

Der MEDIAN Qualitätsbericht

2019|20

Das Leben leben

Das Leben leben

Qualität bei MEDIAN

Inhalt

1. ZUSAMMENFASSUNG/EDITORIAL	6	4. ERGEBNISSE	36	4.6 Psychosomatik	102	5. WISSENSCHAFTLICHE STUDIEN	158
		4.1 Aufbau des Ergebniskapitels	37	Schwerpunkte	104	Forschung für eine bessere Rehabilitation	159
2. EINLEITUNG	10	4.2 Neurologie	38	<i>Interview: „Selbstbewusst ins Leben zurückkehren“</i>	105	Modellprojekt FIRE	160
2.1 Rückblick und Entwicklung	11	Schwerpunkte	40	Soziodemographische Daten	108	PROMISE-Studie	161
2.2 Unsere Qualitätsphilosophie	12	<i>Interview: „Pflege und Therapie sind eng verbunden“</i>	41	Daten zur Prozess- und Ergebnisqualität	110	Herzinsuffizienzregister des Medical Board Kardiologie	162
2.3 MEDIAN Medical Boards	14	Soziodemographische Daten	44	4.7 Abhängigkeitserkrankungen	114	Spiegeltherapie mittels Augmented Reflection Technology	163
2.4 Höchste Qualität trotz Corona	16	Daten zur Prozess- und Ergebnisqualität	46	Schwerpunkte	116	Weitere ausgewählte Studien	164
2.5 Ziele und Aufbau des Qualitätsberichts	19	4.3 Orthopädie	52	<i>Interview: „Gute Reha braucht Teamarbeit“</i>	117		
		Schwerpunkte	54	Soziodemographische Daten	120		
3. METHODE	20	<i>Interview: „Ein schöner und lebendiger Beruf“</i>	55	Daten zur Prozess- und Ergebnisqualität	122	6. DISKUSSION	166
3.1 Population		Soziodemographische Daten	58	4.8 Psychiatrie	128	6.1 Erkenntnisse und Ausblick	167
Beschreibung der soziodemografischen Variablen	21	Daten zur Prozess- und Ergebnisqualität	60	Schwerpunkte	130	6.2 Fazit	169
Soziodemografische Daten aller Patienten	22	4.4 Kardiologie	66	<i>Interview: „Behandeln mit Faszination und Vertrauen“</i>	131		
3.2 Wege in die Rehabilitation		Schwerpunkte	68	Soziodemographische Daten	134	Abkürzungsverzeichnis	170
Anschlussheilbehandlung und Heilverfahren	24	<i>Interview: „Wir wollen immer besser werden“</i>	69	Daten zur Ergebnisqualität	136	Glossar	171
Wunsch- und Wahlrecht	25	Soziodemographische Daten	72	4.9 Pädiatrie	140	Literaturverzeichnis	172
M-Check	26	Daten zur Prozess- und Ergebnisqualität	74	Schwerpunkte	142	Impressum	173
3.3 Datenerhebungsinstrumente	28	4.5 Innere Medizin	78	<i>Interview: „MEDIAN ist für die ganze Familie da“</i>	143		
3.4 Variablen	29	Schwerpunkte	80	<i>Interview: „Den Schweinhund aus dem Haus locken“</i>	145		
Prozessqualität	30	<i>Interview: „Wer richtig isst, wird schneller gesund“</i>	81	Soziodemographische Daten	148		
Entwicklung der DRV-Qualitätspunkte	33	Soziodemographische Daten	84	4.10 Soziotherapie	150		
Ergebnisqualität	35	Daten zur Ergebnisqualität	98	Schwerpunkte	152		
				<i>Interview: „Wir geben einen gesunden Rahmen“</i>	153		
				Klientel und Indikationen	156		
				Daten zur Ergebnisqualität	157		



1. ZUSAMMENFASSUNG / EDITORIAL

Sehr geehrte Damen und Herren, sehr geehrte Patientinnen und Patienten,

Sie halten den aktuellen, den vierten MEDIAN Qualitätsbericht in den Händen. 174 Seiten, die Ihnen detailliert Auskunft über die Behandlungsqualität bei MEDIAN geben, heruntergebrochen auf alle neun Indikationsbereiche unserer rund 120 Kliniken und Einrichtungen – von der Neurologie bis zur Soziotherapie. Ein riesiger Schatz an Daten, Kennzahlen und Parametern, die wir erheben, und die wir für Sie anhand von Grafiken, Diagrammen und erläuternden Texten möglichst anschaulich aufbereitet haben. Dabei steht hinter jeder Prozentzahl, jedem zurückgelegten Meter, jedem Watt auf dem Ergometer und jedem Tag Abstinenz ein Mensch, der mit unserer Hilfe den Weg zurück ins Leben gefunden hat. Dass uns dies immer besser gelingt und wir die Qualität der Versorgung unserer Patienten ein weiteres Jahr in Folge verbessern konnten, macht uns genau aus diesem Grund besonders stolz und dankbar.

Zugleich entstand der Bericht in einer für die gesamte Weltbevölkerung sehr außergewöhnlichen Zeit: der Corona-Pandemie. Seit Monaten stellt Covid-19 uns alle vor große Herausforderungen. Wichtigstes Anliegen von MEDIAN ist und bleibt es, sowohl unsere Patienten¹ als auch unsere Mitarbeiter zu schützen. Um dies sicherzustellen und den Betrieb unserer Kliniken und Einrichtungen trotz Corona aufrechtzuerhalten, haben wir zahlreiche Maßnahmen ergriffen. Wie MEDIAN sich der Corona-Krise stellt und was wir tun, um Patienten und Mitarbeiter zu schützen, lässt sich auf den Seiten 16 bis 18 nachlesen.

Ergebnisqualität im Fokus

Wir möchten unseren Rehabilitanden die für sie beste Therapie zukommen lassen – welche das konkret ist, unterscheidet sich von Patient zu Patient. Immer jedoch gilt, dass jedem Einzelnen eine möglichst umfassende Teilhabe ermöglicht werden soll, indem wir ihm Fähigkeiten zur Bewältigung des Arbeits- und Lebensalltags (wieder-) vermitteln. Bei einem älteren Patienten mit einem neuen Hüftgelenk kann dies beispielsweise bedeuten, dass er nach der Rehabilitation wieder schmerzfrei einkaufen oder mit den Enkelkindern im Garten spielen kann. Bei einer Patientin nach einem Schlaganfall kann es etwa darum gehen, nicht pflegebedürftig zu werden, sondern ihren Alltag selbstständig in der eigenen Wohnung zu bewältigen, auch wenn gewisse Einschränkungen bleiben. Bei einem Patienten mit Alkoholsucht könnte es wiederum das Ziel sein, nach der Rehabilitation erneut einer geregelten Arbeit nachzugehen und den Versuchungen im Alltag zu widerstehen. Anhand dieser individuellen und messbaren Fähigkeiten lässt sich die Ergebnisqualität der Rehabilitation darstellen.

Ärztliche und therapeutische Test- und Messverfahren

Um die Ergebnisqualität darzustellen, erfassen wir seit einigen Jahren in unseren Kliniken systematisch indikationsabhängige Parameter – und zwar mehrfach im Therapieverlauf: zu Beginn, während und zum Ende der Rehabilitation. Die Daten werden durch Ärzte oder Therapeuten erhoben und ermöglichen es, die individuelle Entwicklung des Patienten zwischen Aufnahme und Entlassung nachzuvollziehen – unter anderem, um zum Beispiel während des Aufenthalts Therapiepfade zu adjustieren. Aufgrund unserer Aktivitäten der vergangenen Jahre sind wir viel besser in der Lage, den tatsächlichen Erfolg unserer medizinisch-therapeutischen Ansätze nachzuweisen.

Instrumente zur Selbsteinschätzung der Patienten

Ergänzend zur Bewertung durch Ärzte und Therapeuten rücken die Patient Reported Outcome Measures (PROMs) verstärkt ins Zentrum der Aufmerksamkeit. Anhand von PROMs lässt sich die klinische Wirksamkeit von Therapien aus Patientensicht darstellen, beispielsweise in Bezug auf die Mobilität oder auf die individuelle Fähig-

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

keit, wieder am sozialen oder beruflichen Leben teilzunehmen. Zur Datenerhebung werden unsere Patienten vor, während und nach ihrem Aufenthalt seit Mitte des Jahres 2019 über ein digitales Portal mit indikationsbezogenen Fragebögen zu ihrem Gesundheitszustand befragt. So können wir auch auf diese Weise den Erfolg unserer Behandlung messbar machen und künftig Langzeiteffekte unserer Therapien ermitteln, um die Rehabilitation eines jeden Patienten immer weiter zu optimieren.

Zusammenhänge erfassen und sichtbar machen

Die systematisch in mehr als 120 MEDIAN Kliniken und Einrichtungen erfassten Ergebnisparameter kombinieren wir mit Informationen zu den angewandten Behandlungspfaden sowie mit den soziodemografischen Daten unserer Patienten. Diese Verfahrensweise ermöglicht es uns, systematisch und regelhaft aus dem normalen Behandlungsverlauf heraus – und nicht bloß auf Basis einzelner, eng umrissener Studien – Zusammenhänge zwischen den individuell gewählten Behandlungspfaden und der erreichten Ergebnisqualität wissenschaftlich zu beurteilen. Dies ist einzigartig für ein Rehabilitationsunternehmen in Deutschland und darüber hinaus.

Diese Form der Evaluation hat großes Potenzial. So lassen sich zum Beispiel systematische Muster daraus ableiten, welche Versorgungspfade bei welchen Patienten die größte Wirksamkeit entfalten. Ebenso kann skizziert werden, welche Patienten innerhalb der herkömmlichen Muster und innerhalb der Vorgaben von Renten- und Krankenversicherung ihr medizinisch-therapeutisches Optimum noch nicht erreichen. Hier wollen wir, basierend auf unseren Daten, in den kommenden Jahren neue spezifische Behandlungspfade entwickeln, beziehungsweise bestehende weiter individualisieren.

Berichtstool misst Qualität der Prozesse

Um die bestehenden Pfade nicht nur zu vermessen, sondern auch aktiv zu steuern, haben wir Anfang 2019 das Business-Intelligence-Tool (BI) um Medizin- und Qualitätskennzahlen erweitert und mit dem entstandenen Qualitäts-Reporting Neuland betreten: Dieses Instrument erlaubt es, nicht nur kaufmännische Kennzahlen nachzuvollziehen, sondern auch die individuellen Therapiekombinationen jedes Patienten. Dies sichert durch die akkurate Steuerung unserer Patientenpfade die operative Umsetzung von Standardtherapie-Pfaden und Varianzen davon.

Zuwachs an Erfahrung und Know-how

Jede Aufnahme einer neuen Klinik in die MEDIAN Unternehmensgruppe ist in vielfacher Hinsicht eine Bereicherung. So konnten wir mit dem Erwerb der Klinik Eschenburg und der Klinik Wied im Jahr 2019 die Versorgung von Patienten im Bereich der Abhängigkeitserkrankungen in der Region Nord-Hessen ausbauen. Durch die Integration der Kliniken in bestehende Strukturen bei MEDIAN wird nicht nur eine qualitativ hochwertige Behandlung gewährleistet, sondern auch eine fachliche Stärkung durch den Austausch auf ärztlicher und therapeutischer Ebene erreicht. Die Möglichkeit, die vorhandenen Kompetenzen und Erfahrungen einzelner Kliniken in die gesamte Gruppe einzubringen, um allen Rehabilitanden die überlegenen therapeutischen Ansätze zugänglich machen, ist erklärtes Ziel von MEDIAN und soll auch in den nächsten Jahren weiter fortgeführt werden.

Wertbeitrag der Rehabilitation stärken

Wir bei MEDIAN sind davon überzeugt, dass die Nutzung der Daten zur Ergebnisqualität in Verbindung mit unseren Prozessdaten und den soziodemografischen Daten die Versorgung jedes einzelnen Patienten verbessert, ohne das Sozialversicherungssystem zusätzlich zu belasten. Auf diese Weise wollen wir unserem gesellschaftli-

chen Auftrag, die Arbeitsfähigkeit der uns anvertrauten Patienten zu erhalten, die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben zu ermöglichen und Pflegebedürftigkeit zu verhindern, noch besser nachkommen. Somit senken wir durch die Arbeit mit den Daten volkswirtschaftliche Kosten und stärken die Rehabilitation als kostenreduzierende und qualitätssteigernde dritte Säule des Gesundheitssystems in der Versorgungskette neben den niedergelassenen Ärzten und der stationären Akutmedizin.

Qualität wird von Menschen gemacht

Doch bei alledem gilt: Das Wichtigste in der Weiterentwicklung unserer Qualität sind unsere Mitarbeiter. Ohne ihren unermüdlichen Einsatz für ihre Patienten könnten wir diese beeindruckenden Zahlen nicht vorweisen. Daher möchten wir uns an dieser Stelle bei all denjenigen bedanken, die diesen Erfolg durch ihr Engagement und ihre Fachkompetenz jeden Tag ermöglichen.

Wir wünschen Ihnen eine interessante Lektüre.



R. Seebauer
Roland Seebauer
Geschäftsführer (CFO)

Dr. André M. Schmidt
Dr. André M. Schmidt
Vorsitzender der
Geschäftsführung (CEO)

Dr. Florian Frensch
Dr. Florian Frensch
Geschäftsführer (COO)

MIT LANGJÄHRIGER ERFAHRUNG DIE ZUKUNFT DER REHABILITATION GESTALTEN



120 hoch spezialisierte Kliniken und Einrichtungen bündeln ihre Kompetenzen und treiben gemeinsam die Behandlungsqualität voran

MEDIAN verbindet moderne medizinische Rehabilitation mit langer Tradition und umfassender Erfahrung. Ein besonderes Datum markiert dabei das Jahr 2011, in dem das heutige Management der MEDIAN Gruppe die Verantwortung für die RHM-Kliniken übernahm – ein Unternehmen, das bereits auf eine 40-jährige Geschichte zurückblicken konnte und damals 26 Kliniken, Akuthäuser und weitere Gesundheitseinrichtungen mit rund 1.850 Betten und Behandlungsplätzen betrieb. In der Folge wurde die strategische Grundausrichtung der heutigen MEDIAN Kliniken mit den Bereichen stationärer und ambulanter Rehabilitation, Akut-Psychiatrie und Soziotherapie kontinuierlich weiterentwickelt.

Seither ist ein modernes Unternehmen mit aktuell mehr als 120 Kliniken und Einrichtungen entstanden. Durch die Verschmelzung mit renommierten Klinikgruppen und die Integration einzelner, hoch spezialisierter Häuser verfügt MEDIAN über höchste Fachkompetenz und jahrzehntelange Erfahrung in der Rehabilitation und wurde in den vergangenen Jahren sukzessive zum größten privaten Betreiber von Rehabilitations- und Teilhabeeinrichtungen in Deutschland. Die Größe der Organisation erlaubte es zum einen, die MEDIAN Qualitätsphilosophie in der Breite durchzusetzen, und zum anderen, in die Steigerung der Behandlungsqualität zu investieren. Dies gelang insbesondere durch Synergien und Kosteneinsparungen in patientenfernen Bereichen, zum Beispiel durch die Generierung von Einsparpotenzialen im Einkauf.

Neu aufgestellt zeigt sich MEDIAN heute als modernes Unternehmen, das seinen hoch kompetenten Kliniken und Einrichtungen gemeinsame Wege und innovative Möglichkeiten bietet, die Qualität der Patientenversorgung kontinuierlich zu verbessern und mit höchster Priorität voranzutreiben.

2. EINLEITUNG

QUALITÄT, AUF DIE SIE SICH VERLASSEN KÖNNEN



Die Rehabilitation in Deutschland kann deutlich verbessert werden, wenn sich modern aufgestellte und qualitativ hochwertig arbeitende Kliniken zusammenschließen und ihr medizinisch-therapeutisches Know-how bündeln – das ist die Philosophie von MEDIAN und diesem Ansatz liegt die heutige Struktur der Unternehmensgruppe zugrunde. Der regelmäßige Austausch und der breite Transfer von Wissen zwischen unseren Kliniken und Einrichtungen ist hierfür die wichtigste Voraussetzung. In den vergangenen Jahren entstand durch die Übernahmen diverser Häuser eine Klinikgruppe, die das klare Ziel verfolgt, die besten Rehabilitationskliniken Deutschlands unter einem Dach zu vereinen und stetig weiterzuentwickeln.

Um dieses Know-how zu bündeln und zugleich den Wissenstransfer zwischen den einzelnen Kliniken und Einrichtungen zu fördern, wurde für jede Fachrichtung

ein Medical Board gegründet. Die Medical Boards sind Kerngremien der Unternehmensgruppe und Kristallisationspunkte für die Entwicklung neuer medizinisch-therapeutischer Versorgungsansätze. In diesen klinikübergreifenden Gremien erörtern Ärzte, Therapeuten Neuerungen in der Rehabilitationsmedizin und diskutieren fach- und indikationsspezifische Behandlungspfade. Dies geschieht zunehmend auch anhand von gruppenweit erhobenen Parametern der Ergebnisqualität. Insbesondere diese Ergebnisparameter – verbunden mit soziodemografischen Variablen und Daten zum Behandlungsprozess – ermöglichen es, neue Behandlungspfade in unseren Kliniken abzuleiten. Dabei ist es in der medizinisch-therapeutischen Arbeit stets unser Anspruch, uns in der Entscheidungsfindung an wissenschaftlichen Standards zu orientieren.

Gemeinsam für unsere Patienten immer besser werden

In regelmäßigen Sitzungen der Qualitätsmanagement (QM) Boards – bestehend aus den QM-Leitungen der Geschäftsbereiche und dem zentralen Qualitätsmanagement – werden Best-Practice-Modelle und Instrumente für ein funktionierendes Qualitätsmanagement in den Einrichtungen geschaffen. Auch die Rückmeldungen externer Zertifizierungsaudits werden erfasst und diskutiert, um daraus konkrete Maßnahmen abzuleiten. Das QM-Board profitiert vom Austausch und den Erfahrungen der beteiligten QM-Experten und unterstützt MEDIAN dabei, den Know-how-Transfer im Qualitätsmanagement zu bündeln und zu kanalisieren.

Um die Qualität in der Pflege kontinuierlich weiterzuentwickeln, wurde Anfang 2017 das MEDIAN Pflegeboard ins Leben gerufen. Die Empfehlungen des mit Pflegeexperten besetzten Gremiums fließen in die tägliche Arbeit der Kliniken und Einrichtungen ein, Standards werden konti-

nuierlich auf den neuesten Stand gebracht und den Mitarbeitern in der Pflege zur Verfügung gestellt.

Im Hygieneboard initiieren Hygienefachkräfte, Krankenhaushygieniker, hygienebeauftragte Ärzte und hygienebeauftragte Pflegekräfte unterschiedliche Projekte zur Umsetzung von Standards sowie zur Weiterentwicklung von Qualitätskennzahlen. Ein zentraler Punkt ist nach wie vor die Sensibilisierung von Patienten, Besuchern und Mitarbeitenden für die Thematik der Händehygiene. Denn diese gilt auch nach Empfehlungen des Robert Koch-Instituts (RKI) als wichtigste Einzelmaßnahme zur Prävention nosokomialer Infektionen (Kramer et al., 2016).

Dank der Arbeit in diesen Gremien ist die MEDIAN Gruppe in vielfacher Hinsicht bestens für die Zukunft als modernes Unternehmen aufgestellt, das seinen Kliniken und Einrichtungen neue Wege und Möglichkeiten bietet, die Versorgung der Patienten als wichtigste Aufgabe immer besser zu erfüllen.

MEDIAN Kliniken stehen für höchste medizinisch-therapeutische Qualität

Die MEDIAN Kliniken setzen wie keine andere Reha-Gruppe Maßstäbe im Bereich der medizinisch-therapeutischen Qualität. Hierbei steht für unsere Ärzte und Therapeuten die Wiedererlangung vielfältiger Fähigkeiten im Vordergrund, damit unsere Patienten anschließend wieder eigenständig leben und arbeiten können.

Wir investieren viel Zeit, um ihnen die individuell optimale Therapie zu ermöglichen.

Chefärzte der MEDIAN Kliniken verabschieden gemeinsam Therapiestandards

Um diese Qualitätsanforderungen an die Therapie zu realisieren, legen alle Chefärzte der MEDIAN Kliniken gemeinsam Therapiekonzepte fest. Dies geschieht in fachspezifischen Sitzungen, zu denen mehrmals im Jahr alle Chefärzte zusammenkommen.

Verbesserung der Ergebnisqualität durch Datenerfassung

Seit einigen Jahren erfassen wir systematisch die Therapieergebnisse unserer Patienten. Hiermit können wir nicht nur Behandlungsergebnisse vergleichen, sondern auch unsere Therapiepfade anhand wissenschaftlich belegbarer Daten verbessern.

Patienten, Versicherungen, Akuthäuser und Ärzte geben Bestnoten

Dass unsere Qualitätsstrategie hervorragende Behandlungsergebnisse erbringt, belegen regelmäßige Befragungen unseren Patienten. Auch in unabhängigen Bewertungen der Kranken- und Rentenversicherung erhalten unsere MEDIAN Kliniken Bestnoten.

MEDIAN MEDICAL BOARDS

Gebündelte Expertise aus rund 120 Standorten

Die MEDIAN Medical Boards existieren für die Fachbereiche Orthopädie, Neurologie, Innere Medizin, Kardiologie, Psychosomatik, Psychiatrie, Abhängigkeitserkrankungen, Soziotherapie sowie Kinder- und Jugendmedizin. Sie wurden etabliert, um die Erfahrungen unserer Kliniken und Einrichtungen zu bündeln und auf zukünftige Herausforderungen im Gesundheitswesen gemeinsam professionell reagieren zu können.

Den Boards gehören die Chefarzte der entsprechenden Fachabteilungen aller MEDIAN Häuser an. Als wichtiges Instrument zur Weiterentwicklung des Angebots und der Versorgungsqualität dienen die Gremien dem Erfahrungsaustausch sowie dem Transfer von Wissen und Methoden zwischen den einzelnen Standorten.

Im Kern geht es darum, die Leistungsfähigkeit der Kliniken und Einrichtungen stetig zu verbessern, wobei auch Ergebnisse der externen Qualitätssicherung analysiert und interpretiert werden, beispielsweise Auswertungen der Deutschen Rentenversicherung Bund. Die Medical Boards treten mehrmals jährlich zusammen, um Ergebnisqualität, wichtige Strukturvoraussetzungen für die Patientenversorgung sowie Behandlungsprozesse zu diskutieren. Die auf Basis dieser Zusammenarbeit entwickelten Best-Practice-Modelle werden mit den Kolleginnen und Kollegen der jeweiligen Fachrichtung vor Ort geteilt. Dieses Vorgehen ermöglicht es unseren Mitarbeitern, die mit vielen Erfahrungen untermauerten Behandlungskonzepte an allen Standorten auf identisch hohem Niveau umzusetzen.

MEDICAL BOARD NEUROLOGIE

Sprecher: **Prof. Dr. Michael Sailer, PD Dr. Christian Dohle**



MEDICAL BOARD ORTHOPÄDIE

Sprecher: **Dr. Johannes Schröter, Dr. Barbara Schmitt**



MEDICAL BOARD KARDIOLOGIE

Sprecher: **Dr. Christoph Altmann, Prof. h.c. Dr. Stephan Eddicks**



MEDICAL BOARD INNERE MEDIZIN

Sprecher: **Dr. Olaf Kellner, Dr. Sinan Cilaci**



MEDICAL BOARD PSYCHOSOMATIK

Sprecherin: **Dr. Monika Vogelgesang**



MEDICAL BOARD ABHÄNGIGKEITSERKRANKUNGEN

Sprecher: **Dr. Konstant Mieke, Prof. Dr. Wilma Funke**



MEDICAL BOARD KINDER- UND JUGENDREHABILITATION

Sprecher: **Dr. Milan J. Meder**



MEDICAL BOARD PSYCHIATRIE

Sprecher: **Dr. Andreas Friebe, Dr. Tobias Hornig**



MEDICAL BOARD SOZIOTHERAPIE

Sprecher: **Michael Glaubrecht, Andrea Balsam**



HÖCHSTE QUALITÄT TROTZ CORONA

Auch in der Krise hat MEDIAN an seinem Qualitätsanspruch festgehalten und kurz nach Ausbruch der Pandemie spezielle Konzepte für die Post-Corona-Rehabilitation entwickelt

Die Corona-Krise stellt sowohl Leistungsanbieter der Akutversorgung als auch der Rehabilitation vor große Herausforderungen. Insbesondere zur Vermeidung von Infektionsketten müssen Prozesse zur medizinisch-therapeutischen Leistungserbringung umfassend angepasst werden. Um trotz der notwendigen, Corona-bedingten Einschränkungen ein hochwertiges rehabilitatives Leistungsniveau aufrechtzuerhalten, wurde bei MEDIAN bereits im Februar 2020 ein zentraler Corona-Krisenstab ins Leben gerufen, dessen Mitglieder in ständigem Austausch zur Ausbreitung des Virus, den neuesten Erkenntnissen der Virologen und den besten Strategien zum Schutz der rund 120 zur MEDIAN Gruppe gehörenden Kliniken und Einrichtungen stehen. Vertreter der Häuser, Geschäftsbereichsleiter, Hygienefachkräfte, Qualitätsmanager, Einkäufer, Service- und Kommunikations-Experten erarbeiten seither in täglichen Telefonkonferenzen gemeinsam Antworten auf die Herausforderungen der Pandemie.

Mit Teamwork durch die Krise

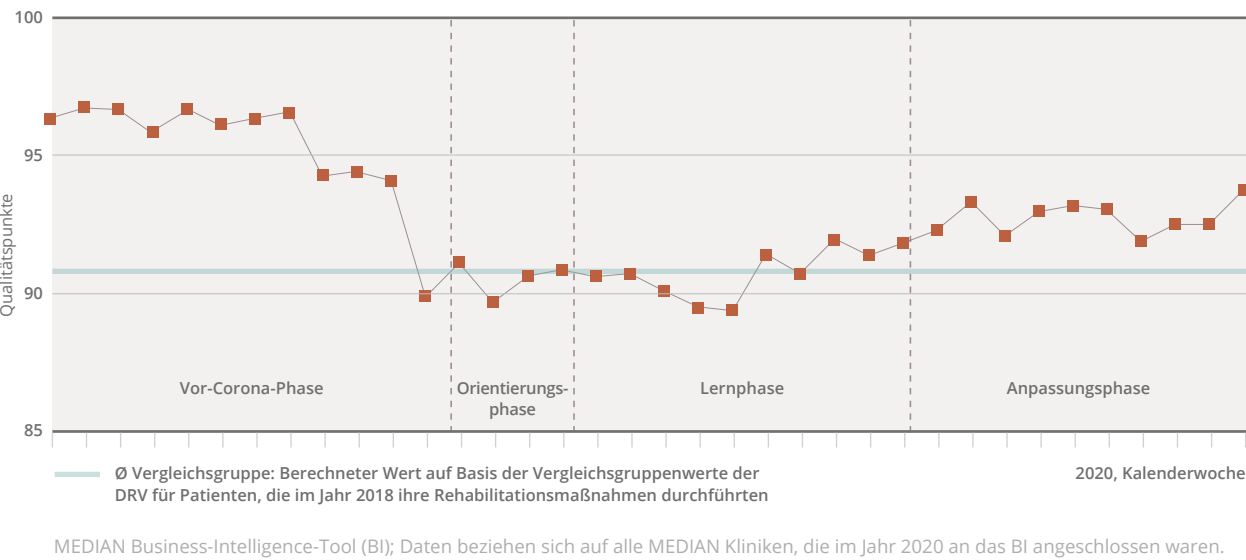
Bereits kurz nach dem ersten Auftreten von Covid-19 in Deutschland hat das Unternehmen die Weichen für den bestmöglichen Weg durch die Krise gestellt. Auf allen Führungsebenen wurden in einer beispielhaften Teamleistung Krisenszenarien vorgedacht und Pandemiepläne aktualisiert. Das zahlt sich bis heute aus. Kaum eine andere Reha-Klinikgruppe war und ist so gut auf alle Eventualitäten vorbereitet wie MEDIAN.

Eine feste Meldekette garantiert den schnellen Informationsaustausch, Verdachts- und Infektionsfälle werden zentral erfasst und bewertet. Ein laufend aktualisierter Bereich im Intranet bündelt wichtige Dokumente und Handlungsanweisungen. Bestände für Schutzausrüstung, Covid-19-Testungen und Desinfektionsmittel werden gruppenweit erfasst und eingelagert. Gleichzeitig hat MEDIAN seine Öffentlichkeitsarbeit intensiviert, um die Standorte angesichts der gestiegenen Kommunikationsanforderungen noch stärker zu unterstützen.

Patienten schützen – und weiterbehandeln

Um Patienten und Beschäftigte zu schützen und den Klinikbetrieb trotz Corona aufrechtzuerhalten, hat MEDIAN zahlreiche Maßnahmen ergriffen. Sie reichen von verstärkter Desinfektion über Verhaltensvorschriften und Maskenpflicht bis hin zu umfassenden Screenings von Rehabilitanden und Mitarbeitern. Um ein Einschleppen des Virus in die Kliniken zu verhindern, werden neu aufzunehmende Patienten zunächst getestet, bevor sie – nach einem negativen Ergebnis – beruhigt ihre Rehabilitation beginnen. Als Reaktion auf die Reiselockerungen durch die Bundesregierung bietet MEDIAN seit dem Sommer auch allen Beschäftigten die kostenfreie Möglichkeit, sich nach der Rückkehr aus dem Urlaub testen zu lassen. Mit diesen Maßnahmen ist MEDIAN deutlich über das hinausgegangen, was andere Klinikträger leisten. Insbesondere die Testung aller Patienten vor Aufnahme ist eine wichtige Schutzmaßnahme.

Zeitliche Entwicklung der Qualitätspunkte für den Parameter „Therapeutische Versorgung (KTL)“



Wie in der Grafik dargestellt, konnten auch in Zeiten der Corona-Pandemie die Qualitätspunkte im Durchschnitt auf einem Niveau von über 90 Punkten gehalten werden. In Bezug auf die Entwicklung der Therapeutischen Versorgung ist hervorzuheben, dass dieses Qualitätsniveau nicht nur in den ersten Monaten bei niedriger Belegung realisiert wurde. Während einer kurzen „Orientierungsphase“ zu Beginn der Corona-Krise wichen die Qualitätspunkte zwar vom gewohnt hohen Niveau etwas nach unten ab. Nach einer „Lernphase“ im Umgang mit der neuen Situation konnte das Qualitätsniveau in den Folgemonaten, in denen die Belegung wieder annähernd auf das Vor-Corona-Niveau anstieg, in nur wenigen Wochen wieder auf deutlich

über 90 QP gehoben werden. Auch im externen Vergleich konnte MEDIAN ein deutlich höheres Qualitätsniveau erreichen. Dies zeigt, dass es auch unter hohen Hygienestandards möglich ist, Patienten ein umfassendes therapeutisches Angebot zur Verfügung zu stellen. In der Kombination aus Anpassungen in der analogen Therapie, der Nutzung von unterstützenden digitalen Tools, einem sehr engen Monitoring des Erfüllungsgrades der Kostenträgeranforderungen auf Ebene des einzelnen Falls in der Klinik sowie der gesamten Klinikgruppe kann ein angemessenes Niveau in der Prozessqualität gehalten werden, ohne dass es zu einer Einschränkung in der medizinischen Ergebnisqualität kommen muss.



Post-Corona-Rehabilitationen für optimale Genesung von Erkrankten und Betroffenen

Bereits kurz nach Ausbruch der Pandemie in Deutschland haben führende MEDIAN Mediziner begonnen, in interdisziplinärer Zusammenarbeit Konzepte für verschiedene Post-Corona-Rehabilitationen zu entwickeln. Sie sollen Menschen helfen, die eine Infektion durchlebt oder indirekt unter der Pandemie gelitten haben. Neben einer umfassenden interdisziplinären Post-Corona-Reha bieten die MEDIAN Kliniken spezifische Post-Corona-Rehabilitations-Konzepte an:

Interdisziplinäre Post-Corona-Rehabilitation

Für Patienten, die einen schweren Verlauf einer Covid-19-Erkrankung hinter sich haben und noch in deutlich geschwächtem Allgemeinzustand sind.

Spezifische pneumologische Post-Corona-Rehabilitation

Für Patienten, die einen schweren Verlauf von Covid-19 – zum Beispiel mit Langzeitbeatmung und/oder Lungenversagen – durchlebt haben und mit besonderem pneumologischen Fokus betreut und therapiert werden. Ergänzend werden psychologische Unterstützungsleistungen angeboten, um das Erlebte emotional verarbeiten zu können.

Spezifische psychosomatische Post-Corona-Rehabilitation

Für Patienten, die im Zuge der Corona-Pandemie eine psychische Folgestörung entwickelt haben (Angststörung, Zwangsstörung, Traumafolgestörung, Depression, Trauerreaktion).

Spezifische Sucht-Post-Corona-Rehabilitation

Für Patienten, deren Suchterkrankung sich durch krisenbedingte Faktoren wie Angst, Einsamkeit, Langeweile oder soziale Isolation entwickelt oder verstärkt hat.

Um das Ausmaß der Beeinträchtigungen durch die Covid-19-Erkrankung zu erfassen, wurde außerdem der MEDIAN Corona Recovery Score (MCRS) entwickelt, der als Download auf der MEDIAN Website allen interessierten Medizern und Kliniken in Deutschland zur Verfügung steht: <https://www.median-kliniken.de/de/patienten-angehoerige/informationen-zu-corona-kopie/median-corona-recovery-score-mcrs>. 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 Patienten stetig weiterzuentwickeln.

Insbesondere im Bereich der spezifischen pneumologischen Post-Corona-Rehabilitation wurde bereits eine Vielzahl von Patienten in MEDIAN Kliniken behandelt. Für Menschen, die im Zuge ihrer Covid-19-Erkrankung eine schwere Lungenentzündung erlitten haben und dabei langzeitbeatmet wurden und/oder deren Lunge versagt hat (ARDS), empfiehlt sich im Anschluss eine spezielle pneumologische Rehabilitation.

Vor allem die supportive Gabe von Sauerstoff und die Unterstützung durch nichtinvasive Beatmung im Zuge der Therapien schafft die Rahmenbedingung, um ein optimales Rehabilitationsergebnis zu erreichen. Unsere pneumologischen Kliniken können dabei auf die jahrelange Erfahrung in der Rehabilitation von Menschen mit Lungenkrankheiten jeglicher Genese – auch beatmeter Patienten – bauen.

Primär steht als Rehabilitationsziel die Wiederherstellung der deutlich reduzierten Lungenfunktion nach der durch Covid-19 verursachten Lungenentzündung (Pneumonie) im Fokus. Dabei gilt es, die weiterhin eingeschränkte pulmonale Belastbarkeit zu berücksichtigen. Hierauf sind die spezifischen Therapien ausgerichtet; die behandelnden Ärzte, Therapeuten und betreuenden Pflegekräfte sind speziell geschult. Neben Trainings wie Atemgymnastik und Atemmuskeltraining werden unter anderem auch Kraft- und Ausdauertraining angeboten sowie psychologische Unterstützungsleistungen, damit das Erlebte auch emotional verarbeitet werden kann.

ZIELE UND AUFBAU DES QUALITÄTSBERICHTS



Es ist unser Anspruch, uns in den Behandlungspfaden an wissenschaftlichen Standards zu orientieren. Daher ist es nur folgerichtig, den Qualitätsbericht entlang der Struktur wissenschaftlicher Veröffentlichungen auszurichten. Wir haben diesen Bericht in fünf thematische Bereiche untergliedert: Einleitung, Methode, wissenschaftliche Studien und abschließende Diskussion.

In der Einleitung werden das Unternehmen MEDIAN und seine Ziele vorgestellt sowie der Aufbau des Qualitätsberichts dargelegt. Innerhalb des Methodenteils finden sich Informationen zur versorgten Population, zu Versorgungsansätzen, zu Instrumenten der Datenerfassung so-

wie zum Vorgehen bei der Datenanalyse. Der Ergebnisteil beschreibt im weiteren Verlauf die Rehabilitanden-Struktur mittels soziodemografischer Daten sowie die Ergebnisqualität mithilfe spezifischer medizinischer Ergebnisparameter für die einzelnen Indikationsgebiete.

Im Anschluss werden herausragende wissenschaftliche Studien dargestellt. Der Diskussionsteil fasst schließlich die wichtigsten Erkenntnisse aus dem Ergebnisteil zusammen und gibt einen Ausblick auf die Vorhaben in den kommenden Jahren. Der Qualitätsbericht 2019/20 schließt mit einem Fazit.

3. METHODE

BESCHREIBUNG DER POPULATION ANHAND VON SOZIODEMOGRAFISCHEN VARIABLEN

Unsere Population wird mit sechs Kennzahlen beschrieben:
Geschlechterverteilung, Altersstruktur, Verteilung der Hauptdiagnosen, Verweildauer, Verteilung der Leistungsträger und Patientenzufriedenheit.
Im Ergebnisteil des Qualitätsberichts werden diese Kennzahlen indikationsspezifisch zu Beginn der Indikationskapitel dargestellt. Im Folgenden werden die Variablen kurz beschrieben und danach indikationsübergreifend abgebildet.

Geschlecht

Auch in diesem Jahr wird bei der Verteilung der Geschlechter wieder das offizielle dritte Geschlecht „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 Einteilung der Altersgruppen ist indikationsübergreifend gleich. Lediglich bei den Indikationen Pädiatrie und Geriatrie wurden zur besseren Darstellung andere Alterseinteilungen gewählt.

Hauptdiagnosen

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

Verweildauer

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

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.

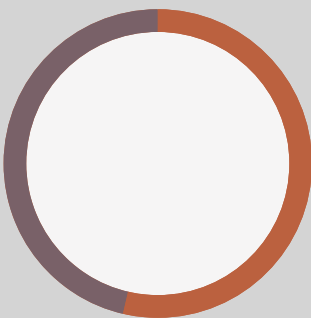
Patientenzufriedenheit

Jeder unserer Patienten bekommt im Rahmen seines Rehabilitationsaufenthalts die Möglichkeit, an unserer Patientenzufriedenheitsbefragung teilzunehmen. Dargestellt ist der Anteil derjenigen Patienten, die sich zufrieden mit den abgefragten Kriterien äußerten.

SOZIODEMOGRAFISCHE DATEN ALLER PATIENTEN BEI MEDIAN

Nachfolgend wird die Patientenstruktur aller MEDIAN Rehabilitationskliniken dargestellt.
In die Auswertungen wurden über 185.000 stationäre Patienten einbezogen.
Darüber hinaus zeigt die Auswertung der Patientenzufriedenheit, wie einzelne medizinische
Faktoren von über 71.000 Patienten im Jahr 2019 bewertet wurden.

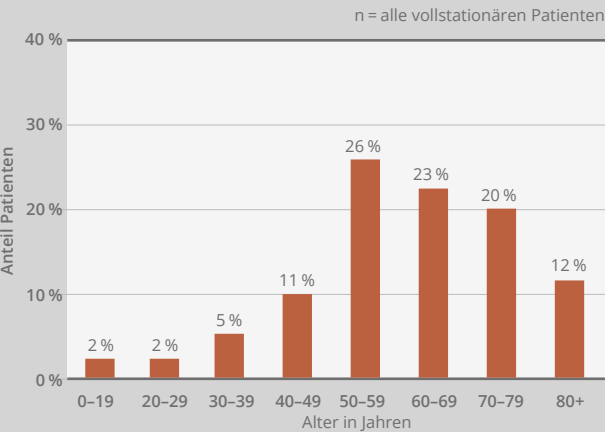
Patientenpopulation nach Geschlecht



Im Jahr 2019 wurden bei MEDIAN insgesamt **185.279 stationäre Patienten** behandelt. Davon waren 53 % weiblich und 47 % männlich.

- 53 % weiblich
- 47 % männlich
- 0 % divers

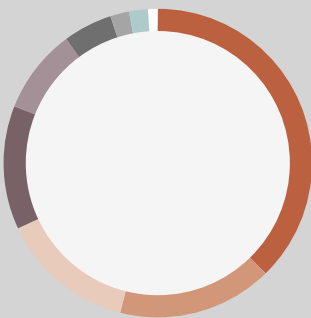
Verteilung der Altersstruktur



Die Übersicht der Altersverteilung zeigt, dass im Jahr 2019 über die Hälfte aller Patienten in den MEDIAN Kliniken älter als 60 Jahre war.

Durchschnitt: 61 Jahre

Verteilung der Indikationen



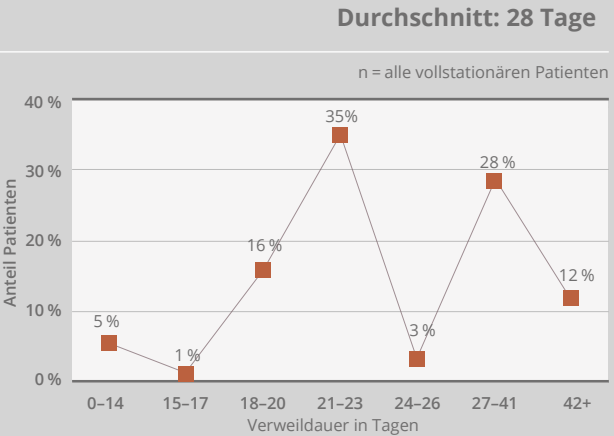
Die Grafik zeigt, dass sich die Patientenpopulation auf neun Indikationen verteilt.

- 38 % Orthopädie
- 16 % Psychosomatik
- 14 % Innere Medizin*
- 13 % Neurologie
- 9 % Kardiologie
- 5 % Sucht- und Abhängigkeitserkrankungen
- 2 % Psychiatrie
- 2 % Kind
- 1 % Soziotherapie

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

Verteilung der Verweildauer

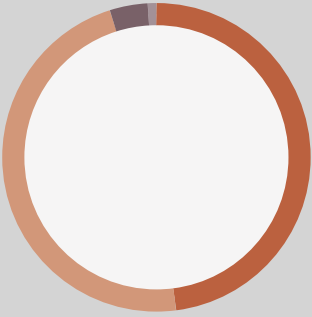
Die Übersicht der Verweildauer zeigt, dass der **Großteil der Patienten** im Berichtsjahr 2019 **21 bis 23 Tage** in den MEDIAN Kliniken verblieb. Zwischen den einzelnen Indikationen gab es deutliche Unterschiede in der Verweildauer, welche in den indikationsspezifischen Kapiteln detaillierter dargestellt werden.



Verteilung der Leistungsträger

Die erbrachten Leistungen wurden im Jahr 2019 von unterschiedlichen Leistungsträgern übernommen. Die **gesetzliche Rentenversicherung** machte dabei mit **48 %** den größten Anteil aus.

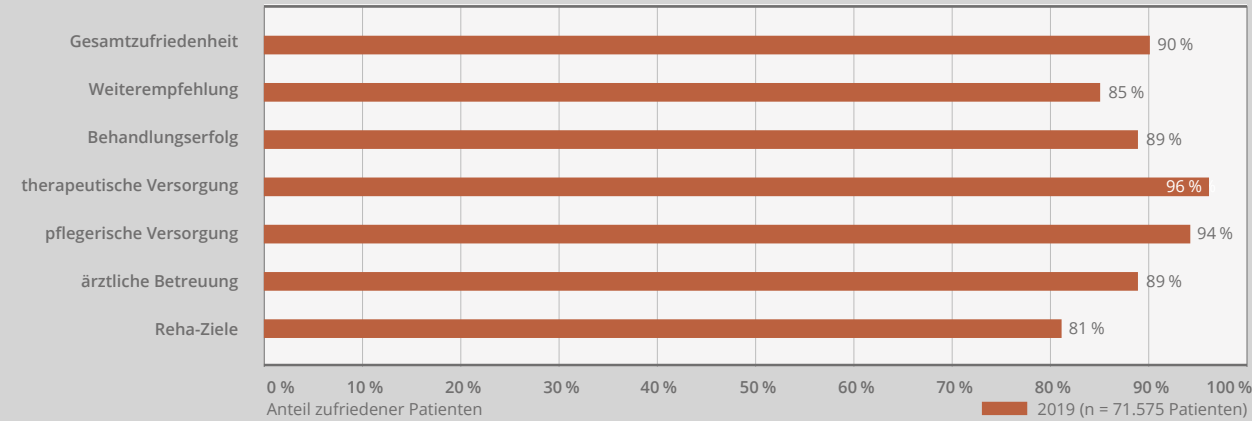
- 48 % gesetzliche Rentenversicherung
- 47 % gesetzliche Krankenversicherung
- 4 % Selbstzahler/Private Krankenversicherung
- 1 % sonstige



Patientenzufriedenheit

Die Patientenzufriedenheit befand sich im Jahr 2019 erneut auf einem konstant hohen Niveau. Gerade in den Bereichen **therapeutische und pflegerische Versorgung** zeigte sich jeweils ein **sehr hohes Zufriedenheitslevel** unserer Patienten.

Die Patientenzufriedenheit befand sich im Jahr 2019 erneut auf einem konstant hohen Niveau. Gerade in den Bereichen **therapeutische und pflegerische Versorgung** zeigte sich jeweils ein **sehr hohes Zufriedenheitslevel** unserer Patienten.



WEGE IN DIE REHABILITATION: ANSCHLUSSHEILBEHANDLUNG UND HEILVERFAHREN



Grundsätzlich gibt es zwei Wege, eine Rehabilitation zu erhalten. Zum einen gibt es die sogenannte Anschlussheilbehandlung (AHB), die sich als ambulante oder stationäre Rehabilitationsmaßnahme unmittelbar, beziehungsweise spätestens nach zwei Wochen an einen akutstationären Krankenhausaufenthalt anschließt. Ob eine AHB erforderlich ist, stellt das Krankenhaus fest. Der Patient darf seine Wunschklinik angeben. Der Sozialdienst des Krankenhauses unterstützt ihn dabei, den benötigten Antrag zu stellen. Eine AHB soll dem Patienten helfen, verloren gegangene Funktionen und Fähigkeiten wiederzuerlangen und ihn wieder an die Belastungen des Alltags- und Berufslebens heranzuführen.

Zum anderen gibt es das sogenannte Heilverfahren (HV), welches ohne vorherigen Krankenhausaufenthalt möglich ist und beim zuständigen Leistungsträger, also in der Regel bei Krankenversicherung oder Rentenversicherung, beantragt wird. Dafür entscheidet zunächst der Haus- oder Facharzt, ob ein Heilverfahren sinnvoll ist, und füllt dann mit dem Patienten den Rehabilitationsantrag der Krankenkasse oder der Rentenversicherung aus. Der Patient darf bei einem Heilverfahren ebenfalls seine Wunschklinik angeben. Ein Heilverfahren hat verschiedene Ziele: Es soll die Gesundheit des Rehabilitanden erhalten, seine Genesung fördern und ihm dabei helfen, seine körperlichen und psychischen Fähigkeiten wiederzuerlangen.

DER PATIENT ENTSCHIEDET: WUNSCH- UND WAHLRECHT



Nach dem Sozialgesetzbuch IX § 8 besteht ein Wunsch- und Wahlrecht in Bezug auf die Klinik, in der die Rehabilitation durchgeführt werden soll. Das bedeutet, dass Patienten die Möglichkeit haben, selbst Einfluss auf die Auswahl ihrer Rehabilitationsklinik zu nehmen.

Im Gesetz heißt es zum Wahlrecht: „Bei der Entscheidung über die Leistungen und bei der Ausführung der Leistungen zur Teilhabe wird berechtigten Wünschen der Leistungsberechtigten entsprochen. Dabei wird auch auf die persönliche Lebenssituation, das Alter, das Geschlecht, die Familie sowie die religiösen und weltanschaulichen Bedürfnisse der Leistungsberechtigten Rücksicht genommen.“

Um die Behandlungen für eine bestimmte Rehabilitationsklinik zu beantragen, ist eine gute, detaillierte Begründung notwendig, damit dem Antrag auf diese bestimmte Klinik stattgegeben werden kann. Durch Mithilfe des Haus- oder Facharztes oder des Sozialdienstes im Krankenhaus kann dargelegt werden, warum die Wahl auf genau diese Klinik fällt. Wichtige Gründe können beispielsweise Wohnortnähe oder Unterbringungsmöglichkeiten für eine Begleitperson sein.

M-CHECK: EIN WEG AUS DER LANGZEITARBEITSLOSIGKEIT

Insbesondere für längerfristig Arbeitslose ist es häufig schwer, zurück ins Berufsleben zu finden. Oftmals verhindern gesundheitliche Einschränkungen die Wiederaufnahme des bisherigen Berufs und die erfolgreiche Vermittlung in eine neue Arbeitsstelle. Dennoch werden die gesundheitlichen Aspekte bei bestehenden Maßnahmen zur beruflichen Wiedereingliederung häufig vernachlässigt. Hier sieht MEDIAN seine Verantwortung, die eigene Kompetenz in der Wiederherstellung bzw. Verbesserung des Gesundheitszustandes einzusetzen, um die Integration von Leistungsbezieher*innen nach SGB II und SGB III in den Arbeitsmarkt zu unterstützen.

Statements unserer Mitarbeiter

„M-Check ist eine ganzheitliche Gesundheitsprüfung auf Augenhöhe unter Berücksichtigung individueller Bedürfnisse und Belastungen.“

„M-Check ist ein Tool, das mir bisher gerade bei den arbeitslosen Patienten gefehlt hat.“

„Ein interdisziplinärer Blick wie bei M-Check ist hinsichtlich einer Leistungsbeurteilung immer sehr hilfreich.“

Im Kern setzt sich M-Check aus drei aufeinander abgestimmten Instrumenten zusammen:

1. **Gesundheitliches Assessment**
2. **Individuelles Berufsprofiling**
3. **Analyse des regionalen Stellenmarktes**

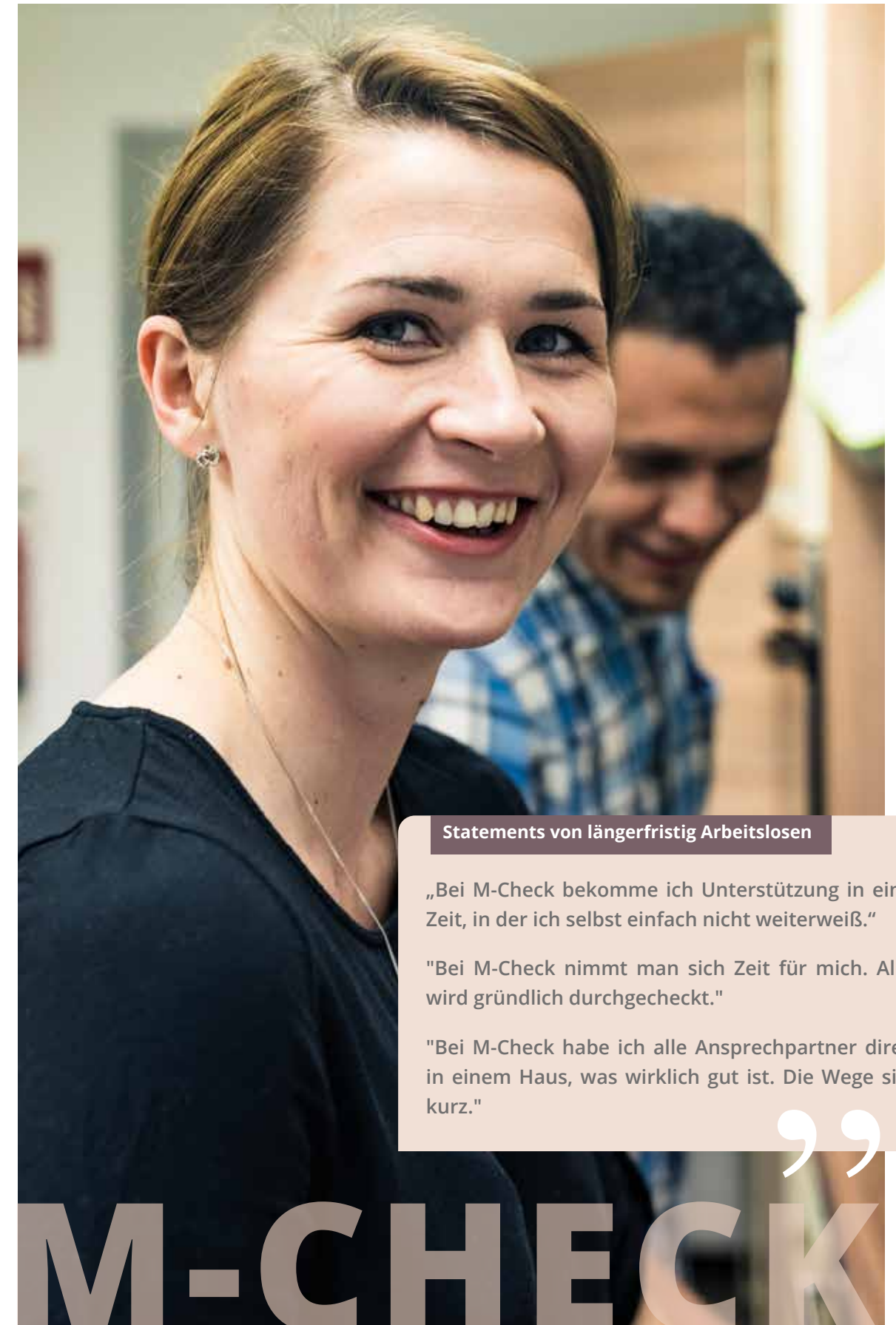
Mit einem frischen und offenen Blick analysieren wir gemeinsam mit unseren Kooperationspartnern – dem Berufsbildungszentrum Altenkirchen und der Jobnet.AG – personenbezogen und gleichzeitig neutral: Welche Potenziale bringt unser Klient mit und welcher Weg müsste beschritten werden, um sich damit erfolgreich in Arbeit zu integrieren? Dabei schauen wir auf die persönlichen Talente, Kompetenzen und Eigenschaften, aber insbesondere auch auf die Gesundheit eines Menschen. Wir kombinieren persönliche Gespräche mit Ärzten bzw. Psychologen mit innovativen und automatischen Analysen. Wir suchen und finden die passende Nische am Arbeitsmarkt.

M-Check richtet sich an erwerbsfähige Leistungsberechtigte aus den Bereichen SGB II und SGB III mit der Prämisse, neue Wege zurück in die Erwerbstätigkeit aufzudecken, sowie an Jobcenter mit dem Bildungsangebot zur Unterstützung bei der Vermittlung in die Erwerbstätigkeit.

Die positiven Rückmeldungen unserer Kunden und Mitarbeiter sprechen für den Erfolg von M-Check.

Statement des Jobcenters

„M-Check ist eine Maßnahme, die uns die Möglichkeit gibt, unsere Klienten mit ihren Einschränkungen besser zu verstehen und ihnen zielgerichteter zu helfen.“



Statements von längerfristig Arbeitslosen

„Bei M-Check bekomme ich Unterstützung in einer Zeit, in der ich selbst einfach nicht weiterweiß.“

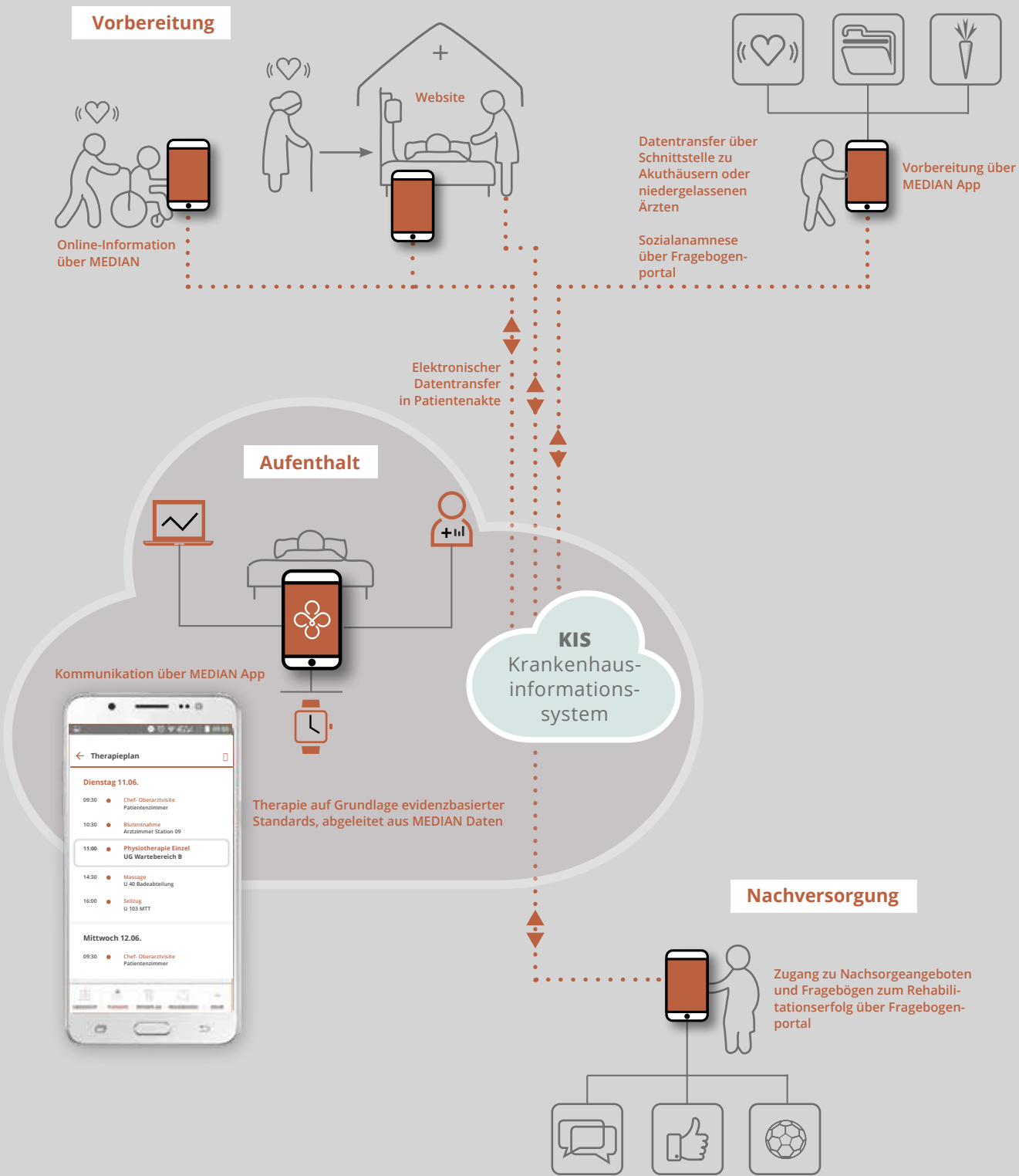
„Bei M-Check nimmt man sich Zeit für mich. Alles wird gründlich durchgecheckt.“

„Bei M-Check habe ich alle Ansprechpartner direkt in einem Haus, was wirklich gut ist. Die Wege sind kurz.“

DATENERHEBUNGsinstrumente

Qualität bei MEDIAN bedeutet, dass wir unseren Patienten jene Therapie zukommen lassen, die für sie die besten Ergebnisse verspricht. Um dieses Versprechen einzuhalten, nutzen wir die systematische Erfassung medizinischer Qualitätsparame-

ter. Für die Erfassung der Daten nutzen wir drei verschiedene Systeme: Das Krankenhausinformationssystem (KIS), das Fragebogenportal und die MEDIAN App.



Datenerhebung

Qualität bei MEDIAN bedeutet, dass wir unseren Patienten jene Therapie zukommen lassen, die für sie die besten Ergebnisse verspricht. Um dieses Versprechen einzuhalten, nutzen wir die systematische Erfassung und Auswertung medizinischer Qualitätsparameter über verschiedene Systeme, die im Folgenden skizziert werden.

Krankenhausinformationssystem

Das Krankenhausinformationssystem (KIS) bildet im Kern die Behandlungspfade unserer Patienten ab. Das heißt, wir können nachverfolgen, welche Patienten welche Therapien erhalten haben. Ebenfalls bildet das KIS auch die soziodemografischen Daten unserer Patienten wie z. B. Alter oder Geschlecht ab. Darüber hinaus werden im KIS jene unterschiedlichen medizinisch-therapeutischen Variablen erfasst, die im Behandlungsprozess relevant sind, u. a. auch die Ergebnisparameter der einzelnen Patienten.

Digitales Portal zur Qualitätsmessung

Wir möchten direkt von unseren Patienten erfahren, welche Verbesserungen sie im Rahmen des Aufenthaltes bei sich selber bemerkt haben. Daher befragen wir sie über das MEDIAN Fragebogenportal systematisch anhand von sogenannten Patient Reported Outcome Measures (PROMs), welche durch die Patienten selbst erfasst werden. Das bedeutet, dass wir unsere Rehabilitanden vor, während und nach dem Aufenthalt zu ihrem Gesundheitszustand befragen und so den Erfolg der Behandlung messbar machen können. Die Inhalte der bei MEDIAN verwendeten Patientenfragebögen werden durch die Medical Boards festgelegt, die aus jeweils allen Chefärzten der Kliniken mit entsprechendem Fachbereich bestehen. Die gewählten Fragebögen sind zumeist international anerkannt und validiert. Über das Fragebogenportal wird auch die Patientenzufriedenheit abgebildet, denn diese ist eine ebenso

wichtige Messlatte wie der medizinisch-therapeutische Rehabilitationserfolg. Wir wollen den uns anvertrauten Menschen erstklassige medizinische Versorgung und Betreuung in einem komfortablen Ambiente mit herausragendem Service bieten. Was können wir anders oder besser machen? Als Qualitätsexperten in eigener Sache sind die Patienten unsere besten Ratgeber. Denn nur im offenen und ehrlichen Austausch können wir eine Verbesserungskultur etablieren, die allen zugutekommt. Das Fragebagentool ist Bestandteil der MEDIAN App, welche es dem Patienten ermöglicht, seinen individuellen Therapieplan minutenaktuell abzurufen oder auch den aktuellen Speiseplan einzusehen. Weiterhin besteht die Möglichkeit, über die App orts- und zeitunabhängig individuell erstellte Nachsorgeangebote in Anspruch zu nehmen.

Unternehmensweite Reporting-Plattform

Um auf Basis der in den Kliniken erhobenen Daten die Leistungsqualität weiterzuentwickeln, werden die medizinisch-qualitativen Kennzahlen in der Business-Intelligence-Plattform bereitgestellt. Daten aus unterschiedlichen Quellen werden hier konsolidiert sowie interaktive Reports und Dashboards generiert. Dadurch werden die lokalen Entscheidungsträger in den Kliniken befähigt, jederzeit datenfundierte Entscheidungen zu treffen. Die Diskussion der Kennzahlen erfolgt auf allen Ebenen des Unternehmens: von ärztlichen, therapeutischen und kaufmännischen Führungskräften in den Kliniken über die Geschäftsbereichsleitungen, die Geschäftsführung und die QM-Verantwortlichen. Durch interne Benchmarks ist ein Vergleich der Kliniken und Fachabteilungen untereinander möglich. Dabei können durch den Erfahrungsaustausch in unterschiedlichsten Gremien, insbesondere den indikationsspezifischen Medical Boards, Best-Practice-Modelle vorgestellt werden, damit die Guten von den Besten lernen.

PROZESSQUALITÄT

Qualitätssicherung der Deutschen Rentenversicherung

Die Deutsche Rentenversicherung (DRV) ist neben der gesetzlichen Krankenversicherung wichtigster Träger der Rehabilitation und damit für MEDIAN ein entscheidender Partner in der Erbringung hochwertiger rehabilitativer Leistungen. Als Träger der Rehabilitation in Deutschland hat die DRV verschiedene Instrumente und Verfahren

der Reha-Qualitätssicherung in Bezug auf die Strukturqualität und die Prozessqualität entwickelt. Alle rentenversicherungseigenen sowie die von der Deutschen Rentenversicherung federführend belegten Rehabilitationseinrichtungen nehmen an diesen Verfahren teil. Daher sind diese Prozessqualitätsstandards auch für die

Behandlung in den MEDIAN Kliniken maßgeblich. Die Ergebnisse, die sich unter anderem auf Parameter der Prozessqualität beziehen, werden den Rehabilitationseinrichtungen in regelmäßigen Abständen zurückgemeldet. Dadurch werden das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement gefördert und die Transparenz des Leistungs-

geschehens erhöht. In der grauen Infobox werden die wichtigsten Qualitätssicherungsverfahren der Deutschen Rentenversicherung dargestellt.



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. Überdies erhält die Rehabilitationseinrichtung Anhaltspunkte zu ihrer Dokumentationsqualität.

Reha-Therapiestandards (RTS)

Die Auswertung zu den Reha-Therapiestandards stellt dar, inwieweit Rehabilitanden mit entsprechender 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 über ihre Einschätzung des Behandlungserfolgs.

Sozialmedizinischer Verlauf nach medizinischer Rehabilitation

Auswertungen zum sozialmedizinischen 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 (z. B. Alter, Bildung oder Erwerbsstatus) sowie krankheitsbezogenen (z. B. Diagnosen, Leistungsfähigkeit oder Nachsorgeempfehlungen) Merkmalen verdeutlichen das Rehabilitandenspektrum und können zur Einordnung der Ergebnisse der Reha-Qualitätssicherung genutzt werden.

Therapeutische Versorgung (KTL)

Die Dokumentation der während der Rehabilitation erbrachten Leistungen erfolgt nach der „Klassifikation therapeutischer Leistungen in der medizinischen Rehabilitation“ (KTL). Mittels der KTL kann so das therapeutische Leistungsspektrum analysiert, dargestellt und qualitativ beurteilt werden, da sie in Summe die Leistungen abbildet, die ein Patient im Verlauf seines Rehabilitationsaufenthaltes erhält. Die Klassifikation der erbrachten therapeutischen Leistungen erfolgt anhand von elf Kapiteln, die die Leistungsgruppen der Rehabilitation darstellen. Diese orientieren sich systematisch an den therapeutischen Inhalten der medizinischen Rehabilitation.

Das Leistungsspektrum reicht von den physiotherapeutischen, funktions- und aktivitätsorientierten Leistungen über edukative und psychologische Leistungen bis zu solchen der Pflege, Pädagogik und Ernährungsmedizin. Beispielsweise steht die KTL mit der Schlüsselnummer B572 für "Physiotherapeutische Behandlung von Herz-Kreislauf-Krankheiten in der Gruppe". Nach der Rehabilitation eines jeden Patienten erhält die DRV einen Entlassungsbericht. Darüber gelangt sie an die benötigten Daten, wertet sie systematisch aus und meldet den Fachabteilungen ihre Leistungsstrukturen zurück. In den Auswertungen werden dabei nur Rehabilitationseinrichtungen berücksichtigt, für die eine bestimmte Anzahl an Rehabilitations-Entlassberichten mit gültigen KTL-Codierungen im jeweiligen Analysezeitraum erfasst wurde.

Als Qualitätsindikatoren werden neben der Leistungsmenge (Anzahl der Leistungen pro Woche) und -dauer (Dauer der Leistungen pro Woche in Stunden) auch die Leistungsverteilung (Vielfältigkeit der erbrachten KTL-Leistungen) herangezogen. Um die Ergebnisse der verschiedenen Qualitätsindikatoren vergleichbar zu machen, werden diese mithilfe von indikationsspezifischen Zielkorridoren zu einem einheitlichen Maß in Qualitätspunkte umgerechnet. Der Qualitätsindikator, der den Gesamtqualitätspunktwert für die Bewertung der therapeutischen Versorgung einer Fachabteilung darstellt, wird aus dem Mittelwert der drei Kennzahlen berechnet.

Reha-Therapiestandards (RTS)

Die DRV als Leistungsträger der Rehabilitation hat für verschiedene Indikationen Reha-Therapiestandards festgelegt. Jeder Therapiestandard setzt sich aus verschiedenen evidenzbasierten Therapiemodulen (ETM) zusammen, die auf Basis des Therapiekonzepts der medizinischen Rehabilitation und der Ergebnisse wissenschaftlicher Literaturrecherchen zur Wirksamkeit formuliert wurden. Jedes ETM enthält wiederum eine Auflistung aller infrage kommenden beziehungsweise möglichen Interventionen in Form von KTL-Codierungen. Festgelegt sind auch Minstdauer sowie gegebenenfalls Mindesthäufigkeit von KTL-Leistungen. Die Angaben beziehen sich auf „pro Woche“ oder „pro Rehabilitation“. Der zeitliche Bezugsrahmen „pro Woche“ ist dabei als rechnerische Größe zu verstehen, d. h. die angegebene Minstdauer/Mindesthäufigkeit stellt einen Durchschnittswert bezogen auf die Gesamtdauer des Rehabilitationsaufenthalts dar.

Zudem wird angegeben, welcher Prozentsatz an Rehabilitanden mindestens Leistungen aus dem jeweiligen ETM in der angegebenen Menge erhalten soll, um den Mindestanforderungen entsprechend rehabilitiert zu sein. Als Qualitätsmerkmal bewertet die DRV, inwieweit eine Klinik ihren Patienten Leistungen gemäß der DRV-Standards zukommen lässt. Berücksichtigt werden nur Rehabilitationseinrichtungen, für die eine bestimmte Anzahl an Entlassungsberichten für Rehabilitanden der DRV mit einer entsprechenden Erstdiagnose und KTL-Daten vorliegen.

Derzeit gibt es Reha-Therapiestandards für die folgenden Indikationen der medizinischen Rehabilitation:

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

Für die Ermittlung der Qualitätspunkte einer Fachabteilung werden alle evidenzbasierten Therapiemodule (ETM) gleichgewichtet.

ENTWICKLUNG DER DRV-QUALITÄTSPUNKTE

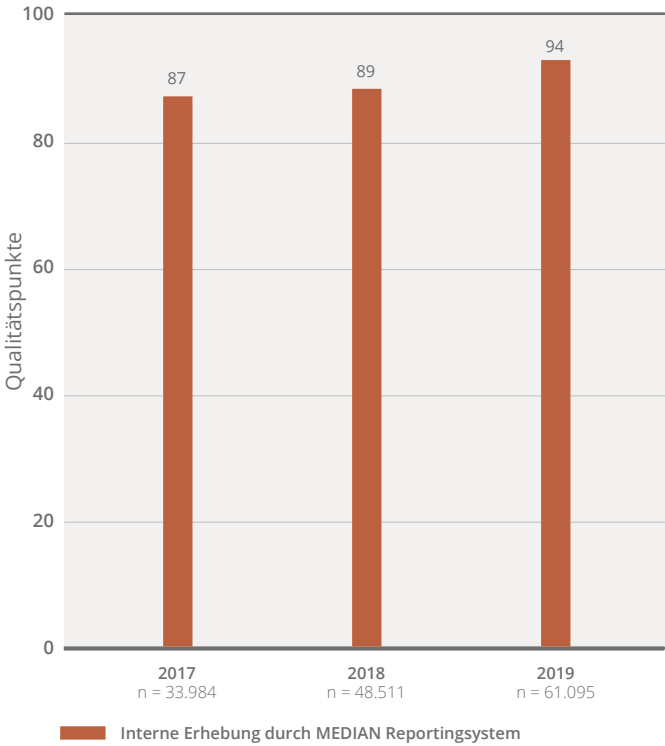


Die Deutsche Rentenversicherung (DRV) stellt – gemeinsam mit der Gesetzlichen Krankenversicherung – die wichtigste Leistungsträger der Rehabilitation – hohe Anforderungen an die medizinisch-therapeutische Qualität in Rehabilitationskliniken. Die Einhaltung dieser Anforderungen wird von der DRV regelhaft gemessen und ausgewertet. Diese Auswertung erfolgt anhand einer Umrechnung der erbrachten Therapien in Qualitätspunkte, welche für jeden Rehabilitanden zwischen 0 und 100 Punkten betragen können. Aus der Summe der Qualitätspunkte aller Patienten einer Klinik errechnet die DRV das Qualitätsniveau einer jeden Klinik, welches ebenfalls zwischen 0 und 100 Punkten liegen kann.

Im Sinne der bestmöglichen Rehabilitation unserer Patienten erfasst MEDIAN sämtliche von der DRV zur Ermittlung der Qualitätspunkte im Bereich therapeutischen Versorgung (KTL) und der Reha-Therapie-Standards (RTS) verwendeten Daten in Echtzeit. Orientiert an der Berechnungslogik der DRV, werden diese unmittelbar ausgewertet und in Qualitätspunkte umgerechnet. Da die Daten der DRV für das Jahr 2019 zum Zeitpunkt der Erstellung dieses Qualitätsberichts noch nicht vorlagen, werden die Ergebnisse der MEDIAN-eigenen Berechnung – analog zum Berechnungsalgorithmus der DRV – über den zeitlichen Verlauf dargestellt.

ERGEBNISQUALITÄT

Zeitliche Entwicklung der Qualitätspunkte für den Parameter „Therapeutische Versorgung (KTL)“



Die Grafik verdeutlicht die kontinuierliche Steigerung der KTL-Qualitätspunkte im Bereich der therapeutischen Versorgung der Kliniken der MEDIAN Gruppe. Die sichtbar positive Entwicklung der Qualitätspunkte im zeitlichen Verlauf zeigt, dass es MEDIAN immer besser gelingt, die optimale Menge und Dauer an Therapien für jeden einzelnen Patienten zu verordnen. Die Verbesserung beruht dabei auf zwei elementar wichtigen Instrumenten:

Zum einen wurde in das KIS der Kliniken ein Steuerungsinstrument integriert, welches zum aktiven Monitoring der therapeutischen Versorgung einzelner Patienten, die sich aktuell in den Kliniken befinden, dient. Mit diesem Instrument ist es dem ärztlichen und therapeutischen Team möglich, zu jedem Zeitpunkt die Anzahl, die Dauer und auch die Verteilung der verschiedenen Therapien eines jeden Patienten zu monitoren und zu adaptieren. Damit können die Qualitätspunkte der therapeutischen Leistung (KTL) und der Reha-Therapiestandards (RTS) im operativen Geschäft gesteuert werden.

Zum anderen wurde Anfang 2019 das Business Intelligence Tool (BI) für Qualitätskennzahlen etabliert, in dem alle Leistungsdaten aus den Kliniken für bereits entlassene Patienten zusammenlaufen. Als zentrales strategisches Instrument dient das Tool dazu, die Qualitätsentwicklung bei MEDIAN auf allen Ebenen des Unternehmens zu monitoren und zu analysieren.

Hinweise zur Darstellung dieser Kennzahlen in den Indikationskapiteln

Bei den angegebenen Werten in den Indikationskapiteln handelt es sich um den Durchschnitt der von den einzelnen MEDIAN Kliniken im jeweiligen Erfassungsjahr erreichten Qualitätspunkte. Das jeweils angegebene „n“ bezeichnet demnach die Anzahl der zur Bildung des Durchschnitts berücksichtigten Kliniken. Darüber hinaus finden nur Kliniken Berücksichtigung, aus denen mindestens 25 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.

Patientenzufriedenheit

Die Zufriedenheit unserer Patienten ist ein wichtiger Parameter für unseren Erfolg. Mit dem Ziel, ihnen die bestmögliche Rehabilitation zu ermöglichen, ist es für die MEDIAN Kliniken von großer Bedeutung zu erfahren, ob und inwieweit ihre Erwartungen während des Aufenthalts in den Kliniken erfüllt werden. Daher erhält jeder unserer Patienten im Rahmen seines Rehabilitationsaufenthalts die Möglichkeit, an der Zufriedenheitsbefragung teilzunehmen. Hierbei werden Bewertungen und Einschätzungen zu Themenbereichen wie ärztliche Betreuung, therapeutische Versorgung oder Behandlungserfolg abgegeben. Die Patienten können die Fragen auf einer Skala von eins bis vier bewerten. Die Ergebnisse der Befragung werden für die Auswertung dichotomisiert, anschließend in Prozentwerte umgewandelt und auf Jahresebene indikationsspezifisch in verschiedenen Kategorien dargestellt. Die Anzahl der einer Indikation zuzuordnenden Patienten, die einen Fragebogen (nicht notwendigerweise vollständig) ausgefüllt haben, stellt das „n“ dar. Angegeben ist jeweils der prozentuale Anteil an Patienten, die sich mit den unter der jeweiligen Kategorie anfallenden Leistungen zufrieden gezeigt hat.

Medizinische Ergebnisqualität

Kernziel des MEDIAN Klinikverbundes ist es, die Versorgungsqualität über alle Kliniken hinweg stetig zu erhöhen und die Rehabilitation als Ganzes weiterzuentwickeln. Zentraler Bestandteil dieser Qualitätsphilosophie ist es, dass wir uns an der medizinisch-therapeutischen Ergebnisqualität jedes einzelnen Patienten messen. Hierfür haben wir die Erfassung von Ergebnisparametern – auch Outcome-Parameter genannt – systematisch in den Rehabilitationsprozess eingebettet, um die Veränderungen des Gesundheitszustands und damit den individuellen Rehabilitationserfolg zu erfassen. Zu diesem Zweck wurden in den Medical Boards, in denen alle Chefärzte jeder Indikation vertreten sind, spezielle Ergebnisqualitätsparameter festgelegt. Diese Ergebnisqualitätsparameter sind durch verschiedene Studien vorab evaluiert und va-

liert worden. Die Erfassung der indikationsspezifischen Outcome-Parameter findet zu verschiedenen Zeitpunkten der Rehabilitation statt und wird vom ärztlichen beziehungsweise therapeutischen Personal vorgenommen. Die Parameter werden untersetzt durch Patient Reported Outcome Measures (PROMs), d. h. Ergebnisparameter, welche von den Patienten selbst erfasst werden. Die strukturierte Messung der Ergebnisqualität jedes einzelnen Patienten hilft uns aber nicht nur in Bezug auf die Sicherstellung eines optimalen Behandlungsverlaufs. Sie unterstützt sowohl die behandelnden Ärzte als auch das gesamte Rehabilitationsteam dabei, den einzelnen Patienten richtig einzuschätzen, Prognosen sicherer zu treffen und individuellere Therapien zu verordnen. Darüber hinaus hilft die standardisierte Datenerhebung in allen Kliniken, Referenzwerte und die individuellen Werte der Patienten optimal abzugleichen und in einen übergreifenden Kontext zu stellen. Damit erreichen wir eine hohe Zielorientierung – bezogen auf jeden individuellen Patienten.

Die systematische Ergebnismessung in allen MEDIAN Kliniken hat noch 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 Behandlung für den individuellen Patienten zu identifizieren, sondern auch, innovative Therapieverfahren zu entwickeln. Diese Möglichkeit der Nutzung von Behandlungsdaten zur strukturierten Weiterentwicklung von Behandlungspfaden unterscheidet die MEDIAN Klinikgruppe von anderen Rehabilitationskliniken.

Die konkrete Beschreibung einzelner Outcome-Parameter erfolgt im Rahmen der Ergebnisanalyse in den jeweiligen Fachabteilungskapiteln dieses Qualitätsberichts.

AUFBAU DES ERGEBNISKAPITELS

4. ERGEBNISSE



Im folgenden Ergebnisteil werden die einzelnen Indikationen separat betrachtet. Die Gliederung der Kapitel folgt jeweils einer einheitlichen Struktur. Im Mittelpunkt steht die Darstellung der Rehabilitationsstruktur, die anhand soziodemografischer Daten und der Ergebnisqualität mittels spezifischer medizinischer Parameter dargelegt wird. Zur besseren Übersicht ist die Indikation der Inneren Medizin in weitere Sub-Indikationen unterteilt.

In jedem Kapitel geben außerdem Mitarbeitende von MEDIAN Einblicke in ihre vielfältigen Aufgabengebiete und Erfahrungen in ihrem jeweiligen Fachgebiet – vom kardiologischen Chefarzt bis zur Diätassistentin, vom Ergotherapeuten bis zur Stationsleiterin in der neurologischen Frührehabilitation.

Anzahl der Einrichtungen

17



* zuvor MEDIAN Klinik NRZ Bad Salzuflen, 2020 umbenannt



SCHWERPUNKTE IN DER NEUROLOGIE

Die Neurologie beschäftigt sich mit Schäden des zentralen oder peripheren Nervensystems, welches das Gehirn, das Rückenmark, die Nerven und die Muskeln des Körpers umfasst

Aufgrund der vielen beteiligten Bereiche des Körpers können neurologische Krankheitsbilder sehr unterschiedlich sein. Deshalb gibt es in der neurologischen Rehabilitation ganz unterschiedlich stark betroffene Patienten. Nach dem 2. Weltkrieg wurde für die Behandlung das neurologische Phasenmodell entwickelt und 1999 durch die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) für Deutschland verbindlich festgelegt. Es ist bis heute die Grundlage der Behandlung in der Neurorehabilitation und hat maßgeblich zur Verbesserung der Versorgung bei neurologischen Erkrankungen beigetragen. Um den unterschiedlichen Anforderungen des jeweiligen Zustands der Patienten gerecht zu werden, erstreckt sich der Verlauf über fünf Phasen. Nach der Phase A, die in Akutkrankenhäusern behandelt wird, müssen einige Pa-

Idealerweise werden alle Behandlungsphasen in der gleichen Einrichtung durchlaufen. Denn so können Patienten mit zunehmender Verbesserung (und einem sogenannten Phasenwechsel) in einem Haus und stets vom gleichen Team betreut werden. Allerdings existieren Vorgaben, die diese Möglichkeit gefährden. Vor fast 20 Jahren wurde festgelegt, dass die Betreuung von schwer kranken Patienten der Phase B aufgrund des hohen medizinischen Aufwandes als Krankenhausbehandlung anzusehen ist. Dies führt dazu, dass viele der MEDIAN Einrichtungen als sogenannte „integrierte Zentren für Neurorehabilitation“ sowohl aus einem Akutkrankenhause (für die Phase B) als auch aus einer Rehabilitationsklinik (für die Phasen C und D) bestehen. Häufig ist diese recht künstliche Trennung für Außenstehende kaum

Phasenmodell der neurologischen Rehabilitation

Phase A	Behandlung in Akutkrankenhäusern
Phase B	Behandlungs- und Rehabilitationsphase, in der noch intensivmedizinische Behandlungsmöglichkeiten vorgehalten werden müssen
Phase C	Behandlungs- und Rehabilitationsphase, in der die Patienten bereits in der Therapie mitarbeiten können, aber noch kurativmedizinisch und mit hohem pflegerischen Aufwand betreut werden müssen
Phase D	Rehabilitationsphase folgt nach Abschluss der Frühmobilisation; die Patienten sind überwiegend selbsthilfefähig
Phase E	nachgehende Rehabilitation und medizinisch-berufliche Rehabilitation

tienten für eine gewisse Zeit weiter intensivmedizinisch betreut werden. Diese Betreuung in der Rehabilitationsphase B wird noch als Krankenhausbehandlung angesehen. Sobald eine intensiv-medizinische Überwachung nicht mehr notwendig ist, absolvieren Patienten die Phase C. In der folgenden Rehabilitationsphase D, die ebenfalls stationär stattfindet, können Patienten wieder eine Reihe von Alltagsaufgaben alleine bewältigen. Die letzte Behandlung in Phase E kann teilstationär oder ambulant erfolgen.

sichtbar. Allerdings hat diese Festlegung dazu geführt, dass auch an Akutkliniken Rehabilitationsabteilungen für die Phase B eingerichtet werden. Diese Abteilungen sind jedoch häufig deutlich kleiner. Wir glauben, dass auch in der Neurorehabilitation jene Einrichtungen besonders gut sind, die den gesamten Rehabilitationsprozess schon häufig durchlaufen haben. MEDIAN hält daher das Konzept der integrierten Versorgung der gesamten Versorgungskette an einem Haus nach wie vor für das beste Versorgungsmodell für die Patienten.

„PFLEGE UND THERAPIE SIND ENG VERBUNDEN“



Conny Bock
Stationsleitung Pflege Phase B
neurologische Frührehabilitation
an der MEDIAN Klinik Grünheide

Als Stationsleiterin in der neurologischen Frührehabilitation ist Conny Bock nicht nur für die Patienten, sondern auch für ihr Pflgeteam verantwortlich. In der MEDIAN Klinik Grünheide betreuen sie gemeinsam Schlaganfallpatienten, Menschen mit entzündlichen Erkrankungen am Gehirn oder Opfer von Verkehrsunfällen – und arbeiten dabei eng mit den Therapeuten zusammen. Immer wieder erlebt Conny Bock, wie Rehabilitanden beatmet ins Haus kommen und es nach der Reha auf eigenen Beinen wieder verlassen. Doch sie weiß: Auch die kleinen Erfolge können für schwer Erkrankte einen großen Schritt bedeuten.

Frau Bock, in der neurologischen Frührehabilitation werden Patienten unmittelbar nach dem Aufenthalt in einem Akutkrankenhaus aufgenommen und noch intensivmedizinisch betreut. Für Pflegekräfte ist das eine besondere Herausforderung. Wie sieht Ihr Arbeitstag aus?

Als ich vor 25 Jahren, gleich im Anschluss an meine Ausbildung, bei MEDIAN als Krankenschwester angefangen habe, stand für mich die direkte Patientenversorgung im Vordergrund. Seit 2005 bin ich Stationsleiterin in der Pflege Phase B für die neurologische Frührehabilitation und habe die Aufgabe, die Stationsabläufe, die Organisation, aber auch die Dienstpläne und alles, was mit den Mitarbeitern zusammenhängt, zu managen. Vor ein paar Jahren habe ich außerdem eine Ausbildung zur Wundmanagerin gemacht und bin auf meiner Station für die

Versorgung und Dokumentation der Wunden unserer Patienten verantwortlich. Zu diesem Thema leite ich auch stationsinterne Fortbildungen.

Was gefällt Ihnen besonders an Ihrem Beruf?

An der Stationsleitung gefallen mir vor allem das Organisatorische und die enge Zusammenarbeit mit meinem Team. Ich hole die Kolleginnen und Kollegen dort ab, wo sie beruflich stehen, und führe sie in die Stationsarbeit ein. Pflege ist ein schwieriger Beruf; deshalb ist es mir wichtig und bereitet mir Freude, auf meine Mitarbeitenden individuell einzugehen und ihnen den Arbeitsalltag so zu gestalten, dass sie möglichst motiviert arbeiten. Der Umgang mit den Patienten sowie deren Angehörigen ist ein wichtiger Teil meiner Arbeit. Wenn ich hier für Zufriedenheit sorgen kann, bin auch ich zufrieden.



Was unterscheidet die Arbeit in einer Reha-Klinik von anderen Einsatzbereichen für Pflegekräfte?

In Akuthäusern liegen die Patienten nur wenige Tage, während sie in Pflegeheimen unter Umständen sehr, sehr lange bleiben. In Reha-Kliniken ist der Aufenthalt mit rund sechs bis 21 Wochen dagegen ein längerer, aber trotzdem überschaubarer Zeitraum. Manche Patienten kommen sehr schwer betroffen in unsere Klinik, und wir haben die Möglichkeit, sie ein Stück zu begleiten und zu erleben, wie es ihnen besser geht. Das ist etwas sehr Schönes. Aber auch das Voranschreiten der Erkrankung und das Sterben gehören dazu.

Wie unterstützt die Pflege in der Phase B der neurologischen Rehabilitation den Behandlungserfolg?

Das Besondere an der Pflege Phase B ist die hohe Flexibilität und die Nähe zum Patienten. Wir betreuen vor allem Schlaganfallpatienten, aber auch Menschen mit entzündlichen Erkrankungen am Gehirn und Opfer von Verkehrsunfällen. Die Pflege hat bei all diesen Patienten einen großen Anteil am Behandlungserfolg. Wir versuchen, das Therapeutische in die Pflege zu integrieren und arbeiten deshalb eng mit den Therapeuten zusammen.

Wenn es zum Beispiel darum geht, dass jemand für eine bestimmte Behandlung im Rollstuhl sitzen muss, kümmern wir uns darum. Diese Zusammenarbeit ist für den Therapieerfolg sehr wichtig und gibt uns Pflegenden die Möglichkeit, die Behandlung aktiv zu begleiten. In Akuthäusern sind Pflege und Therapie nicht so eng miteinander verbunden. Wir unterstützen die Patienten so viel wie nötig, lassen sie aber auch so viel wie möglich eigenständig übernehmen. Wir stellen uns auf jeden Patienten ein und entscheiden täglich neu, welche Unterstützung und welche Therapie er oder sie gerade braucht.

In der neurologischen Frührehabilitation betreuen Sie und Ihr Team teils sehr schwer betroffene Patienten. Was vermag Reha in derart gravierenden Fällen überhaupt zu leisten?

Es gibt natürlich Menschen, deren Zustand sich während ihres Aufenthalts kaum verändert. Doch wir Pflegekräfte können selbst kleinste Verbesserungen erkennen, die Außenstehende häufig gar nicht wahrnehmen. Wir haben Patienten, die schwerst betroffen und beatmet in die Klinik kommen und auf eigenen Beinen wieder hinausgehen. Sie sind für ihre Genesung meist unendlich

dankbar und schreiben uns noch Jahre später. Wir haben erst kürzlich einen Brief und Blumen von einem Herren bekommen, der vor einigen Jahren mit dem Guillain-Barré-Syndrom in die Klinik kam: Er ist morgens aufgewacht und konnte nicht mehr aufstehen. Er konnte damals weder alleine essen, noch die Klingel am Bett drücken. Nach der Reha konnte er seinen Alltag in einem elektronischen Rollstuhl wieder selbst bewältigen. Geschichten wie diese sind richtig schön. Sie motivieren und machen unseren Beruf aus.

Um die gute Qualität der Patientenversorgung bei MEDIAN ständig weiterzuentwickeln, spielt die Dokumentation eine wichtige Rolle. Zusätzlich zu Ihrer Arbeit mit den Patienten ist das sicher nicht immer einfach.

Ja, die Dokumentation bedeutet einen hohen Aufwand für mein Team und mich – aber immer vor dem Hintergrund, dass dies letztendlich unseren Patienten zugutekommt. Die medizinische Dokumentation ist in den vergangenen Jahren immer umfassender geworden. Als Stationsleitung habe ich hier eine Kontrollpflicht, was trotz Dokumentationsassistenten sehr aufwändig ist. Die Dokumentation nimmt teilweise mehr Raum ein als die Arbeit am Patienten. Beidem gerecht zu werden, ist nicht immer einfach, vor allem, wenn zu wenig Personal da ist oder Mitarbeiter krank sind. Dann muss ich mein Team daran erinnern, wie wichtig die Dokumentation ist, um die Versorgungsqualität im Haus zu messen und weiter zu verbessern. Dies fängt schon bei einfachen, alltäglichen Dingen wie der Händedesinfektion an. Die Datendokumentation hilft uns dabei, Desinfektions- und Hygienemaßnahmen fortlaufend zu kontrollieren und zu

optimieren, um einem erhöhten Keimaufkommen entgegenzuwirken.

Welche Herausforderungen sehen Sie in der Pflege in den kommenden Jahren?

Ich glaube, die größte Herausforderung wird es sein, Personal zu finden, das motiviert ist und den Gedanken der Reha mitträgt. Ich finde es gut, dass MEDIAN auch im Ausland akquiriert. Hier in Grünheide haben wir relativ viele ausländische Pflegekräfte, für die ich unglaublich dankbar bin. Auch wenn die ersten Wochen und Monate aufgrund der Sprachbarriere oft ein hartes Stück Arbeit für alle bedeuten. Es wird nicht einfach sein, mehr von diesen guten Leuten zu finden und unsere hohe Qualität in der Pflege zu halten.

Außerdem denke ich, dass es schwieriger wird, die oft hohen Ansprüche der Angehörigen zu erfüllen. Wenn jemand sehr krank und sehr alt ist, kann auch die beste Reha ihn nicht wieder zu einem 20-jährigen machen. Man kann eine 88-jährige Dame, die schon seit fünf Jahren im Pflegeheim lebt und dort nie gelaufen ist, auch bei bester Therapie und Pflege nicht wieder zum Laufen bringen. Dennoch existiert bei manchen Angehörigen diese Erwartungshaltung. Hier würde ich mir wünschen, dass die Menschen das Gespräch mit uns suchen, anstatt ihrem Unmut auf Onlineportalen wie klinikbewertungen.de Luft zu machen. Wir geben uns wirklich allergrößte Mühe, aber manchmal muss man akzeptieren, dass mehr nicht möglich war. Und: Auch die scheinbar kleinen Erfolge können für schwer erkrankte Menschen eine große positive Veränderung bedeuten.

MEDIAN KLINIK GRÜNHEIDE

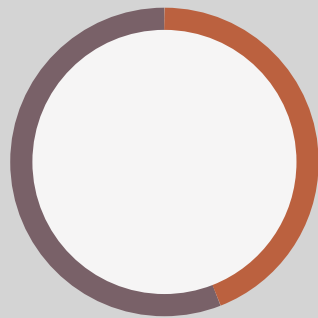
In der MEDIAN Klinik Grünheide werden Patienten mit Erkrankungen aus dem gesamten Spektrum der Neurologie und der Neurochirurgie behandelt. Für alle Krankheitsstadien werden spezielle Therapieformen angeboten – von

der Frührehabilitation bis zur Anschlussheilbehandlung. Entsprechend vielfältig sind die personelle Besetzung sowie die räumliche und apparative Ausstattung. So verfügt das Haus unter anderem über eine Beatmungs-

und Weaningstation sowie die Möglichkeit zum robotergestützten Gangtraining. Ein weiterer Fokus liegt auf der Behandlung immobiliser Multiple-Sklerose-Patienten.

SOZIODEMOGRAFISCHE DATEN | NEUROLOGIE

Patientenpopulation nach Geschlecht

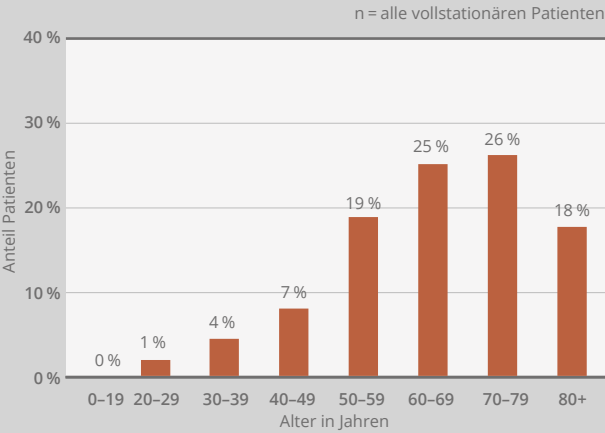


Im Jahr 2019 wurden bei MEDIAN insgesamt **24.751 vollstationäre Patienten** in der Neurologie behandelt. Davon waren 44 % weiblich sowie 56 % männlich.

- 44 % weiblich
- 56 % männlich
- 0 % divers

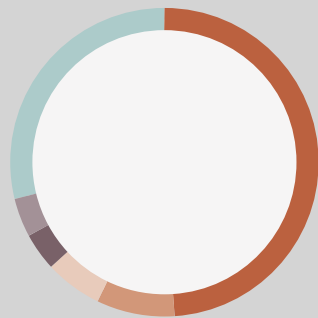
Altersstruktur

Durchschnitt: 66 Jahre



Die meisten MEDIAN Patienten in der Neurologie waren zwischen 60 und 79 Jahre alt. Das Durchschnittsalter lag bei 66 Jahren.

Verteilung der fünf häufigsten Hauptdiagnosen

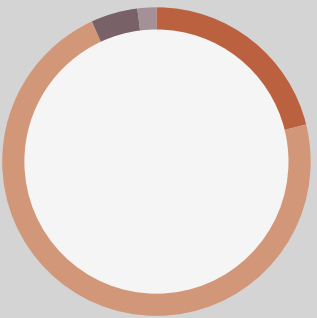


Die fünf häufigsten Hauptdiagnosen unserer Patienten in der Neurologie machten einen Anteil von 71% aller Diagnosen aus. Es lässt sich schnell erkennen, dass der **Hirninfarkt** mit **49 %** die mit Abstand am häufigsten vorkommende Diagnose darstellte.

- 49 % I63 Hirninfarkt
- 8 % G60-G63 Polyneuropathien
- 6 % I61 intrazerebrale Blutung
- 4 % S06 intrakranielle Verletzung
- 4 % G35 Multiple Sklerose
- 29 % sonstige Hauptdiagnosen

Verteilung der Leistungsträger

Wie in nebenstehender Grafik zu erkennen ist, werden die erbrachten Leistungen von unterschiedlichen Trägern übernommen. Den größten Teil machte dabei mit **72 %** die **gesetzliche Krankenversicherung** aus.

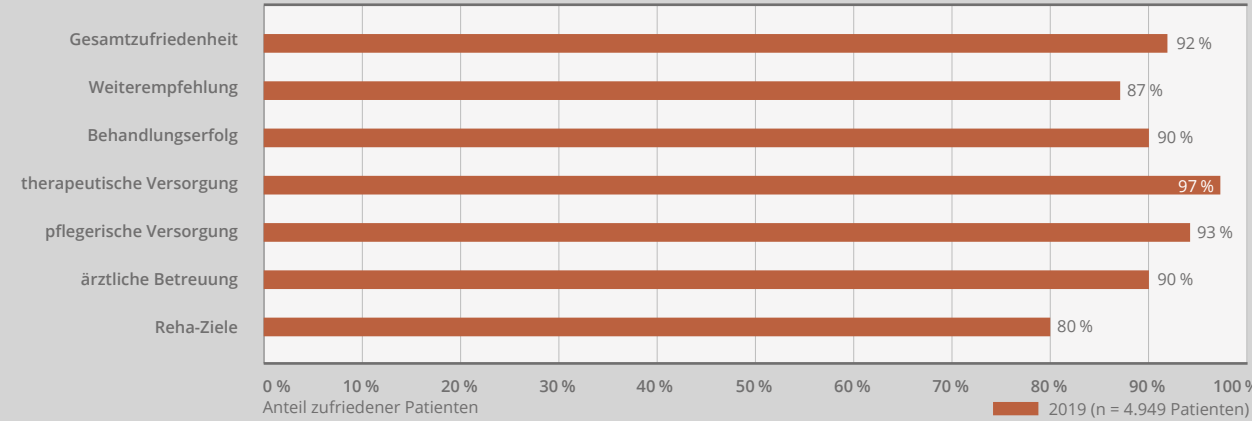


- 21 % gesetzliche Rentenversicherung
- 72 % gesetzliche Krankenversicherung
- 5 % Selbstzahler/Private Krankenversicherung
- 2 % sonstige

Patientenzufriedenheit

Auch 2019 fand eine Zufriedenheitsbefragung der neurologischen Patienten statt. Knapp 5.000 Patienten nahmen daran teil. Die Grafik veranschaulicht die hohe Zufriedenheit: 92 % waren insgesamt mit der Behandlung und Betreuung zufrieden. Wie in den Vorjahren

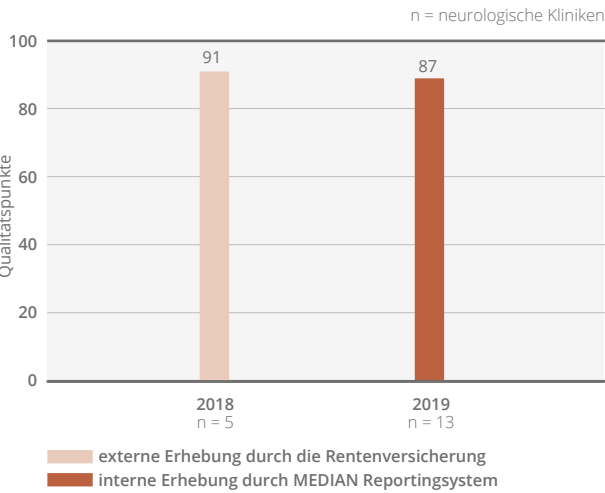
stellte die **therapeutische Versorgung** sogar **97 %** der Patienten zufrieden. Auch in den anderen Bereichen konnte das hohe Niveau in der Patientenzufriedenheit beibehalten werden.



KENNZAHLEN DER EXTERNEN QUALITÄTSSICHERUNG

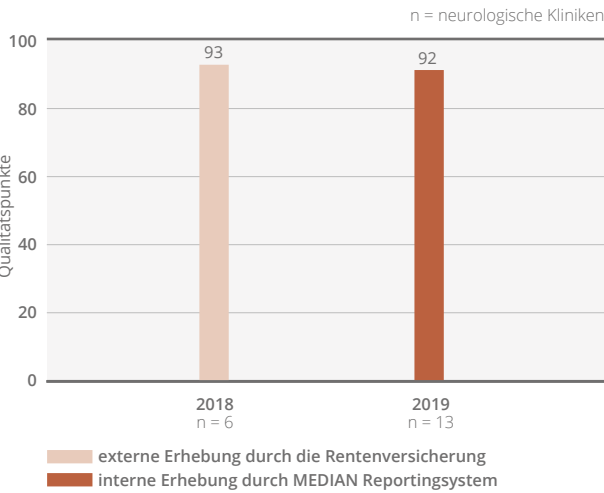


Reha-Therapiestandard „Schlaganfall“ im zeitlichen Verlauf



Die Qualitätspunkte des Reha-Therapiestandards „Schlaganfall“ lagen im Jahr 2019 bei 87. Damit ist das Qualitätsniveau im Vergleich zum Vorjahr leicht gesunken. An einer Verbesserung der Qualitätspunkte wird stetig gearbeitet.

Therapeutische Versorgung im zeitlichen Verlauf



In den neurologischen Abteilungen konnten im Jahr 2018 93 Qualitätspunkte in der therapeutischen Versorgung erreicht werden. Im Folgejahr konnte das gute Niveau gehalten werden: Der Wert für 2019 lag mit 92 Qualitätspunkten nur knapp unter dem Vorjahreswert.

ERGEBNISQUALITÄT IN DER NEUROLOGIE

Ergebnisqualität in der Neurologie

Das Erkrankungsbild unserer 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 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 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 von Patienten. 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 des betroffenen Patienten.

Nachfolgend werden beispielhaft zwei Bereiche dargestellt, welche häufig im Zentrum der Therapie stehen: die Alltagskompetenz als Maß der erreichten Selbstständigkeit sowie die Mobilität.

Alltagskompetenz

Als Maß der Selbstständigkeit wird üblicherweise der Barthel-Index verwendet (Mahoney & Barthel, 1965). Der Barthel-Index bildet sehr unterschiedliche Fähigkeiten der Patienten ab und eignet sich daher gut zur Messung der Einschränkungen sowie (bei wiederholter Durchführung) zur Messung der Verbesserung der Einschränkungen und damit des Rehabilitationserfolges (Huybrechts & Caro, 2007). Der Barthel-Index erlaubt die Beurteilung grundlegender Alltagsfunktionen wie Körperpflege, Nahrungsaufnahme, An- und Auskleiden sowie Mobilität und 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:** Zustand kompletter Selbstständigkeit in den grundlegenden Alltagsfunktionen. Es können aber noch spezielle Probleme bestehen, z. B. im Bereich des Gedächtnisses oder der Konzentration.

Im unmittelbaren Anschluss an ihren Aufenthalt im Akutkrankenhaus weisen viele Patienten schwere Funktionsstörungen, einschließlich Bewusstseinsstörungen auf und müssen teilweise intensiv überwacht werden. Um dieser Abhängigkeit Rechnung zu tragen, wurde zusätzlich der Frührehabilitationsindex mit insgesamt sieben Frührehabilitationskriterien, wie beispielsweise dem Erfordernis künstlicher Beatmung, entwickelt (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.

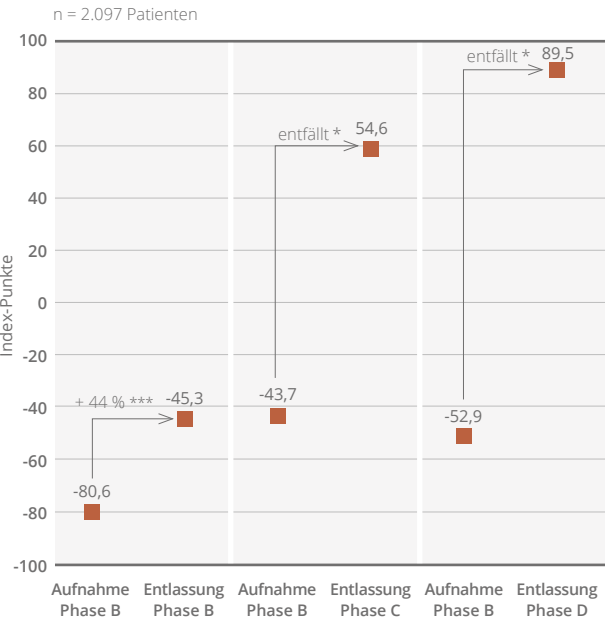
Ergebnisse des Barthel-Index in den MEDIAN Kliniken

Nachfolgend sind die mittleren Summenwerte des Barthel- beziehungsweise Frührehabilitations-Barthel-Index bei Aufnahme und bei Entlassung dargestellt. Dabei werden jeweils die Patienten unterschieden, die in der gleichen Rehabilitationsphase entlassen werden, in der sie aufgenommen wurden und die, die einen sogenannten Phasenwechsel durchlaufen haben.

In den unten und rechts abgebildeten Grafiken sind die Aufnahme- und Entlassungswerte des Frühreha-Barthel-, beziehungsweise des Barthel-Index für die verschiedenen Aufnahmephasen dargestellt. In der Abbildung unten links 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 rechts ist jeweils der Barthel-Index sowohl bei Aufnahme als auch bei Entlassung abgebildet.

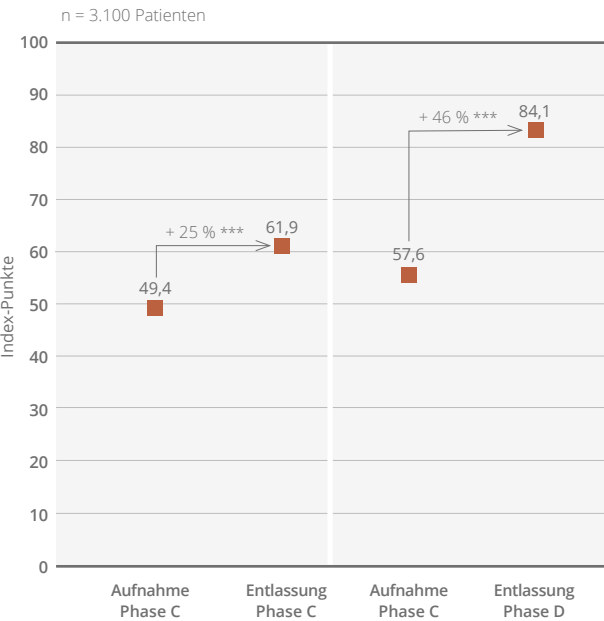
Deutlich wird, dass bei Patienten, die in der gleichen Rehabilitationsphase aufgenommen und entlassen wurden, eine statistisch signifikante Verbesserung eingetreten ist. Ebenso ist eine statistisch signifikante Verbesserung bei Patienten zu erkennen, die einen Phasenwechsel durchlaufen haben.

Entwicklung des Frühreha-Barthel- bzw. Barthel-Index während der Frührehabilitation für neurologische Patienten mit Aufnahme in Phase B im Jahr 2019

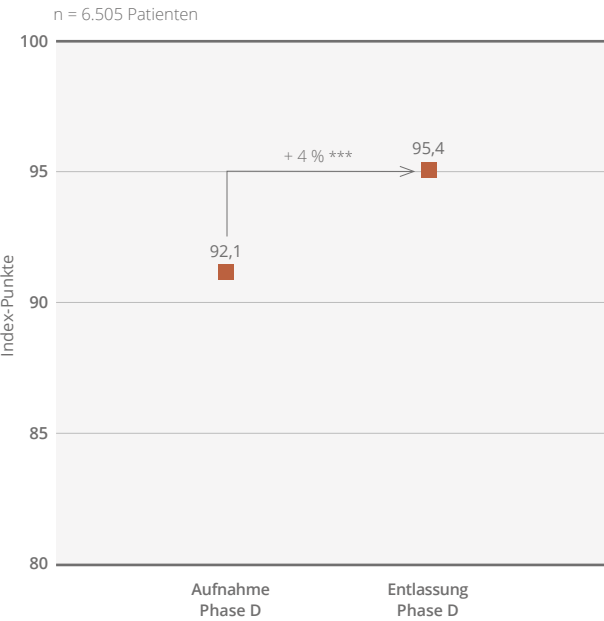


* Aufgrund unterschiedlicher Skalenniveaus wird auf eine Angabe der prozentualen Verbesserung verzichtet.
*** signifikanter Unterschied, p < 0.001

Entwicklung des Barthel-Index während der Rehabilitation für neurologische Patienten mit Aufnahme in Phase C im Jahr 2019



Entwicklung des Barthel-Index während der Rehabilitation für neurologische Patienten mit Aufnahme in Phase D im Jahr 2019



Schwerpunkt Mobilität

Zur Beschreibung der Mobilität der Patienten gibt es keinen einzelnen Score, sondern verschiedene Aspekte werden unterschiedlich erfasst. Nachfolgend finden sich Beschreibungen der Gehfähigkeit und der Gangausdauer.

Gehfähigkeit in den Phasen C und D

Der Timed „Up and Go“-Test (TUG), zu deutsch: Zeitdauer für Aufstehen und Gehen, ist ein einfacher Mobilitätstest (Caronni et al., 2019).

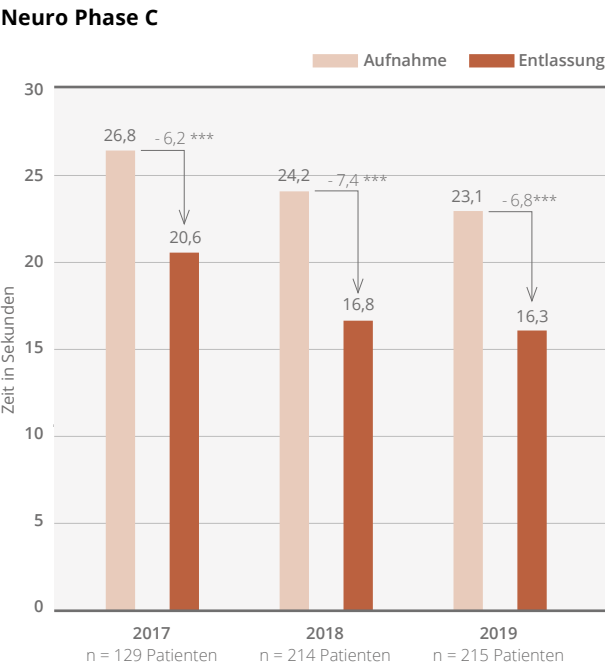
Für den Test muss sich der Patient auf Aufforderung durch einen Therapeuten ohne fremde Hilfe von einem Stuhl mit Armlehnen erheben, eine Strecke von drei Metern gehen und sich wieder setzen. Dabei dürfen Hilfsmittel, wie beispielsweise eine Gehhilfe verwendet werden. Die für diesen Vorgang benötigte Zeit wird in Sekunden notiert.

Schema zur Interpretation der Ergebnisse:

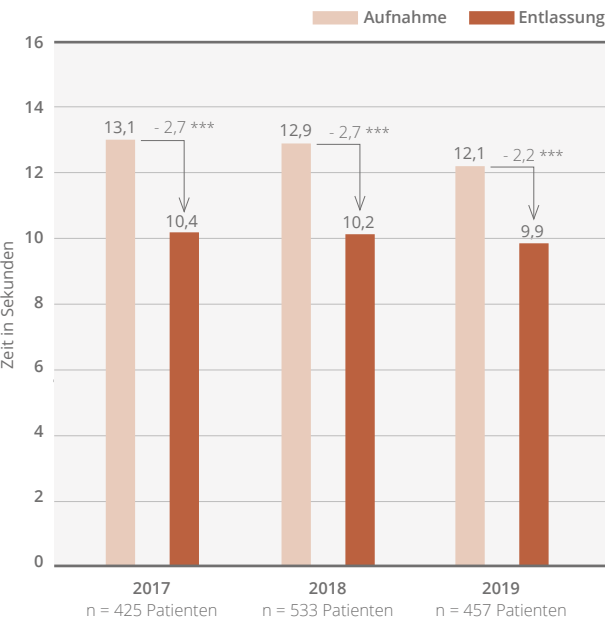
Gruppe	Bezeichnung	Zeit
1	keine Mobilitätseinschränkungen	< 10 Sek.
2	leichte, i. d. R. irrelevante Mobilitätseinschränkungen	10–19 Sek.
3	abklärungsbedürftige, relevante Bewegungseinschränkungen	20–29 Sek.
4	starke Mobilitätseinschränkungen	> 30 Sek.
5	Timed „Up and Go“-Test nicht möglich	

*** signifikanter Unterschied, p < 0.001

Ergebnisse des Timed „Up and Go“-Tests von Aufnahme zu Entlassung in den Phasen C und D für die Jahre 2017 bis 2019



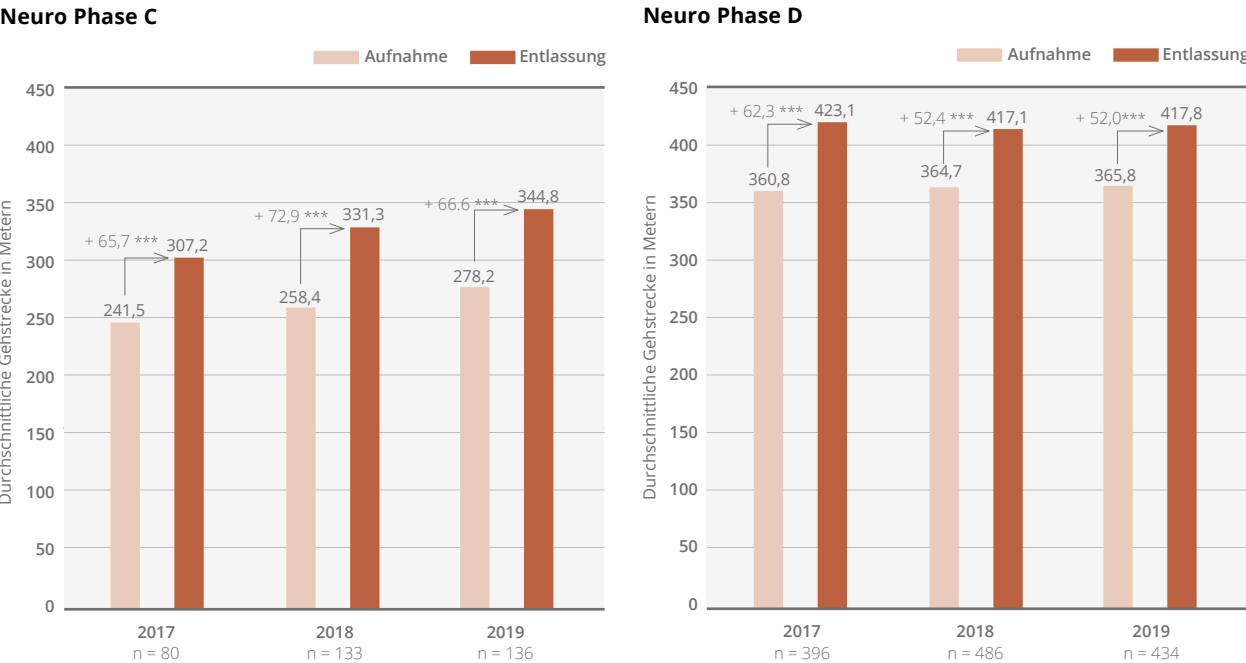
Neuro Phase D





Gangausdauer in den Phasen C und D
Der 6-Minuten-Gehtest ist ein Instrument zur Erfassung der Ausdauerleistung beim normalen Gehen und ein weiterer Teilaspekt der Mobilität. Gegenstand dieses Testverfahrens ist es, eine möglichst lange Gehstrecke innerhalb von sechs Minuten zurückzulegen.

Ergebnisse des 6-Minuten-Gehtests von Aufnahme zu Entlassung in den Phasen C und D für die Jahre 2017 bis 2019



Im Durchschnitt lag die Verbesserung der Gehstrecke unserer Patienten im 6-Minuten-Gehtest sowohl in Phase C als auch in Phase D zwischen 50 und 70 Metern. Am Ende der Rehabilitation in der Phase D waren durchschnittlich mehr als 400 Meter Gehstrecke in sechs Minuten

ten möglich. Diese Ergebnisse decken sich mit den Ergebnissen des Timed „Up And Go“-Tests, da auch diese Testergebnisse zeigen, dass im Durchschnitt aller Patienten die Mobilität am Ende der Rehabilitation nicht oder nur noch leicht eingeschränkt ist.

*** signifikanter Unterschied, p < 0.001

Versorgungsstufe

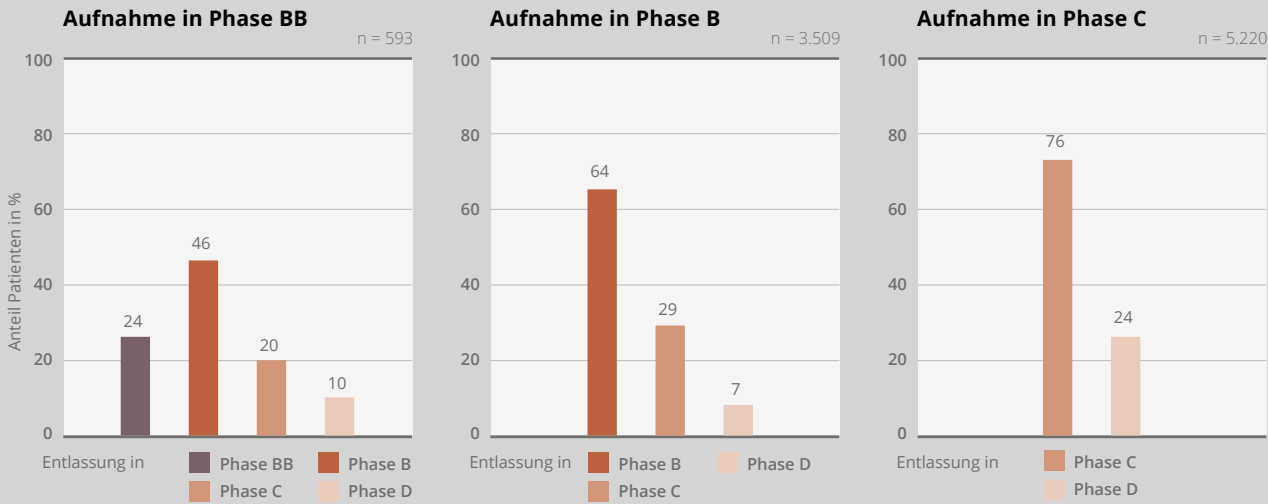
Auswirkungen auf die Pflegesituation

Entlassung vor Ereignis	n	Akutklinik	andere stationäre Reha	Pflege in Institution	Pflege zu Hause	unabhängig zu Hause	verstorben
Pflege in Institution	20	NA	NA	95 % (n = 19)	NA	NA	5 % (n = 1)
Pflege zu Hause	196	7,14 % (n = 14)	1,53 % (n = 3)	14,29 % (n = 28)	76,53 % (n = 150)	NA	0,51 % (n = 1)
unabhängig zu Hause	639	2,97 % (n = 19)	0,78 % (n = 5)	9,86 % (n = 63)	28,64 % (n = 183)	57,12 % (n = 365)	0,63 % (n = 4)

Ein weiteres wichtiges Kriterium der Ergebnisqualität ist die Pflegesituation der Patienten bei Entlassung. Unabhängigkeit im Alltag ist ein wichtiger Grundstein der Teilhabe. In der Tabelle sind die Wahrscheinlichkeiten dargestellt, wie sich der Pflegezustand aus Sicht des Sozialdienstes bei Entlassung entwickelt hat. Dabei erfolgt ein Abgleich des Pflegezustands vor dem für die

Rehabilitation ausschlaggebenden neurologischen Ereignis (z. B. Schlaganfall) und des Zustands zum Entlassungszeitpunkt. Die Zahlen zeigen, dass über 57 Prozent der vor dem Ereignis selbstständigen Menschen nach erfolgreicher Rehabilitation auch wieder unabhängig nach Hause entlassen werden können.

Anteil der neurologischen Patienten, die 2019 während der Rehabilitation einen Phasenwechsel durchlaufen haben



Die obenstehende Grafik zeigt, wie viele Patienten während ihres Aufenthaltes in einer unserer Kliniken 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

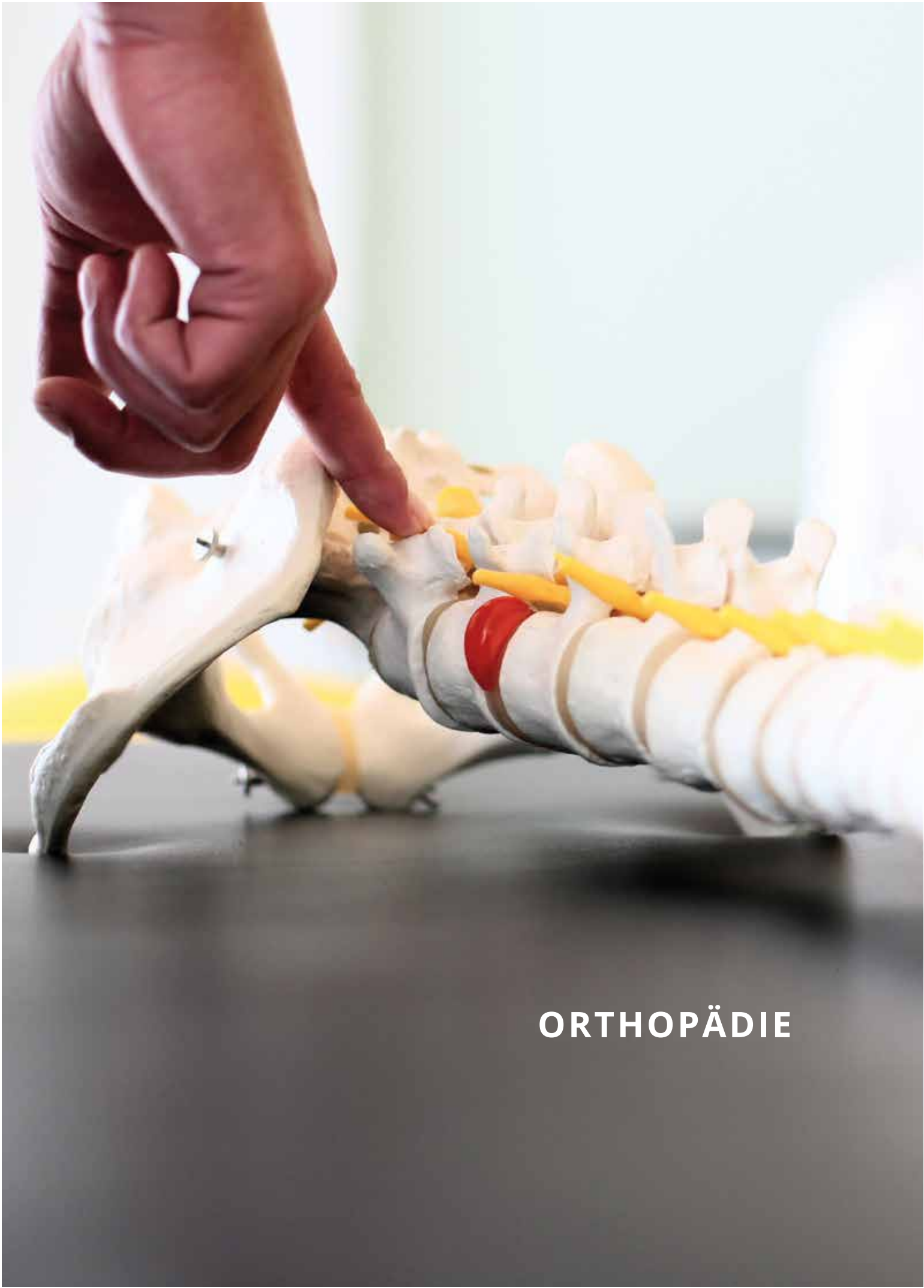
Versorgung nötig ist und der Patient schon vermehrt selbst in den Therapien mitarbeiten kann. Anhand der Grafik wird deutlich, dass besonders in der frühen neurologischen Rehabilitation (Phasen BB und B) viele Patienten nach ihrem Aufenthalt bei uns einen Phasenwechsel durchlaufen konnten und dadurch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

Anzahl der Einrichtungen

37



* zuvor MEDIAN Rehaklinik Aukammthal Wiesbaden und MEDIAN Klaus-Miehke-Klinik Wiesbaden, 2020 Zusammenschluss zum Reha-Zentrum



SCHWERPUNKTE IN DER ORTHOPÄDIE



Nach größeren Gelenkeingriffen oder Operationen an der Wirbelsäule ist häufig eine umfangreiche Nachbehandlung nötig. Die erfahrenen Teams aus Ärzten, Therapeuten, Pflegern und Sportwissenschaftlern der Fachabteilung Orthopädie in den MEDIAN Kliniken sorgen für die notwendige Rehabilitation und die Behandlung von Verletzungsfolgen. Bestehende Einschränkungen der Beweglichkeit werden mit Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation gemindert oder aufgehoben. Ziel ist eine Verbesserung der Gelenkbeweglichkeit, Muskelkraft und Stabilität sowie eine Verringerung der Schmerzen, wodurch insgesamt eine Verbesserung der Leistungsfähigkeit erreicht wird. Bei Patienten im arbeitsfähigen Alter lassen sich so Arbeitsunfähigkeit und Be-

rentung vermeiden. Patienten im Rentenalter erlangen eine weitgehende Selbstständigkeit. Als deutschlandweiter Klinikverbund ist es MEDIAN möglich, nahezu jedes Spezialgebiet der Orthopädie abzudecken. Dazu zählen die verhaltensmedizinische Orthopädie, die medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation (MBOR), die technische Orthopädie, die Versorgung amputierter Menschen, die Schmerztherapie und vieles mehr. Einige Kliniken bieten außerdem berufsgenossenschaftliche stationäre Weiterbehandlungen (BGSW), Maßnahmen zur Evaluation der arbeitsbezogenen funktionellen Leistungsfähigkeit (EFL), das Nachsorgeprogramm IRENA der Deutschen Rentenversicherung, erweiterte ambulante Physiotherapie (EAP) und Rehabilitationssport an.

„EIN SCHÖNER UND LEBENDIGER BERUF“



Manuela Pietsch

Leitende Physiotherapeutin
an der MEDIAN Hohenfeld-Klinik
Bad Camberg

Die gebürtige Thüringerin Manuela Pietsch kam 1999 direkt nach ihrer Ausbildung ins hessische Bad Camberg und blickt heute auf mehr als 20 Jahre Erfahrung als Physiotherapeutin zurück. An der Arbeit bei MEDIAN schätzt sie die Vielfalt und den engen Austausch zwischen Ärzten, Therapeuten und Pflegekräften – immer mit dem Ziel, jedem Patienten die optimale Behandlung zukommen zu lassen. Dass dabei digitale Anwendungen wie Apps immer wichtiger werden, findet sie gut, sagt aber auch: Empathische Therapeuten lassen sich dadurch nicht ersetzen.

Frau Pietsch, welche Aufgaben haben Sie bei MEDIAN?

Ich bin seit Mai 2019 Abteilungsleiterin der Physiotherapie mit einem Team aus 13 Physiotherapeuten, fünf Sporttherapeuten, fünf Masseuren und drei Ergotherapeuten. Das bringt viel Organisations- und Büroarbeit mit sich. Als Leiterin trage ich z. B. die Verantwortung für die Urlaubsplanung, bin für die Materialbestellung der Abteilung verantwortlich, kümmere mich als Ansprechpartnerin um die vielen kleinen Probleme im Berufsalltag und nehme an Abteilungsleitersitzungen teil. Für die Kollegen führe ich auch interne Fortbildungen durch. Eine insgesamt sehr abwechslungsreiche Tätigkeit, die mich rund die Hälfte meines Arbeitstages in Beschlag nimmt. Die

andere Hälfte widme ich der Arbeit mit Patienten, also Einzel- und Gruppentherapien. Dazu gehören die klassische Bewegungstherapie, die Therapie im Schwimmbad und auch die Aufsicht bei der Medizinischen Trainingstherapie (MTT).

Ich wollte nie als Physiotherapeutin in eine Praxis, sondern immer in eine Klinik. Wir haben hier aktuell rund 120 orthopädische und 150 psychosomatische Patienten im Haus und jeder Tag bringt etwas Neues. Besonderen Spaß macht mir die Arbeit mit Menschen. Wir gehen individuell auf jeden ein, und das bringt eine große Vielseitigkeit bei der Arbeit mit sich. Ein weiterer positiver Aspekt ist der Fortschritt in unserem Beruf. Bei Fortbildungen

sehe ich immer wieder, wie neue wissenschaftliche Erkenntnisse zu neuen Behandlungsansätzen führen. Der Beruf des Physiotherapeuten ist ein sehr lebendiger Beruf, der Innovationen und Praxis miteinander verbindet.

Was ist für Sie das Schöne an der Arbeit in einer Reha-Klinik und speziell bei MEDIAN?

Die Arbeit in einer Reha-Klinik gefällt mir besonders gut, weil wir im engen Austausch mit anderen Abteilungen und Kollegen stehen. Hier im Haus gibt es zum Beispiel die Fachabteilung Psychosomatik. Wir sprechen mit Ärzten, anderen Therapeuten und Pflegekräften, schauen gemeinsam über den berühmten Tellerrand und lösen interdisziplinär Herausforderungen, die sich bei unseren Patienten stellen. Als Mutter von zwei Kindern (9 und 13) schätze ich bei MEDIAN besonders die flexiblen Arbeitszeiten. Die Vereinbarkeit von Familie und Beruf war und ist für mich ein großes Plus. Dazu kommt ein starkes Gefühl von Sicherheit. In all den Jahren – selbst zu Corona-Zeiten – hatte ich nie Angst um meinen Arbeitsplatz.

Was bewirkt die Einführung digitaler Tools wie der App CASPAR in Ihrem Arbeitsbereich?

Die App ist gerade erst drei Monate bei uns eingeführt und die Patienten nehmen sie schon gut an. Ein großer Vorteil ist die problemlosere Nachsorge. Das betrifft allein schon die vielen Papier-Handouts, die jetzt weggefallen. Patienten können bei uns in der Klinik zwei Wochen mit der App trainieren und anschließend noch acht Wochen unter unserer Anleitung zu Hause weiter üben. Wir stehen mit ihnen über E-Mail in Kontakt, können ihre Fortschritte kontrollieren. CASPAR wird uns Physiothera-

peuten nicht ersetzen, aber es kann sicher ein gutes ergänzendes Werkzeug für unsere Arbeit sein.

Wie erleben Sie Ihre Patienten vor Beginn und am Ende der Rehabilitation?

Unsere Patienten kommen in der Regel entkräftet und körperlich schwach zu uns. Als Reha-Patienten hatten sie oft über Jahre Schmerzen und sind froh, endlich behandelt zu werden. AHB-Patienten, die gerade frisch operiert wurden, sind größtenteils stark motiviert und wollen in ihren Alltag zurückzukehren. Dabei helfen wir ihnen. Wir machen unsere Patienten wieder fit für Beruf und Familie. Dabei berücksichtigen wir einen ganzheitlichen Ansatz, der zum Beispiel auch die Krankheitsgeschichte und ihre Folgen beinhaltet. Ich versetze mich ganz oft einfach in die Lage der Patienten. Wir sind für sie das Licht am Ende des Tunnels und es ist toll zu sehen, wie Reha wirkt. Patienten, die uns nach drei Wochen verlassen, sind selbstbewusster, deutlich gestärkt und sehen positiv in die Zukunft.

MEDIAN setzt auf höchste Qualität bei der Behandlung seiner Patienten. Was bedeutet dieser Anspruch für die tägliche Arbeit in Ihrem Fachgebiet?

Dieser Anspruch richtet sich nicht nur an mich persönlich, sondern an die ganze Physiotherapie. Wir sind alle aufgefordert, unser Wissen immer wieder neu zu überprüfen und uns intern und extern fortzubilden. Jeder von uns muss etwas dafür tun, um auf dem neuesten Stand zu bleiben und so seinen Patienten die bestmögliche Therapie bieten zu können. Qualität heißt für mich aber auch, dass wir bereit sind, voneinander zu lernen.



Ich könnte mir dafür gut einen noch stärkeren fachlichen Austausch im Fachgebiet Physiotherapie konzernübergreifend vorstellen. Für mich persönlich ist Qualität darüber hinaus eng mit Empathie verbunden. Man muss sich auf den Patienten einlassen können und ihn verstehen, um ihn richtig und individuell behandeln zu können.

Warum ist es Ihrer Ansicht nach so wichtig, Qualität kontinuierlich zu messen wie dies bei MEDIAN geschieht?

Wir befragen unsere Patienten vor und nach der Reha nach ihrem Gesundheitszustand, z. B. nach der Intensität ihrer Schmerzen, und messen bei neuen Gelenken die Bewegungsausmaße. Wir Therapeuten brauchen die Zahlen, um zu sehen, ob wir die Reha-Therapiestandards eingehalten haben, ob das Ergebnis unserer Behandlung den Vorgaben entspricht oder ob wir in Zukunft noch etwas verbessern müssen. Das motiviert uns. Für den

Patienten sind die Zahlen wichtig, weil er dadurch eine positive Verstärkung seiner erreichten Ziele bekommt. Und diese Motivation nimmt er mit in seinen Alltag.

Welche Herausforderung sehen Sie in der Physiotherapie in den nächsten Jahren?

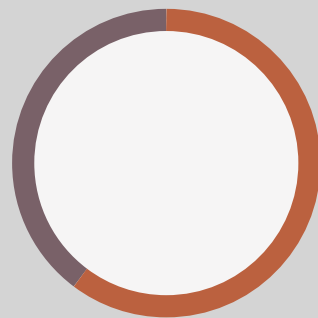
Die größte Herausforderung für mich ist die wachsende Digitalisierung. Wir sehen das am besten an der Trainingstherapie, wo sich die Geräte mittlerweile per Patienten-Chipkarte selbst einstellen. Wir müssen uns dieser Entwicklung jetzt stellen und uns weiterbilden, um den Anschluss an den Fortschritt nicht zu verlieren. Das ist nicht nur für uns wichtig, sondern auch für die ganze Gesellschaft. Denn die Menschen werden immer älter, wollen auch im Alter leistungsfähig bleiben. Das ist für uns in der Physiotherapie eine riesengroße Herausforderung, der wir nur durch eine immer bessere Behandlung und durch gut ausgebildete Fachkräfte gerecht werden können.

MEDIAN HOHENFELD-KLINIK BAD CAMBERG

Die MEDIAN Hohenfeld-Klinik Bad Camberg ist eine Rehabilitationsklinik für orthopädische und psychosomatische Patienten. Abgedeckt wird das gesamte Behandlungsspektrum der konservativen Orthopädie, unter anderem bei Erkrankungen und Funktionsstörungen des Stütz- und Bewegungsappa-	rates, Osteoporose, Wirbelsäulenerkrankungen sowie nach Sportverletzungen, Unfällen oder Amputationen.	Die Abteilung für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie gehört mit ihren vielfältigen Behandlungsmöglichkeiten zu den größten psychosomatischen Rehabilitationskliniken Deutschlands.
	In der Therapieambulanz der Klinik ist eine ambulante Rehabilitation möglich, insbesondere im Bereich der ambulanten Physiotherapie.	

SOZIODEMOGRAFISCHE DATEN | ORTHOPÄDIE

Patientenpopulation nach Geschlecht

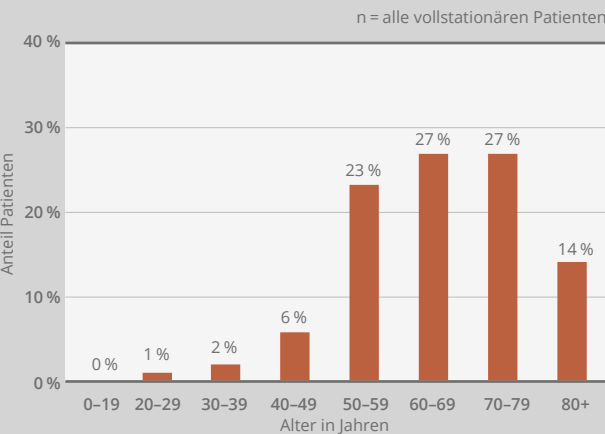


2019 befanden sich insgesamt **71.103 Patienten** bei MEDIAN in stationärer orthopädischer Behandlung. Davon waren 60 % weiblich und 40 % männlich.

- 60 % weiblich
- 40 % männlich
- 0 % divers

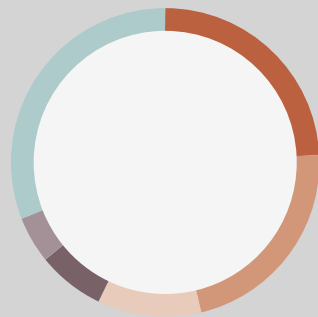
Altersstruktur

Durchschnitt: 65 Jahre



Den größten Anteil an Patienten in der Orthopädie haben die 50- bis 79-jährigen ausgemacht. Das Durchschnittsalter unserer orthopädischen Patienten lag bei 65 Jahren.

Verteilung der fünf häufigsten Hauptdiagnosen



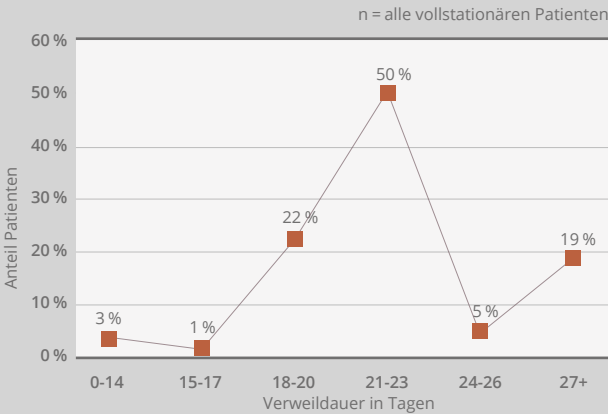
Am häufigsten wurden bei unseren Patienten 2019 eine Arthrose des Kniegelenks (24 %) und des Hüftgelenks (22 %) diagnostiziert. Die fünf häufigsten Diagnosen haben 69 % aller Diagnosen in der orthopädischen Rehabilitation ausgemacht.

- 24 % M17 Gonarthrose [Arthrose des Kniegelenkes]
- 22 % M16 Koxarthrose [Arthrose des Hüftgelenkes]
- 11 % M54 Rückenschmerzen
- 7 % M51 sonstige Bandscheibenschäden
- 5 % S72 Fraktur des Femurs
- 31 % sonstige Hauptdiagnosen

Verweildauer

Durchschnitt: 22 Tage

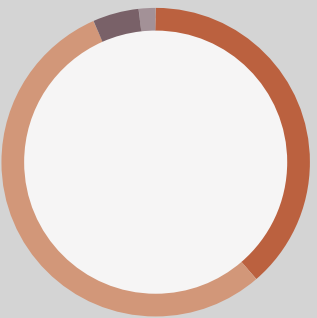
Die **meisten MEDIAN Patienten in der Orthopädie (50 %) verbrachten** im Jahr 2019 im Schnitt **21 bis 23 Tage** in unseren Kliniken. Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer lag mit 22 Tagen ebenfalls in diesem Bereich. Weitere 22 % wurden 18 bis 20 Tage lang stationär behandelt.



Verteilung der Leistungsträger

Die erbrachten Leistungen verteilten sich auf unterschiedliche Leistungsträger – wie der folgenden Grafik entnommen werden kann. Mit **54 %** machte die **gesetzliche Krankenversicherung** dabei den größten Anteil aus.

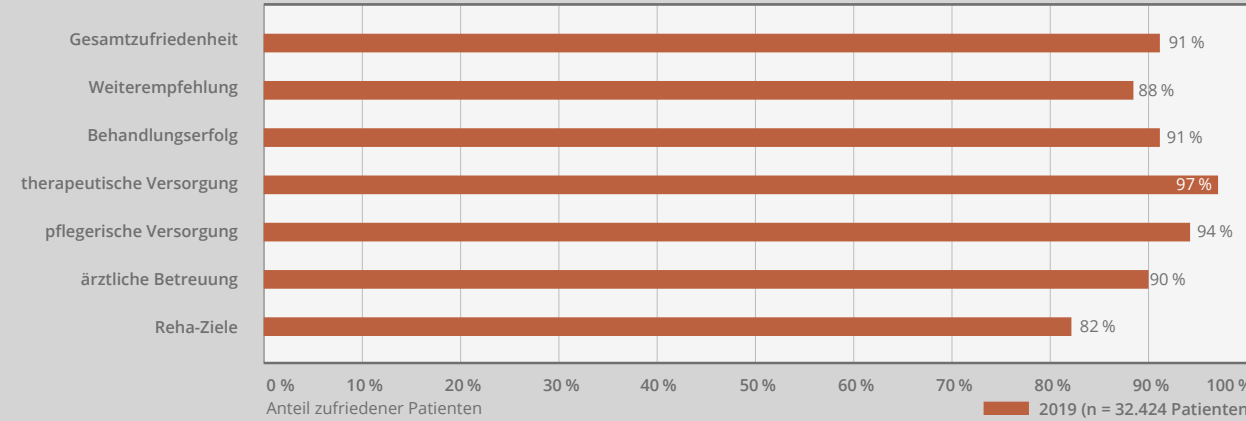
- 39 % gesetzliche Rentenversicherung
- 54 % gesetzliche Krankenversicherung
- 5 % Selbstzahler/Private Krankenversicherung
- 2 % sonstige



Patientenzufriedenheit

Am Ende ihres Aufenthalts haben unsere Patienten die Möglichkeit, anonym an einer Zufriedenheitsbefragung teilzunehmen. Das erfreuliche Ergebnis in 2019: 91 % der über 32.000 befragten orthopädischen

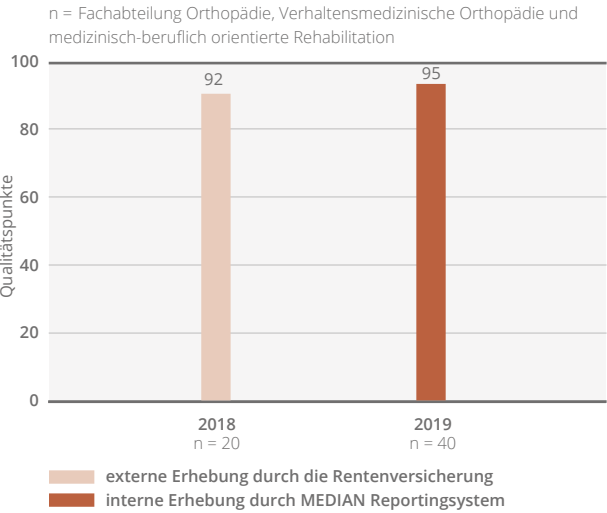
Patienten waren insgesamt mit der Behandlung und der Betreuung zufrieden. Mit der **therapeutischen Versorgung** waren sogar **97 %** zufrieden.



KENNZAHLEN DER EXTERNEN QUALITÄTSSICHERUNG

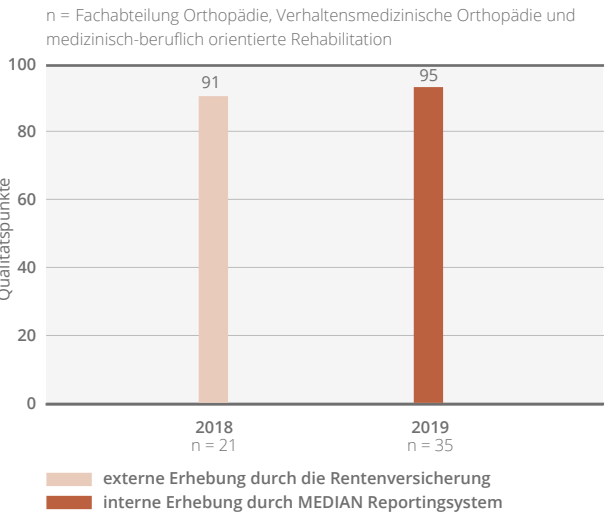


Therapeutische Versorgung im zeitlichen Verlauf



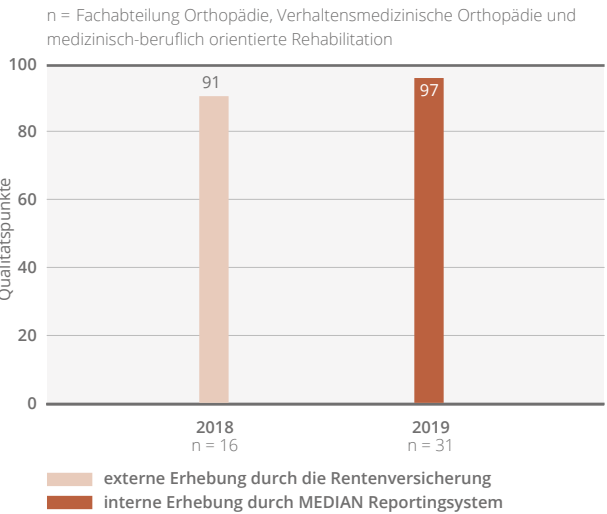
Bei der therapeutischen Versorgung in der Orthopädie konnte das hohe Niveau aus dem Vorjahr im Jahr 2019 noch weiter auf 95 Qualitätspunkte gesteigert werden.

Reha-Therapiestandard „Chronischer Rückenschmerz“ im zeitlichen Verlauf



Beim Reha-Therapiestandard zum chronischen Rückenschmerz lässt sich in den letzten beiden Jahren ein Aufwärtstrend von 91 auf 95 Qualitätspunkte erkennen.

Reha-Therapiestandard „Hüft-/Knie-TEP“ im zeitlichen Verlauf



Auch für den Reha-Therapiestandard „Hüft-/Knie-TEP“ ist im Verlauf der letzten Jahre ein deutlicher Aufwärtstrend zu erkennen. Im Jahr 2019 wurde mit durchschnittlich 97 Qualitätspunkten ein sehr gutes Ergebnis und nochmals eine deutliche Verbesserung zum Vorjahreswert erzielt.

ERGEBNISQUALITÄT IN DER ORTHOPÄDIE

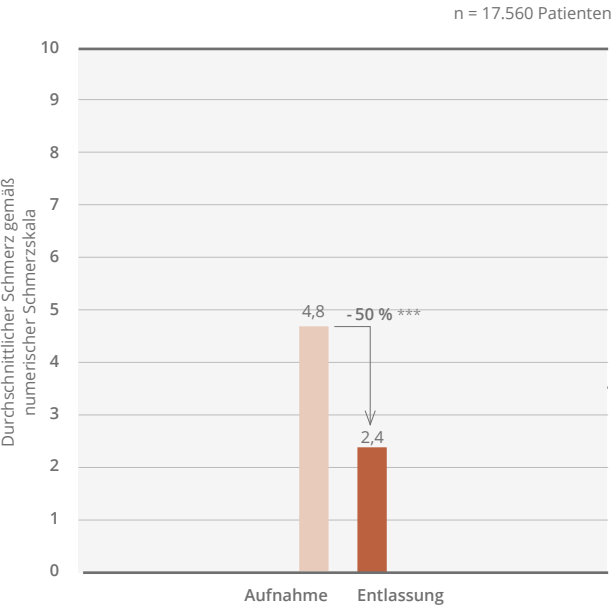
Die orthopädische Rehabilitation ist ein wichtiger Baustein in der orthopädischen Versorgungskette unseres Gesundheitswesens. Dabei soll die Wirksamkeit der Rehabilitation systematisch messbar sein. MEDIAN legt mit der Erhebung fachspezifischer Assessments eine Grundlage für die Ergebnismessung in der Orthopädie.

Numerische Analogskala Schmerz (NAS)

In der Orthopädie ist die Schmerzempfindung ein wichtiger Faktor, der den Erfolg der Rehabilitation aufzeigt. 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.

Mit Hilfe der numerischen Analogskala Schmerz kann die subjektive Schmerzstärke des Patienten gemessen werden. 0 bedeutet dabei keinen und 10 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 orthopädischen Rehabilitanden im Jahr 2019 bei Aufnahme und Entlassung



Bei 17.560 Patienten wurde im Jahr 2019 das Schmerzempfinden sowohl bei Aufnahme als auch bei Entlassung erfasst. Das subjektive Schmerzempfinden lag bei Aufnahme bei 4,8 auf der Skala von 0 bis 10 und sank auf 2,4 zum Zeitpunkt der Entlassung. Dies entspricht einer signifikanten Verbesserung von 50 Prozent von Aufnahme zu Entlassung. Dieses Ergebnis kann eindeutig als Erfolg der Rehabilitation gewertet werden.



Staffelstein-Score

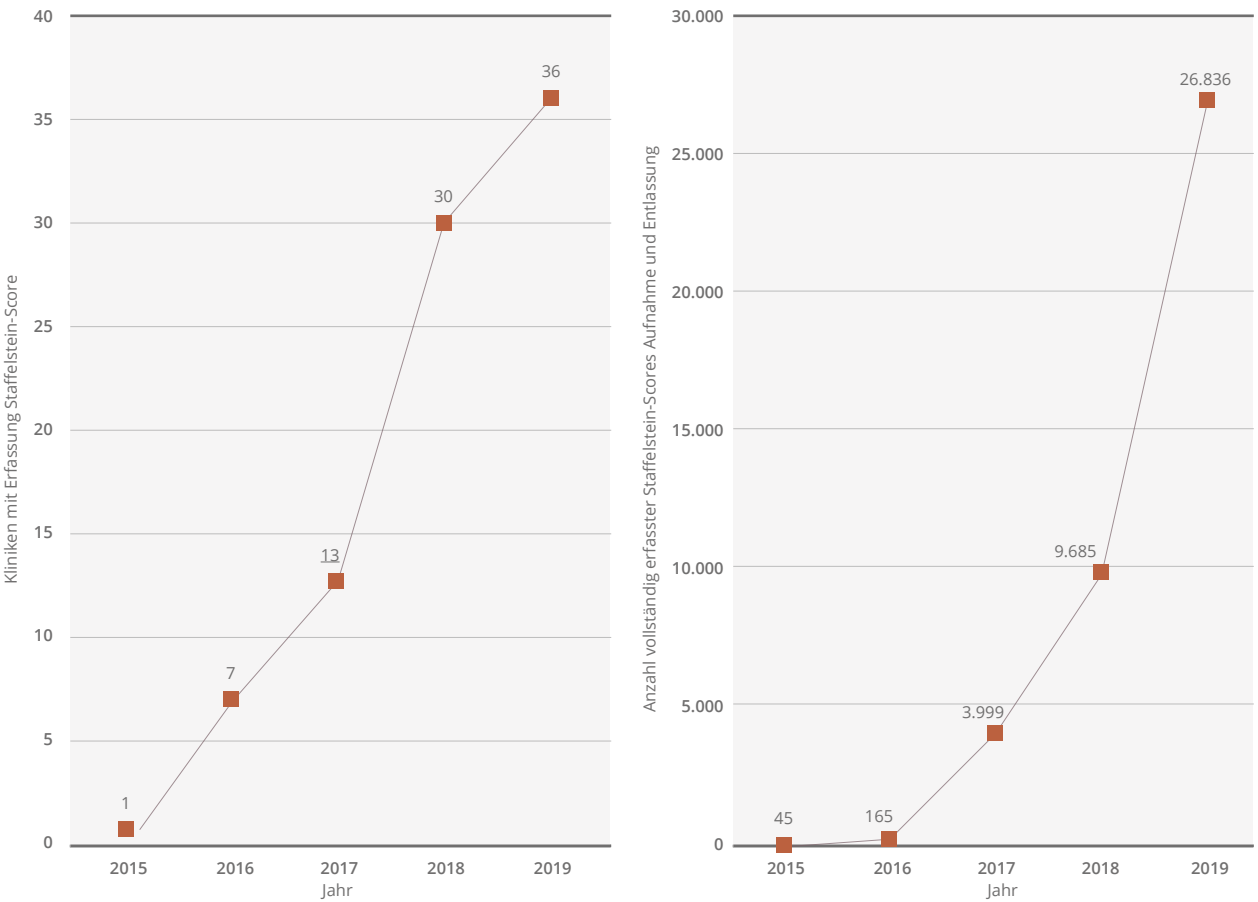
Für Knie- und Hüft-TEP-Patienten wird in den MEDIAN Kliniken der Staffelstein-Score bei Aufnahme und Entlassung zur Ergebnismessung erhoben.

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. 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 beim Patienten. Der Staffelstein-Score unterteilt sich in drei Sub-Scores: Aktivitäten des täglichen Lebens, Bewegungsausmaß und Schmerz.

Anzahl Erfassungen Staffelstein-Scores

Zeitliche Entwicklung der Anzahl von Erfassungen des Staffelstein-Scores von 2015 bis 2019 nach Anzahl der erfassenden Kliniken (links) und Anzahl der vollständig erfassten Scores (rechts)

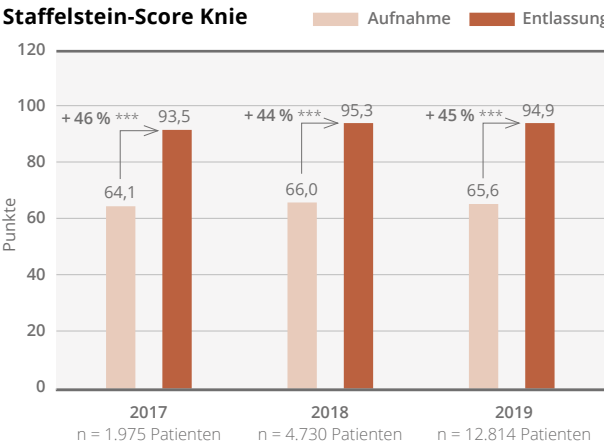
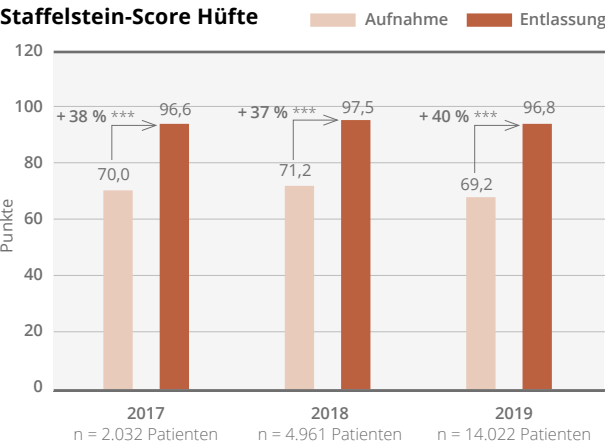


Die Abbildung auf der linken Seite zeigt einen steilen Anstieg in der Anzahl der orthopädischen MEDIAN Kliniken, die den Staffelstein-Score erheben. Dieser Trend spiegelt sich auch in der Anzahl der Patienten wider, bei denen ein Score bei Aufnahme und Entlassung erhoben wurde, und ist Resultat der Einführung einer systematischen

Datenerfassung (Abbildung rechts). 2019 wurden bereits bei über 26.800 Patienten Scores erfasst. Hier wird deutlich, wie vielversprechend sich die Anstrengungen dahingehend bereits auf die Anzahl der erhebenden Kliniken und die Anzahl vollständig ausgefüllter Scores ausgewirkt haben.

Jahresvergleich der Staffelstein-Scores Hüfte und Knie 2017-2019

Vergleich der erreichten Staffelstein-Punkte (0–120) in 2017, 2018 und 2019 für Aufnahme und Entlassung bei Rehabilitanden nach Hüft-TEP-Implantation (links) und Knie-TEP-Implantation (rechts)



Der durchschnittliche Aufnahmewert des Staffelstein-Scores Hüfte lag in den vergangenen drei Jahren bei etwa 70 Punkten und konnte bei Entlassung auf jeweils ungefähr 97 Punkte erhöht werden. Für alle drei Jahre konnte eine statistisch signifikante Verbesserung von bis zu 40 Prozent verzeichnet werden.

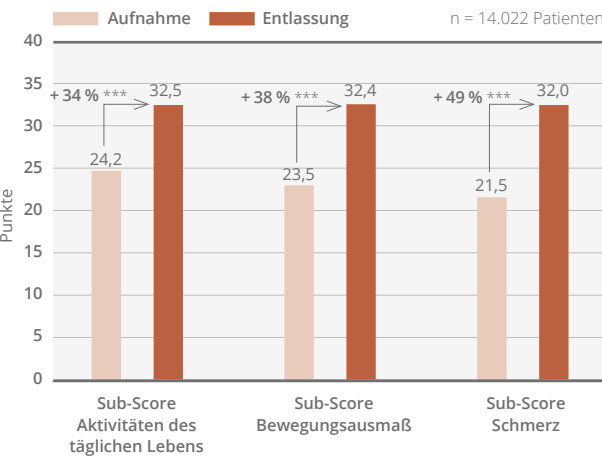
Beim Staffelstein-Score Knie zeigt sich eine vergleichbare Situation. Der Aufnahmewert lag 2017 im Schnitt bei 64 Punkten, 2018 und 2019 jeweils bei etwa 66 Punkten. 2017 konnte eine signifikante Verbesserung der Punktzahl von 46 Prozent erzielt werden. Im Jahr 2018 zeigte sich ebenfalls eine statistisch signifikante Verbesserung von 44 Prozent und im Jahr 2019 von 45 Prozent.

*** signifikanter Unterschied, p < 0.001

Übersicht des Staffelstein-Scores Hüfte und Knie auf Ebene der Sub-Scores im Jahr 2019

Der Staffelstein-Score unterteilt sich in die drei Sub-Scores: Aktivitäten des täglichen Lebens, Bewegungsausmaß und Schmerz.

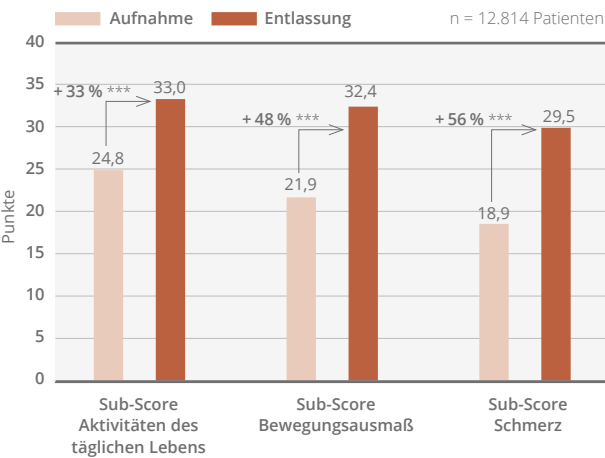
Ergebnisse des Staffelstein-Scores Hüfte für die drei Sub-Scores Aktivitäten des täglichen Lebens, Bewegungsausmaß und Schmerz bei Aufnahme und Entlassung im Jahr 2019



Die Aufschlüsselung in die drei Sub-Scores des Staffelstein-Scores Hüfte zeigt, dass sich die Patienten in allen Aspekten bei Entlassung statistisch signifikant verbessert haben. Besonders beim Sub-Score Schmerz ist ein deutlicher Rehabilitationserfolg zu erkennen.

*** signifikanter Unterschied, p < 0.001

Ergebnisse des Staffelstein-Scores Knie für die drei Sub-Scores Aktivitäten des täglichen Lebens, Bewegungsausmaß und Schmerz bei Aufnahme und Entlassung im Jahr 2019



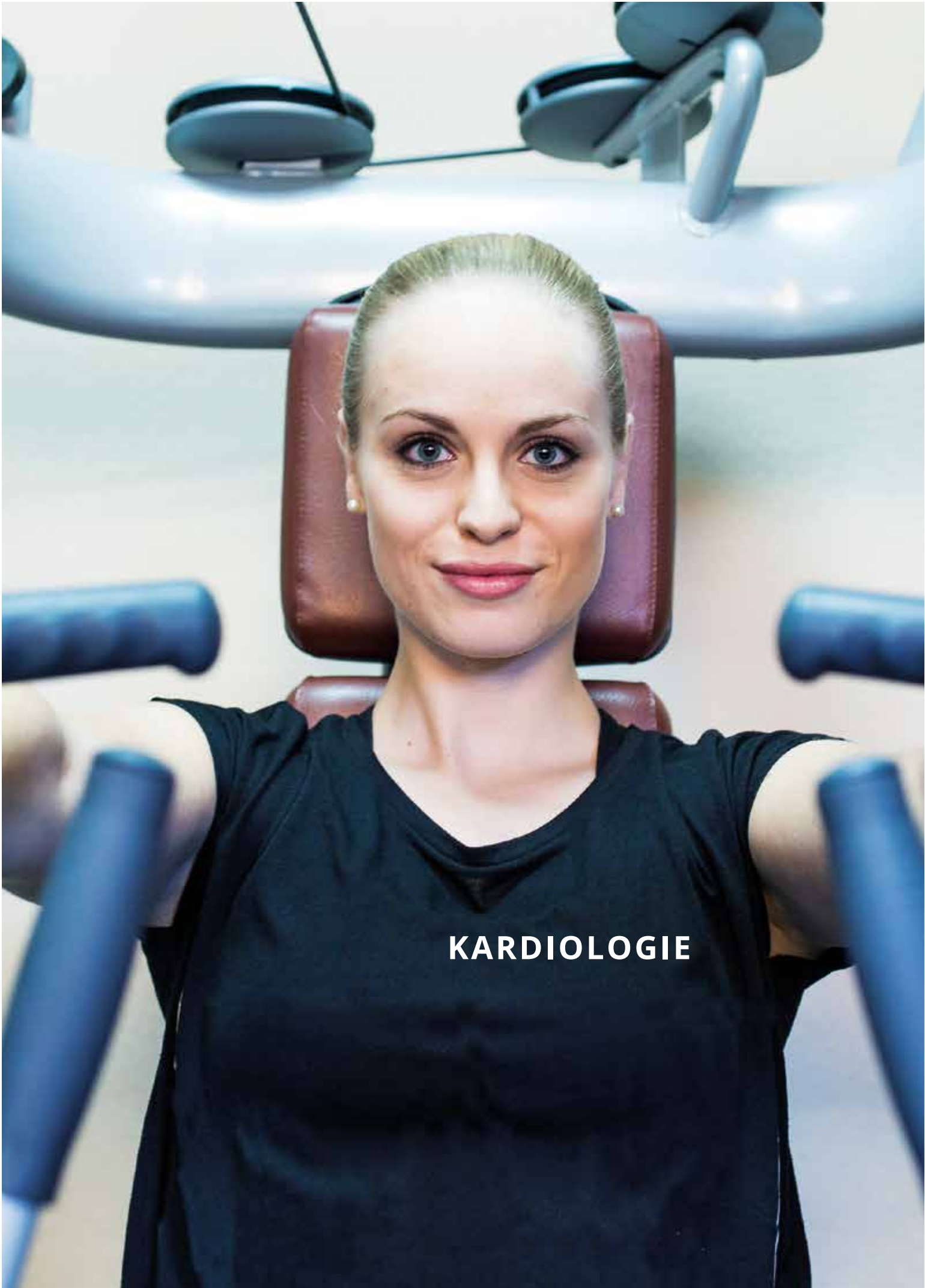
Auch beim Staffelstein-Score Knie lassen sich innerhalb der drei Sub-Scores große Veränderungen zwischen Aufnahme und Entlassung beobachten. Wieder zeigt sich beim Sub-Score Schmerz der größte Erfolg mit einer Verbesserung von 56 Prozent.

Anzahl der Einrichtungen

19



* zuvor MEDIAN Rehaklinik Aukammthal Wiesbaden und MEDIAN Klaus-Miehke-Klinik Wiesbaden, 2020 Zusammenschluss zum Reha-Zentrum



SCHWERPUNKTE IN DER KARDIOLOGIE



Jede kardiologische Erkrankung, und vor allem ein Herzinfarkt, ist ein gravierender und lebensbedrohlicher Einschnitt im Leben eines Menschen. Bei der Versorgung von Herzpatienten ist die kardiologische Rehabilitation integraler Bestandteil für einen langfristigen Heilerfolg. Die wesentlichen Ziele dieser Rehabilitation bestehen in einer möglichst weitgehenden Wiederherstellung der kardialen Leistungsfähigkeit des Patienten, insbesondere unter Berücksichtigung aller psychosozialen Aspekte, um eine soziale und berufliche Reintegration zu ermöglichen. Je nach Mobilisationsgrad kommen muskelaufbauende Krankengymnastik, verschiedene Formen von Bewegungstherapie in Gruppen sowie ein kontrolliertes Ergometertraining zum Einsatz, um den Patienten

zu mobilisieren und zu stabilisieren. Dabei lernt er Schritt für Schritt, wie viel er sich und seinem Herzen wieder vertrauen kann. Bewegung ist in der Therapie fast aller Herzkrankungen besonders wichtig. Deswegen sollte das angeleitete Training auch nach der Rehabilitation durch kontinuierliche körperliche Aktivitäten fortgeführt werden, um die individuell vereinbarten Ziele für den beruflichen oder häuslichen Alltag zu erreichen. Denn nur im Zusammenwirken der genannten Maßnahmen sind eine nachhaltige Verbesserung der körperlichen Funktion und Leistungsfähigkeit, eine Stabilisierung des psychischen Befindens und damit auch die Vermeidung von vorzeitiger Berentung oder Pflege möglich.

„WIR WOLLEN IMMER BESSER WERDEN“



Dr. Per Otto Schüller
Chefarzt der Abteilung
Kardiologie und Pneumologie
an der MEDIAN Klinik Flechtingen

Mehr Kraft, mehr Ausdauer, mehr Watt beim Ergometer-Training: Die Fortschritte seiner Herz-Patienten erlebt Dr. Per Otto Schüller, kardiologischer Chefarzt an der MEDIAN Klinik Flechtingen, Tag für Tag mit. Dass er sich ihren Erkrankungen in der Reha ganzheitlicher widmen kann als in der Akutmedizin, macht für ihn das Besondere seiner Arbeit bei MEDIAN aus. Dabei helfen ihm und seinen Kollegen auch standortübergreifende Vergleichsstudien und digitale Tools zur Datenanalyse.

Herr Dr. Schüller, was sind Ihre Aufgaben in der MEDIAN Klinik Flechtingen?

Ich bin Chefarzt der Abteilung Kardiologie und Pneumologie und damit verantwortlich für die medizinisch-fachliche Betreuung unserer Patienten. Meist schaffe ich es, jeden Patienten mindestens einmal persönlich zu sehen. Ich kümmere mich um die sozialmedizinische Beurteilung der Patienten und unterstütze die Stations- und Fachärzte bei Diagnostik und Therapie. Außerdem führe ich Patienten-Schulungen durch; dabei geht es zum Beispiel darum, eine Notfallsituation zu erkennen und sich richtig zu verhalten, aber auch um einen gesünderen Lebensstil.

Ich vertrete die Klinik nach außen, pflege Kontakte zu Zuweisern und Kostenträgern und halte medizinische Vorträge. Besonderen Spaß macht mir die Vorlesung, die ich jedes Jahr an der Uniklinik Magdeburg zum Thema interistische Rehabilitation halte.

Sie sind schon zehn Jahre in Flechtingen. Was macht für Sie als Arzt das Besondere der Rehabilitationsmedizin aus?

Bevor ich 2010 hierher kam, war ich acht Jahre an der Uniklinik Düsseldorf; dort habe ich auch meine Facharztausbildung zum Kardiologen, Pneumologen und Internisten gemacht. Ich kenne also auch den Akutbereich gut. An der Reha-Medizin gefällt mir, dass mein Team und ich



viel Zeit haben, uns mit den Patienten zu befassen. Sie sind meist mehrere Wochen hier, sodass wir nicht nur ihre Erkrankung, sondern auch ihre Lebensumstände betrachten können. Wir kümmern uns ganzheitlich um die Menschen, während sie in der Akutmedizin nur wenige Tage behandelt werden.

Auch die interdisziplinäre Zusammenarbeit in der Reha ist etwas Besonderes. Zu unserem Team gehören Mediziner und Pflegekräfte, Physio- und Sporttherapeuten, Ergo- und Ernährungstherapeuten, Sozialtherapeuten und Psychologen. Alle haben das gemeinsame Ziel, den Patienten wieder die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu ermöglichen. Speziell bei MEDIAN schätze ich

die angenehme Arbeitsatmosphäre und die flachen Hierarchien. Man kann gestalten, selbstbestimmt und eigenverantwortlich arbeiten. Und man kann sich fachlich weiterentwickeln – so wie ich es gerade im Bereich Sozialmedizin tue.

Auch die Patienten machen im Laufe der Reha eine Entwicklung durch. Welche Fortschritte sind bei Rehabilitanden mit kardiologischen Beschwerden in rund drei Wochen möglich?

Viele Patienten kommen stark leistungsgemindert zu uns und gehen regelmäßig in deutlich besserem Zustand nach Hause. Diese Fortschritte erleben wir Tag für Tag

mit. Sie schaffen mehr Watt beim Ergometer-Training und im Belastungs-EKG, werden mobiler, haben mehr Kraft und Ausdauer und dabei weniger Luftnot. Auch auf die Psyche wirkt Reha sich positiv aus. Vor allem, wenn Patienten in sehr schlechtem Zustand starten, ist es großartig zu sehen, welche Fortschritte sie machen. Und es gibt tatsächlich viele Menschen, die ihr Leben nach der Reha komplett umkrempeln – die Ernährung umstellen, das Rauchen aufgeben oder anfangen, Sport zu treiben.

Was ist für Sie wichtig, um den hohen Qualitätsanspruch von MEDIAN in Ihrer täglichen Arbeit umsetzen zu können?

Sehr wichtig finde ich gute Kommunikation – untereinander und mit den Patienten. Therapieziele werden gemeinsam vereinbart und Behandlungen individuell zugeschnitten. Auch der fachliche Austausch mit den Kollegen in den MEDIAN Medical Boards ist wertvoll. Wir diskutieren zum Beispiel kardiologische Therapiestandards und werten Qualitätsberichte wie die der Deutschen Rentenversicherung aus. Die MEDIAN Kliniken gehören in vielen Bereichen zu den Besten – wo das noch nicht so ist, wollen wir von den Besten lernen.

Auch intern messen wir unsere Behandlungsqualität und nutzen dabei sogenannte BI-Tools zur Datenanalyse. Diese EDV-gestützten Feedbackschleifen spiegeln uns, wie gut es dem Patienten geht, wie die Therapien anschlagen und was man verbessern kann. Speziell für mein Fachgebiet haben wir im Medical Board Kardiologie den

Kardio-Score entwickelt, ein Messinstrument, das uns ebenfalls hilft, den Zustand von Patienten vor, während und nach der Reha zu erfassen. Hinzu kommen Studien wie das Herzinsuffizienz-Register: Hier haben alle kardiologischen MEDIAN Kliniken den Einfluss von Reha-Medizin auf herzinsuffiziente Patienten gemessen, und wir konnten sehen, dass sich die Leistungsfähigkeit durch eine Rehabilitation deutlich verbessert.

Und schließlich ist da auch noch unsere hochmoderne Diagnostikabteilung hier in Flechtingen. Wir bilden das gesamte Spektrum der kardiologischen und pneumologischen nichtinvasiven Diagnostik ab – von der Echokardiografie bis zur Spiroergometrie.

Welche Herausforderungen sehen Sie in Ihrem Fachgebiet in den kommenden Jahren?

Zum einen den demografischen Wandel: Patienten werden immer älter. Viele bleiben zwar fit, aber wir behandeln zunehmend auch ältere Patienten, die chronisch krank oder multimorbid sind und viele verschiedene Medikamente nehmen. Darauf müssen sich Mediziner, Therapeuten und Pflegenden einstellen.

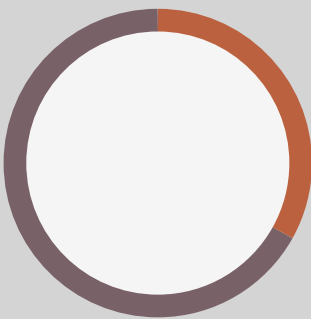
Auch die Telemedizin und die virtuelle Nachbetreuung von Patienten sind ein wichtiges Zukunftsthema. Das könnte über sogenannte Wearables geschehen – etwa Armbänder und Uhren –, die Puls, Herzfunktion und Blutdruck kontrollieren und Gefahrensituationen rechtzeitig erkennen und melden. Hier gibt es bei MEDIAN bereits spannende Ansätze und Kooperationen.

MEDIAN KLINIK FLECHTINGEN

Die MEDIAN Klinik Flechtingen ist eine Rehabilitationsklinik für Kardiologie und Pneumologie sowie eine Fachklinik für die Rehabilitation und Frührehabilitation neurologischer Krankheiten. In der 1993 eröffneten kardiologischen Fachklinik wird das gesamte Spektrum der Herz-Kreislauf- und Gefäßerkrankungen	rehabilitativ behandelt, zum Beispiel nach Herzinfarkt, Bypass-Operation, Herzklappenersatz, Schrittmacher- und ICD-Implantation oder Herzinsuffizienz. Darüber hinaus erfolgt die Rehabilitation auch als Heilverfahren, um den Patienten eine erfolgreiche Rückkehr in Beruf und Familie zu ermöglichen. Im September	1995 wurde die neurologische Fachklinik in Betrieb genommen. Schwerpunkte hier sind die rehabilitative Behandlung neurologischer Patienten als Anschlussheilbehandlung nach Operationen und Unfällen sowie die neurologische Frührehabilitation (Phase B), insbesondere nach Schlaganfällen inklusive Beatmung.
---	--	--

SOZIODEMOGRAFISCHE DATEN | KARDIOLOGIE

Patientenpopulation nach Geschlecht

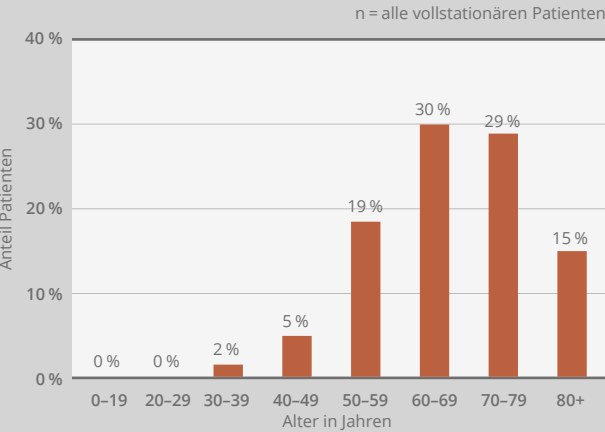


Im Jahr 2019 wurden **15.839 kardiologische Patienten vollstationär** in den MEDIAN Kliniken behandelt. Davon waren 33 % weiblich und 67 % männlich.

- 33 % weiblich
- 67 % männlich
- 0 % divers

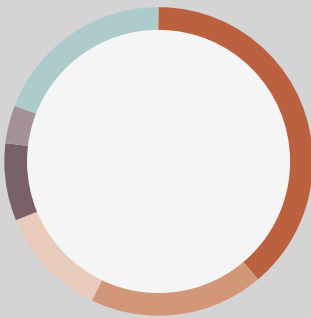
Altersstruktur

Durchschnitt: 67 Jahre



Die meisten unserer Patienten der Kardiologie waren in 2019 zwischen 50 und 79 Jahre alt. Das Durchschnittsalter lag mit 67 Jahren ebenfalls innerhalb dieses Bereichs.

Verteilung der fünf häufigsten Hauptdiagnosen



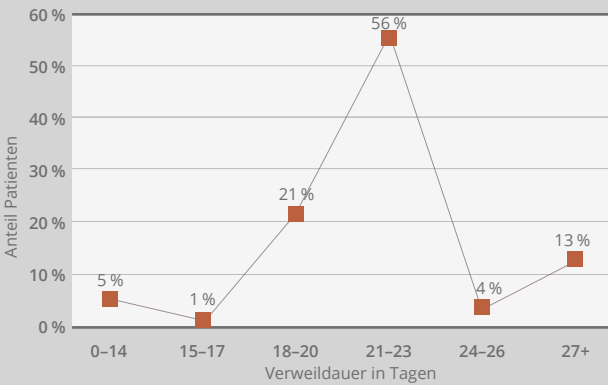
Nachfolgend sind die fünf häufigsten Diagnosen in der Kardiologie abgebildet. Am häufigsten vertreten war die **chronische ischämische Herzkrankheit**, sie entspricht einem Anteil von **39 %** an der Gesamtzahl der Diagnosen. Die fünf häufigsten Hauptdiagnosen machten insgesamt 81 % aller Diagnosen aus.

- 39 % I25 chronische ischämische Herzkrankheit
- 18 % I21 akuter Myokardinfarkt
- 12 % I35 nicht rheumatische Aortenklappenkrankheiten
- 8 % Z95 Vorhandensein von kardialen oder vaskulären Implantaten oder Transplantaten
- 4 % I34 nicht rheumatische Mitralklappenkrankheiten
- 19 % sonstige Hauptdiagnosen

Verweildauer

Durchschnitt: 21 Tage

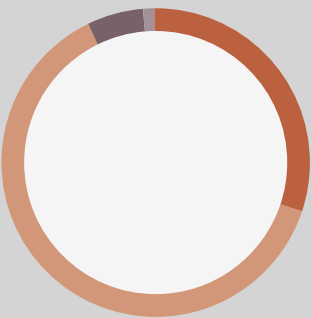
2019 verbrachten **56 % der kardiologischen Patienten 21 bis 23 Tage** in einer MEDIAN Einrichtung. Die durchschnittliche Verweildauer lag mit 21 Tagen ebenfalls in diesem Bereich.



Verteilung der Leistungsträger

Die erbrachten Leistungen im Jahr 2019 verteilten sich auf unterschiedliche Träger, wobei die **gesetzliche Krankenversicherung** mit **63 %** deutlich über die Hälfte der Leistungen übernommen hat.

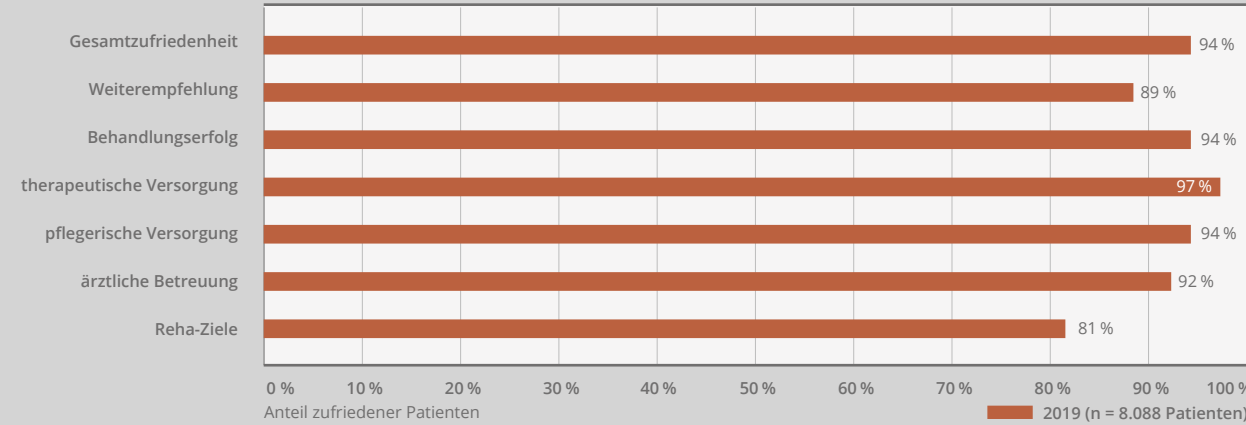
- 30 % gesetzliche Rentenversicherung
- 63 % gesetzliche Krankenversicherung
- 6 % Selbstzahler/Private Krankenversicherung
- 1 % sonstige



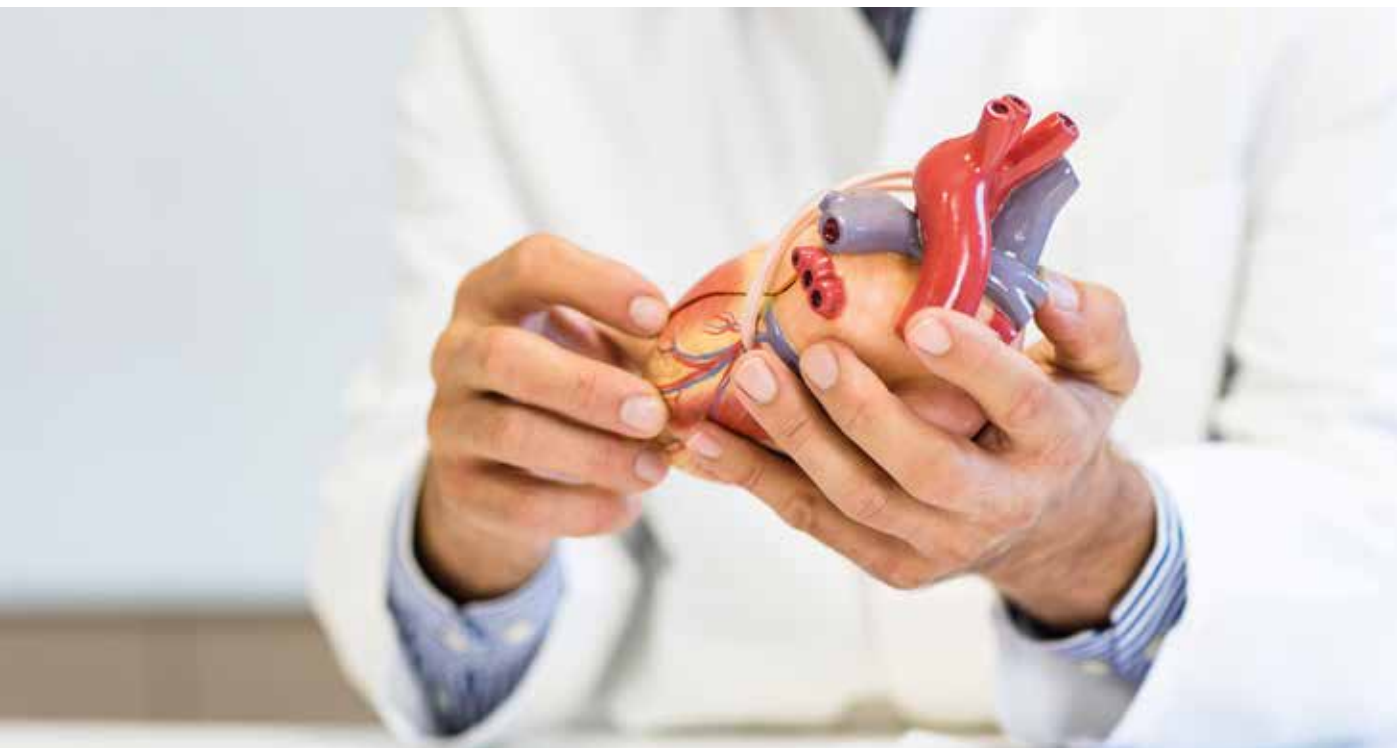
Patientenzufriedenheit

2019 haben wir insgesamt über 8.000 unserer kardiologischen Patienten nach ihrem Aufenthalt in den MEDIAN Kliniken befragt. 94 % waren insgesamt mit der Behandlung und der Betreuung zufrieden. Im Vergleich zum Vorjahr konnte MEDIAN die Zufriedenheit in diesem Bereich

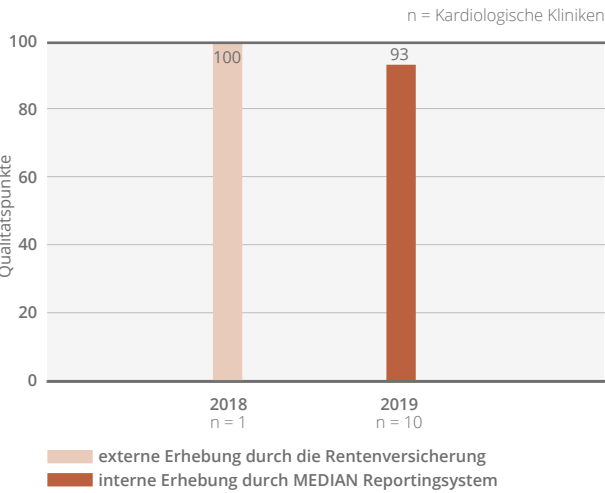
reich konstant auf hohem Niveau halten. In den meisten Bereichen lag der Anteil der zufriedenen Patienten in der Kardiologie 2019 bei über 90 %. So erreichten z. B. die **therapeutische und die pflegerische Versorgung die höchsten Werte im Ranking**.



KENNZAHLEN DER EXTERNEN QUALITÄTSSICHERUNG

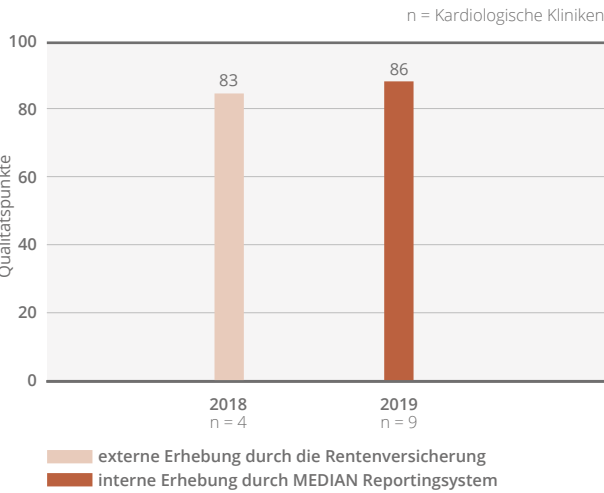


Reha-Therapiestandard „Koronare Herzkrankheit“ im zeitlichen Verlauf



In den letzten beiden Jahren befanden sich die Qualitätspunkte des Reha-Therapiestandards „Koronare Herzkrankheit“ auf einem hohen Niveau.

Therapeutische Versorgung im zeitlichen Verlauf



Bei der therapeutischen Versorgung in der Kardiologie lässt sich im Verlauf der letzten Jahre ein steter Aufwärtstrend erkennen. Zuletzt konnten in 2019 die Qualitätspunkte erneut gesteigert werden auf einen Wert von 86.

ERGEBNISQUALITÄT IN DER KARDIOLOGIE

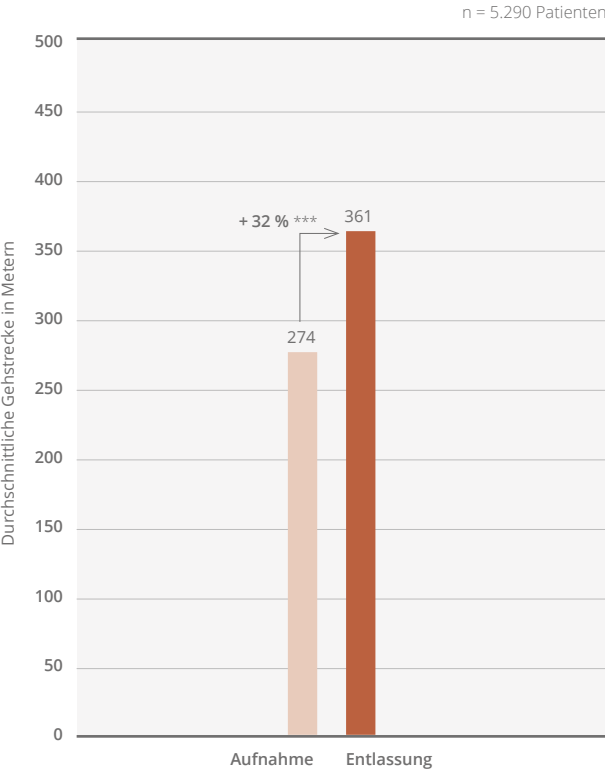
Zur Messung des Rehabilitationserfolgs der Patienten in der Kardiologie erheben die MEDIAN Kliniken einheitliche Parameter. Die unten dargestellten Tests veranschaulichen das Potenzial einer Rehabilitation in der Kardiologie.

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

6-Minuten-Gehtest der kardiologischen Patienten bei Aufnahme und Entlassung im Jahr 2019



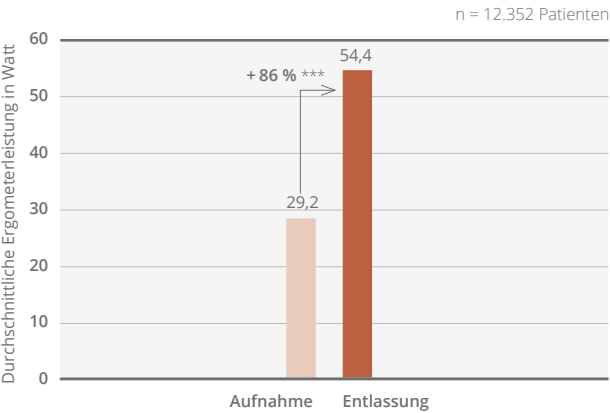
Die Abbildung zeigt eine signifikante Verbesserung der Geleistung der kardiologischen Patienten am Ende der Rehabilitation. Zu Beginn der Rehabilitation wurden im Durchschnitt 274 Meter in sechs Minuten erfasst. Bei der Messung zum Entlassungszeitpunkt haben sich die Patienten um 32 Prozent verbessert.



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 Laufrad oder dem Fahrrad) ausgeführt.

Ergometerleistung der kardiologischen Patienten in Watt bei Aufnahme und Entlassung im Jahr 2019



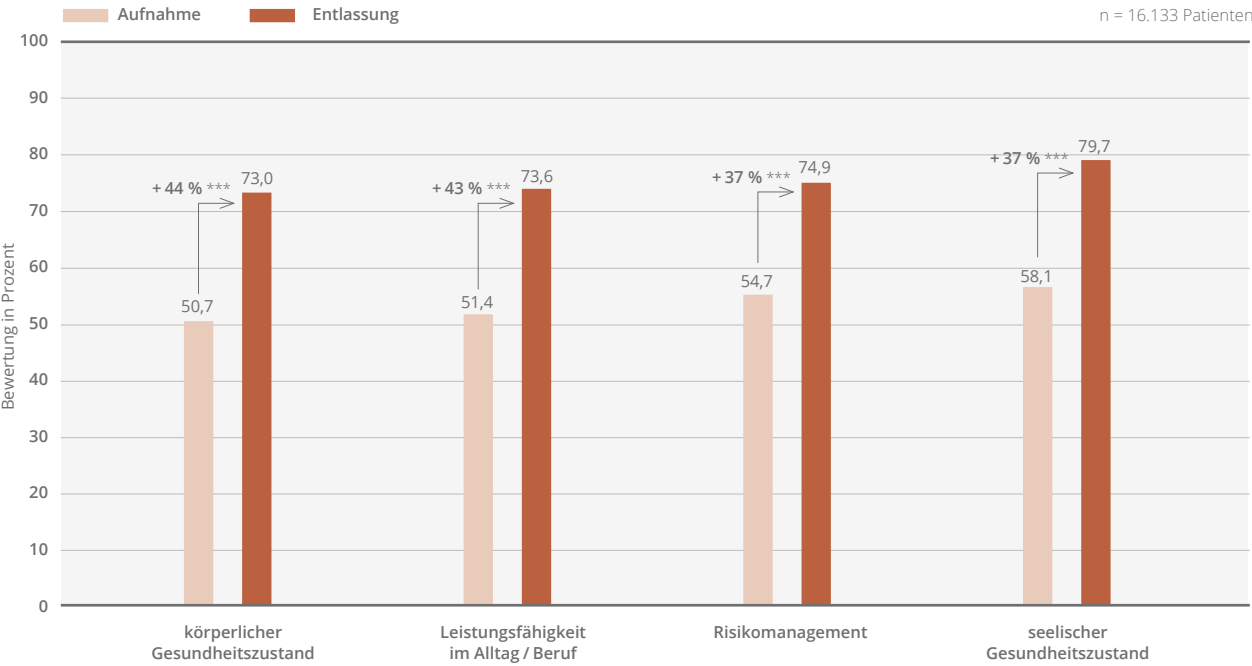
Die Wattleistung der kardiologischen Patienten hat sich von Aufnahme zu Entlassung beinahe verdoppelt, was eine signifikante Verbesserung und damit einen sehr hohen Rehabilitationserfolg bedeutet.

*** signifikanter Unterschied, p < 0.001

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 in somatischer und seelischer Hinsicht, bezogen auf das Risikomanagement sowie die Alltags- und Berufsbelastbarkeit.

ICF-basierte kardiologische Ergebnismessung bei Aufnahme und Entlassung im Jahr 2019



In allen vier Bereichen der ICF-basierten kardiologischen Ergebnismessung (körperlicher Gesundheitszustand, Leistungsfähigkeit im Alltag, Risikomanagement und see-

lischer Gesundheitszustand) konnten statistisch signifikante Verbesserungen von der Aufnahme bis zur Entlassung verzeichnet werden.

*** signifikanter Unterschied, p < 0.001

Anzahl der Einrichtungen

25



* zuvor MEDIAN Rehaklinik Aukammthal Wiesbaden und MEDIAN Klaus-Miehle-Klinik Wiesbaden, 2020 Zusammenschluss zum Reha-Zentrum

** zuvor MEDIAN Klinik NRZ Bad Salzungen, 2020 umbenannt

SCHWERPUNKTE IN DER INNEREN MEDIZIN



Die Innere Medizin befasst sich mit Prävention, Diagnostik, Behandlung, Rehabilitation und Nachsorge von Gesundheitsstörungen und Krankheiten der inneren Organe. Dank der breit aufgestellten Kliniken können bei MEDIAN internistische Krankheitsbilder wie Erkrankungen der Verdauungsorgane, der Nieren, des Bluts und der blutbildenden Organe des Gefäßsystems, Stoffwechselerkrankungen und Erkrankungen des Immunsystems sowie Tumorerkrankungen sämtlicher solider Organe fachübergreifend behandelt werden. Durch frühe Diagnosestellung und verbesserte Behandlungsmöglichkeiten kann die Prognose heute für eine wesentlich höhere Anzahl internistischer Patienten – auch bei teils schweren Erkrankungen – langfristig eine positive Entwicklung nehmen. Die MEDIAN Kliniken bieten ein vielfältiges Therapiespektrum an, um für Patienten mit internistischen Krankheitsbildern große Heilungserfolge zu erzielen.

„WER RICHTIG ISST, WIRD SCHNELLER GESUND“



Stefanie Brettschneider,
Diätassistentin am MEDIAN Reha-
Zentrum Bad Berka – Ilmtal-Klinik

Oft gibt eine Rehabilitation den Anstoß, alte Gewohnheiten auf den Prüfstand zu stellen und anschließend gesünder zu leben: Diätassistentin Stefanie Brettschneider hilft dabei. Einzelnd und in Gruppen geben sie und ihre Kolleginnen im MEDIAN Reha-Zentrum Bad Berka Tipps zur richtigen Ernährung – und setzen sie anschließend in der Lehrküche gleich in die Tat um. Was wir essen, beeinflusst unseren Körper in vielfältiger Weise, weiß die Fachfrau. Doch ein Patient nach einer Magen-OP muss sich anders ernähren als zum Beispiel ein Diabetiker oder Menschen mit einem chronisch-entzündlichen Darm. Bei Stefanie Brettschneider, die seit 37 Jahren in Bad Berka arbeitet, finden sie alle Rat und Hilfe.

Frau Brettschneider, wie können wir uns Ihre Arbeit als staatlich geprüfte Diätassistentin in der MEDIAN Ilmtal-Klinik Bad Berka vorstellen?

Als Diätassistentin berate ich die Patienten einzeln und in Gruppen zum Thema Ernährung. Zusammen mit meinen Kolleginnen halte ich Vorträge für Menschen, die zum Beispiel mit Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Übergewicht oder Diabetes zu uns kommen, und wir schauen gemeinsam, wie man die Genesung durch die richtige Ernährung unterstützen kann. Wir geben Tipps, wie gesundes Essen auch später zu Hause gelingt, und wir kochen und backen natürlich zusammen mit den Patienten in unserer Lehrküche. Das kann ein schönes Mittagessen sein, ein leckerer Kuchen oder auch mal Plätzchen in der Weihnachtszeit. Viele organisatorische Aufgaben wie das Einpflegen der Ernährungstherapie in die elektronische Patientenakte gehören ebenfalls zu meinem Beruf.

Insgesamt sind wir hier im MEDIAN Reha-Zentrum Bad Berka zu viert: Zwei Kolleginnen arbeiten in der MEDIAN Adelsberg-Klinik, eine weitere Diätassistentin und ich hier in der Ilmtal-Klinik. Da die Häuser nah beieinander liegen, ist die Zusammenarbeit eng und wir tauschen uns regelmäßig aus.

Welche Bedeutung hat die richtige Ernährung für den Rehabilitations-Erfolg?

Sie spielt eine große Rolle, und das gilt im Grunde für viele verschiedene Erkrankungen. Natürlich braucht ein Patient mit einem chronisch-entzündlichen Darm eine andere Ernährung als jemand mit einer Bauchspeicheldrüsenerkrankung oder einer Verstopfung. Aber man kann in all diesen Fällen über das Essen viel erreichen. Besonders wichtig ist die richtige Kost für Menschen, die nach einer Magen-OP zu uns kommen. Manche müssen ganz behutsam wieder anfangen zu essen. Dann bieten

wir erst mal Flüssiges oder Breiiges an. Magenoperierte Patienten sollten langsam essen und gut kauen. Wenn sie möchten, können sie hier in der Klinik viele kleine Mahlzeiten über den Tag verteilt einnehmen – so wie es ihnen bekommt. Wir schauen uns gemeinsam an, was passt und wie wir die Kost langsam aufbauen können. Und wir geben Tipps, wie man später zu Hause gut zu-rechtkommt – zum Beispiel, indem man den Magen mor-gens mit einem Stück Zwieback oder einem kleinen Keks in Schwung bringt oder ein Ernährungstagebuch führt. Auch Patienten nach einer Lebertransplantation müssen deutlich differenzierter essen, weil das Immunsystem sehr weit heruntergefahren ist. Sie dürfen zum Beispiel nichts Frisches oder Selbstgemachtes bekommen, weil die Gefahr besteht, dass darin Keime enthalten sind. Schließlich können wir auch bei Menschen mit Diabetes Typ 2 durch eine Ernährungsumstellung einiges errei-chen. Viele von ihnen haben das sogenannte metabo-lische Syndrom – vier Erkrankungen, die oft zusammen

auftreten: Diabetes, Bluthochdruck, Übergewicht und eine Fettstoffwechselstörung. Die Patienten können mit unserer Hilfe ihr Gewicht reduzieren; dadurch lässt sich auch der Blutzucker besser einstellen, die Cholesterin-werte sinken und der Bluthochdruck geht zurück. Es ist schön zu wissen, dass Patienten ihren Alltag auch nach der Reha mit unserer Hilfe besser meistern können. Manche melden sich hin und wieder, sagen Danke oder fragen nach, ob sie dieses oder jenes essen dürfen. Da helfen wir natürlich gerne.

Das klingt, als würden Sie Ihren Beruf mit viel Lei-denschaft ausüben?

Ja, das tue ich wirklich, und ich würde ihn immer wieder wählen. Ich habe in meinem ganzen Leben nur eine ein-zige Bewerbung geschrieben – für meinen Ausbildungs-platz in der Vorgänger-Klinik hier in Bad Berka vor 37 Jah-ren. Ich habe einfach gerne mit Menschen zu tun, und es ist toll zu erleben, wie die Patienten sich während der



Reha entwickeln, wie sie Gewicht verlieren und dafür Be-weglichkeit gewinnen, welche Ideen und Erkenntnisse sie nach Hause mitnehmen. Genau das macht diesen Beruf für mich aus.

Was ist für Sie und Ihre Kolleginnen wichtig, um gut mit den Patienten arbeiten zu können?

Um immer auf dem neuesten Stand zu bleiben und den Patienten die richtigen Ernährungsempfehlungen geben zu können, ist Weiterbildung ganz wichtig – intern wie extern. Es gibt einen regen Erfahrungsaustausch der MEDIAN Kliniken in Thüringen, Sachsen und Sachsen-An-halt, den wir Berufskollegen ins Leben gerufen haben. Vor Kurzem hat zum Beispiel unsere Oberärztin aus Bad Berka einen Workshop zum Thema Diabetes durchge-

führt. Dieses Miteinander ist super, und wir würden den Austausch gerne noch ausbauen.

Wie sieht es in Ihrem Beruf mit dem Nachwuchs aus: Möchten genug junge Menschen Diätassisten-ten werden?

Hier in Bad Berka haben wir gerade eine neue junge Kol-legin. Insgesamt würden wir uns aber schon mehr Nach-wuchs wünschen, und ich kann die Ausbildung wirklich empfehlen. Diätassistentin ist ein schöner, erfüllender Beruf, vor allem, wenn er in einer Reha-Klinik ausgeübt wird, weil wir hier ganz eng an den Patienten arbeiten. Es macht Spaß, mit vielen Menschen in Kontakt zu kommen und ihnen mit unserem Wissen helfen zu können.

MEDIAN REHA-ZENTRUM BAD BERKA

Die MEDIAN Ilmtal-Klinik bildet zusammen mit der MEDIAN Adelsberg-Klinik das MEDIAN Reha-Zentrum Bad Berka. Die MEDIAN Ilmtal-Klinik ist auf die Rehabilitation von Menschen mit Herz-Kreislauf-Erkrankungen sowie Diabetes mellitus spezialisiert. Das Rehabilitationskonzept ist ganzheitlich ausgerichtet, sodass sowohl akute Krankheitsprobleme behandelt als auch Wege erarbeitet werden können, wie die Patienten

ihre Gesundheit langfristig stabilisieren. Weil die richtige Ernährung dabei eine wichtige Rolle spielt, werden Einzel- und Gruppenschulungen sowie Kurse in der Lehrküche angeboten. Die ebenfalls zum Reha-Zentrum gehörende MEDIAN Adelsberg-Klinik ist eine Rehabilitationsklinik mit den Behandlungsschwerpunkten Onkologie, Gynäkologie, Urologie, Psychosomatik und Innere Medizin, hier insbe-

sondere Gastroenterologie. Auch die erfolgreiche Behandlung von Erkrankungen der Verdauungsorgane und des Stoffwechsels hängt eng mit der richtigen Ernährung zusammen. Expertin hierfür ist im MEDIAN Reha-Zentrum Bad Berka Elisabeth Braun, Chefärztin der Gastroenterologie und Fachärztin für Innere Medizin, Gastroenterologie und Diabetologie.

SOZIODEMOGRAFISCHE DATEN | ONKOLOGIE

Einen besonderen Schwerpunkt bildet die Behandlung von Patienten mit onkologischen und hämatologischen Erkrankungen, einschließlich Patienten nach Knochenmark- oder Stammzelltransplantation. Obwohl ständig Fortschritte in der Krebsmedizin erzielt werden, bestehen bei vielen Patienten infolge der Erkrankung oder Therapie weiterhin Funktionsstörungen, Ernährungsstörungen, Erschöpfungszustände, Schmerzen und Störungen der körpereigenen Abwehr. Diese meist langwierigen und damit chronischen Folge- oder Begleiterscheinungen können zumeist gelindert oder in manchen Fällen sogar geheilt werden.

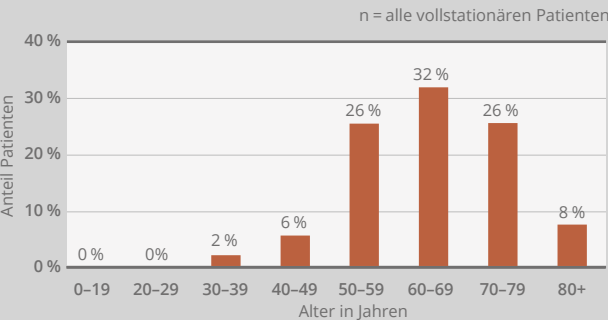
Patientenpopulation nach Geschlecht



2019 wurden bei MEDIAN **5.666 Patienten** in der Onkologie **vollstationär** behandelt. Davon waren 41% weiblich und 59 % männlich.

- 41 % weiblich
- 59 % männlich
- 0 % divers

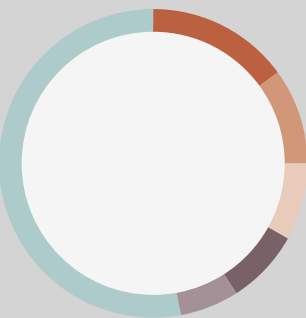
Altersstruktur



Durchschnitt: 64 Jahre

Die große Mehrheit der Patienten in der Onkologie verteilte sich im Jahr 2019 auf die Altersgruppen 50- bis 59-Jährige, 60- bis 69-Jährige und 70- bis 79-Jährige. Der Altersdurchschnitt lag bei 64 Jahren.

Verteilung der fünf häufigsten Hauptdiagnosen

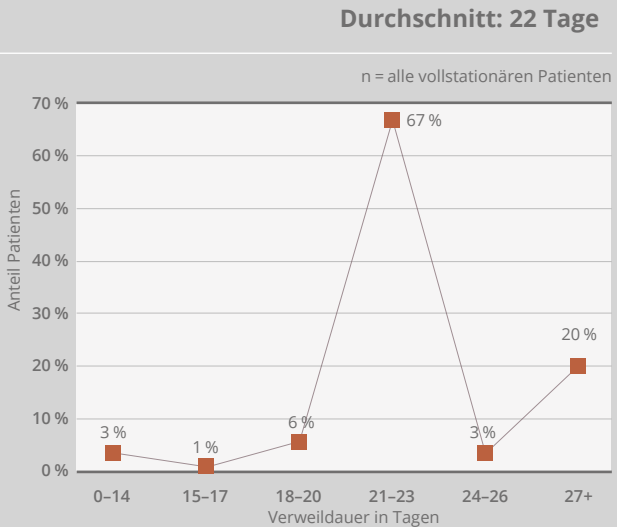


Die zwei häufigsten Diagnosen in der Onkologie waren 2019 die bösartige Neubildung der Prostata mit 15 % sowie die bösartige Neubildung der Brustdrüse mit 10 %. Die hier aufgeführten fünf häufigsten Hauptdiagnosen machten einen Gesamtanteil von 47 % an allen Diagnosen aus.

- 15 % C61 bösartige Neubildung der Prostata
- 10 % C50 bösartige Neubildung der Brustdrüse (Mamma)
- 8 % C18 bösartige Neubildung des Kolons
- 8 % C34 bösartige Neubildung der Bronchien und der Lunge
- 6 % C64 bösartige Neubildung der Niere, ausgenommen Nierenbecken
- 53 % sonstige Hauptdiagnosen

Verweildauer

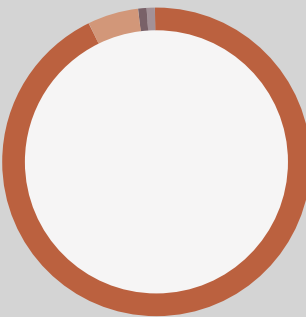
Über die Hälfte der Patienten (67 %) verweilte 2019 zwischen **21 und 23 Tagen** in einer MEDIAN Einrichtung. Weitere 20 % blieben länger als 27 Tage. Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer betrug 22 Tage.



Verteilung der Leistungsträger

Die erbrachten Leistungen werden von verschiedenen Trägern übernommen. Hierbei machte die **gesetzliche Rentenversicherung** mit **93 %** den größten Anteil aus.

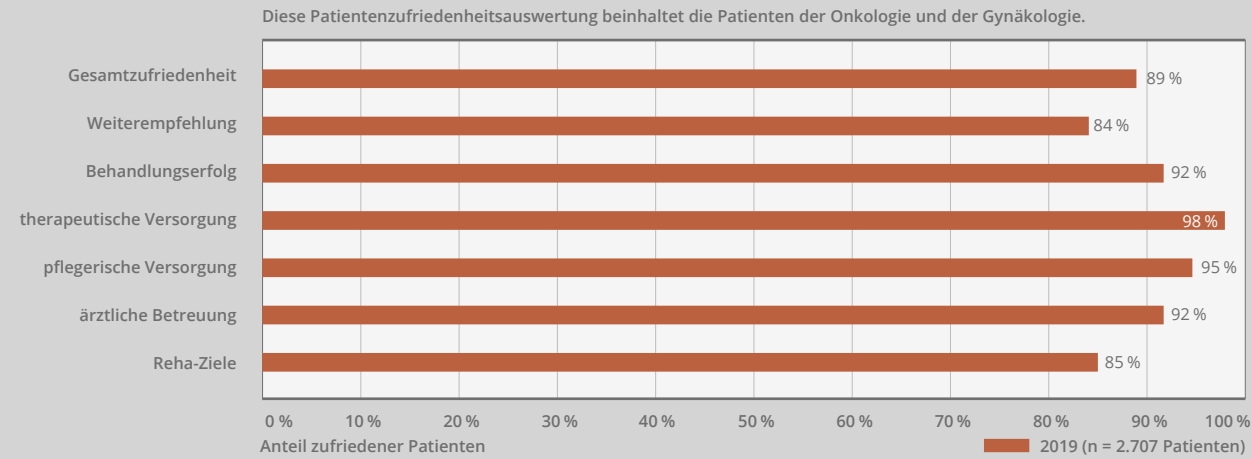
- 93 % gesetzliche Rentenversicherung
- 5 % gesetzliche Krankenversicherung
- 1 % Selbstzahler/Private Krankenversicherung
- 1 % sonstige



Patientenzufriedenheit

In den onkologischen MEDIAN Kliniken zeigten sich im Jahr 2019 89 % der Patienten mit der Behandlung und der Betreuung insgesamt zufrieden. In fast allen Bereichen konnte das stabil hohe Niveau der Zufrieden-

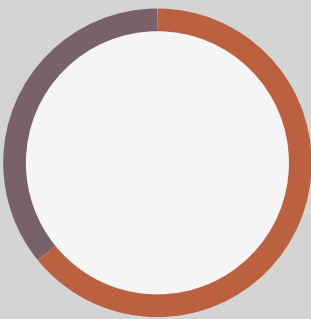
heit unserer Patienten beibehalten werden. Ebenfalls eine sehr hohe Zufriedenheit mit Werten von **95 % bzw. 98 %** ergaben sich in den Bereichen der **pflegerischen und therapeutischen Versorgung**.



SOZIODEMOGRAFISCHE DATEN | GERIATRIE

Geriatrische Rehabilitation ist eine spezialisierte Rehabilitation für ältere, multimorbide Patienten. Die Aufgaben der geriatrischen Rehabilitationskliniken bestehen in der Wiederherstellung der individuellen Selbstständigkeit und der Vermeidung von Pflegebedürftigkeit nach einer schweren Erkrankung. Mit gezielten Rehabilitationsmaßnahmen können Selbstständigkeit, Kommunikationsvermögen und Beweglichkeit dieser Patienten erhalten und/oder wieder-gewonnen werden. Verlorengegangene Fähigkeiten lassen sich durch das Erlernen neuer Handlungs-abläufe oder durch Einsatz technischer Hilfsmittel kompensieren.

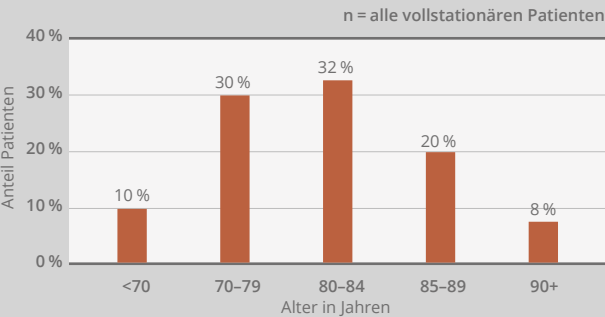
Patientenpopulation nach Geschlecht



Von **5.404 behandelten Patienten** im Jahr 2019 waren 64 % weiblich und 36 % männlich.

- 64 % weiblich
- 36 % männlich
- 0 % divers

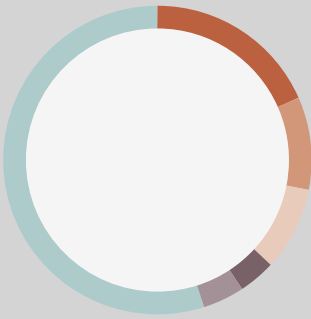
Altersstruktur



Durchschnitt: 80 Jahre

30 % unserer Patienten waren 2019 zwischen 70 und 79 Jahre alt, 60 % waren über 80 Jahre alt. Nur wenige Patienten waren jünger und auch der Altersdurchschnitt lag entsprechend bei 80 Jahren.

Verteilung der fünf häufigsten Hauptdiagnosen

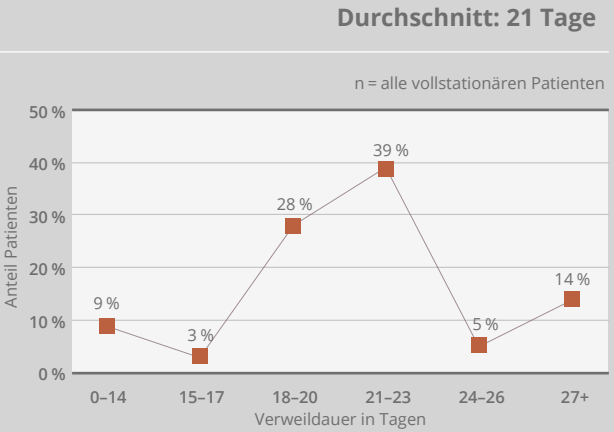


Die häufigste Diagnose in der Geriatrie war 2019 die Fraktur des Femurs mit einem Anteil von 18 %. Die zweithäufigste Diagnose war Arthrose (10 %). Neben den fünf häufigsten Hauptdiagnosen machten die sonstigen Hauptdiagnosen jedoch noch einen deutlichen Anteil von insgesamt 55 % aus.

- 18 % S72 Fraktur des Femurs
- 10 % M15-M19 Arthrose
- 9 % R26 Störungen des Ganges und der Mobilität
- 4 % S32 Fraktur der Lendenwirbelsäule und des Beckens
- 4 % T84 Komplikationen durch orthopädische Endoprothesen, Implantate oder Transplantate
- 55 % sonstige Hauptdiagnosen

Verweildauer

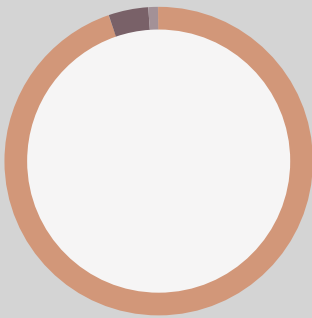
Die **Mehrheit der Patienten** blieb **18 bis 20 Tage bzw. 21 bis 23 Tage** in den geriatrischen Einrichtungen. Auch die durchschnittliche Verweildauer lag mit 21 Tagen in diesem Rahmen.



Verteilung der Leistungsträger

Bei der Verteilung der erbrachten Leistungen machte die **gesetzliche Krankenversicherung** mit **95 %** den mit Abstand größten Anteil der Leistungsträger aus, was sich durch den typisch hohen Altersdurchschnitt in der Geriatrie erklärt.

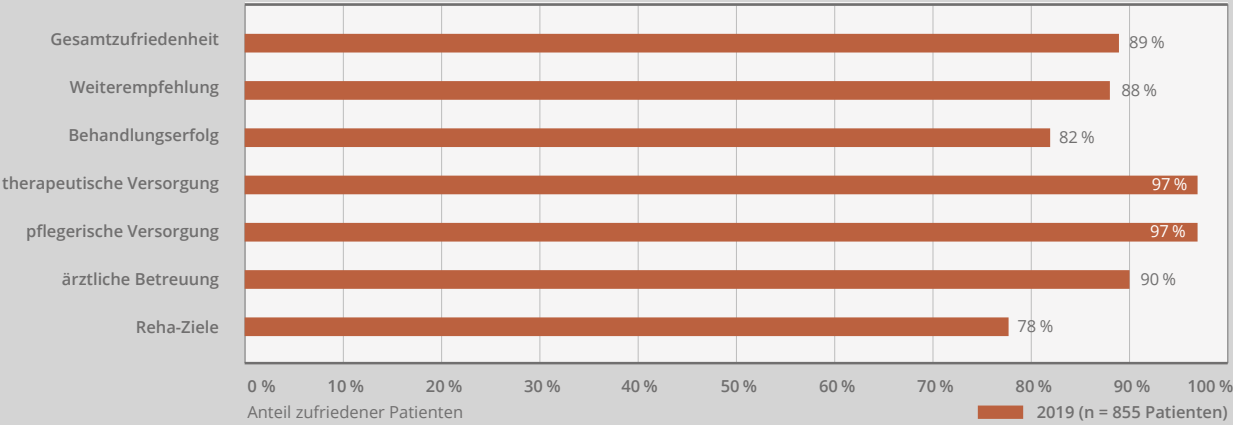
- 95 % gesetzliche Krankenversicherung
- 4 % Selbstzahler/Private Krankenversicherung
- 1 % sonstige



Patientenzufriedenheit

Sehr gute Werte konnten bei den Zufriedenheitsbefragungen in der Geriatrie bei der **therapeutischen und pflegerischen Versorgung (je 97 %)** erreicht werden,

was nochmals eine Steigerung zu den ebenfalls sehr guten Werten des Vorjahres bedeutet.

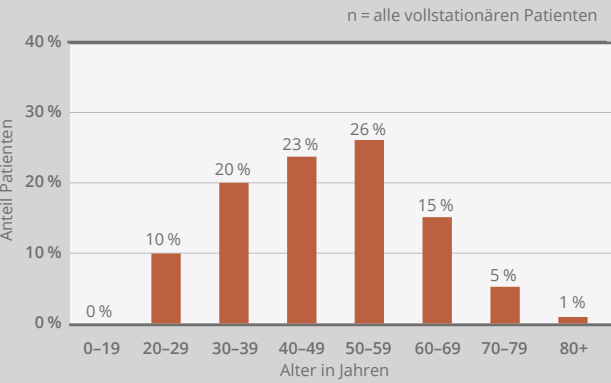


SOZIODEMOGRAFISCHE DATEN | GYNÄKOLOGIE

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 wurden sowohl bösartige als auch gutartige onkologische Erkrankungen sowie Beschwerdebilder wie Endometriose oder Harninkontinenz behandelt. 2019 wurden 523 Patientinnen in der Gynäkologie vollstationär bei MEDIAN behandelt.

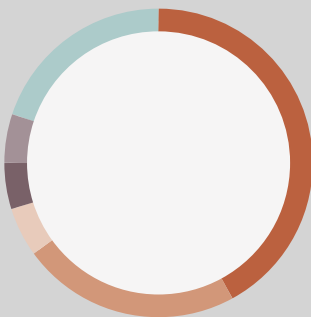
Altersstruktur

Durchschnitt: 48 Jahre



Die größte Gruppe der Patientinnen bildeten die 50- bis 59-jährigen. Auch die 40- bis 49-jährigen und die 60- bis 69-jährigen machten einen nicht unbedeutenden Anteil von 23 % bzw. 15 % aus. Das Durchschnittsalter aller Patientinnen lag mit 48 Jahren in diesem Bereich.

Verteilung der fünf häufigsten Hauptdiagnosen



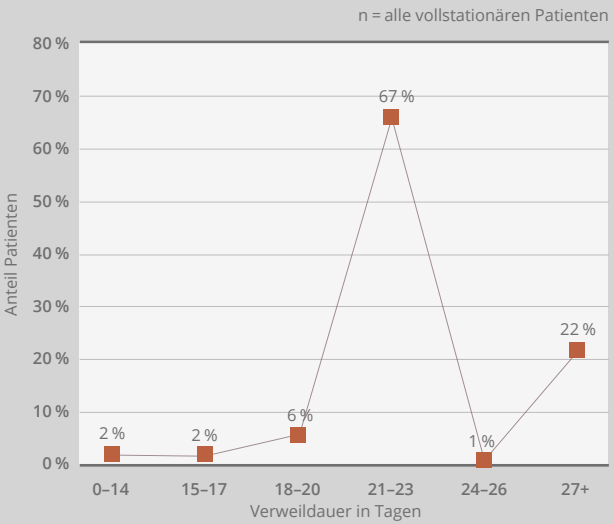
Am häufigsten wurde in der Gynäkologie im Jahr 2019 eine **Endometriose** mit einem Anteil von **42 %** an allen Hauptdiagnosen diagnostiziert, gefolgt von der bösartigen Neubildung der Brustdrüse mit einem Anteil von 23 %. Insgesamt machten die fünf häufigsten Hauptdiagnosen einen Anteil von 80 % an der Gesamtzahl der Diagnosen in der Gynäkologie aus.

- 42 % N80 Endometriose
- 23 % C50 bösartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma]
- 5 % C54 bösartige Neubildung des Corpus uteri
- 5 % C56 bösartige Neubildung des Ovars
- 5 % D25 Leiomyom des Uterus
- 20 % sonstige Hauptdiagnosen

Verweildauer

Durchschnitt: 22 Tage

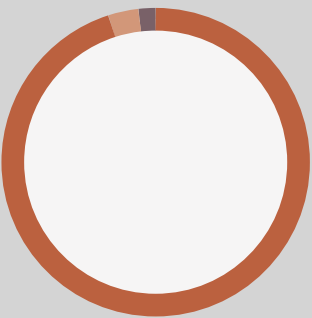
Etwa **zwei Drittel** aller Patientinnen in der Gynäkologie **blieben 21 bis 23 Tage** in stationärer Behandlung. Daraus ergab sich entsprechend eine durchschnittliche Verweildauer von 22 Tagen.



Verteilung der Leistungsträger

In der Gynäkologie wurden die Leistungen fast ausschließlich von der **gesetzlichen Rentenversicherung** übernommen (**95 %**).

- 95 % gesetzliche Rentenversicherung
- 3 % gesetzliche Krankenversicherung
- 2 % Selbstzahler/Private Krankenversicherung



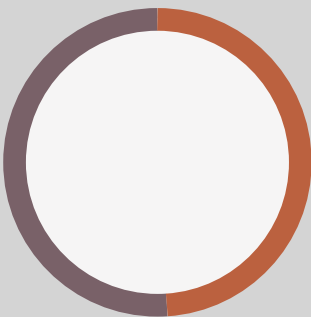
Patientenzufriedenheit

Die Daten der Patientenzufriedenheit in der Gynäkologie fließen in die Auswertung der Patientenzufriedenheit der Onkologie ein.

SOZIODEMOGRAFISCHE DATEN | FACHABTEILUNG HTS*

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

Patientenpopulation nach Geschlecht

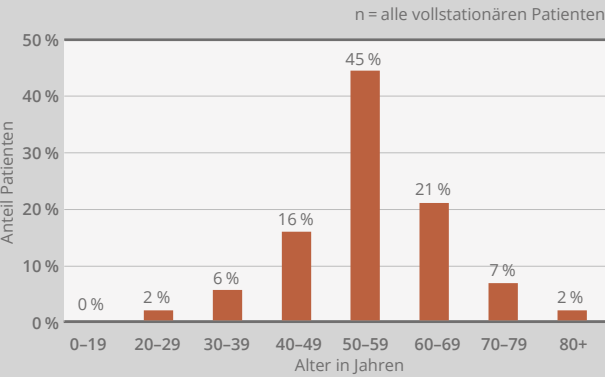


2019 wurden **2.868 HTS-Patienten** vollstationär bei MEDIAN behandelt. Davon waren 49 % weiblich und 51 % männlich.

- 49 % weiblich
- 51 % männlich
- 0 % divers

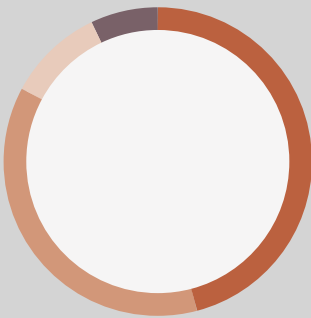
Altersstruktur

Durchschnitt: 55 Jahre



Das Durchschnittsalter der HTS Patienten betrug 2019 55 Jahre. Die Gruppe der 50- bis 59-jährigen machte insgesamt auch annähernd die Hälfte (45 %) aller Patienten aus.

Verteilung der häufigsten Hauptdiagnosen



Die zwei häufigsten Hauptdiagnosen bei HTS Patienten waren 2019 „**Sonstige Krankheiten des Ohres, anderenorts nicht klassifiziert**“ mit **46 %** sowie „**Hörverlust durch Schallleitungs- oder Schallempfindungsstörung**“ mit **37 %**.

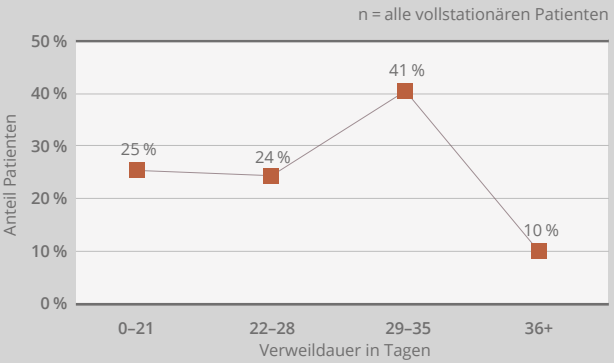
- 46 % H93 sonstige Krankheiten des Ohres, anderenorts nicht klassifiziert
- 37 % H90 Hörverlust durch Schallleitungs- oder Schallempfindungsstörung
- 10 % H81 Störungen der Vestibularfunktion
- 7 % R42 Schwindel und Taumel

* Hörstörung, Tinnitus, Schwindel

Verweildauer

Durchschnitt: 30 Tage

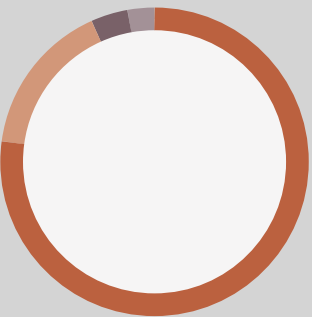
Die **meisten Patienten blieben bis zu 35 Tage** in den Kliniken, nur wenige Patienten blieben noch länger. Die durchschnittliche Verweildauer im Berichtsjahr 2019 betrug 30 Tage.



Verteilung der Leistungsträger

Die Leistungen werden von unterschiedlichen Leistungsträgern übernommen. Bei den HTS Patienten machte dabei die **gesetzliche Rentenversicherung** einen Anteil von **77 %** aus und die gesetzliche Krankenversicherung einen Anteil von 16 %.

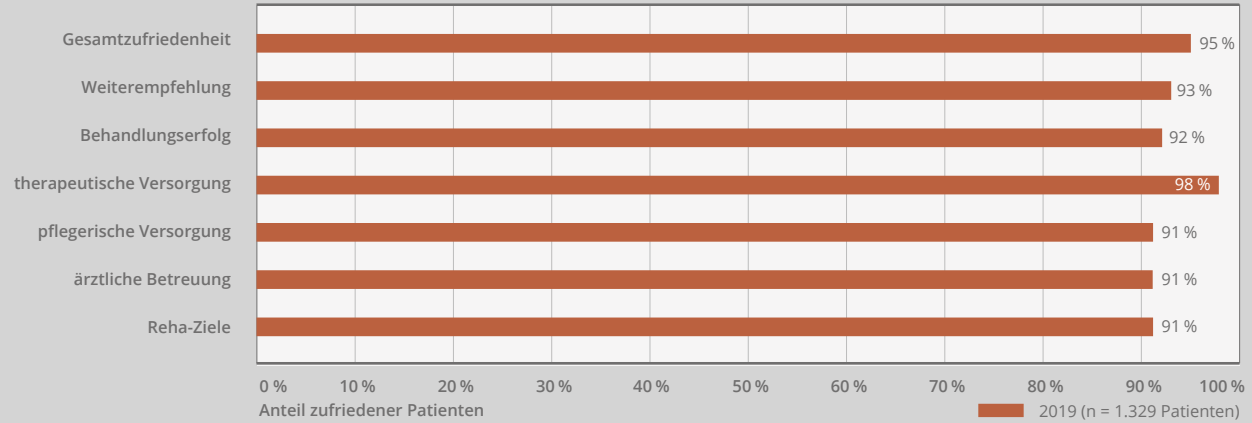
- 77 % gesetzliche Rentenversicherung
- 16 % gesetzliche Krankenversicherung
- 4 % Selbstzahler/Private Krankenversicherung
- 3 % sonstige



Patientenzufriedenheit

Die durchgeführte Patientenbefragung im Jahr 2019 ergab durchweg sehr positive Werte von über 90 %. Einen

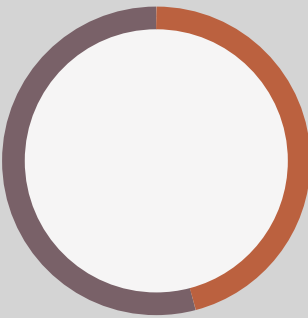
Spitzenwert mit **98 %** zufriedener Patienten erreichte die **therapeutische Versorgung**.



SOZIODEMOGRAFISCHE DATEN | GASTROENTEROLOGIE

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

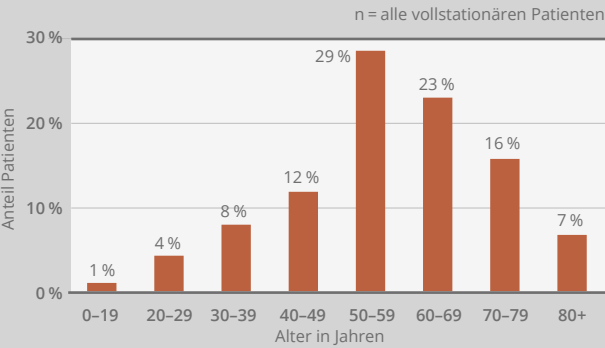
Patientenpopulation nach Geschlecht



Insgesamt wurden **1.509 gastroenterologische Patienten** im Berichtsjahr 2019 bei MEDIAN behandelt. Davon waren 46 % weiblich und 54 % männlich.

- 46 % weiblich
- 54 % männlich
- 0 % divers

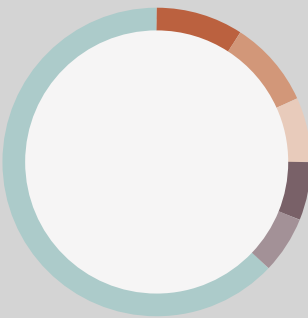
Altersstruktur



Durchschnitt: 58 Jahre

Im Jahr 2019 waren die meisten Patienten in der Gastroenterologie zwischen 50 und 79 Jahre alt, was sich auch im Durchschnittsalter von 58 Jahren widerspiegelt.

Verteilung der fünf häufigsten Hauptdiagnosen

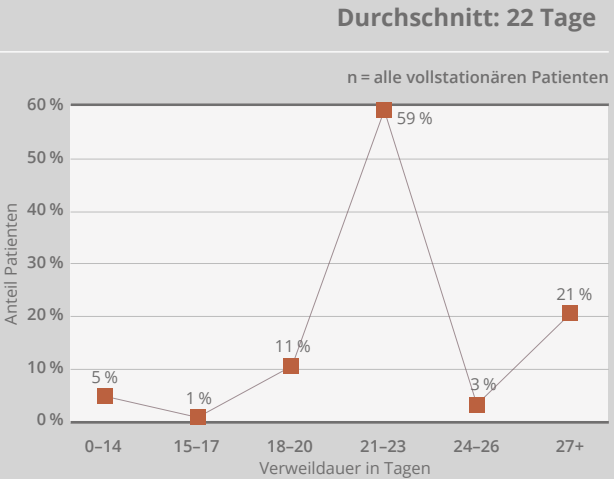


In der Verteilung der fünf häufigsten Hauptdiagnosen waren Diabetes mellitus, Typ 2 mit 9 % und Diverti-kulose des Darmes mit ebenfalls 9 % am häufigsten. Insgesamt gab es noch einen Anteil von 63 % sonstiger Hauptdiagnosen, die hier nicht näher beschrieben sind.

- 9 % E11 Diabetes mellitus, Typ 2
- 9 % K57 Divertikulose des Darmes
- 7 % K85/86 Pankreatitis und andere Pankreaserkrankheiten
- 6 % E66 Adipositas
- 6 % K50 Crohn-Krankheit [Enteritis regionalis] [Morbus Crohn]
- 63 % sonstige Hauptdiagnosen

Verweildauer

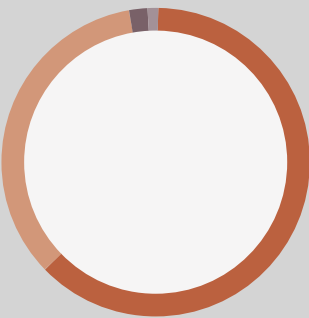
Die **Mehrheit der Patienten** verblieb im Jahr 2019 **21 bis 23 Tage** zur Rehabilitation in einer MEDIAN Ein-richtung. Nur 5 % der Patienten blieben 14 Tage oder weniger, ein Anteil von 21 % blieb hingegen 27 Tage oder länger.



Verteilung der Leistungsträger

Die erbrachten Leistungen verteilten sich im Jahr 2019 auf verschiedene Träger. Die **gesetzliche Renten-ver-sicherung** machte dabei mit **62 %** den größten Anteil aus, gefolgt von der gesetzlichen Krankenversicherung mit 34 %.

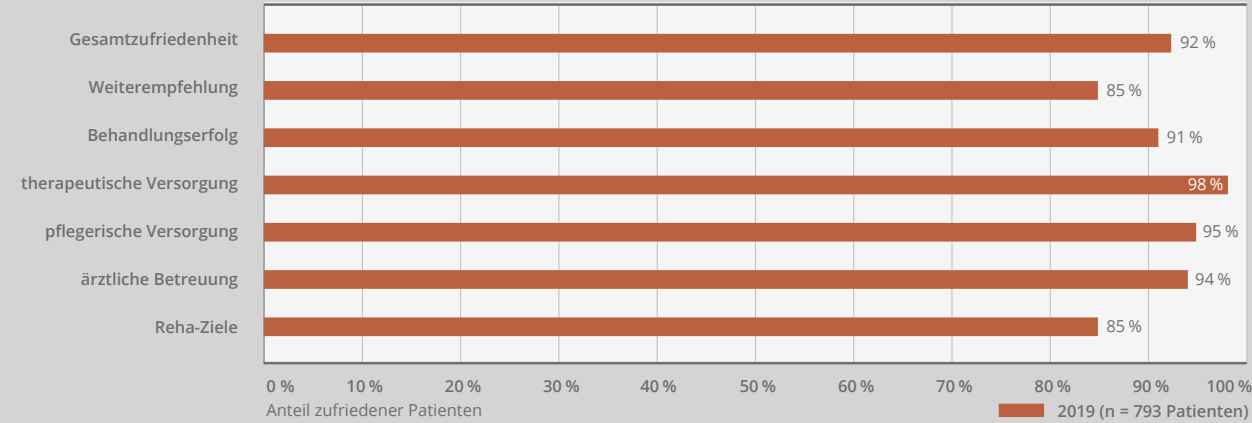
- 62 % gesetzliche Rentenversicherung
- 34 % gesetzliche Krankenversicherung
- 3 % Selbstzahler/Private Krankenversicherung
- 1 % Sonstige



Patientenzufriedenheit

Die Patientenzufriedenheit in der Gastroenterologie lag in fast allen Kategorien bei über 90 %. Die **therapeu-**

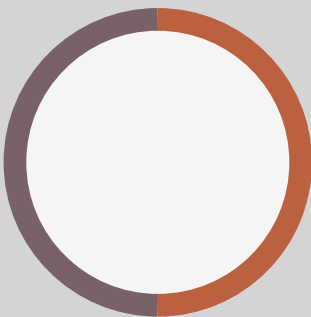
tische Versorgung wurde dabei am besten bewertet (Anteil zufriedener Patienten: **98 %**).



SOZIODEMOGRAFISCHE DATEN | PNEUMOLOGIE

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

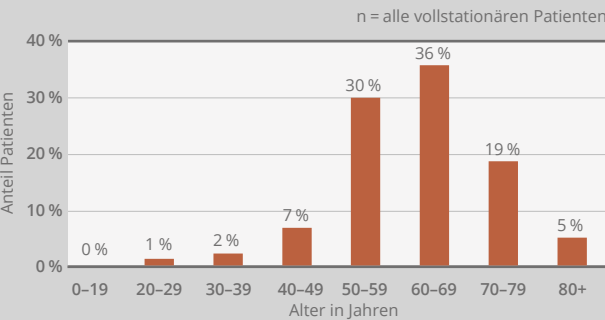
Patientenpopulation nach Geschlecht



Im Jahr 2019 wurden in der Pneumologie **4.600 Patienten vollstationär** bei MEDIAN behandelt. Davon waren die eine Hälfte weiblich und die andere Hälfte männlich.

- 50 % weiblich
- 50 % männlich
- 0 % divers

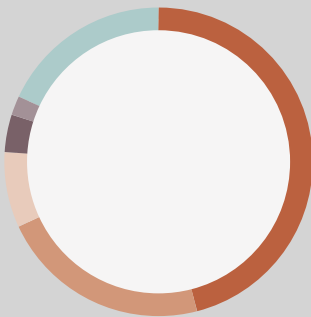
Altersstruktur



Durchschnitt: 62 Jahre

Die meisten pneumologischen Patienten waren zwischen 50 und 79 Jahren alt. Mit 36 % bildeten die 60- bis 69-jährigen dabei die größte Gruppe aller Patienten.

Verteilung der fünf häufigsten Hauptdiagnosen



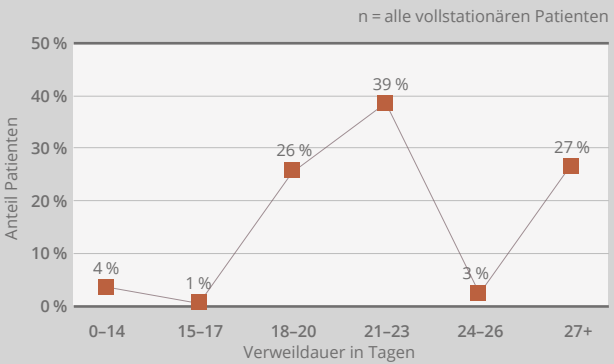
Mit **46 %** machten **chronische obstruktive Lungenerkrankungen (COPD)** den größten Anteil an allen Diagnosen in der Pneumologie aus. Die zweithäufigste Diagnose war Asthma bronchiale mit 22 %. Insgesamt machten die hier aufgeführten fünf Hauptdiagnosen 82 % aller Diagnosen in der Pneumologie aus.

- 46 % J44 sonstige chronische obstruktive Lungenerkrankung
- 22 % J45 Asthma bronchiale
- 8 % C34 bösartige Neubildung der Bronchien und der Lunge
- 4 % J18 Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet
- 2 % J84 Sonstige interstitielle Lungenerkrankungen
- 18 % sonstige Hauptdiagnosen

Verweildauer

Die Verweildauer in Pneumologie war sehr heterogen. Die **meisten Patienten (39 %)** führten für **21 bis 23 Tage** ihre Rehabilitation durch. 26 % blieben mit 18 bis 20 Tagen etwas kürzer. Weitere 27 % hingegen verweilten über 27 Tage zur Rehabilitation in einer MEDIAN Einrichtung.

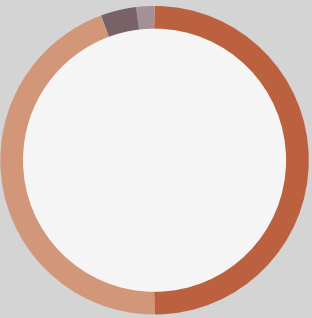
Durchschnitt: 22 Tage



Verteilung der Leistungsträger

Die erbrachten Leistungen werden von unterschiedlichen Leistungsträgern übernommen. In der Pneumologie übernahm die **gesetzliche Rentenversicherung 50 %** aller Leistungen und die **gesetzliche Krankenversicherung mit 44 %** fast ebenso viele Leistungen.

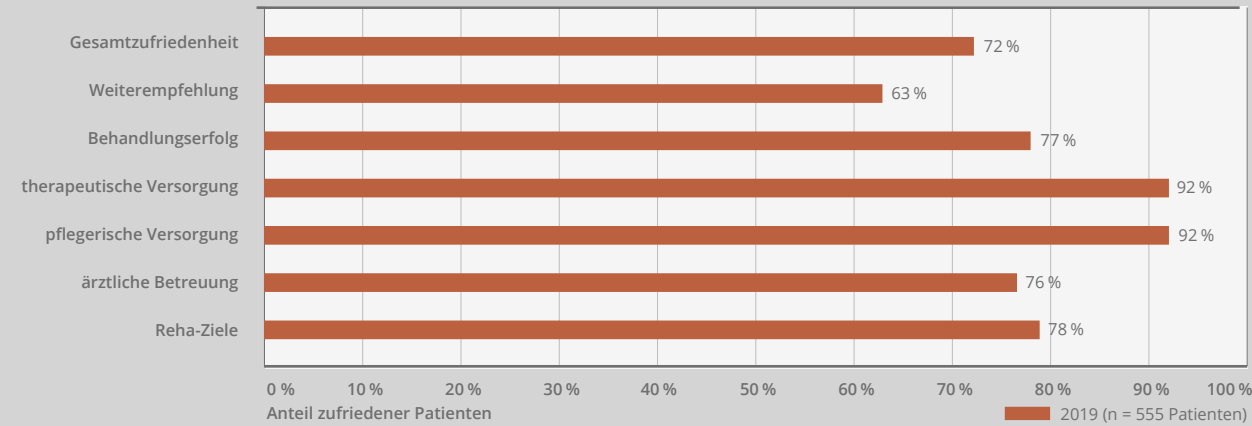
- 50 % gesetzliche Rentenversicherung
- 44 % gesetzliche Krankenversicherung
- 4 % Selbstzahler/Private Krankenversicherung
- 2 % sonstige



Patientenzufriedenheit

In der Pneumologie konnten auch im Jahr 2019 gute Werte in der Patientenzufriedenheit erreicht werden. Am besten wurden von den Patienten die **therapeutische**

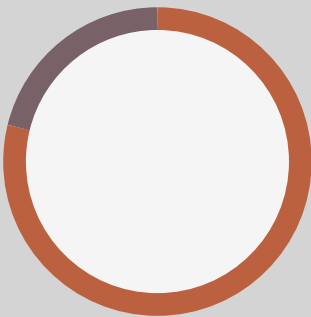
und die pflegerische Versorgung bewertet: Der Anteil zufriedener Patienten ist in diesen beiden Kriterien mit **jeweils 92 %** sehr hoch.



SOZIODEMOGRAFISCHE DATEN | RHEUMATOLOGIE

Bei einem komplexen Krankheitsbild wie Rheuma mit mehreren Hundert Erscheinungsformen gibt es keine Behandlung nach Schema F. Daher besitzt die exakte Diagnostik eine Schlüsselstellung. Zu dieser Diagnostik gehören eine ausführliche internistische Untersuchung mithilfe vielfältiger technischer Diagnoseinstrumente sowie weitreichende Laboruntersuchungen. Da es sich bei den meisten entzündlich-rheumatischen Erkrankungen um Autoimmunerkrankungen handelt, werden diese oft mit immunsuppressiven Medikamenten behandelt, um die krankheitsbedingte Aggressivität des Immunsystems etwas eindämmen. Gerade bei der medikamentösen Behandlung haben sich in den letzten 15 Jahren völlig neue Behandlungsansätze aufgetan. Genauso wichtig wie die Einnahme von spezifischen Medikamenten ist die physikalische, ergotherapeutische und krankengymnastische Behandlung der Patienten.

Patientenpopulation nach Geschlecht

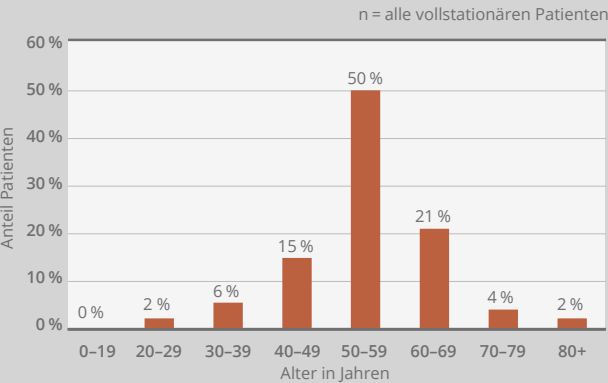


In der Rheumatologie wurden 2019 bei MEDIAN **3.501 Patienten** behandelt. Davon waren 79 % weiblich und 21 % männlich.

- 79 % weiblich
- 21 % männlich
- 0 % divers

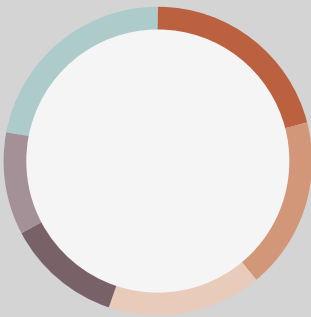
Altersstruktur

Durchschnitt: 54 Jahre



Die Hälfte aller Patienten war im Jahr 2019 zwischen 50 und 59 Jahre alt. Das Durchschnittsalter betrug 54 Jahre.

Verteilung der fünf häufigsten Hauptdiagnosen



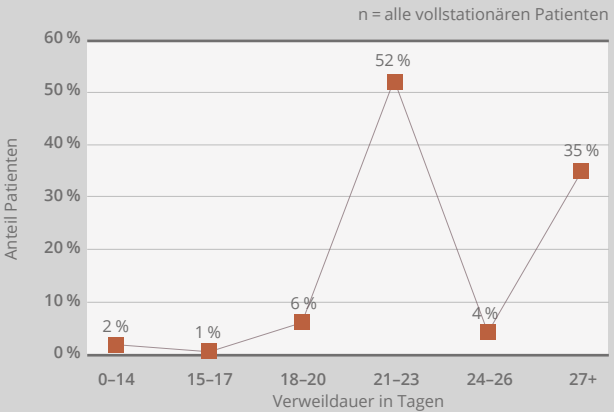
Die zwei häufigsten Diagnosen in der Rheumatologie waren 2019 mit 21 % „sonstige chronische Polyarthritiden“ sowie mit 18 % „seropositive chronische Polyarthritiden“. Neben den hier aufgeführten fünf häufigsten Hauptdiagnosen machten die sonstigen Hauptdiagnosen einen weiteren Anteil von 22 % aus.

- 21 % M06 sonstige chronische Polyarthritiden
- 18 % M05 seropositive chronische Polyarthritiden
- 16 % M79 sonstige Krankheiten des Weichteilgewebes, anderenorts nicht klassifiziert
- 12 % L40 Psoriasis
- 11 % M45 Spondylitis ankylosans
- 22 % sonstige Hauptdiagnosen

Verweildauer

Durchschnitt: 23 Tage

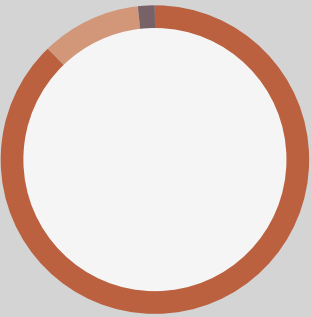
Durchschnittlich verweilen die rheumatologischen Patienten 23 Tage in einer MEDIAN Einrichtung. **52 %** aller Patienten **fürten ihre Rehabilitation zwischen 21 und 23 Tagen durch**. Weitere 35 % blieben länger als 27 Tage.



Verteilung der Leistungsträger

Die erbrachten Leistungen verteilten sich wie üblich auf die unterschiedlichen Träger. 2019 hatte die **gesetzliche Rentenversicherung** einen Anteil von **88 %** und stellte somit den größten Anteil an den Leistungsträgern dar.

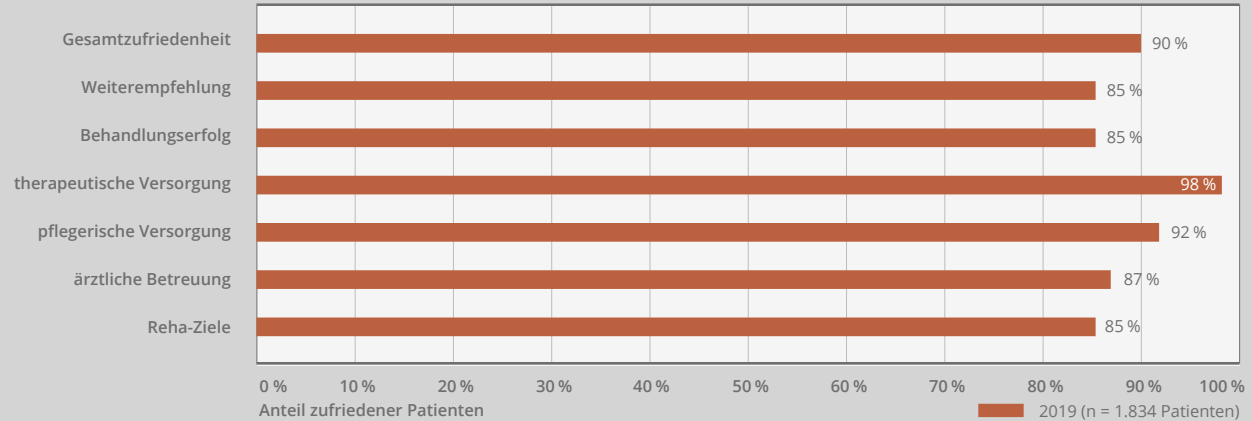
- 88 % gesetzliche Rentenversicherung
- 10 % gesetzliche Krankenversicherung
- 2 % Selbstzahler/Private Krankenversicherung
- 0 % sonstige



Patientenzufriedenheit

In der Rheumatologie konnten durchweg hohe Zufriedenheitswerte bei der Patientenbefragung erzielt werden. 90 % aller Patienten äußerten sich mit dem ge-

samten Rehabilitationsaufenthalt zufrieden. Die höchste Zufriedenheit konnte im Bereich der **therapeutischen Versorgung** gemessen werden (**98 %**).



ERGEBNISQUALITÄT IN DER GERIATRIE



Entlassungssituation

Ein wichtiges Kriterium der Ergebnisqualität in der Geriatrie ist die Entlassungssituation. Die Patienten können nach Hause oder in ein Krankenhaus entlassen werden. Eine Entlassung nach Hause deutet auf den Rehabilitationserfolg hin.

Entwicklung der Entlassungssituation geriatrischer Patienten von 2013 bis 2019 nach Entlassungsort in Prozent

Entlassung/Verlegung:	2013	2015	2018	2019
nach Hause	82 %	87 %	89 %	89 %
ins Krankenhaus	10 %	9 %	7 %	7 %
in die Pflege/sonstige	7 %	5 %	4 %	4 %
Anzahl Patienten	951	1.249	1.272	1.335

Der Anteil der geriatrischen Patienten, die nach der Rehabilitation nach Hause entlassen wurden, stieg kontinuierlich von 82 Prozent im Jahr 2013 auf 89 Prozent im Jahr 2019 an. Wurden 2013 noch zehn Prozent der Patienten ins Krankenhaus entlassen, sind es im Jahr 2019 lediglich sieben Prozent. Dies deutet auf eine positive Entwicklung in der Ergebnisqualität der Geriatrie hin.

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).

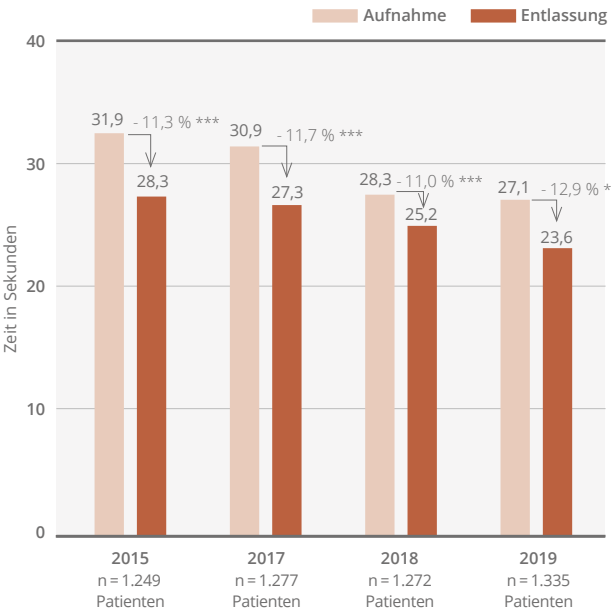
Für den Test wird der Patient aufgefordert, sich ohne fremde Hilfe von einem Stuhl mit Armlehnen zu erheben, eine Strecke von drei Metern zu gehen und sich wieder zu setzen. Dabei dürfen Hilfsmittel wie beispielsweise eine Gehhilfe verwendet werden. Die für diesen Vorgang benötigte Zeit wird in Sekunden 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). Ein Patient Max Mustermann, der am Anfang der Rehabilitation 15 Sekunden für den Test benötigt, fällt zum Beispiel in Aufnahmegruppe 2. Am Ende der Rehabilitation wird der Test erneut absolviert. Hat der Patient Max Mustermann zum Beispiel neun Sekunden für den Test bei der Entlassung gebraucht, kommt er in Gruppe 1 und ist somit eine Gruppe aufgestiegen.

Die Interpretation der Ergebnisse folgt folgendem Schema:

Gruppe	Bezeichnung	Zeit
1	keine Mobilitätseinschränkungen	< 10 Sek.
2	leichte, i. d. R. 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	

Ergebnisse des Timed „Up and Go“-Tests



In der Grafik ist zu erkennen, dass die Zeitdauer des Tests in allen Jahren reduziert werden konnte. Im Jahr 2015 wurden Patienten mit einer durchschnittlichen TUG-Leistung von 31,9 Sekunden aufgenommen und konnten sich bis zur Entlassung um 11,3 Prozent auf 28,3 Sekunden verbessern. Im Jahr 2019 betrug die Zeit zur Aufnahme 27,1 Sekunden und konnte bei Entlassung auf 23,6 Sekunden verbessert werden. Die Verbesserungsrate liegt damit bei knapp 13 Prozent, was eine leichte Verbesserung zu den Vorjahren darstellt.

*** signifikanter Unterschied, p < 0.001

ERGEBNISQUALITÄT IN DER PNEUMOLOGIE



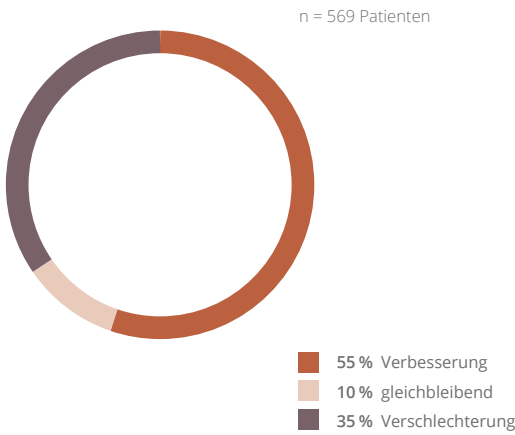
COPD Assessment Test (CAT)

Der COPD Assessment Test (CAT) ist ein Fragebogen für Patienten mit chronisch obstruktiver Lungenerkrankung (COPD). Mit seiner Hilfe können Patienten anhand von acht Fragen zu Symptomen die Auswirkungen der Erkrankung auf ihr Wohlbefinden und ihr tägliches Leben beurteilen. Konkret erfasst der Test

- die Hustenfrequenz,
- den Verschleimungsgrad der Atemwege,
- das Auftreten eines Engegefühls in der Brust,
- die körperliche Leistungsfähigkeit,
- die Einschränkungen bei häuslichen Aktivitäten,
- Bedenken das Haus zu verlassen,
- die Schlafqualität und
- die Energie des Patienten.

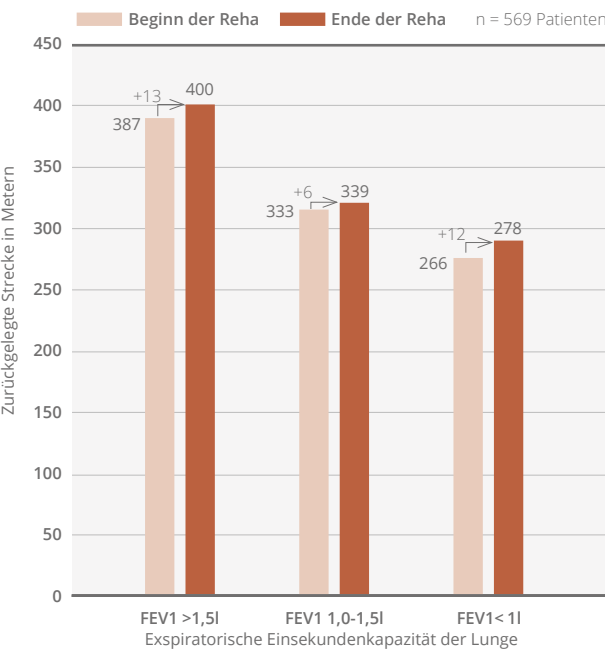
Die Fragen werden jeweils auf einer Fünf-Punkte-Skala bewertet. Je höher die Punktzahl, desto größer sind die Einschränkungen. Eine Verringerung der Punktzahl im Verlauf der Rehabilitation bedeutet demnach eine Verbesserung der Symptome und einen Erfolg der Rehabilitation (Jones et al., 2009). Die Messung erfolgt jeweils zu Beginn und am Ende der Rehabilitation.

Verteilung der Patienten nach Veränderung der CAT-Ergebnisse von Aufnahme bis Entlassung in Prozent



Bei 55 Prozent der Patienten konnte der durchschnittliche CAT-Wert bei Entlassung im Vergleich zur Aufnahme gesenkt, also verbessert werden. Bei 35 Prozent wurde am Ende der Rehabilitation ein schlechterer Wert festgestellt und bei 10 Prozent der Patienten blieb das CAT-Ergebnis unverändert.

Ergebnisse des 6-Minuten-Gehtests in Metern zu Beginn und am Ende der Rehabilitationsmaßnahme, unterteilt in drei FEV1-Gruppen



6-Minuten-Gehtest in Abhängigkeit zum FEV1 (Einsekundenkapazität)

Der 6-Minuten-Gehtest ist ein Belastungstest, bei dem die zurückgelegte Strecke über eine Zeitspanne von sechs Minuten gemessen wird. Der Test ist ein Maß für die körperliche Gesundheit des kardiopulmonalen Systems sowie des Bewegungsapparats.

In der Pulmologie wird der 6-Minuten-Gehtest mit den Ergebnissen des FEV1 (engl.: Forced Expiratory Pressure in 1 Second) verbunden. Der FEV1 bezeichnet die Einsekundenkapazität, also die größtmögliche Menge an Luft, die innerhalb von einer Sekunde forciert ausgeatmet werden kann. Der FEV1-Wert ist Teil der Lungenfunktion und kann im Rahmen eines Lungenfunktionstests gemessen werden (Larsen, 2009). Mit zunehmendem Alter sinkt typischerweise die Lungenkapazität und damit auch der Wert des FEV1 ab. Bei Lungenkrankheiten wie der COPD sinkt die Einsekundenkapazität jedoch deutlich schneller. Am Rückgang der Werte in der FEV1 Messung werden deshalb auch die Krankheitsstadien der COPD festgemacht. Dabei wird der individuelle FEV1-Wert eines Patienten in Beziehung zu den Soll- beziehungsweise Normalwerten gesetzt. Diese Sollwerte sind abhängig von Alter, Größe und Geschlecht des Patienten.

Bei einer kleineren Einsekundenkapazität liegt die Belastungsgrenze eines Patienten auf einem niedrigeren Niveau. Das heißt, dass ein Patient erwartungsgemäß wenige Meter beim 6-Minuten-Gehtest zurücklegen kann.

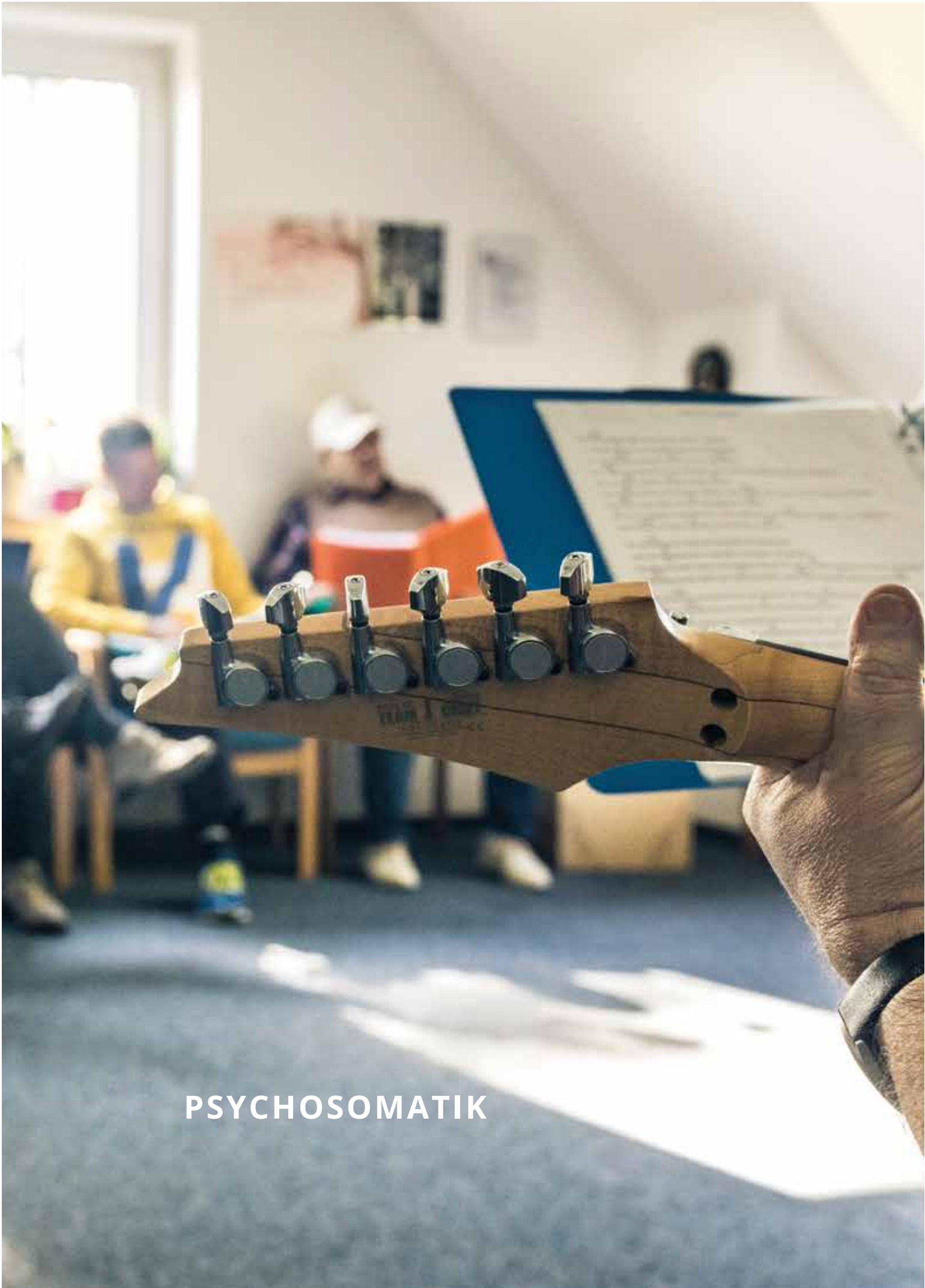
In der Grafik ist zu sehen, dass die Patienten mit einer Einsekundenkapazität von unter einem Liter eine geringere Gehstrecke zurücklegen als Patienten mit einer Einsekundenkapazität von über 1,5 Litern. Alle drei Gruppen zeigen Verbesserungen im Ergebnis der 6-Minuten-Gehstrecke unabhängig vom FEV1, wobei jedoch schlechtere FEV1-Ergebnisse auf eine größere Verbesserung in der Gehstrecke hindeuten. Personen, die eine Einsekundenkapazität von unter einem Liter aufweisen, konnten zu Beginn der Rehabilitation in sechs Minuten eine Strecke von 266 Metern zurücklegen und sich zum Ende der Rehabilitation um 12 Meter verbessern. Personen mit einer Kapazität von über 1,5 Litern erreichten schon zu Anfang der Rehabilitation eine Strecke von 387 Metern und verbesserten sich um 13 Meter zum Entlassungszeitpunkt.

Anzahl der Einrichtungen

41



* zuvor MEDIAN Rehaklinik Aukammthal Wiesbaden und MEDIAN Klaus-Miehke-Klinik Wiesbaden, 2020 Zusammenschluss zum Reha-Zentrum



PSYCHOSOMATIK

SCHWERPUNKTE IN DER PSYCHOSOMATIK



In den letzten Jahren hat die Diagnostizierung psychosomatischer und psychischer Störungen erheblich zugenommen. Die Beschleunigung in der westlichen Gesellschaft hat zu rapidem Wandel und zu beruflicher wie auch persönlicher Volatilität geführt. Trotz oder genau wegen der Vielzahl technischer Errungenschaften, die uns das Leben erleichtern sollen, empfinden wir eine sich immer weiter verschärfende Zeitnot. Das Gefühl, durch das Leben gehetzt zu werden, immer weniger Zeit für sich selbst und die eigenen Bedürfnisse zu haben, unter einer mangelnden Gratifikation für inhaltlich gute Leistungen oder Versagensängsten im Beruf zu leiden, kann psychosomatische und psychische Erkrankungen verursachen. Die genannten Aspekte haben dazu geführt, dass psychosomatische und psychische Störungen einen vorrangigen Platz bei der Ursache vorzeitiger Berentungen und längerer Arbeitsunfähigkeitszeiten einnehmen (DAK, 2019).

An vorderster Stelle stehen verschiedene Formen von Depressionserkrankungen, die durch Antriebsschwäche, negative Stimmung und negatives Denken bis hin zur vollkommenen Sinn- und Hoffnungslosigkeit charakterisiert sind. Psychophysische Erschöpfung kann durch zunehmend hohe Anforderungen entstehen, die man an sich selbst oder Außenstehende an einen stellen, sowie durch ständige Neuorientierungen und Anpassungen im

Berufs- und Privatleben. Viele Menschen leben energietisch zum großen Teil aus dem „Reservetank“, weil andere Ressourcen nicht mehr zur Verfügung stehen. Hält dieser Zustand über längeren Zeitraum an, kann er zur Entwicklung einer depressiven Störung beitragen.

Weitere häufig auftretende psychische Erkrankungen stellen Angststörungen dar. Ihre drei Kardinalsymptome der ständig nagenden Befürchtungen, der Panik und des Vermeidungsverhaltens können – wie Depressionserkrankungen – als Folgen des hohen Leistungsdrucks, mangelnder Orientierung und fehlendem Halt interpretiert werden. Dies resultiert häufig aus der weit verbreiteten Auffassung, dass der Mensch sein Schicksal selbst in die Hand nehmen solle. Sie äußert sich auch in der Eigenverantwortlichkeit von Psychotherapie und psychosomatischer Medizin, die Menschen bei ihrem persönlichen Veränderungsprozess in Richtung einer größeren Autonomie unterstützt. Die Risiken seelischer Erkrankungen, die sich durch unsere spätmoderne Beschleunigungsgesellschaft ergeben, sind ernst zu nehmen. In der psychosomatischen Rehabilitation werden Handlungsoptionen erarbeitet, Ressourcen gestärkt, existenzielle Fragen diskutiert und Wege erarbeitet, die es den Patienten ermöglichen sollen, ohne seelische Störung in unserer Zeit zu leben.

„SELBSTBEWUSST INS LEBEN ZURÜCKKEHREN“



Nora Schürgers

Psychologische Psychotherapeutin und leitende Psychologin am MEDIAN AGZ Düsseldorf

Ihre Arbeit mit den Patienten sei jeden Tag eine neue Herausforderung, sagt Nora Schürgers. Doch genau das begreift die leitende Psychologin am MEDIAN AGZ Düsseldorf als Chance, um dazuzulernen. An ihrem Beruf liebt die psychologische Psychotherapeutin, dass sie Menschen in ihrer persönlichen Entwicklung weiterhelfen kann. Wie diese sich nach und nach öffnen und mit neuem Selbstbewusstsein ins Leben zurückkehren, bewegt sie immer wieder. Doch wie bemisst sich die Behandlungsqualität in einer medizinischen Disziplin jenseits von EKG und Ultraschall? Bei MEDIAN geschieht dies unter anderem durch Selbstauskünfte der Patienten vor und nach der Rehabilitation – ein wichtiger Gradmesser für den Erfolg der Therapie.

Frau Schürgers, können Sie uns Ihre Aufgaben am MEDIAN AGZ Düsseldorf beschreiben?

Als leitende Psychologin sind meine Aufgaben vielfältig. Auf der wissenschaftlich-fachlichen Ebene erstelle ich zusammen mit der Chefärztin Dr. Sabine Zimmerling inhaltliche Konzepte für die psychotherapeutischen Gruppen in unserer Klinik. Ich trage Verantwortung für die Ausbildung neuer Psychotherapeuten bei uns im Haus und mache Supervisionen zum Beispiel auch mit neuen ärztlichen Kollegen. Meine zweite wichtige Aufgabe ist die Lenkung eines Teams aus fünf Psychotherapeuten und Ärzten. Da leite ich die Teamsitzungen und bin letztendlich für die Qualität der Therapie verantwortlich. Und schließlich betreue ich neben diesen Leitungsfunktionen auch selbst noch Patienten als Bezugstherapeutin, führe Einzelgespräche und bin aktiv in der Gruppentherapie.

Das klingt nach viel Arbeit – aber auch einer sehr erfüllenden Tätigkeit.

Ich liebe meinen Beruf und arbeite darin mit großer Leidenschaft. Man kann Menschen in ihrer persönlichen Entwicklung sehr viel weiterhelfen, und das macht mir große Freude. Meine Arbeit ist jeden Tag auch eine Herausforderung, denn jeder Patient ist anders. Aber gerade das bietet mir auch die Chance, etwas dazuzulernen. Man wächst in diesem Beruf jeden Tag ein bisschen mehr.

Was ist für Sie das Schöne an der Tätigkeit in einer Rehabilitationseinrichtung?

Im Vergleich zum Akutkrankenhaus kann man in der Rehabilitation viel intensiver mit den Patienten arbeiten. Gleichzeitig ist die Aufgabe als Psychotherapeutin sehr anspruchsvoll. Im direkten Vergleich mit der Arbeit als niedergelassene Therapeutin schätze ich an der Reha

besonders die Arbeit im Team, insbesondere den interdisziplinären Austausch. Ob Ärzte, Ergotherapeuten, Oecotrophologen, Musik- oder Physiotherapeuten – alle sind Experten auf ihrem Fachgebiet und man kann viel voneinander lernen. Dazu kommt bei MEDIAN noch ein besonderes Vertrauen. Das gilt für alle medizinisch-therapeutischen Kollegen und reicht bis zur Klinikleitung. So können wir eine hohe Qualität bei der Behandlung gewährleisten, und das schätze ich sehr.

Wie wichtig ist die Unterstützung der Therapie durch Selbstauskunftsbögen der Patienten?

Selbstauskunftsbögen sind für uns sehr wichtig. Durch standardisierte Testverfahren können wir den Zustand des Patienten im Verlauf sehen und natürlich auch im Vergleich vor und nach der Rehabilitation. Wenn wir

Psychotherapie nach wissenschaftlichen Kriterien und Standards durchführen wollen, dann ist es unbedingt notwendig, diese Messungen durchzuführen. Selbstauskunftsbögen werden zudem zur Beurteilung der Behandlung durch den Patienten eingesetzt. Als persönliches Feedback des Patienten sind diese Bögen für uns alle eine hilfreiche Rückmeldung. Sie zeigen uns nicht nur, wie der Patient seine Behandlung bei uns erlebt hat, sondern letztendlich auch, dass wir ihm geholfen haben.

Wie erleben Sie diese Entwicklung Ihrer Patienten?

Für mich ist es sehr schön, die positiven Effekte der Rehabilitation zu sehen. Viele Patienten kommen nach langer Krankschreibung zu uns. Sie haben sich in dieser Phase stark zurückgezogen, sind misstrauisch und ängstlich geworden. Zu erleben, wie sie sich den Therapeuten

MEDIAN AMBULANTES GESUNDHEITSZENTRUM DÜSSELDORF

Das MEDIAN AGZ Düsseldorf verbindet zwei Fachabteilungen und bietet psychosomatische und kardiologische Rehabilitation unter einem Dach an. Die Fachabteilung für Psychosomatik verfolgt einen verhaltenstherapeutischen Ansatz, der Einzel- und Gruppentherapeutische Einheiten umfasst. Zum Basisangebot gehören unter anderem das Training sozialer Fähigkeiten, Sporttherapie, Ergotherapie,

Körperwahrnehmung sowie Entspannungstraining, ergänzt durch individuelle Angebote, die im Rahmen eines Therapieplans gemeinsam erarbeitet werden. Die Fachabteilung für Kardiologie rehabilitiert Patienten mit akuten oder chronischen Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Das ganzheitliche Behandlungskonzept bezieht neben dem körperlichen Krankheitsgeschehen auch die psychische und soziale Situ-

ation der Betroffenen ein. In beiden Indikationen können die Patienten abends in ihre gewohnte Umgebung zurückkehren. So haben sie die Möglichkeit, in der Nähe ihrer Familien zu bleiben und die während der Rehabilitation erlernten Techniken und Methoden unmittelbar in ihrem persönlichen Lebensumfeld umzusetzen.



und anderen Menschen gegenüber öffnen, ganz andere emotionale Erfahrungen machen und schließlich wieder mit Selbstbewusstsein ins Leben zurückkehren – das sind für mich die bewegendsten Momente.

Was bedeutet der hohe Qualitätsanspruch von MEDIAN für Ihre tägliche Arbeit?

Dieser Anspruch ist für mich eine Herausforderung, der wir uns mit unserem hervorragend qualifizierten Team jeden Tag neu stellen. Das Besondere dabei ist, dass wir über viele hochqualifizierte approbierte Psychotherapeuten verfügen. Das zeigt mir, wie wichtig Qualität bei MEDIAN genommen wird. Und wir haben anspruchsvolle Patienten, denn nicht alle kommen freiwillig zu uns. Ich bin froh, dass MEDIAN Wert auf qualifiziertes Personal legt, weil wir sonst den hohen Ansprüchen gar nicht genügen könnten. Um diesen Zustand halten zu können, nehmen wir regelmäßig an Fortbildungen und weiteren Qualifizierungsmaßnahmen teil. Aber auch externe Supervisionen sind üblich und helfen uns, die tägliche Arbeit mit dem hohen Qualitätsanspruch zu schaffen, neue Herausforderungen und Schwierigkeiten im Alltag gut zu bewältigen. Qualität bedeutet für mich aber auch, die Therapiegruppen in einem permanenten Prozess immer wieder an neueste Erkenntnisse aus der Psychotherapieforschung anzupassen und neue Verfahren einzubinden.

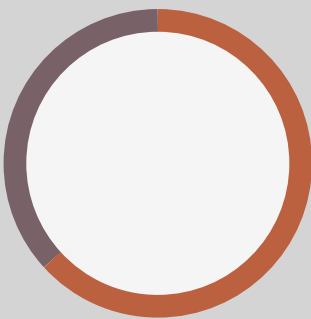
Die permanente Qualitätsmessung hält uns dabei immer wieder aufs Neue dazu an, unser Bestes zu geben. Wir erkennen unsere Schwachstellen, aber auch unser Verbesserungspotenzial. Das fördert letztlich auch die persönliche Entwicklung von uns als Mitarbeitern.

Wird die Bedeutung der psychosomatischen Rehabilitation Ihrer Ansicht nach in den kommenden Jahren noch zunehmen?

Ich rechne damit, dass die Erkrankungen, die wir behandeln, in den nächsten Jahren noch komplexer und komplizierter werden. Meine Beobachtung ist, dass sich bereits in den vergangenen zehn Jahren der Anspruch an unsere Arbeit deutlich gesteigert hat. Es gibt mehr chronisch Kranke, mehr Persönlichkeitsstörungen in der psychosomatischen Rehabilitation. Aktuell kommen auch noch die Auswirkungen der Corona-Krise mit immer mehr verunsicherten und verängstigten Menschen hinzu. Gleichzeitig ändert sich die Arbeitswelt, die immer mehr Flexibilität erfordert. Unsere Aufgabe wird es sein, beidem gerecht zu werden. Wir wollen Menschen im Erwerbsleben halten und wir brauchen jetzt gute Konzepte, wie wir das unter veränderten Bedingungen erreichen können.

SOZIODEMOGRAFISCHE DATEN | PSYCHOSOMATIK

Patientenpopulation nach Geschlecht

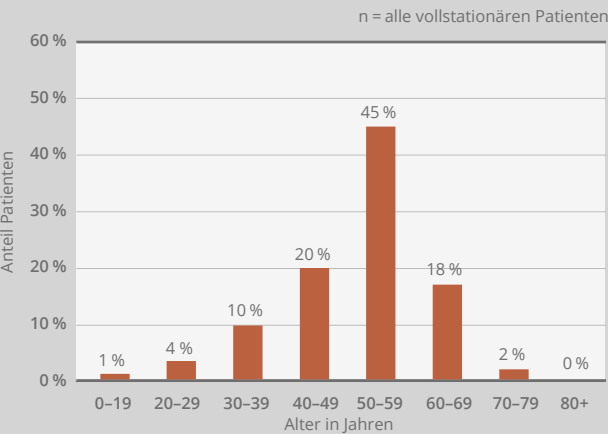


Insgesamt wurden **29.701 psychosomatische Patienten** im Jahr 2019 bei MEDIAN behandelt. Davon waren 63 % weiblich sowie 37 % männlich.

- 63 % weiblich
- 37 % männlich
- 0 % divers

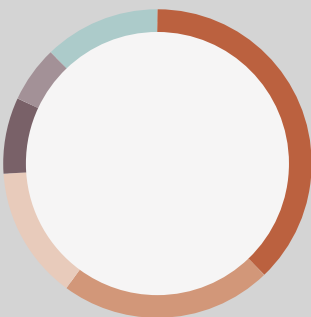
Altersstruktur

Durchschnitt: 51 Jahre



Das Durchschnittsalter der MEDIAN Patienten in der Psychosomatik lag 2019 bei 51 Jahren. Die Gruppe der 50- bis 59-jährigen machte dabei mit 45 % auch den größten Anteil aus.

Verteilung der fünf häufigsten Hauptdiagnosen



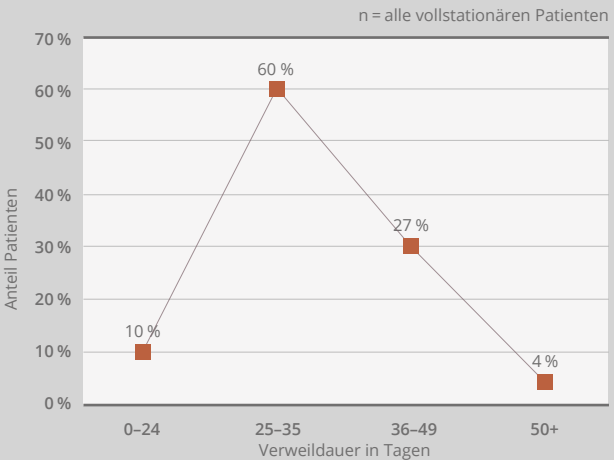
Die häufigste bei den Patienten diagnostizierte psychische Störung war die **rezidivierende depressive Störung** mit **38 %**, gefolgt von der depressiven Episode mit 22 %. Die fünf häufigsten Hauptdiagnosen machten dabei einen Anteil von 88 % an der Gesamtzahl der Hauptdiagnosen aus.

- 38 % F33 rezidivierende depressive Störung
- 22 % F32 depressive Episode
- 14 % F43 Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen
- 8 % F45 somatoforme Störungen
- 6 % F40/41 Angststörungen
- 12 % sonstige Hauptdiagnosen

Verweildauer

Durchschnitt: 36 Tage

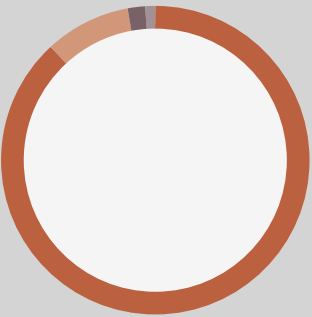
Die **meisten psychosomatischen Patienten blieben zwischen 25 und 49 Tagen** zur Rehabilitation in den MEDIAN Kliniken. Die durchschnittliche Verweildauer belief sich 2019 auf 36 Tage.



Verteilung der Leistungsträger

Die erbrachten Leistungen wurden von unterschiedlichen Leistungsträgern übernommen. Die **gesetzliche Rentenversicherung** machte hierbei mit **88 %** den mit Abstand größten Anteil aus.

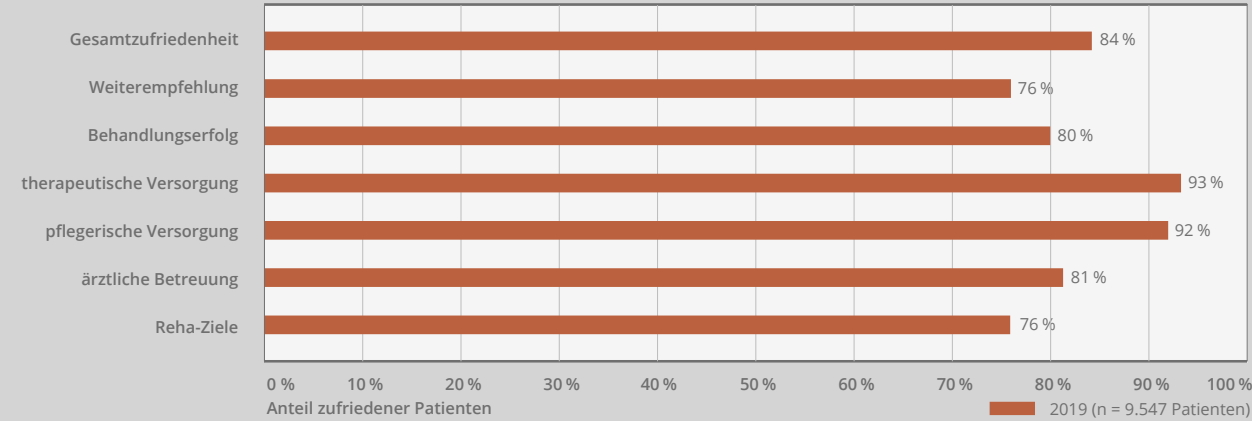
- 88 % gesetzliche Rentenversicherung
- 9 % gesetzliche Krankenversicherung
- 2 % Selbstzahler/Private Krankenversicherung
- 1 % sonstige



Patientenzufriedenheit

Die Patienten in den MEDIAN Kliniken werden zu unterschiedlichsten Kriterien befragt. So lässt sich sehr gut nachvollziehen, wo die Qualität von Betreuung und Service als besonders gut empfunden wurde und an welchen Stellen es noch Verbesserungsmöglichkeiten gibt.

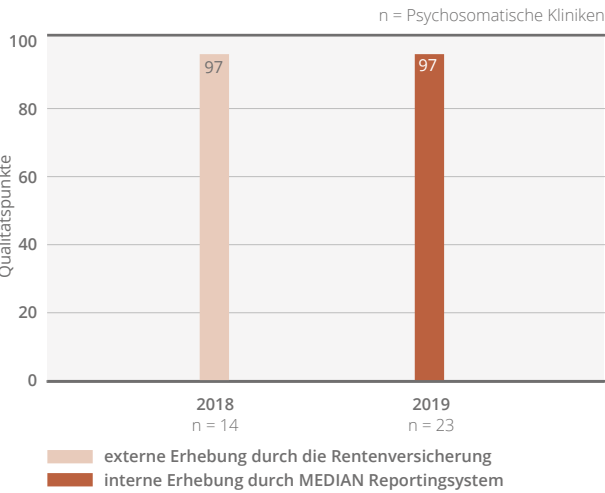
Im Berichtsjahr 2019 waren 84 % der über 9.500 befragten psychosomatischen Patienten mit dem gesamten Aufenthalt zufrieden. Die **therapeutische Versorgung** schnitt mit einem Anteil von **93 %** zufriedener Patienten überdurchschnittlich hoch ab.



KENNZAHLEN DER EXTERNEN QUALITÄTSSICHERUNG

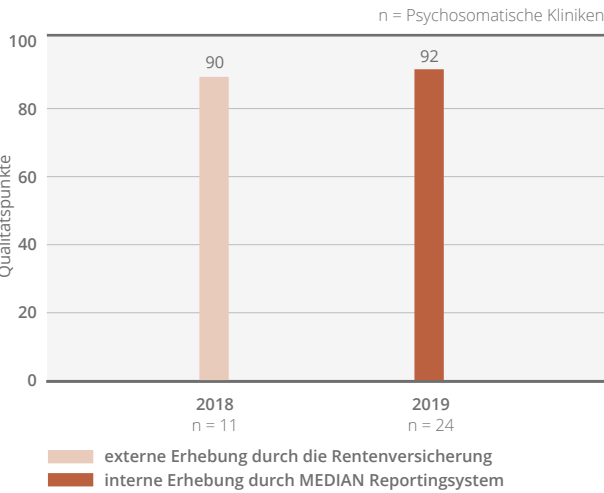


Reha-Therapiestandard „Depressive Störung“ im zeitlichen Verlauf



Die Qualitätspunkte beim Reha-Therapiestandard „Depressive Störung“ konnten im Vergleich zum Vorjahr auf konstant hohem Niveau gehalten werden.

Therapeutische Versorgung im zeitlichen Verlauf



Bei der therapeutischen Versorgung konnten die Qualitätspunkte von 2018 zu 2019 weiter gesteigert werden auf einen Wert von 92.

ERGEBNISQUALITÄT IN DER PSYCHOSOMATIK

Die psychosomatische Rehabilitation ist darauf ausgerichtet, jene Fähigkeiten und Ressourcen zu stärken, beziehungsweise wiederherzustellen, die den Patienten aufgrund einer psychosomatischen Erkrankung und deren Folgen auf seelischer und körperlicher Ebene derzeit nicht ausreichend zur Verfügung stehen. Dadurch soll die weitere oder erneute Teilhabe am beruflichen und sozialen Leben ermöglicht werden. Anhand der nachfolgend dargestellten Parameter lässt sich die Ergebnisqualität in den psychosomatischen MEDIAN Kliniken 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

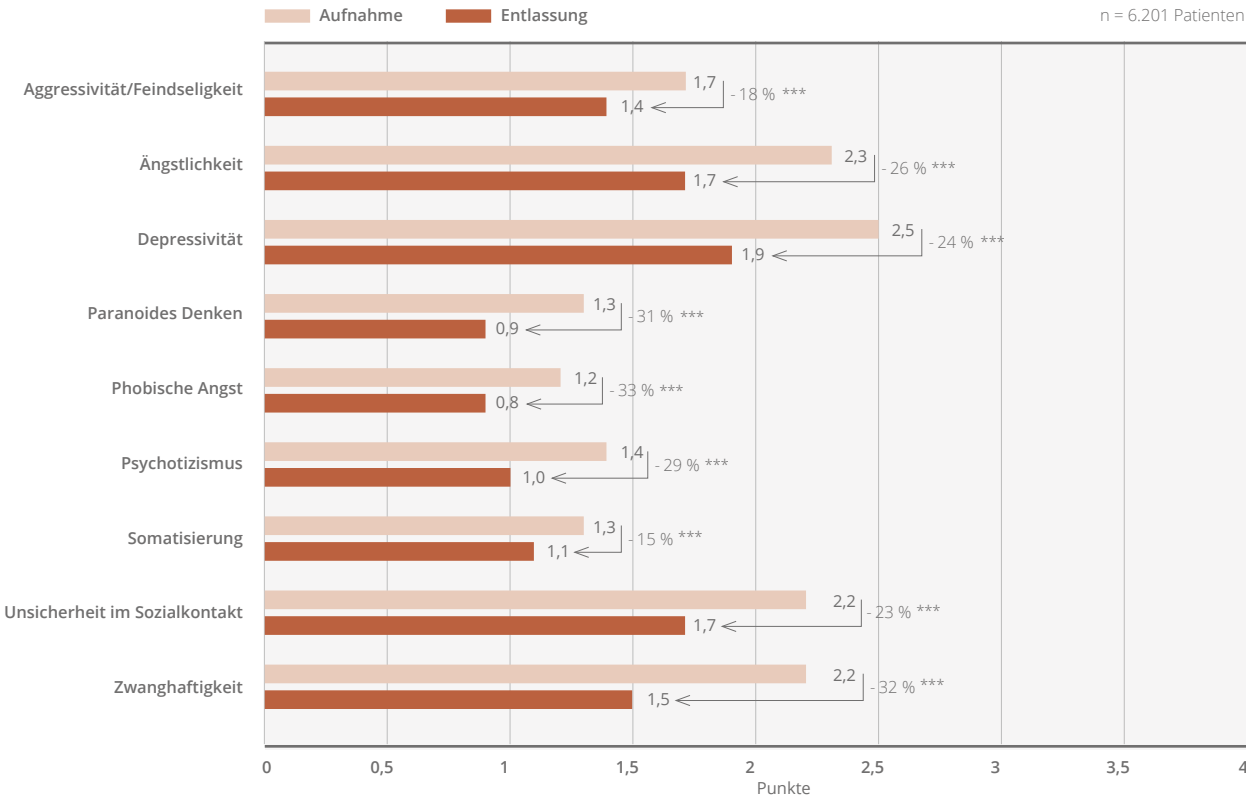
Die Befragten können ihre Zustimmung zu jeder Frage auf einer fünfstufigen Skala von „überhaupt nicht“ (0) bis „sehr stark“ (4) bekunden. Der arithmetische Mittelwert der Antwortwerte bildet den globalen Kennwert GSI (Global Severity Index). Je niedriger dieser Score ist, desto besser schätzt der Befragte seine psychische Gesundheit ein.

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 Patienten jeweils zu Beginn und Ende des Rehabilitationsaufenthalts vorgelegt, um die Entwicklung der Patienten einzuschätzen.

In den einzelnen Items des SCL-K9-Fragebogens können Aussagen von 0 Punkten (überhaupt nicht) bis 4 Punkten (sehr stark) getroffen werden. Es ist zu erkennen, dass sich die Patienten von Aufnahme zu Entlassung in allen neun Items verbessern. Außerdem zeigt diese Grafik, dass die psychischen und körperlichen Belastungen unserer Patienten eher in den Bereichen Ängstlichkeit, Depressivität, Unsicherheit im Sozialkontakt und Zwanghaftigkeit liegen.



Ergebnisse des SCL-K9-Fragebogens bei Aufnahme und Entlassung auf Itemebene für das Jahr 2019



*** signifikanter Unterschied, $p < 0.001$

Unterschiedliche Auswertungsmethoden des SCL-K9

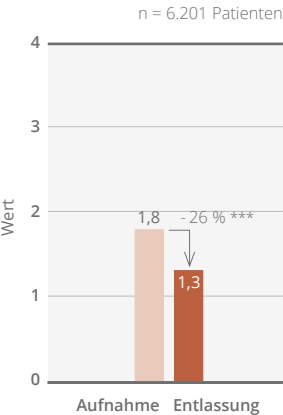
Für den Gesamtscore des SCL-K9 existieren unterschiedliche Formen der Auswertung. Zum einen können die GSI-Werte anhand des Geschlechts und Alters normiert werden (Franke, 2002). Zum anderen kann die Kennzahl GSI auch als Rohwert bei Aufnahme und Entlassung verglichen werden. Im diesjährigen Qualitätsbericht erfolgt die Darstellung der Rohwerte. Der GSI-Rohwert entspricht dabei dem Mittelwert aus den neun Items des SCL-K9.



*** signifikanter Unterschied, $p < 0.001$

Unterschied in der Veränderung des SCL-K9 von Aufnahme zu Entlassung für das Jahr 2019.

GSI (Rohwert)



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 auf 1,3 (minus 26 Prozent) verbessert, was einer statistisch signifikanten Veränderung entspricht. Da für die einzelnen Items lediglich die Punktwerte 0 bis 4 möglich sind, bewegen sich auch die Ergebnisse innerhalb dieser Grenzen.

Anzahl der Einrichtungen

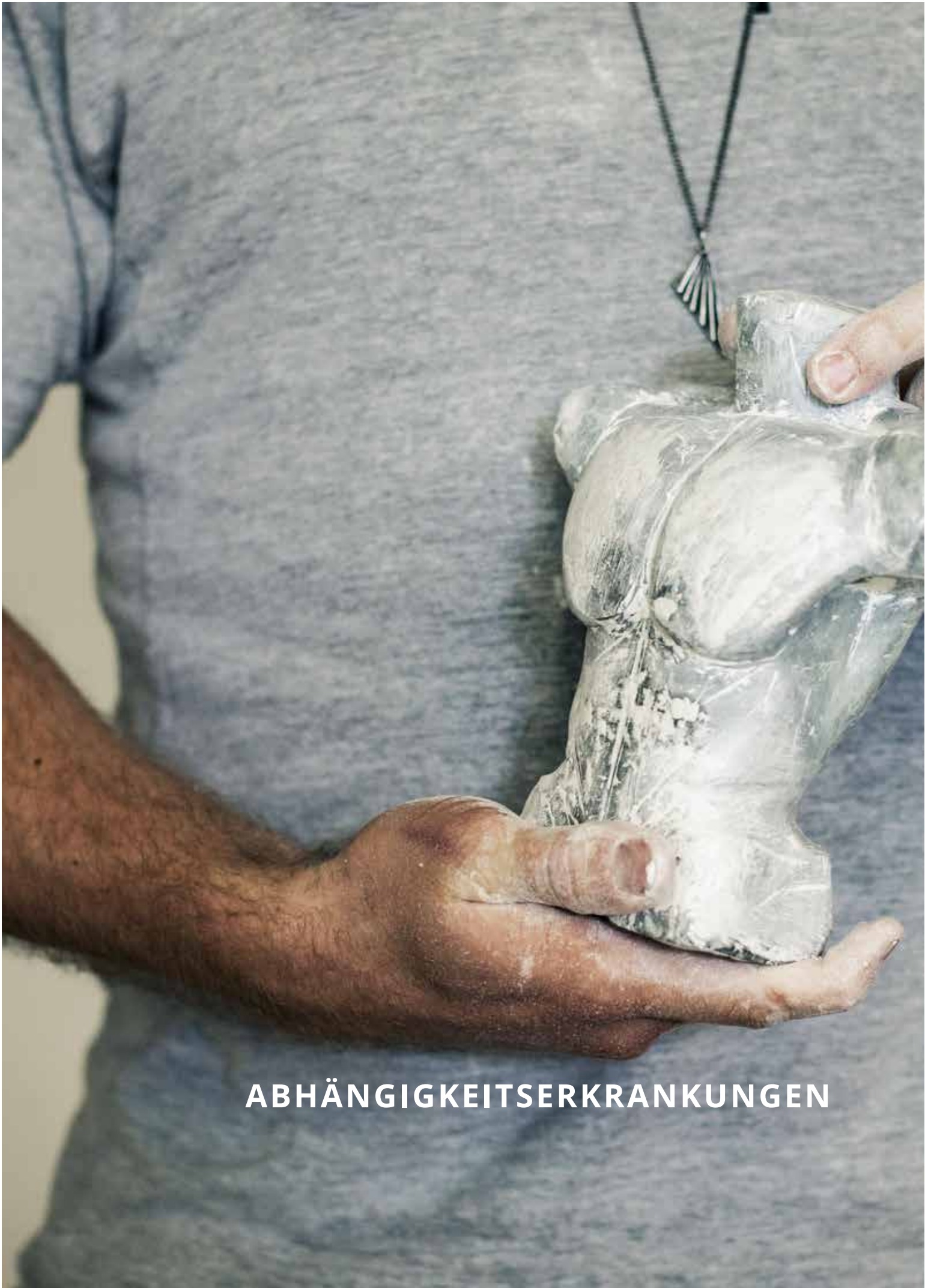
32

inkl. Adaptionseinrichtungen



* Diese Kliniken wurden innerhalb des Berichtszeitraums akquiriert.

■ Abhängigkeitserkrankungen
■ Adaption



SCHWERPUNKTE IM BEREICH ABHÄNGIGKEITSERKRANKUNGEN



Zu den weit verbreiteten psychischen Störungen zählen auch stoffgebundene und nichtstoffgebundene Abhängigkeitserkrankungen. Mit zunehmendem Krankheitsverlauf wirken sie sich immer stärker auf die körperliche und seelische Gesundheit des Erkrankten aus und beeinflussen auch das Leben der Angehörigen. 2016 verabschiedeten die wissenschaftlichen Fachgesellschaften eine aktualisierte S3-Leitlinie zur Behandlung von Alkoholabhängigkeit. Darin wird grundsätzlich zwischen Akut- und Postakutbehandlung unterschieden. Zu letzterer zählt die stationäre Rehabilitation, welche meist als Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation zur Entwöhnung von Alkohol erfolgt. Ziel der MEDIAN Kliniken ist es, die Funktions- und Leistungsfähigkeit dieser Abhängigkeitskranken sowie ihre Teilhabe in der Gesellschaft zu verbessern oder wiederherzustellen. Diese Einschätzung gilt auch für alle anderen stoffgebundenen Abhängigkeitserkrankungen wie Medikamenten- oder Drogenabhängigkeit. Die MEDIAN Kliniken besitzen darüber hinaus auch große Expertise bei der Behandlung nichtstoffgebundener Abhängigkeitserkrankungen wie Spiel-, Kauf-, Computer- und Internetabhängigkeit, welche den Störungen der Impulskontrolle zugeordnet werden.

Bei der stationären Rehabilitation von abhängigkeitskranken Menschen werden ihre körperlichen und psychischen Einschränkungen erfasst, Auswirkungen auf ihre Teilhabe eingeschätzt und diese Erkenntnisse in die individuelle Therapieplanung einbezogen. Im Mittelpunkt der Behandlung steht die Psychotherapie, welche als übergeordnetes Ziel die Abstinenz verfolgt. Dabei haben sich die Methoden der Tiefenpsychologie und der Verhaltenstherapie als besonders erfolgreiche Verfahren herauskristallisiert. Im Rahmen der Suchttherapie werden auch multimodale Therapiemethoden angewendet, bei denen sowohl tiefenpsychologische als auch verhaltenstherapeutische Elemente Anwendung finden. Für einen umfangreichen Behandlungserfolg arbeiten die MEDIAN Kliniken für Abhängigkeitserkrankungen eng mit niedergelassenen Ärzten und Fachärzten, psychologischen Psychotherapeuten, Fachambulanzen für Abhängigkeits- erkrankte, Suchtberatungsstellen, Sozialdiensten von Krankenhäusern sowie Betrieben zusammen.

„GUTE REHA BRAUCHT TEAMARBEIT“

Alles drehte sich um die Sucht: Wer zu Philip Schwinum in die MEDIAN Klinik Dormagen kommt, muss das Leben oft ganz neu lernen. Sich selbst versorgen, Hobbies pflegen, einer Arbeit nachgehen – was für viele Menschen selbstverständlich ist, gelingt Alkohol- oder Medikamentenabhängigen häufig nicht mehr. Der Ergotherapeut unterstützt sie dabei, nach ihrer Entlassung wieder in den Beruf zu starten. Gemeinsam suchen sie nach passenden Jobs, trainieren Bewerbungssituationen und gehen Probearbeiten. Wie langfristig eine Reha wirken kann, erlebt Philip Schwinum bei den Ehemaligentreffen der Klinik: „Manchmal erkenne ich Patienten kaum wieder, so positiv haben sie sich verändert“, sagt der 30-Jährige.



Philip Schwinum

Ergotherapeut im Bereich Arbeitstherapie an der MEDIAN Klinik Dormagen

Herr Schwinum, Ergotherapeuten unterstützen Menschen – vom Kind bis zum Senior – in vielfältiger Weise. Was sind die besonderen Bedürfnisse der Patienten in einer Klinik für Abhängigkeitserkrankungen wie in Dormagen?

Die Ergotherapie an unserer Klinik unterteilt sich in zwei Bereiche: Einerseits gibt es den klassisch kreativ-gestalterischen Bereich und andererseits den arbeitstherapeutischen Bereich, in dem ich tätig bin. Wir unterstützen die Patienten darin, eine passende Tätigkeit für die Zeit nach ihrer Entlassung zu finden. Dabei gilt es vor allem, die Abstinenz und die Gesundheit zu unterstützen. Idealerweise finden wir eine Beschäftigung auf dem ersten Arbeitsmarkt. Ich begleite die Patienten, trainiere mit ihnen und versuche, sie entsprechend vorzubereiten und zu vermitteln. Dazu gehören auch die Arbeitserprobung und das Bewerbungstraining.

Dabei lernen Sie Ihre Patienten sicher sehr gut kennen?

Ja, ich finde es ausgesprochen spannend, etwas über sie und ihre Geschichte zu erfahren. Jeder Patient bringt neue Herausforderungen mit sich. Gemeinsam mit den

Kollegen im interdisziplinären Team versuchen wir, ihm individuell zu helfen, ihn gesundheitlich zu stabilisieren und aufzubauen. Dabei ergänzen sich unsere Expertisen. Das Schönste an meinem Beruf aber ist, wenn wir Erfolg haben und die Patienten zuversichtlich in den Alltag zurückkehren.

In einer Rehabilitationsklinik werden Patienten kontinuierlich über einen längeren Zeitraum betreut. Ist das von Vorteil für die gemeinsame Arbeit?

Im Durchschnitt sind Patienten zehn Wochen bei uns. Das ist sehr angenehm, weil man viel Zeit hat, um mit ihnen zu arbeiten. Wir entwickeln in dieser Zeit gemeinsam mit Ärzten, Psychotherapeuten, Sporttherapeuten und vielen anderen Professionen Ziele für die Zukunft. Ganz besonders schätze ich an der Arbeit in der Rehaklinik, dass sie alltagsnah ist. Wenn ich mit meinen Patienten in die externe Belastungserprobung gehe und sie dort arbeiten sehe, dann bin ich viel näher an ihrer Gesundheit dran als in einer Akutklinik.

Das Schöne an MEDIAN ist, dass wir uns auch über Klinikgrenzen hinweg helfen. Das geht bis hin zu Kollegen, die in Zeiten mit viel Arbeit aus anderen Kliniken zu uns



kommen, um uns zu unterstützen. Da ist es gut, wenn wir in einem solch großen Klinikverbund arbeiten. Ich selbst hatte auch schon Gelegenheit, in einem Adaptionshaus von MEDIAN zu hospitieren und mir ein Bild von der Arbeit der Kollegen dort zu machen. Für mich war das eine wichtige Erfahrung, weil einige unserer Patienten nach der Reha in ein Adaptionshaus gehen.

Wie wichtig ist die Ergotherapie für ein selbstständiges Arbeiten nach der Reha?

Ein psychisch kranker Mensch – und speziell ein suchtkranker Mensch – vernachlässigt oft die üblichen Betätigungen im Alltag. Das reicht vom Haushalt bis zum Beruf, was letztendlich zum Arbeitsplatzverlust führen kann. Die Ergotherapie trägt dazu bei, Menschen wieder zu aktivieren und Strukturen in ihr Leben zu bringen, auch in die Arbeit. Und gerade die ist für Menschen sinnstiftend und sorgt für soziale Kontakte. In der Ergotherapie leisten wir weitaus mehr als normale Jobvermittler, weil wir den

Patienten beobachten und mit ihm sprechen. Wir wissen, wo Belastungen auftreten und wie die Ressourcen des Patienten aufgestellt sind, um dann eine passgenaue Arbeitsmöglichkeit zu finden, die auch die Abstinenz und die Gesundheit unterstützt, statt die Menschen zu überfordern.

Wie erleben Sie Ihre Patienten vor Beginn und am Ende der Rehabilitation?

Die Patienten, die zu uns kommen, haben oft außer dem Suchtmittelkonsum kaum noch etwas gemacht. Sie haben Hobbys, die Selbstversorgung und die Arbeit vernachlässigt. Durch die Versorgung in der Klinik und die dortige Struktur gewinnen sie wieder an Stabilität. Am Ende der Reha können wir dann meist einen gravierenden Unterschied feststellen. Am besten sieht man das aber bei unseren Ehemaligentreffen, die wir einmal im Jahr durchführen. Da berichten Patienten aus ihrem neuen Leben und man sieht körperlich und mental, wie eine

Rehabilitation langfristig wirkt. Manchmal erkennt man Patienten gar nicht wieder, so sehr haben sie sich verändert. Die positiven Ergebnisse sind meist erstaunlich.

MEDIAN setzt auf höchste Qualität bei der Behandlung seiner Patienten. Was bedeutet dieser Anspruch für Ihre tägliche Arbeit?

Die Qualität unserer Arbeit spiegelt sich am besten in der interdisziplinären Zusammenarbeit wider. Wir vertrauen gegenseitig auf das Können und das Know-how des anderen. Für mich persönlich bedeutet das, dass auch ich immer mein Bestes geben muss, weil meine Kollegen sich auf mich verlassen. Aus dieser gegenseitigen Wertschätzung heraus entsteht – verbunden mit einer guten Kommunikation – die für MEDIAN typische Qualität der Behandlung. Gemeinsam arbeiten wir an einem Ziel: der Gesundheit unserer Patienten.

Spielt dabei auch Qualitätsmessung eine Rolle?

Auf jeden Fall. Wir haben jeden Tag nur eine begrenzte Zahl an Arbeitsstunden und eine begrenzte Menge an Möglichkeiten, die wir für eine zeitgemäße und fundierte Behandlung unserer Patienten einsetzen können.

Um diese Ressourcen am besten nutzen zu können, ist es wichtig, dass wir eine Rückmeldung bekommen, wo unsere Arbeit gut funktioniert und wo noch Verbesserungspotenzial besteht. Wir messen die Qualität unserer Arbeit unter anderem über Patientenfragebögen vor, während und nach der Rehabilitation. Gleichzeitig messen wir intensiv die Strukturqualität über die Auswertung unserer geleisteten Arbeit. Aus allen Ergebnissen leiten wir im Team ab, wo wir unsere Prozesse noch anpassen können.

Welche zukünftigen Herausforderungen sehen Sie im Bereich der Ergotherapie?

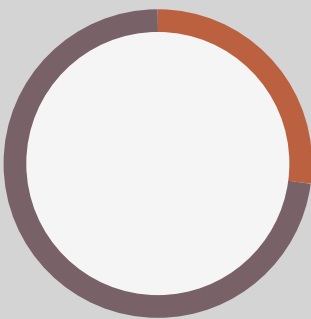
Die größte Herausforderung heute und in den kommenden Jahren sehe ich darin, genügend qualifiziertes Personal zu finden. Gerade in der Ergotherapie sind Fachkräfte stark gefragt. Alle Mitarbeiter sollten gemeinsam daran gehen, gute Kollegen persönlich für eine Arbeit im Unternehmen zu begeistern. Darüber hinaus ist es wichtig, gute Öffentlichkeitsarbeit zu betreiben, damit die Kolleginnen und Kollegen in anderen Kliniken sehen, wie attraktiv es ist, bei MEDIAN zu arbeiten.

MEDIAN KLINIK DORMAGEN

Die MEDIAN Klinik Dormagen bietet Entwöhnungsbehandlungen für alkohol- und medikamentenabhängige Menschen an. Ihr innovatives Rehabilitationskonzept basiert auf den Erkenntnissen und Erfahrungen der Verhaltensmedizin. Da viele Abhängigkeitserkrankte auch unter einer Depression leiden, die	wiederum den Weg in eine stabile Abstinenz erschwert, hat sich die Klinik auf die kombinierte Behandlung beider Erkrankungen spezialisiert. Neben dieser integrativen Sucht- und Depressionstherapie wird auch eine integrative Sucht- und Traumatherapie für Patienten mit posttraumatischen Störungsbildern	angeboten. Behandelt werden insbesondere Opfer von sexueller und körperlicher Gewalt, schweren Unfällen, Geiselnahmen, Kriegen oder Naturkatastrophen. Darüber hinaus gibt es eine spezielle Therapie für abhängigkeitserkrankte Senioren, die den besonderen Bedürfnissen dieser Patienten Rechnung trägt.
--	--	--

SOZIODEMOGRAFISCHE DATEN | ABHÄNGIGKEITSERKRANKUNGEN

Patientenpopulation nach Geschlecht

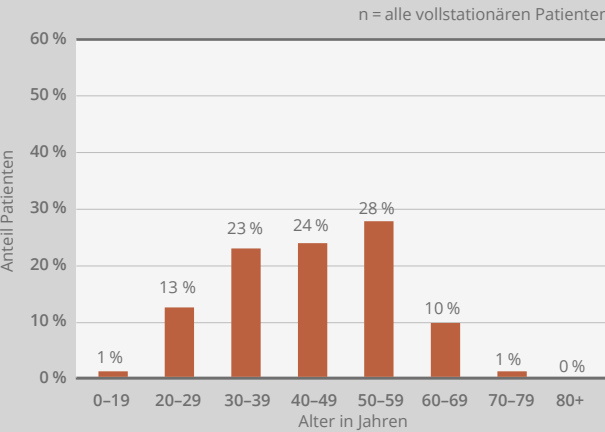


Im Jahr 2019 wurden insgesamt **9.552 Patienten** in einer der MEDIAN Einrichtungen für Abhängigkeitserkrankungen behandelt. Von den Patienten waren circa ein Viertel weiblich und drei Viertel männlich.

- 27 % weiblich
- 73 % männlich
- 0 % divers

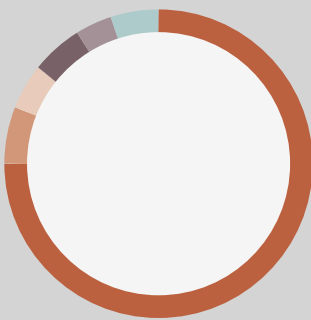
Altersstruktur

Durchschnitt: 44 Jahre



Die Altersstruktur verteilte sich bei den Patienten im Bereich Sucht/Abhängigkeit hauptsächlich auf die Gruppen der 30- bis 39-jährigen (23 %), der 40- bis 49-jährigen (24 %) und der 50- bis 59-jährigen (28 %). Dies spiegelt sich auch im Durchschnittsalter von 44 Jahren wider. Somit befindet sich auch die Mehrheit der Patienten noch im erwerbsfähigen Alter.

Verteilung der fünf häufigsten Hauptdiagnosen



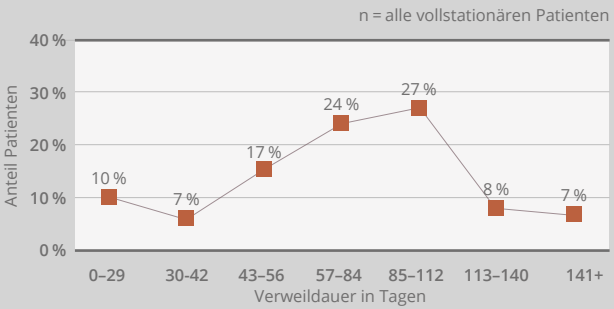
Die mit Abstand häufigste Diagnose im Bereich Sucht/Abhängigkeit war im Jahr 2019 die Diagnose „**Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol**“ mit einem Anteil von **75 %** an der Gesamtzahl der Diagnosen. Die hier gezeigten fünf Hauptdiagnosen machen einen Anteil von insgesamt 95 % an der Gesamtzahl der Diagnosen aus, d. h., dass nur bei einer sehr geringen Zahl an Patienten eine andere Diagnose als eine der hier aufgeführten vorlag.

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

Verweildauer

Durchschnitt: 82 Tage

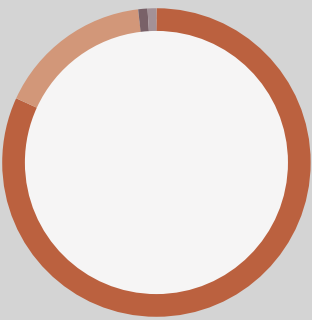
Durchschnittlich verbrachten Sucht-Patienten 82 Tage zur Rehabilitation in einer MEDIAN Einrichtung. 24 % blieben 57 bis 84 Tage, **27 % blieben mit 85 bis 112 Tagen** noch länger zur Rehabilitation in den MEDIAN Kliniken.



Verteilung der Leistungsträger

Die erbrachten Leistungen wurden mit einem Anteil von **82 %** hauptsächlich von der **gesetzlichen Rentenversicherung** übernommen.

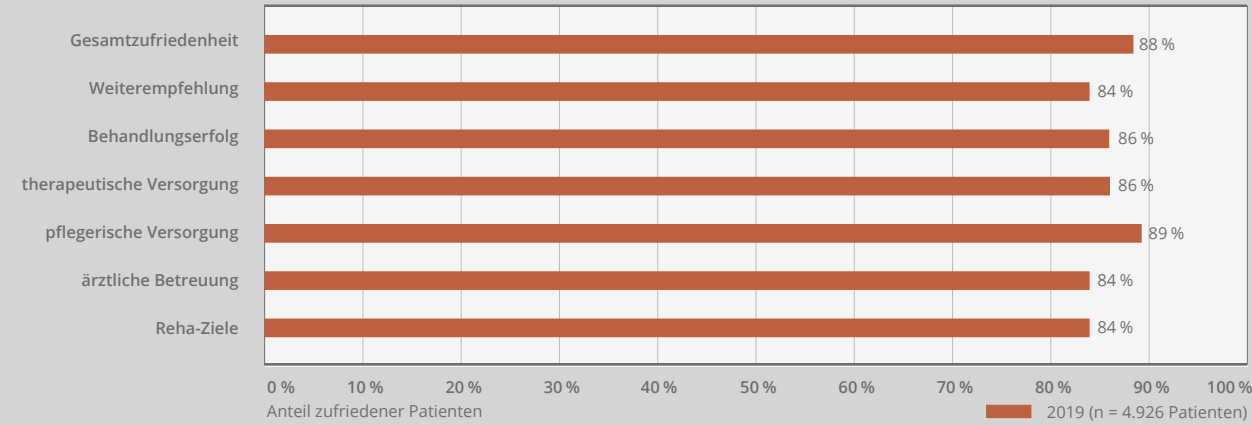
- 82 % gesetzliche Rentenversicherung
- 16 % gesetzliche Krankenversicherung
- 1 % Selbstzahler/Private Krankenversicherung
- 1 % sonstige



Patientenzufriedenheit

In den MEDIAN Kliniken, die auf Abhängigkeitserkrankungen spezialisiert sind, werden die Patienten regelmäßig zu ihrer Zufriedenheit mit den Leistungen befragt. Die Rückmeldungen werden zur kontinuierlichen Verbesserung

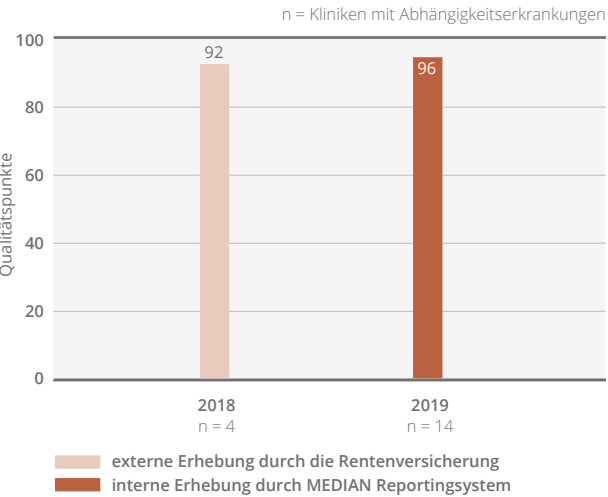
genutzt. Es zeigten sich rund 88 % der Patienten mit der Behandlung insgesamt zufrieden. Der höchste Zufriedenheitswert konnte mit **89 %** bei der **pflegerischen Versorgung** erzielt werden.



KENNZAHLEN DER EXTERNEN QUALITÄTSSICHERUNG

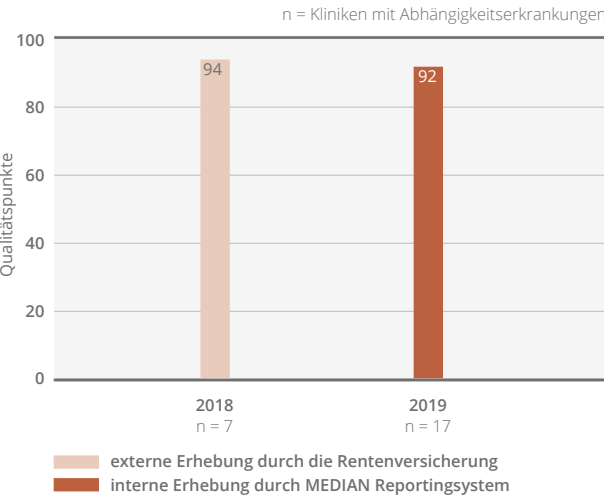


Reha-Therapiestandard „Alkoholabhängigkeit“ im zeitlichen Verlauf



Beim Reha-Therapiestandard „Alkoholabhängigkeit“ lässt sich im Vergleich der Jahre 2018 und 2019 ein Aufwärtstrend erkennen. Die Qualitätspunkte stiegen von 92 auf 96.

Therapeutische Versorgung im zeitlichen Verlauf



Bei der therapeutischen Versorgung in den Fachabteilungen Sucht/Abhängigkeit befanden sich die Qualitätspunkte in den vergangenen Jahren auf einem hohem Niveau.

ERGEBNISQUALITÄT BEI ABHÄNGIGKEITSERKRANKUNGEN

Die Abhängigkeitsstörung ist eine Krankheit, welche nachhaltig die Gesundheit und die seelische und psychische Verfassung beeinträchtigt und Spuren in allen Lebensbereichen hinterlässt: 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 grundsätzlich infrage gestellt sein.

In den MEDIAN Kliniken werden wirkungsvolle Behandlungen angeboten, um sich aus dem Teufelskreis der Sucht zu befreien. Anhand der nachfolgend dargestellten Parameter lässt sich die Ergebnisqualität in den MEDIAN Kliniken mit Schwerpunkt Abhängigkeitserkrankungen 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

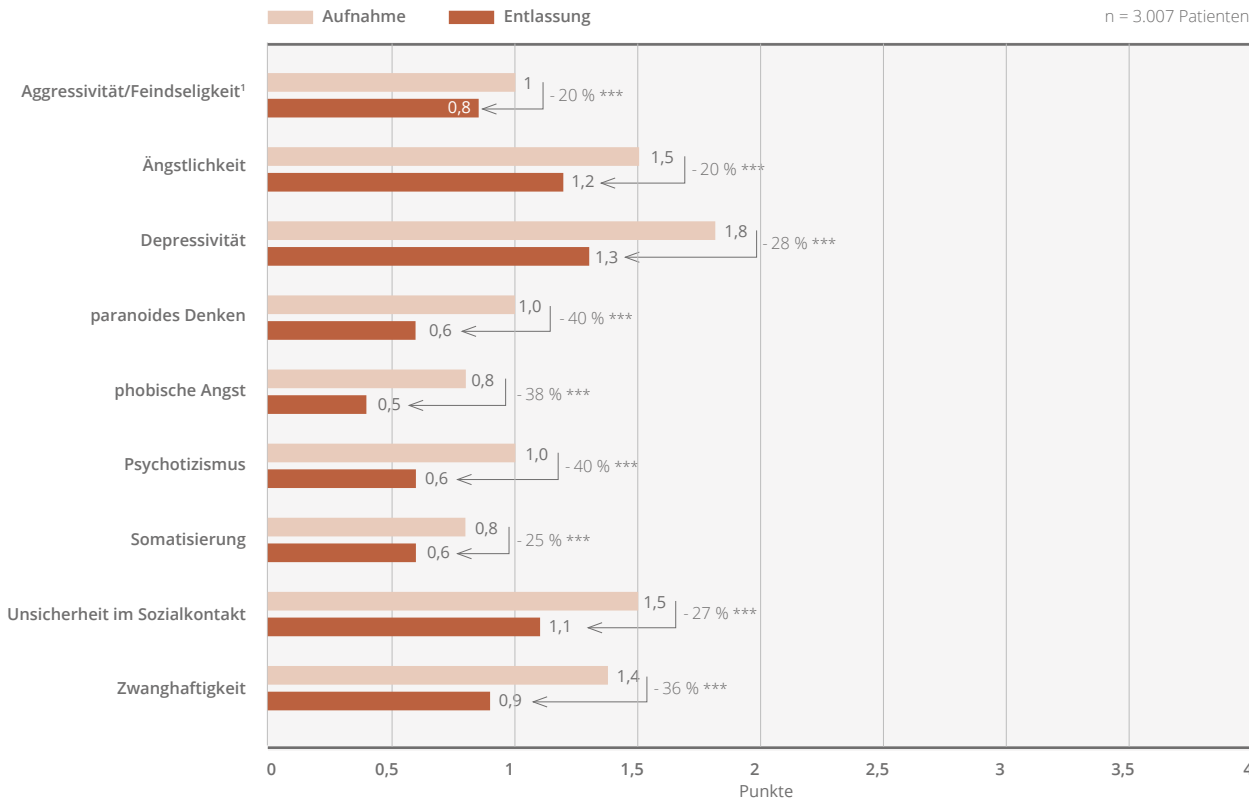
Die Befragten können ihre Zustimmung zu jeder Frage auf einer fünfstufigen Skala von „überhaupt nicht“ (0) bis „sehr stark“ (4) bekunden. Der arithmetische Mittelwert der Antwortwerte bildet den globalen Kennwert GSI (Global Severity Index), der die durchschnittliche psychische Belastung auf den neun Items abbildet. Je niedriger dieser Score ist, desto besser schätzt der Befragte seine psychische Gesundheit ein.

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 und weist eine hohe Korrelation zum ebenfalls etablierten Global Severity Index auf (Prinz et al., 2008; Sereda & Dembitsky, 2016). Der SCL-K9-Fragebogen wird Patienten in den MEDIAN Kliniken regelhaft jeweils zu Beginn und Ende des Rehabilitationsaufenthalts vorgelegt, um die Entwicklung der Patienten einzuschätzen. Für differenzialdiagnostische Aussagen ist der SCL-K9 nicht geeignet und auch nicht vorgesehen. Hierfür stehen unterschiedliche diagnostische Verfahren zur Verfügung. Der SCL-K9 wird derzeit nicht in allen Suchteinrichtungen der MEDIAN-Gruppe eingesetzt. Um zu prüfen, ob eine Änderungssensibilität gegeben ist, werden Pilotstudien mit geeigneten Veränderungs- und Zufriedenheitsscores durchgeführt.



Übersicht SCL-K9 auf Ebene einzelner Items

Ergebnisse des SCL-K9-Fragebogens jeweils bei Aufnahme und Entlassung auf Itemebene für das Jahr 2019

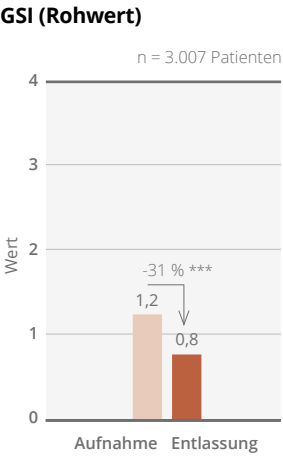


In den einzelnen Items können Aussagen von 0 Punkten (überhaupt nicht) bis 4 Punkten (sehr stark) getroffen werden. Da sich bei keinem der Items eine starke Ausprägung zeigt, ist von einer im Schnitt eher geringen Symptombelastung bei Rehabilitanden in der Entwöhnungsbe-

handlung auszugehen. Dies ist einer erheblichen Varianz geschuldet, die von der Vorbereitung des Rehabilitanden abhängig ist. Trotzdem zeigt sich in allen neun Items eine statistisch signifikante Verbesserung der Patienten von zwischen Aufnahme und Entlassung.

*** signifikanter Unterschied, p < 0,001

Unterschied in der Veränderung des SCL-K9 von Aufnahme zu Entlassung für das Jahr 2019



Unterschiedliche Auswertungsmethoden des SCL-K9

Für den Gesamtscore des SCL-K9 existieren unterschiedliche Formen der Auswertung. Zum einen können die GSI-Werte anhand des Geschlechts und Alters normiert werden (Franke, 2002). Zum anderen kann die Kennzahl GSI auch als Rohwert bei Aufnahme und Entlassung verglichen werden. Im diesjährigen Qualitätsbericht erfolgt die Darstellung der Rohwerte. Der GSI-Rohwert entspricht dabei dem Mittelwert aus den neun Items des SCL-K9.

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 1,2, der sich bis zur Entlassung auf 0,8 (minus 31 Prozent) verbessert, was einer statistisch signifikanten Veränderung entspricht. Da für die einzelnen Items lediglich die Punktwerte 0 bis 4 möglich sind, bewegen sich auch die Ergebnisse innerhalb dieser Grenzen.



*** signifikanter Unterschied, p < 0,001

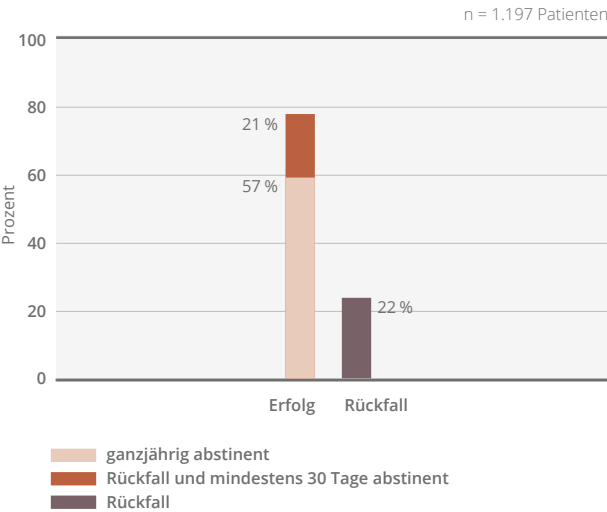


Abstinenz-Quote

Im Bereich der Abhängigkeitserkrankungen ist die Abstinenz-Quote ein weiterer wichtiger Parameter für den Erfolg der Rehabilitation. Dabei werden 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 Patienten sind nach der Rehabilitation durchgängig abstinent, 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 2018 mit Befragung in 2019 (DGSS 1)

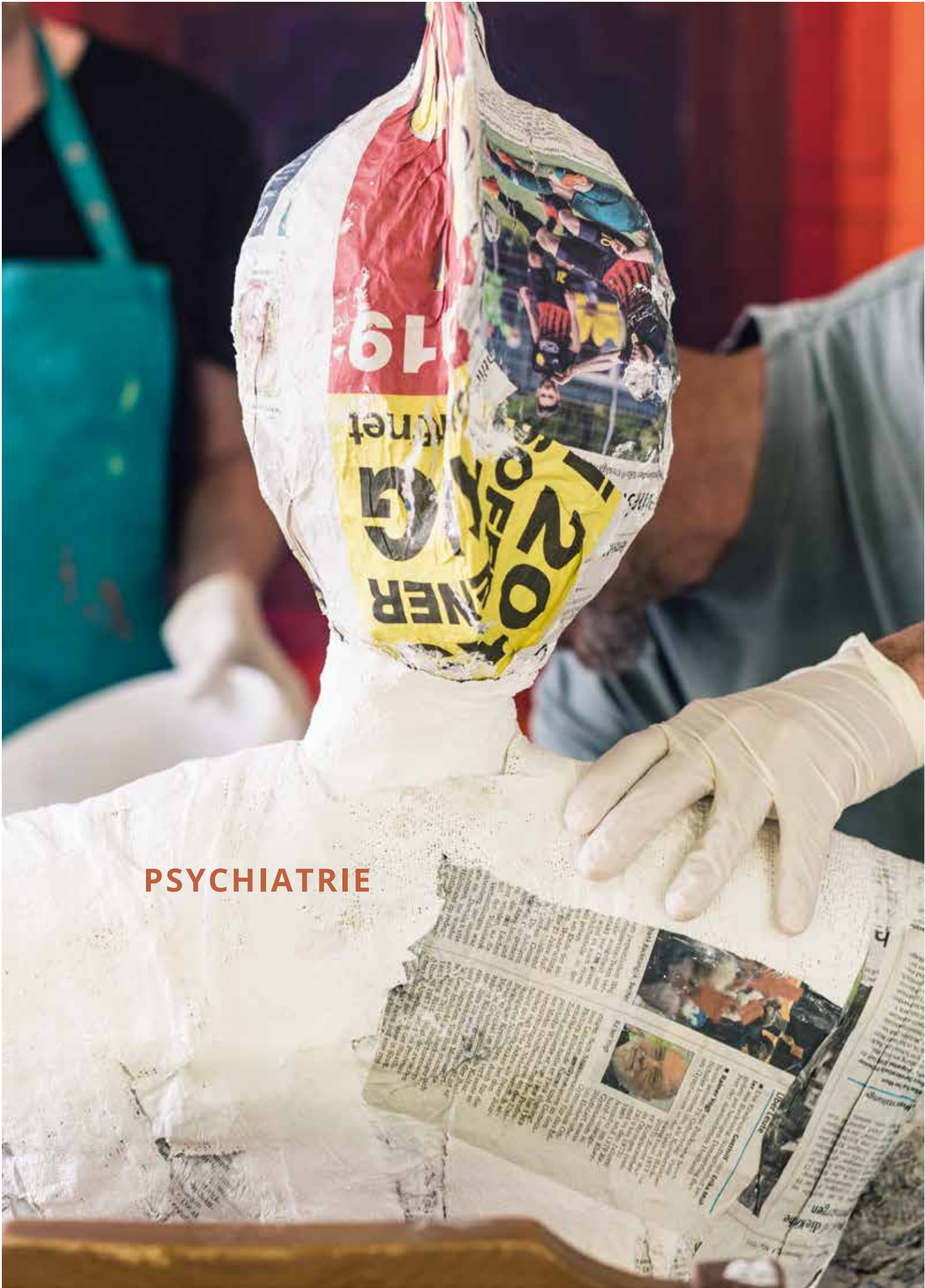


Die Grafik zeigt, dass von den entlassenen Patienten fast **80 %** als erfolgreich abstinent einzuschätzen sind, wobei **21 %** zwar einen Rückfall berichteten, den sie jedoch erfolgreich überwinden konnten.



Anzahl der Einrichtungen

11



SCHWERPUNKTE IN DER PSYCHIATRIE



Psychische Erkrankungen zählen, ähnlich wie internistische, zu den häufigsten Erkrankungen. Mehr als ein Drittel der Bevölkerung erkrankt einmal im Leben an einer psychischen Störung, bei manchen Menschen treten sie auch rezidivierend auf. Dabei reicht das Spektrum von leichten, durch persönliche oder berufliche Ereignisse ausgelösten Belastungsreaktionen bis hin zu schwersten Erkrankungen, die das Berufs- und Sozialleben stark beeinträchtigen. Die Ursachen variieren und können von belastenden Lebenserfahrungen oder -ereignissen bis zu genetischen Faktoren reichen. Es können Angststörungen, Depressionen, Psychosen, Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen, aber auch Abhängigkeitserkrankungen und im höheren Alter besonders Demenzen und Deliren entstehen.

In der psychiatrisch-psychotherapeutischen Rehabilitation verfolgen die MEDIAN Kliniken das Ziel, psychisch Erkrankte zu befähigen, ihre Lebensqualität im beruflichen oder familiären Alltag wiederzuerlangen. Die umfangreiche Kompetenz des Unternehmensverbundes im Bereich der Psychiatrie und Psychotherapie konzentriert sich vorrangig im Süden Deutschlands. Drei Akutkliniken versorgen Tag und Nacht die ihnen zugeordnete Region. Sie bieten eine geschlossene Behandlungskette von stationärer Behandlung in den Fachkrankenhäusern über

eine teilstationäre Behandlung in den Tageskliniken bis hin zu einer psychiatrischen Institutsambulanz, in der schwer Erkrankte sowie Notfälle ambulant behandelt werden. Zwei weitere MEDIAN Kliniken stehen für elektive Aufnahmen zur Verfügung. Soziotherapeutische Einrichtungen ergänzen dieses Angebot um die Langzeitbetreuung chronisch psychisch Erkrankter. In den Kliniken steht jeweils ein professionelles Behandlungsteam aus Ärzten, Psychologen, Pflegekräften, Sozialarbeitern und Spezialtherapeuten zur Verfügung. Das multimodale Behandlungsangebot besteht neben der medikamentösen Behandlung aus einem vielfältigen, störungsspezifisch orientierten psychotherapeutischen Angebot, welches durch nonverbale Verfahren wie Ergotherapie, Kunst- und Tanztherapie ergänzt wird. Hinzu kommen spezifische psychotherapeutische Gruppen, Entspannungsverfahren und Psychoedukation.

Für eine stärkere Unterstützung im Alltag steht der Sozialdienst den Erkrankten zur Seite. Die Sozialarbeiter helfen bei der Bewältigung akuter Probleme und unterstützen die Patienten im Umgang mit Behörden sowie im häuslichen Bereich. Dank der engen Vernetzung der Akutkliniken im gemeindepsychiatrischen Verbund kooperieren die Kliniken mit vielfältigen Einrichtungen.

„BEHANDELN MIT FASZINATION UND VERTRAUEN“



Maren Stöttke

leitende Oberärztin an der MEDIAN Klinik
Gunzenbachhof Baden-Baden

Maren Stöttke kam 2012 als Assistenzärztin zu MEDIAN, heute ist sie als leitende Oberärztin eine der Führungskräfte der MEDIAN Klinik Gunzenbachhof Baden-Baden. Die Arbeit in einer Akutpsychiatrie findet die 40-Jährige meist schön, manchmal aber auch ziemlich anstrengend. Was stets bleibt, ist ihre Faszination für ein Fachgebiet, in dem sich hinter so klaren Diagnosen wie Persönlichkeitsstörung, Psychose oder Depression eine Vielzahl individueller Symptome verbirgt, die alle ein Stück Lebensgeschichte der Patienten widerspiegeln. An ihrem Team schätzt die Ärztin die flachen Hierarchien – und dass jeder die Chance hat, eigene Ideen einzubringen und neue Therapien zu etablieren.

Frau Stöttke, bitte erzählen Sie uns von Ihrer Arbeit bei MEDIAN.

Ich bin leitende Oberärztin der akutpsychiatrischen MEDIAN Klinik Gunzenbachhof und stehe an der Spitze des ärztlichen Teams von zwei Stationen. Ich bin verantwortlich für die Therapieplanung der Patienten auf beiden Stationen, supervidiere meine Assistenzärztinnen, bin verantwortlich für die Gestaltung der Fortbildungen und vertrete die Chefarztin. Weil wir ein Akuthaus der Regelversorgung sind, sehe ich alle Patienten innerhalb von 24 Stunden nach ihrer Aufnahme und schätze dann zusammen mit dem Team ein, ob zum Beispiel eine Gefährdungssituation besteht oder wie die Unterbringung erfolgt. Jeden Tag werden bei uns Patienten aufgenommen und entlassen. Darum habe ich eine sehr abwechslungsreiche Aufgabe.

Abwechslungsreich, aber doch sicher auch sehr anstrengend?

Ja, aber mir gefällt das, ich mag die Abwechslung. Ungewöhnliche Ereignisse erfordern in meinem Beruf oft Spontaneität und Flexibilität. Die Psychiatrie ist meines Erachtens neben der Neurologie eines der faszinierendsten Fachgebiete mit den interessantesten Phänomenen, die man in der Medizin finden kann. Auch wenn unsere Diagnosen sehr klar nach einem Manual erstellt werden, sind die Symptome sehr individuell ausgestaltet. Viele Phänomene spiegeln ein Stück der Lebensgeschichte wider. Das finde ich ausgesprochen spannend und mag darum meinen Beruf besonders. Ich versuche immer wieder, junge Kolleginnen und Kollegen davon zu überzeugen, in die Fachrichtung Psychiatrie zu wechseln.



Was ist für Sie das Schöne an der Arbeit in einem psychiatrischen Krankenhaus und speziell bei MEDIAN?

Die Arbeit in der Akutpsychiatrie ist anstrengend und schön zugleich. Sie ist schön, weil wir wie in kaum einem anderen Gebiet sehr enge Beziehungen zu unseren Patienten haben. Das ist für uns Grundvoraussetzung und erfordert mehr persönliches Engagement als in anderen Disziplinen. Die Arbeit in der Akutpsychiatrie ist aber auch anstrengend, weil sie einem ständigen Wandel unterliegt. Die Neurowissenschaften mit dem Gehirn als zentralem komplexen Organ sind ein großes Forschungsfeld, und es gibt fast täglich neue Möglichkeiten der Diagnostik und Therapie. Ein weiterer Aspekt ist, dass die Psychiatrie gesellschaftliche Phänomene widerspiegelt, wie zum Beispiel zuletzt die Corona-Krise mit Patienten, die von Ängsten und Depressionen betroffen sind. Was ich speziell an unserer MEDIAN Klinik schön finde, ist ihr besonderes Konzept. Wir haben vier offen geführte Stationen im Gegensatz zu vielen Akutpsychiatrien mit geschlossenen Abteilungen. Ob Persönlichkeitsstörung, Psychose oder Depression – auf jeder Station werden Patienten mit allen Krankheitsbildern behandelt. Lediglich eine Station ist etwas weniger akut und hat einen psychotherapeutischen Schwerpunkt. Die meisten Patienten fühlen sich bei uns wohl. Und auch als Ärzte arbeiten wir gern hier,

denn es gibt flache Hierarchien und jeder hat die Möglichkeit, neue Ideen einzubringen und neue Therapien zu etablieren.

Was bedeutet für Sie die Vielfalt des Behandlungsangebots bei MEDIAN?

MEDIAN betreibt viele Kliniken mit einem breiten und gleichzeitig hochspezialisierten Angebot. Diese Vielfalt zeigt sich auch bei uns. Obwohl wir ein relativ kleines Haus sind, bieten wir ein sehr breites Spektrum an Behandlungsmöglichkeiten. Unser Schwerpunkt liegt natürlich auf der medizinisch-psychotherapeutischen Behandlung. Aber wir haben zum Beispiel auch eine Kunsttherapie, eine Ergotherapie, eine Musiktherapie und vieles mehr. So schaffen wir es, eine ganzheitliche Behandlung durchzuführen.

Wie erleben Sie Ihre Patienten vor Beginn und am Ende der Krankenhausbehandlung?

Die meisten Patienten kommen in einer psychosozialen Krisensituation oder mit einer akuten oder akut verschlechterten chronisch psychischen Erkrankung zu uns. Manchmal droht sogar eine Gefährdungssituation, wenn Patienten sich selbst oder andere verletzen könnten, wenn sie völlig isoliert oder verwahrlost sind. In den allermeisten Fällen schaffen wir es, die Krise gemeinsam

MEDIAN KLINIK GUNZENBACHHOF BADEN-BADEN

Die MEDIAN Klinik Gunzenbachhof Baden-Baden ist ein Fachkrankenhaus für Psychiatrie und Psychotherapie mit 68 vollstationären Betten, zwölf Tagesklinikplätzen und einer Psychiatrischen Institutsambulanz (PIA). Das Angebot der PIA richtet sich an psychisch kranke Erwachsene, die wegen der Art, Schwere und Dauer	ihrer Erkrankung ein kontinuierliches krankenhaushnahes Therapieangebot benötigen. Für Krisensituationen wird eine 24-stündige psychiatrische Notfallversorgung vorgehalten. Neben ärztlichen und psychologischen Einzeltherapie-Sitzungen stehen den Patienten vielfältige Angebote aus den Bereichen Ergo-,	Kunst-, Bewegungs-, Musik-, Tanz- und physikalischer Therapie zur Verfügung. Mit ihrem psychotherapeutischen Schwerpunkt will die Klinik individuelle Unterstützung dabei bieten, eigene Ressourcen zu nutzen, um wieder ein gesundes, eigenverantwortliches Leben zu führen.
--	--	--

mit dem Patienten zu bewältigen und Probleme im multiprofessionellen Team zu lösen. Das erfordert von uns viel Flexibilität bei der Therapie, denn nicht jeder zeigt Einsicht und Behandlungsbereitschaft. Rund zwei Drittel unserer Patienten können wir mit unseren Mitteln in vier bis sechs Wochen deutlich gebessert entlassen. Durch die Ambulanz und die Tagesklinik, die wir hier am Standort betreiben, haben wir darüber hinaus die Möglichkeit, Patienten auch langfristig kontinuierlich weiter zu begleiten. Da ist es immer wieder erstaunlich, ja sogar wunderbar, wie gut sich manche Menschen und ihre Krankheitsverläufe mit der Zeit entwickeln.

MEDIAN setzt auf höchste Qualität bei der Behandlung seiner Patienten. Was bedeutet dieser Anspruch für die tägliche Arbeit in Ihrem Fachgebiet?

Für mich bedeutet er vor allem, dass die Voraussetzungen für gute Qualität stimmen müssen. Dazu gehört eine Immobilie in gutem Zustand und mit entsprechenden Bettenkapazitäten, eine passende Personaldecke, eine moderne medizinisch-technische Ausstattung, das Binden und Halten von qualifizierten Fachkräften und Therapeuten. Nicht zuletzt gehört für mich zu guter Behandlungsqualität auch eine ausgewogene Küche, denn das Essen tut den Patienten gut und sorgt dafür, dass sie sich bestens aufgehoben fühlen. Zu guter Qualität ge-

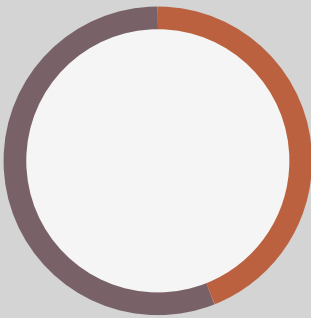
hören aber auch Teamarbeit und kollegialer Austausch. Wir pflegen von Baden-Baden aus Kontakte mit anderen akutpsychiatrischen Kliniken von MEDIAN, zum Beispiel mit Bad Dürkheim mit dem Spezialgebiet posttraumatische Belastungsstörungen.

Welche Herausforderung sehen Sie in den kommenden Jahren auf die Psychiatrie allgemein und ihr Haus im Besonderen zukommen?

Wir werden schon in naher Zukunft – trotz bereits guter Auslastung – mit einer wachsenden Zahl von Patienten umgehen müssen und die Sucht- und Gerontoabteilung möglicherweise erweitern. Darüber hinaus wird für uns die große Herausforderung in den kommenden Jahren sein, diagnostisch, medizinisch und therapeutisch am Ball zu bleiben und mit den Entwicklungen Schritt zu halten. Das gilt auch für geänderte rechtliche Rahmenbedingungen, zum Beispiel wie Menschen mit psychischen Erkrankungen wieder in das gesellschaftliche Leben oder in die Arbeitswelt zu integrieren sind. Dazu kommt der starke Fachkräftemangel, gerade bei Ärzten. Als sprechende Medizin benötigen wir dringend Psychiater mit sehr guten Deutschkenntnissen. Da sehe ich im Moment eine große Herausforderung am Arbeitsmarkt.

SOZIODEMOGRAFISCHE DATEN | PSYCHIATRIE

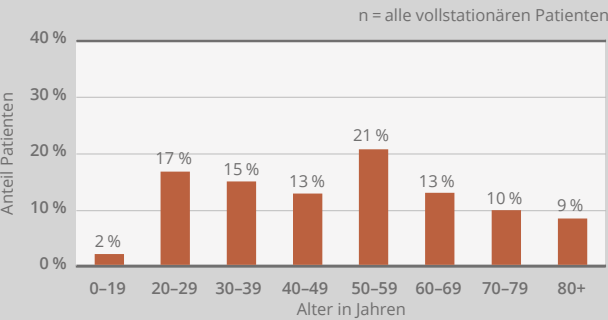
Patientenpopulation nach Geschlecht



2019 wurden in den MEDIAN Einrichtungen **4.401 psychiatrische Patienten** vollstationär behandelt. Davon waren 44 % weiblich und 56 % männlich.

- 44 % weiblich
- 56 % männlich
- 0 % divers

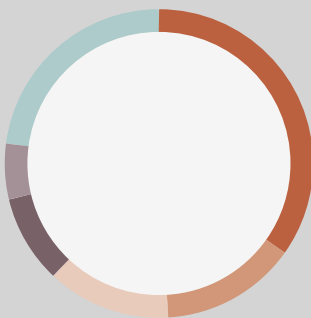
Altersstruktur



Die Anzahl der Patienten verteilte sich relativ homogen auf die verschiedenen Altersgruppen. Die größte Gruppe bildeten mit 21 % die 50- bis 59-jährigen. Das Durchschnittsalter betrug im Jahr 2019 50 Jahre.

Durchschnitt: 50 Jahre

Verteilung der fünf häufigsten Hauptdiagnosen



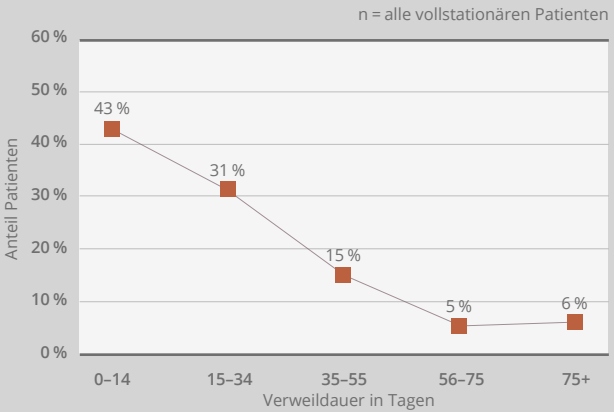
Mit einem Anteil von **35 %** war „**Depression**“ die häufigste Diagnose im Berichtsjahr 2019. Die zweithäufigste Diagnose waren psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol mit 14 %. Insgesamt machten die fünf häufigsten Hauptdiagnosen einen Anteil von 77 % an der Gesamtzahl der Hauptdiagnosen aus.

- 35 % F32/33 Depression
- 14 % F10 psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol
- 13 % F20 Schizophrenie
- 9 % F05 Delir, nicht durch Alkohol oder andere psychotrope Substanzen bedingt
- 6 % F31 Bipolare affektive Störung
- 23 % sonstige Hauptdiagnosen

Verweildauer

Die durchschnittliche Verweildauer in der Psychiatrie betrug 2019 26 Tage. Bei näherer Betrachtung wird schnell deutlich, dass ein **großer Teil der Patienten 14 Tage oder weniger** in den MEDIAN Einrichtungen verbrachte.

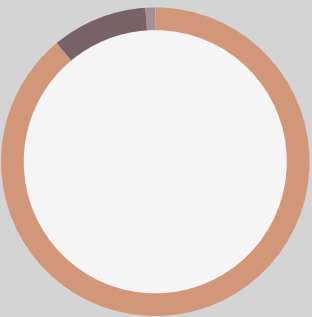
Durchschnitt: 26 Tage



Verteilung der Leistungsträger

Die in den psychiatrischen Kliniken erbrachten Leistungen werden von unterschiedlichen Leistungsträgern übernommen, wobei die **gesetzliche Krankenversicherung** mit **89 %** den deutlich größten Anteil ausmacht.

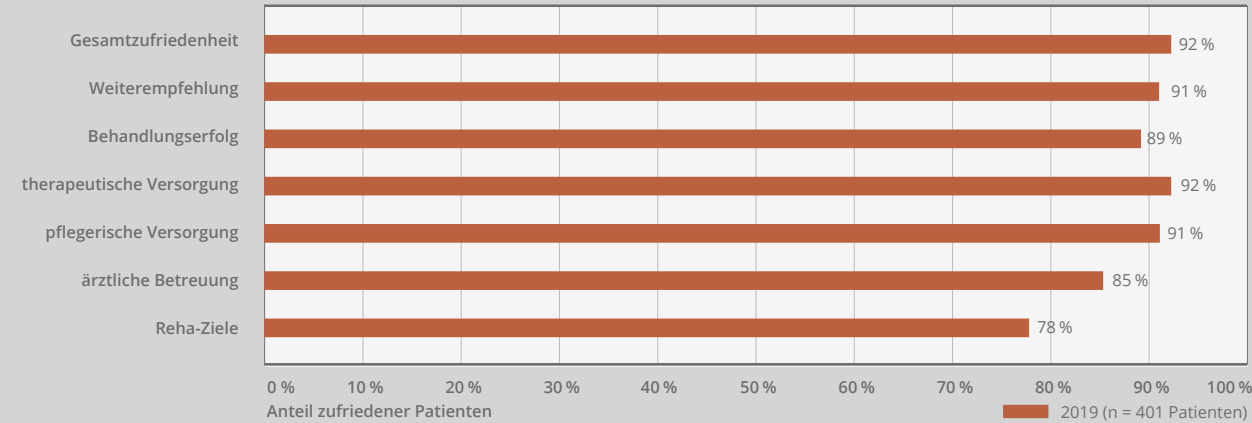
- 0 % gesetzliche Rentenversicherung
- 89 % gesetzliche Krankenversicherung
- 10 % Selbstzahler/Private Krankenversicherung
- 1 % sonstige



Patientenzufriedenheit

In den psychiatrischen Kliniken zeigten sich im Jahr 2019 **92 %** der befragten Patienten **mit dem gesamten Rehabilitationsaufenthalt zufrieden**. Ebenfalls eine

hohe Zufriedenheit mit einem Wert von 92 % ergab sich im Bereich der therapeutischen Versorgung.



ERGEBNISQUALITÄT IN DER PSYCHIATRIE



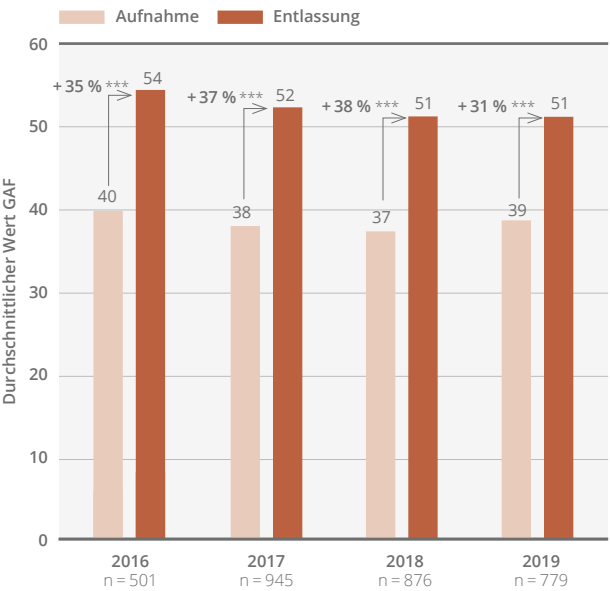
Global Assessment of Functioning – GAF

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 1 und 100 Punkten. Dabei werden jeweils Intervalle in Zehnerschritten abgegrenzt, die eine Aussage über den psychischen Status treffen. 1 bis 10 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):

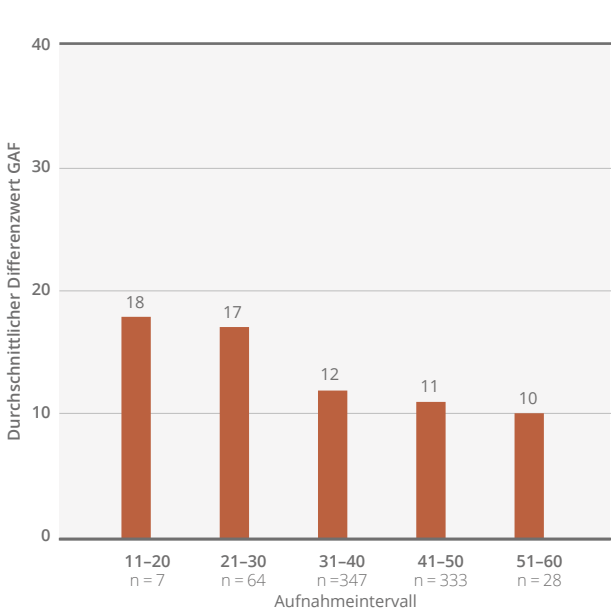
- 91–100: keine Symptome
- 81–90: keine oder nur minimale Symptome
- 71–80: höchstens leichte Beeinträchtigung der sozialen, beruflichen und schulischen Leistungsfähigkeit
- 61–70: einige leichte Symptome, aber im Allgemeinen relativ gute Leistungsfähigkeit
- 51–60: mäßig ausgeprägte Symptome oder Schwierigkeiten bezüglich sozialer, beruflicher oder schulischer Leistungsfähigkeit
- 41–50: ernste Symptome (z. B 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 2016 bis 2019



In der linken Grafik sind die durchschnittlichen Aufnahme- und Entlassungswerte für den GAF dargestellt. Die durchschnittliche Verbesserung im Jahr 2019 lag bei 31 Prozent. Dies entspricht in etwa der Verbesserung der Vorjahre.

Durchschnittliche Differenz zwischen GAF Entlassung und GAF Aufnahme für das Jahr 2019*



In der rechten Grafik ist die Veränderung zwischen dem Entlassungs- und Aufnahmewert des GAF abgebildet. Es ist zu erkennen, dass die größte Verbesserung bei den schwer kranken Patienten (Intervall 11 bis 20) erzielt werden konnte. Patienten, die bei Aufnahme nur 11 bis 20 Punkte erreichten, konnten diese im Durchschnitt um 18 Punkte verbessern. Die meisten Patienten (n = 347) hatten 2019 einen Aufnahme-GAF-Wert zwischen 31 und 40 und konnten diesen um 12 Punkte verbessern.

* nur Intervalle mit mehr als 5 Patienten sind abgebildet
*** signifikanter Unterschied, p < 0.001

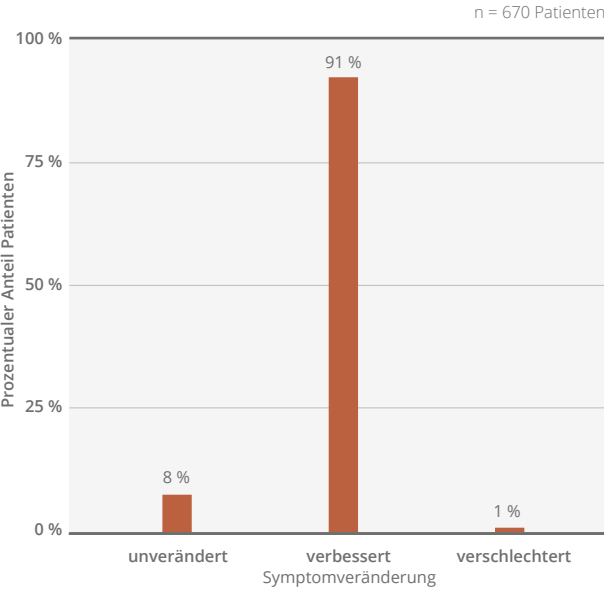


Clinical Global Impression Scale – CGI
Die Clinical Global Impression Scale (CGI) ist eine Fremd-beurteilungsskala von 1976 zur Einschätzung des klini-schen Gesamteindrucks beziehungsweise der globalen Funktionsfähigkeit von Patienten vor und nach einer Intervention (Foelsch et al., 2013). Daher eignet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

Subskala Symptomschwere
Der CGI-Schweregradindex (CGI-S) misst den Schwere-grad der psychischen Erkrankung und wird auf einer 7-stufigen Skala bewertet. Die Frage zu diesem Item lau-tet: „Wenn Sie Ihre gesamte klinische Erfahrung mit die-ser 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

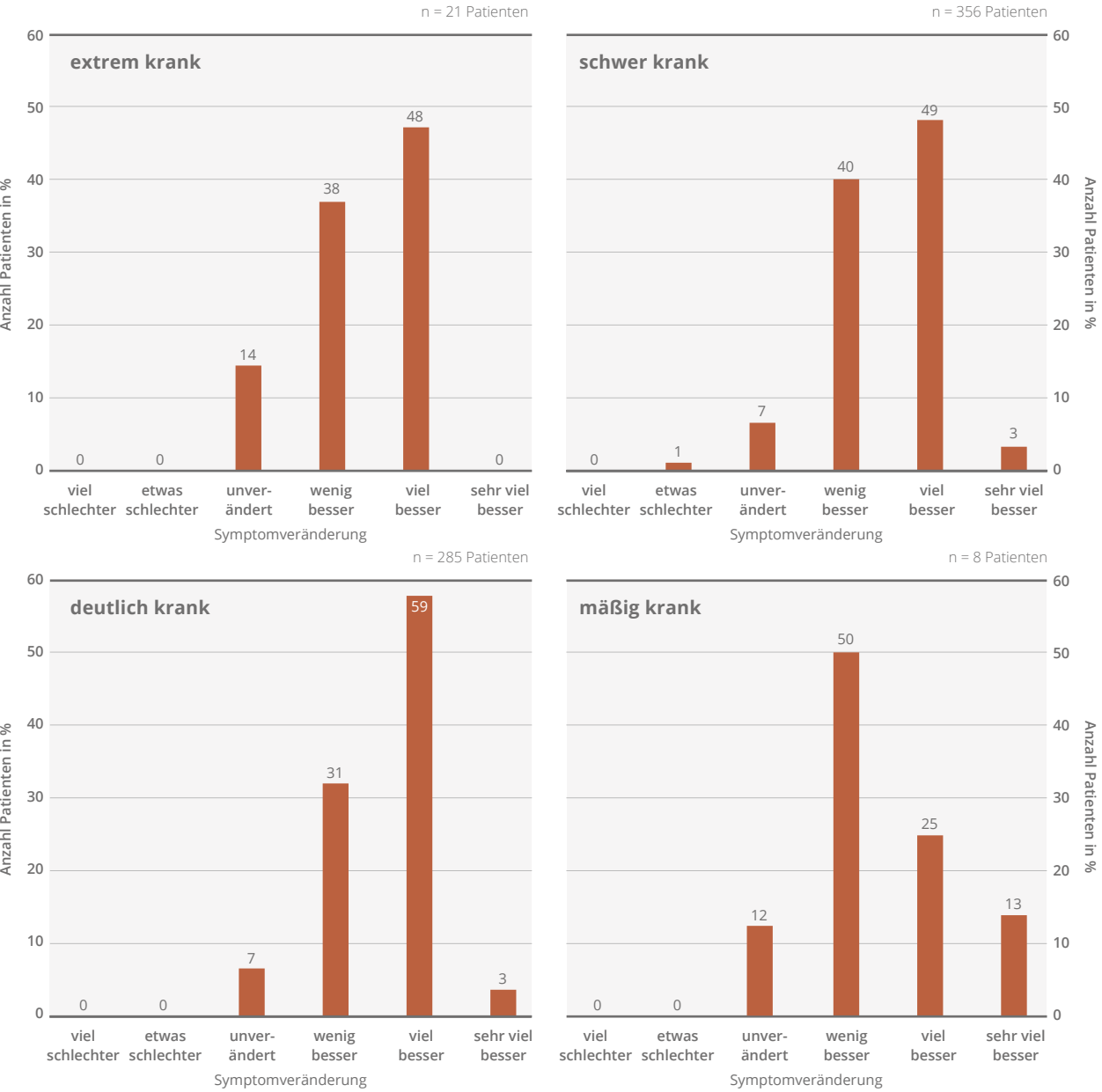
Subskala Symptomveränderung
Beim CGI-Verbesserungsindex (CGI-I) wird der klinische Gesamtzustand des Patienten in Bezug auf den Base-line-Wert auf einer 7-stufigen Skala verglichen. Die Frage dieses Items lautet: „Im Vergleich zum Zustand des Pa-tienten zu Beginn der Behandlung ist der Zustand des Patienten 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*

Veränderung der globalen Funktionsfähigkeit in 2019 gemessen mittels CGI



In der Grafik ist zu erkennen, dass **91 %** der Patien-ten eine Verbesserung der globalen Funktionsfähig-keit erreicht haben. Bei 8 Prozent der Patienten lagen keine Veränderungen der Symptome vor und nur bei einem Prozent haben sich die Symptome verschlechtert.

Symptomveränderung, abhängig von der Symptomschwere bei Aufnahme in 2019 gemessen mittels CGI



Die Grafik ist unterteilt in vier Gruppen, die bei Aufnah-me anhand des CGIs gebildet werden: extrem kranke, schwer kranke, deutlich kranke und mäßig kranke Pa-tienten. Die meisten Patienten befinden sich am Anfang der Rehabilitation in der Gruppe der schwer oder deut-lich 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 kei-ne Veränderung vor und nur bei vereinzellen Fällen ha-ben sich die Symptome verschlechtert. Ähnlich sieht es in der Gruppe der deutlich Kranken aus.

Zu den Gruppen der extrem Kranken beziehungsweise der mäßig Kranken zählen nur einige wenige Patienten. Auch hier haben sich die Symptome fast immer verbes-sert. Eine Verschlechterung der Symptomatik gab es hier nie und nur bei insgesamt vier Patienten aus diesen bei-den Gruppen lag keine Veränderung vor.

* In den Grafiken nicht abgebildet, da keine Patienten mit diesem Veränderungswert vorhanden.

Anzahl der Einrichtungen

4



PÄDIATRIE

SCHWERPUNKTE IN DER PÄDIATRIE



In den vergangenen Jahren ist die Zahl chronischer Erkrankungen von Kindern und Jugendlichen angestiegen. Körperliche und psychische Beeinträchtigungen können die Entwicklung eines Kindes negativ beeinflussen und sich langfristig auf dessen Lebensqualität und Leistungsfähigkeit auswirken. Für eine erfolgreiche Behandlung bieten die MEDIAN Kliniken spezielle Rehabilitationsleistungen für Kinder und Jugendliche an. Junge Patienten lernen, sich auf die selbstständige Bewältigung ihres Lebens einzustellen und ihre Fähigkeiten der gesundheitlichen Situation anzupassen. Insbesondere kranke Kinder und Jugendliche brauchen im Alltag eine klare Zielsetzung sowie Beständigkeit. Deswegen erleben sie im Rahmen der Rehabilitation einen strukturierten Tagesablauf mit einer gesunden Mischung aus Sport, Spiel und Schule sowie eine intensive Betreuung durch Ärzte, Psychologen, Therapeuten, Ernährungsberater und Erzieher. Für eine bestmögliche Rehabilitation sind alle Therapie- und Freizeitangebote eng miteinander verbunden und bilden ein ganzheitliches Behandlungskonzept.

In manchen Fällen können Rehabilitationsmaßnahmen für Kinder und Jugendliche auch in Begleitung eines Elternteils durchgeführt werden.

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 steigern. Um dies zu erreichen, stellen die MEDIAN Kliniken Behandlungskonzepte auf höchstem medizinischem Niveau für unterschiedliche körperliche und psychische Erkrankungen zur Verfügung, die mit großer Fachkompetenz für die jeweiligen Indikationen umgesetzt werden.

„MEDIAN IST FÜR DIE GANZE FAMILIE DA“

Dr. Milan J. Meder
Chefarzt an der Klinik
für Kinder und Jugendliche der
MEDIAN Klinik Bad Gottleuba



Kinder haben ein unglaubliches Entwicklungspotenzial, sagt Dr. Milan J. Meder. Ihnen zu helfen, dieses Potenzial auszuschöpfen, sieht der Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie -psychotherapie als zentrale Aufgabe seines Teams in der MEDIAN Klinik Bad Gottleuba an. Unter seiner Leitung werden Kinder und Jugendliche, die unter seelischen oder chronischen Erkrankungen leiden, über rund sechs Wochen zusammen mit Gleichaltrigen stationär behandelt. In Gruppengesprächen kommen sie ihrer Erkrankung auf die Spur, gewinnen Selbstvertrauen, erleben gemeinsam die Natur der Sächsischen Schweiz – und verlassen die Klinik als eigenständige Persönlichkeiten, die ihr Leben selbst in die Hand nehmen. Diese Entwicklung fasziniert Dr. Meder, selbst Vater zweier Kinder, immer wieder aus Neue.

Herr Dr. Meder, die Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen ist MEDIAN sehr wichtig. Denken Sie, dass Ihre Fachrichtung in Deutschland genügend gewürdigt wird?

Der Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie ist ein spezieller, in Deutschland sehr seltener Facharzt. Bei manchen Indikationen gibt es eine Warteliste von knapp einem Jahr. Die Nachfrage ist unheimlich groß. Die Kinder werden aus der gesamten Bundesrepublik zu uns überwiesen, weil es nur sehr wenige Kliniken dieser Art gibt. Insofern bin ich der Meinung, dass diese Fachdisziplin immens wichtig ist.

Was sind die Schwerpunkte und Besonderheiten Ihrer Tätigkeit?

Die Facharzttrichtung ist für die Leitung einer solchen Klinikstruktur sehr wichtig, weil es viele psychosomatische Krankheitsbilder gibt, zum Beispiel ADHS, Essstörungen und emotionale Störungen. Weitere Schwerpunkte sind die Sucht nach Medien und Sprachstörungen, darüber hinaus die Bereiche Ernährung, Adipositas und Bewegung. Bei uns begleitet immer ein Arzt oder eine Ärztin den gesamten Prozess – von der Aufnahme bis zur Entlassung. Hier unterscheidet sich die Rehabilitation komplett von einer Akutklinik. Wir erfahren genau, ob das, was wir verordnet haben, auch erfolgreich war.

Welche Fortschritte erleben Sie bei den Kindern und Jugendlichen im Laufe ihrer Rehabilitation?

Die Kinder bauen während Ihres etwa sechswöchigen Aufenthaltes bei uns Kontakte zu anderen Kindern auf und knüpfen Freundschaften. Anders als in anderen Einrichtungen gibt es gruppentherapeutische Ansätze, eigene Schwimmbäder, Erlebnispädagogik in der Natur und Vertrauensspiele zur Steigerung des Selbstbewusstseins. Nach der stationären Behandlung entwickeln sich eigenständige Persönlichkeiten, die ihr Leben selbst in die Hand nehmen. Hier merken wir, dass der Beruf viel bewegen kann und wir den Kindern etwas Gutes tun. Die Kinder verlassen die Klinik oft ohne psychische Probleme – oder aber die Probleme sind deutlich gemindert. Kinder haben ein unglaubliches Entwicklungspotenzial. Ihnen zu helfen, an dieses Potenzial zu kommen, sehe ich als unsere zentrale Aufgabe.

Können Sie uns das an einem Beispiel veranschaulichen?

Ich denke zum Beispiel an einen Fall aus der Psychiatrie: Ein 17-Jähriger legte seinen Kopf immer wieder auf die S-Bahn-Gleise, weil er mit den Nerven am Ende war. Er wurde zu uns eingewiesen, und wir stellten fest, dass er als Erstgeborener zu wenig Aufmerksamkeit von seiner Mutter erhielt. Die Mutter widmet sich nur den jüngeren

MEDIAN KLINIK BAD GOTTLEUBA

Die MEDIAN Klinik Bad Gottleuba ist eine der traditionsreichsten Rehabilitationseinrichtungen in Deutschland, die zahlreiche Fachkliniken an einem Standort vereint. Neben der Klinik für Kinder und Jugendliche sowie der Familienklinik gehören hierzu eine Klinik für Orthopädie, Traumatologie und Osteologie, eine Klinik für Gastroenterologie und Stoffwechselerkrankun-

gen, eine Klinik für Kardiologie sowie eine Klinik für Psychosomatik. Die pädiatrische Klinik nimmt Kinder und Jugendliche im Alter von 6 bis 18 Jahren auf, die für rund sechs Wochen in altersgleichen Gruppen untergebracht sind. Der Schwerpunkt des Hauses liegt bei psychischen und psychosomatischen Erkrankungen, doch es gibt auch Rehabilitationsmög-

lichkeiten bei Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates, chronischen Darm-erkrankungen sowie Adipositas. Jüngere Kinder können zusammen mit ihren Eltern in der 2001 gegründeten, in Sachsen einzigartigen Familienklinik aufgenommen werden. So können die Angehörigen in die Therapien einbezogen oder bei eigenen Erkrankungen ebenfalls behandelt werden.

Geschwistern. Ein Geschwisterkind hatte ADHS, das andere Schulprobleme. Nachdem dies den Eltern gespiegelt wurde, war der junge Mann nie wieder in der Jugend-Psychiatrie.

Was zeichnet MEDIAN in Bezug auf die Kinder- und Jugendpsychiatrie aus?

Ich bin sehr froh, dass MEDIAN die Klinik in Bad Gottleuba gekauft hat, da es ein sehr komplexes und weitläufiges Gelände ist. Sie finden hier eine große Kardiologie, Gastroenterologie, Orthopädie und Psychosomatik. Dies hat den Vorteil, dass gegebenenfalls mehrere Familienmitglieder an einem Standort betreut werden können. So könnte zum Beispiel der herzkranke Opa auf der Kardiologie behandelt werden und zeitgleich könnte das Enkelkind mit einer psychischen Erkrankung in unsere Klinik kommen. Derartige Strukturen sind selten in Deutschland. Auch in schwierigen Konstellationen, etwa bei Drillingen, wird eine gemeinsame Aufnahme und Behandlung bewilligt. Kurzgefasst ist MEDIAN für die ganze Familie da.

Bei MEDIAN gibt es bei psychischen Problemen keine schnelle Ruhigstellung durch „chemische Zwangsjacken“ wie in einigen anderen Einrichtungen. Wir ermöglichen es, Depressivität und Suizidalität mit Vertrauen zu behandeln, und therapeutische Maßnahmen helfen, eine medikamentöse Therapie abzusetzen.

Worin besteht für Sie das MEDIAN Qualitätsversprechen im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie?

Für mich ist es sehr wichtig in einem Unternehmen zu arbeiten, das hohe Anforderungen an seine Qualität stellt. Qualität gehört zur DNS von MEDIAN. Das gilt natürlich auch für den Kinder- und Jugendbereich. Es gibt viele Außenkontrollen der Kostenträger, was bedeutet, dass wir immer wieder mit Überprüfungen durch die DRV rechnen müssen. Und natürlich wollen wir auch selbst eine hohe Qualität in unserer Klinik sicherstellen, weshalb wir regelmäßig interne Audits durchführen: Jedes Zimmer wird angeschaut, und es wird mit dem gesamten Personal gesprochen – von den Pflegenden bis zum Chefarzt. Weiterhin werden auch mit jeweils zehn Erwachsenen und Kindern lange Gespräche geführt und später ausgewertet. Hier sollen vor allem die Zufriedenheit mit der Betreuung und das Ergebnis der Behandlung erfragt werden.

Im Medical Board Kinder- und Jugendrehabilitation, einem internen Fachgremium, tauschen sich Psychiater und Pädiater regelmäßig über fachliche Themen aus und überlegen, wie diese für ganz MEDIAN allgemeingültig gefasst werden können. Außerdem sind wir – und darin sind wir einmalig – eine echte Familienklinik in Sachsen. Wir behandeln nicht nur unsere jungen Patienten, sondern sehen uns auch die Eltern und Geschwister an, was wiederum dem betroffenen Kind hilft. Ich selbst bin zufrieden, wenn ein Kind, das mit Depressionen zu uns kommt, die Klinik nachhaltig gestärkt ohne Depressionen wieder verlassen kann. Das zeigt mir, dass das Ziel der Behandlung erfolgreich erreicht wurde – und es freut mich auch ganz persönlich.

„DEN SCHWEINEHUND AUS DEM HAUS LOCKEN“



Kerstin Kannewitz
Staatlich anerkannte
Erzieherin an der
MEDIAN Kinderklinik
„Am Nicolausholz“
Bad Kösen

Vom Frühstück bis zur Bettruhe begleiten Kerstin Kannewitz und ihre Kolleginnen die jungen Patienten in der MEDIAN Kinderklinik „Am Nicolausholz“ Bad Kösen durch ihren Therapietag. Gemeinsam gehen sie essen, basteln im Kreativraum, treiben Sport, wandern oder planen Discoabende. Auch bei Sorgen oder Problemen hat die Erzieherin ein offenes Ohr – denn eine Reha fordert den Kindern und Jugendlichen einiges ab. Dass anschließend ein besseres, gesünderes Leben auf sie wartet, müssen viele erst einmal lernen. Hierbei sind auch die Eltern gefordert, sagt Kerstin Kannewitz, denn wieder zu Hause heißt es: dranbleiben und weiter auf gesunde Ernährung, ausreichend Bewegung oder die regelmäßige Kontrolle des Diabetesstoffwechsels achten.

Frau Kannewitz, Sie haben uns vorab verraten: Ein Bürojob wäre nichts für Sie. Warum ist Ihr Beruf als Erzieherin in einer Kinder-Rehaklinik genau der richtige?

Mein Beruf ist deshalb so interessant, weil ich gern mit Menschen arbeite, vor allem mit Kindern. Das Spannende hier bei MEDIAN ist: In der Reha sehe ich einen Anfang und ein Ende. Die Kinder kommen immer mit einem Problem zu uns, und wenn sie dann nach Wochen nach Hause fahren, sind sie ganz andere Persönlichkeiten geworden. Das finde ich faszinierend. Außerdem ist die Arbeit vielseitig und nicht so eintönig wie im Büro, wir sind zum Beispiel viel an der frischen Luft. Es fallen natürlich trotzdem Sachen am Computer an, aber es ist eben nicht Tag für Tag das gleiche. Es gibt immer andere Herausforderungen, denn die Kinder und

Jugendlichen sind zwischen vier und sechs Wochen bei uns – eine lange Zeit.

Was machen Sie und Ihre Kolleginnen mit den jungen Patienten, wie können wir uns Ihren Tag vorstellen?

Wir begleiten die Kinder und Jugendlichen bei allen Sachen, die so anfallen. Wir gehen gemeinsam zu den Mahlzeiten und bieten zwischen den Therapien kreative Tätigkeiten an, zum Beispiel in unserem Kreativraum. Hier sind zwar am liebsten die Mädchen, aber auch die Jungen haben tolle Ideen, die sie zum Teil als Gruppenaufgabe lösen. Ansonsten gehen sie in ihrer Freizeit gern in die Schwimm- und Turnhalle, um sich dort auszutoben. Wir gehen aber auch raus, etwa zum Wandern. Und am Wochenende, wenn keine Therapien durchgeführt werden, unternehmen wir kleine Ausflüge – was natürlich während

der Corona-Zeit schwieriger ist, aber inzwischen haben wir wieder einige Möglichkeiten und können zum Beispiel zur Rudelsburg wandern. Einmal in der Woche haben wir unseren festen Termin, den nennen wir Zwischenrunde. Dann besprechen wir mit den Jugendlichen alle wichtigen Dinge. Wir erklären die Angebote für das Wochenende und die Jugendlichen können ihre Wünsche, vielleicht auch mal Sorgen äußern. Viel hängt natürlich davon ab, wie sie sich untereinander verstehen. Wenn es zum Beispiel eine Gruppe ist, die gern tanzt, organisieren wir eine Party. Wenn die Sonne scheint, gehen wir ins Gelände zu unserem Amphitheater oder bei Regen in den Keller. Dort gibt es schöne Räume zur freien Nutzung.

MEDIAN hat ein klares Ziel: die Behandlungsqualität stetig zu verbessern und deutschlandweit Qualitätsführer zu bleiben. Gibt es in Ihrem Arbeitsbereich Parameter, die Qualität messbar machen?

Ich denke, das merkt man schon daran, wie die Kinder sich uns Mitarbeiterinnen gegenüber verhalten, wie sie mit uns sprechen und wie respektvoll der Umgang ist. Wir können nur dafür sorgen, dass sie sich wohlfühlen. Deshalb ist zum Beispiel die Zwischenrunde so wichtig. Die Kinder und Jugendlichen lernen, ihre Sorgen und Nöte zu äußern. Das ist auch für mich ein echtes Barometer, an dem ich sehen kann, wie es ihnen gerade geht. Am Ende der Rehabilitation füllen sie einen Fragebogen aus, in den eingetragen wird, wie sie die Zeit hier erlebt haben, was ihnen gefallen hat und was sie nicht so gut

fanden. Sie können uns auch benoten. Diese Benotung ist natürlich auch davon abhängig, was die Kinder für eine „Baustelle“ mitgebracht haben. Kürzlich hatten wir eine Abreise, bei der uns alle durchweg gut bewertet haben. Das war eine tolle Truppe, sie haben super mitgemacht und wollten überall dabei sein. Das hat richtig gut funktioniert.

Eine Reha fordert Kindern und Jugendlichen aber auch einiges ab. In einer fremden Umgebung müssen sie lernen, ihre Erkrankung in den Griff zu kriegen, was auch Anstrengung und Verzicht bedeutet. Wie gehen Sie mit dem Frust um, der da entsteht?

Manchmal kann es schon schwierig werden, zum Beispiel bei stark übergewichtigen Jugendlichen. Wir fordern einiges von ihnen: Sie müssen aus ihrer Komfortzone rauskommen, sie müssen plötzlich etwas Neues machen, und sie müssen auf die Sachen verzichten, die zu dem Zustand geführt haben, in dem sie sich befinden. Dann sind wir in ihren Augen natürlich nicht unbedingt die besten Erzieher. Man kann aber im Gespräch versuchen, ihnen das zu erklären. Das ist manchmal eine Gratwanderung, aber wir müssen ihnen immer vor Augen halten, dass die Reha – alles, was sie hier lernen, die Schulungen und Programme – ein Startschuss ist, damit sie dieses gesündere Leben anschließend fortführen können.

Deshalb sind auch die Eltern gefordert. Die Jugendlichen bekommen in den Schulungen Hefter mit vielen Hinweisen, die sie zu Hause anschauen können. Gemeinsam



mit ihren Eltern sollen sie sich die Inhalte aneignen. So wissen alle, wie sie nach der Reha am besten weitermachen. Gerade bei übergewichtigen Kindern ist das wichtig, denn hier bei uns schnell mal 16 bis 20 Kilo abzunehmen, wäre für den Körper überhaupt nicht gesund, weil die Organe mit dem schnellen Gewichtsverlust nicht Schritt halten könnten. Es ist also ganz wichtig, zu Hause dranzubleiben.

In Ihrer Klinik begegnen Kinder und Eltern Gleichgesinnten. Hilft auch dieser Austausch bei der Bewältigung der Erkrankung?

Auf jeden Fall, denn sie erleben hier Verständnis. Eltern von Diabetikern, die im eigenen Umfeld keinen anderen Diabetiker kennen, haben uns zum Beispiel schon ganz oft berichtet, dass es Schwierigkeiten gibt, wenn die Kinder sich in der Öffentlichkeit spritzen oder testen müssen. Davor haben die Kinder große Hemmungen. Wenn sie dann hier die Sorgen und Nöte der anderen hören, ist es unheimlich heilsam zu sehen: Ich bin damit nicht alleine.

Man braucht – das kennen wir auch von uns selbst – immer ein Zugpferd, einen, der den inneren Schweinehund

aus dem Haus lockt und sagt: Jetzt gehen wir raus, jetzt machen wir was. Menschen haben in der Gruppe einfach mehr Spaß. Wenn ich alleine durch den Wald wandere, ist es bei Weitem nicht so lustig wie mit anderen zusammen. Viele Eltern sind sehr traurig, wenn die Diagnose ihres Kindes noch relativ frisch ist. Hier hören sie von den anderen: Es kann trotzdem gut werden, es kann trotzdem gut sein. Man merkt von Tag zu Tag, wie sie von den anderen Eltern gestärkt werden. Auch die Schulungen für Begleitpersonen nehmen Ängste und stärken das Selbstbewusstsein.

Was denken Sie: Wo liegen in den nächsten Jahren die Herausforderungen in Ihrem Beruf?

Wir erleben unter anderem, dass immer mehr Begleitpersonen zusammen mit ihren Kindern eine Reha beginnen. Das ist auch durchaus sinnvoll und für die Kinder besser als ein Aufenthalt allein. Es wird dadurch aber zu einer anderen Art von Begegnung in der Therapie kommen. Wir merken, dass wir immer mehr erklären müssen: Das ist eine neue Herausforderung.

MEDIAN KINDERKLINIK „AM NICOLAUSHOLZ“ BAD KÖSEN

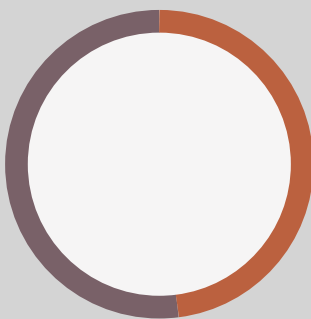
Die Kinderklinik „Am Nicolausholz“ Bad Kösen ist spezialisiert auf die Behandlung und Betreuung von Kindern und Jugendlichen mit chronischen oder langfristig andauernden Erkrankungen. Hierzu zählen unter anderem Atemwegs- und Hauterkrankungen, Adipositas, Diabetes mellitus, Erkrankungen des Bewegungsapparates, Rheuma, Skoliose sowie Magen-Darm-Erkrankungen.

Auch die begleitenden Eltern werden in die Behandlung einbezogen und im Umgang mit der Erkrankung ihres Kindes geschult. Ein multiprofessionelles Team aus Medizinerinnen, Kinderkrankenschwestern, Physiotherapeuten, Diätassistentinnen, Ergotherapeuten, Motopäden, Pädagogen, Psychologen und Sozialpädagogen kümmert sich gemeinsam um die jungen

Patienten und die Umsetzung der individuell erstellten Therapiepläne. Ebenfalls im Gebäude befindet sich das MEDIAN Jugendhaus „Am Nicolausholz“ Bad Kösen, das Heimplätze für 30 Jugendliche und ältere Kinder mit Diabetes mellitus Typ I und anderen chronischen Erkrankungen bietet.

SOZIODEMOGRAFISCHE DATEN | PÄDIATRIE

Patientenpopulation nach Geschlecht

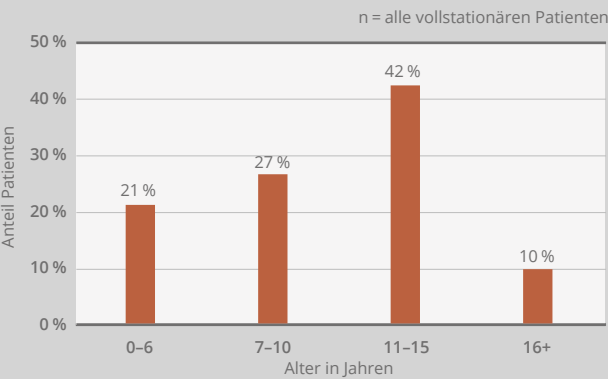


Von den im Jahr 2019 **2.841 behandelten Kindern und Jugendlichen** waren 48 % weiblich und 52 % männlich.

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

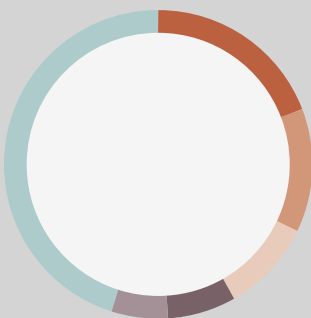
Altersstruktur

Durchschnitt: 10 Jahre



Das Durchschnittsalter unserer pädiatrischen Patienten lag 2019 bei 10 Jahren. Mit ca. 42 % machte die Gruppe der 11- bis 15-jährigen den größten Anteil aus. Aber auch viele jüngere Patienten wurden in einer MEDIAN Klinik behandelt: So bildete die Gruppe der 0- bis 6-jährigen einen Anteil von 21 % und die Gruppe der 7- bis 10-jährigen einen Anteil von 27 %.

Verteilung der fünf häufigsten Hauptdiagnosen



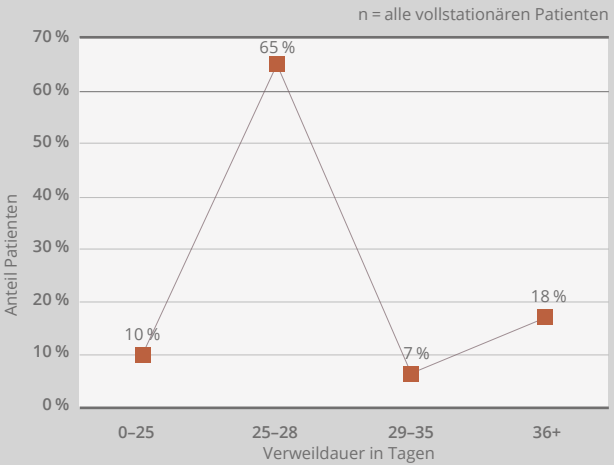
Bei den fünf häufigsten Hauptdiagnosen in der Pädiatrie machte Adipositas mit 19 % den größten Anteil aus. Am zweithäufigsten wurde Diabetes mellitus, Typ 1 diagnostiziert (10 %). Der Anteil von 45 % sonstigen Hauptdiagnosen zeigt die Vielfalt der Erkrankungen in diesem Fachgebiet.

- 19 % E66 Adipositas
- 13 % F93 Emotionale Störungen des Kindesalters
- 10 % E10 Diabetis mellitus, Typ 1
- 7 % M41 Skoliose
- 6 % J45 Asthma bronchiale
- 45 % sonstige Hauptdiagnosen

Verweildauer

Durchschnitt: 31 Tage

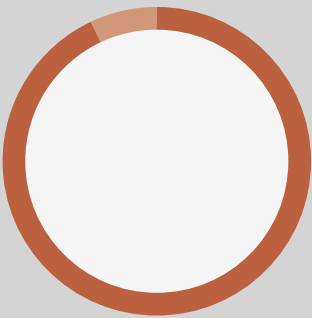
Die Mehrheit der behandelten Kinder und Jugendlichen **(65 %) blieb 25 bis 28 Tage** in einer MEDIAN Einrichtung. 18 % blieben 36 Tage oder länger in Behandlung.



Verteilung der Leistungsträger

Bei der Verteilung der Leistungsträger machte die **gesetzliche Rentenversicherung mit 93 %** den mit Abstand größten Anteil aus. Dies lässt sich darauf zurückführen, dass sich in der Pädiatrie die meisten Patienten (nämlich Kinder und Jugendliche) im erwerbsfähigen Alter befinden bzw. dieses noch erreichen werden.

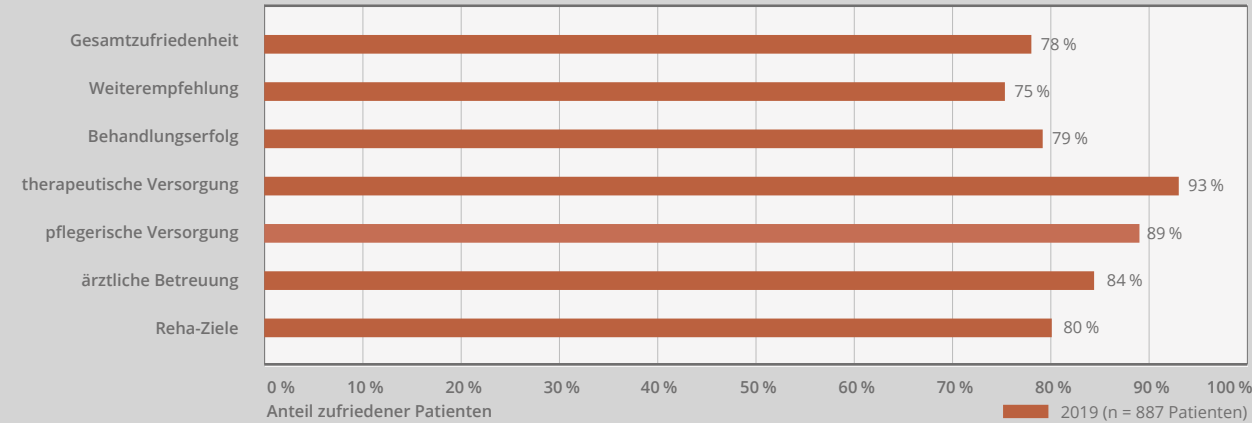
- 93 % gesetzliche Rentenversicherung
- 7 % gesetzliche Krankenversicherung
- 0 % Selbstzahler/Private Krankenversicherung
- 0 % sonstige



Patientenzufriedenheit

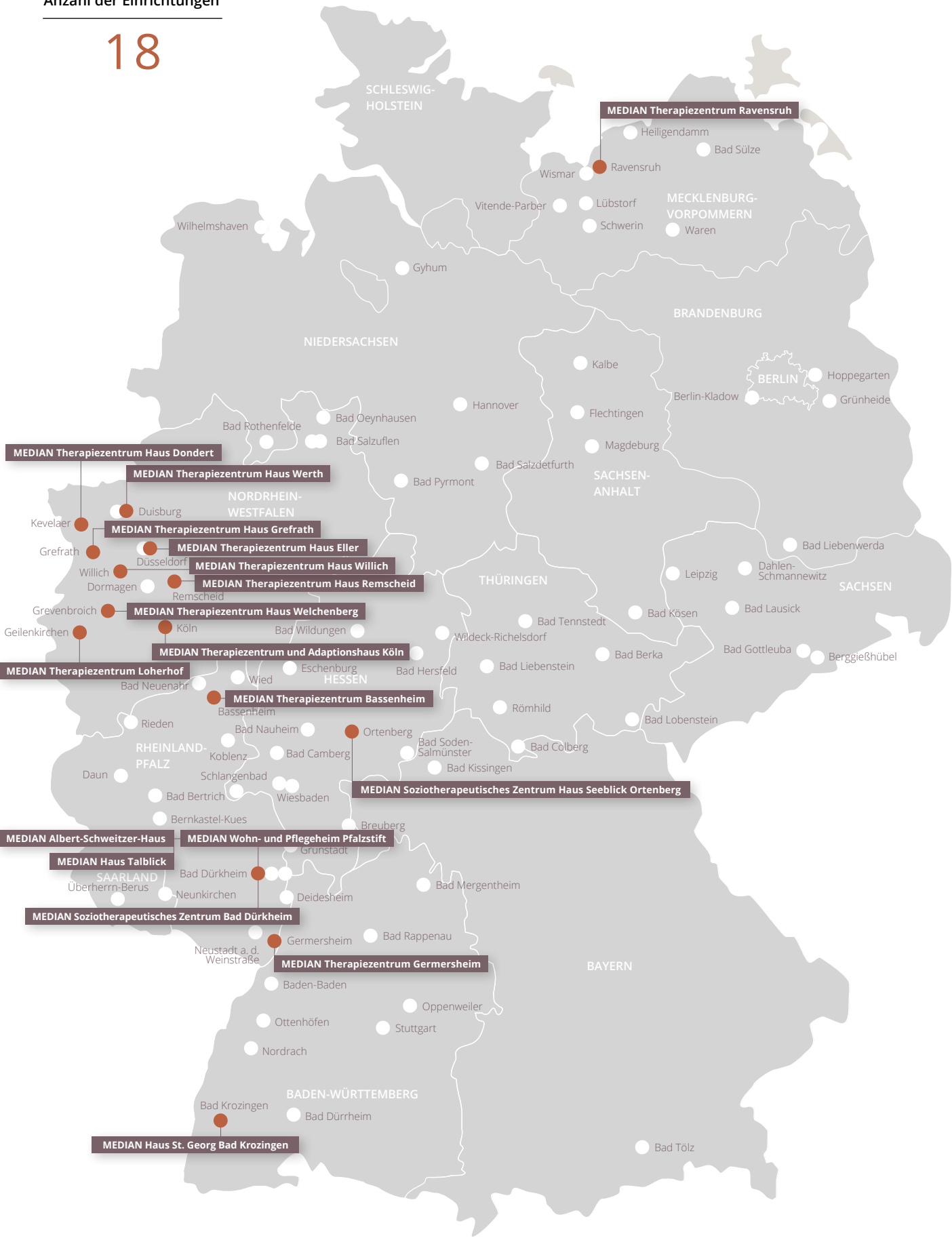
Auch in der Pädiatrie konnten in allen Bereichen der Patientenzufriedenheit gute Werte erreicht werden. Wieder

erzielte die **therapeutische Versorgung mit 93 %** den besten Wert in dieser Kategorie.



Anzahl der Einrichtungen

18



SCHWERPUNKTE IN DER SOZIOTHERAPIE



Zur Behandlung chronisch-psychisch Erkrankter stehen Therapiezentren der Soziotherapie zur Verfügung. Die meisten der Patienten sind alkohol- und/oder medikamentenabhängige Menschen, doch gerade bei jüngeren Klienten dominieren neben der Abhängigkeit von einer Substanz zunehmend auch politoxe Abhängigkeitsmuster.

Viele chronisch abhängige Menschen weisen einen hohen Grad an Multimorbidität auf. Oft werden Suchtmittel im frühen Stadium der Abhängigkeitsentwicklung als Selbstmedikation zur Regulierung von psychischen Beeinträchtigungen genutzt. Mit zunehmendem Substanzmissbrauch können sich diese verstärken und zu weiteren emotionalen, kognitiven, neurologischen und körperlichen Veränderungen oder psychischen Erkrankungen führen. Häufig werden diese Prozesse von ein-

schneidenden Lebensereignissen begleitet wie dem Verlust familiärer Bindungen, des Arbeitsplatzes, der Wohnung, aber auch zunehmend sozialen Beeinträchtigungen, Vereinsamung, Schulden oder Verwahrlosung. Um der Komplexität der unterschiedlichen Störungsbilder gerecht zu werden, bieten soziotherapeutische Therapiezentren ein multifokales Betreuungsangebot an, welches pädagogisch-educative, psychotherapeutische, arbeits- und beschäftigungstherapeutische, medizinisch-pflegerische und strukturgebende Behandlungsmethoden umfasst. Darüber hinaus verfügen die einzelnen soziotherapeutischen Einrichtungen über individuelle Schwerpunkte und Spezialisierungen. Neben der Suchthilfe gibt es bei MEDIAN zwei weitere Soziotherapeutische Einrichtungen, welche sich an Menschen mit geistigen und psychischen Beeinträchtigungen richten.

„WIR GEBEN EINEN GESUNDEN RAHMEN“

Der Name der Ambulanten Tagesstruktur ist für Heinz Melles und seinen Kollegen Danny Richter Programm. Denn die abhängigkeiterkrankten Menschen, die in die Duisburger MEDIAN Einrichtung kommen, brauchen in ihrem Leben genau das: eine feste Struktur, die ihnen selbst Halt und ihren Tagen Sinn gibt. Gemeinsam wird gegessen, gebastelt, eingekauft, Yoga geübt oder am Computer gearbeitet. Koch Danny Richter zeigt den Klienten, wie sie sich selbst leckere Gerichte zubereiten können. Über all dies kommt man ins Reden – und auch das ist essenziell für die meist älteren Männer und Frauen, die ihre Tage ansonsten allein verbringen. In den ersten Corona-Wochen war die Einrichtung ihnen eine besonders wichtige Stütze. Bot sie doch, was durch Pandemie und Lockdown so plötzlich verloren ging: Kontakte und Kontinuität.

Heinz Melles Mitarbeiter in der Ambulanten Tagesstruktur	Danny Richter Koch am MEDIAN Therapiezentrum Haus Werth in Duisburg
--	---

Herr Melles, wer kommt zu Ihnen in die Ambulante Tagesstruktur und wie unterstützen Sie diese Menschen?

Heinz Melles: Meine Kollegen und ich unterstützen unsere Klienten auf dem Weg in ein suchtmittelfreies Leben. Zu uns kommen vor allem ältere Menschen, die nicht mehr berufstätig sind. Einige wohnen allein, andere in einer WG und wieder andere hier um die Ecke im Betreuten Wohnen. Wir helfen ihnen dabei, ihren Tagesablauf zu strukturieren und tragfähige Kontakte zu knüpfen – die wichtigsten Voraussetzungen, um abstinent zu bleiben. Wir kaufen gemeinsam ein, kochen und machen Freizeitangebote. Ziel ist es, unseren Klienten einen „gesunden“ Rahmen zu geben, denn als Rentnern fällt ihnen zu Hause oft die Decke auf den Kopf. Manche kommen nur wenige Monate zu uns, viele aber auch mehrere Jahre. Wir begleiten sie also über einen langen Zeitraum und sind sehr nah dran an ihrem Leben.

Wie läuft ein Tag bei Ihnen ab – gibt es feste Angebote oder ist jeder frei in seiner Freizeitgestaltung?

Melles: Unsere Klienten kommen mehrmals in der Woche, meist gegen 11 Uhr, und können dann machen, worauf sie Lust haben. Einmal in der Woche kochen und frühstücken wir, manchmal unternehmen wir etwas gemeinsam

oder es gibt Thementage, so wie heute den Kreativtag. Sie können sich aber auch einfach nur unterhalten, entspannen, Schach spielen oder sich anders beschäftigen. Wir haben beispielsweise einen Werkraum, in dem man sich nach Lust und Laune betätigen kann.

Herr Richter, was ist Ihre Aufgabe im MEDIAN Haus Werth?

Danny Richter: Ich bin seit zwei Jahren der Koch hier. Angefangen habe ich mit einer Helferstelle, dann hat unsere Köchin aufgehört und seitdem mache ich den Job. Ich koche mit den Bewohnern zusammen und zeige ihnen, wie sie auch alleine einfache Gerichte zubereiten können. Für viele ist das eine große Herausforderung: pünktlich da sein, sich umziehen, den Salat fertig machen, alleine Frikadellen braten. Es ist ein schönes Gefühl, wenn ich es schaffe, dass ihnen all das schließlich gelingt. Wir haben zum Beispiel einen Bewohner, für den es früher undenkbar gewesen wäre, alleine zu kochen, zu würzen, abzuschmecken. Hier hat er seine Panik überwunden, und er hat über das ganze Gesicht gestrahlt. Oder Menschen, die andauernd dissoziieren – dass die irgendwann alleine kochen können und meine Hilfe auch annehmen, das ist ein gutes Gefühl und geht mir schon sehr nah.



Was hat Sie beide zu Ihren Berufen motiviert?

Melles: Bei mir war es ein langer Weg und eigentlich ein großer Zufall. Ursprünglich bin ich gelernter Bäcker, nach meinem ersten Arbeitsjahr ging ich zur Bundeswehr. Anschließend war ich 16 Jahre Klempner. Dann wurde ich selber suchtkrank und habe eine Tagesbetreuung in Anspruch genommen. Weil ich sowieso nicht mehr in meinen alten Beruf zurück wollte, habe ich angefangen, im Auftrag einer Wohnungsgesellschaft ältere Menschen zu betreuen. Ich habe für sie Erledigungen gemacht, eingekauft und ihnen beim Kaffeetrinken Gesellschaft geleistet. Vor sechs Jahren fragte mich dann meine damalige Betreuerin, ob ich Lust hätte, auch hier in der Tagesstruktur Assistenzleistungen zu übernehmen. Also habe ich einem COPD-kranken Klienten für drei Stunden die Woche beim Einkauf und Sauberhalten seiner Wohnung geholfen. Die Arbeitszeit und mein Aufgabenbereich haben sich seitdem immer mehr erweitert.

Dass ich selbst mal alkoholabhängig war, wissen meine Klienten. Ich glaube, das ist hilfreich, denn es macht mich glaubwürdiger. Wenn ich zum Beispiel sage, dass ich mir vorstellen kann, wie sie sich fühlen oder was sie gerade durchmachen, dann nehmen sie mir das ab. So entsteht eine tiefere Vertrauensbasis; ich habe das Gefühl, dass es ihnen dadurch leichter fällt, sich zu öffnen. Auch meine Kollegen blicken vielleicht manchmal anders auf die Dinge, wenn ich meine Perspektive in die Diskussion einbringe – genauso wie ich umgekehrt von ihnen lerne.

Auch der Kontakt mit den Klienten tut mir gut, denn ich kann Leuten helfen, abstinent zu bleiben, denen es mal so ging wie mir.

Richter: Ich habe auch Suchterfahrungen gemacht, aber darüber spreche mit den Klienten eigentlich nicht. Der eine oder andere kommt dann nämlich auf die Schiene: Ah, wir sind Kollegen! und macht auf Kumpel. Das möchte ich nicht, und für meine Arbeit als Koch spielt es eigentlich auch keine Rolle.

Dass ich heute hier bin, hätte ich ohne meine frühere Bezugsbetreuerin im Ambulant Betreuten Wohnen nicht geschafft. Ich habe neun Jahre auf der Straße gelebt, mehrere Ausbildungen angefangen und abgebrochen. Zwei Jahre habe ich Koch gelernt, dann eine schulische Ausbildung in BWL begonnen, dann eine Ausbildung zum Industriemechaniker. Irgendwann habe ich mir gesagt: Ich will das alles nicht mehr! Und habe eine Therapie beantragt. Im Januar 2004 bin ich dann hier in der Einrichtung aufgeschlagen. Seitdem bin ich auf einem geradlinigen Weg.

Melles: Bei mir war es im April 2007.

Richter: Ich kenne ihn also noch als Klienten. Dass wir mal Arbeitskollegen werden, hätte ich nie gedacht.

Was ist – neben der Abstinenz – die größte Herausforderung für die Menschen, die zu Ihnen kommen?

Melles: Sich sinnvoll zu beschäftigen und ihren Tag zu strukturieren – genau das, wobei wir sie hier unterstützen. Ein Problem bei Suchtkranken ist oft auch, dass sie

ihre eigenen Erfolge gar nicht so erfassen können. Man muss sie immer wieder darauf hinweisen und sagen: Guck, was du alles geschafft hast! Das kenne ich auch ganz gut von mir selbst. Die kleinen Schritte sehen und stolz darauf sein. Alles wird gut, sage ich immer. Aber alles braucht seine Zeit.

Richter: Ich weiß, was du meinst. Bei mir stehen die Leute oft total müde in der Küche und erzählen, dass sie die halbe Nacht nicht geschlafen und darüber nachgedacht haben, was sie im Leben alles nicht auf die Reihe gekriegt haben. Da sage ich dann: Sie sind doch hier, Sie sind doch clean, Sie arbeiten mit mir zusammen – was wollen Sie denn mehr? Man muss die Leute pushen, sich zu trauen. Das ist wie mit dem clean sein: sich trauen, vernünftig zu leben, auch wenn's schwerfällt.

Jeder Rehabilitand soll bei MEDIAN die individuell optimale Therapie erhalten. Welche Rahmenbedingungen sind wichtig, damit Sie in Ihrem Bereich gut mit den Menschen arbeiten können?

Melles: Die personelle und die materielle Ausstattung sind sehr wichtig. Wenig Mitarbeiterwechsel und eine hohe Mitarbeiterzufriedenheit sind Grundvoraussetzung dafür, dass wir als Team gut funktionieren. Dabei spielt meiner Meinung nach Wertschätzung eine große Rolle. Bei der Materialbeschaffung – etwa für die Küche, den Werk- oder den Computerraum – würde ich mir wünschen, dass die Prozesse etwas schneller ablaufen. Ge-

rade gute PCs sind wichtig für das Computer- und das Hirnleistungstraining. Je älter die Geräte sind, desto langsamer arbeiten sie und desto weniger können unsere Klienten lernen.

Richter: Für mich ist es wichtig, dass die Kollegen mich akzeptieren, meine Sucht-Vorgeschichte beiseitelassen und mich so behandeln wie jeden normalen Mitarbeiter. Das läuft gut bei uns. Ich werde so genommen wie ich bin. Es wird gesehen und wertgeschätzt, dass ich als Koch etwas leiste, auch ohne Berufsabschluss.

Der Corona-Lockdown im Frühjahr 2020 war für Ihre Klienten sicher eine besondere Herausforderung. Wie wichtig waren Sie da als Anlaufstelle?

Melles: Sehr wichtig – das hätte ich selbst nie gedacht. Eine Zeit lang mussten wir unser Haus schließen und sind dann mit den Klienten telefonisch in Verbindung geblieben. Als wir aber wieder öffnen konnten, haben sie sehr schnell den Weg hierher gefunden. Zum Glück war das Wetter im Frühjahr oft gut und wir konnten im Hof sitzen und einfach stundenlang reden.

Richter: Corona hat Sorge und auch Frust ausgelöst. Viele unserer Klienten hatten Angst rauszugehen und sich anzustecken, die saßen dann noch mehr zu Hause rum als sowieso schon. Ihnen wurde ein großes Stück Freiheit genommen. Bei uns haben sie Kontakte und Kontinuität gefunden.

MEDIAN THERAPIEZENTRUM HAUS WERTH

Das MEDIAN Therapiezentrum Haus Werth ist ein soziotherapeutisches Zentrum zur stationären Langzeitbetreuung und Förderung alkohol- und medikamentenabhängiger Frauen und Männer mit chronischem Krankheitsverlauf. Das Behandlungsangebot ist sehr individuell, da jeder suchtkranke Mensch einen ganz eigenen Weg hinter sich hat. Entsprechend vielfältig sind die Therapien, die unter

anderem Gruppen- und Einzelgespräche, Arbeitstherapie, Ergotherapie, Hirnleistungstraining, Kreativ-, Sport- und Bewegungsangebote, Freizeitgestaltung sowie Indikationsgruppen nach den Bedürfnissen der Bewohner umfassen. Wichtigstes Ziel ist dabei die Hilfestellung zu einem möglichst zufriedenen, suchtmittelfreien und selbstständigen Leben. Die Verweildauer ist sehr individuell und kann von

sechs Monaten bis zum dauerhaften Aufenthalt reichen. Das Wohn- und Betreuungsangebot wird ergänzt durch Ambulant Betreutes Wohnen und die Ambulante Tagesstruktur für Menschen, die zur Stabilisierung ihrer Lebenssituation und ihrer Gesundheit eine beständige Tagesstruktur in einem abstinenten und geschützten Umfeld benötigen.

KLIENTEL UND INDIKATIONEN
DER SOZIOTHERAPEUTISCHEN EINRICHTUNGEN

Klientel und Indikationen

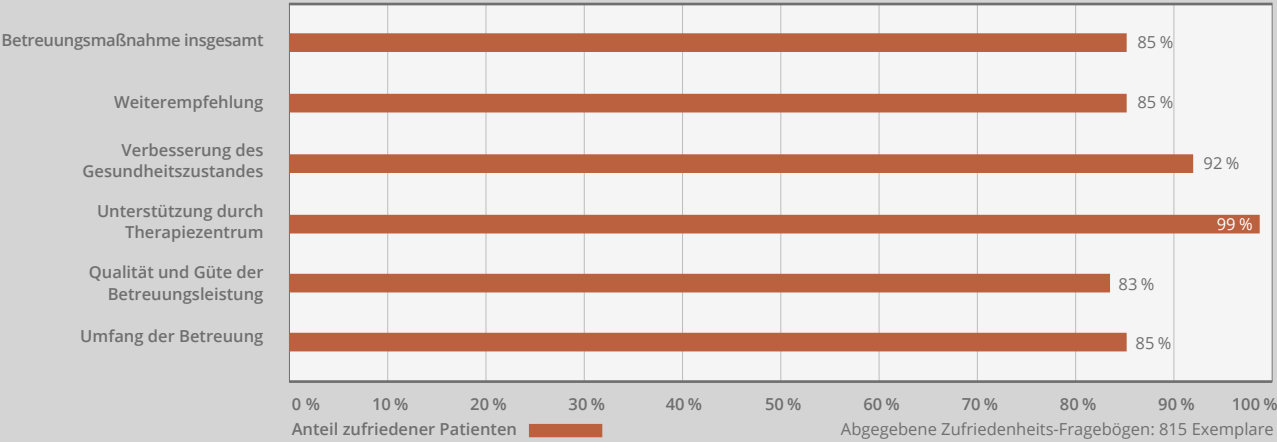
	TZ Germersheim	TZ Bassenheim	TZ Haus Dondert	TZ Haus Eller	TZ Köln	TZ Haus Grefrath	TZ Loherhof	TZ Ravensruh	TZ Haus Remscheid	TZ Haus Weichenberg	TZ Haus Werth	TZ Haus Willich	STZ Haus Seeblick Ortenberg	STZ Bad Dürkheim	Haus Talblick Bad Dürkheim	Albert-Schweitzer-Haus Bad Dürkheim	Pfalzstift Bad Dürkheim	Haus St. Georg Bad Krozingen
Alkohol																		
Medikamente																		
illegale Drogen														selten				
Spielsucht							selten											
andere Verhaltenssüchte	Ess- störungen	Ess- störungen					seltene Ess- störungen		Ess- störungen									
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 0-5	PG 1-5
psychiatrische Komorbidität																		
geistige Behinderung																		
amnestisches Syndrom																		
Demenz																		
psychisch kranke Straffällige		selten																

ERGEBNISQUALITÄT IN DER SOZIOTHERAPIE

Klientenbefragung in der stationären Soziotherapie

Um die Klienten der soziotherapeutischen Einrichtungen zu Experten ihrer eigenen Gesundheit zu schulen, ist eine bedürfnisorientierte Betreuung von größter Bedeutung. Daher wurde auch im Jahr 2019 eine Klientenbefragung durchgeführt. Das Ergebnis: **85 %** der stationären Klienten gaben an, dass sie mit der Betreuungsmaßnahme

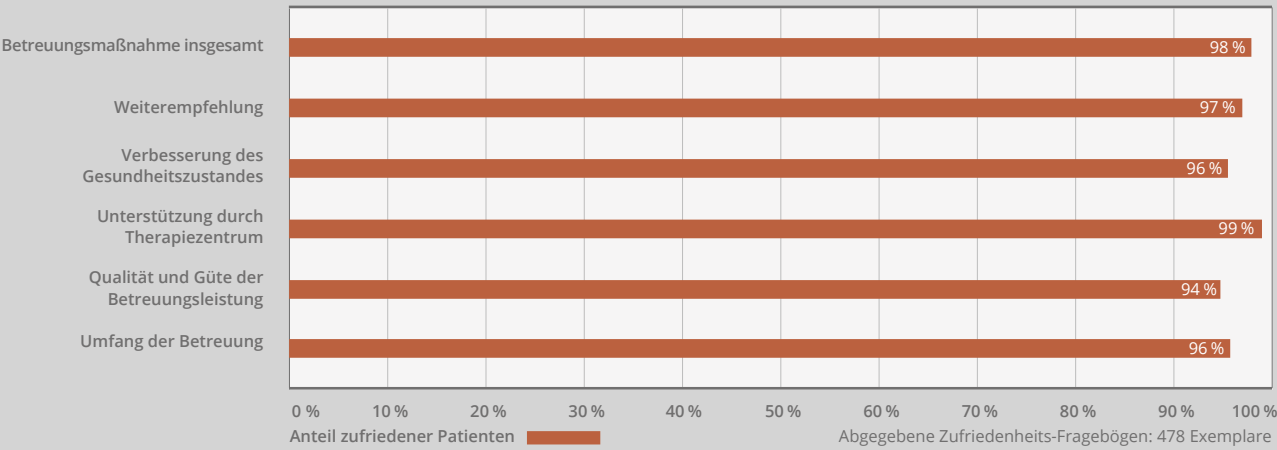
insgesamt zufrieden gewesen. Sogar **99 %** fanden, dass sie hilfreiche Unterstützung durch ihr Therapiezentrum erhalten haben. Der Anteil der Klienten, der aufgrund der Betreuungsmaßnahme eine positive Veränderung seines Gesundheitszustandes erfuhr, lag bei **92 %**.



Klientenbefragung in der ambulanten Soziotherapie

Die Klientenzufriedenheit in der ambulanten Soziotherapie liegt in allen Bereichen auf einem durchweg sehr hohen Niveau. **98 %** der Klienten gaben an, mit der

Betreuungsmaßnahme insgesamt zufrieden gewesen zu sein, und sogar **99 %** zeigten sich zufrieden mit der Unterstützung durch das Therapiezentrum.



5. WISSENSCHAFTLICHE STUDIEN



FORSCHUNG FÜR EINE BESSERE REHABILITATION

Mit einem Alter von rund 100 Jahren ist die Rehabilitation eine recht junge Disziplin der Medizin. Ihre Vorläufer reichen in Deutschland zurück bis ins 19. Jahrhundert. Eine moderne ganzheitliche Rehabilitation medizinischer, therapeutischer, pädagogischer und berufsfördernder Art, die der gesellschaftlichen Integration des kranken oder behinderten Menschen dient, gibt es erst seit den 1950er-Jahren. Umso wichtiger ist es, zu erforschen, wie Rehabilitation wirkt und wie sie Folgen von Krankheiten mindern oder diesen vorbeugen kann.

Für MEDIAN ist Wissenschaftlichkeit ein zentrales Moment des Unternehmens. Denn wissenschaftliche Erkenntnisse und Anforderungen können Therapien und Behandlungen optimieren, wenn Ergebnisse von Studien direkt in den Regelbetrieb der Kliniken einfließen. Um die dafür erforderlichen strategischen und strukturellen Rahmenbedingungen zu schaffen, hat MEDIAN einen hochkarätig besetzten Wissenschaftlichen Beirat ins Leben gerufen. Sein Ziel ist es, Wissenschaft in die tägliche Arbeitswelt der Kliniken einzubinden und die Geschäftsführung in allen wissenschaftlichen Fragen eng zu beraten.

Im Mittelpunkt der Forschung, von der einige Studien auf den nächsten Seiten vorgestellt werden, steht die Verbesserung der Versorgung im Bereich der Rehabilitationsmedizin über alle Indikationen hinweg. Vorrangige Themen sind Entstehung, Verlauf und Prognose von Beeinträchtigungen der Leistungsfähigkeit und Teilhabe

in Gesellschaft und Beruf, die Entwicklung und Evaluation von Assessments und rehabilitativen Interventionen sowie die inhaltliche Weiterentwicklung der Rehabilitation, die als tragende Säule des Gesundheitssystems in Deutschland unter sich verändernden gesellschaftlichen und ökonomischen Rahmenbedingungen zu verstehen ist.

Beispiele für Kernfragestellungen sind die Entwicklung effizienterer Behandlungsmethoden oder Prozessoptimierungen durch eine interdisziplinäre, sektorenübergreifende Versorgung. Forschungsprojekte im Zusammenspiel mit leistungsfähigen Anbietern medizinischer Qualitätsrehabilitation wie MEDIAN werden darum gezielt von der Deutschen Rentenversicherung und dem Bundesministerium für Bildung und Forschung gefördert. Gemeinsam geht es darum, die für die Weiterentwicklung der Rehabilitation notwendigen wissenschaftlichen Ergebnisse praxisgerecht zur Verfügung stellen.

MODELLPROJEKT FIRE: SCHNELLERE WEGE IN DIE REHABILITATION FÜR SUCHTKRANKE MENSCHEN

**MEDIAN, die Charité – Universitätsmedizin Berlin,
die Deutsche Rentenversicherung und sieben Akuthäuser
verbessern den Übergang von der Entgiftung in die Entwöhnung**



Oliver Kreh

Leitender Psychologe an der
MEDIAN Klinik Tönisstein

Patienten mit einer Alkoholabhängigkeit sollen künftig leichter und schneller den Weg in die Entwöhnungsbehandlung einer Rehabilitationsklinik finden. Das ist das Ziel des wissenschaftlichen Forschungsprojektes FIRE „Frühzeitige Intervention für den direkten Zugang zur Rehabilitation bei Entgiftung in der Akutversorgung“. Im

Rahmen des Bundesprogramms „Innovative Wege zur Teilhabe am Arbeitsleben – rehapro“ des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales und unter Federführung der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See werden drei regionale Rentenversicherungsträger (DRV Rheinland, DRV Saarland, DRV Westfalen) beteiligt sein. Seitens der medizinischen Rehabilitation sind die MEDIAN Kliniken Daun und die MEDIAN Klinik Tönisstein an zentraler Stelle eingebunden sowie sieben Akuthäuser. Wissenschaftlich begleitet wird das Vorhaben von der Charité – Universitätsmedizin Berlin, Institut für Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaft, Abteilung Rehabilitationsforschung, unter Leitung von Prof. Dr. phil. Karla Spyra.

Das Projekt startete im April 2020 und ist auf 48 Monate angelegt. Ziel ist es, bei Betroffenen die Inanspruchnahme der langfristig wirksamen Entwöhnungsbehandlung in einer spezialisierten ambulanten oder stationären Rehaklinik zu verbessern. Nach wissenschaftlichen Untersuchungen findet bisher höchstens ein Drittel der geschätzten 240.000 Alkoholiker in Deutschland den Weg zum Entzug in ein Krankenhaus. Von diesem Drittel tritt wiederum nur eine kleine Minderheit von rund fünf Pro-

zent nach mehr als drei Entzugs- bzw. Entgiftungsbehandlungen tatsächlich die anschließend vorgesehene, bis zu 90-tägige Entwöhnungsbehandlung an. Mangels Langzeitwirkung drohen bei vielen Betroffenen Rückfälle. Es entsteht ein „Drehtüreffekt“.

FIRE greift nun an drei Stellen in den Behandlungsablauf ein: Die Betroffenen sollen früher vom Behandlungsangebot erfahren, das Antragsverfahren soll erleichtert und die Trennung der Sektoren „Entgiftung“ und „Entwöhnung“ modellhaft aufgehoben werden. Zentrale Schaltstelle sind zwei Case-Manager der MEDIAN Kliniken Daun und der MEDIAN Klinik Tönisstein, die Betroffene bereits während der Entgiftung in einem der teilnehmenden Akutkrankenhäuser über die Möglichkeiten der direkten Weiterbehandlung in der Rehabilitation beraten. Gleichzeitig kümmern sie sich um die Zeit nach der Entlassung und die Beantragung der Reha-Maßnahme bei den kooperierenden Rentenversicherungen.

Die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See akzeptiert im Rahmen des Projekts anstelle des üblichen Sozialberichts einen neuen ärztlich-psychotherapeutischen Befundbericht. Der nahtlose Übergang vom Akuthaus in die Rehabilitation wird außerdem durch ein speziell zum Modellvorhaben eingerichtetes vereinfachtes Eil-Antragsverfahren unterstützt.

Gleichzeitig untersuchen die Forscher die Akzeptanz des Angebots beim klinischen Personal und den Patienten und schätzen den Ressourcenaufwand ein. Je nach Ergebnis des Projekts könnte dies zu einer dauerhaften Änderung bei der Organisation der Schnittstelle zwischen Akut- und Reha-Behandlung führen.

PROMISE-STUDIE: VERBESSERTE VERSORGUNGSQUALITÄT DANK „ERWEITERTEM FAST-TRACK-VERFAHREN“

**Wie Prozessoptimierung durch sektorenübergreifende
Gesamtversorgung (PROMISE) gelingt –
eine Untersuchung am Beispiel von Hüft- und Knie-TEP-Patienten**

In Deutschland wurden 2018 geschätzt 450.000 endoprothetische Hüft- und Knie-Eingriffe vorgenommen (EPRD, 2019). Bei dieser Vielzahl ist es enorm wichtig, die Versorgungsqualität stetig im Auge zu behalten und zu verbessern. Mithilfe der PROMISE-Studie, die von der Orthopädischen Universitätsklinik Mainz initiiert und vom Innovationsfonds des G-BA unterstützt wurde, soll ein sektorenübergreifender Gesamtversorgungsprozess für Patienten mit Implantation einer Hüft- oder Knie-Totalendoprothese (TEP) etabliert werden. Das Ziel ist eine verbesserte Versorgungsqualität auf Basis von übertragbaren optimierten, interdisziplinären und intersektoralen Versorgungsstandards nach einem Best-Practice-Leitfaden.

Dies soll durch einen prozessorientierten Ansatz erreicht werden, der die Prinzipien der Fast-Track-Chirurgie mit sektorenübergreifenden Behandlungspfaden kombiniert. Das im Akutkrankenhaus verwendete Fast-Track-Verfahren fußt auf der frühen Mobilisation des Patienten, die über eine aktive Patientenrolle erreicht wird (Aufklärungsgespräch mit Training vor und frühestes Training nach der Operation), einer minimal-invasiven Chirurgie sowie einer kombinierten Schmerztherapie. Der „erweiterte-Fast-Track“-Ansatz schließt die Rehabilitation als elementaren Teil des Behandlungsprozesses ein. Im Rahmen der Studie wird – unter Einhaltung der Reha-Therapiestandards der Deutschen Rentenversicherung – in der Anschlussheilbehandlung (AHB) die rasche Mobilisation der Patienten mit sofortiger Vollbelastung der operierten Extremität und ohne Limitation der Extension und Flexion im operierten Gelenk fortgeführt.

Bei MEDIAN werden zu Beginn und Ende der Reha-Maßnahmen standardmäßig validierte Scores erhoben, um die Therapiequalität zu überprüfen und zu optimieren. Für Patienten, die zur AHB nach Implantation einer Hüft- oder Knie-Endoprothese kommen, ist dies der Staffelstein-Score. Im Rahmen einer Dissertation wurden die anonymisierten Daten der 39 deutschlandweiten orthopädischen MEDIAN

Kliniken als Vergleichskollektiv herangezogen – unter Ausschluss der PROMISE-Teilnehmer, welche in den drei an der Studie teilnehmenden MEDIAN Kliniken behandelt wurden. Dies sind die MEDIAN Rehaklinik Aukammtal, die MEDIAN Klaus-Miehlke-Klinik (heute gemeinsames MEDIAN Reha-Zentrum Wiesbaden Sonnenberg) und die MEDIAN Vesalius-Klinik Bad Rappenau. Im Rahmen der Studie konnten vom 4.4.2018 bis 7.2.2020 772 vollständige Staffelstein-Datensätze erhoben werden. Für denselben Zeitraum lagen 22.176 ebensolche Datensätze von MEDIAN vor. Von den 772 Studienteilnehmern gingen 193 zur AHB in eine der teilnehmenden MEDIAN Kliniken (111 Hüft-TEPs, 82 Knie-TEPs), die übrigen 579 PROMISE-Patienten (275 Hüft-TEPs, 304 Knie-TEPs) in verschiedene Rehakliniken in Hessen, Rheinland-Pfalz und Baden-Württemberg.

Die ersten Ergebnisse zeigen eine deutliche Verbesserung des Outcomes durch das Fast-Track-Verfahren sowohl im Akutkrankenhaus als auch in der Rehabilitation und sollen zeitnah veröffentlicht werden.



Dr. Johannes Schröter

Ärztlicher Direktor und Chef-
arzt Orthopädie des MEDIAN
Reha-Zentrums Wiesbaden
Sonnenberg

HERZINSUFFIZIENZREGISTER DES MEDIAN MEDICAL BOARD KARDIOLOGIE ERFOLGREICH ABGESCHLOSSEN

**Ein MEDIAN-weites Projekt belegt
die positive Wirkung kardiologischer Rehabilitation
bei Menschen mit Herzinsuffizienz**



Dr. Christoph Altmann
Chefarzt der Klinik für Herz-
Kreislauf-Erkrankungen
an der MEDIAN Klinik Bad
Gottleuba

Innerhalb einer multizentrischen Studie wurde in allen kardiologischen Abteilungen der MEDIAN Gruppe der Reha-Erfolg bei Patienten mit Herzinsuffizienz anhand verschiedener Kriterien beurteilt. So können Aussagen zu Diagnoseverteilung, Krankheitsverlauf, Therapieanwendungen, medikamentöser Therapieentwicklung und Therapieergebnissen getroffen werden. Um dies zu evaluieren, wurden demographische Daten, technische Befunde, Leistungsdaten sowie spezifische Scores der subjektiven Beeinträchtigung, der Krankheitslast, der Teilhabe und der psychischen Beeinträchtigung erhoben. 810 Personen konnten in das Projekt eingebunden werden. Auch die Nachbefragung aller Teilnehmenden sieben Monate nach Therapieende ist abgeschlossen. Aktuell erfolgt die Auswertung sämtlicher Daten. Zwischenergebnisse zeigen jedoch, dass die kardiologische Rehabilitationsbehandlung nach MEDIAN Standards erfolgreich ist:

- Nur zwei Prozent der Fälle bei MEDIAN mussten aus der Rehabilitation in eine Klinik rückverlegt werden.
- Die Mortalität bis zur Entlassung aus der Rehabilitation, eine besonders kritische Phase bei Herzinsuffizienz, lag unter einem Prozent.
- Ziel der Therapie bei Herzinsuffizienz ist eine Ausdosierung der prognostischen medikamentösen Therapie. Trotz zum Teil niedriger Blutdruck-Ausgangswerte konnte bei bis zu 40 Prozent der Patienten die prognostische Therapie erweitert und erhöht werden.
- Die Subgruppe der interventionell behandelten Klappenpatienten mit Herzinsuffizienz zeigte etwa gleich günstige Verlaufsergebnisse während der kardiologi-

schen Rehabilitation im Vergleich zu den operierten Klappenpatienten mit Herzinsuffizienz.

- In einer Subgruppe mit sequentieller Messung des Laborwertes NT-proBNP (Parameter der Herzinsuffizienz) von über 500 Patienten zeigte sich ein Rückgang während der kardiologischen Rehabilitation um circa 30 Prozent. Dieser korrelierte mit der Steigerung der Gehstrecke im 6-Minuten-Gehtest im Vergleich zwischen Aufnahme und Entlassung.
- Der ebenfalls bei allen Patienten gemessene Barthel-Index bei Aufnahme und Entlassung zeigte keine Korrelation zu Krankheitsschwere und Leistungsverbesserung. Er sollte bei Rehabilitationsplanung und Indikationsstellung bei Herzinsuffizienz nicht herangezogen werden.
- Die Verlaufsmessung der psychologischen Beeinträchtigung (HADS-D) zeigte eine durchschnittlich mäßige Beeinträchtigung der Patienten mit Verbesserung in den Bereichen Angst und Depressivität im Verlauf der Rehabilitation.
- Eine zusätzliche telefonische Nachbefragung einer Subgruppe von über 200 Patienten sieben Monate nach Entlassung aus der Rehabilitation ergab eine Sterblichkeit von unter fünf Prozent, was ebenfalls deutlich unter den vergleichbaren ambulanten Zahlen der Regelversorgung liegt.

Nach der erfolgreichen Datenerhebung im Jahr 2019 und der jetzt abgeschlossenen katamnestischen Nachbefragung werden die Ergebnisse aufbereitet und einer breiteren Öffentlichkeit vorgestellt. Insbesondere für Kostenträger und zuweisende Kollegen in den Akuthäusern dürfte es von Bedeutung sein, wie deutlich die Vorteile einer kardiologischen Rehabilitation bei Herzinsuffizienz waren. Demgegenüber wird eine Reha zurzeit bei nur unter zehn Prozent der Herzinsuffizienzfälle überhaupt beantragt.

REHABILITATION NACH SCHLAGANFALL: SPIEGELTHERAPIE MITTELS AUGMENTED REFLECTION TECHNOLOGY 6 VR

**Eine klinische Machbarkeitsstudie
in Zusammenarbeit mit Forschenden aus Neuseeland überträgt
die bewährte Therapie in ein virtuelles System**



PD Dr. Christian Dohle
Ärztlicher Direktor und Chef-
arzt der Fachklinik für Neuro-
rehabilitation an der MEDIAN
Klinik Berlin-Kladow

Die Spiegeltherapie ist ein Behandlungskonzept für Personen mit schweren, einseitigen Lähmungen. Sie wird üblicherweise am Tisch sitzend mit einem in der Körpermitte positionierten Spiegel durchgeführt. Dabei wird der gelähmte Arm hinter dem Spiegel platziert. Die Bewegungen des nicht betroffenen Arms werden von der Person im Spiegel beobachtet. Dabei können Bereiche des Gehirns angeregt werden, die für die Arm-motorik zuständig sind.

Die Spiegeltherapie ist in ihrer Wirksamkeit für Menschen nach einem Schlaganfall hinreichend belegt, sodass bereits mehrere systematische Literaturreviews (Altschuler und Ramachandran 2009, Rothgangel et al. 2011, Thieme et al. 2012, 2018) veröffentlicht werden konnten. Dabei bezieht sich die Wirksamkeit auf die Funktionserholung des betroffenen, gelähmten Armes bzw. Beines nach einem Schlaganfall. Außerdem hat die Therapie positive Effekte auf Sensibilitätsausfälle und visuellen Neglect. Bereits seit einigen Jahren wird in den Leitlinien der DGNER e. V. zur Rehabilitation der Parese der oberen Extremität nach Schlaganfall Folgendes empfohlen: „Eine zur Standardtherapie zusätzliche mehrwöchige Spiegeltherapie, bei der Bewegungen der ‚gesunden‘ Hand, auch aufgabenbezogen, im Spiegel beobachtet wie Bewegungen der betroffenen Hand visuell wahrgenommen werden, sollte bei subakuten und chronischen Schlaganfall-Patienten bei mittelschweren bis schweren Armparesen ggf. als supervidiertes Eigentaining durchgeführt werden, wenn eine Verbesserung der motorischen Funktion (auf Schädigungs- oder Aktivitätsebene) angestrebt wird und erreichbar scheint.“ (DGNER LL, 2020).

In Zusammenarbeit mit Forschern aus Neuseeland wird in der MEDIAN Klinik Berlin-Kladow seit 2019 untersucht, ob die Spiegeltherapie innerhalb eines virtuellen Systems – der Augmented Reflection Technology – mit einer sogenannten Datenbrille durchführbar ist. Das Bild der Spiegelung der nicht betroffenen Hand wird dabei in der Datenbrille dargestellt.

Mit den Ergebnissen dieser Untersuchung kann erfasst werden, wie die mindestens zehn bzw. maximal 20 Teilnehmer die Therapie und ihre Anwendbarkeit einschätzen und ob eine Nachfolgestudie zur Beurteilung der Wirksamkeit durchführbar wäre. Die Studie könnte dann entsprechend konkreter geplant werden. Eingebunden werden erwachsene Personen nach erstmaligem, einseitigem Schlaganfall mit schwerer einseitiger Handparese. Die Teilnehmer erhalten für eine Dauer von zwei Wochen in der MEDIAN Klinik Berlin-Kladow zusätzliche Spiegeltherapie mittels Datenbrille in einem virtuellen System. Jeweils vor und nach den zwei Wochen werden Befragungen und Tests durchgeführt, mit denen das Befinden während der Therapie, die Bewegungsfähigkeit und die Sensibilität sowie die Wahrnehmung erfasst werden sollen.

Nach der Erhebung der Daten in der MEDIAN Klinik Berlin-Kladow wird die Analyse in der University of Otago, Dunedin (Neuseeland) durchgeführt. Die Studie wird durch das Brain Research New Zealand und die Gesellschaft zur Förderung der neurologischen Rehabilitation e. V. gefördert.

AUSGEWÄHLTE WISSENSCHAFTLICHE STUDIEN
DER MEDIAN KLINIKEN IM BERICHTSZEITRAUM



Fachbereich	Titel der Studie/Publication	Involvierte Institutionen	Involvierte Personen	Fachbereich	Titel der Studie/Publication	Involvierte Institutionen	Involvierte Personen
Abhängigkeit Sucht	Alkoholkonsumstörungen, Resilienz, Selbstwirksamkeit, allgemeine Lebenszufriedenheit und Stressbewältigung im Kontext von Akkulturationsprozessen bei polnischstämmigen Migranten der ersten Generation in Deutschland	MEDIAN Rhein-Haardt-Klinik Bad Dürkheim	Kathrin Engerer	Neurologie	Voraussetzungen der Anwendung von gerätegestütztem Gangtraining bei Schlaganfallpatienten	MEDIAN Klinik Berlin-Kladow	Christian Dohle
Abhängigkeit Sucht	Mit der Herausforderung leben lernen	MEDIAN Klinik Wied	Wilma Funke	Neurologie	Analyse von Routinedaten zur Beschreibung des Effekts der Neurorehabilitation	MEDIAN Klinik Berlin-Kladow	Christian Dohle
Abhängigkeit Sucht	Schachbasiertes neurokognitives Training	MEDIAN Klinik Wilhelmsheim	Tillmann Weber	Neurologie	Veränderungen der Patientencharakteristika in der Neurorehabilitation. Eine retrospektive longitudinale Beobachtungsstudie	MEDIAN Klinik Berlin-Kladow	Christian Dohle
Abhängigkeit Sucht	Zur Klassifikation des schädlichen Gebrauchs von Suchtmitteln	MEDIAN Klinik Münchwies	Monika Vogelgesang	Neurologie	Behandlungsanforderungen an die NNFR in Berlin-Brandenburg	MEDIAN Klinik Berlin-Kladow	Christian Dohle
Neurologie	Verlauf des körperlichen und kognitiven Funktionsniveaus während der neurologischen Rehabilitation nach Schlaganfall. Eine Sekundärdatenanalyse leitlinienorientierter Reha-Assessments in der Neurologie	MEDIAN Klinik NRZ Magdeburg MEDIAN Klinik Flechtingen	Michael Sailer Juliane Lamprecht	Neurologie	How to perform mirror therapy after stroke? Evidence from a meta-analysis	MEDIAN Klinik Berlin-Kladow Charité – Universitätsmedizin Berlin Klinik Bavaria Kreischa HAWK University of Applied Science and Arts	Nadine Morkisch Holm Thieme Christian Dohle
Neurologie	Einsatz des 6-Minuten-Gehtest in der neurologischen Rehabilitation nach Schlaganfall: Reliabilität, Validität und Veränderungen im Verlauf	An-Institut für Neurorehabilitation der Otto-von-Guericke-Universität, Magdeburg MEDIAN Klinik NRZ Magdeburg MEDIAN Klinik Flechtingen	Juliane Lamprecht Ines Guse Anja Gursch Almut Sickert Michael Sailer	Neurologie	German hospital capacities for prolonged mechanical ventilator weaning in neurorehabilitation – results of a representative survey	Deutsche Gesellschaft für Neurorehabilitation BDH-Klinik Greifswald Universität Greifswald	Thomas Platz Andreas Bender Christina Dohle Anna Gorsler Stefan Knecht Joachim Liepert Thomas Mokrusch Michael Sailer
Neurologie	Einfluss kognitiver Dysfunktionen auf die Motorik und Mobilität im Verlauf der neurologischen Rehabilitation nach Schlaganfall	An-Institut für Neurorehabilitation der Otto-von-Guericke-Universität, Magdeburg MEDIAN Klinik NRZ Magdeburg	Juliane Lamprecht Monika Froß Michael Sailer	Neurologie	Die Auswirkungen der Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung auf die Neurologische Frührehabilitation Phase B	BDH-Klinik Greifswald MEDIAN Klinik Berlin-Kladow BDH-Klinik Elzach	Thomas Platz Christian Dohle Thomas Mokrusch Claus-W. Wallesch
Neurologie	ICF basierte Messung der funktionalen Gesundheit im Verlauf der stationären neurologischen Rehabilitation nach Schlaganfall	An-Institut für Neurorehabilitation der Otto-von-Guericke-Universität, Magdeburg MEDIAN Klinik NRZ Magdeburg	Juliane Lamprecht Almut Sickert Katja Clahn Michael Sailer	Neurologie	Die PHYS-STROKE-Studie – nicht die Technologie, sondern ihr therapeutischer Einsatz zählt	Deutsche Gesellschaft für Neurorehabilitation An-Institut Universität Greifswald BDH-Klinik Greifswald	Christian Dohle
Neurologie	Rehabilitation nach Schlaganfall mittels virtueller Spiegeltherapie mit Augmented Reflection Technology 6 VR. Eine klinische Machbarkeitsstudie	MEDIAN Klinik Berlin-Kladow	Christian Dohle	Orthopädie	PROMISE-Studie	MEDIAN Rehaklinik Aukammtal Wiesbaden	Johannes Schröter
Neurologie	NETS – Neuroregeneration enhanced Treatment for Stroke	MEDIAN Klinik Berlin-Kladow	Christian Dohle	Kardiologie	Ergebnisse der vaskulären Rehabilitation bei MEDIAN	MEDIAN Kardiologische Kliniken	Christoph Altmann
Neurologie	Leitlinie Rehabilitation der Mobilität nach Schlaganfall (ReMoS)	MEDIAN Klinik Berlin-Kladow	Christian Dohle	Kardiologie	Herzinsuffizienzregister des MEDIAN Medical Board Kardiologie	MEDIAN Kardiologische Kliniken	Christoph Altmann Stephan Eddicks Marc Brezger

ERKENNTNISSE UND AUSBLICK

Die operative Weiterentwicklung der Behandlungsqualität und die strategische Weiterentwicklung der Versorgungsansätze standen auch im Jahr 2019 im Fokus der Aktivitäten bei MEDIAN.

Die im vorliegenden Bericht zusammengefassten Daten sind eine wichtige Grundlage, um unsere Behandlungsqualität immer weiter zu verbessern. Qualitätsmanagement ist für uns daher ein kontinuierlicher Prozess des Lernens und der Verbesserung

6. DISKUSSION

Medizinische Ergebnisqualität

Die Patientenzufriedenheit stellt für uns einen sehr wichtigen Parameter dar, von dem wir die Ergebnisqualität unserer Arbeit ableiten.

90 Prozent unserer Patienten geben an, zufrieden mit der Rehabilitation gewesen zu sein. Besonders hohe Werte erreichen wir indikationsübergreifend mit 96 Prozent bzw. 94 Prozent Zufriedenheit in den Bereichen der therapeutischen und pflegerischen Versorgung. Dieser Erfolg ist der tagtäglichen Leistung unseres ärztlichen, therapeutischen und pflegerischen Personals zu verdanken und bestätigt dessen hohes Engagement und den Erfolg der Qualitätsphilosophie in den MEDIAN Kliniken.

Im Bereich der medizinischen Ergebnisqualität zeigt sich ein weiteres Wachstum in der Anzahl der erfassten Parameter in den Einrichtungen. So konnten beispielsweise

im Jahr 2019 in der Neurologie eine Reihe von weiteren störungsspezifischen Assessments zur Umsetzung gebracht werden. Diese vom medizinisch-therapeutischen Personal zu erfassenden Parameter werden künftig vermehrt untersetzt durch Patient Reported Outcome Measures, welche von den Patienten selbst erfasst werden. Als technische Grundlage für die digitale Erfassung sämtlicher Ergebnisparameter durch Patienten dient das eigens hierfür entwickelte Fragebogenportal. Es wird uns zukünftig helfen, die Wirksamkeit unserer Therapien noch genauer zu messen und – hierauf aufbauend – Therapien noch passgenauer auf unsere Patienten zuzuschneiden, um die medizinische Ergebnisqualität weiter zu steigern.



Prozessqualität

Im Bereich der Prozessqualität sind die Qualitätssicherungsparameter der DRV ein wichtiger Indikator. Die Ergebnisse dieses Qualitätsberichts zeigen, dass unsere Kliniken im Bereich der Anforderungen der DRV an Leistungsinhalte der Rehabilitation insgesamt bereits ein sehr gutes Qualitätsniveau erreicht haben. In Kliniken, in denen noch Handlungsbedarf bestand, wurden umfassende Maßnahmen getroffen. Die Weiterentwicklung der Qualitätspunkte für KTL und RTS stand in 2020 im Zentrum der Qualitätsarbeit.

Unsere Mitarbeiter

Unsere Mitarbeiter stellen einen weiteren wichtigen Qualitätsfaktor für uns dar. Sowohl Fachwissen als auch Sozialkompetenz und emotionale Faktoren sind entscheidende Kriterien für die Zufriedenheit unserer Patienten und auch der Beschäftigten selbst. Über die MEDIAN Akademie bieten wir eine Vielzahl von Webinaren, Fortbildungen und Workshops an. Spezielle Kompetenzen unserer Mitarbeiter entwickeln wir intensiv und regelmäßig weiter. Darüber hinaus findet in den klinikübergreifenden Expertengremien ein regelmäßiger Austausch statt, um vom gebündelten Wissensschatz aller zu profitieren. Was Qualität für unsere Mitarbeiter bedeutet und wie diese in den Klinikalltag integriert wird, verdeutlichen beispielhaft die Interviews in diesem Qualitätsbericht.



Fazit

Wie bereits im Vorjahr hat MEDIAN sich auch 2019 auf einen weiteren systematischen Auf- und Ausbau der klinischen Kapazitäten und die Bündelung von Know-how in der Rehabilitationsmedizin konzentriert. Ferner wurden die fach- und indikationsspezifischen Behandlungspfade durch eine kontinuierliche Analyse der medizinisch-therapeutischen Ergebnisparameter weiterentwickelt. Diese Prozesse werden uns auch künftig helfen, die Ergebnisqualität in unseren Kliniken immer weiter zu verbessern und die gesamte Versorgungsqualität datenbasiert voranzutreiben.

Langfristig ist es das Ziel, auf Basis des Value-Based-Care-Ansatzes nicht nur bessere Resultate für unsere Patienten zu erzielen, sondern auch die Kosten zu senken, die der Gesellschaft durch Erkrankungen entstehen. Dies gelingt insbesondere durch die digitale „Verlängerung“ unserer Behandlungspfade in den Alltag hinein. In diesem Zusammenhang ist die Nutzung digitaler Nach-

sorgeangebote für unsere Patienten ein wichtiger Versorgungsbaustein. Der Erfolg einer Rehabilitation kann so auch nach einer Rückkehr in den Alltag stetig verbessert werden. App-basierte Nachsorgeangebote konnten wir im Jahr 2019 bereits in einigen Kliniken einsetzen. Um unser Behandlungsangebot zu erweitern und auch in Zukunft höchste Qualitätsstandards in der Versorgung sicherzustellen, planen wir in weiteren Kliniken den Einsatz digitaler Nachsorgemöglichkeiten.

Mit diesem Engagement möchten wir einen Beitrag dazu leisten, die Qualität der Rehabilitation in Deutschland weiter voranzutreiben und den uns anvertrauten Patientinnen und Patienten den Weg zurück in Leben zu ermöglichen – zu ihren Familien, in ihren Alltag und in ihren Beruf. Ganz im Sinne unseres Claims, der MEDIAN Ansporn und Verpflichtung zugleich ist: „Das Leben leben“ – auch nach und mit einer Erkrankung.

ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

ADHS	Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung
AHB	Anschlussheilbehandlung
BI	Business Intelligence (dt.: Geschäftsanalytik)
CAT	COPD Assessment Test
CGI	Clinical Global Impression Scale (dt.: Skala für den klinischen Gesamteindruck)
COPD	chronisch obstruktive Lungenerkrankung
DGNR	Deutsche Gesellschaft für Neurorehabilitation e. V.
DRV	Deutsche Rentenversicherung
EKG	Elektrokardiogramm
ETM	evidenzbasierte Therapiemodule
FEV1	Forced Expiratory Pressure in 1 Second (dt.: Einsekundenkapazität der Lunge)
FIRE	Forschungsprojekt „Frühzeitige Intervention für den direkten Zugang zur Rehabilitation bei Entgiftung in der Akutversorgung“
GAF	Global Assessment of Functioning
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GSI	Global Severity Index
Health-49	Hamburger Module zur Erfassung allgemeiner Aspekte psychosozialer Gesundheit für die therapeutische Praxis
HTS	Hörstörung, Tinnitus, Schwindel
HV	Heilverfahren
ICD	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (dt.: internationales Klassifizierungssystem der Krankheiten)
ICF	International Classification of Functioning (dt.: Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit)
IQTIG	Zentrales Institut für die gesetzlich verankerte Qualitätssicherung im Gesundheitswesen
KIS	Krankenhaus- bzw. Klinikinformationssystem
KTL	Klassifikation therapeutischer Leistungen in der medizinischen Rehabilitation
mbR	medizinisch-berufliche Rehabilitation
MBOR	Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation
MTT	Medizinische Trainingstherapie
NAS	Numerische Analogskala Schmerz
PHQ	Patient Health Questionnaire (Fragebogen zur Patientengesundheit)
PKV	Private Krankenversicherung
PROM	Patient Reported Outcome Measure (dt.: subjektiv gemessene Ergebnisparameter)
PTBS	Posttraumatischen Belastungsstörung
QM	Qualitätsmanagement
QP	Qualitätspunkte
QS	Qualitätssicherung
RKI	Robert Koch-Institut
RTS	Reha-Therapiestandard
SCL	Symptom-Check-Liste
TEP	Totalendoprothese (künstlicher Gelenkersatz)
TUG	Timed „Up and Go“-Test (dt.: Zeitdauer für Aufstehen und Gehen)
WHO	World Health Organization (Weltgesundheitsorganisation)

GLOSSAR

Barthel-Index	Maß zur Bewertung von Alltagsfunktionen
Business Intelligence	technologiegetriebener Prozess zur Analyse von Daten und zur Präsentation verwertbarer Informationen
Cochlea	Gehörschnecke
Covid-19	Infektionskrankheit, die Folge einer Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 sein kann, umgangssprachlich auch „Corona“ genannt
Gonarthrose	Arthrose des Kniegelenks
Guillain-Barré-Syndrom	akut oder subakut auftretendes neurologisches Krankheitsbild, bei dem es zu entzündlichen Veränderungen des peripheren Nervensystems kommt
Hyperakusis	als schmerzhaft empfundenes Hören
Katamnese	Bericht, den Arzt ein Jahr nach der Rehabilitation erstellt
Koxarthrose	Arthrose des Hüftgelenks
M-Check	Maßnahme, mit der ein Profil der Fähigkeiten und Potenziale erwerbsfähiger Leistungsberechtigter erstellt wird unter Berücksichtigung individueller gesundheitlicher Aspekte zur erfolgreichen Reintegration in den Arbeitsmarkt
Myokardinfarkt	Herzinfarkt
Parese	Teilausfall der motorischen Funktion eines Muskels, einer Muskelgruppe oder einer Extremität (unvollständige Lähmung)
Polyarthritits	Entzündungen mehrerer Gelenke
Psoriasis	Schuppenflechte
somatoform	körperliche Beschwerden, die sich nicht oder nicht hinreichend auf eine organische Erkrankung zurückführen lassen
Spondylitis	Infektion der Wirbelkörper
Timed "Up and Go"-Test	Mobilitätstest, bei dem ein Patient ohne fremde Hilfe aufstehen, drei Meter gehen und sich wieder hinsetzen muss; dabei wird die Zeit gemessen
Vestibularfunktion	Funktion des Gleichgewichtsorgans



LITERATURVERZEICHNIS

- Altschuler, E. & Ramachandran, V. (2009): The use of visual feedback, in particular mirror visual feedback, in restoring brain function. *Brain*, 132 (7), 1693–1710. Verfügbar unter: <https://doi.org/10.1093/brain/awp135>
- 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.
- 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.
- DAK-Gesundheit (2019). *DAK-Gesundheitsreport 2019*. Verfügbar unter: <https://www.dak.de/dak/download/dak-gesundheitsreport-2019-sucht-pdf-2073718.pdf>
- 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.
- DGNER LL (2020): *S3-Leitlinie „Rehabilitative Therapie bei Armparese nach Schlaganfall“ der DGNER – Langversion*. Verfügbar unter: https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/080-0011_S3_Rehabilitative_Therapie_bei_Armparese_nach_Schlaganfall_2020-07.pdf
- Endoprothesenregister Deutschland (EPRD) (2019). *Jahresbericht 2019*. Verfügbar unter: <https://www.eprd.de/de/ueber-uns/aktuelles/artikel/eprd-jahresbericht-2019/>
- Foelsch, P.A., Schlüter-Müller, S., Odom, A.E., Borzutzky, A. & Schmeck, K. (Hrsg.) (2013). *Behandlung von Jugendlichen mit Identitätsstörungen (AIT)*. Berlin: Springer.
- Franke, G. (2002). *Die Symptom-Checkliste von L. R. Derogatis (SCL-90-R) – Deutsche Version – Manual*. Göttingen: Beltz.
- 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
- Jones P.W., Harding, G., Berry, P., Wiklund, I., Chen, W.H. & Leidy, N. K. (2009). Development and first validation of the COPD assessment test. *European Respiratory Journal*, 34, 648-654.
- Kramer, A., Briesch, H., Christiansen, B., Löffler, H., Perlit, C. & Reicherdt, C. (2016). Händehygiene in Einrichtungen des Gesundheitswesens. Empfehlung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) beim Robert Koch-Institut (RKI). *Bundesgesundheitsblatt*, 59, 1189-1220. Verfügbar unter: <https://doi.org/10.1007/s00103-016-2416-6>
- Mahoney F.I. & Barthel, D. (1965). Functional evaluation: The barthel index. *Maryland State Medical Journal*, 14, 56–61.
- Middeldorf, S. & Casser, H. R. (2000). Verlaufs- und Ergebnis-evaluation stationärer Rehabilitationsmaßnahmen nach alloplastischem Hüft- und Kniegelenkersatz mit dem Staffelstein-Score. *Orthopädische Praxis*, 36, 230–238.
- Pedersen, G., Urnes, Ø., Hummelen, 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.
- Rothgangel, A.S., Braun, S.M., Beurskens, A.J., Seitz, R.J. & Wade, D.T. (2011): The clinical aspects of mirror therapy in rehabilitation: a systematic review of the literature. *International Journal of Rehabilitation Research*, 34 (1), 1-13. Verfügbar unter: <http://doi.org/10.1097/MRR.0b013e3283441e98>
- 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.
- 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.
- Schönle, P.W. (1995). Der Frühreha-Barthelindex (FRB) - eine frührehabilitationsorientierte Erweiterung des Barthelindex. *Rehabilitation*, 34, 69-73.
- Thieme, H., Morkisch, N., Mehrholz, J., Pohl, M., Behrens, J., Borgetto, B. & Dohle, C. (2018): Mirror therapy for improving motor function after stroke. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 7. Verfügbar unter: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD008449.pub3>
- Torio, I., Bagney, 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.



Redaktion

Dr. Florian Frensch, *Geschäftsführer (COO)*
Dr. Laura Golenia, *Medizin- und Qualitätsmanagement*
Ulrich Kräuter, *Medizin- und Qualitätsmanagement*
Mara Maenner, *Medizin- und Qualitätsmanagement*
Christin Neuner, *Marketing, Kommunikation & CRM*
Magdalena Nitz, *Marketing, Kommunikation & CRM*
Thomas Preuß, *Data Analyses & Scientific Communication*
Dr. Benedikt Simon, *Geschäftsführer (CDO)*
Silke Zorn, *Marketing, Kommunikation & CRM*
Stefan Müller, *müller.kommunikation*

Raketik Content GmbH

Peter Hamel, peterhamel.de
Michael Kuhlmann, michaelkuhlmann.net
Christian Nielinger, nielinger.de
Uwe Steinert, uwesteinert.de
Depositphotos.com, leungchopan, S. 169

den Kollegen aus den MEDIAN Kliniken, die sich bereit erklärt haben, Interviews für diesen Qualitätsbericht zu geben
den Kollegen, die an der Erstellung der Inhalte (Daten, Texte, Interviews) beteiligt waren
den Sprechern der Medical Boards
den Kollegen aus dem zentralen Team Marketing, Kommunikation & CRM
den Kollegen aus dem zentralen Team Business Development/Medizin- und Qualitätsmanagement

Redaktionsschluss war der 30. September 2020.

