

Qualitätsbericht
2011

The background is a solid teal color. A large white graphic element, consisting of three connected L-shaped segments, is positioned on the left side, extending towards the center. The top-right corner of the graphic is cut off by the edge of the page.

salus klinik
Friedrichsdorf

Anschrift

salus klinik
Landgrafenplatz 1
61381 Friedrichsdorf
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
Fon 06172 950-101
Fax 06172 950-133
E-Mail: g.hogl@salus-friedrichsdorf.de

Patientenanmeldung

Melanie Langner
Fon 06172 950-262
Fax 06172 950-271
E-Mail: m.langner@salus-friedrichsdorf.de

Assistenz der Geschäftsleitung

Jessica Farnung
Fon 06172 950-103
Fax 06172 950-133
E-Mail: j.farnung@salus-friedrichsdorf.de

Leitender Arzt Entwöhnungsbehandlung

Dr. med. Dietmar Kramer
Fon 06172 950-190
Fax 06172 950-33198
E-Mail: d.kramer@salus-friedrichsdorf.de

Leitender Arzt Psychosomatik

Dr. med. Tobias Wiehn
Fon 06172 950-405
Fax 06172 950-33198
E-Mail: t.wiehn@salus-friedrichsdorf.de

Assistenz Leitende Ärzte

Bianca Kutsche
Fon 06172 950-198
Fax 06172 950-33198
E-Mail: b.kutsche@salus-friedrichsdorf.de

Leitender Psychologe

Dr. Ahmad Khatib
Fon 06172 950-212
Fax 06172 950-102
E-Mail: a.khatib@salus-friedrichsdorf.de

Leitende Sozialtherapeutin

Corinna Nels
Fon 06172 950-224
Fax 06172 950-102
E-Mail: c.nels@salus-friedrichsdorf.de

Geleitwort

Liebe Leserinnen und Leser,

die salus klinik legt größten Wert darauf, in ihrer Arbeit die Prinzipien Wirksamkeit, Wissenschaftlichkeit, Wirtschaftlichkeit, Humanität und Rechtskonformität zu realisieren und in Einklang miteinander zu bringen. Die auf diesem Fundament entwickelten Therapien werden für die Patienten wie für die Öffentlichkeit gleichermaßen transparent gestaltet.

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 der Bericht sehr sachlich, umfangreich, von Zahlen 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 persönlich 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 andere Informationsquellen eher den Ausschlag geben: Ein persönlicher Kontakt, ein Austausch mit ehemaligen Patienten oder ein Besuch der Klinik – auch im Internet-Forum der salus klinik (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
Fon 0228 26 15 55
Fax 0228 21 58 85
www.sucht.de
E-Mail: 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
Fon 030 28 44 96 -6
Fax 030 28 44 96 70
www.degemed.de
E-Mail: degemed@degemed.de

Inhalt

GELEITWORT	3
KONTAKTADRESSEN DER VERBÄNDE	4
1 REHABILITATION – KONZEPTE, ERGEBNISSE, ENTWICKLUNG	6
1.1 Die Klinik	6
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
1.2 Das Behandlungs- und Rehabilitationskonzept	8
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	11
1.2.7 Weiterentwicklung der Rehabilitationskonzepte	12
1.2.8 Zertifizierung	12
2 DOKUMENTATION – ZAHLEN, DATEN, FAKTEN	13
2.1 Mitarbeiter und medizinisch-technische Leistungen	13
2.1.1 Mitarbeiter	13
2.1.2 Medizinisch-technische Leistungen und apparative Versorgung	14
2.1.3 Medizinische Notfallversorgung	14
2.2 In der Klinik behandelte Krankheitsbilder	15
2.2.1 Indikation Sucht: Entwöhnungsbehandlung (stationär)	15
2.2.2 Psychosomatik	22
2.2.3 Adaption	27
2.2.4 salus Fachambulanz	32
3 QUALITÄTSPOLITIK UND QUALITÄTSSICHERUNG	36
3.1 Qualitätspolitik der Einrichtung	36
3.1.1 Strategische und operative Ziele	36
3.1.2 Umsetzung von Leitlinien und Therapiestandards	38
3.1.3 Umsetzung spezifischer rechtlicher Anforderungen	39
3.2. Qualitätssicherung für die Einrichtung	39
3.2.1 Internes Qualitätsmanagement	39
3.2.2 Qualifizierung der Mitarbeiter	39
3.2.3 Externe und Interne Qualitätssicherung	40
4 AKTIVITÄTEN UND VERANSTALTUNGEN	49
4.1 Vermittlung von Konzepten und Erfahrungen	50
4.2 Sonstige Aktivitäten der Einrichtung	52
5 AUSBLICK UND AKTUELLES	52
6 GLOSSAR	53

1 Rehabilitation – Konzepte, Ergebnisse, Entwicklung

1.1 Die Klinik

Im Jahre 1975 wurde in Friedrichsdorf eine Spezialeinrichtung zur Behandlung Suchtkrankener 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. Die salus klinik begegnet ihren Patienten als aktiver Partner und bezieht möglichst viele relevante Personen und Faktoren aus deren realer Umgebung in die Behandlung ein. Die Therapie orientiert sich an den Bedürfnissen und Ressourcen der einzelnen Person. Ihr Ziel ist die Reduzierung störender Inkonsistenzen in der Befriedigung der persönlichen Bedürfnisse, die zu seelischem und körperlichem Leid führen. Primär geschieht dies durch eine Stärkung der Selbstregulationsfähigkeiten.

Eine vergleichbares Verständnis von Behandlung findet sich in §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 der Bedeutung des lateinischen Wortes „salus“ weitgehend 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 in unmittelbarer Nähe 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 A661, Abfahrt Bad Homburg.

Der S-Bahnhof Friedrichsdorf ist die Endstation der S5 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 Bildungseinrichtungen der Gemeinde.

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 Alltagsbewältigung

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 und sogar zu Fuß leicht zu erreichen.

Die salus klinik hat in all 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. Alle Teams der Sucht- wie der Psychosomatikabteilung 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 („sleep-doc“) 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 im Internet auf den Seiten der Psychosomatischen Abteilung und im Konzept der Suchtbehandlung.

1.2.1 Qualitätsverständnis

Unser Qualitätsverständnis lässt sich in 10 Thesen knapp zusammenfassen:

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 den evidenzbasierten Leitlinien der Fachgesellschaften 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 Entlassungsverfahren der Patienten und zur Kooperation mit allen Partnern im Versorgungssystem – ist darauf gerichtet, diese zehn Qualitäten konkret zu realisieren.

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-Therapiestandards 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 Verhaltensänderung 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 einen ausgewogenen gesundheitsorientierten Lebensstil für die Rehabilitanden erstrebenswert und nachhaltig realisierbar werden zu lassen. 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 Behandlung im Anschluss an eine stationäre Maßnahme.

Von der psychosomatischen Abteilung wird unseren Patienten und auch den Patienten anderer Kliniken die Intensivierte Rehabilitationsnachsorge (IRENA) nach dem Modell Curriculum Hannover 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 sowie Störungen der Impulskontrolle (z.B. pathologisches Kaufen und pathologisches Spielen) werden auf Anfrage den daran 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 11 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 kombiniert wird und die ganztägig ambulante Rehabilitation in der Endphase einer stationären Rehabilitation komplettieren 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 6 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 Maßnahmen 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 Er-

satz, sondern als Ergänzung zur Selbsthilfe in Gruppen haben wir einen Chat-Room und ein Forum im Internet platziert (www.salus-chat.de und www.salus-forum.de). Es hat den Vorteil, dass man hier von jedem Ort aus (z.B. bei Auslandsaufenthalten oder auf Montage) 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 wir neben den Vor- und Eingangsbefunden, dem Behandlungsverlauf, dem biopsychosozialen Ergebnis bei Behandlungsende auch den langfristigen Erfolg durch Einjahreskatamnesen (s.u. 3.2.4).

Da die Ergebnisse einer medizinischen Rehabilitationsmaßnahme nicht nur auf die Güte der Behandlung zurückzuführen sind, sondern in erheblichem Umfang von den Merkmalen der behandelten Klientel beeinflusst werden, müssen sie stets miteinander genannt werden. Ansonsten würden bei vergleichenden Betrachtungen allzu leicht „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. Leider erreichen uns diese Ergebnisse nicht regelmäßig und in gleichmäßigen Intervallen, sodass sie nicht in jeden unserer Qualitätsberichte Eingang finden können.

1.2.6 Fallzahl behandelter Patientinnen und Patienten

Im Jahr 2011 wurden in unserer Klinik als Patientinnen und Patienten behandelt und entlassen:

Indikationen		2011	
		Anzahl	Verweildauer
Entwöhnungsbehandlung	Stationär	993	79,8
	Stat. + ganztägig ambulante Entlassphase	25	91,1
	Adaption	42	69,7
	Fachambulanz	67	293,8
Psychosomatik	Stationär	310	37,8
	Stationär mit ganztägig ambulanter Phase	1	41,0
	Ausschließlich ganztätig ambulant	17	33,3
	IRENA /Curriculum Hannover	46	171,1

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, sodass 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.

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

Indikation: Stationäre Behandlung Sucht und Psychosomatik	
Berufsgruppe	Qualifikationen
Ärzte	
Leitender Arzt Sucht	FA für Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie, Supervisor VT, Zusatzbezeichnung Suchtmedizinische Grundversorgung
Leitender Arzt Psychosomatik	FA f. Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Allgemeinarzt, FA f. Anästhesiologie, Zusatzbezeichnungen Psychotherapie (TP + VT), Rehabilitationswesen, Spezielle Schmerztherapie, Notfallmedizin, Supervisor dvt, EMDR I + II
Oberärzte	FA Psychiatrie u. Psychotherapie, Zusatzbezeichnung Sozialmedizin, FA Innere Medizin
Assistenzärzte	1 x FA Allgemeinmedizin, Zusatzbezeichnungen: Homöopathie, Suchtmedizinische Grundversorgung, Rehawesen, Chirotherapie, Akupunktur
Pflegedienst	
Pflegedienstleitung	Exam. Krankenpfleger
Examiniertes Pflegepersonal	Exam. Krankenschwester/-pfleger
Nicht-exam. Pflegekräfte	Arzthelferin / Stationsassistentin
Therapeuten	
Leitender Psychologe	Dr. rer. nat., Psychologischer Psychotherapeut, Supervisor VT
Psychologischer Psychotherapeut	Diplom-Psychologen mit Approbation, zwei mit Supervisor VT
Psychologische Psychotherapeuten in Ausbildung	Diplom-Psychologen in VT-Ausbildung davon sind 9 MitarbeiterInnen in einem fortgeschrittenen Stadium mit bereits abgelegter Zwischenprüfung.
Physiotherapeuten	Physiotherapeutin
Ergotherapeuten	Ergo-, Berufs-, Kreativ- und Kunsttherapeuten
Sporttherapeuten	Dipl. Sportlehrer
Diplom-Sozialarbeiter / Sozialtherapeutin	Diplom Sozialarbeiter

Diplom-Sozialpädagogen	Diplom Sozialpädagogen, eine MA Sozialtherapeutin-Sucht VT, eine MA in Ausbildung zur Sozialtherapeutin
Ernährungsberatung	Diätassistentin
Musiktherapie	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 2011 wurden folgende medizinisch-technischen und apparativen Untersuchungen durchgeführt:

Medizinisch-technische und apparative Untersuchungen	
Untersuchung	Anzahl
Ruhe-EKG	1207
Belastungs-EKG (Ergometrie)	44
24-Stunden Blutdruckmessung	101
Verschlussdruckmessung	5
Oberbauchsonographie	1200
Schilddrüsenultraschall	27
Echokardiographie	0
Lungenfunktionsprüfung	13
Quisi bzw. SleepDoc (Schlaf-EEG)	47
Laboranforderungen	4240
Alco-Tests	8519
Drogenscreenings	1698

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 2011 fanden am 11.07.2011 und am 15.08.2011 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 Verhaltensüchte** 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.salusfriedrichsdorf.de eingesehen werden.

2.2.1.2 Hauptdiagnosen

Im Jahr 2011 wurden Patienten mit folgenden Hauptdiagnosen in unserer Abteilung für Abhängigkeitserkrankungen behandelt:

ICD-10 Code	Diagnose Datenbasis N=1018	Anzahl	Prozent
F10	Störungen durch Alkohol	894	87,7
F11	Störungen durch Opioide	10	1,0
F12	Störungen durch Cannabinoide	33	3,2
F13	Störungen durch Sedativa oder Hypnotika	29	2,8
F14	Störungen durch Kokain	3	0,3
F15	Störungen durch Amphetamine	8	0,8
F18	Störungen durch flüchtige Lösungsmittel	1	0,1
F19	Störungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen	35	3,4
F63	Pathologisches Spielen	5	0,5

2.2.1.3 Psychische Nebendiagnosen

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

ICD-10 Code	Diagnose Datenbasis N=1018	Anzahl	Prozent
F00-09	Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen	4	0,4
F10.1	Schädlicher Gebrauch von Alkohol	21	2,1
F10.2	Alkoholabhängigkeitssyndrom	23	2,3
F10 Rest	Weitere Störungen durch Alkohol	7	0,7
F11	Psychische und Verhaltensstörungen durch Opioide	23	2,3
F12	Psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide	97	9,5
F13	Psychische und Verhaltensstörungen durch Sedativa oder Hypnotika	96	9,4
F14	Psychische und Verhaltensstörungen durch Kokain	17	1,7
F15	Psychische und Verhaltensstörungen durch andere Stimulanzien, einschl. Koffein	25	2,5
F16	Psychische und Verhaltensstörungen durch Halluzinogene	0	0,0
F17	Psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak	749	73,6

F19	Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen	85	8,3
F20-29	Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen	12	1,2
F30-39	Affektive Störungen	290	28,5
F40-48	Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen	225	22,1
F50-59	Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren	58	5,7
F63	Pathologisches Spielen	11	1,1
F60-69, ohne F63	Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	139	13,7
F80-89	Entwicklungsstörungen	0	0,0
F90-98	Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	56	5,5

2.2.1.4 Somatische Nebendiagnosen

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

ICD-10 Code	Diagnose Datenbasis N= 1018	Anzahl	Prozent
A	Bestimmte infektiöse und parasitäre Erkrankungen	4	0,4
B15-19	Virushepatitiden	17	1,7
B Rest	Weitere infektiöse Erkrankungen	11	1,1
C	Bösartige Neubildungen	23	2,3
D00-48	Gutartige Neubildungen	13	1,3
D50-53	Alimentäre Anämien	10	1,0
D55-90	Sonstige Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe sowie bestimmte Störungen mit Beteiligung des Immunsystems	11	1,1
E10-14	Diabetes mellitus	74	7,3
E65-68	Adipositas und sonstige Überernährung	145	14,2
E70-90	Stoffwechselstörungen	83	8,2
E Rest	Weitere endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselerkrankungen	54	5,3
G40+G41	Epilepsie	20	2,0
G43+G44	Kopfschmerzen	26	2,6
G60-63	Polyneuropathie	77	7,6
G Rest	Weitere Krankheiten des Nervensystems	90	8,8
H	Krankheiten des Auges und der Augenanhängegebilde	93	9,1
I10-15	Hypertonie	269	26,4
I20-25	Ischämische Herzkrankheiten	27	2,7

I Rest	Weitere Krankheiten des Kreislaufsystems	120	11,8
J40-47	Chronische Krankheiten der unteren Atemwege	40	3,9
J Rest	Weitere Krankheiten des Atmungssystems	74	7,3
K70-77	Krankheiten der Leber	170	16,7
K Rest	Weitere Krankheiten des Verdauungssystems	167	16,4
L	Krankheiten der Haut und der Unterhaut	50	4,9
M50-54	Sonstige Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens	222	21,8
M Rest	Weitere Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	300	29,5
N	Krankheiten des Urogenitalsystems	39	3,8
O	Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett	1	0,1
P	Bestimmte Zustände, die ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben	0	0,0
Q	Angeborene Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalien	16	1,6
R	Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die andernorts nicht klassifiziert sind	39	3,8
S+T	Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere folgen äußerer Ursachen	101	9,9
Z	Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen	31	3,0

Sozialmedizinische und Soziodemographische Merkmale der Patienten

Sucht Datenbasis N= 1018		Frauen	Männer	Gesamt
Geschlecht				
Anteile der Geschlechter	absolut	433	585	1018
	prozentual	42,5	57,5	100,0
Alter				
18 bis 29 Jahre		27	63	90
30 bis 39 Jahre		70	93	163
40 bis 49 Jahre		164	192	356
50 bis 59 Jahre		139	186	325
60 Jahre und älter		33	51	84
Durchschnittsalter in Jahren absolute Angabe		47,14	46,21	46,61
Höchste Schulbildung				
keine Angaben		5	0	5
ohne Schulabschluss abgegangen		0	0	0
Sonderschulabschluss		1	6	7
Hauptschul-/ Volksschulabschluss		118	202	320
Realschulabschluss / Polytechnische Oberschule		188	167	355

(Fach-)Hochschulreife / Abitur	119	207	326
Anderer Schulabschluss	2	3	5
Erwerbssituation zu Beginn der Behandlung			
keine Angaben	1	0	1
Auszubildender	0	3	3
Arbeiter / Angestellter / Beamte	184	239	423
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)	28	56	84
Arbeitslos nach SGB II (Bezug von ALG II)	81	158	239
Schüler / Student	1	9	10
Hausfrau / Hausmann	23	4	27
Rentner / Pensionär	59	49	108
Sonstige Nichterwerbspersonen (z.B. SGB XII)	56	67	123
Status Arbeitsfähigkeit bei Aufnahme			
arbeitsfähig	162	242	404
arbeitsunfähig	236	310	546
Beurteilung nicht erforderlich	35	33	68
Status Arbeitsfähigkeit bei Entlassung			
arbeitsfähig	299	451	750
arbeitsunfähig	99	101	200
Beurteilung nicht erforderlich	35	33	68

Zusätzliche suchtspezifische Sozialmedizinische und Soziodemographische Merkmale der Patienten

Sucht Datenbasis N= 1018	Frauen	Männer	Gesamt
Vermittelnde Instanz			
keine / Selbstmelder	30	47	77
Familie	51	64	115
Arbeitgeber, Betrieb, Schule	23	41	64
Abstinenz-, Selbsthilfegruppe	0	0	0
ärztliche oder psychotherapeutische Praxis	36	48	84
Suchtberatungs- und / oder -behandlungsstelle, Fachambulanz	41	33	74
Krankenhaus / Krankenhausabteilung	10	7	17
stationäre Rehabilitationseinrichtung	221	307	528
Sozialpsychiatrischer Dienst	2	0	2
Einrichtung der Jugendhilfe / Jugendamt	1	1	2
Arbeitsagentur, Job-Center, Arbeitsgemeinschaft (ARGE)	3	6	9
Justizbehörden / Bewährungshilfe	1	8	9
Kosten-, Leistungsträger	10	15	25

sonstige	4	8	12
Abhängigkeitsdauer			
Abhängigkeitsdauer in Jahren (Mittelwert +/- Standardabweichung)	11	21	17
Anzahl der Entzugsbehandlungen			
keine Angabe	0	0	0
keine Entzugsbehandlung	60	70	130
eine Entzugsbehandlung	143	184	327
zwei Entzugsbehandlungen	73	88	161
drei Entzugsbehandlungen	40	68	108
vier Entzugsbehandlungen	26	36	62
fünf bis zehn Entzugsbehandlungen	65	87	152
elf bis zwanzig Entzugsbehandlungen	17	28	45
mehr als zwanzig Entzugsbehandlungen	9	24	33
Anzahl der stationären Entwöhnungen			
Bisher noch keine stationäre Entwöhnung durchgeführt	287	332	619
Bisher eine stationäre Entwöhnung durchgeführt	94	142	236
Bisher zwei stationäre Entwöhnungen durchgeführt	34	67	101
Bisher drei stationäre Entwöhnungen durchgeführt	15	29	44
bisher mehr als drei stationäre Entwöhnungen durchgeführt	3	15	18

Sucht Datenbasis N= 1018	Frauen	Männer	Gesamt
Anzahl der ambulanten Entwöhnungen			
keine ambulante Entwöhnung	393	539	932
eine ambulante Entwöhnung	36	41	77
zwei bis vier ambulante Entwöhnungen	4	4	8
mehr als vier ambulante Entwöhnungen	0	1	1

Entlassungsform (nach ärztlichem Reha-Entlassungsbericht) Datenbasis N=1018	Frauen	Männer	Gesamt
Regulär	332	428	760
Vorzeitig auf ärztliche / therapeutische Veranlassung	29	41	70
Vorzeitig mit ärztlichem / therapeutischem Einverständnis	13	11	24
Vorzeitig ohne ärztliches / therapeutisches Einverständnis / Abbruch durch Klient	36	52	88
Disziplinarisch	0	2	2
Außerplanmäßige Verlegung / außerplanmäßiger Wechsel in andere Einrichtung	0	0	0
Planmäßiger Wechsel in andere Behandlungsform	23	51	74
Gestorben	0	0	0

Planmäßig entlassen wurden also 91,16% 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= 1018	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	1012	99,41%	2,06	23,68	1,67	19,41
B Physiotherapie	293	28,78%	0,51	5,87	0,25	2,84
C Information, Motivation, Schulung	1018	100,00%	3,32	32,86	2,75	27,13
D Klinische Sozialarbeit, Sozialtherapie	1007	98,92%	1,12	12,40	0,74	8,31
E Ergotherapie, Arbeitstherapie und andere funktionelle Therapien	979	96,17%	3,59	44,23	5,06	62,97
F Klinische Psychologie, Neuropsychologie	1005	98,72%	1,40	15,77	1,73	19,76
G Psychotherapie	1018	100,00%	4,69	53,02	6,21	71,03
H Reha-Pflege	765	75,15%	0,17	1,11	0,08	0,56
K Physikalische Therapie	328	32,22%	0,96	11,66	0,59	7,27
L Rekreationstherapie	1009	99,12%	3,61	42,34	3,81	44,29
Insgesamt (jedoch ohne Kapitel M "Ernährung" und C13 "Schulungsbuffet")	1018	100,00%	20,16	228,04	22,04	253,21

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 Psychosomatik-Konzept als auch spezifische Konzepte zur Therapie von Patienten mit Angst-, depressiven, Ess-, Impulskontroll-, Posttraumatischen Belastungs-, Schmerz- und somatoforme Störungen.

2.2.2.2 Hauptdiagnosen

Im Jahr 2011 wurden Patienten mit folgenden Hauptdiagnosen in unserer Abteilung für psychosomatische Erkrankungen behandelt:

ICD-10 Code	Diagnose Datenbasis N= 328	Anzahl	Prozent
F03	V.a. beginnende N.n.bez. Demenz	1	0,3
F10	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	2	0,6
F13	Psychische und Verhaltensstörungen durch Sedativa oder Hypnotika	2	0,6
F19	Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen	2	0,6
F20	Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen	1	0,3
F31	Bipolare affektive Störung	3	0,9
F32	Depressive Episode	117	35,7
F33	Rezidivierende depressive Störung	78	23,8
F34	Zyklothymia	5	1,5
F40	Phobische Störung	12	3,7
F41	Andere Angststörungen	14	4,3
F42	Zwangsstörung	1	0,3

F43	Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	40	12,2
F45	Somatoforme Störungen	15	4,6
F48	Neurasthenie	1	0,3
F50	Essstörungen	2	0,6
F51	Nichtorganische Schlafstörungen	1	0,3
F54	Psychische Faktoren oder Verhaltenseinflüsse bei andernorts klassifizierten Erkrankungen	5	1,5
F60	Spezifische Persönlichkeitsstörungen	13	4,0
F61	Kombinierte und andere Persönlichkeitsstörungen	5	1,5
F62	Andauernde Persönlichkeitsänderungen	1	0,3
F63	Abnorme Gewohnheiten und Störungen der Impulskontrolle	6	1,8
M89	Neurodystrophie	1	0,3

2.2.2.3 Psychische Nebendiagnosen

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

ICD-10 Code	Diagnose Datenbasis N= 328	Anzahl	Prozent
F03	V.a. beginnende N.n.bez. Demenz	1	0,3
F10.1	Schädlicher Gebrauch von Alkohol	49	14,9
F10.2	Alkoholabhängigkeitssyndrom	55	16,8
F10.3	Z.n. Alkoholentzugssyndrom mit Krampfanfällen zuletzt 04/ 2008	1	0,3
F11	Psychische und Verhaltensstörungen durch Opioide	8	2,4
F12	Psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabis	7	2,1
F13	Psychische und Verhaltensstörungen durch Sedativa oder Hypnotika	14	4,3
F14	Psychische und Verhaltensstörungen durch Kokain	1	0,3
F17	Psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak	153	46,6
F19	Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen	1	0,3
F20	Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen	1	0,3
F21	V.a. Schizotype Störung	1	0,3
F32	Depressive Episode	34	10,4
F33	Rezidivierende depressive Störung	16	4,9
F34	Zyklothymia	3	0,9
F40	Phobische Störung	24	7,3
F41	Andere Angststörungen	11	3,4
F42	Zwangsstörung	5	1,5

F43	Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	14	4,3
F44	Dissoziative Bewegungsstörungen	1	0,3
F45	Somatoforme Störungen	37	11,3
F50	Essstörungen	12	3,7
F51	Nichtorganische Schlafstörungen	2	0,6
F54	Psychische Faktoren oder Verhaltenseinflüsse bei andernorts klassifizierten Erkrankungen	3	0,9
F55	Missbrauch von nichtabhängigkeitserzeugenden Substanzen	1	0,3
F60	Spezifische Persönlichkeitsstörungen	10	3,0
F61	Kombinierte und andere Persönlichkeitsstörungen	3	0,9
F63	Abnorme Gewohnheiten und Störungen der Impulskontrolle	4	1,2
F81	Lese- und Rechtschreibstörung	1	0,3
F90	Störungen des Sozialverhaltens	5	1,5
F95	Chronische motorische oder vokale Ticstörung	2	0,6

2.2.2.4 Somatische Nebendiagnosen

Es wurden folgende somatischen Nebendiagnosen gestellt:

ICD-10 Code	Diagnose Datenbasis N= 328	Anzahl	Prozent
B15-19	Virushepatitiden	1	0,3
00-007, 36-99	Weitere infektiöse Erkrankungen	0	0,0
C	Bösartige Neubildungen	12	3,7
D00-48	Gutartige Neubildungen	3	0,9
D55-90	Sonstige Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe sowie bestimmte Störungen mit Beteiligung des Immunsystems	2	0,6
E10-14	Diabetes mellitus	8	2,4
E65-68	Adipositas und sonstige Überernährung	82	25,0
E70-90	Stoffwechselstörungen	17	5,2
E Rest	Weitere endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselerkrankungen	3	0,9
G40+G41	Epilepsie	2	0,6
G43+G44	Kopfschmerzen	69	21,0
G60-63	Polyneuropathie	6	1,8
G Rest	Weitere Krankheiten des Nervensystems	18	5,5
H	Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde	40	12,2
I10-15	Hypertonie	81	24,7
I20-25	Ischämische Herzkrankheiten	8	2,4
I Rest	Weitere Krankheiten des Kreislaufsystems	18	5,5
J40-47	Chronische Krankheiten der unteren Atemwege	26	7,9
J Rest	Weitere Krankheiten des Atmungssystems	3	0,9
K70-77	Krankheiten der Leber	1	0,3

K Rest	Weitere Krankheiten des Verdauungssystems	18	5,5
L	Krankheiten der Haut und der Unterhaut	16	4,9
M50-54	Sonstige Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens	137	41,8
M Rest	Weitere Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	95	29,0
N	Krankheiten des Urogenitalsystems	4	1,2
Q	Angeborene Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalien	2	0,6
R	Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die andernorts nicht klassifiziert sind	4	1,2
S+T	Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere folgen äußerer Ursachen	7	2,1
Z	Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen	1	0,3

Hervorzuheben ist, dass ungefähr 40 % 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= 328		Frauen	Männer	Gesamt
Geschlecht				
Anteile der Geschlechter	absolut	192	136	328
	prozentual	58,5	41,5	100,0
Alter				
18 bis 29 Jahre		14	7	21
30 bis 39 Jahre		26	12	38
40 bis 49 Jahre		55	51	106
50 bis 59 Jahre		85	59	144
60 Jahre und älter		12	7	19
Durchschnittsalter in Jahren absolute Angabe		48,0	48,3	48,1
Höchste Schulbildung				
keine Angaben		2	2	4
ohne Schulabschluss abgegangen		0	0	0
Sonderschulabschluss		1	0	1
Hauptschul-/ Volksschulabschluss		58	41	99
Realschulabschluss / Polytechnische Oberschule		84	59	143
(Fach-)Hochschulreife / Abitur		45	34	79
Anderer Schulabschluss		2	0	2

Erwerbssituation zu Beginn der Behandlung			
Auszubildender	0	1	1
Arbeiter / Angestellter / Beamte	136	85	221
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)	6	7	13
Arbeitslos nach SGB II (Bezug von ALG II)	14	12	26
arbeitslos, jedoch bei der Arbeitsagentur nicht arbeitssuchend gemeldet	4	1	5
arbeitslos, jedoch wegen Arbeitsunfähigkeit nicht zur Vermittlung zur Verfügung stehend	22	26	48
Schüler / Student	2	2	4
Hausfrau / Hausmann	5	0	5
Rentner / Pensionär	3	2	5
Sonstige Nichterwerbspersonen (z.B. SGB XII)	0	0	0
Status Arbeitsfähigkeit bei Aufnahme			
arbeitsfähig	95	61	156
arbeitsunfähig	94	74	168
Beurteilung nicht erforderlich	3	1	4
Status Arbeitsfähigkeit bei Entlassung			
arbeitsfähig	115	83	198
arbeitsunfähig	75	51	126
Beurteilung nicht erforderlich (z.B. Hausfrau, Rentner)	2	2	4

Entlassungsform (nach ärztlichem Reha-Entlassungsbericht) Datenbasis N= 328	Frauen	Männer	Gesamt
keine Angaben	0	0	1
regulär	174	124	297
vorzeitig auf ärztliche Veranlassung	0	2	2
vorzeitig mit ärztlichem Einverständnis	12	6	18
vorzeitig ohne ärztliches Einverständnis	2	1	3
disziplinarisch	1	1	2
verlegt	0	0	0
Wechsel zu ambulanter, teilstationärer, stationärer Reha	3	2	5

Therapeutische Leistungen

Abteilung Psychosomatik Datenbasis N=328	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	326	99,39%	4,19	23,01	3,92	21,58
B Physiotherapie	241	73,48%	1,27	6,85	0,83	4,52
C Information, Motivation, Schulung	328	100%	4,89	25,47	3,58	18,58
D Klinische Sozialarbeit, Sozialtherapie	327	99,70%	1,76	9,45	0,99	5,33
E Ergotherapie, Arbeitstherapie und andere funktionelle Therapien	324	98,78%	2,83	15,48	3,80	20,88
F Klinische Psychologie, Neuropsychologie	325	99,09%	2,90	15,87	3,34	18,38
G Psychotherapie	328	100%	5,53	29,10	6,78	36,05
H Reha-Pflege	237	72,26%	0,34	1,66	0,14	0,71
K Physikalische Therapie	105	32,01%	1,05	5,83	0,86	4,80
L Rekreationstherapie	287	87,50%	3,52	19,55	4,04	22,64
Insgesamt (jedoch ohne Kapitel M "Ernährung" und C13 "Schulungsbuffet")	328	100%	26,61	143,08	26,84	145,42

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= 42	Anzahl	Prozent
F10	Störungen durch Alkohol	38	90,5
F12	Psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide	1	2,4
F19	Störungen durch multiplen Substanzgebrauch	3	7,1

Psychische Nebendiagnosen

ICD-10 Code	Diagnose Datenbasis N= 42	Anzahl	Prozent
F10	Alkoholabhängigkeitssyndrom	1	2,4
F11	Psychische und Verhaltensstörungen durch Opioide	1	2,4
F12	Psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide	12	28,6
F13	Psychische und Verhaltensstörungen durch Sedativa oder Hypnotika	4	9,5
F14	Psychische und Verhaltensstörungen durch Kokain	2	4,8
F15	Störungen durch Amphetamine	1	2,4
F17	Psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak	37	88,1
F19	Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen	5	11,9
F30-39	Affektive Störungen	12	28,6
F40-48	Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen	3	7,2
F50-59	Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren	1	2,4
F60-69	Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	14	33,3
F90-98	Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	4	2,4

Somatische Nebendiagnosen

ICD-10 Code	Diagnose Datenbasis N= 42	Anzahl	Prozent
B15-19	Virushepatitiden	2	4,8
B Rest	Weitere infektiöse Erkrankungen	0	0,0
C	Bösartige Neubildungen	1	2,4
D00-48	Gutartige Neubildungen	1	2,4
D55-90	Sonstige Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe sowie bestimmte Störungen mit Beteiligung des Immunsystems	3	7,1
E10-14	Diabetes mellitus	1	2,4
E65-68	Adipositas und sonstige Überernährung	5	11,9
E70-90	Stoffwechselstörungen	2	4,8
E Rest	Weitere endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselerkrankungen	1	2,4
G40+G41	Epilepsie	0	0,0
G60-63	Polyneuropathie	4	9,5
G Rest	Weitere Krankheiten des Nervensystems	5	11,9
H	Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde	5	11,9
I10-15	Hypertonie	5	11,9
I20-25	Ischämische Herzkrankheiten	0	0,0
I Rest	Weitere Krankheiten des Kreislaufsystems	2	4,8
J40-47	Chronische Krankheiten der unteren Atemwege	4	9,5
J Rest	Weitere Krankheiten des Atmungssystems	1	2,4
K70-77	Krankheiten der Leber	1	2,4
K Rest	Weitere Krankheiten des Verdauungssystems	2	4,8
L	Krankheiten der Haut und der Unterhaut	1	2,4
M50-54	Sonstige Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens	6	14,3
M Rest	Weitere Krankheiten des Muskel-Skelettsystems und des Bindegewebes	13	31,0
N	Krankheiten des Urogenitalsystems	0	0,0
Q	Angeborene Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalien	1	2,4
R	Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die andernorts nicht klassifiziert sind	1	2,4
S+T	Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere folgen äußerer Ursachen	1	2,4

Sozialmedizinische und soziodemographische Merkmale der Patienten

Adaption Datenbasis N= 42		Frauen	Männer	Gesamt
Geschlecht				
Anteile der Geschlechter	absolut	12	30	42
	prozentual	28,6	71,4	100,0
Alter				
18 bis 29 Jahre		3	8	11
30 bis 39 Jahre		3	7	10
40 bis 49 Jahre		5	14	19
50 bis 59 Jahre		1	1	2
60 Jahre und älter		0	0	0
Durchschnittsalter in Jahren absolute Angabe		39,1	38,8	38,9

Adaption Datenbasis N= 42		Prozent
Höchste Schulbildung		
ohne Schulabschluss		0,0
Sonderschulabschluss		0,0
Haupt-/Volksschulabschluss		38,1
Realschulabschluss		40,5
Abitur/Fachabitur		7,0
Hochschul-/Fachhochschulabschluss		14,4
anderer Abschluss		0,0
Erwerbssituation vor Betreuungsbeginn		
keine Angabe		0,0
Arbeiter / Angestellter / Beamte		9,5
Arbeitslos (SGB II)		57,2
Arbeitslos (SGB III)		21,4
Sonstige Nichterwerbspersonen (z.B. SGB XII)		11,9
Rentner/Pensionär		0,0
Hausfrau/Hausmann		0,0
Arbeitslosenzeiten der letzten drei Jahre vor Betreuungsbeginn		
Keine Angaben		4,8
0-12 Monate		35,7
12-24 Monate		23,8
24-36 Monate (und mehr)		35,7
Status Arbeitsfähigkeit bei Aufnahme		
Arbeitsfähig		73,8
Arbeitsunfähig		26,2
Status Arbeitsfähigkeit bei Entlassung		
Arbeitsfähig		90,5
Arbeitsunfähig		9,5
Berufliche Integration nach Entlassung		
Arbeitsplatz Vollzeit		28,6
Arbeitsplatz Teilzeit		2,4

Ausbildungsplatz vorhanden	0,0
Minijob (1-Euro Job)	11,9
Schule	2,4
Maßnahme/Arbeitsverhältnis in Planung	0,0
Honorartätigkeit	0,0
Arbeitslos	47,6
Rentner/Hausfrau/Praktikant	7,1
Wohnsituation bei Betreuungsbeginn	
Ohne Wohnung	16,8
Heim/Klinik/betreutes Wohnen	2,4
Bei Angehörigen/Eltern	24,0
Selbständiges Wohnen	54,4
Sonstiges	2,4
Wohnsituation bei Betreuungsende	
Keine Angaben	0,0
Selbständiges Wohnen	61,9
Heim/Klinik/betreutes Wohnen	11,9
Bei Angehörigen/Eltern	16,7
Ohne Wohnung	0,0
Sonstiges	9,5

Zusätzliche suchtspezifische Sozialmedizinische und Soziodemographische Merkmale der Patienten

Adaption Datenbasis N= 42	Prozent
Anzahl der bisher durchgeführten stationären Entwöhnungen	
Bisher noch keine stationäre Entwöhnung durchgeführt	78,4
Bisher eine stationäre Entwöhnung durchgeführt	16,8
Bisher zwei stationäre Entwöhnungen durchgeführt	2,4
Bisher drei stationäre Entwöhnungen durchgeführt	2,4
Bisher mehr als drei stationäre Entwöhnungen durchgeführt	0,0

Adaption Datenbasis N= 42	Prozent
Entlassungsform (nach ärztlichem Reha-Entlassungsbericht)	
Regulär	66,7
Vorzeitig auf ärztliche Veranlassung	11,9
Vorzeitig mit ärztlichem Einverständnis	7,1
Vorzeitig ohne ärztliches Einverständnis	14,3
Disziplinarisch	0,0
Verlegt	0,0
Wechsel zu ambulanter, teilstationärer, stationärer Reha	0,0
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=42	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	10	23,81%	0,13	1,40	0,07	0,78
B Physiotherapie	0	0,00%	0,00	0,00	0,00	0,00
C Information, Motivation, Schulung	41	97,62%	0,86	8,05	0,31	3,07
D Klinische Sozialarbeit, Sozialtherapie	42	100,00%	6,31	62,71	5,56	55,43
E Ergotherapie, Arbeitstherapie und andere funktionelle Therapien	28	66,67%	1,17	8,39	2,53	17,52
F Klinische Psychologie, Neuropsychologie	2	4,76%	0,54	3,00	0,81	4,50
G Psychotherapie	41	97,62%	0,62	6,46	0,67	7,45
H Reha-Pflege	2	4,76%	0,08	1,00	0,04	0,50
K Physikalische Therapie	5	11,90%	2,64	26,00	2,33	22,70
L Rekreationstherapie	3	7,14%	1,97	20,33	1,63	16,25
Insgesamt (jedoch ohne Kapitel M "Ernährung" und C13 "Schulungsbuffet")	42	100,00%	9,04	87,55	8,66	81,67

2.2.4 salus Fachambulanz

Das Angebot der salus Fachambulanz 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. Die mindestens einmal wöchentlich stattfindende Gruppentherapie ist Hauptelement der Behandlung. In unserem Suchtkonzept finden sich ausführliche Angaben zu dem Behandlungskonzept der Fachambulanz.

2.2.4.2 Hauptdiagnosen

Im Jahr 2011 wurden ambulante Patienten mit folgenden Hauptdiagnosen in unserer Fachambulanz behandelt:

ICD-10 Code	Diagnose Datenbasis N= 67	Prozent
F10	Alkoholabhängigkeit	95,5
F12	Cannabinoidabhängigkeitssyndrom	1,5
F13	Benzodiazepinabhängigkeitssyndrom	1,5
F19	Abhängigkeitssyndrom durch multiplen Substanzgebrauch	1,5

Sozialmedizinische und Soziodemographische Merkmale der Patienten

Fachambulanz Datenbasis N= 67		Frauen	Männer	Gesamt
Geschlecht				
Anteile der Geschlechter	absolut	32	35	67
	prozentual	47,8	52,2	100,0
Alter				
18 bis 29 Jahre		4	1	5
30 bis 39 Jahre		7	9	16
40 bis 49 Jahre		12	8	20

50 bis 59 Jahre	7	9	16
60 Jahre und älter	2	8	10
Durchschnittsalter in Jahren absolute Angabe	44,2	49,7	47,1
Höchste Schulbildung			
keine Angaben	0	0	0
ohne Schulabschluss abgegangen	0	0	0
Sonderschulabschluss	0	0	0
Hauptschul-/ Volksschulabschluss	5	11	16
Realschulabschluss / Polytechnische Oberschule	11	14	25
(Fach-)Hochschulreife / Abitur	16	10	26
Anderer Schulabschluss	0	0	0
Erwerbssituation zu Beginn der Behandlung			
keine Angaben	0	0	0
Auszubildender	0	0	0
Arbeiter / Angestellter / Beamte	17	20	37
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)	1	4	5
Arbeitslos nach SGB II (Bezug von ALG II)	4	6	10
Schüler / Student	3	0	3
Hausfrau / Hausmann	2	0	2
Rentner / Pensionär	3	4	7
Sonstige Nichterwerbspersonen (z.B. SGB XII)	2	1	3
Status Arbeitsfähigkeit bei Aufnahme			
Keine Angaben	0	3	3
Arbeitsfähig	17	21	37
Arbeitsunfähig	13	9	23
Beurteilung nicht erforderlich	2	2	4
Status Arbeitsfähigkeit bei Entlassung			
Keine Angaben	1	1	2
Arbeitsfähig	28	30	58
Arbeitsunfähig	2	1	3
Beurteilung nicht erforderlich	1	3	4

Zusätzliche suchtspezifische Sozialmedizinische und Soziodemographische Merkmale der Patienten

Fachambulanz Datenbasis N= 67	Frauen	Männer	Gesamt
Abhängigkeitsdauer			
Abhängigkeitsdauer in Jahren (Mittelwert +/- Standardabweichung)	9	15	12
Anzahl der Entzugsbehandlungen			
Keine Angabe	0	0	0
Keine Entzugsbehandlung	6	8	14
Eine Entzugsbehandlung	8	15	23
Zwei Entzugsbehandlungen	8	2	10
Drei Entzugsbehandlungen	2	4	6
Vier Entzugsbehandlungen	0	3	3
Fünf bis zehn Entzugsbehandlungen	5	3	8
Elf bis zwanzig Entzugsbehandlungen	3	0	3
Mehr als zwanzig Entzugsbehandlungen	0	0	0
Anzahl der stationären Entwöhnungen			
Keine Angaben	0	0	0
Bisher noch keine stationäre Entwöhnung durchgeführt	12	10	22
Bisher eine stationäre Entwöhnung durchgeführt	14	17	31
Bisher zwei stationäre Entwöhnungen durchgeführt	5	6	11
Bisher drei stationäre Entwöhnungen durchgeführt	1	1	2
Bisher mehr als drei stationäre Entwöhnungen durchgeführt	0	1	1

Entlassungsform (nach ärztlichem Reha- Entlassungsbericht) Datenbasis N= 67	SAZ (ambulant) N = 20	ISAR (ambulant) N = 8	SAZ (poststat.) N = 39
Keine Angaben	0	0	0
Regulär	16	7	22
Vorzeitig auf ärztliche / therapeutische Ver- anlassung	1	0	4
Vorzeitig mit ärztlichem / therapeutischem Einverständnis	0	0	0
Vorzeitig ohne ärztliches / therapeutisches Einverständnis / Abbruch durch Klient	1	1	11
Disziplinarisch	0	0	0
Außerplanmäßige Verlegung / außerplan- mäßiger Wechsel in andere Einrichtung	0	0	1
Planmäßiger Wechsel in andere Behand- lungsform	2	0	1
Gestorben	0	0	0

Aus der ambulanten Entwöhnungsbehandlung (SAZ ambulant) wurden 90% der Patienten planmäßig entlassen. 87,5 % der Patienten wurden aus der integrierten stationär ambulanten Rehabilitation (ISAR) planmäßig entlassen. Aus der poststationären ambulanten Rehabilitation wurden 59 % der Patienten planmäßig entlassen.

(Als planmäßig gelten regulär, vorzeitig mit ärztlichem Einverständnis und planmäßiger Wechsel in andere Behandlungsform)

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 Qualitätspolitik in diesem Verständnis auf die Haltungen und Bestrebungen, die dem Wohl von allen dienen, die direkt und indirekt an den Behandlungsmaßnahmen beteiligt sind.

Das „Grundgesetz“ der Qualitätspolitik nennt man Leitbild. Ein Leitbild präsentiert stets ein herausforderndes Ideal. Es soll den Beteiligten Orientierung und eine kollektive Vision für ihre Arbeit vermitteln. Das Leitbild fasst in Form von Maximen zusammen, was prinzipiell gewollt ist. Derartige Grundsätze des Wollens und Handelns können als Katalysator fungieren, wenn es gilt, Entscheidungen zu treffen. In ihrer konkreten Ausgestaltung werden sie 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 den Mitteln von bio-psycho-sozialen Therapien benötigen, die aber auch über viele Fähigkeiten und Ressourcen verfügen, die wir würdigen und fördern. Der Respekt vor der Selbstbestimmung und die 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 deshalb 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 bereitzustellen 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 Rehabilitationszufriedenheit und zu weiteren Ergebniskategorien (u.a. Berichtswesen). Nicht nur in diesen Bereichen überprüft die Klinik auch von sich aus im internen Qualitätsmanagement ihre Ergebnisse, beispielsweise durch Abschlussbefragung und Katamnese.

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 wesentlich 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. Der 2011 versandte Bericht über den Entlassjahrgang 2010 zeigte, dass wir 8 der 14 Module übererfüllt haben, 3 Module wurden knapp erfüllt und bei weiteren 3 Modulen wurden die Vorgaben verfehlt. Im Jahr 2011 wurden jedoch bereits personelle Veränderungen vorgenommen, um auch die Standards der nicht vollständig erfüllten Module erreichen zu können. Im Vergleich mit allen übrigen Leistungserbringern, die im Mittel 6 von 14 Modulen erfüllen, liegt die salus klinik bereits jetzt deutlich über dem Durchschnitt.

Im Jahre 2010 wurde von der Deutschen Rentenversicherung eine Pilotversion von Reha-Therapiestandards für Patienten in der medizinischen Rehabilitation mit Hauptdiagnosen „Depressive Störungen“ veröffentlicht, die 2011 aktualisiert wurden. Die Auswertung der DRV für den Jahrgang 2010 zeigt, dass wir 8 von 12 Leistungskategorien die Standards einhalten bzw. z. T. deutlich übererfüllen, wie bspw. im Bereich der Psychotherapie. In den Kategorien Edukation, BWT und ausdruckszentrierter Ergotherapie haben wir die Vorgaben des Standards knapp verfehlt, sind aber dennoch besser als der Durchschnitt der Psychosomatischen Kliniken. Hinsichtlich der Sozialberatung haben wir in einer Subkategorie das Ziel verfehlt, in zwei weiteren Subkategorien zweifach übererfüllt.

Unsere klinikinternen monatlichen Auswertungen zeigen, dass es uns bis Ende 2011 sukzessive gelang, alle Vorgaben einzuhalten, im Bereich der Psychotherapie übererfüllen.

Die Bewertung der therapeutischen Versorgung nach Qualitätspunkten für den Entlassjahrgang 2009 der DRV zeigt für die Psychosomatische Abteilung, dass wir hinsichtlich der drei Kriterien Leistungsmenge, Leistungsdauer und Leistungsverteilung besser als der Schnitt der Vergleichsgruppe sind und uns im oberen Drittel der Rehaeinrichtungen bewegen. (Siehe 3.2.3.1.)

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 FVS/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 11 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 Psychosomati-

schen 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 Supervisionen 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.

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

Rehabilitandenbefragung 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 werden 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; ein aktueller Bericht von 2011 liegt nicht vor.)

Abteilung Entwöhnung gemittelte Skalenwerte von 1 (sehr gut) bis 5 (schlecht)	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 1. Halbjahr 2009

Rehabilitandenbefragung 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.

Aus den Berichten zur Reha-Qualitätssicherung zur Rehabilitandenstruktur geht hervor, dass sich die Patienten der psychosomatischen Abteilung der salus klinik in **8 von 13** soziodemographischen und sozialrechtlichen Kriterien signifikant von der Vergleichsgruppe unterschieden. Zahlen, wie sich dies auf die Bewertung auswirkt, liegen nicht vor.

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=55 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 1. Halbjahr 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 2009.

**Berichte zur Reha-Qualitätssicherung der Deutschen Rentenversicherung Bund
Therapeutische Versorgung - KTL, Entlassungsjahrgang 2009**

Entwöhnungsbehandlung	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	579	99%	2,5	29,6	2,0	23,2
A Sport- und Bewegungstherapie	15 626	89%	2,4	28,3	2,0	23,6
B Physiotherapie	166	28%	0,5	6,1	0,2	2,8
B Physiotherapie	4 885	28%	0,7	8,6	0,4	4,4
C Informationen, Motivation, Schulung	586	100%	3,4	33,6	2,8	27,9
C Informationen, Motivation, Schulung	17 247	98%	2,6	25,1	1,6	16,2
D Klinische Sozialarbeit, Sozialtherapie	580	99%	0,9	10,0	0,7	7,5
D Klinische Sozialarbeit, Sozialtherapie	16 926	96%	2,3	26,4	1,6	18,4
E Ergotherapie, Arbeitstherapie und andere funktionelle Therapien	547	93%	2,7	32,6	3,7	45,0
E Ergotherapie, Arbeitstherapie und andere funktionelle Therapien	15 746	89%	4,1	52,1	6,2	79,0
F Klinische Psychologie, Neuropsychologie	579	98%	1,2	13,7	1,5	17,7
F Klinische Psychologie, Neuropsychologie	14 443	82%	1,7	18,1	1,6	17,6
G Psychotherapie	586	100%	4,6	50,1	6,0	66,8
G Psychotherapie	17 276	98%	5,6	62,9	7,5	82,2
H Reha-Pflege	39	7%	0,2	1,9	0,1	0,6
H Reha-Pflege	5 463	31%	1,1	10,6	0,3	3,0
K Physikalische Therapie	184	31%	0,9	10,8	0,6	7,5
K Physikalische Therapie	6 423	36%	1,6	17,6	0,4	4,5
L Rekreationstherapie	558	95%	3,1	34,8	3,2	35,1
L Rekreationstherapie	11 511	65%	1,4	16,3	1,3	14,5
Insgesamt	586	100%	19,2	211,4	20,0	224,1
Insgesamt	17 604	100%	19,8	223,8	20,0	234,4

**Berichte zur Reha-Qualitätssicherung der Deutschen Rentenversicherung Bund
Therapeutische Versorgung - KTL, Entlassungsjahrgang 2009**

Psychosomatik	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	302	100%	3,5	20,5	3,3	19,4
A Sport- und Bewegungstherapie	81 462	98%	5,3	29,5	3,7	20,6
B Physiotherapie	225	74%	1,0	6,1	0,7	4,0
B Physiotherapie	58 128	70%	2,1	11,1	1,1	5,9
C Informationen, Motivation, Schulung	303	100%	6,1	32,1	4,6	24,0
C Informationen, Motivation, Schulung	83 037	100%	3,3	17,4	1,9	10,3
D Klinische Sozialarbeit, Sozialtherapie	299	99%	1,7	9,9	0,9	5,3
D Klinische Sozialarbeit, Sozialtherapie	64 843	78%	1,3	7,2	0,7	4,1
E Ergotherapie, Arbeitstherapie und andere funktionelle Therapien	293	97%	3,0	17,8	3,8	22,6
E Ergotherapie, Arbeitstherapie und andere funktionelle Therapien	51 433	62%	1,5	8,4	1,8	10,2
F Klinische Psychologie, Neuropsychologie	284	94%	2,6	15,1	2,8	16,4
F Klinische Psychologie, Neuropsychologie	81 254	97%	2,9	16,3	2,5	14,0
G Psychotherapie	302	100%	5,6	30,0	6,7	36,7
G Psychotherapie	81 686	98%	4,0	22,7	4,4	24,8
H Reha-Pflege	100	33%	0,4	2,1	0,1	0,6
H Reha-Pflege	52 330	63%	2,1	11,2	1,0	5,3
K Physikalische Therapie	87	29%	1,3	7,7	1,2	6,7
K Physikalische Therapie	70 318	84%	3,4	18,6	1,4	7,5
L Rekreationstherapie	297	98%	4,2	24,7	4,2	24,6
L Rekreationstherapie	48 509	58%	2,1	11,4	1,7	8,9
M Ernährung	8	3%	4,7	30,5	2,4	15,3
M Ernährung	21 178	25%	7,2	39,7	4,1	24,4
Insgesamt	303	100%	27,7	156,1	26,7	151,9
Insgesamt	83 379	100%	25,9	142,2	18,5	102,9

Wie bereits unter 3.1.2. beschrieben erfüllt die Psychosomatische Abteilung sukzessive die Vorgaben des ETM für Patienten mit der Hauptdiagnose „depressive Störung“. Au-

Berdem zeigt die Bewertung der therapeutischen Versorgung mit Qualitätspunkten, dass wir über dem Schnitt der Vergleichsgruppe liegen.

Ergebnisse der Entlassungsbrief-Laufzeiteauswertung

Die regelmäßige interne Auswertung der Laufzeiten unserer Entlassungsberichte ergab, dass wir auch im Jahr 2011 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, 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 in diesem Peer Review-Verfahren aktiv und haben die von der DRV-Bund zugeschickten Berichte anderer Kliniken beurteilt.

Die Bewertung unserer anonymisierten Klinikberichte durch die Peers anderer Kliniken ergab folgende Qualitätspunkte:

Sucht Datenbasis N=18	gemittelte Bewertungspunkte von 0 (sehr schlecht) bis 10 (sehr gut)	Mittelwert		Abwei- chung Zur Gr.
		Klinik	Alle	
Qualitätspunkte "Anamnese"		62	72	n.s.
Qualitätspunkte "Diagnostik"		82	75	n.s.
Qualitätspunkte "Therapieziele und Therapie"		68	74	n.s.
Qualitätspunkte "Klinische Epikrise"		77	77	n.s.
Qualitätspunkte "Sozialmedizinische Epikrise"		74	71	n.s.
Qualitätspunkte "Weiterführende Maßnahmen und Nachsorge"		67	69	n.s.
Qualitätspunkte "Gesamter Reha-Prozess"		73	69	n.s.

Quelle/Stand: DRV Peer-Review 2010

Psychosomatik Datenbasis N= 19	gemittelte Bewertungspunkte von 0 (sehr schlecht) bis 10 (sehr gut)	Mittelwert		Abwei- chung zur Gr.
		Klinik	Alle	
Qualitätspunkte "Anamnese"		73	71	n.s.
Qualitätspunkte "Diagnostik"		82	71	↑
Qualitätspunkte "Therapieziele und Therapie"		76	69	n.s.
Qualitätspunkte "Klinische Epikrise"		79	69	n.s.
Qualitätspunkte "Sozialmedizinische Epikrise"		79	69	n.s.
Qualitätspunkte "Weiterführende Maßnahmen und Nachsorge"		76	77	n.s.
Qualitätspunkte "Gesamter Reha-Prozess"		74	67	n.s.

Quelle/Stand: DRV Peer-Review 2010

Patientenbeschwerden

Vom federführenden Rentenversicherungsträger wurden uns 3 Beschwerden im Bereich Sucht und 4 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 2011 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 Entlassungstag bis zum Versand des Entlassungsberichtes wird bei allen Patienten in allen dazugehörigen Prozessschritten differenziert erfasst, sodass 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 Entlassungsverfahren zurückzuführen, z.B. Verlegungen wegen interkurrenter akuter Erkrankungen oder Rückfälle, aus denen die Patienten nicht in die Rehabilitation zurückkehrten, sodass der Entlassungstag auf den Verlegungstag zurückdatiert werden musste.

Folgende Entlassungsberichtslaufzeiten wurden in 2011 erzielt (jeweils Patienten DRV-Bund):

Laufzeiten der ärztlichen Entlassungsberichte im Jahr 2011 (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	680	5,5	608	72	0
Psychosomatik	290	1,0	289	1	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 ei-

nen gesonderten Briefkasten eingereicht werden. In 2011 sind 19 Verbesserungsvorschläge und 13 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. Analysen der testpsychologischen KatamneseDaten auch in Bezug auf unsere Standarddiagnostik bei Aufnahme und Entlassung der Patienten werden vorgenommen. Die Rücklaufquote für die 2010 behandelten Patienten, deren Daten 2012 ausgewertet werden, lag bei 61,8 %.

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:

Abstinenter: Kein Konsum von Alkohol, zustandsverändernden Medikamenten und illegalen Drogen im gesamten Zeitraum.

Abstinenter 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 2009 dargestellt.

Katamneseergebnisse Angaben in Prozent	DGSS 1 (N = 550)	DGSS 4 (N = 927)
Katamnestiche Erfolgsquote	69,50%	44,50%
Abstinenter	57,30%	36,60%
Abstinenter nach Rückfall	12,20%	7,90%
Rückfall	30,50%	22,40%
Nicht erreichte Patienten		33,10%

Quelle: Jahresbericht und Katamnese 2009, salus klinik Friedrichsdorf (erhoben 2009, ausgewertet 2011)

Mit der Berechnungsform 1 (DGSS 1), bei der ausschließlich die planmäßig entlassenen Patienten erfasst sind, welche die Katamnese beantwortet haben, ergibt sich eine katamnestiche Erfolgsquote von 69,50%. Im gesamten Jahr nach der Behandlung lebten 57,3% der ehemaligen Patienten vollständig abstinent und 12,2% haben die Abstinenz im Verlauf des Jahres einmal unterbrochen, leben aber zum Zeitpunkt der Befragung wieder seit mindestens 3 Monaten abstinent. Die restlichen 30,5% 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 2009 entlassenen Patienten (DGSS 4) beträgt die katamnestiche Erfolgsquote 44,5%. In dieser den Erfolg deutlich unterschätzenden Berechnungsform wurden 55,5% als rückfällig eingestuft, von diesen 55,5% haben sich jedoch nur 22,4% tatsächlich als rückfällig eingestuft. Die restlichen 33,1% wurden dieser Kategorie nur deshalb zugeordnet, weil es von ihnen keine Daten gibt. Es ist aus Untersuchungen 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

14.01.2011	Koordinationstreffen mit Selbsthilfegruppen
18.01.2011	Vorstellung der salus klinik im Bürgerhospital Frankfurt
25.01.2011	Tagung mit Konfirmandengruppe aus Friedrichsdorf
26.01.2011	Tagung der Expertengruppe der DGPF in Düsseldorf zum Thema „Psychische Belastung am Arbeitsplatz“ unter Mitwirkung der salus klinik
31.01.-01.02.2011	Hospitation von Jahrespraktikantinnen der R+V-Versicherung
01.02.2011	Vorbereitungstreffen des „Arbeitskreises Sucht im Rhein-Main-Gebiet“ im Krankenhaus Langen
14.-16.02.2011	Erster Durchgang der Betrieblichen Suchtkrankenhelferausbildung in der salus Klinik Hürth
17.02.2011	Tagung der Expertengruppe der DGPF in Düsseldorf zum Thema „Psychische Belastung am Arbeitsplatz“ unter Mitwirkung der salus klinik
25.02.2011	Tagung mit Azubis des Berufsbildungswerks Südhessen
08.03.2011	Kooperationstreffen mit Sozialberatung des Deutschen Wetterdienstes
15.-17.03.2011	Info-Veranstaltung mit Vorgesetzten des Wetterdienstes
08.04.2011	Kooperationstreffen mit TÜV Süd
12.04.2011	Kooperationstreffen mit Suchtkrankenhelfern und Schwerbehindertenvertretern der Bundesbank
14.04.2011	Durchführung des „Arbeitskreises Sucht im Rhein-Main-Gebiet“ im KH-Langen
19.04.2011	Kooperationstreffen mit Meda-Pharma, Bad Homburg
20.04.2011	Tagung der Expertengruppe der DGPF in Düsseldorf zum Thema „Psychische Belastung am Arbeitsplatz“ unter Mitwirkung der salus klinik
28.04.2011	Koordinationstreffen mit Selbsthilfegruppen
02.05.2011	Vortrag über „Sucht und Depression“ in der FSH Neu-Isenburg
04.05.2011	Mitwirkung bei Tagung des Deutschen Wetterdienstes - Open Space
05.05.2011	Vortrag bei 20 jährigem Bestehen der Guttempler Bickenbach
10.05.2011	Infoveranstaltung für die Hessischen Landesbeauftragten der Schwerbehindertenvertreter
10.-13.05.2011	Ausbildung betrieblicher Suchtkrankenhelfer
13.05.2011	Infoveranstaltung mit Firmlingen des Kath. Pfarramts Friedrichsdorf
19.05.2011	Infotagung mit Polizei Westhessen
21.05.2011	Vortrag bei Guttemplern-Sprendlingen
26.05.2011	Tagung mit Führungskräften der Lufthansa
27.05.2011	Tagung mit Führungskräften der Stadt Darmstadt
28.05.2011	Sommerfest/Ehemaligentreffen
03.06.2011	Infotagung bei der Bundesbank Frankfurt
06.-08.06.2011	Infostand bei der Fachtagung des Fachverband Sucht in Heidelberg
09.06.2011	Tagung mit Führungskräften der Norma AG
15.06.2011	Durchführung des „Arbeitskreises Sucht im Rhein-Main-Gebiet“ bei der EVO in Offenbach
16.06.2011	Kooperationstreffen mit Beratungsstelle Mörfelden-Walldorf
21.06.2011	Infotagung mit den Schwerbehindertenvertreter der Bundesbank
11.07.2011	Kooperationstreffen mit Personalberatung der Opel AG Rüsselsheim
20.07.2011	Treffen mit Vertreterin der Suchtberatungsstelle aus Mühlheim
25.-27.07.2011	Hospitation in der Klinik von Mitgliedern der FSH Neu Isenburg
09.08.2011	Kooperationstreffen bei BAD in Frankfurt

-
- 23.08.2011 Kooperationstreffen mit TÜV Süd
 - 24.-25.08.2011 Profilwerkstatt dreht salus-Film im Haus
 - 28.08.2011 Sommerfest Köppern
 - 29.08.2011 Besuch von Kollegen der Diakonie Gießen
 - 06.09.2011 Infoveranstaltung für die Vorgesetzten der Unfallkasse Hessen
 - 07.09.2011 Infoveranstaltung für den Arbeitskreis Sucht aus Gießen
 - 13.09.2011 TÜV Süd Vorbereitung AK Sucht
 - 19.09.2011 Treffen der Selbsthilfegruppe FSH in der Klinik
 - 19.-23.09.2011 Durchführung der Ausbildung zum Betrieblichen Gesundheitslotsen mit FIT e.V.
 - 28.-30.09.2011 Suchtkongress Stand in der FH Frankfurt
 - 29.09.2011 Tagung mit Betriebsräten und Suchtkrankenhelfern der Berufsgenossenschaft RCI
 - 06.10.2011 Infoveranstaltung mit Vorgesetzten des Hessisches Landesamt für Umwelt und Geologie
 - 22.-23.10.2011 Unterstützung der FSH-Bad Homburg bei der Ausbildung ihrer Suchtkrankenhelfer
 - 26.10.2011 Kooperationstreffen mit Sozialarbeiter der Fraport
 - 03.11.2011 Tagung mit FIT e.V zum Thema "Medikamente in der Arbeitswelt"
 - 24.11.2011 Infoveranstaltung für Betriebsräte der IG-Metall
 - 24.11.2011 Vortrag bei der Tagung der DGFP zum Thema „Psychische Belastung am Arbeitsplatz“ in Frankfurt
 - 07.12.2011 Vorstellung der Klinik im Markuskrankenhaus

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
 33 x Vorgespräche
 92 x Telefonische Vorgespräche

4.1 Vermittlung von Konzepten und Erfahrungen

- 19.01.2011 Vortrag von Dipl.-Psych. Nadja Tahmassebi „Verhaltenssüchte“ an der FH Frankfurt
- 13.03.2011 Dr. T. Wiehn, Kursleiter und Referent beim Schmerzcurriculum der Akademie für ärztliche Fortbildung und Weiterbildung in Bad Nauheim
- 03.06.2011 Vortrag von Dr. D. Kramer „Psychische Erkrankungen und ihre Auswirkungen auf den Arbeitsplatz“ bei der Deutschen Bundesbank Frankfurt
- 06.-08.06.2011 Vortrag von Dr. D. Kramer: „Etablierung einer webbasierten Gruppennachsorge von Suchtpatienten“ beim Heidelberger Kongress des Fachverband Sucht
- 06.-08.06.2011 Vortrag von Dipl.-Psych. Nadja Tahmassebi „Der Kick des Kaufens.. Ähnlichkeiten und Unterschiede von pathologischem Kaufverhalten im Vergleich zu substanzbezogenen Abhängigkeiten“ beim Heidelberger Kongress des Fachverband Sucht

-
- 07.06.2011 Vortrag von Dr. A. Khatib „Wie nachhaltig sind therapeutische Bemühungen?“ auf dem Kongress des Fachverbandes Sucht in Heidelberg
- 21.06.2011 Vortrag von Dr. D. Kramer „Psychische Erkrankungen und ihre Auswirkungen auf den Arbeitsplatz“ bei der Schwerbehindertenvertretung Deutsche Bundesbank Frankfurt
- 02.-03.09.2011 Workshop von Dr. T. Wiehn beim 8. Hamburger Symposium Persönlichkeitsstörungen über „Ethik und Persönlichkeitsstörungen“
- 07.09.2011 Vortrag von Dr. T. Wiehn beim Arbeitskreis Betriebliche Sozialberatung Rhein-Main zum Thema „Auffallendes Verhalten am Arbeitsplatz“
- 14.-16.09.2011 Vortrag von Dr. N. Wollmerstedt „Ergebnisqualität einer Web-basierten Tele-Nachsorge nach stationärer medizinischer Rehabilitation Alkoholabhängiger“ bei den 16. Tübinger Suchttherapietagen
- 20.09.2011 Seminar von Dr. A. Khatib „Burnout“ für die Lufthansa Frankfurt
- 23.09.2011 Seminar von Dr. A. Khatib „Motivational Interviewing“ für das Psychiatrische Krankenhaus St. Valentinus. Kiedrich
- 28.09.2011 Seminar von Dr. A. Khatib „Motivational Interviewing“ für das Psychiatrische Krankenhaus Offenbach
- 28.-01.10.2011 Deutscher Suchtkongress Frankfurt
- 28.-01.10.2011 Vortrag von Dr. N. Wollmerstedt „Chatbasierte Nachsorge im Internet für Alkoholabhängige nach stationärer Entwöhnungsbehandlung“ beim Deutschen Suchtkongress Frankfurt
- 28.-01.10.2011 Workshop von Dipl.-Psych. Nadja Tahmassebi „Von der Lust am Kaufen-Pathologisches Kaufverhalten und Alkoholabhängigkeit“ Deutscher Suchtkongress Frankfurt
- 30.09.2011 Vortrag von Dr. A. Khatib „Was möchten Patienten?“ auf dem Kongress Deutsche Gesellschaft für Suchtpsychologie in Frankfurt
- 30.09.2011 Posterpräsentation C. Nels & S. Höbelbarth: ICF-Klassifikation in der Adaption – erste Fragen... Deutscher Suchtkongress Frankfurt
- 22.10.2011 Vortrag von Dipl.-Psych. Nadja Tahmassebi „Pathologisches Kaufen“ ein Vortrag für Selbsthilfegruppenleiter des Deutschen Roten Kreuzes in Frankfurt
- 31.10.2011 Dr. T. Wiehn, Referent beim Kurs für Sozialmedizin der Akademie für ärztliche Fortbildung und Weiterbildung in Bad Nauheim über „Spezielle sozialmedizinische Gesichtspunkte bei psychischen Störungen“
- 03.11.2011 Vortrag von Dr. D. Kramer „Nebenwirkung: Sucht. Medikamentenabhängigkeit und deren Behandlung“ Tagung der salus klinik Friedrichsdorf und des Friedrichsdorfer Instituts für Therapieforschung und Gesundheitsförderung
- 11.-12.11.2011 Seminar von Dr. A. Khatib „Psychotherapie bei Abhängigkeitserkrankungen“ für das Klaus Grawe Institut für psychologische Therapie - Zürich/Schweiz

-
- 26.11.2011 Seminar von Dr. A. Khatib „Motivational Interviewing“ für das Bürgerhospital Frankfurt
- 14.12.2011 Vortrag von Dr. D. Kramer „Medikamente – Vom Heilmittel zur Sucht“ beim Arbeitskreis Sucht in der Arbeitswelt in Frankfurt

4.2 Sonstige Aktivitäten der Einrichtung

Mitarbeit von Dr. T. Wiehn im Wissenschaftlichen Beirat der BKK Gesundheit

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

Mitarbeit von Dr. T. Wiehn im erweiterten Vorstand der DÄVT

Mitarbeit von Dr. T. Wiehn als Vorstandsmitglied der DGPPR

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

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

Mitarbeit von Dr. D. 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. T. 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“ in- formieren 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
- **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

- **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, 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 „fortgeschrittenes“ 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 Friedrichsdorf
Landgrafenplatz 1
61381 Friedrichsdorf
Telefon 06172 950-0
mail@salus-friedrichsdorf.de

**Verantwortlich
für den Qualitätsbericht:**
Ralf Schneider

Qualitätsmanagement-Beauftragte:
Jessica Farnung
Telefon 06172 950-103

Links:
Besuchen Sie uns im Internet unter:
www.salus-friedrichsdorf.de
Die Klinikgruppe im Internet:
www.salus-kliniken.de

Ausgabedatum:
03/2012 Version 3.0

