

**ADULAKLINIK
OBERSTDORF**
Fachklinik für Psychosomatik und Psychotherapie



Der strukturierte Krankenhaus-Qualitätsbericht nach § 137 SGB V

Berichtsjahr 2004

Redaktion: Dr. Stefan Molfenter

Freigegeben von Dr. Georg Reisach am 11.08.2005

Inhalt

A Allgemeine Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses.....	1
A-1.1 Allgemeine Merkmale	1
A-1.2 Institutskennezeichen	1
A-1.3 Krankenhausträger	1
A-1.4 Akademisches Lehrkrankenhaus	1
A-1.5 Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus nach § 108/109 SGB V.....	1
A-1.6 Gesamtzahl der im abgelaufenen Kalenderjahr behandelten Patienten.....	1
A-1.7 A Fachabteilungen.....	1
A-1.7 B Mindestens Top-30 DRG (nach absoluter Fallzahl) des Gesamtkrankenhauses im Berichtsjahr	2
A-1.8 Besondere Versorgungsschwerpunkte und Leistungsangebote.....	2
A-1.9 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten.....	2
A-2.0 Abteilungen mit Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	2
A-2.1 Apparative Ausstattung und therapeutische Möglichkeiten	2
A-2.1.1 Apparative Ausstattung	2
A-2.1.2 Therapeutische Möglichkeiten.....	2
B-1 Fachabteilungsbezogene Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses	4
B-1.1 Namen der Fachabteilungen	4
B-1.2 Medizinisches Leistungsspektrum der Fachabteilung	4
B-1.3 Besondere Versorgungsschwerpunkte der Fachabteilung	4
B-1.4 Weitere Leistungsangebote der Fachabteilung	4
B-1.5 Mindestens die Top-10 DRG (nach absoluter Fallzahl) der Fachabteilung im Jahr 2004.....	5
B-1.6 Mindestens die 10 häufigsten Haupt-Diagnosen der Fachabteilung im Jahr 2004.....	6
B-1.7 Mindestens die 10 häufigsten Operationen bzw. Eingriffe der Fachabteilung im Jahr 2004.....	7
B-2 Fachabteilungsübergreifende Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses	7

B-2.1	Ambulante Operationen nach § 115 b SGB V Gesamtzahl (nach absoluter Fallzahl) im Berichtsjahr 2004.....	7
B-2.2	Mindestens Top-5 der ambulanten Operationen (nach absoluter Fallzahl) der Fachabteilung im Berichtsjahr	7
B-2.3	Sonstige ambulante Leistungen (Fallzahl 2004).....	7
B-2.4	Personalqualifikation im ärztlichen Dienst	8
B-2.5	Personalqualifikation im Pflegedienst	8
C	Qualitätssicherung	9
C-1	Externe Qualitätssicherung nach § 137 SGB V.....	9
C-2	Qualitätssicherung beim ambulanten Operieren nach § 115 b SGB V.....	9
C-3	Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht (§ 112 SGB V).....	9
C-4	Qualitätssicherungsmaßnahmen bei Disease-Management-Programmen (DMP).....	9
C-5	Mindestmengenvereinbarung.....	9
C-5.1	Umsetzung der Mindestmengenvereinbarung nach § 137 Abs. 1 S. 3 Nr. 3 SGB V	9
C-5.2	Ergänzende Angaben bei Nicht-Umsetzung der Mindestmengenvereinbarung nach § 137 Abs. 1 S. 3 Nr. 3 SGB V	9
D	Qualitätspolitik und Leitbild	10
E	Qualitätsmanagement und dessen Bewertung	14
E-1	Der Aufbau des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements.....	14
E-2	Qualitätsbewertung.....	15
E-2.1	Untersuchung des Therapieerfolges	15
E-2.2	Basisdokumentation	16
E-2.3	Prozessforschung	17
E-2.4	Ein-Jahres-Katamnese.....	17
E-2.5	Fünf-Jahres-Katamnese.....	18
E-2.6	Publikationen und Vorträge	18
E-3	Ergebnisse in der externen Qualitätssicherung gemäß § 137 SGB V	19
F	Qualitätsmanagementprojekte im Berichtszeitraum	22
G	Weitergehende Informationen.....	23

Basisteil

A Allgemeine Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

A-1.1 Allgemeine Merkmale

Adula-Klinik
 In der Leite 6
 87561 Oberstdorf
 Telefon: 08322 709-0
 Fax: 08322 709-403
 E-Mail: info@adula-klinik.de
 Internet: www.adula-klinik.de

Geschäftsführung:

Dr. Georg Reisach

A-1.2 Institutskennezeichen

260 971 846

A-1.3 Krankenhausträger

Dr. Reisach GmbH

A-1.4 Akademisches Lehrkrankenhaus

Die Adula-Klinik ist kein akademisches Lehrkrankenhaus.

A-1.5 Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus nach § 108/109 SGB V (Stichtag 31.12.2004)

120 Betten, davon 30 Akutbetten

A-1.6 Gesamtzahl der im abgelaufenen Kalenderjahr behandelten Patienten

Im Jahr 2004 wurden 230 von insgesamt 702 Patientinnen und Patienten im Rahmen des Kontingents für Akutbetten behandelt.

A-1.7 A Fachabteilungen

Schlüssel nach § 301 SGB V	Adula-Klinik	Zahl der Betten	Zahl stationäre Fälle	Hauptabt. (HA) oder Belegabt. (BA)	Poliklinik/ Ambulanz
3100	Psychosomatik/ Psychotherapie	30	230	HA	nein

A-1.7 B Mindestens Top-30 DRG (nach absoluter Fallzahl) des Gesamtkrankenhauses im Berichtsjahr

Die Leistungen der Kliniken im Bereich Psychosomatik und Psychotherapie werden nicht nach DRG ausgewiesen und abgerechnet.

A-1.8 Besondere Versorgungsschwerpunkte und Leistungsangebote

Psychosomatik und Psychotherapie

Für psychiatrische Fachkrankenhäuser bzw. Krankenhäuser mit psychiatrischen Fachabteilungen: Es besteht keine regionale Versorgungsverpflichtung.

A-1.9 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Privatambulanz des Chefarztes.

A-2.0 Abteilungen mit Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

entfällt

A-2.1 Apparative Ausstattung und therapeutische Möglichkeiten

A-2.1.1 Apparative Ausstattung

	Vorhanden		Verfügbarkeit 24 Stunden sichergestellt	
Elektrokardiographie	Ja		Ja	
Ergometrie	Ja		Ja	
Sonographie	Ja		Ja	

A-2.1.2 Therapeutische Möglichkeiten

	Vorhanden	
Gruppenpsychotherapie	Ja	
Einzelspsychotherapie	Ja	
Therapeutische Gemeinschaft	Ja	
Familientherapie	Ja	
Familienaufstellung	Ja	
Ernährungstherapie/Lehrküche	Ja	
Essstrukturgruppe	Ja	
Physikalische Therapie	Ja	
Bonding Psychotherapie	Ja	
Einstellungsarbeit	Ja	
Spezialgruppe für Frauen	Ja	
Spezialgruppe für Männer	Ja	
Spezialgruppe für sexuell traumatisierte Frauen	Ja	
Suchttherapie	Ja	
Kreativtherapie	Ja	

	Vorhanden	
Körpertherapie	Ja	
Reittherapie	Ja	
Therapie-Marathon	Ja	
Terraintraining	Ja	
Exposition im heimischen/beruflichen Milieu	Ja	
Anonyme Selbsthilfegruppen*	Ja	

*Selbsthilfegruppen stellen per definitionem kein therapeutisches Angebot im engeren Sinne dar. Im Modell unserer Klinik sind jedoch der Interaktionsstil und die tatsächliche Praxis von Selbsthilfegruppen nach dem 12-Schritte-Programm (z.B. Anonyme Alkoholiker AA, Emotions Anonymous EA, Overeaters Anonymous OA, Anonyme Co-Abhängige CoDA) in das Therapie-Konzept integriert. Täglich finden abends Selbsthilfegruppen in der Klinik statt, deren Besuch, selbstverständlich freiwillig ist. Selbsthilfegruppen reflektieren ganz praxisnah unsere Haltung der „Hilfe zur Selbsthilfe“ und bedeuten einen ersten zentralen Schritt, Nachsorge schon während der Behandlung vorzubereiten und so Therapie und Nachsorge bereits in der Klinik zu verzahnen.

B-1 Fachabteilungsbezogene Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

B-1.1 Namen der Fachabteilungen

Klinik für Psychosomatik und Psychotherapeutische Medizin

B-1.2 Medizinisches Leistungsspektrum der Fachabteilung

Psychosomatik und Psychotherapie

B-1.3 Besondere Versorgungsschwerpunkte der Fachabteilung

- Depressive Erkrankungen und Reaktionen
- Posttraumatische Belastungsstörungen (nach Gewalt, nach emotionalem und sexuellem Missbrauch)
- Persönlichkeitsstörungen (z.B. auch Borderline-Störungen)
- Essstörungen (Anorexie, Bulimie, Esssucht)
- Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit in Kombination mit seelischen Störungen
- Nicht-stoffgebundene Abhängigkeiten (wie Co-Abhängigkeit, Spielsucht, Arbeitssucht, Sexsucht)
- Angststörungen und Panikattacken
- Zwangserkrankungen
- Psychosomatische Erkrankungen i.e.S. (z.B. Asthma, Migräne, Magen-Darm-Erkrankungen, bei denen keine organische Ursache feststellbar ist)
- Sinnkrisen im mittleren Lebensalter oder in der zweiten Lebenshälfte
- Nicht gelebte Trauer nach Verlust

B-1.4 Weitere Leistungsangebote der Fachabteilung

Neben den oben (B-1.3) genannten Therapien bietet die Adula-Klinik folgende spezielle Angebote:

- **Familientherapiewoche**

Die „Familientherapiewoche“ ist ein einwöchiges Spezialprogramm für Patienten und deren Angehörige. Diese intensive Behandlung findet unter Leitung eines Therapeuten und einer Therapeutin statt, die in Systemischer Familientherapie speziell ausgebildet sind. Die Patienten werden für diese Woche von den meisten der anderen Therapien im Haus befreit. Angehörige können nach Voranmeldung eine Woche an diesem Programm teilnehmen.

Die Familientherapiewoche ist besonders geeignet, um Konflikte in näheren zwischenmenschlichen Beziehungen zu klären und zu heilen.

- **Ernährungstherapie/Lehrküche**

Für Menschen mit Essstörungen im engeren Sinn sowie Menschen, die aufgrund anderer seelischer Erkrankungen und Belastungen dazu neigen, Essen missbräuchlich zu verwenden, um unangenehme Gefühlszustände zu betäuben und Konflikte abzureagieren, bieten wir neben den Spezialprogrammen von „Essstruktur“ und „Esssuchtgruppe“ die Lehrküche an. Dieses einwöchige Spezialprogramm ermöglicht eine Annäherung an gesundes Essen und gesunde Nahrung. Gleichzeitig erlaubt es, die Konflikte, die der Essstörung zugrunde liegen, zu erkennen und zu bearbeiten. Eine erfahrene Ernährungstherapeutin leitet die Therapie in der Lehrküche.

- **Traumatherapie**

Aufgrund unseres Therapiekonzepts wenden sich viele Menschen mit der schrecklichen Erfahrung von Gewalt oder sexuellem Missbrauch an die Klinik. Die Traumatherapie ist Anliegen aller Behandlungsangebote der Klinik, nicht zuletzt der Therapeutischen Gemeinschaft. Darüber hinaus gibt es spezielle Gruppen, in denen gezielt der Umgang mit dem Trauma – nicht zuletzt Möglichkeiten, sich selbst zu schützen – und Wege zur Heilung der seelischen Wunde gefunden und gebahnt werden.

- **Therapie-Marathon**

Für geeignete Patienten bietet der Therapie-Marathon eine Möglichkeit fokussierter Therapie auf einer Berghütte. Dies dient vor allem dazu, an gewissen Schlüsselpunkten des Therapieprozesses die Behandlung zu intensivieren und insbesondere emotionale Verhärtungen aufzulösen und so blockierte Energie zu befreien und konstruktiv verfügbar zu machen.

- **Reittherapie**

Reittherapie findet im allgemeinen vormittags statt. Reittherapie ist besonders bei Menschen indiziert, die aufgrund ihrer Erlebnisgeschichte ein gespaltenes Verhältnis zu ihrem eigenen Körper haben bzw. ihn ablehnen, sowie Menschen, die wenig vertrauen können oder geringes Selbstwertgefühl und geringe Selbstakzeptanz haben.

B-1.5 Mindestens die Top-10 DRG (nach absoluter Fallzahl) der Fachabteilung im Jahr 2004

Leistungen im Bereich von Psychosomatik und Psychotherapie werden in Deutschland nicht nach DRG klassifiziert.

B-1.6 Mindestens die 10 häufigsten Haupt-Diagnosen der Fachabteilung im Jahr 2004

Hauptdiagnosen

Rang	ICD-10 Nummer (3-stellig)	Aufnahmen absolute Anzahl	Beschreibung
1	F33	205	rezidivierende depressive Störung (depressive Störung mit wiederholten Episoden)
2	F32	199	depressive Episode
3	F43	91	Reaktionen auf schwere Belastung und Anpassungsstörungen
4	F50	81	Essstörungen
5	F41	44	sonstige Angststörungen (außer Phobien)
6	F60	20	spezifische Persönlichkeitsstörungen
7.5	F61	9	kombinierte und sonstige Persönlichkeitsstörungen
7.5	F45	9	somatoforme Störung (seelische Störungen mit körperlichen Symptomen)
9.5	F31	8	bipolare Affektive Störung
9.5	F40	8	phobische Störungen

Haupt- und Nebendiagnosen

Das Herausstellen der ersten Diagnose kann die seelische Erkrankung eines Menschen und somit die Behandlungsschwerpunkte nicht angemessen beschreiben, weil einzelne Diagnosen immer nur Teilbereiche des Erlebens und Verhaltens berücksichtigen. Im Bereich psychischer Erkrankungen werden deshalb in der Regel mehrere Diagnosen je Patient vergeben. In der anschließenden Tabelle wird die Gesamtzahl der in 2004 vergebenen Diagnosen für alle behandelten Patienten (N=702) ergänzend dargestellt. In 2004 waren durchschnittlich 3 Diagnosen je Patient zu erheben.

Rang	ICD-10 Nummer (3-stellig)	Aufnahmen absolute Anzahl	Beschreibung
1	F32	278	depressive Episode
2	F33	259	rezidivierende depressive Störung (depressive Störung mit wiederholten Episoden)
3	F50	213	Essstörungen
4	F60	189	spezifische Persönlichkeitsstörungen
5	F43	183	Reaktionen auf schwere Belastung und Anpassungsstörungen
6	F45	132	somatoforme Störung (seelische Störungen mit körperlichen Symptomen)
7	F41	127	sonstige Angststörungen (außer Phobien)
8	F10	105	Störungen durch Alkohol (Alkoholsucht)
9	F17	84	Störungen durch Tabak (Nikotinsucht)
10	F34	73	anhaltende affektive Störungen (hier: andauernde depressive Verstimmung)

B-1.7 Mindestens die 10 häufigsten Operationen bzw. Eingriffe der Fachabteilung im Jahr 2004

entfällt

B-2 Fachabteilungsübergreifende Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

B-2.1 Ambulante Operationen nach § 115 b SGB V Gesamtzahl (nach absoluter Fallzahl) im Berichtsjahr 2004

entfällt

B-2.2 Mindestens Top-5 der ambulanten Operationen (nach absoluter Fallzahl) der Fachabteilung im Berichtsjahr

entfällt

B-2.3 Sonstige ambulante Leistungen (Fallzahl 2004)

2

B-2.4 Personalqualifikation im ärztlichen Dienst (Stichtag 31.12.2004)

	Abteilung	Anzahl der beschäftigten Ärzte insgesamt	Anzahl der Ärzte in der Weiterbildung	Anzahl der Ärzte mit abgeschlossener Weiterbildung
3100	Psychosomatik/Psychotherapie	15	5	10

	Abteilung	Anzahl der Diplom-Psychologen insgesamt	Anzahl der Diplom-Psychologen in der Weiterbildung	Anzahl der Diplom-Psychologen mit abgeschlossener Weiterbildung
3100	Psychosomatik/Psychotherapie	10	4	6

Anzahl Ärzte mit Weiterbildungsbefugnis: 1

Die meisten Ärzte und Therapeuten verfügen über mehrere Qualifikationen in speziellen Therapiemethoden und -verfahren. Zusätzlich sind an der Behandlung weitere Berufsgruppen beteiligt (z.B. Diplom-Sozialarbeiter, Körperpsychotherapeuten, Ernährungstherapeuten, Familientherapeuten, Reittherapeuten).

B-2.5 Personalqualifikation im Pflegedienst (Stichtag 31.12.2004)

	Abteilung	Anzahl der beschäftigten Pflegekräfte insgesamt	Prozentualer Anteil der examinierten Krankenschwestern/-pfleger (3 Jahre)	Prozentualer Anteil der examinierten Krankenschwestern/-pfleger mit entsprechender Fachweiterbildung (3 Jahre plus Fachweiterbildung)	Prozentualer Anteil Krankenpflegehelfer/in (1 Jahr)
3100	Psychosomatik/Psychotherapie	11	100	8,5	0

Systemteil

C Qualitätssicherung

C-1 Externe Qualitätssicherung nach § 137 SGB V

Um die Qualität unserer Therapie im Sinne der gesetzlichen Vorgaben zu überprüfen, verwenden wir ein umfangreiches System für die Dokumentation und Evaluation. Aufbau und zentrale Ergebnisse dieses Systems sind unter Punkt E dargestellt. Unsere externen Kooperationspartner sind Universitätsinstitute in Würzburg und Freiburg sowie das Institut für Qualitätsentwicklung in der Psychotherapie und Psychosomatik IQP in München.

C-2 Qualitätssicherung beim ambulanten Operieren nach § 115 b SGB V entfällt

C-3 Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht (§ 112 SGB V) entfällt

C-4 Qualitätssicherungsmaßnahmen bei Disease-Management-Programmen (DMP) entfällt

C-5 Mindestmengenvereinbarung entfällt

C-5.1 Umsetzung der Mindestmengenvereinbarung nach § 137 Abs. 1 S. 3 Nr. 3 SGB V entfällt

C-5.2 Ergänzende Angaben bei Nicht-Umsetzung der Mindestmengenvereinbarung nach § 137 Abs. 1 S. 3 Nr. 3 SGB V entfällt

D Qualitätspolitik und Leitbild

Der Mensch, der eine unserer beiden Kliniken betritt, begegnet der Therapeutischen Gemeinschaft, die sich um emotionale Offenheit und persönliche Ehrlichkeit bemüht. Diese Gemeinschaft empfängt den Einzelnen weniger als behandlungsbedürftigen Patienten, sondern vielmehr als einen Gast, dem wir eigenverantwortliches Handeln auf der Basis seiner Ressourcen – seien sie ihm bewusst oder seien sie ihm noch unbekannt – zutrauen und das kann auch heißen: zumuten.

PORTA PATET – MAGIS COR

Dieser Satz, den der heilige Augustinus an einen Freund in Not schrieb ("die Tür steht offen – mehr noch das Herz") steht als Motto über unseren Kliniken und prägt verbindlich die persönliche Einstellung von uns als Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von Hochgrat- und Adula-Klinik.

Einerseits stellen wir uns der Aufgabe, die Wirklichkeit des persönlichen Leidens der zu uns kommenden Menschen als Tatsache zu akzeptieren und den Menschen mit Mitgefühl zu begegnen. Andererseits wissen wir, dass Heilung *rasch* beginnen kann und jede menschliche Begegnung eine Chance – oft eine zündende Chance – sein kann, um die Stärken, die in jedem Einzelnen sind, zu seiner Gesundheit und zu seinem persönlichen und seelischen Wachstum zu aktivieren.

Dazu gehören Professionalität und Hingabe. Wir sind uns bewusst, dass es für die MitarbeiterInnen in allen Bereichen unserer Kliniken eine wesentliche Aufgabe ist, sowohl den professionellen Pol möglichst gut zu verkörpern wie auch, sich mit Hingabe zu der individuellen Person eines Patienten bzw. Gastes unserer Klinik hinzuneigen. Man kann diese Hingabe als Empathie oder mit einem ganzheitlicheren, auch spirituelleren Begriff, bezeichnen als: Liebe.

Keineswegs alle, aber die meisten seelischen Störungen und Erkrankungen sind in Beziehungen erworben bzw. gelernt. Und das heißt, sie können in Beziehungen wieder verlernt werden. Für diesen Gesundungsprozess bedarf es aber weniger

einer Information als vielmehr einer zwischenmenschlichen Beziehung, welche Offenheit und emotionalen Ausdruck in einem geschützten und wohlwollenden Atmosphäre ermöglicht. Deshalb basieren unsere Kliniken auf dem Konzept der Therapeutischen Gemeinschaft. Therapeutische Gemeinschaft heißt: Alle MitarbeiterInnen und alle wegen Heilung zu uns kommenden Gäste leben im Sinne der Lehr-Lern-Gemeinschaft in einem Feld, in dem konstruktives Verhalten gestärkt, destruktives Verhalten liebevoll konfrontiert und der Ausdruck persönlicher Gefühle und die weitere Entwicklung persönlicher Stärken geübt werden können. Dazu gehört, dass wir im Sinne einer persönlichen Beziehung unsere Gäste mit „Du“ und dem Vornamen anreden.

Dazu ein Zitat von Richard Beauvais (1964):

"Wir sind hier, weil es letztlich kein Entrinnen vor uns selbst gibt. Solange der Mensch sich nicht selbst in den Augen und Herzen seiner Mitmenschen begegnet, ist er auf der Flucht. Solange er nicht zulässt, dass seine Mitmenschen an seinem Innersten teilhaben, gibt es für ihn keine Geborgenheit. Solange er sich fürchtet, durchschaut zu werden, kann er weder sich noch andere erkennen - er wird allein sein.

Wo können wir solch einen Spiegel finden, wenn nicht in unseren Nächsten? Hier in der Gemeinschaft kann ein Mensch erst richtig klar über sich werden und sich nicht mehr als den Riesen seiner Träume oder den Zwerg seiner Ängste sehen, sondern als Mensch, der - Teil eines Ganzen - zu ihrem Wohl seinen Beitrag leistet. In solchem Boden können wir Wurzeln schlagen und wachsen; nicht mehr allein - wie im Tod - sondern lebendig als Mensch unter Menschen."

Professionalität heißt für den medizinisch-therapeutischen Bereich, dass wir in unserem Handeln auf der wissenschaftlichen Heilkunde und speziell auf den entscheidenden Verfahren der Psychotherapie, Psychiatrie und der Medizin fußen. Dazu gehört, dass unsere psychologischen MitarbeiterInnen approbiert sind oder auf dem Weg dazu, dass unsere ärztlichen MitarbeiterInnen Fachärzte sind oder in Weiterbildung zum Facharzt. Weiterbildungsermächtigungen sind deshalb für die Klinik entscheidend. Seit Beginn der Kliniken ist die wissenschaftliche Ausrichtung für uns selbstverständlich, was sich in Kooperationen mit psychologischen Universitäts-

Instituten (Würzburg, Freiburg), Verbund mit anderen Kliniken, Mitgründung eines eigenen Qualitätssicherungsinstitutes IQP (München), Zusammenarbeit mit Weiterbildungsinstituten (CIP, SYST, Süddeutsche Akademie für Psychotherapie, Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Gruppenanalyse und Gruppentherapie) zeigt. Dissertationen, Diplomarbeiten und wissenschaftliche Artikel sowie Vorträge dokumentieren diese Aktivität und dienen der Überprüfung unserer Therapiequalität (weiteres siehe unter Kapitel E-2 und im Internet unter www.adula-klinik.de). Das bezieht sich nicht nur auf die wissenschaftliche Sicherung des Therapieerfolges, sondern auch auf den nach Entlassung anhaltenden Therapieerfolg (Katamnese-Untersuchungen).

Menschen sind uns wertvoll, ganz unabhängig von ihrer Weltanschauung bzw. religiösen Ausrichtung. Andererseits bedeuten seelische Erkrankungen bzw. Krisen häufig Zeiten existenzieller und spiritueller Not oder aber existenzieller und spiritueller Neuorientierung. Für Gäste unserer Kliniken, die Unterstützung bei solchen inneren Neuorientierungen suchen, bietet das spirituelle Programm der Anonymen Selbsthilfegruppen und die von Spiritualität getragene Atmosphäre im Hause sowie bei Bedarf die Begleitung durch einen erfahrenen Seelsorger Unterstützung.

Eine enge Kooperation und guter Kontakt mit niedergelassenen Ärzten und Therapeuten, den Einweisern und Weiterbehandlern unserer Gäste, ist für uns eine wesentliche Grundlage für therapeutisches Handeln und die Vorbereitung einer effektiven Nachsorge.

In unseren Kliniken finden alle MitarbeiterInnen ihren „Platz“, an dem sie sich mit ihren fachlichen Kenntnissen, ihrer Lebenserfahrung und ihren Ressourcen einbringen können zum Wohl der Gäste, der Kliniken und zu ihrer persönlichen Weiterentwicklung. Gäste und MitarbeiterInnen werden in ihrer einzigartigen Persönlichkeit gesehen und geschätzt. Wir fördern MitarbeiterInnen individuell in ihrer fachlichen und persönlichkeitsgerechten Weiterentwicklung. Teamkultur fördern wir durch Offenheit, Toleranz und konstruktive Auseinandersetzung. Unser Prinzip ist, dass Zuständigkeiten und Entscheidungswege im Rahmen einer von gegenseitiger Achtung und Respekt getragene Verantwortlichkeit klar geregelt sind.

Wir haben die Vision, die Kliniken zu internationalen Therapiezentren weiterzuentwickeln. Die Nutzung der neuen Medien öffnet uns die Tore zu europäischen und darüber hinausreichenden Gesundheitsmärkten. Die Weiterentwicklung unseres Qualitätsmanagement-Systems nach DIN EN ISO 9001:2000, später nach EFQM, dient unseren Kliniken dazu, die Wettbewerbsfähigkeit zu sichern und auszubauen.

E Qualitätsmanagement und dessen Bewertung

E-1 Der Aufbau des einrichtungswen Qualitätsmanagements stellt sich wie folgt dar:

Seit Bestehen der Klinik hat Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement einen festen Platz im Selbstverständnis der Organisation. Den Grundgedanken der Therapeutischen Gemeinschaft als „Lehr-Lern-Gemeinschaft“, setzen wir auch im Umgang miteinander und in der Auseinandersetzung mit unserer Arbeit um. In allen Bereichen und auf allen Ebenen finden regelmäßig Teambesprechungen statt. Aktuelle therapeutische oder organisatorische Fragen erörtern wir täglich gemeinsam. Für die kritische Betrachtung und Planung unserer Arbeitsabläufe nehmen wir uns in regelmäßigen Abständen Zeit. Umfangreichere Fragestellungen bearbeiten wir in Arbeitsgruppen und Qualitätszirkeln. Die therapeutischen Teams werden bei schwierigen Behandlungsverläufen und in ihrer Teamarbeit durch einen erfahrenen externen Supervisor unterstützt. 2004 hat die Leitung der Adula-Klinik entschieden, ein System nach DIN EN ISO 9001:2000 aufzubauen, das uns ermöglicht, das Zusammenspiel der einzelnen Komponenten unseres Qualitätsmanagements noch zu verbessern. Für MitarbeiterInnen des ärztlich-therapeutischen Bereichs bestehen folgende Weiterbildungsangebote im Haus:

- 1 x wöchentlich interne Weiterbildung von 90 Minuten, etwa zur Hälfte gehalten von auswärtigen Spezialisten
- Ärzte- und Therapeutentage Freitag bis Sonntag 1 x pro Jahr
- 1 x pro Jahr 1 Workshop (1 ½ Tage, gehalten von auswärtigen Fachkräften)
- Supervision 8 x 3 Stunden pro Jahr durch einen Psychologen und gestalttherapeutischen Ausbilder mit Führungserfahrung im Krankenhaus
- Fallbesprechung 1 x pro Woche 60 Minuten
- Fallbesprechung 1 x pro Monat 2 1/2 Stunden, teamübergreifend
- Tägliche Teambesprechung (30 bis 45 Minuten)
- Teaminterne Intervision 60 Minuten pro Woche
- Fallbesprechung für Therapeuten, die Privatpatienten betreuen
- Die Weiterbildung durch den Chefarzt im Rahmen der Ermächtigung zur Weiterbildung im Bereich der Psychotherapeutischen Medizin sowie der Psychiatrie und Psychotherapie erfolgt durch Fallbesprechung und im klinischen Rahmen.

Darüber hinaus wird die Nutzung externer Weiterbildungsangebote für Therapeuten durch bis zu zehn Tage Sonderurlaub pro Jahr unterstützt.

Die Sicherung der Qualität mit wissenschaftlich validen Methoden ist für die ständige kritische Überprüfung der Qualität unserer psychotherapeutischen Arbeit wesentlich und ist deshalb routinemäßig eine Anstrengung, die unserer Klinik fortgesetzt leistet. Dies dient außerdem der Kommunikation unserer Behandlung und ihrer Ergebnisse nach außen. Es ist uns wichtig, zentrale Zielgrößen zu erfassen, welche die Symptomatik der Patienten und ihre Verbesserung kritisch abbilden und nicht nur den Verlauf während der Behandlung, sondern auch nach der Behandlung dokumentieren. Dazu haben wir in 2004 die unter Punkt E-2 aufgeführten Qualitätssicherungsmaßnahmen durchgeführt und führen sie weiter durch.

E-2 Qualitätsbewertung

Das Krankenhaus hat sich im Berichtszeitraum an folgenden Maßnahmen zur Bewertung von Qualität beteiligt (Selbst- oder Fremdbewertungen):

E-2.1 Untersuchung des Therapieerfolges (Ergebnisqualität)

Mit Hilfe einer umfassenden psychologischen Diagnostik vergleichen wir den Zustand der Patienten zu Beginn und am Ende der stationären Therapie, um so eine elaborierte Rückmeldung der Ergebnisqualität unserer Behandlung zu erhalten (Income-Outcome-Untersuchung). Das Testinventar wurde in Kooperation mit Prof. Dr. Dieter Tscheulin zusammengestellt. Die folgenden Fragebogen setzen wir computergestützt auf Grundlage des Wiener Testsystems ein:

- **Freiburger-Persönlichkeitsinventar (FPI-R):** Das FPI-R (Fahrenberg, Hampel & Selg, 1989) ist ein, im deutschen Sprachraum sehr weit verbreiteter mehrdimensionaler Persönlichkeitsfragebogen.
- **Gießentest (GT-S):** Der GT-S (Beckmann, Brähler & Richter, 1983) ist ein psychoanalytisch orientierter Test zur Erfassung des Selbstbildes. Der Patient beschreibt seine innere Verfassung und seine Umweltbeziehung, wobei durch die Skalen vor allem soziale Aspekte des Selbstbildes erfasst werden.

- **Kieler Änderungssensitive Symptomliste:** Die KASSL (Zielke, 1979) ist ein Messinstrument, das ursprünglich im Rahmen der Gesprächspsychotherapie entwickelt wurde. Einerseits kann die KASSL zur Veränderungsdiagnostik eingesetzt werden und andererseits können zwei Subskalen (C2 und C5) als differentielle Indikationsentscheidung für eine indizierte Gesprächspsychotherapie herangezogen werden.
- **Beck Depressionsinventar (BDI):** Das BDI (Beck, 1994) ist ein sehr häufig angewendetes Instrument zur Erfassung von depressiven Symptomen.
- **Die Symptom-Checkliste SCL-90-R:** Die SCL-90-R ist eine Liste zum Screening von Leidenssymptomen bei psychiatrisch-psychotherapeutischen Erkrankungen. Mit 90 Fragen werden zentrale Symptome aus neun Bereichen erfragt.
- **Veränderungsfragebogen des Erlebens und Verhaltens (Kurzform):** Der VEV-K (Zielke & Kopf-Mehnert, 1978) ist ein Fragebogen, der am Ende der Therapie zur direkten Veränderungsmessung herangezogen wird.

E-2.2 Basisdokumentation für die stationäre Psychosomatik (Psy-BaDo-PTM)

Die "Basisdokumentation für die stationäre Psychosomatik" (PTM-BaDo) ist die gemeinsame Dokumentation der in der Arbeitsgemeinschaft Wissenschaftlich-Medizinischer Fachgesellschaften (AWMF) vertretenen Fachgesellschaften. Diese Fachgesellschaften haben die PTM-BaDo mit dem erklärten Ziel entwickelt, ein Konzept zur Dokumentation und Qualitätssicherung zu entwickeln, das praktikabel und (zeit-) ökonomisch ist, therapieschulenübergreifend, für die ärztliche und psychologische Psychotherapie gleichermaßen geeignet, für den ambulanten und stationären Versorgungssektor gemeinsam nutzbar, gestuft einsetzbar - je nach Fortgang der Diagnostik und des Therapieprozesses und modular ergänzbar bei speziellen Fragestellungen. Ein weiteres Ziel besteht in der wissenschaftlichen Auswertung spezifischer Fragestellungen (Multi-Center-Studien) und dem – für das Qualitätsmanagement wichtigen – Klinikvergleich (Benchmarking). Die PTM-BaDo ist aufgrund ihrer Struktur sowohl für externes als auch internes Qualitätsmanagement geeignet.

Wir sind dem Landesverband Bayern in der Deutschen Gesellschaft für Psychotherapeutische Medizin (DGPM) e.V. angegliedert und sind Gründungsmitglied des im Jahr 2000 ins Leben gerufenen Instituts für Qualitätsentwicklung in der Psychotherapie (IQP), welches die gemeinsame Basisdokumentation von derzeit 17 Psychosomatischen Kliniken koordiniert und jährliche Rückmeldungen gibt. Der Chefarzt der Adula-Klinik, Dr. Godehard Stadtmüller, ist Mitglied des Instituts-Beirats.

Mittlerweile liegen dem IQP über diesen Verbund Datensätze von ca. 30 000 behandelten Patientinnen und Patienten mit psychosomatischen Erkrankungen vor. Ergebnisse sind publiziert und werden auf Fachkongressen referiert (siehe E-2.6 und im Internet unter www.adula-klinik.de).

E-2.3 Prozessforschung

Zur Erfassung der Prozessqualität der Therapie führen wir nach der dritten, der sechsten und der neunten Aufenthaltswoche (sofern die Patienten so lange in Behandlung sind) weitere Befragungen zum Therapieprozess durch. Neben der regulären klinikinternen Auswertung werden zusätzlich anhand dieser Daten in Forschungsarbeiten Prozess-Outcome-Beziehungen analysiert (Prozessforschung), die von Prof. Dr. Dieter Tscheulin von der Universität Würzburg betreut werden. Bei der Erhebung verschiedener Prozessmerkmale kommen folgende Fragebogen zum Einsatz:

- ***Structural Analysis of Social Behavior:*** Die Strukturele Analyse sozialen Beziehungsverhaltens SASB von Lorna S. Benjamin (1974, 1984; deutsche Übertragung und Weiterentwicklung vgl. z.B. Tscheulin & Glossner, 1993) ist ein komplexes Diagnose- und Messinstrument, das interpersonelles und intrapsychisches Beziehungsverhalten im Sinne spezifischer Interaktionsstrukturen erfasst.
- ***Inventar zum Therapeutischen Basisverhalten und Beziehungsverhalten:*** Anhand des IBV von Tscheulin (1990) schätzen Patienten das Verhalten ihres Therapeuten im Rahmen der therapeutischen Beziehung ein.
- ***Klinik-Gemeinschaft-Erfahrungs-Bogen:*** Der KliGEB beinhaltet 47 Aussagen zu verschiedenen Erfahrungen, die im Rahmen der Therapeutischen Gemeinschaft möglicherweise gemacht werden. Sie sollen daraufhin beurteilt werden, inwieweit sie als mehr oder weniger hilfreich erlebt werden.

E-2.4 Ein-Jahres-Katamnese

Im Rahmen einer von Prof. Dr. Dieter Tscheulin betreuten Diplomarbeit von Christiana Weber (2004), führten wir bei 237 ehemals bei uns behandelten Patienten ein Jahr nach ihrer Abreise eine Nachbefragung durch. Zur Überprüfung der kurz- und langfristigen Effektivität der Therapie wurden zu Therapiebeginn, Therapieende und zum Katamnesezeitpunkt die unter Punkt 1 erläuterten psychologischen Fragebogen-Instrumente verwendet (FPI-R, GT-S, SCL-90-R, KASSL, BDI, VEV-K).

E-2.5 Fünf-Jahres-Katamnese

In einer weiteren, von Prof. Dr. Dieter Tscheulin betreuten Diplomarbeit von Frauke Birkenfeld (2004), wurden 75 Patienten, die vor fünf Jahren bei uns in stationärer Behandlung waren, hinsichtlich ihrer aktuellen Befindlichkeit befragt. Katamnese-Untersuchungen über einen solch langen Zeitraum sind in der Fachliteratur kaum zu finden. In der Studie wurden die meisten der oben beschriebenen Fragebogen verwendet (FPI-R, KASSL, BDI, VEV-K). Den Rückmeldungen war eine große Menge schriftlicher Erfahrungsberichte beigelegt, so dass ein differenziertes Bild der Langzeitwirkung unserer Therapie herausgearbeitet werden konnte.

E-2.6 Publikationen und Vorträge

Im Rahmen von Publikationen und Vorträgen analysieren und referieren wir spezifische Aspekte unserer Therapie und stellen uns damit der wissenschaftlichen Diskussion. Im Jahr 2004 haben wir folgende Themen auf Fachkongressen, bei Seminaren und in Rundfunkbeiträgen vorgetragen:

- Tritt, K., Heymann, F.v., Loew, T.,Stadtmüller, G., Zaudig, M. (2003). Patienten in stationärer Psychosomatischer Krankenhausbehandlung: Patientencharakterisierung und Behandlungsergebnisse anhand der PSY-BaDo-PTM. *Psychotherapie* 8, S. 244 – 251.
- Gerlach, M., Molfenter, S., Stadtmüller, G. (2004). Der "New Identity Process" – ein therapeutisches Behandlungssystem zur Veränderung von Persönlichkeitsstörungen. *Vortrag, 15. Kongress für Klinische Psychologie, Psychotherapie und Beratung (Dt. Ges. für Verhaltenstherapie), Berlin, 5. – 9.3.*
- Brunner, H., Bläsing, S., Stadtmüller, G. (2004). Die Lehrküchen-Woche als gesonderte Therapieeinheit. *Workshop, 12. Internationale wissenschaftliche Tagung, Netzwerk Essstörungen. Alpbach, 21. – 23.10.*
- Stadtmüller, G. (2004). Trance-induced heautopsia as a therapeutic tool. *Vortrag, 16th Internat. Congress on Hypnosis and Hypnotherapy. Singapur, 17. – 22.10.*
- Gerlach, M., Molfenter, S., Stadtmüller, G. (2004). Störungsspezifische und grundbedürfnisorientierte Psychotherapie kombinierter Achse-1- und Achse-2-Pathologien. *Vortrag, DGPPN-Kongress, Berlin, 24.-27.11. Abstract in: Der Nervenarzt, Suppl. 2, S. 297.*

- Gerlach, M., Molfenter, S., Stadtmüller, G. (2004). Der "New Identity Process" – ein therapeutisches Behandlungssystem zur Veränderung von Persönlichkeitsstörungen. In: *Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie (Hrsg.): Brennpunkt Psychotherapie, Berlin*, S. 130.
- Stadtmüller, G., Molfenter, S. (2004). Stationäre Behandlung von PatientInnen mit Borderlinestörung und Posttraumatischer Belastungsstörung auf Basis einer Therapeutischen Gemeinschaft. *Poster, 24. Kongress der DGPPN, Berlin 24. – 27.11.2004*. Abstract in: *Der Nervenarzt Suppl. 2*, S. 220 – 221.
- Stadtmüller, G. (2004). Psychodynamik der Familie und Gruppe. *Seminar ganztägig, 18.02., Süddeutsche Akademie für Psychotherapie, Bad Grönenbach*.
- Stadtmüller, G. (2004). Depressive Störungen und Suizidalität. *Seminar ganztägig, 09.05., Centrum für Integrative Psychotherapie CIP, München*.
- Stadtmüller, G. (2004). Gruppendynamik. *Seminar 4. – 5.10., ganztags, Süddeutsche Akademie für Psychotherapie, Bad Grönenbach*.
- Stadtmüller, G. (2004). Was ist und wie heilt eine seelische Wunde? *Vortrag 3.12. und ganztägiges Seminar, 4.12., Zentrum TAU, Kaltern*.
- Esslinger, H., Stadtmüller, G. & Henrichs, T. (Organisation) (2004) „Körperpsychotherapie“. *Kongress der Adula- und Hochgratklinik. 23.4. – 25.04.*
- Stadtmüller, G. (2004). Selbsthass und Selbstliebe – Trauer und Depression, *Radio Horeb, 08.01.*
- Stadtmüller, G. (2004). Umgang mit den Leidenschaften, Annäherung an die Wüstenväter III. *Radio Horeb, 04.07.*
- Stadtmüller, G. (2004). Co-Abhängigkeit oder das Maß der Liebe. *Radio Horeb, 05.08.*

E-3 Ergebnisse in der externen Qualitätssicherung gemäß § 137 SGB V

Im Folgenden werden einige zentrale Ergebnisse aus den unter E-2 aufgeführten Qualitätssicherungsmaßnahmen dargestellt. Weiterführende Ergebnisse sind über unsere Homepage (www.adula-klinik.de) zu erhalten.

Die Ergebnisse der Behandlung messen wir auf verschiedenen Ebenen durch Befragung der PatientInnen und der TherapeutInnen. Dadurch können wir differenzierte Aussagen zu den individuellen und zu den diagnosebezogenen Therapieergebnissen gewinnen. Die folgende Tabelle bietet einen kurzen Überblick über zentrale Ergebnisse der Income-Outcome-Untersuchung (Ergebnisqualität):

Bereich	Einschätzung durch:	Erlebte Veränderung in Prozent		
		verbessert	unverändert	verschlechtert
Symptome insgesamt ¹	Patient	73,2	24,2	2,6
Veränderungserleben insgesamt ²	Patient	76,6	15,1	5,7
Veränderungserleben insgesamt ³	Therapeut	91,8	5,6	2,6

¹Symptomcheckliste SCL-90-R (Globaler Schwereindex GSI), ²Veränderungsfragebogen des Erlebens und Verhaltens VEV-K, ³Einschätzung im Rahmen der Basisdokumentation.

Bei der Messung der subjektiv erlebten Veränderungen durch die Therapie mit dem *Veränderungsfragebogen des Erlebens und Verhaltens* VEV-K ergibt sich folgendes Bild: 15,5% der behandelten PatientInnen nehmen ihren Zustand am Ende der Behandlung als *etwas positiv verändert* oder *positiv verändert* wahr. 61,1% erleben subjektiv sogar eine *sehr positive Veränderung* ihres Befindens. Etwa 15,1% können keine Veränderung feststellen. Nur wenige erleben eine subjektive Verschlechterung ihres Zustandes (5,7%). Ein ähnliches Bild ergibt sich bei der Veränderungsmessung der subjektiv erlebten Symptombelastung mit der Symptomcheckliste SCL-90-R. Hier zeigt sich im Durchschnitt eine hoch signifikante Wirksamkeit der Therapie mit einer Effektstärke des Globalen Schwereindex (GSI) von 0,9. Nach wissenschaftlichen Kriterien gelten Effektstärken, die bei 0,9 oder darüber liegen, als groß, Effektstärken zwischen 0,6 und 0,9 als mittelgradig. Im Bereich der depressiven Symptomatik ergibt sich sogar eine Effektstärke von 1,2 (gemessen mit dem Beck-Depressions-Inventar). Auffällige habituelle Persönlichkeitszüge (gemessen mit dem FPI und dem GT-S) verändern sich bei den meisten der behandelten PatientInnen in Richtung Normalisierung der Persönlichkeitsprofile.

Im Rahmen unserer Präsentation „Stationäre Behandlung von PatientInnen mit Borderlinestörung und Posttraumatischer Belastungsstörung auf Basis einer Therapeutischen Gemeinschaft“ auf dem 24. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie (Godehard Stadtmüller & Stefan Molfenter), analysierten wir einen zentralen Aspekt der Problematik von Menschen mit dieser Erkrankung. Mit Hilfe des SASB-Introjekts konnten wir nachweisen, dass die

Fähigkeit zur Selbstannahme und die Fähigkeit sich selbst zu schützen (Autoprotektion) über den Therapieverlauf hinweg kontinuierlich zunehmen. Dagegen nehmen selbstabwertende destruktive Impulse und Gedanken ab.

In der Ein-Jahres-Katamnesestudie konnten bei den ehemaligen Patienten der Adula-Klinik effektive konstruktive Veränderungen der Persönlichkeit und der Beschwerdensymptome, die noch ein Jahr nach Ende des stationären Aufenthaltes anhielten, festgestellt werden. Beim Vergleich der Erkrankungsmerkmale bei Aufnahme in die Klinik und ein Jahr nach Entlassung zeigt sich im Durchschnitt eine mittlere Effektstärke von 0,6 in allen Symptombereichen (SCL-90-R) und eine große Effektstärke von 0,9 im Bereich der depressiven Symptomatik (BDI). Darüber hinaus konnten kostenreduzierende Effekte für die Sozialversicherungskassen festgestellt werden.

In der Fünf-Jahres-Katamnesestudie zeichnete sich bei den zwei zentralen Persönlichkeitsmerkmalen „Lebenszufriedenheit“ und „Emotionalität“ (d.h. Häufigkeit und Intensität des Erlebens von unangenehmen Emotionen wie Angst und Ärger) eine kontinuierlich fortschreitende Normalisierung vom Beginn der Behandlung über das Ende der Behandlung hin zum Zeitpunkt fünf Jahre nach der Behandlung ab. Große Verbesserungen der Beschwerdensymptome konnten mit Hilfe der KASSL festgestellt werden (die SCL-90-R war vor 2001 noch nicht bei der Diagnostik eingesetzt). Hier zeigte sich hinsichtlich der Veränderung der Gesamtsymptomatik nach fünf Jahren eine sehr große Effektstärke von 2,0. Die depressive Symptomatik erwies sich auch noch nach fünf Jahren mit einer Effektstärke von 0,9 als stark gebessert im Vergleich zum Zeitpunkt der stationären Aufnahme in unsere Klinik bzw. stabil im Vergleich zum Entlassungszeitpunkt. Insgesamt konnte mit Hilfe der psychologischen Messgrößen ein Trend festgestellt werden, der in Richtung einer weiteren Verbesserung der Erkrankungssymptome sogar noch nach der Therapie in der Adula-Klinik hinweist. Dies unterstreicht die Wirksamkeit unseres therapeutischen Konzepts, das die auf Gesundung gerichteten Kräfte des Einzelnen stärkt und auf persönliches Wachstum und „Hilfe zur Selbsthilfe“ ausgerichtet ist.

F Qualitätsmanagementprojekte im Berichtszeitraum

Im Krankenhaus sind folgende ausgewählte Projekte des Qualitätsmanagements im Berichtszeitraum durchgeführt worden:

vgl. die Ausführungen unter Punkt E

- Basisdokumentation der therapeutischen Maßnahmen und der Therapieverläufe mit externem Vergleich (Benchmarking)
- Ständige Dokumentation und Überprüfung der Therapieeffekte durch psychometrische Testung und Expertenurteil (Ergebnisqualität)
- Dokumentation und Verlauf der Wirksamkeit zentraler therapeutischer Faktoren (Prozessqualität)
- Langzeitwirkung der Therapie (Ein-Jahres- und Fünf-Jahres-Katamnese)

G Weitergehende Informationen

Verantwortliche für den Qualitätsbericht:

Dr. Georg Reisach (Geschäftsleitung)

Dr. Godehard Stadtmüller (Ärztliche Leitung)

Hans-Günter Insam (Verwaltungsleitung)

Ansprechpartner:

Dr. Stefan Molfenter (Qualitätsbeauftragter)

Links:

www.adula-klinik.de

info@adula-klinik.de