



Qualitätsbericht 2013



AHG Klinik Berus

Europäisches Zentrum für Psychosomatik
und Verhaltensmedizin





2013

Vorwort zum Qualitätsbericht

Liebe Leserin, lieber Leser.

Die AHG Klinik Berus war mit ihrer Eröffnung 1986 eine der ersten verhaltensmedizinischen Kliniken Deutschlands und steht für wissenschaftlich fundierte Verhaltensmedizin und Psychosomatik. Bis zum Jahresende 2013 wurden hier mehr als 30.000 Patienten behandelt. Wir verfügen über zukunftsweisende und effiziente Behandlungsangebote. Im Jahr 2001 führten wir als eine der ersten Rehakliniken in Deutschland erfolgreich ein Qualitätsmanagementsystem nach ISO 9001 und den Grundsätzen nach DEGEMED ein. Damit garantieren wir höchstmögliche Behandlungsqualität und Patientenzufriedenheit. Darüber hinaus nimmt die AHG Klinik Berus am obligatorischen Qualitätssicherungsprogramm der Rentenversicherung teil.

Die AHG Klinik Berus hat sich in 28 ereignisreichen Jahren zielstrebig zu einer der leistungsfähigsten Einrichtungen für die psychosomatische Rehabilitation in Deutschland entwickelt. Wir möchten uns an dieser Stelle bei allen, die uns in diesen Jahren begleitet haben, herzlich bedanken.

Unser Qualitätsbericht wird jährlich aktualisiert bzw. weiterentwickelt. Sollten sich Ihrerseits darüber hinaus Fragen ergeben, so sind wir gerne bereit, ergänzende Informationen zur Verfügung zu stellen.

Wir wünschen Ihnen eine anregende Lektüre.



Dr. med. Dipl.-Psych. Winfried Carls
Facharzt für Neurologie und Psychiatrie
Facharzt für Psychosomatische Medizin
und Psychotherapie
Ärztlicher Direktor und Chefarzt



Arno Prem
Verwaltungsdirektor

- **Allgemeine Informationen über die AHG Klinik Berus**

AHG Klinik Berus –
Europäisches Zentrum für Psychosomatik und Verhaltensmedizin,
Orannastaße 55, D-66802 Überherrn-Berus,
Telefon: +49 (0) 68 36 – 39-0 (Rezeption), Telefax: +49 (0) 68 36 – 39-178,
E-Mail: klinikberus@ahg.de, Internet: <http://www.ahg.de/berus>

- **Träger**
AHG-Allgemeine Hospital-Gesellschaft AG & Co. KG 

- **Institutskennzeichen**
261000375

- **Das Leitungsteam**



Dr. med. Dipl.-Psych. Winfried Carls
Facharzt für Neurologie und Psychiatrie, Facharzt für
Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Sozialmedizin,
Rehabilitationswesen, Physiotherapie, Chefarzt seit 1995
Telefon: +49 (0) 68 36 – 39-187
E-Mail: wcarls@ahg.de



Arno Prem
Verwaltungsdirektor seit 1995
Telefon: +49 (0) 68 36 – 39-143
E-Mail: aprem@ahg.de



Dagmar Erdmann
Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie,
Fachärztin für Neurologie, Leitende Ärztin seit 2013
Telefon: +49 (0) 68 36 – 39-173
E-Mail: derdmann@ahg.de

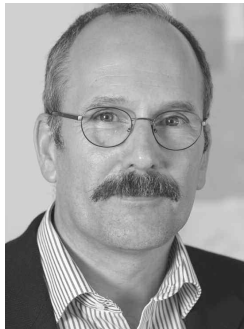


Jürgen Horn

Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Sozialmedizin, Leitender Arzt 1995 bis 2013, seit 2014 Chefarzt des Krankenhauses für Psychosomatik und Psychotherapie

Telefon: +49 (0) 68 36 – 39-174

E-Mail: jhorn@ahg.de



Dipl.-Psych. Rolf Keller

Psychologischer Psychotherapeut, Qualitätsmanagement-beauftragter, Leitender Psychologe seit 1998

Telefon: +49 (0) 68 36 – 39-487

E-Mail: rkeller@ahg.de



Katharina Mosich

Fachärztin für Innere Medizin, Fachärztin für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Leitende Ärztin seit 2014

Telefon: +49 (0) 68 36 – 39-174

E-Mail: kmosich@ahg.de



Dipl.-Psych. Dr. phil. Heiko Riedel

Psychologischer Psychotherapeut, Leitender Psychologe seit 1999

Telefon: +49 (0) 68 36 – 39-188

E-Mail: hriedel@ahg.de



Dipl.-Psych. Dr. phil. Josef Schwickerath

Psychologischer Psychotherapeut, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut, Leitender Psychologe seit 1986

Telefon: +49 (0) 68 36 – 39-180

E-Mail: jschwick@ahg.de



Dr. med. Thomas Stau
Facharzt für Innere Medizin,
Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie,
Leitender Arzt 1986 bis 2013

- **Patientenanmeldung**

Christine Bous, Christine Ruffing (Aufnahmesekretariat)
Tel.: +49 (0) 68 36 – 39-161, Fax: +49 (0) 68 36 – 39-178,
E-Mail: klinikberus@ahg.de

- **Sekretariat der medizinisch-therapeutischen Leitung**

Ilona Steffens (Chefarztsekretariat)
Tel.: +49 (0) 68 36 – 39-186, Fax: +49 (0) 68 36 – 39-178,
E-Mail: klinikberus@ahg.de

- **Hinweis zu diesem Qualitätsbericht**

Dieser Qualitätsbericht wurde für das Jahr 2013 erstellt (Berichtszeitraum 01.01.2013 bis 31.12.2013) und bezieht sich im Hinblick auf die stationäre und ganztägig ambulante Rehabilitation auf die im Kalenderjahr entlassenen Patienten:

Stationäre und ganztägige Rehabilitation und Behandlung	=	1484
davon Stationäre Fälle	=	1379
Ganztägig ambulante Fälle	=	105

Die Angaben zu den unten aufgeführten ambulanten Fällen beziehen sich auf die im genannten Berichtszeitraum aufgenommenen und behandelten Patienten.

Ambulante Fälle	=	227
davon Reha-Nachsorge (IRENA, ARENA)	=	126
Integrierte Versorgung (HEK)	=	37
Trauma-Ambulanz-Saarland (LAS)	=	33
Trauma-Ambulanz (DGUV)	=	19
Sonstige (Weißer Ring, Privat etc.)	=	12

INHALTSÜBERSICHT

1.	REHABILITATION – KONZEPTE, ERGEBNISSE, ENTWICKLUNGEN.....	8
1.1.	Die Klinik.....	8
1.1.1.	Lage der Klinik und Ausstattung.....	8
1.1.2.	Träger der Einrichtung.....	10
1.1.3.	Beleger, Zulassungen und Verträge.....	10
1.2.	Das Behandlungs- und Rehabilitationskonzept.....	11
1.2.1.	Qualitätsverständnis.....	13
1.2.2.	Leistungsspektrum/Therapie- und Rehabilitationsangebote.....	14
1.2.3.	Rehabilitationskonzepte.....	24
1.2.4.	Besondere Betreuungsstrukturen.....	26
1.2.5.	Ergebnisqualität.....	27
1.2.6.	Fallzahl behandelter Patientinnen und Patienten.....	28
1.2.7.	Weiterentwicklung der Rehabilitationskonzepte.....	29
1.2.8.	Zertifizierung.....	29
2.	DOKUMENTATION – ZAHLEN, DATEN, FAKTEN.....	30
2.1.	Mitarbeiter und medizinisch-technische Leistungen.....	30
2.1.1.	Mitarbeiter.....	30
2.1.2.	Medizinisch-technische Leistungen und apparative Versorgung.....	30
2.1.3.	Medizinische Notfallversorgung.....	30
2.2.	In der Klinik behandelte Krankheitsbilder.....	31
2.2.1.	Indikation: Stationäre und ganztägig ambulante Rehabilitation und Behandlung.....	31
2.2.2.	Indikation: Stationäre Behandlung im Akutstatus.....	65
3.	QUALITÄTSPOLITIK UND QUALITÄTSSICHERUNG.....	67
3.1.	Qualitätspolitik der Einrichtung.....	67
3.1.1.	Strategische und operative Ziele.....	67
3.1.2.	Umsetzung von Leitlinien.....	71
3.1.3.	Umsetzung spezifischer rechtlicher Anforderungen.....	71
3.2.	Qualitätssicherung für die Einrichtung.....	72
3.2.1.	Internes Qualitätsmanagement.....	72
3.2.2.	Qualifizierung der Mitarbeiter.....	75
3.2.3.	Externe Qualitätssicherung.....	78
3.2.4.	Ergebnisse der internen Qualitätssicherung.....	82
3.2.5.	Weiterentwicklung von Versorgungskonzepten.....	95
4.	AKTIVITÄTEN UND VERANSTALTUNGEN.....	102
4.1.	Vermittlung von Konzepten und Erfahrungen.....	102
4.2.	Sonstige Aktivitäten der Einrichtung.....	108
5.	AUSBLICK UND AKTUELLES.....	109
6.	GLOSSAR.....	111
7.	IMPRESSUM.....	114

1. REHABILITATION – KONZEPTE, ERGEBNISSE, ENTWICKLUNGEN

1.1. Die Klinik

Die AHG Klinik Berus wurde als Zentrum für Psychosomatik und Verhaltensmedizin 1986 gegründet. Hier wurden mehr als 30.000 Patientinnen und Patienten aus dem gesamten Spektrum der Psychosomatik interdisziplinär behandelt. Neben der Behandlung von depressiven Störungen und Angststörungen ist die Klinik besonders auf die Behandlung von psychosomatischen Störungen bei Mobbing und Burnout, chronischem Tinnitus, Traumafolgestörungen, Pathologisches Glücksspiel und Essstörungen spezialisiert. Eine Besonderheit ist der Eltern-Kind-Aufenthalt mit der Möglichkeit zur Betreuung von Kindern im Vorschulalter während der Therapiezeiten.

Die AHG Klinik Berus ist die erste psychosomatische Fachklinik in Deutschland, die ein ausgearbeitetes französischsprachiges Behandlungskonzept für alle Indikationen der Psychosomatik entwickelt hat und anwendet. Es werden Patienten aus dem benachbarten französischsprachigen Ausland stationär behandelt.

1.1.1. Lage der Klinik und Ausstattung

Lage

Die AHG Klinik Berus befindet sich in der Gemeinde Berus im Bundesland Saarland – idyllisch gelegen auf einem grünen Höhenrücken inmitten des reizvollen Dreiländerecks „Saar-Lor-Lux“. Die landschaftlich reizvolle Umgebung lädt ein zu ausgiebigen Wanderungen oder Radtouren.

Im deutsch-französischen Grenzgebiet gibt es ein reichhaltiges gastronomisches und kulturelles Angebot. Sehenswürdigkeiten in unmittelbarer Umgebung sind beispielsweise der historische Stadtkern und die Festungsanlagen von Saarlouis, die Saarschleife bei Orscholz sowie die Völklinger Hütte als Weltkulturerbe. Lohnenswerte Ausflüge bieten sich zu zahlreichen regionalen Zentren wie Saarbrücken, Metz, Nancy, Luxemburg oder Trier an.

Unterbringung

Die Unterbringung erfolgt überwiegend in Einzelzimmern. Die Zimmer sind behindertengerecht und komfortabel eingerichtet. Die Klinik verfügt über einen Kindergarten und bietet Eltern von Kindern im Vorschulalter die Möglichkeit zur Betreuung des Kindes während der Therapiezeiten.

Personelle Ressourcen

In interdisziplinärer Zusammenarbeit wirken Fachärzte, Assistenzärzte, Diplom-Psychologen, speziell geschultes Krankenpflegepersonal, Ergo- Sport-, Sozio- und Physiotherapeuten an der Behandlung mit. Die Behandlungsteams werden von Leitenden Ärzten bzw. Leitenden Psychologen supervidiert. Der Therapiebereich wird durch den Chefarzt, der Verwaltungsbereich durch den Verwaltungsdirektor in Kooperation geführt.

Apparative medizinische Ausstattung

Die AHG Klinik Berus ist mit grundlegender medizinischer Diagnostik und Therapie ausgestattet.

- Labor
- EKG
- Belastungs-EKG
- Langzeit-RR
- EEG
- Spirometrie
- Sonographie/Dopplersonographie
- Medikamentöse Behandlung

Weitere medizinische Diagnostik und Behandlung findet in konsiliarischer Kooperation mit Fachärzten aus der Umgebung statt.

Anzahl der Behandlungsplätze zum 31.12.2013

Stationäre Rehabilitation und Behandlung	=	159
davon Eltern-Kind-Aufenthalt	=	10
Ganztägig ambulante Rehabilitation und Behandlung	=	6
Ambulante Behandlung und ambulante Reha-Nachsorge:		
Integrierte Versorgung (HEK), Trauma-Ambulanz Saarland (LAS)		
Trauma-Ambulanz für Arbeitsunfallopfer (DGUV)	=	35
Ambulante Psychosomatikgruppen zur Reha-Nachsorge	=	30

1.1.2. Träger der Einrichtung

Träger der AHG Klinik Berus ist die AHG-Allgemeine Hospital-Gesellschaft AG & Co. KG. Die AHG arbeitet seit Anfang der siebziger Jahre als Dienstleistungsunternehmen für die Gesundheit von Menschen. Die Beschäftigten der AHG behandeln in 45 modernen Kliniken und Therapiezentren mit anerkanntem Erfolg jährlich über 40.000 Menschen.

1.1.3. Beleger, Zulassungen und Verträge

Stationäre Behandlung

Die AHG Klinik Berus ist eine Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtung im Sinne des § 107 SGB V. Die Klinik wird von allen Rentenversicherungsträgern gemäß § 15 und § 31 SBB VI sowie von allen Krankenkassen gemäß § 111 und § 40 Abs. 2 SGB V in Verbindung mit § 26 SGB IX belegt.

Patienten aus dem französischsprachigen Ausland werden nach internationalem Abrechnungsmodus (E 112) zugewiesen.

Gemäß § 4 Abs. 5 der Musterbedingungen des Verbandes der Privaten Krankenversicherungen sowie nach § 7 der Beihilfeverordnung (BhVO) wird die AHG Klinik Berus als beihilfefähige, sogenannte „gemischte Krankenanstalt“ anerkannt und belegt.

Ambulante Behandlung und ambulante Reha-Nachsorge

Im Auftrag der DRV Bund (IRENA), der DRV Saarland (ARENA) und der DRV KBS wird in der AHG Klinik Berus ambulante Reha-Nachsorge durchgeführt.

HEK-Versicherte haben seit dem 01.09.2011 aufgrund eines Kooperationsvertrages mit der AHG Klinik Berus gemäß § 140 b SGB V die Möglichkeit, im Rahmen der Integrierten Versorgung an der AHG Klinik Berus eine ambulante Psychotherapie aufzunehmen.

Ferner besteht eine Kooperation mit der Unfallkasse Saarland und der Kreissparkasse Saarlouis zur psychosomatischen Akutbehandlung von Banküberfallopfern (ambulante und stationäre Traumatherapie). Darüber hinaus arbeitet die Klinik zur Versorgung von im beruflichen Kontext traumatisierter Unfallopfer (z.B. nach Überfällen oder technischen Unfällen) mit verschiedenen Berufsgenossenschaften gemäß dem Psychotherapieverfahren der DGUV (Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung) zusammen.

Im Juli 2012 wurde zwischen dem saarländischen Landesamt für Soziales (LAS) und der AHG Klinik Berus eine Kooperationsvereinbarung zur ambulanten Behandlung traumatisierter Gewaltopfer nach den Richtlinien des Opferentschädigungsgesetzes (OEG) geschlossen. Mit der Trauma-Ambulanz Saarland in der AHG Klinik Berus stellte das Saarland somit im Rahmen eines Pilotprojektes als 5. Bundesland Gewaltopfern eine entsprechende Trauma-Ambulanz zur Verfügung, die bereits relativ häufig in Anspruch genommen wurde.

1.2. Das Behandlungs- und Rehabilitationskonzept

In der AHG Klinik Berus arbeiten Fachärzte für Innere Medizin, Neurologie, Psychiatrie, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie.

Medizinische Leistungen

- Internistische Diagnostik und Behandlung
- Neurologische Diagnostik und Behandlung
- Psychiatrische Diagnostik und Behandlung
- Physiotherapie
- Ernährungsberatung

Die Klinik kooperiert mit Fachärzten aus der Umgebung. Im Bedarfsfalle wird eine konsiliarische Mitbehandlung gewährleistet.

Psychotherapeutische Leistungen

- Einzel-Psychotherapie
- Gruppen-Psychotherapie
- Psychoedukation
- Paar- und Familientherapie

Leistungen der Funktionsbereiche und sonstige Leistungen

- Sport- und Bewegungstherapie
- Ergotherapie
- Soziotherapie
- Musiktherapie
- Yoga
- Tai Chi

Eine ausführliche Darstellung der psychotherapeutischen Angebote sowie der Angebote der Sport- und Bewegungstherapie, Ergo-, Sozio- und Physiotherapie sowie Ernährungsberatung findet sich in der detaillierten Beschreibung des Leistungsspektrums der Klinik.

Indikationen und Kontraindikationen

Die AHG Klinik Berus behandelt Patientinnen und Patienten mit psychosomatischen oder somatopsychischen Störungsbildern aus dem gesamten Spektrum der Psychosomatik. Besonders spezialisiert ist die Klinik auf die Therapie bei depressiven Störungen und Angststörungen, psychosomatischen Störungen bei Mobbing, Burnout-Syndrom, chronischem Tinnitus, Traumafolgestörungen, Pathologischem Glücksspiel und Essstörungen.

>>>

Eine Besonderheit ist der Eltern-Kind-Aufenthalt mit der Möglichkeit zur Betreuung von Kindern im Vorschulalter während der Therapiezeiten.
Alle Angebote liegen auch in französischer Sprache vor.

Indikationen

- Affektive Störungen (Depressionen und bipolare Störungen)
- Angst- und Panikstörungen
- Psychosomatische Störungen bei Mobbing
- Burnout-Syndrom
- Chronischer Tinnitus und Hyperakusis
- Posttraumatische Belastungsstörungen
- Pathologisches Spielen
- Zwangsstörungen
- Somatoforme Störungen
- Essstörungen (Anorexia und Bulimia nervosa, Adipositas)
- Persönlichkeitsstörungen (Borderline-Störungen, selbstunsichere Persönlichkeitsstörungen u.a.)
- Psychische Störungen in Lebenskrisen oder schwierigen sozialen Situationen (z.B. Arbeitslosigkeit, Trauersituationen, Krisen in der Lebensmitte)
- Psychische Störungen bei chronischen Erkrankungen (wie Tumorerkrankungen, chronische Herzerkrankung, Multiple Sklerose oder Ticstörungen)

Besonderheiten

- Möglichkeit zur Betreuung von Kindern im hauseigenen Kindergarten (3 bis ca. 6 Jahre) während der Therapie ihrer Mütter oder Väter
- Das gesamte Behandlungsangebot wird auch in französischer Sprache vorgehalten

Kontraindikationen

- Primäre Suchterkrankungen
- Akute schizophrene oder bipolare Psychosen
- Demente Patienten
- Akut suizidgefährdete Patienten
- Behandlung von Kindern und Jugendlichen unter 16 Jahren

1.2.1. Qualitätsverständnis

Die AHG Klinik Berus ist zertifiziert nach DIN EN ISO 9001: 2008. Das Qualitätsmanagementsystem entspricht darüber hinaus den Anforderungen der DEGEMED-Auditcheckliste 5.0 und erfüllt damit auch die Vorgaben der BAR (Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation). Das Klinikleitbild besteht aus 6 Leitsätzen, die sich an den DEGEMED-Grundsätzen und dem Unternehmensleitbild der AHG orientieren, jedoch auch Ausdruck der Individualität der Klinik sind.

Leitsatz 1

Die Dienstleistungen der Klinik sind konsequent auf die Gesundung und Verbesserung der Leistungsfähigkeit unserer Patienten ausgerichtet.

Leitsatz 2

Die Zufriedenheit unserer Kunden ist unser zentrales Anliegen.

Leitsatz 3

Die Klinikleitung führt zielorientiert.

Leitsatz 4

Wir wollen zu den besten Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation gehören.

Leitsatz 5

Wir wollen erreichen, dass sich unsere Mitarbeiter kreativ und engagiert für die Klinikziele einsetzen.

Leitsatz 6

Unsere Arbeit ist darauf ausgerichtet, ein jährlich zu planendes Umsatz- und Renditeziel zu erreichen.

1.2.2. Leistungsspektrum/Therapie- und Rehabilitationsangebote

Die AHG Klinik Berus gewährleistet ein breites Spektrum an Therapieangeboten, das individuell auf die Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten abgestimmt wird.

Medizinisches Leistungsspektrum

Das medizinische Leistungsspektrum deckt die medizinische Grundversorgung der Klinik ab. Die fachärztliche Diagnostik und Behandlung auf internistischem, psychiatrischem und neurologischem Fachgebiet wird ergänzt durch konsiliarische Zusammenarbeit mit niedergelassenen Fachärzten aus der Region.

Medizinisches Leistungsspektrum:

Leistung:

Laboruntersuchung

EKG

Belastungs-EKG

Langzeit-RR

EEG

Lungenfunktionstest (Spirometrie)

Sonographie/Dopplersonographie

Medikamentöse Behandlung

Lichttherapie

Physiotherapie

Ernährungsberatung

Psychotherapeutisches Leistungsspektrum

Eine Stärke der AHG Klinik Berus ist das differenzierte Behandlungsangebot, v.a. im Bereich der Gruppentherapie. Im Folgenden werden die psychotherapeutischen Leistungen aufgeführt. Die KTL-Ziffern beziehen sich auf den Katalog therapeutischer Leistungen der DRV Bund.

Leistungsspektrum Einzel-Psychotherapie:

<u>Leistung:</u>	<u>KTL-Ziffer:</u>
Ambulante Vorgespräche	G010
Kontakte mit Vor- und Nachbehandlern	D049
Psychotherapeutische Einzelsitzung (20 Min.)	G051
Psychotherapeutische Einzelsitzung (50 Min.)	G051
Exploration durch Supervisor	F022
Psychotherapeutische Krisenintervention	G020
Psychiatrische Krisenintervention	G020
Expositionsübungen Einzel	G052
Cotherapeutische Einzelgespräche (20 Min.)	H074
Psychotherapeutische Paargespräche	G109
Familiengespräche	G109
Testpsychologische Untersuchung	F022
Ärztliche Beratung	C010

Leistungsspektrum Gruppen-Psychotherapie:

<u>Leistung:</u>	<u>KTL-Ziffer:</u>
Frühtreff (Problemorientierte Gruppenarbeit)	H080
Teamkonferenz	H080
Problemlösungsgruppe	G061
Entspannungstraining nach Jacobson	F092
Selbstsicherheitsgruppe	G062
Depressionsseminar	G073
Genussgruppe	G101
Angst-Zwangs-Seminar	G071
Expositionsgruppe	G052
Gruppe für Essgestörte (Anorexie/Bulimie)	G076
Adipositasgruppe	G074
Spielergruppe	G091
Raucherentwöhnungsgruppe	F055
Musiktherapeutische Gruppe	F161
Tiefenentspannung	F099
Körpererfahrungsgruppe allgemein	A099
Körpererfahrungsgruppe Frauen	A099
Stabilisierungstraining	G079
Traumagruppe	G079
Tinnitusbewältigungsgruppe	G079
Achtsamkeitsseminar	G129

>>>

Achtsamkeitstraining (Übungsgruppe)	C050
Mobbinggruppe	G079
Burnoutgruppe	G079
Gesundheitstraining (Einführungsprogramm)	G109
Vorträge im Rahmen des Gesundheitstrainings	C050 C060 C070
Seminare zur Gesundheitsförderung	C081 C082 C083 C084 C085

Sporttherapeutisches Leistungsspektrum

Im Funktionsbereich Sporttherapie sind die Angebote einerseits auf die Förderung der körperlichen Leistungsfähigkeit, vegetativen Stabilisierung und Ausdauer sowie auf Spannungsabbau ausgerichtet. Darauf zielen in erster Linie die Bewegungsgruppe und Aktivierungsgruppe sowie Ausdauersport- bzw. Fitnessangebote ab. Andererseits gibt es Angebote, die ohne Leistungsaspekt vorwiegend auf euthymes Erleben und Entspannung fokussieren und sich gut zur psychisch-körperlichen Stabilisierung eignen. Dies sind v.a. Atemtherapie, Yoga und Tai Chi. Die Körpererfahrungsgruppen verstehen sich als psychotherapeutische Leistungen und sind dementsprechend weiter oben aufgeführt. Die Körpererfahrung zielt auf verbesserte Selbstwahrnehmung des Zusammenhangs zwischen Körper, Erleben und Verhalten ab und bietet die Möglichkeit, sich mit den eigenen Gefühlen, Bedürfnissen und Grenzen gezielt auseinanderzusetzen oder mit Nähe und Distanz in zwischenmenschlichen Beziehungen anders umgehen zu lernen.

Sporttherapeutisches Leistungsspektrum:

<u>Leistung:</u>	<u>KTL-Ziffer:</u>
Sporttherapeutische Einzelbehandlung	F152
Ergometertraining	A022
Laufen / Joggen	A021
Ausdauergruppe	L011
Aktivierungsgruppe	A029
Bewegungsgruppe mit leichten Anforderungen	A069
Bewegungsgruppe mit mittleren Anforderungen	A031
Atemtherapie	A061
Yoga	F099
Tai Chi	A099
Wahlzusatzangebot Sport	A029
Ballspiele	L022
Fitnessstraining	A029
Sonstiger Freizeitsport	A099

Ergotherapeutisches Leistungsspektrum

Einen Schwerpunkt im Funktionsbereich Ergotherapie stellen Angebote zur beruflichen Reintegration und sozialmedizinischen Begutachtung der Leistungsfähigkeit dar.

In der Arbeitstherapie wird die Arbeitsgrundhaltung beobachtet und trainiert. Als standardisiertes Beobachtungssystem wird MELBA eingesetzt. Dabei wird durch gezielte Verhaltensbeobachtung ein individuelles Fähigkeitsprofil erstellt, das mit dem jeweiligen Anforderungsprofil verglichen wird. Daraus leiten sich systematisch die auf den Einzelfall ausgerichteten Trainingsmaßnahmen zur beruflichen Reintegration ab.

In der Projektgruppe richtet sich der Fokus auf das Interaktionsverhalten am Arbeitsplatz. Bei systematischer Verhaltensbeobachtung im Arbeitskontext und bei kontinuierlicher Rückmeldung durch die Therapeuten und die anderen Gruppenmitglieder hat der Teilnehmer die Möglichkeit, sein Leistungsverhalten sowie sein interaktionelles Verhalten am Arbeitsplatz zu reflektieren und zu optimieren. Flankiert werden die beschriebenen Gruppenangebote durch individuelle Verhaltensbeobachtung und Funktionstraining im Einzelfall.

Im Gegensatz zu den leistungsorientierten Angeboten der Ergotherapie stellt das Meditative Gestalten einen euthymen Ansatz dar, mit dem positives Erleben, Ausdrucksfähigkeit und Entspannung bei Malen, Tonarbeit u. Ä. in Verbindung mit meditativer Musik gefördert werden.

Ergotherapeutisches Leistungsspektrum:

<u>Leistung:</u>	<u>KTL-Ziffer:</u>
Einzel-Ergotherapie	E110
Verhaltensbeobachtung zur Leistungsbeurteilung	E200
Arbeitstherapie (Produktorientiertes Arbeiten)	E220
Projektgruppe	E210
Meditatives Gestalten	E240
Aktivgruppe	E220

Soziotherapeutisches Leistungsspektrum

Auch in diesem Funktionsbereich rückten im Lauf der letzten Jahre zunehmend Fragen der beruflichen Reintegration in den Vordergrund. Dies spiegelt zum einen die Arbeitsmarktlage und den wachsenden Druck im Erwerbsleben wieder, andererseits ergibt sich das aber auch durch das spezifische Klientel der AHG Klinik Berus, da bei Patienten der Hauptindikationsgruppen (z.B. Mobbing, Burnout, Tinnitus, Trauma) häufig arbeitsbezogene Problemstellungen vorliegen.

In enger Kooperation mit der Ergotherapie wird zur beruflichen Reintegration in der „Arbeitsschiene“ im Einzelfall ein individueller Plan ausgearbeitet, der neben berufsbezogenen Angeboten der Ergotherapie (wie Arbeitstherapie und Projektgruppe, siehe oben) auch soziotherapeutische Beratung zur Berufsklärung und wirtschaftlichen Absicherung enthalten kann. Vielfach ist darüber hinaus im letzten Behandlungsdrittel die Klärung und Einleitung der ambulanten Nachsorge ein wichtiger Baustein.

Soziotherapeutisches Leistungsspektrum:

<u>Leistung:</u>	<u>KTL-Ziffer:</u>
Ausbildungs-/ Umschulungsfragen / Berufsklärung / Fragen der Weiterqualifikation	D021
Wohnungsfragen	D022
Wirtschaftliche Absicherung, Schuldnerberatung	D023
Rentenfragen	D024
Organisation und Monitoring interner Belastungserprobungen	G151
Organisation und Monitoring externer Belastungserprobungen	G152
Vermittlung und Einleitung von Nachsorgemaßnahmen	D049
Sozialberatung zu verschiedenen Fragen	D029
Reha-Beratung (durch Rehaberater der DRV)	D039
Bewerbertraining	D053

Leistungsspektrum der Physiotherapie

Einen Behandlungsschwerpunkt im Funktionsbereich Physiotherapie bildet die Rückenschule / WS-Gymnastik mit mehreren parallelen Gruppenangeboten. Aufgrund der hohen Komorbidität psychosomatischer Erkrankungen mit orthopädischen Beschwerden, gerade bei muskulären Verspannungen im WS-Bereich, ist hier der Versorgungsbedarf groß. Daneben spielt Rückenschule bzw. Rückengymnastik in vielen Fällen eine wesentliche Rolle bei der Prävention orthopädischer Beschwerden im Rahmen angemessenen Gesundheitsverhaltens, insbesondere bei sitzenden Berufen, Tätigkeiten mit einseitiger Körperhaltung oder schwerem Tragen und Heben von Lasten.

Physiotherapeutisches Leistungsspektrum:

<u>Leistung:</u>	<u>KTL-Ziffer:</u>
Krankengymnastische Einzelbehandlung	B019
Manuelle Therapie / Cranio	B019
Rückenschule / WS-Gymnastik	C141
Fango	K040
Heißluft	K170
Massage	K230
Bindegewebsmassage	K300
Colonmassage	K310
Lymphdrainage	K321, K322
Unterwassermassage	K240
Fußreflexzonenmassage	K330
Vollbad mit Zusatz	K090
Kneippsche Anwendung	K060
Inhalation	K200

>>>

Reizstrom	K130
Ultraschall	K160
Vibrationsmassage	K340
Akupunktmassage	K290
Sitzbad / Teilbad	K100
Interferenzstrom	K140
Iontophorese	K110
Elektrogymnastik	K130
Lichttherapie	H073
Rotlichtbehandlung	K170

Leistungsspektrum der Ernährungsberatung

Viele Patienten haben eine Stoffwechselstörung, sind adipös oder haben ein ungesundes Ernährungsverhalten. Ernährungsberatung wurde dementsprechend als grundlegender Baustein des Gesundheitstrainings, an dem alle Neuangekommenen teilnehmen, konzipiert. Darüber hinaus wird gezielte Ernährungsberatung einzeln oder in der Gruppe für Patienten mit Stoffwechselstörungen (z.B. Hyperlipidämie, Diabetes mellitus), Adipositas und Essstörungen angeboten.

Speziell im Rahmen der Behandlungskonzepte für Adipositas und Anorexia bzw. Bulimia nervosa spielt Ernährungsberatung eine wesentliche Rolle. Ergänzend zu den psychotherapeutischen Maßnahmen der Einzeltherapie, Adipositasgruppe oder Essstörungsgruppe und Körpererfahrungsgruppe werden die Patientinnen und Patienten dazu angeleitet, sich bewusst, regelmäßig und ausgewogen zu ernähren und dysfunktionales Verhalten wie unkontrolliertes oder zu restriktives Essen, Erbrechen, Laxantienabusus etc. abzubauen. Ernährungsberatung unterstützt die Patienten dabei, wieder das richtige Maß zu finden und die Ernährung langfristig so umzustellen, dass es nicht nach Beendigung einer restriktiven Diät wieder zu einem Rückfall kommt. Ziel ist eine langfristige Umstellung der Ernährungs- und Bewegungsgewohnheiten, die im Alltag praktikabel ist und wobei der Genussaspekt nicht zu kurz kommt. Der praktische Umgang mit Nahrungsmitteln wird in einer Lehrküche trainiert.

Leistungsspektrum der Ernährungsberatung:

<u>Leistung:</u>	<u>KTL-Ziffer:</u>
Ernährungsberatung einzeln	C090
Ernährungsberatung Gruppe	C100
Lehrküche (Gruppe)	C111
Diabetikerschulung	C251
Ernährungsvorträge	C050
Sonderkostformen	M021

1.2.3. Rehabilitationskonzepte

Die AHG Klinik Berus verfügt für die häufigsten Erkrankungen über speziell abgestimmte Rehabilitationskonzepte, die übereinstimmend mit den hohen Anforderungen der Deutschen Gesellschaft für Medizinische Rehabilitation e.V. (DEGEMED) erstellt worden sind und die Vorgaben der BAR (Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation) erfüllen. Sie dienen als Grundlage für einen Therapieplan, der individuell auf die Bedürfnisse der einzelnen Patienten zugeschnitten wird.

Verhaltensmedizinisches Behandlungskonzept

In einem ganzheitlichen Verständnis von Krankheit und Gesundheit und vor dem Hintergrund psychologischer Lerntheorien und medizinischen Wissens gehen wir davon aus, dass bei der Entstehung und Aufrechterhaltung von Störungen und Krankheiten eine Vielzahl von biologischen, psychischen und sozialen Faktoren wirken und bei der Behandlung berücksichtigt werden müssen. Die Verhaltensmedizin bietet hierzu den Rahmen, sie stellt die Anwendung der Verhaltenstherapie in einem medizinischen Arbeitsfeld dar.

Das Ziel der verhaltensmedizinischen Ansatzes besteht darin, für einzelne Störungen in einem umfassenden Modell die systemischen Interaktionen von biologischen Bedingungen, Verhaltensfaktoren und Umwelteinflüssen zu klären und Veränderungsmöglichkeiten zu entwickeln. Verhaltensmedizin konzentriert sich daher auf das Problemverhalten und die mögliche Veränderung dieses Verhaltens sowie auf den Aufbau individueller Ressourcen. Sie fokussiert auf die Frage, was zur Aufrechterhaltung der Störung/Krankheit beiträgt und wie diese verändert werden kann, berücksichtigt dabei aber auch die Entstehungsbedingungen für die Störung und die vergangenen Erfahrungen eines Patienten (seine „Lerngeschichte“).

Interdisziplinäre Teamarbeit

Dem ganzheitlichen Verständnis von Psychosomatik und Verhaltensmedizin entspricht der interdisziplinäre Behandlungsansatz der Klinik auf der Basis von Team- bzw. Gruppenarbeit. Jeder Patient erarbeitet zusammen mit seinem ärztlichen oder psychologischen Bezugstherapeuten einen individuellen Therapie- bzw. Rehabilitationsplan. Die Behandlung findet in Form von Einzel- und Gruppentherapie statt. Begleitend kann cotherapeutische Unterstützung durch speziell geschultes Krankenpflegepersonal in Anspruch genommen werden. Die psychotherapeutischen Gruppen zielen auf die unterschiedlichen Störungsbilder ab (Angst-Zwangs-Seminar, Depressionsseminar, Burnoutgruppe, Mobbinggruppe usw.) oder vermitteln Basiskompetenzen der Psychosomatik (Gesundheitstraining, Entspannungsverfahren, Selbstsicherheits- und Problemlösetraining usw.). Einzel- und gruppentherapeutische Angebote von Sport-, Ergo-, Sozio- und Physiotherapie ergänzen in enger Abstimmung den Behandlungsplan.

Verhaltensmedizinische Diagnostik und Behandlungsplanung

Diagnostik

- Erhebung der Krankengeschichte (Anamnese/Vorbefunde)
- Eingehende medizinische und psychologische Untersuchungen
z.B. körperliche Untersuchung, psychologische Tests, Verhaltensbeobachtung
- Erstellung einer Verhaltens- und Bedingungsanalyse

Behandlungsziele

- Gemeinsames Erstellen von Behandlungszielen zur Veränderung eigener Einstellungen und Verhaltensweisen auf der Grundlage der Verhaltensanalyse z.B.
 - Erhaltung bzw. Verbesserung der Aktivität und Teilhabe im Alltag und Erwerbsleben
 - Verbesserung des Gesundheitszustandes und Gesundheitsverhaltens
 - Wiederherstellung bzw. Besserung der beruflichen Leistungsfähigkeit
 - Aufbau von Bewältigungskompetenzen und Ressourcen
 - Abbau dysfunktionaler Verhaltensweisen

Behandlungsmethoden

- Verhaltenstherapeutische Einzel-, Gruppen-, Paar- und Familientherapie
- Psychoedukative und interaktionell-prozessorientierte Behandlungsangebote
- Körperorientierte Maßnahmen wie Sport- und Physiotherapie
- Ergo- und soziotherapeutische Angebote

Behandlungsevaluation

- Systematische Messung des Behandlungserfolgs, einschließlich Katamneseprojekte
- Wissenschaftlich begründete Entwicklung und kontinuierliche Verbesserung von Behandlungsangeboten auf Grundlage der empirischen Ergebnisse

Nachdem mit den Patienten die individuelle Verhaltensanalyse erstellt worden ist, werden gemeinsam Behandlungsziele erarbeitet, wobei über die Änderung problematischer Einstellungs- und Verhaltensmuster ein Abbau von Symptomatik und Leidensdruck sowie ein Aufbau persönlicher Ressourcen intendiert wird. Unter dem Motto „Hilfe zur Selbsthilfe“ werden unter Selbst- und Fremdbeobachtung alternative und angemessene Selbsthilfestrategien ausprobiert und eingeübt. Dies bezieht sich sowohl auf die Änderung von Einstellungen als auch auf die Modifikation von beobachtbaren Verhaltensweisen. Da die meisten Störungen im sozialen Kontext auftreten bzw. mit gravierenden Mängeln im Interaktions- und Kommunikationsverhalten einhergehen, sind neben Einzeltherapie v. a. Gruppen der geeignete Rahmen zur Beobachtung und Veränderung von Verhaltensweisen. Die AHG Klinik Berus bietet ein breit gefächertes Angebot an Gruppentherapie mit unterschiedlichen Anforderungen an die soziale Kompetenz der Teilnehmer, wobei in der Regel auch zunächst sehr zurückgezogene oder unsichere Patienten profitieren können. Das Erlernen alternativer Selbsthilfestrategien findet ganz gezielt auch bei therapeutischen Übungen außerhalb der Therapiesitzungen und im Alltag statt. Insgesamt stellt sich der therapeutische Prozess somit als ein zielgerichteter, gestufter Problemlösungsprozess dar, dessen transparente Struktur den Patienten einen Transfer auf andere Problemstellungen ermöglicht.

1.2.4. Besondere Betreuungsstrukturen:

Ambulante Behandlung und ambulante Reha-Nachsorge

Nachsorgekonzepte existieren für die Reha-Nachsorge der Deutschen Rentenversicherung: DRV Bund (IRENA), DRV Saarland (ARENA) und DRV KBS.

Ein Kooperationsvertrag mit der HEK ermöglichte es HEK-Versicherten im Rahmen einer Vereinbarung zur Integrierten Versorgung, ab dem 01.09.2011 an der AHG Klinik Berus eine ambulante Behandlung aufzunehmen. Die ambulante Psychotherapie kann in Form von Einzel- oder Gruppentherapie als Regelangebot oder in Form von ganztägig ambulanter Behandlung mit einer Kombination aus Einzel- und Gruppentherapien in Fällen, die einen höheren Behandlungsaufwand erfordern, erfolgen. Eine Richtlinien-Psychotherapie bei einem niedergelassenen Psychotherapeuten oder eine medizinische Rehabilitationsmaßnahme (über die DRV Bund) können als Anschlussbehandlung bei Bedarf eingeleitet werden. Mit einer Nachsorgebehandlung an der AHG Klinik Berus kann die Wartezeit auf die Weiterbehandlung überbrückt werden.

Darüber hinaus wird im Rahmen eines Modellprojekts mit der Kreissparkasse Saarlouis ambulante und/oder stationäre Traumatherapie von Banküberfallopfern durchgeführt. Das Angebot beinhaltet psychosomatische Akutbehandlung, Gespräche zur diagnostischen Abklärung und Überprüfung der Indikationsstellung für eine traumatherapeutische Behandlung sowie weitere ambulante Traumatherapie einzeln und/oder in der Gruppe. Auch eine stationäre Traumabehandlung an der AHG Klinik Berus kann in Absprache mit der Unfallversicherung des Saarlandes (UKS) eingeleitet werden.

Seit Juli 2012 haben traumatisierte Gewaltopfer die Möglichkeit, sich in der Trauma-Ambulanz Saarland, die im Rahmen eines Pilotprojektes in Kooperation mit dem Landesamt für Soziales, Saarbrücken (LAS), eingerichtet wurde, bei akuter psychischer Belastung infolge von Gewalterfahrungen Hilfe zu holen. Die Kosten können dabei nach Antrag gemäß Opferentschädigungsgesetz (OEG) vom LAS übernommen werden. Mögliche Zielsetzungen in der Trauma-Ambulanz sind: Diagnostik der vorliegenden psychischen Symptome und weitergehende Empfehlungen, eingehende Beratung zu möglichen Trauma-Symptomen und -Störungen, Vermittlung weiterer Hilfsangebote, Behandlung psychischer Traumafolgestörungen sowie Vor- und Nachbereitung von Gerichtsterminen.

1.2.5. Ergebnisqualität

Die Gesundung und Verbesserung der Leistungsfähigkeit sowie die Zufriedenheit unserer Patienten ist allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der AHG Klinik Berus ein zentrales Anliegen. Zur Sicherung und kontinuierlichen Verbesserung der Service- und Behandlungsqualität werden die verschiedenen therapeutischen und im Hintergrund unterstützenden Prozesse sowie die Behandlungsergebnisse dokumentiert und kontrolliert. Die fortlaufende systematische Evaluation der Behandlungsergebnisse schließt mehrere Messinstrumente, Messzeitpunkt (Aufnahme-, Entlassungs- und z.T. auch Katamnesezeitpunkt) und eine mehrfache Befragung der Patienten und ihrer Therapeuten ein.

Routinemäßige Basisevaluation

Die Auswertungen der routinemäßig durchgeführten Basisevaluation ergaben auch in diesem Berichtsjahr wieder gute Ergebnisse zum Entlassungszeitpunkt im Vergleich zum Aufnahmezeitpunkt – sowohl bei den Patienten- als auch bei den Therapeutenbefragungen.

Katamneseuntersuchungen

Die routinemäßige Basisevaluation wird ergänzt durch klinische Untersuchungen zu bestimmten Fragestellungen im Zusammenhang mit Prozess- und Ergebnisqualität. Besonders aussagekräftig sind hier Nachuntersuchungen (s.g. „Katamnesen“), die Auskünfte über die Langzeiteffekte der Behandlung geben sollen.

2012 wurde geplant, dass ab dem Jahr 2013 in allen AHG-Einrichtungen routinemäßig eine randomisierte 1-Jahres-Teilkatamnese mit dem Fokus auf Sozialdaten bei ca. 20% der deutschsprachigen Patienten unter Ausschluss der Behandlungsdiagnose pathologisches Glücksspiel und PC-Gebrauch durchgeführt werden soll.

Stellvertretend für die bisherigen Katamneseuntersuchungen, die im Rahmen bestimmter Projekte an der AHG Klinik Berus durchgeführt wurden, sei hier auf die fortlaufende 1-Jahreskatamnese zur stationären Traumatherapie verwiesen (siehe Gliederungspunkt 3.2.4). Die Daten ergaben jeweils positive Ergebnisse, sowohl zum Entlassungs- als auch zum Katamnesezeitpunkt ein Jahr nach Klinikentlassung. Diese Ergebnisse sind für Patienten wie Therapeuten gleichermaßen ermutigend und bestätigen die früheren guten Therapieerfolge. Die Verbesserungspotentiale, die sich nach wie vor aus der systematischen Evaluation ergeben, werden in Qualitätszirkelarbeit oder projektbezogenen Arbeitskreisen in Angriff genommen. Somit fließen die empirisch gewonnenen Erkenntnisse wieder in die theoretischen Therapiekonzepte und damit weiterhin in die klinisch-praktische Arbeit ein.

1.2.6. Fallzahl behandelter Patientinnen und Patienten

Im Jahr 2013 wurden in unserer Klinik als Patientinnen und Patienten behandelt und entlassen:

Stationäre und ganztägig ambulante psychosomatische Rehabilitation und Behandlung

Im Berichtsjahr wurden 1379 Patienten stationär und 105 ganztägig ambulant in der AHG Klinik Berus behandelt. Darunter fallen sowohl Rehabilitanden der DRV als auch Patienten, die über einen anderen Abrechnungsmodus in Behandlung kamen und z.T. im akut-psychosomatischen Status zugewiesen wurden.

Indikationen	HV Heilverfahren (stationär)		Ganztägig ambulant (teilstationär)	
	Anzahl	Verweil- dauer (Mittel/Tage)	Anzahl	Verweil- dauer (Mittel/Tage)
Stationäre und ganztägig ambulante Rehabilitation/Behandlung	1379	43,5	105	36,5

Ambulante Behandlung und ambulante Reha-Nachsorge

Die Ambulanz der AHG Klinik Berus bezieht sich im Wesentlichen auf vier Bereiche: ambulante Reha-Nachsorge der DRV, Krankenkassen-Versicherte im Rahmen der Integrierten Versorgung (hier HEK IV-Projekt), Gewaltopfer im Rahmen der Trauma-Ambulanz Saarland (nach dem OEG) sowie traumatisierte Patienten, bei denen Berufsgenossenschaften oder Unfallversicherungen (DGUV) Kostenträger sind. Im Berichtsjahr wurden insgesamt 227 Patienten in der Klinik-Ambulanz aufgenommen bzw. behandelt.

Indikationen	Einzelangebote Einzel/Gruppe		Ganztägig ambulant	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Reha-Nachsorge (DRV)	126	55,5 %		
Ambulanz HEK IV-Projekt	37	16,3 %	10	4,4 %
Trauma-Ambulanz Saarland (LAS)	33	14,5 %		
Trauma-Ambulanz (DGUV)	19	8,3 %		
Trauma-Ambulanz (Sonstige)	12	5,3 %		

1.2.7. Weiterentwicklung der Rehabilitationskonzepte

Im Zusammenhang mit neuen wissenschaftlichen Erkenntnissen, fortlaufender systematischer Evaluation der Ergebnisqualität (routinemäßige Patienten- und Therapeutenbefragung, Katamneseprojekte) sowie Verbesserungspotentialen, die sich aus dem Qualitätsmanagement ergeben (z.B. aus Audits, Fehler- und Beschwerdemanagement) werden die Therapiekonzepte in regelmäßigen Abständen überprüft und weiterentwickelt. Überprüfungszyklen und Weiterbildungsstand werden mit der Dokumentenlenkung des Qualitätsmanagementsystems überwacht.

Alle relevanten Neu- und Weiterentwicklungen werden in der Leitungskonferenz besprochen und anschließend evaluiert. Dies betrifft sowohl die Therapieangebote der psychosomatischen Rehabilitation als auch die der Klinik-Ambulanz.

1.2.8. Zertifizierung

Die AHG Klinik Berus verfügt über ein Qualitäts-Management-System nach DIN EN ISO 9001: 2008 plus DEGEMED und wurde 2001 durch das von der DGQ akkreditierte Zertifizierungsunternehmen EQ ZERT nach den Qualitätsgrundsätzen der Deutschen Gesellschaft für medizinische Rehabilitation (DEGEMED) erstmals zertifiziert. Seitdem erfolgt alle 3 Jahre ein Rezertifizierungsverfahren, wobei in den dazwischen liegenden Intervallen jährliche Überwachungsaudits stattfinden. Mit Beginn des Jahres 2011 fand ein Wechsel des Zertifizierungsunternehmens statt; ab diesem Zeitpunkt wurde die Klinik (erstmal auch nach den BAR-Vorgaben) von dem Zertifizierungsunternehmen LGA InterCert GmbH, einem Tochterunternehmen des TÜV Rheinland, zertifiziert.

2. DOKUMENTATION – ZAHLEN, DATEN, FAKTEN

Im folgenden Kapitel haben wir als weitere Informationsgrundlagen detailliertere Zahlen, Daten und Fakten unseres Hauses zusammengestellt.

2.1. Mitarbeiter und medizinisch-technische Leistungen

Die für die Indikationen relevanten Kriterien aus dem gemeinsamen Strukturhebungsbogen der Gesetzlichen Renten- und Krankenversicherung werden erfüllt.

2.1.1. Mitarbeiter

Unter dem Gesichtspunkt der Strukturqualität wird von der DRV Bund von den Rehabilitationskliniken ein bestimmter Personalschlüssel gefordert (vgl. Rahmenkonzept der medizinischen Rehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung). Die von der AHG Klinik Berus regelmäßig erstellte Personalstandsmeldung erfüllte auch im Berichtsjahr weitgehend die Anforderungen der DRV Bund.

2.1.2. Medizinisch-technische Leistungen und apparative Versorgung

Die AHG Klinik Berus gewährleistet eine grundlegende medizinische Versorgung. Zur medizinischen Standarddiagnostik gehören hier neben der körperlichen Aufnahmeuntersuchung eine Laboruntersuchung und ein Ruhe-EKG. Bei Bedarf werden zusätzliche medizinische Leistungen erbracht (siehe oben beschriebenes medizinisches Leistungsspektrum).

2.1.3. Medizinische Notfallversorgung

Die AHG Klinik Berus verfügt über entsprechende Möglichkeiten medizinischer Notfallversorgung (Defibrillator, Notfallkoffer usw.). Das Vorgehen im medizinischen Notfall ist im bestehenden Qualitätsmanagementsystem klar beschrieben. Alle Mitarbeiter werden jährlich im Umgang mit medizinischen Notfällen geschult bzw. fortgebildet. Ferner bestehen auf gesetzlicher Grundlage entsprechende Regelungen zum Brand- und Katastrophenschutz.

2.2. In der Klinik behandelte Krankheitsbilder

In der AHG Klinik Berus werden Patientinnen und Patienten mit psycho-somatischen und somato-psychischen Erkrankungen aus dem gesamten Spektrum der Psychosomatik verhaltensmedizinisch behandelt. Besondere Betreuungsschwerpunkte liegen auf der Behandlung von depressiven Störungen und Angststörungen, psychosomatischen Störungen bei Mobbing, Burnout-Syndrom, chronischem Tinnitus, Traumafolgestörungen, Pathologischem Glücksspiel und Essstörungen. Im Rahmen des Eltern-Kind-Aufenthaltes bietet sich die Möglichkeit zur Betreuung von Kindern im Vorschulalter während der Therapiezeiten. Alle Angebote liegen auch in französischer Sprache vor.

2.2.1. Indikation: Stationäre und ganztägig ambulante Rehabilitation und Behandlung

Übergeordnetes Ziel der Rehabilitation der gesetzlichen Rentenversicherung ist die Verhinderung von Beeinträchtigungen der Erwerbsfähigkeit und die möglichst dauerhafte Eingliederung in das Erwerbsleben. Unabhängig von den individuellen Zielen, die sich im Einzelfall in Abhängigkeit der differentiellen Indikation bei Berücksichtigung des jeweiligen Behandlungsauftrags von Patient, Kostenträger und Zuweiser ergeben, lassen sich für die psychosomatische Rehabilitation allgemeine Ziele formulieren, denen die Therapiekonzepte der AHG Klinik Berus Rechnung tragen:

- Verbesserung der Aktivität und Teilhabe in Beruf und Alltagsleben
- Verbesserung der Zufriedenheit und Lebensqualität
- Gesundung und Förderung des Gesundheitsverhaltens
- Abbau dysfunktionaler Kognitions- und Verhaltensmuster
- Auf- und Ausbau von Ressourcen
- Perspektivenklärung und berufliche Reintegration
- Rückfallprophylaxe und Klärung der Nachsorge

Zur Wiederherstellung oder Erhaltung der Erwerbsfähigkeit ist bei Rehabilitanden der gesetzlichen Rentenversicherung, der Berufsgenossenschaften und gesetzlichen Unfallversicherungen eine sozialmedizinische Begutachtung der Leistungsfähigkeit notwendig, um die beruflichen Perspektiven adäquat klären und den Wiedereinstieg in das Arbeitsleben unterstützen zu können.

2.2.1.1. Therapiekonzepte

Für die wichtigsten psychosomatischen Störungsbilder wurden standardisierte verhaltensmedizinische Behandlungsprogramme (s.g. „Therapiestraßen“) entwickelt, die ein klar strukturiertes und zielgerichtetes Vorgehen in der Therapie ermöglichen und somit eine grundlegende Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität gewährleisten. Andererseits wird dabei bezogen auf den Einzelfall jedoch auch genügend Spielraum für ein individuelles und an der persönlichen Lerngeschichte sowie den individuellen Therapiezielen orientiertes Handeln gelassen. Eine „Therapiestraße“ umfasst je nach differentieller Indikation neben der Einzeltherapie mindestens je einen Baustein aus folgenden Behandlungskategorien:

- störungsspezifisch (z.B. Depressionsseminar oder Burnoutgruppe)
- entspannungsorientiert (z.B. Progressive Muskelrelaxation, Tiefenentspannung)
- körperorientiert (z.B. Sportgruppe, Physiotherapieangebote)
- interaktionell (z.B. Selbstsicherheitsgruppe, interaktionelle Problemlösegruppe)
- euthym (z.B. Genussgruppe, Meditatives Gestalten, Musiktherapeutisches Projekt)
- sozialmedizinisch (z.B. Arbeitstherapie, Projektgruppe, soziotherapeutische Beratung)

Die Behandlungsprogramme mit den dazugehörigen Behandlungsangeboten werden im Rahmen systematischer Qualitätssicherung regelmäßig überprüft und nach neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen fortlaufend weiterentwickelt.

Behandlung von Angststörungen

Josef Schwickerath, Rolf Keller

Einleitung

Das Behandlungskonzept für Angststörungen an der AHG Klinik Berus basiert auf langjähriger klinischer Erfahrung und wissenschaftlichen Erkenntnissen (vgl. Margraf & Schneider, 1990). Es ist evaluiert (Keller et al., 1999; Schwickerath et al., 2001) und ist mit seinem kognitiv-verhaltenstherapeutischen Ansatz, insbesondere der Konfrontationsbehandlung, ein Kernelement der verhaltensmedizinischen Behandlung an der AHG Klinik Berus.

Zielgruppe

Dieses Behandlungskonzept richtet sich an Menschen, die unter Angststörungen leiden, insbesondere

- Agoraphobien ohne/mit Panikstörung (ICD-10 F40.0x)
- Soziale Phobien (ICD-10 F40.1)
- Spezifische (isolierte) Phobien (ICD-10 F40.2)
- Panikstörungen (ICD-10 F41.0)
- Generalisierte Angststörungen (ICD-10 F41.1)
- Sonstige phobische Störungen oder Angststörungen (ICD-10 F40.x, F41.x)

Diagnostik

Zur differentialdiagnostischen Abklärung kommen folgende Verfahren zum Einsatz:

- Exploration der Anamnese und gemeinsame Erstellung einer Verhaltensanalyse
- Systematische Selbstbeobachtung
- Strukturierte klinische Interviews z.B. ICDL (WHO, dt. Dilling et al., 1993), SKID-DSM-IV (Wittchen et al., 1997)
- Standardisierte Patientenfragebögen z.B. AKV (Fragebogen zu körperbezogenen Ängsten, Kognitionen und Vermeidung, Ehlers, Margraf & Chambless, 1993), Health-49 (Rabung et al., 2007)

Behandlungsziele

Auf Grundlage der Verhaltens- und Bedingungsanalyse werden gemeinsam individuelle Behandlungsziele vereinbart, die in der Regel folgende Punkte enthalten:

1. Aufbau von Änderungsmotivation und Erarbeiten eines adäquaten Krankheitsverständnisses
2. Verbesserung von Wissen und Kompetenzen im Umgang mit den Ängsten und dem damit verbundenen Meideverhalten und Abbau dysfunktionaler Kognitionsmuster

>>>

3. Abbau dysfunktionaler Verhaltensmuster, insbesondere Reduktion des Vermeidungsverhaltens im Zusammenhang mit den Ängsten
4. Abbau hoher Grundanspannung und verbesserte vegetative Stabilität
5. Bearbeitung der Symptom auslösenden und aufrechterhaltenden Hintergrundproblematik, z.B. Klärung von beruflichen oder familiären Problemen
6. Darüber hinaus weitere individuelle Ziele nach Absprache wie
 - Förderung von Selbstsicherheit und Konfliktfähigkeit
 - Förderung der Stressbelastbarkeit und Problemlösefähigkeit im Alltag
 - Förderung des Gesundheitsverhaltens usw.
7. Ggf. Sozialmedizinische Begutachtung und Klärung der beruflichen Perspektiven

Behandlungsmethoden

Die genannten Behandlungsziele sollen mit folgenden, wissenschaftlich evaluierten Behandlungsmethoden bzw. -angeboten erreicht werden:

- Zu 1) Verhaltenstherapeutische Einzeltherapie mit kognitiver Bearbeitung der Angst- und Hintergrundproblematik und Angst-Konfrontationsübungen
- Zu 2) Psychoedukation mit Informationsvermittlung zu Angst und Angstbehandlung bzw. Selbsthilfestrategien in einem Angst-Zwangs-Seminar (incl. Therapiebegleitheft)
- Zu 3) Planung, Durchführung und Nachbesprechung von Konfrontationsübungen im Rahmen einer Expositionsgruppe
- Zu 4) Einüben von Entspannungstechniken bei Teilnahme an einer Progressiven Muskelentspannung nach Jacobsen und einem Tiefenentspannungstraining mit Imagination und Atemtechniken, ggf. ergänzt durch Teilnahme an der Atemtherapie, Reduktion der hohen Grundanspannung und Verbesserung der vegetativen Stabilität bei Teilnahme an einer Sporttherapeutischen Gruppe, nach Einführung ggf. ergänzt durch regelmäßiges Fitnesstraining und Ausdauersport in der therapiefreien Zeit
- Zu 5) In Abhängigkeit der weiteren individuellen Ziele Teilnahme an zusätzlichen Angeboten wie
 - themenzentriertes Angebot, z.B. Depressionsseminar
 - interaktionelles Angebot, z.B. Selbstsicherheitsgruppe, Problemlösegruppe
 - euthymes Angebot, z.B. Meditatives Gestalten, Genussgruppe, Tai Chi
- Zu 6) Bei entsprechender Auftragsstellung Begutachtung der Leistungsfähigkeit sowie Klärung sozialmedizinischer Fragen und beruflicher Perspektiven im Rahmen der Einzeltherapie, ggf. Arbeitstherapie und bei soziotherapeutischer Beratung

Behandlungsergebnisse im Berichtszeitraum

Die Effektstärken der Veränderungen zwischen Klinikaufnahme und -entlassung wurden berechnet nach Hartmann et al. (1992), wobei neben den Mittelwerten auch die Streuungen zu beiden Messzeitpunkten berücksichtigt wurden. Effektstärkenwerte für $ES < 0.3$ bedeuten geringe Effektstärken, Werte für $0.3 < ES < 0.8$ mittlere und für $ES > 0.8$ hohe Effektstärken. Im Berichtsjahr ergaben sich für Patienten mit Angst- und Panikstörungen folgende Veränderungen zwischen Klinikaufnahme und -entlassung:

	N	Aufnahme		Entlassung		Effekt- stärke	Bewertung der Effektstärke
Variable		MW	SD	MW	SD		
Health-49 Skala Phobische Ängste	125	1,63	1,2	1,18	1,3	0,4	mittel
Health-49 Skala Gesamtwert	125	1,72	0,8	1,24	0,7	0,6	mittel
BDI II Summenwert	139	26,9	11,8	21,0	10,7	0,5	mittel

In dem Patientenentlassfragebogen der AHG Klinik Berus (Fachausschuss des AHG-Wissenschaftsrates, 2011) gaben die Patienten bei Gesamteinschätzung der Veränderung ihres Gesundheitszustandes durch die Behandlung folgende Werte an:

Zustand bei Entlassung - Gesamteinschätzung der Ver- änderung des Gesundheits- zustandes durch Behandlung (aus Patientensicht)	N	%	% kum.	Bewertung
stark verbessert	20	10,1	10,1	verbessert
etwas verbessert	57	31,9	42,0	
gleich geblieben	38	47,9	89,9	gleich geblieben
etwas verschlechtert	12	10,1	100,0	verschlechtert
stark verschlechtert	0	0	100,0	

Damit haben sich 42,0% der Patienten aus subjektiver Sicht in ihrem Gesundheitszustand durch die Behandlung verbessert.

Konzeptbezogene Literaturbeispiele

Keller, R., Schwickerath, J. & Follert, P. (1999). Ein neues Konzept der Angstbewältigungsgruppe - Erfahrungen mit einem Gruppenkonzept aus einem psychoedukativen Informations- und einem prozessorientierten Übungsteil. Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation, 46, 34-44.

Margraf, J. & Schneider, S. (1990, 2. Auflage), Panik. Angstanfälle und ihre Behandlung. Berlin: Springer.

Schwickerath, J., Keller, R. & Follert, P. (2001). Stationäre verhaltensmedizinische Behandlung von Angst- und Panikstörungen. In: M. Zielke, H. v. Keyserlingk & W. Hackhausen (Hrsg.); Angewandte Verhaltensmedizin in der Rehabilitation (157-171). Lengerich: Pabst Science Publishers.

Literatur zur Berechnung der Effektstärken:

Hartmann, A., Herzog, T., Drinkmann, A. (1992). Psychotherapy of Bulimia Nervosa.: What ist effective? A meta-analysis. Journal of Psychosomatic Research, 36, 159-167.

Behandlung des Burnout-Syndroms

Rolf Keller

Einleitung

Das Behandlungskonzept für Burnout an der AHG Klinik Berus wurde aufgrund zunehmender Nachfrage 2008 entwickelt und basiert wie die anderen Behandlungskonzepte auf langjähriger klinischer Erfahrung und wissenschaftlichen Erkenntnissen. Es orientiert sich u.a. an den Ansätzen von Burisch (2006), Hillert & Marwitz (2006) und Untersuchungsergebnissen zu Langzeitverläufen psychischer Erkrankungen im Zusammenhang mit Arbeitsplatzproblemen (Zielke et al., 2005). Patienten mit einem Burnout-Syndrom stellen ebenfalls eine der Hauptgruppen im Klientel der AHG Klinik Berus dar. Der Burnout-Prozess kann durch verschiedene Phasen des „Ausbrennens“, vom Anfangsstadium des „Feuer- und Flamme-Seins“ bis hin zum „Ausgebrannt-Sein“ beschrieben werden und mit unterschiedlichen psychosomatischen Störungen einhergehen.

Zielgruppe

Dieses Behandlungskonzept richtet sich an Menschen, die unter chronischem Stress bzw. einem Burnout-Syndrom leiden. Wesentliche Kennzeichen sind dabei u.a.

- wachsende Überforderung mit zunehmender emotionaler und körperlicher Erschöpfung
- einhergehend mit Verlust der Leistungsfähigkeit, häufig begleitet durch zunächst noch vermehrte Anstrengung, die subjektiv wahrgenommenen Defizite zu kompensieren
- im weiteren Verlauf zunehmendes Rückzugsverhalten und wachsendes Desinteresse, Aufgabe von Aktivitäten und Kontakten
- Entwicklung einer negativen Haltung zu sich selbst, der Umwelt und zum eigenen Leben

Im ICD-10 ist Burnout keine eigenständige Diagnose, sondern wird neben einer andern Hauptbehandlungsdiagnose als „Probleme verbunden mit Schwierigkeiten bei der Lebensführung“ zusätzlich verschlüsselt (Z 73.0). Das Burnout-Syndrom geht häufig einher mit psychischen bzw. psychosomatischen Störungen wie:

- Anpassungsstörung (F 43.2)
- Depressive Störungen (F32.x, F33.x)
- Somatoforme Störungen (F45.x)
- Angststörungen (F40.x, F41.x)
- Chronischer Tinnitus (H93.1)
- Persönlichkeitsstörungen (F60-61)

Diagnostik

Zur differentialdiagnostischen Abklärung kommen folgende Verfahren zum Einsatz:

- Exploration der Anamnese und gemeinsame Erstellung einer Verhaltensanalyse
- Systematische Selbstbeobachtung
- Strukturierte klinische Interviews z.B. ICDL (WHO, dt. Dilling et al., 1993), SKID-DSM-IV (Wittchen et al., 1997)
- Standardisierte Patientenfragebögen z.B. HBI (Hamburger Burnout-Inventar, Burisch, 2006), AVEM (Schaarschmidt & Fischer, 1997)

Behandlungsziele

Auf Grundlage der Verhaltens- und Bedingungsanalyse werden gemeinsam individuelle Behandlungsziele vereinbart, die in der Regel folgende Punkte enthalten:

1. Aufbau von Änderungsmotivation und Erarbeiten eines adäquaten Krankheitsverständnisses
2. Verbesserung von Wissen und Kompetenzen zur Bewältigung von chronischem Stress und zur Prophylaxe eines erneuten Burnout-Syndroms
3. Abbau dysfunktionaler Verhaltensmuster bei Aufbau verbesserter Selbstwahrnehmung, effektiver Stressbewältigungsstrategien und Förderung gesundheitsbezogener Einstellungs- und Verhaltensmuster
4. Abbau hoher Grundanspannung und verbesserte vegetative Stabilität
5. Darüber hinaus weitere individuelle Ziele nach Absprache wie
 - Förderung von Selbstsicherheit und Konfliktfähigkeit
 - Förderung der Problemlösefähigkeit im Alltag
6. Ggf. Sozialmedizinische Begutachtung und Klärung der beruflichen Perspektiven

Behandlungsmethoden

Die genannten Behandlungsziele sollen mit folgenden, wissenschaftlich evaluierten Behandlungsmethoden bzw. -angeboten erreicht werden:

- Zu 1) Verhaltenstherapeutische Einzeltherapie mit kognitiver Bearbeitung der Burnoutproblematik
- Zu 2) Psychoedukation mit Informationsvermittlung zu chronischem Stress und Burnout sowie entsprechenden Behandlungsmöglichkeiten und Selbsthilfestrategien in den psychoedukativen Elementen der Burnoutgruppe (incl. Therapiebegleitheft) und themenbezogenen Patientenseminaren
- Zu 3) Austausch von Selbsthilfestrategien und Übungen zum Umgang mit akuten Belastungen und zum langfristigen Vorbeugen durch eine gesunde Lebensführung im Rahmen der interaktionell-prozessorientierten Elemente der Burnoutgruppe (incl. Therapiebegleitheft)
- Zu 4) Einüben von Entspannungstechniken bei Teilnahme an einer Progressiven Muskelentspannung nach Jacobsen und einem Tiefenentspannungstraining mit Imagination und Atemtechniken, ggf. ergänzt durch Teilnahme an der Körper-

>>>

erfahrungsgruppe, Reduktion der hohen Grundanspannung und Verbesserung der vegetativen Stabilität bei Teilnahme an einer Sporttherapeutischen Gruppe, nach Einführung ggf. ergänzt durch regelmäßiges Fitnesstraining und Ausdauersport in der therapiefreien Zeit

- Zu 5) In Abhängigkeit der weiteren individuellen Ziele Teilnahme an zusätzlichen Angeboten wie
 - themenzentrierte Gruppe, z.B. Depressionsseminar
 - interaktionelles Angebot, z.B. Selbstsicherheitsgruppe
 - euthymes Angebot, z.B. Achtsamkeitstraining, Meditatives Gestalten, Tai Chi
- Zu 6) Bei entsprechender Auftragsstellung Begutachtung der Leistungsfähigkeit sowie Klärung sozialmedizinischer Fragen und beruflicher Perspektiven im Rahmen der Einzeltherapie, ggf. Arbeitstherapie und bei soziotherapeutischer Beratung

Behandlungsergebnisse im Berichtszeitraum

Die Effektstärken der Veränderungen zwischen Klinikaufnahme und -entlassung wurden berechnet nach Hartmann et al. (1992), wobei neben den Mittelwerten auch die Streuungen zu beiden Messzeitpunkten berücksichtigt wurden. Effektstärkenwerte für $ES < 0.3$ bedeuten geringe Effektstärken, Werte für $0.3 < ES < 0.8$ mittlere und für $ES > 0.8$ hohe Effektstärken. Im Berichtsjahr ergaben sich für Patienten mit einem Burnout-Syndrom folgende Veränderungen zwischen Klinikaufnahme und -entlassung:

Variable	N	Aufnahme		Entlassung		Effektstärke	Bewertung der Effektstärke
		MW	SD	MW	SD		
Health-49 Gesamtwert	327	1,43	0,7	0,91	0,7	0,7	mittel
BDI II Summenwert	327	25,3	10,9	14,4	11,6	0,9	hoch

In dem Patientenentlassfragebogen der AHG Klinik Berus (Fachausschuss des AHG-Wissenschaftsrates, 2011) gaben die Patienten bei Gesamteinschätzung der Veränderung ihres Gesundheitszustandes durch die Behandlung folgende Werte an:

Zustand bei Entlassung - Gesamteinschätzung der Veränderung des Gesundheitszustandes durch Behandlung (aus Patientensicht)	N	%	% kum.	Bewertung
stark verbessert	59	19,7	19,7	verbessert
etwas verbessert	158	52,8	72,5	
gleich geblieben	60	20,1	92,6	gleich geblieben
etwas verschlechtert	14	4,7	97,3	verschlechtert
stark verschlechtert	8	2,7	100,0	

Damit haben sich 72,5% der Patienten aus subjektiver Sicht in ihrem Gesundheitszustand durch die Behandlung verbessert.

Konzeptbezogene Literaturbeispiele

Bauer, J., Häfner, S., Kächele, H., Wirsching, M., Dahlbender, R. (2003). Burnout und Wiedergewinnung seelischer Gesundheit am Arbeitsplatz. *Psychother Psych Med*, 53, 213-222.

Burisch, M. (2006, 3. Auflage). *Das Burnout-Syndrom. Theorie der inneren Erschöpfung*. Heidelberg: Springer-Verlag.

Hillert, A. & Marwitz, M. (2006). *Die Burnout-Epidemie, oder brennt die Leistungsgesellschaft aus?* Beck.

Schaarschmidt, U. & Fischer, A. (1997). AVEM – ein diagnostisches Instrument zur Differenzierung von Typen gesundheitsrelevanten Erlebens und Verhaltens gegenüber der Arbeit. *Z. f. different. diagn. Psychol.*, 18, 151-163.

Zielke, M., Ciric, P., Leidig, S. (2005). Risikotypen bei arbeitsbezogenen Verhaltens- und Erlebensmustern und deren Bedeutung für Krankheitsverläufe und Behandlungsergebnisse in der medizinischen Rehabilitation. In: *Praxis – Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation*, 69, 206-218.

Behandlung von depressiven Störungen

Josef Schwickerath, Rolf Keller

Einleitung

Patienten mit depressiven Störungen bilden entsprechend der Verbreitung depressiver Erkrankungen in der Allgemeinbevölkerung die Hauptgruppe im Klientel der AHG Klinik Berus. Das Behandlungskonzept für depressive Störungen an der AHG Klinik Berus basiert auf langjähriger klinischer Erfahrung und wissenschaftlichen Erkenntnissen. Es orientiert sich in erster Linie an dem empirisch gut erprobten kognitiv-verhaltenstherapeutischen Ansatz von Hautzinger (2003), dem euthymen Ansatz von Koppenhöfer (2004) sowie psychoedukativen Depressionsgruppenkonzepten (z.B. Pitschel-Walz, 2005) und Elementen aus Trainings zu sozialer Kompetenz (z.B. Hinsch & Pfingsten, 2007). Die Kombination von Einzel- und Gruppentherapie mit psychoedukativen Bausteinen einerseits und interaktionell-prozessorientierten, übenden Elementen andererseits hat sich seit Jahren sehr bewährt.

Zielgruppe

Dieses Behandlungskonzept richtet sich an Menschen, die unter depressiven Störungen leiden, insbesondere

- Manische Episode (ICD-10 F30.x)
- Bipolare affektive Störung (ICD-10 F31.x)
- Depressive Episoden (ICD-10 F32.x)
- Rezidivierende depressive Störung (ICD-10 F33.x)
- Anhaltende affektive Störungen (ICD-10 F34.x)
- Sonstige und nicht näher bezeichnete affektive Störungen (ICD-10 F38.x, F39.x)
- Anpassungsstörungen, längere depressive Reaktion (ICD-10 F43.2)

Diagnostik

Zur differentialdiagnostischen Abklärung kommen folgende Verfahren zum Einsatz:

- Exploration der Anamnese und gemeinsame Erstellung einer Verhaltensanalyse
- Systematische Selbstbeobachtung
- Strukturierte klinische Interviews z.B. ICDL (WHO, dt. Dilling et al., 1993), SKID-DSM-IV (Wittchen et al., 1997)
- Standardisierte Patientenfragebögen z.B. BDI II (Beck Depressionsinventar, 2. Version, Beck et al., 1988; dt. Hautzinger et al., 2006)

Behandlungsziele

Auf Grundlage der Verhaltens- und Bedingungsanalyse werden gemeinsam individuelle Behandlungsziele vereinbart, die in der Regel folgende Punkte enthalten:

1. Aufbau von Änderungsmotivation und Erarbeiten eines adäquaten Krankheitsverständnisses
2. Verbesserung von Wissen und Kompetenzen im Umgang mit den depressiven Verstimmungen und den damit verbundenen dysfunktionalen Kognitions- und Verhaltensmustern
3. Abbau von dysfunktionalem Verhalten im Zusammenhang mit den depressiven Verstimmungen und Stimmungslagen, insbesondere Abbau von Rückzugsverhalten und Passivität beim (Wieder-) Aufbau von Aktivitäten und Sozialkontakten
4. Änderung dysfunktionaler Kognitions- und Einstellungsmuster beim (Wieder-) Aufbau eines positiveren Selbstkonzepts, Selbstmanagementsystems und befriedigender Perspektiven
5. Abbau hoher Grundanspannung und verbesserte vegetative Stabilität
6. Bearbeitung der symptomauslösenden und aufrechterhaltenden Hintergrundproblematik, z.B. Klärung von beruflichen oder familiären Problemen
7. Darüber hinaus weitere individuelle Ziele nach Absprache wie
 - Förderung von Selbstsicherheit und Konfliktfähigkeit
 - Förderung der Stressbelastbarkeit und Problemlösefähigkeit im Alltag
 - Förderung des Gesundheitsverhaltens usw.
8. Ggf. Sozialmedizinische Begutachtung und Klärung der beruflichen Perspektiven

Behandlungsmethoden

Die genannten Behandlungsziele sollen mit folgenden, wissenschaftlich evaluierten Behandlungsmethoden bzw. -angeboten erreicht werden:

- Zu 1) Verhaltenstherapeutische Einzeltherapie mit kognitiver Bearbeitung der depressiven und Hintergrundproblematik
- Zu 2) Psychoedukation mit Informationsvermittlung zu affektiven Störungen und ihrer Behandlung bzw. zu Selbsthilfestrategien im Rahmen eines Depressionsseminars (incl. Therapiebegleitheft)
- Zu 3) Planung, Durchführung und Nachbesprechung von Übungen zur Aktivitätsplanung, zum Aufbau von Sozialkontakten und zur Beziehungspflege im Rahmen der Einzeltherapie und einer Problemlösegruppe; Teilnahme an einem euthymen Angebot (in erster Linie Genussgruppe, alternativ Meditatives Gestalten, Musiktherapeutisches Projekt usw.) zum Wiederaufbau der Genussfähigkeit und positiver Aktivitäten
- Zu 4) Systematische Selbstbeobachtung, Analyse und Änderung dysfunktionaler Kognitionsmuster im Rahmen der Einzeltherapie und der Problemlösegruppe
- Zu 5) Einüben von Entspannungstechniken bei Teilnahme an einer Progressiven Muskelentspannung nach Jacobsen und einem Tiefenentspannungstraining mit

>>>

Imagination und Atemtechniken, ggf. ergänzt durch Teilnahme an der Atemtherapie, Reduktion der hohen Grundanspannung und Verbesserung der vegetativen Stabilität bei Teilnahme an einer Sporttherapeutischen Gruppe, nach Einführung ggf. ergänzt durch regelmäßiges Fitnesstraining und Ausdauersport in der therapiefreien Zeit

- Zu 6) Bearbeitung der Hintergrundproblematik, indikationsabhängig mit Aufbau adäquater Problemlösestrategien bei Teilnahme an der interaktionellen Problemlösegruppe, alternativ auch Durchführung von Rollenspielen und anderen Selbstsicherheitsübungen im Rahmen einer Selbstsicherheitsgruppe
- Zu 7) In Abhängigkeit der weiteren individuellen Ziele Teilnahme an zusätzlichen themenzentrierten Angeboten wie Adipositasgruppe etc.
- Zu 8) Bei entsprechender Auftragsstellung Begutachtung der Leistungsfähigkeit sowie Klärung sozialmedizinischer Fragen und beruflicher Perspektiven im Rahmen der Einzeltherapie, ggf. Arbeitstherapie und bei soziotherapeutischer Beratung

Behandlungsergebnisse im Berichtszeitraum

Im Folgenden sollen für das Berichtsjahr die Behandlungsergebnisse für alle Patienten mit depressiven Störungen, unabhängig von dem jeweiligen zusätzlichen Behandlungsschwerpunkt bzw. den weiteren Behandlungsangeboten (z.B. Burnoutgruppe oder Mobbinggruppe etc.) dargestellt werden, weil depressive Störungen im Klientel der AHG Klinik Berus die größte Gruppe psychischer Erkrankungen darstellen. Bei den Ergebnissen können daher teilweise Überlappungen mit den Darstellungen zur Behandlung von Burnout, Mobbing und den anderen Störungsbildern entstehen.

Die Effektstärken der Veränderungen zwischen Klinikaufnahme und -entlassung wurden berechnet nach Hartmann et al. (1992), wobei neben den Mittelwerten auch die Streuungen zu beiden Messzeitpunkten berücksichtigt wurden. Effektstärkenwerte für $ES < 0.3$ bedeuten geringe Effektstärken, Werte für $0.3 < ES < 0.8$ mittlere und für $ES > 0.8$ hohe Effektstärken. Im Berichtsjahr ergaben sich für Patienten mit depressiven Störungen folgende Veränderungen zwischen Klinikaufnahme und -entlassung:

Variable	N	Aufnahme		Entlassung		Effektstärke	Bewertung der Effektstärke
		MW	SD	MW	SD		
Health-49 Skala Depressivität	845	2,14	0,9	1,52	1,0	0,7	mittel
Health-49 Gesamtwert	845	1,70	0,7	1,23	0,8	0,6	mittel
BDI II Summenwert	850	28,8	11,1	19,4	13,3	0,8	hoch

In dem Patientenentlassfragebogen der AHG Klinik Berus (Fachausschuss des AHG-Wissenschaftsrates, 2011) gaben die Patienten bei Gesamteinschätzung der Veränderung ihres Gesundheitszustandes durch die Behandlung folgende Werte an:

Zustand bei Entlassung - Gesamteinschätzung der Veränderung des Gesundheitszustandes durch Behandlung (aus Patientensicht)	N	%	% kum.	Bewertung
stark verbessert	133	16,4	16,4	verbessert
etwas verbessert	416	51,2	67,6	
gleich geblieben	207	25,5	93,1	gleich geblieben
etwas verschlechtert	40	4,8	97,9	verschlechtert
stark verschlechtert	17	2,1	100,0	

Damit haben sich 67,6% der Patienten aus subjektiver Sicht in ihrem Gesundheitszustand durch die Behandlung verbessert.

Konzeptbezogene Literaturbeispiele

Hautzinger, M. (2003, 6. Auflage). Kognitive Verhaltenstherapie bei Depressionen. Weinheim: Beltz/PVU.

Hinsch, J. & Pfingsten, U. (2007, 5. Auflage). Gruppentraining sozialer Kompetenzen GSK. Grundlagen, Durchführung, Anwendungsbeispiele. Beltz/PVU.

Koppenhöfer, E. (2004). Kleine Schule des Genießens. Ein verhaltenstherapeutisch-orientierter Behandlungsansatz zum Aufbau positiven Erlebens und Handelns. Lengerich: Pabst Science Publishers.

Pitschel-Walz, G. (2005). Psychoedukative Gruppen für Patienten mit Depressionen und für deren Angehörige: Wissenschaftliche Fundierung, praktische Durchführung und Akzeptanz. In: B. Behrendt & A. Schaub (Hrsg.), Handbuch Psychoedukation und Selbstmanagement. Verhaltenstherapeutische Ansätze für die klinische Praxis (247-272). Tübingen: dgvt Verlag.

Behandlung psychosomatischer Störungen bei Mobbing

Josef Schwickerath

Einleitung

Das Phänomen Mobbing gewinnt in einer sich verändernden Arbeitswelt immer mehr an Bedeutung. Mobbing beschreibt den Prozess, Mitarbeiter über längere Zeit zu schikanieren, Mobbing beinhaltet, dass jemand am Arbeitsplatz von Kollegen, Vorgesetzten oder Untergebenen schikaniert, belästigt, drangsaliert, beleidigt, ausgegrenzt oder beispielsweise mit kränkenden Arbeitsaufgaben bedacht wird, wobei der oder die Mobbingbetroffene unterlegen ist. Mobbing liegt nur vor, wenn es häufig und wiederholt auftritt (mindestens einmal pro Woche) und sich über einen längeren Zeitraum erstreckt (mindestens ein halbes Jahr). Zu den Folgen von Mobbing geben fast 99% der Betroffenen Auswirkungen auf das Arbeits- und Leistungsverhalten in Form von Demotivation, Misstrauen, Nervosität, Verunsicherung, sozialer Rückzug u.ä. an. Über 40% erkranken infolge von Mobbing, davon wiederum fast die Hälfte für mehr als 6 Wochen. Schlafschwierigkeiten, Angespanntheit, Nervosität, Kopfschmerzen, depressive Verstimmungen, Angststörungen, Alkohol- und Medikamentenmissbrauch sind einige der Folgen. Bei den Ursachen lassen sich drei Bereiche unterscheiden: die Organisation oder die Gruppe, die Mobbingtäter, das Mobbingopfer.

Behandlungskonzept

Die AHG Klinik Berus im Saarland entwickelte als erste Klinik bereits 1999 ein Therapiekonzept für an den Folgen von Mobbing Betroffene. Bisher sind mehr als 1000 Patienten mit diesen Problemen behandelt worden. Die Therapie der AHG Klinik Berus basiert auf den wissenschaftlich fundierten und überprüften Verfahren der Verhaltenstherapie. Die Therapie besteht aus Einzel- und Gruppentherapie, der therapeutische Prozess ist durch vier verschiedene Phasen charakterisiert:

1. Distanz schaffen,
2. die Zusammenhänge der Mobbingssituation verstehen lernen („hinter die Kulissen schauen“),
3. Entscheidungen zur beruflichen Zukunft treffen und
4. handlungsorientierte Bewältigungsschritte, z.B. Veränderung der inneren Antreiber durch kognitive Restrukturierung, Ärgerbewältigung durch Rollenspiele u.ä. einüben.

Dem Aufbau der unverzichtbaren Veränderungsmotivation ist durch das individuelle Motto für die weitere berufliche Perspektive Rechnung getragen. Wichtigster Bestandteil der Therapie ist die Mobbinggruppe. Die Patienten erhalten zu Beginn grundlegende Informationen zu der Problematik Mobbing einschließlich einer Definition und der Abgrenzung zu aktuellen Arbeitskonflikten. Es geht dabei v.a. um die Vermittlung eines allgemeinen Konflikt- bzw. Stressmodells, ergänzt durch ein auf die Mobbingproblematik zugeschnittenes Teufelskreismodell.

Einen zweiten Schwerpunkt bildet die Analyse und Bearbeitung des so genannten Fremdanteils. Es werden die organisatorischen Probleme oder strukturellen Probleme der Organisation des Unternehmens oder der Firma, in der der Patient beschäftigt ist, herausgearbeitet. Als dritter Baustein werden Eigenanteile herausgearbeitet. Dabei können u.a. Kränkungen, Enttäuschungen, fehlende Problemlösestrategien oder die Tendenz, nicht nein sagen zu können, deutlich werden. Im Zentrum steht die individuelle Verhaltensanalyse.

Als letzter Baustein gilt es, eine Veränderungsmotivation mit dem Patienten aufzubauen. Dahinter verbirgt sich für den Patienten auch die Sinnhaftigkeit seines weiteren beruflichen Tuns bzw. der Stellenwert, den der Patient seiner weiteren beruflichen Zukunft beimisst.

Eingebettet ist die Arbeit in der Mobbinggruppe in einen Behandlungsablauf, der von dem Bezugstherapeuten mit dem Patienten gemeinsam in der Einzeltherapie erarbeitet und durch flankierende therapeutische Maßnahmen problemlöseunterstützend und stabilisierend ergänzt wird: Euthymes Angebot wie Genussgruppe, Entspannungstraining, Ergotherapie, Sport- und Bewegungstherapie, Soziotherapie mit dem Schwerpunkt der Reintegration in den Arbeitsprozess, Maßnahmen der stufenweisen Wiedereingliederung, Fragen zur wirtschaftlichen Absicherung etc..

Die Therapie wurde wissenschaftlich begleitet. Im Rahmen einer Katamnese nach 1-2 Jahren schildern die Patienten bei der Frage, wovon sie am meisten profitiert haben, dass sie an erster Stelle ihre Werte und Ziele neu festgelegt haben. Weiterhin profitiert haben die Patienten von der Erfahrung, dass sie mit ihrem Problem nicht allein gelassen wurden, wie dies von den Mobbingpatienten vor der Therapie häufig erlebt wurde, dass sie eine Entscheidung getroffen haben und einen Lösungsweg für die berufliche Zukunft erarbeitet haben.

Behandlungsergebnisse im Berichtszeitraum

Die Effektstärken der Veränderungen zwischen Klinikaufnahme und -entlassung wurden berechnet nach Hartmann et al. (1992), wobei neben den Mittelwerten auch die Streuungen zu beiden Messzeitpunkten berücksichtigt wurden. Effektstärkenwerte für $ES < 0.3$ bedeuten geringe Effektstärken, Werte für $0.3 < ES < 0.8$ mittlere und für $ES > 0.8$ hohe Effektstärken. Im Berichtsjahr ergaben sich für Patienten mit psychosomatischen Störungen bei Mobbing folgende Veränderungen zwischen Klinikaufnahme und -entlassung:

Variable	N	Aufnahme		Entlassung		Effektstärke	Bewertung der Effektstärke
		MW	SD	MW	SD		
Health-49 Gesamtwert	153	1,62	0,8	1,11	0,7	0,7	mittel
BDI II Summenwert	153	26,4	11,5	19,6	11,4	0,5	mittel

>>>

In dem Patientenentlassfragebogen der AHG Klinik Berus (Fachausschuss des AHG-Wissenschaftsrates, 2011) gaben die Patienten bei Gesamteinschätzung der Veränderung ihres Gesundheitszustandes durch die Behandlung folgende Werte an:

Zustand bei Entlassung - Gesamteinschätzung der Veränderung des Gesundheitszustandes durch Behandlung (aus Patientensicht)	N	%	% kum.	Bewertung
stark verbessert	23	15,6	15,6	verbessert
etwas verbessert	77	52,4	68,0	
gleich geblieben	35	23,8	91,8	gleich geblieben
etwas verschlechtert	7	4,8	96,6	verschlechtert
stark verschlechtert	5	3,4	100,0	

Damit haben sich 68,0% der Patienten aus subjektiver Sicht in ihrem Gesundheitszustand durch die Behandlung verbessert.

Konzeptbezogene Literaturbeispiele

Schwickerath, J., Carls W., Zielke M. & Hackhausen W. (2004). Mobbing am Arbeitsplatz – Grundlagen, Beratungs- und Behandlungskonzepte. Lengerich: Pabst Science Publishers.

Schwickerath, J. (2005). MOBBING am Arbeitsplatz – Grundlagen und stationäre Verhaltenstherapie psychosomatischer Erkrankungen bei Mobbing. Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation 69, 132-145.

Schwickerath, J. (2009). Mobbing am Arbeitsplatz – Stationäre Verhaltenstherapie von Patienten mit Mobbing Erfahrungen. Lengerich: Pabst Science Publishers.

Schwickerath, J. & Holz, M. (2012). Mobbing am Arbeitsplatz: Trainingsmanual für Psychotherapie und Beratung. Weinheim: Beltz-Verlag.

Behandlung von Pathologischem Spielen

Josef Schwickerath

Behandlungskonzept

Beim Pathologischen Spielen handelt es sich um ein andauerndes und wiederkehrendes fehlangepasstes Spielverhalten. Seit 1987 werden in der AHG Klinik Berus pathologische Glücksspieler nach einem verhaltenstherapeutischen Konzept behandelt.

Nach dem Vorgespräch beinhaltet die stationäre Therapie im Wesentlichen drei zeitlich variierende Schwerpunktphasen:

In der ersten Phase werden neben der medizinischen und psychiatrischen Diagnostik eine ausführliche Verhaltensanalyse über das Spielverhalten und die Hintergrundprobleme der Patienten erstellt und die langfristige Motivation geklärt. Danach wird ein Therapievertrag vereinbart, in dem u.a. für die Anfangsphase der Umgang mit Geld und Ausgangsregelungen als Fremdkontrollmaßnahmen festgelegt werden. In dieser ersten Phase werden auch die Therapieziele definiert, ferner wird ein plausibles, verhaltenstherapeutisch geleitetes Erklärungsmodell des Spielens erarbeitet (z.B. positives Verstärkermodell nach kurzfristigen Gewinnen und Fluchtmodell bei Alltagsproblemen).

In der zweiten Phase liegt der Schwerpunkt auf der Bearbeitung der Hintergrundproblematik, die bei pathologischen Glücksspielern z.B. aus Partnerschafts- und Familienschwierigkeiten, beruflichen Problemen, Depressionen, Verlust an Sinnorientierung, Unfähigkeit zu einer angemessenen Freizeitgestaltung sowie Kontakt- und Kommunikationsstörungen bestehen können. Darüber hinaus findet in der zweiten Phase ein schrittweiser Aufbau von Selbstkontrolle statt. Der Patient bzw. die Patientin erlernt z.B. eine Bewältigungsstrategie zur Distanzierung von real gegebenen oder erwarteten Versuchungssituationen und Impulsen zum Spielen.

Behandlungsangebot

Begleitend zur Einzeltherapie ist die Teilnahme an der Spielergruppe verpflichtend. Hier geht es zum einen um die Vermittlung von Informationen (z.B. Funktionsweisen von Geldautomaten, magisches Denken usw.). Zum anderen besteht der wesentliche Baustein in der Bearbeitung der dem Spielen zugrunde liegenden Hintergründe und Zusammenhänge. Der Einstieg in die Spielergruppe ist jederzeit möglich, was den Vorteil bietet, dass so genannte „alte Hasen“ als therapeutisches Modell für Therapieanfänger dienen. Die Gruppenteilnehmer werden durch schriftliche Informationen über das Ziel und die Gruppenregeln vorbereitet.

In der Spielergruppe werden mit den einzelnen Patienten die ihrem Spielen zugrunde liegenden typischen Verhaltensmuster (Flucht vor Verantwortung, Unehrlichkeit, Selbstüberschätzung) erarbeitet. Hier ist es das Ziel, dass die Spieler zum einen das Spielen im Sinne eines verhaltenstherapeutisch geleiteten Modells verstehen und zum anderen eine zielorientierte Veränderung eingeleitet wird. Bei der intensiven Auseinandersetzung wer-

den bei vielen Spielern neben der krisenhaften Zuspitzung in den o.g. Bereichen auch die oft nicht eingestandenen Ängste vor Einsamkeit bzw. allein gelassen zu werden, Angst vor Ablehnung, Suche nach Geborgenheit deutlich, die oft schon seit früher Kindheit durch starke Verwöhnung oder einen inkonsequenten Erziehungsstil, fehlende angemessene Modelle durch Abwesenheit des Vaters beispielsweise überkompensiert wurden. Neben der stimmigen, plausiblen Erklärung durch die Gruppe, die das in der Einzeltherapie erarbeitete Erklärungsmodell ergänzt, geht es um eine realistische Lösungsperspektive, wobei auch die Gruppe als Korrektiv für überhöhte und unrealistische Perspektiven dient. Je nach individueller Indikation nehmen die Spieler zusätzlich an weiteren verhaltenstherapeutischen Gruppen teil (z.B. Selbstsicherheitsgruppe, Entspannungstraining, Depressionsseminar) sowie an Gruppen der Abteilung für Rehabilitationspädagogik (Sport-, Ergo- und Soziotherapie) und der Physiotherapie. Auch der Umgang mit den oft hohen Schulden wird bei soziotherapeutischer Beratung im Sinne einer Schuldnerberatung vorbereitet bzw. unmittelbar zu klären versucht.

In der dritten Phase werden die Problemlösestrategien, die zur Bewältigung der Hintergrundproblematik erarbeitet wurden, zu stabilisieren versucht. Die Selbstkontrolle festigt sich durch ein zunehmend eigenverantwortliches Umgehen mit Situationen und Bedingungen, die früher zu unkontrolliertem Spielen geführt hatten. Es wird ausführlich über mögliche Rückfälle gesprochen, wobei neben der Analyse der konkreten Bedingungen zum Rückfall v.a. auch die Frage beantwortet wird, was der Patient bzw. die Patientin lernen muss, um Krisensituationen besser bewältigen zu können. Schließlich erfolgt die Vorbereitung auf die nachstationäre Zeit. Die Patienten sollen die Therapie in ambulantem Rahmen (ambulante Psychotherapie, Beratungsstelle, Selbsthilfegruppe) weiterführen. Hierfür wird versucht, die entsprechende Motivation aufzubauen und weiterführende Anlaufstellen zu vermitteln.

Die Wirksamkeit der Behandlung wurde wiederholt durch zwei Katamnesen geprüft. Die Ergebnisse zeigen die Wirksamkeit der stationären Therapie für pathologische Spieler (siehe auch Gliederungspunkt 3.2.4).

Behandlungsergebnisse im Berichtszeitraum

Die Effektstärken der Veränderungen zwischen Klinikaufnahme und -entlassung wurden berechnet nach Hartmann et al. (1992), wobei neben den Mittelwerten auch die Streuungen zu beiden Messzeitpunkten berücksichtigt wurden. Effektstärkenwerte für $ES < 0.3$ bedeuten geringe Effektstärken, Werte für $0.3 < ES < 0.8$ mittlere und für $ES > 0.8$ hohe Effektstärken. Im Berichtsjahr ergaben sich für Pathologische Spieler folgende Veränderungen zwischen Klinikaufnahme und -entlassung:

Variable	N	Aufnahme		Entlassung		Effektstärke	Bewertung der Effektstärke
		MW	SD	MW	SD		
Health-49 Gesamtwert	115	1,13	0,5	0,64	0,6	0,9	hoch
BDI II Summenwert	122	24,1	11,5	13,1	8,6	1,0	hoch

In dem Patientenentlassfragebogen der AHG Klinik Berus (Fachausschuss des AHG-Wissenschaftsrates, 2011) gaben die Patienten bei Gesamteinschätzung der Veränderung ihres Gesundheitszustandes durch die Behandlung folgende Werte an:

Zustand bei Entlassung - Gesamteinschätzung der Veränderung des Gesundheitszustandes durch Behandlung (aus Patientensicht)	N	%	% kum.	Bewertung
stark verbessert	30	25,0	25,0	verbessert
etwas verbessert	64	53,3	78,3	
gleich geblieben	23	19,2	97,5	gleich geblieben
etwas verschlechtert	2	1,7	99,2	verschlechtert
stark verschlechtert	1	0,8	100,0	

Damit haben sich 78,3% der Patienten aus subjektiver Sicht in ihrem Gesundheitszustand durch die Behandlung verbessert.

Konzeptbezogene Literaturbeispiele

Meyer G., Bachmann M. (2005). Spielsucht Ursachen und Therapie. 2. Auflage. Berlin: Springer.

Petry, J. (2003). Glücksspielsucht: Entstehung, Diagnostik und Behandlung. Göttingen: Hogrefe.

Schwickerath J., Carls, W., Simons, A. (1998). Die Gruppe als gruppendynamischer Baustein der stationären verhaltenstherapeutischen Spielerbehandlung. Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation 43, 68-73.

Schwickerath, J., Ladwein, S., Premper, V. & Petry, J. (2013). „Was begünstigt den langfristigen Therapieerfolg bei Pathologischem Glücksspiel?“ – Ergebnisse einer Katamnese. Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation 91, 115-130.

Zielke, M. & Schwickerath, J. (2013) (Hrsg.). Pathologisches Glücksspielen und Internet-Krankheit. Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation 91.

Behandlung von dekompensiertem chronischen Tinnitus

Jürgen Horn

Behandlungskonzept

Seit 1997 gibt es in der AHG Klinik Berus ein qualifiziertes Behandlungsangebot für Patienten mit chronischen Ohrgeräuschen und assoziierten Störungen wie Hyperakusis. Die Behandlung stützt sich auf die drei Säulen Informationsvermittlung, Symptombewältigung und Bearbeitung von Hintergrundproblemen.

Chronischer Tinnitus in seiner dekompensierten Form findet sich häufig in Zusammenhang mit komorbiden affektiven Störungen oder Angststörungen. Darüber hinaus zeigt er sich auch als symptomatischer Kristallisationskern bei psychosozialen Problemen wie Mobbing oder nach life-events traumatischen Charakters. Aus diesem Grunde muss fast regelmäßig auf das gesamte Methodenrepertoire und die Angebotsvielfalt einer verhaltensmedizinischen Einrichtung zurück gegriffen werden, um eine effiziente Behandlung des Tinnitus zu gewährleisten.

Die AHG Klinik Berus arbeitet mit der Deutschen Tinnitusliga e.V. zusammen und hat in diesem Rahmen in den vergangenen Jahren an der Erarbeitung von Qualitätsstandards der stationären Tinnitustherapie mitgewirkt. Regional kooperiert die Klinik mit HNO-Ärzten. Diese führen evtl. ausstehende Diagnostik durch und verordnen gegebenenfalls Hörhilfen oder Rauschgeräte zur Förderung der Tinnitushabitation.

Es werden Informationsveranstaltungen für interessierte Selbsthilfegruppen in der Klinik angeboten. 2008 wurde die Tinnitusbehandlung um das Konzept der achtsamkeitsbasierten Tinnitusbewältigung ergänzt, worüber auch mehrfach berichtet wurde (vgl. Schulgen et al., 2008).

Behandlungsangebot

Einzeltherapie

Wesentliche Bedingungen der Tinnituschronifizierung und –dekompensation sind nach wissenschaftlichen Erkenntnissen u.a. Parameter wie allgemeine Lebenszufriedenheit, Depressivität und Schlafstörungen. In der Einzeltherapie werden daher die individuellen Bedingungen, unter denen der Tinnitus und die Hyperakusis aufrechterhalten werden, analysiert und hinterfragt. Hier spielen Themen wie überwertige Leistungs- und Normenorientierung, Meideverhalten, zwanghaftes Ablenken, Körperchecking, Krankheitsängste u.ä. eine Rolle. Es wird ein sekundärer, vom Tinnituserleben abgeleiteter Symptomstress unterschieden von einem primären, im Ursachengefüge des Tinnitus relevantem Stresserleben. Auf der Basis dieses Modelles der Krankheitsentstehung und –aufrechterhaltung werden Lösungswege erarbeitet und individuell getestet.

Tinnitusbewältigungsgruppe

Daneben wird eine themenzentrierte Gruppe „Tinnitusgruppe“ angeboten, in der wesentliche Informationen zum Thema Tinnitus und Hören vermittelt werden. Dies dient der Entkatastrophisierung des Symptomes, der Motivierung der oft stark demoralisierten Patienten sowie der Modifikation dysfunktionalen Bewältigungsverhaltens. In Form von Übungen wird ein spielerischer und gelassener Umgang mit dem Ohrgeräusch geprobt.

Achtsamkeitstraining

Der quälende Charakter eines Ohrgeräusches wird nicht primär durch seine physikalischen oder psychoakustischen Merkmale, sondern durch die Art der psychischen Fokussierung bestimmt. Der „Kampf mit dem Symptom“ im Rahmen sekundärer negativer Bewertungsprozesse führt letzten Endes zur Dauerfokussierung und quälendem emotionalen Unbehagen. In der Achtsamkeitsgruppe werden daher u.a. speziell für unsere Tinnitus-Patienten Fähigkeiten wie gelassenes, nicht wertendes Wahrnehmen und Einstellungen wie Geduld, Loslassen, Verweilen im Hier-und-Jetzt und Akzeptanz vermittelt. Die Patienten nehmen dazu über 4 Wochen einmal wöchentlich an einer Informationsveranstaltung teil (Achtsamkeitsseminar). Diese wird jeweils ergänzt durch eine intensive Übungseinheit, in der meditative Techniken erlernt werden (Achtsamkeitstraining, Übungsgruppe). Die Patienten werden mit anleitendem Material versorgt, mittels dessen sie zwischen den Sitzungen täglich in Eigenregie üben.

Sonstige Angebote

Neben der kognitiven und emotionalen Ebene geschieht Tinnitusbewältigung vor allem auch auf einer physiologischen Ebene. Hier kommen bewegungstherapeutische Methoden, Kraniosakraltherapie, Tai Chi, Yoga, aber auch Musiktherapie und verschiedene Entspannungsmethoden zum Einsatz.

Die Behandlung hat sich in der Evaluation mittels Tinnitusfragebogen nach Göbel und Hiller als wirksam erwiesen. Sowohl zum Zeitpunkt der Entlassung aus der stationären Behandlung als auch ein Jahr danach zeigten sich gute und stabile Verbesserungen hinsichtlich des Beeinträchtigungserlebens durch Tinnitus.

Behandlungsergebnisse im Berichtszeitraum

Die Effektstärken der Veränderungen zwischen Klinikaufnahme und -entlassung wurden berechnet nach Hartmann et al. (1992), wobei neben den Mittelwerten auch die Streuungen zu beiden Messzeitpunkten berücksichtigt wurden. Effektstärkenwerte für $ES < 0.3$ bedeuten geringe Effektstärken, Werte für $0.3 < ES < 0.8$ mittlere und für $ES > 0.8$ hohe Effektstärken. Im Berichtsjahr ergaben sich für Tinnitus-Patienten folgende Veränderungen zwischen Klinikaufnahme und -entlassung:

	N	Aufnahme		Entlassung		Effektstärke	Bewertung der Effektstärke
Variable		MW	SD	MW	SD		
Health-49 Gesamtwert	168	1,47	0,8	1,12	1,1	0,4	mittel
BDI II Summenwert	170	23,4	12,6	15,1	15,4	0,6	mittel

>>>

In dem Patientenentlassfragebogen der AHG Klinik Berus (Fachausschuss des AHG-Wissenschaftsrates, 2011) gaben die Patienten bei Gesamteinschätzung der Veränderung ihres Gesundheitszustandes durch die Behandlung folgende Werte an:

Zustand bei Entlassung – Gesamteinschätzung der Veränderung des Gesundheitszustandes durch Behandlung (aus Patientensicht)	N	%	% kum.	Bewertung
stark verbessert	20	13,5	13,5	verbessert
etwas verbessert	76	51,4	64,9	
gleich geblieben	42	28,4	93,3	gleich geblieben
etwas verschlechtert	9	6,1	99,4	verschlechtert
stark verschlechtert	1	0,7	100,0	

Damit haben sich 64,9% der Patienten aus subjektiver Sicht in ihrem Gesundheitszustand durch die Behandlung verbessert.

Konzeptbezogene Literaturbeispiele

Horn, J., Follert, P. (2001). Die stationäre verhaltensmedizinische Behandlung des dekompenzierten chronischen Tinnitus. In: M. Zielke, H. von Keyserlingk & W. Hackhausen (Hrsg.), Angewandte Verhaltensmedizin in der Rehabilitation (774-789). Lengerich: Pabst Science Publishers.

Horn, J. (2004). Mobbing und Innenohrerkrankungen am Beispiel des chronischen Tinnitus. In: J. Schwicklerath, M. Zielke & W. Carls (Hrsg.), Mobbing am Arbeitsplatz, Lengerich: Pabst Science Publishers.

Rudolph, F.M., Stadtfeld-Oertel, P., Horn, J. (2004). Tinnitus und ICF. Praxis der Verhaltenstherapie, Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation, (17), 67, 238-243.

Horn, J. (2005). Quälgeist Tinnitus – Zum Umgang mit chronischen Ohr- und Kopfgeräuschen. Ein Ratgeber für Betroffene. München: CIP-Medien-Verlag.

Schulgen, C. Horn, J., Senft, W. (2008). Achtsamkeit und Emotionsregulation bei Patienten mit chronischem Tinnitus – Effekte achtsamkeitsbasierter Interventionen im stationären Setting. Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation (21), 81, 224-236.

Traumatherapie

Rolf Keller

Behandlungskonzept

Mit dem 1999 entwickelten und seitdem konsequent optimierten Konzept für Trauma-diagnostik und Traumatherapie nimmt die AHG Klinik Berus unter vergleichbaren stationären Behandlungseinrichtungen, die Traumatherapie anbieten, eine Vorreiterstellung ein. Die Stärke des Traumakonzepts der AHG Klinik Berus liegt in der wissenschaftlichen Fundierung, der Interdisziplinarität, Klarheit und Stringenz der Umsetzung. Den theoretischen Bezugsrahmen liefert das 3-Phasen-Modell der Traumatherapie mit Stabilisierungs-, Konfrontations- und Integrationsphase (Keller & Riedel, 2001; Keller et al., 2003; Frommberger & Keller, 2007; Keller, 2011). Kernstück ist dabei ein kognitiv-verhaltenstherapeutisches Erklärungs- und Veränderungsmodell psychischer Traumafolgestörungen, aus dem sich das methodische Vorgehen ableitet.

In der Stabilisierungsphase ist es das Hauptziel, dass sich die Betroffenen körperlich, psychisch und sozial soweit stabilisieren, dass sie den Alltag bewältigen und eine gezielte Konfrontation mit den belastenden Erinnerungen ertragen können. In dieser Phase wird die Auseinandersetzung mit den traumatischen Erlebnissen explizit ausgeklammert. Hier werden u.a. Strategien zur Spannungsreduktion bzw. Distanzierungstechniken eingeübt und Informationen über Trauma und Traumabewältigung vermittelt.

In der Konfrontationsphase liegt der Fokus auf intrusivem Wiedererleben, affektiver Überflutung und daraus resultierenden Verhaltensänderungen. Eine Traumakonfrontation darf erst dann erfolgen, wenn die Patienten psychisch und körperlich ausreichend stabilisiert sind. Angestrebt wird eine schrittweise Habituation bei prolongierter Konfrontation mit dem Trauma und den Traumafolgen beim Abbau von kognitiver und motorischer Vermeidung sowie eine Änderung dysfunktionaler kognitiver Schemata. Die Wahl der traumatherapeutischen Konfrontationsmethode (u.a. auch EMDR) hängt von der differentiellen Indikation ab. Dabei wird den Unterschieden bei der Behandlung von einfach und komplex Traumatisierten Rechnung getragen.

Das Hauptziel der Integrationsphase ist darin zu sehen, dass sich die Betroffenen weiter stabilisieren und mit dem Trauma und seinen Folgen leben lernen, statt nur zu überleben. Hier geht es um die Integration des Traumas und seiner Folgen in die persönliche Entwicklung mit Themen wie Trauerbewältigung, Akzeptanz von Verlusten, Klärung der langfristigen Zukunftsperspektiven, soziale und berufliche Rehabilitation bzw. Reintegration, Organisation der weiteren sozialen bzw. therapeutischen Unterstützung und Rückfallprophylaxe. Die drei Phasen des traumatherapeutischen Vorgehens müssen nicht in jedem Fall sukzessiv ablaufen, sondern Ziele und Methoden der einen oder anderen Phase können unter bestimmten Voraussetzungen auch simultan miteinander verknüpft werden.

>>>

Behandlungsangebot

Integraler Bestandteil der Therapie ist die verhaltenstherapeutische Einzeltherapie. Hier werden bewährte traumatherapeutische Methoden in einem verhaltenstherapeutischen Ansatz kombiniert und je nach differentieller Indikation angewendet. In einem traumatherapeutischen Stabilisierungstraining werden spezielle Techniken zum Flashback- und Dissoziationsstopp sowie zur Spannungsreduktion im Sinne eines Skilltrainings in der Gruppe vermittelt und eingeübt. In einer interaktionellen Traumagruppe bietet sich die Möglichkeit, sich mit den anderen Gruppenmitgliedern über die traumatischen Erlebnisse in klar strukturierter Form auszutauschen und gegenseitig zu unterstützen. Nach Informationen über Trauma und Traumabewältigung werden Stabilisierungstechniken vermittelt, Methoden zur Traumakonfrontation aufgezeigt und Maßnahmen zur Integrationsphase besprochen. Eine wesentliche Rolle bei der Behandlung sexuell traumatisierter Frauen kommt einer speziellen Körpererfahrungsgruppe für diese Frauen zu. Bei ressourcenorientiertem Vorgehen wird hier der Fokus v.a. auf eine verbesserte Körperwahrnehmung und Körperakzeptanz, Abgrenzungsfähigkeit und Nähe-Distanz-Regulation gelegt. Die Teilnahme an einer Selbstsicherheitsgruppe und weiteren themenzentrierten Angeboten wie Depressions- oder Angst-Zwangs-Seminar, Essstörungsgruppe usw. kann den Therapieplan sinnvoll ergänzen. Als Methoden der Integrationsphase sind primär ressourcenorientierte Interventionen heranzuziehen, wie sie bereits in der Stabilisierungsphase zur Anwendung kommen. Abhängig von den individuellen Therapiezielen bieten sich zusätzlich ergo- und soziotherapeutische Maßnahmen zur beruflichen Reintegration, sport- und physiotherapeutische Maßnahmen bei körperlichem Funktionstraining, oder Sozialberatung zu Wohnungsfragen, Fragen der finanziellen bzw. wirtschaftlichen Absicherung und Klärung der ambulanten oder teilstationären Nachsorge an.

Das Behandlungskonzept für Traumafolgestörungen an der AHG Klinik Berus wird kontinuierlich evaluiert und verbessert. Sowohl zum Zeitpunkt der Entlassung aus der stationären Behandlung als auch ein Jahr nach Klinikaufenthalt (1-Jahres-Katamnese) fanden sich wiederholt deutliche Besserungsraten im Hinblick auf die Traumasymptomatik. Diese Ergebnisse belegen die Wirksamkeit und die Langzeiteffekte der stationären Traumatherapie an der AHG Klinik Berus (siehe auch Gliederungspunkt 3.2.4).

Behandlungsergebnisse im Berichtszeitraum

Die Effektstärken der Veränderungen zwischen Klinikaufnahme und -entlassung wurden berechnet nach Hartmann et al. (1992), wobei neben den Mittelwerten auch die Streuungen zu beiden Messzeitpunkten berücksichtigt wurden. Effektstärkenwerte für $ES < 0.3$ bedeuten geringe Effektstärken, Werte für $0.3 < ES < 0.8$ mittlere und für $ES > 0.8$ hohe Effektstärken. Im Berichtsjahr ergaben sich für Traumagruppenteilnehmer folgende Veränderungen zwischen Klinikaufnahme und -entlassung:

Variable	N	Aufnahme		Entlassung		Effektstärke	Bewertung der Effektstärke
		MW	SD	MW	SD		
Health-49 Gesamtwert	108	1,98	0,8	1,63	0,8	0,4	mittel
BDI II Summenwert	108	30,6	11,3	22,1	12,2	0,7	mittel

In dem Patientenentlassfragebogen der AHG Klinik Berus (Fachausschuss des AHG-Wissenschaftsrates, 2011) gaben die Patienten bei Gesamteinschätzung der Veränderung ihres Gesundheitszustandes durch die Behandlung folgende Werte an:

Zustand bei Entlassung - Gesamteinschätzung der Veränderung des Gesundheitszustandes durch Behandlung (aus Patientensicht)	N	%	% kum.	Bewertung
stark verbessert	7	7,1	7,1	verbessert
etwas verbessert	49	49,5	56,6	
gleich geblieben	36	36,4	92,9	gleich geblieben
etwas verschlechtert	7	7,1	100,0	verschlechtert
stark verschlechtert	0	0	100,0	

Damit haben sich 56,6% der Patienten aus subjektiver Sicht in ihrem Gesundheitszustand durch die Behandlung verbessert.

Konzeptbezogene Literaturbeispiele

Keller, R. & Riedel, H. (2001). Stationäre verhaltensmedizinische Behandlung von posttraumatischen Belastungsstörungen (PTBS). In: M. Zielke, H. von Keyserlingk, W. Hackhausen (Hrsg.) Angewandte Verhaltensmedizin in der Rehabilitation (201-254). Lengerich: Pabst Science Publishers.

Keller, R., Riedel, H. und Senft, W. (2003). Stationäre Traumatherapie in der Gruppe im Rahmen eines verhaltensmedizinischen Behandlungskonzepts für Posttraumatische Belastungsstörungen. In: M. Zielke, R. Meermann, und W. Hackhausen, (Hrsg.) Das Ende der Geborgenheit. Die Bedeutung von traumatischen Erfahrungen in verschiedenen Lebens- und Ereignisbereichen, Epidemiologie, Prävention, Behandlungskonzepte und klinische Erfahrungen (512-549). Lengerich: Pabst Science Publishers.

Frommberger, U. & Keller, R. (2007) (Hrsg.). Empfehlungen von Qualitätsstandards stationärer Traumatherapie. Indikation, Methoden und Evaluation stationärer Traumatherapie in Rehabilitation, Akutpsychosomatik und Psychiatrie. Arbeitsgruppe „stationäre Traumatherapie“ der Deutschsprachigen Gesellschaft für Psychotraumatologie (DeGPT). Lengerich: Pabst Science Publishers.

Keller, R. (2011). Indikation für stationäre verhaltensmedizinische Traumatherapie bei posttraumatischen Belastungsstörungen nach sozialer Gewalt. In: M. Zielke (Hrsg.), Indikation zur stationären Verhaltenstherapie und medizinischen Rehabilitation bei psychischen und psychosomatischen Erkrankungen (316-342). Lengerich: Pabst Science Publishers.

Französischsprachige Therapie

Heiko Riedel

Im Jahre 2000 erweiterte die AHG Klinik Berus ihr Behandlungsangebot um ein zweisprachiges, deutsch-französischsprachiges Behandlungsteam. Bestand die Zielgruppe der Patienten zunächst aus Grenzgängern, die in Deutschland kranken- und sozialversichert waren, konnten das Einzugsgebiet und die Zielgruppen zunehmend erweitert werden.

Dieses Behandlungsangebot, das zunächst von einer französischsprachigen Einzeltherapie mit wenigen Indikationen und deutschsprachigen Gruppenangeboten, die teilweise mit Übersetzung arbeiteten, ausging, konnte zwischenzeitlich auf alle Indikationen und Behandlungsmodulare der Klinik ausgeweitet werden. Die Personalkompetenz wird dieser Entwicklung des Patientenaufkommens laufend angepasst. Hierzu gehören sowohl Schulungsmaßnahmen, die sowohl von eigenen Mitarbeitern in der Fremdsprache angeboten werden, als auch Intervention von externen Muttersprachlern, und die Einstellung von neuen Mitarbeitern mit entsprechender Sprachkompetenz. Damit verfügt sie als einzige psychosomatische Klinik in Deutschland über die Möglichkeit, ein komplettes Behandlungsangebot, das den aktuellen verhaltenstherapeutischen Standards entspricht, in französischer Sprache auf der Grundlage einer adäquaten kulturellen Kompetenz vorzuhalten.

Die Klinik bietet einen Behandlungskontext an, der auf die (kulturellen) Besonderheiten der Patienten aus den französischsprachigen Nachbarländern eingeht. Dies betrifft sowohl den engeren therapeutischen Rahmen (medizinisch und psychotherapeutisch) als auch die sozialtherapeutischen Aspekte der Behandlung, die Kontakte mit den Vor- und Nachbehandlern oder die Nachsorge. Bei Bedarf werden Belastungserprobungen, auch in Institutionen im näheren französischen Nachbarland, organisiert und durchgeführt. Es werden Hilfestellungen bei beruflichen Wiedereingliederungen geboten. Bei Bedarf können auch sozialmedizinische Leistungsbeurteilungen durchgeführt werden.

Unter bestimmten Voraussetzungen sind auch mehrfache Wiederaufnahmen im Sinne einer Intervalltherapie möglich. Für in Kliniknähe wohnende Patienten besteht bei Zustimmung des Kostenträgers auch die Möglichkeit, nach der stationären Entlassung am ganztägigen ambulanten Nachsorgeangebot teilzunehmen.

Behandlungsergebnisse im Berichtszeitraum

Die Effektstärken der Veränderungen zwischen Klinikaufnahme und -entlassung wurden berechnet nach Hartmann et al. (1992), wobei neben den Mittelwerten auch die Streuungen zu beiden Messzeitpunkten berücksichtigt wurden. Effektstärkenwerte für $ES < 0.3$ bedeuten geringe Effektstärken, Werte für $0.3 < ES < 0.8$ mittlere und für $ES > 0.8$ hohe Effektstärken. Im Berichtsjahr ergaben sich für Patienten aus französisch-sprachigem Einzugsgebiet folgende Veränderungen zwischen Klinikaufnahme und -entlassung:

	N	Aufnahme		Entlassung		Effekt- stärke	Bewertung der Effektstärke
Variable		MW	SD	MW	SD		
Health-49 Gesamtwert	119	1,74	0,8	0,98	0,9	0,8	hoch
BDI II Summenwert	123	26,7	12,3	15,8	13,1	0,8	hoch

In dem Patientenentlassfragebogen der AHG Klinik Berus (Fachausschuss des AHG-Wissenschaftsrates, 2011) gaben die Patienten bei Gesamteinschätzung der Veränderung ihres Gesundheitszustandes durch die Behandlung folgende Werte an:

Zustand bei Entlassung - Gesamteinschätzung der Ver- änderung des Gesundheits- zustandes durch Behandlung (aus Patientensicht)	N	%	% kum.	Bewertung
stark verbessert	19	17,3	17,3	verbessert
etwas verbessert	54	49,1	66,4	
gleich geblieben	22	20,0	86,4	gleich geblieben
etwas verschlechtert	12	10,9	97,3	verschlechtert
stark verschlechtert	3	2,7	100,0	

Damit haben sich 66,4% der Patienten aus subjektiver Sicht in ihrem Gesundheitszustand durch die Behandlung verbessert.

Konzeptbezogene Literaturbeispiele

Schwickerath, J. & Riedel, H. (2008). La thérapie cognitivo-comportementale du jeu pathologique dans un cadre hospitalier. *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive*, 18, p. 157-160.

Schwickerath, J. & Riedel, H. (2008). Les TCC dans le traitement de conflits interactionnels chroniques sur le lieu de travail (harcèlement moral) en milieu hospitalier. *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive*, 18, Hors Série, p. 28.

2.2.1.2. Hauptdiagnosen

Die Häufigkeit der Hauptbehandlungsdiagnosen spiegelt das Indikationsspektrum der AHG Klinik Berus wider. Dabei kommen die Spezialisierungen zum Ausdruck:

Diagnose-Gruppe ICD-10	darin ICD-10-Code	Diagnose	Anzahl in Oberkategorien	Anzahl in Unterkategorien	% Gesamt
F30-F39		Affektive Störungen	714		48,1
	F33	Rezidivierende depressive Störung		420	28,3
	F32	Depressive Episode		283	19,0
	Sonstige			11	0,8
F40		Phobische Störungen	61		4,1
F41		Andere Angststörungen	82		5,5
	F41.0	Panikstörung		13	0,9
	F41.2	Angst und depr. Störungen gemischt		57	3,8
	Sonstige			12	0,8
F42		Zwangsstörungen	45		3,1
F43		Reaktionen auf schwere Belastungen u. Anpassungsstörungen	310		20,9
	F43.1	Posttraumatische Belastungsstörungen		109	7,3
	F43.2	Anpassungsstörungen		195	13,1
	Sonstige			6	0,5
F45		Somatoforme Störungen	39		2,6
	F45.0	Somatisierungsstörung		12	0,8
	F45.4	Anhaltende somatoforme Schmerzstörung		15	1,0
	Sonstige			12	0,8
F48		Andere neurotische Störungen	11		0,7
F50		Essstörungen	19		1,3
	F50.2	Bulimia nervosa		7	0,5
	F50.0	Anorexia nervosa		12	0,8
F60		Persönlichkeitsstörungen	10		0,7
F63		Abnorme Gewohnheiten u. Störungen der Impulskontrolle	123		8,3
	F63.0	Pathologisches Spielen		120	8,1
	Sonstige		3		0,2
E66		Adipositas	3		0,2
H93.1		Tinnitus aurium	23		1,5
Sonstige			44		3,0

Quelle/Stand: Basisdokumentation/31.12.2013

2.2.1.3. Nebendiagnosen

Die häufigsten Nebendiagnosen sind psychische Diagnosen (ICD-10 Kap. F). Unter den somatischen Nebendiagnosen sind am häufigsten Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (ICD-10 Kap. M), gefolgt von Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (ICD-10 Kap. E), insbesondere Adipositas (ICD-10 E66).

Diagnose-Gruppe ICD-10-Code	darin enthalten/ Diagnose-Gruppe	darin ICD-10-Code	Diagnose	Anzahl in Ober- katego- rien	Anzahl in Unter- katego- rien	% Gesamt
Kap. F				1076		39,9
	F10-F19		Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen	156		5,8
		F10	Störungen durch Alkohol		44	1,6
		F17			81	3,0
		Sonstige			33	1,2
	F30-39		Affektive Störungen	257		9,5
		F32	Depressive Episoden		81	3,0
		F33	Rezidivierende depressive Störung		169	6,3
		Sonstige			7	0,2
	F40		Phobische Störungen	74		2,7
		F40.0, F40.01	Agoraphobie, mit/ohne Panikstörung		69	2,6
		Sonstige			5	0,1
	F41		Andere Angststörungen	73		2,7
		F41.0	Panikstörung		42	1,6
		F41.1	Generalisierte Angststörung		17	0,6
		Sonstige			14	0,5
	F42		Zwangsstörungen	30		1,1
	F43		Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	118		4,4
		F43.1	Posttraumatische Belastungsstörung		73	2,7
		F43.2	Anpassungsstörung		45	1,6
		F45	Somatoforme Störungen	99		3,7
		F50	Essstörungen	43		1,6
		F60-62	Persönlichkeitsstörungen	226		8,4
Kap. M			Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	398		14,8
		M1	Arthropathien II		65	2,4

>>>

	M5		Sonstige Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens		280	10,4
		M51	Sonstige Bandscheibenschäden		69	2,6
		M53	Sonstige Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens		108	4,0
		M54	Rückenschmerzen		91	3,4
	Sonstige				53	2,0
Kap. E			Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	441		16,4
	E66		Adipositas		223	8,3
	E78		Störungen des Lipoproteinstoffwechsels und sonstige Lipidämien		93	3,4
	E10-E14		Diabetes mellitus		72	2,6
	Sonstige				53	2,0
Kap. H			Krankheiten des Ohres	348		12,9
	H903		Beidseitiger Hörverlust durch Schallempfindungsstörung		51	1,9
	H93.1		Tinnitus aurium		190	7,0
	H93.2		Sonstige abnorme Hörempfindungen		9	0,4
	Sonstige				98	3,6
Kap. I			Krankheiten des Kreislaufsystems	319		11,8
	I10		Essentielle (primäre) Hypertonie		249	9,2
	I25		Chronische ischämische Herzkrankh.		16	0,6
	Sonstige				54	2,0
Kap. G			Krankheiten des Nervensystems	114		4,2
	G43		Migräne		47	1,7

Quelle/Stand: Basisdokumentation/31.12.2013

2.2.1.4. Kombination von Haupt- und Nebendiagnosen

Die folgenden Tabellen geben die Komorbidität psychischer Hauptdiagnosen mit anderen psychischen bzw. somatischen Erkrankungen wieder.

Die Kombination einer psychischen Hauptdiagnose mit anderen psychischen Störungen lag bei 92,3% der Patienten vor. Dabei werden hier Adipositas (E66) und chronischer Tinnitus (H 93.1) nicht unter den somatischen, sondern den psychischen Störungen subsumiert, da bei diesen beiden Störungsbildern in der Regel überwiegend psychische Faktoren eine Rolle bei der Entstehung und Aufrechterhaltung spielen.

Die Komorbidität einer psychischen Hauptdiagnose mit somatischen Nebendiagnosen fand sich bei 83,2% der Patienten.

>>>

Nicht erfasst wird in den Darstellungen die Komorbidität psychischer Hauptdiagnosen mit einer Kombination aus somatischen und psychischen Nebendiagnosen.

Insgesamt belegen die hohen Komorbiditätsraten, dass in der Psychosomatik häufig komplexe Störungsbilder vorkommen, bei denen ein spezieller interdisziplinärer Behandlungsansatz indiziert ist. Dies wird durch das ganzheitliche verhaltensmedizinische Behandlungskonzept der Klinik gewährleistet.

Komorbidität bei psychischer Hauptdiagnose und psychischen Nebendiagnosen

Ausschließlich F-Diagnosen (psychische Diagnose), E 66 (Adipositas) oder Tinnitus (H 93.1) als Hauptdiagnose in Kombination mit F-Diagnosen, E 66 (Adipositas) oder H 93.1 (Tinnitus) als Nebendiagnosen	Anzahl von 1484 Patienten	% von 1484 Patienten
1 Nebendiagnose (F / E 66 / H 93.1)	810	54,6
2 Nebendiagnosen (F / E 66 / H 93.1)	372	25,1
3 Nebendiagnosen (F / E 66 / H 93.1)	133	8,9
4 Nebendiagnosen (F / E 66 / H 93.1)	47	3,2
5 und mehr Nebendiagnosen (F / E 66 / H 93.1)	7	0,5
Summe	1369	92,3

Quelle/Stand: Basisdokumentation/31.12.2013

Komorbidität bei psychischer Hauptdiagnose mit somatischen Nebendiagnosen

Ausschließlich F-Diagnosen (psychische Diagnose), E 66 (Adipositas) oder Tinnitus (H 93.1) als Hauptdiagnose in Kombination mit somatischen Nebendiagnosen	Anzahl von 1484 Patienten	% von 1484 Patienten
1 somatische Nebendiagnose	472	31,8
2 somatische Nebendiagnosen	313	21,1
3 somatische Nebendiagnosen	276	18,6
4 somatische Nebendiagnosen	155	10,4
5 und mehr somatische Nebendiagnosen	19	1,3
Summe	1235	83,2

Quelle/Stand: Basisdokumentation/31.12.2013

2.2.1.5. Sozialmedizinische und Soziodemographische Merkmale der Patienten

Die soziodemographischen Merkmale der Patienten entsprechen der Kostenträgerstruktur der AHG Klinik Berus. Frauen (54,4%) begeben sich deutlich häufiger in psychosomatische Behandlung als Männer (45,6%). Das Durchschnittsalter liegt bei 45,2 Jahren. Den größten Anteil der Erwerbstätigen stellen Arbeiter, Angestellte und Beamte (65,6%). Mehr als die Hälfte der Patienten (58,3%) ist bei Aufnahme AU. Der Anteil der Arbeitslosen beträgt 19,4%.

Indikation: Stationäre/teilstationäre Behandlung	Frauen	Männer	Gesamt
Geschlecht			
Geschlechtsverteilung	807	677	1484
Alter			
unter 21 Jahre	13	15	28
21 bis 30 Jahre	88	78	166
31 bis 40 Jahre	138	103	241
41 bis 50 Jahre	284	224	508
51 Jahre und älter	284	257	541
Durchschnittsalter	44,9	45,5	45,2
Höchste Schulbildung			
derzeit in Schulausbildung	2	4	6
ohne Schulbildung abgegangen	14	18	32
Sonderschulabschluss	8	6	14
Haupt-/Volksschulabschluss	289	245	534
Realschulabschluss/Polytechnische Oberschule	241	171	412
(Fach-)Hochschulreife/Abitur	196	191	387
anderer Abschluss	6	10	16
Stellung im Beruf (bei Betreuungsbeginn)			
Auszubildender	8	5	13
Arbeiter/Angestellter/Beamter	492	457	949
Selbstständiger/Freiberufler	13	13	26
sonstige Erwerbspersonen (z.B. Wehrdienst, Elternzeit, mithelfende Familienangehörige)	2	4	6
in beruflicher Rehabilitation (Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben)	2	3	5
arbeitslos nach SGB III (Bezug von ALG I)	91	84	175
oder nach SGB II (Bezug von ALG II)	64	42	106
Schüler/Student	13	10	23
Hausfrau/Hausmann	33	3	36
Rentner/Pensionär	45	29	74
sonstige Nichterwerbspersonen (z.B. SGB XII)	18	15	33

>>>

Status Arbeitsfähigkeit bei Aufnahme			
Arbeitsfähig	263	256	519
Arbeitsunfähig	464	386	850
Keine Beurteilung erforderlich	62	28	90
Status Arbeitsfähigkeit bei Entlassung			
Arbeitsfähig	293	287	580
Arbeitsunfähig	442	351	793
Keine Beurteilung erforderlich	47	25	72

Quelle/Stand: Basisdokumentation/31.12.2013

Der größte Anteil der Patienten wird regulär entlassen (94,4%). Therapieabbrüche gegen ärztlichen Rat (1,4%) kommen relativ selten vor. Ebenso häufiger sind vorzeitige Entlassungen auf ärztliche Veranlassung (1,6%), meist aufgrund unzureichender Rehafähigkeit. Häufiger sind vorzeitige Entlassungen mit ärztlichem Einverständnis (1,8%).

Entlassungsform (nach ärztlichem Reha-Entlassungsbericht)	Frauen	Männer	Gesamt
Regulär	751	640	1391
vorzeitig auf ärztliche Veranlassung	12	11	23
vorzeitig mit ärztlichem Einverständnis	18	8	26
vorzeitig ohne ärztliches Einverständnis	13	8	21
Disziplinarisch	0	4	4
Verlegt	3	5	7
Wechsel zu ambulanter, teilstationärer, stationärer Reha	0	0	0
Gestorben	0	0	0

Quelle/Stand: Basisdokumentation/31.12.2013

2.2.1.6. Therapeutische Leistungen

Die Klinik erbringt ihre therapeutischen Leistungen nach den Vorgaben des KTL 2007 bezüglich Dauer, Frequenz, Höchstteilnehmerzahl in Gruppen und Qualifikation der Behandler.

Im Berichtsjahr wurden nach Auswertung der Basisdokumentation folgende Therapeutische Leistungen nach KTL 2007 erbracht:

Stationäre/teilstationäre Behandlung		Erbrachte Leistungen			
		Anzahl Therapie gesamt	Rehabili- tanden mit mind. einer Einzel- leistung	durchschnitt- liche Anzahl pro Rehabilitand	
				und Woche	und Reha
A	Sport- und Bewegungstherapie	19157	1162	2,6	16,4
B	Physiotherapie	3586	550	1,0	6,2
C	Information, Motivation, Schulung	20549	1484	2,2	13,8
D	Klinische Sozialarbeit, Sozialtherapie	6188	946	1,0	6,5
E	Ergotherapie, Arbeitstherapie, a. funkt. Ther.	5073	786	1,0	6,4
F	Klinische Psychologie, Neuropsychologie	16283	1484	1,8	11,0
G	Psychotherapie	41017	1484	4,4	27,6
H	Reha-Pflege	37521	1484	4,0	25,3
K	Physikalische Therapie	9272	1182	1,3	7,8
L	Rekreationstherapie	32690	915	5,7	35,7
M	Ernährung	2291	1190	0,3	1,9
	Gesamt	193627	1484	20,9	130,4

Quelle/Stand: Basisdokumentation/31.12.2013

2.2.2. Indikation: Stationäre Behandlung im Akutstatus

Die AHG Klinik Berus hat seit ihrer Gründung und in den letzten Jahren zunehmend akute Krankenhausbehandlungen psychosomatischer Leiden durchgeführt.

Zuweisung von Patienten mit intensiviertem Behandlungsbedarf

Im Auftrag von Berufsgenossenschaften und Unfallversicherungen werden seit Jahren an der AHG Klinik Berus erfolgreich Patientinnen und Patienten mit psychischen Traumafolgestörungen, v.a. akuter Belastungsreaktion und posttraumatischer Belastungsstörung, ambulant und stationär behandelt. Es handelt sich hierbei in erster Linie auch um Frühinterventionen nach gerade erst stattgefundenen traumatischen Ereignissen (v.a. Unfälle und Banküberfälle) nach direkter Zuweisung durch Arbeitgeber, Polizei, Weißen Ring, Unfallkliniken oder Kostenträger.

Schließlich wurden in den letzten Jahren auf Grundlage internationaler Vereinbarungen (E 112) in zunehmendem Maße Patienten aus dem Ausland mit intensiviertem Behandlungsbedarf zugewiesen und behandelt. Diese Patienten weisen in der Regel einen erhöhten Störungsgrad auf, was sich am Schweregrad der Diagnose, der Komorbidität und den erforderlichen deutlich längeren Behandlungszeiten zeigt. Diese Patienten kommen auch mit deutlich höherer Psychopharmakamedikation und haben einen erhöhten Pflege- und Therapiebedarf auf einer speziellen Station.

In den letzten Jahren wurden in der AHG Klinik Berus zunehmend Patienten mit Mehrfachdiagnosen, mit komplexen psychosomatischen Zustandsbildern und Erkrankungen aus dem psychiatrischen Bereich stationär behandelt. Während für die Rehabilitationsbehandlung Psychosen, primäre Suchterkrankungen und hirnorganische Psychosyndrome ausgeschlossen sind, fanden sich in der AHG Klinik Berus in den letzten Jahren in steigendem Maße Patienten mit intensiviertem Behandlungsbedarf, d.h. Patienten mit bipolaren Psychosen und Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis im Residualzustand, mit sekundärer Medikamentenabhängigkeit, Alkoholmissbrauch und leichten kognitiven Störungen im Sinne eines beginnenden Demenzsyndroms.

Medizinisch-therapeutische Maßnahmen bei intensiviertem Behandlungs- und Betreuungsbedarf

Patienten aus der akuten Krankenhausbehandlung werden grundsätzlich mit dem multiprofessionellen Behandlungsansatz behandelt, der auch bei den Rehabilitationspatienten zur Anwendung kommt. Es ist jedoch eine differenzierte somatomedizinische und psychiatrische Differentialdiagnostik notwendig.

Insgesamt erfordert die Behandlung von Patienten mit intensiviertem Behandlungsbedarf eine sehr engmaschige medizinische und psychotherapeutische Behandlung „rund um die Uhr“, mit einer sehr viel größeren Behandlungsdichte und deutlich höherem personellen Aufwand als in der stationären Rehabilitation. Auch muss das Personal klinisch besonders erfahren und entsprechend geschult sein.

Darüber hinaus werden jedoch folgende Therapieelemente stärker betont:

- Medikamentöse Therapie (z.B. Einstellung auf antipsychotische, phasenprophylaktische Medikamente)
- Korrektur und Einstellung spezifischer Langzeitmedikation (z.B. Insulintherapie bei Diabetikern oder antiepileptische Therapien)
- Behandlung von Patienten mit schweren depressiven Syndromen und damit einhergehender Denkhemmung und Gedächtnisstörungen sowie Patienten mit leichten kognitiven Störungen im Sinne eines beginnenden Demenzsyndroms (hierfür stehen neuro-psychologische Methoden zu Testung und Training der Hirnleistungsfähigkeit zur Verfügung)
- Psychiatrische bzw. psychotherapeutische Kriseninterventionen sind in wesentlich höherem Maße notwendig (v.a. bei Patienten mit Suizidalität, Selbstschädigung und weiteren psychischen Krisen im Rahmen von Traumabehandlungen, schweren Depressionen und Borderline-Persönlichkeitsstörungen)

3. QUALITÄTSPOLITIK UND QUALITÄTSSICHERUNG

Die AHG Klinik Berus ist zertifiziert nach DIN EN ISO 9001: 2008 plus DEGEMED. Das gut funktionierende Qualitätsmanagementsystem entspricht den Qualitätsgrundsätzen der DEGEMED und somit auch den Vorgaben der BAR (Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation) und wird in externen Audits regelmäßig anhand der aktuellen DEGEMED-Auditcheckliste (derzeit Version 5.0) überprüft. Es gewährleistet seit Jahren einen hohen Qualitätsstandard und eine kontinuierliche Verbesserung der einzelnen Prozesse. Dabei wird den Kundenerwartungen bzw. der Kundenzufriedenheit ebenso Rechnung getragen wie wissenschaftlichen Erkenntnissen, klinischer Erfahrung, Mitarbeiterinteressen und Wirtschaftlichkeit. Kunden der Klinik sind: Patienten, Kostenträger, Zuweiser und die Gesellschaft. Bei zielorientierter Führung sind die einzelnen Zuständigkeiten und Prozesse, sei es die Arbeit mit den Patienten oder die Abläufe im Hintergrund, klar geregelt. Durch systematische Evaluation und regelmäßige externe Überprüfung in jährlichen Qualitätsaudits werden die Abläufe ständig überprüft, optimiert und die Konzepte weiterentwickelt.

3.1. Qualitätspolitik der Einrichtung

Die Qualitätspolitik mit dem Leitbild der AHG Klinik Berus orientiert sich an den Normforderungen der ISO 9001: 2008 und den DEGEMED-Grundsätzen sowie an dem Unternehmensleitbild der AHG, ist jedoch auch in Abgrenzung zum Leitbild der AHG Ausdruck der Individualität der AHG Klinik Berus. Das Klinikleitbild besteht aus 6 Leitsätzen, aus denen sich die Qualitätsziele („das bedeutet für uns ...“), die Maßnahmen zur Zielerreichung („dies erreichen wir durch ...“) und die Maßnahmen zur Überprüfung der Zielerreichung („dies überprüfen wir anhand ...“) ableiten.

3.1.1. Strategische und operative Ziele

Leitsatz 1:

Die Dienstleistungen der AHG Klinik Berus sind konsequent auf die Gesundheit und Verbesserung der Leistungsfähigkeit unserer Patienten ausgerichtet.

Dies bedeutet für uns

- dass sich die körperliche und seelische Gesundheit unserer Patienten verbessert
- dass die Arbeits- und Leistungsfähigkeit unserer Patienten erhalten oder wiederhergestellt wird
- dass unsere Patienten durch unsere "Hilfe zur Selbsthilfe" zu Experten ihrer eigenen Gesundheit und der Bewältigung im Umgang mit Krankheit und Behinderung werden

Dies erreichen wir durch

- individuelle, transparente und überprüfbare Behandlungsplanung
- zielorientierte Behandlung unter Einbeziehung und Mitwirkung unserer Patienten
- wissenschaftliche Überprüfung unserer Behandlungsstrategien und der Behandlungserfolge

>>>

- ständige Weiterentwicklung unserer Konzepte auf wissenschaftlicher Grundlage
- die Initiierung einer angemessenen Nachsorge und falls erforderlich die Einleitung einer beruflichen Rehabilitationsmaßnahme

Dies überprüfen wir anhand

- der fortlaufenden Auswertung der Entlassungsfragebögen
- der fortlaufenden Auswertung der Basisdokumentation
- projektbezogener Evaluation unserer Behandlungsmaßnahmen

Leitsatz 2:

Die Zufriedenheit unserer Kunden ist unser zentrales Anliegen.

Dies bedeutet für uns

- zufriedene Patienten
- zufriedene Zuweiser
- zufriedene Kosten- und Leistungsträger
- Orientierung an den Anforderungen des Marktes

Dies erreichen wir durch

- effektive und effiziente Behandlungsprogramme auf wissenschaftlicher Grundlage
- eine kundenorientierte Grundhaltung aller Mitarbeiter
- fachliche Beratung
- schnelle und umfassende Serviceleistungen
- Öffentlichkeitsarbeit
- ein Beschwerdemanagement

Dies überprüfen wir anhand

- der fortlaufenden Auswertung der Entlassungsfragebögen
- der fortlaufenden Auswertung der Basisdokumentation
- projektbezogener Evaluation unserer Behandlungsmaßnahmen

Leitsatz 3:

Die Klinikleitung führt zielorientiert.

Dies bedeutet für uns

- dass wir gemeinsame Qualitätsziele setzen
- dass wir bei der Festlegung der Qualitätsziele die Kompetenzen und Vorstellungen unserer Mitarbeiter mit einbeziehen
- dass wir die Qualitätsziele positiv, realisierbar und überprüfbar formulieren

>>>

Dies erreichen wir durch

- regelmäßige Information und Meinungsaustausch in der Leitenden Konferenz und mit den Mitarbeitern
- regelmäßige Überprüfung der Gültigkeit unserer Qualitätsziele unter Berücksichtigung der Veränderungen des Marktes
- Festlegung klarer Verantwortlichkeiten und Verbindlichkeiten
- Definition von Zielerreichungskriterien und Controlling

Dies überprüfen wir anhand

- der fortlaufenden Auswertung von Dokumentations- und Messinstrumenten wie z.B. Ergebnisprotokolle von Leitenden Konferenzen, Gesamtkonferenzen und Qualitätszirkeln

Leitsatz 4:

Wir wollen zu den besten Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation gehören.

Dies bedeutet für uns

- eine hohe Effizienz unserer Dienstleistungen zu gewährleisten
- innovative Behandlungskonzepte der medizinischen Rehabilitation zu entwickeln und an der gesamt-gesellschaftlichen Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung mitzuwirken
- eine hohe Qualifikation unserer Mitarbeiter

Dies erreichen wir durch

- Anwendung wissenschaftlich fundierter Therapiekonzepte
- kontinuierliche Verbesserung unserer Behandlungs- und Serviceangebote
- kontinuierliche Fort- und Weiterbildung unserer Mitarbeiter
- Durchführung wissenschaftlicher Studien und Teilnahme an der öffentlichen Diskussion zur Gesundheitsversorgung
- Einrichtung projektbezogener Arbeitsgruppen und Qualitätszirkel

Dies überprüfen wir anhand

- aktiver Teilnahme an Kongressen und Fachveranstaltungen
- wissenschaftlicher Evaluation unseres Therapieangebots und Darstellung von Ergebnissen in der Öffentlichkeit
- der Dokumentation des Weiterbildungsstandes unserer Mitarbeiter
- der Ergebnisse aus den Qualitätssicherungsprogrammen der Kostenträger

>>>

Leitsatz 5:

Wir wollen erreichen, dass sich unsere Mitarbeiter kreativ und engagiert für die Klinikziele einsetzen.

Dies bedeutet für uns

- eine hohe Mitarbeiterzufriedenheit
- ein offenes und faires Arbeitsklima
- Unterstützung von Kreativität und Engagement unserer Mitarbeiter

Dies erreichen wir durch

- Förderung der Kompetenz unserer Mitarbeiter
- Förderung selbständiger Aufgabenerfüllung im Rahmen von Zielvereinbarungen
- regelmäßige Information und Kommunikation
- Implementierung eines Verbesserungsmanagements

Dies überprüfen wir anhand

- der Personalfluktuation
- des Krankenstandes
- Mitarbeiterbefragungen

Leitsatz 6:

Unsere Arbeit ist darauf ausgerichtet, ein jährlich zu planendes Umsatz- und Renditeziel zu erreichen.

Dies bedeutet für uns

- langfristige Sicherung der Ertragskraft der Klinik
- Erzielen einer angemessenen Rendite
- langfristiger Erhalt der Arbeitsplätze

Dies erreichen wir durch

- eine kurz-, mittel- und langfristige Personal-, Finanz- und Investitionsplanung
- den ökonomischen Einsatz aller Ressourcen
- flexibles Handeln bei Veränderungen des Marktes
- ein zielgerichtetes Marketing und Öffentlichkeitsarbeit

Dies überprüfen wir anhand

- von Kennzahlen wie
 - Auslastung der Betten
 - Wartezeiten pro Patient
 - Umsatz
 - Ergebnis
 - Kostenträgerstatistik

3.1.2. Umsetzung von Leitlinien

Im Rahmen des Qualitätsmanagementsystems der AHG Klinik Berus werden unter Berücksichtigung der entsprechenden gesetzlichen Bestimmungen, der Forderungen der DEGEMED und der Kostenträger regelmäßig und systematisch bestimmte Kennzahlen erhoben, die der Leitungskonferenz ein fortlaufendes Controlling und eine frühzeitige Steuerung der relevanten Prozesse erlauben. Beispiele für die Anwendungspraxis von Kennzahlen sind: monatliche Kontrollen der finanziellen Eckdaten, des jeweiligen Verweildauerbudgets, der Laufzeiten der Entlassungsberichte, der Beschwerden und Fehler. Mit Hilfe von Maßnahmenprotokollen werden Korrektur- und Vorbeugemaßnahmen geplant, durchgeführt und auf ihren fristgerechten Erledigungsstatus hin verfolgt.

3.1.3. Umsetzung spezifischer rechtlicher Anforderungen

Die Umsetzung rechtlicher Anforderungen in den Bereichen Brand-, Katastrophenschutz, Arbeitssicherheit und Hygiene wird in Zusammenarbeit mit Fachkräften externer Dienstleister sichergestellt und in den entsprechenden Gremien (Arbeitssicherheitsausschuss und Hygienekommission) gesteuert. Im Rahmen des Qualitätsmanagementsystems der AHG Klinik Berus gibt es für die jeweiligen Bereiche Beauftragte, die für ihren Bereich zuständig sind und diesen überwachen (z.B. Brandschutz-, Hygiene- und Arbeitssicherheits- und Datenschutzbeauftragte).

3.2. Qualitätssicherung für die Einrichtung

Das gut funktionierende Qualitätsmanagement-System der AHG Klinik Berus gewährleistet seit Jahren einen hohen Qualitätsstandard und eine kontinuierliche Weiterentwicklung der einzelnen Prozesse und ihrer Wechselwirkungen. Eine interne und externe Qualitätskontrolle erfolgt durch Erhebungen und Sicherungsverfahren der Rehabilitationsträger. Die Klinik erhält durch Visitationen und Berichte zur Qualitätssicherung differenzierte Rückmeldungen. Durch jährliche Audits wird die Einhaltung der anspruchsvollen Qualitätsgrundsätze der DEGEMED dokumentiert.

3.2.1. Internes Qualitätsmanagement

QM-Abteilung und QM-Team

Die QM-Abteilung ist für die Pflege und Weiterentwicklung des Qualitätsmanagement-Systems der Klinik zuständig und besteht aus dem QM-Beauftragten (QMB), leitender Psychologe, und dem QM-Koordinator (externer Berater). Bei der QM-Arbeit wird die QM-Abteilung unterstützt durch das QM-Team, dem neben dem QM-Beauftragten und QM-Koordinator auch wissenschaftliche Mitarbeiter, Mitarbeiter aus den Bereichen Therapie und Verwaltung sowie ein Betriebsratsmitglied angehören. Im Sinne der hierarchie-freien Qualitätszirkelarbeit werden unter der Verantwortung des QMB in der QM-Abteilung bzw. dem QM-Team unter Zustimmung der Klinikleitung Qualitätsprüfungen vorgenommen, Korrektur- und Vorbeugemaßnahmen initiiert und Qualitätsprojekte mitbetreut. Die detaillierte Ausarbeitung und Umsetzung erfolgt in weiterer Qualitätszirkelarbeit, in die auch andere Mitarbeiter der Klinik einbezogen werden. Die Themen beziehen sich dabei häufig auf Schnittstellen zwischen verschiedenen Bereichen.

QM-Dokumentation

Kernstück der QM-Dokumentation ist das Qualitätsmanagement-Handbuch, in dem alle relevanten direkten und unterstützenden Prozesse beschrieben und Verantwortlichkeiten definiert werden. Darüber hinaus werden alle qualitätsrelevanten Dokumente wie Konzeptordner, Nachweisdokumente zur Verlaufskontrolle und Evaluation usw. in der zentralen Dokumentenlenkung systematisch erfasst und gepflegt. Somit ist sicher gestellt, dass alle qualitätsrelevanten Abläufe klar geregelt, nachvollziehbar und überprüfbar sind.

Qualitätsbewertung

Mit dem Ziel der kontinuierlichen Überprüfung und Weiterentwicklung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität findet eine kontinuierliche Bewertung der Behandlungsqualität sowie der qualitätsrelevanten Prozesse und des Qualitätsmanagement-Systems statt. Diese s.g. QM-Bewertung wird systematisch in regelmäßigen Abständen durch die Leitungskonferenz vorgenommen (jährliches Management-Review). Darüber hinaus werden die qualitätsrelevanten Prozesse und Ergebnisse auch kontinuierlich von der Leitung geprüft und bewertet (fortlaufende QM-Bewertung).

>>>

Eine externe Bewertung des Qualitätsmanagement-Systems erfolgt zum einen in regelmäßigen Abständen durch die Qualitätssicherungsprogramme der Kostenträger (insbesondere DRV Bund), zum anderen durch regelmäßige externe Qualitätsaudits mit dem Ziel der Zertifizierung nach ISO 9001: 2008 plus DEGEMED auf Grundlage der DEGEMED-Auditcheckliste (derzeit Version 5.0).

In die QM-Bewertung gehen u.a. Informationen aus folgenden Bereichen ein:

- Interne und externe Qualitätsaudits
- Externe Qualitätssicherungsprogramme der Kostenträger (v.a. DRV Bund)
- Interne Patientenbefragung
- Mitarbeiterbefragung
- Betriebliches Vorschlags- und Verbesserungswesen
- Finanzbuchhaltung
- Beschwerdemanagement
- Fehlermanagement
- Korrektur- und Vorbeugemaßnahmen sowie Qualitätsprojekte
- Öffentlichkeitsarbeit
- Interne und externe Schulungsmaßnahmen
- Projekte zur Therapieevaluation

QM-Controlling

Die Überprüfung von Maßnahmen zur Erreichung der Qualitätsziele (QM-Controlling) erfolgt im Rahmen der systematischen QM-Bewertung anhand konkreter Kennzahlen zu o.g. Inhalten, die sich auf die Leitsätze und Qualitätsziele der Klinik beziehen. Das Kennzahlensystem ist dabei nach dem Modell der Balanced-Score Card aufgebaut. Die Ergebnisse der QM-Bewertung fließen in die QM-Planung ein. Die Maßnahmenverfolgung mittels Maßnahmenlisten ermöglicht eine konsequente Umsetzung der geplanten Korrektur- und Vorbeugemaßnahmen. Mit der systematischen Bewertung dieser Maßnahmen im Rahmen der erneuten QM-Bewertung schließt sich der PDCA-Zyklus des QM-Managements (P = Plan, D = Do, C = Check, A = Act). Die Abläufe und das QM-System der Klinik werden im Rahmen des Zertifizierungsverfahrens nach DIN EN ISO 9001: 2008 plus DEGEMED fortlaufend überprüft und weiterentwickelt.

QM-Projekte im Berichtszeitraum

In Abhängigkeit der Rückmeldungen aus dem QM-System (z.B. Ergebnisse von Patientenbefragungen, Beschwerde- und Fehlermanagement) werden nach entsprechender QM-Bewertung und QM-Planung bei Bedarf Projekte zur Verbesserung der Qualität geplant und durchgeführt. In der Regel werden dazu im Auftrag der Klinikleitung Qualitätszirkel einberufen, die in hierarchiefreier und interdisziplinärer Zusammenarbeit schnittstellenübergreifend Vorschläge für die Behebung von Schwachstellen und zur Optimierung der qualitätsrelevanten Prozesse erarbeiten. Diese Qualitätsprojekte werden zielorientiert mit Maßnahmenlisten durchgeführt, die Ergebnisse gehen wiederum in die QM-Bewertung ein. Im Berichtszeitraum wurden an der AHG Klinik Berus folgende QM-Projekte zur Verbesserung der Qualität und Weiterentwicklung des QM-Systems durchgeführt:

Qualitätsprojekt	Ausgangslage	Zielsetzung	Ergebnis
Qualitätszirkel „Ambulanz und Begutachtung“	Organisatorische Probleme mit dem weiteren Ausbau ambulanter Diagnostik bzw. Begutachtung, ambulanter Therapie und Nachsorge.	Koordination und Optimierung der Abläufe ambulanter Diagnostik und Begutachtung sowie ambulanter Therapie.	Die entsprechenden Abläufe wurden erfasst, die Zuständigkeiten definiert, organisatorische Probleme geregelt. Bei weiterhin immer wieder auftretenden Schnittstellenproblemen zur stationären Therapie sowie zwischen Therapie und Verwaltung wird der QZ fortgeführt.
Qualitätszirkel „Zeit und Raum“	Organisatorische Mängel wie zeitliche Überschneidung der Angebote, Probleme mit der Raumplanung etc..	Optimierung der Zeit- und Raumplanung.	Einführung, Weiterentwicklung und Pflege einer Datenbank zur elektronischen Therapieplanung; Koordination der gesamten Zeit- und Raumplanung
Qualitätszirkel „Gruppentherapie“	Fortlaufende Notwendigkeit der Organisation der Gruppen und Regelungsbedarf bzgl. der Gruppenleitung.	Entwicklung von Vorschlägen zur Organisation der Gruppenangebote.	Fortlaufende Regelung der Gruppenzuständigkeiten und Optimierung der bestehenden Angebote.
Qualitätszirkel „Testdiagnostik“	Verbesserungspotentiale in der systematischen Anwendung und Dokumentation psychologischer Testverfahren	Entwicklung von Vorschlägen zur systematischen Anwendung und Dokumentation psychologischer Testdiagnostik und Evaluation, Koordination klinikspezifischer Anforderungen mit zentralen Vorgaben der Kostenträger sowie des AHG-Wissenschaftsrates.	Neuregelung der psychologischen Testdiagnostik und Evaluation gemäß Vorgaben

3.2.2. Qualifizierung der Mitarbeiter

Gut qualifizierte, klinisch erfahrene Mitarbeiter sind die Voraussetzung für kompetente Diagnostik, Prävention und Behandlung. Entsprechend dem Leitsatz 4 des Klinikleitbildes ist es der Klinikleitung ein wichtiges Anliegen, ihren Mitarbeitern eine gute, kontinuierliche Fort- und Weiterbildung zu ermöglichen. Dies war in den vergangenen Jahren auch stets die Grundlage für die innovative und erfolgreiche Arbeit der Klinik.

3.2.2.1. Klinikinterne Fort- und Weiterbildung

Die klinikinterne Fort- und Weiterbildung richtet sich an alle Mitarbeiter des Therapiebereiches und gewährleistet durch qualifizierte, anerkannte Dozenten einen hohen Standard. In etwa 14-tägigem Rhythmus werden Veranstaltungen zu verschiedenen klinischen Themen angeboten, die sich aus den Wünschen und Bedürfnissen der Mitarbeiter einerseits sowie aus institutionellen Rahmenbedingungen und Vorgaben der medizinisch-therapeutischen Leitung andererseits ergeben. Bedarfsabhängig werden unterschiedliche Zielgruppen vorrangig angesprochen.

Ärztliche und psychologische Aus- und Weiterbildungsbefugnisse

Die leitenden Ärzte bzw. Ärztinnen der AHG Klinik Berus verfügen über folgende Weiterbildungsbefugnisse:

- 48 Monate Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
- 12 Monate Psychiatrie und Psychotherapie
- 12 Monate Innere Medizin
- 12 Monate Sozialmedizin

Außerdem sind Mitglieder der therapeutischen Klinikleitung anerkannte Supervisoren (VT) und Dozenten an den Ausbildungsinstituten IVV Berus und SIAP Saarbrücken.

Themen klinikinterner Fort- und Weiterbildung im Berichtszeitraum

Im Rahmen der ärztlichen Fort- und Weiterbildung in den Bereichen Sozialmedizin und Psychosomatische Medizin wurden im Berichtszeitraum 14-tägig Veranstaltungen zu folgenden Themenblöcken durchgeführt:

- Psychodynamische Theorie: Konfliktlehre, Ich-Psychologie, Objektbeziehungstheorie, Selbstpsychologie
- Entwicklungspsychologie, Psychotraumatologie, Bindungstheorie
- Allgemeine und spezielle Psychopathologie, psychiatrische Nosologie
- Allgemeine und spezielle Neurosen-, Persönlichkeitslehre und Psychosomatik
- Theoretische Grundlagen in der Sozial-, Lernpsychologie sowie allgemeiner und spezieller Verhaltenslehre zu Pathogenese und Verlauf

- Psychodiagnostische Testverfahren und Verhaltensdiagnostik
- Dynamik der Paarbeziehungen, der Familie und der Gruppe einschließlich systemischer Theorien
- Theoretische Grundlagen der psycho-analytisch begründeten und verhaltenstherapeutischen Psychotherapiemethoden
- Konzepte der Bewältigung von somatischen Erkrankungen sowie Technik der psycho-educativen Verfahren
- Prävention, Rehabilitation, Krisenintervention, Suizid- und Suchtprophylaxe, Organisationspsychologie und Familienberatung

Darüber hinaus finden den gesetzlichen Rahmenbedingungen entsprechend und vor dem Hintergrund des bestehenden QM-Systems jährlich Schulungen zu folgenden Themenbereichen statt:

- Qualitätsmanagement
- Notfallmedizin
- Brandschutz
- Hygiene

Schließlich werden die Klinikmitarbeiter aus therapeutisch-konzeptuellen Gründen regelmäßig fortgebildet in

- Französisch

Die regelmäßige Teilnahme an der internen Fort- und Weiterbildung wird durch entsprechende Nachweise dokumentiert.

3.2.2.2. Teilnahme an externen Fort- und Weiterbildungen

Kooperation der AHG Klinik Berus mit dem Institut für Aus- und Weiterbildung in Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin e.V. (IVV)

Alle Postgraduierten Diplom-Psychologen, die an der AHG Klinik Berus ihre klinisch-praktische Tätigkeit durchführen, werden am IVV ausgebildet. Das IVV kooperiert mit dem SIAP (Saarländisches Institut zur Aus- und Weiterbildung in Psychotherapie, Saarbrücken). Ferner bietet das IVV in Zusammenarbeit mit dem SIAP auch ärztliche Weiterbildung an, z. B. ein Weiterbildungscurriculum zum Zusatztitel „Fachgebundene Psychotherapie“. Mitglieder der medizinisch-therapeutischen Leitung der Klinik sind im Vorstand des IVV und arbeiten im IVV als Dozenten, Supervisoren und auch als Prüfer mit. Durch die enge Verzahnung der Klinikarbeit mit der Verhaltenstherapieausbildung wird ein hoher Qualitätsstandard des therapeutischen Personals gesichert, andererseits für die Aus- und Weiterbildungsteilnehmer neben einer fundierten Theorieausbildung durch erfahrene Kliniker als Dozenten und Supervisoren auch ein hoher Praxisbezug gewährleistet. Dieses Qualitätsmerkmal ist eine der besonderen Stärken der Ausbildung.

>>>

Die einzelnen Lehrveranstaltungen, die von Mitarbeitern der AHG Klinik Berus regelmäßig am IVV in Berus und am kooperierenden SIAP in Saarbrücken durchgeführt werden, werden im Folgenden nicht gesondert aufgeführt.

Teilnahme an weiterer externer Fort- und Weiterbildung

Die Mitarbeiter der AHG Klinik Berus nehmen an externen fachspezifischen Fort- und Weiterbildungsangeboten teil, um durch entsprechende eigene Schulung ihre Fachkompetenzen zu vertiefen oder neue Kompetenzen zu erwerben. Wesentliche Informationen und Neuerungen, die im Rahmen externer Fort- und Weiterbildung vermittelt wurden, werden in interner Fortbildung an die anderen Mitarbeiter weitergegeben. Bei der Fort- und Weiterbildung werden die Interessen der Klinik, unter dem Gesichtspunkt der Konzeptentwicklung und -umsetzung, berücksichtigt.

Darüber hinaus haben die Klinikmitarbeiter die Möglichkeit zu externer Fort- und Weiterbildung nach dem Saarländischen Weiterbildungsgesetz.

3.2.3. Externe Qualitätssicherung

Die AHG Klinik Berus nimmt am externen Qualitätssicherungsverfahren der Deutschen Rentenversicherung Bund bzw. der anderen Rentenversicherungen und gesetzlichen Krankenkassen teil.

Im Rahmen des Qualitätssicherungsprogramms der DRV Bund werden den Kliniken in regelmäßigen Abständen bei systematischer Erhebung die erreichten Kennzahlen im Klinikvergleich zurück gemeldet. Die hier dargestellten Daten sind die zum Zeitpunkt der Berichterstellung aktuellsten vorliegenden Rückmeldungen. Das Qualitätssicherungsprogramm der DRV Bund umfasst u.a. Ergebnisse aus folgenden Bereichen:

- Externe Patientenbefragung (Nachbefragung)
- Dokumentation therapeutischer Leistungen (KTL)
- Peer-Review-Verfahren (Qualitätskontrolle der Entlassungsberichte)
- Rehabilitantenstruktur (Analyse der Entlassungsberichte)
- Patientenbeschwerden an den Kostenträger
- Laufzeiten der Entlassungsberichte
- Visitationen (Begehungen der Klinik durch den Rentenversicherungsträger)

Patientenbefragung

Im Rahmen der regelmäßigen Patientenbefragung durch die DRV Bund werden in bestimmten Abständen 3 Monate nach Klinikentlassung Rehabilitanden nach ihrer Zufriedenheit mit der Reha gefragt. Die Ergebnisse werden den Einrichtungen rückgemeldet: Klinik-Wert (hier: AHG Klinik Berus) im Vergleich zum jeweiligen Klinikdurchschnitt (Klinik-Gruppe) und dem besten Wert aller untersuchten Kliniken (bester Gruppenwert).

Die letzte Rückmeldung durch die DRV Bund aus dem Jahr 2014 bezog sich auf den Erhebungszeitraum von August 2012 bis Juli 2013. Es lag eine Datenbasis von N = 123 Rehabilitanden der AHG Klinik Berus vor. In der Vergleichsgruppe wurden 16558 Rehabilitanden aus 141 Einrichtungen befragt. Die Nachbefragung fand 8 bis 12 Wochen nach Beendigung der Rehabilitation statt. Die Items zu Patientenzufriedenheit sind jeweils einer 5-stufigen Skala von 1 (sehr gut) bis 5 (schlecht) zuzuordnen. In der folgenden Tabelle werden zunächst die gemittelten Skalenwerte für die AHG Klinik Berus berichtet (beobachtete Werte im Vergleich mit den statistisch erwarteten Werten sowie den Werten der Klinik-Vergleichsgruppe). Signifikante Abweichungen einzelner Klinik-Werte im Vergleich mit dem entsprechenden Durchschnittswert aller Kliniken (Klinik-gruppe) werden besonders gekennzeichnet (*). Außerdem werden die entsprechenden adjustierten Qualitätspunkte angegeben, die sich insgesamt zur Rehabilitandenzufriedenheit ergaben (Adjustierung bedeutet in diesem Zusammenhang ein statistisches Verfahren u.a. zur Kontrolle von Rehabilitandeneinflüssen auf die Bewertung der Rehabilitation). Die Qualitätspunkteskala hat einen Wertebereich von 0 bis 100.

>>>

Zufriedenheit mit...	AHG Klinik Berus (beobachtet)	AHG Klinik Berus (erwartet)	Vergleichsgruppe	Signifikanz
... der ärztlichen Betreuung	1,7	2,1	2,1	*
... der psychotherapeutischen Betreuung	2,0	2,3	2,3	*
... der pflegerischen Betreuung	1,6	1,7	1,7	
... den Behandlungen	1,9	2,1	2,1	*
... den Schulungen, Vorträgen	2,1	2,2	2,2	
... den Beratungen	2,2	2,4	2,4	
... der Planung und Abstimmung der Reha	1,8	2,3	2,4	*
... den Einrichtungsangeboten	1,9	2,1	2,1	*
... der Vorbereitung auf die Zeit nach der Reha	2,4	2,7	2,7	*
... den Verhaltensempfehlungen (Alltag, Beruf)	1,9	2,4	2,4	*
... der Reha insgesamt	2,0	2,3	2,3	*
Rehabilitationszufriedenheit	1,9	2,2	2,2	*

*Quelle/Stand: DRV Bund, Berichte zur Reha-Qualitätssicherung 2014,
123 Patienten mit Abschluss der Rehabilitation August 2012 bis Juli 2013.*

Bei dieser Rückmeldung zum o. g. Berichtszeitraum erhielt die AHG Klinik Berus insgesamt 85,9 adjustierte Qualitätspunkte und wurde in den mit (*) gekennzeichneten 8 von 11 Bereichen sowie dem Gesamturteil signifikant besser als die Klinik-Vergleichsgruppe beurteilt.

Peer Review-Verfahren (Prüfung der Qualität der Entlassungsberichte)

Im Mai 2011 erhielt die Klinik die bislang letzte Auswertung zum Peer Review-Verfahren der DRV Bund, diesmal auf Datenbasis von 17 Entlassungsberichten von Februar bis April 2010. Die Tabelle stellt die Qualitätspunkte der AHG Klinik Berus in Relation zu der Vergleichsgruppe von 125 psychosomatischen/psychotherapeutischen Reha-Einrichtungen dar. Es ergaben sich in den Qualitätspunkten zu einigen übergeordneten Bereichen negative statistisch signifikante Abweichungen zur Vergleichsgruppe, die durch ein ▼ - Symbol gekennzeichnet sind. Auch im Vergleich zur Vorerhebung von 2009 gab es signifikant negative Abweichungen. Es wurde entsprechende Korrekturmaßnahmen eingeleitet (Anpassung des klinikinternen Diktierleitfadens für Entlassungsberichte, Optimierung organisatorischer Abläufe, Mitarbeiterschulungen). Der Maßnahmenplan erstreckte sich bis ins erste Halbjahr 2012.

	AHG Klinik Berus	Vergleichsgruppe	Signifikante Abweichung	Vorerhebung	Abweichung Vorerhebung
Anamnese	62	71	▼	75	n.s.
Diagnostik	61	71	n.s.	64	n.s.
Therapieziele und Therapie	58	69	▼	69	▼
Klinische Epikrise	69	72	n.s.	74	n.s.
Sozialmedizinische Epikrise	63	69	n.s.	73	n.s.
Weiterführende Maßnahmen und Nachsorge	63	77	▼	78	▼
Gesamter Reha-Prozess	57	67	▼	68	▼
Peer Review gesamt	62	71	▼	72	n.s.

Quelle/Stand: Peer Review DRV Bund 2011

Patientenbeschwerden

Der Kostenträger erfassen Beschwerden, die telefonisch und/oder schriftlich bei ihnen eingegangen sind.

Kostenträger	Fallzahl	Beschwerden	
		%	Anzahl
Stationäre/gantztägig ambulante Rehabilitation und Behandlung	1484	0,34	5
Ambulante Behandlung	227	0,0	0

Quelle/Stand: Rückmeldung schriftlicher Patientenbeschwerden durch die Kostenträger im Berichtsjahr

Im Berichtsjahr erhielt die AHG Klinik Berus insgesamt 5 schriftliche Patientenbeschwerden von den Kostenträgern (hier: alle die DRV Bund betreffend) zur stationären/ganztäglich ambulanten Rehabilitation. Das entspricht 0,34% der im Berichtsjahr stationär und ganztäglich ambulanten behandelten Rehabilitanden. Im Bereich der Ambulanz bzw. ambulanten Reha-Nachsorge ging keine schriftliche Beschwerde an die Kostenträger.

Laufzeiten der Entlassungsberichte

Die Kliniken erhielten zuletzt im Jahr 2012 von der DRV Bund die Auswertungen der Laufzeiten der Entlassungsberichte aus den zwei vorangegangenen Jahren. Dabei lag die AHG Klinik Berus zwar jeweils über den durchschnittlichen Laufzeiten der 100 besten Einrichtungen, blieb jedoch deutlich unter dem geforderten Richtwert von maximal 14 Tagen. Die interne Auswertung der Laufzeit der Entlassungsberichte von DRV-Bund-Rehabilitanden wird jährlich vorgenommen und lag für das Jahr 2013 wieder deutlich innerhalb der Sollvorgabe (siehe unten).

Laufzeiten der AHG Klinik Berus			Laufzeiten der 100 besten Einrichtungen	
Jahr	Anzahl ausgewerteter E-Berichte	Durchschnittliche Laufzeit (in Tagen)	Anzahl ausgewerteter E-Berichte	Durchschnittliche Laufzeit (in Tagen)
2010	848	6,7	44983	3,7
2011	778	6,9	42128	3,8

Visitationen

Bei Visitationen handelt es sich um Begehungen der Klinik durch den Rentenversicherungsträger oder durch Visitatoren im Auftrag der Krankenversicherung.

Die letzte Visitation durch die Deutsche Rentenversicherung Bund fand am 02.11.2011 statt. Die Rückmeldungen waren insgesamt sehr positiv. Änderungsbedarf wurde nur in wenigen Bereichen, v.a. in Bezug auf eine leichte Anpassung des Stellenplans (Sozio-, Ergo- und Physiotherapie sowie Ernährungsberatung), z. T. Aufrüstung technischer Notruf-Vorrichtungen und übersichtlicherem Aushang von Notfallplänen gesehen. Es wurden entsprechende Maßnahmen eingeleitet.

3.2.4. Ergebnisse der internen Qualitätssicherung

Neben der Teilnahme am externen Qualitätssicherungsverfahren der Deutschen Rentenversicherung bzw. der Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen werden an der AHG Klinik Berus regelmäßig und systematisch Maßnahmen zur internen Qualitätssicherung durchgeführt, da die Daten der Leistungsträger erst mit großer zeitlicher Verzögerung eintreffen. Um zeitnaher reagieren zu können, werden zusätzlich interne Daten erhoben. Die Abweichungen der Ergebnisse ergeben sich aus den unterschiedlichen Erhebungszeiträumen und unterschiedlichen Datenmengen.

Erfassung der therapeutischen Leistungen

Hausintern werden regelmäßig Kennzahlen der Klinik erhoben und die Ergebnisse in der Leitungskonferenz besprochen. Es wird auf die Einhaltung der von der DRV Bund geforderten Richtwert-Korridore geachtet. Für die 1484 im Berichtsjahr stationär und ganztägig ambulant behandelten Patienten ergaben sich nach interner Berechnung folgende Werte:

Bewertungskategorie	Klinikwert	Richtwert-Korridor der DRV
Durchschnittliche Leistungsverteilung in Form von KTL-Leistungen aus verschiedenen KTL-Kapiteln	8,4	8-11
Durchschnittliche Leistungsanzahl je Rehabilitand pro Kalenderwoche	25,52	20-40
Durchschnittliche Stundenzahl therapeutischer Leistungen je Rehabilitand pro Kalenderwoche	19,41	18-24

Quelle/Stand: Basisdokumentation/31.12.2013

In allen Bereichen wurden wieder die externen Vorgaben erfüllt. Es wurde in der Leitungskonferenz beschlossen, die Verteilung der therapeutischen Leitungen über die verschiedenen KTL-Kapitel hinweg im Lauf des nächsten Berichtszeitraums weiterhin zu optimieren.

Laufzeit der Entlassungsberichte

Die Laufzeit der Entlassungsberichte der AHG Klinik Berus an die DRV Bund wird klinikintern monatlich erhoben und betrug im Berichtsjahr nach interner Auswertung 8,14 Tage im Jahresdurchschnitt. Vom Kostenträger wird gefordert, dass die Entlassungsberichte spätestens 14 Tage nach Entlassung der Patienten beim Kostenträger eingehen.

Patientenbeschwerden

Im Rahmen des Beschwerdemanagements werden regelmäßig und systematisch die Patientenbeschwerden aus den freien Meinungsäußerungen der Entlassfragebögen und aus den Beschwerdeprotokollen, die während des Aufenthaltes von den Mitarbeitern entgegengenommen werden, ausgewertet. In der Leitungskonferenz werden die Beschwerden besprochen und Maßnahmen zur Qualitätsverbesserung beschlossen, deren Erledigungsstatus bei systematischer Maßnahmenverfolgung geprüft wird. Die häufigsten Themen, auf die sich Beschwerden der im Berichtsjahr stationär oder ganztätig ambulant behandelten Patienten bezogen, waren: Unzufriedenheit mit der Essensqualität, Öffnungszeiten des Schwimmbads und der Medizinischen Trainingstherapie, Nutzung der Freizeitangebote, zu wenig Einzeltherapie, Organisation und Planung, Kinderbetreuung. In Bezug auf die genannten Themen wurden wieder diverse Verbesserungsmaßnahmen beschlossen und eingeleitet. Die Mitarbeiter wurden entsprechend informiert und mit einbezogen.

Mitarbeiterbefragung

Jedes dritte Jahr wird in der AHG eine schriftliche Mitarbeiterbefragung durchgeführt, zuletzt war dies 2012 der Fall. Die Beteiligung war in der AHG Klinik Berus mit 54,0% zufriedenstellend, wenn auch etwas geringer als im AHG-Durchschnitt (59,5%) bzw. im Vergleich zum Klinikwert von 2009 (64,4%). Wiederum war die Mitarbeiterzufriedenheit in der AHG Klinik Berus dabei in zahlreichen Bereichen höher als in vergleichbaren Einrichtungen der AHG und als bei der vorausgegangenen Mitarbeiterbefragung. Vergleichsweise hohe Werte ergaben sich z. B. für die Zufriedenheit mit den täglichen Aufgaben, den Abwechslungsgehalt der Tätigkeit, das Verhalten der Vorgesetzten oder die Kommunikation und das Arbeitsklima. Kritisch wurden u. a. Fragen nach Arbeitsbelastung und Zeitmangel sowie Informationsaustausch innerhalb der AHG beurteilt. Im Rahmen der internen QM-Bewertung und wiederholter Workshops mit den Mitarbeitern wurden verschiedene Maßnahmen zur Verbesserung der Mitarbeiterzufriedenheit diskutiert, der Leitungskonferenz im Entwurf vorgeschlagen und von dieser beschlossen (u.a. Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung).

Routinemäßige Patientenbefragung (Basisevaluation)

Die Ergebnisqualität der Behandlungs- und Rehabilitationsverläufe wird fortlaufend evaluiert. Im Rahmen der Basisevaluation kamen folgende Messinstrumente routinemäßig zum Einsatz:

Messinstrument	Datenquelle	Aufnahme	Entlassung
BDI II	Patienten	X	X
Health-49	Patienten	X	X
SCL-K-9	Patienten	X	X
Patientenzufriedenheitsbogen	Patienten		X
Basisdokumentation (Bado)	Therapeuten		X

Der BDI II (Beck Depressionsinventar 2. Version; Beck et al., 1988; dt. Hautzinger et al., 2006) ist ein weit verbreitetes und anerkanntes Selbstbeurteilungsinstrument zur Erfassung des Schweregrades einer depressiven Symptomatik. Der BDI enthält 21 Gruppen von Aussagen zu depressiven Symptomen, die nach aufsteigender Schwere und mit zunehmender Beeinträchtigung von 0 (nicht vorhanden) bis 3 (starke Ausprägung) untergliedert werden. In der überarbeiteten 2. Version BDI II kamen neue Items speziell unter Berücksichtigung der Diagnosekriterien des DSM IV hinzu, die die Symptome Unruhe, Wertlosigkeit, Konzentrationsschwierigkeiten und Energieverlust betreffen, während die Items bezüglich Veränderungen des Körperbildes, intensive Beschäftigung mit körperlichen Symptomen, Gewichtsverlust und Arbeitsschwierigkeiten im BDI II nicht mehr vorkommen. Die Items zu Schlafmangel und Appetitverlust wurden deutlich verändert, um sowohl die Zunahme wie auch die Verminderung von Schlaf und Appetit erfassen zu können (jeweils mit 7-stufiger Antwortmöglichkeit). Der Bezugszeitraum im BDI II sind die letzten 2 Wochen einschließlich des Befragungstages. Der Fragebogen ist somit auch für die Veränderungsmessung geeignet. Die Auswertung erfolgt durch Bildung eines Summenwertes. BDI-Summenwerte über 21 (Wertespanne 0-63) sprechen für eine klinisch relevante depressive Symptomatik.

Der Health-49 (Hamburger Module zur Erfassung allgemeiner Aspekte psychosozialer Gesundheit für die therapeutische Praxis, Rabung et al., 2007) ist ein mehrdimensionales Selbsteinschätzungsinstrument zur Erfassung allgemeiner Aspekte psychosozialer Gesundheit. Der HEALTH-49 erfasst mit 6 inhaltlich eigenständigen Modulen die folgenden Bereiche: Modul A: Psychische und somatoforme Beschwerden (3 Skalen + Gesamtwert, 18 Items), Modul B: Psychisches Wohlbefinden (1 Skala, 5 Items), Modul C: Interaktionale Schwierigkeiten (1 Skala, 7 Items), Modul D: Selbstwirksamkeit (1 Skala, 5 Items), Modul E: Aktivität und Partizipation (1 Skala, 6 Items), Modul F: Soziale Unterstützung/ Soziale Belastung (2 Skalen, 8 Items). Die Items sind 5-stufig. Die Auswertung der einzelnen Skalen erfolgt durch Summation der Itemwerte relativiert an der Anzahl der Items einer jeweiligen Skala. Relevante Beeinträchtigungen ergeben sich durch Auszählen der Items mit den Punktwerten 3 oder 4 einer jeweiligen Skala.

>>>

Die SCL-K-9 (Symptom-Checkliste-Kurzversion-9, Klaghöfer & Brähler, 2001) ist eine Kurzversion der bekannten SCL-90-R (Symptom-Checklist 90, revidierte Fassung, Derogatis et al., 1977; dt. Franke, 1995). Die Kurzversion dient im vorliegenden Zusammenhang als Screeninginstrument zur Erfassung eines breiten Bereiches psychopathologischer Symptome.

Der Patientenentlassfragebogen (Fachausschuss des AHG-Wissenschaftsrates, 2011) ist eine Weiterentwicklung des Entlassungsfragebogens (Dehmlow et al., 1999; Qualitätsbeurteilungen durch Patienten, QbP, Schmid, 2009) und wird in den Einrichtungen der AHG als Selbstbeurteilungsinstrument zur Erfassung der Zufriedenheit der Patienten mit der Behandlung, den Service-Leistungen und dem Behandlungsergebnis eingesetzt. Erfragt werden auch subjektive Veränderungen in verschiedenen Symptom- und Kompetenzbereichen.

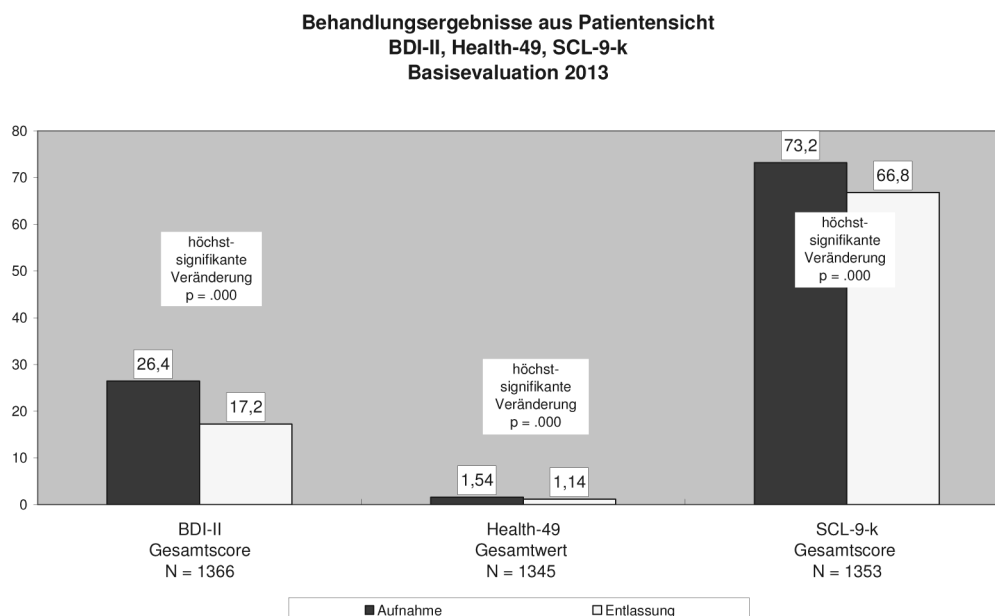
Die Bado (Basisdokumentation der AHG; Fachausschuss des AHG-Wissenschaftsrates, 2011) ist eine Weiterentwicklung der lange Zeit in der AHG eingesetzten und von Zielke (1993) entwickelten Basisdokumentation. Sie ist ein Fremdbeurteilungsinstrument und erfasst neben Angaben der Bezugstherapeuten zu soziodemographischen und krankheitsbezogenen Merkmalen ihrer Patienten u. a. auch die Therapeuteneinschätzung des Behandlungsergebnisses und die Nachsorgeempfehlungen.

Darüber hinaus werden im Rahmen von Projekten zusätzlich zur Basisevaluation mit störungsspezifischen Messinstrumenten weitere Daten erhoben und auch Katamneseuntersuchungen durchgeführt. Zum Vergleich der Veränderungen zwischen verschiedenen Messzeitpunkten wurden parallelisierte Datensätze herangezogen. Die Ergebnisse sind als repräsentativ für die Gesamtzahl der im Berichtszeitraum behandelten und entlassenen Patienten anzusehen.

Im Folgenden werden einige Ergebnisse stellvertretend für die fortlaufende Routine-Evaluation berichtet.

BDI II Health-49, SCL-K-9

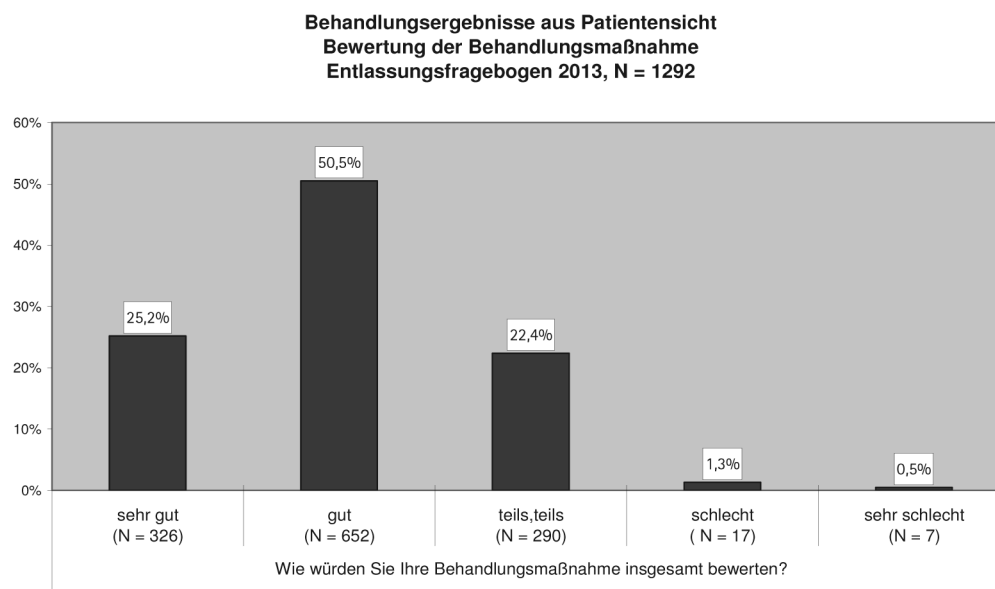
Im BDI II-Summenwert und dem Gesamtwert des Health-49 sowie dem Gesamtscore des SCL-K-9 ergaben sich exemplarisch für die Gesamtstichprobe des Berichtszeitraums jeweils höchst-signifikante Veränderungen zwischen Aufnahme- und Entlassungszeitpunkt.



Patientenentlassfragebogen der AHG

Stellvertretend für die zahlreichen Items des Entlassungsfragebogens wird im Folgenden auf die Zufriedenheit mit dem Therapieerfolg insgesamt, die subjektive Veränderung der Beschwerden, der Entspannungsfähigkeit und Selbstsicherheit sowie die Bewertung grundlegender Therapiebereiche eingegangen.

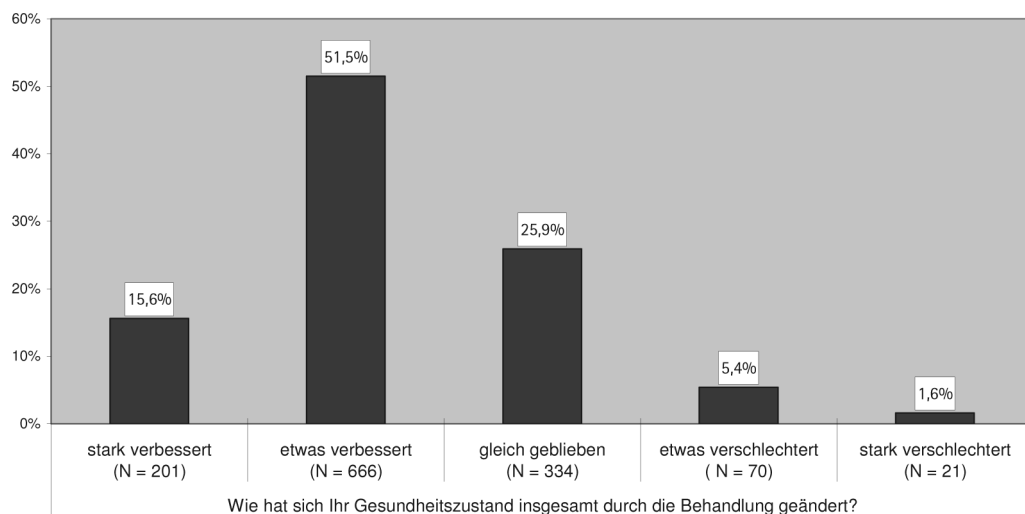
Ergebnisse Patientenentlassfragebogen: Bewertung der Behandlungsmaßnahme insgesamt



Die Behandlungsmaßnahme insgesamt bewerteten 75,7% der im Berichtszeitraum stationär oder ganztägig ambulant behandelten Patienten als *sehr gut* oder *gut*.

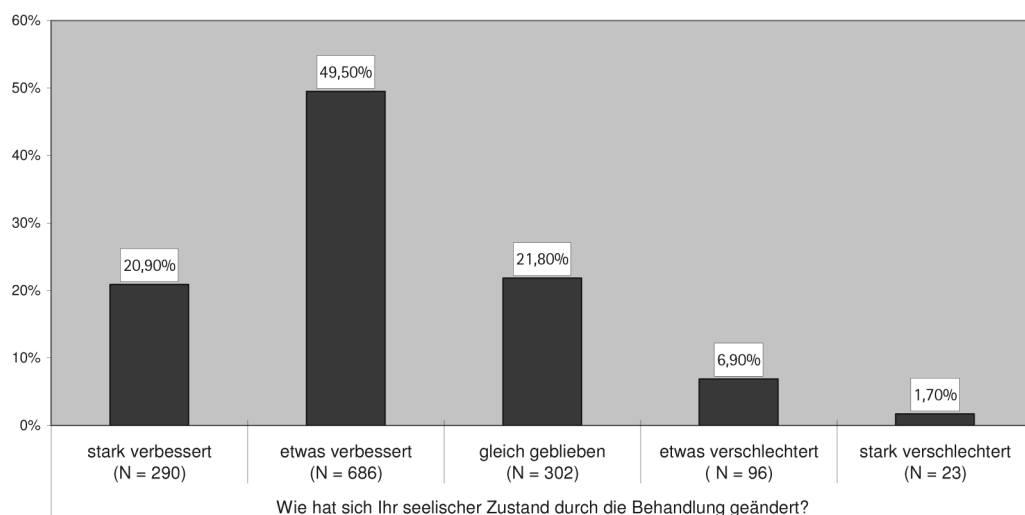
Ergebnisse Patientenentlassfragebogen: Veränderung des Gesundheitszustandes insgesamt und Veränderung des seelischen Zustandes

Behandlungsergebnisse aus Patientensicht
Veränderung des Gesundheitszustandes insgesamt
Entlassungsfragebogen 2013, N = 1292

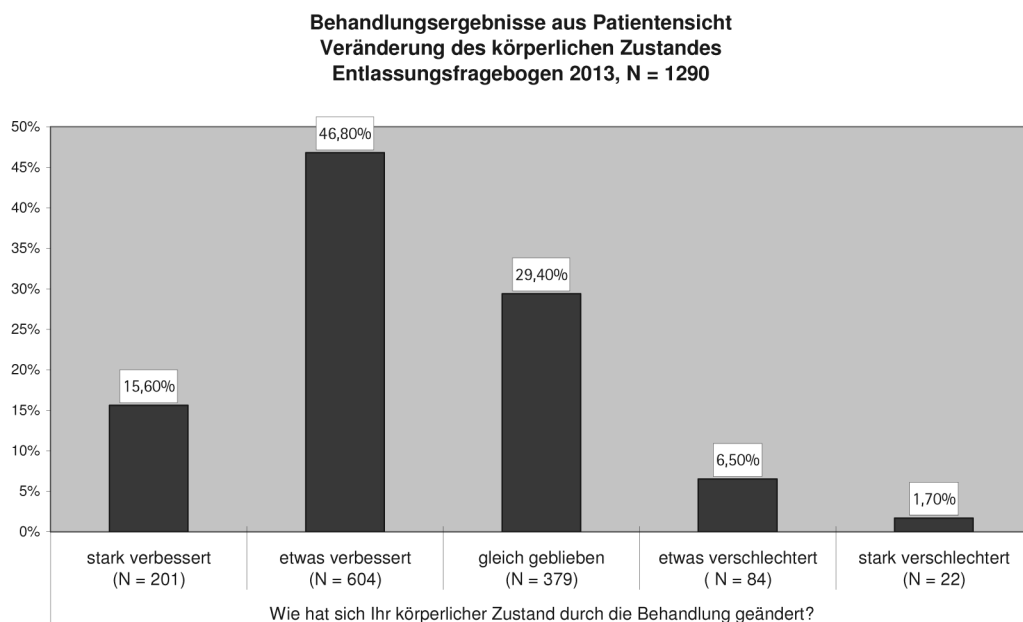


67,1% der im Berichtsjahr behandelten Patienten gaben an, dass sich ihr Gesundheitszustand insgesamt durch die Behandlung *stark verbessert* oder *etwas verbessert* hat. Bei 70,4% der behandelten Patienten hat sich der seelische Zustand *stark verbessert* oder *etwas verbessert*.

Behandlungsergebnisse aus Patientensicht
Veränderung des seelischen Zustandes
Entlassungsfragebogen 2012, N = 1386



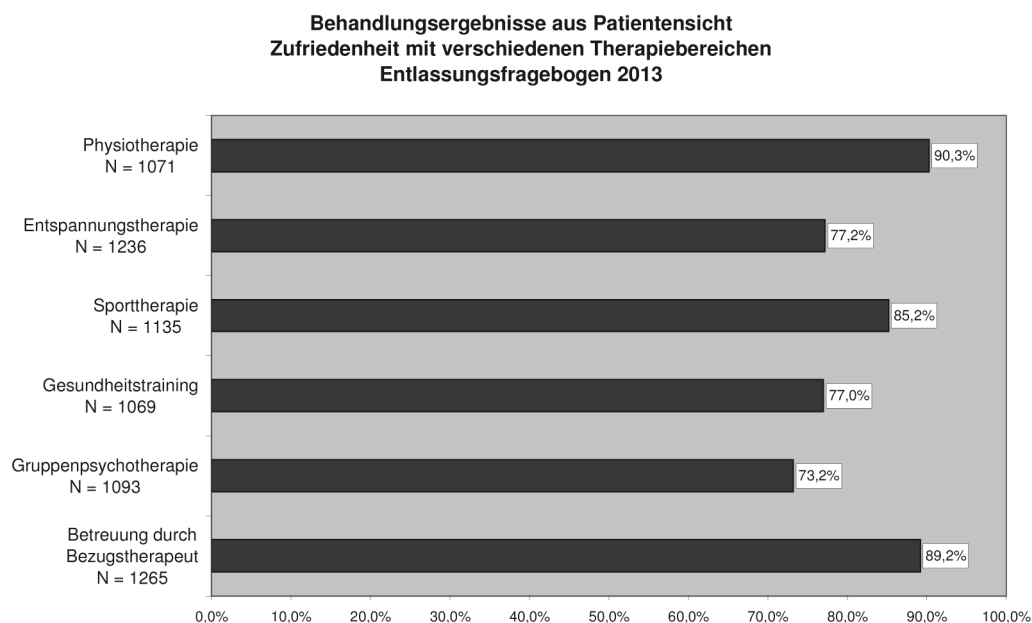
Ergebnisse Patientenentlassfragebogen: Veränderung des körperlichen Zustandes



62,4% gaben bei Klinikentlassung an, dass sich ihr körperlicher Zustand *stark verbessert* oder *etwas verbessert* habe.

Ergebnisse Patientenentlassfragebogen: Bewertung verschiedener Therapiebereiche

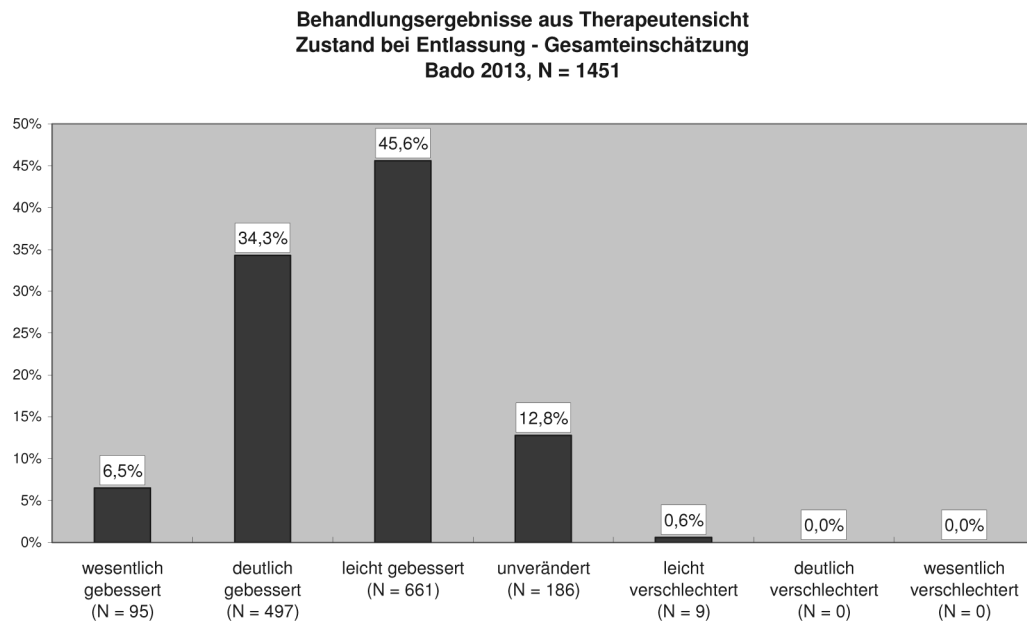
Eine tragende Rolle spielt die Einzeltherapie. 89,2% bewerteten die Betreuung durch ihren Bezugstherapeuten als *gut* (33,6%) oder *sehr gut* (55,6%). Eine positive Bewertung (*gut* oder *sehr gut*) der anderen grundlegenden Therapiebereiche schwankte zwischen 73,2% und 90,3%.



Basisdokumentation (Bado)

Die Bado (Basisdokumentation der AHG, Fachausschuss des AHG-Wissenschaftsrates, 2011) wird als Therapeuten-Fragebogen zur Dokumentation von Patientenvariablen, Behandlungsmaßnahmen und Behandlungsergebnissen eingesetzt.

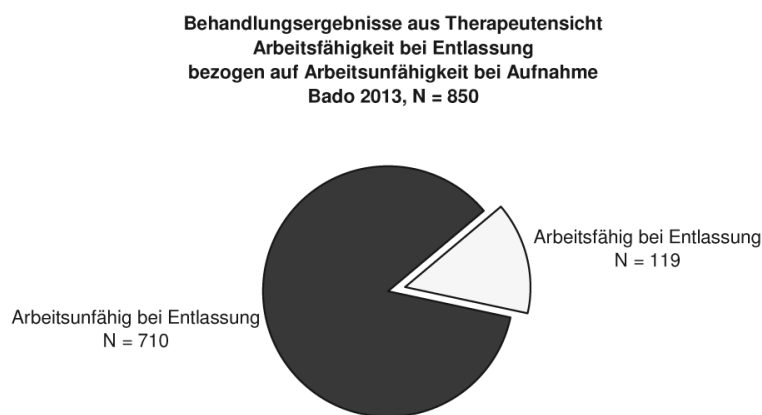
Ergebnisse Bado: Zustand bei Entlassung – Gesamteinschätzung



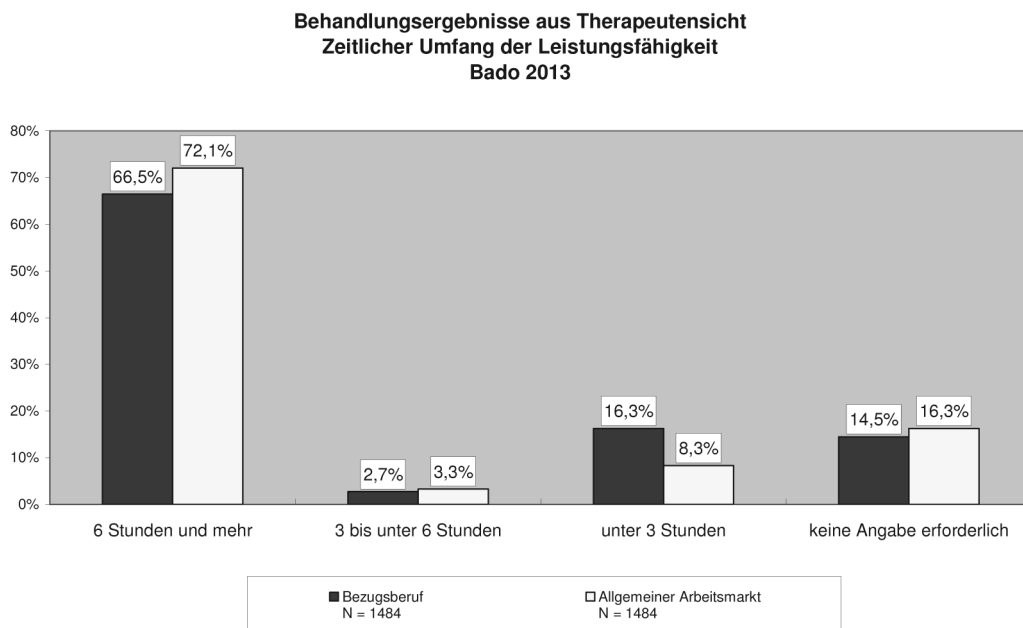
86,4% der Patienten wurden von ihren Bezugstherapeuten zum Entlassungszeitpunkt in ihrem Zustand bei Entlassung insgesamt als *leicht gebessert* bis *wesentlich gebessert* angesehen. In dieses Urteil gehen nicht nur die Symptomveränderung sondern auch die vermittelten Bewältigungsstrategien ein.

Ergebnisse Bado: Arbeitsfähigkeit bei Entlassung, bezogen auf Arbeitsunfähigkeit bei Aufnahme

Von den Patienten, die bei Aufnahme arbeitsunfähig waren (N = 850), konnten 119 wieder *arbeitsfähig* entlassen werden (14,0%), 710 blieben auch zum Entlassungszeitpunkt arbeitsunfähig (83,5%). 86,9% der bei Aufnahme Arbeitsfähigen waren auch bei Entlassung arbeitsfähig (551 Patienten), wohingegen 13,1% der bei Aufnahme Arbeitsfähigen nunmehr *arbeitsunfähig* entlassen wurden (83 Patienten). Bei Entlassung als arbeitsunfähig wird häufig eine gestufte berufliche Wiedereingliederung oder eine interne Umsetzung an einen anderen Arbeitsplatz vorgenommen. Bei 100 von 1484 Patienten (6,7%) war keine Beurteilung der Arbeitsfähigkeit erforderlich.



Ergebnisse Bado: Zeitlicher Umfang der Leistungsfähigkeit im Bezugsberuf und am allgemeinen Arbeitsmarkt



Bezogen auf den Bezugsberuf wurden 66,5% der Patienten als *vollschichtig leistungsfähig* entlassen, bezogen auf den allgemeinen Arbeitsmarkt waren es 72,1%. Diese Ergebnisse schwanken seit Jahren nur in geringem Umfang, obwohl die Zahl der Rentenantragsteller im Lauf der Jahre zugenommen hat.

Routinemäßige 1-Jahres-Katamnese

Seit dem 01.01.2013 wird in der AHG-Klinik Berus eine randomisierte 1-Jahres-Teilkatamnese mit dem Fokus auf Sozialdaten bei ca. 20% der deutschsprachigen Patienten unter Ausschluss der Behandlungsdiagnose pathologisches Glücksspiel und PC-Gebrauch durchgeführt. Die Prozedur richtet sich nach dem Beschluss des Präsidiums des AHG Wissenschaftsrates vom 22. Oktober 2012.

Im sozial-katamnestischen Teil der Befragung werden folgende Daten erhoben: Familienstand, Partnerschaft, Wohnsituation, Erwerbssituation, Arbeitsfähigkeit, Ursache für evtl. Arbeitsunfähigkeit, Rentensituation, Nachsorge. Im symptomorientierten Teil wird die SCL-K-9 erhoben und je eine Frage zum allgemeinen Gesundheitszustand und zur beruflichen Leistungsfähigkeit auf einer fünfstufigen Skala erfasst. Hinzu kommt eine retrospektive Beurteilung des Behandlungserfolges in der Klinik nach einem Jahr mithilfe einer Frage, d.h. eine Selbsteinschätzung der Veränderungen bis zum Katamnesezeitpunkt.

Stichprobenbeschreibung

Für die Teil-Katamnese 2013 (stationärer Aufenthalt 2012) wurden nach dem beschriebenen Verfahren 296 Patienten angeschrieben. 210 (71%) Patienten beantworteten den Fragebogen. Unbekannt verzogen waren 16 Patienten. Die gültige Stichprobe bestand aus 60% Frauen und hatte einen Altersdurchschnitt von 47 Jahren.

Im Folgenden wird ein Auszug aus der Katamnese gegeben:

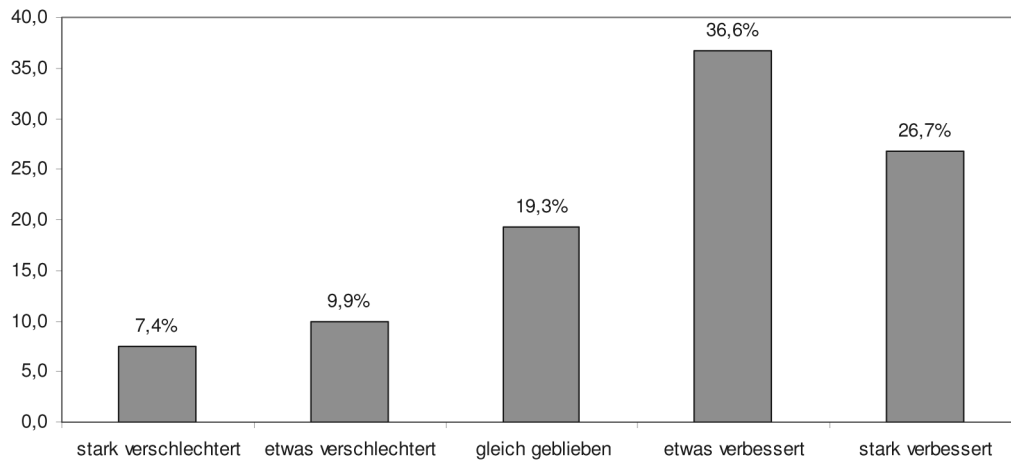
Sozialdaten

Die Daten stammen aus der Katamnese 2013. Zum Vergleich sind in den Klammern die Werte zum Zeitpunkt des stationären Aufenthaltes 2012 angegeben. 27% der Befragten gaben an, nach dem Klinikaufenthalt arbeitslos geworden zu sein, jedoch waren zum Zeitpunkt der Befragung nur 19% (20%) arbeitslos. 77% (89%) der Patienten gaben an, keine Rente zu erhalten und in keinem Rentenverfahren zu stehen. Eine befristete Rente erhielten 8% (1%), eine unbefristete Rente 7% (3%). 6% (3%) hatten einen Rentenantrag gestellt, 2% (2%) befanden sich in einem Rentenstreit.

Gesundheitszustand

Bei etwa 63 % der Patienten hatte sich ein Jahr nach dem stationären Aufenthalt der Gesundheitszustand im Vergleich zur Zeit vor dem stationären Aufenthalt weiter verbessert (d.h. *etwas verbessert* oder *stark verbessert*). Ca. 17% gaben eine Verschlechterung an (d.h. *etwas verschlechtert* oder *stark verschlechtert*; Quelle: Basisdokumentation der AHG, Katamnese 2013).

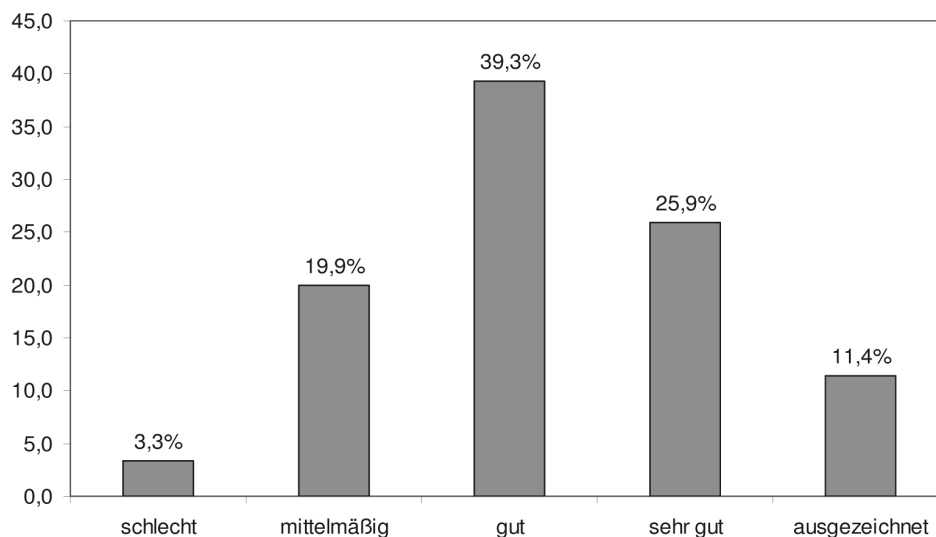
... wie hat sich Ihr Gesundheitszustand insgesamt bis heute geändert?
(im Vergleich zur Zeit vor der stationären Behandlung)



Zufriedenheit mit dem Erfolg der Behandlung

77% der Katamneseteilnehmer beurteilten ein Jahr nach der Behandlung den Erfolg ihrer Behandlung in der Klinik im Vergleich zur Zeit vor dem stationären Aufenthalt als *gut* oder *sehr gut* bzw. sogar *ausgezeichnet*. 20% beurteilten dies als *mittelmäßig* und 3% als *schlecht* (Quelle: Basisdokumentation der AHG, Katamnese 2013).

Wie beurteilen Sie den Erfolg der Behandlung in unserer Klinik insgesamt?
(im Vergleich zur Zeit vor der stationären Behandlung)



Konzeptbewertungen und Ergebnisqualität im Rahmen systematischer Studien

Im Rahmen systematischer Evaluationsprojekte werden Behandlungsverläufe und –ergebnisse immer wieder untersucht. Dies betrifft v.a. die Entwicklung und Optimierung neuer Therapiekonzepte. Beispielsweise wurden in den letzten Jahren mehrfach Untersuchungen durchgeführt zu den Behandlungsschwerpunkten: Mobbing, Tinnitus, Traumatherapie und Spielerbehandlung. Auch die französischsprachige Therapie wird evaluiert. Im Folgenden werden exemplarisch für die störungsspezifischen Nachbefragungen Ergebnisse der fortlaufenden 1-Jahres-Katamnese zur stationären Traumatherapie berichtet. Im Übrigen wird auf die entsprechenden Veröffentlichungen hingewiesen.

Komplikationen/Fehlermanagement

Nach Sichtung durch den Fehlerbeauftragten werden alle von den Mitarbeitern gemeldeten Komplikationen in der Leitungskonferenz bewertet und bei Notwendigkeit entsprechende Korrekturmaßnahmen eingeleitet. Dasselbe geschieht in Bezug auf das Beschwerdemanagement. Von Bedeutung sind systematische, insbesondere kritische Fehler sowie gravierende Patientenbeschwerden. Im Berichtszeitraum wurden von 4 beschlossenen Korrekturmaßnahmen 100% fristgerecht erledigt. Von 7 geplanten Vorbeugemaßnahmen wurden 6 Maßnahmen unter Einhaltung des vereinbarten Termins umgesetzt (86%).

Katamnesen: Ergebnisse zur 1-Jahres-Katamnese der stationären Traumatherapie

Stellvertretend für die katamnestischen Überprüfungen langfristiger Therapieeffekte an der AHG Klinik Berus werden im Folgenden Teil-Ergebnisse der fortlaufenden 1-Jahres-Katamnese zur stationären Traumatherapie im Berichtsjahr dargestellt.

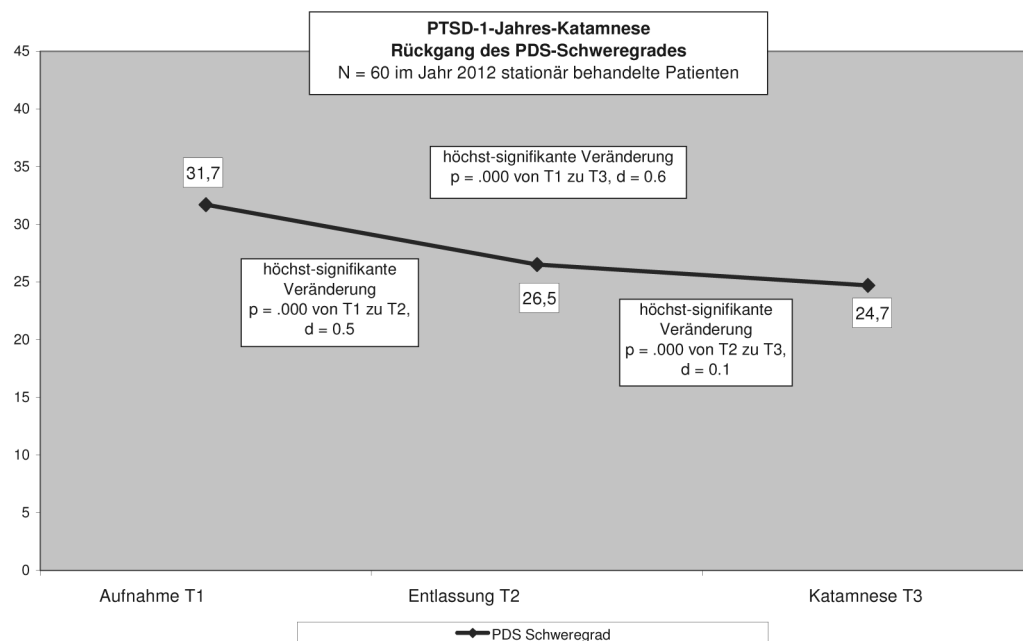
Die Veränderung der Traumasymptomatik wurde mit der PDS (Posttraumatic diagnostic Scale, Foa, 1995, dt. Ehlers et al., 1996) gemessen. Der PDS-Schweregrad (Wertebereich von 0 bis 51) setzt sich aus einem Gesamtscore der Subskalenwerte PDS-Wiedererleben, PDS-Vermeiden und PDS-Erregung zusammen. Ein PDS-Schweregrad über 36 spricht für eine schwere PTSD-Symptomatik, Werte zwischen 21 und 35 sind als mittelmäßige bis schwere PTSD, Werte von 11 bis 20 als mittelschwere und Werte bis 10 als leichte PTSD zu klassifizieren. Die komorbide depressive Symptomatik wurde mit dem BDI II-Summenwert (Beck Depressionsinventar 2. Version; Beck et al., 1988; dt. Hautzinger et al., 2006) erfasst. BDI-Summenwerte über 21 (Wertespanne 0-63) sprechen für eine klinisch relevante depressive Symptomatik.

Im Berichtsjahr wurden im Rahmen der fortlaufenden 1-Jahres-Katamnese zur stationären Traumatherapie u.a. folgende Daten erhoben: Die Rücklaufquote der Katamnese beträgt 44,8% (behandelte PTSD-Patienten 2012: N = 134).

>>>

Fragebogen	Aufnahme		Entlassung		Katamnese		Signifikanz	Effektstärke
	M	SD	M	SD	M	SD		
PDS-Schweregrad (N = 60)	31,7	10,6	26,5	10,5	24,7	13,9	***	0.6 mittlerer Effekt (T1-T3)
BDI-II-R Summenwert (N = 60)	30,6	11,3	26,2	10,9	20,9	12,9	***	0.7 mittlerer Effekt (T1-T3)

Sowohl die posttraumatische Symptombelastung, gemessen mit dem PDS-Schweregrad, als auch die depressive Symptomatik, erfasst mit dem BDI-II-R-Summenwert, besserten sich im Behandlungsverlauf. Der Effekt blieb in der 1-Jahres-Katamnese stabil. Im Mittel war die störungsspezifische Traumasymptomatik wie auch die komorbide depressive Symptomatik sowohl zwischen Klinikaufnahme und -entlassung als auch im Katamnesezeitraum bis zu einem Jahr nach Klinikentlassung rückläufig. Die Veränderung zwischen Aufnahme und Katamnesezeitpunkt war dabei jeweils höchst signifikant und entsprach einer mittleren Effektstärke.



Die Grafik zeigt langfristige Behandlungseffekte in Form einer stetigen Abnahme des Schweregrades der Posttraumatischen Belastungsstörung, erfasst mit der PDS (Posttraumatic Stress Diagnostic Scale, Foa, 1995,; dt. Ehlers et al., 1996). Die Ergebnisse belegen erneut, dass die stationäre Traumatherapie an der AHG Klinik Berus bei einem Großteil der Patienten langfristig wirkungsvoll ist (vgl. die vorangegangenen Qualitätsberichte der AHG Klinik Berus).

3.2.5. Weiterentwicklung von Versorgungskonzepten

Die AHG Klinik Berus ist eine der wenigen Kliniken, die die Entwicklung therapeutischer Konzepte nach DIN EN ISO 9001: 2008 in den Zertifizierungsprozess mit eingeschlossen hat. Dies setzt voraus, dass regelmäßig neue Therapiekonzepte und Programme entwickelt (und nicht nur bereits vorgegebene adaptiert) werden und die Entwicklung nach den Richtlinien des Projektmanagements abläuft.

Entwicklung eines neuen ambulanten Therapieangebotes im Rahmen einer Vereinbarung mit der HEK zur Integrierten Versorgung

2011 wurde in Kooperation mit der HEK ein ambulantes Therapieangebot entwickelt, das im Rahmen einer Vereinbarung zur Integrierten Versorgung (§140 b SGB V) ab 15.09.2011 zur Anwendung kommt. Übergeordnetes Ziel des IV-Projekts ist die bedarfsorientierte psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung von HEK-Versicherten mit psychischen und psychosomatischen Erkrankungen unter Ausnutzung sämtlicher ambulanter, interdisziplinärer Therapie-Optionen wie Einzel-, Gruppentherapie, etc. zur Vermeidung unnötiger oder unnötig langer stationärer Behandlungen sowie unnötiger Zeiten der Arbeitsunfähigkeit. In Abhängigkeit von Schwere, Komorbidität und Ausmaß der Chronifizierung der Erkrankung können folgende therapeutische Angebote indiziert sein:

- Verhaltenstherapeutische Einzeltherapie
- ggf. auch einzelne zusätzliche verhaltensmedizinische Gruppenangebote
- oder ganztägig ambulante verhaltensmedizinische Behandlung (Tagesambulanz)
- ggf. auch ambulante Einzeltherapie zur Nachsorge nach vorausgegangener stationärer oder tagesklinischer Behandlung

Das Behandlungsprogramm wird fortlaufend evaluiert. Bei einer Zwischenauswertung zum 31.12.2013, ergaben sich für 63 Patienten, die im Rahmen des HEK-IV-Projektes ambulant an der AHG Klinik Berus behandelt worden waren, folgende Ergebnisse:

Stichprobe:

Im vorliegenden Fall wurden die Daten von 63 HEK-Versicherten (davon 53 abgeschlossene Fälle), die in der Zeit zwischen dem 01.01.2011 und dem 31.12.2013 an der AHG Klinik Berus ambulant behandelt worden waren, in die Auswertung mit einbezogen. Es handelte sich hier um 33 Frauen (62%) und 20 Männer (38%) mit einem Durchschnittsalter von 41,5 Jahren. 83,1% waren erwerbstätig, 5,7% arbeitslos. Die meisten waren verheiratet (42,6%), die Restlichen ledig (37,0%), verheiratet und in Trennung lebend (5,6%), geschieden (13,0%) oder verwitwet (1,8%). Am häufigsten wurde eine Anpassungsstörung (36,0%), eine mittelgradige depressive Episode (33,9%) oder eine Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (28,3%) diagnostiziert. In einem Fall wurde die Diagnose Angst und Depression gemischt (1,8%) vergeben.

>>>

Erbrachte Leistungen:

Insgesamt wurden pro Behandlungsfall 14,15 Leistungen erbracht. 21,3% der Patienten erhielten lediglich bis zu 5 probatorische Einzelsitzungen, 26,2% bekamen zusätzlich zu den 5 probatorischen bis zu 5 weitere Einzelsitzungen, 21,3% erhielten zusätzlich zu den 5 probatorischen bis zu 10 weitere Einzelsitzungen und 17,5% wurden mit mehr als 10 zusätzlichen Einzelsitzungen nach der Probatorik behandelt. 13,7% nahmen an der Tagesambulanz teil (ganztägige ambulante Behandlung mit Kombination aus Einzel- und Gruppentherapie, in Abhängigkeit der differentiellen Indikation).

Behandlungsergebnisse

Als *wesentlich gebessert* wurden 22,2%, als *deutlich gebessert* 27,8% und als *leicht gebessert* 42,6% der Patienten von ihren Bezugstherapeuten bei Beendigung der Therapie eingeschätzt (insgesamt somit 92,6% mit positivem Therapieergebnis). Der Anteil der AU-Fälle sank von 27 (50,9%) bei Aufnahme auf 14 (26,4%) bei Entlassung.

Positiv war auch der Prä-Post-Vergleich bei den Selbstbeurteilungsinstrumenten: Im BDI-II ging der Summenwert zwischen dem Aufnahmezeitpunkt (MW=26,20, SD=10,80, N=35) und dem Entlassungszeitpunkt (MW=17,50, SD=13,40, N=22) im Durchschnitt höchst signifikant zurück, d.h. die depressive Symptomatik war bei Aufnahme mittelschwer ausgeprägt und lag bei Klinikentlassung lediglich noch im leichten, klinisch nicht relevanten Bereich. Im Health-49 nahm der durchschnittliche Gesamtwert psychische und somatoforme Beschwerden PSB zwischen Aufnahme (MW=1,81, SD=0,80, N=30) und Entlassung (MW=1,31, SD=0,83, N=26) ebenfalls höchst signifikant ab. Letztlich war auch der Globale Schwere-Index (GSI) der SCL-K-9 zwischen Aufnahme (MW=75,80, SD=10,30, N=26) und Entlassung (MW=65,10, SD=12,80, N=20) im Durchschnitt höchst signifikant rückläufig.

In 62,2% der Fälle war nach Einschätzung der Bezugstherapeuten bei Entlassung aus der Klinikambulanz keine weitere psychotherapeutische Behandlung mehr nötig, Bei 28,3% wurde eine weitere ambulante Behandlung in Form einer Richtlinien-Psychotherapie bei niedergelassenen Kolleginnen oder Kollegen eingeleitet, bei 9,5% der Patienten wurde ein Antrag auf eine medizinische Reha gestellt.

Die Ergebnisse unterstreichen in ihrer einheitlichen Richtung insgesamt die positiven Behandlungseffekte und decken sich mit der in der Regel hohen Patientenzufriedenheit aus mündlichen Rückmeldungen der Teilnehmer.

Aufbau eines ambulanten Therapieangebotes zur ambulanten Behandlung Traumatisierter nach Arbeits- bzw. Arbeitswegeunfällen im Rahmen des Psychotherapeutenverfahrens DGUV

Aufbauend auf den positiven Erfahrungen eines Modellprojekts zur ambulanten Betreuung von Banküberfallopfern für Mitarbeiter der Kreissparkasse Saarlouis wurde seit 2000/2001 an der AHG Klinik Berus schrittweise eine Trauma-Ambulanz für Traumatisierte nach Arbeits- bzw. Arbeitswegeunfällen in Kooperation mit Kostenträgern der DGUV (Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung) aufgebaut und weiterentwickelt. In den Anfangsjahren erfolgte die Kooperation einzelfallbezogen, 2009 im Rahmen des Modellverfahrens zur psychotraumatologischen Behandlung von Versicherten des Landesverbandes Südwestdeutschland der gewerblichen Berufsgenossenschaften sowie seit 2012 im Rahmen des daraus resultierenden Psychotherapeutenverfahrens der gesetzlichen Unfallversicherungsträger (DGUV, Stand vom 01.07.2012). Eine Voraussetzung dafür war die Zertifizierung für Spezielle Psychotraumathepie (DeGPT) durch die Deutschsprachige Gesellschaft für Psychotraumatologie.

An der AHG Klinik Berus werden Versicherte unterschiedlicher Berufsgenossenschaften und gesetzlicher Unfallkassen in enger Abstimmung mit dem Kostenträger behandelt, z.B. in Kooperation mit dem zuständigen RehaBerater bei Fragen der beruflichen Wiedereingliederung oder medizinisch-therapeutisch indizierter Änderung der Berufstätigkeit. Typische Beispiele sind Traumatisierung nach Maschinenunfällen (z.B. in Produktionsbetrieben oder Straßenbau), nach Überfällen (z.B. Banküberfälle oder Überfälle auf Taxi- und Busfahrer oder Krankenpflegepersonal), Unfälle im Rettungswesen, Zugunglücke (oder Unfälle von Lokführern nach Überfahren von Suizidenten). Auch Betroffene außergewöhnlicherer Ereignisse wie Amokläufe in Schulen oder schwere Stromunfälle wurden an der AHG Klinik Berus erfolgreich ambulant traumatherapeutisch behandelt. Von Bedeutung ist hierbei eine sorgfältige und fristgerechte Dokumentation unter Berücksichtigung von Aspekten der sozialmedizinischen Begutachtung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit. Besonderheiten ergeben sich bei Wechselwirkungen psychischer mit anhaltenden körperlichen Unfallfolgen. In solchen Fällen ist eine enge Kooperation im Krankheits- und Behandlungsverlauf mit den somatomedizinischen Behandlern notwendig. Bei unklaren Ursache-Wirkungszusammenhängen (z.B. bei psychischen Vorerkrankungen) kann zudem ein Kausalitätsgutachten indiziert sein. Hauptziel ist neben der möglichst vollständigen Genesung die Erhaltung bzw. Wiederherstellung der Leistungsfähigkeit und Klärung der weiteren beruflichen Perspektive. Falls notwendig, wird bei darüber hinaus gehenden, unfallunabhängigen Problemstellungen (z.B. familiäre Belastungen oder Belastungen durch bereits bestehende Vorerkrankungen) eine weitere psychotherapeutische Nachsorge (in der Regel ambulante Richtlinien-Psychotherapie zu Lasten der Krankenkasse) eingeleitet.

Die bisherigen Erfahrungen mit der Trauma-Ambulanz DGUV sind den Rückmeldungen der Teilnehmer und der Einschätzung der Therapeuten nach ebenfalls sehr positiv. Im Folgenden werden die bisherigen Zwischenergebnisse der fortlaufenden Evaluation der Trauma-Ambulanz DGUV an der AHG Klinik Berus dargestellt.

>>>

Stichprobe:

Die vorliegende Auswertung bezieht sich auf eine Stichprobe von 24 psychisch traumatisierten DGUV-Versicherten nach Arbeits- bzw. Arbeitswegeunfällen, die bis zum 31.12.2013 in der Trauma-Ambulanz der AHG Klinik Berus behandelt wurden. 21 Fälle waren dabei zum Evaluationszeitpunkt abgeschlossen.

Die vorliegende Stichprobe setzte sich aus 12 Frauen (57%) und 9 Männern (43%) mit einem Durchschnittsalter von 44,7 Jahren zusammen. 42,9% waren ledig, 57,1% verheiratet. 47,6% waren bei Aufnahme arbeitsfähig, 52,4% arbeitsunfähig. 52,4% waren in Folge eines Überfalls, 47,6% nach einem anderen Arbeitsunfall traumatisiert. Das belastende Ereignis hatten ihren Angaben nach 76,2% primär in der Rolle eines Opfers, 14,3% als Zeuge und ebenfalls 9,5% als Opfer und Zeuge erlebt. Folgende Hauptbehandlungsdiagnosen wurden hier gestellt: in 66,7% der Fälle eine Posttraumatische Belastungsstörung, bei 23,7% eine Akute Belastungsreaktion, bei 4,8% lag eine Anpassungsstörung und bei ebenfalls 4,8% eine Angst und Depression gemischt vor.

Erbrachte Leistungen:

Insgesamt wurden die Teilnehmer der Trauma-Ambulanz DGUV mit durchschnittlich 13,1 Einzelsitzungen ambulanter Traumatherapie behandelt. Bei 9,5% erfolgte eine einmalige Einzelsitzung zur diagnostischen Abklärung und Überprüfung der Indikationsstellung für eine weitere psychotherapeutische Behandlung. 33,3% erhielten lediglich bis zu 5 probatorische Einzelsitzungen, 9,5% bekamen zusätzlich zu den 5 probatorischen bis zu 5 weitere Einzelsitzungen, eine Kurzzeittherapie bis zu 25 Sitzungen (inclusive der probatorischen Sitzungen) fand bei 23,8% statt und 23,9% erhielten eine Langzeitbehandlung mit bis zu 37 Einzelsitzungen (inclusive der Probatorik).

Behandlungsergebnisse:

9,5% der Patienten wurden von ihren Bezugstherapeuten als *wesentlich gebessert* entlassen, 61,9% als *deutlich gebessert* und 9,5% als *leicht gebessert* (insgesamt somit 80,9% mit positivem Therapieergebnis). Als *unverändert* wurden 19,1% eingeschätzt (in erster Linie die Patienten mit nur einer oder wenigen Einzelsitzungen zur diagnostischen Abklärung und Überprüfung der Indikationsstellung), 0% wurden als *leicht verschlechtert*, *deutlich verschlechtert* oder *wesentlich verschlechtert* beurteilt.

Positiv war auch hier wiederum der Prä-Post-Vergleich mit den Selbstbeurteilungsinstrumenten: der traumaspezifischen PDS, dem auf depressive Komorbidität abzielenden BDI II sowie dem Health-49 zur Erfassung allgemeiner Aspekte psychosozialer Gesundheit:

Der Gesamtwert der traumaspezifischen PDS (PDS-Schweregrad) nahm zwischen Aufnahme in die Klinikambulanz (MW=32,5, SD=0,9, N=9) und Entlassung (MW=23,0, SD=11,5, N=4) im Durchschnitt deutlich ab. Die traumaspezifischen PDS-Werte sprechen zu beiden Messzeitpunkten zwar für die Klassifikation des Schweregrades der Traumasymptomatik als mittelschwer bis schwer (Wertebereich des PDS-Schweregrades von 21–35), bei Entlassung war die Traumasymptomatik und damit verbundene Belastung jedoch wie bei den Teilnehmern der Trauma-Ambulanz Saarland (OEG) deutlich gebessert. Im BDI-II ging der durchschnittliche Summenwert zwischen dem Aufnahmezeitpunkt (MW=17,9, SD=9,8, N=10) und dem Entlassungszeitpunkt (MW=14,7, SD=15,7, N=7) ebenfalls zurück, die Werte lagen zu beiden Messzeitpunkten in dem klinisch nicht relevanten Bereich einer leicht ausgeprägten Depressivität, bei Entlassung gebessert (laut Testmanual entsprechen BDI II-Summenwerte von 14 – 19 einer leichten Depression). Im Health-49 veränderte sich der durchschnittliche Gesamtwert psychische und somatoforme Beschwerden PSB zwischen Aufnahme (MW=0,9, SD=0,4, N=10) und Entlassung (MW=1,03, SD=1,1, N=7) bei minimalem Anstieg nur unwesentlich, was hier bei ohnehin geringer Ausprägung einer gewissen Stabilität entsprach. Es ist kritisch anzumerken, dass die geringen Fallzahlen im Rahmen der erst kürzlich begonnenen systematischen Evaluation vorerst nur eine eingeschränkte Aussagekraft haben und eine weitere Überprüfung anhand größerer Stichproben erfordern.

In 76,2% der Fälle wurde keine weitere Behandlung mehr für notwendig erachtet, bei 19,0% der Patienten wurde aufgrund unfallunabhängiger Problemstellungen eine ambulante Richtlinien-Psychotherapie bei niedergelassenen Kolleginnen oder Kollegen eingeleitet, bei 4,8% wurde ein Antrag auf medizinische Reha gestellt.

In Übereinstimmung mit den Ergebnissen der anderen Ambulanz-Angebote weisen auch diese Daten – wenn ebenfalls noch mit geringer Fallzahl – wiederum auf positive Behandlungseffekte hin. Dies deckt sich auch wieder mit der hohen Patientenzufriedenheit aus den mündlichen Teilnehmer-Rückmeldungen. Die erst vor kurzen eingeführte, systematische Evaluation soll konsequent fortgesetzt werden, um die bisherigen ersten Ergebnisse anhand größerer Stichproben zu überprüfen.

Entwicklung eines neuen ambulanten Therapieangebotes für Gewaltopfer im Rahmen der Traumaambulanz Saarland in Kooperation mit dem LAS

In Kooperation mit dem Landesamt für Soziales, Saarbrücken (LAS) wurde im Juli 2012 an der AHG Klinik Berus in Form eines Pilotprojektes die „Trauma-Ambulanz Saarland“ eingerichtet (Keller, 2012). Vor dem Saarland wurden derartige Projekte bislang in 5 anderen Bundesländern initiiert. Ziele des Angebotes für traumatisierte Gewaltopfer sind u.a. die diagnostische Abklärung und Prüfung der Indikation für eine psychotraumatologische Behandlung, Durchführung von entsprechender Beratung und/oder Behandlung der Opfer sowie Prävention chronischer Traumafolgestörungen. Die betroffene Person muss dazu bereit sein, einen Antrag auf Opferentschädigung nach OEG (Opferentschädigungsgesetz) zu stellen. Die bisherigen Erfahrungen mit der Trauma-Ambulanz sind den Rückmeldungen der Teilnehmer und der Einschätzung der Therapeuten nach ermutigend. Im Folgenden werden die Zwischenergebnisse nach eineinhalbjähriger Pilotphase der Trauma-Ambulanz Saarland berichtet.

Stichprobe:

In den ersten 1,5 Jahren der Pilotphase (01.07.2012 bis 31.12.2013) wurden in der Trauma-Ambulanz Saarland an der AHG Klinik Berus nach Antrag auf Opferentschädigung an das LAS auf Grundlage des OEG insgesamt 29 Opfer und Zeugen ziviler Gewalt (25 abgeschlossene Fälle) ambulant behandelt. Unter den abgeschlossenen Fällen waren 19 Frauen (65,5%) und 6 Männer (34,5%) mit einem Durchschnittsalter von 36,6 Jahren. 40,0% waren ledig, 36,0% verheiratet, 8,0% verheiratet und in Trennung lebend, 12,0% geschieden und 4,0% verwitwet. Die meisten (62,0%) waren erwerbstätig, der Anteil der Arbeitslosen betrug 16,0%. Arbeitsunfähig bei Aufnahme waren 16,0%. Der Großteil (60,0%) hatte seelische und körperliche Gewalt durch Fremde erfahren, 28,0% hatten seelische und körperliche Gewalt in der Familie erlebt, 8,0% sexuelle und körperliche Gewalt durch Fremde und 4,0% sexuelle und körperliche Gewalt in der Familie. 68,0% waren Gewaltopfer, 32% Zeugen von Gewalt. 52,0% hatten körperliche Folgen der Gewalt davongetragen. In 40,0% der Fälle wurde eine Akute Belastungsreaktion, in 44,0% eine Posttraumatische Belastungsstörung diagnostiziert, 12,0% erfüllten lediglich die Kriterien einer Anpassungsstörung, bei 4,0% wurde die Diagnose einer mittelgradigen depressiven Episode gestellt.

Erbrachte Leistungen:

Insgesamt wurden die Teilnehmer der Trauma-Ambulanz Saarland in den ersten 1,5 Jahren der Pilotphase mit durchschnittlich 6,3 Einzelsitzungen ambulanter Traumatherapie behandelt. 84,0% erhielten lediglich bis zu 5 probatorische Einzelsitzungen, 4,0% bekamen zusätzlich zu den 5 probatorischen bis zu 5 weitere Einzelsitzungen, 12,0% erhielten zusätzlich zu den 5 probatorischen bis zu 10 weitere Einzelsitzungen (sogenannte Akutbehandlung).

Behandlungsergebnisse:

32,0% der Patienten wurden von ihren Bezugstherapeuten als *wesentlich gebessert* entlassen, 24,0% als *deutlich gebessert* und 36,0% als *leicht gebessert* (insgesamt somit 92,0% mit positivem Therapieergebnis).

Positiv war auch hier wiederum der Prä-Post-Vergleich mit den Selbstbeurteilungsinstrumenten: der traumaspezifischen PDS und dem auf depressive Komorbidität abzielenden BDI II:

In der traumaspezifischen PDS ging der durchschnittliche Gesamtwert (PDS-Schweregrad) zwischen Ambulanzaufnahme (MW=35,1, SD=6,5, N=21) und Entlassung (MW=25,7, SD=9,4, N=10) deutlich zurück, wobei es bei allen abgeschlossenen Behandlungsfällen zu einer Besserung kam (der Wertebereich für einen als mittelschwer bis schwer ausgeprägten PDS-Schweregrad erstreckt sich laut Testanweisung von 21 bis 35). Im BDI II lag der durchschnittliche Summenwert bei Ambulanzaufnahme an der Grenze von mittelschwerer zu schwerer Depressivität (MW=29,4, SD=11,3, N=23) und ging bis hin an die Grenze einer nur noch leichten Depressivität bei Entlassung zurück (MW=19,7, SD=12,9, N=20; laut Testmanual entsprechen BDI II-Summenwerte ab 29 einer schweren Depressivität, Werte von 20 – 28 einer mittelschweren Depressivität und Werte von 14 – 19 einer nur noch leichten Depression). Allerdings können auch diese Ergebnisse aufgrund des geringen Stichprobenumfangs nur unter Vorbehalt interpretiert werden und erfordern eine weitere Überprüfung anhand größerer Stichproben.

In 56,0% der Fälle wurde keine weitere Behandlung mehr für notwendig erachtet, bei 44,0% der Patienten wurde eine ambulante Richtlinien-Psychotherapie (in der Regel Traumatherapie) bei niedergelassenen Kolleginnen oder Kollegen eingeleitet, bei 0% wurde ein Antrag auf medizinische Reha gestellt.

Wie bei den anderen ambulanten Behandlungsangeboten weisen die Daten – wenn auch noch mit geringer Fallzahl – einheitlich auf positive Behandlungseffekte hin und stehen in Übereinstimmung mit der hohen Patientenzufriedenheit aus den mündlichen Rückmeldungen der Patienten. Insgesamt deutet dies bei einem ökonomischen, spezifischen Versorgungsangebot auf eine vergleichsweise günstige Kosten-Nutzen-Relation für alle Beteiligten hin.

Literatur:

Keller, R. (2012). Pilotprojekt „Trauma-Ambulanz Saarland“ an der AHG Klinik Berus. Saarländisches Ärzteblatt, 12/2012, S. 10-11.

4. AKTIVITÄTEN UND VERANSTALTUNGEN

Im Folgenden werden Aktivitäten und Veranstaltungen aufgeführt, mit denen die AHG Klinik Berus im Berichtszeitraum Wissen und Erfahrungen an die Fachöffentlichkeit bzw. die allgemeine Öffentlichkeit weitergeben möchte. Das betrifft sowohl Fachveranstaltungen in der Klinik als auch Vorträge auf klinischen und wissenschaftlichen Tagungen, fachliche Beiträge in öffentlichen Medien, wissenschaftliche Aktivitäten und Mitarbeit in wissenschaftlichen Beiräten, Veröffentlichungen sowie Mitarbeit und Mitgliedschaft in Fachgesellschaften und Gremien.

4.1. Vermittlung von Konzepten und Erfahrungen

Ziel der AHG Klinik Berus ist es nicht nur, gute Konzepte zu entwickeln und hohe Kompetenzen für Diagnostik, Prävention und Therapie zur Verfügung zu stellen, sondern auch durch gezielte Öffentlichkeitsarbeit die Erfahrungen an externe Kunden, v.a. Zuweiser und Kostenträger, weiter zu geben, dadurch Maßstäbe zu setzen und die Kooperation mit den externen Kunden weiter zu entwickeln.

Durchführung von Fachveranstaltungen in der Klinik für die Fachöffentlichkeit

Im Rahmen der Dienstagabend-Fortbildungsreihe unter dem Titel „Neue Entwicklungen der Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie“ wurden im Berichtszeitraum folgende Veranstaltungen an der AHG Klinik Berus durchgeführt:

Datum	Referent	Veranstaltungstitel
05.02.2013	Dr. Steffen Fliegel, Psychologischer Psychotherapeut, Gesellschaft für Klinische Psychologie und Beratung, Münster	„Wenn die Seele streikt – Die therapeutische Arbeit mit Körper und Gefühl am Beispiel der Sexualtherapie“
05.03.2013	Prof. Dr. Stefan Krause, Fachhochschule Lübeck	„Schwarmverhalten – Schwarmintelligenz – Schwarmdummheit“
09.04.2013	Dr. Gunter Frank, Facharzt für Allgemeinmedizin, Naturheilverfahren, Heidelberg	„Schlechte Medizin – unsere Gesundheit wird verkauft“
07.05.2013	Prof. Dr. Martin Hautzinger, Universität Tübingen	„Was hilft bei der Therapie der chronischen Depression wirklich? – Neue Erkenntnisse aus Theorie und Praxis“
18.06.2013	Prof. Dr. Michael von Brück, Lehrstuhl für Religionswissenschaft, Ludwig-Maximilians-universität München	„Leben in der Kraft der Rituale“
08.10.2013	Prof. Dr. Christoph Türcke, Hochschule für Graphik und Buchkunst, Leipzig	„Hyperaktiv! Kritik der Aufmerksamkeitsdefizitkultur“
05.11.2013	Prof. Dr. Reinhard Pietrowsky, Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf, Klinische Psychologie	„Alpträume und ihre Behandlung“
03.12.2013	Prof. Dr. Frank M. Spinath, Universität des Saarlandes	„Wie Gene und Umwelt auf unser Verhalten wirken“

Aktive Teilnahme an klinischen und wissenschaftlichen Tagungen

Mitarbeiter der AHG Klinik Berus nehmen regelmäßig als Referenten an klinischen und wissenschaftlichen Tagungen sowie als Dozenten im Rahmen entsprechender Fort- und Weiterbildung für externe Kunden aktiv teil. Veranstaltungen an kooperierenden Ausbildungsinstituten für Aus- und Weiterbildung psychologischer und ärztlicher Psychotherapeuten (IVV Berus und SIAP Saarbrücken) werden im Folgenden nicht explizit aufgeführt. Hier verweisen wir auf die entsprechenden Kursprogramme.

Datum	Referent	Veranstaltungstitel	Rahmen
23.01.2013	Horn	Burnout und Selbstfürsorge	Workshop Pflegekräfte, Saarländischer Schwesternverband, Ottweiler
08.02.2013 09.02.2013	Horn	Achtsamkeit für Fortgeschrittene	Workshop Psychotherapeutisches Zentrum, Stuttgart
20.02.2013	Horn	Burnout-Syndrom/Psychisch krank im Dienst	Vortrag Bereitschaftspolizei Mainz
14.03.2013	Horn	Burnout-Syndrom/Psychisch krank im Dienst	Vortrag Bereitschaftspolizei Enkenbach
16.03.2013 17.03.2013	Horn	Einführung in die achtsamkeits- und akzeptanzbasierte Therapie	Workshop Psychotherapeutisches Zentrum Stuttgart
07.04.2013	Horn	Das Burnout-Syndrom	Vortrag anlässlich des Deutschen Internisten-Kongresses Wiesbaden
24.04.2013	Horn	Burnout und Selbstfürsorge	Workshop Pflegekräfte, Saarländischer Schwesternverband, Eppelborn
16.05.2013	Horn	Seelische Belastungen im Dienst	Vortrag für evangelische Polizeiseelsorge, Ebernburg
05.06.2013	Horn	Burnout und Selbstfürsorge	Workshop Pflegekräfte, Saarländischer Schwesternverband, Eppelborn
18.09.2013	Horn	Burnout und Selbstfürsorge	Workshop Pflegekräfte, Saarländischer Schwesternverband, Ottweiler
21.09.2013 22.09.2013	Horn	Einführung in die achtsamkeits- und akzeptanzbasierte Therapie	Workshop Psychotherapeutisches Zentrum Stuttgart
05.11.2013	Horn	Seelisch krank im Dienst - Burnout und Depression	Vortrag Polizeipräsidium Ludwigshafen
13.11.2013	Horn	Borderline-Störungen und der Umgang mit betroffenen Patienten	Workshop Pflegekräfte, Saarländischer Schwesternverband, Eppelborn
04.12.2013	Horn	Burnout und Selbstfürsorge durch Achtsamkeit	Workshop Pflegekräfte, Saarländischer Schwesternverband, Eppelborn
18.02.2013	Keller	Prävention stressbedingter psychischer Erkrankungen im Arbeitskontext I	Führungskräfte-Schulung ThyssenKrupp Bilstein, Mandern
27.02.2013	Keller	Prävention stressbedingter psychischer Erkrankungen im Arbeitskontext II	Führungskräfte-Schulung ThyssenKrupp Bilstein, Mandern

08.03.2013	Keller	Verhaltensmedizinische Methoden und Techniken zur schonenden Traumabearbeitung bzw. Traumakonfrontation bei Komplex-Traumatisierten	Fachvortrag, DeGPT-Jahrestagung, Freiburg
13.03.2013	Keller	Trauma-Ambulanz Saarland: Verhaltensmedizinische Traumatherapie Erwachsener	Fachvortrag, Arbeitskreis „Hilfen gegen Gewalt“, Neunkirchen
10.04.2013	Keller	Prävention stressbedingter psychischer Erkrankungen im Arbeitskontext II	Führungskräfte-Schulung ThyssenKrupp Bilstein, Mandern
17.04.2013	Keller	Prävention stressbedingter psychischer Erkrankungen im Arbeitskontext IV	Führungskräfte-Schulung ThyssenKrupp Bilstein, Mandern
13.04.2013	Ladwein	Burnout – Modebegriff, Depression, Krankheit	Friedrich-Naumann-Stiftung für die Freiheit, Theodor-Heuss-Akademie, Gummersbach
13.12.2013 14.12.2013	Carls, Riedel	Präsentation der AHG Klinik Berus beim AFTCC-Congrès	Stand beim AFTCC-Congrès National, Paris
13.12.2013	Riedel	Les TCC en association avec la pleine conscience pour le traitement des acouphènes chroniques – l'évaluation de ce concept à l'AHG Klinik Berus	Vortrag AFTCC-Congrès National, Paris
22.01.2013	Schwickerath	Pathologisches Glücksspielen: Hintergründe und Therapie	Vortrag, Schulzentrum Trier
19.02.2013	Schwickerath	Mobbing am Arbeitsplatz	Vortrag und Podiumsdiskussion. Union Stiftung Saarbrücken
22.02.2013	Schwickerath	Mobbing, Stress, Burnout in der Arbeitswelt	Vortrag für die Gemeinde Losheim am See
01.03.2013– 03.03.2013	Schwickerath	Mobbing und Therapie-Stärkung durch rehabilitative Angebote	Seminare bei IV. Kongress für Mobbingberater. Respekt am Arbeitsplatz. Evangelische Akademie Bad Boll
18.03.2013	Schwickerath	Konflikte in der Arbeitswelt unter Berücksichtigung der Lehrergesundheit	Seminar der Schwerbehindertenvertretung Bereich Schulen, Kirkel
09.04.2013	Schwickerath	Mobbing in der Arbeitswelt – Therapie in der AHG Klinik Berus	Vortrag für Telefonseelsorge Saarbrücken
24.04.2013	Schwickerath	Mobbing und Burnout in der Arbeitswelt	Das Gesundheitsforum der Stadt Blieskastel in Zusammenarbeit mit dem Gesundheitskreis Saarbrücken. Blieskastel
28.05.2013	Schwickerath	Wenn Arbeit krank macht – Stress, Burnout, Mobbing	Oswald-von-Nell-Breuning-Veranstaltung der KEB. Dillingen
25.06.2013	Schwickerath	Konflikte in der Arbeitswelt am Beispiel Stress und Burnout und Ansätze zur Veränderung	STEAG Bexbach
27.06.2013	Schwickerath	Stress, Burnout, Mobbing in der Arbeitswelt – Hintergründe und Lösungsansätze	Betriebs- und Werksärzte des Saarlandes, Bexbach

>>>

03.09.2013	Schwickerath	Interaktionelle Probleme am Arbeitsplatz am Beispiel Mobbing	Vortrag, BGWforum. Hamburg
04.09.2013	Schwickerath	Interaktionelle Probleme am Arbeitsplatz am Beispiel Mobbing	Ergänzungsworkshop. BGWforum. Hamburg
09.10.2013	Schwickerath	AHG Klinik Berus. Indikationen und Therapie; insbesondere Mobbing als Beispiel für Konflikte am Arbeitsplatz	Vortrag für ehemalige Gymnasiallehrer aus Dillingen. Berus
15.11.2013	Schwickerath	Mobbing am Arbeitsplatz	Seminar für IFKV Bad Dürkheim
11.12.2013	Schwickerath	Depressive Störungen: Mobbing, Stress, Burnout in der Arbeitswelt	Vortrag i. R. d. Kaiserslauterer Fortbildungen in Zusammenarbeit mit dem Westpfalz-Klinikum Kaiserslautern

Fachliche Beiträge in öffentlichen Medien

Datum	Referent	Beitrag	Rahmen
31.01.2013	Schwickerath	Kein Modell für die Nachfolgegeneration. Psychologe Josef Schwickerath: Immer mehr Patienten mit Problemen am Arbeitsplatz.	Saarbrücker Zeitung
11.02.2013	Schwickerath	Vortrag über Mobbing am Arbeitsplatz. Die Union-Stiftung lädt ein.	Saarbrücker Zeitung
27.02.2013	Schwickerath	Damit aus Stress kein Burnout wird. Josef Schwickerath referierte in Losheim über Mobbing.	Saarbrücker Zeitung
28.02.2013	Schwickerath	Wer gerne arbeitet, leistet mehr...	Wochenspiegel
15.03.2013	Schwickerath	Schulung der Führungskräfte ist das A und O. Interview zum Thema der Woche Terror im Büro.	Forum - Das Wochenmagazin
16.03.2013	Schwickerath	Wer gerne arbeitet, leistet mehr...	Die Woch, Merzig
März 2013	Schwickerath	Psychoterror im Büro.	Arbeitnehmer - Zeitschrift der Arbeitskammer des Saarlandes
April 2013	Schwickerath	Wenn Arbeit krank macht. Stress - Burnout - Mobbing.	forum - Das Magazin der Katholischen Erwachsenenbildung im Kreis Saarlouis
06.04.2013	Schwickerath	Wichtig für Schüler ist gute Motivation.	Die Woch, Merzig
10.04.2013	Schwickerath	Mobbing und Burnout.	Vortrag am 24.04.2013 mit Dr. Josef Schwickerath. Wochenspiegel
29.07.2013	Schwickerath	Reha-Therapien haben Hochkonjunktur	SR-online.de
12.09.2013	Schwickerath	Stress am Arbeitsplatz	Interview Aktueller Bericht. SR-Fernsehen
12.09.2013	Schwickerath	Winterdepression	Interview Aktueller Bericht. SR-Fernsehen

07.10.2013	Schwickerath	Der Fall S. - wie ein Konflikt eskaliert	Stuttgarter Zeitung. 2013, Nr. 232
30.10.2013	Schwickerath	Wenn die Seele auf der Arbeit lastet.	Saarbrücker Zeitung
30.11.2013 01.12.2013	Schwickerath	Wo Funkstille nach Feierabend schon funktioniert. Dienstliche Nachrichten und Anrufe außerhalb der Arbeitszeiten können krank machen - Experten warnen, Unternehmen reagieren.	Saarbrücker Zeitung

Wissenschaftliche Aktivitäten und Mitarbeit in wissenschaftlichen und klinischen Beiräten

Datum	Referent	Veranstaltung	Rahmen
18.01.2013	Keller	Gestaltung der therapeutischen Beziehung im Rahmen stationärer Traumatherapie	Konzeptarbeit der DeGPT-Arbeitsgruppe „Stationäre Traumatherapie“, Köln
03.06.2013 04.06.2013	Carls, Schwickerath	Präsidium, Forum Wissenschaftsrat, FA-Sitzung, Psychosomatik	Düsseldorf
06.06.2013	Keller	Empfehlungen von Qualitätsstandards für die Praktische Tätigkeit i. R. d. Psychotherapeutenausbildung	Arbeitstreffen zur Ausbildung psychologischer Psychotherapeuten, Psychotherapeutenkammer des Saarlandes, Saarbrücken
19.06.2013	Keller, Ladwein, Taubert	Weiterentwicklung des Qualitätsmanagementsystems	QMB-Treffen der AHG Kliniken Münchwies, Berus, Bad Dürkheim, in Münchwies
21.06.2013	Keller	Diagnostik und Evaluation in stationärer Traumatherapie	Konzeptarbeit der DeGPT-Arbeitsgruppe „Stationäre Traumatherapie“, Köln
21.10.2013	Keller	Neuerungen im Qualitätsmanagement: Einführung IQMP	QMB-Treffen, AHG, Düsseldorf

Veröffentlichungen durch Klinikmitarbeiter im Berichtsjahr

Riedel, H. & Schwickerath, J. (2013). Die Behandlung von französischsprachigen pathologischen Glücksspielern. In J. Petry (Hrsg.), Differentielle Behandlungsstrategien bei pathologischem Glücksspielen. (S. 169-180). Freiburg i.B.: Lambertus-Verlag.

Schwickerath, J. & Carls, W. (2013). Mobbing am Arbeitsplatz und Krankheit. In G. Herold. Innere Medizin (S. 920). Köln: Gerd Herold.

Zielke, M. & Schwickerath, J. (2013) (Hrsg.) Pathologisches Glücksspielen und Internet-Krankheit. Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation 91.

Schwickerath, J., Ladwein, S., Premper, V. & Petry, J. (2013). „Was begünstigt den langfristigen Therapieerfolg bei Pathologischem Glücksspiel?“ – Ergebnisse einer Katamnese. Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation, 91, 4-18.

Mitarbeit und Mitgliedschaften in Fachgesellschaften und Gremien

Dr. med. Dipl.-Psych, Winfried Carls, Chefarzt:

- AHG-Wissenschaftsrat
- Vorsitzender des Fachausschusses Psychosomatik im AHG-Wissenschaftsrat
- Vorstandsmitglied, Dozent und Supervisor (VT) am IVV-Berus
- Prüfungskommission Ärztekammer des Saarlandes
- Saarländische Prüfungskommission Verhaltenstherapie
- Deutsche Gesellschaft für Psychosomatik und Rehabilitation (DGPR)
- Deutscher Fachverband für Verhaltenstherapie (DVT)

Dagmar Erdmann, Leitende Ärztin:

- Dozentin am IVV-Berus
- Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN)

Jürgen Horn, Leitender Arzt:

- Vorstandsmitglied, Dozent am IVV-Berus
- Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie (DGPM)
- Deutsche Tinnitus Liga e.V. (DTL)
- Arbeiter-Samariter-Bund (ASB)

Rolf Keller, Dipl.-Psych., Leitender Psychologe:

- 2. Vorsitzender, Dozent und Supervisor (VT) am IVV-Berus
- Saarländische Prüfungskommission Verhaltenstherapie
- Deutscher Fachverband für Verhaltenstherapie (DVT)
- Deutschsprachige Gesellschaft für Psychotraumatologie (DeGPT)
Leiter der Arbeitsgruppe „Stationäre Traumatherapie“
- Wissenschaftlicher Beirat: Praxis. Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation
- Deutsche Gesellschaft Zwangserkrankungen e.V. (DGZ)

>>>

Katharina Mosich, Leitende Ärztin:

- Dozentin am IVW-Berus
- Berufsverband Deutscher Internisten e.V. (BDI)

Dr. phil. Heiko Riedel, Dipl.-Psych., Leitender Psychologe:

- Vorstandsmitglied und Dozent am IVW-Berus
- Dozent und Supervisor (VT) am IVW-Berus
- Deutscher Fachverband für Verhaltenstherapie (DVT)
- Vorstandsmitglied der ACCE [ostfranz. Verhaltenstherapievereinigung, Strasbourg (F)]
- Dozent am AFTCC [französisches Verhaltenstherapieinstitut, Paris (F)]
- Dozent am FORMACAT [französisches Verhaltenstherapieinstitut, Strasbourg (F)]
- Saarländische Prüfungskommission Tiefenpsychologie

Dr. phil. Josef Schwickerath, Dipl.-Psych., Leitender Psychologe:

- AHG-Wissenschaftsrat
- 1. Vorsitzender, Dozent und Supervisor (VT) am IVW-Berus
- Saarländische Prüfungskommission Verhaltenstherapie
- Deutscher Fachverband für Verhaltenstherapie (DVT)
- Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie (DGVT)
- Fachverband Glücksspielsucht e.V.

Dr. med. Thomas Stau, Leitender Arzt:

- Vorstandsmitglied, Dozent und Supervisor (VT) am IVW-Berus
- Deutscher Fachverband für Verhaltenstherapie (DVT)
- Deutsche Gesellschaft für Adipositas
- Deutsche Ärztliche Gesellschaft für Verhaltenstherapie (DÄVT)

4.2. Sonstige Aktivitäten der Einrichtung

Die AHG Klinik Berus unterstützt aktiv und als Fördermitglied folgende Selbsthilfeorganisationen: die Deutsche Tinnitus Liga e.V. (DTL) und die Deutsche Gesellschaft für Zwangserkrankungen e.V. (DGZ). Außerdem unterstützt sie den WEISSEN RING e.V. als Opferhilfeorganisation und kooperiert eng mit ihm.

5. AUSBLICK UND AKTUELLES

Neben fortlaufenden Maßnahmen zur kontinuierlichen Weiterentwicklung und Verbesserung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität hat sich die AHG Klinik Berus für das Jahr 2014 folgende Ziele vorgenommen:

Optimierung und Anpassung bestehender Versorgungskonzepte an veränderte Rahmenbedingungen

Vor dem Hintergrund des anhaltenden Trends zu einer Verkürzung der Kostenzusagen im Rahmen der stationären Behandlung ist es weiterhin notwendig, die bereits bestehenden Behandlungskonzepte inhaltlich und in ihrer zeitlichen Organisation an die veränderten Rahmenbedingungen anzupassen. Darüber hinaus erfordern Qualitätsvorgaben der DRV Bund (KTL, evidenzbasierte Therapiemodule usw.) eine systematische Überprüfung der bestehenden Behandlungskonzepte und ggf. entsprechende Anpassungsleistungen. Dies wurde in den vorangegangenen Jahren begonnen und soll 2014 fortgesetzt werden.

Optimierung von systematischer Diagnostik und Evaluation der Behandlung

In Abstimmung mit unternehmensweiten Umstellungen der Behandlungsevaluation in der AHG initiierte die AHG Klinik Berus in den Jahren 2011 und 2012, die Prozesse für die psychologische Testdiagnostik sowie eine systematische Behandlungsevaluation mit Prä-/Post-Messung und Katamnese-Untersuchungen zu überarbeiten bzw. inhaltlich und organisatorisch nach wissenschaftlichen Gesichtspunkten zu verbessern. Dieser Prozess wurde ebenfalls in den vorangegangenen Jahren eingeleitet und soll im Jahr 2014 auch fortgeführt werden. Es sollen mit Bereitstellung von entsprechender Software für elektronische Testeingabe und –Auswertung Voraussetzungen für ein psychologisches Testlabor geschaffen werden.

Neukonzeption und Weiterentwicklung ambulanter Behandlungskonzepte

Aufbauend auf den positiven Erfahrungen und guten Ergebnissen mit ambulanten Behandlungskonzepten in Kooperation mit der DAK und nun auch der HEK sollen in den nächsten Jahren weitere ambulante Behandlungskonzepte zur integrierten Versorgung in Kooperation mit anderen Kostenträgern umgesetzt werden. Durch den schnellen Zugang zu adäquater psychotherapeutischer bzw. verhaltensmedizinischer Versorgung sollen bei entsprechendem Fallmanagement lange Erkrankungszeiten und die Entwicklung komplexer Störungen verhindert werden. Vor dem Hintergrund der offensichtlichen Versorgungsengpässe im Saarland in Bezug auf Psychotherapie bzw. psychosomatische Behandlung geht es dabei nicht darum, zu niedergelassenen Behandlern in Konkurrenz zu treten, sondern primär darum, Menschen mit psychischen bzw. psychosomatischen Erkrankungen möglichst schnell und unbürokratisch einer geeigneten Behandlung zuzuführen und nach differenzieller Behandlungsplanung an niedergelassene Psychotherapeuten bzw. entsprechende Nachsorgeeinrichtungen weiter zu vermitteln. Ferner sollen die Abläufe in der Trauma-Ambulanz Saarland und der Trauma-Ambulanz DGUV optimiert und die sehr guten Zwischenergebnisse anhand größerer Stichproben überprüft werden. Auch soll

die Öffentlichkeitsarbeit zur Trauma-Ambulanz verstärkt werden, um den Bekanntheitsgrad dieses traumaspezifischen Angebotes zu erhöhen, die Zuweisung für potentiell Betroffene zu erleichtern und die Kooperation mit den Niedergelassenen im Rahmen der ambulanten Nachsorge zu verbessern.

6. GLOSSAR

Audit

Audit ist die Bezeichnung für eine Begutachtung der Einrichtung durch entsprechend ausgebildete Personen. Die Gutachter sollen sich einen Eindruck von den Örtlichkeiten, den in einem Handbuch beschriebenen Prozessen und durch die Gespräche mit den Verantwortlichen gelebte Realität machen. Sie untersuchen, ob Vorgaben, z.B. einer Norm oder einer Fachgesellschaft oder der Einrichtung selbst auch eingehalten bzw. umgesetzt werden. Interne Audits führt die Einrichtung im Sinne einer Eigenüberprüfung selbst durch. Externe Audits werden z.B. von einer Zertifizierungsstelle oder vom Kunden durchgeführt. Auditoren sind diejenigen, die Audits durchführen, Menschen mit einer speziellen Ausbildung.

BADO-Verfahren

Basisdokumentation, ein Verfahren mit dem wesentliche Patientendaten erhoben und ausgewertet werden, um herauszufinden, ob die Rehabilitationsbehandlung für den einzelnen Menschen sowie für die Gesellschaft sinnvoll und nachhaltig war. Eine Datenerhebung findet in der Regel bei Beginn und zum Ende der Rehabilitationsbehandlung statt. Die Datenerhebung erfolgt mittels Fragebogen für Therapeuten zu den von ihnen behandelten Patienten.

DEGEMED

Deutsche Gesellschaft für Medizinische Rehabilitation e.V., ein Fachverband, der die Interessen der Leistungserbringer im System der medizinischen Rehabilitation vertritt. Der Verband wurde 1997 gegründet. Laut Satzung der DEGEMED müssen Rehabilitationskliniken, die Verbandsmitglieder werden wollen, ein Qualitätsmanagementsystem aufbauen und weiterentwickeln und sich nach den Qualitätsgrundsätzen der DEGEMED zertifizieren lassen. Internet: www.degemed.de

Externe Qualitätssicherung der DRV

Die DRV-Deutsche Rentenversicherung hat vor einigen Jahren ein System entwickelt, welches es ermöglichen soll, die Qualität von Kliniken unter bestimmten Gesichtspunkten zu überprüfen. Dazu zählt z.B. eine Befragung von Patienten nach ihrer Rehabilitation durch die DRV, eine Überprüfung der Entlassberichte sowohl hinsichtlich ihrer zeitlichen Fertigstellung als auch der Inhalte.

ICD-10-Codierung

Mit dem Diagnoseschlüssel ICD-10 können alle Krankheiten, für alle Fachleute verständlich nach ganz bestimmten Kriterien erfasst und beschrieben werden.

IRENA

IRENA-Programm der Deutschen Rentenversicherung, meint Intensivierte Rehabilitationsnachsorgeleistung. Um die Nachhaltigkeit des Behandlungserfolgs der stationären medizinischen Rehabilitationsbehandlung zu fördern, hat die Rentenversicherung dieses Programm aufgelegt. Bereits während des Rehabilitationsaufenthalts in der Klinik bekommen interessierte Patienten Kontaktadressen zur IRENA vermittelt. Sie werden dann angehalten, Kontakt aufzunehmen und regelmäßig an den Veranstaltungen des Programms teilzunehmen.

Katamnese

Eine Katamnese ist eine Nachbefragung, die sowohl – wie oben angedeutet – durch den Rentenversicherungsträger als auch die jeweilige Klinik in der Regel dann nach einem Jahr durchgeführt wird. In dieser Befragung sollen die Wirkungen der Rehabilitation auf ihren Erfolg hin durch die Befragten bewertet werden.

KTL (Klassifikation therapeutischer Leistungen)

Der KTL-Katalog umfasst alle therapeutischen Leistungen, die während der Rehabilitation von den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Klinik durchgeführt werden. Dies betrifft z.B. die Einzelgespräche, Gruppengespräche, aber auch die Sporttherapie, Kreativtherapie usw..

Leitlinien der DRV

Die indikationsspezifischen Leitlinien der DRV geben ein gewisses Gerüst für die stationäre Rehabilitation vor. Hier wird z. B. anhand sog. Evidenzbasierter Therapiemodelle (ETM) festgelegt, welche Mindestanforderungen die Klinik hinsichtlich der Durchführung der entsprechenden Therapien (z.B. Einzelgespräche, Gruppengespräche, aber auch Kontakte zum Sozialdienst, entsprechende Anwendungen usw.) zu erfüllen hat.

Peer-Review-Verfahren

Das Peer-Review-Verfahren ist eine Bewertung der durch einen Zufallsindikator pro Jahrgang herausgezogenen Entlassberichte durch entsprechend geschulte leitende Ärzte der Einrichtungen. In diesem Verfahren werden die Berichte nach vorgegebenen Kriterien durchgelesen und auf Vollständigkeit hin geprüft.

Psychoedukation

Als Psychoedukation wird die Schulung von Menschen bezeichnet, die an einer psychischen Störung leiden. Einsatzgebiete sind Schulungen von Patienten mit Depressionen, Angststörungen, Suchterkrankungen und Persönlichkeitsstörungen sowie Patientenschulungen im Rahmen der Behandlung körperlicher Erkrankungen. Ziel ist, die Krankheit besser zu verstehen und besser mit ihr umgehen zu können, zum Beispiel, indem persönliche Erfahrungen mit der eigenen Erkrankung mit dem gegenwärtigen Wissen über die Erkrankung verbunden werden. Auch sollen eigene Ressourcen und Möglichkeiten kennen gelernt werden, um mögliche Rückfälle zu vermeiden und selbst langfristig zur eigenen Gesundheit beizutragen.

Qualitätsmanagementsystem nach DEGEMED

Es umfasst die Vorgaben der DIN EN ISO 9001: 2008. Da die DIN branchenübergreifend gültig ist, sind in der Basischeckliste der DEGEMED über die Kriterien der Norm hinaus spezielle Merkmale festgelegt, die eine Rehabilitationsklinik erfüllen muss, um ein Zertifikat nach DEGEMED zu erlangen. Dabei werden auch die gesetzlichen Vorgaben entsprechend der von der BAR (Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation) erarbeiteten Vereinbarung nach § 20 Abs. 2a SGB IX berücksichtigt. Insofern geht die derzeit gültige DEGEMED-Auditcheckliste 5.0 über die geforderte ISO-Norm (DIN EN ISO 9001: 2008) hinaus.

Qualitätsmanagementsystem nach DIN EN ISO 9001: 2008

DIN steht für Deutsche Industrie-Normungsgesellschaft, EN für Europäische Norm und ISO für internationale Standard Organisation. Die DIN EN ISO 9001: 2008 ist eine international gültige Darlegungsnorm für Anforderungen an Qualitätsmanagementsysteme. Hier sind Merkmale festgelegt, die eine Einrichtung aufweisen muss, um ein Zertifikat nach o.g. Norm zu erhalten. Das Vorhandensein der Merkmale wird im Rahmen einer Zertifizierung überprüft.

Visitationen

Besuch, Überprüfung, im Zusammenhang mit Qualitätssicherung versteht man darunter den Besuch eines Expertengremiums, welches die Ausprägung der einzelnen Qualitätsdimensionen in der Einrichtung nach bestimmten Kennzeichen untersucht. Die Visitation der Deutschen Rentenversicherung Bund ist Teil ihres Qualitätssicherungsprogramms.

Zertifizierung

Beglaubigung, Bescheinigung, im Zusammenhang mit Qualitätssicherung, Qualitätsmanagement die Untersuchung einer Einrichtung durch ein unabhängiges autorisiertes Institut, ob Vorgaben, z.B. einer Norm oder einer Fachgesellschaft oder der Einrichtung selbst auch eingehalten bzw. umgesetzt werden. Wenn die Untersuchung zu dem Ergebnis kommt, dass die Vorgaben erfüllt sind, wird die Erteilung eines Zertifikats empfohlen, z.B. darüber, dass ein Qualitätsmanagementsystem nach DIN EN ISO 9001: 2008 eingeführt ist und weiterentwickelt wird.

Zertifizierungsstelle

Eine Institution, welche autorisiert ist Zertifizierungen durchzuführen. Unter Zertifizierung und Zertifizierungsaudit ist dasselbe zu verstehen.

7. IMPRESSUM

Herausgeber: AHG Klinik Berus
Europäisches Zentrum für Psychosomatik und Verhaltensmedizin
Orannastaße 55
D – 66802 Überherrn-Berus
Telefon: +49 (0) 68 36 – 39-0 (Rezeption)
Telefax: +49 (0) 68 36 – 39-178
E-Mail: linikberus@ahg.de
Internet: <http://www.ahg.de/berus>

Verantwortliche für den Qualitätsbericht:

Redaktion: Rolf Keller

**Wissenschaftliche
Mitarbeit:** Silke Ladwein, Dr. Steffen Taubert

Fotos: Christian Nielinger, Essen
Margarete Singer, Ottweiler

Layout/Design: Stefan Hodab/amc-Agentur Media Creativ, Saarlouis,
www.amc-online.com

Erschienen: Juni 2014

Ident-Nummer: 650_QMS_07

ISBN: 978-3-9814610-2-2





AHG KLINIK BERUS
Europäisches Zentrum für Psychosomatik
und Verhaltensmedizin

Orannastraße 55
D-66802 Überherrn-Berus
Tel.: +49 (0) 68 36 – 39-0
Fax: +49 (0) 68 36 – 39-178
Internet: www.ahg.de/berus
E-Mail: linikberus@ahg.de



650_QMS_07

ISBN 978-3-9814610-2-2