

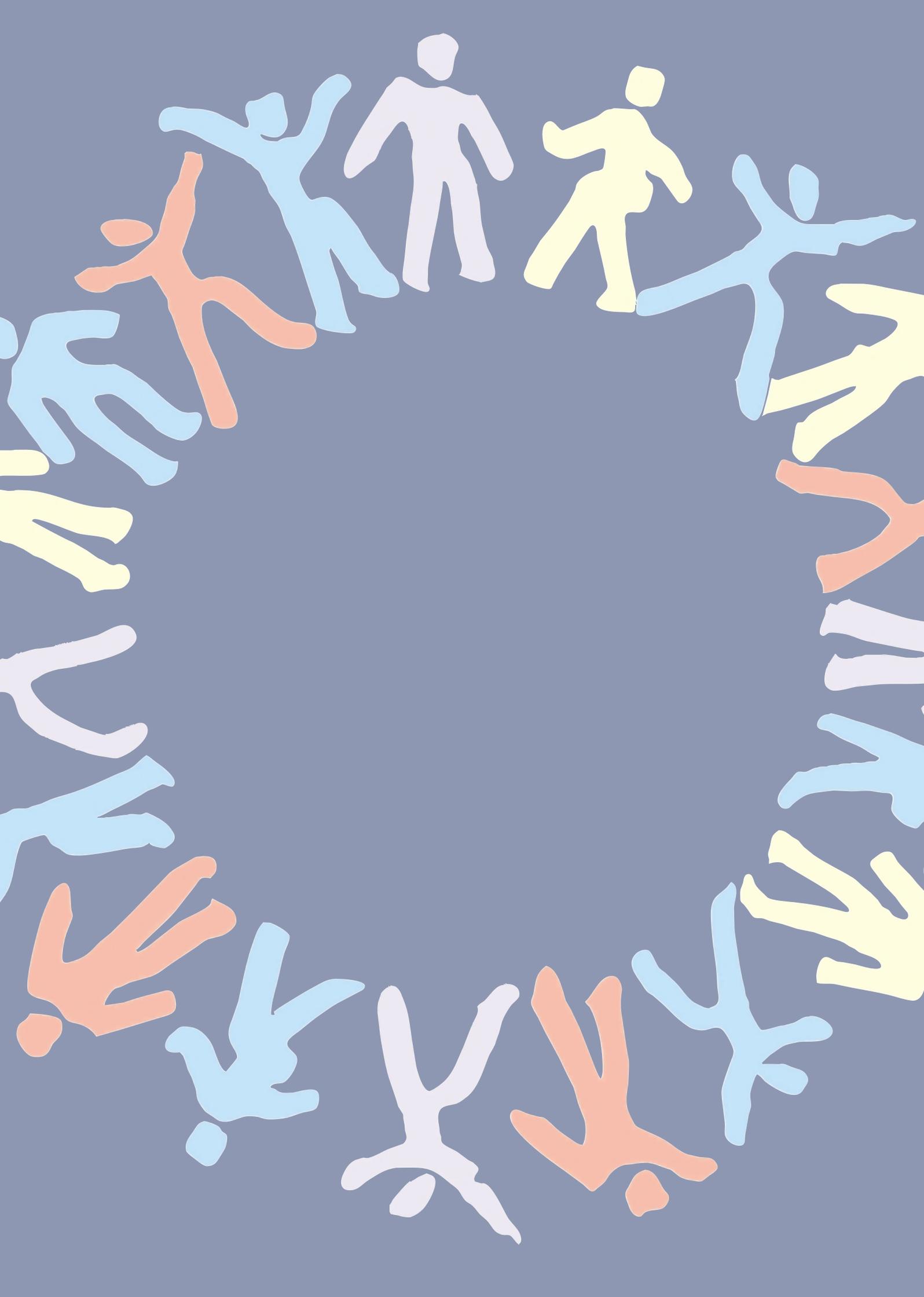


AHG Klinik Berus

Europäisches Zentrum für Psychosomatik
und Verhaltensmedizin

Qualitätsbericht

2007



2007

Vorwort zum Qualitätsbericht

Liebe Leserin, lieber Leser.

Das Jahr 2007 ist ein wichtiger Meilenstein in der Geschichte der AHG Klinik Berus. Nach eingehender Markt- und Bedarfsanalyse begannen im August des Jahres 2007 die Arbeiten am III. Erweiterungsbau der Klinik. Damit verändern sich die äußeren Rahmenbedingungen des Hauses entscheidend. Nach Fertigstellung wird es möglich sein, erstmals nahezu alle Patienten in Einzelzimmern unterzubringen. Ausgenommen hiervon bleiben alle Eltern-Kind-Zimmer bzw. Doppelzimmer, die weiterhin indikationsgeleitet als solche belegt werden.

Mit der dreigeschossigen Baumaßnahme entstehen insgesamt 66 komfortable Einzelzimmer, 3 Gruppenräume, 2 Patientenaufenthaltsräume sowie 6 Arzt- und Therapeutenbüros. Das gesamte Gebäude ist barrierefrei angelegt und nach neuesten baulichen- und energietechnischen Gesichtspunkten konzipiert. Nach Fertigstellung der Neubaumaßnahme werden die im Zentralgebäude bestehenden Doppelzimmer zurückgebaut und modernisiert. Im 4. Obergeschoss des Hauses entstehen ca. 8 Zimmer für Privatpatienten. Das Investitionsvolumen für das Gesamtprojekt beträgt rund 5 Mio EURO.

Mit der Umsetzung dieses Projekts reagiert die Klinik auf aktuelle konjunkturelle und gesundheitspolitische Einflüsse sowie umfänglich auf die veränderten Qualitätsstandards im Bereich der Rehabilitationsbehandlung. Gleichzeitig werden dadurch die Behandlungsbedingungen unserer Patienten maßgeblich verbessert.

Aber auch die kontinuierliche inhaltliche Arbeit an Therapiekonzepten und -abläufen trägt dazu bei, die Qualität der Behandlung der uns anvertrauten Patienten stets weiterzuentwickeln und zu optimieren. Das im Jahr 2001 eingeführte und in der Realität gelebte Qualitätsmanagementsystem bildet hierfür den geeigneten Rahmen.

Wir bedanken uns an dieser Stelle bei allen unseren Partnern für die vertrauensvolle und gezielte Zusammenarbeit im Berichtsjahr. Einen besonderen Dank richten wir auch an unsere Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter für ihren motivierten Einsatz im Dienste der Patienten.



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 der Rehabilitationsklinik**

Allgemeine Hospital-Gesellschaft mbH & Co. KG (AHG)

- **Institutskennzeichen**

261000375

- **Das Leitungsteam**

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



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 Psychotherapeutische Medizin und Psychotherapie

Telefon: +49 (0) 68 36 – 39-173

E-Mail: tstau@ahg.de

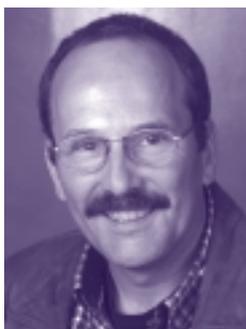


Jürgen Horn

Leitender Arzt, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Facharzt für Psychotherapeutische Medizin und Psychotherapie

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. Josef Schwickerath

Leitender Psychologe, Psychologischer Psychotherapeut

Telefon: +49 (0) 68 36 – 39-180

E-Mail: jschwick@ahg.de

- **Patientenanmeldung**

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

- **Sekretariat der medizinisch-therapeutischen Leitung**

Ilona Balzer-Eehalt
Chefarztsekretariat
Telefon: +49 (0) 68 36 – 39-186
Telefax: +49 (0) 68 36 – 39-178
E-Mail: klinikberus@ahg.de

- **Kontaktadresse DEGEMED**

Die AHG Klinik Berus ist Mitgliedsklinik der Deutschen Gesellschaft für Medizinische Rehabilitation e.V. (DEGEMED):



DEGEMED
Deutsche Gesellschaft für Medizinische Rehabilitation e.V.
Geschäftsführer Dr. Wolfgang Heine
Fasanenstraße 5
D - 10623 Berlin
Telefon: +49 (0) 30 – 28 44 96-6
Telefax: +49 (0) 30 – 28 44 97-70
Internet: www.degemed.de
E-Mail: degemed@degemed.de

- **Hinweis zu diesem Qualitätsbericht**

Dieser Qualitätsbericht wurde für das Jahr 2007 erstellt (Berichtszeitraum 01.01.2007 bis 31.12.2007) und bezieht sich auf die im Kalenderjahr entlassenen Patienten:

Stationäre Fälle	=	1214
Teilstationäre Fälle	=	48
Ambulante Fälle	=	160

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 (Teil-)Stationäre Rehabilitation.....	32
2.2.2.	Indikation Stationäre Behandlung im Akutstatus.....	50
3.	QUALITÄTSPOLITIK UND QUALITÄTSSICHERUNG	52
3.1.	Qualitätspolitik der Einrichtung.....	52
3.1.1.	Strategische und operative Ziele.....	52
3.1.2.	Umsetzung von Leitlinien.....	56
3.1.3.	Umsetzung spezifischer rechtlicher Anforderungen.....	56
3.2.	Qualitätssicherung der Einrichtung.....	57
3.2.1.	Internes Qualitätsmanagement.....	57
3.2.2.	Qualifizierung der Mitarbeiter.....	60
3.2.3.	Externe Qualitätssicherung.....	63
3.2.4.	Ergebnisse der internen Qualitätssicherung.....	66
3.2.5.	Weiterentwicklung von Versorgungskonzepten.....	83
4.	AKTIVITÄTEN UND VERANSTALTUNGEN	88
4.1.	Vermittlung von Konzepten und Erfahrungen.....	88
4.2.	Sonstige Aktivitäten der Einrichtung.....	95
5.	AUSBLICK UND AKTUELLES	96
6.	GLOSSAR	97
7.	IMPRESSUM	100

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, chronischem Tinnitus, Traumafolgestörungen, Pathologisches Glücksspiel und Essstörungen spezialisiert. Eine Besonderheit ist die „Mutter-Kind-Therapie“ 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 Höherücken 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 31.12.2007

Therapieplätze = 159 stationär, davon Mutter-Kind-Behandlung = 10
= 6 teilstationär
= 20 ambulant (DAK-Integrierte Versorgung,
Berufsgenossenschaften/Unfallkassen)

1.1.2. Träger der Einrichtung

Träger der AHG Klinik Berus ist die Allgemeine Hospital-Gesellschaft mbH & Co. KG (AHG). 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, chronischem Tinnitus, Traumafolgestörungen, Pathologischem Glücksspiel und Essstörungen. Eine Besonderheit

>>>

ist die „Mutter-Kind-Therapie“ 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

Kontradindikationen

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

1.2.1. Qualitätsverständnis

Die AHG Klinik Berus ist zertifiziert nach DIN EN ISO 9001: 2000. 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:

<u>Leistung:</u>	<u>KTL-Ziffer:</u>
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
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, 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 die 1-Jahreskatamnese zur stationären Traumatherapie herausgegriffen. Die Daten ergaben wie bei den vorausgegangenen Auswertungen in den traumaspezifischen Parametern gute Effekte, 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. 4/5 der untersuchten Traumagruppenteilnehmer. Entscheidend war dabei offensichtlich der Abbau von Vermeidungsverhalten bei dosierter Traumakonfrontation nach vorausgehender Stabilisierungsphase. Diese Ergebnisse sind für Patienten wie Therapeuten gleichermaßen ermutigend, da sie Hoffnung machen und eine Bestätigung für die geleistete Arbeit darstellen. Die Verbesserungspotentiale, die sich ebenfalls 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 letztlich in die klinisch-praktische Arbeit ein.

1.2.6. Fallzahl behandelter Patientinnen und Patienten

Im Jahr 2007 wurden in unserer Klinik als Patientinnen und Patienten behandelt und entlassen:

Stationäre und teilstationäre psychosomatische Behandlung

Im Berichtsjahr wurden 1214 Patienten stationär und 48 teilstationär (d.h. ganztags ambulant) in der AHG Klinik Berus behandelt. Darunter fallen sowohl Rehabilitanten der DRV als auch Patienten, die über einen anderen Abrechnungsmodus in Behandlung kommen und z.T. im akutpsychosomatischen Status zugewiesen wurden.

Indikationen	AHB/AR Anschlussheilbehandlung/ Anschlussrehabilitation		HV Heilverfahren (stationär)		Ganztags ambulant (teilstationär)	
	Anzahl	Verweil- dauer	Anzahl	Verweil- dauer (Mittel/Tage)	Anzahl	Verweil- dauer (Mittel/Tage)
Stationäre und teilstationäre Behandlung			1214	43,8	48	26,9

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 160 Patienten in der Klinikambulanz behandelt und entlassen:

Indikationen			Einzelangebote Einzel/Gruppe		Ganztags ambulant	
			Anzahl		Anzahl	
Ambulanz Reha-Nachsorge			42			
Ambulanz DAK IV Psych-Direkt					100	
Ambulanz Traumatherapie			17			
Ambulanz Sonstige			1			

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 9001:2000 und wurde 2001 durch das von der DGO 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 Strukturhebungsbogen der Gesetzlichen Renten- und Krankenversicherung werden erfüllt.

2.1.1. Mitarbeiter

Am 31.12. 07 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)
Leitender Arzt (Oberarzt)	2,0	Facharzt für Innere Medizin, Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Hygienebeauftragter, Supervisor (VT)
Funktions- oberärzte	1,7	Facharzt für Neurologie, Facharzt für Psychiatrie, Facharzt für Psychotherapie, Fachärztin für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
Assistenz- ärzte	7,6	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 Kranken- schwestern	7,6	Examierte Krankenschwestern/Cootherapeutinnen
Krankenpflege- helfer	3,8	Nicht examinierte Krankenschwestern/Krankenpflegehelfer/Cootherapeutinnen

>>>

MTL	0,5	Med. techn. Laboratoriumsassistentin
Arzthelferinnen	1,3	
Therapeuten/innen		
Leitende Psychologen	3,0	Psychologische Psychotherapeuten, Supervisoren (VT), QM-Manager
Psychologische Psychotherapeuten	3,9	Approbation VT
Diplom-Psychologen	11,0	
Ergo-therapeuten	2,0	
Sport-therapeuten	1,8	Diplomsportlehrer, Gymnastiklehrerin
Physio-therapeuten	2,3	
Diplom-Sozialarbeiter		
Diplom-Sozialpädagogen	1,5	
Ernährungsberatung	0,8	Diätassistentin
Erzieherinnen	1,7	

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, chronischem Tinnitus, Traumafolgestörungen, Pathologischem Glücksspiel und Essstörungen. Im Rahmen der „Mutter-Kind-Therapie“ 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: (Teil-)Stationäre Rehabilitation

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 psychosomatischer Störungen bei Mobbing

Josef Schwickerath

Hintergrund

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, sozialem Rückzug u.ä. an. Über 40% erkranken infolge von Mobbing, davon wiederum fast die Hälfte für mehr als 6 Wochen. Schlafschwierigkeiten, Angespanntheit, Nervosität, Kopfschmerzen, depressive Verstimmungen, Angststörungen, Alkohol- und Medikamentenmissbrauch sind einige der Folgen. Bei den Ursachen lassen sich drei Bereiche unterscheiden: die Organisation oder die Gruppe, die Mobbingtäter, das Mobbingopfer.

Behandlungskonzept

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

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

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

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

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

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

Behandlungsergebnisse

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.

Literatur:

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.

Behandlung von dekompensiertem chronischen Tinnitus

Jürgen Horn

Behandlungskonzept

Seit 1997 gibt es in der 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 Tinnitushabituation.

Es werden Informationsveranstaltungen für interessierte Selbsthilfegruppen in der Klinik angeboten. 2007 wurde das Tinnitus-Behandlungsmodul „Achtsamkeit“ wissenschaftlich evaluiert. Eine Veröffentlichung ist im Druck.

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 relevanten Stresserleben. Auf der Basis dieses Modelles der Krankheitsentstehung und -aufrechterhaltung werden Lösungswege erarbeitet und individuell getestet.

Tinnitusbewältigungsgruppe

Daneben wird die themenzentrierte „Tinnitusgruppe“ angeboten, in der wesentliche Informationen zum Thema Tinnitus und Hören vermittelt werden. Dies dient der Entkatasrophisierung 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.

Behandlungsergebnisse

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.

Literatur

- Horn, J., Follert, P. (2001). Die stationäre verhaltensmedizinische Behandlung des dekompensierten chronischen Tinnitus. In: M. Zielke, H. von Keyserlingk & W. Hackhausen (Hrsg.), *Angewandte Verhaltensmedizin in der Rehabilitation* (774–789). Lengerich: Pabst Science Publishers.
- Horn, J. (2004). Mobbing und Innenohrerkrankungen am Beispiel des chronischen Tinnitus. In: J. Schwickerath, M. Zielke & W. Carls (Hrsg.), *Mobbing am Arbeitsplatz*, Lengerich: Pabst Science Publishers.
- Rudolph, F. M., Stadtfeld-Oertel, P., Horn, J. (2004). Tinnitus und ICF. *Praxis der Verhaltenstherapie, Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation*, (17), 67, 238–243.
- Horn, J. (2005). *Quälgeist Tinnitus – Zum Umgang mit chronischen Ohr- und Kopfgeräuschen. Ein Ratgeber für Betroffene*. München: CIP-Medien-Verlag.

Traumadiagnostik und Traumatherapie

Rolf Keller

Behandlungskonzept

Mit dem 1999 entwickelten und seitdem konsequent optimierten Konzept für Traumadiagnostik und Traumatherapie nimmt die AHG Klinik Berus unter vergleichbaren stationären Behandlungseinrichtungen, die Traumatherapie anbieten, eine Vorreiterstellung ein. Die Stärke des Traumakonzepts der 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, Riedel & Senft, 2003). 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 (Keller, 2004). In dieser Phase wird die Auseinandersetzung mit den traumatischen Erlebnissen explizit ausgeklammert. In dieser Phase 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 (Keller & Riedel, 2001). 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 Trauma-Gruppe bietet sich die Möglichkeit, sich mit den anderen Gruppenmitgliedern über die traumatischen Erlebnisse in klar strukturierter Form auszutauschen und gegenseitig zu unterstützen. Nach Informationen über Trauma und Traumabewältigung werden Stabilisierungstechniken vermittelt, Methoden zur Traumakonfrontation aufgezeigt und Maßnahmen zur Integrationsphase besprochen. Eine wesentliche Rolle bei der Behandlung sexuell traumatisierter Frauen kommt einer speziellen Körpererfahrungsgruppe für diese Frauen zu. Bei ressourcenorientiertem Vorgehen wird hier der Fokus v.a. auf eine verbesserte Körperwahrnehmung und Körperakzeptanz, Abgrenzungsfähigkeit und Nähe-Distanz-Regulation gelegt. Die Teilnahme an einer Selbstsicherheitsgruppe und weiteren themenzentrierten Angeboten wie Depressionsgruppe, Angstbewältigungsgruppe, Essstörungsgruppe usw. kann den Therapieplan sinnvoll ergänzen. Als Methoden der Integrationsphase sind primär ressourcenorientierte Interventionen heranzuziehen, wie sie bereits in der Stabilisierungsphase zur Anwendung kommen. Abhängig von den individuellen Therapiezielen bieten sich zusätzlich ergo- und soziotherapeutische Maßnahmen zur beruflichen Reintegration, sport- und physiotherapeutische Maßnahmen bei körperlichem Funktionstraining, oder Sozialberatung zu Wohnungsfragen, Fragen der finanziellen bzw. wirtschaftlichen Absicherung und Klärung der ambulanten oder teilstationären Nachsorge an.

Behandlungsergebnisse

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

Literatur

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.

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 sogenannte „alte Hasen“ als therapeutisches Modell für Therapieanfänger dienen. Die Gruppenteilnehmer werden durch schriftliche Informationen über das Ziel und die Gruppenregeln vorbereitet.

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

den bei vielen Spielern neben der krisenhaften Zuspitzung in den o.g. Bereichen auch die oft nicht eingestandenen Ängste vor Einsamkeit bzw. allein gelassen zu werden, Angst vor Ablehnung, Suche nach Geborgenheit deutlich, die oft schon seit früher Kindheit durch starke Verwöhnung oder einen inkonsequenten Erziehungsstil, fehlende angemessene Modelle durch Abwesenheit des Vaters beispielsweise überkompensiert wurden. Neben der stimmigen, plausiblen Erklärung durch die Gruppe, die das in der Einzeltherapie erarbeitete Erklärungsmodell ergänzt, geht es um eine realistische Lösungsperspektive, wobei auch die Gruppe als Korrektiv für überhöhte und unrealistische Perspektiven dient. Je nach individueller Indikation nehmen die Spieler zusätzlich an weiteren verhaltenstherapeutischen Gruppen (z.B. Selbstsicherheitsgruppe, Entspannungstraining, Depressionsgruppe) sowie an Gruppen der Abteilung für Rehabilitationspädagogik (Sport-, Ergo- und Soziotherapie) und der Physiotherapie teil. 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 ambulanten Rahmen (ambulante Psychotherapie, Beratungsstelle, Selbsthilfegruppe) weiterführen. Hierfür wird versucht, die entsprechende Motivation aufzubauen und weiterführende Anlaufstellen zu vermitteln.

Behandlungsergebnisse:

Die Wirksamkeit der Behandlung wurde durch zwei Katamnesen geprüft. Die Ergebnisse zeigen die Wirksamkeit der stationären Therapie für pathologische Spieler.

Literatur:

- 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 Glücksspiels: Eine Nachbefragung, Praxis der Klinischen Verhaltensmedizin und Rehabilitation 33: 49-54.
- Schwickerath J., Carls, W., Simons, A. (1998). Die Gruppe als gruppenspezifischer Baustein der stationären verhaltenstherapeutischen Spielerbehandlung. Praxis der Klinischen Verhaltensmedizin und Rehabilitation 43: 68-73.

Französischsprachige Therapie

Heiko Riedel

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

Dieses Behandlungsangebot, das zunächst von einer französischsprachigen Einzeltherapie mit wenigen Indikationen und deutschsprachigen Gruppenangeboten, die teilweise mit Übersetzung arbeiteten, ausging, konnte zwischenzeitlich auf alle Indikationen und Behandlungsmodulare der Klinik ausgeweitet werden. Die Personalkompetenz wird dieser Entwicklung des Patientenaufkommens laufend angepasst. Hierzu gehören sowohl Schulungsmaßnahmen, die sowohl von eigenen Mitarbeitern in der Fremdsprache angeboten werden, als auch Interventionen 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.

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-Code	darin ICD-10-Code	Diagnose	Anzahl	Prozent
1. F43		Reaktion auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	404	32,1
1.1	F43.1	Posttraumatische Belastungsstörungen	76	6,0
1.2	F42.2	Anpassungsstörungen	326	25,9
2. F30-F39		Affektive Störungen	446	35,4
2.1	F33	Rezidivierende depressive Störung	257	20,4
2.2	F32	Depressive Episode	177	14,1
3. F40-F41		Phobische Störungen / Angststörungen	137	10,9
3.1	F40.0	Agoraphobie	36	2,9
3.2	F40.1	Soziale Phobien	16	1,3
3.3	F41	Andere Angststörungen	79	6,3
4. F45		Somatoforme Störungen	44	3,5
4.1	F45.4	Anhaltende somatoforme Schmerzstörung	29	2,3
5. F63		Abnorme Gewohnheiten und Störungen der Impulskontrolle	77	6,1
5.1	F63.0	Pathologisches Spielen	74	5,9
6. E66		Adipositas	18	1,4
7. F50		Esstörungen	24	1,9
7.1	F50.2	Bulimia nervosa	15	1,2
7.2	F50.0	Anorexia nervosa	7	0,6
8. H93.1		Tinnitus aurium	19	1,5

Quelle/Stand: Basisdokumentation/31.12.2007

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 Endokrinen, 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	Pro- zent
1. Kap. F				915	53,0
1.1	F60-F62		Persönlichkeitsstörungen	194	7,3
1.2	F43		Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	97	3,6
1.2.1		F43.1	Posttraumatische Belastungsstörung	53	2,0
1.2.2		F43.2	Anpassungsstörungen	40	1,5
1.3	F30-39		Affektive Störungen	193	30,4
1.3.1		F33	Rezidivierende depressive Störung	95	3,6
1.3.2		F32	Depressive Episoden	82	3,1
1.4	F40, 41		Phobische- und sonstige Angststörungen	115	4,3
1.4.1		F40.0, F40.01	Agoraphobie, mit/ohne Panikstörung	38	1,4
1.4.2		F41.0	Panikstörung	20	0,8
1.4.3		F41.1	Generalisierte Angststörung	26	1,0
1.5	F10-F19		Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen	98	3,7
1.5.1		F10	Störungen durch Alkohol	38	1,4
1.6	F50		Essstörungen	46	1,7
1.7	F45		Somatoforme Störungen	77	2,9
2. Kap. M			Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	490	18,4
3. Kap. E			Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	438	16,5
3.1	E66		Adipositas	234	8,8
3.2	E78		Störungen des Lipoproteinstoffwechsels und sonstige Lipidämien	85	3,2
3.3	E10-E14		Diabetes mellitus	59	2,2
4. Kap. I			Krankheiten des Kreislaufsystems	249	9,4
4.1	I10		Essentielle (primäre) Hypertonie	181	6,8

>>>

5.	H60-H95		Krankheiten des Ohres	198	7,5
5.1		H93.1	Tinnitus aurium	121	4,6
5.2		H93.2	Sonstige abnorme Hörempfindungen	14	0,5
6.	Kap. G		Krankheiten des Nervensystems	132	5,0
6.1		G43	Migräne	49	1,8

Quelle/Stand: Basisdokumentation/31.12.2007

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 64,2% 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 62,0% 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 1262 Patienten	Prozent von 1262 Patienten
1 Nebendiagnose (F / E 66 / H 93.1)	458	36,3 %
2 Nebendiagnosen (F / E 66 / H 93.1)	261	20,7 %
3 Nebendiagnosen (F / E 66 / H 93.1)	83	6,6 %
4 Nebendiagnosen (F / E 66 / H 93.1)	7	0,6 %
5 und mehr Nebendiagnosen (F / E 66 / H 93.1)	1	0,1 %
Summe	810	64,2 %

Quelle/Stand: Basisdokumentation/31.12.2007

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 1262 Patienten	Prozent von 1262 Patienten
1 somatische Nebendiagnose	375	29,7 %
2 somatische Nebendiagnosen	258	20,4 %
3 somatische Nebendiagnosen	119	9,4 %
4 somatische Nebendiagnosen	24	1,9 %
5 und mehr somatische Nebendiagnosen	6	0,5 %
Summe	782	62,0 %

Quelle/Stand: Basisdokumentation/31.12.2007

2.2.1.5. Sozialmedizinische und Soziodemographische Merkmale der Patienten

Die soziodemographischen Merkmale der Patienten entsprechen der Kostenträgerstruktur der AHG Klinik Berus. Frauen (61,2%) begeben sich deutlich häufiger in psychosomatische Behandlung als Männer (38,8%). Das Durchschnittsalter liegt bei 45 Jahren. Den größten Anteil der Erwerbstätigen stellen Arbeiter, Angestellte und Beamte (87,1%). Knapp die Hälfte der Patienten (48,9%) ist bei Aufnahme AU. Der Anteil der Arbeitslosen beträgt 21,1%.

Indikation: Stationäre/teilstationäre Rehabilitation	Frauen	Männer	Gesamt
Geschlecht			
Geschlechtsverteilung	772	490	1262
Alter			
18 bis 29 Jahre	78	44	122
30 bis 39 Jahre	138	90	228
40 bis 49 Jahre	302	162	464
50 bis 59 Jahre	212	171	383
60 Jahre und älter	38	23	61
Durchschnittsalter	44,4	45,3	44,8
Höchste Schulbildung			
derzeit in Schulausbildung	23	5	28
ohne Schulbildung abgegangen	22	24	46
Sonderschulabschluss	11	12	23
Haupt-/Volksschulabschluss	283	196	479
Realschulabschluss/Polytechnische Oberschule	221	97	318
(Fach-)Hochschulreife/Abitur	111	59	170
anderer Abschluss	101	97	198
Stellung im Beruf (bei Betreuungsbeginn)			
Auszubildender	12	8	20
Arbeiter/Angestellter/Beamter	672	427	1099
Selbstständiger/Freiberufler	12	32	44
sonstige Erwerbspersonen (z.B. Wehrdienst, Elternzeit, mithelfende Familienangehörige)	11	10	21
in beruflicher Rehabilitation (Leistungen zur Teilnahme am Arbeitsleben)	2	2	4
arbeitslos nach SGB III (Bezug von ALG I) oder arbeitslos nach SGB II (Bezug von ALG II)	150	116	266
Schüler/Student	23	5	28
Hausfrau/Hausmann	35	1	36
Rentner/Pensionär	37	24	61
sonstige Nichterwerbspersonen (z.B. SGB XII)	23	5	28

>>>

Status Arbeitsfähigkeit bei Aufnahme			
Arbeitsfähig	295	210	505
Arbeitsunfähig	372	245	617
Keine Beurteilung erforderlich	89	28	117
Status Arbeitsfähigkeit bei Entlassung			
Arbeitsfähig	343	243	586
Arbeitsunfähig	336	206	542
Keine Beurteilung erforderlich	62	22	84

Quelle/Stand: Basisdokumentation/31.12.2007

Der größte Anteil der Patienten wird regulär entlassen (88,3%). Therapieabbrüche gegen ärztlichen Rat (1,6%) kommen relativ selten vor. Etwas häufiger sind vorzeitige Entlassungen auf ärztliche Veranlassung (2,5%), meist aufgrund unzureichender Rehafähigkeit, oder vorzeitige Entlassungen mit ärztlichem Einverständnis (4,8%).

Entlassungsform (nach ärztlichem Reha-Entlassungsbericht)	Frauen	Männer	Gesamt
Regulär	683	431	1114
vorzeitig auf ärztliche Veranlassung	21	11	32
vorzeitig mit ärztlichem Einverständnis	37	23	60
vorzeitig ohne ärztliches Einverständnis	12	8	20
Disziplinarisch	1	1	2
Verlegt	4	2	6
Wechsel zu ambulanter, teilstationärer, stationärer Reha	0	1	1
Gestorben	0	0	0

Quelle/Stand: Basisdokumentation/31.12.2007

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	18095	1169	2,5	15,5
B	Physiotherapie	1993	396	0,8	5,0
C	Information, Motivation, Schulung	13598	1154	2,0	11,8
D	Klinische Sozialarbeit, Sozialtherapie	2877	694	0,7	4,2
E	Ergotherapie, Arbeitstherapie, a. funkt. Ther.	6535	657	1,6	10,0
F	Klinische Psychologie, Neuropsychologie	55411	1253	7,5	44,2
G	Psychotherapie	41914	1262	5,6	33,2
H	Reha-Pflege	3065	856	0,6	3,6
K	Physikalische Therapie	7069	833	1,4	8,5
L	Rekreationstherapie	14629	840	2,7	17,4
M	Ernährung	95	6	3,5	15,8
	Gesamt	165281	1262	21,6	131,0

Quelle/Stand: Basisdokumentation/31.12.2007

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 (2000) 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: 2000 und den DEGEMED-Grundsätzen sowie an dem Unternehmensleitbild der AHG, ist jedoch auch in Abgrenzung zum Leitbild der AHG Ausdruck der Individualität der AHG Klinik Berus. Das Klinikleitbild besteht aus 6 Leitsätzen, aus denen sich die Qualitätsziele („das bedeutet für uns ...“), die Maßnahmen zur Zielerreichung („dies erreichen wir durch ...“) und die Maßnahmen zur Überprüfung der Zielerreichung („dies überprüfen wir anhand ...“) ableiten.

3.1.1. Strategische und operative Ziele

Leitsatz 1:

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

Dies bedeutet für uns

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

Dies erreichen wir durch

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

>>>

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

Dies überprüfen wir anhand

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

Leitsatz 2:

Die Zufriedenheit unserer Kunden ist unser zentrales Anliegen.

Dies bedeutet für uns

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

Dies erreichen wir durch

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

Dies überprüfen wir anhand

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

Leitsatz 3:

Die Klinikleitung führt zielorientiert.

Dies bedeutet für uns

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

>>>

Dies erreichen wir durch

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

Dies überprüfen wir anhand

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

Leitsatz 4:

Wir wollen zu den besten Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation gehören.

Dies bedeutet für uns

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

Dies erreichen wir durch

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

Dies überprüfen wir anhand

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

>>>

Leitsatz 5:

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

Dies bedeutet für uns

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

Dies erreichen wir durch

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

Dies überprüfen wir anhand

- der Personalfuktuation
- 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 ein wissenschaftlicher Mitarbeiter, Mitarbeiter aus den Bereichen Therapie und Verwaltung sowie ein Betriebsratsmitglied angehören. Im Sinne der hierarchiefreien Qualitätszirkelarbeit werden unter der Verantwortung des QMB in der QM-Abteilung bzw. dem QM-Team unter Zustimmung der Klinikleitung Qualitätsprüfungen vorgenommen, Korrektur- und Vorbeugemaßnahmen initiiert und Qualitätsprojekte mitbetreut. Die detaillierte Ausarbeitung und Umsetzung erfolgt in weiterer Qualitätszirkelarbeit, in die auch andere Mitarbeiter der Klinik einbezogen werden. Die Themen beziehen sich dabei häufig auf Schnittstellen zwischen verschiedenen Bereichen.

QM-Dokumentation

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

Qualitätsbewertung

Mit dem Ziel der kontinuierlichen Überprüfung und Weiterentwicklung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität findet eine kontinuierliche Bewertung der 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 9001:2000 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 9001:2000 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 Auf- und Ausbau ambulanter Diagnostik bzw. Begutachtung (v.a. im Traumabereich), ambulanter Therapie und Nachsorge (Projekt mit der DAK zur Integrierten Versorgung), bei gesteigener Nachfrage und Ausweitung der Ambulanz wurden personelle Anpassungsleistungen notwendig.	Koordination und Optimierung der Abläufe ambulanter Diagnostik und Begutachtung sowie ambulanter Therapie.	Die entsprechenden Abläufe wurden erfasst, die Zuständigkeiten definiert, organisatorische Probleme geregelt. Offen blieben weiterhin Schnittstellenprobleme zur stationären Therapie und Verwaltung, eine Fortsetzung des QZ wurde beschlossen.
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 IWV 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)
- Rehabilitandenstruktur (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 = 70 Rehabilitanten vor. 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	2,4	2,4	2,0
Betreuung durch die Pflegekräfte	2,3	2,1	1,6
Psychotherapeutische Betreuung*	1,9	2,1	1,6
Therapeutische Maßnahmen*	1,9	2,2	1,9
Psycho-Edukative Maßnahmen	2,2	2,2	-
Körperorientierte Maßnahmen	2,0	1,8	1,6
Rehabilitationsplan und -ziele	2,3	2,5	2,0
Organisation	2,2	2,2	1,7
Nützlichkeit der Verhaltensempfehlung für Beruf, Haushalt u. Freizeit*	1,4	1,7	1,3
Ärztliche Beurteilung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit*	2,1	2,6	2,1
Gesamturteil zur Reha	2,3	2,3	1,9

Quelle/Stand: DRV Bund, Berichte zur Reha-Qualitätssicherung vom 21.04.2008, 70 Patienten mit Abschluss der Rehabilitation Februar bis Juli 2007

Im Berichtsjahr wurde die AHG Klinik Berus signifikant besser als der Klinikdurchschnitt in 4 Bereichen beurteilt: Psychotherapeutische Betreuung, Therapeutische Maßnahmen, Nützlichkeit der Verhaltensempfehlungen und Ärztliche Beurteilung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit.

Peer Review-Verfahren (Prüfung der Qualität der Entlassungsberichte)

Im Berichtsjahr erfolgte keine Datenerhebung und Rückmeldung dazu von Seiten der DRV Bund. Die aktuellsten vorliegenden Daten stammen von Rückmeldungen der DRV Bund zum Peer Review 2004/2005: Je höher die Zahl, desto besser der Wert auf einer Skala von 1–10; bester Wert: 10. Datenbasis N=20.

	Mittelwert	
	AHG Klinik Berus	alle Kliniken
Qualitätspunkte „Anamnese“	7,5	7,4
Qualitätspunkte „Diagnostik“	7,6	7,3
Qualitätspunkte „Therapieziele und Therapie“	7,4	7,3
Qualitätspunkte „Klinische Epikrise“	7,5	7,4
Qualitätspunkte „Sozialmedizinische Epikrise“	7,7	7,4
Qualitätspunkte „Weiterführende Maßnahmen und Nachsorge“	7,7	7,7
Qualitätspunkte „Gesamter Reha-Prozess“	7,4	7,1

Quelle/Stand: Peer Review DRV Bund 2004/2005

Die Qualitätsanalyse von 20 ärztlichen Entlassungsberichten durch die DRV Bund aus dem Zeitraum von April bis Juni 2004 ergab (bei tendenziell positiven Unterschieden) keine signifikanten Abweichungen zur Vergleichsgruppe von 96 Kliniken mit dem Indikationsbereich „Psychische Erkrankungen“. Auch im Vergleich zur letzten Peer Review Auswertung 2002 ergab sich keine signifikante Differenz in den oben aufgeführten Hauptkategorien.

Patientenbeschwerden

Der Rentenversicherer erfasst Beschwerden, die telefonisch und/oder schriftlich bei ihm eingegangen sind.

Kostenträger	Fallzahl	Beschwerden	
		in %	Anzahl
(Teil-)Stationäre Behandlung	1262	1,1	14
Ambulante Behandlung	160	0,6	1

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

Im Berichtsjahr erhielt die AHG Klinik Berus insgesamt 14 schriftliche Patientenbeschwerden von den Rentenversicherungsträgern (DRV Bund = 13, DRV Hessen = 1) zur stationären/teilstationären Rehabilitation. Das entspricht 1,1% der im Berichtsjahr stationär und teilstationär behandelten Patienten. Im Bereich der Ambulanz ging eine schriftliche Beschwerde an den Kostenträger, was 0,6% der im Berichtszeitraum ambulant behandelten Patienten entspricht.

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 teilstationären Rehabilitation:

Fallzahl Pat. abgereist stationäre/teilstat. Behandlung	Anzahl KTL/Jahr	Durchschnitt KTL/Woche und Patient
1262	165281,0	21,6

Quelle/Stand: Basisdokumentation/31.12.2007

Laufzeit der Entlassungsberichte

Die Laufzeit der Entlassungsberichte der AHG Klinik Berus an die DRV Bund wird klinikintern monatlich erhoben und betrug nach interner Auswertung 8,3 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 teilstationär behandelten Patienten (N = 1262 Patienten) bezogen, waren: Zimmersituation und Ausstattung, Sport- und Freizeitbereich, Essen sowie Organisation und Planung.

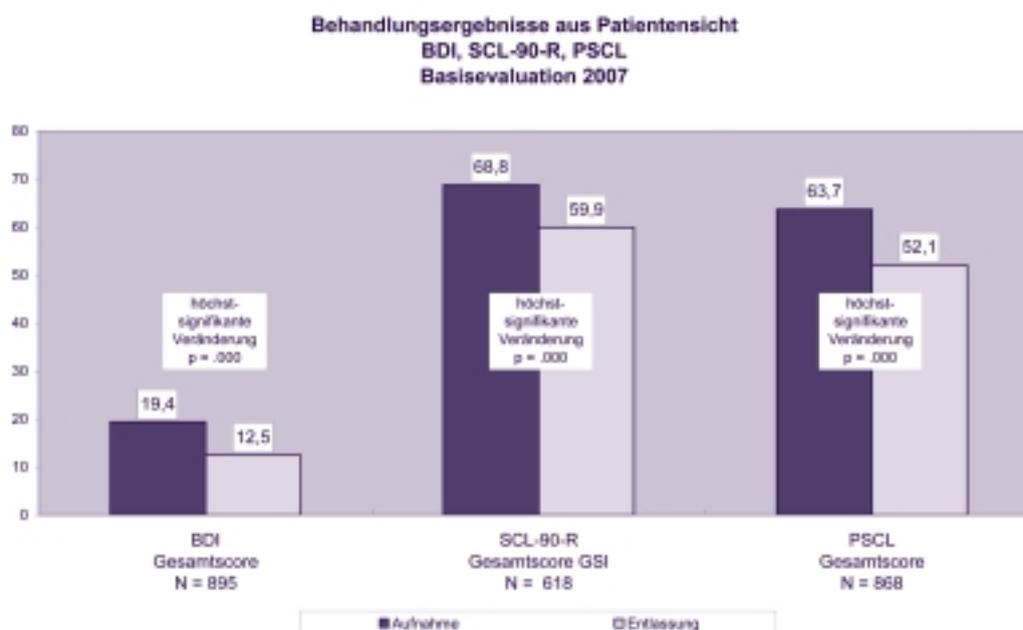
Routinemäßige Patientenbefragung (Basisevaluation)

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

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 der jeweiligen Indikation anzusehen.

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

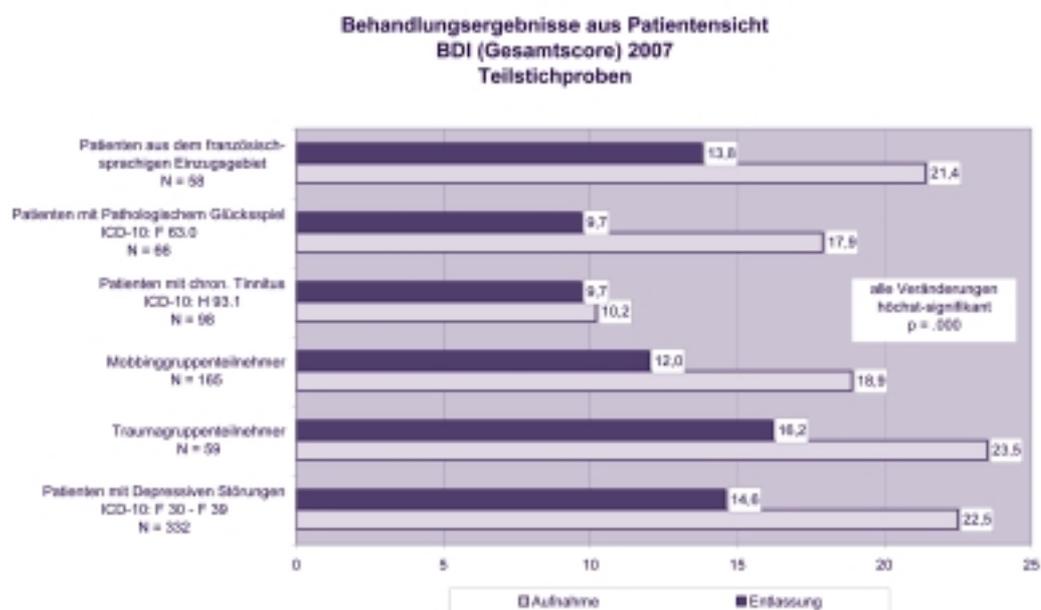


BDI

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 (Werte-spanne 0-63) sprechen für eine klinisch relevante depressive Symptomatik.

Ergebnisse BDI (Gesamtscore)

Es zeigte sich über die Jahre hinweg durchgängig ein höchst-signifikanter Rückgang des Summenscores zum Aufnahmezeitpunkt in einen Wertebereich ohne klinische Bedeu-tung zum Entlassungszeitpunkt. Dies gilt sowohl für die Gesamtstichprobe als auch für die aufgeführten Teilstichproben.

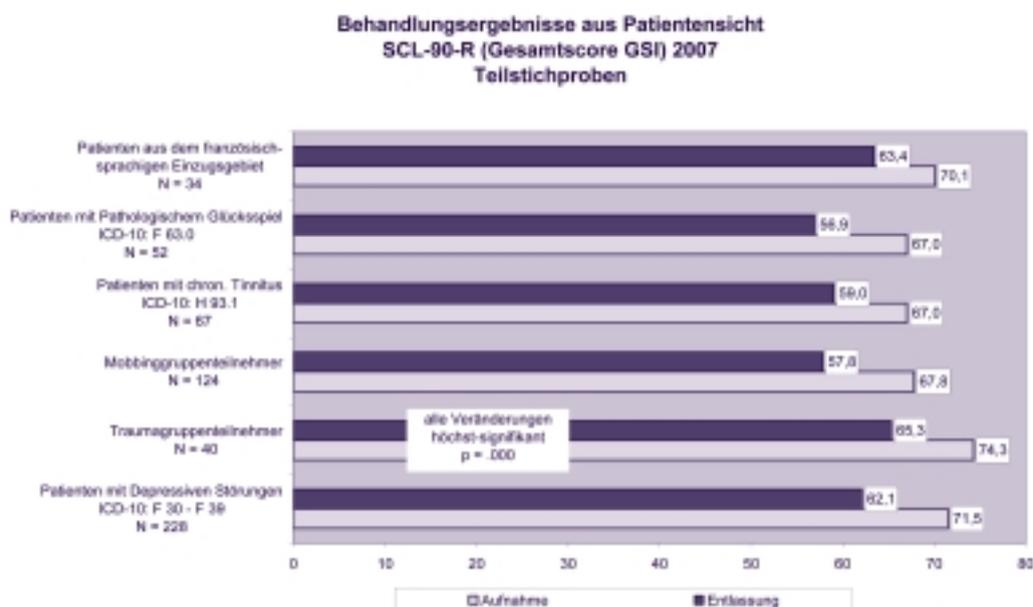


SCL-90-R

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.

Ergebnisse SCL-90-R (Gesamtscore)

Es war im Durchschnitt ein höchst-signifikanter Rückgang des Gesamtscores (GSI) vom Aufnahmezeitpunkt hin zum Entlassungszeitpunkt zu beobachten. Dies gilt wiederum sowohl für die Gesamtstichprobe als auch für die aufgeführten Teilstichproben. Dieser Trend blieb in den letzten Jahren ebenfalls stabil.

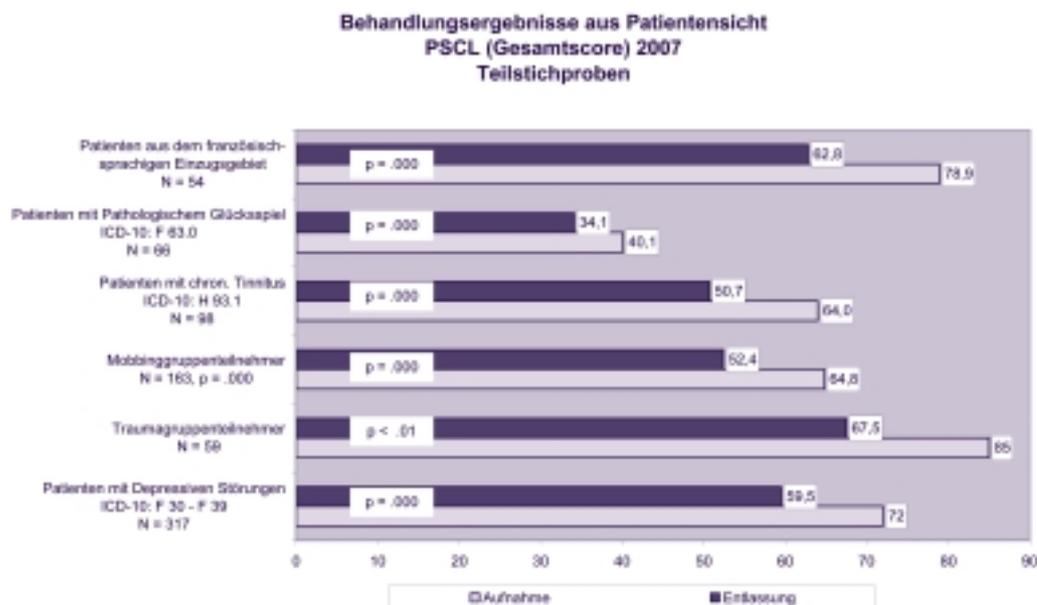


PSCL

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.

Ergebnisse PSCL (Gesamtscore)

In dieser Symptomcheckliste zeigte sich das gleiche Muster wie in der SCL-90-R. Das Ergebnis weist auf eine deutliche Besserung komorbider somatischer Symptome zum Entlassungszeitpunkt hin, sowohl in der Gesamtstichprobe als auch in den Teilstichproben. Die Wertedifferenz war für die Traumagruppenteilnehmer statistisch hoch-signifikant, für die anderen Teilstichproben höchst-signifikant.



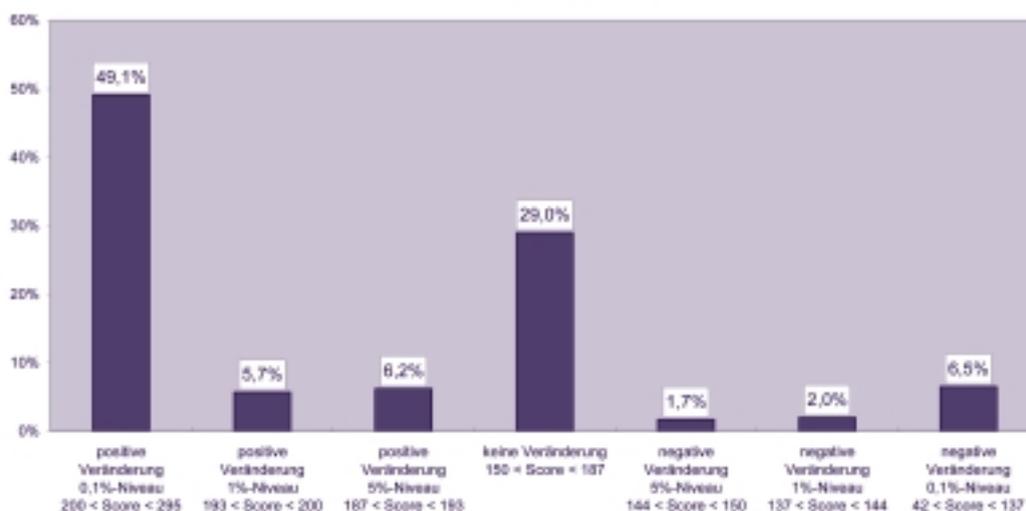
VEV-R

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.

Ergebnisse VEV-R (Gesamtscore)

Der Gesamtscore lag im Durchschnitt bei 201. Das entspricht einer positiven Veränderung auf dem 1% Niveau. Wird nach Subgruppen differenziert, zeigt sich, dass auch der größte Teil der Patienten positive Veränderungen auf dem 0,1% Niveau angibt.

Behandlungsergebnisse aus Patientensicht
Veränderungen im Erleben und Verhalten
VEV-R (Gesamtscore) 2007, N = 1007

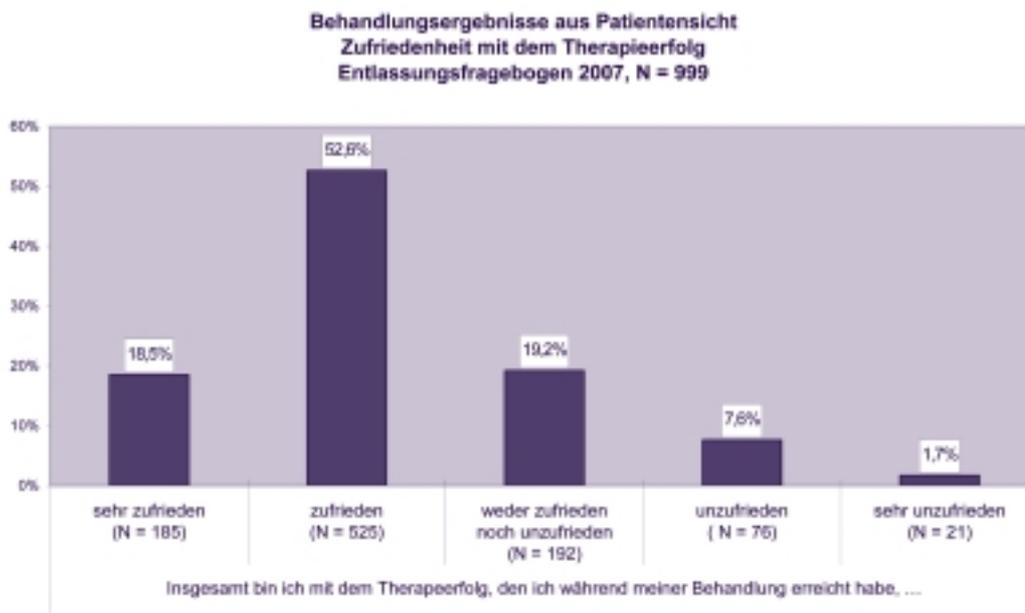


Entlassungsfragebogen der AHG

Dieser Patienten-Fragebogen dient zur Erfassung der Zufriedenheit mit dem Klinikaufenthalt sowie den einzelnen Behandlungsangeboten und Leistungen. Erfragt werden auch subjektive Veränderungen in verschiedenen Symptom- und Kompetenzbereichen. 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.

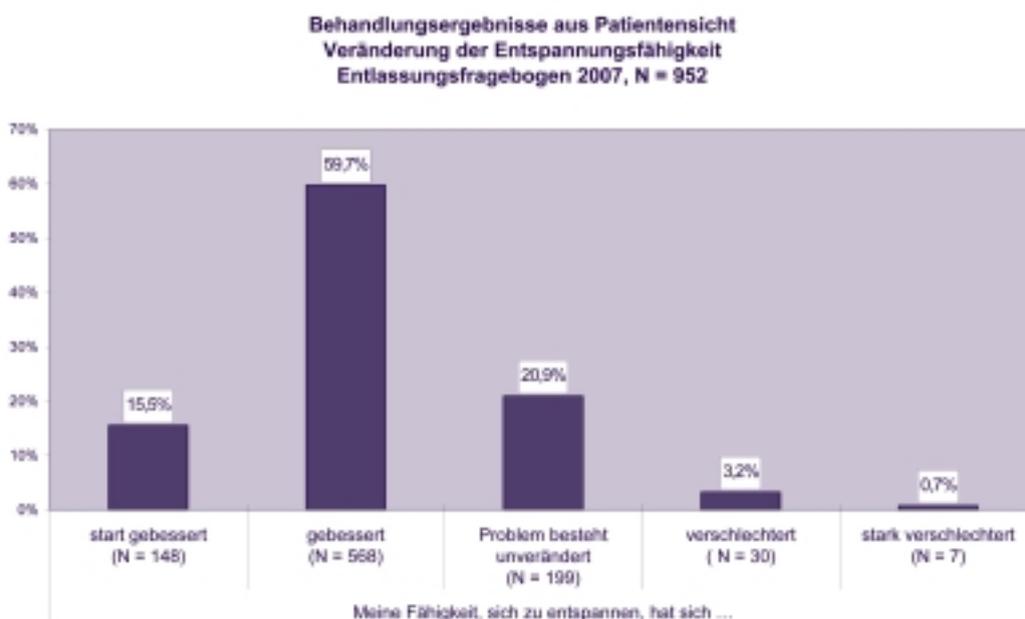
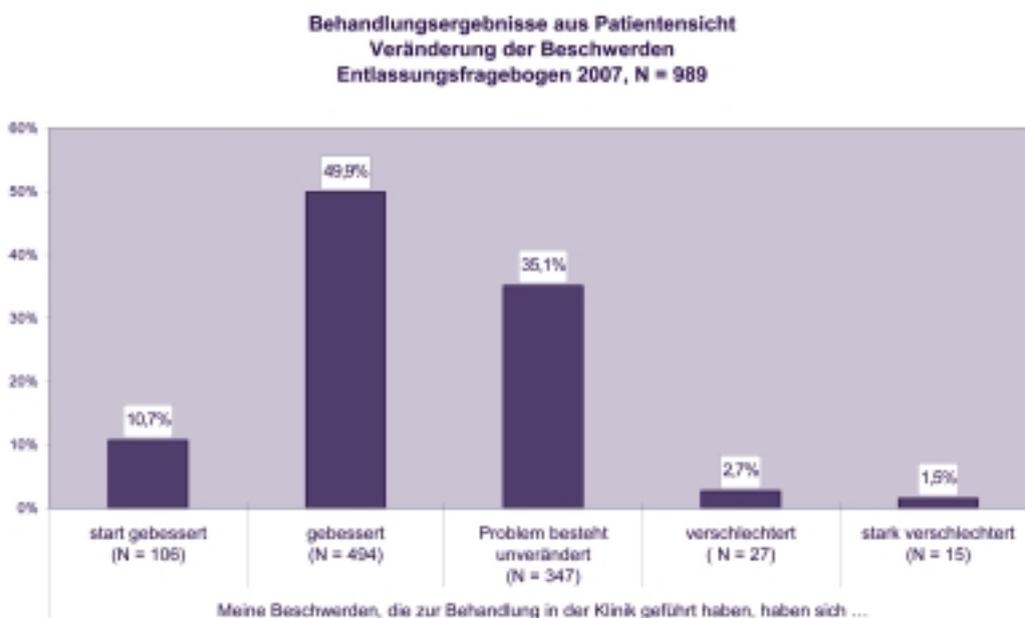
Ergebnisse Entlassungsfragebogen: Zufriedenheit mit dem Therapieerfolg insgesamt

Mit dem Therapieerfolg insgesamt waren 71% der im Berichtszeitraum stationär oder teilstationär behandelten Patienten zufrieden.



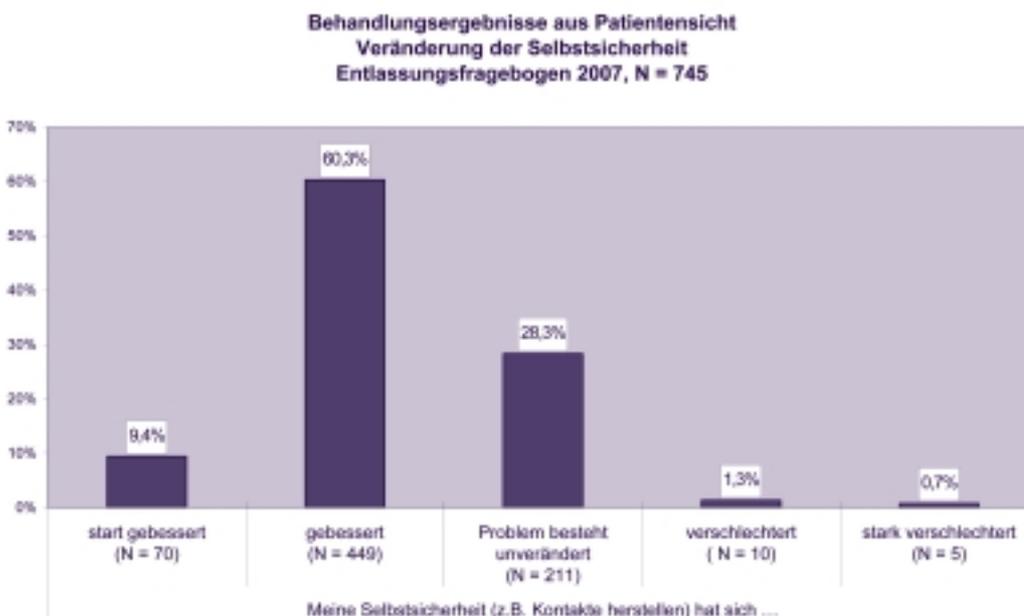
Ergebnisse Entlassungsfragebogen: Veränderung der Beschwerden und Entspannungsfähigkeit

Ca. 60% 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 75% der Patienten.



Ergebnisse Entlassungsfragebogen: Veränderung der Selbstsicherheit

Knapp 70% 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% bewerteten die Betreuung durch ihren Bezugstherapeuten als *gut* (39,0%) oder *sehr gut* (53,1%). Eine positive Bewertung (gut oder sehr gut) der anderen grundlegenden Therapiebereiche schwankte zwischen 81% und 88%.



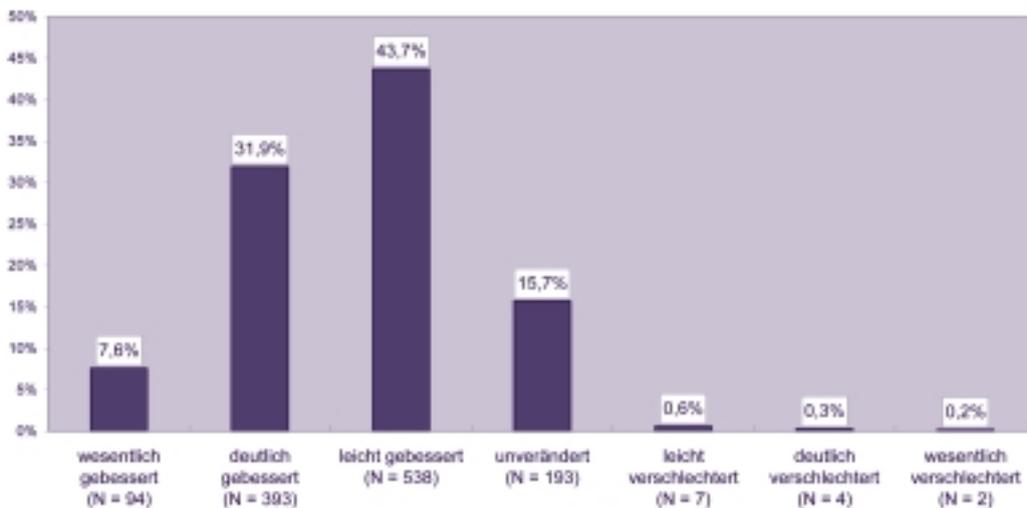
Basisdokumentation (Bado)

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

Rund 83% 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 2007, N = 1231



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

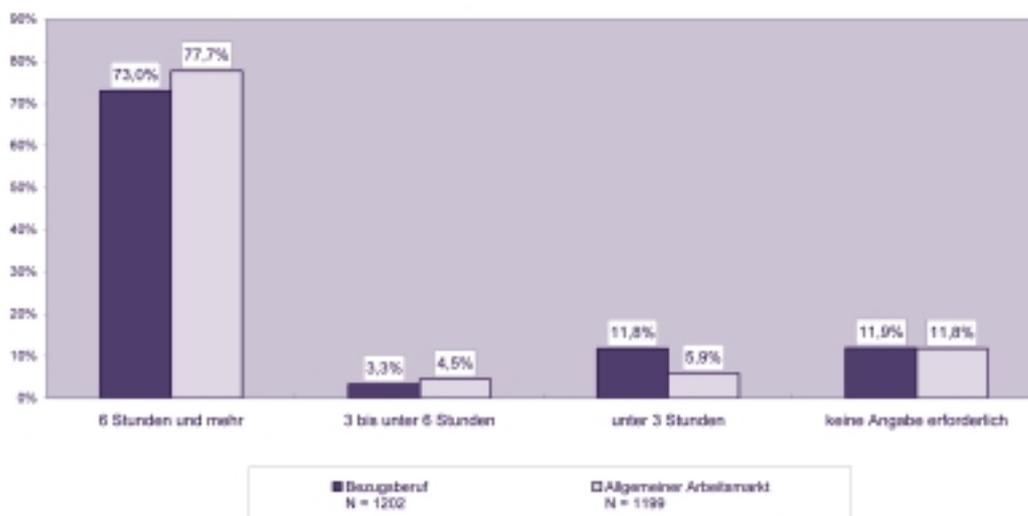
Von den Patienten, die bei Aufnahme arbeitsunfähig waren (N = 592), konnten 132 wieder arbeitsfähig entlassen werden (22,3%), 460 blieben auch zum Entlassungszeitpunkt arbeitsunfähig (77,7%). 88,1% der bei Aufnahme Arbeitsfähigen waren auch bei Entlassung arbeitsfähig (431 Patienten), wohingegen 11,9% der bei Aufnahme Arbeitsfähigen nunmehr arbeitsunfähig entlassen wurden (58 Patienten). In solchen Fällen wird häufig eine gestufte berufliche Wiedereingliederung oder eine interne Umsetzung an einen anderen Arbeitsplatz vorgenommen.

**Behandlungsergebnisse aus Therapeutesicht
Arbeitsfähigkeit bei Entlassung
bezogen auf Arbeitsunfähigkeit bei Aufnahme
Bado 2007, N = 592**



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

**Behandlungsergebnisse aus Therapeutesicht
Zeitlicher Umfang der Leistungsfähigkeit
Bado 2007**



Bezogen auf den Bezugsberuf wurden 73% der Patienten als vollschichtig leistungsfähig entlassen, bezogen auf den allgemeinen Arbeitsmarkt waren es 77,7%. Diese Ergebnisse schwanken seit Jahren nur in geringem Umfang, obwohl die Zahl der Rentenantragsteller im Lauf der Jahre zugenommen hat.

Konzeptbewertungen und Ergebnisqualität im Rahmen systematischer Studien

Im Rahmen systematischer Evaluationsprojekte werden Behandlungsverläufe und -Ergebnisse immer wieder untersucht. Dies betrifft v.a. die Entwicklung und Optimierung neuer Therapiekonzepte. So wurden in den letzten Jahren mehrfach Untersuchungen durchgeführt zu den Behandlungsschwerpunkten: Mobbing, Tinnitus, Traumatherapie und Spielerbehandlung. Auch die französischsprachige Therapie wird evaluiert. Im Folgenden werden Ergebnisse zur Achtsamkeitsbasierten Tinnitusbehandlung exemplarisch dargestellt.

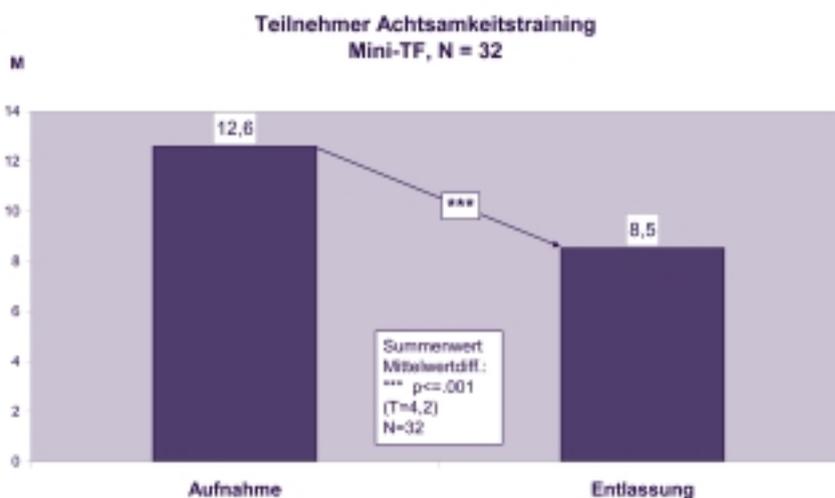
Auf Ergebnisse einer Pilotstudie zum DAK IV Projekt Psych-Direkt wird im Kapitel zur Weiterentwicklung von Versorgungskonzepten (s.u.) eingegangen.

Exemplarische Ergebnisse der 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

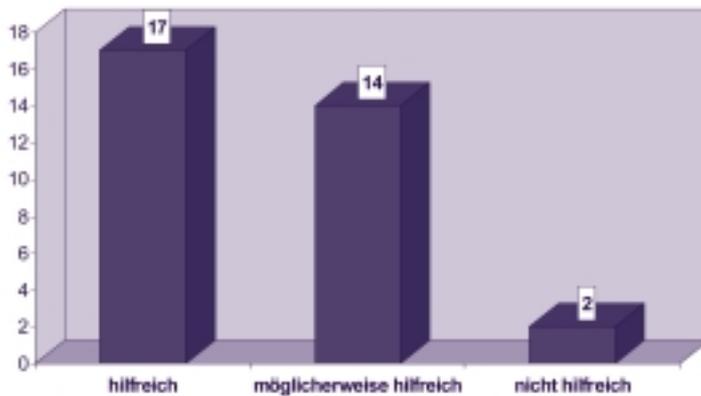
Im Jahre 2007 wurde die neu konzipierte „Achtsamkeitsbasierte Tinnitusbehandlung“ evaluiert. Das Modul Achtsamkeitstraining wurde dabei von den Tinnitus-Patienten ganz überwiegend als hilfreich erlebt. Die Tinnitusbelastung im Mini-Tinnitusfragebogen (Mini-TF) verbesserte sich höchstsignifikant.



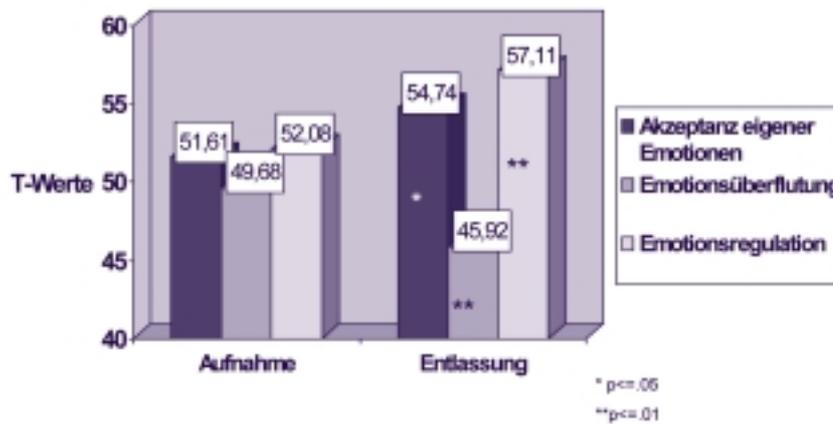
In den Scales for experiencing emotions (SEE) wurde deutlich, dass sich auch die Akzeptanz eigener (negativer) Emotionen und das Erleben von Emotionsregulation signifikant bzw. hochsignifikant verbesserten. Das Erleben von Emotionsüberflutung nahm dagegen hochsignifikant ab.

Eine wissenschaftliche Veröffentlichung zur Darstellung und Diskussion detaillierter Daten ist im Druck.

War Achtsamkeit hilfreich bei der Bewältigung meines Problems?
N=33



SEE: Patienten mit Tinnitus
N=38



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 23 beschlossenen Korrekturmaßnahmen 18 fristgerecht erledigt (78,3%). Von 4 geplanten Vorbeugemaßnahmen wurden 2 unter Einhaltung des vereinbarten Termins umgesetzt (50%).

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

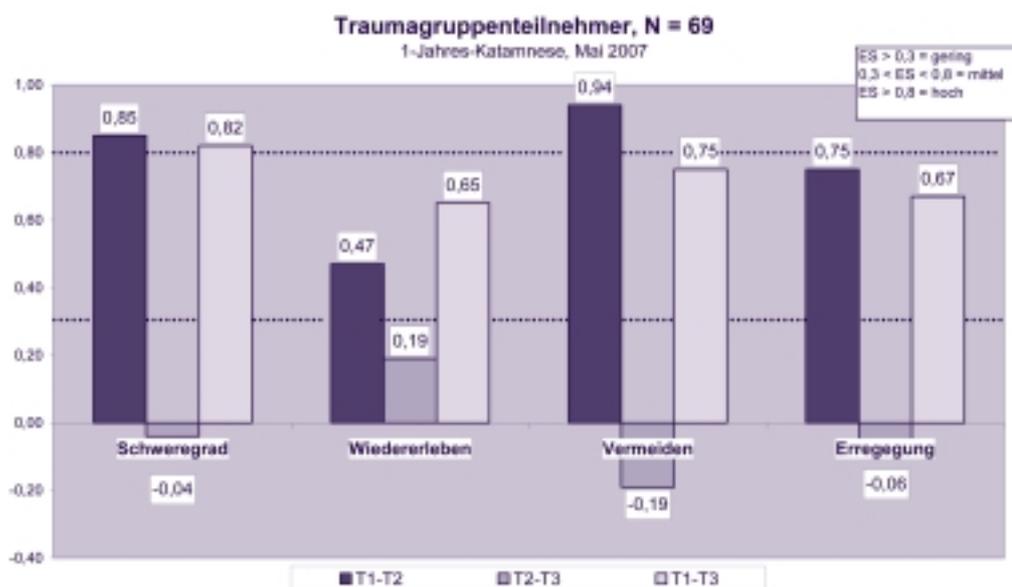
Stellvertretend für die katamnestischen Überprüfungen langfristiger Therapieeffekte an der AHG Klinik Berus wird im Folgenden über exemplarische Zwischenergebnisse der 1-Jahres-Katamnese zur stationären Traumatherapie berichtet, die im Mai 2007 zu einer Teilstichprobe von 69 Traumagruppenteilnehmern auf der Jahrestagung der Deutschsprachigen Gesellschaft für Psychotraumatologie (DeGPT) in Hamburg veröffentlicht wurden.

Stichprobenbeschreibung

Die Rücklaufquote bei der 1-Jahres-Katamnese betrug 56%. 20 Männer und 49 Frauen wurden zum Aufnahme-, Entlassungs- und 1-Jahres-Katamnesezeitpunkt untersucht. Bei 52,9% der Stichprobe handelte es sich um Traumatyp I (kurzfristige, ein- oder mehrmalige Traumata), 47,1% waren dem Traumatyp II zuzuordnen (andauernde sequentielle Traumata). Durchschnittlich wurden drei Traumaarten pro Patientin bzw. Patient angegeben. Am häufigsten wurden genannt Unfall, Feuer, Explosion (49,2%), gewalttätiger Angriff durch jemanden aus der Familie (44,3%), sexueller Kontakt im Alter von unter 18 Jahren mit einer Person, die mindestens 5 Jahre älter war (40,7%) sowie gewalttätiger Angriff durch eine fremde Person (36,7%). Häufig wurde auch eine lebensbedrohliche Krankheit erlebt (32,2%) oder ein sexueller Angriff durch jemanden aus dem Familien- oder Bekanntenkreis (30,6%). Bezogen auf die Hauptbehandlungsdiagnose erfüllten 76,5% die Kriterien einer PTSD (F 43.1), 11,7% die einer rezidivierenden depressiven Störung (F 33), 4,4% die einer depressiven Episode (F 32) und 5,9% die einer Anpassungsstörung (F 43.2). Durchschnittlich wurden 4,1 Nebendiagnosen pro Patientin bzw. Patient gestellt, dies entsprach der bekanntermaßen hohen Komorbidität von Traumafolgestörungen. Die durchschnittliche Verweildauer betrug 54,9 Tage. Im Mittel nahmen die Patienten 9 mal an der Traumagruppe teil und erhielten 10 längere sowie zwei kürzere Einzelgespräche pro Behandlung.

Behandlungsergebnisse

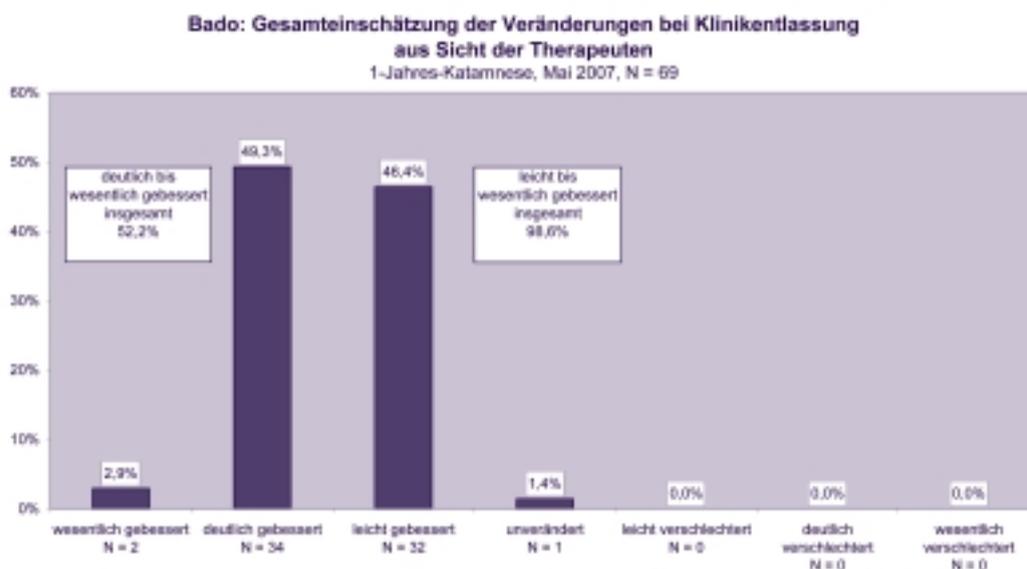
Die Veränderung der Traumasymptomatik wurde mit der PDS gemessen (Posttraumatic diagnostic Scale, Foa et al., 1996, dt. Ehlers et al., 1996). Die Mittelwertsunterschiede im Gesamtwert „PDS-Schweregrad“ zwischen Aufnahme (35,1) und Entlassung (26,4) sowie zwischen Aufnahme und 1-Jahres-Katamnese-Zeitpunkt (26,8) waren jeweils höchst signifikant. Dies galt auch für alle entsprechenden Mittelwertsdifferenzen der drei Subskalen „Wiedererleben“, „Vermeiden“ und „Erregung“. Erfreulicherweise blieben dabei die im Behandlungsverlauf erzielten Veränderungen in dem Katamnese-Zeitraum weitgehend stabil.



Werden die Ergebnisse in der PDS in Form von Effektstärken dargestellt, ergaben sich für die Veränderungen des Gesamtwertes „PDS-Schweregrad“ zwischen Aufnahme (T1) und Entlassung (T2) sowie zwischen Aufnahme (T1) und Katamnese-Zeitpunkt (T3) hohe Effektstärken ($ES < 0,8$), ebenso wie für den Rückgang des Meideverhaltens zwischen Aufnahme (T1) und Entlassung (T2). Alle übrigen Veränderungen in den Subskalen zwischen T1 und T2 sowie T1 und T3 lagen im Bereich mittlerer Effektstärken, während eine Verschlechterung der Werte zwischen Klinikentlassung (T2) und Katamnese-Zeitpunkt (T3) nur als geringfügig ausgeprägte negative Effektstärken messbar war. Ein Zusammenhang zwischen dem Rückgang des PDS-Schweregrades und dem Traumatyp ergab sich nicht (T-Test für Mittelwertgleichheit nicht signifikant).

Die Ergebnisse für die Messinstrumente, die auf die komorbide Symptomatik abzielen, wiesen ebenfalls in die positive Richtung, ergaben aber schwächere Effektstärken: Der Gesamtscore (GSI) der SCL-90-R (Symptom-Checklist 90, revidierte Fassung, Derogatis et al., 1977; dt. Franke, 1995) veränderte sich zwischen Aufnahme (T1) und Entlassung (T2) im mittleren Effektstärkenbereich (0,76), ging im Katamnese-Zeitraum zwischen T2 und T3 in einen mittleren negativen Bereich (-0,52), was einer vorübergehenden Symptomzunahme entsprach und hatte letztlich 1 Jahr nach Klinikentlassung mit einer Gesamtveränderung zwischen T1 und T3 eine positive geringe Effektstärke.

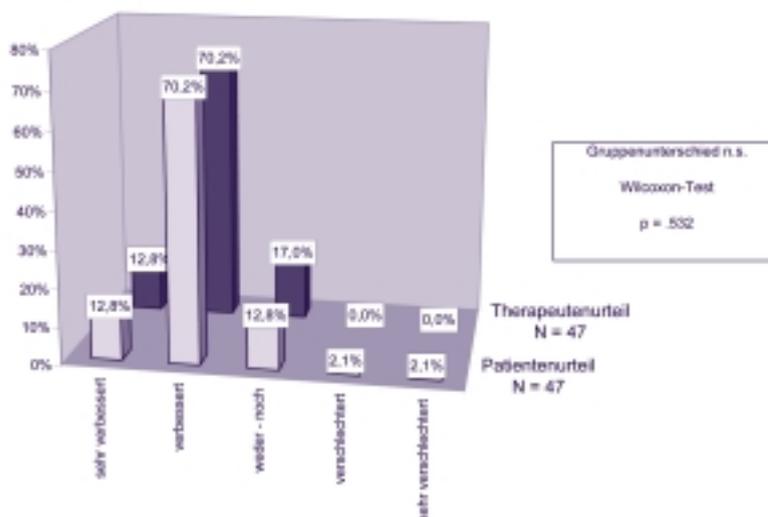
Ähnlich ergab sich für den Summenwert im BDI (Beck Depression-Inventory, Beck et al., 1988; dt. Hautzinger et al., 1994) zunächst eine mittlere positive Effektstärke zwischen Aufnahme (T1) und Entlassung (T2) (0,68), zwischen T2 und Katamnese-Zeitpunkt (T3) eine negative Effektstärke (-0,53) und eine geringe positive Effektstärke (0,12) für die Gesamtveränderung zwischen Aufnahme (T1) und Katamnese-Zeitpunkt (T3).



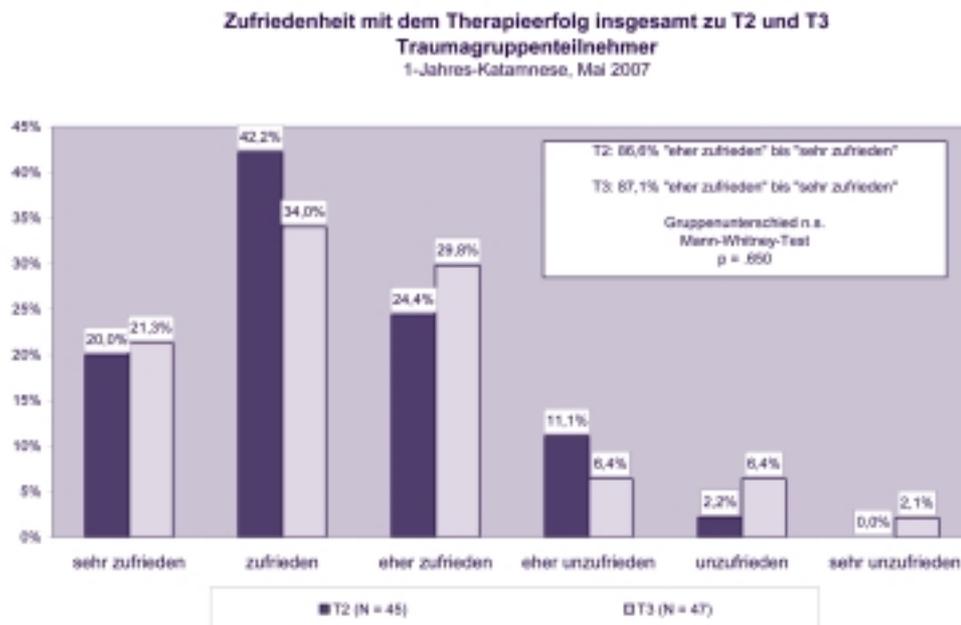
Die Bezugstherapeuten beurteilten bei der Gesamteinschätzung der Veränderungen zum Entlassungszeitpunkt (T2) 98,6% ihrer Patienten als *leicht bis wesentlich gebessert* (Basisdokumentation der AHG, Zielke, 1993).

Die Möglichkeiten zur Traumabewältigung seit Teilnahme an der Traumagruppe wurden in einem Traumagruppenfragebogen zum Entlassungszeitpunkt sowohl von den Patienten als auch ihren Bezugstherapeuten in insgesamt 83,0% als *verbessert* oder *sehr verbessert* beurteilt.

Möglichkeiten zur Traumabewältigung seit Teilnahme an der Traumagruppe aus Patienten- und Therapeuten-Sicht (PFTG / TFTG) zu T2
1-Jahres-Katamnese, Mai 2007, N = 47 Patienten und Bezugstherapeuten



Die Zufriedenheit der Traumagruppenteilnehmer mit dem Therapieerfolg insgesamt war sowohl zum Entlassungszeitpunkt als auch zum Katamnesezeitpunkt sehr hoch: *eher zufrieden bis sehr zufrieden* äußerten sich zum Zeitpunkt der Entlassung (T2) 86,6%, zum Zeitpunkt der Katamnese (T3) waren es 87,1%.



Zusammenfassung

Die Ergebnisse belegen, dass die stationäre Traumatherapie an der AHG Klinik Berus bei einem Großteil der Patienten langfristig wirkungsvoll ist. Die Besserung zeigt sich deutlich in störungsspezifischen Variablen sowie im subjektiven Therapieerfolg, etwas schwächere Veränderungen fanden sich in Messinstrumenten, die auf die Komorbidität abzielen (BDI und SCL-90-R). Die Mehrheit der Patienten (knapp 4/5) profitierten deutlich von der Behandlung, während sich ein Teil (ca. 1/5) verschlechterte, d.h. bestimmte Subgruppen profitieren in unterschiedlichem Maße. Zukünftige Untersuchungen sollten 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 Vorsorgekonzepten

Die AHG Klinik Berus ist eine der wenigen Kliniken, die die Entwicklung therapeutischer Konzepte nach DIN EN ISO 9001:2000 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. Im Berichtsjahr 2005 wurde in Kooperation mit der DAK ein Konzept zur Integrierten Versorgung entwickelt. Ein Projekt zur Behandlung des Burnout-Syndroms befindet sich in Vorbereitung.

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

Die DAK und die AHG Klinik Berus haben 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 erfolgversprechend 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 Verhaltensänderungen 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

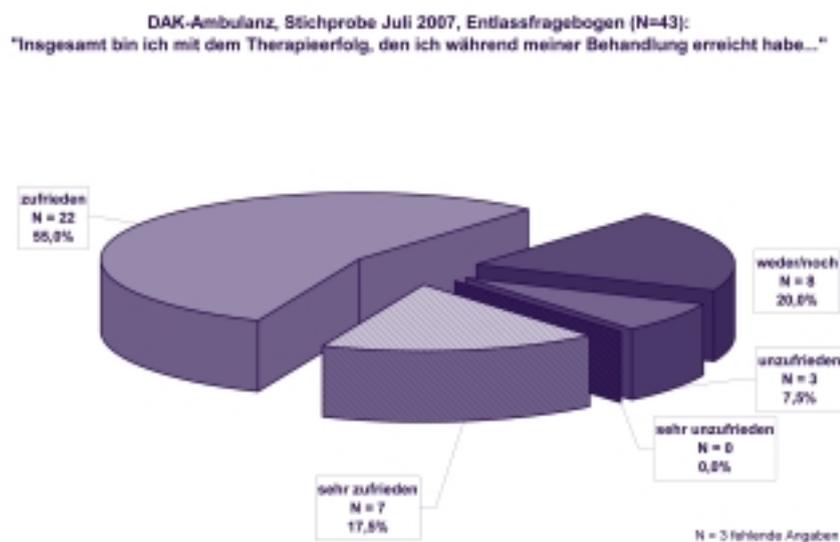
Den mündlichen Rückmeldungen nach sind die Teilnehmer bisher überwiegend zufrieden oder sehr zufrieden mit dem neuen Behandlungsangebot. Als positiv werden immer wieder die unerwartet guten Erfahrungen mit Psychotherapie, hilfreiche Informationsvermittlung zum jeweiligen Störungsbild und den Behandlungsmöglichkeiten sowie der Austausch mit den Mitpatienten bzw. die neu erfahrene soziale Unterstützung bewertet. Eine Evaluationsstudie wird durchgeführt.

Ergebnisse einer Pilot-Studie zum DAK-Projekt IV-Psych-Direkt

Eine erste Zwischenauswertung im Juli 2007 bei 87 Teilnehmern der ambulanten integrierten Versorgung in Kooperation mit der DAK ergab viel versprechende Ergebnisse. Untersucht wurden 57 Frauen und 30 Männer. Die Erstdiagnosen waren in dieser Stichprobe hauptsächlich depressive Störungen (39,7%), Anpassungsstörung (32,9%), Angststörungen (20,8%), sonstige psychische Diagnosen nach ICD-10 Kapitel F (7,0%). Vor Aufnahme waren 78,4% arbeitsunfähig, 21,6% arbeitsfähig. Stationäre psychotherapeutische Vorbehandlungen hatten 22,4% mitgemacht, davon 12 Patienten mit einer und 4 Patienten mit zwei Vorbehandlungen. Eine stationäre somato-medizinische Vorbehandlung war in 21,6% der Fälle vorausgegangen. Im Durchschnitt erhielt jeder Patient 11,3 Termine Einzeltherapie während der 6-wöchigen Behandlungsdauer. 89,7% der Patienten nahmen im Rahmen der Tagesambulanz (Intensivversorgung) an Gruppenpsychotherapie teil. Lediglich 10,3% erhielten im Rahmen der Grundversorgung ausschließlich Einzeltherapie. Soziotherapie wurde in 16,1%, Sport in 20,7%, Ergotherapie 27,6% und Ernährungsberatung in 3,4% der Fälle vereinbart. Regulär beendeten die Maßnahme 92,1% der ambulanten DAK-Patienten. Zur weiteren Nachsorge wurde in 47,1% eine ambulante Richtlinienpsychotherapie eingeleitet, eine stationäre psychosomatische Rehabilitation war in 8,0% der Fälle indiziert. Als weitere Nachsorgemaßnahmen wurden Selbsthilfegruppe (2,3%), stufenweise Wiedereingliederung (2,3%) und Suchtberatung (1,1%) vorgeschlagen.

Behandlungsergebnisse:

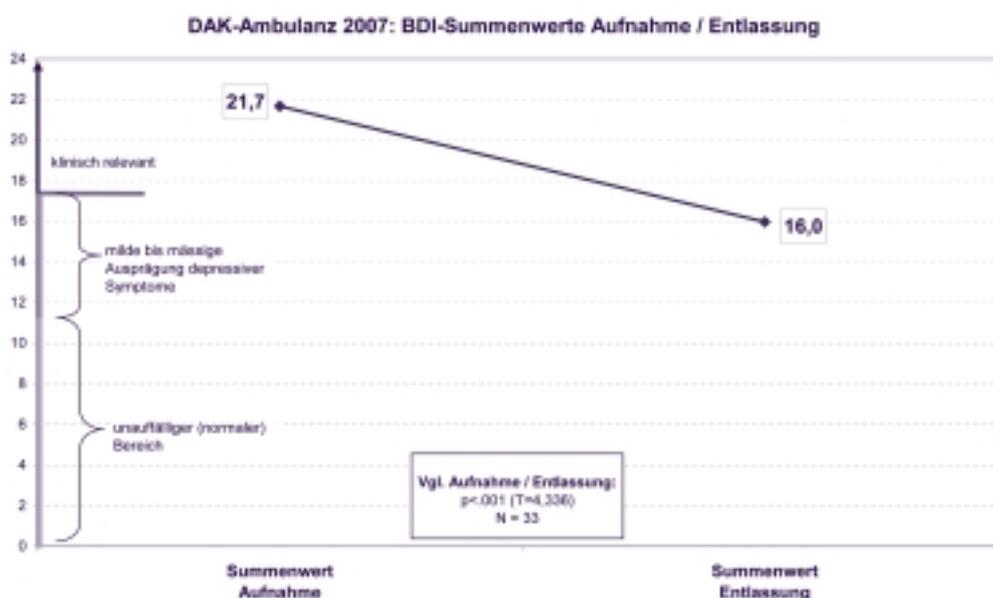
Die Zufriedenheit mit dem Therapieerfolg insgesamt (Entlassungsfragebogen) war hoch: insgesamt äußerten sich 72,5% *zufrieden* bzw. *sehr zufrieden* über den Therapieerfolg. *Weder zufrieden – noch unzufrieden* äußerten sich 20,0%. Der Anteil der Unzufriedenen lag bei 7,5%.



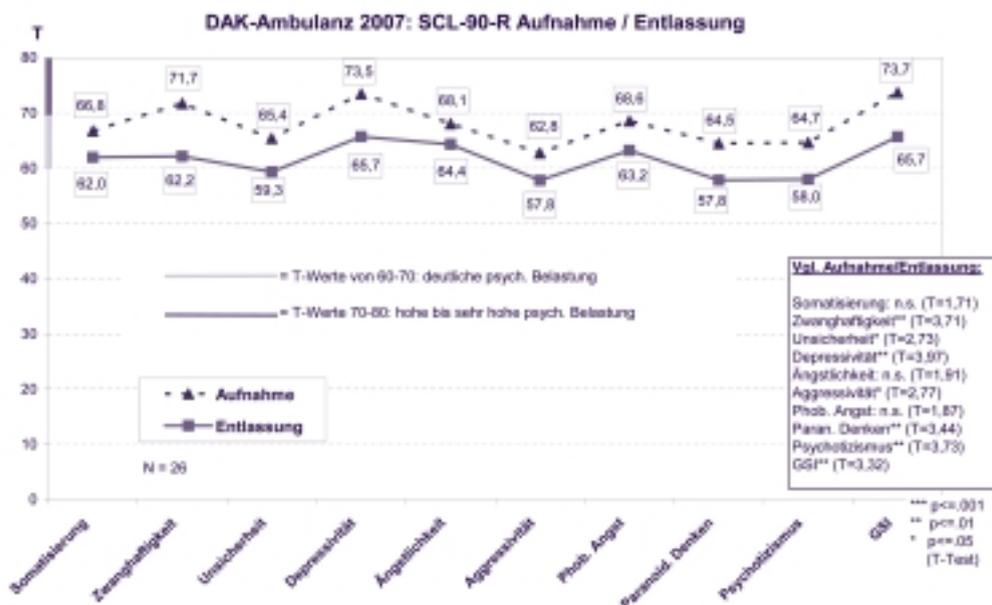
>>>

Nach Einschätzung durch die Bezugstherapeuten (Zustand bei Entlassung, Gesamteinschätzung in der Bado, Basisdokumentation der AHG, Zielke, 1993) waren 14,1% *wesentlich gebessert*, 32,1% *deutlich gebessert* und 41,0% *leicht gebessert*. Als *unverändert* wurden 12,8% entlassen, *verschlechtert* hatte sich niemand. Zum Symptomrückgang berichteten 63,4% der Patienten, dass sich ihre Beschwerden, die zur Behandlung in der Klinik geführt haben, *gebessert* (51,2%) bzw. *stark gebessert* (12,2%) hätten. 34% gaben das Problem als *unverändert* an. Der Anteil der Arbeitsfähigen war bei Entlassung auf 54,5% gestiegen, 45,5% waren nach wie vor arbeitsunfähig. Eine *günstige* Prognose wurde in 68,8% der Fälle gestellt, eine *zweifelhafte* in 29,9% und eine *ungünstige* Prognose in 1,3%.

Der im Hinblick auf die Hauptdiagnosekategorien „depressive Störungen“ und „Anpassungsstörungen“ aussagekräftige BDI-Summenwert (Beck Depression-Inventory, Beck et al., 1988; dt. Hautzinger et al., 1994) ging aus dem klinisch bedeutsamen Bereich bei Aufnahme (21,7) in den klinisch unauffälligen Bereich bei Entlassung (16,0) zurück (Veränderung hoch-signifikant).



Auch die Werte der SCL-90-R (Symptom-Checklist 90, revidierte Fassung, Derogatis et al., 1977; dt. Franke, 1995) lagen für sämtliche Subskalen bei Entlassung unter denen bei Aufnahme. Die rückläufige Veränderung im Gesamtscore GSI von 73,7 bei Aufnahme hin zu einem GSI von 66,7 bei Entlassung war statistisch signifikant. Einen signifikanten Symptomrückgang ergab ferner der Vergleich der PSCL-Werte (Psychosomatic Symptom Checklist, Attanasio et al., 1984; dt. Maaß, 1985) zwischen Aufnahme (75,7) und Entlassung (61,6). Positive Ergebnisse zum Entlassungszeitpunkt zeigten sich ebenfalls im VEV-R (Fragebogen zu Veränderungen des Erlebens und Verhaltens, revidierte Fassung, Zielke und Kopf-Mehnert, 2001). Hier lag der Mittelwert bei 195,0, was einer positiven Veränderung auf dem 1%-Niveau entspricht. 50,0% der Teilnehmer gaben sogar eine positive Veränderung auf dem 0,1%-Niveau an.



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 Ergebnissen der Pilot-Studie und den persönlichen Rückmeldungen der Teilnehmer nach als effektiv angesehen werden. Die Patientenzufriedenheit war hoch. Sowohl Therapeuten als auch Patienten beurteilen die Maßnahme und den Behandlungserfolg als überwiegend positiv. Dabei ergaben sich positive und signifikante Ergebnisse in allen Messinstrumenten, die Werte zwischen Aufnahme und Entlassung verglichen bzw. auf Veränderungen zum Entlassungszeitpunkt abzielten. Eine sinnvolle Weichenstellung für die weitere Behandlung erfolgte, indem knapp 2/3 der Projektteilnehmer in eine ambulante Richtlinien-Psychotherapie vermittelt wurden. Es zeigte sich jedoch auch, dass einige Patienten stark vorbelastet waren und bereits im Vorfeld ambulant und / oder stationär psychotherapeutisch behandelt worden waren. Hier sollte bei der Zuweisung eine genauere Überprüfung der Indikationsstellung erfolgen, da es sich im vorliegenden Rahmen nicht um eine psychosomatische Akutbehandlung handeln kann, im Saarland jedoch diesbezüglich ein Therapieplatzmangel besteht und die ambulante Behandlung mitunter den Charakter einer akutpsychosomatischen Behandlung annahm (z.B. Kriseninterventionen). Die Ergebnisse der Pilotstudie sollen anhand größerer Stichproben und mit Hilfe katamnestischer Daten weiter überprüft werden.

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 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
09.01.07	Prof. Jürgen Klatte, Kath. Fachhochschule für Soziale Arbeit, Saarbrücken	„Intuitives Problemlösen in der Therapie - Theorie und Praxis“
06.02.07	Prof. Dr. Helm Stierlin, Heidelberg	„Paare und Familien - Gerech- tigkeit in nahen Beziehungen“
06.03.07	Prof. Dr. Martin Hautzinger, Leiter der Abt. für Klinische Psychologie und Entwicklungspsychologie, Universität Tübingen	„Neuere Entwicklungen in der Psychotherapie bei affektiven Störungen“
27.03.07	Prof. Dr. Wilhelm Schmid, Berlin	„Mit sich selbst befreundet sein - Philosophische Aspekte in Psycho- therapie und Psychosomatik“
08.05.07	Prof. Dr. Gernot Böhme, Fachbereich Philosophie TU Darmstadt, Di- rektor des Instituts für Praxis der Philosophie	„Philosophische Analyse und Kri- tik zur leiblichen Existenz heute“
12.06.07	Prof. Dr. Ulrich Clement, Universität Tübingen	„Systemische Sexualtherapie“
03.07.07	Prof. Dr. Verena Kast, Universität Zürich	„In Würde altern“

>>>

25.09.07	Prof. Dr. med. Dipl. Psych. Michael Linden und Dipl.-Psych. B. Muchalla, Forschungsgruppe Psychosomatische Rehabilitation, Berlin	„Arbeitsplatzbezogene Ängste und Arbeitsplatzphobie - Hintergründe und therapeutische Ansätze“
06.11.07	Prof. Dr. Karl Heinrich Bette, Institut für Sportwissenschaft der Technischen Universität Darmstadt	„Zur Soziologie des Abenteuer- und Risikosports“
04.12.07	Prof. Dr. hc. Dr. med. Nossrat Peseschkian, Peseschkian-Stiftung, Wiesbaden	„Praktische Anwendung der transkulturellen Psychotherapie unter Einbeziehung von Geschichten und Lebensweisheiten“

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
19.01.07	Carls, Riedel	Schmerzbehandlung in der AHG Klinik Berus	Kooperationsveranstaltung mit französischen Psychiatern und Neurologen
19./20.01.07	Horn	Jahrestreffen der Dt. Tinnitusliga mit Klinikvertretern	Tinnitusbehandlung in der Klinik Berus
14.03.07	Schwickerath	Mobbing am Arbeitsplatz	AK Sucht - Sozialarbeiter
17.03.07	Horn	Vertretung der Klinik Berus bei der Tinnitusliga in Wuppertal	Mitgliederversammlung der Dt. Tinnitusliga
19.03.07	Horn	Tinnitus und Stress	Seminar für die Schwerbehindertenvertreter des öffentlichen Dienstes des Saarlandes
23.03.07	Schwickerath	Mobbing im Lehrerzimmer	Arbeitskammer - Tagung für saarländische Lehrer
18.04.07	Keller, Breuer	Umgang mit Notfallsituationen I	Führungskräfteschulung, Stahlwerk Bous
25.04.07	Keller, Breuer	Umgang mit Notfallsituationen II	Führungskräfteschulung, Stahlwerk Bous
12.05.07	Keller	Langzeiteffekte stationärer Traumatherapie	Fachvortrag auf der Jahrestagung der DeGPT, Hamburg
23.05.07	Keller, Horn, Lappas	Verhaltensmedizinische Behandlung psychischer Traumafolgestörungen	Schulung des Kriseninterventionsteams der Polizei Rheinland-Pfalz, Klinik Berus
23.05.07	Horn	Begutachtung PTBS	Seminar f. Kriseninterventionsteam Polizeipräsidium Trier

>>>

25.05.07	Schwickerath	Konzeptumsetzung zur medizinisch-beruflichen Rehabilitation - Ergebnisse aus Befragung der psychosomatischen Fachkliniken (Prof. Dr. M. Zielke)	Fachvortrag, Tagung AHG Wissenschaftsrat, Waren
12.06.07	Horn	Vortrag: Achtsamkeit als Ressource im Lehrerberuf	Gesundheitstag saarländischer Lehrer, Klinik Berus
12.06.07	Horn	Workshop: Schule und Lärm	Lehrerfortbildung, Workshop im Rahmen eines pädagogischen Tages a.d. Klinik Berus
12.06.07	Keller	Stressbewältigung und Burnoutprophylaxe I und II	Lehrerfortbildung, Workshops im Rahmen eines pädagogischen Tags a. d. Klinik Berus
12.06.07	Schwickerath	Mobbing und Stress im Lehrerzimmer - Konflikte und Ansätze zur Veränderung	Vortrag Pädagogischer Tag der Herrmann-Neuberger-Schule Völklingen
12.06.07	Schwickerath	Mobbing in der Schule	Workshop Pädagogischer Tag der Herrmann-Neuberger-Schule Völklingen
13.06.07	Horn	Umgang mit psychisch Kranken und Süchtigen I	Polizeifachhochschule Saarbrücken, Seminar in der Klinik Berus
20.06.07	Schwickerath	Konflikte durch eine veränderte Arbeitswelt - Hintergründe und Lösungen	Vortrag bei Siemens, Karlsruhe
27.06.07	Horn	Umgang mit psychisch Kranken und Süchtigen II	Polizeifachhochschule Saarbrücken, Seminar in der Klinik Berus
27.06.07	Schwickerath	Psychosoziale Belastungen am Arbeitsplatz - Mobbing	Seminar Betriebsrat der SHG-Gruppe Saarbrücken
04.09.07	Schwickerath	Vortrag: Mobbing am Arbeitsplatz	Fachtagung Deutsche Gesellschaft für Personalführung Düsseldorf
13.09.07	Riedel	Le harcèlement moral au travail	Öffentl. Veranstaltung der Stadt L'Hopital (F)
18.09.07	Schwickerath, Riedel	Mobbing am Arbeitsplatz - Therapiekonzept	ASBL (Gewerkschaft), Luxemburg
22.09.07	Schwickerath, Riedel	4. Dt. Reha-Tag, Bad Kreuznach	Vorstellung der Klinik im Rahmen des AHG-Präsentationsstandes
10.10.07	Schwickerath	Kränkung und Erkrankung - therapeutische Möglichkeiten bei Mobbingopfern - Vortrag	Ev. Akademie in Rheinland und KDA, Bonn
31.10.07	Horn	Umgang mit psychisch Kranken und Süchtigen im Polizeialltag	Seminar für die saarländische Polizeifachhochschule in der Klinik Berus
10.11.07	Keller	Psychische Belastungsfolgen bei Opfern von Stalking	Fachvortrag auf Jahrestagung d. saarländ. Landesverbandes d. Weissen Rings, Illingen
13.-15.12.07	Carls, Riedel, Schuler	Informationsstand der Klinik Berus	Jahrestagung der nat. franz. VT-Vereinigung, Paris

>>>

14.12.07	Riedel	Vortrag: Katamnese bei PTBS	Jahrestagung der nat. franz. VT-Vereinigung, Paris
19.12.07	Schwickerath	Med. Dienst der Fordwerke Köln und Arbeitsgruppe	Schulung Mobbing am Arbeitsplatz

Fachliche Beiträge in öffentlichen Medien

Datum	Referent	Beitrag	Rahmen
14.03.07	Schwickerath	Wenn die Angst das Leben beherrscht	Potato Nr. 5, S. 21
07.05.07	Keller	Verhaltensmedizinische Behandlung von Burnout	Interview, Luxemburger Redaktion
31.07.07	Schwickerath	„Es bleibt ein Stück Unerklärtes“. Dipl.-Psych. Josef Schwickerath liest das Buch „Der Vorleser“	Saarbrücker Zeitung
August 07	Schwickerath	Arbeitsalltag besser meistern	Wir in Karlsruhe. Human Resources Department Siemens, Karlsruhe
04.10.07	Keller	Das Burnout-Syndrom	Interview, Saarländischer Rundfunk (SR 3)
04.10.07	Schwickerath	Wenn das Feuer erlischt	SR-online.de
05.10.07	Schwickerath	Mobbing in der Schule	Interview, SR 3, Aktueller Bericht
10.10.07	Keller	Stalking	Interview, Saarländischer Rundfunk (SR 3)
21.11.07	Schwickerath	Kaufsucht	Interview, SR
05.12.07	Schwickerath	Essstörungen	Interview, SR 3, Aktueller Bericht

Wissenschaftliche Aktivitäten und Mitarbeit in wissenschaftlichen und klinischen Beiräten

Datum	Referent	Veranstaltung	Rahmen
19.01.07	Carls, Riedel	Behandlungsangebote der AHG Klinik Berus	Kooperationsveranstaltung mit französischen Psychiatern und Neurologen
02.02.07	Keller	Empfehlungen von Qualitätsstan- dards stationärer Traumatherapie	Treffen der DeGPT-Arbeits- gruppe „stationäre Trauma- therapie“, Köln
08.05.07	Carls, Riedel	Besuch franz. Ärzte in Berus	Kooperationstreffen, Klinik Berus
11.05.07	Keller	Empfehlungen von Qualitätsstan- dards stationärer Traumatherapie	Treffen der DeGPT-Arbeits- gruppe „stationäre Trauma- therapie“, Hamburg
21.06.07	Carls	Wissenschaftliches Kolloquium	AHG Düsseldorf
06.07.07	Carls, Riedel	Behandlungsangebote der AHG Klinik Berus	Kooperationsveranstaltung mit Ärzten, Centre St. Josef, Luxemburg
13.08.07	Carls	Vertretung der Klinik Berus beim Kooperationstreffen zum DAK IV- Projekt Psych-Direkt	Kooperationstreffen, Alzey
23.08.07	Carls	Präsidiumssitzung AHG Wissen- schaftsrat	AHG Düsseldorf
12.10.07	Carls, Riedel	Treff ostfranzösischer Psychiater	Kooperationstreffen, Nancy
07.11.07	Keller	Erfahrungsaustausch zu Integrierter Versorgung in Kooperation mit der DAK	Klinikrepräsentation bei einer Fachtagung in Bad Kreuznach zum Thema Integrierte Ver- sorgung
16.11.07	Keller	Evaluation stationärer Trauma- therapie	Treffen der DeGPT-Arbeits- gruppe „stationäre Trauma- therapie“, Köln
27.11.07	Keller	Möglichkeiten zur psychotherapeu- tischen Versorgung von Mitarbeitem bei Stress und Burnout	Kooperationstreffen mit Ge- schäftsführung und Personal- leitung der Firma Wagner- Tiefkühlprodukte, Brauns- hausen
03.-05.12.07	Carls	Präsidiumssitzung AHG Wissenschaftsrat	Klinik Beelitz, Berlin

Veröffentlichung durch Klinikmitarbeiter im Berichtsjahr

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.

Beiträge mit Beteiligung der AHG Klinik Berus in diesem Buch:

- Phasenmodell der Traumatherapie (Keller, R.; 36-38)
- Stabilisierungsphase (Keller, R., Klein, A., Schüepp, R.; 45-50)
- Konfrontationsphase (Keller, R., Graul, J., Klein, A., Schüepp, R.; 51-60)
- Integrationsphase (Keller, R.; 61-64)
- Verhaltenstherapie (Graul, J., Keller, R.; 72-75)
- Imaginative Verfahren (Keller, R.; 89-91)
- Körperorientierte und kreative Verfahren (Melbeck, H.H., Schurig, W., Keller, R.; 97-102)
- Soziale und berufliche Reintegration (Keller, R., Jacob, V.; 103-105)
- Evaluation stationärer Traumatherapie (Keller, R., Dilcher, K., Frommberger, U.; 106-109)
- Rahmenbedingungen (Keller, R., Jacob, V., König, A; 110-118)
- Evaluation eines stationären verhaltens-medicinischen Behandlungskonzepts für PTSD (Keller, R., Riedel, H. und Senft, W.; 171-186)

Schwickerath, J., Kneip, V. Deselaers, M., Becker, P. (2007). Persönlichkeitsmerkmale und chronischer Stress mit Mobbing Erfahrungen und deren Bedeutung für die stationäre Verhaltenstherapie.

In: Klinische Praxis Verhaltensmedizin und Rehabilitation, 77, 131-146.

Schwickerath, J., Kneip, V. Deselaers, M., Becker, P. (2007). Klinische Aspekte arbeits- und berufsbezogener Problemstellungen.

In: Klinische Praxis Verhaltensmedizin und Rehabilitation, 77.

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)
- Arbeiter-Samariter-Bund (ASB)

Rolf Keller, 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: Rehabilitation und Praxis

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

- Vorstandsmitglied und Dozent am IVV-Berus
- Deutscher Fachverband für Verhaltenstherapie (DVT)
- Vorstandsmitglied der ACCE [ostfranzösische Verhaltenstherapievereinigung, Strasbourg (F)]
- Dozent am AFTCC [französisches Verhaltenstherapieinstitut, Paris (F)]

Dipl.-Psych. Josef Schwickerath, 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

Im Berichtszeitraum wurden weitere Aktivitäten durch Klinikmitarbeiter für bzw. in Kooperation mit öffentlichen Einrichtungen, Betrieben und Organisationen in Form von Kooperationsgesprächen, Beratungen, Schulungen sowie Betreuung und Behandlung von Mitarbeitern oder Personen, die über diese Einrichtungen vermittelt wurden, durchgeführt:

- Kooperation mit der Fa. Wagner, Tiefkühlprodukte, zum Thema: Burnout-Prävention und Behandlung von Burnout von Mitarbeitern
- Kooperation mit dem Stahlwerk Bous zum Thema: Psychologische Akutversorgung von Unfallopfern und Umgang mit Notfällen
- Kooperation mit dem Landesverband des Weißen Rings, Saarland, zum Thema: Trauma und Stalking
- Kooperation mit der Koordinierungsstelle gegen häusliche Gewalt Saarbrücken zum Thema: Trauma und Stalking
- Kooperation mit der Polizei Saarland und Rheinland-Pfalz zu den Themen: Burnout-Prävention, Traumabehandlung, Stalking, Umgang mit psychisch Kranken
- Vorbereitende Gespräche mit der französischen Krankenversicherung Carmi Est (F)
- Kooperation mit dem betriebsärztlichen Dienst der Ford-Werke Köln und Saarlouis zum Thema Mobbing

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 2008 folgende Ziele vorgenommen:

Fertigstellung des geplanten Neubaus

Ein wesentlicher Schritt zur nochmaligen Verbesserung der Strukturqualität sowie zur Standortsicherung der Klinik ist die Fertigstellung und Inbetriebnahme des im Bau befindlichen 3. Erweiterungsbaus im Sommer 2008. Es ist zu erwarten, dass mit der Verbesserung des Raumangebotes bzw. der räumlichen Ausstattung (weitere Einzelzimmer; Therapeutenbüros sowie Gruppen- und Aufenthaltsräume) die Patientenzufriedenheit noch weiter steigen wird.

Entwicklung eines neuen Behandlungsschwerpunkts zum Burnout-Syndrom

Aufgrund gestiegener Nachfrage hat es sich die AHG Klinik Berus zum Ziel gesetzt, ein neues Konzept zur verhaltensmedizinischen Behandlung des Burnout-Syndroms zu entwickeln und 2008 umzusetzen. Es handelt sich dabei um ein spezielles Behandlungsprogramm auf Grundlage langjähriger Behandlungserfahrungen mit psychosomatischen Erkrankungen bei chronischem Stress und Burnout. Bereits 2004 wurde an der AHG Klinik Berus ein Präventionsprogramm für Burnout entwickelt. Auch in Fachvorträgen und Mitarbeiterschulungen für externe Organisationen und Betriebe stieß das Thema Burnout-Prävention und -Behandlung immer wieder auf breites Interesse.

Evaluation des Projekts mit der DAK zur Integrierten Versorgung Psych-Direkt

Ein weiteres Ziel für das Jahr 2008 ist die fortgesetzte Evaluation des Behandlungsprogramms zur Integrierten Versorgung ambulanter DAK-Patienten im Rahmen des Projekts Psych-Direkt. Diese Evaluation findet im Klinikverbund statt und wird vom MDK Rheinland-Pfalz, Alzey, koordiniert. Die im vorliegenden Qualitätsbericht dargestellten positiven Ergebnisse der Pilotstudie der AHG Klinik Berus zu diesem Projekt sollen in größerem Rahmen überprüft werden. Die Daten werden dem Kostenträger und den kooperierenden Kliniken als wesentliche Entscheidungsgrundlage für die Frage dienen, ob und in welchem Rahmen das Projekt IV Psych-Direkt fortgeführt werden soll.

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 der Rehabilitationsbehandlung, zum Ende und ca. 6 Monate nach Entlassung statt. Die Datenerhebung erfolgt mittels Fragebögen.

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

DIN steht für Deutsche Industrie-Normungsgesellschaft, EN für Europäische Norm und ISO für internationale Standard Organisation. Die DIN EN ISO 9001 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 9001:2000 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

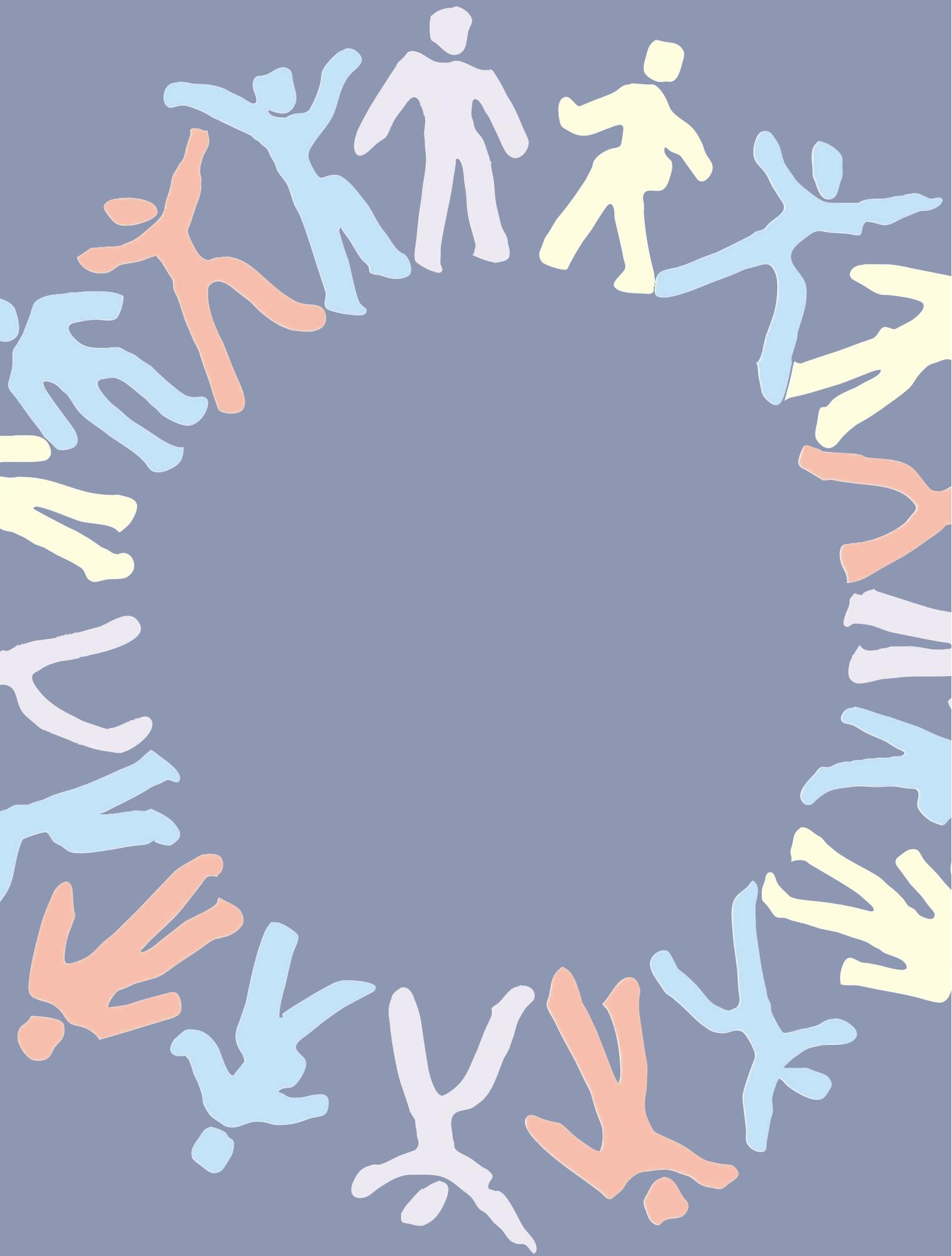
**Wissenschaftliche
Mitarbeit:** Wolfgang Senft

Fotos: Margarete Singer, Ottweiler (Seite 4+5)

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

Erschienen: August 2008

Ident-Nummer: 650_QMS_02





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_02



Erfüllt die
Qualitätsgrundsätze der

