



AHG Klinik Berus

Europäisches Zentrum für Psychosomatik
und Verhaltensmedizin

Qualitätsbericht
2009



2009

Vorwort zum Qualitätsbericht

Liebe Leserin, lieber Leser.

wir freuen uns, Ihnen mit dem vorliegenden Qualitätsbericht für das Jahr 2009 einen aktuellen Überblick über die Arbeit in der AHG Klinik Berus geben zu können.

Die hier zusammengestellten Informationen, Zahlen und Fakten erlauben einen umfassenden Einblick in die Ergebnisse unserer täglichen Arbeit und dokumentieren darüber hinaus die Leistungsfähigkeit unseres Hauses.

Die Klinik blickt auf ein erfolgreiches Berichtsjahr zurück, in dem es u.a. gelungen ist, die Patientenzufriedenheit weiter zu steigern. Dies lässt sich sowohl an der geringen Anzahl von Patientenbeschwerden als auch an den positiven Ergebnissen der Patientenbefragungen durch die DRV Bund ablesen. Wir freuen uns über diesen Trend und betrachten diesen als Ansporn und Herausforderung für weitere Qualitätsverbesserungen.

Wir wünschen Ihnen eine anregende Lektüre und stehen Ihnen darüber hinaus mit ergänzenden Informationen gerne zur Verfügung.



Dr. med. Dipl.-Psych. Winfried Carls
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: linikberus@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

Telefon: +49 (0) 68 36 – 39-173

E-Mail: tstau@ahg.de

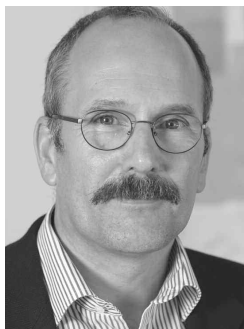


Jürgen Horn

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

Telefon: +49 (0) 68 36 – 39-174

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

Telefon: +49 (0) 68 36 – 39-188

E-Mail: hriedel@ahg.de



Dipl.-Psych. Dr. phil. Josef Schwickerath

Leitender Psychologe,
Psychologischer Psychotherapeut

Telefon: +49 (0) 68 36 – 39-180

E-Mail: jschwick@ahg.de

- **Patientenanmeldung**

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

- **Sekretariat der medizinisch-therapeutischen Leitung**

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

- **Hinweis zu diesem Qualitätsbericht**

Dieser Qualitätsbericht wurde für das Jahr 2009 erstellt (Berichtszeitraum 01.01.2009 bis 31.12.2009) und bezieht sich auf die im Kalenderjahr entlassenen Patienten:

Stationäre und ganztägige Rehabilitation und Behandlung	=	1385
davon Stationäre Fälle	=	1306
Teilstationäre Fälle	=	79

Die Angaben zu den ambulant behandelten Patienten beziehen sich auf die Aufnahmen im genannten Berichtszeitraum.

Ambulante Fälle	=	179
davon Integrierte Versorgung DAK Psych-Direkt	=	145
Reha-Nachsorge (IRENA, ARENA)	=	24
Akutbehandlung	=	10

INHALTSÜBERSICHT

1.	REHABILITATION – KONZEPTE, ERGEBNISSE, ENTWICKLUNGEN.....	8
1.1.	Die Klinik.....	8
1.1.1.	Lage der Klinik und Ausstattung.....	8
1.1.2.	Träger der Einrichtung.....	10
1.1.3.	Beleger, Zulassungen und Verträge.....	10
1.2.	Das Behandlungs- und Rehabilitationskonzept.....	11
1.2.1.	Qualitätsverständnis.....	13
1.2.2.	Leistungsspektrum/Therapie- und Rehabilitationsangebote.....	14
1.2.3.	Rehabilitationskonzepte.....	24
1.2.4.	Besondere Betreuungsstrukturen.....	26
1.2.5.	Ergebnisqualität.....	27
1.2.6.	Fallzahl behandelter Patientinnen und Patienten.....	28
1.2.7.	Weiterentwicklung der Rehabilitationskonzepte.....	29
1.2.8.	Zertifizierung.....	29
2.	DOKUMENTATION – ZAHLEN, DATEN, FAKTEN.....	30
2.1.	Mitarbeiter und medizinisch-technische Leistungen.....	30
2.1.1.	Mitarbeiter.....	30
2.1.2.	Medizinisch-technische Leistungen und apparative Versorgung.....	31
2.1.3.	Medizinische Notfallversorgung.....	31
2.2.	In der Klinik behandelte Krankheitsbilder.....	32
2.2.1.	Indikation: Stationäre und ganztägig ambulante Rehabilitation und Behandlung.....	32
2.2.2.	Indikation: Stationäre Behandlung im Akutstatus.....	67
3.	QUALITÄTSPOLITIK UND QUALITÄTSSICHERUNG.....	69
3.1.	Qualitätspolitik der Einrichtung.....	69
3.1.1.	Strategische und operative Ziele.....	69
3.1.2.	Umsetzung von Leitlinien.....	73
3.1.3.	Umsetzung spezifischer rechtlicher Anforderungen.....	73
3.2.	Qualitätssicherung für die Einrichtung.....	74
3.2.1.	Internes Qualitätsmanagement.....	74
3.2.2.	Qualifizierung der Mitarbeiter.....	77
3.2.3.	Externe Qualitätssicherung.....	80
3.2.4.	Ergebnisse der internen Qualitätssicherung.....	83
3.2.5.	Weiterentwicklung von Versorgungskonzepten.....	98
4.	AKTIVITÄTEN UND VERANSTALTUNGEN.....	103
4.1.	Vermittlung von Konzepten und Erfahrungen.....	103
4.2.	Sonstige Aktivitäten der Einrichtung.....	109
5.	AUSBLICK UND AKTUELLES.....	110
6.	GLOSSAR.....	111
7.	IMPRESSUM.....	114

1. REHABILITATION – KONZEPTE, ERGEBNISSE, ENTWICKLUNGEN

1.1. Die Klinik

Die AHG Klinik Berus wurde als Zentrum für Psychosomatik und Verhaltensmedizin 1986 gegründet. Hier wurden mehr als 25000 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 bzw. Schulalter 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 bzw. Schulalter 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 31.12.2009

Stationäre Rehabilitation und Behandlung	=	159
davon Eltern-Kind-Aufenthalte	=	10
Ganztägig ambulante Rehabilitation und Behandlung	=	6
Ambulante Behandlung:		
Integrierte Versorgung DAK Psych-Direkt	=	18
Sonstige ambulante Behandlung (Reha-Nachsorge, Berufsgenossenschaften/ Unfallkassen usw.)	=	10

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) unter akutpsychosomatischem Schwerpunkt 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.

DAK-Versicherte haben aufgrund eines Kooperationsvertrages mit der AHG Klinik Berus gemäß § 140 b SGB V die Möglichkeit zur ambulanten Psychotherapie im Rahmen der Integrierten Versorgung (DAK-IV Psych-Direkt).

Ferner besteht eine Kooperation mit der Unfallkasse Saarland und der Kreissparkasse Saarlouis zur psychosomatischen Akutbehandlung von Banküberfallopfern (ambulante und stationäre Traumatherapie).

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 bzw. Schulalter 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
- Posttraumatische Belastungsstörungen
- Pathologisches Spielen
- Zwangsstörungen
- Somatoforme Störungen
- Essstörungen (Anorexia und Bulimia nervosa, Adipositas)
- Persönlichkeitsstörungen (Borderline-Störungen, selbstunsichere Persönlichkeitsstörungen u.a.)
- Psychische Störungen in Lebenskrisen oder schwierigen sozialen Situationen (z.B. Arbeitslosigkeit, Trauersituationen, Krisen in der Lebensmitte)
- Psychische Störungen bei chronischen Erkrankungen (wie Tumorerkrankungen, chronische Herzerkrankung, Multiple Sklerose oder Ticstörungen)

Besonderheiten

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

Kontraindikationen

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

1.2.1. Qualitätsverständnis

Die AHG Klinik Berus ist zertifiziert nach DIN EN ISO 9001: 2008. Das Klinikleitbild besteht aus 6 Leitsätzen, die sich an den DEGEMED-Grundsätzen und dem Unternehmensleitbild der AHG orientieren, jedoch auch Ausdruck der Individualität der Klinik sind.

Leitsatz 1

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

Leitsatz 2

Die Zufriedenheit unserer Kunden ist unser zentrales Anliegen.

Leitsatz 3

Die Klinikleitung führt zielorientiert.

Leitsatz 4

Wir wollen zu den besten Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation gehören.

Leitsatz 5

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

Leitsatz 6

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

1.2.2. Leistungsspektrum/Therapie- und Rehabilitationsangebote

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

Medizinisches Leistungsspektrum

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

Medizinisches Leistungsspektrum:

Leistung:

Laboruntersuchung

EKG

Belastungs-EKG

Langzeit-RR

EEG

Lungenfunktionstest (Spirometrie)

Sonographie/Dopplersonographie

Medikamentöse Behandlung

Lichttherapie

Physiotherapie

Ernährungsberatung

Psychotherapeutisches Leistungsspektrum

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

Leistungsspektrum Einzel-Psychotherapie:

<u>Leistung:</u>	<u>KTL-Ziffer:</u>
Ambulante Vorgespräche	G010
Kontakte mit Vor- und Nachbehandlern	D049
Psychotherapeutische Einzelsitzung (20 Min.)	G051
Psychotherapeutische Einzelsitzung (50 Min.)	G051
Exploration durch Supervisor	F022
Psychotherapeutische Krisenintervention	G020
Psychiatrische Krisenintervention	G020
Expositionsübungen Einzel	G052
Cotherapeutische Einzelgespräche (20 Min.)	H074
Psychotherapeutische Paargespräche	G130
Familiengespräche	G130
Testpsychologische Untersuchung	F022
Ärztliche Beratung	C010

Leistungsspektrum Gruppen-Psychotherapie:

Leistung:

KTL-Ziffer:

Frühtreff (Problemorientierte Gruppenarbeit)	F059
Teamkonferenz	H080
Problemlösungsgruppe	G061
Entspannungstraining nach Jacobson	F092
Selbstsicherheitsgruppe	G062
Depressionsgruppe	G073
Genussgruppe	G101
Angstinformationsgruppe	G071
Angstübungsgruppe	G071
Gruppe für Essgestörte (Anorexie/Bulimie)	G076
Adipositasgruppe	G074
Gesundheitsgruppe (allgemein)	G072
Gesundheitsgruppe (Schmerz)	G072
Spielergruppe	G091
Raucherentwöhnungsgruppe	F055
Musiktherapeutische Gruppe	F611
Tiefenentspannung	F099
Körpererfahrungsgruppe allgemein	F162
Körpererfahrungsgruppe Frauen	F162
Traumagruppe	G079
Tinnitusbewältigungsgruppe	G079

>>>

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

Sporttherapeutisches Leistungsspektrum

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

Sporttherapeutisches Leistungsspektrum:

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

Ergotherapeutisches Leistungsspektrum

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

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

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

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

Ergotherapeutisches Leistungsspektrum:

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

Soziotherapeutisches Leistungsspektrum

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

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

Soziotherapeutisches Leistungsspektrum:

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

Leistungsspektrum der Physiotherapie

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

Physiotherapeutisches Leistungsspektrum:

<u>Leistung:</u>	<u>KTL-Ziffer:</u>
Krankengymnastische Einzelbehandlung	B019
Manuelle Therapie / Cranio	B019
Rückenschule / WS-Gymnastik	C141
Fango	K040
Heißluft	K170
Massage	K230
Bindegewebsmassage	K300
Colonmassage	K310
Lymphdrainage	K321 K322
Unterwassermassage	K240
Fußreflexzonenmassage	K330
Stangerbad	K120
Vollbad mit Zusatz	K090
Kneippsche Anwendung	K060
Inhalation	K200

>>>

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

Leistungsspektrum der Ernährungsberatung

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

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

Leistungsspektrum der Ernährungsberatung:

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

1.2.3. Rehabilitationskonzepte

Die AHG Klinik Berus verfügt für die häufigsten Erkrankungen über speziell abgestimmte Rehabilitationskonzepte, die übereinstimmend mit den hohen Anforderungen der Deutschen Gesellschaft für Medizinische Rehabilitation e.V. (DEGEMED) erstellt worden sind. 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 (Angstbewältigungsgruppe, Depressionsbewältigungsgruppe 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 Therapieplanung

Diagnostik

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

Therapieziele

- Gemeinsames Erstellen von Therapiezielen zur Veränderung eigener Einstellungen und Verhaltensweisen auf der Grundlage der Verhaltensanalyse z.B.
 - Verbesserung des Gesundheitszustandes und Gesundheitsverhaltens
 - Wiederherstellung bzw. Besserung der beruflichen Leistungsfähigkeit
 - Aufbau von Bewältigungskompetenzen und Ressourcen
 - Abbau dysfunktionaler Verhaltensweisen

Therapiemethoden

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

Therapieevaluation

- 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 DAK ermöglicht DAK-Versicherten im Rahmen des Projekts zur Integrierten Versorgung „Psych-Direkt“ eine ambulante Behandlung an der AHG Klinik Berus. Diese kann in Form von Einzeltherapie als Grundversorgung oder in Form einer Tagesambulanz als Intensivversorgung erfolgen. Eine Richtlinien-Psychotherapie bei einem niedergelassenen Psychotherapeuten oder eine medizinische Rehabilitationsmaßnahme (über die DRV Bund) können als Anschlussbehandlung bei Bedarf eingeleitet werden. Mit einer Übergangstherapie 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.

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.

Stellvertretend für die Katamneseuntersuchungen der AHG Klinik Berus sei hier wiederum die 1-Jahreskatamnese zur stationären Traumatherapie herausgegriffen. Die Daten ergaben wie bei den vorausgegangenen Auswertungen in den traumaspezifischen Parametern positive Ergebnisse, sowohl zum Entlassungs- als auch zum Katamnesezeitpunkt ein Jahr nach Klinikentlassung. Dabei ging die Symptomatik, gemessen mit den Traumafragebögen zwischen Aufnahme und Klinikentlassung deutlich zurück und blieb im Wesentlichen auch ein Jahr danach stabil. So fanden sich gute Langzeiteffekte der stationären Traumatherapie bei ca. 2/3 der untersuchten Traumapatienten. Entscheidend war dabei offensichtlich der Abbau von Vermeidungsverhalten bei dosierter Traumakonfrontation nach vorausgehender Stabilisierungsphase. Diese Ergebnisse sind wiederum 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 2009 wurden in unserer Klinik als Patientinnen und Patienten behandelt und entlassen:

Stationäre und ganztägig ambulante psychosomatische Rehabilitation und Behandlung

Im Berichtsjahr wurden 1306 Patienten stationär und 79 ganztägig ambulant in der AHG Klinik Berus behandelt. Darunter fallen sowohl Rehabilitanten der DRV als auch Patienten, die über einen anderen Abrechnungsmodus in Behandlung kamen und z.T. im akut-psychosomatischen Status zugewiesen wurden.

Indikationen	AHB/AR Anschlussheilbehandlung/ Anschlussrehabilitation		HV Heilverfahren (stationär)		Ganztägig ambulant (teilstationär)	
	Anzahl	Verweil- dauer	Anzahl	Verweil- dauer (Mittel/Tage)	Anzahl	Verweil- dauer (Mittel/Tage)
Stationäre und ganztägig ambulante Rehabilitation/Behandlung			1306	44,9	79	32,1

Ambulante Behandlung

Die Ambulanz der AHG Klinik Berus bezieht sich im Wesentlichen auf drei Bereiche: ambulante Reha-Nachsorge der DRV, Teilnehmer des DAK IV-Projekts Psych-Direkt sowie traumatisierte Patienten, bei denen Berufsgenossenschaften oder Unfallversicherungen bzw. die Kreissparkasse Saarlouis (Modellprojekt für Banküberfallopfer) Kostenträger sind. Im Berichtsjahr wurden insgesamt 179 Patienten in der Klinik-Ambulanz aufgenommen.

Indikationen			Einzelangebote Einzel/Gruppe		Ganztägig ambulant	
			Anzahl		Anzahl	
Ambulanz Reha-Nachsorge			24			
Ambulanz DAK IV Psych-Direkt			13		132	
Ambulanz Traumatherapie			10			

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 ambulanten Reha-Nachsorge und des DAK IV-Projekts Psych-Direkt.

1.2.8. Zertifizierung

Die AHG Klinik Berus verfügt über ein Qualitäts-Management-System nach DIN EN ISO 9001:2008 und wurde 2001 durch das von der DGQ akkreditierte Zertifizierungsunternehmen EQ ZERT nach den Qualitätsgrundsätzen der Deutschen Gesellschaft für medizinische Rehabilitation (DEGEMED) zertifiziert. Seitdem erfolgt alle 3 Jahre ein Rezertifizierungsverfahren, wobei in den dazwischen liegenden Intervallen jährliche Überwachungsaudits durch EQ ZERT stattfinden.

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

Am 31.12.09 waren folgende Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in der AHG Klinik Berus beschäftigt:

Berufsgruppe	Anzahl (Vollzeitstellen)	Qualifikationen
Ärzte		
Chefarzt	1,0	Facharzt für Neurologie und Psychiatrie, Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Sozialmedizin, Rehabilitationswesen, Physiotherapie, Supervisor (VT)
Oberarzt	4,0	Facharzt für Innere Medizin, Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Hygienebeauftragter, Supervisor (VT), Facharzt für Neurologie
Assistenz-ärzte	9,06	Fachärztin für Innere Medizin, Fachärztin für Allgemeinmedizin, Psychotherapie, Facharzt für Öffentliches Gesundheitswesen, Fachärztin für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Facharzt für Orthopädie/Sportmedizin (F)
Pflegedienst		
Organisationsleitung Cootherapie	1,0	Examierte Krankenschwester/Cootherapeutin
Examierte Krankenschwestern	7,65	Examierte Krankenschwestern/Cootherapeutinnen
Krankenpflegehelfer	2,75	Nicht examinierte Krankenschwestern/Krankenpflegehelfer/Cootherapeutinnen/Med. techn. Laboratoriumsassistentin, Arzthelferin

>>>

Therapeuten/innen		
Leitende Psychologen	3,0	Psychologische Psychotherapeuten, Supervisoren (VT), QM-Manager
Psychologische Psychotherapeuten	2,68	Approbation VT
Diplom-Psychologen	14,25	
Physiotherapeuten	3,5	
Ergotherapeuten	2,0	
Sporttherapeuten	2,0	Diplomsportlehrer, Gymnastiklehrerin
Masseure	2,6	
Diplom-Sozialarbeiter	1,75	
Diplom-Sozialpädagogen		
Ernährungsberater	0,9	Diätassistentin
Erzieherinnen	1,8	
Arztsekretariat	1,0	
Schreibkraft	2,85	

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. Die Mitarbeiter werden jährlich im Umgang mit medizinischen Notfällen geschult. 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 bzw. Schulalter 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 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 Rehabilitanten 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. Angst- oder Depressionsbewältigungsgruppe)
- 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)

Diagnostik

Zur differentialdiagnostischen Abklärung kommen folgende Verfahren zum Einsatz:

- Exploration der Anamnese und gemeinsame Erstellung einer Verhaltensanalyse
- Systematische Selbstbeobachtung
- Strukturierte klinische Interviews z.B. ICDL (WHO, dt. Dilling et al., 1993), SKID-DSM-IV (Wittchen et al., 1997)
- Standardisierte Patientenfragebögen z.B. AKV (Fragebogen zu körperbezogenen Ängsten, Kognitionen und Vermeidung, Ehlers, Margraf & Chambless, 1993), SCL-90-R (Derogatis et al., 1992; dt. Franke, 1995)

Behandlungsziele

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

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

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

Behandlungsmethoden

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

- Zu 1) Verhaltenstherapeutische Einzeltherapie mit kognitiver Bearbeitung der Angst- und Hintergrundproblematik und Angst-Konfrontationsübungen
- Zu 2) Psychoedukation mit Informationsvermittlung zu Angst und Angstbehandlung bzw. Selbsthilfestrategien in der Angstinformationsgruppe (incl. Therapiebegleitheft)
- Zu 3) Planung, Durchführung und Nachbesprechung von Konfrontationsübungen im Rahmen der Angstübungsgruppe
- 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. Depressionsgruppe oder Gesundheitsgruppe
 - interaktionelles Angebot, z.B. Selbstsicherheitsgruppe, Problemlösegruppe
 - euthymes Angebot, z.B. Meditatives Gestalten, Genussgruppe, Tai Chi
- Zu 6) Bei entsprechender Auftragsstellung Begutachtung der Leistungsfähigkeit sowie Klärung sozialmedizinischer Fragen und beruflicher Perspektiven im Rahmen der Einzeltherapie, ggf. Arbeitstherapie und bei soziotherapeutischer Beratung

>>>

Behandlungsergebnisse im Berichtszeitraum

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

	N	Aufnahme		Entlassung		Effekt- stärke	Bewertung der Effektstärke
Variable		MW	SD	MW	SD		
SCL-90-R Gesamtscore GSI	102	72,9	10,6	64,8	14,2	0,7	mittel
BDI Summenwert	166	21,4	10,8	15,3	10,4	0,6	mittel

In der Bado (Basisdokumentation der AHG, Zielke, 1993) gaben die Bezugstherapeuten bei Gesamteinschätzung des Zustandes ihrer Patienten bei Entlassung hier folgendes an:

Zustand bei Entlassung - Gesamteinschätzung aus Therapeutensicht (Bado)	N	%	% kum.	Bewertung
wesentlich gebessert	20	8,3	8,3	gebessert
deutlich gebessert	77	31,8	40,1	
leicht gebessert	98	40,5	80,6	
unverändert	41	16,9	97,5	unverändert
leicht verschlechtert	3	1,2	98,8	verschlechtert
deutlich verschlechtert	1	0,4	99,2	
wesentlich verschlechtert	2	0,8	100,0	

Damit wurden 80,6% der Patienten mit Angst- und Panikstörungen insgesamt als gebessert beurteilt. In 40,1% der Fälle wurde der Zustand der Patienten von ihren Bezugstherapeuten bei Klinikentlassung als deutlich oder wesentlich gebessert angesehen.

Konzeptbezogene Literaturbeispiele

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

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

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

Behandlung des Burnout-Syndroms

Rolf Keller

Einleitung

Das Behandlungskonzept für Burnout an der AHG Klinik Berus wurde aufgrund zunehmender Nachfrage 2008 entwickelt und basiert wie die anderen Behandlungskonzepte auf langjähriger klinischer Erfahrung und wissenschaftlichen Erkenntnissen. Es orientiert sich u.a. an den Ansätzen von Burisch (2006), Hillert & Marwitz (2006) und Untersuchungsergebnissen zu Langzeitverläufen psychischer Erkrankungen im Zusammenhang mit Arbeitsplatzproblemen (Zielke et al., 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 körperlicher Erschöpfung
- einhergehend mit Verlust der Leistungsfähigkeit, häufig begleitet durch zunächst noch vermehrte Anstrengung, die subjektiv wahrgenommenen Defizite zu kompensieren
- im weiteren Verlauf zunehmendes Rückzugsverhalten und wachsendes Desinteresse, Aufgabe von Aktivitäten und Kontakten
- Entwicklung einer negativen Haltung zu sich selbst, der Umwelt und zum eigenen Leben

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

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

Diagnostik

Zur differentialdiagnostischen Abklärung kommen folgende Verfahren zum Einsatz:

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

Behandlungsziele

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

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

Behandlungsmethoden

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

- Zu 1) Verhaltenstherapeutische Einzeltherapie mit kognitiver Bearbeitung der Burnoutproblematik
- Zu 2) Psychoedukation mit Informationsvermittlung zu chronischem Stress und Burnout sowie entsprechenden Behandlungsmöglichkeiten und Selbsthilfestrategien in der Gesundheitsgruppe (incl. Therapiebegleitheft)
- 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 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. Depressions- oder Angstbewältigungsgruppe
 - 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 (Teilnehmer der Burnoutgruppe) folgende Veränderungen zwischen Klinikaufnahme und -entlassung:

	N	Aufnahme		Entlassung		Effekt- stärke	Bewertung der Effektstärke
Variable		MW	SD	MW	SD		
SCL-90-R Gesamtscore GSI	148	67,6	11,4	58,2	14,7	0,7	mittel
BDI Summenwert	211	17,7	9,0	10,7	9,4	0,8	mittel

In der Bado (Basisdokumentation der AHG, Zielke, 1993) gaben die Bezugstherapeuten bei Gesamteinschätzung des Zustandes ihrer Patienten bei Entlassung hier folgendes an:

Zustand bei Entlassung - Gesamteinschätzung aus Therapeutensicht (Bado)	N	%	% kum.	Bewertung
wesentlich gebessert	26	9,5	9,5	gebessert
deutlich gebessert	117	42,9	52,4	
leicht gebessert	112	41,0	93,4	
unverändert	17	6,2	99,6	unverändert
leicht verschlechtert	0	0,0	99,6	verschlechtert
deutlich verschlechtert	1	0,4	100,0	
wesentlich verschlechtert	0	0,0	100,0	

Damit wurden 93,4% der Patienten mit einem Burnout-Syndrom (Teilnehmer der Burnoutgruppe) insgesamt als gebessert beurteilt. In 52,4% der Fälle wurde der Zustand der Patienten von ihren Bezugstherapeuten bei Klinikentlassung als deutlich oder wesentlich gebessert angesehen.

Konzeptbezogene Literaturbeispiele

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

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

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

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

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

Behandlung von depressiven Störungen

Josef Schwickerath, Rolf Keller

Einleitung

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

Zielgruppe

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

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

Diagnostik

Zur differentialdiagnostischen Abklärung kommen folgende Verfahren zum Einsatz:

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

Behandlungsziele

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

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

Behandlungsmethoden

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

- Zu 1) Verhaltenstherapeutische Einzeltherapie mit kognitiver Bearbeitung der depressiven und Hintergrundproblematik
- Zu 2) Psychoedukation mit Informationsvermittlung zu affektiven Störungen und ihrer Behandlung bzw. zu Selbsthilfestrategien im Rahmen einer Depressionsinformationsgruppe (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 Depressionsübungsgruppe; Teilnahme an einem eutymen 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 Depressionsübungsgruppe
- 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 einer 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 Gesundheitsgruppe, 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:

Variable	N	Aufnahme		Entlassung		Effektstärke	Bewertung der Effektstärke
		MW	SD	MW	SD		
SCL-90-R Gesamtscore GSI	368	72,0	9,99	64,4	14,2	0,6	mittel
BDI Summenwert	533	23,1	9,82	16,7	11,1	0,6	mittel

In der Bado (Basisdokumentation der AHG, Zielke, 1993) gaben die Bezugstherapeuten bei Gesamteinschätzung des Zustandes ihrer Patienten bei Entlassung hier folgendes an:

Zustand bei Entlassung - Gesamteinschätzung aus Therapeutensicht (Bado)	N	%	% kum.	Bewertung
wesentlich gebessert	33	4,3	4,3	gebessert
deutlich gebessert	210	27,5	31,8	
leicht gebessert	371	48,6	80,5	
unverändert	134	17,6	98,0	unverändert
leicht verschlechtert	7	0,9	98,9	verschlechtert
deutlich verschlechtert	3	0,4	99,3	
wesentlich verschlechtert	1	0,1	99,5	
kein Behandlungsfall	4	0,5	100,0	

Damit wurden 80,5% der Patienten mit depressiven Störungen insgesamt als gebessert beurteilt. In 31,8% der Fälle wurde der Zustand der Patienten von ihren Bezugstherapeuten bei Klinikentlassung als deutlich oder wesentlich gebessert angesehen.

Konzeptbezogene Literaturbeispiele

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

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

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

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

Behandlung psychosomatischer Störungen bei Mobbing

Josef Schwickerath

Einleitung

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

Behandlungskonzept

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

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

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

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

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

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

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

Behandlungsergebnisse im Berichtszeitraum

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

Variable	N	Aufnahme		Entlassung		Effektstärke	Bewertung der Effektstärke
		MW	SD	MW	SD		
SCL-90-R Gesamtscore GSI	120	69,2	10,6	60,4	14,7	0,7	mittel
BDI Summenwert	153	18,6	9,6	12,7	9,6	0,6	mittel

>>>

In der Bado (Basisdokumentation der AHG, Zielke, 1993) gaben die Bezugstherapeuten bei Gesamteinschätzung des Zustandes ihrer Patienten bei Entlassung hier folgendes an:

Zustand bei Entlassung - Gesamteinschätzung aus Therapeutensicht (Bado)	N	%	% kum.	Bewertung
wesentlich gebessert	18	8,4	8,4	gebessert
deutlich gebessert	66	30,8	39,3	
leicht gebessert	109	50,9	90,2	
unverändert	20	9,3	99,5	unverändert
leicht verschlechtert	1	0,5	100,0	verschlechtert
deutlich verschlechtert	0	0,0	100,0	
wesentlich verschlechtert	0	0,0	100,0	

Damit wurden 90,2% der Mobbing-Patienten insgesamt als gebessert beurteilt. In 39,3% der Fälle wurde der Zustand der Patienten von ihren Bezugstherapeuten bei Klinikentlassung als deutlich oder wesentlich gebessert angesehen.

Konzeptbezogene Literaturbeispiele

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

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

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

Behandlung von Pathologischem Spielen

Josef Schwickerath

Behandlungskonzept

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

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

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

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

Behandlungsangebot

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

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

den bei vielen Spielern neben der krisenhaften Zuspitzung in den o.g. Bereichen auch die oft nicht eingestandenen Ängste vor Einsamkeit bzw. allein gelassen zu werden, Angst vor Ablehnung, Suche nach Geborgenheit deutlich, die oft schon seit früher Kindheit durch starke Verwöhnung oder einen inkonsequenten Erziehungsstil, fehlende angemessene Modelle durch Abwesenheit des Vaters beispielsweise überkompensiert wurden. Neben der stimmigen, plausiblen Erklärung durch die Gruppe, die das in der Einzeltherapie erarbeitete Erklärungsmodell ergänzt, geht es um eine realistische Lösungsperspektive, wobei auch die Gruppe als Korrektiv für überhöhte und unrealistische Perspektiven dient. Je nach individueller Indikation nehmen die Spieler zusätzlich an weiteren verhaltenstherapeutischen Gruppen teil (z.B. Selbstsicherheitsgruppe, Entspannungstraining, Depressionsgruppe) 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 durch zwei Katamnesen geprüft. Die Ergebnisse zeigen die Wirksamkeit der stationären Therapie für pathologische Spieler.

Behandlungsergebnisse im Berichtszeitraum

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

Variable	N	Aufnahme		Entlassung		Effektstärke	Bewertung der Effektstärke
		MW	SD	MW	SD		
SCL-90-R Gesamtscore GSI	48	64,4	11,0	54,0	12,2	1,0	hoch
BDI Summenwert	60	15,1	9,9	6,4	6,1	0,9	hoch

In der Bado (Basisdokumentation der AHG, Zielke, 1993) gaben die Bezugstherapeuten bei Gesamteinschätzung des Zustandes ihrer Patienten bei Entlassung hier folgendes an:

Zustand bei Entlassung - Gesamteinschätzung aus Therapeutensicht (Bado)	N	%	% kum.	Bewertung
wesentlich gebessert	0	0,0	0,0	gebessert
deutlich gebessert	39	60,9	60,9	
leicht gebessert	24	37,5	98,4	
unverändert	0	0,0	98,4	unverändert
leicht verschlechtert	1	1,6	100,0	verschlechtert
deutlich verschlechtert	0	0,0	100,0	
wesentlich verschlechtert	0	0,0	100,0	

Damit wurden 98,4% der Pathologischen Spieler insgesamt als gebessert beurteilt. In 60,9% der Fälle wurde der Zustand der Patienten von ihren Bezugstherapeuten bei Klinikentlassung als deutlich oder wesentlich gebessert angesehen.

Konzeptbezogene Literaturbeispiele

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

Petry J. (1996). Psychotherapie der Glücksspielsucht. Weinheim: Psychologie Verlags Union.

Schwickerath, J. (1996). Pathologisches Spielverhalten. In: W. Senf & M. Broda (Hrsg.). Praxis der Psychotherapie. Ein integratives Lehrbuch für Psychoanalyse und Verhaltenstherapie (S. 365-371) Stuttgart: Georg-Thieme-Verlag.

Schwickerath, J., Keßler, B.H., Dinger-Broda, A., Engelhardt, W. & Kany, N. (1996). Stationäre Verhaltenstherapie des pathologischen Glücksspielens: Eine Nachbefragung, Praxis der Klinischen Verhaltensmedizin und Rehabilitation 33: 49-54.

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

Behandlung von dekompensiertem chronischen Tinnitus

Jürgen Horn

Behandlungskonzept

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

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

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

Es werden Informationsveranstaltungen für interessierte Selbsthilfegruppen in der Klinik angeboten. 2008 wurde 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 geübt.

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 Tinnituspatienten 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. Diese wird jeweils ergänzt durch eine intensive Übungseinheit, in der meditative Techniken erlernt werden. 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:

Variable	N	Aufnahme		Entlassung		Effektstärke	Bewertung der Effektstärke
		MW	SD	MW	SD		
SCL-90-R Gesamtscore GSI	74	69,6	11,1	60,6	15,1	0,7	mittel
BDI Summenwert	132	18,9	9,6	13,7	10,8	0,5	mittel

>>>

In der Bado (Basisdokumentation der AHG, Zielke, 1993) gaben die Bezugstherapeuten bei Gesamteinschätzung des Zustandes ihrer Patienten bei Entlassung hier folgendes an:

Zustand bei Entlassung - Gesamteinschätzung aus Therapeutensicht (Bado)	N	%	% kum.	Bewertung
wesentlich gebessert	10	5,7	5,7	gebessert
deutlich gebessert	58	33,0	38,6	
leicht gebessert	82	46,6	85,2	
unverändert	24	13,6	98,9	unverändert
leicht verschlechtert	1	0,6	99,4	verschlechtert
deutlich verschlechtert	1	0,6	100,0	
wesentlich verschlechtert	0	0,0	100,0	

Damit wurden 85,2% der Tinnitus-Patienten insgesamt als gebessert beurteilt. In 38,6% der Fälle wurde der Zustand der Patienten von ihren Bezugstherapeuten bei Klinikentlassung als deutlich oder wesentlich gebessert angesehen.

Konzeptbezogene Literaturbeispiele

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

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

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

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

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

Traumatherapie

Rolf Keller

Behandlungskonzept

Mit dem 1999 entwickelten und seitdem konsequent optimierten Konzept für Trauma-diagnostik und Traumatherapie nimmt die AHG Klinik Berus unter vergleichbaren stationären Behandlungseinrichtungen, die Traumatherapie anbieten, eine Vorreiterstellung ein. Die Stärke des Traumakonzepts der AHG Klinik Berus liegt in der wissenschaftlichen Fundierung, der Interdisziplinarität, Klarheit und Stringenz der Umsetzung. Den theoretischen Bezugsrahmen liefert das 3-Phasen-Modell der Traumatherapie mit Stabilisierungs-, Konfrontations- und Integrationsphase (Keller & Riedel, 2001; Keller et al., 2003; Frommberger & Keller, 2007). 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 einer 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-Dis-tanz-Regulation gelegt. Die Teilnahme an einer Selbstsicherheitsgruppe und weiteren themenzentrierten Angeboten wie Depressionsgruppe, Angstbewältigungsgruppe, Ess-störungsgruppe usw. kann den Therapieplan sinnvoll ergänzen. Als Methoden der Inte-grationsphase sind primär ressourcenorientierte Interventionen heranzuziehen, wie sie bereits in der Stabilisierungsphase zur Anwendung kommen. Abhängig von den indivi-duellen Therapiezielen bieten sich zusätzlich ergo- und soziotherapeutische Maßnahmen zur beruflichen Reintegration, sport- und physiotherapeutische Maßnahmen bei körperli-chem 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 konti-nuierlich evaluiert und verbessert. Sowohl zum Zeitpunkt der Entlassung aus der statio-nären 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 Traumathe-rapie an der AHG Klinik Berus.

Behandlungsergebnisse im Berichtszeitraum

Die Effektstärken der Veränderungen zwischen Klinikaufnahme und -entlassung wurden berechnet nach Hartmann et al. (1992), wobei neben den Mittelwerten auch die Streu-ungen 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 Ver-änderungen zwischen Klinikaufnahme und -entlassung:

Variable	N	Aufnahme		Entlassung		Effekt- stärke	Bewertung der Effektstärke
		MW	SD	MW	SD		
SCL-90-R Gesamtscore GSI	65	74,3	7,53	70,0	11,9	0,4	mittel
BDI Summenwert	97	24,4	9,96	19,8	12,2	0,4	mittel

In der Bado (Basisdokumentation der AHG, Zielke, 1993) gaben die Bezugstherapeuten bei Gesamteinschätzung des Zustandes ihrer Patienten bei Entlassung hier folgendes an:

Zustand bei Entlassung - Gesamteinschätzung aus Therapeutensicht (Bado)	N	%	% kum.	Bewertung
wesentlich gebessert	5	3,8	3,8	gebessert
deutlich gebessert	23	17,6	21,4	
leicht gebessert	78	59,5	80,9	
unverändert	23	17,6	98,5	unverändert
leicht verschlechtert	1	0,8	99,2	verschlechtert
deutlich verschlechtert	1	0,8	100,0	
wesentlich verschlechtert	0	0,0	100,0	

Damit wurden 80,9% der Traumagruppenteilnehmer insgesamt als gebessert beurteilt. In 21,4% der Fälle wurde der Zustand der Patienten von ihren Bezugstherapeuten bei Klinikentlassung als deutlich oder wesentlich gebessert angesehen.

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.

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 Behandlungsmodulen der Klinik ausgeweitet werden. Die Personalkompetenz wird dieser Entwicklung des Patientenaufkommens laufend angepasst. Hierzu gehören sowohl Schulungsmaßnahmen, die sowohl von eigenen Mitarbeitern in der Fremdsprache angeboten werden, als auch Intervention von externen Muttersprachlern, und die Einstellung von neuen Mitarbeitern mit entsprechender Sprachkompetenz. Damit verfügt sie als einzige psychosomatische Klinik in Deutschland über die Möglichkeit, ein komplettes Behandlungsangebot, das den aktuellen verhaltenstherapeutischen Standards entspricht, in französischer Sprache auf der Grundlage einer adäquaten kulturellen Kompetenz vorzuhalten.

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

Behandlungsergebnisse im Berichtszeitraum

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

	N	Aufnahme		Entlassung		Effektstärke	Bewertung der Effektstärke
Variable		MW	SD	MW	SD		
SCL-90-R Gesamtscore GSI	57	71,8	10,7	58,9	14,9	1,0	hoch
BDI Summenwert	84	21,0	11,1	12,3	9,7	0,8	hoch

In der Bado (Basisdokumentation der AHG, Zielke, 1993) gaben die Bezugstherapeuten bei Gesamteinschätzung des Zustandes ihrer Patienten bei Entlassung hier folgendes an:

Zustand bei Entlassung - Gesamteinschätzung aus Therapeutensicht (Bado)	N	%	% kum.	Bewertung
wesentlich gebessert	24	16,7	16,7	gebessert
deutlich gebessert	45	31,3	47,9	
leicht gebessert	53	36,8	84,7	
unverändert	19	13,2	97,9	unverändert
leicht verschlechtert	2	1,4	99,3	verschlechtert
deutlich verschlechtert	1	0,7	100,0	
wesentlich verschlechtert	0	0,0	100,0	

Damit wurden 84,7% der Patienten aus französisch-sprachigem Einzugsgebiet insgesamt als gebessert beurteilt. In 47,9% der Fälle wurde der Zustand der Patienten von ihren Bezugstherapeuten bei Klinikentlassung als deutlich oder wesentlich gebessert angesehen.

Konzeptbezogene Literaturbeispiele

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

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

2.2.1.2. Hauptdiagnosen

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

Diagnose-Gruppe ICD-10	darin ICD-10-Code	Diagnose	Anzahl in Oberkategorien	Anzahl in Unterkategorien	% Gesamt
F30-F39		Affektive Störungen	557		40,2
	F33	Rezidivierende depressive Störung		350	25,3
	F32	Depressive Episode		193	13,4
	Sonstige			14	1,0
F40		Phobische Störungen	62		4,5
F41		Andere Angststörungen	62		4,5
	F41.0	Panikstörung		20	1,4
	F41.2	Angst und depr. Störungen gemischt		31	2,2
	Sonstige			11	0,8
F42		Zwangsstörungen	42		3,0
F43		Reaktionen auf schwere Belastungen u. Anpassungsstörungen	431		31,1
	F43.1	Posttraumatische Belastungsstörungen		110	7,9
	F43.2	Anpassungsstörungen		318	23,0
	Sonstige			3	0,2
F45		Somatoforme Störungen	39		2,8
	F45.0	Somatisierungsstörung		13	0,9
	F45.4	Anhaltende somatoforme Schmerzstörung		15	1,1
	Sonstige			11	0,8
F48		andere neurotische Störungen	20		1,4
F50		Essstörungen	26		1,8
	F50.2	Bulimia nervosa		12	0,9
	F50.0	Anorexia nervosa		7	0,5
	Sonstige			7	0,5
F60		Persönlichkeitsstörungen	20		1,4
F63		Abnorme Gewohnheiten u. Störungen der Impulskontrolle	63		4,5
	F63.0	Pathologisches Spielen		63	4,5
E66		Adipositas	15		1,1
H93.1		Tinnitus aurium	22		1,6
Sonstige			26		1,9

Quelle/Stand: Basisdokumentation/31.12.2009

2.2.1.3. Nebendiagnosen

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

Diagnose-Gruppe ICD-10-Code	darin enthalten/ Diagnose-Gruppe	darin ICD-10-Code	Diagnose	Anzahl in Ober- katego- rien	Anzahl in Unter- katego- rien	% Gesamt
Kap. F				1111		33,6
	F10-F19		Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen	139		4,2
		F10	Störungen durch Alkohol		45	1,4
		F17			62	1,9
		Sonstige			32	1,0
	F30-39		Affektive Störungen	253		7,6
		F32	Depressive Episoden		76	2,3
		F33	Rezidivierende depressive Störung		140	4,2
		Sonstige			37	1,1
	F40		Phobische Störungen	89		2,7
		F40.0, F40.01	Agoraphobie, mit/ohne Panikstörung		47	1,4
		F40.1	Soziale Phobie		23	0,7
		F40.2	Spezifische (isolierte) Phobie		18	0,5
	F41		Andere Angststörungen	65		2,0
		F41.0	Panikstörung		31	0,9
		F41.1	Generalisierte Angststörung		23	0,7
		Sonstige			11	0,3
	F42		Zwangsstörungen	27		0,8
	F43		Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	115		3,5
		F43.1	Posttraumatische Belastungsstörung		81	2,4
		F43.2	Anpassungsstörung		32	1,0
		F45	Somatoforme Störungen	86		2,6
		F50	Essstörungen	43		1,3
		F60-62	Persönlichkeitsstörungen	203		6,1
Kap. M			Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	567		17,1
		M1	Arthropathien II		57	1,7

>>>

	M5	Sonstige Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens		397	12,0
	Sonstige			113	3,4
Kap. E		Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	539		16,3
	E66	Adipositas		277	8,4
	E78	Störungen des Lipoproteinstoffwechsels und sonstige Lipidämien		123	3,7
	E10-E14	Diabetes mellitus		72	2,2
	Sonstige			178	5,4
Kap. I		Krankheiten des Kreislaufsystems	290		8,8
	I10	Essentielle (primäre) Hypertonie		208	6,3
	I20	Ischämische/Pulmonale Herzkrankh.		31	0,9
	Sonstige			51	1,0
Kap. H		Krankheiten des Ohres	329		9,9
	H903	Beidseitiger Hörverlust durch Schallempfindungsstörung		40	1,2
	H93.1	Tinnitus aurium		165	4,9
	H93.2	Sonstige abnorme Hörempfindungen		18	0,5
	Sonstige			106	3,2
Kap. G		Krankheiten des Nervensystems	156		4,7
	G43	Migräne		122	3,7

Quelle/Stand: Basisdokumentation/31.12.2009

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 70% 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 72,7% der Patienten.

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

>>>

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

Komorbidität bei psychischer Hauptdiagnose und psychischen Nebendiagnosen

Ausschließlich F-Diagnosen (psychische Diagnose), E 66 (Adipositas) oder Tinnitus (H 93.1) als Hauptdiagnose in Kombination mit F-Diagnosen, E 66 (Adipositas) oder H 93.1 (Tinnitus) als Nebendiagnosen	Anzahl von 1377 Patienten	% von 1377 Patienten
1 Nebendiagnose (F / E 66 / H 93.1)	523	37,8
2 Nebendiagnosen (F / E 66 / H 93.1)	327	23,6
3 Nebendiagnosen (F / E 66 / H 93.1)	88	6,4
4 Nebendiagnosen (F / E 66 / H 93.1)	27	1,9
5 und mehr Nebendiagnosen (F / E 66 / H 93.1)	4	0,3
Summe	969	70

Quelle/Stand: Basisdokumentation/31.12.2009

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 1385 Patienten	% von 1385 Patienten
1 somatische Nebendiagnose	375	27,1
2 somatische Nebendiagnosen	261	18,8
3 somatische Nebendiagnosen	233	16,8
4 somatische Nebendiagnosen	109	7,9
5 und mehr somatische Nebendiagnosen	29	2,1
Summe	1007	72,7

Quelle/Stand: Basisdokumentation/31.12.2009

2.2.1.5. Sozialmedizinische und Soziodemographische Merkmale der Patienten

Die soziodemographischen Merkmale der Patienten entsprechen der Kostenträgerstruktur der AHG Klinik Berus. Frauen (64,0%) begeben sich deutlich häufiger in psychosomatische Behandlung als Männer (36,0%). Das Durchschnittsalter liegt bei 45,5 Jahren. Den größten Anteil der Erwerbstätigen stellen Arbeiter, Angestellte und Beamte (83,3%). Knapp die Hälfte der Patienten (49,2%) ist bei Aufnahme AU. Der Anteil der Arbeitslosen beträgt 20,8%.

Indikation: Stationäre/teilstationäre Behandlung	Frauen	Männer	Gesamt
Geschlecht			
Geschlechtsverteilung	887	498	1385
Alter			
18 bis 29 Jahre	90	42	132
30 bis 39 Jahre	155	83	238
40 bis 49 Jahre	274	163	437
50 bis 59 Jahre	299	172	471
60 Jahre und älter	63	35	98
Durchschnittsalter	45,3	45,8	45,5
Höchste Schulbildung			
derzeit in Schulausbildung	27	12	39
ohne Schulbildung abgegangen	20	6	26
Sonderschulabschluss	8	7	15
Haupt-/Volksschulabschluss	322	190	512
Realschulabschluss/Polytechnische Oberschule	275	132	407
(Fach-)Hochschulreife/Abitur	133	68	201
anderer Abschluss	81	58	139
Stellung im Beruf (bei Betreuungsbeginn)			
Auszubildender	24	8	22
Arbeiter/Angestellter/Beamter	772	382	1154
Selbstständiger/Freiberufler	19	24	43
sonstige Erwerbspersonen (z.B. Wehrdienst, Elternzeit, mithelfende Familienangehörige)	3	1	4
in beruflicher Rehabilitation (Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben)	2	3	5
arbeitslos nach SGB III (Bezug von ALG I) oder arbeitslos nach SGB II (Bezug von ALG II)	189	100	289
Schüler/Student	27	12	39
Hausfrau/Hausmann	36	3	39
Rentner/Pensionär	32	26	58
sonstige Nichterwerbspersonen (z.B. SGB XII)	4	5	9

>>>

Status Arbeitsfähigkeit bei Aufnahme			
Arbeitsfähig	365	223	588
Arbeitsunfähig	434	248	682
Keine Beurteilung erforderlich	42	21	63
Status Arbeitsfähigkeit bei Entlassung			
Arbeitsfähig	386	248	634
Arbeitsunfähig	410	213	623
Keine Beurteilung erforderlich	36	23	59

Quelle/Stand: Basisdokumentation/31.12.2009

Der größte Anteil der Patienten wird regulär entlassen (91,9%). Therapieabbrüche gegen ärztlichen Rat (0,7%) kommen relativ selten vor. Etwas häufiger sind vorzeitige Entlassungen auf ärztliche Veranlassung (1,8%), meist aufgrund unzureichender Rehafähigkeit, oder vorzeitige Entlassungen mit ärztlichem Einverständnis (2,9%).

Entlassungsform (nach ärztlichem Reha-Entlassungsbericht)	Frauen	Männer	Gesamt
Regulär	810	463	1273
vorzeitig auf ärztliche Veranlassung	18	7	25
vorzeitig mit ärztlichem Einverständnis	25	15	40
vorzeitig ohne ärztliches Einverständnis	6	4	10
Disziplinarisch	2	1	3
Verlegt	10	2	12
Wechsel zu ambulanter, teilstationärer, stationärer Reha	1	0	1
Gestorben	0	1	1

Quelle/Stand: Basisdokumentation/31.12.2009

2.2.1.6. Therapeutische Leistungen

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

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

Stationäre/teilstationäre Behandlung		Erbrachte Leistungen			
		Anzahl Therapie gesamt	Rehabili- tanden mit mind. einer Einzel- leistung	durchschnitt- liche Anzahl pro Rehabilitand	
				und Woche	und Reha
A	Sport- und Bewegungstherapie	17727	1274	2,2	13,9
B	Physiotherapie	3509	568	1,0	6,2
C	Information, Motivation, Schulung	14203	1283	1,8	11,1
D	Klinische Sozialarbeit, Sozialtherapie	3005	724	0,7	4,2
E	Ergotherapie, Arbeitstherapie, a. funkt. Ther.	6361	631	1,6	10,1
F	Klinische Psychologie, Neuropsychologie	66296	1384	7,7	47,9
G	Psychotherapie	51374	1385	6,0	37,1
H	Reha-Pflege	3155	896	0,6	3,5
K	Physikalische Therapie	9765	997	1,5	9,8
L	Rekreationstherapie	20952	920	3,4	22,8
M	Ernährung	5788	145	6,1	39,9
	Gesamt	202135	1385	23,1	145,9

Quelle/Stand: Basisdokumentation/31.12.2009

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 akutpsychosomatischem Status

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 Behandlung im Sinne psychosomatischer Akutversorgung bei 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 unter akutpsychosomatischem Status 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 akuten psychosomatischen Zustandsbildern und Erkrankungen aus dem psychiatrischen Bereich stationär behandelt. Während für die Rehabilitationsbehandlung Psychosen, primäre Suchterkrankungen und hirnorganische Psychosyndrome ausgeschlossen sind, finden sich diese in steigendem Maße unter dem Akutklientel der AHG Klinik Berus. Es werden Patienten mit bipolaren Psychosen, Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis, mit Medikamentenabhängigkeit, Alkoholmissbrauch und leichten kognitiven Störungen im Sinne eines beginnenden Demenzsyndroms behandelt.

Medizinisch-therapeutische Maßnahmen bei akutpsychosomatischem Status

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 im akutpsychosomatischen Status 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 und entspricht den Qualitätsgrundsätzen der DEGEMED e.V.. Ein gut funktionierendes Qualitätsmanagementsystem gewährleistet seit Jahren einen hohen Qualitätsstandard und eine kontinuierliche Verbesserung der einzelnen Prozesse. Dabei wird den Kundenerwartungen bzw. der Kundenzufriedenheit ebenso Rechnung getragen wie wissenschaftlichen Erkenntnissen, klinischer Erfahrung, Mitarbeiterinteressen und Wirtschaftlichkeit. Kunden der Klinik sind: Patienten, Kostenträger, Zuweiser und die Gesellschaft. Bei zielorientierter Führung sind die einzelnen Zuständigkeiten und Prozesse, sei es die Arbeit mit den Patienten oder die Abläufe im Hintergrund, klar geregelt. Durch systematische Evaluation und regelmäßige externe Überprüfung in jährlichen Qualitätsaudits werden die Abläufe ständig überprüft, optimiert und die Konzepte weiterentwickelt.

3.1. Qualitätspolitik der Einrichtung

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

3.1.1. Strategische und operative Ziele

Leitsatz 1:

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

Dies bedeutet für uns

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

Dies erreichen wir durch

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

>>>

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

Dies überprüfen wir anhand

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

Leitsatz 2:

Die Zufriedenheit unserer Kunden ist unser zentrales Anliegen.

Dies bedeutet für uns

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

Dies erreichen wir durch

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

Dies überprüfen wir anhand

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

Leitsatz 3:

Die Klinikleitung führt zielorientiert.

Dies bedeutet für uns

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

>>>

Dies erreichen wir durch

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

Dies überprüfen wir anhand

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

Leitsatz 4:

Wir wollen zu den besten Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation gehören.

Dies bedeutet für uns

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

Dies erreichen wir durch

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

Dies überprüfen wir anhand

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

>>>

Leitsatz 5:

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

Dies bedeutet für uns

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

Dies erreichen wir durch

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

Dies überprüfen wir anhand

- der Personalfluktuations
- 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 hierarchie-freien Qualitätszirkelarbeit werden unter der Verantwortung des QMB in der QM-Abteilung bzw. dem QM-Team unter Zustimmung der Klinikleitung Qualitätsprüfungen vorgenommen, Korrektur- und Vorbeugemaßnahmen initiiert und Qualitätsprojekte mitbetreut. Die detaillierte Ausarbeitung und Umsetzung erfolgt in weiterer Qualitätszirkelarbeit, in die auch andere Mitarbeiter der Klinik einbezogen werden. Die Themen beziehen sich dabei häufig auf Schnittstellen zwischen verschiedenen Bereichen.

QM-Dokumentation

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

Qualitätsbewertung

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

>>>

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

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 Korrektur- und Vorbeugemaßnahmen. Mit der systematischen Bewertung dieser Maßnahmen im Rahmen der erneuten QM-Bewertung schließt sich der PDCA-Zyklus des QM-Managements (P = Plan, D = Do, C = Check, A = Act). Die Abläufe und das QM-System der Klinik werden im Rahmen des Zertifizierungsverfahrens nach DIN EN ISO 9001:2008 fortlaufend überprüft und weiterentwickelt.

QM-Projekte im Berichtszeitraum

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

>>>

Qualitätsprojekt	Ausgangslage	Zielsetzung	Ergebnis
Qualitätszirkel „Ambulanz und Begutachtung“	Organisatorische Probleme mit dem weiteren Ausbau ambulanter Diagnostik bzw. Begutachtung, ambulanter Therapie und Nachsorge.	Koordination und Optimierung der Abläufe ambulanter Diagnostik und Begutachtung sowie ambulanter Therapie.	Die entsprechenden Abläufe wurden erfasst, die Zuständigkeiten definiert, organisatorische Probleme geregelt. Bei weiterhin immer wieder auftretenden Schnittstellenproblemen zur stationären Therapie sowie zwischen Therapie und Verwaltung wird der QZ fortgeführt.
Qualitätszirkel „Zeit und Raum“	Organisatorische Mängel wie zeitliche Überschneidung der Angebote, Probleme mit der Raumplanung etc..	Optimierung der Zeit- und Raumplanung.	Weiterentwicklung und Pflege einer Datenbank zur Steuerung der Therapieplanung; Vorbereitung einer elektronischen Therapieplanung (Einführung in Kooperation mit der EDV-Abteilung der AHG geplant).
Qualitätszirkel „Gruppentherapie“	Fortlaufende Notwendigkeit der Organisation der Gruppen und Regelungsbedarf bzgl. der Gruppenleitung.	Entwicklung von Vorschlägen zur Organisation der Gruppenangebote.	Fortlaufende Regelung der Gruppenzuständigkeiten und Optimierung der bestehenden Angebote.

3.2.2. Qualifizierung der Mitarbeiter

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

3.2.2.1. Klinikinterne Fort- und Weiterbildung

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

Ärztliche und psychologische Aus- und Weiterbildungsbefugnisse

Die leitenden Ärzte 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 psycho-educativen Verfahren
- Prävention, Rehabilitation, Krisenintervention, Suizid- und Suchtprophylaxe, Organisationspsychologie und Familienberatung

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

- Qualitätsmanagement
- Notfallmedizin
- Brandschutz
- Hygiene

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

- Französisch

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

3.2.2.2. Teilnahme an externen Fort- und Weiterbildungen

Kooperation der AHG Klinik Berus mit dem Institut für Fort- und Weiterbildung in Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin an der Klinik Berus 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 Fort- und Weiterbildung werden die Interessen der Klinik, unter dem Gesichtspunkt der Konzeptentwicklung und -umsetzung, berücksichtigt.

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

3.2.3. Externe Qualitätssicherung

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

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

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

Patientenbefragung

Im Rahmen der regelmäßigen Patientenbefragung durch die DRV Bund werden in bestimmten Abständen 3 Monate nach Klinikentlassung 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).

Bei der letzten Rückmeldung durch die DRV Bund lag eine Datenbasis von N = 107 Rehabilitanten vor (Befragungszeitraum von April 2008 bis März 2009, 8 bis 12 Wochen nach Klinikentlassung). Die Werte beziehen sich auf eine gemittelte Skala von 1 (*sehr gut*) bis 5 (*schlecht*). Signifikante Abweichungen einzelner Klinik-Werte im Vergleich mit dem entsprechenden Durchschnittswert aller Kliniken (Klinikgruppe) werden besonders gekennzeichnet (*).

	AHG Klinik Berus	Klinik- gruppe	bester Gruppen- wert
Ärztliche Betreuung während der Rehabilitation	2,2	2,4	2,0
Betreuung durch die Pflegekräfte	2,1	2,0	1,6
Psychotherapeutische Betreuung*	1,9	2,2	1,9
Therapeutische Maßnahmen*	1,8	2,1	1,8
Psychoedukative Maßnahmen	2,0	2,1	1,8
Körperorientierte Maßnahmen	1,9	1,8	1,5
Rehabilitationsplan und -ziele*	2,1	2,4	2,1
Organisation	2,1	2,2	1,8

>>>

Nützlichkeit der Verhaltensempfehlung für Beruf, Haushalt u. Freizeit	1,6	1,7	1,3
Ärztliche Beurteilung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit*	2,1	2,6	2,0
Gesamturteil zur Reha	2,2	2,3	2,0

*Quelle/Stand: DRV Bund, Berichte zur Reha-Qualitätssicherung 2009,
107 Patienten mit Abschluss der Rehabilitation Februar 2008 bis Januar 2009*

Bei dieser Rückmeldung im Berichtsjahr wurde die AHG Klinik Berus signifikant besser (*) als der Klinikdurchschnitt in den folgenden vier Bereichen beurteilt: „Psychotherapeutische Betreuung“, „Therapeutische Maßnahmen“, „Rehabilitationsplan und -ziele“ sowie „Ärztliche Beurteilung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit“. Die AHG Klinik Berus erhielt dabei dreimal den Referenzwert der besten Klinik der Vergleichsgruppe.

Peer Review-Verfahren (Prüfung der Qualität der Entlassungsberichte)

Im April 2009 erhielt die Klinik die Auswertung zum Peer Review-Verfahren der DRV Bund auf Datenbasis von 20 Entlassungsberichten aus 2008. Die Tabelle stellt die Qualitätspunkte der AHG Klinik Berus in Relation zu der Vergleichsgruppe von 105 psychosomatischen/psychotherapeutischen Reha-Einrichtungen dar. Es ergaben sich in den Qualitätspunkten zu den übergeordneten Bereichen keine statistisch signifikanten Abweichungen zur Vergleichsgruppe. Innerhalb des Bereiches Diagnostik fanden sich jedoch signifikant mehr deutliche Mängel als in der Vergleichsgruppe, was zu klinikinternen strukturellen Maßnahmen und einer Mitarbeiterschulung führte.

	Qualitätspunkte	
	AHG Klinik Berus	alle Kliniken
Qualitätspunkte „Anamnese“	75	74
Qualitätspunkte „Diagnostik“	64	73
Qualitätspunkte „Therapieziele und Therapie“	69	73
Qualitätspunkte „Klinische Epikrise“	74	75
Qualitätspunkte „Sozialmedizinische Epikrise“	73	75
Qualitätspunkte „Weiterführende Maßnahmen und Nachsorge“	78	79
Qualitätspunkte „Gesamter Reha-Prozess“	68	69
Peer Review gesamt	72	74

Quelle/Stand: Peer Review DRV Bund 2008/2009

Patientenbeschwerden

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

Kostenträger	Fallzahl	Beschwerden	
		%	Anzahl
Stationäre/ganztagig ambulante Rehabilitation und Behandlung	1385	0,6	8
Ambulante Behandlung	179	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 Hessen = 1, sonstige Kostenträger = 2) zur stationären/ganztagig ambulanten Rehabilitation. Das entspricht 0,6% der im Berichtsjahr stationär und ganztagig ambulanten behandelten Rehabilitanten. Im Bereich der Ambulanz ging keine schriftliche Beschwerde an die Kostenträger.

Laufzeiten der Entlassungsberichte

Die Kliniken erhielten im Berichtsjahr von der DRV Bund die Auswertungen der Laufzeiten der Entlassungsberichte aus den drei vorangegangenen Jahren. Dabei lag die AHG Klinik Berus jeweils gut in Relation zur Vergleichsgruppe der 100 besten Einrichtungen und blieb deutlich unter dem geforderten Richtwert von maximal 14 Tagen.

Laufzeiten der AHG Klinik Berus			Laufzeiten der 100 besten Einrichtungen	
Jahr	Anzahl ausgewerteter E-Berichte	Durchschnittliche Laufzeit (in Tagen)	Anzahl ausgewerteter E-Berichte	Durchschnittliche Laufzeit (in Tagen)
2006	590	8,0	67027	6,6
2007	695	7,2	75152	7,1
2008	751	7,8	83476	8,1

Visitationen

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

Die letzte Visitation fand im Mai 2007 durch die Deutsche Rentenversicherung Bund statt. Die Rückmeldungen waren positiv. Änderungsbedarf wurde nur in wenigen Bereichen, v.a. in Bezug auf Verfügbarkeit von Räumlichkeiten bzw. räumliche Ausstattung und Atmosphäre, 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. Bei den therapeutischen Leistungen wird auf eine gleichmäßige Auslastung im Wochenverlauf geachtet. Die Anzahl der therapeutischen Leistungen betrug im Berichtsjahr in der stationären und ganztägig ambulanten Rehabilitation:

Fallzahl Pat. abgereist stationäre/teilstat. Behandlung	Anzahl KTL/Jahr	Durchschnitt KTL/Woche und Patient
1385	202135	23,1

Quelle/Stand: Basisdokumentation/31.12.2009

Laufzeit der Entlassungsberichte

Die Laufzeit der Entlassungsberichte der AHG Klinik Berus an die DRV Bund wird klinikintern monatlich erhoben und betrug nach interner Auswertung 7,05 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 dem Essen, Einschränkung der Möglichkeiten zur Nutzung der Freizeitangebote, Organisation und Planung von Therapieabläufen. Entsprechende Maßnahmen zur Qualitätsverbesserung wurden eingeleitet. Beschwerden zur Unterbringung, die vor Fertigstellung des 3. Erweiterungsbaus 2008 häufig zur Doppelzimmersituation geäußert wurden, gab es nur noch vereinzelt.

>>>

Mitarbeiterbefragung

Jedes zweite Jahr wird in der AHG eine schriftliche Mitarbeiterbefragung durchgeführt, zuletzt war dies im März 2009 der Fall. Die Beteiligung war in der AHG Klinik Berus mit 64,37% überdurchschnittlich hoch. Auch war die Mitarbeiterzufriedenheit 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 und der Passung der Tätigkeit zu den eigenen Fähigkeiten, dem Arbeitsklima, der Abwechslung der Arbeit oder Zufriedenheit mit der Tätigkeit insgesamt. Kritisch wurden u.a. Fragen nach ausreichendem Personal, fairer und leistungsgerechter Bezahlung sowie Informationsaustausch mit Kollegen anderer AHG Einrichtungen beurteilt. Im Rahmen der internen QM-Bewertung wurden Maßnahmen zur Verbesserung der Mitarbeiterzufriedenheit diskutiert.

Routinemäßige Patientenbefragung (Basisevaluation)

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

Messinstrument	Datenquelle	Aufnahme	Entlassung
BDI	Patienten	X	X
SCL-90-R	Patienten	X	X
PSCL	Patienten	X	X
VEV-R	Patienten		X
Entlassungsfragebogen	Patienten		X
Basisdokumentation (Bado)	Therapeuten		X

Der BDI (Beck Depression-Inventory, Beck et al., 1988; dt. Hautzinger et al., 1994) ist ein weit verbreitetes und anerkanntes Selbstbeurteilungsinstrument zur Erfassung des Schweregrades einer depressiven Symptomatik. BDI-Summenwerte über 18 (Wertespanne 0-63) sprechen für eine klinisch relevante depressive Symptomatik.

Die SCL-90-R (Symptom-Checklist 90, revidierte Fassung, Derogatis et al., 1977; dt. Franke, 1995) misst die subjektiv empfundene Beeinträchtigung durch körperliche und psychische Symptome innerhalb eines Zeitraums von 7 Tagen. Der Test gliedert sich in 9 Skalen. Der globale Kennwert GSI (Wertespanne 0 - 80) gibt den allgemeinen Grad der Beeinträchtigung an.

Mit der PSCL (Psychosomatic Symptom Checklist, Attanasio et al., 1984; dt. Maaß, 1985) werden für 17 körperliche Symptome Häufigkeit und Intensität von den Patienten eingeschätzt. Die Produkte der Häufigkeiten und Intensitäten werden summiert und bilden den Gesamtscore.

>>>

Der VEV-R (Veränderungsfragebogen des Erlebens und Verhaltens, revidierte Fassung, Zielke und Kopf-Mehnert, 2001) dient zur retrospektiven Bewertung der erreichten Veränderungen zum Therapieende. Es wird ein bipolarer Veränderungsfaktor des Erlebens und Verhaltens bezogen auf unterschiedliche Zusammenhänge wie allgemeine Erlebensweise, soziale Situationen, Leistungssituationen erfasst. Der Summenscore wird zu Normwerten in Bezug gesetzt.

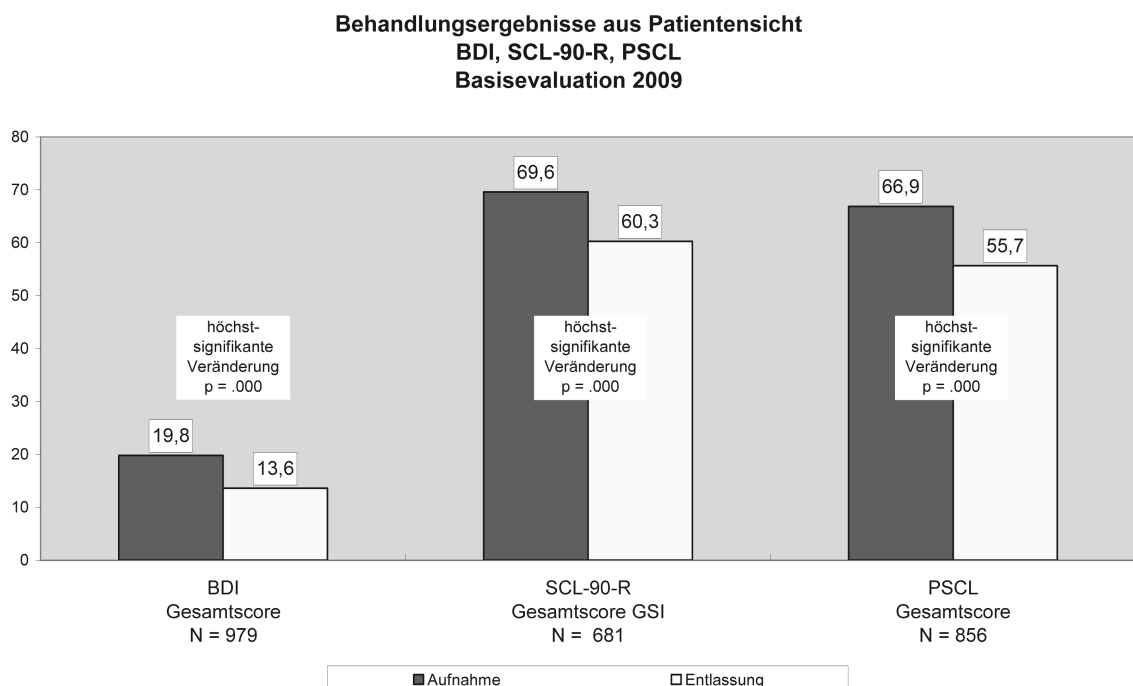
Der Entlassungsfragebogen der AHG ist ebenfalls ein Patientenfragebogen und dient zur Erfassung der Zufriedenheit mit dem Klinikaufenthalt sowie den einzelnen Behandlungsangeboten und Leistungen. Erfragt werden auch subjektive Veränderungen in verschiedenen Symptom- und Kompetenzbereichen.

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, SCL-90-R und PSCL

Im BDI, der SCL-90-R und in der PSCL ergaben sich exemplarisch für die Gesamtstichprobe des Berichtszeitraums jeweils höchst-signifikante Veränderungen zwischen Aufnahme- und Entlassungszeitpunkt.



>>>

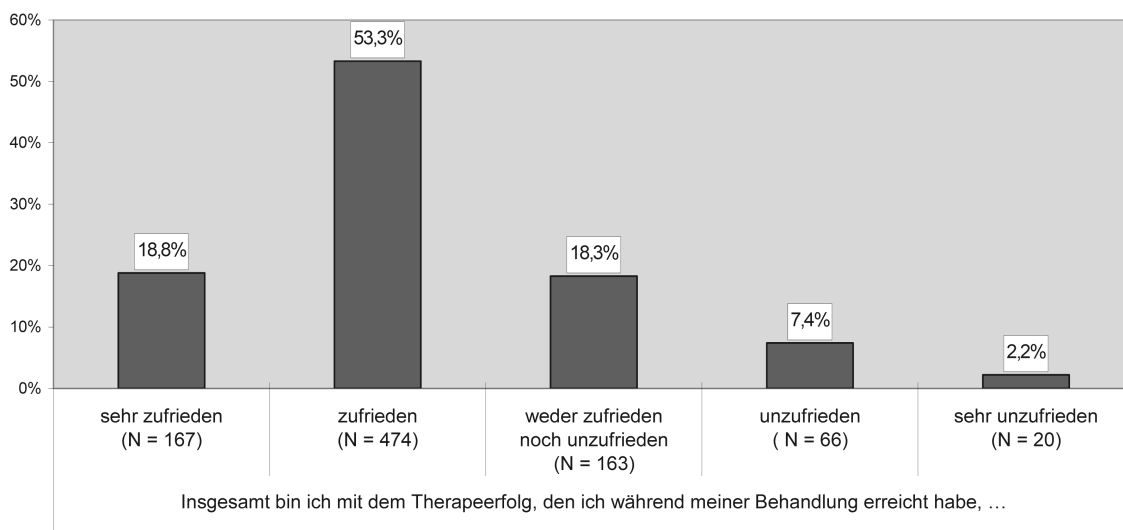
Entlassungsfragebogen der AHG

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

Ergebnisse Entlassungsfragebogen: Zufriedenheit mit dem Therapieerfolg insgesamt

Mit dem Therapieerfolg insgesamt waren 72,1% der im Berichtszeitraum stationär oder teilstationär behandelten Patienten *zufrieden* oder *sehr zufrieden*.

Behandlungsergebnisse aus Patientensicht
Zufriedenheit mit dem Therapieerfolg
Entlassungsfragebogen 2009, N = 1214

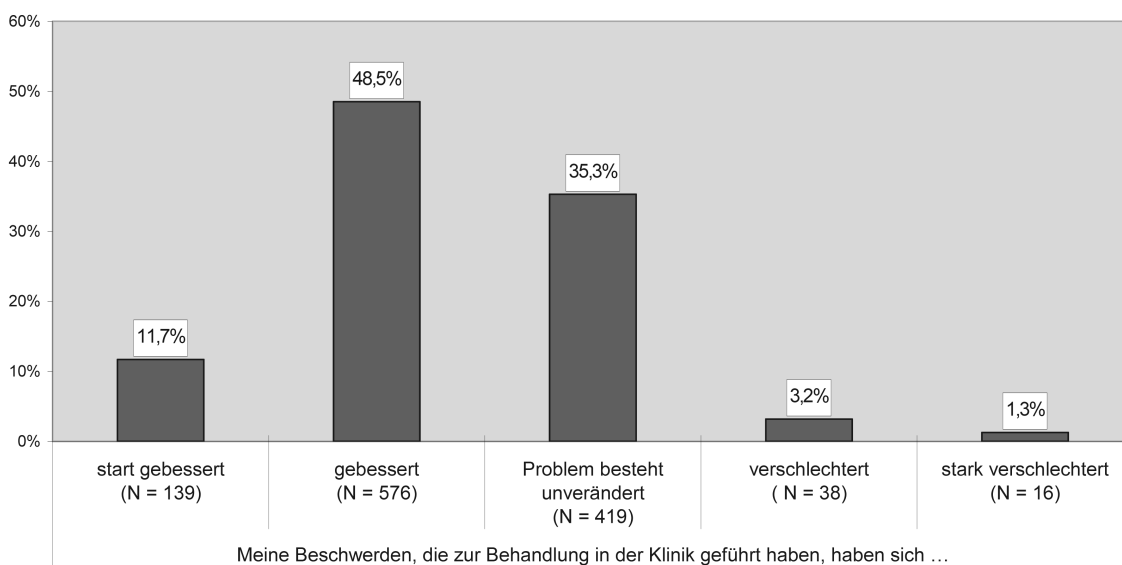


>>>

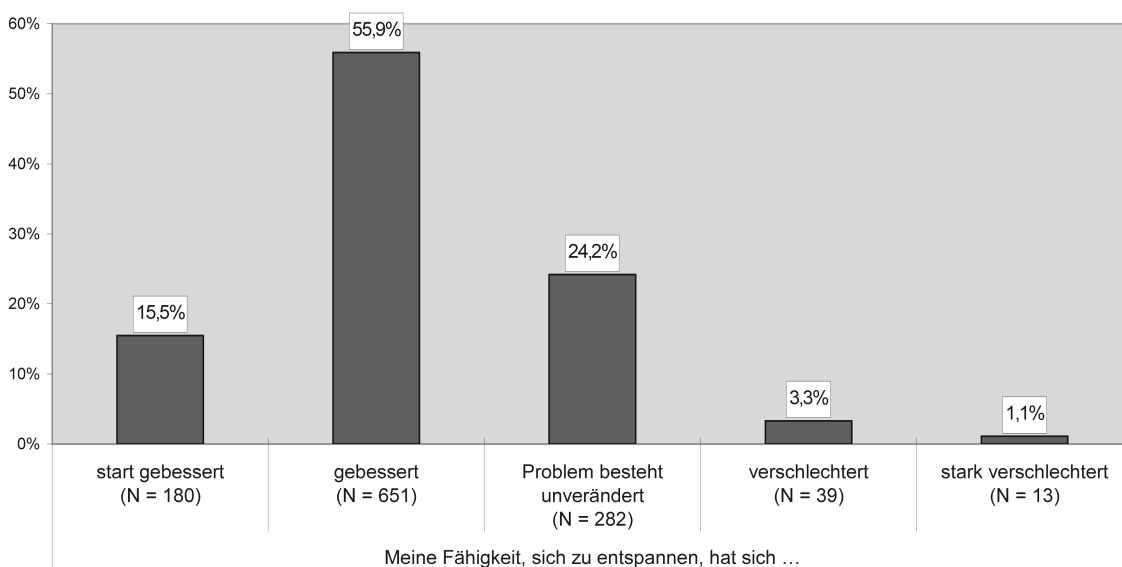
Ergebnisse Entlassungsfragebogen: Veränderung der Beschwerden und Entspannungsfähigkeit

60,2% der im Berichtsjahr behandelten Patienten gaben an, dass sich ihre Beschwerden, die zur Behandlung in der Klinik geführt haben, *gebessert* oder *stark gebessert* hätten. Bezogen auf die Verbesserung der Entspannungsfähigkeit waren es 71,4% der Patienten.

**Behandlungsergebnisse aus Patientensicht
Veränderung der Beschwerden
Entlassungsfragebogen 2009, N = 1188**

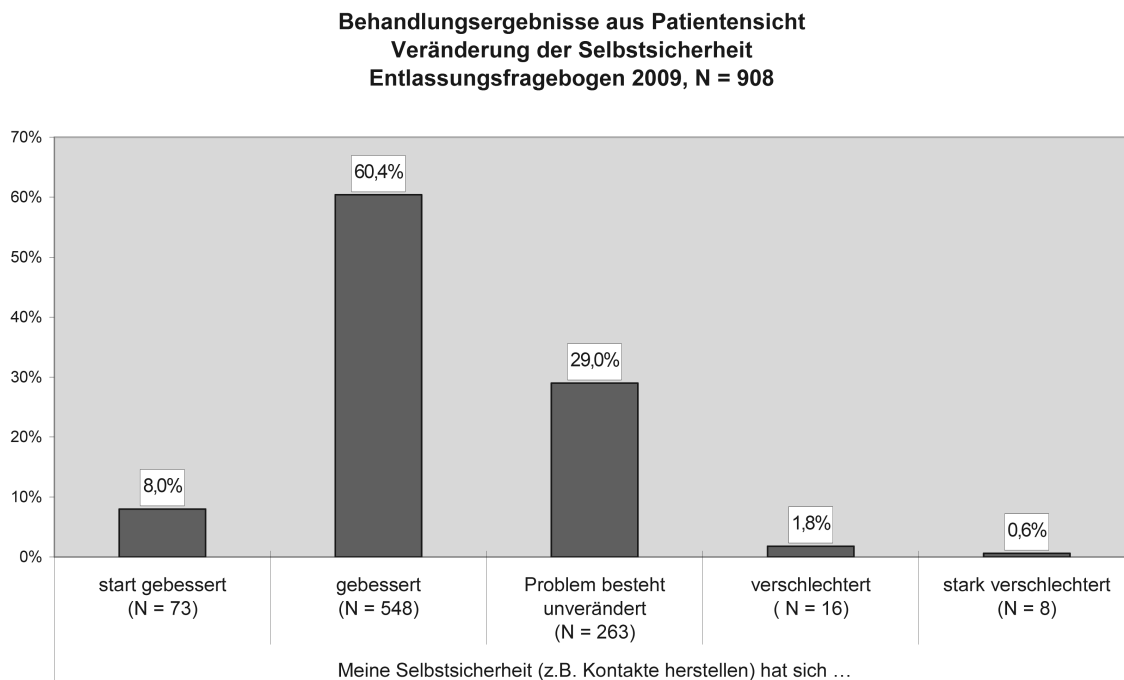


**Behandlungsergebnisse aus Patientensicht
Veränderung der Entspannungsfähigkeit
Entlassungsfragebogen 2009, N = 1188**



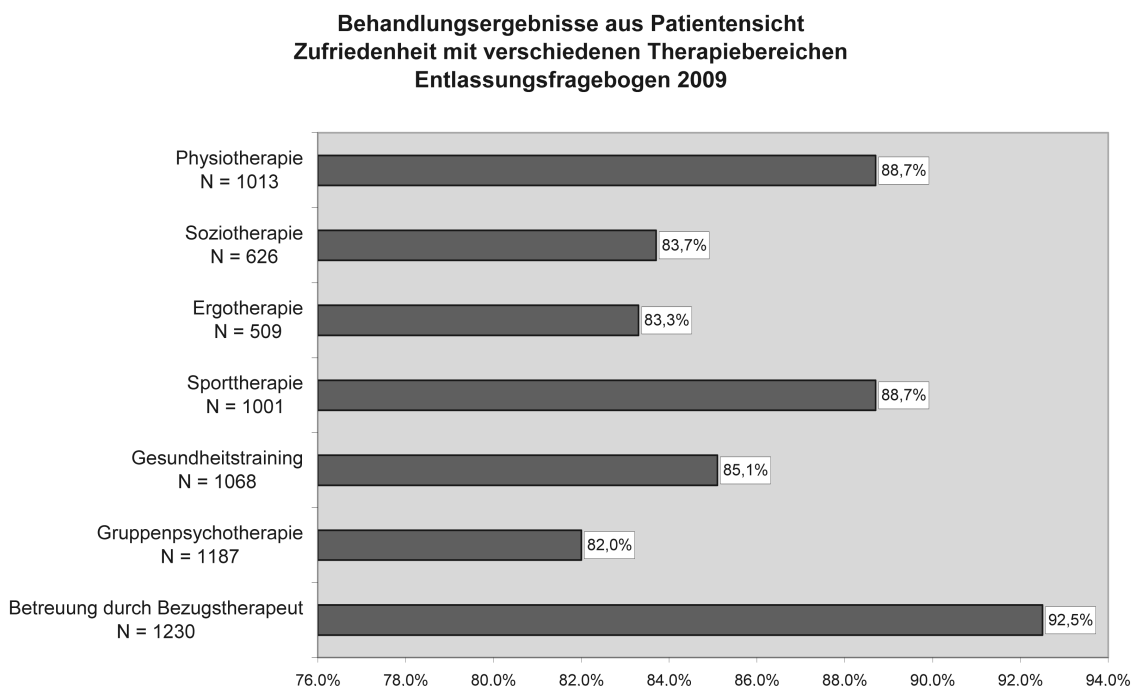
Ergebnisse Entlassungsfragebogen: Veränderung der Selbstsicherheit

68,4% gaben bei Klinikentlassung an, dass sich ihre Selbstsicherheit *gebessert* oder *stark gebessert* habe. Das Training sozialer Kompetenzen ist einer der wesentlichen Therapiebausteine der psychosomatischen Rehabilitation.



Ergebnisse Entlassungsfragebogen: Bewertung verschiedener Therapiebereiche

Eine tragende Rolle spielt die Einzeltherapie. 92,5% bewerteten die Betreuung durch ihren Bezugstherapeuten als *gut* (34,6%) oder *sehr gut* (57,9%). Eine positive Bewertung (*gut* oder *sehr gut*) der anderen grundlegenden Therapiebereiche schwankte zwischen 82,0% und 88,7%.



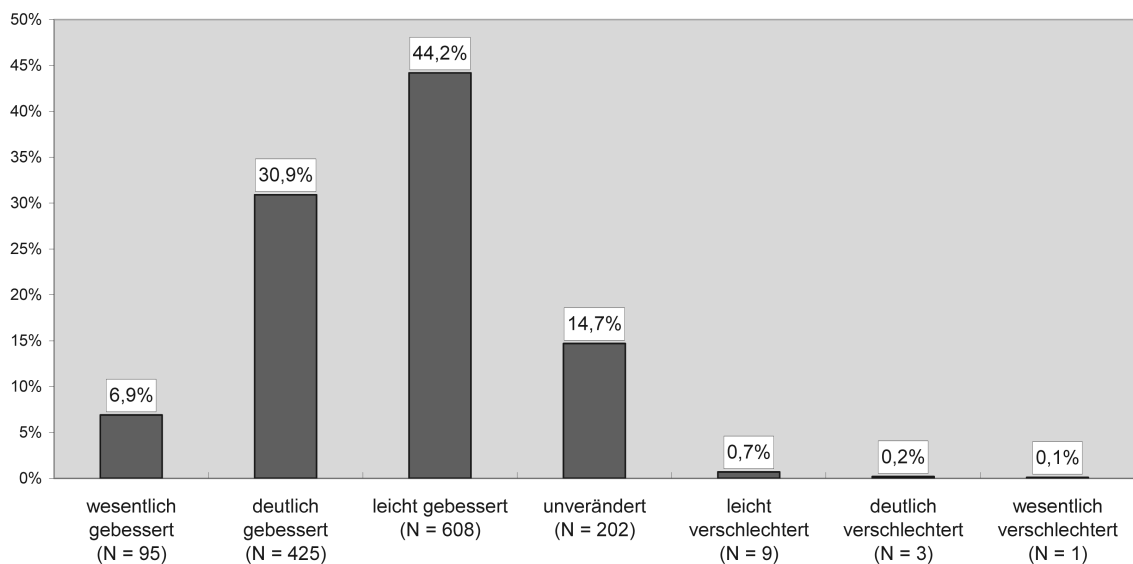
Basisdokumentation (Bado)

Die Bado (Basisdokumentation der AHG, Zielke, 1993) wird als Therapeuten-Fragebogen zur Dokumentation von Patientenvariablen, Behandlungsmaßnahmen und Behandlungsergebnissen eingesetzt.

Ergebnisse Bado: Zustand bei Entlassung – Gesamteinschätzung

82,0% 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.

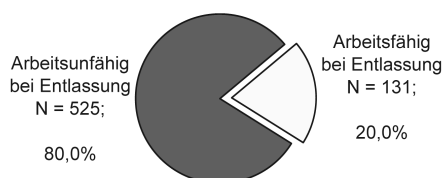
**Behandlungsergebnisse aus Therapeutensicht
Zustand bei Entlassung - Gesamteinschätzung
Bado 2009, N = 1376**



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

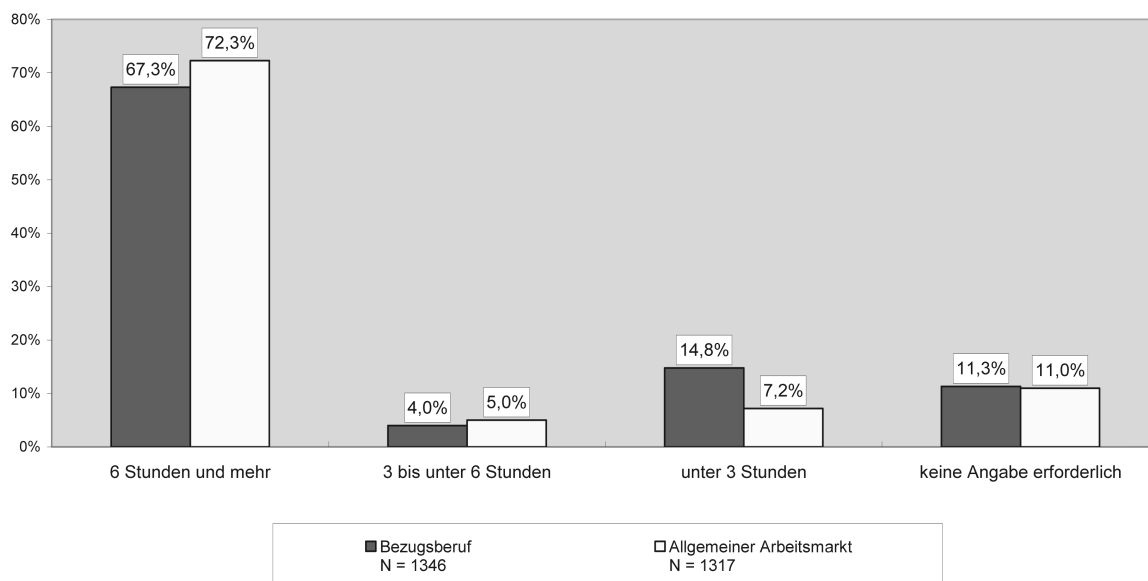
Von den Patienten, die bei Aufnahme arbeitsunfähig waren (N = 656), konnten 131 wieder *arbeitsfähig* entlassen werden (20,0%), 525 blieben auch zum Entlassungszeitpunkt arbeitsunfähig (80,0%). 82,3% der bei Aufnahme Arbeitsfähigen waren auch bei Entlassung arbeitsfähig (484 Patienten), wohingegen 14,5% der bei Aufnahme Arbeitsfähigen nunmehr *arbeitsunfähig* entlassen wurden (85 Patienten). In solchen Fällen wird häufig eine gestufte berufliche Wiedereingliederung oder eine interne Umsetzung an einen anderen Arbeitsplatz vorgenommen. Bei 156 von 1385 Patienten (11,0%) war keine Beurteilung der Arbeitsfähigkeit erforderlich.

Behandlungsergebnisse aus Therapeutensicht
Arbeitsfähigkeit bei Entlassung
bezogen auf Arbeitsunfähigkeit bei Aufnahme
Bado 2009, N = 656



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

Behandlungsergebnisse aus Therapeutensicht
Zeitlicher Umfang der Leistungsfähigkeit
Bado 2009



Bezogen auf den Bezugsberuf wurden 67,3% der Patienten als *vollschichtig leistungsfähig* entlassen, bezogen auf den allgemeinen Arbeitsmarkt waren es 72,3%. 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. So wurden in den letzten Jahren mehrfach Untersuchungen durchgeführt zu den Behandlungsschwerpunkten: Mobbing, Tinnitus, Traumatherapie und Spielerbehandlung. Auch die französischsprachige Therapie wird evaluiert.

Evaluation des ambulanten Behandlungsangebotes im Rahmen des DAK-IV-Projekts Psych-Direkt

Auf Ergebnisse einer neueren Untersuchung zum DAK IV Projekt Psych-Direkt wird im Kapitel zur Weiterentwicklung von Versorgungskonzepten (s.u.) eingegangen.

Katamnese zur stationären verhaltensmedizinischen Traumatherapie an der AHG Klinik Berus

Exemplarische Ergebnisse der fortlaufenden 1-Jahres-Katamnese zur stationären Traumatherapie werden weiter unten im Zusammenhang Katamnesen berichtet. Im Übrigen wird auf die entsprechenden Veröffentlichungen hingewiesen.

Achtsamkeitsbasierte Tinnitusbehandlung in der AHG Klinik Berus

Die Ergebnisse wurden im vorausgegangenen Berichtsjahr veröffentlicht. Zusammenfassend ergaben sich durchgehend signifikante bis höchst signifikante Verbesserungen der Tinnitusbeeinträchtigung, der Stimmung sowie der Fähigkeit zur Emotionsregulation bei sehr hoher Patientenzufriedenheit. Die Ergebnisse sind im Detail nachzulesen unter Schulgen, C., Horn, J., Senft, W. (2008). Achtsamkeit und Emotionsregulation bei Patienten mit chronischem Tinnitus – Effekte achtsamkeitsbasierter Interventionen im stationären Setting. Praxis Verhaltenstherapie, Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation (21), 81, 224-236.

Komplikationen/Fehlermanagement

Nach Sichtung durch den Fehlerbeauftragten werden alle von den Mitarbeitern gemeldeten Komplikationen in der Leitungskonferenz bewertet und bei Notwendigkeit entsprechende Korrekturmaßnahmen eingeleitet. Von Bedeutung sind systematische, insbesondere kritische Fehler. Im Berichtszeitraum wurden von 46 beschlossenen Korrekturmaßnahmen 46 fristgerecht erledigt (100%). Von 2 geplanten Vorbeugemaßnahmen wurden 2 unter Einhaltung des vereinbarten Termins umgesetzt (100%).

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

Stellvertretend für die katamnestischen Überprüfungen langfristiger Therapieeffekte an der AHG Klinik Berus wird im Folgenden über weitere Zwischenergebnisse der fortlaufenden 1-Jahres-Katamnese zur stationären Traumatherapie berichtet.

Stichprobenbeschreibung

Von 566 stationär behandelten Trauma-Patientinnen und Patienten, die bei Klinikaufnahme die PDS (Posttraumatic diagnostic Scale, Foa et al., 1996, dt. Ehlers et al., 1996; PDS-Version-d1 für die Eingangsdiagnostik) ausgefüllt hatten, gaben auch 521 bei Klinikentlassung sowie 324 bei der 1-Jahres-Katamnese die PDS-Version-d2 (gekürzte PDS-Fassung für Wiederholungsmessungen) ab. Damit ist die Rücklaufquote für die Katamnese von 57,2% als gut zu bezeichnen. Der aktuellen Auswertung wurden 194 vollständige Datensätze der PDS aus allen 3 Messzeitpunkten zugrunde gelegt.

Die vorliegende Katamnesestichprobe von 194 Traumpatienten setzte sich aus 153 Frauen (81,0%) und 35 Männern (18,5%) zusammen. Das Durchschnittsalter lag bei 39,4 Jahren. Knapp die Hälfte (47,6%) hatte einen Haupt- oder Realschulabschluss, ca. jeder Zehnte (9,0%) Abitur oder ein abgeschlossenes Studium (10,1%). Durchschnittlich wurden 3,0 Traumaarten pro Patientin bzw. Patient angegeben (PDS-Version d1). Der Reihenfolge ihrer Häufigkeit nach wurden folgende Traumaarten genannt: Unfall, Feuer, Explosion (13,5%), gewalttätiger Angriff durch jemanden aus der Familie (13,0%), sexueller Angriff durch jemanden aus dem Familien- oder Bekanntenkreis (12,8%), sexueller Kontakt im Alter von unter 18 Jahren mit einer Person, die mindestens 5 Jahre älter war (12,5%), gewalttätiger Angriff durch eine fremde Person (10,4%), lebensbedrohliche Krankheit (8,3%), sexueller Angriff durch eine fremde Person (7,8%), Naturkatastrophe (3,8%), Folter (1,7%), Kampfeinsatz im Krieg oder Aufenthalt im Kriegsgebiet (1,4%) und Gefangenschaft (0,7%). In die Restkategorie „Anderes traumatisches Ereignis“ fielen 14,0% der Nennungen.

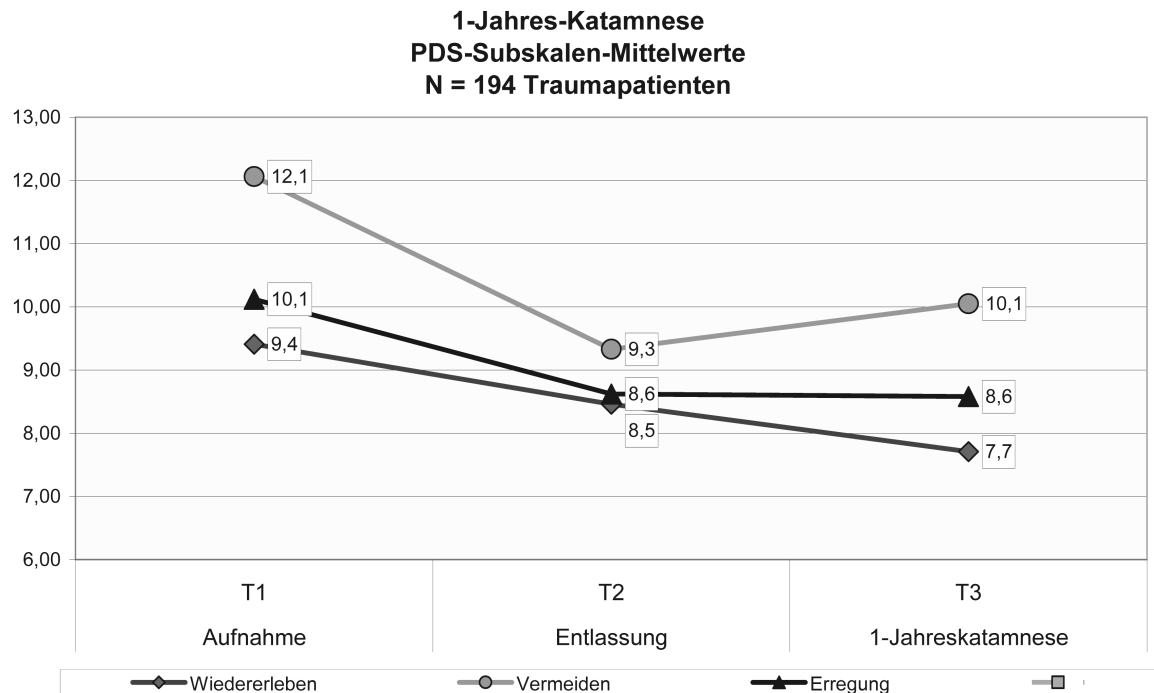
Behandlungsergebnisse zum Entlassungszeitpunkt

Die Veränderung der Traumasymptomatik wurde mit der PDS (Posttraumatic diagnostic Scale, Foa et al., 1996, dt. Ehlers et al., 1996) gemessen: PDS-Schweregrad (Wertebereich von 0 bis 51), PDS-Wiedererleben (0 bis 15), PDS-Vermeiden (0 bis 21) und PDS-Erregung (0 bis 15). Eine einfaktorielle Varianzanalyse mit Messwiederholung ergab, dass in der Gesamtstichprobe der Mittelwertsunterschied im Gesamtwert „PDS-Schweregrad“ zwischen Aufnahme ($MW_{T1}=32,4$) und Klinikentlassung ($MW_{T2}=27,4$) höchst signifikant zurückging ($p<.001$). Das entspricht einer zu beiden Messzeitpunkten zwar mittel bis schwer ausgeprägten, bei Entlassung jedoch deutlich gebesserten posttraumatischen Belastungsstörung (der Wertebereich für den PDS-Schweregrad „mittel-schwer“ reicht von 21 bis 35). Eine Differenzierung nach Subgruppen ergab, dass sich die Traumasymptomatik bei dem weitaus größten Teil ($N=130$ bzw. 69,9%) wesentlich besserte: der Mittelwert des PDS-Schweregrades ging hier von $MW_{T1}=33,8$ auf $MW_{T2}=24,3$ zurück. 56 Patienten (30,1%) blieben dagegen im PDS-Schweregrad unverändert oder verschlechterten sich im Mittel von $MW_{T1}=28,7$ auf $MW_{T2}=34,3$ (höchst signifikante Unterschiede zwischen beiden Subgruppen sowohl zu T1 als auch zu T2, jeweils $p<.001$; T-Test für unabhängige Stichproben). Eine Teilauswertung bezog sich auf 92 Traumagruppenteilnehmer. Die Möglichkeiten der Patienten zur Traumabewältigung seit Teilnahme an der Traumagruppe wurden in einem Therapeuten-Fragebogen zur Traumagruppe (TFTG) zum Entlassungszeitpunkt von den Bezugstherapeuten ($N = 88$) mit 83,9% als *verbessert* oder *sehr verbessert* beurteilt. Mit 77,4% schätzte ein ebenfalls hoher Prozentsatz der Patienten in dem entsprechenden Patienten-Fragebogen (PFTG, $N = 86$) die Möglichkeiten zur Traumabewältigung als *verbessert* oder *sehr verbessert* ein. 78,8% ($N=67$) von 85 Patienten gaben im PFTG an, vor diesem stationären Aufenthalt noch keine Traumatherapie mitgemacht zu haben, während 21,2% ($N=18$) berichteten, bereits vor dem stationären Klinikaufenthalt eine gezielte Traumatherapie mitgemacht zu haben. Die Therapeuten ($N=88$) teilten im TFTG in dieser Teilstichprobe mit, dass sich die stationäre Traumabehandlung in 53 Fällen (60,2%) lediglich auf die Stabilisierung beschränkt habe, während für 35 Patienten (39,8%) eine Kombinationsbehandlung aus Stabilisierung und Traumakonfrontation durchgeführt wurde. Als häufigste Konfrontationsmethode wurde in der genannten Teilstichprobe prolongierte kognitiv-verhaltenstherapeutische in sensu- oder in vivo-Konfrontation vorgenommen (77,8%), EMDR wurde in 6,7% der Fälle durchgeführt.

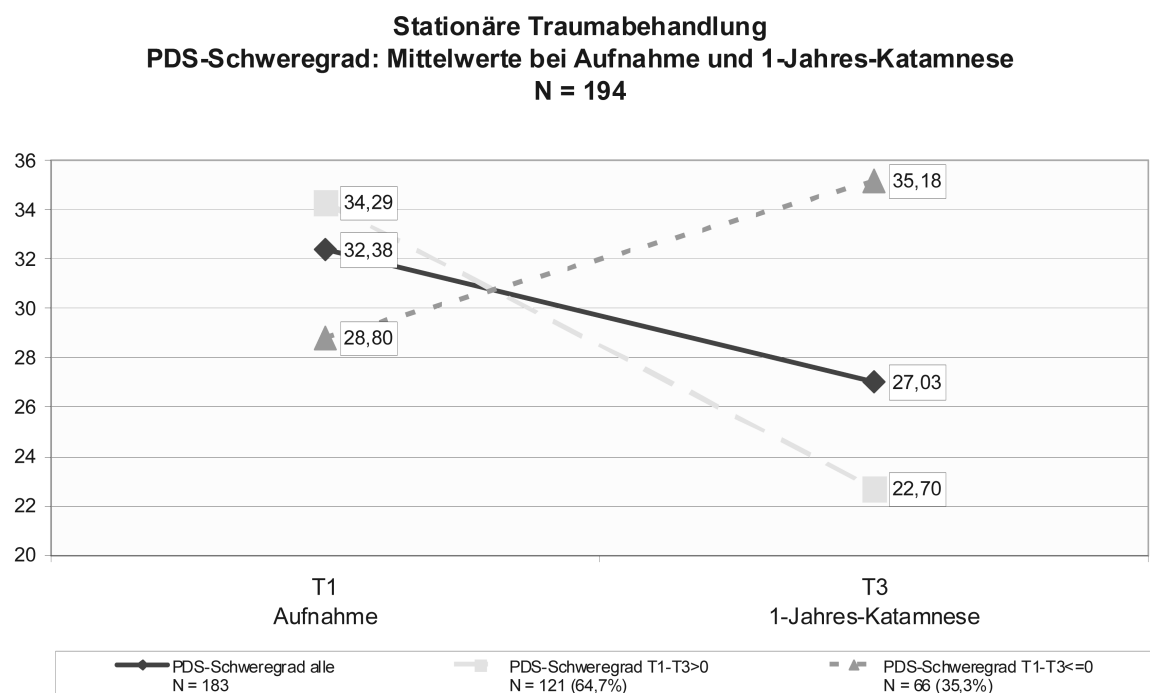
Behandlungsergebnisse zum Katamnesezeitpunkt ein Jahr nach Klinikentlassung

Für den Katamnesezeitraum ergab sich im PDS-Schweregrad ($N=194$) zwischen der Klinikentlassung ($MW_{T2}=27,4$) und dem Zeitpunkt der 1-Jahres-Katamnese keine bedeutende Veränderung ($MW_{T3}=27,0$), d. h. der Therapieerfolg blieb auch 1 Jahr nach Klinikentlassung im Durchschnitt stabil. Die Gesamtveränderung des PDS-Schweregrades zwischen Aufnahme (T1) und 1-Jahres-Katamnese (T3) war höchst signifikant ($p<.001$). Die Effektstärken lagen für die gesamte Katamnese Stichprobe in Bezug auf den PDS-Schweregrad damit in einem befriedigenden mittleren Bereich: 0,43 für die Veränderung von Aufnahme zu Entlassung sowie insgesamt 0,44 für die Veränderung zwischen Aufnahme und Katamnesezeitpunkt 1 Jahr nach Klinikentlassung (Berechnung nach Dunlap, Cortina, Vaslow & Burke, 1996; Effektstärke d aus t-Test für abhängige Stichproben mit Korrelation r zwischen Vor- und Nachtest sowie Anzahl n der Personen).

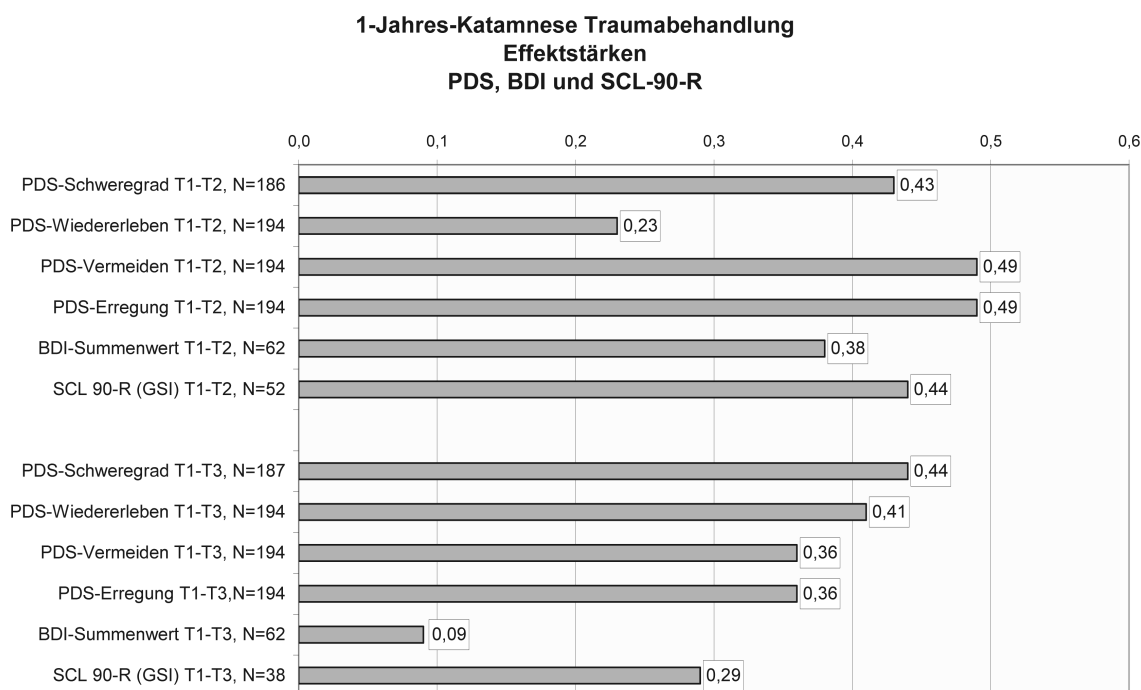
>>>



Wird bei der Veränderung des PDS-Schweregrades auch für den Zeitraum der 1-Jahres-Katamnese nach insgesamt zwischen T1 und T3 gebesserten (Differenz $T3-T1 > 0$) und zwischen T1 und T3 verschlechterten bzw. unveränderten Patienten ($T3-T1 \leq 0$) differenziert, so ergibt sich ein ähnliches Bild wie zu T2: die Traumasymptomatik besserte sich auch hier bei dem weitaus größten Teil ($N=121$ bzw. 64,7%) wesentlich: der Mittelwert des PDS-Schweregrades ging hier von $MW_{T1}=34,3$ sogar auf $MW_{T3}=22,7$ zurück. 66 Patienten (35,3%) blieben dagegen im PDS-Schweregrad unverändert oder verschlechterten sich im Mittel von $MW_{T1}=28,8$ auf $MW_{T3}=35,2$ (wiederum höchst signifikante Unterschiede zwischen den beiden Subgruppen sowohl zu T1 als auch zu T3, jeweils $p < .001$).

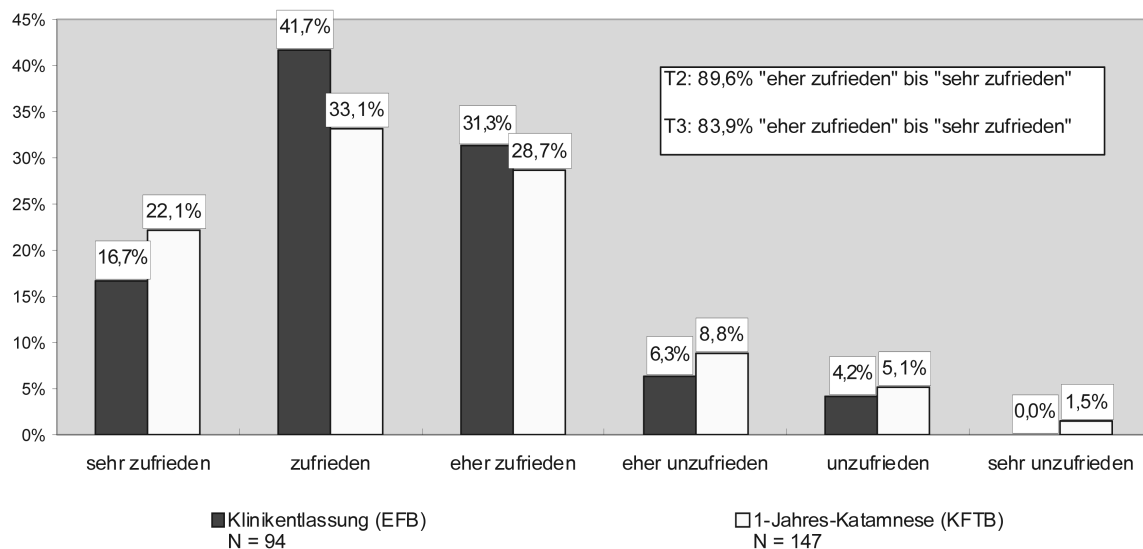


Die Ergebnisse für die Messinstrumente, die auf die komorbide Symptomatik abzielten, wiesen ebenfalls in die positive Richtung. Der Gesamtscore (GSI) der SCL-90-R (Symptom-Checklist 90, revidierte Fassung, Derogatis et al., 1977; dt. Franke, 1995) veränderte sich bei einer Substichprobe von N=52 Patienten zwischen Aufnahme ($MW_{T1}=74,7$) und Entlassung ($MW_{T2}=69,1$) im mittleren Effektstärkenbereich (0,44), stieg im Katamnesezeitraum zwischen T2 und T3 ($MW_{T3}=71,7$) wieder an und hatte bei einer weiteren Substichprobe von N=38 Patienten letztlich 1 Jahr nach Klinikentlassung mit einer Gesamtveränderung zwischen T1 und T3 immerhin noch eine geringe positive Effektstärke (0,29). Nur sehr schwache Veränderungen ergaben sich für den Summenwert im BDI (Beck Depression-Inventory, Beck et al., 1988; dt. Hautzinger et al., 1994). Hier fand sich in einer Substichprobe (N=62) zunächst eine mittlere positive Effektstärke (0,38) zwischen Aufnahme ($MW_{T1}=22,9$) und Entlassung ($MW_{T2}=18,6$), jedoch eine geringe Effektstärke (0,09) für die Gesamtveränderung zwischen T1 und T3 ($MW_{T3}=21,8$).



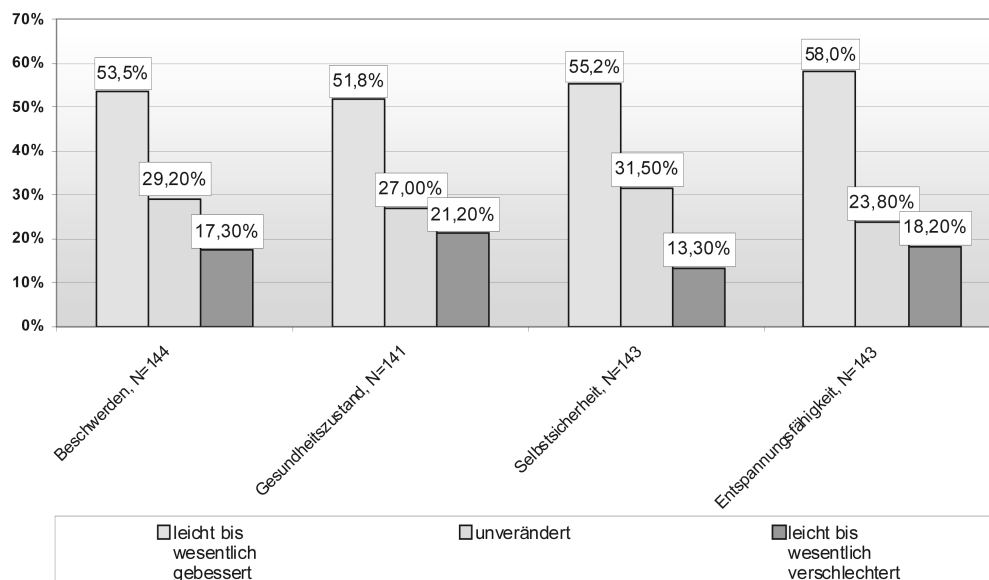
In einer früheren Untersuchung brachten in der bis zum 1. Halbjahr 2005 eingesetzten älteren Version des Entlassungsfragebogens der AHG 89,6 % der Traumagruppenteilnehmer (N=92) ihre Zufriedenheit mit dem Therapieerfolg insgesamt zum Ausdruck. Dabei äußerten sich 31,3% *eher zufrieden*, 41,7% *zufrieden* und 16,7% *sehr zufrieden*; insgesamt 10,5% äußerten sich kritisch und waren entweder *eher unzufrieden* (6,3%) oder *unzufrieden* (4,2%). Zu derselben Fragestellung gaben in der aktuellen Stichprobe von 147 Katamneseteilnehmern 1 Jahr nach Klinikentlassung in dem Katamnesefragebogen zur Traumabehandlung (KFTB) immer noch 83,9% der Patienten an, mit dem Therapieerfolg, den sie in der AHG Klinik Berus erzielt hatten, *eher zufrieden* (28,7%), *zufrieden* (33,1%) oder *sehr zufrieden* (22,1%) zu sein. Entweder *eher unzufrieden* (8,8%), *unzufrieden* (5,1%) oder *sehr unzufrieden* (1,5%) äußerten sich dabei lediglich 16,1%.

**Behandlungsergebnisse aus Patientensicht
Zufriedenheit mit dem Therapieerfolg
bei Klinikentlassung (EFB) und 1-Jahres-Katamnese (KFTB)**

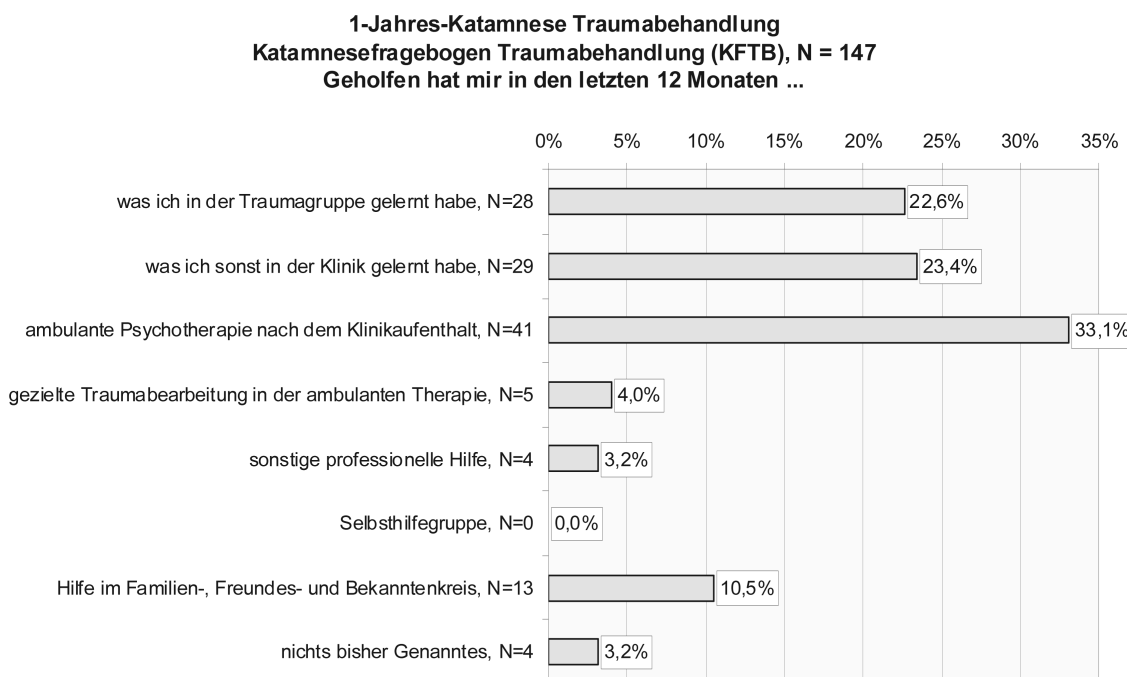


Von einer Teilstichprobe (N=147 Traumapatienten) wurden zum Zeitpunkt der 1-Jahres-Katamnese folgende Veränderungen seit Klinikentlassung angegeben:

**1-Jahres-Katamnese Traumabehandlung
Veränderungen seit Klinikentlassung aus Patientensicht
Katamnesefragebogen Traumabehandlung (KFTB), N = 147**



Die Ergebnisse zeigen, dass in 3 von 4 Bereichen mehr als 1/4 der Patienten nach Klinikentlassung ihr Behandlungsergebnis halten konnten und in allen Bereichen mehr als die Hälfte sich weiter verbessern konnte. Dies steht in Einklang mit der Aussage (N=139), dass 38,8% angaben, dass sie die in der stationären Behandlung *erzielten Veränderungen* auch zu Hause *aufrechterhalten* konnten und 27,3% diese sogar noch *weiterentwickeln* konnten. 33,8% berichteten, dass sie die *erzielten Veränderungen* zu Hause *nicht aufrechterhalten* konnten.



Auf die Frage, was ihnen in den letzten 12 Monaten seit Klinikentlassung geholfen habe, antworteten immerhin jeweils mehr als 1/5 der Befragten, von ihren Erfahrungen aus der Traumagruppe bzw. dem sonstigen Klinikaufenthalt profitiert zu haben. Ca. 1/3 gab ambulante Psychotherapie als hilfreich an, jeder zehnte Patient nannte die Hilfe im Familien-, Freundes- und Bekanntenkreis.

Die Ergebnisse belegen erneut (vgl. z.B. Qualitätsberichte der AHG Klinik Berus, 2007 und 2008), dass die stationäre Traumatherapie an der AHG Klinik Berus bei einem Großteil der Patienten langfristig wirkungsvoll ist, während bei einem anderen Teil der Traumapatienten die Symptombelastung noch zunimmt bzw. die zum Klinikzeitpunkt erreichten positiven Veränderungen nicht aufrechterhalten werden können. Die Besserung und Verschlechterung zeigen sich dabei deutlich in störungsspezifischen wie unspezifischen Variablen sowie im subjektiven Therapieerfolg. In der vorliegenden Katamnesestichprobe profitierte wiederum die Mehrheit der Patienten (ca. 2/3) in den traumaspezifischen Parametern deutlich von der Behandlung, während sich ein Teil (ca. 1/3) verschlechterte, d.h. bestimmte Subgruppen profitierten in unterschiedlichem Maße. Zukünftige Untersuchungen sollten weiterhin den Fragen nachgehen, mit welchen Outcome-Kriterien ein langfristiger Therapieerfolg gemessen werden sollte (Symptomreduktion, Bewältigungskompetenzen, subjektiver Therapieerfolg versus Therapeuteinschätzung, Kombinationsindex) und wie welches Vorgehen bei welcher Subgruppe von Traumapatienten am besten langfristig wirkt (z.B. Stabilisierung versus Stabilisierung und Konfrontation in Kombination).

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 und Evaluation eines stationären verhaltensmedizinischen Behandlungskonzepts für Burnout

Aufgrund der in den letzten Jahren deutlich gestiegenen Nachfrage und der klinischen Erfahrung, dass viele psychosomatische Erkrankungen das Ergebnis von chronischem Stress und Burnout sind, wurde 2008 an der AHG Klinik Berus ein spezielles Konzept zur Behandlung und Prävention des Burnout-Syndroms entwickelt. Neben individueller Einzeltherapie umfasst das Therapiekonzept auch den Austausch und das Training in gruppentherapeutischen Angeboten wie einer psychoedukativ ausgerichteten Gesundheitsgruppe und einer interaktionell-prozessorientierten Burnoutgruppe. Ergänzt wird das Behandlungskonzept durch Entspannungsverfahren, sporttherapeutische Angebote (Bewegungsgruppe, Körpererfahrungsgruppe) und euthyme Angebote (z.B. Achtsamkeitstraining, Tai Chi oder Meditatives Gestalten). Je nach sozialmedizinischer Fragestellung kann zusätzlich die Teilnahme an der Arbeitstherapie oder einer ergotherapeutischen Projektgruppe erfolgen. Soziotherapeutische Beratung unterstützt ggf. bei beruflichen Fragen bzw. bietet Hilfestellung beim beruflichen Wiedereinstieg.

In Kooperation mit der Universität Trier, Lehrstuhl für Klinische Psychologie und Psychotherapie, Prof. Dr. Wolfgang Lutz, wurde im Rahmen einer Diplomarbeit von Frau Dorothea Ehrlich, 2008/2009 eine Pilotstudie zur Evaluation des Behandlungskonzepts für Burnout an der AHG Klinik Berus durchgeführt. An der Studie nahmen 55 Männer und Frauen teil, wobei der Anteil der Frauen (65,5%) überwog. Das Durchschnittsalter betrug 48 Jahre. Eine Experimentalgruppe (EG) wurde mit einer Kontrollgruppe (KG) zu zwei Messzeitpunkten hinsichtlich der Ausprägung der Burnout-Symptomatik verglichen. Während die EG (N=29) eine spezifische Burnout-Behandlung mit Teilnahme an der Burnoutgruppe erhielt, war dies in der KG, einer Wartegruppe (N=26), nicht der Fall. Bei vergleichbaren Ausgangswerten der EG und KG zeigten sich im HBI (Hamburger Burnout-Inventar, Burisch, 1993) für die EG auf 8 von 10 Skalen bedeutsame positive Veränderungen der Burnout-Symptomatik, während sich die Werte bei der KG nur auf 2 der 10 Skalen zum zweiten Messzeitpunkt signifikant veränderten. Mit anderen Messinstrumenten wie z.B. dem BDI (Beck Depression-Inventory, Beck et al., 1988; dt. Hautzinger et al., 1994) oder der SCL-90-R (Symptom-Checklist 90, revidierte Fassung, Derogatis et al., 1977; dt. Franke, 1995) zeigten sich solch bedeutsame Unterschiede zwischen EG und KG nicht, was in erster Linie auf methodische Probleme (geringe Stichprobengröße, stärkere Symptombelastung der KG zum ersten Messzeitpunkt usw.) zurückzuführen sein dürfte. Insgesamt darf jedoch von einem bedeutsamen Effekt der Behandlung auf die EG gesprochen werden, der allerdings an größeren Stichproben überprüft werden muss.

Integrierte Versorgung Psych Direkt: Modellprojekt der DAK und der AHG Klinik Berus

Die DAK und die AHG Klinik Berus haben 2005 für DAK-Versicherte im Saarland neue Wege in der psychosomatischen Erstversorgung mit einem Kooperationsvertrag zur Integrierten Versorgung erschlossen (Vereinbarung gemäß § 140 b SGB V zur Integrierten Versorgung Psych-Direkt).

Adäquate Behandlung für psychische Störungen kommt oft zu spät:

Psychische Störungen werden oft verkannt, indem sie sich auf den ersten Blick durch körperliche Beschwerden äußern und die Behandlung vielfach nur auf einen somato-medizinischen Ansatz ausgerichtet ist. So kommt es unnötigerweise zu langen Arbeitsunfähigkeitszeiten, hohen Krankheits- und Behandlungskosten sowie zur Chronifizierung des Erkrankungsbildes. In einem kooperativen Katamneseprojekt zwischen der DAK-Hauptverwaltung in Hamburg und den psychosomatischen Fachkliniken Bad Dürkheim, Bad Pyrmont und Berus im AHG-Wissenschaftsrat zeigte sich z.B., dass 328 untersuchte Patienten im Durchschnitt erst nach 7,3 Jahren Krankheitsdauer eine geeignete stationäre Therapie erhielten.

Vereinbarung zur Integrierten Versorgung zwischen DAK und AHG Klinik Berus:

Die Vereinbarung zur Integrierten Versorgung zwischen der DAK und der AHG Klinik Berus regelt die psychoedukative und psychotherapeutische Erstversorgung von Patienten mit psychosomatischen Erkrankungen. Die Teilnahme ist freiwillig. Diese Erstversorgung kann jeder DAK-Versicherte mit einer psychosomatischen Erkrankung in Anspruch nehmen, wenn die Fahrzeit vom Wohnort zur Klinik nicht mehr als 1 Stunde beträgt.

Ziel der Integrierten Versorgung:

Ziel dieses Angebotes ist es, psychosomatisch Erkrankten, die bisher noch nicht psychotherapeutisch behandelt wurden, neue Behandlungsmöglichkeiten durch Psychotherapie bzw. psychosomatische Medizin zu erschließen. Insbesondere Patientinnen und Patienten, die bereits lange an einer solchen Erkrankung leiden und längere AU-Zeiten haben, sollen mit diesem Angebot angesprochen und durch positive Erfahrungen davon überzeugt werden, dass durch eigene Einstellungs- und Verhaltensänderungen im Alltag die Gesundheit erhalten bzw. vieles erleichtert werden kann. Inzwischen belegen zahlreiche Studien die positiven Effekte von Psychotherapie und zeigen, dass einer weiteren Chronifizierung der Erkrankung dadurch in vielen Fällen vorgebeugt werden kann.

Das Behandlungskonzept der AHG Klinik Berus für DAK-Versicherte:

Nach Zuweisung durch den ambulant behandelnden Arzt soll in einem diagnostischen Eingangsgespräch festgestellt werden, ob und welche psychotherapeutischen Maßnahmen im Einzelfall indiziert und Erfolg versprechend sind. Bei gegebener Indikation wird in Absprache mit den Betroffenen auf Grundlage der persönlichen Therapieziele ein Behandlungsplan für eine ambulante psychotherapeutische Erstversorgung an der AHG Klinik Berus erstellt.

Die Patienten haben die Möglichkeit, zweimal wöchentlich an verschiedenen einzel- und gruppentherapeutischen Angeboten der AHG Klinik Berus in Form einer Tagesambulanz teilzunehmen. Durch Information und motivierende Maßnahmen sollen die Betroffenen an eine Psychotherapie herangeführt und bei angestrebten Einstellungs- und Verhaltens-

änderungen unterstützt werden. Beispielsweise könnten somit Vorurteile überprüft, Zusammenhänge zwischen Erleben und Verhalten einerseits und Körperreaktionen andererseits deutlich werden. Verbesserte Problemlösefähigkeit, Selbstsicherheit, Entspannungsfähigkeit und Ausbau persönlicher Ressourcen sind in vielen Fällen Voraussetzung für gesteigertes Wohlbefinden und erhöhte Lebensqualität.

Die Dauer der Teilnahme an der Tagesambulanz ist auf 6 Wochen begrenzt. Gegen Ende dieses Behandlungszeitraumes wird je nach persönlichem Bedarf möglichst übergangslos eine ambulante Richtlinien-Psychotherapie bei einem niedergelassenen psychologischen bzw. ärztlichen Psychotherapeuten in die Wege geleitet oder im Einzelfall zunächst auch eine medizinische Rehabilitationsmaßnahme beantragt. Zur Überbrückung der Wartezeit auf einen solchen Therapieplatz kann die Therapie an der AHG Klinik Berus bis zu 10 Terminen fortgeführt werden („Überbrückungstherapie“). Sollte kein Behandlungsbedarf mehr bestehen, wird die Therapie nach gemeinsamer Absprache beendet.

Hohe Patientenzufriedenheit:

Den mündlichen Rückmeldungen nach sind die Teilnehmer bisher überwiegend zufrieden oder sehr zufrieden mit dem Behandlungsangebot. Als positiv werden immer wieder die unerwartet guten Erfahrungen mit Psychotherapie, hilfreiche Informationsvermittlung zum jeweiligen Störungsbild und den Behandlungsmöglichkeiten sowie der Austausch mit den Mitpatienten bzw. die neu erfahrene soziale Unterstützung bewertet. Das Projekt wird systematisch evaluiert. Einige Ergebnisse werden im Folgenden aufgeführt.

Ergebnisse der fortlaufenden Evaluation des DAK-IV-Projekts Psych-Direkt

In einer Pilotstudie vom Juli 2007 mit 87 Teilnehmern der ambulanten Integrierten Versorgung in Kooperation mit der DAK sowie einer weiteren Zwischenauswertung mit 49 Personen im November 2008 zeigten sich bereits sehr positive Ergebnisse (Qualitätsberichte der AHG Klinik Berus, 2007 und 2008). Im Juli 2010 wurde bei einem Kooperationstreffen mit der DAK Mainz über neuere Ergebnisse zu 96 Patienten berichtet, die in den Jahren 2008/2009 an der Integrierten Versorgung Psych-Direkt in der AHG Klinik Berus teilgenommen hatten. Auszüge dieser Daten werden im Folgenden dargestellt.

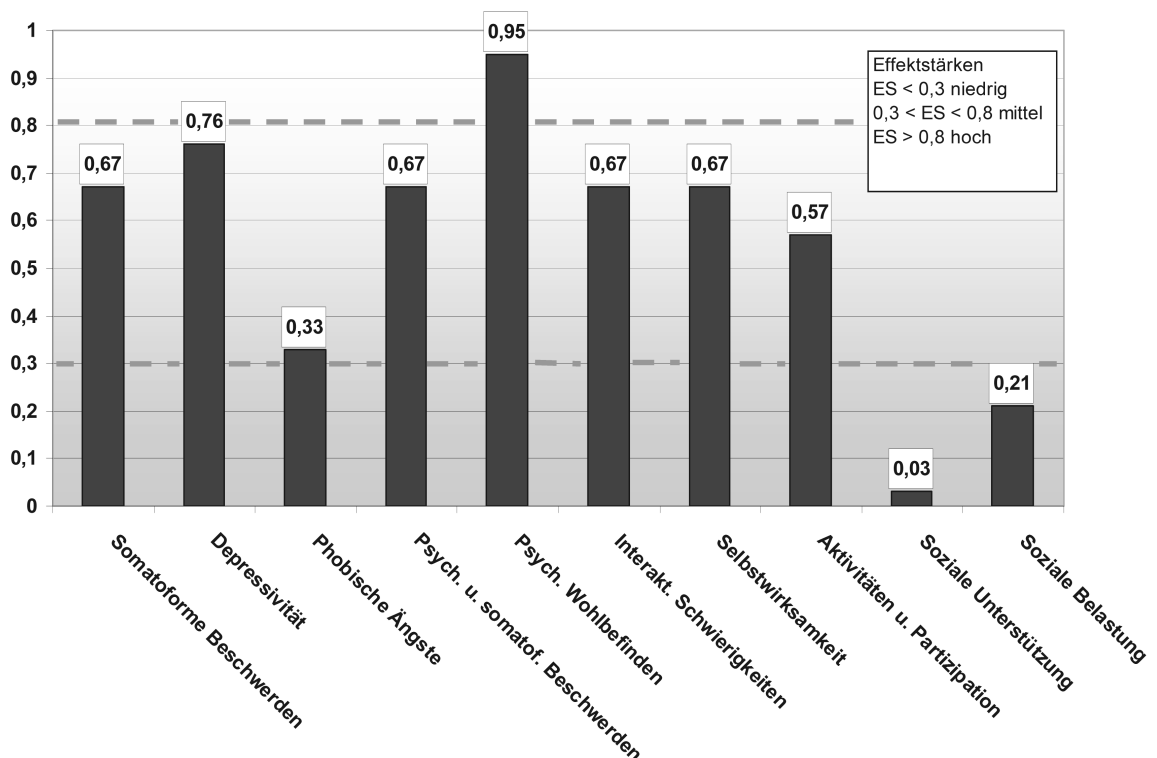
Die vorliegende Stichprobe bestand zu 70,8% aus Frauen und zu 29,2% aus Männern, die in der Zeit vom 01.01.2008 bis zum 31.12.2009 in der AHG Klinik Berus im Rahmen des DAK-IV-Projekts Psych-Direkt ambulant behandelt wurden. Die Daten bei der Prä-Post-Messung wurden wiederum parallelisiert, d.h. die individuellen Werte zum Aufnahme- und Entlassungspunkt wurden paarweise aufeinander bezogen. Die Erstdiagnosen bestanden auch in dieser Stichprobe hauptsächlich aus depressiven Störungen (52,6%), gefolgt von Anpassungsstörungen (23,2%), Angststörungen (11,5%), Adipositas (4,2%), Zwangsstörungen (5,3%), Somatoformen Störungen (2,1%) und Essstörungen (1,1%). Vor Aufnahme waren 59,4% der Patienten arbeitsunfähig, 28,1% arbeitsfähig und 9,4% nicht erwerbstätig. Stationäre psychotherapeutische Vorbehandlungen im Zeitraum der letzten 5 Jahre hatten 29,2% mitgemacht, davon 16,7% mit einer und 12,5% mit zwei oder mehreren Vorbehandlungen. 29,2% der bei Aufnahme Arbeitsunfähigen waren bis zu drei Monaten krankgeschrieben, 24,0% vier bis sechs Monate sowie 10,4% sieben Monate und länger arbeitsunfähig. Bei 27,1% der Ambulanzteilnehmer trat der Zustand, der zur IV-Behandlung führte, ihren Angaben nach erstmalig auf. 27,1% gaben einen bereits

lang bestehenden Zustand, 11,5% die Verschlechterung eines chronischen Zustandes an. 32,3% berichteten von dem Wiederauftreten eines ähnlichen früheren Zustandes. Deutliches Abweichen von früheren Zuständen gab ein Patient an (2,1%). Der größte Teil der Ambulanzteilnehmer nahm an der Tagesambulanz teil (Intensivversorgung). 88,3% beendeten die Maßnahme regulär. Bei einer geplanten 6-wöchigen Behandlung erhielten die Patienten im Mittel 7,8 Sitzungen Einzeltherapie à 50 Min., nahmen 11,9 mal an psychoedukativen und 13,3 mal an interaktionellen Gruppen teil.

Zu Behandlungsende beurteilten die Bezugstherapeuten den klinischen Gesamteindruck ihrer Patienten. Der CGI (Clinical Global Impression) wurde auf einer 7-stufigen Skala von *sehr viel besser* (6,3%), *über viel besser* (37,9%), *nur wenig besser* (31,6%), *unverändert* (10,5%), bis hin zu *etwas schlechter*, *viel schlechter* und *sehr viel schlechter* (jeweils 0,0%) bewertet. Damit besserte sich nach Ansicht der Therapeuten in 75,8% der Fälle der Gesamtzustand ihrer Patienten. Der Anteil der Arbeitsunfähigen ging zum Entlassungszeitpunkt auf 43,6% zurück. Das allgemeine Funktionsniveau der Patienten wurde ebenfalls bei Aufnahme und Entlassung von den Bezugstherapeuten bewertet. In der 10-stufigen Skala zur globalen Erfassung des Funktionsniveaus nach DSM IV (GAF, Wertebereich 0–100 in Schritten zu je 10) verbesserte sich der Mittelwert des Funktionsniveaus von 56,6 bei Aufnahme auf 67,0 bei Entlassung.

Im Patientenfragebogen Health-49 (Hamburger Module zur Erfassung allgemeiner Aspekte psychosozialer Gesundheit für die therapeutische Praxis; Rabung et al., 2007) werden mit 49 Items 6 inhaltlich eigenständige Module zu verschiedenen Bereichen psychosozialer Gesundheit erfasst.

DAK-Ambulanz, Stichprobe 2008-2009 (N=96)
Health-49 Effektstärken



Relativ hohe Effektstärken ergaben sich für *Psychisches Wohlbefinden* (0,95) und *Depressivität* (0,76). *Somatoforme Beschwerden, psychische und somatoforme Beschwerden, interaktionelle Schwierigkeiten* und *Selbstwirksamkeit* lagen jeweils mit einer Effektstärke von 0,67 sowie *Aktivitäten und Partizipation* (0,57) in einem guten mittleren Bereich. Ein ebenfalls noch mittlerer, wenn auch etwas schwächerer Effekt wurde für *phobische Angst* (0,33) gefunden. Geringe Effektstärken ergaben sich wie in den früheren Untersuchungen zu *sozialer Unterstützung* (0,03) und *sozialer Belastung* (0,21). Damit stehen die Ergebnisse in Einklang mit denen der früheren Untersuchungen, zwar in etwas abgeschwächter Form, jedoch noch immer mit sehr positivem Behandlungserfolg, insbesondere in Relation zu den ebenfalls mittleren bis hohen Effektstärken, die sich seit Jahren im stationären Reha-Bereich ergeben. Die Abbildung gibt die Effektstärken der Veränderungen zwischen Aufnahme und Entlassung im Health-49 wieder.

In einem weiteren Selbstauskunftsbogen, dem ICF AT-50 Psych (Nosper, 2008), wurden die Patienten bei Aufnahme und Entlassung mit 50 Items nach ihrem subjektiven Funktionsniveau befragt. Mittlere Effektstärken ergaben sich hier für die Skalen *Fitness und Wohlbefinden* (0,40), *Anforderungen erfüllen* (0,36) und *Beeinträchtigungsindex Aktivitäten* (0,33). Geringe Effektstärken ergaben sich für die Skalen *Nähe in Beziehungen* (0,29), *soziale Beziehungen und Aktivitäten* (0,27), *Gesamtwert relevanter beeinträchtigter Aktivitäten* (0,23), *verbale Kompetenz* (0,19) und *soziale Rücksichtnahme* (0,16). Berücksichtigt man, dass die Effektstärken (Mittelwertsdifferenzen) in der vorliegenden Studie mit strengem, konservativen Maßstab unter Berücksichtigung beider Streuungen zum Aufnahme- und Entlasszeitpunkt berechnet wurden (Hartmann et al., 1992), sind die vorliegenden Ergebnisse für den Health-49 und den ICF AT-50 Psych insgesamt positiv zu werten. Die Daten sind wiederum als Beleg dafür anzusehen, dass das ambulante Behandlungskonzept die DAK-IV-Patienten erreicht. Allerdings sind auch Verbesserungspotentiale, insbesondere in der Steuerung schwererer und chronifizierter, prognostisch ungünstiger Fälle, deutlich geworden.

Zusammenfassung und Schlussfolgerung:

Das Behandlungskonzept zur Integrierten Versorgung von DAK-Versicherten an der AHG-Klinik Berus im Rahmen des Projekts IV-Psych-Direkt kann den bisherigen Untersuchungsergebnissen und den persönlichen Rückmeldungen der Teilnehmer nach weiterhin als effektiv angesehen werden, auch wenn sich Verbesserungspotentiale ergaben. Die Patientenzufriedenheit war wiederum hoch. Sowohl Therapeuten als auch Patienten beurteilen die Maßnahme und den Behandlungserfolg als überwiegend positiv. Es ergaben sich positive Ergebnisse in allen Messinstrumenten, die Werte zwischen Aufnahme und Entlassung verglichen bzw. auf Veränderungen zum Entlassungszeitpunkt abzielten. Im Berichtsjahr wurde mit den Kooperationspartnern des DAK IV-Projekts eine Arbeitsgruppe gegründet, die es sich zum Ziel gemacht hat, die Abstimmung und Abläufe in dem Versorgungsprojekt zu optimieren, das Konzept zu überarbeiten und ab Anfang 2010 in den kooperierenden Einrichtungen umzusetzen.

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
06.01.09	Dr. rer. nat. Bernd Schneider, AHG-Gesundheitsdienste, Koblenz	„Was leistet die stationäre Therapie für das Unternehmen?“
03.02.09	Prof. Dr. Wolfgang Lutz, Universität Trier	„Erfolg und Misserfolg in der Psychotherapie“
03.03.09	Dr. Jörg Petry, AHG Bielefeld	„Pathologisches Glücksspiel“
21.04.09	Dr. phil. Dipl.-Psych. Wolfgang Schmidbauer, München	„Das Helfersyndrom“
05.05.09	Prof. Dr. Sabine Krolak-Schwerdt, Universität Luxemburg	„Wie kommen Diagnosen bzw. Prognosen zustande?“
09.06.09	Dr. Alexandra Philipsen, Uniklinik Freiburg	„Therapeutisches Vorgehen bei ADHS im Erwachsenenalter“
07.07.09	Götz Renartz, Zentrum für Angewandte Hypnose, Mainz	„Effektive Diagnostik und Therapie in der Psychosomatik mit Hypnose“
03.11.09	Dr. med. Gunter Frank, Heidelberg	„Lizenz zum Essen – warum Ihr Gewicht mehr mit Stress zu tun hat, als mit dem, was Sie essen“
01.12.09	Prof. Dr. Dieter Zapf, Johann-Wolfgang-Goethe-Universität, Frankfurt am Main	„Neue Erkenntnisse zur Emotionsarbeit im Gesundheitsbereich aus dem Blickwinkel der Arbeits- und Organisationspsychologie“

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
01/2009	Riedel	Le jeu pathologique	Schulung frz. Verhaltens-therapeuten
03.02.09	Horn	Umgang mit Belastungen im polizeilichen Einsatz	Fachvortrag Führungskräfte-tagung der Polizei Rheinland-Pfalz, Mainz
05.02.09	Horn	Arbeitsplatzkonflikt und Stress	Fortbildung Kath. Polizei-seelsorge Saarland
11.02.09 27.05.09 16.09.09 11.11.09	Keller	Psychologische Unfallnachsorge: Psychologische Ersthilfe bei akuten Unfällen	Mitarbeiterschulung VSE, Ensdorf
03/2009	Riedel	Les addictions	Schulung frz. Verhaltens-therapeuten
04.03.09	Schwickerath	Lehrergesundheit - Konflikte und Ansätze zur Veränderung	Seminar ERS, Lothar-Kahn-Schule, Rehlingen-Siersburg
27.03.09	Schwickerath	Mobbing am Arbeitsplatz - Stationäre Verhaltenstherapie von Patienten mit Mobbing Erfahrungen	Vortrag bei den 78. Verhaltenstherapiewochen des IFT in Mainz
02.04.09	Horn	Achtsamkeitstraining in der Tinnitusbehandlung	Workshop an MHH, Hannover
12.04.09	Horn	Burnout in Pflegeberufen	Workshop für den Saarländischen Schwesternverband, Eppelborn
22.04.09	Schwickerath	Trierer Mobbing-Kurz-Skala (TMKS). Validierung eines Screening-Instrumentes zur diagnostischen Erfassung von Mobbing am Arbeitsplatz	Vortrag zusammen mit Dr. Klusemann. V. Wissenschaftliches Kolloquium des AHG Wissenschaftsrates, Düsseldorf
28.04.09	Horn	Burnout am Arbeitsplatz	Fortbildung für ev. Polizei-seelsorge Rheinland-Pfalz, Kloster Machern
05/2009	Riedel	Les troubles alimentaires	Schulung frz. Verhaltens-therapeuten
02.05.09	Horn	Tinnitus und Mobbing	SHG-Leiterschulung der DTL in Königswinter
07.05.09	Horn	Umgang mit psychisch Kranken im Polizeidienst	Seminar für Polizeibeamte AHG Klinik Berus
09.05.09	Keller	Stationäre verhaltensmedizinische Behandlung von PTSD - Komplikationen und Hindernisse	Fachvortrag 11. Jahrestagung der DeGPT, Bielefeld

>>>

13.05.09	Schwickerath	„Depression aus der Sicht der Rehabilitation“	Podiumsdiskussion, Saarländisches Bündnis gegen Depression, Saarbrücken
16.05.09	Horn	Tinnitus – Ursachen, Folgen, Selbsthilfe	Vortrag auf dem 11. Selbsthilfetag, Heidelberg
04./05.06.09	Riedel, Horn	La pleine conscience dans le cadre de traitement des acouphènes chroniques	Regionaltagung AFTCC, Nancy
06/2009	Riedel, Meuschel, Gagel, Parthier	Les indications traitées par les TCC à la AHG Klinik Berus	Regionaltagung AFTCC, Nancy
17.06.09	Keller, Senft	Integrierte Versorgung – Evaluation der ambulanten Behandlung an der AHG Klinik Berus im Rahmen des DAK-IV-Projekts Psych-Direkt	Fachvortrag bei einem Kooperationstreffen, MdK Rheinland-Pfalz, Alzey
18.06.09	Horn	Burnout im Polizeiberuf	Vortrag, Ev. Polizeiseelsorge, Enkenbach-Alsenborn
18.06.09	Keller	Stressbewältigung und Burnout-Prophylaxe im Rahmen der Suchtprävention	Vortrag bei der Aktionswoche Alkohol, Blaues Kreuz, Saarlouis
03.07.09	Keller	Stalking – die Opfer	Vortrag, Fachtagung, Bund Deutscher Kriminalbeamter, Landesverband Saarland, Dillingen
08.07.09	Schwickerath	Mobbing am Arbeitsplatz	Vortrag Universität des Saarlandes-Fachrichtung Psychologie. Studentischer Kongress „Psychopathologien in Organisationen“, Saarbrücken
02.09.09	Stau	Essstörungen	Workshop, Berufsbildungszentrum Bitburg
02.09.09 05.11.09 18.11.09	Keller	Stressbewältigung und Burnoutprophylaxe	Führungskräfteschulungen, Fa. Wagner Tiefkühlprodukte, Nonnweiler-Braunshausen
12.09.09	Horn	Vom Arbeitsplatzkonflikt zum Hörsturz	Vortrag 14. Tinnitus-Symposium Bad Arolsen
16.09.09	Horn	Umgang mit Aggression und Gewalt in der Pflege	Workshop für den Saarländischen Schwesternverband, Eppelborn
07.10.09	Schwickerath	Verhaltenstherapie: Gestern – Heute – Morgen	Symposium zum 20-jährigen Bestehen des IVV. Eröffnungsvortrag.
31.10.- 01.11.09	Horn	Achtsamkeitstraining	Workshop für psychosoziale Berufe, Psychotherap. Zentrum Stuttgart
06.11.09	Horn	Umgang mit psychisch Kranken im Polizeidienst	Seminar für Polizeibeamte, AHG Klinik Berus
09.11.09	Keller	Häusliche Gewalt: Die Situation von Frauen und Kindern als Opfer und Zeugen	Fachvortrag AWO, Saarbrücken
11.11.09	Schwickerath	Mobbing am Arbeitsplatz – was ist das und was kann man dagegen tun?	Vortrag für Führungskräfte u. Mitarbeiter der Agentur für Arbeit Saarland, Saarbrücken

27.11.09	Zielke, Vogelgesang, Keller	Konzepte zu präventiven Interventionen durch die Deutsche Rentenversicherung DRV. Neufassung des § 31 SGB VI „Prävention“	Fachvortrag, 3. Nationaler Präventionskongress, Dresden
12/2009	Keller, Riedel	Le traitement du burn-out par les TCC dans un cadre hospitalier	Fachvortrag, Jahrestagung AFTCC, Paris
12/2009	Carls, Riedel, Meuschel, Gagel	Les indications traitées par les TCC à la AHG Klinik Berus	Jahrestagung AFTCC, Paris
04.12.09	Schwickerath	Mobbing am Arbeitsplatz - Stationäre Verhaltenstherapie von Patienten mit Mobbing Erfahrungen	Seminar Fachverband Verhaltenstherapie Saar, Saarbrücken

Fachliche Beiträge in öffentlichen Medien

Datum	Referent	Beitrag	Rahmen
15.01.09	Schwickerath	Mehrheit der Deutschen hat Frust im Job	Saarbrücker Zeitung
15.01.09	Schwickerath	Bedürfnisse der Arbeitnehmer müssen erfüllt werden	Saarbrücker Zeitung
27.02.09	Schwickerath	Burnout - Was ist das?	Interview, RTL Radio
13.03.09	Schwickerath	Interview zu Mobbing	SR 1 Europawelle Saar
13.03.09	Schwickerath	Interview zu Mobbing	Neuanfang. SR Unser Ding
13.03.09	Schwickerath	Interview zu Mobbing als Hintergrund zu Amoklauf	Lauter Leben. SR Unser Ding
23.03.09	Schwickerath	Interview zu Mobbing	Abendrot. SR 1 Europawelle Saar
30.06.09	Schwickerath	AHG Klinik Berus	Unternehmensbericht SaarLB
07.08.09	Schwickerath	Interview zu Emotionen am Arbeitsplatz	Bunte Funkminuten. SR 3 Saarlandwelle
29.08.09	Schwickerath	Mobbing am Arbeitsplatz - Therapie für Mobbingopfer	TV-Sendung vivo 3sat
24.09.09	Schwickerath	Mobbing bei älteren Arbeitnehmern	Monitor-Interview
07.10.09	Schwickerath	Die Wartezeit für unsere Patienten sollte kürzer werden. Verhaltenstherapie-Institut feiert Geburtstag.	Saarbrücker Zeitung
07.10.09	Schwickerath	Verhaltenstherapie mit Master oder Bachelor?	Saarbrücker Zeitung
11.11.09	Schwickerath	Mobbing am Arbeitsplatz - was ist das und was kann man dagegen tun?	Vortrag für Führungskräfte u. Mitarbeiter der Agentur für Arbeit Saarland, Saarbrücken
12.11.09	Keller	Soziale Gewalt - Folgen und Hilfestellungen für die Opfer	Themenabend, MAG'S, SR-Fernsehen
18.11.09	Schwickerath	Mobbing	Interview für DAS-DING/SWR
12.12.09	Schwickerath	Pillen im Kopf	Saarbrücker Zeitung

Wissenschaftliche Aktivitäten und Mitarbeit in wissenschaftlichen und klinischen Beiräten

Datum	Referent	Veranstaltung	Rahmen
17.01.09	Horn	Treffen der Klinikvertreter Tinnitus behandelnder Krankenhäuser	DTL e.V., Kassel
27.03.09	Keller	PTSD-Evaluation: Vorbereitung einer Multi-Center-Studie	DeGPT-Arbeitsgruppe Stationäre Traumatherapie, Köln
22.04.09	Carls	Wissenschaftliches Kolloquium	AHG Wissenschaftsrat, Düsseldorf
23./24.06.09	Carls	Tagung des AHG Wissenschaftsrats	AHG Wissenschaftsrat, Düsseldorf
01.07.09 15.10.09	Keller	Neukonzeption des DAK-IV-Projekts Psych-Direkt	Kooperationstreffen, MdK Rheinland-Pfalz, Alzey/Mainz

Veröffentlichungen durch Klinikmitarbeiter im Berichtsjahr

Keller, R. und Senft, W. (2009). Konzept und Evaluation ambulanter verhaltensmedizinischer Behandlung im Rahmen eines Projekts zur Integrierten Versorgung psychosomatisch Erkrankter. Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation, 84, 83-91.

Keller, R., Kosarz, P., Könning, J. und Ströhm, W. (2009). Wie zufrieden sind die PPIAs? Eine Evaluation der Psychotherapieausbildung an staatlich anerkannten Ausbildungsstätten. Psychotherapie Aktuell 1/09, 42-44.

Kobelt, A, Gutenbrunner, C., Schmitt-Ott, G., Schwickerath, J. & Petermann, F. (2009). Haben Menschen mit Mobbing Erfahrungen, die einen Antrag auf medizinische Rehabilitation stellen, eine auffällige Persönlichkeit? (S.1-7) PPMP/534/ 14.7.2009/Macmillan.

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

Schwickerath, J. & Carls, W. (2009). Mobbing am Arbeitsplatz und Krankheit. In G. Herold. Innere Medizin (S. 868). Köln: Gerd Herold.

Schwickerath J. & Kneip V. (2009). Bullying Groups – rehabilitation of the targets of workplace bullying. Interventions for Bullying and Harassment at Work Psychosocial. Risk Management european framework (PRIMAef). <http://prima-ef.org/bhi.aspx#intervention4>.

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 2010 folgende Ziele vorgenommen:

Einführung einer elektronischen Therapieplanung

Zur schnelleren Aufnahme in die Therapieangebote, Verbesserung der Gruppenauslastung, Vermeidung von Terminüberschneidungen und damit zur Verbesserung der Kundenzufriedenheit und Verringerung des Organisationsaufwandes soll 2010 in Zusammenarbeit mit der AVG IT-Service GmbH eine Elektronische Therapieplanung eingeführt werden. Die positive Wirkung sollte sich erwartungsgemäß in den internen und externen Patientenbefragungen niederschlagen.

Katamnese zur Behandlung von Pathologischem Glücksspiel

Es wird im Rahmen der Fachgruppe „Pathologisches Glücksspielen und PC/Internet-Spielen“ der AHG für das Störungsbild pathologisches Glücksspielen eine katamnestische Untersuchung, begonnen am 01.07.2009, durchgeführt. Neben der AHG Klinik Berus nehmen insgesamt sechs weitere Einrichtungen der AHG an der Studie teil.

Neukonzeption des ambulanten Behandlungskonzepts im Rahmen des DAK-IV-Projekts Psych-Direkt

Nach erfolgreichem Verlauf des DAK-IV-Projekts Psych-Direkt in den Jahren 2005 bis 2009 hat sich die AHG Klinik Berus zum Ziel gesetzt, in Kooperation mit der DAK, dem MdK Rheinland-Pfalz, Alzey, und anderen, an diesem IV-Projekt teilnehmenden Kliniken bei der Neukonzeption des ambulanten Behandlungsangebots im Rahmen des Projekts Psych-Direkt mitzuwirken und das überarbeitete IV-Konzept ab 01.01.2010 umzusetzen. Gerade die AHG Klinik Berus kann hier auf Grundlage der bis dato vorliegenden positiven Behandlungsergebnisse einen wesentlichen Beitrag bei der für 2009/2010 geplanten Überarbeitung des ambulanten IV-Behandlungsangebotes leisten. Zur kontinuierlichen Qualitätssicherung und Verbesserung soll in diesem Zusammenhang auch die systematische Evaluation des Behandlungskonzepts fortgesetzt werden.

6. GLOSSAR

Audit

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

BADO-Verfahren

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

DEGEMED

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

Externe Qualitätssicherung der DRV

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

ICD-10-Codierung

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

IRENA

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

Katamnese

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

KTL (Klassifikation therapeutischer Leistungen)

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

Leitlinien der DRV

Die indikationsspezifischen Leitlinien der DRV geben ein gewisses Gerüst für die stationäre Rehabilitation vor. Hier wird z. B. anhand sog. Evidenzbasierter Therapiemodelle (ETM) festgelegt, welche Mindestanforderungen die Klinik hinsichtlich der Durchführung der entsprechenden Therapien (z.B. Einzelgespräche, Gruppengespräche aber auch Kontakten 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. Da die DIN branchenübergreifend gültig ist, sind in der Basischeckliste der DEGEMED über die Kriterien der Norm hinaus spezielle Merkmale festgelegt, die eine Rehabilitationsklinik erfüllen muss, um ein Zertifikat nach DEGEMED zu erlangen. Internet: www.degemed.de/pdf/Inhalt_Basischeckliste.pdf

Qualitätsmanagementsystem nach DIN EN ISO 9001:2008

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

Visitationen

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

Zertifizierung

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

Zertifizierungsstelle

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

7. IMPRESSUM

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

Verantwortliche für den Qualitätsbericht:

Redaktion: Rolf Keller

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

Fotos: Christian Nielinger, Essen
Margarete Singer, Ottweiler

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

Erschienen: August 2010

Ident-Nummer: 650_QMS_04

ISBN: 978-3-00-033161-9





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_04

ISBN 978-3-00-033161-9