



  
**Klinik Kinzigtal**  
Gengenbach



# Qualitätsbericht

Stand: November 2009



# Vorwort

Liebe Leserinnen und Leser,

Qualität und Transparenz sind für die medizinische Rehabilitation entscheidende Größen. Denn wo sich Rahmenbedingungen ständig ändern, muss die Leistungsfähigkeit der einzelnen Rehabilitationsklinik vergleichbar dokumentiert sein.

Noch fehlen für den Bereich der medizinischen Rehabilitation zwar verbindliche Richtlinien zur Erstellung eines strukturierten Qualitätsberichts. Dennoch hält die Karlsruher Sanatorium AG die Darlegung der Qualität ihrer acht Fach- und Rehabilitationskliniken für sinnvoll und notwendig.

Seit vielen Jahren entwickeln unsere Fach- und Rehabilitationskliniken ihre Behandlungs- und Versorgungsqualität stetig weiter. Routinemäßig durchgeführte interne und externe Erhebungen zur Patientenzufriedenheit und zur Behandlungsqualität liefern das dafür notwendige Datenmaterial. Behandlungsmöglichkeiten, Behandlungserfolge sowie die Zufriedenheit der Patienten mit der Behandlung werden erhoben. Neben diesen medizinisch-therapeutischen Aspekten beinhalten die acht Berichte auch Informationen zu Räumlichkeiten, zur diagnostischen Ausstattung und zu den Service- und Freizeitangeboten. Zudem haben wir die qualitätsgesicherten Strukturen und Prozesse unserer Fach- und Rehabilitationskliniken extern prüfen und zertifizieren lassen. All dies können Sie in den vorliegenden acht Berichten detailliert nachlesen.

Mit dieser offensiven Darlegung unserer Leistungsergebnisse geben wir einen Einblick in die Qualität unserer Arbeit. Die Veröffentlichung unserer Qualitätsberichte trägt zur verbesserten Information bei und liefert Orientierungs- und Entscheidungshilfen für Patienten und Ärzte sowie für Leistungsträger.

Mit freundlichen Grüßen

Berthold Müller  
Geschäftsführer





# Gliederung

## Basisteil: Merkmale der Strukturqualität

<b>1</b>	<b>Allgemeine Klinikmerkmale</b> .....	<b>6</b>
1.1	Allgemeine Behandlungskonzepte .....	7
1.2	Kooperationen .....	7
1.3	Leistungsformen und ambulante Behandlungsmöglichkeiten .....	8
1.4	Behandlungsschwerpunkte .....	8
1.5	Häufigste Hauptdiagnosen und erste Nebendiagnose bei Entlassung .....	9
1.6	Behandelte Patienten .....	9
1.6.1	Alter und Geschlecht der Patienten .....	9
1.6.2	Erwerbsstatus zum Zeitpunkt der Aufnahme .....	10
1.6.3	Krankheitsdauer .....	10
<b>2</b>	<b>Räumliche Ausstattung</b> .....	<b>11</b>
2.1	Patientenzimmer .....	11
2.2	Gemeinschaftsräume .....	11
2.3	Funktionsräume .....	12
<b>3</b>	<b>Diagnostik</b> .....	<b>12</b>
3.1	Diagnostische Möglichkeiten .....	12
3.2	Diagnostische Ausstattung .....	13
<b>4</b>	<b>Personelle Ausstattung</b> .....	<b>14</b>
4.1	Medizinisches und psychologisches Personal .....	14
4.2	Weiteres Personal .....	14

## Systemteil: Qualitätsmanagement

<b>5</b>	<b>Qualitätspolitik und Qualitätsziele</b> .....	<b>16</b>
5.1	Leitbild .....	16
5.2	Politik und Strategie .....	16
<b>6</b>	<b>Qualitätsmanagementsystem</b> .....	<b>17</b>
6.1	Aufbau des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements .....	17
6.2	Strukturen des Qualitätsmanagements .....	17
6.2.1	Klinikübergreifende Strukturen .....	17
6.2.2	Klinikinterne Strukturen .....	17
6.3	Patientenorientierung .....	18
6.4	Mitarbeiterorientierung .....	19
<b>7</b>	<b>Bewertung des Qualitätsmanagements</b> .....	<b>20</b>
7.1	Interne Qualitätsbewertung .....	20
7.1.1	Patientenzufriedenheit .....	20
7.1.2	Gesundheitliche Verfassung .....	25
7.1.3	Behandlungsergebnisse .....	25
7.1.3.1	Einschränkung der Leistungsfähigkeit .....	25
7.1.3.2	Zielerreichung .....	26
7.1.3.3	Arbeitsfähigkeit .....	27
7.1.3.4	Schweregrad der psychosomatischen Störung .....	27
7.1.3.5	Globale Erfassung der Funktionsfähigkeit .....	27
7.1.3.6	Erfassung wahrgenommener Veränderungen .....	28
7.1.3.7	Zufriedenheit mit der Behandlung .....	28
7.1.4	Behandlungsdauer .....	29
7.1.5	Therapiedichte .....	29
7.1.6	Abbrecherquote .....	31
7.2	Externe Qualitätsbewertung .....	31
<b>8</b>	<b>Qualitätsmanagementprojekte</b> .....	<b>33</b>
<b>9</b>	<b>Publikationen</b> .....	<b>34</b>

## Basisteil: Merkmale der Strukturqualität

### 1 Allgemeine Klinikmerkmale

#### **Anschrift der Klinik**

Psychosomatische Klinik Kinzigtal GmbH  
Zentrum für stressbedingte Erkrankungen und Schmerzstörungen  
Wolfsweg 12  
77723 Gengenbach  
Telefon: 07803 / 808-0  
Telefax: 07803-1651  
E-Mail: [info@klinik-kinzigtal.de](mailto:info@klinik-kinzigtal.de)  
Homepage: [www.klinik-kinzigtal.de](http://www.klinik-kinzigtal.de)

#### **Institutionskennzeichen**

510836055

#### **Träger**

Psychosomatische Klinik Kinzigtal GmbH

#### **Kaufmännische Leitung**

Klinikmanager  
Jürgen Berend (Dipl.-Betriebswirt, FH)  
Wolfsweg 12  
77723 Gengenbach  
Telefon: 07803 / 808-202  
Telefax: 07803-1651  
E-Mail: [j.berend@klinik-kinzigtal.de](mailto:j.berend@klinik-kinzigtal.de)

#### **Ärztliche Leitung**

Prof. Dr. med. Ulrich T. Egle (Ärztlicher Direktor)  
Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie  
Spezielle Schmerztherapie  
Telefon: 07803 / 808-211  
Telefax: 07803-1651  
E-Mail: [u.egle@klinik-kinzigtal.de](mailto:u.egle@klinik-kinzigtal.de)

#### **Patientenaufnahme**

Helga Burkhardt / Sylvia Ihrig  
Telefon: 07803 / 808-117 / 118  
Telefax: 07803-808-116  
E-Mail: [h.burkhardt@klinik-kinzigtal.de](mailto:h.burkhardt@klinik-kinzigtal.de) / [s.ihrig@klinik-kinzigtal.de](mailto:s.ihrig@klinik-kinzigtal.de)

#### **Qualitätsbeauftragte**

Brigitte Kellermann  
Medizinisch-technische Assistentin (MTA)  
Telefon: 07803 / 808-123  
E-Mail: [b.kellermann@klinik-kinzigtal.de](mailto:b.kellermann@klinik-kinzigtal.de)

## 1.1 Allgemeine Behandlungskonzepte

Wir verstehen unter Rehabilitation, die Befähigung unserer Patienten die Aktivitäten des täglichen Lebens möglichst in der Art und in dem Ausmaß wiederzuerlangen, die für ihre persönlichen Lebenskontexte notwendig sind. Das grundsätzliche Ziel unserer psychosomatisch-psychotherapeutischen Behandlung ist daher die Minderung der akuten Beschwerden des Patienten sowie die Optimierung seiner Adaptationsfähigkeit auf lange Sicht.

### **Theoriemodell der Rehabilitation und das biopsychosoziale Modell**

Die Klinik Kinzigtal strebt eine ganzheitliche Behandlung und Rehabilitation im Sinne des Rahmenkonzepts der medizinischen Rehabilitation der Deutschen Rentenversicherung um. Zu den wichtigsten Grundlagen der Behandlung zählt das Theoriemodell der Rehabilitation. Das Theoriemodell der Rehabilitation basiert auf dem biopsychosozialen Modell der WHO, das auch in der „Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit“ (engl. ICF) Berücksichtigung findet. Das Theoriemodell der Rehabilitation stellt die Befähigung der Patienten zum eigenverantwortlichen Umgang mit krankheitsbedingten Anforderungen im Sinne eines Aufbaus von Selbstmanagementkompetenzen in den Mittelpunkt der rehabilitationsmedizinischen Behandlung. Das Modell erklärt die Entstehung und den Verlauf einer Erkrankung als das Ergebnis eines komplexen Ineinandergreifens physiologischer, psychischer und sozialer Vorgänge.

### **Psychotherapeutische Orientierungen**

Für die Behandlung bzw. Rehabilitation gilt in der Klinik Kinzigtal der Grundsatz, den Patienten aktiv in den Behandlungsprozess einzubeziehen und ihm entsprechend den Erfordernissen seiner Erkrankung professionelle Unterstützung zukommen zu lassen. Der Behandlungsschwerpunkt liegt auf einer Verbesserung der individuellen Stressverarbeitungsmöglichkeiten. Dabei finden Behandlungsansätze Anwendung, welche sich in der Psychotherapieforschung als wirksam erwiesen haben. Darüber hinaus basiert die Behandlung auf den Erkenntnissen der neurobiologischen Hirnforschung der letzten Jahre. Entsprechend ist das Behandlungs- und Rehabilitationskonzept der Klinik Kinzigtal multidisziplinär, mehrdimensional und multimodal. Besondere Bedeutung wird auch auf die Behandlung von sog. „Teilhabestörungen“ gelegt.

## 1.2 Kooperationen

### **Medizinisch-therapeutische Kooperationen**

Klinische Kooperationen bestehen mit niedergelassenen Fachärzten und Krankenhäusern der Regel- und Maximalversorgung in der unmittelbaren Region, die bei Bedarf konsiliarisch oder zur Mitbehandlung hinzugezogen werden. Für die Diagnostik und Therapie bei Schmerzpatienten ist dabei die Kooperation mit Dr. Niemeyer, Facharzt für Orthopädie, Spezielle Schmerztherapie in Offenburg besonders bedeutsam.

### **Wissenschaftliche Kooperationen**

Die Kliniken der Karlsruher Sanatorium AG beziehen seit mehr als 10 Jahren die Expertise eines wissenschaftlichen Beirats in die strategische Planung ein. Der Beirat tagt viermal pro Jahr und berät die Kliniken in klinischen und wissenschaftlichen psychosomatisch-psychotherapeutischen Fragen. Ihm gehören an:

- **Prof. Dr. phil. Dr. med. Jürgen Bengel**  
Direktor der Abteilung für Rehabilitationspsychologie am Institut für Psychologie  
Universität Freiburg
- **Prof. Dr. Jens Goebel**  
Mitglied im Thüringer Landtag  
Ehemaliger Kultusminister von Thüringen
- **Prof. Dr. phil. Stefan Görres**  
Lehrstuhl für Gerontologie und Pflegewissenschaft der Universität Bremen  
Mitglied des Direktoriums im Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP)  
Universität Bremen

- **Prof. Dr. med. Dr. phil. Uwe Koch (stv. Vorsitzender)**  
Dekan der Medizinischen Fakultät am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE)  
Ehemaliger Direktor des Instituts und der Poliklinik für Medizinische Psychologie (UKE)  
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE)
- **Prof. Dr. phil. Adelheid Kuhlmei**  
Direktorin des Instituts für Medizinische Soziologie am  
Zentrum für Human- und Gesundheitswissenschaften (ZHGB)  
Charité - Universitätsmedizin Berlin
- **Prof. Dr. rer. pol. Hildebrand Ptak**  
Lehrstuhl für Betriebswirtschaftslehre und Management im Gesundheitswesen  
Evangelische Fachhochschule Berlin
- **Dr. med. Peter Schneider (Vorsitzender)**  
Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ) Hennigsdorf

### **Ausbildungskooperationen**

Es besteht eine enge Kooperation mit folgenden Ausbildungsstätten:

- Klaus Grawe-Institut für Psychologische Psychotherapie Zürich
- Freiburger Ausbildungsinstitut für Verhaltenstherapie (FAVT)
- Psychiatrisch-psychosomatischer Weiterbildungsverbund Ortenau
- Akademie für Zahnärztliche Fortbildung Karlsruhe

## **1.3 Leistungsformen und ambulante Behandlungsmöglichkeiten**

### **Stationäre psychosomatische Rehabilitation**

Die Klinik Kinzigtal hat den Status einer stationär medizinischen Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtung gemäß § 107 SGB V mit einem Versorgungsvertrag nach § 111 SGB V. Es werden medizinische Vorsorgemaßnahmen nach § 23 Absatz 4 und medizinische Rehabilitationsmaßnahmen nach § 40 Absatz 2 SGB V durchgeführt.

Die rehabilitativen Behandlungsformen der Klinik erfolgen überwiegend in Kostenträgerschaft der Deutschen Rentenversicherung (DRV), der Deutschen Rentenversicherung Rheinland sowie der Deutschen Rentenversicherung Baden-Württemberg. Weitere Kostenträger der Klinik sind die Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten Frankfurt und das Techniker-Service-Zentrum.

## **1.4 Behandlungsschwerpunkte**

Die Behandlungsschwerpunkte der Klinik Kinzigtal umfassen:

- Behandlung chronischer Schmerzerkrankungen, differenziert nach diagnostischen Subgruppen
- Behandlung somatoformer Störungen
- Behandlung von depressiven Störungen, differenziert nach Subgruppen
- Behandlung von Angsterkrankungen
- Behandlung von posttraumatischen Belastungsstörungen
- Behandlung von körperlicher und psychischer Komorbidität, u.a. Tinnitus, Essstörungen mit Adipositas/binge eating, Diabetes mellitus und chronisch-entzündlichen Darmerkrankung

## 1.5 Häufigste Hauptdiagnosen und erste Nebendiagnose bei Entlassung

In der folgenden Tabelle sind die Häufigkeiten der Haupt- und ersten Nebendiagnosen der Klinik Kinzigtal für das Jahr 2008 dargestellt. Die Diagnosen liegen für 1581 Rehabilitanden vor. Die Angabe „n<sub>2008</sub>“ in der Tabelle entspricht der erfassten Fallzahl für das Jahr 2008.

Tabelle 1: Verteilung der Hauptdiagnose und 1. Nebendiagnose bei Entlassung (n<sub>2008</sub>=1581)

<b>Hauptdiagnose und 1. Nebendiagnose bei Entlassung</b>			
<b>ICD-10 Code</b>	<b>Name der Diagnose</b>	<b>Hauptdiagnose Anteil in %</b>	<b>1. Nebendiagnose* Anteil in %</b>
F32, F33, F34.1	Depressive Störungen	46,9%	24,5%
F30, F31, F34.0, F38	Sonstige affektive Störungen	0,3%	0,3%
F40-F42	Angst- und Zwangsstörungen	10,9%	10,8%
F43.2, F48	Anpassungsstörungen	9,6%	2,8%
F43.0, F43.1, F43.8, F43.9, F44	Dissoziative und Belastungs- störungen	3,6%	1,4%
F45	Somatoforme Störungen	18,7%	10,9%
F50	Essstörungen	0,8%	0,9%
F54	Psychologische Faktoren oder Verhaltensfaktoren bei ande- renorts klassifizierten Krank- heiten	2,8%	2,0%
F6	Persönlichkeits- und Verhal- tensstörungen	3,0%	4,4%
F0-F2, F51, F7-F9	Sonstige psychische Störungen	0,2%	1,9%
G43, G44.2, H93.1, I10, J45, K25, K26, K50, K51, K58, L20, L40, M54, M79.7	Psychosomatische Diagnosen	1,8%	17,5%
A-E, G-Z	Sonstige Diagnosen	1,4%	16,9%

\* 5,7% ohne Nebendiagnose

## 1.6 Behandelte Patienten

Die nachfolgenden Tabellen geben einen Überblick über Alter, Geschlecht, Krankheitsdauer sowie Erwerbsstatus der Patienten zum Zeitpunkt der Aufnahme. Die Klinik Kinzigtal behandelte 2008 insgesamt 1821 Patienten.

### 1.6.1 Alter und Geschlecht der Patienten

Tabelle 2 zeigt die Altersstruktur getrennt nach dem Geschlecht. Zur Verteilung der geschlechtsspezifischen Altersverteilung liegen Angaben von 1688 Patienten vor. Die meisten Patienten, die im Jahr 2008 in der Klinik Kinzigtal behandelt wurden, waren über 45 Jahre alt.

Tabelle 2: Altersverteilung nach Geschlecht (n<sub>2008</sub>=1688)

Alter und Geschlecht	Prozentuale Verteilung	
	Weiblich n <sub>2008</sub> =1087	Männlich n <sub>2008</sub> =601
Zeitraum		
bis 34 Jahre	7,5%	5,8%
35-44 Jahre	21,7%	22,3%
45-54 Jahre	41,9%	44,4%
55 Jahre und älter	28,9%	27,5%
Gesamt	100%	100%

### 1.6.2 Erwerbsstatus zum Zeitpunkt der Aufnahme

Zum Erwerbsstatus konnten die Daten von 1427 Patienten im Jahr 2008 erhoben werden. Zum Erwerbsstatus bei Aufnahme gaben 60% der Patienten an, ganztags erwerbstätig zu sein. Etwa 16% der Patienten waren noch mindestens halbtags erwerbstätig. Der Anteil arbeitsloser Patienten lag bei ca. 10%.

Tabelle 3: Erwerbsstatus bei Aufnahme (n<sub>2008</sub>=1427)

Erwerbstätigkeit	Prozentuale Verteilung
Zeitraum	2008
ja, ganztags	60,8%
ja, mindestens halbtags	16,0%
ja, weniger als halbtags	4,1%
nein, arbeitslos	10,1%
nein, Hausfrau/Hausmann	2,6%
nein, EU/BU-Rente	2,7%
Altersrente	3,4%
Sonstiges	0,3%

### 1.6.3 Krankheitsdauer

Die nachfolgende Tabelle 4 gibt Aufschluss darüber, wie lange die Patienten vor Aufnahme in der Klinik bereits erkrankt waren. Hier liegen Ergebnisse von 1460 Patienten vor. Bei knapp einem Drittel der Patienten, die im Jahr 2008 behandelt wurden, ist eine Krankheitsdauer von einem bis zwei Jahren auszumachen. Bei ca. 23% der im Jahr 2008 behandelten Patienten lag die Krankheitsdauer unter einem Jahr.

Tabelle 4: Krankheitsdauer (n<sub>2008</sub>=1460)

Krankheitsdauer	Prozentuale Verteilung
Zeitraum	2008
bis 1 Jahr	22,9%
1 bis 2 Jahre	28,3%

2 bis 5 Jahre	24,0%
5 bis 10 Jahre	11,8%
10 bis 15 Jahre	5,2%
15 bis 20 Jahre	3,9%
Über 20 Jahre	3,8%

## 2 Räumliche Ausstattung

### 2.1 Patientenzimmer

Die Patienten der Klinik Kinzigtal sind in 205 Einzelzimmern und 9 Doppelzimmer untergebracht. Alle Patientenzimmer sind mit einer Dusche & WC ausgestattet. Der überwiegende Teil der Zimmer verfügt über einen Balkon.

### 2.2 Gemeinschaftsräume

Unseren Patienten stehen zahlreiche Gemeinschaftsräume zur Verfügung, um in Gesellschaft anderer Patienten oder mit Angehörigen entspannt verweilen zu können.

Tabelle 5: Übersicht Gemeinschaftsräume

Räume	Funktion
<b>Speisesäle</b>	Zwei Speisesäle für Mahlzeiten und Diäten
<b>Cafeteria</b>	Für Gesellschaftsspiele, geselliges Miteinander und TV
<b>Freizeitgestaltungsraum</b>	Raum für Seidenmalerei, Lederarbeiten und Papierarbeiten
<b>Bibliothek</b>	Ruhe- und Leseraum
<b>Fernsehräume</b>	Vier Räume
<b>Konferenzraum</b>	Für Diavorträge, Meditativen Tanz, Theater und Musik
<b>Multimediarraum</b>	Film- und Lichtbildervorführungen
<b>Sporthalle</b>	Für Sport und Spiele im Freizeitbereich
<b>Muskeltrainingsraum</b>	Trainingsgeräte für Kraft und Ausdauer
<b>Patienten-PC-Raum</b>	PCs zur kostenlosen Nutzung
<b>Atrium</b>	Für Gesellschaftsspiele, geselliges Miteinander
<b>Dachterrasse</b>	Für Gesellschaftsspiele, geselliges Miteinander

## 2.3 Funktionsräume

Zur Durchführung der rehabilitativen Behandlung stehen in der Klinik folgende Funktionsräume zur Verfügung:

Tabelle 6: Übersicht Funktionsräume

Räume	Funktion
<b>Räume für Sport- und Bewegungstherapie</b>	Gymnastik, Ergometertraining, Tinnitusretraining, Entspannung, Bewegung, Schmerz und Schwimmen
<b>Räume für Krankengymnastik</b>	Einzel- und Kleingruppengymnastik (funktionsspezifisch), Atemtherapie, Schlingentisch, Rückenschule, Manuelle Therapie,
<b>Räume für Thermo-, Hydro- und Balneotherapie</b>	Massagen, Unterwassermassagen, Lymphdrainage, Reflexzonentherapie, Kneippsche Anwendungen, Inhalationen, Elektrotherapie, Med. Bäder, Wärme- und Kälteanwendungen
<b>Schwimmbad</b>	Aquafit, orthopädisches Rückenschwimmen, Wassergymnastik, Schwimmlehrgang
<b>Gruppenräume</b>	Gruppen: Interaktionelle Gruppen, Störungsspezifische Gruppen (stressbedingte Schmerzzustände, Schmerzbewältigung, Angst, Tinnitus, Depression, Adipositas), KBT, Biofeedback, QiGong, Berufsprobleme, kognitives Training, PMR, Autogenes Training, Soziale Kompetenz, Musiktherapie, Atemtraining, Rückenschule, Venenschule, Beckenboden, Ergotherapie Medizinische Vorträge Patientenbegrüßung und -einführung nach Anreise
<b>Untersuchungsräume</b>	Für körperliche Aufnahme- und Verlaufsuntersuchungen
<b>Pflegestützpunkte</b>	Zur Vorbereitung von Pflegemaßnahmen und Blutentnahmen Für Patientengespräche durch Pflegefachkräfte
<b>Notfallraum</b>	Notfallmäßige Versorgung von Patienten mit akut auftretenden psychischen und somatischen Krankheiten
<b>Lehrküche</b>	Für Ernährungsberatung

## 3 Diagnostik

### 3.1 Diagnostische Möglichkeiten

Die medizinische Diagnostik umfasst die körperliche, psychiatrische, neurologische und orthopädische Untersuchung, klinisches Labor, Ruhe-EKG, Belastungs-EKG, 24-Stunden-Blutdruckmessung, Spirometrie und abdominelle Sonographie. Eine klinische spezifische internistische Diagnostik (Kardiologie, Diabetologie) ist gewährleistet.

Die rehabilitationsbezogene Diagnostik psychischer und psychosomatischer Störungen stützt sich vor allem auf eine ausführliche Anamnese, die biographische, systemische, psychodynamische und lerngeschichtliche Aspekte integriert. Innerhalb dieser erfolgt auch eine sorgfältige Erfassung der Arbeitsplatzsituation sowie Beziehungsdagnostik, ggf. ergänzt durch Paar- oder Familiengespräche. Bei Schmerzpatienten leistet das (computergestützte) Biofeedback mit Hilfe des Stresstestes einen wichtigen diagnostischen Beitrag.

In unserer Klinik wird darüber hinaus eine psychosoziale Routinediagnostik bei Aufnahme und Entlassung durchgeführt. Dabei werden die Patienten zu ihren Beschwerden, ihrer körperlichen und psycho-

sozialen Funktionsfähigkeit, ihren psychischen Symptomen mit standardisierten und validen Erhebungsinstrumenten befragt. Die Ergebnisse der psychosozialen Diagnostik bei Aufnahme werden neben anderen diagnostischen Befunden als Grundlage für die Aufstellung des Therapieplanes genutzt. Anhand von Ergebnissen der Abschlussuntersuchung wird der Behandlungserfolg beurteilt. Die Routinediagnostik wird in einigen Fällen auch während der Rehabilitationsbehandlung eingesetzt, um zu überprüfen, ob die Zwischenziele der Behandlung erreicht werden konnten und um die Behandlung im Bedarfsfall zu optimieren (Verlaufskontrolle). Die Routinediagnostik dient uns insgesamt als ein wichtiges Qualitätskriterium, um das therapeutische Angebot und die Behandlung zu optimieren.

### 3.2 Diagnostische Ausstattung

Zur diagnostischen Abklärung und Verlaufskontrolle steht in der Klinik Kinzigtal folgende apparative Ausstattung zur Verfügung.

Tabelle 7: Apparative Grundausstattung

Bereiche	Geräte
<b>Sonographie</b>	Abdominelles Sonographiegerät
<b>EKG</b>	Ruhe-EKG
	Belastungs-EKG
<b>Labor</b>	
<b>24-Stunden-Blutdruck Messgerät</b>	
<b>Lungenfunktionsprüfung</b>	Spirometer
<b>Physiologische Diagnostik</b>	Biofeedback-Gerät
<b>Notfallversorgung</b>	Notfallwagen und -koffer
	Defibrillator
	Intubationsbesteck

## 4 Personelle Ausstattung

### 4.1 Medizinisches und psychologisches Personal

Der Stellenschlüssel entspricht den Empfehlungen der Kommission zur Weiterentwicklung der Rehabilitation in der Deutschen Rentenversicherung Bund.

Tabelle 8: Übersicht medizinisches/psychologisches Personal

Ärzte und Psychologen	Qualifikation	Anzahl
Ärztlicher Direktor Prof. Dr. Ulrich Egle	Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Spezielle Schmerztherapie	1,0
Chefarzt Dr. B. Zentgraf Ltd. Internistin	Facharzt für Psychiatrie und Neurologie Psychotherapie, Sozialmedizin	2,0
Frau Dr. M. Löffel	Fachärztin für Innere Medizin, Kardiologie und Diabetologie	
Oberarzt/-ärztin	Fachärzte für psychotherapeutische Medizin, Rehabilitationswesen, Allgemeinmedizin, Psychotherapie	3,0
Assistenzarzt/-ärztin	Fachärzte für Allgemeinmedizin, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	10,0
Dipl.-Psychologe/-Psychologin	Approbierte und in Ausbildung befindliche psychologische Psychotherapeuten, psychologische Schmerztherapeutin, systemische Psychotherapeutin, Sexualtherapeut	13,0

### 4.2 Weiteres Personal

Im Pflegebereich arbeiten ausschließlich examinierte Pflegefachkräfte. Apparative Diagnostik sowie auch die sozialtherapeutische und die Diät-Beratung liegen in den Händen engagierter Fachkräfte mit großer Berufserfahrung.

Tabelle 9: Übersicht weiteres Personal

Vollkräfte der Klinik	Qualifikation	Anzahl
Pflegedirektorin	Examierte Krankenschwester, Lehrerin für Pflegeberufe, Fachkrankenschwester für Psychiatrie	1,0
Pflegekräfte	Examierte Krankenschwester/Krankenpfleger Zum Teil mit einer Zusatzqualifikation: Fachkrankenschwester für Psychiatrie und Biofeedback, PMR	17,0
Physiotherapeut/-in	Staatl. gepr. Physiotherapeut/-in Zusatzqualifikationen: spezielle Physiotherapie für chron. Schmerz und Fibromyalgie, McKenzie, Venenschule, Lymphdrainage, Rückenschule, Manuelle Therapie und med. Aufbautraining, Spiegeltherapie	3,0
Ergotherapeut/-in	Staatl. gepr. Ergotherapeut/-in Atemtherapeut/-in Zusatzqualifikation: Konzentrierte Bewegungstherapie, QiGong, Autogenes Training	4,0
Musiktherapeut/-in	Dipl. Soziologe/-in Dipl. Betriebswirt/-in Zusatzqualifikationen: Lehrmusiktherapeut/-in	1,0

Dipl.-Sportlehrer/-in	Staatl. gepr. Sport- und Gymnastiklehrer/-in Sporttherapeutische Zusatzqualifikationen für: Psychiatrie, Psychosomatik, Sucht, Innere Medizin, Gerontologie, Orthopädie, Traumatologie, Rückenschule	2,0
Masseur/-in	Staatl. gepr. med. Bademeister/-in und Masseur/-in Zusatzqualifikationen: Lymphdrainage, Rückenschule und Fußreflexzonen-therapie, Aquafit, Venenschule	3,0
Dipl.-Sozialarbeiter/-in Dipl.-Sozialpädagoge/-in	Dipl. Sozialpädagoge/-in, Dipl.-Sozialarbeiter/-in, Dipl. Pädagoge/-in Zusatzqualifikation: Familientherapeut/-in	3,0
Med. Dokumentar Psych.-technische Assistenz	Medizinische Dokumentationsassistenten/-in	2,0
Medizinisch-technischer/e Assistent/-in Arzthelfer/-in	Med. technischer/e Assistent/-in Arzthelfer/-in	3,0
Schreibkraft	Med. Schreibkraft Arzthelfer/-in Verwaltungsangestellter/-in	6,0
Diätassistent/-in	Staatl. Geprüfte Diätassistent/-in	2
Sozialtherapeut/-in	Dipl. Sozialpädagoge/-in, Tanz- und Sozialtherapeut/-in Zusatzqualifikation: Biofeedback	1,0
Beschäftigungstherapeut/-in	Staatl. gepr. Erzieher/-in	1,0

## Systemteil: Qualitätsmanagement

### 5 Qualitätspolitik und Qualitätsziele

#### 5.1 Leitbild

Die Leitphilosophie der Klinik Kinzigtal ist in der Unternehmensphilosophie der Karlsruher Sanatorium AG (KASANAG) verankert, die seit 1964 ein erfolgreicher Dienstleister im Gesundheitswesen ist. Als privatwirtschaftlicher Träger und Betreiber von modernen Rehabilitationskliniken und als Beteiligungsunternehmen der Marseille-Kliniken AG wird dieser Erfolg mit den nachfolgenden Zielen kontinuierlich fortgeführt und ausgebaut:

- **Konsequente Patientenorientierung:** Patientenorientierung heißt für uns, den Patienten in den Mittelpunkt unserer Arbeit zu stellen.
- **Qualifizierte, motivierte und zufriedene Mitarbeiter:** Unsere Mitarbeiter sind unser wichtigstes Kapital, da sie entscheidend zum Erfolg der Kliniken beitragen.
- **Weiterentwicklung und wissenschaftliche Fundierung der Behandlungskonzepte:** Unsere Behandlungsangebote beruhen auf erprobten und wissenschaftlich begründeten Therapieverfahren sowie nationalen und internationalen Behandlungsleitlinien und werden entsprechend der neuesten fachlichen und rehabilitationsspezifischen Erkenntnissen weiterentwickelt.
- **Umfassendes Qualitätsmanagement und Qualitätssicherung:** In der Klinik findet das anerkannte Qualitätsmanagementsystem DIN EN ISO 9001 unter Einbeziehung der rehabilitationsfachlichen Manuale DEGEMED und IQMP-Reha Anwendung. Zudem nimmt die Klinik an den externen Qualitätssicherungsverfahren der Leistungsträger teil.
- **Partnerschaftliche Kooperation mit Kosten-, Leistungsträgern und Zuweisern:** Für die Qualität und den Erfolg unseres Handelns ist eine enge Kooperation mit unseren Partnern von größter Bedeutung.
- **Wirtschaftliches Handeln:** Im Wettbewerb mit anderen Anbietern von Gesundheitsdienstleistungen ist der wirtschaftliche Erfolg eine wesentliche Voraussetzung für die langfristige Wahrnehmung unserer Verantwortung gegenüber Patienten, Mitarbeitern und Kooperationspartnern. Der wirtschaftliche Erfolg ist Basis für den langfristigen Bestand und die Weiterentwicklung der Kliniken.
- **Zielorientierte, innovative Organisationsentwicklung:** Dieses Ziel wird kontinuierlich verfolgt über ein umfassendes Qualitätsmanagement als ein Grundsatz unserer Organisationsentwicklung.

#### 5.2 Politik und Strategie

Die Qualitätspolitik der Klinik Kinzigtal beschreibt ausführlich die Zielrichtung der Klinik und verdeutlicht unseren Anspruch in Bezug auf die Qualität gegenüber den Patienten, den Leistungsträgern, den Mitarbeitern sowie anderen Interessierten. Über ein Klinikleitbild wird die Verpflichtung zur Qualität nach innen gestärkt und nach außen präsentiert.

**Unsere Qualitätsziele für das Jahr 2008 lauteten:**

- Eine ganzheitliche und individuelle Behandlung und Versorgung der Patienten
- Durch ein rauchfreies Umfeld, die Gesundheit der Patienten fördern
- Die Qualifizierung und die fachliche Weiterentwicklung der Mitarbeiter durch interne und externe Fort- und Weiterbildungsangebote
- Die Einbeziehung aller Mitarbeiter durch transparente Arbeitsabläufe fördern
- Die regelmäßige Pflege der Kontakte zu Zuweisern und Leistungsträgern

## 6 Qualitätsmanagementsystem

### 6.1 Aufbau des einrichtungswen Qualitätsmanagements

Basis des Qualitätsmanagementsystems der Klinik Kinzigtal ist die Norm DIN EN ISO 9001:2000, gemäß dieser die Klinik im Jahr 2007 zertifiziert wurde. Neben der Grundorientierung an der Darlegungsnorm nach DIN ISO finden die in den DEGEMED- und IQMP-Reha-Manualen beschriebenen Anforderungen Berücksichtigung.

Die in der DIN-Norm geforderte Prozessorientierung und die Systematik des Prozesskreises der ständigen Verbesserung kommen in den klinikspezifischen und klinikübergreifenden Verfahrensbeschreibungen zur Anwendung. Im Rahmen von internen und externen Audits werden die klinikinternen Verfahrensbeschreibungen regelmäßig dem aktuellen Stand angepasst. Damit verfügt die Klinik über ein umfassendes Qualitätsmanagementsystem, das einem kontinuierlichen Qualitätsentwicklungsprozess unterliegt.

### 6.2 Strukturen des Qualitätsmanagements

#### 6.2.1 Klinikübergreifende Strukturen

Innerhalb des Klinikverbundes der Karlsruher Sanatorium AG findet ein systematischer Austausch zwischen den Einrichtungen statt. Im Rahmen der „Strategiekommission“ treffen sich regelmäßig Klinikleitungen und Geschäftsleitung, um wichtige Informationen zu bündeln und größere Entwicklungen gemeinsam zu planen. Das „QM-Board“ ist ein regelmäßiges Treffen der Qualitätsmanagementbeauftragten (QMB) aller Kliniken und dient der Abstimmung spezifischer QM-Projekte sowie der Schulung und Weiterbildung der QMB.

Das Privatinstitut für Evaluation und Qualitätssicherung im Gesundheits- und Sozialwesen GmbH (eqs.-Institut) steht diesem Gremium insbesondere in Fragen rund um die Themen Qualitätsmanagement, Qualitätssicherung und Evaluation beratend und unterstützend zur Verfügung und koordiniert die Pflege und Weiterentwicklung der Qualitätsmanagementsysteme.

#### 6.2.2 Klinikinterne Strukturen

Die klinikinterne Koordination des Qualitätsmanagementsystems erfolgt durch eine Qualitätsmanagementbeauftragte, die im Rahmen einer Stabstelle direkt dem Klinikmanager untersteht. Zu ihren Aufgaben gehören:

- Die Koordination und Weiterentwicklung des Qualitätsmanagements
- Die Organisation, Moderation und Dokumentation der Qualitätszirkel und der Arbeitsgruppen
- Die Pflege und Weiterentwicklung des Kennzahlensystems zur Überwachung der Prozesse
- Die Koordination von Qualitätsentwicklungsprojekten

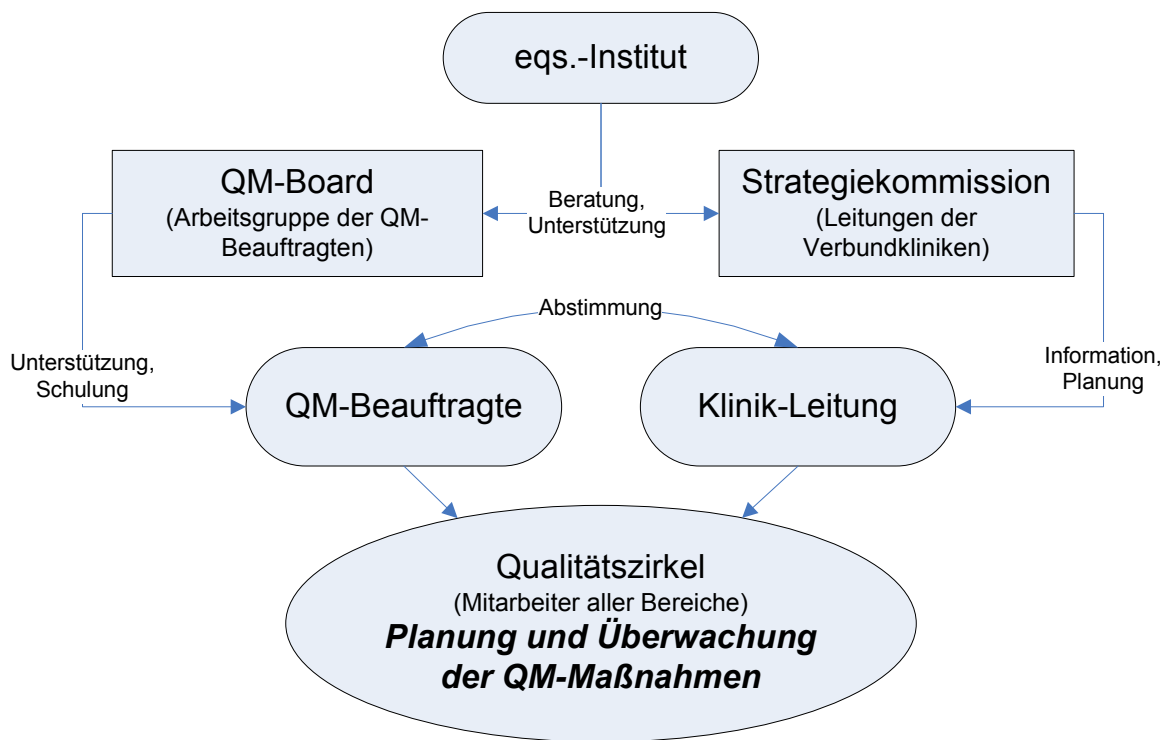


Abbildung 1: Klinikübergreifende und klinikinterne QM-Strukturen

Zur Steuerung ihres internen Qualitätsmanagementsystems hat die Klinik einen auf Dauer angelegten Qualitätszirkel installiert, der sich wöchentlich trifft. Der Zirkel setzt sich hierarchieübergreifend aus dem Ärztlichen Direktor, dem Klinikmanager, dem Chefarzt, einem Oberarzt, der Pflegedirektorin und der Qualitätsbeauftragten zusammen. Bei Bedarf werden Mitarbeiter aus anderen Bereichen hinzugezogen.

Als Koordinationsgremium für das Qualitätsmanagement initiiert, steuert und überwacht er sämtliche Aktivitäten zur Stabilisierung und Weiterentwicklung der Dienstleistungsqualität. Im Zentrum steht die Entwicklung von Lösungsvorschlägen, durch Gruppendiskussionen werden kreative Verbesserungsvorschläge abgewogen. Die Koordination beschlossener Maßnahmen und eine konsequente Ergebniskontrolle der Umsetzung ist eine weitere wichtige Aufgabe.

Zusätzlich werden zur Bearbeitung spezifischer Fragestellungen in der Klinik zeitlich klar umrissene Arbeitsgruppen gebildet. Ihre Zusammensetzung ist abhängig von der jeweiligen Aufgabenstellung. Initiiert werden diese Arbeitsgruppen vom Qualitätszirkel. Aufgabenstellungen für diese Arbeitsgruppen ergeben sich beispielsweise aus Patientenbeschwerden, aus Anforderungen bei organisatorischen Veränderungen oder bei der Entwicklung von Zielen und Strategien einzelner Arbeitsbereiche.

### 6.3 Patientenorientierung

Patientenorientierung heißt für die Klinik Kinzigtal, die Wahrnehmung jedes einzelnen Patienten mit seinen individuellen Bedürfnissen und Wünschen. Um diesem Anspruch gerecht zu werden, richtet die Klinik Kinzigtal die Behandlung, ihre Organisation sowie die Versorgung an den Bedürfnissen der Patienten aus. Die Patienten werden von Beginn an in den Ablauf der Rehabilitation eingebunden.

Bei drei jeweils einstündigen Einführungsveranstaltungen durch die Klinikleitung erhalten die Patienten gleich zu Beginn eine ausführliche Orientierung hinsichtlich Rahmenbedingungen und Inhalten ihrer Therapie. Für jeden Patienten steht ein sog. Klinikführer zur Verfügung, in dem auch wesentliche Regeln des Zusammenlebens in der Gemeinschaft beschrieben sind. Einführungsveranstaltungen der

Abteilungsleiter und weiterer medizinisch-therapeutischer Mitarbeiter führen die Patienten in Inhalt und Methodik der therapeutischen Arbeit ein.

Die Diagnostik wird nach wissenschaftlichen Standards in Anlehnung an die jeweils aktuell vorliegenden Leitlinien durchgeführt. Die Festlegung der Therapieziele sowie die Zusammenstellung des Behandlungsprogramms erfolgen in enger Abstimmung zwischen Patienten, Psychotherapeut und Arzt ganz im Sinne des Modells „shared-decision-making“. Dabei werden psychosoziale, körperliche bzw. funktionelle und edukative Aspekte berücksichtigt. Die Organisation der Behandlungstermine erfolgt durch eine computergestützte Therapieplanung in enger Zusammenarbeit mit den einzelnen Therapie- und Funktionsabteilungen.

Im Rahmen von Visiten und Fallbesprechungen des Behandler-Teams werden die geplanten Maßnahmen überprüft und gegebenenfalls angepasst. Am Ende der Rehabilitation beurteilen sowohl die Patienten als auch die Therapeuten, ob und inwiefern die geplanten Behandlungsziele auch erreicht wurden (Ergebnisse siehe Kapitel 7.1.3).

Die Entlassung und die Planung von Maßnahmen zur Nachsorge werden gemeinsam mit dem Patienten, den Ärzten und den Therapeuten sowie den Mitarbeiterinnen des Sozialdienstes geplant. Die Patienten erhalten Hinweise, welche ambulanten oder poststationären Weiterbehandlungsmöglichkeiten es gibt, ob geeignete Selbsthilfegruppen existieren und welche speziellen Rehabilitationsnachsorgeprogramme derzeit angeboten werden.

Vor dem Hintergrund einer konsequenten Patientenorientierung hat die Klinik Kinzigtal ein umfangreiches Beschwerdemanagement etabliert, das als Baustein eines kontinuierlichen Verbesserungsprozesses dazu dient, alle Patientenbeschwerden und kritische Anregungen zu identifizieren. Die Ermütigung der Patienten zur kritischen Äußerung wird als Teil des Therapiekonzepts verstanden.

Alle mündlichen und schriftlichen Beschwerden werden dokumentiert und direkt an die betreffenden Mitarbeiter oder an die Klinikleitung weitergeleitet. Im Anschluss werden Handlungsansätze priorisiert und Maßnahmen zur sofortigen Umsetzung abgeleitet. Alle Beschwerden werden zeitnah bewertet und ggf. direkt mit dem Patienten besprochen.

## 6.4 Mitarbeiterorientierung

Für das Erreichen der anspruchsvollen Unternehmensziele sind qualifizierte, motivierte und zufriedene Mitarbeiter eine wesentliche Voraussetzung. Von daher unterstützen unsere Führungskräfte durch einen mitarbeiterorientierten Führungsstil die Selbstständigkeit und die Kreativität der Mitarbeiter.

### Einbindung der Mitarbeiter

Für die kontinuierliche Verbesserung der Rehabilitationskonzepte, -maßnahmen und -ergebnisse werden die Mitarbeiter frühzeitig in Entscheidungsprozesse eingebunden. Im Rahmen von Verfahrensregelungen ist die Einbindung der Mitarbeiter klar dokumentiert. Über ein geregeltes betriebliches Vorschlagswesen wird durch Berücksichtigung von Vorschlägen der Mitarbeiter die Weiterentwicklung der Qualität sichergestellt.

Eine zeitnahe und vollständige Einarbeitung neuer Mitarbeiter bildet die Grundlage für die Umsetzung der Anforderungen, die von Patienten, Kostenträger, Mitarbeitern der Einrichtung und anderen Interessenspartnern gestellt werden.

### Kommunikation

Zur Sicherstellung des Informationsaustausches innerhalb der Klinik ist ein festgelegtes Besprechungswesen eingeführt. So finden regelmäßig Besprechungen zur Steuerung der Patientenbehandlung, zur Organisation des Qualitätsmanagements sowie Leitungs- und Mitarbeiterbesprechungen statt.

## Fort- und Weiterbildung

Ein wesentlicher Teil der Mitarbeiterorientierung ist die kontinuierliche Fort- und Weiterbildung aller Mitarbeiter. Die Klinik verfügt über einen umfassenden Fortbildungsplan. Im Jahr 2008 fanden 30 interne und 32 externe Fortbildungen statt. Die Auswahl der Fortbildungsthemen orientiert sich an den Therapiekonzepten. Das Fortbildungsprogramm stellt sicher, dass jeder Mitarbeiter mit dem aktuellen Wissensstand des jeweiligen Fachgebiets vertraut ist.

Daneben bietet die Klinik für ihre Ärzte durch ein umfangreiches Fortbildungsprogramm die Möglichkeit an, sich stetig beruflich weiterzuentwickeln. In der Klinik bestehen Weiterbildungsbefugnisse für das Gebiet Psychosomatische Medizin und Psychotherapie (3 Jahre), Psychiatrie (1 Jahr) und Innere Medizin (1 Jahr). Neben dieser klinikinternen Fortbildung können ärztliche Mitarbeiter auch an einem extern, berufsbegleitenden psychotherapeutischen Weiterbildungsprogramm teilnehmen. Für die psychologischen Mitarbeiter besteht die Möglichkeit zur Teilnahme an den Fort- und Weiterbildungsangeboten des Freiburger Ausbildungsinstituts für Verhaltenstherapie (FAVT) und dem tiefenpsychologischen Ausbildungsinstitut an der Psychosomatischen Universitätsklinik Freiburg.

Darüber hinaus ermöglicht die Klinik ihren Mitarbeitern die Beteiligung an wissenschaftlichen Tagungen, Fachkongressen sowie externen Qualitätszirkeln. Die Präsenz aktueller Fachliteratur ist sichergestellt.

Mit dem Ziel der praxisbezogenen Erweiterung beruflicher und persönlicher Kompetenzen sowie der Sicherstellung einer hohen Behandlungsqualität werden den betroffenen Mitarbeitern interne Fallkonferenzen und externe Supervision angeboten. Alle betroffenen Mitarbeiter haben die Möglichkeit, an den Supervisionen teilzunehmen. Es ist darüber hinaus sichergestellt, dass die Supervisionen die Vorgaben der Deutschen Rentenversicherung Bund erfüllen. Als Supervisoren sind gegenwärtig Dr. H. Ambühl, Psychologischer Psychotherapeut, ausgewiesener Psychotherapieforscher und ehemaliger enger Mitarbeiter von Prof. Klaus Grawe in Bern, für die Einzelpsychotherapie sowie Dr. U. Schubert, ehemaliger Mitarbeiter der Baden-Württemberg-Zentrale des MDK, für die sozialmedizinische Beurteilung tätig.

Gesetzlich geforderte Schulungen wie Arbeitssicherheit, Hygiene, Notfallmanagement sowie Datenschutz werden von den jeweiligen Verantwortlichen geplant und umgesetzt.

## 7 Bewertung des Qualitätsmanagements

### 7.1 Interne Qualitätsbewertung

Die Ergebnisse für die interne Qualitätsbewertung speisen sich aus der intern durchgeführten Patientenbefragung, der routinemäßigen Beurteilung der Behandlungsergebnisse aus Therapeuten- bzw. Arztsicht sowie aus dem Klinikdokumentationssystem.

#### 7.1.1 Patientenzufriedenheit









Die Zufriedenheit der Patienten ist für die Klinik Kinzigtal ein wichtiges Kriterium für Qualitätsentwicklung. Deshalb wird seit 1996 eine routinemäßige Patientenbefragung vor der Entlassung durchgeführt. Der Fragebogen wurde vom eqs.-Institut Hamburg entsprechend dem Stand der Wissenschaft entwickelt, er wird regelmäßig veränderten Erfordernissen angepasst. Mit dem Bogen werden sechs Qualitätsbereiche der Einrichtung, der Behandlung sowie die Therapieergebnisse erfasst. Hinzu kommt die Frage nach der globalen Zufriedenheit (ZUF-8) mit der Behandlung. Mit der Patientenbefragung erhalten die Patienten so am Ende ihrer Rehabilitation die Möglichkeit, anzugeben, wie zufrieden sie mit Behandlung, Behandlungsergebnissen sowie Unterbringung und Freizeit waren.







Der überwiegende Teil der Fragen wird auf einer 5-stufigen Notenskala bewertet, d.h. „1“ stellt den positiven und „5“ den negativen Pol dar. Eine zusammenfassende Gewichtung und Bewertung der Qualitätsbereiche liefert der Multiple Qualitätsindex (MQI). Die anonymen Fragebögen werden vom eqs.-Institut Hamburg ausgewertet, den Kliniken werden die Ergebnisse quartalsweise sowie in einem

Jahresbericht zur Verfügung gestellt. Der hohe durchschnittliche Rücklauf der Patientenzufriedenheitsbögen dokumentiert, dass die Patienten dieses Instrument zur Beurteilung ihrer Zufriedenheit als wichtig bewerten. Im Jahre 2008 sind beim eqs.-Institut 1505 Patientenfragebögen eingegangen, somit beläuft sich die Rücklaufquote auf 82,7%.

Die Ergebnisse aus der internen Patientenbefragung aus dem Jahr 2008 zeigen, wie zufrieden die Patienten mit einzelnen Leistungsangeboten waren (vgl. Tab. 10). Die Qualitätsbereiche „Umgebung und Freizeit“, „Behandlung allgemein“ sowie „Therapeutische Maßnahme“ wurden mit guten Mittelwerten bewertet.

Tabelle 10: Bewertungen der sechs Hauptdimensionen der Befragung

<b>Übersicht</b>		Jahr 2008 N = 1505	
<b>Beurteilungsaspekt</b>	<b>M</b>	<b>P</b>	
Unterbringung	2.1		81%
Gesamtnote Verpflegung	2.1		70%
Umgebung und Freizeit	1.9		89%
Behandlung allgemein	2.0		85%
Therapeutische Maßnahmen	1.8		94%
Gesundheitliche Veränderungen	2.1		74%
<b>Multipler Qualitätsindex (MQI)</b>	<b>2.0</b>		<b>89%</b>
<b>ZUF-8 Patientenzufriedenheit</b>	<b>2.2</b>		<b>73%</b>

M: Mittelwert  1.0-1.5  1.6-2.0  2.1-2.5  2.6-3.0  3.1-5.0  keine Bewertung (n<10)  
 P: Prozentualer Anteil der Patienten mit positiven Beurteilungen ('sehr gut' oder 'gut' angekreuzt).

Die Jahreskurve des MQI (vgl. Abb. 2, S. 22) zeigt für das Jahr 2008, dass das erreichte hohe Niveau der Bewertung der Behandlungsqualität beibehalten werden kann. Dies spricht – verglichen mit den Werten von 2006 und 2007 – für eine kontinuierlich gute Behandlung.

Die nachfolgende Tabelle 11 (Seite 22) zeigt eine Aufgliederung der Dimension „Behandlung allgemein“. Fast alle Qualitätsbereiche weisen gute Mittelwerte von 2,0 und besser auf.

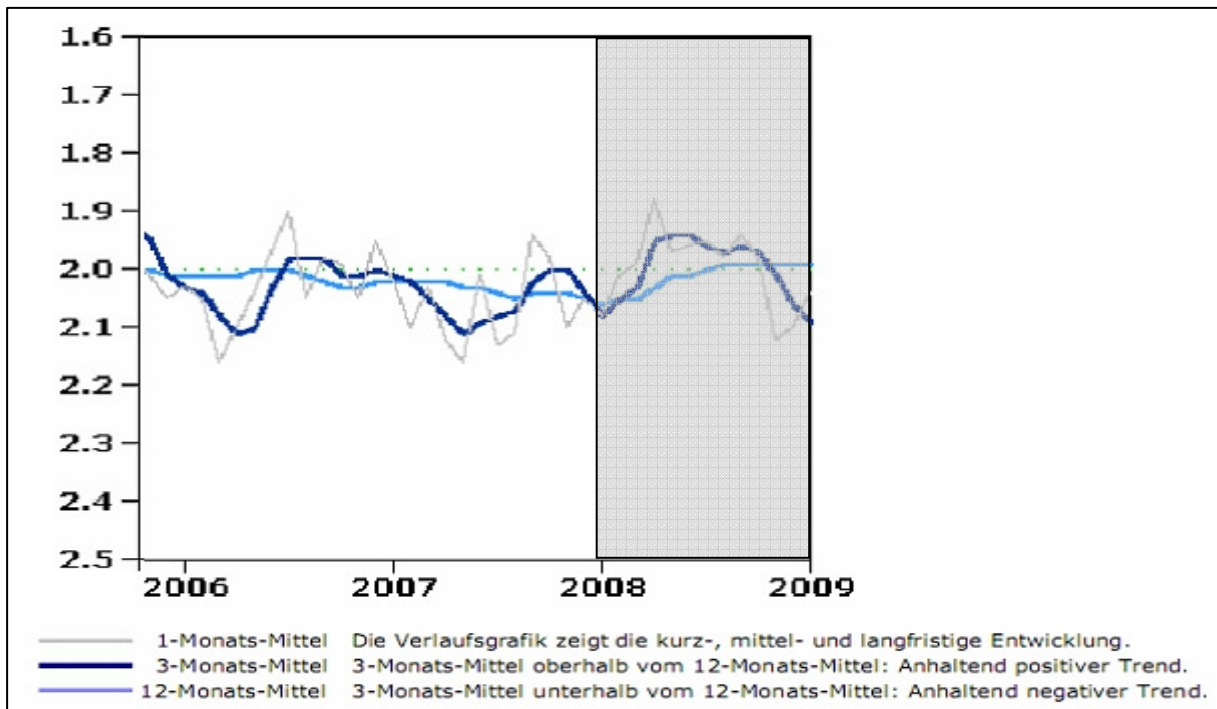


Abbildung 2: Zeitlicher Verlauf multipler Qualitätsindex










Tabelle 11: Ergebnisse der einzelnen Beurteilungsaspekte zur Hauptdimension „Behandlung allgemein“







<b>Behandlung allgemein</b>		Jahr 2008 N = 1505	
<b>Beurteilungsaspekt</b>	<b>M</b>		<b>P</b>
Therapieangebot insgesamt	2.0	😊	82%
Gesamtorganisation	2.3	😐	68%
Therapieplanung	2.7	😞	44%
Medizinische Betreuung	2.1	😐	74%
Psychologische Betreuung	1.8	😊	85%
Pflegerische Betreuung	1.7	😊	91%
Klima/Atmosphäre	2.0	😊	82%
Freundlichkeit Personal	1.5	😊	95%
Mitarbeiter arbeiten gerne in Klinik	1.9	😊	79%
Patienten stehen im Mittelpunkt	1.9	😊	82%
Absprache Reha-Ziele / Maßnahmen	2.2	😐	63%
<b>Behandlung allgemein</b>	<b>2.0</b>	<b>😊</b>	<b>85%</b>

M: Mittelwert 😊 1.0-1.5 😐 1.6-2.0 😞 2.1-2.5 😡 2.6-3.0 😠 3.1-5.0 ○ keine Bewertung (n<10)  
P: Prozentualer Anteil der Patienten mit positiven Beurteilungen ('sehr gut' oder 'gut' angekreuzt).

Die Ergebnisse der Patientenbefragung zeigen, dass die Patienten insgesamt zufrieden mit der Behandlung waren (vgl. Tab. 12). Der Mittelwert lag bei fast allen Qualitätsindikatoren bei 2,2 und besser. Insbesondere die Indikatoren „individuelle Problembewältigung“, „Weiterempfehlung der Klinik“ und „Wiederkommen, wenn Hilfe nötig“ wurden gut bewertet.





















Tabelle 12: Ergebnisse ZUF-8 für das Jahr 2008







<b>ZUF-8 Patientenzufriedenheit</b>		Jahr 2008 N = 1505	
<b>Beurteilungsaspekt</b>	<b>M</b>		<b>P</b>
Beurteilung der Behandlungsqualität	2.2		92%
Gewünschte Behandlung erhalten	2.3		85%
Klinik eigenen Bedürfnissen entsprochen	2.3		83%
Klinik weiterempfehlen, wenn Freund Hilfe braucht	2.0		88%
Zufriedenheit mit Ausmaß an Hilfe	2.3		83%
Behandlung bei Problembewältigung geholfen	2.0		88%
Zufriedenheit mit Behandlung insgesamt	2.1		88%
Wiederkommen wenn Hilfe nötig	2.0		86%
<b>ZUF-8 Patientenzufriedenheit</b>	<b>2.2</b>		<b>73%</b>
<b>entspricht einem ZUF-8 Rohwert von</b>	<b>25.0</b>		

M: Mittelwert  1.0-1.5  1.6-2.0  2.1-2.5  2.6-3.0  3.1-5.0  keine Bewertung (n<10)  
 P: Prozentualer Anteil der Patienten mit positiven Beurteilungen ('sehr gut' oder 'gut' angekreuzt).





Die nachfolgende Tabelle zeigt eine Aufgliederung der Dimensionen „Therapeutische Maßnahmen“. Fast alle therapeutischen Maßnahmen weisen gute Mittelwerte von 2,0 und besser auf.

Tabelle 13: Bewertung der Therapeutischen Maßnahmen

Therapeutische Maßnahmen	Jahr 2008 N = 1503		
	N	M	P
Einzelgespräche/ Einzeltherap.	1411	1.6 	87%
Interaktionelle Gruppentherapie	1116	2.2 	66%
Einführ. i. Psychosomatik u. Stress	1303	1.6 	94%
Essstörungsgruppe	114	2.2 	69%
Angstbewältigungsgruppe	222	1.9 	77%
Berufsproblemgruppe	287	2.4 	61%
CED-Gruppe	5	2.6 	40%
Schmerzinformations-Gruppe	162	1.9 	85%
Tinnitus-Gruppe	123	1.7 	86%
soziales Kompetenztraining	142	2.0 	78%
Sozialberatung	1078	2.0 	76%
Ergotherapie	490	1.9 	84%
Konzentrierte Bewegungstherapie	482	1.8 	83%
Gestaltungstherapie	291	1.7 	86%
Entspannungstherapie	1202	1.8 	81%
Biofeedback	227	1.6 	86%
Spezielle Krankengymnastik	796	1.3 	95%
Balneophysikalische Therapie	1323	1.5 	93%
Sport- u. Bewegungstherapie	1321	1.6 	92%
<b>Therapeutische Maßnahmen</b>	<b>1427</b>	<b>1.8 </b>	<b>94%</b>

M: Mittelwert  1.0-1.5  1.6-2.0  2.1-2.5  2.6-3.0  3.1-5.0  keine Bewertung (n<10)

P: Prozentualer Anteil der Patienten mit positiven Beurteilungen ('sehr gut' oder 'gut' angekreuzt).

Statistisch signifikante Veränderung von  +0,50  +0,25  -0,25  -0,50 SD-Einheiten

## 7.1.2 Gesundheitliche Verfassung

Im Rahmen der internen Patientenbefragung werden alle Patienten zum Zeitpunkt der Entlassung nach ihrer gesundheitlichen Verfassung vor der Aufnahme sowie bei Entlassung befragt. Die Einschätzung der Verfassung vor der Aufnahme in die Klinik wird von den Patienten retrospektiv vorgenommen. Die Antworten werden fünfstufig von „sehr gut“ bis „sehr schlecht“ kodiert. Die prozentuale Verteilung der Antworten ist in Tabelle 14 dargestellt.

Tabelle 14: Gesundheitliche Verfassung vor Aufnahme und bei Entlassung, Patientenangaben ( $n_{2008}=1425$ , M=Mittelwert, SD=Standardabweichung)

Gesundheitliche Verfassung	vor Aufnahme	bei Entlassung
Sehr gut	0,4%	3,6%
Gut	3,4%	33,4%
Mittel	19,4%	44,4%
Schlecht	47,5%	15,2%
Sehr schlecht	29,4%	3,4%
	M=4,02 / SD=0,8	M=2,8 / SD=0,9

Ihre gesundheitliche Verfassung vor Aufnahme beurteilten drei Viertel der Patienten im Jahr 2008 als schlecht bzw. sehr schlecht. Bei der Entlassung wurde die gesundheitliche Verfassung von den Patienten deutlich besser beurteilt. Rund 45% der Patienten beurteilen bei Entlassung ihre „derzeitige gesundheitliche Verfassung“ als „mittel“ und 37% als „gut“ bzw. „sehr gut“. Nur noch etwa 15% gaben einen „schlechten“ und ca. 4% einen „sehr schlechten“ gesundheitlichen Zustand an.

## 7.1.3 Behandlungsergebnisse

Die Beurteilung der Behandlungsergebnisse aus Therapeutesicht (behandelnder Arzt oder psychologischer Psychotherapeut) ist für die Klinik Kinzigtal ein wichtiges Instrument zur internen Qualitätsbewertung ihrer therapeutischen Leistungen. Deshalb wird bereits seit 1989 in der Klinik Kinzigtal eine EDV-gestützte Behandlungsdokumentation (BEDOK) durchgeführt. Das so genannte BEDOK-System ermöglicht ein Routinemonitoring von Patienten-, Verlaufs-, Leistungs- und Ergebnisparametern. Die Daten werden vom eqs.-Institut Hamburg ausgewertet. Die Klinik erhält die Ergebnisse in einem Jahresbericht und seit Januar 2009 auch quartalsweise.

Da dieses Dokumentationssystem im Verbund mit drei weiteren Psychosomatischen Kliniken (Schöenberg, Ortenau und Bad Herrenalb) eingesetzt wird, ermöglicht es nicht nur klinikinterne Ergebnisdarstellungen (z.B. im Sinne von diagnosenbezogenen Analysen und Jahrgangsvergleichen), sondern auch Klinikvergleiche im Sinne von Benchmarking.

Nachfolgend werden Behandlungsergebnisse hinsichtlich verschiedener Parameter berichtet. Bei der Interpretation der Ergebnisse sind die zum Teil beträchtliche Krankheitsdauer und die Chronifizierungsprozesse zu beachten.

### 7.1.3.1 Einschränkung der Leistungsfähigkeit

Zu Beginn der Behandlung beurteilen die Therapeuten die Einschränkung der Leistungsfähigkeit der Patienten sowohl bezogen auf den Beruf als auch auf das tägliche Leben zum Zeitpunkt der Aufnahme. Die Ergebnisse aus dem Jahr 2008 zeigen, dass die Therapeuten 40% der Patienten als „mittelgradig“ in der Einschränkung ihrer Leistungsfähigkeit im täglichen Leben einstufen. Bei 39% der Patienten gaben die Therapeuten an, dass die Patienten gar nicht oder leicht eingeschränkt sind. Bei 22% stufen die Therapeuten die Einschränkung der Patienten als „stark“ bis „sehr stark“.

Die Einschränkung der Leistungsfähigkeit im Beruf wird hingegen bei etwa zwei Drittel der Patienten von den Therapeuten als „mittelgradig“, „stark“ oder „sehr stark“ eingestuft. Nur bei rund 7% der Patienten wurde im Jahr 2008 von den Ärzten und Therapeuten „keine“ Einschränkung beobachtet. Vergleichende graphische Darstellungen der Leistungsfähigkeitseinschränkung im beruflichen und im täglichen Leben finden sich in Abbildung 3.

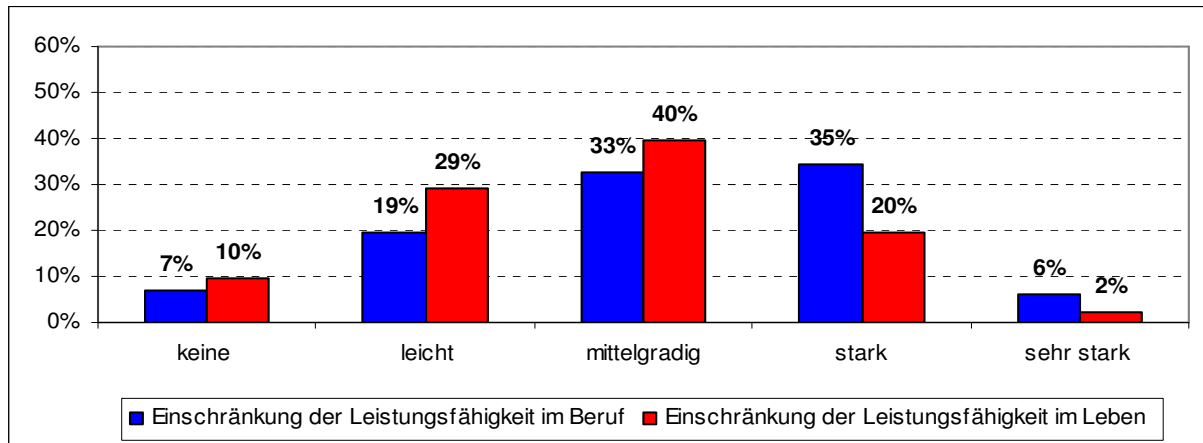


Abbildung 3: Einschränkung der Leistungsfähigkeit im beruflichen und im täglichen Leben, prozentuale Verteilung ( $n_{2008}=1462$ )

### 7.1.3.2 Zielerreichung

Zielvereinbarungen hinsichtlich der Behandlung sind in der Klinik Kinzigtal ein selbstverständlicher Bestandteil der Behandlungsplanung. Die Überprüfung der Zielerreichung ist daher eine zentrale Aufgabe der internen Qualitätssicherung. Angaben zum Zielerreichungsgrad liegen sowohl vom behandelnden Therapeuten als auch vom Patienten vor.

Die Frage an die Therapeuten: In welchem Umfang wurden die Ziele der Behandlung erreicht?

Die Frage an die Patienten: In welchem Maße sind Ihre Therapieziele erreicht worden?

Die Zielerreichung bezogen auf vereinbarte Therapieziele ist in Abbildung 4 dargestellt. Die prozentuale Verteilung der Antworten zeigt, dass die Therapeuten und die Patienten die Zielerreichung unterschiedlich bewerten. Insgesamt ist der Anteil „überhaupt nicht“ oder „nur geringfügig“ erreichter Therapieziele aus Therapeuten- sowie Patientensicht gering (2-8% bzw. 6-18%).

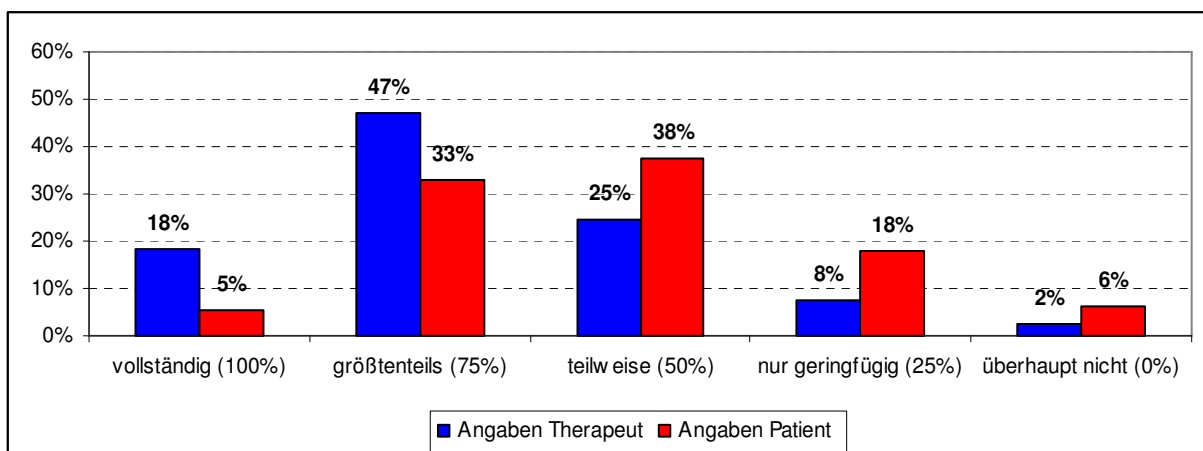


Abbildung 4: Prozentuale Verteilung der Therapeuten- und Patientenangaben zur Zielerreichung 2008 ( $n_{T2008}=1464$ ,  $n_{P2008}=1402$ )

### 7.1.3.3 Arbeitsfähigkeit

Sowohl zu Beginn der stationären Rehabilitationsmaßnahme als auch bei Entlassung stufen die behandelnden Therapeuten die Arbeitsfähigkeit der Patienten ein. Die Ergebnisse sind in Tabelle 15 beschrieben. Grundsätzlich stufen die Therapeuten die Patienten hinsichtlich der Kategorien arbeitsfähig und arbeitsunfähig bei der Entlassung besser ein als bei der Aufnahme.

Tabelle 15: Therapeutenangaben zur Arbeitsfähigkeit bei Aufnahme und Entlassung (n<sub>2008</sub>=396)

Therapeutenangaben zur Arbeitsfähigkeit	bei Aufnahme (A)	bei Entlassung (E)	Differenz in % (E-A)
arbeitsfähig	50,3%	53,3%	+3,0%
arbeitsunfähig	43,2%	41,4%	-1,8%
Beurteilung entfällt	6,6%	5,3%	-1,3%

### 7.1.3.4 Schweregrad der psychosomatischen Störung

Die Schweregradbestimmung einer psychosomatischen Erkrankung wird mit Hilfe des in Wissenschaft und klinischer Praxis anerkannten Instrumentes „Beeinträchtigungsschwerescore“ (BSS) erfasst. Die Therapeuten der Klinik Kinzigtal stufen bei Aufnahme und bei Entlassung die Beeinträchtigungsschwere der Erkrankung ihrer Patienten hinsichtlich der drei Aspekte „körperlich“, „psychisch“ und „sozialkommunikativ“ auf einer Skala von „gar nicht“ bis „extrem“ ein. Darüber hinaus wird aus den drei Bereichen ein Gesamtwert für die Bewertung der globalen Schwere der Erkrankung und damit der Therapiebedürftigkeit abgeleitet. Die Ergebnisse für die im Jahr 2008 in der Klinik behandelten Patienten sind in Tabelle 16 dargestellt.

Tabelle 16: BSS bezogen auf die letzten 7 Tage bei Aufnahme und Entlassung (n<sub>2008</sub>=1517, M=Mittelwert, SD=Standardabweichung)

Beeinträchtigungsschwerescore BSS letzte 7 Tage	bei Aufnahme		bei Entlassung		Effektgröße*	
	M	SD	M	SD	n	ES*
BSS körperlich (Range: 0-12)	4,8	2,6	3,2	2,4	1420	0,6
BSS psychisch (Range: 0-12)	6,8	2,2	4,2	2,5	1437	1,2
BSS sozialkommunikativ (Range: 0-12)	5,7	2,7	3,5	2,5	1458	0,8
BSS gesamt (Range: 0-12)	5,8	1,9	3,6	2,0	1414	1,2

\*Die Effektgröße ist ein standardisiertes Maß für die Veränderung. Effekte von 0,2 gelten als klein, Effekte von 0,5 als mittel und Effekte von 0,8 als groß

Für den Betrachtungszeitraum der jeweils letzten sieben Tage zeigt sich eine deutliche Reduzierung der Beeinträchtigungsschwere von der Aufnahme zur Entlassung. Insbesondere die Schwere der psychischen Beeinträchtigung ging während der stationären Behandlung zurück. Diese Veränderung liegt im Bereich eines großen Effektes und ist von hoher klinischer Relevanz (Effektgröße 1,2). Einen ähnlich großen Effekt weist die Veränderung der sozialkommunikativen Beeinträchtigungsschwere auf (0,8).

### 7.1.3.5 Globale Erfassung der Funktionsfähigkeit

Mit Hilfe der Skala „Globale Erfassung der Funktionsfähigkeit“ (GAF) beurteilen die Therapeuten sowohl bei der Aufnahme als auch bei der Entlassung die psychologische, psychosoziale und berufliche Funktionsfähigkeit bzw. Funktionseinschränkungen aufgrund der vorliegenden psychischen Störung

der Patienten. Die GAF-Skala dient insbesondere dazu, Aussagen über den klinischen Fortschritt der Patienten anhand eines einzigen Maßes tätigen zu können.

In Tabelle 17 ist der durchschnittliche GAF-Wert der in der Klinik Kinzigtal im Jahr 2008 behandelten Patienten dargestellt. Der um 13 Punkte erhöhte GAF-Wert im Jahr 2008 bei Entlassung weist auf eine deutliche Verbesserung der Funktionsfähigkeit im Zuge der stationären Behandlung hin. Die Effektgröße von 0,8 gilt als groß und ist als klinisch relevante Veränderung zu interpretieren.

Tabelle 17: GAF-Wert bezogen auf die letzten 7 Tage bei Aufnahme und Entlassung (M=Mittelwert, SD=Standardabweichung)

Zeitraum	Global Assessment of Functioning GAF letzte 7 Tage	bei Aufnahme M / SD	bei Entlassung M / SD	Effektgröße n / ES*
2008	GAF-Wert (Range: 0-100)	55,6 / 16,8	68,9 / 10,5	1392 / 0,8

\*Die Effektgröße ist ein standardisiertes Maß für die Veränderung. Effekte von 0,2 gelten als klein, Effekte von 0,5 als mittel und Effekte von 0,8 als groß

### 7.1.3.6 Erfassung wahrgenommener Veränderungen

Mit dieser Skala werden Veränderungen des subjektiven gesundheitlichen Befindens auf den Ebenen der körperlichen und seelischen Verfassung, des Allgemeinbefindens, der Leistungsfähigkeit und der Beschwerden direkt erfragt. Die Antwortskalierung ist fünfstufig und erstreckt sich von „deutlich besser“ bis „deutlich schlechter“.

Das Ausmaß der gesundheitlichen Veränderungen sowohl aus Sicht der Therapeuten als auch aus Patientensicht ist in der nachfolgenden Tabelle 18 dargestellt. Die Beurteilung der gesundheitlichen Veränderung fällt aus fachlicher Therapeutensicht geringfügig positiver als aus Sicht der Patienten aus. Über die fünf Veränderungsaspekte stuften die Therapeuten ihre subjektive gesundheitliche Veränderung im Mittel mit 1,8 besser ein.

Tabelle 18: Gesundheitliche Veränderung, Angaben von Therapeut und Patient (M=Mittelwert)

Gesundheitliche Veränderung Skalierung: deutlich besser (1) – unverändert (3) – deutlich schlechter (5)	Angaben Therapeut n=1301 (M)	Angaben Patient n=1503 (M)
Veränderung körperliche Verfassung	1,8	1,9
Veränderung seelische Verfassung	1,7	2,0
Veränderungen Allgemeinbefinden	1,7	2,0
Veränderung Leistungsfähigkeit	1,9	2,2
Veränderung Beschwerden	1,8	2,2
Gesamt	1,8	2,1

### 7.1.3.7 Zufriedenheit mit der Behandlung

Zum Zeitpunkt der Entlassung nimmt der behandelnde Therapeut im Rahmen der Behandlungsdokumentation eine Einstufung darüber vor, wie zufrieden er mit dem Behandlungsergebnis des Patienten ist. In Tabelle 19 ist die prozentuale Verteilung der Stufen von „sehr zufrieden“ bis „sehr unzufrieden“ dargelegt. Die Therapeuten sind in 55% der Fälle zufrieden und in 21% der Fälle sehr zufrieden mit dem Behandlungsergebnis.

Tabelle 19: Prozentuale Verteilung „Zufriedenheit mit dem Behandlungsergebnis“, Therapeutenangaben ( $n_{2008}=1479$ )

Behandlungszufriedenheit	Prozentuale Verteilung
<b>Zeitraum</b>	<b>2008</b>
sehr zufrieden	21,6%
zufrieden	55,6%
weder noch	17,2%
unzufrieden	4,9%
sehr unzufrieden	0,6%

#### 7.1.4 Behandlungsdauer

Tabelle 20 zeigt die prozentuale Verteilung der Behandlungsdauer in Wochen. Die meisten Patienten waren fünf oder sechs Wochen in der Klinik. Nur ein geringer Anteil der Patienten war länger als acht Wochen in Behandlung.

Tabelle 20: Prozentuale Verteilung der Behandlungsdauer in Wochen ( $n_{2008}=1398$ , M=Mittelwert, SD=Standardabweichung)

Behandlungsdauer	Prozentuale Verteilung
<b>Zeitraum</b>	<b>2008</b>
bis 2 Wochen	1,5%
3-4 Wochen	20,8%
5-6 Wochen	62,8%
7-8 Wochen	14,0%
9-10 Wochen	0,6%
11-12 Wochen	0,2%
<b>Durchschnittliche Dauer in Tagen</b>	<b>M=39,9 / SD=12,1</b>
<b>Durchschnittliche Dauer in Wochen</b>	<b>M=5,7 / SD=1,7</b>

#### 7.1.5 Therapiedichte

Die Therapiedichte ist das Maß für die Anzahl durchgeführter Behandlungsmaßnahmen in einem bestimmten Zeitraum. Üblicherweise wird die Anzahl der Therapieeinheiten (KTL-Einheiten) pro Woche angegeben. Die Abkürzung KTL steht für „Klassifikation Therapeutischer Leistungen“ und umfasst einen von der Deutschen Rentenversicherung Bund erstellten Katalog genau spezifizierter Therapieleistungen im Rahmen einer medizinischen Rehabilitationsbehandlung.

Die im Jahr 2008 durchgeführten therapeutischen Leistungen sind in Tabelle 21 aufgeführt. Für jede Leistung bzw. Leistungsgruppe ist sowohl der prozentuale Anteil der Patienten angegeben, die diese Leistung erhielten, als auch die durchschnittliche Anzahl der Leistungen pro Patienten und Woche. Der Wochendurchschnitt über alle Behandlungsmaßnahmen (Allgemeine Therapiedichte) und gesondert über die Psychologie und Psychotherapie sind am Tabellenende dargestellt.

Tabelle 21: Durchgeführte Behandlungsmaßnahmen, Teilnehmerquote und Wochendurchschnitt (n<sub>2008</sub>=1688, M=Mittelwert, SD=Standardabweichung)

Zeitraum	2008	
	Teilnehmerquote (in %) n=851	Wochendurchschnitt (KTL-Einheiten aller Rehabilitanden) n=1381
<b>Sport und Bewegungstherapie (A)</b>	<b>96,8%</b>	<b>3,3</b>
Sport- und Bewegungstherapie in der Gruppe (A09)	81,0%	1,2
<b>Physiotherapie (B)</b>	<b>76,2%</b>	<b>1,7</b>
<b>Information, Motivation, Schulung (C)</b>	<b>99,8%</b>	<b>3,8</b>
Ärztliche Beratung (C01)	98,6%	0,4
<b>Klinische Sozialarbeit, Sozialtherapie (D)</b>	<b>96,2%</b>	<b>0,9</b>
Sozialtherapeutische Aktivgruppe (D09)	27,2%	0,9
<b>Ergotherapie, Arbeitstherapie u. andere funktionelle Therapie (E)</b>	<b>70,7%</b>	<b>1,7</b>
<b>Klinische Psychologie, Neuropsychologie (F)</b>	<b>97,6%</b>	<b>1,7</b>
Entspannungsverfahren (F06-F09)	77,5%	0,9
Problem- und störungsorientierte Gruppenarbeit (F05)	0,1%	0,1
Künstlerische Therapien einzeln (F15)	34,5%	0,2
Künstlerische Therapien in der Gruppe (F16)	35,5%	1,1
<b>Psychotherapie (G)</b>	<b>99,1%</b>	<b>3,5</b>
Einzels psychotherapie, psychodynamisch (G03)	58,2%	1,1
Einzels psychotherapie, verhaltenstherapeutisch (G05)	56,6%	1,0
Gruppenpsychotherapie, psychodynamisch (G04, G08)	81,5%	2,0
Gruppentherapie, verhaltenstherapeutisch (G06, G07)	58,4%	1,0
Paar-/Familiengespräche und -therapie (G13, G14)	0,7%	0,2
<b>Reha-Pflege (H)</b>	<b>94,1%</b>	<b>0,6</b>
Pflegerische Leistung bei psychischen Störungen (H07)	0,7%	0,2
<b>Physikalische Therapie (K)</b>	<b>96,5%</b>	<b>3,3</b>
Massagen (K23, K24, K,26, K28-K34)	77,7%	0,9
<b>Rekreationstherapie (L)</b>	<b>99,8 %</b>	<b>3,5</b>
<b>Alle Behandlungsmaßnahmen (A-L)</b>		<b>M=18,6 / SD=10,4</b>
<b>Klinische Psychologie und Neuropsychologie sowie Psychotherapie (F-G)</b>		<b>M=4,1 / SD=2,3</b>

### 7.1.6 Abbrecherquote

Tabelle 22 gibt die prozentuale Verteilung bezogen auf die Form der Entlassung wider. Etwa 90% der Patienten wurden im Jahr 2008 regulär entlassen. Bei etwa 4% der Patienten im Jahr 2008 erfolgte die Entlassung vorzeitig, jedoch mit beidseitigem Einverständnis. Nur 1,3% der Patienten verließen die Klinik vorzeitig und auf eigene Veranlassung hin.

Tabelle 22: Prozentuale Verteilung der Form der Entlassung (n<sub>2008</sub>=1473)

Entlassungsform	Prozentuale Verteilung
Zeitraum	2008
Regulär	90,9%
Vorzeitig, Veranlassung des Patienten	1,2%
Vorzeitig, Veranlassung der Klinik	1,4%
Vorzeitig, beidseitiges Einverständnis	5,8%
Verlegung	0,7%
Sonstiges	0,0%

## 7.2 Externe Qualitätsbewertung

In Ergänzung zum internen Qualitätsmanagementsystem nimmt die Klinik Kinzigtal am externen Qualitätssicherungsprogramm der Deutschen Rentenversicherung Bund teil. An dem Programm sind alle rentenversicherungseigenen sowie alle vertraglich belegten medizinischen Rehabilitationskliniken oder eigenständige Fachabteilungen beteiligt. Derzeit sind dies insgesamt ca. 950 Kliniken oder eigenständige Fachabteilungen. Mit der Beteiligung an dem externen Qualitätssicherungsprogramm für Rehabilitation stellt sich die Klinik Kinzigtal einem qualitätsorientierten Wettbewerb mit anderen Kliniken, schafft Transparenz bezüglich des Leistungsgeschehens der Klinik und fördert damit das interne Qualitätsmanagement.

Zu den Bestandteilen des Qualitätssicherungsprogramms der gesetzlichen Rentenversicherung gehören folgende Punkte (klinikbezogene Ergebnisse):

- Erhebung der Strukturqualität von Rehabilitationseinrichtungen
- Befragung der Rehabilitanden zur Zufriedenheit mit der Reha-Maßnahme
- Bewertung des individuellen Rehabilitationsprozesses durch erfahrene Ärzte (Peers)
- Auswertung therapeutischer Leistungen auf Grundlage der „Klassifikation therapeutischer Leistungen in der medizinischen Rehabilitation“ (KTL-Dokumentation)
- Vorgaben für die Ausgestaltung der Rehabilitation in Form von Therapiestandards

Die Spitzenverbände der Krankenkassen haben ein Verfahren (QS-Reha) entwickelt, in dem die Dimensionen der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität und die Patientenzufriedenheit gemessen werden.

### Rehabilitandenbefragung

Eine wesentliche Komponente des externen Qualitätssicherungsprogramms der Deutschen Rentenversicherung ist die Erhebung der Prozess- und Ergebnisqualität durch Rehabilitandenbefragungen. Für die externe Rehabilitandenbefragungen werden aus der Klinik Kinzigtal in der Regel 20 Rehabilitanden pro Reha- und Entlassungsmonat durch die Deutsche Rentenversicherung Bund zufällig ausgewählt und 8 bis 12 Wochen nach Abschluss der Rehabilitation angeschrieben und um ihr Urteil über die Behandlung gebeten. Befragt werden die Patienten zur „Zufriedenheit“ (z.B. Einbeziehung in den Rehabilitationsprozess, Betreuung sowie Beratung) und „Behandlungserfolge“ (z.B. allgemeiner Gesundheitszustand, Leistungsvermögen im Alltag und Beruf).

In einem halbjährlichen Rhythmus werden die Ergebnisse der externen Rehabilitandenbefragungen von der Deutschen Rentenversicherung ausgewertet und in Form eines Berichts an die Klinik zurückgemeldet. Der Bericht stellt sowohl die Einzelergebnisse der Klinik als auch die durchschnittlichen Ergebnisse einer Gruppe vergleichbarer Rehabilitationskliniken dar. Dadurch wird es möglich, die Position in einem Spektrum strukturähnlicher Rehabilitationskliniken über die Karlsruher Sanatorium AG hinaus einzuschätzen.

### **Peer Review**

Ein weiterer Baustein des externen Qualitätssicherungsprogramms der Deutschen Rentenversicherung ist das Peer Review Verfahren. Im Peer Review Verfahren wird der individuelle Rehabilitationsprozess anhand von zufällig ausgewählten ärztlichen Entlassungsberichten und individuellen Therapieplänen durch erfahrene Ärzte der entsprechenden Fachrichtung (Peers) bewertet. Die Beurteilung erfolgt anhand vorgegebener Merkmale. Im Einzelnen prüft der Peer sechs qualitätsrelevante Bereiche des Rehabilitationsprozesses: Anamnese, Diagnostik, Therapieziele/Therapie, klinische und sozialmedizinische Epikrise sowie weiterführende Maßnahmen und Nachsorge. Die Beurteilung der sechs Bereiche sowie des gesamten Reha-Prozesses erfolgen zum einen über eine Einstufung in den vier Kategorien „keine Mängel“, „leichte Mängel“, „deutliche Mängel“ und „gravierende Mängel“. Zum anderen werden Bewertungspunkte auf einer 11-stufigen Skala von 0 bis 10 vergeben. Aus den Ergebnissen dieser beiden Beurteilungen werden die Qualitätspunkte der jeweiligen Klinik gebildet.

Im Rahmen des Peer Reviews erhält die Klinik Kinzigtal regelmäßig einen Ergebnisbericht. Darin sind die klinikspezifischen Ergebnisse im Vergleich mit anderen Kliniken dargestellt. Das Peer Review Verfahren ermöglicht damit der Klinik Kinzigtal einen Vergleich des individuellen Rehabilitationsprozesses über die KASANAG hinaus.

In die aktuelle Bewertung gingen Entlassberichte aus dem Zeitraum Oktober 2007 bis Dezember 2007 ein. Für die Klinik Kinzigtal wurden 18 Berichte bewertet. Die Referenzgruppe umfasst 105 Kliniken mit ca. 1922 bewerteten Berichten.

Die Ergebnisse aus dem Peer Review 2007/2008 zeigen, dass die Klinik Kinzigtal in der Bewertung der Qualität ihrer Klinik ein ausgezeichnetes Ergebnis erzielte. In fast allen untersuchten Bereichen liegt die Klinik Kinzigtal über den Ergebnissen der Vergleichskliniken (Abbildung 5, S. 33).

### **Dokumentation therapeutischer Leistungen KTL**

In enger Zusammenarbeit mit Reha-Experten aus verschiedenen Kliniken hat die Deutsche Rentenversicherung Bund (DRV) die „Klassifikation therapeutischer Leistungen in der medizinischen Rehabilitation“ (KTL) entwickelt. Ziel war eine Verbesserung der medizinischen Dokumentation in der Rehabilitation. Hier werden die in der medizinischen Rehabilitation relevanten Leistungseinheiten mit ihren geforderten Qualitätsmerkmalen definiert und klassifiziert. Die DRV, federführender Beleger der Klinik Kinzigtal, erfasst seit 1997 die KTL-Angaben aus den einheitlichen ärztlichen Entlassungsberichten und wertet sie systematisch aus.

Die Rückmeldung der ausgewerteten KTL-Daten an die Kliniken enthält Tabellen mit der Gesamtanzahl der erbrachten Leistungen sowie der durchschnittlichen Anzahl der Leistungen pro Rehabilitand und Woche nach KTL-Kapiteln. Ziel der Rückmeldung der KTL-Daten an die einzelne Klinik ist die Überprüfung ihrer therapeutischen Praxis anhand der erkennbaren Leistungsprofile. Darüber hinaus besteht die Möglichkeit, Dokumentationsmängel zu erkennen und weitere Verbesserungen vorzunehmen. Die Ergebnisse der Dokumentation therapeutischer Leistungen entsprechen den internen Daten der KTL-Dokumentation aus dem Jahr 2008. Diese sind unter Punkt 7.1.5 dargestellt.

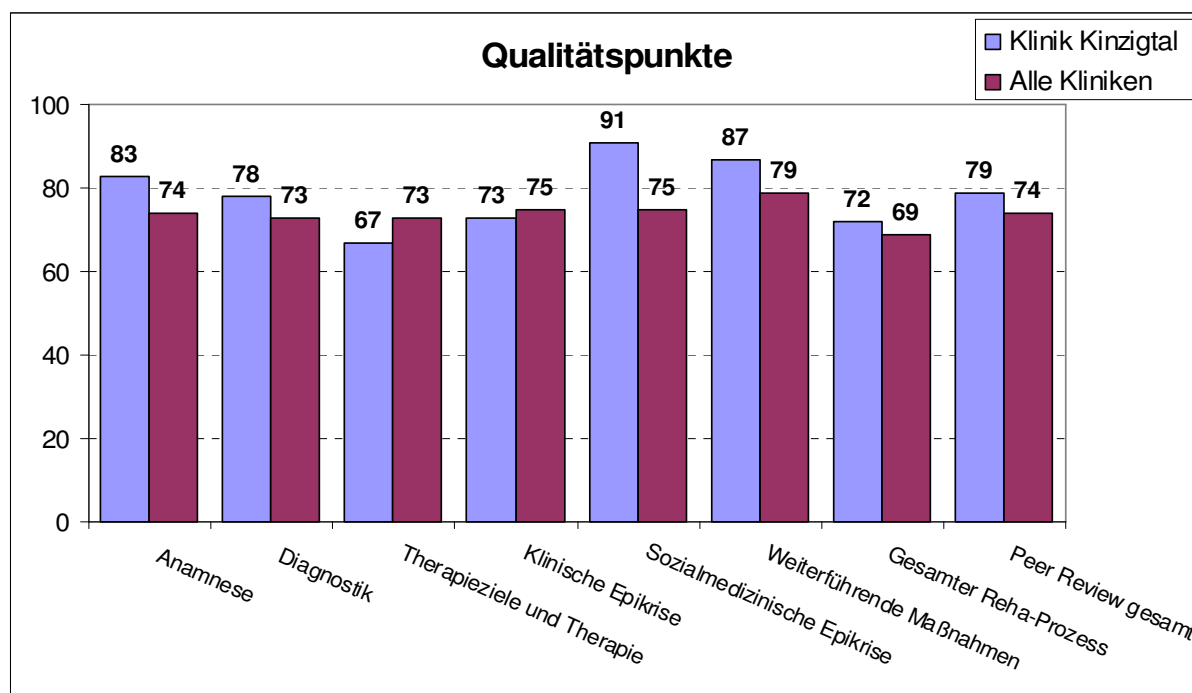


Abbildung 5: Qualitätspunkte\* der Klinik Kinzigtal im Peer Review, 2007 mit Vergleichsgruppe

\*Qualitätspunkte (Range: 0-100): Qualitätsoptimum (= 100 Qualitätspunkte) liegt vor, wenn die Peers alle Reha-Entlassungsberichte ohne Mängel und mit „10 Punkten“ beurteilen.

## 8 Qualitätsmanagementprojekte

Die Kliniken der Karlsruher Sanatorium AG sind in eine umfangreiche und kontinuierliche Evaluationsforschung und Qualitätssicherung eingebunden, die federführend vom eqs.-Institut Hamburg in Kooperation mit verschiedenen universitären Abteilungen (z.B. Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf) durchgeführt wird. Seit Mitte der 80er Jahre wurde eine Reihe von maßgebenden Studien v.a. im Indikationsbereich der psychosomatischen Rehabilitation durchgeführt. Ziel ist u.a. eine fundierte Beurteilung des kurz- und v.a. längerfristigen Nutzens der durchgeführten Rehabilitationsmaßnahmen. Die Studien unterstützen darüber hinaus die kontinuierliche Weiterentwicklung der Qualität des therapeutischen Handelns.

- Studie zur „Erfassung der Ergebnisqualität stationärer psychosomatischer Rehabilitationsbehandlungen - Vergleich unterschiedlicher Evaluationsstrategien und Entwicklung neuer Messinstrumentarien“ (EQUA). Auftraggeber: Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) und Deutsche Rentenversicherung (DRV). Laufzeit: 1998-2002.
- Studie zur „Indikation zu psychotherapeutischen und psychosozialen Maßnahmen im Rahmen stationärer medizinischer Rehabilitation (INDIKA)“. Auftraggeber: Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) und Deutsche Rentenversicherung (DRV). Laufzeit: 1998-2002.
- Studie „Entwicklung eines Patientenfragebogens zur Erfassung der Rehabilitations-Motivation (PAREMO)“. Auftraggeber: Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) und Deutsche Rentenversicherung (DRV). Laufzeit: 2001-2004.
- Studie „Metaanalyse der Effekte stationärer psychosomatischer Rehabilitation (MESTA)“. Auftraggeber: Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) und Deutsche Rentenversicherung (DRV). Laufzeit: 2002-2004.
- Internes Qualitätsmanagementprojekt: Audit Laufzeiten Entlassungsberichte. Laufzeit: 2009.

## 9 Publikationen

Die wissenschaftliche Fundierung des Behandlungskonzepts der Klinik Kinzigtal dokumentiert sich auch in einer Reihe von wissenschaftlichen Publikationen in deutschsprachigen und internationalen Fachzeitschriften. Die nachfolgende Literaturliste gibt einen Überblick über die in den Jahren 2006-2009 veröffentlichten Publikationen:

- Egle UT, van Houdenhove B: Editorial: Fibromyalgie - eine Stress bedingte Schmerzerkrankung? *Schmerz* 2006; 20:99-100.
- Egle UT, Derra C, Gruner B, Kappis B, Köllner V, Maatz E, Schoof M, Schubert U, Schwab R: Fibromyalgie und Leistungseinschränkung. *Psychotherapeut* 2007; 52:436-442.
- Egle UT, Nickel R, Petrak F: Somatoforme Störungen. In: Strauß B, Hohagen F, Caspar F (Hrsg.), *Lehrbuch Psychotherapie*. Hogrefe Göttingen, 2007; 553-580.
- Egle UT, Nickel R: Chronischer Rückenschmerz als somatoforme Schmerzstörung. *Orthopäde* 2008; 37:280-284.
- Egle UT, Zentgraf B: Mechanismenbezogene statt schulenspezifische psychosomatische Schmerztherapie. *Schweizer Zschr Psychiatrie & Neurologie* 2009; 3:18-23.
- Egloff N, Egle UT, von Känel R: Weder Descartes noch Freud? Aktuelle Schmerzmodelle in der Psychosomatik. *Praxis* 2008; 97:549-557.
- Egloff N, Egle UT, von Känel R: Therapie zentralisierter Schmerzstörungen. *Praxis* 2009; 98:271-283.
- Hardt J, Sidor A, Bracko M, Egle UT: Reliability of retrospective assessments of childhood experiences in Germany. *J Nerv Ment Dis* 2006; 194:676-688.
- Hardt J, Sidor A, Nickel R, Kappis B, Petrak F, Egle UT: Childhood adversities and suicide attempts. A retrospective study. *J Fam Viol* 2008; 23:713-718.
- Hardt J, Egle UT, Johnsson JG: Suicide attempts and retrospective reports about parent-child relationships: evidence for the affectionless control hypothesis. *GMS Psychosoc Med*. 2007; 4:Doc12.
- Hardt J, Mingram U, Kruse J, Egle UT: Inanspruchnahmeverhalten in der Primärversorgung. Die Bedeutung von psychischen Belastungen und Kindheitsbelastungen. *Zschr Gesundheitspsychol* 2009; 17:30-39.
- Hunzinger J, Egle UT, Vossel G, Hardt J: Stabilität und Stimmungsabhängigkeit retrospektiver Berichte zu Eltern-Kind-Beziehungen. *Z Klin Psychol Psychother*, 2007; 36:235-242.
- Nickel R, Hardt J, Kappis B, Schwab R, Egle UT: Somatoforme Störungen mit Leitsymptom Schmerz. Ergebnisse zur Differenzierung einer häufigen Krankheitsgruppe. *Schmerz* 2009; 23:392-398.
- Nickel R, Hardt J, Kappis B, Schwab R, Egle UT: Determinanten der Lebensqualität bei somatoformen Störungen mit Leitsymptom Schmerz. Plädoyer für eine Subgruppen-Differenzierung im ICD-11. *Z Psychosom Med Psychother* 2010; 56 (im Druck).
- Smuga M, Andreas S, Dietsche S, Egle UT, Löschmann C: Fallgruppen in der psychosomatischen Rehabilitation. *Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation* 2008; 80:161-71.
- Stoeter P, Bauermann T, Nickel R, Corluka L, Gawehn J, Vucurevic G, Vossel G, Egle UT: Cerebral activation in patients with somatoform pain disorder exposed to pain and stress: an fMRI study. *Neuroimage* 2007; 36:418-30.
- Van Houdenhove B, Luyten P, Egle UT: The role of childhood trauma in chronic pain and fatigue. In: Banyard VL, Edwards VJ, Kendall-Tackett KA (eds) *Trauma and physical health: understanding the effects of extreme stress and psychological harm*. New York: Routledge 2009; 37-64.
- Van Houdenhove B, Luyten P, Egle UT: Stress as a key concept in chronic widespread pain and fatigue disorders. *J Musculoskeletal Pain* 2009; 17:390-399.





**Psychosomatische Fachklinik**  
**Zentrum für stressbedingte Erkrankungen und Schmerzstörungen**  
Wolfsweg 12 • 77723 Gengenbach  
info@klinik-kinzigal.de • www.klinik-kinzigal.de  
**Vollkommen kostenlos: Mo – So von 8.00 bis 20.00 Uhr**  
**Tel. 0800/47 47 204 • Fax 0800/47 47 209**

Ein Unternehmen der  **Karlsruher Sanatorium AG**  **MARSEILLE-KLINIKEN AG**