

■ FORUM GESUNDHEITSPOLITIK

DOKUMENTATIONSFORMEN IN DER MUSIKTHERAPIE TEIL II

In dieser Ausgabe wird der Einblick in gegenwärtig praktizierte Dokumentationsverfahren erfahrener Kolleginnen und Kollegen fortgesetzt, der in der vorigen Ausgabe der MU begonnen wurde (MU 2013, Heft 01, S. 66–75). Heike Plitt/Stefan Harenbrock und Maria Sembdner hatten Dokumentationsbögen und deren Einsatz gezeigt (abrufbar unter [www.musiktherapie.de/Musiktherapeutische Umschau Online](http://www.musiktherapie.de/Musiktherapeutische%20Umschau) beim Inhaltsverzeichnis zu Heft 1/2013). Ulrike Haffa beschrieb ihre Dokumentationsweise und Thomas Bergmann stellte eine Tabelle mit Dokumentations-themen zur Verfügung, die die Informationen aus der Therapie sortieren und aufbewahren hilft.

In diesem Heft, im zweiten Teil der Dokumentationsformen, beschreibt Franz Mecklenbeck, welche Überlegungen zu der Konzeption des Informationssystems KIS, das im Landschaftsverband Rheinland verpflichtend genutzt wird, geführt haben und wie es eingesetzt wird. Susanne Brandenburg und Doris Sondermann zeigen aus ihrer langjährigen Berufserfahrung, mit welchen Hürden bei der Dokumentation gekämpft werden muss und wofür sich dieser Kampf lohnt. Das Spannungsfeld zwischen Erwünschtem und Verwirklichtem wird dadurch erneut deutlich.

Franz Mecklenbeck

Dokumentation im Behandlungsmanagement

Seit fast 10 Jahren arbeiten die Kreativtherapeuten und damit auch die Musiktherapeuten der LVR-Kliniken im Rheinland mit einem PC-gestützten Krankenhausinformationssystem (KIS) und managen so ihren Behandlungsauftrag (Anwendungsbeispiel bei Plitt, Harenbrock 2013 in Teil I der Dokumentationsformen in Heft 2013, Heft 01).

Die Dokumentation der Behandlung eines Patienten in der Psychiatrie stellt besondere Anforderungen an ein Informationssystem, denn der Behandlungsverlauf von der Anamnese über die Therapieformen bis hin zum psychischen Status muss jederzeit logisch und übersichtlich nachvollzogen werden können. Die interdisziplinäre Zusammenarbeit der Berufsgruppen, die einen besonders hohen Stellenwert für das Gelingen der Behandlung hat, soll im System intelligent abgebildet werden. Die im KIS gefundene Lösung unterstützt den Psychiater, den

Musiktherapeutische Umschau, 34, 2 (2013), S. 161–168

© Vandenhoeck & Ruprecht GmbH & Co. KG, Göttingen, 2013, ISSN 0172–5505

Psychologen, den Therapeuten und die Pflegekraft und damit die multiprofessionelle Zusammenarbeit. Alle notwendigen Basisinformationen können ganz einfach erhoben werden und sind für alle Berufsgruppen sichtbar.

Die Zuweisung oder Verordnung zu den einzelnen Therapien geschieht ebenso online wie die Dokumentation und Abrechnung der jeweiligen erbrachten Leistungen (z. B. nach OPS).

Für uns Kreativtherapeuten war es dabei sehr wichtig von Anfang an in die Planung und Entwicklung der Software eingebunden zu sein, um am Ende über ein eigenes Modul im Gesamtsystem verfügen zu können. Bestrebungen kostengünstigere Lösungen zu etablieren, wie Zusammenfassung aller Therapeutischen Dienste wie Ergotherapie, Sport- und Bewegungstherapie, Physiotherapie usw., konnten verhindert werden, was uns auch aus berufspolitischer Sicht sehr wichtig war.

Es wurden verschiedene Entwicklerteams ins Leben gerufen, die auf Klinik-, Fach- und Trägerebene vernetzt wurden und gemeinsam mit den Softwareentwicklern die einzelnen Module generierten.

Nach dem »Roll-Out« im Jahre 2005 wurde das System immer weiter ausgebaut und verfeinert. In Folge finden mehrmals jährlich Anwendertreffen der einzelnen Berufsgruppen statt. Hier werden neu entwickelte Features besprochen und in die Updates eingepflegt.

Aktuell prüft eine unabhängige Kommission die tägliche Anwendung vor Ort an den jeweiligen Arbeitsplätzen, um dabei unnötige oder zu komplizierte Workflows aufzuspüren und sie den Entwicklern zur Korrektur zu melden.

Der musiktherapeutische Behandlungsverlauf beginnt immer mit der schriftlichen Verordnung durch den fallführenden Kollegen (z. B. Arzt, Psychologe).

Diese Verordnung erscheint in einer Übersicht bei allen Musiktherapeuten gegliedert nach Station (Stationsnummer/OE), Patientennamen, Vorname und Verordnungsdatum auf dem Bildschirm.

Der Musiktherapeut nimmt den Patienten »in Zugriff« und fügt ihn einer Gruppe oder einem Einzeltermin zu. Dieser Vorgang wird an den fallführenden Kollegen zurück gemeldet und er kann dem Patienten den Termin mitteilen.

Im Vorfeld der Therapie kann der behandelnde Musiktherapeut sich ausführlich über den Patienten informieren. Alle Aufnahmeuntersuchungen, die Anamnese und der bisherige Behandlungsverlauf sind ersichtlich.

Nach jeder Therapiestunde ist der Musiktherapeut verpflichtet, seine Behandlung zu dokumentieren (Teilnahme und ggfs. inhaltlich) und auch nach Leistungsziffer abzurechnen. Die Teilnahme und inhaltliche Dokumentation erscheint sofort für alle Mitbehandler sichtbar im Behandlungsverlauf. Besondere Situationen (z. B. eine Suizidandrohung) werden entsprechend gekennzeichnet. Aus den fachlichen Einträgen im Behandlungsverlauf kann, wenn gewünscht, ein Abschlussbericht generiert werden, dessen Text in vorkonfigurierte Formulare (»ready to use«) eingefügt wird.

Die gesamte Leistungsabrechnung nicht nur der Musiktherapie wird mit der Entlassung automatisch an das Pflegekostenbüro übermittelt.

Nach einer Einarbeitungszeit empfinden wir die Arbeit mit diesem »KIS« als

große Erleichterung im alltäglichen Handeln: Anamnese und Aufnahmeuntersuchungen, die Anordnung von Therapien, Spezialfunktionen wie die Verwaltung von Therapiegruppen und die Leistungsabrechnung unterstützen unsere Arbeit sehr (Screen-shots auf www.musiktherapie.de). Sie schaffen damit uns auch im täglichen Klinik- und Behandlungsalltag als Berufsgruppe eine gute Präsenz. Der persönliche Kontakt zu den Kollegen oder die Teilnahme am Stationsteam findet damit allerdings nicht mehr so oft statt.

Literatur

Plitt, H., Harenbrock, S. (2013): Das neue Entgeltsystem- knappe Zeit, hohe Erwartungen. In: MU 34, 68–70
Online im Internet unter: nexus-ag.de/psychiatrie; Zugriff: 19.01.2013

Franz Mecklenbeck, Dipl.-Psych., Leiter Kreativtherapie, LVR-Klinikum Düsseldorf, Kliniken der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf, Bergische Landstr. 2 40629 Düsseldorf. E-Mail: franz.mecklenbeck@lvr.de.

Susanne Brandenburg

Vom Innen zum Außen: Dokumentation im Wandel der Zeit

Seit der Beendigung meines Studiums an der FH Heidelberg vor 27 Jahren habe ich in verschiedenen institutionellen Zusammenhängen und Bedingungen als Musiktherapeutin gearbeitet (angestellt in Kliniken, auf Honorarbasis oder freiberuflich) und immer auf andere Weise meine Arbeit dokumentiert.

In diesem Zeitraum haben sich die formalen und inhaltlichen Bedingungen in den Institutionen und vor allem in Kliniken verändert, was sich auch in den Anforderungen an eine Dokumentation zeigt.

Wichtig war mir, die Musiktherapiesitzungen präzise, effizient, verständlich und ökonomisch zu dokumentieren. Dafür habe ich im Laufe meines Berufslebens verschiedene Formen von Formularen entwickelt, um diesen Arbeitsablauf zu optimieren und den jeweiligen Anforderungen an meine Arbeit (Gruppe oder Einzeltherapie) anzupassen.

Neben dem Ziel, die musiktherapeutische Arbeit durch eine Dokumentation belegen, nachweisen und ggf. auch die erbrachte Leistung abrechnen zu können, ist auch der Aspekt wichtig, durch diese Dokumentation die eigene Arbeit kritisch reflektieren und selbstverständlich auch besser memorieren zu können. Während die Dokumentation in früheren Berufszeiten eine Arbeit war, die ich eher für mich als Gewährleistung von Qualität gemacht habe, dokumentiere ich heute eher für

die Patientenakte, zu der auch alle anderen Kollegen und u. U. die Krankenkassen Einsicht haben.

Die Dokumentation war eine Arbeit, die ich für mich sehr gewissenhaft und ausführlich gemacht habe, die aber keinen Eingang in die verschiedenen Patientenakten gefunden hat. Es war nicht vorgesehen, dass die Aufzeichnungen der Musiktherapiesitzungen in den Akten vermerkt oder abgeheftet wurden. Vorteilhaft war es natürlich, wenn ein Patient wieder aufgenommen wurde, dass ich in meinen Aufzeichnungen nachlesen konnte, um welche Themen es beim letzten Aufenthalt ging, welche Instrumente oder welche Musik er bevorzugte und wie mögliche Veränderungen im Erleben des Patienten und in meiner Einschätzung dokumentiert wurden. Natürlich war meine Dokumentation auch die Voraussetzung und Grundlage der Abschlussberichte bei der Entlassung eines Patienten, die ich verfasst habe. Allein diese Abschlussberichte wurden in die Akte abgeheftet und damit den Kollegen zugänglich gemacht. Die Protokolle selbst waren aber für mich. So gehörte es zu den manchmal traurigen, manchmal aber auch befreienden und entlastenden Tätigkeiten unzählige solcher Protokolle und Aktenordner zu vernichten, wenn ich meinen Arbeitsplatz wechselte und eine Klinik oder Institution verließ.

Mittlerweile hat sich viel im Klinikalltag verändert.

Eine große Veränderung brachte die Einführung des Qualitätsmanagements (QM) auch in der MT. Eine andere große Veränderung ist die Einführung der elektronischen Patientenakte und die Einführung des OPS (Operationen- und Prozedurenschlüssel).

Mittlerweile gehört die Dokumentation am Klinik-PC zu meiner täglichen Arbeit am Ende eines Arbeitstages. Seit diesem Jahr ist die Erfassung des OPS »scharf« gestellt und befindet sich nicht mehr in der Erprobungsphase. Somit bin ich verpflichtet folgende Angaben elektronisch zu erfassen und einzugeben: Den Namen des Patienten, die Angabe, ob er einzeln oder in der Gruppe behandelt wurde und wie lange die Therapie dauerte. Die Therapiedauer ist festgelegt und erfolgt in 25 Minutenschritten: eine Therapie kann in 25, 50, 75 oder 100 Minuten abgerechnet werden. Da ich ausschließlich mit Gruppen arbeite, kann ich 3 Therapieeinheiten eingeben (also 75 Minuten), außerdem muss ich die Gruppengröße eingeben, je weniger Patienten in der Gruppe sind, desto mehr Geld habe ich für die Klinik »erarbeitet«.

Neben diesen Formalia dokumentiere ich nun die Inhalte der Stunden. Dazu gehören die »Inhaltsangabe«, also der Ablauf einer Stunde, den ich in Stichworten beschreibe und die Zusammenfassung des Gruppenprozesses, der meistens einige Sätze benötigt. Dies kopiere ich per Mausclick nun in jede Patientenakte der bei der Stunde anwesenden Patienten. Darüber hinaus bemühe ich mich zu jedem Pat. mindestens einen Satz zu schreiben, der für diese Stunde aussagekräftig ist. Besondere Vorkommnisse einer Stunde müssen selbstverständlich ausführlicher dokumentiert werden. Meine Aufgabe ist es, die Texte so zu verfassen, dass sie für die Kollegen verständlich sind. Beim Speichern der Texte habe ich nun darüber hinaus noch die Möglichkeit zu entscheiden, wie dringlich diese Informationen für die Kollegen sind und ob ich es für wichtig halte, dass alle behandelnden Kollegen

diese Informationen im Sinne einer Übergabe erhalten, wenn sie die entsprechende Patientenakte elektronisch öffnen. Meine Dokumentation ist nun also für alle lesbar, die Zugang zu den Akten haben. Veränderungen an meinen Texten kann nur ich vornehmen und muss diese durch mein Passwort bestätigen. Dies ist eine große Veränderung. Während ich früher eher für mich dokumentiert habe, ist nun meine Dokumentation für alle einsehbar und lesbar, meine Arbeitsleistung (durch das OPS) quantitativ überprüf- und berechenbar.

Aber nicht nur die Arbeitsabläufe und die »Zielgruppe« haben sich im Bereich der Dokumentation verändert, auch die Inhalte meiner Dokumentation. Als ich noch für mich dokumentierte, notierte ich auch Fragen oder die Wahrnehmung einer Gegenübertragung. Sehr wichtig war mir die Dokumentation der verwendeten Instrumente, die heute gar nicht mehr stattfindet. Jetzt bin ich auf meine Erinnerungsfähigkeit angewiesen, früher habe ich es aufgeschrieben.

Aber nicht nur die Kollegen lesen meine Aufzeichnungen, auch die KK (Krankenkassen) und der MDK (Medizinische Dienst der Krankenkassen) können bei Bedarf Einsicht in die Akte erhalten. Dies hat auch Auswirkungen auf die Formulierungen. Ich musste lernen, den Blick eher auf Defizite zu richten und nicht- wie ich es als Musiktherapeutin verinnerlicht habe- auf Ressourcen und Fortschritte.

Dies war für mich anfangs richtig schwierig und widersprach meinem beruflichen Selbstverständnis.

Eine »persönliche« Dokumentation kann ich mir aus Zeitgründen nicht mehr leisten und so habe ich gelernt mich mit diesem System zu arrangieren. Für meine inhaltliche Arbeit und für die Reflektion ist das trotzdem wichtig: Als ich kürzlich wegen einer Fortbildung an einem Freitag früher wegmusste und nur die »Leistungserfassung« eingeben konnte, ohne die inhaltliche Dokumentation schreiben zu können, konnte ich in der folgenden Woche dem im Team nicht wie immer über die Gruppen berichten. Anscheinend hilft das Schreiben der Dokumentation doch besser zu memorieren, das Gruppengeschehen kognitiv abzuspeichern und eine Grundlage für die Reflektion zu bieten.

Susanne Brandenburg, Dipl.-Musiktherapeutin (FH), Heilpraktikerin für Psychotherapie, zert. Musiktherapeutin DMtG, Klinikum der Universität Frankfurt, Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie, Taunusstraße 14, 61449 Steinbach, E-Mail: susanne.brandenburg@musiktherapie.de

Doris Sondermann

Was dokumentieren wir, wenn wir wissen, dass wir nicht alles dokumentieren können und nicht immer wissen, was wirkt?

Dokumentation der Musiktherapie in einer psychiatrischen Abteilung

Wie selbstverständlich wird jede Kollegin mir zustimmen, wenn ich frage: »Na, und du dokumentierst deine Arbeit auch schriftlich?« »Ja klar!« Aber was steht dann geschrieben und wo? Im Arbeitskreis: »*Netzwerk der Musiktherapeutinnen im psychiatrischen Kontext in Hamburg*« haben wir unlängst wieder festgestellt, wie vielfältig und auch verschieden unser musiktherapeutisches Arbeiten in den Kliniken organisiert und eingebunden ist. Hier gibt es schon die elektronische Patientenkurve, da wird mit SAP, dort mit OPS dokumentiert. Auf unseren Stationen muss immer noch in der »Klatsche« von Hand das Häkchen, Namenskürzel und ein kurzer Satz zum Verlauf aufgeschrieben werden. Ich arbeite seit 16 Jahren in einer psychiatrisch-psychotherapeutischen Abteilung eines Krankenhauses, das früher städtisch war, jetzt Teil eines großen Konzerns ist. Auf sechs Stationen werden etwa 120 Patienten auch im Rahmen der Sektorversorgung betreut. Ein Kreativtherapeuten-Team mit 8 Personen bietet eine Vielfalt von Gruppen- und Einzelbehandlungen diesen stationär oder ambulant zu behandelnden Patienten an. Wir haben kurze Wege zwischen den Büros, die es uns ermöglichen, in zahlreichen kurzen Kontakten »auf dem Flur« Aktuelles zu den Therapien auszutauschen. Mit der Menge der Stationsbehandler gibt es diese wertvollen Flurkontakte nur selten, und wir müssen mit festgelegten Therapiebesprechungszeiten etwa einmal wöchentlich oder mit schriftlichen Notizen auskommen.

Wie wird unsere Arbeit dokumentiert? Zunächst fallen mir drei verschiedene Adressaten ein: Ich schreibe a) für die Verwaltung, b) für mitbehandelnde Kollegen oder c) für mich selbst.

Ich muss teilweise in Zahlen übersetzen, was sich in Anwesenheit, in Blicken und Gesten, in Tönen oder im Schweigen überwiegend hinter der Tür des Musiktherapieraumes abgespielt hat. Zwingend notwendig ist es, die Anwesenheit eines Patienten X am Tag Y mit einer (vorgeschriebenen) Minutenzahl einem codierten Verfahren zuzuordnen. Festgehalten wird auch die Einzeltherapie oder die Gruppengröße: bis 6 Teilnehmer, bis 12 oder darüber. Das will die Abrechnungsstelle wissen, sonst gibt es kein Geld für das Haus. Der Leistungserbringungsnachweis ist das Eine...

Diese Zahlen sagen noch nichts über die Dauer der Teilnahme an der Musiktherapie, die Zusammensetzung einer Gruppe, ein- oder mehrmalige Abwesenheit des Patienten geschweige denn über den Inhalt einer Sitzung. Zahlen können auch nicht der Kollegin auf Station einen Eindruck meiner letzten Begegnung mit -sagen wir- Herrn Müller geben.

Worte auf Papier

Mit einem Anordnungsformular beginnt mein Kontakt mit den Patienten, etwa Herrn Müller. Die Kollegin von Station 5 meldet ihn zur Musiktherapiegruppe an, macht evtl. kurze Angaben zur Diagnose und den bisher auf Station vereinbarten Behandlungszielen. Es ist auch vorgesehen, Anmeldungen zu anderen Therapieverfahren dort zu nennen (Ergotherapie, Bewegung, je nachdem). Wenn ich Inhaltliches wissen will, muss ich auf Station gehen und mit etwas Glück habe ich Zugriff auf die Patientenkurve. Dort lese ich über Aufnahmeanlass, Medikation und bisherigen Verlauf. Ich notiere, dass ich für Herrn Müller einen Platz in der Gruppe ab Montag anbiete und ziehe den gelben Reiter. Das ist der Auftrag an die Pflege, Herrn M. zu informieren und am Montag in den Raum 192 zu schicken. Das ist ein Teil der Dokumentation, die standardisiert und zwingend ist.

Die alltägliche Arbeit *im Therapieraum* mit den Patienten ist interessant, vielschichtig und bewegend. Unglaublich komplex erlebe ich oft die Verbindung zu den Kolleginnen auf den Stationen. Die Pflichtdokumentation »Patient war anwesend – ja / nein und einmal wöchentlich eine Kurzinfo zum Verlauf« wird in der Kurve notiert, zwischen den Berichten der Nachtwache und etwa der Ausgangsregelung. Das sagt aber nichts aus über Themen, über im Spiel Ermöglichtes, Phantasiertes, über Beziehungen im Miteinander der Gruppe.

Ich kann markieren, wenn ich sichergehen will, dass der Behandler meine Notizen liest. Im Eifer des Alltags bleiben viele der geschriebenen Papierrückmeldungen ohne Echo in der Weite der lauten Geschäftigkeit. Für einen persönlichen Austausch ist kein Raum vorgesehen oder möglich. Das ist ein Mangel, aber die Behandlung läuft trotzdem und nicht selten würde ich sie gut nennen. Ein Mosaikstein der klinischen Behandlung, die Begegnung mit der Musiktherapeutin, den Instrumenten und evtl. den Gruppenteilnehmern findet im Therapieraum statt. Wenn es gut geht, regelmäßig mit klar vereinbarten Zeiten für Start und Ende.

Für mich selber mache ich Notizen über die Einzeltherapien. Ein kleiner, individuell erstellter Vordruck -passend in mein DIN A 5 Ringbuch- ist für ein »Telegramm« bereit.

In einem Wochenüberblick ist der zeitliche Zusammenhang ersichtlich, Thema und Länge der jeweiligen Bandaufnahme und das Stichwort zum Inhalt der Sitzung.

Für eine interdisziplinäre Gruppentherapie notieren wir biographische und szenische Notizen aus dem Vorgespräch auf der Rückseite des Anmeldebogens, der im »Gruppenordner« verwahrt wird. So ist es für die Teamkollegen nachzuvollziehen. Für jeden einzelnen Patienten gibt es einen Wochenverlaufszettel, auf dem Notizen zur jeweiligen täglich stattfindenden Gruppentherapie gesammelt werden. Am Ende der Woche kommt dieser Bogen in die Akte auf Station.

Worte elektronisch

Eine andere Form der Dokumentation praktizieren wir in einem interdisziplinären Kleinteam. Eine Gruppe von drei Kollegen behandelt eine Patientengruppe, die

sich dreimal in der Woche für jeweils 60 Minuten trifft. Montag – Gespräch mit der Psychologin, Mittwoch – Musiktherapie, Freitag – Bewegungstherapie mit dem Kollegen. Wir nutzen den PC, um vom eigenen Schreibtisch aus ein Gruppenprotokoll zu schreiben, trennen das aktuelle vom »Depot«, in dem wir die vorigen Protokolle ablegen und sammeln. Jeder kann vom Rechner aus lesen, was der andere 2 Tage zuvor (oder auch vor zwei Wochen) geschrieben hat. Wir geben jeweils zuerst einen Überblick aufs Ganze der Stunde (evtl. ein Thema, das im Vordergrund stand, Anwesenheit bzw. bei Abwesenheit der Teilnehmer; Nennung des Grundes) und danach einen Text zu jedem Einzelnen. Dies ermöglicht, einen Auszug an den jeweiligen Behandler auf die Station zu schicken. (SAP und Kurve verlangen trotzdem noch das Anwesenheits-Häkchen). Ein Blick ins eigene Protokoll der vergangenen Woche ist immer hilfreich vor der nächsten Stunde. Diese schriftliche Dokumentation ist nicht sehr zeitaufwändig.

Worte im Gespräch

Einmal in der Woche sprechen wir live und in Farbe miteinander. Diese Kleinteam-Kollegen kennen den Musiktherapieraum von innen (Das ist nicht bei allen so!) und ich kann Szenen und Eindrücke aus dem Spiel der Gruppe mit wenigen Worten vermitteln.

Eindeutig ist ein persönlicher Austausch mit den gemeinsam behandelnden Kollegen inhaltsreicher. Fragen, Bemerkungen, Berichte werden in Kürze benannt und gemeinsame Einschätzungen und Perspektiven entwickelt, wie es Notizen auf Papier und im PC nicht vermögen. Bei der großen Zahl der Kollegen (ca. 15 zuweisende Ärzte und Psychologen) und in dem sich ständig drehenden Karussell der Stellenbesetzung ist dies eine große Herausforderung an die Kommunikationsqualitäten und –kapazitäten einer klinisch arbeitenden Musiktherapeutin. Es verlangt auch viel »Seelenarbeit«, diesen Spagat zwischen Wunsch und Wirklichkeit auszubalancieren.

Interessanterweise findet jedes Behandlungs-Kleinteam einen eigenen Modus für Dokumentation und Austausch.

Es ist selbstverständlich, dass der Informationsaustausch über Patient X oder Y *an mich*, oder *von mir* über das Erlebte im Musiktherapieraum *an die Kollegin* auf Station ein wertvoller und notwendiger Anteil der Behandlung ist. Wir verknüpfen einige der losen Fadenenden zu einem Netz. Manches bleibt sehr locker, manches wird dichter, tragfähiger. Aber es ist eine Illusion, alle Informationen verbinden zu wollen. Ich vertraue darauf, dass auch *wirkt*, was *erlebt* wird: im Spiel, in der Begegnung mit den anderen Gruppenteilnehmern, mit mir als Gegenüber. Auch dann, wenn andere nichts davon erfahren.

Doris Sondermann, Musiktherapeutin DMtG, langjährige klinische Tätigkeit in Psychiatrie und Psychosomatik, Leitung von Singgruppen. Asklepios Klinik Harburg, Abteilung für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik, Ltd Arzt: Dr. Hans-Peter Unger, Eissendorfer Pferdeweg 52, 21075 Hamburg.