



**DER MEDIAN QUALITÄTSBERICHT**

**2021 | 22**

Das Leben leben

# **DAS LEBEN LEBEN**

**QUALITÄT BEI MEDIAN**

# INHALT

<b>1. EDITORIAL</b>	<b>6</b>	<b>4.3 Innere Medizin &amp; Spezialdisziplinen</b>	<b>78</b>	<b>4.6 Abhängigkeitserkrankungen</b>	<b>122</b>	<b>5. FORSCHUNG UND INNOVATION</b>	<b>194</b>
<b>2. EINLEITUNG</b>	<b>10</b>	Standortkarte	78	Standortkarte	122	Forschung und Innovation als Grundlage für eine erfolgreiche Behandlung	195
Rückblick und Entwicklung	11	Schwerpunkte in der inneren Medizin	80	Schwerpunkte im Bereich der Abhängigkeitserkrankungen	124	Schachbasiertes Neurokognitives Training bei Alkoholabhängigkeit	197
Unsere Qualitätsphilosophie und Medical Boards	12	Soziodemografische Daten	82	Soziodemografische Daten	126	Kontrollierte Atemtherapie in der COVID-19-Rehabilitation – Studie zum Effekt der IHHT	198
Optimale Patientenversorgung – auch während der Pandemie	16	Onkologie	82	<i>Interview: My Possible Self</i> – eine App zur Unterstützung der psychischen Gesundheit	128	MEDIAN Lipoprotein(a) Register bei Herz-Kreislaufkrankungen	200
Priory & MEDIAN – gemeinsam für die Zukunft der Patientenversorgung	20	Geriatrie	84	Kennzahlen der externen Qualitätssicherung	132	Wirksamkeitsnachweis einer speziellen Rehabilitation nach Oberschenkelamputation	202
MEDIAN green – eine Initiative für die Zukunft	21	Gynäkologie	86	Ergebnisqualität im Bereich der Abhängigkeitserkrankungen	133	Modellprojekt PE <sup>3</sup> PP: Treffsicher in die Prävention	204
Mit digitalen Tools zur bestmöglichen Rehabilitation	22	HTS	88	<b>4.7 Long COVID</b>	<b>136</b>	Erwerbstätigkeit bei Multipler Sklerose – erste Ergebnisse der TAMuS-Studie	206
Ziele und Aufbau des Qualitätsberichts	23	Gastroenterologie	90	Standortkarte	136		
<b>3. METHODE</b>	<b>26</b>	Pneumologie	92	Schwerpunkte der Long-COVID-Rehabilitation	138	<b>6. DISKUSSION</b>	<b>208</b>
Patientinnen und Patienten bei MEDIAN	27	Rheumatologie	94	Soziodemografische Daten	140	Erkenntnisse	209
Wie MEDIAN Daten erhebt	30	<i>Interview: Digital gestützte Nachsorge beginnt bereits während des Rehabilitationsaufenthalts</i>	96	<i>Interview: Digital gegen Long COVID</i>	142	Ausblick	211
Die Variablen der Qualitätssicherung	32	Kennzahlen der externen Qualitätssicherung	100	Ergebnisqualität bei Long COVID	146	<b>7. ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS &amp; GLOSSAR</b>	<b>212</b>
<b>4. ERGEBNISSE</b>	<b>38</b>	Ergebnisqualität in der Geriatrie	101	<b>4.8 Psychosomatik</b>	<b>148</b>	<b>8. LITERATURVERZEICHNIS</b>	<b>214</b>
Aufbau des Ergebniskapitels	39	Ergebnisqualität in der Rheumatologie	103	Standortkarte	148		
<b>4.1 Orthopädie</b>	<b>40</b>	<b>4.4 Pädiatrie</b>	<b>104</b>	Schwerpunkte der Psychosomatik	150		
Standortkarte	40	Standortkarte	104	Soziodemografische Daten	152		
Schwerpunkte in der Orthopädie	42	Schwerpunkte in der Pädiatrie	106	<i>Interview: „Der Therapeut in der Hosentasche“</i>	154		
Soziodemografische Daten	44	Soziodemografische Daten	108	Kennzahlen der externen Qualitätssicherung	157		
<i>Interview: Digital gestützte Sozialanamnese in der Orthopädie</i>	46	Kennzahlen der externen Qualitätssicherung	110	Ergebnisqualität in der Psychosomatik	159		
Kennzahlen der externen Qualitätssicherung	49	<b>4.5 Soziale Teilhabe</b>	<b>112</b>	<b>4.9 Psychiatrie</b>	<b>166</b>		
Ergebnisqualität in der Orthopädie	50	Standortkarte	112	Standortkarte	166		
<b>4.2 Neurologie</b>	<b>60</b>	Schwerpunkte im Bereich der Sozialen Teilhabe	114	Schwerpunkte der Psychiatrie	168		
Standortkarte	60	Zufriedenheit der Bewohnerinnen und Bewohner	116	Soziodemografische Daten	170		
Schwerpunkte in der Neurologie	62	Klientel und Indikationen	117	<i>Interview: Analoge und telemedizinische Nachsorge für psychiatrische Patienten</i>	172		
Soziodemografische Daten	64	<i>Interview: Das Cogpack-Training in Einrichtungen der Sozialen Teilhabe</i>	118	Ergebnisqualität in der Psychiatrie	176		
<i>Interview: Exoskelette für Patientinnen und Patienten mit Rückenmarksverletzungen</i>	66			<b>4.10 Kardiologie</b>	<b>180</b>		
Kennzahlen der externen Qualitätssicherung	70			Standortkarte	180		
Ergebnisqualität in der Neurologie	71			Schwerpunkte der Kardiologie	182		
				Soziodemografische Daten	184		
				<i>Interview: Das digitale Nachsorgezentrum unterstützt Patienten nach ihrem Rehabilitationsaufenthalt</i>	186		
				Kennzahlen der externen Qualitätssicherung	190		
				Ergebnisqualität in der Kardiologie	191		



# 1. EDITORIAL

## **SEHR GEEHRTE DAMEN UND HERREN, SEHR GEEHRTE PATIENTINNEN UND PATIENTEN,**

das Ziel von MEDIAN ist seit jeher die optimale Behandlung der Patientinnen und Patienten<sup>1</sup> nach den höchsten Qualitätsstandards. Intrinsic verankert ist daher das Streben, medizinische Erfahrung mit Innovationskraft zu koppeln, hoch qualifizierte Mitarbeitende zu gewinnen und zu halten sowie die optimale Ausstattung und Versorgung der Einrichtungen und Kliniken von MEDIAN zu gewährleisten.

Wir möchten uns an dieser Stelle bei unseren Mitarbeitenden bei Priory und MEDIAN bedanken, ohne deren Fachkompetenz und tägliches Engagement die überdurchschnittlich gute Behandlung der jährlich mehr als 260.000 Patientinnen und Patienten in den Einrichtungen und Kliniken in England und Deutschland nicht möglich wäre.

Der vorliegende Bericht bezieht sich auf die Ergebnisqualität der Einrichtungen und Kliniken von MEDIAN in Deutschland.

Drei landschaftlich reizvoll gelegene Kliniken gehören seit der zweiten Jahreshälfte 2022 zur Unternehmensgruppe und verstärken damit das engmaschige Versorgungsnetz von MEDIAN für Patientinnen und Patienten in Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen-Anhalt und Sachsen. Die Klinik Elbe-Saale, die Klinik Brandis sowie die Klinik Kühlungsborn überzeugen jeweils durch eine hohe medizinische Kompetenz und Behandlungsqualität, weshalb sie die Einrichtungen der MEDIAN Unternehmensgruppe perfekt ergänzen.

## **EIGENES MESSSYSTEM ZUR ERFASSUNG DER QUALITÄT**

MEDIAN erfasst nach einer eigens entwickelten Methodik systematisch indikationsspezifische Ergebnisqualitätsparameter der Patientinnen und Patienten. Diese detaillierte Datenerfassung und -auswertung geht dabei über die Qualitätssicherungsverfahren der Kranken- und Rentenversicherungen hinaus. Durch die Überprüfung des Gesundheitszustandes vor, während und nach der Rehabilitation unterstützt MEDIAN die Patienten optimal dabei, ihre Gesundheit wiederzuerlangen und langfristig zu erhalten. Wissenschaftlich validierte Patient Reported Outcome Measures, abgekürzt PROMs, dokumentieren den Erfolg der medizinisch-therapeutischen Maßnahmen und ermöglichen dem Fachpersonal bei Bedarf, Therapiepfade im Verlauf der Behandlung zu justieren. Mit einem Marktanteil von mehr als zehn Prozent in der Rehabilitation in Deutschland ermöglicht MEDIAN tausenden Patienten in den eigenen Einrichtungen und Kliniken eine bestmögliche Versorgung und hohe Behandlungsqualität.

## **DURCH FORSCHUNG EINEN BEITRAG ZU BESSERER BEHANDLUNGSQUALITÄT LEISTEN**

Die Unternehmensgruppe trägt seit 2021 durch den Zusammenschluss mit Priory, dem größten privaten Betreiber von Krankenhäusern und Soziotherapien zur Behandlung von psychischen Erkrankungen und Lernbehinderungen in Großbritannien und Nordirland, eine noch größere Verantwortung: MEDIAN ist auf dem Weg, europaweit zum Qualitätsführer in den Bereichen Rehabilitationsmedizin, mentale Gesundheit und Soziotherapie zu werden.

Um die Gesundheit unserer Patientinnen und Patienten wiederherzustellen und zu erhalten, investiert MEDIAN in Forschung und beteiligt sich an medizinischen Studien. Beispielsweise leistet MEDIAN einen Beitrag, um eine schnelle Diagnose für Herzinfarkt-Patienten zu erreichen, indem Daten rund um einen bestimmten Blutfettwert gesammelt werden, der vor allem bei jungen Menschen mit dem Infarkt in Zusammenhang stehen kann. Zukünftig ist es das Ziel, solche Forschungsergebnisse auch zwischen den Ländern vergleichbar zu machen.

<sup>1</sup> Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird in den Texten an vielen Stellen verallgemeinernd das generische Maskulinum verwendet. Die Formulierungen meinen selbstverständlich alle Geschlechteridentitäten.

**RÜCKKEHR IN EINE NEUE NORMALITÄT**

Zur Erhaltung höchster Qualitätsstandards und erfolgreicher Behandlung von Patienten gehört auch, sich flexibel auf neue Gegebenheiten einzustellen. So konsequent MEDIAN Schutzmaßnahmen zum Beginn der Corona-Pandemie umgesetzt hat, so zielgerichtet kehren die Einrichtungen schrittweise zu einer neuen Normalität zurück, sofern es das Infektionsgeschehen zulässt. Insbesondere mit Blick auf gefährdete Patientengruppen und die Gesunderhaltung unserer Mitarbeitenden werden alle Schutzmaßnahmen stets individuell der Situation in den jeweiligen Kliniken und Einrichtungen von MEDIAN angepasst.

**DIGITALE MEHRWERTE FÜR PATIENTINNEN UND PATIENTEN SCHAFFEN**

Außerdem entwickelt die Unternehmensgruppe neue, teilweise digital gestützte oder durch Zukunftstechnologien ergänzte Behandlungsprogramme. So erprobt ein Team aus Kolleginnen und Kollegen von Priory und MEDIAN den Einsatz von Virtual Reality zur Behandlung von Angststörungen und Abhängigkeitserkrankungen.

MEDIAN hat die Vision, über eine digital-integrierte Patientenversorgung Rehabilitation weit über den Klinikaufenthalt hinaus zu gestalten. Um dies zu realisieren, hat MEDIAN sein digital gestütztes Angebot MyMEDIAN@Home entwickelt, das im November von der DRV Bund als Modellprojekt für die Orthopädie und Kardiologie befristet zugelassen wurde. Das Angebot umfasst eine digitale Anwendung und durchgängige therapeutische Betreuung. Dazu wird die Anwendung schon während des Klinikaufenthalts zu einem integralen Bestandteil der Therapiepfade, sodass Patienten mit allen therapeutischen Inhalten und Funktionalitäten vertraut gemacht werden. Nach Entlassung können die Rehabilitanden MyMEDIAN@Home als Nachsorge weiterverwenden und in der Reha Erlerntes vertiefen und verstetigen. Dazu stehen in der Anwendung individuelle Trainingspläne, Entspannungsübungen und Wissensinhalte zur Verfügung. Parallel dazu werden die Rehabilitanden von MEDIAN Therapeuten des Digitalen Nachsorgezentrums qualifiziert begleitet und motiviert. So kann Rehabilitation neu gedacht und vom Klinikaufenthalt nahtlos auf die Zeit danach erweitert werden.

**VERPFLICHTUNG AUCH GEGENÜBER DER NATUR**

Neben der Verpflichtung gegenüber der Gesundheit der Menschen leistet MEDIAN ebenso einen Beitrag zur Gesunderhaltung der Natur. MEDIAN hat sich als erstes großes Gesundheitsunternehmen in Europa bei der Unternehmensfinanzierung in der gesamten Gruppe Zielwerte der CO<sub>2</sub>-Reduktion vorgegeben und daran die Höhe des Zinswertes der Banken geknüpft.

Um die Maßnahmen zur Reduktion des CO<sub>2</sub>-Fußabdrucks der Unternehmensgruppe unter einem Dach zusammenzufassen, wurde im Jahr 2022 die Initiative MEDIAN green ins Leben gerufen. Zentralseitig unterstützt sind so bereits in unterschiedlichen Kliniken und Einrichtungen Projekte gestartet, die alle auf ein großes Ziel einzahlen: jährlich den Gesamt-CO<sub>2</sub>-Ausstoß von Kohlendioxid um fünf Prozent zu verringern und damit einen aktiven Beitrag zur Erhaltung der Ökosysteme unserer Erde zu leisten.

**ERNÄHRUNG ALS BAUSTEIN FÜR EINEN GESUNDEN LEBENSSTIL**

Um zur Gesundheit der Patienten nachhaltig einen Beitrag zu leisten, legt MEDIAN auch besonderes Augenmerk auf eine ausgewogene Ernährung. Hierzu wurden Ernährungsstandards entwickelt, die in den Küchen der Einrichtungen und Kliniken als wichtiger Teil der Rehabilitation umgesetzt werden. Die Konzepte für die Speisenversorgung wurden in den Geschäftsjahren 2020/2021, auf die sich der vorliegende Bericht bezieht, deutlich weiterentwickelt.

**GEBOTENE SPARSAMKEIT BEI STEIGENDEN ENERGIEKOSTEN**

Die seit dem Ausbruch des Kriegs gegen die Ukraine um ein Vielfaches gestiegenen Energiekosten stellen auch die Gesundheitsbranche vor große Herausforderungen. So sind neben den Akut-Krankenhäusern auch Rehabilitations-

einrichtungen zu einem bewussten Umgang mit Licht und Heizung gezwungen. Natürlich liegt bei aller gebotenen Sparsamkeit die Priorität stets auf der optimalen Versorgung der Patientinnen und Patienten. Um die hohen Energiekosten zu stemmen, braucht es die Zusammenarbeit aller Träger des Gesundheitssystems: Die MEDIAN Gruppe setzt daher auch in herausfordernden Zeiten auf den verlässlichen Kontakt zu Kostenträgern und Politik. Denn gemeinsam werden wir auch diese Hürde nehmen können.

Welche Entwicklungen MEDIAN im Jahr 2021/22 vorangetrieben hat, möchten wir Ihnen im vorliegenden Qualitätsbericht präsentieren. Wir wünschen Ihnen eine interessante Lektüre!



*André M. Schmidt*  
 Dr. André M. Schmidt  
 Vorsitzender der Geschäftsführung  
 (MEDIAN Group CEO)



*Marc Baenkler*  
 Prof. Dr. Marc Baenkler  
 Geschäftsführer  
 (MEDIAN CEO Deutschland)



*Florian Frensch*  
 Dr. Florian Frensch  
 Geschäftsführer (MEDIAN Group COO)



*Matthias Koch*  
 Dr. Matthias Koch  
 Geschäftsführer (MEDIAN Group CFO)



## 2. EINLEITUNG

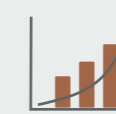
# DER GESUNDHEIT DER MENSCHEN UND DER UMWELT VERPFLICHTET

Mit zunehmendem Unternehmenswachstum geht die Verantwortung einher, die Qualitätsstandards der Behandlung stetig zu verbessern und gleichzeitig natürliche Ressourcen zu schonen.

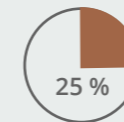
### ZIELE FÜR DIE KOMMENDEN JAHRE



Die **Menschen** auf ihrem gesamten Weg durch die Rehabilitation **begleiten** – von der Akutbehandlung bis zur Nachsorge



**Wachstum** und **Konsolidierung** in unseren Märkten erreichen



**In allen Indikationen** bei den gemessenen Behandlungsergebnissen zu den **Top-25-Prozent** gehören



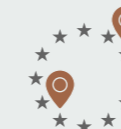
**Führender Anbieter** digitaler Applikationen in unseren Top-Indikationen sein



**Wunsch-Arbeitgeber** sein für die besten medizinischen Fachkräfte



Fortführen der Initiative **MEDIAN green**, um dem langfristigen Ziel der CO<sub>2</sub>-Neutralität näherzukommen



Gemeinsam in **mindestens zwei** weitere **europäische** Länder expandieren

Gemeinsam mit unserem Tochterunternehmen Priory sind wir auf dem Weg, europaweit zum Qualitätsführer in den Bereichen Rehabilitationsmedizin, mentale Gesundheit und Soziotherapie zu werden. Um die Gesundheit unserer jährlich mehr als 260.000 Patientinnen und Patienten wiederherzustellen und zu erhalten, investiert MEDIAN in Forschung und beteiligt sich an medizinischen Studien. Außerdem entwickelt die Unternehmensgruppe neue, teilweise digital gestützte oder durch Zukunftstechnologien wie Virtual Reality und Robotik ergänzte Behandlungsprogramme.

Zur Erhaltung höchster Qualitätsstandards und der erfolgreichen Behandlung von Patientinnen und Patienten gehört auch, sich flexibel auf neue Gegebenheiten ein-

zustellen. MEDIAN fährt daher stets auf Sicht und wird insbesondere mit Blick auf gefährdete Patientengruppen und die Gesunderhaltung der Mitarbeitenden alle Corona-Schutzmaßnahmen immer individuell der Situation in den jeweiligen Kliniken und Einrichtungen von MEDIAN anpassen.

Als Beitrag zur Gesunderhaltung der Natur verringert die MEDIAN Unternehmensgruppe ihren CO<sub>2</sub>-Fußabdruck kontinuierlich um fünf Prozent pro Jahr. Zur Bündelung von Einzelinitiativen in den Einrichtungen und Kliniken wurde im Jahr 2022 die Initiative MEDIAN green ins Leben gerufen. Unterschiedliche Projekte sind seitdem angelaufen, die regional einen aktiven Beitrag zur Erhaltung der Ökosysteme unserer Erde leisten.

# GELEBTE QUALITÄT AUF ALLEN EBENEN

Bei MEDIAN gilt die stetige Entwicklung der Qualität als oberstes Ziel, um den Patientinnen und Patienten eine nachhaltig wirksame Behandlung zu bieten. Um dies zu erreichen, bilden der Austausch von Wissen, die Vereinigung von medizinisch-therapeutischem Know-how und der Zusammenschluss von Einrichtungen mit hohem Qualitätsanspruch die entscheidenden Grundlagen.

Die Philosophie von MEDIAN beruht auf einer gelebten Qualität, welche durch eine enge Zusammenarbeit zwischen den Einrichtungen spürbar wird. Dieser Fachaustausch geschieht mittlerweile nicht mehr nur zwischen den MEDIAN Einrichtungen innerhalb Deutschlands, sondern verstärkt auch mit den Mitarbeitenden von Priory in Großbritannien. Dabei wird das Ziel, die qualitativ besten Rehabilitationskliniken in einer Unternehmensgruppe zu vereinen, stetig verfolgt.

## STANDORTÜBERGREIFENDER WISSENSAUSTAUSCH IN DEN MEDICAL BOARDS

Um die Wirksamkeit der Rehabilitation für die Patientinnen und Patienten auch über den Aufenthalt hinaus langfristig zu verbessern, gibt es seit mehr als zehn Jahren bei MEDIAN die Medical Boards. Für alle medizinischen Fachrichtungen bei MEDIAN ermöglicht das jeweilige Medical Board den regelmäßigen Wissenstransfer und den Austausch von Erfahrungen. Jedem Medical Board gehören die Chefärztinnen und Chefarzte der entsprechenden Fachrichtung an, welche gemeinsam über medizinisch-therapeutische Ansätze beraten. Diese ärztlichen Gremien kommen mehrmals zusammen, um ein einheitliches Vorgehen beispielsweise für Therapiekonzepte oder Parameter der Ergebnisqualität festzulegen.

## WEITERE EXPERTEN-GREMIEN AUS DEN BEREICHEN QUALITÄT, HYGIENE, ERNÄHRUNG UND PFLEGE

Ergänzend zu den Medical Boards gibt es Fachgremien in den Bereichen Qualität, Hygiene, Ernährung und auch

Pflege, in denen Expertinnen und Experten aktuelle Themen diskutieren und die Qualitätssteigerung vorantreiben.

Im **Qualitätsmanagement-Board** erörtern die QM-Leitungen der Geschäftsbereiche und das Team des zentralen Qualitätsmanagements aktuelle Themen rund um die Qualitätssicherung und -steigerung in den MEDIAN Einrichtungen. Bei den mehrfach im Jahr stattfindenden Sitzungen werden beispielsweise Best-Practice-Modelle zur Erfüllung gesetzlicher Normen erarbeitet oder Maßnahmen aus externen Zertifizierungs-Audits abgeleitet. Dadurch erfolgt auch auf dieser Ebene ein regelmäßiger Wissens- und Erfahrungsaustausch – stets mit dem Ziel, die Qualität in den MEDIAN Einrichtungen weiter zu erhöhen.

Das **Hygieneboard** besteht aus Hygienefachkräften, Krankenhaushygienikern, hygienebeauftragten Ärzten und hygienebeauftragten Pflegekräften. Auf den Tages-



Die gute Zusammenarbeit zwischen dem ärztlichen Führungsteam einer Einrichtung und der kaufmännischen Leitung ist für eine hohe Qualität essenziell.

ordnungen der Sitzungen stehen Themen wie die Sensibilisierung von Patienten, Besuchern und Mitarbeitenden hinsichtlich der Einhaltung von Hygienevorschriften, die allgemeine Umsetzung von Hygiene-Standards sowie die Weiterentwicklung von Qualitätskennzahlen. In den vergangenen Jahren war COVID-19 ebenso ein zentraler Aspekt für das Hygieneboard. Die Beteiligten des Hygieneboards sind seit Pandemiebeginn wichtige interne Ansprechpartner bei Anliegen rund um die Vermeidung der Ausbreitung des Corona-Virus.

Das Thema einer gesunden und vielfältigen Ernährung wird von Ernährungstherapeuten, Küchenleitungen sowie Chefärztinnen und Chefarzten im **Ernährungsboard** diskutiert. Basis für die Themen im Board bilden die wissenschaftlichen Erkenntnisse der Deutschen Gesellschaft für Ernährung (DGE) und der Deutschen Gesellschaft für Ernährungsmedizin (DGEM). Das Ziel des Ernährungsboards ist eine gesundheitsförderliche Verpflegungsvorsorgung in allen MEDIAN Einrichtungen, um den Rehabi-

litationsprozess der Patientinnen und Patienten optimal zu unterstützen. Die indikationsspezifisch angepasste Ernährung bei MEDIAN soll einen Vorbildcharakter aufweisen und eine Orientierung für ein gesundes Essverhalten über den Aufenthalt hinaus geben.

Im **Pflegeboard** werden verschiedene Empfehlungen und Standards von Expertinnen und Experten aus der Pflege definiert. Das Hauptanliegen ist dabei die stetige Weiterentwicklung der Qualität im Pflegebereich. Zudem sollen die im Pflegeboard erarbeiteten Aspekte die Pflegekräfte in den MEDIAN Einrichtungen unterstützen und die Erfüllung der neuesten Expertenstandards, beispielsweise bei der Sturzprophylaxe, sicherstellen. Ein weiteres aktuelles Thema im Pflegeboard sind Potenziale und Möglichkeiten der Personalrekrutierung in Abstimmung mit der zentralen Abteilung „Strategische Personalgewinnung“.

# MEDIAN MEDICAL BOARDS

## DIE BOARDS UND IHRE SPRECHERINNEN UND SPRECHER AUF EINEN BLICK

Die medizinische Qualität unserer Kliniken wird über die Arbeit der Medical Boards und weiterer Boards sichergestellt.





Gekommen, um zu bleiben:

# EFFEKTIVE UND SICHERE REHABILITATION BEI MEDIAN TROTZ PANDEMIEBEDINGUNGEN

Auch in der anhaltenden Pandemie verfolgt MEDIAN allem voran ein Ziel: Die bestmögliche Behandlung und effektivste Therapie mit größtmöglicher Sicherheit sowohl für die Patientinnen und Patienten als auch für die Mitarbeitenden.

Auf diesem Grundsatz basierend führte die Unternehmensgruppe während der COVID-19-Pandemie ein zentrales Hygiene- und Schutzkonzept ein, das in allen Einrichtungen und Kliniken Anwendung fand.

Die von MEDIAN festgelegten Schutzmaßnahmen beruhen auf den Empfehlungen des Robert-Koch-Instituts, den Vorgaben des Infektionsschutzgesetzes sowie der lokalen Gesundheitsämter. Sie wurden an das Setting der stationären Rehabilitation angepasst. So konnte die gemessene Qualität der Rehabilitation auch während der Pandemie gleichbleibend hochgehalten werden. Dadurch, dass auch die Erfahrungen des ersten Corona-Jahres in das Hygiene- und Schutzkonzept von MEDIAN eingeflossen sind und es anhand neuer Erkenntnisse

stetig weiterentwickelt wurde, ist die Unternehmensgruppe vergleichsweise gut durch die Pandemie gekommen.

## ERFAHRUNGSUSTAUSCH UND EFFEKTIVE DATEN-NUTZUNG ZUM UNTERNEHMENSWEITEN SCHUTZ IN DER PANDEMIE

Der im März 2020 bei MEDIAN ins Leben gerufene zentrale Krisenstab steuert sämtliche in der Corona-Pandemie ergriffenen Maßnahmen. Der Krisenstab bildet dabei die Basis der effektiven Kommunikationsstruktur im Unternehmen: durch einen zunächst täglichen, später mindestens einmal wöchentlich angesetzten Austausch innerhalb des zentralen Krisenstabs sowie mit sämtlichen Einrichtungen und Kliniken. An diesem regelmäßigen Austausch wird bis heute festgehalten.

In den Abstimmungsterminen können beispielsweise Erfahrungen und Best Practices ausgetauscht werden, was den einzelnen Standorten ermöglicht, Risiken frühzeitig

zu erkennen und bereits erprobte Schutzmaßnahmen zu ergreifen. So konnte auch das zentrale Schutz- und Hygienekonzept im Pandemieverlauf stetig angepasst werden und wuchs von einer zunächst bindenden Dienst-anweisung in der Kombination mit den gesammelten Erfahrungen zu einem hilfreichen Werkzeugkoffer für einen sicheren Klinikbetrieb und eine effektive Rehabilitation trotz Pandemiebedingungen heran.

Die zentrale und tagesaktuelle Erfassung der an Corona erkrankten Patientinnen und Patienten einerseits und infizierter Mitarbeitender andererseits ermöglicht MEDIAN bereits seit dem Beginn der Pandemie einen genauen Überblick über das Infektionsgeschehen in allen Einrichtungen. Während die Auswertung der positiven Fälle über alle Einrichtungen hinweg im Jahr 2020 noch händisch erfolgte, wurde diese im Pandemieverlauf professionalisiert und Anfang 2021 um die Angabe des Impfstatus' sowohl des Personals als auch der aufgenommenen Patienten erweitert.

## RISIKOBASIERTES SCHUTZ- UND HYGIENEKONZEPT WÄHREND DER PANDEMIE

Eine flexible und risikobasierte Anpassung des Schutz- und Hygienekonzepts ermöglichte MEDIAN auch während des vergangenen Pandemiejahres 2021, den Patientinnen und Patienten stets eine sichere und umfassende Behandlung anzubieten. Mittels einer Dienst-anweisung wurden die zu ergreifenden Maßnahmen je eintretender Situation zentralseitig klar den einzelnen Einrichtungen und Kliniken vorgegeben. Auf Basis der jeweils herrschenden externen und internen Risiken konnten die wirksamsten Schutzmaßnahmen dann ent-

sprechend des Anweisungsdokuments flexibel ergriffen werden.

Das externe Risiko bezieht die nationale beziehungsweise die regionale Inzidenz sowie die erregerbedingte Krankheitsschwere unterschiedlicher Corona-Varianten mit ein. Das interne Risiko hingegen bewertete drei Bereiche: die indikationsspezifische Gefährdung für bestimmte Patientengruppen (beispielsweise geriatrische oder pflegeintensive onkologische und neurologische Patienten), das einrichtungsspezifische Risiko von Standorten mit besonders schutzbedürftigen Erkrankten (darunter Kinder, denen noch kein Impfstoff zur Verfügung stand oder Akutbehandelte) sowie situative Risiken wie das vermehrte Auftreten positiver Fälle im Aufnahme-Screening in einzelnen Kliniken. Die Entscheidung, ob die Schutzmaßnahmen risikobasiert verschärft werden, trafen und treffen weiterhin die Klinikleitungen in Abstimmung mit dem Corona-Krisenstab und den Expertinnen und Experten der Krankenhaushygiene.

## GEZIELTE UND RISIKOBASIERTE TESTUNG ALS ZENTRALES ELEMENT FÜR EINEN HOHEN SICHERHEITSSTANDARD

Die Testung auf SARS-CoV-2 war und ist weiterhin ein wesentlicher Baustein und zentrales Element des Schutz- und Hygienekonzepts von MEDIAN. Patientinnen und Patienten wurden vor allem in den Corona-Wintern gezielt vor Antritt ihrer Rehabilitation getestet – bei negativem Testergebnis stand dem sicheren Start in die Rehabilitation nichts im Wege. Eine Infektion von Mitarbeitenden, die aus dem Urlaub zurückkehrten, wurde mittels Schnelltest ausgeschlossen, bevor sie ihren Dienst wieder antraten.



Der Bestand und Verbrauch an Schnelltests in allen Einrichtungen von MEDIAN wurde stets zentralseitig überwacht und positive Testergebnisse bei Mitarbeitenden oder Patienten tagesaktuell erfasst. Routinetestungen, symptomatische Testungen, Testungen zur Kontaktpersonennachverfolgung oder auch anlassbezogene Testungen führten im Jahr 2021 zu einem Bestellvolumen von 1.672.300 Schnelltests – das bedeutet, dass jeder Patient und Mitarbeitende durchschnittlich jeden dritten Tag getestet wurde.

Die Routinetestung von Patienten und Personal wurde abhängig von den jeweiligen Länderverordnungen auch nach Abschaffung der Testpflicht im Gesundheitswesen risikobasiert durchgeführt. Je nach regional herrschender externer Inzidenz und dem internem Risiko der jeweiligen Einrichtung ging sie über die Verordnungen der Länder hinaus, um auch in diesen Zeiten einen sicheren Klinikalltag zu gewährleisten.

Bei niedrigem Risiko erfolgte eine symptomatische Testung. Patientinnen und Patienten wurden zudem intensiv darüber informiert, welche typischen Symptome mit einer Corona-Infektion einhergehen. Bei einem positiven Ergebnis im Zuge der symptomatischen Testung wurden die Betroffenen isoliert, konnten jedoch in den Einrichtungen und Kliniken verbleiben, bis ihr Testergebnis negativ ausfiel.

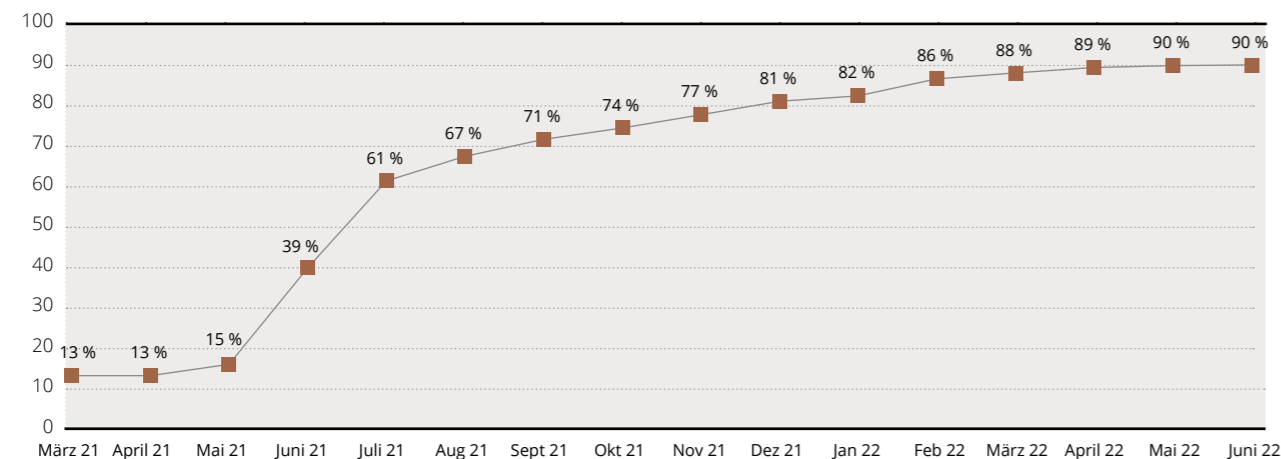
Interne Teststationen mit geschultem Personal waren bereits zu Beginn der Pandemie in den Einrichtungen

etabliert worden. Das interne medizinische Fachpersonal und die erworbene Professionalität von MEDIAN ermöglichten es, dass manche Standorte auch für die Allgemeinbevölkerung als offiziell registriertes Testzentrum zur Verfügung standen.

**DIE IMPFUNG: WIRKSAMER SCHUTZ IM KAMPF GEGEN DIE PANDEMIE**

Im Verlauf der Pandemie stellte sich schnell heraus, dass eine Impfung das Risiko einer schweren Erkrankung an SARS-CoV-2 signifikant vermindert. Um den Anteil Geimpfter sowohl unter den Mitarbeitenden als auch unter den Patientinnen und Patienten zu erhöhen, engagierte sich MEDIAN stark. Bereits seit Anfang 2021 informierte MEDIAN seine Mitarbeitenden zentral über das eigene Intranet, mittels Webinaren über die MEDIAN Akademie sowie durch Schreiben der Geschäftsführung an die Belegschaft über die unterschiedlichen verfügbaren Impfstoffe gegen das Virus. Zur transparenten Information zu ihrer Wirkungsweise und Effektivität wurden Flyer und Plakate entworfen und in den Kliniken zur Verfügung gestellt. Zeitnah und in enger Abstimmung mit den zuständigen Behörden erfolgte auch der Aufbau einer bedarfsgerechten Logistik für das einrichtungsinterne Impfangebot, das dem Personal und, sobald ausreichend Impfstoff zur Verfügung stand, später auch den Patientinnen und Patienten sowie deren Angehörigen angeboten wurde. Einige Einrichtungen von MEDIAN leisteten einen wertvollen Beitrag zur Immunisierung der Gesamtbevölkerung, indem sie ihr Angebot als offizielle Impfzentren auf impfwillige Bürgerinnen und Bürger erweiterten.

**Entwicklung vollständig geimpftes Personal (± 2 Einzelimpfungen) bei MEDIAN**



Zur Einführung der Impfpflicht von Mitarbeitenden im Gesundheitswesen im März 2022 erfolgte eine transparente Kommunikation von MEDIAN an alle Beschäftigten. In den zehn häufigsten Muttersprachen der Mitarbeitenden wurden Informationen zu den Konsequenzen der Impfpflicht in den Einrichtungen von MEDIAN zur Verfügung gestellt und die Kollegen bestmöglich unterstützt. Dies führte zu einer hohen Impfquote von durchschnittlich 90 Prozent der Mitarbeitenden (vollständige Immunisierung, Stand August 2022).

Die Erfassung des Impfstatus' von Patienten und Personal trug im Verlauf der Jahre 2021/2022 zusätzlich zu einem sicheren Klinikalltag bei: Soziale Interaktion ist in der Rehabilitation unterschiedlicher Indikationen ein wirkungsvoller Baustein in vielen Therapien. So kann MEDIAN auch in Pandemiezeiten den Patientinnen und Patienten weiterhin die für einige Indikationen effektiven Gruppentherapien ermöglichen.

**WIRKUNGSVOLLE SCHUTZMASSNAHMEN WERDEN WEITERHIN UMGESETZT**

Die Pandemie ist auch im Jahr 2022 noch nicht vorbei. Und so wird der bereits oben beschriebene effektive

Werkzeugkoffer von MEDIAN in den einzelnen Kliniken und Einrichtungen der Unternehmensgruppe weiterhin risikobasiert und je nach Landesverordnung eingesetzt. Einige der Maßnahmen sind „gekommen, um zu bleiben“ und werden weiterhin konsequent umgesetzt. Zu diesen dauerhaft bewährten Maßnahmen zählen:

- die symptomatische Testung und Isolation bei positivem Befund
- die Atemmaske (welcher Maskentyp – FFP-2 oder OP – getragen werden muss, ist je nach Risiko festgelegt)
- die richtige und häufige Händedesinfektion
- allgemeine Hygienemaßnahmen (darunter beispielsweise die Flächendesinfektion)

Um die Hygienekompetenz in den einzelnen Einrichtungen weiterhin zu verbessern, wurden in den Jahren 2021 und 2022 mittels webbasiertem Fortbildungskonzept über die MEDIAN Akademie 63 neue Hygienebeauftragte der Pflege ausgebildet (Stand Oktober 2022). Das bereits tätige Hygienepersonal wurde ebenfalls über die MEDIAN Akademie in vierteljährlich stattfindenden Webinaren zur Pandemie und zu allgemeinen Hygienethemen informiert.

## GEMEINSAM REHABILITATION NEU DENKEN: PRIORY UND MEDIAN WACHSEN STETIG WEITER ZUSAMMEN



Die landschaftlich besonders schön gelegene Einrichtung Priory Hospital Cheadle Royal in Heald Green, Greater Manchester, England.

Im Oktober 2021 erfolgte der rechtliche Unternehmenszusammenschluss von MEDIAN und Priory, dem größten privaten Betreiber von Krankenhäusern und Soziotherapien zur Behandlung von psychischen Erkrankungen und Lernbehinderungen im Vereinigten Königreich. Rebekah Cresswell erweitert seitdem als CEO UK die Geschäftsführung der MEDIAN Unternehmensgruppe. Der Start von Caroline Weller im April 2022 in der neu geschaffenen Position der Head of Marketing and Communications der Märkte Deutschland und Großbritannien verstärkt die enge Zusammenarbeit innerhalb der Unternehmensgruppe noch weiter.

Als großes Ziel treibt vor allem der Ansatz, gemeinsam Rehabilitation neu zu denken, das Zusammenwachsen von Priory und MEDIAN voran. Im Vereinigten Königreich wird die direkte Übersetzung von „Reha“, der englische Begriff „rehab“, vor allem mit der Therapie bei Abhängigkeitserkrankungen verbunden. In Deutschland hingegen profitieren die Patienten auch in vielen weiteren Indikationen von Rehabilitation und Anschlussheilbehandlungen. Dieser Ansatz könnte im Vereinigten Königreich ein innovativer Beitrag zum Gesundheitssystem sein und zu

großem Mehrwert führen. Gespräche über den Aufbau der ersten stationären Rehabilitationseinrichtungen in Großbritannien, die sowohl von MEDIAN als auch von Priory geleitet werden sollen, haben im Jahr 2022 bereits begonnen.

Um den Patientinnen und Patienten stets die bestmögliche Behandlungsqualität bieten zu können, ist auch die Orientierung an neuen technischen Entwicklungen für die MEDIAN Unternehmensgruppe von großer Bedeutung. Die Erweiterung klassischer Therapien durch neue Erkenntnisse und Technologien ist eines von vielen Potenzialen, das MEDIAN und Priory gemeinsam ausloten. Beispielsweise entwickelt die MEDIAN Unternehmensgruppe Konzepte zur Behandlung von Phobien oder Abhängigkeitserkrankungen mithilfe von Virtual-Reality-Technologie.

Die jeweiligen Stärken von Priory und MEDIAN bieten großes Potenzial, um sich im Zusammenschluss gegenseitig noch zu beflügeln und gemeinsam positiv weiterzuentwickeln.

## MEDIAN GREEN – EINE INITIATIVE FÜR DIE ZUKUNFT



Die MEDIAN Unternehmensgruppe setzt bereits in vielen Bereichen auf umwelt- und ressourcenschonendere Lösungen. Im Jahr 2021 erfolgte eine Bestandsaufnahme über die größten Treibhausgasemittenten der Unternehmensgruppe. Als Haupttreiber der CO<sub>2</sub>-Emissionen wurden die Wärmeerzeugung an den Standorten, der Stromverbrauch sowie der Einkauf von Gütern und Dienstleistungen identifiziert.

Um das Potenzial für Einsparmaßnahmen gezielt weiter auszuschöpfen und das mittelfristige Ziel der CO<sub>2</sub>-Neutralität zu erreichen, wurde 2022 die Initiative MEDIAN green ins Leben gerufen.

In vielen Kliniken gibt es bereits Blockheizkraftwerke, die Wärme und Strom gleichermaßen produzieren – an weiteren Standorten werden in den nächsten Monaten Blockheizkraftanlagen nachgerüstet. Sämtliche Einrich-

tungen von MEDIAN beziehen 100 Prozent Ökostrom. Immer wenn eine neue Anlage, beispielsweise ein Aufzug oder eine Lüftung, ausgetauscht werden muss, setzt man selbstverständlich auf den Einbau energieeffizienterer Lösungen. Ausgefallene Leuchtmittel werden schon seit Jahren durch energieeffiziente LEDs ausgetauscht. An manchen MEDIAN Standorten zählen bereits Elektroautos zur klinikeigenen Flotte.

Hauptziel all dieser Maßnahmen ist es, den CO<sub>2</sub>-Fußabdruck zu reduzieren – MEDIAN green bündelt nun sowohl alle zentralen als auch lokal umgesetzten Projekte hierzu. Schon jetzt sind weitere Projekte in Planung, darunter etwa die Prüfung, wo auch Photovoltaik einen sinnvollen Beitrag zur Energieversorgung der Einrichtungen und Kliniken leisten kann.

# DIGITALE TOOLS MACHEN ES MÖGLICH

Die Begleitung der Patientinnen und Patienten über den stationären Aufenthalt hinaus



Der digitale Wandel ist in der Rehabilitationsmedizin deutlich zu spüren. Nicht nur die Corona-Pandemie hat die Entwicklung beschleunigt, auch die Krankenkassen sowie die Deutsche Rentenversicherung zeigen sich zukunftsstark und übernehmen mittlerweile die Kosten für digitale Anwendungen. MEDIAN gestaltet diesen Wandel als Vorreiter mit und hat das Ziel, jedem Patienten ein durchgängiges, digital gestütztes Angebot während des gesamten Genesungsprozesses machen zu können. Mit weit über 5.000 Patienten, die 2022 eine digital gestützte Nachsorge in Anspruch genommen haben, ist MEDIAN diesem Ziel im vergangenen Jahr ein großes Stück näher gekommen.

## EINE STETIGE WEITERENTWICKLUNG DER DIGITALSTRATEGIE

Einen wichtigen Baustein der MEDIAN Digitalstrategie stellt die digital gestützte Nachsorge als Alternative zur ortsgebundenen IRENA oder Psy-RENA dar. Bereits 2019 hat MEDIAN die Nachsorge per App in vereinzelt Kliniken eingeführt. Mittlerweile konnte die Zahl der teilnehmenden Häuser deutlich erhöht werden: 36 Einrichtungen für somatische Indikationen und 30 Einrichtungen für psychosomatische Indikationen bieten die Tele-Reha-Nachsorge an. Schon während des Aufenthalts werden Patientinnen und Patienten mit den jeweiligen Inhalten und Funktionalitäten vertraut gemacht, da die digitalen Anwendungen Teil der Therapien sind. Zurück im Alltag können die Patienten die digitale Anwendung als Teil der

Nachsorge nahtlos weiterverwenden. Mit viel Engagement und Know-how ermöglicht MEDIAN so tausenden Patientinnen und Patienten, kontinuierlich ihre Therapieerfolge zu festigen, gerade dann, wenn Schichtarbeit oder lange Fahrwege die Teilnahme an den klassischen Nachsorge-Programmen erschweren. MEDIAN Therapeuten des Digitalen Nachsorgezentrums (DNZ) in Düsseldorf unterstützen dabei jeden Patienten mit individuell angepassten Therapieplänen und stehen täglich per Chat oder Telefon zur Verfügung. Im Kapitel Kardiologie wird das DNZ im Rahmen eines Interviews näher vorgestellt.

## MYMEDIAN@HOME

Neu im Unternehmen ist die Entwicklung eines eigenen digital gestützten Angebots: MyMEDIAN@Home. Durch die umfassende medizinisch-therapeutische und digitale Expertise bei MEDIAN konnte ein weitgefächertes digital gestütztes Behandlungsprogramm entwickelt werden, das von der DRV im Rahmen eines Modellprojekts für die Orthopädie und Kardiologie befristet zugelassen wurde. Ziel ist es, die Anwendung zu einem integralen Bestandteil der Therapiekonzepte in den Kliniken von MEDIAN zu machen, um einen nahtlosen Übergang in die Nachsorge sicherzustellen. Dafür werden für alle Indikationen unter Einbezug der Medical Boards indikationsspezifische Therapiefelder erarbeitet. Nach der Implementierung in allen Einrichtungen von MEDIAN folgt die wissenschaftliche Evaluation im Rahmen einer Studie.

# ZIELE UND AUFBAU DES QUALITÄTSBERICHTS

Der Aufbau des Qualitätsberichts orientiert sich an dem einer wissenschaftlichen Veröffentlichung und unterstreicht so den Anspruch von MEDIAN, Behandlungspfade und -methoden stets am aktuellen Stand der Forschung auszurichten.

Die **Einleitung** (siehe Seite 10) führte mit einem Rückblick die Fokusthemen auf, welche die MEDIAN Unternehmensgruppe im Jahr 2021/22 besonders beschäftigt haben, und zeigt die Entwicklung von MEDIAN als Gesundheitsdienstleister auf.

Der **Methoden-Teil** (ab Seite 26) beschreibt Art und Eigenschaft der erhobenen Daten und gibt Informationen über die Erhebungs- und Messinstrumente.

Im anschließenden **Ergebnis-Kapitel** – dem Herzstück des MEDIAN Qualitätsberichts – werden ab Seite 38 die Angebote in den unterschiedlichen Indikationen und Fachgebieten von MEDIAN vorgestellt sowie die herausragende Qualität der Rehabilitation anhand von definierten medizinisch-qualitativen Prozess- und Ergebnisparametern verdeutlicht. Durch Interviews mit Mitarbeitenden sowie Patientinnen und Patienten wird entlang der Patient Journey

(siehe Grafik auf Seite 25) veranschaulicht, welche digitalen Initiativen bei MEDIAN die Rehabilitation unterstützen. Die Interviews verdeutlichen, auf welche Art und Weise MEDIAN die Verbesserung des Gesundheitszustands von Patientinnen und Patienten und dadurch die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beziehungsweise am Arbeitsleben in den Fokus rückt – und dies vor, während und nach einer Rehabilitationsmaßnahme.

**Forschung & Innovation** (ab Seite 196) haben für MEDIAN einen hohen Stellenwert. In diesem Teil des Qualitätsberichts werden einige aktuelle Studien sowie Forschungs- und Innovationsprojekte vorgestellt.

Das Abschlusskapitel **Diskussion** (siehe Seite 210) fasst die relevantesten Erkenntnisse aus dem Ergebnisteil zusammen und gibt einen Ausblick auf die Ziele der kommenden Jahre.

# ENTLANG DER PATIENT JOURNEY DURCH DEN BERICHT

Wir sind überzeugt, dass nur durch die Ganzheitlichkeit des Behandlungspfades eine nachhaltige Genesung erzielt werden kann. Wie vorab skizziert, werden wir Sie anhand einer Patient Journey durch den vorliegenden Bericht führen. Der Gedanke dabei ist, die Stationen der Patientinnen und Patienten vollständig zu durchlaufen: vor dem Rehabilitationsaufenthalt, während des Aufenthaltes sowie in der Nachsorge. Anhand der Indikationsstruktur bei MEDIAN stellen wir diese „Reise“ der Patientinnen und Patienten auf dem Weg zur Verbesserung der Gesundheit dar.

Die Grafik auf der Folgeseite verdeutlicht den Aufbau des Berichts anhand der Patient Journey. Die in diesem Bericht publizierten Themen stehen dabei stellvertretend für zahlreiche weitere Initiativen mit digitalem Bezug und bilden somit nur einen Auszug ab.

Wir starten beispielsweise in der Orthopädie: Bereits vor der Rehabilitation können viele orthopädische Patientinnen und Patienten die Sozialanamnese digital bequem zu Hause und mit einem Klick an das Klinik-Team übermitteln. Im weiteren Verlauf werden auch andere Indikationen vorgestellt, die für die Patientinnen und Patienten digitale Anwendungen während des Aufenthaltes bereit-

halten, beispielsweise Berichte zur robotergestützten Therapie in der Neurologie oder über die digitalen Tools, die unsere Kolleginnen und Kollegen von Priory zur Unterstützung der Behandlung von Abhängigkeitspatienten verwenden.

Für MEDIAN endet die Verantwortung gegenüber den Patientinnen und Patienten nicht mit der Entlassung aus der Einrichtung. Auch für die Nachsorge arbeiten wir stetig an weiteren Angeboten – stets mit dem Ziel, den verbesserten Gesundheitszustand langfristig zu erhalten und weiter zu fördern. Anhand von drei Indikationen stellen wir beispielhafte Initiativen und Ideen vor, welche die Patientinnen und Patienten auch zurück in ihrem Zuhause dank digitaler Möglichkeiten zur weiteren Steigerung ihrer Gesundheit nutzen können.

Alle Tool-Vorstellungen beziehen sich auf Interviews mit Mitarbeitenden von MEDIAN: So erhalten Sie Einblicke in deren Arbeit und erfahren die Meinung von hochqualifizierten Fachkräften aus unterschiedlichsten Professionen. Diese fachlichen Berichte werden teilweise durch persönliche Erfahrungen von Patientinnen und Patienten während ihres Aufenthaltes bei MEDIAN ergänzt.

## PATIENT JOURNEY: MEDIAN BEGLEITET DIE PATIENTEN AUCH DIGITAL VOR, WÄHREND UND NACH IHREM REHABILITATIONS-AUFENTHALT

### VOR DEM AUFENTHALT IN DER MEDIAN EINRICHTUNG

#### Orthopädie

*Im Fokus:* Digitale Sozialanamnese

*Wir fragen nach:* Dr. Nadja Breijawi, Chefärztin, MEDIAN Klinik Bad Camberg

### IN DER MEDIAN EINRICHTUNG

#### Neurologie

*Im Fokus:* Robotergestützte Therapie

*Wir fragen nach:* Christopher Ballhausen, Teamleiter Physiotherapie, MEDIAN Ambulantes Gesundheitszentrum Leipzig

#### Innere Medizin

*Im Fokus:* Apps als digitale Genesungsassistenten

*Wir fragen nach:* Katja Clahn, Therapiekordinatorin, MEDIAN Klinik Flechtingen

#### Soziale Teilhabe

*Im Fokus:* Computergestütztes Cogpack-Training

*Wir fragen nach:* Ute Waffenschmidt, Dipl.-Pädagogin, MEDIAN Albert-Schweitzer-Haus Bad Dürkheim

#### Abhängigkeitserkrankungen

*Im Fokus:* App My Possible Self

*Wir fragen nach:* Joe McEvoy, Director of Innovation and Digital, Priory Group

#### Long COVID

*Im Fokus:* Multidimensionale Begleitung und Nachsorge

*Wir fragen nach:* Dr. Laura Golenia, Leiterin Forschung & Innovation, MEDIAN Unternehmenszentrale, Berlin

### NACH DER ENTLASSUNG

#### Psychosomatik

*Im Fokus:* Digitale Nachsorge

*Wir fragen nach:* Margot Asbrand, Psychotherapeutin, MEDIAN Klinik am Burggraben Bad Salzuffen

#### Psychiatrie

*Im Fokus:* Potenziale der Nachsorge

*Wir fragen nach:* Dr. Tobias Hornig, Chefarzt, MEDIAN Franz-Alexander-Klinik Nordach

#### Kardiologie

*Im Fokus:* Digitales Nachsorgezentrum

*Wir fragen nach:* Sven Schunter, Leiter Nachsorgezentrum, MEDIAN Ambulantes Gesundheitszentrum Düsseldorf



## 3. METHODE

# BESCHREIBUNG DER SOZIODEMOGRAFISCHEN DATEN

Der erste Abschnitt des Methoden-Kapitels beleuchtet die Population anhand von soziodemografischen Daten. Wir nutzen sechs verschiedene Kennzahlen zur Vorstellung unserer Population. Im Ergebnis teil des Berichts werden die einzelnen Kennzahlen jeweils indikationsspezifisch beschrieben. Auf den folgenden Seiten werden diese Kennzahlen zunächst erklärt und für die gesamte Population indikationsübergreifend abgebildet.

### GESCHLECHT

Bei der Verteilung der Geschlechter wird auch „divers“ ausgewiesen. Zwar gab es Patienten, die diese Option wählten, aber aufgrund der geringen Anzahl liegt ihr Anteil in dieser Kategorie bei null Prozent.

### ALTERSSTRUKTUR

Für die Berechnung des Alters wurde das Datum der Anreise zugrunde gelegt. Die Clusterung der Altersgruppen ist indikationsübergreifend gleich. Lediglich bei den Indikationen Pädiatrie und Geriatrie wurden zur besseren Darstellung andere Alterseinteilungen gewählt.

### VERWEILDAUER

Die Verweildauer beschreibt die Zeit in Tagen, die eine Patientin oder ein Patient in einer Klinik verbringt. Sie wurde anhand der Tage zwischen An- und Abreise berechnet, wobei der An- und Abreisetag jeweils als ein halber Tag gezählt werden.

### HAUPTDIAGNOSEN

Eine Hauptdiagnose beschreibt jene Diagnose, die hauptsächlich den Rehabilitationsaufenthalt der Patientinnen und Patienten begründet. Je Indikation werden die fünf häufigsten Hauptdiagnosen abgebildet, um die Schwerpunkte der jeweiligen Fachabteilung darzustellen.

### PATIENTENZUFRIEDENHEIT

Jede Patientin und jeder Patient bekommt gegen Ende des Rehabilitationsaufenthalts die Möglichkeit, an unserer Patientenzufriedenheitsbefragung teilzunehmen. Dargestellt wird der prozentuale Anteil der zufriedenen Patienten.

### LEISTUNGSTRÄGER

Der Begriff Leistungsträger beschreibt jene Institution, welche die Rehabilitationsleistungen vergütet. Bei den Leistungsträgern wurden vier große Gruppen unterschieden: gesetzliche Rentenversicherung, gesetzliche Krankenversicherung, Selbstzahler/Private Krankenversicherung und Sonstige.

# SOZIODEMOGRAFISCHE DATEN ALLER PATIENTINNEN UND PATIENTEN BEI MEDIAN

## GESCHLECHTERVERTEILUNG

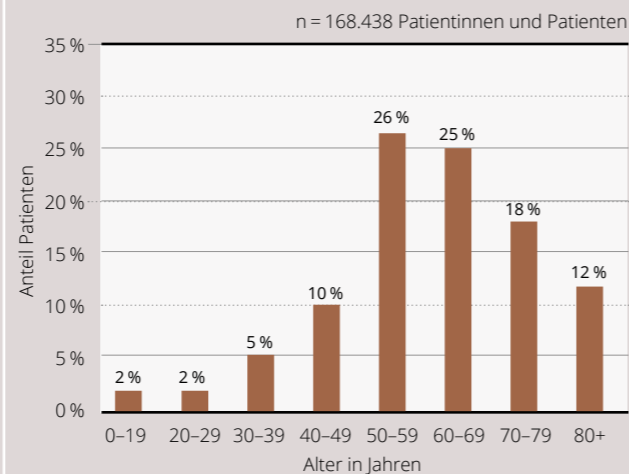


- 52 % weiblich
- 48 % männlich
- 0 % divers

Im Jahr 2021 wurden insgesamt **170.417 Patientinnen und Patienten** stationär in unseren Einrichtungen versorgt. Die Geschlechterverteilung ist ähnlich zu den Vorjahren: 52 % weiblich und 48 % männlich. Außerdem identifizierten sich einige wenige Rehabilitanden als divers, was in der gerundeten prozentualen Verteilung jedoch nur einen Anteil von 0 % ausmacht.

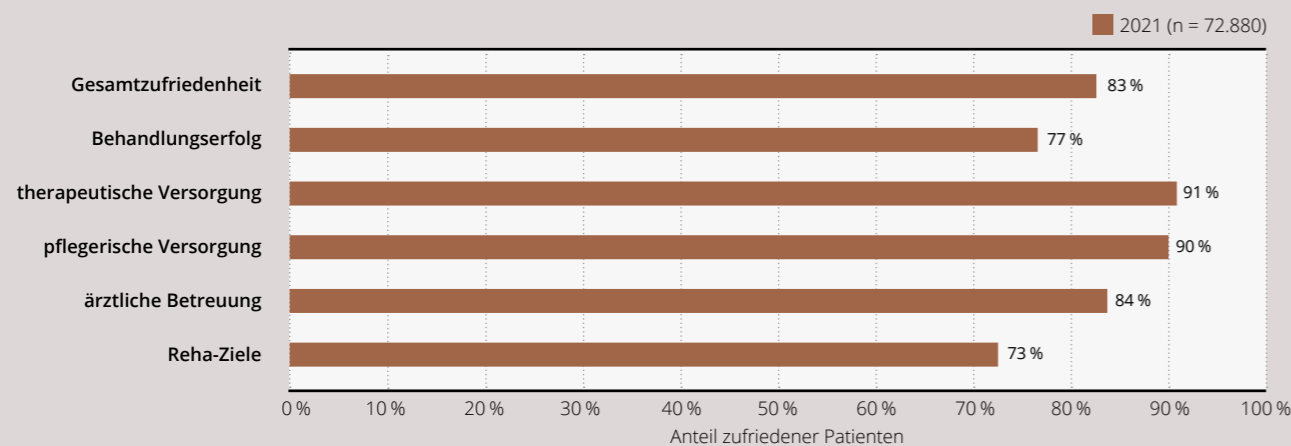
## ALTERSSTRUKTUR

Durchschnitt: 61 Jahre



Die Grafik verdeutlicht, dass über die Hälfte (**54 %**) der Patientinnen und Patienten **älter als 60 Jahre** war. Jünger als 40 Jahre waren 9 % aller Patienten.

## ZUFRIEDENHEIT DER PATIENTINNEN UND PATIENTEN



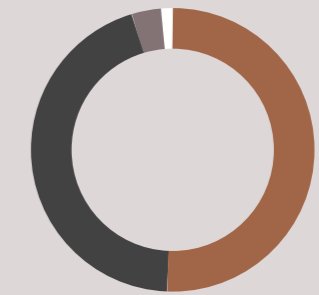
Insgesamt 72.880 Fragebögen zur Zufriedenheit wurden 2021 in unseren Einrichtungen ausgefüllt. Insgesamt zeigen die Ergebnisse eine hohe Zufriedenheit der Patientinnen und Patienten mit der **therapeutischen und pflegerischen Versorgung**.

tinnen und Patienten mit der **therapeutischen und pflegerischen Versorgung**.

Nachfolgend wird die Struktur der Patientinnen und Patienten aller MEDIAN Rehabilitationseinrichtungen dargestellt. Die Übersicht zeigt unter anderem die Alters-, Indikations- und Leistungsträgerverteilung der Gesamtpopulation. Darüber hinaus veranschaulicht die Auswertung der Patientenzufriedenheit, wie die Qualität der in Anspruch genommenen Leistungen von fast 73.000 Rehabilitanden im Jahr 2021 bewertet wurde.

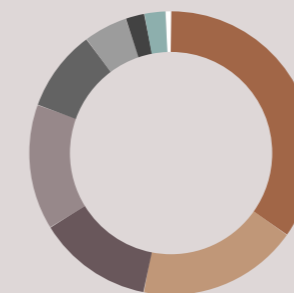
## VERTEILUNG DER LEISTUNGSTRÄGER

Die erbrachten Leistungen wurden 2021 von unterschiedlichen Trägern übernommen: Die **gesetzliche Rentenversicherung** war mit 51 % Hauptleistungsträger.



- 51 % gesetzliche Rentenversicherung
- 45 % gesetzliche Krankenversicherung
- 3 % Selbstzahler/Private Krankenversicherung
- 1 % sonstige

## VERTEILUNG DER INDIKATIONEN



- 35 % Orthopädie
- 18 % Psychosomatik
- 14 % Innere Medizin\*
- 13 % Neurologie
- 10 % Kardiologie
- 5 % Sucht- und Abhängigkeitserkrankungen
- 2 % Kind
- 2 % Psychiatrie
- 1 % Psychotherapie

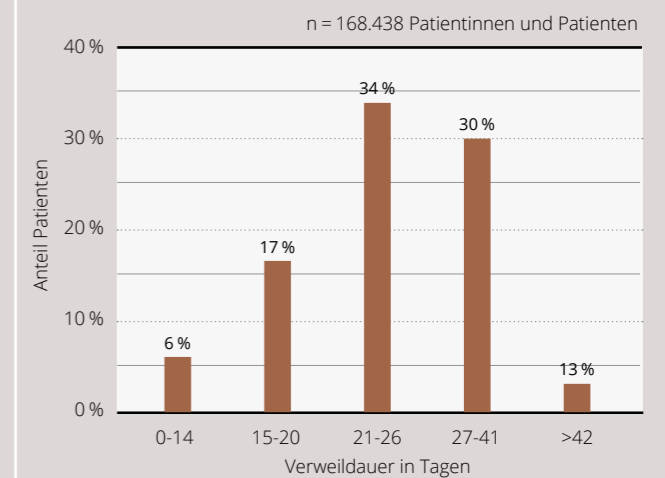
\* Der Fachbereich Innere Medizin setzt sich aus folgenden Subindikationen zusammen: Onkologie, Geriatrie, Pneumologie, Rheumatologie, Gastroenterologie, HTS, Gynäkologie.

Die Übersicht zeigt die Verteilung der Fachgebiete, wobei die meisten Patientinnen und Patienten eine **orthopädische Rehabilitation** erhielten.

n = 168.438 Patientinnen und Patienten

## VERTEILUNG DER VERWEILDUER

Durchschnitt: 29 Tage



Der Großteil der Patientinnen und Patienten verweilte 2021 zwischen 21 und 26 Tagen (34 %) in einer MEDIAN Einrichtung. Im Durchschnitt lag die MEDIAN-weite Verweildauer bei **29 Tagen**. Zwischen den einzelnen Indikationen gab es deutliche Unterschiede in der Verweildauer, welche in den indikationsspezifischen Kapiteln detaillierter dargestellt werden.

# DATENERHEBUNGSSYSTEME

Für MEDIAN ist die Gewährleistung von hoher Qualität stets das zentrale Anliegen. Das bedeutet insbesondere, unseren Patientinnen und Patienten jene Therapien zukommen zu lassen, welche die besten Ergebnisse ermöglichen. Um das Versprechen eines optimalen Behandlungserfolgs einzuhalten, nutzen wir die systematische Erfassung verschiedener medizinischer Qualitätsparameter und können auf Grundlage dieser Daten unsere Qualität stetig verbessern. Die Datenerfassung und -auswertung erfolgt primär mittels drei verschiedener Systeme, welche in der folgenden Grafik beschrieben werden.





# DIE VARIABLEN DER QUALITÄTSSICHERUNG

Auf den folgenden Seiten werden die Parameter der Struktur-, Prozess und Ergebnisqualität der Deutschen Rentenversicherung (DRV) vorgestellt, die Qualitätsentwicklung bei MEDIAN am Beispiel des Prozessqualitätsparameters zur Therapeutischen Versorgung (KTL) aufgezeigt sowie die Variablen der Ergebnisqualität bei MEDIAN im Detail beleuchtet.

## STRUKTUR-, PROZESS- UND ERGEBNISQUALITÄT

Die Deutsche Rentenversicherung (DRV) ist für MEDIAN ein entscheidender Partner, wenn es um den Nachweis der hohen medizinischen Qualität der Rehabilitation in den Einrichtungen und Kliniken geht. Neben der gesetzlichen Krankenversicherung ist die DRV wichtigster Kostenträger von Rehabilitationsmaßnahmen und spielt daher bei der Erbringung hochwertiger rehabilitativer Leistungen auch für MEDIAN eine zentrale Rolle. Die DRV hat verschiedene Instrumente und Verfahren zur Qualitätssicherung der Rehabilitation in Bezug auf die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität entwickelt. Alle rentenversicherungseigenen sowie der überwiegende Teil der durch die DRV belegten Rehabilitationseinrichtungen nehmen an diesen Verfahren teil. Die Ergebnisse der Qualitätsprüfung werden den Rehabilitationseinrichtungen durch die DRV in regelmäßigen Abständen zurückgemeldet, wodurch auch die Transparenz der erbrachten Leistungen erhöht wird. Welche Aspekte hinsichtlich der Qualitätssicherung von der DRV unter anderem betrachtet werden, wird im Folgenden erklärt.

Bei der Strukturqualität geht es beispielsweise um die räumliche und technische Ausstattung der Einrichtungen sowie die personelle Besetzung und die internen Kommunikationsstrukturen. Zur Beurteilung der Prozessqualität werden unter anderem die Parameter therapeutische Versorgung (KTL) und Reha-Therapiestandards (RTS) herangezogen, welche auf der folgenden Seite genauer beschrieben werden. Die von der DRV geprüften Parameter Peer Review und Rehabilitandenbefragung können als Kriterien der Ergebnisqualität verstanden werden. Im Infokasten sind die wichtigsten Parameter der DRV-Qualitätssicherung erläutert.

## THERAPEUTISCHE VERSORGUNG UND REHA-THERAPIESTANDARDS

Im Bereich der Prozessqualität nehmen die Kennzahlen „Therapeutische Versorgung“ (KTL) und „Reha-Therapiestandard“ (RTS) eine zentrale Rolle ein. Die DRV vergibt bei diesem Bewertungsverfahren Qualitätspunkte (QP) in einem Bereich von 0 bis 100. 100 QP stellen dabei das Optimum dar – das klare Ziel aller Einrichtungen von MEDIAN. Beide Kennzahlen werden durch die DRV ausgewertet und anschließend den entsprechenden Einrichtungen rückgemeldet.

### THERAPEUTISCHE VERSORGUNG (KTL)

Alle während einer Rehabilitation erbrachten Leistungen werden nach der „Klassifikation therapeutischer Leistungen“ (KTL) erfasst. Jede Behandlung oder Leistung, die unsere Patientinnen und Patienten erhalten, werden über die KTL abgebildet. So kann das therapeutische Leistungsspektrum dargestellt, analysiert und qualitativ beurteilt werden. Alle erbrachten Leistungen können in elf Gruppen klassifiziert werden, welche die unterschiedlichen Leistungen der Rehabilitation abbilden. Das Leistungsspektrum ist an die therapeutischen Inhalte der medizinischen Rehabilitation angepasst und reicht von physiotherapeutischen und aktivitätsorientierten Maßnahmen bis zu edukativen oder psychologischen Behandlungen. Ebenso sind beispielsweise Leistungen aus der Pflege, der Ernährungsmedizin oder der Pädagogik in der KTL-Klassifikation zu finden. Nach Abschluss jeder Rehabilitation wird der DRV ein Entlassbericht zu allen Patientinnen und Patienten übermittelt. So kann die DRV alle relevanten Daten systematisch auswerten und den entsprechenden Fachabteilungen ihre Beurteilung der Behandlungsqualität widerspiegeln.

## INSTRUMENTE DER QUALITÄTSSICHERUNG DER DEUTSCHEN RENTENVERSICHERUNG:



### Peer-Review-Verfahren

Die Begutachtungsergebnisse des Peer-Review-Verfahrens auf Grundlage von Rehabilitations-Entlassberichten und Therapieplänen sind ein Instrument, um Verbesserungsmöglichkeiten im Rehabilitationsprozess zu identifizieren.

### Therapeutische Versorgung (KTL)

Die Auswertung zu den therapeutischen Leistungen verdeutlicht das Leistungsgeschehen, indem sie Informationen zu Leistungsmenge, -dauer und -verteilung darstellt. Diese Angaben werden zu einem Qualitätsindikator zusammengefasst. Zudem erhält die Rehabilitationseinrichtung Anhaltspunkte zu ihrer Dokumentationsqualität.

### Reha-Therapiestandards (RTS)

Die Auswertung zu den Reha-Therapiestandards stellt dar, inwieweit Rehabilitanden mit entsprechen der Diagnose gemäß den in den Reha-Therapiestandards formulierten Qualitätsanforderungen der Deutschen Rentenversicherung behandelt werden.

### Rehabilitandenbefragung

Die Ergebnisse der Rehabilitandenbefragung informieren über die Zufriedenheit der Rehabilitanden mit der Behandlung sowie ihre individuelle Einschätzung des Behandlungserfolgs.

### Sozialmedizinischer Verlauf nach medizinischer Rehabilitation

Auswertungen zum sozialmedizini-

schen Verlauf geben Hinweise zum Rehabilitationsergebnis. Für einen Zeitraum von zwei Jahren nach Rehabilitation wird aufgezeigt, wie viele Rehabilitanden im Erwerbsleben verbleiben oder durch Berentung (Alters-, Erwerbsminderungsrente) beziehungsweise Tod ausscheiden.

### Rehabilitandenstruktur

Informationen zu soziodemografischen (zum Beispiel Alter, Bildung oder Erwerbsstatus) sowie krankheitsbezogenen Merkmalen (zum Beispiel Diagnosen, Leistungsfähigkeit oder Nachsorgeempfehlungen) verdeutlichen das Rehabilitanden-spektrum und können zur Einordnung der Ergebnisse der Qualitätssicherung genutzt werden.

### REHA-THERAPIESTANDARDS (RTS)

Neben KTL hat die DRV eine weitere Kennzahl festgelegt, welche in einigen Indikationen greift: Die sogenannten Reha-Therapiestandards (RTS). Jeder RTS setzt sich aus mindestens elf verschiedenen evidenzbasierten Therapiemodulen (ETM) zusammen, die auf Basis des Therapiekonzepts der medizinischen Rehabilitation und der Ergebnisse wissenschaftlicher Literaturrecherchen zur Wirksamkeit formuliert wurden.

In den ETMs sind jeweils alle Interventionen und Therapien in Form von KTL-Codes aufgelistet, welche zur Erfüllung des RTS in Frage kommen. Dazu sind neben den KTL-Leistungen auch die Mindestdauer sowie gegebenenfalls eine Mindesthäufigkeit angegeben.

Derzeit gibt es folgende Reha-Therapiestandards:

- Alkoholabhängigkeit
- Brustkrebs
- Chronischer Rückenschmerz

- Depressive Störungen
- Diabetes mellitus Typ 2
- Hüft- und Knie-TEP
- Kinder- und Jugendliche
- Koronare Herzkrankheit
- Schlaganfall – Phase D

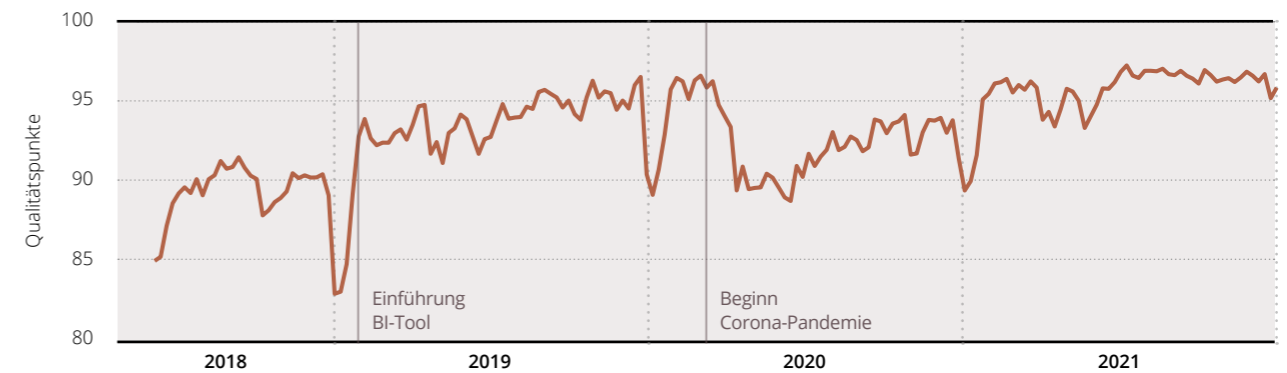
Im RTS ist zudem festgelegt, welcher Prozentsatz an Rehabilitanden mindestens Leistungen aus dem jeweiligen ETM in der angegebenen Menge erhalten soll, um den Mindestanforderungen entsprechend behandelt zu werden. Die DRV kann anhand dessen bewerten, inwieweit in einer Fachabteilung den Patientinnen und Patienten Leistungen gemäß den DRV-Vorgaben angeboten werden. Um 100 Qualitätspunkte für einen RTS zu erreichen, muss demnach der vorgegebene prozentuale Anteil an Rehabilitanden die in den ETMs vermerkten Leistungen mit der richtigen Mindestdauer und -häufigkeit erhalten haben.

# ENTWICKLUNG DER QUALITÄTSPUNKTE ANALOG ZUR BERECHNUNG DER DEUTSCHEN RENTENVERSICHERUNG

Bei MEDIAN werden die Qualitätssicherungsparameter kontinuierlich in Echtzeit erfasst und analysiert – dies geschieht analog zum Berechnungsalgorithmus der DRV. Wie auf den vorherigen Seiten beschrieben, stellt die DRV hohe Anforderungen an die medizinisch-therapeutische Qualität in Rehabilitationseinrichtungen. Die Höhe der errechneten Qualitätspunkte hängt dabei unter anderem von der Anzahl, der Dauer und der Verteilung der Leistungen ab, die während einer Rehabilitationsmaßnahme erfolgt sind. Die Summe der Qualitätspunkte aller Patientinnen und Patienten ergibt das Qualitätsniveau der jeweiligen Einrichtung.



**Zeitliche Entwicklung der Qualitätspunkte für den Parameter  
 Therapeutische Versorgung (KTL) von Juni 2019 bis Dezember 2021**



## AUCH IM JAHR 2021 ERREICHT MEDIAN EIN SEHR HOHES QUALITÄTSNIVEAU

Um den Patientinnen und Patienten stets eine qualitativ hochwertige und effektive Rehabilitation anbieten zu können, erfasst MEDIAN sämtliche von der DRV zur Ermittlung der Qualitätspunkte erhobenen Parameter in Echtzeit. Die obestehende Grafik zeigt die durchschnittliche Steigerung der Qualitätspunkte der Einrichtungen der MEDIAN Unternehmensgruppe im Bereich der therapeutischen Versorgung in den vergangenen Jahren. Zu Beginn der Corona-Pandemie im März 2020 wichen die Qualitätspunkte zunächst vom gewohnt hohen Standard leicht nach unten ab. Nach einer kurzen Orientierungsphase konnte die Qualität anschließend wieder kontinuierlich gesteigert werden. Bis Ende 2020 wurde im Durchschnitt wieder ein sehr hohes Qualitätsniveau von etwa 94 Qualitätspunkten erreicht. Insgesamt ist seit 2019 eine Steigerung der Qualitätspunkte zu erkennen, wobei das Niveau zuletzt bei über 95 Qualitätspunkten lag. Dies zeigt, dass es MEDIAN hervorragend gelingt, die optimale Versorgung der Patientinnen und Patienten sicherzustellen – auch in herausfordernden Zeiten.

## LIVE-MONITORING DER RTS- UND KTL-QUALITÄTSPUNKTE

Um diese guten Ergebnisse zu erreichen, kommen zwei wichtige Instrumente zum Einsatz: Zum einen wurde in das Krankenhausinformationssystem (KIS) der MEDIAN Einrichtungen ein Steuerungsinstrument integriert, das zum aktiven Monitoring der therapeutischen Versorgung aller aktuell behandelten Patientinnen und Patienten dient. Mit diesem Instrument ist es dem ärztlichen und therapeutischen Team möglich, zu jedem Zeitpunkt die Anzahl, die Dauer und auch die Verteilung der Therapien zu analysieren und gegebenenfalls anzupassen. So können die Qualitätspunkte KTL und RTS im operativen Geschäft live nachvollzogen werden. Zum anderen laufen sämtliche Leistungsdaten der Einrichtungen seit Anfang 2019 im unternehmensweiten Business Intelligence Tool (BI-Tool) zusammen. Als zentrales strategisches Instrument dient das BI-Tool dazu, die Qualitätsentwicklung bei MEDIAN auf allen Ebenen des Unternehmens zu monitoren und zu analysieren. Weitere Informationen zu den Steuerungsinstrumenten finden Sie auf den Seiten 30 und 31.

# ERGEBNISQUALITÄT



## MEDIZINISCHE ERGEBNISQUALITÄT

Kernziel von MEDIAN ist es, die Versorgungsqualität über alle Einrichtungen hinweg stetig zu erhöhen und die Rehabilitation als Ganzes weiterzuentwickeln. Zu dieser Qualitätsphilosophie gehört auch, die eigene Leistung an der medizinisch-therapeutischen Ergebnisqualität aller Patientinnen und Patienten zu messen.

Hierfür wurde die Erfassung von Ergebnisparametern – auch Outcome-Parameter genannt – systematisch in den Rehabilitationsprozess integriert, um den individuellen Rehabilitationserfolg zu erfassen. In den Medical Boards, in denen alle Chefärztinnen und Chefarzte jeder Indikation vertreten sind, wurden spezielle Ergebnisqualitätsparameter festgelegt. Diese Ergebnisqualitätsparameter wurden durch Studien vorab evaluiert und validiert. Die Erfassung der indikationsspezifischen Outcome-Parameter findet zu verschiedenen Zeitpunkten der Rehabilitation statt und wird vom ärztlichen beziehungsweise therapeutischen Personal vorgenommen. Diese Parameter werden ergänzt durch Patient Reported Outcome Measures (PROMs). Dabei handelt es sich um Ergebnisparameter, die von den Patientinnen und Patienten selbst erfasst werden. Beispiele für PROMs sind Fragebögen rund um das Stressempfinden oder die körperliche Funktionsfähigkeit.

Die strukturierte Messung der Ergebnisqualität unterstützt das gesamte Rehabilitations-Team dabei, die Patientinnen und Patienten richtig einzuschätzen, Prognosen sicherer zu treffen und individuellere Therapien zu verordnen. Darüber hinaus dient die standardisierte Datenerhebung in allen Einrichtungen dazu, Referenzwerte und die individuellen Werte der Patienten optimal abzugleichen und in einen übergreifenden Kontext zu stellen. Dadurch werden eine hohe Zielorientierung und die stetige Optimierung der Versorgungsqualität ermöglicht. Die systematische Ergebnismessung in allen Einrichtungen von MEDIAN birgt zudem einen weiteren positiven Effekt: In ihrer Gesamtheit bilden die erfassten Daten eine wichtige Grundlage für die zukunftsorientierte Entwicklung optimierter Therapie- und Behandlungspfade. Denn die Auswertung mehrerer hunderttausender Datenpunkte zu verschiedensten Krankheitsbildern und

Therapien ermöglicht es nicht nur, die beste individuelle Behandlung für die Patientinnen und Patienten zu identifizieren, sondern auch, innovative Therapieverfahren zu entwickeln. Diese Nutzung von Daten zur strukturierten Weiterentwicklung von Behandlungspfaden unterscheidet MEDIAN von anderen Rehabilitationskliniken. Die konkrete Beschreibung einzelner Outcome-Parameter erfolgt im Rahmen der Ergebnisanalyse in den jeweiligen Indikationskapiteln dieses Qualitätsberichts.

## PATIENTENZUFRIEDENHEIT

Die Zufriedenheit unserer Patientinnen und Patienten ist ein weiterer relevanter Parameter für MEDIAN. Mit dem Ziel, die bestmögliche Rehabilitation zu ermöglichen, ist es für uns von großer Bedeutung, ihre Erwartungen während des Aufenthalts zu erfüllen.

Daher erhalten alle Patientinnen und Patienten die Möglichkeit, an der Zufriedenheitsbefragung teilzunehmen. Hierbei werden Bewertungen zu Themenbereichen wie ärztliche Betreuung, therapeutische Versorgung oder zum Behandlungserfolg abgegeben.

Der Prozess der Zufriedenheitsbefragung in den Einrichtungen von MEDIAN wurde in den vergangenen Jahren immer weiter digitalisiert. Heute kann bereits ein Großteil der Patientinnen und Patienten die Fragen über das Fragebogenportal am Smartphone, PC oder Tablet beantworten. Die dabei erfassten Daten fließen in das MEDIAN Reporting Tool und können von den Verantwortlichen, beispielsweise ärztlichen Fachkräften oder dem Team des Qualitätsmanagements, eingesehen werden.

Lob, Anregungen und konstruktive Kritik helfen uns, immer besser zu werden. Deshalb ist uns die Meinung von Patientinnen und Patienten, Angehörigen und Besucherinnen und Besuchern sehr wichtig. In unseren Einrichtungen halten wir daher ein Beschwerdemanagement mit zügiger und transparenter Bearbeitung vor. Jede Patientin und jeder Patient hat die Möglichkeit, sein Anliegen an die Mitarbeitenden der Einrichtungen weiterzugeben. Diese kümmern sich um das Anliegen und/oder involvieren weitere zuständige Stellen und Abteilungen.



## 4. ERGEBNISSE

## AUFBAU DES ERGEBNISKAPITELS

Das nachfolgende Kapitel behandelt ausführlich die Ergebnisse der Qualitätsmessungen der einzelnen Indikationen der Einrichtungen und Kliniken von MEDIAN.

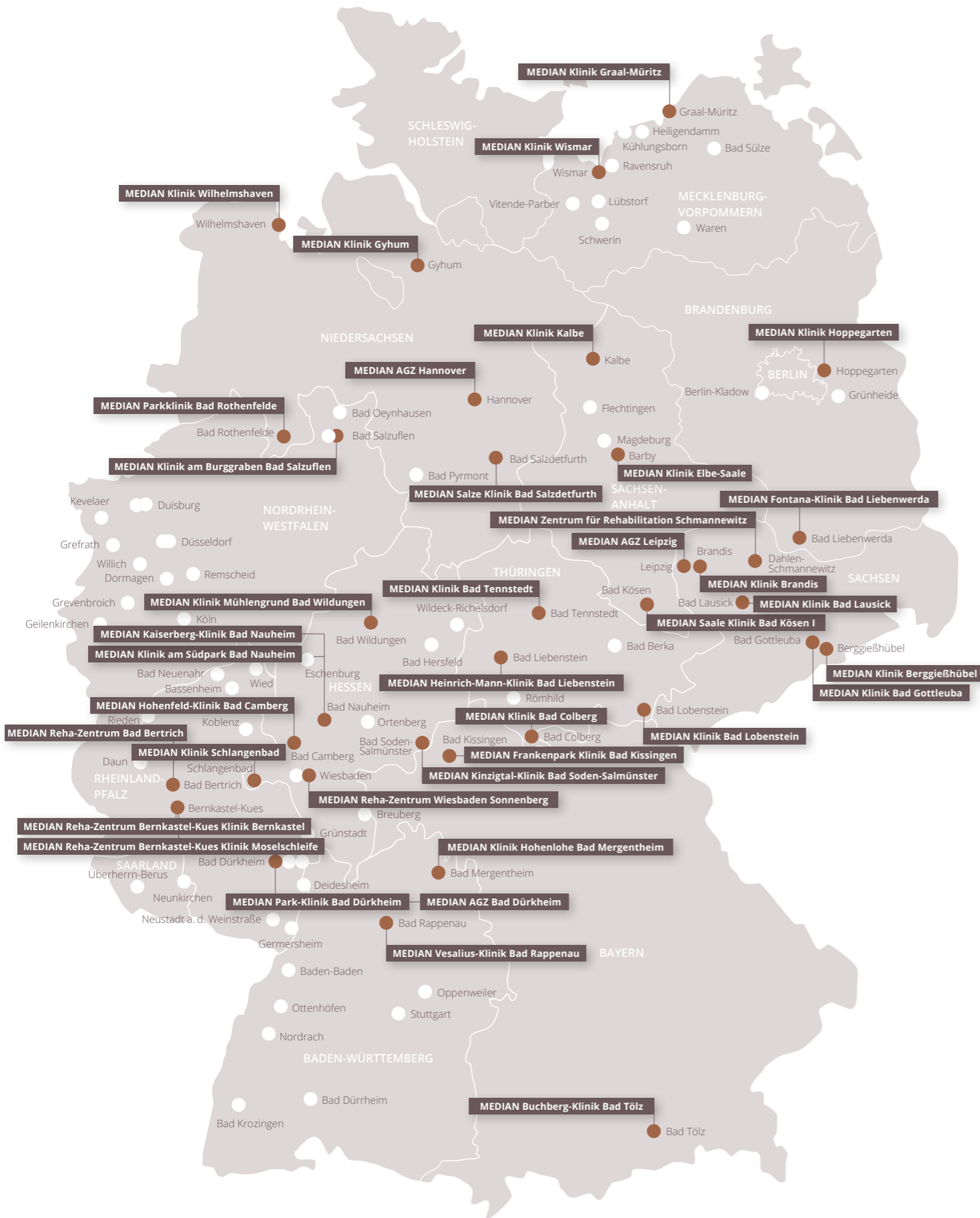
Einer einheitlichen Gliederung folgend, wird für jedes Behandlungsgebiet die Rehabilitationsstruktur anhand soziodemografischer Daten dargestellt. Zusätzlich werden die Ergebnisse der Qualitätsmessung spezifischer medizinischer Parameter, also der Outcome der Rehabilitation, präsentiert.

Die Datensicht wird jeweils ergänzt um ein Interview, das mit einer Expertin oder einem Experten des medizinisch-therapeutischen Personals geführt wurde. In einigen Interviews ergänzt eine Patientenstimme die Experten-sicht. Der Schwerpunkt der Interviews liegt auf dem Angebot digitaler Tools, die aufzeigen, welcher Mehrwert dadurch für Patientinnen und Patienten bei MEDIAN geschaffen wird.

### HINWEISE ZUR DARSTELLUNG DER KENNZAHLEN IN DEN INDIKATIONSKAPITELN

Bei den angegebenen Werten in den Indikationskapiteln handelt es sich um den Durchschnitt der von den einzelnen Einrichtungen von MEDIAN im jeweiligen Erfassungsjahr erreichten Qualitätspunkte. Das jeweils angegebene „n“ bezeichnet demnach die Anzahl der zur Bildung des Durchschnitts berücksichtigten Einrichtungen. Darüber hinaus finden nur Einrichtungen Berücksichtigung, aus denen mindestens 25 Patientinnen und Patienten pro Jahr in die nach DRV-Kriterien durchgeführte Ermittlung der Qualitätspunkte mit einbezogen werden können und die bereits in das BI-Tool integriert sind.

Standortkarte Orthopädie



35

Einrichtungen



ORTHOPÄDIE

# SCHWERPUNKTE IN DER ORTHOPÄDIE

MEDIAN bietet im Bereich Orthopädie sowohl stationäre als auch ambulante Rehabilitation an. Auch für Präventionsmaßnahmen oder Gesundheitsurlaub stehen Interessenten die Türen der orthopädischen Facheinrichtungen von MEDIAN offen.

Das Ziel von MEDIAN ist es, den Patientinnen und Patienten nach ihrer Erkrankung oder Verletzung durch eine orthopädische Rehabilitation wieder größtmögliche Gelenkbeweglichkeit, gestärkte Muskelkraft und höhere Stabilität zu ermöglichen. Zugleich können durch die Rehabilitationsangebote Schmerzen verringert und die Lebensqualität gesteigert werden.

In unseren Kliniken legen wir größten Wert auf spezialisiertes Therapiepersonal sowie eine geeignete Sport- und Therapieausstattung, um unser Portfolio an Behandlungsbausteinen optimal auf die Genesung der Patienten abzustimmen. Zu den großen Therapiesäulen zählen dabei:

✓ Physiotherapie	✓ Sporttherapie	✓ MTT – medizinische Trainingstherapie
✓ Physikalische Therapie mit Massagen, Kälte-, Wärme- oder Wasseräsche	✓ Ergotherapie	✓ orthopädische Hilfsmittelversorgung
✓ ärztliche Versorgung	✓ Diagnostik	✓ pflegerische Versorgung
✓ Sozialdienst	✓ psychologische Beratung	

## ORTHOPÄDISCHE REHABILITATION MIT ERFOLG

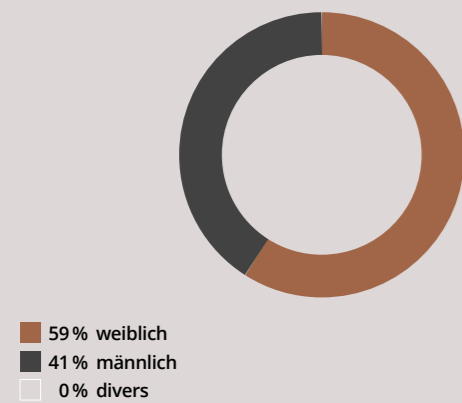
Durch die professionelle Behandlung in einer der Kliniken für Orthopädie bei MEDIAN wird eine deutliche Verbesserung der Leistungsfähigkeit erreicht. Dies ermöglicht den Betroffenen die Wiederherstellung ihrer körperlichen Belastbarkeit sowie der Fitness und schützt sie vor Arbeitsunfähigkeit und vorzeitiger Berentung. Bei orthopädischen Patientinnen und Patienten im Rentenalter kann durch die Rehabilitationsmaßnahme die weitgehende Selbstständigkeit und eigenständige Teilhabe am Leben erhalten werden.

Im Verlauf ihrer Rehabilitation erlernen die Patientinnen und Patienten ein neues Bewusstsein für den eigenen Körper und die eigene Kraft. Auch Achtsamkeit wird geübt, um eine neue Art des Umgangs mit einer chronischen Krankheit zu finden. Im Fachbereich Orthopädie bietet MEDIAN umfangreiche Möglichkeiten und Angebote der stationären sowie teilstationären Rehabilitation, bis zur beruflichen Wiedereingliederung und Nachsorge.



# SOZIODEMOGRAFISCHE DATEN ORTHOPÄDIE

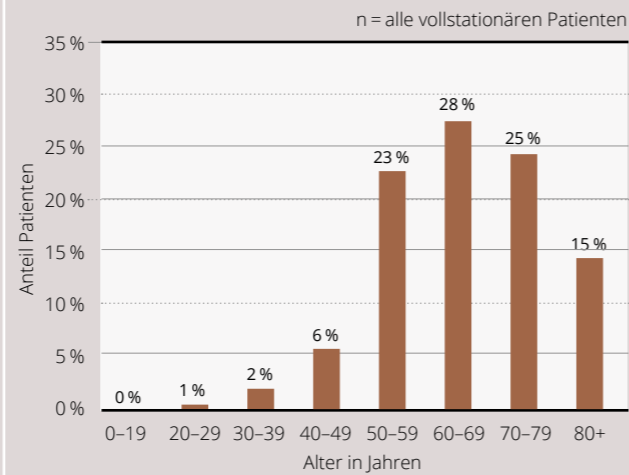
## GESCHLECHTERVERTEILUNG



In unseren orthopädischen Abteilungen wurden 2021 **insgesamt 58.995** Patientinnen und Patienten vollstationär behandelt. Davon waren 59% weiblich und 41% männlich.

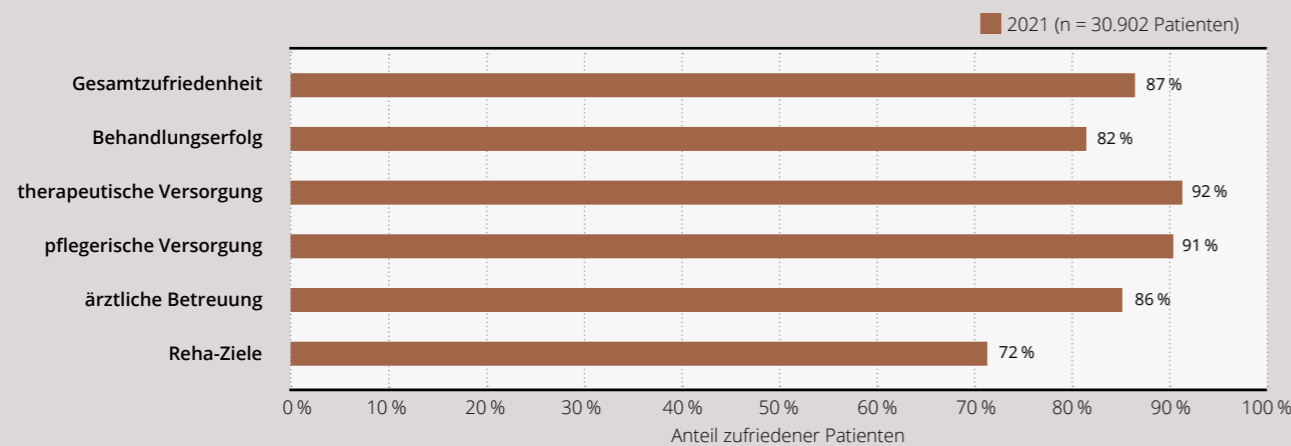
## ALTERSSTRUKTUR

Durchschnitt: 65 Jahre



Die Mehrheit der Patientinnen und Patienten der Orthopädie war **älter als 60 Jahre**. Das Durchschnittsalter betrug hierbei 65 Jahre.

## ZUFRIEDENHEIT DER PATIENTINNEN UND PATIENTEN

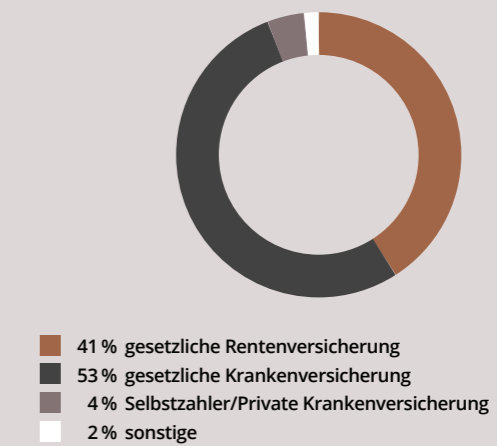


Insgesamt waren **92%** der orthopädischen Patientinnen und Patienten mit der **therapeutischen Versorgung** zufrieden. Ebenfalls sehr gute Bewertungen erhielten die Bereiche pflegerische Versorgung (91%) und ärztliche

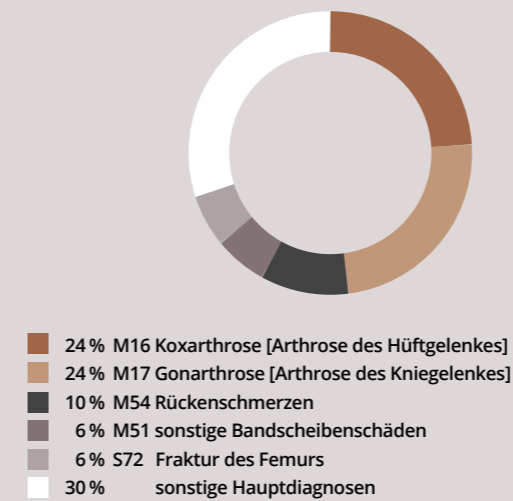
ärztliche Betreuung (86%). Hervorzuheben ist zudem, dass 82% der Befragten mit dem Behandlungserfolg in der Orthopädie zufrieden waren.

## VERTEILUNG DER LEISTUNGSTRÄGER

Die Grafik verdeutlicht, welche unterschiedlichen Träger die erbrachten Leistungen übernommen haben. Mit **53%** liegt die **gesetzliche Krankenversicherung** vorn und ist somit der häufigste Leistungsträger in der Orthopädie.



## VERTEILUNG DER FÜNF HÄUFIGSTEN HAUPTDIAGNOSEN

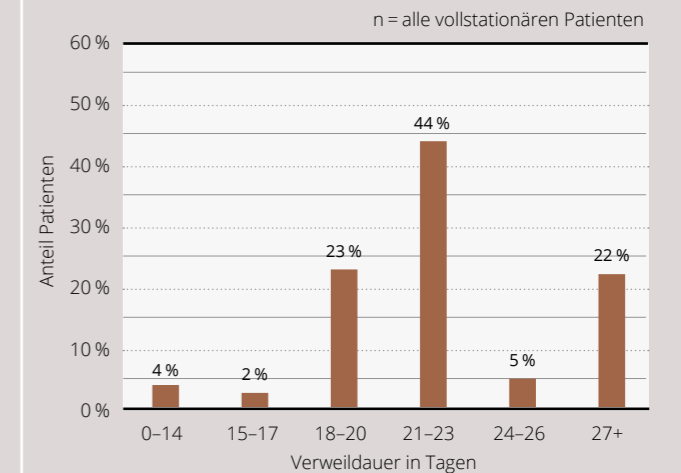


n = alle vollstationären Patienten

Die hier abgebildeten fünf Hauptdiagnosen machten 70% aller Diagnosen in der Orthopädie aus, wobei **Arthrosen der Hüft- und Kniegelenke** mit je 24% die häufigsten Diagnosen waren.

## VERTEILUNG DER VERWEILDUER

Durchschnitt: 22 Tage



Die durchschnittliche Verweildauer bei den orthopädischen Patientinnen und Patienten betrug **22 Tage**. Die meisten Patienten verbrachten zwischen 18 und 23 Tagen in den Kliniken.

# DIGITAL GESTÜTZTE SOZIALANAMNESE IN DER ORTHOPÄDIE

Einige der orthopädischen MEDIAN Einrichtungen bieten die Möglichkeit, vor dem Rehabilitationsaufenthalt auf digitalem Wege wichtige Informationen zur sozialen, familiären und beruflichen Situation zu übermitteln. Dies bringt Vorteile für Patientinnen und Patienten mit sich und führt darüber hinaus zu Prozessverbesserungen in den Einrichtungen.

## Könnten Sie uns beschreiben, worum es bei der digital gestützten Sozialanamnese geht?

Bei der digital gestützten Sozialanamnese geht es um die Erhebung wichtiger Informationen, die über das eigentliche indikationsspezifische Beschwerdebild hinausgehen, beispielsweise den beruflichen Werdegang oder Daten zum familiären Hintergrund, Hobbys und Sport.

Um all diese Inhalte zu erheben, wurde bisher ein mehrseitiger Papierfragebogen versendet, damit die Patientinnen und Patienten sich bereits vor Beginn der Rehabilitationsmaßnahme mit den Themen auseinandersetzen können.

Die digital gestützte Sozialanamnese ersetzt diesen Papierweg. Sobald ein Rehabilitand die Einladung zur Rehabilitationsmaßnahme erhält, bekommt er einen QR-Code zum Laden unserer MEDIAN App. In dieser ist der Fragebogen für die digitale Erhebung der Sozialanamnese hinterlegt. Wenn diese ausgefüllt wurde, wird sie in der elektronischen Fallakte hinterlegt und steht dem Rehabilitationsteam zur Verfügung.

## Seit wann kommt diese in der MEDIAN Hohenfeld-Klinik Bad Camberg zum Einsatz?

In der MEDIAN Hohenfeld-Klinik Bad Camberg haben wir die digital gestützte Sozialanamnese seit Juli 2021 etabliert. Basis für die digital gestützte Sozialanamnese ist die Einführung des Klickbriefes – eine automatische Erstellungshilfe des Entlassberichts. Beide Komponenten sind miteinander verknüpft.

## Bei welchen Patientinnen und Patienten wird die digitale Sozialanamnese eingesetzt?

Die digitale Sozialanamnese kommt bei allen Patientinnen und Patienten zum Einsatz, bei denen die DRV Kostenträger der orthopädischen Rehabilitation ist.

## Wie werden die Ergebnisse der Anamnese genutzt?

Zum einen werden die Ergebnisse bei Aufnahme zur Erstellung der Rehabilitationsziele genutzt sowie zur Einleitung spezifischer therapeutischer Inhalte. Zum anderen werden sämtliche Ergebnisse für die Erstellung des DRV Entlassberichtes genutzt.

## Welche Vorteile hat die digitale Sozialanamnese für Ihre Patientinnen und Patienten?

Den Rehabilitanden werden die umfangreichen Fragen zum Thema Sozialanamnese in übersichtlicher Form präsentiert, jede Frage – eine Seite. Hierbei wurden Algorithmen eingebaut, die nicht relevante Fragen ausblenden. Gibt ein Rehabilitand zum Beispiel an, keine Kinder zu haben, entfallen alle weiteren Fragen zu dem Aspekt. Natürlich kann die Beantwortung zu jedem Zeitpunkt unterbrochen und an der selben Stelle wieder aufgenommen werden. Bei „kniffligen“ Fragen haben wir versucht, Hilfestellungen mittels kleinen Texten zu geben. Und ein weiterer Vorteil natürlich: Das Versenden per Post entfällt. Wenn wir über die Vorteile sprechen, dürfen wir die Nachteile aber auch nicht außer Acht lassen. Mit digitalen Anwendungen erreichen wir nicht immer alle Menschen,

In der MEDIAN Hohenfeld-Klinik Bad Camberg werden Patientinnen und Patienten mit orthopädischen sowie psychosomatischen Erkrankungen behandelt. Außerdem ist an die MEDIAN Hohenfeld-Klinik eine Therapieambulanz angegliedert. In der zwischen Frankfurt am Main und Koblenz gelegenen Rehabilitationsklinik wurden im Jahr 2021 über 1.000 Patientinnen und Patienten nach höchsten Qualitätsstandards betreut und begleitet. Sowohl in der Orthopädie als auch in der Psychosomatik wird hier besonderer Wert auf ein interdisziplinäres Team, ein individuelles Behandlungskonzept sowie die Messung der Rehabilitationsziele gelegt.

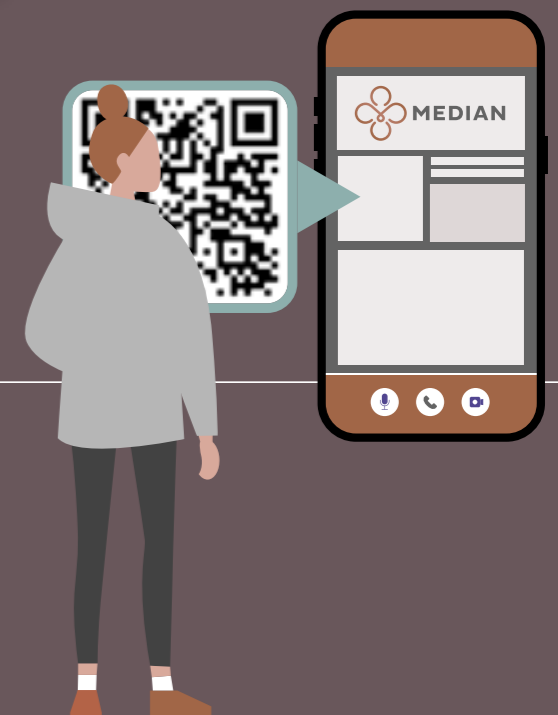


MEDIAN HOHENFELD-KLINIK BAD CAMBERG



**DR. NADJA BREJAWI**

Chefärztin Orthopädie  
MEDIAN Hohenfeld-Klinik Bad Camberg







das liegt unter anderem an der Skepsis gegenüber digitalen Anwendungen oder auch daran, dass digitale Anwendungen noch nicht für alle Menschen alltäglich sind.

**Wie hat sich der Prozess der Anamnese für Ihr Team verändert, seit Sie die digitale Sozialanamnese verwenden?**

Früher kam der Papierfragebogen per Post in die Klinik, welcher der Akte des Rehabilitanden zugefügt wurde. Mitunter war der Fragebogen nicht rechtzeitig in der Klinik, teilweise noch auf dem Postweg, teilweise wurde er vom Rehabilitanden nicht an die richtige Stelle verschickt. Es wurde viel Zeit mit dem Auffinden des Fragebogens verbracht, gegebenenfalls hat der Rehabilitand ihn ein weiteres Mal ausgefüllt.

Im Anschluss wurden die Inhalte vom ärztlichen Team geprüft und per Diktat in den DRV Entlassbericht übertragen. Hierbei konnten Übertragungsfehler entstehen, zum Beispiel durch eine schlecht lesbare Handschrift. Dieses Vorgehen hat also viel Zeit gebunden.

Heute liegt der Fragebogen größtenteils vor Aufnahme bereits in der Fallakte, sodass alle Beteiligten (beispiels-

weise Sozialdienst, psychologischer und ärztlicher Dienst) sich informieren können.

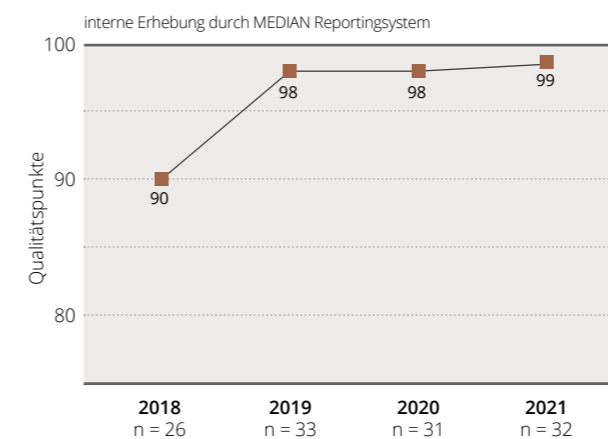
Die digital gestützte Sozialanamnese ist vor allem im Zusammenspiel mit dem Klickbrief zu sehen. Das aufwendige Übertragen der Inhalte in den Entlassbericht entfällt, da sich die Inhalte automatisch in die Maske des Klickbriefes bei dessen Erstellung einspielen. Selbst wenn der Rehabilitand den digitalen Fragebogen erst nach Anreise ausfüllt, können die Inhalte unkompliziert nachträglich in die entsprechende Maske eingefügt werden.

**Welches Potenzial sehen Sie in der Digitalisierung für Gesundheitseinrichtungen – insbesondere für Rehabilitationskliniken?**

Ich denke, mit einer gut funktionierenden Digitalisierung können wir unter anderem mehr Zeit für unsere Patientinnen und Patienten gewinnen und Redundanzen vermeiden. Andere Themen wären zum Beispiel, die Ergebnisse unserer Rehabilitation besser reflektieren zu können und daraus die Therapiepfade in Zukunft noch besser zu gestalten. Der persönliche Kontakt sollte dabei jedoch immer erhalten bleiben.

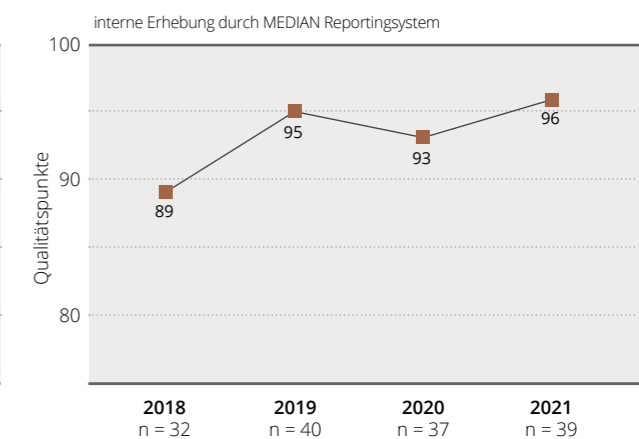
# KENNZAHLEN DER EXTERNEN QUALITÄTSSICHERUNG

**Reha-Therapiestandard „Hüft- und Knie-TEP“ im zeitlichen Verlauf**



n = Anzahl der Fachabteilungen Orthopädie, Verhaltensmedizinische Orthopädie und medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation

**Reha-Therapiestandard „Chronischer Rückenschmerz“ im zeitlichen Verlauf**

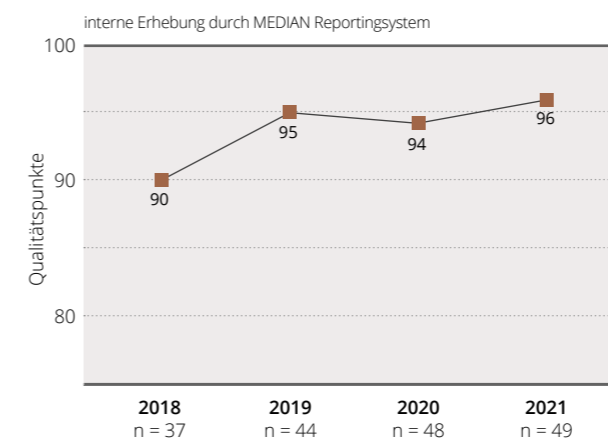


n = Anzahl der Fachabteilungen Orthopädie, Verhaltensmedizinische Orthopädie und medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation

Der Reha-Therapiestandard „Hüft- und Knie-TEP“ schnitt in den vergangenen Jahren stets sehr gut ab. Mit 99 Punkten im Jahr 2021 lag er zuletzt nur knapp unter dem Höchstwert von 100 Punkten.

Auch der Reha-Therapiestandard „Chronischer Rückenschmerz“ befindet sich seit Jahren auf hohem Niveau und konnte mit 96 Punkten im vergangenen Jahr nochmals einen neuen Spitzenwert erreichen.

**Therapeutische Versorgung im zeitlichen Verlauf**



n = Anzahl der Fachabteilungen Orthopädie, Verhaltensmedizinische Orthopädie und medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation

Nach einem leichtem coronabedingten Rückgang der Qualitätspunkte im Jahr 2020 konnte das ohnehin hohe Niveau im Folgejahr erneut auf sehr gute 96 Qualitätspunkte gesteigert werden.

# ERGEBNISQUALITÄT IN DER ORTHOPÄDIE

## ERGEBNISMESSUNG DURCH ARZT UND PATIENT

Neben den Ergebnisparametern, die vom ärztlichen und therapeutischen Personal erfasst werden, kommen in der Orthopädie seit einiger Zeit auch Patient Reported Outcomes Measures (PROMs) zum Einsatz. Hierfür werden die Patientinnen und Patienten vor, während und nach ihrem Aufenthalt über das digitale Fragebogenportal von MEDIAN mithilfe von indikationsbezogenen Fragebögen zu ihrem Gesundheitszustand befragt. So lässt sich die klinische Wirksamkeit von Therapien auch aus Patientensicht darstellen.

In der Orthopädie kommen neben dem Staffelstein-Score als Ergebnisqualitätsparameter, der vom Personal erhoben wird, derzeit folgende PROMs zum Einsatz: Schmerzskala, DASH, HOOS, KOOS, FFb-H-R sowie ODI. In diesem Jahr können erstmals die Ergebnisse dieser PROMs berichtet werden.

## STAFFELSTEIN-SCORE

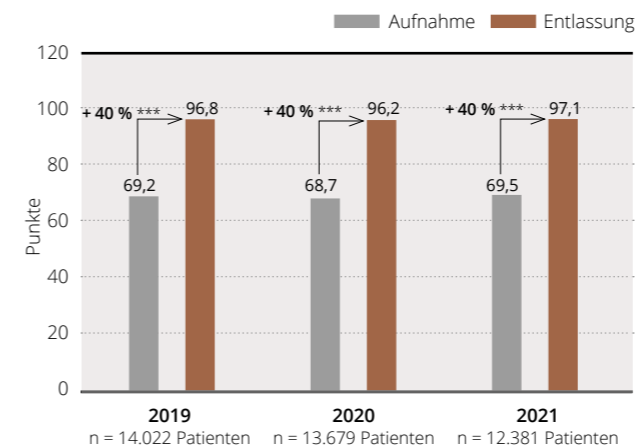
Für Knie- und Hüft-TEP-Patienten wird in den MEDIAN Einrichtungen der Staffelstein-Score bei Aufnahme und Entlassung durch das ärztliche Personal erhoben. Der Staffelstein-Score misst die Ergebnisqualität bei der Rehabilitation von Menschen mit künstlichen Knie- und Hüftgelenken (Middeldorf & Casser, 2000). Dieser Score wird auch vom zentralen Institut für die gesetzlich verankerte Qualitätssicherung im Gesundheitswesen (IQTIG) zur Erfolgsmessung herangezogen (Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen, 2018).

Durch die Berücksichtigung von objektiven klinischen Befunden und subjektiven Angaben vermittelt er ein umfassendes Bild der aktuellen gesundheitlichen Situation des Patienten oder der Patientin. Im Fokus des Scores stehen Fähigkeiten des alltäglichen Lebens wie Treppensteigen, Nutzung von Gehhilfen oder das Anziehen von Schuhen und Socken. Weiterhin werden Beweglichkeit, Kraft und aktueller Schmerz erfasst. Maximal ist hier ein Wert von 120 Punkten erreichbar. Je höher der Wert, desto weniger Einschränkungen bestehen. Der Staffelstein-Score unterteilt sich in drei Sub-Scores: Aktivitäten des täglichen Lebens, Bewegungsausmaß und Schmerz.

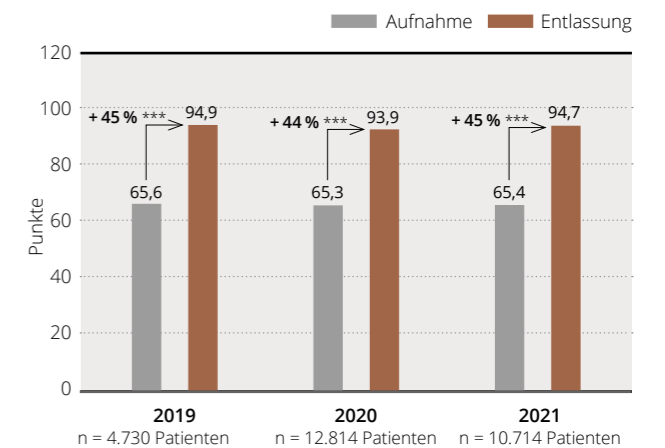


## VERGLEICH DER ERREICHTEN ERGEBNISSE IM STAFFELSTEIN-SCORE IN 2019, 2020 UND 2021 FÜR AUFNAHME UND ENTLASSUNG BEI REHABILITANDEN NACH HÜFT-TEP-IMPLANTATION (LINKS) UND KNIE-TEP-IMPLANTATION (RECHTS)

### Staffelstein-Score Hüfte



### Staffelstein-Score Knie



Der durchschnittliche Aufnahmewert des Staffelstein-Scores Hüfte lag in den vergangenen drei Jahren stets bei knapp 70 Punkten und konnte bei Entlassung auf jeweils 96 bis 97 Punkte erhöht werden. Für alle drei Jahre konnte eine statistisch signifikante Verbesserung von

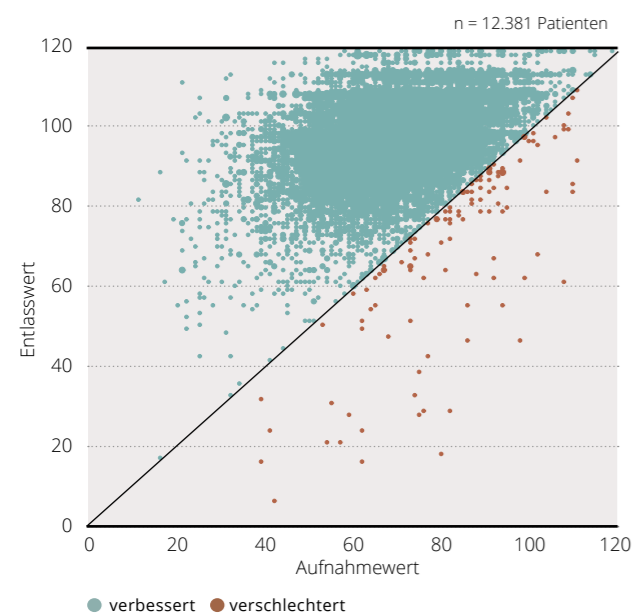
40 Prozent verzeichnet werden. Beim Staffelstein-Score Knie zeigt sich eine vergleichbare Situation. Der Aufnahmewert lag 2019, 2020 und 2021 im Schnitt bei knapp 66 Punkten. In allen drei Jahren konnte eine signifikante Verbesserung von jeweils bis zu 45 Prozent erzielt werden.

**Während zu Beginn der Reha nur etwa 24 Prozent unserer Patientinnen und Patienten wenige oder keine Schmerzen hatten, sind am Ende des Aufenthalts über 85 Prozent schmerzfrei.**

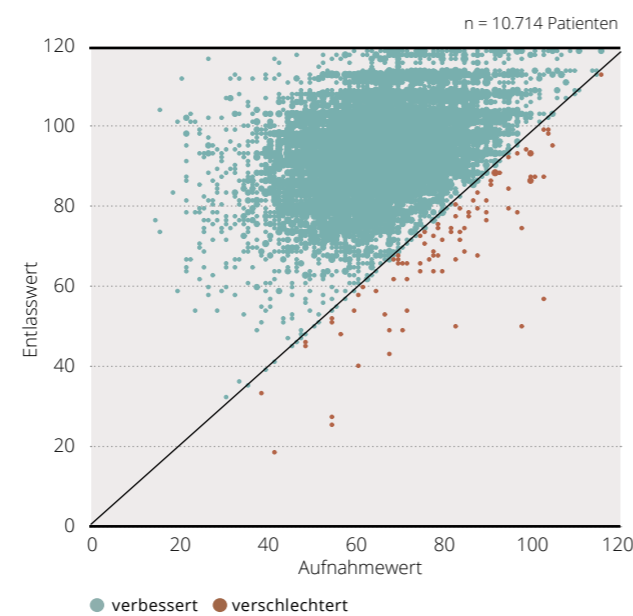
\*\*\* signifikanter Unterschied, p < 0.001



**Verteilung der Ergebnisse im Staffelstein-Score Hüfte im Jahr 2021**



**Verteilung der Ergebnisse im Staffelstein-Score Knie im Jahr 2021**

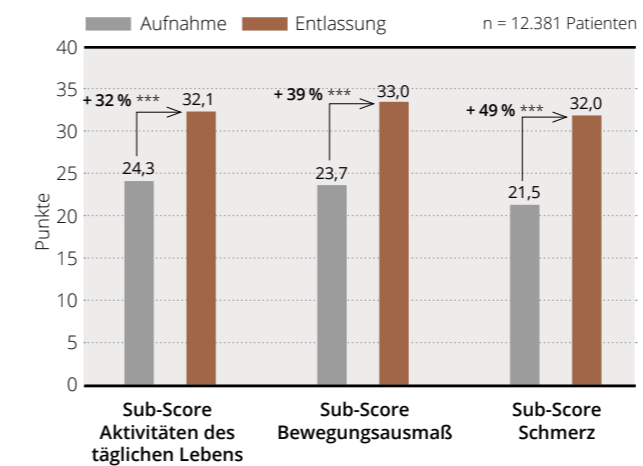


Anhand der Streudiagramme lässt sich erkennen, dass sich der Großteil der Patientinnen und Patienten mit Knie- oder Hüftproblemen im Verlaufe des Rehabilitationsaufenthaltes deutlich im Staffelstein-Score ver-

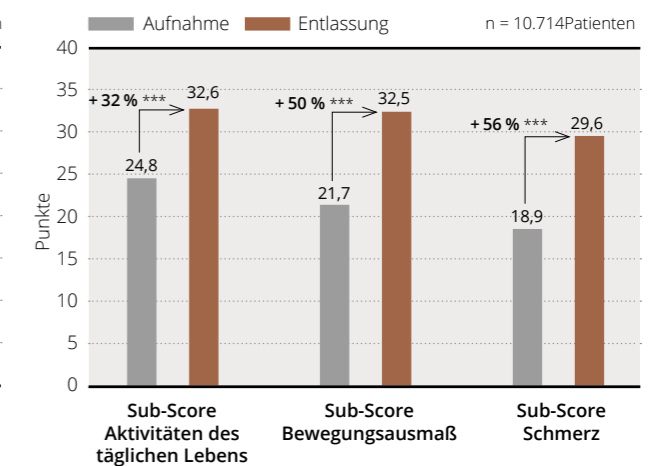
bessern konnte. Deutlich wird dies durch die Punkte oberhalb der Diagonalen, da bei diesen der Entlasswert größer als der Aufnahmewert ist. Nur wenige Patienten zeigten eine Verschlechterung der Symptomatik.

**ÜBERSICHT DES STAFFELSTEIN-SCORES HÜFTE UND KNIE AUF EBENE DER SUB-SCORES IM JAHR 2021**

**Ergebnisse des Staffelstein-Scores Hüfte für die drei Sub-Scores (Aktivitäten des täglichen Lebens, Bewegungsausmaß und Schmerz) bei Aufnahme und Entlassung im Jahr 2021**



**Ergebnisse des Staffelstein-Scores Knie für die drei Sub-Scores (Aktivitäten des täglichen Lebens, Bewegungsausmaß und Schmerz) bei Aufnahme und Entlassung im Jahr 2021**



Die Aufschlüsselung in die drei Sub-Scores des Staffelstein-Scores Hüfte zeigt, dass sich die Patientinnen und Patienten in allen Aspekten bei der Entlassung statistisch signifikant verbessert haben. Auch beim Staffelstein-

Score Knie lassen sich innerhalb der drei Sub-Scores große Veränderungen zwischen Aufnahme und Entlassung beobachten.

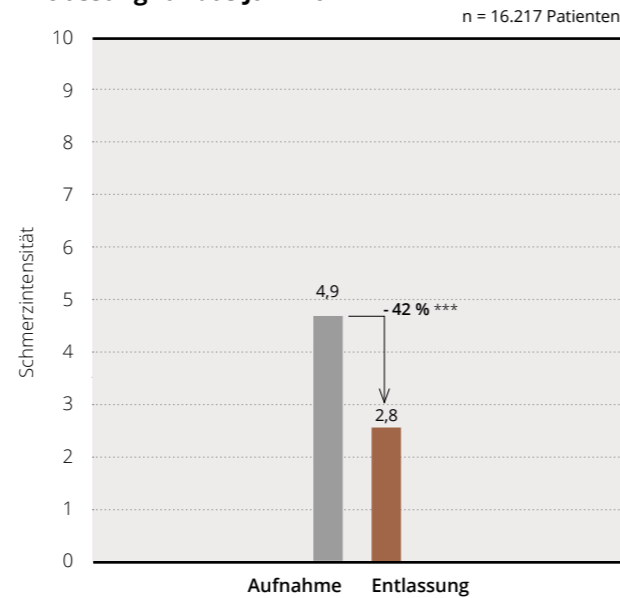
\*\*\* signifikanter Unterschied, p < 0.001

**SCHMERZSKALA**

Die Schmerzskala ist ein Instrument zur Selbsteinschätzung der Schmerzen. Die Patientinnen und Patienten geben auf dieser Skala zwischen einem Wert von null bis zehn ihr aktuelles, subjektives Schmerzempfinden an.

Bei über 16.000 Patientinnen und Patienten wurde im Jahr 2021 das Schmerzempfinden sowohl bei Aufnahme als auch bei Entlassung erfasst. Das subjektive Schmerzempfinden lag bei Aufnahme bei 4,9 auf der Skala von null bis zehn und sank auf 2,8 zum Zeitpunkt der Entlassung. Dies entspricht einer signifikanten Verbesserung von 42 Prozent von Aufnahme zu Entlassung. Dieses Ergebnis kann eindeutig als Erfolg der Rehabilitation gewertet werden.

**Ergebnisse der Schmerzskala bei Aufnahme und Entlassung für das Jahr 2021**

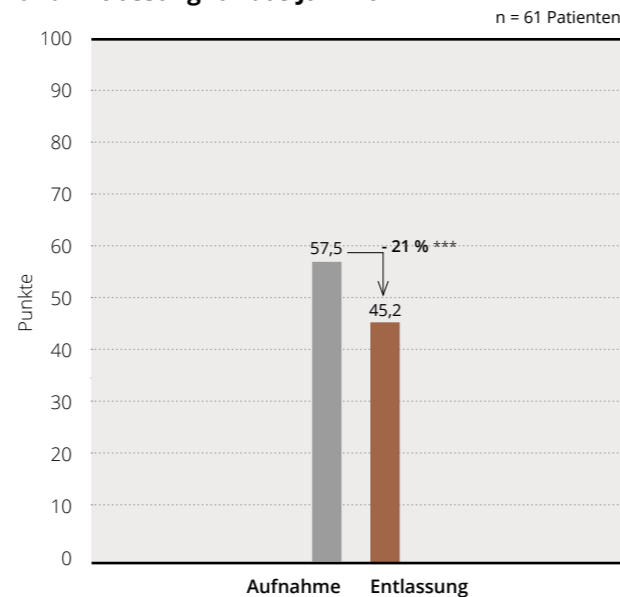


**DASH**

Der „Disabilities of Arm, Shoulder and Hand Questionnaire“ (DASH-Fragebogen), besteht aus 30 Fragen, die in zwei Teile gegliedert sind. Im ersten Teil geht es um die Funktionsfähigkeit der oberen Extremitäten (Schultern, Arme und Hände), im zweiten Teil wird die Symptomatik abgefragt. Bewertet werden aus Sicht der Patientinnen und Patienten die Fähigkeiten und Symptome der letzten Woche anhand einer fünfstufigen Skala (Jester, Harth & Germann, 2008). Der Gesamtwert aller 30 Fragen kann zwischen 0 und 100 Punkten liegen.

Die Ergebnisse des DASH-Fragebogens fallen sehr positiv aus: Zwischen Aufnahme und Entlassung konnte im Durchschnitt eine Verbesserung von 21 Prozent erreicht werden.

**Ergebnisse des DASH-Fragebogens bei Aufnahme und Entlassung für das Jahr 2021**



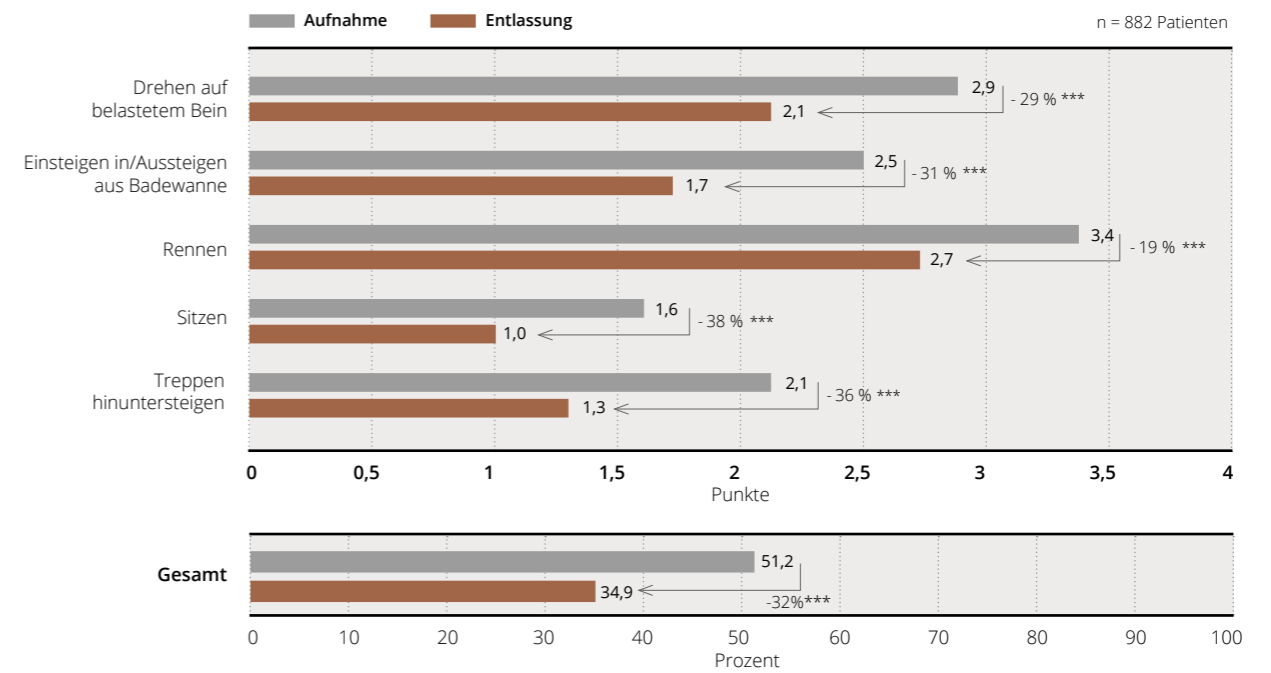
\*\*\* signifikanter Unterschied, p < 0.001

**HOOS**

Der „Hip Osteoarthritis Outcome Score“ (HOOS), ist ein Fragebogen, der bei annähernd allen Hüftpathologien verwendet werden kann. Häufig wird dieser PROM-Fragebogen bei Patientinnen und Patienten nach einem Hüft-TEP angewendet. Mithilfe von 39 Items werden auf fünf Subskalen die hüftbezogenen Beschwerden aus Patientensicht erfasst (Blasimann et al., 2014). Bei MEDIAN kommt die Kurzversion des HOOS mit insgesamt sieben

Items zum Einsatz, die auf einer Skala von null bis vier bewertet werden (Ornetti et al., 2009). Dabei gilt: Je niedriger die Punktzahl, desto geringer sind auch die Funktionseinschränkungen. Der Summenwert aller Items wird im Gesamtergebnis anschließend einem Prozentrang zugeordnet. Niedrigere Prozentwerte stehen ebenfalls für eine niedrigere Symptombelastung.

**Ergebnisse des HOOS-Fragebogens bei Aufnahme und Entlassung für das Jahr 2021**



Die Ergebnisse des HOOS Fragebogens von insgesamt 882 Patientinnen und Patienten zeichnen im Vergleich von Aufnahme zu Entlassung ein positives Bild. Die Patienten konnten sich in allen Items signifikant verbessern. Auch die Betrachtung des Gesamtergebnisses zeigt eine deutliche Verbesserung von 32 Prozent von Beginn bis zum Ende der Rehabilitation.

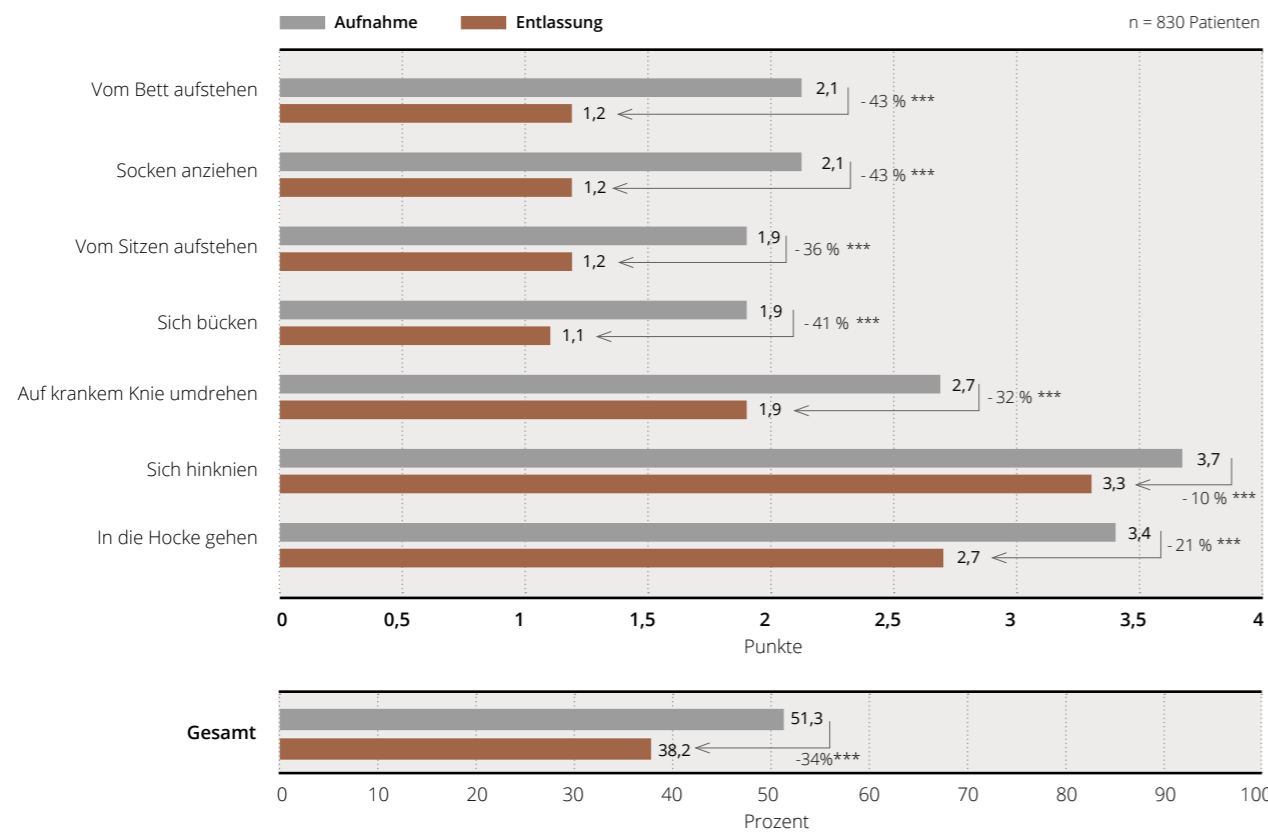
\*\*\* signifikanter Unterschied, p < 0.001

**KOOS**

Mit dem „Knee Injury and Osteoarthritis Outcome Score“ (KOOS), werden aus Patientensicht mögliche Einschränkungen bezüglich Knieverletzungen erfasst. Der KOOS umfasst fünf Subskalen bei 42 Items und fragt – ähnlich zum HOOS – eine Bewertung zu Schmerzen, Symptomen, Funktionalität und Lebensqualität ab (Roos et al., 1998). Bei MEDIAN wird die Kurzversion des KOOS mit insgesamt sieben Items eingesetzt, die auf einer Skala

von null bis vier bewertet werden (Ornetti et al., 2009). Ein geringerer Punktwert bedeutet dabei eine niedrigere Symptombelastung. Genau wie beim HOOS wird der Summenwert der einzelnen Items als Gesamtergebnis anschließend einem Prozentrang zugeordnet. Hier gilt wieder: Niedrigere Prozentwerte stehen für eine geringere Funktionseinschränkungen des betroffenen Knies.

**Ergebnisse des KOOS-Fragebogens bei Aufnahme und Entlassung für das Jahr 2021**



Bei insgesamt 830 Patientinnen und Patienten konnten 2021 Ergebnisse des KOOS-Fragebogens bei Aufnahme und Entlassung gesammelt werden. Es zeigen sich in allen Skalen signifikante Verbesserungen der Symptomatik. Auch das Gesamtergebnis weist eine deutliche Verbesserung von 34 Prozent zwischen Aufnahme und Entlassung auf.

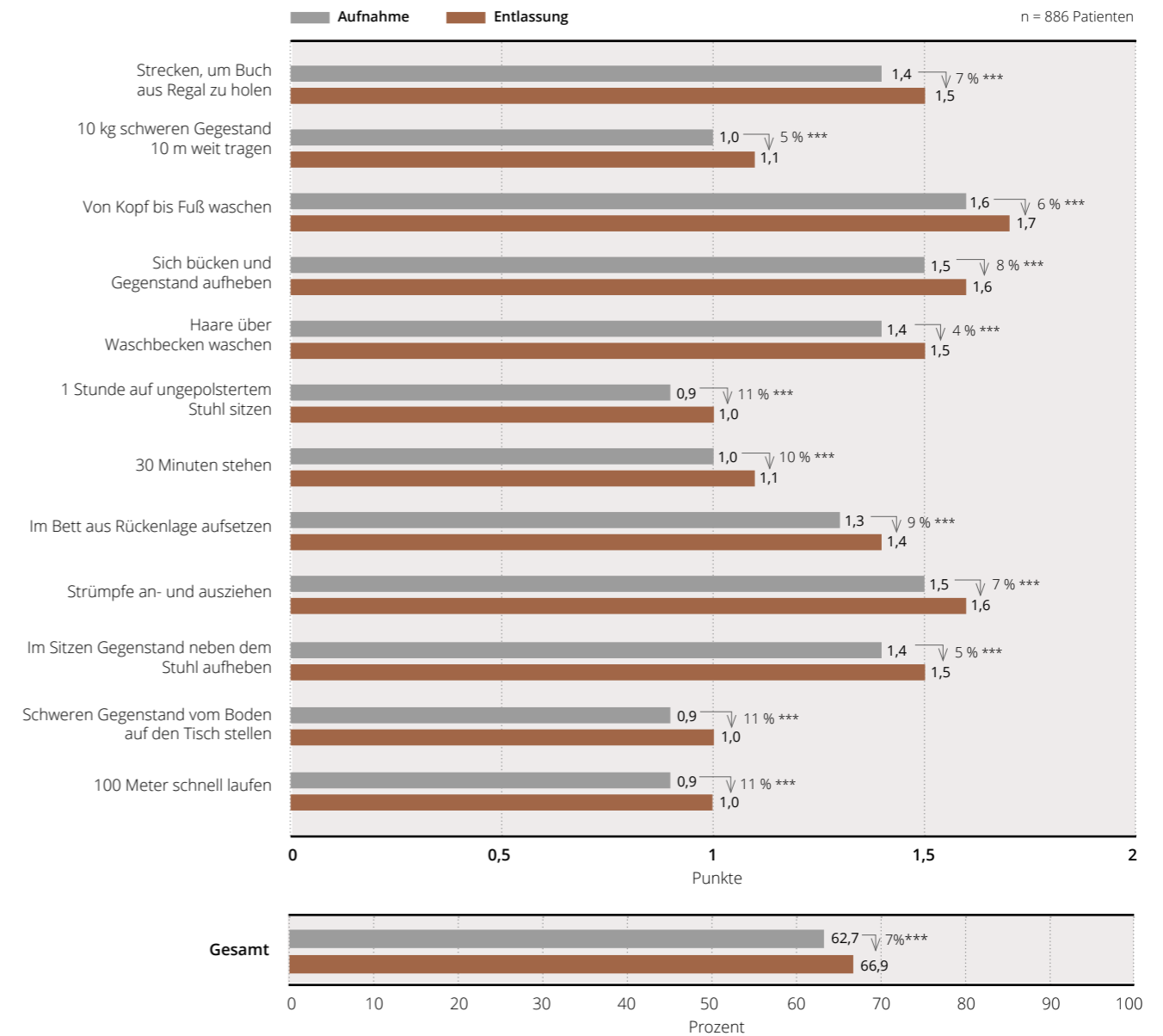
\*\*\* signifikanter Unterschied, p < 0.001

**FUNKTIONSFragebogen HANNOVER RÜCKEN**

Der „Funktionsfragebogen Hannover Rücken“ (FFb-H-R) erfasst die Einschränkungen im täglichen Leben durch Rückenschmerzen. Die Patientinnen und Patienten beantworten 18 Fragen rund um die Ausführung von Alltagsaktivitäten (Kohlmann & Raspe, 1996). Jedes Item

besitzt eine Skala mit drei Antwortmöglichkeiten (null bis zwei Punkte), woraus für das Gesamtergebnis ein Prozentwert errechnet wird. Dabei gilt: je niedriger der Prozentwert, desto größer die Funktionsbeeinträchtigung.

**Ergebnisse des FFb-H-R-Fragebogens bei Aufnahme und Entlassung für das Jahr 2021**



2021 haben über 800 Patientinnen und Patienten den Funktionsfragebogen Hannover Rücken ausgefüllt. Anhand der Grafik ist zu erkennen, dass sich die Symptomatik unserer Patienten in allen Themenbereichen des Fragebogens im Verlauf der Behandlung signifikant verbessert hat.

\*\*\* signifikanter Unterschied, p < 0.001

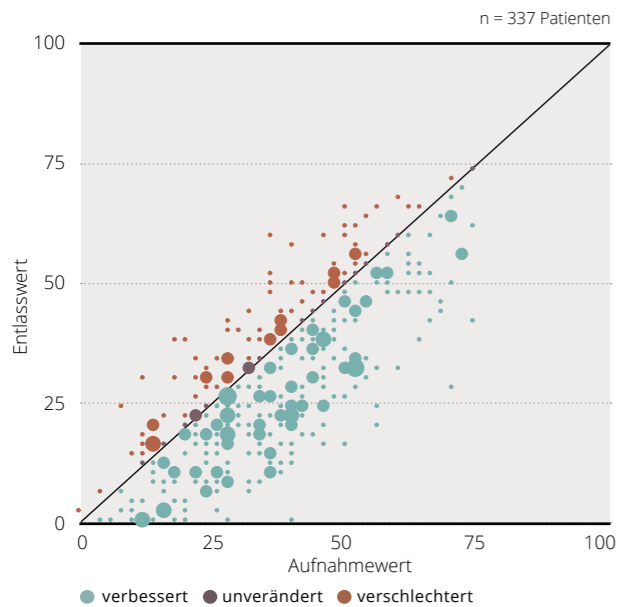


**ODI**

„Oswesty Disability Index“ (ODI-Fragebogen) betrifft Patientinnen und Patienten mit akuten oder chronischen Rückenbeschwerden. Der ODI besteht aus zehn Items und bewertet den Funktionsstatus sowie die Beeinträchtigung der Lebensqualität. Die Skala jedes Items ist sechs-

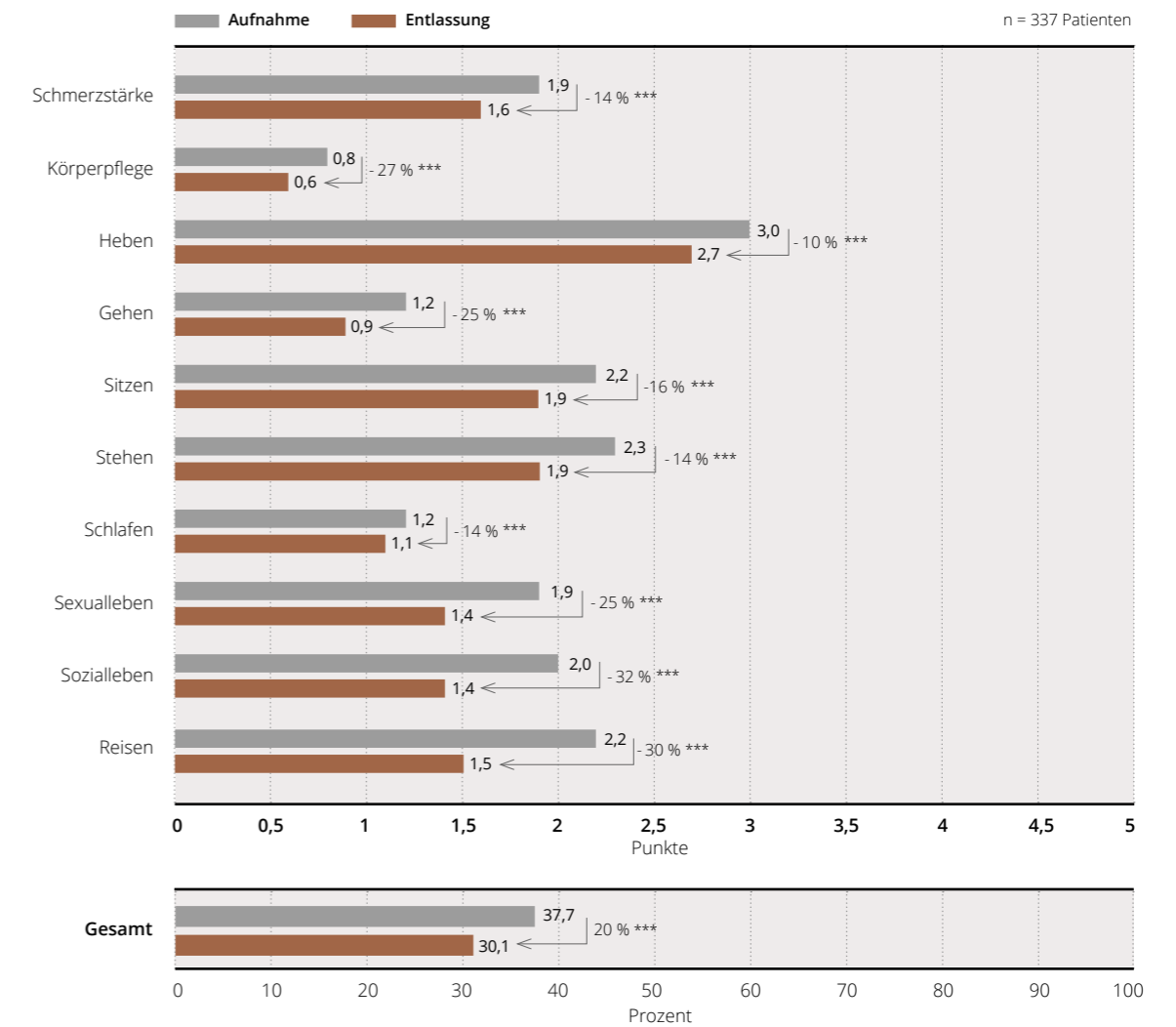
stufig, wodurch bei der Auswertung ein Ergebniswert zwischen 0 und 100 Prozent gebildet wird (Fairbank et al., 1980). Je kleiner der Prozentwert ist, desto geringer sind die Funktionseinschränkungen der Patientinnen und Patienten bezüglich der Rückenbeschwerden.

**Verteilung der Ergebnisse im ODI-Fragebogen**



In die Auswertung der Ergebnisse des ODI-Fragebogens bei Aufnahme und Entlassung flossen die Daten von insgesamt 337 Patientinnen und Patienten ein. Es zeigt sich ein überwiegend positives Bild: Bei deutlich mehr Patientinnen und Patienten verbesserte sich im Laufe ihrer Rehabilitation die Symptomatik anstatt sich zu verschlechtern. Deutlich wird dies durch die Punkte unterhalb der Diagonalen, denn bei diesen Fällen war der Entlasswert größer als der Aufnahmewert. Es gilt: Je größer der Punkt in der Abbildung, desto mehr Patienten haben bei Aufnahme und Entlassung die entsprechenden Werte erreicht.

**Ergebnisse des ODI-Fragebogens bei Aufnahme und Entlassung für das Jahr 2021**



Auch bei Betrachtung der einzelnen Skalen des ODI wird deutlich, dass sich die Patientinnen und Patienten in den meisten Fällen signifikant verbessern konnten. Im Gesamtergebnis ergab sich eine Verbesserung von 20 Prozent zwischen Aufnahme und Entlassung.

\*\*\* signifikanter Unterschied, p < 0.001

Standortkarte Neurologie



**18**  
Einrichtungen

# NEUROLOGIE

# SCHWERPUNKTE IN DER NEUROLOGIE

In den Rehabilitationskliniken von MEDIAN werden pro Jahr mehr als 20.000 Patientinnen und Patienten mit neurologischen Krankheitsbildern behandelt. MEDIAN bietet im Fachgebiet Neurologie alle Phasen der neurologischen Rehabilitation an, also die gesamte Behandlungskette von der Frührehabilitation über die Rehabilitation bis zur beruflichen Wiedereingliederung.

## WAS KANN DIE FRÜHZEITIGE REHABILITATION IN DER NEUROLOGIE ERREICHEN?

Im Rahmen der neurologischen Frührehabilitation können einige Abteilungen von MEDIAN Patientinnen und Patienten bereits wenige Tage nach der Akutbehandlung aus dem Krankenhaus in die Rehabilitationsklinik übernehmen. Das wird durch die Einrichtung neurologischer Stationen auf Intensivniveau realisiert, die auch Patienten versorgen können, welche im überwachungspflichtigen Zustand in die neurologische Rehabilitationsklinik verlegt werden müssen.

MEDIAN ermöglicht Patientinnen und Patienten auf den Beatmungsstationen der jeweiligen Kliniken den Beginn des rehabilitativen Programms, wenn die Entwöhnung von der Beatmung noch nicht abgeschlossen ist. Damit steigen auch für schwerstbetroffene Patienten die Chancen für eine Rückkehr in ein selbstständiges Leben nach oder mit der Erkrankung.

Der lange Behandlungszeitraum in der Frührehabilitation führt zu einem intensiven, persönlichen Kontakt der Patientinnen und Patienten mit den Mitgliedern des hoch spezialisierten Teams und ermöglicht eine individuelle

Therapie. MEDIAN setzt außerdem auf eine enge Zusammenarbeit mit den Angehörigen, deren Nähe für die Rehabilitanden besonders wichtig ist. Die heimatnahe Behandlung auf dem modernsten Stand der Technik, wie sie von MEDIAN ermöglicht wird, schafft für die Rehabilitation schwerstbetroffener Patienten in der Neurologie ideale Bedingungen.

## DIE NEUROLOGISCHE REHABILITATION ALS ZWISCHENSCHRITT ZUR ENTLASSUNG IN DEN ALLTAG

Nicht für alle Patientinnen und Patienten ist nach der Rehabilitation eine Rückkehr in das bisherige Umfeld möglich. Bei manchen müssen neue Wohnformen gefunden werden, bei anderen Patienten muss möglicherweise eine berufliche Umorientierung erfolgen. Um den Schritt in einen veränderten Alltag gut zu meistern, werden die Patienten und ihre Angehörigen intensiv durch die Beschäftigten des Sozialdienstes bei MEDIAN beraten, die sich eng mit dem medizinisch-therapeutischen Fach- und Pflegepersonal abstimmen. Eine frühzeitige, gezielte Unterstützung der Patientinnen und Patienten und ihrer Angehörigen sichert den Erfolg auch nachhaltig über den Aufenthalt in der neurologischen Rehabilitationsklinik hinaus.





# SOZIODEMOGRAFISCHE DATEN NEUROLOGIE

## GESCHLECHTERVERTEILUNG

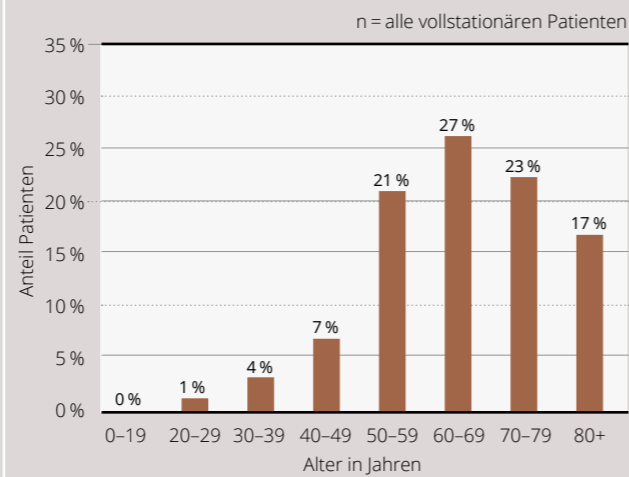


57% männlich  
43% weiblich  
0% divers

Im Jahr 2021 wurden bei MEDIAN **insgesamt 22.023** neurologischen Patientinnen und Patienten vollstationär behandelt. Mit 57% war die Mehrheit männlich, 43% waren weiblich.

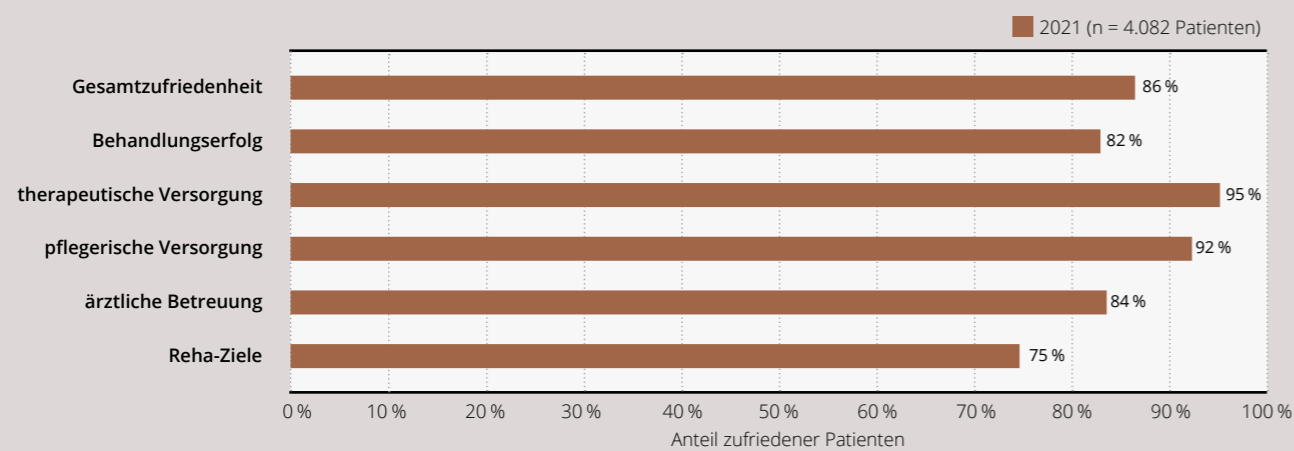
## ALTERSSTRUKTUR

Durchschnitt: 65 Jahre



Die Mehrheit der Patientinnen und Patienten der Neurologie war älter als 60 Jahre. Das Durchschnittsalter betrug hierbei **65 Jahre**.

## ZUFRIEDENHEIT DER PATIENTINNEN UND PATIENTEN

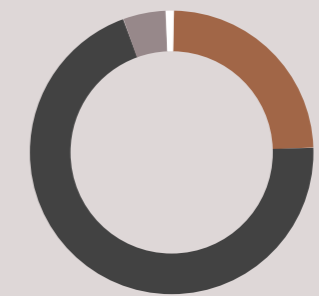


**Insgesamt 86 %** der neurologischen Patientinnen und Patienten waren im Jahr 2021 mit ihrem Aufenthalt bei MEDIAN zufrieden. Je 95% und 92% gaben bei der Zufriedenheitsbefragung an, mit der therapeutischen

sowie pflegerischen Versorgung zufrieden gewesen zu sein. Fast alle Zufriedenheitswerte sind im Vergleich zum Vorjahr **gestiegen**.

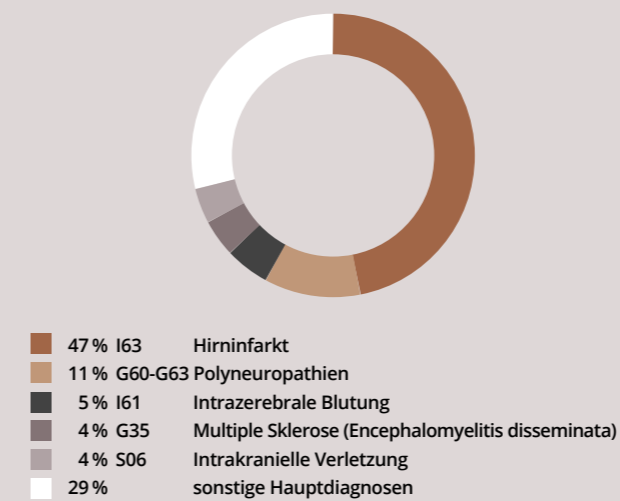
## VERTEILUNG DER LEISTUNGSTRÄGER

Wie in allen Indikationen verteilen sich die erbrachten Leistungen in der Neurologie auf unterschiedliche Leistungsträger. Mit **70 %** machte die **gesetzliche Krankenversicherung** hier den größten Anteil aus.



24% gesetzliche Rentenversicherung  
70% gesetzliche Krankenversicherung  
5% Selbstzahler/Private Krankenversicherung  
1% sonstige

## VERTEILUNG DER FÜNF HÄUFIGSTEN HAUPTDIAGNOSEN

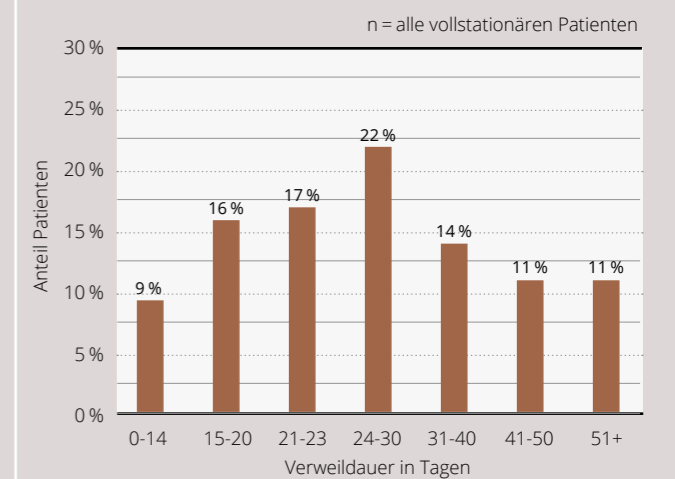


n = alle vollstationären Patienten

Die mit Abstand häufigste Hauptdiagnose in den neurologischen MEDIAN Einrichtungen im Jahr 2021 war mit **47% der Hirnfarkt**. Die abgebildeten Top 5 machen zusammen einen Anteil von 71% aller Diagnosen aus.

## VERTEILUNG DER VERWEILDUER

Durchschnitt: 31 Tage



Die Verweildauer der neurologischen Patientinnen und Patienten verteilt sich relativ homogen von eher kurzen bis hin zu sehr langen Aufenthalten. Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer lag bei **31 Tagen**.

# EXOSKELETTE FÜR PATIENTINNEN UND PATIENTEN MIT RÜCKENMARKSVERLETZUNGEN

Das Exoskelett ahmt die natürlichen Bewegungsabläufe der Beine nach und wird bei Patientinnen und Patienten mit Rückenmarksverletzungen eingesetzt. Exoskelette helfen den Patientinnen und Patienten dabei, wieder selbst kontrolliert gehen zu können und ermöglichen mehr Soziale Teilhabe.

## Welche Voraussetzungen müssen gegeben sein, damit eine Patientin oder ein Patient in der Neurologie ein technisches Exoskelett oder einen bionischen Geh-Roboter erhalten kann?

Insgesamt müssen verschiedene Voraussetzungen erfüllt werden, damit ein Patient oder eine Patientin mit einer Rückenmarksverletzung für ein ReWalk Exoskelett geeignet ist. Erste Voraussetzung ist eine klinische Untersuchung inklusive Knochendichtemessung und die anschließende Zustimmung einer ärztlichen Fachkraft. Der Patient oder die Patientin sollte sich zudem mit den Händen und Schultern auf Unterarmgehstützen oder einer Gehhilfe abstützen können. Auch sollte ein Training im Stehtisch möglich sein. Körperliche Faktoren wie die Körpergröße und Gewicht spielen ebenfalls eine wichtige Rolle: die Größe sollte zwischen 1,60 und 1,90 m liegen, das Gewicht darf nicht mehr als 100 kg betragen. Bei Begleiterkrankungen, wie Infektionen, Kreislaufstörungen und Herz- oder Lungenerkrankungen und signifikanten Kontrakturen, ist die Anwendung eines Exoskelettes nicht geeignet. Leidet die betroffene Person an psychischen oder kognitiven Störungen, ist ebenfalls von einem Exoskelett abzuraten, da dann die ordnungsgemäße Bedienung des Geräts nicht gewährleistet ist.

## Wie hilft das technische Exoskelett einer Patientin/ einem Patienten?

Das ReWalk-System ist ein am Körper tragbares roboterhaftes Exoskelett. Es ermöglicht Menschen mit einer Rückenmarksverletzung durch motorisierte Hüften und Knie wieder aufrecht zu stehen, zu gehen und sogar Treppen hinauf- und hinabzugehen. Durch die Kombination von am Körper tragbaren Stützapparaten, Bewegungssensoren und einem Steuerungscomputer wird eine vom Benutzer selbst ausgelöste Fortbewegung ermöglicht. Das Exoskelett macht so unabhängiges und selbst kontrolliertes Gehen möglich und ahmt die natürlichen Bewegungsabläufe der Beine nach.

## Was ist bei der Rehabilitation für Menschen mit technischen Exoskeletten zu beachten?

Insgesamt ist die Vorbereitung auf ein Exoskelett einer der wichtigsten Schritte, von ihr hängt der Erfolg des Trainings ab. Im Rahmen einer Rehabilitationsmaßnahme findet durch das Trainieren von Stützkraft und Rumpfstabilität diese wichtige Vorbereitung statt, da insbesondere diese Fähigkeiten zentrale Voraussetzungen für die Benutzung eines Exoskelettes sind.

Das Ambulante Gesundheitszentrum (AGZ) Leipzig besteht seit fast 20 Jahren und ist im Bereich der ambulanten Rehabilitation eine zentrale Anlaufstelle für Patientinnen und Patienten aus ganz Mitteldeutschland. Das Team des AGZ Leipzig widmet sich der ganzheitlichen Rehabilitation und medizinischen Nachsorge in den Bereichen Orthopädie, Kardiologie, Onkologie, Neurologie und Psychosomatik. Seit 2020 behandelt das Team in Leipzig zudem erfolgreich Patientinnen und Patienten mit Post- oder Long-COVID-Erkrankungen. Neben der interdisziplinären Versorgung von Patientinnen und Patienten dient das AGZ Leipzig – mit angegliedertem Sportmedizinischen Institut Leipzig – als Akademisches Lehrkrankenhaus der Universität Leipzig.



MEDIAN AMBULANTES GESUNDHEITZENTRUM (AGZ) LEIPZIG



**CHRISTOPHER BALLHAUSEN**

Teamleiter Physiotherapie  
Neurologie  
MEDIAN AGZ Leipzig

### Welches Potenzial ergibt sich aus technischen Exoskeletten?

Das ReWalk-System ist das am meisten erforschte Exoskelett und klinische Studien zeigen, dass Stehen und Gehen im ReWalk verschiedenste gesundheitliche Verbesserungen mit sich bringt. Das Training hat einen großen Einfluss auf das Herz-Kreislauf-System, zudem wird durch das Stehen die Blasen- und Darmfunktion verbessert. Auch positive Auswirkungen auf die Psyche der Patientin oder des Patienten sind bekannt: der Kontakt mit anderen auf Augenhöhe, besserer Schlaf und – damit einhergehend – höhere Leistungsfähigkeit. Durch das Training mit dem Exoskelett kommt es zu einer Verbesserung der Haltung und des Gleichgewichts sowie gegebenenfalls zur Schmerzverringerung durch einen geringeren Körperfettanteil. Langfristig gelingt teilweise zudem eine Reduktion der Medikamenten-Einnahme.

### Welches Potenzial sehen Sie in der Digitalisierung für Gesundheitseinrichtungen: speziell für die Neurologie?

Ich denke, wir kommen grundsätzlich nicht um eine Digitalisierung herum, besonders im Gesundheitswesen. In der Gesellschaft sind wir mit vielen digitalen Medien verknüpft und warum sollte das nicht auch auf medizinischer Ebene funktionieren? Auf dem Markt gibt es immer mehr Neuerungen bei medizini-

schen Geräten. Ich persönlich bin dafür immer erst einmal begeisterungsfähig und hinterfrage dennoch viele Produkte kritisch, da bei der Entwicklung oft die Sicht von erfahrenen Therapeuten fehlt oder Studien mit nur einer kleinen Teilnehmendenzahl durchgeführt werden. Ich selbst konnte an die Firma ReWalk eigene Erfahrungen aus meiner Therapeutensicht herantragen und freue mich auf weitere Verbesserungen und Entwicklungen.

Im Bereich der Neurologie sehe ich derzeit die größten Fortschritte in Robotertechniken und im Bereich der Spiegeltherapie. Hier steckt jede Menge Potenzial, denn insgesamt stecken wir noch in den Kinderschuhen der digitalen Möglichkeiten.

### Wie können digitale Tools Patienten über die konkrete Behandlung bei MEDIAN hinaus bei der weiteren Genesung, Gesunderhaltung und Prävention unterstützen?

Die Corona-Pandemie hat gezeigt, dass wir digitale Alternativen brauchen, um die Gesundheit der Bevölkerung zu fördern. Gerade der präventive Ansatz sollte eine viel größere Rolle spielen. Fast jeder Mensch verfügt über ein Smartphone oder Tablet und es gibt bereits jede Menge interessanter Apps, doch teilweise sind diese zu wenig medizinisch oder wissenschaftlich fundiert.



#### PATIENTENSTIMME

Die Patientin 35 Jahre hat eine inkomplette Querschnittslähmung auf Höhe des zehnten Brustwirbels (TH10).

#### Seit wann trainieren Sie mit dem Exoskelett und wie hat sich Ihr Alltag seitdem verändert?

Anfang März 2021 habe ich mein dreimonatiges Training mit dem Exoskelett von ReWalk begonnen. Das war sehr erfolgreich, sodass ich seit September 2021 mein eigenes Exoskelett zu Hause habe. Durch die Nutzung des Exosketts ergeben sich neue Möglichkeiten im Alltag, beispielsweise Spaziergänge mit der Familie auf Augenhöhe oder die Bewältigung von Treppenstufen bei Freunden. Die Nutzung des Exosketts kann und soll den Rollstuhl nicht ersetzen, aber den Alltag sinnvoll ergänzen.

#### Wie ist die Therapie mit dem Exoskelett konkret gestaltet?

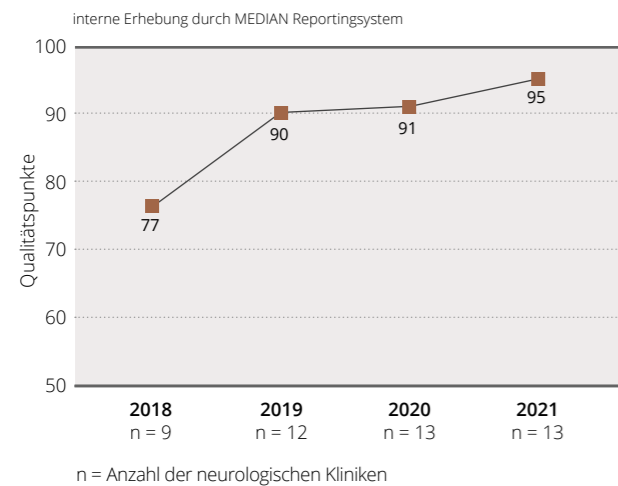
Zu Beginn wird zunächst mit zertifiziertem physiotherapeutischem Personal der Umgang mit dem Exoskelett geübt: Das An- und Ausziehen des Systems, Aufstehen, wieder hinsetzen und der sichere Stand mit den Gehstützen. Als Nächstes werden Gleichgewichtsübungen gemacht, um den sicheren Stand zu festigen. Erst dann beginnt man, mit dem Exoskelett zu laufen – natürlich mit der Hilfe der Fachkraft. Wenn sich das Training positiv entwickelt, kann man die Klinik verlassen und draußen mit verschiedenen Untergründen, Schrägen, Bordsteinkanten und Ampeln trainieren, was alles zum Basistraining gehört. Für Fortgeschrittene folgt danach noch Treppensteigen mit einem Exoskelett.

#### Wie finden Sie insgesamt die Entwicklung der digitalen Tools für den Rehabilitationsbereich?

Ich finde es fortschrittlich, dass es immer mehr Geräte gibt, die den Alltag von Patientinnen und Patienten erleichtern und gesundheitlich verbessern können.

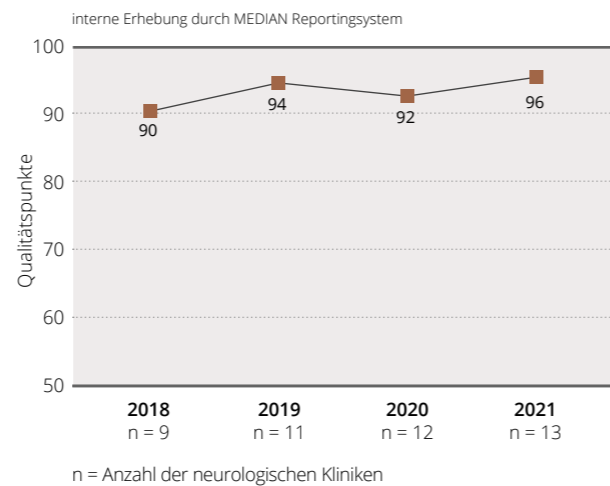
## KENNZAHLEN DER EXTERNEN QUALITÄTSSICHERUNG

### Reha-Therapiestandard „Schlaganfall – Phase D“ im zeitlichen Verlauf



Die Qualitätspunkte des Reha-Therapiestandards „Schlaganfall – Phase D“ konnten im Jahr 2021 deutlich gesteigert werden und liegen mittlerweile auf einem sehr guten Niveau von 95 Punkten.

### Therapeutische Versorgung im zeitlichen Verlauf



Während 2020 das Qualitätsniveau coronabedingt im Vergleich zu 2019 etwas abgesunken ist, konnte im Jahr 2021 das sehr gute Niveau wieder erreicht und sogar noch weiter gesteigert werden.

## ERGEBNISQUALITÄT IN DER NEUROLOGIE



Das Erkrankungsbild der Patientinnen und Patienten in den neurologischen Kliniken ist durch eine breite Spanne an Einschränkungen gekennzeichnet. Diese wird einerseits durch sehr unterschiedliche Indikationen geprägt, welche vielfältige Auswirkungen auf das Gehirn eines Menschen haben. Andererseits können auch beim gleichen Erkrankungsbild die Auswirkungen sehr unterschiedlich sein. Bei Patientinnen und Patienten nach Schlaganfall ist das Erkrankungsbild beispielsweise abhängig von den betroffenen Gehirnregionen und der Größe der betroffenen Hirnareale. So versorgen wir in unseren Kliniken sowohl schwerst betroffene, intensivmedizinisch überwachungs- und teilweise auch beatmungspflichtige Patienten als auch weitgehend selbstständige Patienten mit geringen kognitiven Einschränkungen. Um dieser Heterogenität Rechnung zu tragen, gibt es in der neurologischen Rehabilitation die Rehabilitationsphasen B bis D, wobei Phase B die besonders schwer betroffenen Patientinnen und Patienten umfasst und der Grad der Einschränkungen in Phase D eher gering ist. Zudem ist die Neurorehabilitation dadurch charakterisiert, dass

eine Vielzahl unterschiedlicher Symptome wie Lähmungen, Sprach-, Sprech-, Schluckstörungen oder kognitive Defizite therapiert werden müssen. Hieraus abgeleitet gibt es sehr unterschiedliche Ziele in Bezug auf Therapie und Anforderungen an die Rehabilitation. Um diesen unterschiedlichen Zielen in der Ergebnismessung Rechnung zu tragen, bedarf es eines differenzierten Katalogs an Messinstrumenten. Daher gibt es in der Neurologie auch eine hohe Zahl an verschiedenen Parametern für die Ergebnisqualität, jeweils abhängig von den Symptomen der betroffenen Patientinnen und Patienten.

### DIFFERENZIERTER EINSATZ VON ASSESSMENTS

Für die einzelnen Punkte der Körperstruktur/-funktion und der Aktivitäten der ICF, die bei neurologischen Patientinnen und Patienten betroffen sind, kommen in den Einrichtungen unterschiedliche Assessments zum Einsatz. Je nach Einschränkung des Patienten werden mittels validierter Assessments die Bereiche „Aktivitäten des täglichen Lebens“, „Mobilität“, „Funktion obere und untere Extremität“ und „Schluckstörungen“ gemessen.

**BARTHEL-INDEX**

Als Maß der Selbstständigkeit beziehungsweise der Pflegebedürftigkeit wird üblicherweise der Barthel-Index verwendet (Mahoney & Barthel, 1965). Der Barthel-Index erhebt grundlegende Alltagsfunktionen und eignet sich daher bei wiederholter Durchführung gut zur Messung der Verbesserung der vorhandenen Einschränkungen und damit des Rehabilitationserfolgs (Huybrechts & Caro, 2007). Beurteilt werden Alltagsfunktionen wie zum Beispiel Körperpflege, Nahrungsaufnahme, An- und Auskleiden sowie Mobilität. Der Barthel-Index kann Werte zwischen 0 und 100 annehmen. Hierbei gilt: Je höher die im Index erreichte Punktzahl, desto größer ist der Grad der Selbstständigkeit der Rehabilitanden.

Somit kann der Barthel-Index wie folgt interpretiert werden:

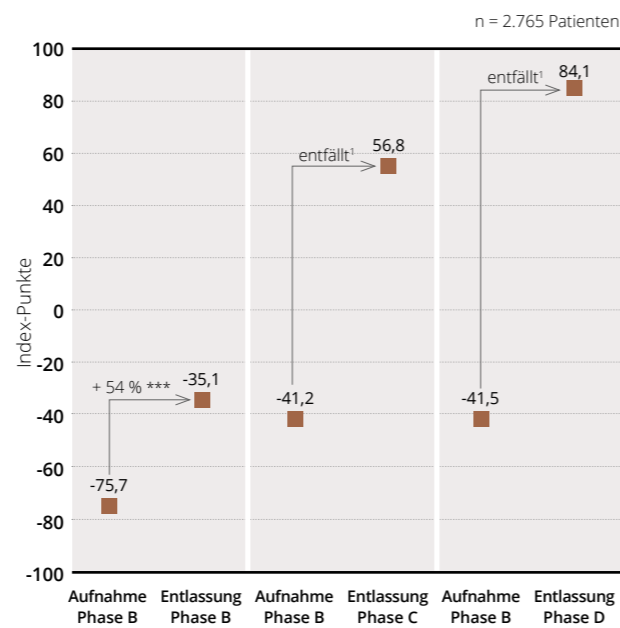
- unter 35 Punkte: weitgehende Pflegeabhängigkeit
- 35–80 Punkte: Hilfsbedürftigkeit
- 85–95 Punkte: punktuelle Hilfsbedürftigkeit
- 100 Punkte: keine Hilfsbedürftigkeit in den grundlegenden Alltagsfunktionen. Es können aber noch spezielle Probleme bestehen, zum Beispiel im Bereich des Gedächtnisses oder der Konzentration.

Im unmittelbaren Anschluss an ihren Aufenthalt im Akutkrankenhaus weisen viele Patientinnen und Patienten schwere Funktionsstörungen, einschließlich Bewusstseinsstörungen auf und müssen teilweise intensiv überwacht werden. Um dieser Abhängigkeit Rechnung zu tragen, wurde zusätzlich der Frührehabilitationsindex entwickelt, mit insgesamt sieben Frührehabilitationskriterien wie beispielsweise dem Erfordernis künstlicher Beatmung (Schönle, 1995). Dieser Index kann Werte zwischen -325 und 0 annehmen und wird vor allem in der Phase B benutzt. Je näher der Wert an Null ist, desto geringer ist der medizinische Aufwand. Der Frührehabilitationsindex wird zum normalen Barthel-Index zum Frührehabilitations-Barthel-Index addiert, der somit Werte zwischen -325 und 100 annehmen kann.

**ERGEBNISSE DES BARTHEL-INDEX IM JAHR 2021**

Nachfolgend sind die mittleren Summenwerte des Barthel- beziehungsweise Frührehabilitations-Barthel-Index bei Aufnahme und bei Entlassung dargestellt. Dabei werden jeweils die Patientinnen und Patienten unterschieden, die in der gleichen Rehabilitationsphase entlassen werden, in der sie aufgenommen wurden und jene, die einen sogenannten Phasenwechsel durchlaufen haben. In den abgebildeten Grafiken sind die Aufnahme- und Entlassungswerte des Frühreha-Barthel-, beziehungsweise des Barthel-Index für die verschiedenen Aufnahmephasen dargestellt. In der Abbildung unten wird in der Phase B der Frührehabilitations-Barthel-Index nach Schönle dargestellt. In den Phasen C und D werden die Entlassungswerte in Form des Barthel-Index' dargestellt. In den anderen beiden Grafiken auf der folgenden Seite ist jeweils der Barthel-Index sowohl bei Aufnahme als auch bei Entlassung abgebildet.

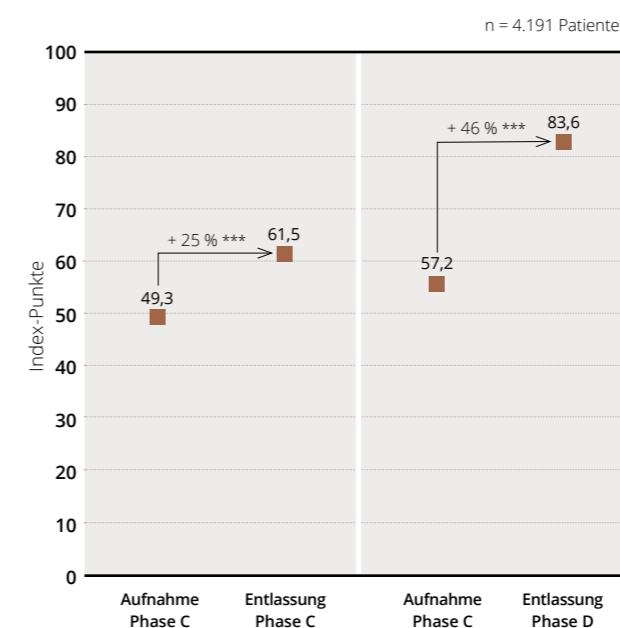
**Entwicklung des Frühreha-Barthel- beziehungsweise Barthel-Index' während der Frührehabilitation für neurologische Patienten mit Aufnahme in Phase B im Jahr 2021**



\*\*\* signifikanter Unterschied, p < 0.001 | ¹ Aufgrund unterschiedlicher Skalenniveaus wird auf eine Angabe der prozentualen Verbesserung verzichtet.



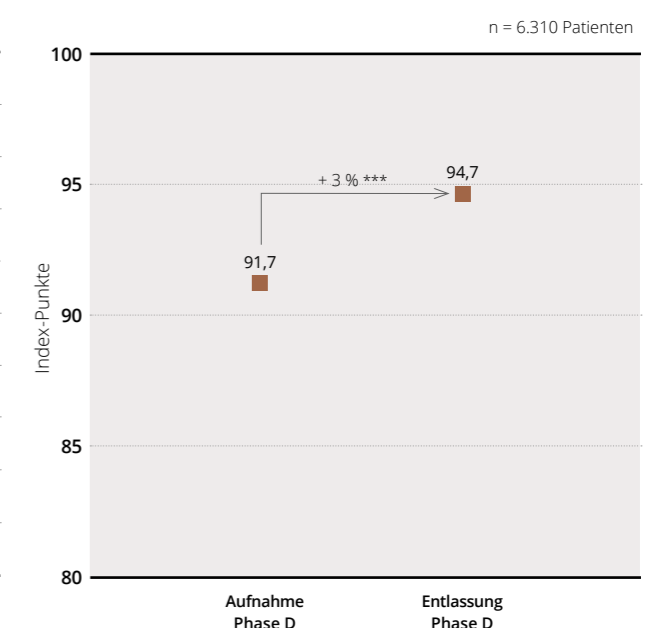
**Entwicklung des Barthel-Index' während der Rehabilitation für neurologische Patienten mit Aufnahme in Phase C im Jahr 2021**



Anhand der Grafiken wird die signifikante Verbesserung der Patientinnen und Patienten in allen Phasen der neurologischen Rehabilitation schnell deutlich. Die größte

\*\*\* signifikanter Unterschied, p < 0.001

**Entwicklung des Barthel-Index' während der Rehabilitation für neurologische Patienten mit Aufnahme in Phase D im Jahr 2021**

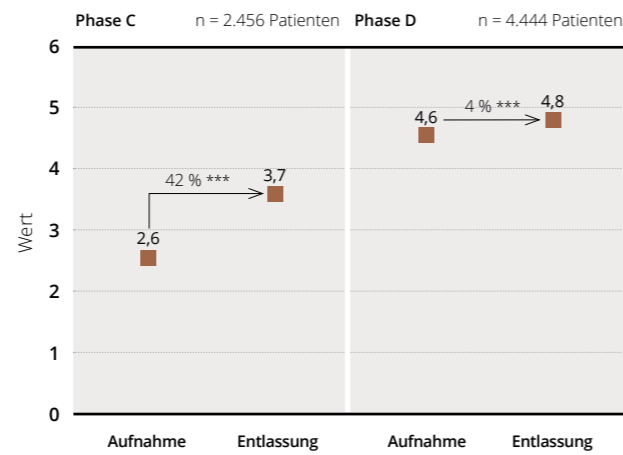


Verbesserung liegt mit 54 % bei den Patientinnen und Patienten vor, die in Phase B aufgenommen und auch in Phase B entlassen wurden. (vgl. Grafik auf Seite 72)

### FUNCTIONAL AMBULATION CATEGORIES (FAC)

Mit dem Assessment „Functional Ambulation Categories“ (FAC) wird der Schweregrad einer Gangstörung gemessen. Es eignet sich dazu herauszufinden, wie viel Unterstützung ein Patient beim Gehen benötigt (Marks, 2014). Hierbei wird die Gehfähigkeit im Hinblick auf die Umgebung (zum Beispiel drinnen/draußen, eben/uneben) und auf die Notwendigkeit von Gehhilfen beziehungsweise personeller Unterstützung beurteilt. Die Beurteilung erfolgt auf einer sechsstufigen Skala von null bis fünf. Patientinnen und Patienten mit einem FAC-Wert von null sind nicht gehfähig, Patienten mit einem FAC-Wert von fünf können sich uneingeschränkt drinnen und draußen fortbewegen. Auch Patienten mit einem Wert von vier können beispielsweise bereits sicher und selbstständig gehen, solange dies auf einem ebenen Untergrund ohne größere Hindernisse erfolgt.

### Entwicklung des FAC während der Rehabilitation für neurologische Patienten im Jahr 2021



**Knapp 50 Prozent unserer in Phase C aufgenommenen neurologischen Patientinnen und Patienten, welche zu Beginn beim Gehen auf Hilfe angewiesen waren, können am Ende der Rehabilitation mindestens selbstständig auf ebenem Untergrund gehen.**



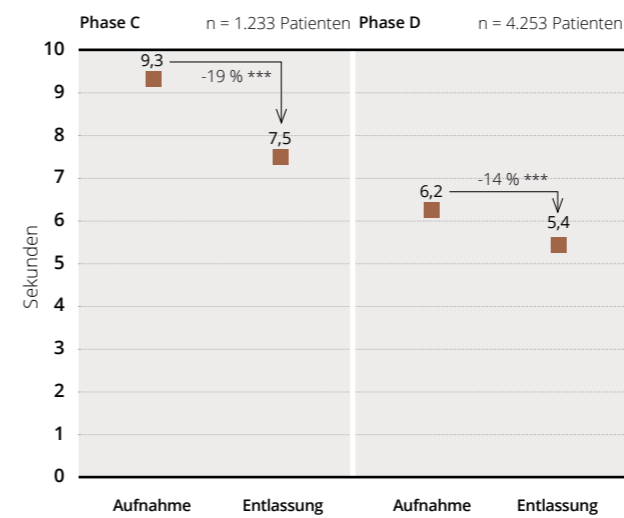
Die Patientinnen und Patienten in Phase C verbesserten sich zwischen Aufnahme und Entlassung stark um 42 Prozent. Die Verbesserung der Patientinnen und Patienten in Phase D fällt mit vier Prozent zwar deutlich kleiner aus, zu beachten ist hier jedoch, dass bereits der Wert zur Aufnahme der Patienten in Phase D höher ausfällt als der Wert zur Entlassung der Patienten in Phase C. Das bedeutet, dass Patienten in Phase D schon zu Beginn weniger Hilfe beim Gehen benötigen.

\*\*\* signifikanter Unterschied, p < 0.001

### 10-METER-GEHTEST

Dieser Test misst die Zeit, die ein Patient braucht, um zehn Meter Gehstrecke zurückzulegen (Willkomm, 2013). Zur leichteren Beurteilung kann mithilfe dieses Tests zum Beispiel erfasst werden, ob ein Patient in der Lage ist, in angemessener Geschwindigkeit eine Straße während der Grünphase einer Ampel zu überqueren. Die hierfür erforderliche Geschwindigkeit liegt nämlich bei 1,2 m/Sekunde.

### Entwicklung des 10-Meter-Gehtests während der Rehabilitation für neurologische Patienten im Jahr 2021



Im Laufe der Rehabilitation konnten sowohl die neurologischen Patientinnen und Patienten in Phase C als auch in Phase D ihre Leistung im 10-Meter-Gehtest signifikant steigern und zum Entlasszeitpunkt die Strecke in einer deutlich kürzeren Zeit zurücklegen.

**Beinahe 40 Prozent der in Phase C aufgenommenen Patientinnen und Patienten, welche zu Beginn der Rehabilitation nicht sicher während der Grünphase der Ampel eine Straße überqueren konnten, können dies am Ende ihres Aufenthalts.**

\*\*\* signifikanter Unterschied, p < 0.001



### MOTRICITY INDEX

Der Motricity-Index ist ein Beweglichkeits-Index, der das Ausmaß der Lähmungen im betroffenen Arm beziehungsweise in der betroffenen Hand erfasst (Demeurisse et al., 1980). Dabei wird die Kraft für drei Bewegungen des Armes bewertet: den Arm in der Schulter abwinkel (Abduktion), im Ellenbogen beugen (Flexion) und einen Würfel greifen (Präzisionsgriff).

Die maximale Punktzahl von 100 Punkten entspricht der vollen Kraft im Arm. Als Testmaterial wird ein kleiner Würfel gebraucht. Erreicht ein Patient oder eine Patientin bei der Aufgabe „Präzisionsgriff“ mindestens 22 Punkte, bedeutet dies, dass er den Würfel greifen und anheben kann.

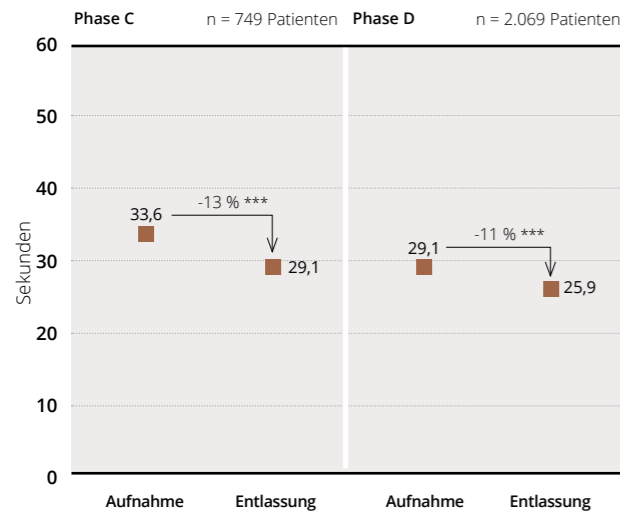
**Über 30 Prozent der in Phase B aufgenommenen Patientinnen und Patienten, welche zu Beginn keinen sogenannten Präzisionsgriff durchführen konnten, können dies am Ende der Rehabilitation.**

### NINE-HOLE-PEG-TEST (NHPT)

Der Nine-Hole-Peg-Test (NHPT) wurde 1985 von Virgil Mathiowetz zur Messung der Handgeschicklichkeit entwickelt. Während der Testung sollen die Patientinnen und Patienten neun Dübel aus Holz oder Kunststoff einzeln mit einer Hand aus einem flachen Behälter nehmen und in die dafür vorgesehenen Löcher auf dem Testbrett stecken. Wenn alle Löcher bestückt sind, muss der Patient oder die Patientin mit derselben Hand die Dübel einzeln wieder von Testbrett in den Behälter zurücklegen. Es wird die Zeit gemessen, die für die Durchführung der gesamten Aufgabe benötigt wird. Je schneller ein Patient also die Aufgabe bewältigen kann, desto besser schneidet er in diesem Test ab. Es werden beide Hände nacheinander getestet.



### Entwicklung des Nine-Hole-Peg-Tests während der Rehabilitation für neurologische Patienten im Jahr 2021



In der Grafik zeigt sich, dass sowohl Patientinnen und Patienten in Phase C als auch in Phase D von Beginn bis zum Ende der Rehabilitation eine signifikante Verbesserung von 13 beziehungsweise elf Prozent im NHPT erzielen konnten.

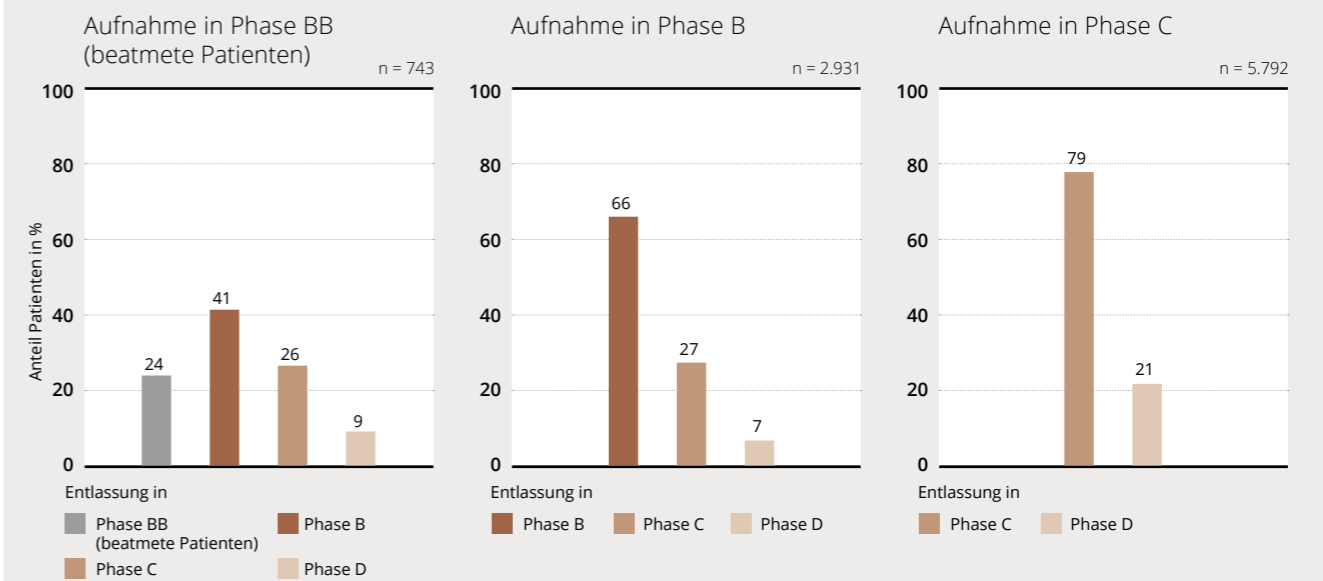
### BOGENHAUSENER DYSPHAGIESCORE (BODS)

Mit dem Bogenhausener Dysphagiescore (BODS) wurde ein Assessment entwickelt, welches die Funktionsfähigkeit des Schluckens von Speichel und Nahrung beziehungsweise Flüssigkeit erfasst und eine Einschätzung des Schweregrades einer Dysphagie ermöglicht (Hartmann et al., 2006). Der BODS besteht aus zwei Skalen: „BODS-1 Speichelschlucken“ und „BODS-2 orale Nahrungsaufnahme“ sowie einem Summenscore. Die Skalen können einzeln oder als Summe zur Bestimmung des Schweregrades einer Dysphagie herangezogen werden.

**Über 60 Prozent der in Phase B aufgenommenen Patientinnen und Patienten, welche zu Beginn der Rehabilitation mittelschwere bis schwerste Beeinträchtigungen bei der Nahrungsaufnahme hatten, haben am Ende keine oder bestenfalls noch mäßige Beeinträchtigungen beim Essen.**



### Anteil der neurologischen Patienten, die 2021 während der Rehabilitation einen Phasenwechsel durchlaufen haben



Die obenstehende Grafik zeigt, wie viele Patientinnen und Patienten während ihres Aufenthaltes in einer neurologischen Klinik von MEDIAN einen Phasenwechsel im Sinne des Phasenmodells der neurologischen Rehabilitation vollzogen haben. Wird beispielsweise ein Patient in Phase B aufgenommen und wechselt dann im Laufe der Rehabilitation in Phase C, bedeutet dies, dass für ihn eine weniger intensive medizinische Versorgung nötig ist und

er schon vermehrt selbst in den Therapien mitarbeiten kann. Anhand der Grafik wird deutlich, dass besonders in der frühen neurologischen Rehabilitation (Phasen BB und B) viele Patientinnen und Patienten nach ihrem Aufenthalt einen Phasenwechsel durchlaufen und dadurch wieder mehr Selbstständigkeit und Lebensqualität erlangen konnten.

\*\*\* signifikanter Unterschied, p < 0.001

Standortkarte Innere Medizin



**26**  
Einrichtungen

**INNERE MEDIZIN & SPEZIALDISZIPLINEN**



# SCHWERPUNKTE IN DER INNEREN MEDIZIN

Bei MEDIAN kann das gesamte Spektrum internistischer Krankheitsbilder fachübergreifend behandelt werden. Hierzu zählen unter anderem Erkrankungen der Verdauungsorgane, der Nieren, des Bluts und der blutbildenden Organe des Gefäßsystems, Stoffwechselerkrankungen und Erkrankungen des Immunsystems sowie Tumorerkrankungen sämtlicher solider Organe.

Zu den Teilgebieten der Inneren Medizin gehören bei MEDIAN unter anderem Gastroenterologie, Geriatrie, Gynäkologie, HTS (Hörstörungen, Tinnitus, Schwindel), Onkologie, Pneumologie und Rheumatologie.

MEDIAN bietet ein vielfältiges Therapiespektrum an, um auch für Patientinnen und Patienten mit teils schweren internistischen Krankheitsbildern größtmögliche Heilungserfolge zu erzielen.



# SOZIODEMOGRAFISCHE DATEN ONKOLOGIE

## GESCHLECHTERVERTEILUNG

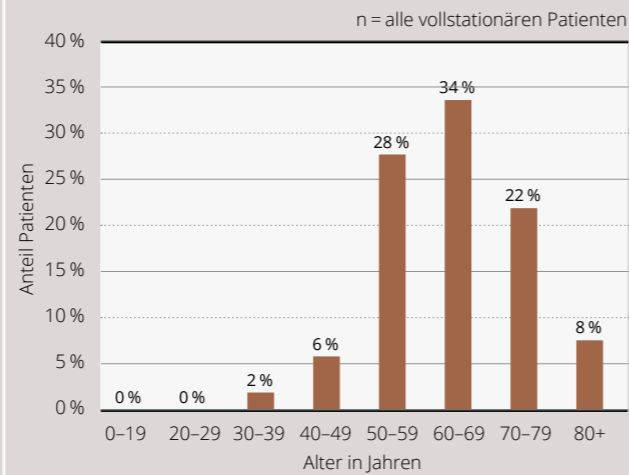


59% männlich  
41% weiblich  
0% divers

In den vollstationären onkologischen Rehabilitationseinrichtungen von MEDIAN waren 2021 insgesamt **3.823 Patientinnen und Patienten**. Davon waren 59 % männlich und 41 % weiblich.

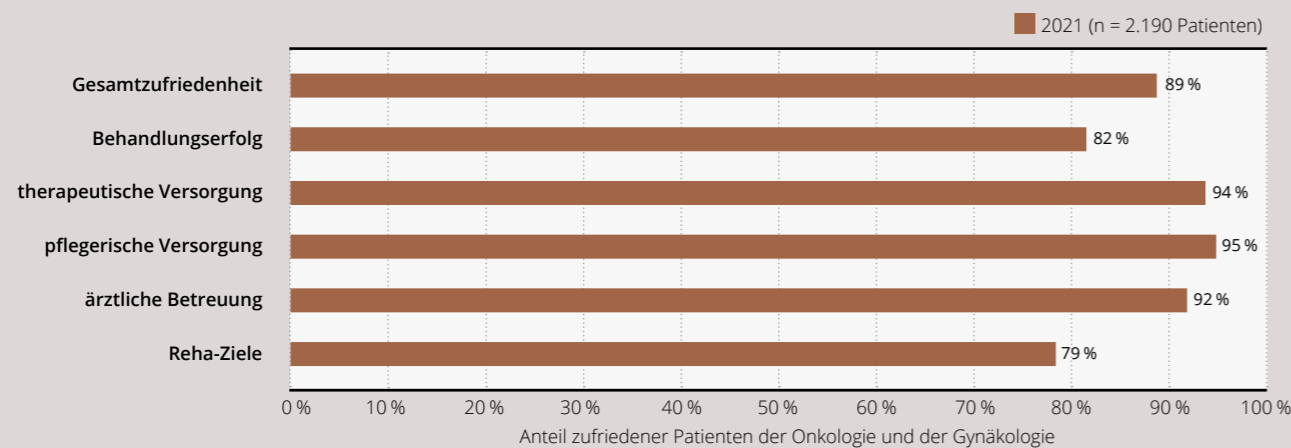
## ALTERSSTRUKTUR

Durchschnitt: 63 Jahre



Der Altersdurchschnitt lag bei **63 Jahren**, wobei die Mehrheit (92 %) der Patientinnen und Patienten über 50 Jahre alt waren. Am häufigsten ist die Altersspanne von 60 bis 69 Jahren vertreten gewesen.

## ZUFRIEDENHEIT DER PATIENTINNEN UND PATIENTEN



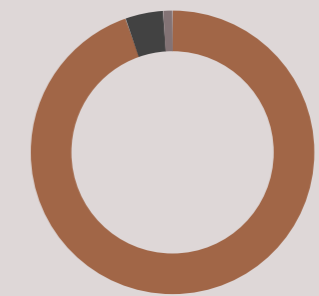
Die Zufriedenheit in der Onkologie war im Jahr 2021 ähnlich hoch wie 2020. **89% der Patientinnen und Patienten waren insgesamt mit der Rehabilitation zufrieden**, wobei die pflegerische Versorgung mit 95 %

bei den 2.190 Befragten am besten abgeschnitten hat, gefolgt von der therapeutischen und der ärztlichen Betreuung.

Einen besonderen Schwerpunkt bei MEDIAN bildet die Behandlung von Patientinnen und Patienten mit onkologischen und hämatologischen Erkrankungen, einschließlich nach Knochenmark- oder Stammzelltransplantationen. Obwohl ständig Fortschritte in der Krebsmedizin erzielt werden, bestehen bei vielen Patientinnen und Patienten infolge der Erkrankung oder Therapie weiterhin Funktionsstörungen, Ernährungsstörungen, Erschöpfungszustände, Schmerzen und Störungen der körpereigenen Abwehr. Diese Folge- oder Begleiterscheinungen können durch gezielte Rehabilitation gelindert oder sogar geheilt werden.

## VERTEILUNG DER LEISTUNGSTRÄGER

Die während einer Reha erbrachten Leistungen werden von verschiedenen Kostenträgern übernommen. Im Bereich der Onkologie ist die **gesetzliche Rentenversicherung** Hauptleistungsträger mit **95 %**.



95% gesetzliche Rentenversicherung  
4% gesetzliche Krankenversicherung  
1% Selbstzahler/Private Krankenversicherung  
0% sonstige

## VERTEILUNG DER FÜNF HÄUFIGSTEN HAUPTDIAGNOSEN



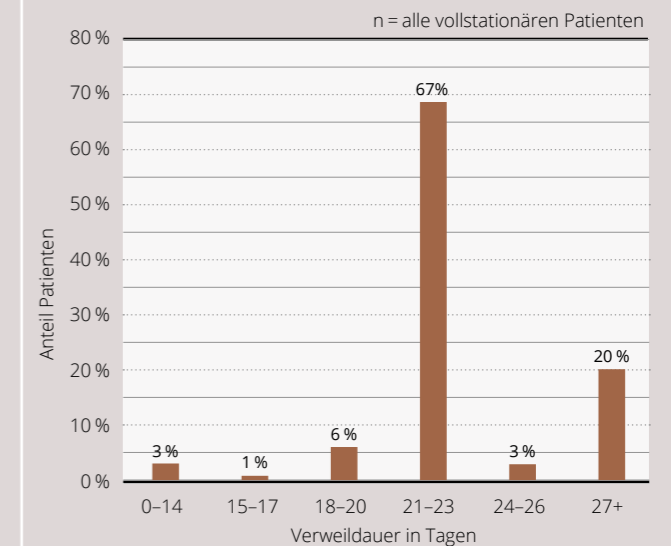
17% C61 bösartige Neubildung der Prostata  
13% C50 bösartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma]  
8% C34 bösartige Neubildung der Bronchien und der Lunge  
6% C18 bösartige Neubildung des Kolons  
6% C64 bösartige Neubildung der Niere  
50% sonstige Hauptdiagnosen

n = alle vollstationären Patienten

Die beiden häufigsten Hauptdiagnosen in unseren onkologischen Abteilungen im Jahr 2021 waren **bösartige Neubildungen an der Prostata und der Brustdrüse**. Die in der Grafik dargestellten Top 5 der Hauptdiagnosen entsprechen einem Anteil von 50 % aller Diagnosen der Onkologie.

## VERTEILUNG DER VERWEILDUER

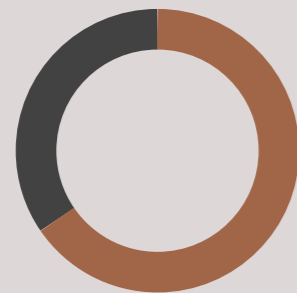
Durchschnitt: 22 Tage



Die deutliche Mehrheit der Patientinnen und Patienten der Onkologie war **21 bis 23 Tage** in einer MEDIAN Einrichtung (67%). Im Durchschnitt betrug die Verweildauer 22 Tage, wobei sich 20 % der Patienten länger als 27 Tage in der Rehabilitation befanden.

# SOZIODEMOGRAFISCHE DATEN GERIATRIE

## GESCHLECHTERVERTEILUNG

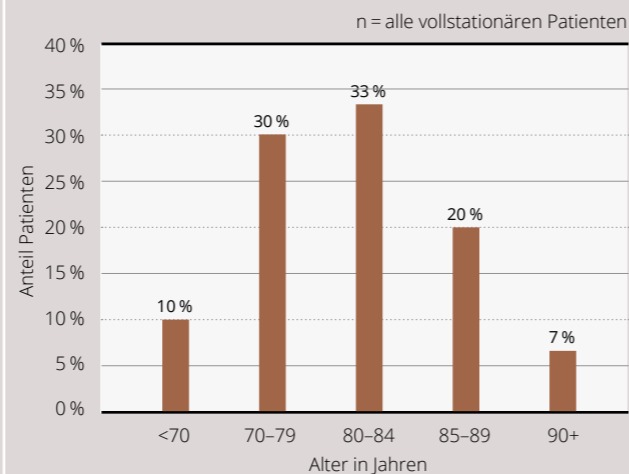


65% weiblich  
35% männlich  
0% divers

In der Geriatrie wurden 2021 insgesamt **4.635** Patientinnen und Patienten behandelt. Etwa zwei Drittel (65%) waren weiblich, 35% männlich.

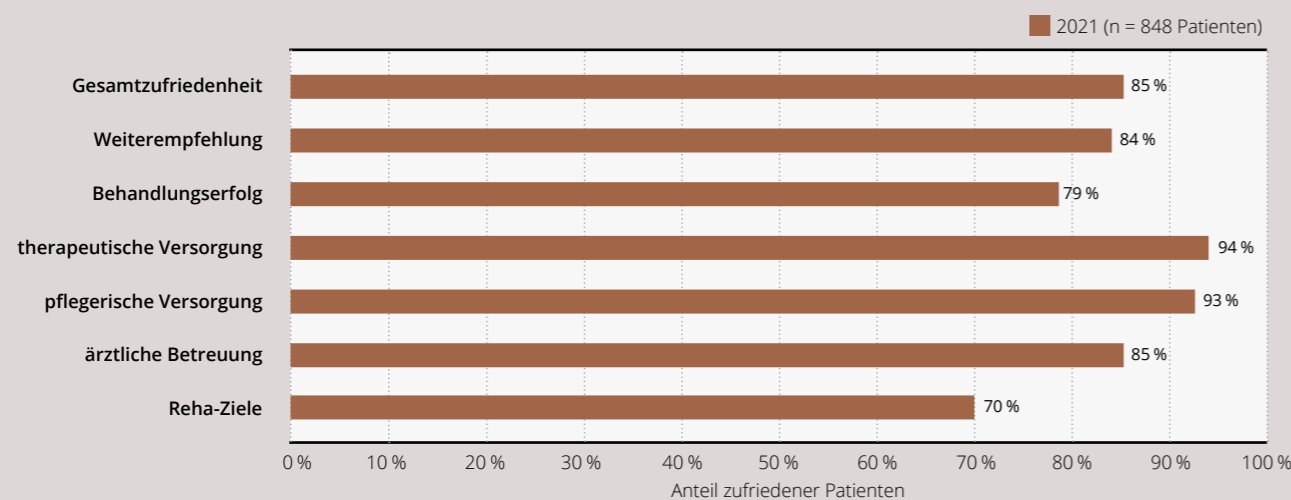
## ALTERSSTRUKTUR

Durchschnitt: 80 Jahre



Das Durchschnittsalter in den geriatrischen Abteilungen lag 2021 bei **80 Jahren**. Die meisten Patientinnen und Patienten waren derzeit zwischen 70 und 89 Jahre alt.

## ZUFRIEDENHEIT DER PATIENTINNEN UND PATIENTEN



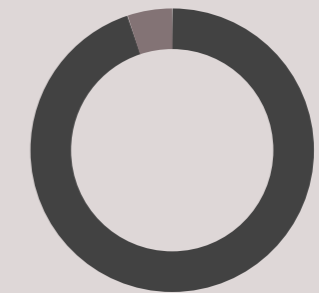
In unseren geriatrischen Abteilungen gaben **85%** der Patientinnen und Patienten an, **insgesamt mit der Rehabilitation** sowie mit der **ärztlichen Betreuung**

zufrieden zu sein. Besonders gut wurden auch hier die therapeutische Versorgung (94%) sowie die pflegerische Versorgung (93%) bewertet.

Geriatrische Rehabilitation ist speziell auf die Bedürfnisse von älteren, multimorbiden Patientinnen und Patienten ausgerichtet. Die Aufgaben der geriatrischen Einrichtungen bestehen in der Wiederherstellung der Selbstständigkeit und der Vermeidung von Pflegebedürftigkeit. Mit gezielten Maßnahmen können das Kommunikationsvermögen und die Beweglichkeit dieser Patientinnen und Patienten gefördert werden. Verlorene Fähigkeiten lassen sich durch das Erlernen neuer Handlungsabläufe oder durch Einsatz technischer Hilfsmittel kompensieren.

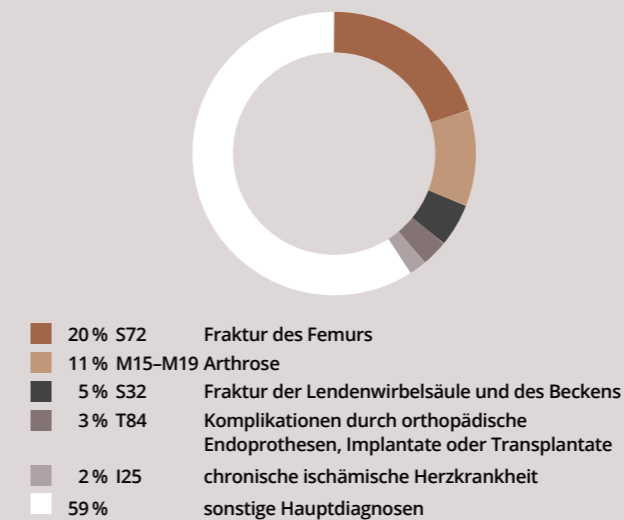
## VERTEILUNG DER LEISTUNGSTRÄGER

Durch den besonders hohen Altersdurchschnitt in der Geriatrie ist die **gesetzliche Krankenversicherung** der Hauptleistungsträger mit **95%**. Die übrigen 5% der Patientinnen und Patienten nahmen eine Selbstzahlerleistung in Anspruch oder waren privat versichert.



0% gesetzliche Rentenversicherung  
95% gesetzliche Krankenversicherung  
5% Selbstzahler/Private Krankenversicherung  
0% sonstige

## VERTEILUNG DER FÜNF HÄUFIGSTEN HAUPTDIAGNOSEN

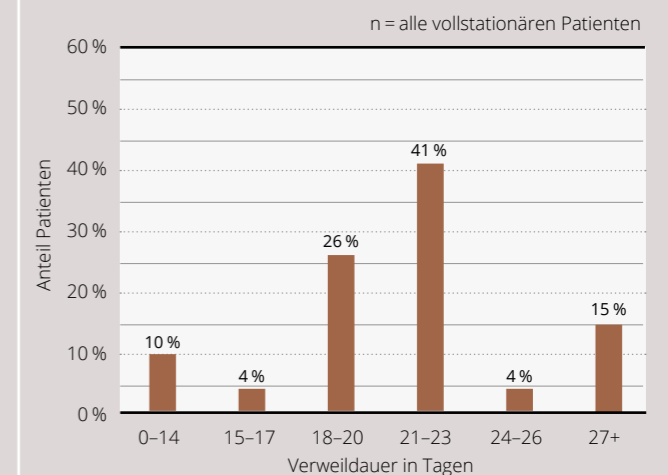


n = alle vollstationären Patienten

Die häufigste Hauptdiagnose in der Geriatrie war bei 20% der Patientinnen und Patienten die **Fraktur des Femurs** (Oberschenkelknochen). Die zweithäufigste Diagnose war Arthrose mit 11%. Die in der Grafik dargestellten Diagnosen machen einen Gesamtanteil von 41% aller Diagnosen in der Geriatrie aus.

## VERTEILUNG DER VERWEILDAUER

Durchschnitt: 21 Tage



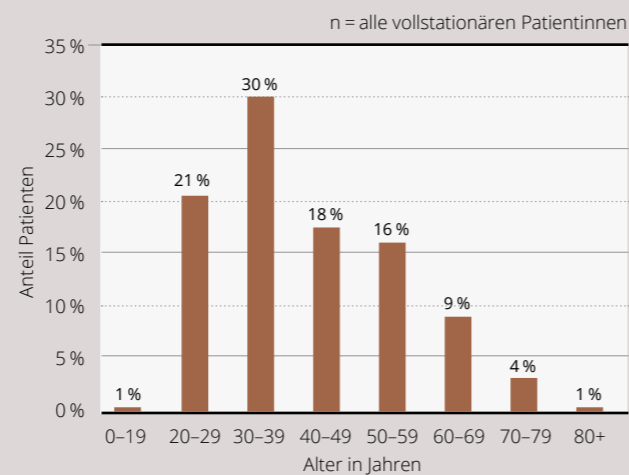
Die meisten Patienten hielten sich zwischen 21 und 23 Tagen in einer MEDIAN Einrichtung auf. Im Durchschnitt betrug die **Verweildauer 21 Tage**, wobei auch 15% der Patientinnen und Patienten länger als 27 Tage betreut wurden.

# SOZIODEMOGRAFISCHE DATEN GYNÄKOLOGIE

## ALTERSSTRUKTUR

Durchschnitt: 42 Jahre

2021 wurden 356 Patientinnen in der Gynäkologie vollstationär bei MEDIAN behandelt. 30 % der Patientinnen waren **zwischen 30 und 39 Jahre** alt. Fast die Hälfte der Patientinnen (48 %) war älter als 40 Jahre. Das Durchschnittsalter lag bei 42 Jahren.



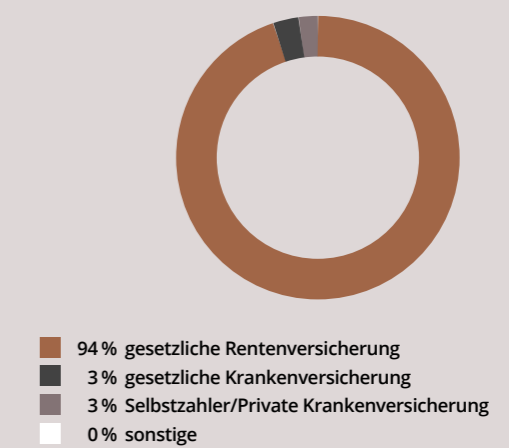
## ZUFRIEDENHEIT DER PATIENTINNEN UND PATIENTEN

Die Daten der Zufriedenheit der Patientinnen in der Gynäkologie fließen in die Auswertung der Onkologie mit ein (siehe dazu Seite 82).

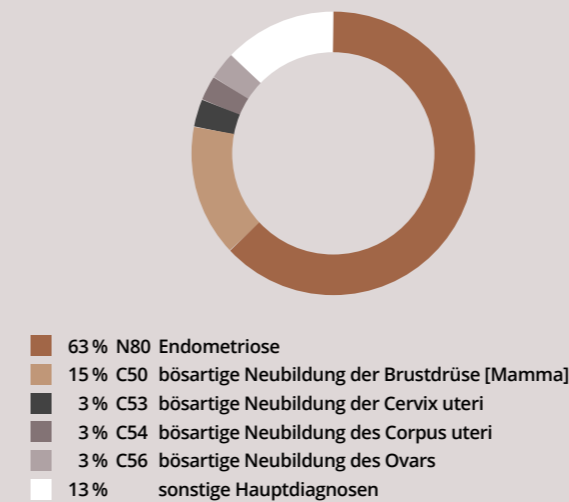
Eine gynäkologische Rehabilitation nach einer Operation oder bei einer Krebserkrankung ist mehr als eine „Kur“ im üblichen Sinne. Einige unserer Patientinnen finden hier erstmalig die Zeit und die nötige Ruhe, sich mit ihrer Erkrankung auseinanderzusetzen. Die Elemente des Therapiekonzepts in den gynäkologischen MEDIAN Kliniken ist dabei ganz auf die Bedürfnisse der Frauen abgestimmt. Im Berichtsjahr 2021 wurden sowohl bösartige als auch gutartige onkologische Erkrankungen sowie Beschwerdebilder wie Endometriose oder Harninkontinenz behandelt.

## VERTEILUNG DER LEISTUNGSTRÄGER

Wie in allen Indikationen wird die erbrachte Leistung von verschiedenen Trägern übernommen. In der Gynäkologie war die **gesetzliche Rentenversicherung** mit **94 %** der Hauptleistungsträger.



## VERTEILUNG DER FÜNF HÄUFIGSTEN HAUPTDIAGNOSEN

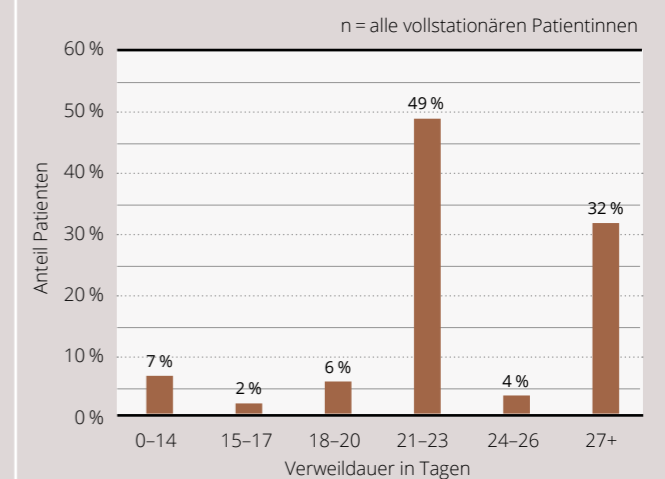


n = alle vollstationären Patienten

Die häufigste Hauptdiagnose in der Gynäkologie war bei **63 %** der Patientinnen **Endometriose**. Mit 15 % wurde eine bösartige Neubildung der Brustdrüse als zweithäufigste Hauptdiagnose diagnostiziert. Die oben aufgeführten Hauptdiagnosen machten einen Anteil von 87 % aller gynäkologischen Diagnosen aus.

## VERTEILUNG DER VERWEILDAUER

Durchschnitt: 23 Tage



Knapp die Hälfte aller Patientinnen in der Gynäkologie blieb **21 bis 23 Tage** in stationärer Behandlung (**49 %**). Weitere 32 % blieben jedoch 27 Tage oder länger. Die durchschnittliche Verweildauer lag bei 23 Tagen.

# SOZIODEMOGRAFISCHE DATEN HTS\*

## GESCHLECHTERVERTEILUNG

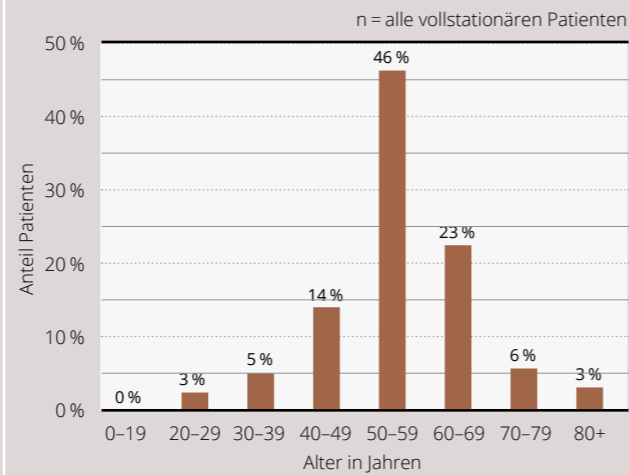


50% männlich  
50% weiblich  
0% divers

Im Jahr 2021 wurden **1.965** Patientinnen und Patienten in den HTS-Abteilungen von MEDIAN vollstationär behandelt. Die Verteilung zwischen Männern und Frauen war dabei gleichmäßig.

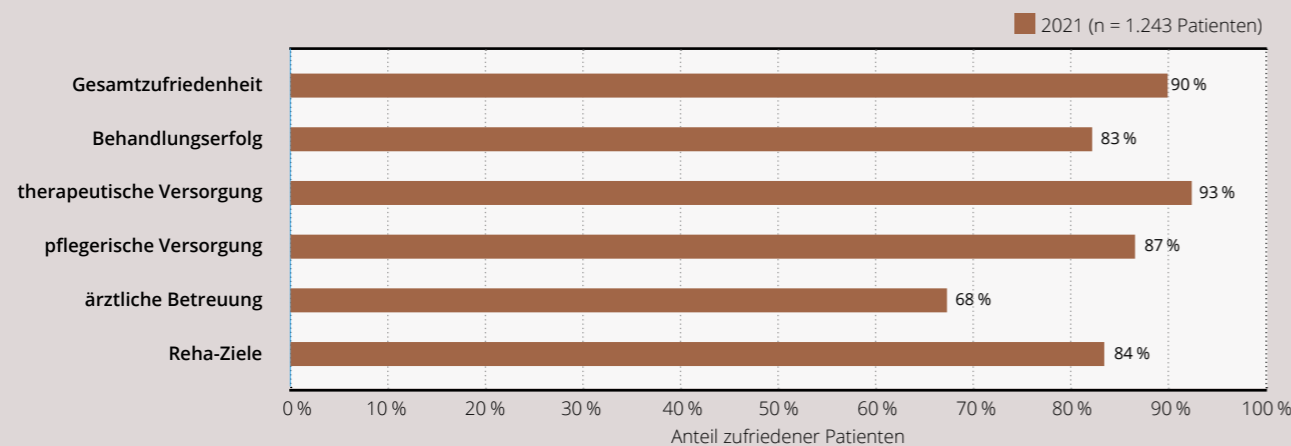
## ALTERSSTRUKTUR

Durchschnitt: 55 Jahre



Fast die Hälfte der Patientinnen und Patienten war während ihres Aufenthalts zwischen **50 und 59 Jahre** alt (**46%**). Das Durchschnittsalter bei der HTS-Reha betrug im Jahr 2021 55 Jahre.

## ZUFRIEDENHEIT DER PATIENTINNEN UND PATIENTEN



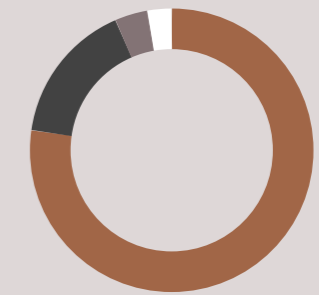
Von über 1.200 Patientinnen und Patienten waren im Jahr 2021 **insgesamt 90% mit der HTS-Behandlung zufrieden**. Ähnlich zu den anderen Indikationen schneidet die therapeutische Versorgung mit 93% am besten ab. Ebenso wird der Behandlungserfolg von 83% der Befragten mindestens als gut eingeschätzt.

det die therapeutische Versorgung mit 93% am besten ab. Ebenso wird der Behandlungserfolg von 83% der Befragten mindestens als gut eingeschätzt.

Schwerhörige und Ertaubte können mit psychologischer Unterstützung Bewältigungsmechanismen erarbeiten, um im Alltag besser mit ihrer Hörstörung zurechtzukommen und Erschöpfungszuständen vorzubeugen. Patientinnen und Patienten mit Tinnitus und Hyperakusis lernen in der Rehabilitation, belastende Geräusche als neutral wahrzunehmen. Bei Schwindel oder Gleichgewichtsstörungen stehen die körperliche und seelische Stabilisierung im Mittelpunkt des Heilverfahrens.

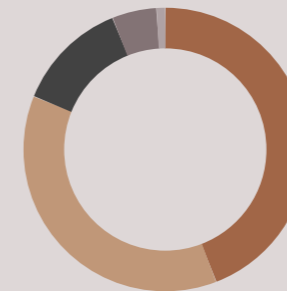
## VERTEILUNG DER LEISTUNGSTRÄGER

Die während der Rehabilitation erbrachten Leistungen wurden von verschiedenen Trägern übernommen. In den HTS-Abteilungen von MEDIAN übernahm die **gesetzliche Rentenversicherung** im Jahr 2021 mit einem Anteil von **77%** die meisten Leistungen.



77% gesetzliche Rentenversicherung  
16% gesetzliche Krankenversicherung  
4% Selbstzahler/Private Krankenversicherung  
3% sonstige

## VERTEILUNG DER FÜNF HÄUFIGSTEN HAUPTDIAGNOSEN



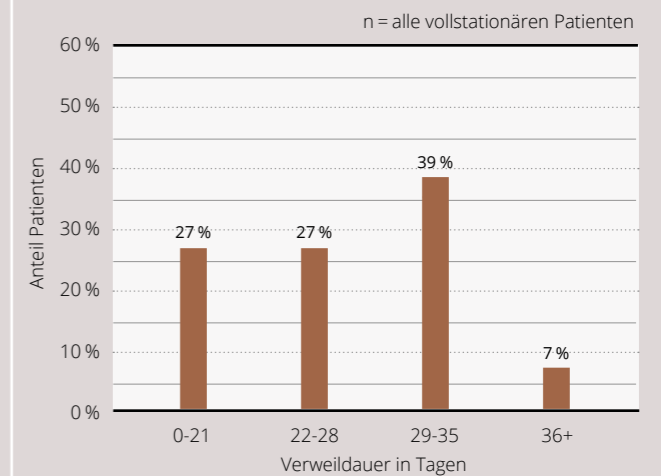
44% H93 sonstige Krankheiten des Ohres, anderenorts nicht klassifiziert  
37% H90 Hörverlust durch Schalleitungs- oder Schallempfindungsstörung  
13% H81 Störungen der Vestibularfunktion  
5% R42 Schwindel und Taumel  
1% H91 sonstiger Hörverlust  
0% sonstige Hauptdiagnosen

n = alle vollstationären Patienten

Die häufigste Hauptdiagnose bei den HTS-Patientinnen und -Patienten war „**Sonstige Krankheiten des Ohres, anderenorts nicht klassifiziert**“ mit **45%**. Die zweithäufigste Diagnose war der Hörverlust durch Schalleitungs- oder Schallempfindungsstörung mit 37%.

## VERTEILUNG DER VERWEILDAUER

Durchschnitt: 29 Tage



Bei **39%** der Patientinnen und Patienten dauerte der Aufenthalt zwischen **29 und 35 Tagen**. Insgesamt 54% hatten eine Verweildauer von maximal 28 Tagen. Im Durchschnitt lag die Verweildauer bei 29 Tagen.

# SOZIODEMOGRAFISCHE DATEN GASTROENTEROLOGIE

## GESCHLECHTERVERTEILUNG

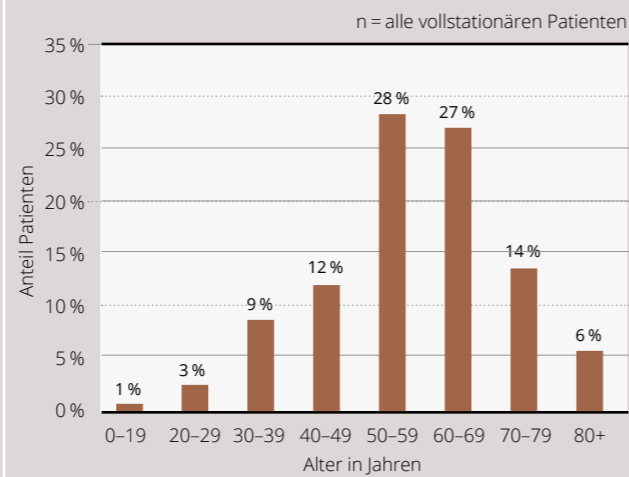


■ 55% männlich  
■ 45% weiblich  
□ 0% divers

MEDIAN behandelte im Jahr 2021 in den gastroenterologischen Abteilungen **1.591 vollstationäre Patientinnen und Patienten**. Davon waren 55% männlich und 45% weiblich.

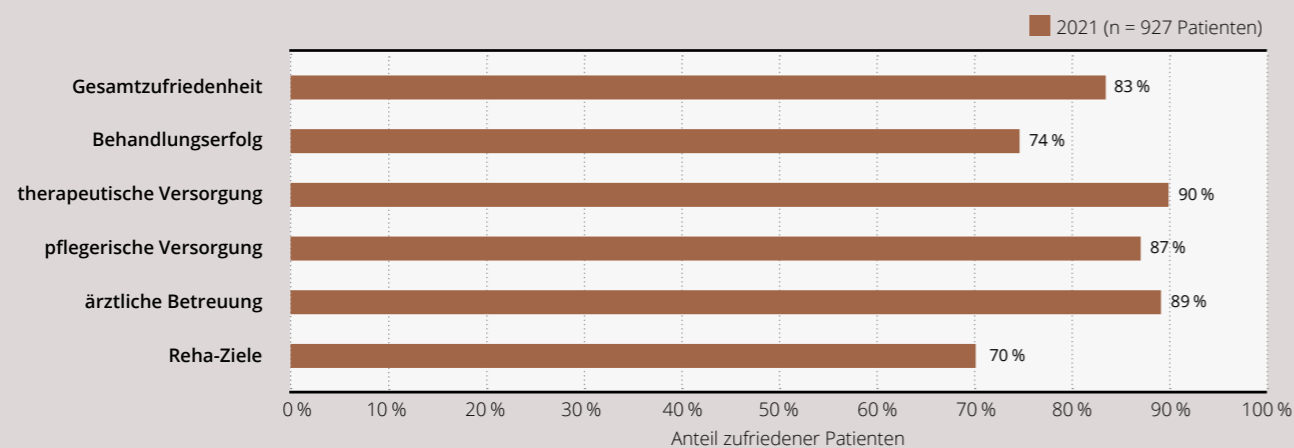
## ALTERSSTRUKTUR

Durchschnitt: 58 Jahre



Das Durchschnittsalter in der Gastroenterologie betrug 58 Jahre, wobei die meisten Patientinnen und Patienten **zwischen 50 und 69 Jahre** alt waren. Ein Viertel war jünger als 50 Jahre.

## ZUFRIEDENHEIT DER PATIENTINNEN UND PATIENTEN



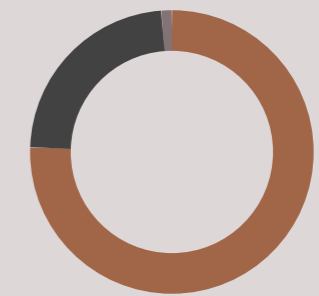
In der Gastroenterologie wurden anhand der **Zufriedenheitsbefragung sehr gute Werte** für die **therapeutische (90%)** und **pflegerische Versorgung (87%)** erreicht. Zudem waren 89% der 927 Patientinnen und Patienten, die an der Befragung teilgenommen haben, mit der ärztlichen Betreuung zufrieden.

(87%) erreicht. Zudem waren 89% der 927 Patientinnen und Patienten, die an der Befragung teilgenommen haben, mit der ärztlichen Betreuung zufrieden.

In der gastroenterologischen Rehabilitation stehen die Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Trakts sowie der damit verbundenen Organe Leber, Gallenblase und Bauchspeicheldrüse im Vordergrund der Behandlung. Im Bereich Diabetologie und Stoffwechselerkrankungen geht es vor allem um die Grundtypen des Diabetes mellitus. Im Rahmen der Rehabilitation erfolgt zudem die Einstellung bezüglich des Medikamenten- beziehungsweise Insulinplans, der Ernährung und weiterer Vorsorgemaßnahmen.

## VERTEILUNG DER LEISTUNGSTRÄGER

Die **gesetzliche Rentenversicherung** war mit **76%** der Hauptleistungsträger in der Gastroenterologie. Die gesetzliche Krankenversicherung übernahm 23% der erbrachten Leistungen.



■ 76% gesetzliche Rentenversicherung  
■ 23% gesetzliche Krankenversicherung  
■ 1% Selbstzahler/Private Krankenversicherung  
□ 0% sonstige

## VERTEILUNG DER FÜNF HÄUFIGSTEN HAUPTDIAGNOSEN



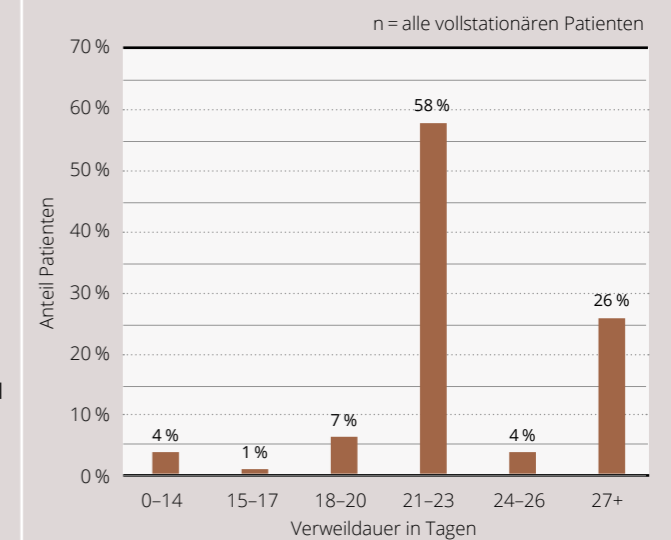
■ 9% C18 bösartige Neubildung des Kolons  
■ 8% K50 Crohn-Krankheit [Enteritis regionalis] [Morbus Crohn]  
■ 7% K57 Divertikulose des Darmes  
■ 7% K85/86 Pankreatitis und andere Pankreaserkrankheiten  
■ 6% K51 Colitis ulcerosa  
■ 63% sonstige Hauptdiagnosen

n = alle vollstationären Patienten

In der Verteilung der Hauptdiagnosen traten die Diagnosen **Bösartige Neubildung des Kolons mit 9%** und die Crohn-Krankheit mit 8% am häufigsten auf. Insgesamt gab es noch einen Anteil von 63% sonstiger Hauptdiagnosen, die hier nicht näher beschrieben sind.

## VERTEILUNG DER VERWEILDUER

Durchschnitt: 23 Tage



Die deutliche Mehrheit der Patientinnen und Patienten verblieb **21 bis 23 Tage** in einer MEDIAN Einrichtung (**58%**). Länger als 27 Tage dauerte der Aufenthalt bei 26% der Patienten. Die durchschnittliche Verweildauer betrug 23 Tage.

# SOZIODEMOGRAFISCHE DATEN PNEUMOLOGIE

## GESCHLECHTERVERTEILUNG

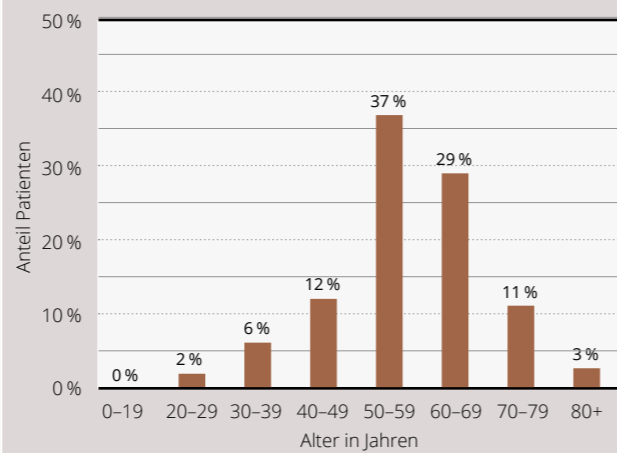


50% männlich  
50% weiblich  
0% divers

In der Pneumologie wurden im Jahr 2021 **5.584 Patientinnen und Patienten** vollstationär behandelt. Die Verteilung der Geschlechter war dabei gleichmäßig.

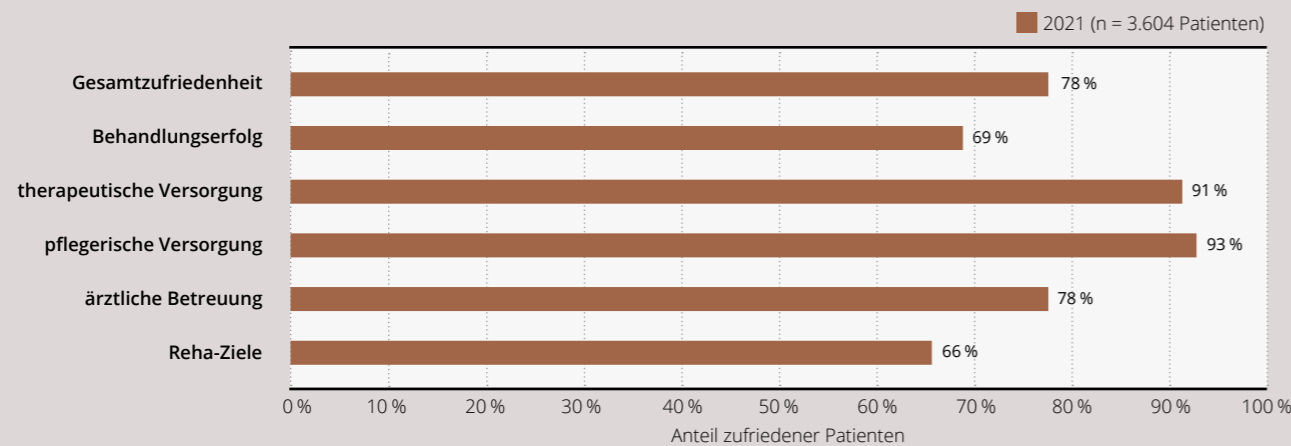
## ALTERSSTRUKTUR

Durchschnitt: 57 Jahre  
n = alle vollstationären Patienten



Im Durchschnitt waren die pneumologischen Patientinnen und Patienten 57 Jahre alt. Die Altersgruppe **zwischen 50 und 59 Jahren** ist demzufolge am häufigsten vertreten. Insgesamt 20 % der Patientinnen und Patienten waren jünger als 50 Jahre.

## ZUFRIEDENHEIT DER PATIENTINNEN UND PATIENTEN



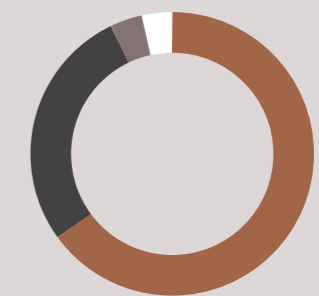
In die **Zufriedenheitsauswertung** für die Pneumologie liefen knapp über 3.600 Bewertungen ein. Sie zeigt **ähnlich gute Werte wie in den Vorjahren**: Von den

pneumologischen Patientinnen und Patienten waren im Jahr 2021 91 % mit der therapeutischen und 93 % mit der pflegerischen Versorgung zufrieden.

Eine Einschränkung der Atmung bedeutet immer eine verminderte Sauerstoffversorgung des Körpers. Es gibt vielfältige Atemwegserkrankungen mit unzähligen Ursachen wie beispielsweise Infektionen, Allergien, Verengungen der Atemwege, Zerstörung des Lungengewebes oder Krankheiten der Blutgefäße im Atemwegssystem. Rehabilitation kann vor allem bei Patientinnen und Patienten mit chronischen Atemwegserkrankungen zu einer deutlichen Verbesserung des Krankheitsverlaufs führen.

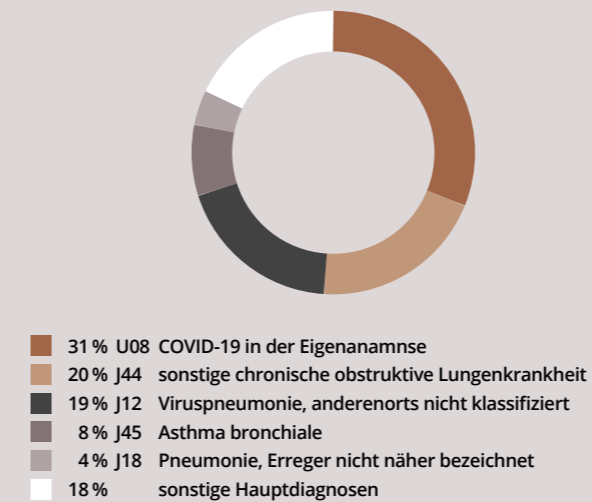
## VERTEILUNG DER LEISTUNGSTRÄGER

Die erbrachten Leistungen einer Reha-Maßnahme wurden von verschiedenen Trägern übernommen. In diesem Fall war die **gesetzliche Rentenversicherung** mit **65 %** der Hauptleistungsträger. Auch die gesetzliche Krankenversicherung übernahm mit 28 % einen hohen Anteil.



65% gesetzliche Rentenversicherung  
28% gesetzliche Krankenversicherung  
4% Selbstzahler/Private Krankenversicherung  
3% sonstige

## VERTEILUNG DER FÜNF HÄUFIGSTEN HAUPTDIAGNOSEN

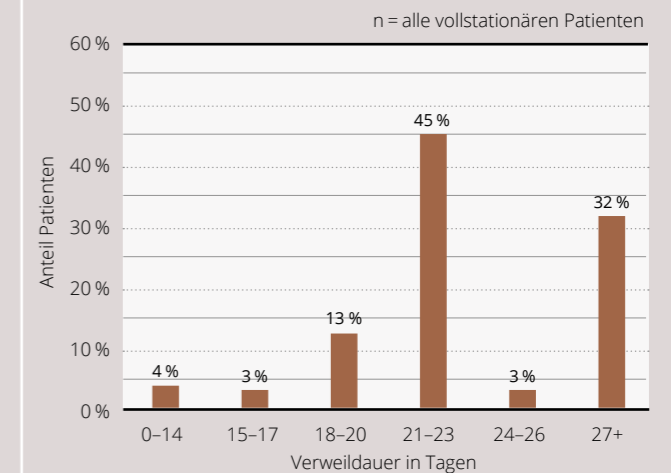


n = alle vollstationären Patienten

An erster Stelle der häufigsten Hauptdiagnosen in der Pneumologie war 2021 **COVID-19 in der Eigenanamnese (31 %)**, gefolgt von der chronischen obstruktiven Lungenerkrankung (COPD) mit 20 % und einer Viruspneumonie mit 19 % als Hauptdiagnose. Die hier gezeigten Hauptdiagnosen nahmen insgesamt 82 % aller Diagnosen in der Pneumologie ein.

## VERTEILUNG DER VERWEILDAUER

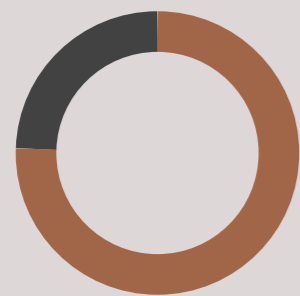
Durchschnitt: 23 Tage



Die durchschnittliche Verweildauer in der Pneumologie betrug 23 Tage. Nahezu die Hälfte der Patientinnen und Patienten blieb **21 bis 23 Tage** in einer MEDIAN Einrichtung (**45 %**). Fast ein Drittel (32 %) verweilte über 27 Tage in der Rehabilitation.

# SOZIODEMOGRAFISCHE DATEN RHEUMATOLOGIE

## GESCHLECHTERVERTEILUNG

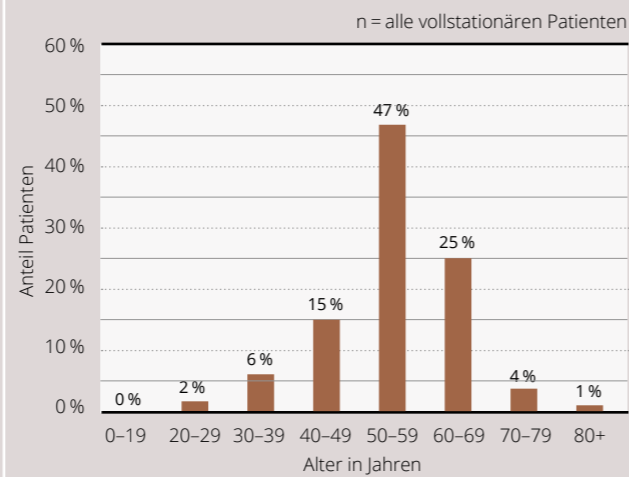


76% weiblich  
24% männlich  
0% divers

In der Rheumatologie wurden **1.398 Patientinnen und Patienten** vollstationär behandelt. Der Anteil an Frauen überwiegt dabei: 75 % waren weiblich und 24 % männlich.

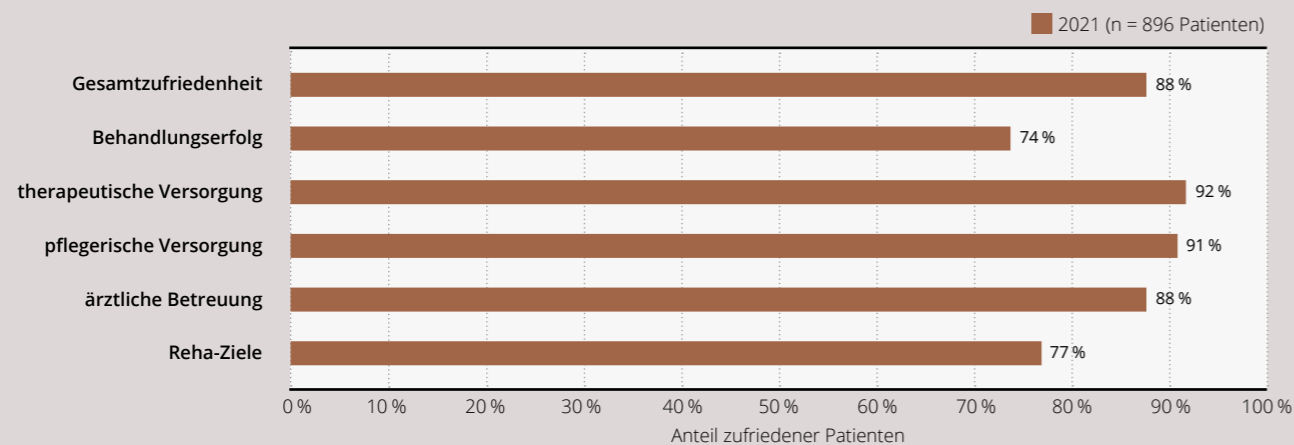
## ALTERSSTRUKTUR

Durchschnitt: 55 Jahre



Fast die Hälfte der rheumatologischen Patientinnen und Patienten war 2021 zwischen **50 und 59 Jahre alt (47%)**. Insgesamt 23 % waren jünger als 50 Jahre und das durchschnittliche Alter betrug 55 Jahre.

## ZUFRIEDENHEIT DER PATIENTINNEN UND PATIENTEN



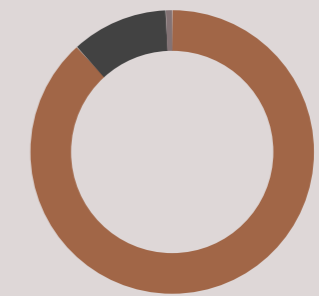
Eine sehr große Gesamtzufriedenheit herrschte im Jahr 2021 bei den knapp 900 Patientinnen und Patienten der Rheumatologie mit einem Wert von 88 %. Auch hier über-

zeugte die **therapeutische (92%)** sowie **pflegerische Versorgung (91%)** die Befragten. Mit der ärztlichen Betreuung war mit 88 % die Mehrheit ebenfalls zufrieden.

Bei einem komplexen Krankheitsbild wie Rheuma mit vielen Erscheinungsformen gibt es oftmals kein Behandlungsschema. Daher ist die exakte Diagnostik durch ausführliche internistische Untersuchungen mithilfe vielfältiger Diagnoseinstrumente und Laboruntersuchungen unabdingbar. Da es sich bei den meisten entzündlich-rheumatischen Erkrankungen um Autoimmunerkrankungen handelt, ist neben einer korrekten medikamentösen Behandlung die physikalische, ergotherapeutische und krankengymnastische Behandlung der Patientinnen und Patienten Voraussetzung für eine nachhaltige Besserung.

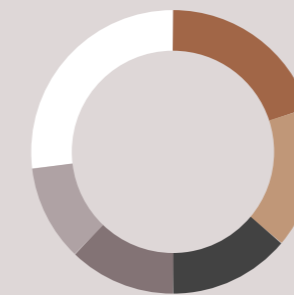
## VERTEILUNG DER LEISTUNGSTRÄGER

Wie bei den anderen Disziplinen der Inneren Medizin war 2021 auch in der Rheumatologie mit **88% die gesetzliche Rentenversicherung** Hauptleistungs-träger.



88% gesetzliche Rentenversicherung  
11% gesetzliche Krankenversicherung  
1% Selbstzahler/Private Krankenversicherung  
0% sonstige

## VERTEILUNG DER FÜNF HÄUFIGSTEN HAUPTDIAGNOSEN



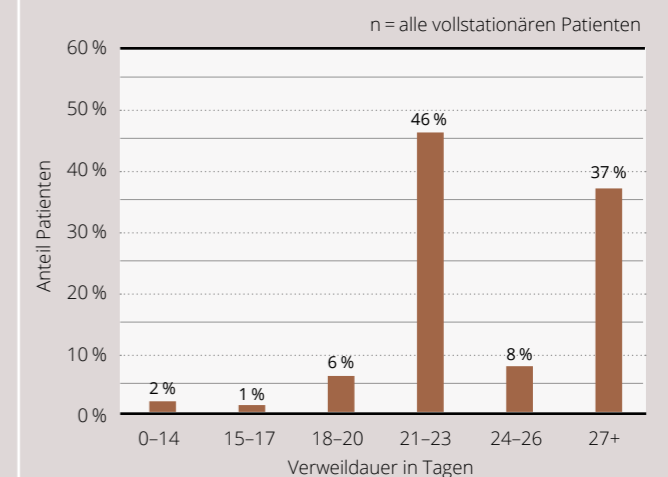
20% M06 sonstige chronische Polyarthritiden  
16% M05 seropositive chronische Polyarthritiden  
14% L40 Psoriasis  
12% M79 sonstige Krankheiten des Weichteilgewebes, anderenorts nicht klassifiziert  
11% M45 Spondylitis ankylosans  
27% sonstige Hauptdiagnosen

n = vollstationären Patienten

Die häufigste Hauptdiagnose war die **sonstige chronische Polyarthritiden mit 20%**. Die hier aufgeführten fünf häufigsten Hauptdiagnosen machten einen Gesamtanteil von 73 % aller Diagnosen in den rheumatologischen Einrichtungen von MEDIAN aus.

## VERTEILUNG DER VERWEILDUER

Durchschnitt: 24 Tage



Knapp die Hälfte der Patientinnen und Patienten im Jahr 2021 verweilte zwischen **21 und 23 Tagen** in einer MEDIAN Einrichtung. Ein weiterhin hoher Anteil von 37 % hatte eine Verweildauer von 27 oder mehr Tagen. Im Durchschnitt dauerte der Aufenthalt 24 Tage.



# DIGITAL GESTÜTZTE NACHSORGE – BEGINNT BEREITS WÄHREND DES REHABILITATIONS-AUFENTHALTS

Einige Patientinnen und Patienten nutzen digital gestützte Trainingsangebote in der therapiefreien Zeit bereits während ihres Klinikaufenthalts. Mithilfe von individuellen Therapieplänen, digitalen Schulungen und Impulsen können sie, unabhängig von ihrer Behandlung, täglich weitere Therapiemaßnahmen mittels einer App in Anspruch nehmen.

## Können Sie uns beschreiben, wozu die digital gestützte Nachsorge bei Ihnen eingesetzt wird?

In der MEDIAN Klinik Flechtingen bieten wir allen Patientinnen und Patienten das Trainingsprogramm während der Rehabilitation sowie den Rehabilitanden der Deutschen Rentenversicherung als Nachsorge nach der stationären Rehabilitation an. Besonders viele pneumologische Patienten sind an der digitalen Lösung in der Rehabilitationseinrichtung interessiert.

Aus diesem Grund gibt es Termine zum Erstellen des individuellen Trainingsplans und zur Unterstützung bei der Einrichtung der App an.

Die Patientinnen und Patienten nutzen die Trainingsangebote in ihrer therapiefreien Zeit und zukünftig auch in unserem fest eingeplanten digitalen Training, zusätzlich zu ihrem Therapieprogramm vor Ort. Oft entsteht daraus auch der Wunsch, die digital gestützte Nachsorge für Zuhause zu beantragen.

## Inwieweit ist die Vorstellung der App und das Training mit der App ein fester Bestandteil der Behandlung?

Die Vorstellung der App erfolgt zunächst in den Begrüßungsveranstaltungen. Die Rehabilitanden erhalten Informationsmaterial und die Kontaktdaten der Therapiekordinatorin.

Bei ihr können sie sich die Zugangsdaten sowie einen Trainingsplan geben lassen und Änderungswünsche oder Anpassungen besprechen. Im aktiven Training mit einem Therapeuten wird zusätzlich die Übungsausführung korrigiert. Des Weiteren wird in Vorträgen und Schulungen durch das Team des Sozialdienstes und den psychologischen Dienst auf die digital gestützte Nachsorge hingewiesen.

Diese wird im Bedarfsfall im Einzelgespräch erklärt und abgestimmt.

## Welche Vorteile bietet die App für die Rehabilitanden bereits während des Aufenthalts?

Die Nutzung der digital gestützten Nachsorge während der Rehabilitation gibt dem therapeutischen Team die Möglichkeit, einen Trainingsplan als zusätzliche „Hausaufgabe“ für die Patientinnen und Patienten zu erstellen. Durch die Anleitungen haben die Rehabilitanden eine visuelle Vorgabe und können die Aufgaben umsetzen. Dadurch werden die Therapien in der aktiven Zeit unterstützt und der Gesundheitszustand stärker verbessert. Hinzu kommt, dass die Patientinnen und Patienten durch die digital gestützte Nachsorge Vorträge und Anleitungen (zum Beispiel zur Hygiene) erhalten und diese auch in Ruhe ansehen können. Die Entspannungsverfahren können den aktiven Rehabilitationsprozess unterstützen,



MEDIAN KLINIK FLECHTINGEN



**KATJA CLAHN**  
Therapiekordinatorin  
MEDIAN Klinik Flechtingen

Die MEDIAN Klinik Flechtingen startete ihre Geschichte mit der Eröffnung der Kardiologie im Jahr 1993. Im September 1995 wurde die Fachklinik für Neurologie ergänzt. In der Fachabteilung Kardiologie werden das gesamte Spektrum der Herz-Kreislauf- und Gefäßerkrankungen sowie Erkrankungen der Atemwege behandelt. Die Rehabilitation von Patientinnen und Patienten mit Post COVID und Long COVID wird seit dem Frühjahr 2020 ebenso sehr erfolgreich umgesetzt. In der Fachabteilung Neurologie liegen die Schwerpunkte in der rehabilitativen Behandlung neurologischer Patienten inklusive Beatmung und Weaning.



indem sie zum Einschlafen und Erholen genutzt werden. Gerade die pneumologischen Rehabilitanden leiden unter Schlafstörungen und finden die Entspannungsverfahren sehr hilfreich.

Besonders begeistert sind Nutzerinnen und Nutzer außerdem von den Atemübungen in der App. Sie geben ein gutes Feedback zu der Atemleistung und fühlen sich belastbarer.

Darüber hinaus können sich die Rehabilitanden während des Aufenthalts mit dem digital gestützten Nachsorgeprogramm vertraut machen, es mit dem Therapeuten besprechen und die für sich richtigen Behandlungsmethoden finden. Das erleichtert die Arbeit des Digitalen Nachsorgezentrums von MEDIAN, weil die Patientinnen

und Patienten ihre Therapien kennen und zu Hause von Anfang an effektiv üben können.

#### **Welches Potenzial sehen Sie in der Digitalisierung für Gesundheitseinrichtungen speziell für die Innere Medizin?**

Die Digitalisierung kann den Behandlungsablauf unterstützen und freie Zeiten, wie Wochenenden oder Feiertage, mit Therapieangeboten aufwerten.

Besonders die Verknüpfung der digital gestützten Nachsorge mit einer Fitnessuhr kann zum aktiven Training beitragen, indem die Rehabilitanden die vorgegebene Schrittzahl leisten. Hinzu kommt, dass die Übungen individuell und zu jeder Zeit durchgeführt werden kön-

nen, was einen großen Freiraum bietet. Gerade bei Patientinnen und Patienten, deren Beschwerden stark tagesabhängig sind, ist das digital gestützte Nachsorgeprogramm eine sehr gute Alternative, wenn geplante Therapien nicht wahrgenommen werden können. Hinzu kommt, dass die Nutzung der Atem- und Entspannungstherapien am Abend beim Einschlafen hilft.

#### **Wie können Anwendungen Rehabilitanden über die konkrete Behandlung bei MEDIAN hinaus im Rahmen der digital gestützten Nachsorge bei der weiteren Genesung, Gesunderhaltung und Prävention unterstützen?**

Mit der digital gestützten Nachsorge ist ein individuelles Training für die Rehabilitanden auch nach dem Aufenthalt möglich.

Über die Trainingsplananpassungen in der Nachsorge durch das DNZ findet eine kontinuierliche Steigerung der Leistungsfähigkeit statt und die Genesung schreitet voran.

#### **PATIENTENSTIMME**

*Patientin:* 48 Jahre alt

*Beruf:* Bankkauffrau

*Diagnose:* Long-COVID-Syndrom, Fatigue, leichte kognitive Störung

**Die digital gestützte Nachsorge beinhaltet die Bereiche Training, Wissen und Wohlbefinden, welche von Ihren Therapeuten vor Ort mit Inhalten befüllt werden. Welche Funktionen haben Sie am häufigsten während des Rehabilitationsaufenthalts genutzt und warum?**

Der Therapieplan in der MEDIAN Klinik Flechtingen war immer sehr gut gefüllt, weshalb mir besonders die Atem- und Entspannungsübungen beim Abschalten sehr geholfen haben. Die zusätzlichen Trainingsübungen kamen dann gegebenenfalls an ruhigeren Therapietagen zum Einsatz.

Beide Therapien halfen mir, um zur Ruhe zu kommen, beim Abschalten und beim Einschlafen. Darüber hinaus konnte ich durch die Atemübungen meine Atemintensität erhöhen und habe inzwischen nicht mehr so schnell Luftnot bei Belastungen.

#### **Welchen Mehrwert bot Ihnen das digitale Training während Ihrer Rehabilitation?**

Das digitale Training gab mir einen zusätzlichen Impuls. Das individuelle Training und die eigene Wahl der Therapien waren für mich sehr hilfreich.

Eine zeitliche Einplanung in den Tagesablauf war mir möglich, sodass ich den passenden Zeitpunkt für das Training finden konnte.

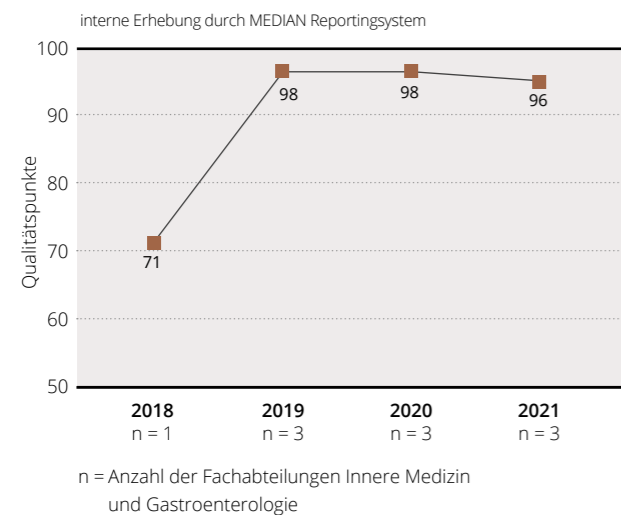
#### **Was hat Sie dazu bewegt, die digital gestützte Nachsorge in Anspruch zu nehmen?**

Ich habe keine Möglichkeit der IRENA-Nachsorge in der Nähe und halte die digitale Nachsorge für mich für eine sehr gute Alternative, weil ich sie in meinen individuellen Tagesablauf einfügen kann. Wenn es mir nicht gut geht, kann ich die Übungen am nächsten Tag durchführen. Bei einer Einrichtung müsste ich dann den Termin absagen.

Insgesamt finde ich die digitale Nachsorge für mein Krankheitsbild effektiver, weil sich mein Befinden von Tag zu Tag ändert und ich damit flexibler bin.

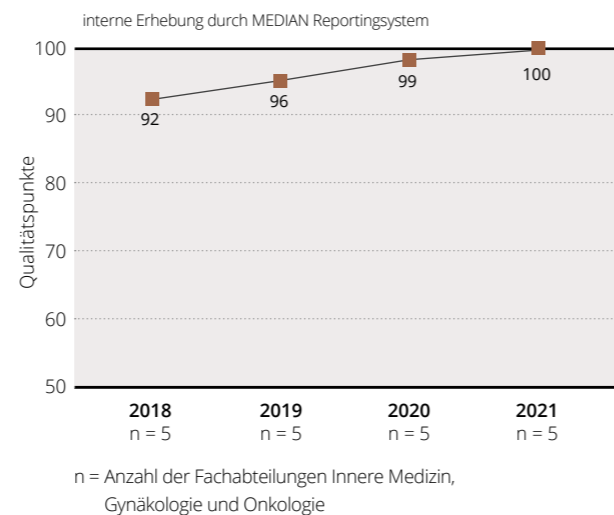
# KENNZAHLEN DER EXTERNEN QUALITÄTSSICHERUNG

## Reha-Therapiestandard „Diabetes mellitus Typ 2“ im zeitlichen Verlauf



Der Reha-Therapiestandard „Diabetes mellitus Typ 2“ kommt im Bereich der Inneren Medizin sowie der Gastroenterologie zum Einsatz. Seit 2019 lag das Qualitätsniveau stets in einem sehr hohen Bereich, auch 2021 konnten sehr gute 96 Qualitätspunkte erreicht werden.

## Reha-Therapiestandard „Brustkrebs“ im zeitlichen Verlauf



Der Reha-Therapiestandard „Brustkrebs“, der vorrangig für onkologische und gynäkologische Fachabteilungen gilt, erreichte im Jahr 2021 den Bestwert von 100 Qualitätspunkten. Auch in den Vorjahren lagen die Qualitätspunkte bereits auf einem sehr hohen Niveau.

# ERGEBNISQUALITÄT IN DER GERIATRIE

Zur Messung des Rehabilitationserfolgs der Patientinnen und Patienten in der Geriatrie erhebt MEDIAN medizinisch-qualitative Parameter. Sie veranschaulichen das Potenzial der geriatrischen Rehabilitation.

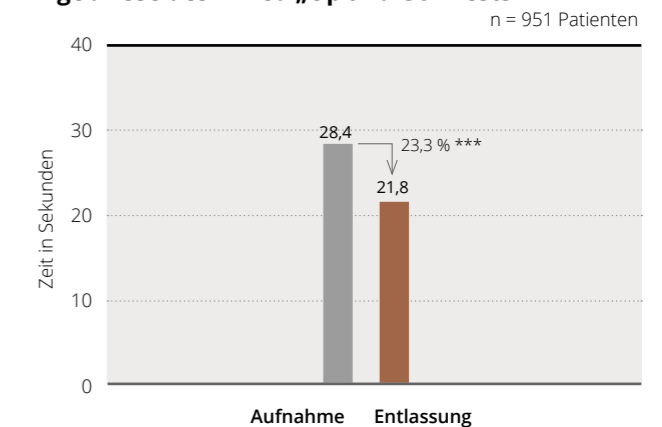
Die Interpretation der Ergebnisse folgt folgendem Schema:

Gruppe	Bezeichnung	Zeit
1	keine Mobilitätseinschränkungen	< 10 Sek.
2	leichte, in der Regel irrelevante Mobilitätseinschränkungen	10–19 Sek.
3	abklärungsbedürftige, relevante Bewegungseinschränkungen	20–29 Sek.
4	starke Mobilitätseinschränkungen	> 30 Sek.
5	Timed „Up and Go“-Test nicht möglich	

## TIMED „UP AND GO“-TEST (TUG)

Der Timed „Up and Go“-Test (zu deutsch: Zeitdauer für Aufstehen und Gehen) ist ein einfacher Mobilitätstest zur Beurteilung der Beweglichkeit beziehungsweise des Körpergleichgewichts und der daraus resultierenden Gefahr eines Sturzes – insbesondere des alternden Menschen (Caronni et al., 2019). Für den Test wird der Patient oder die Patientin aufgefordert, sich ohne fremde Hilfe von einem Stuhl mit Armlehnen zu erheben, eine Strecke von drei Metern zu gehen und sich wieder zu setzen. Dabei dürfen Hilfsmittel wie beispielsweise eine Gehhilfe verwendet werden. Die für diesen Vorgang benötigte Zeit wird in Sekunden notiert. Der Timed „Up and Go“-Test wird zur Aufnahme und Entlassung durchgeführt. Anhand des Aufnahmescores werden die Patienten einer Aufnahmegruppe zugeordnet (siehe Tabelle auf der nachfolgenden Seite). Eine Patientin, die am Anfang der Rehabilitation beispielsweise 15 Sekunden für den Test benötigt, würde in Aufnahmegruppe 2 fallen. Am Ende der Rehabilitation wird der Test erneut absolviert. Hat die Patientin zum Beispiel neun Sekunden für den Test bei der Entlassung gebraucht, kommt sie in Gruppe 1 und ist somit eine Gruppe aufgestiegen.

## Ergebnisse des Timed „Up and Go“-Tests



Im Jahr 2021 wurden Patientinnen und Patienten mit einer durchschnittlichen TUG-Leistung von 28,4 Sekunden aufgenommen. Bis zur Entlassung konnte dieser Wert um 23,3 Prozent auf 21,8 Sekunden verbessert werden.

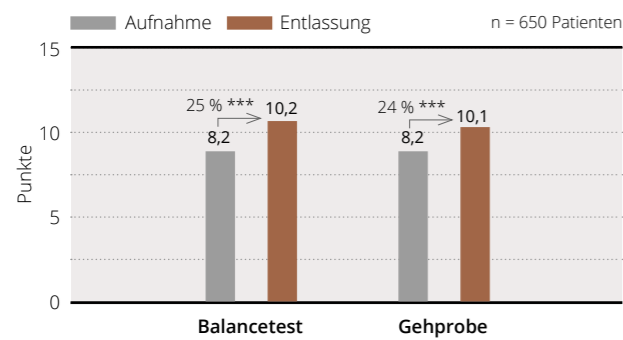
\*\*\* signifikanter Unterschied, p < 0.001

### MOBILITÄTSTEST NACH TINETTI

Beim Mobilitätstest nach Tinetti wird die Mobilität von (älteren) Patientinnen und Patienten beurteilt und dabei insbesondere das Sturzrisiko. Der Test umfasst dabei zwei Teile: Einen Balancetest sowie eine Gehprobe. Beim Balancetest sitzt der Patient und wird gebeten, verschiedene Handlungen auszuführen, deren Sicherheit in der Ausführung mit null bis zwei Punkten bewertet wird.

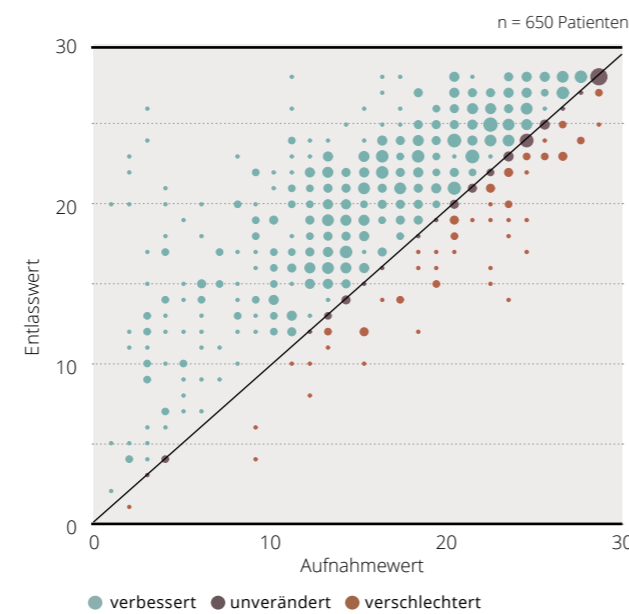
Es können maximal 16 Punkte erreicht werden. Bei der Gehprobe wird die Sicherheit des Gehens unter verschiedenen Aspekten betrachtet und mit jeweils null bis zwei Punkten bewertet. Maximal können zwölf Punkte erreicht werden. Das Benutzen von Hilfsmitteln geht ebenfalls in die Bewertung ein. Insgesamt können 28 Punkte erreicht werden. Bei einer Gesamtpunktzahl von unter 20 Punkten gilt das Sturzrisiko als signifikant erhöht.

#### Ergebnisse des Mobilitätstest nach Tinetti



In der Grafik ist zu erkennen, dass sich die Patientinnen und Patienten im Verlaufe der Rehabilitation in beiden Teilaspekten des Tinetti-Tests signifikant um 25 Prozent beziehungsweise 24 Prozent verbessern konnten.

#### Verteilung der Ergebnisse im Mobilitätstest nach Tinetti



Die überwiegende Mehrheit der Patientinnen und Patienten konnte sich im Verlauf der Rehabilitation im Tinetti-Test verbessern. Erkennbar ist dies an den Punkten oberhalb der Diagonalen, denn bei diesen Fällen ist der Entlasswert größer als der Aufnahmewert. Es gilt: Je größer der Punkt, desto mehr Patienten haben exakt die gleichen Aufnahme- und Entlassungswerte erreicht.

**Von den Patientinnen und Patienten, die zu Beginn der Rehabilitation nicht ohne Hilfe oder nur mit diversen Versuchen aufstehen konnten, schafften es am Ende gut 70 Prozent selbstständig im ersten Versuch.**

\*\*\* signifikanter Unterschied,  $p < 0.001$

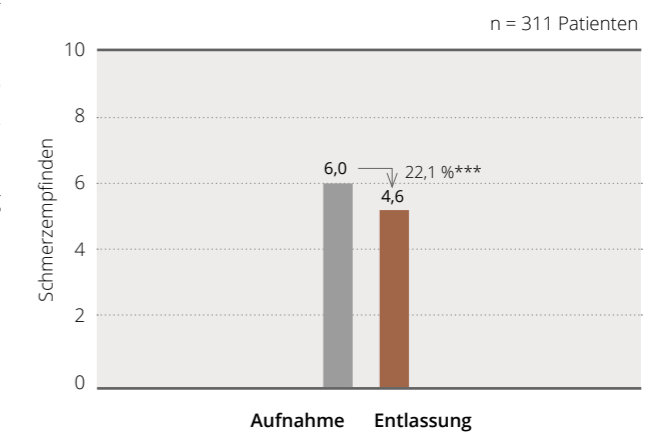
## ERGEBNISQUALITÄT IN DER RHEUMATOLOGIE



### NUMERISCHE ANALOGSKALA SCHMERZ (NAS)

In der Rheumatologie ist die Schmerzempfindung ein wichtiger Faktor. Der Alltag ist mit Schmerzen kaum zu ertragen und führt zu Einschränkungen im sozialen und beruflichen Leben. Das Ziel der Rehabilitation sollte daher sein, die Schmerzen soweit wie möglich zu reduzieren. Mithilfe der numerischen Analogskala Schmerz kann die subjektive Schmerzstärke der Patientinnen und Patienten gemessen werden. Null bedeutet dabei keinen und zehn den stärksten vorstellbaren Schmerz. Die Messung erfolgt sowohl bei Aufnahme als auch bei Entlassung, um Veränderungen über den Rehabilitationsverlauf abbilden zu können.

### Durchschnittliche Schmerzausprägung nach numerischer Schmerzskala der rheumatologischen Rehabilitanden im Jahr 2021 bei Aufnahme und Entlassung



Bei über 300 Patientinnen und Patienten wurde im Jahr 2021 das Schmerzempfinden sowohl bei Aufnahme als auch bei Entlassung erfasst. Das subjektive Schmerzempfinden lag bei Aufnahme bei 6 auf der Skala von null bis zehn und sank auf 4,6 zum Zeitpunkt der Entlassung. Dies entspricht einer signifikanten Verbesserung von 22,1 % von Aufnahme zur Entlassung. Dieses Ergebnis ist als Erfolg der Rehabilitation zu werten.

\*\*\* signifikanter Unterschied,  $p < 0.001$

Standortkarte Pädiatrie



5

# PÄDIATRIE Einrichtungen



## SCHWERPUNKTE IN DER PÄDIATRIE

MEDIAN bietet spezielle Rehabilitationsleistungen zur erfolgreichen Behandlung unterschiedlichster Erkrankungen von Kindern und Jugendlichen – auch bei chronischen Leiden.

Im Rahmen der Rehabilitation erleben die jungen Patientinnen und Patienten bei MEDIAN einen strukturierten Tagesablauf mit einer gesunden Mischung aus Sport, Spiel und Schule sowie eine intensive Betreuung durch ein Team aus ärztlichen, psychologischen, therapeutischen sowie pädagogischen Expertinnen und Experten. Ganz im Sinne der bestmöglichen Rehabilitation sind alle Therapie- und Freizeitangebote eng miteinander verbunden und bilden ein ganzheitliches Behandlungskonzept.

Ziel der Rehabilitation ist es, chronische Krankheiten zu lindern, Spätfolgen zu verhindern und die Leistungsfähigkeit für Schule und Ausbildung zu verbessern, um die Lebensqualität der jungen Patienten nachhaltig zu verbessern. Dafür stellt MEDIAN Behandlungskonzepte auf höchstem medizinischem Niveau für unterschiedliche körperliche und psychische Erkrankungen zur Verfügung, die mit großer Fachkompetenz für die jeweiligen Indikationen umgesetzt werden.



# SOZIODEMOGRAFISCHE DATEN PÄDIATRIE

## GESCHLECHTERVERTEILUNG

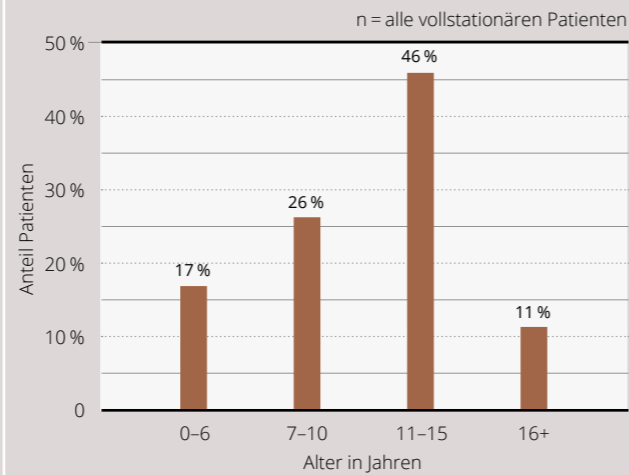


50 % männlich  
50 % weiblich  
0 % divers

Insgesamt wurden im Jahr 2021 **3.680 Kinder und Jugendliche** in unseren Einrichtungen vollstationär behandelt. Der Anteil an Mädchen und Jungen war dabei gleich.

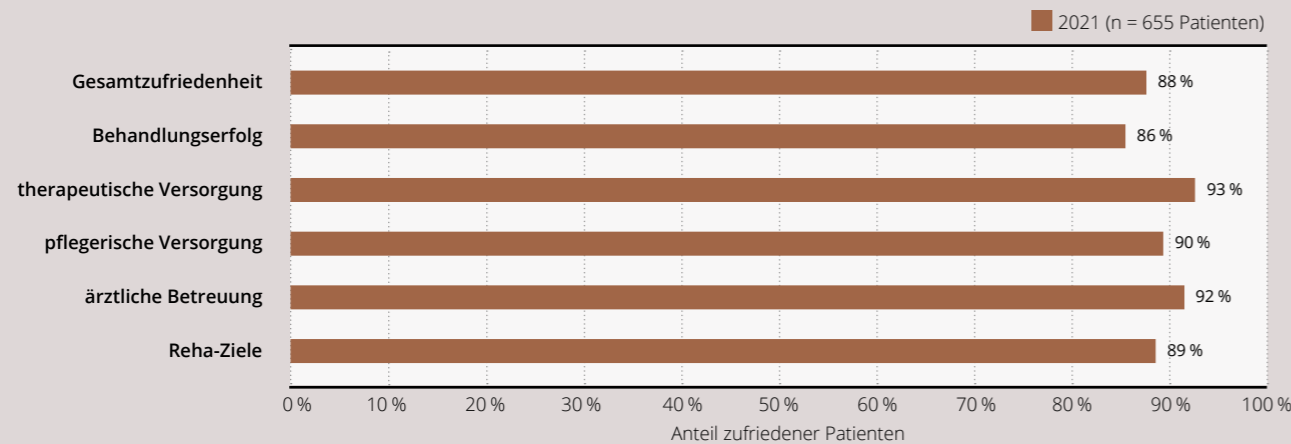
## ALTERSSTRUKTUR

Durchschnitt: 11 Jahre



Unsere jüngsten Patientinnen und Patienten waren 2021 im Durchschnitt **11 Jahre** alt. Die meisten Kinder waren während ihrer Rehabilitation zwischen 11 und 15 Jahre alt (46 %). Fast genauso groß ist der Anteil von 0 bis 10-Jährigen mit 43 %.

## ZUFRIEDENHEIT DER PATIENTINNEN UND PATIENTEN

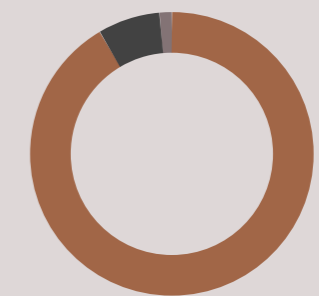


Auch die jüngeren Patientinnen und Patienten können an der Zufriedenheitsbefragung teilnehmen. Dabei waren **88 %** der Befragten im Jahr 2021 mit ihrem Aufenthalt **zufrieden**. In mehreren Kategorien sind die Zufrie-

denheitswerte im **Vergleich zum Vorjahr** gestiegen: Beispielsweise waren **92 %** der Kinder und Jugendlichen mit der ärztlichen Betreuung zufrieden und **93 %** mit der therapeutischen Versorgung.

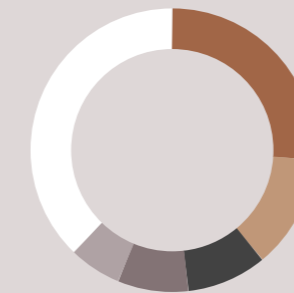
## VERTEILUNG DER LEISTUNGSTRÄGER

Bei der Verteilung der Leistungsträger machte die **gesetzliche Rentenversicherung mit 87 %** den mit Abstand größten Anteil aus. Dies lässt sich darauf zurückführen, dass sich in der Pädiatrie die meisten Patientinnen und Patienten (nämlich Kinder und Jugendliche) im erwerbsfähigen Alter befinden beziehungsweise dieses noch erreichen werden.



87 % gesetzliche Rentenversicherung  
12 % gesetzliche Krankenversicherung  
1 % Selbstzahler/Private Krankenversicherung  
0 % sonstige

## VERTEILUNG DER FÜNF HÄUFIGSTEN HAUPTDIAGNOSEN



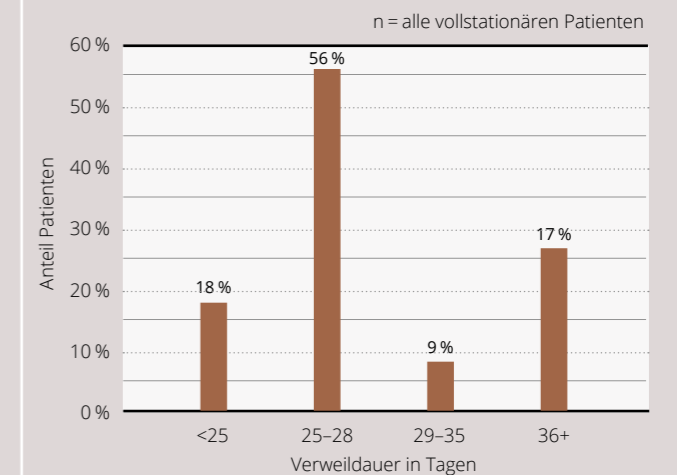
26 % E66 Adipositas  
13 % E10 Diabetes mellitus, Typ 1  
9 % F93 emotionale Störungen des Kindesalters  
8 % M41 Skoliose  
6 % F43 Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen  
38 % sonstige Hauptdiagnosen

n = alle vollstationären Patienten

Die am häufigsten kodierte Hauptdiagnose in der Pädiatrie war mit **26 % Adipositas**. 13 % der Kinder und Jugendlichen hatten Diabetes mellitus, Typ1 als Hauptdiagnose. Die hier aufgeführten Hauptdiagnosen nahmen insgesamt 62 % aller Diagnosen ein.

## VERTEILUNG DER VERWEILDAUER

Durchschnitt: 28 Tage



Im Durchschnitt verbrachten die Patientinnen und Patienten der Pädiatrie im Jahr 2021 bei **MEDIAN 28 Tage**. Die meisten Patientinnen und Patienten waren zwischen 25 und 28 Tagen in den Kinderkliniken von MEDIAN.

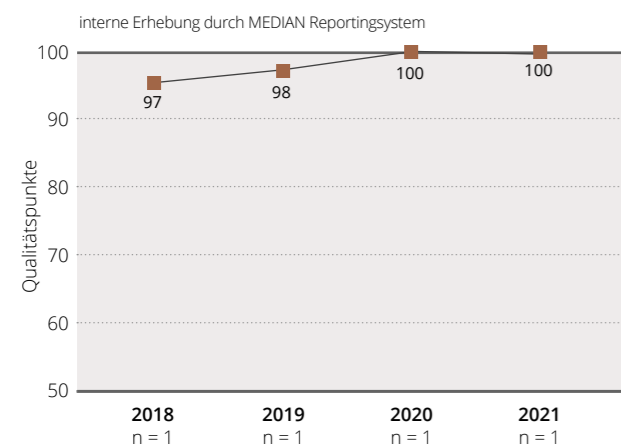
# KENNZAHLEN DER EXTERNEN QUALITÄTSSICHERUNG



In der Kinder und Jugendlichen-Rehabilitation gelten je nach Altersgruppe verschiedene Reha-Therapiestandards. Besonders positiv hervorzuheben ist, dass in den

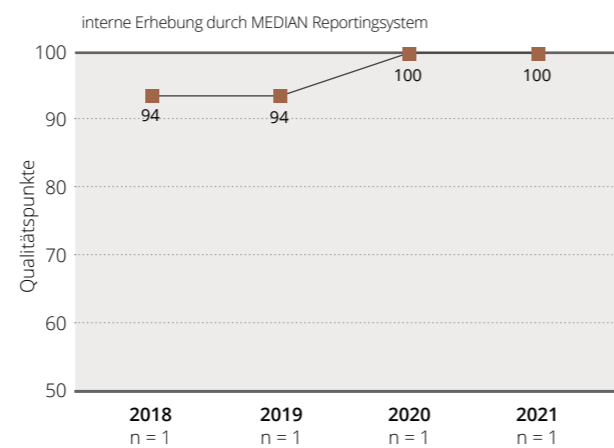
beiden vergangenen Jahren 2020 und 2021 das Qualitätsniveau in allen Reha-Therapiestandards durchweg auf dem Höchstwert von 100 Qualitätspunkten lag.

## Reha-Therapiestandard „Adipositas (ab 8 Jahren)“ im zeitlichen Verlauf



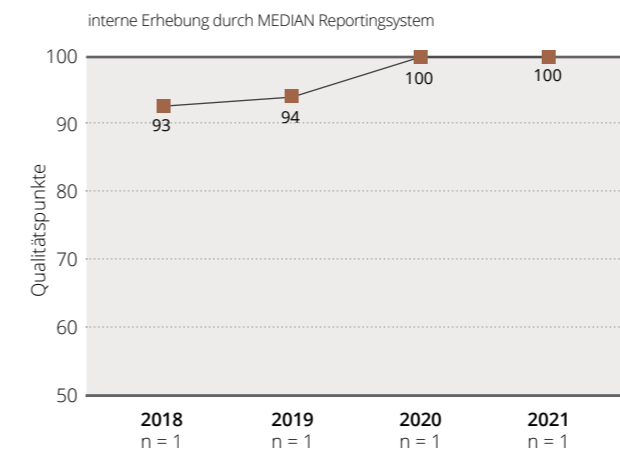
n = Anzahl der pädiatrischen Kliniken

## Reha-Therapiestandard „Neurodermitis (bis 7 Jahre)“ im zeitlichen Verlauf



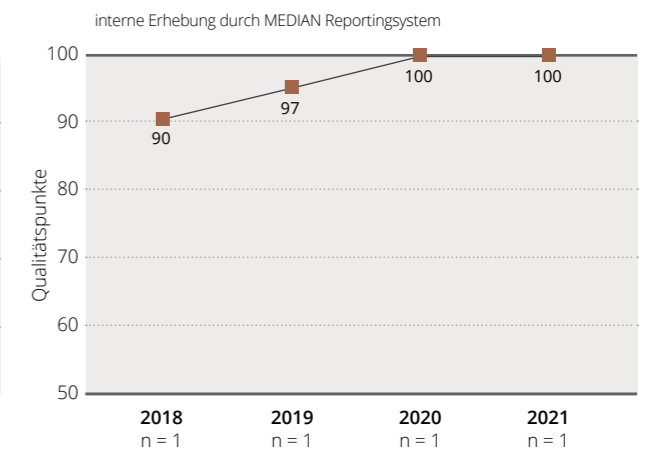
n = Anzahl der pädiatrischen Kliniken

## Reha-Therapiestandard „Asthma bronchiale (bis 7 Jahre)“ im zeitlichen Verlauf



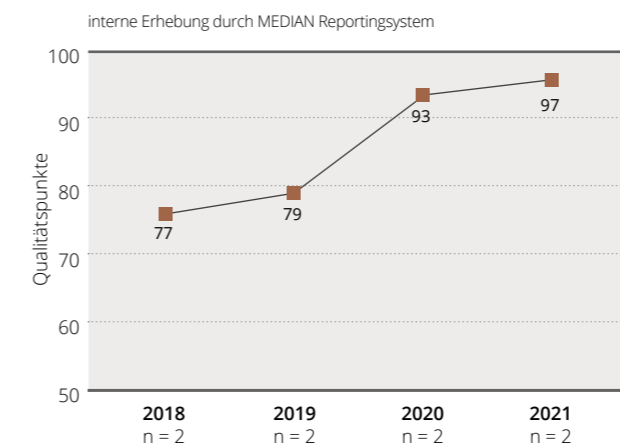
n = Anzahl der pädiatrischen Kliniken

## Reha-Therapiestandard „Asthma bronchiale (ab 8 Jahren)“ im zeitlichen Verlauf



n = Anzahl der pädiatrischen Kliniken

## Therapeutische Versorgung im zeitlichen Verlauf



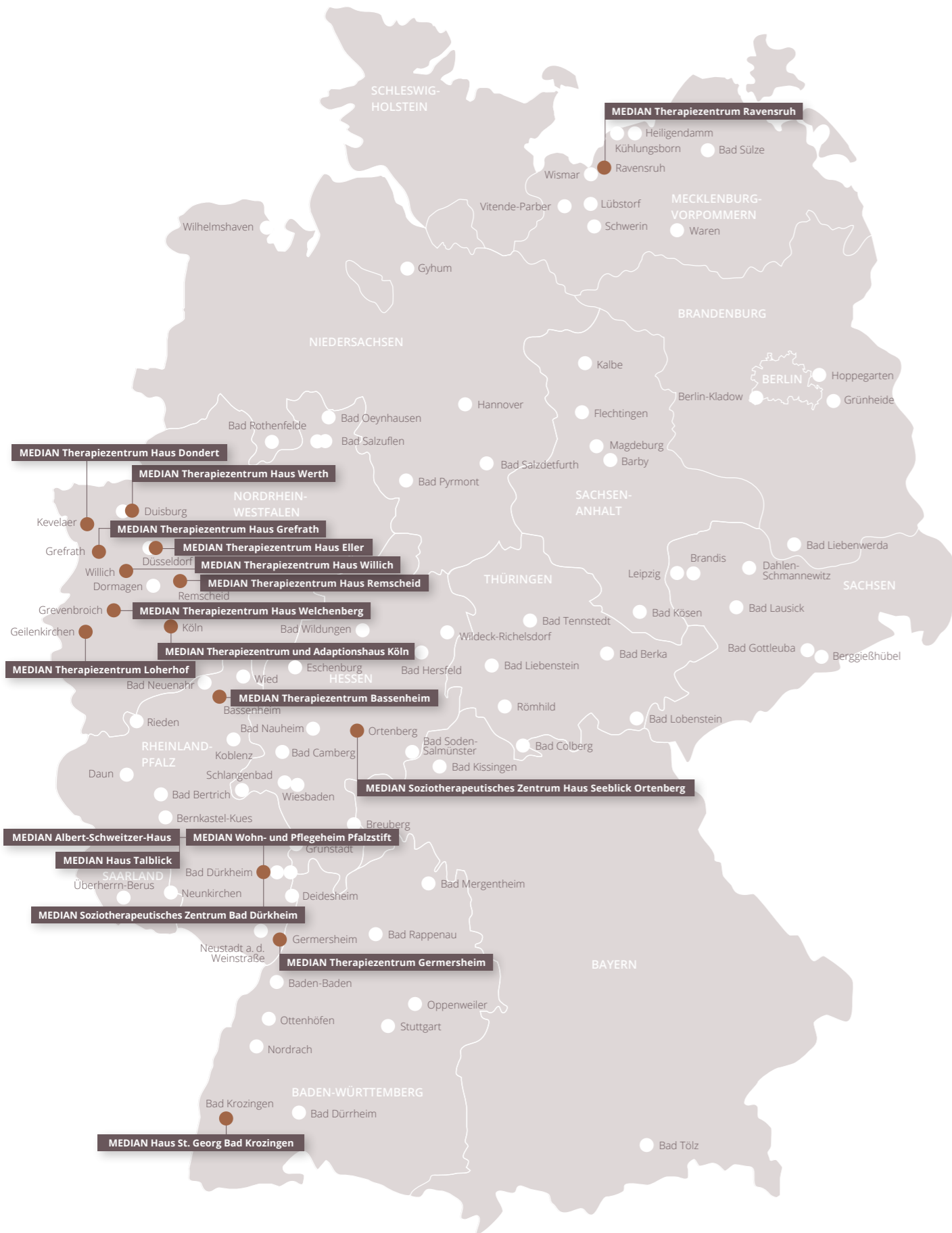
n = Anzahl der pädiatrischen Kliniken

In der therapeutischen Versorgung ist seit 2018 ein deutlicher Aufwärtstrend zu erkennen. Die Qualitätspunkte in der Kinder und Jugendlichen-Rehabilitation stiegen Jahr für Jahr kontinuierlich an und erreichten zuletzt einen Wert von 97 Qualitätspunkten.





Standortkarte Soziale Teilhabe



18

Einrichtungen

## SOZIALE TEILHABE

## SCHWERPUNKTE IN DER SOZIALEN TEILHABE (SOZIO THERAPIE)

In den soziotherapeutischen Einrichtungen von MEDIAN (besonderen Wohnformen der Sozialen Teilhabe) werden Menschen unterstützt, die Hilfe bei einer selbstständigen Lebensführung benötigen. In den Einrichtungen leben vorwiegend Klientinnen und Klienten mit einer Abhängigkeitserkrankung. Es gibt aber auch spezielle Häuser für Menschen mit psychischer Erkrankung, geistiger Behinderung, Pflegebedürftigkeit oder Verdacht auf Straffälligkeit.

Sämtliche Einrichtungen von MEDIAN fördern die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben und zeichnen sich durch eine herzliche Atmosphäre, Geborgenheit, Akzeptanz und Wertschätzung aus. Den Bewohnern wird eine

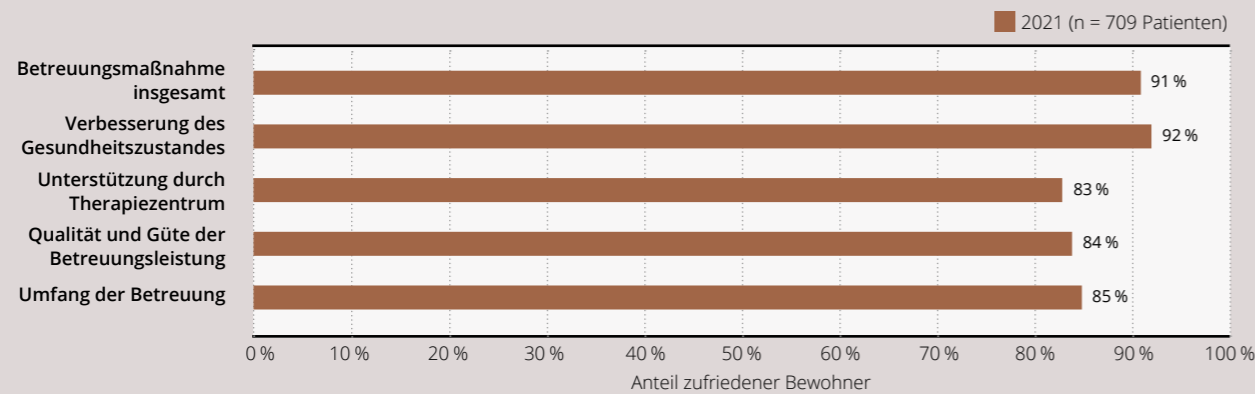
suchtmittelfreie Umgebung geboten, in der die Menschen Sicherheit, stabilisierende Strukturen und professionelle Hilfe vorfinden.

Zu vielen Einrichtungen der Sozialen Teilhabe gehören auch kleine stationäre Wohnangebote, sogenannte Außenwohngruppen, in welchen die Rückkehr in die Eigenständigkeit trainiert wird. Für diejenigen, die den Schritt des Auszuges aus der Wohngruppe gehen wollen, gibt es ein individuell zugeschnittenes Angebot von ambulanten Hilfen in Form von betreutem Wohnen, aufsuchender ambulanter Eingliederungshilfe und tagesstrukturierenden Maßnahmen.



# ZUFRIEDENHEIT DER BEWOHNER- INNEN UND BEWOHNER IN DEN BESONDEREN WOHNFORMEN DER SOZIALEN TEILHABE 2021

## ZUFRIEDENHEIT DER BEWOHNERINNERN UND BEWOHNER



Nicht nur in unseren Indikationen der medizinischen Rehabilitation, sondern auch im Bereich der Sozialen Teilhabe werden regelmäßig Zufriedenheitsbefragungen durchgeführt. Die Ergebnisse zeigen bei 709 ausgewerteten Fragebögen eine insgesamt hohe Zufriedenheit: **91 % der Klientinnen und Klienten** in den

besonderen Wohnformen gaben an, dass sie mit der Betreuungsmaßnahme insgesamt zufrieden waren. Bei 92 % der Befragten zeigte sich eine Verbesserung des Gesundheitszustandes. Mit dem Umfang der Betreuung waren 85 % der Klientinnen und Klienten zufrieden.

# KLIENTEL UND INDIKATIONEN DER BESONDEREN WOHNFORM DER SOZIALEN TEILHABE

	TZ Germersheim	TZ Bassenheim	TZ Haus Dondert	TZ Haus Eller	TZ Köln	TZ Haus Greifrath	TZ Loherhof	TZ Ravensruh	TZ Haus Remscheid	TZ Haus Weichenberg	TZ Haus Werth	TZ Haus Willich	STZ Haus Seeblick Ortenberg	STZ Bad Dürkheim	Haus Talblick Bad Dürkheim	Albert-Schweitzer-Haus Bad Dürkheim	Pfalzstift Bad Dürkheim	Haus St. Georg Bad Krozingen
Alkohol																		
Mediamente																		
illegale Drogen													selten					
Spielsucht							selten											
andere Verhaltenssüchte	Essstörungen	Essstörungen				seltene Essstörungen		Essstörungen										
Substituierte																		
Politoxikomanie																		
Pflegegrade (PG)	PG 0-1	PG 0-2	PG 0-3			PG 0-2	PG 0-3		PG 0-3		PG 0-2	PG 0-3	PG 1-2	PG 0-2	PG 0-3	PG 0-1	PG 0-5	PG 1-5
psychiatrische Komorbidität																		
geistige Behinderung																		
amnestisches Syndrom																		
Demenz																		
psychisch kranke Straffällige																		

# DAS COGPACK-TRAINING IN EINRICHTUNGEN DER SOZIALEN TEILHABE

Für Personen mit schizophrenen Psychosen oder Konzentrations- und Gedächtnisschwächen kommt ein computergestütztes Therapieprogramm zum Training und zur Rehabilitation von Hirnfunktionen zum Einsatz. Ziele dieses Trainings sind Erhalt und Förderung der kognitiven Fähigkeiten, der Realitätsbezogenheit sowie die Vermittlung von Problemlösungsstrategien.

## Was sind die Ziele der Eingliederungshilfe im Allgemeinen?

In unserer Einrichtung geht es darum, Menschen mit einer chronischen psychischen Erkrankung die größtmögliche Teilhabe am Leben zu ermöglichen. Ein Ziel ist es, dass sich die Bewohnerinnen und Bewohner möglichst selbst versorgen können. Darüber hinaus sollen die kognitive Leistung und die Ausdauer der Bewohnerinnen und Bewohner erhalten und gesteigert werden. In unseren Einrichtungen wird angestrebt, dass die Bewohnerinnen und Bewohner ihre vorhandenen Ressourcen in den verschiedenen Bereichen des Lebens erkennen, festigen und diese fördern. Ein weiteres Ziel ist die Integration in andere Lebenswelten und Institutionen wie zum Beispiel Werkstätten für behinderte Menschen (WfbM).

## Können Sie uns beschreiben, worum es bei dem computergestützten Cogpack-Training geht?

Das Cogpack-Training ist ein spezielles Computerprogramm, das als neuropsychologisches Trainingspro-

gramm unter anderem für schizophrene Patientinnen und Patienten entwickelt wurde. Es enthält 64 Test- und Übungsprogramme mit über 500 Aufgaben zum Training und zur Rehabilitation von Hirnfunktionen. Dieses klinisch erprobte Programm beinhaltet zahlreiche Übungsmodule, zum Beispiel Visuomotorik, Vigilanz, Merkfähigkeit, Auffassung, Reaktion.

Das Training findet an einem speziell für die Bewohner bereitgestellten Computer in Einzelsitzungen statt. Es wird in Zeit, Aufgabenauswahl und Schweregrad dem jeweiligen Bewohner angepasst und kann auch ohne größere Computervorkenntnisse genutzt werden.

## Für wen eignet sich das Cogpack-Training?

Das Training eignet sich für Bewohner und Bewohnerinnen mit Schizophrenie, aber auch für Personen mit Konzentrations- und Gedächtnisschwächen oder -störungen, mit Beeinträchtigung der Auffassung und der Reaktion sowie mit anderen Grunderkrankungen.



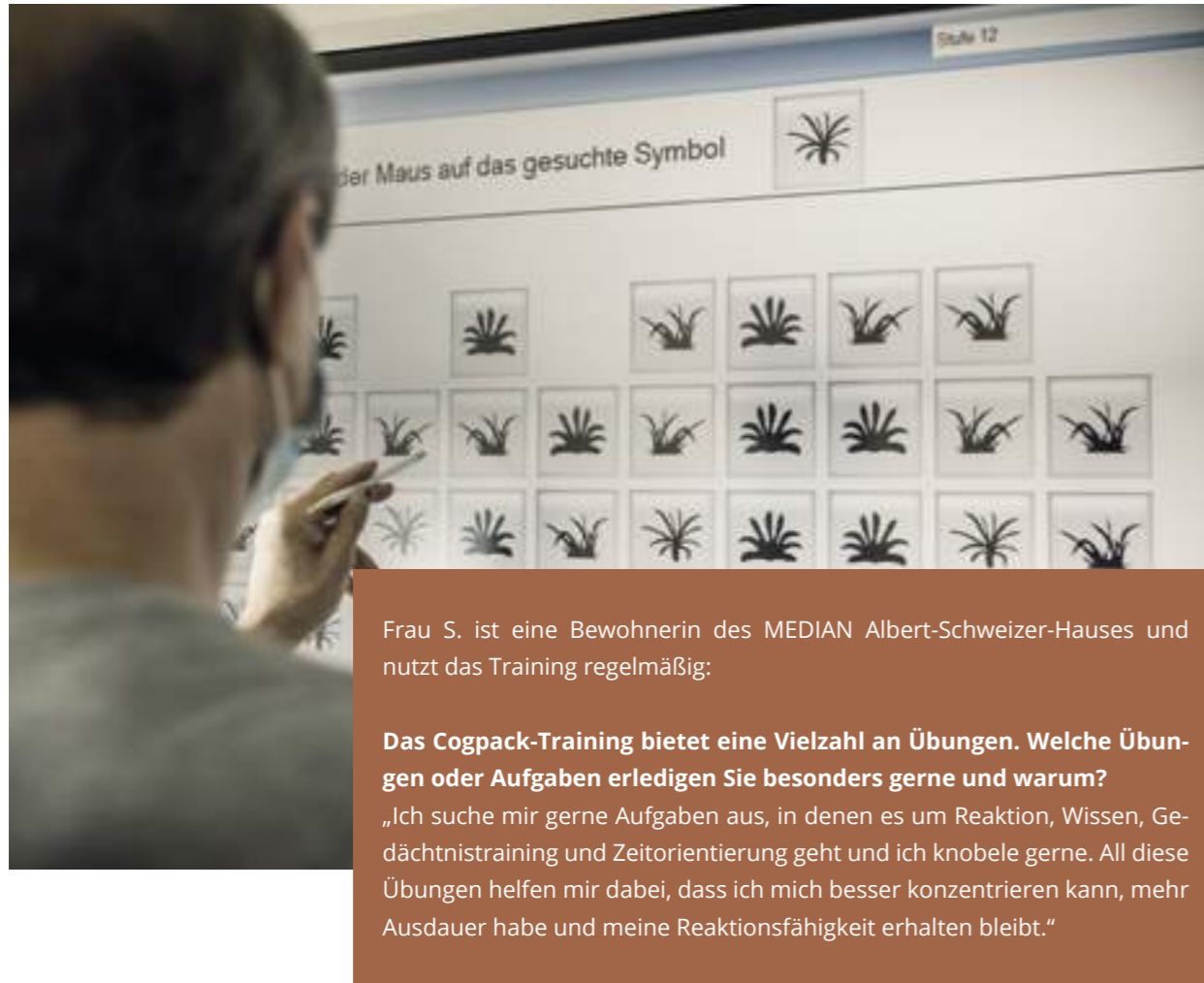
## MEDIAN ALBERT-SCHWEITZER-HAUS BAD DÜRKHEIM

Das MEDIAN Albert-Schweitzer-Haus in Bad Dürkheim ist eine moderne Einrichtung für Menschen mit psychischen Behinderungen. Das Team des Hauses engagiert sich für die bedürfnisgerechte und passende Förderung, Betreuung und Wiedereingliederung der Bewohnerinnen und Bewohner, die in gemischten Gruppen von drei bis sieben Personen zusammenleben. Anders als in unseren Reha-Einrichtungen dauert der Aufenthalt im MEDIAN Albert-Schweitzer-Haus teils über mehrere Jahre an. Das multiprofessionelle Team befähigt die Bewohnerinnen und Bewohner zu einer Teilhabe am gesellschaftlichem Leben und unterstützt sie bei der psychischen Stabilisation.



**UTE WAFFENSCHMIDT**

Sozialdienst  
MEDIAN Albert-Schweitzer-Haus



Frau S. ist eine Bewohnerin des MEDIAN Albert-Schweizer-Hauses und nutzt das Training regelmäßig:

**Das Cogpack-Training bietet eine Vielzahl an Übungen. Welche Übungen oder Aufgaben erledigen Sie besonders gerne und warum?**

„Ich suche mir gerne Aufgaben aus, in denen es um Reaktion, Wissen, Gedächtnistraining und Zeitorientierung geht und ich knobele gerne. All diese Übungen helfen mir dabei, dass ich mich besser konzentrieren kann, mehr Ausdauer habe und meine Reaktionsfähigkeit erhalten bleibt.“

**Welche Fähigkeiten können durch das Cogpack-Training verbessert werden?**

Durch das Training werden der Erhalt und die Förderung der kognitiven Fähigkeiten, der Realitätsbezogenheit und der Problemlösungsstrategien angestrebt. Zudem werden mit dem Cogpack-Training die Konzentration und die Ausdauer des Gedächtnisses gefördert. Auch zur Stärkung des Selbstwertgefühls und zur Befähigung der Alltagsbewältigung kann das Training beitragen.

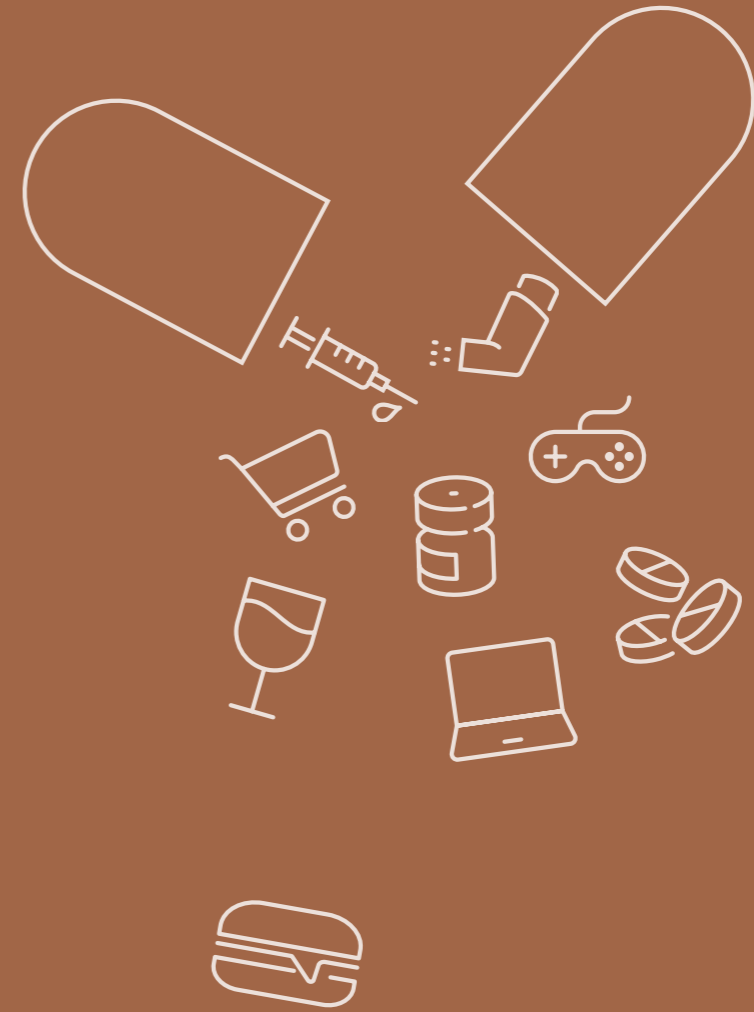
**Wie läuft ein Cogpack-Training bei Ihnen konkret ab?**

Dem Bewohner oder der Bewohnerin wird das Training vorgestellt und er beziehungsweise sie wird entsprechend eingewiesen. Anschließend wird besprochen, wie lange der Klient an dem Programm arbeiten möchte; die maximale Dauer beträgt eine Stunde. Die Bewohner ent-

scheiden, in welchem Bereich sie an diesem Tag arbeiten möchten und suchen sich eine Aufgabe aus. Nach jeder bearbeiteten Aufgabe kann neu entschieden werden, ob der Aufgabenbereich beibehalten oder gewechselt wird, und ob der Schweregrad angepasst werden soll. Hierbei wird die Person von uns unterstützt oder beraten, je nach Wunsch. In den Folgeterminen kann der Bewohner dann entscheiden, ob er selbstständig am Programm arbeiten oder Unterstützung haben möchte. In jedem Fall ist im Hintergrund immer eine Fachkraft und beobachtet, ermutigt oder unterstützt – falls nötig.



Standortkarte Abhängigkeitserkrankungen



**25**  
Einrichtungen

**ABHÄNGIGKEITS-  
ERKRANKUNGEN**

# SCHWERPUNKTE IM BEREICH ABHÄNGIGKEITSERKRANKUNGEN

Ziel von MEDIAN ist es, während der stationären und ambulanten Rehabilitation von abhängigkeitskranken Menschen alle relevanten körperlichen und psychischen Einschränkungen zu erfassen, ihre Auswirkungen auf die Teilhabe einzuschätzen und in die individuelle Therapieplanung einzubeziehen. Neben dem klinischen Eindruck ist hierzu eine umfassende psychometrische Diagnostik etabliert, die therapiezielleitende Informationen zur Verfügung stellt.

Für einen umfangreichen Behandlungserfolg arbeiten die Einrichtungen bei MEDIAN zudem eng mit niedergelassenen Ärzten und Fachärzten, Fachambulanzen für

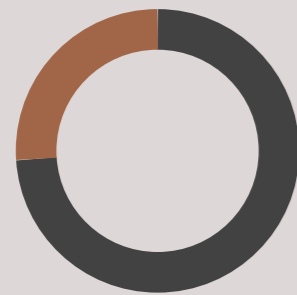
Abhängigkeitserkrankte, psychotherapeutischen Fachkräften, Suchtberatungsstellen, Sozialdiensten von Krankenhäusern sowie Betrieben und Behörden zusammen.

Die Rehabilitanden lernen im Zuge ihres Aufenthalts in einer MEDIAN Einrichtung, ihre eigene Abhängigkeitsentwicklung aus der individuellen Entwicklungsgeschichte und Psychodynamik heraus zu verstehen. Die Methoden der Verhaltenstherapie werden unter anderem eingesetzt, um alternative Bewältigungsstrategien zum Suchtmittelkonsum zu erarbeiten sowie neue und funktionellere Verhaltensweisen einzuüben.



# SOZIODEMOGRAFISCHE DATEN ABHÄNGIGKEITSERKRANKUNGEN

## GESCHLECHTERVERTEILUNG

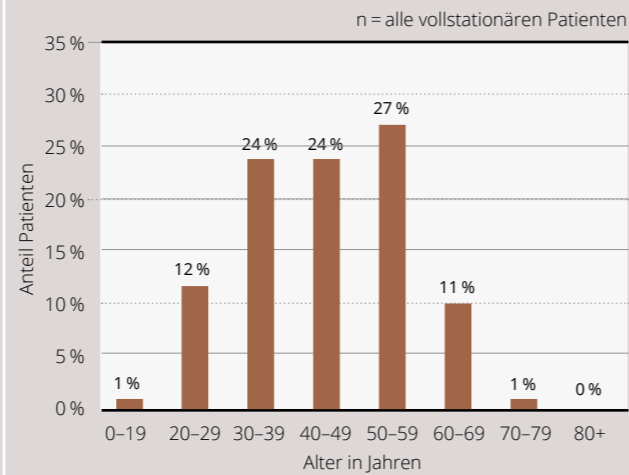


74 % männlich  
26 % weiblich  
0 % divers

Im Jahr 2021 wurden **8.319 Patientinnen und Patienten** mit Abhängigkeitserkrankungen bei MEDIAN behandelt. Die Mehrheit davon war mit 74 % männlich und 26 % waren weiblich.

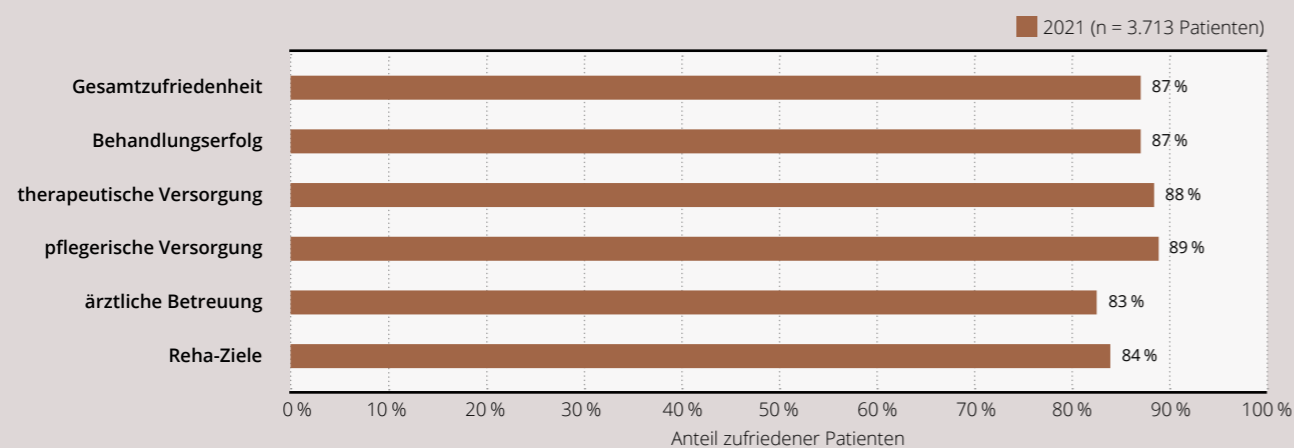
## ALTERSSTRUKTUR

Durchschnitt: 44 Jahre



Der Anteil an Patientinnen und Patienten **unter 50 Jahren** beträgt insgesamt 61 %. Dies spiegelt auch das Durchschnittsalter von 44 Jahren wider, welches im Vergleich zu anderen Indikationen eher jung ist.

## ZUFRIEDENHEIT DER PATIENTINNEN UND PATIENTEN

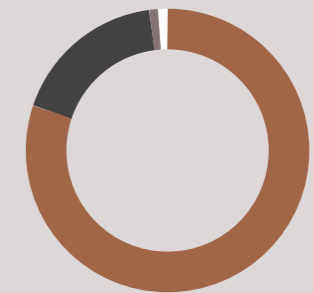


**87 %** unserer Patientinnen und Patienten waren im Jahr 2021 insgesamt mit ihrem Aufenthalt **zufrieden**. Hervorzuheben ist hier der **Behandlungserfolg**, mit dem sich ebenfalls **87 %** der Befragten im Bereich der Ab-

hängigkeitserkrankungen zufrieden zeigten. Besonders zufrieden waren die über 3.700 befragten Patientinnen und Patienten zudem mit der **pflegerischen (89 %)** und **therapeutischen Versorgung (88 %)**.

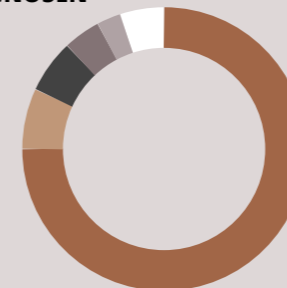
## VERTEILUNG DER LEISTUNGSTRÄGER

Die erbrachten Leistungen wurden mit einem Anteil von **80 %** von der **gesetzlichen Rentenversicherung** übernommen, welche somit der Hauptleistungsträger für diese Indikation ist.



80 % gesetzliche Rentenversicherung  
18 % gesetzliche Krankenversicherung  
1 % Selbstzahler/Private Krankenversicherung  
1 % sonstige

## VERTEILUNG DER FÜNF HÄUFIGSTEN HAUPTDIAGNOSEN



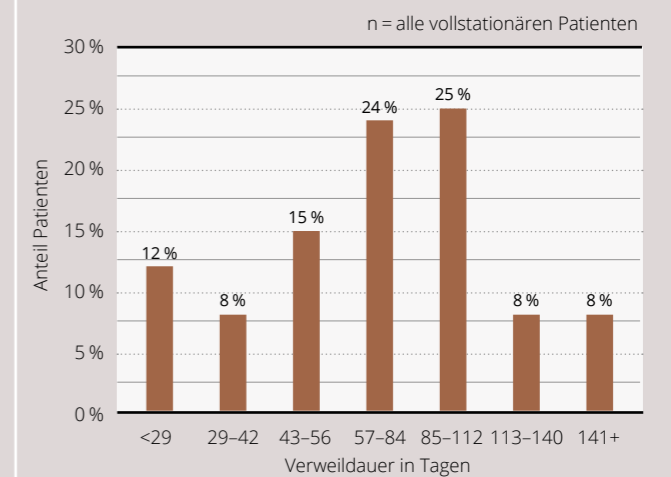
75 % F10 psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol  
7 % F12 psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide  
6 % F19 psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen  
4 % F15 psychische und Verhaltensstörungen durch andere Stimulanzien, einschließlich Koffein  
3 % F63 abnorme Gewohnheiten und Störungen der Impulskontrolle  
5 % sonstige Hauptdiagnosen

n = alle vollstationären Patienten

Mit einem Anteil von drei Vierteln war die Diagnose **„Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol“** die im Jahr 2021 am häufigsten gestellte Hauptdiagnose (75 %).

## VERTEILUNG DER VERWEILDAUER

Durchschnitt: 81 Tage



Die Verweildauer im Bereich Sucht/Abhängigkeit ist länger als in den anderen Indikationen: Im Durchschnitt waren im Jahr 2021 die Patientinnen und Patienten **81 Tage** in einer MEDIAN Einrichtung. Bei einem Viertel dauerte die Rehabilitation zwischen 85 und 112 Tagen an.



# MY POSSIBLE SELF – EINE APP ZUR UNTERSTÜTZUNG DER PSYCHISCHEN GESUNDHEIT

My Possible Self ist eine App zur Unterstützung der psychischen Gesundheit, optimiert für eine personalisierte Selbsthilfeeferfahrung in der täglichen Routine der Nutzer und Nutzerinnen. Durch die Kombination des technischen Know-hows des Entwickler-Teams und der Expertise von Priory Healthcare bietet die App eine breite Palette an interaktiven Tools und Techniken, die sorgfältig für die digitale Nutzung entwickelt und angepasst wurden.

Das folgende Interview wurde aus dem Englischen übersetzt.

## Auf welche Weise war Priory an der Entwicklung der App beteiligt?

Priory hat bei der Entwicklung der App mit My Possible Self zusammengearbeitet und klinische Inhalte sowie Informationen zur Verfügung gestellt. In Großbritannien müssen vom NHS (National Health Service) zugelassene Apps nachweisen, dass sie die klinischen Sicherheitsanforderungen erfüllen. Priory stellt dieses Fachwissen zur Verfügung und garantiert, dass die App sicher und effektiv ist.

## Wie würden Sie die My-Possible-Self-App beschreiben?

Die App „My possible self“ wird in der kognitiven Verhaltenstherapie genutzt, um Menschen bei der Bewältigung von Ängsten, Depressionen, Schlafschwierigkeiten, Trauer und Verlust, bei der Abhängigkeit von Glücksspiel und bei Alkoholproblemen zu helfen. Die App bietet eine Reihe von Anwendungen für das Wohlbefinden, die die Nutzer zu einem gesunden Lebensstil ermutigen, indem sie eine gesunde Ernährung und sportliche Betätigung fördert sowie Entspannungsübungen und Yoga-Unterstützung anbietet.

Die App wird durch das Entwickler-Team und Priory stetig um neue Inhalte, Informationen und Anwendungen erweitert, was die Nutzer motivieren soll, weiterhin aktiv zu bleiben. Dies wird durch individuell einstellbare Benachrichtigungen unterstützt, die die Nutzer dazu auffordern, die aktuelle Stimmung zu bewerten und so spielerisch Punkte zu sammeln. Zudem lassen sich über die App die eigenen Fortschritte nachvollziehen und Verbesserungen werden den Nutzerinnen und Nutzern stufenweise auf einen Blick aufgezeigt.

## Was ist das Hauptziel der App?

Die App unterstützt die psychische Gesundheit der Nutzer ebenso wie das Erlernen eines kontrollierten Trink- und Spielverhaltens. Darüber hinaus fördert sie die Gestaltung eines positiven Lebensstils und das Selbstmanagement.

## Wie erfahren potenzielle Nutzerinnen und Nutzer von der App? Wird sie von den Experten für psychische Gesundheit an ihre Klienten verschrieben?

Es gibt zwei Möglichkeiten, wie Nutzerinnen und Nutzer auf die App zugreifen können: Zum einen über die App-

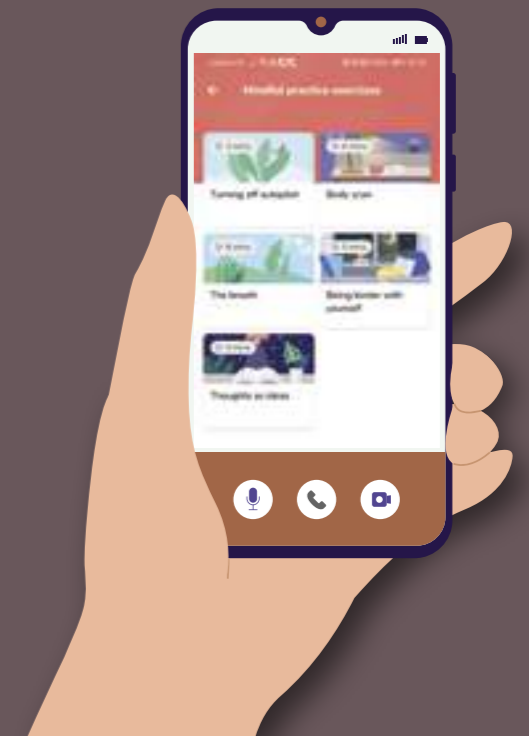


PRIORY HOSPITAL ROEHAMPTON IN LONDON



JOE MCEVOY

Director of Innovation and Digital  
Priory Group



Das Gesundheitsunternehmen Priory besteht seit über 140 Jahren und ist in Großbritannien der führende unabhängige Betreiber von Krankenhäusern und Soziotherapien zur Behandlung psychischer Krankheiten und Lernbehinderungen. Pro Jahr werden mehr als 30.000 Patientinnen und Patienten behandelt. Die Integration von Priory in die MEDIAN Unternehmensgruppe begann im Januar 2021.



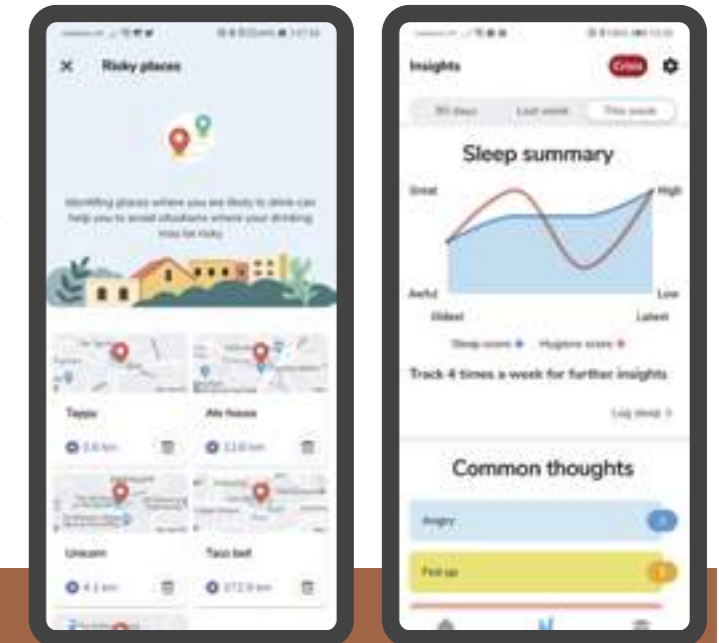
Das idyllisch gelegene Priory Hospital Altrincham in Cheshire (England).

Stores – das wurde hauptsächlich durch Werbeaktivitäten erreicht. Die fünf Länder mit den meisten Downloads sind das Vereinigte Königreich, die Vereinigten Staaten, Frankreich, Italien und Deutschland. Weltweit sind es circa 250.000 Downloads. In Deutschland kommen jeden Monat etwa 500 Nutzerinnen und Nutzer hinzu. Zum anderen wird die App auch vom klinischen Personal bei Priory verschrieben. So werden die Patientinnen und Patienten schon während ihres Klinikaufenthalts und der Rehabilitation ermutigt, die App zu nutzen und so ihre Genesung auch langfristig und nachhaltig zu fördern.

**Welche Vorteile haben Fachleute, die ihren Klienten die Nutzung von „My possible Self“ empfehlen?**  
 Fachleute können die App und deren Inhalte in die Behandlung miteinbeziehen. Unter anderem kann den Nutzerinnen und Nutzern so geholfen werden, Muster zu erkennen, die sich auf ihre Probleme auswirken. Auf freiwilliger Basis können die Patientinnen und Patienten ihre Ergebnisse zudem den Fachkräften als Teil ihrer Behandlung vorstellen.

**Gibt es Pläne, die Funktionen der App weiter auszubauen?**

Wir entwickeln die Inhalte der App und neues Material ständig weiter und haben vor kurzem zwei neue Serien gestartet: „Men’s Mental Health“ (dt.: „Mentale Gesundheit von Männern“) und „Coping with Grief and Loss“ (dt.: „Trauer und Verlust bewältigen“). In den kommenden Monaten entwickeln wir exklusive Inhalte für Firmenkunden, um sechswöchige Programme bei Angstzuständen, Depressionen und Schlafproblemen anzubieten. Außerdem sammeln wir klinische Daten, um die Wirksamkeit der Programme zu belegen.



**FRAGEN AN EINEN NUTZER VON „MY POSSIBLE SELF“**

**Wie lange nutzen Sie „My possible Self“ schon?**

Mein Name ist Jack, ich bin 22 Jahre alt und habe gerade mein Studium an der Universität abgeschlossen. Ich benutze „My possible Self“ seit etwa sechs Monaten. An der Universität war ich wegen meiner Dissertation gestresst und fing an, mehr und mehr Alkohol zu trinken, um mit meinem Stress fertig zu werden. Schon bald half das nicht mehr und ich begann, mich gefangen zu fühlen.

**Wie integrieren Sie „My possible Self“ in Ihr tägliches Leben?**

Ich wache auf und bewerte meinen Schlaf und meine Stimmung, was mir hilft, den Überblick darüber zu behalten, wie gut oder schlecht es mir geht. Damit ich es nicht vergesse, werde ich von der App täglich benachrichtigt. Ich habe die App auch schon benutzt, um die Orte zu protokollieren, an denen die Gefahr besteht, dass ich trinke, und die App benachrichtigt mich, wenn ich mich im Umkreis von einem Kilometer zu diesen Orten aufhalte. Wenn ich mit Freunden ausgehe, setze ich mir selbst bestimmte Grenzen, wie viel ich trinken werde. Hinterher fragt mich die App, wie es gelaufen ist. Das hilft mir auch zu sehen, wie gut es mir geht.

**Könnten Sie bitte beschreiben, wie sich die Nutzung der App positiv auf Ihre psychische Gesundheit auswirkt?**

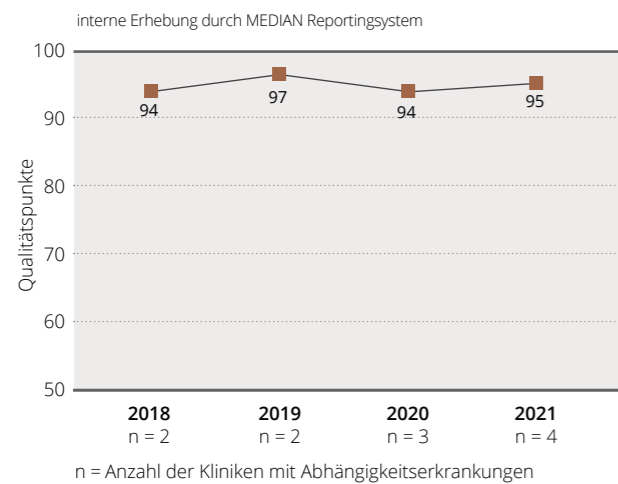
Der Alkoholkonsum war stark mit meinem Stress verbunden und ich hatte Angst, mein Studium nicht gut abzuschließen. Als mir das klar wurde, konnte ich die Übungen und Tools in der App nutzen, um mit meinem Stress und meinen Ängsten besser umzugehen. Ich habe gelernt, dass viele Dinge, die ich für mich selbst tun kann, nicht kompliziert sind. Ich hatte nur vorher den Zusammenhang nicht verstanden. Ich habe also begonnen, täglich Rad zu fahren, was schnell Wirkung zeigte und meinen Stress reduzierte.

**Was sind Ihrer Meinung nach die besten Funktionen der App?**

Am besten gefallen mir die täglichen Benachrichtigungen und Erinnerungen als Ansporn. Außerdem gefällt mir der Bereich „Einblicke“ in der App. Je mehr ich mich mit der App beschäftigte, desto aufschlussreicher Feedback bekam ich. Ich konnte sehen, wie sich meine Ergebnisse mit der Zeit verbesserten. Das war großartig! Heute trinke ich weniger und habe einiges in meinem Leben verändert, auch meinen Abschluss habe ich bestanden. Trotzdem benutze ich die App weiterhin.

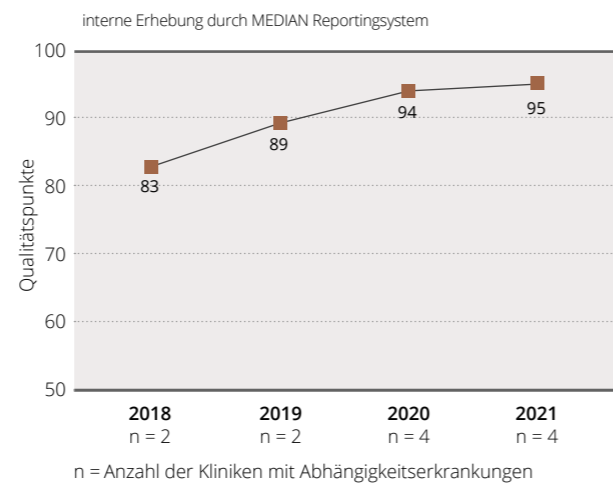
## KENNZAHLEN DER EXTERNEN QUALITÄTSSICHERUNG

### Reha-Therapiestandard „Alkoholabhängigkeit“ im zeitlichen Verlauf



Während 2020 die Qualitätspunkte im Reha-Therapiestandard „Alkoholabhängigkeit“ coronabedingt etwas abgefallen sind, lässt sich bereits ein Jahr später wieder ein Aufwärtstrend erkennen.

### Therapeutische Versorgung im zeitlichen Verlauf



Seit 2018 konnten die Qualitätspunkte im Bereich der therapeutischen Versorgung kontinuierlich gesteigert werden und liegen mit zuletzt 95 Qualitätspunkten mittlerweile auf sehr hohem Niveau.

\*\*\* signifikanter Unterschied,  $p < 0.001$

## ERGEBNISQUALITÄT IM BEREICH DER ABHÄNGIGKEITSERKRANKUNGEN

Abhängigkeitserkrankungen beeinträchtigen nachhaltig die Gesundheit sowie die seelische und psychische Verfassung und hinterlassen Spuren in allen Lebensbereichen: Familie, Freundschaften, Freizeit und Beruf. Nicht selten zerbrechen Familien und Freundschaften an Suchterkrankungen, und bezogen auf die Arbeitswelt kann langfristig auch die Erwerbs- und Berufsfähigkeit geschmälert werden. Bei MEDIAN werden wirkungsvolle Behandlungen angeboten, um sich aus dem Teufelskreis der Sucht zu befreien. Die Qualität dieser Behandlungen lässt sich anhand der nachfolgenden Parameter gut veranschaulichen.

### SCL-K9

Der SCL-K9 ist eine Kurzform der Symptom-Check-Liste SCL-90-R, welche ein international verwendetes Selbstbeurteilungsinstrument zur Erfassung psychischer und körperlicher Symptombelastungen ist (Derogatis, 1986; Schmitz et al., 2000). Der SCL-90-R misst anhand von 90 Fragen die subjektiv empfundene Beeinträchtigung durch körperliche und psychische Symptome einer Person innerhalb der letzten sieben Tage. Dabei wird ein breites Spektrum psychischer Störungen in neun Symptomdimensionen abgebildet:

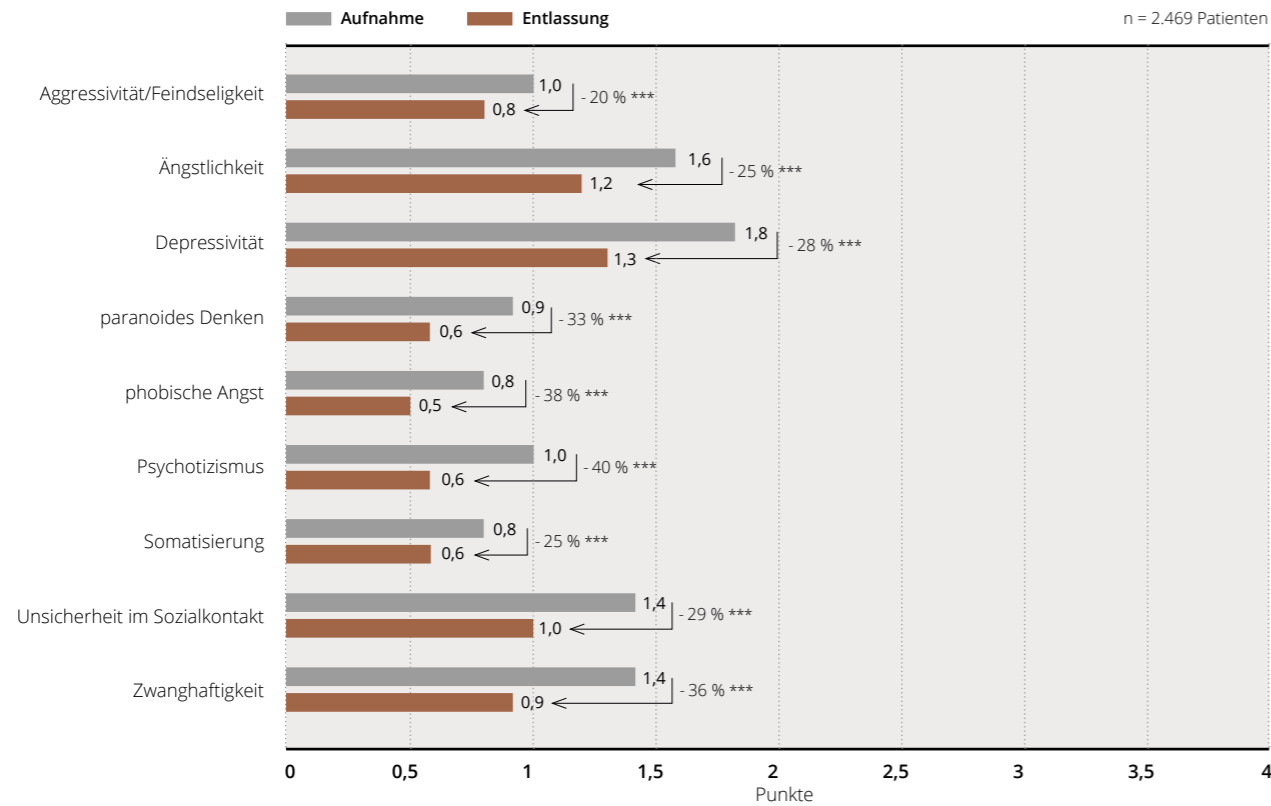
- Somatisierung
- Zwanghaftigkeit
- Aggressivität
- Ängstlichkeit
- Depressivität
- Paranoia
- Phobie
- Psychotizismus
- Unsicherheit im Sozialkontakt

\*\*\* signifikanter Unterschied,  $p < 0.001$

Mit 90 Fragen ist der SCL-90-R-Fragebogen sehr zeitaufwändig. Daher eignet er sich weniger für den Klinikalltag. Der SCL-K9-Fragebogen verkürzt den SCL-90-R-Fragebogen auf jeweils eine Frage zu jeder der neun Dimensionen der psychischen Belastung (Brähler & Klaghofer, 2001). Er eignet sich daher besonders gut für eine effiziente Erfassung der subjektiven psychischen Beeinträchtigung bei größeren Populationen (Prinz et al., 2008; Sereda & Dembitsky, 2016).

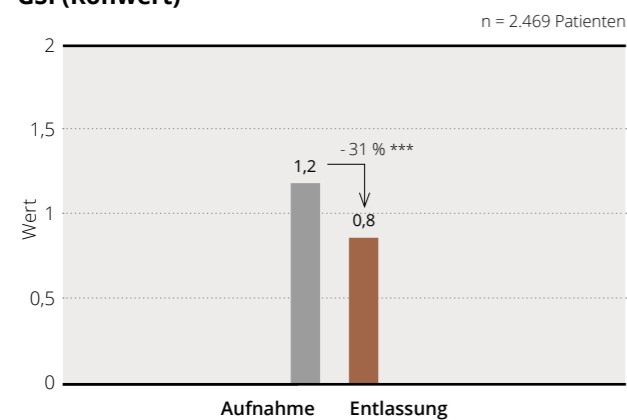
Der SCL-K9-Fragebogen wird Patientinnen und Patienten jeweils zu Beginn und Ende des Rehabilitationsaufenthalts vorgelegt, um die Entwicklung und den Symptomverlauf einzuschätzen. In den einzelnen Items des SCL-K9-Fragebogens können Aussagen von null Punkten (überhaupt nicht) bis vier Punkten (sehr stark) getroffen werden. Der Mittelwert der Antwortwerte bildet den globalen Kennwert GSI (Global Severity Index). Je niedriger dieser Score ist, desto besser schätzt der Befragte seine psychische Gesundheit ein.

**Ergebnisse des SCL-K9-Fragebogens bei Aufnahme und Entlassung auf Itemebene für das Jahr 2021**



In der Grafik zur Symptom-Checkliste ist zu erkennen, dass sich die Patientinnen und Patienten zwischen Aufnahme und Entlassung in allen neun Items signifikant verbessert haben. Die größten Verbesserungen liegen in den Bereichen Psychotizismus, phobische Angst und Zwanghaftigkeit vor.

**GSI (Rohwert)**

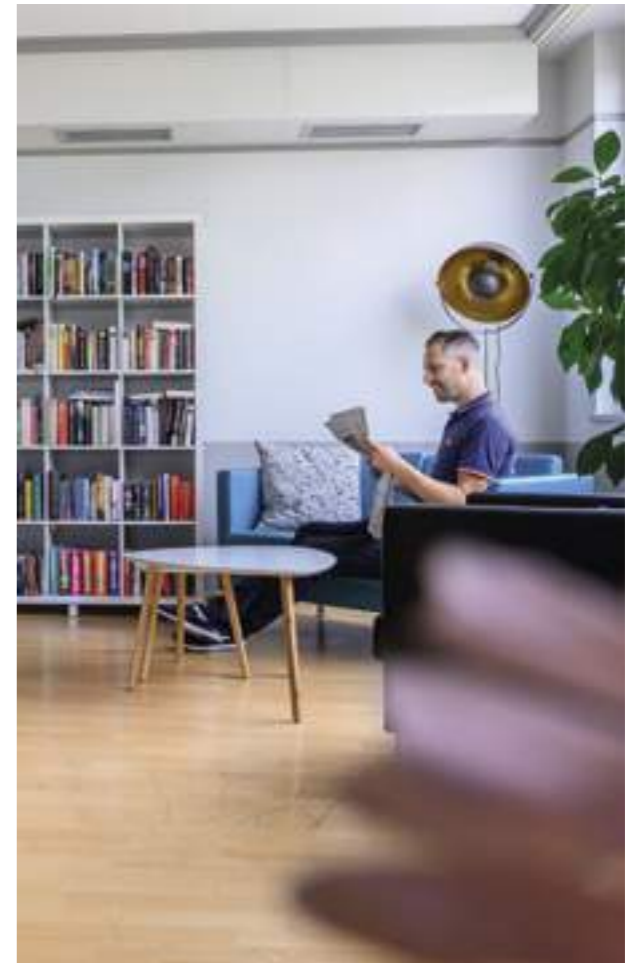


Auch bei Betrachtung des globalen Kennwerts GSI zeigt sich schnell, dass sich die psychische Gesundheit der knapp 2.500 beurteilten Patientinnen und Patienten während ihres Aufenthaltes deutlich gebessert hat.

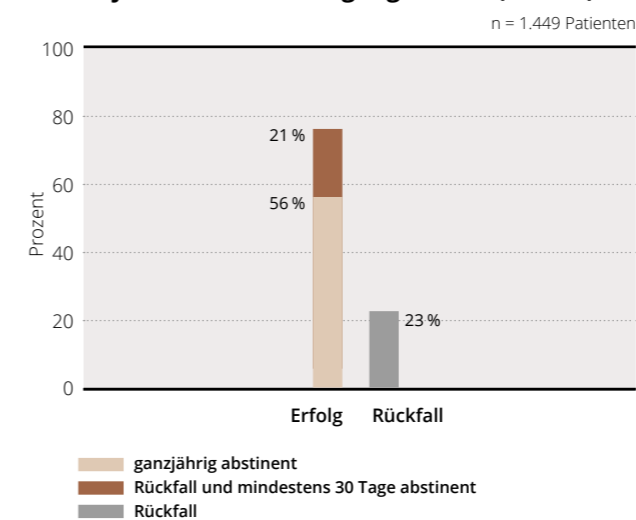
\*\*\* signifikanter Unterschied, p < 0.001

**ABSTINENZ-QUOTE**

Im Bereich der Abhängigkeitserkrankungen ist die Abstinenz-Quote ein weiterer wichtiger Parameter für den Erfolg der Rehabilitation. Dabei werden Patientinnen und Patienten ein Jahr nach ihrem Rehabilitationsaufenthalt schriftlich zu ihrem Abstinenzverhalten und sonstigen Erfolgskriterien wie zum Beispiel nach der Lebenszufriedenheit in verschiedenen Bereichen befragt. Nach den Standards der Deutschen Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie (DG-Sucht) werden drei Erfolgskategorien unterschieden: Die Patientinnen und Patienten sind nach der Rehabilitation durchgängig abstinent, sie erleiden einen Rückfall und sind danach mindestens 30 Tage abstinent („abstinent nach Rückfall“) oder sie werden rückfällig.

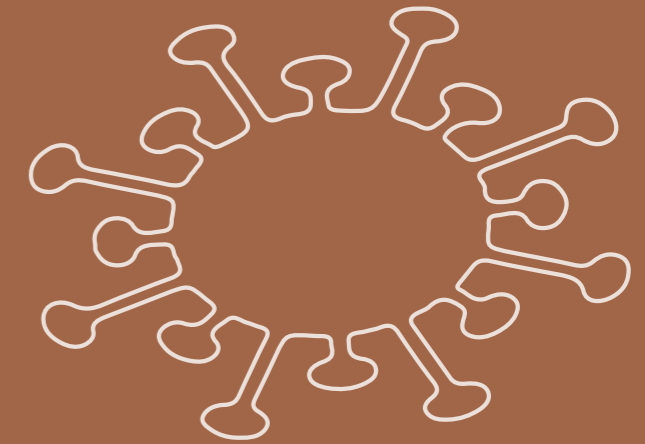


**Abstinenz-Erfolgsquote bei Suchtkranken (Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit) aus dem Entlassjahr 2020 mit Befragung in 2021 (DGSS 1)**



In der hier abgebildeten Berechnungsform 1 (DGSS 1) werden alle in der Katamnese erreichten und planmäßig entlassenen Patientinnen und Patienten einbezogen (Bick-Dresen et al., 2020). Es zeigt sich, dass über die Hälfte der Patientinnen und Patienten ganzjährig abstinent geblieben ist und weitere 21 % zwar einen Rückfall erlitten, aber anschließend ebenfalls abstinent blieben.

Standortkarte Long COVID



**13**

**Einrichtungen**

**LONG COVID**

# SCHWERPUNKTE DER LONG-COVID-REHABILITATION

Seitdem am 14. April 2020 in der MEDIAN Klinik Heiligendamm der erste Long-COVID-Patient seine Behandlung antrat, konnten bei MEDIAN 7.150 Patientinnen und Patienten mit Langzeitfolgen nach einer COVID-19-Infektion behandelt werden (Stand August 2022). Die Erfahrungen der ärztlichen und therapeutischen Expertinnen und Experten von MEDIAN haben wir von Beginn der Pandemie an geteilt: Behandlungskonzepte, Fallstudien und Forschungsergebnisse wurden jederzeit öffentlich zugänglich gemacht, um noch mehr Betroffene effektiv behandeln zu können.

## UMFANGREICHE BEHANDLUNGSKONZEPTE SOWOHL FÜR POST COVID ...

MEDIAN hat sich bereits früh mit vier Konzepten zur Post-Corona-Rehabilitation an der Bewältigung der COVID-19-Pandemie beteiligt. Sie wurden von interdisziplinären Medical Boards entwickelt und werden einheitlich in allen Einrichtungen der Gruppe mit entsprechendem Fachgebiet angeboten.

Hierzu zählen

- eine spezifische pneumologische Post-Corona-Rehabilitation
- eine interdisziplinäre Post-Corona-Rehabilitation
- eine spezifische psychosomatische Post-Corona-Rehabilitation
- eine spezifische Sucht-Post-Corona-Rehabilitation

Der Behandlungsansatz berücksichtigt in allen Konzepten die umfassenden somatischen, neurologischen und psychischen wie auch sozialen Beeinträchtigungen der Betroffenen durch die individuellen Folgen der Corona-Pandemie, um den bestmöglichen Rehabilitationserfolg auch im Sinne der Teilhabe am gesellschaftlichen und beruflichen Leben zu erreichen.

## ... ALS AUCH FÜR LONG COVID

Zusätzlich entwickelte MEDIAN im Frühjahr 2021 ein Long-COVID-Rehabilitationskonzept. Da die Symptome bei Long COVID sehr unterschiedlich sind, steht ein interdisziplinärer und individueller Behandlungsansatz im Fokus. Jeder Patient erhält daher ein individuelles Programm, abhängig von den unterschiedlichen Konstellationen der Beschwerden und Vorerkrankungen sowie dem Schweregrad der COVID-Erkrankung. Dieses einmal festgelegte Programm bleibt nicht bis zum Ende der Rehabilitation bestehen, sondern wird je nach Entwicklung des Einzelnen durch das interdisziplinäre Team ergänzt oder umstrukturiert.

## MEDICAL BOARD LONG COVID

Um die interdisziplinären Erfahrungen aus den Einrichtungen und Kliniken zu bündeln sowie auf die sich schnell ändernden Herausforderungen in Zusammenhang mit COVID-19 reagieren zu können, wurde im Mai 2021 das Medical Board Long COVID gegründet. Ihm gehören die Chefärzte und Chefärztinnen aus den Fachabteilungen Pneumologie, Orthopädie, Neurologie, Innere Medizin, Kardiologie und Psychosomatik an.



## INFORMATIVE WEBSEITE ZU LONG COVID

Das von den Medical Board Long COVID zusammengetragene Wissen zu den Langzeitfolgen wird auf der Webseite long-covid.de veröffentlicht. Ziel ist es, allen Ärzten in Reha- und Akutkliniken, Hausärzten und behandelnden Therapeuten das Wissen zur Behandlung der Langzeitfolgen von COVID-19-Patienten zur Verfügung zu stellen. Auch Betroffene und Angehörige sollen speziell aufbereitete Informationen zu den Langzeitfolgen der Infektion im Web abrufen können.

## BETEILIGUNG AN DER GRÜNDUNG DER SELBSTHILFEGRUPPE LONG COVID

Zudem hat sich MEDIAN an der Gründung der deutschlandweiten Selbsthilfegruppe Long COVID beteiligt. Die Selbsthilfegruppe ist seitdem eine Plattform für Informationsaustausch unter Betroffenen und deren Angehörigen. Sie bietet die Möglichkeit, Kontakte zu Mitbetroffenen zu knüpfen und sich über Erkenntnisse und lebenspraktische Erfahrungen auszutauschen.

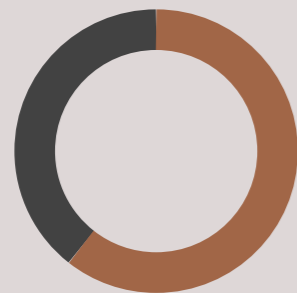
## BETEILIGUNG AN STUDIEN ZU LONG COVID UND DER EFFEKTIVITÄT DER SPEZIFISCHEN REHABILITATION

Seit Beginn der Behandlung von Patienten mit Langzeitfolgen nach einer akuten Infektion mit COVID-19 hat MEDIAN Daten zum Effekt der Rehabilitation gesammelt. Ins Leben gerufen wurde der MEDIAN Corona Recovery Score, anhand dessen wertvolle Erkenntnisse zur Entwicklung der somatischen und psychosomatischen Symptome gewonnen werden können.

Zusätzlich initiierte MEDIAN unterschiedliche Studien in Kooperation mit Universitäten. Eine Studie untersucht zusammen mit der Charité Berlin den Effekt von kontrollierter Atemtherapie mit intermittierender Hypoxämie/Hyperoxämie auf die klinische Erholung in der Rehabilitation nach COVID-19-Erkrankung. Zusammen mit der Universität Lübeck wird die Wirksamkeit der medizinischen Rehabilitation nach Erkrankung in einer Langzeitstudie analysiert.

# SOZIODEMOGRAFISCHE DATEN LONG COVID

## GESCHLECHTERVERTEILUNG

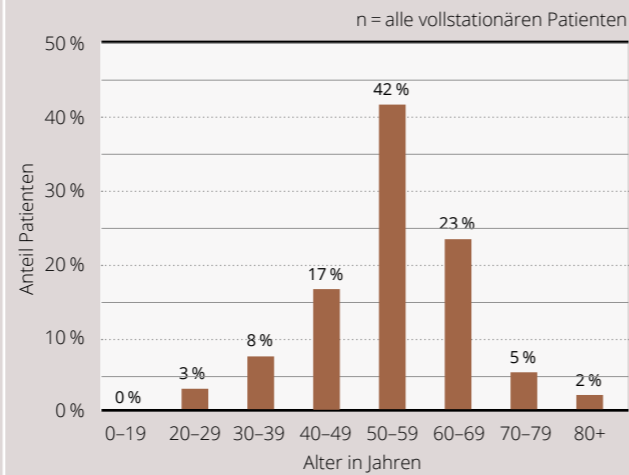


61 % weiblich  
39 % männlich  
0 % divers

Im Jahr 2021 erhielten insgesamt **1.979 Patientinnen und Patienten** unsere Long-COVID-Rehabilitation in der vollstationären Versorgung. Davon waren 39 % männlich und 61 % weiblich.

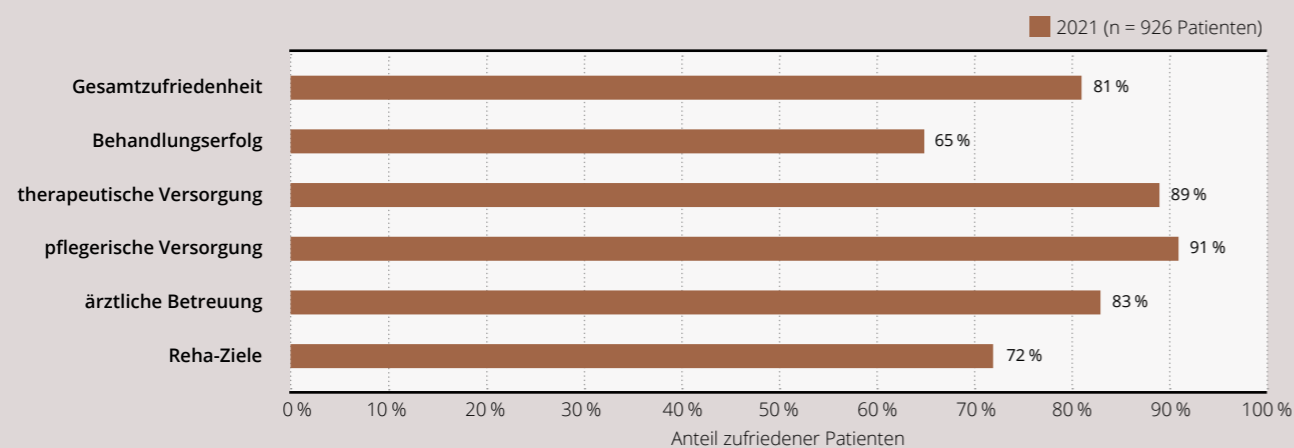
## ALTERSSTRUKTUR

Durchschnitt: 54 Jahre



Die größte Altersgruppe war 2021 die der 50- bis 59-Jährigen (**42 %**). Auch das Durchschnittsalter liegt mit **54 Jahren** in diesem Bereich. 28 % waren jünger als 50 Jahre.

## ZUFRIEDENHEIT DER PATIENTINNEN UND PATIENTEN

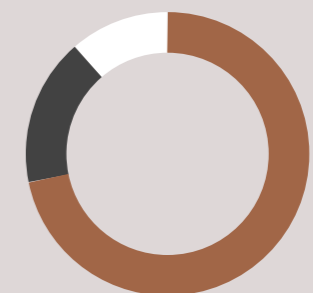


Unsere Patientinnen und Patienten in der Long-COVID-Rehabilitation erhalten selbstverständlich auch die Möglichkeit, am Ende des Aufenthalts an der Zufriedenheitsbefragung teilzunehmen. Im Jahr 2021 waren 81 % der

knapp 1.000 Befragten mit ihrer Long-COVID-Rehabilitation zufrieden. Äquivalent zur Mehrheit bei anderen Indikationen wird auch hier die **pflegerische (91 %)** und **therapeutische Versorgung (89 %)** am besten bewertet.

## VERTEILUNG DER LEISTUNGSTRÄGER

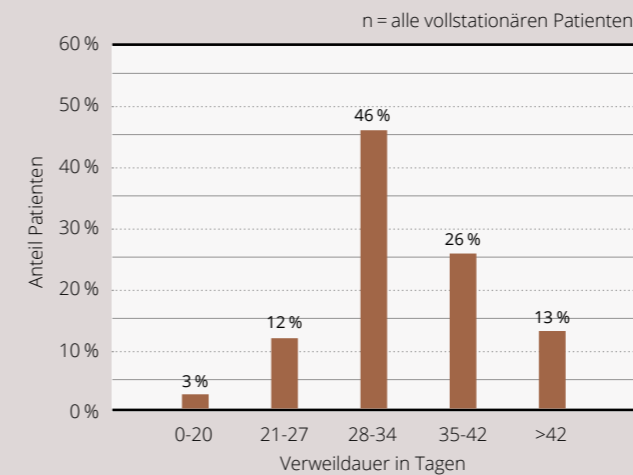
Die erbrachten Leistungen wurden durch verschiedene Träger übernommen. Mit **72 %** übernommenen Leistungen war die **gesetzliche Rentenversicherung** im Bereich Long-COVID-Hauptleistungsträger.



72 % gesetzliche Rentenversicherung  
17 % gesetzliche Krankenversicherung  
11 % sonstige

## VERTEILUNG DER VERWEILDAUER

Durchschnitt: 26 Tage



Die Patientinnen und Patienten mit Long COVID verbrachten durchschnittlich **26 Tage** in einer MEDIAN Einrichtung. 46 % hatten 2021 eine Verweildauer von 28 bis 34 Tagen. Länger als 42 Tage verblieben 13 % in der Rehabilitationsmaßnahme.

## DIGITAL GEGEN LONG COVID

Digitale und innovative Angebote unterstützen Patientinnen und Patienten mit Long-COVID-Symptomen in ihrem Genesungsprozess: Diese reichen von der Anwendung neuer Therapieansätze, über App-basierte Nachsorgemöglichkeiten bis hin zu digitalen Selbsthilfegruppen. Aber auch Mitarbeitende profitieren durch digitale Tools von einer vereinfachten Kommunikation.

### Welche digitalen oder innovativen Tools und Angebote kommen für Patientinnen und Patienten mit Long COVID zum Einsatz?

Da die Symptome bei Long COVID sehr unterschiedlich sind, steht ein interdisziplinärer und individueller Behandlungsansatz im Fokus. Jeder Patient erhält daher ein spezielles Behandlungsprogramm, abhängig von den unterschiedlichen Konstellationen seiner Beschwerden und Vorerkrankungen sowie dem Schweregrad seiner COVID-Erkrankung. Dies wird auch bei der Weiterentwicklung innovativer Behandlungsmethoden und digitaler Angebote für Patientinnen und Patienten berücksichtigt.

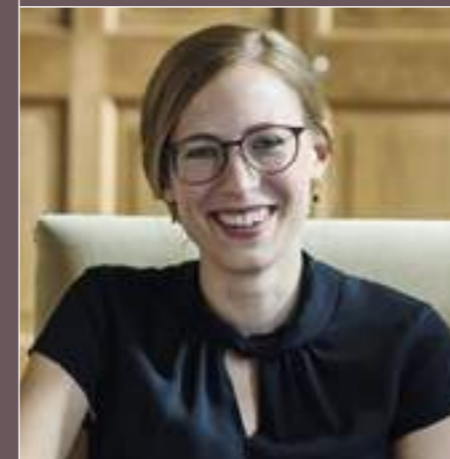
Bei der Behandlung von Long COVID nutzen wir in einigen Kliniken eine kontrollierte Atemtherapie mit intermittierender Hypoxämie/Hyperoxämie. Da diese Therapie noch sehr neu ist, führen wir zusammen mit der Charité Berlin eine Studie zum Effekt dieser Behandlung in der Rehabilitation nach einer COVID-19-Erkrankung durch (mehr zur Studie lesen Sie im Kapitel Forschung und Innovation).

Zusätzlich bieten wir allen Patientinnen und Patienten an, im Anschluss an ihre Rehabilitationsbehandlung eine App-basierte digitale Nachsorge durchzuführen, deren Inhalte bereits während des Aufenthalts in der Klinik individuell introduziert werden.

### Welche Vorteile bieten digitale Tools für die Betroffenen?

Die App-basierte Nachsorge ermöglicht es den Patienten, unabhängig von zeitlichen Verpflichtungen oder dem Ort, ihre Behandlung nach der Rehabilitation flexibel weiterzuführen. Hierbei können die Nutzer der App ihr individuelles Tempo und die Intensität der Übungen selbst bestimmen – dies ist insbesondere für Patientinnen und Patienten von Vorteil, die unter dem Fatigue-Syndrom leiden.

Zusätzlich zu den Übungen in der App bietet MEDIAN Long-COVID-Patienten den Beitritt in eine digitale Selbsthilfegruppe an, in der Long-COVID-Erkrankte aus ganz Deutschland in den Austausch miteinander treten können.



**DR. LAURA GOLENIA**

Leiterin Forschung & Innovation  
MEDIAN Unternehmenszentrale



### UNTERNEHMENSZENTRALE BERLIN

Dr. Laura Golenia leitet seit 2021 den Bereich Forschung und Innovation bei MEDIAN. Sie überblickt, welche Studien und Forschungsprojekte in den Einrichtungen durchgeführt werden. Zudem unterstützt sie unsere Häuser bei der Erprobung innovativer Tools und begleitet die Einführung neuer Instrumente – stets mit dem Ziel, die Behandlungspfade nachhaltig zu optimieren. So begleitete sie in den letzten Jahren auch die Entwicklung der Long-COVID-Rehabilitation und koordinierte die Gründung des Medical Boards Long COVID.





#### Welches Potenzial in der Online-Vernetzung und des Austauschs sehen Sie?

Nicht nur die Patientinnen und Patienten profitieren von einem digitalen Austausch. Auch für die Mitarbeitenden ermöglichen digitale Tools beispielsweise eine vereinfachte Kommunikation untereinander – insbesondere in Pandemie-Zeiten. So können beispielsweise die Meetings des Medical Board Long COVID durch digitale Videokonferenzen sehr regelmäßig und in höherer Frequenz stattfinden, als dies bei einem persönlichen Treffen realisierbar wäre.

Das Medical Board Long COVID wurde gegründet, um die interdisziplinären Erfahrungen aus den Einrichtungen und Kliniken von MEDIAN zu bündeln sowie auf die sich stetig ändernden Herausforderungen in Zusammenhang mit COVID-19 schnell und effektiv reagieren zu kön-

nen. Ihm gehören die Chefärztinnen und Chefarzte aus verschiedenen Fachabteilungen von MEDIAN, darunter Pneumologie, Orthopädie, Neurologie, Innere Medizin, Kardiologie und Psychosomatik an.

Auch das International Symposium Long COVID, das MEDIAN als Online-Veranstaltung ins Leben rief, ermöglicht es, ohne viel Aufwand Experten aus aller Welt zusammenzubringen, was ohne digitale Tools in dieser Form nicht möglich wäre. Erstmals diskutierten Wissenschaftler aus den USA, China, Großbritannien und Deutschland am 12. Oktober 2021 auf Einladung von MEDIAN bei diesem Symposium über die Erkenntnisse zu Langzeitfolgen von COVID-19. Insgesamt 375 Teilnehmende aus acht Ländern verfolgten die internationalen Fachberichte sowie die anschließenden Diskussionen im Rahmen der virtuellen Veranstaltung.

#### PATIENTENSTIMME

Patientin: 48 Jahre alt, Beruf: Bankkauffrau, Diagnose: Long-COVID-Syndrom, Fatigue, leichte kognitive Störung

**Die digital gestützte Nachsorge beinhaltet die Bereiche Training, Wissen und Wohlbefinden, welche von Ihren Therapeuten vor Ort mit Inhalten befüllt werden. Welche Funktionen haben Sie am häufigsten während des Rehabilitationsaufenthalts genutzt – und warum?**

Der Therapieplan in der MEDIAN Klinik Flechtingen war immer sehr gut gefüllt, weshalb mir besonders die Atem- und Entspannungsübungen beim Abschalten geholfen haben. Die zusätzlichen Trainingsübungen kamen dann gegebenenfalls an ruhigeren Therapietagen zum Einsatz.

Beide Therapien halfen mir dabei, abzuschalten, zur Ruhe zu kommen und beim Einschlafen. Darüber hinaus konnte ich durch die Atemübungen meine Atemintensität erhöhen und bekomme inzwischen nicht mehr so schnell Luftnot bei Belastungen.

#### Welchen Mehrwert bot Ihnen das digitale Training während Ihrer Rehabilitation?

Das digitale Training gab mir einen zusätzlichen Impuls.

Das individuelle Training und die eigene Wahl der Therapien waren für mich sehr hilfreich. Ich konnte den passenden Zeitpunkt für mein individuelles Training festlegen/herausfinden und es dadurch in den regulären Tagesablauf einbauen.

#### Was hat Sie dazu bewegt, die digital gestützte Nachsorge in Anspruch zu nehmen?

Ich habe Zuhause keine Möglichkeit der IRENA-Nachsorge in der Nähe und halte die digitale Nachsorge für mich für eine sehr gute Alternative, weil ich sie in meinen individuellen Tagesablauf einfügen kann. Wenn es mir nicht gut geht, kann ich die Übungen am nächsten Tag durchführen. Bei einer Einrichtung müsste ich dann den Termin absagen.

Insgesamt finde ich die digitale Nachsorge für mein Krankheitsbild effektiver, weil sich mein Befinden von Tag zu Tag ändert und ich damit flexibler bin.

#### Welches Potenzial sehen Sie in der Digitalisierung für Gesundheitseinrichtungen?

Das Potenzial ist sowohl für die Rehabilitation als auch für die Long-COVID-Therapie enorm. Die Digitalisierung ermöglicht es, eine Vielzahl an medizinischen Daten automatisch und in einer strukturierten Art und Weise zu sammeln. Auf dieser Basis können fundierte Entscheidungen zur effektiven Behandlung getroffen werden. Dies ist insbesondere für das vielfältige Krankheitsbild von Patientinnen und Patienten mit Long COVID von großer Bedeutung, weil bisher noch wenige Erkenntnisse zu wirksamen Behandlungsmethoden vorliegen.

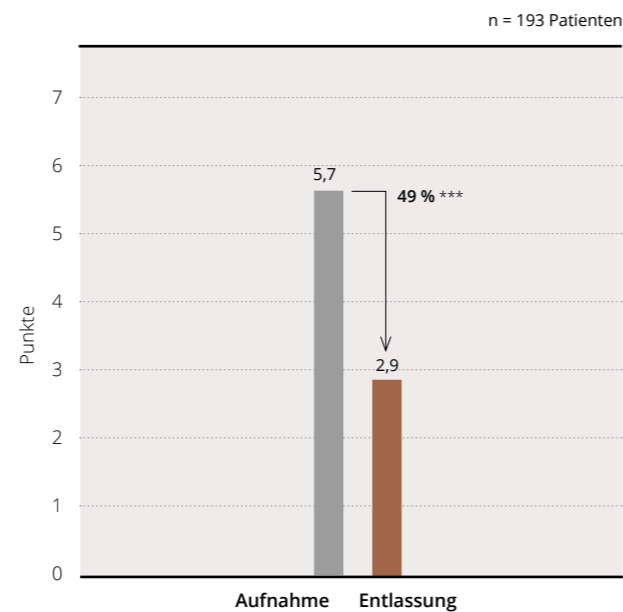
MEDIAN konnte die bereits vor einigen Jahren etablierten digitalen Strukturen der Unternehmensgruppe von Beginn der Pandemie an für eine strukturierte Datensammlung nutzen. So war MEDIAN in der Lage, Behand-

lungen für die noch unerforschte Symptomatik bei Long COVID zu evaluieren und die wirksamsten Therapien für die unterschiedlichen Symptome Long-COVID-Erkrankter zu identifizieren.

# ERGEBNISQUALITÄT BEI LONG COVID

Um das Ausmaß der Beeinträchtigungen durch die COVID-19-Erkrankung zu erfassen, wurde der MEDIAN Corona Recovery Score (MCRS) entwickelt. Der MCRS besteht aus Parametern, die sowohl die somatischen als auch die psychosomatischen Aspekte der Erkrankung abdecken. Denn auch und gerade in der Krise bedeutet Qualität bei MEDIAN vor allem eines: die Rehabilitationsmedizin zum Wohle der Patientinnen und Patienten stetig weiterzuentwickeln. Das Set aus psychologischen und somatischen Outcome-Parametern wird zu Beginn und zum Abschluss der Rehabilitation erhoben. Bei den ärztlicherseits dokumentierten somatischen Parametern handelt es sich unter anderem um die Diffusionskapazität (Kohlenmonoxid-Transferfaktor TLCO), die forcierte Vitalkapazität oder das somatische Modul des MCRS. Die psychologischen Outcome-Parameter werden durch die Generalized Anxiety Disorder Scale-7 (GAD-7) und den Patient-Health Questionnaire-9 (PHQ-9) abgebildet, die direkt durch Angaben der Patientinnen und Patienten erfasst werden.

## Ergebnisse des somatischen Moduls im MCRS-Score

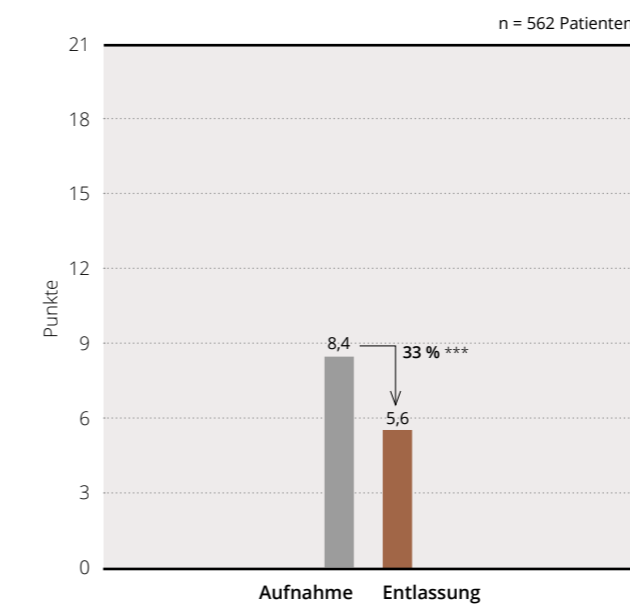


Wie in dieser Grafik zu sehen, verbesserte sich der durchschnittliche Punktwert der Patientinnen und Patienten im somatischen Modul des MCRS im Laufe der Rehabilitation um fast 50 %.

\*\*\* signifikanter Unterschied,  $p < 0.001$



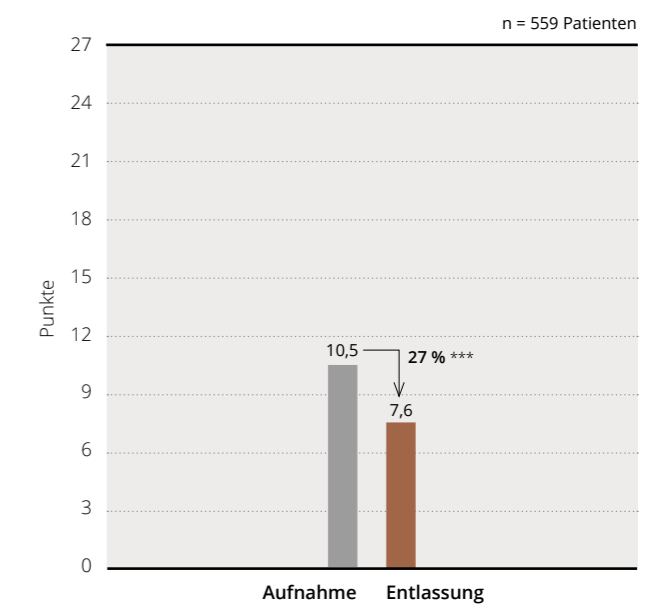
## Ergebnisse des GAD-7



Im Durchschnitt konnten sich die Patientinnen und Patienten von der Aufnahme bis zur Entlassung beinahe um drei Punkte im Fragebogen GAD-7 verbessern, was einer prozentualen Veränderung von 33 % entspricht.

\*\*\* signifikanter Unterschied,  $p < 0.001$

## Ergebnisse des PHQ-9



Auch beim PHQ-9 lässt sich eine starke Verbesserung der Symptomatik erkennen. Hier verbesserten sich die Patientinnen und Patienten zwischen Aufnahme und Entlassung im Durchschnitt von 10,5 auf 7,6 Punkte, was einer Verbesserung von 27 % entspricht.

Standortkarte Psychosomatik



42

Einrichtungen

# PSYCHOSOMATIK

## SCHWERPUNKTE IN DER PSYCHOSOMATIK

In den psychosomatischen Einrichtungen von MEDIAN werden Erkrankungen behandelt, bei denen seelische Symptome im Vordergrund stehen. Häufig auftretende psychische Erkrankungen sind beispielsweise depressive und somatoforme Störungen sowie Angststörungen.

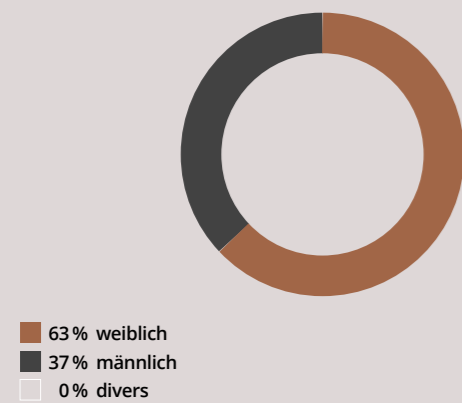
Auch während der Pandemie blieben die psychosomatischen Einrichtungen von MEDIAN unter Beachtung individuell angepasster Schutzmaßnahmen geöffnet. Dabei wurde das Behandlungsspektrum erweitert und teilweise

auf die Versorgung akut psychiatrischer Patientinnen und Patienten ausgeweitet. Weiterhin setzten die Einrichtungen das von MEDIAN bereits 2020 entwickelte Konzept zur Behandlung psychischer und psychosomatischer Folgeschäden von COVID-19 mit Erfolg um. So kann mit einer für die psychischen Symptome von Post- und Long COVID maßgeschneiderten Therapie auch diesen – teilweise stark betroffenen – Patientinnen und Patienten effektiv geholfen werden.



# SOZIODEMOGRAFISCHE DATEN PSYCHOSOMATIK

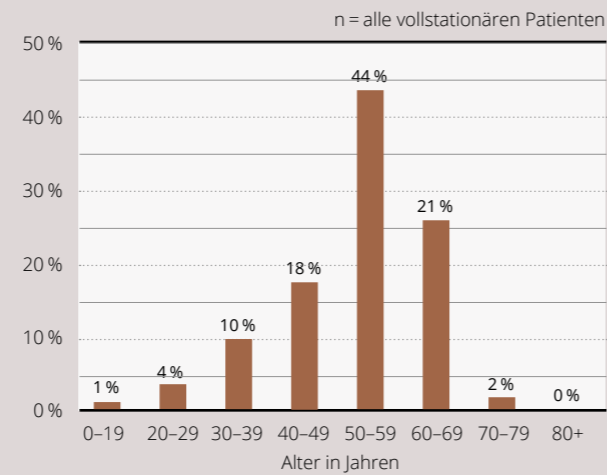
## GESCHLECHTERVERTEILUNG



In der Psychosomatik waren insgesamt **30.685** Patientinnen und Patienten in der Rehabilitation. Davon waren 63% weiblich und 37% männlich.

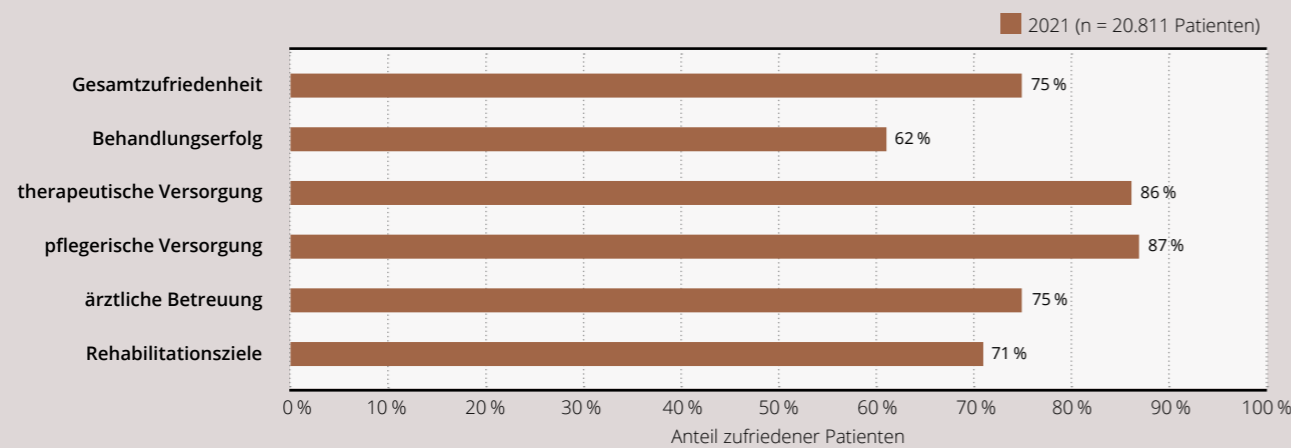
## ALTERSSTRUKTUR

Durchschnitt: 52 Jahre



Die meisten Patientinnen und Patienten waren zwischen 50 und 59 Jahre alt. Das Durchschnittsalter betrug **52 Jahre**, wobei ein Drittel aller Patienten unter 50 Jahre alt war.

## ZUFRIEDENHEIT DER PATIENTINNEN UND PATIENTEN

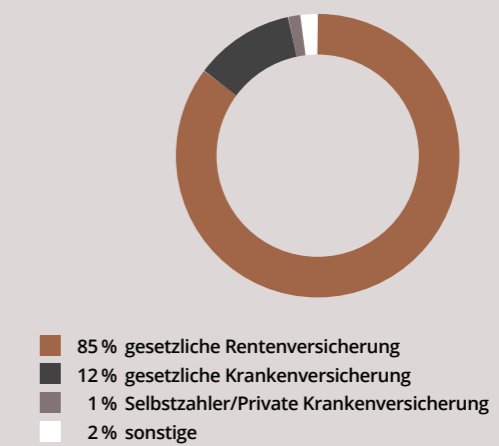


Äquivalent zu den anderen Indikationen waren die über 20.800 Patientinnen und Patienten der Psychosomatik im Jahr 2021 mit der **therapeutischen sowie pflegerischen Versorgung** besonders zufrieden: 86% bezie-

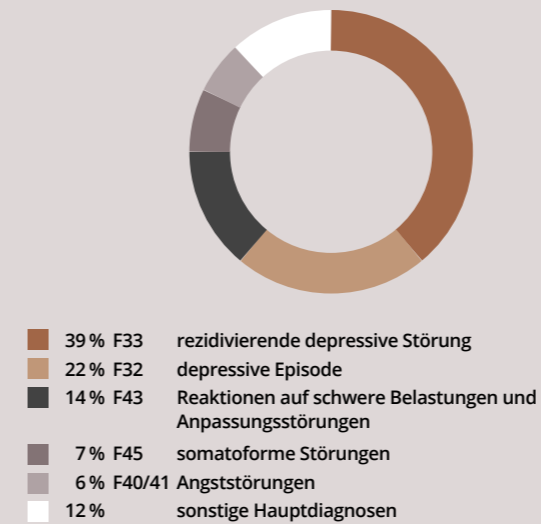
hungsweise 87% der Befragten machten diese Angabe im Rahmen der Zufriedenheitsbefragung am Ende ihres Aufenthalts.

## VERTEILUNG DER LEISTUNGSTRÄGER

Ähnlich wie bei den meisten anderen Indikationen war 2021 in der Psychosomatik die **gesetzliche Rentenversicherung** Hauptleistungsträger, indem sie **85%** der erbrachten Leistungen übernahm.



## VERTEILUNG DER FÜNF HÄUFIGSTEN HAUPTDIAGNOSEN

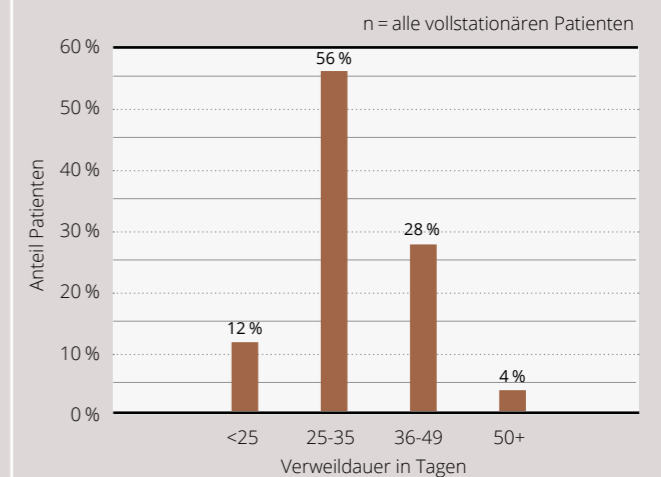


n = alle vollstationären Patienten

Die am häufigsten erfasste Hauptdiagnose in der Psychosomatik war die **rezidivierende depressive Störung** bei **39%** der Patientinnen und Patienten. Die hier dargestellten Top 5 der Hauptdiagnosen nahmen einen Anteil von 88% der gesamten Diagnosen ein.

## VERTEILUNG DER VERWEILDAUER

Durchschnitt: 36 Tage



Durchschnittlich verbrachten die Patientinnen und Patienten **36 Tage** in einer MEDIAN Einrichtung. Bei über der Hälfte (56%) dauerte die Rehabilitation **zwischen 25 und 35 Tagen** an. Ein Drittel verweilte insgesamt länger als 36 Tage in der Einrichtung.

# DER THERAPEUT IN DER HOSENTASCHE

MEDIAN bietet Patientinnen und Patienten der Psychosomatik eine digital gestützte Nachsorge per App an. Die während der Rehabilitation erlernten Techniken können damit im Alltag unter Anleitung angewendet und in individuellen Coachings mit therapeutischen Fachkräften reflektiert werden.

## Welche Funktionen bietet das digitale Nachsorge-Tool?

Die digitale Nachsorge ist App-gestützt und kann von unseren Patientinnen und Patienten direkt im Anschluss an den Rehabilitationsaufenthalt in den psychosomatischen Einrichtungen von MEDIAN auf dem privaten Smartphone oder dem Tablet genutzt werden.

Das übergeordnete Ziel des Nachsorge-Programms ist es, die verschiedenen Lebensbereiche, wie zum Beispiel Familie, Arbeit, Sport und Entspannung im Alltag in Balance zu bringen. Dazu bietet die App verschiedene Funktionen, mit deren Hilfe man Vorsätze fassen, den Alltag strukturieren und planen kann. Zusätzlich werden die Zufriedenheit mit dem Tag und der Balance der Lebensbereiche sowie die Entwicklung der depressiven Symptomatik erfasst und ausgewertet.

So kann die App Betroffene dabei unterstützen, die Rehabilitationsziele im Alltag und im Berufsleben umzusetzen, den eigenen Alltag besser zu strukturieren und die Motivation zur Führung eines nachhaltig gesunden Lebensstils nach der Rehabilitation beizubehalten.

Bei Problemen und Fragen zur App steht das Digitale Nachsorgezentrum (DNZ) von MEDIAN zur Verfügung, das aus einem vielfältig aufgestellten Experten-Team aus Therapeuten und Beratern besteht. Dieses ist für die Patientinnen und Patienten von Montag bis Freitag zwölf Stunden am Tag erreichbar.

Einmal im Monat findet eines von insgesamt sechs telefonischen Coachings als Ergänzung zur täglichen selbstständigen Nutzung der App statt. Dieses wird vom persönlichen Nachsorge-Coach gehalten, einem Psychotherapeuten, den die Patientinnen und Patienten bereits aus ihrer Rehabilitation kennen. Digitale Nachsorge per App und persönliche Gespräche bilden somit eine umfassende Unterstützung nach der Rückkehr in den Alltag.

## Welche Patientinnen und Patienten können die digitale Nachsorge der Psychosomatik nutzen und welche Patientengruppen profitieren besonders davon?

Die digital gestützte Nachsorge der Psychosomatik ist für Patientinnen und Patienten zugelassen, welche eine psy-

**MARGOT ASBRAND**

Psychotherapeutin  
MEDIAN Klinik am Burggraben



**MEDIAN KLINIK AM BURGGGRABEN**

Die MEDIAN Klinik am Burggraben Bad Salzufen besteht aus drei Häusern (Quellenhof, Tannenhof und Wiesenhof) mit 670 Betten und bietet den Patienten ein umfangreiches Leistungsspektrum in der medizinischen Rehabilitation. Alle Häuser sind miteinander verbunden.

Die Fachabteilungen sind spezialisiert auf Erkrankungen der Inneren Medizin, Kardiologie, Pneumologie, Orthopädie, Unfallchirurgie, Psychosomatik sowie Hörstörungen, Tinnitus, Schwindel (HTS) und Cochlea-Implantate. Alle Fachbereiche arbeiten interdisziplinär zusammen, sodass auch Patienten mit Erkrankungen mehrerer Organsysteme bestmöglich behandelt werden können.

Die Rehabilitationsklinik liegt im Herzen des Lipper Berglandes in unmittelbarer Nähe zum Teutoburger Wald.



chosomatische Rehabilitation durchlaufen haben, deren Hauptkostenträger die DRV war. Zudem ist eine Beurteilung der Arbeitsfähigkeit zum Zeitpunkt der Entlassung ein Zulassungskriterium.

Besonders profitieren diejenigen Patientinnen und Patienten von der Nutzung der App, für welche die Teilnahme an regelmäßigen, ortsgebundenen Nachsorge-Gruppensitzungen schwierig oder nicht möglich wäre. Dazu zählen beispielsweise Personen, bei denen eine zu große Entfernung zur nächstgelegenen Nachsorgeeinrichtung, die Familienform (zum Beispiel alleinerziehend) oder die berufliche Tätigkeit (zum Beispiel Schichtarbeit) eine Teilnahme verhindert. Diesem Personenkreis ist die analoge Nutzung des Nachsorgeprogramms „Psy-RENA“ oft nicht möglich.

**Welche Vorteile bietet die digitale Nachsorge für Ihre Patientinnen und Patienten?**

Die Patientinnen und Patienten profitieren insbesondere von der digital gestützten Nachsorge, weil sie die – während ihrer Rehabilitation – erlernten Techniken anschließend in ihrem Alltag unter Anleitung in der App anwenden und in den Coachings reflektieren können. In der Rehabilitation erzielte Verbesserungen und Erfolge können vertieft und vor allem unterstützt verstetigt werden. Die Betroffenen haben somit ihre Unterstützung im ganz wörtlichen Sinn in der Hosentasche stets bei sich und gewinnen ein Gefühl der Selbstwirksamkeit zurück, indem sie mittels der App selbst an ihrer Genesung arbeiten können.

**Wie kann die digital gestützte Nachsorge bestmöglich bereits während des Aufenthalts vorbereitet werden?**

Schon während des Rehabilitationsaufenthaltes wird den Patientinnen und Patienten die Idee der Alltagsstruktur und deren Wichtigkeit für den Therapieerfolg vermittelt. Sie werden über Rahmenbedingungen der digital gestützten Nachsorge informiert und die Nutzung der App wird gemeinsam erarbeitet. Neben Vorträgen zur digitalen Nachsorge werden Funktionen und Inhalte der App in Kleingruppen sowie im Einzelgespräch mit dem Nachsorge-Coach besprochen. Damit können Patientinnen und Patienten direkt nach der Rückkehr in ihren Alltag mit der Nutzung starten.

**Wie gestaltet sich der Prozess der digital gestützten Nachsorge für das therapeutische Team?**

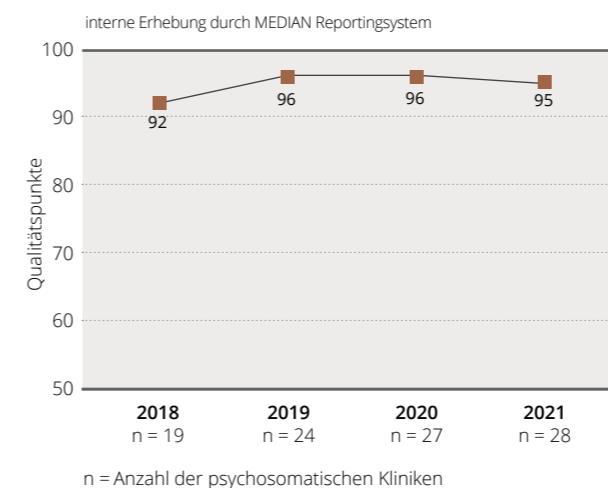
Die digitale Nachsorge ermöglicht einen direkten und nachhaltigen Kontakt zwischen Coach und Patientin/Patient. Die Coaches bereiten die Patientinnen und Patienten während der Rehabilitation inhaltlich und organisatorisch auf die Nachsorge vor und begleiten sie in den sechs Monaten nach dem Klinikaufenthalt durch monatliche telefonische Coachings. Zwischen den Coachings werden die Befindens- und Depressionswerte der Patientinnen und Patienten beobachtet, sodass bei Bedarf interveniert werden kann, im Sinne des vorab besprochenen Notfallmanagements. Die digitale Nachsorge ist somit eine sehr gute Alternative zur Standardnachsorge.

**Welches Potenzial sehen Sie persönlich insgesamt in der Digitalisierung für Gesundheitseinrichtungen, speziell für die Psychosomatik?**

Die Digitalisierung ermöglicht es, die bestehende Versorgungslücke in der Nachsorge zu schließen oder zumindest zu verkleinern. Nur ein Bruchteil unserer psychosomatischen Patientinnen und Patienten kann aktuell eine Nachsorge wahrnehmen, die für die Verstetigung der Rehabilitations-Erfolge im Alltag so wichtig ist. Für diese Personengruppe bietet eine digital gestützte Nachsorge endlich eine Alternative, mit der die psychische Gesundheit selbst im Blick behalten, verbessert und langfristig erhalten werden kann. Therapeutinnen und Therapeuten können Patientinnen und Patienten über die Rehabilitation hinaus begleiten, was als große Bereicherung wahrgenommen wird. In einem nächsten Schritt hoffe ich, dass die telefonischen monatlichen Kontakte zwischen Coaches und Patienten auch per Videotelefonie durchgeführt werden können, um die Gespräche noch persönlicher zu machen.

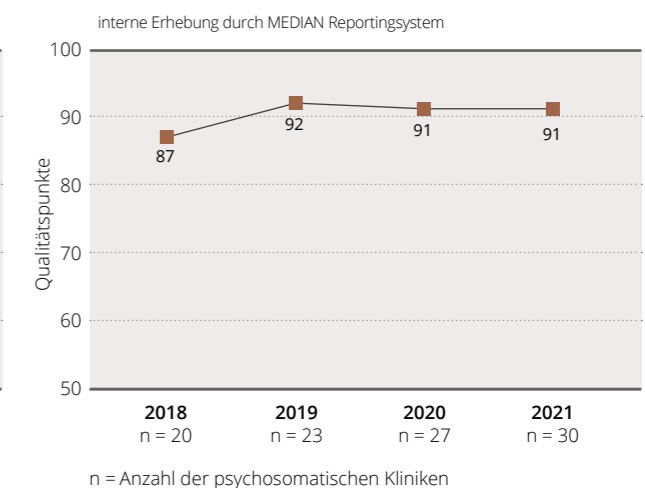
# KENNZAHLEN DER EXTERNEN QUALITÄTSSICHERUNG

**Reha-Therapiestandard „Depressive Störungen“ im zeitlichen Verlauf**



Die Qualitätspunkte des Reha-Therapiestandards „Depressive Störungen“ lagen in den vergangenen Jahren auf konstant hohem Niveau.

**Therapeutische Versorgung im zeitlichen Verlauf**



Auch die Ergebnisse im Bereich der therapeutischen Versorgung lagen in den letzten Jahren auf einem durchweg hohen Niveau, was auf eine gute Prozessqualität in den psychosomatischen Einrichtungen der Unternehmensgruppe hindeutet.

## ERGEBNISQUALITÄT IN DER PSYCHOSOMATIK

### ERGEBNISMESSUNG DURCH ARZT UND PATIENT

Neben den Ergebnisparametern, die vom ärztlichen und therapeutischen Personal erfasst werden, kommen in der Psychosomatik auch die PROMs zum Einsatz. Hierfür beantworten die Patientinnen und Patienten vor, während und nach ihrem Aufenthalt über das digitale Fragebogenportal von MEDIAN Fragebögen zu ihren Beschwerden und ihrem Gesundheitszustand. So lässt sich die klinische Wirksamkeit von Therapien auch aus Patientensicht darstellen. In den psychosomatischen MEDIAN Einrichtungen kommen neben der Symptom-Checkliste SCL-K9 als Ergebnisqualitätsparameter, der vom Personal erhoben wird, derzeit folgende PROMs zum Einsatz: PHQ-9, GAD-7, PHQ-15 und HEALTH-49.

### SCL-K9

Der SCL-K9 ist eine Kurzform der Symptom-Check-Liste SCL-90-R, welche ein international verwendetes Selbstbeurteilungsinstrument zur Erfassung psychischer und körperlicher Symptombelastungen ist (Derogatis, 1986; Schmitz et al., 2000). Der SCL-90-R misst anhand von 90 Fragen die subjektiv empfundene Beeinträchtigung durch körperliche und psychische Symptome einer Person innerhalb der letzten sieben Tage. Dabei wird ein breites Spektrum psychischer Störungen in neun Symptomdimensionen abgebildet:

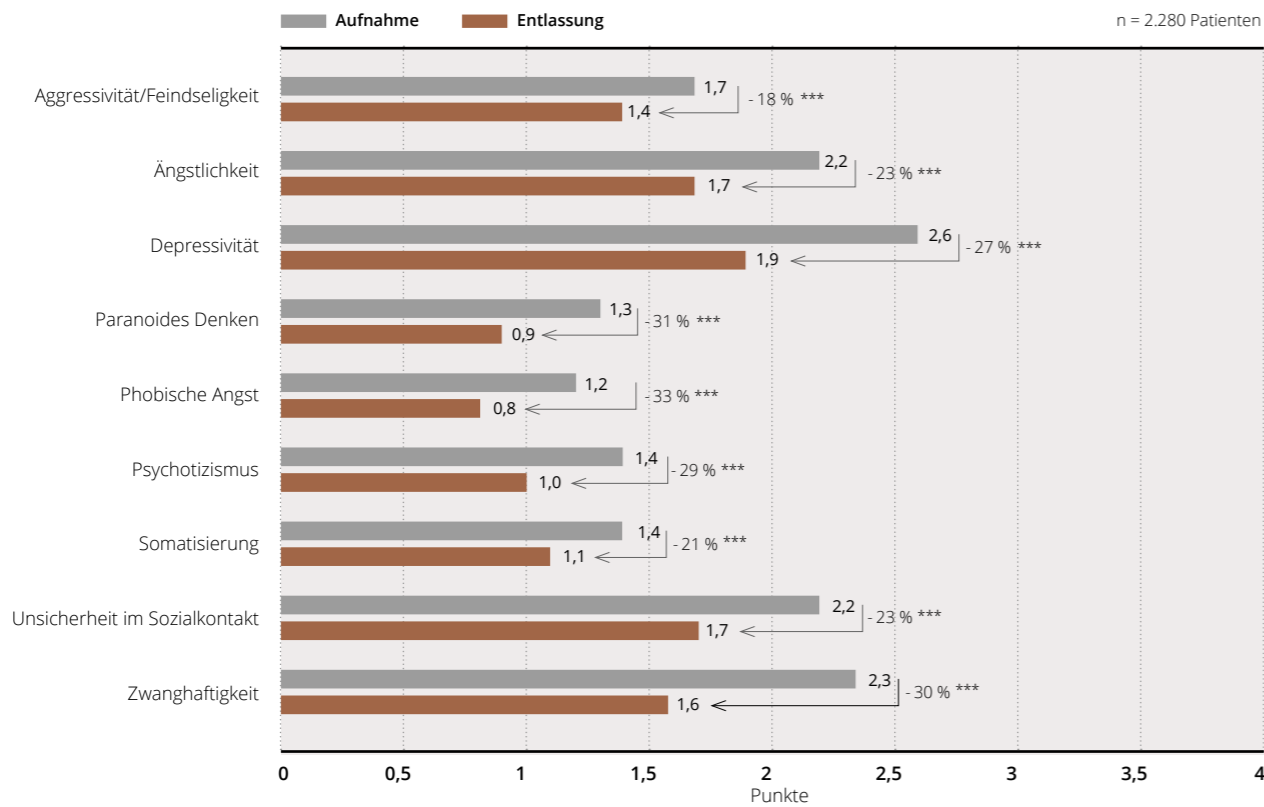
- Somatisierung
- Zwanghaftigkeit
- Aggressivität
- Ängstlichkeit
- Depressivität
- Paranoia
- Phobie
- Psychotizismus
- Unsicherheit im Sozialkontakt

Mit 90 Fragen ist der SCL-90-R-Fragebogen sehr zeitaufwändig. Daher eignet er sich weniger für den Klinikalltag. Der SCL-K9-Fragebogen verkürzt den SCL-90-R-Fragebogen auf jeweils eine Frage zu jeder der neun Dimensionen der psychischen Belastung (Brähler & Klaghofer, 2001). Er eignet sich daher besonders gut für eine effiziente Erfassung der subjektiven psychischen Beeinträchtigung bei größeren Populationen (Prinz et al., 2008; Sereda & Dembitsky, 2016). Der SCL-K9-Fragebogen wird Patientinnen und Patienten jeweils zu Beginn und Ende des Rehabilitationsaufenthalts vorgelegt, um die Entwicklung und den Symptomverlauf einzuschätzen. In den einzelnen Items des SCL-K9-Fragebogens können Aussagen von null Punkten (überhaupt nicht) bis vier Punkten (sehr stark) getroffen werden. Der Mittelwert der Antwortwerte bildet den globalen Kennwert GSI (Global Severity Index). Je niedriger dieser Score ist, desto besser schätzt der Befragte seine psychische Gesundheit ein.



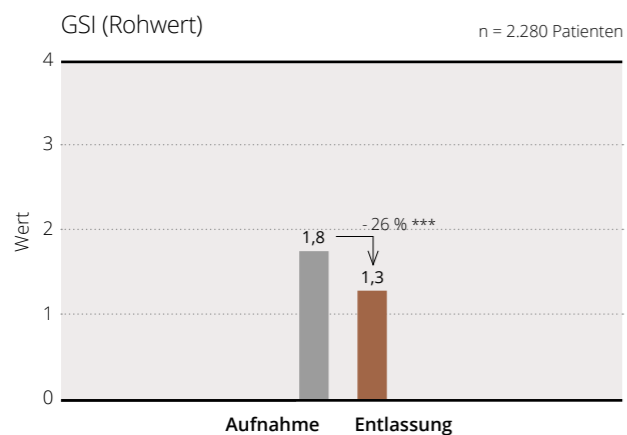


**Ergebnisse des SCL-K9-Fragebogens bei Aufnahme und Entlassung auf Itemebene für das Jahr 2021**



In der Grafik ist zu erkennen, dass sich die Patienten von Aufnahme zur Entlassung in allen neun Items verbessert haben. Die mit 33 Prozent größte Verbesserung erreichten die Patientinnen und Patienten im Bereich der phobischen Angst. Es zeigt sich außerdem, dass die stärksten Belastungen unserer Patienten hauptsächlich in den Bereichen Ängstlichkeit, Depressivität, Unsicherheit im Sozialkontakt und Zwanghaftigkeit lagen.

**Unterschied in der Veränderung des SCL-K9 von Aufnahme zu Entlassung für das Jahr 2021**



Dargestellt ist die Auswertung des GSI (Global Severity Index) als arithmetisches Mittel der neun Items des SCL-K9-Fragebogens (Rohwert). Es zeigt sich ein durchschnittlicher Aufnahmewert von 1,8, der sich bis zur Entlassung um 26 Prozent auf 1,3 verbessert. Da für die einzelnen Items lediglich die Punktwerte null bis vier möglich sind, bewegen sich auch die Ergebnisse innerhalb dieser Grenzen.

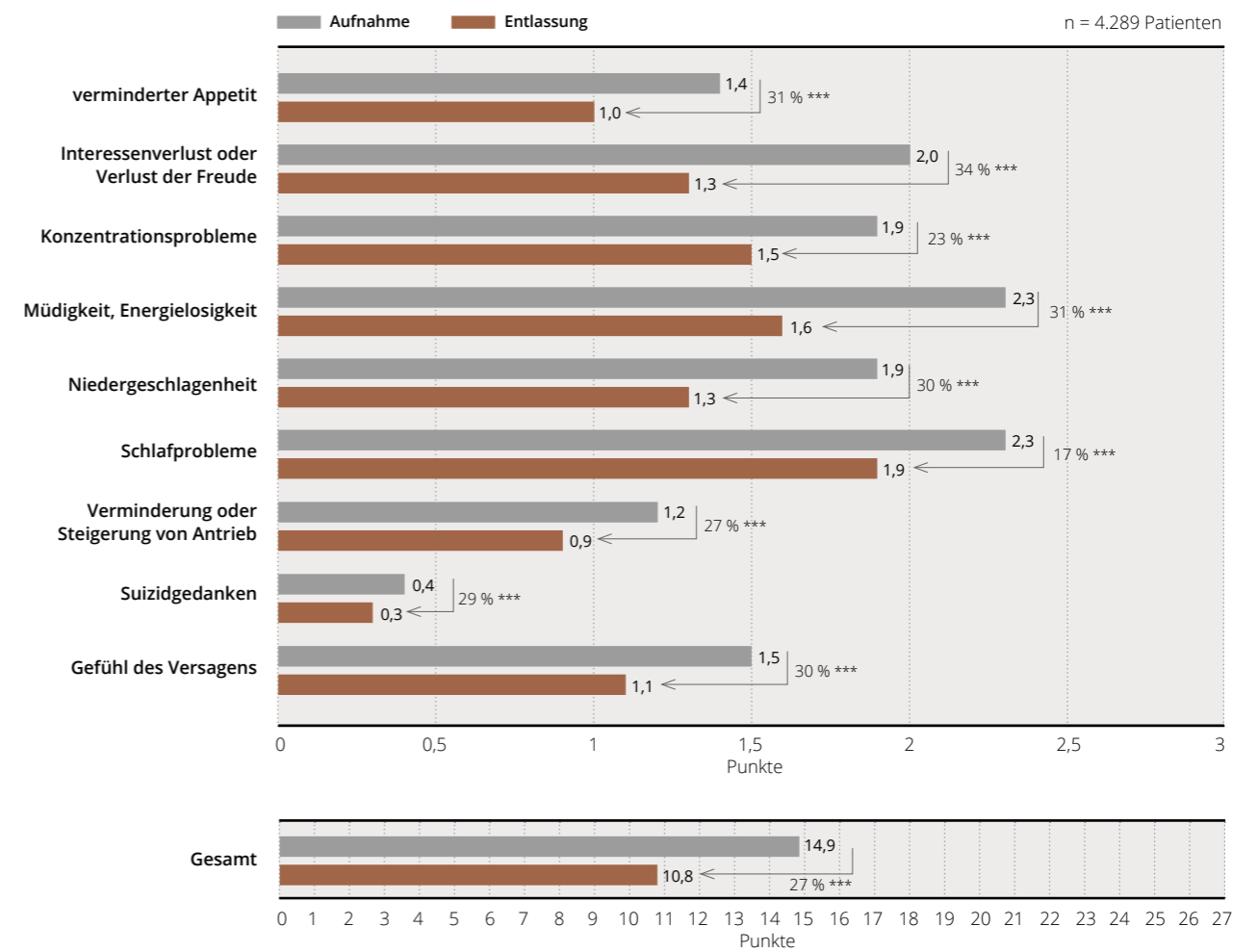
\*\*\* signifikanter Unterschied, p < 0.001

**PHQ-9**

Der Depressionsfragebogen PHQ-9 erfasst mit neun Fragen das Vorliegen und den Schweregrad depressiver Symptomatik. Der Fragebogen wird routinemäßig als Diagnostikinstrument für Depressionen eingesetzt. Der PHQ-9 ist ein Modul des weltweit verwendeten Gesundheitsfragebogens für Patienten (Patient Health Questionnaire; PHQ). Die deutsche Version des PHQ wurde von Dr. Bernd Löwe und Kollegen konzipiert (Löwe et al., 2002). Die einzelnen Fragen werden auf einer Skala zwischen null und drei Punkten beantwortet. Der Summenwert aller Items kann somit insgesamt zwischen null und 27 Punkten liegen. Höhere Punktwerte weisen auf eine stärkere Symptomatik hin.

Die deutsche Version des PHQ wurde von Dr. Bernd Löwe und Kollegen konzipiert (Löwe et al., 2002). Die einzelnen Fragen werden auf einer Skala zwischen null und drei Punkten beantwortet. Der Summenwert aller Items kann somit insgesamt zwischen null und 27 Punkten liegen. Höhere Punktwerte weisen auf eine stärkere Symptomatik hin.

**Ergebnisse des PHQ-9-Fragebogens bei Aufnahme und Entlassung für das Jahr 2021**



2021 haben über 4.200 Patienten den PHQ-9 ausgefüllt. Anhand der Grafik ist zu erkennen, dass sich die depressive Symptomatik unserer Patienten in allen Themenbereichen des Fragebogens signifikant im Verlauf der Behandlung verbessert hat.

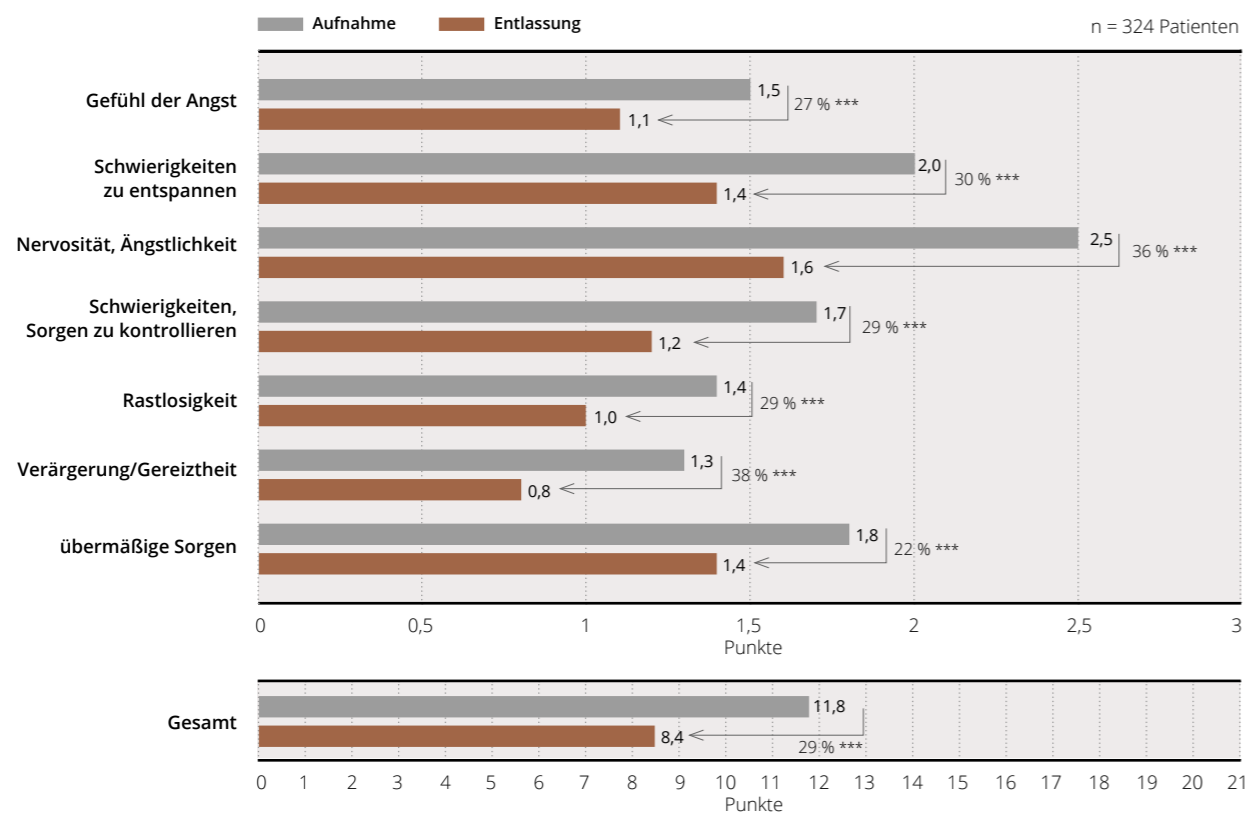
**Knapp 60 Prozent der Patientinnen und Patienten mit Depressionen, die zu Beginn der Rehabilitation regelmäßig über Suizid nachgedacht haben, tun dies am Ende nur noch an einzelnen Tagen oder überhaupt nicht mehr.**

\*\*\* signifikanter Unterschied, p < 0.001

### GAD-7

Die Generalized Anxiety Disorder Scale-7 (GAD-7) ist ein Kurzinstrument zur Erfassung der Generalisierten Angststörung (Spitzer et al., 2006). Sie hat bei geringem Bearbeitungsaufwand hohe diagnostische Aussagekraft und kann zur Diagnostik, Screening und Messung des Schweregrades sowie zur Verlaufsmessung der Generalisierten Angststörung verwendet werden. Die sieben Items fragen die wichtigsten diagnostischen Kriterien der Generalisierten Angststörung nach den DSM-IV- und ICD-10 ab. Alle Items werden jeweils auf einer vierstufigen Antwortskala bewertet. Das Gesamtergebnis kann zwischen null und 21 Punkten liegen. Höhere Werte weisen auch hier auf eine stärkere Symptomatik hin.

#### Ergebnisse des GAD-7-Fragebogens bei Aufnahme und Entlassung für das Jahr 2021



Anhand der Daten aus dem Jahr 2021 lässt sich gut erkennen, dass die Symptombelastung der Patientinnen und Patienten in allen Bereichen signifikant reduziert werden konnte.

\*\*\* signifikanter Unterschied,  $p < 0.001$

#### Ergebnisse des GAD-7 für das Jahr 2021



Auch im Streudiagramm wird gut ersichtlich, dass sich für die überwiegende Mehrheit der Rehabilitanden im Verlaufe ihrer Rehabilitation die Angst-Symptomatik gebessert hat. Deutlich wird dies durch die Punkte unter der Diagonalen, denn bei diesen Fällen ist der Entlasswert kleiner als der Aufnahmewert. Es gilt: Je größer der Punkt in der Abbildung, desto mehr Patienten haben bei Aufnahme und Entlassung die entsprechenden Werte erreicht.

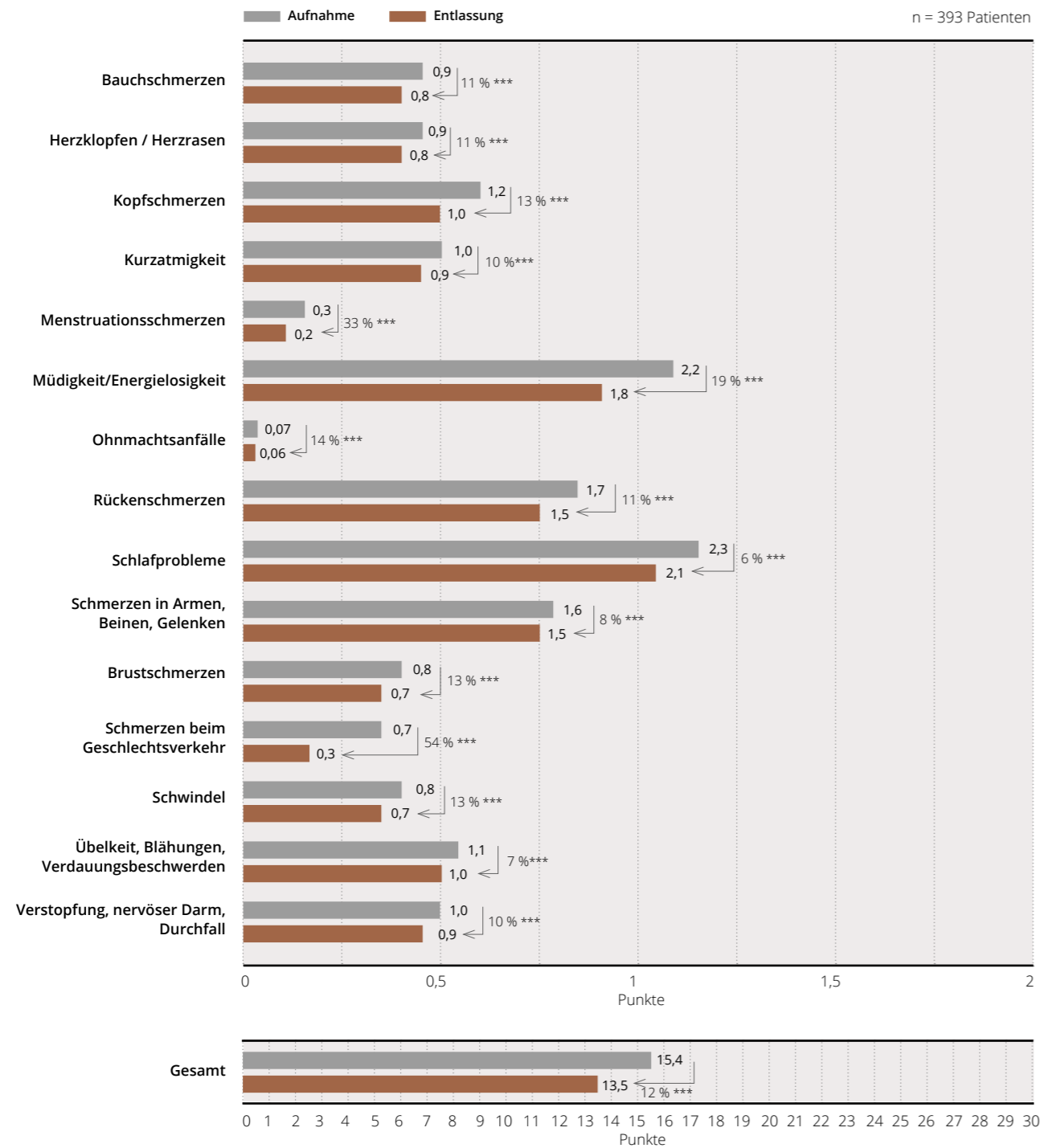
**Über 70 Prozent der Patientinnen und Patienten mit Angststörung, die zu Beginn der Rehabilitation ständig sehr schnell verärgert oder gereizt waren, haben dieses Problem am Ende der Rehabilitation nur noch an einzelnen Tagen oder überhaupt nicht mehr.**



### PHQ-15

Der PHQ-15 ist das Somatisierungsmodul des Patient Health Questionnaire (Kroenke et al., 2002). Es umfasst 15 somatische Symptome, die sowohl den häufigsten körperlichen Symptomen als auch den wichtigsten DSM-IV-Kriterien der Somatisierungsstörung entsprechen. Der Fragebogen besteht aus 13 Items des Moduls Somatoforme Störungen, die auf einer dreistufigen Skala beantwortet werden sowie zwei Items aus dem Modul Depressive Störungen, die ebenfalls nach somatischen Symptomen (Schlafstörungen sowie Energielosigkeit/Müdigkeit) fragen und die auf einer vierstufigen Skala beantwortet werden. Daraus kann sich ein Gesamtergebnis von bis zu 30 Punkten ergeben. Höhere Werte weisen auf eine stärkere Symptomatik hin.

**Ergebnisse des PHQ-15-Fragebogens bei Aufnahme und Entlassung für das Jahr 2021**



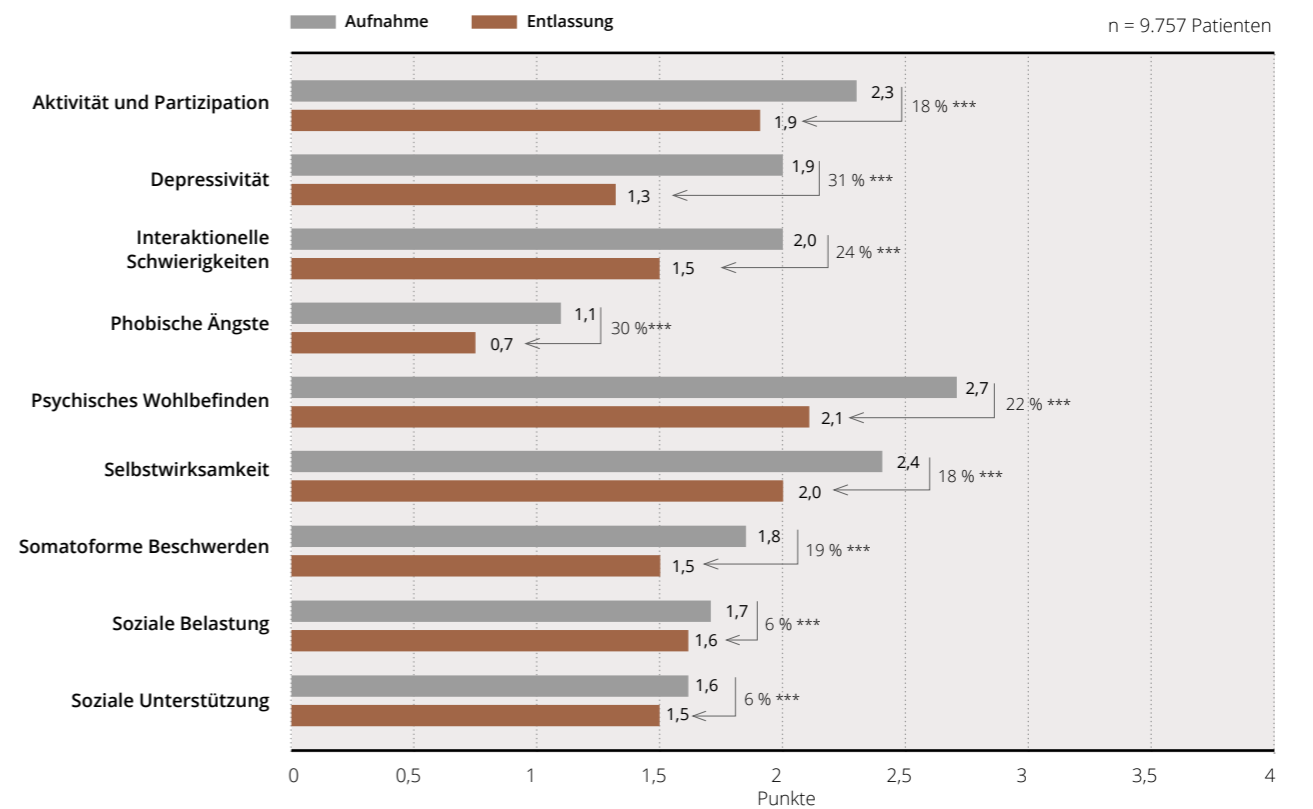
Auch bei der Auswertung des PHQ-15 lässt sich schnell eine deutliche Reduktion der Symptombelastung in allen Bereichen aufzeigen. Das Gesamtergebnis zeigt eine signifikante Reduktion der Symptombelastung von 12 %.

\*\*\* signifikanter Unterschied, p < 0.001

**HEALTH-49**

Die Hamburger Module zur Erfassung allgemeiner Aspekte psychosozialer Gesundheit für die therapeutische Praxis (HEALTH-49) sind ein Selbstbeurteilungsinstrument zur multidimensionalen Erfassung psychosozialer Gesundheit (Rabung et al., 2007). Der HEALTH-49 erfasst die neun unten abgebildeten Skalen. Die Antwortskala der einzelnen Items reicht von null bis vier Punkten. Höhere Werte weisen auf eine stärkere Symptomatik hin.

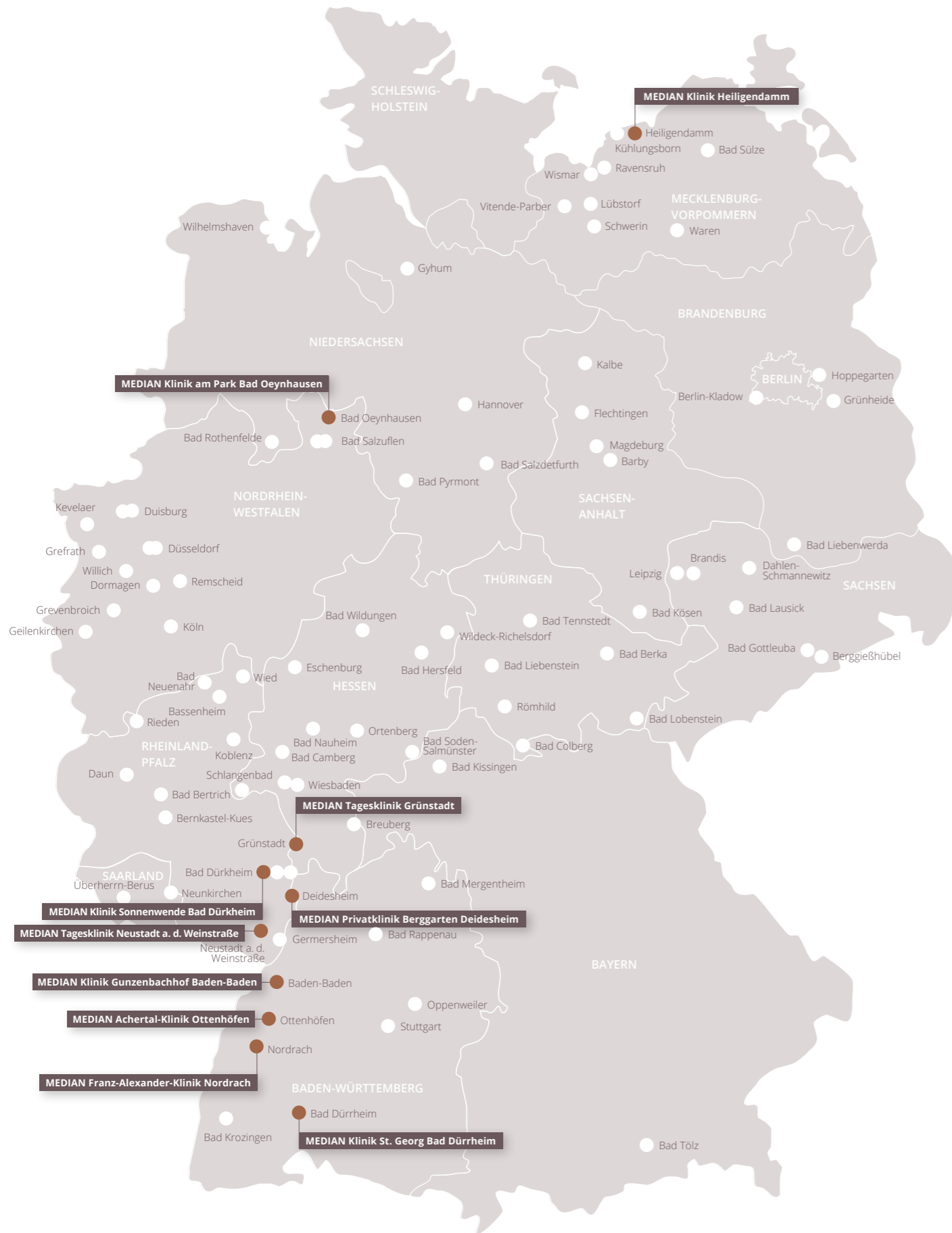
**Ergebnisse des HEALTH-49-Fragebogens bei Aufnahme und Entlassung für das Jahr 2021**



Die Grafik zeigt, dass sich bei den im Jahr 2021 über 9.700 erfassten Patientinnen und Patienten in allen Bereichen die Symptomatik reduziert hat. Besonders verbessert werden konnten die Depressivität sowie die phobischen Ängste.

\*\*\* signifikanter Unterschied, p < 0.001

Standortkarte Psychiatrie



11

Einrichtungen

PSYCHIATRIE



## SCHWERPUNKTE IN DER PSYCHIATRIE

In der psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung bei MEDIAN werden Patientinnen und Patienten befähigt, ihre Lebensqualität im beruflichen und familiären Alltag wiederzuerlangen. Unsere Akutkliniken sind 24 Stunden am Tag geöffnet und nehmen jederzeit Notfälle auf. Die stationäre Behandlung erfolgt in Fachkrankenhäusern, die teilstationäre in Tageskliniken. In der psychiatrischen Institutsambulanz können schwer Erkrankte und Notfälle behandelt werden. In den Einrichtungen stehen professionelle Teams aus Ärzten, Psychologen, Pflegekräften, Sozialarbeitern und Spezialtherapeuten zur Verfügung. Die medikamentöse Behandlung und das vielfältige psychotherapeutische Angebot werden durch nonverbale Verfahren wie Ergotherapie, Kunst- und Tanztherapie und Entspannungsverfahren ergänzt.

Noch während des Aufenthalts erhalten die Patientinnen und Patienten Unterstützung durch den Sozialdienst. Das Team des Sozialdienstes hilft bei der Kontaktaufnahme mit Behörden oder der Arbeitsstelle, bei der Bearbeitung von Anträgen und bei der Entlassplanung. Bei Bedarf vermitteln sie sozialpsychiatrische und soziotherapeutische Angebote sowie Kontakt zu betreuten Wohnformen, um die Patientinnen und Patienten auch über die eigentliche Behandlung hinaus zu unterstützen.



# SOZIODEMOGRAFISCHE DATEN PSYCHIATRIE

## GESCHLECHTERVERTEILUNG

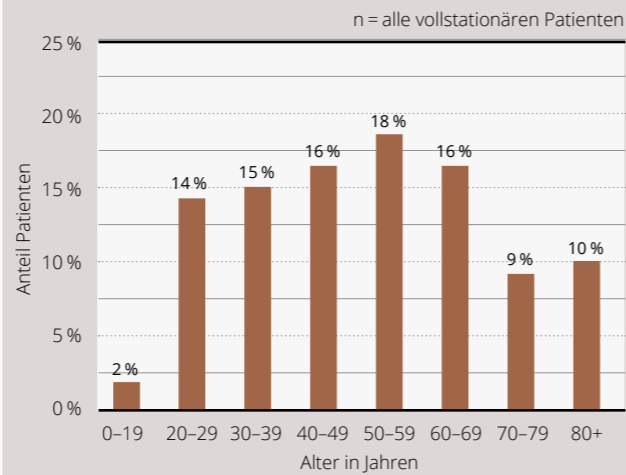


- 61 % männlich
- 39 % weiblich
- 0 % divers

Im Jahr 2021 wurden in unseren psychiatrischen Einrichtungen **4.078 Patientinnen und Patienten** behandelt. Davon waren 61% männlich und 39% weiblich.

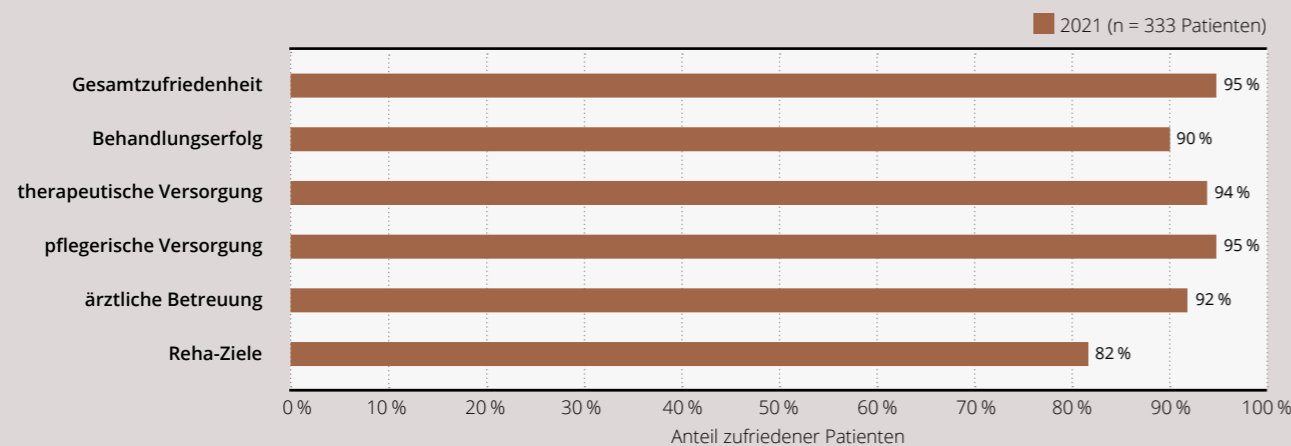
## ALTERSSTRUKTUR

Durchschnitt: 51 Jahre



Die Altersstruktur in der Psychiatrie war 2021 relativ homogen verteilt: Die meisten Patienten waren zwischen 20 und 69 Jahre alt. Der Anteil über 70-Jähriger betrug 19%. Das Durchschnittsalter lag bei **51 Jahren**.

## ZUFRIEDENHEIT DER PATIENTINNEN UND PATIENTEN

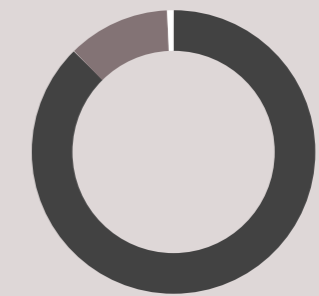


Wie in allen Fachbereichen wird ebenso in der Psychiatrie die Zufriedenheitsbefragung durchgeführt. Mit **95 % zufriedener Patientinnen und Patienten** für die Gesamtkategorie lag der Wert höher als im Vorjahr. Eben-

so hohe Werte wurden auch für die therapeutische und pflegerische Versorgung erzielt. Positiv wurde daneben die ärztliche Betreuung (92%) sowie der Behandlungserfolg (90%) bewertet.

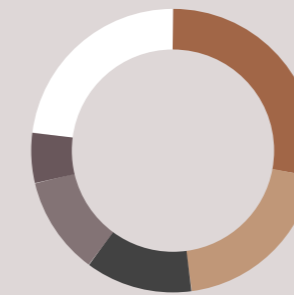
## VERTEILUNG DER LEISTUNGSTRÄGER

Im Gegensatz zu den übrigen Indikationen war in der Psychiatrie die gesetzliche Krankenversicherung deutlicher Hauptträger der erbrachten Leistungen mit **87 %**.



- 0 % gesetzliche Rentenversicherung
- 87 % gesetzliche Krankenversicherung
- 12 % Selbstzahler/Private Krankenversicherung
- 1 % sonstige

## VERTEILUNG DER FÜNF HÄUFIGSTEN HAUPTDIAGNOSEN



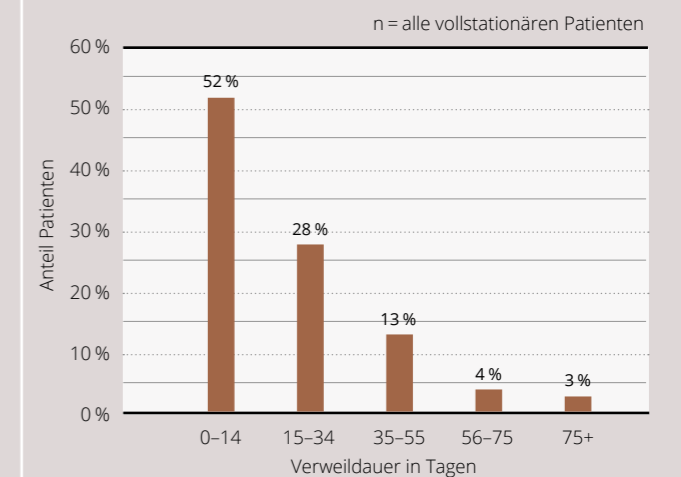
- 28 % F32/33 Depression
- 20 % F10 psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol
- 12 % F20 Schizophrenie
- 11 % F05 Delir, nicht durch Alkohol oder andere psychotrope Substanzen bedingt
- 6 % F31 bipolare affektive Störung
- 23 % sonstige Hauptdiagnosen

n = alle vollstationären Patienten

Mit 28% war die Hauptdiagnose „**Depression**“ die häufigste im Jahr 2021. Am zweithäufigsten wurden Patientinnen und Patienten mit „psychischen und Verhaltensstörungen durch Alkohol“ als Hauptdiagnose behandelt.

## VERTEILUNG DER VERWEILDAUER

Durchschnitt: 21 Tage



Über die Hälfte (**52 %**) der Patientinnen und Patienten hielt sich 14 Tage oder weniger in einer MEDIAN Einrichtung auf. Die durchschnittliche Verweildauer betrug 21 Tage.

# ANALOGE UND TELEMEDIZINISCHE NACHSORGE FÜR PSYCHIATRISCHE PATIENTEN

Neben der analogen Nachsorge über Psychiatrische Institutsambulanzen bieten einige MEDIAN Einrichtungen eine telemedizinische psychotherapeutische Nachsorge an. Bei beiden Varianten ist eine effektive Zusammenarbeit zwischen stationärem Akuthaus und ambulantem Nachbehandler zum Wohle der Patientinnen und Patienten elementare Voraussetzung.

## Welche Arten der Nachsorge können Sie den entlassenen Patientinnen und Patienten anbieten oder empfehlen?

Unsere psychiatrischen Akutkliniken in Bad Dürkheim (Sonnenwende), Baden Baden (Gunzenbachhof) und Ottenhöfen (Achertalklinik) bieten über ihre Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) eine psychiatrische Nachsorge an. Die psychiatrischen Fachkrankenhäuser in Nordrach (Franz-Alexander-Klinik) und in Bad Dürkheim (Klinik St. Georg) arbeiten mit dem MEDIAN Gesundheitsdiensten in Koblenz zusammen und bieten über den dortigen Kassensitz für Psychotherapie eine internetbasiert-telemedizinische psychotherapeutische Nachsorge an.

## Was ist bei der Nachsorge von psychiatrischen Patienten besonders zu beachten?

In erster Linie muss auf die Rückfallprophylaxe und Suizidprävention größter Wert gelegt werden. Hierbei spielt eine effektive Zusammenarbeit der stationären Akutbehandlung und der ambulanten Nachbehandlung eine zentrale Rolle. Dies schließt die Rücksprache bei Beginn oder Änderung der Verordnung von Psychopharmaka mit dem niedergelassenen Arzt genauso ein wie die sozialpsychiatrische Versorgung, die in der Klinik vorbereitet wird und nach Entlassung einen wichtigen Eckpfeiler der beruflichen Integration und gesellschaftlichen Teilhabe

darstellt. Auch die berufliche Wiedereingliederung nach langer Krankheit wird durch den niedergelassenen Facharzt initiiert und ermöglicht einen fließenden Übergang vom Krankenstand zurück ins Berufsleben.

## Welches Potenzial würden Sie in der Digitalisierung für Gesundheitseinrichtungen, speziell für die Psychiatrie, sehen?

Nach erfolgter stationärer Behandlung haben die Patientinnen und Patienten größte Schwierigkeiten, einen ambulanten Psychiater oder eine Psychotherapeutin zu finden. Die Wartezeiten, gerade für eine psychotherapeutische Behandlung, betragen in der Regel mehrere Monate – Tendenz zunehmend. Natürlich sollte der Kassensitz des Arztes oder Psychologen auch in einer zumutbaren Zeit zu erreichen sein. Die Möglichkeit einer digitalen telemedizinischen Nachsorge, unabhängig vom Wohnort des Patienten oder der Patientin, wäre hier schon ein gewaltiger Fortschritt. Zudem wäre, nach Anpassungen der rechtlichen Rahmenbedingungen, auch die therapeutische Fachkraft nicht mehr zwingend auf Praxisräume angewiesen, sodass man das Behandlungsangebot insgesamt deutlich flexibler und unabhängig von örtlichen Gegebenheiten und der Mobilität des Patienten gestalten könnte. Dazu kämen noch die mittlerweile gut konzipierten und gerade in der Corona-Zeit



### MEDIAN FRANZ-ALEXANDER-KLINIK NORDRACH

Zur MEDIAN Unternehmensgruppe gehören elf psychiatrische Einrichtungen mit insgesamt knapp 900 Betten. Der überwiegende Anteil davon liegt im Südwesten Deutschlands. Die Behandlungsschwerpunkte unserer Akutkliniken sind beispielsweise Depressionen, bipolare affektive Erkrankungen, Angst- und Zwangserkrankungen, Belastungs- und Anpassungsstörungen sowie Erschöpfungs- und Burn-out-Syndrome. Die MEDIAN Franz-Alexander-Klinik Nordrach ist ein Akutkrankenhaus für Psychiatrie und Psychotherapie mit 34 Betten und wird von Chefarzt Dr. Tobias Hornig ärztlich geleitet. Ein multimodales und integratives Gesamt-Behandlungskonzept steht neben einer individuellen Therapiegestaltung in Nordrach im Zentrum der täglichen Arbeit.



**DR. TOBIAS HORNIG**

Chefarzt Psychiatrie  
MEDIAN Franz-Alexander-Klinik  
Nordrach



auch für den psychiatrisch-psychotherapeutischen Bereich etablierten Therapie-Apps, die der Patient täglich unabhängig von einem Therapeuten oder einer Therapeutin nutzen kann. Für eine schnellere nachstationäre Behandlung und die nötige Rückfall- und Suizidprophylaxe wäre es also wünschenswert, die digitale Infrastruktur auszubauen und den rechtlichen Rahmen zu optimieren.

**Was meinen Sie: Für welche Ihrer Patientengruppen könnten digitale Nachsorge-Angebote sinnvoll genutzt werden?**

Eine Offenheit gegenüber digitaler Anwendungen vorausgesetzt, können grundsätzlich alle Patientinnen und Patienten, die die entsprechenden technischen Möglichkeiten vorhalten, an digitalen Nachsorge-Angeboten partizipieren. Selbstverständlich muss man darüber hinaus eine ausreichende psychische Stabilität nach der stationären Behandlung voraussetzen können, die während des Aufenthaltes seitens des therapeutischen Personals zu prüfen ist.

**Wie könnte Ihrer Meinung nach eine digitale Unterstützung bei der weiteren Genesung und Gesunderhaltung – über die konkrete Behandlung bei MEDIAN hinaus – aussehen?**

Wie bereits beschrieben, könnte man für die psychiatrisch-psychotherapeutischen Kassensitze die rechtlichen Möglichkeiten schaffen, Patientinnen und Patienten unabhängig von räumlichen und personellen Vorgaben telemedizinisch zu behandeln. Dies würde einen Praxisinhaber womöglich motivieren, mit qualifizierten Kolleginnen und Kollegen zu kooperieren, die auch zum Beispiel im Homeoffice die ambulante Nachsorge gewährleisten. Darüber hinaus hätten Akutkliniken über angegliederte Psychiatrische Institutsambulanzen die Möglichkeit, dem Patienten oder der Patientin telemedizinische Angebote zu machen. Auch niedrigschwellige Apps und Onlineangebote können gerade im Bereich Achtsamkeits- und Kognitionstraining sowie im Bereich Früherkennung von Krankheitsrezidiven und Suizidalität die Patientinnen und Patienten dabei unterstützen, im stationären Setting gelernte Strategien und Übungen zu vertiefen beziehungsweise rechtzeitig professionelle Hilfe einzuholen. Letzteres könnte auch über die Hausarztpraxen gewährleistet werden und in Kooperation mit psychiatrischen Zentren und Fachkliniken zu einer rechtzeitigen Wiederaufnahme führen.





# ERGEBNISQUALITÄT IN DER PSYCHIATRIE

## GLOBAL ASSESSMENT OF FUNCTIONING – GAF

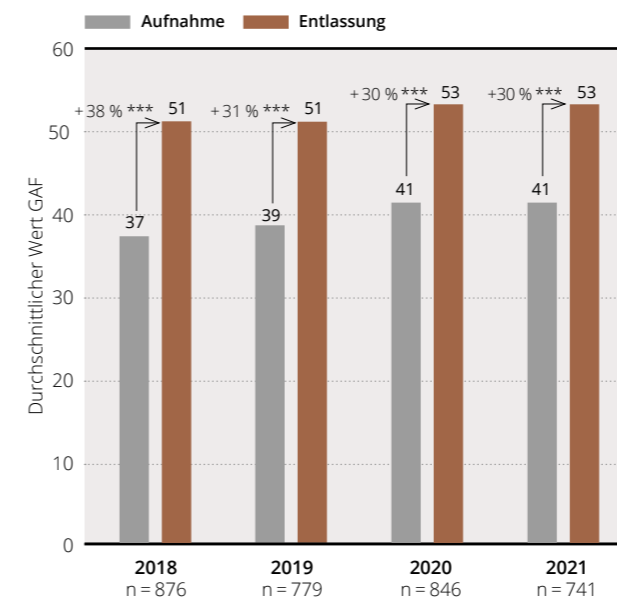
Das Global Assessment of Functioning (GAF) ist ein Instrument in der psychiatrischen Rehabilitation, welches die psychosoziale Beeinträchtigung durch psychische Faktoren bewertet (Pedersen et al., 2018). Die Betrachtung von Symptomen und Funktionsweisen sowohl auf sozialer als auch auf beruflicher Ebene trägt dazu bei, die Schwere der psychischen Erkrankung beurteilen zu können. Das Instrument wurde 1987 publiziert und ist seither zentraler Bestandteil des international anerkannten Diagnose- und Statistikleitfadens für psychische Erkrankungen, dem Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM). Die mögliche Punktzahl liegt zwischen einem und 100 Punkten. Dabei werden jeweils Intervalle in Zehnerschritten abgegrenzt, die eine Aussage über den psychischen Status treffen. Null bis zehn Punkte bedeuten dabei die schwerst mögliche Erkrankung und 91 bis 100 Punkte dementsprechend eine annähernd gesunde Person (Torio et al., 2014).

Zur leichteren Einordnung der nachfolgenden Ergebnisse folgt eine genauere Differenzierung der zehn Intervalle (Pedersen et al., 2018):

- **91–100:** keine Symptome
- **81–90:** keine oder nur minimale Symptome
- **71–80:** höchstens leichte Beeinträchtigung der sozialen, beruflichen und schulischen Leistungsfähigkeit
- **61–70:** einige leichte Symptome, aber im Allgemeinen relativ gute Leistungsfähigkeit
- **51–60:** mäßig ausgeprägte Symptome oder Schwierigkeiten bezüglich sozialer, beruflicher oder schulischer Leistungsfähigkeit
- **41–50:** ernste Symptome (zum Beispiel Suizidgedanken, Zwangsrituale) oder Beeinträchtigung der sozialen, beruflichen und schulischen Leistungsfähigkeit
- **31–40:** Beeinträchtigungen in der Realitätskontrolle oder Kommunikation oder starke Beeinträchtigung in mehreren Bereichen
- **21–30:** Verhalten ist ernsthaft durch Wahnphänomene oder Halluzinationen beeinflusst oder ernsthafte Beeinträchtigung der Kommunikation und des Urteilsvermögens oder der Leistungsunfähigkeit in fast allen Bereichen
- **11–20:** Selbst- und Fremdgefährdung oder grobe Beeinträchtigung der Kommunikation
- **1–10:** Ständige Gefahr, sich oder andere schwer zu verletzen oder ernsthafter Selbstmordversuch mit eindeutiger Todesabsicht

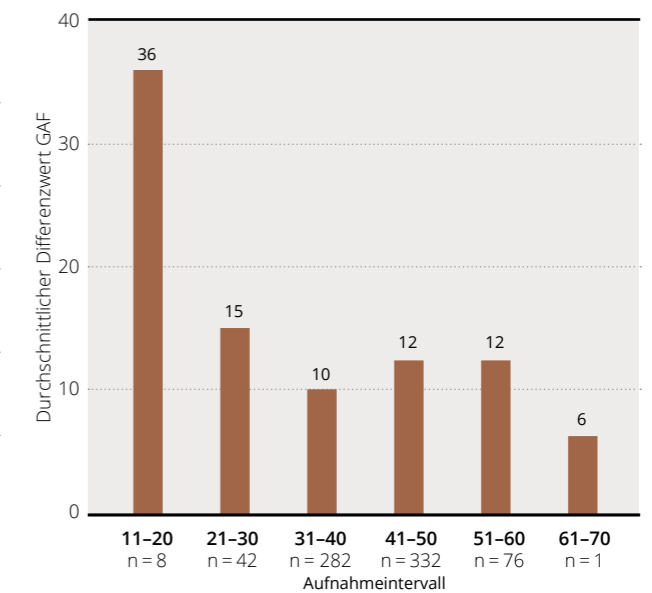


Übersicht des GAF zur Aufnahme und Entlassung für die Jahre 2018 bis 2021



In der Grafik sind die durchschnittlichen Aufnahme- und Entlasswerte für den GAF dargestellt. Die durchschnittliche Verbesserung im Jahr 2021 lag bei 30 %, was dem Niveau der Vorjahre entspricht.

Durchschnittliche Differenz zwischen GAF Entlassung und GAF Aufnahme für das Jahr 2021



In dieser Grafik ist die Differenz zwischen dem Entlass- und Aufnahmewert des GAF abgebildet. Es ist zu erkennen, dass die größte Verbesserung mit einem Differenzwert von 36 bei den schwer kranken Patientinnen und Patienten (Intervall 11 bis 20) erzielt werden konnte. Das bedeutet, dass Patientinnen und Patienten, die bei Aufnahme nur 11 bis 20 Punkte erreichten, diese im Durchschnitt um 36 Punkte verbessern konnten. Die meisten Patienten (n = 332) hatten 2021 einen Aufnahme-GAF-Wert zwischen 41 und 50 und konnten diesen um zwölf Punkte verbessern.

\*\*\* signifikanter Unterschied, p < 0.001

**CLINICAL GLOBAL IMPRESSION SCALE - CGI**

Die Clinical Global Impression Scale (CGI) ist eine Fremdbeurteilungsskala von 1976 zur Einschätzung des klinischen Gesamteindrucks beziehungsweise der globalen Funktionsfähigkeit von Patientinnen und Patienten vor und nach einer Intervention (Foelsch et al., 2013). Daher eignet sich die CGI-Skala für Verlaufsbeschreibungen von psychischen Erkrankungen.

**SUBSKALA SYMPTOMSCHWERE**

Der CGI-Schweregradindex (CGI-S) misst den Schweregrad der psychischen Erkrankung und wird auf einer 7-stufigen Skala bewertet. Die Frage zu diesem Item lautet: „Wenn Sie Ihre gesamte klinische Erfahrung mit dieser Art von Patientengruppe als Vergleich heranziehen, wie stark psychisch krank ist dieser Patient zum jetzigen Zeitpunkt?“

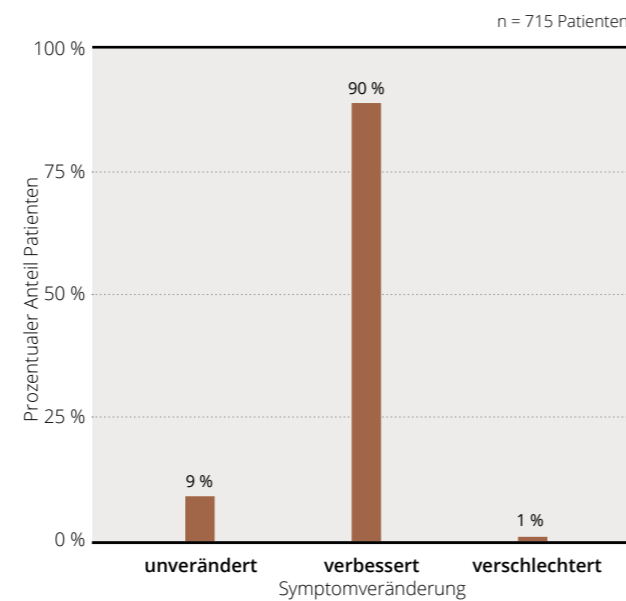
- (0 = nicht beurteilbar)
- 1 = überhaupt nicht krank
- 2 = an der Schwelle zur psychischen Erkrankung
- 3 = leicht krank
- 4 = mäßig krank
- 5 = deutlich krank
- 6 = schwer krank
- 7 = zählt zu den am schwersten kranken Patienten

**SUBSKALA SYMPTOMVERÄNDERUNG**

Beim CGI-Verbesserungsindex (CGI-I) wird der klinische Gesamtzustand des Patienten in Bezug auf den Baseline-Wert auf einer siebenstufigen Skala verglichen. Die Frage dieses Items lautet: „Im Vergleich zum Zustand des Patienten zu Beginn der Behandlung ist der Zustand des Patienten jetzt ...?“

- (0 = nicht beurteilbar)
- 1 = sehr viel besser seit Beginn der Behandlung
- 2 = viel besser
- 3 = wenig besser
- 4 = unverändert
- 5 = etwas schlechter
- 6 = viel schlechter
- 7 = sehr viel schlechter als zu Beginn der Behandlung<sup>1</sup>

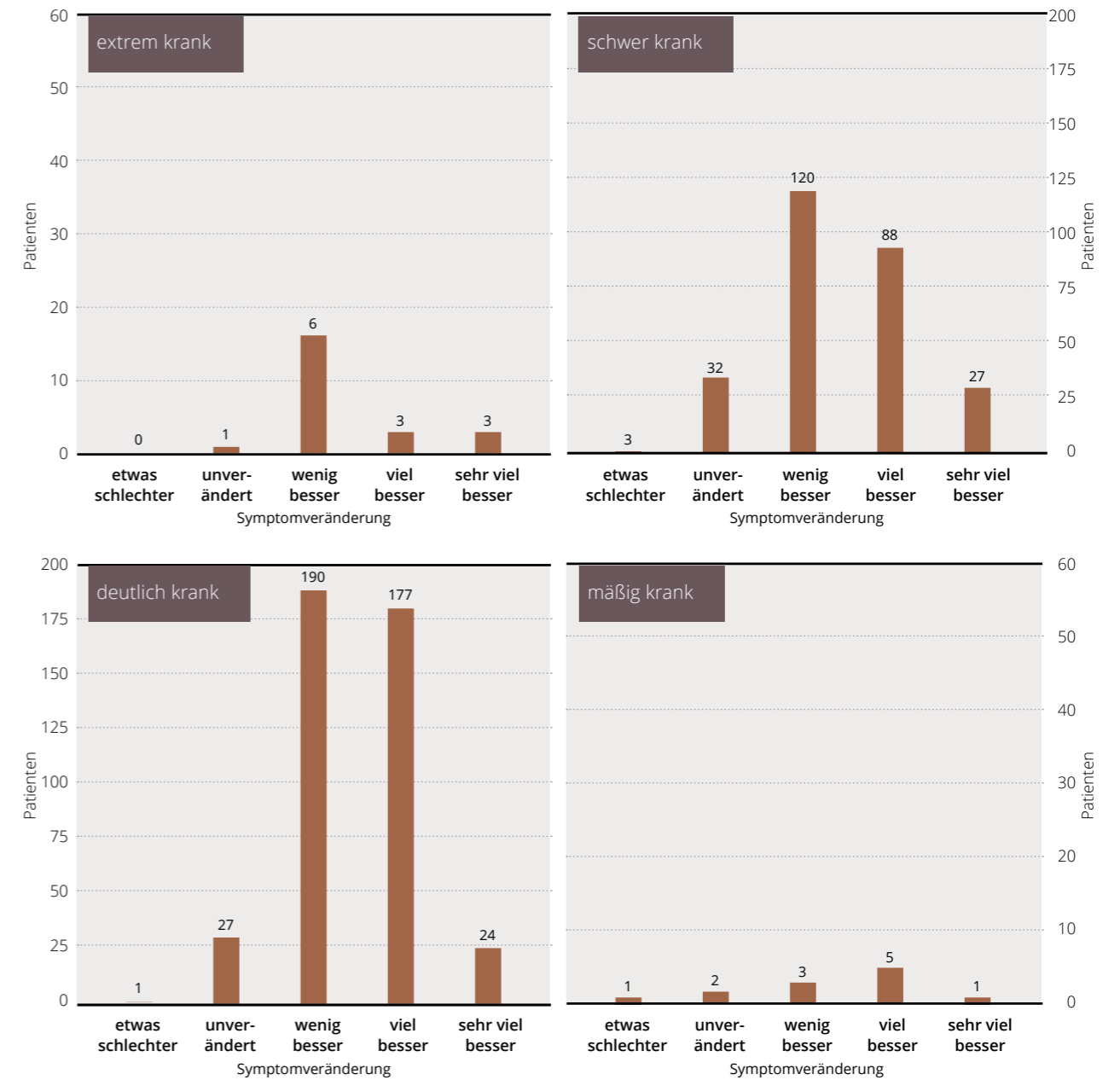
**Veränderung der globalen Funktionsfähigkeit in 2021 gemessen mittels CGI**



90 % der psychiatrischen Patientinnen und Patienten erreichten 2021 eine Verbesserung der globalen Funktionsfähigkeit. Bei 9 % lagen keine Veränderung vor und nur bei 1 Prozent aller Patientinnen und Patienten haben sich die Symptome verschlechtert.

**Symptomveränderung, abhängig von der Symptomschwere bei Aufnahme in 2021 gemessen mittels CGI**

n = 714 Patienten<sup>1</sup>



Die Grafik zur Symptomveränderung ist unterteilt in vier Gruppen, die bei Aufnahme anhand des CGIs gebildet werden: extrem kranke, schwer kranke, deutlich kranke und mäßig kranke Patientinnen und Patienten. Die meisten Patientinnen und Patienten befinden sich am Anfang der Rehabilitation in der Gruppe der schwer oder deutlich Kranken. Bei den schwer Kranken haben sich bei der großen Mehrheit die Symptome wenig, viel oder sehr viel verbessert. Bei einem geringen Teil der

Patienten lag keine Veränderung vor, und nur bei vereinzelten Fällen haben sich die Symptome verschlechtert. Ähnlich sieht es in der Gruppe der deutlich Kranken und mäßig kranke Patientinnen und Patienten aus, hier hat sich der Großteil ein wenig oder sogar viel verbessert. Zu den Gruppen der extrem Kranken beziehungsweise der mäßig Kranken zählen nur wenige Patientinnen und Patienten. Dennoch hat sich die Symptomatik in diesen Gruppen ebenfalls fast immer gebessert.

<sup>1</sup> In den Grafiken nicht abgebildet, da keine Patienten mit diesem Veränderungswert vorhanden

<sup>1</sup> Ein Patient wurde in dieser Auswertung entfernt.

Standortkarte Kardiologie



21

Einrichtungen

KARDIOLOGIE

# SCHWERPUNKTE IN DER KARDIOLOGIE

Die kardiologischen Rehabilitationseinrichtungen von MEDIAN helfen individuell bei jeder Herz-Kreislauf-Erkrankung. In der Rehabilitation soll die Leistungsfähigkeit der Patientinnen und Patienten – zum Beispiel nach einer Herz-OP oder einem Herzinfarkt – wiederhergestellt werden.

Multiprofessionelle Teams begleiten und beraten die Patientinnen und Patienten, damit sie trotz Krankheit aktiv und erfolgreich ihr Leben bewältigen können. Dabei werden alle psychosozialen Aspekte in den Blick genommen, um eine soziale und berufliche Reintegration zu ermöglichen. Je nach Mobilisationsgrad kommen muskelaufbauende Krankengymnastik, verschiedene Formen von Bewegungstherapie in Gruppen sowie ein kontrolliertes Ergometer-Training zum Einsatz – mit dem Ziel, die Stabilisation und Mobilisation zu stärken. Außerdem wird den Patienten die besondere Bedeutung von Bewegung bei Herzerkrankungen – auch über ihren Rehabilitationsaufenthalt hinaus – vermittelt.

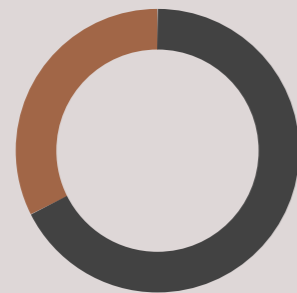
Diätberatungen und das Zubereiten gesunder Kost in den Lehrküchen der Einrichtungen gehören bei MEDIAN ebenso zum Therapieangebot wie zum Beispiel Entspannungstraining und Raucherentwöhnungs-Programme. Auch die Bewältigung von Ängsten, Depressionen und anderen psychischen Begleiterkrankungen wird in Form von psychologischer Einzel- und Gruppentherapie unterstützt.

Während des Aufenthalts lernen die Patientinnen und Patienten, wie viel sie sich und ihrem Herzen wieder zutrauen können. Denn nur im Zusammenwirken der genannten Maßnahmen sind eine nachhaltige Verbesserung der körperlichen Funktion und Leistungsfähigkeit, eine Stabilisierung des psychischen Befindens und somit die Vermeidung von vorzeitiger Berentung oder Pflege möglich.



# SOZIODEMOGRAFISCHE DATEN KARDIOLOGIE

## GESCHLECHTERVERTEILUNG

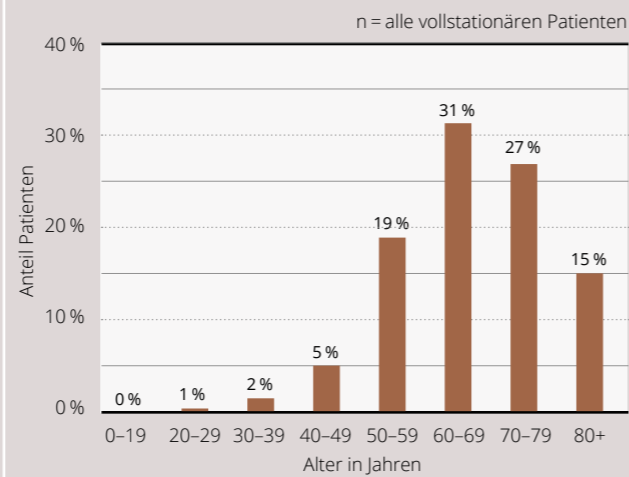


68 % männlich  
32 % weiblich  
0 % divers

Von den **15.783** stationär behandelten kardiologischen Patientinnen und Patienten waren 68 % männlich und 32 % weiblich.

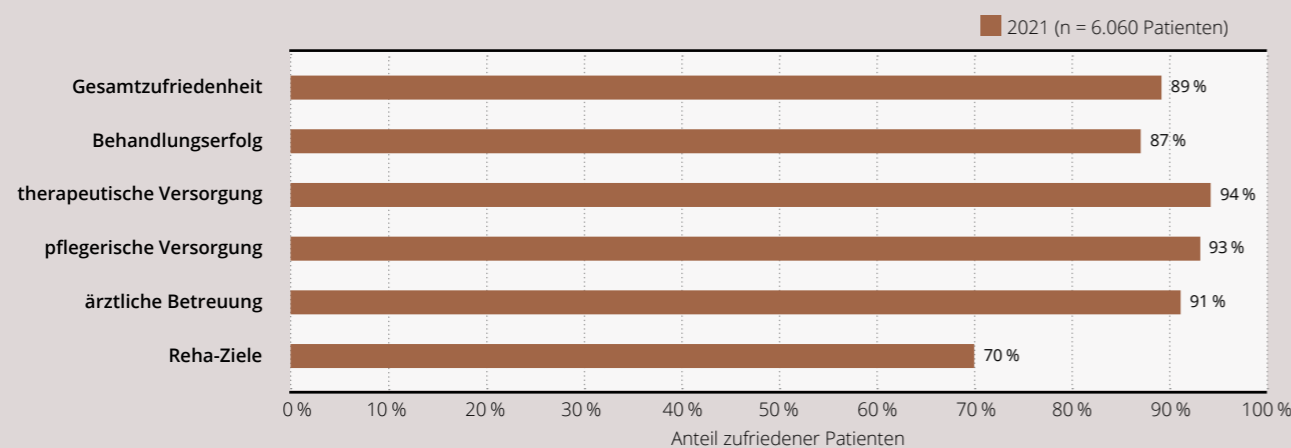
## ALTERSSTRUKTUR

Durchschnitt: 67 Jahre



In der Kardiologie betrug im Jahr 2021 der Altersdurchschnitt **67 Jahre**. Die meisten Patientinnen und Patienten waren zwischen 60 und 79 Jahre alt (59 %). Insgesamt 8 % waren unter 50 Jahre alt.

## ZUFRIEDENHEIT DER PATIENTINNEN UND PATIENTEN

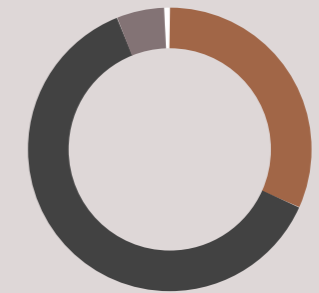


Auch im Jahr 2021 waren unsere kardiologischen Patientinnen und Patienten mit ihrem Aufenthalt sehr zufrieden: Die besten Bewertungen erhielten die **therapeutische und pflegerische Versorgung** mit **94 %** und

**93 %** sowie die ärztliche Betreuung mit 91 % zufriedenen Befragten. Die Gesamtzufriedenheit war mit 89 % ähnlich hoch wie in den Vorjahren.

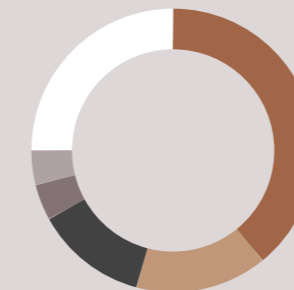
## VERTEILUNG DER LEISTUNGSTRÄGER

Fast **zwei Drittel** der erbrachten Leistungen wurden von der **gesetzlichen Krankenversicherung** übernommen (62 %). Die gesetzliche Rentenversicherung war mit 32 % zweitgrößter Leistungsträger.



32 % gesetzliche Rentenversicherung  
62 % gesetzliche Krankenversicherung  
5 % Selbstzahler/Private Krankenversicherung  
1 % sonstige

## VERTEILUNG DER FÜNF HÄUFIGSTEN HAUPTDIAGNOSEN



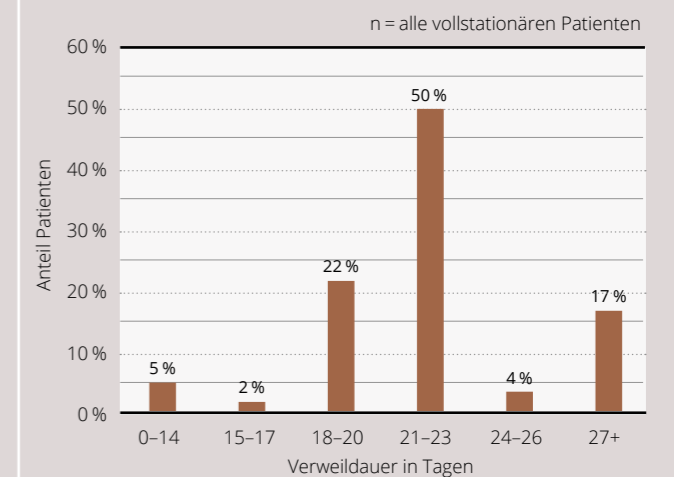
39 % I25 chronische ischämische Herzkrankheit  
15 % I21 akuter Myokardinfarkt  
13 % I35 nichtrheumatische Aortenklappenkrankheiten  
4 % I34 nichtrheumatische Mitralklappenkrankheiten  
4 % Z95 Vorhandensein von kardialen oder vaskulären Implantaten oder Transplantaten  
25 % sonstige Hauptdiagnosen

n = alle vollstationären Patienten

Die „chronische ischämische Herzkrankheit“ war die häufigste Hauptdiagnose bei **39 %** der Patientinnen und Patienten im Jahr 2021. Die abgebildeten fünf häufigsten Hauptdiagnosen machten insgesamt drei Viertel aller Diagnosen in der Kardiologie aus.

## VERTEILUNG DER VERWEILDAUER

Durchschnitt: 21 Tage



Die Hälfte der kardiologischen Patientinnen und Patienten war zwischen **21 und 23 Tagen** in einer kardiologischen MEDIAN Einrichtung. Auch die durchschnittliche Verweildauer lag mit 21 Tagen in diesem Bereich.

# DAS DIGITALE NACHSORGEZENTRUM UNTERSTÜTZT PATIENTEN NACH IHREM REHABILITATIONSAUFENTHALT

Ein multiprofessionelles Team steht mit den Patientinnen und Patienten nach dem Rehabilitationsaufenthalt für mehrere Wochen im engen Austausch, um sie durch die digitale Nachsorge bestmöglich therapeutisch zu begleiten. Die Unterstützung ist sehr vielseitig und immer am Bedarf des einzelnen Patienten orientiert.

## Könnten Sie das Konzept der digitalen Nachsorge für Kardiologie-Patientinnen und Patienten bitte beschreiben?

Schon am Tag nach der Entlassung nehmen wir Kontakt zum Patienten oder zur Patientin auf und vereinbaren einen Telefontermin zum Erstkontakt in der Nachsorge. Das therapeutische Team bereitet sich anhand der Nachsorgeempfehlung auf das Gespräch vor, indikationsspezifisch erfolgt die Erstellung eines vorläufigen Therapieplans. Dabei greifen wir für die Basisstruktur auf Standardpläne zurück. Während des Telefonats wird gemeinsam mit dem Patienten oder der Patientin entschieden, welche Aspekte der Nachsorge relevant sind. Standardtherapiepläne für kardiologische Patienten beinhalten ein Bewegungsprogramm und Wissensvermittlung zu kardiovaskulären Krankheiten und weiteren Gesundheitsaspekten, darunter beispielsweise der Umgang mit Stress.

Die Individualisierung beginnt mit dem telefonischen Erstkontakt, denn es ist ein Unterschied, ob Patientinnen und Patienten in der Nebendiagnose eine Adipositas vermerkt haben oder eventuell eine psychische Erkrankung. Die Aktivität der Patienten wird täglich im System aufgezeichnet und durch geschultes Personal überprüft. Bei Fragen und Problemen können die Patienten das Digitale Nachsorgezentrum (DNZ) telefonisch, per Mail oder über den Chat jederzeit erreichen – diese Kanäle ermöglichen eine einfache Kommunikation. Zusätzlich

haben die Patienten die Möglichkeit, nach jeder Übung ein Feedback im Chat zu hinterlassen. Sollte eine Übung einmal nicht gut passen, kann auf diesem Wege beidseitig schnell reagiert werden. Darüber hinaus motivieren wir die Patienten regelmäßig, denn unser Ziel ist es, dass sie das volle Programm für sich nutzen. Wichtig ist uns dafür, 24 Wochen in sehr engem Austausch mit ihnen zu stehen und sie durch die Nachsorge bestmöglich therapeutisch zu begleiten.

Die Patienten selbst haben dazu einen sehr treffenden Satz geprägt: „Ich habe meinen Therapeuten immer in der Tasche.“

## Wer steht den Patientinnen und Patienten im Digitalen Nachsorgezentrum zur Verfügung?

Die Patientinnen und Patienten treffen im DNZ auf ein multiprofessionelles Team. Dieses steht ihnen montags bis freitags in der Zeit von 8 bis 20 Uhr zur Verfügung. Bei der Auswahl des Personals achten wir darauf, dass die gleichen beruflichen Voraussetzungen erfüllt sind, wie wir sie auch in der physischen Nachsorge IRENA kennen: Um dem multimodalen Ansatz gerecht zu werden, setzt sich das Team aus Sportwissenschaftlern, Sporttherapeuten, Physiotherapeuten, Ökotrophologen und Psychologen zusammen.

## Wie unterstützt das Digitale Nachsorgezentrum die Patientinnen und Patienten nach der kardiologischen Rehabilitation?



## DIGITALES NACHSORGEZENTRUM IN DÜSSELDORF



**SVEN SCHUNTER**  
Kaufmännischer Leiter  
Digitales Nachsorgezentrum



Das Digitale Nachsorgezentrum (DNZ) war zu Beginn ein Teil des MEDIAN AGZ Düsseldorf und wurde dort im Frühjahr 2020 als Abteilung geführt. In den folgenden anderthalb Jahren wurde hier die digitale Nachsorge stetig weiterentwickelt. Seit September 2021 ist das DNZ eine eigenständige Einrichtung, in der heute etwa 20 Fachkräfte aus verschiedenen therapeutischen Bereichen für die Patientinnen und Patienten bei Anliegen rund um die digitale Nachsorge da sind.

Die Unterstützung während der Nachsorge ist sehr vielseitig und immer am Bedarf des Patienten beziehungsweise der Patientin orientiert. Das Personal ist dabei immer Therapeut, aber auch Motivator. Motivierte Patienten, die kontinuierlich an ihrem Genesungsweg arbeiten, rufen wir an, um zu loben, Teilhabe zu schaffen und stetig Erfolgserlebnisse im Nachsorgeprozess zu generieren. Sind Patienten nicht aktiv, werden diese auch von uns kontaktiert. Gemeinsam Probleme zu lösen und Patienten aktiv dabei zu unterstützen, den Genesungsweg weiterzuverfolgen, ist hierbei das Ziel. Manchmal erkennen die Patientinnen und Patienten schon unsere Nummer und melden sich mit den Worten „Ich mache sofort meine Übungen.“

#### **Wie können digitale Tools generell Patienten über den Aufenthalt in einer Klinik von MEDIAN hinaus bei der weiteren Genesung, Gesunderhaltung und Prävention unterstützen?**

Generell gibt es viele Tools, die uns bei der Gesundheits-erhaltung unterstützen wollen. Jede und jeder von uns hat diverse Gesundheits-Apps auf dem Handy und wenn wir ehrlich sind, dann nutzen wir sie kaum. Ähnlich verhält es sich bei der Prävention – solange wir kein Leiden haben, investieren wir nur wenig Zeit in unsere Gesundheit. Das digitale Angebot muss also mehr sein als nur eine App oder ein Tool. Genau hier setzen die Strukturen des DNZ an. Auf der einen Seite steht eine durchdachte App, die aus körperlichem Training und Wissensvermittlung besteht und auf der anderen Seite die persönliche Betreuung durch Fachpersonal. Denn die Patientinnen und Patienten möchten flexible, auf sie zugeschnittene Gesundheitslösungen haben.

#### **Welche Vorteile bietet eine digital gestützte Nachsorge für das therapeutische Personal in der Einrichtung?**

Für das Personal einer Einrichtung hat die digital gestützte Nachsorge auf dem ersten Blick keine immensen Vorteile. Der wohl größte Nutzen liegt in einer Erweiterung des Nachsorgeangebots für die behandelten Patientinnen und Patienten. Die digital gestützte Therapie während der Rehabilitation schafft aber durchaus auch Vorteile für die Fachkräfte selbst: Neben einem breiteren Spektrum, wie man seine Arbeit gestalten kann, schafft die digitale Therapie neue Einsatzmöglichkeiten, wenn gewisse Tätigkeiten vom Fachpersonal nicht angeboten werden können. So entsteht mehr Flexibilität. Auf diese Weise schaffen wir ein weiteres Element der modernen Medizin am Puls der Zeit und davon partizipieren natürlich auch unsere Mitarbeitenden.

#### **Welches Potenzial sehen Sie in der Digitalisierung für Gesundheitseinrichtungen – speziell für die Kardiologie?**

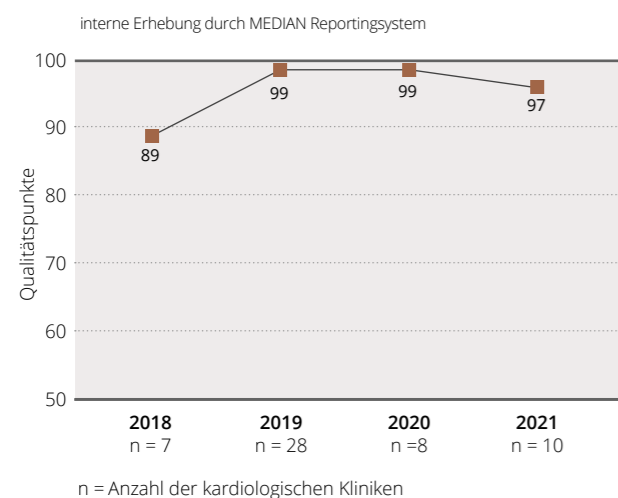
Einer der großen Vorteile für kardiologische Patientinnen und Patienten ist die Möglichkeit, direkt nach der Rehabilitation mit der Nachsorge beginnen zu können. Bis es zu einer Teilnahme an der physischen Nachsorge kommt, vergehen nicht selten mehrere Wochen. Die Motivation, aber auch der Gesundheitszustand können sich zwischen Entlassung aus der Rehabilitation und Aufnahme in die Nachsorge verschlechtern. Die Nahtlosigkeit mithilfe der digitalen Lösung reduziert diesen Zeitverlust und ermöglicht es den Patientinnen und Patienten, mit dem „Drive“ aus der Rehabilitation weiterzumachen.



# KENNZAHLEN DER EXTERNEN QUALITÄTSSICHERUNG

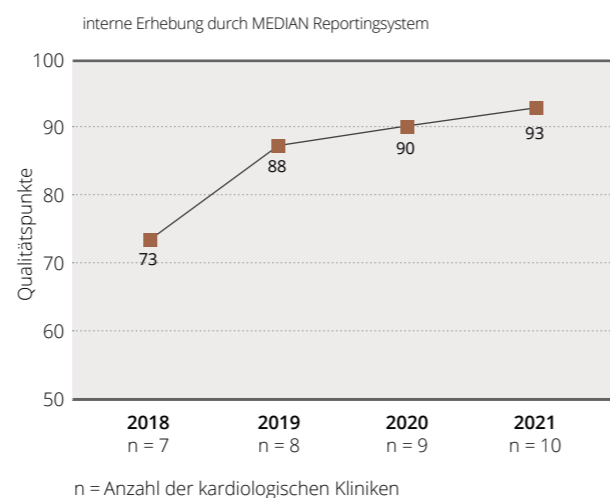


## Reha-Therapiestandard „Koronare Herzkrankheit“ im zeitlichen Verlauf



Die Qualitätspunkte des Reha-Therapiestandard „Koronare Herzkrankheit“ lagen in den Jahren 2019 und 2020 mit 99 Qualitätspunkten beinahe auf dem höchstmöglichen Wert von 100 Punkten. Im Jahr 2021 sanken die Qualitätspunkte zwar leicht ab, liegen mit einem Wert von 97 aber noch immer auf einem sehr guten Niveau.

## Therapeutische Versorgung im zeitlichen Verlauf



In der therapeutischen Versorgung ist seit 2018 ein klarer Aufwärtstrend zu erkennen. Die Qualitätspunkte konnten seitdem jedes Jahr kontinuierlich gesteigert werden und lagen mit 93 Punkten im Jahr 2021 zuletzt in einem sehr guten Bereich.

# ERGEBNISQUALITÄT IN DER KARDIOLOGIE

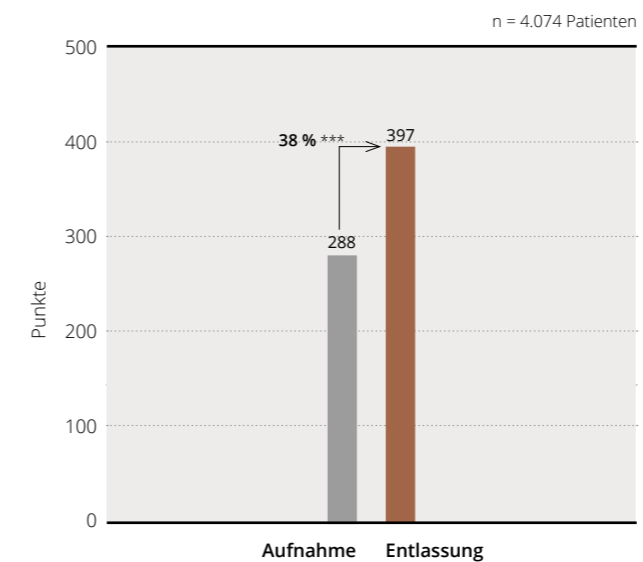
Zur Messung des Rehabilitationserfolgs der Patientinnen und Patienten in der Kardiologie erhebt MEDIAN einheitliche Parameter. Die unten dargestellten Tests veranschaulichen das Potenzial einer Rehabilitation in der Kardiologie.

## 6-MINUTEN-GEHTEST

Der Test ist ein Belastungstest unterhalb der höchstmöglichen Belastung, bei dem die zurückgelegte Strecke über eine Zeitspanne von sechs Minuten gemessen wird. Die 6-Minuten-Laufdistanz ist ein Maß für die körperliche Gesundheit des kardiopulmonalen Systems sowie des Bewegungsapparats. Der 6-Minuten-Gehtest liefert Informationen über die funktionelle Kapazität, das An-

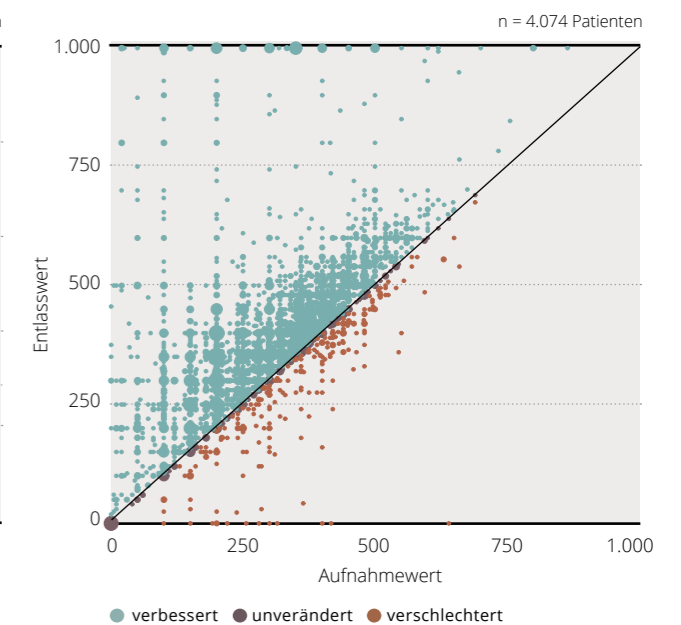
sprechen auf Therapie und Prognose über einen breiten Bereich von kardiopulmonalen Zuständen, also zur Gesundheit des Herzens und der Lunge. Die Hauptstärken des 6-Minuten-Gehtests liegen in seiner Schlichtheit bei Konzept und Umsetzung, einfacher Standardisierung sowie in der Akzeptanz durch Patientinnen und Patienten, einschließlich derjenigen, die älter oder körperlich eingeschränkt sind.

## 6-Minuten-Gehtest der kardiologischen Patientinnen und Patienten bei Aufnahme und Entlassung im Jahr 2021



Die Abbildung zeigt eine signifikante Verbesserung der Geleistung der Patientinnen und Patienten im Laufe der Rehabilitation. Zu Beginn der Rehabilitation wurden im Durchschnitt 288 Meter in sechs Minuten erfasst. Bei der Messung zum Entlassungszeitpunkt haben sich die Patienten um 38 % auf 397 Meter verbessert.

## Verteilung der Patientinnen und Patienten im 6-Minuten-Gehtest



Im abgebildeten Streudiagramm lässt sich deutlich erkennen, dass sich der Großteil der kardiologischen Patientinnen und Patienten im Laufe ihrer Rehabilitation im 6-Minuten-Gehtest verbessern konnten. Fast immer war die zurückgelegte Gehstrecke bei der Messung am Ende des Aufenthaltes länger als bei der Messung zu Beginn. Es gilt: Je größer der Punkt in der Abbildung, desto mehr Patienten haben bei Aufnahme und Entlassung die entsprechenden Werte erreicht.

\*\*\* signifikanter Unterschied, p < 0.001

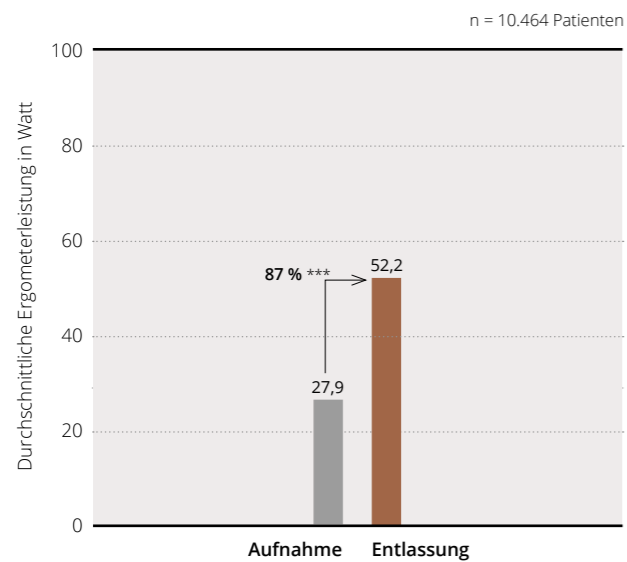


**ERGOMETERLEISTUNG**

Neben dem 6-Minuten-Gehtest ist die Ergometerleistung ein weiterer Messwert für den Rehabilitationserfolg. Hier wird eine Messung der Leistungsfähigkeit unter standardisierten Bedingungen (zum Beispiel auf dem Laufband oder dem Fahrrad) ausgeführt.

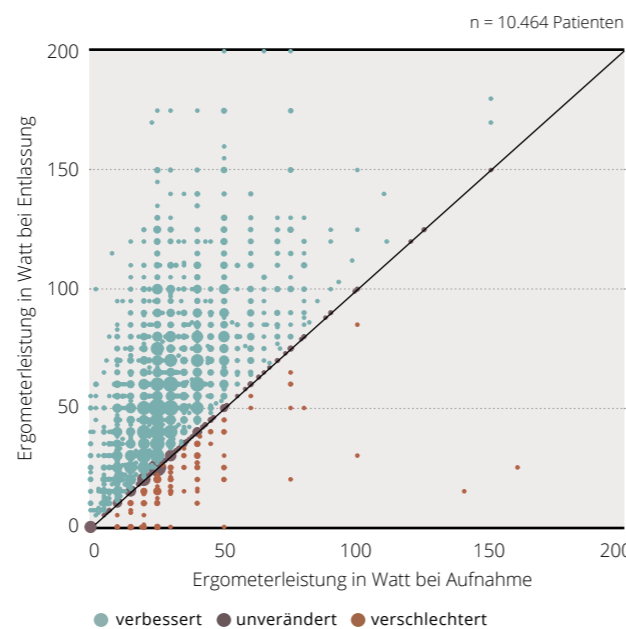


**Ergometerleistung der kardiologischen Patientinnen und Patienten in Watt bei Aufnahme und Entlassung im Jahr 2021**



Die Wattleistung der kardiologischen Patientinnen und Patienten hat sich von Aufnahme zu Entlassung beinahe verdoppelt, was eine signifikante Verbesserung und einen deutlichen Rehabilitationserfolg bedeutet.

**Verteilung der Ergebnisse bei der Wattleistung im Ergometertraining**



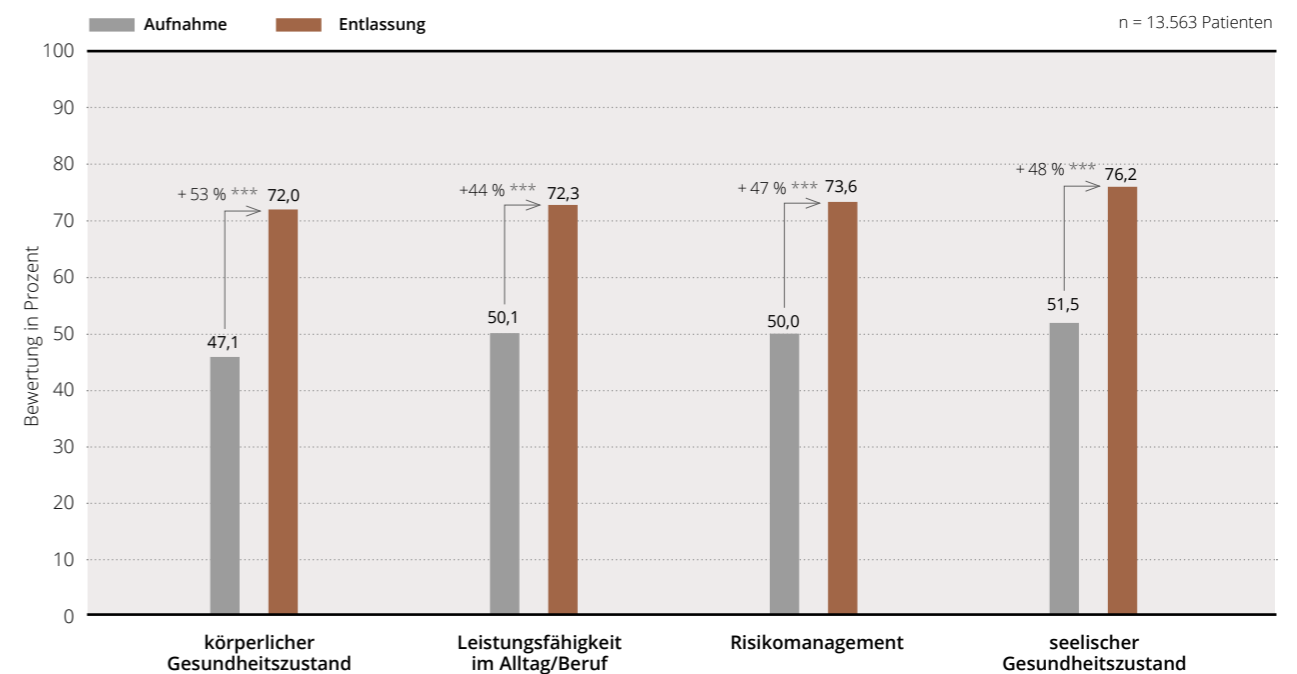
Die Wattleistung im Ergometertraining konnten die allermeisten Patientinnen und Patienten ebenfalls während ihres Aufenthaltes in den kardiologischen Einrichtungen von MEDIAN verbessern. Dies wird durch die Punkte über der Diagonalen deutlich, da dort der Entlasswert größer als der Aufnahmewert ist. Je größer der Punkt, desto mehr Patienten hatten den entsprechenden Aufnahme- und Entlasswert.

**ICF-BASIERTE KARDIOLOGISCHE ERGEBNISMESSUNG**

Neben objektiven gesundheitlichen Verbesserungen führt eine Rehabilitation oft zu sozialen und seelischen Fortschritten, die nur schwer objektiv zu messen sind. Das MEDIAN Medical Board Kardiologie hat deshalb einen neuartigen Score zur Messung der Ergebnisqualität in der Kardiologie entwickelt. Das vorgestellte System kam 2017 erstmals zum Einsatz und verlangt auf einer semiquantitativen Skala von 0 bis 100 Prozent in Schritten von 20 Prozentpunkten eine Einschätzung der Funktionsfähigkeit des Patienten oder der Patientin in somatischer und seelischer Hinsicht bezogen auf das Risikomanagement sowie die Alltags- und Berufsbelastbarkeit.

**Zu Beginn des Aufenthalts haben nur etwa drei Prozent der kardiologischen Patientinnen und Patienten einen guten körperlichen Gesundheitszustand. Dieser Anteil steigt zum Ende der Rehabilitation auf knapp 60 Prozent.**

**ICF-basierte kardiologische Ergebnismessung bei Aufnahme und Entlassung im Jahr 2021**



Die größte Verbesserung lässt sich mit 53 % bei der körperlichen Gesundheit der Patientinnen und Patienten erkennen. Auch in den anderen drei Kriterien zur Einschätzung der Funktionsfähigkeiten lassen sich deutliche Verbesserungen von jeweils mehr als 40 % zwischen Aufnahme und Entlassung erkennen.

\*\*\* signifikanter Unterschied, p < 0.001

\*\*\* signifikanter Unterschied, p < 0.001

## 5. FORSCHUNG UND INNOVATION

# FORSCHUNG UND INNOVATION – DIE GRUNDLAGE FÜR EINE ERFOLGREICHE UND HOCHWERTIGE BEHANDLUNG

Für die MEDIAN Unternehmensgruppe und die Mitarbeitenden ist es Verpflichtung und Herausforderung zugleich, den Patientinnen und Patienten eine qualitativ hochwertige Behandlung zu bieten. Das setzt voraus, sich stets am neuesten Stand medizinischer Erkenntnisse und technischer Möglichkeiten zu orientieren und zugleich Bewährtes immer wieder kritisch zu hinterfragen. Deshalb betrachten wir den Bereich Forschung und Innovation als essenziellen Baustein, um Behandlungsergebnisse kontinuierlich zu verbessern.

### FORSCHUNG

Wissenschaftlich fundierte Arbeit ist die Grundlage dafür, Optimierungspotenzial zu erkennen und Verbesserungen messbar zu machen. MEDIAN beteiligt sich an Studien und betreibt Forschung, um die Maßstäbe des eigenen, in allen Einrichtungen etablierten Qualitätssicherungsverfahrens im Vergleich zu den standardisierten Prüfverfahren im Gesundheitswesen noch höher anlegen zu können. Auf der Basis wissenschaftlicher Erkenntnisse entwickelt MEDIAN effektivere Behandlungsmethoden. Theoretische Fragestellungen können anhand zahlreicher Datensätze analysiert, Hypothesen direkt im klinischen Umfeld fundiert erprobt und so als bereichernde Erkenntnisse in die Praxis umgesetzt werden.

MEDIAN hat sich zum Ziel gesetzt, Vorreiter in der Rehabilitations-Medizin zu sein. Zu diesem Zweck beteiligen sich die Einrichtungen von MEDIAN an medizinischen Studien und Forschungsprojekten, die sie selbst initiieren oder die aus der Zusammenarbeit mit Universitäten entstehen. Einige interessante Forschungsprojekte möchten wir Ihnen in diesem Kapitel im Detail vorstellen.

Vorreiter zu sein, bedeutet für MEDIAN auch, aufzuzeigen, wie die Rehabilitationsversorgung europaweit als dritte Säule des Gesundheitssystems neben den niedergelassenen Ärzten und der stationären Akutmedizin fungieren kann. MEDIAN arbeitet daran, international die positiven Effekte von Rehabilitation, darunter unter anderem die nachhaltige Verbesserung der Gesundheit der behandelten Patienten sowie die langfristige Kostensenkung durch Gesunderhaltung, sichtbar zu machen. Darum trägt MEDIAN zum Beispiel zum internationalen Forschungsprojekt REPAIRS (Re-Learning Perception-Action In Rehabilitation from a Systems Perspective) bei, das durch das Forschungs- und Innovationsprogramm Horizon 2020 der Europäischen Union unter der Marie-Sklódowska-Curie-Finanzierungsvereinbarung (Nr. 956003) gefördert wird. REPAIRS zielt darauf ab, die Effektivität der Rehabilitation zu verbessern, die sich mit der Wiederherstellung und Verbesserung der Funktionsfähigkeit sowie Lebensqualität von Menschen mit einer Bewegungsstörung oder einer Behinderung in Bezug auf Wahrnehmung und Handlung befasst. Dafür bringt

REPAIRS junge Forschende aus ganz Europa zusammen. Für MEDIAN ist es sehr wichtig, sich als Partner in solchen Projekten zu engagieren und daran zu arbeiten, die Rehabilitationsversorgung weltweit zu verbessern.

#### INNOVATION

Innovative Technologien beeinflussen nicht nur unseren privaten Alltag – sie haben auch das Potenzial, einen Beitrag zur nachhaltigen Behandlung von Patientinnen und Patienten zu leisten. Um hierbei alle Möglichkeiten auszuschöpfen, hat MEDIAN einen eigenen Innovationsprozess etabliert, in dem mögliche fortschrittliche Produkte und Services identifiziert, geprüft und bewertet werden. Wichtig ist MEDIAN dabei, dass diese Medizinprodukte, Apps oder Software immer aus dem Blickwinkel ihres rehabilitativen Nutzens bewertet werden, also unter dem Aspekt einer immer besseren Versorgung. Vielversprechende Kandidaten werden so zur Evaluierung ihres Nutzens pilotiert. Andere wiederum warten in einer Datenbank darauf, dass sie bei einem konkreten Problem an einer MEDIAN Einrichtung ihren Nutzen in der Praxis erbringen können.

So evaluieren MEDIAN und Priory zum Beispiel derzeit gemeinsam die Möglichkeiten des Einsatzes von Virtual Reality (VR) zur Behandlung von Phobien und Abhängigkeitserkrankungen. In der VR-Therapie bewegt sich eine Patientin oder ein Patient mittels VR-Brille durch virtuelle Szenarien. In diesen voll-interaktiven Umgebungen können Gegenstände gegriffen und Aufgaben in sich steigenden Leveln gelöst werden. In der geschützten, virtuellen Umgebung kann die Konfrontation mit einem Reiz, beispielsweise bei der Therapie von Angst- oder abhängigkeitserkrankten Patienten, geübt werden. Patientinnen und Patienten können so auf den Umgang mit ähnlichen



**Dr. Laura Golenia**

Leiterin Forschung & Innovation  
MEDIAN Unternehmenszentrale

Situationen im echten Alltag vorbereitet werden. Abhängigkeitserkrankte können beispielsweise den Besuch einer Bar oder einer Party simulieren und dort Herausforderungen virtuell meistern, um später in der konkreten Situation abstinent zu bleiben. Patientinnen und Patienten mit Angststörungen können einen Vortrag vor Publikum oder die Begegnung mit einem krabbelnden Insekt meistern. Unterschiedliche Levels von Reizsituationen machen die virtuelle Therapie so bei der Behandlung von Phobien und Abhängigkeitserkrankungen sehr wertvoll.

## SCHACHBASIERTES NEURO-KOGNITIVES TRAINING BEI ALKOHOLABHÄNGIGKEIT

Eine von der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG) finanzierte Studie von Prof. Dr. Vollstädt-Klein vom Zentralinstitut für seelische Gesundheit Mannheim (Arbeitsgruppe Neuroimaging abhängigen Verhaltens) untersucht in Zusammenarbeit mit der MEDIAN Klinik Wilhelmsheim den Effekt eines schachbasierten neurokognitiven Trainings in der Therapie der Alkoholabhängigkeit.

#### NUTZEN UND WIRKUNG DES SCHACHBASIERTEN TRAININGS BEI MEDIAN

Das schachbasierte neurokognitive Training ist bereits seit vielen Jahren etabliert, bisher jedoch nicht wissenschaftlich evaluiert. Mit der Anwendung des Schach-Trainings während der Rehabilitationsbehandlung werden eine Stärkung kognitiver Fähigkeiten und ein damit einhergehendes, verbessertes Ergebnis der Suchttherapie erwartet. Weiterhin sollen die potenziellen Wirkmechanismen auf neurobiologischer und neuropsychologischer Ebene untersucht werden.

Insgesamt werden 76 Teilnehmende randomisiert entweder einer Kontrollgruppe (Therapie „as usual“) oder einer Interventionsgruppe mit zusätzlichem Schach-Training zugeteilt. Somit erhalten alle Teilnehmenden der Studie die regulären Therapiemodule der MEDIAN Klinik Wilhelmsheim, die Patientinnen und Patienten der Interventionsgruppe jedoch zusätzlich das schachbasierte neurokognitive Training.

Zu Beginn und am Ende des sechswöchigen Schach-Trainings wird in der Interventionsgruppe jeweils eine funktionelle MRT-Messung (fMRT) durchgeführt. In der Kontrollgruppe erfolgt im gleichen Abstand ebenso jeweils eine fMRT. Während dieser Messungen werden kognitive Funktionen mittels experimenteller Test-Batterien untersucht.

Zudem nehmen alle an der Studie beteiligten Patienten an einer dreistufigen neuropsychologischen Untersuchung teil: vor Beginn und nach Abschluss der Interventionsphase und – im gleichen Zeitraum – auch die Kontrollgruppe ohne Intervention. Mittels Fragebögen und neuropsychologischer Tests werden Entscheidungsfindung und kognitive Flexibilität untersucht.

Nach dem sechswöchigen Schachtraining finden jeweils im Abstand von vier Wochen Nachbefragungen statt. Sie sollen Aufschluss über Alkoholabstinenz, Alkoholverlangen, Angst und Stimmung der Teilnehmenden nach der Therapie bringen.

#### ERKENNTNISSE TRAGEN ZUR REGULÄREN ETABLIERUNG DES TRAININGS BEI

Erste Ergebnisse der Studie sind ab Ende 2022 zu erwarten. Werden mit der aktuellen Studie positive Effekte nachgewiesen, ist eine weitere Untersuchung (ohne fMRT) mit einer größeren Anzahl an Teilnehmenden geplant, um die therapeutische Wirkung des schachbasierten neurokognitiven Trainings auf Rückfälligkeit beziehungsweise Rückfall- und Abstinenzdauer nach der stationären Behandlung zu untersuchen. Perspektivisch soll dieses Training als reguläres Modul der Suchtrehabilitation die Wirkung der Therapie verbessern.



Studienleitung

**Prof. Dr. Tillmann Weber**

Chefarzt Abhängigkeitserkrankungen  
MEDIAN Klinik Wilhelmsheim

# KONTROLLIERTE ATEMTERAPIE IN DER COVID-19 REHABILITATION – STUDIE ZUM EFFEKT VON IHHT

In der MEDIAN Klinik Flechtingen wird in einer Langzeitstudie der Effekt von einer kontrollierten Atemtherapie mit intermittierender Hypoxi/Hyperoxie Therapie (IHHT) auf die klinische Erholung von Patientinnen und Patienten in der Rehabilitation nach einer COVID-19 Erkrankung untersucht.

Der aktuelle Stand der Forschung zeigt, dass COVID-19 langfristige Lungenschäden, wie beispielsweise die Reduktion der Lungenfunktion verursachen kann. Eine häufige Komplikation ist die verlangsamte Erholung der Leistungsfähigkeit nach einem schweren Verlauf der Erkrankung, insbesondere wenn in der akuten Krankheitsphase mechanische Beatmung notwendig war. Da jedoch Long-COVID-Symptome auch nach einer milden Akut-Erkrankung auftreten können, ist ein großer Bedarf an Rehabilitation für diese Patientinnen und Patienten zu verzeichnen.

## VERBESSERTE LEISTUNGSFÄHIGKEIT DURCH IHHT

Die intermittierende Hypoxie/Hyperoxie Therapie (IHHT) ist ein neues Konzept der spezifischen Atemtherapie. Dabei erfolgt das wiederholte Einatmen von sauerstoffreduzierter Luft (hypoxische Atemstimulation) unter kontrollierten Bedingungen mit abwechselnden kompensatorischen sauerstoffreichen (hyperoxischen) Atemperioden. Die hypoxische Stimulation soll zu einer Ver-

besserung der Lungenfunktion sowie zu einer systemischen Steigerung der Sauerstoffnutzung in den Zellen führen, wodurch im günstigsten Fall die körperliche Leistungsfähigkeit gefördert wird. Dieser Konditionierungseffekt ist vergleichbar mit einem Höhentraining im Leistungssport und erste wissenschaftliche Erkenntnisse zeigen eine Verbesserung des Herz-Kreislauf-Systems bei älteren, komorbiden Patientinnen und Patienten.

## VERGLEICHSTUDIE VON MEDIAN UNTERSUCHT DIE WIRKUNG VON IHHT

In der MEDIAN Klinik Flechtingen soll nun auf den bisherigen wissenschaftlichen Erkenntnissen zur IHHT aufgebaut werden. In der im Sommer 2021 initiierten Studie wird die Hypothese überprüft, dass die Behandlung mit IHHT während einer stationären Rehabilitation bei Betroffenen von Long COVID zu verbesserter Funktionsfähigkeit der Lunge sowie Lebensqualität führt und dadurch die soziale und berufliche Teilhabe fördert. Die 70 Studienteilnehmenden erhalten während des ge-



In diesem Raum in der MEDIAN Klinik Flechtingen wird die Atemtherapie durchgeführt.

samten Rehabilitationsaufenthalts dreimal wöchentlich IHHT-Behandlungen. Als Vergleichsgruppe dienen 70 Patientinnen und Patienten mit vergleichbarer klinischer Charakterisierung, welche die Standardbehandlung für Long COVID ohne IHHT erhalten. Methodisch handelt es sich demnach um eine prospektive, offene Vergleichsstudie, welche als Pilotprojekt für eine folgende randomisierte klinische Studie dienen soll.

Zur Feststellung der Ergebnisse dienen über 13 Outcome-Parameter, die quantitativ erhoben und in pseudonymisierter Form ausgewertet werden. Folgende Messparameter werden unter anderem zur Prüfung der oben genannten Hypothese erfasst: 6-Minuten-Gehtest, Treppensteigttest, Timed "Up and Go", Lungenfunktion, Atemnotscore (BORG-Skala), Ermüdbarkeits-Score sowie der MEDIAN Corona-Recovery Score.

Die Gesamtdauer der Studie beträgt zwölf Monate, mit ersten Ergebnissen ist Anfang des Jahres 2023 zu rechnen.



Studienleitung

## Dr. Per Otto Schüller

Chefarzt Kardiologie und Pneumologie  
MEDIAN Klinik Flechtingen

# MEDIAN LIPOPROTEIN(a)-REGISTER 2022

Bei MEDIAN steht die hohe Behandlungsqualität der Patientinnen und Patienten an oberster Stelle. Die Beteiligung an Studien und Forschung spielt daher für all unsere Kliniken und Einrichtungen eine große Rolle. So auch für die MEDIAN Klinik Bad Gottleuba, die sich aktiv an der Erforschung des Risikos beteiligt, einen Herzinfarkt aufgrund eines angeborenen erhöhten Blutfettwertes zu erleiden.

Das von MEDIAN neu angelegte Lipoprotein(a)-Register erfasst auch bisher unbekannte Zusammenhänge, wodurch der Behandlungserfolg zukünftig positiv beeinflusst werden soll.

## LIPOPROTEIN(a) – UNSICHTBARER RISIKOFAKTOR IM BLUT

Nicht nur Menschen im hohen Lebensalter erleiden Herzinfarkte. Die MEDIAN Klinik Bad Gottleuba ist spezialisiert auf die Behandlung des Herz-Kreislauf-Systems und beschäftigt sich seit mehr als fünf Jahren intensiv mit der Diagnostik und Beratung von jungen Herzinfarkt-Patientinnen und -Patienten. Dabei werden auch seltene und ungewöhnliche Ursachen des Herzinfarkts berücksichtigt und gleichzeitig noch unbekannte Zusammenhänge erforscht.

Bei der Behandlung zahlreicher Patientinnen und Patienten in der MEDIAN Klinik Bad Gottleuba fiel ein erhöhtes Blutfett mit dem Namen Lipoprotein(a) auf, abgekürzt Lp(a). Dieses Blutfett ist ein abgewandeltes Cholesterin mit besonders ungünstigen Eigenschaften für die Gefäßwände.

Studien zu den Auswirkungen eines erhöhten Lp(a)-Wertes zeigen, dass Betroffene häufig auch in jungem Alter Herzinfarkte, Schlaganfälle oder Gefäßverkalkungen der Beine erleiden. Auch in der MEDIAN Klinik Bad Gottleuba wurden bei etwa 40 Prozent der jungen Herzinfarkt-Patientinnen und -Patienten erhöhte Lp(a)-Werte nachgewiesen, bei etwa 25 Prozent bestand nach der Rehabilitation weiterer Behandlungsbedarf.

## QUALITÄT BEI MEDIAN: DREIKLANG AUS FORSCHUNG, SCHULUNGEN UND SELBSTHILFGRUPPEN

Da bisherige Therapien kaum den gewünschten Effekt zeigen, werden aktuell Medikamente in klinischen Studien geprüft, die bei einmaliger monatlicher Injektion zu einer starken Verminderung des Lp(a) im Blut führen sollen. Auch bei MEDIAN selbst wird die Forschung zum Lp(a) weiter vorangetrieben. Um die Zusammenhänge von Herz-Kreislauf-Erkrankungen und erhöhtem Lp(a)-Wert transparenter zu machen, wurde am 1. März 2022 das MEDIAN Lp(a)-Register begonnen. Hierbei wird in den kardiologischen Abteilungen aller MEDIAN Einrichtungen ein Jahr lang die Häufigkeit von Lp(a) bei bestimmten Gruppen von Patientinnen und Patienten erfasst: Zum einen handelt es sich um Menschen mit Erkrankungen der Aortenklappe am Herz, zum anderen um Patientinnen und Patienten mit frühzeitigem Herzinfarkt vor dem 60. Lebensjahr.

Das Lp(a)-Register hat das Ziel, festzustellen, wie häufig bei den genannten Gruppen das Lp(a) relevant erhöht ist und wie häufig es bereits in der vorbehandelnden Klinik gemessen wurde. Gleichzeitig werden bestimmte klinische und laborchemische Daten erhoben. So sollten innerhalb eines Jahres etwa 5.000 Patientinnen und



Patienten in das Register integriert werden, was die Diagnose und Behandlung für die Fachärztinnen und -ärzte vereinfacht.

Patienten mit erhöhtem Lp(a) erhalten eine in der MEDIAN Klinik Bad Gottleuba entwickelte, standardisierte Schulung, um sie über die Erkrankung aufzuklären. Aus dieser Schulung entwickelten sich bereits regelmäßige Zusammenkünfte Betroffener, die alle zwei Jahre mit jeweils mehr als 100 Teilnehmenden stattfinden. Die Patientinnen und Patienten werden darüber hinaus auf eine digitale Selbsthilfegruppe (<https://lipidhilfe-lpa.de>) hingewiesen.

Studienleitung

### Annett Hlousek

Oberärztin Innere Medizin und Kardiologie

Korrespondenz

### Dr. Christoph Altmann, MBA

Chefarzt Innere Medizin und Kardiologie

MEDIAN Klinik Bad Gottleuba



# WIRKSAMKEITSNACHWEIS EINER SPEZIELLEN REHABILITATION NACH OBERSCHENKELAMPUTATION

Das Forschungsprojekt von MEDIAN und Ottobock untersucht die Wirksamkeit einer frühfunktionellen Rehabilitation bei Oberschenkelamputierten Patientinnen und Patienten. Die Ergebnisse sollen zur Verbesserung des Versorgungs- und Rehabilitations-Prozesses von Amputierten beitragen.



Quelle: ©ottobock

## HERAUSFORDERUNGEN BEI DER VERSORGUNG VON MENSCHEN MIT AMPUTATION

Der Versorgungs- und Rehabilitations-Prozess von Amputierten stellt Betroffene, behandelnde Ärzte, Therapeuten und Orthopädietechniker sowie das Gesundheitssystem vor eine große Herausforderung. Obwohl die S2k-Leitlinie (DGOOC, 2019) die genauen Inhalte der Versorgung definiert, ist die konkrete Umsetzung schwierig. Amputierte Patientinnen und Patienten werden in der Regel nach den allgemeinen orthopädischen Kriterien einer Anschlussheilbehandlung mit einer Fallpauschale sowie durchschnittlicher Verweildauer von drei Wochen behandelt.

Die stetigen Anpassungen der Prothese in der frühen postoperativen Phase, die allgemeine Leistungsminde- rung der physischen und mentalen Gesundheit sowie ein langer Heilungsprozess nehmen jedoch viel Zeit in Anspruch. Die Leitlinie empfiehlt daher eine stationäre Aufenthaltsdauer von vier bis acht Wochen in der Einrichtung, um die primären Ziele dieses Aufenthalts zu erreichen. Im MEDIAN Reha-Zentrum Wiesbaden Sonnenberg wird ebendieser längere Aufenthalt ermöglicht und die Anforderungen der S2k-Leitlinie erfüllt.

## MEDIAN UND OTTOBOCK STARTEN GEMEINSAMES FORSCHUNGSPROJEKT

Die Notwendigkeit der Umsetzung dieser theoretischen Leitlinien in die Praxis bei amputierten Patientinnen und Patienten sowie gesundheitsökonomische Konsequenzen sollen erstmals anhand eines Forschungsprojekts, welches gleichermaßen von MEDIAN und Ottobock finanziert wird, aufgezeigt werden. Hierbei steht der Nachweis über ein höheres Aktivitätslevel sowie eine geringere Anzahl an Stürzen der Patientinnen und Patienten durch den Aufenthalt im spezialisierten MEDIAN Reha-Zentrum Wiesbaden Sonnenberg mit Begleitung einer optimalen prothetischen Versorgung durch das Kenevo Kniegelenk (Ottobock) im Fokus.

Das Kenevo Prothesenkniegelenk ist ein mikroprozessor- gesteuertes Knie, welches auf einen niedrigen Mobilitäts- grad ausgerichtet ist, eine erhöhte Sicherheit im Alltag bietet und im Rahmen der Rehabilitation angepasst werden kann.

## DIE KOMBINATION AUS UMSETZUNG DER LEITLINIE SOWIE ANWENDUNG DES KENEVOS

Das Studienziel dieses Projekts ist demnach der Wirk- samkeitsnachweis einer frühfunktionellen Rehabilita- tion bei Oberschenkelamputierten Patientinnen und Patienten durch die Berücksichtigung und Umsetzung der Leitlinien unter Verwendung eines Kenevo-Kniege- lenks. Im MEDIAN Reha-Zentrum Wiesbaden Sonnen- berg werden alle geeigneten Studienteilnehmenden im Rahmen einer sechsmonatigen Leihpauschale zulasten der gesetzlichen/privaten Krankenkassen mit dem Ke- nevo Kniegelenk versorgt und der gesamte Prozess wird dokumentiert. Dabei werden Eigenständigkeit, Mobilität, Funktionalität, Gehfähigkeit, dynamische Balance sowie Lebensqualität anhand von unterschiedlichen PROMs und funktionellen Tests an drei Messzeitpunkten im Ab- stand von etwa zwei Wochen evaluiert.

Nach Abschluss der Rehabilitation werden die Patienten für weitere fünf Monate anhand eines Follow-up-Pro- tokolls begleitet und regelmäßig zu einer ambulanten Sprechstunde nach Wiesbaden eingeladen. Im Fokus dieser Phase stehen unter anderem die Re-Integration in den Alltag sowie Stürze und Sturzumstände.

Neun weitere MEDIAN Kliniken, welche mindestens vier amputierte Patientinnen und Patienten pro Jahr behan-



Studienleitung

**Dr. Johannes Schröter**  
Chefarzt Orthopädie

**Natascha Raisig**  
Doktorandin

MEDIAN Reha-Zentrum Wiesbaden Sonnenberg

deln, dienen als Kontrollkliniken. Hierbei werden, nach Einwilligung, Oberschenkelamputierte Patienten unab- hängig von ihrer prothetischen Versorgung in die Stu- die eingeschlossen. Es werden dieselben PROMs und – sofern möglich – auch dieselben funktionellen Tests wie während des Rehabilitationsaufenthaltes und in der Follow-up-Phase erhoben. Die Datenerhebung startet voraussichtlich im vierten Quartal 2022 und ist auf zwei Jahre ausgelegt.

Wir hoffen, durch die Studie die Versorgungssitua- tion und Rehabilitation von amputierten Menschen in Deutschland weiter zu verbessern.

# MODELLPROJEKT [PE<sup>3</sup>PP]: TREFFSICHER IN DIE PRÄVENTION

Unter Leitung der Deutschen Rentenversicherung Mitteldeutschland und mit wissenschaftlicher Begleitung der TU München entwickelt MEDIAN ein innovatives Präventionsprogramm. Ziel des Projektes ist die Förderung einer frühzeitigen Inanspruchnahme von Präventionsangeboten, um die Erwerbsfähigkeit langfristig zu erhalten.

## EINE MEDIZINISCHE REHABILITATION ERHALTEN BETROFFENE HÄUFIG ZU SPÄT

Psychische Störungen bildeten 2020 mit 38 Prozent (ohne Suchterkrankungen) den Hauptgrund für Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit (DRV, 2021a). Ein Problem ist, dass die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation die Betroffenen erst spät erreichen, meist erst, wenn die Erwerbsfähigkeit bereits erheblich gefährdet ist. Eine bedarfsgerechte Erweiterung vorhandener Präventionsstrukturen soll verbesserte Zugangswege und passgenaue Angebote schaffen. Die fehlende Übereinstimmung zwischen dem individuellen Bedarf der Versicherten und der Ausgestaltung der Leistungen wird als Hindernis gesehen. Laut Statistik der Rentenversicherung wurden 2020 insgesamt 1.161 Präventionsleistungen nach § 14 SGB VI abgeschlossen (DRV, 2021b).

## MEDIAN IST TEIL DES PROJEKTES FÜR PSYCHISCH GEFÄHRDETE BERUFSTÄTIGE

Das Projekt PE<sup>3</sup>PP (Projekt zur Entwicklung, Erprobung und Evaluierung einer psychosozialen Präventionsleistung) will Betroffenen mit ersten psychischen Beeinträchtigungen künftig passgenaue Angebote und schnelle Wege in die Prävention ebnen. PE<sup>3</sup>PP wird mit besonde-

rem Fokus auf psychische und psychosoziale Teilhabestörungen konzipiert.

Um die Inanspruchnahme der Präventionsleistungen zu fördern, wird besonderes Augenmerk auf die Rekrutierung gelegt. Über proaktive Zugangswege sollen Betroffene frühzeitig durch die Rentenversicherung und die beteiligten Krankenkassen für das Präventionsprogramm gewonnen werden.

Das Projekt ist Teil des Bundesprogrammes „Innovative Wege zur Teilhabe am Arbeitsleben – rehapro“ des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales. PE<sup>3</sup>PP läuft unter Federführung der Deutschen Rentenversicherung Mitteldeutschland in Kooperation mit der AOK Plus und AOK Sachsen-Anhalt. Die MEDIAN Klinik Bad Gottleuba und die SRH Medinet Burgenlandklinik sind als Projektbeteiligte für die fachliche Konzipierung und die Durchführung verantwortlich. Wissenschaftlich begleitet wird das Projekt durch die Technische Universität München, Lehrstuhl für Soziale Determinanten der Gesundheit unter Leitung von Prof. Dr. Matthias Richter.

Die wissenschaftliche Begleitforschung wird das Programm mittels eines qualitativen und quantitativen Forschungsdesigns evaluieren und die Wirksamkeit bei den Betroffenen untersuchen.

## IM FOKUS STEHT DER NACHHALTIGE ERHALT DER ERWERBSFÄHIGKEIT

PE<sup>3</sup>PP startete im November 2021 und ist auf fünf Jahre angelegt. In der MEDIAN Klinik Bad Gottleuba sollen 520 Betroffene am Programm teilnehmen.

Ziel ist es, Gesundheitsförderung im beruflichen Kontext „Prävention vor Rehabilitation“ aktiv umzusetzen und eine verbesserte und frühzeitige Inanspruchnahme von Präventionsangeboten zu ermöglichen. Der Erhalt der Erwerbsfähigkeit soll dadurch nachhaltig gefördert werden.

PE<sup>3</sup>PP soll durch eine verlängerte, voraussichtlich zweiwöchige stationäre Initialphase und eine voraussichtlich dreimonatige App-gestützte Trainingsphase realisiert werden. Die Verzahnung von stationärer und digitaler Phase ist von entscheidender Bedeutung. Die Arbeits- und Lebensbedingungen der Teilnehmenden werden somit verstärkt betrachtet. Zentrale Aspekte des individuell adaptierbaren und modular aufgebauten Programmes sollen die Themen berufsbezogene Stressbewältigung, Achtsamkeit und Selbstfürsorge sein.

### Kathleen Kaminski

Psychologische Bereichsleiterin Psychosomatik  
MEDIAN Klinik Bad Gottleuba



### Dr. Andreas Seemann

Chefarzt Psychosomatik  
MEDIAN Klinik Bad Gottleuba

# ERWERBSTÄTIGKEIT BEI MULTIPLER SKLEROSE – ERSTE ERGEBNISSE DER TAMUS-STUDIE

Im Rahmen der von der DRV Bund geförderten TAMuS-Studie untersuchen das An-Institut für Neurorehabilitation des MEDIAN NRZ Magdeburg und die MS Forschungs- und Projektentwicklungs-gGmbH gemeinsam mögliche Einflussfaktoren auf den Erhalt der Erwerbstätigkeit bei Multipler Sklerose. Aufbauend auf der Studienvorstellung im MEDIAN Qualitätsbericht 2020/21 können nun erste Ergebnisse vorgestellt werden.

## ALTER, GESCHLECHT UND SYMPTOMLAST BEEINFLUSSEN DIE ERWERBSITUATION VON MS-ERKRANKTEN

Multiple Sklerose (MS) gehört zu den häufigsten neurologischen Erkrankungen im jungen Erwachsenenalter und wirkt sich oft negativ auf die Erwerbstätigkeit aus. Rund 18 Prozent der MS-Erkrankten beziehen bereits mit 44 Jahren Rentenleistungen.

Im Rahmen eines ersten Projektteils wurde eine Sekundärdatenanalyse retrospektiver Daten aus dem MS-Register der Deutschen Multiple Sklerose Gesellschaft durchgeführt. Dabei wurde untersucht, welche objektiven Parameter einen Einfluss auf den Erhalt der Erwerbstätigkeit von MS-Erkrankten in einem Beobachtungszeitraum von 24 bis 36 Monaten haben. Es wurden Datensätze von insgesamt 7.610 volljährigen MS-Erkrankten ausgewertet. Zum ersten Messzeitpunkt waren insgesamt 71 Prozent der MS-Erkrankten erwerbstätig. Im Verlauf fand bei 4,6 Prozent der Betroffenen ein Wechsel der Erwerbstätigkeit statt, wobei der Großteil (3,8 Prozent) in die Erwerbslosigkeit wechselte. Bei Betrachtung dieser

Gruppe der Wechsler im Vergleich zur Gesamtpopulation zeigt sich, dass diese Gruppe älter ist, eine geringere Krankheitsdauer hat, mehr weibliche Erkrankte umfasst und weniger schubförmige Verläufe aufweist.

Zur Bestimmung der Parameter, die einen Einfluss auf den Erhalt der Erwerbstätigkeit haben, wurde eine Subgruppenanalyse von 286 MS-Erkrankten durchgeführt, bei denen im Beobachtungszeitraum ein Wechsel in die Erwerbstätigkeit stattfand. Die Ergebnisse zeigen, dass Faktoren wie weibliches Geschlecht und höherer Grad der Beeinträchtigung einen signifikanten Einfluss auf den Wechsel von einer Erwerbstätigkeit zu einer Nichterwerbstätigkeit haben. Zusätzlich stellen soziodemografische Parameter wie ein höherer Schulabschluss oder die Unabhängigkeit in der häuslichen Unterstützung positive Einflussfaktoren für den Erhalt am Arbeitsleben dar. Hingegen wirken sich Faktoren wie das Andauern von Symptomen, insbesondere Fatigue, kognitive Störungen und Depressionen sowie die Verwendung eines Rollators negativ auf den Erhalt der Erwerbstätigkeit aus.

Studienleitung

**Kerstin Eichstädt**, M.Sc.

**Alexander Stahmann**, M.Sc.Inf.

MS Forschungs- und  
Projektentwicklungs-gGmbH  
<https://www.msregister.de/>



**Nadine Schumann**, M.A.

An-Institut für Neurorehabilitation  
NRZ Magdeburg



## ARBEITSPLATZBEZOGENE PARAMETER IM FOKUS DES ZWEITEN TEILPROJEKTES

Aufbauend auf den Ergebnissen werden in einem zweiten Projektteil arbeitsplatz- und personbezogene Parameter mittels quantitativer Befragung von MS-Erkrankten untersucht, um zu prüfen, inwieweit diese die Teilhabe am Arbeitsleben beeinflussen. Die Rekrutierung hierzu läuft seit Herbst 2021 deutschlandweit in aktuell 17 Rehabilitationskliniken (zehn MEDIAN Kliniken, sieben MS Register Zentren). Die Erkenntnisse können dazu beitragen, medizinische und beruflich-orientierte Rehabilitationsleistungen für Erkrankte bedarfsgerecht zu gestalten und damit die Teilhabechancen zu verbessern.



**Prof. Dr. Michael Sailer**

An-Institut für Neurorehabilitation  
NRZ Magdeburg





## 6. DISKUSSION

## ERKENNTNISSE

Trotz pandemiebedingt schwieriger Rahmenbedingungen hat es MEDIAN geschafft, sowohl die Ergebnis- als auch die Struktur- und Prozessqualität in vielen Einrichtungen und Kliniken im Berichtszeitraum 2021/22 zu verbessern.

### ERGEBNISQUALITÄT

Ein wesentliches Ziel der Unternehmensphilosophie von MEDIAN ist es, die Versorgungsqualität in allen Kliniken und Einrichtungen kontinuierlich weiter zu verbessern. Darüber hinaus hat sich das Unternehmen als größter Anbieter von Rehabilitationsleistungen in Deutschland und als international wachsendes Gesundheitsunternehmen zum Ziel gesetzt, die Rehabilitation als eine tragende Säule der Gesundheitsversorgung in Europa weiterzuentwickeln. Grundlage für beide Ziele ist die messbar hohe Ergebnisqualität in allen Fachgebieten und auf allen Behandlungspfaden, die von MEDIAN angeboten werden. Deren Maßstab wiederum sind die für jede Indikation festgelegten und für jede Patientin und jeden Patienten erfassten Ergebnisqualitätsparameter, die auch Grundlage dieses Qualitätsberichts darstellen. Die Vielzahl der in den Einrichtungen erhobenen Scores und PROMs sowie deren positive Entwicklung zeigen, dass MEDIAN kontinuierlich datenbasiert an einer optimalen Behandlungsqualität seiner Patientinnen und Patienten arbeitet. Und das, obwohl die Rahmenbedingun-

gen für eine qualitätsfokussierte Arbeit in den Häusern in den Jahren 2021 und 2022 vor dem Hintergrund der Corona-Pandemie erneut herausfordernd waren.

Die in diesem Qualitätsbericht gebündelten Daten präsentieren das hohe Qualitätsniveau bei MEDIAN. Ein Erfolg, der vor allem der täglichen herausragenden Leistung des ärztlichen, therapeutischen und pflegerischen Personals zu verdanken ist, dessen Engagement für die Patientinnen und Patienten die sehr guten Behandlungsergebnisse sowohl im somatischen als auch im psychosomatischen Bereich erst möglich gemacht hat.

### PROZESSQUALITÄT

Seit Jahren sind die Ergebnisse der Qualitätssicherungsprogramme der Kostenträger in der Rehabilitationslandschaft der Maßstab für die Prozessqualität. Dies gilt besonders für die Erfüllung der Kostenträgeranforderungen der Deutschen Rentenversicherung (DRV) bei der Therapeutischen Versorgung (KTL) und den Reha-Therapiestandards (RTS). Durch die Etablierung eines

## AUSBLICK



Monitoring-Instrumentes werden die Einrichtungen dazu befähigt, die Ergebnisse in interaktiven Dashboards und Reports zu analysieren und Entscheidungen zur Optimierung der Qualität zu treffen. Schwachstellen werden identifiziert, geeignete Maßnahmen umgesetzt und dokumentiert, stets mit der Zielstellung, ein noch höheres Qualitätsniveau zu erreichen.

### STRUKTURQUALITÄT

Ein integriertes Qualitätsmanagement, das auf eine messbar hohe Qualität in der täglichen Arbeit ausgerichtet ist, muss auch auf eine hohe Zufriedenheit bei allen Beschäftigten und Beteiligten abzielen. Die Belegschaft ist mit ihrem hohen Fachwissen sowie ihrer sozialen und emotionalen Kompetenz ein entscheidender Faktor für den Erfolg der Rehabilitation und letztendlich die Zufriedenheit der Patientinnen und Patienten.

Die MEDIAN Unternehmensgruppe hat es sich von Anfang an zum Ziel gesetzt, ein sicherer Arbeitgeber mit vielfältigen Karrierepfaden zu sein. Das Gesundheits-

unternehmen legt darum großen Wert auf geeignete, fundierte und individuelle Weiterbildungsmaßnahmen für qualifizierte und motivierte Fachkräfte. Dazu kommt ein gut strukturiertes Arbeitsschutzmanagement mit Schwerpunkt auf präventive Maßnahmen. Beides wird von der MEDIAN Akademie im Bereich Human Resources mit einer Vielzahl von internen Weiterbildungsmöglichkeiten gebündelt. Auch hier kann die Unternehmensgruppe eine positive Bilanz vorweisen.

Darüber hinaus haben sich in der standortübergreifenden Zusammenarbeit die MEDIAN Medical Boards insbesondere unter den Vorzeichen der Pandemie bewährt, da sie einen regelhaften und gebündelten Wissensaustausch zwischen allen Einrichtungen ermöglichen.

Mit der fortschreitenden Digitalisierung im Gesundheitswesen eröffnen sich für MEDIAN Perspektiven, die weit über angestammte rehabilitative Behandlungsgebiete und Indikationen hinausgehen. Denn der kontinuierliche Ausbau bei der Auswertung immer größerer Datenmengen (Big Data Analytics) aus den Kliniken von MEDIAN im Rahmen der umfassenden Digitalisierungsstrategie des Gesundheitsunternehmens wird in Zukunft Erkenntnisse über Krankheiten zulassen, die allen Menschen zugute kommen. Bestes Beispiel dafür ist die Forschung im Bereich von Long COVID. Um Fakten auszuwerten und neue Erkenntnisse zu gewinnen, hat MEDIAN bereits 2021 ein eigenes Expertengremium, das Medical Board Long COVID, mit sieben Chefärztinnen und Chefarzten ins Leben gerufen. In ihm wird das Wissen aus Fachkliniken für Pneumologie, Orthopädie, Neurologie, Innere Medizin, Kardiologie und Psychosomatik gebündelt und auf einer eigenen Website veröffentlicht. Gleichzeitig fließen auch Daten und Behandlungsergebnisse aus Großbritannien in das Expertengremium ein und schaffen eine Datenbasis, die in Deutschland, wenn nicht sogar in Europa, einzigartig ist und zu einem enormen Wissensvorsprung für die langfristige Behandlung von COVID-19-Patientinnen und -Patienten führt.

Ein weiterer großer Vorteil der von MEDIAN verfolgten Digitalisierungsstrategie ist die Ausweitung der Behandlung in den Bereich Prävention und Nachsorge hinein. Schon heute können Patientinnen und Patienten mit der MEDIAN App ihren Aufenthalt in der Rehabilitation optimal vorbereiten und das vor Ort erlernte Wissen durch spätere Übungen zu Hause festigen. MEDIAN ist hier einer der Vorreiter der Branche und wird auch in Zukunft alles daran setzen, die Qualität der Behandlung mit digitalen Tools weiter zu steigern. Neben qualifizierten Eigenentwicklungen setzt das Unternehmen dabei auch auf die Expertise externer Dienstleister und die Einbindung weiterer Akteure im Gesundheitswesen. In Kombination bester medizinischer Leistungen, hochwertiger Pflege und Betreuung, wissenschaftlicher Forschung und einer hohen Investitions- und Innovationskraft stehen MEDIAN damit enorme Entwicklungsperspektiven auf dem Weg zu einer europäischen Expansion offen.

# ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

<b>BI</b>	Business Intelligence (dt.: Geschäftsanalytik)
<b>BODS</b>	Bogenhausener Dysphagiescore
<b>CGI</b>	Clinical Global Impression Scale (dt.: Skala für den klinischen Gesamteindruck)
<b>COPD</b>	chronisch obstruktive Lungenerkrankung
<b>DMS</b>	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (dt.: diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen)
<b>DNZ</b>	Digitales Nachsorgezentrum
<b>DRV</b>	Deutsche Rentenversicherung
<b>ETM</b>	evidenzbasierte Therapiemodule
<b>FAC</b>	Functional Ambulation Categories (dt.: Kategorien der funktionellen Fortbewegung)
<b>GAD-7</b>	Generalized Anxiety Disorder Scale-7 (dt.: Skala zur Erfassung der generalisierten Angststörung)
<b>GAF</b>	Global Assessment of Functioning (dt.: globale Bewertung der Funktionsfähigkeit)
<b>GSI</b>	Global Severity Index (dt.: globaler Schweregrad-Index)
<b>HEALTH-49</b>	Hamburger Module zur Erfassung allgemeiner Aspekte psychosozialer Gesundheit für die therapeutische Praxis
<b>HTS</b>	Hörstörungen, Tinnitus, Schwindel
<b>ICD</b>	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (dt.: internationales Klassifizierungssystem der Krankheiten)
<b>ICF</b>	International Classification of Functioning, Disability and Health (dt.: Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit)
<b>IQTIG</b>	Zentrales Institut für die gesetzlich verankerte Qualitätssicherung im Gesundheitswesen
<b>ITQ</b>	International Trauma Questionnaire (dt.: internationaler Trauma-Fragebogen)
<b>KIS</b>	Krankenhaus- oder Klinikinformationssystem
<b>KTL</b>	Klassifikation therapeutischer Leistungen in der medizinischen Rehabilitation
<b>NHPT</b>	Nine-Hole-Peg-Test (dt.: Neun-Loch-Dübel-Test)
<b>PHQ</b>	Patient Health Questionnaire (Fragebogen zur Patientengesundheit)
<b>PROM</b>	Patient Reported Outcome Measure (dt.: subjektiv gemessene Ergebnisparameter)
<b>QM</b>	Qualitätsmanagement
<b>QP</b>	Qualitätspunkte
<b>QS</b>	Qualitätssicherung
<b>RTS</b>	Reha-Therapiestandard
<b>SCL</b>	Symptom-Checkliste
<b>TEP</b>	Totalendoprothese (künstlicher Gelenkersatz)

# GLOSSAR

<b>Business Intelligence</b>	technologiegetriebener Prozess zur Analyse von Daten und zur Präsentation verwertbarer Informationen
<b>COVID-19</b>	Infektionskrankheit, die Folge einer Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 sein kann; umgangssprachlich auch „Corona“ genannt
<b>Divertikulose</b>	Ausstülpungen der Darmwand
<b>Femur</b>	Oberschenkelknochen
<b>Hyperakusis</b>	als schmerzhaft empfundenes Hören
<b>IRENA</b>	Intensivierte Rehabilitationsnachsorge
<b>Intrakranielle Verletzung</b>	Verletzung innerhalb des Schädels
<b>Intrazerebrale Blutung</b>	Blutung innerhalb des Hirngewebes
<b>Katamnese</b>	Bericht über eine Erkrankung und deren Verlauf nach Abschluss der Behandlung, im weiteren Sinn auch Nachbefragung des Patienten nach Abschluss einer Behandlung
<b>Long COVID</b>	Symptome, die im Verlauf oder einige Zeit nach initialer, mittlerweile überstandener COVID-19-Erkrankung auftreten; der akute Verlauf der COVID-19-Erkrankung war häufig mild oder moderat
<b>Myokardinfarkt</b>	Herzinfarkt
<b>Polyarthrit</b>	Entzündungen mehrerer Gelenke
<b>Polyneuropathie</b>	Schädigung mehrerer peripherer Nerven
<b>Post COVID</b>	Symptome, die – meist nach schwerem oder kritischem Verlauf – unmittelbar im Anschluss in der Phase der Genesung von COVID-19 auftreten
<b>Psoriasis</b>	Schuppenflechte
<b>Somatoform</b>	körperliche Beschwerden, die sich nicht oder nicht hinreichend auf eine organische Erkrankung zurückführen lassen
<b>Spondylitis</b>	Infektion der Wirbelkörper
<b>Vigilanz</b>	Wachheit; Leistung der Aufmerksamkeit über einen längeren Zeitraum
<b>Visuomotorik</b>	Koordination von visueller Wahrnehmung und Bewegungsapparat

# LITERATURVERZEICHNIS

- Brähler, E., & Klaghofer, R. (2001). Konstruktion und teststatistische Prüfung einer Kurzform der SCL-90-R. *Zeitschrift für klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie*, 49(2), 115–124.
- Blasimann A., Dauphinee S.W. & Staal J.B. (2014). Translational, cross-cultural adaption, and psychometric properties of the german version of the hip disability and osteoarthritis outcome score. *Journal of Orthopaedic and Sports Physical Therapy*. 44, 989.
- Caronni, A., Picardi, M., Aristidou, E., Antoniotti, P., Pintavalle, G., Redaelli, V., ... & Corbo, M. (2019). How do patients improve their timed up and go test? Responsiveness to rehabilitation of the TUG test in elderly neurological patients. *Gait & Posture*, 70, 3338.
- Demeurisse, G., Demol, O., Robaye, E. (1980). Motor evaluation in vascular hemiplegia. *European Neurology*, 19, 382–389.
- Derogatis, L. R. (1986). SCL 90 R administration, scoring and procedures manual II for the revised version and other instruments of the psychopathology rating scale series. Towson, MD: Clinical Psychometric Research.
- DGOOC: Greitemann, B., Bork, H., Braatz, F., Büttner, C. C., Brückner, L., Grünther, R. A., Kaiser, H., Kokerei, D., Middeldorf, St., Möller, M., Panning, S., Rohland, D., Schröter, J., Seckler, M., Stein, N. & Sonnenberg, D. (2019). S2-Leitlinie Rehabilitation nach Majoramputation an der unteren Extremität (proximal des Fußes). Verfügbar unter: [https://www.awmf.org/uploads/tx\\_szleitlinien/033-044l\\_S2k\\_Rehabilitation\\_Majoramputation-untere\\_Extremitaet\\_2019-09.pdf](https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/033-044l_S2k_Rehabilitation_Majoramputation-untere_Extremitaet_2019-09.pdf)
- DRV (2021a). Statistik der Deutschen Rentenversicherung: Rentenversicherung in Zahlen 2021. Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund.
- DRV (2021b). Statistik der Deutschen Rentenversicherung: Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, sonstige Leistungen zur Teilhabe und Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben der gesetzlichen Rentenversicherung im Jahre 2020. Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund.
- Fairbank J.C.T., Couper J., Davies J., et al. (1980). The Oswestry low back pain questionnaire. *Physiotherapy*;66:271–273.
- Foelsch, P.A., Schlüter-Müller, S., Odom, A.E., Borzutzky, A. & Schmeck, K. (Hrsg.) (2013). *Behandlung von Jugendlichen mit Identitätsstörungen (AIT)*. Berlin: Springer.
- Hartmann, U., Bartolome, G. & Schröter-Morasch, H. (2006). Klinische Evaluation von Dysphagien: Der Bogenhausener Dysphagiescore (BODS) – Entwicklung und Validierung [Vortrag]. 23. Wissenschaftliche Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Phoniatrie und Pädaudiologie, Heidelberg, Deutschland.
- Huybrechts K. F. & Caro, J. J. (2007). The barthel index and modified ranking scale as prognostic tools for long-term outcomes after stroke: a qualitative review of the literature. *Current Medical Research and Opinion*, 23(7), 1627–1636.
- Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (Hrsg.) (2018). Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen nach QSKH-RL. Verfügbar unter: [https://iqtig.org/downloads/auswertung/auswertung/2018/hep/QSKH\\_HEP\\_2018\\_QIDB\\_V02\\_2019-04-11.pdf](https://iqtig.org/downloads/auswertung/auswertung/2018/hep/QSKH_HEP_2018_QIDB_V02_2019-04-11.pdf)
- Jester, A., Harth, A. & Germann, G. (2008). „Disability of Arm, Shoulder and Hand“-Fragebogen. *Trauma Berufskrankh 10 (Suppl 3)*, 381–383. <https://doi.org/10.1007/s10039-008-1351-7>
- Kohlmann, T. & Raspe, H. (1996). Hannover Functional Questionnaire in ambulatory diagnosis of functional disability caused by backache Rehabilitation, 35(1): I-VIII.
- Kroenke, K., Spitzer, R. & Williams, J. (2002). The PHQ-15: validity of a new measure for evaluating the severity of somatic symptoms. *Psychosom Med.*, 64(2), 258–266. doi: 10.1097/00006842-200203000-00008.
- Löwe, B., Spitzer, R. L., Zipfel, S. & Herzog, W. (2002). Gesundheitsfragebogen für Patienten (PHQ-D). Kompletteversion und Kurzform. Testmappe mit Manual, Fragebögen, Schablonen (2. Aufl.). Karlsruhe: Pfizer
- Mahoney F.I. & Barthel, D. (1965). Functional evaluation: The barthel index. *Maryland State Medical Journal*, 14, 56–61.
- Mathiowetz, V., Weber, K., Kashman, N. & Volland, G. (1985). Adult Norms for the Nine Hole Peg Test of Finger Dexterity. *The Occupational Therapy Journal of Research*, 5(1), 24–38.
- Marks, D. (2014). Die Gehfähigkeit beurteilen. *Physiopraxis*, 12(1), 34–35.
- Middeldorf, S. & Casser, H. R. (2000). Verlaufs- und Ergebnisevaluation stationärer Rehabilitationsmaßnahmen nach alloplastischem Hüft- und Kniegelenkersatz mit dem Staffelstein-Score. *Orthopädische Praxis*, 36, 230–238.
- Ornetti, P., Perruccio, A., Roos, E., Lohmander, L., Davis, A. & Maillefert, J. (2009). Psychometric properties of the French translation of the reduced KOOS and HOOS (KOOS-PS and HOOS-PS). *Osteoarthritis and Cartilage*, 17(12), 1604–1608.
- Pedersen, G., Urnes, Ø., Hummelén, B., Wilberg, T. & Kvarstein, E.H. (2018). Revised manual for the global assessment of functioning scale. *European Psychiatry*, 51, 16–19.
- Prinz, U., Nutzinger, O., Schulz, H., Petermann, F., Braukhaus, C. & Andrea, S. (2008). Die Symptom-Checkliste-90-R und ihre Kurzversionen: Psychometrische Analysen bei Patienten mit psychischen Erkrankungen. *Physikalische Medizin, Rehabilitationsmedizin, Kurortmedizin*, 18(6), 337–343.
- Rabung, S., Harfst, T., Koch, U., Wittchen, H.-U. & Schulz, H. (2007). „Hamburger Module zur Erfassung allgemeiner Aspekte psychosozialer Gesundheit für die therapeutische Praxis (HEALTHY)“ – psychometrische Überprüfung eines neuen Selbstbeurteilungsinstruments zur multidimensionalen Erfassung psychosozialer Gesundheit. *Phys Med Rehab Kuror*, 17, 133–140.
- Roos E.M., Roos H.P., Lohmander L.S., Ekdahl C., Beynon B.D. (1998). Knee Injury and Osteoarthritis Outcome Score (KOOS)–development of a self-administered outcome measure. *J Orthop Sports Phys Ther*; 28, 88–96.
- Schmitz N., Hartkamp, N., Kiuse, J., Franke, G.H., Reister, G. & Tress, W. (2000). The Symptom Check-List-90-R (SCL-90-R): A german validation study. *Quality of Life Research*, 9(2), 185–193.
- Schönle, P.W. (1995). Der Frühreha-Barthelindex (FRB) - eine frührehabilitationsorientierte Erweiterung des Barthelindex. *Rehabilitation*, 34, 69–73.
- Sereda, Y. & Dembitsky, S. (2016). Validity assessment of the symptom checklist SCL-90-R and shortened versions for the general population in Ukraine. *BMC Psychiatry*, 16, 300.
- Spitzer, R., Kroenke, K, Williams, J & Löwe B. (2006). A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. *Arch Intern Med.*,166(10), 1092-7. doi: 10.1001/archinte.166.10.1092.
- Torio, I., Bagny, A., Dompablo, M., Campillo, M. J., Garcia-Fernandez, L., Rodriguez-Torresano, J., ... & Rodriguez-Jimenez, R. (2014). Neurocognition, social cognition and functional outcome in schizophrenia. *European Journal of Psychiatry*, 28, 201–211.
- Willkomm, M. (Hrsg.) (2013). *Praktische Geriatrie*. Thieme.

NOTIZEN

---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---

Der vorliegende Bericht wurde auf Papier mit einem Recycling-Anteil von 100 Prozent gedruckt, das mit dem Blauen Engel zertifiziert ist. MEDIAN möchte durch den bewussten Einsatz von recyceltem Material einen Beitrag zur Ressourcenschonung und zum Umweltschutz leisten.

**Impressum**

MEDIAN Unternehmensgruppe B.V. & Co. KG  
 Franklinstraße 28–29  
 10587 Berlin  
 median-kliniken.de

**Redaktion**

Dr. Florian Frensch, *Geschäftsführer (COO)*  
 Ulrich Kräuter, *Medizin- und Qualitätsmanagement*  
 Mara Maenner, *Medizin- und Qualitätsmanagement*  
 Theresa Schlegel, *Medizin- und Qualitätsmanagement*  
 Thomas Preuß, *Data Analyses & Scientific Communication*  
 Franziska Riethmüller, *Marketing und Kommunikation*  
 Stefan Müller, *müller.kommunikation*

**Korrektur und Lektorat**

Bildart, Nora Döring

**Grafik und Design**

Raketik Content GmbH, Daniela Birk

**Fotos**

Peter Hamel, peterhamel.de  
 Michael Kuhlmann, michaelkuhlmann.net  
 Christian Nielinger, nielinger.de  
 Adobe Stock  
 Otto Bock HealthCare Deutschland GmbH

**Die Redaktion bedankt sich für die außergewöhnliche Unterstützung des Berichtes bei**

- den Kolleginnen und Kollegen aus den Kliniken und Einrichtungen von MEDIAN, die diesen Qualitätsbericht mit ihren Interviews bereichert haben
- allen Kolleginnen und Kollegen, die an der Erstellung der Inhalte (Daten, Texte, Interviews) beteiligt waren
- den Sprecherinnen und Sprechern der MEDIAN Medical Boards
- den Kolleginnen und Kollegen aus dem zentralen Team Marketing und Kommunikation
- den Kolleginnen und Kollegen aus den zentralen Teams Medizin- und Qualitätsmanagement sowie Forschung und Innovation

Wir danken allen abgebildeten Personen, die sich mit der Veröffentlichung ihrer Fotos einverstanden erklärt haben.

Redaktionsschluss war der 14. November 2022.

