem Heft.

Vier unserer fünf Klinikstandorte sind jetzt mit dem Qualitätssiegel der EQ-Zert ausgezeichnet, die Nordseeklinik Norderney wird, als fünfte Michels-Klinik und somit abschließend, noch im November ihre Zertifizierung durchlaufen. Das Neurologische Rehabilitationszentrum Leipzig und die Sachsenklinik Bad Lausick wurden bereits in 2007 erfolgreich zertifiziert, die Brandenburg Klinik im Januar dieses Jahres und im Juni folgte dann die Herzog-Julius-Klinik Bad Harzburg (siehe Seite 15). Wir danken unseren Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern für Ihr Engagement!

Wir wünschen Ihnen eine anregende Lektüre!



*Kurt Michels*

Kurt Michels



*K.-J. Michels*

Kurt-Josef Michels



*Kai-Uwe Michels*

Kai-Uwe Michels

## Impressum

- **Herausgeber**  
Michels Kliniken  
Fasanenstraße 5 · 10623 Berlin  
Telefon (030) 800 92 91 00 · Telefax (030) 800 92 91 11  
info@michelskliniken.de · www.michelskliniken.de
- **V.i.S.d.P.**  
Kurt Michels · Kurt-Josef Michels · Kai-Uwe Michels
- **Redaktion**  
PD Dr. med. Tom-Alexander Konzag · Telefon (03 33 97) 331 00  
Chefarzt der Abteilung für Psychosomatik und Psychotherapie  
Dipl. Psych. Oliver Ungerer  
Leiter der Psychotraumatologie  
Bettina Schaarschmidt · Telefon (030) 800 92 93 00  
MMK Mediatas Media-Kontor GmbH
- **Gestaltung, Satz und Produktion**  
MMK Mediatas Media-Kontor GmbH · Ann-Katrin Supiran
- **Fotografie**  
MMK Mediatas Media-Kontor GmbH · Autoren
- **Auflage**  
5.000 Exemplare

Normalreaktion auf ein außergewöhnliches Belastungsereignis

# Was passiert bei einem Trauma?

Etwa 80 % aller Menschen werden mindestens einmal im Leben mit einer Situation konfrontiert, welche die Möglichkeit einer psychischen Traumatisierung in sich birgt. In der Regel kann nach einer kurzen Zeit der Irritation mit vorübergehenden psychologischen Symptomen ein großer Teil der Betroffenen diese Ereignisse verarbeiten. Jedoch erkranken rund 10% der Bevölkerung westlicher Industrienationen einmal im Leben an einer psychischen Störung in Folge von Traumata. Dies verdeutlicht die erhebliche medizinische Bedeutung der Traumafolgestörungen.



Traumatische Ereignisse bedrohen die körperliche oder psychische Unversehrtheit

sonelle Gewalterfahrungen im Gegensatz zu Katastrophen und Schicksalsschlägen, die Art der Beziehung zum Täter sowie die resultierenden körperlichen Schäden sind von entscheidender Bedeutung.

Die schädigende Wirkung einer Situation wird empirisch durch die bedingte Auftretenswahrscheinlichkeit der Posttraumatischen Belastungsstörung oder anderer psychischer Störungen nach Exposition mit diesem Stressortyp errechnet. Unbehandelt entwickelt sich je nach Ereigniskategorie in ca. 15% (schwere Unfälle) bis 60–80% (sexuelle Gewalt) eine Posttraumatische Belastungsstörung, welche von verschiedenen anderen psychischen Störungen begleitet werden kann (Somatisierungsstörungen, Suchterkrankungen, dissoziative Störungen, Persönlichkeitsstörungen).

Im Alltag werden Ereignisse oft schnell als „traumatisierend“ bezeichnet. Vielfach wird dieser Begriff allerdings nicht richtig angewendet. Im Sinne einer fachlich-wissenschaftlichen Sichtweise ist eine Unterscheidung zwischen belastenden Lebensereignissen und traumatischen Erlebnissen notwendig. Ein Ereignis oder eine Situation wird nur dann als „psychisches Trauma“ bezeichnet, wenn von ihr eine außergewöhnliche Bedrohung ausgeht bzw. wenn sie ein katastrophenartiges Ausmaß erlangt und sie gleichzeitig von intensivem Furcht-, Hilflosigkeitserleben oder Erschrecken begleitet wird. Traumatische Ereignisse bedrohen die körperliche oder psychische Unversehrtheit, das Leben.

Die Merkmale der traumatischen Situationen bestimmen das Erkrankungsrisiko erheblich. Besonders die Faktoren Lebensalter bei Beginn der Traumatisierung, Dauer der Exposition, interper-

Häufigkeit der posttraumatischen Belastungsstörung nach Belastungsereignissen

Ereignis	Inzidenz
Vergewaltigung	60 – 80 %
Kriminalitätsoffer (allgemein)	23 %
Kriegstrauma	ca. 25 %
Gefangenschaft	ca. 50 %
Schwere Unfälle	16 %
Diagnose Tumor	10 – 20 %
Infarkte	ca. 10 %
Helfer	10 – 18 %

## Was passiert bei einer Traumatisierung?

Während der traumatischen Situation ist eine geordnete Verarbeitung der Erlebnisse aufgrund der emotionalen Überflutung psychisch nicht möglich. Die Psyche regrediert auf ein basales Funktionsniveau, um das Überleben zu sichern. Die bewusste Wahrnehmung wird selektiv teilweise abgeschaltet, wodurch sich das Belastungsempfinden (z. B. extreme Schmerzen oder massive Todesangst) verringert. Die Wahrnehmung erfolgt bruchstückhaft: Zeit, Orte, Räume und Bewegungen werden verzerrt, das Selbst wird entfremdet erlebt. Eine Extremform dieser Wahrnehmungsveränderung stellt eine völlige peritraumatische Amnesie (Verlust der Erinnerung an die Geschehnisse) dar.

Die extreme psychische Belastung versetzt die Opfer häufig in einen Zustand emotionaler und physischer Erstarrung (Freezing). Parallel dazu wird neurobiologisch das Furcht-System der Psyche massiv stimuliert, wodurch in kürzester Zeit eine traumaassoziierte zentralnervöse Angststruktur entsteht. Es kommt zur dauerhaften Steigerung der Amygdala- und Hypothalamus-Aktivitäten, die eine neurophysiologische Dysregulation auslösen. Bei Patienten mit Posttraumatischer Belastungsstörung findet sich ein erhöhter Spiegel des Corticotropin-Releasing-Faktors (CRF) im Liquor cerebrospinalis und zugleich eine reduzierte Cortisol-Freisetzung nach Stimulation durch CRF. Die Stressregulation der Hypophysen-Nebennieren-Achse ist massiv gestört. Die Betroffenen erleben sich deshalb noch lange Zeit im Dauerstress und haben auch nach dem Ende der Traumatisierung nicht mehr die innere Sicherheit, dass die Bedrohung vorbei ist.

Alle Menschen besitzen ein natürliches Verarbeitungssystem für traumatische Erfahrungen. Nach solchen Ereignissen sind die Geborgenheit und der Schutz durch soziale Gruppen besonders wichtig. Wenn die psychophysische Erstarrung nach dem Geschehen fortbesteht, können Schutz, Verständnis, Versorgung oder körperliche Nähe langsam zu einer Auflösung der peritraumatischen Erstarrung führen. Oft löst sich die emotionale Anspannung in intensiven Gefühlsausbrüchen.



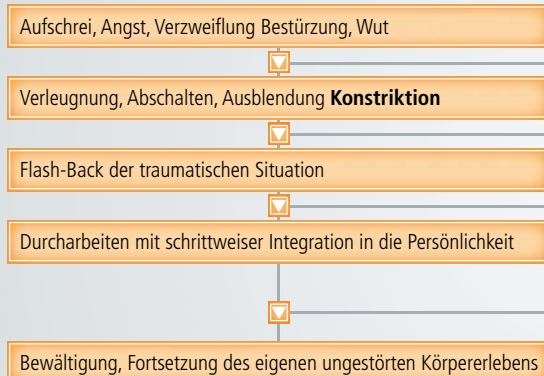
Die extreme psychische Belastung versetzt die Opfer häufig in einen Zustand emotionaler und physischer Erstarrung

In einem behüteten Umfeld wird durch intensive Erinnerungen (Flash-Back oder Nachtträume) bzw. durch Gespräche mit anderen die Erfahrung verarbeitet. Andere Betroffene ziehen sich vorübergehend aus dem Alltag zurück und setzen Ablenkung bzw. Ausblendung im Sinne einer gesteigerten Selbstfürsorge ein. In jedem Fall ist das Ziel eine gesunde Integration der Erinnerungen. Dies bedeutet, „ich kann an das Trauma denken, ohne dass es Symptome hervorruft“. Die Annahme der posttraumatischen Reaktion als angemessene Bewältigung (inter- und intrapersonell) ist eine Voraussetzung für einen erfolgreichen Integrationsprozess.

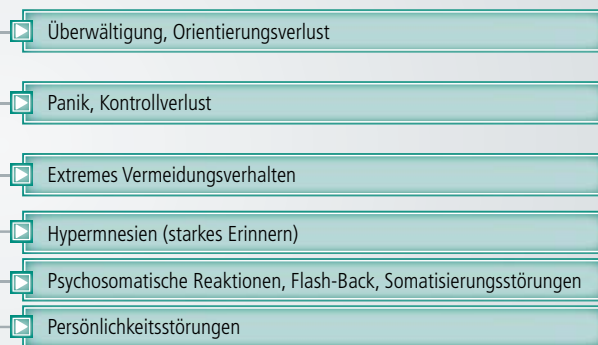
Bei Störung dieses sensiblen Prozesses durch unzureichende soziale Unterstützung, mangelnde Hilfsmöglichkeiten, negative Bewertung durch andere oder den Betroffenen selbst sowie negative Vorerfahrungen kann diese Verarbeitung blockiert werden. Die „Horowitz-Kaskade“ (Abbildung unten) verdeutlicht, wie auf den verschiedenen Stufen der posttraumatischen Reaktion die pathologischen Zustände entstehen und sich verfestigen können.

Ablaufschema nach Horowitz (93)

### Normale Reaktion



### Pathologische Reaktion



## Diagnostik, Symptomatik und Genese

# Traumafolgestörungen

Die häufigste Traumafolgestörung ist die posttraumatische Belastungsstörung (PTBS), deren Symptome die Blockierung des Trauma-Verarbeitungs-Prozesses offensichtlich widerspiegeln. Jedoch zeigt die klinische Praxis, dass die meisten traumatisierten Patienten unter einer Vielzahl von psychischen Problemen leiden, welche über die Kriterien der PTBS hinausgehen. Diese Symptome werden als komorbide psychische Störungen diagnostiziert oder sie zeigen sich in einer Veränderung der Persönlichkeit.



*Traumatische Erlebnisse tauchen oft in wiederkehrenden Alpträumen auf*

## Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS)

Die Symptome der PTBS kann man in vier Gruppen gliedern:

### 1. Das innere Wiedererleben des Traumas (Intrusion)

Aufgrund der emotionalen Übererregung während der traumatischen Situation kommt es zu einer Gedächtnisstörung:

- Die Wahrnehmungseinengung produziert einen „Tunnelblick“, weshalb nicht die Situationen in ihrer Gesamtheit sondern nur einzelne Teile der Erlebnisse erinnert werden (Fragmentierung).
- Diese einzelnen Bruchstücke werden neurobiologisch fest codiert und erzeugen sehr plastische und intensive Erinnerungen (Hypermnésie).

- Andere Informationen – z. B. Informationen über den Kontext oder einzelne Handlungsabschnitte – sind nicht erinnerbar (Hypomnesie).

Aufgrund dieser Gedächtnisphänomene kommt es zu unerwünschtem und quälendem Wiedererleben des Traumas. Blitzlichtartig werden die Erlebnisse in allen sensorischen Dimensionen wahrgenommen als Bilder, Emotionen, Gedanken, Gerüche, Geräusche, Geschmack oder als Schmerzen bzw. Spannungen an verschiedenen Körperstellen. Diese Bruchstücke scheinen oft keinen Zusammenhang zu haben und treten häufig in wiederkehrenden Alpträumen auf.

### 2. Vermeidungsreaktionen

Da die Erinnerungen quälend erlebt werden und häufig auch negative Gefühle – wie Angst, Hilflosigkeit, Wut, Schuld oder Scham hinterlassen – unternehmen die Betroffenen vielseitige Bemühungen, nicht mehr an das Trauma denken zu müssen. Situationen oder Orte werden vermieden, welche die Erinnerung an die Geschehnisse auslösen. Eine weitere Form der Vermeidung ist das so genannte „Sicherheitsverhalten“, wobei eine übersteigerte Vorsicht vor erneuten Traumaerfahrungen schützen soll. Gleichzeitig schränkt aber diese Haltung das tägliche Leben massiv ein. Sicherheitsverhalten kann zum Rückzug aus dem sozialen Leben, zur Aufgabe von Mobilität oder Hobbys sowie zu extrem misstrauischer Betrachtung anderer Menschen führen.

### 3. Betäubungsreaktion (Konstriktion)

Das neurobiologische Regulationssystem versucht den menschlichen Organismus vor extremen emotionalen Zuständen sowohl während als auch nach der traumatischen Erfahrung durch die Blockierung emotionaler Impulse zu schützen. Diese Gefühls-taubheit wird bei vielen Betroffenen noch lange Zeit nach den Geschehnissen empfunden (Anhedonie). Zuweilen entsteht der Eindruck, dass man sich durch eine unsichtbare Glasscheibe von anderen getrennt fühlt oder das Leben nicht länger als real erlebt

wird (Derealisation) bzw. als ob man außerhalb des eigenen Körpers steht (Depersonalisation).

#### 4. Reaktionen gesteigerter Erregung (Übererregung)

Die Übererregung ist häufig eng mit den körperlichen Reaktionen verbunden, welche während des Traumas erlebt wurden. Sie tritt auf, wenn Fragmente des Traumas aktiviert werden, kann jedoch auch in Situationen vorkommen, in denen der Bezug zum Trauma nicht ohne weiteres nachvollziehbar ist. Herzrasen, Schwitzen, innere Unruhe, übermäßige Reizempfindlichkeit und plötzliche Reaktionen des Magen-Darm-Traktes sind häufige Symptome. Viele Betroffene erleben eine geringe Stress-toleranz, plötzliche Wut und eine gesteigerte Reizbarkeit, was durch die fortdauernden Veränderungen der Stressregulation zu erklären ist. Schlafstörungen im Rahmen der posttraumatischen Belastungsstörung können außer durch Alpträume auch aufgrund dieser Übererregung entstehen.

#### Komorbide und sekundäre Traumafolgestörungen

Monomorbide Posttraumatische Belastungsstörungen sind selten und meist nur nach einmaliger Traumatisierung im Erwachsenenalter zu beobachten.

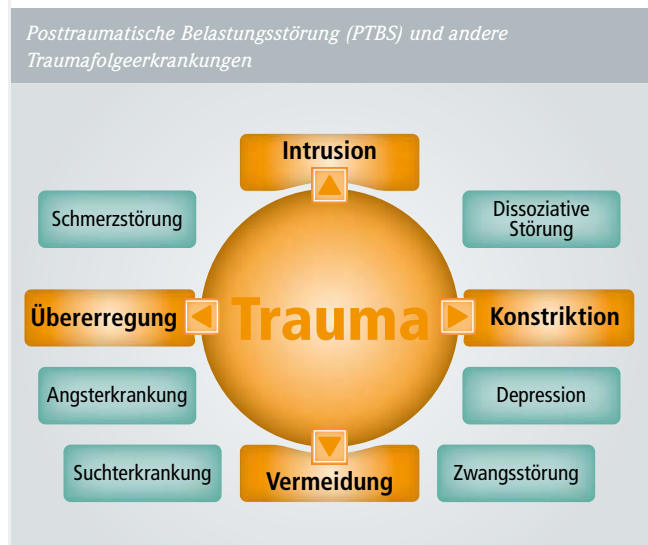
Es gibt verschiedene Erklärungsmodelle bezüglich des Zusammenhanges zwischen Trauma und Folgestörungen.

*Erkrankungsrisiko sekundärer Traumafolgestörungen bei bestehender PTBS*

Komorbide Diagnose	OR Männer	OR Frauen
Depressive Episode	6,90	4,07
Generalisierte Angststörung	5,89	2,81
Panikstörung	4,11	3,18
Einfache Phobie	7,14	2,42
Agoraphobie	4,53	3,42
Alkohol Abhängigkeit/Missbrauch	2,06	2,48
Drogen Abhängigkeit/Missbrauch	2,97	4,46
Zwangsstörung	3,15	2,88



Ein häufiges Traumafolgesymptom ist die Suchterkrankung



Bei multiplen, lang andauernden oder lebensgeschichtlich frühen Traumatisierungen stellen sich komplexe pathologische Bilder dar. Häufige Traumafolgesymptome sind:

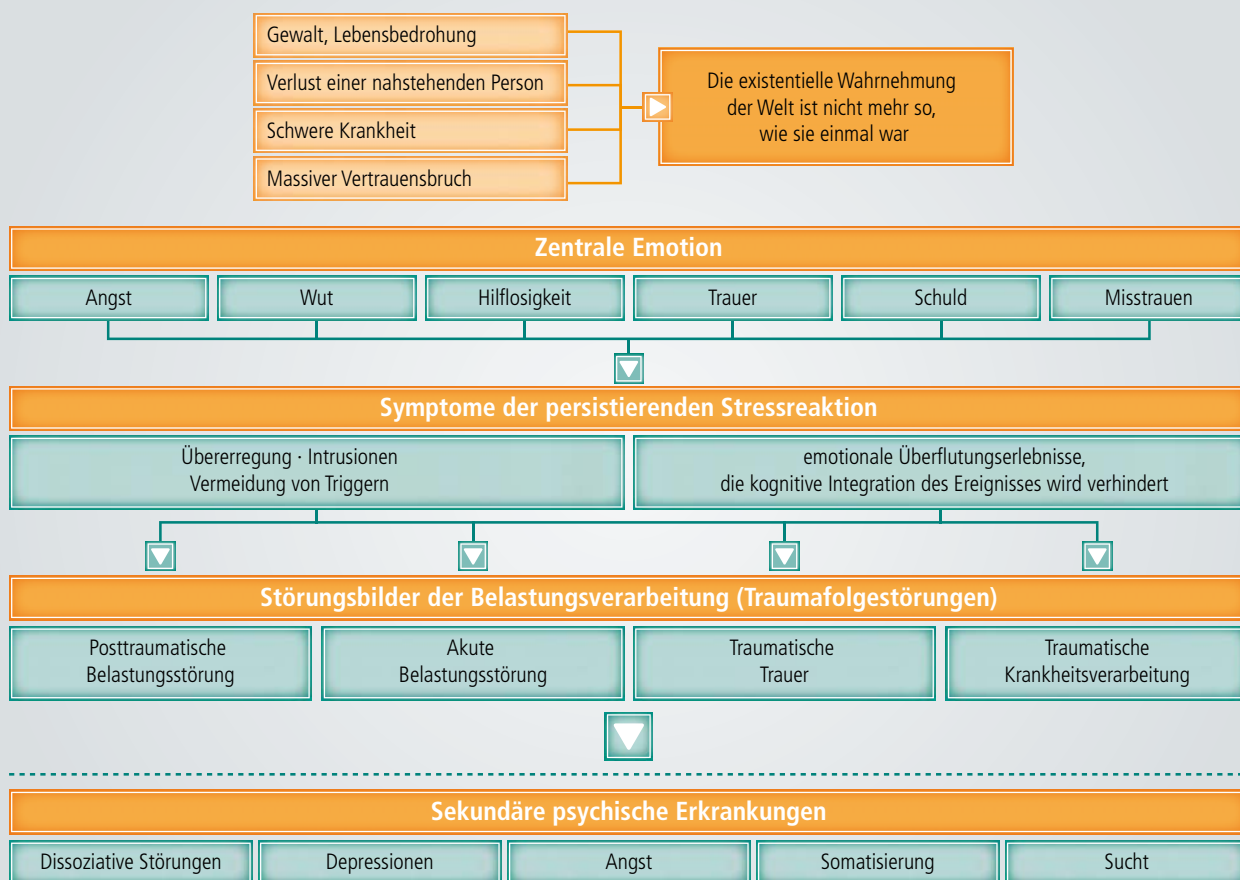
- Depressionen
- Anhaltende somatoforme Schmerzstörungen
- Dissoziative Symptome (Depersonalisation, Derealisation, pseudoneurologische oder -orthopädische Erkrankungen)
- Angsterkrankungen
- Suchterkrankungen
- Dysregulation der Affekte und Impulse
- Selbstbeschuldigung, permanente Selbstschädigung oder chronische Schamgefühle
- Unfähigkeit, tragfähige emotionale Beziehungen einzugehen
- Verlust vorheriger stabiler Werte und Überzeugungen

Die Agoraphobie (umgangssprachlich: Platzangst) wird vor diesem Hintergrund als generalisiertes Sicherheitsverhalten verstanden. Suchtmittelmissbrauch kann z. B. zur Beendigung von Intrusionen oder Übererregung eingesetzt werden. Die innere Unruhe und das sorgenvolle Grübeln bei generalisierter Angststörung können Fehlinterpretationen von Übererregungszuständen sein, ohne dass die zugrunde liegende traumatische Erinnerung bewusst wahrgenommen wird. Somatoforme Beschwerden stellen oft körperlich erlebte Wiedererinnerungen des Traumas dar.

Der Zusammenhang zwischen Trauma und sekundärer psychosomatischer Erkrankung wird von den Betroffenen selbst oft erst im Rahmen einer psychotherapeutischen Behandlung nachvollzogen. Häufig handelt es sich um Patienten, bei welchen die Standardbehandlungen dieser Erkrankung – sowohl psychotherapeutische als auch pharmakologische – keinen oder nur einen partiellen Erfolg zeigten.

Bei einem Teil der Traumatisierten ist die Belastung durch Symptome zunächst – zuweilen über Jahre oder Jahrzehnte – eher gering ausgeprägt. Man spricht dann von einer Kompensation des Traumas, welche eine äußerlich unauffällige psychosoziale Anpassung ermöglicht. Oft sind es emotional belastende Lebensveränderungen, die zu einem Zusammenbruch der Alltagsstabilität und dem Auftreten von Traumafolgestörungen führen (siehe Fallbeispiel).

Entwicklungswege von Traumafolgestörungen



## Fallbeispiel

### Traumafolgestörung mit verzögertem Beginn

Eine 54-jährige Patientin wurde wegen Angstzuständen und Schlafstörungen, sowie einer allgemeinen Angespanntheit zur stationären Psychotherapie eingewiesen. Die generalisierte Angststörung der Patientin stellte sich vor allem in sorgenvollen Gedanken bezüglich ihrer Kinder und der Befürchtung, am nächsten Tag zu verschlafen dar, was zu Angst und Schlaflosigkeit führte. Auch tagsüber blieb die ängstliche Gespanntheit bestehen, die von vegetativen Symptomen, innerer Unruhe sowie von Gefühlen der Leere und Erstarrung, begleitet wurde. Die Patientin konnte sich rational von ihren Sorgen distanzieren, in einzelnen Situationen kam es jedoch zu panikartigen Erregungszuständen.

Die Symptome traten erstmals nach einem Schwangerschaftsabbruch und dann erneut nach dem Tod des Vaters auf. Gedanken an diese Ereignisse lösten starke Schuldgefühle aus, sie habe „zuerst das ungeborene Kind und dann ihren Vater getötet“. Nach Verlegung ihrer Dienststelle, welche einen deutlich

längeren Arbeitsweg und die Abgabe ihres gewohnten Aufgabenbereichs nach sich zog, verstärkten sich die Beschwerden. Im Aufnahmegespräch stellte die Patientin sich als krisenerfahrene und selbständige Kämpferin dar, die ihre 3 Töchter trotz einer schwierigen Ehe und wiederholter beruflicher Neuanfänge immer gut versorgte. Umso unverständlicher war es ihr, jetzt mit den Veränderungen nicht mehr zurecht zu kommen.

Im Verhalten und Auftreten der Patientin fielen starke Wechsel auf. Auch das Selbsterleben schwankte stark: zeitweise spürte sie die Stärke ihrer mittleren Lebensjahre in sich, dann fühlte sie sich wieder überfordert, wertlos und hilflos wie ein kleines Kind. Nach einigen Therapiestunden berichtete die Patientin spontan von einem langjährigen sexuellen Missbrauch durch ihren Vater. In der Folge war es ihr möglich, die Erinnerungen und Situationen als Auslöser der Angstzustände einzuordnen. Gleichzeitig wurden die Wiedererinnerungen konkreter und belastender und von kurzen Dissoziationen begleitet. Daraufhin wurde eine Psychotherapie mit traumatherapeutischen Schwerpunkt eingeleitet.

## Somatoforme und somatopsychische Erkrankungen

# Speicherung von Körperempfindungen und Erkrankung

Psychische Traumata spielen bei der Entstehung einer Vielzahl somatoformer aber auch somatopsychischer Erkrankungen eine entscheidende Rolle. Um welche Krankheitsbilder handelt es sich und wie können seelische Erlebnisse zur Entstehung körperlicher Erkrankungen führen?

Bei somatoformen Störungen können die Schädigungen des Organs die körperlich erlebten Symptome nicht oder nicht hinreichend erklären. Die Symptome können sich auf jedes Organ oder jedes Organsystem beziehen. Zu den häufigsten Symptomen gehören Schmerzsyndrome, gastrointestinale Störungen (z. B. Verdauungsstörungen), Sensibilitätsstörungen der Haut und gynäkologische Beschwerden. Als somatopsychisch werden Krankheitsbilder bezeichnet, deren Ausbruch und/oder Verlauf durch psychische Faktoren wesentlich beeinflusst werden. Der amerikanische Internist Felitti befragte über 10.000 seiner Patienten zu Kindheitserlebnissen und fand heraus, dass bei chronischen somatischen Erkrankungen überdurchschnittlich häufig eine Geschichte schwerster psychischer Traumatisierungen vorlag.



*Traumatische Erfahrungen werden im psychosomatischen Gedächtnis des Körpers gespeichert.*

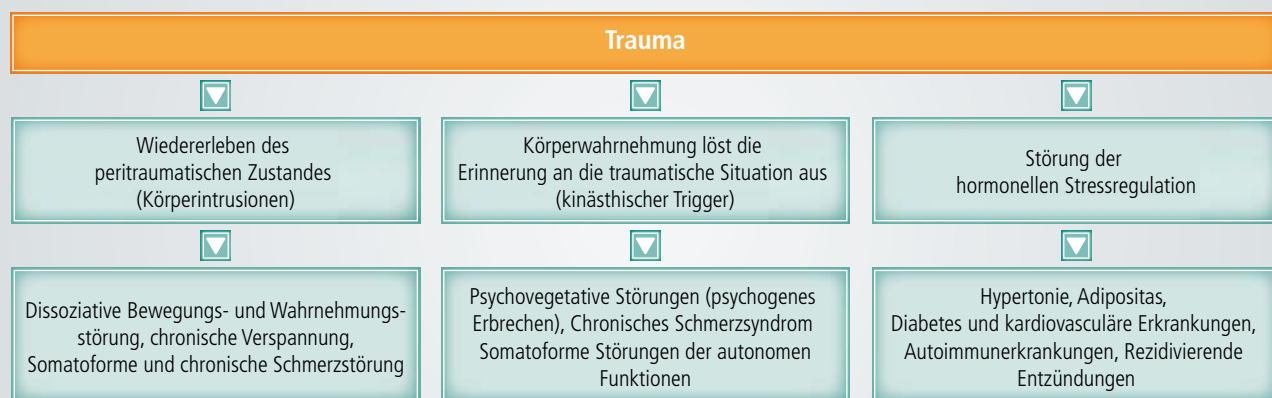
## Wie können traumatische Erlebnisse zur Entstehung körperlicher Erkrankungen beitragen?

Die Schnittstelle zwischen Psyche und Soma ist das vegetative Nervensystem. Gefühle sind mit Körperempfindungen verflochten, welche durch verschiedene Reizsituationen hervorgerufen werden. Diese Körperempfindungen werden implizit im Unterbewusstsein gespeichert und können durch ähnliche Situationen, welche assoziativ an das Trauma erinnern, reaktiviert werden, obwohl dem Betroffenen der Ursprung nicht bewusst ist. Im psychosomatischen Gedächtnis des Körpers (vor allem im limbischen System, einer Region des Hirnstammes) wird die körperliche Erinnerung an Erlebnisse gespeichert und aufbewahrt. Bei traumatischen Erfahrungen ist diese Konditionierung – also Speicherung – schon nach einmaligem Lernen besonders stabil. Durch diese seelisch-körperlichen Lernerfahrungen können ver-

schiedenste somatoforme und somatopsychische Beschwerden entstehen.

■ Während der Intrusionen treten nur Fragmente der Erinnerung an die traumatische Handlung bzw. an einzelne Sinnesmodalitäten ins Bewusstsein. So kann sich z. B. das Körpergefühl, welches während des Traumas erlebt wurde einstellen, ohne dass andere Informationen auf den Kontext des Traumas hinweisen. Die Betroffenen können deshalb ihr aktuelles Körpererleben nicht einordnen. Die körperliche Reaktion wird als Organschaden missinterpretiert, oder es kommt dazu, dass körperliche Traumaschäden verstärkt wahrgenommen werden. Erst wenn die zugrunde liegenden traumatischen Erlebnisse mit den Körperbeschwerden in Verbindung gebracht werden können, verstehen die Patientin den Hintergrund ihrer somatoformen Beschwerden.

## Entstehung somatoformer und somatopsychischer Traumafolgestörungen



Frau B. arbeitete in einem großen Versandlager, wo sie Paletten auf Hubwagen bewegte. Als sie einen Container ordnete, wurde ihr Kopf zwischen Metallwand und Hubgabel eingeklemmt. Sie erlebte Todesangst und dachte, „das war's jetzt“. Es wurden jedoch keine schweren organischen Schäden festgestellt, nachdem sie aus ihrer Einklemmung befreit wurde. Offensichtlich wurde ein Teil des Drucks durch ihre Hals- und Nackenmuskeln abgemildert. Jedoch traten langfristig massivste Verspannungen in Hals, Rücken und Schulter der betroffenen Seite auf. Frau B. beschrieb, bei alltäglichen Belastungen erstarre die betroffene Region bis hin zur gesamten Körperhälfte. Orthopädische und physikalische Behandlungen blieben erfolglos. Im Verlauf einer Psychotherapie wurden die körperlichen Symptome mit auftauchenden Erinnerungen in Verbindung gebracht. Dieser Vorgang war für die Patientin zunächst belastend, bot aber die Möglichkeit, die somatoforme Störung im weiteren psychotherapeutischen Prozess abzubauen.

- Die Selbstwahrnehmung des Körpers aktiviert die Erinnerung an die traumatischen Erlebnisse. Sensomotorische Zustände von Muskeln und Bindegewebe sind neuronal mit biographischen Erinnerungen verknüpft. So kann das aktuelle Körpererleben zum Auslöser traumatischer Gefühle werden, welche den Betroffenen in die traumatische Situation zurückversetzen. Dadurch können reflexhafte Reaktionen ausgelöst werden, die nur vor dem Hintergrund der traumatischen Situationen zu verstehen sind.

Frau R. war in der Kindheit bei kleinen Verfehlungen sadistischen Bestrafungsmethoden ausgesetzt. Sie musste sich nach vorne überbeugen, um massive Schläge zu empfangen. Zusammen gesunken wurde sie mit Fäkalien und anderen unangenehmen Gerüchen konfrontiert, die Übelkeit erzeugen. Noch als Erwachsene kam es bei der Patientin zu plötzlichen Übelkeitsattacken, wenn sie zufällig eine übergebeugte Körperhaltung einnahm.

- Eine der Konsequenzen nicht verarbeiteter traumatischer Erlebnisse ist das Fortbestehen eines Bedrohungsempfindens, obwohl die aktuelle Gefahr überwunden ist. Neurophysiologische Untersuchungen zeigen, dass bei traumatisierten Menschen Gehirn und vegetatives Nervensystem weiterhin so reagieren, als stünde der Mensch unter permanenter Bedrohung. Das limbische System im Gehirn aktiviert dabei autonome, vorwiegend unbewusste Reaktionsmechanismen. Im Einzelnen handelt es sich um die Kampf-Flucht Reaktion oder den Todstell-Reflex. Dadurch entsteht eine andauernde Übererregung, welche neben Angst-, Panik-, Schwäche- und Erschöpfungsgefühlen Muskelsteifheit, Konzentrationsschwierigkeiten und Schlafstörungen erzeugt. Außerdem wird die permanente Ausschüttung der körpereigenen Stresshormone, welche sich aus der Dysregulation der stressrelevanten Hypophysen-Nebennieren Achse ergibt, mit der Entstehung einer Vielzahl somatischer Erkrankungen in Verbindung gebracht z.B. von kardiovaskulären Störungen, Stoffwechselerkrankungen oder rezidivierenden Entzündungen. Die chronischen Verspannungen können zu Schmerzstörungen führen, gleichzeitig ist vorwiegend aufgrund der Veränderungen des Kortisolspiegels das Schmerzempfinden gesteigert.

Frau S. wurde im Jugendalter von ihrem älteren Bruder über Jahre sexuell missbraucht. Nach dessen Auszug erlebte sie einen relativ stabilen Lebensabschnitt. Körperliche Beschwerden traten erst auf, als die junge Frau intime Beziehungen einging. Es traten Menstruationsschmerzen auf, weiterhin kam es zu rezidivierenden Entzündungen im vaginalen Bereich.

# Das Phasenmodell der Traumapsychotherapie

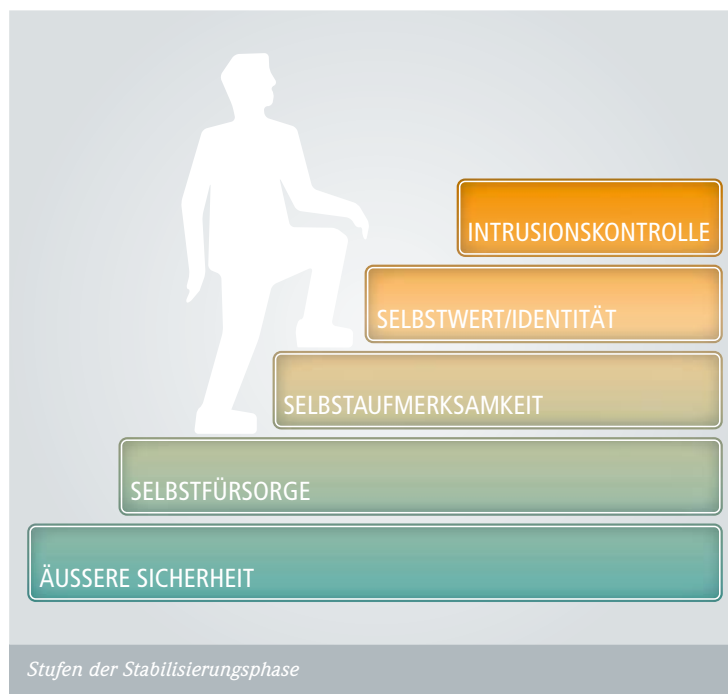
Eine spezialisierte Traumapsychotherapie entwickelte sich erst in den letzten 20 Jahren, nachdem früher oft nur unzureichende Behandlungserfolge bei dieser Patientengruppe erreicht wurden. Es bewährten sich sowohl spezielle Interventionstechniken als auch ein in drei Phasen strukturierter Behandlungsplan.

In der Stabilisierungsphase werden mit dem Patienten Fähigkeiten erarbeitet, die einen schützenden und selbstfürsorglichen Umgang mit sich sowie einen günstigen Umgang mit der posttraumatischen Symptomatik ermöglichen. Eine besondere Bedeutung kommt hier der Ressourcenaktivierung zu, welche gesundheitsfördernde bzw. aufrechterhaltende Verhaltensweisen aufbaut. Ziel dieses Behandlungsabschnittes ist es, eine Teilnahme am alltäglichen Leben zu ermöglichen

und den Betroffenen das Gefühl zu vermitteln, eine Konfrontation mit den belastenden Erinnerungen ertragen zu können.

Im nächsten Behandlungsabschnitt, der Traumakonfrontation, werden durch gezieltes Wiedererleben in der geleiteten Imagination eine Auflösung der traumatischen Angststruktur und die integrative Verarbeitung der Erinnerungen angestrebt. Durch die Erarbeitung traumadiskrepanter Informationen und die Änderung ungünstiger Bewertungen bzw. Selbstzuschreibungen, wird die psychische Belastung durch das Traumagedächtnis reduziert und eine Habituation sowie der Abbau von Vermeidungsverhalten möglich.

Der dritte Behandlungsabschnitt fokussiert die Neuorientierung und Integration. In dieser Phase stehen die Akzeptanz des Traumas und seiner Folgen, eine weitere Stabilisierung, die Sekundärprävention weiterer Traumafolgestörungen, die Klärung der



Zukunftsperspektiven und die soziale und berufliche Reintegration im Vordergrund. Nach einmaligen traumatischen Erlebnissen im Erwachsenenalter, sogenannten Monotraumatisierungen, sind die Ziele der Stabilisierungsphase oft in kurzer Zeit zu erreichen und eine ambulante psychotherapeutische Behandlung kann zu ausreichenden Erfolgen führen. Bei chronifizierten Verläufen beziehungsweise nach komplexen Traumatisierungen ist dagegen häufig eine stationäre Behand-

lungsphase notwendig. Aufgrund der Schwere der Symptomatik sind die Fähigkeiten zur Selbststabilisierung sehr viel schwerer wieder aufzubauen. Daher kommt dem ersten Behandlungsabschnitt, der Stabilisierungsphase, in der stationären Traumapsychotherapie eine besondere Bedeutung zu. Die Ziele dieser Phase können oft erst nach längerer psychotherapeutischer Behandlung erreicht werden. Es hat sich daher als günstig erwiesen, diesen Behandlungsabschnitt nochmals in mehrere Stufen zu untergliedern. Die Basis der Stabilisierung traumatisierter Patienten bildet die Wiederherstellung der „äußeren Sicherheit“. Mit den Patienten müssen problematische Aspekte ihrer Lebenssituation besprochen und verändert werden. Zum Beispiel wenn durch fortbestehende Kontakte zu Tätern eine psychische Abgrenzung von der Vergangenheit verhindert wird, somatische Traumafolgen oder erneute Verletzungen die körperliche Unversehrtheit weiterhin gefährden oder grundlegende soziale Sicherheiten feh-

len. Gleichzeitig sollte ein ausreichender Antrieb zur Bewältigung basaler Alltagsaufgaben aufgebaut und ein Schutz vor eventuell auftretenden suizidalen Impulsen entwickelt werden.

In der nächsten Stufe steht der Aufbau einer effektiven Selbstfürsorge im Vordergrund. Es werden Strategien zur Beendigung von autodestruktivem Verhalten wie Selbstverletzungen oder anderen Impulsdurchbrüchen bzw. Verhaltensexzessen sowie Reorientierungstechniken zur Beendigung von Dissoziationen vermittelt. Dabei müssen auch Verhaltensmuster analysiert werden, die zu einem erneuten realen oder phantasierten Opfererleben beitragen. Außerdem werden Fähigkeiten entwickelt, durch welche die Patienten häufiger positive Erlebnisse haben. Hierzu gehört auch ein selbstfürsorglicher Umgang in den Bereichen Körperpflege, Schlafhygiene, Genuss oder soziale Kontakte. Oft stellt die dadurch angeregte Wahrnehmung eines „inneren guten Objektes“ – also eines kompetenten und fürsorglichen Persönlichkeitsanteils – einen wesentlichen Fortschritt dar.



Die dritte Stufe bildet die Verbesserung der Selbstaufmerksamkeit, was die Fähigkeit zu einer nicht gleich bewertenden Wahrnehmung von inneren Prozessen und eine Verbesserung der Selbststeuerung einschließt. Hierfür sind Spannungsregulation, Affektmodulation, das Einordnen somatischer und psychischer Reaktionen und das frühzeitige Erkennen dissoziativer Zustände wichtige Kompetenzen. Gleichzeitig wird durch den bewussten Einsatz von persönlichen Ressourcen und euthymen Wahrnehmungen (Genussfähigkeit) eine Gegensteuerung bei negativen emotionalen Zuständen eingeübt.



Die traumabedingten Veränderungen des Selbstwertes und der Identität stehen im Fokus der vierten Stufe. Die Patienten werden dabei unterstützt, dysfunktionale Kognitionen über Schuld und Scham zu identifizieren und zu modifizieren. Täterintrojekte, also Veränderungen der Werte und der Selbstwahrnehmung, die sich während der traumatischen Situationen unbewusst implementiert haben, werden analysiert und abgebaut. Weiterhin setzen sich die Patienten mit passiven Errettungsphantasien auseinander. In diesem Stadium hat sich der Ego-State-Ansatz, welcher die traumabedingte Zergliederung des Selbsterlebens konstruktiv nutzt, als besonders effektiv erwiesen.

Die fünfte und letzte Stufe der Stabilisierung bildet die Intrusionskontrolle. Hier stehen spezifische Techniken im Vordergrund die einen konstruktiven Umgang mit traumaspezifischen Gedächtnisphänomenen ermöglichen und Kompetenzen für eine erfolgreiche Traumakonfrontation schaffen. Außer der Verbesserung der Selbststeuerung werden imaginative Techniken elaboriert, welche bei dem gezielten Wiedererleben der traumatischen Ereignisse eine Steuerung des Belastungserlebens und eine emotionale Distanzierung ermöglichen. Gleichzeitig sollen Alltagsauslöser der traumaspezifischen Reaktion erkannt und ggf. im Rahmen einer Desensibilisierung habituiert werden.

Das Stufenmodell verdeutlicht, welche anspruchsvollen und oft auch langwierigen Aufgaben die Stabilisierungsphase beinhalten kann. Auch wenn das Modell ein hierarchisches Vorgehen anbietet, ist in der therapeutischen Praxis häufig die mehrfache Bearbeitung vorausgegangener Stufen notwendig.

# Stationäre Rehabilitation von Traumafolgestörungen in der Brandenburg Klinik

Traumatisierung kann zu multiplen und komplexen Beschwerdebildern führen. Die Behandlung dieser psychischen und somatischen Erkrankungen erfordert ein multiprofessionelles Team, von welchem auch die individuellen Besonderheiten der Traumafolgestörungen erkannt und berücksichtigt werden können. Der Behandlungsschwerpunkt Psychotraumatologie in der Abteilung für Psychosomatik und Psychotherapie der Brandenburg Klinik bietet deshalb spezialisierte psychotherapeutische Behandlungsangebote in einem entsprechenden multidisziplinären Setting an.

Das Zusammenwirken von Pharmako-, Psycho-, Sport-, Physio- und Ergotherapie ist bei diesen Krankheitsbildern von besonderer Bedeutung. Da sich Traumafolgestörungen unter anderem in Form von Somatisierungen auf das Herz-Kreislaufsystem, das Bewegungs- und Stützsystem (Schmerzwahrnehmung) und die neurologischen Funktionen auswirken können, ist häufig eine interdisziplinäre Zusammenarbeit im Sinne einer differenzierten Diagnostik und Therapie erforderlich. Hierfür bietet ein stationäres Heilverfahren in der Brandenburg Klinik aufgrund der Kooperation der Abteilung für Psychosomatik und Psychotherapie mit den Abteilungen für Neurologie, Kardiologie und Orthopädie sehr gute Voraussetzungen. Auch die pharmakologische Behandlung traumatisierter Patienten benötigt aufgrund häufiger atypischer oder ausbleibender Effekte eine besondere klinische Erfahrungen.

Für eine erfolgreiche psychotherapeutische Behandlung ist bei Traumafolgestörungen besonders darauf zu achten, dass die Patienten den Schutz und die Sicherheit erleben, die nach der existenziellen Bedrohung, den massiven Verletzungen persönlicher Grenzen und dem fehlenden sozialen Rückhalt während der Traumatisierung verloren gegangen sind. Misstrauen und zuweilen übermäßige Angst vor dem Verlust der Selbstbestimmung erfordern ein besonders sensibles Behandlungssetting, welches genügend haltgebende Strukturen mit größtmöglicher individueller Wahlfreiheit vereint. Die Unterbringung der Patienten des Behandlungsschwerpunktes Psychotraumatologie der Brandenburg



Klinik in Einzelzimmern bietet durch die Lage in einer Parklandschaft ausreichende Rückzugsmöglichkeiten, Kontakt zur Natur und soziale Unterstützung, welches den Betroffenen in ihrem Alltag häufig fehlt. Gleichzeitig steht ein erfahrenes Pflegeteam rund um die Uhr zur Verfügung, um bei auftretenden emotionalen Krisensituationen kompetent Unterstützung zu leisten. Dabei können die Patienten die Erfahrung machen, mit den oft schambesetzten Traumafolgesymptomen angenommen zu werden und diese bewältigen zu lernen. Der Sporttherapie kommt die wichtige Aufgabe zu, einen salutogenen Umgang mit dem eigenen Körper zu strukturieren, zur körperlichen Reconditionierung beizutragen und Wege der Abfuhr körperlicher und emotionaler

Spannungen zu entwickeln. Die häufigen körperlichen Verspannungen werden in der Physiotherapie behandelt, wobei die Mitarbeiter sensibel die traumabedingten körperlichen Berührungängste berücksichtigen und die Anwendungen entsprechend modifizieren. In der Ergotherapie werden Aktivitäten angeregt, welche die Erfahrung von Selbsteffektivität ermöglichen, persönliche Fähigkeiten und Ressourcen bewusst machen und Fertigkeiten vermitteln, trotz der bestehenden Symptome an einem Arbeitsprozess teilnehmen zu können.

Der Behandlungsschwerpunkt Psychotraumatologie der Abteilung für Psychosomatik und Psychotherapie der Brandenburg Klinik hält ein differenziertes gruppentherapeutisches Angebot vor, um im Hinblick auf die aktuelle Verfassung des Patienten die Selbststabilisierung aufzubauen. Gegebenenfalls werden aber auch in der Einzeltherapie Traumakonfrontationen mit der EMDR-Methode oder verwandten imaginativen Verfahren durchgeführt.

### Spezielle gruppentherapeutische Angebote

Im Einzelnen werden im Behandlungsschwerpunkt Psychotraumatologie der Brandenburg Klinik folgende Gruppenangebote eingesetzt:

#### Traumagruppe

In der Traumagruppe wird ein strukturiertes verhaltenstherapeutisches Programm aus Informationen und Übungen durchgeführt. Im Austausch und gegenseitigen Verständnis der Gruppe werden gemeinsam Bewältigungsstrategien entwickelt und unterstützende Beziehungserfahrungen erlebt. In diesem Rahmen kann ein Krankheitsverständnis erarbeitet werden, dass vielen Betroffenen eine neue Sicht der psychischen und körperlichen Reaktionen ermöglicht. In Übungen werden symptomspezifische Techniken wie z.B. Dissoziations- und Intrusionsstop vermittelt oder ein persönliches Krisenmanagement (Notfallkoffer) erarbeitet.

#### Imaginationsgruppe

Innere traumatische Bilder sind eng mit emotionalen Erregungen verflochten. Durch die imaginative Therapie lernen die Patienten/innen sich aktiv von den traumatischen Bildern und Erinnerungen zu distanzieren. Gleichzeitig eröffnet die imaginative Therapie vielen Betroffenen einen Zugang zu ihren emotionalen Kompetenzen. Die bildhaften Szenen, welche in den Therapiestunden ausgestaltet werden, bauen eine Brücke zu diesen unbewussten Ressourcen, so dass es den Patienten zunehmend gelingen kann, Halt und Sicherheit zu finden. Die Besprechung der Bilder (z. B. innerer Helfer) in der Gruppe bietet gegenseitige An-



Notfallkoffer – Vorbereitung eines Krisenmanagement



regungen und fördert die Motivation, diese Selbstheilungsfähigkeit selbständig einzusetzen.

#### Konzentrierte Bewegungstherapie

Die Konzentrierte Bewegungstherapie findet in einem speziellen psychotraumatologischen Setting statt, das die in der Imagination vorbereiteten inneren Zufluchtsorte weiter sichert und das häufig gestörte Körpererleben bearbeitet. Außerdem ist das Selbstaufmerksamkeitstraining ein fester Bestandteil. Dieser Fähigkeit, sich selbst und die Umgebung aus einer deskriptiven Distanziertheit wahrzunehmen und zu beschreiben, kommt insbesondere bei Menschen mit starken affektiven Schwankungen und überflutenden Emotionen große Bedeutung zu. Um einen Zugang zu dieser Sicht- und Erlebnisweise zu finden, kann diese Therapie nicht nur im Gruppenraum sondern auch in der Natur durchgeführt werden.



Privatdozent Dr. med. Tom-Alexander Konzag

Chefarzt der Abteilung Psychosomatik und Psychotherapie



Dipl. Psych. Oliver Ungerer

Leiter der Psychotraumatologie der

Abteilung Psychosomatik und Psychotherapie



## Zertifiziert: Herzog-Julius-Klinik Bad Harzburg

**Um es gleich vorneweg zu sagen: Wir haben es geschafft, wir sind zertifiziert! Nach lebhaften Vorbereitungswochen hatten wir am 23. und 24. Juni Besuch von zwei Auditorinnen des „Europäischen Instituts zur Zertifizierung“ (EQ-Zert). So liefen die beiden Tage ab – ein Erfahrungsbericht:**

### 23. Juni...

Am Vormittag wurde die Klinikleitung (Lenkungsausschuss) einer gründlichen Prüfung zur Einführung des Qualitätsmanagementsystems in der HJK unterzogen. Das Leitbild und die daraus resultierenden Qualitätsziele in den Abteilungen waren dabei ebenso Thema wie die Umsetzung von Beschwerdemanagement und Vorschlagswesen sowie Kommunikation zwischen den Abteilungen und mit den Geschäftspartnern. Anschließend wurde die QM-Beauftragte zu den Ergebnissen der internen Audits und zur gesamten QM-Dokumentation befragt. Am Nachmittag wurden unter anderem die Bereiche Haustechnik/Arbeitssicherheit,



Hauswirtschaft (Küche, Service und Reinigung) sowie Archivierung, Notfallmanagement und Hygiene gründlich unter die Lupe genommen. Alle beteiligten Mitarbeiter waren perfekt vorbereitet, sodass keine Frage unbeantwortet blieb. Die Rückmeldung am Abend des ersten Audittages war entsprechend positiv.

### 24. Juni...

Der zweite Tag war ganz den medizinischen Bereichen gewidmet. Nachdem die beiden Auditorinnen an der Morgenbesprechung teilgenommen hatten, stand die Pflegedienstleitung zu allen Themen rund um die Pflege Rede und Antwort. Zwei Stationen wurden auf „Herz und Nieren“ geprüft und Rezeption, Therapeuten und wiederum die Ärzte blieben keine Antwort schuldig. Am Ende des zweiten Zertifizierungstages hieß es dann: „Wir haben es geschafft!“ Ein großes Lob der beiden Damen gab es für die Kooperationsbereitschaft aller Mitarbeiter! Auf diesen Erfolg wurde gleich gemeinsam mit der Geschäftsführung mit einem Glas Sekt angestoßen. Nun geht es jährlich weiter mit einem eintägigen Überwachungsaudits (2009 und 2010) sowie der Rezertifizierung 2011, die wiederum zwei Tage dauert. Bis dahin müssen kontinuierlich Verfahrensanweisungen überprüft, Kennzahlen erhoben und interne Audits durchgeführt werden...

*Herma Friedrichs, stellvertretende Verwaltungsleiterin HJK, QM-B*

*Einen Toast auf die Zertifizierung: Geschäftsführer K.-J. Michels und Regionaldirektor M. Scheider mit Frau Dr. med. V. Dammann und M. Borchert.*

## Erstes Überwachungsaudit: Brandenburg Klinik

**Am 15. Januar 2008 erhielt die Brandenburg Klinik Bernau bei Berlin das Qualitätssiegel der EQ Zert sowie den Auditbericht. Zur Aufrechterhaltung der Gültigkeit des QM-Zertifikates sind jährliche sogenannte Überwachungsaudits erforderlich. Das erste Überwachungsaudit der BBK wird vom 27. – 29. Januar 2009 stattfinden.**



Zur Auditvorbereitung werden die Verantwortlichen der Brandenburg Klinik das gültige Handbuch mit einer Auflistung aller durchgeführten Änderungen sowie die aktualisierte QM-Dokumentation zur Verfügung zu stellen.

Das Überwachungsaudit wird durch einen Auditor durchgeführt. Die Durchführung erfolgt entsprechend dem genehmigten Auditablaufplan. Im Überwachungsaudit werden die durchgeführten internen Qualitätsaudits, die Durchführung und Wirksamkeit von Korrekturmaßnahmen aus den vorangegangenen Audits sowie stichprobenweise weitere Elemente der zutreffenden Norm (ISO 9001:2000) geprüft.

Abweichungen werden wie beim Zertifizierungsaudit dokumentiert sowie die notwendigen Korrekturmaßnahmen terminlich festgelegt. Der Auditor entscheidet je nach Schwere der Abweichungen, ob der Nachweis der Behebung durch Übersendung entsprechender Unterlagen oder durch ein Nachaudit zu erbringen ist. Bei schwerwiegenden Abweichungen kann der Auditor der Zertifizierungsstelle empfehlen, das Zertifikat zurückzuziehen. In diesem Fall werden Auditbericht, die Empfehlung des Auditors sowie die Abweichungsprotokolle zur Entscheidung an den Zertifizierungsausschuss weitergegeben.

*Frank Hoffmann, BBK, QM-B*

## Neurologische Rehabilitation – Studie am NRZ

**Vergleich eines aufgabenbezogenem Gruppentrainings mit individuell abgestimmter Einzeltherapie bezüglich der Gehfähigkeit nach Schlaganfall in der Phase D: Das Neurologische Rehabilitationszentrum (NRZ) Leipzig kooperiert in einer von Professor Gert Kwakkel geleiteten multizentrischen Studie mit mehreren niederländischen Rehabilitationszentren. Prof. Kwakkel ist ein international sehr namhafter Rehabilitationswissenschaftler aus dem Revalidatiecentrum De Hoogstraat der Universität Amsterdam.**

In der Studie, für die am NRZ Leipzig Frau Dr. Caroline Renner federführend verantwortlich ist, wird die Wirksamkeit eines sich steigernden, strukturierten aufgabenspezifischen Zirkeltrainings, das in Gruppen von bis zu zehn Patienten durchgeführt wird, mit dem Einfluss einer individuell abgestimmten physiotherapeutischen Einzeltherapie verglichen.

Während Prof. Kwakkel und seine Mitarbeiter die Patienten nach Entlassung aus der Rehabilitation im täglichen Leben untersuchen, werden die Patienten am NRZ im Rahmen der stationären Rehabilitation der Phase D untersucht.

Das jeweilige Training findet fünfmal pro Woche zu je 90 Minuten über einen Zeitraum von sechs Wochen statt. Der Effekt wird mittels 18 spezifizierten Assessments gemessen, welche die

Gehfähigkeit, die allgemeine Mobilität sowie die auf die Gesundheit bezogene Lebensqualität erfassen. Zusätzlich werden biomechanische Parameter wie Beinkraft, Gangsymmetrie und posturale Stabilität registriert. Durch diese Untersuchung soll bei stationären Patienten nach Schlaganfall herausgefunden werden, ob ein in der Gruppe durchgeführtes, standardisiertes, auf die Gehfähigkeit fokussiertes Zirkeltraining die gleiche Wirksamkeit hat wie eine Einzeltherapie.

Die Hypothese ist, dass beide Therapiearten für Patienten, die in der Lage sind das Zirkeltraining durchzuführen, gleichwertig sind. Die Studie könnte demnach einen Beitrag leisten, übende Verfahren, die auf Mobilität und Unabhängigkeit des Schlaganfallbetroffenen abzielen, effizienter zu gestalten.



Dr. Caroline Renner  
Oberärztin am NRZ

## Neurologische Rehabilitation – zwei Projekte an der BBK

**In Kooperation mit Universitäten hat die Abteilung Neurologie der Brandenburg Klinik unter der Leitung von Chefarzt Prof. Dr. Michael Jöbges zwei Projekte begonnen, über die wir in einem der folgenden Klinikmagazine ausführlicher berichten werden.**

„Musik unterstützte Therapie“ heißt das erste Projekt und betrifft Patienten mit Lähmungen nach Schlaganfällen, die sich durch die Musik unterstützte Therapie rascher in ihren Fähigkeitsstörungen verbessern sollen. 250.000 Menschen erleiden jedes Jahr

in Deutschland einen Schlaganfall. Bei 90 Prozent von ihnen ist der Bewegungsapparat betroffen. Nach einem Schlaganfall muss der Patient verlorene Fähigkeiten wieder erwerben. Mit Musikinstrumenten und Gesang lassen sich schneller Erfolge erzielen als mit herkömmlichen Methoden.



Bereits in den späten 70er Jahren des vorigen Jahrhunderts wurde diese Methode entwickelt, die sich aber erst heute zu einem Behandlungsstandard entwickeln könnte. Lesen Sie dazu auch einen kürzlich in der ZEIT-online erschienen Artikel „Therapie im Takt“: [www.zeit.de/2008/37/M-Musiktherapie](http://www.zeit.de/2008/37/M-Musiktherapie)

Das zweite Projekt wird in Kooperation mit der Charité – Universitätsmedizin Berlin durchgeführt: Hier werden Menschen mit sprachsystematischen Störungen (Aphasien) nach Schlaganfall mittels einer transkraniellen Gleichstromstimulation behandelt, um deren sprachliche Fähigkeit rascher und nachhaltiger zu verbessern.

**Anfang September wurden alle neurologischen Kliniken der Brandenburg Klinik Bernau bei Berlin unter der Leitung von Herr Prof. Dr. med. Michael Jöbges zusammengeführt.** Zum 1. September hat Privatdozent Dr. med. Wido Nager als Oberarzt in der Neurologie der BBK seine Tätigkeit aufgenommen. Herr PD Dr. Nager verfügt über große Erfahrungen in den Bereich der Neuropsychologie und klinischen Neurophysiologie und wird unser Spektrum dementsprechend erweitern.

## Mitarbeiter

### Brandenburg Klinik, Abteilung für Psychosomatik und Psychotherapie



Frau Dr. med. Ina Dorothea Egelkraut, Fachärztin für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie und Allgemeinmedizin ist seit Anfang des Jahres Leitende Oberärztin der Abteilung. Frau Dr. Egelkraut verfügt über langjährige Leitungserfahrungen auf dem Gebiet der psychosomatischen Rehabilitation.



Seit Mitte September arbeitet Herr Dr. med. Martin Firzlaff, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie als Oberarzt in der Abteilung für Psychosomatik und Psychotherapie. Bevor er seine Stelle antrat, war er als Oberarzt an der Psychosomatischen Universitätsklinik Rostock tätig.



Am 1. Juli 2008 wurde Herr Gerald Kiefel zum Oberarzt der Abteilung ernannt. Herr Kiefel blickt auf eine langjährige Berufserfahrung im Bereich der Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie zurück und ist seit vielen Jahren ärztlicher Mitarbeiter der Brandenburg Klinik.



### Privatdozent Dr. med. Wido Nager

Oberarzt der Abteilung Neurologie der Brandenburg Klinik



Seit dem 1. September 2008 ist Herr PD Dr. Wido Nager als Oberarzt in der Neurologischen Klinik der Brandenburg Klinik tätig. PD Dr. Nager leitet die Neuropsychologiestation, die am 15. November eröffnet wurde. Wido Nager promovierte an der Medizinischen Hochschule Hannover.

Bevor er seine Stelle an der Brandenburg Klinik antrat, arbeitete er dort als Facharzt für Neurologie. Daneben arbeitete er als wissenschaftlicher Mitarbeiter am Institut für Neuropsychologie an der Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg im Bereich kognitiver Fragestellungen. In der Rehabilitationsarbeit wurde eine Reihe von Untersuchungen zu raumbezogenen Aufmerksamkeitsfunktionen veröffentlicht. Während seiner langjährigen Tätigkeit an der MHH leitete er eine Arbeitsgruppe für kognitive Elektrophysiologie und beschäftigte sich besonders mit der Diagnostik und Therapie von Wahrnehmungsstörungen.

### Marion Fischer

Leitende Physiotherapeutin der Herzog-Julius-Klinik  
Bad Harzburg



Marion Fischer, ist seit dem 1. Juni 2008 Leitende Physiotherapeutin an der Herzog-Julius-Klinik Bad Harzburg. Die Ausbildung absolvierte sie von 1983–1985 an der Schule für Physiotherapie der Universitätsklinik Göttingen. Mit Ableistung des Anerkennungspraktikums an der Universitätsklinik Göttingen erhielt sie 1987 die staatliche Anerkennung. Ihre Erfahrungen in den Bereichen Orthopädie und Chirurgie

sammelte sie in verschiedenen Kliniken und Einrichtungen wie zum Beispiel: Berufsgenossenschaftliches Rehasentrum des Friederikenstiftes Hannover, Chirurgische Klinik Dr. Rinecker München, Physiotherapieschule Göttingen, Dozentin für Chirurgie, Uniklinik Göttingen, Leitende PT der Orthopädie, Ambulantes Rehasentrum Bad Münder, stellvertretende Leitung.

Frau Fischer hat im Laufe ihrer Berufstätigkeit diverse Zusatzqualifikationen erworben, von denen hier nur die wichtigsten genannt sind: Manualtherapeutin, Brüggertherapeutin, Bobaththerapeutin, EAP-Therapeutin, Rückenschullehrerin und andere mehr.

## Gesundheit für die Mitarbeiter

**Der 1. Gesundheitstag der Brandenburg Klinik Bernau bei Berlin fand am 10. Oktober statt: Eingeladen waren alle Mitarbeiter/innen. Kai-Uwe Michels, Geschäftsführer der Brandenburg Klinik, begrüßte die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen.**



Die Barmer Ersatzkasse und das Fürstenberg Institut (Gesundheitsmanagement in Unternehmen) nutzten die Gelegenheit und stellten Ihre Leistungen dar: „Die fortschreitenden Veränderungen im Arbeitsleben fordern von Mitarbeitern und Führungskräften zunehmend mehr Leistung, Flexibilität, soziale Kompetenz und emotionale Stabilität. Unternehmen, die diese Faktoren in ihrer Belegschaft rechtzeitig fördern, tragen damit wesentlich zu

ihrer Wettbewerbsfähigkeit bei. Das Fürstenberg Institut hat sich auf folgende Dienstleistungen spezialisiert: Externe Mitarbeiterberatung, Familienservice Gesundheitscoaching, Betriebliches Eingliederungsmanagement“.

([www.fuerstenberg-institut.de](http://www.fuerstenberg-institut.de))



Betriebsärztin Frau Dr. Bodenstein beim „Gesundheitscheck“

### Weitere Programmpunkte waren:

- Ernährungsberatung
- Yoga
- Chi-Gong
- Vorstellung des Sportzentrums Wandlitz
- Laborcheck
- Showkochen (leckere Gerichte zum Nachkochen)
- Mittagessen aus der Showküche im Speisesaal

## Klinikerweiterung: Sachsenklinik mit Psychosomatischer Abteilung

**Die Michels Unternehmensgruppe betreibt in Bad Lausick – nahe der Universitätsstadt Leipzig – die moderne Rehabilitationsklinik Sachsenklinik. Die Sachsenklinik hat 220 Betten in den Abteilungen Orthopädie und Neurologie.**

In der Klinik wird seit vielen Jahren ein differenziertes und anspruchsvolles Therapiekonzept umgesetzt. Jetzt plant die Michels Unternehmensgruppe die Erweiterung der Klinik: In der Sachsenklinik wird im Frühjahr 2009 eine Psychosomatische Abteilung mit 60 Betten eröffnet.

In der Psychosomatischen Abteilung sollen auf der Basis eines integrativen Therapiekonzeptes Patienten des gesamten Spektrums psychosomatischer und psychogener Erkrankungen behandelt werden.

Ein besonderer Schwerpunkt soll die Behandlung von Patienten mit kombinierten psychischen und orthopädischen Erkrankungen darstellen.

Voraussichtlicher Eröffnungstermin ist im zweiten Quartal 2009.

Wir wünschen allen Patientinnen und Patienten, allen Kolleginnen und Kollegen und unseren Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern ein ruhiges und frohes Weihnachtsfest und ein gutes glückreiches neues Jahr 2009.

Wir würden uns freuen, wenn Sie uns auch im kommenden Jahr als Leser treu und gewogen blieben. Das Erscheinen der vierten Ausgabe des Klinikmagazins ist für Ende März 2009 geplant.

Mit den besten Wünschen

Kurt Michels · Kurt-Josef Michels · Kai-Uwe Michels



## Regine-Hildebrandt-Haus

Das Betreuungszentrum für Menschen im Wachkoma bietet aktivierende Intensivpflege für 30 Menschen im Wachkoma (20 Plätze für Erwachsene, 10 für Kinder), die nach neuesten Erkenntnissen pflegetherapeutisch liebevoll versorgt werden.

### Regine-Hildebrandt-Haus · Pflegezentrum für Menschen im Wachkoma

Kurallee 45 · 16321 Bernau-Waldsiedlung · Telefon (03 33 97) 328 00 · Telefax (03 33 97) 328 28  
info@wachkomazentrum-rhh-bernau.de · www.wachkomazentrum-rhh-bernau.de



## Hannelore-Kohl-Haus

Das Pflegeleit- und Betreuungszentrum für Menschen im Wachkoma bietet 20 Bewohnern im Wachkoma aktivierende und liebevolle Pflege und Betreuung nach neuesten pflegewissenschaftlichen Erkenntnissen.

### Hannelore-Kohl-Haus · Pflegeleit- und Betreuungszentrum für Menschen im Wachkoma

Muldentalweg 1 · 04828 Bennewitz  
Telefon (0 34 25) 88 85 60 · Telefax (0 34 25) 88 85 90 · info@muldentalpflege.de



## Pflegeheim Parkblick Taucha

Im Pflegeheim stehen 63 Plätze (31 Einzel- und 16 Doppelzimmer) für Pflegebedürftige der Pflegestufen 1–3 zur Verfügung, 30 weitere Plätze in Einzelzimmern nach Abschluss des zweiten Bauabschnitts 2009. Das Team – Altenpfleger und Krankenschwestern, Beschäftigungstherapeutin, Hauswirtschaftskräfte, und Verwaltungsmitarbeiterin – sorgen für das Wohl der Bewohner.

### Pflegeheim Parkblick Taucha · Am Schmiedehöfchen 1 · 04425 Taucha

Telefon (03 42 98) 35 20 · Telefax (03 42 98) 352 70 · parkblick@muldentalpflege.de



## Haus Muldental

Im „Haus Muldental“ werden pflegebedürftige Menschen, unabhängig von Grad und Ursache ihrer Pflegebedürftigkeit – unter anderem mit neurologischen Erkrankungen – aufgenommen. Alle Pflegestufen (1–3) werden auf hohem Niveau betreut. Den Bewohnern stehen 70 modern eingerichtete Zimmer zur Verfügung, davon für Demenzerkrankte eine eigene Wohngruppe mit zehn Einzelzimmern.

### Haus Muldental · Muldentalweg 1 · 04828 Bennewitz

Telefon (0 34 25) 88 87 00 · Telefax (0 34 25) 88 87 99 · hmtl@muldentalpflege.de



## Senioren-Residenz am Theater Solingen

In der Seniorenresidenz leben die Bewohner in Wohngruppen in 115 komplett ausgestatteten Ein- und Zweibettzimmern mit Bad, Waschbecken, behindertengerechter Dusche und WC. Normal- oder Diätkost werden in der hauseigenen Küche täglich frisch zubereitet.

### Seniorenresidenz am Theater Solingen · Konrad-Adenauer-Straße 63 · 42651 Solingen

Telefon (02 21) 22 23 30 · Telefax (02 21) 222 33 49 · info@michels-altenpflege.de



## Haus Birkenhof

Im Pflegezentrum „Haus Birkenhof“ werden pflegebedürftige Menschen, unabhängig von Grad und Ursache ihrer Pflegebedürftigkeit – unter anderem mit neurologischen Erkrankungen – aufgenommen. Alle Pflegestufen (1–3) werden auf hohem Niveau betreut. Die Bewohner leben in 99 geschmackvoll eingerichteten Einzelzimmern.

### Haus Birkenhof · Johann-Strauß-Straße 2 · 16321 Bernau-Waldsiedlung

Telefon (03 33 97) 322 66 · Telefax (03 33 97) 321 99 · info@barnim-pflege-gmbh.de



# MICHEL'S HOTELS



Unsere citynahe Oase liegt inmitten von wunderschönem Grün in Berlin-Charlottenburg. Olympiastadion, Waldbühne, Grunewald und öffentliche Verkehrsmittel sind zu Fuß erreichbar. Unser Business-Hotel verfügt über 38 großzügig und elegant eingerichtete Komfort-Zimmer, Apartments mit Kitchenetten, Suiten und 2 Penthäuser – besonders auch für Langzeitlogis mit Kindern geeignet – mit Südbalkon oder Terrassen.

#### Michels Apart Hotel Berlin

Heerstraße 80 · 14055 Berlin-Charlottenburg · Telefon (030) 300 00 60 · Telefax (030) 30 00 06 66  
aparthotelberlin@michels-hotels.de



Die idyllische Kurstadt Bad Lausick liegt zwischen den sächsischen Metropolen Dresden, Leipzig und Chemnitz. Durch die ausgedehnten Wälder und vielfältigen Sehenswürdigkeiten ist sie zu allen Jahreszeiten eine Reise und einen Kuraufenthalt wert. In unserem Haus finden Sie alles unter einem Dach: 120 Hotelzimmer, das Kurmittelhaus, Restaurants, den großen Kursaal, Gesellschaftsräume, Bibliothek und Heimatstube. Unser Haus verfügt über elegant eingerichtete Einzel- und Doppelzimmer, Appartements und Suiten.

#### Michels Kurhotel Bad Lausick · Badstraße 35 · 04651 Bad Lausick

Telefon (03 43 45) 321 00 · Telefax (03 43 45) 322 00 · kurhotelbadlausick@michels-hotels.de



Norderney, das älteste deutsche Nordseebad mit 200-jähriger Tradition, ist eine der schönsten und beliebtesten Nordseeinseln. Wir bieten unseren Gästen eine ganz spezielle Mischung aus Urlaub und Kur in anspruchsvollem Ambiente. Das Kurhotel liegt unmittelbar an der „Kaiserwiese“ direkt am Meer und bietet Ihnen neben Doppelzimmern/Appartements sowie Zweiraum-Kombinationen auch verschiedene Einzelzimmer – teils mit Meerblick – an.

#### Michels Kurhotel Germania · Kaiserstraße 1 · 26548 Norderney

Telefon (0 49 32) 88 20 00 · Telefax (0 49 32) 88 22 00 · kurhotelgermania@michels-hotels.de



Das Kurhotel Norderney, einst königliche Sommerresidenz Georg V. von Hannover, verfügt über 19 wunderschöne Gästezimmer mit Bad/Dusche und WC. Die Farbharmonie aus edlen Hölzern, hochwertigen Stoffen und Teppichen wartet darauf, von Ihnen entdeckt zu werden. Eine gemütliche Sitzzecke – teilweise in einem separaten Wohnbereich – lädt zum Lesen oder Fernsehen ein. Genießen Sie das edle Ambiente und den Luxus des Hauses. Erleben Sie die schönsten Tage des Jahres im Kurhotel Norderney.

#### Michels Kurhotel Norderney · Weststrandstraße 4 · 26548 Norderney

Telefon (0 49 32) 88 30 00 · Telefax (0 49 32) 88 33 33



Bad Harzburg liegt, eingebettet von Wäldern und Berghängen des nördlichen Harzes, im Herzen Deutschlands. Durch die Stadt ziehen sich Kurparks und Badeparkanlagen bis hin zum angrenzenden Nationalpark. Im historischen Badepark liegt das „Michels Kurhotel Vier Jahreszeiten“ in einem restaurierten Prachtbau der Jahrhundertwende. Es verfügt über 74 Komfortzimmer inklusive 14 Suiten, die keinen Wunsch offen lassen.

#### Kurhotel Vier Jahreszeiten

Herzog-Julius-Straße 64 · 38667 Bad Harzburg · Telefon (0 53 22) 78 70 · Telefax (0 53 22) 78 72 00  
kurhotelvierjahreszeiten@michels-hotels.de



## Schöne Ferien. Endlich!

Lieben Sie die steife Brise der See, die Weiten endloser Sandstrände oder die Faszination des Wattenmeers und seiner Gezeiten? Sie sehnen sich nach Ferien an der Nordsee, haben Lust auf den rauen Charme der Ostsee? Sie möchten ein Feriendomizil, das Ihren Wunsch nach Exklusivität zufriedenstellt und sich Ihnen dennoch unkompliziert präsentiert? Bei uns finden Sie Ihre schönsten Ferien: Luxuriös ausgestattete Apartments in der Villa Nordsee auf der Nordseeinsel Norderney, wunderschöne Ferienwohnungen auf der Ostseeinsel Zingst oder das herrliche Schloss Oberstaad am Bodensee.

#### Die Entdeckung der Langsamkeit und Entspannung beginnt hier: [www.michelsferienwohnungen.de](http://www.michelsferienwohnungen.de)

Michels Immobilien Management GmbH · Fasanenstraße 5 · 10623 Berlin · [info@michelsferienwohnungen.de](mailto:info@michelsferienwohnungen.de)  
Telefax (030) 800 929 104 · Kostenlos buchen unter: Telefon 0800 673 83 30