

AHG Klinik für Psychosomatik
Bad Dürkheim

Qualitätsbericht



2015/16

Anschrift**AHG**

Klinik für Psychosomatik Bad Dürkheim
Kurbrunnenstraße 12
67098 Bad Dürkheim
AHG AG
Institutskennzeichen: 260730582

fon: 06322-934-0
fax: 06322-934-201
duerkheim@ahg.de
www.ahg.de/duerkheim

Ansprechpartner

Für alle Fragen, per Post, telefonisch oder per E-Mail, stehen zur Verfügung:

Verwaltungsdirektor

Gerhard Illig
fon: 06322-934-224
illig@ahg.de

Patientenanmeldung

Tanja Bender
fon: 06322-934-292
tbender@ahg.de

Verwaltungssekretariat

Jutta Schöler
fon: 06322-934-260
jschoeler@ahg.de

Chefarzt

Dr. Peter Deibler
fon: 06322-934-259
pdeibler@ahg.de

Qualitätsmanagementbeauftragte

Irene Winkelmann
fon: 06322-934-264
iwinkelmann@ahg.de

Chefarztsekretariat

Renate Kaiser
fon: 06322-934-259
rkaiser@ahg.de

Dieser Qualitätsbericht wurde für die Jahre 2015 und 2016 (Berichtszeitraum 01.01.2015 – 31.12.2016) erstellt und bezieht sich auf die in diesen Kalenderjahren entlassenen Patienten (3348 Fälle).

Qualitätsbericht 2015/16

AHG Klinik für Psychosomatik Bad Dürkheim

Qualitätsbericht 2015/16

AHG Klinik für Psychosomatik Bad Dürkheim



Vorwort

Sehr geehrte Leserinnen und Leser,

seit unserem letzten Qualitätsbericht sind schon wieder 2 Jahre ins Land gegangen, von denen vor allem das letzte mit großen Veränderungen sowohl für unsere Klinik als auch für die Allgemeine Hospitalgesellschaft AG (AHG AG) verbunden war.

Bevor wir uns dem Rückblick auf die Jahre 2015 und 2016 im Hinblick auf therapeutische, konzeptionelle und wissenschaftliche Aktivitäten widmen, zunächst eine Zusammenfassung der Veränderungen, die den Rahmen unserer Arbeit prägen:

Am 06.10.16 wurden die gesamten Aktien der AHG an die MEDIAN Unternehmensgruppe verkauft, die in Bad Dürkheim bereits sowohl in der Akutmedizin, als auch in der Rehabilitation sehr aktiv ist und mit mehreren Pflegeheimen und anderen medizinischen Einrichtungen bereits über 10 Standorte verfügt. Erfreulicherweise dürfen wir unsere konzeptio-

nelle Struktur behalten und können unsere Arbeit unter neuem Namen in bewährter Weise fortsetzen.

Die geschilderten Veränderungen im Gesamtunternehmen ereigneten sich in einer für die AHG Klinik Bad Dürkheim sehr sensiblen Phase. Im Zuge des Neubaus von Patienteneinzelzimmern (seit Mitte 2015 erhalten alle Rehabilitanden mit Ausnahme der Teilnehmer des Jugendprojektes ein Einzelzimmer) war eine Schadstoffbelastung (künstliche Mineralfasern/KMF) der sanierungsbedürftigen Abhangdecken aufgefallen. Um jegliche Gesundheitsgefährdung sowohl für Rehabilitanden als auch für Mitarbeiter auszuschließen, entschloss sich die AHG, die notwendigen Sanierungsmaßnahmen im Rahmen einer Betriebsunterbrechung durchzuführen. Aus diesem Grund verließen am 08.07.16 die letzten Patienten unsere Klinik. Im Zuge der Baumaßnahmen zeigte sich leider erheblicher weiterer infrastruktureller Sanierungsbedarf. Vor besondere Herausforderungen stellten uns dabei die aktuellen Brandschutzvorschriften. Es kam dadurch zu einer erheblichen Ausweitung der Baumaßnahmen und einer entsprechenden Terminverzögerung: die Klinik wird voraussichtlich erst im März 2017 ihren Betrieb wieder aufnehmen können.

An dieser Stelle möchten wir uns ganz herzlich bei unseren Kosten-/und Leistungsträgern bedanken, mit denen wir uns während der Betriebsunterbrechung in engmaschigem Austausch befanden und die uns mit großem Verständnis begleitet und durch die flexible Gestaltung von Kostenzusagen in dieser sehr schwierigen Phase hervorragend unterstützt haben. Unser Dank gilt auch der AHG- und später MEDIAN-Konzernführung, sowie unseren Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern und dem Betriebsrat, die allesamt durch hohe Kooperations- und Kompromissbereitschaft dazu beigetragen haben, der Klinik ohne Verlust von Arbeitsplätzen über diese schwierige Phase hinweg zu helfen. Dabei möchten wir beson-

ders hervorheben, dass die sehr komplexen und finanziell äußerst aufwändigen Sanierungsmaßnahmen ohne die tatkräftige und stets konstruktive Unterstützung der neuen MEDIAN-Geschäftsbereichsleitung und die Freigabe entsprechender Mittel durch die Konzernleitung so nicht möglich gewesen wären.

Natürlich sind wir auch in den letzten beiden Jahren unserer Devise treu geblieben, bewährte therapeutische Grundsätze zu verteidigen und gleichzeitig stetig weiterzuentwickeln. Es gab zahlreiche konzeptionelle Neuerungen und Vertiefungen, die wir parallel dazu auch wissenschaftlich evaluiert haben. So konnten unsere Angebote für Patienten mit Aufmerksamkeitsstörungen (ADHS/ADS) durch ein auf das Setting der psychosomatischen Rehabilitation zugeschnittenes Gruppentherapieprogramm erweitert werden.

Weiterhin haben wir ein Behandlungsprogramm zur Förderung der Lehrgesundheit etabliert, das Elemente des bekannten und bewährten AGIL-Programms enthält (in: Hillert et al. 2009, Lehrgesundheit. Schattauer). Zudem wurden in verschiedenen Bereichen neue erlebnisorientierte Therapiebausteine implementiert und eine Gedächtnisgruppe ins Leben gerufen. Weiterentwicklungen unserer Angebote für traumatisierte Patienten sowie für Rehabilitanden im höheren Lebensalter stehen sozusagen in den Startlöchern.

Im Hinblick auf die poststationäre Schnittstelle ist es uns gelungen, in Kooperation mit einer DRV Bund eigenen Klinik (Reha-Zentrum Bad Salzuflen) die Anwendung einer Smartphone-gestützten App bei depressiven Patienten in der Reha-Nachsorge praktisch umzusetzen und wissenschaftlich zu begleiten. DE-RENA ist das Ergebnis langjähriger wissenschaftlicher Forschung beim Einsatz neuer Medien im therapeutischen Kontext, die an unserer Klinik Tradition hat.

Dieser Ausblick weist darauf hin, dass wir auch weiterhin an der stetigen Verbesserung unserer stationären Konzepte arbeiten und unser Profil für störungsspezifische Angebote weiter schärfen wollen. Dies ist uns auch im zurückliegen-

den Zeitraum gelungen, was sich in unserer eigenen Datenerhebung per Entlassfragebogen, aber auch in den Rückmeldungen der Qualitätssicherung unserer Hauptbelegers, der DRV Bund, widerspiegelt. Wir werden auch im Verbund der MEDIAN-Kliniken eine Adresse bleiben, in der die optimale Versorgung unserer Patienten gewährleistet ist und die mit Engagement und hoher Expertise an Innovation und Evidenzbasierung in der Therapie weiterarbeitet. Die Qualität unserer Arbeit wurde uns auch im FOCUS-Sonderheft „Rehabilitation“ bescheinigt, wo wir als Qualitätsklinik im Bereich der Psychosomatischen Rehabilitation ausgewiesen wurden und uns mit einem Interview unseres leitenden Psychologen Stefan Schmädeke zur psychosomatischen Rehabilitation zu Wort meldeten (vgl. Focus Gesundheit, Reha Kliniken 2017, Dez./Jan. 2016/17).

Wir möchten uns ganz besonders herzlich bei allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern bedanken, die mit ihrem unermüdlichen Einsatz und ihrer Kompetenz zu unserer erfolgreichen Bilanz beigetragen haben. Natürlich gilt unser Dank auch unseren Kooperationspartnern im Gesundheitswesen, bei Kosten- und Leistungsträgern sowie auch bei zweiseitigen Ärzten, Psychotherapeuten, Kliniken und Sozialdiensten. Vielen Dank, dass Sie uns Ihr Vertrauen geschenkt haben.

Selbstverständlich möchten wir auch die Patientinnen und Patienten der Jahrgänge 2015 und 2016 nicht vergessen, die uns mit lobenden, aber auch mit konstruktiv-kritischen Rückmeldungen wichtige Anregungen gegeben haben.

Wir wünschen Ihnen eine spannende Lektüre und freuen uns über Anregungen und Rückmeldungen.

Dr. Peter Deibler, Chefarzt
Gerhard Illig, Verwaltungsdirektor
Dorit Benoit, Leiterin der Abteilung für Psychodiagnostik und
Therapieforschung
Reiner Wieland, Ltd. Psychologe

Inhalt

| | | |
|-------|---|----|
| 1 | Klinik, Behandlungskonzept und Indikationen..... | 9 |
| 1.1 | Die Klinik und ihr Selbstbild..... | 9 |
| 1.2 | Behandlungskonzept und -angebote | 11 |
| 1.3 | Indikationsspektrum..... | 13 |
| 1.4 | Versorgungsstrukturen..... | 14 |
| 2 | Konzeptentwicklung und -evaluation | 15 |
| 2.1 | Weiterentwicklung von Rehabilitationskonzepten | 15 |
| 2.1.1 | ADHS Konzept – für Jugendliche und Erwachsene | 15 |
| 2.1.2 | „Skill & Chill“ – für emotional instabile Jugendliche | 17 |
| 2.1.3 | Reha:Info – eine internetbasierte Rehavorbereitung..... | 18 |
| 2.1.4 | KreAktiv – Erlebnisorientierung in der Ergotherapie..... | 20 |
| 2.2 | Evaluation von Rehabilitationskonzepten | 21 |
| 2.2.1 | Aufmerksamkeitsumlenkung bei chronischen unspezifischen Rückenschmerzen | 21 |
| 2.2.2 | Behandlungsprogramm für Anorexie und Bulimie | 23 |
| 2.2.3 | Gruppe Stressbewältigung/ Lehrgesundheit..... | 30 |
| 3 | Dokumentation und Ergebnisse..... | 32 |
| 3.1 | Basisdokumentation..... | 32 |
| 3.1.1 | Haupt- und Nebendiagnosen | 32 |
| 3.1.2 | Soziodemographische Merkmale..... | 36 |
| 3.1.3 | Der sozialmedizinische Status im Verlauf..... | 37 |
| 3.1.4 | Therapeutische Leistungen | 38 |
| 3.2 | Interne Qualitätssicherung | 39 |
| 3.2.1 | Behandlungserfolg..... | 39 |
| 3.2.2 | Patientenzufriedenheit..... | 40 |
| 3.2.3 | Der Behandlungserfolg aus Patientensicht..... | 43 |
| 3.3 | Externe Qualitätssicherung..... | 43 |
| 3.3.1 | Therapeutische Versorgung..... | 44 |
| 3.3.2 | Rehabilitandenbefragung zur Patientenzufriedenheit und zum subjektiven Behandlungserfolg..... | 45 |
| 3.3.3 | Reha-Therapie-Standards für die Rehabilitation depressiver Störungen..... | 48 |
| 3.3.4 | Patientenbeschwerden beim Rentenversicherungsträger..... | 49 |
| 3.3.5 | Laufzeiten der Entlassungsberichte | 44 |

| | | |
|-------|--|----|
| 4. | Aktivitäten und Veranstaltungen | 50 |
| 4.1 | Veranstaltungen | 50 |
| 4.1.1 | Quartalsfortbildungen..... | 50 |
| 4.1.2 | Fachtagungen „Kooperation Arbeits- und Rehabilitationsmedizin“..... | 51 |
| 4.1.3 | Fachtagungen „Schnittstellen zwischen betrieblicher Sozialarbeit und medizinischer Rehabilitation“ | 53 |
| 4.2 | Aktivitäten im Bereich der Prävention und der Nachsorge..... | 55 |
| 4.3 | Aktive Teilnahme an klinischen und wissenschaftlichen Tagungen | 56 |
| 4.4 | Veröffentlichungen..... | 57 |
| 4.5 | Mitarbeit in Fachgesellschaften und Gremien | 58 |
| 5. | Ausblick und Aktuelles..... | 60 |
| 5.1 | DE-RENA..... | 60 |
| 5.2 | Elektronische Tagebuchstudie: affektive Instabilität bei Angst..... | 62 |
| 5.3 | Gruppe Fit für den Beruf | 64 |
| 5.4 | Behandlungskonzept Traumafolgestörungen | 65 |
| 5.5 | Gedächtnisgruppe..... | 66 |

Impressum

AHG Klinik für Psychosomatik Bad Dürkheim

Chefarzt Dr. Peter Deibler
 Kurbrunnenstraße 12
 67098 Bad Dürkheim
 fon: 06322 - 934-0
 duerkheim@ahg.de
 www.ahg.de/duerkheim

MEDIAN Kliniken

Unternehmenszentrale Berlin
 Bismarckstraße 105
 10625 Berlin
 www.median-kliniken.de

Verantwortliche für den Qualitätsbericht:

Dipl.-Psych. Dorit Benoit
 Dipl.-Psych. Reiner Wieland
 fon: 06322 - 934-0
 duerkheim@ahg.de

Ausgabedatum: Januar 2017



1. Klinik, Behandlungskonzept und Indikationen

1.1 Die Klinik und ihr Selbstbild

Die Klinik – Geschichte und Auftrag

Die AHG Klinik für Psychosomatik Bad Dürkheim wurde 1981 als Einrichtung für stationäre Psychotherapie und psychosomatische Rehabilitation mit verhaltenstherapeutischem Behandlungskonzept eröffnet. Die Klinik liegt am Rande des Kurparks von Bad Dürkheim und ist dadurch eng mit dem städtischen Leben verbunden. Derzeit verfügt die Klinik über insgesamt 244 Behandlungsplätze. Träger war bis zum Übergang an Median im Oktober 2016 die AHG Allgemeine Hospitalgesellschaft AG mit Sitz in Düsseldorf. Die AHG Klinik für Psychosomatik Bad Dürkheim ist eine Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtung im Sinne des § 107 SGB V. Sie wird von allen Rentenversicherungsträgern gemäß §§ 15 und 31 SGB VI und von allen Krankenkassen gemäß § 111 SGB V sowie privaten Krankenversicherungen und Sozialhilfeträgern belegt. Die Voraussetzungen der §§ 6 und 7 der Beihilfeverordnung sind erfüllt, somit ist die Klinik auch beihilfefähig. Die AHG Klinik für Psychosomatik Bad Dürkheim ist nach DIN EN ISO 9001:2008 zertifiziert. Das Managementsystem orientiert sich an den Qualitätsgrundsätzen der DEGEMED und der BAR.

Personalstruktur

Die personelle Besetzung der Klinik orientiert sich an den Vorgaben der BAR und dem mit der DRV vereinbarten Sollstellenplan. Die folgenden Werte werden als Vollzeitstellen angegeben und unterliegen Schwankungen, da sich durch Fluktuation zeitweise leichte Verschiebungen zwischen den Berufsgruppen der Ärzte und Psychologen als Bezugstherapeuten ergeben können. Daher sind alle Werte als durchschnittliche Angaben zu verstehen. Die zur Behandlung unserer Patienten notwendigen Therapieplätze können wir auf diese Weise durchgängig gewährleisten.



Wir beschäftigen:

| | |
|------|--|
| 1 | Chefarzt |
| 5 | Oberärzte |
| 14,0 | Assistenzärzte |
| 8,5 | approbierte psychologische Psychotherapeuten; davon |
| 3,75 | leitende Psychologen/akkreditierte Supervisoren |
| 5,4 | Psychologische Psychotherapeuten in weit fortgeschrittener Ausbildung |
| 4,5 | Psychologische Psychotherapeuten in Ausbildung (PPiA vor Abschluss der Zwischenprüfung im Weiterbildungsinstitut) unter engmaschiger Supervision/Anleitung |
| 2,4 | Diplompsychologen als wissenschaftliche Hilfskräfte. |

Daneben stehen uns im medizinisch-therapeutischen Bereich nach DRV-Sollstellenplan zur Verfügung:

| | |
|------|--|
| 20,4 | examinierte Gesundheits- und Krankenpfleger, Arzthelfer (Funktionsbereich pflegerische Cootherapie incl. Patientenversorgung in der med. Zentrale) |
| 2,3 | Erzieher (Betreuung der Jugendlichen und jungen Erwachsenen im Jugend-Behandlungs-Programm) |



- 3,2 Diplom-Sozialpädagogen/Diplom-Sozialarbeiter (Funktionsbereich Klinische Sozialberatung und berufliche Integration)
- 3,0 Diplom-Sportlehrer (Funktionsbereich Sporttherapie)
- 5,5 Physiotherapeuten (Funktionsbereich Physiotherapie)
- 3,5 Masseure und med. Bademeister (Funktionsbereich physikalische Therapie)
- 6,0 Ergo- und Kreativtherapeuten (Funktionsbereich Ergotherapie)
- 2,4 Diätassistentinnen (Diätberatung und Essbegleitung für Patienten mit Essstörungen).

Selbstverständnis in Patientenversorgung, Ausbildung und Wissenschaft

Die Klinik verfügt über insgesamt 7 multiprofessionelle Behandlungsteams mit störungsspezifischen Schwerpunkten. Seit der Gründung gehört dabei die gleichberechtigte Kooperation zwischen Psychologen und Ärzten zu unserem Selbstverständnis, was sich auch in der Leitungsstruktur widerspiegelt.

In besonderer Weise fühlen wir uns der Aus- und Weiterbildung verpflichtet. So bestehen für Ärzte Weiterbildungs-ermächtigungen für die Gebiete Psychosomatische Medizin und Psychotherapie (3 Jahre), Psychiatrie und Psychotherapie (1,5 Jahre) sowie Innere Medizin (1 Jahr).

Ein wichtiger Kooperationspartner ist das IFKV e. V. Bad Dürkheim, das eine curriculare psychotherapeutische Weiterbildung in der Verhaltenstherapie von Erwachsenen sowie von Kindern und Jugendlichen anbietet. Die Psychologischen Psychotherapeuten in Ausbildung (PPiA), die an der AHG Klinik für Psychosomatik Bad Dürkheim ihre klinisch-praktische Tätigkeit durchführen, werden in der Regel am IFKV in Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin ausgebildet. Auch für Co-Therapeuten wird dort ein spezifischer Weiterbildungsgang angeboten. Die traditionell sehr enge Assoziation mit der Klinik zeigt sich auch darin, dass Mitglieder unseres Leitungsteams und andere erfahrene Mitarbeiter unseres Hauses im IFKV als Dozenten, Supervisoren und Prüfer mitarbeiten. Zudem engagieren sich mehrere leitende Mitarbeiter bei Lehrveranstaltungen für Psychologie- und Medizinstudierende der Universität Mannheim.

Ein weiteres wesentliches Kennzeichen unserer Klinik sind wissenschaftliche Aktivitäten. Neben selbst durchgeführten wissenschaftlichen Untersuchungen bestehen vielfältige Kooperationen mit mehreren Universitäten (Freiburg, Landau, Mannheim, Mainz, Würzburg und Osnabrück), in deren Rahmen Forschungsprojekte initiiert und Diplom- bzw. Doktorarbeiten vergeben werden.

1.2 Behandlungskonzept und -angebote

Konzeptionelle Grundlagen

Unser Behandlungskonzept basiert auf den wissenschaftlich fundierten Verfahren der Verhaltenstherapie. Als Grundlage dient ein biopsychosoziales Störungsmodell, das sich an der ICF (WHO 2001) orientiert. Dieses berücksichtigt sowohl die Funktionsfähigkeit als auch die Behinderung unserer Rehabilitanden auf struktureller Ebene und im Hinblick auf Aktivität und Partizipation. Zudem analysiert es sowohl individuell-personenbezogene als auch externe Kontextfaktoren in ihrem Einfluss auf das Störungsgeschehen.

Ausgehend von diesem gemeinsam mit den Patienten entwickelten ganzheitlichen Störungsmodell wird dann ein differenzierter, multimodaler Therapieplan erstellt, der unter Nutzung und Förderung vorhandener Fähigkeiten und Förderfaktoren darauf abzielt, Teilhabe in allen bedeutenden Lebensbereichen zu ermöglichen, zu sichern oder wiederherzustellen.

Medizinisch beruflich orientierte Rehabilitation

Da berufliche Anforderungen und Arbeitsplatzbelastungen in den letzten Jahren zunehmen, finden diese Themen in unserem Behandlungsansatz verstärkt Beachtung und manifestieren sich konzeptionell im Prinzip der medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation (MBOR). Diese zielt auf die Wiederherstellung und Optimierung der individuellen Fähigkeiten eines Patienten in Bezug auf sein berufliches Anforderungsprofil. Unser differenziertes MBOR-Konzept für den Fachbereich Psychosomatik wurde im November 2015 von der Deutschen Rentenversicherung Bund akzeptiert und unsere Klinik als Rehabilitationsklinik für MBOR anerkannt.

Therapeutische Infrastruktur und Ablauf der Behandlung

Zentraler Behandlungsgrundsatz ist das Bezugstherapeutesystem, das Kontinuität im Behandlungsverlauf garantiert: jedem Patienten wird bei der Aufnahme ein Bezugstherapeut (Ärztin/Arzt oder Psychologin/Psychologe) zugeordnet, der den Patienten durch die gesamte Behandlung begleitet.

So erfolgen Anamneseerhebung, Erstellung der Bedingungsanalyse, Festlegung von Therapiezielen und anschließende Therapieplanung im Rahmen von bezugstherapeutischen Einzelgesprächen. Ein ebenfalls fest zugewiesener Co-Therapeut (Pflegerberuf) übernimmt organisatorische Aufgaben und unterstützt die Therapiedurchführung.

Gruppentherapie mit Basis- und störungsspezifischen Angeboten

Unser Angebot ist sehr breit gefächert und wir bieten Hilfe bei einer Vielzahl psychischer und psychosomatischer Störungsbilder sowie psychischer Beschwerden bei gravierenden körperlichen Grunderkrankungen. Für unsere Patienten/innen können wir ein individuell passendes Therapieprogramm zusammenstellen.

Es gibt Basisgruppen (z. B. Psychosomatik- bzw. Problemlösegruppe, PMR-Entspannungstraining nach Jacobson, Achtsamkeitstraining, Soziales Kompetenztraining) sowie non-verbal-erlebniszentrierte Gruppen (z. B. Gestaltungstherapie, Körpertherapie, Trommelgruppe, Energiegruppe), welche die Grundlage des individuellen Therapieplanes bilden.



Darüber hinaus haben wir ein breit gefächertes Angebot an störungsspezifischen Gruppen sowie zahlreiche Gruppenangebote im Rahmen des Gesundheitstrainings.

Daraus ergeben sich einige „Therapiebündel“, die bei spezifischen Störungsbildern regelhaft verordnet werden. Zu diesen Störungsbildern gehören:

- Affektive Störungen (Depressionen, bipolare Störungen)
- Angststörungen
- Zwangsstörungen
- Posttraumatische Belastungsstörungen
- Somatoforme Störungen (auch Schmerzstörungen)
- Essstörungen (Anorexie, Bulimie, Binge-Eating-Disorder)
- Adipositas
- Persönlichkeitsstörungen (auch Borderline-Persönlichkeitsstörungen)
- ADHS/ADS
- Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in Kindheit und Jugend

Darüber hinaus haben wir **altersspezifische Angebote:**

- Gruppen- und sporttherapeutische Angebote für ältere Menschen
- Jugendprojektgruppe sowie Selbstsicherheitstraining und Problemlösegruppe für Jugendliche und junge Erwachsene (16-24 Jahre)

Nicht zuletzt bilden eine Vielzahl sport- und physiotherapeutischer Angebote einen wichtigen Bestandteil jedes Therapieplanes. Dasselbe gilt für die Angebote unserer Ergotherapie, die neben erlebnis- und ausdrucksorientierten Verfahren stark auf die Diagnostik bzw. den Aufbau von beruflicher Leistungsfähigkeit i.S. von MBOR fokussieren.

Einzelberatungen und Gruppenangebote von Sozialarbeitern/ Sozialpädagogen (u. a. Bewerbungstraining) sowie berufsbezogene Belastungstrainings (in verschiedenen Bereichen der Klinik aber auch in externen Betrieben) runden das Angebot ab.

Reha-Nachsorge

Im Rahmen der Reha-Nachsorge bietet unsere Klinik auch ambulante Nachsorgegruppen (IRENA, ERNA). Zudem engagieren wir uns wissenschaftlich in der Evaluation der Nutzung neuer Medien für die Reha-Nachsorge (z. B. smartphonegestützte Angebote für Depressive).

Um die Nachhaltigkeit der Therapieeffekte zu sichern, kümmern wir uns zusammen mit den Patienten/-innen bereits während der Behandlung bei Bedarf um die weitere ambulante Versorgung.

Medizinische Versorgung

Neben psychosomatischen Fachärzten arbeiten bei uns Fachärzte für Neurologie und Psychiatrie sowie für Kinder- und Jugendpsychiatrie, die die neurologisch-psychiatrische Versorgung und bei Bedarf auch die unterstützende psychopharmakologische Behandlung anbieten.

Unser Neuropsychologisches Labor steuert testpsychologische Diagnostik bei (z. B. bei ADHS, oder V.a. demenziellen Abbau). Unsere internistischen Fachärzte sowie Allgemeinmediziner kümmern sich um die internistisch-hausärztliche Versorgung.

Die **medizinische Diagnostik** umfasst:

- Alle gängigen Laboruntersuchungen
- Ultraschall- und Duplexsonographie
- Echokardiographie
- Lungenfunktionstestungen
- Ruhe- und Langzeit-EKG
- Langzeit-Blutdruckmessung
- Belastungs-EKG
- 24 Kanal-EEG

Eine Fachärztin für Gynäkologie steht zur Verfügung, was ein sehr wertvolles Angebot u. a. für unsere traumatisierten Patientinnen darstellt. Komorbide Gesundheitsstörungen, wie z. B. arterielle Hypertonie oder Diabetes mellitus, können mitbehandelt werden.



1.3 Indikationsspektrum

Die Indikationen umfassen folgende Schwerpunkte:

- Affektive Störungen (depressive Störungen, bipolare Störungen)
- Angststörungen (z. B. Agoraphobie mit/ohne Panikstörung, soziale Phobien, spezifische Phobien, generalisierte Angststörung)
- Zwangsstörungen
- Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen (z. B. Posttraumatische Belastungsstörungen, Anpassungsstörungen)
- Dissoziative Störungen (z. B. Dissoziative Bewegungsstörungen, Dissoziative Krampfanfälle, Dissoziative Amnesie)
- Somatoforme Störungen (z. B. Somatisierungsstörungen, Hypochondrische Störungen, Somatoforme autonome Funktionsstörungen, anhaltende Somatoforme Schmerzstörungen, Chronische Schmerzstörungen mit somatischen und körperlichen Faktoren)
- Essstörungen (z. B. Anorexia nervosa, Bulimia nervosa, Essattacken bei sonstigen psychischen Störungen, Binge-Eating-Disorder, Erbrechen bei sonstigen psychischen Störungen, Adipositas per magna)
- Psychische Störungen in der Folge von schweren chronisch verlaufenden körperlichen Erkrankungen (z. B. Multiple Sklerose, Diabetes mellitus, Karzinome, Rheumaerkrankungen

oder nach Unfällen mit bleibenden körperlichen Behinderungen)

- Persönlichkeitsstörungen (inklusive Borderline-Persönlichkeitsstörungen)
- Einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörungen (z. B. ADHS oder ADS)
- Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in Kindheit und Jugend.

Eine Kontraindikation besteht bei folgenden Gegebenheiten:

- Patienten mit erheblicher Minderbegabung oder ausgeprägter hirnorganischer Beeinträchtigung
- Akut psychotisch Erkrankte, für die das offene, beziehungsaktive und auf Selbstverantwortung ausgerichtete Setting der Klinik zu wenig Struktur und Stützung bietet. In der Regel sind auch Menschen mit chronischen Psychosen aufgrund eingeschränkter Instruktions- und Kontaktfähigkeit durch unser Therapieangebot überfordert.
- Patienten mit manifester substanzgebundener Abhängigkeit
- Akut suizidgefährdete Patienten
- In der Regel werden Jugendliche unter 16 Jahren nicht aufgenommen.



1.4 Versorgungsstrukturen

Die Behandlung erfolgt in der Regel vollstationär. Ganztägig ambulante Rehabilitation ist bei den Kostenträgern DRV Bund und DRV Rheinland-Pfalz nach einem die Indikation überprüfenden Vorgespräch möglich. Die Differentialindikation ergibt sich in der Regel aus dem Schweregrad der Erkrankungen, aus den Krankheitsfolgen, den komorbiden Störungen und aus den Kontextfaktoren. Häufiger als in organmedizinischen Gebieten sind Umfeldbelastungen, die krankheitsverursachend oder zumindest krankheitsaufrechterhaltend wirken, so offensichtlich, dass eine längerfristige Distanz zum häuslichen Milieu für den Therapieerfolg unverzichtbar ist.

Nach Entlassung aus der stationären bzw. ganztägig ambulanten Behandlung besteht für Patienten aus dem Einzugsbereich (Metropolregion Rhein-Neckar, Pfalz) die Möglichkeit, Nachsorgeprogramme der Rentenversicherung (IRENA, ERNA etc.) in Anspruch zu nehmen. In Anlehnung an das von uns evaluierte Prä-Post-Projekt (Bischoff et al., 2005) bieten wir hierfür 24 Termine in der ambulanten Reha-Nachsorgegruppe sowie regelhaft 2 Einzeltermine an.

Es besteht keine Altersobergrenze. Die Patienten müssen jedoch dazu in der Lage sein, sich selbstständig zu versorgen (z. B. Ankleiden, Körperpflege). Wegefähigkeit (auch mit einem Rollstuhl) muss gewährleistet sein. Über die Behandlungsmöglichkeiten für nicht gehfähige oder anderweitig körperlich behinderte Patienten kann im Rahmen eines ambulanten Vorgesprächs entschieden werden.

Patienten mit zu geringen Deutschkenntnissen oder Patienten, die unter funktionellem Analphabetismus leiden, können von unserem Therapieangebot nur beschränkt profitieren. Zur Klärung von Ausnahmevereinbarungen muss deshalb ein Vorgespräch geführt werden.

| Psychosomatik | Stationäre Heilverfahren | | Ganztägig ambulante Heilverfahren | | Ambulante Reha-Nachsorge | |
|---------------|--------------------------|-----------------------|-----------------------------------|-----------------------|--------------------------|-------------------|
| | Anzahl Pat. | Verweildauer in Tagen | Anzahl | Verweildauer in Tagen | Anzahl | Dauer in Wochen |
| 2015-2016 | 3299 | 38,1 | 49 | 38,5 | 235 | 27,4 ¹ |

¹Mittlere Verweildauer in Wochen mit 1 Gruppensitzung/Woche

Quelle/Stand: IKIS/2015+2016

2. Konzeptentwicklung und -evaluation

2.1 Weiterentwicklung von Rehabilitationskonzepten

2.1.1 ADHS Konzept – für Jugendliche und Erwachsene

(OÄ PD Dr. Katrin Morgen, KMorgen@ahg.de; Dr. Kathrin Heise, KHeise@ahg.de)

In den vergangenen 2 Jahren haben wir unser Therapieangebot für ADHS-Patienten neu konzipiert. Unser störungsspezifisches Angebot wurde um ein verhaltenstherapeutisches Gruppenpsychotherapieprogramm erweitert, das wiederum eng mit Basismodulen verknüpft ist (s.u.). Das entsprechend der deutschen Leitlinien multimodal gestaltete Therapieprogramm richtet sich an Patienten mit einer vordiagnostizierten ADHS sowie an Betroffene, bei denen die Diagnose erst hier im Rahmen unserer Aufnahmeuntersuchungen gestellt wird.

Behandlungsmodule

Gruppentherapieprogramm

Das neu etablierte störungsspezifische Gruppenpsychotherapieprogramm sieht eine Mindestteilnahmedauer von 4 Wochen vor und orientiert sich am ADHS-Gruppenmanual von Hessler et al. (2004). Es enthält Elemente des DBT-basierten „Freiburger Programms“ und des kognitiv-verhaltenstherapeutischen Ansatzes nach Safren. Die störungsspezifische Gruppentherapie umfasst folgende inhaltliche Einheiten als wöchentliche Sitzungen à 90 Minuten mit max. 12 Teilnehmern:

- Biografische Arbeit und Psychoedukation
- Verhaltensanalyse
- Emotionsregulation
- Chaos und Struktur

Zusätzlich nehmen Teilnehmer obligatorisch an wöchentlichen Sitzungen der Bezugsgruppe in Eigenregie und an einem Sport- und Achtsamkeitsprogramm teil. Patienten mit deutlicher Beeinträchtigung der Emotionsregulation haben die Möglichkeit, am Skillstraining für Patienten mit emotionaler Instabilität teilzunehmen.

Medikamentöse Behandlung

Wegen der oft ausgeprägten Aufmerksamkeitsdefizite und Desorganisiertheit sind Patienten häufig nur eingeschränkt in der Lage, sich auf Inhalte und Ziele der Psychotherapie zu fokussieren. Eine spezifische Pharmakotherapie kann Patienten maßgeblich dabei unterstützen, neue Strategien im Umgang mit ihrer Symptomatik zu erlernen und Trainingsinhalte im Alltag umzusetzen. Bei entsprechender Indikation kann eine Therapie mit retardiertem Methylphenidat oder Atomoxetin in unserer Klinik begonnen werden.

Sozialberatung und berufliche Integration

Bis zu 50% der ADHS-Betroffenen weisen deutliche Beeinträchtigungen im schulischen und beruflichen Werdegang auf; unsere Abteilung für klinische Sozialberatung und berufliche Integration bietet Beratung bzw. Unterstützung in Bezug auf Möglichkeiten der beruflichen Integration an.

Evaluation

Im Rahmen eines Ein-Gruppen-Prä-Post-Designs (N=148 Teilnehmer) wurden Effekte der Therapie auf die ADHS-Symptomatik und allgemeine Aspekte des psychosozialen Befindens evaluiert. Eine Datenerhebung erfolgte zu Beginn und am Ende der stationären Behandlung. Zur Erfassung der störungsspezifischen Beschwerden wurden WURS-K und ADHS-SB (Rösler et al. 2008) eingesetzt; der HEALTH-49 (Rabung et al., 2007) wurde im Rahmen der psychometrischen Routinediagnostik verwendet. Zudem wurden eigene Instrumente eingesetzt, die folgende Angaben erfassen: Medikation, Erwartungen und Zufriedenheit.

Die Evaluation ergab eine hoch signifikante Besserung in den Problembereichen „Aufmerksamkeit“, „Überaktivität“ und „Impulsivität“. Zudem zeigten sich hohe Effekte auf unspezifische Zielgrößen (HEALTH-49), speziell auf „psychisches Wohlbefinden“ und „Selbstwirksamkeit“ sowie mittlere Effekte auf den Rückgang der „Depressivität“, „interaktionelle Schwierigkeiten“ und „Aktivität und Partizipation“. Über einen anonymisierten Rückmeldebogen auf einer Skala von 0 („nicht gut“) bis 10 („sehr gut“) haben die Patienten die hohe Akzeptanz des Therapieprogramms dokumentiert. Die Ergebnisse der Evaluation wurden zur Vorstellung auf dem 26. Reha-Kolloquium der Deutschen Rentenversicherung (Frankfurt a.M., 20.-22. März, 2017) eingereicht (Heise et al.).

Arbeitskreis/Kooperationen

Die Neukonzeption des ADHS-Programms in den vergange-

nen 2 Jahren erfolgte im Arbeitskreis „ADHS“ initial unter der Federführung von Frau Prof. Sobanski; der derzeitige Arbeitskreis „ADHS“ (PD Dr. K. Morgen, Dr. K. Heise, Dipl. Psych. D. Benoit, Dr. M. Gartmann, Dipl. Psych. S. Kuchler, mit Unterstützung der psychologischen Psychotherapeutinnen in Ausbildung) arbeitet weiterhin stetig an der Entwicklung und Evaluation des Therapiekonzeptes.

Es besteht eine Zusammenarbeit mit Prof. Sobanski (Forschungsgruppe „ADHS“ des Zentralinstituts für Seelische Gesundheit, Mannheim), der dortigen Spezialambulanz ADHS im Erwachsenenalter, sowie dem Referat Psychotherapie der ADHS der deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) und mit „ADHS Deutschland“ (Selbsthilfe).

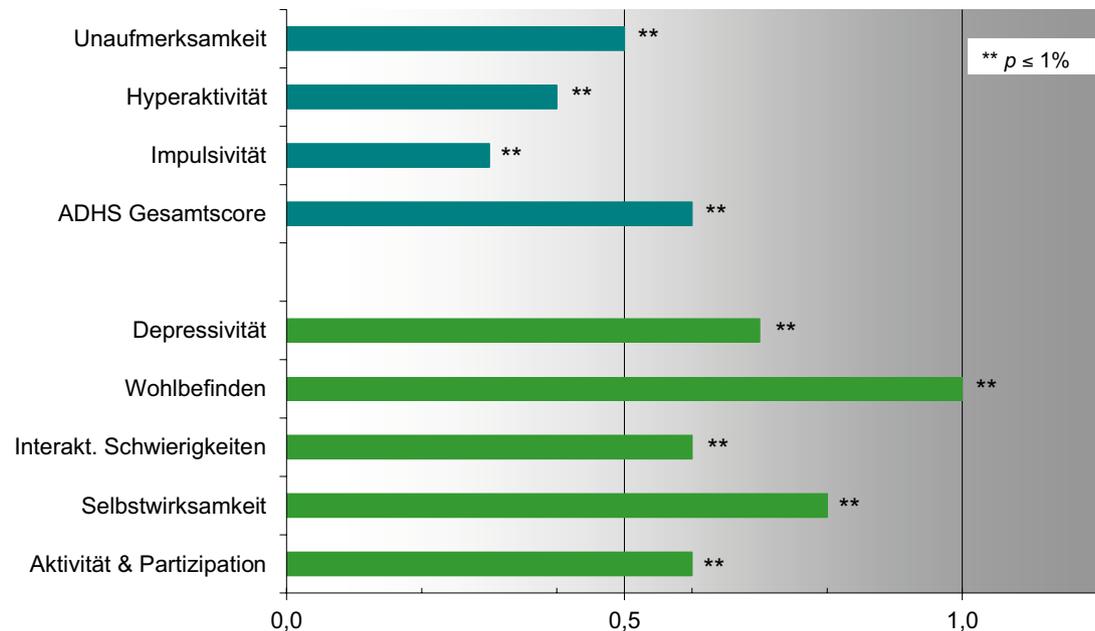


Abbildung 1: Effekte (SES) und hoch signifikante Verbesserungen in den HASE- und ausgewählten HEALTH-49-Skalen zwischen Aufnahme und Entlassung

Literatur

Heise, K., Benoit, D., Deibler, P., Morgen, K. Entwicklung und Evaluation eines ADHS-Behandlungskonzeptes für Erwachsene in der psychosomatischen Rehabilitation. Deutsche Rentenversicherung - 26. Reha-Kolloquium „Prävention und Rehabilitation in Zeiten der Globalisierung“, Frankfurt a. M., 20.-22. März 2017, eingereicht.

Hesslinger, B., Philipsen, A., Richter, H. (2004): Psychotherapie der ADHS im Erwachsenenalter: Ein Arbeitsbuch (Therapeutische Praxis). Göttingen: Hogrefe.

Sobanski, E. (2015): Multimodale Therapie der ADHS im Erwachsenenalter. In: Neue Konzepte in der Therapie chronisch-psychischer Erkrankungen. Schriftenreihe des Wissenschaftsrates der AHG (Band 6).

2.1.2 „Skill & Chill“ – für emotional instabile Jugendliche

(Ltd. Psychologin Margit Ehrhardt; mehrhardt@ahg.de; Jasmina Eskic; jeskic@ahg.de; Judith Flöck, Deborah Meier)

Die psychosomatische Behandlung von jungen Menschen ab 16 Jahren ist seit vielen Jahren ein wesentlicher Bestandteil unserer therapeutischen Arbeit. Die Integration der jugendlichen Patienten in verschiedene alters- und störungsspezifische Gruppentherapien spielt hierbei eine zentrale Rolle. So war die Jugend-Problemlösegruppe mit den Themenschwerpunkten „mein Symptom und meine Familie“ sowie der Bearbeitung der oft pathologischen Beziehungen zu Gleichaltrigen viele Jahre die Bezugsgruppe, in der interaktionelle Fallarbeit sensu Grawe zu individuellen Aufträgen der Teilnehmer und Rückmeldungen der Peers einen wichtigen Beitrag zur Nachreifung unserer Patienten leisteten.

Im Rahmen unseres neuen Schwerpunkts, der Behandlung von emotional instabilen Patienten/Borderline Störungen mit Elementen der Dialektisch-Behavioralen-Therapie (DBT), erhalten wir vermehrt Zuweisungen junger Patienten mit diesen Störungsbildern. Erfahrungsgemäß sind sie mit dem o.g. Gruppenangebot, d. h. einer „freien“ Zieldefinition und konstruktiven Aufgabenstellung des Problemlösekonzepts überfordert, so dass wir eine Arbeitsgruppe ins Leben riefen, die auf der Grundlage des „Interaktiven SkillsTrainings für Borderline-Patienten“ von Bohus & Wolf (2011), sowie dem

Therapieansatz von Potreck-Rose & Jacob zur Selbstwertstärkung (2013) ein strukturiertes Gruppenprogramm entwickelte, das nun – neben dem bereits bestehenden Jugendprogramm – erfolgreich in die Praxis umgesetzt wurde.

Die 2x wöchentlich stattfindende halboffene Gruppentherapie umfasst insgesamt 12 Sitzungen, die sich mit den Themenschwerpunkten Stresstoleranz, Gefühlsregulation und Selbstwert beschäftigen.

Die Struktur der Sitzungen folgt einem transparenten Schema: Nach einer Achtsamkeitsübung, wird exemplarisch die Anspannungskurve einer Patientin besprochen und danach die Hausaufgabe bearbeitet. Ein psychoedukativer Teil mit dem aktuellen Themenschwerpunkt schließt sich an, dem eine erneute Hausaufgabe folgt.

Die Teilnehmerinnen erhalten ein Manual zum Nachlesen der Stundeninhalte und Bearbeiten der Aufgabenstellungen.

Literatur

Bohus, M., Wolf, M. (2011). Interaktives SkillsTraining für Borderline-Patienten. Stuttgart: Schattauer Verlag
Portreck-Rose, F., Jacob, G. (2013). Selbstzuwendung, Selbstakzeptanz, Selbstvertrauen. Stuttgart: Klett-Cotta

2.1.3 Reha:Info – eine internetbasierte Rehavorbereitung

Entwicklung und Evaluation eines multimodalen internetbasierten Informationsangebots zur Vorbereitung auf die stationäre psychosomatische Rehabilitation

(Ltd. Psychologe Stefan Schmädke, sschmaedeke@ahg.de)

Von Beginn 2014 bis Sommer 2016 führte die AHG Klinik für Psychosomatik Bad Dürkheim als Kooperationspartner der Johannes-Gutenberg-Universität Mainz ein von der Deutschen Rentenversicherung Bund im Rahmen des Forschungsschwerpunkts „Wege in die medizinische Rehabilitation“ gefördertes Forschungsprojekt zur Entwicklung und Evaluation eines multimodalen internetbasierten Informationsangebots durch, das Patienten auf ihre stationäre psychosomatische Rehabilitation vorbereiten soll.

Projektleitung

Projektleitung in der AHG Klinik für Psychosomatik: Stefan Schmädke. **Gesamtleitung:** Dr. Rüdiger Zwerenz, Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Universitätsmedizin der Johannes-Gutenberg-Universität Mainz.

Hintergrund und Ziel

Die Wirksamkeit der stationären psychosomatischen Rehabilitation ist gut belegt. Motivationsdefizite und negative Einstellungen zur Behandlung stellen Risikofaktoren für ausbleibenden Behandlungserfolg dar. Mangelhafte aktive Mitarbeit ist häufig auf unzureichende Informationen und Vorbereitung, Vorbehalte gegenüber der Zuweisung in die psychosomatische Rehabilitation (z. B. durch ein rein somatisches Krankheitskonzept, Stigmatisierungsängste) oder passive Kur- und Erholungserwartungen zurückzuführen. In der Praxis findet die Vorbereitung auf die stationäre medizinische Rehabilitation aktuell v. a. durch das Zusenden von schriftlichen Informationsmaterialien über die entsprechende Rehabilitationsklinik statt, bei kritischen Indikationen in Einzelfällen auch durch Vorgespräche mit Klinikmitarbeitern. Dabei ist nicht klar, ob diese schriftlichen Informationen die Informationsbedürfnisse der Rehabilitanden erfüllen bzw. ob und

wie diese Informationen rezipiert werden. In der stationären psychosomatischen Rehabilitation kommt es entscheidend auf die aktive Mitarbeit des Patienten an. In der Psychotherapieforschung wird der Beitrag von Erwartungseffekten auf den Behandlungserfolg mit 15% sehr hoch geschätzt. Ziel der interdisziplinären Studie war die Optimierung der Vorbereitung auf die stationäre psychosomatische Rehabilitation durch innovative, multimodale internetbasierte Informationsangebote. Mit der Studie wurden Informationsbedarf und -bedürfnisse aus Experten- sowie Rehabilitandensicht in einer Vorstudie bestimmt. Interdisziplinär wurde ein multimodales internetbasiertes Informationsangebot entwickelt und hinsichtlich seiner Wirksamkeit in der Hauptstudie untersucht.

Forschungsdesign und methodische Vorgehensweise

Um die Intervention zielgruppenorientiert zuzuschneiden, wurden in einem explorativen Studienteil Informationsbedarf und -wünsche seitens der Experten und Patienten bezüglich Inhalten und Medien qualitativ mit Hilfe von Fokusgruppen in den Kliniken erhoben und inhaltsanalytisch ausgewertet. Die Ergebnisse der Fokusgruppen dienten dazu, das multimodale internetbasierte Informationsangebot zu konzipieren und in einem Probelauf einer Bewertung durch Patienten und Experten zu unterziehen. Ein Großteil der Dreharbeiten für die Videoinhalte der Internetplattform erfolgte in der AHG Klinik für Psychosomatik Bad Dürkheim. Durch den Einsatz moderner Technologien (Internet, Video) und Methoden (Schauspielerpatienten) sollten dabei eine positive Ergebniserwartung sowie aktive berufsbezogene Behandlungserwartungen gefördert werden. Dies wurde im experimentellen Studienteil mit einer prospektiven randomisierten Studie im Längsschnittdesign untersucht. Alle Patienten der AHG Klinik für Psychosomatik Bad Dürkheim sowie zwei weiterer psychosomatischer Rehabilita-

Gut vorbereitet in die Reha.



tionskliniken wurden von September 2015 bis August 2016 bei der Einbestellung in die Klinik mittels Flyer über das Online-Portal informiert und erhielten einen Login-Code (Gesamt = 2937). Von 963 Personen, die sich mit ihrem Code auf der Internetplattform Reha:Info einloggten, willigten 492 (51%) zur Studienteilnahme ein. Alle Teilnehmer wurden automatisiert in eine Kontroll- (KG) oder eine Interventionsgruppe (IG) randomisiert und beantworteten online Fragebögen. Während die KG treatment as usual (TAU: Informationsmaterialien der Klinik) erhielt, bekam die IG zusätzlich Zugang zu den Videos des Online-Portals. Weitere Fragebögen wurden kurz vor und am Ende des Rehabilitationsaufenthaltes erhoben.

Ergebnisse

Die Studienteilnehmer waren zwischen 20 und 75 Jahre alt, zu ca. 2/3 Frauen und in der Mehrzahl erwerbstätig. 50% der Teilnehmer sahen sich von 36 Videos mind. 10 an. Ins-

gesamt waren 88% mit dem Online-Portal zufrieden, 86% würden es weiterempfehlen. Der geringe Textanteil sagte 58% zu, allerdings wünschten sich 40% an manchen Stellen zusätzlich Text zum Nachlesen. Die Inhalte auf dem Online-Portal regten 69% der Befragten zum Nachdenken an.

Diskussion

Die Nutzer des Online-Portals waren mit den Videos sehr zufrieden, haben diese aktiv genutzt und wurden zum Nachdenken angeregt. Die Studie liefert damit erste Hinweise darauf, dass der Einsatz neuer Medien bei der Vorbereitung auf eine psychosomatische Rehabilitation auf eine hohe Akzeptanz stößt. Weitere noch ausstehende Auswertungen sollen Aufschluss darüber geben, wie die Erwartungen und Motivationslage für die psychosomatische Rehabilitation durch ein internetbasiertes Informationsangebot positiv beeinflusst werden können.

2.1.4 KreAktiv – Erlebnisorientierung in der Ergotherapie

Ein neues ergotherapeutisches Gruppenangebot

(Anna Wettschereck, Ergotherapeutin; awettschereck@ahg.de)

Das kunsttherapeutische Angebot in der Ergotherapie bestand bisher aus der Gestaltungsgruppe und dem freien Malen mit Aquarell und Acryl in der Batik- und Malwerkstatt. Um diesen Bereich in der Ergotherapie zu erweitern, entstand Ende des Jahres 2015 die neue Gruppe „KreAktiv“.

Bei dieser erlebnisorientierten Gruppe geht es darum, einen individuellen Ausdruck für das innere Erleben und gleichzeitig Freude am künstlerischen Tätigsein zu finden. Nach Vorgabe eines allgemein gehaltenen, freien Themas wird mit verschiedenen Medien einzeln und gemeinsam künstlerisch gestaltet. Das Motto dabei ist: weniger ist mehr – „künstlerisches Können“ ist nicht erforderlich. Jeder geht mit niederschwelligem Anspruch und wenig Material durch einen schöpferischen Prozess mit Höhen und Tiefen – Entscheidungen müssen getroffen, Krisen bewältigt werden. Auf Interpretationen wird verzichtet, stattdessen steht das Erleben im Vordergrund. So können Spielräume erweitert und Blickwinkel verändert werden. Ideen und Lösungen für bestehende Problemstellungen können überprüft und spielerisch ausprobiert werden.

Ziele

- Lösungsfindung unter Einbeziehung des inneren Erlebens
- Verbesserung der Selbstorganisation und der Konzentration
- Treffen von Entscheidungen
- Wahrnehmung des Selbst und des Gegenübers
- Ressourcen entdecken
- Überraschungen erleben
- Anregung für Zuhause

Die geschlossene Gruppe findet zweimal wöchentlich mit maximal 10 Patienten statt (4 Termine). Anschließend besteht die Möglichkeit, an 2 zusätzlichen Terminen in Eigenregie teilzunehmen. Dadurch können alle 14 Tage neue Patienten die Gruppe besuchen.



2.2 Evaluation von Rehabilitationskonzepten

2.2.1 Aufmerksamkeitsumlenkung bei chronischen unspezifischen Rückenschmerzen

(Christiane Kolb, Leiterin der Abteilung Physiotherapie/physikalische Therapie, M.Sc., ckolb@ahg.de)

Hintergrund

Rückenschmerzen sind weit verbreitet. Bei 85% dieser Schmerzen handelt es sich um chronische nicht spezifische Rückenschmerzen.

Zu diesem Thema bestätigen Studien, dass die Effektivität der verschiedenen Übungstherapien nicht vergleichbar ist. Die allgemeine Körperaktivierung zeigt von der wissenschaftlichen Datenlage her einen positiven Einfluss auf Rückenschmerzen. Welche aktive Therapie aber den Vorrang hat, ist trotz einer Vielzahl an Studien nicht beantwortet (Liddle 2004, Lewis et al. 2005, Hurwitz 2008, van Middelkoop 2011).

Wir wollten der Frage nachgehen, wie effektiv eine Behandlungsmethode ist, die nicht auf den Rücken fokussiert. Ziel der physiotherapeutischen Untersuchungen war es zu zeigen, dass aufmerksamkeitsumlenkende Übungen bei chronischem nicht spezifischen Rückenschmerz zur Minderung des Schmerzerlebens, zur Funktionsverbesserung des Bewegungsapparates, zum Abbau von Vermeidungsverhalten sowie zur Stärkung der Selbstwirksamkeit führen.

Methode

Es wurden zwei kontrolliert randomisierte Interventionsstudien durchgeführt. Die erste Untersuchung erfolgte im Rahmen einer Masterthesis 2013/14 (N=30), die zweite als Klinikstudie 2015 (n=20). Messzeitpunkte wurden zu Beginn und Ende des Untersuchungszeitraums von drei Wochen festgelegt. Das Durchschnittsalter der 50 Teilnehmer betrug 47 Jahre.

Für die Probanden galten folgende Einschlusskriterien:

- Diagnose: unspezifischer Rückenschmerz im LWS- oder HWS-Bereich
- Alter: zwischen 30 und 65 Jahren;
- Berufstand: berufstätig, EU-Dauerrente oder arbeitslos.

Als Ausschlusskriterien galten:

- BMI >40,
- Rentenbegehren, Rentenstreit oder Zeitrente,
- entzündliche rheumatische und neurologische Erkrankungen sowie Fibromyalgie und
- Red Flags-Befunde.

Im Hinblick auf eine Differenzierung des Schmerzes wurden die NRS (Numerische Ratingskala), die SES (Schmerzempfindungsskala, Geissner 1996) und eine Trigger-Schwellenmessung mit einem Algometer eingesetzt. Bezüglich der Funktion wurde der FBA (Finger Boden Abstand), das SLR (Straight Leg Raising) und der FFbH R (Funktionsfragebogen Hannover Rücken, Kohlmann & Raspe 1996) genutzt; in Bezug auf Selbstwirksamkeit die Skala D des HEALTH-49 (Hamburger Module zur Erfassung allgemeiner Aspekte psychosozialer Gesundheit für die therapeutische Praxis, Rabung et al. 2009) und hinsichtlich des Angst-Vermeidungsverhaltens der FABQ (Fear Avoidance Beliefs Questionnaire, FABQ-D, Pfingsten et al. 2000).

Mit dem Wilcoxon-Test wurden die Einzelaspekte innerhalb der Kontroll- und Interventionsgruppe überprüft und mit Hilfe von Boxplots und Diagrammen visualisiert.

Bei beiden Gruppen erhielten die Teilnehmer zweimal pro Woche für die Dauer von drei Wochen einen Einzeltermin à 30 Minuten. Als – schriftlich erteilte – „Hausaufgabe“ wurden Übungen vergeben, die in Eigenregie geübt werden sollten. Jeder Teilnehmer hatte ein sog. Übungsprotokoll. Als Auftrag wurde ein dreimaliges, tägliches Üben empfohlen. Zu jedem Einzeltermin kamen neue Übungen hinzu und der Schwierigkeitsgrad der Aufgaben wurde ggf. erhöht. Die Kontrollgruppe erhielt konservative Rückenübungen, die einem festen Aufbaukonzept folgten. Die Interventionsgruppe

erhielt Jonglage-Variationen und Ballvariationen bis zu drei Tennisbällen. Der Übungspool von leicht bis schwierig konnte von den Patienten selber ausgewählt und kombiniert werden. Sie bestimmten den Schwierigkeitsgrad selbst. Bei den Ballübungen ging es nicht um richtig oder falsch, sondern um die Motivation, sich körperlich zu aktivieren.

Von weiteren Physio-Angeboten wie MTT und Übungsgruppe waren die Teilnehmer der Interventionsgruppe ausgeschlossen, das Sportangebot konnten sie hingegen nutzen.

Ergebnisse

Die Untersuchungsgröße umfasste 50 Teilnehmer, die in zwei gleich große Gruppen aufgeteilt

waren. Der Vergleich von Kontroll- und Interventionsgruppe ergab eine signifikante Verbesserung bei der Interventionsgruppe wie die nachfolgenden Einzelaspekte zeigen:

- Die Interventionsgruppe erzielte insgesamt einen signifikant besseren Behandlungseffekt.
- Die Patienten gaben ein deutlich reduziertes Schmerzempfinden an und zeigten eine geringere Aktivitätsvermeidung.
- Spielerisch gestaltete Jonglageübungen und andere Ballvariationen förderten die Aktivität und Selbstwirksamkeit der Patienten stärker als ein traditionelles Trainingsprogramm.

Die Ergebnisse im Einzelnen

| | Studie 2013/14 | | | | Studie 2015 | | | |
|-------------------|----------------|-------|---------|-------|-------------|-------|---------|-------|
| | Eingang | | Ausgang | | Eingang | | Ausgang | |
| Mittelwerte | K-Gr | I-Gr | K-Gr | I-Gr | K-Gr | I-Gr | K-Gr | I-Gr |
| NRS | 5,80 | 5,90 | 2,70 | 2,00 | 6,20 | 5,30 | 3,90 | 3,20 |
| SES (1-14) affekt | 28,80 | 35,07 | 27,60 | 25,47 | 30,80 | 27,60 | 24,00 | 16,40 |
| SES (15-24) sens. | 18,27 | 20,33 | 18,67 | 15,53 | 17,00 | 16,60 | 15,10 | 12,00 |
| TRP | 2,30 | 2,60 | 3,70 | 4,30 | 2,80 | 2,70 | 3,00 | 3,80 |
| Health D | 10,20 | 9,33 | 11,70 | 12,20 | 11,90 | 11,70 | 12,50 | 15,20 |
| FFbH R | 24,53 | 24,33 | 23,40 | 22,40 | 16,50 | 16,60 | 16,00 | 14,90 |
| SLR rechts | 65,67 | 69,67 | 64,33 | 71,67 | 61,80 | 70,00 | 66,50 | 74,50 |
| SLR links | 67,00 | 70,00 | 65,67 | 70,00 | 66,00 | 69,50 | 65,10 | 73,50 |
| FBA | 16,10 | 11,60 | 8,70 | 5,73 | 13,30 | 11,40 | 11,40 | 5,30 |
| FABQ (1,2,3) | 17,00 | 16,40 | 14,70 | 14,00 | 18,60 | 13,40 | 16,10 | 11,70 |

Praktische Schlussfolgerung

Die Arbeit zeigt den Nutzen und die Wirksamkeit einer spielerischen Bewegungstherapie in Hinblick auf Schmerzwahrnehmung, Funktion und Selbstwirksamkeit. Die Ergebnisse sind aber aufgrund der kleinen Gruppengröße wissenschaftlich nicht aussagekräftig genug, um definitive Schlüsse zu ziehen. Sie regen zu weiteren Untersuchungen an.

Ausblick

In weiterführenden Untersuchungen mit größerer Teilnehmerzahl kann die Effektivität des aufmerksamkeitsumlenkenden Übungsprogramms evaluiert werden. Abschließend bleibt zu sagen, dass sich der Spaßfaktor der Therapie – der nicht explizit gemessen wurde – positiv auf psychosoziale Faktoren auswirkte. Es zeigte sich erneut, dass die Förderung von intrinsischer Motivation eine Grundlage für Therapieerfolg sein kann.



Nicht nur kommerzielle aktivitätsbasierte Spielsysteme dürfen Spaß machen und motivieren dazu aktiv zu üben. Auch die Akzeptanz von Übungen im Therapeuten-Patienten-Kontakt wird durch den Spaßfaktor verbessert.

2.2.2 Behandlungsprogramm für Anorexie und Bulimie

(Lfd. Psychologin Claudia Frese, cfrese@ahg.de)

Fragestellung/ Zielsetzung

Anorexia nervosa (AN) und Bulimia nervosa (BN) sind mit einem hohen Chronifizierungsrisiko verbundene Krankheitsbilder, die häufig zu umfassenden Einschränkungen der sozialen Teilhabe und erheblichen Einbußen der Leistungsfähigkeit führen. Eine psychosomatische Rehabilitation bietet den wesentlichen Vorteil, ein engmaschiges Ernährungsmanagement direkt mit dem Training arbeitsrelevanter Kompetenzen verbinden und die häufig dysfunktionale wechselseitige Beeinflussung symptom- und arbeitsbezogener Problemmuster entkoppeln zu können.

Das Behandlungskonzept für AN und BN wurde in den vergangenen Jahren kontinuierlich weiter entwickelt, um ein systematisches Ernährungsmanagement erweitert und in Kombination mit MBOR-spezifischen Maßnahmen zu einem Gesamtbehandlungskonzept zusammen geführt. Daraus leitete sich die Fragestellung ab, inwieweit die Kombination eines spezialisierten Essstörungsprogramms mit MBOR- und Basisangeboten unserer Klinik auch unter den Bedingungen einer vergleichsweise kurzen Behandlungszeit zu Verbesserungen essstörungsspezifischer, unspezifischer sowie erwerbs- und leistungsrelevanter Parameter führt.

Anorexie/ Bulimie Programm

Anorektische und bulimische Patienten erhalten ein in sich geschlossenes Therapieprogramm mit den in Abbildung 2 aufgeführten aufeinander abgestimmten Modulen, die sich an den Empfehlungen der aktuellen S3-Leitlinie (AWMF, 2010) orientieren. Die Mehrzahl der Angebote fokussiert auf die Etablierung eines geregelten Basisessverhaltens und umfasst angeleitete Mahlzeiten, Kochen, Einkaufstraining, Erarbeiten strukturierter Esspläne, Monitoring im Rahmen einer

Essprotokollgruppe sowie eine Strukturphase zur aktiven Bewältigung der oft symptomlastigen Phase speziell nach den Mahlzeiten. Die relevanten mitassozierten Problembereiche, wie die oft komplexe Selbstwert- und Körperproblematik sowie daraus resultierende Probleme der Leistungsfähigkeit und Interaktion stehen im Fokus einer modular aufgebauten Anorexie/ Bulimie Basisgruppe und spezieller körperorientierter Angebote.

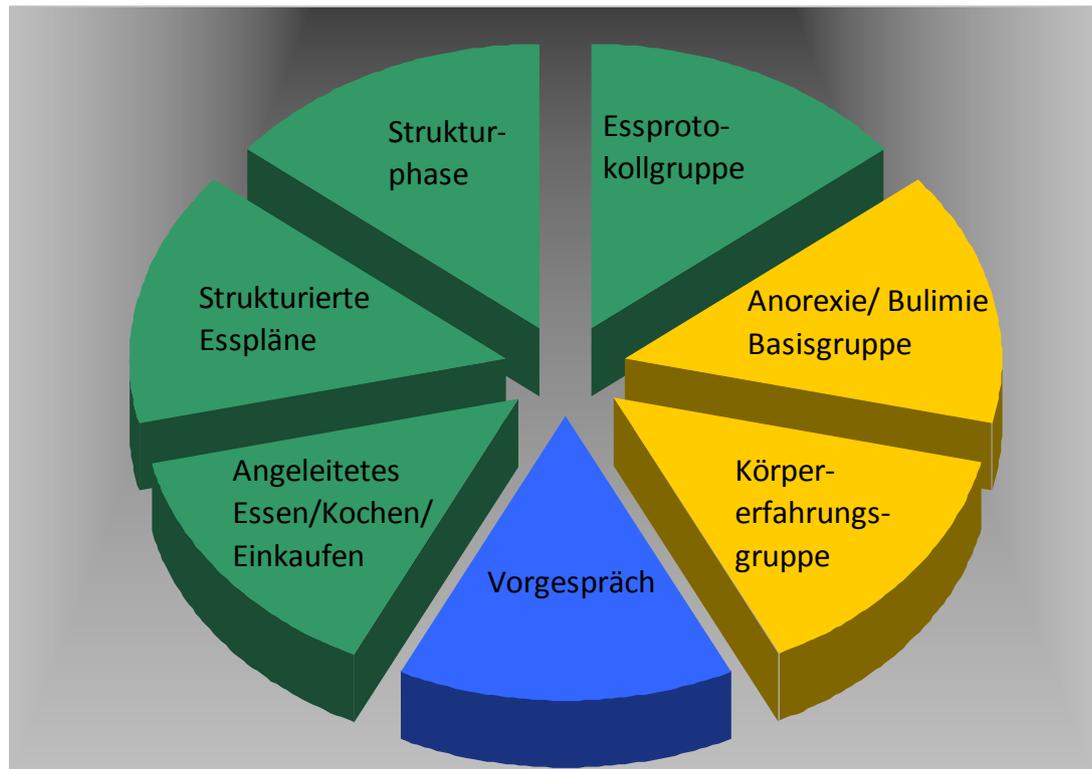


Abbildung 2: Module des Anorexie/ Bulimie Programms

Mit allen anorektischen und bezüglich ihrer Rehabilitationsfähigkeit fraglich erscheinenden bulimischen Patientinnen führen wir ein Vorgespräch. Dieses dient ebenfalls zur Klärung der Motivation sowie zur Aufklärung über unser Behandlungskonzept. Das dargestellte Anorexie/ Bulimie Programm ist integraler Bestandteil unseres multimodalen verhaltenstherapeutischen Basisangebotes und wird individuell mit **MBOR-spezifischen Maßnahmen** kombiniert wie z. B. Stressbewältigungsgruppe, soziales Kompetenztraining, spezielle Arbeitstrainings (z. B. PC-Training) sowie weitere interne und externe Belastungserprobungen.

Methode

Die Therapieevaluation erfolgte im Rahmen eines Ein-Gruppen-Prä-Post-Designs für die Teilnehmerinnen des Anorexie/Bulimie Programms der Jahre 2014 und 2015. Die Erhebung fand zu Beginn und am Ende der stationären Behandlung sowie ein Jahr nach der Entlassung statt.

Zur Erfassung der Zielparameter erhielten die Patientinnen folgende Fragebögen:

HEALTH-49 (Rabung et al., 2007), EDI-2 (Paul et al., 2005), SIMBO-C (Streibel et al., 2009), SPE (Mittag et al., 2003), AVEM (Schaarschmidt et al., 2006). Fragebogen zur Zufriedenheit: Angesichts der Komplexität des Anorexie/Bulimie Programms, das in den vergangenen Monaten um verschiedene Angebote erweitert wurde, war die Akzeptanz der einzelnen Module, insbesondere bezogen auf das Ernährungsmanagement, von besonderem Interesse. Vor diesem Hintergrund wurde im Rahmen einer Diplomarbeit (Asmus, work in progress) ein Fragebogen zur Erfassung der Zufriedenheit mit dem Anorexie/Bulimie Programm entwickelt und den Teilnehmerinnen am Ende der Behandlung vorgelegt.

Stichprobe

Die Stichprobe umfasst sämtliche Teilnehmer des Anorexie/ Bulimie Programms der Jahre 2014/2015 (N=89). Ausschlusskriterium ist ein laufendes Rentenverfahren. Mit Ausnahme eines männlichen Teilnehmers besteht die Stichprobe ausschließlich aus Patientinnen. Das Durchschnittsalter beträgt 30 Jahre. Von den Teilnehmern des Programms haben 31,4% die Diagnose einer Anorexia nervosa, 66,6% eine Bulimia nervosa und 2% eine nicht näher bezeichnete Essstörung. Die häufigste komorbide Störung ist eine depressive Störung (71,1%), gefolgt von PTBS (18,3%) und Persönlichkeitsstörungen (16,9%). 3,3% der Teilnehmerinnen beendete die Therapie vorzeitig (auf ärztliche Veranlassung/ disziplinarisch). 41% der Patientinnen war vor Aufnahme arbeitsfähig, 37% arbeitsunfähig (für 22% Beurteilung nicht erforderlich z. B. Hausfrauen, Schüler). Bei 40,4% der Patientinnen liegt ein SIMBO Wert von > 30 vor, der auf eine besondere berufliche Problemlage hinweist.

Ergebnisse

Essstörungsspezifische Parameter

Die Gruppe der Bulimiepatientinnen (>2/3 der Gesamtstichprobe) erreichte hohe Effektstärken in den Skalen, die das Essverhalten im engeren Sinn erfassen (Bulimie und Schlankkeitsstreben) und zeigte im Vergleich mit der Subgruppe der Anorexiepatientinnen durchgängig bessere Veränderungsmaße. Am deutlichsten fielen die Therapieeffekte bei bulimischen Patienten ohne eine komorbid vorliegende Persönlichkeitsstörung aus. Die Anorexiepatientinnen erzielten eine als gut zu bewertende durchschnittliche Gewichtszunahme von 5 Kilo während des Aufenthaltes. Das Gesamtprogramm wurde von 86,2% der Teilnehmerinnen als „sehr gut“, von

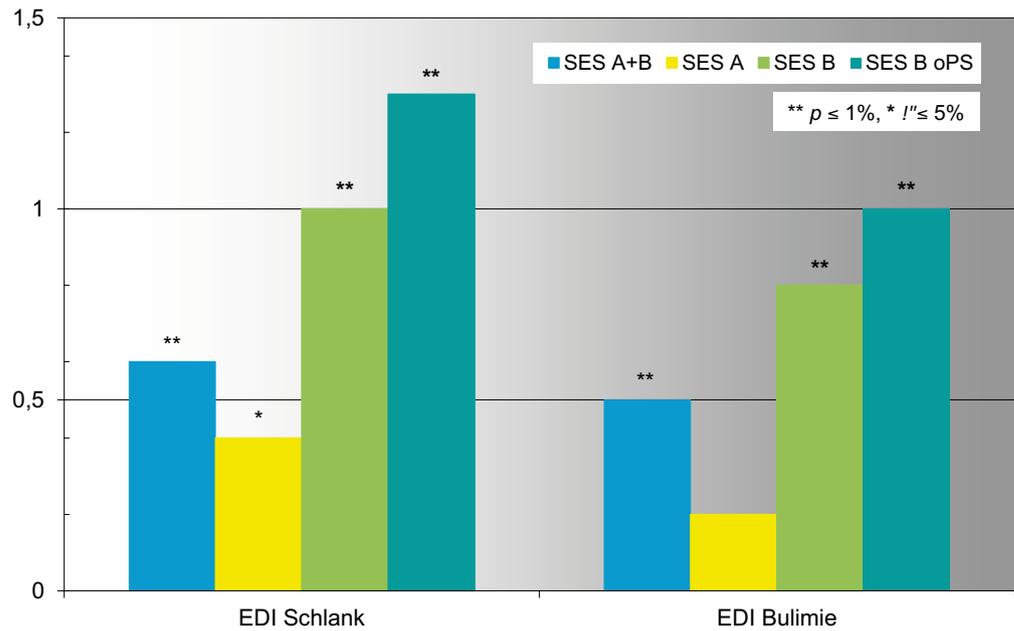


Abbildung 3: Veränderungen esstörungsspezifischer Parameter zwischen Aufnahme und Entlassung für ausgewählte Subskalen des EDI-2 für Patientinnen mit Anorexie (A), Bulimie (B) und Bulimie ohne Persönlichkeitsstörung (BoPS)

Zufriedenheit mit dem Anorexie-Bulimie-Programm

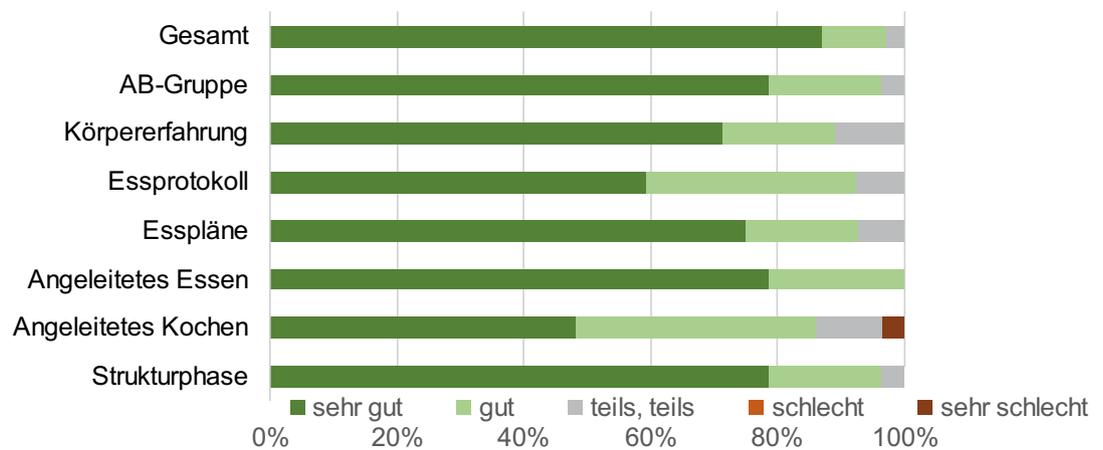


Abbildung 4: Zufriedenheitsratings (auf 5-stufiger Skala von „sehr gut“ bis „sehr schlecht“) bezogen auf das Anorexie/ Bulimie Programm insgesamt und die einzelnen Module

10,1% als „gut“ und 2,7% als „teils, teils“ beurteilt. Von besonderem Interesse waren die neu implementierten Angebote des Ernährungsmanagements (Essprotokollgruppe, Erstellung strukturierter Esspläne, angeleitetes Essen und Kochen) die trotz ihres konfrontativen Vorgehens und des damit verbundenen hohen Anforderungslevels in der Zusammenschau eine hohe Akzeptanz erzielten.

Unspezifische Parameter

Erwähnenswert erscheint der hohe Therapieeffekt in der Skala Depression, der häufigsten komorbiden Diagnose der Stichprobe. Ebenfalls positiv zu bewerten sind hohe Therapieeffekte in den Skalen Selbstwirksamkeit und Aktivität & Partizipation (s. Abbildung 5), zwei Parameter, die auch Hinweise auf die Nachhaltigkeit der erreichten Veränderungen erlauben.

Erwerbsleistungsspezifische Parameter

Arbeitsfähigkeit

Der Anteil arbeitsfähig entlassener Patientinnen (53%) ist verglichen mit dem Anteil der vor Aufnahme arbeitsfähigen Patientinnen (41%) signifikant gestiegen (Chi-Quadrat nach Pearson, $p = .000$).

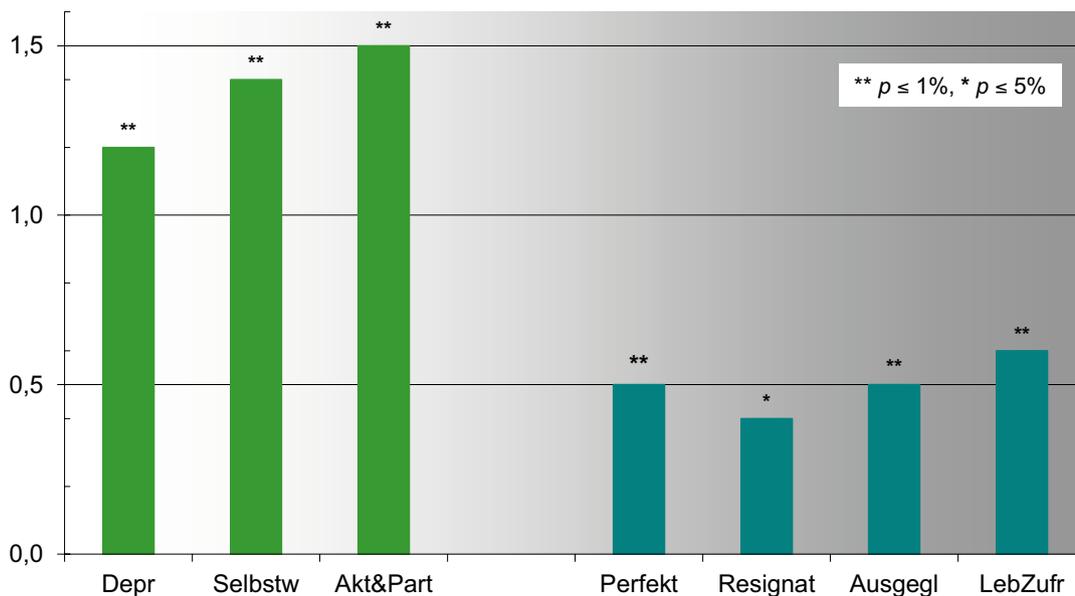


Abbildung 5: Veränderung unspezifischer und leistungsbezogener Parameter zwischen Aufnahme und Entlassung für ausgewählte Subskalen des HEALTH-49 und AVEM



AVEM

Signifikante Verbesserungen konnten in den Skalen Resignationstendenz, Ausgeglichenheit und Lebenszufriedenheit erzielt werden (s. Abbildung 5). Ebenfalls signifikante Veränderungen zeigten sich in der Skala Perfektionsstreben bei einem allerdings unauffälligen Eingangswert (s. Diskussion). Die über die Einzelskalen hinausgehende Musteranalyse zeigte folgendes Bild: Zum Aufnahmezeitpunkt am häufigsten vertreten war das Risikomuster B bei 71,4% der Patientinnen im Sinne eines vorherrschenden Erlebens von Überforderung, Erschöpfung und Resignation. Am zweithäufigsten (25%) vertreten war das mit dem störungsspezifischen Merkmal des Perfektionismus korrespondierende Risikomuster A im Sinne eines exzessiven Engagements bei gleichzeitigen Einschränkungen von Widerstandskraft und Lebensgefühl. Lediglich 3,6% der Teilnehmer erfüllten die dem gesundheitsassoziierte Muster G zu zuordnenden Kriterien. Im Prä-, Postvergleich der Muster zeigten sich keine signifikanten Veränderungen.

HEALTH-49

Es konnten hohe Therapieeffekte in den Skalen des HEALTH-49 erreicht werden (Selbstwirksam-

keit, Aktivität & Partizipation), die zusätzlich zu Aspekten psychosozialer Gesundheit speziell auch für das Arbeits- und Leistungsverhalten relevant erscheinen.

SPE

Die subjektive Erwerbsprognose als ein zentraler Prädiktor für die berufliche Leistungsfähigkeit (Mittag et al., 2003) zeigte sich bereits zum Aufnahmezeitpunkt mit einem Mittelwert von 0.8 im günstigen unteren Bereich und es konnte darüber hinausgehend eine signifikante Verbesserung erzielt werden (Chi-Quadrat nach Pearson, $p = .000$).

Katamnese

Die aktuell laufende 1-Jahres-Katamnese wird bis zum 31.12.2016 für die Stichprobe erhoben, die vorläufigen Ergebnisse sind in Abbildung 6 dargestellt. Von den zur 1-Jahres-Katamnese bisher angeschriebenen 84 Patientinnen (bei vorliegendem HEALTH-49 zur Entlassung) können 39 (46,4%) Responder in die Analyse aufgenommen werden. Positiv zu bewerten ist, dass die zum Behandlungsende erzielten Effekte mit Ausnahme der Selbstwirksamkeit in allen Dimensionen auch zum Katamnesezeitpunkt stabil sind (Allgemeines lineares Modell mit 3 Messzeitpunkten). Wegen des noch nicht abgeschlossenen Katamneseversands und des dadurch noch unvollständigen Rücklaufs ergeben die Varianzanalysen des AVEM aufgrund der noch geringen Stichprobengröße keine Signifikanzen.

Diskussion und Zusammenfassung

Die vorliegende Therapiestudie zeigt, dass bei anorektischen und bulimischen Patientinnen auch im Rahmen einer vergleichsweise kurzen Behandlungszeit signifikante Therapieeffekte bezüglich essstörungsspezifischer und unspezifischer Ziel-

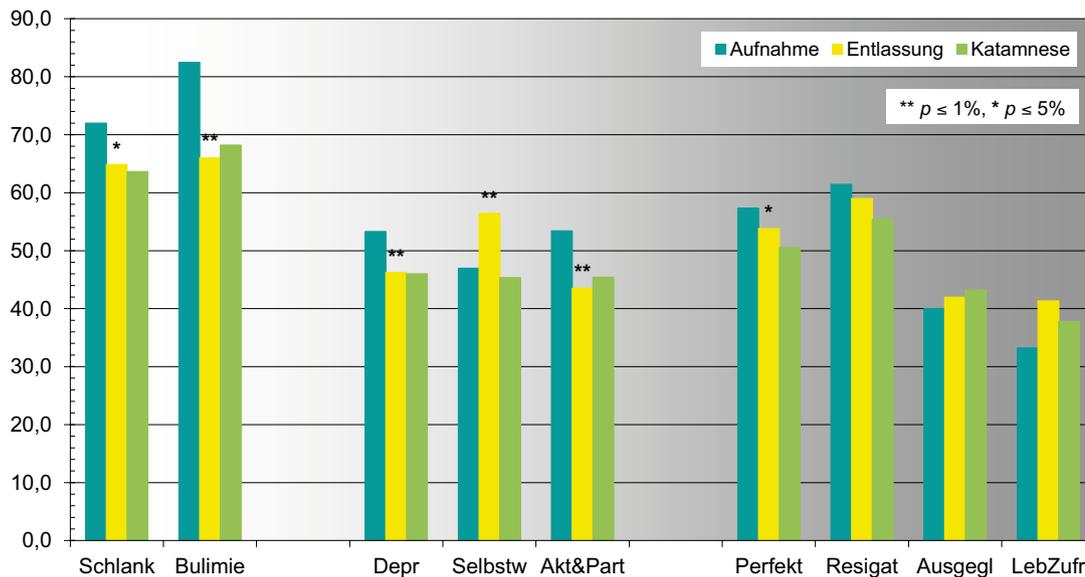


Abbildung 6: Veränderungen essstörungsspezifischer, unspezifischer sowie leistungs- und erwerbsbezogener Parameter zwischen Aufnahme, Entlassung und ein Jahr nach der Behandlung für ausgewählte Skalen des EDI-2, HEALTH-49 und AVEM

größen sowie in Teilaspekten auch hinsichtlich erwerbs- und leistungsrelevanter Parameter erzielt werden können. Die Nachhaltigkeit der während der Rehabilitation insgesamt erreichten Effekte wird ebenfalls durch die Ergebnisse der 1-Jahres-Katamnese gestützt.

Diskussionswürdig erscheint, dass sich bei der Analyse arbeitsbezogener Verhaltens- und Erlebensmuster keine zunächst nach dem Perfektionismuskonzept erwartbare erhöhte Ausprägung im Merkmalsbereich Arbeitsengagement oder das im Verhältnis vermehrte Vorliegen des Risikomusters A zeigt. Als Erklärungsansatz bedeutsam erscheint die für die Zielgruppe einer Rehabilitation charakteristische Chronifizierung und der Krankheitsverlauf mit einer bereits gefährdeten Erwerbsfähigkeit. Ein möglicherweise zu-

nächst perfektionistisch akzentuiertes Arbeitsmuster kann in diesem Prozess, vermittelt über länger wirkende Verausgabung bei gleichzeitiger hoher Symptombelastung, daraus resultierenden Leistungseinbußen und einer in der Folge reduzierten Selbstwirksamkeit in das Erleben einer generellen Überforderung und Resignation übergegangen sein. Weiterhin zu berücksichtigen sind die Effekte der bei der Stichprobe vorliegenden komorbiden Störungen, v. a. der hohe Anteil an Persönlichkeitsstörungen.

Insgesamt sollen die vorgestellten Befunde für die weitere Optimierung der Essstörungsbehandlung in unserer Klinik genutzt werden, sodass eine noch spezifischer auf die individuellen Arbeitsmuster zugeschnittene Interventionsplanung gewährleistet werden kann.

2.2.3 Gruppe Stressbewältigung/ Lehrergesundheit

(Ltd. Psychologin Claudia Frese, cfrese@ahg.de)

Behandlungskonzepte für berufliche Problemlagen und daraus resultierende Belastungen haben in unserem Hause eine lange Tradition. In Ergänzung zu unserem Behandlungsschwerpunkt Lehrergesundheit bieten wir seit 2015 ein Gruppenprogramm Stressbewältigung/ Lehrergesundheit an – ein spezifisches Konzept für Lehrer und andere pädagogisch tätige Berufsgruppen.

Das Behandlungskonzept im Überblick

Das Gruppenprogramm ist in unser Gesamtkonzept integriert und kann individuell mit Modulen unseres Basisangebotes kombiniert werden. Zu Beginn der Behandlung erfolgt eine ausführliche Problemanalyse und Diagnostik. Wir verwenden ausschließlich evaluierte Analyseverfahren, u. a. ein Instrument zur Erfassung typischer „Arbeitsbezogener Verhaltens- und Erlebensmuster“ (AVEM nach Schaarschmidt et al., 2003), das

die gezielte Identifikation wichtiger Risikofaktoren erlaubt. Abgeleitet von einem multifaktoriellen Entstehungsmodell, das die berufliche Problematik im Kontext der individuellen Lerngeschichte und möglicher assoziierter Problembereiche abbildet, werden die zentralen Therapieziele definiert. Die Gruppe Stressbewältigung/ Lehrergesundheit basiert auf dem evaluierten Gruppenprogramm AGIL (Arbeit und Gesundheit im Lehrerberuf, Hillert et al., 2009) und hat folgende Schwerpunkte:

- individuelle Stressauslöser erkennen und Stresskompetenzen steigern
- stressverstärkende Gedanken („innere Antreiber“) identifizieren und verändern
- Probleme systematisch und effektiv lösen
- berufliche Konfliktsituationen meistern und Kommunikationskompetenzen steigern
- Erholungsräume etablieren, Ressourcen aktivieren

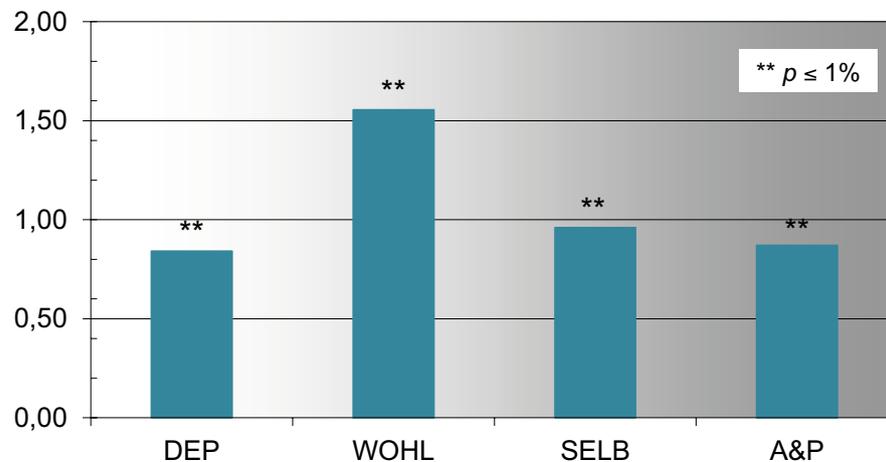


Abbildung 7 zeigt die Effektstärken zwischen Aufnahme und Entlassung für ausgewählte Skalen des HEALTH-49. Positiv zu bewerten sind hohe Therapieeffekte für die Skalen Depression und psychisches Wohlbefinden. Die ebenfalls hohen Effektstärken in der teilhabeorientierten Skala Aktivität und Partizipation sowie im Bereich der Selbstwirksamkeit erlauben darüber hinaus Aussagen in Bezug auf die Nachhaltigkeit der erreichten Veränderungen.

Ergebnisse der Evaluation des Gruppenprogramms
 Die Evaluation erfolgte im Rahmen eines Ein-Gruppen-Prä-Post-Designs für die Teilnehmer (N=135) der Gruppe Stressbewältigung/ Lehrer-gesundheit. Die Erhebung (HEALTH-49) fand zu Beginn und am Ende der stationären Behandlung statt. Um die Akzeptanz der Patienten mit diesem neu implementierten Angebot zu erfassen, erhielten die Teilnehmer weiterhin einen Frage-

bogen zur Erfassung der Zufriedenheit mit dem Gruppenprogramm. Zusätzlich zu dem „sehr guten“ Gesamturteil bei 87 % der Teilnehmer zeigen sich auch die Bewertungen von Teilaspekten überwiegend im sehr guten und guten Bereich. Innerhalb des therapeutischen Gesamtkonzeptes wird die Gruppe von einem Großteil der Patienten als wichtiger Bestandteil eingeschätzt.

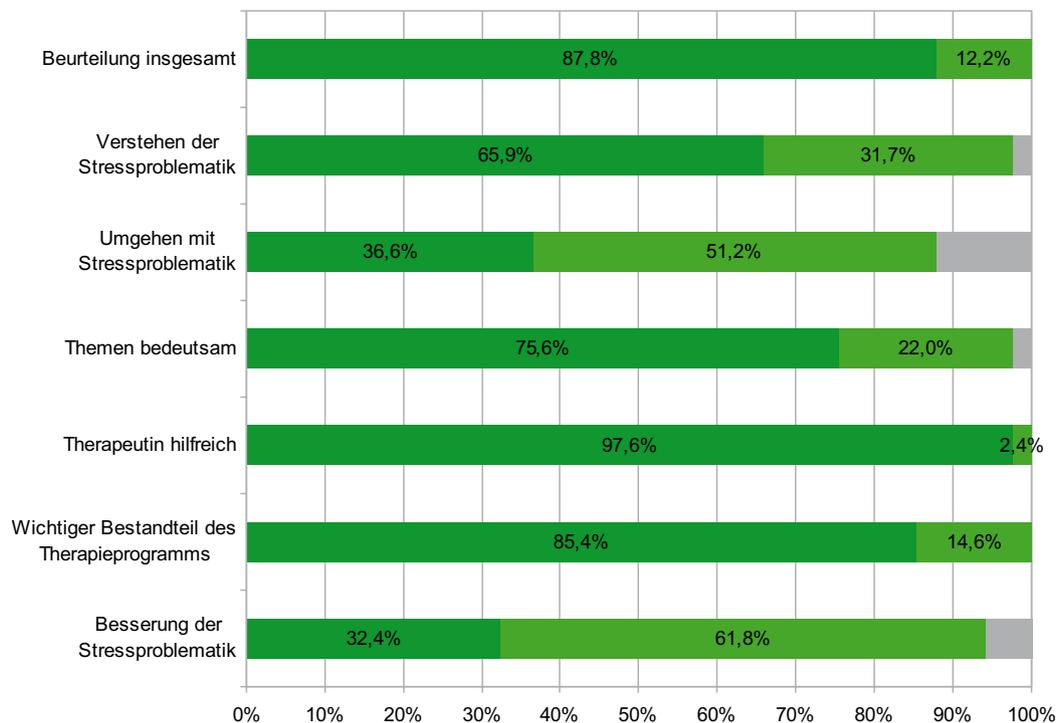


Abbildung 8 zeigt die Zufriedenheitsbewertungen der Teilnehmer mit dem Gruppenprogramm Stressbewältigung/ Lehrer-gesundheit.

3. Dokumentation und Ergebnisse

3.1 Basisdokumentation

3.1.1 Haupt- und Nebendiagnosen

Depressionen und Anpassungsstörungen, Somatoforme und Phobische Störungen, Persönlichkeitsstörungen, Essstörungen, Zwangs- und Angststörungen sowie Hyperkinetische Störungen sind die häufigsten Erstdiagnosen unserer Patienten. In der Tabelle werden die Diagnosegruppen (blau hinterlegt) und in den Zeilen darunter die Diagnosen der Diagnosegruppen aufgeführt, deren Häufigkeit 3 % übersteigt.

Die wichtigsten Hauptdiagnosen (Häufigkeit >3 %)

| ICD-10 Code | | Beschreibung | Anzahl | Prozent |
|----------------|----------|--|--------|---------|
| Diagnosegruppe | Diagnose | | | |
| F33 | | Rezidivierende depressive Störung | 856 | 25,6 % |
| | F33.1 | Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode | 701 | 21,0 % |
| F32 | | Depressive Episode | 680 | 20,4 % |
| | F32.1 | Mittelgradige depressive Episode | 574 | 17,2 % |
| F43 | | Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen | 374 | 11,2 % |
| | F43.1 | Posttraumatische Belastungsstörung | 171 | 5,1 % |
| | F43.2 | Anpassungsstörungen | 201 | 6,0 % |
| F45 | | Somatoforme Störungen | 260 | 7,8 % |
| F40 | | Phobische Störungen | 203 | 6,1 % |
| | F40.01 | Agoraphobie mit Panikstörung | 113 | 3,4 % |
| F60 | | Spezifische Persönlichkeitsstörungen | 191 | 5,7 % |
| F61 | | Kombinierte und andere Persönlichkeitsstörungen | 145 | 4,3 % |
| F50 | | Essstörungen | 119 | 3,6 % |
| F41 | | Andere Angststörungen | 116 | 3,5 % |
| F42 | | Zwangsstörungen | 103 | 3,1 % |
| F90 | | Hyperkinetische Störungen | 103 | 3,1 % |

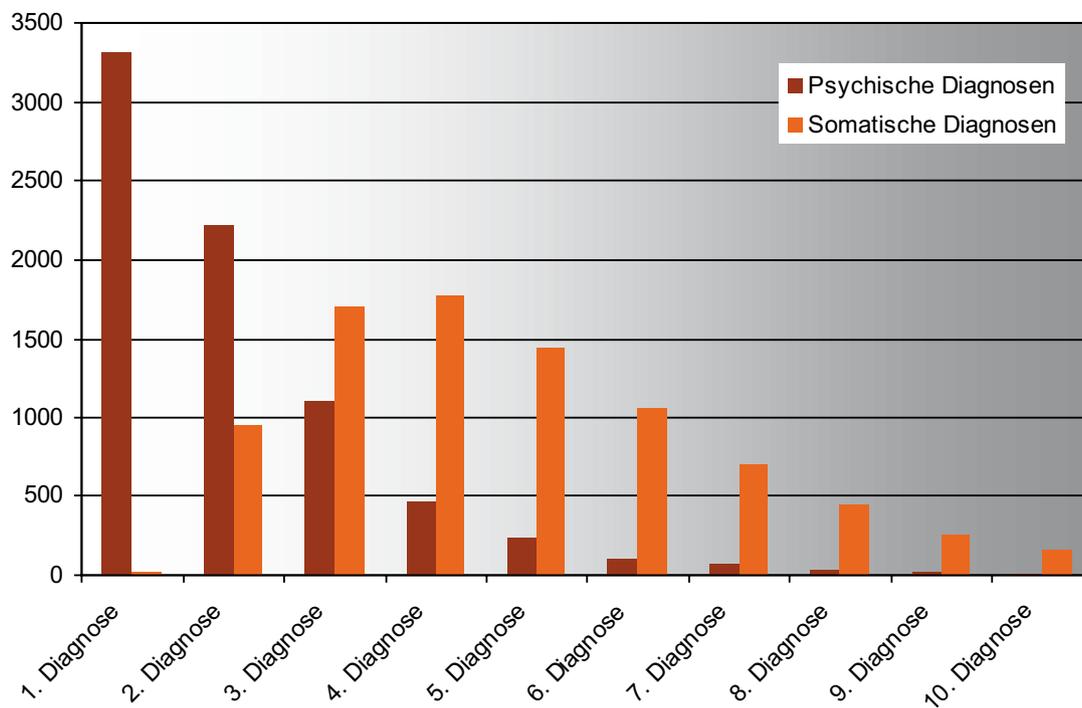
Die wichtigsten Nebendiagnosen (Häufigkeit >3 %)

| ICD-10 Code | Diagnose | Beschreibung | Anzahl | Prozent |
|-------------|----------|---|--------|---------|
| E | | Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten | | |
| | E03 | Sonstige Hypothyreose | 228 | 6,8 % |
| | E11 | Nicht insulinabhängiger Diabetes mellitus | 184 | 5,5 % |
| | E66 | Adipositas | 914 | 27,3 % |
| | E78 | Störungen des Lipoproteinstoffwechsels und sonstige Lipidämien | 295 | 8,8 % |
| F | | Psychische und Verhaltensstörungen | | |
| | F10 | Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol | 127 | 3,8 % |
| | F17 | Psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak | 597 | 17,9 % |
| | F32 | Depressive Episode | 379 | 11,3 % |
| | F33 | Rezidivierende depressive Störung | 647 | 19,4 % |
| | F34 | Anhaltende affektive Störungen | 118 | 3,5 % |
| | F40 | Phobische Störungen | 309 | 9,2 % |
| | F41 | Andere Angststörungen | 199 | 6,0 % |
| | F42 | Zwangsstörungen | 105 | 3,1 % |
| | F43 | Reaktion auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen | 301 | 9,0 % |
| | F45 | Somatoforme Störungen | 523 | 15,6 % |
| | F50 | Essstörungen | 268 | 8,0 % |
| | F90 | Hyperkinetische Störungen | 128 | 3,8 % |
| G | | Krankheiten des Nervensystems | | |
| | G43 | Migräne | 260 | 7,8 % |
| | G44 | Sonstige Kopfschmerzsyndrome | 271 | 8,1 % |
| | G47 | Schlafstörungen | 207 | 6,2 % |
| H | | Krankheiten des Ohres und des Warzenfortsatzes | | |
| | H93 | Sonstige Krankheiten des Ohres, anderenorts nicht klassifiziert | 236 | 7,1 % |
| I | | Krankheiten des Kreislaufsystems | | |
| | I10 | Essentielle (primäre) Hypertonie | 858 | 25,7 % |
| J | | Krankheiten des Atmungssystems | | |
| | J45 | Asthma bronchiale | 222 | 6,6 % |
| M | | Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes | | |
| | M17 | Gonarthrose (Arthrose des Kniegelenkes) | 174 | 5,2 % |
| | M47 | Spondylose | 115 | 3,4 % |
| | M51 | Sonstige Bandscheibenschäden | 207 | 6,2 % |
| | M53 | Sonstige Krankheiten Wirbelsäule u. Rücken, anderenorts nicht klassifiziert | 115 | 3,4 % |
| | M54 | Rückenschmerzen | 644 | 19,3 % |
| | M75 | Schulterläsionen | 134 | 4,0 % |



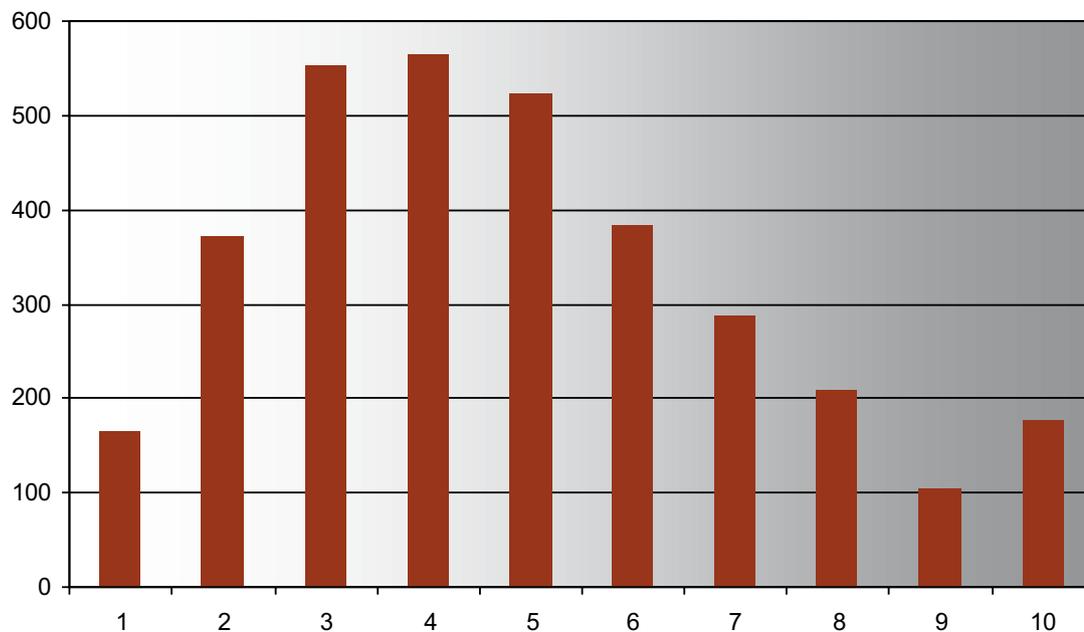
Kombination von Haupt- und Nebendiagnosen

In der ersten nachfolgenden Abbildung ist zu sehen, wie viele Patienten als Erst-, Zweit-, Drittdiagnose usw. eine psychische bzw. eine somatische Diagnose haben. Auf den ersten beiden Diagnoseplätzen sind psychische Diagnosen weit häufiger als somatische, auf den Plätzen drei bis zehn somatische Diagnosen häufiger als psychische.





Die Abbildung unten zeigt die Häufigkeitsverteilung der Anzahl an Diagnosen, die Patienten erhalten. Im Durchschnitt wurden pro Patient 4,8 Diagnosen vergeben (durchschnittlich 2,3 psychische und 2,5 somatische Diagnosen). Nur 164 (4,9 %) der Patienten erhielten ausschließlich eine Diagnose. Diese fiel bis auf eine Ausnahme (E66.0) in den Bereich der psychischen und Verhaltensstörungen.



3.1.2 Soziodemographische Merkmale

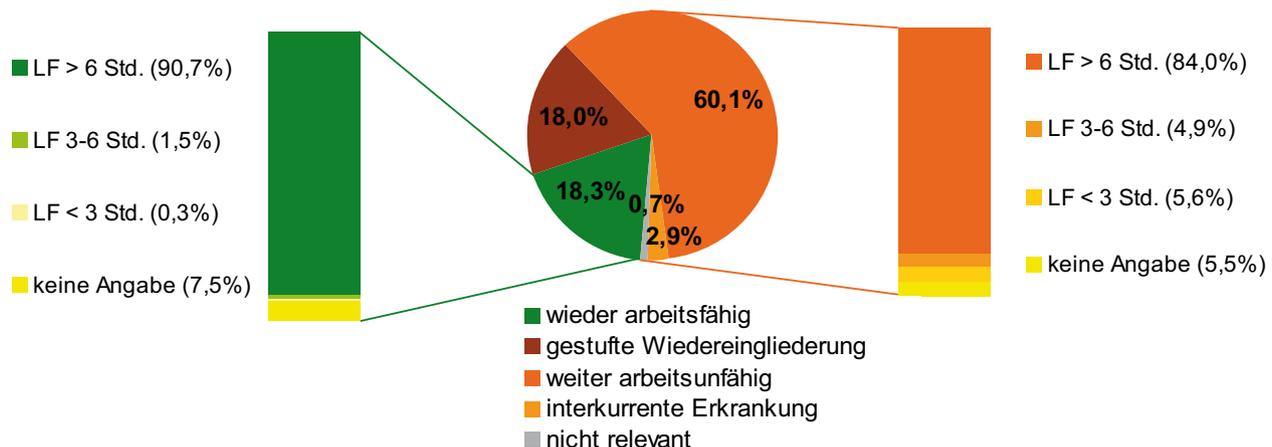
| Psychosomatik | | | |
|---|------------------|------------------|-----------------|
| Geschlecht | Frauen | Männer | Gesamt |
| Anteile der Geschlechter | 2175 (65,1 %) | 1168 (34,9 %) | 3343 (100 %) |
| Alter | | | |
| bis 20 Jahre | 8,3 % | 3,7 % | 6,7 % |
| 21 bis 30 Jahre | 14,3 % | 10,6 % | 13,0 % |
| 31 bis 40 Jahre | 14,3 % | 14,9 % | 14,5 % |
| 41 bis 50 Jahre | 25,7 % | 28,5 % | 26,7 % |
| 51 bis 60 Jahre | 29,5 % | 34,7 % | 31,3 % |
| 61 Jahre und älter | 8,0 % | 7,6 % | 7,8 % |
| Durchschnittsalter in Jahren | 43,5 % | 45,9 % | 44,3 % |
| Höchster bisher erreichter Schulabschluss | | | |
| keine Angaben | 3,7 % | 3,1 % | 3,5 % |
| Derzeit in Schulausbildung | 3,2 % | 1,1 % | 2,5 % |
| Ohne Schulabschluss abgegangen | 2,6 % | 3,7 % | 3,0 % |
| Sonderschulabschluss | 0,5 % | 0,9 % | 0,6 % |
| Hauptschul-/ Volksschulabschluss | 27,0 % | 38,0 % | 30,9 % |
| Realschulabschluss/ Polytechnische Oberschule | 39,7 % | 26,6 % | 35,1 % |
| (Fach-)Hochschulreife/ Abitur | 23,0 % | 25,9 % | 24,0 % |
| Anderer Schulabschluss | 0,3 % | 0,7 % | 0,4 % |
| Erwerbssituation (bei Betreuungsbeginn) | | | |
| keine Angaben | 3,3 % | 3,3 % | 3,3 % |
| Auszubildender | 3,1 % | 2,1 % | 2,8 % |
| Arbeiter/ Angestellter/ Beamter | 56,8 % | 64,2 % | 59,4 % |
| Selbständiger/ Freiberufler | 1,0 % | 1,5 % | 1,2 % |
| Sonstige Erwerbspersonen | 0,3 % | 0,2 % | 0,3 % |
| In beruflicher Rehabilitation | 12,6 % | 14,6 % | 13,3 % |
| Arbeitslos nach SGB III (Bezug von ALG I) | 5,3 % | 6,1 % | 5,6 % |
| Arbeitslos nach SGB II (Bezug von ALG II) | 5,8 % | 2,5 % | 4,6 % |
| Schüler/ Student | 1,7 % | 0,3 % | 1,2 % |
| Hausfrau/ Hausmann | 7,3 % | 3,3 % | 5,9 % |
| Rentner/ Pensionär | 2,9 % | 1,9 % | 2,5 % |
| Sonstige Nichterwerbspersonen | 3,3 % | 3,3 % | 3,3 % |

| Psychosomatik | | | |
|--|--------|--------|--------|
| Status Arbeitsfähigkeit vor Aufnahme | Frauen | Männer | Gesamt |
| Arbeitsfähig | 35,1 % | 34,3 % | 34,8 % |
| Arbeitsunfähig | 53,3 % | 60,5 % | 55,8 % |
| Keine Beurteilung erforderlich | 11,6 % | 5,2 % | 9,3 % |
| Status Arbeitsfähigkeit bei Entlassung | | | |
| Maßnahme nicht ordnungsgemäß abgeschlossen, verstorben | 0,2 % | 0,0 % | 0,1 % |
| Arbeitsfähig | 40,9 % | 42,7 % | 41,5 % |
| Arbeitsunfähig | 47,1 % | 52,2 % | 48,9 % |
| Keine Beurteilung erforderlich | 11,8 % | 5,1 % | 9,5 % |

Quelle/Stand: BaDo/2015-16

3.1.3 Der sozialmedizinische Status im Verlauf

Die folgende Abbildung zeigt den sozialmedizinischen Entlassstatus für Patienten, die bei Aufnahme arbeitsunfähig waren. 18,3 % dieser Patienten wurden wieder arbeitsfähig entlassen, weitere 16,2 % wurden im Rahmen einer stufenweisen Wiedereingliederung arbeitsunfähig entlassen und sind nach dieser Maßnahme voraussichtlich wieder arbeitsfähig. Aus dem Kollektiv der arbeitsunfähig aufgenommenen und weiter arbeitsunfähig entlassenen Patienten (inklusive der arbeitsunfähigen Patienten mit gestufter Wiedereingliederung, siehe Grafik Mitte) waren 84,0 % 6 Stunden und mehr leistungsfähig für Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarkts, während 4,9 % eine quantitativ eingeschränkte Leistungsfähigkeit bzw. 5,6 % ein aufgehobenes Leistungsvermögen aufwiesen (in der Abbildung rechts). Unter den wieder arbeitsfähig entlassenen Patienten wiesen 90,7 % eine Leistungsfähigkeit von 6 Stunden und mehr, 1,8 % eine quantitativ eingeschränkte Leistungsfähigkeit auf (in der Abbildung links).



3.1.4 Therapeutische Leistungen

Die Klinik erbringt ihre therapeutischen Leistungen nach den Vorgaben der KTL 2015 bezüglich Dauer, Frequenz, Höchstteilnehmerzahl in Gruppen und Qualifikation der Behandler.

| Psychosomatik N = 3125 | Zusammenfassung der erbrachten therapeutischen Leistungen | |
|--|---|---|
| Die durchschnittliche Leistungsmenge beträgt | 22,0 | Leistungen pro Woche |
| Die durchschnittliche Leistungsdauer beträgt | 17,9 | Stunden pro Woche |
| Ein Rehabilitand erhält durchschnittlich | 8,9 | KTL-Leistungen aus den verschiedenen KTL-Kapiteln |

Quelle/Stand: QlikView/2015-16

| Psychosomatik N = 3125 | | Rehabilitanden mit mind. einer Leistung | | Erbrachte Leistungen pro Rehabilitand | | | |
|---------------------------|---|---|-------|---------------------------------------|--------|--------------|----------|
| | | | | Leistungen | | Dauer (Std.) | |
| | | | | Anzahl | Anteil | pro Woche | pro Reha |
| A | Sport- und Bewegungstherapie | 2881 | 98,4 | 4,3 | 22,8 | 3,6 | 19 |
| B | Physiotherapie | 1506 | 51,4 | 1,1 | 6,0 | 0,8 | 4 |
| C | Information, Motivation, Schulung | 2929 | 100,0 | 2,5 | 13,3 | 3,0 | 16 |
| D | Klinische Sozialarbeit, Sozialtherapie | 2872 | 98,1 | 0,5 | 2,9 | 0,3 | 2 |
| E | Ergotherapie, Arbeitstherapie und andere funktionelle Therapien | 2143 | 73,2 | 1,1 | 6,1 | 1,8 | 10 |
| F | Klinische Psychologie, Neuropsychologie | 2824 | 96,4 | 1,8 | 9,4 | 1,6 | 8 |
| G | Psychotherapie | 2928 | 100,0 | 5,5 | 29,2 | 6,2 | 33 |
| H | Reha-Pflege | 2929 | 100,0 | 6,0 | 32,0 | 1,9 | 10 |
| K | Physikalische Therapie | 1807 | 61,7 | 0,9 | 4,8 | 0,3 | 2 |
| L | Rekreationstherapie | 2786 | 95,1 | 0,3 | 1,5 | 0,3 | 1 |
| M | Ernährung | 636 | 21,7 | 5,7 | 30,3 | 3,1 | 16 |
| Insgesamt | | 2929 | 100 | 23,8 | 127,2 | 19,4 | 104 |

Quelle/Stand: QlikView/2015-16, Ergänzung durch Berechnung in der Abteilung für Psychodiagnostik und Therapieforschung (APT)

3.2 Interne Qualitätssicherung

3.2.1 Behandlungserfolg

Im Rahmen des psychologischen Routinelabors (PRL) werden zur Therapieerfolgsmessung störungsunspezifische und störungsspezifische Verfahren zu drei Messzeitpunkten (bei Aufnahme in die Klinik, bei Entlassung aus der Klinik und ein Jahr nach Entlassung) eingesetzt. Von 4029 Patienten (90,9 %), die 2014–15 an der Aufnahme- und Entlassdiagnostik teilgenommen haben, wurden vom Entlassjahrgang 2014 1979 Patienten zur Katamnese angeschrieben. Es antworteten 937 Patienten, was einem Rücklauf von 47,3 % entspricht. Da sich die Katamnese auf die vor einem Kalenderjahr entlassenen Patienten bezieht, werden die Ergebnisse des Behandlungsjahrgangs 2014 dargestellt.

Zur Überprüfung störungsunspezifischer Therapieeffekte wird seit 2008 im Psychologischen Routinelabor der HEALTH-49 (Rabung et al., 2007), die verkürzte Version der „Hamburger Module zur Erfassung allgemeiner Aspekte psychosozialer Gesundheit für die therapeutische Praxis“, eingesetzt. Der Fragebogen ist ein Selbstbeurteilungsinstrument zur multidimensionalen Erfassung allgemeiner Aspekte psychosozialer Gesundheit und erfasst mit sechs inhaltlich eigenständigen Modulen (A bis F) die Dimensionen: Somatoforme Beschwerden (SOM), Depressivität (DEP), Phobische Ängste (PHO), Psychisches Wohlbefinden (WOHL), Interaktionelle Schwierigkeiten (INT), Selbstwirksamkeit (SELB), Aktivität und Partizipation (A&P), Soziale Unterstützung (SOZU) sowie Soziale Belastung (SOZB).

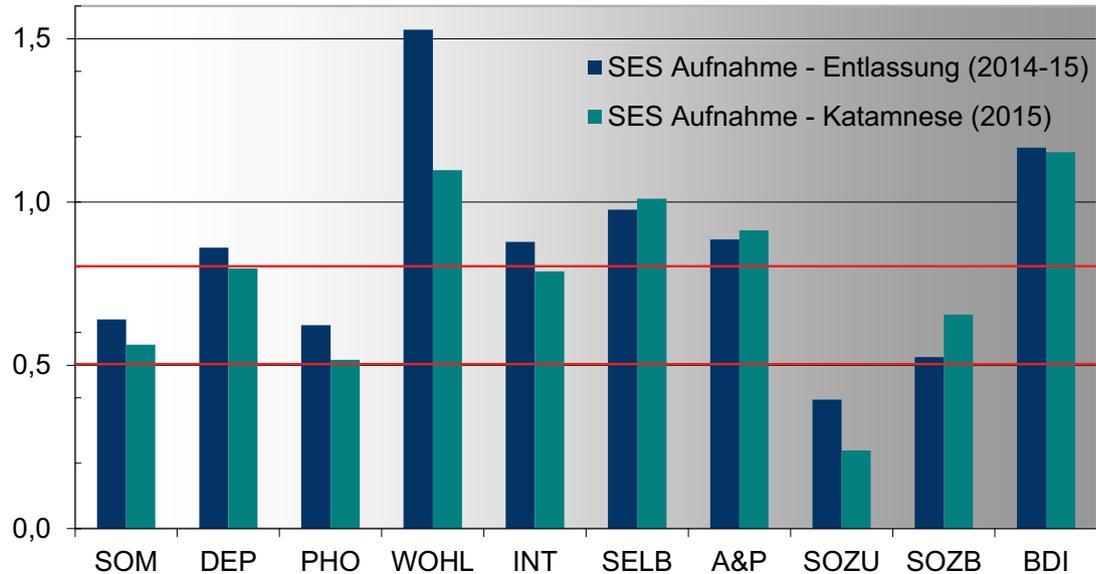
Als störungsspezifisches Maß wird hier beispielhaft der BDI (Beck Depression Inventory, Beck et al., 1988; dt. Hautzinger et al., 1994) als ein weit verbreitetes und anerkanntes Selbstbeurteilungsinstrument zur Erfassung des Schweregrades einer depressiven Symptomatik ausgewertet. Der BDI wird den Patienten vorgelegt, bei denen die Bezugstherapeuten nach der Eingangsuntersuchung Depression als Hauptbehandlungsdiagnose angeben. BDI-Summenwerte ≥ 18 (Wertespanne 0–63) sprechen für eine klinisch relevante depressive Symptomatik. In der nachstehenden Tabelle werden Effektstärken und Signifikanzen der Therapieerfolge bei den Patienten dargestellt, die bei Aufnahme einen bedeutsam erhöhten Wert in der jeweiligen Skala hatten (Referenzdaten HEALTH-49, Rabung et al., 2008; BDI, Hautzinger et al., 2001).

| HEALTH | N | M _A | M _E | SES _{AE} | Sig. | N | M _A | M _K | SES _{AK} | Sig. |
|--------|------|----------------|----------------|-------------------|-------|-----|----------------|----------------|-------------------|-------|
| SOM | 3039 | 2,13 | 1,65 | 0,6 | 0,000 | 688 | 2,10 | 1,67 | 0,6 | 0,000 |
| DEP | 3642 | 2,21 | 1,47 | 0,9 | 0,000 | 831 | 2,14 | 1,46 | 0,8 | 0,000 |
| PHO | 2618 | 1,54 | 0,93 | 0,6 | 0,000 | 572 | 1,44 | 0,97 | 0,5 | 0,000 |
| WOHL | 3580 | 2,97 | 2,12 | 1,5 | 0,000 | 817 | 2,95 | 2,34 | 1,1 | 0,000 |
| INT | 3339 | 2,37 | 1,67 | 0,9 | 0,000 | 773 | 2,36 | 1,73 | 0,8 | 0,000 |
| SELB | 3496 | 2,65 | 1,94 | 1,0 | 0,000 | 804 | 2,61 | 1,88 | 1,0 | 0,000 |
| A&P | 3501 | 2,44 | 1,82 | 0,9 | 0,000 | 820 | 2,37 | 1,75 | 0,9 | 0,000 |
| SOZU | 2168 | 2,23 | 1,99 | 0,4 | 0,000 | 501 | 2,17 | 2,03 | 0,2 | 0,001 |
| SOZB | 2687 | 2,26 | 1,96 | 0,5 | 0,000 | 599 | 2,24 | 1,88 | 0,7 | 0,000 |
| BDI | 1110 | 28,78 | 19,87 | 1,2 | 0,000 | 236 | 27,82 | 19,85 | 1,2 | 0,000 |

Tabelle 1: Ergebnisse des PRL über die 3 Messzeitpunkte (A = Aufnahme, E = Entlassung, K = Katamnese), Stichprobengröße N, Mittelwert M, Standardisierte Effektstärke SES, hochsignifikante Veränderung (Sig.) auf 1%-Niveau

Effektstärken (SES) im HEALTH-49 und BDI

Rehabilitanden mit deutlichen Beeinträchtigungen zur Aufnahme



Die Auswertung weist auf mittlere bis hohe Effektstärken (mit Ausnahme der Skala „Soziale Unterstützung“) zwischen Aufnahme- und Entlasszeitpunkt mit einem leichten Abfall zur Katamneseerhebung. Die Mittelwertvergleiche zwischen Aufnahme und Entlassung sowie zwischen Aufnahme und Katamnese weisen auf hochsignifikante Verbesserungen in allen störungsspezifischen und -unspezifischen Skalen und damit auf positive Therapieeffekte (siehe Abbildung).

3.2.2 Patientenzufriedenheit

Die AHG setzt in ihren Kliniken und Therapiezentren Entlassfragebögen ein, die auf der Grundlage der Kostenträgerfragebögen zur Rehabilitandenzufriedenheit entwickelt wurden. Beurteilt werden soll der Gesundheitszustand vor und am Ende der Behandlung, der Aufenthalt und die Betreuung sowie die Therapieangebote, die Vorbereitung auf die Zeit nach der Behandlung,

die Erwerbsfähigkeit sowie die Zufriedenheit mit der Behandlung insgesamt. Die 3343 in den Jahren 2015 und 2016 regulär und vorzeitig entlassenen Patienten bearbeiteten nahezu alle (99,1%) den AHG-Patientenfragebogen zur Entlassung. Gültige Entlassfragebögen lagen 2015 von 83,7% bzw. 2016 von 88,6% der Patienten vor (QlikView Medizinisch therapeutische Berichterstattung der AHG AG).

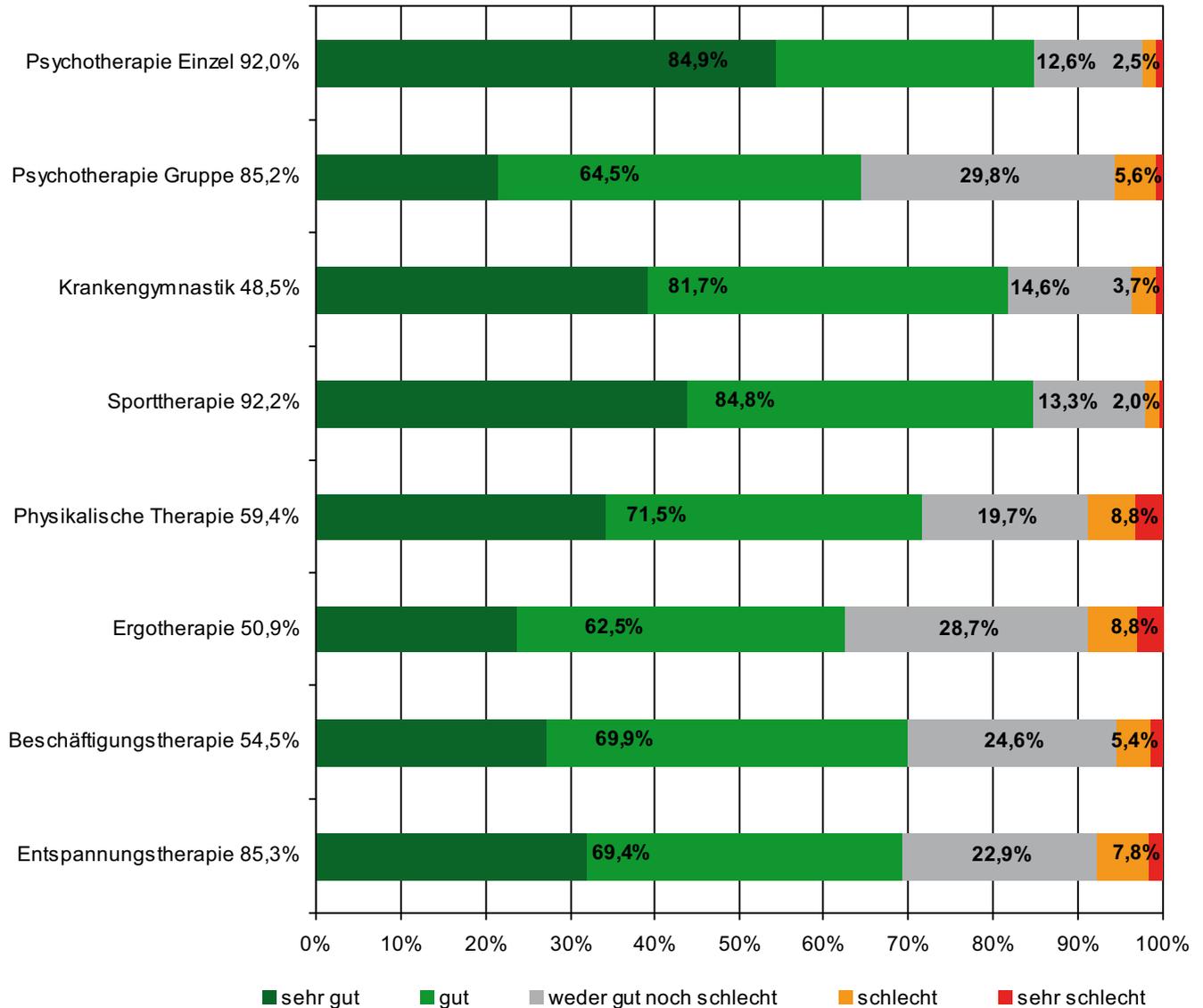


| Zufriedenheit mit der Rehabilitation aus Patientensicht Zufriedenheit mit ... | N = 3343 |
|--|----------|
| ... der ärztlichen Betreuung | 1,6 |
| ... der psychotherapeutischen Betreuung | 1,9 |
| ... der pflegerischen Betreuung | 1,8 |
| ... den durchgeführten Behandlungen | 2,1 |
| ... der Abstimmung über Reha-Plan und -Ziele | 2,0 |
| ... der Vorbereitung auf die Zeit nach der Reha | 2,4 |
| Rehabilitandenzufriedenheit insgesamt | 2,2 |

Quelle/Stand: AHG Patientenfragebogen DÜW/2015-16

Zufriedenheit mit Therapiemaßnahmen und Klinikbereichen²

Das Zufriedenheitsurteil erfolgt auf einer 5stufigen Skala von „1“ (= sehr gut) bis „5“ (= schlecht). Die Abbildung unten zeigt, dass der überwiegende Anteil der Patienten mit den therapeutischen Maßnahmen zufrieden war. Dies gilt für alle Maßnahmenbereiche.



Quelle/Stand: AHG Patientenfragebogen DÜW/2015-16

²Die Prozentzahl der Patienten, die an den therapeutischen Maßnahmen teilgenommen haben und diese beurteilen, ist an der Ordinate links abzulesen.

3.2.3 Der Behandlungserfolg aus Patientensicht

Subjektiver Behandlungserfolg besteht, wenn die Rehabilitanden auf sie zutreffende gesundheitliche Probleme als durch die Reha-Maßnahme „gebessert“ ansehen (Anteil in %).

| Behandlungserfolg im Patientenurteil Reha-bedingte Verbesserung ... | N = 3343 |
|--|----------|
| ... des körperlichen Zustands | 59,0 % |
| ... des seelischen Zustands | 69,8 % |
| ... des Gesundheitszustands insgesamt | 67,0 % |
| Reha-Erfolg insgesamt (gut - ausgezeichnet) | 63,7 % |

Quelle/Stand: AHG Patientenfragebogen DÜW/2015-16

Die Antworten auf drei Einzelitems sind uns als globale Erfolgsmaße besonders wichtig: 2015 und 2016 beurteilen bei Behandlungsende 63,7 % der Patienten, die den Fragebogen bearbeitet haben, den Erfolg ihrer Behandlung insgesamt als gut bis ausgezeichnet, 65,4 % bewerten die Behandlungsmaßnahme insgesamt als gut bis sehr gut. 72,4 % der Patienten würden die AHG Klinik Bad Dürkheim weiterempfehlen.

3.3 Externe Qualitätssicherung

Die AHG Klinik für Psychosomatik Bad Dürkheim nimmt am externen Programm zur Reha-Qualitätssicherung der DRV-Bund teil. In regelmäßig erscheinenden QS-Berichten werden jeder Klinik in verschiedenen Bereichen maximal 100 Qualitätspunkte vergeben, was eine Vergleichbarkeit der Kliniken untereinander ermöglicht. Folgende Qualitätsindikatoren werden hier dargestellt: Therapeutische Versorgung (Klassifikation therapeutischer Leistungen – KTL), Rehabilitandenbefragung zur Patientenzufriedenheit und Reha-Therapie-Standards (RTS) für die Rehabilitation bei depressiven Störungen. Im Berichtszeitraum erfolgte kein Peer-Review-Verfahren zu den Entlassungsberichten. Ergänzend zu den o.g. QS-Berichten erfolgen Angaben zur Anzahl der Patienten-Beschwerden sowie zu den Laufzeiten unserer Entlassungsberichte. Auch für diese Indikatoren bestehen externe Qualitätsstandards



3.3.1 Therapeutische Versorgung

Klassifikation therapeutischer Leistungen – KTL

Die Beurteilung der therapeutischen Versorgungsqualität wird durch die vergleichende Betrachtung der therapeutischen Leistungen der Kliniken unter Berücksichtigung der Leistungsverteilung (Maßnahmen aus den verschiedenen KTL-Kapiteln), der Leistungsmenge (Anzahl der therapeutischen Leistungen) und Leistungsdauer (Therapiedauer in Stunden) vorgenommen.

Diese Aspekte werden zu einem Gesamtwert der therapeutischen Versorgung zusammengefasst. In der folgenden Tabelle sind die Qualitätspunkte dargestellt, die die AHG Klinik für Psychosomatik Bad Dürkheim im jüngsten QS-Bericht erzielt hat. Dieser bezieht sich auf den Zeitraum des Behandlungsjahres 2014. In Klammern finden sich die Werte der Vergleichsgruppe psychosomatischer Kliniken.

| Qualitätspunkte Therapeutische Versorgung | Behandlungszeitraum 2014 AHG-Klinik DÜW (Vgl.-Gruppe) |
|--|--|
| Leistungsverteilung | 95,8 (95,6) |
| Leistungsmenge | 86,1 (81,6) |
| Leistungsdauer | 96,2 (90,3) |
| Therapeutische Versorgung | 92,7 (89,2) |

Quelle/Stand: Berichte zur Reha-Qualitätssicherung der DRV – Therapeutische Versorgung (KTL) – Bericht 11/2015

Es zeigt sich eine insgesamt positive Entwicklung: Wie wir in unserem letzten Qualitätsbericht dargestellt haben, erzielte unsere Klinik im Behandlungszeitraum 2012 ein durchschnittliches Ergebnis bei der therapeutischen Versorgung, 2013 wurde ein überdurchschnittliches Ergebnis erreicht.

Der jüngste Bericht weist wiederum auf eine überdurchschnittliche therapeutische Versorgung unserer Patienten im Behandlungszeitraum 2014 hin.





3.3.2 Rehabilitandenbefragung zur Patientenzufriedenheit und zum subjektiven Behandlungserfolg

Regelmäßig nach stationären Rehabilitationsleistungen erhebt die DRV-Bund an einer Patientenstichprobe die Zufriedenheit mit den durchgeführten Maßnahmen. Dabei sollen Patienten verschiedene Behandlungsaspekte auf einer 5-stufigen Zufriedenheits-Skala von „1“ (= sehr gut) bis „5“ (= schlecht) beurteilen.

Nachdem unsere Klinik in der Vergangenheit sowohl in mehreren Einzelkategorien, als auch im Gesamtwert immer wieder überdurchschnittliche Bewertungen erzielt hatte, zeigte sich im QS-Bericht 2014 (bezogen auf den Behandlungszeitraum August 2012 bis Juli 2013) eine Verschlechterung des Zufriedenheitsurteils (siehe Qualitätsbericht 2013/2014). Dieser negative Trend setzte sich leider auch im QS-Bericht 2015 fort (bezogen auf den Behandlungszeitraum August 2013 bis Juli 2014). Die durchschnittlichen Beurteilungen unserer Rehabilitanden waren in 4 Kategorien („pflegerische Betreuung“, „durchgeführte Behandlungen“, „Einrichtungsangebote“ und „Reha insgesamt“) signifikant schlechter (in der unten stehenden Tabelle mit – gekennzeichnet) als die

durchschnittlichen Beurteilungen der Rehabilitanden aller vergleichbaren Einrichtungen („Vgl.-Gruppe“). Auch die erzielten Qualitätspunkte waren unterdurchschnittlich.

Wir haben dieses Ergebnis sehr ernst genommen und mit Qualitätssicherungsmaßnahmen reagiert, wie z. B. der Verbesserung unseres Therapieangebots (u. a. ADHS-Gruppe). Allerdings haben wir vermutet, dass in der Wahrnehmung der Rehabilitanden auch andere Aspekte eine Rolle gespielt haben, da sich das Therapieangebot im Bezugszeitraum faktisch nicht verändert hatte (siehe 3.3.1 Therapeutische Versorgung – KTL). So konnten wir bis Mitte 2015 noch nicht allen Rehabilitanden eine Unterbringung in Einzelzimmern anbieten, was möglicherweise Unzufriedenheit erzeugt hat. Darüber hinaus könnten auch bauliche Mängel in einem inzwischen etwas in die Jahre gekommenen Klinikgebäude miterklärend sein. Auch eine vorübergehende Unterbesetzung im ärztlichen Bereich sowie eine, für unser Haus ungewöhnlich hohe Fluktuation in unserem Leitungsbereich, könnten hierzu beigetragen haben.

| Zufriedenheit mit der Rehabilitation aus Patientensicht Zufriedenheit mit ... | Bericht 2015 AHG Klinik DÜW (Vgl.-Gruppe) | Bericht 2016 AHG Klinik DÜW (Vgl.-Gruppe) |
|--|---|---|
| ... der ärztlichen Betreuung | 2,1 (2,1) | + 1,8 (2,1) |
| ... der psychotherapeutischen Betreuung | 2,4 (2,3) | 2,2 (2,3) |
| ... der pflegerischen Betreuung | - 2,1 (1,7) | - 2,0 (1,7) |
| ... den durchgeführten Behandlungen | - 2,3 (2,0) | - 2,3 (2,1) |
| ... mit der Gesundheitsbildung und dem -training | 2,1 (2,2) | 2,3 (2,2) |
| ... den in Anspruch genommenen Beratungen | 2,5 (2,4) | 2,5 (2,4) |
| ... der Abstimmung über Reha-Plan und -Ziele | 2,3 (2,3) | 2,2 (2,3) |
| ... den Einrichtungsangeboten | - 2,4 (2,1) | - 2,4 (2,1) |
| ... der Vorbereitung auf die Zeit nach der Reha | 2,9 (2,7) | - 2,9 (2,7) |
| ... den Verhaltensempfehlungen (Alltag, Beruf) | 2,4 (2,4) | 2,5 (2,4) |
| ... der Reha insgesamt | - 2,5 (2,3) | 2,4 (2,3) |
| Rehabilitandenzufriedenheit | 2,4 (2,2) | 2,3 (2,2) |
| Qualitätspunkte Rehabilitandenzufriedenheit | 62,1 (69,8) | 67,1 (69,5) |

Quelle/Stand: Berichte zur Reha-Qualitätssicherung der DRV – Rehabilitanden -befragung – Berichte 2015 und 2016

Im QS-Bericht 2016 (bezogen auf den Behandlungszeitraum August 2014 bis Juli 2015) spiegelt sich der Erfolg ergriffener Maßnahmen und es zeigt sich eine deutliche Konsolidierung. Auch bei den erzielten Qualitätspunkten konnten wir aufholen. Im Bereich „Ärztliche Betreuung“ erzielten wir mit dem inzwischen wieder vollständig besetzten Ärzteteam ein signifikant besseres Ergebnis als die Vergleichsgruppe der psychosomatischen Einrichtungen (in der oben stehenden Tabelle mit + gekennzeichnet).

Ferner wird im QS-System der DRV Bund der subjektive Reha-Erfolg erhoben. Sowohl im Vergleich der QS-Berichte 2015 und 2016, als auch im Vergleich mit früheren Berichten zeigt sich in der Stichprobe ein ähnlicher Trend wie oben beschrieben: während unsere Rehabilitanden im Bericht von 2015 ihren Reha-Erfolg signifikant schlechter beurteilten als Rehabilitanden aus der Vergleichsgruppe, ergaben sich im Bericht von 2016 keine signifikanten Unterschiede mehr. Die erzielten Qualitätspunkte waren im Bericht 2015 signifikant unterdurchschnittlich (in der unten stehenden Tabelle mit – gekennzeichnet). Im Bericht 2016 war die Abweichung nicht mehr signifikant. Auch dieses Ergebnis zeigt einen positiven Trend auf, der jedoch noch weitere Verbesserungsschritte erforderlich macht. Die standardmäßige Unterbringung in Einzelzimmern, die Vollbesetzung aller ärztlichen und psychologischen Stellen sowie ein inzwischen gut eingespieltes Leitungsteam haben den positiven Trend unterstützt. Unsere aktuell stattfindenden umfangreichen baulichen Modernisierungsmaßnahmen werden ebenfalls einen positiven Beitrag leisten.

| Behandlungserfolg im Patientenurteil Reha-bedingte Verbesserung ... | Bericht 2015 AHG Klinik DÜW (Vgl.-Gruppe) | Bericht 2016 AHG Klinik DÜW (Vgl.-Gruppe) |
|--|---|---|
| ... des Gesundheitszustandes | 56% (64%) | 60% (65%) |
| ... der psychosomatischen Beschwerden | 68% (75%) | 71% (76%) |
| ... der Leistungsfähigkeit (Beruf, Freizeit, Alltag) | 54% (63%) | 64% (64%) |
| ... des gesundheitsförderlichen Verhaltens | 64% (69%) | 60% (68%) |
| Reha-Erfolg insgesamt | - 51% (63%) | 54% (63%) |
| Durchschnittlicher subjektiver Behandlungserfolg | - 57% (67%) | 64% (67%) |
| Qualitätspunkte Subjektiver Behandlungserfolg | - 47,3 (66,8) | 57,5 (67,3) |

Quelle/Stand: Berichte zur Reha-Qualitätssicherung der DRV – Rehabilitandenbefragung – Berichte 2015 und 2016; Anteil der Gebesserten in Prozent

Interessanterweise finden sich die o.g. negativen Rückmeldungen bezogen auf die Patientenzufriedenheit und dem subjektivem Reha-Erfolg in den Ergebnissen unserer eigenen Fragebogen-Erhebungen, die wir mit hoher Rücklaufquote bei allen Rehabilitanden durchführen, nicht. Hier zeigte sich eine durchgängig hohe Zufriedenheit mit nur geringen Schwankungen. Damit fällt bei diesen Indikatoren ein Unterschied zwischen der Stichprobenerhebung im externen QS-Bericht und unserer eigenen Erfassung auf der Basis einer sehr großen Patientenstichprobe auf. Dennoch sind uns die Ergebnisse der externen Qualitätssicherung ein großer Ansporn, denn schließlich verbergen sich hinter den Zahlen Rehabilitanden, die mit unserer Behandlung nicht optimal zufrieden waren.



3.3.3 Reha-Therapie-Standards für die Rehabilitation depressiver Störungen

Ziel der Reha-Therapie-Standards (RTS) der DRV Bund ist es, die rehabilitative Behandlung bei depressiven Störungen auf eine wissenschaftliche, evidenzbasierte Grundlage zu stellen und die Qualität der rehabilitativen Versorgung zu verbessern. Der jüngste QS-Bericht der DRV Bund aus dem Jahr 2016, der sich auf das Behandlungsjahr 2014 bezieht, weist aus, dass unsere Klinik die Mindestanforderungen in 5 von 12 evidenzbasierten Therapiemodulen (ETM) erfüllt und in weiteren 2 Modulen annähernd erfüllt. Hierbei ist zu berücksichtigen, dass die gesetzten

Mindestanforderungen ausgesprochen hoch sind. 2015 wurden die evidenzbasierten Therapiemodule modifiziert, wobei ein darauf basierender QS-Bericht noch nicht vorliegt.

Die deutlich über der Vergleichsgruppe liegenden Qualitätspunkte für den Reha-Therapie-Standard für depressive Störungen weisen darauf hin, dass wir für diese häufigste Behandlungsdiagnose ein leitliniengerechtes und gut differenziertes Behandlungsprogramm anbieten.

| Evidenzbasierte Therapiemodule Anteil der Rehabilitanden ... | | ... mit erfüllten Mindestanforderungen | Mindestanteil |
|---|---|---|---------------|
| ETM01 | Psychotherapie | 58 % | 90 % |
| ETM02 | Indikative Gruppen bei Komorbidität | 51 % | 40 % |
| ETM03 | Aktivitätsaufbau | 100 % | 40 % |
| ETM04 | Psychoedukation | 45 % | 60 % |
| ETM05 | Entspannungstraining | 98 % | 60 % |
| ETM06 | Bewegungstherapie | 63 % | 80 % |
| ETM07 | Gesundheitsbildung | 100 % | 90 % |
| ETM08 | Künstlerische Therapien und Ausdruckszentrierte Ergotherapie | 8 % | 50 % |
| ETM09 | Ergotherapie | 24 % | 40 % |
| ETM10 | Sozial- und sozialrechtliche Beratung | 49 % | 50 % |
| ETM 11 | Unterstützung der beruflichen Integration | 18 % | 20 % |
| ETM12 | Nachsorge und soziale Integration | 100 % | 50 % |

Quelle/Stand: Berichte zur Reha-Qualitätssicherung der DRV – Reha-Therapiestandards Depressive Störungen – Bericht 2016

Die von der AHG Klinik für Psychosomatik Bad Dürkheim erzielten Qualitätspunkte sind in diesem Indikator deutlich überdurchschnittlich.

| Qualitätspunkte | AHG Klinik DÜW | Vgl.-Gruppe |
|---|----------------|-------------|
| Reha-Therapiestandards Depressive Störungen | 87 | 82 |

Quelle/Stand: Berichte zur Reha-Qualitätssicherung der DRV – Reha-Therapiestandards Depressive Störungen – Bericht 2016



3.3.4 Patientenbeschwerden beim Rentenversicherungsträger

Insgesamt gingen bei der DRV Bund in den Jahren 2015 und 2016 29 Beschwerden schriftlich ein. Dies entspricht 1,76 % aller DRV Bund-Patienten in diesem Zeitraum (Januar 2015 bis zur Klinikschließung im Juli 2016), womit die Vorgabe von maximal 2 % unterschritten wurde.

3.3.5 Laufzeiten der Entlassungsberichte

Klinikintern wird die Laufzeit unserer Entlassberichte kontinuierlich erhoben. Von der DRV Bund wird gefordert, dass die Berichte spätestens 14 Tage nach Entlassung eingehen. Nachdem die durchschnittliche Laufzeit der Berichte von DRV Bund-Patienten 2012 noch 14,4 Tage betrug und damit leicht über der Vorgabe lag, konnte diese wichtige Kennzahl in den letzten Jahren kontinuierlich verbessert werden (2013: 13,9, 2014: 12,8). Auch 2015 setzte sich dieser positive Trend fort, 2016 hingegen verschlechterte sich dieser Wert, wohl in Zusammenhang mit unseren anstehenden Umbaumaßnahmen, die ab dem 12.07.2016 zur vollständigen vorübergehenden Schließung der Klinik führten.

| Laufzeit der Entlassungsberichte in Tagen | 2015 | 2016 |
|---|------|------|
| DRV Bund | 11,7 | 13,8 |

Quelle/Stand: Berichte zur Reha-Qualitätssicherung der DRV – Reha-Therapiestandards Depressive Störungen – Bericht 2016

4. Aktivitäten und Veranstaltungen

4.1 Veranstaltungen

4.1.1 Quartalsfortbildungen

Im Rahmen der Fortbildungsreihe „Aktuelle Verhaltenstherapie in Klinik und Praxis“ der AHG Klinik für Psychosomatik Bad Dürkheim fanden auch 2015 und 2016 für niedergelassene, an Psychotherapie interessierte Kollegen der Region und für die Mitarbeiter unserer Klinik insgesamt 8 Vorträge von ausgewiesenen Experten statt. Hier die Referenten und ihre Vortragsthemen:

- **Prof. Dr. Dr. Andreas Hillert,**
Chefarzt Schön Klinik Roseneck, Prien: „Schluss mit Lustig: Turbo-Stress in der Arbeitswelt! Konzepte und Ergebnisse berufsbezogener Psychotherapie (auch) am Beispiel des Lehrerberufes“ (11. Februar 2015)
- **Prof. Dr. Martin Bohus,**
Ärztlicher Direktor der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie am ZI Mannheim: „Herausforderungen und Strategien in der Behandlung der komplexen PTBS nach Gewalterfahrung in der Kindheit“ (20. Mai 2015)
- **Prof. Dr. Esther Sobanski,**
Oberärztin AHG Klinik für Psychosomatik Bad Dürkheim: „ADHS im Erwachsenenalter: Diagnose und multimodale Therapie“ (15. Juli 2015)
- **Prof. Dr. Stephan Herpertz,**
Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, LWL-Universitätsklinikum der Ruhr-Universität Bochum: „Psychosomatische und psychosoziale Aspekte der Adipositas“ (14. Oktober 2015)
- **Prof. Dr. Claas-Hinrich Lammers,**
Ärztlicher Direktor, Chefarzt der I. Fachabteilung für Affektive Erkrankungen, Chefarzt der III. Fachabteilung für Akutpsychiatrie und Psychose, Asklepios Klinik Nord-Ochsenzoll Hamburg: „Psychotherapie narzisstischer Patienten“ (13. Januar 2016)
- **Claudia Frese,**
Leitende Psychologin AHG Klinik für Psychosomatik Bad Dürkheim: „Teufelskreis Essstörung – Behandlung der Anorexia und Bulimia nervosa in der psychosomatischen Rehabilitation“ (8. Juni 2016)
- **Prof. Dr. Michael Linden,**
Forschungsgruppe Psychosomatische Rehabilitation an der Charité Universitätsmedizin Berlin, Institut für Verhaltensmedizin Berlin (IVT), Ärztlicher Direktor (a.D.) des Reha-Zentrums Seehof: „Arbeitsplatzängste und Arbeitsplatzphobie“ (31. August 2016)
- **Prof. Dr. Martin Bohus,**
Ärztlicher Direktor der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie am ZI Mannheim: „Lebe Balance – Idee und Wirksamkeit eines Laienbasierten Präventionsprogramms für psychische Gesundheit“ (14. Dezember 2016)

Alle Veranstaltungen waren sehr gut besucht und regten zu konstruktiven Diskussionen an.

4.1.2 Fachtagungen „Kooperation Arbeits- und Rehabilitationsmedizin“

Nach den erfolgreichen Veranstaltungen in den Vorjahren fanden im Berichtszeitraum wiederum zwei gemeinsam mit den Landesverbänden Baden und Rheinland-Pfalz des Verbands Deutscher Betriebs- und Werksärzte (VDBW) durchgeführte Fortbildungssymposien statt. Am 06. Mai 2015 wurde die Fachtagung „Kooperation Arbeits- und Rehabilitationsmedizin“ von der AHG Klinik für Psychosomatik Bad Dürkheim und am 06. Juli 2016 vom AHG Gesundheitszentrum Ludwigshafen ausgerichtet. Aufgrund unserer Sanierungs- und Umbaumaßnahmen sind freundlicherweise die Ludwigshafener Kollegen eingesprungen, was gleichzeitig die Möglichkeit bot, die dortige Einrichtung vorzustellen.



Die regelmäßige Durchführung dieser Fachtagung ist ein weiterer Ausdruck unserer Bemühungen um vernetzte Versorgungsstrukturen für Menschen mit arbeitsplatzbezogenen Störungen, die auch durch unsere enge Zusammenarbeit mit der DRV Rheinland-Pfalz und den Werksärzten und Sozialberatern großer Unternehmen in der Region dokumentiert werden und sich beispielsweise im Modellprojekt „Stärke durch Vernetzung“ niederschlagen.

Im Fokus der Tagung in der AHG Klinik für Psychosomatik Bad Dürkheim stand insbesondere das Thema Optimierung des Austauschs zwischen Klinikern und Werksärzten im Reha-Prozess.

Hierzu wurden konkrete Indikationskriterien für einen Austausch vorgestellt (absehbare Probleme bei einer geplanten Stufenweisen Wiedereingliederung, mögliche Gefährdung des Arbeitsplatzes durch qualitative Einschränkungen der Leistungsfähigkeit, notwendige anlassbezogene Eignungsuntersuchung aufgrund einer Psychopharmaka-Einstellung und Klärung der Realisierbarkeit von Umsetzungsempfehlungen).

Das Tagungsprogramm vom 06. Mai 2015 im Einzelnen:

- Ergebnisse der Arbeitsgruppe Vernetzung Klinik und Werksärzte (Dr. Peter Deibler, Chefarzt AHG Klinik für Psychosomatik Bad Dürkheim)
- Ausbildungskooperationen bei jungen Erwachsenen mit ADHS (Prof. Dr. Esther Sobanski, Oberärztin AHG Klinik für Psychosomatik Bad Dürkheim)
- Generationenmanagement (Andreas Mürdter, Generationen- & Ressourcenmanagement, Daimler AG Stuttgart)
- BEM aus Sicht eines Groß-Unternehmens (Wolfgang Koob, Disability Management, Daimler AG Mannheim)
- BEM aus Sicht kleinerer und mittlerer Unternehmen (Dr. Michael Sehling, Betriebsarzt Mannheim, Landesvorsitzender des VDBW in Baden)



Die Tagung im AHG Gesundheitszentrum Ludwigshafen beleuchtete die vielfältigen Möglichkeiten in der ambulanten Rehabilitation. Zudem wurden die Erfahrungen mit den von der AG Vernetzung 2015 vorgeschlagenen Regeln zur Verbesserung des Informationsaustausches zwischen Klinikern und Werksärzten diskutiert.

Am Beispiel einer Kasuistik aus der AHG Klinik für Psychosomatik Bad Dürkheim wurde eine erfolgreiche Kooperation von Rehabehandlern und Betriebsärzten praxisnah dargestellt. Hier das weitere Tagungsprogramm vom 06. Juli 2016:

- Vorstellung der Behandlungsangebote des AHG Gesundheitszentrum Ludwigshafen (Jutta Metko, Chefärztin AHG Gesundheitszentrum Ludwigshafen)
- Ganztägig ambulante Rehabilitation „PAULI“ – Psychosomatik Auffangen Unterstützen Leiten Integrieren (Daniel Klos, Sozialpädagoge/Sozialarbeiter, Case Manager, AHG Klinik für Psychosomatik Bad Dürkheim und AHG Gesundheitszentrum Ludwigshafen)
- Erfahrungen mit dem Daimler BKK-Projekt „Psychosomatische Intervention“ (Jutta Metko, Chefärztin AHG Gesundheitszentrum Ludwigshafen)
- Vorstellung eines arbeitsbezogenen Gruppenangebots: „Fit für den Beruf“, AVEM-gestütztes Patientenschulungsprogramm zur beruflichen Orientierung in der Rehabilitation (Sabine Najemnik, Sozialtherapeutin/Sucht, AHG Gesundheitszentrum Ludwigshafen)

Beide Tagungen stießen auf ein großes Interesse sowohl unter Betriebsärzten als auch seitens der Vertreter anderer Kliniken, von Sozialdiensten und Behörden sowie Kostenträgern. Insgesamt nahmen jeweils etwa 50 Fachleute teil. Die Referate wurden rege diskutiert und in den Pausen sowie beim abschließenden Imbiss der Dialog in lockerer Form fortgeführt.

Wir wurden von unseren Gästen ermutigt, die Tradition weiter fortzusetzen. Wir möchten uns an dieser Stelle bei Frau Dr. Arnold (Stellvertretende Landesvorsitzende des VDBW Rheinland-Pfalz) und bei Herrn Dr. Sehling (Landesvorsitzender des VDBW Baden) für die angenehme Zusammenarbeit bedanken.

4.1.3 Fachtagungen „Schnittstellen zwischen betrieblicher Sozialarbeit und medizinischer Rehabilitation“

Erstmals fand am 15.07.2015 eine Fachtagung zur Verbesserung der Schnittstellen zwischen betrieblicher Sozialarbeit und medizinischer Rehabilitation statt. Die Veranstaltung wurde gemeinsam von der AHG Klinik für Psychosomatik Bad Dürkheim und dem Berufsfachverband Betriebliche Sozialarbeit (BBS) durchgeführt. Im Mittelpunkt stand das Kennenlernen der rehabilitativen Maßnahmen in der AHG Klinik, sowie der Austausch bezüglich der Optimierung von Übergängen aus der Rehabilitation zurück an den Arbeitsplatz.

Das Tagungsprogramm vom 15.07.2015 umfasste folgende Themen:

- Begrüßung sowie Vorstellung der neuen Behandlungsangebote bei Borderline und ADHS (Dr. Peter Deibler, Chefarzt AHG Klinik für Psychosomatik Bad Dürkheim)
- Vorstellung der arbeitsplatzbezogenen Angebote der unterschiedlichen Funktionsbereiche in der AHG Klinik (Ergotherapie: Birgit Kranich, Physiotherapie: Christiane Kolb, Soziotherapie: Maria Kögel)
- Vorstellung des Berufsverbandes Betriebliche Sozialarbeit mit Schnittstellen und Bruchstellen der Vernetzung zwischen klinischer und betrieblicher Sozialarbeit (Michael Bremmer, Geschäftsführer Berufsverband Betriebliche Sozialarbeit)
- Vorstellung des Modellprojektes „Stärke durch Vernetzung“ – Ein arbeitsweltbezogenes Rehabilitationsangebot für Großbetriebe (Jürgen Neubauer, Deutsche Rentenversicherung Rheinland-Pfalz)
- Vorstellung des Seminarangebotes für Führungskräfte „Wenn Verhalten aus dem Rahmen fällt“ (Reiner Wieland, Leitender Psychologe, AHG Klinik für Psychosomatik Bad Dürkheim)
- Vorstellung des AHG Gesundheitszentrums Ludwigshafen für Abhängigkeitserkrankungen und Psychosomatik (Sabine Najemnik, Dipl. Sozialarbeiterin, AHG Gesundheitszentrum Ludwigshafen)

- Vorstellung des neuen ambulanten Krankenkassenprojektes „PAULI – Psychosomatisch Auffangen Unterstützen Leiten Integrieren“ (Daniel Klos, Sozialpädagoge/Sozialarbeiter, Case Manager, AHG Klinik für Psychosomatik Bad Dürkheim und AHG Gesundheitszentrum Ludwigshafen)

Nachdem die erste Veranstaltung erfolgreich verlaufen war, fand am 28.09.2016 der zweite Vernetzungstag „Betriebssozialarbeit und Rehabilitation“ statt, ausgerichtet von der AHG Klinik für Psychosomatik Bad Dürkheim in Kooperation mit dem AHG Gesundheitszentrum Ludwigshafen und dem Berufsfachverband Betriebliche Sozialarbeit.

Ziel und Schwerpunkt waren die Reflexion und Optimierung der bestehenden Kooperation zwischen Reha und Betriebssozialarbeit. Aufgrund der Sanierungsmaßnahmen in Bad Dürkheim luden die Ludwigshafener Kollegen in ihre Räumlichkeiten ein. Dies bot uns Veranstaltern die Möglichkeit, den eingeladenen Betriebssozialarbeitern die ambulanten Angebote in Ludwigshafen zu präsentieren, insbesondere die neuen Projekte und Entwicklungen.





Das Tagungsprogramm vom 28.09.2016 im Einzelnen:

- Neues zum Gruppenangebot „PAULI – Psychosomatisch Auffangen Unterstützen Leiten Integrieren“, das inzwischen nicht mehr an die AOK als Kostenträger gebunden und demnach auch für andere Kostenträger möglich bzw. in Verhandlung ist (Dr. Jutta Metko, Chefärztin, AHG Gesundheitszentrum Ludwigshafen)
 - Vernetzung macht stark (Simone Schuldt, Betriebssozialarbeiterin KSB AG, Vorstand BBS)
 - Wie bereiten wir unsere Patienten auf die Entlassung und die Rückkehr an den Arbeitsplatz vor? (Maria Bier, Sozialpädagogin, AHG Klinik für Psychosomatik Bad Dürkheim)
- Im Rahmen der angeregten Diskussion wiesen die anwesenden Betriebssozialarbeiter z. B. darauf hin, dass die Informationen der Rehabilitanden über ihren Betrieb und die dortigen Belastungsfaktoren und Gegebenheiten subjektiv sind und daher mit kritischer Distanz zu sehen seien. Eine objektive Einschätzung der Anforderungen am Arbeitsplatz eines Rehabilitanden könne durch die Stellungnahme aus den Betrieben bereichert oder sogar erst ermöglicht werden, was wiederum ein Argument für eine intensivere Vernetzung war. Schließlich wurden Möglichkeiten einer Verbesserung der Informationsstrukturen unter Berücksichtigung der Schweigepflicht diskutiert.
- Die Rückmeldungen beim anschließenden kollegialen Austausch sowie die Auswertung der Veranstaltungsevaluation zeigte, dass die 30 teilnehmenden Fachleute die Tagung als abwechslungsreich, informativ und insgesamt gelungen wahrnahmen und eine Fortführung des konstruktiven Dialogs wünschen. Wir danken an dieser Stelle Herrn Michael Bremmer, Geschäftsführer des Bundesfachverbandes Betriebliche Sozialarbeit und dem AHG Gesundheitszentrum Ludwigshafen für die gute und reibungslose Zusammenarbeit und freuen uns auf deren Fortsetzung.
- Begrüßung und Vorstellung der ganztägig ambulanten Rehabilitationsangebote für psychosomatische Störungen und Suchterkrankungen (Dr. Jutta Metko, Chefärztin; Sabine Najemnik, Dipl. Sozialarbeiterin, AHG Gesundheitszentrum Ludwigshafen)
 - Vernetzungsrunde mit verschiedenen Kleingruppen (Yvonne Strathmann, Dipl. Sozialpädagogin, Betriebssozialarbeiterin Daimler AG)

4.2 Aktivitäten im Bereich der Prävention und der Nachsorge

- Ehrhardt, M.
Seminarreihe beim Landesverband für Prävention und Rehabilitation von Herz-Kreislauf-Erkrankungen/Landessportbund Rheinland-Pfalz: Ausbildung „Sport in Herzgruppen“. Bernkastel-Kues. 26./27.02.2015 und 25./26.02.2016.
- Frese, C.
Impulsvorträge Lehrgesundheit an Schulen in Bad Dürkheim und Kaiserslautern. 26.05.2015, 27.06.2016.
- Kriszt, R.
Das Herz – Seismograph der Seele. Vortrag 30jähriges Jubiläum Herzgruppen Bad Dürkheim. Park Klinik, Bad Dürkheim, 13.06.2015.
- Seiler, M. & Wieland, R.
Wenn Verhalten aus dem Rahmen fällt. Seminar für Führungskräfte von KSB, Freudenberg sowie Post und Telekom zum Umgang mit psychisch auffälligen Mitarbeitern. Bad Dürkheim. 13.03.2015, 26./27.11.2015, 11.03.2016 und 01./02.12.2016.
- Seiler, M. & Winterhoff-Schell, M.
Ambulante Einzelgespräche mit Versicherten der Daimler Betriebskrankenkasse im Rahmen eines bundesweiten Frühinterventionsprojekts.
- Sobanski, E.
Interview mit Net-Doktor über ADHS und Kreativität sowie mit dem Unicum-Magazin über den Missbrauch von Stimulanzien. 27.05.2015.
- Sobanski, E.
Helden im Sport – Was kann die Psychiatrie beitragen? Sportkreis Mannheim in Zusammenarbeit mit dem Zentralinstitut für Seelische Gesundheit (ZI) und der AHG-Klinik für Psychosomatik Bad Dürkheim. Heidelberg, 17.06.2015.
- Wieland, R.
Radio-Interview in der SWR2-Sendung Matinée über psychische Störungen am Arbeitsplatz. 21.02.2016.
- Winterhoff-Schell, M.
Beratungsgespräche mit Finanzbeamten im Rahmen der AHG Gesundheitsdienste Koblenz.





4.3 Aktive Teilnahme an klinischen und wissenschaftlichen Tagungen

- **Benoit, D.**
Verbessern sich kognitive Beeinträchtigungen depressiver Patienten bereits mit multimodaler stationärer psychosomatischer Rehabilitation? Vortrag auf dem Rehawissenschaftlichen Kolloquium, Aachen, 29.02.2016.
- **Frese, C.**
Diagnostik und Behandlung der Anorexia und Bulimia nervosa. Workshop, DGPPN Kongress, Berlin, 24.11.2016.
- **Frese, C.**
Evaluation eines störungsspezifischen Behandlungsprogramms für Patienten mit Anorexia und Bulimia nervosa in einer psychosomatischen Rehabilitation. Posterpräsentation beim Rehawissenschaftlichen Kolloquium, Aachen, 29.02.2016.
- **Frese, C.**
Teufelskreis Essstörungen - Evaluation des Behandlungsprogramms für Anorexia und Bulimia nervosa. Vortrag, Fortbildungsreihe Aktuelle Verhaltenstherapie in Klinik und Praxis der AHG Klinik für Psychosomatik Bad Dürkheim; 08.06.2016.
- **Schmädeke, S.**
DEPRENA - Rehabilitationsnachsorge für depressive Patientinnen und Patienten mit einer Smartphone-App. Posterpräsentation auf der Projektmesse des Umsetzungsworkshops zum Förderschwerpunkt „Versorgungsnahe Forschung – Chronische Krankheiten und Patientenorientierung“, Berlin, 21.05.2015.
- **Schmädeke, S.**
Reha-Nachsorge per Smartphone-App: wie kommt ein innovatives Angebot in die Routine? Impulsreferat zum Diskussionsforum Forschungstransfer auf dem 25. Rehabilitations- wissenschaftlichen Kolloquium der DRV in Aachen, 02.03.2016.
- **Schmädeke, S.**
Psychotherapie 2.0 - Internet und Smartphone-Apps in der Psychotherapie. Vortrag auf dem Wissenschaftlichen Kolloquium der Universitätsklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie Ulm, 14.04.2016.
- **Pimmer, V., Schmädeke, S.**
Förderung der Reha-Forschung durch die DRV: Möglichkeiten und Praxisbeispiele. Workshop auf der 25. Jahrestagung der DGPPR in Aukrug, 16. & 17.09.2016.
- **Schmädeke, S.**
DE-RENA - Umsetzungsprojekt zur Rehabilitationsnachsorge mit einer Smartphone-App für depressive Patientinnen und Patienten. Poster auf der 25. Jahrestagung der DGPPR in Aukrug, 16. & 17.09.2016.
- **Sobanski, E.**
Multimodale Therapie der ADHS im Erwachsenenalter: Vortrag auf dem Wissenschaftsforum der AHG in Berlin, 08.06.2015.

4.4 Veröffentlichungen

Becker, J., Beutel, M. B., Gerzymisch, K., Schulz, D., Siepmann, M., Knickenberg, R. J., Schmädke, S., Zwerenz, F. R.: Evaluation of a video-based Internet intervention as preparation for inpatient psychosomatic rehabilitation: study protocol for a randomized controlled trial. DOI 10.1186/s13063-016-1417-y. Becker et al. *Trials* (2016) 17:287.

Benoit, D., Kahl, I. (2016). Verbessern sich kognitive Beeinträchtigungen depressiver Patienten bereits mit multimodaler stationärer psychosomatischer Rehabilitation? *DRV-Schriften*, Bd. 109, S. 452-453.

Frese, C., Benoit, D., Bischoff, C., Deibler, P. (2016). Evaluation eines störungsspezifischen Behandlungsprogramms für Patienten mit Anorexia und Bulimia nervosa in einer psychosomatischen Rehabilitation. *DRV-Schriften*, Bd. 109, S. 311-312.

Frese, C., Benoit, D. Vorstellung und Evaluation eines Behandlungsprogramms für Anorexia und Bulimia nervosa in einer psychosomatischen Rehabilitation. *Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation* (in Druck).

Frese, C., Benoit, D., Deibler, P. Evaluation eines integrativen verhaltenstherapeutischen Behandlungsprogramms für Jugendliche mit Essstörungen in der medizinischen Rehabilitation. 26. Reha-Kolloquium, März 2017. Deutscher Kongress für Rehabilitationsforschung – „Prävention und Rehabilitation in Zeiten der Globalisierung“, Frankfurt a.M., eingereicht.

Heise, K., Benoit, D., Deibler, P., Morgen, K. Entwicklung und Evaluation eines ADHS-Behandlungskonzeptes für Erwachsene in der psychosomatischen Rehabilitation. 26. Reha-Kolloquium, März 2017. Deutscher Kongress für Rehabilitationsforschung – „Prävention und Rehabilitation in Zeiten der Globalisierung“, Frankfurt a.M., eingereicht.

Morgen, K., Schneider, M., Frölich, L., Tost, H., Plichta, M.M., Kölsch, H., Rake-brandt, F., Rienhoff, O., Jessen, F., Peters, O., Jahn, H., Luckhaus, C., Hüll, M., Gertz, H.J., Schröder, J., Hampel, H., Teipel, S.J., Pantel, J., Heuser, I., Wiltfang, J., Rütther, E., Kornhuber, J., Maier, W., Meyer-Lindenberg, A. Apolipoprotein E-dependent load of white matter hyperintensities in Alzheimer's disease: a voxel-based lesion mapping study. *Alzheimers Res Ther.* 2015 ; 7(1):2-14.

Morgen, K., Frölich, L. The metabolism hypothesis of Alzheimer's disease: from the concept of central insulin resistance and associated consequences to insulin therapy. *J Neural Transm (Vienna)*. 2015 Apr;122(4):499-504. Review.

Schmädke, S., Bischoff, C. (2015). Wirkungen Smartphonegestützter, psychosomatischer Rehabilitationsnachsorge (eATROS) bei depressiven Patienten. *Verhaltenstherapie*, 25/3.

Schury, K., Becker, J., Gerzymisch, K., Beutel, M. E., Siepmann, M., Franke, W., Schmädke, S., Labitzke, N., Pachtchenko, S., Zwerenz, R. (2016). Reha:Info – Internetplattform zur Vorbereitung auf die psychosomatische Rehabilitation. Tagungsband zum 15. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Verhaltensmedizin und Verhaltensmodifikation: Verhaltensmedizin 2.0 – von eHealth zu mHealth, in Mainz, S. 100.

Sobanski, E. (2015). Multimodale Therapie der ADHS im Erwachsenenalter. In: *Neue Konzepte in der Therapie chronisch-psychischer Erkrankungen*. Schriftenreihe des Wissenschaftsrates der AHG (Band 6).

4.5 Mitarbeit in Fachgesellschaften und Gremien

| Kurzbezeichnung und Name der Fachgesellschaft | Mitglied(er) |
|---|---|
| Adipositas-Netzwerk Rheinland-Pfalz | Klinik (Kriszt) |
| ADHD World Federation | Prof. Dr. Sobanski |
| Netzwerk Essstörungen Metropolregion Rhein-Neckar | Frese |
| AAN American Academy of Neurology | PD Dr. Morgen |
| AKG Arbeitskreis Gesundheit e.V | Klinik |
| BBS Berufsverband der Betrieblichen Sozialarbeiter | Klinik (Thiel, Merz, Klos) |
| BDI Berufsverband deutscher Internisten | Kriszt, Dr. Deibler, Dr. v. Pein |
| BIPP Bielefelder Institut für Psychologische Psychotherapie | Frese |
| DAG Deutsche Adipositas-Gesellschaft | Kriszt |
| DÄVT Deutsche Ärztliche Gesellschaft für Verhaltenstherapie | Kriszt, Dr. Deibler, Dr. Gartmann |
| DBT Dachverband Dialektisch Behaviorale Therapie | Dr. Deibler |
| DGZ Deutsche Gesellschaft für Zwangserkrankungen | Wieland |
| DGPM Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin | Dr. Deibler, Dr. v. Pein, Dr. Borgenheimer |
| DeGPT Deutschsprachige Gesellschaft für Psychotraumatologie | PD Dr. Morgen |
| DGIM Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin | Kriszt, Dr. Deibler |
| DGN Deutsche Gesellschaft für Neurologie | Dr. Gronau, PD Dr. Morgen |
| DGPPN Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde | Dr. Borgenheimer, Dr. Gartmann, Prof. Dr. Sobanski, Dr. Gronau, PD Dr. Morgen |
| DGPPR Deutsche Gesellschaft für klinische Psychotherapie und Psychosomatische Rehabilitation | Dr. Deibler, Schmädeke |
| DGPSF Deutsche Gesellschaft für Psychologische Schmerztherapie und -forschung | Prof. Dr. Bischoff |
| DGRW Deutsche Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften | Prof. Dr. Bischoff, Schmädeke |
| DGS Deutsche Gesellschaft für Schmerztherapie | Dr. v. Pein |
| DGVM Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie und Verhaltensmodifikation | Prof. Dr. Bischoff, Dr. v. Pein |
| DGVT Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie | Frese |

| Kurzbezeichnung und Name der Fachgesellschaft | | Mitglied(er) |
|---|--|--|
| DVGS | Deutscher Verband für Gesundheitssport und Sporttherapie, Hürth | Ehrhardt, Rügäuf |
| DGPSF | Deutsche Gesellschaft für psychologische Schmerztherapie und -forschung | Schmädeke |
| DVT | Deutscher Fachverband für Verhaltenstherapie | Prof. Dr. Bischoff, Ehrhardt, Dr. v. Pein |
| EPA | European Psychiatric Association | Prof. Dr. Sobanski |
| GNP | Gesellschaft für Neuropsychologie e.V. | Benoit |
| IFKV | Institut für Fort- und Weiterbildung in Klinischer Verhaltenstherapie e.V. | Dr. Deibler, Prof. Dr. Bischoff, Ehrhardt, Frese, Schmädeke, Dr. Gartmann, PD Dr. Morgen, Jäger-Lieb |
| SWGMM | Südwestdeutsche Gesellschaft für Innere Medizin | Kriszt |
| VdPK | Verband der privaten Krankenanstalten | Klinik (Illig, Dr. Deibler) |

Prof. Dr. Bischoff ist außerplanmäßiger Professor an der Universität Mannheim, Abteilung Psychobiologie und Klinische Psychologie.

Frau Ehrhardt ist Mitglied der Qualitätszirkel „Gruppentherapie“ und „Jugend in der AHG“ der Psychosomatischen AHG-Kliniken und zuständig für die Kooperation mit dem Institut für Sport und Sportwissenschaft der Universität Heidelberg.

Dr. von Pein ist Chefarzt der Psychosomatischen Akutstation des Evangelischen Krankenhauses Bad Dürkheim; außerdem seit 1988 von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung bestellter Gutachter für Verhaltenstherapie.

Herr Rügäuf arbeitet mit in der Sektion Psychiatrie, Psychosomatik, Sucht (PPS) des Deutschen Verbandes für Gesundheitssport und Sporttherapie (DVGS e.V.) und ist Dozent und Prüfer für Ausbildung und Zertifizierung für Sporttherapeuten im Sinne des DVGS.

Herr Wieland ist klinikinterner Koordinator des Projekts „Stärke durch Vernetzung“ der DRV Rheinland-Pfalz.

Herr Thiel hatte einen Lehrauftrag „Arbeit mit behinderten Menschen – Rehabilitation – Fallarbeit“ an der SRH Hochschule Heidelberg, Fakultät für Sozial- und Rechtswissenschaften, Studiengang Soziale Arbeit, Bachelor of Arts. 2014 hat diesen Herr Merz in Vertretung übernommen.

5. *Ausblick und Aktuelles*

5.1 DE-RENA

Umsetzungsprojekt zur Rehabilitationsnachsorge mit einer Smartphone-App für depressive Patientinnen und Patienten

(Ltd. Psychologe Stefan Schmädke, sschmaedeke@ahg.de)



Was ist DE-RENA? DE-RENA ist ein ambulantes Nachsorgeangebot mit Smartphone-App für depressive Patientinnen und Patienten nach stationärer psychosomatischer Rehabilitationsbehandlung. Ziel des Nachsorgeangebots ist es, den Transfer der gelernten Verhaltensstrategien in den Alltag zu unterstützen, Rückfällen vorzubeugen und die Nachhaltigkeit der Therapieerfolge zu steigern.

- Bewertungen ihres Handelns vorzunehmen,
- Schwierigkeiten und Erfolge bei der Umsetzung zu dokumentieren und in der weiteren Handlungsplanung zu berücksichtigen und
- kontinuierliches Feedback ihres Befindens und der Realisierung ihrer Vorsätze zu erhalten.

Alle 14 Tage füllen die Patientinnen und Patienten über die App einen Depressionsfragebogen aus. Der Verlauf der bisherigen Werte wird ihnen, aber auch dem Coach in der Klinik, rückgemeldet. Verläufe können auch für die Tagesbewertungen dargestellt werden:

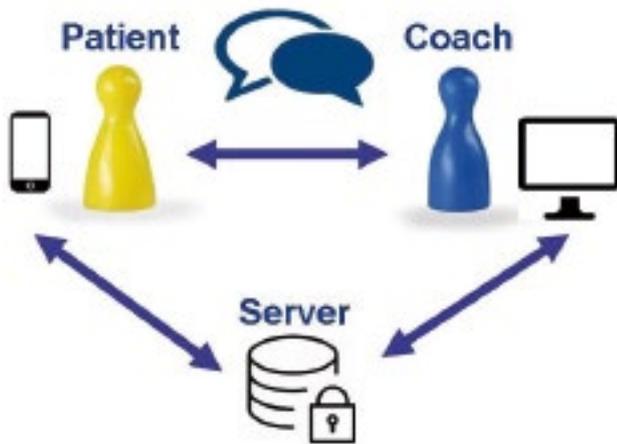
- Wie hat sich das Tagesbefinden entwickelt?
- Wie hat sich das Befinden in einzelnen Lebensbereichen gemacht?
- In welchen Lebensbereichen ist das Befinden gut? In welchen fühle ich mich nicht gut?
- Wie komme ich mit der Umsetzung meiner Vorsätze voran? Was klappt schon gut, wo fällt die Umsetzung noch schwer?

Die Patientinnen und Patienten bekommen somit unmittelbar Rückmeldungen wo sie gerade stehen, werden für Fortschritte verstärkt und auf Schwierigkeiten hingewiesen, wodurch sie sich selbst und ihr Verhalten besser im Blick behalten. Aber auch der Coach in der Klinik sieht wo sein Patient in der Nachsorge gerade steht. In telefonischen Kontakten kann er auf auffällige Verläufe reagieren und mögliche Schwierigkeiten, aber auch Fortschritte, gezielt

DE-RENA umfasst die therapeutische und technische Vorbereitung auf die Nachsorgephase am Ende der stationären Behandlung sowie die Nutzung der Nachsorge-App in der poststationären Phase, begleitet von telefonischen Kontakten mit einem Verhaltenstherapeuten der Klinik als persönlichem Coach. Zentrales Element der DE-RENA-Nachsorge ist die Tagesplanung und -bewertung über die App unter Berücksichtigung der von den Patientinnen und Patienten angestrebten Balance ihrer Lebensbereiche.

Die Nachsorge-App bietet ihnen die Möglichkeit,

- Verhaltensvorsätze zu formulieren,
- diese in ihrer Tagesplanung mit der Kalenderfunktion der App kontinuierlich in ihrem Alltag zu berücksichtigen,



mit dem Patienten besprechen. DE-RENA ist eine Weiterentwicklung der von unsere Arbeitsgruppe durchgeführten Projekte Coaching und eATROS, in denen eine hohe Akzeptanz sowie die Wirksamkeit für die Smartphone-Nachsorge in randomisierten kontrollierten Studien nachgewiesen werden konnte (Bischoff et al., 2010, 2013, 2014; Schmädeke et al., 2015). Die technische Weiterentwicklung hin zu einer Nachsorge-App, die sich Patienten auf ihr eigenes Smart-phone laden können, ermöglicht einen kosteneffizienten Einsatz in der Regelversorgung.

Umsetzungsprojekt

In einer Ein-Gruppen-Prä-Post-Studie soll das DE-RENA-Nachsorgeprogramm hinsichtlich seiner Umsetzbarkeit in unterschiedlichen Reha-Kliniken, der Akzeptanz bei den Behandlern und Patienten sowie seiner Wirksamkeit evaluiert werden. Das von der DRV Bund finanzierte und von der DRV Rheinland-Pfalz mitgetragene Pilotprojekt wird an der AHG-Klinik für Psychosomatik Bad Dürkheim und im Rehabilitationszentrum Bad Salzuflen der DRV Bund umgesetzt werden. Geplant ist der Einschluss von 200 Patienten. Projektstart des zweijährigen Modellprojektes ist Dezember 2016.

Fragestellungen. Es werden vier Hauptfragestellungen untersucht:

1. Lässt sich DE-RENA als Nachsorgeangebot für die psychosomatische Rehabilitation in der Regelversorgung implementieren?
2. Gelingt es die Therapeuten in den Kliniken durch eine entsprechende Schulung von der Sinnhaftigkeit von DE-RENA zu überzeugen?
3. Kann bei den Patienten eine ausreichende Akzeptanz für DE-RENA aufgebaut und aufrecht erhalten werden?
4. Gelingt es mit DE-RENA die in der stationären Behandlung erreichten Therapieerfolge aufrecht zu erhalten bzw. zu verstetigen?

Die explorativen Nebenfragestellungen lauten:

1. Wie ist das optimale Verhältnis zwischen Aufwand (Intensität der App-Nutzung, Häufigkeit und Dauer der telefonischen Kontakte) und Nutzen (Depressivität im Verlauf und am Ende der Nachsorge)?
2. Welche Charakteristika weisen Patienten auf, die an der DE-RENA-Nachsorge teilnehmen?
3. Welche Patienten profitieren von DE-RENA?

Nutzen und Verwendungsmöglichkeit

Mit DE-RENA kann auch für jene Patienten ein Nachsorgeangebot geschaffen werden, denen eine Teilnahme an IRENA aufgrund zu großer Entfernung oder Unvereinbarkeit mit dem beruflichen Alltag sonst nicht möglich wäre. Nach erfolgreicher Implementierung könnte DE-RENA als Angebot in die Regelversorgung übernommen und auch in anderen Reha-Einrichtungen eingeführt werden. Auf der Grundlage der Erfahrungen aus dem Modellprojekt sollte es möglich sein, den Aufwand bei einer Durchführung in der Routine abzuschätzen.



5.2 Elektronische Tagebuchstudie: affektive Instabilität bei Angst

(Prof. Dr. Ulrich Ebner-Priemer, Karlsruher Institut für Technologie (KIT), Prof. Dr. Martin Bohus, Zentralinstitut für Seelische Gesundheit Mannheim, Tobias Kockler, Karlsruher Institut für Technologie (KIT), Stefan Schmädke, AHG Klinik für Psychosomatik Bad Dürkheim, sschmädeke@ahg.de)

Im März 2016 ist die Kooperationsstudie unserer Klinik mit dem Karlsruher Institut für Technologie (KIT) und dem Zentralinstitut für Seelische Gesundheit in Mannheim angelaufen.

Was wird untersucht? Wer kann teilnehmen?

In der Studie soll der Verlauf von Stimmung, Angst und anderen psychischen Parametern im Alltag von Rehabilitanden mithilfe von elektronischen Tagebüchern untersucht werden. Im Fokus der Studie steht die affektive Instabilität. Diese ist gekennzeichnet durch starke Stimmungsschwankungen, d. h. Wechsel der Stimmung vom Hochgefühl bis zu starker Niedergeschlagenheit, wobei diese Schwankungen sehr schnell auftreten können. Obwohl die affektive Instabilität eines der Hauptmerkmale der Borderline-Persönlichkeitsstörung ist, gibt es Hinweise dafür, dass dieses Muster von rasch wechselnder Stimmung auch bei

anderen psychischen Erkrankungen auftritt. In dem Forschungsprojekt soll diese Annahme bei verschiedenen psychischen Erkrankungen überprüft werden. An mehreren Studienorten werden unterschiedliche Stichproben erhoben. An unserer Klinik findet die Datenerhebung bei Rehabilitandinnen mit Angststörungen statt. Teilnehmen können Frauen zwischen 18 und 45 Jahren mit einer diagnostizierten Angststörung (Panikstörung, Agoraphobie, Soziale Phobie, Generalisierte Angststörung).

Elektronische Tagebücher – was ist das?

Das emotionale Erleben wird zumeist im Interview oder über Selbstauskunft-Fragebögen erfasst. Eine Bearbeitung solcher Fragebögen setzt allerdings eine genaue Erinnerung an vergangene Stimmungswechsel voraus, was keinem Menschen wirklich optimal gelingt. Um Änderungen in der Stim-

mung möglichst genau aufzuzeichnen, ist das elektronische Tagebuch (Ambulantes Assessment) besonders geeignet. Dabei geben Teilnehmer mehrfach am Tag ihr aktuelles emotionales Befinden in ein mitgeführtes Smartphone ein, während sie ansonsten ganz normal ihrem Alltag nachgehen.

Ablauf der Studie.

Mit teilnehmenden Rehabilitandinnen wird zunächst ein diagnostisches Interview durchgeführt. Bei fehlenden Einwänden gegen eine Studienteilnahme startet am Folgetag eine viertägige Erhebung des emotionalen Befindens mit elektronischen Tagebüchern im Alltag. Teilnehmerinnen werden jede Stunde durch einen Signalton daran erinnert, einen kurzen Fragebogen (Dauer ca. eine Minute) auf dem mitgeführten Smartphone zu bearbeiten. Im Rahmen eines anschließenden Beratungsgesprächs erhalten teilnehmende Rehabilitandinnen eine grafische Aufbereitung der persönlichen elektronischen Abfragen und damit nützliche Informationen über den zeitlichen Verlauf ihres emotionalen Erlebens.

Nutzen der Studie.

Die Studie soll zu einem besseren Verständnis der emotionalen Dynamik von Angststörungen im Lebensalltag von betroffenen Menschen beitragen. Dadurch kann die Therapie von Angststörungen künftig weiter verbessert werden. So könnte beispielsweise ein Training der Fähigkeit zur Emotionsregulation auch bei der Behandlung von Angststörungen effektiv sein.

Erstes Zwischenfazit.

Bis Juni 2016 haben 17 Rehabilitandinnen die Studie durchlaufen. Geplant ist der Einschluss von 100 Rehabilitandinnen. Die Integration der Datenerhebung in das laufende Rehaprogramm funktionierte bislang reibungslos. Weder Teilnehmerinnen noch andere Rehabilitanden erleben Beeinträchtigungen der Therapie durch die Studie. Vielmehr erlebten viele der Teilnehmerinnen die Beobachtung des Stimmungsverlaufs als hilfreich zum eigenen Verständnis der Erkrankung. Die optionale Rückbesprechung der visualisierten Ergebnisse mit Bezugstherapeut(inn)en oder Co-Therapeut(inn)en wird als bereicherndes Element in der Einzeltherapie angenommen.



5.3 Gruppe Fit für den Beruf

(Daniel Klos, dklos@ahg.de und Raimund Kriszt, rkriszt@ahg.de)

Hintergrund

Im Zuge der kontinuierlichen Weiterentwicklung unseres MBOR-Konzepts wurde 2016 durch die Abteilung für klinische Sozialberatung und berufliche Integration eine neue Gruppe für Patienten konzipiert, die bei der Rückkehr in den Beruf aufgrund von problematischen Einstellungsmustern rückfallgefährdet sind. Die Gruppe „Fit für den Beruf“ wird eine Ergänzung unserer MBOR-Kernangebote für Rehabilitanden mit besonderen beruflichen Problemlagen darstellen (Stufe B).

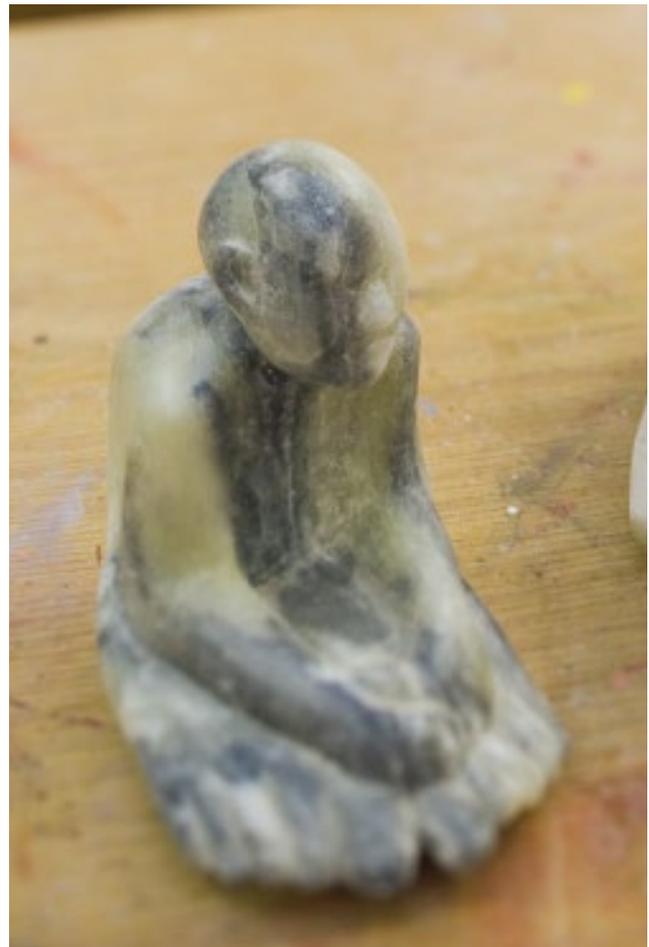
Zielsetzung

Die Gruppenteilnehmer sollen ihre eigenen dysfunktionalen Verhaltens- und Erlebensmuster im Erwerbsleben identifizieren und modifizieren lernen, um damit individuelle Risikofaktoren für das mögliche Wiederauftreten psychischer Beschwerden zu minimieren. Weiterhin sollen arbeitsbezogene Ressourcen herausgearbeitet werden, um die Motivation für eine Rückkehr an den Arbeitsplatz zu fördern. Darüber hinaus sollen Belastungsfaktoren beleuchtet und auf realistische Veränderungsmöglichkeiten geprüft werden. Schließlich sollen realisierbare Ziele anhand der SMART-Kriterien in den Bereichen Beruf, Soziales und Genuss entwickelt werden.

Gruppenkonzept

Die Gruppe „Fit für den Beruf“ wird aus insgesamt 6 Sitzungen (2 Sitzungen/Woche à 60 Minuten) für 8-10 Rehabilitanden bestehen. Als halboffene Gruppe wird ein Einstieg in jeder vierten Sitzung möglich sein, wodurch eine rasche Aufnahme und eine vollständige Teilnahme während der stationären Reha gewährleistet werden. Zielgruppe sind Rehabilitanden mit einem bestehenden Arbeitsplatzverhältnis mit Rückkehrmöglichkeit, die problematische arbeitsbezogene Verhaltens- und Erlebensmuster aufweisen und die motiviert sind daran zu arbeiten und wieder in das

Berufsleben zurückzukehren. Hierbei greifen wir auf den AVEM-Fragebogen zurück (Schaarschmidt, 2002), der in unserem psychologischen Routinelabor eingesetzt wird. Er unterscheidet 11 Dimensionen arbeitsbezogenen Verhaltens und Erlebens sowie 4 komplexere Muster. Die individuellen Profile der Teilnehmer werden als Grundlage einer intensiven Auseinandersetzung mit den eigenen Mustern in der Gruppe dienen. Weiterhin werden wir das Kommunikationsmodell von Schulz von Thun (2003) zur Modifikation problematischer Muster nutzen.



5.4 Behandlungskonzept Traumafolgestörungen

(PD Dr. Katrin Morgen, kmorgen@ahg.de)

Wir bieten Patienten mit Traumafolgestörungen ein multimodales, individuell auf die Symptomatik und vereinbarte Ziele zugeschnittenes Therapieprogramm an. Dieses Angebot soll nun um ein wesentliches Element, ein störungsspezifisches Gruppenpsychotherapieprogramm, erweitert werden. Die geplante Gruppe „Neue Wege“ soll Betroffenen ermöglichen, gemeinsam traumatisch bedingte Einschränkungen in ihrem Alltag (Meidungsverhalten wie sozialer Rückzug, quälende Selbstvorwürfe, etc.) als typische Symptome ihrer Traumafolgestörung zu erkennen und anzugehen. Die Gruppentherapie „Neue Wege“ enthält konfrontative Elemente und soll Patienten dabei unterstützen, Rückzugsverhalten zu überwinden, Selbstwert und Selbstfürsorge aufzubauen und eigene Ressourcen zu nutzen. Voraussetzung für eine Teilnahme ist, dass keine Kontraindikationen für eine intensive störungsspezifische Behandlung bestehen (z. B. vorrangiger sozialmedizinischer Begutachtungsauftrag bei MBOR-Patienten).

Gruppentherapieprogramm (Gruppe „Neue Wege“)

Inhalt und Struktur. Es ist eine Mindestteilnahmedauer von 4 Wochen an der Gruppe „Neue Wege“ vorgesehen; die maximale Teilnehmerzahl beträgt 12. Die Gruppentherapie ist inhaltlich auf psychoedukative Vorträge abgestimmt und bezieht sich auf die folgenden Themen:

- Entwicklung von Techniken zum Spannungsabbau/Dissoziationsprävention (Skillstraining, traumaspezifisch)
- Selbstwertaufbau
- Diskriminationstraining (Identifizierung von traumaspezifischen Stress-„Triggern“ und Training alternativer Reaktionsmuster)
- Ressourcenaufbau

Verknüpfung mit bisherigen störungsspezifischen Therapieangeboten.

Gruppentherapien: Die Teilnahme an der Gruppe „Neue Wege“ wird je nach Symptomatik mit einer Teilnahme an weiteren

störungsspezifischen Gruppentherapieangeboten kombiniert (Körpererfahrungsgruppe für Frauen mit gestörtem Körpererleben, z. B. nach sexualisierter Gewalt; Skillsgruppe bei starker Anspannung mit Tendenz zu Selbstverletzungen oder ausgeprägter Dissoziationsneigung, soziales Kompetenztraining bei sozialen Ängsten, etc.).

Einzeltherapie: Nach Klärung von Zielen und Motivation des Patienten bzw. Ausschluss von Kontraindikationen ist eine konfrontative Einzeltherapie sinnvoll mit dem Ziel einer Integration traumaspezifischer Gedächtnisinhalte und einer Modifikation negativer Gedanken und Einstellungen.

Stationäre Rehabilitation als Baustein der Behandlung von Patienten mit Traumafolgestörung

Im Sinne eines nachhaltigen Therapieerfolgs sollte die stationäre Rehabilitation von Patienten mit Traumafolgestörungen bei Bedarf mit weiteren Behandlungsangeboten verknüpft sein (ambulante Psychotherapie, soziotherapeutische Beratung, Ansprechpartner in Krisen). Damit eine ambulante Nachsorge, evtl. sogar eine weitere stationäre Therapie im Bedarfsfall gebahnt werden kann, sollten Ziele der Patienten und Ausmaß ihrer Beschwerden früh, wenn möglich in einem prästationären Vorgespräch, geklärt werden.

Kooperationen

Neben der Mitwirkung am Arbeitskreis „stationäre Traumatherapie“ der DeGPT besteht eine enge Kooperation mit erfahrenen Traumatherapeuten und -Forschern der Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie des Zentralinstituts für Seelische Gesundheit (ZI). Letztere Kooperation hat sich u. a. auch in Bezug auf die Etablierung dialektisch behavioraler Therapieelemente bei emotionaler Instabilität (s. Qualitätsbericht 2013/2014) bewährt.



5.5 Gedächtnisgruppe

(Dorit Benoit, Leiterin der Abteilung für Psychodiagnostik und Therapieevaluation, dbenoit@ahg.de)

Hintergrund

Depressive Patienten zeigen kognitive Defizite in mentaler Flexibilität und Kontrolle (50,2 %), im Erwerb (15,5 %) und Abruf (15,1 %) nonverbaler Inhalte, im Erwerb (15,2 %) und Abruf (14,5 %) verbaler Inhalte, in der visuomotorischen Handlungssteuerung (18,2 %), in der verbalen Fluenz (11,0 %) sowie in Aufmerksamkeit und Konzentration (2,8 %) (Konrad, Losekam & Zavorotnyy, 2015). Dabei korreliert die Depressionsschwere mit den Funktionseinschränkungen des episodischen Gedächtnisses ($r=-.31$), der Exekutivfunktionen ($r=-.32$) und der Verarbeitungsgeschwindigkeit ($r=-.16$). Die Remission der kognitiven Störungen mit der Depression erfolgt nicht immer vollständig, insbesondere nach mehreren Episoden bzw. im höheren Alter nur eingeschränkt.

Die Ergebnisse einer hausinternen Untersuchung (Kahl, I., 2010; Benoit, D., Kahl, I. & Munz, L., 2015) zeigen, dass sich depressive Patienten während der stationären psychosomatischen Rehabilitation allein durch die multimodale Therapie im verbalen Arbeitsgedächtnis und im verbalen Lernen verbessern, jedoch nicht in ihren Behaltens- und Wieder-

erkenntnisleistungen. Die Patienten selbst schätzen überwiegend ihre Depression als gebessert, ihre Gedächtnisprobleme jedoch als unverändert ein. Eine neuropsychologische Therapie während der psychosomatischen Rehabilitation könnte die Gedächtnis- und Konzentrationsleistungen verbessern und möglicherweise damit auch die Arbeitsfähigkeit.

Intervention

Für den funktionellen Rehabilitationserfolg und die soziale Reintegration spielen exekutive Funktionen sowie Lern- und Behaltensleistungen eine wichtige Rolle. Die geplante neuropsychologische Gedächtnisgruppe kombiniert Gedächtnistherapie (Strategie- und Kompensationstraining) mit einem Therapieprogramm für Exekutivfunktionen (Arbeitsgedächtnis, kognitive Flexibilität & Flüssigkeit sowie planerisches Denken). Für einen messbaren Behandlungserfolg werden die im Haus vorhandenen RehaCom-Therapiemodule genutzt (in der Ergotherapie oder der Neuropsychologie). Nach Anmeldung durch den Bezugstherapeuten bei subjektiven bzw. beobachtbaren Gedächtnisproblemen erfolgt die Zuweisung des Patienten zur Gedächtnisgruppe nach

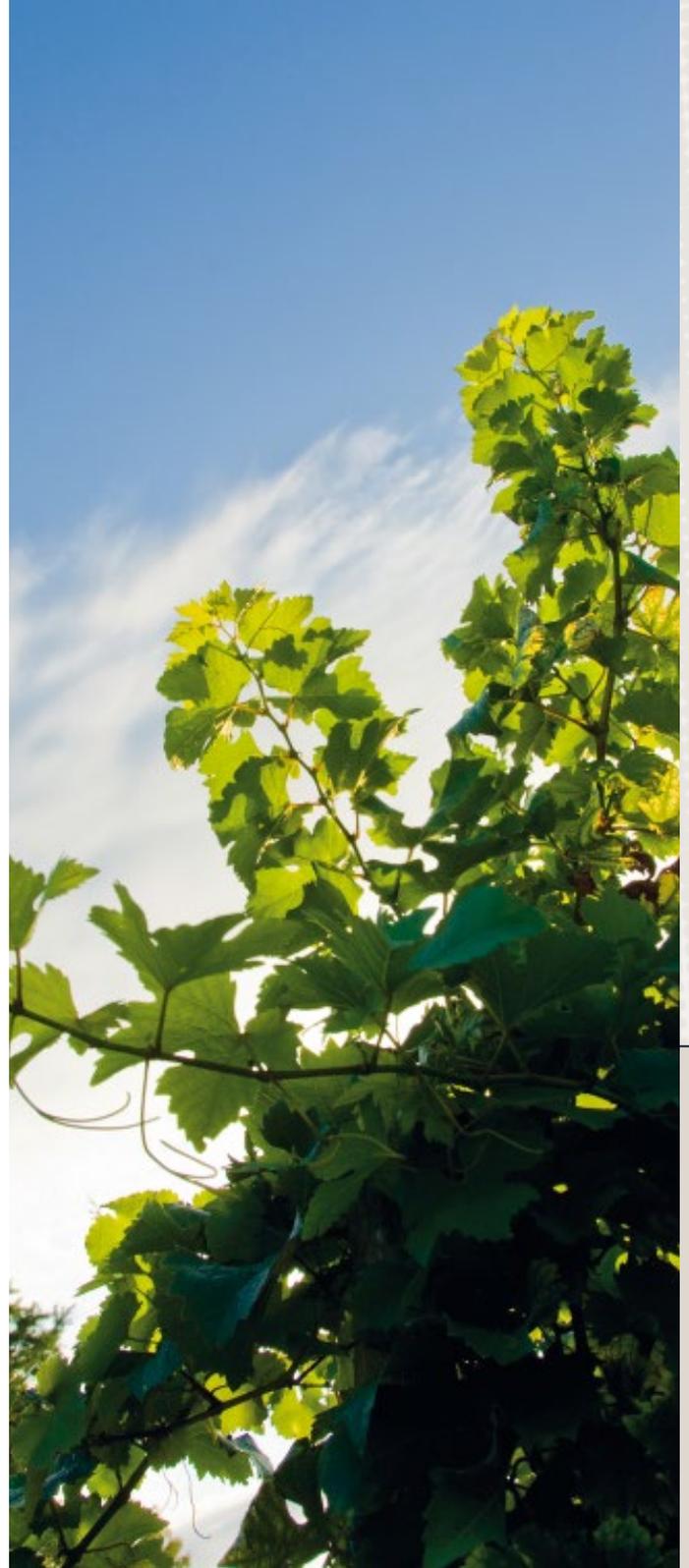
einer umfassenden neuropsychologischen Diagnostik. Kurz vor Entlassung werden die jeweils beeinträchtigten kognitiven Leistungen nachuntersucht. Der Patient erhält Rückmeldung über die erreichten Verbesserungen und eine Beratung über weitere Therapiemöglichkeiten zu Hause. Mit den erhobenen Daten wird die Gedächtnisgruppe evaluiert.

Zielsetzung

Mit der Gedächtnisgruppe werden eine Verbesserung in den Konzentrations- und Gedächtnisleistungen sowie ein Alltagstransfer angestrebt. Bereits während der Reha-Maßnahme sollten sich die Patienten spürbar verbessern, z. B. im Erinnern von Therapiezeiten und -orten, von Therapeuten- und Mitpatientennamen, in der Aufmerksamkeitslenkung und fokussierten Aufmerksamkeit in den Therapien sowie im Behalten und Erinnern von Therapieinhalten. Bei häufig bestehender Angst vor beginnender Demenz wird eine Psychoedukation zur Abgrenzung gegenüber Konzentrations- und Gedächtnisstörungen im Rahmen einer psychosomatischen Erkrankung erfolgen. Bei Verdacht auf eine beginnende dementielle Entwicklung sollten kompensatorische Maßnahmen eingeübt und eine therapeutische Versorgung zu Hause eingeleitet werden.

Sozialmedizinisch relevant im Rahmen der Medizinisch Beruflich Orientierten Rehabilitation erscheint der Alltags-transfer verbesserter Konzentrations- und Gedächtnisleistungen für die Rückkehr an den Arbeitsplatz und in das Familienleben bzw. in eine Alltagsbewältigung ohne externe Hilfe (z. B. Termine einhalten, Einkäufe und Geldgeschäfte erledigen, Tagesereignisse nach dem Zeitunglesen bzw. nach den Radio- oder Fernsehnachrichten erinnern, Arbeitsabläufe und Erledigungen am Arbeitsplatz angemessen bewältigen), nicht zuletzt für die subjektive Einschätzung, die Rückkehr in den Alltag und an den Arbeitsplatz meistern zu können.

Schließlich erhalten Bezugstherapeuten und -team Unterstützung bei der sozialmedizinischen Einschätzung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit aus neuropsychologischer Perspektive.





Zertifizierte
Qualitäts
Rehabilitation
ISO 9001:2008 plus
DEGE MED



AHG Klinik für Psychosomatik Bad Dürkheim

Kontakt:

Wenden Sie sich bei allen Fragen zum Aufnahme-
procedere oder bei Fragen zur Reha-Antragstellung
an unsere Aufnahmehotline:

fon: 06322 - 934-240 oder 06322 - 934-292

Fragen zum Therapiekonzept o.ä. richten Sie bitte
an das Chefarztsekretariat:

fon: 06322 - 934-259 · fax: 06322 - 934-266

Postanschrift:

AHG Klinik für Psychosomatik
Bad Dürkheim

Kurbrunnenstraße 12

67098 Bad Dürkheim

fon: 06322 - 934-0

fax: 06322 - 934-201

duerkheim@ahg.de

www.ahg.de/duerkheim