

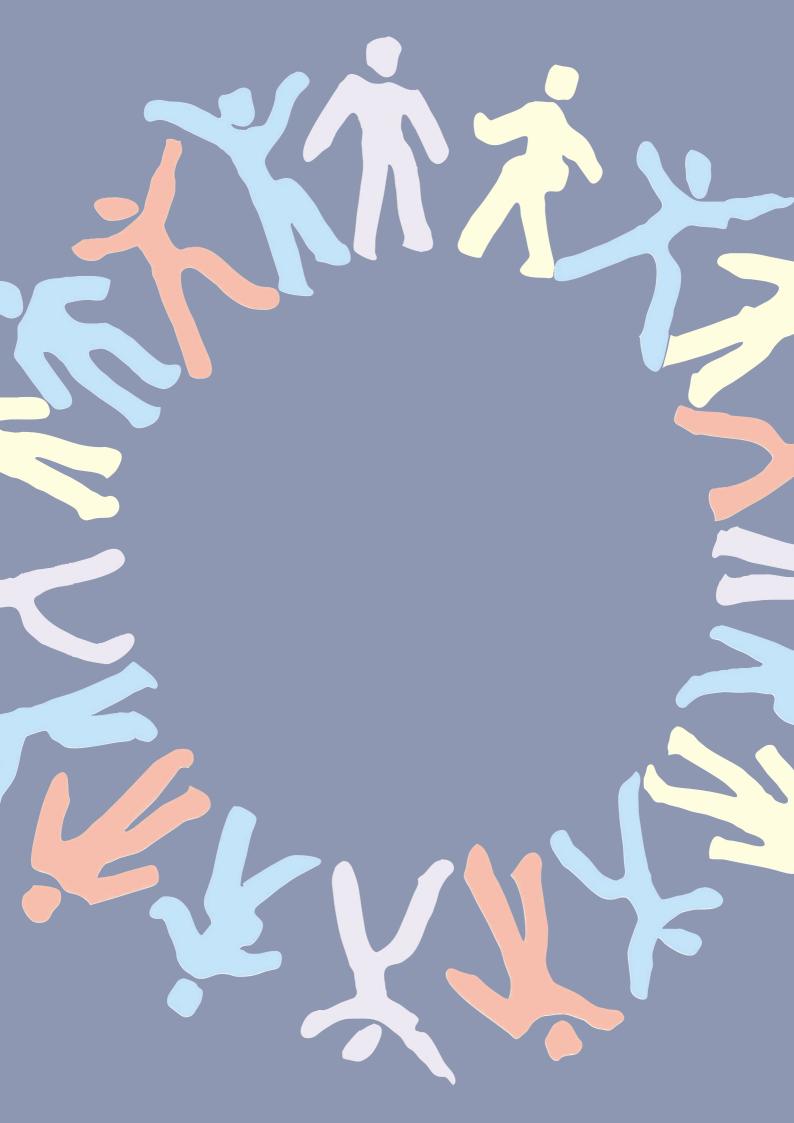




# **AHG Klinik Berus**

Europäisches Zentrum für Psychosomatik und Verhaltensmedizin





# Vorwort zum Qualitätsbericht

### Liebe Leserin, lieber Leser.

die AHG Klinik Berus feierte im Jahr 2011 ihr 25-jähriges Jubiläum. Sie war eine der ersten verhaltensmedizinischen Kliniken Deutschlands und steht für wissenschaftlich fundierte Verhaltensmedizin und Psychosomatik. Bis zum Jahresende 2012 wurden in der Klinik seit 1986 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 27 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 Neurologie und Psychiatrie Facharzt für Psychosomatische Medizin

und Psychotherapie

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

Telefon: +49 (0) 68 36 - 39-187

E-Mail: wcarls@ahg.de



Arno Prem Verwaltungsdirektor

Telefon: +49 (0) 68 36 - 39-143

E-Mail: aprem@ahg.de



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

+49 (0) 68 36 - 39-173

E-Mail: tstau@ahg.de



Jürgen Horn

Leitender Arzt, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Sozialmedizin

+49 (0) 68 36 - 39-174 Telefon:

E-Mail: jhorn@ahg.de



Dipl.-Psych. Rolf Keller Leitender Psychologe, Psychologischer Psychotherapeut, Qualitätsmanagementbeauftragter

Telefon: +49 (0) 68 36 - 39-487

E-Mail: rkeller@ahg.de



Dipl.-Psych. Dr. phil. Heiko Riedel Leitender Psychologe, Psychologischer Psychotherapeut

+49 (0) 68 36 - 39-188 Telefon:

E-Mail: hriedel@ahq.de



Dipl.-Psych. Dr. phil. Josef Schwickerath Leitender Psychologe, Psychologischer Psychotherapeut

+49 (0) 68 36 - 39-180 Telefon:

E-Mail: jschwick@ahq.de

### • 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@ahq.de

### Hinweis zu diesem Qualitätsbericht

Dieser Qualitätsbericht wurde für das Jahr 2012 erstellt (Berichtszeitraum 01.01.2012 bis 31.12.2012) und bezieht sich im Hinblick auf die stationäre und ganztägig ambulante Rehabilitation auf die im Kalenderjahr entlassenen Patienten:

Stationäre und	ganztägige Rehabilitation und Behandlung	=	1528
davon	Stationäre Fälle	=	1407
	Ganztägig ambulante Fälle	=	121

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

Ambulante Fälle		=	180
davon	Reha-Nachsorge (IRENA, ARENA)	=	104
	Integrierte Versorgung (HEK)	=	45
	Trauma-Ambulanz-Saarland (LAS)	=	8
	Trauma-Ambulanz (DGUV)	=	16
	Sonstige (Weißer Ring, Privat etc.)	=	7

## INHALTSÜBERSICHT

1.	REHA	BILITATI	ON - KONZEPTE, ERGEBNISSE, ENTWICKLUNGEN	8
	1.1.	Die Kli	inik	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 Be	handlungs- und Rehabilitationskonzept	
		1.2.1.	Qualitätsverständnis	13
		1.2.2.	Leistungsspektrum/Therapie- und Rehabilitationsangebote	14
		1.2.3.	Rehabilitationskonzepte	24
		1.2.4.	Besondere Betreuungsstrukturen	
		1.2.5.	Ergebnisqualität	
		1.2.6.	Fallzahl behandelter Patientinnen und Patienten	
		1.2.7.	Weiterentwicklung der Rehabilitationskonzepte	29
		1.2.8.	Zertifizierung	29
2.	DOKU	JMENTA	TION – ZAHLEN, DATEN, FAKTEN	30
	2.1.	Mitarb	peiter und medizinisch-technische Leistungen	
		2.1.1.		
		2.1.2.	J.	
		2.1.3.	J. J.	
	2.2.	In der	Klinik behandelte Krankheitsbilder	31
		2.2.1.	Indikation: Stationäre und ganztägig ambulante Rehabilitation	
			und Behandlung	
		2.2.2.	Indikation: Stationäre Behandlung im Akutstatus	65
3.	QUAL	.ITÄTSP0	LITIK UND QUALITÄTSSICHERUNG	67
	3.1.		ätspolitik der Einrichtung	
			Strategische und operative Ziele	
			Umsetzung von Leitlinien	
		3.1.3.	Umsetzung spezifischer rechtlicher Anforderungen	71
	3.2.		ätssicherung für die Einrichtung	
		3.2.1.	Internes Qualitätsmanagement	
		3.2.2.	Qualifizierung der Mitarbeiter	
		3.2.3.	Externe Qualitätssicherung	
		3.2.4.	Ergebnisse der internen Qualitätssicherung	82
		3.2.5.	Weiterentwicklung von Versorgungskonzepten	
4.	AKTI\	/ITÄTEN	UND VERANSTALTUNGEN	96
	4.1.	Vermit	tlung von Konzepten und Erfahrungen	96
	4.2.	Sonsti	ge Aktivitäten der Einrichtung	101
5.			D AKTUELLES	
6.	GLOS	SAR		103
7.	IMPR	FSSUM		106

# 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 31.12.2012

Stationäre Rehabilitation und Behandlung	=	159
davon Eltern-Kind-Aufenthalte	=	10
Ganztägig ambulante Rehabilitation und Behandlung	=	6
Ambulante Behandlung: Integrierte Versorgung (HEK),		
Trauma-Ambulanz Saarland (LAS)		20
Trauma-Ambulanz für Arbeitsunfallopfer (DGUV) Ambulante Psychosomatikgruppen zur Reha-	=	20
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**

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 hatten ab 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

### Kontradindikationen

- 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>	KTL-Ziffer:
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 Einzeln	G052
Cotherapeutische Einzelgespräche (20 Min.)	H074
Psychotherapeutische Paargespräche	G109
Familiengespräche	G109
Testpsychologische Untersuchung	F022
Ärztliche Beratung	C010

### Leistungsspektrum Gruppen-Psychotherapie: Leistung: KTL-Ziffer: 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 G074 Adipositasgruppe Spielergruppe G091 Raucherentwöhnungsgruppe F055 F161 Musiktherapeutische Gruppe F099 Tiefenentspannung 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>	KTL-Ziffer:
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
Fitnesstraining	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>	KTL-Ziffer:
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>	KTL-Ziffer:	
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>	KTL-Ziffer:
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 Ermährungsberatung:	
<u>Leistung:</u>	KTL-Ziffer:
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 Therapieerfolgs, einschließlich Katamneseprojekte
- Wissenschaftlich begründete Entwicklung und kontinuierliche Verbesserung von Therapieangeboten auf Grundlage der empirischen Ergebnisse

Nachdem mit den Patienten die individuelle Verhaltensanalyse erstellt worden ist, werden gemeinsam Therapieziele 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

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 eingleitet 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. Erste Ergebnisse dazu werden Ende 2013 vorliegen.

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 sowie auf die Katamnese zum Pathologischen Glücksspiel 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 2012 wurden in unserer Klinik als Patientinnen und Patienten behandelt und entlassen:

# Stationäre und ganztägig ambulante psychosomatische Rehabilitation und Behandlung

Im Berichtsjahr wurden 1407 Patienten stationär und 121 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 ganz- tägig ambulante Reha- bilitation/Behandlung	1407	41,6	121	37,7

### Ambulante Behandlung

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 180 Patienten in der Klinik-Ambulanz aufgenommen bzw. behandelt.

Indikationen	Einzelangebote Einzel/Gruppe		Ganztägig ambulant	
	Anzahl Prozent		Anzahl	Prozent
Reha-Nachsorge (DRV)	104	57,8 %		
Ambulanz HEK IV- Projekt	45	25,0 %	5	2,8 %
Trauma-Ambulanz Saarland (LAS)	8	4,4 %		
Trauma-Ambulanz (DGUV)	16	8,9 %		
Trauma-Ambulanz (Sonstige)	7	3,9 %		

### 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 (erstmals 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 Strukturerhebungsbogen 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 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, Musiktherapeut. Projekt)
- sozialmedizinisch (z.B. Arbeitstherapie, Projektgruppe, soziotherapeut. 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)

### <u>Diagnostik</u>

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
- 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

### <u>Behandlungsmethoden</u>

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 Ent		Entlas	ssung	Effekt-	Bewertung der
Variable		MW	SD	MW	SD	stärke	Effektstärke
Health-49 Skala Phobische Ängste	129	1,74	1,2	1,15	1,1	0,6	mittel
Health-49 Skala Gesamtwert	129	1,80	8,0	1,34	8,0	0,6	mittel
BDI II Summenwert	134	26,8	13,1	18,3	12,6	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 Ver- änderung des Gesundheits- zustandes durch Behandlung (aus Patientensicht)	N	%	% kum.	Bewertung	
stark verbessert	19	14,8	14,8	verbessert	
etwas verbessert	57	44,5	59,3		
gleich geblieben	43	33,6	92,9	gleich geblieben	
etwas verschlechtert	7	5,5	98,4	verschlechtert	
stark verschlechtert	2	1,5	100,0		

Damit haben sich 59,3% 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: Spinger.

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.

### 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 dem Ansätzen von Burisch (2006), Hillert & Marwitz (2006) und Untersuchungsergebnissen zu Langzeitverläufen psychischer Erkrankungen im Zusammenhang mit Arbeitsplatzproblemen (Zielke et al., 2004 und 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 k\u00f6rperlicher Ersch\u00f6pfung
- 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)

# <u>Behandlungsziele</u>

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

- 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

## <u>Behandlungsmethoden</u>

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:

	N	Aufna	ahme	Entlassung		Effekt-	Bewertung der
Variable		MW	SD	MW	SD	stärke	Effektstärke
Health-49 Gesamtwert	380	1,38	0,7	1,00	0,7	0,5	mittel
BDI II Summenwert	380	24,4	10,4	15,7	11,8	8,0	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 Ver- änderung des Gesundheits- zustandes durch Behandlung (aus Patientensicht)	N	%	% kum.	Bewertung	
stark verbessert	64	17,6	17,6		
etwas verbessert	199	54,7	72,3	verbessert	
gleich geblieben	84	23,1	95,4	gleich geblieben	
etwas verschlechtert	15	4,1	99,5		
stark verschlechtert	2	0,5	100,0	verschlechtert	

Damit haben sich 72,3% 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)

# <u>Diagnostik</u>

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)

# <u>Behandlungsziele</u>

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

- Aufbau von Änderungsmotivation und Erarbeiten eines adäquaten Krankheitsverständnisses
- 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

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:

	N	Aufna	hme	Entlas	ssung	Effekt-	Bewertung der	
Variable		MW	SD	MW	SD	stärke	Effektstärke	
Health-49 Skala Depressivität	719	2,10	0,9	1,47	1,0	0,6	mittel	
Health-49 Gesamtwert	719	1,64	8,0	1,21	8,0	0,6	mittel	
BDI II Summenwert	725	28,3	10,8	20,1	20,1	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 Ver- änderung des Gesundheits- zustandes durch Behandlung (aus Patientensicht)	N	%	% kum.	Bewertung	
stark verbessert	105	15,4	15,4		
etwas verbessert	343	50,1	65,5	verbessert	
gleich geblieben	203	29,7	95,2	gleich geblieben	
etwas verschlechtert	26	3,8	99,0	verschlechtert	
stark verschlechtert	7	1,0	100,0		

Damit haben sich 65,5% 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). Tübungen: dgyt 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 Mobbingsituation 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:

	N	Aufna	hme	Entlas	ssung	Effekt-	Bewertung der	
Variable		MW	SD	MW	SD	stärke	Effektstärke	
Health-49 Gesamtwert	211	1,55	0,7	1,21	0,7	0,5	mittel	
BDI II Summenwert	211	27,2	11,1	18,9	12,4	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 Ver- änderung des Gesundheits- zustandes durch Behandlung (aus Patientensicht)	N	o/ <sub>0</sub>	% kum.	Bewertung	
stark verbessert	33	16,8	16,8		
etwas verbessert	98	50,0	66,8	verbessert	
gleich geblieben	57	29,1	95,9	gleich geblieben	
etwas verschlechtert	6	3,1	99,0	verschlechtert	
stark verschlechtert	2	1,0	100,0		

Damit haben sich 66,8% 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 Mobbingerfahrungen. 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

# <u>Behandlungskonzept</u>

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.

# <u>Behandlungsangebot</u>

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, Selbst-überschätzung) 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:

	N	Aufna	hme	Entlas	ssung	Effekt-	Bewertung der Effektstärke
Variable		MW	SD	MW	SD	stärke	
Health-49 Gesamtwert	89	1,12	0,6	0,74	0,6	0,6	mittel
BDI II Summenwert	90	22,1	11,1	11,0	9,2	1,1	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	27	30,7	30,7		
etwas verbessert	36	40,9	71,6	verbessert	
gleich geblieben	19	21,6	92,6	gleich geblieben	
etwas verschlechtert	6	6,8	100,0	verschlechtert	
stark verschlechtert	0	0	100,0		

Damit haben sich 71,6% 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. (1996). Psychotherapie der Glückspielsucht. Weinheim: Psychologie Verlags Union.

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 Kristallationskern 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 Tinnitushabituation.

Es werden Informationsveranstaltungen für interessierte Selbsthilfegruppen in der Klinik angeboten. 2008 wurde das Konzept der achtsamkeitsbasierten Tinnitusbewältigung veröffentlicht und in Fachvorträgen der Öffentlichkeit vorgestellt, 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	Aufna	ahme	Entlas	ssung	Effekt-	Bewertung der	
Variable		MW	SD	MW	SD	stärke	Effektstärke	
Health-49 Gesamtwert	151	1,38	0,7	1,04	0,7	0,5	mittel	
BDI II Summenwert	154	23,9	10,6	16,4	12,1	0,7	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	0/0	% kum.	Bewertung	
stark verbessert	16	10,8	10,8		
etwas verbessert	88	59,5	70,3	verbessert	
gleich geblieben	41	27,7	98,0	gleich geblieben	
etwas verschlechtert	3	2,0	100,0	verschlechtert	
stark verschlechtert	0	0	100,0		

Damit haben sich 70,3% der Patienten aus subjektiver Sicht in ihrem Gesundheitszustand durch die Behandlung verbessert.

## Konzeptbezogene Literaturbeispiele

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

Horn, J. (2004). Mobbing und Innenohrerkrankungen am Beispiel des chronischen Tinnitus. In: J. Schwickerath, 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

# <u>Behandlungskonzept</u>

Mit dem 1999 entwickelten und seitdem konsequent optimierten Konzept für Traumadiagnostik 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 Skillstrainings 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, sportund 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:

	N	Aufna	ahme	Entlas	ssung	Effekt-	Bewertung der	
Variable		MW	SD	MW	SD	stärke	Effektstärke	
Health-49 Gesamtwert	101	1,91	0,7	1,77	8,0	0,3	mittel	
BDI II Summenwert	104	31,2	10,2	24,7	13,4	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 Ver- änderung des Gesundheits- zustandes durch Behandlung (aus Patientensicht)	N	0/0	% kum.	Bewertung	
stark verbessert	7	7,3	7,3		
etwas verbessert	52	54,2	61,5	verbessert	
gleich geblieben	31	32,3	93,8	gleich geblieben	
etwas verschlechtert	5	5,2	99,0	verschlechtert	
stark verschlechtert	1	1,0	100,0		

Damit haben sich 61,5% der Patienten aus subjektiver Sicht in ihrem Gesundheitszustand durch die Behandlung verbessert.

# Konzeptbezogene Literaturbeispiele

Keller, R. & Riedel, H. (2001). Stationäre verhaltensmedizinische Behandlung von post-traumatischen 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 Behandlungsmodule 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 adäguaten 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.

# 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	Aufna	ahme	Entlas	ssung	Effekt-	Bewertung der
Variable		MW	SD	MW	SD	stärke	Effektstärke
Health-49 Gesamtwert	122	1,75	8,0	1,12	8,0	8,0	hoch
BDI II Summenwert	128	27,6	12,9	16,8	12,7	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 Ver- änderung des Gesundheits- zustandes durch Behandlung (aus Patientensicht)	N	%	% kum.	Bewertung
stark verbessert	26	22,8	22,8	
etwas verbessert	51	44,7	67,5	verbessert
gleich geblieben	23	20,2	87,7	gleich geblieben
etwas verschlechtert	11	9,6	97,3	
stark verschlechtert	3	2,6	100,0	verschlechtert

Damit haben sich 67,5% 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 hospitalisier. 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 Ober- kategorien	Anzahl in Unter- kategorien	% Gesamt
F30-F39		Affektive Störungen	755		49,4
	F33	Rezidivierende depressive Störung		427	27,5
	F32	Depressive Episode		314	20,5
	Sonstige			14	1,4
F40		Phobische Störungen	51		3,3
F41		Andere Angststörungen	83		5,4
	F41.0	Panikstörung		16	1,0
	F41.2	Angst und depr. Störungen gemischt		48	3,1
	Sonstige			19	1,3
F42		Zwangsstörungen	43		2,8
F43		Reaktionen auf schwere Belastungen u. Anpassungsstörungen	364		23,8
	F43.1	Posttraumatische Belastungsstörungen		107	7,0
	F43.2	Anpassungsstörungen		256	16,8
	Sonstige			2	0,1
F45		Somatoforme Störungen	39		2,6
	F45.0	Somatisierungsstörung		12	0,8
	F45.4	Anhaltende somatoforme Schmerzstörung		17	1,1
	Sonstige			10	0,7
F48		andere neurotische Störungen	6		0,4
F50		Essstörungen	11		0,7
	F50.2	Bulimia nervosa		3	0,2
	F50.0	Anorexia nervosa		3	0,2
	Sonstige			5	0,3
F60		Persönlichkeitsstörungen	9		0,6
F63		Abnorme Gewohnheiten u. Störungen der Impulskontrolle	98		6,4
	F63.0	Pathologisches Spielen		98	6,4
E66		Adipositas	5		0,3
H93.1		Tinnitus aurium	9		0,6
Sonstige			55		3,7

Quelle/Stand: Basisdokumentation/31.12.2012

# 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-		darin	Diagnose	Anzahl	Anzahl	%
Gruppe ICD-10-	enthalten/ Diagnose-	ICD-10- Code		in Ober- katego-	in Unter- katego-	Gesamt
Code	Gruppe	Couc		rien	rien	
Kap. F				1167		38,7
	F10-F19		Psychische und Verhaltsstörungen durch psychotrope Substanzen	176		5,8
		F10	Störungen durch Alkohol		55	1,8
		F17			78	2,6
		Sonstige			43	1,4
	F30-39		Affektive Störungen	258		8,6
		F32	Depressive Episoden		86	2,9
		F33	Rezidivierende depressive Störung		135	4,5
		Sonstige			37	1,2
	F40		Phobische Störungen	66		2,1
		F40.0, F40.01	Agoraphobie, mit/ohne Panikstörung		52	1,7
		Sonstige			14	0,5
	F41		Andere Angststörungen	69		2,3
		F41.0	Panikstörung		37	1,2
		F41.1	Generalisierte Angststörung		16	0,5
		Sonstige			16	0,5
	F42		Zwangsstörungen	33		1,1
	F43		Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	134		4,4
		F43.1	Posttraumatische Belastungsstörung		76	2,5
		F43.2	Anpassungsstörung		58	1,9
		F45	Somatoforme Störungen	87		2,8
		F50	Essstörungen	38		1,3
		F60-62	Persönlichkeitsstörungen	242		8,0
Kap. M			Krankheiten des Muskel-Skelett- Systems und des Bindegewebes	545		18,0
		M1	Arthropathien II		56	1,8

	M5		Sonstige Krankheiten der Wirbel- säule und des Rückens		389	12,9
		M51	Sonstige Bandscheibenschäden		65	2,2
		M53	Sonstige Krankheiten der Wirbel- säule und des Rückens		114	3,8
		M54	Rückenschmerzen		184	6,1
	Sonstige				100	3,3
Kap. E			Endokrine, Ernährungs- und Stoff- wechselkrankheiten	501		16,6
	E66		Adipositas		264	8,8
	E78		Störungen des Lipoproteinstoff- wechsels und sonstige Lipidämien		131	4,3
	E10-E14		Diabetis mellitus		71	2,4
	Sonstige				35	1,2
Kap. H			Krankheiten des Ohres	381		12,6
	H903		Beidseitiger Hörverlust durch Schall- empfindungsstörung		57	1,9
	H93.1		Tinnitus aurium		207	6,9
	H93.2		Sonstige abnorme Hörempfindungen		13	0,4
	Sonstige				104	3,4
Kap. I			Krankheiten des Kreislaufsystems	339		11,2
	l10		Essentielle (primäre) Hypertonie		245	8,1
	125		Chronische ischämische Herzkrankh.		17	0,6
	Sonstige				77	2,6
Kap. G			Krankheiten des Nervensystems	87		4,8
	G43		Migräne		26	2,7

Quelle/Stand: Basisdokumentation/31.12.2012

# 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 76,4% 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 87,8% der Patienten.

Nicht erfasst wird in den Darstellungen die Komorbidität psychischer Hauptdiagnosen mit einer Kombination aus somatischen uns 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 1528 Patienten	% von 1528 Patienten
1 Nebendiagnose (F / E 66 / H 93.1)	737	48,2
2 Nebendiagnosen (F / E 66 / H 93.1)	280	18,3
3 Nebendiagnosen (F / E 66 / H 93.1)	103	6,7
4 Nebendiagnosen (F / E 66 / H 93.1)	40	2,6
5 und mehr Nebendiagnosen (F/E 66 / H 93.1)	7	0,5
Summe	1167	76,4

Quelle/Stand: Basisdokumentation/31.12.2012

# 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 1528 Patienten	% von 1528 Patienten
1 somatische Nebendiagnose	475	31,1
2 somatische Nebendiagnosen	380	24,8
3 somatische Nebendiagnosen	270	17,6
4 somatische Nebendiagnosen	170	11,1
5 und mehr somatische Nebendiagnosen	47	3,2
Summe	1342	87,8

Quelle/Stand: Basisdokumentation/31.12.2012

# 2.2.1.5. Sozialmedizinische und Soziodemographsische Merkmale der Patienten

Die soziodemographischen Merkmale der Patienten entsprechen der Kostenträgerstruktur der AHG Klinik Berus. Frauen (56,9%) begeben sich deutlich häufiger in psychosomatische Behandlung als Männer (43,1%). Das Durchschnittsalter liegt bei 46,1 Jahren. Den größten Anteil der Erwerbstätigen stellen Arbeiter, Angestellte und Beamte (66,8%). Mehr als die Hälfte der Patienten (56,3%) ist bei Aufnahme AU. Der Anteil der Arbeitslosen beträgt 18,7%.

Indikation: Stationäre/teilstationäre Behandlung	Frauen	Männer	Gesamt
Geschlecht			
Geschlechtsverteilung	869	659	1528
Alter			
unter 21 Jahre	18	10	28
21 bis 30 Jahre	83	65	148
31 bis 40 Jahre	130	110	240
41 bis 50 Jahre	303	209	512
51 Jahre und älter	335	265	600
Durchschnittsalter	46,1	46,1	46,1
Höchste Schulbildung			
derzeit in Schulausbildung	6	4	10
ohne Schulbildung abgegangen	38	15	53
Sonderschulabschluss	7	5	12
Haupt-/Volksschulabschluss	311	282	593
Realschulabschluss/Polytechnische Oberschule	290	164	454
(Fach-)Hochschulreife/Abitur	206	182	388
anderer Abschluss	11	7	18
Stellung im Beruf (bei Betreuungsbeginn)			
Auszubildender	13	12	15
Arbeiter/Angestellter/Beamter	573	448	1021
Selbstständiger/Freiberufler	12	20	32
sonstige Erwerbspersonen (z.B. Wehrdienst, Elternzeit, mithelfende Familienangehörige)	4	1	5
in beruflicher Rehabilitation (Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben)	1	1	2
arbeitslos nach SGB III (Bezug von ALG I)	107	88	195
oder nach SGB II (Bezug von ALG II)	49	42	91
Schüler/Student	13	10	23
Hausfrau/Hausmann	37	1	38
Rentner/Pensionär	39	22	61
sonstige Nichterwerbspersonen (z.B. SGB XII)	21	14	35

Status Arbeitsfähigkeit bei Aufnahme						
Arbeitsfähig	298	240	533			
Arbeitsunfähig	486	374	860			
Keine Beurteilung erforderlich	69	33	102			
Status Arbeitsfähigkeit bei Entlassung						
Arbeitsfähig	329	268	597			
Arbeitsunfähig	493	368	861			
Keine Beurteilung erforderlich	47	20	67			

Quelle/Stand: Basisdokumentation/31.12.2012

Der größte Anteil der Patienten wird regulär entlassen (96,1%). Therapieabbrüche gegen ärztlichen Rat (0,3%) kommen relativ selten vor. Ebenso häufiger sind vorzeitige Entlassungen auf ärztliche Veranlassung (0,7%), meist aufgrund unzureichender Rehafähigkeit. Häufiger sind vorzeitige Entlassungen mit ärztlichem Einverständnis (2,5%).

Entlassungsform (nach ärztlichem Reha-Entlassungsbericht)	Frauen	Männer	Gesamt
Regulär	834	634	1468
vorzeitig auf ärztliche Veranlassung	3	7	10
vorzeitig mit ärztlichem Einverständnis	26	12	39
vorzeitig ohne ärztliches Einverständnis	3	2	5
Disziplinarisch	0	1	1
Verlegt	3	2	5
Wechsel zu ambulanter, teilstationärer, stationärer Reha	0	0	0
Gestorben	0	0	0

Quelle/Stand: Basisdokumentation/31.12.2012

# 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:

		E	Erbrachte Leistu	ıngen	
	Stationäre/teilstationäre	Anzahl	Rehabili-	durchs	chnitt-
	Behandlung	Therapie	tanden mit	liche A	Anzahl
		gesamt	mind. einer	pro Reha	abilitand
			Einzel-	und	und
			leistung	Woche	Reha
Α	Sport- und Bewegungstherapie	17611	1502	1,9	11,7
В	Physiotherapie	5024	736	1,1	6,8
С	Information, Motivation, Schulung	34734	1528	3,7	22,7
D	Klinische Sozialarbeit, Sozialtherapie	5629	995	0,9	5,6
Е	Ergotherapie, Arbeitstherapie, a. funkt. Ther.	6101	1007	1,0	6,1
F	Klinische Psychologie, Neuropsychologie	24848	1528	2,7	16,3
G	Psychotherapie	56261	1528	6,1	36,8
Н	Reha-Pflege	51342	1528	5,6	33,6
K	Physikalische Therapie	13441	1245	1,8	10,8
L	Rekreationstherapie	36253	1117	5,4	32,4
M	Ernährung	1787	1190	1,2	7,2
	Gesamt	251269	1528	27,4	164,4

Quelle/Stand: Basisdokumentation/31.12.2012

# 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 Ge-Gsellschaft. 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 Gesundung 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 Arbeitssicherheitsbeauftragte).

# 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 hierarchiefreien 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 Behandlungs- qualität 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).

Insgesamt gehen Informationen aus folgenden Bereichen in die QM-Bewertung 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 Korrekturund 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 Berichtzeitraum

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 schnittstellen- übergreifend 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 Berichtzeitraum 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 Optimie- rung der Abläufe ambulan- ter Diagnostik und Begut- achtung 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 Überschnei- dung der Angebote, Pro- bleme mit der Raumpla- nung etc	Optimierung der Zeit- und Raumplanung.	Einführung, Weiterentwick- lung und Pflege einer Da- tenbank zur elektronischen Therapieplanung; Koordina- tion der gesamten Zeit- und Raumplanung
Qualitätszirkel "Gruppentherapie"	Fortlaufende Notwendig- keit der Organisation der Gruppen und Regelungs- bedarf bzgl. der Gruppen- leitung.	Entwicklung von Vor- schlägen zur Organisation der Gruppenangebote.	Fortlaufende Regelung der Gruppenzuständigkeiten und Optimierung der beste- henden Angebote.
Qualitätszirkel "Testdiagnostik"	Verbesserungspotentiale in der systematischen Anwen- dung und Dokumentation psychologischer Testverfah- ren	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 medizinischtherapeutischen Leitung andererseits ergeben. Bedarfsabhängig werden unterschiedliche Zielgruppen vorrangig angesprochen.

#### Ärztliche und psychologische Aus- und Weiterbildungsbefugnisse

Die leitenden Ärzte 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 die 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 psychoedukativen 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 in Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin ausgebildet. Die Mitglieder der medizinisch-therapeutischen Leitung der Klinik sind im Vorstand des IVV und arbeiten im IVV als Dozenten, Supervisoren und z.T. auch als Prüfer mit. Durch die enge Verzahnung der Klinikarbeit mit der Verhaltenstherapieausbildung wird ein hoher Qualitätsstandard des therapeutischen Personals gesichert, andererseits für die Ausbildungskandidaten neben einer fundierten Theorieausbildung durch erfahrene Kliniker als Dozenten und Supervisoren auch ein hoher Praxisbezug gewährleistet. Dieses Qualitätsmerkmal ist ohne Frage 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 Fortund 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 Rehabilitanten 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 2012 bezog sich auf den Erhebungszeitraum von August 2009 bis Januar 2011. Es lag eine Datenbasis von N = 178 Rehabilitanden der AHG Klinik Berus im vor. In der Vergleichsgruppe von 119 anderen Einrichtungen wurden 20343 Rehabilitanden 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)	Ver- gleichs- gruppe	Signi- fikanz
der ärztlichen Betreuung	1,8	2,1	2,1	*
der psychotherapeutischen Betreuung	2,0	2,3	2,4	*
der pflegerischen Betreuung	1,8	1,7	1,7	
den durchgeführten Behandlungen	2,0	2,0	2,1	
der Gesundheitsbildung und dem -training	2,2	2,2	2,2	
den in Anspruch genommenen Beratungen	2,2	2,4	2,4	*
der Abstimmung über Reha-Plan und -Ziele	2,1	2,3	2,4	*
den Einrichtungsangeboten	2,2	2,1	2,1	
der Vorbereitung auf die Zeit nach der Reha	2,7	2,9	2,9	
den Verhaltensempfehlungen (Alltag, Beruf)	2,5	2,7	2,7	*
der Reha insgesamt	2,3	2,3	2,3	
Rehabilitationszufriedenheit	2,1	2,2	2,3	*

Quelle/Stand: DRV Bund, Berichte zur Reha-Qualitätssicherung 2012, 178 Patienten mit Abschluss der Rehabilitation August 2009 bis Januar 2011.

Bei dieser Rückmeldung zum o. g. Berichtszeitraum erhielt die AHG Klinik Berus insgesamt 75,9 adjustierte Qualitätspunkte und wurde in den mit (\*) gekennzeichneten 5 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	Ver- gleichs- gruppe	Signifi- kante Ab- weichung	Vor- erhebung	Abwei- chung Vor- erhebung
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	
		0/0	Anzahl
Stationäre/ganztägig ambulante Rehabilitation und Behandlung	1528	0,52	8
Ambulante Behandlung	180	0,0	0

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

Im Berichtsjahr erhielt die AHG Klinik Berus insgesamt 8 schriftliche Patientenbeschwerden von den Kostenträgern (DRV Bund = 5, DRV Saarland = 1, Sonstige = 2) zur stationären/ganztägig ambulanten Rehabilitation. Das entspricht 0,52% der im Berichtsjahr stationär und ganztägig ambulanten behandelten Rehabilitanten. Im Bereich der Ambulanz ging keine schriftliche Beschwerde an die Kostenträger.

#### Laufzeiten der Entlassungsberichte

Die Kliniken erhielten 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.

Laufzeiten der AHG Klinik Berus			Laufzeiten der 100 besten Einrichtungen		
Jahr	Anzahl ausgewer- teter E-Berichte	Durchschnittliche Laufzeit (in Tagen)	Anzahl ausgewer- teter 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 Not-ruf-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 1528 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	8,6	8-11
Durchschnittliche Leistungsanzahl je Rehabilitand pro Kalenderwoche	27,4	20-40
Durchschnittliche Stundenzahl therapeutischer Leistungen je Rehabilitand pro Kalenderwoche	22,1	18-24

Quelle/Stand: Basisdokumentation/31.12.2012

In allen Bereichen wurden 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 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 8,52 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 ganztägig ambulant behandelten Patienten bezogen, waren: Unzufriedenheit mit der Essensqualität, Nutzung der Freizeitangebote, zu wenig Einzeltherapie, Organisation und Planung, Öffnungszeiten des Schwimmbads und der Medizinischen Trainingstherapie, Lautstärke im Speisesaal sowie Rückzugs- und Umzugsmöglichkeiten bei ganztägig ambulanter Behandlung. In Bezug auf die genannten Themen wurden 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	Х	Х
Patientenzufriedenheitsbogen	Patienten		X
Basisdokumentation (Bado)	Therapeuten		Х

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: Interaktionelle 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.

Behandlungsergebnisse aus Patientensicht BDI-II, Health-49, SCL-9-k

**Basisevaluation 2012** 80 73,1 67,6 70 höchsthöchstsignifikante Veränderung Veränderung p = .000 p = .00040 26,3 30 höchstsignifikante Veränderung 179 20 10

1,54

■ Aufnahme

1,03

□ Entlassung

SCL-9-k

Gesamtscore

N = 1353

Health-49

Gesamtwert

N = 1433

Patientenentlassfragebogen der AHG

BDI-II

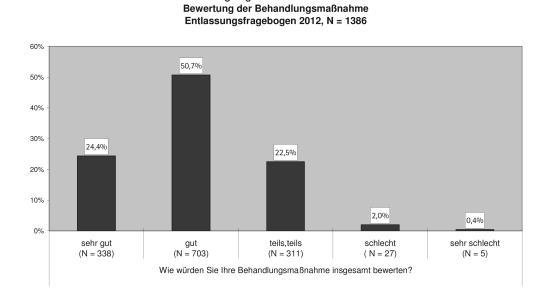
Gesamtscore

N = 1430

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.

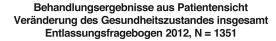
Ergebnisse Patientenentlassfragebogen: Bewertung der Behandlungsmaßnahme insgesamt

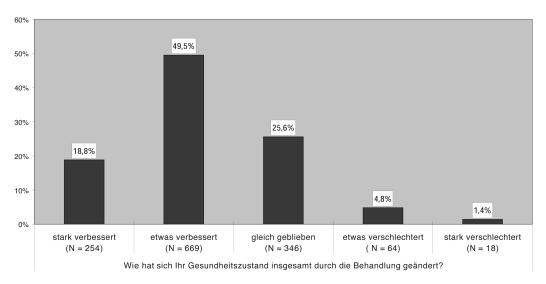
Behandlungsergebnisse aus Patientensicht



Die Behandlungsmaßnahme insgesamt bewerteten 75,1% der im Berichtszeitraum stationär oder ganztägig ambulant behandelten Patienten als *sehr gut* oder *gut*.

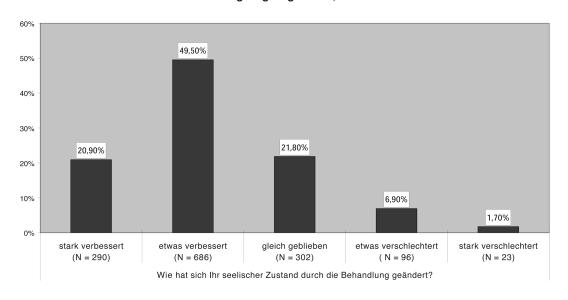
Ergebnisse Patientenentlassfragebogen: Veränderung des Gesundheitszustandes insgesamt und Veränderung des seelischen Zustandes



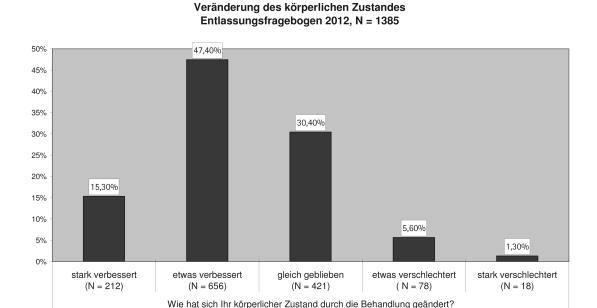


68,3% der im Berichtsjahr behandelten Patienten gaben an, dass sich ihr Gesundheitszustand insgesamt durch die Behandlung *stark verbessert* oder *etwas verbessert* hat. Bei 70,4% der behandelten Patienten hat sich der seelische Zustand *stark verbessert* oder *etwas verbessert*.

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



Ergebnisse Patientenentlassfragebogen: Veränderung des körperlichen Zustandes



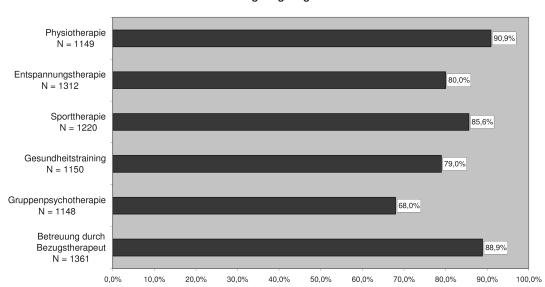
Behandlungsergebnisse aus Patientensicht

62,7% 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. 88,9% bewerteten die Betreuung durch ihren Bezugstherapeuten als *gut* (38,7%) oder *sehr gut* (50,2%). Eine positive Bewertung (*gut* oder *sehr gut*) der anderen grundlegenden Therapiebereiche schwankte zwischen 68,0% und 90,9%.

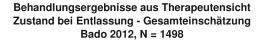
Behandlungsergebnisse aus Patientensicht Zufriedenheit mit verschiedenen Therapiebereichen Entlassungsfragebogen 2012

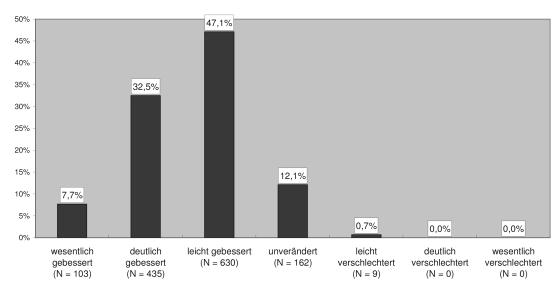


#### Basisdokumentation (Bado)

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



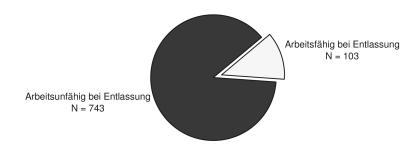


85,3% der Patienten wurden von ihren Bezugstherapeuten zum Entlassungszeitpunkt in ihrem Zustand bei Entlassung insgesamt als leicht gebessert bis wesentlich gebessert angesehen. In dieses Urteil gehen nicht nur die Symptomveränderung sondern auch die vermittelten Bewältigungsstrategien ein.

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

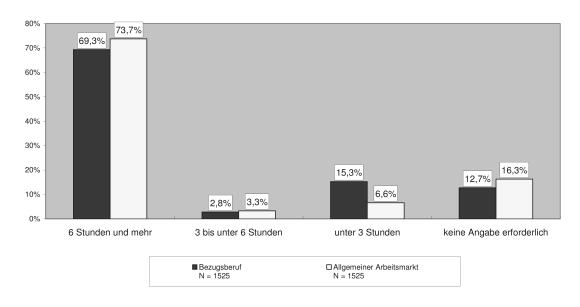
Von den Patienten, die bei Aufnahme arbeitsunfähig waren (N = 860), konnten 103 wieder *arbeitsfähig* entlassen werden (11,9%), 743 blieben auch zum Entlassungszeitpunkt arbeitsunfähig (85,6%). 83,9% der bei Aufnahme Arbeitsfähigen waren auch bei Entlassung arbeitsfähig (453 Patienten), wohingegen 13,3% der bei Aufnahme Arbeitsfähigen nunmehr *arbeitsunfähig* entlassen wurden (72 Patienten). Bei Entlassung als arbeitsunfähig wird häufig eine gestufte berufliche Wiedereingliederung oder eine interne Umsetzung an einen anderen Arbeitsplatz vorgenommen. Bei 111 von 1528 Patienten (7,2%) war keine Beurteilung der Arbeitsfähigkeit erforderlich.

Behandlungsergebnisse aus Therapeutensicht Arbeitsfähigkeit bei Entlassung bezogen auf Arbeitsunfähigkeit bei Aufnahme Bado 2012, N = 860



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

Behandlungsergebnisse aus Therapeutensicht Zeitlicher Umfang der Leistungsfähigkeit Bado 2012



Bezogen auf den Bezugsberuf wurden 69,3% der Patienten als *vollschichtig leistungsfä-hig* entlassen, bezogen auf den allgemeinen Arbeitsmarkt waren es 73,7%. Diese Ergebnisse schwanken seit Jahren nur in geringem Umfang, obwohl die Zahl der Rentenantragsteller im Lauf der Jahre zugenommen hat.

#### 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. Exemplarisch werden weiter unten Ergebnisse der fortlaufenden 1-Jahres-Katamnese zur stationären Traumatherapie sowie zur Spieler-Katamnese 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 16 beschlossenen Korrekturmaßnahmen 100% fristgerecht erledigt. Von 4 geplanten Vorbeugemaßnahmen wurden 3 Maßnahmen unter Einhaltung des vereinbarten Termins umgesetzt (75%).

#### 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.

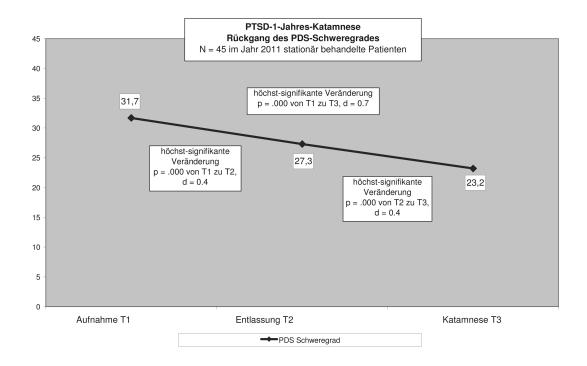
Die Veränderung der Traumasymptomatik wurde mit der PDS (Posttraumatic diagnostic Scale, Foa, 1995, dt. Ehlers et al., 1996) gemessen. Der PDS-Schweregrad (Wertebereich von 0 bis 51) setzt sich aus einem Gesamtscore der Subskalenwerte PDS-Wiedererleben, PDS-Vermeiden und PDS-Erregung zusammen. Ein PDS-Schweregrad 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 41,6% (behandelte PTSD-Patienten 2011: N = 108).

>>>

Fragebogen	Aufn	ahme	Entla	ssung	Katan	nnese	Signifikanz	Effektstärke
	М	SD	М	SD	М	SD		
PDS- Schweregrad (N = 45)	31,7	10,9	27,3	12,2	23,2	13,3	***	0.7 mittlerer Effekt (T1–T3)
BDI-II-R Summenwert (N = 40)	33,0	11,3	26,2	12,1	22,8	12,6	***	0.8 großer 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 guten mittleren bzw. großen 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).

## Ergebnisse einer Katamnesestudie zum langfristigen Therapieerfolg bei pathologischem Glücksspielen

In den "Empfehlungen der Spitzenverbände der Krankenkassen und Rentenversicherungsträger für die medizinische Rehabilitation bei pathologischem Glücksspielen" vom März 2001 werden Standards für die medizinische Rehabilitation bei pathologischem Glücksspiel definiert. Eine dieser Voraussetzungen ist die Durchführung von Katamnesestudien. Dazu wurde eine Katamnese aus dem Behandlungszeitraum vom 01.10.2010 bis 30.10.2011 vorgelegt.

Die vorliegende Studie stellt im Rahmen der Multizentrischen Katamnese pathologisches Glücksspielen¹ eine 1-Jahres-Katamnese der AHG Klinik Berus dar und untersucht Aspekte aus der Arbeitswelt des Patienten, die für den langfristigen Therapieerfolg von Bedeutung sind wie der Einfluss der Arbeitslosigkeit, die Rolle der Arbeitsfähigkeit zum Aufnahmezeitpunkt, der Einfluss der Schulbildung und die Bedeutung des letzten beruflichen Status.

Von den 75 untersuchten Patienten mit den erfüllten Diagnosekriterien des pathologischen Glücksspielens antworteten zum Katamnesezeitpunkt, 12 Monate nach Entlassung aus der stationären Behandlung, 48 ehemalige Patienten. Die Ausschöpfungsquote beträgt damit 64,0%.

Nach der Behandlung durchgängig glücksspielfrei waren 28 Patienten (37,3%). Sechs Patienten waren glücksspielfrei nach Rückfall. 15 Patienten waren rückfällig. Wird auf Basis der Patienten, welche die Katamnese beantwortet haben, die Abstinenzquote ermittelt (DGSS I) beträgt diese 70,8%. Auf Basis der Anzahl aller entlassenen Patienten (konservativste Schätzung nach DGSS IV) liegt die Abstinenzquote nach der alten Einschätzung bei 45,3%.

Neben diesen zufriedenstellenden Ergebnissen der Katamnese zeigt die Studie z.B., dass zum Aufnahmezeitpunkt arbeitsfähige Patienten zum Katamnesezeitpunkt häufiger glücksspielfrei sind als arbeitsunfähige. Dem beruflichen Status kommt eine Bedeutsamkeit zu, da Angestellte zum Katamnesezeitpunkt häufiger glücksspielfrei sind als Arbeiter und Facharbeiter. Die Befunde der Studie weisen auf wichtige Aspekte der Arbeitswelt des Patienten für den Therapieerfolg hin.

<sup>1</sup> Die Untersuchung ist Teil der Multizentrischen Katamnese pathologisches Glücksspielen der AHG Klinik Berus, der AHG Kliniken Daun, der AHG Klinik Münchwies, der AHG Klinik Schweriner See und der AHG Klinik Wilhelmsheim. Die Studie wurde finanziert aus Eigenmitteln der beteiligten AHG Kliniken und aus Mitteln des AHG Wissenschaftsrates.

#### Literatur:

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.

#### Ein-Jahres-Katamnese Psychosomatik

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 Glücksspielen und PC-Gebrauch durchgeführt. Die Prozedur richtet sich nach dem Beschluss des Präsidiums des AHG Wissenschaftsrates vom 22. Oktober 2012 mit folgenden Bestimmungen:

- 1. Die AHG Katamnese Psychosomatik soll in allen Psychosomatik-Einrichtungen der AHG ab 1. Januar 2013 eingesetzt werden.
- 2. Die **Grundgesamtheit** ist der Entlassungsjahrgang (sofern eine abrechenbare Patientennummer vorliegt), unabhängig von der Behandlungsdauer und der Entlassungsform.
- 3. Die **Katamnesestichprobe** besteht aus den Patienten des Entlassjahrgangs, vermindert um die Anzahl der Patienten ohne Einverständnis zur Teilnahme.
- 4. Das **Einverständnis** der Patienten zur Teilnahme an der Katamnese ist bereits zu Beginn der Behandlung einzuholen.
- 5. Die Erhebung erfolgt
  - routinemäßig ein Jahr nach Entlassung
  - postalisch oder mit Hilfe elektronischer Medien
  - als Voll- oder für den Entlassjahrgang repräsentative Teilerhebung.
     Bei Teilerhebung setzt sich die Stichprobe aus mindestens 20% der Patienten des Entlassjahrganges für die 1. Befragung zusammen.
- 6. Der Versand der Fragebögen erfolgt mit einer Schwankungsbreite des Erhebungszeitraums von –1 bis +2 Monate. Nicht-Antworter erhalten 6 Wochen nach Erstversand mit beiliegendem Fragebogen eine erste Erinnerung, 9 Wochen nach Erstversand eine zweite Erinnerung, jeweils mit Rückumschlag und dem Vermerk "Gebühr bezahlt Empfänger". Incentives oder Belohnungen sind nicht erlaubt.
- 7. Es wird für jeden Patienten ein Katamneseprotokoll zu folgenden Punkten geführt:
  - Katamnesenummer
  - Eingangsdatum
  - bei Teilnahmeverweigerung: Gründe
  - bei nicht ausgefüllten Rücksendungen: Gründe
  - Name des Protokollanten
- 8. Die "Katamnese Psychosomatik" wird **nicht** bei den Patientengruppen "Pathologisches Glücksspielen" und "Pathologischer PC-Gebrauch" eingesetzt.

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 der SCL-9-K (Klaghofer & Brähler, 2001) 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. Erste belastbare Ergebnisse werden Ende des Jahres 2013 vorliegen und berichtet werden.

#### Literatur:

Klaghofer, R. & Brähler, E. (2001). Konstruktion und teststatistische Prüfung einer Kurzform der SCL-90-R, Construction and validation of a short form of the SCL-90-R. Zeitschrift für klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie, 49 (2), 115-124.

#### 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

Eine Evaluation ist geplant. Die Resonanz unter den Teilenehmern war insgesamt sehr positiv.

## 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. 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) zustellen. Erste Erfahrungen mit der Trauma-Ambulanz sind den Rückmeldungen der Teilnehmer und der Einschätzung der Therapeuten nach ermutigend.

#### 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
10.01.2012	Prof. Dr. Cornelius König, Universität des Saarlandes, Saarbrücken	"Leiden unter Stress oder wie subjektiv ist die Wahrnehmung von Stressoren?"
07.02.2012	Dr. Karl Heinz Biesold, Oberstarzt, Leiter der Abteilung Psychiatrie und Psychotherapie- Psychotraumatologie, Bundeswehrkranken- haus Hamburg	"Das Problem traumatisierter Soldaten – Wenn der Einsatz nicht mehr endet"
06.03.2012	PD Dr. Reiner Manstetten, M.A. Philosoph, Kontemplationslehrer, Leipzig	"Nicht die Dinge hindern dich, sondern was dich hindert, das bist du selbst. – Therapeutische Anregungen aus der Lebenslehre Meister Eckharts"
17.04.2012	Dr. Bärbel Wardetzki, Praxis für Psycho- therapie, München	"Ohrfeige für die Seele – Umgang mit narzisstischen Kränkungen"
08.05.2012	PD Dr. Willi Ecker, Psychotherapeutische Praxis, Bad Dürkheim	"Neuere Entwicklungen in der kognitiven Verhaltenstherapie bei Zwangsstörungen"
12.06.2012	Dr. Petra Schuhler, Psychologische Psycho- therapeutin, Leitende Psychologin, AHG Klinik Münchwies	"Versunken und verloren in vir- tuellen Welten – Krankheitsbild, Diagnose und Therapie bei patho- logischem PC/Internet-Gebrauch"

16.10.2012	Prof. Dr. Elisabeth Schramm, Universitäts- klinikum Freiburg, Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie	"Störungsspezifische Behandlung chronischer Depressionen – Das Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy (CBASP)"
06.11.2012	Prof. Dr. Frank Leweke, Universitätsklinikum Gießen und Marburg	"Psychotherapie chronischer Schmerzstörungen"
04.12.2012	Prof. Dr. Christian Türcke, Hochschule für Graphik und Buchkunst, Leipzig	"Hyperaktiv! Kritik der Aufmerk- samkeitsdefizitkultur"

#### 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
01.02.2012	Prem, Keller	Kooperationstreffen mit der Barmer/ GEK	Saarbrücken
11.02.2012	Horn	Tinnitusbehandlung in der AHG Kli- nik Berus – neue Entwicklungen	Treffen der Klinikvertreter mit der Deutschen Tinnitus- Liga
14.02.2012	Schwickerath	Konflikte in der Arbeitswelt am Beispiel von Mobbing, Stress, Burn- out und mögliche Lösungsansätze	Vortrag Therapiezentrum Bassenheim
02.03.2012 03.03.2012	Horn	Achtsamkeitstraining in Klinik und Praxis	Workshop im Psychothera- peutischen Zentrum Stutt- gart
03.03.2012	Schwickerath	Chronischer Stress bei Patienten mit Mobbingerfahrungen und deren Be- deutung für die stationäre Verhal- tenstherapie	Vortrag dgvt-Kongress Berlin
10.03.2012	Keller	Unterschiede im katamnestischen Verlauf nach stationärer Trauma- therapie	Fachvortrag, DeGPT-Jahres- tagung, Hamburg
10.03.2012	Taubert	Zusammenhänge von Symptomver- änderungen und Aufbau von Bewäl- tigungskompetenzen als Outcome bei 1-Jahres-Katamnese nach sta- tionärer Traumatherapie	Fachvortrag, DeGPT-Jahres- tagung, Hamburg
19.03.2012	Carls, Prem, Keller	Entwicklung eines Konzepts für eine "Traumaambulanz" im Saarland	Kooperationstreffen mit dem Landesamt für Soziales, Saar- brücken, in Berus

22.03.2012 23.11.2012	Keller	Früherkennung und Prävention psy- chischer Erkrankungen im Arbeits- kontext	Führungskräfte-Schulung für Mitarbeiter von ZF- Getriebe, Saarbrücken
27.03.2012	Schwickerath	Mobbing – Interaktionelle Probleme am Arbeitsplatz	Vortrag. Health on Top. Der Gesundheitskongress auf dem Petersberg, Königswinter
25.04.2012	Keller	Stressbewältigung und Burnout- Prävention	Führungskräfte-Schulung für Mitarbeiter der Kreis- sparkasse Saarlouis
25.04.2012	Riedel	Tagung pathologisches Glücks- spielen	Luxemburg
05.05.2012	Keller	Das Burnout-Syndrom: Stationäre verhaltensmedizinische Behandlung und Prävention	Fachvortrag, Universität Trier
10.05.2012	Horn	Das Burnout-Syndrom und seine Prävention	Tagung des Ethikrates der CTT in Wittlich
14.06.2012	Schwickerath	Stress, Burnout und Mobbing	Seminar für Angestellte der Universität des Saarlandes, Saarbrücken
20.08.2012	Carls, Keller	Regionale Vernetzung bei der Be- handlung und Prävention psychi- scher Erkrankungen	Kooperationstreffen mit Herrn Joachim Koch, Fa. JFKey, in Berus
22.08.2012	Keller, Clasen, Schleß- Model, Ziegler	Ambulante Behandlung an der AHG Klinik Berus im Rahmen der Integrierten Versorgung	Kooperationstreffen mit der HEK, Saarbrücken
13.09.2012	Keller	Trauma-Ambulanz Saarland – ein Pilotprojekt für Gewaltopfer	Fachvortrag Justizministerium Saarbrücken, Runder Tisch gegen Gewalt
14.09.2012	Horn	Tinnitus: Achtsamkeits- und Konzen- trationsübungen	Tinnitus-Symposium Bad Arolsen – Workshop
15.09.2012	Horn	Tinnitus und Burnout	Tinnitus-Symposium Bad Arolsen – Vortrag
17.09.2012	Schwickerath	Mobbing in der Arbeitswelt – Hintergründe und Lösungsansätze	Vortrag für Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizin- produkte (BfArM), Bonn
05.10.2012 06.10.2012	Horn	Achtsamkeitstraining in Klinik und Praxis für Fortgeschrittene	Workshop für Psychothera- peutischen Zentrum Stuttgart
11.10.2012	Keller	Umgang mit Stress am Arbeitsplatz und Prävention psychischser Er- krankungen	Fachvortrag, Ev. Oberkirchen- rat, Karlsruhe
15.10.2012	Keller	Psychische Erkrankungen und ihre Behandlung	Polizei-Schulung, Berus
17.10.2012	Keller	Stressbewältigung und Burnout- Prävention	Fachvortrag, Saarländischer Schwesternverband
18.10.2012	Keller	Akut-Behandlung von Gewaltopfern in der Trauma-Ambulanz Saarland	Fachvortrag, Ärztekammer Saarland, Arbeitskreis Hilfen gegen Gewalt
23.10.2012	Riedel	Grenzüberschreitendes Kolloquium	Luxemburg

Prem, Keller	Psychosoziale Beratung im Rahmen Integrierter Versorgung	Kooperationstreffen bei der HEK, Hamburg
Keller	Regionale Vernetzung zur ambulan- ten und stationären Behandlung psychosomatischer Erkrankungen	Kooperationstreffen, Fa. JFKey und Thyssen-Krupp- Bilstein, Mandern
Horn	Burnout – Erkennen und Vorbeugen	Fortbildungsveranstaltung Polizeipräsidium Trier
Schwickerath	Interaktionelle Probleme am Arbeits- platz: Fachtagung "Gesundheitsför- derliche Arbeitswelten und betrieb- liche Suchtprävention"	Fachveranstaltung des Landesinstituts für Präventives Handeln in Kooperation mit dem Arbeitskreis für betriebliche Suchtprävention Saar-Pfalz. Saarbrücken
Keller	Verhaltensmedizinische Trauma- therapie Erwachsener	Fachvortrag im Rahmen eines Symposiums von Orphea an der Universität Würzburg
Keller	Verhaltenstherapie bei PTSD in der Traumatherapie Erwachsener: Rah- menbedingungen, Beziehungsgestal- tung, praktisches Vorgehen	Workshop im Rahmen eines Symposiums von Orphea an der Universität Würzburg
Keller	Trauma-Ambulanz Saarland - Verhaltensmedizinische Traumathe- rapie Erwachsener	Fachvortrag, Klinikum Saarbrücken
Riedel	ARS-Lorraine, grenzüberschreitendes Gesundheitsprojekt	Nancy
Riedel	Jahreskonferenz AF CC	Paris
	Keller Keller Horn Schwickerath Keller Keller	KellerIntegrierter VersorgungKellerRegionale Vernetzung zur ambulanten und stationären Behandlung psychosomatischer ErkrankungenHornBurnout - Erkennen und VorbeugenSchwickerathInteraktionelle Probleme am Arbeitsplatz: Fachtagung "Gesundheitsförderliche Arbeitswelten und betriebliche Suchtprävention"KellerVerhaltensmedizinische Traumatherapie ErwachsenerKellerVerhaltenstherapie bei PTSD in der Traumatherapie Erwachsener: Rahmenbedingungen, Beziehungsgestaltung, praktisches VorgehenKellerTrauma-Ambulanz Saarland - Verhaltensmedizinische Traumatherapie ErwachsenerRiedelARS-Lorraine, grenzüberschreitendes Gesundheitsprojekt

### Fachliche Beiträge in öffentlichen Medien

Datum	Referent	Beitrag	Rahmen
16.04.2012	Schwickerath	Mobbing. Der Feind in meinem Büro.	Der Spiegel
23.04.2012	Schwickerath	Wenn Mobbing krank macht	Saarbrücker Zeitung
23.04.2012	Schwickerath	Fairer Umgang und gutes Betriebs- klima können einen Psychokrieg im Lehrerzimmer verhindern	Saarbrücker Zeitung
30.12.2012	Schwickerath	Fragen an den Autor. Mobbing am Arbeitsplatz. Beltz-Verlag. SR 2	Live-Sendung mit M. Holz. Saarbrücken
30.12.2012	Schwickerath	Bericht über die Sendung Fragen an den Autor und Interview zum Thema Mobbing	Aktueller Bericht. SR-Fernsehen

## Wissenschaftliche Aktivitäten und Mitarbeit in wissenschaftlichen und klinischen Beiräten

Datum	Referent	Veranstaltung	Rahmen
27.02.2012	Keller	Konfrontationsbehandlung in der Traumatherapie	Konzeptarbeit der DeGPT- Arbeitsgruppe "Stationäre Traumatherapie", Köln
15.05.2012 19.09.2012 12.12.2012	Keller, Ladwein	Kontinuierliche Weiterentwicklung des Qualitätsmanagement-Systems	QMB-Treffen der AHG Klini- ken Münchwies, Berus, Bad Dürkheim, in Münchwies
04.06.2012 05.06.2012	Carls, Schwickerath	Präsidium, Forum Wissenschaftsrat, FA-Sitzung, Psychosomatik	Düsseldorf
26.10.2012	Keller	Die Gestaltung der therapeutischen Beziehung im Rahmen stationärer Traumatherapie	Konzeptarbeit der DeGPT- Arbeitsgruppe "Stationäre Traumatherapie", Köln
29.10.2012	Keller, Ladwein	Neuerungen im Qualitätsmanage- ment	QMB-Arbeitstreffen, AHG, Düsseldorf

#### Veröffentlichungen durch Klinikmitarbeiter im Berichtsjahr

Keller, R. (2012). Pilotprojekt "Trauma-Ambulanz Saarland" an der AHG Klinik Berus. Saarländisches Ärzteblatt, 12/2012, S. 9–10.

Keller, R. (im Druck). Zwänge und Zwangslagen – Wege in die Freiheit. In: H.-P. Steingass (Hrsg.), Tagungsband Remscheider Gespräche 2011.

Schwickerath, J. (2012). Stationäre Hilfe bei psychosomatischen Erkrankungen im Zusammenhang mit Mobbing am Arbeitsplatz. In Wolmerath, M. & A. Esser (Hrsg.). Werkbuch Mobbing. (S. 216–226). Frankfurt/Main: Bund-Verlag.

Schwickerath, J. & Carls, W. (2012). Mobbing am Arbeitsplatz und Krankheit. In G. Herold. Innere Medizin (S. 900). Köln: Gerd Herold.

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

#### 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
- Deutsche Gesellschaft für Psychosomatik und Rehabilitation (DGPR)
- Deutscher Fachverband für Verhaltenstherapie (DVT)

#### 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)
   Arbeitsgruppe "Stationäre Traumatherapie"
- Wissenschaftlicher Beirat: Praxis. Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation
- Deutsche Gesellschaft Zwangserkrankungen e.V. (DGZ)

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

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

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

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

#### Dr. med. Thomas Stau, Leitender Arzt:

- Vorstandsmitglied, Dozent und Supervisor (VT) am IVV-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 2013 folgende Ziele vorgenommen:

## Optimierung und Anpassung bestehender Versorgungskonzepte an veränderte Rahmenbedingungen

Vor dem Hintergrund des zunehmenden 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 Jahren 2011 und 2012 begonnen und soll 2013 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 soll im Jahr 2013 fortgeführt werden. Es sollen mit Bereitstellung von entsprechender Software für elektronischer Testeingabe und -Auswertung Voraussetzungen für ein psychologisches Testlabor geschaffen werden.

## Neukonzeption ambulanter Behandlungskonzepte im Rahmen der integrierten Versorgung

Aufbauend auf den guten Erfahrungen 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.

#### 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 Klink 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 Zertikat 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: klinikberus@ahg.de Internet: http://www.ahg.de/berus

#### Verantwortliche für den Qualitätsbericht:

Redaktion: Rolf Keller

Wissenschaftliche

Mitarbeit: Silke Ladwein

Fotos: Christian Nielinger, Essen

Margarete Singer, Ottweiler

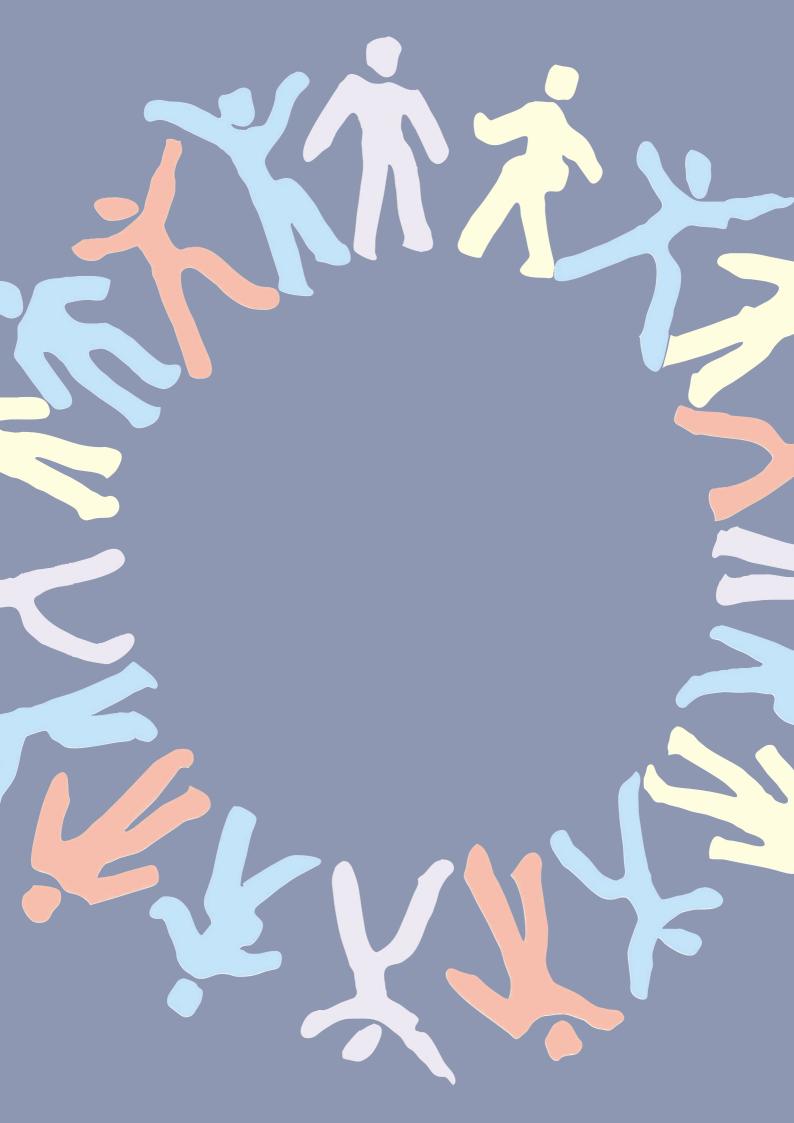
Layout/Design: Stefan Hodab/amc-Agentur Media Creativ, Saarlouis,

www.amc-online.com

Erschienen: Juni 2013

Ident-Nummer: 650\_QMS\_06

**ISBN:** 978-3-9814610-3-9





# 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: klinikberus@ahg.de

650\_QMS\_06

ISBN 978-3-9814610-3-9

