

PSYCHOSOMATISCHE KLINIK BAD NEUSTADT
DER RHÖN-KLINIKUM AG



QUALITÄTSBERICHT

BERICHTSJAHR 2006
OKTOBER 2007

Inhalt

4	Einleitung
6	A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses
9	B Struktur- und Leistungsdaten der Fachabteilungen
9	Abteilung Krankenhaus
15	Abteilung Rehabilitation
21	C Qualitätssicherung
21	Teilnahme an der externen vergleichenden Qualitätssicherung nach § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 1 AGB V
21	Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V
21	Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V
21	Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung
22	Umsetzung der Mindestmengenvereinbarung nach § 137 Abs.1 S. 3 Nr. 3 SGB V
22	Ergänzende Angaben bei Nicht-Umsetzung der Mindestmengenvereinbarung nach § 137 Abs. 1 S. 3 Nr. 3 SGB V
23	D Qualitätsmanagement
23	Qualitätspolitik
24	Qualitätsziele
25	Aufbau des einrichtungswenigen Qualitätsmanagements
26	Instrumente des Qualitätsmanagements
31	Qualitätsmanagement-Projekte
38	Bewertung des Qualitätsmanagements
43	Perspektiven des Qualitätsmanagements
44	Veröffentlichungen
46	Impressum

Einleitung

Alle Krankenhäuser wurden vom Gesetzgeber verpflichtet, erstmals im Sommer 2005 einen Qualitätsbericht nach einer verbindlich vorgegebenen Struktur zu veröffentlichen. Diese Verpflichtung ist für die Psychosomatische Klinik Bad Neustadt nicht nur bindend, sondern auch eine willkommene Anregung, einen Qualitätsbericht zu veröffentlichen, denn es war immer unser Anliegen, nicht nur patientengerechte, optimale Medizin zu betreiben, sondern diese auch planbar und sichtbar zu machen. Dies gilt für die Psychosomatische Klinik Bad Neustadt ebenso wie für alle anderen unter der Trägerschaft der RHÖN-KLINIKUM AG geführten Kliniken. Der nachfolgende Bericht folgt in seinem Aufbau den Vorgaben der Gesundheitsselfverwaltung, geht jedoch insoweit über diese hinaus, wie es notwendig ist, um die spezifische Leistungsfähigkeit und Qualitätsorientierung der Klinik herauszuarbeiten.

Zielsetzungen unserer Klinik, Krankenhaus- und Rehabilitationsabteilung unter einem Dach, sind neben Rekompensation und Stärkung krankheitsgeschwächter physiologischer und psychologischer Funktionen die Wiederherstellung beziehungsweise die Erhaltung der Erwerbsfähigkeit. Wir wollen die Patienten bei der Verbesserung ihrer psychosozialen Kompetenzen und kreativen Fähigkeiten unterstützen. Vorbeugend versuchen wir, die Ressourcen der Patienten zu aktivieren und wieder ein gesundes körperlich-seelisches Gleichgewicht herzustellen.

Die Psychosomatische Klinik Bad Neustadt engagierte sich auch im Kalenderjahr 2006 intensiv an der Durchführung von Fachtagungen. Vom 05.05. bis 06.05.2006 fand eine erste Fachtagung unter dem Titel „Jahrzehntelange Höchstleistung als Musiker – Rechtzeitige Vorbeugung und wirksame Behandlung somatischer und psychosomatischer Erkrankungen“ und am 01.12.2006 eine zweite Tagung mit dem Thema „Seelsorge und Psychotherapie – Beichte und Psychotherapie – Vergebung und Veränderung“ statt. Die Ergebnisse und Vorträge beider Veranstaltungen werden veröffentlicht.

Auch die Psychosomatische Klinik Bad Neustadt erfährt in der Abteilung Krankenhaus regelmäßige Prüfungen durch den MDK Bayern. Im Rahmen der regelmäßigen Prüfungen ergaben sich erfreulicherweise nur geringfügige Beanstandungen beziehungsweise keine Fehlbelegungen. Als Ergebnis aus der praktischen Zusammenarbeit mit dem MDK resultiert, dass Patienten, bei denen nach Aufnahme eine Abhängigkeitserkrankung festgestellt wird, eine jeweils 1-wöchige qualifizierte Entgiftungs bzw. Motivationsphase vorgeschlagen wird. Im Rahmen der Motivationsphase werden diese Patienten in der Saaletalklinik, Rehabilitationsklinik für Alkohol- und Medikamentenabhängige, vorgestellt. Die bisherigen Erfahrungen zeigen, dass ein erheblicher Teil dieser Patienten für eine Entwöhnungsbehandlung motiviert werden kann. Bei den Patienten, die dieses Angebot aufgrund fehlender Krankheitseinsicht nicht wahrnehmen, kann die Behandlung in der Psychosomatischen Klinik nicht fortgesetzt werden. Der Hausarzt bzw. der einweisende Arzt wird über das Bestehen einer Abhängigkeitserkrankung informiert, um die weitere Behandlung des Patienten entsprechend zu veranlassen. Im Gegenzug verlegt die Saaletalklinik in Abstimmung mit den zuständigen Sozialversicherungsträgern

überwiegend psychosomatisch erkrankte Patienten mit comorbider substanzbezogener Störung (z. B. Essgestörte oder Depressive) nach konsiliarischer Vorstellung und gegebener Indikation in die Abteilung Rehabilitation der Psychosomatischen Klinik. Diese Zusammenarbeit zwischen den beiden Kliniken ist praktisch gelebte Integrierte Versorgung.

Bad Neustadt a. d. Saale, im Oktober 2007

Die Geschäftsleitung

Die Krankenhausleitung, vertreten durch Herrn Jörg Rieger, ist verantwortlich für die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben im Qualitätsbericht.

A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

A-1	Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses	Psychosomatische Klinik Bad Neustadt Salzburger Leite 1 97616 Bad Neustadt
	Zentrale E-Mail-Adresse	psk@psychosomatische-klinik-bad-neustadt.de
	Internet-Präsenz	http://www.psychosomatische-klinik-bad-neustadt.de
A-2	Institutskennzeichen des Krankenhauses	Krankenhaus: 260 960 876 Rehabilitation: 510 962 424
A-3	Standortnummer	00
A-4	Name und Art des Krankenhausträgers	RHÖN-KLINIKUM AG Art: privat
A-5	Akademisches Lehrkrankenhaus	Nein

A-6 Organisationsstruktur des Krankenhauses

Fachabteilungsschlüssel nach § 301 SGB V	Fachabteilung	Zahl der Betten (laut Krankenhausplan)
3100	Abteilung Psychosomatik/ Psychotherapie	180

A-7 Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie

Trifft nicht zu.

A-8 Fachabteilungsübergreifende Versorgungsschwerpunkte des Krankenhauses

Entfällt.

A-9 Fachabteilungsübergreifende medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot
MP03	Angehörigenbetreuung/ -beratung/ -seminare
MP07	Beratung/ Betreuung durch Sozialarbeiter
MP08	Berufsberatung/ Rehabilitationsberatung
MP09	Besondere Formen/ Konzepte der Betreuung von Sterbenden
MP10	Bewegungsbad/ Wassergymnastik
MP11	Bewegungstherapie
MP13	Diabetiker-Schulung
MP14	Diät- und Ernährungsberatung
MP15	Entlassungsmanagement
MP16	Ergotherapie

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot
MP17	Fallmanagement/ Case Management/ Primary Nursing/ Bezugspflege
MP24	Lymphdrainage
MP25	Massage
MP26	Medizinische Fußpflege
MP30	Pädagogisches Leistungsangebot
MP31	Physikalische Therapie
MP32	Physiotherapie/ Krankengymnastik
MP33	Präventive Leistungsangebote/ Präventionskurse
MP34	Psychologisches/ psychotherapeutisches Leistungsangebot/ Psychosozialdienst
MP35	Rückenschule/ Haltungsschulung
MP37	Schmerztherapie/ -management
MP39	Spezielle Angebote zur Anleitung und Beratung von Patienten und Angehörigen
MP40	Spezielle Entspannungstherapie
MP49	Wirbelsäulengymnastik
MP51	Wundmanagement
MP52	Zusammenarbeit mit/ Kontakt zu Selbsthilfegruppen

A-10 Allgemeine nicht-medizinische Serviceangebote des Krankenhauses

Nr.	Serviceangebot
Räumlichkeiten	
SA01	Aufenthaltsräume
SA03	Ein-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle
SA04	Fernsehraum
SA06	Rollstuhlgerechte Nasszellen
Ausstattung der Patientenzimmer	
SA12	Balkon/ Terrasse
SA15	Internetanschluss am Bett/ im Zimmer
SA18	Telefon
SA19	Wertfach/ Tresor am Bett/ im Zimmer
Verpflegung	
SA21	Kostenlose Getränkebereitstellung (Mineralwasser)
Ausstattung/ Besondere Serviceangebote des Krankenhauses	
SA22	Bibliothek
SA23	Cafeteria
SA24	Faxempfang für Patienten
SA26	Friseursalon
SA27	Internetzugang
SA28	Kiosk/ Einkaufsmöglichkeiten
SA29	Kirchlich-religiöse Einrichtungen (Kapelle, Meditationsraum)
SA30	Klinikeigene Parkplätze für Besucher und Patienten
SA31	Kulturelle Angebote
SA33	Parkanlage
SA34	Rauchfreies Krankenhaus
SA36	Schwimmbad
SA38	Wäscheservice
Persönliche Betreuung	
SA40	Empfangsdienst für Patienten und Besucher
SA42	Seelsorge

A-11 Forschung und Lehre des Krankenhauses

Entfällt.

A-12 Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus

Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus nach Krankenhausplan Bayern	180
Anzahl der Betten in der gesamten Rehabilitationsklinik nach § 111 SGB V	160
Krankenhausbetten Intensivmedizin	0
Krankenhausbetten Intermediate Care	13

A-13 Fallzahlen des Krankenhauses

Gesamtzahl der im Berichtsjahr 2006 behandelten Fälle:

Vollstationäre Fälle:	Krankenhaus	1.882
	Rehabilitation	1.123

B Struktur- und Leistungsdaten der Fachabteilungen

B-1.1 Abteilung Krankenhaus

Hauptabteilung

Ärztliche Leitung der Abteilung: Chefarzt Dr. med. Franz Bleichner

Telefon: 09771/67-3102 (über Sekretariat)

Fax: 09771/65-9301

E-Mail: bleichner.ca@psychosomatische-klinik-bad-neustadt.de

B-1.2 Versorgungsschwerpunkte der Fachabteilung

Nr.	Versorgungsschwerpunkte
VP01	Diagnostik und Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen
VP02	Diagnostik und Therapie von Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen
VP03	Diagnostik und Therapie von affektiven Störungen
VP04	Diagnostik und Therapie von neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen
VP05	Diagnostik und Therapie von Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren
VP06	Diagnostik und Therapie von Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen
VP07	Diagnostik und Therapie von Intelligenzstörungen
VP08	Diagnostik und Therapie von Entwicklungsstörungen
VP09	Diagnostik und Therapie von Verhaltens- und emotionalen Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend
VP10	Diagnostik und Therapie von gerontopsychiatrischen Störungen
VP11	Diagnostik, Behandlung, Prävention und Rehabilitation psychischer, psychosomatischer und entwicklungsbedingter Störungen im Säuglings-, Kinder- u. Jugendalter
VP12	Spezialsprechstunde

Schwerpunkt 1: Akutbehandlung von psychosomatisch erkrankten Patienten

Unser Bemühen richtet sich auf die Akutversorgung von psychosomatisch erkrankten Patienten. Dies bedeutet in unserem Verständnis, Patienten sofort – ohne Wartezeit, ohne Vorgespräche und Motivationsüberprüfung – aufzunehmen und innerhalb kürzester Zeit der für sie geeigneten Therapie zuzuführen. Gewährleistet wird dies durch:

Es werden Betten vorgehalten, um jederzeit Patienten aufnehmen zu können. Bei Aufnahme wird der Patient sofort vom Stationsarzt gesehen und untersucht. Unmittelbar hieran schließt sich die Zweitsicht durch den Oberarzt. In dieser Aufnahmestruktur ist es möglich, bereits am Aufnahmetag eine fachlich begründete Diagnose zu stellen und eine individuelle Behandlung einzuleiten (gegebenenfalls auch Einleitung einer Rehabilitationsbehandlung oder ambulanten Therapie). Die Behandlung ist ausschließlich auf das akute Krankheitsbild des Patienten ausgerichtet, d.h. den Patienten so zu stabilisieren, dass er ambulant weiterbehandelt werden kann. Durch diese Zielsetzung erreichen wir eine optimale Ausnutzung der vorhandenen Ressourcen: kurze stationäre Behandlungszeiten (deutlich kürzer als Vergleichskliniken) und eine optimale Ausnutzung der ambulanten Angebote. Neben einer deutlichen Kostenersparnis für die Kostenträger wird durch diesen Behandlungsansatz ein realitätsbezogener Umgang mit der Erkrankung erreicht, das heißt der "Zauberbergeffekt" wird verhindert. Besonders hilfreich für diesen Behandlungsansatz hat sich die Tatsache erwiesen, dass wir Teil in einem Gesamtklinikum sind: konsiliarische Untersuchungen (Kardiologie, Neurologie, Gefäßchirurgie, Suchterkrankungen) sind jederzeit möglich. Durch die enge interdisziplinäre Zusammenarbeit wird die Qualität in Diagnostik und Therapie wesentlich gesteigert.

Leistungszahlen

Fallzahl	Geschlecht		Durchschnittliche Verweildauer in Tagen
	männlich	weiblich	
1.882	618	1.264	36,2

Qualitätsmanagement

Etwa 30% aller Krankenhausfälle werden bezüglich Diagnose und Indikationsstellung für Akutbehandlung und Verweildauer durch den MDK überprüft. Im Rahmen der Basisdokumentation erfolgt eine Auswertung aller bayerischen Akutpsychosomatikkliniken im Vergleich (Outcome und Verweildauer). Des Weiteren erfolgt ein regelmäßiger Austausch mit den einweisenden Kollegen. Der Patient erhält den Kurzarztbrief bei Entlassung zur Vorlage beim Nachbehandler, der Entlassbrief wird zeitnah postalisch zugestellt.

Schwerpunkt 2: Behandlung von Essstörungen

Einen besonderen Schwerpunkt im Bereich der Akutversorgung bildet die Behandlung der Anorexia nervosa (Magersucht). Wir verfügen über ein im Laufe vieler Jahre erprobtes und weiterentwickeltes Behandlungskonzept, das dem Ernst und dem Schweregrad der Erkrankung Rechnung trägt. Hierbei ist insbesondere hervorzuheben, dass wir bereit und in der Lage sind, Patientinnen und Patienten mit einem deutlich niedrigeren Körpergewicht beziehungsweise der sich darauf beziehenden Maßeinheit BMI (Body Mass Index) aufzunehmen (bis BMI neun), als dies in der überwiegenden Mehrzahl stationärer Behandlungsangebote möglich ist. In diesem Zusammenhang ist darüber hinaus hervorzuheben, dass die Abteilung Krankenhaus einmal monatlich eine ambulante Nachsorgegruppe Anorexie anbietet, die dem intensiven Erfahrungsaustausch nach Abschluss der stationären Behandlung dient.

Hier besteht einerseits die Möglichkeit, sich in der weiteren Auseinandersetzung mit der Krankheit gegenseitig zu bestärken, andererseits Krisen rechtzeitig zu erkennen und ihnen durch geeignete Behandlungsschritte, gegebenenfalls auch erneute stationäre Behandlung, zu begegnen.

Leistungszahlen

Diagnosetext	Fallzahl	Geschlecht		Durchschnittliche Verweildauer in Tagen
		männlich	weiblich	
Essstörung	147	7	140	55

Qualitätsmanagement

Da Essstörungen in der Regel eine längere Behandlungszeit benötigen (durchschnittlich 55 Tage gegenüber 33 Tage bei den restlichen Patienten) wird nahezu jeder Fall durch den MDK auf Diagnose, Behandlungsindikation, Dauer der Behandlung und konzeptuellen Ansatz überprüft.

Schwerpunkt 3: Adipositas

Ein weiteres spezifisches Behandlungskonzept stellen wir deutlich übergewichtigen Patienten zur Verfügung (BMI 35 bis 75). Die Übergewichtigkeit tritt in der Regel zusammen mit einer psychischen Haupterkrankung, zumeist einer mehr oder minder schweren Depression auf. Hier geht es um die Bearbeitung der Übergewichtigkeit zugrundeliegenden, zumeist unbewussten Konfliktebenen. Damit verknüpft ist sowohl eine indikationsbezogene tiefenpsychologisch fundierte körperbezogene Gruppenpsychotherapie als auch ein umfassendes Aktivierungs- und Trainingsprogramm zur schrittweisen Steigerung der körperlichen Leistungsfähigkeit und zur Reduktion des Gewichts.

Leistungszahlen

Diagnosetext	Fallzahl	Geschlecht		Durchschnittliche Verweildauer in Tagen
		männlich	weiblich	
Psychische Störungen mit Adipositas	313	88	225	36,53

Qualitätsmanagement

Siehe Schwerpunkt 1.

B-1.3 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote der Fachabteilung

Die Übersicht in Kapitel A-9 stellt das umfassende medizinisch-pflegerische Leistungsangebot des Hauses dar.

B-1.4 Nicht-medizinische Serviceangebote der Fachabteilung

Die Übersicht in Kapitel A-10 stellt das umfassende Leistungsangebot des nicht-medizinischen Leistungsangebotes des Hauses dar.

B-1.5 Fallzahlen der Fachabteilung

Gesamt-Leistungszahlen der Abteilung: 1.882

B-1.6 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD-10	Absolute Fallzahl	Bezeichnung
1	F33	885	Rezidivierende depressive Störung
2	F32	480	Depressive Episode
3	F41	150	Andere Angststörungen
4	F50	147	Essstörungen
5	F45	92	Somatoforme Störungen
6	F43	33	Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen
7	F60	33	Spezifische Persönlichkeitsstörungen
8	F44	12	Dissoziative Störungen (Konversionsstörungen)
9	F42	10	Zwangsstörung
10	F31	9	Bipolare affektive Störung

B-1.7 Prozeduren nach OPS

Entfällt.

B-1.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Trifft nicht zu.

B-1.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Trifft nicht zu.

B-1.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

Eine Zulassung zum Durchgangsarzt besteht an der Psychosomatischen Klinik Bad Neustadt nicht.

B-1.11 Apparative Ausstattung

Nr.	Vorhandene Geräte	Kommentar
AA03	Belastungs-EKG/ Ergometrie	
AA08	Computertomograph (CT)	24-Notfallverfügbarkeit ist gegeben
AA10	Elektroenzephalographiegerät (EEG)	
AA11	Elektromyographie (EMG)/ Gerät zur Bestimmung der Nervenleitgeschwindigkeit	
AA12	Endoskop	
AA13	Geräte der invasiven Kardiologie (z.B. Herzkatheterlabor, Ablationsgenerator, Kardioversionsgerät, Herzschrittmacherlabor)	24-Notfallverfügbarkeit ist gegeben
AA22	Magnetresonanztomograph (MRT)	24-Notfallverfügbarkeit nicht gegeben
AA27	Röntgengerät/ Durchleuchtungsgerät (z.B. C-Bogen)	24-Notfallverfügbarkeit ist gegeben
AA29	Sonographiegerät/ Dopplersonographiegerät	
AA31	Spirometrie/ Lungenfunktionsprüfung	
AA00	Sonstige	

B-1.12 Personelle Ausstattung

B-1.12.1 Ärzte

	Anzahl	Kommentar (Weiterbildungsbefugnisse)	Fachexpertise der Abteilung
Ärzte insgesamt (außer Belegärzte)	19 VK	Psychotherapeutische Medizin (3 Jahre), Innere Medizin (2 Jahre)	Psychosomatische Medizin und Psychotherapie (AQ53); Innere Medizin (AQ23)
Davon Fachärzte	7 VK		
Diplom-Psychologen	9 VK		
Davon approbierte psychologische Psychotherapeuten	3 VK		

B-1.12.2 Pflegepersonal

	Anzahl
Pflegekräfte insgesamt	22,95 VK
Davon examinierte Gesundheits- und Krankenpfleger beziehungsweise Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger (3 Jahre, ohne und mit Fachweiterbildung)	21,37 VK
Davon examinierte Gesundheits- und Krankenpfleger beziehungsweise Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger (3 Jahre, mit entsprechender Fachweiterbildung)	6,7 VK

B-1.12.3 Spezielles therapeutisches Personal

Für die Fachabteilung steht folgendes spezielles therapeutisches Personal zur Verfügung:

Nr.	Spezielles therapeutisches Personal
SP02	Arzthelfer
SP04	Diätassistenten
SP05	Ergotherapeuten
SP15	Masseure / Medizinische Bademeister
SP17	Oecotrophologen
SP23	Psychologen
SP24	Psychotherapeuten
SP25	Sozialarbeiter
SP26	Sozialpädagogen

B-2.1 Abteilung Rehabilitation

Ärztliche Leitung der Abteilung: Chefarzt Dr. med. Rudolf J. Knickenberg; Ärztlicher Direktor

Telefon: 09771/67-3204 (über Sekretariat)

Fax: 09771/65-9301

E-Mail: knickenberg.ca@psychosomatische-klinik-bad-neustadt.de

B-2.2 Versorgungsschwerpunkte der Fachabteilung

Im Laufe der Jahre haben sich Behandlungsschwerpunkte herausgebildet wie zum Beispiel Schmerz-, Tinnitus-, und Angststörung, Essstörungen, Patienten mit schweren Lebenskrisen und Patienten mit berufsbezogenen Problemen. Die räumliche Nähe und die intensive Kooperation mit der Herz- und Gefäß-Klinik, der Neurologischen Klinik und der Klinik für Handchirurgie ermöglichen die Behandlung von Patienten mit psychischen Dekompensationen bei schweren körperlichen Erkrankungen.

Im Rehabilitationsbereich werden folgende Krankheitsbilder stationär behandelt:

- Affektive Störungen (ICD 10: F32 bis F34)
- Allgemeine psychosomatische Störungen in Belastungssituationen und Lebenskrisen (ICD 10: F32 bis F39)
- Neurotische Belastungs- und somatoforme Störungen (ICD 10: F40 bis F48)
- Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren (ICD 10: F50 bis F59; besonders seien hier erwähnt: Anorexia nervosa und Bulimia nervosa)
- Adipositas bei gestörtem Essverhalten
- Psychosomatische Erkrankungen im engeren Sinne (zum Beispiel Magenschleimhautentzündung, Refluxösophagitis, Reizdarmsyndrom, essentielle Hypertonie)
- Neurologisch-psychosomatische Erkrankungen (zum Beispiel dissoziative Krampfanfälle und alle anderen dissoziativen Störungen, Migräne, Torticollis spasmodicus)
- Psychotische Erkrankungen in Remission, zur Hilfe bei der Neuorientierung im familiären und beruflichen Bereich, zur Stärkung des Selbstwertgefühls und zur Akzeptanz der Erkrankung

Schwerpunkt 1: Patienten in der Lebensmitte

Ein besonderer Schwerpunkt wird für Patienten in der Lebensmitte angeboten. Die speziellen Probleme jenseits der 50 finden in der Behandlungsgruppe dieser Altersklasse besondere Berücksichtigung. Hierbei bieten wir als besondere Behandlungsschwerpunkte an:

- Neurotische Reaktionen einschließlich depressiv-narzisstischer Krisen in der zweiten Lebenshälfte nach schwereren oder gehäuften Verlusterlebnissen und bei berufsbezogener Problematik.
- Psychosomatische Krankheitsbilder bei Patienten mit Altersproblematik, negativer Lebensbilanz und sozialer Isolation.
- Diagnostik und Behandlung von Konzentrations- und Gedächtnisstörungen in der zweiten Lebenshälfte.
- Anleitung zum kognitiven Training (Hirnleistungstraining).
- Schwere somatische Erkrankungen mit Problemen der Krankheitsverarbeitung (somatopsychische Störungen)

Leistungszahlen

Altersgruppe	Abteilung	Männlich	Weiblich
10 bis 19	Reha	2	6
20 bis 29	Reha	17	51
30 bis 39	Reha	63	112
40 bis 49	Reha	136	269
50 bis 59	Reha	155	271
60 bis 69	Reha	18	17
70 bis 79	Reha	2	3
80 und mehr	Reha	0	1

Qualitätsmanagement

Im Rahmen verschiedener Forschungsprojekte wurden Angebote des Behandlungsschwerpunkts befohrt und überprüft:

- 1) Verminderung von Technologieängsten in der psychosomatischen Rehabilitation - Erste Ergebnisse zu einem Computertraining für ältere Arbeitnehmer

Beutel ME ¹⁾, Gerhard C ¹⁾, Wagner S ¹⁾, Bittner ³⁾, Bleicher F ²⁾, Schattenburg ²⁾, Knickenberg R ²⁾, Freiling Th ⁴⁾, Kreher S ⁴⁾, Martin H ⁴⁾.

¹⁾ Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie, Johannes-Gutenberg- Universität, Mainz

²⁾ Psychosomatische Klinik Bad Neustadt/Saale

³⁾ Christliches Bildungswerk Bad Neustadt/Saale

⁴⁾ Institut für Arbeitswissenschaft Gesamthochschule Kassel

2) „Kontrollierte Therapiestudie zur Optimierung berufsbezogener Therapiemaßnahmen in der psychosomatischen Rehabilitation im Rahmen eines tiefenpsychologischen und eines verhaltenstherapeutischen Ansatzes“

Projektleitung:

Dr. med. Rudolf J. Knickenberg¹⁾,

Dr. phil. Lothar Schattenburg¹⁾,

Prof. Dr. med. Dipl.-Psych. Manfred E. Beutel²⁾

Projektmitarbeiter: Dipl.-Psych. Rüdiger Zwerenz^{1), 2)}

¹⁾ Psychosomatische Klinik Bad Neustadt/Saale

²⁾ Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie der Johannes-Gutenberg-Universität, Mainz

3) „Diagnostik und Therapie leichter kognitiver Beeinträchtigungen bei älteren (50-59-jährigen) Patienten in der psychosomatischen Rehabilitation – Bedeutung für die berufliche Reintegration“

Kooperationspartner:

M.E. Beutel, Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie, Mainz

S. Wagner, Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie, Mainz

R. Kaschel, Klinik für Psychiatrie, Universität Giessen

S. Paulsen, Klinik für Psychiatrie, Universität Giessen

R. Knickenberg, Psychosomatische Klinik Bad Neustadt

F. Bleichner, Psychosomatische Klinik Bad Neustadt

Müller, Psychosomatische Klinik Bad Neustadt

Schwerpunkt 2: Symptomorientierte verhaltenstherapeutisch ausgerichtete indikative Gruppen.

In der Klinik werden spezielle symptomorientierte, im Rahmen eines integrativen Behandlungsansatzes verhaltenstherapeutisch ausgerichtete indikative Gruppen angeboten. In diesen Gruppen wird der Patient verstärkt zur Selbstbeobachtung seiner Symptomatik angeleitet. Es wird dann versucht, die Intensität der Symptomatik mit speziellen Situationen in Verbindung zu bringen, mit emotionalen Auslösern oder gedanklichen Beunruhigungen. Zur Bewältigung werden mit den Patienten gemeinsame Bewältigungsstrategien erarbeitet, die neben Verfahren zur Entspannung und Imagination auch aktives Üben der ängstigenden Situationen und Wahrnehmungsveränderungen beinhalten. Auf diese Weise können symptomorientiert behandelt werden:

- Ängste
- Tinnitus
- Somatoforme Schmerzstörungen
- Anorexie und Bulimie
- Schlafstörungen

Im Sinne des sogenannten sekundären Krankheitsgewinnes aus tiefenpsychologischer Sicht und aufrechterhaltender Bedingungen aus verhaltenstherapeutischer Sicht werden die Symptome im Rahmen der Chronifizierungsprozesse auch durch die Veränderung der äußeren Lebensumstände und die an den Symptomkomplex adaptierten inneren Einstellungen zusätzlich fixiert. Neben der Konfliktabwehr im engeren Sinne tritt ein gelerntes Fehlverhalten als chronisches Krankheitsverhalten auf. Das chronifizierte Krankheitsverhalten zu modifizieren, erfordert das Erstellen einer Bedingungsanalyse zusammen mit dem Patienten, die Vermittlung von Information zur vorliegenden Störung und zu einem Veränderungswissen, das erarbeitet und auch eingeübt werden muss. Weiterhin besteht die Möglichkeit zur Belastungserprobung (MBO), um arbeits- und leistungsspezifische Probleme zu objektivieren, denn häufig besteht eine Diskrepanz zwischen Selbst- und Fremdeinschätzung. Diese Maßnahme kann auch als Trainingsmaßnahme zum erneuten Leistungsaufbau verstanden werden. Dazu kann als weiteres Therapiemodul ein EDV-Training (s.o.) angeboten werden. In der berufsbezogenen Therapiegruppe (BTG) dagegen werden aktuelle berufliche Konflikte besprochen und die dazugehörigen Persönlichkeitsanteile gespiegelt sowie Lösungsansätze, unter anderem auch im Rollenspiel, erprobt.

Qualitätsmanagement

Im Rahmen verschiedener Forschungsprojekte wurden Angebote des Behandlungsschwerpunkts beforscht und überprüft:

- 1) Tiefenpsychologisch fundierte Gruppentherapie für beruflich belastete Patienten in der stationären psychosomatischen Rehabilitation – Gruppenkonzept und Ergebnisse einer kontrollierten Studie

Schattenburg, L. ¹⁾, Knickenberg, R.J. ¹⁾, Vorndran, A. ¹⁾, Beutel, M.E. ²⁾ und Zwerenz, R. ²⁾

¹⁾ Psychosomatische Klinik Bad Neustadt;

²⁾ Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie, Johannes-Gutenberg-Universität, Mainz

- 2) Berufliche Belastungserprobung als integrierter Bestandteil der psychosomatischen Rehabilitation – Evaluation im Rahmen eines randomisierten Kontrollgruppendesigns: Indikationen, Prädiktoren, Wirksamkeit

B-2.3 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote der Fachabteilung

Die Übersicht in Kapitel A-9 stellt das umfassende medizinisch-pflegerische Leistungsangebot des Hauses dar.

B-2.4 Nicht-medizinische Serviceangebote der Fachabteilung

Die Übersicht in Kapitel A-10 stellt das umfassende Leistungsangebot des nicht-medizinischen Leistungsangebotes des Hauses dar.

B-2.5 Fallzahlen der Fachabteilung

Gesamt-Leistungszahlen der Abteilung: 1.123

B-2.6 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD-10	Absolute Fallzahl	Bezeichnung
1	F32	320	Depressive Episode
2	F33	264	Rezidivierende depressive Störung
3	F43	154	Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen
4	F45	94	Somatoforme Störungen
5	F41	87	Andere Angsstörungen
6	F50	39	Essstörungen
7	F48	30	Andere neurotische Störungen
8	F54	28	Psychologische Faktoren oder Verhaltensfaktoren bei andernorts klassifizierten Krankheiten
8	F34	28	Anhaltende affektive Störungen
10	F60	22	Spezifische Persönlichkeitsstörungen

B-2.7 Prozeduren nach OPS

Entfällt.

B-2.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Trifft nicht zu.

B-2.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Trifft nicht zu.

B-2.10 Zulassung zum Durchgangsarztverfahren der Berufsgenossenschaft

Entfällt.

B-2.11 Apparative Ausstattung

Siehe Punkt B-1.11.

B-2.12 Personelle Ausstattung

(bei einem Betrieb von 120 Betten am 31.12.2006)

B-2.12.1 Ärzte

	Anzahl	Kommentar (Weiterbildungsbefugnisse)	Fachexpertise der Abteilung
Ärzte insgesamt (außer Belegärzte)	10,45 VK	Psychiatrie und Psychotherapie (1 Jahr), Sozialmedizin (1 Jahr, spezielle Schmerztherapie (3 Monate)	Psychiatrie und Psychotherapie (AQ51), Sozialmedizin (ZF40), spezielle Schmerztherapie (ZF 42)
Davon Fachärzte	6,75 VK		
Diplom-Psychologen	5,63 VK		
Davon approbierte psychologische Psycho- therapeuten	2 VK		

B-2.12.2 Pflegepersonal

	Anzahl	Kommentar
Pflegekräfte insgesamt	13,07 VK	
Davon examinierte Gesundheits- und Krankenpfleger beziehungsweise Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger (3 Jahre, ohne und mit Fachweiterbildung)	10,69 VK	
Davon examinierte Gesundheits- und Krankenpfleger beziehungsweise Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger (3 Jahre, mit entsprechender Fachweiterbildung)	3 VK	Interne zweijährige Weiterbildung Fachschwester/-pfleger für Psychosomatische Medizin

B-2.12.3 Spezielles therapeutisches Personal

Für die Fachabteilung steht folgendes spezielles therapeutisches Personal zur Verfügung:

Siehe Kapitel B-1.12.3.

C Qualitätssicherung

C-1 Teilnahme an der externen vergleichenden Qualitätssicherung nach § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 1 AGB V (BQS-Verfahren)

Trifft nicht zu.

C-2 Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V

Über § 137 SGB V hinaus ist auf Landesebene keine verpflichtende Qualitätssicherung vereinbart.

C-3 Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V

Trifft nicht zu.

C-4 Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung

Abteilung Krankenhaus

- Bayerische Basisdokumentation

Abteilung Rehabilitation

- Bayerische Basisdokumentation
- Patientenbefragung durch DRV Bund
- Bewertung der veranlassten Therapeutischen Leistungen (KTL) durch DRV Bund
- Peer Review durch DRV Bund
- Brieflaufzeiten durch DRV Bund
- Beschwerdemanagement durch DRV Bund
- Aufnahme von Eilfällen durch DRV Bund
- Patientenstruktur durch DRV Bund
- Visitationen des federführenden Leistungsträgers, der DRV Bund, die in der Regel in zweijährigen Abständen stattfinden (zuletzt durchgeführte Visitation im Sommer 2005)

**C-5 Umsetzung der Mindestmengenvereinbarung
nach § 137 Abs.1 S. 3 Nr. 3 SGB V**

Entfällt.

**C-6 Ergänzende Angaben bei Nicht-Umsetzung der Mindestmengen-
vereinbarung nach § 137 Abs. 1 S. 3 Nr. 3 SGB V (Ausnahmeregelung)**

Trifft nicht zu.

D Qualitätsmanagement

D-1 Qualitätspolitik

Leitgedanke

„Tue nichts, was du nicht willst, dass es dir angetan werde, und unterlasse nichts, was du wünscht, dass es dir getan würde.“

Mit diesem Leitsatz haben wir die Patientenorientierung zum Kernstück unseres Unternehmenskodex gemacht, der verbindliche Generalleitlinie für unsere Mitarbeiter auf allen Unternehmensebenen ist. Jeder ist aufgefordert, die Anforderungen des Patienten als kranken Menschen zu erkennen und zu erfüllen. Es gilt: „Für Patienten sind wir da; sie sind die Basis unserer Existenz, deshalb richten wir unser Wirken und unsere Organisation in erster Linie auf sie aus“. Es gilt: wir wollen für jeden Patienten, zu jeder Zeit bezahlbare Medizin auf hohem Niveau anbieten.

Den rechenbaren Erfolg, den wir durch die gemeinsame Umsetzung unseres Konzeptes erzielen, geben wir als Bestätigung und Anreiz über ein Ergebnisbeteiligungsmodell an unsere Beschäftigten weiter, deren persönliche Leistung ursächlich für den Erfolg unseres Unternehmens ist.

Von unseren Mitarbeitern erwarten wir Professionalität und hohes persönliches Engagement in ihrer Arbeit. Die Ausrichtung der Arbeitsweise an den Bedürfnissen und Wünschen unserer Patienten genießt höchste Priorität.

Bedingt durch unsere arbeitsteilige Arbeitsorganisation verfügt jede Berufsgruppe über eigenständige Verantwortungsbereiche.

Wir sind stolz darauf, dass sich alle Mitarbeiter im Konzern unserem Leitgedanken verpflichtet fühlen.

D-2 Qualitätsziele

Die Geschäftsleitung hat unter Zugrundelegung der Unternehmensphilosophie und der Qualitätsgrundsätze der RHÖN-KLINIKUM AG zusammen mit der Qualitätskommission verbindliche Qualitätsziele für die Klinik festgelegt.

Die Dienstleistungen der Einrichtungen sind konsequent auf die Wiederherstellung der Leistungsfähigkeit der Patienten ausgerichtet. Das bedeutet:

- Die körperliche und seelische Gesundheit und die berufliche Leistungsfähigkeit der Patienten zu erhalten und wiederherzustellen
- Die Patienten zu befähigen, „Experten der eigenen Gesundheit“ zu werden
- Den Behandlungsauftrag der Patienten ernst zu nehmen

Die Zufriedenheit der Patienten, Partner und Kostenträger ist zentrales Anliegen. Das bedeutet:

- Jeden Behandlungsauftrag so zu erfüllen, um sich für den folgenden Auftrag zu qualifizieren
- Zufriedene Patienten und Angehörige zu wollen
- Zufriedene Kosten- und Leistungsträger zu wollen
- Zufriedene kooperierende Partner (zum Beispiel vor- und nachbehandelnde Einrichtungen) zu wollen
- Sich an den Erfordernissen des Marktes unter Berücksichtigung der Marktentwicklung zu orientieren

Die Klinik strebt an, zu den renommierten Leistungserbringern der psychosomatischen Akut- und Rehabilitationsmedizin zu gehören. Das bedeutet:

- Eine hohe Effektivität und Effizienz der Dienstleistungen zu gewährleisten
- Leistungs- und Serviceangebote permanent zu verbessern
- Erstklassige Qualität durch systematische Behandlungs- und Therapiekonzepte zu erreichen, zu sichern und diese durch kontinuierliche Weiterentwicklung zu verbessern
- Durch Entwicklung innovativer Behandlungskonzepte an der gesamtgesellschaftlichen Weiterentwicklung der psychosomatischen Akut- und Rehabilitationsmedizin mitzuwirken und darüber konstruktiven Einfluss auf die Gesundheitspolitik zu gewinnen

Die Leitung der Klinik verpflichtet sich, diese zielorientiert zu führen. Das bedeutet:

- Bei der Definition der Ziele die Kompetenzen, Erfahrungen und Vorstellungen der Mitarbeiter mit einzubeziehen

- Im Sinne eines vorausschauenden, planenden Klinikmanagements gemeinsam Ziele und Prioritäten zu setzen
- Die Ziele positiv, realisierbar und überprüfbar zu formulieren

Die Leitung der Klinik fördert qualifizierte und motivierte Mitarbeiter, die sich mit dem Leitbild und den Zielen der Einrichtungen identifizieren. Das bedeutet:

- Eine Atmosphäre zur Förderung von Engagement und Kreativität zu erzeugen
- Ein offenes und faires Arbeitsklima zu schaffen
- Eine hohe Mitarbeiterzufriedenheit zu erreichen

Die Tätigkeit der Klinik ist darauf ausgerichtet, ein jährlich zu planendes Umsatz- und Renditeziel zu erreichen. Das bedeutet:

- Die Ertragskraft der Klinik langfristig zu sichern
- Eine angemessene Rendite zu erwirtschaften
- Die Arbeitsplätze langfristig zu erhalten

D-3 Aufbau des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements

Ansprechpartner und Qualitätsmanagementbeauftragter in allen Fragen der Qualität ist der Verwaltungsleiter, Herr Matthias Grill.

Ein interner Qualitätszirkel setzt sich aus Teilnehmern der Gruppe der Ärzte und Diplom-Psychologen, der Verwaltung und des Pflegedienstes zusammen und wird durch den Qualitätsmanagementbeauftragten geleitet. Er trifft sich einmal monatlich. Seine Aufgaben sind die Umsetzung von Verbesserungsvorschlägen, die Beschreibung der Organisationsabläufe und die Überprüfung, wie sich Beschwerdeinhalte abstellen oder nutzbar machen lassen.

Wir haben uns einer evidenzbasierten Medizin verschrieben: Als „Veränderung zum Besseren auf dem Boden wissenschaftlicher Erkenntnisse“ kann dieser Begriff übersetzt werden. Evidenzbasierte Medizin ist als eine prozessorientierte Denkweise zu verstehen, die als übergeordnetes Ziel die Behandlung der Patienten nach wissenschaftlichen Leitlinien und Standards hat. Durch fortlaufende Evaluation der eigenen Leistung und der Effektivität von angewandten Maßnahmen könnte sie in einer Zeit knapper werdender Ressourcen ein entscheidendes Instrument der Qualitätssicherung darstellen. Sie betrifft daher jeden einzelnen Arbeitsplatz auf allen Hierarchieebenen. **Dokumentation:** Die Prozessqualität lässt sich am Therapieverlauf und den individualisierten Therapieplänen nachvollziehen. Die Dokumentation erfolgt entsprechend dem Katalog therapeutischer Leistungen der DRV und der Bayerischen Basisdokumentation Psychosomatik.

In unserer Dokumentation werden folgende Parameter erfasst:

- Sozialmedizinische Eingangsvariablen wie Einzugsbereich, Kostenträger, Wartezeiten, Chronifizierung und Vorbehandlungsaufwand, Arbeitsunfähigkeit, Geschlecht, Familiensituation
- Behandlungsdiagnosen in psychiatrischen und somatischen Bereichen, verschlüsselt nach ICD 10; Spezifizierung nach Problembereichen und Bewältigungsverhalten
- Diagnostische Maßnahmen: testdiagnostische Verfahren, spezielle medizinische Diagnostik wie Laboruntersuchungen, EKG und Belastungs-EKG, Spirometrie, endoskopische Verfahren, Ultraschalluntersuchungen, erweiterte neurologische Untersuchungsverfahren, gynäkologische Untersuchungen
- Therapeutische Maßnahmen mit der inhaltlichen Bezogenheit auf die gestellten Diagnosen im Bereich der Einzel- und Gruppentherapie und innerhalb der einzelnen Funktionsbereiche von Sport, Spiel und Gestaltung; ebenso Erfassung der somatomedizinischen Maßnahmen einschließlich der medikamentösen Behandlung
- Behandlungsergebnisse, erfasst durch die Einschätzung der Therapeuten und unabhängig davon auch durch die Einschätzung der Patienten
- Sozialmedizinische Variablen sowie vereinbarte Folgemaßnahmen

D-4 Instrumente des Qualitätsmanagements

Die Klinik bedient sich folgender Werkzeuge des Qualitätsmanagements:

- Auswertungen des Behandlungserfolgs über die klinikeigene Dokumentation unter Verwendung des SCL-90
- Supervisionen: die therapeutischen Abläufe werden auf unterschiedlichen Ebenen supervidiert. In den Abteilungen werden alle Patienten nach der Aufnahme den zuständigen Oberärzten vorgestellt und in der Besprechung der Neuanreisen die Therapiestrategie festgelegt. In den täglich stattfindenden, einstündigen Sektionsbesprechungen werden die Therapiefortschritte dem zuständigen Oberarzt vorgetragen. Es erfolgt der Bericht der involvierten Therapeuten, es werden sozialmedizinische Fragestellungen erörtert und auf diese Weise der Therapieprozess begleitet. In den regelmäßigen wöchentlichen Visiten und über Einzelkontakte nimmt der Oberarzt Einfluss auf die Therapie und supervidiert den Prozess. Die zweite Supervisionsebene wird durch einen für das Therapiecontrolling zuständigen erfahrenen Diplom-Psychologen wahrgenommen, der vom Therapieprozess unabhängig die therapeutischen Angebote und die Therapeuten in regelmäßigen Abständen blockweise supervidiert. Er steht als Supervisor außerhalb des therapeutischen Settings und ist jederzeit ansprechbar. Die Körperpsychotherapie und die Körperwahrnehmungsübungen werden in sechswöchigen Abständen jeweils zweieinhalb

Tage als ein besonderer Schwerpunkt der Klinik von einer externen Supervisorin verfolgt. Alle Supervisionen können über die Einwegscheibe oder unter Videoeinsatz vorgenommen werden.

- Interdisziplinäre Schmerzkonferenz: einmal monatlich treffen sich ärztliche Kollegen aus der Abteilung für Anästhesie, der Klinik für Handchirurgie, der Klinik für Neurologie und niedergelassene Fachärzte für Orthopädie bzw Unfallchirurgie und Zahnheilkunde in der Psychosomatischen Klinik zur interdisziplinären Schmerzkonferenz. Diese Veranstaltung ist auch für weitere interessierte niedergelassene Kollegen geöffnet und bietet ein Forum zur Diskussion komplexer schmerztherapeutischer Fragestellungen (bis zu 5 Fälle pro Sitzung).
- Balintgruppe: Leiter: Dr. med. H. Röthke, Chefarzt der Saaletalklinik und anerkannter Balintgruppenleiter Fort- und Weiterbildung

- Inhalt und Struktur des Weiterbildungskurrikulums bauen auf drei Modulen auf:

Das Modul I befasst sich mit der Vermittlung von Grundlagen. Entsprechend der Weiterbildungskataloge sind dabei die Psychobiologie, Ätiologie, Psychophysiologie, Entwicklungspsychologie, Persönlichkeitslehre, theoretische Grundlagen in der Sozial- und Lernpsychologie, der Tiefenpsychologie und allgemeiner und spezieller Verhaltenslehre zur Pathogenese und Verlauf der Erkrankung, der Dynamik der Paarbeziehung, der Familie und Gruppe abgedeckt.

Das Modul II umfasst die Krankheitslehre mit circa 100 Stunden. Entsprechend des Weiterbildungskataloges sind hier die allgemeine und spezielle Psychopathologie, psychiatrische Nosologie einschließlich Klassifikation, allgemeine und spezielle Neurosenlehre und Psychosomatik einschließlich der Diagnose, Differentialdiagnose, Pathogenese, Psychodynamik und des Verlaufes der Erkrankungen abzuhandeln.

Im Modul III – Methoden, Techniken und Verfahren – werden in 100 Stunden entsprechend des Weiterbildungskataloges psychodiagnostische Testverfahren und Verhaltensdiagnostik, theoretische Grundlagen der psychoanalytisch begründeten und kognitiv-behavioralen Psychotherapiemethoden einschließlich der Indikation für spezielle Therapieverfahren, Prävention, Rehabilitation, Krisenintervention, Suizid- und Suchtprophylaxe, Organisationspsychologie und Familienberatung vermittelt.

Für alle Module existieren ausführliche Literaturlisten zur Anleitung für das Selbststudium. Das Curriculum wird angereichert durch Vorträge externer Referenten zu ausgewählten Themen. Die Teilnehmer erhalten von der Bayerischen Landesärztekammer Fortbildungspunkte anerkannt.

- Patientenabschlussbefragungen: zum Abschluss der Behandlung wird jeder Patient hinsichtlich seines Eindrucks über Therapieerfolg und Effektivität von therapeutischen Angeboten befragt. Die Ergebnisse werden im Rahmen interner Qualitätszirkel ausgewertet.

■ Patientenbeschwerdemanagement

Wir verstehen die Beschwerden von Patienten als Anreiz, beschriebene Mängel zu untersuchen und abzustellen. Die Beschwerden erreichen uns während der Therapie über schriftlich oder mündlich eingereichte Einlassungen. Zeitnah werden die Beschwerden mit den betreffenden Abteilungen der Klinik diskutiert und für Abhilfe gesorgt. Den Patienten wird über den zuständigen Oberarzt kurzfristig eine Antwort erteilt und beschrieben, welche Maßnahmen die Klinik ergriffen hat.

Erreichen uns Beschwerden, nachdem der Patient abgereist ist, wird die Beschwerdebearbeitung in vergleichbarer Weise vorgenommen und steht immer unter dem Motto: „Was können wir Mitarbeiter der Klinik aus dieser Beschwerde für die Optimierung unserer Arbeitsabläufe lernen?“ Die Beschwerdebeantwortung erfolgt ebenfalls zeitnah schriftlich.

Grundsätzlich wird jede Beschwerde auch in anonymisierter Form dem internen Qualitätszirkel zugeleitet, damit in diesem Gremium grundsätzliche Erwägungen angestellt und auf die Prozessabläufe Einfluss genommen werden kann.

Beschwerdemanagement	Krankenhaus	Rehabilitation
Anzahl schriftliche externe Beschwerden	11	21
Davon Vorgänge Inhalt Entlassungsbericht/Berichtigung Entlassungsbericht	6	5

■ Klinikleitungssitzung

■ Oberarztkonferenz

■ Hygienebegehungen

■ Arbeitsschutz – Sicherheitsbegehung / Zentral-Arbeitsschutzausschuss RKA

■ Kommission zur Qualitätssicherung/-überwachung, Kontrolle und Steuerung des medizinischen Bedarfs / Arzneimittel-Kommission

■ Brieflaufzeiten

Durchschnittliche Bearbeitungszeit in Tagen	Krankenhaus	Rehabilitation
01.01. – 31.12.06	14,85	10,3

Abteilung Krankenhaus

- Der „Qualitätszirkel der Psychiater und Psychosomatiker der Kliniken des RHÖN-KLINIKUM Konzerns“ setzt sich aus den Chefärzten aller psychiatrischen und psychosomatischen Kliniken des RHÖN-KLINIKUM Konzerns zusammen, tagt 2- bis 3-mal jährlich und wird als Forum zur Diskussion neuer Therapieverfahren und Organisationsabläufe genutzt
- Direktorenkonferenz Psychosomatische Medizin und Psychotherapie: Zusammenschluss psychotherapeutischer Kliniken in Bayern und aus benachbarten Bundesländern; Austausch von Qualitätsstandards, Strukturqualität et cetera; tagt 2- bis 3-mal im Jahr (Sprecher: Prof. Dr. Loew, Regensburg, und Dr. Bleichner, Bad Neustadt)
- Weiterbildung für Diplom-Psychologen: für Diplom-Psychologen besteht die Möglichkeit zur Erlangung der Approbation durch eine Kooperation mit dem Zentrum für Integrative Psychotherapie (CIP, Leiter: Dr. med. Dr. phil. Sulz) in München. Das Curriculum beinhaltet Theorievermittlung, Selbsterfahrung und Supervision. Der Wissensstand wird entsprechend der Vorgaben des Psychotherapeutengesetzes in Zwischen- und Abschlussprüfung überprüft.
- Der ärztliche Entlassungsbericht: damit der nachbehandelnde Arzt oder Therapeut zeitnah über den Behandlungsverlauf des Patienten informiert ist, strebt die Klinik das Ziel an, den endgültigen Entlassbrief mit der Entlassung des Patienten dem nachbehandelnde Arzt oder Therapeut diesem zukommen zu lassen. Die Zeiten bis zum Versand werden von uns datenbankgestützt überwacht.

Abteilung Rehabilitation

- Auswertungen des Behandlungserfolgs über die klinikeigene Dokumentation entsprechend der bayerischen Basisdokumentation mit Verwendung des SCL-90. Die Auswertung erfolgt extern und unabhängig durch das IQP (Institut für Qualitätsentwicklung in der Psychotherapie und Psychosomatik).
- Externe Qualitätszirkel: die Klinikleitung ist an drei externen Qualitätszirkeln beteiligt:
 - Der „Kissinger Qualitätszirkel“ setzt sich aus fünf Leitern psychosomatischer Kliniken zusammen. Dieses Forum wird zur Erörterung von therapeutischen Vorgehensweisen, dem Abgleich der Ergebnisse aus dem Qualitätssicherungsprogramm der Deutschen Rentenversicherung Bund und der Besprechung von Therapieverläufen im einzelnen genutzt. Er tagt jeweils vierteljährlich.
 - Der „Qualitätszirkel der Psychiater und Psychosomatiker der Kliniken des RHÖN-KLINIKUM Konzerns“ setzt sich aus den Chefärzten aller psychiatrischen und psychosomatischen Kliniken des RHÖN-KLINIKUM Konzerns zusammen, tagt 2- bis 3-mal jährlich und wird als Forum zur Diskussion neuer Therapieverfahren und Organisationsabläufe genutzt.

Direktorenkonferenz Psychosomatische Medizin und Psychotherapie: Zusammenschluss psychotherapeutischer Kliniken in Bayern und benachbarten Bundesländern; Austausch von Qualitätsstandards, Strukturqualität et cetera; tagt 2- bis 3-mal im Jahr (Sprecher: Prof. Dr. Loew, Regensburg, und Dr. Bleichner, Bad Neustadt).

- Supervisionen: Monatlich erfolgt eine externe Supervision der psychotherapeutischen Abläufe durch Prof. Dr. med. Reimer. In die jeweils eineinhalbstündigen Sitzungen werden für jeweils zwei Stationen unter Einbeziehung der Basistherapeuten, des Pflegepersonals und der Oberärztlichen Leitung Behandlungsabläufe diskutiert und supervidiert.
- Sozialmedizinisches Kolloquium: das sozialmedizinische Kolloquium dient Ärzten und Psychologen der Klinik und allen interessierten Kollegen zur Erweiterung ihrer sozialmedizinischen Kompetenz bei der Erstellung von Leistungsbeurteilungen und der Abfassung von psychiatrisch-psychotherapeutischen Gutachten für die Sozialgerichte. Es soll ein Forum zum Austausch und zur Diskussion zwischen Ärzten und Psychologen in verschiedenen Einrichtungen des Gesundheitswesens, der Gerichtsbarkeit und den Kosten- und Leistungsträgern bieten. Es wird für die Mitarbeiter der Klinik ergänzt durch Betriebsbesichtigungen, um den Mitarbeitern die Arbeitswelt unserer Patienten durch eigene Anschauung näher zu bringen. Als Termin ist in der Regel der vierte Montag im Monat vorgesehen.
- Ausbildung für Diplom-Psychologen: für Diplom-Psychologen besteht die Möglichkeit zur Erlangung der Approbation durch eine Kooperation mit dem Zentrum für Integrative Psychotherapie (CIP, Leiter: Dr. med. Dr. phil. Sulz) in München. Das Curriculum beinhaltet Theorievermittlung, Selbsterfahrung und Supervision. Der Wissensstand wird entsprechend den Vorgaben des Psychotherapeutengesetzes in Zwischen- und Abschlussprüfung überprüft.
- Peer-review der Deutschen Rentenversicherung Bund: in diesem Verfahren wird der individuelle Rehabilitationsprozess anhand von zufällig ausgewählten ärztlichen Entlassungsberichten und individuellen Therapieplänen durch erfahrene Ärzte der entsprechenden Fachrichtung (peers) bewertet. Im Einzelnen werden sechs qualitätsrelevante Bereiche (Anamnese, Diagnostik, Therapie und Therapieziele, klinische Epikrise, sozialmedizinische Epikrise, weiterführende Maßnahmen und Nachsorge) bewertet. Die Rückmeldungen, insbesondere die überdurchschnittlichen Ergebnisse der letzten peer-reviews, sehen wir als Bestätigung unserer Bemühungen um eine stetige Verbesserung der Therapieprozesse.
- Klassifikation therapeutischer Leistungen der Deutschen Rentenversicherung (KTL): aus den ärztlichen Entlassungsberichten werden die KTL-Angaben erfasst. Die Auswertung erfolgt klinikbezogen, nicht vergleichend, und gibt ein differenziertes Bild der erbrachten Einzelleistungen im Rehabilitationsprozess. Die Qualität der KTL-Dokumentation wurde im Sinne einer vollständigen Erfassung verbessert.

- Der ärztliche Entlassungsbericht – Beurteilung der Deutschen Rentenversicherung Bund: die einheitliche Berichterstattung für alle Rentenversicherungsträger wird nicht nur als Datengrundlage für das Peer-review-Verfahren, zur Messung der Dokumentationsqualität und Auswertungen bezüglich der Rehabilitandenstruktur herangezogen, sondern auch zur Laufzeitberechnung. Da das zügige Erstellen und Versenden zu den wichtigsten Qualitätsmerkmalen zählt, werden die Zeiten bis zum Versand von uns datenbankgestützt überwacht.
- Patientenbefragung der Deutschen Rentenversicherung Bund: zur Erhebung von Prozess- und Ergebnisqualität durch die Deutschen Rentenversicherung Bund werden Fragebögen an zufällig ausgewählte Rehabilitanden etwa acht bis zwölf Wochen nach Abschluss ihrer Rehabilitation versendet.
- Visitationen des federführenden Belegers der Deutschen Rentenversicherung Bund: letztmalig überzeugten sich die Vertreter der Deutschen Rentenversicherung Bund im Oktober 2005 vor Ort von der Qualität unserer Arbeit. Die Visitationen finden in der Regel mit zweijährigem Abstand statt.

D-5 Qualitätsmanagement-Projekte

Einrichtungübergreifende Kommunikationsstrukturen

Im Rahmen des Angebotes „Schule am Krankenhaus“ werden die Patienten von Lehrern der „Staatlichen Schule für Kranke in der Region Main/Rhön“ betreut. In diesem Zusammenhang finden regelmäßig im Rahmen von Konferenzen Feedbackgespräche zwischen dem Ärztlichen Dienst und den Lehrern statt.

Die Zusammenarbeit mit der Saaletalklinik, Rehabilitationsklinik für Alkohol- und Medikamentenabhängige in Bad Neustadt, wurde intensiviert: In Konsilen und in patientenbezogener Fallarbeit (Balint-Gruppen) werden regelmäßig sowohl psychosomatische Themen der Sucht-Patienten als auch substanzbezogene Probleme der Psychosomatik-Patienten bearbeitet. Jeder Patient mit Abhängigkeit oder Substanzmissbrauch wird konsiliarisch in der Saaletalklinik vorgestellt.

Einige der Konsile (siehe Auswertung Konsile Saaletalklinik) hatten eine direkte Verlegung in die Saaletalklinik oder eine spätere ambulante oder stationäre Entwöhnungsbehandlung zur Folge.

Auswertung Konsile Saaletalklinik, Bad Neustadt

Gesamtanzahl: 80 Konsile (78 Konsile für Psychosomatische Klinik, 2 Konsile für Extern)

Wechsel zu stationärer Entwöhnung in die Saaletalklinik	21 %
Wechsel in Ambulante Rehabilitation	37 %
Wechsel in Selbsthilfegruppe	23 %
Wechsel in Ambulante Psychotherapie	18 %
Ohne Empfehlung	1 %

Berufliche Belastungserprobung als integrierter Bestandteil der psychosomatischen Rehabilitation – Evaluation im Rahmen eines randomisierten Kontrollgruppendesigns: Indikationen, Prädiktoren, Wirksamkeit

Teilprojekt: Tiefenpsychologischer Ansatz

Dr. med. Rudolf Knickenberg ¹⁾, Prof. Dr. med. Dipl.-Psych. Manfred Beutel ²⁾

¹⁾ Psychosomatische Klinik Bad Neustadt/Saale, ²⁾ Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie der Johannes Gutenberg-Universität, Mainz

Teilprojekt: Verhaltenstherapeutischer Ansatz

PD Dr. med. Dr. phil. Andreas Hillert ³⁾, Dr. med. Dipl.-Psych. Ulrich Cuntz ³⁾

³⁾ Medizinisch-Psychosomatische Klinik Roseneck, Prien am Chiemsee

Hintergrund

Die Frage, ob Patienten im Anschluss an eine psychosomatische Rehabilitation die Bewältigung beruflicher Belastungen gelingt, hat noch zu wenig Beachtung gefunden. Aufgrund klinischer Erfahrungen und neuerer Untersuchungen ist davon auszugehen, dass vor allem Patienten mit langer Arbeitsunfähigkeit oder Arbeitslosigkeit spezifische therapeutische Hilfen brauchen, um den beruflichen Wiedereinstieg zu bewältigen. Daher wurde an der Psychosomatischen Klinik Bad Neustadt/Saale das Behandlungskonzept einer "Beruflichen Belastungserprobung" entwickelt und seit 1995 das spezielle Therapieangebot der behandlungsintegrierten "Beruflichen Belastungserprobung" durchgeführt. Patienten können behandlungsbegleitend in einer berufsfeldspezifischen unentgeltlichen Tätigkeit ihre Leistungsfähigkeit erproben, eine realistischere Selbsteinschätzung entwickeln und in der Therapie erarbeitete berufliche Bewältigungsstrategien anwenden.

Ziel und Fragestellungen

Ziel des Forschungsvorhabens war die Evaluation der Effektivität und Effizienz der integrierten beruflichen Belastungserprobung im Rahmen eines tiefenpsychologischen (Bad Neustadt) und eines verhaltenstherapeutischen (Klinik Roseneck) Ansatzes. Die Hauptfragestellungen lauteten:

- Welchen Einfluss hat die Berufliche Belastungserprobung (BE) auf Erhaltung und Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit, Rückkehr ins Erwerbsleben und berufsbezogene Motivation?
- Für welche Patienten ist die BE indiziert?
- Was sind die Prädiktoren für die erfolgreiche Rückkehr ins Erwerbsleben?

Methode

Übereinstimmendes Forschungsdesign und Messverfahren in beiden Teilprojekten ermöglichen die therapieschulenübergreifende Prüfung des Behandlungskonzepts und den Transfer zu anderen Kliniken mit unterschiedlichen therapeutischen Ausrichtungen.

Es handelt sich um eine prospektive, randomisierte Studie. In beiden Kliniken wurden jeweils 100 Patienten, die die gemeinsamen Screeningkriterien für die BE-Teilnahme erfüllten, der Interventions- und der Kontrollgruppe zugewiesen. Die Befragung erfolgte zur Aufnahme, vor Entlassung und 3 und 12 Monate nach Entlassung mit den projektübergreifenden Skalen des Bayerischen Forschungsverbundes. Zusätzlich wurden spezifische Messverfahren zu beruflichen Belastungen und Einstellungen erhoben. Selbsteinschätzungen der Leistungsfähigkeit wurden zur Mitte und zum Ende der BE mit den Beurteilungen der betrieblichen Vorgesetzten an der Praktikumsstelle verglichen.

Ergebnisse

In der Psychosomatischen Klinik Bad Neustadt (tiefenpsychologischer Ansatz) erfüllten 329 von insgesamt 1.590 gescreenten Patienten die Einschlusskriterien und wurden randomisiert der Interventions- beziehungsweise Kontrollgruppe zugewiesen. Entsprechend den Hypothesen berichteten Teilnehmer der Interventionsgruppe bei Entlassung **positivere berufsbezogene Einstellungen**, die in den bislang vorliegenden Katamnesedaten jedoch nicht stabil blieben. Wie vorhergesagt, bestand bei BE-Teilnehmern verglichen mit Nichtteilnehmern bei Entlassung kein Unterschied bezüglich anderer Behandlungsbeschwerden. Teilnehmer an der BE entwickelten im Verlauf des Praktikums ein positiveres Selbstbild und schätzten ihr Arbeitsverhalten sowie sozialkommunikative Fähigkeiten realistischer ein. Sie näherten sich damit dem insgesamt positiveren Fremdurteil durch den Anleiter an. BE-Teilnehmer wurden am Ende der Behandlung häufiger in berufsbezogene Reha-Maßnahmen vermittelt.

Aus den Ergebnissen der **3-Monats-Katamnese** wissen wir, dass zu diesem Zeitpunkt nur ein Teil der Patienten in das Erwerbsleben zurückgekehrt ist. Ein Teil der ehemaligen Patienten war sehr darüber enttäuscht, trotz intensiver Bemühungen keine geeignete Arbeitsstelle zu finden oder nicht dauerhaft seinen Arbeitsplatz ausfüllen zu können, andere äußerten sich erleichtert, nicht mehr arbeiten zu müssen.

Nach 12 Monaten zeigten sich jedoch erste positive Befunde hinsichtlich der beruflichen Wiedereingliederung. Der Anteil der Berufstätigen hat vor allem unter den BE-Teilnehmern zugenommen, während der Anteil der Arbeitslosen abgenommen hat. Bei den Patienten der Kontrollgruppe beziehungsweise denjenigen, die nicht an der BE teilgenommen haben, zeigt sich dieser Trend nicht. Es findet sogar ein leichter Rückgang in der Beschäftigung, verglichen mit dem Zeitpunkt der Aufnahme in die Klinik, statt. Weiterhin war zu beobachten, dass die BE-Teilnehmer seltener und kürzer arbeitsunfähig waren als die Patienten der anderen beiden Untersuchungsgruppen.

Die deutlichsten Veränderungen im Beschäftigungsstatus konnten jedoch erst langfristig beobachtet werden. So kam es **nach 24 Monaten** zu einer deutlichen Zunahme der Beschäftigung und zu einer signifikanten Abnahme der Arbeitslosigkeit unter den BE-Teilnehmern. In den anderen Gruppen zeigte sich dieser Trend nicht, es kam sogar zu deutlichen Abnahmen in der Beschäftigung und bei den Verweigerern zu einer deutlichen Zunahme der Berentungen im Vergleich zum Zeitpunkt der Aufnahme in die Klinik (vgl. Abbildung 1). Es war weiterhin zu beobachten, dass die BE-Teilnehmer die niedrigsten Arbeitsunfähigkeitszeiten hatten.

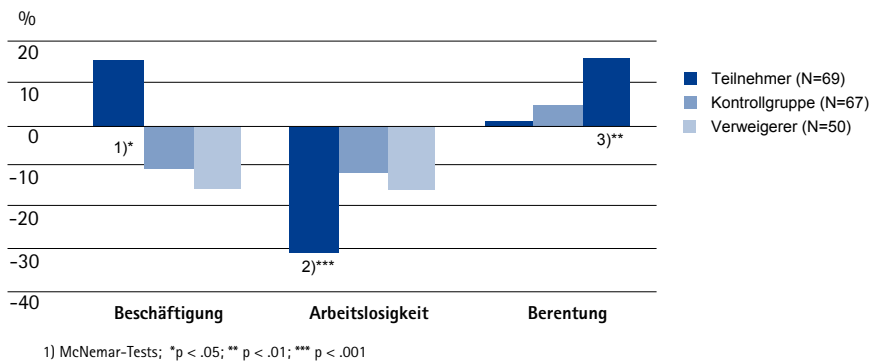


Abbildung: Veränderung der Beschäftigung, Arbeitslosigkeit und Berentung zwischen Aufnahme in die Klinik und 2 Jahre nach Entlassung

Es lässt sich also zum aktuellen Zeitpunkt zusammenfassen:

- Teilnehmer an der Belastungserprobung berichteten am Ende der Behandlung **positivere berufliche Einstellungen** und Prognosen für die Wiederaufnahme der Tätigkeit
- 3 Monate nach Entlassung zeigten sich noch keine Unterschiede hinsichtlich der beruflichen Wiedereingliederung in den Untersuchungsgruppen

- 12 und 24 Monate nach Entlassung war die **Arbeitsunfähigkeitsdauer** in der Gruppe der BE-Teilnehmer **am niedrigsten**.
- 24 Monate nach Entlassung war eine **Zunahme der Beschäftigung** bei den Teilnehmern an der BE und eine **Abnahme** in der Kontrollgruppe sowie bei den Verweigerern/ Abbrechern der BE zu beobachten.

Literatur (siehe Publikationen)

Kontrollierte Therapiestudie zur Optimierung berufsbezogener Therapiemaßnahmen in der Psychosomatischen Rehabilitation im Rahmen eines tiefenpsychologischen und eines verhaltenstherapeutischen Ansatzes

Teilprojekt: Tiefenpsychologischer Ansatz

Dr. med. Rudolf Knickenberg ¹⁾, Prof. Dr. med. Dipl.-Psych. Manfred Beutel ²⁾

¹⁾ Psychosomatische Klinik Bad Neustadt/Saale, ²⁾ Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie der Johannes Gutenberg-Universität, Mainz

Teilprojekt: Verhaltenstherapeutischer Ansatz

PD Dr. med. Dr. phil. Andreas Hillert ³⁾, Dr. med. Dipl.-Psych. Ulrich Cuntz ³⁾

³⁾ Medizinisch-Psychosomatische Klinik Roseneck, Prien am Chiemsee

Hintergrund

Im Rahmen der Evaluation der Beruflichen Belastungserprobung (BE, Projekt C1) zeigte sich in Übereinstimmung mit der Literatur, dass für knapp die Hälfte der stationär behandelten psychosomatischen Patienten die Bearbeitung spezifischer berufsbezogener Problemkonstellationen entscheidend für den Erfolg der Rehabilitation ist. Die BE ist jedoch wegen des damit verbundenen Aufwandes, spezieller, nicht in Praktika simulierbarer Problemkonstellationen und vor allem auch motivationaler Hürden nur bei einem kleinen Teil dieser Patienten möglich.

Ziele und Fragestellungen

Ziel der Studie war die Entwicklung und Evaluation eines berufsbezogenen Behandlungsansatzes, mit dem ein verglichen mit spezifischen Angeboten, wie z. B. der Beruflichen Belastungserprobung (BE) breiterer therapeutischer Zugang zu beruflich belasteten Patienten geschaffen wird. Dabei ging es um die Entwicklung und vergleichende Evaluation einer tiefenpsychologisch beziehungsweise verhaltenstherapeutisch fundierten berufsbezogenen Therapiegruppe (BTG) in der stationären psychosomatischen Rehabilitation. Eine wichtige Rolle spielt dabei die Motivierung der Patienten zur therapeutischen Auseinandersetzung mit berufsbezogenen Themen im Rahmen der Behandlung. Neben dem Vergleich mit der alternativen Standardbehandlung (Kontrollgruppe, KG) wurde ein klinikübergreifender Vergleich des in beiden Kliniken parallel entwickelten und durchgeführten berufsbezogenen Behandlungsprogramms durchgeführt.

Studiendesign

In der prospektiven Interventionsstudie (kontrolliertes quasiexperimentelles Studiendesign mit Zeitstichproben) haben in beiden Kliniken alle beruflich belasteten Patienten (Screening) an einer berufsbezogenen Therapiegruppe teilgenommen. Als Kontrollbedingung diente das übliche klinische Setting. Es wurden je Klinik 120 Teilnehmer der Interventions- und der Kontrollgruppe angestrebt.

Ergebnisse

In der Psychosomatischen Klinik Bad Neustadt wurden $N = 144$ beruflich hoch belastete Patienten der Interventions- beziehungsweise $N = 135$ der Kontrollgruppe zugewiesen. Akzeptanz und Rücklaufquoten waren sehr gut (70 % – 100%). Am deutlichsten unterschieden sich die Teilnehmer der spezifischen berufsbezogenen Intervention in einer signifikant höheren Zufriedenheit mit der berufsbezogenen Behandlung in der Klinik. Teilnehmer der BTG waren gegenüber Patienten nach reiner Standardtherapie bei Entlassung und 12 Monate danach signifikant zufriedener mit der Behandlung beruflicher Problemlagen.

Darüber hinaus gaben Teilnehmer der Intervention 12 Monate nach Entlassung eine höhere Arbeitszufriedenheit, ein höheres Erfolgserleben im Beruf und eine geringere Erschöpfung an. In objektiven Erwerbstätigkeitsindikatoren wie der Inanspruchnahme von beruflichen Reha-Maßnahmen nach Entlassung schnitten die Teilnehmer der berufsbezogenen Intervention sowohl nach 12 Monaten, als auch nach drei Jahren bedeutsam günstiger ab, während sich die subjektiven berufsbezogenen Einschätzungen nach drei Jahren nicht mehr unterschieden haben.

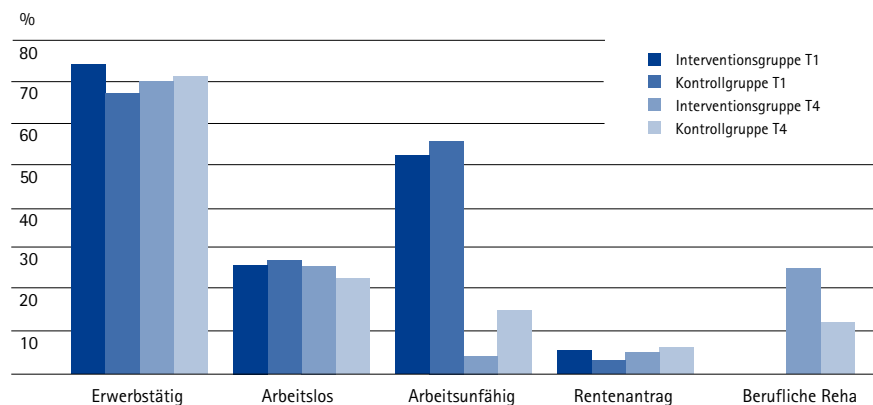


Abbildung: Objektive Kriterien der Erwerbstätigkeit der Interventions- und Kontrollgruppe bei Aufnahme (T1) und 12 Monate nach Entlassung (T4). (Chi2-Test; * $p < .05$)

Diskussion

Insgesamt konnten die Praktikabilität, die Wirksamkeit und der therapeutische Wert berufsbezogener Gruppentherapieprogramme in Ergänzung zur psychosomatischen Standardtherapie gezeigt werden. Die BTG als tiefenpsychologisch orientierte Gruppenpsychotherapie trifft eindeutig zentrale Anliegen der Patienten und schließt damit eine Lücke der ansonsten überwiegend symptomatisch ausgerichteten stationären Standardtherapie. Dabei sind die Effekte spezifisch für berufsbezogene Inhalte, in persönlichen Anliegen wie gesundheitlichen Problemen oder der Partnerschaft ergeben sich keine Gruppenunterschiede. Bezüglich der tatsächlichen beruflichen Reintegration zeigen sich allerdings auch nach drei Jahren lediglich geringe Effekte.

Literatur (s. Publikationen)

Tagung Musikermedizin

Vom 05.05. bis 06.05.2006 fand eine Fachtagung unter dem Titel „Jahrzehntelange Höchstleistung als Musiker – Rechtzeitige Vorbeugung und wirksame Behandlung somatischer und psychosomatischer Erkrankungen“ statt. Berufsmusiker opfern erhebliche Teile ihrer Kindheit der Musik und werden in jungen Jahren an ein regelmäßiges diszipliniertes Üben gewöhnt. Nach vielen Auftritten in der Musikschule und bei Jugend musiziert bestehen sie dann mit dieser Doppelbelastung das Abitur und beginnen ihr Studium an der Musikhochschule.

Sind sie dann mit ihrem Eintritt in das Berufsleben gut auf die jahrzehntelange Karriere als Berufsmusiker vorbereitet? Wissen sie um die somatischen und psychosomatischen Erkrankungen und welche prophylaktischen Verhaltensweisen ihnen ein möglichst beschwerdefreies Berufsleben ermöglichen?

Während der zweiten Tagung der Psychosomatischen Klinik Bad Neustadt zu Themen der Musikermedizin wurden einige der wichtigsten somatischen und psychosomatischen Erkrankungen und Möglichkeiten ihrer Prophylaxe vorgestellt. Den Gefährdungen für somatische Erkrankungen werden Schwellensituationen für psychische und psychosomatische Störungen zugeordnet. Die Bedingungen für Herz-Kreislauf-Erkrankungen mit und ohne Stressfaktoren, orthopädische Haltungsschäden, spezielle musikertypische Lungen- und neurologische Erkrankungen sowie prophylaktische Maßnahmen wurden beschrieben. Bei den psychischen und psychosomatischen Störungen gilt es, die Schwellensituation im Leben zu beschreiben und die musikertypischen beruflichen Gefährdungen aufzuzeigen, um dann ebenfalls vorbeugende Einstellungen und Verhaltensweisen herauszuarbeiten. In den Nachmittagsworkshops bestand dann das Angebot, prophylaktische Möglichkeiten wie Haltungsschulung, Feldenkrausübungen, Körperpsychotherapie, kreative Stressprophylaxe selbst zu erproben.

Eine Podiumsdiskussion zum Thema des Angebotes prophylaktischer Maßnahmen an Musikschulen und Musikhochschulen schloss die Tagung ab.

Tagung Seelsorge und Psychotherapie

In der Arbeitsgemeinschaft für Seelsorge und Psychotherapie (ArgeSP) wurde die Zusammenarbeit zwischen der Psychosomatischen Klinik Bad Neustadt und der ökumenischen Klinikseelsorge koordiniert und reflektiert. Neben einem regelmäßigen Austausch auf der Leitungsebene werden seit Jahren gemeinsame Fortbildungsveranstaltungen durchgeführt. Dieser Dialog der Professionen kommt gleichermaßen der seelsorgerlichen und der psychotherapeutischen Arbeit mit den Patienten zugute. Die nun zweite Tagung (1. Tagung 2005) befasste sich mit dem Thema Beichte und Psychotherapie. Kann die Veränderung in der Psychotherapie auch beinhalten, sich und anderen zu vergeben? Führt die Vergebung in der Beichte auch zur Veränderung der psychischen beziehungsweise der psychosozialen Situation der Betroffenen? Welche Faktoren fördern oder behindern auf beiden Ebenen heilsame Prozesse? Ablauf und Ergebnisse unserer ersten Tagung zum Verhältnis von Seelsorge und Psychotherapie haben uns ermutigt, auch im Jahre 2006 den Erfahrungsaustausch fortzusetzen und nun mit den Begriffen der Vergebung und der Veränderung in Fachvorträgen und Workshops ein Tagungsthema vertiefend auszuleuchten, das im gegenwärtigen seelsorgerlich-psychotherapeutischen Diskurs eher noch im Hintergrund steht.

D-6 Bewertung des Qualitätsmanagements

Klinikspezifisch erhobene qualitätsrelevante Messdaten

Die interne Dokumentation der Klinik erfasst leistungs- und qualitätsrelevante Daten nach der „Bayerischen Basisdokumentation Psychosomatik“. Diese interne Dokumentation erlaubt Veränderungen im Gesundheitszustand unserer Patienten zu Beginn und zum Ende der Behandlung miteinander zu vergleichen – und zwar einerseits in Form einer arztseitigen Einschätzung mittels eines Scoresystems (SCL-90 nach Derogatis), andererseits mittels einer Selbsteinschätzung durch die Patienten.

Zum SCL-90: Hier wird die subjektiv empfundene Beeinträchtigung durch körperliche und psychische Symptome einer Person zum Beginn und zum Ende einer Behandlung gemessen. Die 90 Items der neun Skalen beschreiben die Bereiche Somatisierung, Zwanghaftigkeit, Unsicherheit im Sozialkontakt, Depressivität, Ängstlichkeit, Aggressivität/Feindseligkeit, phobische Angst, paranoides Denken und Psychotizismus. Es ergibt sich ein Summen-Score (GSI), der umfassend die psychische Belastung aus Patientensicht ausdrückt. Dabei bedeutet null minimale Belastung. Gesunde Personen erreichen Werte von 0,6 bis 0,8.

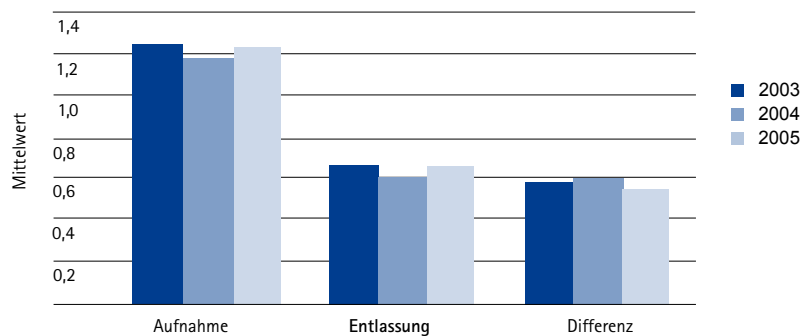


Abbildung: Krankenhaus SCL-90-GSI

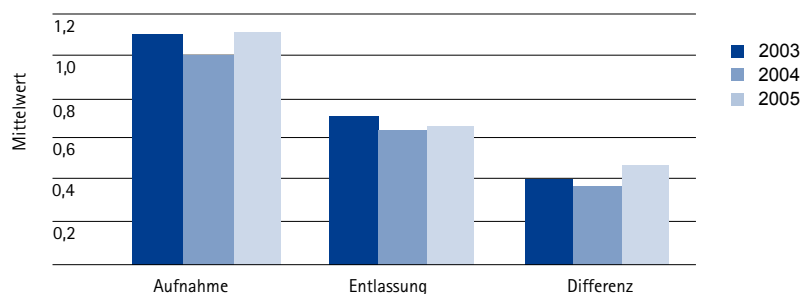


Abbildung: Rehabilitation SCL-90-GSI

Die quantitative und qualitative Auswertung der Behandlungsdaten (Basisdokumentation und Symptom-Chek-Liste (SCL-90) nach Derogatis erfolgt über das Institut für Qualitätsentwicklung in der Psychotherapie und Psychosomatik, München (IQP). Hierdurch ist ein direkter Vergleich zwischen der Akut- und Rehabilitationsabteilung und mit den gepoolten Daten anderer psychosomatischer Kliniken (getrennt nach Akut- und Rehakliniken) möglich. Gerade diese Vergleichsmöglichkeiten sind sehr hilfreich für die qualitative Weiterentwicklung, da sie sowohl Schwachpunkte als auch Stärken fokussieren und somit als Wegweiser für den internen Qualitätsprozess fungieren.

2003 publizierte das IQP in der Zeitschrift „Psychotherapie“ das Ergebnis einer Stichprobenuntersuchung bei akutstationären psychosomatischen Patienten aus dem Behandlungszeitraum 2001/2002¹. In der untenstehenden Abbildung werden die Verweildauern bezogen auf einzelne Störungen abgebildet. Vergleicht man diese mit unseren Verweildauern, so fällt auf, dass diese im Schnitt 18 Tage unter den publizierten liegen. (Siehe Abbildung 2)

¹ Tritt K. et al., Patienten in stationäre psychosomatischer Krankenhausbehandlung: Patientencharakteristika und Behandlungsergebnisse anhand der Psy-Bado-Ptm, Psychotherapie 8.Jahrg. 2003, Bd 8 Heft 1, 244-251

In der Publikation werden die Behandlungsergebnisse anhand von Patienten- und Therapeutenratings für das somatische und psychische Befinden und durch den SCL90 vor und nach der Behandlung dargestellt. (Abbildungen 3, 4 und 5) Die Darstellung unserer Ergebnisse sowohl für den Akut- als auch Rehabilitationsbereich (siehe Abbildung 6, 7, 8) zeigen vergleichbar gute Behandlungsergebnisse.

Psychische Erstdiagnosen nach ICD-10 sowie reguläre Behandlungsdauer in Tagen*	2001 und 2002 gesamt N = (%)	Behandlungsdauer*: Mittelwert /(SD)/ [absol. Häufigkeit]
Organische Störung (F0)	12 (0,1)	49,33 (29,78) [6]
Psychische Störung durch Alkohol (F10)	34 (0,4)	40,42 (22,83) [19]
Störung durch sonstige Substanzen (F11-19)	24 (0,3)	42,30 (26,04) [10]
Schizophrenie (F2)	66 (0,8)	57,74 (29,32) [43]
Manische, bipolare Störung (F30-31)	67 (0,8)	61,22 (24,51) [54]
Depressive Episode (F32)	1.777 (21,2)	50,26 (20,13) [1.433]
Rezidivierende depressive Störung (F33)	2.214 (26,4)	53,36 (21,17) [1.794]
Sonst. anhalt. affektive Störung (F34.0/8/9 u. F38/9)	16 (0,2)	58,00 (19,91) [11]
Dysthymie (F34.1)	151 (1,8)	48,79 (17,33) [121]
Phobie (F40)	269 (3,2)	56,50 (19,06) [209]
Sonstige Angststörung (F41)	759 (9,0)	50,54 (24,24) [588]
Zwangsstörung (F42)	243 (2,9)	69,20 (23,92) [200]
Anpassungsstörung (F43 und F43.2/8/9)	385 (4,6)	48,94 (22,66) [295]
Belastungsstörung (F43.0/1)	278 (3,3)	75,11 (39,17) [211]
Dissoziative Störung (F44)	55 (0,7)	64,74 (38,22) [38]
Somatoforme Störung (F45)	385 (4,6)	50,11 (23,05) [292]
Sonstige neurotische Störung (F48)	40 (0,5)	50,45 (23,89) [33]
Essstörung (F50)	687 (8,2)	70,68 (29,74) [431]
Sonstige Verhaltensauffälligkeit (F51-53)	9 (0,1)	51,00 (20,23) [6]
Psych. Faktoren bei anderorts klass. Krankheit (F54)	97 (1,2)	53,19 (19,55) [89]
Persönlichkeitsstörung (F60)	686 (8,2)	76,22 (40,71) [460]
Sonstige Persönlichkeits (F61-69)	116 (1,4)	83,87 (46,95) [82]
Entwicklungsstörung (F8)	2 (0,0)	47,50 (31,82) [2]
Störung beginnend in Kindheit und Jugend (F9)	18 (0,2)	61,42 (30,30) [12]
Insgesamt	8.390 (100,0)	56,57 (26,99) [6.439]

* Behandlungsdauer bezieht sich ausschließlich auf die regulären Entlassungen.

Abbildung 1: Psychische Erstdiagnosen nach ICD-10 sowie reguläre Behandlungsdauer in Tagen (aus: Tritt, K. et al. Patienten in stationärer psychosomatischer Akutbehandlung)

	Akutabteilung	Rehabilitation
Verweildauer insgesamt	38,82 (n=1.682)	38,66 (n=1.154)
F32 Depressive Episode	37,8 (n= 447)	39,62 (n=338)
F33 Rezidivierende depressive Störung	37,8 (n=802)	39,65 (n=308)
F45 Somatoforme Störung	32,13 (n=78)	36,49 (n=88)
F50 Essstörung	58,53 (n=116)	37,92 (n=25)
F60-61 Persönlichkeitsstörungen	42,86 (n=37)	34,16 (n=31)

Abbildung 2: Verweildauer Akutabteilung und Rehabilitation

Änderung des somatischen Befindes*	Therapeutenratings*	Patientenratings*
	n = (%)	n = (%)
Nicht relevant / kein Problem	836 (13,0)	691 (12,2)
Deutlich verschlechtert	166 (2,6)	93 (1,6)
Etwas verschlechtert	151 (2,4)	225 (4,0)
Nicht verändert	702 (10,9)	718 (12,7)
Etwas gebessert	2.168 (33,8)	1.860 (32,9)
Deutlich gebessert	2.388 (37,2)	2.064 (36,5)
Insgesamt	6.349 (100,0)	5.651 (100,0)

* Die Veränderungsmessungen beziehen sich ausschließlich auf die regulären Entlassungen.

Abbildung 3: Änderung des somatischen Befundes (aus: Tritt, K. et al. Patienten in stationärer psychosomatischer Akutbehandlung)

Änderung des Psychischen Befindes*	Therapeutenratings*	Patientenratings*
	n = (%)	n = (%)
Nicht relevant / kein Problem	72 (1,1)	182 (3,2)
Deutlich verschlechtert	232 (3,6)	78 (1,4)
Etwas verschlechtert	117 (1,8)	140 (2,5)
Nicht verändert	191 (3,0)	382 (6,7)
Etwas gebessert	2.001 (31,2)	2.241 (39,4)
Deutlich gebessert	3.804 (59,3)	2.663 (46,8)
Insgesamt	6.417 (100,0)	5.686 (100,0)

* Die Veränderungsmessungen beziehen sich ausschließlich auf die regulären Entlassungen.

Abbildung 4: Änderung des psychischen Befindens (aus: Tritt, K. et al. Patienten in stationärer psychosomatischer Akutbehandlung)

SCL-90-R Skalen*	Aufnahme*	Entlassung*	Prä-/Post-Differenzenzen*
	MW (SD)	MW (SD)	MW (SD)
1) Somatisierung	1,08 (0,76)	0,69 (0,64)	0,39 (0,63)
2) Zwanghaftigkeit	1,49 (0,84)	0,82 (0,70)	0,67 (0,74)
3) Unsicherheit in soz. Kontakten	1,35 (0,87)	0,75 (0,68)	0,61 (0,78)
4) Depressivität	1,68 (0,87)	0,85 (0,74)	0,83 (0,82)
5) Ängstlichkeit	1,27 (0,83)	0,73 (0,69)	0,54 (0,73)
6) Aggressivität	0,94 (0,74)	0,52 (0,60)	0,42 (0,72)
7) Phobische Angst	0,86 (0,86)	0,42 (0,61)	0,45 (0,71)
8) Paranoides Denken	1,14 (0,84)	0,62 (0,64)	0,52 (0,74)
9) Psychotizismus	0,81 (0,65)	0,44 (0,53)	0,37 (0,55)
Global Severity Index [N =]	1,24 (0,66) [5.898]	0,69 (0,57) [5.805]	0,55 (0,56) [5.724]

* Die Veränderungsmessungen beziehen sich ausschließlich auf die regulären Entlassungen.

Abbildung 5: SCL-90-R Skalen (aus: Tritt, K. et al. Patienten in stationärer psychosomatischer Akutbehandlung)

	Akutabteilung (n=1452)	Rehabilitation (n=923)
Deutlich verschlechtert	3,4 %	5,6 %
Etwas verschlechtert	5,2 %	8,0 %
Nicht verändert	13,5 %	19,4 %
Etwas gebessert	41,2 %	40,6
Deutlich gebessert	36,7 %	26,3

Abbildung 6: Veränderung somatisch (Patienteneinschätzung)

	Akutabteilung (n=1452)	Rehabilitation (n=997)
Deutlich verschlechtert	2,8 %	5,1 %
Etwas verschlechtert	4,0%	5,1 %
Nicht verändert	9,8 %	17 %
Etwas gebessert	41,0%	43,8 %
Deutlich gebessert	42,4 %	29,0 %

Abbildung 7: Veränderung psychisch (Patienteneinschätzung)

	Akutabteilung (n=1624)	Rehabilitation (n=1108)
GSI Aufnahme	1,22	1,11
GSI Entlassung	0,65	0,65
GSI Differenz prä/post	0,56	0,46

Abbildung 8: SCL90: GSI² bei Aufnahme und Entlassung

Insgesamt lässt sich festhalten, dass im Vergleich zu den publizierten Daten die erzielten Veränderungen sowohl in der Patienteneinschätzung als auch durch den SCL90 objektivierbar, vergleichbar sind. Bemerkenswert erscheint, dass diese Veränderung in einer deutlich kürzeren (-18 Tage) Behandlungszeit erreicht wurden

Für den direkten Vergleich der Abteilung Krankenhaus und der Abteilung Rehabilitation der Psychosomatischen Klinik Bad Neustadt haben wir die GSI-Werte aus der Symptom-Checkliste (SCL-90) nach Derogatis und die Patienteneinschätzung aufgelistet. Wie aus der Abbildung hervorgeht, ist der Aufnahmewert des GSI bei einer Krankenhausbehandlung um 0,11 höher als in der Abteilung Rehabilitation, jedoch sind die erzielten Veränderungen (Aufnahme GSI – Entlassungs GSI) vergleichbar. Die Unterschiede bei der Patientenselbsteinschätzung bezüglich körperlicher und seelischer Veränderung führen wir bei vergleichbarer diagnostischer Einschätzung der beiden Patientengruppen auf die höhere Chronifizierungsrate der in der Abteilung Rehabilitation aufgenommenen Patienten zurück.

² Gesamtschwereindex

	Akutstationäre Behandlung	Rehabilitation
Beschwerdebezogene Arbeitsunfähigkeit im letzten Jahr	2,34 Wochen (n=1.638)	3,86 Wochen (n=1.131)
Gesamtarbeitsunfähigkeit im letzten Jahr	6,63 Wochen (n=1.637)	25,97 Wochen (n=673)
Chronifizierung	31,60 Monate (n=1.680)	39,76 Monate (n=1.101)
Kein Rentenverfahren	93,4 % (n=1.638)	91,6 % (n=1.092)
Arbeitslosigkeit	14,2 % (n=1.638)	18,7 % (n=1.131)

Rehabilitationspatienten sind in der Regel länger arbeitsunfähig (26 versus 7 Wochen), leiden länger an ihrer Krankheit (Chronifizierung) und sind häufiger arbeitslos. Sie haben meistens eine längere Krankheitsvorgeschichte. Nach Zielke (Zielke et al.: Ergebnisqualität und Gesundheitsökonomie verhaltensmedizinischer Psychosomatik (2004), S. 111, Pabst Verlag) beträgt die Dauer bis zur Einleitung einer Rehabilitation für psychosomatisch Kranke im Schnitt sieben Jahre. Aufgrund der konzeptuell festgelegten Aufnahmemodalität im Akutbereich (sofortige Aufnahme des Patienten ohne Wartezeit und prästationärer Selektion ist der ins Krankenhaus eingewiesene Patient näher an seiner Dekompensationssituation und hat eine deutlich kürzere Krankheitsgeschichte. Dies bedeutet eine unterschiedliche Zielsetzung der stationären psychosomatische Behandlung in beiden Abteilungen. Angesichts der höheren Chronifizierungsrate geht es im Bereich der Abteilung Rehabilitation in erster Linie darum, den Patienten weiterhin an seinem Arbeitsplatz oder in seinem Lebensumfeld zu halten. Für den Patienten in der Akutabteilung ist es oft noch wichtig beziehungsweise auch therapeutisch möglich, die Symptomatik deutlich zu lindern und teilweise auch ganz zurückzuführen.

D-7 Perspektiven des Qualitätsmanagements

Konform mit den Vorarbeiten auf eine Zertifizierung ist geplant, im 2. Halbjahr 2007 in der Klinik mit der Zertifizierung nach DIN EN ISO 9001:2000 und den Anforderungen des IQMP-Reha zu beginnen.

Mit dem IQMP-Reha-Zertifizierungsverfahren (Integriertes Qualitätsmanagement-Programm Rehabilitation) steht ein Zertifizierungsverfahren zur Verfügung, das die Vorteile national und international anerkannter Qualitätsmanagement-Modelle mit den inhaltlichen Qualitätsanforderungen der Medizinischen Rehabilitation einschließlich der externen Qualitätssicherungsprogramme verbindet. IQMP-Reha wurde vom Institut für Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen GmbH (IQMG) zusammen mit der Humboldt-Universität Berlin für den Bundesverband Deutscher Privatkrankenkliniken (BDPK) entwickelt.

Veröffentlichungen

Publikationen

2006

Beutel ME, Knickenberg J Zwerenz R (2006) Psychodynamic focal group treatment for psychosomatic inpatients--with an emphasis on work-related conflicts. *Int J Group Psychother.* 2006, 56: 285-305

Zwerenz R, Beutel M.E (2006) Entwicklung und Validierung des Fragebogens zur berufsbezogenen Therapiemotivation (FBTM). In: Nübling, R, Muthny, F.A, & Bengel J, (Hrsg.) *Reha-Motivation und Behandlungserwartungen*, 44/01, 231 – 251, Bern: Huber

Wagner S, Kaschel R, Paulsen S, Knickenberg R.J, Bleichner F, Beutel M.E, (2006) Kognitive Auffälligkeiten, Depressivität und Leistungsfähigkeit bei älteren Arbeitnehmern in stationärer psychosomatischer Behandlung. *Nervenarzt* 77:1338-1344

Igl, W., Zwingmann, C., Faller, H., Beutel, M., Beyer, W., Bischoff, C., Fritschka, E., Wittmann, M. (2006) Änderungssensitivität von generischen Patientenfragebögen - Ergebnisse Physikalische Medizin Rehabilitationsmedizin Kurortmedizin 16: 69-81

Meyer F (2006) Das Spektrum der Selbsthilfe im Bereich psychischer Erkrankungen und die Beratungskompetenz der Selbsthilfe. „Sekis Expertendialog – Angst, Depression und Selbsthilfe“, Berlin, 8. Februar 2006.

Meyer F, Höflich A, Matzat J, Franke W & Beutel ME (2006) Selbsthilfegruppen im Rahmen einer stationären psychosomatischen Behandlung. Poster zur 57. Jahrestagung des Deutschen Kollegiums für Psychosomatische Medizin, Magdeburg, 15.-18. März 2006.

Meyer F (2006). Selbsthilfegruppen für psychisch Kranke, Inanspruchnahme, Wirkung. Jahrestagung der Deutschen Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen, Mannheim, 22.-24. Mai 2006.

Höflich A, Meyer F, Matzat J, Beutel MB (in press). Selbsthilfegruppen für psychisch und psychosomatisch Kranke – Zugang, Barrieren, Nutzen . Bundesverband der Betriebskrankenkassen (Hrsg.) *Wirtschaftsverlag NW*.

Hillert A, Beutel ME, Koch S, Zwerenz R, Holme M, Knickenberg RJ, Middeldorf S, Wendt T, Milse M, Scharl W & Schröder K (2006). Berufsbezogenes Belastungserleben von Patienten in der orthopädischen und kardiologischen Rehabilitation: Eine indikationsübergreifende Untersuchung zur empirischen Begründung von Indikationskriterien für die kontrollierte Evaluation eines berufsbezogenen Schulungsprogramms. In *Deutsche Rentenversicherung Bund (Ed.), 15. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium, Rehabilitation und Arbeitswelt – Herausforderungen und Strategien – vom 13. bis 15. März 2006 in Bayreuth (pp. 70-72)*. Frankfurt/Main: Deutsche Rentenversicherung Bund.

Hillert A, Koch S, Beutel ME, Holme M, Knickenberg RJ, Middeldorf S, Wendt Th, Milse M, Scharl W, Schröder K & Zwerenz R (in Druck). Berufliche Belastungen und Indikationsstellung für ein berufsbezogenes Schulungsmodul in der medizinischen Rehabilitation: Bericht einer multizentrischen Evaluationsstudie. Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation

Dissertationen

Laufend:

Reliabilität einer Skala zur Einschätzung der Adhärenz und Kompetenz des Therapeuten in einer tiefenpsychologischen berufsbezogenen Therapiegruppe.

Aspekte der Validität einer Skala zur Einschätzung der Adhärenz und Kompetenz des Therapeuten in einer tiefenpsychologischen berufsbezogenen Therapiegruppe.

Patienten mit Rentenwunsch in der stationären psychosomatischen Rehabilitation.

Behandlung arbeitsloser Patienten im Rahmen der stationären psychosomatischen Rehabilitation.

Symposien der Psychosomatischen Klinik Bad Neustadt/ Saale

2006

1. Knickenberg RJ, Kerber S, Möller H, Psychosomatische Klinik Bad Neustadt in Kooperation mit der Deutschen Gesellschaft für Musikerphysiologie und Musikermedizin (DGfMM): Jahrzehntelange Höchstleistung als Musiker. Rechtzeitige Vorbeugung und wirksame Behandlung somatischer und psychosomatischer Erkrankungen. 05.-06.05. 2006

2006

2. Knickenberg RJ, Bleichner F, Maaser R, Seelsorge und Psychotherapie. Beichte und Psychotherapie: Vergebung und Veränderung. 01.12.2006

Impressum

Redaktion und Textverarbeitung

Dr. med. Franz Bleichner, Dr. med. Rudolf J. Knickenberg, Jörg Rieger, Erk Scheel, Matthias Grill

Herausgeber

Psychosomatische Klinik Bad Neustadt der Rhön-Klinikum AG, Bad Neustadt an der Saale

- Nachdruck nur mit schriftlicher Genehmigung des Herausgebers -

Verantwortliche und Ansprechpartner

Geschäftsleitung

Jörg Rieger

Tel.: 09771/908-8774 (über Sekretariat)

Fax: 09771/99-1464

E-Mail: rieger@neurologie-bad-neustadt.de

Ärztlicher Direktor und Ärztliche Leitung Abteilung Rehabilitation

Dr. med. Rudolf J. Knickenberg

Tel.: 09771/67-3203

Fax: 09771/65-9301

E-Mail: knickenberg.ca@psychosomatische-klinik-bad-neustadt.de

Ärztliche Leitung Abteilung Krankenhaus

Dr. med. Franz Bleichner

Tel.: 09771/67-3101

Fax: 09771/65-9301

E-Mail: bleichner.ca@psychosomatische-klinik-bad-neustadt.de

Verwaltungsleitung

Erk Scheel (bis 30.04.2007)

Tel.: 09771/67-3301

Fax: 09771/659301

E-Mail: e.scheel.vl@psychosomatische-klinik-bad-neustadt.de

Matthias Grill

Tel.: 09771/67-3301

Fax.: 09771/65-9301

E-Mail: m.grill.vl@psychosomatische-klinik-bad-neustadt.de

Links

Psychosomatische Klinik Bad Neustadt: www.psychosomastische-klinik-bad-neustadt.de

RHÖN-KLINIKUM AG: www.rhoen-klinikum-ag.com