

Qualitätsbericht  
2010

**salus klinik**  
Friedrichsdorf



---

**Anschrift**

salus klinik

Landgrafenplatz 1

61381 Friedrichsdorf

[mail@salus-friedrichsdorf.de](mailto:mail@salus-friedrichsdorf.de)

<http://www.salus-kliniken.de/kliniken/friedrichsdorf>

Träger/Inhaber salus klinik GmbH & Co. Friedrichsdorf KG

Institutskennzeichen 510647819 (Sucht, Psychosomatik und Adaption)

Institutskennzeichen 510646567 (Fachambulanz)

**Ansprechpartner**

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

**Verwaltungsleitung**

Gertrud Hogl

Telefon 06172/950101

Fax 06172/950133

E-Mail: [g.hogl@salus-friedrichsdorf.de](mailto:g.hogl@salus-friedrichsdorf.de)

**Patientenanmeldung**

Melanie Langner

Telefon 06172/950262

Fax 06172/950271

E-Mail: [m.langner@salus-friedrichsdorf.de](mailto:m.langner@salus-friedrichsdorf.de)

**Assistenz der Geschäftsleitung**

Jessica Farnung

Telefon 06172/950103

Fax 06172/950133

E-Mail: [j.farnung@salus-friedrichsdorf.de](mailto:j.farnung@salus-friedrichsdorf.de)

**Leitender Arzt Entwöhnungsbehandlung**

Dr. med. Dietmar Kramer

Telefon 06172/950190

Fax 06172/950167

E-Mail: [d.kramer@salus-friedrichsdorf.de](mailto:d.kramer@salus-friedrichsdorf.de)

**Leitender Arzt Psychosomatik**

Dr. med. Tobias Wiehn

Telefon 06172/950405

Fax 06172/950167

E-Mail: [t.wiehn@salus-friedrichsdorf.de](mailto:t.wiehn@salus-friedrichsdorf.de)

**Sekretariat**

Bianca Kutsche

Telefon 06172/950198

Fax 06172/950167

E-Mail: [b.kutsche@salus-friedrichsdorf.de](mailto:b.kutsche@salus-friedrichsdorf.de)

**Leitender Psychologe**

Dr. Ahmed Khatib

Telefon 06172/950212

Fax 06172/950102

E-Mail: [a.khatib@salus-friedrichsdorf.de](mailto:a.khatib@salus-friedrichsdorf.de)

**Leitende Sozialtherapeutin**

Corinna Nels

Telefon 06172/950224

Fax 06172/950102

E-Mail: [c.nels@salus-friedrichsdorf.de](mailto:c.nels@salus-friedrichsdorf.de)

---

## Geleitwort

Liebe Leserinnen und Leser,

die salus klinik legt in ihrer Arbeit größten Wert darauf, die Prinzipien Wirksamkeit, Wissenschaftlichkeit, Wirtschaftlichkeit, Humanität und Rechtskonformität zu vereinen und ihre Therapien für ihre Patienten wie für die Öffentlichkeit gleichermaßen transparent zu gestalten.

Ein Element der Transparenz ist die regelmäßige Vorlage von Jahresberichten. Für diese Berichte gibt es allgemein gültige Anforderungen an Gliederung und Inhalt, die eine Vergleichbarkeit erleichtern sollen. Diese Standards bringen es mit sich, dass die Darstellung sehr sachlich und von Daten geprägt und damit wenig unterhaltsam ist.

Ein Qualitätsbericht wie dieser soll den Bedürfnissen verschiedener Zielgruppen gerecht werden. Sowohl Personen, die sich als Angehörige oder Patienten für die Klinik interessieren, als auch öffentliche Institutionen und Fachleute sollen etwas für sie Relevantes in den berichteten Fakten finden. Da aber wohl nur in Ausnahmefällen alle Informationen für jede Leserin und jeden Leser bedeutsam sein dürften, soll Ihnen die ausführliche Inhaltsangabe auf Seite 5 einen raschen Überblick verschaffen und die Suche nach dem, was für Sie von Interesse ist, erleichtern.

Mit der Einführung von Qualitätsberichten war unter anderem die Absicht und Hoffnung verknüpft, sie könnten Patienten eine fundierte Entscheidung für oder gegen eine Behandlung in einer Klinik ermöglichen. Nach unserer Erfahrung dürften für eine solche Entscheidung aber andere Informationsquellen ausschlaggebender sein. Ein persönlicher Kontakt, ein Austausch mit ehemaligen Patienten oder ein Besuch der Klinik – auch im Internet-Forum der salus klinik ([www.salus-forum.de](http://www.salus-forum.de)) – dürfte sehr viel aufschlussreicher sein. Seien Sie herzlich willkommen in unserem offenen Haus!

Der vorliegende Qualitätsbericht ist in zwei große Abschnitte unterteilt. Im ersten findet sich eine allgemeine Beschreibung der Klinik, ihrer Lage, Ausstattung, und der Konzepte ihrer beiden Abteilungen Sucht und Psychosomatik. Der zweite Abschnitt dominiert vom Umfang her, denn dies ist der eigentliche Jahresbericht. Hier finden sich die Zahlen, Daten und Fakten zum vorausgegangenen Jahr.

Am Ende gibt es dann noch ein Kapitel mit den Veranstaltungen und den nach innen und außen gerichteten Aktivitäten der Klinik aus dem Berichtsjahr sowie ein Glossar mit der Erläuterung der verwendeten Abkürzungen und Fachbegriffe.

Falls Sie Fragen zu unserem Bericht haben, freuen wir uns über Ihr Interesse und stehen Ihnen gerne für weitere Auskünfte zur Verfügung.

Ralf Schneider  
Direktor

---

## Kontaktadressen der Verbände

### Fachverband Sucht e.V.

Fachverband Sucht e.V.  
Geschäftsführer Dr. Volker Weissinger  
Walramstraße 3  
53175 Bonn  
Tel.: 02 28/26 15 55  
Fax: 02 8/21 58 85  
[www.sucht.de](http://www.sucht.de)  
E-Mail: [sucht@sucht.de](mailto:sucht@sucht.de)

### **DEGEMED** *Deutsche Gesellschaft für Medizinische Rehabilitation*

DEGEMED  
Deutsche Gesellschaft für Medizinische Rehabilitation e.V.  
Geschäftsführer Dr. Wolfgang Heine  
Fasanenstr. 5  
10623 Berlin  
Tel: 030 / 28 44 96 -6  
Fax: 030 / 28 44 96 70  
[www.degemed.de](http://www.degemed.de)  
E-Mail: [degemed@degemed.de](mailto:degemed@degemed.de)

---

## Inhalt

<b>GELEITWORT</b>	<b>3</b>
<b>KONTAKTADRESSEN DER VERBÄNDE</b>	<b>4</b>
<b>1 REHABILITATION – KONZEPTE, ERGEBNISSE, ENTWICKLUNG</b>	<b>6</b>
<b>1.1 Die Klinik</b>	<b>6</b>
1.1.1 Lage der Klinik und Ausstattung	6
1.1.2 Träger der Einrichtung und Hauptbeleger	7
1.1.3 Beleger, Zulassungen und Verträge	7
<b>1.2 Das Behandlungs- und Rehabilitationskonzept</b>	<b>8</b>
1.2.1 Qualitätsverständnis	8
1.2.2 Leistungsspektrum / Therapie- und Rehabilitationsangebote	9
1.2.3 Rehabilitationskonzepte	9
1.2.4 Besondere Betreuungsstrukturen	10
1.2.5 Ergebnisqualität	11
1.2.6 Fallzahl behandelter Patientinnen und Patienten	12
1.2.7 Weiterentwicklung der Rehabilitationskonzepte	12
1.2.8 Zertifizierung	13
<b>2 DOKUMENTATION – ZAHLEN, DATEN, FAKTEN</b>	<b>14</b>
<b>2.1 Mitarbeiter und medizinisch-technische Leistungen</b>	<b>14</b>
2.1.1 Mitarbeiter	14
2.1.2 Medizinisch-technische Leistungen und apparative Versorgung	15
2.1.3 Medizinische Notfallversorgung	16
<b>2.2 In der Klinik behandelte Krankheitsbilder</b>	<b>16</b>
2.2.1 Indikation Sucht: Entwöhnungsbehandlung (stationär)	16
2.2.2 Psychosomatik	23
2.2.3 Adaption	28
2.2.4 salus Fachambulanz	33
<b>3 QUALITÄTSPOLITIK UND QUALITÄTSSICHERUNG</b>	<b>38</b>
<b>3.1 Qualitätspolitik der Einrichtung</b>	<b>38</b>
3.1.1 Strategische und operative Ziele	38
3.1.2 Umsetzung von Leitlinien und Therapiestandards	40
3.1.3 Umsetzung spezifischer rechtlicher Anforderungen	41
<b>3.2. Qualitätssicherung für die Einrichtung</b>	<b>41</b>
3.2.1 Internes Qualitätsmanagement	41
3.2.2 Qualifizierung der Mitarbeiter	41
3.2.3 Externe und Interne Qualitätssicherung	42
<b>4 AKTIVITÄTEN UND VERANSTALTUNGEN</b>	<b>52</b>
<b>4.1 Vermittlung von Konzepten und Erfahrungen</b>	<b>54</b>
<b>4.2 Sonstige Aktivitäten der Einrichtung</b>	<b>55</b>
<b>5 AUSBLICK UND AKTUELLES</b>	<b>55</b>
<b>6 GLOSSAR</b>	<b>56</b>
<b>7 IMPRESSUM</b>	<b>U4</b>

---

## **1 Rehabilitation – Konzepte, Ergebnisse, Entwicklung**

### **1.1 Die Klinik**

Im Jahre 1975 wurde in Friedrichsdorf eine Spezialeinrichtung zur Behandlung Suchtkrankter eröffnet, die den Namen „Fachklinik Landgraf Friedrich“ trug. Nach der Übernahme durch den gegenwärtigen Träger im Jahre 1992 und nach einer grundlegenden Veränderung der baulichen und konzeptionellen Gegebenheiten entstand daraus 1993 die salus klinik für Psychosomatik und Sucht.

Der aus dem Lateinischen stammende Name „salus“ kann als Programm und Ziel der Klinik verstanden werden: „umfassendes leiblich-seelisches Wohlergehen“. Das Ziel der Behandlung geht also weit über die Beseitigung einer Krankheit oder Behinderung hinaus. Das therapeutische Programm fasst die Patienten als aktive Partner auf und bezieht möglichst viele relevante Personen und Faktoren aus ihrer realen Umgebung ein. Die Therapie orientiert sich an den Bedürfnissen und Ressourcen der einzelnen Person und reduziert Inkonsistenzen in der Befriedigung der persönlichen Bedürfnisse, die mit der jeweiligen Störung zusammenhängen. Primär geschieht dies durch eine Stärkung der Selbstregulationsfähigkeiten.

Eine vergleichbare Auffassung findet sich im §4 des Sozialgesetzbuches IX für den Begriff der Rehabilitation: Rehabilitation soll nicht nur einer Behinderung vorbeugen, Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit überwinden oder mindern und die Teilhabe am Arbeitsleben entsprechend den Neigungen und Fähigkeiten der Person dauerhaft sichern, sondern die persönliche Entwicklung ganzheitlich fördern und die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft sowie eine selbständige und selbst bestimmte Lebensführung ermöglichen und erleichtern. Diese Zielorientierung des Sozialgesetzbuches stimmt mit dem Bedeutungsgehalt des lateinischen Begriffes „salus“ überein.

#### **1.1.1 Lage der Klinik und Ausstattung**

Die salus klinik liegt in unmittelbarer Nachbarschaft von Bad Homburg im Zentrum von Friedrichsdorf, einer Stadt mit 25.000 Einwohnern. Die A5 verläuft nahe an Friedrichsdorf vorbei und man erreicht Friedrichsdorf in wenigen Minuten über eine entsprechend beschilderte Abfahrt. Ein weiterer Autobahnzugang von Süden führt über das Bad Homburger Kreuz und die A 661, Abfahrt Bad Homburg.

Der S-Bahnhof Friedrichsdorf ist die Endstation der S 5 des RMV (Rhein-Main-Verkehrsverbund). Der Bahnhof ist nur 5 Gehminuten von der Klinik entfernt, die Fahrt bis ins Zentrum von Frankfurt dauert weniger als eine halbe Stunde. Dort gelangt man über zwei Rolltreppen in den Fernbahnhof und hat Anschluss in alle Richtungen. Der Flughafen ist so ebenfalls rasch zu erreichen. Weitere Bahnverbindungen gibt es zwischen Friedrichsdorf und Friedberg – Bad Nauheim sowie zwischen Friedrichsdorf und Grävenwiesbach im Hintertaunus.

Auf dem Landgrafenplatz vor der Klinik findet mittwochs und samstags der Wochenmarkt statt. Cafés, Einkaufsmöglichkeiten und Speiselokale liegen in unmittelbarer Nachbarschaft, ebenso das große öffentliche Freibad, die Kirchen und städtischen Bildungseinrichtungen.

---

Die Einbindung der Klinik in den städtischen Lebensbereich und der Anschluss an das S-Bahn-Netz von Frankfurt am Main bieten günstige Möglichkeiten für eine Rehabilitation, die weniger auf Abstand und Schonung als auf Reintegration und Bewältigung ausgerichtet ist. Viele der notwendigen Änderungs-, Adaptions- und Reintegrationsprozesse können unter realitätsnahen Bedingungen stattfinden. Zugleich sind aber auch Ruhe und Entspannung zur Genüge zu finden, da die Taunuswälder bis an die Stadtgrenze reichen. Bekannte Ausflugsstätten, wie die Saalburg, der Limes oder der Hessenpark, sind beliebte Wanderziele von Friedrichsdorf. Die Bäderstadt Bad Homburg mit ihren zahlreichen Kureinrichtungen, Erlebnisbädern und dem Kurpark ist mit dem Bus oder der S-Bahn in wenigen Minuten, aber auch zu Fuß leicht zu erreichen.

Die salus klinik hat in allen ihren Abteilungen insgesamt 264 stationäre Behandlungsplätze. Die Psychosomatische Abteilung verfügt über 36 stationäre Plätze in einem gesonderten Gebäude. Die Unterbringung erfolgt hier ausschließlich in Einzelzimmern. Die Suchtabteilung bietet in zwei Häusern 220 Behandlungsplätze sowohl in Zweibett- als auch in Einzelzimmern für die Entwöhnung und weitere 8 Plätze für die Adaption. Alle Zimmer sind mit eigenem Bad, Telefon, Kühlschrank und Minisafe ausgestattet. Sie sind wohnlich mit dem Charakter von Hotelzimmern eingerichtet. Die Appartements der Adaption verfügen über eine komplette Küchenzeile.

Die beiden Abteilungen Sucht und Psychosomatik werden räumlich und personell getrennt geführt. Die Suchtabteilung ist in 6 Teams mit minimal 26 und maximal 44 Patienten untergliedert. Alle Teams der Sucht- wie der Psychosomatischen Abteilung arbeiten weitgehend autonom, jedoch stellen alle Psychologischen Psychotherapeuten, Ärzte und sonstigen Beteiligten ihre Spezialangebote auch den Patienten der anderen Teams zur Verfügung.

Die Klinik ist rund um die Uhr ärztlich und pflegerisch besetzt und verfügt über alle diagnostischen und therapeutischen Einrichtungen, die für die Untersuchungen im Rahmen der medizinischen Rehabilitation erforderlich sind. Dazu gehören Elektrokardiografie (EKG), Sonografie (inkl. Doppler- und farbkodierte Duplex-Sonografie der Gefäße), Lungenfunktionsprüfung, Schlaf-EEG (Quisi) und eine psychodiagnostische Abteilung. Darüber hinaus im Einzelfall notwendig werdende Untersuchungen können von Facharztpraxen in unmittelbarer Nähe der Klinik erbracht werden.

Für Rollstuhlfahrer, Blinde und in ihrer Gehfähigkeit schwerstbeeinträchtigte Personen ist die salus klinik nicht geeignet.

### **1.1.2 Träger der Einrichtung und Hauptbeleger**

Die salus klinik ist in privater Trägerschaft der salus klinik GmbH & Co. Friedrichsdorf KG und verfügt über eine Konzession nach § 30 der Gewerbeordnung.

Der federführende Leistungsträger und Hauptbeleger ist die Deutsche Rentenversicherung Bund.

### **1.1.3 Beleger, Zulassungen und Verträge**

Die Belegung der Klinik erfolgt durch Rentenversicherungsträger gemäß SGB VI (§ 13, Absatz 1, in Verbindung mit § 15, Absatz 2). Für beide Indikationen (Sucht und Psychosomatik) besteht ein Versorgungsvertrag mit den Krankenkassen nach § 111 SGB V. Für

---

Beamte ist die Behandlung beihilfefähig nach den Vorschriften der §§ 6 und 7 der Beihilfeverordnung des Bundes und der Länder. Auch Selbstzahler werden aufgenommen. Die ambulante Nachsorge wird für den Bereich der Abhängigkeit über unsere Fachambulanz sichergestellt. In der Psychosomatik bieten wir im Rahmen der intensivierten Rehanachsorge (IRENA) Gruppen nach dem Modell Curriculum Hannover an.

## **1.2 Das Behandlungs- und Rehabilitationskonzept**

Der Patient mit seinem spezifischen Leiden und seinen persönlichen Interessen steht für uns im Mittelpunkt der Behandlung. Unsere Verantwortung für den Erfolg der Behandlung basiert auf einem Verständnis von Qualität, in dem Wirksamkeit nicht ohne Wissenschaftlichkeit auskommt.

Eine ausführliche Darstellung der Klinikphilosophie, des Krankheits- und Therapieverständnisses sowie der störungsspezifischen Behandlungskonzepte findet sich unter anderem auf den Internetseiten der Psychosomatischen Abteilung der salus klinik und im Gesamtkonzept der Suchtbehandlung.

### **1.2.1 Qualitätsverständnis**

Unser Qualitätsverständnis lässt sich knapp in 10 Thesen zusammenfassen. Die Qualität jeder Rehabilitationsklinik und insbesondere **die Behandlungsqualität der salus klinik bemisst sich daran, inwieweit sie**

- (1)** die Basisqualitäten für eine gute Behandlung - Wirksamkeit, Wissenschaftlichkeit, Wirtschaftlichkeit, Humanität und Rechtskonformität – klar definiert und in Übereinstimmung mit Evidenz basierten Leitlinien umsetzt;
- (2)** die Zielkriterien für diese Basisqualitäten operationalisiert und das Ausmaß ihrer Erreichung prüft;
- (3)** sich als biopsychosoziale Komplexbehandlung im Interesse der Patienten mit dem gesamten Hilfesystem umfassend vernetzt;
- (4)** die Patienten zu aktiven Partnern im Änderungsprozess macht und sie befähigt, die Verantwortung für sich und ihre Gesundheit so bald und umfassend wie möglich selbst zu tragen;
- (5)** sich den individuellen Möglichkeiten der erkrankten Person anpasst - ohne die Interessen und Anforderungen ihres realen sozialen Umfelds (v.a. Familie, Arbeit) außer Acht zu lassen;
- (6)** mit ihren Strukturen und Prozessen Betroffene motiviert, sich frühzeitig in eine Behandlung zu begeben und darin zu bleiben, bis das Therapieziel erreicht ist;
- (7)** alle notwendigen bio-psycho-sozialen Behandlungselemente so zu einem individuell abgestimmten Konzept verbindet, dass dadurch eine weitest gehende Teilhabe am Leben in der Gesellschaft ermöglicht wird;
- (8)** die Interessen und Rückmeldungen der Patienten erkundet, erfasst, prüft und berücksichtigt;
- (9)** auch die Leistungserbringer an der Behandlungsbasis, die Mitarbeiter, als „Kunden“ versteht und pflegt;
- (10)** bei Abweichungen von anerkannten Standards und von selbst gesetzten Zielen Änderungen an ihrer Ergebnis-, Struktur- und Prozessqualität offen diskutiert, einleitet und sie auf ihre Wirksamkeit prüft.



---

Das gesamte Management – vom äußeren Erscheinungsbild der Gebäude und des Informationsmaterials bis hin zum Aufnahme- und Entlassverfahren der Patienten und zur Kooperation mit allen unseren Partnern im Versorgungssystem – ist darauf gerichtet, diese zehn Qualitäten umzusetzen.

### **1.2.2 Leistungsspektrum / Therapie- und Rehabilitationsangebote**

Die salus klinik gewährleistet ein breites Spektrum an spezialisierten Therapieangeboten, das individuell auf die Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten abgestimmt wird. Die stationäre Behandlung der Suchtabteilung beinhaltet alle 14 Therapiemodule, die Bestandteil der DRV-Leitlinie für die Rehabilitation der Alkoholabhängigkeit sind: Allgemeine Psychotherapie in Einzel- und Gruppentherapie bei einem Bezugstherapeuten; indikative Therapien bei komorbiden Störungen und zum Aufbau von Ressourcen, insbesondere von sozialer Kompetenz; angehörigorientierte Interventionen, z.B. in Form des Angehörigenseminars; arbeitsbezogene Leistungen sowohl für Arbeitslose als auch für Rehabilitanden mit Arbeit (z.B. Betriebsseminar) und Nicht-Erwerbstätige; klinische Sozialarbeit, insbesondere für Risikogruppen (u.a. Haushaltsführung); Ergotherapie; einerseits mit dem Ziel der Förderung sozialer Reintegration, andererseits zur Entfaltung persönlicher Ressourcen und Entwicklung positiven Freizeitverhaltens; Tabakentwöhnung; Entspannungstraining; Ernährungsschulung und –beratung; darüber hinaus allgemeine Gesundheitsinformation und –schulung; Sport- und Bewegungstherapie mit den beiden Zielrichtungen des körperlichen Aufbautrainings und einer pädagogisch-psychotherapeutischen Änderung sowie physikalische Therapien.

Diese Module sind in allen Behandlungskonzepten der salus klinik in unterschiedlicher Gewichtung und individueller Anpassung zu finden. Wie aus der Aufzählung der Module hervorgeht, sind in beiden Indikationsbereichen der salus klinik – Psychosomatik wie Sucht – die Aspekte der körperlichen und psychischen Gesundheit eng verknüpft mit sozialer Integration und „Wellness“ (ein Kunstwort aus dem hedonistischen „well-being“ und „fitness“) und diese wiederum mit der Befriedigung der psychischen Grundbedürfnisse. Einzelne Evidenzbasierte Therapiemodule genügen in diesem Verständnis von Behandlung nicht, um den Rehabilitanden einen ausgewogenen, gesundheitsorientierten Lebensstil erstrebenswert erscheinen zu lassen, und es ihnen zu ermöglichen, ihn nachhaltig zu realisieren. Das Klinikmilieu und die Art der Begegnung zwischen Mitarbeitern und Patienten müssen dieses Konzept in einem ganzheitlichen Sinne erlebbar machen.

Im ambulanten Bereich bietet die Fachambulanz Suchtpatienten die Möglichkeit der ausschließlich ambulanten Rehabilitation und der kombinierten ambulanten Behandlung im Anschluss an eine stationäre Maßnahme.

Von der psychosomatischen Abteilung wird den Patienten der salus klinik und anderer Kliniken eine integrierte Rehabilitationsnachsorge angeboten.

### **1.2.3 Rehabilitationskonzepte**

Die salus klinik verfügt über speziell abgestimmte Rehabilitationskonzepte für die am häufigsten vorkommenden Erkrankungen aus dem psychosomatischen Formenkreis. Diese Konzepte stimmen mit den hohen Anforderungen der Deutschen Gesellschaft für

---

Medizinische Rehabilitation e.V. (DEGEMED) überein. Sie dienen als Grundlage für einen Therapieplan, der individuell auf die Bedürfnisse der einzelnen Patienten zugeschnitten wird. Das allgemeine Psychosomatik Konzept sowie die störungsspezifischen Konzepte für Patientinnen und Patienten mit Angst-, Depressiven, Ess-, Posttraumatischen Belastungs-, Schmerz-, somatoformen Störungen und Störungen der Impulskontrolle wie pathologisches Kaufen und pathologisches Spielen Kaufsucht werden auf Anfrage Interessierten zugeschickt.

Die **Suchtabteilung** stellt ein umfassendes und qualifiziertes Rehabilitationsangebot in ambulanter, stationärer und kombinierter Form für Suchtkranke bereit. Die kürzeste stationäre Verweildauer beträgt 6 Wochen, die längste inklusive Adaption 28 Wochen. Die tatsächliche mittlere Verweildauer liegt für regulär entlassene Patienten bei etwa 12 Wochen.

Es gibt etliche spezifische Behandlungsformen, unter anderem für Senioren, für Patienten mit einer Abhängigkeit von mehreren Substanzen und für Patienten mit gravierenden psychischen Grund- oder Nebenerkrankungen sowie die Adaption für Arbeits- und Wohnungslose. Die konzeptionelle Variante der integrierten stationär-ambulanten Rehabilitation (ISAR), in der ein stationärer Aufenthalt von 6-8 Wochen mit einer mindestens halbjährigen ambulanten Fortsetzung der Therapie verknüpft ist, und die ganztägig ambulante Rehabilitation in der Endphase einer stationären Rehabilitation kompletieren das regionale Versorgungsangebot.

Die **Psychosomatische Abteilung** bietet ebenfalls ein weites Spektrum von Rehabilitationsformen: stationär, ganztägig ambulant (teilstationär) und die Intensivierte **Rehabilitationsnachsorge** (IRENA) nach dem Modell Curriculum Hannover. Die Dauer der stationären Behandlung liegt für den größten Teil aller Patienten zwischen 4 und 7 Wochen.

#### **1.2.4 Besondere Betreuungsstrukturen**

Alle an einer Behandlung interessierten Personen, nicht nur prospektive Patientinnen und Patienten, können an jedem Mittwoch werktags um 18:30 Uhr in die salus klinik kommen, um sich informieren zu lassen, Fragen zu stellen und einen persönlichen Eindruck vom Behandlungsangebot und den Rahmenbedingungen zu erhalten.

Sollten im Vorfeld der Behandlung die Eignung oder Indikation eines Patienten für eine unserer spezialisierten Gruppen („Senioren“, polyvalente Abhängigkeit, sprachliche Kompetenz usw.) nicht hinreichend sicher abgeklärt werden können, helfen wir dabei durch Vorgespräche in der Klinik, in Ausnahmefällen auch vor Ort.

Konzepte für die integrierte stationär-ambulante Rehabilitation (ISAR) wurden nicht nur intern mit der salus Fachambulanz, sondern auch in Kooperation mit Suchtfachambulanzen in Frankfurt und München gemeinsam entwickelt. Sowohl die stationäre als auch die ambulante Phase werden mit einem Bewilligungsbescheid durch die Rentenversicherungsträger gemeinsam genehmigt.

In Kooperation mit dem *Berufsförderungswerk Frankfurt* in Bad Vilbel werden in indizierten Einzelfällen bereits während der medizinischen Rehabilitation diagnostische Maß-

---

nahmen zur Abklärung einer beruflichen Rehabilitation in die Wege geleitet, um die Schnittstelle im Anschluss an den Klinikaufenthalt zu optimieren.

Das betriebliche Integrationsmanagement wird von der salus klinik durch unsere bewährten, in monatlichem Abstand stattfindenden Betriebsseminare und die damit verknüpften Arbeitgebergespräche vorbereitet und gefördert. Jedem Patienten mit erhaltenem Arbeitsplatz wird dieses Angebot von uns unterbreitet und die Teilnahme nahe gelegt. Bei entsprechender Bereitschaft werden die gewünschten Gesprächspartner aus dem Betrieb von uns eingeladen.

Die salus klinik betrachtet die stationäre Rehabilitation als ein Element eines länger dauernden Veränderungs- und Stabilisierungsprozesses. Die Stabilisierung im heimischen Umfeld spielt eine dementsprechend große Rolle bereits während der stationären Behandlung. Selbsthilfegruppen der verschiedensten Art informieren jede Woche – oft mehrmals wöchentlich – die stationären Patienten über ihr Wirken und motivieren sie zur Teilnahme.

Aber auch die modernen Medien werden von uns genutzt: nicht als Ersatz, sondern als Ergänzung zur Selbsthilfe in Gruppen haben wir einen Chat-Room und ein Forum im Internet platziert ( [www.salus-chat.de](http://www.salus-chat.de) und [www.salus-forum.de](http://www.salus-forum.de) ). Es hat den Vorteil, dass man hier von jedem Ort (z.B. bei Auslandsaufenthalten oder auf Montage) aus in deutscher Sprache in Kontakt mit anderen Betroffenen treten kann.

### **1.2.5 Ergebnisqualität**

Woran bemisst sich der Erfolg einer Rehabilitationsbehandlung?

Bei den meisten stationären Heilverfahren ist es üblich, von einem Erfolg zu sprechen, wenn die Patienten die Behandlung regulär abschließen und an deren Ende körperlich und psychisch wieder soweit gesund sind, dass sie die Klinik arbeitsfähig verlassen und am gesellschaftlichen Leben teilnehmen. Wenn wir uns nach dieser Erfolgsdefinition richten würden, dann dürften wir über 80 Prozent unserer Suchtbehandlungen als Erfolg verbuchen.

In der medizinischen Rehabilitation zählt jedoch das unmittelbare Behandlungsergebnis sehr viel weniger als der nachhaltige Erfolg. Er wird gemessen an somatischen, sozialen und psychischen Kriterien. Deshalb kontrollieren und dokumentieren sowohl den Behandlungsverlauf und das biopsychosoziale Ergebnis bei Behandlungsende als auch den langfristigen Erfolg durch Einjahreskatamnesen (s.u. 3.2.4).

Außerdem sind die Ergebnisse einer medizinischen Rehabilitationsmaßnahme nicht nur der Güte der Behandlung geschuldet, sondern ebenso den Merkmalen der behandelten Klientel. Aus diesem Grund müssen sie stets in Zusammenhang mit den Ergebnissen genannt werden, damit bei Vergleichsuntersuchungen nicht versehentlich „Äpfel mit Birnen verglichen werden“. In diesem Bericht werden folglich nicht nur die Störungsbilder differenziert dargestellt, sondern auch die sozialen Kerndaten der behandelten Klientel.

Darüber hinaus erhalten wir von der Deutschen Rentenversicherung Bund Rückmeldung über eine Stichprobe ihrer Rehabilitanden, die drei Monate nach Behandlungsende einen umfangreichen Fragebogen beantwortet haben (s.u. 3.2.3).

---

### 1.2.6 Fallzahl behandelter Patientinnen und Patienten

Im Jahr 2010 wurden in unserer Klinik als Patientinnen und Patienten behandelt und entlassen:

Indikationen		2010	
		Anzahl	Verweildauer
Entwöhnungsbehandlung	Stationär	968	81,4
	Stat. + ganztägig ambulante Entlassphase	16	96,3
	Adaption	39	72,3
	Fachambulanz	52	250,3
Psychosomatik	Stationär	327	39,4
	Ganztätig ambulant (= teilstationär)	7	38,6
	IRENA /Curriculum Hannover	49	~180

### 1.2.7 Weiterentwicklung der Rehabilitationskonzepte

Häufig scheidet der Antritt einer Entwöhnungsbehandlung daran, dass Patienten vom Suchtmittel noch nicht entgiftet sind, bzw. dass sie unmittelbar vor Antritt der Rehabilitationsmaßnahme noch einmal mit dem Suchtmittel rückfällig werden. Um diese Hürde vor dem Beginn einer Entwöhnungsbehandlung möglichst niedrig zu halten wurde im Jahr 2010 mit dem benachbarten Vitos Waldkrankenhaus Köppern ein Kooperationsvertrag abgeschlossen, in dem allen unseren Patienten kurzfristig ein Platz für eine qualifizierte Entzugsbehandlung garantiert wird. Über eine „Hotline“ können Patienten, die bereits einen Aufnahmetermin in unserer Klinik haben, sich dort einen Aufnahmetermin geben lassen, so dass ein nahtloser Übergang von der Entzugsbehandlung zur Entwöhnungsbehandlung möglich wird.

Weiterhin wurde ein von der Deutschen Rentenversicherung Bund finanziertes Forschungsprojekt „Ergebnisqualität einer Web-basierten Tele-Nachsorge nach stationärer medizinischer Rehabilitation Alkoholabhängiger“ aufgelegt, in dem gemeinsam mit einer anderen großen Fachklinik untersucht wird, ob eine solche online-Nachsorge die Erfolgsquoten einer Entwöhnungsbehandlung verbessern kann. Damit soll geprüft werden, ob dieses in der Zukunft immer wichtiger werdende Medium des Internets auch für unsere Patienten gewinnbringend genutzt werden kann.

In Kooperation mit dem Friedrichsdorfer Institut für Therapieforschung und Gesundheitsförderung e.V. wurde ein Ausbildungsprogramm zum Gesundheitslotsen in Betrieben entwickelt. 2010 wurde ein solcher Kurs erstmals erfolgreich angeboten.

---

### 1.2.8 Zertifizierung

Die salus klinik verfügt über ein Qualitäts-Management-System nach DIN EN ISO 9001 und ist durch die Zertifizierungsgesellschaft EQ Zert nach den Qualitätsgrundsätzen von *Fachverband Sucht (FVS)* und *Deutsche Gesellschaft für medizinische Rehabilitation (DEGEMED)* zertifiziert.



---

## 2 Dokumentation – Zahlen, Daten, Fakten

Die detaillierten Zahlen dieses Kapitels wurden in die vorgegebenen Tabellen eingefügt. Mögliche Doppelungen oder Wiederholungen bitten wir zu entschuldigen. Die Kategorien sind weitgehend an den Strukturhebungsvorgaben der gesetzlichen Rentenversicherung orientiert.

### 2.1 Mitarbeiter und medizinisch-technische Leistungen

Die Basis- und Zusatzkriterien aus dem gemeinsamen Strukturhebungsbogen der Gesetzlichen Renten- und Krankenversicherung werden von der salus klinik erfüllt.

#### 2.1.1 Mitarbeiter

Indikationen: stationäre Behandlung Sucht und Psychosomatik		
Berufsgruppe	Anzahl (Vollzeitstellen)	Qualifikationen
<b>Ärzte</b>		
Leitender Arzt Sucht	1	FA für Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie, Verhaltenstherapeutisch orientierter Supervisor, Zusatzbezeichnung Suchtmedizinische Grundversorgung
Leitender Arzt Psychosomatik	1	FA f. Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Allgemeinarzt, FA f. Anästhesiologie, Zusatzbezeichnungen Psychotherapie (TP + VT), Rehabilitationswesen, Spezielle Schmerztherapie, Notfallmedizin, Supervisor dvt, EMDR I + II
Oberarzt	2	FA Psychiatrie u. Psychotherapie, Zusatzbezeichnung Sozialmedizin, FA Innere Medizin
Assistenzarzt	7,65	3 x FA Allgemeinmedizin, Zusatzbezeichnungen: Homöopathie, Suchtmedizinische Grundversorgung, Rehawesen, Chirotherapie, Akupunktur
<b>Pflegedienst</b>		
Pflegedienstleitung	1	Exam. Krankenschwester
Examiniertes Pflegepersonal	8,5	Exam. Krankenschwester/-pfleger
Nicht-exam. Pflegekräfte	1	Arzthelferin / Stationsassistentin

---

Therapeuten		
Leitender Psychologe	1	Dr. rer. nat., Psychologischer Psychotherapeut, Supervisor VT
Psychologischer Psychotherapeut	13,2	Diplom-Psychologen mit Approbation, zwei mit Supervisor VT
Psychologische Psychotherapeuten in Ausbildung	17	Diplom-Psychologen in VT-Ausbildung davon sind 8 MitarbeiterInnen in einem fortgeschrittenen Stadium mit bereits abgelegter Zwischenprüfung.
Physiotherapeuten	1,8	Physiotherapeutin
Ergotherapeuten	7,5	Ergo-, Berufs- und Kreativtherapeuten
Sporttherapeuten	3	Dipl. Sportlehrer
Diplom-Sozialarbeiter/Sozialtherapeutin	4	
Diplom-Sozialpädagogen	0,50	
Ernährungsberatung	1	Diätassistentin
Musiktherapeut	0,55	Musiktherapeut

### 2.1.2 Medizinisch-technische Leistungen und apparative Versorgung

Bei Aufnahme in die salus klinik Friedrichsdorf werden neben einer ausführlichen körperlichen ärztlichen Untersuchung gründliche medizinisch-technische Untersuchungen durchgeführt. In der Regel sind dies Blutuntersuchungen, ein Ruhe-EKG und bei Patienten mit Abhängigkeitserkrankungen eine Abdomensonographie. Weitere Untersuchungsverfahren sowie Kontrolluntersuchungen werden je nach Bedarf durchgeführt.

Im Jahr 2010 wurden folgende medizinisch-technischen und apparativen Untersuchungen durchgeführt:

Medizinisch-technische und apparative Untersuchungen	
Untersuchung	Anzahl
Ruhe EKG	1220
Belastungs-EKG (Ergometrie)	466
24-Stunden Blutdruckmessung	89
Verschlussdruckmessung	3
Oberbauchsonographie	1147
Schilddrüsenonographie	27
Echokardiographie	3
Lungenfunktionsprüfung	17
Quisi bzw. SleepDoc (Schlaf-EEG)	36
Laboranforderungen	5265
Alco-Tests	8060
Drogenscreenings	1821

---

---

### 2.1.3 Medizinische Notfallversorgung

In der salus klinik Friedrichsdorf wird rund um die Uhr eine ärztliche und pflegerische Präsenz vorgehalten. Die Abläufe bei medizinischen Notfällen sind in der salus klinik als zertifizierter Einrichtung klar geregelt.

Die Klinik verfügt über einen Notfallrucksack mit allen zur Erstversorgung notwendigen Geräten und Medikamenten, inklusive Defibrillator. Ein Notarzt ist durch die Nähe zum Kreiskrankenhaus Bad Homburg innerhalb weniger Minuten im Haus verfügbar.

Das medizinische Personal wird regelmäßig in der Notfallversorgung geschult. Im Jahr 2010 fanden am 16.08. und am 06.09. entsprechende Schulungen statt.

## 2.2 In der Klinik behandelte Krankheitsbilder

Die salus klinik ist eine Fachklinik für die Behandlung von volljährigen **Patienten mit Störungen durch psychotrope Substanzen** (Alkoholabhängigkeit, Medikamentenabhängigkeit, Polytoxikomanie ohne Morphintyp), **Spielsucht und sonstige Verhaltenssüchte** und für **Patienten mit psychischen und psychosomatischen Erkrankungen, insbesondere Angststörungen, Anpassungsstörungen mit dem Schwerpunkt posttraumatische Belastungsstörungen, depressive Störungen, Essstörungen, somatoforme Störungen, Persönlichkeitsstörungen, Schmerzstörungen, Zwangsstörungen und Impulskontrollstörungen (pathologisches Spielen, Kaufen...).**

### 2.2.1 Indikation Sucht: Entwöhnungsbehandlung (stationär)

Rehabilitationsziele

In einer Veröffentlichung der WHO – Europa (1987) wurde Gesundheit definiert als die Fähigkeit, ein sozial und wirtschaftlich aktives Leben zu führen. Dies betrachten wir als realistisches Ziel für eine Medizinische Rehabilitation. Bei Abhängigkeitserkrankten ist eines der zentralen Behandlungsziele, den Betroffenen zu einem Leben zu verhelfen, das in möglichst geringem Ausmaß von Störungen durch psychotrope Substanzen beeinträchtigt wird. Eine langwierige oder gar lebenslange medikamentöse Behandlung und eine dauerhafte soziale Aufsicht sind weitgehend zu vermeiden. Die **nachhaltige und selbst bestimmte Abstinenz-Fähigkeit** ist das erstrebenswerteste Ziel der Suchtbehandlung. Das Erreichen der Abstinenz korreliert am höchsten mit einer stabilen Arbeitssituation und mit Zufriedenheit und Erfolg in allen Lebensbereichen. Deshalb vermitteln wir unseren Patienten, dass die Abstinenz für Suchtkranke das langfristig lebensnotwendige Ziel ist.

Weitere zentrale Behandlungsziele sind die **Behebung körperlicher und seelischer Störungen** sowie die **(Wieder-)Eingliederung in Arbeit, Beruf und Gesellschaft.**

#### 2.2.1.1 Therapiekonzepte

Im Kaleidoskop der unterschiedlichen psychotherapeutischen Richtungen ordnen wir uns dem Selbstmanagement-Ansatz zu, eine Variante der Verhaltenstherapie, die der Motivierung und Eigenaktivität des Patienten eine besondere Bedeutung beimisst. Dies schließt jedoch ergänzende und erweiternde Konzepte nicht aus, soweit sie einem Verständnis von Psychotherapie verpflichtet sind, wie es von Grawe in seinen Veröffentlichungen zur Allg. Psychotherapie bzw. zur Neuropsychotherapie beschrieben wurde.



Selbstmanagement-Therapie bedeutet, Personen in die Lage zu versetzen, ihr Leben wieder ohne therapeutische Hilfe zu gestalten. Therapie stellt in diesem Verständnis einen zeitlich begrenzten Lernprozess dar, in dessen Verlauf die Patienten befähigt werden, ihr reales Leben mit ihren Wünschen und Zielen weitestgehend in Einklang zu bringen. Da dieser Prozess des "In-Einklang-Bringens" im menschlichen Leben nie beendet ist, bemisst sich die Güte unserer Therapie unter anderem daran, ob es gelingt, den Patienten solche Selbststeuerungsfähigkeiten zu vermitteln, die diese nach Ende der formellen Therapie auch ohne weitere therapeutische Assistenz nutzen und umsetzen können. Im Kern zielt unsere Behandlung also darauf ab, Therapie und Therapeuten so rasch wie möglich wieder überflüssig zu machen.

Unser Konzept zur Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen kann unter [www.salus-friedrichsdorf.de](http://www.salus-friedrichsdorf.de) eingesehen werden.

### 2.2.1.2 Hauptdiagnosen

Im Jahr 2010 wurden Patienten mit folgenden Hauptdiagnosen in unserer Abteilung für Abhängigkeitserkrankungen behandelt:

ICD-10 Code	Diagnose <b>Datenbasis N= 984</b>	Anzahl	Prozent
F10	Störungen durch Alkohol	856	87,0
F11	Störungen durch Opioide	11	1,1
F12	Störungen durch Cannabinoide	27	2,7
F13	Störungen durch Sedativa oder Hypnotika	24	2,4
F14	Störungen durch Kokain	3	0,3
F17	Störungen durch Konsum von Tabak	1	0,1
F19	Störungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen	54	5,5
F63	Pathologisches Spielen	5	0,5
Andere Indikationen		3	0,3

### 2.2.1.3 Psychische Nebendiagnosen

Neben der zur Entwöhnungsbehandlung führenden Hauptdiagnose wurden folgende psychischen Nebendiagnosen gestellt:

ICD-10 Code	Diagnose <b>Datenbasis N= 984</b>	Anzahl	Prozent
F00-09	Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen	7	0,7
F10.1	Schädlicher Gebrauch von Alkohol	10	1,0
F10.2	Alkoholabhängigkeitssyndrom	3	0,3
F10 Rest	Weitere Störungen durch Alkohol	8	0,8
F11	Psychische und Verhaltensstörungen durch Opioide	29	2,9
F12	Psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide	70	7,1

F13	Psychische und Verhaltensstörungen durch Sedativa oder Hypnotika	65	6,6
F14	Psychische und Verhaltensstörungen durch Koka-in	25	2,5
F15	Psychische und Verhaltensstörungen durch andere Stimulanzien, einschl. Koffein	16	1,6
F16	Psychische und Verhaltensstörungen durch Halluzinogene	0	0,0
F17	Psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak	731	74,3
F19	Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen	67	6,8
F20-29	Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen	7	0,7
F30-39	Affektive Störungen	272	27,6
F40-48	Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen	232	23,6
F50-59	Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren	70	7,1
F63	Pathologisches Spielen	16	1,6
F60-69, ohne F63	Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	123	12,5
F80-89	Entwicklungsstörungen	2	0,2
F90-98	Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	48	4,9

#### 2.2.1.4 Somatische Nebendiagnosen

Neben der zur Entwöhnungsbehandlung führenden Hauptdiagnose wurden folgende somatischen Nebendiagnosen gestellt:

ICD-10 Code	Diagnose Datenbasis N= 984	Anzahl	Prozent
A	Bestimmte infektiöse und parasitäre Erkrankungen	8	0,8
B15-19	Virushepatitiden	34	3,5
B Rest	Weitere infektiöse Erkrankungen	16	1,6
C	Bösartige Neubildungen	28	2,8
D00-48	Gutartige Neubildungen	24	2,4
D50-53	Alimentäre Anämien	17	1,7
D55-90	Sonstige Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe sowie bestimmte Störungen mit Beteiligung des Immunsystems	12	1,2
E10-14	Diabetes mellitus	57	5,8
E65-68	Adipositas und sonstige Überernährung	104	10,6
E70-90	Stoffwechselstörungen	99	10,1

E Rest	Weitere endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselerkrankungen	63	6,4
G40+G41	Epilepsie	21	2,1
G43+G44	Kopfschmerzen	45	4,6
G60-63	Polyneuropathie	91	9,2
G Rest	Weitere Krankheiten des Nervensystems	90	9,1
H	Krankheiten des Auges und der Augenanhängegebilde	84	8,5
I10-15	Hypertonie	262	26,6
I20-25	Ischämische Herzkrankheiten	27	2,7
I Rest	Weitere Krankheiten des Kreislaufsystems	126	12,8
J40-47	Chronische Krankheiten der unteren Atemwege	72	7,3
J Rest	Weitere Krankheiten des Atmungssystems	31	3,2
K70-77	Krankheiten der Leber	180	18,3
K Rest	Weitere Krankheiten des Verdauungssystems	169	17,2
L	Krankheiten der Haut und der Unterhaut	63	6,4
M50-54	Sonstige Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens	207	21,0
M Rest	Weitere Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	288	29,3
N	Krankheiten des Urogenitalsystems	39	4,0
O	Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett	2	0,2
P	Bestimmte Zustände, die ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben	0	0,0
Q	Angeborene Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalien	17	1,7
R	Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die andernorts nicht klassifiziert sind	25	2,5
S+T	Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere folgen äußerer Ursachen	108	11,0
Z	Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen	24	2,4

### Sozialmedizinische und Soziodemographische Merkmale der Patienten

Sucht Datenbasis N= 984		Frauen	Männer	Gesamt
<b>Geschlecht</b>				
Anteile der Geschlechter	absolut	408	576	984
	prozentual	41,5%	58,5%	100%
<b>Alter</b>				
18 bis 29 Jahre		35	58	93
30 bis 39 Jahre		57	114	171
40 bis 49 Jahre		164	217	381

50 bis 59 Jahre	120	140	260
60 Jahre und älter	32	47	79
Durchschnittsalter in Jahren absolute Angabe	47	46	46
<b>Höchste Schulbildung</b>			
keine Angaben	5	1	6
ohne Schulabschluss abgegangen	8	12	20
Sonderschulabschluss	1	4	5
Hauptschul-/ Volksschulabschluss	111	195	306
Realschulabschluss / Polytechnische Oberschule	167	196	363
(Fach-)Hochschulreife / Abitur	110	159	269
Anderer Schulabschluss	6	9	15
<b>Erwerbssituation zu Beginn der Behandlung</b>			
keine Angaben	1	1	2
Auszubildender	0	5	5
Arbeiter / Angestellter / Beamte	166	226	392
Selbständiger / Freiberufler	0	0	0
Sonstige Erwerbspersonen (z.B. Wehrdienst, Elternzeit, mithelfende Familienangehörige)	0	0	0
In beruflicher Rehabilitation (Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben)	0	0	0
Arbeitslos nach SGB III (Bezug von ALG I)	20	72	92
Arbeitslos nach SGB II (Bezug von ALG II)	95	152	247
Schüler / Student	2	3	5
Hausfrau / Hausmann	32	2	34
Rentner / Pensionär	41	51	92
Sonstige Nichterwerbspersonen (z.B. SGB XII)	51	64	115
<b>Status Arbeitsfähigkeit bei Aufnahme</b>			
arbeitsfähig	171	261	432
arbeitsunfähig	210	284	494
Beurteilung nicht erforderlich	27	31	58
<b>Status Arbeitsfähigkeit bei Entlassung</b>			
arbeitsfähig	282	438	720
arbeitsunfähig	104	110	214
Beurteilung nicht erforderlich	22	28	30

---

**Zusätzliche suchtspezifische Sozialmedizinische und Soziodemographische Merkmale der Patienten**

Sucht Datenbasis N= 984	Frauen	Männer	Gesamt
<b>Vermittelnde Instanz</b>			
keine / Selbstmelder	206	326	532
Familie	42	44	86
Arbeitgeber, Betrieb, Schule	17	54	71
Abstinenz-, Selbsthilfegruppe			
ärztliche oder psychotherapeutische Praxis	34	35	69
Suchtberatungs- und / oder -behandlungsstelle, Fachambulanz	45	38	83
Krankenhaus / Krankenhausabteilung	31	35	66
stationäre Rehabilitationseinrichtung	5	3	8
Sozialpsychiatrischer Dienst	1	1	2
Einrichtung der Jugendhilfe / Jugendamt	1	0	1
Arbeitsagentur, Job-Center, Arbeitsgemeinschaft (ARGE)	3	8	11
Justizbehörden / Bewährungshilfe	2	7	9
Kosten-, Leistungsträger	16	22	38
sonstige	5	3	8
<b>Abhängigkeitsdauer</b>			
Abhängigkeitsdauer in Jahren (Mittelwert +/- Standardabweichung)	10	12	11
<b>Anzahl der Entzugsbehandlungen</b>			
keine Angabe	2	2	4
keine Entzugsbehandlung	53	84	137
eine Entzugsbehandlung	117	155	272
zwei Entzugsbehandlungen	84	109	193
drei Entzugsbehandlungen	43	43	86
vier Entzugsbehandlungen	35	37	72
fünf bis zehn Entzugsbehandlungen	50	75	125
elf bis zwanzig Entzugsbehandlungen	20	40	60
mehr als zwanzig Entzugsbehandlungen	4	31	35
<b>Anzahl der stationären Entwöhnungen</b>			
Bisher noch keine stationäre Entwöhnung durchgeführt	290	348	638
Bisher eine stationäre Entwöhnung durchgeführt	85	145	230
Bisher zwei stationäre Entwöhnungen durchgeführt	24	51	75
Bisher drei stationäre Entwöhnungen durchgeführt	7	24	31
bisher mehr als drei stationäre Entwöhnungen durchgeführt	2	8	10

Sucht Datenbasis N= 984	Frauen	Männer	Gesamt
<b>Anzahl der ambulanten Entwöhnungen</b>			
keine ambulante Entwöhnung	385	523	908
eine ambulante Entwöhnung	23	44	67
zwei bis vier ambulante Entwöhnungen	0	8	8
mehr als vier ambulante Entwöhnungen	0	1	1

Entlassungsform (nach ärztlichem Reha-Entlassungsbericht) Datenbasis N=984	Frauen	Männer	Gesamt
keine Angaben	0	0	0
Regulär	283	415	698
Vorzeitig auf ärztliche / therapeutische Veranlassung	33	44	77
Vorzeitig mit ärztlichem / therapeutischem Einverständnis	17	15	32
Vorzeitig ohne ärztliches / therapeutisches Einverständnis / Abbruch durch Klient	37	46	83
Disziplinarisch	2	1	3
Außerplanmäßige Verlegung / außerplanmäßiger Wechsel in andere Einrichtung	0	0	0
Planmäßiger Wechsel in andere Behandlungsform	36	55	91
verstorben	0	0	0

**Planmäßig entlassen wurden also 91,32% der Patienten.**

Als planmäßig gelten: regulär, vorzeitig auf ärztliche Veranlassung, vorzeitig mit ärztlichem Einverständnis, verlegt, Wechsel zu ambulanter, teilstationärer, stationärer Reha. Nicht planmäßig sind: vorzeitig ohne ärztliches Einverständnis, disziplinarisch und verstorben.

### Therapeutische Leistungen

Abteilung Sucht Datenbasis N= 984	Erbrachte Leistungen					
	Rehabilitanden mit mind. einer Leistung		pro Rehabilitand			
			Leistungen		Dauer (Std.)	
	Anzahl	Anteil	pro Woche	pro Reha	pro Woche	pro Reha
A Sport- und Bewegungstherapie	969	98,48%	2,24	25,87	1,8	20,78
B Physiotherapie	289	29,37%	0,51	6,12	0,24	2,89
C Information, Motivation, Schulung	975	99,09%	2,94	33,9	2,44	28,06
D Klinische Sozialarbeit, Sozialtherapie	968	98,37%	1,01	11,73	0,7	8,17

E Ergotherapie, Arbeitstherapie und andere funktionelle Therapien	927	94,21%	3,83	45,69	5,37	64,11
F Klinische Psychologie, Neuropsychologie	961	97,66%	1,28	14,9	1,6	18,67
G Psychotherapie	975	99,09%	4,69	54,04	6,33	72,83
H Reha-Pflege	53	5,39%	0,27	3,62	0,11	1,42
K Physikalische Therapie	329	33,43%	0,91	11,06	0,57	6,94
L Rekreationstherapie	963	97,87%	3,81	44,39	3,91	45,49
<b>Insgesamt (jedoch ohne Kapitel M "Ernährung" und C13 "Schulungsbuffet")</b>	984	100,00%	22,2 3	232,16	24,1 4	256,2 2

## 2.2.2 Psychosomatik

Der gesetzliche Auftrag und die Zielsetzung der Rehabilitation, nämlich die "Abwendung einer erheblichen Gefährdung der Erwerbsfähigkeit bzw. die wesentliche Besserung oder Wiederherstellung der bereits geminderten Erwerbsfähigkeit", sind eine äußere Messlatte, die individuell mit den persönlichen Motiven und Zielsetzungen der Patienten abgeglichen werden muss.

### 2.2.2.1 Therapiekonzept

Auf der Basis des Selbstmanagement-Konzeptes geht es um die ressourcenorientierte Hilfe zur Selbsthilfe bei der Behandlung von Personen mit Störungen im Sinne der **ICD 10** und um Förderung von angemessenem Coping bei möglichen Beeinträchtigungen im Sinne der **ICF**.

Dazu führen wir auf der Grundlage eines **biopsychosozialen** Verständnisses vom Menschen und von seinen Störungen eine störungs- und zielorientierte mehrdimensionale Diagnostik und multimodale Verhaltenstherapie in einem **interdisziplinären** Team durch.

Auf Anfrage erhalten Sie sowohl unser allgemeines Psychosomatikkonzept als auch spezifische Konzepte zur Therapie von Patienten mit Angst-, Depressiven, Ess-, Impulskontroll-, Posttraumatischen Belastungs-, Schmerz- und somatoformen Störungen.

### 2.2.2.2 Hauptdiagnosen

Im Jahr 2010 wurden Patienten mit folgenden Hauptdiagnosen in unserer Abteilung für psychosomatische Erkrankungen behandelt:

ICD-10 Code	Diagnose <b>Datenbasis N= 334</b>	Anzahl	Prozent
F07	Persönlichkeits- und Verhaltensstörung aufgrund einer Krankheit, Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns	1	0,3
F10	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	4	1,2

F31	Bipolare affektive Störung	1	0,3
F32	Depressive Episode	110	32,9
F33	Rezidivierende depressive Störung	76	22,8
F34	Zyklothymia	4	1,2
F40	Phobische Störung	12	3,6
F41	Andere Angststörungen	18	5,4
F43	Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	43	12,9
F45	Somatoforme Störungen	14	4,2
F48	Neurasthenie	2	0,6
F50	Essstörungen	1	0,3
F54	psychische Faktoren oder Verhaltenseinflüsse bei andernorts klassifizierten Erkrankungen	2	0,6
F60	Spezifische Persönlichkeitsstörungen	25	7,5
F61	Kombinierte und andere Persönlichkeitsstörungen	12	3,6
F62	Andauernde Persönlichkeitsänderungen	3	0,9
F63	Abnorme Gewohnheiten und Störungen der Impulskontrolle	2	0,6
F90	Störungen des Sozialverhaltens	2	0,6

### 2.2.2.3 Psychische Nebendiagnosen

Neben der zur psychosomatischen Behandlung führenden Hauptdiagnose wurden folgende psychischen Nebendiagnosen gestellt:

ICD-10 Code	Diagnose Datenbasis N= 334	Anzahl	Prozent
F10.1	Schädlicher Gebrauch von Alkohol	69	20,7
F10.2	Alkoholabhängigkeitssyndrom	60	18,0
F11	Psychische und Verhaltensstörungen durch Opioide	7	2,1
F12	Psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabis	4	1,2
F13	Psychische und Verhaltensstörungen durch Sedativa oder Hypnotika	25	7,5
F14	Psychische und Verhaltensstörungen durch Kokain	1	0,3
F17	Psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak	167	50,0
F19	Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen	7	2,1
F32	Depressive Episode	30	9,0
F33	Rezidivierende depressive Störung	24	7,2
F34	Zyklothymia	5	1,5
F40	Phobische Störung	26	7,8
F41	Andere Angststörungen	9	2,7



F42	Zwangsstörung	6	1,8
F43	Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	9	2,7
F45	Somatoforme Störungen	35	10,5
F50	Essstörungen	7	2,1
F51	Nichtorganische Schlafstörungen	7	2,1
F54	psychische Faktoren oder Verhaltenseinflüsse bei andernorts klassifizierten Erkrankungen	4	1,2
F55	Missbrauch von nichtabhängigkeitserzeugenden Substanzen	6	1,8
F60	Spezifische Persönlichkeitsstörungen	16	4,8
F61	Kombinierte und andere Persönlichkeitsstörungen	7	2,1
F63	Abnorme Gewohnheiten und Störungen der Impulskontrolle	6	1,8
F70	Leichte Intelligenzminderung	1	0,3
F90	Störungen des Sozialverhaltens	4	1,2

#### 2.2.2.4 Somatische Nebendiagnosen

Es wurden folgende somatischen Nebendiagnosen gestellt:

ICD-10 Code	Diagnose Datenbasis N= 334	Anzahl	Prozent
B15-19	Virushepatitiden	3	0,9
B00-007, 36-99	Weitere infektiöse Erkrankungen	3	0,9
C	Bösartige Neubildungen	3	0,9
D00-48	Gutartige Neubildungen	1	0,3
D55-90	Sonstige Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe sowie bestimmte Störungen mit Beteiligung des Immunsystems	4	1,2
E10-14	Diabetes mellitus	16	4,8
E65-68	Adipositas und sonstige Überernährung	89	26,6
E70-90	Stoffwechselstörungen	21	6,3
E Rest	Weitere endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselerkrankungen	9	2,7
G40+G41	Epilepsie	4	1,2
G43+G44	Kopfschmerzen	65	19,5
G60-63	Polyneuropathie	2	0,6
G Rest	Weitere Krankheiten des Nervensystems	19	5,7
H	Krankheiten des Auges und der Augenanhängegebilde	40	12,0
I10-15	Hypertonie	94	28,1
I20-25	Ischämische Herzkrankheiten	11	3,3
I Rest	Weitere Krankheiten des Kreislaufsystems	17	5,1
J40-47	Chronische Krankheiten der unteren Atemwege	20	6,0

J Rest	Weitere Krankheiten des Atmungssystems	4	1,2
K70-77	Krankheiten der Leber	2	0,6
K Rest	Weitere Krankheiten des Verdauungssystems	24	7,2
L	Krankheiten der Haut und der Unterhaut	16	4,8
M50-54	Sonstige Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens	145	43,4
M Rest	Weitere Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	84	25,1
N	Krankheiten des Urogenitalsystems	5	1,5
Q	Angeborene Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalien	1	0,3
R	Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die andernorts nicht klassifiziert sind	3	0,9
S+T	Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere folgen äußerer Ursachen	9	2,7
Z	Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen	1	0,3

Hervorzuheben ist, dass ungefähr 48% der psychosomatischen Patienten als komorbide Störung einen schädlichen Gebrauch oder eine Abhängigkeit von psychotropen Substanzen (andere als Nikotin!) aufwiesen.

### Sozialmedizinische und Soziodemographische Merkmale der Patienten

Psychosomatik Datenbasis N= 334		Frauen	Männer	Gesamt
<b>Geschlecht</b>				
Anteile der Geschlechter	absolut	197	137	334
	prozentual	59,0%	41,0%	100%
<b>Alter</b>				
18 bis 29 Jahre		10	4	14
30 bis 39 Jahre		24	12	36
40 bis 49 Jahre		63	49	112
50 bis 59 Jahre		85	66	151
60 Jahre und älter		15	6	21
Durchschnittsalter in Jahren absolute Angabe		49	50	49
<b>Höchste Schulbildung</b>				
keine Angaben		0	1	1
ohne Schulabschluss abgegangen		2	2	4
Sonderschulabschluss		0	0	0
Hauptschul-/ Volksschulabschluss		59	39	98
Realschulabschluss / Polytechnische Oberschule		97	51	148
(Fach-)Hochschulreife / Abitur		39	44	83
Anderer Schulabschluss		0	0	0

<b>Erwerbssituation zu Beginn der Behandlung</b>			
Auszubildender	0	0	0
Arbeiter / Angestellter / Beamte	129	94	223
Selbständiger / Freiberufler	0	0	0
Sonstige Erwerbspersonen (z.B. Wehrdienst, Elternzeit, mithelfende Familienangehörige)	0	0	0
In beruflicher Rehabilitation (Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben)	0	0	0
Arbeitslos nach SGB III (Bezug von ALG I)	11	6	17
Arbeitslos nach SGB II (Bezug von ALG II)	8	10	18
arbeitslos, jedoch bei der Arbeitsagentur nicht arbeitssuchend gemeldet	6	1	7
arbeitslos, jedoch wegen Arbeitsunfähigkeit nicht zur Vermittlung zur Verfügung stehend	34	22	56
Schüler / Student	0	1	1
Hausfrau / Hausmann	8	0	8
Rentner / Pensionär	1	3	4
Sonstige Nichterwerbspersonen (z.B. SGB XII)	0	0	0
<b>Status Arbeitsfähigkeit bei Aufnahme</b>			
arbeitsfähig	91	66	157
arbeitsunfähig	106	69	175
Beurteilung nicht erforderlich	0	2	2
<b>Status Arbeitsfähigkeit bei Entlassung</b>			
arbeitsfähig	125	88	213
arbeitsunfähig	69	45	114
Beurteilung nicht erforderlich (z.B. Hausfrau, Rentner)	3	4	7

Entlassungsform (nach ärztlichem Reha-Entlassungsbericht) <b>Datenbasis N= 334</b>	Frauen	Männer	Gesamt
regulär	178	129	307
vorzeitig auf ärztliche Veranlassung	2	2	4
vorzeitig mit ärztlichem Einverständnis	13	4	17
vorzeitig ohne ärztliches Einverständnis	0	1	1
disziplinarisch	1	0	1
verlegt	0	0	0
Wechsel zu ambulanter, teilstationärer, stationärer Reha	3	1	4

## Therapeutische Leistungen

Abteilung Psychosomatik Datenbasis N= 334	Erbrachte Leistungen					
	Rehabilitanden mit mind. einer Leistung		pro Rehabilitand			
			Leistungen		Dauer (Std.)	
	Anzahl	Anteil	pro Woche	pro Reha	pro Woche	pro Reha
A Sport- und Bewegungstherapie	331	99,10%	3,59	20,25	3,34	18,86
B Physiotherapie	243	72,75%	1,13	6,41	0,75	4,26
C Information, Motivation, Schulung	332	99,40%	4,89	27,48	3,62	20,36
D Klinische Sozialarbeit, Sozialtherapie	331	99,10%	1,79	10,09	0,95	5,33
E Ergotherapie, Arbeitstherapie und andere funktionelle Therapien	326	97,60%	2,55	14,38	3,08	17,37
F Klinische Psychologie, Neuropsychologie	323	96,71%	2,72	15,4	3	16,95
G Psychotherapie	332	99,40%	5,45	30,66	6,71	37,72
H Reha-Pflege	93	27,84%	0,31	1,88	0,11	0,67
K Physikalische Therapie	79	23,65%	0,86	4,84	0,57	3,23
L Rekreationstherapie	330	98,80%	3,78	21,4	3,45	19,53
<b>Insgesamt (jedoch ohne Kapitel M "Ernährung" und C13 "Schulungsbuffet")</b>	<b>333</b>	<b>99,70%</b>	<b>25,81</b>	<b>145,08</b>	<b>24,67</b>	<b>139,17</b>

### 2.2.3 Adaption

Mit Hilfe der Adaption sollen sich Rehabilitanden, die bereits lange Zeit nicht mehr am Erwerbsleben teilgenommen haben und die ihren sozialen Bezugsrahmen inklusive Wohnung und Bekanntenkreis weitgehend neu aufbauen müssen, die Fähigkeiten aneignen und die Schritte erproben, die nötig sind, um Arbeit zu finden und zu halten, selbständig einen Haushalt zu führen und sich alkoholabstinent und drogenfrei am gesellschaftlichen Leben zu beteiligen.

Rehabilitationsziele der Adaption sind:

- Aufbau eines neuen tragfähigen sozialen Kontextes: Arbeit, Wohnen, suchtfreie Kontakte
- Entwicklung von Fähigkeiten der Selbstorganisation: selbständige Bewältigung des Alltags, befriedigende arbeitsfreie Zeit
- zielstrebige Aufarbeitung von Schulden und anderen sozialen Belastungen mit dem Ziel, dass sie ihre lähmende Auswirkung auf den Alltag verlieren
- Anknüpfen neuer Beziehungen, Fähigkeit zum Alleinsein

---

### 2.2.3.1 Therapiekonzepte

Während es in der stationären Entwöhnung vorwiegend um die Stärkung der Ressourcen, um die Erzeugung von kritischer Selbstreflexion sowie um konkrete Erlebens- und Verhaltensänderungen geht, die zusammen die Entscheidung und Befähigung für einen gesunden Lebensstil zum Ziel haben, ist die Adaption noch verstärkter dem Ziel der Umsetzung eines solchen Lebensstiles in den Alltag gewidmet.

Auf unserer Homepage finden Sie im Suchtkonzept in Kapitel 9 weitere ausführliche Angaben zu dem Behandlungskonzept der Adaption.

#### Hauptdiagnosen

ICD-10 Code	Diagnose Datenbasis N= 39	Anzahl	Prozent
F10	Störungen durch Alkohol	34	87,2
F13	Psychische und Verhaltensstörungen durch Sedativa oder Hypnotika	0	0,0
F19	Störungen durch multiplen Substanzgebrauch	7	17,9

#### Psychische Nebendiagnosen

ICD-10 Code	Diagnose Datenbasis N= 39	Anzahl	Prozent
F10	Alkoholabhängigkeitssyndrom	0	0,0
F11	Psychische und Verhaltensstörungen durch Opioide	0	0,0
F12	Psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide	5	12,8
F17	Psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak	34	87,2
F19	Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen	3	7,7
F30-39	Affektive Störungen	8	20,5
F40-48	Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen	13	33,3
F50-59	Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren	8	20,5
F60-69	Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	17	43,6
F90-98	Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	7	17,9

---

## Somatische Nebendiagnosen

ICD-10 Code	Diagnose Datenbasis N= 39	Anzahl	Prozent
B15-19	Virushepatitiden	2	5,1
B Rest	Weitere infektiöse Erkrankungen	1	2,6
C	Bösartige Neubildungen	0	0,0
E10-14	Diabetes mellitus	2	5,1
E65-68	Adipositas und sonstige Überernährung	4	10,3
E70-90	Stoffwechselstörungen	2	5,1
E Rest	Weitere endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselerkrankungen	2	5,1
G40+G41	Epilepsie	0	0,0
G60-63	Polyneuropathie	1	2,6
G Rest	Weitere Krankheiten des Nervensystems	8	20,5
H	Krankheiten des Auges und der Augenanhängegebilde	3	7,7
I10-15	Hypertonie	6	15,4
I20-25	Ischämische Herzkrankheiten	0	0,0
I Rest	Weitere Krankheiten des Kreislaufsystems	4	10,3
J40-47	Chronische Krankheiten der unteren Atemwege	5	12,8
J Rest	Weitere Krankheiten des Atmungssystems	0	0,0
K70-77	Krankheiten der Leber	0	0,0
K Rest	Weitere Krankheiten des Verdauungssystems	2	5,1
L	Krankheiten der Haut und der Unterhaut	4	10,3
M50-54	Sonstige Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens	4	10,3
M Rest	Weitere Krankheiten des Muskel-Skelettsystems und des Bindegewebes	7	17,9
N	Krankheiten des Urogenitalsystems	1	2,6
Q	Angeborene Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalien	1	2,6
R	Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die andernorts nicht klassifiziert sind	0,0	0,0
S+T	Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere folgen äußerer Ursachen	7,7	7,7

---

## Sozialmedizinische und Soziodemographische Merkmale der Patienten

Adaption Datenbasis N= 39		Frauen	Männer	Gesamt
<b>Geschlecht</b>				
Anteile der Geschlechter	absolut	12	27	39
	prozentual	30,8%	69,2%	100%
<b>Alter</b>				
18 bis 29 Jahre		3	6	9
30 bis 39 Jahre		2	7	9
40 bis 49 Jahre		7	10	17
50 bis 59 Jahre		0	4	4
60 Jahre und älter		0	0	0
Durchschnittsalter in Jahren	absolute Angabe	38	40	39

Adaption Datenbasis N= 39		Prozent
<b>Höchste Schulbildung</b>		
ohne Schulabschluss		10,3
Sonderschulabschluss		0,0
Haupt-/Volksschulabschluss		17,9
Realschulabschluss		41,0
Abitur/Fachabitur		20,5
Hochschul-/Fachhochschulabschluss		0,0
anderer Abschluss		2,6
<b>Erwerbssituation vor Betreuungsbeginn</b>		
Arbeitslos ( SGB II)		81,6
Arbeitslos (SGB III)		13,2
Sonstige Nichterwerbspersonen ( z.B. SGB XII)		0,0
Rentner/Pensionär		0,0
Hausfrau/Hausmann		5,2
<b>Arbeitslosenzeiten der letzten drei Jahre vor Betreuungsbeginn</b>		
0-12 Monate		39,5
12-24 Monate		21
24-36 Monate (und mehr)		39,5
<b>Status Arbeitsfähigkeit bei Aufnahme</b>		
Arbeitsfähig		100
Arbeitsunfähig		00
<b>Status Arbeitsfähigkeit bei Entlassung</b>		
Arbeitsfähig		89,7
arbeitsunfähig		10,3
<b>Berufliche Integration nach Entlassung</b>		
Arbeitsplatz Vollzeit		10,5

Arbeitsplatz Teilzeit	5,3
Ausbildungsplatz vorhanden	5,3
Minijob ( 1-Euro Job )	7,9
Schule	0,0
Maßnahme/Arbeitsverhältnis in Planung	7,9
Honorartätigkeit	0
Arbeitslos	65,8
Rentner	0
<b>Wohnsituation bei Betreuungsbeginn</b>	
Ohne Wohnung	15,4
Heim/Klinik/betreutes Wohnen	7,7
Bei Angehörigen/Eltern	12,8
Selbständiges Wohnen	48,7
Sonstiges	15,4
<b>Wohnsituation bei Betreuungsende</b>	
Selbständiges Wohnen	55,2
Heim/Klinik/betreutes Wohnen	26,3
Bei Angehörigen/Eltern	18,4
Ohne Wohnung	0
sonstiges	0

#### Zusätzliche suchtspezifische Sozialmedizinische und Soziodemographische Merkmale der Patienten

Adaption Datenbasis N= 39	Prozent
<b>Anzahl der bisher durchgeführten stationären Entwöhnungen</b>	
bisher noch keine stationäre Entwöhnung durchgeführt	0
bisher eine stationäre Entwöhnung durchgeführt	50
bisher zwei stationäre Entwöhnungen durchgeführt	36,8
bisher drei stationäre Entwöhnungen durchgeführt	13,2
bisher mehr als drei stationäre Entwöhnungen durchgeführt	0

Adaption Datenbasis N= 39	Prozent
<b>Entlassungsform (nach ärztlichem Reha-Entlassungsbericht)</b>	
regulär	61,5
vorzeitig auf ärztliche Veranlassung	10,3
vorzeitig mit ärztlichem Einverständnis	0,0
vorzeitig ohne ärztliches Einverständnis	23,1
disziplinarisch	0,0
verlegt	0,0
Wechsel zu ambulanter, teilstationärer, stationärer Reha	5,1
Gestorben	0,0



### 2.2.3.6 Therapeutische Leistungen

Im Zentrum der Maßnahme steht das betriebliche Praktikum. Die Eingewöhnung an den Arbeitsalltag und die Rückmeldung über die Fähigkeiten zur Erfüllung der gängigen Erwartungen an Arbeitskräfte in dem jeweiligen Berufsfeld nehmen dementsprechend den größten Raum ein. Daneben gilt es, die eigene Haushaltsführung routiniert zu bewältigen und auch unter Arbeitsbelastung die Freizeit in Eigeninitiative aktiv und sozial zu gestalten, regelmäßige (Selbsthilfe-) Gruppenbesuche am Abend zur Gewohnheit werden zu lassen, sich gesund zu ernähren und den Körper fit zu halten. Die dazu passenden therapeutischen Leistungen sind primär sozialtherapeutischer Natur und lassen sich im folgenden Schema nicht adäquat abbilden.

Abteilung Adaption Datenbasis N= 39	Erbrachte Leistungen					
	Rehabilitanden mit mind. einer Leistung		pro Rehabilitand			
			Leistungen		Dauer (Std.)	
	Anzahl	Anteil	pro Woche	pro Reha	pro Woche	pro Reha
A Sport- und Bewegungstherapie	7	17,95%	0,9	10,57	0,64	7,5
B Physiotherapie	2	5,13%	0,16	1	0,12	0,75
C Information, Motivation, Schulung	36	92,31%	1,09	11,19	0,51	5,26
D Klinische Sozialarbeit, Sozialtherapie	39	100,00%	5,81	60,03	5,15	53,13
E Ergotherapie, Arbeitstherapie und andere funktionelle Therapien	30	76,92%	0,91	11	1,51	18,28
F Klinische Psychologie, Neuropsychologie	2	5,13%	1,23	20,5	1,41	23,5
G Psychotherapie	39	100,00%	1,25	12,92	1,37	14,1
H Reha-Pflege	2	5,13%	0,07	1	0,01	0,21
K Physikalische Therapie	7	17,95%	1,71	18,86	0,82	9,07
L Rekreationstherapie	14	35,90%	1,38	16,64	0,99	11,88
<b>Insgesamt (jedoch ohne Kapitel M "Ernährung" und C13 "Schulungsbuffet")</b>	39	100,00%	9,39	97,54	8,25	89,20

### 2.2.4 salus Fachambulanz

Die salus Fachambulanz hat am 1.3.2007 ihre Arbeit aufgenommen. Das Angebot richtet sich (berufsbegleitend) an alkohol- und medikamentenabhängige Frauen und Männer ab 18 Jahren.

Folgende ambulante Organisationsformen werden angeboten:

- rein ambulante Entwöhnungsbehandlung
- stationär-ambulante Kombinationsbehandlungen

- poststationäre ambulante Rehabilitation

Die ambulante Rehabilitation sollte vor allem dann in Erwägung gezogen werden, wenn

- das soziale Umfeld (Arbeitsplatz, Partnerbeziehung) noch weitestgehend geordnet ist,
- die Wohnsituation zufrieden stellend ist,
- die Therapieeinrichtung innerhalb maximal 45 Minuten erreichbar ist.

Nicht geeignet ist die ambulante Rehabilitation für Betroffene mit juristischen Therapie- oder Bewährungsauflagen und für Betroffene mit gravierenden körperlichen oder seelischen Problemen. Konsumenten illegaler Drogen werden in Ausnahmefällen, nach eingehender Abklärung der Rehabilitationsprognose in Vorgesprächen, behandelt.

Die salus Fachambulanz berät in Einzelgesprächen und macht unter Berücksichtigung der individuellen Situation konkrete Behandlungsvorschläge.

In der Behandlung werden kritische Bereiche der konkreten Lebenssituation sowie Problembereiche im Alltag beleuchtet und gemeinsame Lösungsmöglichkeiten erarbeitet.

#### 2.2.4.1 Therapiekonzept

Im Rahmen des Selbstmanagement-Konzepts geht es um die ressourcenorientierte Hilfe zur Selbsthilfe bei der Behandlung von Patienten mit Suchtproblemen. Der ambulante Ansatz ermöglicht es, Verhaltensänderungen unmittelbar im Alltag zu überprüfen und zu implementieren.

Das theoretische Konzept der Fachambulanz beruht auf den neueren Entwicklungen der klinischen Psychologie, die lerntheoretische, sozialpsychologische, psychophysiologische und system- bzw. kommunikationstheoretische Forschungsergebnisse integriert. Die therapeutischen Einheiten sind verhaltenstherapeutisch ausgerichtet.

In unserem Suchtkonzept finden sich ausführliche Angaben zu dem Behandlungskonzept der Fachambulanz.

#### 2.2.4.2 Hauptdiagnosen

Im Jahr 2010 wurden ambulante Patienten mit folgenden Hauptdiagnosen in unserer Fachambulanz behandelt:

ICD-10 Code	Diagnose Datenbasis N= 52	Prozent
F10	Alkoholabhängigkeit	90,4
F12	Cannabinoidabhängigkeitssyndrom	0,0
F13	Benzodiazepinabhängigkeitssyndrom	0,0
F19	Abhängigkeitssyndrom durch multiplen Substanzgebrauch	3,8

## Sozialmedizinische und Soziodemographische Merkmale der Patienten

Fachambulanz Datenbasis N= 52		Frauen	Männer	Gesamt
<b>Geschlecht</b>				
Anteile der Geschlechter	absolut	15	37	52
	prozentual	28,8%	71,2%	100
<b>Alter</b>				
18 bis 29 Jahre		2	2	4
30 bis 39 Jahre		1	4	5
40 bis 49 Jahre		5	16	20
50 bis 59 Jahre		1	11	13
60 Jahre und älter		6	4	10
Durchschnittsalter in Jahren absolute Angabe		51	47	48
<b>Höchste Schulbildung</b>				
keine Angaben		1	0	1
ohne Schulabschluss abgegangen		0	0	0
Sonderschulabschluss		0	0	0
Hauptschul-/ Volksschulabschluss		3	13	16
Realschulabschluss / Polytechnische Oberschule		6	11	17
(Fach-)Hochschulreife / Abitur		5	12	17
Anderer Schulabschluss		0	1	1
<b>Erwerbssituation zu Beginn der Behandlung</b>				
keine Angaben		1	0	1
Auszubildender		0	0	0
Arbeiter / Angestellter / Beamte		8	17	25
Selbständiger / Freiberufler		0	0	0
Sonstige Erwerbspersonen (z.B. Wehrdienst, Elternzeit, mithelfende Familienangehörige)		0	0	0
In beruflicher Rehabilitation (Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben)		0	0	0
Arbeitslos nach SGB III (Bezug von ALG I)		0	2	2
Arbeitslos nach SGB II (Bezug von ALG II)		0	11	11
Schüler / Student		0	0	0
Hausfrau / Hausmann		0	1	1
Rentner / Pensionär		5	5	10
Sonstige Nichterwerbspersonen (z.B. SGB XII)		1	1	2
<b>Status Arbeitsfähigkeit bei Aufnahme</b>				
arbeitsfähig		8	26	34
arbeitsunfähig		1	7	8
Beurteilung nicht erforderlich		6	4	10
<b>Status Arbeitsfähigkeit bei Entlassung</b>				
arbeitsfähig		9	29	38
arbeitsunfähig		2	4	6
Beurteilung nicht erforderlich		4	4	8

Zusätzliche suchtspezifische Sozialmedizinische und Soziodemographische Merkmale der Patienten

Fachambulanz Datenbasis N= 52	Frauen	Männer	Gesamt
<b>Abhängigkeitsdauer</b>			
Abhängigkeitsdauer in Jahren (Mittelwert +/- Standardabweichung)	10	12	11
<b>Anzahl der Entzugsbehandlungen</b>			
keine Angabe	0	0	0
keine Entzugsbehandlung	6	11	17
eine Entzugsbehandlung	4	11	15
zwei Entzugsbehandlungen	2	1	3
drei Entzugsbehandlungen	0	4	4
vier Entzugsbehandlungen	2	0	2
fünf bis zehn Entzugsbehandlungen	1	7	8
elf bis zwanzig Entzugsbehandlungen	0	2	2
mehr als zwanzig Entzugsbehandlungen	0	1	1
<b>Anzahl der stationären Entwöhnungen</b>			
Bisher noch keine stationäre Entwöhnung durchgeführt	0	0	0
Bisher eine stationäre Entwöhnung durchgeführt	13	17	30
Bisher zwei stationäre Entwöhnungen durchgeführt	2	12	14
Bisher drei stationäre Entwöhnungen durchgeführt	0	7	7
bisher mehr als drei stationäre Entwöhnungen durchgeführt	0	1	1

Entlassungsform (nach ärztlichem Reha- Entlassungsbericht) Datenbasis N= 52	Frauen	Männer	Gesamt
keine Angaben	0	0	0
Regulär	7	18	25
Vorzeitig auf ärztliche / therapeutische Veranlassung	2	5	7
Vorzeitig mit ärztlichem / therapeutischem Einverständnis	4	0	4
Vorzeitig ohne ärztliches / therapeutisches Einverständnis / Abbruch durch Klient	2	11	13
Disziplinarisch	0	0	0
Außerplanmäßige Verlegung / außerplanmäßiger Wechsel in andere Einrichtung	0	0	0
Planmäßiger Wechsel in andere Behandlungsform	0	2	2
Verstorben	0	1	1

**Planmäßig entlassen wurden also 73,07% der Patienten.**

Als planmäßig gelten: regulär, vorzeitig auf ärztliche Veranlassung, vorzeitig mit ärztlichem Einverständnis, verlegt, Wechsel zu ambulanter, teilstationärer, stationärer Reha.

Nicht planmäßig sind: vorzeitig ohne ärztliches Einverständnis, disziplinarisch und verstorben.

#### 2.2.4.4 Therapeutische Leistungen

Abteilung Fachambulanz Datenbasis N= 58	Erbrachte Leistungen					
	Rehabilitanden mit mind. einer Leistung		pro Rehabilitand			
			Leistungen		Dauer (Std.)	
	Anzahl	Anteil	pro Woche	pro Reha	pro Woche	pro Reha
C Information, Motivation, Schulung	7	13,46%	0,02	1,43	0,02	1,43
D Klinische Sozialarbeit, Sozialtherapie	1	1,92%	0,04	1,00	0,02	0,50
G Psychotherapie	47	90,38%	0,86	29,49	1,05	35,9
<b>Insgesamt</b>	49	94,23%	0,86	29,52	1,02	34,82

---

## 3 Qualitätspolitik und Qualitätssicherung

### 3.1 Qualitätspolitik der Einrichtung

Das Wort Politik meint in seinem ursprünglichen Sinn die Gesamtheit aller Haltungen und Bestrebungen, die dem Wohl einer Stadt dienen. Bezogen auf eine „Klinik“ bezieht sich Qualität auf das Wohl von allen direkt und indirekt an den Behandlungsmaßnahmen Beteiligten.

Basis der Qualitätspolitik ist das Leitbild der Klinik. Es soll den Beteiligten Orientierung und eine kollektive Vision für die Arbeit vermitteln. Das Leitbild fasst als Maxime zusammen, was prinzipiell gewollt ist. Zugleich dient es als Katalysator, wenn es gilt, Entscheidungen zu treffen. Ein Leitbild präsentiert stets ein herausforderndes Ideal. In seiner konkreten Ausgestaltung wird es zum Maßstab für die qualitative und quantitative Zielfindung und deren Realisierung in der Klinik.

Im Mittelpunkt der Rehabilitation steht für uns der in seinen körperlichen, sozialen oder psychischen Funktionen beeinträchtigte oder von Behinderung bedrohte Mensch. Wir begegnen unseren Patienten als Personen, die zwar eine vorübergehende Hilfe mit Mitteln von bio-psycho-sozialen Therapien benötigen, die aber auch über viele Fähigkeiten und Ressourcen verfügen, die wir würdigen und fördern. Selbstbestimmung und Aktivierung eigener Kräfte und Möglichkeiten prägen unsere Maßnahmen. Der Patient ist bei uns sehr viel mehr Akteur in eigener Sache als passiver Empfänger von Leistungen. Zu diesem Zweck stellen wir für jeden Patienten individuell abgestimmte Angebote zusammen, stärken seine früher und aktuell vorhandenen Fähigkeiten und fördern eigenverantwortliches, gesundheitsorientiertes Handeln.

Unsere therapeutischen Leistungen sollen die Patienten befähigen, wieder so umfassend wie möglich am gesellschaftlichen Leben teilzunehmen, und ihre Möglichkeiten erweitern, den Anforderungen des Alltags gewachsen zu sein und dem Leben gute Seiten abzugewinnen.

Die salus klinik deckt ein breites Spektrum an indikationsgeleiteten Spezialisierungen und Behandlungsmodalitäten ab. Dahinter steht die Vision, ein passendes Angebot für nahezu jede Patientin und jeden Patienten mit psychischen Störungen bereitstellen zu können, die im Rahmen der medizinischen Rehabilitation in einem offenen Haus behandelbar sind.

#### 3.1.1 Strategische und operative Ziele

Aus dem Leitbild lassen sich Ziele bestimmen, an denen sich prüfen lässt, inwieweit das Grundsatzprogramm im Alltag tatsächlich realisiert wird. Die Ziele lassen sich grob unterteilen in wirtschaftliche und fachbereichsbezogene Qualitätsziele. Für die strategischen Ziele werden pro Bereich Kennziffern definiert, die jährlich im Rahmen der Managementbewertung überprüft und aktualisiert werden.

Die salus klinik zielt auf gute Ergebnisse ab. Die **Ergebnisorientierung** betrifft als Klinik die Behandlung der Patienten, als Unternehmen die betriebswirtschaftliche Seite und als

---

Teil des Versorgungssystems die Kooperation mit Leistungsträgern und anderen Partnern, die für Prävention, Therapie und Nachsorge zuständig sind. An erster Stelle sind wir dem Patientenwohl verpflichtet, d.h. angemessene Erwartungen sind zu erfüllen und andere gegebenenfalls zu korrigieren, denn Patienten sind etwas anderes als geschäftliche Kunden.

Von den Leistungsträgern erhält die Klinik im Rahmen des Qualitätssicherungsprogramms der Deutschen Rentenversicherung Bund regelmäßig Rückmeldung zur Rehabilitandenzufriedenheit und zu weiteren Ergebniskategorien (u.a. Berichtswesen). Nicht nur in diesen Bereichen überprüft die Klinik auch selbst ihre Ergebnisse, beispielsweise durch Katamnesen.

Die salus klinik ist ein privates Unternehmen, das keinerlei öffentliche Mittel erhält. Ein privater Betrieb muss wirtschaftlich gute Ergebnisse erzielen, um positive Bilanzen vorweisen und Rücklagen für Investitionen oder Renovierungen bilden zu können. Die Wirtschaftlichkeit wird unter anderem auch durch klare prozessorientierte Arbeitsvorgaben, transparente Strukturen mit eindeutigen Verantwortungen und effektive, von der Unternehmensleitung eingesetzte Steuerungsfunktionen gesichert.

Durch optimierte Schnittstellen und Kontakte zu Leistungs- und Kostenträgern, zu Qualitätssicherungszirkeln, zu für unser Fachgebiet relevanten Entscheidungsinstanzen, Ämtern, Behörden, Ausbildungs- und Forschungsinstituten, Arbeitsgemeinschaften und Verbänden sowie zu Vor- und Nachbehandlern sorgen wir für vernetzte Strukturen, die unseren Patienten zugutekommen.

**Die salus klinik ist** in allen Beziehungen, die sie im Netzwerk der Suchthilfe und in der Versorgung psychosomatisch Erkrankter eingeht, **ein verlässlicher und fairer Partner**.

Bezogen auf die Leistungsträger bedeutet dies, dass wir alles dafür tun, dass die Erwerbsfähigkeit der uns anvertrauten Patienten im Auftrag der Versichertengemeinschaft gesichert bzw. wieder hergestellt wird, damit ein vorzeitiges Ausscheiden aus dem Erwerbsleben verhindert und eine dauerhafte Eingliederung in das Erwerbsleben erreicht werden kann. Wir fördern die notwendige Reintegration aktiv. Der nachhaltige Behandlungserfolg ist uns wichtiger als kurzfristige Zufriedenheit. Rehabilitationsvorschriften und Qualitätsrichtlinien werden erfüllt. Sollten aus der klinischen Praxis Änderungen daran für vorteilhaft erachtet werden, erfolgt deren Beeinflussung im Rahmen der geltenden Regeln und auf den üblichen Wegen, zum Beispiel bei Visitationen oder über Fachverbände.

Auch alle sonstigen Partner im Behandlungsverbund, die uns Patienten zuweisen oder die sie weiter betreuen, betrachten wir als Kunden, die entscheiden letztlich mit über die Güte unserer Leistungen entscheiden. Deshalb informieren wir sie regelmäßig, beispielsweise über unsere Klinikzeitung „salü“, und holen aktiv Rückmeldungen von Patienten, Selbsthilfegruppen, Leistungsträgern und Zuweisern ein und machen sie unter den Mitarbeitern transparent. Wir beziehen die Institutionen und Personen, mit denen wir kooperieren, in die Behandlung ihrer uns anvertrauten Patienten ein. Darunter sind auch Mitglieder des privaten und beruflichen Umfelds zu verstehen.

Aber nicht nur Patienten, niedergelassene Ärzte und Psychotherapeuten, berufliche Sozialberater, Angehörige und Mitarbeiter von Beratungsstellen sind „Kunden“ der Qualitätspolitik, sondern auch die eigentlichen Leistungserbringer, unsere Mitarbeiter. Wir sind bestrebt, die salus klinik qualitativ so aufzustellen, dass jeder Mitarbeiter sich ihr gerne zugehörig fühlt. Flache Hierarchien werden bevorzugt, da die Mitarbeiter hoch

---

qualifiziert sind und für Innovationen offen sein sollen. Im psychotherapeutischen Prozess muss man oft rasch und selbstverantwortlich entscheiden. Die personalen Ressourcen werden im Sinne der Patienten nur dann effizient genutzt, wenn die Mitarbeiter ausreichend Entscheidungs- und Handlungsspielraum haben. Transparenz, Verständigungsbereitschaft, Wertschätzung und gegenseitige Achtung im Arbeitsalltag sind die Grundlage für das Übertragen von Verantwortung und für selbständiges Arbeiten in einem guten Betriebsklima. Eine individuelle und zugleich bedarfsorientierte Mitarbeiterentwicklung fördert und fordert motivierte und mitdenkende Mitarbeiter.

Die operativen Ziele werden abteilungsbezogen jährlich neu bestimmt und im Rahmen der Managementbewertung überprüft.

### **3.1.2 Umsetzung von Leitlinien und Therapiestandards**

Leitlinien in der Medizin sind nicht zu verwechseln mit verpflichtenden Richtlinien, die als Direktive befolgt werden müssen, aber sie sind auch deutlich mehr als eine Empfehlung, die man befolgen kann. Leitlinien legen einen Behandlungskorridor fest, den man einhalten soll; wenn man dessen Grenzen überschreitet, ist dies explizit und stichhaltig zu begründen.

Im Bereich der Suchtbehandlung liegen mit der Veröffentlichung „Evidenzbasierte Suchtmedizin“ (Schmidt et al., 2006) erstmals solche Behandlungsleitlinien für alle Klassen von substanzbezogenen Störungen vor. Diejenigen Inhalte und Prozesse, die für die Rehabilitation von Belang sind, finden ihre Berücksichtigung im Konzept der salus klinik. Allenfalls in der Wahl der Begriffe für einzelne Inhalte und Verfahren gibt es Abweichungen zu unserem Konzept. Für die Verbindung der diversen Maßnahmen miteinander und für ihre Umsetzung in die Alltagspraxis gibt es in den genannten Leitlinien der AWMF keine Vorgaben. Diese Aufgabe hat die schriftliche Konzeption der Klinik zu erfüllen.

Bereits im Jahr 2006 wurde bei der Deutschen Rentenversicherung Bund damit begonnen, Behandlungsstandards in der Rehabilitation von Alkoholabhängigen zu definieren. Diese „Reha-Therapiestandards für die Rehabilitation bei Alkoholabhängigkeit“ wurden 2009 von der Deutschen Rentenversicherung erstmalig aufgelegt. Die Standards ordnen die therapeutischen Leistungen, wie sie von der KTL vorgegeben sind, zu 14 Modulen und legen jeweils deren Häufigkeit und Dauer pro Behandlungswoche bzw. pro Gesamtbehandlung fest sowie den Anteil der Rehabilitanden, die auf diese Weise zu behandeln sind. Erstmals wurde 2009 ein Bericht zur Reha-Qualitätssicherung versandt, welcher eine Rückmeldung über die behandelten Rehabilitanden des Jahres 2008 ergibt. In dieser Rückmeldung wurden bereits nahezu alle Therapiestandards von der salus klinik erfüllt.

Im Jahre 2010 wurde von der Deutschen Rentenversicherung eine Pilotversion von Reha-Therapiestandards für Patienten in der medizinischen Rehabilitation mit Hauptdiagnosen „Depressive Störungen“ veröffentlicht. Auch die Psychosomatische Abteilung wurde aufgefordert Veränderungs- und Verbesserungsvorschläge zu den darin vorgesehenen Vorgaben einzureichen, was wir auch differenziert taten. Die zwischenzeitlichen Auswertungen zeigen, dass wir die Vorgaben in den meisten Bereichen einhalten, in der Ergotherapie quantitativ nicht, im Bereich der Psychotherapie überfüllen.



---

### **3.1.3 Umsetzung spezifischer rechtlicher Anforderungen**

Die rechtlichen Anforderungen in den Bereichen Arbeitsschutz und Arbeitssicherheit sowie die Hygienevorschriften werden umgesetzt. Die Überwachung der im QM-Handbuch geregelten Prozesse erfolgt über die Beauftragten der Klinik und in entsprechenden Gremien (z.B. Arbeitssicherheitsausschuss, Hygienekommission und Arzneimittelkommission) und im Rahmen regelmäßiger Begehungen.

## **3.2. Qualitätssicherung für die Einrichtung**

In der salus klinik erfolgt eine interne Qualitätskontrolle durch das zertifizierte QM-System und eine externe Qualitätskontrolle durch das Sicherungsverfahren der Rehabilitationsträger. Die Klinik erhält durch Visitationen und Berichte differenzierte Rückmeldungen zur Qualitätssicherung. Durch jährliche Audits wird die Einhaltung der hohen Qualitätsgrundsätze von FVS und DEGEMED dokumentiert.

### **3.2.1 Internes Qualitätsmanagement**

Die Funktion der Qualitätsmanagementbeauftragten ist als Stabsstelle der Klinikleitung zugeordnet. Die Qualitätsmanagementbeauftragte unterstützt die Klinikleitung bei der Weiterentwicklung des QM-Systems. Ihre Aufgabe ist außerdem die Koordination und Organisation des Aufbaus und der kontinuierlichen Weiterentwicklung des internen Qualitätsmanagementsystems nach den Anforderungen DIN EN ISO 9001:2008 und der rehabilitationsspezifischen Kriterien der DEGEMED. In Fragen der Organisation und Koordination der Qualitätsarbeit ist sie Ansprechpartnerin.

Das Qualitätsmanagement-Handbuch ist im Intranet veröffentlicht und wird kontinuierlich aktualisiert. Jeder Mitarbeiter hat Zugriff zu einem vernetzten PC. Der kontinuierliche Verbesserungsprozess wird durch jährliche interne Audits in den einzelnen Abteilungen durch speziell geschulte Mitarbeiter gefördert und überprüft. Die salus klinik verfügt über 13 ausgebildete interne Auditoren.

Regelmäßige Qualitätszirkel fördern die Umsetzung der angestrebten Qualitätsstandards. Die salus klinik verfügt über ein Qualitätsmanagement-System nach DIN EN ISO 9001:2008 und nach den Qualitätsgrundsätzen der Deutschen Gesellschaft für medizinische Rehabilitation (DEGEMED). Jährliche Zertifizierungs- bzw. Wiederholungsaudits durch die Zertifizierungsgesellschaft EQ ZERT garantieren die objektive Beurteilung des QM-Systems.

### **QM-Projekte**

(s. 1.2.7.)

### **3.2.2 Qualifizierung der Mitarbeiter**

Der Leitende Arzt für Abhängigkeitserkrankungen ist für 18 Monate zur Weiterbildung im Fach Psychiatrie und Psychotherapie ermächtigt, der Leitende Arzt der Psychosomatischen Abteilung für 24 Monate im Gebiet der Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie. Die salus klinik ist als Ausbildungsstätte für Psychologische Psychotherapeuten gemäß PsychTh-APrV Paragraph 2, Absatz 2, Satz 1 anerkannt.

---

Fünf MitarbeiterInnen der salus klinik sind als Supervisoren ausgebildet und von Ausbildungsinstituten als Lehrtherapeuten und Supervisoren zugelassen. Im Rahmen der Systematischen Personalentwicklung steht die Qualifizierung der Mitarbeiter im Vordergrund. Die Schulungsmaßnahmen orientieren sich an den aktuellen fachlichen Erfordernissen.

### **3.2.2.1 Klinikinterne Fort- und Weiterbildung**

Für die Mitarbeiter der Bereiche Therapie, Medizin und Pflege finden regelmäßige interne Fortbildungen und Supervision statt.

Darüber hinaus werden jährlich Fortbildungsveranstaltungen angeboten, die den Mitarbeitern und auch externen Teilnehmern offen stehen (detaillierte Angaben in Kap. 4).

Regelschulungen für alle Mitarbeiter zu Themen wie Hygiene, Notfallversorgung, Arbeitssicherheit, Brandschutz und Datenschutz sind selbstverständlich. Ihre Durchführung wird im Rahmen der internen und externen Audits überprüft. In den Abteilungen Küche und Hauswirtschaft gibt es ebenfalls regelmäßige Schulungsangebote.

### **3.2.2.2 Teilnahme an externen Fort- und Weiterbildungen**

Ein hohes Ausbildungs- und Qualifikationsniveau der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ist uns wichtig. Daher werden für alle Bereiche auch externe Fortbildungsmaßnahmen durchgeführt, hinzu kommt die Teilnahme an Fachkongressen, Arbeitsgruppen und Qualitätszirkeln.

- Eine Mitarbeiterin hat die Weiterbildung zur Sozialtherapeutin begonnen.
- 17 Diplom-Psychologen befinden sich in der Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten (Schwerpunkt Verhaltenstherapie), davon sind 8 MitarbeiterInnen in einem fortgeschrittenen Stadium mit bereits abgelegter Zwischenprüfung.
- Eine Ergotherapeutin wurde im Mentalen Aktivierungstraining geschult, eine weitere hat die Ausbildung zum ADHS-Trainer absolviert.
- Eine Sporttherapeutin hat die Ausbildung zum Selbstverteidigungstrainer absolviert, zwei Sporttherapeutinnen wurden im Training zur aktiven Stabilisation der WS geschult.

Die Umsetzung der relevanten gesetzlichen Richtlinien und Verordnungen ist durch die Beratung der Beauftragten sichergestellt, die ihr Wissen durch den Besuch von Fachkongressen und Seminaren aktuell halten.

### **3.2.3 Externe und Interne Qualitätssicherung**

Die salus klinik nimmt am externen Qualitätssicherungsverfahren der Deutschen Rentenversicherung Bund und der Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen teil.

Die Daten der Deutschen Rentenversicherung Bund treffen in der Regel erst ca. 18 Monate nach Entlassung unserer Patienten ein. Um zeitnah reagieren zu können, werden zusätzlich interne Daten erhoben (s. unten). Die Abweichungen zwischen den internen und externen Ergebnissen resultieren aus den unterschiedlichen Erhebungszeiträumen und der unterschiedlichen Ausschöpfungsquote. Die interne Befragung erfasst so gut wie alle Patienten, die externe nur eine kleine Stichprobe und davon wiederum nur die Antwort.

---

### 3.2.3.1 Ergebnisse der externen Qualitätssicherung

#### Patientenbefragung Entwöhnung

Im Rahmen ihres QS-Programms weist die Deutsche Rentenversicherung Bund darauf hin, dass die Rehabilitandenzufriedenheit und das subjektive Behandlungsergebnis von Variablen wie Geschlecht, Alter, Wohnort, Sozialstatus (soziodemografische Merkmale) wie auch von der Art der Erkrankungen beeinflusst werden kann. Im Vergleich zum Durchschnitt der Kliniken, die am QS-Programm der DRV-Bund teilnehmen, sind folgende Besonderheiten zu berücksichtigen:

- Versicherte der neuen Bundesländer vergeben bessere Bewertungen als Versicherte aus den alten Bundesländern
- Jüngere Rehabilitanden tendieren zu kritischeren Bewertungen als Ältere,
- Arbeitslose, Rentenantragssteller und Rehabilitanden mit langen AU-Zeiten vor der Reha tendieren zu kritischeren Bewertungen

Datenbasis:

Pro Reha-Einrichtung /-Fachabteilung und Entlassungsmonat wurden in der Regel 20 Rehabilitanden zufällig ausgewählt und 8 bis 12 Wochen nach Abschluss der Rehabilitation befragt. Von der salus klinik wurden 78 Patienten ausgewählt, die von Januar bis Juni 2010 ihre Rehabilitation in der salus klinik abgeschlossen hatten (Bericht vom November 2010)

Abteilung Entwöhnung gemittelte Skalenwerte Datenbasis N=171 <b>von 1 (sehr gut) bis 5 (schlecht)</b>	salus klinik	Gruppe	bester Grup- penwert
Ärztliche Betreuung während der Rehabilitation	1,9	2,3	1,9
Betreuung durch die Pflegekräfte	1,8	2,1	1,8
Psychotherapeutische Betreuung	1,7	2,1	1,7
Therapeutische Maßnahmen	1,8	2,0	1,7
Psycho-Edukative Maßnahmen	2,0	2,1	2,3
Körperorientierte Maßnahmen	1,4	1,8	1,8
Rehabilitationsplan und -ziele	1,8	2,2	1,8
Organisation	1,8	2,2	1,8
Nützlichkeit der Verhaltensempfehlung für Beruf, Haushalt und Freizeit	1,6	1,5	1,3
Ärztliche Beurteilung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit	2,3	2,4	2,3
Gesamturteil zur Reha	1,9	2,2	1,9

Stand DRV: Abschluss Reha 01/2009-06/2009

#### Patientenbefragung Psychosomatik

Der am Anfang dieses Kapitels zitierte Hinweis der Deutschen Rentenversicherung Bund, dass die Rehabilitandenzufriedenheit und das subjektive Behandlungsergebnis von Variablen wie Geschlecht, Alter, Wohnort, Sozialstatus (soziodemografische Merkmale) als auch der Art der Erkrankungen beeinflusst werden kann, gilt auch für die psychosomatischen Patienten. Im Vergleich zum Durchschnitt der Psychosomatischen Kliniken, die am

QS-Programm der DRV-Bund teilnahmen, sind zusätzlich folgende Besonderheiten der salus-Rehabilitanden zu berücksichtigen:

- In der Abteilung werden deutlich mehr Patienten behandelt, die komorbid an einem Substanzmissbrauch und/oder Substanzabhängigkeit mit gegenwärtiger Abstinenz (v. a. Alkohol und Medikamente) leiden: rund 48% gegenüber 5-10% im Durchschnitt der Kliniken. (Nicht eingeschlossen sind in diesen Zahlen die Raucher!).
- Der Anteil von Bürgern aus den alten Bundesländern ist höher.

Datenbasis: N=55 aus der salus klinik. Wie hoch die Rücklaufquote seitens unserer Patienten ist, ist nicht bekannt. Insgesamt befanden sich im Untersuchungszeitraum 285 Patienten dieses Leistungsträgers in unserer Behandlung.

Insgesamt wurden 1.610 Rehabilitanden aus verschiedenen Einrichtungen befragt.

Abteilung Psychosomatik gemittelte Skalenwerte Datenbasis N= 123 von 1 (sehr gut) bis 5 (schlecht)	salus Klinik	Gruppe	bester Grup- penwert
Ärztliche Betreuung während der Rehabilitation	2,1	2,4	2,0
Betreuung durch die Pflegekräfte	2,3	2,0	1,6
Psychotherapeutische Betreuung	2,1	2,3	1,9
Therapeutische Maßnahmen	1,9	2,1	1,8
Psychoedukative Maßnahmen	2,0	2,1	1,8
Körperorientierte Maßnahmen	1,7	1,8	1,6
Rehabilitationsplan und -ziele	2,4	2,5	2,1
Organisation	1,9	2,2	1,9
Nützlichkeit der Verhaltensempfehlung für Beruf, Haushalt und Freizeit	1,4	1,7	1,4
Ärztliche Beurteilung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit	2,8	2,7	1,9
Gesamturteil zur Reha	2,4	2,4	2,0

Stand DRV: Abschluss Reha 01/2009-06/2009

### Dokumentation therapeutischer Leistungen

Hinsichtlich der Dokumentation therapeutischer Leistungen auch im Vergleich zu anderen Kliniken beziehen sich die nachfolgenden Zahlen auf Patienten der Deutschen Rentenversicherung Bund aus dem Entlassjahrgang 2007. Neuere Zahlen worden uns bis zur Fertigstellung dieses Berichtes seitens des Leistungsträgers nicht zugesandt.

Einen aktuelleren Überblick geben unsere Zahlen unter 2.2.1. S.21 und 2.2.2 S.28.

**Berichte zur Reha-Qualitätssicherung der Deutschen Rentenversicherung Bund  
Therapeutische Versorgung - KTL, Entlassungsjahrgang 2007**

Suchtabteilung	Rehabilitanden mit mindestens einer Leistung		pro Rehabilitand			
	Anzahl	Anteil	Leistungen		Dauer (Std.)	
			pro Woche	pro Reha	pro Woche	pro Reha
salus klinik						
Vergleichsgruppe						
A Sport- und Bewegungstherapie	597	98%	4,2	39,3	2,8	26,7
A Sport- und Bewegungstherapie	9.524	82%	2,6	29,1	2,1	23,5
B Physiotherapie	201	33%	1	9,6	0,5	4,6
B Physiotherapie	2.960	26%	0,7	8,3	0,4	4,7
C Informationen, Motivation, Schulung	606	100%	4,2	37,2	3,4	30,6
C Informationen, Motivation, Schulung	10.672	92%	2,8	26,9	1,8	17,1
D Klinische Sozialarbeit, Sozialtherapie	597	98%	1	9,4	0,7	6,8
D Klinische Sozialarbeit, Sozialtherapie	10.408	90%	2	22,3	1,3	14,6
E Ergotherapie, Arbeitstherapie und andere funktionelle Therapien	542	89%	1,6	16,8	2,5	26,5
E Ergotherapie, Arbeitstherapie und andere funktionelle Therapien	9.237	80%	4,2	50,9	6,1	73,9
F Klinische Psychologie, Neuropsychologie	525	86%	1,5	15,2	1,9	18,6
F Klinische Psychologie, Neuropsychologie	8.670	75%	1,7	17,1	1,8	17,7
G Psychotherapie	605	99%	5,3	50,4	7	68,4
G Psychotherapie	11.363	98%	5,9	64,7	7,6	85,3
H Reha-Pflege	60	10%	0,3	2,9	0,1	0,8
H Reha-Pflege	3.068	26%	1,4	12,2	0,2	1,9
K Physikalische Therapie	248	41%	1,6	14,9	1,3	11,8
K Physikalische Therapie	4.176	36%	1,6	19	0,4	4,8
L Rekreationstherapie	562	92%	5,4	55,3	5,3	55,1
L Rekreationstherapie	7.156	62%	1,8	20	1,5	16,4
Insgesamt (jedoch ohne Kapitel M "Ernährung" und C13 "Schulungsbuffet")	609	100%	23,2	223,5	23,4	228
Insgesamt (jedoch ohne Kapitel M "Ernährung" und C13 "Schulungsbuffet")	11.589	100%	19,4	209,3	19,7	217,4

**Berichte zur Reha-Qualitätssicherung der Deutschen Rentenversicherung Bund  
Therapeutische Versorgung - KTL, Entlassungsjahrgang 2007**

Psychosomatische Abteilung	Rehabilitanden mit mindestens einer Leistung		pro Rehabilitand			
	Anzahl	Anteil	Leistungen		Dauer (Std.)	
pro Woche			pro Reha	pro Woche	pro Reha	
salus klinik						
Vergleichsgruppe						
A Sport- und Bewegungstherapie	262	100%	5,5	31,6	3,7	21
A Sport- und Bewegungstherapie	50.755	94%	4,8	27,7	3,1	18
B Physiotherapie	214	82%	2,7	15,2	1,8	10,2
B Physiotherapie	34.658	64%	1,9	10,9	1	5,7
C Informationen, Motivation, Schulung	262	100%	4	22	3,3	17,9
C Informationen, Motivation, Schulung	53.617	99%	2,8	15,3	1,8	10,1
D Klinische Sozialarbeit, Sozialtherapie	261	100%	1,7	9,3	0,9	5,2
D Klinische Sozialarbeit, Sozialtherapie	41.819	77%	1,4	7,9	0,8	4,4
E Ergotherapie, Arbeitstherapie und andere funktionelle Therapien	254	97%	1,3	7,9	2	12
E Ergotherapie, Arbeitstherapie und andere funktionelle Therapien	33.242	61%	1,5	8,8	1,9	10,8
F Klinische Psychologie, Neuropsychologie	243	93%	2,5	14,7	2,8	16,5
F Klinische Psychologie, Neuropsychologie	52.065	96%	2,8	16,1	2,4	13,9
G Psychotherapie	262	100%	5,4	29,6	6,5	35,8
G Psychotherapie	53.400	99%	4,1	23,2	4,4	25,4
H Reha-Pflege	160	61%	0,5	2,8	0,1	0,6
H Reha-Pflege	30.817	57%	2,1	11,3	0,5	2,8
K Physikalische Therapie	98	37%	1	6,5	1,1	6,6
K Physikalische Therapie	44.637	83%	3,4	19,3	1,2	6,7
L Rekreationstherapie	257	98%	5,6	33,5	5,9	35,9
L Rekreationstherapie	30.709	57%	1,9	11,1	1,3	7,6
Insgesamt (jedoch ohne Kapitel M "Ernährung" und C13 "Schulungsbuffet")	262	100%	28,6	163,2	26,7	153,2
Insgesamt (jedoch ohne Kapitel M "Ernährung" und C13 "Schulungsbuffet")	54.100	100%	21,9	124,3	15,7	89,8

---

### Ergebnisse der Entlassungsbrief-Laufzeiteauswertung

Die regelmäßige interne Auswertung der Laufzeiten unserer Entlassungsberichte ergab, dass wir auch im Jahr 2010 wieder mit guten Zeiten innerhalb der Erwartungsgrenzen der Leistungsträger lagen.

Da uns bis zum Zeitpunkt der Berichtserstellung keine aktuellen Daten des federführenden Leistungsträgers vorliegen, verweisen wir auf unsere interne Statistik an, die darüber Auskunft gibt, nach welcher Zeit die Berichte die salus klinik verließen (Datum des Poststempels) siehe 3.2.3.2.

### Peer Review-Verfahren (Prüfung der Qualität der Entlassungsberichte)

Im Peer Review-Verfahren bewerten sog. Peers die Prozessqualität anhand der Angaben aus den Entlassungsberichten.

Die beiden Leitenden Ärzte waren auch 2010 im Peer Review-Verfahren aktiv und haben die von der DRV-Bund zugeschickten Berichte anderer Kliniken beurteilt. Eine Rückmeldung über die Ergebnisse des Verfahrens lag zu Zeitpunkt der Berichtserstellung noch nicht vor, sodass wir hier erneut nur die alten Ergebnisse aufführen können.

Sucht Datenbasis N= 18	gemittelte Bewertungspunkte von 0 (sehr schlecht) bis 10 (sehr gut)	Mittelwert		Abwei- chung
		Klinik	Alle	Zur Gr.
	Qualitätspunkte "Anamnese"	7,6	7,5	n.s.
	Qualitätspunkte "Diagnostik"	8,4	7,4	↑*
	Qualitätspunkte "Therapieziele und Therapie"	7,6	7,6	n.s.
	Qualitätspunkte "Klinische Epikrise"	8,1	7,8	n.s.
	Qualitätspunkte "Sozialmedizinische Epikrise"	8,2	7,3	n.s.
	Qualitätspunkte "Weiterführende Maßnahmen und Nachsor- ge"	7,6	7,9	n.s.
	Qualitätspunkte "Gesamter Reha-Prozess"	7,6	7,2	n.s.

Quelle/Stand: DRV Peer-Review 2007/2008

Psychosomatik Datenbasis N= 19	gemittelte Bewertungspunkte von 0 (sehr schlecht) bis 10 (sehr gut)	Mittelwert		Abwei- chung
		Klinik	Alle	zur Gr.
	Qualitätspunkte "Anamnese"	7,4	7,5	n.s.
	Qualitätspunkte "Diagnostik"	7,6	7,4	n.s.
	Qualitätspunkte "Therapieziele und Therapie"	7,9	7,4	n.s.
	Qualitätspunkte "Klinische Epikrise"	8,4	7,5	↑+
	Qualitätspunkte "Sozialmedizinische Epikrise"	8,4	7,4	↑+
	Qualitätspunkte "Weiterführende Maßnahmen und Nachsor- ge"	8,1	7,7	n.s.
	Qualitätspunkte "Gesamter Reha-Prozess"	7,5	7,2	n.s.

Quelle/Stand: DRV Peer-Review 2007/2008

---

### Patientenbeschwerden

Vom federführenden Rentenversicherungsträger wurden uns 1 Beschwerde im Bereich Sucht und 8 Beschwerden im Bereich Psychosomatik von Versicherten zugesandt, zu denen wir Stellung genommen haben. Damit liegen wir deutlich unter dem cut-off-Werten der Deutschen Rentenversicherung Bund von <2%.

Die Beschwerden bezogen sich im Wesentlichen auf die Therapieorganisation und die nach Meinung der Rehabilitanden unzutreffende sozialmedizinische Einschätzung.

### Visitationen

Im Jahr 2010 fand keine Visitation durch die Deutsche Rentenversicherung statt.

### 3.2.3.2 Ergebnisse der internen Qualitätssicherung

#### Erfassung der KTL-Leistungen

Hausintern wird die Anzahl der Leistungen pro Patient erfasst. Details s. 2.2.1.6. und 2.2.2.6.

#### Laufzeit der Entlassungsberichte

Die Dauer vom Entlasstag bis zum Versand des Entlassungsberichtes wird bei allen Patienten in allen dazugehörigen Prozessschritten differenziert erfasst, so dass intern nachvollzogen werden kann, wer wann an dem Bericht während dessen Erstellung, Prüfung und Versendung gearbeitet hat. Danach sind vereinzelte längere Laufzeiten von Berichten, die ausschließlich den Suchtbereich betrafen, vorwiegend auf Ausnahmesituationen im Entlassverfahren zurückzuführen, z.B. Verlegungen wegen interkurrenter akuter Erkrankungen oder Rückfälle, aus denen die Patienten nicht in die Rehabilitation zurückkehrten, so dass der Entlasstag auf den Verlegungstag zurückdatiert werden musste.

Folgende Entlassungsberichtslaufzeiten wurden in 2010 erzielt (jeweils Patienten DRV-Bund):

Laufzeiten der ärztlichen Entlassungsberichte im Jahr 2010(DRV-Bund Versicherte)	Anzahl der ausgewerteten E-Berichte	durchschnittliche Laufzeit (in Kalendertagen)	nach Wochen gruppierte Laufzeiten		
			bis zu zwei Wochen	zwischen zwei und sechs Wochen	mehr als sechs Wochen
Sucht	638	6,3	89%	14,33%	0%
Psychosomatik	312	0,8	100%	0%	0%

### Patientenbeschwerden

Wöchentlich findet eine Versammlung der Patientensprecher aus allen Teams mit der Klinikleitung statt („Forum“). Hier können Veränderungsvorschläge vorgebracht werden, die insbesondere das soziale Miteinander betreffen. Allgemeine Beschwerden können hier ebenfalls diskutiert und bearbeitet werden. Falls keine Lösung erzielt wird, gehen sie in schriftlicher Form den Weg in das formale QM-Beschwerdemanagement. Sie werden dann bearbeitet wie alle individuellen Beschwerden und Anregungen, die über einen gesonderten Briefkasten eingereicht werden. In 2010 sind 70 Verbesserungsvorschläge/Beschwerden eingegangen. Die Klinikleitung prüft diese auf ihre Berechtigung,



---

leitet gegebenenfalls Maßnahmen ein und gibt in jedem Fall Rückmeldung an die betreffenden Patienten.

### **Patientenbefragung**

Alle unsere Patienten erhalten jede Woche zusammen mit ihrem Wochenplan einen kurzen Fragebogen zur Bewertung der aktuellen Therapie und zusätzlich vor der Entlassung einen umfassenden Abschlussfragebogen zu allen Angeboten und Abläufen der Klinik. Der Abschlussfragebogen lehnt sich in etlichen Punkten an die Fragen der Deutschen Rentenversicherung Bund an. Diese Daten ermöglichen es uns, rasch auf Veränderungen in der Patientenbewertung zu reagieren, ohne die erst später eintreffenden Daten der Patientenbefragung der Deutschen Rentenversicherung Bund abwarten zu müssen.

### **Komplikationen/Fehlermanagement**

Aus der Analyse vereinzelter besonderer Vorkommnisse ergaben sich keine Hinweise auf systematische Fehler.

### **Katamnesen:**

In der salus klinik Friedrichsdorf werden standardmäßig ein Jahr nach Behandlungsende alle behandelten Patienten angeschrieben und um Rückmeldung bzgl. ihrer Erwerbs- und Arbeitssituation, ihrer aktuellen Lebenszufriedenheit und ihres Konsums von psychotropen Substanzen gebeten.

Für **Psychosomatische Abteilungen und Kliniken** gibt es keinen bundesweiten Katamnesestandard. Im Unterschied zu Suchtkliniken besteht vor dem Hintergrund des differenzierten Hauptdiagnosespektrums auch kein einzelnes spezifisches Erfolgskriterium, wie das der Abstinenz bei Abhängigkeitserkrankten.

Dennoch und gerade deshalb werden alle Patienten der Psychosomatischen Abteilung nach einem Jahr befragt. Dazu werden ein klinikinterner Fragebogen (in Anlehnung an den Fragebogen des Fachverbandes Sucht) sowie ein psychologischer Test (BSI) verwendet. Die Rücklaufquote für die 2008 behandelten Patienten, deren Daten ab 2010 ausgewertet werden konnten, lag bei 54,50 %. Die Rücklaufquote für die 2009 behandelten Patienten, deren Daten 2011 ausgewertet werden, lag bei 51,60 %.

Detaillierte Analysen der testpsychologischen Katamnesedaten auch in Bezug auf unsere Standarddiagnostik bei Aufnahme und Entlassung der Patienten werden vorgenommen.

Die Berechnung des Erfolgs orientiert sich bei **Suchtkranken** im Wesentlichen an der Abstinenzquote, obwohl für die Behandler auch andere psychosoziale Messwerte relevant sind und für die Leistungsträger Zahlen zur lückenlosen Beitragszahlungen in den Jahren nach einer Rehabilitationsmaßnahme mindestens genauso bedeutsam sein dürften. Solche Darstellungen müssen aber anderen Formen der Veröffentlichung überlassen bleiben. Die Abstinenz ist in jedem Fall ein guter Erfolgsindikator, da die Zufriedenheit in fast allen anderen Lebensbereichen hoch mit ihr korreliert. Die Art der Erfolgsberechnung ist von den Standards der DGSS (Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie) klar definiert. Nach **Berechnungsform 1 (DGSS 1)** werden alle erreichten Patienten, die planmäßig aus der stationären Behandlung entlassen werden, als Basis der Berechnung der Erfolgs- und Abstinenzquoten herangezogen. Bezugsbasis für die

**Berechnungsform 4 (DGSS 4)**, die „konservativste“ Schätzung des Behandlungserfolgs, sind alle entlassenen Patienten, wobei alle nicht erreichten Patienten hierbei als rückfällig gewertet werden.

Für die Differenzierung der Abstinenzangaben werden folgende Ergebniskategorien gebildet:

**Abstinent:** Kein Konsum von Alkohol, zustandsverändernden Medikamenten und illegale Drogen im gesamten Zeitraum.

**Abstinent nach Rückfall:** Kein Konsum von Alkohol, zustandsverändernden Medikamenten und Drogen im Zeitraum von 91 Tagen vor dem Zeitpunkt der Befragung und keine weitere Entzugs- oder Entwöhnungsbehandlung im Untersuchungszeitraum.

**Rückfall:** Berichteter Konsum von Alkohol, zustandsverändernden Medikamenten und/oder Drogen bzw. widersprüchliche Informationen.

**Der Kategorie „Rückfall“ hinzugerechnet:** Alle Patienten, bei denen keine Informationen oder nur unvollständige Angaben vorliegen, werden als rückfällig eingestuft.

In diesem Qualitätsbericht werden die Ergebnisse des Behandlungsjahrganges 2008 dargestellt.

Katamneseergebnisse Angaben in Prozent	DGSS 1 (N = 533)	DGSS 4 (N = 978)
Katamnestische Erfolgsquote	72,40 %	44,20 %
Abstinent	57,20 %	34,80 %
Abstinent nach Rückfall	15,20 %	9,40 %
Rückfall	27,60 %	20,60 %
Nicht erreichte Patienten		35,30 %

Quelle: Jahresbericht und Katamnese 2008, salus klinik Friedrichsdorf (erhoben 2008, ausgewertet 2010)

**Mit der Berechnungsform 1 (DGSS 1), bei der ausschließlich die planmäßig entlassenen Patienten erfasst sind, welche die Katamnese beantwortet haben, ergibt sich eine katamnestische Erfolgsquote von 72,4%.** Im gesamten Jahr nach der Behandlung lebten 57,2% der ehemaligen Patienten vollständig abstinent und 15,2% haben die Abstinenz im Verlauf des Jahres einmal unterbrochen, leben aber zum Zeitpunkt der Befragung wieder seit mindestens 3 Monaten abstinent. Die restlichen 27,6% der ehemaligen Patienten gaben an, rückfällig zu sein oder wurden als rückfällig eingestuft, wenn sie zum Beispiel psychotrope Medikamente ohne Verschreibung eingenommen haben.

**Bezogen auf alle im Kalenderjahr 2007 entlassenen Patienten (DGSS 4) beträgt die katamnestische Erfolgsquote 44,2%.** In dieser den Erfolg deutlich unterschätzenden Berechnungsform wurden 55,9% als rückfällig eingestuft, von diesen 55,9% haben sich jedoch nur 20,6% tatsächlich als rückfällig eingestuft. Die restlichen 35,3% wurden dieser Kategorie nur deshalb zugeordnet, weil es von ihnen keine Daten gibt. Es ist aus Un-

---

tersuchungen bei diesen Nichtantwortern bekannt, dass unter ihnen noch ungefähr 30% erfolgreiche Patienten befinden.

### **3.2.4 Weiterentwicklung von Versorgungskonzepten**

S. 1.2.7.

---

## 4 Aktivitäten und Veranstaltungen

15.01.10	Koordinationsstreffen mit den Leitern der Veranstaltung „Therapie und was danach“
19.01.10	Tagung mit Auszubildenden von Goodyear Fulda Tagung mit Friedrichsdorfer Konfirmanten
27.01.10	Veranstaltung „Klinik Transparent“
28.01.10	Vorgesetztenschulung mit der Stadt Darmstadt
09.02.10	Tagung mit Betriebsräten von Peek & Cloppenburg
11.02.10	Veranstaltung mit Beamten vom LKA Wiesbaden
23.02.10	Koordinationsstreffen mit KollegInnen des Valentinus Krankenhaus Bad Soden
24.02.10	Tagung mit Schülern der Bildungsstätte Alte Schule Anspach
01.03.10	Mitarbeit von Herrn Dr. Wiehn und Herrn Leist beim Expertengremium des RKW zu Thema „Psychische Belastungen am Arbeitsplatz“
01.-03.03.10	Ausbildung des FIT zum Betrieblichen Suchtkrankenhelfers
10.03.10	Kooperationstreffen mit Club 29 aus München
11.-13.03.10	Unterstützung der Ausbildung zum Suchtbeauftragten der BKK-Gesundheit
23.03.10	Informationsveranstaltung im Bürgerhospital Frankfurt
30.03.10	Tagung mit Betriebsräten und Suchtbeauftragten der Chemischen Industrie
30.03.10	Vorgesetztenschulung bei Mayer KG Obertshausen
22.04.10	Informationsveranstaltung in Vitos Klinik Köppern
04.-07.05.10	Ausbildung des FIT mit Abschlussveranstaltung zum Betrieblichen Suchtkrankenhelfers
10.05.10	Kooperationstreffens mit salus klinik in Hürth
12.05.10	Infotagung mit Schwerbehinderten-Vertretern d. Landes Hessen
12.05.10	Tagung für Studenten der FH Darmstadt
12.05.10	Suchtvortrag beim Deutschen Wetterdienst
26.05.10	Mitwirkung Tagung „Psychische Störungen in der Arbeitswelt“
27.05.10	Kooperationstreffen mit Vertretern der Selbsthilfegruppen die regelmäßige Info-Veranstaltungen im Haus durchführen
28.05.10	Kooperationstreffen mit Kollegen der Vitos Klinik Köppern
01.06.10	Tagung mit Vorgesetzten der Frankfurter Sparkasse
09.06.10	Organisation und Durchführung des AK-Sucht Rhein-Main in Frankfurt
14-16.06.10	Mitwirkung an der Fachtagung des Fachverband Sucht in Heidelberg
17.06.10	Kooperationstreffen mit Kollegen der Jugend-und Drogenberatungsstelle Bad Homburg
23.06.10	Info-Tagung für Studenten der Fachhochschule Frankfurt
24.06.10	Tagung mit Diakoniestation Neu-Anspach
25.06.10	Vorgesetztenschulung der Stadt Darmstadt
20.07.10	Kooperationstreffen mit FSH-Bad Homburg
23.07.10	Kooperationstreffen mit BKK Gesundheit
12.08.10	Kooperationstreffen mit Sozialberatung von Evonik Röhm GmbH
12.08.10	Austausch mit Moderatoren des saluschat
19.08.10	Treffen mit Sozialberatern aus dem Rhein-Main-Gebiet

- 
- |              |  |
|--------------|--|
| 31.08.10     | Tagung mit Schüler der Walldorfschule Frankfurt  |
| 06.-08.09.10 | Unterstützung der Ausbildung zum Suchtbeauftragten der BKK-Gesundheit  |
| 08.09.10     | Tagung mit Vorgesetzten der Unfallkasse Hessen   |
| 09.09.10     | Tagung mit Auszubildenden der Firma Veritas  |
| 13.09.10     | Tagung mit FSH-Bad Homburg zum Thema „Medikamente und Sucht“   |
| 13.09.10     | Besuch bei Gesundheitsamt Dietzenbach  |
| 22.09.10     | Vorgesetztenschulung im Bundesamt für Technik Wiesbaden  |
| 29.09.10     | Tagung mit Vorgesetzten der Unfallkasse Hessen   |
| 06.10.10     | Organisation und Durchführung des AK-Sucht Rhein-Main in Frankfurt   |
| 12.10.10     | Durchführung des Arbeitskreis Sucht aus Hanau in der salus klinik  |
| 19.10.10     | Tagung mit Auszubildenden von Dulop-Goodyear   |
| 21.10.10     | Kooperationstreffen mit Kollegin des Caritas Gelnhausen  |
| 26.10.10     | Tagung mit Suchtkrankenhelfern der Bahn  |
| 26.10.10     | Tagung für Firmlinge aus Friedrichsdorf  |
| 28.10.10     | Tagung mit Suchtkrankenhelfern und Betriebsräten der BG Chemie und Rohstoff  |
| 02.11.10     | Austausch mit Moderatoren des saluschat  |
| 04.11.10     | Info-Tagung mit Polizei Südhessen  |
| 04.10.10     | Besuch bei DWD   |
| 09.11.10     | DHS-Tagung Essen   |
| 10.11.10     | Mitwirkung im Expertenkreis der Deutsche Gesellschaft für Personalführung zum Thema „Umgang mit psychisch belasteten Mitarbeitern“ |
| 11.11.10     | Mitwirkung und Vortrag von Dr. Wiehn am Gesundheitstag der IG-Metall in Frankfurt  |
| 16.11.10     | Kooperationstreffen mit dem Suchtkrankenhelfer der Deutschen Bundesbank  |
| 23.11.10     | Tagung mit Vorgesetzten der Frankfurter Sparkasse  |
| 24.11.10     | Organisation und Durchführung des AK-Sucht Rhein-Main in Dietzenbach   |
| 08.12.10     | Tagung mit Institut für Arbeits- Sozial und Umweltmedizin Mainz  |
| 10.12.10     | Kooperationstreffen in der Suchtberatungsstelle Wetzlar  |
| 15.-17.12.10 | Unterstützung der Ausbildung zum Suchtbeauftragten der BKK-Gesundheit  |
| 21.12.10     | Tagung mit Studenten der Fachhochschule Frankfurt  |
- 52 x Durchführung des wöchentlichen Info-Abends  
21 x Durchführung der Betriebsseminar-Info  
12 x Durchführung der Betriebsseminare  
8 x Durchführung der Veranstaltung mit Selbsthilfegruppen „Therapie und was danach“  
90 x Informationsveranstaltungen der verschiedenen Selbsthilfegruppen im Haus  
50 Vorgespräche

---

## 4.1 Vermittlung von Konzepten und Erfahrungen

19./20. März 2010: Dr. A. Khatib. Seminar zum Thema Psychotherapie bei Abhängigkeitserkrankungen im Rahmen der postgradualen Weiterbildung an der Universität Bern / Schweiz

09./10. April 2010: Dr. A. Khatib. Seminar zum Thema Verhaltenstherapie bei Abhängigkeitserkrankungen. IPAM (Institut für Psychotherapieausbildung in Marburg) an der Philipps-Uni. Marburg.

04./05. Juni 2010: Dr. A. Khatib. Seminar zum Thema Psychotherapie bei Abhängigkeitserkrankungen im Rahmen der postgradualen Weiterbildung am Klaus Grawe Institut für psychologische Therapie - Zürich / Schweiz

26./27. November 2010: Dr. A. Khatib. Seminar zum Thema Verhaltenstherapie bei Abhängigkeitserkrankung im Rahmen der Ausbildung zum staatlich anerkannten psychologischen Psychotherapeuten bei ZPP der Universität Heidelberg

03./04. Dezember 2010: Dr. A. Khatib. Seminar zum Thema Verhaltenstherapie bei Abhängigkeitserkrankung im Rahmen der Ausbildung zum staatlich anerkannten psychologischen Psychotherapeuten bei der AWKV - Marburg

7. März 2010: Dr. Tobias Wiehn: Referent und Leitung beim Schmerzcurriculum der Akademie für ärztliche Fortbildung und Weiterbildung in Bad Nauheim

11. November 2010: Dr. Tobias Wiehn. Vortrag „Stress und riskantes Arbeitsverhalten - gesundheitliche Auswirkungen und Prävention“ am Gesundheitstag der IG-Metall in Frankfurt

16. – 17. April 2010: Seminar von Dr. Kramer „Motivational Interviewing“ im Rahmen der Zusatzweiterbildung „Suchtmedizinischen Grundversorgung“ der Landesärztekammer Hessen.

14.-16.06.10 Heidelberger Kongress des Fachverband Sucht: Vortrag von Dr. D. Kramer "Verzahnung von medizinischer und beruflicher Rehabilitation – Ein Pilotprojekt"

19.06.2010: Vortrag Dr. Kramer „Suchterkrankungen im Betrieb“ auf der 50. Wissenschaftlichen Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Arbeitsmedizin und Umweltmedizin e.V. in Dortmund

21.09.2010: Vortrag Dr. Kramer „Drugs and alcohol“. AviationMedicine Basic Course der Deutschen Lufthansa in Frankfurt

### Veröffentlichungen:

Kramer, D. (2010). Verzahnung von medizinischer und beruflicher Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen – Ein Pilotprojekt. *SuchtAktuell*, 2/2010, 34ff.

---

## 4.2 Sonstige Aktivitäten der Einrichtung

Mitarbeit von Dr. Wiehn im Wissenschaftlichen Beirat der BKK Gesundheit

Mitarbeit von Dr. Wiehn in externem QZ Ltd. Ärzte Psychosomatischer Kliniken

Mitarbeit von Dr. Wiehn im erweiterten Vorstand der DÄVT

Mitarbeit von Dr. Wiehn als Vorstandsmitglied der DGPPR

Mitarbeit von Dr. Wiehn im Ausschuss „Ärztliche Psychotherapie“ der Landesärztekammer Hessen

Mitarbeit von Dr. Kramer im Deutschen Bundesverband der Chefärztinnen und Chefarzte von Suchtfachkliniken (DBCS)

Mitarbeit von Dr. Kramer im Arbeitskreis „ambulante Rehabilitation“ des FVS

Mitarbeit von Dr. A. Khatib im Gremium Leitender Psychologen der Deutschen Gesellschaft für Suchtpsychologie (DGSPS)

R. Schneider als Vorstandsvorsitzender des Fachverband Sucht: Vorstandssitzungen, Mitgliederversammlung, Leistungsträgerkontakte, Pressekonferenzen

Organisation und Durchführung des regelmäßig stattfindenden Arbeitskreises „Sucht in der Arbeitswelt, Rhein/Main“ durch R. Witt.

Mitarbeit von F. Leist am Arbeitskreis „Sucht in der Arbeitswelt“, Wetterau.

Mitwirkung von F. Leist im Expertenkreis der Deutsche Gesellschaft für Personalführung zum Thema „Umgang mit psychisch belasteten Mitarbeitern“

Mitarbeit von Dr. Wiehn und F. Leist im Expertenkreis „Psychosomatische Probleme in der Arbeitswelt“ des RKW.

Mitarbeit von C. Nels im Qualitätszirkel Adaption des Fachverband Sucht

Mitarbeit von Dr. D. Kramer und F. Leist im Friedrichsdorfer Institut für Therapiefor-  
schung und Gesundheitsförderung

## 5 Ausblick und Aktuelles

Mit der zweimal jährlich im Juni und Dezember erscheinenden Klinikzeitung „salü“ informieren wir unsere Partner im Versorgungsnetzwerk über aktuelle Entwicklungen in der Klinik.

---

## 6 Glossar

- **Audit:** Audit ist die Bezeichnung für eine Begutachtung der Einrichtung durch entsprechend ausgebildete Personen. Die Gutachter sollen sich einen Eindruck von den Örtlichkeiten, den in einem Handbuch beschriebenen Prozessen und durch Gespräche mit den Verantwortlichen über die gelebte Realität verschaffen. Die Auditoren untersuchen, ob Vorgaben, wie z.B. diejenigen einer Norm, einer Fachgesellschaft oder der Einrichtung selbst, auch eingehalten bzw. umgesetzt werden. Interne Audits führt die Einrichtung im Sinne einer Eigenüberprüfung selbst durch. Externe Audits werden z.B. von einer Zertifizierungsstelle oder vom Kunden durchgeführt. Auditoren heißen diejenigen, die Audits durchführen, Personen mit einer speziellen Ausbildung.
- **BADO-Verfahren:** Basisdokumentation, ein Verfahren mit dem wesentliche Patientendaten erhoben und ausgewertet werden, um herauszufinden, ob die Rehabilitationsbehandlung für den einzelnen Menschen sowie für die Gesellschaft sinnvoll und nachhaltig war. Eine Datenerhebung findet in der Regel bei Beginn und Ende der Rehabilitationsbehandlung statt, im Suchtbereich auch als Nachbefragung (siehe Katamnese). Die Datenerhebung erfolgt mittels Interview und Fragebögen.
- **DEGEMED:** Deutsche Gesellschaft für Medizinische Rehabilitation e.V., ein Fachverband, der die Interessen der Leistungserbringer im System der medizinischen Rehabilitation vertritt. Der Verband wurde 1997 gegründet. Laut Satzung der DEGEMED müssen Rehabilitationskliniken, die Verbandsmitglieder werden wollen, ein Qualitätsmanagementsystem aufbauen und weiterentwickeln und sich nach den Qualitätsgrundsätzen der DEGEMED zertifizieren lassen. Internet: [www.degemed.de](http://www.degemed.de)
- **DIN EN ISO:** Deutsche Industrie Norm – Europäische Norm – International Organization for Standardization
- **DRV:** Deutsche Rentenversicherung. Es gibt eine DRV Bund und in den Bundesländern eine oder mehrere Regionalträger (z.B. DRV Bayern-Süd, DRV Westfalen). Früher hießen sie Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (BfA) und Landesversicherungsanstalten für Arbeiter (LVA). Die Aufteilung in Arbeiter und Angestellte in getrennte Versicherungsanstalten gibt es nicht mehr. Die Rentenversicherung ist auch Träger von Leistungen zur medizinischen und beruflichen Rehabilitation.
- **Entwöhnungsbehandlung:** eine Leistung der medizinischen Rehabilitation, die für Anspruchsberechtigte vom Rentenversicherungsträger ambulant, ganztägig ambulant (teilstationär) oder stationär erbracht wird.
- **Externe Qualitätssicherung der DRV:** Die DRV-Deutsche Rentenversicherung hat vor einigen Jahren ein System entwickelt, welches es ermöglichen soll, die Qualität von Kliniken unter bestimmten Gesichtspunkten zu überprüfen. Dazu zählt z. B. eine Befragung von Patienten nach ihrer Rehabilitation durch die DRV, eine Überprüfung der Entlassberichte sowohl hinsichtlich ihrer zeitlichen Fertigstellung als auch der Inhalte.
- **Fachverband Sucht e.V. (FVS)** ist ein bundesweit tätiger Verband mit Sektionen in den Ländern. Im FVS sind Einrichtungen zusammengeschlossen, die sich der Behandlung, Versorgung und Beratung von Suchtkranken widmen. Er wurde



---

1976 gegründet und vertritt ca. 95 Mitgliedseinrichtungen mit über 6200 stationären und vielen ambulanten Therapieplätzen. Als Qualitätsstandard für alle Einrichtungen wurde die regelmäßige Durchführung von Basisdokumentation und Katamnese festgeschrieben. [www.sucht.de](http://www.sucht.de)

- **ICD-10-Codierung:** Mit dem Diagnoseschlüssel ICD-10 werden alle Krankheiten für alle Fachleute verständlich nach ganz bestimmten Kriterien erfasst und beschrieben.
- **Indikation:** Heilanzeigen, aus ärztlicher Sicht der Grund für die Durchführung eines bestimmten Heilverfahrens.
- **Interessenspartner:** Ein anderer und erweiterter Begriff für Kunde. Ein Unternehmen hat vielfältige Vertrags-, Geschäftspartner, wie Menschen, die etwas kaufen wollen, Lieferanten, Mitarbeiter usw. Jede natürliche oder juristische Person, die eine (Geschäfts-)Beziehung zum Unternehmen unterhält, ist ein Interessenspartner. Die wichtigsten Interessenspartner der salus klinik sind: die Patienten, die Leistungsträger, der Träger, die Mitarbeiter, die Einweiser, die Konsiliardienste, die Lieferanten und die Kommune.
- **IRENA:** IRENA meint Intensivierte Rehabilitationsnachsorgeleistung der Deutschen Rentenversicherung, zum Beispiel im Bereich psychosomatischer Heilverfahren. Um die Nachhaltigkeit des Behandlungserfolgs der stationären medizinischen Rehabilitationsbehandlung zu fördern, hat die Rentenversicherung dieses Programm aufgelegt. Bereits während des Rehabilitationsaufenthalts in der Klinik bekommen interessierte Patienten Kontaktadressen zur IRENA vermittelt. Sie werden dann angehalten, Kontakt zu einem Nachsorgeanbieter in der Nähe des Heimatortes aufzunehmen und regelmäßig an den Veranstaltungen des Programms teilzunehmen.
- **Katamnese:** Eine Katamnese ist eine Nachbefragung, die – wie oben angedeutet – sowohl durch den Rentenversicherungsträger nach drei Monaten als auch durch die jeweilige Klinik in der Regel nach einem Jahr durchgeführt wird. In dieser schriftlichen oder telefonischen Befragung sollen die Wirkungen der Rehabilitation durch die Befragten auf ihren Erfolg hin bewertet werden.
- **KTL (Klassifikation therapeutischer Leistungen):** Der KTL-Katalog umfasst alle therapeutischen Leistungen, die während der Rehabilitation von den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Klinik durchgeführt werden. Dies betrifft z. B. die Einzelgespräche, Gruppengespräche aber auch die Sporttherapie, Kreativtherapie usw., die nach Häufigkeit und Dauer protokolliert, aufsummiert und mit dem Entlassungsbericht dem Leistungsträger mitgeteilt werden müssen.
- **Leitbild:** Ein Leitbild, auch Unternehmensphilosophie, Vision oder Mission genannt, formuliert die angestrebte Identität des Unternehmens. Basis ist die gelebte Unternehmenskultur sowie Wünsche und Erwartungen der Belegschaft und externer Bezugsgruppen. Das Leitbild bestimmt den Kurs des Unternehmens. Es steckt den Rahmen für künftiges Handeln durch einen Katalog von Kriterien ab, der Werte und Bekenntnisse der Unternehmensführung zum unternehmerischen Handeln enthält und Normen für das Verhalten setzt.
- **Therapiestandards der DRV:** Die indikationsspezifischen Therapiestandards der DRV geben ein an der Klassifikation therapeutischer Leistungen (KTL) orientiertes Gerüst für die stationäre Rehabilitation vor. Hier wird z. B. anhand sog. Evidenzbasierter Therapiemodule (ETM) festgelegt, welche Mindestanforderungen

---

die Klinik hinsichtlich der Durchführung der entsprechenden Therapien (z.B. Einzelgespräche, Gruppengespräche, Kontakte zum Sozialdienst usw.) zu erfüllen hat.

- **Peer-Review-Verfahren:** Das Peer-Review-Verfahren ist eine Bewertung der Entlassberichte einer Klinik durch entsprechend geschulte leitende Ärzte anderer Einrichtungen, die diese Tätigkeit freiwillig und ohne Vergütung neben ihren eigentlichen Aufgaben ausüben. Die Berichte werden nach dem Zufallsprinzip gezogen. Die Berichte werden nach vorgegebenen Kriterien gelesen und auf Vollständigkeit geprüft.
- **Psychoedukation:** Als Psychoedukation wird die Schulung von Menschen bezeichnet, die an einer psychischen Störung leiden. Einsatzgebiete sind Schulungen von Patienten mit Depressionen, Angststörungen, Suchterkrankungen und Persönlichkeitsstörungen sowie Patientenschulungen im Rahmen der Behandlung körperlicher Erkrankungen. Ziel ist, die Krankheit besser zu verstehen und besser mit ihr umgehen zu können, zum Beispiel, indem persönliche Erfahrungen mit der eigenen Erkrankung mit dem gegenwärtigen Wissen über die Erkrankung verbunden werden. Auch sollen eigene Ressourcen und Möglichkeiten kennen gelernt werden, um mögliche Rückfälle zu vermeiden und selbst langfristig zur eigenen Gesundheit beizutragen.
- **PsychTh-APrV:** Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Psychologische Psychotherapeuten
- **Qualitätsmanagementsystem nach DEGEMED:** Das Qualitätsmanagementsystem nach DEGEMED umfasst sowohl die branchenübergreifend gültigen Vorgaben der DIN EN ISO 9001 als auch die von der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) gem. § 20 Abs. 2a Sozialgesetzbuch IX festgelegten Anforderungen an ein zertifiziertes Qualitätsmanagementsystem. In der Auditcheckliste der DEGEMED wurden die Kriterien der DIN ISO auf die Anforderungen der Rehabilitation übersetzt und um wichtige Aspekte der DEGEMED-Qualitätsrehabilitation ergänzt.
- **Qualitätsmanagementsystem nach DIN EN ISO 9001:** DIN steht für Deutsche Industrie-Normungsgesellschaft, EN für Europäische Norm und ISO für internationale Standard Organisation. Die DIN EN ISO 9001 ist eine international gültige Darlegungsnorm für Anforderungen an Qualitätsmanagementsysteme. Hier sind Merkmale festgelegt, die eine Einrichtung aufweisen muss, um ein Zertifikat nach o.g. Norm zu erhalten. Das Vorhandensein der Merkmale wird im Rahmen einer Zertifizierung fortlaufend jährlich überprüft
- **Qualitätspolitik:** Hier wird dargelegt, was als Grundverständnis und Richtung der Qualitätspolitik einer Klinik definiert wird, eine Art übergeordnete Ausrichtung, die in der oberen Führungsebene festgelegt wird. Eine Klinik könnte zum Beispiel seine Qualitätsphilosophie aufzeigen, sein Leitbild oder die Grundsätze des Unternehmens, oder wie es mit Fehlern umgeht, welche Maßnahmen zur Fehlervermeidung entwickelt werden oder wie es die Qualitätspolitik des Hauses seinen Mitarbeitern vermittelt.
- **Qualitätsziele:** An dieser Stelle soll die Klinik darlegen, welche konkreten Qualitätsziele es verfolgt und welche Maßnahmen getroffen werden, um sie auch zu erreichen. Je präziser die Angaben in diesem Bereich sind, desto eher kann davon ausgegangen werden, dass sich das Krankenhaus aktiv mit Qualitätsverbesserungs-Projekten auseinandersetzt. Es spricht beispielsweise viel für ein „fort-

---

geschrittenes“ Qualitätsmanagement, wenn nicht nur Qualitätsziele konkret definiert werden, sondern wenn dann auch systematisch beschrieben wird, wie die Ergebnisse konkret gemessen werden, also ob diese Ziele auch erreicht wurden

- **QMB:** Qualitätsmanagement-Beauftragte
- **QS:** Qualitätssicherung
- **SGB:** Sozialgesetzbuch. Das SGB V (fünf) regelt alles, was die gesetzlichen Krankenkassen betrifft; das SGB VI (sechs) alles, was die Rentenversicherung betrifft, und SGB IX (neun) den Bereich der Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen.
- **Visitationen:** Besuch, Überprüfung, im Zusammenhang mit Qualitätssicherung versteht man darunter den Besuch eines Expertengremiums, welches die Ausprägung der einzelnen Qualitätsdimensionen in der Einrichtung nach bestimmten Kennzeichen untersucht. Die Visitation der Deutschen Rentenversicherung Bund ist teil ihres Qualitätssicherungsprogramms.
- **Zertifizierung:** Beglaubigung, Bescheinigung, im Zusammenhang mit Qualitätssicherung, Qualitätsmanagement die Untersuchung einer Einrichtung durch ein unabhängiges autorisiertes Institut, ob Vorgaben, z.B. einer Norm oder einer Fachgesellschaft oder der Einrichtung selbst auch eingehalten, bzw. umgesetzt werden. Wenn die Untersuchung zu dem Ergebnis kommt, dass die Vorgaben erfüllt sind, wird die Erteilung eines Zertifikats empfohlen, z.B. darüber, dass ein Qualitätsmanagementsystem nach DIN EN ISO 9001:2008 eingeführt ist und weiterentwickelt wird.
- **Zertifizierungsstelle:** Eine Institution, welche autorisiert ist Zertifizierungen durchzuführen. Unter Zertifizierung und Zertifizierungsaudit ist dasselbe zu verstehen.

## **7 Impressum**

salus klinik

Landgrafenplatz 1

61381 Friedrichsdorf

Telefon 06172 950-0

mail@salus-friedrichsdorf.de

### **Verantwortlich**

**für den Qualitätsbericht:**

Ralf Schneider

### **Qualitätsmanagement-Beauftragte:**

Jessica Farnung

Telefon 067172 950-103

### **Links:**

Besuchen Sie uns im Internet unter:

**[www.salus-friedrichsdorf.de](http://www.salus-friedrichsdorf.de)**

Die Klinikgruppe im Internet:

**[www.salus-kliniken.de](http://www.salus-kliniken.de)**

### **Ausgabedatum:**

04/2011 Version 3.0

