

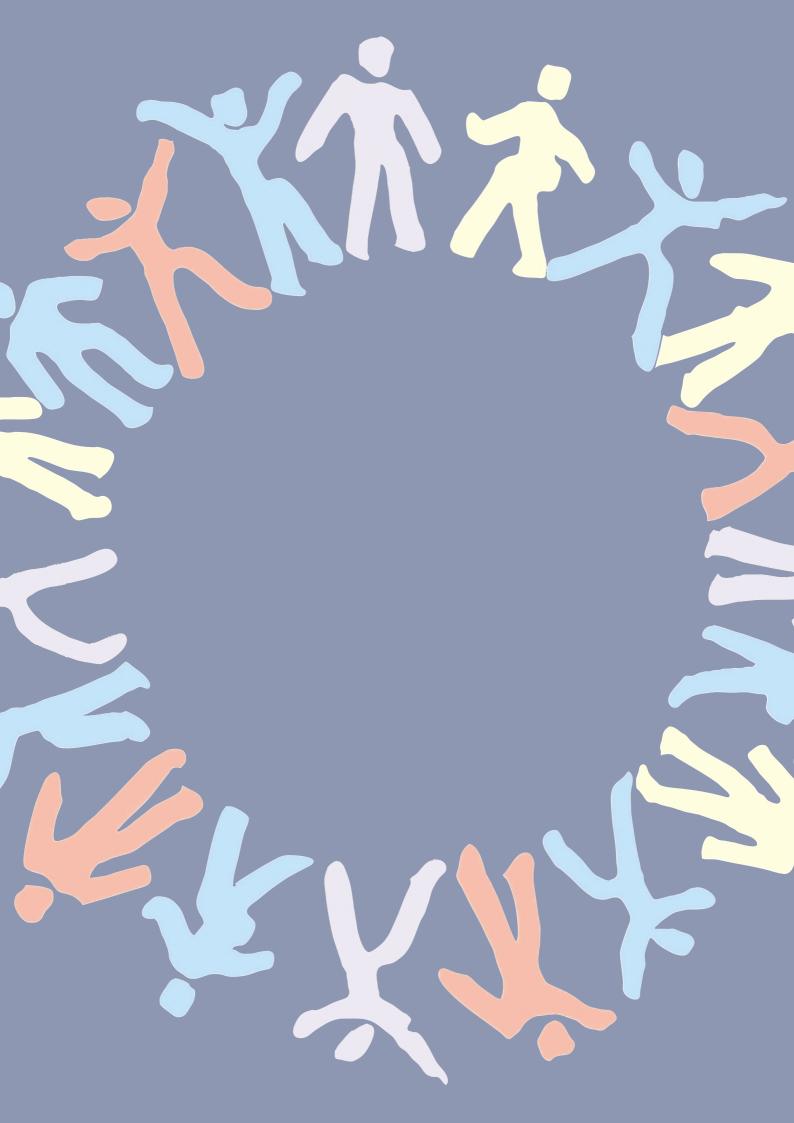


# **KLINIK BERUS**

Zentrum für Psychosomatik und Verhaltensmedizin

Qualitätsbericht 2005





# Vorwort zum Qualitätsbericht

Die Klinik Berus hat in den letzten Jahren auf Grund einer kontinuierlichen Weiterentwicklung ihres qualitativ hochwertigen Behandlungprogrammes zunehmend an Bedeutung und Profil gewonnen. Dies auch vor dem Hintergrund sich ständig veränderter Rahmenbedingungen im Gesundheitswesen.

In dieser Situation hat die Klinik Berus zu ihrem bisherigen Behandlungsangebot in den letzten Jahren erfolgreich 2 weitere Indikationen - Psychosomatische Störungen bei Mobbing und Posttraumatische Belastungsstörungen - in ihr Gesamtbehandlungsangebot integriert. Zudem hat die Intensivierung grenzüberschreitender Kooperation im Rahmen von Globalisierung und Europäisierung vermehrt zur Aufnahme von Patienten aus Luxemburg und Frankreich geführt.

Als Beitrag für eine neue innovative medizinische Versorgung hat die Klinik Berus mit der DAK einen Integrationsvertrag zur optimierten Behandlung von psychosomatischen Erkrankungen abgeschlossen, in dem ein früh in den Krankheitsverlauf eingreifendes fachübergreifendes Behandlungsnetzwerk Arbeitsunfähigkeitszeiten, Leistungseinschränkungen und Chronifizierungen deutlich vermindert.

Im Rahmen der Einführung eines Qualitätsmanagementsystems nach ISO 9001:2000 und den Qualitätskriterien der DEGEMED wurde darüber hinaus eine Optimierung von Organisationsund Behandlungsabläufen gewährleistet.

Der vorliegende Qualitätsbericht dokumentiert damit das Ergebnis von 20 Jahren wissenschaftlich fundierter Arbeit in Verhaltensmedizin und Psychosomatik und leistet gleichzeitig einen wichtigen Beitrag zur Transparenz im Gesundheitswesen.

Neben dem Dank für die vertrauensvolle Zusammenarbeit an alle unsere Partner im Gesundheitswesen möchten wir uns besonders bei unseren Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern bedanken, die durch ihr Engagement, ihre Kompetenz und ihre Freude an der Teamarbeit unseren Erfolg in Kontinuität und Qualität gewährleistet haben.

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

Chefarzt

Arno Prem Verwaltungsdirektor

# INHALTSÜBERSICHT

Ι.	Aligei	neme struktur- und Leistungsdaten der Renabilitätionskrimk	C					
	1.1.	Institutskennzeichen	<i>6</i>					
	1.2.	Träger der Rehabilitationsklinik	6					
	1.3.	Das Leitungsteam						
	1.4.	Anzahl der Betten am 31.12. des Berichtsjahres	8					
	1.5.	Gesamtzahl der im abgelaufenen Kalenderjahr behandelten Patienten	8					
	1.6.	Apparative Ausstattung						
	1.7.	Leistungsspektrum der Klinik						
	1.8.	Indikationen und Kontraindikationen	9					
	1.9.	Die 10 häufigsten Leistungen der Klinik im Berichtsjahr						
	1.10.	Die 10 häufigsten Hauptdiagnosen im Berichtsjahr						
	1.11.	Die 10 häufigsten Nebendiagnosen im Berichtsjahr	14					
	1.12.	Komorbidität (Kombinationen von Haupt- und Nebendiagnosen)	15					
	1.13.	Sozialmedizinische und soziodemographische Merkmale der Patienten						
2.	Funkt	ionsbereichbezogene Struktur- und Leistungsdaten	21					
	2.1.	Psychotherapie	21					
		2.1.1. Psychotherapeutisches Leistungsspektrum	21					
		2.1.2. Besondere Schwerpunkte						
		2.1.3. Häufigkeit psychotherapeutischer Leistungen	34					
	2.2.	Sporttherapie	3 <i>6</i>					
		2.2.1. Sporttherapeutisches Leistungsspektrum						
		2.2.2. Inhaltliche Ausrichtung der Sporttherapie	3 <i>6</i>					
		2.2.3. Häufigkeit sporttherapeutischer Leistungen	37					
	2.3.	Ergotherapie	38					
		2.3.1. Ergotherapeutisches Leistungsspektrum	38					
		2.3.2. Inhaltliche Ausrichtung der Ergotherapie	38					
		2.3.3. Häufigkeit ergotherapeutischer Leistungen	39					
	2.4.	Soziotherapie	40					
		2.4.1. Soziotherapeutisches Leistungsspektrum	40					
		2.4.2. Inhaltliche Ausrichtung der Soziotherapie	40					
		2.4.3. Häufigkeit soziotherapeutischer Leistungen	41					
	2.5.	Physiotherapie						
		2.5.1. Physiotherapeutisches Leistungsspektrum	42					
		2.5.2. Inhaltliche Ausrichtung der Physiotherapie						
		2.5.3. Häufigkeit physiotherapeutischer Leistungen						
	2.6.	Ernährungsberatung	45					
		2.6.1. Leistungsspektrum an Ernährungsberatung						
		2.6.2. Inhaltliche Ausrichtung der Ernährungsberatung						
		2.6.3. Häufigkeit von Leistungen an Ernährungsberatung	46					
3.	Persor	nalqualifikation am Stichtag 31.12. des Berichtsjahres	47					

4.1. Grundsätze sowie strategische und operative Ziele der Qualitätspolitik	4.	Quali	tätspolitik	48
4.2.1. Aufbau und Struktur des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements		4.1.	Grundsätze sowie strategische und operative Ziele der Qualitätspolitik	48
Oualitätsmanagements		4.2.	Qualitätsmanagement und dessen Bewertung	52
4.2.2. Ergebnisse der externen Qualitätssicherung			4.2.1. Aufbau und Struktur des einrichtungsinternen	
4.2.2. Ergebnisse der externen Qualitätssicherung			Qualitätsmanagements	52
4.4. Weiterführende Information				
4.4. Weiterführende Information		4.3.	Ausgewählte Projekte des Qualitätsmanagements im Berichtszeitraum	58
4.4.2. Links		4.4.		
5. Maßnahmen zur Sicherung und Weiterentwicklung der Konzeptqualität			4.4.1. Verantwortliche für den Qualitätsbericht und Ansprechpartner	59
5.1. Ergebnisqualität der Behandlungs- und Rehabilitationsverläufe			4.4.2. Links	59
5.1. Ergebnisqualität der Behandlungs- und Rehabilitationsverläufe				
5.2. Konzeptbewertungen und Qualitätsbeurteilungen durch Patienten	5.	Maßr	nahmen zur Sicherung und Weiterentwicklung der Konzeptqualität	60
5.3. Konzeptbewertungen und Ergebnisqualität im Rahmen systematischer Studien		5.1.	Ergebnisqualität der Behandlungs- und Rehabilitationsverläufe	60
Studien		5.2.	Konzeptbewertungen und Qualitätsbeurteilungen durch Patienten	61
5.4. Entwicklung und Optimierung von Versorgungskonzepten		5.3.	Konzeptbewertungen und Ergebnisqualität im Rahmen systematischer	
<ul> <li>6. Qualifizierung des Personals durch Fortbildung</li></ul>				
<ul> <li>6.1. Klinikinterne Fortbildung</li></ul>		5.4.	Entwicklung und Optimierung von Versorgungskonzepten	81
<ul> <li>6.1. Klinikinterne Fortbildung</li></ul>	6.	Quali	fizierung des Personals durch Fortbildung	83
<ul> <li>6.2. Teilnahme an externen Fortbildungen der Fachverbände und Ausbildungsinstitutionen</li></ul>				
Ausbildungsinstitutionen		6.2.	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	
7.1. Durchführung von Fachveranstaltungen in der Klinik für die Fachöffentlichkeit				85
<ul> <li>7.1. Durchführung von Fachveranstaltungen in der Klinik für die Fachöffentlichkeit</li></ul>	7.	Verm	ittlung von Kompetenzen und Erfahrungen an externe Kunden	86
Fachöffentlichkeit				
7.3. Veröffentlichungen durch Klinikmitarbeiter im Berichtsjahr9				86
7.3. Veröffentlichungen durch Klinikmitarbeiter im Berichtsjahr9		7.2.		
•		7.3.		
7.7. Wittabott and Wittgineaschaft in Lacingeschschaften and Oferfilen		7.4.	Mitarbeit und Mitgliedschaft in Fachgesellschaften und Gremien	



# 1. Allgemeine Struktur- und Leistungsdaten der Rehabilitationsklinik

Klinik Berus Zentrum für Psychosomatik und Verhaltensmedizin Orannastaße 55

D – 66802 Überherrn-Berus

Telefon: (0 68 36) 39–161 (Aufnahmesekretariat)

Telefax: (0 68 36) 39–178
E-Mail: klinikberus@ahg.de
Internet: http://www.ahg.de/berus

#### 1.1. Institutskennzeichen

261000375

#### 1.2. Träger der Rehabilitationsklinik

Allgemeine Hospital-Gesellschaft mbH & Co. KG

#### 1.3. Das Leitungsteam



Dr. med. Dipl.-Psych. Winfried Carls Facharzt für Neurologie und Psychiatrie, Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Sozialmedizin, Rehabilitationswesen, Physiotherapie, Chefarzt

Telefon: (0 68 36) 39–186 E-Mail: wcarls@ahq.de



**Arno Prem** Verwaltungsdirektor

Telefon: (0 68 36) 39–142 E-Mail: aprem@ahg.de



Dr. med. Thomas Stau Leitender Arzt, Facharzt für Innere Medizin, Facharzt für Psychotherapeutische Medizin

Telefon: (0 68 36) 39–173 E-Mail: tstau@ahg.de



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

Telefon: (0 68 36) 39–174 E-Mail: jhorn@ahg.de



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

Telefon: (0 68 36) 39–487 E-Mail: rkeller@ahg.de



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

Telefon: (0 68 36) 39–188 E-Mail: hriedel@ahg.de



Dipl.-Psych. Josef Schwickerath Leitender Psychologe, Psychologischer Psychotherapeut Telefon: (0 68 36) 39–180

E-Mail: jschwick@ahg.de

#### 1.4. Anzahl der Betten am 31.12. des Berichtsjahres

Therapieplätze	159
Mutter-Kind-Betten	15

# 1.5. Gesamtzahl der im abgelaufenen Kalenderjahr behandelten Patienten

Stationäre Patienten <sup>1</sup>	1242
Teilstationäre Patienten <sup>1</sup>	39
Ambulante Patienten (keine IV-Versorgung) <sup>2</sup>	4
Ambulante Patienten (IV-Versorgung) <sup>2</sup>	6

<sup>&</sup>lt;sup>1</sup> Entlassung im Berichtsjahr

#### 1.6. Apparative Ausstattung

- Medizinische apparative Ausstattung
- Labor
- EKG
- Belastungs- EKG
- Langzeit-RR
- EEG
- Spirometrie
- Sonographie/Dopplersonographie

#### 1.7. Leistungsspektrum der Klinik

#### Medizinische Leistungen

- Laboruntersuchung
- EKG
- Belastungs-EKG
- Langzeit-RR
- EEG
- Lungenfunktionstest (Spirometrie)
- Sonographie/Dopplersonographie
- Medikamentöse Behandlung
- Lichttherapie
- Physiotherapie
- Ernährungsberatung

<sup>&</sup>lt;sup>2</sup> Behandlung im Laufe des Berichtsjahres

#### Psychotherapeutische Leistungen

- Psychotherapie Einzel
- Psychotherapie Gruppen
- Psychoedukation

#### Leistungen der Funktionsbereiche und sonstige Leistungen

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

#### 1.8. Indikationen und Kontraindikationen

#### Indikationen

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

#### Besonderheiten

Möglichkeit zur Betreuung von Kindern im hauseigenen Kindergarten (3 bis ca. 6 Jahre) während der Therapie ihrer Mütter oder Väter.

Das gesamte Behandlungsangebot wird auch in französischer Sprache vorgehalten.

#### **Kontraindikationen**

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

#### <u>Leistungs- und Kostenträger</u>

Die Klinik Berus ist eine Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtung im Sinne des § 107 SGB V. Die Klinik wird von allen Rentenversicherungsträgern gemäß § 15 und § 31 SGB VI sowie von allen Krankenkassen gemäß § 111 und § 40 Abs. 2 SGB V in Verbindung mit § 26 SGB IX belegt. Gemäß § 4 Abs. 5 der Musterbedingungen des Verbandes der Privaten Krankenversicherungen sowie nach § 7 der Beihilfeverordnung (BhVO) wird die Klinik Berus als beihilfefähige, sogenannte "gemischte Krankenanstalt" anerkannt und belegt.

#### 1.9. Die 10 häufigsten Leistungen der Klinik im Berichtsjahr

Die 10 häufigsten Leistungen: Gruppenangebote

Rang	Leistung		2005	
		Absolute Häufigkeit der Maßnahme	Fallzahlen (Teilnehmer) N ges. = 1242	Durchschnittliche Häufigkeit der Teilnahme
1	Gesundheitstraining: Einführungsprogramm	6194	1240	5,0
2	Progressive Muskel- relaxation nach Jacobson	5812	1126	5,2
3	Selbstsicherheitsgruppe	5171	665	7,8
4	Tiefenentspannung	4936	936	5,3
5	Sporttherapie: Bewegungsgruppe	4531	794	5,7
6	Ergotherapie: Arbeitstherapeutische Gruppe	3014	385	7,8
7	Depressionsgruppe	2199	608	3,6
8	Physiotherapie: Rückenschule	2152	387	5,6
9	Gesundheitstraining- Seminar: Gesundheit aktiv fördern	2105	672	3,1
10	Gesundheitsgruppe	2049	433	4,7

Die 10 häufigsten Leistungen: Einzelangebote

Rang	Leistung		2005	
		Absolute Häufigkeit der Maßnahme	Fallzahlen (Teilnehmer) N ges. = 1242	Durchschnittliche Häufigkeit der Teilnahme
1	Psychotherapeutische Einzelsitzung 50 Min.	10401	1202	8,7
2	Physiotherapie: Klassische Massage	2792	599	4,7
3	Cotherapeutische Einzelgespräche	2630	722	3,6
4	Psychotherapeutische Einzelsitzung 20 Min.	2043	707	2,9
5	Exploration durch Supervisor	1417	1154	1,2
6	Physiotherapie: Fangopackungen	1330	283	4,7
7	Physiotherapie: Medizinische Bäder mit Zusätzen	880	212	4,2
8	Soziotherapie: Beratung zu Ausbildung/ Berufsklärung	824	220	3,8
9	Physiotherapie: Krankengymnastische Einzelbehandlung	818	181	4,5
10	Ernährungsberatung einzeln	669	340	2,0

# 1.10. Die 10 häufigsten Hauptdiagnosen im Berichtsjahr

Die 10 häufigsten Hauptdiagnose-Gruppen (Bado)

Rang Diagnose- Gruppe	Diagnose- Gruppe ICD-10-Nr.	darin ICD-10- Nr.	Diagnose- text (ICD-10)	Anzahl von 1229 Patienten	Prozent von 1229 Patienten
1	F 43		Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	393	32,0 %
		F 43.1	Posttraumatische Belastungsstörung	83	6,8 %
		F 43.2	Anpassungsstörungen	306	24,9 %
2	F 33		Rezidivierende depressive Störung	266	21,6 %
		F 33.0	Rezidiv. depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode	24	2,0 %
		F 33.1	Rezidiv. depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode	201	16,4 %
		F 33.2	Rezidiv. depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode	30	2,4 %
3	F 32		Depressive Episode	175	14,2 %
		F 32.0	Leichte depressive Episode	10	0,8 %
		F 32.1	Mittelgradige depressive Episode	143	11,6 %
		F 32.2	Schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome	20	1,6 %
4	F 41		Sonstige Angststörungen	75	6,1 %
		F 41.2	Angst und depressive Störung, gemischt	39	3,2 %
		F 41.0	Panikstörung	22	1,8 %
		F 41.1	Generalisierte Angststörung	12	1,0 %

Rang Diagnose- Gruppe	Diagnose- Gruppe ICD-10-Nr.	darin ICD-10- Nr.	Diagnose- text (ICD-10)	Anzahl von 1229 Patienten	Prozent von 1229 Patienten
5	F 40		Phobische Störungen	74	6,0 %
		F 40.0	Agoraphobie	47	3,8 %
		F 40.1	Soziale Phobie	21	1,7 %
6	F 45		Somatoforme Störungen	58	4,7 %
		F 45.4	Anhaltende somatoforme Schmerzstörung	26	2,1 %
		F 45.0	Somatisierungsstörung	16	1,3 %
7	F 63		Abnorme Gewohnheiten und Störungen der Impulskontrolle	56	4,6 %
		F 63.0	Pathologisches Glücksspiel	55	4,5 %
8	E 66		Adipositas	22	1,8 %
9	F 50		Essstörungen	21	1,7 %
		F 50.2	Bulimia nervosa	10	0,8 %
		F 50.0 F 50.1	Anorexia nervosa	7	0,6 %
10	H 93	H 93.1	Chronischer Tinnitus	20	1,6 %

# 1.11. Die 10 häufigsten Hauptdiagnosen im Berichtsjahr

Die 10 häufigsten Nebendiagnose-Gruppen (Bado)

Rang Diagnose- Gruppe	Diagnose- Gruppe ICD-10-Nr.	darin Diagnose ICD-10-Nr.	Diagnose- text (ICD-10)	Anzahl von 2824 Diagnosen	Prozent von 2824 Diagnosen
1	E 66		Adipositas	239	8,5 %
2	I 10		Hypertonie	210	7,4 %
3	M 54		Rückenschmerzen	193	6,8 %
4	H 93		Sonstige Krankheiten des Ohres	166	5,9 %
		H 93.1	Chronischer Tinnitus	156	5,5 %
5	F 60		Spezifische Persönlichkeitsstörungen	131	4,6 %
		F 60.6	Ängstliche (vermeidende) Persönlichkeitsstörung	30	1,1 %
		F 60.7	Abhängige Persönlichkeitsstörung	27	1,0 %
6	E 78		Fettstoffwechsel- störungen	126	4,5 %
7	M 53		Sonstige Krankheiten der Wirbelsäule u. des Rückens	93	3,3 %
8	F 43		Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	88	3,1 %
		F 43.1	Posttraumatische Belastungsstörung	42	1,5 %
		F 43.2	Anpassungsstörungen	42	1,5 %
9	F 33		Rezidivierende depressive Störung	73	2,6 %
		F 33.1	Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode	50	1,8 %
10	M 51		Sonstige Bandscheiben- schäden	66	2,3 %

#### 1.12. Komorbidität (Kombination von Haupt- und Nebendiagnosen)

Im Berichtsjahr 2005 wurden an der Klinik Berus lediglich 3 Patienten stationär behandelt, bei denen keine psychische Diagnose vergeben wurde. Das entspricht dem psychosomatischen Indikationsspektrum der Klinik. Bei der Unterscheidung somatischer und psychischer Diagnosen werden die Diagnosen E 66 (Adipositas) und H 93.1 (chronischer Tinnitus) hier zu den psychischen Diagnosen gezählt, da in der Klinik Berus diese beiden, im ICD-10 unter den somatischen Störungen aufgeführten, Diagnosegruppen als ganzheitlich psychosomatisch angesehen werden und die spezifischen Behandlungskonzepte der Änderung dysfunktionaler Einstellungs- und Verhaltensmuster eine wesentliche Bedeutung zuschreiben.

#### Ausschließlich somatische Haupt- und Nebendiagnosen (Bado)

Ausschließlich somatische Diagnosen	Anzahl von 1229 Patienten	Prozent von 1229 Patienten
Ausschließlich 1 somatische Hauptdiagnose	1	0,08 %
Ausschließlich 1 somatische Hauptdiagnose in Kombination mit 1 somatischen Nebendiagnose	1	0,08 %
Ausschließlich 1 somatische Hauptdiagnose in Kombination mit 2 und mehr somatischen Nebendiagnosen	1	0,08 %
Summe	3	0,24 %

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 64,9% der Patienten vor.

Die Komorbidität einer psychischen Hauptdiagnose mit somatischen Nebendiagnosen fand sich bei 66.3% der Patienten.

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

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

## Ausschließlich psychische Haupt- und Nebendiagnosen (Bado)

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 1229 Patienten	Prozent von 1229 Patienten
1 Nebendiagnose (F / E 66 / H 93.1)	479	39,0 %
2 Nebendiagnosen (F / E 66 / H 93.1)	243	19,7 %
3 Nebendiagnosen (F / E 66 / H 93.1)	67	5,5 %
4 Nebendiagnosen (F / E 66 / H 93.1)	7	0,6 %
5 und mehr Nebendiagnosen (F / E 66 / H 93.1)	2	0,2 %
Summe	798	64,9 %

## Psychische Hauptdiagnosen mit somatischen Nebendiagnosen (Bado)

Ausschließlich F-Diagnosen (psychische Diagnose), E 66 (Adipositas) oder Tinnitus (H 93.1) als Hauptdiagnose in Kombination mit somatischen Nebendiagnosen	Anzahl von 1229 Patienten	Prozent von 1229 Patienten
1 somatische Nebendiagnose	350	28,5 %
2 somatische Nebendiagnosen	245	19,9 %
3 somatische Nebendiagnosen	148	12,0 %
4 somatische Nebendiagnosen	49	4,0 %
5 und mehr somatische Nebendiagnosen	23	1,9 %
Summe	815	66,3 %

#### 1.13. Sozialmedizinische und soziodemographische Merkmale der Patienten

#### Geschlecht und Altersverteilung

Variable	Ausprägung	Anzahl Patienten	Prozent Patienten
Geschlecht N = 1242	weiblich	724	58,3 %
	männlich	518	41,7 %
Alter N = 1242	bis 20 Jahre	33	2,7 %
	21 - 30 Jahre	133	10,7 %
	31 - 40 Jahre	265	21,3 %
	41 - 50 Jahre	455	36,6 %
	51 - 60 Jahre	310	25,0 %
	61 - 70 Jahre	37	3,0 %
	71 Jahre und älter	9	0,7 %

Die Geschlechtsverteilung von knapp 3/5 Frauen zu gut 2/5 Männern entspricht weitgehend dem in psychosomatischen Fachkliniken üblichen Prozentsatz. Das Durchschnittsalter von knapp 44 Jahren ist etwas höher als üblich, was an dem besonderen Klientel der Mobbing- und Tinnituspatienten liegen dürfte, da sich hierunter auch häufiger ältere Patienten befinden.

#### Altersdurchschnitt und durchschnittliche Erkrankungsdauer

Variable	Ausprägung	Mittelwert	Standard- abweichung
Alter	Mittelwert (Jahre) N = 1242	43,9	10,8
Erkrankungs- dauer	Dauer seit Erstmanifestation N = 1224	6,7	7,5

Durchschnittlich erst nach knapp 7 Jahren kommen die Patienten in eine adäquate stationäre psychosomatische Behandlung. Es sollten weiterhin verstärkt Konzepte vorangetrieben werden, die diese Zeitspanne verkürzen könnten, wie etwa die Integrierte Versorgung.

#### Schulbildung

Variable	Ausprägung	Anzahl Patienten	Prozent Patienten
Schulbildung N = 1242	Sonderschule	15	1,2 %
	Hauptschule ohne Abschluss	33	2,7 %
	Hauptschule mit Abschluss	522	42,5 %
	Mittlere Reife	329	26,8 %
	Fachschule	90	7,3 %
	Abitur ohne Studium	73	5,9 %
	Studium ohne Abschluss	33	2,7 %
	Studium mit Abschluss	107	8,7 %
	andere	26	2,1 %

Etwas mehr als 2/3 der im Berichtsjahr behandelten Patienten haben einen Hauptschulabschluss oder die Mittlere Reife als Schulabschluss. Dies ergibt sich aus den Hauptbelegern, den Rentenversicherungsträgern.

#### Letzter beruflicher Status

Variable	Ausprägung	Anzahl Patienten	Prozent Patienten
Letzter beruf- licher Status N = 1238	Arbeiter	138	11,1 %
	Facharbeiter / Lernberuf	176	14,2 %
	Einfacher / mittlerer Angestellter o. Beamter	644	52,0 %
	Höherer (leitender) Angestellter o. Beamter	112	9,0 %
Selbständig, freiberuflich tätig		37	3,0 %
	Auszubildender, Umschüler	26	2,1 %
	Schüler, Student	35	2,8 %
	Hausfrau / Hausmann	42	3,4 %
	sonstiges	28	2,3 %

Etwas mehr als die Hälfte des Klientels war zuletzt als einfacher oder mittlerer Angestellter bzw. Beamter beschäftigt. Ein Viertel setzte sich zusammen aus Arbeitern und Facharbeitern/Lernberufen. Knapp jeder Zehnte war zuletzt höherer Angestellter oder Beamter. In Ausbildung (Auszubildende, Umschüler sowie Schüler, Student) waren ca. 5%. Diese Verteilung der Berufe entspricht der Kostenträgerstruktur.

#### Berufsausübung

Variable	Ausprägung	Anzahl Patienten	Prozent Patienten
Berusausübung N = 1242	Vollzeitbeschäftigung	573	46,3 %
	Teilzeitbeschäftigung	148	12,0 %
	arbeitslos	320	25,9 %
	Rentner / Pensionär	68	5,5 %
	in Ausbildung	29	2,3 %
	ABM / Umschulung	3	0,2 %
	Kombinationen	3	0,2 %
	Sonstiges	39	3,2 %

Im Vergleich zu früheren Tätigkeitsberichten ist die Zahl der Arbeitslosen unter den stationär behandelten Patienten deutlich gestiegen. So waren beispielsweise im Zeitraum 1986 - 1996 durchschnittlich 20% des Klientels arbeitslos, 2005 waren es knapp 26%. Dies entspricht der Entwicklung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt und erschwert oft die Klärung der beruflichen Perspektiven.

#### Arbeitsfähigkeit bei Aufnahme

Variable	Ausprägung	Anzahl Patienten	Prozent Patienten
Arbeitsfähigkeit vor Aufnahme N = 1236	arbeitsfähig	524	42,4 %
	arbeitsunfähig	598	48,4 %
	Hausfrau / Hausmann	41	3,3 %
	keine Angabe erforderlich	73	5,9 %

Knapp die Hälfte der im Berichtsjahr behandelten Patienten kam arbeitsunfähig in die stationäre/teilstationäre Behandlung. In diesem Zusammenhang sind oft die sozialmedizinische Begutachtung der Leistungsfähigkeit und die berufliche Reintegration von entscheidender Bedeutung.

### 2. Funktionsbereichsbezogene Struktur- und Leistungsdaten

#### 2.1. Psychotherapie

#### 2.1.1. Psychotherapeutisches Leistungsspektrum

Eine Stärke der 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

Leistung	KTL-Ziffer
Ambulante Vorgespräche	r00
Kontakte mit Vor- und Nachbehandlern	h21.99
Psychotherapeutische Einzelsitzung (20 Min.)	r34
Psychotherapeutische Einzelsitzung (50 Min.)	r33
Exploration durch Supervisor	p03.20
Psychotherapeutische Krisenintervention	r36
Psychiatrische Krisenintervention	r36
Expositionsübungen Einzeln	r35
Cotherapeutische Einzelgespräche (20 Min.)	n01
Psychotherapeutische Paargespräche	r30
Familiengespräche	r32
Testpsychologische Untersuchung	p03.20
Ärztliche Beratung	k01

# Leistungsspektrum Gruppen-Psychotherapie

Leistung	KTL-Ziffer
Frühtreff (Problemorientierte Gruppenarbeit)	p12.99
Teamkonferenz	n01
Problemlösungsgruppe	r41
Entspannungstraining nach Jacobson	p32.10
Selbstsicherheitsgruppe	r43.10
Depressionsgruppe	r53
Genussgruppe	r62
Angstinformationsgruppe	r51
Angstübungsgruppe	r51
Gruppe für Essgestörte (Anorexie/Bulimie)	r56
Adipositasgruppe	r54
Gesundheitsgruppe (allgemein)	r52
Gesundheitsgruppe (Schmerz)	r52
Spielergruppe	r95.10
Raucherentwöhnungsgruppe	p12.50
Musiktherapeutisches Projekt	s31
Tiefenentspannung	p32.99
Körpererfahrungsgruppe allgemein	s51
Körpererfahrungsgruppe Frauen	r57
Traumagruppe I (sex. traumatisierte Frauen)	r90.35
Traumagruppe II (nicht sex. Traumata)	r90.99

Tinnitusbewältigungsgruppe	r90.99
Achtsamkeitstraining	r62
Mobbinggruppe I und II	r90.99
Gesundheitstraining (Einführungsprogramm)	r65 / k46

#### 2.1.2. Besondere Schwerpunkte

Die Klinik Berus deckt das gesamte Spektrum der Psychosomatik ab und ist mit dem differenzierten Behandlungsangebot auf diesem Gebiet hoch spezialisiert. Im folgenden werden die vier psychotherapeutischen Schwerpunkte näher beschrieben, die die ausgesprochenen Spezialindikationen der Klinik darstellen und durch die ein Großteil des Klientels versorgt wird:

- Behandlung von psychosomatischen Störungen bei Mobbing
- Behandlung von dekompensiertem chronischen Tinnitus
- Traumadiagnostik und Traumatherapie
- Behandlung von Pathologischem Spielen
- Französischsprachige Therapie

#### 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, den Mobbingtäter, das Mobbingopfer.

#### <u>Behandlungskonzept</u>

Die Klinik Berus im Saarland entwickelte als erste Klinik bereits 1999 ein Therapiekonzept für an den Folgen von Mobbing Betroffene. Bisher sind mehr als 900 Patienten mit diesen Problemen behandelt worden, im Jahre 2005 insgesamt 204 Patienten. Die Therapie der 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,
- 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 bei misst. 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..

#### <u>Behandlungsergebnisse</u>

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

#### <u>Behandlungskonzept</u>

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 Kristallationskern bei psychosozialen Problemen wie Mobbing oder nach life-events traumatischen Charakters. Aus diesem Grunde muss fast regelmäßig auf das gesamte Methodenrepertoire und die Angebotsvielfalt einer verhaltensmedizinischen Einrichtung zurück gegriffen werden, um eine effiziente Behandlung des Tinnitus zu gewährleisten. Die 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. Seit 2006 wird ein Behandlungsmodul Achtsamkeit für unsere Tinnituspatienten angeboten, das z.Zt. evaluiert wird.

#### **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 In formationen zum Thema Tinnitus und Hören vermittelt werden. Dies dient der Entkatastrophisierung des Symptomes, der Motivierung der oft stark demoralisierten Patienten sowie der Modifikation dysfunktionalen Bewältigungsverhaltens. In Form von Übungen wird ein spielerischer und gelassener Umgang mit dem Ohrgeräusch geprobt.

#### Achtsamkeitstraining

Der quälende Charakter eines Ohrgeräusches wird nicht primär durch seine physikalischen oder psychoakustischen Merkmale, sondern durch die Art der psychischen Fokussierung bestimmt. Der "Kampf mit dem Symptom" im Rahmen sekundärer negativer Bewertungsprozesse führt letzten Endes zur Dauerfokussierung und quälendem emotionalen Unbehagen.

In der Achtsamkeitsgruppe werden daher u.a. speziell für unsere 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.

#### <u>Behandlungsergebnisse</u>

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 (vgl. 5.3).

#### <u>Literatur</u>

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

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

Rudolph, FM, 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

#### <u>Behandlungskonzept</u>

Mit dem 1999 entwickelten und seitdem konsequent optimierten Konzept für Traumadiagnostik und Traumatherapie nimmt die 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-, Kon frontations- und Integrationsphase (Keller & Riedel, 2001; Keller, Riedel & Senft, 2003). Kernstück ist dabei ein kognitiv-verhaltenstherapeutisches Erklärungs- und Verände - rungsmodell 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. Dabei 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 Traumagruppe bietet sich die Möglichkeit, sich mit den anderen Gruppenmitgliedern über die traumatischen Erlebnisse in klar strukturierter Form auszutauschen und gegenseitig zu unterstützen. Nach Informationen über Trauma und Traumabewältigung werden Stabilisierungstechniken vermittelt, Methoden zur Traumakonfrontation aufgezeigt und Maßnahmen zur Integrationsphase besprochen. Eine wesentliche Rolle bei der Behandlung sexuell traumatisierter Frauen kommt einer speziellen Körpererfahrungsgruppe für diese Frauen zu. Bei ressourcenorientiertem Vorgehen wird hier der Fokus v.a. auf eine verbesserte Körperwahrnehmung und Körperakzeptanz, Abgrenzungsfähigkeit und Nähe-Distanz-Regulation gelegt. Die Teilnahme an einer Selbstsicherheitsgruppe und weiteren themenzentrierten Angeboten wie 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.

#### <u>Behandlungsergebnisse</u>

Das Behandlungskonzept für Traumafolgestörungen an der 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, siehe auch 5.3) fanden sich wiederholt deutliche Besserungsraten im Hinblick auf die Traumasymptomatik. Diese Ergebnisse belegen die Wirksamkeit und die Langzeiteffekte der stationären Traumatherapie an der Klinik Berus.

#### Literatur

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

Keller, R., Riedel, H. und Senft, W. (2003). Stationäre Traumatherapie in der Gruppe im Rahmen eines verhaltensmedizinischen Behandlungskonzepts für Posttraumatische Belastungsstörungen. In: M. Zielke, R. Meermann, und W. Hackhausen, (Hrsg.) Das Ende der Geborgenheit. Die Bedeutung von traumatischen Erfahrungen in verschiedenen Lebens- und Ereignisbereichen, Epidemiologie, Prävention, Behandlungskonzepte und klinische Erfahrungen (512-549). Lengerich: Pabst Science Publishers. Keller, R. (2004). Besonderheiten bei der Behandlung traumatisierter Mobbingpatienten. In: J. Schwickerath, W. Carls, M. Zielke und W. Hackhausen (Hrsg.) Mobbing am Arbeitsplatz. Grundlagen, Beratungs- und Behandlungskonzepte (262-302). Lengerich: Pabst Science Publishers.

#### Behandlung von Pathologischem Spielen

Josef Schwickerath

#### <u>Behandlungskonzept</u>

Beim Pathologischen Spielen handelt es sich um ein andauerndes und wiederkehrendes fehlangepasstes Spielverhalten. Seit 1987 werden in der Klinik Berus pathologische Glücksspieler nach einem verhaltenstherapeutischen Konzept behandelt. Im Jahr 2005 waren dies insgesamt 60 Spieler, davon 51 Männer und 9 Frauen.

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 s.g. "alte Hasen" als therapeutisches Modell für Therapieanfänger dienen. Die Gruppenteilnehmer werden durch schriftliche Informationen über das Ziel und die Gruppenregeln vorbereitet.

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

den bei vielen Spielern neben der krisenhaften Zuspitzung in den o.g. Bereichen auch die oft nicht eingestandenen Ängste vor Einsamkeit bzw. allein gelassen zu werden, Angst vor Ablehnung, Suche nach Geborgenheit deutlich, die oft schon seit früher Kindheit durch starke Verwöhnung oder einen inkonsequenten Erziehungsstil, fehlende angemessene Modelle durch Abwesenheit des Vaters beispielsweise überkompensiert wurden. Neben der stimmigen, plausiblen Erklärung durch die Gruppe, die das in der Einzeltherapie erarbeitete Erklärungsmodell ergänzt, geht es um eine realistische Lösungsperspektive, wobei auch die Gruppe als Korrektiv für überhöhte und unrealistische Perspektiven dient.

Je nach individueller Indikation nehmen die Spieler zusätzlich an weiteren verhaltenstherapeutischen Gruppen (z.B. Selbstsicherheitsgruppe, Entspannungstraining, Depressionsgruppe) sowie an Gruppen von Sport-, Ergo- und Soziotherapie und der Physiotherapie teil. Auch der Umgang mit den oft hohen Schulden wird durch soziotherapeutische Beratung zu klären versucht.

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

#### Behandlungsergebnisse:

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

#### <u>Literatur:</u>

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

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

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

#### Französischsprachige Therapie

#### Heiko Riedel

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

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

Im Jahre 2005 wurden 120 Patienten mit Wohnsitz im französischsprachigen Ausland bzw. mit ausländischen Kostenträgern in der Klinik behandelt. Auf das Großherzogtum Luxemburg fallen mit 55,8% die meisten Patienten, gefolgt von Frankreich mit 43,3%. Am häufigsten ist die Altersgruppe der 41 bis 50 Jährigen mit 32,5% vertreten. Die Altersklassen 51-60 Jahre und 21-30 Jahre folgen mit 21,7% bzw. 20,0%.



Da diese Patienten, bis auf Ausnahme der Grenzgänger, in der Regel nicht durch einen Rentenversicherungsträger zugewiesen werden, sondern durch Krankenkassen, zeichnen sie sich durch eine zu 48,3% dem stationären Aufenthalt vorangehende Arbeitsunfähigkeit aus, lediglich 26,7% beginnen ihre Behandlung arbeitsfähig (in 25% Beurteilung nicht erforderlich). Die Dauer der Arbeitsunfähigkeit vor Behandlungsaufnahme beträgt bei 42,6% 6 Monate und mehr. 20% der Behandelten sind nicht erwerbstätig. Der Schweregrad der Erkrankung spiegelt sich auch in der Prognose zum Ende der stationären Behandlung in der Klinik wieder. Wird für 58,3% eine günstige Prognose gestellt, weisen immerhin 40% eine zweifelhafte Prognose auf, die auf weiteren, ambulanten Behandlungsbedarf mit nicht eindeutig vorhersehbarem Verlauf verweist. Diagnostisch stehen im Vordergrund rezidivierende depressive Störungen (F 33) mit einem Anteil von 33% an den Erstdiagnosen. Es folgen mit 17,1% Belastungs- und Anpassungsstörungen (F 43) und mit 15,4% depressive Episoden (F 32). Einen besonderen indikativen Stellenwert weisen Patienten mit Zwangsstörungen (F 42) auf, die 9,4% der Erstdiagnosen stellen. Es folgen mit jeweils 6% phobische Störungen (F 40), andere Angststörungen (F 41) und Essstörungen (F 50). Bei den Zweit- und Drittdiagnosen dominieren mit 43,8% Persönlichkeitsstörungen (F 60 und 61). Bei 8,1% wurde ein chronischer Tinnitus behandelt.

# 2.1.3. Häufigkeit psychotherapeutischer Leistungen

Psychotherapie: Gruppenangebote

Rang	Leistung	2005		
		Absolute Häufigkeit der Maßnahme	Fallzahlen (Teilnehmer) N ges. = 1242	Durchschnittliche Häufigkeit der Teilnahme
1	Gesundheitstraining: Einführungsprogramm	6194	1240	5,0
2	Progressive Muskelrelaxation nach Jacobson	5812	1126	5,2
3	Selbstsicherheitsgruppe	5171	665	7,8
4	Tiefenentspannung	4936	936	5,3
5	Depressionsgruppe	2199	608	3,6
6	Gesundheitstraining-Seminar: Gesundheit aktiv fördern	2105	672	3,1
7	Gesundheitsgruppe	2049	433	4,7
8	Genussgruppe	1869	317	5,9
9	Problemlösegruppe	1707	269	6,4
10	Mobbinggruppe	1653	204	8,1
11	Körperfahrungsgruppe allgemein	955	150	6,4
12	Angstgruppe	883	253	3,5
13	Tinnitusgruppe	838	119	7,0
14	Traumagruppe	770	90	8,6
15	Spielergruppe	665	57	11,5
16	Musiktherapeutisches Projekt	540	161	3,4
17	Adipositasgruppe	532	153	3,5
18	Raucherentwöhnungsgruppe	329	85	3,9
19	Essstörungsgruppe	141	20	7,1
20	Körperfahrungsgruppe Frauen	107	21	5,1

# Psychotherapie: Einzelangebote

Rang	Leistung	2005		
		Absolute Häufigkeit der Maßnahme	Fallzahlen (Teilnehmer) N ges. = 1242	Durchschnittliche Häufigkeit der Teilnahme
1	Psychotherapeutische Einzelsitzung 50 Min.	10401	1202	8,7
2	Cotherapeutische Einzelgespräche	2630	722	3,6
3	Psychotherapeutische Einzelsitzung 20 Min.	2043	707	2,9
4	Exploration durch Supervisor	1417	1154	1,2
5	Psychotherapeutische Krisenintervention	417	159	2,6
6	Expositionsübungen einzeln	193	61	3,2
7	Ambulante Vorgespräche	121	98	1,2
8	Kontakte mit Vor- und Nachbehandlern	98	60	1,6
9	Familiengespräche	70	25	2,8
10	Psychiatrische Krisenintervention	67	28	2,4
11	Psychotherapeutische Paargespräche	47	29	1,6

#### 2.2. Sporttherapie

#### 2.2.1. Sporttherapeutisches Leistungsspektrum

Leistungsspektrum Sporttherapie

Leistung	KTL-Ziffer
Sporttherapeutische Einzelbehandlung	s41
Ergometertraining	122
Laufen/Joggen	101.40
Ausdauergruppe	182
Aktivierungsgruppe	101.20
Bewegungsgruppe	101.70
Atemtherapie	I51.40
Yoga	p32.99
Tai Chi	181.91
Wahlzusatzangebot Sport	101.20
Ballspiele	m11.10
Fitnesstraining	101.20
Sonstiger Freizeitsport	182.99

#### 2.2.2. Inhaltliche Ausrichtung der Sporttherapie

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 in erster Linie als psychotherapeutische Leistungen und sind dementsprechend weiter oben aufgeführt (2.1). Bei der Körpererfahrung steht verbesserte Selbstwahrnehmung im Zusammenhang von Körper mit Erleben und Verhalten im Mittelpunkt. Weiterhin bietet sich hier die Möglichkeit, sich mit den eigenen Gefühlen, Bedürfnissen und Grenzen gezielt auseinanderzusetzen oder mit Nähe und Distanz in zwischenmenschlichen Beziehungen anders umgehen zu lernen. Eine besondere Rolle spielt die Körpererfahrungsgruppe für sexuell traumatisierte Frauen im Rahmen des Behandlungskonzepts für psychische Traumafolgestörungen.

#### 2.2.3. Häufigkeit sporttherapeutischer Leistungen

Sporttherapie: Einzel- und Gruppenangebote

Rang	Leistung	2005		
		Absolute Häufigkeit der Maßnahme	Fallzahlen (Teilnehmer) N ges. = 1242	Durchschnittliche Häufigkeit der Teilnahme
1	Bewegungsgruppe	4531	794	5,7
2	Aktivierungsgruppe	1414	270	5,2
3	Tai Chi	1337	376	3,6
4	Atemtherapie	1158	228	5,1
5	Laufen / Joggen	1140	107	10,7
6	Ausdauergruppe	1132	215	5,3
7	Sonstiger Freizeitsport	916	104	8,8
8	Ballspiele	777	95	8,2
9	Yoga	534	176	3,0
10	Ergometertraining	343	56	6,1
11	Fitnesstraining	288	58	5,0
12	Zusatzangebot Sport	209	46	4,5

#### 2.3. Ergotherapie

#### 2.3.1. Ergotherapeutisches Leistungsspektrum

#### Leistungsspektrum Ergotherapie

Leistung	KTL-Ziffer
Einzel-Ergotherapie	g41
Verhaltensbeobachtung zur Leistungsbeurteilung	g70
Arbeitstherapie (Produktorientiertes Arbeiten)	g80
Projektgruppe	g75.99
Meditatives Gestalten	g90
Aktivgruppe	g85

#### 2.3.2. Inhaltliche Ausrichtung der Ergotherapie

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.

## 2.3.3. Häufigkeit ergotherapeutischer Leistungen

Ergotherapie: Gruppenangebote

Rang	Leistung	2005		
		Absolute Häufigkeit der Maßnahme	Fallzahlen (Teilnehmer) N ges. = 1242	Durchschnittliche Häufigkeit der Teilnahme
1	Arbeitstherapeutische Gruppe u.a. mit MELBA-Diagnostik	3014	385	7,8
2	Meditatives Gestalten	2002	294	6,8
3	Aktivgruppe	558	105	5,3
4	Projektgruppe	278	48	5,8

Ergotherapie: Einzelangebote

1	Verhaltensbeobachtung zur Leistungsbeurteilung	520	399	1,3
2	Einzelergotherapie	54	28	1,9

#### 2.4. Soziotherapie

#### 2.4.1. Soziotherapeutisches Leistungsspektrum

#### Leistungsspektrum Soziotherapie

Leistung	KTL-Ziffer
Ausbildungs-/Umschulungsfragen, Berufsklärung, Fragen der Weiterqualifikation	h01.10
Wohnungsfragen	h01.20
Wirtschaftliche Absicherung, Schuldnerberatung	h01.30
Rentenfragen	h01.40
Organisation und Monitoring interner Belastungserprobungen	r37
Organisation und Monitoring externer Belastungserprobungen	r38
Vermittlung und Einleitung von Nachsorgemaßnahmen	h21.99
Sozialberatung zu verschiedenen Fragen	h01.99
Reha-Beratung (durch Rehaberater der DRV)	h11
Bewerbertraining	r63

#### 2.4.2. Inhaltliche Ausrichtung der Soziotherapie

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 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.

## 2.4.3. Häufigkeit soziotherapeutischer Leistungen

Soziotherapie: Einzelangebote

Rang	Leistung		2005	
		Absolute Häufigkeit der Maßnahme	Fallzahlen (Teilnehmer) N ges. = 1242	Durchschnittliche Häufigkeit der Teilnahme
1	Ausbildungs-/ Umschulungs- fragen, Berufsklärung	824	220	3,8
2	Sozialberatung zu verschiedenen Fragen	524	219	2,4
3	Wirtschaftliche Absicherung, Schuldnerberatung	379	175	2,2
4	Vermittlung und Einleitung von Nachsorgemaßnahmen	172	134	1,3
5	Rentenfragen	143	88	1,6
6	Bewerbertraining	38	19	2,0
7	Anzahl der Belastungserprobungstage extern	27	7	3,9
8	Wohnungsfragen	26	8	3,3
9	Anzahl der Belastungserprobungstage extern	21	8	2,6
10	Rehaberatung (durch Rehaberatung der DRV)	15	15	1,0
11	Organisation interner Belastungserprobungen	14	7	2,0
12	Organisation externer Belastungserprobungen	12	5	2,4

## 2.5. Physiotherapie

## 2.5.1. Physiotherapeutisches Leistungsspektrum

Leistungsspektrum Physiotherapie

Leistung	KTL-Ziffer
Krankengymnastische Einzelbehandlung	b03
Manuelle Therapie / Cranio	b03.99
Rückenschule / WS-Gymnastik	k14
Fango	c36.10
Heißluft	c06
Massage	f02
Bindegewebsmassage	f22
Colonmassage	f23
Lymphdrainage	f24
Unterwassermassage	f11
Fußreflexzonenmassage	f26
Stangerbad	d02.10
Vollbad mit Zusatz	c61.99
Kneippsche Anwendung	c46
Inhalation	e02
Reizstrom	d11
Ultraschall	d41.10
Vibrationsmassage	f27
Akupunktmassage	f21

Sitzbad / Teilbad	c66.99
Interferenzstrom	d21.10
Iontophorese	d03
Elektrogymnastik	d14
Lichttherapie	m39
Rotlichtbehandlung	c26

#### 2.5.2. Inhaltliche Ausrichtung 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.

>>>

## 2.5.3. Häufigkeit physiotherapeutischer Leistungen

Physiotherapie: Einzel- und Gruppenangebote

Rang	Leistung		2005	
		Absolute Häufigkeit der Maßnahme	Fallzahlen (Teilnehmer) N ges. = 1242	Durchschnittliche Häufigkeit der Teilnahme
1	Klassische Massage	2792	599	4,7
2	Rückenschule (Gruppenangebot)	2152	387	5,6
3	Fangopackungen	1330	283	4,7
4	Medizinische Bäder mit Zusätzen	880	212	4,2
5	Krankengymnastische Einzelbehandlung	818	181	4,5
6	Manuelle Therapie	692	162	4,3
7	Wärmebehandlung	182	39	4,7
8	Lymphdrainage	172	21	8,2
9	Reizstromtherapie	157	38	4,1
10	Rotlichtbehandlung	128	41	3,1
11	Ultraschalltherapie	87	16	5,4
12	Lichttherapie	55	9	6,1
13	Stangerbäder	41	11	3,7
14	Unterwassermassage	37	7	5,3
15	Kneippsche Anwendung	36	5	7,2
16	Bindengewebsmassage	31	4	7,8
17	Fußreflexzonenmassage	29	6	4,8
18	Akupunktmassage	24	6	4,0
19	Iontonphorese	15	4	3,8
20	K 34 - Inhalation	13	2	6,5
21	Interferenzstrom	11	2	5,5

#### 2.6. Ernährungsberatung

#### 2.6.1. Leistungsspektrum an Ernährungsberatung

#### Leistungsspektrum Ernährungsberatung

Leistung	KTL-Ziffe
Ernährungsberatung einzeln	k02
Ernährungsberatung Gruppe	k03
Lehrküche (Gruppe)	k12.10
Diabetikerschulung	k17
Ernährungsvorträge	k51
Sonderkostformen (alle außer Vollwertkost)	i26

#### 2.6.2. Inhaltliche Ausrichtung 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.

## 2.6.3. Häufigkeit Leistungen an Ernährungsberatung

Ernährungsberatung: Einzel- und Gruppenangebote

Rang	Leistung	2005		
		Absolute Häufigkeit der Maßnahme	Fallzahlen (Teilnehmer) N ges. = 1242	Durchschnittliche Häufigkeit der Teilnahme
1	Ernährungsberatung einzeln	669	340	2,0
2	Lehrküche	110	79	1,4
3	Ernährungsberatung Gruppe	27	24	1,1

## 3. Personalqualifikation am Stichtag 31.12. des Berichtsjahres

Personalqualifikation im medizinisch-therapeutischen Bereich

Berufsgruppe	Anzahl der Beschäftigten	Mitarbeiter in Weiterbildung
Ärzte davon	14	
Facharzt für Innere Medizin	2	
Facharzt für Neurologie und Psychiatrie	2	
Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie	1	
Facharzt für Sportmedizin (F)	1	
Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	4	6
Facharzt für Allgemeinmedizin	2	
Ärzte mit Supervisorenanerkennung (VT)	2	1
Diplom-Psychologen davon	18	
Psychologische Psychotherapeuten	7	10
Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten	1	
Diplom-Psychologen mit Supervisorenanerkennung (VT)	2	1
Wissenschaftlicher Mitarbeiter	1	
Pfegedienst / Cotherapie	17	
Sporttherapie	2	
Ergotherapie	2	
Soziotherapie	2	
Ernährungsberatung	1	
Medizinische Zentrale / Labor	4	

Der Funktionsbereich Physiotherapie ist ausgegliedert. Qualifiziertes Personal mit entsprechender Aus- und Weiterbildung ist hier sichergestellt.

#### 4. Qualitätspolitik

#### 4.1. Grundsätze sowie strategische und operative Ziele der Qualitätspolitik

Die Klinik Berus ist zertifiziert nach DIN EN 9001: 2000. Die Qualitätspolitik mit dem Leitbild der Klinik 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 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.

#### Leitsatz 1:

Die Dienstleistungen der 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

- medizinische und psychotherapeutische Behandlung sowie soziale Beratung im multiprofessionellen Team auf der Grundlage eines bio-psycho-sozialen Krankheitsverständnisses
- 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 von

- Auswertung der Entlassungsfragebögen
- Auswertung von Patientenbeschwerden
- Auswertung von Zuweiserbeschwerden
- Inanspruchnahme unserer Fortbildungsveranstaltungen und Informationsmedien
- Auswertung der Qualitätssicherungsprogramme der Kosten- und Leistungsträger

#### 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 gesamtgesellschaftlichen Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung mitzuwirken
- eine hohe Qualifikation unserer Mitarbeiter

#### Dies erreichen wir durch

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

#### Dies überprüfen wir anhand

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

#### Leitsatz 5:

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

#### Dies bedeutet für uns

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

#### Dies erreichen wir durch

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

#### Dies überprüfen wir anhand

- der Personalfluktuation
- des Krankenstandes
- projektbezogener Mitarbeiterbefragungen

#### Leitsatz 6:

Unsere Arbeit ist darauf ausgerichtet, ein jährlich zu planendes Umsatzund 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

#### 4.2. Qualitätsmanagement und dessen Bewertung

Das gut funktionierende Qualitätsmanagement-System der Klinik Berus gewährleistet seit Jahren einen hohen Qualitätsstandard und eine kontinuierliche Weiterentwicklung der einzelnen Prozesse und ihrer Wechselwirkungen. Durch systematische Evaluation der Behandlung und des Qualitätsmanagement-Systems sowie regelmäßige externe Überprüfung in jährlichen Qualitätsaudits werden die Abläufe ständig überprüft, optimiert und die Konzepte weiterentwickelt.

#### 4.2.1. Aufbau und Struktur des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements

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, je ein 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 (siehe unten).

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

Die Überprüfung von Maßnahmen zur Erreichung der Qualitätsziele 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).

>>>

#### 4.2.2. Ergebnisse der externen Qualitätssicherung

Externe Qualitätssicherung erfolgt durch Rückmeldung von Seiten der Kostenträger. Das umfassendste Qualitätssicherungsprogramm hat derzeit die DRV Bund. Hier werden den Kliniken in regelmäßigen Abständen bei systematischer Erhebung die erreichten Kennzahlen im Klinikvergleich zurück gemeldet. Das Qualitätssicherungsprogramm der DRV Bund umfasst u.a. Ergebnisse aus folgenden Bereichen:

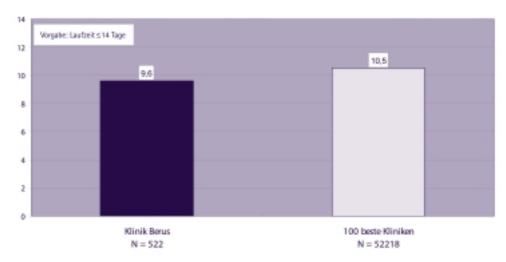
- Laufzeiten der Entlassungsberichte
- Rehabilitandenstruktur (Analyse der Entlassungsberichte)
- Peer-Review-Verfahren (Qualitätskontrolle der Entlassungsberichte)
- Externe Patientenbefragung (Nachbefragung)

Bei der folgenden Darstellung der Ergebnisse aus dem externen Qualitätssicherungsprogramm der DRV Bund werden die Daten der aktuellsten Rückmeldungen durch die DRV Bund an die Klinik berücksichtigt. Liegen für das Erhebungsjahr noch keine Rückmeldungen vor, wird entsprechend auf die Ergebnisse aus dem Erhebungszeitraum davor verweisen.

#### Laufzeiten der Entlassungsberichte

Die DRV Bund wertete die durchschnittliche Laufzeit der im Jahr 2004 eingegangenen ärztlichen Entlassungsberichte aus. Danach hat die Klinik Berus die geforderte Grenze von maximal 14 Tagen nach Entlassung deutlich unterschritten und liegt besser als der Durchschnitt der 100 besten Vergleichskliniken.





### DRV Bund Rehabilitandenstruktur 2004 Exemplarische Ergebnisse

Abteilung 3100 - Psychosomatik / Psychotherapie

	Klinik Berus	Vergleichskliniken
Anzahl ausgewerteter Entlassungsberichte	677	43541
Anteil Frauen	62 %	76 %
Durchschnittsalter	44,1	45,0
Anteil an Erstrehabilitanden	62 %	62 %
Duchschnittliche Anzahl früherer Rehabilitationen	1,9	1,8
Anteil Arbeitsloser vor Antragstellung	13 %	12 %
Anteil Angestellter	86 %	87 %
Keine AU-Zeiten innerhalb von 12 Monaten vor Reha	20 %	17 %
Vor Aufnahme bis unter 3 Monate AU	34 %	38 %
Vor Aufnahme 3 bis unter 6 Monate AU	17 %	15 %
Vor Aufnahme 6 und mehr Monate AU	26 %	26 %
Durchschnittliche Dauer der Rehabilitation (Tage)	45	40
Arbeitsfähig bei Entlassung	58 %	66 %
Leistungsfähigkeit im letzten Beruf 6 Stunden und mehr	85 %	83 %
Leistungsfähigkeit im letzten Beruf 3 bis unter 6 Stunden	3 %	4 %
Leistungsfähigkeit im letzten Beruf unter 3 Stunden	11 %	11 %
Leistungsfähigkeit allgemein 6 Stunden und mehr	89 %	89 %
Leistungsfähigkeit allgemein 3 bis unter 6 Stunden	5 %	4 %
Leistungsfähigkeit allgemein unter 3 Stunden	5 %	5 %
Empfehlung zur Nachsorge: ambulante Psychotherapie	84 %	82 %

#### DRV Bund Peer Review 2004 / 2005 Ergebnisse der Beurteilung mittels Qualitätspunkten 20 ausgewertete Entlassungsberichte, Indikationsbereich Psychische Erkrankungen

Bereich	Mittelwert		Anzahl der Fälle		Abweichung	
	Klinik	Gruppe	Klinik	Gruppe	zur Gruppe	zur Vor- erhebung
Anamnese	7,5	7,4	20	1788	n.s.	
Diagnostik	7,6	7,3	20	1788	n.s.	
Therapieziele und Therapie	7,4	7,3	20	1781	n.s.	
Klinische Epikrise	7,5	7,4	20	1779	n.s.	
Sozialmedizinische Epikrise	7,7	7,4	20	1771	n.s.	n.s.
Weiterführende Maßnahmen	7,7	7,7	20	1775	n.s.	
Gesamter Reha-Prozess	7,4	7,1	20	1771	n.s.	n.s.

(Qualitätspunkte, Mittelwerte, 0 = "sehr schlecht", 10 = "sehr gut")

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.

#### DRV Bund Patientenbefragung Klinikbezogene Ergebnisse 2. Halbjahr 2004 Abteilung 3100 - Psychosomatik / Psychotherapie

Bereich	Klinik	Vergleichs- gruppe	Abweichung zur Gruppe
Ärztliche Betreuung während der Rehabilitation	2,5	2,4	n.s.
Betreuung durch die Pflegekräfte	2,2	2,1	n.s.
Psychotherapeutische Betreuung	2,1	2,3	n.s.
Therapeutische Maßnahmen	2,2	2,2	n.s.
Psychoedukative Maßnahmen	2,4	2,1	n.s.
Körperorientierte Maßnahmen	2,1	1,8	*
Rehabilitationsplan und -ziele	2,5	2,5	n.s.
Organisation	2,3	2,2	n.s.
Nützlichkeit der Verhaltsempfehlungen für Beruf, Haushalt und Freizeit	1,8	1,7	n.s.
Ärztliche Beurteilung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit	2,6	2,6	n.s.
Gesamturteil zur Reha	2,4	2,4	n.s.

Bewertung: gemittelte Skalenwerte von 1 ("sehr gut") bis 5 ("schlecht")

Die Nachbefragung der im 2. Halbjahr 2004 in der Klinik Berus stationär behandelten Patienten durch die DRV-Bund ergab bis auf eine signifikante Abweichung im Bereich körperorientierte Maßnahmen keine signifikanten Unterschiede zur Klinikvergleichsgruppe. Insgesamt wurde die Klinik Berus gut bewertet.

#### 4.3. Ausgewählte Projekte des Qualitätsmanagements 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.

#### Qualitätsprojekte im Berichtszeitraum

Qualitätsprojekt	Ausgangslage	Zielsetzung	Ergebnis
Qualitätszirkel "Ambulanz und Begutachtung"	Aufgrund gestiegener Nachfrage nach ambulan- ter Diagnostik bzw. Begut- achtung (v.a. im Trauma- bereich), ambulanter Thera- pie und Nachsorge (neues Projekt mit der DAK zur Integrierten Versorgung) wurde eine Regelung der Abläufe und Zuständig- keiten notwendig.	Koordination und Opti- mierung der Abläufe ambu- lanter Diagnostik und Be- gutachtung sowie ambu- lanter Therapie.	Die entsprechenden Ab- läufe wurden erfasst und beschrieben, die Zuständig- keiten definiert. Offen blie- ben Schnittstellenprobleme, z.B. Aktenfluss und Archi- vierung, sowie Schwierig- keiten mit der Umsetzung der neuen DAK-IV-Regelung, eine Fortsetzung des QZ wurde beschlossen.
Qualitätszirkel "Berufsintegration"	Fortbestehender Hand- lungsbedarf aus dem Vor- jahr bei Verbesserungs- potentialen zur beruflichen Integration, v.a. bzgl. stan- dardisierter Leistungsdiag- nostik.	Optimierung des Konzepts zur beruflichen Reintegration.	Fortführung der QZ- Arbeit aus dem Vorjahr, u.a. Implementierung des standardisierten Begut- achtungssystems MELBA in der Arbeitstherapie und Verbesserung der PC-Aus- stattung im Übungsbüro der Soziotherapie.
Qualitätszirkel "Zeit und Raum"	Organisatorische Mängel wie zeitliche Überschnei- dung der Angebote, Pro- bleme mit der Raumpla- nung etc.	Entwicklung einer Daten- bank für Zeit- und Raum- planung.	Entwicklung und Imple- mentierung einer entspre- chenden Datenbank mit geringerem Pflegeaufwand und besserer Übersicht.
Qualitätszirkel "Gruppentherapie"	Fortlaufende Notwendig- keit der Organisation der Gruppen und Regelungs- bedarf bzgl. der Gruppen- leitung.	Entwicklung von Vorschlägen zur Organisation der Gruppenangebote.	Regelung der Gruppen- zuständigkeit und Opti- mierung der bestehenden Angebote.

#### 4.4. Weiterführende Information

Nähere Information zum Qualitätsmanagement-System der Klinik Berus sind erhältlich beim QM-Beauftragten der Klinik, Herrn Dipl.-Psych. Rolf Keller, Leitender Psychologe, unter:

Tel.: (0 68 36) 39–487 oder (0 68 36) 39–186 (Chefarztsekretariat)

Email: rkeller@ahg.de

Auf Wunsch ist weiteres Informationsmaterial zur Klinik bei Anfrage im Chefarztsekretariat oder Aufnahmesekretariat erhältlich:

Klinikkonzept (für Kostenträger, Zuweiser)

• Klinikprospekt (für Patienten, Kostenträger, Zuweiser)

- Faltblätter zu den einzelnen Störungsbildern (für Patienten, Kostenträger, Zuweiser)
- Frühere Tätigkeitsberichte / Qualitätsberichte (für Kostenträger, Zuweiser)

Chefarztsekretariat:
Tel.: (0 68 36) 39–186
Email: wcarls@ahq.de

Aufnahmesekretariat:
Tel.: (0 68 36) 39–161
Email: klinikberus@ahq.de

#### 4.4.1. Verantwortliche für den Qualitätsbericht und Ansprechpartner

Dr. med. Dipl.-Psych. Winfried Carls, Facharzt für Neurologie und Psychiatrie, Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Sozialmedizin, Rehabilitationswesen, Physiotherapie, Chefarzt

Tel.: (0 68 36) 39–186 (Chefarztsekretariat)

Email: wcarls@ahg.de

Arno Prem, Verwaltungsdirektor

Tel.: (0 68 36) 39-142 (Personalsekretariat)

Email: aprem@ahq.de

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

Tel.: (0 68 36) 39–487 oder

Tel.: (0 68 36) 39–186 (Chefarztsekretariat)

Email: rkeller@ahg.de

#### 4.4.2. Links

Allgemeine Hospital-Gesellschaft mbH & Co. KG Trägergesellschaft der Klinik Berus Internet: http://www.ahg.de

Institut für Fort- und Weiterbildung in Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin an der Klinik Berus e.V. (IVV)

Tel.: (0 68 36) 39–162 (IVV-Sekretariat)

Email: ivvberus@ahq.de

Internet: http://www.ahg.de/berus\_online/ivv

# 5. Maßnahmen zur Sicherung und Weiterentwicklung der Konzeptqualität

#### 5.1. Ergebnisqualität der Behandlungs- und Rehabilitationsverläufe

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

#### Basisevaluation der Behandlungsergebnisse

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

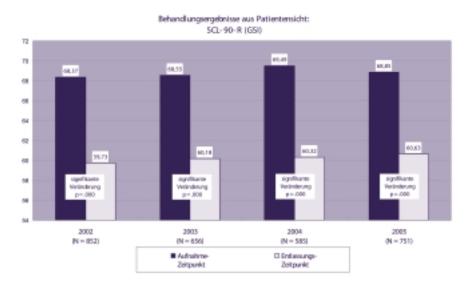
Darüber hinaus werden im Rahmen von Projekten zusätzlich zur Basisevaluation mit störungsspezifischen Messinstrumenten weitere Daten erhoben und auch Katamnese-untersuchungen durchgeführt (siehe 5.3).

#### 5.2. Konzeptbewertungen und Qualitätsbeurteilungen durch Patienten

Symptom-Checklist 90, revidierte Fassung (SCL-90-R, Derogatis et al., 1977; dt. Franke, 1995):

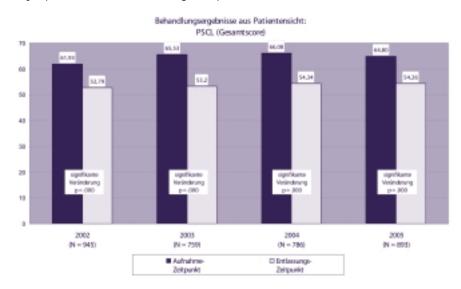
Die SCL-90-R misst die subjektiv empfundene Beeinträchtigung durch körperliche und psychische Symptome innerhalb eines Zeitraums von 7 Tagen. Der Test gliedert sich in 9 Skalen. Der globale Kennwert GSI (Wertespanne 0 - 80) gibt den allgemeinen Grad der Beeinträchtigung an.

<u>Ergebnisse:</u> Es war im Durchschnitt ein höchst signifikanter Rückgang des GSI vom Aufnahmezeitpunkt hin zum Entlassungszeitpunkt zu beobachten. Dieser Trend blieb in den letzten Jahren stabil.

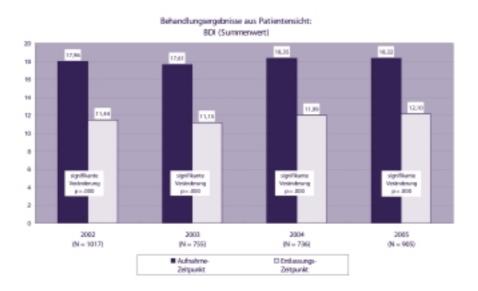


<u>PSCL, Psychosomatic Symptom Checklist (Attanasio et al., 1984; dt. Maaß, 1985):</u> Für 17 körperliche Symptome werden Häufigkeit und Intensität von den Patienten eingeschätzt. Die Produkte der Häufigkeiten und Intensitäten werden summiert und bilden den Gesamtscore.

<u>Ergebnisse:</u> In dieser Symptomcheckliste zeigte sich das gleiche Muster wie in der SCL-90-R. Das Ergebnis weist auf eine höchst signifikante Besserung komorbider somatischer Symptome zum Entlassungszeitpunkt hin.



Beck Depression-Inventory (BDI, Beck et al., 1988; dt. Hautzinger et al., 1994):
Der BDI ist ein weit verbreitetes und anerkanntes Selbstbeurteilungsinstrument zur Erfassung des Schweregrades einer depressiven Symptomatik. BDI-Summenwerte über 18 (Wertespanne 0-63) sprechen für eine klinisch relevante depressive Symptomatik. Ergebnisse: Auch hier zeigte sich über die Jahre hinweg durchgängig eine höchst signifikante Veränderung zwischen klinisch bedeutsamen Werten zum Aufnahmezeitpunkt und deutlich rückläufigen Werten zum Entlassungszeitpunkt ohne klinische Bedeutsamkeit.



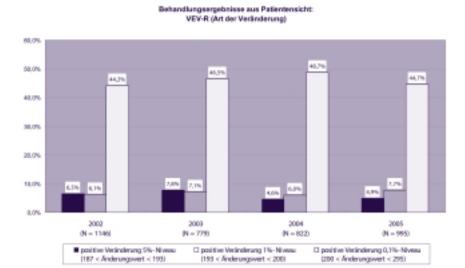
<u>Veränderungsfragebogen des Erlebens und Verhaltens, revidierte Fassung, VEV-R</u> (Zielke und Kopf-Mehnert, 2001):

Dieser Patienten-Fragebogen 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.

<u>Ergebnisse:</u> Der Gesamtscore lag im Durchschnitt zwischen 196 und 200. Das entspricht einer positiven Veränderung auf dem 1% Niveau.



Wird nach Subgruppen differenziert, zeigt sich, dass der größte Teil der Patienten positive Veränderungen auf dem 0,1% Niveau angibt.

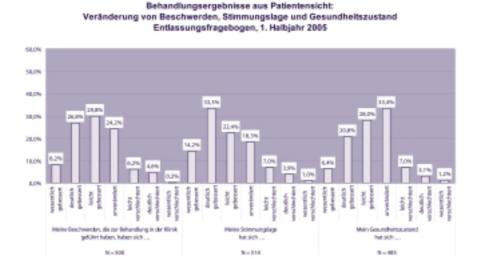


#### Entlassungsfragebogen der AHG:

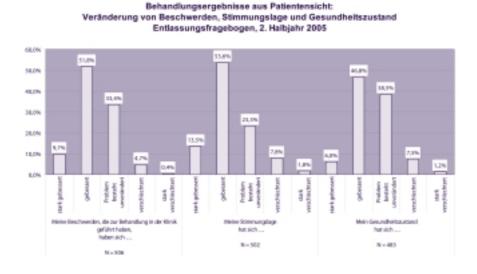
Dieser Patienten-Fragebogen dient zur Erfassung der Zufriedenheit mit dem Klinikaufenthalt sowie den einzelnen Behandlungsangeboten und Leistungen. Ab dem 2. Halbjahr 2005 wurde eine neue, überarbeitete Version eingesetzt, daher sind die Ergebnisse des ersten Halbjahres 2005 nicht direkt mit denen der zweiten Jahreshälfte zu vergleichen.

Ergebnisse: Veränderung von Beschwerden, Stimmungslage und Gesundheitszustand

Ergebnisse 1. Hälfte 2005:

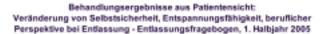


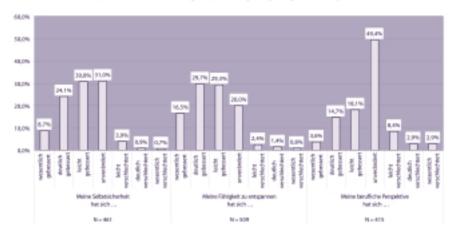
Ergebnisse 2. Hälfte 2005:



<u>Ergebnisse</u>: <u>Veränderung von Selbstsicherheit, Entspannungsfähigkeit und beruflicher Perspektive</u>

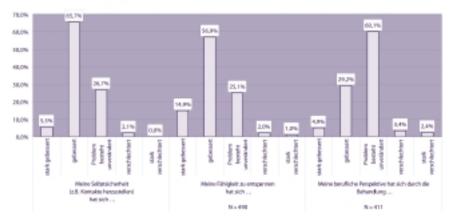
Ergebnisse 1. Hälfte 2005:





#### Ergebnisse 2. Hälfte 2005:

#### Behandlungsergebnisse aus Patientensicht: Veränderung von Selbstsicherheit, Entspannungsfähigkeit, beruflicher Perspektive bei Entlassung - Entlassungsfragebogen, 2. Halbjahr 2005

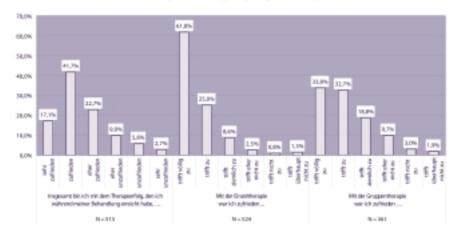


Ca. 2/3 der Befragten gaben im 2. Halbjahr 2005 eine positive Veränderung von Beschwerden und Stimmungslage an, etwas mehr als die Hälfte sah den Gesundheitszustand als positiv verändert an. Über 70% der Patienten gaben an, hinsichtlich ihrer Selbstsicherheit und Entspannungsfähigkeit profitiert zu haben. Gut 1/3 beurteilte die berufliche Perspektive zum Entlassungszeitpunkt positiver.

#### <u>Ergebnisse: Zufriedenheit mit dem Therapieerfolg insgesamt;</u> Zufriedenheit mit Einzel- und Gruppentherapie

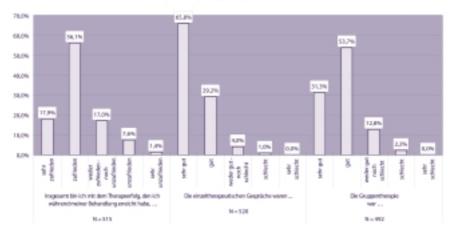
Ergebnisse 1. Hälfte 2005:





#### Ergebnisse 2. Hälfte 2005:

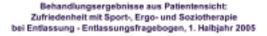
#### Behandlungsergebnisse aus Patientensicht: Zufriedenheit mit Therapieerfolg, Einzel- und Gruppentherapie bei Entlassung - Entlassungsfragebogen, 2. Halbjahr 2005

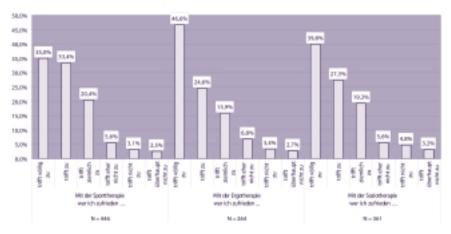


Knapp 3/4 der Patienten waren mit dem Therapieerfolg insgesamt im 2. Halbjahr 2005 zufrieden oder sogar sehr zufrieden. Die Zufriedenheit mit der Einzeltherapie (95%) und der Gruppentherapie (85%) war sehr hoch. Die Ergebnisse sind in Anbetracht der Tatsache, dass etliche Patienten gegen ihren Willen (v.a. zur sozialmedizinischen Begutachtung) in die Reha-Klinik geschickt wurden, insgesamt als sehr zufrieden stellend zu bewerten.

#### Ergebnisse: Zufriedenheit mit Sport-, Ergo- und Soziotherapie

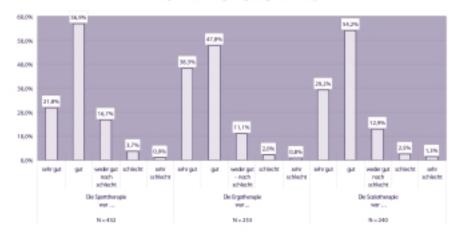
#### Ergebnisse 1. Hälfte 2005:





#### Ergebnisse 2. Hälfte 2005:

#### Behandlungsergebnisse aus Patientensicht: Zufriedenheit mit Sport-, Ergo- und Soziotherapie bei Entlassung - Entlassungsfragebogen, 2. Halbjahr 2005



Rund 78% der Patienten bewerteten im 2. Halbjahr 2005 die Sporttherapie als positiv, 86% die Ergotherapie und 83% die Soziotherapie.

<u>Ergebnisse</u>: <u>Zufriedenheit mit Physiotherapie und Gesundheitstraining</u>; <u>Weiterempfehlung der Klinik</u>

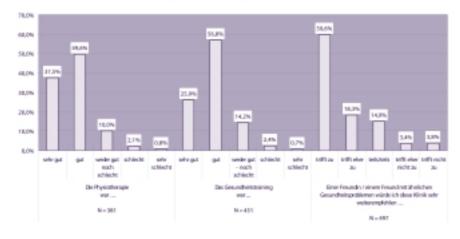
Ergebnisse 1. Hälfte 2005:





#### Ergebnisse 2. Hälfte 2005:

#### Behandlungsergebnisse aus Patientensicht: Zufriedenheit mit Physiotherapie und Gesundheitstraining, Weiterempfehlung bei Entlassung - Entlassungsfragebogen, 2. Halbjahr 2005

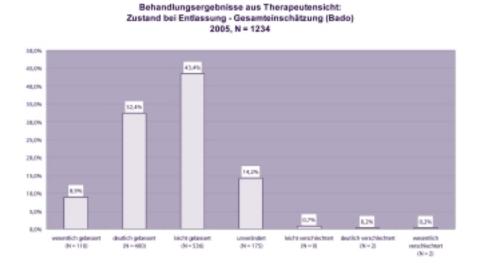


Im 2. Halbjahr 2005 äußerten sich 87% über die Physiotherapie und 83% über das Gesundheitstraining (entsprechend den Vorgaben der DRV Bund) positiv. Knapp 4/5 gaben an, die Klinik weiterzuempfehlen, wobei in dieses abschließende Urteil alle Bewertungen, auch zur Unterbringung, Servicequalität usw. eingehen.

#### Basisdokumentation, Bado (Zielke, 1993):

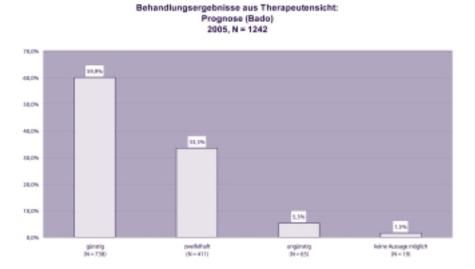
Dieser Therapeuten-Fragebogen wurde zur Dokumentation von Patientenvariablen, Behandlungsmaßnahmen und Behandlungsergebnissen entwickelt und wird AHG-weit eingesetzt.

#### Ergebnisse: Zustand bei Entlassung - Gesamteinschätzung

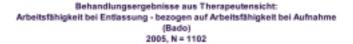


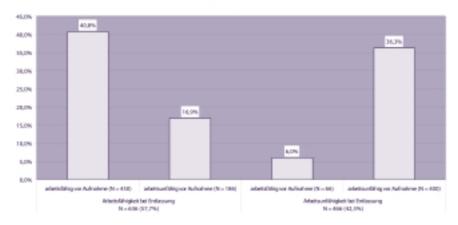
Rund 85% der Patienten wurden von ihren Bezugstherapeuten zum Entlassungszeitpunkt in ihrem Zustand bei Entlassung insgesamt als leicht bis wesentlich gebessert angesehen. In dieses Urteil gehen nicht nur die Symptomveränderung sondern auch die vermittelten Bewältigungsstrategien ein.

#### **Ergebnisse: Prognose**



#### Ergebnisse: Arbeitsfähigkeit bei Entlassung, bezogen auf Arbeitsfähigkeit bei Aufnahme





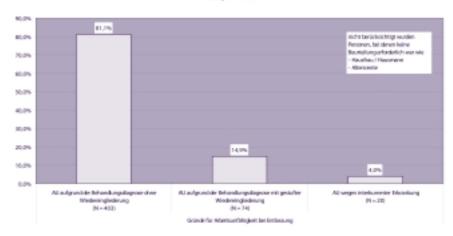
Vor Aufnahme waren ca. 47% arbeitsfähig, bei Entlassung rund 58%.

Rund 17% kamen krankgeschrieben in die Klinik und waren bei Entlassung wieder arbeitsfähig. Der größte Anteil der bei Entlassung Arbeitsfähigen war bereits schon zum Aufnahmezeitpunkt arbeitsfähig (ca. 41%). Von dem Gesamtanteil aller 2005 stationär behandelten Patienten waren bei Entlassung rund 42% AU. Bezogen auf diese Teilstichprobe waren bereits 85,8% bei Aufnahme krankgeschrieben.

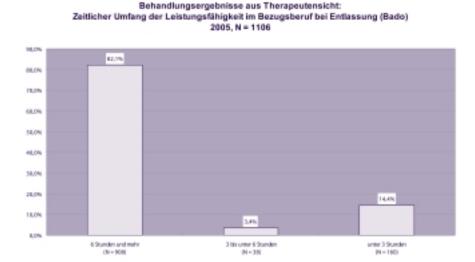
Bei den AU-Entlassenen sind auch diejenigen Patienten zu berücksichtigen, die zur schrittweisen Wiedereingliederung in den Beruf arbeitsunfähig entlassen wurden (siehe unten).

#### Ergebnisse: Gründe für Arbeitsunfähigkeit bei Entlassung

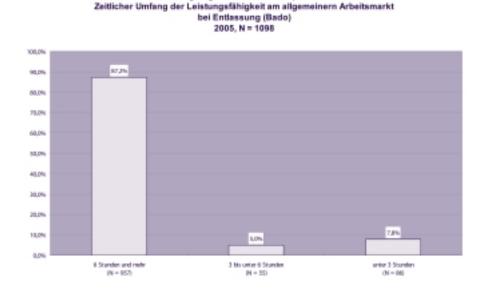
Behandlungsergebnisse aus Therapeutensicht: Gründe für Arbeitsunfähigkeit bei Entlassung (Bado) 2005, N = 497



<u>Ergebnisse: Zeitlicher Umfang der Leistungsfähigkeit im Bezugsberuf und am allgemeinen Arbeitsmarkt</u>



Bezogen auf den Bezugsberuf wurden ca. 82% der Patienten als vollschichtig leistungsfähig entlassen, bezogen auf den allgemeinen Arbeitsmarkt waren es 87%. Diese Ergebnisse schwanken seit Jahren nur in geringem Umfang, obwohl die Zahl der Rentenantragsteller im Lauf der Jahre zugenommen hat. In diesem Zusammenhang ist es oft schwierig, dem Antragsteller zu vermitteln, dass eine schwierige Arbeitsmarktlage oder persönliche Arbeitsplatzprobleme in der Regel nicht mit vorgeschobenen gesundheitlichen Problemen zu lösen sind.



Behandlungsergebnisse aus Therapeutensicht:

## 5.3. 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 einige Ergebnisse exemplarisch dargestellt. Im übrigen wird auf die entsprechenden Veröffentlichungen hingewiesen (siehe oben, Darstellung der Behandlungsschwerpunkte).

#### Ergebnisse zum Behandlungsschwerpunkt: Psychosomatische Störungen bei Mobbing

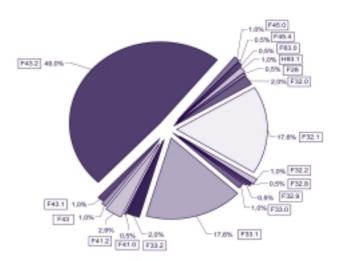
Seit 1999 wurden mehr als 800 Patientinnen und Patienten behandelt, im Jahre 2005 waren es insgesamt 204 Patienten, davon ca. ein Drittel (35%) Männer und ca. zwei Drittel (65%) Frauen. Das Alter der Mobbingpatienten lag mit 45,8 Jahren um ca. 2 Jahre im Durchschnitt höher als das der übrigen Patienten (43,5). Die Erstdiagnosen der an Mobbing erkrankten Patienten gruppieren sich im Wesentlichen um die verschiedenen Ausprägungen einer depressiven Erkrankung. Was die Komorbidität betrifft, lässt sich festhalten, dass nur ca. 18% keine Zweitdiagnose hatten.

Zum letzten beruflichen Status ist im Vergleich zu den anderen Patientinnen und Patienten in der Klinik festzustellen, dass die höheren Angestellten und Beamten doppelt so häufig (16% zu 8%) vertreten sind, auch bei den einfachen und mittleren Angestellten und Beamten finden sich prozentual bei den Mobbingpatienten deutlich mehr Personen als bei den übrigen Patienten (68% zu 49%, siehe Graphik S. 73).

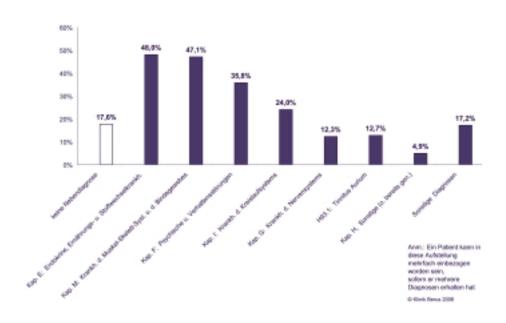
Zum Therapieergebnis zeigt sich, dass im BDI zum Ende der Behandlung im Vergleich zur Aufnahme eine deutlich signifikante Abnahme der Depressivität vorliegt (Aufnahme 18,66 - Entlassung 12,03). Auch im SCL-90-R zeigt die psychische Belastung der Patienten (GSI Global Severity Index) im Verlauf der Therapie (70,49 zu 62,58) eine hochsignifikante Veränderung in positiver Richtung.

Die Ergebnisse zeigen, dass das katamnestisch gestützte, verhaltensmedizinische Therapiekonzept für an Mobbing erkrankte Patientinnen und Patienten sich bewährt.

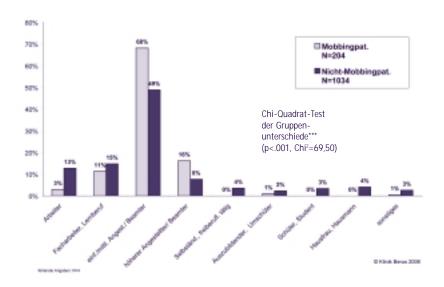
Mobbingpatienten 2005: Erstdiagnosen



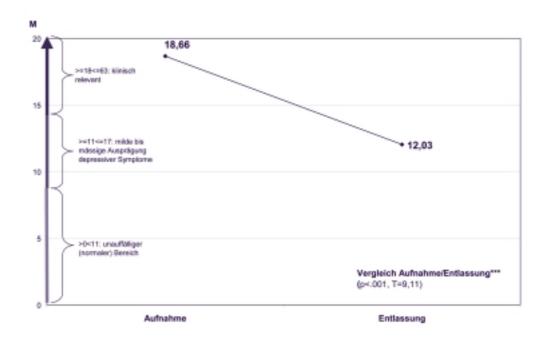
## Mobbingpatienten 2005: Komorbidität



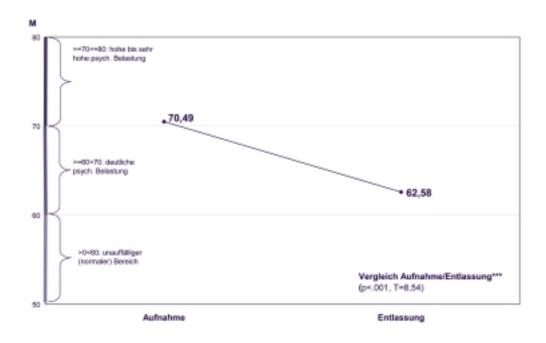
## Letzter beruflicher Status (2005)



## Mobbingpatienten 2005: BDI-Wert zu Aufnahme- und Entlasszeitpunkt

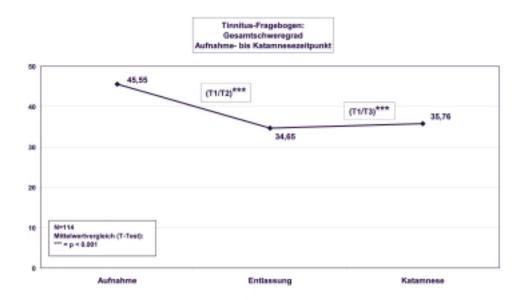


## Mobbingpatienten 2005: SCL-90-R/GSI-Wert zu Aufnahme- und Entlasszeitpunkt

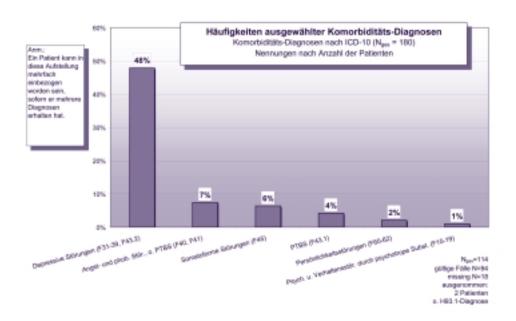


### Ergebnisse zum Behandlungsschwerpunkt: Chronischer Tinnitus

Die Behandlung hat sich in der Evaluation mittels Tinnitusfragebogen nach Göbel und Hiller als wirksam erwiesen. Auch in einer Ein-Jahres-Katamnese zeigten sich gute und stabile Verbesserungen hinsichtlich des Beeinträchtigungserlebens durch Tinnitus.



Das folgende Diagramm zeigt die Häufigkeit ausgewählter Komorbiditätsdiagnosen. Chronischer Tinnitus stellt ein erhebliches Risiko dar, psychisch zu erkranken und ist seinerseits oft Folge und Chronifizierungsmerkmal bei vorbestehenden psychischen Erkrankungen:

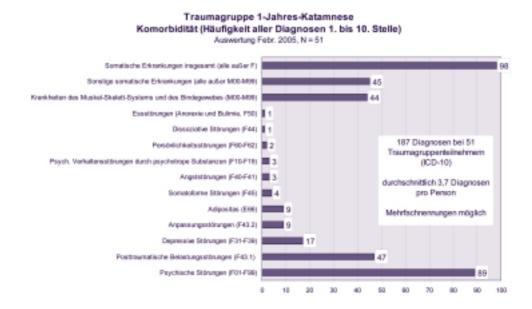


### Ergebnisse zum Behandlungsschwerpunkt: Traumatherapie

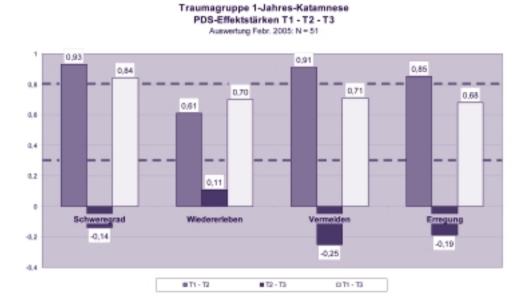
Das verhaltensmedizinische Behandlungskonzept für Traumatherapie an der Klinik Berus wird fortlaufend evaluiert. Ergebnisse und konzeptuelle Erweiterungen wurden regelmäßig auf den Jahrestagungen der DeGPT vorgestellt.

Exemplarisch werden im Folgenden die Ergebnisse zur stationären Behandlung posttraumatischer Belastungsstörungen (PTSD) dargestellt. Im Zeitraum von 2001 bis 2005 wurden insgesamt 541, im Jahr 2005 125 Patientinnen und Patienten mit PTSD an der Klinik Berus stationär behandelt, Traumafolgestörungen werden darüber hinaus v.a. als Anpassungsstörungen, depressive oder Angststörungen diagnostiziert, wenn die Kriterien der PTSD nicht vollständig erfüllt sind. Die Rücklaufquote bei der 1-Jahres-Katamnese betrug ca. 56%. Die Ergebnisse belegen nicht nur deutliche traumaspezifische Effekte zwischen Aufnahme- und Entlassungszeitpunkt, sondern sprechen auch für gute Langzeiteffekte der stationären Traumabehandlung.

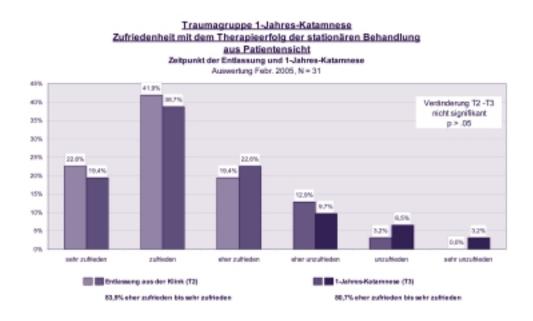
Die Komorbiditätsraten sind im Traumabereich sehr hoch (durchschnittlich 3,7 Diagnosen pro Person). Bei einer Untersuchung der Traumagruppe gaben 51 Teilnehmerinnen und Teilnehmer insgesamt 141 traumatische Ereignisse an. Trauma-Typ I (kurzfristige, einmalige Ereignisse wie Unfälle, Überfälle etc.) gaben 53% an, 47% berichteten von lang andauernden, sequentiellen Ereignissen (z.B. langjährige Gewalt in der Familie oder Partnerschaft, sequentieller sexueller Missbrauch) und waren dem Trauma-Typ II zuzu-ordnen.



Hohe Effektstärken (ES > .08) zeigten sich in traumaspezifischen Messinstrumenten wie der PDS (Foa et al., 1996, dt. Ehlers et al., 1996) sowohl für die Veränderung zwischen Aufnahme- und Entlassungszeitpunkt (durchschnittliche Behandlungsdauer 54 Tage) als auch zwischen Aufnahmezeitpunkt und 1 Jahr nach Klinikentlassung. Entscheidend war hierbei die Reduktion des Vermeidungsverhaltens.



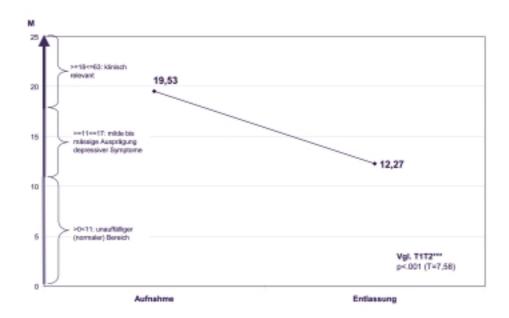
Die Zufriedenheit der Traumagruppenteilnehmer mit dem Thereapieerfolg insgesamt war auch 1 Jahr nach Klinikentlassung nahezu unverändert hoch: 80,7% waren immer noch "eher zufrieden" bis "sehr zufrieden" gegenüber 83,9% zum Entlassungszeitpunkt.



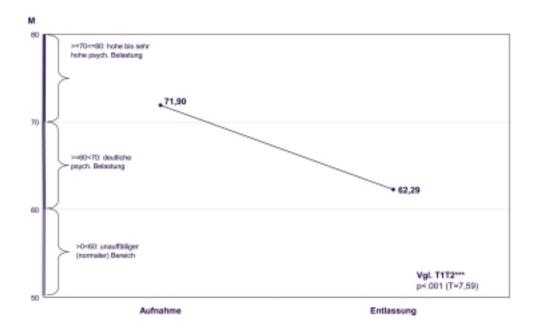
## Ergebnisse zur französischsprachigen Therapie

Die Behandlung der französischsprachigen Patienten erstreckt sich im Mittelwert über 65 Tage. Zum Zeitpunkt der Entlassung haben sich 89,9% der Patienten gebessert, 38,3% davon deutlich, 38,3% leicht und 13,3% wesentlich, unverändert verlassen 9,2% die Klinik, deutlich verschlechtert 0,8%. Zum Ende der Behandlung drücken insgesamt 86,1% der Patienten ihre positive Einschätzung des Therapieerfolgs aus, 13,9% sind *sehr zufrieden*, 58,3% kreuzen *zufrieden* auf dem Entlassungsfragebogen an. Gefragt nach ihrer Gesamtbewertung des Aufenthaltes in der Klinik Berus würden 88,5% der Patienten die Klinik einem Freund/einer Freundin weiter empfehlen.

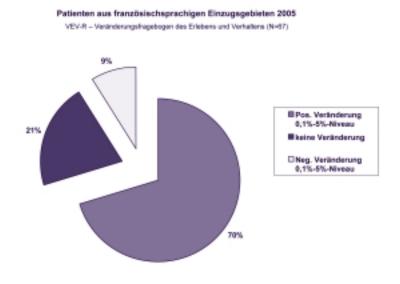
Die störungsbezogenen Messinstrumente weisen zu Ende der Behandlung im Vergleich zur Aufnahme eine klinisch bedeutsame, hoch signifikante Abnahme der Depressivität auf, im BDI von im Mittel 19,5 bei Aufnahme (klinisch relevante Depression) auf 12,3 bei Entlassung (milde Ausprägung depressiver Symptome).



Der SCL-90-R, ein Fragebogeninstrument, das die subjektiv empfundene Beeinträchtigung durch körperliche und psychische Symptome einer Person misst und im GSI (Global Severity Index) die grundsätzliche psychische Belastung ausdrückt, weist ebenfalls eine hoch signifikante Abnahme über den Zeitraum der Behandlung auf. Wird zum Zeitpunkt der Aufnahme ein Mittelwert von 71,9 erreicht, der auf eine hohe bis sehr hohe psychische Belastung verweist, sinkt dieser Wert bis zum Zeitpunkt der Entlassung auf im Mittel 62,3, der lediglich eine deutlich messbare psychische Belastung beschreibt.



Ein weiteres Messinstrument stellt der PSCL (Psychosomatische Symptom-Checkliste) dar. Bei der Beantwortung des PSCL geben die Patienten an, wie häufig und wie intensiv sie unter verschiedenen Beschwerden leiden: Kopfschmerzen, Rückenschmerzen, Magenschmerzen, Bauchschmerzen, Asthma, Darmkrämpfe, Schlafstörungen, hoher Blutdruck, Müdigkeit, Depression/Niedergeschlagenheit, Übelkeit, allgemeine Steifheit, Herzklopfen, Augenschmerzen beim Lesen, Durchfall/Verstopfung, Schwindelgefühl, Schwäche. Hier zeigt sich ebenfalls eine hoch signifikante Reduktion der Symptombelastung über den Aufenthalt. Liegen die Patienten bei Aufnahme als Gesamtscore im Mittel bei 65,7, sinkt dieser Wert auf 47,2. Damit befinden sie sich im Mittelwertsbereich der nichtklinischen Standardisierungsstichprobe.



>>>

Die Veränderungen im Erleben und Verhalten von Patienten nach Beendigung der stationären Behandlung werden anhand des retrospektiven Befragungsinstruments VEV erfasst. Hier geben 70,1% eine positive Veränderung an, darunter 47,8 eine Veränderung auf dem 0,1% Signifikanzniveau, was einer ausgeprägt positiven Bewertung entspricht. 20,9 berichten von keiner, 9,0 von einer negativen Veränderung. Die französischsprachigen Patienten berichten hier signifikant positivere Erlebens- und Verhaltensweisenweisen als die deutschen Patienten.

Diese Ergebnisse verweisen auf eine erfolgreiche Implementierung dieses Behandlungsangebotes. Im Hinblick auf die zu erwartenden Veränderungen auf dem europäischen Gesundheitssektor durch das deutsch-französische Rahmenabkommen, das nach noch zu erfolgender Ratifizierung durch die Parlamente am 01.01.07 in Kraft treten soll, hat die Klinik mit diesem Behandlungsangebot eine günstige Startposition auf diesem neuen Dienstleistungssektor geschaffen.

## 5.4. Entwicklung und Optimierung von Versorgungskonzepten

Die 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.

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

Die DAK und die 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 somatomedizinischen Ansatz ausgerichtet ist. So kommt es unnötigerweise zu langen Arbeits-unfähigkeitszeiten, 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 Klinik Berus Die Vereinbarung zur integrierten Versorgung zwischen der DAK und der 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 solche 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 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 Klinik Berus erstellt.

Die Patienten haben die Möglichkeit, zweimal wöchentlich an verschiedenen einzel- und gruppentherapeutischen Angeboten der 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 max. 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 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 ist geplant.

## 6. Qualifizierung des Personals durch Fortbildung

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.

## 6.1. Klinikinterne Fortbildung

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

### Interne Fort- und Weiterbildung

Datum	Dozent	Veranstaltungstitel	Primäre Zielgruppe
19.01.05	Horn	Achtsamkeitsübungen	Alle Mitarbeiter
26.01.05	Stau	Medizin für Psychologen I	Psychologen
02.02.05	Riedel	Fallvorstellung Team 4	Alle Mitarbeiter
16.02.05	Keller/Krell	Qualitätsmanagement	Alle Mitarbeiter
02.03.05	Horn, Team 1	Fallseminar Team 1	Bezugstherapeuten, Cotherapeuten
09.03.05	Maaß, Ruppenthal, Carls	Nachsorge/Stufenweise Wiedereingliederung	Alle Mitarbeiter
16.03.05	Keller/Riedel	Selbstsicherheitsgruppe (Fortsetzung)	Cotherapeuten
13.04.05	Stau/Mosich	Umgang mit medizinischen Notfällen	Alle Mitarbeiter
11.05.05	Keller/Riedel	Zwangsbehandlung	Alle Mitarbeiter
11.05.05	Maaß, Carls	Sozialmedizinische Rahmenbedingungen: Übersicht über Hartz IV	Alle Mitarbeiter
18.05.05	Carls, Rehapäd.	Angebote des Rehapäd.	Alle Mitarbeiter

01.06.05	Schwickerath, Team 3	Fallseminar Team 3	Alle Mitarbeiter
15.06.05	Carls/Fuchs	Sozialmedizin und MELBA	Alle Mitarbeiter
22.06.05	Stau, Team 2	Fallseminar Team 2	Alle Mitarbeiter
29.06.05	Carls	Auftrag einer Rehabilitationsklinik	Postgraduierte Diplom-Psych.
06.07.05	Waltner, Schwickerath	Musiktherapie	Alle Mitarbeiter
06.07.05	Riedel	Gesundheitstraining	Postgraduierte Diplom-Psych.
13.07.05	Stau/Keller	Psychohygiene für Therapeuten	Alle Mitarbeiter
13.07.05	Stau	Medizin für Psychologen II	Postgraduierte Diplom-Psych.
20.07.05	Schwickerath	Qualitätssicherung: Rück- meldung Entlassfragebogen	Alle Mitarbeiter
27.07.05	Keller	Therapieplanung	Postgraduierte Diplom-Psych.
07.09.05	Riedel	Qualitätssicherung: Patien- tenrückmeldung DRV Bund	Alle Mitarbeiter
07.09.05	Hartmann, Schwickerath	Progressive Muskelrelaxation	Alle Mitarbeiter
21.09.05	Schwickerath, Team 3	Fallseminar Team 3	Alle Mitarbeiter
28.09.05	Horn	Metaphern u. Narrative z. Förderung der Akzeptanz	Alle Mitarbeiter
05.10.05	Carls, Schwickerath	Psychiatrie Merzig inkl. Psychiatriemuseum	Alle Mitarbeiter
26.10.05	Keller, Backes	Fallseminar Team 5	Alle Mitarbeiter
16.11.05	Stau, Team 6	Fallseminar Team 6	Alle Mitarbeiter
16.11.05	Klöffer, Carls	Körpererfahrung	Alle Mitarbeiter
07.12.05	Schwickerath	Rückmeldung: Entlassfragebögen	Alle Mitarbeiter
07.12.05	Keller	PTBS: Diagnostik und Differentialdiagnostik	Alle Mitarbeiter
14.12.05	Horn	Fallseminar Team 1	Alle Mitarbeiter
21.12.05	Schwickerath	Arbeitsplatzkonflikte-Analyse und therapeutische Ansätze	Alle Mitarbeiter

# 6.2. Teilnahme an externen Fortbildungen der Fachverbände und Ausbildungsinstitutionen

Kooperation der 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 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 Klinik Berus regelmäßig am IVV durchgeführt werden, werden im folgenden nicht gesondert aufgeführt.

# 7. Vermittlung von Kompetenzen und Erfahrungen an externe Kunden

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.

# 7.1. Durchführung von Fachveranstaltungen in der Klinik für die Fachöffentlichkeit

Fachveranstaltungen in der Klinik für die Öffentlichkeit

Datum	Mitarbeiter	Veranstaltungstitel
15.02.05	Dipl. Psych. Bernhard Trenkle, Psychol. Psychotherapeut, Milton-Erikson-Institut, Rottweil	Humor und Hoffnung in der Psychotherapie
08.03.05	Jürgen Horn, Ltd. Arzt, Klinik Berus	Stationäre Tinnitusbehandlung- Status Quo
05.04.05	Pater Dr. Anselm Grün, Kloster Münsterschwarzach	Spiritualität in der Psychotherapie
10.05.05	Dr. phil. Dipl. Psych. Willi Ecker, Psychologische Praxis, Bad Dürkheim	Neue Ansätze in der Verhaltenstherapie der Zwangsstörung
07.06.05	Prof. Dr. Michael Linden, Forschungsgruppe Psychosomatische Rehabilitation an der Charité und Reha- klinik Seehof der BfA in Teltow-Berlin	Posttraumatische Verbitterungsstörung - ein neues Konzept?
04.10.05	Dr. phil. DiplPsych. Bernd Kessler, Akad. Direktor, Psychologisches Institut der Universität des Saarlandes	Vertrauen und Misstrauen in der Psychotherapie
15.11.05	DiplPsych. Eva Koppenhöfer, Psychologische Psychotherapeutin, Psychologische Praxis Wiesloch	Kleine Schule des Genießens: Ein ressourenfördernder symptomunspezifischer Behandlungsansatz
06.12.05	Dr. phil. Dipl. Psych. Hans Lieb, Psychologischer Psychotherapeut, Psychologische Praxis Edenkoben	Aspekte von Macht und Ohnmacht in der Psychotherapie

# 7.2. Aktive Teilnahme an klinischen und wissenschaftlichen Tagungen

## Fachvorträge von Klinikmitarbeitern

Datum	Mitarbeiter	Veranstaltungstitel	Rahmen
28.02.05	Winfried Carls	Reha-Psychopharmakologie	Rehawissenschaftliches Kolloquium, Hannover
07.06.05	Winfried Carls	Posttraumatische Verbitterunsstörung	Fortbildung für Nieder- gelassene, Klinik Berus
23.06.05	Winfried Carls	Psychosomatische Aspekte in Gastroenterologie	Fachvortrag, Ärzte- kammer Saarbrücken
15.01.05	Jürgen Horn	Vorstellung der Tinnitus- Arbeit in der Klinik Berus	Treffen der deutschen Tinnitusliga, Klinikvertreter
09.03.05	Jürgen Horn	Umgang mit Aggressionen und Gewalt in der Psychiatrie	Ein-Tages-Seminar, Psychiatrische Einrichtung Lawentiushöhe
06.04.05	Jürgen Horn	Umgang mit psychisch Kranken	Ein-Tages-Seminar für die saarländische Polizei
23.06.05	Jürgen Horn	Stalking	Vortrag, Aktionstag gegen häusliche Gewalt
07.09.05	Jürgen Horn	Umgang mit psychisch Kranken	Schulung (eintägig) der saarländ. Polizei in der Klinik Berus
15.09.05	Jürgen Horn	Indikationsstellung stationä- rer Therapie bei chronischem Tinnitus	Vortrag auf dem VDR- Fachseminar Waren
09.11.05	Jürgen Horn	Seminar zur Gesundheits- relevanz von Ziel-, Werte-, Sinnorientierung	Kathol. Polizeiseelsorge Saarland, Fortbildung für Polizisten
12.11.05	Jürgen Horn	Tinnitusbehandlung in der Klinik Berus/Führung durch die Klinik Berus	Info-Veranstaltung für die Tinnitus-Selbsthilfegruppe Ludwigshafen/Mannheim
12.12.05	Jürgen Horn	Aggression und Gewalt- bereitschaft bei psychisch Kranken	Seminar für saarländ. Polizeibeamte im Caritas Lernzentrum Saarbrücken
12.01.05 24.01.05 28.01.05	Rolf Keller	Grundlagen der Psychotraumatologie I, II, III	Vortrag bei Polizei-Schu- lung i. R. d. Opferschutzes an der Verwaltungsfach- hochschule Saarbrücken
03.03.05	Rolf Keller	Bewältigung von Akutstress bei Einsatzkräften der Feuerwehr	Schulung der Feuerwehr Überherrn, Workshop Klinik Berus
14.04.05	Rolf Keller	Das verhaltensmedizinische Behandlungskonzept für Posttraumatische Belastungs- störungen an der Klinik Berus	Vortrag beim Koordina- tionstreffen des saarlän- dischen Kriseninterven- tionsteams der JVA in der Klinik Berus

Datum	Mitarbeiter	Veranstaltungstitel	Rahmen
29.06.05	Rolf Keller	Notfallsituationen emotional bewältigen I	Schulung für Führungs- kräfte der Dillinger Hütte, Workshop Klinik Berus
15.09.05	Rolf Keller	Spezifische Indikationsstel- lungen bei Reaktionen auf schwere Belastungen - Post- traumatische Belastungs- störungen bei sozialer Gewalt	Vortrag auf dem VDR-Fachseminar Waren
05.10.05	Rolf Keller	Prävention berufsbedingter Posttraumatischer Belas- tungsstörungen I und II	Polizei-Schulungen, Polizeipräsidium Rhein- pfalz, Ludwigshafen
17.10.05	Rolf Keller	Gewalt gegen Frauen: Trauma und Traumabewältigung	Vortrag, Saarländischer Frauenrat, Landtag Saarbrücken
09.11.05	Rolf Keller	Prävention berufsbedingter Posttraumatischer Belas tungsstörungen III und IV	Polizei-Schulungen, Polizeipräsidium Rhein- pfalz, Ludwigshafen
16.11.05	Rolf Keller	Notfallsituationen emotional bewältigen II	Schulung für Führungs- kräfte der Dillinger Hütte, Workshop Klinik Berus
25.09.05	Rolf Keller	Stationäre verhaltensmedi- zinische Behandlung von PTSD an der Klinik Berus: 1-Jahres-Katamnese	Vortrag auf der 7. Jahrestagung der Deutschsprachigen Gesellschaft für Psychotraumatologie (DeGPT), Dresden
Mai 05	Volker Kneip	Mobbing am Arbeitsplatz - Auswirkungen und thera- peutische Interventionen	Verhaltenstherapiewoche 2005 in Dresden, IFT Institut für Therapie- forschung München
25.09.05	Magdalena Lappas	Behandlungsmethoden und -ergebnisse bei Einfach- und Komplex-Traumatisierten im Rahmen station. verhaltens- medizinischer Traumatherapie	Vortrag auf der 7. Jahrestagung der Deutschsprachigen Gesellschaft für Psychotraumatologie (DeGPT), Dresden
19.10.05	Heiko Riedel	Traumabehandlung	Lernzentrum der Caritas (Polizeischulungen)
04.11.05	Heiko Riedel	Trauma und häusliche Gewalt	Vortrag für ENM (nationale französische Richterschule), Sozial- ministerium Saarbrücken
16.12.05	Heiko Riedel	Trauma und Traumabehandlung	Vortrag auf dem Jahres- kongress der AFTCC, Paris
18.02.05	Josef Schwickerath	Mobbing am Arbeitsplatz: Die Bedeutung von Mobbing- erfahrung bei Patienten mit psychischen oder psycho- somatischen Erkrankungen	Vortrag beim Kongress "Mensch in Organisa- tionen", Universität Frankfurt

Datum	Mitarbeiter	Veranstaltungstitel	Rahmen
18.02.05	Josef Schwickerath	Konzept und Behandlungs- bedarf stationärer Verhal- tenstherapie bei Patienten mit Mobbingerfahrung	Vortrag beim Kongress "Mensch in Organisa- tionen", Universität Frankfurt
14.04.05	Josef Schwickerath	Schulung Mitarbeiter- gespräche für Schulleiter des Kreises Saarlouis	Seminar der Kreis- verwaltung Saarlouis
04.04.05	Josef Schwickerath	Mobbing am Arbeitsplatz	Vortrag beim 111. Internistenkongress Wiesbaden
11 15.04.05	Josef Schwickerath	2 Workshops zum Thema Mobbing und Therapie	55. Lindauer Therapie- tage
04.05.05	Josef Schwickerath	Umgang mit stress- und konfliktbeladenen bedroh- lichen Situationen I	Seminar für Kreis- verwaltung Saarlouis
19.05.05	Josef Schwickerath	Mobbing im Lehrerzimmer	Arbeitsgruppe beim 3. Lehrertag "Gesund- heitsförderung für Lehrkräfte" Koblenz
29.06.05	Josef Schwickerath	Mobbing - Konflikte und Ansätze zur Veränderung	Vortrag bei Hydac, Dudweiler
09.09.05	Josef Schwickerath	Mobbing am Arbeitsplatz: Die Bedeutung von Mobbing- erfahrung bei Patienten mit psychischen Störungen	Vortrag zur Eröffnungs- feier der RPK Arbeitsleben Main-Kinzig-Kliniken, Schlüchtern
16.09.05	Josef Schwickerath	Chronische interaktionelle Problembereiche am Arbeitsplatz (Mobbing)	Vortrag auf dem VDR- Fachseminar Waren
08.11.05	Josef Schwickerath	Mobbing - stationäre Verhaltenstherapie	Seminar für Arbeitskreis Mobbing ifb Institut zur Fortbildung von Betriebs- räten, Klinik Berus
12.11.05	Josef Schwickerath	Medizinische Rehabilitation	Vortrag Fachtagung Psychotherapeuten in Beschäftigungsverhält- nissen - Veranstaltung der Psychotherapeuten- kammer des Saarlandes, Saarbrücken
18.11.05	Josef Schwickerath	Veränderte Arbeitswelt, Arbeitsverdichtung, Stress- faktoren, Präventive Konzepte	Vortrag Unfallkasse Saarland, Bosen
23.11.05	Josef Schwickerath	Mobbing und psychosoziale Belastungen am Arbeitsplatz	Vortrag Knappschafts- krankenhaus, Püttlingen
08.12.05	Josef Schwickerath	Arbeitsplatzkonflikte - Wege aus dem Mobbing	Vortrag Arbeitskammer d. Saarlandes, Saarbrücken

## Fachliche Beiträge in öffentlichen Medien

Neben Fachvorträgen bei wissenschaftlichen Tagungen liegt ein weiterer Schwerpunkt der Öffentlichkeitsarbeit auf Medienbeiträgen wie Zeitungsartikeln, Radio- und TV-Interviews.

## Öffentlichkeitsarbeit in Medien

Datum	Mitarbeiter	Veranstaltungstitel	Rahmen
10.09.05	Jürgen Horn	Vorstellung des Buches "Quälgeist Tinnitus" beim Saarländischen Rundfunk	Sendung: "Bücherlese SR"
27.11.05	Jürgen Horn	Vorstellung des Buches "Quälgeist Tinnitus"	SR 2-Kulturradio; Sen- dung: Fragen an den Autor
04.03.05	Rolf Keller	Entsetzen nochmal erleben: Traumatherapie an der Klinik Berus	Artikel Saarbrücker Zeitung
23.06.05	Rolf Keller	Besonderheiten bei der Behandlung traumatisierter Mobbingpatienten	Artikel AHG-Essentials
15 17.12.05	Heiko Riedel, Winfried Carls	Klinikvorstellung: Stationäre verhaltensmedizinische Behandlung an der Klinik Berus	Stand beim Jahreskon- gress der AFTCC, Paris
Jan. 05	Josef Schwickerath	Buchbesprechung: "Mobbing am Arbeitsplatz"	Forum der Psychothera- peutenkammer des Saarlandes
16.01.05	Josef Schwickerath	Fragen an den Autor, SR 2 Vorstellung des Fachbuches: "Mobbing am Arbeitsplatz"	Saarländischer Rundfunk
07.03.05	Josef Schwickerath	Kreisvolkshochschule baut ihr Kursprogramm aus	Artikel Saarbrücker Zeitung
25.06.05	Josef Schwickerath	Mobbing: Terror am Arbeitsplatz	XY-Sicherheitscheck mit Rudi Cerne, ZDF
Herbst 05	Josef Schwickerath	Hilfe, ich bin hässlich! (Dysmorphophobie)	Artikel Background-Magazin
Sept. 05	Josef Schwickerath	Buchbesprechung: "Mobbing am Arbeitsplatz"	MW online (Managementwissen online)

## 7.3. Veröffentlichungen durch Klinikmitarbeiter im Berichtsjahr

Carls, W. & Zielke, M. (2005). Die Arzneimitteltherapie als Teil eines verhaltensmedizinischen Gesamtbehandlungsplans in der stationären psychosomatischen Rehabilitation. In M. Linden & W.E. Müller (Hrsg.), Rehabilitations-Psychopharmakotherapie, Deutscher Ärzte-Verlag.

J. Horn (2005). Quälgeist Tinnitus - Ein Ratgeber zum Umgang mit chronischen Ohr- und Kopfgeräuschen, CIP-Medien.

J. Horn (2005). Depressive Störungen - Ursachen und Behandlung (I). Familiendynamik 30, 390-412.

Schwickerath, J., Kneip, V. (2005). MOBBING am Arbeitsplatz. In: B. Behrendt & A. Schaub: Handbuch Psychoedukation und Selbstmanagement. (413-440). Tübingen: dgvt-Verlag.

Schwickerath J. (2005). Mobbing am Arbeitsplatz. Der Kassenarzt 15, S. 24-26.

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

Zielke M., Borgart E.J., Carls W., Limbacher K., Meermann R. & Schwickerath J. (Hrsg.) (2005). Ergebnisqualität und Gesundheitsökonomie der psychosomatischen Rehabilitation. Einführung in den Themenschwerpunkt. Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation 67, S. 167-168.

Zielke M., Borgart E.J., Carls W., Herder F., Lebenhagen J., Leidig S., Limbacher K., Meermann R., Reschenberg I. & Schwickerath J. (2005). Evaluation stationärer verhaltensmedizinischer Behandlung und Rehabilitation auf der Basis objektiv erfassbarer Krankheitsdaten (Arbeitsunfähigkeitsgeschehen, Aufenthalte im Akutkrankenhaus) bei psychischen und psychosomatischen Erkrankungen. Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation 67, S. 169-192.

Zielke, M. und Carls, W. (2005). Häufigkeit und Veränderungen der Arzneimitteleinnahme bei Patienten in der psychosomatischen Rehabilitation.

In M. Linden & W.E. Müller (Hrsg.), Rehabilitations-Psychopharmakotherapie Deutscher Ärzte-Verlag.

## 7.4. Mitarbeit und Mitgliedschaft 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
- Saarländische Prüfungskommission Verhaltenstherapie
- Deutsche Gesellschaft für Psychosomatik und Rehabilitation (DGPR)
- Deutscher Fachverband für Verhaltenstherapie (DVT)

### Jürgen Horn, Leitender Arzt:

- Vorstandsmitglied, Dozent am IVV-Berus
- Deutsche Tinnitusliga e.V. (DTL)
- Deutsche Gesellschaft für Psychosomatik und Psychotherapie (DGPT)
- Arbeiter-Samariter-Bund (ASB)

### Rolf Keller, Leitender Psychologe:

- Vorstandsmitglied, 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 Verhaltenstherapielehrinstitut, 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)

## Preise:

Der AHG-Wissenschaftspreis wurde zweimal an Mitarbeiter der Klinik Berus vergeben:

2001: Dipl.-Psych. Josef Schwickerath, Psychologischer Psychotherapeut, Leitender Psychologe Entwicklung eines Behandlungskonzepts für psychosomatische Störungen bei Mobbing

2005: Dipl.-Psych. Dr. phil. Heiko Riedel, Psychologischer Psychotherapeut, Leitender Psychologe Entwicklung eines Behandlungskonzepts für französischsprachige Patienten

# **Impressum**

Herausgeber: Klinik Berus -

Zentrum für Psychosomatik und Verhaltensmedizin

Orannastraße 55

D-66802 Überherrn-Berus

Redaktion: Rolf Keller

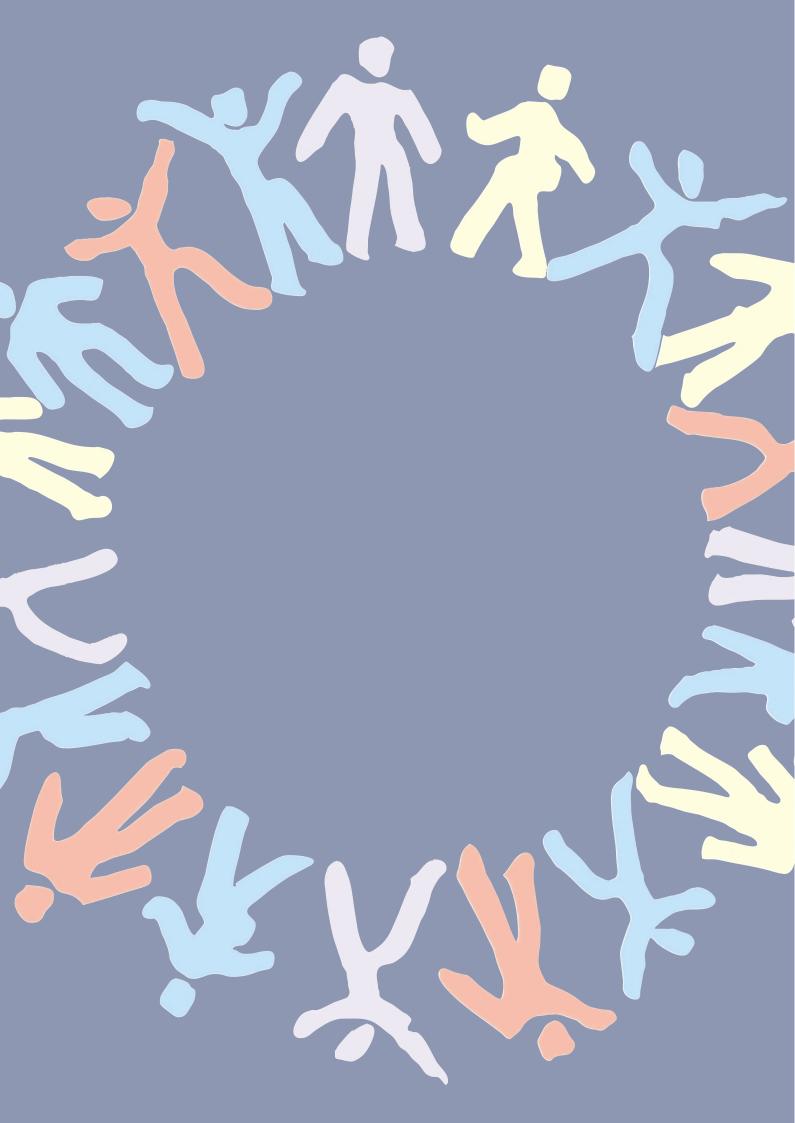
Wissenschaftliche Mitarbeit: Wolfgang Senft

Fotos: Margarete Singer, Ottweiler

Layout & Gestaltung: amc-Agentur Media Creativ, Saarlouis

Erscheinungsdatum: September 2006

Ident-Nummer: 650\_QMS\_01





# KLINIK BERUS 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\_01