



Der MEDIAN Qualitätsbericht

2018 | 19

Unser Qualitätsverständnis

Das Leben leben

Qualität bei MEDIAN

Inhalt

1. EDITORIAL DER GESCHÄFTSFÜHRUNG	7	4. ERGEBNISSE	40	4.5 Innere Medizin	88	4.8 Psychiatrie	144
2. EINLEITUNG	10	4.1 Einführung	41	Schwerpunkte / Subdisziplinen	90	Schwerpunkte	146
2.1 Vorstellung von MEDIAN	11	4.2 Neurologie	42	<i>Interview:</i> „Mit anderen wieder sprechen zu können, ist das Beste“	91	<i>Interview:</i> „Die anderen brauchen dich doch“	147
2.2 Unsere Qualitätsphilosophie	12	Schwerpunkte	44	Behandlerstatement zum Fall	93	Behandlerstatement zum Fall	149
2.3 MEDIAN Medical Boards	14	<i>Interview:</i> „Aufgeben war nie eine Option“	46	Soziodemografische Daten/ Kennzahlen zur Prozess- und Ergebnisqualität		Soziodemografische Daten	150
2.4 Ziele und Aufbau des Qualitätsberichts	16	Soziodemografische Daten	48	Onkologie	94	Kennzahlen zur Prozess- und Ergebnisqualität	152
		Kennzahlen zur Prozess- und Ergebnisqualität	50	Geriatric	98		
		<i>Studie:</i> Wirksamkeit der medizinisch-beruflichen Rehabilitation	56	Gynäkologie	100	4.9 Pädiatrie	156
3. METHODE	18	4.3 Orthopädie	58	HTS	102	Schwerpunkte	159
3.1 Population	19	Schwerpunkte	60	Gastroenterologie	104	<i>Interview:</i> Mut zum Leben	160
Beschreibung der soziodemografischen Daten	19	<i>Interview:</i> „Ich kann wieder laufen“	61	Pneumologie	106	Soziodemografische Daten	162
Soziodemografische Daten aller Patienten bei MEDIAN	20	Behandlerstatement zum Fall	63	Rheumatologie	110	Kennzahlen zur Ergebnisqualität	164
		Soziodemografische Daten	64	<i>Studie:</i> Medizinische Rehabilitation bei Endometriose	112		
3.2 Wege in die Rehabilitation	22	Kennzahlen zur Prozess- und Ergebnisqualität	66	4.6 Psychosomatik	114	4.10 Soziotherapie	166
Heilverfahren und Anschlussheilbehandlungen	22	<i>Studie:</i> Aufbau eines Versorgungskonzepts bei Majoramputation	72	Schwerpunkte	116	Schwerpunkte	168
Sektorübergreifende Behandlungspfade	23			<i>Interview:</i> Definition des Burnout im ICD-11 ist unzureichend	118	<i>Interview:</i> „Seit drei Jahren und vier Monaten abstinent“	169
Zentrale Reservierungsservices	26	4.4 Kardiologie	74	Soziodemografische Daten	120	Behandlerstatement zum Fall	171
		Schwerpunkte	76	Kennzahlen zur Prozess- und Ergebnisqualität	122	Klientel und Indikationen der soziotherapeutischen Einrichtungen	172
3.3 Datenerhebungsinstrumente	28	<i>Interview:</i> „Ich fühle mich schon wieder richtig fit“	77	<i>Studie:</i> Affektive Instabilität bei Angststörungen – eine elektronische Tagebuch-Studie	126	Kennzahlen zur Ergebnisqualität	173
Krankenhausinformationssystem (KIS)	29	Behandlerstatement zum Fall	79				
Fragebogenportal	30	Soziodemografische Daten	80	4.7 Abhängigkeitserkrankungen	128		
MEDIAN App	32	Kennzahlen zur Prozess- und Ergebnisqualität	82	Schwerpunkte	130	Literaturverzeichnis	178
Unternehmensweite Reporting-Plattform	34	<i>Studie:</i> Effektivität der kardiologischen Rehabilitation bei Herzinsuffizienz	86	<i>Interview:</i> Wenn Glücksspiel unglücklich macht	132	Glossar	180
3.4 Beschreibungen der Variablen	35			Soziodemografische Daten	134	Abkürzungsverzeichnis	181
Prozessqualität	35			Kennzahlen zur Prozess- und Ergebnisqualität	136	Impressum	183
Ergebnisqualität	38			<i>Studie:</i> Epidemiologische Untersuchung in zwei Behandlungsstandorten	142		
						5. DISKUSSION	174

1. EDITORIAL DER GESCHÄFTSFÜHRUNG

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

mit Freude präsentieren wir Ihnen unseren aktuellen MEDIAN Qualitätsbericht. Es ist der dritte in Folge und wir sind stolz, darüber berichten zu können, wie sich die Qualität der Versorgung unserer Patienten¹ erneut verbessert hat. Gleichzeitig ist dieser dritte Qualitätsbericht ein Meilenstein auf unserem strategischen Weg zur Entwicklung neuer, individueller Behandlungspfade, die evidenzbasiert sind und deren Ergebnisqualität messbar ist.

Ergebnisqualität im Fokus

Wir möchten unseren Patienten die für sie beste Therapie zukommen lassen – welche das aber 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 einem Patienten nach Schlaganfall kann es beispielsweise darum gehen, nicht pflegebedürftig zu werden und stattdessen selbstständig in der eigenen Wohnung den Alltag zu bewältigen, auch wenn Einschränkungen bleiben. Bei einem Patienten mit Alkoholsucht könnte es das Ziel sein, nach der Rehabilitation wieder einer geregelten Arbeit nachgehen zu können und den Versuchungen im Alltag zu widerstehen. Anhand dieser individuellen und messbaren Fähigkeiten lässt sich die Ergebnisqualität der Rehabilitation darstellen.

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. Größtenteils werden die Daten von unseren Ärzten oder Therapeuten gesammelt und sie ermöglichen es, die individuelle Entwicklung des Patienten zwischen Aufnahme und Entlassung nachzuvollziehen, auch, um zum Beispiel während des Aufenthalts, Therapiepfade zu adjustieren. Aufgrund unserer Aktivitäten der vergangenen Jahre sind wir nun zunehmend in der Lage, den tatsächlichen Erfolg unserer medizinisch-therapeutischen Ansätze nachzuweisen. Dieser lässt sich direkt an den Zahlen dieses Qualitätsberichts ablesen, da wir – im Vergleich zum Vorjahr – die Anzahl der erhobenen Parameter nochmals verdoppeln konnten. So erfassen wir zusätzlich zu den unmittelbar für den therapeutischen Einsatz relevanten Daten 32 unterschiedliche Ergebnisparameter.² Dies drückt sich auch in den für diesen Qualitätsbericht berücksichtigten Datenpunkten aus. Am deutlichsten ist das in unseren orthopädischen Kliniken zu erkennen, denn dort ist die Erfassung der Ergebnisparameter am weitesten fortgeschritten. So lässt sich zum Beispiel darstellen, dass wir auch bei Patienten, die älter als 80 Jahre sind, deutlichere Verbesserungen in ihrem Leistungsvermögen erzielen können als allgemein erwartet – ein starkes Argument für den systematischen Ausbau der Rehabilitation bis ins hohe Alter.

Zusammenhänge erfassen und sichtbar machen

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

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,

¹ Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird im Text verallgemeinernd das generische Maskulinum verwendet. Diese Formulierungen umfassen selbstverständlich alle Geschlechteridentitäten.

² Stand 31. Dezember 2018

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 Behandlungspfade weiter individualisieren.

Um diese noch feingliedrige Behandlung weiter voranzutreiben, haben wir uns 2018 entschlossen, die Menge der zu erfassenden Ergebnisparameter in einigen Disziplinen erneut auszuweiten. Unter anderem werden zukünftig in der Neurologie auch Parameter erhoben, die beispielsweise Gehfähigkeit oder Ausdauer der Patienten erfassen, an denen wir während der Rehabilitation gezielt arbeiten.

Neues Tool misst Qualität der Prozesse

Um die bestehenden Pfade nicht nur zu vermessen, sondern auch aktiv zu steuern, haben wir in diesem Jahr mit der Erweiterung des Business-Intelligence-Tools (BI) um Medizin- und Qualitätskennzahlen in Form eines Qualitätsreportings 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.

Wie sehen uns unsere Patienten?

Ein nächster Schritt wird sein, bei der Betrachtung der Ergebnisqualität noch stärker die Sicht unserer Patienten zu berücksichtigen. Lag der Fokus aus Patientensicht bislang primär auf den Zufriedenheitsdaten, rücken künftig 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 Fähigkeit, wieder am sozialen oder beruflichen Leben teilzunehmen. Diese Parameter werden wir aber nicht nur in der Klinik zum Ende der Rehabilitation erfassen, sondern darüber hinaus noch mehrere Monate, nachdem der Patient unsere Klinik verlassen hat.

Rehabilitationserfolg durch App verstetigen

Entscheidend ist nicht nur der Erfolg der Behandlung in der Klinik, sondern auch langfristig nach dem Rehabilitationaufenthalt. Dafür ermöglicht es insbesondere die MEDIAN App, die Wirksamkeit der Rehabilitation nicht nur vom Anfang bis zum Ende des Klinikaufenthalts zu betrachten, sondern auch darüber hinaus. Aus den uns bereits vorliegenden ersten Daten lässt sich herleiten, dass die Weiterversorgung über Apps den individuellen Rehabilitationserfolg sichert oder sogar noch ausbauen kann. Daher soll die App-basierte Nachbetreuung für die Patienten in allen Kliniken ausgebaut werden.

Zuwachs an Erfahrung und Know-how

Jede Übernahme einer neuen Klinik ist in vielfacher Hinsicht eine Bereicherung. So nutzte die MEDIAN Klinik Mühlengrund Bad Wildungen bereits vor Übernahme in 2018 eine Nachsorge-App im Bereich der Adipositas-Behandlung, um den Rehabilitationserfolg in der Phase nach dem Aufenthalt fortzuführen. Von den Erfahrungen, die diese Klinik bei Pilotprojekten mit der Rentenversicherung Knappschaft Bahn-See sammelte, können nun alle MEDIAN Kliniken profitieren. Dieses Know-how wollen wir in den Jahren 2019 und 2020 sukzessive weiteren Kliniken zur Verfügung stellen – ganz im Sinne unserer Strategie, das Wissen und die Erfahrungen einzelner Kliniken in die gesamte Gruppe einzubringen, um allen Rehabilitanden die überlegenen therapeutischen Ansätze zugänglich machen.

Wertbeitrag der Rehabilitation stärken

Als MEDIAN sind wir überzeugt, dass die Nutzung der Daten zur Ergebnisqualität in Verbindung mit unseren Prozessdaten und den soziodemografischen Daten die Versorgung jedes einzelnen Patienten verbessern, ohne das Sozialversicherungssystem weiter zu belasten. Auf diese Weise wollen wir unserem gesellschaftlichen 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

Zur Verbesserung der Behandlungsqualität investiert MEDIAN umfassend in die Digitalisierung, um unsere Mitarbeiter bei der Auswahl der richtigen Therapieansätze und der Durchführung der Therapien zu unterstützen. Das Wichtigste in der Weiterentwicklung unserer Qualität sind unsere Mitarbeiter, denn ohne ihren unermüdlichen Einsatz für ihre Patienten könnten wir nicht diese beeindruckenden Zahlen vorweisen. Daher möchten wir uns an dieser Stelle bei denjenigen bedanken, die diesen Erfolg jeden Tag ermöglichen.

Wir wünschen Ihnen eine interessante Lektüre.



R. Seebauer

Roland Seebauer
Geschäftsführer (CFO)

Florian Frensch

Dr. Florian Frensch
Geschäftsführer (COO)

André M. Schmidt

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

Benedikt Simon

Dr. Benedikt Simon
Geschäftsführer (CDO)

2. EINLEITUNG

MEDIAN – ein neues Unternehmen mit langer Tradition



Als zentraler Ausgangspunkt der MEDIAN Philosophie kann das Jahr 2011 gesehen werden. In diesem Jahr übernahm das heutige Management der MEDIAN Unternehmensgruppe die Verantwortung für die traditionsreichen RHM-Kliniken, welche damals circa 1.850 Betten und Behandlungsplätze in 26 Einrichtungen umfassten. Die strategische Grundausrichtung der heutigen MEDIAN Kliniken mit den Bereichen stationärer und ambulanter Rehabilitation, Akut-Psychiatrie und Soziotherapie wurde auf dieser Basis kontinuierlich weiterentwickelt. Im Zuge dessen ist seitdem ein modernes Unternehmen mit aktuell über 120 Kliniken und Einrichtungen entstanden, welches durch die Verschmelzung mit renommierten Klinikgruppen und die Integration einzelner hoch spezialisierter Kliniken, über höchste Fachkompetenz und jahrzehntelange Erfahrung in der Rehabilitation verfügt.

Die Fusion und Übernahme zahlreicher Kliniken und Klinikgruppen machte MEDIAN in den letzten Jahren sukzessive zum größten privaten Betreiber von Rehabilitations- und Teilhabeinstitutionen in Deutschland. Durch die Größe der Organisationsstruktur gelang es einerseits, die MEDIAN Qualitätsphilosophie in der Breite durchzusetzen. Andererseits wurde es durch die Größe auch möglich, Investitionen zur Steigerung der Behandlungsqualität vorzunehmen, insbesondere durch Synergien und Kosteneinsparungen in patientenfernen Bereichen, z. B. durch die Generierung von Einsparpotenzialen im Einkauf.

MEDIAN stellt heute somit ein neues und modernes Unternehmen dar, welches seinen zahlreichen traditionsreichen Kliniken und Einrichtungen gemeinsame Wege und neue Möglichkeiten bietet, die Qualität der Patientenversorgung an erste Stelle zu setzen.

MEDIAN – die neue Qualität in der Rehabilitation

Die MEDIAN Kliniken in ihrer heutigen Struktur sind aus der Philosophie entstanden, dass die Rehabilitation in Deutschland maßgeblich verbessert werden kann, wenn sich qualitativ hochwertig arbeitende Rehabilitationskliniken zusammenschließen und ihr medizinisch-therapeutisches Know-how bündeln. Entsprechend besteht der grundlegende Ansatz von MEDIAN in einem stetigen Austausch und breitem Know-how-Transfer zwischen unseren Kliniken und Einrichtungen. Auf diesem Wege wurde in den vergangenen Jahren durch diverse Übernahmen von Kliniken eine Klinikgruppe gestaltet, welche das Ziel verfolgt, die besten Rehabilitationskliniken Deutschlands unter einem Dach zu vereinigen und stetig weiterzuentwickeln.

Um das Know-how aller Kliniken der Unternehmensgruppe zu bündeln und zugleich den Wissenstransfer zwischen den einzelnen Einrichtungen zu fördern, wurde je 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 und Therapeuten Neuerungen in der Rehabilitationsmedizin und diskutieren fach- und indikationsspezifische Behandlungspfade, zunehmend anhand von gruppenweit erhobenen Parametern der Ergebnisqualität. Gerade anhand der Ergebnisparameter wollen wir, verbunden mit soziodemografischen Variablen und Daten zum Behandlungsprozess, neue Behandlungspfade in unseren Kliniken ableiten. Hierbei ist es unser Anspruch in der medizinisch-therapeutischen Arbeit, dass wir uns in der Entscheidungsfindung an wissenschaftlichen Standards orientieren.

Experten aus Pflege, Hygiene sowie Ernährung erarbeiten gruppenweite Standards

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 das Unternehmen 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 Gremiums von Pflegeexperten fließen in die tägliche Arbeit der Kliniken



ein, Standards werden kontinuierlich auf den neuesten Stand gebracht und allen Mitarbeitern in der Pflege zur Verfügung gestellt. So wurde zum Beispiel ein Dokumentationsleitfaden durch das Pflegeboard erarbeitet und in allen MEDIAN Kliniken eingeführt.

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 Mitarbeitern 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 Unternehmensgruppe in vielfacher Hinsicht bestens für die Zukunft als ein modernes Unternehmen aufgestellt, das seinen Kliniken und Einrichtungen neue Wege und Möglichkeiten bietet, um die Versorgung der Patienten als wichtigste Aufgabe immer besser zu erfüllen.

MEDIAN Medical Boards

Standortübergreifende Expertise

Um die Erfahrungen unserer Kliniken zu bündeln sowie auf zukünftige Herausforderungen im Gesundheitswesen gemeinsam und professionell reagieren zu können, wurden in den letzten Jahren Medical Boards für die Fachbereiche Orthopädie, Neurologie, Innere Medizin, Kardiologie, Psychosomatik, Psychiatrie, Abhängigkeits-erkrankungen, Soziotherapie sowie Kinder- und Jugend-medizin etabliert. Ihnen gehören die Chefärzte der ent-sprechenden Fachabteilungen aus allen Kliniken an. Als ein wichtiges Instrument zur Weiterentwicklung des Angebots und der Versorgungsqualität dient dieses Gremium dem Erfahrungsaustausch sowie dem Transfer von Wissen und Methoden zwischen den einzelnen Stand-orten. Im Kern geht es darum, die Leistungsfähigkeit der

Kliniken 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, wich-tige Strukturvoraussetzungen für die Patientenversor-gung oder Behandlungsprozesse zu diskutieren. Die auf Basis dieser Zusammenarbeit entwickelten Best Practice-Modelle werden mit den Kollegen der jeweiligen Fach-richtungen vor Ort ausgetauscht und entwickelt. Dieses Vorgehen ermöglicht es unseren Mitarbeitern, die mit vielen Erfahrungen untermauerten Behandlungskonzep-te an allen Standorten auf identisch hohem Niveau um-zusetzen.

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 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, Imke Dreckmann

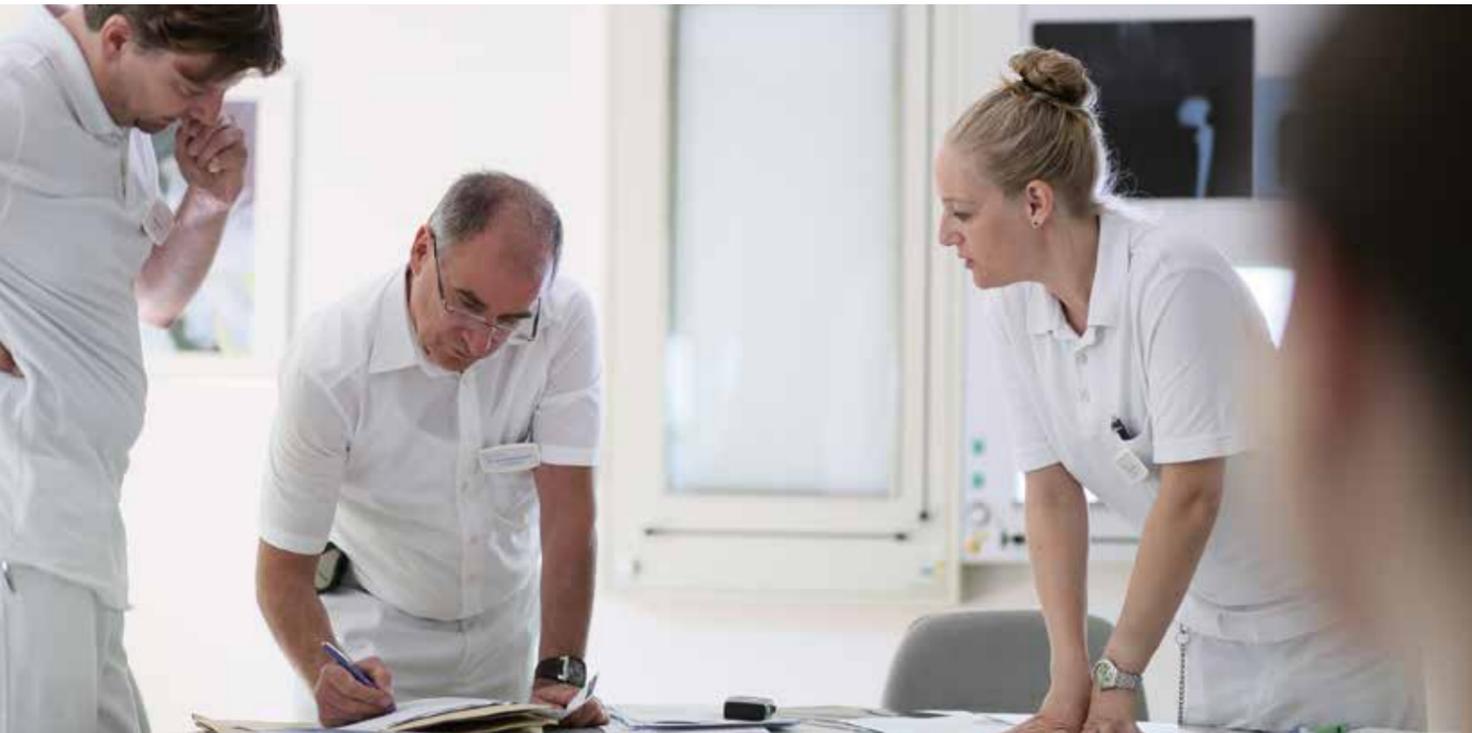


MEDICAL BOARD PSYCHOSOMATIK

Sprecher: Dr. Dr. Stefan Nagel, Dr. Monika Vogelgesang



Ziele und Aufbau des Qualitätsberichts



Es ist unser Anspruch, dass wir uns in den Behandlungspfaden an wissenschaftlichen Standards orientieren. Daher ist es nur folgerichtig, dass wir den diesjährigen Qualitätsbericht entlang der Struktur von wissenschaftlichen Veröffentlichungen ausrichten. Wir haben diesen Bericht in vier thematische Bereiche untergliedert, bestehend aus Einleitung, Methode, Ergebnissen und abschließender Diskussion, wie es auch in wissenschaftlichen Arbeiten der Fall ist.

In der Einleitung werden das Unternehmen MEDIAN vorgestellt und die Ziele des Unternehmens sowie der Aufbau des Qualitätsberichts dargestellt.

Innerhalb des Methodenteils finden sich Informationen zur versorgten Population, zu Versorgungsansätzen, zu Instrumenten der Datenerfassung sowie zum Vorgehen bei der Datenanalyse.

Der Ergebnisteil beschreibt im weiteren Verlauf die Rehabilitandenstruktur mittels soziodemografischer Daten sowie die Ergebnisqualität mithilfe spezifischer medizinischer Ergebnisparameter für die einzelnen Indikationsgebiete.

Im Diskussionsteil werden die wichtigsten Erkenntnisse aus dem Ergebnisteil dargestellt sowie ein Ausblick auf die Vorhaben in den kommenden Jahren gegeben. Der Qualitätsbericht 2018/19 schließt mit einem Fazit.



3. METHODE

Beschreibung der soziodemografischen Daten

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

Erstmals wird bei der Verteilung der Geschlechter in diesem Jahr auch das neue offizielle dritte Geschlecht „divers“ ausgewiesen. Zwar gab es bereits 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 Rehabilitationsklinik verbringt. Sie wurde anhand der Tage zwischen An- und Abreise berechnet, wobei der 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.

Soziodemografische Daten aller Patienten bei MEDIAN

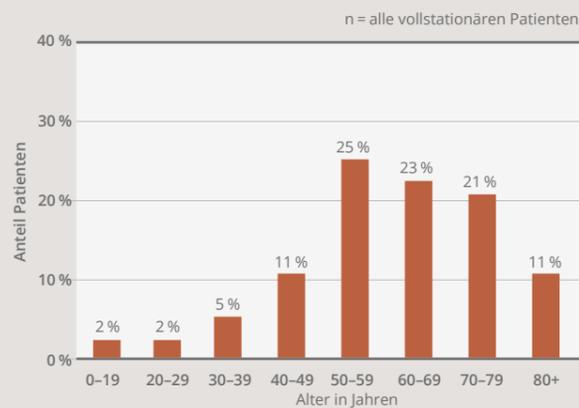
Nachfolgend wird die Patientenstruktur aller MEDIAN Rehabilitationskliniken unter anderem in einer Indikations-, Leistungsträger- und Altersverteilung dargestellt. Darüber hinaus zeigt die Auswertung der Patientenzufriedenheit, wie einzelne medizinische Faktoren von über 85.000 Rehabilitanden im Jahr 2018 bewertet wurden.

3.1.1 Patientenpopulation nach Geschlecht



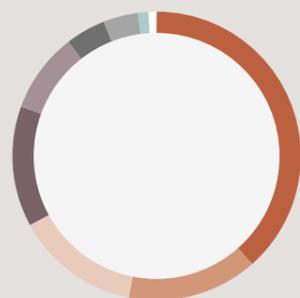
Im Jahr 2018 wurden bei MEDIAN insgesamt **186.819 stationäre Patienten** behandelt. Davon waren **53 % weiblich** und **47 % männlich**.

3.1.2 Verteilung der Altersstruktur



Die Übersicht der Altersverteilung zeigt, dass im Jahr 2018 über die Hälfte aller Patienten in den MEDIAN Kliniken älter als **60 Jahre** waren.

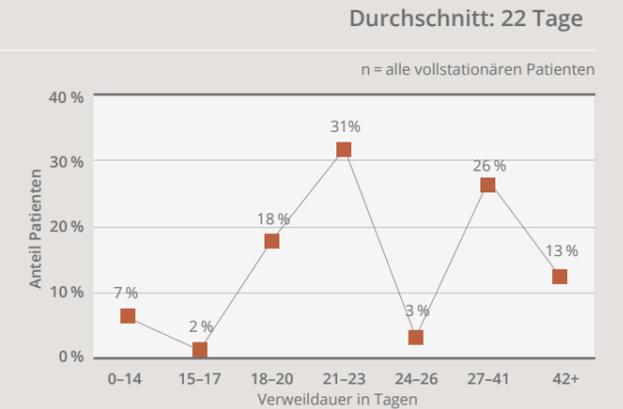
3.1.3 Verteilung der Indikationen



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

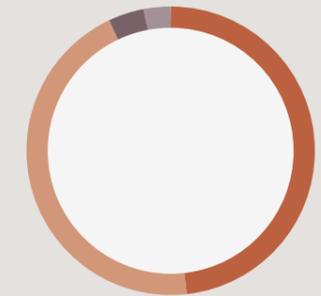
3.2.4 Verteilung der Verweildauer

Die Übersicht der Verweildauer zeigt, dass der Großteil der Rehabilitanden im Berichtsjahr 2018 **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.



3.2.5 Verteilung der Leistungsträger

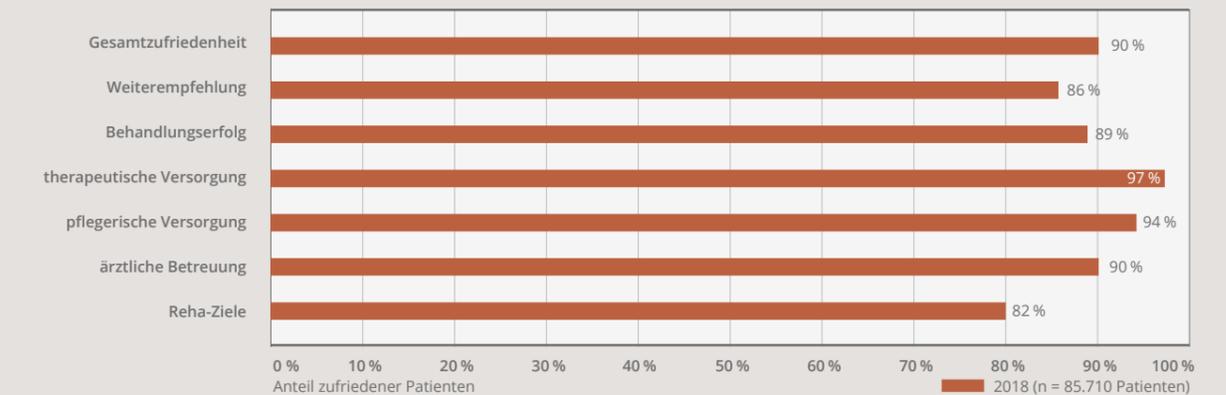
Die erbrachten Leistungen wurden im Jahr 2018 von unterschiedlichen Leistungsträgern übernommen. Die gesetzliche Rentenversicherung machte dabei mit **48 %** den größten Anteil aus.



3.2.6 Patientenzufriedenheit

Die Patientenzufriedenheit befand sich im Jahr 2018 erneut auf einem konstant hohen Niveau. Gerade in den Bereichen therapeutische und pflegerische Versorgung

zeigte sich jeweils ein sehr hohes Zufriedenheitslevel unserer Patienten.



Heilverfahren und Anschlussheilbehandlungen



Zum einen gibt es das sogenannte **Heilverfahren (HV)**, welches ohne vorherigen Krankenhausaufenthalt möglich ist und vom zuständigen Kostenträger beantragt wird. Dafür entscheidet zunächst der Haus- oder Facharzt des Patienten, 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 außerdem seine Wunschklinik angeben. Ein Heilverfahren hat verschiedene Ziele: Es soll die Gesundheit des Patienten erhalten, seine Genesung fördern und dem Patienten dabei helfen, seine körperlichen und psychischen Fähigkeiten wiederzuerlangen.

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

Sektorübergreifende Behandlungspfade

Historisch gewachsen bestehen relativ starre Grenzen zwischen den Anbietern der stationären und der ambulanten Gesundheitsversorgung, wie zum Beispiel zwischen Akutkliniken und Rehabilitationskliniken. Primär konzentrieren sich die einzelnen Akteure darauf, die Behandlungsabläufe und somit die Versorgungsqualität innerhalb ihrer originären Verantwortungsbereiche, auch Versorgungssektor genannt, zu verbessern. Die Betrachtung der Versorgungsqualität über den eigenen Verantwortungsbereich und die Sektorgrenzen hinaus erfolgt in der Regel nicht. Eine abgestimmte und ganzheitliche Prozesskette birgt jedoch enorme Potenziale zur Steigerung der Behandlungsqualität. Gleichzeitig ist der suboptimal organisierte Übergang zwischen den Versorgungsbereichen immer noch eine Hauptursache für die unnötig lange Verweildauer in Akutkrankenhäusern.

Modelle der Zusammenarbeit zwischen Akut- und Rehabilitationsmedizin



Vorteile für Patienten

Um dem Anspruch unserer Patienten auf eine optimale Behandlung über die Sektorgrenzen hinweg gerecht zu werden, entwickelt MEDIAN gemeinsam mit Akutkrankenhäusern im Rahmen der Anschlussheilbehandlung sektorübergreifende medizinische Behandlungspfade. Wichtigstes Ziel hierbei ist eine messbare Steigerung der Versorgungsqualität. Gleichzeitig wird eine für Patienten optimale Verweildauer im Akutklinik und bei MEDIAN angestrebt.

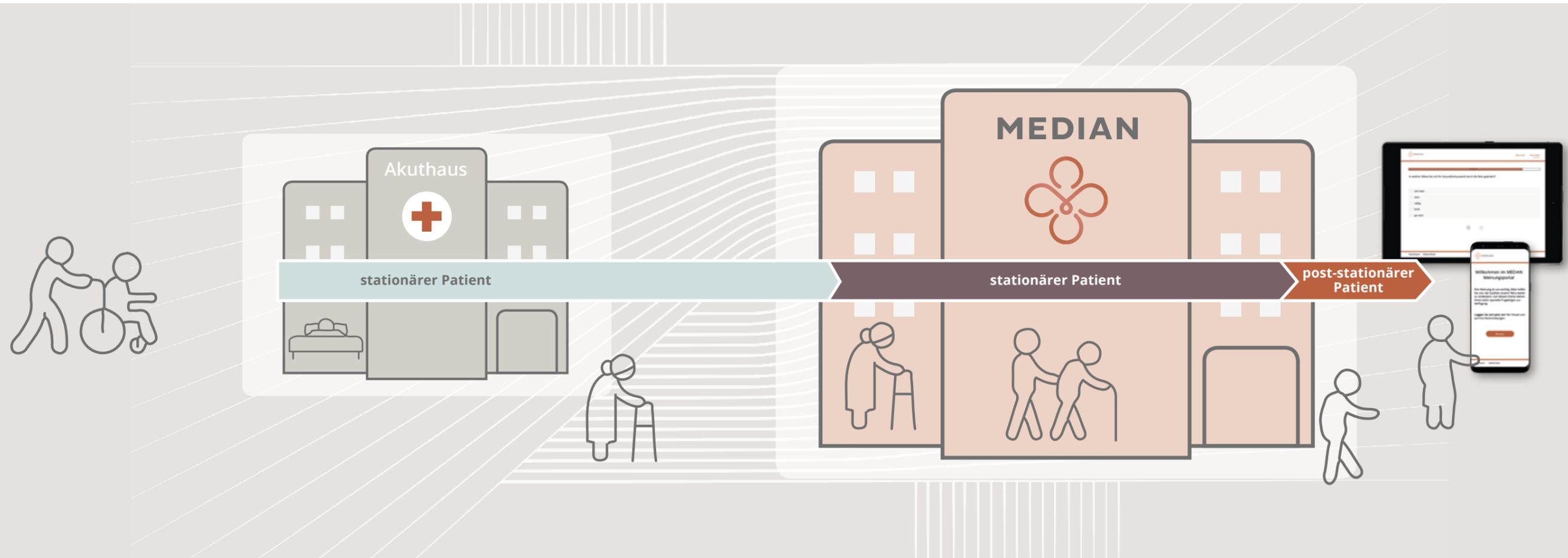
Für die Patienten bringen sektorübergreifende Behandlungspfade zahlreiche Vorteile mit sich. Die gemeinsame

Betreuung und kontinuierliche Überwachung der Operations- und Behandlungsergebnisse sowie die engmaschige Kommunikation zwischen den Gesundheitsexperten bei MEDIAN und kooperierenden Leistungserbringern sorgen nicht zuletzt für einen verbesserten und kürzeren Genesungsprozess.

Abgestimmte Behandlungsabläufe und Schnittstellen

Innerhalb der sektorübergreifenden Behandlungspfade sind die Abläufe und Schnittstellen zwischen den Behandlungspartnern klar definiert. Ärzte, Pflegekräfte und Therapeuten legen gemeinsam fachliche Standards für Aufnahme, Operation und Behandlung im Akutklinik-

Erhebungsprozess von Ergebnisqualitätsparametern



haus sowie die Beantragung der Rehabilitationsmaßnahme und die Verlegung in eine MEDIAN Klinik fest. Diese werden an den individuellen Gesundheitszustand und die Bedürfnisse der Patienten angepasst, um eine optimale Behandlung sowie einen reibungslosen Übergang vom Akutkrankenhaus zur MEDIAN Klinik zu gewährleisten. Die Behandlung endet jedoch nicht mit dem Aufenthalt in der Rehabilitationsklinik. Vielmehr wird der Behandlungserfolg durch weiterführende Maßnahmen

in der Rehabilitationsnachsorge verstetigt. Durch eine innovative App, die eigens von MEDIAN entwickelt wurde, erhalten Patienten darüber hinaus wertvolle Unterstützung und Informationen vor, während und nach ihrem Behandlungsaufenthalt.

Kontinuierliche Messung der Behandlungsergebnisse

Um den Erfolg der Behandlung zu sichern, sollen die Behandlungsergebnisse im Akutkrankenhaus, während der Rehabilitation, am Ende der Rehabilitation und in der Nachsorge der Patienten anhand festgelegter Ergebnisqualitätsparameter gemessen werden. Hierfür definiert MEDIAN gemeinsam mit Akutkrankenhäusern einheitliche Kriterien und Messzeitpunkte. Die Messungen bilden die Basis für eine kontinuierliche Verbesserung der sektorenübergreifenden Behandlungspfade und dadurch einer Optimierung der medizinischen Ergebnisqualität, welche den Patienten zugutekommt.

Zentrale Reservierungsservices bei den MEDIAN Kliniken

Um den Zugang zur Rehabilitation zu erleichtern, wurden deutschlandweit fünf zentrale Stellen eingerichtet, über die Betten in den MEDIAN Kliniken der Region belegt werden können – unsere Zentralen Reservierungsservices.



In den Callcentern der Zentralen Reservierungsservices stehen kompetente Mitarbeiter für alle Fragen zu einem möglichen Rehabilitationsaufenthalt in einer MEDIAN Klinik zur Verfügung. Anmeldungen und Anfragen zu einer voll- oder teilstationären Rehabilitation oder Anschlussheilbehandlung von Patienten werden über die Zentralen Reservierungsservices erfasst und bearbeitet. Dies bietet sowohl für Patienten und Angehörige als auch für Krankenhäuser und Sozialdienste einige Vorteile.

Durch die Zentralen Reservierungsservices hat MEDIAN die Möglichkeit, den Patienten einen möglichst effizienten und schnellen Übergang vom Akutkrankenhaus in die Rehabilitationsklinik zu bieten. Sollte die vom Patienten präferierte Klinik bereits für den gewünschten Rehabilitationsbeginn ausgebucht sein, prüft der Zentrale Reservierungsservice in allen relevanten MEDIAN Kliniken, wo schnellstmöglich beziehungsweise im gewünschten Zeitraum ein freies Bett verfügbar ist.

Die Zentralen Reservierungsservices können darüber hinaus adäquate Auskunft über spezielle Wünsche der Patienten geben, wie zum Beispiel zu rollstuhlgerechten Zimmern oder zu behandelnden Nebendiagnosen, um somit die ideale Klinik für den individuellen Patienten zu finden.

Für den Sozialdienst der Akutkrankenhäuser besteht ein Vorteil darin, dass die rehabilitationsbedürftigen Patienten mit einem Anruf im Zentralen Reservierungsservice an die individuell passenden Rehabilitationskliniken weitergegeben werden können. Hierfür genügt ein Anruf und der Mitarbeiter des Reservierungsservice kann alle Betten in der Region prüfen, Anrufe bei den einzelnen Kliniken entfallen hierdurch.

Aufgaben und Funktion der Zentralen Reservierungsservices

Die Aufgaben und die damit verbundenen Prozesse der Zentralen Reservierungsservices unterscheiden sich nach der Art der Rehabilitationsmaßnahme:

Bei Anschlussheilverfahren nach einem akutstationären Aufenthalt in einem Krankenhaus setzt sich der Sozialdienst noch während des Aufenthalts des Patienten im Akuthaus mit dem Zentralen Reservierungsservice der MEDIAN Kliniken in Verbindung. Die Anfragen und Anmeldungen gehen dabei telefonisch, per Datenaustausch, per E-Mail oder Fax ein. Beim Heilverfahren wird der Rehabilitationsaufenthalt von dem zuständigen Kostenträger, z. B. der Krankenkasse oder der Rentenversicherung beantragt. In diesem Fall erhält der Zentrale Reservierungsservice die Kostenübernahme für eine Rehabilitationsleistung vom Kostenträger per Fax oder

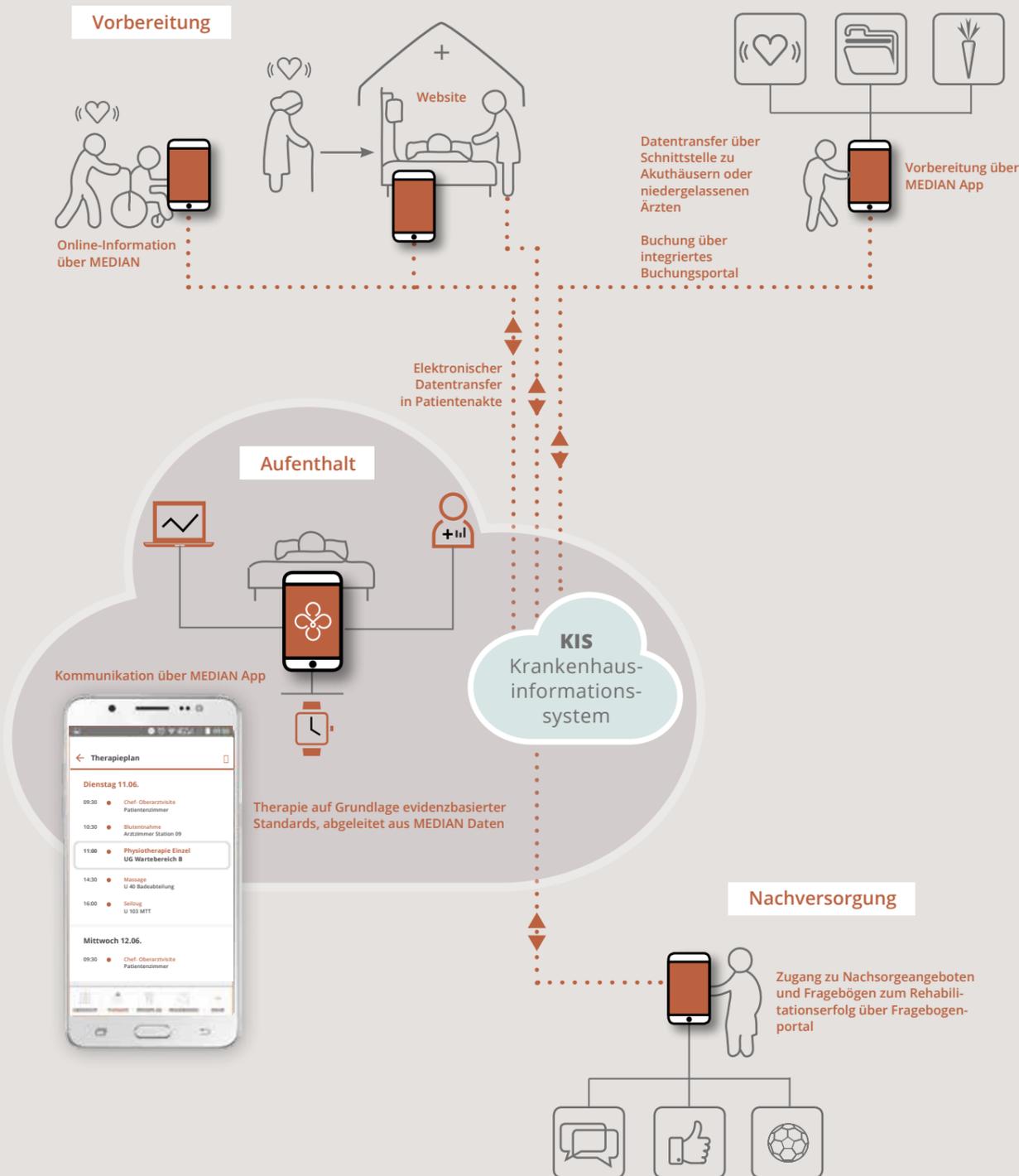
Datenfernübertragung. Patienten mit der Maßnahme Heilverfahren haben die Möglichkeit, den Rehabeginn aufgrund von beruflichen oder familiären Gegebenheiten zu verschieben.

Bei beiden Verfahren werden die Stammdaten der Patienten sowie weitere relevante Behandlungsdaten des Patienten direkt im Krankenhausinformationssystem erfasst. Hierauf haben die behandelnden Ärzte, Therapeuten und das pflegerische Personal der relevanten Klinik ebenfalls Zugriff. Nach finaler Terminierung des Patienten erhält dieser ein Einladungsschreiben von der jeweiligen MEDIAN Klinik.

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



Krankenhausinformationssystem (KIS)



Das Krankenhausinformationssystem (KIS) ist zur Datenerhebung für unsere Behandlung aus mehreren Gründen relevant:

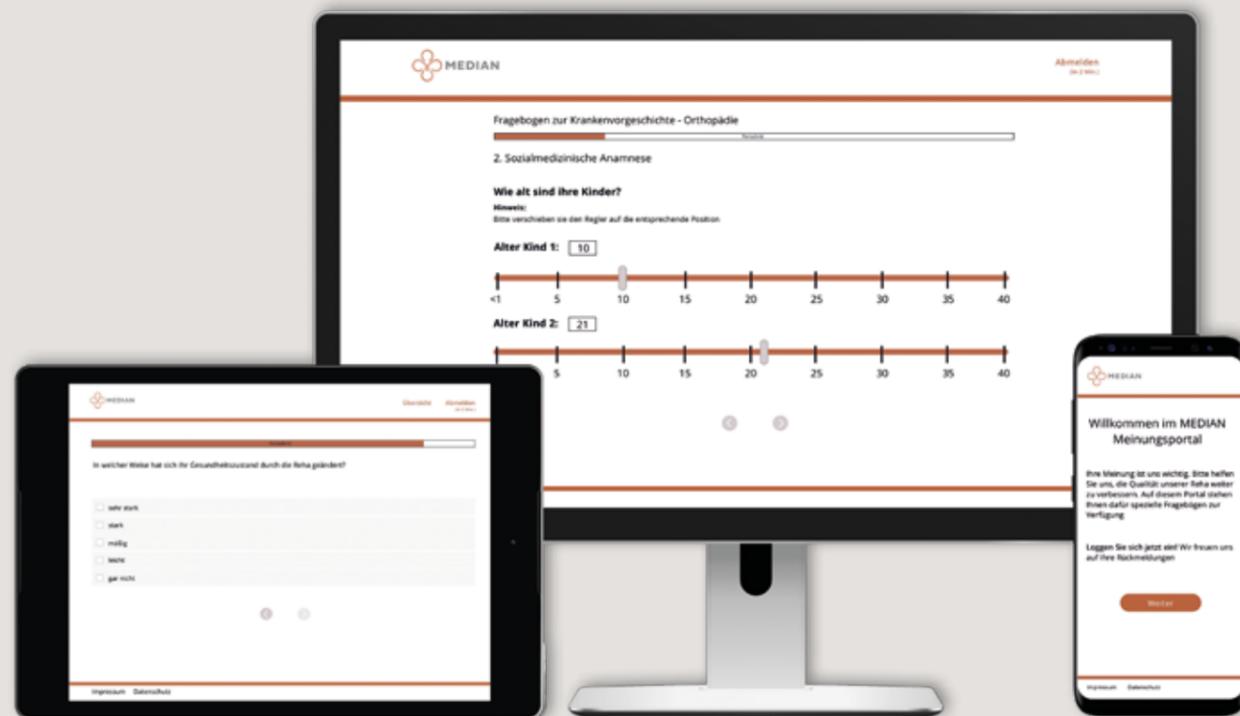
Zum einen bildet das KIS die Behandlungspfade aller unserer Patienten ab. Daher erlaubt es uns das KIS, den Weg und die einzelnen Therapien jedes einzelnen Patienten nachzuverfolgen. In Summe sind dies die Patientenpfade aller unserer Patienten, aufbauend auf einzelnen Therapieeinheiten.

Zweitens enthält das KIS auch die soziodemografischen Daten unserer Patienten, wie z. B. Alter oder Geschlecht. Dies erlaubt uns zu erkennen, welche Behandlungswege von welchen Patientengruppen eingeschlagen wurden.

Drittens erfassen unsere Ärzte, Therapeuten und Pflegekräfte im KIS jene unterschiedlichen medizinisch-therapeutische Variablen der einzelnen Patienten, die im Behandlungsprozess relevant sind. Weiterhin können über diese Funktion auch Ergebnisparameter der Patienten durch unser Personal erfasst werden. Dies kann zum Beispiel die Leistung auf einem Fahrradergometer bei einem kardiologischen Patienten sein. Die Erfassung dieser Ergebnisparameter ist notwendig, um den Erfolg im Behandlungsverlauf abzubilden, dient aber sekundär auch dazu, die Ergebnisqualität zu messen.

Fragebogenportal

Qualitätssteigerung durch die Messung der Versorgungsqualität aus Sicht der Patienten



Es ist unser Ziel, das Qualitätsempfinden unserer Patienten zu erfassen, um hieraus Verbesserungen in den Therapieansätzen abzuleiten. Zur Erfassung der Ergebnisqualität aus Patientensicht haben wir ein Fragebogenportal entwickelt, über welches sogenannte „Patient-Reported-Outcome-Measures“ (PROMs) abgebildet werden.

Digitales Portal zur Qualitätsmessung

Im Fragebogenportal wollen wir den medizinisch-therapeutischen Zustand des Patienten aus seiner Sicht erfassen, ergänzt durch die Erfassung seiner Fähigkeit zur Teilhabe am beruflichen und sozialen Leben – diese Daten werden auch als Patient-Reported-Outcome-Measures (PROMs) bezeichnet. In der Regel erfolgt diese Erfassung durch Fragebögen, welche vor, während und auch nach der Behandlung ausgefüllt werden. Das Portal ist über sämtliche internetfähigen Endgeräte oder auch die MEDIAN App zu erreichen. So hat der Patient bereits vor der Rehabilitation die Möglichkeit, über das Portal seine Einschätzung zum Gesundheitszustand einzugeben oder z. B. auch sechs Monate nach dem Aufenthalt ein Feedback zu seinem Gesundheitszustand und damit zum Behandlungserfolg zu geben. Während des Klinikaufenthalts haben die Patienten ohne eigenes Smartphone zukünftig die Möglichkeit, die Fragebögen an einem Computer auszufüllen oder sich ein Tablet zu leihen.

Die Inhalte der hierfür 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. Zukünftig sollen subjektive medizinische Outcome Parameter in den gesamten Rehabilitationsprozess eingebettet werden.

Patientenzufriedenheitsbefragung

Über das Fragebogenportal wird auch die Patientenzufriedenheit abgefragt, denn die Zufriedenheit unserer Patienten ist eine ebenso wichtige Messlatte wie der Rehabilitationserfolg. Wir wollen unseren Patienten 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 zugute kommt.

MEDIAN App



Die App können sich alle Patienten der MEDIAN Kliniken im Internet auf www.median-kliniken.de/app herunterladen. Sie ist für iOS und Android verfügbar.

Als MEDIAN Klinikgruppe wollen wir die Qualität der Versorgung in unseren Kliniken nachhaltig verbessern. Ein wichtiger Baustein in diesem Ansatz, der zukünftig noch mehr an Bedeutung gewinnen wird, sind die Sicherung und der Ausbau des Erfolgs der Rehabilitation über den stationären Klinikaufenthalt hinaus.

Hierfür haben die MEDIAN Kliniken eine eigene App entwickelt, welche als digitaler Begleiter unsere Patienten bereits vor der Rehabilitation begrüßt und bis über die Rehabilitation hinaus begleitet. Die MEDIAN App hat bereits eine stabile Nutzerzahl mit positiven Patientenresonanzen gewonnen und ist mit knapp 6.000 Usern eine der größten Patienten-Apps im Bereich der Klinikbetreiber.

Im Rahmen unserer Datenstrategie dient die MEDIAN App auch als Instrument, um über den Rehabilitationsaufenthalt hinaus auch während des weiteren Genesungsprozesses Kontakt zu unseren Patienten zu halten, um so auch Monate nach Entlassung den Patienten die



Möglichkeit einzuräumen, Rückmeldungen zum Behandlungserfolg zu geben. Die App ist darauf ausgerichtet, Patienten nach Verlassen der Klinik in Bezug auf ihre weitere gesundheitliche Entwicklung zu befragen. Diese Informationen zum Gesundheitszustand lange nach der Rehabilitation sind für uns von unschätzbarem Wert, da sie uns helfen zu verstehen, welche Therapiekombinationen bei welchen Patienten langfristig den größten Erfolg ermöglichen.

Im Rahmen unserer Strategie zur digitalen Nachversorgung unserer Patienten ist die MEDIAN App der Träger von Übungsprogrammen, welche wir individuell auf unsere Patienten adaptieren können. In den ersten Pilotkliniken können somit Patienten durch die MEDIAN App auch orts- und zeitunabhängig an ihrem Therapieerfolg arbeiten. Dies gilt sowohl während der Rehabilitation, um mit dem Instrument vertraut zu werden, als auch im Speziellen nach der Rehabilitation. Die digitalen Übungsprogramme umfassen z. B. Sport-, Physio- oder Entspannungstherapien, die ohne Begleitung des Therapeuten durchgeführt werden können.

Bereits vor Beginn der Rehabilitation erhalten unsere Patienten über die App konkrete Informationen, damit sie sich gezielt auf ihren Klinikaufenthalt vorbereiten können. Während des Aufenthalts ist es dem Patienten möglich, individuelle Therapiepläne minutenaktuell abzurufen oder auch den aktuellen Speiseplan einzusehen. Dies ist nicht nur für den Patienten eine Erleichterung.

Unternehmensweite Reporting-Plattform

Zentrales Instrument zur Qualitätsentwicklung

Um auf Basis der in den Kliniken erhobenen Daten die Leistungsqualität weiterzuentwickeln, wurde die Business-Intelligence-Plattform, welche allen Kliniken bis dato vor allem kaufmännische Kennzahlen bereitstellte, um medizinisch-qualitative Kennzahlen erweitert.

Durch diesen Schritt wurde die Möglichkeit geschaffen, Daten aus den unterschiedlichen Quellen und VORSYSTEMEN zu konsolidieren und in einen einheitlichen Datenspeicher zu überführen. Aus diesem Datenspeicher heraus werden interaktive Reports und Dashboards generiert, welche die lokalen Entscheidungsträger in den Kliniken befähigen, jederzeit datenfundierte Entscheidungen zu treffen.

Medizinisch-qualitative Kennzahlen wie die Anzahl der therapeutischen Leistungen pro Woche und Patient oder auch die Patientenzufriedenheit werden systematisch ausgewertet und analysiert, um im Anschluss daran

Maßnahmen einzuleiten. Die Diskussion der Kennzahlen erfolgt dabei auf allen Ebenen des Unternehmens: von ärztlichen, therapeutischen und kaufmännischen Führungskräften in den Kliniken über die Geschäftsbereichsleitungen, die Geschäftsführung und die QM-Verantwortlichen. Mittels rollenabhängiger Reporting-Sichtweisen können Entwicklungen und eventuelle Planabweichungen systemübergreifend und multidimensional im Blick behalten werden. Bei Bedarf können Top-Down-Analysepfade genutzt werden, wodurch es möglich ist, auf immer granularerer Ebene über einzelne Patientenkohorten bis zum einzelnen Patienten vorzudringen.

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 in Bezug auf die Prozessqualität werden den Rehabilitationseinrichtungen regelmäßig zurückgemeldet. Dadurch werden das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement gefördert und die Transparenz des Leistungsgeschehens erhöht.

Folgende Qualitätssicherungsverfahren werden unter anderem hierbei eingesetzt:

- Therapeutische Versorgung
- Reha-Therapiestandard
- Rehabilitandenbefragung
- Peer Review

Die Verfahren weisen einen Bewertungsbereich von 0 bis 100 Qualitätspunkten (QP) auf, wobei 100 QP das Optimum darstellen. Diese Verfahren werden regelmäßig eingesetzt, aber nicht jährlich erhoben. Aus diesem Grund sowie wegen Umstellungen im Verfahren selbst existieren keine aktuellen Peer Review-Berichte. Die Ergebnisse dieser Berichte können deshalb im vorliegenden Qualitätsbericht nicht dargestellt 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 die 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 der Basis des Therapiekonzepts der medizinischen Rehabilitation und den Ergebnissen wissenschaftlicher Literaturrecherchen zur Wirksamkeit formuliert wurden. Jedes ETM enthält wiederum eine Auflistung aller infrage kommenden beziehungsweise möglichen Interventionen in Form von KTL-Codierungen. Darüber hinaus sind die Mindestdauer sowie gegebenenfalls die Mindesthäufigkeit von KTL-Leistungen festgelegt. 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 Mindestdauer/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 Rehabilitationsklinik 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 neun wesentlichen 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.

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 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.

MEDIAN-eigene Berechnung der KTL und RTS

Im Sinne der bestmöglichen Rehabilitation unserer Patienten erfasst MEDIAN sämtliche, von der DRV zur Ermittlung der QP im Bereich KTL und RTS verwendeten Daten in Echtzeit. Orientiert an der Berechnungslogik der DRV, werden diese unmittelbar ausgewertet und in Qualitätspunkte umgerechnet. Da für das Jahr 2018 zum Zeitpunkt der Erstellung dieses Qualitätsberichts noch keine beziehungsweise noch nicht hinreichend Daten der DRV vorlagen, werden die Ergebnisse der MEDIAN-eigenen Berechnung der QP für die genannten Zeiträume farblich hervorgehoben neben den Daten der DRV im zeitlichen Verlauf dargestellt.

Hinweise zur Darstellung in diesem Qualitätsbericht

Sowohl die von der DRV als auch die von MEDIAN ermittelten KTL und RTS Ergebnisse werden indikationsspezifisch und – soweit möglich – im zeitlichen Verlauf dargestellt. Bei den angegebenen Werten handelt es sich um den Durchschnitt der von den einzelnen MEDIAN Kliniken im jeweiligen Erfassungsjahr erreichten QP. Das jeweils angegebene „n“ bezeichnet demnach die Anzahl der zur Bildung des Durchschnitts berücksichtigten Kliniken. Im Rahmen der MEDIAN-eigenen Analyse finden wiederum nur Kliniken Berücksichtigung, aus denen mindestens 25 Patienten pro Jahr in die nach DRV Kriterien durchgeführte Ermittlung der QP mit einbezogen werden können.

Ergebnisqualität Patientenzufriedenheit

Die Zufriedenheit unserer Patienten ist ein wichtiger Parameter für unseren Erfolg. Mit dem Ziel, unseren Patienten die bestmögliche Rehabilitation zu ermöglichen, ist es für die MEDIAN Kliniken von großer Bedeutung zu erfahren, ob und inwieweit die Erwartungen unserer Patienten während des Aufenthalts in den Kliniken erfüllt werden.

Daher erhält jeder unserer Patienten im Rahmen seines Rehabilitationsaufenthalts die Möglichkeit, an unserer Patientenzufriedenheitsbefragung teilzunehmen. Hierbei werden Bewertungen und Einschätzungen zu The-

menbereichen wie ärztliche Betreuung, therapeutische Versorgung oder Behandlungserfolg abgegeben.

Die Ergebnisse der Befragung werden auf Jahresebene indikationsspezifisch und möglichst im zeitlichen Verlauf in zehn 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 bestimmen.

Die Erfassung der indikationsspezifischen Outcome-Parameter findet zu verschiedenen Zeitpunkten der Rehabilitation statt und wird vom ärztlichen beziehungsweise therapeutischen Personal oder aber mithilfe sogenannter Patient-Reported-Outcome-Measures (PROMs) von den Patienten selbst vorgenommen. Zu diesem Zweck wurden in den Medical Boards, in denen alle Chefarzte jeder Indikation vertreten sind, spezielle Ergebnisparameter festgelegt. Diese Ergebnisparameter sind durch verschiedene Studien vorab evaluiert und validiert worden.

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, seine Krankheitszeichen besser zu deuten, Prognosen sicherer zu treffen und individuellere Therapien zu verordnen.

Darüber hinaus hilft die standardisierte Datenerhebung in allen Kliniken, um 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 systematischen Outcome-Messungen in allen MEDIAN Kliniken haben 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

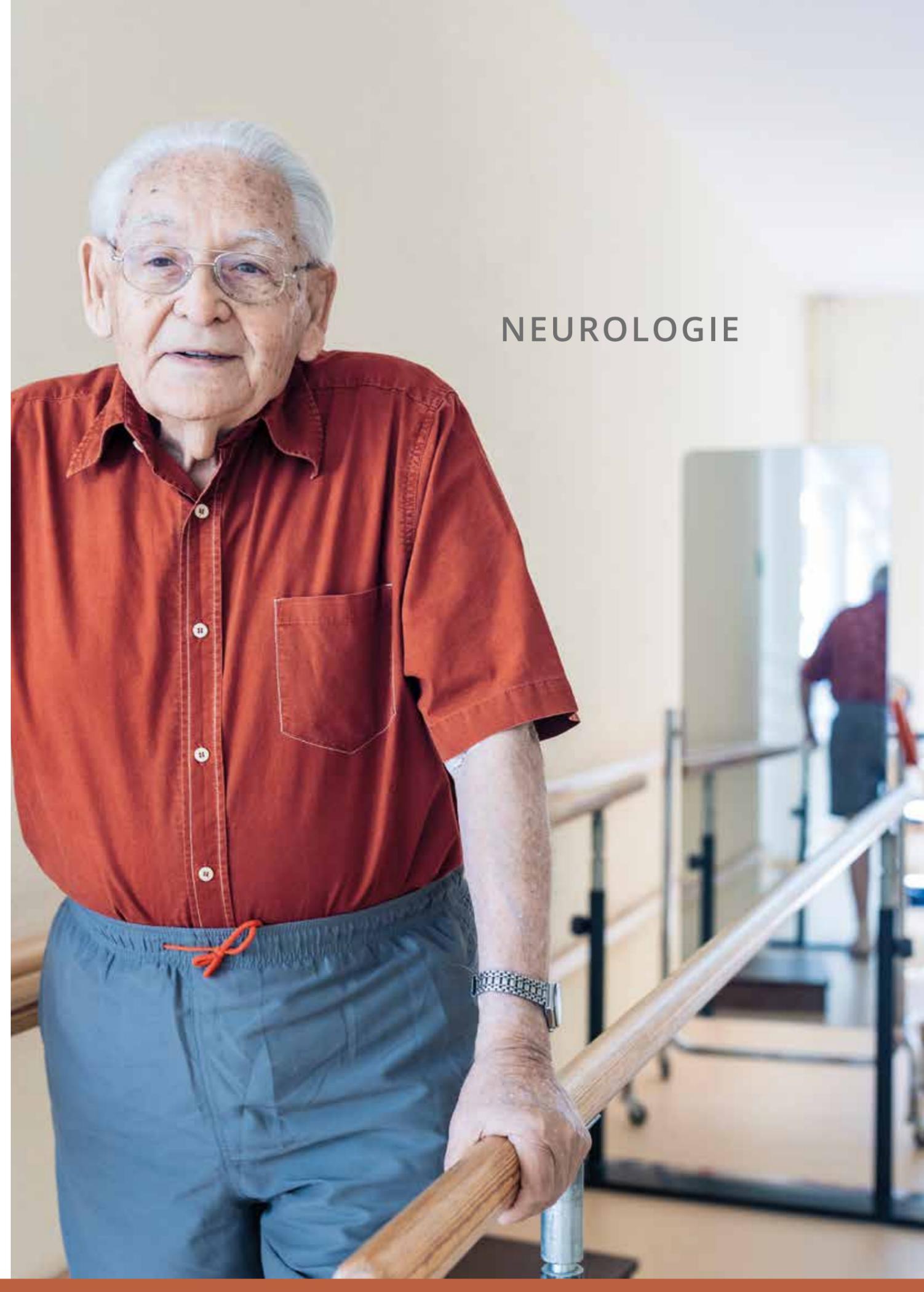


Im nachfolgenden Ergebnisteil dieses Qualitätsberichts wird jede Indikation separat beleuchtet. Innerhalb der jeweiligen Kapitel folgt die Gliederung einer einheitlichen Struktur, wobei der Fokus auf die Darstellung der Rehabilitandenstruktur mittels soziodemografischer Daten

sowie auf die Darstellung der Ergebnisqualität mithilfe spezifischer medizinischer Ergebnisparameter gelegt wird. Für die Indikation der Inneren Medizin ergibt sich die Besonderheit, dass diese in weitere Sub-Indikationen unterteilt ist.

Anzahl der Einrichtungen

17



NEUROLOGIE

* Diese Kliniken wurden innerhalb des Berichtszeitraums geschlossen beziehungsweise veräußert.

** Diese Kliniken wurden innerhalb des Berichtszeitraums akquiriert.

Schwerpunkte in der Neurologie



Die Neurologie beschäftigt sich mit Schäden des zentralen oder peripheren Nervensystems, d. h. des Gehirns, des Rückenmarks, der Nerven und der Muskeln des Körpers. Schon diese Aufzählung zeigt, dass neurologische Krankheitsbilder sehr unterschiedlich sein können. Deshalb sehen wir in der neurologischen Rehabilitation ganz unterschiedlich stark betroffene Patienten.

Nach dem 2. Weltkrieg wurde für die Behandlung das sogenannte neurologische Phasenmodell entwickelt und 1999 durch die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) für Deutschland verbindlich festgelegt. Dieses Phasenmodell ist bis heute die Grundlage der Behandlung in der Neurorehabilitation und hat maßgeblich zur Verbesserung der Versorgung von Patienten mit neurologischen Erkrankungen beigetragen.

Der Verlauf über mehrere Phasen soll dabei den unterschiedlichen Anforderungen des jeweiligen Zustands der Patienten gerecht werden. Nach der Phase A, die in Akutkrankenhäusern behandelt wird, müssen einige Patienten eine Zeit lang noch weiter intensivmedizinisch betreut werden. Diese Betreuung in der Rehabilitationsphase B wird noch als Krankenhausbehandlung angesehen. Ist eine intensiv-medizinische Überwachung hingegen nicht mehr notwendig, absolvieren Patienten die Phase C. In der Zeit, in der Patienten wieder eine Reihe von Alltagsaufgaben alleine bewältigen können, befinden sie sich in der – weiterhin stationären – Rehabilitationsphase D. Daran kann sich in Phase E eine teilstationäre oder ambulante Behandlung anschließen.

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

Idealerweise kann die gesamte Behandlungskette in allen Phasen an einer Einrichtung vorgehalten werden. Dann können Patienten mit zunehmender Verbesserung (und einem sogenannten Phasenwechsel) in einem Haus und beim vorbekannten Team verbleiben. Es existieren jedoch Vorgaben, die diesen Zustand gefährden. So wurde schon vor fast 20 Jahren 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. Diese recht künstliche Trennung ist für Außenstehende häufig kaum sichtbar. Andersherum hat diese Festlegung dazu

geführt, dass Rehabilitationsabteilungen für die Phase B auch an Akutkliniken eingerichtet werden. Diese Abteilungen sind jedoch häufig deutlich kleiner. Wir glauben, dass auch für die Neurorehabilitation die Erfahrung gilt: Wer etwas häufig macht, macht es besonders gut. MEDIAN hält daher das Konzept der integrierten Versorgung der gesamten Versorgungskette an einem Haus nach wie vor für das beste Versorgungsmodell für die Patienten.

„Aufgeben war nie eine Option“



Lutz Siegel
ehemaliger Zehnkämpfer
geboren 25.04.1958

„Mediainfarkt rechts mit hochgradiger Hemiparese links, Dysarthrie und Gangverschlechterung“ lautete die ernüchternde Diagnose für den ehemaligen Zehnkämpfer Lutz Siegel. Aus heiterem Himmel, ohne Vorahnung, ohne vorherige Beschwerden traf ihn in der Nacht vom 23. auf den 24. Januar 2019 der Schlag. Seitdem dreht sich sein Leben um Genesung und den Wunsch, in ein Leben zurückzukehren, in dem er seine Hemden wieder selbstständig schließen kann. Ab dem 31. Januar 2019 wurde der Berliner in der MEDIAN Klinik Berlin-Kladow rehabilitiert.*

Wie haben Sie das Ereignis des Schlaganfalles wahrgenommen?

Ich war ja nie richtig krank. Lange Zeit war ich aktiver Zehnkämpfer, habe mich immer viel bewegt und auch einigermaßen gesund ernährt. Auf den Gedanken, dass es mich erwischen könnte, wäre ich nie gekommen. In der Nacht des Ereignisses bin ich aufgewacht und auf dem Weg zur Toilette zweimal umgekippt. Ich bin dann wieder ins Bett, habe mich ausgeruht, mir keine weiteren Gedanken gemacht und am nächsten Tag meinen Hausarzt aufgesucht. Er hat die Symptome sofort richtig gedeutet und mich umgehend mit einem Krankentransport in das Evangelische Krankenhaus Königin Elisabeth

Herzberge in Berlin-Lichtenberg eingewiesen. Ein unmittelbar eingeleitetes MRT brachte dann Gewissheit: Ich hatte einen Schlaganfall erlitten. Trotzdem fühlte ich mich noch recht fit. Am Morgen des 25. Januar 2019 kam es zu einem weiteren Schlaganfall, der aufgrund der sehr engmaschigen Überwachung auf der Schlaganfall-Überwachungsstation (Stroke Unit) sofort erkannt wurde. Jetzt stellten sich auch die Lähmungserscheinungen in der linken Körperhälfte ein. Trotz täglicher Physiotherapie, Ergotherapie und Logopädie auf der Stroke Unit besserte sich mein Zustand leider nur wenig. Ich war froh, dass es dann sofort mit einer Anschlussheilbehandlung in der MEDIAN Klinik Berlin-Kladow weiterging.

Sie sind seit Ende Januar in der Frührehabilitation der MEDIAN Klinik Berlin-Kladow. Was ist seitdem geschehen?

Als ich hier in Kladow meine neurologische Frührehabilitation begann, war ich komplett auf den Rollstuhl angewiesen. An selbstständiges Gehen war nicht zu denken. Durch die Lähmung konnte ich weder das linke Bein noch den linken Arm benutzen. Ich konnte auch keine Balance halten. Nichts hat funktioniert. Dabei kannte ich meinen Körper doch so gut und nun war er mir so fremd. Ich war sehr niedergeschlagen. Doch gleich zu Beginn meiner Reha machten mir die Ärzte und Therapeuten sehr viel Mut. Einer meinte, ich könne in acht Wochen wieder laufen. Ich hielt das zum damaligen Zeitpunkt für einen Scherz. Jetzt bin ich sechs Wochen hier, kann an einer Unterarmgehstütze selbstständig laufen und nehme auch die Treppen statt des Fahrstuhles. Die machen hier jeden fit, da bin ich mir sicher.

Wie sieht Ihr Therapieplan aus?

Voll. Im Ernst: Früh um 8 Uhr geht es los und gegen 15 bis 16 Uhr ist Schluss. Das Therapieprogramm wird für jeden einzelnen Patienten individuell zusammengestellt und auf den Genesungsverlauf täglich angepasst. Jeden Tag bekomme ich einen neuen Plan und arbeite damit täglich ein anderes, auf meine Bedürfnisse zusammengestelltes Programm ab. Mit dem Laufen klappt es schon ganz gut. Ich trainiere auch sehr viel allein. Als ehemaliger Sportler habe ich zum Glück einen sehr starken Bewegungsdrang und kann mich selbst motivieren. Das hilft mir jetzt.

Jeden Tag drehe ich meine Extra-Runden um die Klinik. Sie liegt ja so schön im Grünen, das mag ich. Jetzt liegt mein Fokus auf dem Training meines linken Armes. Ich gehe täglich zu einer feinmotorischen Ergotherapie-Gruppe. Hier trainiere ich, meine linke Hand anzuheben, die Faust zu öffnen, zuzugreifen. Bewegungen, die eigent-

lich selbstverständlich sind, sind es nach einem Hirninfarkt leider nicht mehr. Was ich als ausgesprochen positiv wahrnehme, ist die hohe Motivation der Therapeuten hier in der Klinik. Es ist für mich sehr wichtig, dass auch deren Arbeitsumfeld stimmt. Davon profitieren wir Patienten enorm.

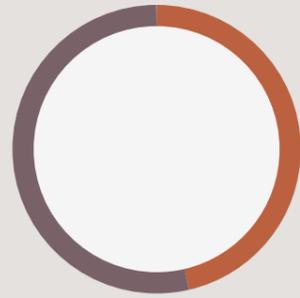
Was ist Ihr Ziel?

Ich will unbedingt wieder arbeiten. Seit 28 Jahren bin ich als Kraftfahrer bei einer Firma für Objektschutz in Berlin beschäftigt. Da gehöre ich schon zum Inventar, die kann ich nicht hängen lassen. Und ich will autark leben, selbst einkaufen, selbst Entscheidungen treffen. Ich will nicht von anderen abhängig sein. In diesem Jahr werde ich doch erst 61 Jahre alt. Da kommt ja hoffentlich noch was. Wissen Sie, ich habe einen kleinen Garten in Weißensee mit einer Laube und Beeten. Wie sich das gehört. Da muss ich doch demnächst wieder loslegen, die Gartensaison beginnt. Und ich habe zwei Enkelkinder, die mich auf Trab halten und die ich gerne noch eine lange Zeit ihres Lebens begleiten möchte. Ich freue mich auf meine erste Fahrradtour und im Sommer auf das Schwimmen im See. Letzte Woche war ich mit meiner Tochter mit dem Bus in einem Supermarkt in der Nähe der Klinik. Ich war etwas unsicher und gleichzeitig glücklich. Das eigentlich so Selbstverständliche habe ich jetzt mit ganz anderen Augen gesehen und genossen.

Vor dem Schlaganfall habe ich eine Schachtel Zigaretten täglich geraucht. Damit habe ich aufgehört. Es liegt ja auch immer ein Stück an jedem selbst, seine Genesung voranzutreiben oder gesund zu bleiben. Man hat ja immer die Wahl. Aufgeben war für mich nie eine Option. Auch wenn nicht immer alles glatt läuft in meinem Leben: Ich versuche, das Beste daraus zu machen.

Soziodemografische Daten in der Neurologie

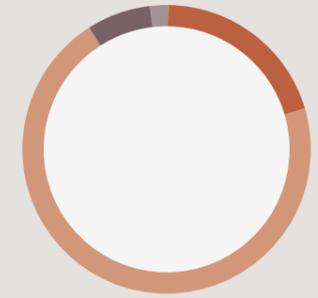
4.2.1 Patientenpopulation nach Geschlecht



Im Jahr 2018 wurden bei MEDIAN insgesamt **26.665 vollstationäre Patienten** in der Neurologie behandelt. Davon waren **47 % weiblich** sowie **53 % männlich**.

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

4.2.4 Verteilung der Leistungsträger

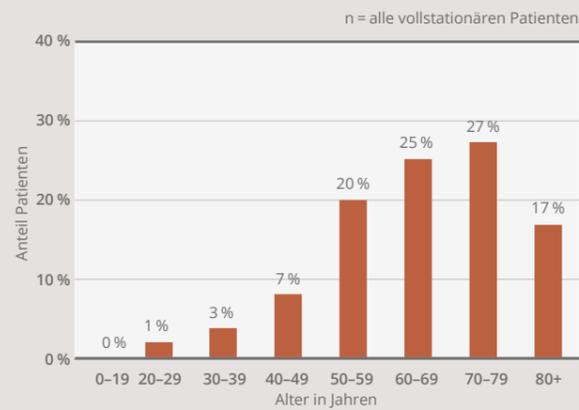


Wie in nebenstehender Grafik zu erkennen ist, werden die erbrachten Leistungen von unterschiedlichen Trägern übernommen. Den größten Teil machte dabei mit **71 %** die gesetzliche Krankenversicherung aus.

- 20 % gesetzliche Rentenversicherung
- 71 % gesetzliche Krankenversicherung
- 7 % Selbstzahler/Private Krankenversicherung
- 2 % sonstige

4.2.2 Altersstruktur

Durchschnitt: 66 Jahre

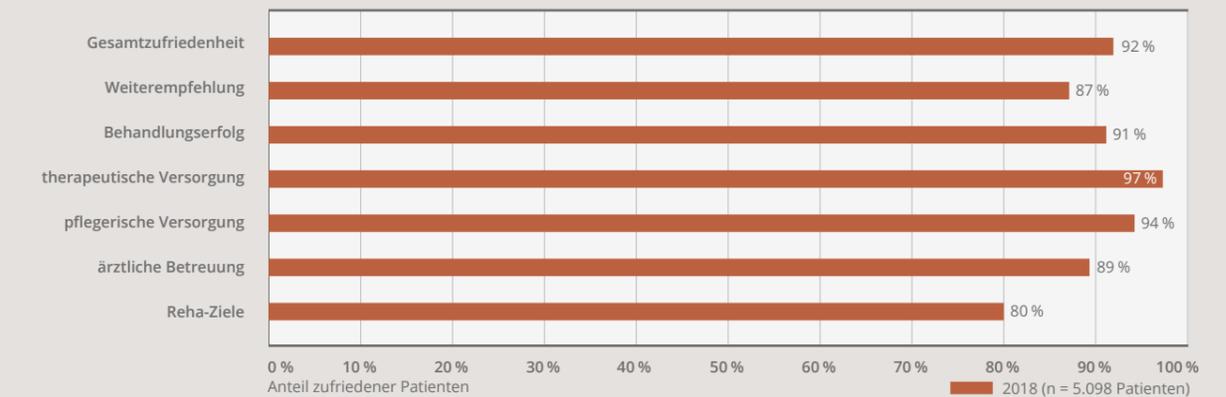


Die meisten MEDIAN Patienten in der Neurologie waren **zwischen 60 und 79 Jahre** alt. Das Durchschnittsalter lag bei **66 Jahren**.

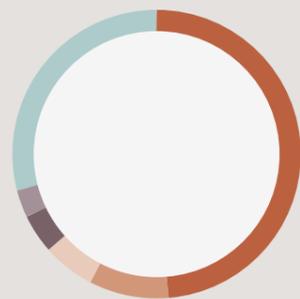
4.2.5 Patientenzufriedenheit

2018 fand eine anonyme Befragung der neurologischen Patienten statt: Mehr als **5.000 Patienten** füllten am Ende ihres Klinikaufenthalts einen Fragebogen aus. Diese Grafik veranschaulicht die hohe Zufriedenheit: **92 %** waren insgesamt mit der Behandlung und Betreuung

zufrieden. Wie im Vorjahr stellte die therapeutische Versorgung sogar **97 %** der Patienten zufrieden. Auch in den anderen Bereichen konnte das hohe Niveau in der Patientenzufriedenheit beibehalten und zu Teilen sogar gesteigert werden.



4.2.3 Verteilung der fünf häufigsten Hauptdiagnosen



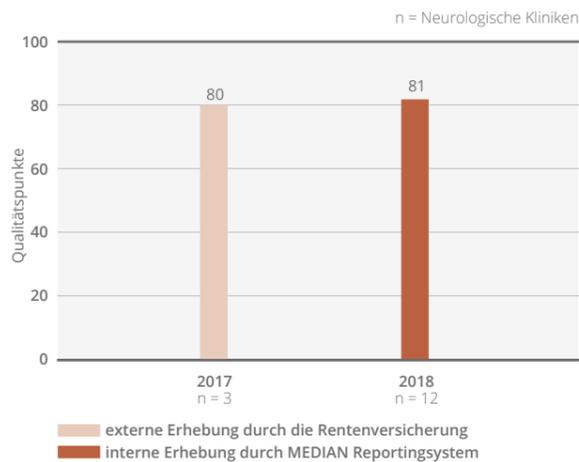
Die Top 5-Hauptdiagnosen unserer Patienten in der Neurologie machten einen Anteil von **71%** aller Diagnosen aus. Es lässt sich schnell erkennen, dass der Hirninfarkt mit **49%** die mit Abstand am häufigsten vorkommende Diagnose darstellte.

- 49 % I63 Hirninfarkt
- 9 % G60-G63 Polyneuropathien
- 6 % I61 intrazerebrale Blutung
- 4 % S06 intrakranielle Verletzung
- 3 % G35 Multiple Sklerose
- 29 % sonstige Hauptdiagnosen

Kennzahlen der externen Qualitätssicherung

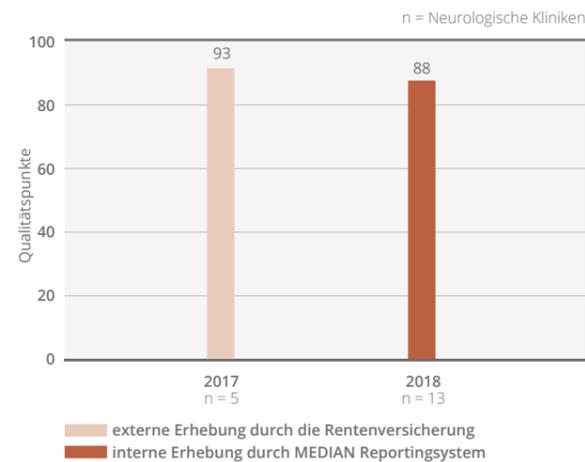


Reha-Therapiestandard „Schlaganfall“ im zeitlichen Verlauf



Die Qualitätspunkte des Reha-Therapiestandards „Schlaganfall“ lagen im Jahr 2017 und 2018 bei 80. Ein sehr leichter Aufwärtstrend im Verlauf der letzten beiden Jahre ist zu erkennen. An einer stärkeren positiven Entwicklung wird bereits intensiv gearbeitet.

Therapeutische Versorgung im zeitlichen Verlauf



In den neurologischen Abteilungen konnten im Jahr 2017 93 Qualitätspunkte in der therapeutischen Versorgung erreicht werden. In 2018 lag der Wert bei 88 Qualitätspunkten. Mithilfe des MEDIAN Reportingsystems ist seit 2019 eine strukturierte Kontrolle und damit eine sukzessive Erhöhung der Qualitätspunkte möglich.

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 zum Beispiel nach Schlaganfall. 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 und 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 das 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.

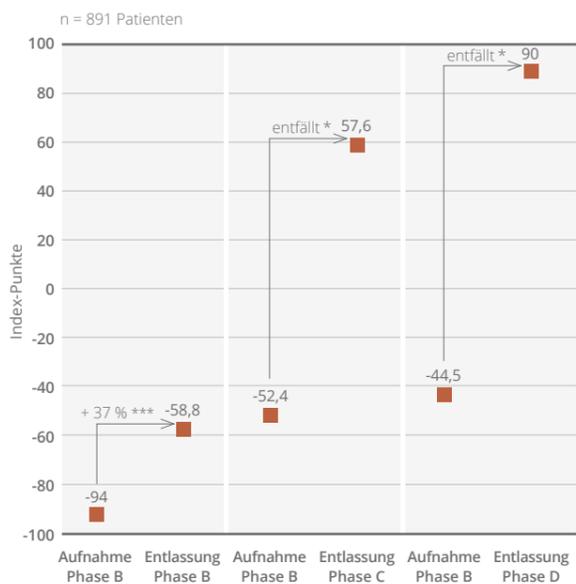
Ergebnisse des Barthel-Index' in den MEDIAN Kliniken

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.

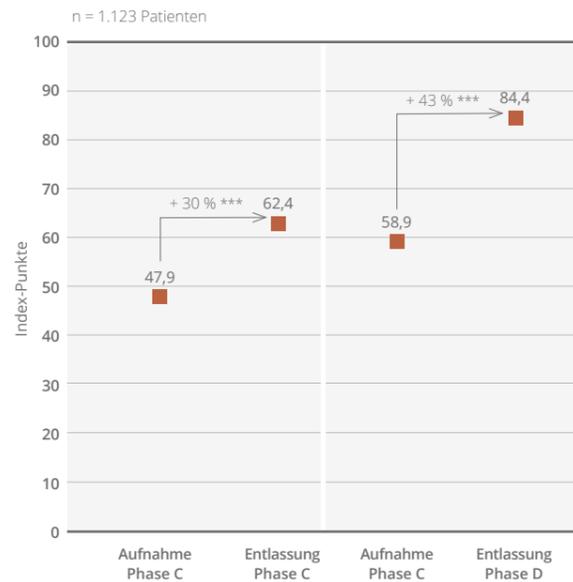
In den unten und rechts abgebildeten Grafiken sind die Aufnahme- und Entlassungswerte des Frühreha-Barthel- beziehungsweise des Barthel-Index' für die verschiedenen Aufnahmephasen dargestellt. In der Abbildung unten links wird in der Phase B der Frührehabilitations-Barthel-Index nach Schönle dargestellt. 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.

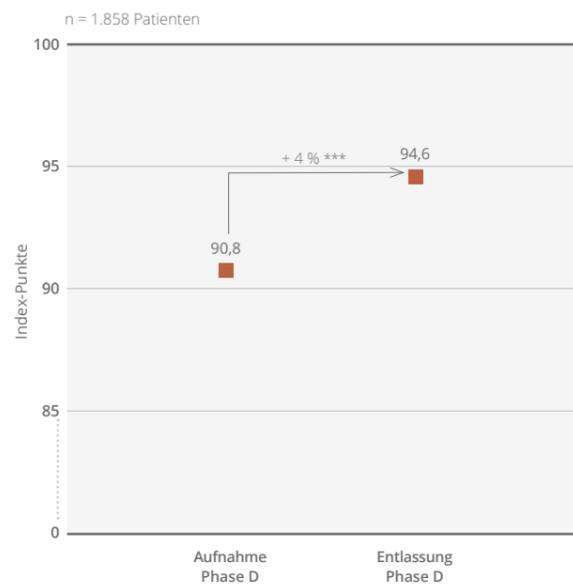
Entwicklung des Frühreha-Barthel- bzw. Barthel-Index' während der Frührehabilitation für neurologische Patienten mit Aufnahme in Phase B im Jahr 2018



Entwicklung des Barthel-Index' während der Rehabilitation für neurologische Patienten mit Aufnahme in Phase C im Jahr 2018



Entwicklung des Barthel-Index' während der Rehabilitation für neurologische Patienten mit Aufnahme in Phase D im Jahr 2018



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

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.

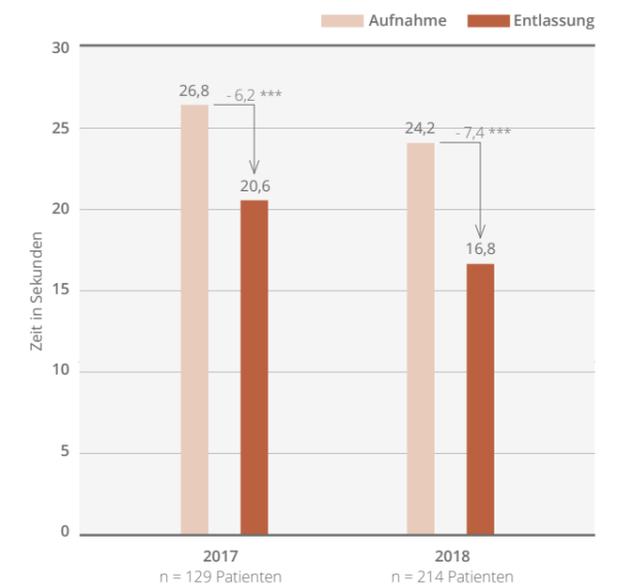
Die Interpretation der Ergebnisse folgt folgendem Schema:

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	

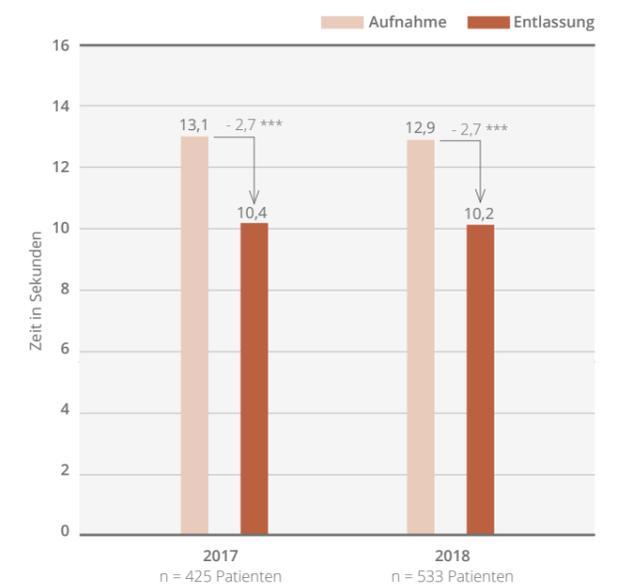
*** signifikanter Unterschied, p < 0.001

Ergebnisse des Timed „Up and Go“-Tests von Aufnahme zu Entlassung in den Phasen C und D für die Jahre 2017 und 2018

Neuro Phase C



Neuro Phase D

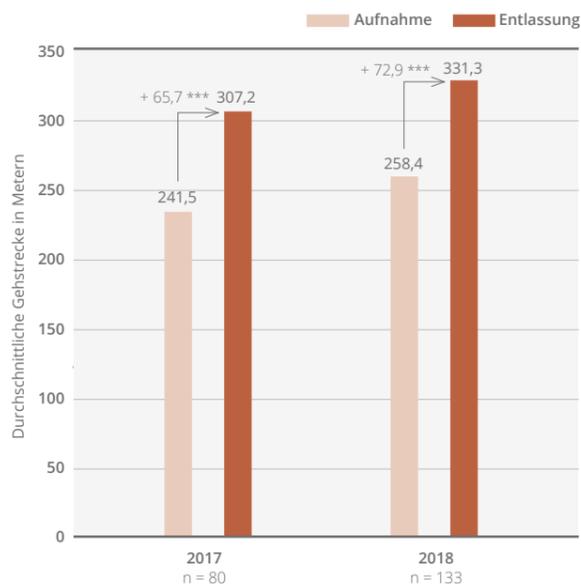


Gangausdauer in den Phasen C und D

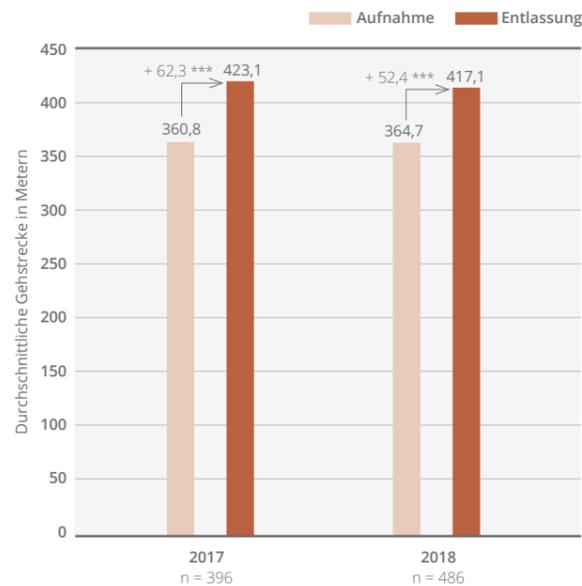
Der 6-Minuten-Gehtest ist ein Instrument zur Erfassung der Ausdauerleistung beim normalen Gehen und ein weiterer Teilaspekt der Mobilität. Gegenstand dieses Testverfahrens ist es, eine möglichst lange Gehstrecke innerhalb von sechs Minuten zurückzulegen.

Ergebnisse des 6-Minuten-Gehtests von Aufnahme zu Entlassung in den Phasen C und D für die Jahre 2017 und 2018

Neuro Phase C



Neuro Phase D



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 Minu-

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.



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	28	7,14 % (n = 2)	NA	85,71 % (n = 24)	3,57 % (n = 1)	NA	3,57 % (n = 1)
Pflege zu Hause	202	6,44 % (n = 13)	0,99 % (n = 2)	14,36 % (n = 29)	77,72 % (n = 157)	0,5 % (n = 1)	NA
unabhängig zu Hause	596	4,87 % (n = 29)	1,51 % (n = 9)	14,26 % (n = 85)	36,74 % (n = 219)	41,61 % (n = 248)	1,01 % (n = 6)

Ein weiteres wichtiges Kriterium der Ergebnisqualität ist die Pflegesituation der Patienten bei Entlassung. Unabhängigkeit im Alltag ist ein wichtiger Grundstein für unsere Patienten. 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 Ereignisses (z. B. Schlaganfall) und des Zustands zum Entlassungszeitpunkt. Die Zahlen zeigen, dass über 40 Prozent der vor dem Ereignis selbstständigen Menschen nach erfolgreicher Rehabilitation auch wieder unabhängig nach Hause entlassen werden können.

Wissenschaftliche Studie

An-Institut für Neurorehabilitation NRZ Magdeburg

Wirksamkeit der medizinisch-beruflichen Rehabilitation und Krankheitskosten nach Inanspruchnahme beruflich orientierter Konzepte in der neurologischen Rehabilitation (REBORN)

Beruflich orientierte Leistungen während und nach der medizinischen Rehabilitation sind ein fester Bestandteil der Regelversorgung. Im Sinne der Qualitätssicherung und Evidenzbasierung müssen diese Leistungen wissenschaftlich begleitet und geprüft werden. Obwohl gerade in der Neurologie ausgeprägte berufliche Problemlagen der Patienten offenkundig sind (zwischen 58 Prozent und 72 Prozent), gibt es bisher nur sehr wenige Studien, die beruflich orientierte Leistungen im Rahmen der Rehabilitation für diese Indikation adressieren.

Untersuchungen zur Wirksamkeit und zum Nutzen wurden primär im Bereich der medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation (MBOR) durchgeführt. Positive Effekte konnten zwar für Personen mit Muskel-Skelett-Erkrankungen, nicht aber für neurologische Erkrankungen belegt werden. Im Bereich der medizinisch-beruflichen Rehabilitation (mbR) fehlen bisher belastbare Daten. Lediglich eine Studie zur multizentrischen Evaluation des mbR-Konzepts konnte indikationsübergreifend positive Teilhabeergebnisse zwei Jahre nach Abschluss einer mbR

zeigen. Ziel des seit Januar 2019 von der Deutschen Rentenversicherung Bund über vier Jahre geförderten Projektes ist daher sowohl die Überprüfung der Wirksamkeit der mbR als auch die Analyse des Leistungsspektrums beruflich-orientierter Konzepte (auch MBOR) in der Rehabilitation neurologischer Patienten. Dabei sollen die jeweiligen Zielgruppen unter Berücksichtigung der Passgenauigkeit der Leistungen für eine erfolgreiche Wiedereingliederung ins Erwerbsleben sowie die direkten und indirekten Krankheitskosten im ersten Jahr nach Abschluss der Rehabilitation analysiert werden. Das Projekt stellt den aktuellen Stand der Regelversorgung neurologischer Rehabilitanden mit beruflichen Problemlagen dar. Über einen Zeitraum von zwei Jahren erfolgt eine Fragebogenerhebung zu vier Messzeitpunkten (T1 – Rehabilitationsbeginn, T2 – Rehabilitationsende, T3 – sechs Monate nach Rehabilitationsende, T4 – zwölf Monate nach Rehabilitationsende) in den Vergleichsgruppen „M(BO)R ohne mbR“ vs. „mit mbR“ in drei neurologischen Rehabilitationskliniken. Auch die während der Rehabilitation erbrachten therapeutischen Leistungen werden analysiert. Des Weiteren

werden die direkten und indirekten Krankheitskosten mit einem Kostenwochenbuch nach Ende der Rehabilitation erhoben und ausgewertet. Das zentrale Auswahlkriterium der neurologischen Rehabilitanden ist die besondere berufliche Problemlage, operationalisiert über das Würzburger Screening. Der Wirksamkeitsnachweis erfolgt über die Methode des Propensity Score Matching (für Erklärung *siehe Glossar*). Die Rehabilitanden „M(BO)R ohne mbR“ und die Rehabilitanden „M(BOR) mit mbR“ werden entsprechend balancierter Stichprobenkennwerte mittels ihrer Propensity Scores (1:1) gematcht. Seit Mai 2019 werden kontinuierlich neurologische Patienten mit besonderen beruflichen Problemlagen in die Studie eingeschlossen. Auf der Grundlage der Studienergebnisse ist es erstmals möglich, ein differenziertes Bild der Leistungserbringung und Wirksamkeit der mbR in der neurologischen Rehabilitation zu skizzieren. Dabei wird insbesondere der Adressatenkreis der mbR in der Neurologie charakterisiert und in Relation zur Wirksamkeit (im Sinne der Rückkehr ins Erwerbsleben) sowie der Verringerung der Arbeitsunfähigkeitszeiten, gesetzt. Daraus

lassen sich für die Zukunft passgenaue(re) beruflich-orientierte Konzepte etablieren, welche die Besonderheiten neurologischer Erkrankungen im Rehabilitationskontext stärker berücksichtigen.

Prof. Dr. Michael Sailer, Ärztlicher Direktor und Chefarzt, MEDIAN Klinik NRZ Magdeburg & MEDIAN Klinik Flechtingen
Dr. Juliane Lamprecht, Dipl.-Psychologin, Projektleitung An-Institut, MEDIAN Klinik NRZ Magdeburg



Prof. Dr. Michael Sailer



Dr. Juliane Lamprecht



Anzahl der Einrichtungen

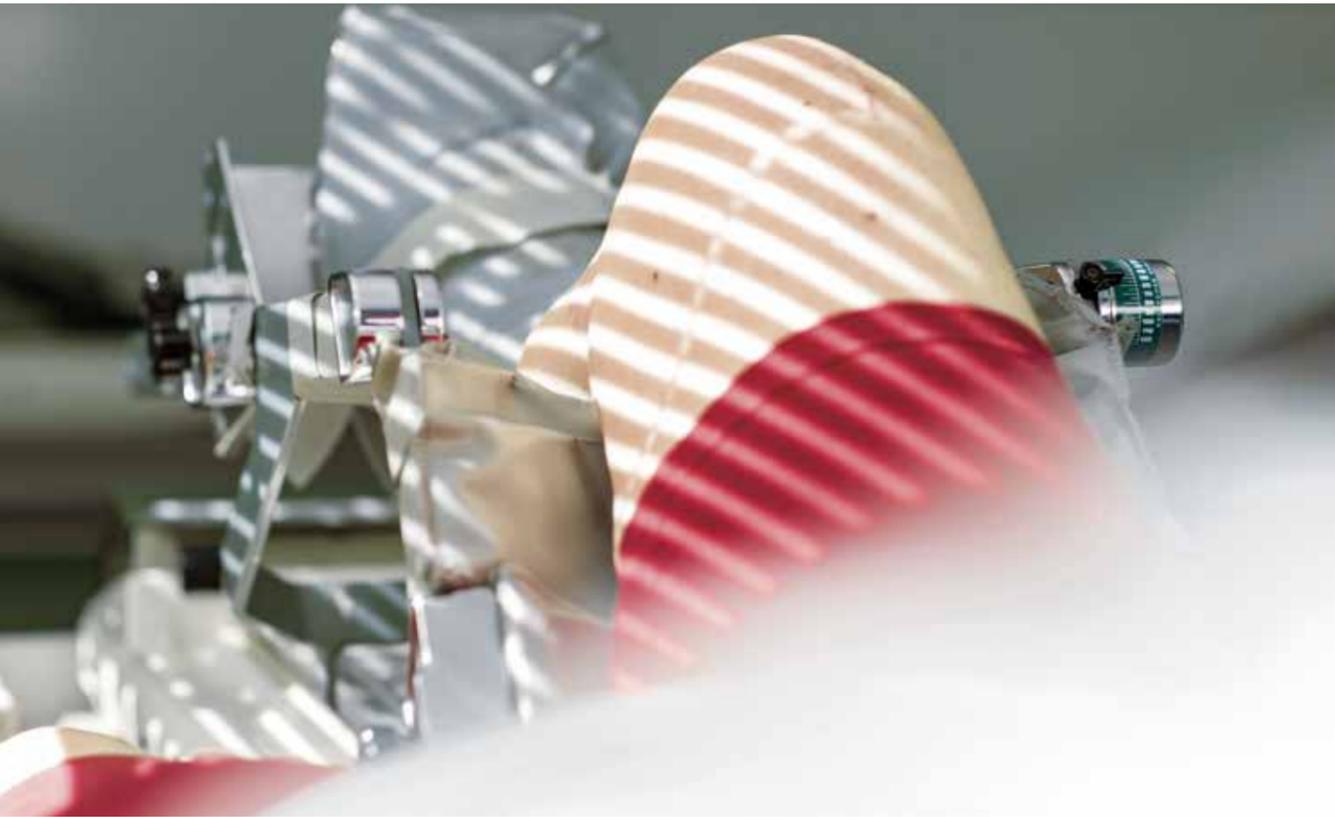
39



ORTHOPÄDIE

* Diese Kliniken wurden innerhalb des Berichtszeitraums geschlossen beziehungsweise veräußert.
 ** Diese Kliniken wurden innerhalb des Berichtszeitraums akquiriert.

Schwerpunkte in der Orthopädie

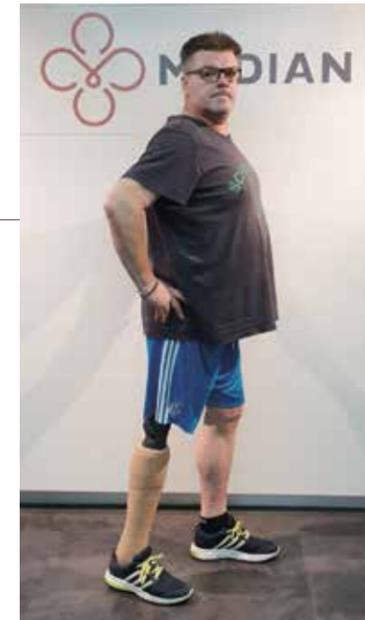


Die Fachabteilung Orthopädie in den MEDIAN Kliniken sorgt für die notwendige Nachbehandlung nach größeren Gelenkeingriffen oder Operationen an der Wirbelsäule. Auch um Verletzungsfolgen kümmern sich die erfahrenen Teams aus Ärzten, Therapeuten, Pflegern und Sportwissenschaftlern.

Bestehende Einschränkungen der Beweglichkeit werden mit Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation gemindert oder aufgehoben. Der Patient erfährt eine Verbesserung seiner Gelenkbeweglichkeit, seiner 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 Berentung vermeiden. Patienten im Rentenalter erlangen eine weitgehende Selbstständigkeit.

Die MEDIAN Kliniken können als Verbund nahezu jedes Spezialgebiet der Orthopädie abdecken. Dazu zählen die medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation (MBOR), die verhaltensmedizinische Orthopädie, die technische Orthopädie, die Versorgung amputierter Menschen, die Schmerztherapie und vieles mehr. Ein Teil der Kliniken bietet 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.

„Ich kann wieder laufen“



Peter Schimnick
Fahrlehrer in Hamm

Peter Schimnick ist Fahrlehrer in Hamm und verliert sein rechtes Bein durch eine Infektion. Nach der Operation wird der 55-jährige schlecht versorgt, bekommt in seiner Heimatstadt keine passende Prothese, kann darum fast zwei Jahre lang nicht laufen und ist überwiegend auf den Rollstuhl angewiesen. Über das Internet findet er schließlich die MEDIAN Rehaklinik Aukammtal Wiesbaden und deren Chefarzt Dr. Johannes Schröter. Im Oktober 2018 kommt er auf eigenen Antrag in die Klinik an der Leibnizstraße, wird von Dr. Schröter und seinem Team mit einer passenden Prothese versorgt und kann zum ersten Mal wieder laufen.

Wie kam es zur Amputation Ihres Beins?

Ich bin im Urlaub in Ägypten von einer Mücke gestochen worden. Der Mückenstich hat sich entzündet und ich habe das nicht genügend beachtet – am Ende war es eine schwere Infektion mit Blutvergiftung. Man hat dann in zwei Kliniken versucht, das Bein zu retten, aber die Sepsis war schon so weit fortgeschritten, dass nichts mehr zu machen war. Damals wusste ich noch nicht, dass ich Diabetiker bin. Dadurch war die Wundheilung eingeschränkt und man hat sich dann entschlossen, das Bein am Oberschenkel abzunehmen. Das war Ende September 2016.

Wie sind Sie damit umgegangen und wie ging es medizinisch weiter?

Das war für mich eine Katastrophe. Den Beruf des Fahrlehrers konnte ich nicht mehr ausüben und ich wusste nicht, wie es weitergehen sollte. Sechs Wochen bin ich

erst einmal im Krankenhaus geblieben und kam danach durch die Rentenversicherung in eine Reha-Klinik. Dort hat man sich sehr um mich bemüht, aber es war meines Erachtens eine Reha-Klinik für Hüft- und Knieprothesen und Innere Medizin. Auf Amputationen waren sie nicht wirklich eingestellt. Ich hatte zu der Zeit einen Interims-Schaft auf meinem Beinstumpf und ein elektronisches Kniegelenk. Das hat aber von Anfang an alles nicht gepasst. Als ich aus der Reha wiederkam, hat man mir in einem Sanitätshaus in Hamm innerhalb eines Jahres acht Schäfte angefertigt, die alle nicht gepasst haben und zu lose waren. Und dann sollte mir auch noch das elektronische Kniegelenk weggenommen werden. Ich sollte stattdessen nur ein mechanisches bekommen. Da habe ich dann über einen Rechtsanwalt erfolgreich Widerspruch eingelegt, was aber mit Untersuchung beim Amtsarzt wieder ein halbes Jahr gedauert hat.

Das heißt, Sie waren die ganze Zeit gar nicht mehr mobil?

Nein, das hat fast eineinhalb Jahre gedauert und ich konnte in der Zeit nicht einmal das Laufen trainieren, war auf den Rollstuhl angewiesen, weil ich immer Angst hatte, die lockere Prothese zu verlieren. Meine Frau konnte mir auch nicht helfen, da sie zwischenzeitlich mit einer Krebserkrankung zu kämpfen hatte und nach der Chemotherapie sogar im Koma lag. Ich habe dann selbst die Initiative ergriffen, im Internet nach Hilfe gesucht und Dr. Schröter in der MEDIAN Rehaklinik Aukammtal in Wiesbaden gefunden. Da wollte ich unbedingt hin. Der Reha-Antrag ist dann allerdings abgelehnt und erst nach Widerspruch durch meinen Anwalt angenommen worden – erneut ein halbes Jahr später. Das war Anfang Oktober 2018. Und dann kam ich zum ersten Mal nach Wiesbaden.

Was hat man dort in der MEDIAN Klinik anders gemacht?

Dr. Schröter und sein Team haben sich meinen Schaft angesehen und sofort gemerkt, dass das nicht funktionieren kann. Innerhalb von vier Tagen hatte ich einen neuen, passenden Schaft und ein neues, passendes Bein. Stellen Sie sich vor, ich hatte wieder ein Bein! Ich hatte fast zwei Jahre meines Lebens verloren und konnte jetzt wieder laufen lernen und gehen üben. Durch die lange Zeit des Sitzens hatte ich allerdings fast 40 Kilo zugenommen, wog 140 Kilogramm. Dazu kamen der hohe Blutdruck und Diabetes. Das habe ich dann mit Dr. Schröter besprochen und die Ernährung komplett umgestellt. In der MEDIAN Rehaklinik Aukammtal hat man mich in sechs Wochen wieder auf die Beine gestellt. Ich hatte zweimal am Tag Gangschule, Krankengymnastik zum Dehnen der Muskeln und Bänder, Sporttherapie, Massagen und weitere Einzel- und Gruppentherapien. Mir kam es darauf an, hervorragend versorgt zu werden. Und das ist Dr. Schröter und MEDIAN wirklich gelungen. Als ich in die Klinik kam, konnte ich mich mühsam am Rollator fortbewegen, als ich entlassen wurde, konnte ich an zwei Un-

terarmgehstützen sogar Treppen laufen. Wenn es nach Schulnoten ginge, hätten alle Ärzte und Therapeuten in Wiesbaden für mich eine glatte Eins verdient. Allen voran Dr. Schröter, der für mich eine echte Kapazität ist, ebenso wie das Sanitätshaus Kunze und dessen Chef Andreas Weingarten, mit dem die Klinik zusammenarbeitet.

Wie geht es Ihnen heute?

Mittlerweile – nach meinem zweiten, diesmal dreiwöchigen MEDIAN-Aufenthalt im Mai – kann ich an einer einzigen Gehstütze laufen oder sogar am Stock. Ich arbeite daran, ohne Hilfsmittel laufen zu können. Beim zweiten Aufenthalt hat man den Schaft erneut angepasst, denn ich habe in acht Monaten rund 40 Kilo abgenommen. Jetzt habe ich meinen Definitiv-Schaft aus Carbon. Außerdem habe ich mein Diabetes im Griff, brauche zwei Drittel weniger Insulin und mein Blutdruck ist wieder im normalen Bereich. Laut Blutbild bin ich gesund. Ich bin durch meinen Aufenthalt in Wiesbaden zu einem anderen Menschen geworden. Ich kann wieder laufen, kann Freunde besuchen, am Leben teilnehmen.

Was haben Sie jetzt für die Zukunft geplant?

Seit Mitte Juni nehme ich an einer einjährigen Qualifikationsmaßnahme im Berufsförderungswerk Hamm teil. Weil ich vor vielen Jahren einmal in der Abendschule eine Ausbildung zum Bürokaufmann gemacht habe, können wir darauf jetzt bis Juni 2020 mit einer kaufmännischen Qualifikation aufbauen. Als Fahrlehrer kann ich nicht mehr arbeiten, das ist klar. Aber so kann ich dem Arbeitsmarkt auf jeden Fall noch weiter zur Verfügung stehen. Nächstes Jahr möchte ich – so viel steht schon fest – auf jeden Fall noch einmal in die MEDIAN Klinik, denn ich will noch weitere zehn Kilogramm abnehmen und dann brauche ich sicher wieder einen neuen Schaft. Und eine Badeprothese bekomme ich dann wahrscheinlich auch noch. Mein Wunsch für die Zukunft: Jedes Jahr drei Wochen MEDIAN, das wäre genau richtig für mich.

Behandlerstatement zum Fall



Dr. Johannes Schröter

Ärztlicher Direktor und Chefarzt Orthopädie der MEDIAN Rehaklinik Aukammtal in Wiesbaden

Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie, Chirotherapie, Physikalische Therapie, Spezielle Schmerztherapie, Röntgendiagnostik des Skeletts, Notfallmedizin

Herr Schimnick kam im Oktober 2018 das erste Mal zu uns auf die Sonderstation für amputierte Menschen, nachdem er im Internet auf die MEDIAN Rehaklinik Aukammtal aufgrund unserer besonderen Qualifikation für amputierte Menschen gestoßen war. Zu diesem Zeitpunkt war er ausschließlich im Rollstuhl mobil, stark übergewichtig und konnte nur mit Mühe die Umsetzungsvorgänge vom Bett auf den Rollstuhl und vom Rollstuhl auf die Toilette bewerkstelligen. Die Prothese, die er dabei hatte, erwies sich als nicht passgerecht. Der statische Aufbau war so ungünstig, dass er mit ihr weder stehen noch gehen konnte. Es erfolgte dann zunächst die Anfertigung einer neuen Prothese unter Verwendung der vorhandenen Passteile. Mit dieser Prothese war Herr Schimnick erstmals in der Lage zu stehen und dann auch im Laufe von fünf Wochen wieder zu gehen.

Um einem Menschen nach einer Amputation das Gehen beizubringen, insbesondere wenn die Prothese über ein elektronisch gesteuertes Gelenk verfügt, bedarf es eines großen und speziell geschulten Teams. Die Therapien bauen aufeinander auf, Ergotherapeuten, Physiotherapeuten und Sportwissenschaftler arbeiten Hand in Hand. Unterstützt werden die Patienten durch unseren Psychologischen Dienst, durch die Diätassistenten und unsere internistische Abteilung, insbesondere wenn es wie in diesem Fall darum geht, einen entgleiten Bluthochdruck und einen schweren Diabetes mellitus einzustellen. Die

Rehabilitation amputierter Menschen ist daher eine Teamleistung besonders qualifizierter Mitarbeiter.

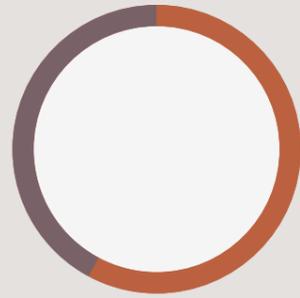
Durch die wachsende Mobilisation konnte die Stoffwechsellage von Herrn Schimnick zunehmend verbessert werden. Nach fünf Wochen konnten wir ihn erstmals mobil an Unterarmgehstützen nach Hause entlassen.

Fünf Monate später kam er zu einem geplanten zweiten Aufenthalt, in einem deutlich gebesserten Allgemeinzustand und mit reduziertem Körpergewicht. Somit konnten wir nunmehr eine definitive Oberschenkelprothese mit Carbonschaft anfertigen, mit welcher Herr Schimnick dann das freie Gehen für kurze Wegstrecken erlernen konnte.

Bereits beim ersten Aufenthalt waren umfangreiche sozialmedizinische Beratungen unter Einschluss unserer Sozialarbeiter und der Deutschen Rentenversicherung Bund erfolgt, sodass eine Weiterqualifikation für Herrn Schimnick beantragt werden konnte. Die Weiterqualifikation zum Bürokaufmann mit Aktualisierung seiner vorhandenen Kenntnisse war dann ab Juni 2019 geplant, sodass fristgerecht der stationäre Aufenthalt bei uns zuvor durchgeführt wurde und Herr Schimnick nunmehr ausreichend körperlich und seelisch stabil diese Umschulung antreten konnte.

Soziodemografische Daten in der Orthopädie

4.3.1 Patientenpopulation nach Geschlecht

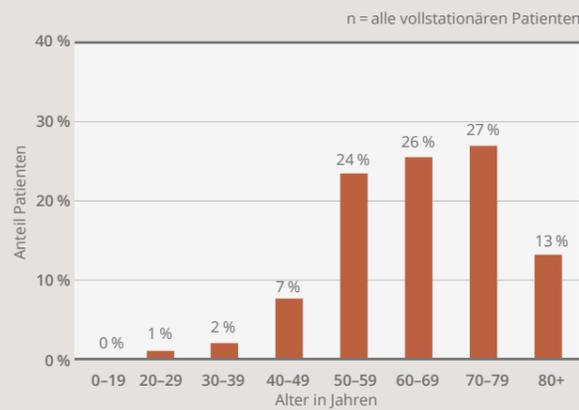


2018 befanden sich insgesamt **72.304 Patienten** bei MEDIAN in stationärer orthopädischer Behandlung. Davon waren **58 % weiblich** und **42 % männlich**.

- 58 % weiblich
- 42 % männlich
- 0 % divers

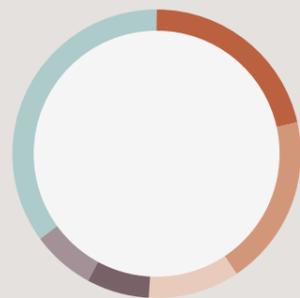
4.3.2 Altersstruktur

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**.

4.3.3 Verteilung der fünf häufigsten Hauptdiagnosen



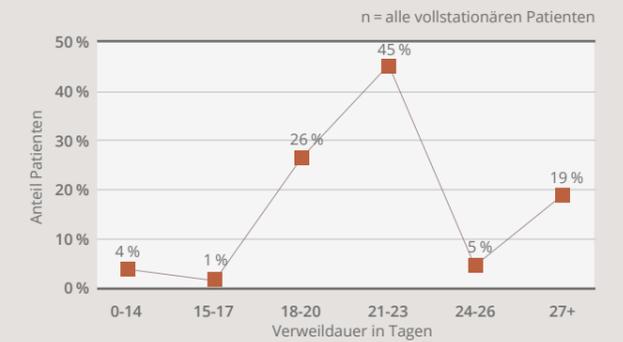
Am häufigsten wurden bei unseren Patienten 2018 eine Arthrose des Kniegelenks (**21 %**) und des Hüftgelenks (**20 %**) diagnostiziert. Die fünf häufigsten Diagnosen haben **65 %** aller Diagnosen in der orthopädischen Rehabilitation ausgemacht.

- 21 % M17 Gonarthrose [Arthrose des Kniegelenkes]
- 20 % M16 Koxarthrose [Arthrose des Hüftgelenkes]
- 10 % M54 Rückenschmerzen
- 7 % Z96 Vorhandensein von anderen funktionellen Implantaten
- 7 % M51 sonstige Bandscheibenschäden
- 35 % sonstige Hauptdiagnosen

4.3.4 Verweildauer

Durchschnitt: 22 Tage

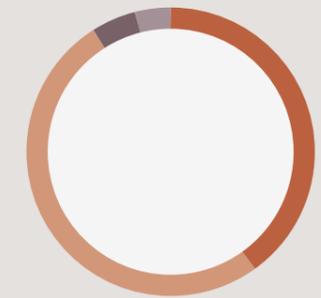
Die meisten MEDIAN Patienten in der Orthopädie (**45 %**) verbrachten im Jahr 2018 im Schnitt **21 bis 23 Tage** in unseren Kliniken. Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer lag mit **22 Tagen** ebenfalls in diesem Bereich. Weitere **26 %** wurden **18 bis 20 Tage** lang stationär behandelt.



4.3.5 Verteilung der Leistungsträger

Die erbrachten Leistungen verteilen sich auf unterschiedliche Leistungsträger – wie der folgenden Grafik entnommen werden kann. Mit **51 %** machte die gesetzliche Krankenversicherung dabei den größten Anteil aus.

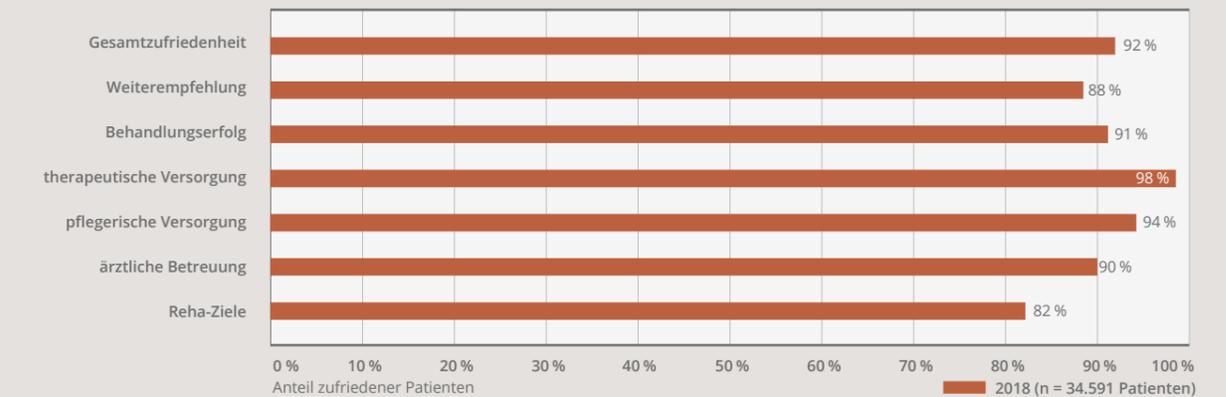
- 40 % gesetzliche Rentenversicherung
- 51 % gesetzliche Krankenversicherung
- 5 % Selbstzahler/Private Krankenversicherung
- 4 % sonstige



4.3.6 Patientenzufriedenheit

Am Ende ihres Aufenthalts haben unsere Patienten die Möglichkeit, anonym an einer Zufriedenheitsbefragung teilzunehmen. Das erfreuliche Ergebnis in 2018: **92 %** der fast **35.000 befragten orthopädischen**

Patienten waren insgesamt mit der Behandlung und der Betreuung zufrieden. Mit der therapeutischen Versorgung waren sogar **98 %** zufrieden.



Kennzahlen der externen Qualitätssicherung

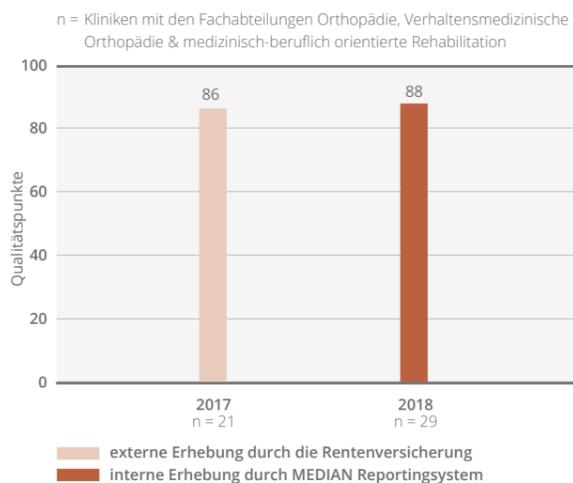


Therapeutische Versorgung im zeitlichen Verlauf



Bei der therapeutischen Versorgung in der Orthopädie lagen die Qualitätspunkte sowohl in 2017 als auch in 2018 auf einem hohen Niveau.

Reha-Therapiestandard „Chronischer Rückenschmerz“ im zeitlichen Verlauf



Beim Reha-Therapiestandard zum chronischen Rückenschmerz lässt sich im Vergleich zwischen den Jahren 2017 und 2018 ein Aufwärtstrend erkennen. Die Qualitätspunkte stiegen von 86 auf 88.

Reha-Therapiestandard „Hüft- und Kniegelenkersatz (TEP)“ im zeitlichen Verlauf



Auch für den Reha-Therapiestandard „Hüft-/Knie-TEP“ ist im Verlauf der letzten beiden Jahre ein Aufwärtstrend zu erkennen. Im Jahr 2018 wurde mit durchschnittlich 89 Qualitätspunkten ein gutes Ergebnis und nochmals eine Verbesserung zum Vorjahreswert erzielt.

Ergebnisqualität in der Orthopädie

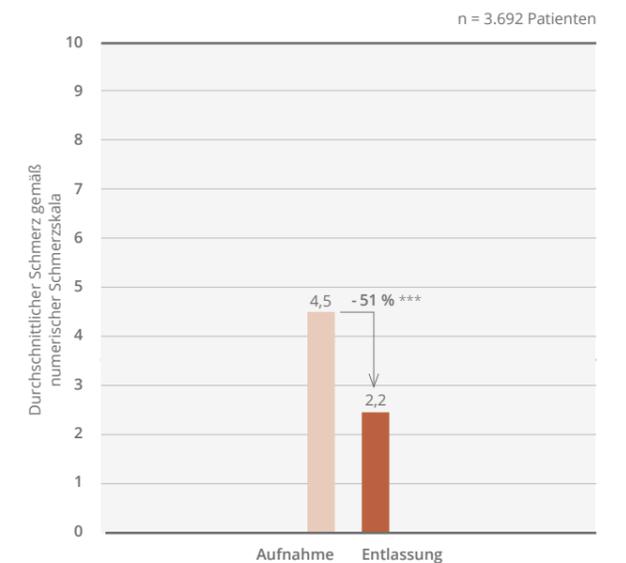
Die orthopädische Rehabilitation ist ein wichtiger Baustein in der orthopädischen Versorgungskette unseres Gesundheitswesens. Dabei soll die Wirksamkeit der Rehabilitation systematisch messbar sein. MEDIAN legt mit der Erhebung fachspezifischer Assessments eine Grundlage für die Ergebnismessung in der 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 daher 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. Null bedeutet dabei keinen und zehn den stärksten vorstellbaren Schmerz. Die Messung erfolgt sowohl bei Aufnahme als auch bei Entlassung, um Veränderungen über den Rehabilitationsverlauf abbilden zu können.

Durchschnittliche Schmerzausprägung nach numerischer Schmerzskala der orthopädischen Rehabilitanden im Jahr 2018 bei Aufnahme und Entlassung



Bei 3.692 Patienten wurde im Jahr 2018 das Schmerzempfinden sowohl bei Aufnahme als auch bei Entlassung erfasst. Das subjektive Schmerzempfinden lag bei Aufnahme bei 4,5 auf der Skala von 0 bis 10 und sank auf 2,2 zum Zeitpunkt der Entlassung. Dies entspricht einer signifikanten Verbesserung von 51 Prozent von Aufnahme zu Entlassung. Dies Ergebnis kann eindeutig als Erfolg der Rehabilitation gewertet werden.



Staffelstein-Score

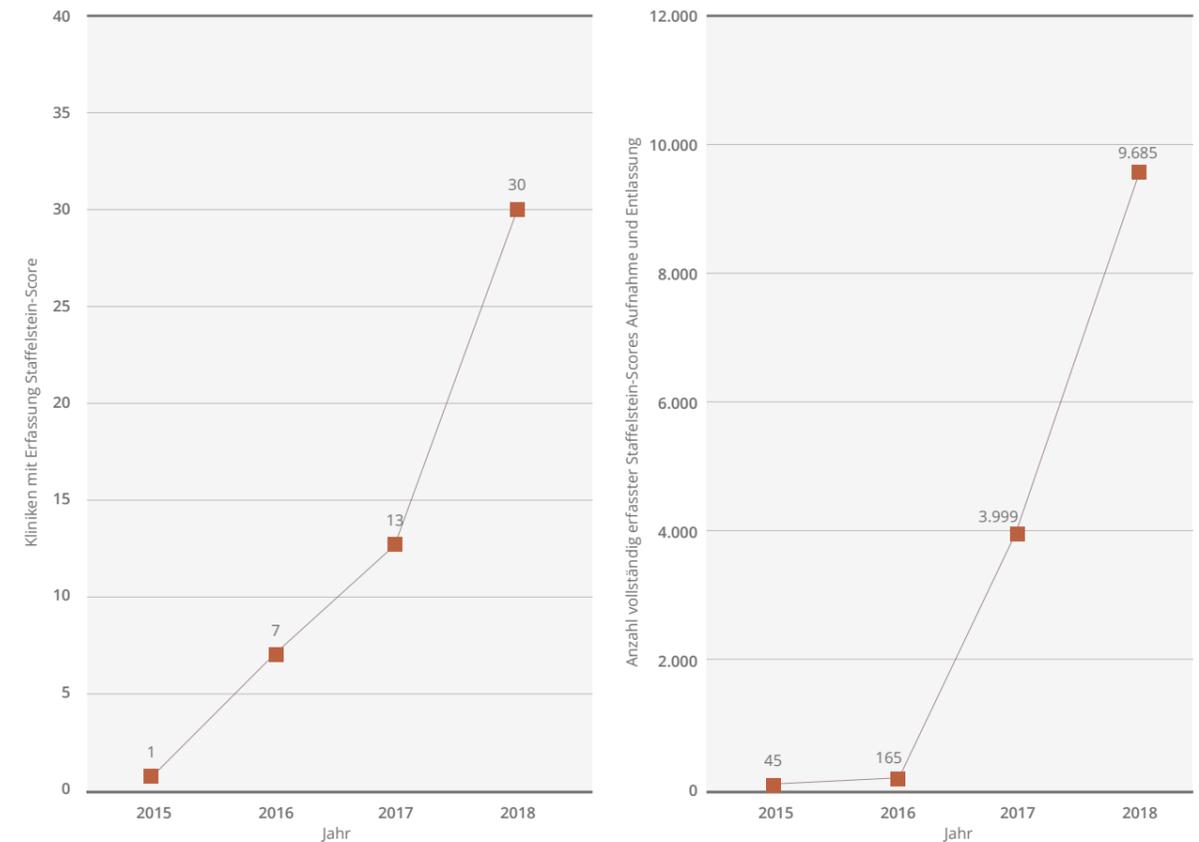
Für Knie- und Hüft-TEP Patienten wird in den MEDIAN Kliniken der Staffelstein-Score bei Aufnahme und Entlassung zur Ergebnismessung erhoben.

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)

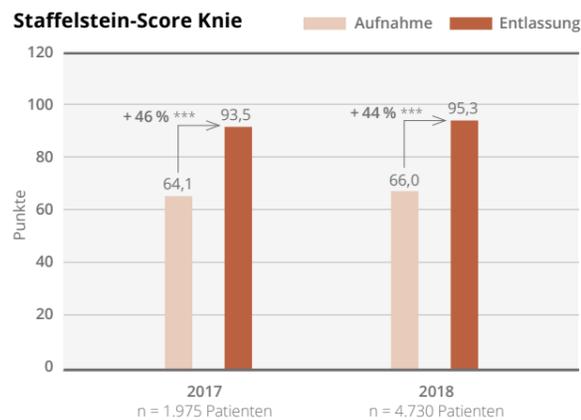
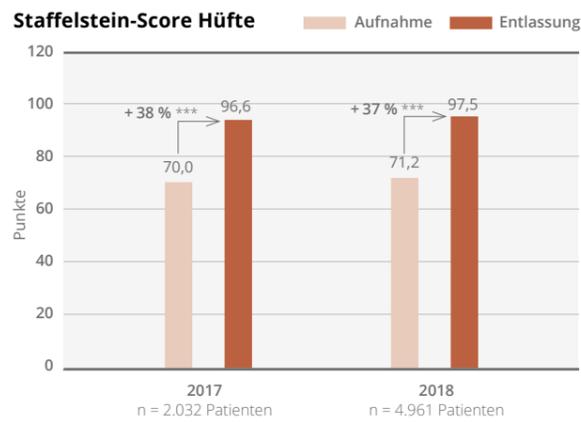


Die Abbildung auf der linken Seite zeigt einen steilen Anstieg in der Anzahl der orthopädischen MEDIAN Kliniken, die den Staffelstein-Score erheben. Dieser Trend spiegelt sich auch in der Anzahl der Patienten, bei denen ein Score bei Aufnahme und Entlassung erhoben wurde, wider und ist Resultat der Einführung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

Datenerfassung (Abbildung rechts). In 2018 wurden bereits bei 9.685 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 vs. 2018:

Vergleich der erreichten Staffelstein-Punkte (0-120) in 2017 und 2018 für Aufnahme und Entlassung bei Rehabilitanden nach Hüft-TEP-Implantation (oben) und Knie-TEP-Implantation (unten)



Der durchschnittliche Aufnahmewert des Staffelstein-Scores Hüfte lag 2017 bei 70 Punkten und konnte bei Entlassung auf annähernd 97 Punkte statistisch signifikant verbessert werden. Für die fast 2,5-mal mehr Patienten im Jahr 2018 zeigt sich eine minimale Veränderung dieser Werte. Für beide Jahre konnte eine statistisch signifikante Verbesserung von über 37 Prozent verzeichnet werden.

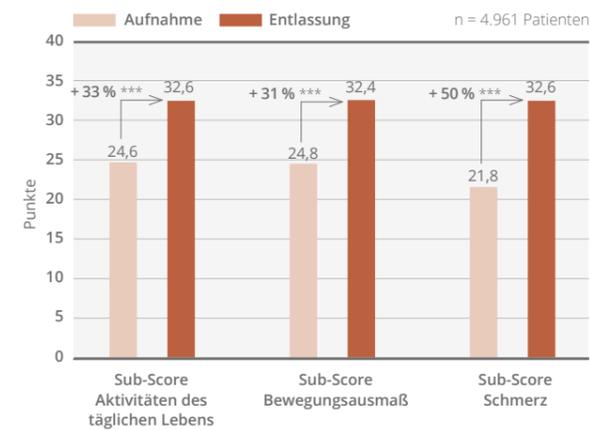


Beim Staffelstein-Score Knie zeigt sich eine vergleichbare Situation. Der Aufnahmewert im Jahr 2017 lag im Durchschnitt bei 64 Punkten, im Jahr 2018 bei 66 Punkten. 2017 konnte eine signifikante Verbesserung der Punktzahl von 46 Prozent auf 93,5 Punkte erzielt werden. Im Jahr 2018 zeigte sich ebenfalls eine statistisch signifikante Verbesserung von 44 Prozent auf 95 Punkte.

Übersicht des Staffelstein-Scores Hüfte und Knie auf Ebene der Sub-Scores im Jahr 2018

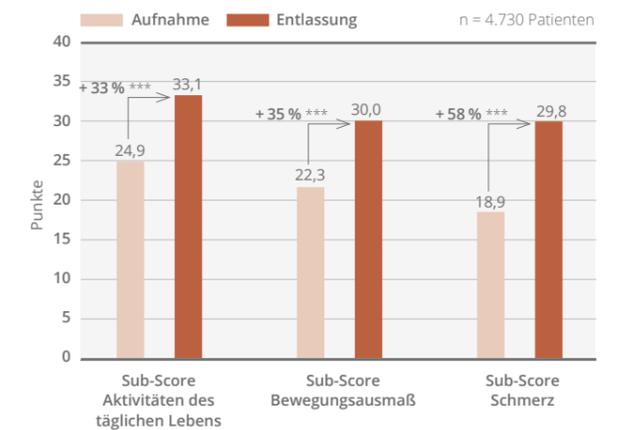
Der Staffelstein-Score unterteilt sich in die drei Sub-Scores: Aktivitäten des täglichen Lebens, Bewegungsausmaß und Schmerz.

Ergebnisse des Staffelstein-Scores Hüfte für die drei Sub-Scores Aktivitäten des täglichen Lebens, Bewegungsausmaß und Schmerz bei Aufnahme und Entlassung im Jahr 2018



Die Aufschlüsselung in die drei Sub-Scores der Staffelstein-Scores Hüfte und Knie zeigt, dass sich die Patienten in allen Aspekten bei Entlassung statistisch signifikant verbessert

Ergebnisse des Staffelstein-Scores Knie für die drei Sub-Scores Aktivitäten des täglichen Lebens, Bewegungsausmaß und Schmerz bei Aufnahme und Entlassung im Jahr 2018



haben. Besonders beim Subscore Schmerz ist ein deutlicher Rehabilitationserfolg zu erkennen.

Wissenschaftliche Studie

Aufbau und Implementierung eines multimodalen, sektor- und trägerübergreifenden Versorgungskonzeptes bei Majoramputation (MSTVK)

Bei etwa 60.000 Menschen in Deutschland wird jährlich eine Beinamputation durchgeführt (Kröger et al., 2017). Dieser Eingriff stellt neben einer komplexen medizinischen Operation zudem eine erhebliche Belastung für den Menschen und sein gewohntes soziales und berufliches Umfeld dar.

Nach dem Eingriff steht die Person vor der großen Herausforderung, wieder mobil und selbstständig zu werden sowie die früheren beruflichen und sozialen Aktivitäten wieder aufzunehmen. Das funktioniert jedoch nur mithilfe einer engmaschigen und qualitativ hochwertigen Versorgung therapeutischer und medizinischer Natur. Die verschiedensten Gesundheitsberufe müssen in dieser Phase eng zusammenarbeiten, was das Auftreten von Schnittstellenproblematiken begünstigt. Die Versorgungskette ist aktuell jedoch nicht ideal auf diese Bedarfe der Menschen mit Beinamputation ausgerichtet. Betroffene berichten darüber, sich in der Situation alleingelassen und nicht gut über den weiteren Prozess informiert zu fühlen. Hier könnte eine sektor- und trägerübergreifende Koordination Abhilfe schaffen. Des Weiteren kommt es häufig zu einem zu frühen Beginn der Anschlussrehabilitation, bei dem der Stumpf noch Umfangsschwankungen aufweist und daher ein Gangtraining mit einer Interimsprothese noch nicht möglich ist. Der zu frühe Beginn liegt vor allem darin begründet, dass die Anschlussrehabilitation möglichst 14 Tage nach der Entlassung angetreten werden sollte und nur in Ausnahmen hiervon abgewichen werden kann. Aber auch wenn mit einer entsprechenden medizinischen Begründung ein späterer Beginn möglich ist, stellt sich die Frage nach der Interimsversorgung. Gerade die häufig älteren und multimorbiden Beinamputierten werden in diesem Falle in ein Pflegeheim zwischenverlegt, in dem aufgrund mangelnder Mobilisierung Kontrakturen im gesunden Bein entstehen können. Auch die häufig nicht vorhandene Kompetenz zur Stumpfwicklung und der zu frühe Ein-

satz eines Liners (Stumpfüberzug für Prothese) können dort den späteren Rehabilitationserfolg eher mindern. Darüber hinaus sind viele Rehabilitationskliniken nicht unbedingt auf beinamputierte Patienten eingestellt, was sich im unzureichenden Gangtraining bemerkbar macht. Es fehlt folglich eine adäquate Interimsversorgung – zumindest im Bereich der gesetzlichen Krankenkasse. Ländliche Regionen können darüber hinaus auch keine wohnortnahen Versorgungsangebote (wie z. B. eine spezialisierte Physiotherapie) sicherstellen.

Ein neues Projekt in der Region Hannover soll dieser Problematik nun Abhilfe verschaffen. Das Vorhaben wurde multimodal und trägerübergreifend konzipiert, um sowohl die stationäre als auch ambulante Versorgung der Patienten mit Beinamputation zu verbessern. Innerhalb von vier Jahren soll mit Förderung durch den GBA Innovationsfond das neue Versorgungskonzept implementiert und evaluiert werden. 20 Kooperationspartner sind an dem Projekt beteiligt. Die Koordination obliegt der Klinik für Rehabilitationsmedizin der Medizinischen Hochschule Hannover (MHH). Das MEDIAN Ambulante Gesundheitszentrum Hannover wird dabei als Institution der Anschlussrehabilitation in der Studie mitwirken.

Das neue Versorgungskonzept besteht aus den vier Modulen Care-Management, multimodale Interimsphase, Anschlussheilbehandlung (AHB) und Etablierung eines Versorgungsnetzwerkes von Haus- und Fachärzten sowie ergo- und physiotherapeutischer Praxen durch Fortbildungen an der MHH. Care-Management meint dabei



einen festen Ansprechpartner, der sektorübergreifend und über alle Phasen hinweg koordiniert, vom Erstkontakt im Akutkrankenhaus über die Rehabilitation bis hin zur Wiedereingliederung in den Beruf. Diese zentrale Koordination aller erforderlichen Maßnahmen im Behandlungsprozess soll die Schnittstellenprobleme verringern. Zwischen Akutbehandlung und Rehabilitation entstehen manchmal Zeiten, in denen eine ambulante Interimsversorgung nötig wird. Das zweite Modul soll dafür beispielsweise eine Heilmittelversorgung zur Überbrückung sicherstellen, um eine optimale Wundversorgung zu garantieren. Letztere ist wichtig, um die Wunde prothesentauglich zu machen und die Rehabilitation vorzubereiten. Die Anschlussheilbehandlung als drittes Modul kann dann stationär oder auch ganztägig ambulant in einer kooperierenden Klinik, wie dem MEDIAN AGZ Hannover, erfolgen. Die Nachsorge soll als viertes und letztes Modul dazu beitragen, ein lebenslanges Netzwerk von therapeutischen und allgemeinmedizinischen Praxen in der Region aufzubauen. Dort können Betroffenen auch nach der Rehabilitation lebenslange Unterstützung und Nachsorge erhalten.

An der Studie werden im MEDIAN AGZ Hannover ab dem Jahr 2020 Menschen mit einer Majoramputation an einer der unteren Gliedmaßen teilnehmen, die vorher noch

laufen konnten. Sie müssen außerdem volljährig und interessiert an der Studienteilnahme sein. Da sich das Projekt auf die Region Hannover konzentriert, sollte der Wohnort nicht weiter als 30 km von der Medizinischen Hochschule in Hannover entfernt liegen. Die Teilnehmer müssen zu unterschiedlichen Zeitpunkten an einer Befragung mittels Fragebogen teilnehmen und Fragen zu ihren Erfahrungen während der Behandlung beantworten.

Dr. Thilo Busche (Chefarzt Orthopädie),
MEDIAN Ambulantes Gesundheitszentrum Hannover

Bei Projekterfolg kann ein neues Versorgungskonzept entstehen, welches den Betroffenen durch einen optimalen Behandlungsablauf die soziale und berufliche Wiedereingliederung stark erleichtert. Während der Einführung der vier Module sollen diese auch stetig evaluiert und weiterentwickelt werden, um die Versorgungssituation erfolgreich an die Bedürfnisse der Patienten anzupassen. Nach dem Projekt könnte es sogar möglich sein, das Konzept auf andere Regionen auszuweiten und für weitere Diagnosen und Indikationen nutzbar zu machen.

Anzahl der Einrichtungen

19



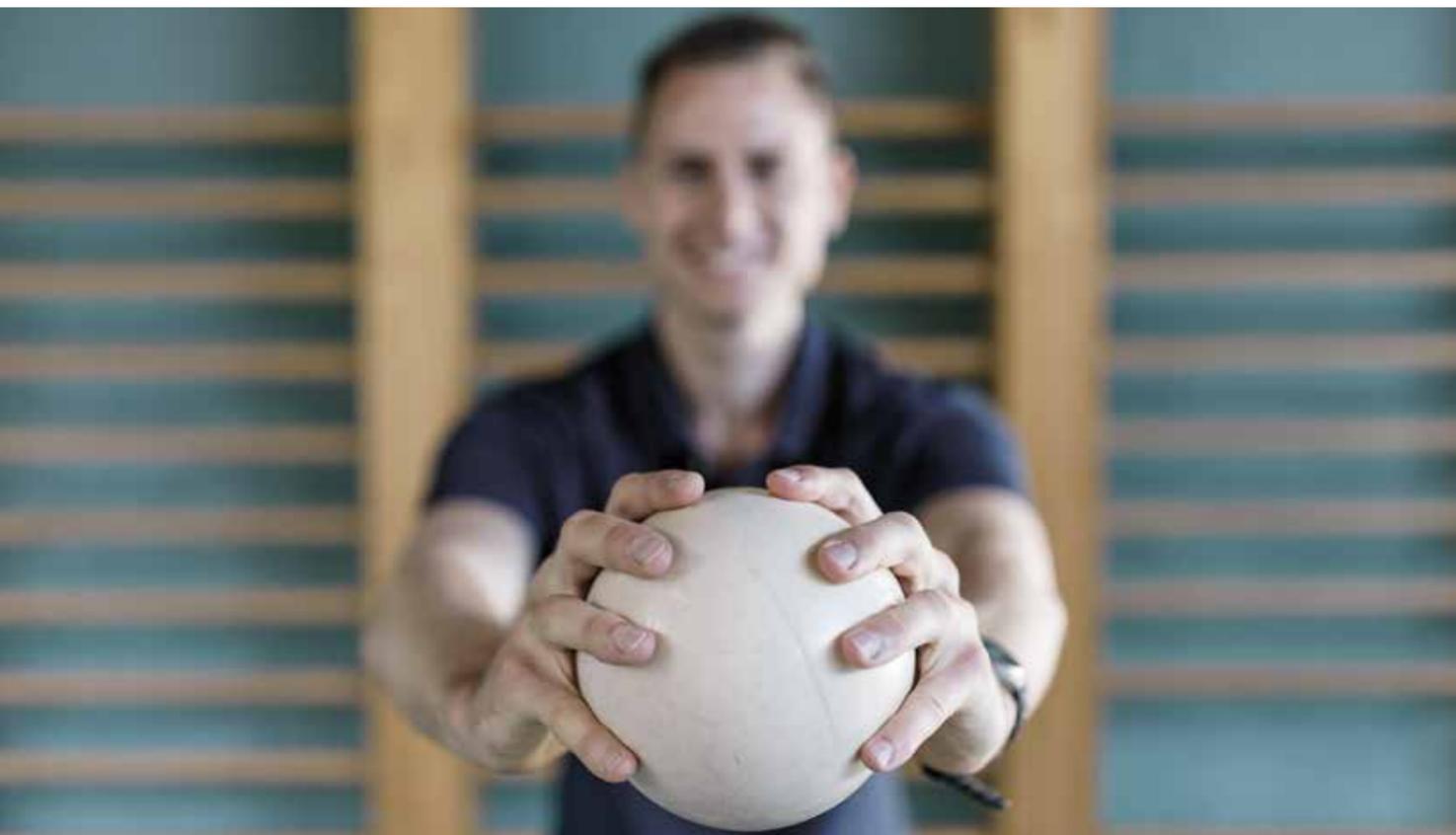
* Diese Kliniken wurden innerhalb des Berichtszeitraums geschlossen beziehungsweise veräußert.

** Diese Kliniken wurden innerhalb des Berichtszeitraums akquiriert.



KARDIOLOGIE

Schwerpunkte in der Kardiologie



Jede kardiologische Erkrankung, und vor allem ein Herzinfarkt, ist ein gravierender und lebensbedrohlicher Einschnitt im Leben eines Menschen. Die kardiologische Rehabilitation ist daher integraler Bestandteil einer am langfristigen Erfolg orientierten, umfassenden Versorgung von Herzpatienten. Die wesentlichen Ziele dieser Rehabilitation bestehen dabei in einer möglichst weitgehenden Wiederherstellung der kardialen Leistungsfähigkeit des Patienten, insbesondere unter Berücksichtigung aller psychosozialen Aspekte, um dadurch auch die 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 schrittweise,

wie viel er sich und seinem Herzen wieder zutrauen kann. Dieses Training sollte aber nur der Anfang für kontinuierliche körperliche Aktivitäten zu Hause sein, denn Bewegung gilt als wichtigster Pfeiler in der Therapie fast aller Herzerkrankungen. Um die individuell vereinbarten Ziele für den beruflichen oder häuslichen Alltag zu erreichen, ist es wichtig, dass alle genannten therapeutischen Maßnahmen zusammenwirken.

Nur im Zusammenwirken all dieser 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.

„Ich fühle mich schon wieder richtig fit“



Manfred Petzholdt
begeisterter Radfahrer

Manfred Petzholdt ist begeisterter Radfahrer. Der 77-jährige hatte zwei Tage zuvor mit seinen Freunden noch eine 50 Kilometer lange Radtour hinter sich gebracht, als ihn in der Nacht vom 24. auf den 25. Mai Unwohlsein, Beklommenheit und Schmerzen plagten. Er fährt zur Notaufnahme ins 20 Kilometer entfernte Diakonie Krankenhaus nach Bad Kreuznach. Dort ist er eine halbe Stunde später im OP. Diagnose: Herzinfarkt. Nach der Akutbehandlung kommt er in die MEDIAN Klinik Moselschleife in Bernkastel-Kues. Dort bleibt er im Rahmen der Anschlussheilbehandlung vier Wochen lang in der Kardiologie.

Hat sich der Herzinfarkt bei Ihnen angedeutet, gab es Risikofaktoren?

Überhaupt nicht. Ich war mein ganzes Leben lang aktiv. 36 Jahre war ich Berufssoldat bei der Luftwaffe. Mit 53 Jahren konnte ich seinerzeit in Frühpension gehen. Aktiv Sport treiben, Fahrrad fahren, das waren meine Hobbys. Ich habe nie geraucht, mich meiner Ansicht nach gesund ernährt, war viel draußen – und dann trifft einen ein Herzinfarkt, einfach so, aus heiterem Himmel, von einer Minute auf die andere. Das war für mich unvorstellbar. Als ich an jenem Samstagmorgen um acht Uhr ins Krankenhaus gefahren bin, habe ich noch zu meiner Frau gesagt: „Die geben mir ein paar Tabletten und ich bin in einer Stunde wieder da.“ Hätte ich an diesem Wochenende bis Montag gewartet, wer weiß, wie das dann ausgegangen wäre ...

Was hat man im Krankenhaus mit Ihnen gemacht?

Ich habe am ersten Tag in einer Operation drei Stents gesetzt bekommen, zwei Tage später noch zwei weite-

re. Das war schon sehr anstrengend. Insgesamt war ich sechs Tage lang im Krankenhaus. Gut war, dass gleich während meines Aufenthalts die Sozialarbeiterin auf mich zukam und mit mir meine Reha beantragt hat. Die MEDIAN Klinik Moselschleife in Bernkastel-Kues war dabei meine Wunschklinik – von Bekannten empfohlen, die gute Erfahrungen gemacht hatten. Und mit 70 Kilometern nicht weit weg von meinem Heimatort. Zwei Tage nach der Entlassung aus dem Krankenhaus war ich schon dort. Das ging ziemlich nahtlos.

Wie waren die ersten Tage bei MEDIAN?

In der kardiologischen Reha hat man keine Zeit verloren und mich nach einer freundlichen Begrüßung sofort einem Belastungs-EKG unterzogen. Das hat mich am Anfang irritiert, so kurz nach dem Infarkt, aber es war nur ein ganz leichtes EKG und ich habe dann verstanden, dass es nur darum ging, mich vorsichtig zu testen. So konnten die Therapeuten prüfen, was sie mir zumuten können.

Bei den anschließenden Gesprächen mit Stationsärztin Elda Kutali und Chefarzt Prof. Dr. Eddicks habe ich dann klar gesagt, dass ich sportlich aktiv war und das auch in Zukunft wieder sein möchte. Das Reha-Ziel hat man dann aufgeschrieben und wir haben in den nächsten Tagen und Wochen darauf hingearbeitet.

Wie ging es Ihnen zu diesem Zeitpunkt körperlich?

In den ersten Tagen ging es mir ehrlich gesagt gar nicht gut. Ich war ziemlich geschwächt, hatte wegen der Medikamente Schwindelanfälle und konnte mich nicht bücken. Der Kreislauf machte sich sofort bemerkbar. Ich habe das dann mit dem Chefarzt und der Stationsärztin besprochen und meine Medikamente wurden angepasst. Dann ging es mir nach zwei Tagen besser. Überhaupt wurde es Tag für Tag besser. Ich habe mich zuerst gefragt: Kannst du das, was die mit dir im MTT-Raum machen, nicht auch zu Hause auf dem Ergometer trainieren oder im Sportverein? Aber dann wurde mir klar, dass die erfahrenen Ärzte und Therapeuten den Unterschied machen. Und natürlich die Technik, die weitaus besser ist. Die Therapeuten können beim Training genau Herzrhythmus und Blutdruck prüfen und sagen einem dann, ob man sich vielleicht noch ein bisschen mehr zutrauen kann. Niemand hat einem zu viel zugemutet, ich bin nicht bis an eine kritische körperliche Leistungsgrenze gegangen. Letztendlich stimmte das Training perfekt. Überhaupt wurde genau angewiesen, welche Übungen ich speziell mit meinen Stents zu machen hatte und das Ergebnis wurde penibel überwacht und kontrolliert. Sehr beeindruckend fand ich zum Beispiel die Sonographie, bei der man genau sehen konnte, wie das Herz funktioniert, welche Pumpleistung es hat und ob die Muskeln geschädigt sind. Sogar die Herzklappen konnte man beobachten – das hatte ich zuvor noch nie gesehen. Neben dem Belastungs-EKG und dem täglichen Ergometer-Training gab es dann auch noch Massagen, Lungenfunktions-test, Echokardiographie, Bewegungs- und Physiotherapie und vieles mehr.

Was würden Sie sagen: Hat die Reha bei Ihnen gewirkt?

Auf jeden Fall. Ich muss sagen, ich bin sehr zufrieden. Mein Zustand ist super stabil. Ich könnte morgen früh mit meinen Freunden schon wieder aufs Fahrrad steigen und eine Runde drehen. Stellen Sie sich vor: Ich habe auf dem Ergometer mit 60 Watt angefangen und jetzt nach drei Wochen fahre ich 125 Watt. Ich fühle mich schon wieder richtig fit. Ich habe mit dem Chefarzt gesprochen und wir haben noch eine Verlängerungswoche vereinbart. Das finde ich gut, denn es dient ja meiner Fitness. Wenn ich am Ende 150 Watt schaffe, bin ich da, wo ich hinwollte. Gut war auch, dass die Therapeuten mich motiviert haben. „Sie kommen wieder auf die Beine“, haben sie gesagt – und das stimmt ja auch. Bei Vorträgen habe ich darüber hinaus noch eine Menge über den Herzinfarkt und seine Entstehung erfahren. Und auch zum Thema herzgesunde Ernährung weiß ich jetzt viel mehr. Ich habe gelernt, wie ich Stress vermeiden und abbauen kann. Da gibt es an der Klinik sogar eigens Kurse, bei denen man Entspannung oder Atemtechnik üben kann. Der Chefarzt hat angekündigt, dass wir beim Abschlussgespräch genau klären, welche Medikamente ich weiter nehmen soll und was ich in Zukunft im Alltag beachten muss. Wir werden auch klären, wie oft ich zum Kardiologen gehen sollte. Denn es soll nicht zu einem zweiten Infarkt kommen.

Würden Sie die MEDIAN Klinik Moselschleife weiterempfehlen?

Unbedingt. Mein Eindruck von der Klinik ist ausgesprochen positiv. Das Zimmer war einwandfrei und sauber, das Essen war gut. Über Pfingsten gab es ein eigenes Pfingstmenü, auf das sogar meine Tochter zu Hause neidisch war. Ich habe während meiner Zeit in der MEDIAN Klinik Moselschleife niemanden erlebt, der unfreundlich gewesen wäre. Wir haben sogar beim anstrengenden Ergometer-Training gelacht. Und das trägt sicher auch dazu bei, dass man schnell wieder auf die Beine kommt.

Behandlerstatement zum Fall



Prof. h.c. Dr. med. Stephan Eddicks, FESC

Facharzt für Innere Medizin, Kardiologie, Geriatrie und Rehabilitationswesen

Chefarzt Innere Medizin und Kardiologie am MEDIAN Rehabilitationszentrum Bernkastel-Kues in den Kliniken Moselhöhe und Moselschleife

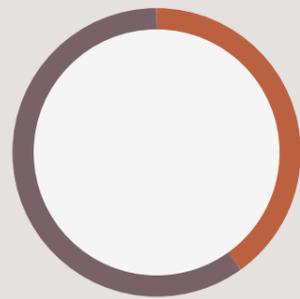
Herr Petzholdt wurde nach Herzinfarkt bei koronarer Herzkrankheit einer Anschlussheilbehandlung in unserer Klinik zugeführt. Während des Aufenthalts im Akutkrankenhaus wurden fünf Gefäßengstellen am Herzen mittels Herzkatheter aufgedehnt und mit Gefäßstützen – sogenannten Stents – versorgt.

Obwohl der Patient angab, sein Leben lang „gesund gelebt“ zu haben, konnten während der Rehabilitation zwei bedeutende kardiovaskuläre Risikofaktoren identifiziert und erfolgreich therapiert werden – ein arterieller Hypertonus sowie eine Hyperlipoproteinämie. Nach eingehender Befragung gesellte sich noch ein Zustand nach Nikotinabusus hinzu. Wir sprechen in der Kardiologie an dieser Stelle von einer sogenannten „tödlichen Trias“.

Kardiovaskuläre Risikofaktoren imponieren für die Patienten symptomfrei und treten häufig erst im Rahmen weiterer Abklärung nach Herzinfarkten oder Schlaganfällen zutage. Es gilt, diese Risikofaktoren strikt zu eliminieren, entweder medikamentös oder durch zu schulende Lebensstilmodifikationen. Fluktuierend auftretende Ängste in Bezug auf die Zukunft und individuelle Leistungsfähigkeit – welche nach Herzinfarkten häufig auftreten – werden psychotherapeutisch mitbehandelt.

Soziodemografische Daten in der Kardiologie

4.4.1 Patientenpopulation nach Geschlecht

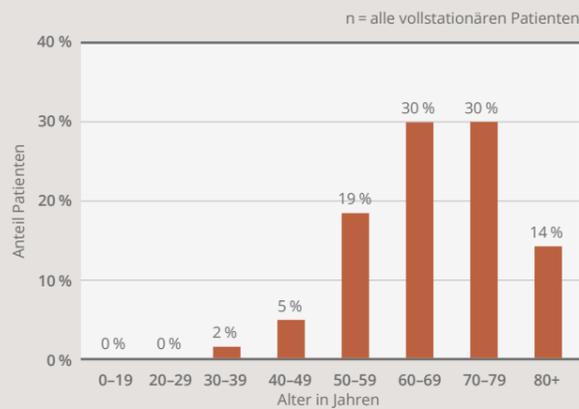


Im Jahr 2018 wurden **17.020 kardiologische Patienten** vollstationär in den MEDIAN Kliniken behandelt. Davon waren **40 % weiblich** und **60 % männlich**.

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

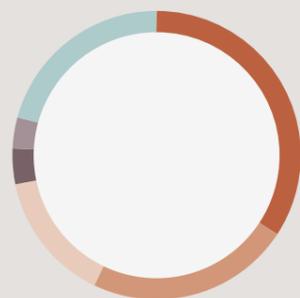
4.4.2 Altersstruktur

Durchschnitt: 67 Jahre



Die meisten unserer Patienten der Kardiologie waren in 2018 **zwischen 50 und 79 Jahre** alt. Das Durchschnittsalter lag mit **67 Jahren** ebenfalls innerhalb dieses Bereichs.

4.4.3 Verteilung der fünf häufigsten Hauptdiagnosen



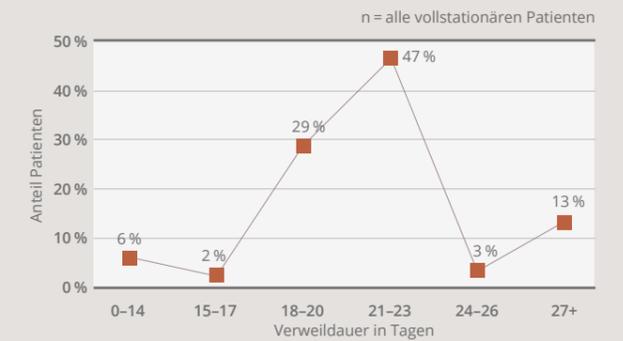
Nachfolgend sind die fünf häufigsten Diagnosen in der Kardiologie abgebildet. Am häufigsten vertreten war die chronische ischämische Herzkrankheit, sie entspricht einem Anteil von **34 %** an der Gesamtzahl der Diagnosen. Die Top 5 Hauptdiagnosen machten insgesamt knapp **80 %** aller Diagnosen aus.

- 34 % I25 chronische ischämische Herzkrankheit
- 22 % I21 akuter Myokardinfarkt
- 15 % I35 nichtrheumatische Aortenklappenkrankheiten
- 4 % I34 nichtrheumatische Mitralklappenkrankheiten
- 4 % Z95 Vorhandensein von kardialen oder vaskulären Implantaten oder Transplantaten
- 21 % sonstige Hauptdiagnosen

4.4.4 Verweildauer

Durchschnitt: 21 Tage

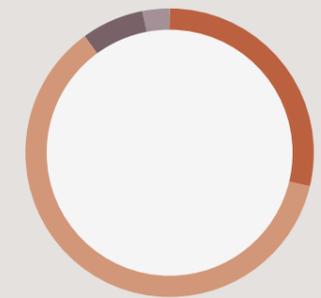
2018 verbrachten **47 %** der kardiologischen Patienten **21 bis 23 Tage** und **29 %** der Patienten **zwischen 18 und 20 Tagen** in einer MEDIAN Einrichtung. Die durchschnittliche Verweildauer lag bei **21 Tagen** im Jahr 2018.



4.4.5 Verteilung der Leistungsträger

Die erbrachten Leistungen im Jahr 2018 verteilten sich auf unterschiedliche Träger, wobei die gesetzliche Krankenversicherung mit **61 %** deutlich über die Hälfte der Leistungen übernommen hat.

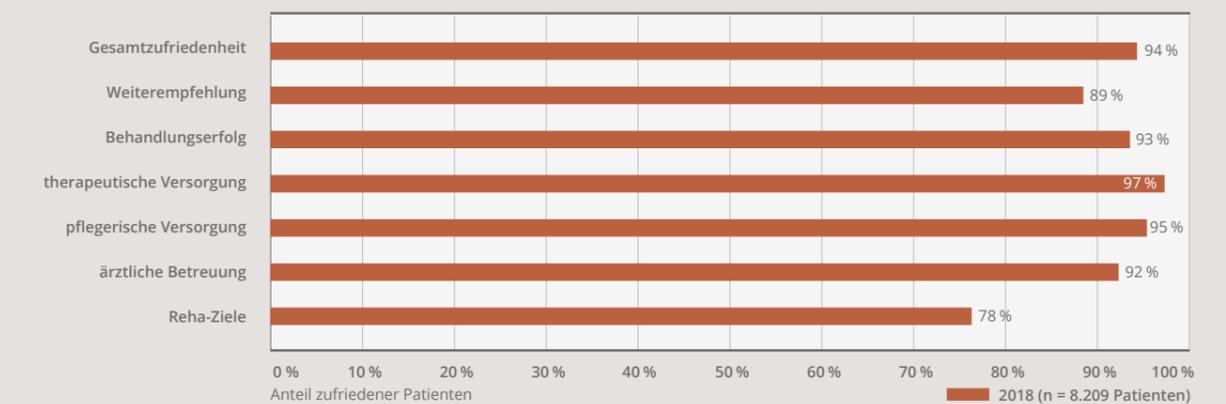
- 29 % gesetzliche Rentenversicherung
- 61 % gesetzliche Krankenversicherung
- 7 % Selbstzahler/Private Krankenversicherung
- 3 % Sonstige



4.4.6 Patientenzufriedenheit

2018 haben wir insgesamt über **8.200 unserer kardiologischen Patienten** nach ihrem Aufenthalt in den MEDIAN Kliniken befragt. **94 %** waren insgesamt mit der Behandlung und der Betreuung sehr zufrieden. Im Vergleich zum Vorjahr konnte MEDIAN die Zufriedenheit

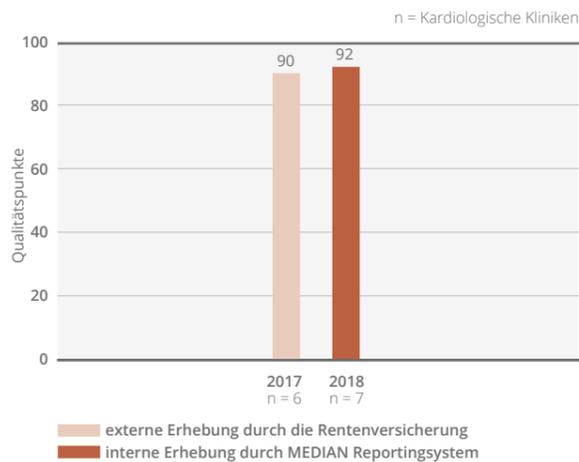
in diesem Bereich konstant auf hohem Niveau halten. In den meisten Bereichen lag der Anteil der zufriedenen Patienten in der Kardiologie 2018 bei über **90 %**. So erreichten z. B. die therapeutische und die pflegerische Versorgung die höchsten Werte im Ranking.



Kennzahlen der externen Qualitätssicherung



Reha-Therapiestandard „Koronare Herzkrankheit“ im zeitlichen Verlauf



2017 und 2018 bewegten sich die Qualitätspunkte des Reha-Therapiestandards „koronare Herzkrankheit“ auf einem konstant hohen Niveau, welches im Jahr 2018 im Vergleich zum Vorjahr nochmals deutlich verbessert werden konnte.

Therapeutische Versorgung im zeitlichen Verlauf



Bei der therapeutischen Versorgung in der Kardiologie lässt sich erkennen, dass hier insgesamt noch Verbesserungspotenzial besteht. Eine Verbesserung von 2017 zu 2018 ist jedoch bereits zu erkennen.

Ergebnisqualität in der Kardiologie

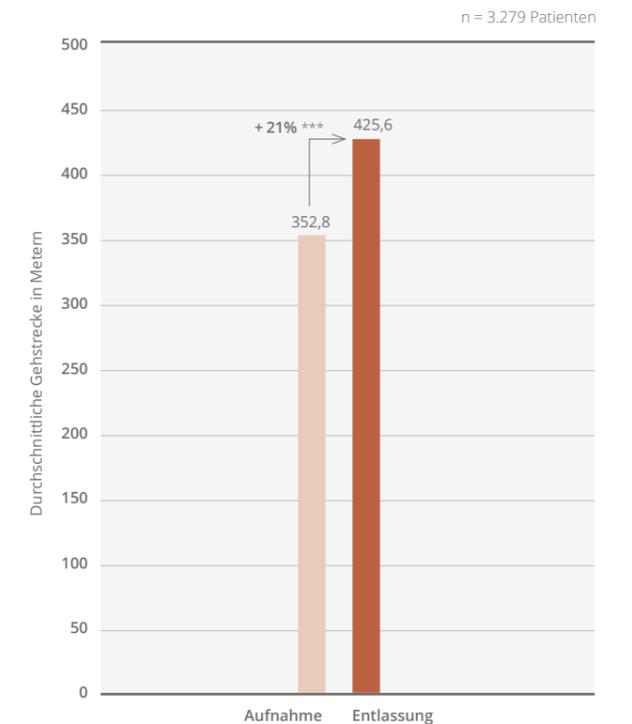
Zur Messung des Rehabilitationserfolgs der Patienten in der Kardiologie erheben die MEDIAN Kliniken einheitliche Parameter. Die unten dargestellten Tests veranschaulichen das Potenzial einer Rehabilitation in der Kardiologie.

6-Minuten-Gehtest

Der 6-Minuten-Gehtest 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 2018



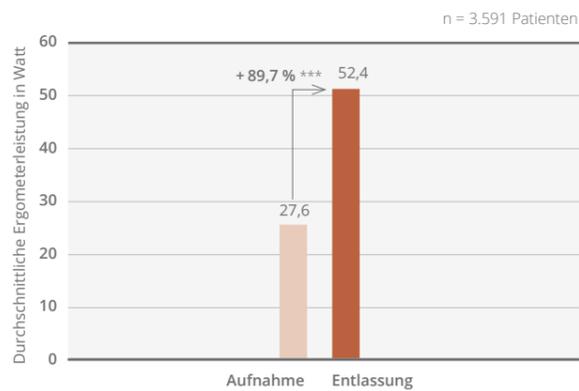
Die Abbildung zeigt eine signifikante Verbesserung der Geleistung der kardiologischen Patienten am Ende der Rehabilitation. Zu Beginn der Rehabilitation wurden im Durchschnitt 350 Meter in sechs Minuten erfasst. Bei der Messung zum Entlassungszeitpunkt haben sich die Patienten um 21 Prozent verbessert.



Ergometerleistung

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

Ergometerleistung der kardiologischen Patienten in Watt bei Aufnahme und Entlassung im Jahr 2018

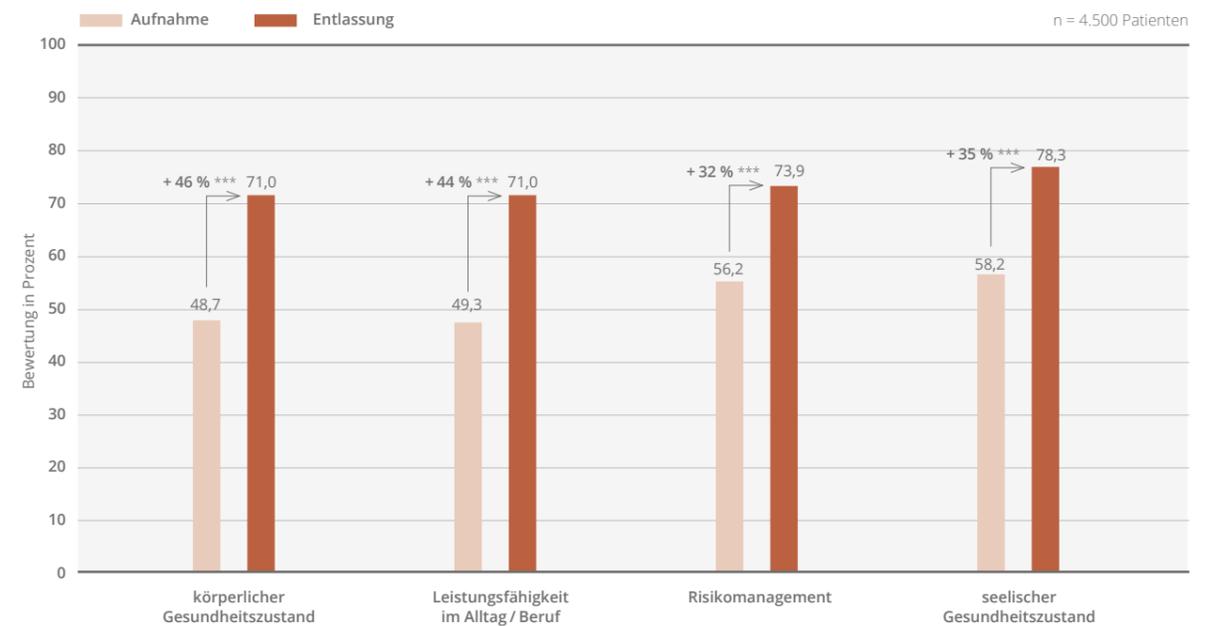


Die Wattleistung der kardiologischen Patienten hat sich von Aufnahme zu Entlassung mehr als verdoppelt, was eine signifikante Verbesserung und damit einen sehr hohen Rehabilitationserfolg bedeutet.

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 erstmalig 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 2018

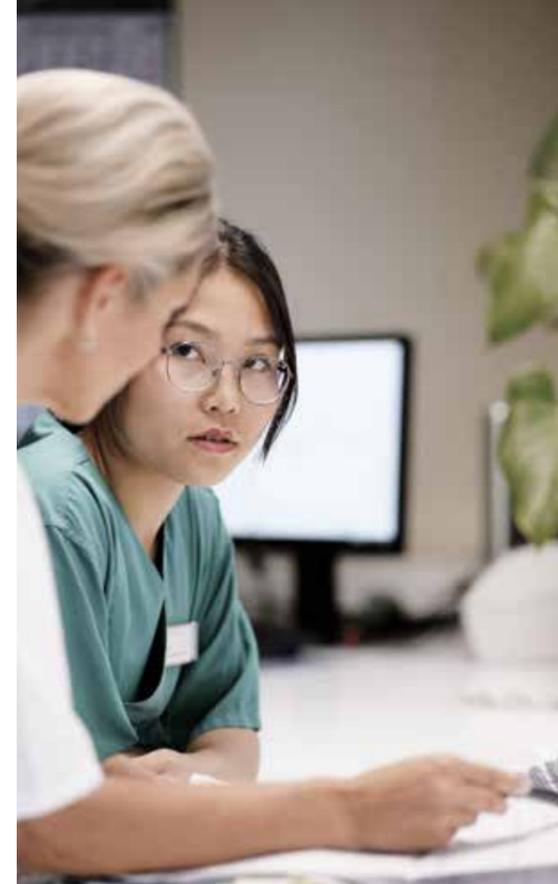


In allen vier Bereichen der ICF-basierten kardiologischen Ergebnismessung (körperlicher Gesundheitszustand, Leistungsfähigkeit im Alltag, Risikomanagement und see-

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

Wissenschaftliche Studie MEDIAN Kardio Register Herzinsuffizienz

Effektivität der kardiologischen
Rehabilitation im Hinblick auf die Anforderungen
des DMP Herzinsuffizienz



In Deutschland gibt es aufgrund von Herzinsuffizienz aktuell schätzungsweise 400.000 Krankenhausfälle pro Jahr, was mit einer steigenden gesellschaftlichen, medizinischen und auch gesundheitsökonomischen Bedeutung einhergeht. Circa ein Viertel dieser Menschen wird innerhalb der ersten vier Wochen nach der Akutbehandlung erneut in ein Krankenhaus eingewiesen. Obwohl in den letzten Jahren kontinuierlich an einer verbesserten Vernetzung gearbeitet wurde, spricht die vergleichsweise hohe Zahl an Einweisungen für eine noch nicht ausreichend strukturierte Vernetzung in der Betreuung von Menschen mit Herzinsuffizienz. 2018 hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) für das Krankheitsbild eine Vorgabe zu einem sogenannten strukturierten Behandlungsprogramm oder Disease Management Programm (DMP) erlassen (*Kassenärztliche Bundesvereinigung, 2018*). Damit soll eine optimal organisierte Behandlung garantiert werden, die unter anderem strukturierte Schulungen, eine verbesserte Medikation oder auch die Vermittlung von Nachsorgeangeboten vorsieht. Bisher konnte die Vorgabe jedoch in keinem Bundesland umgesetzt werden. Offiziell soll das DMP dazu beitragen, die gesundheitsbezogene Lebensqualität zu steigern, die Sterblichkeit aufgrund von kardiovaskulären Erkrankungen zu reduzieren, die Krankenhauseinweisungen zu verringern und eine angemessene Behandlung der Nebenerkrankungen zu ermöglichen (*Gemeinsamer Bun-*

desausschuss, 2018). Eine frühestmögliche Rehabilitation direkt nach der Akutversorgung könnte sich dabei als geeignet darstellen, um darüber hinaus auch präventiv in Bezug auf Krankenhauswiederaufnahmen einzuwirken und die Vorgaben des G-BA zum DMP einzuhalten.

Die Studie „Effektivität der kardiologischen Rehabilitation im Hinblick auf die Anforderungen des DMP Herzinsuffizienz“ möchte Antworten auf die Fragen zu positiven Effekten der kardiologischen Rehabilitation auf Herzinsuffizienz und bestmögliche Methoden oder sogar neue Behandlungswege finden. Seit Januar 2019 hat MEDIAN dazu die Expertise seiner damals 17, zum heutigen Zeitpunkt sogar 18 kardiologischen Fachabteilungen gebündelt und damit begonnen, ein Datenregister für Rehabilitationspatienten mit Herzinsuffizienz aufzubauen. Die wissenschaftliche Auswertung der Erhebung soll klären, welche Eingangsvoraussetzungen, psychologische Komponenten, Therapieverfahren und Schulungsinhalte bei Patienten mit Herzschwäche besonders wirksam sind.

An den 18 kardiologischen MEDIAN Kliniken werden rund 2.000 Patienten im Monat nach einheitlichen Qualitätsmaßstäben und Therapiepfaden behandelt. Bis zu zehn Prozent der kardiologischen Patienten leiden unter Herzinsuffizienz und könnten als Teilnehmende der Studie infrage kommen. Es wird mit einer Anzahl von 1.000

möglichen Probanden im Untersuchungszeitraum 2019 gerechnet. Damit birgt die Studie das Potenzial, bedeutende Erkenntnisse zum Fachgebiet beizutragen. Geleitet wird die Studie von Dr. Christoph Altmann, Chefarzt der Kardiologie in der MEDIAN Klinik Bad Gottleuba.

Mit dem Einverständnis der Patienten werden in einem zentralen Register demographische Angaben, klinische Behandlungsdaten und die Werte von Reha-Scores anonymisiert gesammelt. Darüber hinaus erhebt MEDIAN mit einem strukturierten Fragebogen persönliche Gesundheitsinformationen der Patienten am Anfang und am Ende der Rehabilitation sowie circa sechs Monate nach der Entlassung, um noch mehr zur subjektiven Wirksamkeit der kardiologischen Rehabilitation zu erfahren.

Die Studie soll auch Kostenträger dazu anregen, mehr als bisher auf die eben auch präventiv wirkenden Effekte der Rehabilitation bei der Bewältigung dieser Krankheit zu vertrauen. Wann die Ergebnisse der Studie veröffentlicht werden, steht noch nicht fest. MEDIAN steht derzeit mit mehreren Universitätskliniken im Gespräch, um Ergebnisse im Rahmen von Doktorarbeiten und anderen Publikationen zu veröffentlichen. Geplant ist, auf der Grundlage des Registers kontinuierlich Ergebnisse zu publizieren.

Dr. Christoph Altmann, Chefarzt,
MEDIAN Klinik Bad Gottleuba

Marc Brezger, Chefarzt,
MEDIAN Buchberg-Klinik Bad Tölz

Prof. h.c. Dr. Stephan Eddicks, Chefarzt,
MEDIAN Reha-Zentrum Bernkastel-Kues



Dr. Christoph Altmann



Marc Brezger



Prof. h.c. Dr. Stephan Eddicks

Anzahl der Einrichtungen

25



- Innere Medizin | Gastroenterologie
- Innere Medizin | Geriatrie
- Innere Medizin | Hörstörungen, Tinnitus, Schwindel, Cochlea-Implantate
- Innere Medizin | Pneumologie
- Innere Medizin | Rheumatologie
- Innere Medizin | Onkologie

* Diese Kliniken wurden innerhalb des Berichtszeitraums geschlossen beziehungsweise veräußert.
 ** Diese Kliniken wurden innerhalb des Berichtszeitraums akquiriert.



INNERE MEDIZIN

Schwerpunkte und Subdisziplinen der Inneren Medizin bei MEDIAN

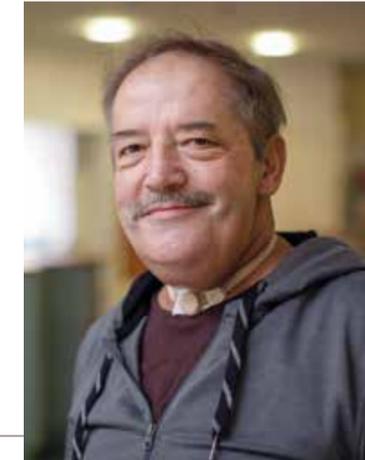


Die Innere Medizin befasst sich mit der Vorbeugung, Diagnostik, Behandlung, Rehabilitation und Nachsorge von Gesundheitsstörungen und Krankheiten der inneren Organe. In den MEDIAN Kliniken können internistische Krankheitsbilder wie Erkrankungen der Verdauungsorgane, der Nieren, des Bluts und der blutbildenden Organe des Gefäßsystems, Stoffwechselerkrankungen und Erkrankungen des Immunsystems sowie Tumorerkrankungen sämtlicher solider Organe fachübergrei-

chend behandelt werden. Durch frühe Diagnosestellung und durch verbesserte Behandlungsmöglichkeiten kann die Prognose heute für eine wesentlich höhere Anzahl internistischer Patienten – auch bei teils schweren Erkrankungen – langfristig eine positive Entwicklung nehmen. Für Patienten mit internistischen Krankheitsbildern bieten die MEDIAN Kliniken ein facettenreiches Therapie-spektrum an.

Im Ergebniskapitel werden die Rehabilitandenstruktur inklusive soziodemografischer Daten sowie die Ergebnisqualität der internistischen Fachgebiete Gastroenterologie, Geriatrie, Gynäkologie, HTS (Hörstörungen, Tinnitus, Schwindel), Onkologie, Pneumologie und Rheumatologie dargestellt.

„Mit anderen wieder sprechen zu können, ist das Beste“



Horst Zimmermann
Polizeihauptmeister

Horst Zimmermann ist Polizeihauptmeister und wohnt in der Uckermark im nordöstlichen Brandenburg. Er arbeitet als Revierpolizist, hat eine Frau, zwei erwachsene Kinder und ein Enkelkind. Der 59-Jährige steht mitten im Leben, alles läuft rund, nur die Heiserkeit wird er seit Monaten nicht mehr los. Er geht zu mehreren Hals-Nasen-Ohren-Ärzten, die wenig ausrichten können. Schließlich wird er wegen Heiserkeit krankgeschrieben. Dann kommt Atemnot hinzu, die immer größer wird. Zunächst vermutet sein Arzt ein Problem mit dem Herzen. Als die kardiologische Untersuchung aber ohne Befund ist, schickt er ihn mit dem Notarztwagen ins 50 Kilometer entfernte Eberswalde in die HNO-Abteilung des Werner-Forßmann-Krankenhauses. Dort bekommt er Anfang Mai die erschreckende Diagnose: ein versteckter Tumor – Kehlkopfkrebs.

Wie ging es Ihnen damals in der Situation?

Ich hatte mir länger schon wegen der anhaltenden Heiserkeit Sorgen gemacht, was es sein könnte. Aber da rechnet man ja erstmal nicht mit, dass es tatsächlich etwas Ernstes ist. Und auch die Ärzte konnten mir anfangs ja gar nicht sagen, was es war. Im Krankenhaus hat man bei mir erst einmal einen Luftröhrenschnitt gemacht, um die Atemnot zu lindern. Dann hat man festgestellt, dass ich einen versteckten Tumor habe und mich sofort operiert, das heißt, man hat meinen Kehlkopf entfernt, die Speiseröhre an den Rachen angeschlossen und den Zugang zur Luftröhre nach außen verlegt. Das war schon eine ziemlich große Operation und ich war nach dem Eingriff einige Zeit im Krankenhaus. Dabei hatte ich noch Glück, weil der Tumor relativ früh erkannt worden war.

Ich konnte zwar zunächst nicht mehr sprechen und kann bis heute nicht mehr alles riechen, aber ich kann noch alles schmecken, was bei anderen Patienten nicht mehr der Fall ist. Ich wurde in der Klinik eine Woche künstlich ernährt, brauchte aber zum Glück keine dauerhafte Magensonde. Und ich war körperlich recht fit und bin schon nach zwei Tagen wieder aufgestanden. Trotzdem hat es mit der Heilung einfach gedauert. Ich selbst, meine Familie und Freunde haben in dieser Zeit viel Kraft und Geduld gebraucht.

Wie kamen Sie zur MEDIAN Klinik Kalbe?

Schon während meines Aufenthaltes im Krankenhaus haben mir die Sozialarbeiter und die Ärzte empfohlen, eine Anschlussheilbehandlung in der MEDIAN Klinik Kalbe

zu machen. Das wäre für meinen Fall genau richtig, sagten sie mir, und wir haben zusammen die notwendigen Anträge ausgefüllt. Die wurden dann auch schnell genehmigt. Nach der Entlassung aus dem Krankenhaus in Eberswalde war ich dann zunächst wieder zu Hause, musste aber zur Bestrahlung immer wieder in die Klinik. Das ging bis Anfang August so. Eine Chemotherapie war aber im Nachgang bei mir nicht notwendig. Letztendlich wurden dann glücklicherweise keine Metastasen bei mir festgestellt. Ich war heilfroh und meine Familie war es auch. Dann bin ich auch schon am 20. August nach Kalbe gekommen.

Wie sah Ihre Behandlung bei MEDIAN aus?

Der Schwerpunkt meiner Behandlung lag in der Logopädie. Es ging ja darum, ohne Kehlkopf wieder sprechen zu lernen. Wir haben den Umgang mit dem Sprechventil trainiert, aber zum Beispiel auch Übungen zur Atemtechnik gemacht und zur Aussprache. Beim Sprechen muss die Luftröhrenöffnung nach dem Einatmen mit dem Finger abgedichtet und die Ausatemluft in Mund- und Halsraum gepresst werden. Das erforderte einige Übung, aber ganz langsam ging alles besser und ich machte Fortschritte. Gleichzeitig gab es in der Klinik auch Entspannungstherapie, Ergotherapie und am Ergometer haben wir die Ausdauer verbessert. Das alles hat mir richtig gut getan, weil mein Gesundheitszustand wirklich von allen Seiten aus betrachtet und behandelt wurde. Insgesamt habe ich bis heute zwölf Kilogramm Gewicht verloren und aufgehört zu rauchen. Ich hatte vorher schon Bluthochdruck und Diabetes, aber mein Blutdruck ist durch das Abnehmen besser geworden. Heute bin ich deutlich fitter als damals. Mittlerweile kann ich auch wieder alles essen. Insgesamt hat sich meine Lebensqualität durch die Behandlung bei MEDIAN erheblich verbessert.

Was hat Ihnen besonders geholfen?

Ich habe in der Reha einige Dinge erfahren, die ich vorher gar nicht wusste. Zum Beispiel, dass man mit einer anderen Kanüle auch freihändig sprechen kann. Das ist für mich als Polizist sehr wichtig. In Kalbe hat man mir dann eigens ein neues Freisprechventil bestellt und es auch gleich angepasst. Ich muss mich jetzt beim Sprechen gar

nicht mehr so anstrengen (und ich hoffe, man hört das). Das klappt schon richtig gut. Die Therapeuten haben sich aber auch um andere Dinge gekümmert. Sie haben mir zum Beispiel Tipps gegen meine Mundtrockenheit gegeben oder mein Lymphödem mit Quarkpackungen und Massagen zur Lymphdrainage behandelt. Dann habe ich täglich morgens und abends Inhalationen bekommen, denn die Schleimhäute der Luftröhre und der Lunge müssen sich ja auf die neue Atmung einstellen. Das war schon eine Versorgung von A bis Z. Dazu kommt, dass die Beschäftigten in der Klinik alle sehr freundlich waren. Die Termine haben alle geklappt und auch die Unterkunft und die Verpflegung waren gut. Insgesamt hat die Klinik auf mich einen sehr guten und strukturierten Eindruck gemacht. Man hat mich gefordert, aber nicht überfordert. Und ich habe viele Dinge gelernt, die ich mit in den Alltag nehmen werde, zum Beispiel das Inhalieren und natürlich auch die Sprechtechnik und wie das Tracheostoma, die Kanülen und die Prothese regelmäßig gepflegt beziehungsweise gewechselt werden.

Wie geht es nach der Reha bei Ihnen weiter?

Nach meinen drei Wochen Reha-Aufenthalt möchte ich jetzt so schnell wie möglich in den Beruf zurück. Das ist im Prinzip für Polizisten kein Problem und ich habe auch Kollegen, die schon nach einer Krebserkrankung zurückgekommen sind. Als Revierpolizist in Brandenburg bin ich aber viel in Kontakt mit der Bevölkerung, mit der Verwaltung und Betrieben. Das ist ein breites Aufgabenfeld und da muss ich natürlich meine Stimme einsetzen können. Nach der Reha-Behandlung in der MEDIAN Klinik Kalbe fühle ich mich dazu heute gut in der Lage. Mit anderen wieder sprechen zu können ist wirklich das Beste, was mir passiert ist. Man braucht dazu aber auch eine besondere Einstellung im Kopf, denn die Stimme hört sich für einen selbst ganz anders an. Meine Tochter hat für mich deshalb eine Aufnahme von meiner Stimme gemacht. Und ich bin soweit zufrieden. Manche Freunde sagen, dass Sie mich sogar trotz der neuen Stimme wiedererkennen können. Meine Familie und ich sind froh, alles soweit überstanden zu haben. Es hätte ja auch alles ganz anders kommen können.

Behandlerstatement zum Fall



Stefan Beneke
Staatlich anerkannter Logopäde
Leiter der Abteilung Logopädie
der MEDIAN Klinik Kalbe

Herr Zimmermann kam zu uns nach einer Laryngektomie, der chirurgischen Entfernung des Kehlkopfes aufgrund einer Krebserkrankung. Dabei wird die Luftröhre in ein Tracheostoma, eine Atemöffnung im Hals, angeleitet. Die Speiseröhre ist endständig an den Mundraum angeschlossen. Im Zuge der Operation wurde Herrn Zimmermann ein Shunt-Ventil eingesetzt, das chirurgisch zwischen Luft- und Speiseröhre eingebracht ist und es dem Patienten erlaubt, die Atemluft der Lunge über die Speiseröhre für die Stimmgebung zu verwenden. Bei einem Anamnesegespräch in der MEDIAN Klinik Kalbe, zwei Wochen nach der OP, haben wir zunächst den Zustand der Stimm- und Sprechfähigkeiten des Patienten erfasst. Die primäre Aufgabe der Logopädie war es anschließend, die Kommunikationsfähigkeit so weit wie möglich wiederherzustellen und damit die Lebensqualität des Patienten zu erhöhen. Dazu musste er lernen, den oberen Muskel der Speiseröhre als Tongeber einzusetzen. Das erfor-

dert die richtige Atemtechnik und Bedienung des Ventils ebenso wie eine korrekte Atem-Sprech-Koordination. Beides wurde mit dem Patienten trainiert – zunächst mit Lauten, dann mit Wortreihen und später dann mit kurzen Sätzen. Da Herr Zimmermann seinen Beruf als Polizist weiter ausüben möchte, haben wir darüber hinaus ein Free-Hand-Ventil bei ihm angepasst, mit dem er beim Sprechen beide Hände frei einsetzen kann.

Die Nebenwirkungen der Operation und Bestrahlung wie Mundtrockenheit, Eintrübung oder Verlust des Geschmackssinns und Schluckschwierigkeiten beim Essen wurden im Zuge der dreiwöchigen Reha ganzheitlich mitbehandelt. Dazu arbeiten wir als speziell für diese Art der Erkrankung ausgebildete Logopäden in der Klinik mit den Kollegen des onkologischen Teams in der Psychologie, der Ergotherapie und der Physiotherapie und natürlich den Ärzten erfolgreich zusammen.

Soziodemografische Daten in der 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.

4.5.5.1 Patientenpopulation nach Geschlecht

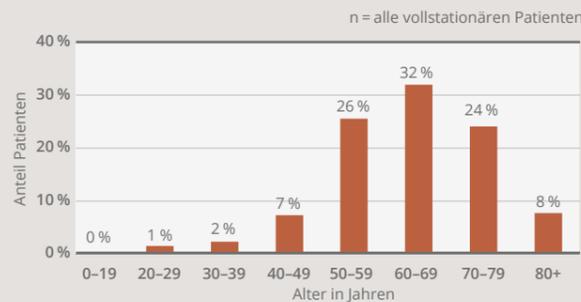


2018 wurden bei MEDIAN **5.602 Patienten** in der Onkologie vollstationär behandelt. Davon waren **41%** weiblich und **59%** männlich.

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

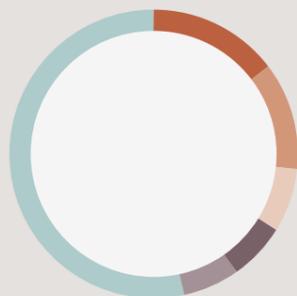
4.5.5.2 Altersstruktur

Durchschnitt: 64 Jahre



Die Mehrheit der Patienten in der Onkologie verteilte sich im Jahr 2018 auf die Altersgruppen **50- bis 59-Jährige, 60- bis 69-Jährige** und **70- bis 79-Jährige**. Der Altersdurchschnitt lag bei **64 Jahren**.

4.5.5.3 Verteilung der fünf häufigsten Hauptdiagnosen



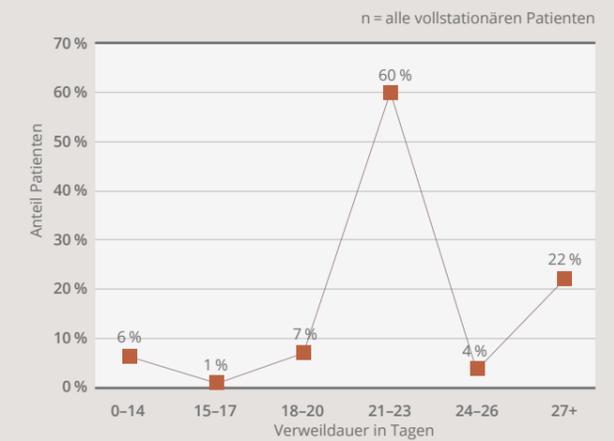
Die zwei häufigsten Diagnosen in der Onkologie waren 2018 die bösartige Neubildung der Prostata mit **15%** sowie die bösartige Neubildung der Brustdrüse mit **12%**. Neben den hier aufgeführten fünf häufigsten Hauptdiagnosen machten alle sonstigen Hauptdiagnosen einen Anteil von **54%** aus.

- 15 % C61 bösartige Neubildung der Prostata
- 12 % C50 bösartige Neubildung der Brustdrüse (Mamma)
- 7 % C18 bösartige Neubildung des Kolons
- 6 % C34 bösartige Neubildung der Bronchien und der Lunge
- 6 % C64 bösartige Neubildung der Niere
- 54 % sonstige Hauptdiagnosen

4.5.5.4 Verweildauer

Durchschnitt: 22 Tage

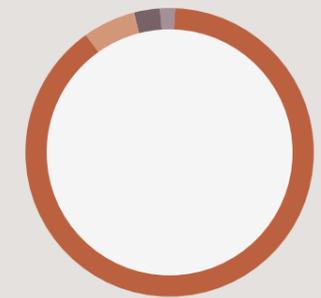
Über die Hälfte der Patienten (**60%**) verweilte 2018 zwischen **21 und 23 Tagen** in einer MEDIAN Einrichtung. Weitere **22%** blieben länger als **27 Tage**. Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer betrug **22 Tage**.



4.5.5.5 Verteilung der Leistungsträger

Die erbrachten Leistungen werden von verschiedenen Trägern übernommen. Hierbei machte die gesetzliche Rentenversicherung mit **90%** den größten Anteil aus.

- 90 % gesetzliche Rentenversicherung
- 6 % gesetzliche Krankenversicherung
- 3 % Selbstzahler/Private Krankenversicherung
- 1 % Sonstige

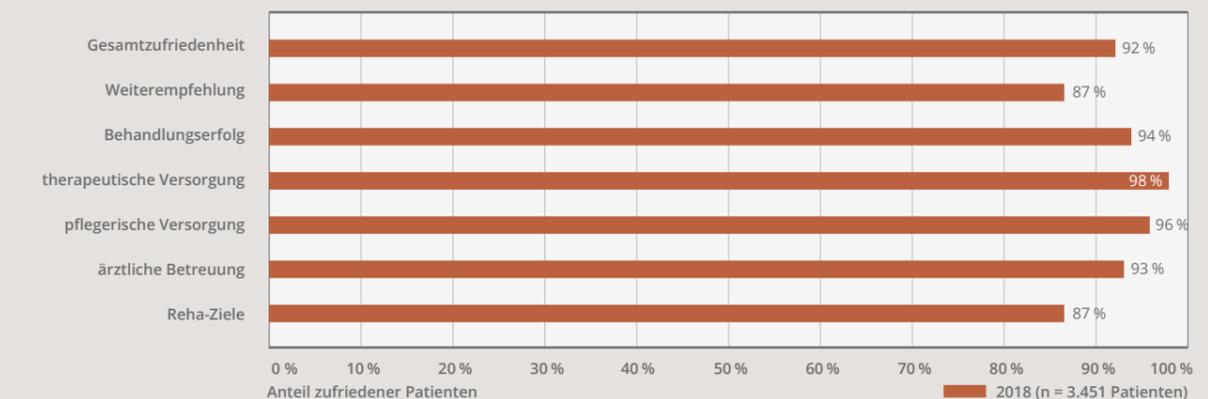


4.5.5.6 Patientenzufriedenheit

In den onkologischen MEDIAN Kliniken zeigten sich im Jahr 2018 **92%** der Patienten mit der Behandlung und der Betreuung insgesamt zufrieden, was einen Anstieg zum Vorjahr darstellt. In fast allen Bereichen konnte das stabil hohe Niveau der Zufriedenheit unserer Patienten

erhöht werden. Ebenfalls eine sehr hohe Zufriedenheit mit Werten von **96% bzw. 98%** ergaben sich in den Bereichen der pflegerischen und therapeutischen Versorgung.

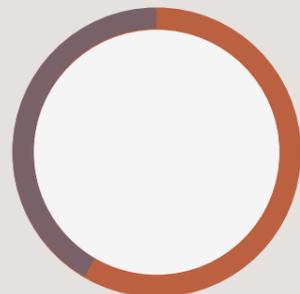
Diese Patientenzufriedenheitsauswertung beinhaltet die Patienten der Onkologie und der Gynäkologie.



Soziodemografische Daten in der 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 wiedergewonnen werden. Verlorengegangene Fähigkeiten lassen sich durch das Erlernen neuer Handlungsabläufe oder durch Einsatz technischer Hilfsmittel kompensieren.

4.5.2.1 Patientenpopulation nach Geschlecht

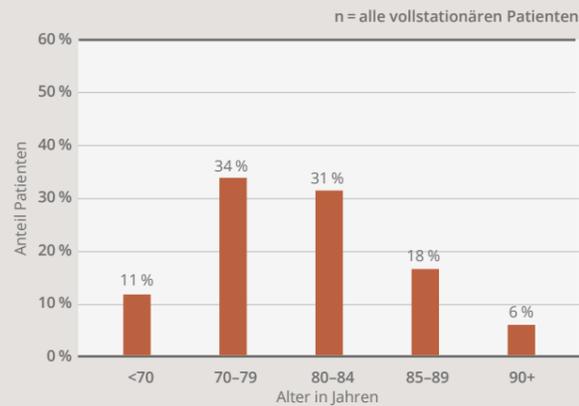


Von **5.182 behandelten Patienten** im Jahr 2018 waren **58 % weiblich** und **42 % männlich**.

- 58 % weiblich
- 42 % männlich
- 0 % divers

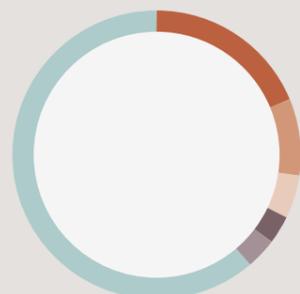
4.5.2.2 Altersstruktur

Durchschnitt: **79 Jahre**



34 % unserer Patienten waren 2018 **zwischen 70 und 79 Jahre** alt, **55 %** waren über **80 Jahre** alt. Nur wenige Patienten waren jünger und auch der Altersdurchschnitt lag entsprechend bei **79 Jahren**.

4.5.2.3 Verteilung der fünf häufigsten Hauptdiagnosen



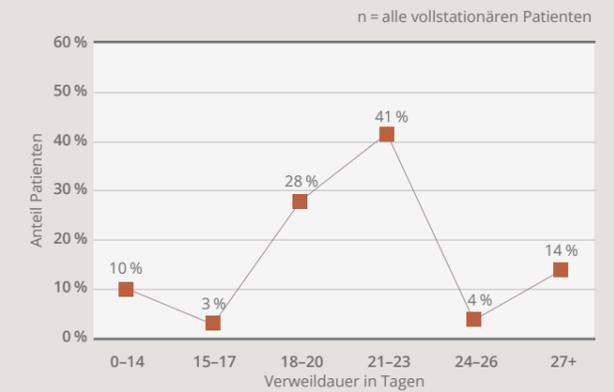
Die häufigste Diagnose in der Geriatrie war 2018 die Fraktur des Femurs mit einem Anteil von **19 %**. Die zweithäufigste Diagnose war Arthrose (**9 %**). Neben den Top 5 Hauptdiagnosen machten die sonstigen Hauptdiagnosen jedoch noch einen deutlichen Anteil von insgesamt **61 %** aus.

- 19 % S72 Fraktur des Femurs
- 9 % M15-M19 Arthrose
- 5 % S32 Fraktur der Lendenwirbelsäule und des Beckens
- 3 % T84 Komplikationen durch orthopädische Endoprothesen, Implantate oder Transplantate
- 3 % I63 Hirninfarkt
- 61 % sonstige Hauptdiagnosen

4.5.2.4 Verweildauer

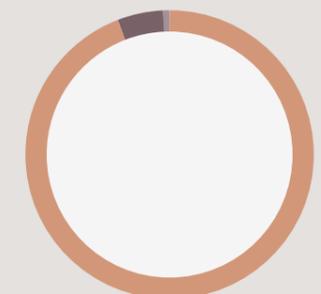
Durchschnitt: **21 Tage**

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.



4.5.2.5 Verteilung der Leistungsträger

Bei der Verteilung der erbrachten Leistungen machte die gesetzliche Krankenversicherung mit **94 %** den mit Abstand größten Anteil der Leistungsträger aus, was sich durch den typisch hohen Altersdurchschnitt in der Geriatrie erklärt.

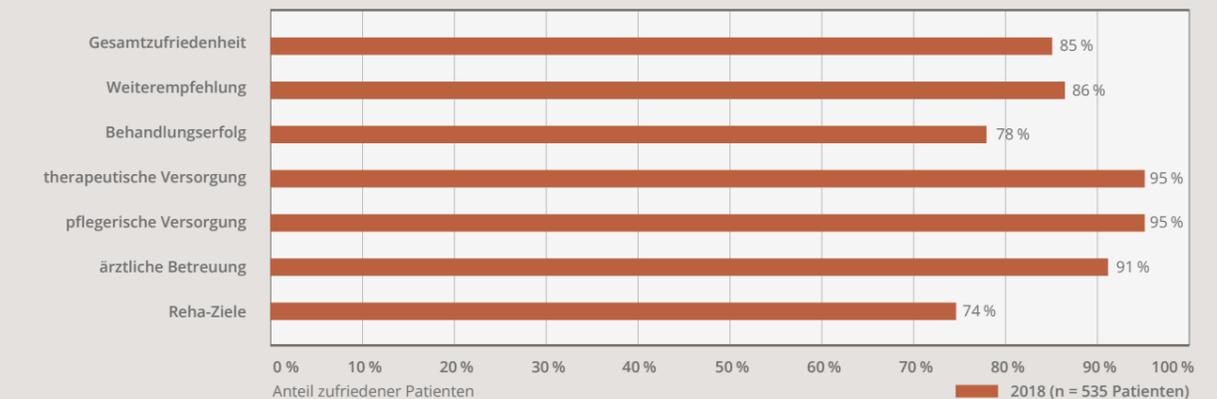


- 0 % gesetzliche Rentenversicherung
- 94 % gesetzliche Krankenversicherung
- 5 % Selbstzahler/Private Krankenversicherung
- 1 % sonstige

4.5.2.6 Patientenzufriedenheit

Sehr gute Werte konnten bei den Zufriedenheitsbefragungen in der Geriatrie bei der therapeutischen und

pflegerischen Versorgung (je **95 %**) sowie bei der ärztlichen Betreuung (**91 %**) erreicht werden.



Anteil zufriedener Patienten 2018 (n = 535 Patienten)

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 2018 nach Entlassungsort in Prozent

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

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 2018 an. Wurden 2013 noch zehn Prozent der Patienten ins Krankenhaus entlassen, sind es im Jahr 2018 lediglich sieben Prozent. Dies deutet auf eine positive Entwicklung in der Ergebnisqualität der Geriatrie hin.

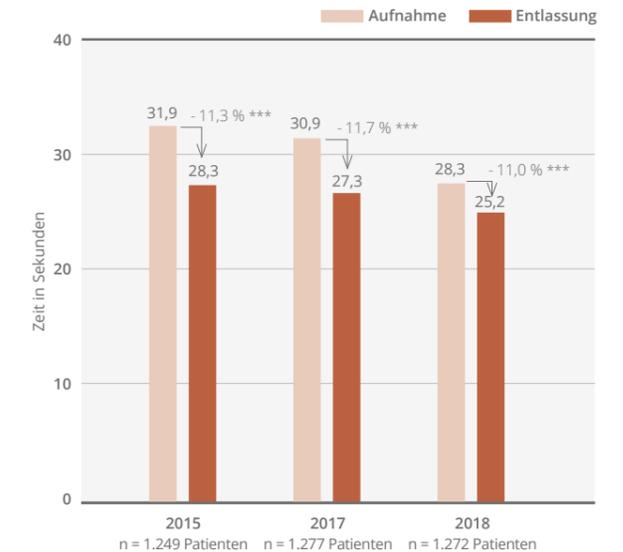
Timed „Up and Go“-Test (TUG)

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.

Ergebnisse des Timed „Up and Go“-Tests



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	

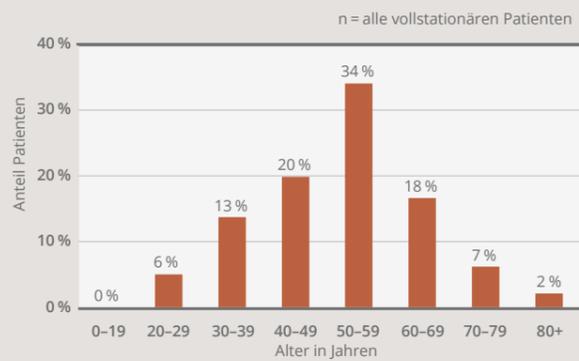
In der Grafik ist zu erkennen, dass die Zeitdauer des Tests in allen Jahren reduziert werden konnte. Im Jahr 2015 wurden Patienten mit einer durchschnittlichen TUG-Leistung von 31,9 Sekunden aufgenommen und konnten sich bis zur Entlassung um 11,3 Prozent auf 28,3 Sekunden verbessern. Im Jahr 2018 betrug die Zeit zur Aufnahme 28,3 Sekunden und konnte bei Entlassung auf 25,2 Sekunden verbessert werden. Anteilig bleibt die Verbesserungsrates damit konstant bei circa elf Prozent.

Soziodemografische Daten in der 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. 2018 wurden 477 Patientinnen in der Gynäkologie vollstationär bei MEDIAN behandelt.

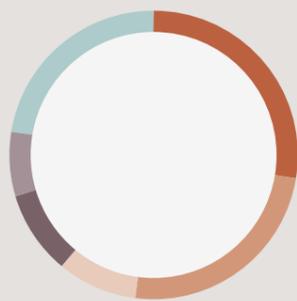
4.5.3.2 Altersstruktur

Durchschnitt: 52 Jahre



Die größte Gruppe der Patientinnen bildeten die **50- bis 59-Jährigen**. Das Durchschnittsalter aller Patientinnen lag mit **52 Jahren** in diesem Bereich. Auch die **40- bis 49-Jährigen** und die **60- bis 69-Jährigen** machten einen nicht unbedeutenden Anteil von **20 %** bzw. **18 %** aus.

4.5.3.3 Verteilung der fünf häufigsten Hauptdiagnosen



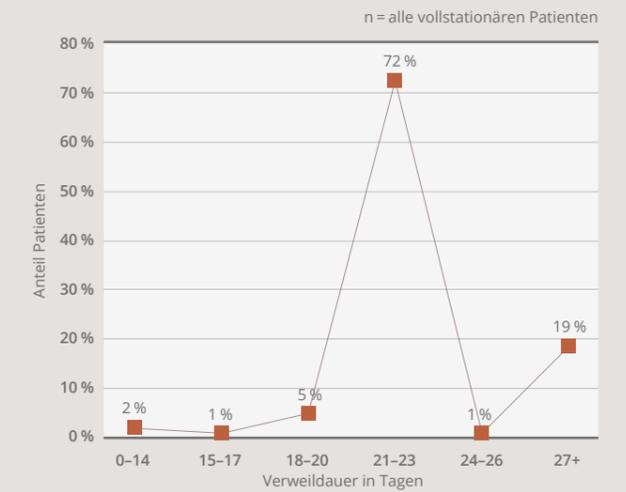
Am häufigsten wurde in der Gynäkologie im Jahr 2018 die bösartige Neubildung der Brustdrüse mit einem Anteil von **27 %** an allen Hauptdiagnosen diagnostiziert, gefolgt von der Endometriose mit einem Anteil von **25 %**. Insgesamt machten die Top 5 Hauptdiagnosen einen Anteil von **78 %** an der Gesamtzahl der Diagnosen in der Gynäkologie aus.

- 27 % C50 bösartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma]
- 25 % N80 Endometriose
- 9 % C54 bösartige Neubildung des Corpus uteri
- 9 % C56 bösartige Neubildung des Ovars
- 8 % D25 Leiomyom des Uterus
- 22 % sonstige Hauptdiagnose

4.5.3.4 Verweildauer

Durchschnitt: 22 Tage

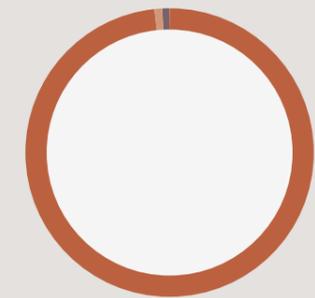
Fast drei Viertel aller Patientinnen in der Gynäkologie blieben **21 bis 23 Tage** in stationärer Behandlung. Daraus ergab sich entsprechend eine durchschnittliche Verweildauer von **22 Tagen**.



4.5.3.5 Verteilung der Leistungsträger

In der Gynäkologie wurden die Leistungen fast ausschließlich von der gesetzlichen Rentenversicherung übernommen (**98 %**).

- 98 % gesetzliche Rentenversicherung
- 1 % gesetzliche Krankenversicherung
- 1 % Selbstzahler/Private Krankenversicherung
- 0 % sonstige



4.5.3.6 Patientenzufriedenheit

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

Soziodemografische Daten der 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, stehen die körperliche und seelische Stabilisierung im Mittelpunkt des Heilverfahrens.

4.5.4.1 Patientenpopulation nach Geschlecht

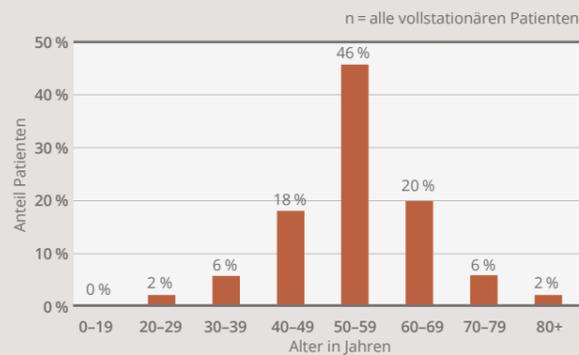


2018 wurden **2.785 HTS-Patienten** vollstationär bei MEDIAN behandelt. Davon waren **54 % weiblich** und **46 % männlich**.

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

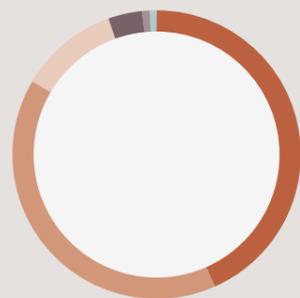
4.5.4.2 Altersstruktur

Durchschnitt: 55 Jahre



Das Durchschnittsalter der HTS Patienten betrug 2018 **55 Jahre**. Die Gruppe der **50- bis 59-jährigen** machte insgesamt auch annähernd die Hälfte (**46 %**) aller Patienten aus.

4.5.4.3 Verteilung der fünf häufigsten Hauptdiagnosen



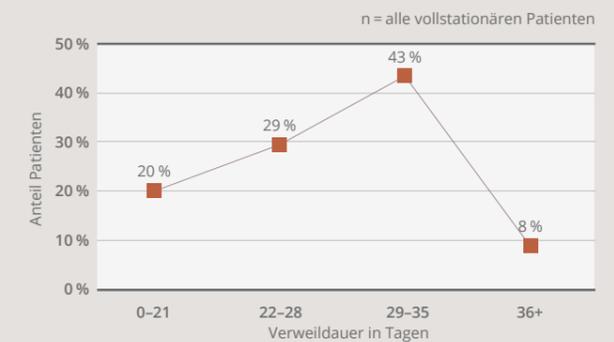
Die zwei häufigsten Hauptdiagnosen bei HTS Patienten waren 2018 „sonstige Krankheiten des Ohres, anderenorts nicht klassifiziert“ mit **43 %** sowie „Hörverlust durch Schalleitungs- oder Schallempfindungsstörung“ mit **40 %**. Insgesamt machten die Top 5 Hauptdiagnosen einen Anteil von **99 %** an der Gesamtzahl der Diagnosen aus.

- 43 % H93 sonstige Krankheiten des Ohres, anderenorts nicht klassifiziert
- 40 % H90 Hörverlust durch Schalleitungs- oder Schallempfindungsstörung
- 11 % H81 Störungen der Vestibularfunktion
- 4 % R42 Schwindel und Taumel
- 1 % Z96 Vorhandensein von anderen funktionellen Implantaten
- 1 % sonstige Hauptdiagnosen

4.5.4.4 Verweildauer

Durchschnitt: 30 Tage

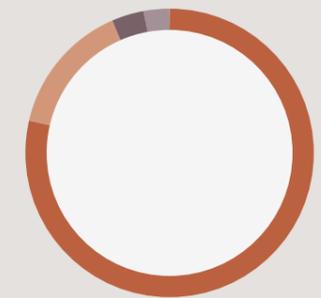
Die meisten Patienten blieben bis zu **35 Tage** in den Kliniken, nur wenige Patienten blieben noch länger. Die durchschnittliche Verweildauer im Berichtsjahr 2018 betrug **30 Tage**.



4.5.4.5 Verteilung der Leistungsträger

Die Leistungen werden von unterschiedlichen Leistungsträgern übernommen. Bei den HTS Patienten machte dabei die gesetzliche Rentenversicherung einen Anteil von **79 %** aus und die gesetzliche Krankenversicherung einen Anteil von **15 %**.

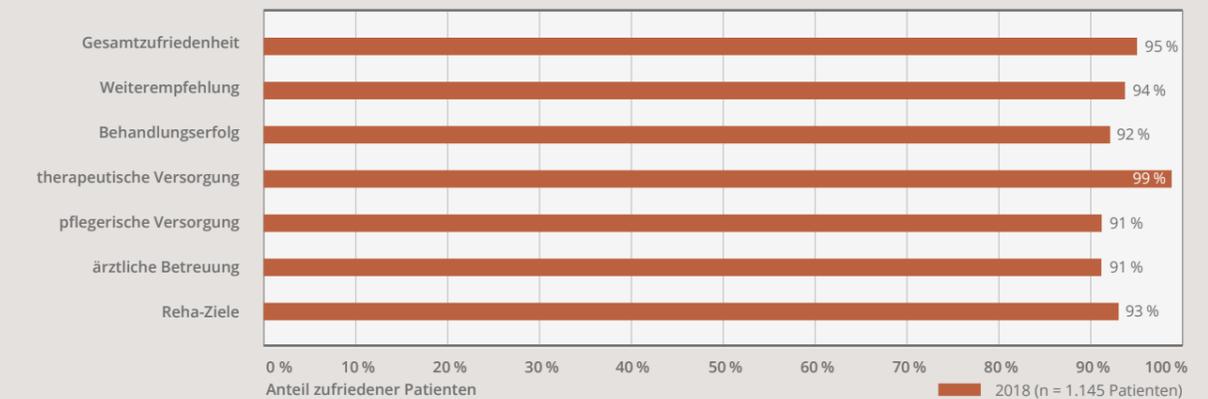
- 79 % gesetzliche Rentenversicherung
- 15 % gesetzliche Krankenversicherung
- 3 % Selbstzahler/Private Krankenversicherung
- 3 % sonstige



4.5.4.6 Patientenzufriedenheit

Die durchgeführte Patientenbefragung im Jahr 2018 ergab durchweg sehr positive Werte von über **90 %**. Einen

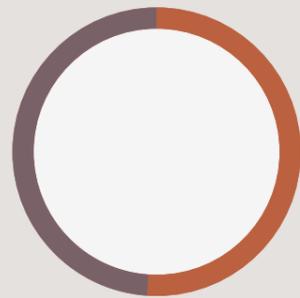
Spitzenwert mit **99 %** zufriedener Patienten erreichte die therapeutische Versorgung.



Soziodemografische Daten in der 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 / Stoffwechselerkrankungen 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.

4.5.1.1 Patientenpopulation nach Geschlecht

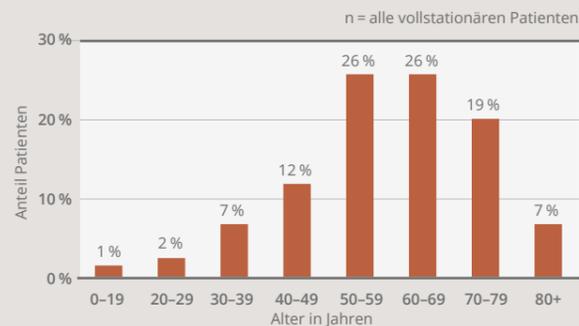


Insgesamt wurden **2.994 gastroenterologische Patienten** im Berichtsjahr 2018 bei MEDIAN behandelt. Davon waren **51 % weiblich** und **49 % männlich**.

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

4.5.1.2 Altersstruktur

Durchschnitt: 59 Jahre



Im Jahr 2018 waren die meisten Patienten in der Gastroenterologie **zwischen 50 und 79 Jahre** alt, was sich auch im Durchschnittsalter von **59 Jahren** widerspiegelt.

4.5.1.3 Verteilung der fünf häufigsten Hauptdiagnosen



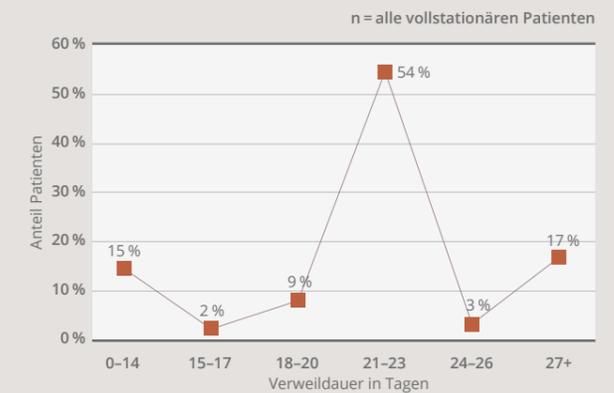
In der Verteilung der fünf Hauptdiagnosen waren die Diagnosen „bösartige Neubildung des Kolons“ mit **12 %** und „Divertikulose des Darmes“ mit **11 %** die zwei häufigsten Hauptdiagnosen. Insgesamt gab es noch einen Anteil von **56 %** sonstiger Hauptdiagnosen, die hier nicht näher beschrieben sind.

- 12 % C18 bösartige Neubildung des Kolons
- 11 % K57 Divertikulose des Darmes
- 9 % K85/86 Pankreatitis und andere Pankreaskrankheiten
- 6 % K50 Chron-Krankheit
- 6 % C20 Bösartige Neubildung des Rektums
- 56 % sonstige Hauptdiagnosen

4.5.1.4 Verweildauer

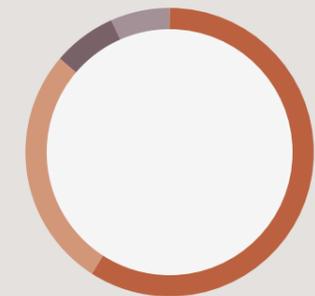
Durchschnitt: 20 Tage

Die Mehrheit der Patienten verblieb im Jahr 2018 **21 bis 23 Tage** zur Rehabilitation in einer MEDIAN Einrichtung. **15 %** der Patienten blieben **14 Tage** oder weniger, ein Anteil von **17 %** blieb hingegen **27 Tage** oder länger.



4.5.1.5 Verteilung der Leistungsträger

Die erbrachten Leistungen verteilen sich im Jahr 2018 auf verschiedene Träger. Die gesetzliche Rentenversicherung machte dabei mit **59 %** den größten Anteil aus, gefolgt von der gesetzlichen Krankenversicherung mit **27 %**.

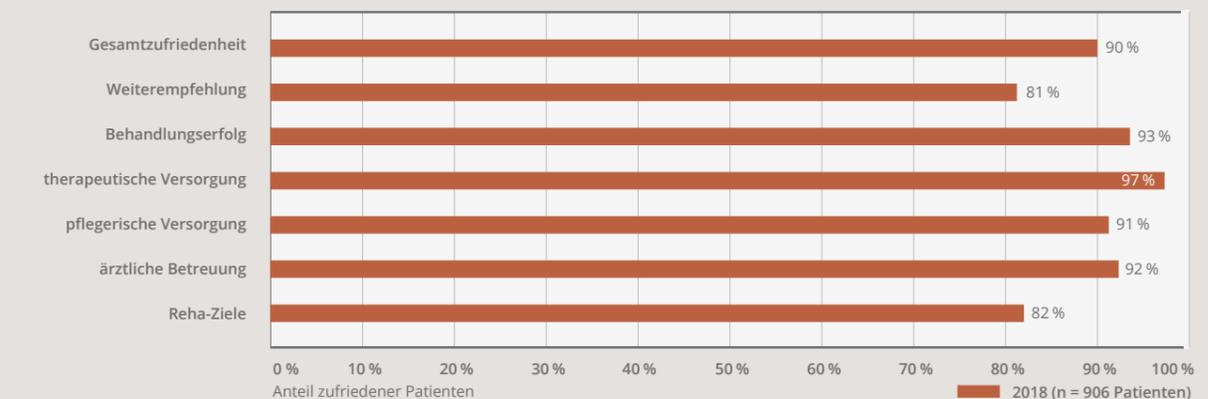


- 59 % gesetzliche Rentenversicherung
- 27 % gesetzliche Krankenversicherung
- 7 % Selbstzahler/Private Krankenversicherung
- 7 % Sonstige

4.5.1.6 Patientenzufriedenheit

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

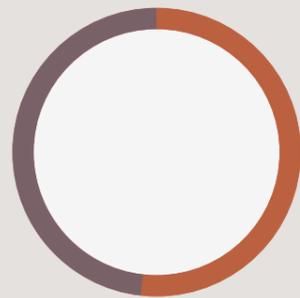
tische Versorgung wurde dabei am besten bewertet (Anteil zufriedener Patienten: **97 %**).



Soziodemografische Daten in der 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, Krankheiten der Blutgefäße im Atemwegssystem u. v. m. Rehabilitation kann vor allem bei Patienten mit chronischen Atemwegserkrankungen zu einer deutlichen Verbesserung des Krankheitsverlaufs führen.

4.5.6.1 Patientenpopulation nach Geschlecht

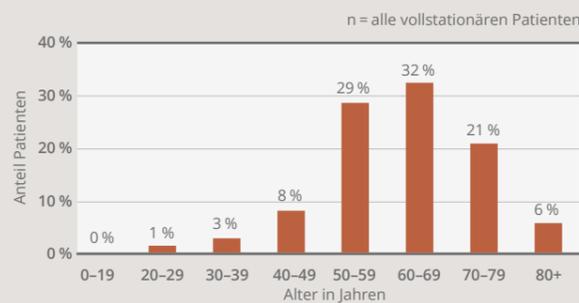


In der Pneumologie wurden 2018 **4.944 Patienten** vollstationär bei MEDIAN behandelt. Davon waren **52 % weiblich** und **48 % männlich**.

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

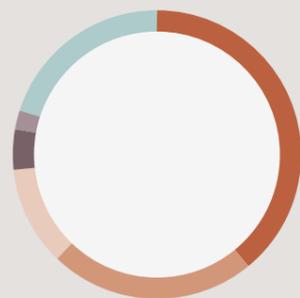
4.5.6.2 Altersstruktur

Durchschnitt: 62 Jahre



Die meisten pneumologischen Patienten waren **zwischen 50 und 79 Jahren** alt. Mit **32 %** bildeten die **60- bis 69-Jährigen** dabei die größte Gruppe aller Patienten.

4.5.6.3 Verteilung der fünf häufigsten Hauptdiagnosen



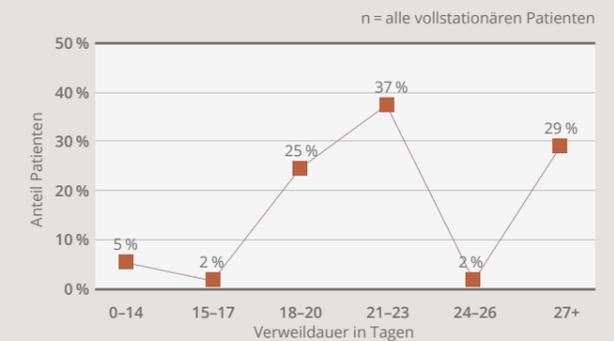
Mit **39 %** machten die chronische obstruktive Lungenerkrankungen (COPD) den größten Anteil an allen Diagnosen in der Pneumologie aus. Die zweithäufigste Diagnose war „Asthma bronchiale“ mit **23 %**. Insgesamt machten die hier aufgeführten fünf Hauptdiagnosen **80 %** aller Diagnosen in der Pneumologie aus.

- 39 % J44 sonstige chronische obstruktive Lungenerkrankung
- 23 % J45 Asthma bronchiale
- 11 % C34 bösartige Neubildung der Bronchien und der Lunge
- 5 % J18 Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet
- 2 % J86 Pyothorax
- 20 % sonstige Hauptdiagnosen

4.5.6.4 Verweildauer

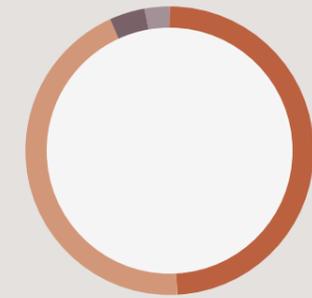
Durchschnitt: 22 Tage

Die Verweildauer in Pneumologie war sehr heterogen. Die meisten Patienten (**37 %**) führten für **21 bis 23 Tage** ihre Rehabilitation durch. **25 %** blieben mit **18 bis 20 Tagen** etwas kürzer. Weitere **29 %** hingegen verweilten über **27 Tage** zur Rehabilitation in einer MEDIAN Einrichtung.



4.5.6.5 Verteilung der Leistungsträger

Die erbrachten Leistungen werden von unterschiedlichen Leistungsträgern übernommen. In der Pneumologie übernahm die gesetzliche Rentenversicherung **49 %** aller Leistungen und die gesetzliche Krankenversicherung mit **44 %** fast ebenso viele Leistungen.

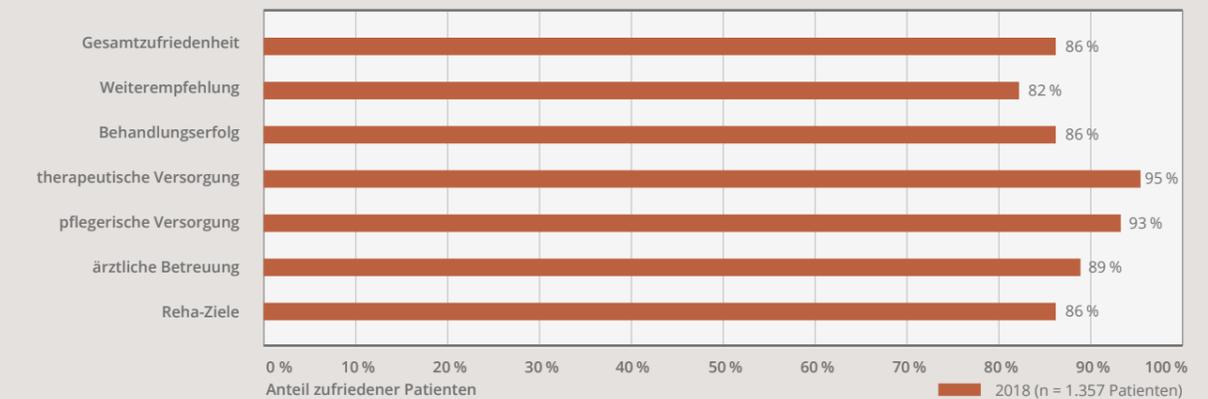


- 49 % gesetzliche Rentenversicherung
- 44 % gesetzliche Krankenversicherung
- 4 % Selbstzahler/Private Krankenversicherung
- 3 % sonstige

4.5.6.6 Patientenzufriedenheit

In der Pneumologie konnten im Jahr 2018 durchweg positive Werte 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 **95 % bzw. 93 %** überdurchschnittlich hoch.



Ergebnisqualität in der Pneumologie



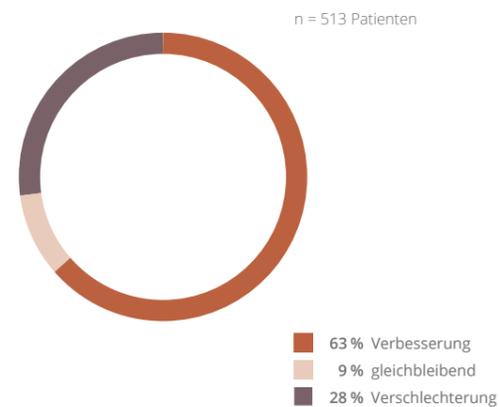
COPD Assessment Test (CAT)

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.

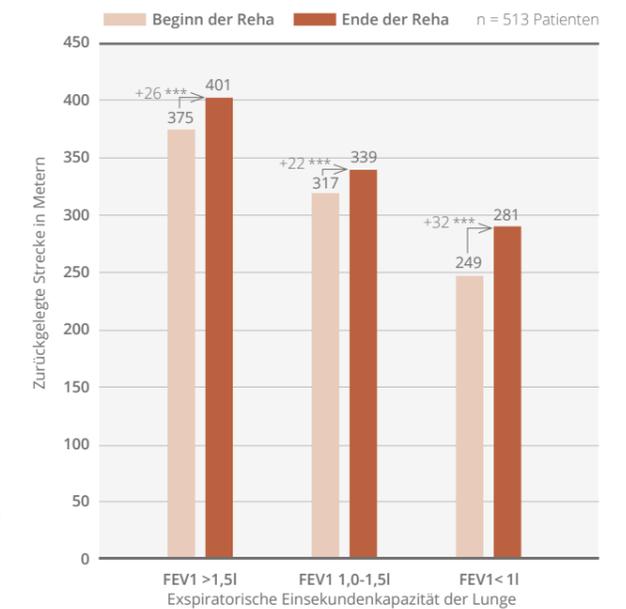
Die Fragen werden jeweils auf einer Fünf-Punkte-Skala bewertet. Je höher die Punktzahl, desto größer sind die Einschränkungen. Eine Verringerung der Punktzahl im Verlauf der Rehabilitation bedeutet demnach eine Verbesserung der Symptome und einen Erfolg der Rehabilitation (Jones et al., 2009). Die Messung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

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



Bei **63 %** der Patienten konnte der durchschnittliche CAT-Wert bei Entlassung im Vergleich zur Aufnahme gesenkt, also verbessert werden. Bei **28 %** wurde am Ende der Rehabilitation ein schlechterer Wert festgestellt und bei **9 %** 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.

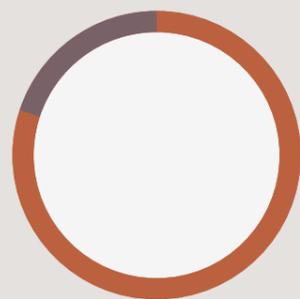
Bei einer kleineren Einsekundenkapazität liegen die Belastungsgrenzen eines Patienten auf einem niedrigeren Niveau. Das heißt, dass ein Patient erwartungsgemäß weniger Meter in dem 6-Minuten-Gehtest zurücklegen kann.

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 249 Metern zurücklegen und sich zum Ende der Rehabilitation um 32 Meter verbessern. Personen mit einer Kapazität von über 1,5 Litern erreichten schon zu Anfang der Rehabilitation eine Strecke von 375 Metern und verbesserten sich um 26 Meter zum Entlassungszeitpunkt.

Soziodemografische Daten in der 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 weitreichender Laboruntersuchungen. Da es sich bei den meisten entzündlich-rheumatischen Erkrankungen um Autoimmunerkrankungen handelt, werden diese oft mit immunsuppressiven Medikamenten behandelt, also mit Mitteln, die die krankheitsbedingte Aggressivität des Immunsystems etwas eindämmen. Gerade im Bereich der medikamentösen Behandlungsmöglichkeiten 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.

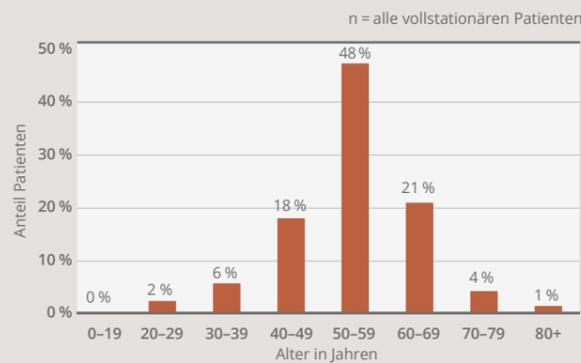
4.5.7.1 Patientenpopulation nach Geschlecht



In der Rheumatologie wurden 2018 bei MEDIAN **3.893 Patienten** behandelt. Davon waren **80 % weiblich** und **20 % männlich**.

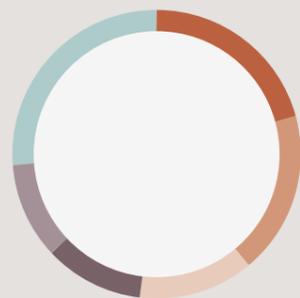
4.5.7.2 Altersstruktur

Durchschnitt: 54 Jahre



Fast die Hälfte aller Patienten befand sich im Jahr 2018 in der Gruppe der **50- bis 59-Jährigen**. Das Durchschnittsalter betrug **54 Jahre**.

4.5.7.3 Verteilung der fünf häufigsten Hauptdiagnosen



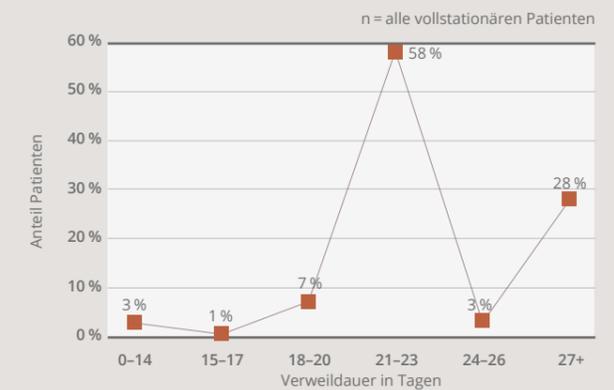
Die zwei häufigsten Diagnosen in der Rheumatologie waren 2018 mit **21 %** „sonstige chronische Polyarthrit“ sowie mit **18 %** die „seropositive chronische Polyarthrit“. Neben den hier aufgeführten fünf häufigsten Hauptdiagnosen machten die sonstigen Hauptdiagnosen einen weiteren Anteil von **26 %** aus.

- 21 % M06 sonstige chronische Polyarthrit
- 18 % M05 seropositive chronische Polyarthrit
- 13 % M79 sonstige Krankheiten des Weichteilgewebes, anderenorts nicht klassifiziert
- 11 % L40 Psoriasis
- 11 % M45 Spondylitis ankylosans
- 26 % sonstige Hauptdiagnosen

4.5.7.4 Verweildauer

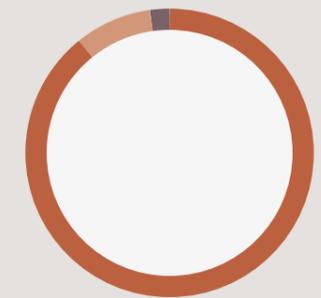
Durchschnitt: 23 Tage

Durchschnittlich verweilen die rheumatologischen Patienten **23 Tage** in einer MEDIAN Einrichtung. **58 %** aller Patienten führten ihre Rehabilitation **zwischen 21 und 23 Tagen** durch. Weitere **28 %** blieben länger als **27 Tage**.



4.5.7.5 Verteilung der Leistungsträger

Die erbrachten Leistungen verteilten sich wie üblich auf die unterschiedlichen Träger. 2018 hatte die gesetzliche Rentenversicherung einen Anteil von **89 %** und stellte somit den größten Anteil an den Leistungsträgern dar.

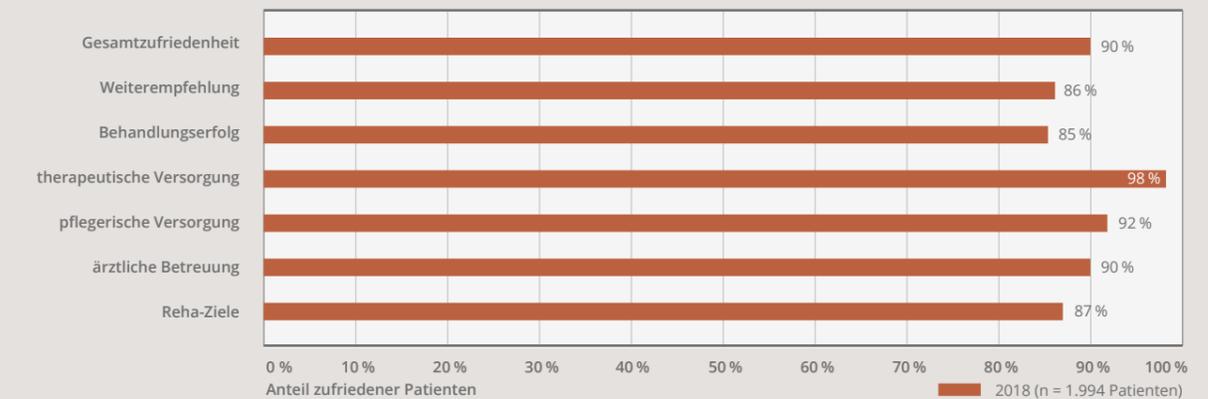


- 89 % gesetzliche Rentenversicherung
- 9 % gesetzliche Krankenversicherung
- 2 % Selbstzahler/Private Krankenversicherung
- 0 % sonstige

4.5.7.6 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 der therapeutischen Versorgung gemessen werden.



Wissenschaftliche Studie

Medizinische Rehabilitation bei Endometriose

Endometriose bedeutet, dass sich Gebärmutter Schleimhaut auch außerhalb der Gebärmutter befindet (RKI, 2004). Betroffene Frauen leiden häufig unter starken chronischen Schmerzen. Zudem kann Endometriose auch Ursache für einen unerfüllten Kinderwunsch sein. Neben Einschränkungen der körperlichen Belastbarkeit kann sich das Krankheitsbild auch auf die Psyche auswirken, was sich beispielsweise in depressiven Verstimmungen oder einer Verminderung der kognitiven Leistungsfähigkeit zeigen kann.

In den vergangenen Jahren erhöhte sich die Diagnosehäufigkeit. Wurden im Jahr 2000 noch 42 Fälle je 100.000 Einwohnerinnen registriert, wuchs die Zahl im Jahr 2017 auf 70 Fälle je 100.000 Einwohnerinnen. 28.201 Frauen mussten sich 2017 infolge der Diagnose „Endometriose“ stationär im Krankenhaus versorgen lassen (GBE Bund, 2019). Der Anstieg lässt sich unter anderem mit einer verbesserten Diagnostik begründen. Betroffen sind dabei insbesondere jüngere Frauen im erwerbsfähigen Alter. Es wird zudem von einer erhöhten Dunkelziffer ausgegangen. Schätzungsweise leiden zwischen 500.000 und 750.000 Frauen unter einer Endometriose, die eigentlich einer Behandlung bedarf.

Leider sind die Ursachen der Erkrankung noch weitestgehend ungeklärt. Trotz Forschung auf dem Gebiet scheint eine kurative Lösung in naher Zukunft nicht in Sicht zu sein. Ziel der medizinischen Rehabilitation ist es dann,

die Arbeitsfähigkeit zu erhalten und den Umgang mit der Erkrankung zu verbessern. Nach den Rentenversicherungen erhielten im Jahr 2016 circa 530 Frauen eine Rehabilitationsmaßnahme aufgrund von Endometriose. Für die Krankenversicherungen wird von einer ähnlich hohen Zahl ausgegangen. Es zeigt sich dabei eine enorme Differenz zwischen den tatsächlich behandelten Frauen und der geschätzten Erkrankungshäufigkeit. Dieser Fakt deutet auf eine Unterversorgung hin, die unter anderem mit einer unzureichenden Beratung und einer Ablehnung der Kostenübernahme durch die Kostenträger begründet wird.

MEDIAN Klinik Schlangenbad als eines von fünf zertifizierten Endometriosezentren

In Deutschland existieren aktuell fünf Kliniken, die durch das Qualitätssicherungsverfahren der Stiftung Endometriose Forschung als Endometriosezentrum zertifiziert wurden. Eine davon ist die MEDIAN Klinik Schlangenbad. Diese Kliniken haben unter Einbeziehung von Erfahrungswerten und den neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen spezifische Therapiemodelle für Endometriose entwickelt. Diese spezifischen Konzepte wurden bisher noch nicht hinsichtlich Wirksamkeit und Effizienz evaluiert. Eine neue Studie soll diese Lücke nun schließen.

In Kooperation mit der Medizinischen Hochschule Hannover, die die Studienleitung übernimmt, wollen die fünf zertifizierten Kliniken die angewendeten Therapieverfah-



ren genauestens prüfen. Zum einen soll ermittelt werden, wie wirksam die Verfahren tatsächlich sind. Auf der anderen Seite stellt auch die gesundheitsökonomische Kosteneffizienz ein wichtiges Ergebnis dar.

Über zwölf Monate soll an allen fünf Standorten die Datenerhebung stattfinden. Es wird mit einer geschätzten Anzahl von 640 Frauen gerechnet, die an der Studie teilnehmen. Zu verschiedenen Zeitpunkten werden die unterschiedlichsten Parameter erhoben, zum Beispiel Schmerzempfinden, Lebensqualität, Art und Dauer der Rehabilitationsmaßnahme, Krankheitsvorgeschichte oder soziodemografische Aspekte.

Nach der letzten Erhebung, zwölf Monate nach Rehabilitationsende, sollen die Analysen der erhobenen Daten dann zeigen, wie wirksam und effizient die Maßnahmen

sind und welche Zugangsbarrieren zur vermuteten Unterversorgung führen. Die erwarteten Ergebnisse der Studie stellen ein enormes Potenzial dar, um Versorgung und Therapie von Frauen mit Endometriose zu verbessern und darüber hinaus das gesellschaftliche Bewusstsein dafür zu stärken.

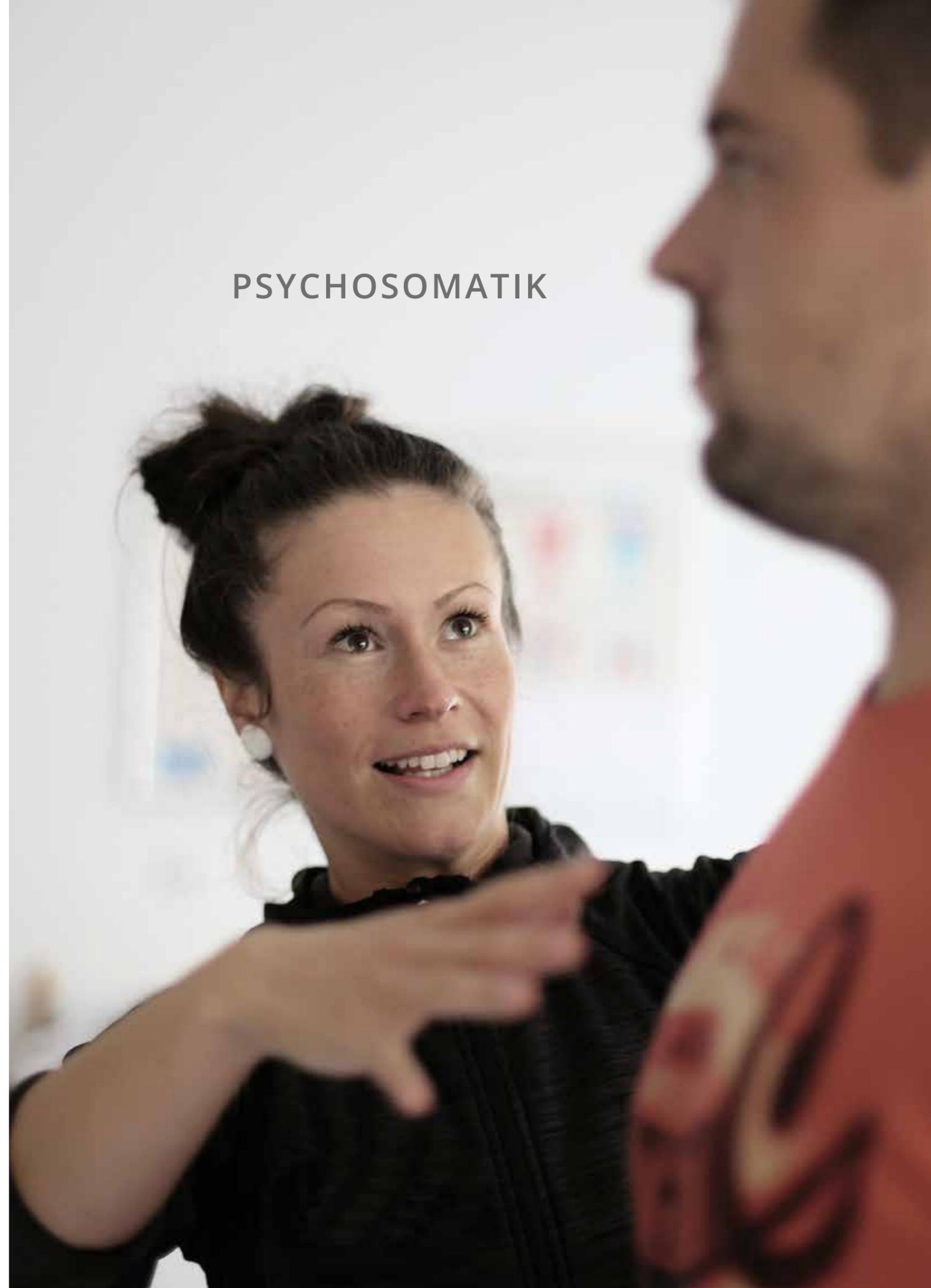
Dr. Birgit Donau, Cheffärztin Gynäkologie,
MEDIAN Klinik Schlangenbad

Anzahl der Einrichtungen

42



* Diese Kliniken wurden innerhalb des Berichtszeitraums geschlossen beziehungsweise veräußert.
 ** Diese Kliniken wurden innerhalb des Berichtszeitraums akquiriert.



PSYCHOSOMATIK

Schwerpunkte in der Psychosomatik



Die Diagnostizierung psychosomatischer und psychischer Störungen hat in den letzten Jahren erheblich zugenommen. Inzwischen nehmen diese einen vorrangigen Platz bei der Ursache vorzeitiger Berentungen und längerer Arbeitsunfähigkeitszeiten ein (DAK: 2015). Die Beschleunigung in der westlichen Gesellschaft hat zu rapidem Wandel und zu beruflicher wie auch persönlicher Volatilität geführt. Trotz einer Vielzahl technischer Errungenschaften, die dazu dienen sollen, Zeit einzusparen, leben wir in einer Epoche der sich immer weiter verschärfenden Zeitnot. Das Gefühl, durch das Leben gehetzt zu werden, immer weniger Zeit für die wesentlichen Erfordernisse zu haben, unter einer mangelnden Gratifikation für inhaltlich gute Leistungen oder unter Ängsten, im Berufsleben nicht mehr mitzukommen zu leiden, kann psychosomatische und psychische Erkrankungen mitver-

ursachen. An vorderster Stelle stehen die Erkrankungen aus dem depressiven Formenkreis, die durch Antriebschwäche, negative Stimmung und negatives Denken bis hin zur vollkommenen Sinn- und Hoffnungslosigkeit charakterisiert sind.

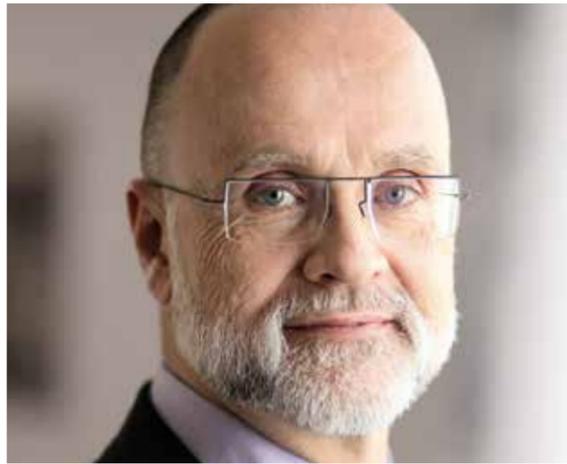
Psychophysische Erschöpfung kann durch die Bearbeitung der in immer schnellerer Folge gestellten Anforderungen entstehen sowie durch ständige Neuorientierungen und Anpassungen. Die Bevölkerung der westlichen Industrienationen muss ein hohes Maß an psychophysischer Energie aufwenden, um den schnell getakteten Anforderungen ihrer Lebenswelt im beruflichen, aber auch im außerberuflichen Bereich Folge zu leisten. Viele Menschen leben energetisch zum großen Teil aus dem „Reservetank“, weil andere Ressourcen nicht mehr zur

Verfügung stehen. Diese Dysbalance kann zu depressiven Störungen beitragen. Angststörungen stehen nicht ohne Grund an zweiter Stelle in der Häufigkeit psychischer Erkrankungen. Ihre weit verbreiteten Kardinalsymptome der ständig nagenden Befürchtungen, der Panik und des Vermeidungsverhaltens können auch als Folgen der postmodernen Kombination von hohem Leistungsdruck, mangelnder Orientierung und fehlendem Halt interpretiert werden.

Die Auffassung, dass der Mensch sein Schicksal selbst in die Hand nehmen sollte, ist zentral für die klassische Moderne. Sie äußert sich auch in dem Konzept der Eigenverantwortlichkeit von Psychotherapie und psychosomatischer Medizin, die sich als Hilfe bei einem persönlichen Veränderungsprozess in Richtung einer größeren Auto-

nomie versteht. 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 aufgespürt, die es den Patienten ermöglichen sollen, ohne seelische Störung in unserer Zeit zu leben.

Definition des Burnout im ICD-11* ist unzureichend



Dr. Dr. Stefan Nagel

Chefarzt der Abteilung Psychosomatik der MEDIAN Klinik Heiligendamm, Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Psychoanalyse, Sozialmedizin, Sprecher des Medical Board Psychosomatik der MEDIAN Kliniken

Ein Interview mit Dr. Dr. Stefan Nagel, Chefarzt der Abteilung Psychosomatik der MEDIAN Klinik Heiligendamm

In der Fachwelt viel beachtet hat die 72. Weltgesundheitsversammlung (*World Health Assembly, WHA*) im Mai 2019 die überarbeitete Version des internationalen Klassifikationssystems der Krankheiten, ICD-11 (*englisch: International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*), verabschiedet, die ab 2022 den seit 1992 bestehenden Katalog der 55.000 Krankheiten, Symptome und Verletzungsursachen ablösen soll. Darin enthalten ist zum ersten Mal auch eine Definition des Burnout als Faktor, der die Gesundheit beeinträchtigen kann. Bisher war Burnout zwar in der ICD-10 enthalten (Z73), aber nicht in einer krankheitsspezifischen Form. Die WHO hat jetzt Burnout als Syndrom definiert, das im Zusammenhang mit Belastungen bei der Arbeit steht, als „chronischer Stress am Arbeitsplatz, der nicht erfolgreich verarbeitet wird“. Das ist nicht unumstritten, denn die Dimension des Burnout bei nicht berufstätigen Menschen – ausgelöst zum Beispiel in der Familie durch

Belastungen bei der Kindererziehung oder Pflege älterer Menschen – wird dabei außen vor gelassen.

Herr Dr. Nagel, reicht die Definition der WHO für Burnout aus?

Die Art und Weise, wie das sogenannte Burnout nun voraussichtlich in der ICD11 platziert und definiert werden wird, finde ich außerordentlich problematisch. Die WHO definiert, das Gefühl des Ausgebranntseins resultiere aus chronischem Stress am Arbeitsplatz, der unter anderem zu einer negativen Einstellung zum Job und geringerer Leistungskraft führen könne. Das wird der Krankheit nicht gerecht.

Was konkret kritisieren Sie?

Die Definition greift zu kurz. Eine Krankheit, die ausschließlich im beruflichen Zusammenhang auftritt, scheint es mir wohl kaum zu geben. Zumindest müss-

te dann geklärt werden, welche besonderen Ursachen denn die berufliche Welt besitzt, wenn es nur dort zu einem entsprechenden Krankheitsbild kommen kann. Rein faktisch widerspricht dem auch die Tatsache, dass das, was wir bisher als Burnout bezeichnen, zunächst besonders oft und stark ausgeprägt bei pflegenden Angehörigen im Privatbereich beobachtet wurde und dort, wie bei allen helfenden Tätigkeiten, egal ob im beruflichen oder privaten oder ehrenamtlichen Kontext, bis heute vermehrt auftritt. Es dürfte dann aber nicht mehr diagnostiziert werden, sobald eine Helfertätigkeit keine berufliche mehr ist. Das ist auf mehreren Ebenen widersinnig.

Nun ist der Bezug auf Stress ja recht weitläufig zu verstehen. Ist das nicht ein Schritt in die richtige Richtung?

Der reine Bezug auf Stress erscheint mir je nachdem, wie dieser Stress definiert wird, ebenfalls fragwürdig, da Burnout nicht so sehr Folge einer Überlastung durch äußere Faktoren, sondern viel mehr durch innere und emotionale Überlastungsfaktoren und Konflikte gekennzeichnet ist, die nicht mehr „erfolgreich bearbeitet“ werden können, wie eben z. B. der moralische Druck bei der Pflege von nahen Angehörigen, was zu einer Stressverdopplung im Sinne von äußerem Stress durch die Pflegeanforderung und innerem emotionalem Stress führt. Damit ergibt sich ein weiteres Mal die Frage, wieso das denn nur im beruflichen Leben möglich sein soll und nicht gerade auch bei „Erfahrungen in anderen Lebensbereichen“ oder bei einer Kombination aus beruflichen und privaten Belastungsfaktoren.

Das heißt, die Definition ist auch zu ungenau und einseitig?

Ja, sie geht ins Paradoxe. Denn die isolierte Nicht-Bewältigung einer angeblich ausschließlich beruflichen Stresssituation zu einer eigenständigen Krankheit zu erklären, sie aber gleichzeitig nicht mehr bestimmten Merkmalen dieses Arbeitslebens zuzuschreiben, sondern lediglich als „Versagen“ des Einzelnen aufzufassen, stellt einerseits einen Widerspruch in sich selbst dar und ist zum anderen eine in ethischer Hinsicht äußerst problema-

tische Aussage, denn es gibt laut der bis jetzt bekannten Formulierung in der zukünftigen ICD-11 dann ja kein pathogenes Maß für externem beruflichen Stress mehr, sondern nur noch fehlende Coping-Strategien. Es gibt also nur noch eine Pathologie beim Einzelnen, die dann auch nur bei ihm bekämpft werden muss, indem ihm die entsprechenden Bewältigungsstrategien therapeutisch „beigebracht“ werden. Nebenbei gesagt: Wieso ihm diese persönliche Fähigkeit aber gleichzeitig nur im Beruf fehlen sollen, bleibt ungeklärt.

Wie sieht es denn in der Praxis aus? Gibt es da nicht doch eine Trennung zwischen beruflichem und privatem Burnout?

Nein, definitiv nicht. Häufig haben Burnout-Patienten je nach Erkrankungsstadium gerade keine ausreichende „geistige Distanz“ oder „negative Haltung“ zu ihrem Berufsleben. Häufig ist ihre Leistungsfähigkeit eben nicht nur beruflich eingeschränkt, sondern betrifft alle Lebensbereiche. Eine isolierte berufliche Eingeschränktheit, die im Privatbereich nicht existiert, ist kaum beobachtbar, von der Logik her eher unwahrscheinlich und, falls sie dennoch auftritt, eher anderen Krankheitsbildern zuzuordnen.

Das heißt, die WHO muss aus Ihrer Sicht an dieser Stelle noch einmal nacharbeiten?

Auf jeden Fall. Es gilt gerade beim Thema Burnout noch wesentlich mehr Aspekte zu berücksichtigen als nur das Berufsleben. Allein die bisherige Diskussion, ob Burnout nicht eine Unterform einer Depression darstellt, bleibt weiterhin ungeklärt. Stattdessen wird einfach ein schlecht und fragwürdig definiertes neues Krankheitsbild ohne Einordnung in die bisherigen Konzepte psychischer Erkrankungen etabliert. Das gilt sogar für das Stress-Modell, denn dort gab es bisher keine Beschränkungen ausschließlich auf den beruflichen Bereich. Stress ist im bisherigen Modell grundsätzlich ein ubiquitäres Phänomen. Für mich ist die Definition des Burnout in der ICD-11 unvollständig, einseitig und wenig hilfreich. Hier besteht nach meiner Auffassung Korrekturbedarf.

Soziodemografische Daten in der Psychosomatik

4.6.1 Patientenpopulation nach Geschlecht

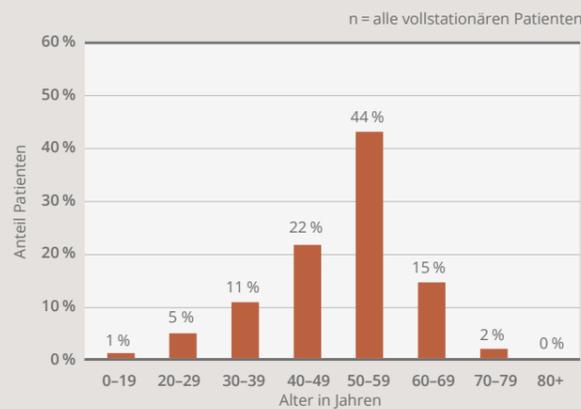


Insgesamt wurden **27.635 psychosomatische Patienten** im Jahr 2018 bei MEDIAN behandelt. Davon waren **60 % weiblich** sowie **40 % männlich**.

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

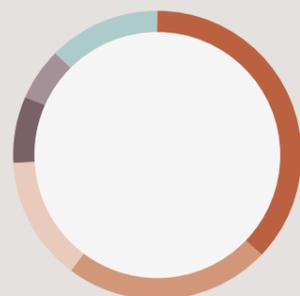
4.6.2 Altersstruktur

Durchschnitt: 50 Jahre



Das Durchschnittsalter der MEDIAN Patienten in der Psychosomatik lag 2018 bei **50 Jahren**. Die Gruppe der **50 bis 59 Jährigen** machte dabei mit **44 %** auch den größten Anteil aus.

4.6.3 Verteilung der fünf häufigsten Hauptdiagnosen



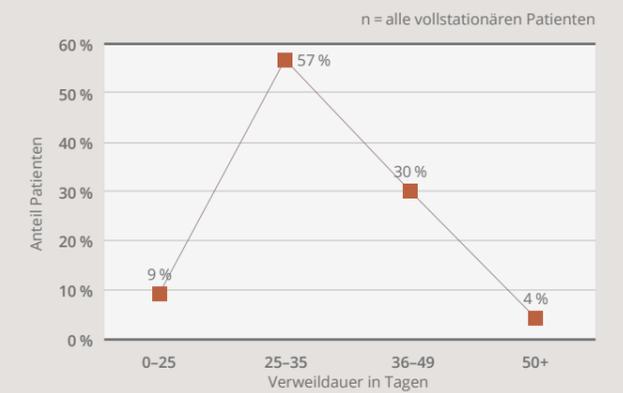
Die häufigste bei den Patienten diagnostizierte psychische Störung war die rezidivierende depressive Störung mit **37 %**, gefolgt von der depressiven Episode mit **23 %**. Die fünf häufigsten Hauptdiagnosen machten dabei einen Anteil von **87 %** an der Gesamtzahl der Hauptdiagnosen aus.

- 37 % F33 rezidivierende depressive Störung
- 23 % F32 depressive Episode
- 14 % F43 Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen
- 7 % F45 somatoforme Störungen
- 6 % F40/41 Störungen
- 13 % sonstige Hauptdiagnosen

4.6.4 Verweildauer

Durchschnitt: 36 Tage

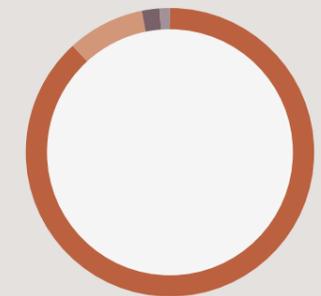
Die meisten psychosomatischen Patienten blieben **zwischen 25 und 49 Tagen** zur Rehabilitation in den MEDIAN Kliniken. Die durchschnittliche Verweildauer belief sich 2018 auf **36 Tage**.



4.6.5 Verteilung der Leistungsträger

Die erbrachten Leistungen wurden von unterschiedlichen Leistungsträgern übernommen. Die gesetzliche Rentenversicherung machte hierbei mit **89 %** den mit Abstand größten Anteil aus.

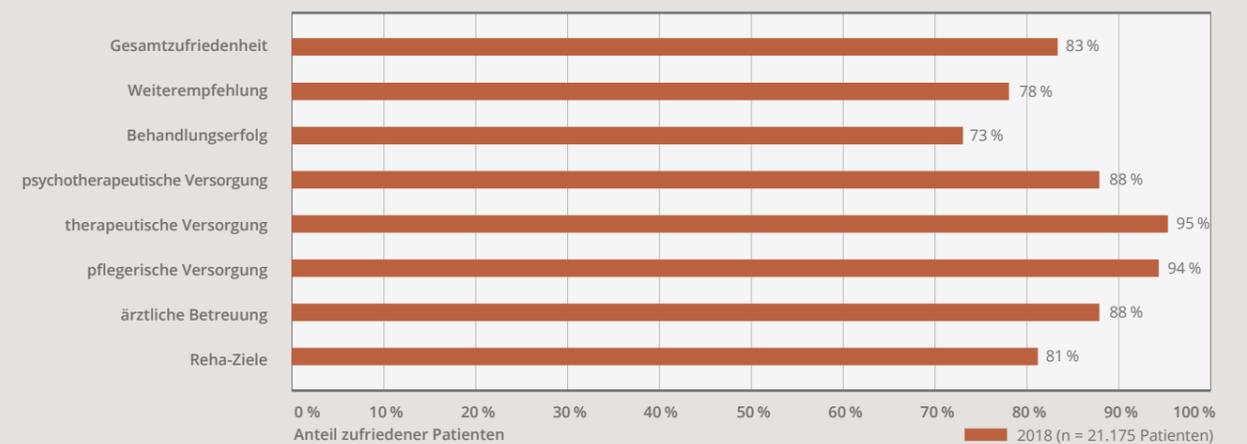
- 89 % gesetzliche Rentenversicherung
- 8 % gesetzliche Krankenversicherung
- 2 % Selbstzahler/Private Krankenversicherung
- 1 % sonstige



4.6.6 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 2018 waren **83 %** der über **21.000** befragten psychosomatischen Patienten mit dem gesamten Aufenthalt zufrieden. Die therapeutische Versorgung lag mit **95 %** Anteil zufriedener Patienten sogar überdurchschnittlich hoch.



Kennzahlen der externen Qualitätssicherung



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.

Reha-Therapiestandard „Depressive Störung“ im zeitlichen Verlauf



Die Qualitätspunkte beim Reha-Therapiestandard „Depressive Störung“ konnten auf einem konstant hohen Niveau gehalten werden.

Therapeutische Versorgung im zeitlichen Verlauf



Bei der therapeutischen Versorgung sind die Qualitätspunkte von 2017 zu 2018 leicht gesunken. An der Verbesserung der Qualitätspunkte wurde seitdem viel gearbeitet.

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

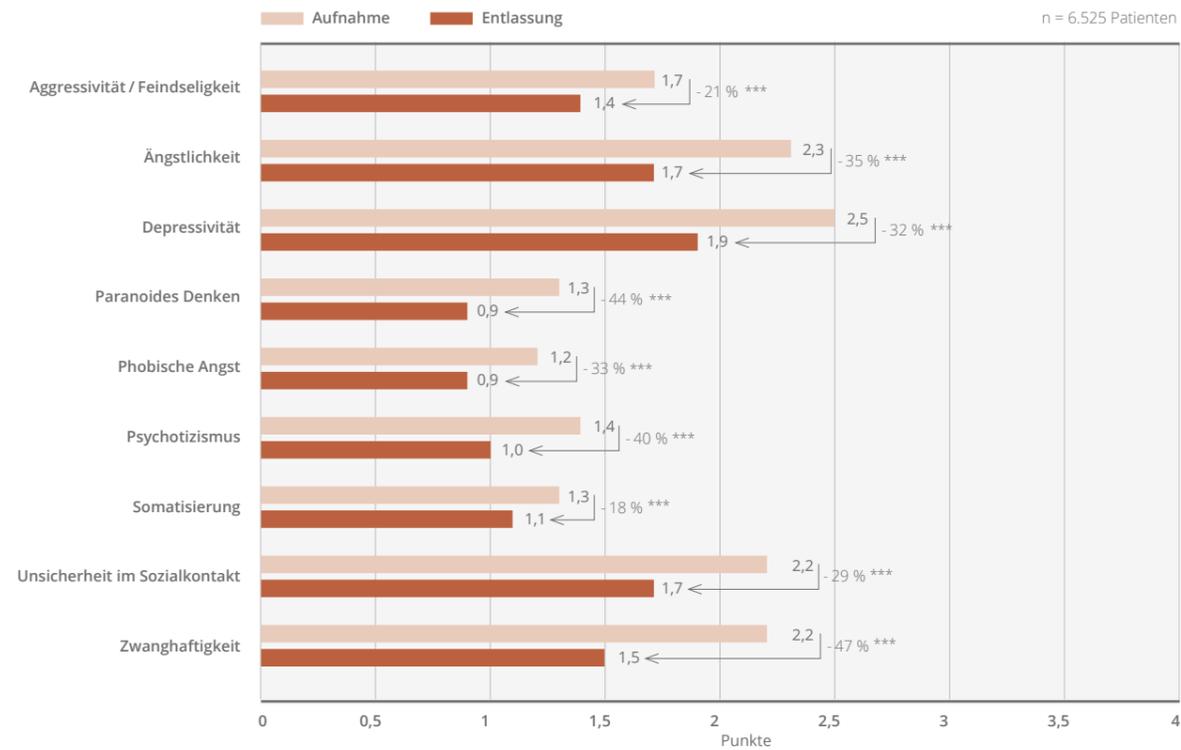
Die Befragten können ihre Zustimmung zu jeder Frage auf einer fünfstufigen Skala von „überhaupt nicht“ (0) bis „sehr stark“ (4) bekunden. Der arithmetische Mittelwert der Antwortwerte bildet den globalen Kennwert GSI (Global Severity Index). Je niedriger dieser Score ist, desto besser schätzt der Befragte 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 2018

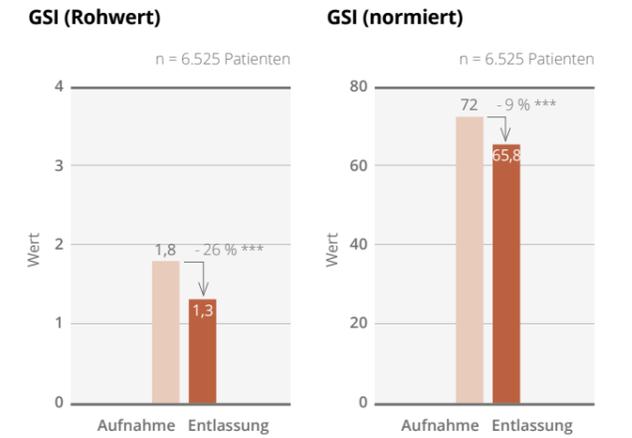


Unterschiedliche Auswertungsmethoden des SCL-K9

Für den Gesamtscore des SCL-K9 existieren unterschiedliche Formen der Auswertung. Zum einen kann die Kennzahl GSI als Rohwert bei Aufnahme und Entlassung verglichen werden. Zum anderen können die GSI-Werte anhand des Geschlechts und Alters normiert werden¹ (Franke, 2002). Der GSI-Rohwert entspricht dem Mittelwert aus den neun Items des SCL-K9.



Unterschied in der Veränderung des SCL-K9 von Aufnahme zu Entlassung für das Jahr 2018.



Dargestellt sind zwei unterschiedliche Varianten der Auswertung: GSI (Global Severity Index) als arithmetisches Mittel der neun Items (links) und normierter GSI-Wert nach Geschlecht und Alter (rechts). Je nach Auswertungsmethode zeigen sich die Ergebnisse differenziert. Wird das arithmetische Mittel der einzelnen Items gebildet, zeigt sich ein durchschnittlicher Aufnahme wert von 1,8, der sich bis zur Entlassung auf 1,3 (- 26 Prozent) verbessert. Da für die einzelnen Items lediglich die Punktwerte null bis vier möglich sind, bewegen sich auch die Ergebnisse innerhalb dieser Grenzen. Werden die GSI-Werte normiert, ergeben sich daraus andere Werte, die zwischen 0 und 100 liegen. Hier ist ein durchschnittlicher Aufnahme wert von 72 zu sehen, der sich bis zur Entlassung auf 65,8 (- 9 Prozent) verbessert.

Wissenschaftliche Studie

Affektive Instabilität bei Angststörungen – eine elektronische Tagebuch-Studie

Seit März 2016 führen das Karlsruher Institut für Technologie (KIT) und das Zentralinstitut für Seelische Gesundheit in Mannheim eine Kooperationsstudie durch, an der die MEDIAN Klinik für Psychosomatik Bad Dürkheim maßgeblich beteiligt ist. Ziel der Studie ist es, das Verständnis über die emotionale Dynamik von Angststörungen im Lebensalltag von betroffenen Menschen besser zu verstehen.

In der Studie soll der Verlauf von Stimmung, Angst und anderen psychischen Parametern im Alltag von Rehabilitanden mithilfe von elektronischen Tagebüchern untersucht werden. Das emotionale Erleben wird zumeist im Interview oder über Selbstauskunft-Fragebögen erfasst. Eine Bearbeitung solcher Fragebögen setzt allerdings eine genaue Erinnerung an vergangene Stimmungswechsel voraus, was keinem Menschen wirklich optimal gelingt. Um Änderungen in der Stimmung möglichst genau aufzuzeichnen, ist das elektronische Tagebuch (ambulantes Assessment) besonders geeignet. Dabei geben die Teilnehmer mehrfach am Tag ihr aktuelles emotionales Befinden in ein mitgeführtes Smartphone ein, während sie ansonsten ganz normal ihrem Alltag nachgehen. Im Fokus der Studie steht die affektive Instabilität. Diese ist gekennzeichnet durch starke Stimmungsschwankungen, d. h. Wechsel der Stimmung vom Hochgefühl bis zu starker Niedergeschlagenheit. Diese Schwankungen können dabei sehr schnell auftreten. Obwohl die affektive Instabilität eines der Hauptmerkmale der Borderline-Persönlichkeitsstörung ist, gibt es Hinweise dafür, dass dieses Muster von rasch wechselnder Stimmung auch bei anderen psychischen Erkrankungen auftritt ist

(Ebner-Priemer et al., 2015). Das ist beispielsweise bei Posttraumatischen Belastungsstörungen, Essstörungen und bei Angststörungen der Fall (Bowen et al., 2006; Santangelo et al., 2014).

In dem Forschungsprojekt soll diese Annahme bei verschiedenen psychischen Erkrankungen überprüft werden. An mehreren Studienorten wurden unterschiedliche Stichproben erhoben. An der MEDIAN Klinik für Psychosomatik Bad Dürkheim fand die Datenerhebung bei Patienten mit Angststörungen statt. Teilnehmen konnten Frauen zwischen 18 und 45 Jahren mit einer diagnostizierten Angststörung (Panikstörung, Agoraphobie, soziale Phobie, generalisierte Angststörung).

Die Teilnehmerinnen wurden jede Stunde durch einen Signalton daran erinnert, einen kurzen Fragebogen (Dauer circa eine Minute) auf dem mitgeführten Smartphone zu bearbeiten. Im Rahmen eines anschließenden Beratungsgesprächs erhielten sie eine grafische Aufbereitung der persönlichen elektronischen Abfragen und damit nützliche Informationen über den zeitlichen Verlauf ihres emotionalen Erlebens.

Die Teilnehmerinnen erlebten die Beobachtung des Stimmungsverlaufs als hilfreich für das eigene Verständnis der Erkrankung. Die optionale Rückbesprechung der visualisierten Ergebnisse mit Bezugstherapeuten oder Co-Therapeuten wurde als bereicherndes Element in der Einzeltherapie angenommen.



Die Datenerhebung wurde im Juli 2019 abgeschlossen. Aktuell erfolgt die Aufbereitung der Daten aus den verschiedenen Studienstandorten. In Bad Dürkheim haben 116 Patientinnen an der Studie teilgenommen und bearbeiteten dabei circa 92 Prozent der Fragebögen aus den elektronischen Tagebüchern. Das entspricht einer sehr hohen Compliance der Patientinnen im Vergleich zu anderen Studien, die Angststörungen mit elektronischen Tagebüchern untersuchten (Walz et al., 2014). Vorläufige Datenanalysen deuten darauf hin, dass Patientinnen mit Angststörungen eine ebenso hohe affektive Instabilität aufweisen wie Patientinnen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung. Dagegen haben Patientinnen mit Borderline-Störung einen instabileren Selbstwert als Patientinnen mit Angststörung. Ein instabiler Selbstwert scheint ein charakteristisches Merkmal der Borderline-Persönlichkeitsstörung zu sein, wohingegen affektive Instabilität eher transdiagnostischer Mechanismus sein könnte (Nolen-Hoeksema & Watson, 2011).

Diese ersten Ergebnisse deuten darauf hin, dass das Training der Fähigkeit zur Emotionsregulation auch bei der Behandlung von Angststörungen effektiv sein könnte (Aldao et al., 2014).

Die laufende Datenanalyse wird in den nächsten Monaten fortgeführt und die Publikation der Ergebnisse vorbereitet. Geplant ist die Einreichung in hochrangigen internationalen Fachzeitschriften.

Tobias Kockler, Dipl.-Psych.,
Psychologischer Psychotherapeut, MEDIAN Klinik
für Psychosomatik Bad Dürkheim



Tobias Kockler

Anzahl der Einrichtungen

34

inkl. Adaptionseinrichtungen



ABHÄNGIGKEITSERKRANKUNGEN

Schwerpunkte im Bereich Abhängigkeitserkrankungen

Abhängigkeitserkrankungen sind weit verbreitet. Man unterscheidet zwischen stoffgebundenen und nichtstoffgebundenen Abhängigkeiten. Diese psychischen Störungen wirken sich im Krankheitsverlauf immer stärker auf die körperliche und seelische Gesundheit des Erkrankten aus und beeinflussen gleichzeitig in gravierender Weise auch das Leben der Angehörigen.

Zur in Deutschland häufigsten Form, der Alkoholabhängigkeit, verabschiedeten die wissenschaftlichen Fachgesellschaften 2016 eine aktualisierte S3-Leitlinie. Darin wird grundsätzlich zwischen Akut- und Postakutbehandlung unterschieden, zu letzterer zählt die stationäre Rehabilitation, die in der Leitlinie wie folgt beschrieben wird: „Postakutbehandlungen erfolgen meist als Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation zur Entwöhnung von

Alkohol mit den Zielsetzungen Erhalt, Verbesserung oder Wiederherstellung der Funktions- und Leistungsfähigkeit des Abhängigkeitskranken und zur Förderung der Teilhabe am Arbeitsleben und in der Gesellschaft.“

Diese Einschätzung gilt gleichermaßen 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, Erkrankungen, die in der ICD-10, der internationalen Klassifikation von Krankheiten, 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 mit dem übergeordneten Ziel der Abstinenz. Als besonders erfolgreich haben sich die Methoden der Tiefenpsychologie sowie der Verhaltenstherapie herausgestellt. Im Rahmen der Suchttherapie gibt es dabei keine Trennung zwischen den Therapiemethoden, es kommen sowohl tiefenpsychologische als auch verhaltenstherapeutische Elemente zur Anwendung. Die MEDIAN Kliniken für Abhängigkeitserkrankungen arbeiten eng mit niedergelassenen Ärzten und Fachärzten, psychologischen Psychotherapeuten,

Fachambulanzen für Abhängigkeitserkrankte, Suchtberatungsstellen, Sozialdiensten von Krankenhäusern sowie Betrieben zusammen.

Wenn Glücksspiel unglücklich macht

Therapeuten warnen vor Verharmlosung von Sportwetten



Dr. rer. nat. Volker Premper
Leitender Psychologe der MEDIAN Klinik
Schweriner See in Lübstorf

Die meisten Formen von Sportwetten sind in Deutschland illegal. Dennoch nimmt die Vielfalt der Wettmöglichkeiten weiter zu, insbesondere durch im Ausland betriebene Internetplattformen. Wie pathologisches Glücksspiel entsteht und welche Wege aus der Abhängigkeit MEDIAN bietet, erläutert der leitende Psychologe an der MEDIAN Klinik Schweriner See in Lübstorf, Dr. rer. nat. Volker Premper.

Dr. Premper, wie wird man überhaupt spielsüchtig?

Der Einstieg ist meist harmlos. Man spielt mit geringem Einsatz – und gewinnt. Dieses Glücksgefühl will man wiederholen, also spielt man länger und erhöht sowohl den Einsatz als auch das Risiko. Dennoch häufen sich die Verluste und das immer größere Minus soll nun mit einer rasanten Aufholjagd ausgeglichen werden. Niederlagen werden äußeren Umständen zugeschrieben, Gewinne den eigenen Fähigkeiten. Abergläubische Überzeugungen und Handlungen schüren die Hoffnung auf den großen Gewinn zusätzlich. All das setzt eine Abwärtsspirale in Gang, die zu immer größeren Problemen im Alltag und Konflikten mit Angehörigen, Freunden und Arbeitskollegen führt. Schuldenlast und Geldbeschaffung erhöhen den Stress zusätzlich. Je aussichtsloser aber die Situation wird, desto stärker flüchtet sich der Abhängige in eine Scheinwelt, um Konflikte vorübergehend abzuschalten oder – natürlich ebenso vorübergehend – in die Rolle des „großen Gewinners“ zu schlüpfen. Das Verlangen nach dem Glücksspiel wird immer drängender, man kann ihm nicht widerstehen. Gleichzeitig gerät man durch die Illusion, das Spiel kontrollieren zu können, durch Selbst-

isolation und immer weitere Geldverluste in einen Teufelskreis. Am Ende verliert der Betroffene jegliche Hoffnung, sein Leben noch meistern zu können.

Wie entwickelt sich die Spielsucht in unserer Gesellschaft?

Wir haben in den vergangenen Jahren in den 16 speziellen Therapieeinrichtungen von MEDIAN eine stetig wachsende Zahl pathologischer Glücksspieler registrieren müssen, insbesondere solcher, bei denen Sportwetten die entscheidende Rolle spielen. Allein in unserer Klinik hat die Zahl der betroffenen Patienten sich von 2008 bis 2017 vervierfacht. Und die Tendenz ist weiter steigend. Nach den Ergebnissen einer repräsentativen Befragung zu Glücksspielverhalten und Glücksspielsucht, die alle zwei Jahre von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung durchgeführt wird, gelten aktuell in Deutschland 326.000 Menschen als problematisch und 180.000 als pathologisch Spielende. Die Repräsentativbefragung der Bundeszentrale zeigt auch, dass allein im Jahr 2017 etwa 1,4 Millionen Menschen in Deutschland auf ein sportliches Ereignis gewettet haben – vor allem

junge Männer: 5,7 Prozent der 16- bis 25-Jährigen haben hier bereits Erfahrungen gemacht und rund 20 Prozent von ihnen setzten mindestens einmal wöchentlich Geld auf Sportereignisse. Aber letztlich kann jede Form des Glücksspielens zu pathologischem Glücksspielen führen und wir stellen fest, dass Online-Glücksspiele immer stärker zum Problem werden: Im Internet können Glücksspieler weltweit und rund um die Uhr nicht nur auf reale Sportereignisse wetten, sondern auch auf Ergebnisse im E-Sport und im Fantasy-Sport.

Woran lässt sich erkennen, dass jemand spielsüchtig ist?

Die Symptome des problematischen Wettverhaltens ähneln denen an Geldspielautomaten und bei anderen Abhängigkeitserkrankungen. Glücksspieler haben nie Zeit und nie Geld. Für Abwesenheit und Finanznot halten sie oft gute Ausreden parat. Aber die Folgen dieser Erkrankung sind meist gravierend: Schuld- und Schamgefühle, Depressionen, Suizidversuche, psychosomatische Störungen und Suchtverhalten, familiäre Konflikte, Trennung und Scheidung, berufliche Probleme und Arbeitsplatzverlust, Verschuldung und Wohnungslosigkeit und nicht zuletzt auch unrechtmäßige Geldbeschaffung.

Gibt es einen Weg aus der Spielsucht?

Bei MEDIAN, dem bundesweit größten Therapieanbieter, werden in jedem Jahr rund 1.100 Patienten mit der Diagnose „Pathologisches Glücksspielen“ behandelt. Das ist schätzungsweise knapp die Hälfte aller in Deutschland stationär Behandelten. Aber der Weg aus der Glücksspielsucht ist schwer. Betroffene, die zu uns kommen, haben häufig psychosomatische Störungen und Depressionen, sind oftmals abhängig von Alkohol oder Drogen. Viele haben auch Suizidversuche hinter sich. Dazu kommen meist gravierende familiäre, berufliche und finanzielle Probleme – bis hin zur völligen Überschuldung. Zwischen riskantem Glücksspielverhalten und pathologischem Glücksspielen verläuft ein schmaler Grat und die Zahl derer, die sich auf dieser Grenze bewegen, dürfte nach unseren Schätzungen sehr hoch sein. Deshalb sollten Betroffene selbst, aber auch Angehörige und Freunde sich rechtzeitig informieren – und Hilfe holen. Als eine erste Informations- und Anlaufstelle fungiert eine Internetseite von MEDIAN, die einen kurzen Selbsttest bietet und Links zu behandelnden Kliniken und Therapiezentren auflistet.

Welche Therapiemöglichkeiten bietet MEDIAN den Betroffenen?

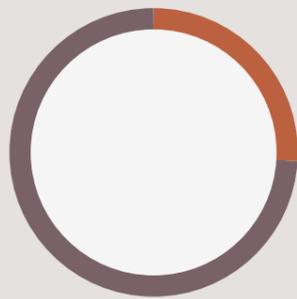
In unseren zwölf Fachkliniken besteht ein anerkanntes, störungsspezifisches Behandlungsangebot für alle Formen des pathologischen Glücksspielens. Es ist wissenschaftlich fundiert und evaluiert und erfüllt die hohen Anforderungen von Rentenversicherungsträgern und Krankenkassen, die als Leistungsträger neben der ambulanten Behandlung auch die Kosten einer stationären fünf- bis zwölfwöchigen Behandlung übernehmen. Liegen weitere psychische Erkrankungen oder Suchterkrankungen vor, ist auch eine längere Behandlungszeit möglich. Zudem besteht auch für pathologische Glücksspieler die Möglichkeit zur beruflichen Wiedereingliederung in acht darauf spezialisierten MEDIAN Adaptionseinrichtungen – Voraussetzung ist eine vorherige medizinische Rehabilitationsbehandlung. Ferner bieten zwölf spezialisierte soziotherapeutische Therapiezentren eine stationäre und ambulante Langzeitbehandlung von pathologischen Glücksspielern an, sofern die Voraussetzungen für Maßnahmen der Eingliederungshilfe erfüllt sind. Die Betreuung erfolgt durch ein Team von (Fach-)Ärzten, ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten, Sport-, Ergo- und Soziotherapeuten. Unsere Patienten leben in therapeutischen Wohngruppen. Es gibt einen gemeinsamen Tagesablauf mit Sport, Bewegung und kreativer Beschäftigung. Neben der Einzel- und Gruppenpsychotherapie wird auch eine störungsspezifische Gruppenpsychotherapie angeboten.

Welche Ziele verfolgt die Therapie bei MEDIAN?

Das erste und wichtigste Therapieziel ist die dauerhafte Glücksspielfreiheit. Dazu müssen die Betroffenen zunächst verstehen, welche Motive Auslöser für das exzessive Glücksspielen sind. In einem zweiten Schritt können sie entdecken, was das Leben an interessanten und reizvollen Alternativen bietet. Sie lernen, konstruktiv mit unangenehmen Gefühlen und mit Konflikten in Beziehungen umzugehen. Der Umgang mit Geld soll verbessert und gegebenenfalls die Entschuldung eingeleitet werden. Dazu werden Fähigkeiten vermittelt und aufgebaut, die einen neuen Umgang mit alltäglichen, rechtlichen und beruflichen Problemen ermöglichen. In einigen Kliniken bestehen auch ambulante und tagesklinische Angebote sowie Möglichkeiten zur Behandlung von Eltern mit Kindern bis zwölf Jahren und zur nahtlosen Adaptionstherapie.

Soziodemografische Daten im Bereich Abhängigkeitserkrankungen

4.7.1 Patientenpopulation nach Geschlecht

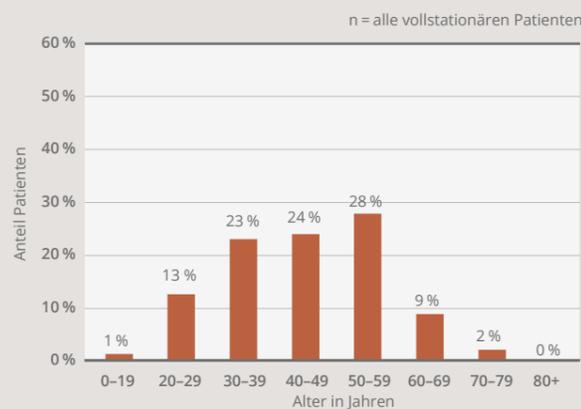


Im Jahr 2018 wurden insgesamt **28.226 Patienten** in einer der MEDIAN Einrichtungen für Abhängigkeitserkrankungen behandelt. Von den Patienten waren circa **ein Viertel weiblich** und **drei Viertel männlich**.

- 26 % weiblich
- 74 % männlich
- 0 % divers

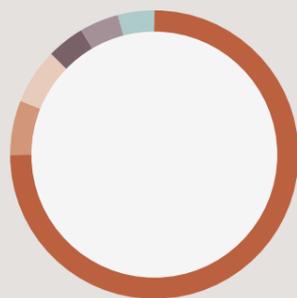
4.7.2 Altersstruktur

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.

4.7.3 Verteilung der fünf häufigsten Hauptdiagnosen



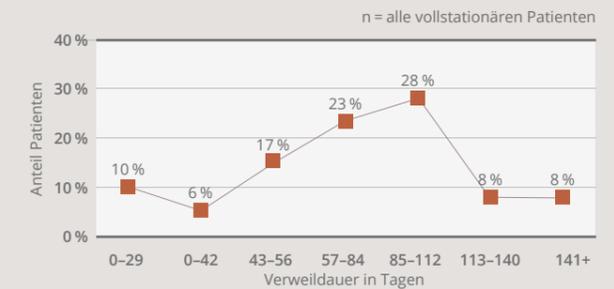
Die mit Abstand häufigste Diagnose im Bereich Sucht/Abhängigkeit war im Jahr 2018 die Diagnose „Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol“ mit einem Anteil von **75 %** an der Gesamtzahl der Diagnosen. Die hier gezeigten fünf Hauptdiagnosen machen einen Anteil von insgesamt **96 %** an der Gesamtzahl 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
- 6 % F63 abnorme Gewohnheiten und Störungen der Impulskontrolle
- 5 % F15 psychische und Verhaltensstörungen durch andere Stimulanzien, einschließlich Koffein
- 4 % F19 psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen
- 4 % sonstige Hauptdiagnosen

4.7.4 Verweildauer

Durchschnitt: 83 Tage

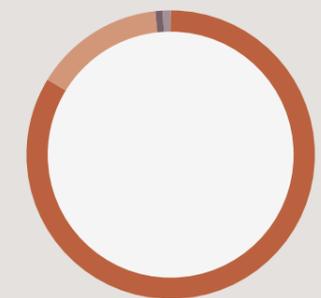
Durchschnittlich verbrachten Sucht-Patienten **83 Tage** zur Rehabilitation in einer MEDIAN Einrichtung. **23 %** blieben **57 bis 84 Tage**, **28 %** blieben mit **85 bis 112 Tagen** noch länger zur Rehabilitation in den MEDIAN Kliniken.



4.7.5 Verteilung der Leistungsträger

Die erbrachten Leistungen wurden mit einem Anteil von **83 %** hauptsächlich von der gesetzlichen Rentenversicherung übernommen.

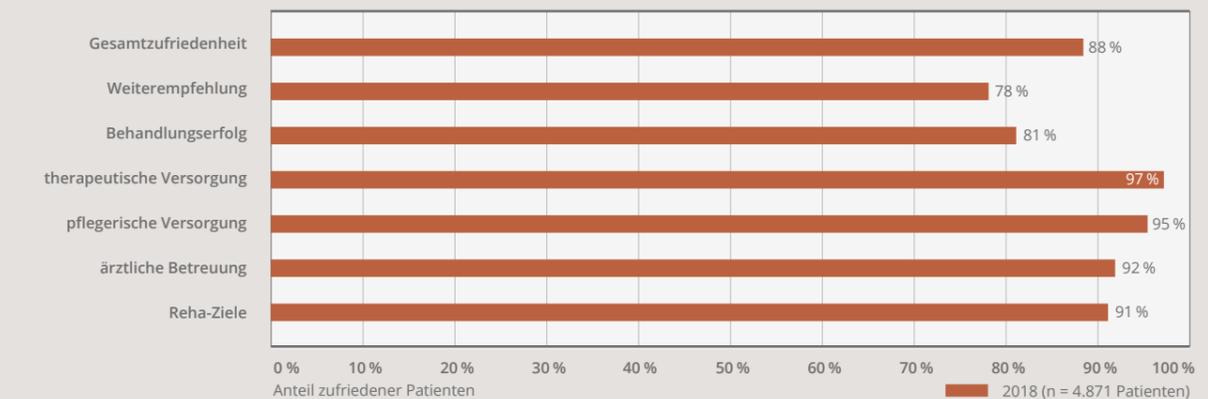
- 83 % gesetzliche Rentenversicherung
- 15 % gesetzliche Krankenversicherung
- 1 % Selbstzahler/Private Krankenversicherung
- 1 % sonstige



4.7.6 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. Die therapeutische und die pflegerische

Versorgung wurden von den Patienten am besten beurteilt. Auch mit den Kategorien „Reha-Ziele“ und „ärztliche Betreuung“ äußerten sich über **92 %** aller befragten Patienten zufrieden.



Kennzahlen der externen Qualitätssicherung



Reha-Therapiestandard „Alkoholabhängigkeit“ im zeitlichen Verlauf



Beim Reha-Therapiestandard „Alkoholabhängigkeit“ lässt sich im Vergleich der Jahre 2017 und 2018 ein Aufwärtstrend erkennen. Die Qualitätspunkte stiegen von 95 auf 98.

Therapeutische Versorgung im zeitlichen Verlauf



Bei der therapeutischen Versorgung in den Fachabteilungen Sucht/Abhängigkeit befanden sich die Qualitätspunkte 2017 und 2018 auf einem hohen 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 in Frage 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

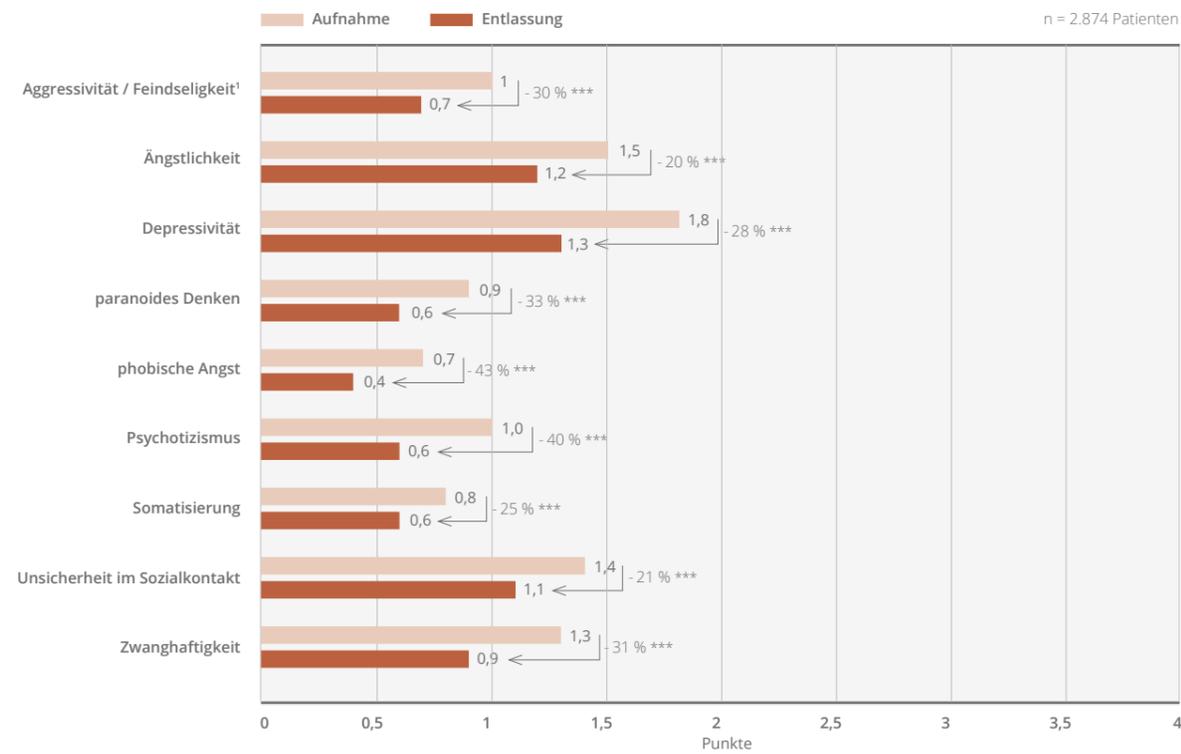
Die Befragten können ihre Zustimmung zu jeder Frage auf einer fünfstufigen Skala von „überhaupt nicht“ (0) bis „sehr stark“ (4) bekunden. Der arithmetische Mittelwert der Antwortwerte bildet den globalen Kennwert GSI (Global Severity Index), der die durchschnittliche psychische Belastung auf den neun 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; Sereida & 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. Hier werden unterschiedliche Veränderungs- und Zufriedenheitsscores erprobt.



Übersicht SCL-K9 auf Ebene einzelner Items

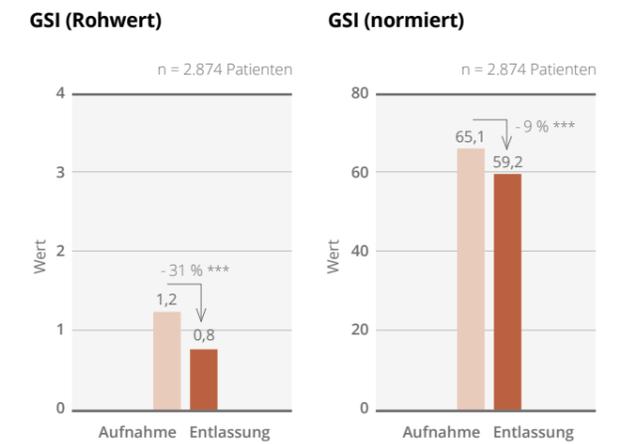
Ergebnisse des SCL-K9-Fragebogens jeweils bei Aufnahme und Entlassung auf Itemebene für das Jahr 2018



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 in Abhängigkeit von der Vorbereitung des Rehabilitanden. Trotzdem zeigt sich in alle neun Items eine statistisch signifikante Verbesserung der Patienten von Aufnahme zu Entlassung.

Unterschied in der Veränderung des SCL-K9 von Aufnahme zu Entlassung für das Jahr 2018.



Unterschiedliche Auswertungsmethoden des SCL-K9

Für den Gesamtscore des SCL-K9 existieren unterschiedliche Formen der Auswertung. Zum einen kann die Kennzahl GSI als Rohwert bei Aufnahme und Entlassung verglichen werden. Zum anderen können die GSI-Werte anhand des Geschlechts und Alters normiert werden¹ (Franke, 2002). Der GSI-Rohwert entspricht dem Mittelwert aus den neun Items des SCL-K9.

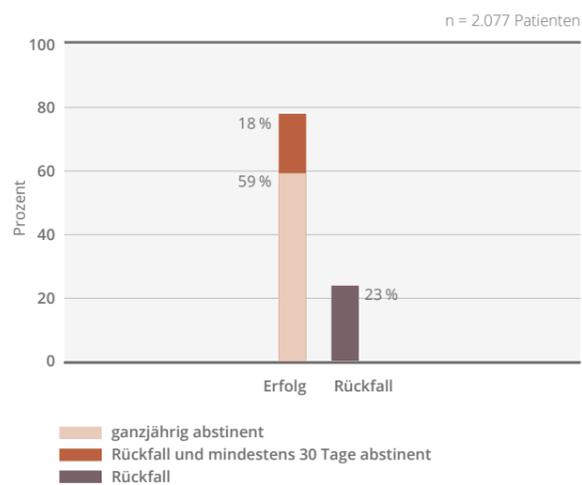
Dargestellt sind zwei unterschiedliche Varianten der Auswertung: GSI (Global Severity Index) als arithmetisches Mittel der neun Items (links) und normierter GSI-Wert nach Geschlecht und Alter (rechts). Je nach Auswertungsmethode zeigen sich die Ergebnisse differenziert. Wird das arithmetische Mittel der einzelnen Items gebildet, zeigt sich ein durchschnittlicher Aufnahmewert von 1,2, der sich bis zur Entlassung auf 0,8 (-31 Prozent) verbessert. Da für die einzelnen Items lediglich die Punktwerte null bis vier möglich sind, bewegen sich auch die Ergebnisse innerhalb dieser Grenzen. Werden die GSI-Werte normiert, ergeben sich daraus andere Werte zwischen 0 und 100. Hier ist ein durchschnittlicher Aufnahmewert von 65,1 zu sehen, der sich bis zur Entlassung auf 59,2 (-9 Prozent) verbessert. In beiden Fällen ist eine statistisch signifikante Verbesserung zu erkennen.

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 2017 mit Befragung in 2018



Die Grafik zeigt, dass von den entlassenen Patienten **fast 80 %** als erfolgreich abstinent einzuschätzen sind, wobei **18 %** zwar einen Rückfall berichten, den sie jedoch erfolgreich überwinden konnten.



Wissenschaftliche Studie

Eine epidemiologische Untersuchung in zwei Behandlungsstandorten der stationären medizinischen Rehabilitation für Abhängigkeitsstörungen

Die Bedeutung unverarbeiteter Trauma-Erfahrungen für die Entstehung, Aufrechterhaltung und Chronifizierung stoffgebundener Suchterkrankungen wurde vielfach betont (z. B. Schäfer, 2015). Die Biografien von suchtmittelabhängigen Menschen sind häufig geprägt von meist langjähriger emotionaler oder körperlicher Vernachlässigung sowie emotionalen, körperlichen oder sexuellen Gewalterfahrungen in Kindheit und Jugend (Kuhn, 2004; Hellmer, 2009; Lotzin et al., 2018). Auch wenn diese biografischen Erlebnisse meist als Traumatisierungen im Sinne eines Typ-II-Traumata (Maercker, 2013; für Erklärung siehe Glossar) in Erscheinung treten, weist nur ein geringer Teil dieser Menschen die Symptome einer klassischen posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) auf. Sie sind in jedem Fall behandlungsrelevant in der medizinischen Rehabilitation bei Abhängigkeitsstörungen, da die soziale und berufliche (Wieder-)Eingliederung die Fähigkeiten zur Emotionsregulation, zur Verhaltenskontrolle und zur Bewältigung von Stress in abstinenter Lebensform voraussetzt.

Die hier vorliegende Studie hat deshalb das Ziel zu untersuchen, wie hoch die Belastung des Klientels in der stationären medizinischen Rehabilitation von Abhängigkeitsstörungen durch biographische Traumatisierungen ist. In zwei Fachkliniken der stationären medizinischen Rehabilitation bei Abhängigkeitsstörungen, eine davon ist die MEDIAN Klinik Wied, wurde die Belastung der zwischen August 2017 und Januar 2018 neu aufgenommenen Rehabilitanden mit der Kurzform des Childhood Trauma Questionnaire (CTQ; Bernstein et al., 2003) in der

deutschen validierten Form von Klinitzke et al. (2012) erhoben. Dies erfolgte für fünf Dimensionen: emotionale Misshandlung, körperliche Misshandlung, sexueller Missbrauch, emotionale Vernachlässigung und körperliche Vernachlässigung. In einer zweiten Phase der Untersuchung wurden der Rehabilitationserfolg zum Ende der Maßnahme sowie ein Jahr nach Entlassung herangezogen. Die Datenerhebungen wurden im Juni 2019 abgeschlossen.

In die Untersuchung wurden 368 Personen (Frauen: 17,4 Prozent; Männer: 82,6 Prozent; Durchschnittsalter 36,8) einbezogen. Insgesamt lässt sich sagen, dass die Traumabelastung für Rehabilitanden in stationärer medizinischer Suchtrehabilitation über alle Suchtdiagnosegruppen hinweg als hoch einzuschätzen war. Es ergab sich dabei kein statistisch nachweisbarer Zusammenhang zwischen Hauptdiagnose und Ausmaß der Traumabelastung. Einen statistisch nachweisbaren Zusammenhang zwischen Ausmaß der Traumabelastung und Psychopharmakaeinsatz vor Beginn der Behandlung gab es ebenfalls nicht. Bei der Auswertung fiel auf, dass deutlich mehr Frauen als Männer emotionalen und sexuellen Missbrauch aufwiesen. Außerdem wurden die Ergebnisse des CTQ über die in der Kindheit erlebten Belastungen mit den Werten des GSI der Patienten verglichen. Der GSI misst die grundsätzliche psychische Belastung. Es traten bedeutsame Korrelationen auf, was die hohe Belastung der Patienten durch ihre Symptome bestätigt.



Diese ersten Ergebnisse bestätigten den klinischen Eindruck und zeigten, dass eine hohe bis sehr hohe Traumabelastung und die Thematik in der Behandlungsplanung und -umsetzung zur Stabilisierung der Betroffenen und zur Bearbeitung entsprechender Rückfallrisikofaktoren eine große Bedeutung haben. Eine Unterstützung mit Psychopharmaka zur Stabilisierung der Befindlichkeit vor Antritt der Rehabilitationsmaßnahme ist nicht systematisch gegeben. Dies kann die Rehabilitationsfähigkeit beeinträchtigen sowie die Verhaltenstendenzen der Patienten zur Selbstmedikation bei hoher Symptombelastung verstärken (Konsum- und Rückfallrisiko).

Prof. Dr. Wilma Funke,
Leitende Psychologin,
MEDIAN Klinik Wied
Dr. Georg Merker,
Fachklinik Meckenheim
Dr. Welf Schroeder,
MEDIAN Klinik Wied
Mathias Strie,
MEDIAN Klinik Wied



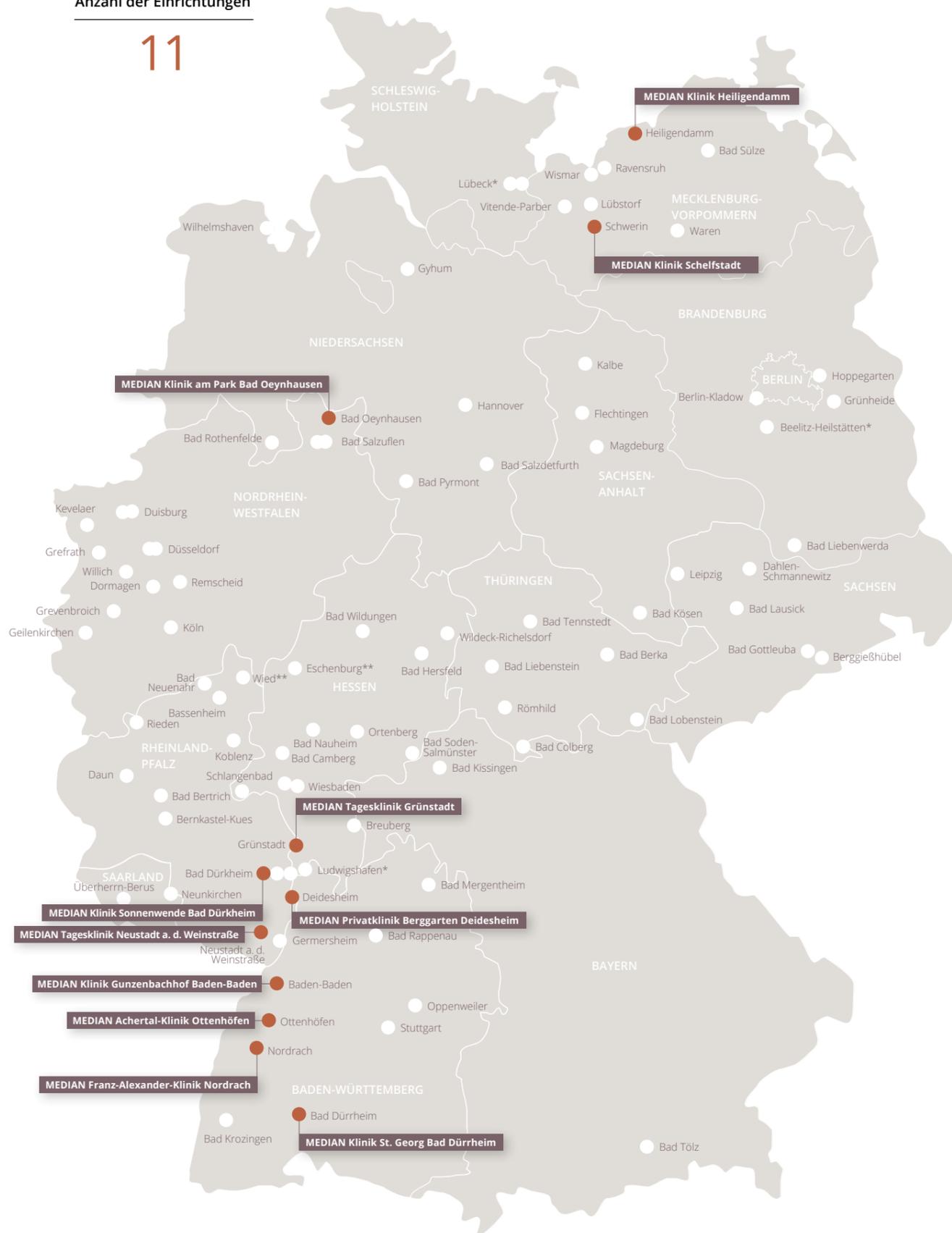
Prof. Dr. Wilma Funke



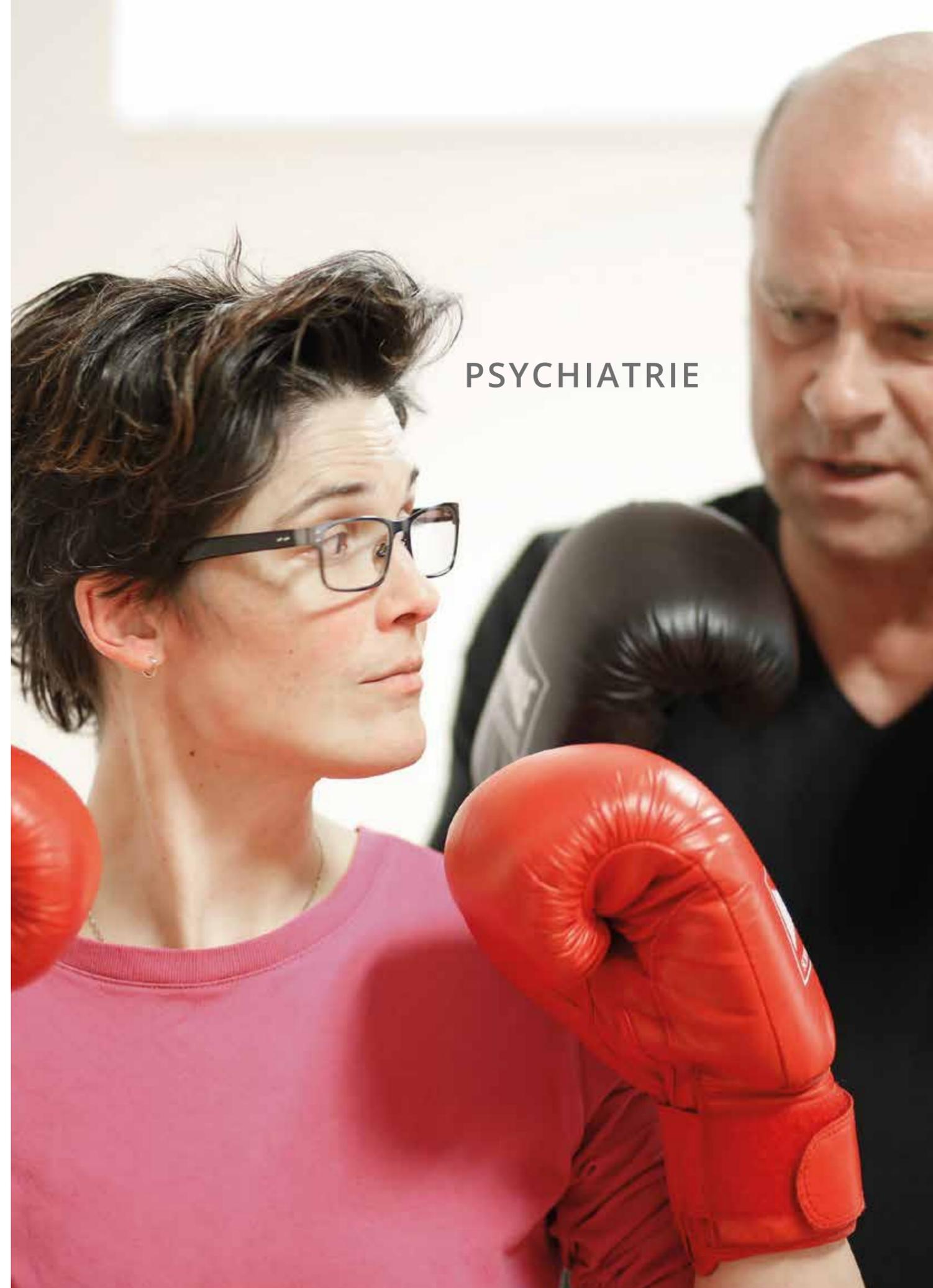
Dr. Welf Schroeder

Anzahl der Einrichtungen

11



* Diese Kliniken wurden innerhalb des Berichtszeitraums geschlossen beziehungsweise veräußert.
 ** Diese Kliniken wurden innerhalb des Berichtszeitraums akquiriert.



Schwerpunkte in der Psychiatrie

Psychische Erkrankungen zählen, ähnlich wie internistische, zu den häufigsten Erkrankungen überhaupt. Mehr als ein Drittel der Bevölkerung erkrankt einmal im Leben psychisch, bei manchen Menschen treten die psychischen Erkrankungen rezidivierend auf. Dabei reicht das Spektrum von leichten, durch persönliche oder berufliche Ereignisse ausgelösten Belastungsreaktionen bis hin zu schwersten, das Berufs- wie Sozialleben stark beeinträchtigenden Erkrankungen.

Ähnlich wie die Schwere der Erkrankungen variieren die Ursachen: Neben belastenden Lebensereignissen spielen genetische Faktoren eine Rolle. Es kommt zu Angststörungen, Depressionen, Psychosen, Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen aber auch zu Abhängigkeitserkrankungen im höheren Lebensalter sowie zu Demenzen und Deliren.

Ziel der Behandlung in den psychiatrisch-psychotherapeutischen Kliniken der MEDIAN Gruppe ist es, 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 gesehen und behandelt werden. Zwei weitere Kliniken stehen im Verbund für elektive Aufnahmen zur Verfügung. Ergänzt wird dieses Angebot um die Langzeitbetreuung chronisch psychisch Erkrankter in soziotherapeutischen Einrichtungen. Für die Behandlung steht ein professionelles Behandlungsteam aus Ärzten, Psychologen, Pflegekräften, Sozialarbeitern und Spezialtherapeuten zur Verfügung. Es wird von den der Verwaltung unterstehenden Bereichen flankiert.

Das Behandlungsangebot ist multimodal. Neben der medikamentösen Behandlung findet sich ein vielfältiges, störungsspezifisch orientiertes psychotherapeutisches Angebot, ergänzt um nonverbale Verfahren wie Ergotherapie, Kunst- und Tanztherapie. Dazu kommen spezifische psychotherapeutische Gruppen, Entspannungsverfahren und Psychoedukation. Einen weiteren wichtigen Behandlungsbaustein für psychisch Kranke stellt die Arbeit des Sozialdienstes dar, der die Patienten im Umgang mit Behörden, aber auch im häuslichen Bereich unterstützt und bei der Bewältigung der akuten Probleme hilft. Die Akutkliniken sind im gemeindepsychiatrischen Verbund eng vernetzt und kooperieren mit vielfältigen Einrichtungen.

„Die anderen brauchen dich doch“



Andrea Groß*
selbstständige medizinische
Fußpflegerin

Andrea Groß* ist eine Frau, die anpackt und alles schafft. Die gelernte Kauffrau ist seit 20 Jahren selbstständige medizinische Fußpflegerin in einem kleinen Ort in der Nähe von Kaiserslautern. Sie managt ihre Familie und den Beruf, kümmert sich um Eltern, Schule, Mann, Verwandtschaft und Freunde bis sie selbst krank wird. Als Medikamente nicht mehr helfen können, sucht sich die 55-jährige 2018 Hilfe bei einer ambulanten Psychotherapeutin. Mit der Diagnose „Depression“ kommt sie im Mai 2019 in die MEDIAN Franz-Alexander-Klinik Nordrach, ein Fachkrankenhaus für Psychiatrie und Psychotherapie. Dort hilft man ihr in sechs Wochen wieder zurück ins Leben.

Was hat ihr Leben so belastet?

Ich habe schon seit Jahren gemerkt, dass ich überarbeitet war. Mein ganzes Leben bestand nur aus Stress, Stress, Stress. Ich habe 40 Jahre am Stück gearbeitet. Zwischendurch die Zwillinge bekommen, die ganz schlimm Neurodermitis hatten. Nebenbei habe ich später meine Eltern gepflegt, die Schwiegereltern versorgt und zusätzlich den Hund meines Mannes. 1998 habe ich mich selbstständig gemacht. Ich habe für acht Personen Wäsche gewaschen und noch den ganzen Tag gearbeitet. Dann bekam mein Mann einen Burnout. Ich hab ihn wieder auf die Beine gebracht, was Jahre gedauert hat. Parallel habe ich mich um meine Schwester gekümmert, deren Mann plötzlich verstorben war. Und schließlich ging es auch immer noch um Kindergarten und Schule, wo ich den Vorsitz im Elternausschuss übernommen hatte. Ich weiß heute nicht mehr, wie ich das geschafft habe.

Das war eine gewaltige Leistung. Ab wann ging es nicht mehr weiter?

Als die Eltern und Schwiegereltern innerhalb von zwei Jahren starben, war ich zum ersten Mal am Ende. Mein Rücken

war kaputt. Ich konnte nicht mehr laufen, ich hatte Krücken und das hat Wochen gedauert. Aber kein Arzt kam auf die Idee, dass das etwas mit der Psyche zu tun haben könnte. Ich wurde mit den Jahren immer kränker. Relativ früh, mit 30, bekam ich die Diagnose Unterleibskrebs. Da stand ich auf der Kippe, hab es aber hinbekommen. Einige Zeit danach wurde bei mir eine chronische Schilddrüsenerkrankung festgestellt – Morbus Basedow, eine Autoimmunerkrankung, die den ganzen Körper beeinträchtigt. Bei mir traf es vor allem die Augen. Und ich wurde immer anfälliger, hatte schließlich im Jahr bis zu vier Infekte, die jeweils mit Antibiotika behandelt werden mussten. Ich hab das unterschätzt, hab mich gezwungen weiterzumachen und mir gesagt: Die anderen brauchen dich doch. Ich war ja diejenige, die sich in ihrem Beruf die Sorgen anderer anhörte. Meine Sorgen interessierten keinen. Und „depressiv“ oder „psychisch krank“, das durfte man bei uns im Ort nicht werden. Da hätte es dann geheißt: „Ach, die hat `nen Knall, da gehen wir nicht mehr hin.“ Heute weiß ich, dass mein Körper nicht mehr mitmachen wollte und im Hintergrund eine Depression lag. Aber ich hab die nicht ernst genommen.

Behandlerstatement zum Fall



Dr. Tobias Hornig
Chefarzt MEDIAN Franz-
Alexander-Klinik Nordrach

Was haben denn die behandelnden Ärzte gesagt?

Mein Hausarzt hat mir immer neue Medikamente verschrieben. Weil nichts half und ich daran verzweifelte, habe ich ab Anfang 2018 selbst versucht, Hilfe bei einer Psychotherapeutin zu bekommen. Meinen ersten Termin hatte ich dann im November. Weihnachten habe ich noch durchgehalten, habe das Fest für die ganze Familie organisiert und war letztendlich froh, als alles vorbei war. Zwischenzeitlich hatte sich bei mir eine Zungengrundhyperplasie, eine Zungenvergrößerung im Rachen, gebildet. Da hat man dann vermutet, es sei Lymphdrüsenkrebs. Ich bin von Arzt zu Arzt, aber niemand wusste Rat. Man hat mich im Februar und März 2019 dreimal operiert. Der Krebs bestätigte sich erstmal nicht, ist aber bis heute für die Zukunft nicht ausgeschlossen. Das alles hat mich sehr runtergedrückt, manchmal habe ich an Selbstmord gedacht. Und im Februar war dann alles vorbei. Es ging nichts mehr. Man kann sich das nicht vorstellen. Meine Therapeutin hat das gemerkt, denn die paar Stunden bei ihr reichten einfach nicht mehr. Sie hat gesagt: „Sie müssen hier raus“, und mich dazu gebracht, in eine stationäre Behandlung in der MEDIAN Franz-Alexander-Klinik Nordrach einzuwilligen, um dort Hilfe zu bekommen. Ich hätte gar nicht gewusst, dass es sowas gibt und was die da machen.

Wie waren ihre ersten Tage in Nordrach?

Als ich ankam, ging es mir so schlecht wie noch nie in meinem Leben. Aber schon die Aufnahme war großartig. Ich habe mich von Anfang an so gut aufgehoben gefühlt. Alle hatten Zeit für mich. Zum ersten Mal in meinem Leben hat sich jemand nur um mich gekümmert. Die Rezeption, der Pflegedienst, die Bezugsschwester, die Therapeuten, die Ärzte – alle. Ich habe die ersten Tage nur geheult, so schön war das. Ich habe einfach nicht geglaubt, dass es so viele Menschen gibt, die sich nur um mich kümmern. Das ging bis zum Reinigungs- und Küchenpersonal oder zum Hausmeister. Ich wurde ernst genommen mit meinen Problemen. Und wenn ich etwas nicht konnte, dann habe ich das gesagt und man ging auf mich ein. Dazu kam eine zwar nicht ganz moderne, aber komfortable Ausstattung der Einzelzimmer mit eigenem Bad und Fernseher. Ich konnte mich zurückziehen, wenn ich wollte.

Wie haben Sie die Therapie erlebt?

Der Tag war gut ausgefüllt. In hatte in den sechs Wochen meines Aufenthalts sehr gute Gruppentherapien – also zum Beispiel die Depressionsgruppe, die Stressbewältigungsgruppe, die Achtsamkeitsgruppe. Da habe ich gelernt, auch auf mich selbst zu achten und zu erkennen, was mir wichtig ist. Dann gab es zweimal in der Woche ein gutes Sportangebot von Gymnastik bis Qi-Gong – hätte aus meiner Sicht ruhig noch mehr sein dürfen. Ich habe an der Nordic-Walking-Gruppe teilgenommen und am Qi-Gong. Das hat mir sehr gut gefallen, um Ruhe zu finden und ich werde das auch zu Hause weitermachen. Dann habe ich in der Ergotherapie getöpft, einen Seidenschal gestaltet und ein Bild gemalt, was ich noch nie gemacht hatte. Ich wusste gar nicht, dass ich das kann. Das alles hat mir gut getan. Noch wichtiger aber war für mich die Einzeltherapie. Da habe ich sehr wertvolle Gespräche geführt mit dem für mich zuständigen Psychologen. Ich hab viel über mich gelernt, über das Leben und wie ich es lockerer gestalten kann. Und ich habe in den sechs Wochen so viel geschlafen wie in den ganzen Jahren zu Hause zusammen nicht.

Wie geht es Ihnen heute nach Abschluss der Therapie?

Der Aufenthalt hat mir aufgezeigt, wie ich mein Leben ändern kann. Ich konnte mich ausruhen und erholen, konnte nachdenken und in meiner freien Zeit selbst bestimmen, was ich tun wollte. Das habe ich vorher zu Hause nicht gekonnt. Die Umsetzung des Gelernten ist zu Hause natürlich schwer. Das geht auch nur, weil meine Familie mich heute versteht. In einem Monat will ich wieder arbeiten – da geht als Selbstständige kein Weg dran vorbei. Wenn ich nicht arbeite, verdiene ich schließlich nichts. Der Unterschied ist, dass ich jetzt Wege kenne, wie ich mein Leben ändern kann. In der Achtsamkeitsgruppe hieß es – und das habe ich mir gemerkt: „Was Sie hier bekommen, sind Geschenke. Sie können sie annehmen oder ablehnen.“ Ich habe meine Geschenke angenommen und will in meinem Leben viel ändern. Ich wünsche es allen anderen auch, die wie ich diesen Weg gehen.

Nachdem Frau Groß von ihrem niedergelassenen Facharzt in unserer Klinik angemeldet wurde, erschien sie am vereinbarten Aufnahmetag zum ersten Gespräch. Wir sahen eine Frau mittleren Alters, gepflegt und mitten im Leben stehend. Wie die meisten unserer Patienten ist Frau Groß berufstätig, hat Familie, Kinder und hatte bis zum Beginn der ersten depressiven Symptome ihr Leben im Griff. Meistens beginnt eine depressive Episode mit Schlafstörungen, unausgeglichener Stimmung, schneller Ermüdbarkeit und einer verminderten Leistungsfähigkeit am Arbeitsplatz sowie im privaten Alltag. Ein wichti-

ger erster Schritt zu Beginn der stationären Behandlung ist der Aufbau eines Vertrauensverhältnisses, auf dem dann die weiteren Schritte der Therapiestaltung beruhen. Im Verlauf der Therapie konnten bei Frau Groß mehr und mehr schützende wie auch stärkende Faktoren in den Einzelgesprächen herausgearbeitet sowie dysfunktionale Annahmen und Verhaltensmuster korrigiert werden. Eine medikamentöse antidepressive Therapie unterstützte sie dabei. Nach sechs Wochen konnte Frau Groß unsere Klinik gut gebessert verlassen und gestärkt in ihren Alltag zurückkehren.

Soziodemografische Daten in der Psychiatrie

4.8.1 Patientenpopulation nach Geschlecht

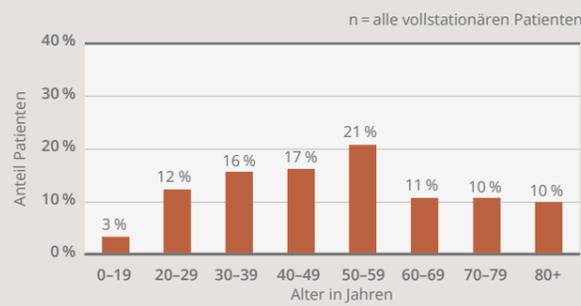


2018 wurden in den MEDIAN Einrichtungen **4.832 psychiatrische Patienten** vollstationär behandelt. Davon waren **45 % weiblich** und **55 % männlich**.

- 45 % weiblich
- 55 % männlich
- 0 % divers

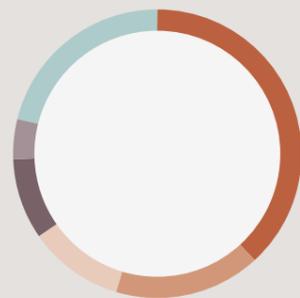
4.8.2 Altersstruktur

Durchschnitt: 51 Jahre



Die Anzahl der Patienten verteilt sich relativ homogen auf die verschiedenen Altersgruppen. Die größte Gruppe bildet mit **21 %** die **50- bis 59-Jährigen**. Das Durchschnittsalter betrug im Jahr 2018 **51 Jahre**.

4.8.3 Verteilung der fünf häufigsten Hauptdiagnosen



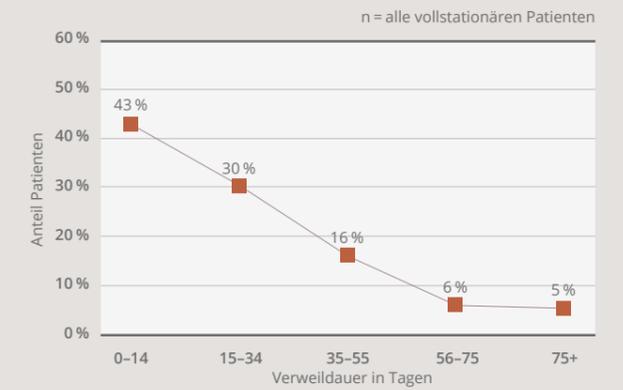
Mit einem Anteil von **38 %** war „Depression“ die häufigste Diagnose im Berichtsjahr 2018. Die zweithäufigste Diagnose waren psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol mit **16 %**. Insgesamt machten die fünf häufigsten Hauptdiagnosen einen Anteil von **79 %** an der Gesamtzahl der Hauptdiagnosen aus.

- 38 % F32/33 Depression
- 16 % F10 psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol
- 11 % F20 Schizophrenie
- 9 % F05 Delir, nicht durch Alkohol oder andere psychotrope Substanzen bedingt
- 5 % F25 schizoaffektive Störungen
- 21 % sonstige Hauptdiagnosen

4.8.4 Verweildauer

Durchschnitt: 26 Tage

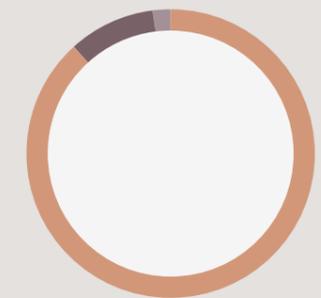
Die durchschnittliche Verweildauer in der Psychiatrie betrug 2018 **26 Tage**. Bei näherer Betrachtung wird schnell deutlich, dass ein großer Teil der Patienten **14 Tage** oder weniger in den MEDIAN Einrichtungen verbrachte.



4.8.5 Verteilung der Leistungsträger

Die in den psychiatrischen Kliniken erbrachten Leistungen werden von unterschiedlichen Leistungsträgern übernommen, wobei die gesetzliche Krankenversicherung mit **88 %** den deutlich größten Anteil ausmacht.

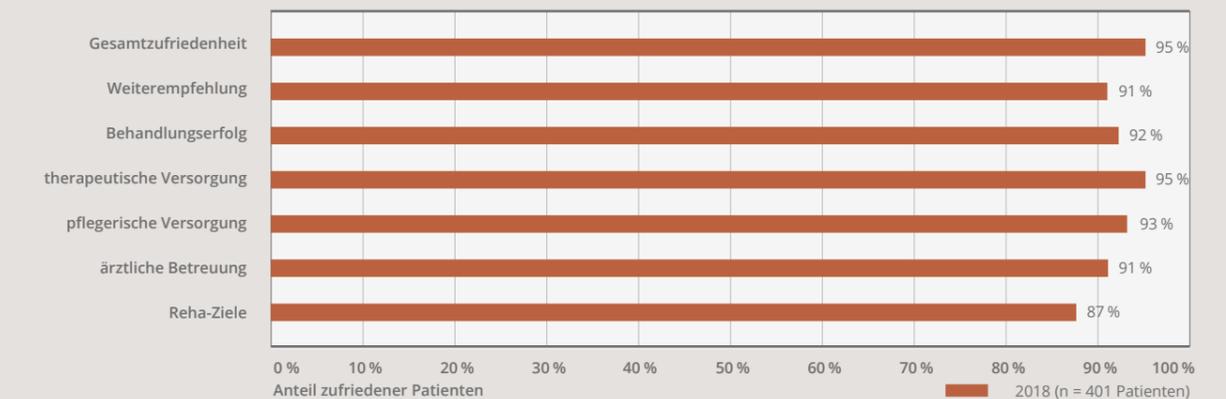
- 0 % gesetzliche Rentenversicherung
- 88 % gesetzliche Krankenversicherung
- 10 % Selbstzahler/Private Krankenversicherung
- 2 % sonstige



4.8.6 Patientenzufriedenheit

In den psychiatrischen Kliniken zeigten sich im Jahr 2018 **95 %** der befragten Patienten mit dem gesamten Rehabilitationsaufenthalt zufrieden. Ebenfalls eine hohe Zufriedenheit mit einem Wert von **95 %** ergab sich im Bereich der therapeutischen Versorgung.

denheit mit einem Wert von **95 %** ergab sich im Bereich der therapeutischen Versorgung.



Ergebnisqualität in der Psychiatrie



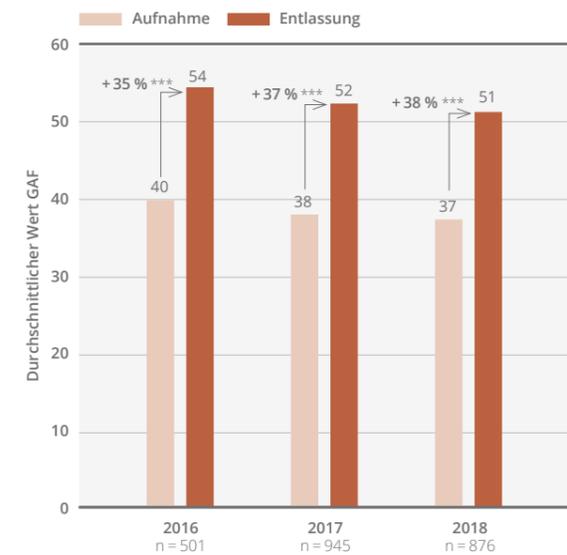
Global Assessment of Functioning – GAF

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 sogenannten 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):

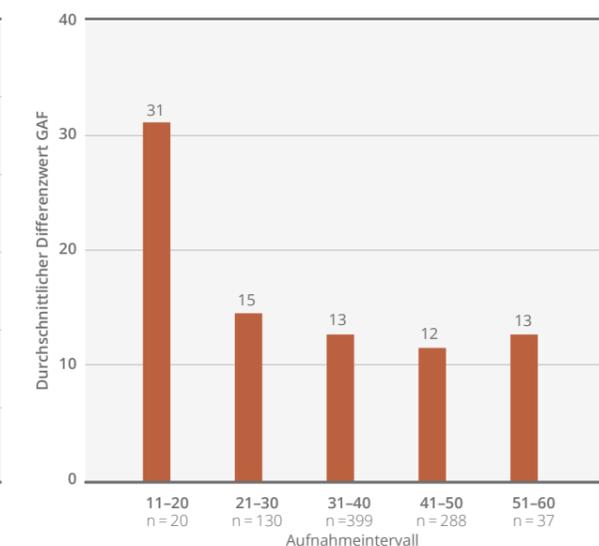
- **91–100:** keine Symptome
- **81–90:** keine oder nur minimale Symptome
- **71–80:** höchstens leichte Beeinträchtigung der sozialen beruflichen und schulischen Leistungsfähigkeit
- **61–70:** einige leichte Symptome, aber im Allgemeinen relativ gute Leistungsfähigkeit
- **51–60:** mäßig ausgeprägte 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 2018



In der linken Grafik sind die durchschnittlichen Aufnahme- und Entlassungswerte für den GAF dargestellt. Die durchschnittliche Verbesserung im Jahr 2018 lag bei 38 Prozent. Dies entspricht in etwa der Verbesserung der Vorjahre. Zwar ist der durchschnittliche Entlassungswert von 2016 zu 2018 um drei Punkte gefallen, die Patienten im Jahr 2018 wurden jedoch auch mit niedrigeren Werten aufgenommen.

Durchschnittliche Differenz zwischen GAF Entlassung und GAF Aufnahme für das Jahr 2018*



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 31 Punkte verbessern. Die meisten Patienten (n = 399) hatten 2018 einen Aufnahme-GAF-Wert zwischen 31 und 40 und konnten diesen um 13 Punkte verbessern.



Clinical Global Impression Scale – CGI

Die Clinical Global Impression Scale (CGI) ist eine Fremd-beurteilungsskala von 1976 zur Einschätzung des klinischen 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 Schweregrad der psychischen Erkrankung und wird auf einer 7-stufigen Skala bewertet. Die Frage zu diesem Item lautet: „Wenn Sie Ihre gesamte klinische Erfahrung mit dieser Art von Patientengruppe als Vergleich heranziehen, wie stark psychisch krank ist dieser Patient zum jetzigen Zeitpunkt?“

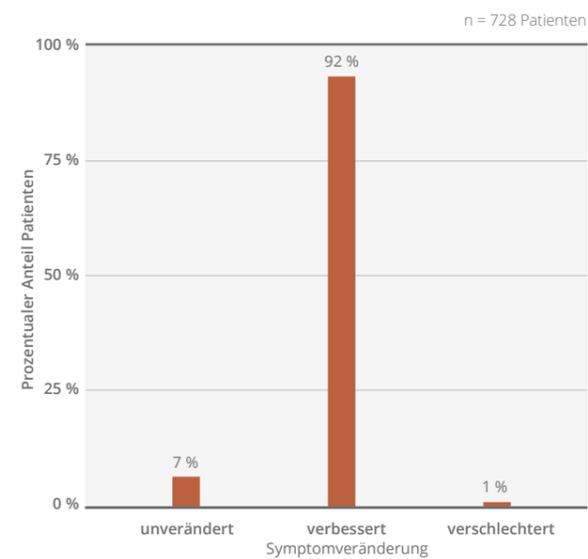
- (0 = nicht beurteilbar)
- 1 = überhaupt nicht krank
- 2 = an der Schwelle zur psychischen Erkrankung
- 3 = leicht krank
- 4 = mäßig krank
- 5 = deutlich krank
- 6 = schwer krank
- 7 = zählt zu den am schwersten kranken Patienten

Subskala Symptomveränderung

Beim CGI-Verbesserungsindex (CGI-I) wird der klinische Gesamtzustand des Patienten in Bezug auf den Baseline-Wert auf einer 7-stufigen Skala verglichen. Die Frage dieses Items lautet: „Im Vergleich zum Zustand des Patienten zu Beginn der Behandlung ist der Zustand des Patienten jetzt ...?“

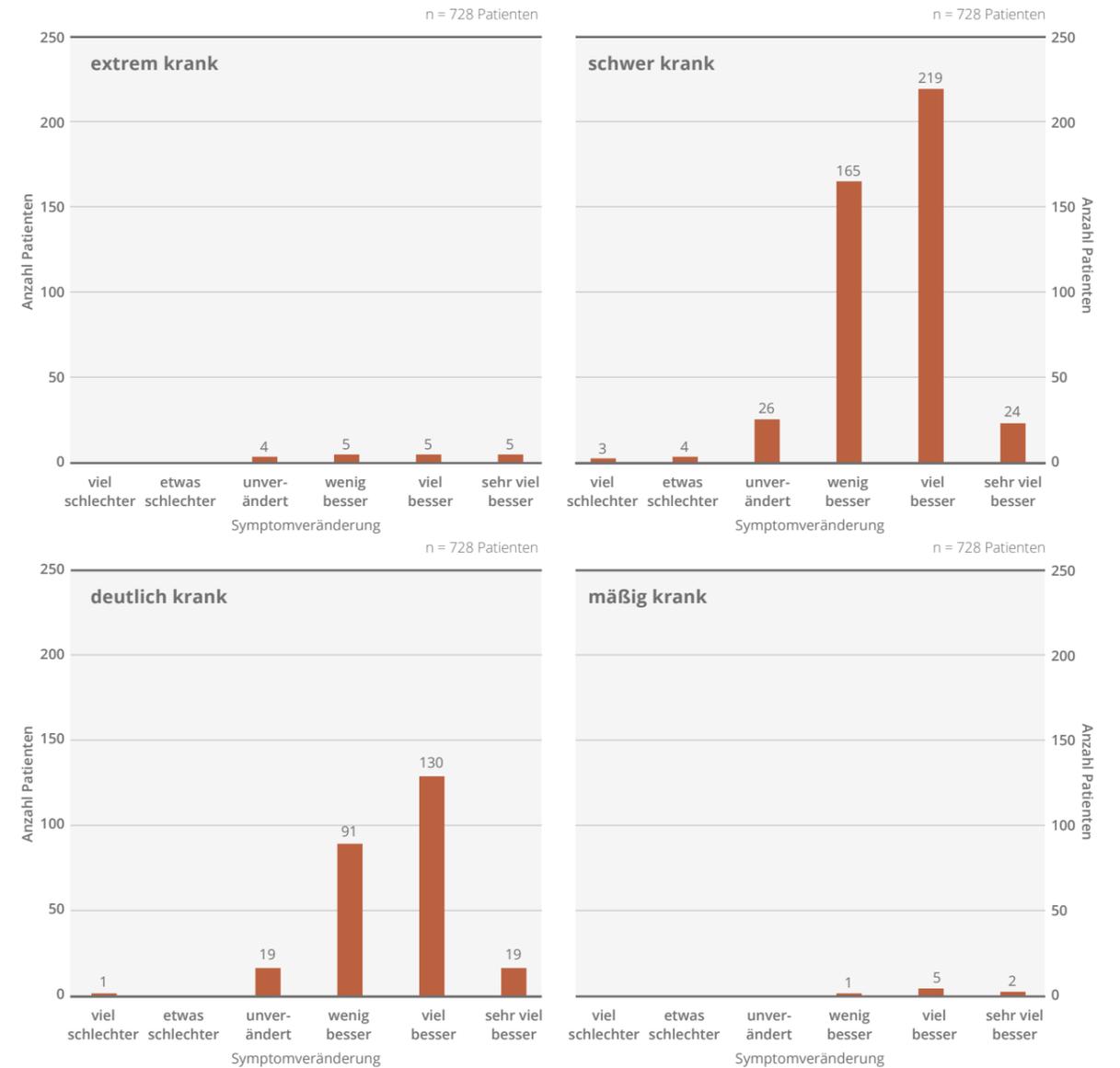
- (0 = nicht beurteilbar)
- 1 = sehr viel besser seit Beginn der Behandlung
- 2 = viel besser
- 3 = wenig besser
- 4 = unverändert
- 5 = etwas schlechter
- 6 = viel schlechter
- 7 = sehr viel schlechter als zu Beginn der Behandlung*

Veränderung der globalen Funktionsfähigkeit in 2018 gemessen mittels CGI



In der Grafik ist zu erkennen, dass **92 %** der Patienten eine Verbesserung der globalen Funktionsfähigkeit erreicht haben. Bei sieben 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 2018 gemessen mittels CGI

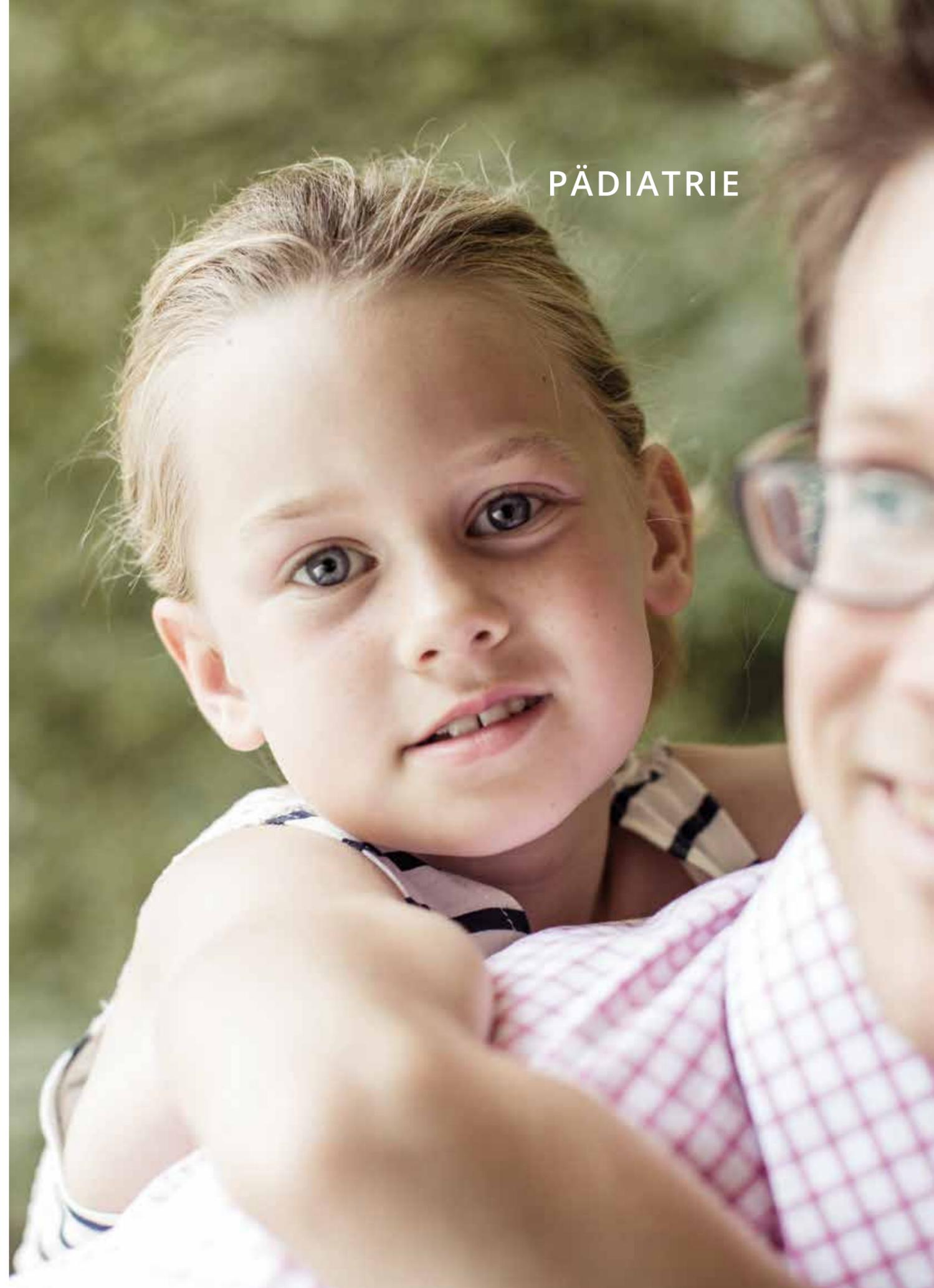


Die Grafik ist unterteilt in vier Gruppen, die bei Aufnahme anhand des CGIs gebildet werden: extrem kranke, schwer kranke, deutlich kranke und mäßig kranke Patienten. Die meisten der Patienten befinden sich am Anfang der Rehabilitation in der Gruppe der schwer oder deutlich Kranken. Bei den schwer Kranken haben sich bei der großen Mehrheit die Symptome wenig, viel oder sehr viel verbessert. Bei einem geringen Teil der Patienten lag keine Veränderung vor und nur bei vereinzelten Fällen haben sich die Symptome verschlechtert. Ähnlich sieht es in der Gruppe der deutlich Kranken aus.

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

Anzahl der Einrichtungen

5



PÄDIATRIE

* Diese Kliniken wurden innerhalb des Berichtszeitraums geschlossen beziehungsweise veräußert.
 ** Diese Kliniken wurden innerhalb des Berichtszeitraums akquiriert.



Schwerpunkte in der Pädiatrie

In den vergangenen Jahren ist die Zahl chronischer Erkrankungen von Kindern und Jugendlichen immer weiter gestiegen. Bei unzureichender Behandlung können diese körperlichen und psychischen Beeinträchtigungen die Entwicklung eines Kindes negativ beeinflussen und sich langfristig auf dessen Lebensqualität und Leistungsfähigkeit auswirken. Deshalb bieten die MEDIAN Kliniken spezielle Rehabilitationsleistungen für Kinder und Jugendliche an.

Junge Patienten müssen sich auf die Bewältigung ihres Lebens einstellen und sich mit ihren Fähigkeiten ihrer gesundheitlichen Situation anpassen. Insbesondere kranke Kinder und Jugendliche brauchen im Alltag eine klare Zielsetzung sowie Beständigkeit. Im Rahmen der Rehabilitation erleben sie einen strukturierten Tagesablauf, eine gesunde Mischung aus Sport, Spiel und Schule sowie die intensive Betreuung durch Ärzte, Psychologen, Thera-

peuten, Ernährungsberater und Erzieher. Wichtig für die jungen Rehabilitationspatienten ist dabei die enge Verzahnung aller Therapie- und Freizeitangebote.

Die MEDIAN Kliniken führen Rehabilitationsmaßnahmen für Kinder und Jugendliche unterschiedlichen Alters teilweise auch in Begleitung eines Elternteils durch. Diese Rehabilitation soll gezielt helfen, chronische Krankheiten zu lindern, Spätfolgen zu verhindern und die Leistungsfähigkeit für Schule und Ausbildung zu verbessern. Dadurch wird die Lebensqualität der jungen Patienten nachhaltig gesteigert. Für die Therapie unterschiedlicher körperlicher und psychischer Erkrankungen stehen Behandlungskonzepte auf höchstem medizinischen Niveau zur Verfügung, die mit großer Fachkompetenz für die jeweiligen Indikationen umgesetzt werden.

Mut zum Leben



Tim-Luis (sieben Jahre) und sein Vater

Tim-Luis ist sieben Jahre alt und seit drei Wochen gemeinsam mit seinem Vater Marko S. in einer MEDIAN Kinder- und Jugendklinik. Dort werden Kinder und Jugendliche im Alter von 6 bis 18 Jahren mit unterschiedlichsten Behandlungsschwerpunkten, insbesondere Adipositas und Folgeerkrankungen, ADHS, Enuresis (Einnässen) und anderen psychischen und psychosomatische Erkrankungen behandelt. Die kleineren Kinder werden in den meisten Fällen von einem Elternteil begleitet. Tim-Luis ist sehr ruhig und scheu, auf unsere Fragen antwortet überwiegend sein Vater.

Warum sind Sie mit Ihrem Sohn hier?

Tim-Luis bringt für sein Alter und seine Größe zu viel Gewicht auf die Waage. Er ist außerdem recht ängstlich und kommt nur schwer mit anderen Menschen in Kontakt. Tim-Luis' Mutter und ich haben uns getrennt. Wir kümmern uns beide, dennoch leidet er natürlicherweise unter dieser Trennung. Wir hoffen, dass Tim-Luis hier Gewicht verlieren kann, viel über gesunde Ernährung aufnimmt, dass er mehr Freude an der Bewegung findet und lernt, angemessene soziale Kontakte aufzubauen und zu pflegen. Unsere Hoffnung ist auch, dass er nach der Reha die Klinik mit einem höheren Selbstwertgefühl verlässt.

Wie kam es zu der Entscheidung, eine Rehabilitationsmaßnahme mit Tim-Luis durchzuführen?

Wir haben schon einige Diäten mit unserem Sohn gemacht, die leider nicht den gewünschten Erfolg brachten.

Er ist auch schon seit Längerem in ergotherapeutischer Behandlung, damit er seine Grob- und Feinmotorik trainieren kann. Unser Kinderarzt empfahl uns dann gemeinsam mit der Ergotherapeutin eine Rehabilitationsmaßnahme. Dass diese hier stattfindet, entschied die Deutsche Rentenversicherung. Wir kommen eigentlich aus einem anderen Bundesland und waren anfangs skeptisch, auch wegen der Entfernung, sind jetzt aber sehr zufrieden.

Erzählen Sie ein wenig über Ihre Zeit in der Klinik.

Wir sind bereits drei Wochen hier. Tim-Luis fühlt sich von den Therapeuten und Pädagogen sehr angenommen. Auch in seiner Gruppe ist er angekommen. Es sind erfreuliche Kontakte zu anderen Kindern entstanden. Zu Beginn war er sehr zurückhaltend, zwischenzeitlich hat er sich auf die Maßnahmen hier eingelassen. Spaß ma-

chen ihm die Bewegungstherapien und die sportlichen Aktivitäten. Einige Therapien absolvieren wir gemeinsam. Dazu gehören das gemeinsame Kochen und der Eltern-Kind-Sport. Eine ausführliche Ernährungsberatung ist ebenfalls Teil des Therapieplans, findet allerdings in getrennten Kinder- beziehungsweise Erwachsenen-Gruppen statt. Hier werden die Kinder und wir Eltern ermutigt, das Erlernte auch zu Hause anzuwenden. Den Kindern wird beigebracht, Maß zu halten. Die Angst, dass nicht genascht werden darf, wird ihnen genommen. Hier bekommen sie meistens nach dem Mittagessen eine kleine Süßigkeit als Nachtisch. Durch die täglichen Sport- und Bewegungsangebote verlieren die Kinder ohnehin an Gewicht, merken aber auch, dass sie einfach viel beweglicher werden, viel mehr mitmachen können und aktiver werden. Tim-Luis geht besonders gern zum Schwimmen. Beim Schwimmen ist er richtig glücklich, das sehe ich ihm an. Wir haben außerdem auch außerhalb der Therapiezeiten freie Turnhallenzeiten, die wir mit

den Kindern nutzen können. Hier lernt man auch andere Eltern kennen, die ähnlich betroffen sind. Wir können uns austauschen und gegenseitig helfen. In der Klinik stehen zu jeder Zeit Ansprechpartner bereit: für mich, meinen Sohn oder uns beide. Das empfinde ich als sehr wohltuend. Allerdings nutzen wir die Zeit hier auch, um unsere Vater-Sohn-Beziehung zu intensivieren.

Auf die Frage, was Tim-Luis hier in der Klinik nicht so gut findet, antwortet er selbst. Er findet nichts doof, würde gerne noch länger bleiben und sich freuen, wenn auch seine Schwester noch dazu kommen würde. Denn auch das ist in der Kinder- und Jugend-Reha grundsätzlich möglich: die Aufnahme eines Begleitkinds.

DER BEHANDELNDE CHEFARZT IN DER MEDIAN KINDER- UND JUGENDKLINIK



Björn Tharun
Behandelnder Chefarzt

Tim-Luis kam mit dem Kindsvater auf Empfehlung der Kinderärztin zu uns mit den Aufnahmediagnosen Adipositas, emotionale Störung des Kindesalters mit sozialer Ängstlichkeit sowie Entwicklungsverzögerung. Bei Aufnahme wurde uns von eingeschränkter Konzentration und zeitweisen Knieschmerzen berichtet, weswegen Tim-Luis abnehmen sollte. Er esse gern große Portionen und habe teilweise kein richtiges Sättigungsgefühl. Zudem wurde von Trennungsangst berichtet, und dass ihm neue Situationen sehr schwer fallen. Tim-Luis war gern in der Reha, er zeigte sich im Verlauf offener, zugänglicher, nicht mehr so ängstlich und etwas sicherer. Zudem war er auch belastbarer und hatte etwas mehr Kondition nach einer Gewichtsabnahme von insgesamt 3,9 Kilo während der fünföchigen Reha-Maßnahme.

Soziodemografische Daten in der Pädiatrie

4.9.1 Patientenpopulation nach Geschlecht

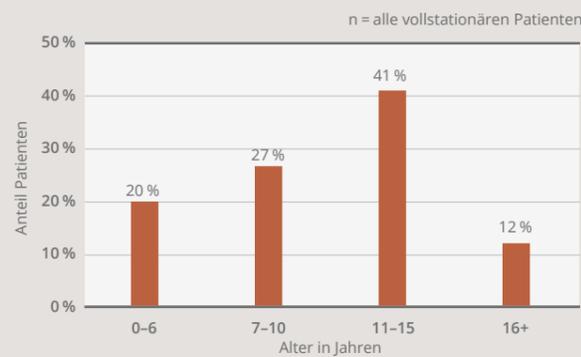


Von den im Jahr 2018 **2.404 behandelten Kindern** und Jugendlichen waren je die Hälfte weiblich und männlich.

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

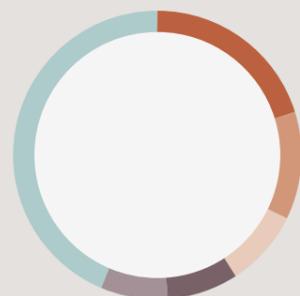
4.9.2 Altersstruktur

Durchschnitt: 11 Jahre



Das Durchschnittsalter unserer pädiatrischen Patienten lag 2018 bei **11 Jahren**. Mit ca. **41 %** 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 **20 %** und die Gruppe der **7- bis 10-Jährigen** einen Anteil von **27 %**.

4.9.3 Verteilung der fünf häufigsten Hauptdiagnosen



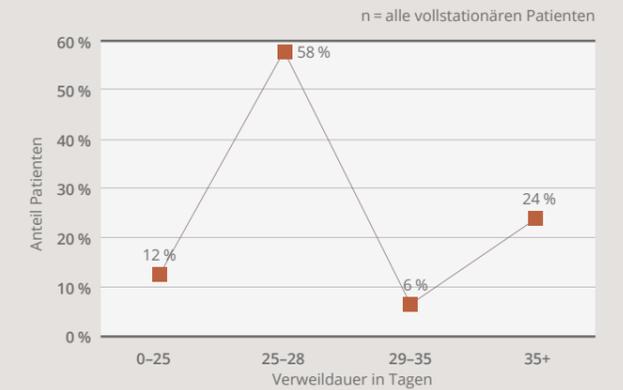
Bei den Top 5 Hauptdiagnosen in der Pädiatrie macht Adipositas mit **20 %** den größten Anteil aus. Am zweithäufigsten wurde Diabetes mellitus, Typ 1 diagnostiziert (**12 %**). Die Top 5 Hauptdiagnosen bildeten einen Anteil von **57 %** an der Gesamtzahl der Hauptdiagnosen.

- 20 % E66 Adipositas
- 12 % E10 Diabetes mellitus, Typ 1
- 9 % L20 Atopisches [endogenes] Ekzem
- 8 % F90 Hyperkinetische Störungen
- 8 % J45 Asthma bronchiale
- 43 % sonstige Hauptdiagnosen

4.9.4 Verweildauer

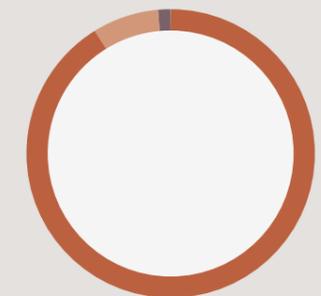
Durchschnitt: 32 Tage

Die Mehrheit der behandelten Kinder und Jugendlichen (**58 %**) blieb **25 bis 28 Tage** in einer MEDIAN Einrichtung. **24 %** blieben länger als **35 Tage** in Behandlung.



4.9.5 Verteilung der Leistungsträger

Bei der Verteilung der Leistungsträger machte die gesetzliche Rentenversicherung mit **91 %** 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.

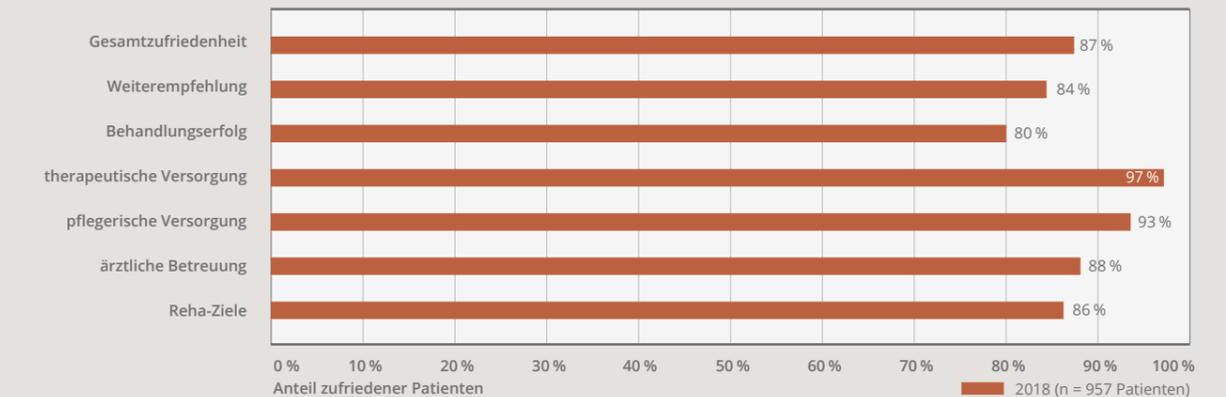


- 91 % gesetzliche Rentenversicherung
- 8 % gesetzliche Krankenversicherung
- 1 % Selbstzahler/Private Krankenversicherung
- 0 % sonstige

4.9.6 Patientenzufriedenheit

Auch in der Pädiatrie konnten in allen Bereichen Werte von über **80 %** erreicht werden. Wieder erzielten die

therapeutische und die pflegerische Versorgung mit **97 %** bzw. **93 %** die besten Werte in dieser Kategorie.



Ergebnisqualität in der Pädiatrie

15 Prozent aller Kinder leiden an Übergewicht, sechs bis sieben Prozent sogar an Adipositas. Die Hauptursache für Übergewicht und Adipositas bei Kindern ist nach wie vor übermäßige Kalorienzufuhr durch fettes und sehr zuckerhaltiges Essen sowie mangelnde Bewegung. Nur bei fünf Prozent aller Kinder und Jugendlichen liegt eine genetische Ursache für die Adipositas vor. Anhand der nachfolgend aufgeführten Ergebnisqualitätsparameter lässt sich der Erfolg der Rehabilitation in den MEDIAN Kliniken gut veranschaulichen.

Body Mass Index (BMI)

Der BMI ist eine Kennzahl für die Bewertung des Körpergewichts, wobei die Körpergröße in Relation zum Gewicht gesetzt wird. Der BMI gibt Auskunft über die Ausprägung von Über- oder Untergewicht.

Die allgemeine Formel für den BMI lautet:

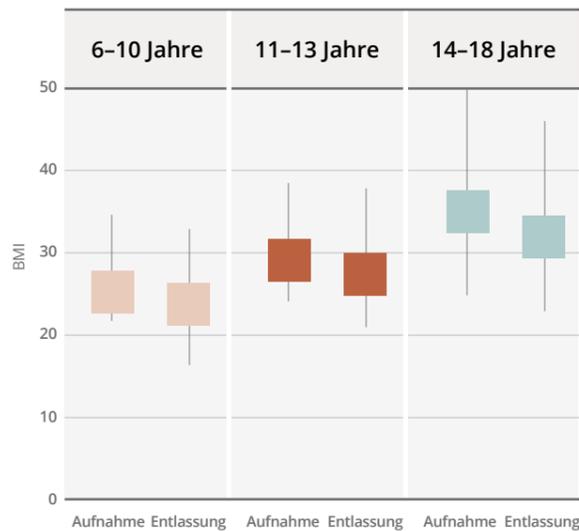
$$\text{BMI} = \frac{\text{Körpergewicht in kg}}{(\text{Körpergröße in m})^2}$$

Bei Kindern und Jugendlichen können die Richtwerte des BMI für Erwachsene nicht herangezogen werden, da das

Verhältnis zwischen Körpergröße und Körpermaß im Jugendalter nicht denen eines Erwachsenen entspricht. Deswegen wurde für die Einteilung der BMI-Gruppen auf die Perzentilkurven des „Center for Disease Control and Prevention“ (CDC) zurückgegriffen (*Centers for Disease Control and Prevention, 2001*). Das CDC ist eine US-Bundesbehörde des amerikanischen Gesundheitsministeriums. Die Körpergröße oder das Gewicht eines Kindes in Perzentilen anzugeben, bedeutet, dass diese Werte in Bezug zu den Werten der Altersgruppen gesetzt werden. Die Einteilung wurde wie folgt vorgenommen:

- BMI ≥ 85 % Perzentil & BMI < 90 % Perzentil → „leicht übergewichtig“**
- BMI ≥ 90 % Perzentil & BMI < 95 % Perzentil → „übergewichtig“**
- BMI ≥ 95 % Perzentil & BMI < 97 % Perzentil → „stark übergewichtig“**
- BMI ≥ 97 % Perzentile → „sehr stark übergewichtig“**

BMI-Entwicklung Aufnahme - Entlassung nach Altersgruppen



In der Grafik sind sogenannte Boxplots dargestellt. Ein Boxplot ist die Zusammenfassung eines Datensatzes in fünf Punkten. Diese fünf Punkte sind das Minimum, das untere Quartil, der Median, das obere Quartil und das Maximum. Ein Boxplot vermittelt schnell einen Eindruck darüber, in welchem Bereich die Daten liegen und wie sie sich über diesen Bereich verteilen.

Zu erkennen ist, dass sich der BMI von Aufnahme bis zur Entlassung bei den behandelten Kinder und Jugendlichen reduziert. Somit wird deutlich, dass das Rehabilitationsziel, nämlich die Reduktion des Gewichts, bei übergewichtigen Kindern und Jugendlichen während des Rehabilitationsaufenthalts oftmals erreicht wird.



Gruppenveränderungen in Prozent anhand des BMI

Aufnahme \ Entlassung	Entlassung			
	leicht übergewichtig	übergewichtig	stark übergewichtig	sehr stark übergewichtig
übergewichtig	50 %	50 %	NA	NA
stark übergewichtig	9 %	55 %	36 %	NA
sehr stark übergewichtig	1 %	2 %	16 %	81 %

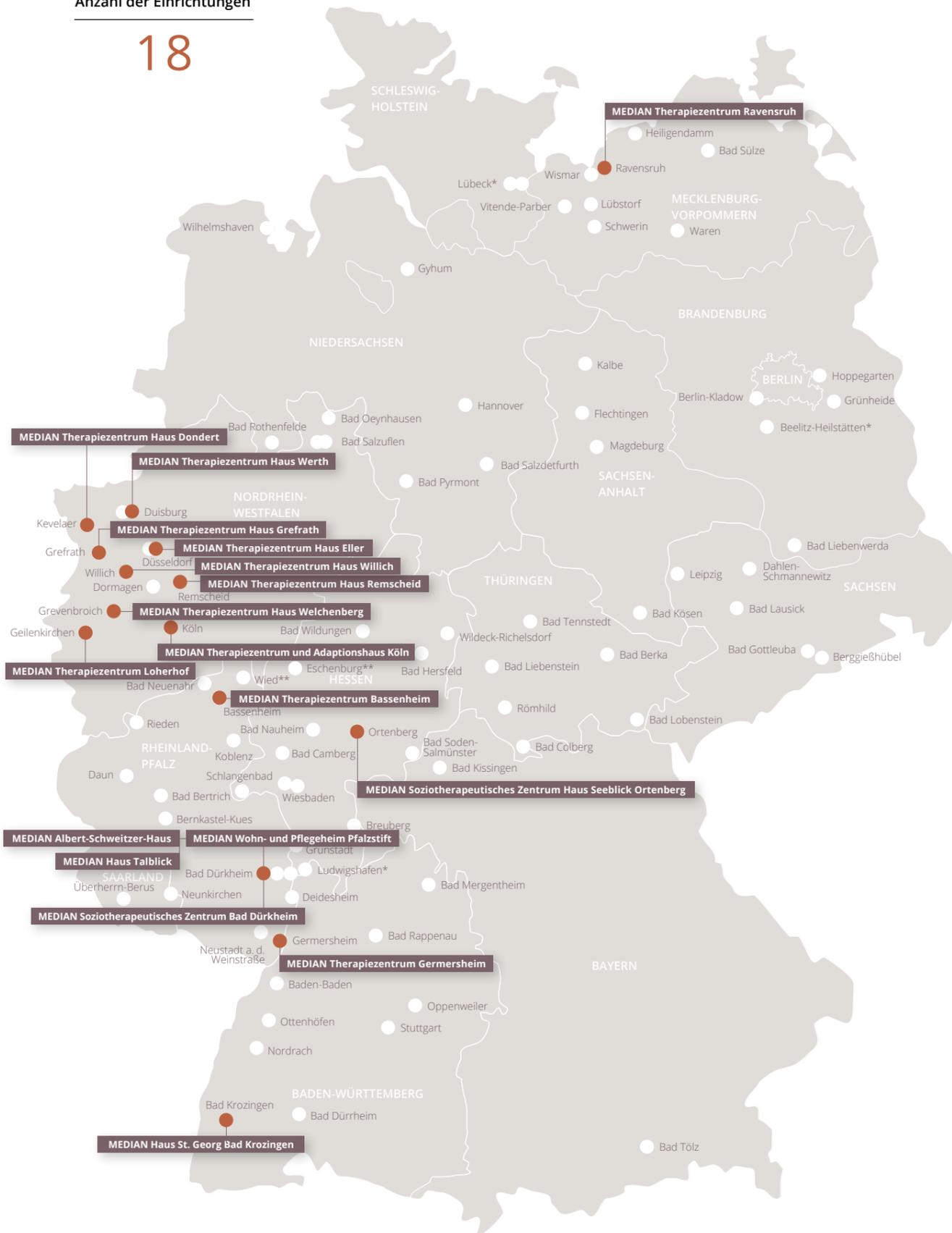
In dieser Tabelle ist der prozentuale Anteil der Patienten dargestellt, die eine Gruppenveränderung zwischen Aufnahme und Entlassung anhand des BMI erreicht haben. Eine positive Gruppenveränderung tritt beispielsweise dann ein, wenn sich ein Patient zu Beginn der Rehabilitation in der Gruppe „sehr stark übergewichtig“ befand und am Ende der Rehabilitation in die Gruppe „übergewichtig“ wechselte. Es ist zu erkennen, dass von den zur Aufnahme stark übergewichtigen Patienten in Summe 64 Prozent bereits während der kurzen Dauer der Rehabilitation nur noch als leicht übergewichtig beziehungsweise

übergewichtig entlassen wurden. Ebenso konnten sich in Summe 19 Prozent der bei Aufnahme sehr stark übergewichtigen Patienten bei Entlassung um eine oder mehrere Gruppen verbessern.

Der wahre Effekt der Rehabilitation zeigt sich bei diesem Krankheitsbild erst nach der Rehabilitation, wenn die Wirkung sich vollständig entfaltet. Perspektivisch soll dies über eine katamnestic Befragung gemessen werden, um den langfristigen Erfolg zu dokumentieren.

Anzahl der Einrichtungen

18



* Diese Kliniken wurden innerhalb des Berichtszeitraums geschlossen beziehungsweise veräußert.
 ** Diese Kliniken wurden innerhalb des Berichtszeitraums akquiriert.



SOZIOThERAPIE

Schwerpunkte in der Soziotherapie



Alkohol- und/oder medikamentenabhängige Menschen sind in den Therapiezentren, die diese chronischen Patienten betreuen, in der Überzahl. Gerade bei jüngeren Klienten dominieren jedoch neben der Abhängigkeit von einer Substanz zunehmend auch politoxe Abhängigkeitsmuster. Klienten, die von illegalen Drogen abhängig sind, finden im MEDIAN Therapiezentrum Haus Willich spezifische Behandlungsmöglichkeiten.

Chronisch abhängige Menschen weisen einen hohen Grad an Multimorbidität auf. Suchtmittel, die im frühen Stadium der Abhängigkeitsentwicklung oft als Selbstmedikation zur Regulierung von psychischen Beeinträchtigungen eingesetzt wurden, verstärken diese mit zunehmendem Substanzmissbrauch und führen zu weiteren zahlreichen emotionalen, kognitiven, neurologischen und körperlichen Veränderungen und psychi-

atrischen Erkrankungen. Diese Prozesse werden häufig von zunehmenden sozialen Beeinträchtigungen wie Verlust familiärer Bindungen, des Arbeitsplatzes, der Wohnung, aber auch von Schulden und Vereinsamung bis zur Verwahrlosung begleitet. Um der Komplexität der unterschiedlichen Störungsbilder gerecht zu werden, ist in allen soziotherapeutischen Therapiezentren ein multifokales Betreuungsangebot die Regel, das pädagogisch-educative, psychotherapeutische, arbeits- und beschäftigungstherapeutische, medizinisch-pflegerische und strukturgebende Angebote umfasst. Darüber hinaus gibt es in den einzelnen soziotherapeutischen Einrichtungen Schwerpunkte und Spezialisierungen. Außerhalb der Suchthilfe gibt es zwei Soziotherapeutische Einrichtungen, jeweils für Menschen mit geistiger und psychischer Beeinträchtigung.

„Seit drei Jahren und vier Monaten abstinent“



Uwe Elkjaer Schulz aus Wülfrath bei Wuppertal hat früh Kontakt zu Drogen und gerät mit den Jahren immer tiefer in den Sumpf der Abhängigkeit. Der heute 32-jährige will sein Leben ändern, scheitert aber immer wieder, bricht Behandlungen ab, wird disziplinarisch entlassen und ist eigentlich ein „hoffnungsloser Fall“ – bis er zum MEDIAN Therapiezentrum Bassenheim findet. Das bietet für ihn die richtige Kombination aus Therapie, Freizeit und Arbeit. Die Therapeuten dort zeigen ihm einen Weg zurück in die Gesellschaft und vermitteln ihn erfolgreich in einen Job.

Uwe Elkjaer Schulz

Wann hat der Drogenkonsum bei Ihnen angefangen?

Alles fing damit an, dass ich 2003 die Schule abgebrochen habe. Eine Ausbildungsstelle gab es für mich nicht. Also habe ich gekellnert bei einem Bekannten meines Vaters. Dabei hatte ich Kontakt zur Drogen-Szene und zu Amphetaminen. Das war am Anfang schön, weil ich durch die Drogen sehr leistungsfähig war bis spät in die Nacht. Aber irgendwann brauchte ich sie jeden Tag und dann habe ich es nicht mehr geschafft, mich zur Arbeit aufzuraffen. 2006 und 2007 bekam ich vom Jobcenter noch eine Chance, meinen Hauptschulabschluss der Klasse zehn nachzuholen. Aber ich bin schon während der Maßnahme gleich wieder in die Drogenszene abgerutscht. Meine Freunde, die ich unter Borussia-Mönchengladbach-Fans hatte, haben gemerkt, dass ich abgesackt bin. Die wollten mir dann noch einmal einen Kellner-Job ver-

mitteln. Aber da war es schon zu spät und ich bin wieder zu meinen Suchtkreisen zurück. 2008 bin ich dann bei meinem Vater rausgeflogen, war drei Monate in einem Obdachlosenheim. Mein Fallmanager von der ARGE hat mir dann die Caritas in Wülfrath als Hilfe empfohlen. Im April fing ich an, meine Suchterkrankung anzuerkennen und ging in eine Entgiftung in die Evangelische Stiftung Tannenhof in Velbert-Langenberg.

War das dann der Anfang des richtigen Wegs?

Nein, das war der Anfang einer Berg- und Talfahrt. Insgesamt war ich über 30 Mal in einer Entgiftung, habe vier Langzeit-Therapien absolviert. Die erste in der MEDIAN Klinik Am Waldsee in Rieden habe ich 2010 abgebrochen. Die Therapeuten haben sich viel Mühe gegeben, aber ich konnte mich mit einer Reha noch nicht so richtig anfreunden. Für die zweite habe ich dann von der

Rentenversicherung nur drei Monate bewilligt bekommen. Kurz danach ging es mir wieder körperlich richtig schlecht mit Zittern. Da war ich 25 und bin 2011 in das sozialtherapeutische Wohnheim Wuppertal-Beyenburg gekommen. Das ist eine Einrichtung des Blauen Kreuzes, in der ich drei Jahre war. Da war ich der Jüngste und hatte ein Doppelzimmer mit einem 69-Jährigen. Ich fühlte mich eingeeignet, ohne Privatsphäre. Da bin ich dann zwischendurch abgehauen, hab meine alten Kontakte gesucht und konsumiert. Natürlich gab es deshalb Stress und ich bin disziplinarisch entlassen worden. Von da an ging es weiter bergab und ich hatte wieder Rückfälle. Das war im Nachhinein schade, denn ich hatte über meine gesetzliche Betreuung eigentlich vor Ort schon eine Wohnung in Wülfrath. Das hat aber nur vier Monate geklappt und es war wieder alles vorbei – wegen Ruhestörung und einem Rückfall.

Wie kamen Sie dann nach Bassenheim?

2014 bin ich zunächst wieder in ein Obdachlosenheim gekommen. Damals hab ich alles genommen: Alkohol, Speed, Ecstasy und Kokain. 2015 kam noch Heroin durch die Nase dazu. Ich habe mich dann an die Caritas in Wülfrath gewandt, um einen Platz in der heutigen MEDIAN Klinik am Waldsee in Rieden in der Eifel zu bekommen. Da habe ich im April 2016 nochmal einen Platz bekommen. Das war mein dritter Anlauf. Da habe ich sechs Monate in der Hauptklinik verbracht und gegenüber war eine Adaption, Haus Michael, wo ich auch noch einmal drei Monate war. Ich bin dann mit einer Therapeutin von da aus erstmals ins Therapiezentrum Bassenheim gefahren. Ich hab mir das angesehen und das Konzept angehört, aber es war eigentlich nichts für mich. Allerdings war die Außenwohngruppe in Koborn-Gondorf genau das Richtige, mit einem Einzelzimmer und mehr Selbstständigkeit. Anfang Januar 2017 bin ich zunächst für drei Wochen stationär in die MEDIAN Klinik Bassenheim gegangen und danach in die Außenwohngruppe. Da habe ich dann ein Jahr und fünf Monate gewohnt und sogar für drei Monate einen Ein-Euro-Job bei der Gebäudereinigung der CarMen GmbH bekommen, einer Tochtergesellschaft der Caritas in Koblenz.

Wie lief die Therapie aus Ihrer Sicht ab?

Wir hatten in Bassenheim ein großes Angebot an Therapie und Betreuung. Es gab Bewegungs- und Sporttherapie, Arbeitstherapie und Kreativtherapie. In den Gruppentherapiesitzungen konnte man Informationen zur Sucht bekommen, es gab eine eigene Frauengruppe und auch Entspannungstherapie. Bei der Einzeltherapie hat man etwas über sich selbst gelernt und die Therapeuten haben sich viel Zeit genommen. Es gab auch Freizeitangebote mit Sport, kreativem Gestalten oder eine Bibliothek. Montags, dienstags und donnerstags sind wir von Koborn-Gondorf aus nach Bassenheim in die Tagesstruktur gefahren. Ich war im Rahmen der Arbeitstherapie ein Jahr lang in der Küche tätig, was mir auch Spaß gemacht hat. Dienstags gab es dort eine Horizont-Gruppe für ambulante und stationäre Bewohner. Zum Teil habe ich mir danach noch Beschäftigung auf dem Holzplatz oder in der Reinigung gesucht. Auf dem Holzplatz habe ich Paletten kleingemacht, hab geholfen, Paletten zu liefern und zu holen. Andere haben im Garten gearbeitet, in der Hauswirtschaft oder in der Schreinerei. Nachmittags um halb fünf sind wir dann nach Koborn-Gondorf zurück.

Wie ist Ihre Situation heute?

Seit Juli 2018 wohne ich in Bassenheim in einer Dreier-WG mit zwei Mitbewohnern in einer eigenen Wohnung und es geht mir sehr gut. Ich habe immer noch die ambulante Anbindung an das Therapiezentrum Bassenheim, bin aber mehr auf mich gestellt. Das betrifft zum Beispiel den Einkauf und den Tagesablauf, aber auch die Planung der Ausgaben. Und man darf nach Hause kommen, wann man möchte. Ich habe die Arbeit bei der Gebäudereinigung der CarMen GmbH behalten. Wir reinigen Schulen und Kindertagesstätten, jede zweite Woche arbeite ich in der Spülküche, darf auch einen Firmenwagen fahren – sogar nach Hause. Die Firma hat mir zehn Auffrischungs-Fahrstunden bezahlt. Wenn alles ein Jahr lang gut klappt, kann ich einen unbefristeten Arbeitsvertrag bekommen. Und dann kommt der Umzug in eine eigene kleine Wohnung oder ein Appartement – da stehe ich schon auf einer Warteliste. Aber das Beste ist: Ich bin jetzt seit drei Jahren und vier Monaten abstinent von Alkohol und von Drogen. Ohne die Therapie würde ich heute garantiert hinter Gittern sitzen oder wäre gar nicht mehr da.

Behandlerstatement zum Fall



Dipl.-Psych. Anette Leiß

Bezugstherapeutin Außenwohngruppe/
ambulante Betreuung
MEDIAN Therapiezentrum Bassenheim

Herr Schulz wurde am 16.01.2017 in unsere soziotherapeutische Einrichtung aufgenommen. Die Aufnahmediagnosen lauteten: Polytoxikomanie (F19.2), Entwicklungsstörung im Sozialverhalten mit Beginn in der Pubertät (F91.8) und arterielle Hypertonie (I10.9). Mit seinen damals 30 Jahren gehörte er zu den jüngsten Bewohnern unserer Einrichtung. Herr Schulz äußerte vorab den Wunsch, in unsere Außenwohngruppe aufgenommen zu werden, um dort an die guten Erfolge in der zuvor durchgeführten Adaption anzuschließen. In der Außenwohngruppe werden höhere Anforderungen an Selbstverantwortung und Eigeninitiative gestellt. Der Klient nutzte die ihm angebotenen Trainingsangebote, um Defizite im alltagspraktischen Bereich zu verbessern und an vorhandene Ressourcen anzuknüpfen. Auch im arbeitstherapeutischen Bereich Küche zeigte er eine hohe Motivation, reduzierte dort durch den jahre-

langen Substanzmissbrauch bedingte Einbußen im Bereich Merkfähigkeit, Konzentration und Ausdauer. Gegen Ende der stationären Phase legten wir den Schwerpunkt auf die berufliche Wiedereingliederung und vermittelten ihm eine Arbeitsgelegenheit in einer Inklusionsfirma der Caritas in Koblenz. Als weiteren Schritt in Richtung Wiedereingliederung in die Gesellschaft konnten wir ihm einen Platz in einer Wohngemeinschaft vermitteln. Diese wird ambulant durch uns betreut mit dem Ziel der Aufrechterhaltung und Stabilisierung der abstinenten, selbstbestimmten Lebensweise im eigenen Haushalt. Wir unterstützen ihn in Form von Fachleistungsstunden, verbunden mit Hausbesuchen. Der Behandlungsverlauf von Herrn Schulz zeigt, wie wichtig und erfolgreich eine langfristige und nahtlose Behandlung von der Rehabilitation bis hin zur ambulanten Betreuung bei langjährigem chronischem Krankheitsverlauf sein kann.

Klientel und Indikationen der soziotherapeutischen Einrichtungen

4.10.1 Klientel und Indikationen

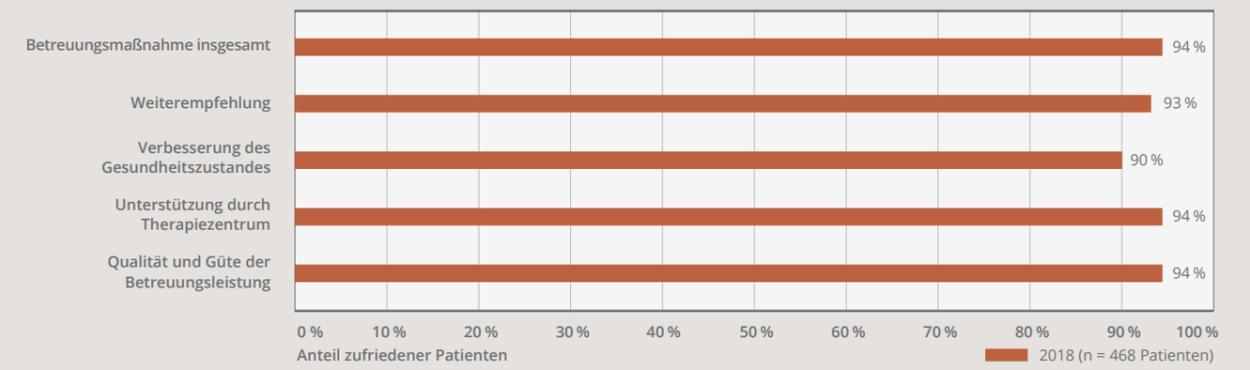
	TZ Germersheim	TZ Bassenheim	TZ Haus Dondert	TZ Haus Eller	TZ Köln	TZ Haus Grefrath	TZ Loherhof	TZ Ravensruh	TZ Haus Remscheid	TZ Haus Weichenberg	TZ Haus Werth	TZ Haus Willich	STZ Haus Seeblick Ortenberg	STZ Bad Dürkheim	Haus Talblick Bad Dürkheim	Albert-Schweitzer-Haus Bad Dürkheim	Pfalzstift Bad Dürkheim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

Ergebnisqualität in der Soziotherapie

4.10.2 Patientenzufriedenheit 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 2018 eine Zufriedenheitsbefragung durchgeführt. Das Ergebnis: **94 %** der stationären Klienten gaben an, dass sie mit der Betreu-

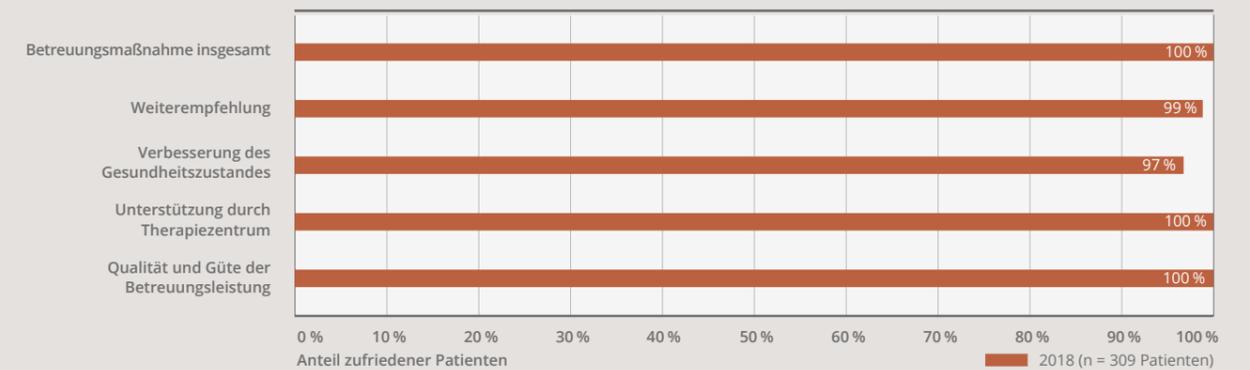
ungsmaßnahme insgesamt zufrieden gewesen sind und eine hilfreiche Unterstützung durch ihr Therapiezentrum erhalten haben. Der Anteil der Klienten, die aufgrund der Betreuungsmaßnahme eine positive Veränderung ihres Gesundheitszustandes erfuhren, lag bei **90 %**.



4.10.3 Patientenzufriedenheit in der ambulanten Soziotherapie

Die Patientenzufriedenheit in der ambulanten Soziotherapie liegt in allen Bereichen auf einem durchwegm sehr hohen Niveau. Sogar **100 %** der Patienten gaben an, mit

der Betreuungsmaßnahme insgesamt, mit der Unterstützung durch das Therapiezentrum und mit Qualität und Güte der Betreuungsleistung zufrieden gewesen zu sein.



5. DISKUSSION

Erkenntnisse und Ausblick

Das Jahr 2018 war, sowohl in der operativen Weiterentwicklung der Behandlungsqualität als auch in der strategischen Weiterentwicklung der Versorgungsansätze in unseren Kliniken, ein sehr erfolgreiches Jahr.



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 insgesamt bereits ein sehr gutes Qualitätsniveau erreicht haben. In Kliniken, in denen noch Handlungsbedarf bestand, wurden umfassende Maßnahmen getroffen. Die Weiterentwicklung der Qualitätspunkte im Bereich der therapeutischen Versorgung und der Reha-Therapiestandards stand in 2019 im Zentrum der Qualitätsarbeit. Hier zeichnet sich in der Berechnung der Qualitätspunkte für die in 2019 entlassenen Patienten eine signifikante Steigerung sowohl in der therapeutischen Versorgung als auch bei den Reha-Therapiestandards ab. Diese Steigerung findet sich bei nahezu allen Kliniken der Unternehmensgruppe.

Medizinische Ergebnisqualität

Der Behandlungserfolg aus Sicht unserer Patienten und die Patientenzufriedenheit sind für uns wichtige Parameter, anhand derer wir die Ergebnisqualität unserer Arbeit ableiten.

90 Prozent unserer Patienten gaben an, zufrieden mit der Rehabilitation gewesen zu sein. Besonders hohe Werte erreichen wir indikationsübergreifend mit 94 Prozent bzw. 97 Prozent Zufriedenheit in den Bereichen der pflegerischen und therapeutischen Versorgung. Dieser Erfolg ist der tagtäglichen Leistung unseres ärztlichen, therapeutischen und pflegerischen Personals zuzuschreiben und bestätigt dessen hohes Engagement und den Erfolg der Qualitätsphilosophie in den MEDIAN Kliniken. Anfang 2020 werden wir auf einen neuen Patientenzufriedenheitsfragebogen umstellen, welcher es uns erlauben wird, neben der Patientenzufriedenheit auch den Behandlungserfolg aus Sicht der Patienten noch besser abzuleiten.



Im Jahr 2018 haben wir im Bereich der medizinischen Ergebnisparameter die Aufbauarbeit der vergangenen Jahre fortgesetzt. Die meisten Medical Boards haben weitere medizinische Ergebnisparameter, die von nun an unternehmensweit erhoben werden, verabschiedet. Hier zeigt sich bereits für 2019 eine deutliche Steigerung der erfassten Ergebnisparameter, vor allem in den somatischen Fachbereichen. In Zukunft wird das Augenmerk auf der Erfassung soziodemografischer Daten der Patienten liegen, um die Veränderungen der Ergebnisqualität zwischen den Standorten vergleichbar zu machen.

Auf technischer Ebene haben wir durch das Entwickeln des Fragebogenportals den Grundstein für die digitale Erfassung sämtlicher Ergebnisparameter durch Patienten bei MEDIAN gelegt. Dies wird uns zukünftig helfen, die Wirksamkeit unserer Therapien noch genauer zu messen und, hierauf aufbauend, Therapien noch passgenauer auf unsere Patienten zuzuschneiden, um dadurch die medizinische Ergebnisqualität weiter zu steigern.

Zu diesem Zweck befindet sich seit 2018 eine Abteilung für Data Analytics im Aufbau. Ziel dieser Abteilung ist es, die Behandlungspfade für jeden Patienten individuell zu

optimieren, um den Rehabilitationserfolg zu steigern. Bereits jetzt können wir auf Basis der vorhandenen Daten in den Medical Boards an der Optimierung von Behandlungspfaden arbeiten. Erste Ergebnisse aus dem Bereich der Orthopädie in 2019 zeigen, dass bereits bei der Aufnahme weitgehend vorausgesagt werden kann, mit welcher Wahrscheinlichkeit die individuellen Ziele der Rehabilitation erreicht werden. Weiterhin sind in 2019 bereits verschiedene Therapiefade mit statistisch signifikant unterschiedlichen Erfolgswahrscheinlichkeiten in der Erreichung von Therapiezielen für unterschiedliche Patientengruppen nachweisbar. Es zeichnet sich bereits ab, dass in wenigen Jahren datengetrieben optimierte Therapiefade möglich sein werden.

Wissenschaftliche Studien

Wie in diesem Qualitätsbericht zu lesen ist, wurden gerade in den Jahren 2018/2019 viele neue Forschungsprojekte initiiert, die großes Potenzial für die Weiterentwicklung der Rehabilitationsmedizin mit sich bringen. Welche Vorteile die Auswertung von systematisch erfassten Daten mit sich bringt, wird sich zukünftig auch in den Veröffentlichungen von wissenschaftlichen Studien durch MEDIAN Mitarbeiter zeigen.



Fazit

MEDIAN hat im Berichtsjahr 2018 weiter am systematischen Aus- und Aufbau der klinischen Kapazitäten und der damit verbundenen Bündelung von Know-how in der Rehabilitationsmedizin gearbeitet. Darüber hinaus konnten die fach- und indikationsspezifischen Behandlungspfade in einem kontinuierlichen Prozess der Analyse medizinisch-therapeutischer Ergebnisparameter weiterentwickelt werden. Beides wird uns in den kommenden Jahren helfen, die Ergebnisqualität der Versorgung in unseren Kliniken zu verbessern.

Durch die digitale Unterstützung unserer Behandlungspfade in den Alltag hinein wollen wir langfristig auf Basis des Value-based Care-Ansatzes nicht nur bessere Ergebnisse für die Patienten erzielen, sondern auch die gesellschaftlichen Kosten von Erkrankungen senken. Ein für uns in diesem Kontext wichtiger Versorgungsbaustein ist die Nutzung digitaler Nachsorgeangebote für unsere Patienten mit dem Ziel, den Erfolg der Rehabilitation auch im Alltag nach dem Aufenthalt zu ver-

stetigen und zu verbessern. Hier konnten wir 2018 erste Erfahrungen mit dem Einsatz von App-basierten Nachsorgeangeboten sammeln, welche wir 2019 über weitere Kliniken ausgerollt haben und auch 2020 fortsetzen werden.

Die durchweg positiven Ergebnisse aus dem Jahr 2018 sind für uns jedoch kein Anlass, uns auf den Ergebnissen auszuruhen. Im Gegenteil werden wir in Zukunft auf Basis der sukzessiv zur Verfügung stehenden Daten unsere strategischen Qualitätsziele, die Optimierung der bestehenden Behandlungspfade sowie die Entwicklung innovativer Behandlungsmethoden, auf einem völlig neuen Niveau weiter vorantreiben.

Hiermit wollen wir unseren Beitrag daran leisten, die Qualität der Rehabilitation in Deutschland weiterzuentwickeln, um den uns anvertrauten Patienten die Möglichkeit zu bieten, länger am Berufsleben teilhaben zu können und ein erfüllteres und zufriedeneres Leben zu leben.

Literaturverzeichnis

- Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S., & Schweizer, S. (2010): Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 30(2), 217–237.
- Bernstein, D. P., Stein, J. A., Newcomb, M. D., Walker, E., Pogge, D., Ahluvalia, T., ... & Zule, W. (2003): Development and validation of a brief screening version of the childhood trauma questionnaire. *Child Abuse and Neglect*, 27(2), 169–190.
- Bowen, R., Baetz, M., Hawkes, J., & Bowen, A. (2006). Mood variability in anxiety disorders. *Journal of Affective Disorders*, 91(2), 165–170.
- 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.
- Caspar, F. (2014). Stichwort „follow-up Study“ / Nachuntersuchung. In M. Wirtz (Hrsg.), *Dorsch: Lexikon der Psychologie* (17. Auflage). Bern: Hans Huber.
- Centers for Disease Control and Prevention (2001). *Data Table of BMI-for-age Charts*. Verfügbar unter: https://www.cdc.gov/growthcharts/html_charts/bmiagerev.htm
- 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.
- Ebner-Priemer, U. W., Houben, M., wa, P., Kleindienst, N., Tuerlinckx, F., Oravec, Z., ... & Kuppens, P. (2015). Unraveling affective dysregulation in borderline personality disorder: A theoretical model and empirical evidence. *Journal of Abnormal Psychology*, 124(1), 186–198.
- Falkai, P., & Wittchen, H. (2014). *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-5*. Göttingen: Hogrefe.
- 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.
- Gemeinsamer Bundesausschuss (Hrsg.) (2018). *Änderung der Anlagen 2 und 5, Ergänzung der Anlage 13 (DMP Herzinsuffizienz) und Anlage 14 (Herzinsuffizienz Dokumentation)*. Verfügbar unter: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3299/2018-04-19_DMP-A-RL_Aenderung-Anlage-2-und-5_Ergaenzung-Herzinsuffizienz_BAnz.pdf
- Gesundheitsberichterstattung des Bundes (2019). *Diagnosedaten der Krankenhäuser ab 2000 (Eckdaten der vollstationären Patienten und Patientinnen). Gliederungsmerkmale: Jahre, Behandlungs-/Wohnort, ICD10*. Verfügbar unter: http://www.gbe-bund.de/oowa921-install/servlet/oowa/aw921/dboowasys921.xwdevkit/xwd_init?gbe.isgbetol/xs_start_neu/&p_aid=3&p_aid=71108105&nummer=550&p_sprache=D&p_indsp=99999999&p_aid=67179880
- Guy, W. (1976). *ECDEU Assessment manual für psychopharmacology*. Rockville, MD: National Institute of Mental Health.
- Hellmer, I. (2009). Trauma, Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) und Substanzabhängigkeit. *Wiener Zeitschrift für Suchtforschung*, 32, 5–12.
- Huybrechts K. F., & Caro, J. J. (2007). The barthel index and modified rankin 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.
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (2018). *Eigenes DMP für Patienten mit Herzinsuffizienz*. Verfügbar unter: https://www.kbv.de/html/1150_34834.php
- Kendall, P.C., Holmbeck, G., & T. Verduin (2004): Methodology, design, and evaluation in psychotherapy research. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (5th ed., pp. 16-43). New York: Wiley & Sons.
- Klinitzke, G., Romppel, M., Häuser, W., Brähler, E., & Glaesmer, H. (2012). The german version of the childhood trauma questionnaire (CTQ): *Psychometric characteristics in a representative sample of the general population. Psychotherapeutic & Psychosomatic Medical Psychology* 62(2), 47–51.
- Kröger K., Berg, C., Santosa, F., Malyar, N., & Reinecke, H. (2017). Amputationen der unteren Extremität in Deutschland. Eine Analyse auf der Grundlage von Daten des Statistischen Bundesamtes im Zeitraum 2005 bis 2014. *Deutsches Ärzteblatt*, 8, 130–136.
- Kuhn, S. (2004). Trauma, Posttraumatische Belastungsstörung und Substanzabhängigkeit: Eine Literaturübersicht. *Suchttherapie*, 5, 110–117.
- Larsen, R. (2009). *Anästhesie und Intensivmedizin in Herz-, Thorax- und Gefäßchirurgie*. Heidelberg: Springer.
- Lotzin, A., Lejeune, N., Chuy-Ferrer, L., & Schäfer, I. (2018). Schwierigkeiten der Emotionsregulation bei alkoholabhängigen Patienten mit komorbiden posttraumatischen Belastungsstörungen. *Suchttherapie*, 19, 76–87.
- Mahoney F.I., & Barthel, D. (1965). Functional evaluation: The barthel index. *Maryland State Medical Journal*, 14, 56–61.
- Maercker, A. (2013). *Posttraumatische Belastungsstörungen* (4. Aufl.). Berlin: Springer.
- Middeldorf, S., & Casser, H. R. (2000). Verlaufs- und Ergebnissevaluation stationärer Rehabilitationsmaßnahmen nach alloplastischem Hüft- und Kniegelenkersatz mit dem Staffelstein-Score. *Orthopädische Praxis*, 36, 230–238.
- Nolen-Hoeksema, S., & Watkins, E. R. (2011). A heuristic for developing transdiagnostic models of psychopathology explaining multifinality and divergent trajectories. *Perspectives on Psychological Science*, 6(6), 589–609.
- 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.
- Robert Koch-Institut (Hrsg.) (2004). Ungewollte Kinderlosigkeit. *Gesundheitsberichterstattung des Bundes*, 20.
- Rothenhäusler, H., & Täschner, K. (Hrsg.) (2007). *Kompendium Praktische Psychiatrie und Psychotherapie* (2. Aufl.). Wien: Springer.
- Rüger, U. & Senf, W. (1994). Evaluative Psychotherapieforschung: Klinische Bedeutung von Psychotherapie-Katamnesen. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychoanalyse*, 40, 103–116.
- Santangelo, P., Reinhard, I., Mussgay, L., Steil, R., Sawitzki, G., Klein, C., ... & Ebner-Priemer, U. W. (2014). Specificity of affective instability in patients with borderline personality disorder compared to posttraumatic stress disorder, bulimia nervosa, and healthy controls. *Journal of Abnormal Psychology*, 123(1), 258.
- Schäfer I. (2015). Traumatisierung und Sucht. In G. H. Seidler, H. J. Freyberger, & A. Maercker (Hrsg.), *Handbuch der Psychotraumatologie* (S. 245–254). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Schmädeke, S., Kockler, T., & Olbrich, D. (2019a). *DE-RE-NA - Rehabilitationsnachsorge mit einer Smartphone-App für depressive Patienten: Ergebnisse zur Akzeptanz und Wirksamkeit*. Vortrag präsentiert auf dem 28. Rehabilitationswissenschaftlichen Kolloquium vom 15. bis 17. April, Berlin, Deutschland. Abstract verfügbar unter https://www.rehadat-literatur.de/de/behinderung/behinderungsarten-chronische-erkrankungen/psychische-erkrankungen/depression/?infobox=/index.html&serviceCounter=1&wsdb=LIT&connectdb=veroeffentlichungen_detail&referenznr=R/NV129788&from=1&anzahl=103&detailCounter=2&maplength=50&suche=index.html?lithemen=%22Psychische+Erkrankungen%3A+Depression%22
- Schmädeke, S., Kockler, T., & Olbrich, D. (2019b). *Rehabilitationsnachsorge mit einer Smartphone-App für depressive Patienten: Ergebnisse zur Akzeptanz und Wirksamkeit*. Vortrag präsentiert auf dem 28. Rehabilitationswissenschaftlichen Kolloquium vom 15. bis 17. April, Berlin, Deutschland. Verfügbar unter http://forschung.deutsche-rentenversicherung.de/ForschPortalWeb/ressource?key=tagungsband_28_reha_kolloqu_15th_effr.pdf
- Schmitz N., Hartkamp, N., Kiuse, J., Franke, G.H., Reister, G., & Tress, W. (2000). The Symptom Check-List-90-R (SCL-90-R): A german validation study. *Quality of Life Research* 9(2), 185–193.
- Schönle, P.W. (1995). Der Frühreha-Barthelindex (FRB) - eine frührehabilitationsorientierte Erweiterung des Barthelindex. *Rehabilitation*, 34, 69–73.
- Sereda, Y., & Dembitsky, S. (2016). Validity assessment of the symptom checklist SCL-90-R and shortened versions for the general population in Ukraine. *BMC Psychiatry*, 16, 300.
- Sreekrishnan, A., Leasure, A., Zhou, S., Greer, D., & Sheth, K. (2017). Differences between the modified rankin scale and Barthel index in measuring intracerebral hemorrhage recovery at 12 months. *American Heart Association*, 48(1), 338.
- Torio, I., Bagny, A., Dompablo, M., Campillo, M. J., Garcia-Fernandez, L., Rodriguez-Torresano, J., ... & Rodriguez-Jimenez, R. (2014). Neurocognition, social cognition and functional outcome in schizophrenia. *European Journal of Psychiatry*, 28, 201–211.
- Walz, L. C., Nauta, M. H., & aan het Rot, M. (2014). Experience sampling and ecological momentary assessment for studying the daily lives of patients with anxiety disorders: A systematic review. *Journal of Anxiety Disorders*, 28(8), 925–937.

Glossar

Abduktion	Abspreizen eines Körperteils
Abusus	Abhängigkeit
amnestisches Syndrom	ausgeprägte Merkfähigkeitsstörung
atopisches Ekzem	Neurodermitis
Barthel-Index	Maß der Selbsthilfefähigkeit
Business Warehouse	technologiegetriebener Prozess zur Analyse von Daten und zur Präsentation verwertbarer Informationen
Disease Management Programm	strukturiertes Behandlungsprogramm
Dysarthrie	organisch bedingte Sprachstörung, Störung der Lautbildung
Endometriose	Gebärmutter Schleimhaut außerhalb der Gebärmutter (pathologisch)
Enuresis	Einnässen
Flexion	Beugung eines Gelenks
Gamification	Anwendung spieltypischer Elemente in einem spielfremden Kontext
Gonarthrose	Arthrose des Kniegelenks
Hemiparese	halbseitige, leichte Lähmung
Hyperakusis	als schmerzhaft empfundenenes Hören
Hyperkinetische Störung	Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung (ADHS)
Hyperlipoproteinämie	erhöhte und Blutfett- und Eiweißwerte
Hypertonus	Bluthochdruck
Katamnese	Bericht, den der Arzt ein Jahr nach der Rehabilitation erstellt
Koxarthrose	Arthrose des Hüftgelenks
Liner	Stumpfüberzug für Prothesen
Mediainfarkt	Schlaganfall infolge des Verschlusses einer Hirnhauptarterie
Myokardinfarkt	Herzinfarkt
Polyarthrit	Entzündungen mehrerer Gelenke
Polytoxikomanie	Konsum von verschiedenen psychotrop wirkenden Substanzen über mindestens sechs Monate
Propensity Score Matching	Methode, um bei nicht-randomisierten Studien die Wahrscheinlichkeit, dass ein Patient die Therapie erhält, zu ermitteln
Psoriasis	Schuppenflechte
Pyothorax	Eiteransammlung im Brustkorb
somatoform	körperliche Beschwerden, die sich nicht oder nicht hinreichend auf eine organische Erkrankung zurückführen lassen
Spondylitis	Infektion der Wirbelkörper
Stent	Gefäßstützen
Stroke Unit	Schlaganfall-Überwachungsstation
T-Werte	nach Geschlecht und Alter getrennte Normwerte für die SCL-K9 Auswertung für Jugendliche und Erwachsene
Typ-I-Trauma	Trauma durch plötzlich eintretendes, zeitlich begrenztes Ereignis (z. B. sexueller Übergriff, Unfall, Naturkatastrophe)
Typ-II-Trauma	Trauma durch eine Reihe von Einzelereignissen oder durch ein langanhaltendes traumatisches Geschehen (z. B. Kindesmisshandlung, Kriegserleben, Folter)
Value-based Care-Ansatz	Versorgung orientiert sich kontinuierlich an den medizinischen Ergebnisparametern
Vestibularfunktion	Funktion des Gleichgewichtsorgans

Abkürzungsverzeichnis

AHB	Anschlussheilbehandlung
BI	Business Intelligence
BMI	Body-Mass-Index
CDC	Centers for Disease Control and Prevention
CAT	CODP Assessment Test
CGI	Clinical Global Impression Scale
CGM	CompuGroup Medical (Softwareunternehmen)
COPD	chronisch obstruktive Lungenerkrankung
CTQ	Childhood Trauma Questionnaire
DGN	Deutsche Gesellschaft für Neurologie
DIMDI	Deutsches Institut für medizinische Dokumentation und Information
DMP	Disease Management Programm
DRV	Deutsche Rentenversicherung
ETM	evidenzbasierte Therapiemodule
FEV1	Forced Expiratory Pressure in 1 Second (dt.: Einsekundenkapazität der Lunge)
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	Hörsturz, 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
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
KIS	Krankenhaus- oder Klinikinformationssystem
KIT	Karlsruher Institut für Technologie
KTL	Klassifikation therapeutischer Leistungen in der medizinischen Rehabilitation
mbR	medizinisch-berufliche Rehabilitation
MBOR	medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation
MHH	Medizinische Hochschule Hannover
MTT	medizinische Trainingstherapie
NAS	Numerische Analogskala Schmerz
PHQ	Patient Health Questionnaire (Fragebogen zur Patientengesundheit)
PKV	private Krankenversicherung
PROM	Patient Reported Outcome Measure
PTBS	Posttraumatische 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
WHO	World Health Organization (Weltgesundheitsorganisation)

Notizen

Impressum

MEDIAN Unternehmensgruppe B.V. & Co. KG
Franklinstraße 28-29
10587 Berlin
www.median-kliniken.de

Redaktion

Dr. Benedikt Simon, Geschäftsführer (CDO)
Ulrich Krätter, Medizin- und Qualitätsmanagement
Dr. Laura Golenia, Medizin- und Qualitätsmanagement
Thomas Preuß, Data Analyses & Scientific Communication
Greta Wessing, Lisa Frenzel, Mara Maenner
(Werkstudentinnen Medizin- und Qualitätsmanagement)

Grafik & Design

Raketik Content GmbH

Fotos

Peter Hamel, www.peterhamel.de
Michael Kuhlmann, www.michaelkuhlmann.net
Christian Nielinger, www.nielinger.de

Die Redaktion bedankt sich für die außergewöhnliche Unterstützung des Berichtes bei

den Patientinnen und Patienten, die sich bereit erklärt haben, Interviews für diesen Qualitätsbericht zu geben,
den Kolleginnen und Kollegen aus den MEDIAN Kliniken, die an der Erstellung der Inhalte (Interviews, Daten, Texte) beteiligt waren,
den Sprecherinnen und Sprechern der Medical Boards und den Kolleginnen und Kollegen aus den zentralen Teams
- Marketing, Kommunikation & CRM
- Business Development
- Controlling.

Wir danken allen abgebildeten Personen, die sich mit der Veröffentlichung ihrer Fotos einverstanden erklärt haben.

Redaktionsschluss war der 31. Oktober 2019.

