



**DER MEDIAN QUALITÄTSBERICHT**

**2020 | 21**

# **DAS LEBEN LEBEN**

**QUALITÄT BEI MEDIAN**

## **Titelfoto**

Der Therapeut macht's vor, der Avatar macht's nach:  
Bei der Entwicklung einer eigenen Nachsorge-App für  
Orthopädiepatienten nutzt MEDIAN neueste digitale  
Möglichkeiten.

*Fotonachweis: MEDIAN/Uwe Steinert*

# INHALT

<b>1. EDITORIAL</b>	6	<b>4. ERGEBNISSE</b>	42	<b>4.7 Psychosomatik</b>	126	<b>5. WISSENSCHAFTLICHE STUDIEN</b>	190
		<b>4.1 Aufbau des Ergebniskapitels</b>	43	Schwerpunkte	128	Teilhabe am Arbeitsleben bei	191
<b>2. EINLEITUNG</b>	10	<b>4.2 Post Covid und Long Covid</b>	44	<i>Fallbericht:</i> MEDIAN Klinik Wismar	129	Multipler Sklerose	
<b>2.1 Rückblick und Entwicklung</b>	11	Schwerpunkte	46	Soziodemographische Daten	134	Wirksamkeit von Reha nach Covid-19	192
<b>2.2 Unsere Qualitätsphilosophie</b>	12	<i>Fallbericht 1:</i> MEDIAN Klinik Flechtingen	48	Daten zur Prozess- und Ergebnisqualität	136	Internetbasierte Nachsorge	193
<b>2.3 MEDIAN Medical Boards</b>	14	<i>Fallbericht 2:</i> MEDIAN Klinik Bad Gottleuba	51	<b>4.8 Abhängigkeitserkrankungen</b>	144	bei Agoraphobie	
<b>2.4 Jeder soll genesen – auch in der Pandemie</b>	16	Soziodemografische Daten	56	Schwerpunkte	146	Die Rehavversorgung datengesteuert	194
<b>2.5 Vorsprung durch Digitalisierung</b>	20	Daten zur Ergebnisqualität	58	<i>Fallbericht:</i> MEDIAN Klinik Wigbertshöhe	147	optimieren	
<b>2.6 Priory und MEDIAN</b>	26	<b>4.3 Neurologie</b>	60	Soziodemographische Daten	150	Psychische Belastung bei	195
<b>2.7 Ziele und Aufbau des Qualitätsberichts</b>	29	Schwerpunkte	62	Daten zur Prozess- und Ergebnisqualität	152	Suchtmittelabhängigen	
		<i>Fallbericht:</i> MEDIAN Klinik Grünheide	63	<b>4.9 Psychiatrie</b>	158		
<b>3. METHODE</b>	30	Soziodemographische Daten	66	Schwerpunkte	160	<b>6. DISKUSSION</b>	196
<b>3.1 Population</b>		Daten zur Prozess- und Ergebnisqualität	68	<i>Fallbericht:</i> Franz-Alexander-Klinik Nordrach	161	<b>Erkenntnisse und Ausblick</b>	197
Beschreibung der soziodemografischen	31	<b>4.4 Orthopädie</b>	76	Soziodemographische Daten	166		
Variablen		Schwerpunkte	78	Daten zur Ergebnisqualität	168	Abkürzungsverzeichnis	200
Soziodemografische Daten aller Patienten	32	<i>Fallbericht:</i> MEDIAN Parkklinik	79	<b>4.10 Pädiatrie</b>	172	Glossar	201
<b>3.2 Datenerhebungsinstrumente</b>	32	Bad Rothenfelde		Schwerpunkte	174	Literaturverzeichnis	202
<b>3.3 Variablen</b>	36	Soziodemographische Daten	82	<i>Fallbericht:</i> MEDIAN Klinik Bad Gottleuba	175	Impressum	203
Prozessqualität	36	Daten zur Prozess- und Ergebnisqualität	84	Soziodemographische Daten	180		
Entwicklung der DRV-Qualitätspunkte	38	<b>4.5 Kardiologie</b>	88	<b>4.11 Soziotherapie</b>	182		
Ergebnisqualität	40	Schwerpunkte	90	Schwerpunkte	184		
		<i>Fallbericht:</i> MEDIAN Klinik Flechtingen	91	<i>Fallbericht:</i> MEDIAN Soziotherapeutisches	185		
		Soziodemographische Daten	94	Zentrum Haus Seeblick Ortenberg			
		Daten zur Prozess- und Ergebnisqualität	96	Klientel und Indikationen	188		
		<b>4.6 Innere Medizin &amp; Spezialdisziplinen</b>	100	Daten zur Ergebnisqualität	189		
		Schwerpunkte	102				
		<i>Fallbericht:</i> MEDIAN Saale Klinik Bad Kösen II	103				
		Soziodemographische Daten	108				
		Daten zur Ergebnisqualität	122				

# 1 EDITORIAL

## **SEHR GEEHRTE DAMEN UND HERREN, SEHR GEEHRTE PATIENTINNEN UND PATIENTEN,**

MEDIAN wächst kontinuierlich und erfolgreich. Unser Unternehmen hat 2021 nicht nur seine Expansion in Europa angestoßen, sondern sich auch durch seine Fortschritte im Bereich der Qualitätsmedizin erneut deutlich weiterentwickelt. Im Januar hat unser Eigentümer Waterland Private Equity das Gesundheitsunternehmen Priory erworben, das seit Oktober ein Tochterunternehmen von MEDIAN ist. Priory ist in Großbritannien mit landesweit mehr als 320 Einrichtungen der führende private Betreiber von Krankenhäusern und Soziotherapien zur Behandlung von psychischen Krankheiten und Lernbehinderungen und besitzt umfangreiches Know-how auf diesen Spezialgebieten. Zusammen mit der einzigartigen Kombination aus Spitzenmedizin, höchsten Qualitätsstandards und digitaler Expertise bei MEDIAN haben wir damit die besten Voraussetzungen geschaffen, um unser selbst gesetztes Ziel für die kommenden Jahre zu erreichen: MEDIAN und Priory wollen gemeinsam führender Anbieter für Rehabilitationsmedizin und mentale Gesundheit in Europa werden.

Gleichzeitig haben wir uns durch die Integration des AKG Reha-Zentrums im Ostseeheilbad Graal-Müritz auch in Deutschland weiter verstärkt. Mit der Fachklinik für Orthopädie, Kardiologie und Pneumologie sowie einer Kinder- und Jugendklinik nahe Rostock bauen wir nicht nur unser medizinisches Leistungsspektrum bei der Behandlung von Post- und Long-Covid-Patienten aus, sondern auch unsere Präsenz in Mecklenburg-Vorpommern. Dass dies alles vor dem Hintergrund der Covid-19-Pandemie erfolgreich realisiert werden konnte, macht uns stolz.

Welche medizinischen Entwicklungen MEDIAN im Jahr 2020/21 vorweisen kann, stellen wir Ihnen in diesem Qualitätsbericht vor. Erneut haben wir dabei alle neun Indikationsbereiche unserer 122 Kliniken und Einrichtungen berücksichtigt. Neu hinzugekommen ist ein Indikationskapitel zur Post- und Long-Covid-Rehabilitation. Die von uns erhobenen Daten, Kennzahlen und Parameter stellen MEDIAN als einen der leistungsfähigsten Anbieter medizinischer Rehabilitation in Europa vor. Nach wie vor bleibt es dabei unser primäres Ziel, den uns anvertrauten Menschen die qualitativ beste Therapie zukommen zu lassen. Jedem Einzelnen soll mit gezielt an seinen individuellen Bedürfnissen ausgerichteten Behandlungen eine Rückkehr in Alltag, Familie und Beruf sowie eine möglichst umfassende Teilhabe am Leben in der Gesellschaft ermöglicht werden.

### **MESSUNG DER DRV-QUALITÄTSKENNZAHLEN AUF TAGESBASIS**

Um dieses Ziel zu erreichen, haben wir bei MEDIAN eine Methodik entwickelt, die auf der systematischen Erfassung indikationsabhängiger Parameter beruht. Vor, während und nach dem Aufenthalt in unseren Kliniken erfassen wir mit Hilfe von Fragebögen in einem digitalen Portal seit 2019 die Gesundheitsdaten unserer Patienten und versetzen unsere Ärzte und Therapeuten so in die Lage, die individuellen gesundheitlichen Entwicklungen zwischen Aufnahme und Entlassung genau nachzuvollziehen. Wissenschaftlich validierte Patient Reported Outcome Measures (PROMs) dokumentieren den Erfolg medizinisch-therapeutischer Maßnahmen und helfen, Therapiepfade bei Bedarf exakt und schnell anzupassen. Die Aktualität, Genauigkeit und Frequenz dieser Datenerfassung und -auswertung ist in Deutschland einmalig und übertrifft die bisherigen Qualitätssicherungsverfahren von Kranken- und Rentenversicherungen. Hinzu kommen eigene richtungweisende Studien und Forschungen – auch in Zusammenarbeit mit Universitäten im gesamten Bundesgebiet – die dazu beitragen, dass MEDIAN etablierten Qualitätssicherungsverfahren immer einen Schritt voraus ist.

<sup>1</sup> Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird in den Texten an vielen Stellen verallgemeinernd das generische Maskulinum verwendet. Die Formulierungen meinen selbstverständlich alle Geschlechteridentitäten.

Mit seinen Messsystemen hat MEDIAN gerade in der Corona-Pandemie gezeigt, dass die Qualität auf hohem Niveau gehalten werden konnte, obwohl Klinikprozesse zum Teil stark verändert werden mussten (siehe auch Seite 16). So lag der Mittelwert der Auswertung zur Therapeutischen Versorgung (KTL) aller DRV-Vergleichsgruppen 2019 bei 92,71 Qualitätspunkten, der Mittelwert aller MEDIAN Kliniken zwischen Januar und Oktober 2021 bei 94,54 Qualitätspunkten. Nachweisbar sehr gute Reha auch in der Krise - das ist es, wonach Kostenträger letztlich die Belegung steuern.

**PASSGENAUE REHA SPART KOSTEN IN MILLIARDENHÖHE**

Dieses Vorgehen hat nicht nur medizinisch, sondern auch ökonomisch enormes Potenzial: Unsere Volkswirtschaft – das hat das Forschungsinstitut Prognos bereits 2009 bestätigt – erhält für jeden in die medizinische Rehabilitation investierten Euro fünf Euro zurück. Rechtzeitige Reha spart Kosten in Milliardenhöhe, zum Beispiel durch ausbleibende Erwerbsminderungsrenten, Arbeitslosen- oder Krankengeld. Reha sichert der Wirtschaft darüber hinaus wertvolle Arbeitsplätze und Fachkräfte. Mit den Methoden von MEDIAN, die einen Abgleich von Ergebnisparametern und Behandlungspfaden mit soziodemografischen Daten ermöglichen, lässt sich diese Bilanz noch weiter verbessern. Denn die evidenzbasierte Individualisierung von Therapiemaßnahmen führt bei gleichen Kosten zu noch besseren Ergebnissen. Eine flexible Rehabilitation unter Berücksichtigung messbarer Outcomes statt starrer Standards könnte in Zukunft gerade der Deutschen Rentenversicherung völlig neue finanzielle Perspektiven eröffnen. MEDIAN hat das Know-how, um diesen Weg zu beschreiten und steht bereit, wenn der nötige Raum für Innovationen seitens der Kostenträger geschaffen wird.

**QUALITÄT ALS FINANZIERUNGS-PARAMETER**

Wir sind von unserer Qualität so überzeugt, dass wir im Rahmen der Finanzierung die Kennzahl „Qualität“ als Erfolgs-Parameter mit den Banken vereinbart haben. Die Höhe unserer Zinszahlungen ist hierbei maßgeblich davon abhängig, dass wir ein hohes Qualitätslevel erreichen, welches sich aus der Messung der Qualitätspunkte der DRV in Deutschland sowie dem CQC-Rating in Großbritannien zusammensetzt. Zusätzlich werden die beiden Werte um unsere ESG-Bewertung ergänzt. Der Dreiklang ESG steht für Umwelt (Environment), Soziales (Social) und verantwortungsvolle Unternehmensführung (Governance). Hier liegt unser Fokus auf der Dekarbonisierung.

**DIGITALE MÖGLICHKEITEN IMMER IM BLICK**

Parallel treibt MEDIAN die technische Weiterentwicklung zur Umsetzung seiner Innovationen voran. Für den Patienten steht dabei die MEDIAN App im Mittelpunkt, die ihn vor, während und nach der Reha umfassend begleitet. Allein innerhalb des ersten Halbjahres 2021 hat sich die Nutzerzahl verdoppelt. 40.000 Downloads zählen die App-Stores Android und iOS. Das ist der erste Platz unter vergleichbaren Programmierungen der Branche – bei durchweg fünf von fünf möglichen Bewertungs-Sternen. Seit Herbst 2020 sind auch ausgewählte digital gestützte Trainings- und Nachsorgeangebote in die App eingebunden, denen weitere folgen sollen. Dadurch können Patienten auch nach ihrem Aufenthalt weiter durch MEDIAN Therapeuten begleitet und bei der Genesung unterstützt werden. Eine neue Abteilung für Digitale Gesundheit bei MEDIAN forciert diese Entwicklung seit dem Frühjahr 2021 noch gezielter.

**UMFASSENDE STRATEGIE BEI COVID-19**

Als Vorreiter erwies sich MEDIAN im Berichtsjahr auch bei der Bewältigung der Covid-19-Pandemie. Bereits im Frühjahr 2020 wurden ein pneumologisches, ein interdisziplinäres und ein psychosomatisches Konzept zur Post-Corona-Rehabilitation sowie eine spezifische Sucht-Post-Corona-Reha entwickelt. Die hierbei gesammelten Erfahrungen flossen in die Entwicklung eines Long-Covid-Reha-Konzepts ein, flankiert durch ein gemeinsames Forschungsvorhaben mit der Universität zu Lübeck zur Wirkung der medizinischen Rehabilitation nach Covid-19. Darüber hinaus hat MEDIAN im Juli 2021 – unterstützt vom Landesverband Sachsen für Prävention



*André M. Schmidt*  
Dr. André M. Schmidt  
Vorsitzender der Geschäftsführung (CEO)



*Roland Seebauer*  
Roland Seebauer  
Geschäftsführer (CFO)



*Florian Frensch*  
Dr. Florian Frensch  
Geschäftsführer (COO)



*Matthias Koch*  
Dr. Matthias Koch  
Geschäftsführer (CFO)

und Rehabilitation von Herz-Kreislauf-Erkrankungen – auch für Long-Covid-Betroffene die Initiative ergriffen und eine bundesweite Selbsthilfegruppe ins Leben gerufen. Ergänzend ermöglicht ein digital gestütztes Nachsorgeprogramm Long-Covid-Patienten auch nach ihrem Aufenthalt eine gezielte Behandlung ihrer Erkrankung.

**QUALITÄT VON MENSCHEN FÜR MENSCHEN**

All dies wäre nicht möglich ohne die Menschen bei MEDIAN. Ohne den unermüdlichen Einsatz unserer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter für ihre Patientinnen und Patienten könnten wir diese beeindruckenden Zahlen nicht vorweisen. Darum geht an dieser Stelle ein herzlicher Dank an alle, die durch ihr Engagement und ihre Fachkompetenz diesen Erfolg jeden Tag möglich machen.

Wir wünschen Ihnen eine interessante Lektüre.

## 2 EINLEITUNG

# IMMER EINEN SCHRITT VORAUS

## UNSERE UMFASSENDE ERFAHRUNG NUTZEN WIR, UM DIE REHABILITATION IMMER WEITER ZU DENKEN – DIGITAL UND INTERNATIONAL

Tradition und umfassende Erfahrung, gepaart mit der Begeisterung, neue innovative Möglichkeiten der Patientenversorgung zu erschließen: Dafür steht MEDIAN mit seinen hoch spezialisierten Häusern in ganz Deutschland. Als größter privater Betreiber von Rehabilitationskliniken und Teilhabeeinrichtungen bieten wir unseren Patienten moderne medizinische Rehabilitation in höchster Qualität – und wollen dabei jeden Tag noch besser werden.

Seit das heutige MEDIAN Management 2011 die Verantwortung für die RHM Kliniken übernommen hat – damals ein Unternehmen mit 26 Kliniken, Akuthäusern und weiteren Gesundheitseinrichtungen – haben wir unsere strategische Grundausrichtung kontinuierlich weiterentwickelt. Heute behandeln wir an 122 Standorten mit rund 19.200 Betten und Behandlungsplätzen in 13 Bundesländern und bieten stationäre und ambulante Rehabilitation,

die Versorgung in Akut-Psychiatrien, Soziotherapie sowie digitale Nachsorge an. Gemeinsam mit unserem Tochterunternehmen Priory, dem größten privaten Betreiber von Krankenhäusern und Soziotherapien zur Behandlung von psychischen Erkrankungen und Lernbehinderungen in Großbritannien, sind wir auf dem Weg, auch europaweit Qualitätsführer in den Bereichen Rehabilitationsmedizin, mentale Gesundheit und Soziotherapie zu werden.

Durch die Verschmelzung mit renommierten Klinikgruppen und die Integration einzelner hoch spezialisierter Häuser verfügt MEDIAN über höchste Fachkompetenz und jahrzehntelange Erfahrung. Unsere Größe erlaubte es uns zum einen, die MEDIAN Qualitätsphilosophie in der Breite durchzusetzen, und zum anderen, kontinuierlich in die Steigerung der Behandlungsqualität und den Ausbau digitaler Therapieangebote zu investieren.

### ZIELE FÜR DIE KOMMENDEN JAHRE

MEDIAN und sein Tochterunternehmen Priory wollen in den kommenden Jahren gemeinsam europaweiter Qualitätsführer in den Bereichen Rehabilitationsmedizin, mentale Gesundheit und Soziotherapie werden.

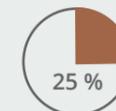
#### Wir wollen:



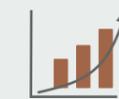
die **Menschen** auf ihrem gesamten Weg durch die Rehabilitation **begleiten** – von der Akutbehandlung bis zur Nachsorge



gemeinsam in **mindestens zwei** weitere **europäische** Länder expandieren



in **allen Indikationen** bei den gemessenen Behandlungsergebnissen zu den **Top-25-Prozent** gehören



**Wachstum** und **Konsolidierung** in unseren Märkten erreichen



**Wunsch-Arbeitgeber** sein für die besten medizinischen Fachkräfte



**führender Anbieter** digitaler Applikationen in unseren Top-Indikationen sein

# HÖCHSTE QUALITÄT DURCH GEBÜNDELTES WISSEN

## DIE MEDIAN EXPERTENGREMIEN TREIBEN NEUE ENTWICKLUNGEN VORAN UND SICHERN OPTIMALE VERSORGUNG

Um das Know-how bei MEDIAN zu bündeln und den Wissenstransfer zwischen den Kliniken und Einrichtungen zu fördern, wurden für alle medizinischen Fachrichtungen Medical Boards gegründet. Ergänzt werden die Boards durch weitere Expertengremien in den Bereichen Qualität, Pflege und Hygiene.

Perspektivisch wird dieser Fachaustausch immer stärker auch mit unseren Kolleginnen und Kollegen bei Priory erfolgen. Als größter privater Betreiber von Krankenhäusern und Soziotherapien zur Behandlung von psychischen Erkrankungen und Lernbehinderungen in Großbritannien bringt Priory umfassende Expertise mit, von der auch die Patienten bei MEDIAN profitieren werden.

### MEDICAL BOARDS

Die MEDIAN Medical Boards sind Kerngremien der Unternehmensgruppe und für die Entwicklung neuer medizinisch-therapeutischer Versorgungsansätze berufen. Sie existieren für die Fachbereiche Orthopädie, Neurologie, Innere Medizin, Kardiologie, Psychosomatik, Psychiatrie, Abhängigkeitserkrankungen, Soziotherapie sowie Kinder- und Jugendmedizin. Neu hinzugekommen ist 2021 das Medical Board Long Covid, um dadurch den komplexen Anforderungen an die Rehabilitation von Patienten mit Langzeitfolgen nach einer Covid-19-Erkrankung zu begegnen.

Den Medical Boards gehören die Chefärztinnen und Chefarzte der entsprechenden Fachabteilungen aller MEDIAN Häuser an. In regelmäßigen Treffen diskutieren sie Neuerungen in der Rehabilitationsmedizin und optimieren fach- sowie indikationsspezifische Behandlungspfade. Dabei spielen gruppenweit erhobene Parameter der Ergebnisqualität eine wichtige Rolle: Verbunden mit soziodemografischen Variablen und Daten zum Behandlungsprozess

ermöglichen sie es, neue, noch passgenauere Therapien abzuleiten. Auch die Ergebnisse externer Qualitätssicherung – beispielsweise die Auswertungen der Deutschen Rentenversicherung Bund – werden in den Medical Boards analysiert, um die Leistungsfähigkeit der Kliniken und Einrichtungen immer weiter zu verbessern.

In einem zweiten Schritt werden die auf Basis dieser Zusammenarbeit entwickelten Best Practice-Modelle mit den Kolleginnen und Kollegen in den Einrichtungen vor Ort besprochen und umgesetzt. Dieses Vorgehen ermöglicht es MEDIAN, die mit vielen Erfahrungen untermauerten Behandlungskonzepte an allen Standorten auf identisch hohem Niveau anzubieten.

### QUALITÄTSMANAGEMENT BOARD

In regelmäßigen Sitzungen des Qualitätsmanagement Boards – bestehend aus den QM-Leitungen der Geschäftsbereiche und dem zentralen Qualitätsmanagement – werden Instrumente für ein innovatives Qualitätsmanagement geschaffen sowie Best Practice-Modelle entwickelt. Die Rückmeldungen externer Zertifizierungsaudits werden erfasst und diskutiert, um daraus Maßnahmen abzuleiten. So wird der Know-how-Transfer im Qualitätsmanagement gebündelt und immer weiter optimiert.

### PFLEGEBOARD

Um die Qualität in der Pflege kontinuierlich weiterzuentwickeln, wurde bei MEDIAN Anfang 2017 das Pflegeboard ins Leben gerufen. Die Empfehlungen dieses mit Pflegeexperten besetzten Gremiums fließen in die tägliche Arbeit der Kliniken und Einrichtungen ein. Standards werden stets auf dem neuesten Stand gehalten und Mitarbeitenden in der Pflege zur Verfügung gestellt.



### HYGIENEBOARD

Im Hygieneboard initiieren Hygienefachkräfte, Krankenhaushygieniker sowie Hygienebeauftragte Ärzte und Pflegekräfte Projekte zur Umsetzung von Standards und zur Weiterentwicklung von Qualitätskennzahlen. Ein zentraler Punkt ist die Sensibilisierung von Patienten, Besuchern und Mitarbeitenden für hygienische Belange, so zum Beispiel die Händehygiene als wichtigste Einzelmaßnahme zur Prävention nosokomialer Infektionen.

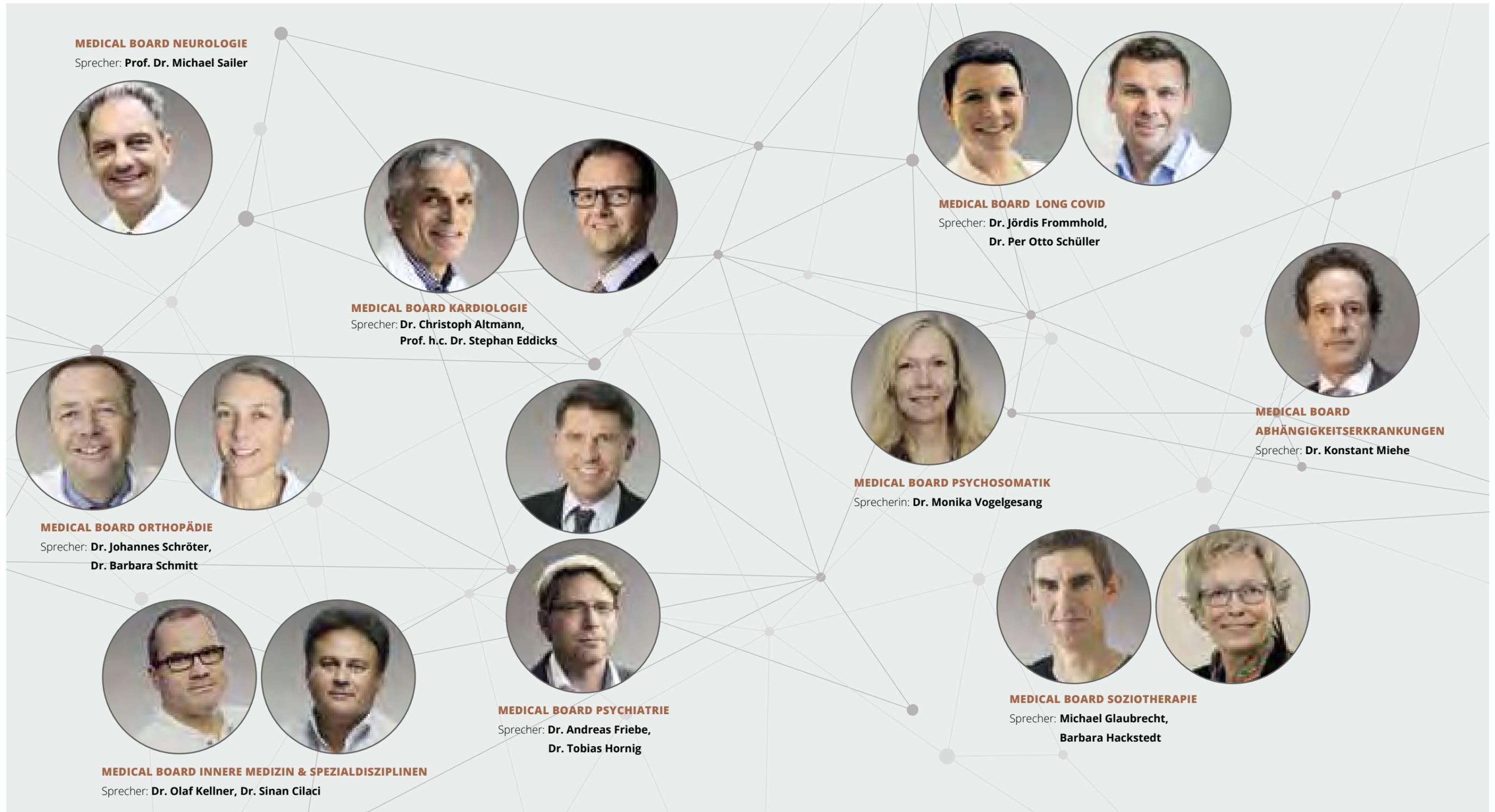
Covid-19 hat den außergewöhnlichen Stellenwert der Hygiene im Rehabilitationsalltag noch einmal besonders verdeutlicht. Das Hygieneboard ist hier seit Beginn der Pandemie wichtiger interner Ratgeber und Ansprechpartner zu allen Fragen rund um die Verhinderung der Verbreitung des Corona-Virus in den Kliniken und Einrichtungen von MEDIAN.

### ERNÄHRUNGSBOARD

Das MEDIAN Ernährungsboard besteht aus Ernährungstherapeuten, Küchenleitern und Chefarzten. Basierend auf den wissenschaftlichen Erkenntnissen der Deutschen Gesellschaft für Ernährung (DGE) und der Deutschen Gesellschaft für Ernährungsmedizin (DGEM) beschäftigt sich das Expertengremium kontinuierlich mit der Weiterentwicklung des Speisenangebots für unsere Patienten. Ziel ist es, eine möglichst hohe Patientenzufriedenheit in unseren Einrichtungen zu erreichen und dabei die Vorgaben der Kostenträger umzusetzen. Unser Anspruch ist es, mit einem gesundheitsfördernden Verpflegungsangebot zur Verbesserung des Ernährungszustands und somit zur Unterstützung der Genesung beizutragen. Die Verpflegung in den unterschiedlichen Kliniken und unter Berücksichtigung der vielfältigen Indikationen sollte Vorbildcharakter haben und unseren Patienten eine Orientierung für ihre Ernährung nach dem Aufenthalt geben.

# MEDIAN MEDICAL BOARDS

## DIE BOARDS UND IHRE SPRECHERINNEN UND SPRECHER AUF EINEN BLICK



# JEDER SOLL GENESEN – AUCH IN DER PANDEMIE

**TROTZ CORONA WAR MEDIAN WEITER IN ALLEN INDIKATIONEN FÜR PATIENTEN UND KLIENTEN DA. OBGLEICH ZAHLREICHE PROZESSE ANGEPASST WERDEN MUSSTEN, WURDE EIN HOHES BEHANDLUNGSNIVEAU AUFRECHTERHALTEN**

Im Berichtsjahr 2020/21 sahen sich Gesundheitsunternehmen in aller Welt mit einer der größten Herausforderungen der vergangenen Jahrzehnte konfrontiert. Nicht nur Akutkrankenhäuser, auch Rehabilitationskliniken und -einrichtungen wurden durch die Corona-Pandemie auf die Probe gestellt. Die zentrale Frage: Wie können Patienten und Personal vor Covid-19 geschützt und der Rehabilitationsbetrieb gleichzeitig auf gewohnt hohem Niveau aufrechterhalten werden? Denn – so die Überzeugung und der Anspruch von MEDIAN – auch Menschen mit Schlaganfällen, Herzinfarkten, orthopädischen Leiden oder Krebserkrankungen sowie psychosomatischen und Suchterkrankungen dürfen durch die Pandemie nicht aus dem Fokus geraten. Auch sie müssen ohne Einschränkungen die gleichen Genesungschancen erhalten wie vor Corona.

Das wichtigste Ziel war dabei die Vermeidung von SARS-CoV-2-Infektionen bei Patienten und Personal bei gleichzeitig sicherer und erfolgreicher Durchführung der Reha-Maßnahmen.

Um dies zu erreichen, setzt MEDIAN auf

- einen kontrollierten Aufnahmeprozess, um den Erregereintrag in die Kliniken zu verhindern,
- die konsequente Umsetzung unserer hohen Hygiene- und Organisationsmaßnahmen,
- Routinetestung bei Patienten und Personal, um eine Erregerübertragung innerhalb der Einrichtung zu verhindern,
- eine sofortige und umfassende Kontaktnachverfolgung bei Auftreten einer Infektion,
- einen möglichst umfassenden Impfschutz bei Personal und Patienten.

## VORSORGE

Bereits lange vor dem ersten Auftreten von Covid-19 in Deutschland hat das Unternehmen die Weichen für den bestmöglichen Weg durch die Krise gestellt. Auf allen Führungsebenen wurden in einer beispielhaften Teamleistung Krisenszenarien vorgedacht und Pandemiepläne aktualisiert. Kaum eine andere Reha-Klinikgruppe war und ist so gut auf alle Eventualitäten vorbereitet wie MEDIAN.

## KRISENTEAMS

Im Februar 2020 wurde ein zentraler Corona-Krisenstab ins Leben gerufen, zeitgleich mit dem der Bundesregierung. Hinzu kamen weitere regionale sowie lokale Krisenteams auf Geschäftsbereichs- und Klinikebene. Vertreterinnen und Vertreter der Häuser, Geschäftsleitungen, Hygienefachpersonal, Qualitätsmanager, Einkäufer, Service- und Kommunikations-Experten erarbeiten seither in wöchentlichen Telefonkonferenzen Antworten auf die Herausforderungen der Pandemie.

## SCHUTZ- UND HYGIENEKONZEPT

Zeitgleich hat MEDIAN seine ohnehin hohen Hygienestandards deutlich verstärkt und ein umfassendes Hygienekonzept ausgearbeitet, das seither regelmäßig überprüft und aktualisiert wird. Es ist Gegenstand einer umfangreichen Dienstanweisung sowie zahlreicher weiterer Dokumente und Prozessbeschreibungen. Alle Maßnahmen orientieren sich an den Empfehlungen des Robert Koch-Instituts (RKI) bzw. gehen sogar darüber hinaus.

## SCREENING UND TESTUNGEN

Ein wesentlicher Baustein ist dabei das Aufnahme-Screening, bei dem neue Patienten mittels PCR-Test auf das Vorliegen einer Infektion untersucht werden, bevor sie ihre Rehabilitation antreten. MEDIAN war der erste Reha-Anbieter, der ein solches Eingangs-Screening im Frühsommer 2020 auf eigene Kosten einführte. Ergänzt wurden die PCR-Tests ab Oktober 2020 um flächendeckende Antigen-Schnelltests.

Bis heute durchlaufen nicht vollständig immunisierte Patienten – und je nach Risikostufe und Inzidenz sogar Geimpfte – ein solches Screening, das durch Routine-Schnelltests drei bis fünf Tage nach Reha-Antritt ergänzt wird, um größtmögliche Sicherheit zu erzielen.

## CORONA-ONLINE-TOOL

Corona-relevante Daten werden mit Hilfe eines Online-Tools tagesaktuell für alle 122 Kliniken und Einrichtungen der Unternehmensgruppe erfasst. Dazu zählen Verdachts-, Infektions- und Quarantänefälle in den Häusern, die Bestände an Test-Kits, Schutzausrüstung und Desinfektionsmitteln sowie der Impfstatus der Beschäftigten.

## CORONA-INTRANET-BEREICH

Ein laufend aktualisierter Bereich im MEDIAN Intranet bündelt wichtige Dokumente, Handlungsanweisungen sowie unterstützendes Infomaterial zur Kommunikation mit Patienten und Beschäftigten. Fragen im Zusammenhang mit Covid-19 können per Formular direkt an das Hygiene-Expertinnen-Team gestellt werden.

## WEBINARE

Zahlreiche Webinare der MEDIAN Akademie schulen die Beschäftigten rund um Corona. Die Themen reichen von der Durchführung von Antigen-Schnelltests oder dem Online-Abruf von Befunden über Hintergrundwissen zum Virus und Faktenchecks zu Corona-Impfungen bis zur Anwendung des Corona-Hygienekonzepts und Tipps zur Kontakt-Nachverfolgung.

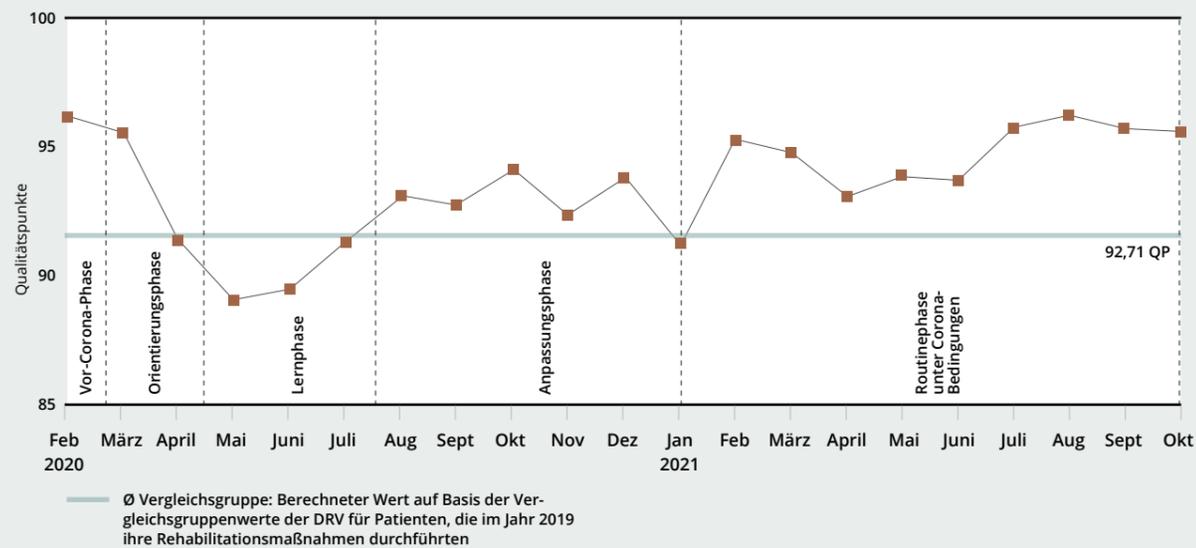
## STATIONÄRE REHA TROTZ PANDEMIE

All diese Bausteine und viele weitere, Maßnahmen haben es MEDIAN ermöglicht, während der gesamten Pandemie weiter in gewohnt hoher Behandlungsqualität für die Patienten da zu sein. Obgleich die Prozesse zur medizinisch-therapeutischen Leistungserbringung umfassend angepasst werden mussten, um Infektionsketten zu vermeiden, ist es gelungen, ein hochwertiges rehabilitatives Leistungsniveau aufrechtzuerhalten.

## POST-UND LONG-COVID-REHABILITATION

Bereits kurz nach Ausbruch der Pandemie in Deutschland haben führende MEDIAN Mediziner begonnen, in interdisziplinärer Zusammenarbeit Konzepte für verschiedene Post-Corona-Rehabilitationen zu entwickeln. Sie sollen Menschen helfen, die eine Infektion durchlebt oder indirekt unter der Pandemie gelitten haben. Hinzu kam im Sommer 2021 ein Reha-Konzept für Long-Covid-Betroffene, das von weiteren umfassenden Aktivitäten flankiert wird, um Menschen mit Langzeitfolgen einer Covid-19-Erkrankung bestmöglich zurück ins Leben zu helfen. Lesen Sie mehr hierzu in Kapitel 4.2 des Ergebnisteils dieses Qualitätsberichts.

**ZEITLICHE ENTWICKLUNG DER QUALITÄTSPUNKTE FÜR DEN PARAMETER „THERAPEUTISCHE VERSORGUNG (KTL)“**

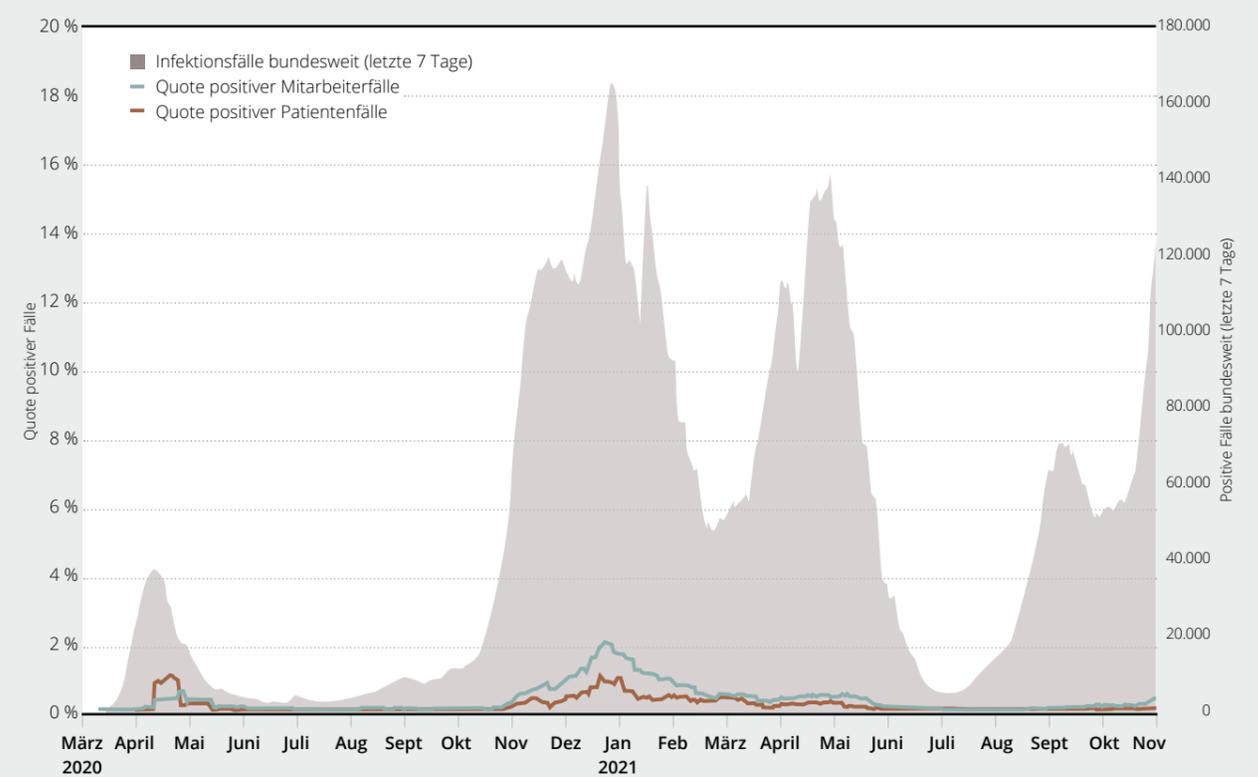


Die Grafik zeigt die Entwicklung der Qualitätspunkte im Bereich der therapeutischen Versorgung (KTL) während der Pandemie. In einer kurzen „Orientierungsphase“ zu Beginn der Corona-Krise wichen die Qualitätspunkte zwar vom gewohnt hohen Standard leicht nach unten ab. Nach einer „Lernphase“ im Umgang mit der neuen Situation konnte aber das Niveau in den Folgemonaten („Anpassungsphase“), in denen die Belegung wieder annähernd auf das Vor-Corona-Niveau anstieg, wieder auf deutlich über 90 Qualitätspunkte angehoben werden. Seit Anfang 2021 stabilisierte sich die Qualität auf einem dauerhaft hohen Niveau, welches über dem Niveau der externen Vergleichsgruppe lag.

Am Beispiel des Qualitätsparameters „Therapeutische Versorgung“ (KTL) wird deutlich, dass sich in den MEDIAN Einrichtungen eine Routine im Umgang mit der Pandemie eingestellt hat, durch die eine Rehabilitation unter gleichen Qualitätsstandards wie vor Corona möglich ist. Trotz strenger Schutz- und Hygienemaßnahmen kann den Patienten ein umfassendes therapeutisches Angebot zur Verfügung gestellt werden. Durch eine Kombination aus angepassten analogen Therapien, unterstützenden digitalen Tools sowie einem sehr engen Monitoring des Erfüllungsgrades der Kostenträgeranforderungen – sowohl auf Einzel- als auch auf Gruppenebene in den Kliniken – wird ein angemessenes Niveau in der Prozessqualität gehalten, ohne dass es zu Einschränkungen in der medizinischen Ergebnisqualität kommt.



**QUOTE POSITIVER COVID-19 FÄLLE IN DEN EINRICHTUNGEN VON MEDIAN IM VERGLEICH ZU DEN POSITIVEN FÄLLEN IN DEUTSCHLAND**

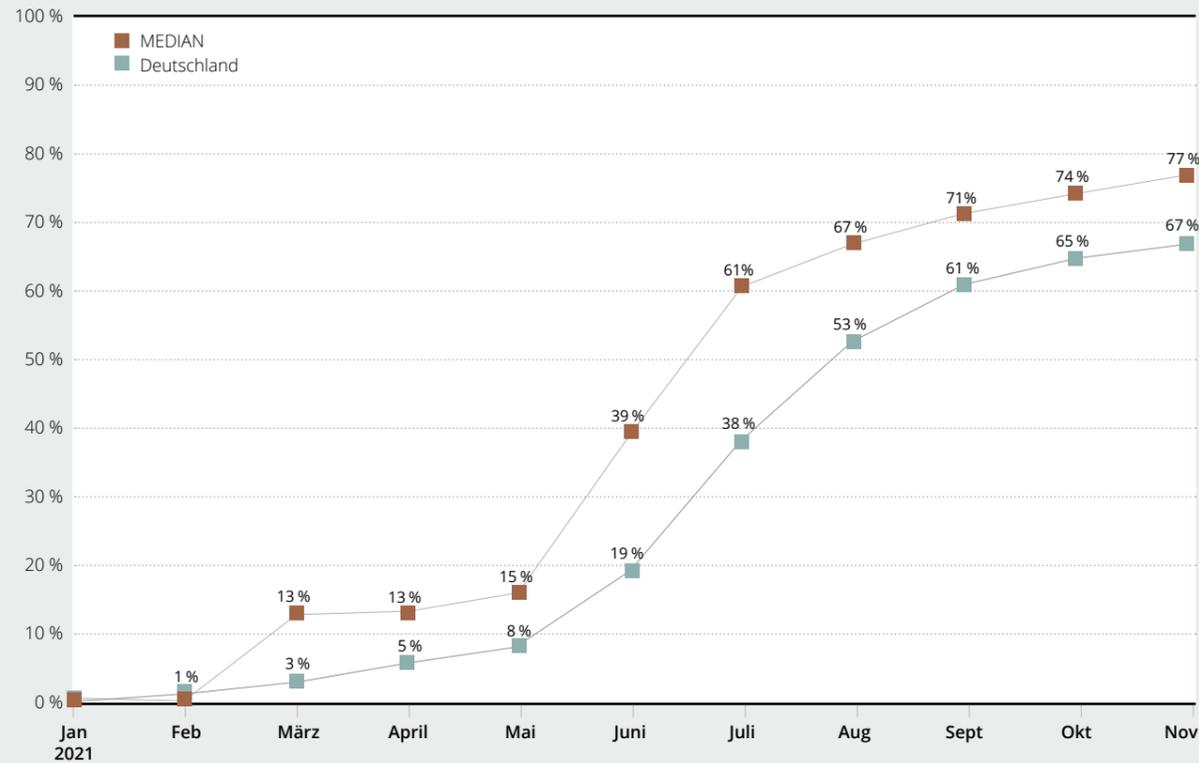


Die Grafik zeigt den Verlauf der Quote positiver COVID-19 Fälle bei MEDIAN sowie deutschlandweit. Seit Beginn der Corona-Pandemie im März 2020 erfasst MEDIAN systematisch alle COVID-19 Fälle bei Patienten und Beschäftigten. Die dargestellte Quote positiver Patienten- bzw. Mitarbeiterfälle berechnet sich aus der Anzahl der bei MEDIAN aufgetretenen positiven COVID-19 Fälle in Bezug zur Belegung bzw. zur Anzahl der Beschäftigten. Die Daten der bundesweit aufgetretenen Infektionsfälle stammen vom Robert Koch-Institut (Stand: November 2021). Jeder Datenpunkt bildet dabei jeweils die Fallzahlen der letzten sieben Tage ab.

Relativ gesehen traten bei MEDIAN die meisten Fälle während der ersten Welle im Frühjahr 2020 in wenigen Einrichtungen auf. Das Aufnahmescreening war bereits etabliert, aber die Erregerübertragung in den Einrich-

tungen konnte vor allem wegen des deutschland- bzw. weltweiten Mangels an adäquater Schutzausrüstung nicht überall wirksam verhindert werden. Bereits Ende 2020 wurden Antigen-Schnelltests insbesondere in der Kontaktnachverfolgung routinemäßig eingesetzt und größere Ausbrüche konnten in der zweiten Welle bereits verhindert werden. Zusätzlich stieg die Zahl der im Aufnahmescreening erkannten positiven Fälle. Dieser Trend setzte sich im Frühjahr unterstützt von der steigenden Impfquote bei Personal und älteren Patienten fort. Mit einem Blick auf das Infektionsgeschehen im Herbst 2021 mit rasant steigenden Fallzahlen ist ein Ende der Pandemie jedoch noch nicht in Sicht und es bedarf wieder weitreichenderer Maßnahmen zur Eindämmung von COVID-19, damit unsere Patienten weiterhin ihre Reha-Maßnahme sicher antreten und erfolgreich durchführen können.

### COVID-19 IMPFQUOTE BEI BESCHÄFTIGTEN



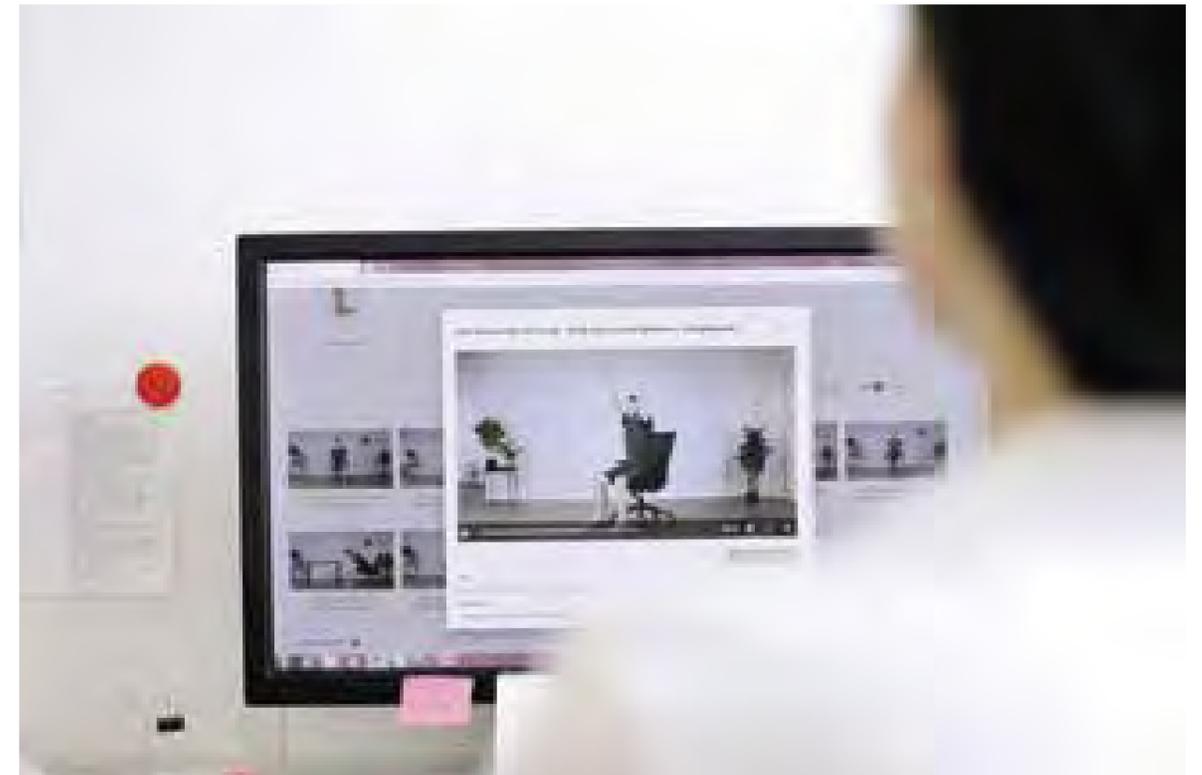
Analog zum Robert-Koch-Institut erfasst MEDIAN die Anzahl der vollständig gegen das Corona-Virus geimpften Beschäftigten im Unternehmen. Anhand der Grafik lässt sich gut erkennen, dass es zwar bei MEDIAN ebenso wie bundesweit einige Zeit brauchte, bis die Impfkampagne Fahrt aufnahm. Ab Juni 2021 zeigt sich dann jedoch ein

großer Impffortschritt, sodass die Quote der geimpften Personen bei MEDIAN innerhalb von zwei Monaten (Mai bis Juli) um 46 Prozentpunkte anstieg. Bis November 2021 waren 77 Prozent der Mitarbeitenden vollständig gegen das Corona-Virus geimpft. Damit liegt MEDIAN etwa zehn Prozent über der bundesweiten Impfquote.



## DIGITAL UNTERSTÜTZT NOCH BESSER VERSORGT

**DEN WEG DER DIGITALISIERUNG HAT MEDIAN SCHON LANGE EINGESCHLAGEN. HEUTE LIEGT EIN FOKUS AUF TELE-REHA-NACHSORGE: INTELLIGENTE APPS UND PERSÖNLICHE BEGLEITUNG VERBINDEN SICH DABEI ZU EINEM INTEGRIERTEN VERSORGUNGSMODELL**



Menschen versorgen Menschen, lautet die Grundüberzeugung von MEDIAN. Doch dies geschieht immer stärker auch digital gestützt – vor, während und nach der Rehabilitation. Eigens entwickelte elektronische Werkzeuge begleiten den gesamten Behandlungs- und Genesungsprozess. Die Auswertung von Patientendaten hilft herauszufinden, welche Therapien für wen den größten Nutzen bringen. Und was Ärzte, Therapeuten und Psychologen für ihre Patienten erreichen, kann dank digitaler Tools im Alltag gefestigt werden. Sie ermöglichen damit immer feiner gesteuerte Behandlungsprozesse – und fördern gleichzeitig die bei MEDIAN so wichtige therapeutische Nähe zwischen Patienten und Behandelnden.

Die Corona-Pandemie hat noch einmal verdeutlicht, welch enormes Potenzial die digital unterstützte Patientenversorgung birgt. Die Digitalisierung kann administrative Prozesse verschlanken, Patienten in ihrer häuslichen Umgebung begleiten und medizinische Versorgung zu jenen bringen, die ansonsten kaum Zugang zu ihr finden. MEDIAN hat dieses Potenzial schon weitaus früher erkannt. Mit den ersten Schritten zur Entwicklung der MEDIAN App und der Einführung der telemedizinischen Nachsorge wurde vor mehr als vier Jahren der Grundstein für eine digitale patientenzentrierte und integrierte Versorgung gelegt. Seit Frühjahr 2021 treibt nun eine neue Abteilung für Digitale Gesundheit diese Entwicklung mit richtungweisenden Projekten voran.

### EINE FÜR ALLES: DIE MEDIAN APP

Seit der ersten Anbindung der MEDIAN App an die Kliniken des heutigen MEDIAN Reha-Zentrums Wiesbaden Sonnenberg im August 2019 hat sich viel getan. Anfangs erhielten Patienten während ihres Reha-Aufenthaltes vor allem Informationen zur Klinik, später auch individuelle Nachrichten zum Behandlungsverlauf auf ihr Handy oder Tablet. Heute werden über die App täglich Speise- und Therapiepläne, aktuelle Informationen zum Aufenthalt und ein individuell verordnetes digitales Therapieprogramm angeboten sowie ein Fragebogentool zum Reha-Aufenthalt zur Verfügung gestellt. Zwischen August 2019 und Dezember 2020 haben insgesamt 23.012 Patienten an mittlerweile 35 Standorten die App genutzt, die sich damit zu einem relevanten Instrument des Klinikalltags und der integrierten Nachsorge entwickelt hat.

Die seit Einführung der MEDIAN App gesammelten Erfahrungen geben spannende Einblicke in das Nutzerverhalten der Rehabilitanden. Die daraus gewonnenen Erkenntnisse fließen in die Weiterentwicklungen bestehender und die Konzeption neuer Produkte ein, um die digitalen Angebote von MEDIAN noch patientenzentrierter zu gestalten.

### OPTIMAL BEGLEITET: TELE-NACHSORGE

Eines der wichtigsten Ziele der Rehabilitation ist es, Patienten nach einer Operation oder Erkrankung zu befähigen, ihren Alltag wieder eigenständig zu bewältigen. Ärzte und Therapeuten stärken im Rahmen von Gruppen- und Einzeltherapien die Gesundheitskompetenz ihrer Patienten und geben ihnen Werkzeuge an die Hand, mit denen sie ihren Alltag besser meistern können. Die Nachsorge zielt insbesondere darauf ab, diese Kompetenz zu festigen und auszubauen. Mit Aufnahme der Tele-Reha-Nachsorge, einem App begleiteten und telemedizinisch betreuten digitalen Nachsorge-Programm, hat sich das Versorgungsangebot von MEDIAN seit 2019 kontinuierlich erweitert. Patienten haben so die Möglichkeit, ihre Nachsorge vollständig zuhause zu absolvieren und in ihrem Alltag begleitet zu werden. Per Handy, Tablet oder Laptop haben sie Einsicht in ihre Therapietrainings- bzw. Tagesstrukturpläne. Die digital angeleiteten Therapieeinheiten können zu einem selbst gewählten Zeitpunkt durchgeführt werden. Bei Fragen kann wahlweise telefonisch, per Mail oder Chat Kontakt zu einem Therapeuten aufgenommen werden. Zudem werden die Patienten re-

gelmäßig von ihrem Coach kontaktiert. Vor Zulassung der Tele-Reha-Nachsorgeangebote werden die beteiligten Einrichtungen intensiv von der Deutschen Rentenversicherung (DRV) geprüft, um deren hohe Qualitätsstandards zu erfüllen.

### NACHSORGE MIT DE-RENA

Die App DE-RENA (DEpressions-REha-Nachsorge) ergänzt als digitales Nachsorge-Tool das bestehende Angebot für psychosomatische Patienten bei MEDIAN. Mit ihrer Hilfe haben zeitlich eingespannte oder örtlich angebundene Rehabilitanden die Möglichkeit, die Nachsorge flexibel in ihren Alltag zu integrieren. Die App, die von der MEDIAN Klinik für Psychosomatik Bad Dürkheim mitentwickelt und in einer Studie mit der DRV evaluiert wurde, wird bis zum Jahresende 2021 in 30 Kliniken der MEDIAN Unternehmensgruppe mit psychosomatischem Schwerpunkt eingeführt.

Das Angebot richtet sich insbesondere an Rehabilitanden, die am Ende einer psychosomatischen Behandlung stehen, und unterstützt die Festigung der Therapieerfolge. Die DE-RENA-Nachsorge hat eine Dauer von sechs Monaten nach dem stationären Aufenthalt. Dabei werden die Patienten digital und mit fest geplanten telefonischen Kontakten von einem Psychotherapeuten von MEDIAN begleitet.

Während des Klinikaufenthalts arbeiten die Patienten gemeinsam mit den Therapeuten ihre wichtigsten Lebensbereiche heraus – etwa die Familie oder den Beruf, setzen Prioritäten und definieren Vorsätze und Aufgabenfelder. Diese werden anschließend über die DE-RENA-App in einen individuellen Tagerstrukturplan eingetragen. So haben Patienten die Möglichkeit, regelmäßig über ihr Smartphone oder Tablet ihren Tagesablauf zu bewerten und zu kontrollieren, ob die erlernten Verhaltensänderungen im Alltag umgesetzt werden; sie behalten ihre Fortschritte jederzeit objektiv im Blick. Ebenso Teil des DE-RENA-Programms ist der regelmäßige telefonische Kontakt zum Nachsorgetherapeuten in der Klinik, um die erreichten Meilensteine oder Abweichungen zu besprechen. Patienten werden durch die Nachsorgeempfehlungen ihrer Therapeuten weiter sensibilisiert und der Therapieerfolg nachhaltig gesteigert.

Die unter Beteiligung der MEDIAN Klinik für Psychosomatik Bad Dürkheim durchgeführte und von der DRV geförderte Studie hat die hohe Akzeptanz und Wirkung des tele-medizinischen Nachsorgekonzepts von DE-RENA sowie die Integrierbarkeit in die vorhandenen Klinikprozesse bestätigt. Zusätzlich wurde eine hohe Akzeptanz bei Patienten und Therapeuten verzeichnet. Die teilnehmenden Rehabilitanden konnten mit DE-RENA ihre in der Klinik erreichten Fortschritte in den Bereichen Tages- und Selbststrukturierung aufrechterhalten und weiter ausbauen sowie ihre Depressivität über die Zeit der Nachsorge verringern.

### NACHSORGE MIT CASPAR

Im Jahr 2019 startete in vier Kliniken die Pilotphase der digitalen Tele-Nachsorge mit der App CASPAR. Ziel war es, Patienten mit Krankheitsbildern der Indikationen Orthopädie, Kardiologie, Innere Medizin/Onkologie und Neurologie ein Nachsorgeangebot zu machen, das sie unkompliziert in ihren Alltag integrieren können. Die privaten und beruflichen Umstände vieler Rehabilitanden, aber auch Einflussfaktoren wie beispielsweise die pandemische Lage, erschweren die regelmäßige wöchentliche Teilnahme an einer klassischen Face-to-Face-Nachsorge. Da die Nachbetreuung für die langfristige Genesung jedoch sehr wichtig ist, wollte MEDIAN auch diesen Patienten ein Angebot ermöglichen, das hohe Qualitätsstandards erfüllt.

Dabei muss berücksichtigt werden, dass digitale Tools bislang nicht zum festen Bestandteil der Therapiemaßnahmen vieler Patienten zählen. Um ihnen Sicherheit im Umgang mit der CASPAR-App zu geben, werden die Trainings-, Wissens- und Entspannungsangebote bereits in den Therapie-Alltag während des Reha-Aufenthalts integriert. Patienten können sich unkompliziert mit ihrem eigenen Handy, Tablet oder Laptop in ihren Account einloggen und CASPAR im Rahmen des Gruppentrainings oder alleine auf ihrem Zimmer kennenlernen. Die hinterlegten Trainingspläne werden von den Medical Boards erstellt und geprüft – Expertengremien, denen die Chefarzte aller Kliniken von MEDIAN der entsprechenden Indikation angehören. Da die Individualisierung der Therapie unerlässlich ist, passen die zuständigen Therapeuten die hinterlegten Pläne während des Aufenthalts stetig an die Bedürfnisse ihrer Patienten an.

Entscheidet sich ein Patient am Ende seines Aufenthalts für eine digitale Nachsorge, geht die Betreuung an das digitale Therapiezentrum über, das im MEDIAN AGZ Düsseldorf angesiedelt ist. Im Rahmen eines ersten Aufnahmegesprächs lernen sich Patient und Nachsorgetherapeut telefonisch kennen. Im Anschluss erhält der Patient einen Nachsorgeplan, welcher für 24 (Somatik) bis 36 Wochen (Neurologie) ausgelegt ist und regelmäßig angepasst und optimiert wird. Der Austausch zwischen Therapeut und Patient per Feedbackfunktion in der App, im Chat und per Telefon ermöglicht eine Individualisierung des Therapieplans innerhalb kürzester Zeit.

Die Zahlen sprechen für sich: Im Jahr 2020 absolvierten 80 Prozent der Patienten die Nachsorge vollständig; die restlichen 20 Prozent beendeten sie zumeist erst im letzten Drittel. Das Feedback an die betreuenden Therapeuten war und ist ebenfalls sehr positiv. Viele Patienten sind mit dem digitalen Angebot zufrieden, sodass sie im Anschluss an die Reha-Tele-Nachsorge die Option wahrnehmen, als Selbstzahler weiter aktiv an ihrer Genesung zu arbeiten. Bis Ende 2021 sollen insgesamt 36 Kliniken von MEDIAN die Tele-Nachsorge mit CASPAR anbieten.

### REFINANZIERUNG FÜR ALLE

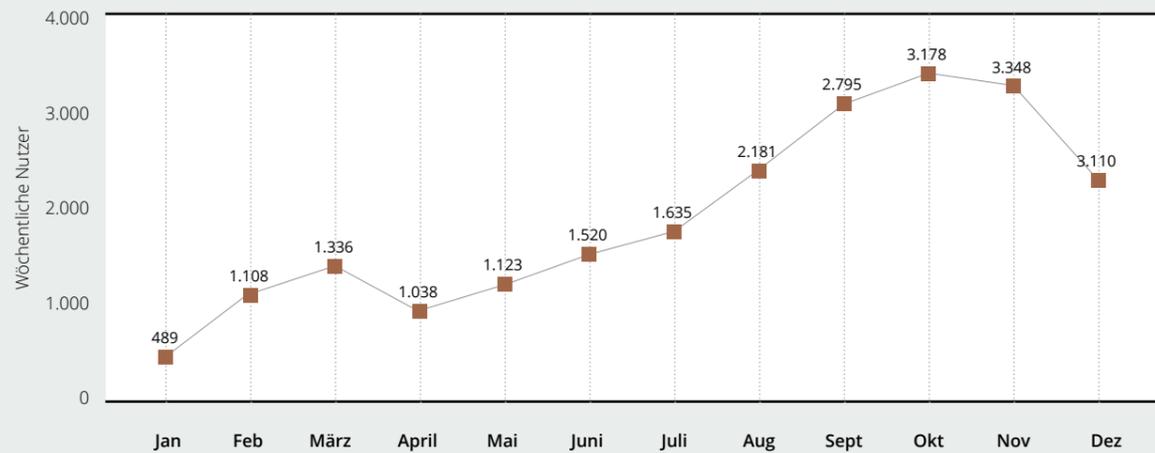
Die beispielhaft dargestellten Einzelprojekte geben Einblicke in die Entwicklungen im Bereich der digitalen Medizin bei MEDIAN und zeigen auf, welchen Stellenwert die Digitalisierung für die zukünftige Versorgung der Rehabilitanden hat. Die Erfolge der Patienten bestätigen, dass die digitalen Angebote nicht nur von jüngeren Rehabilitanden, sondern auch von Menschen im Seniorenalter angenommen werden.

Durch die medizinische und therapeutische Expertise der Kliniken und das Know-how der zentralen Fachabteilungen bei MEDIAN werden so die bestehenden Angebote weiterentwickelt und verbessert, um die Patientenbedürfnisse noch besser abzubilden. Auf Basis der gesammelten Erfahrungen als Vorreiter im Bereich der digital unterstützten Rehabilitationsmedizin, werden zukünftig weitere innovative Lösungen und Konzepte entstehen, welche die Rehabilitanden bei MEDIAN über den gesamten Genesungsprozess hinweg begleiten. Das Ziel: Jeder Patient soll bis Ende 2022 den Zugang zu refinanzierten Nachsorgeleistungen erhalten – digital gestützt und persönlich betreut.

# DATEN ZUR DIGITALISIERUNG

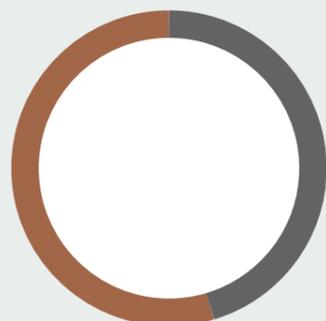
## WÖCHENTLICHE APP-NUTZUNG

Die Grafik zeigt, dass die Nutzung der App im Jahr 2020 stetig gestiegen ist. Einige Einschnitte sind auf die Corona Lockdowns zurückzuführen. Zusätzlich ist im Zeitraum von Weihnachten bis Neujahr aufgrund der Feiertage ein Rückgang zu verzeichnen.



## APP NUTZER NACH GESCHLECHT

n = 14.540

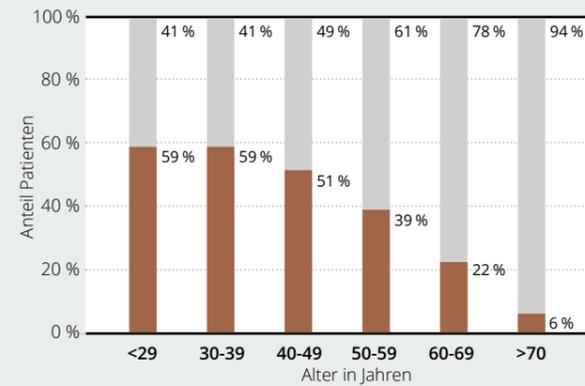


Die Grafik zeigt die Geschlechterverteilung der App-Nutzung. Mit **54 %** wird die App häufiger von Frauen genutzt.

- 46 % männlich
- 54 % weiblich
- 0 % divers

## DURCHDRINGUNGSRATE DER APP NACH ALTERSGRUPPE

n = alle stationären Patienten in Kliniken mit App-Nutzung



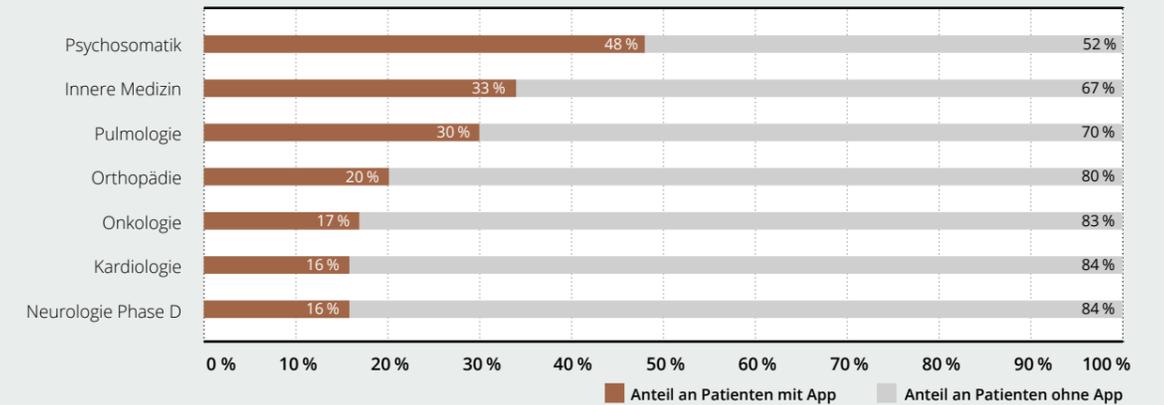
Erwartungsgemäß wird die MEDIAN App eher von jüngeren Patienten genutzt, was auf eine höhere Affinität für neue Medien zurückzuführen ist.

## DURCHDRINGUNGSRATE DER MEDIAN APP NACH INDIKATIONEN

n = alle stationären Patienten in Kliniken mit App-Nutzung

Die MEDIAN App wird in den verschiedenen Indikationen unterschiedlich stark genutzt. Die erhöhte App-Nutzung in der Psychosomatik könnte damit zusammenhängen,

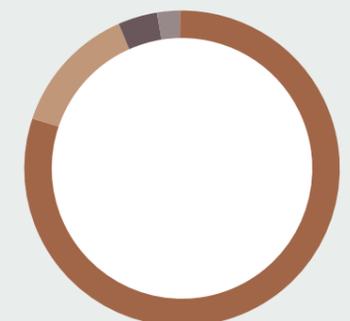
dass hier der Altersdurchschnitt der Patienten niedriger ist, was wiederum bedeuten könnte, dass diese Personen auch eine größere Affinität für Technik besitzen.



## APP-NUTZUNG NACH KOSTENTRÄGER

Die Mehrheit der App-Nutzer kommen mit **80 %** über den Kostenträger der gesetzlichen Rentenversicherung, und sind daher von besonderer Relevanz für unser Tele-Reha-Nachsorge-Programm

- 80 % gesetzliche Rentenversicherung
- 14 % gesetzliche Krankenversicherung
- 4 % Selbstzahler
- 2 % sonstige



# AUS DEUTSCHLAND NACH GROSSBRITANNIEN

**DIE INTEGRATION VON PRIORY 2021 WAR DER ERSTE SCHRITT AUF DEM WEG ZUR EUROPÄISCHEN MARKTFÜHRERSCHAFT**



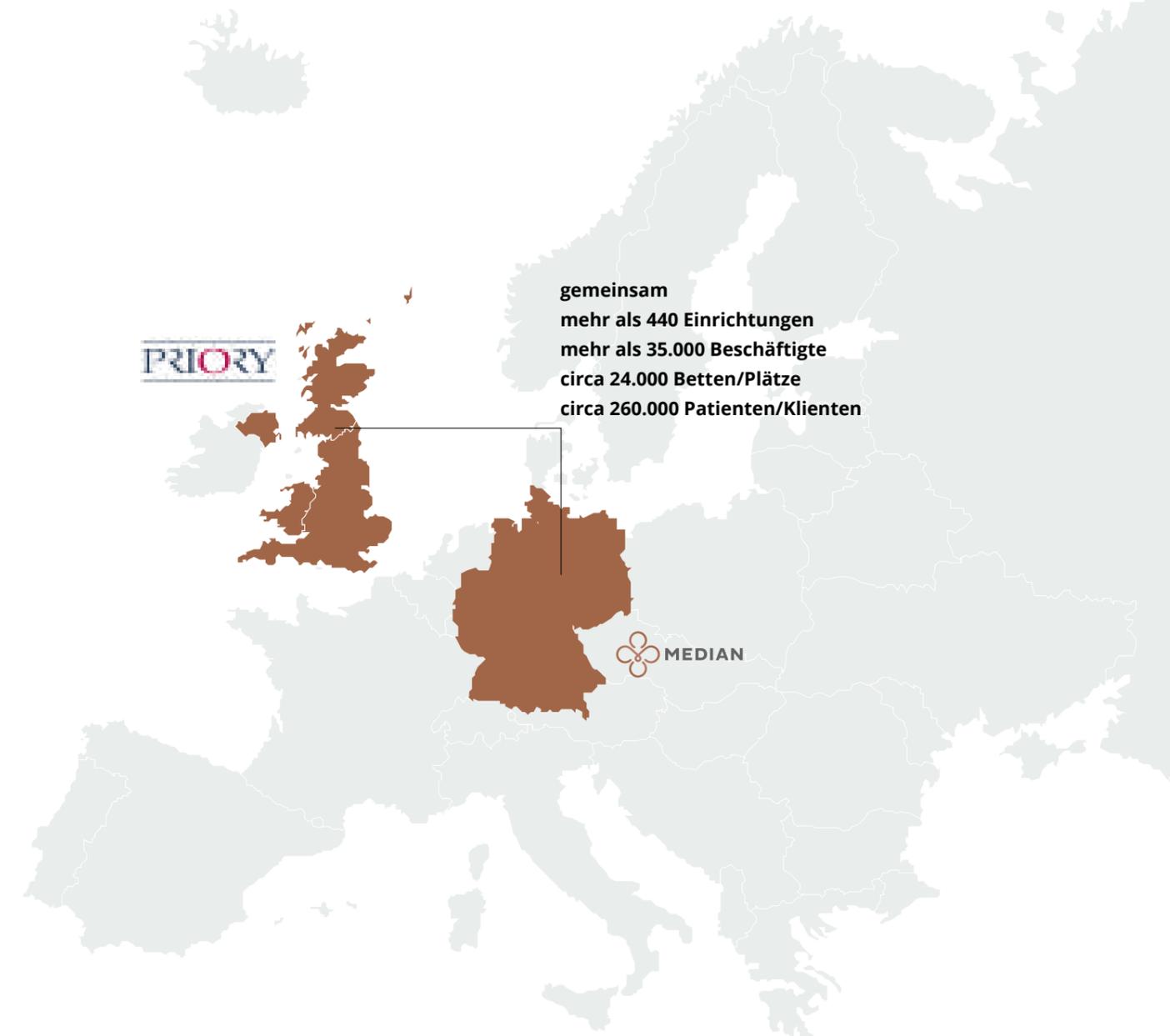
Das Priory Hospital Chelmsford nahe London

Der Startschuss für die europäische Expansion von MEDIAN fiel Anfang 2021: Im Januar erwarb MEDIAN Investor Waterland Private Equity das Gesundheitsunternehmen Priory. Im Juli übernahmen die Geschäftsführer von MEDIAN auch die Geschäftsführung des in Großbritannien führenden Betreibers von Krankenhäusern und Soziotherapien zur Behandlung von psychischen Krankheiten und Lernbehinderungen mit landesweit 321 Einrichtungen. Das gemeinsame Ziel ist die Qualitätsführerschaft für Rehabilitationsmedizin und mentale Gesundheit in Europa.

Durch die gebündelte Expertise im Unternehmensverbund sind MEDIAN und Priory bestens aufgestellt. Erste

Integrationschritte wurden unter anderem im Bereich Finance mit der Erstellung eines gemeinsamen Budgets für 2022 und der Einführung eines gruppenweiten Reporting-Prozesses unternommen. Auch darüber hinaus gingen Kolleginnen und Kollegen aller Abteilungen bei MEDIAN und Priory in den Austausch, um bestmöglich von der Expertise des jeweils anderen zu profitieren. Enorme Entwicklungspotenziale sehen beide Seiten im Bereich der Digitalisierung, der Entwicklung neuer Therapiestandards sowie der Verbesserung der Behandlungsqualität. Grundlage hierfür wird die Schaffung einer gemeinsamen IT-Infrastruktur sein, die im Sommer 2021 mit der Einführung von SAP bei Priory startete.

Nach dem rechtlichen Zusammenschluss von MEDIAN



und Priory Mitte Oktober 2021 unter der neuen gemeinsamen Holding MEDIAN B.V. übernahm Rebekah Cresswell zum 1. November die Position der CEO UK bei Priory.

## **PLATTFORM FÜR ERSTKLASSIGE PANEUROPÄISCHE VERSORGUNG**

Die Behandlung psychischer Erkrankungen ist sowohl in Deutschland als auch in Großbritannien ein stark wachsender Bereich. Nicht zuletzt aufgrund von Covid-19 und der Folgen von Pandemie und Lockdowns ist in den kommenden Jahren mit deutlich mehr psychosomatischen und psychiatrischen Patienten zu rechnen. Ein gesteigertes Gesundheitsbewusstsein und eine bessere Aufklärung lassen darüber hinaus immer mehr Menschen

Hilfe suchen und auch Kostenträger die wachsende Bedeutung dieses Gesundheitsbereichs erkennen. MEDIAN und Priory haben hier beste Chancen, mit ihren auf Behandlungsqualität, Digitalisierung und individuelle Therapie abgestimmten Aktivitäten die Versorgung von immer mehr Patienten auf höchstem Niveau sicherzustellen. Das Zusammengehen beider Unternehmen lässt eine Plattform entstehen, die eine erstklassige paneuropäische Gesundheitsversorgung in den Bereichen Psychosomatik, Psychiatrie, Neurologie und Orthopädie ermöglicht.

Eine entscheidende Rolle spielt auch hier die Digitalisierung. Denn während die Bedürfnisse der Patienten im Genesungsprozess überall auf der Welt gleich sind,



Das Priory Hospital Roehampton ist eine der führenden psychosomatischen Kliniken des Landes.

unterscheiden sich die Gesundheitssysteme und die Unterstützung der Genesung von Staat zu Staat deutlich. Leistungen, die in Deutschland stationär erbracht werden, können in einem anderen Land ambulant erfolgen oder umgekehrt – um nur ein Beispiel zu nennen. Ferner hat kein Staat über die Sektoren seines Gesundheitssystems hinweg durchgängig aufeinander abgestimmte Versorgungspfade. Somit bestehen in jedem Land Versorgungslücken, die es zu schließen gilt. Die digital gestützte Behandlung der Patienten – so die Vision von MEDIAN und Priory – wird in Zukunft eine durchgängige Begleitung während des gesamten Genesungsprozesses un-

abhängig von nationalen Gesundheitsangeboten ermöglichen. Eine Schlüsselrolle spielen dabei jene Kliniken, in denen die Versorgung der Rehabilitanden ihren Anfang nimmt. Auf dieser konstanten Basis werden angekoppelte Leistungen künftig international aufgebaut. So können Patienten in ganz Europa und darüber hinaus entlang des gesamten Genesungsprozesses noch lückenloser und nachhaltiger begleitet werden, während den jeweiligen nationalen Gesundheitssystemen geringere Kosten entstehen.

## ZIELE UND AUFBAU DES QUALITÄTSBERICHTS



Es ist unser Anspruch, uns in den Behandlungspfaden an wissenschaftlichen Standards zu orientieren. Daher ist es nur folgerichtig, den Qualitätsbericht an der Struktur wissenschaftlicher Veröffentlichungen auszurichten. Wir haben diesen Bericht in fünf thematische Bereiche untergliedert: Einleitung, Methode, Ergebnisse, wissenschaftliche Studien und abschließende Diskussion. In der Einleitung werden das Unternehmen MEDIAN und seine Ziele vorgestellt sowie der Aufbau des Qualitätsberichts dargelegt. Innerhalb des Methodenteils finden sich Informationen zur versorgten Population, zu Versorgungsansätzen, zu Instrumenten der Datenerfassung sowie

zum Vorgehen bei der Datenanalyse. Der Ergebnisteil beschreibt im weiteren Verlauf die Patientenstruktur mittels soziodemografischer Daten sowie die Ergebnisqualität mithilfe spezifischer medizinischer Ergebnisparameter für die einzelnen Indikationsgebiete. Im Anschluss werden herausragende wissenschaftliche Studien dargestellt. Der Diskussionsteil fasst schließlich die wichtigsten Erkenntnisse aus dem Ergebnisteil zusammen und gibt einen Ausblick auf die Vorhaben in den kommenden Jahren. Der Qualitätsbericht 2020/21 schließt mit zusammenfassenden Erkenntnissen und einem Ausblick.

## 3 METHODE

# BESCHREIBUNG DER POPULATION ANHAND VON SOZIODEMOGRAFISCHEN DATEN

### **GESCHLECHT**

Auch in diesem Jahr wird bei der Verteilung der Geschlechter wieder das offizielle dritte Geschlecht „divers“ ausgewiesen. Zwar gab es Patienten, die diese Option wählten, aber aufgrund der geringen Anzahl liegt ihr Anteil in dieser Kategorie bei null Prozent.

### **ALTERSSTRUKTUR**

Für die Berechnung des Alters wurde das Datum der Anreise zugrunde gelegt. Die Einteilung der Altersgruppen ist indikationsübergreifend gleich. Lediglich bei den Indikationen Pädiatrie und Geriatrie wurden zur besseren Darstellung andere Alterseinteilungen gewählt.

### **HAUPTDIAGNOSEN**

Eine Hauptdiagnose beschreibt jene Diagnose, die hauptsächlich den Rehabilitationsaufenthalt eines Patienten begründet. Es werden pro Indikation die fünf häufigsten Hauptdiagnosen abgebildet, um die Schwerpunkte der jeweiligen Fachabteilung darzustellen.

### **VERWEILDAUER**

Die Verweildauer beschreibt die Zeit in Tagen, die ein Patient in einer Einrichtung verbringt. Sie wurde anhand der Tage zwischen An- und Abreise berechnet, wobei An- und Abreisetag jeweils als ein halber Tag gezählt werden.

### **LEISTUNGSTRÄGER**

Der Begriff Leistungsträger beschreibt jene Institution, welche die Rehabilitationsleistungen vergütet. Bei den Leistungsträgern wurden vier große Gruppen unterschieden: gesetzliche Rentenversicherung, gesetzliche Krankenversicherung, Selbstzahler/Private Krankenversicherung und Sonstige.

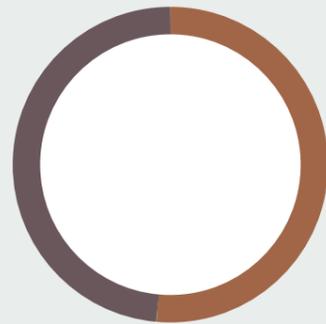
### **PATIENTENZUFRIEDENHEIT**

Jeder unserer Patienten bekommt im Rahmen seines Rehabilitationsaufenthalts die Möglichkeit, an unserer Patientenzufriedenheitsbefragung teilzunehmen. Dargestellt ist der Anteil derjenigen Patienten, die sich zufrieden mit den abgefragten Kriterien äußerten.

# SOZIODEMOGRAPHISCHE DATEN ALLER PATIENTEN BEI MEDIAN

Nachfolgend wird die Patientenstruktur aller MEDIAN Rehabilitationskliniken unter anderem in einer Indikations-, Leistungsträger- und Altersverteilung dargestellt. Darüber hinaus zeigt die Auswertung der Patientenzufriedenheit, wie einzelne medizinische Faktoren von über 75.000 Patienten im Jahr 2020 bewertet wurden.

## PATIENTENPOPULATION NACH GESCHLECHT

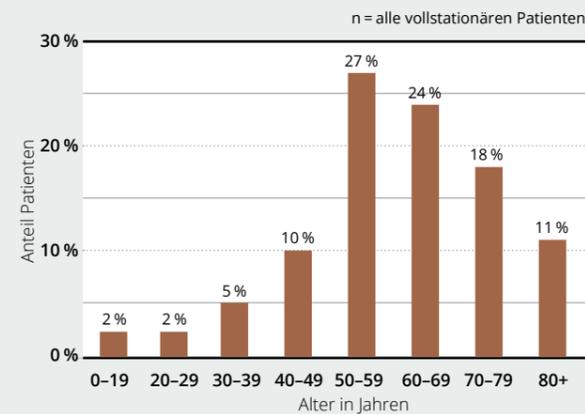


Im Jahr 2020 wurden bei MEDIAN insgesamt **164.796** stationäre Patienten behandelt. Davon waren **52 %** weiblich und **48 %** männlich.

- 52 % weiblich
- 48 % männlich
- 0 % divers

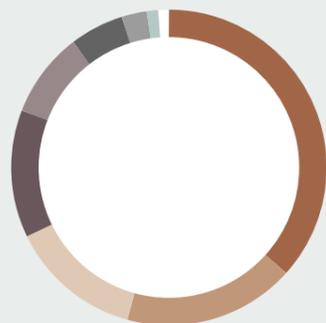
## VERTEILUNG DER ALTERSSTRUKTUR

Durchschnitt: 61 Jahre



Anhand der Altersverteilung wird deutlich, dass im Jahr 2020 über die Hälfte aller Patienten älter als 60 Jahre waren.

## VERTEILUNG DER INDIKATIONEN



Die Grafik zeigt, wie sich die Patientenpopulation auf 9 Indikationen verteilt.

- 37 % Orthopädie
- 17 % Psychosomatik
- 13 % Neurologie
- 13 % Innere Medizin<sup>1</sup>
- 9 % Kardiologie
- 6 % Sucht- und Abhängigkeitserkrankungen
- 3 % Psychiatrie
- 1 % Pädiatrie
- 1 % Soziotherapie

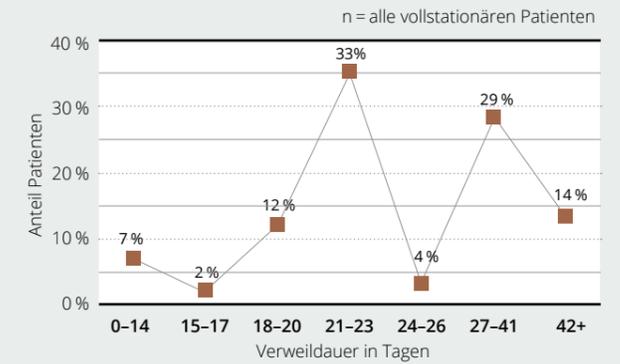
n = alle vollstationären Patienten

<sup>1</sup> Der Fachbereich Innere Medizin setzt sich aus folgenden Subindikationen zusammen: Onkologie, Geriatrie, Pneumologie, Rheumatologie, Gastroenterologie, HTS und Gynäkologie.

## VERTEILUNG DER VERWEILDAUER

Durchschnitt: 29 Tage

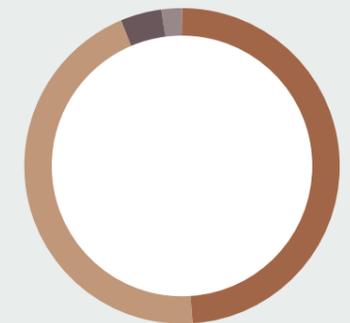
Die Übersicht der Verweildauer zeigt, dass der größte Teil aller Rehabilitanden im Berichtsjahr 2020 **21 bis 23 Tage** in den MEDIAN Einrichtungen verblieb. Zwischen den einzelnen Indikationen gab es deutliche Unterschiede in der Verweildauer, welche in den indikationsspezifischen Kapiteln detaillierter dargestellt werden.



## VERTEILUNG DER LEISTUNGSTRÄGER

Die erbrachten Leistungen wurden im Jahr 2020 von unterschiedlichen Leistungsträgern übernommen. Die **gesetzliche Rentenversicherung** machte dabei mit **49 %** den größten Anteil aus.

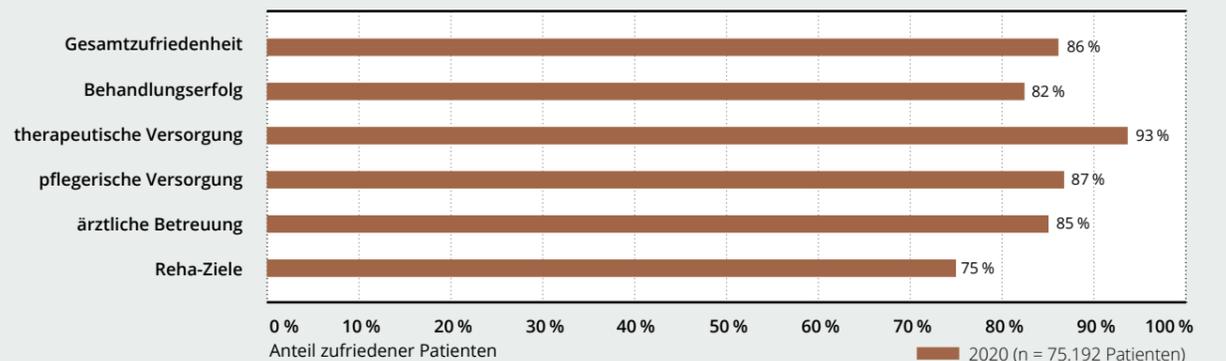
- 49 % gesetzliche Rentenversicherung
- 45 % gesetzliche Krankenversicherung
- 4 % Selbstzahler/Private Krankenversicherung
- 2 % sonstige



## PATIENTENZUFRIEDENHEIT

Die Zufriedenheit der Patienten bei MEDIAN befand sich im Jahr 2020 trotz Corona-Pandemie auf gewohnt hohem Niveau. Besonders der Bereich der **therapeutischen**

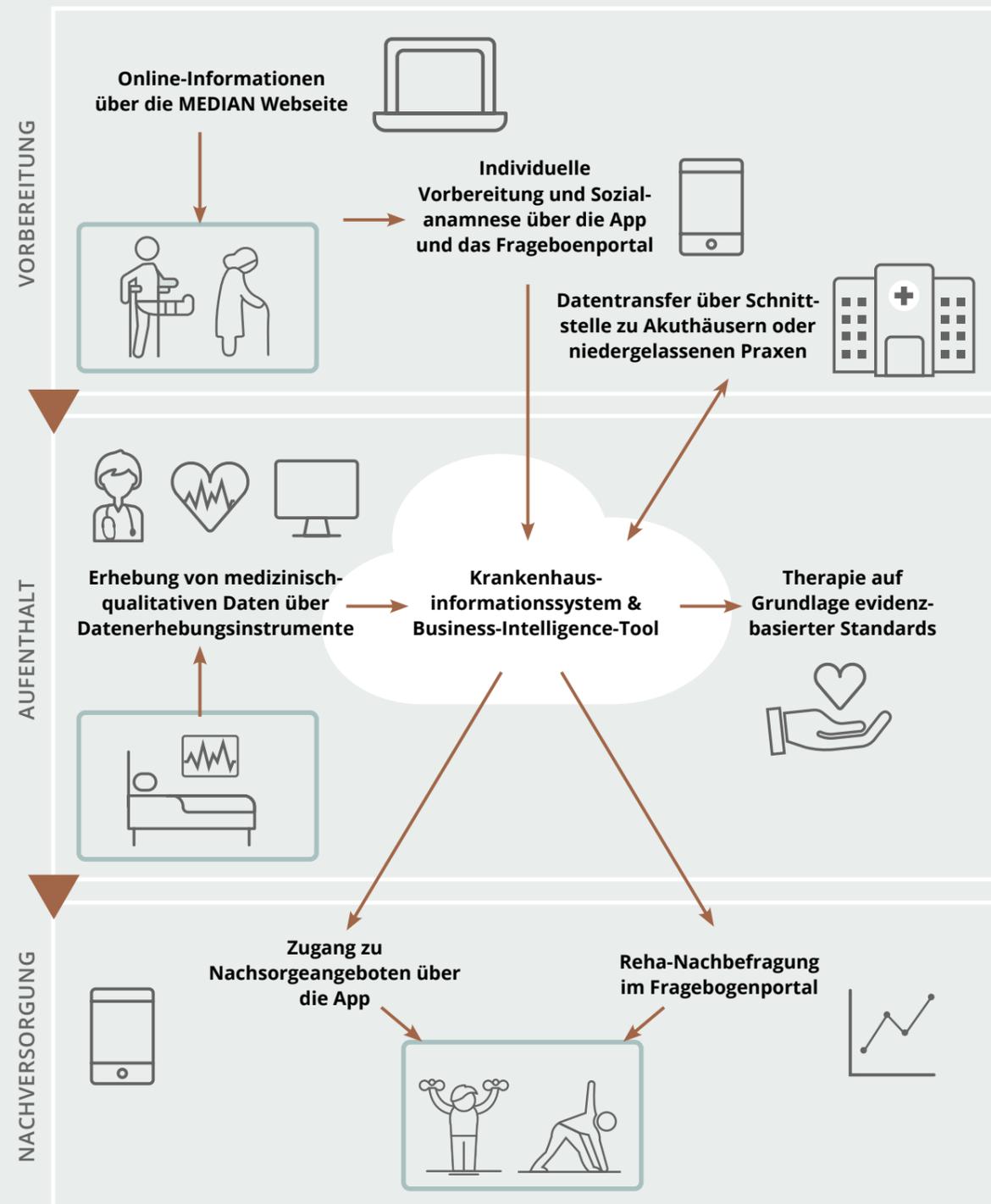
**Versorgung** ist mit einem **Zufriedenheitswert von 93 %** hervorzuheben.



Anteil zufriedener Patienten 2020 (n = 75.192 Patienten)

Qualität bei MEDIAN bedeutet, dass wir unseren Patienten jene Therapien zukommen lassen, die für sie die besten Ergebnisse versprechen. Um dieses Versprechen einzuhalten, nutzen wir die systematische Erfassung medizinischer Qualitäts-

parameter. Für die Erfassung und Verarbeitung der Daten nutzen wir verschiedene Systeme: das Fragebogenportal bzw. die MEDIAN App, das Krankenhausinformationssystem (KIS) und das Business Intelligence Tool.



# DATENERHEBUNGS- INSTRUMENTE

## ERGEBNISMESSUNG

Die Zufriedenheit der Patienten und der Behandlungserfolg sind uns sehr wichtig. Wir erfassen Daten und werten diese stetig aus, um unsere Qualität zu verbessern und die Patientenzufriedenheit zu erhöhen. Für die Datenerfassung nutzen wir drei verschiedene Systeme, die wir im Folgenden gerne näher beschreiben möchten:

## KRANKENHAUSINFORMATIONSSYSTEM

Im Krankenhausinformationssystem (KIS) werden die Behandlungspfade, die medizinisch-therapeutischen Ergebnisse und die soziodemographischen Daten unserer Patienten abgebildet. Anhand der Behandlungspfade können wir nachverfolgen, welche Patienten welche Therapien erhalten haben. Die medizinisch-therapeutischen Ergebnisse werden anhand von Scores für jeden Patienten einzeln erfasst. Die soziodemographischen Daten bilden u. a. Alter und Geschlecht ab.

## MEDIAN APP UND DIGITALE PATIENTEN-ZUFRIEDENHEITSMESSUNGEN

Im MEDIAN eigenen digitalen Fragebogenportal befragen wir unsere Patienten systematisch zu ihrem Gesundheitszustand anhand der sogenannten Patient Reported Outcome Measures (PROMs), die das subjektive Befinden eines jeden Patienten widerspiegeln. Unsere Patienten werden vor und nach dem Aufenthalt befragt, um den Erfolg der Behandlung messbar machen zu können. Die PROMs werden durch die Medical Boards einheitlich festgelegt.

Zudem ist im Fragebogenportal auch ein allgemeiner Patientenzufriedenheitsfragebogen hinterlegt. Dieser wird zum Ende der Reha vom Patienten ausgefüllt und erfasst die Zufriedenheit während der gesamten Reha.

Der Patient hat die Möglichkeit, die Fragebögen über sein eigenes Smartphone und die MEDIAN App auszufüllen. Darüber hinaus stehen auch Tablets oder PCs zur Verfügung.

## BUSINESS-INTELLIGENCE-TOOL

MEDIAN hat eine unternehmensweite Reporting-Plattform aufgebaut. Die während der Behandlung gewonnenen medizinisch-qualitativen Kennzahlen werden in dieser Business Intelligence-Plattform konsolidiert und die Ergebnisse in interaktiven Reports und Dashboards dargestellt. Anhand dieser Datenbasis können die Kliniken dazu befähigt werden, Entscheidungen zur Optimierung der Qualität zu treffen. Die Diskussion der Kennzahlen erfolgt auf allen Ebenen des Unternehmens. So entsteht ein wertvoller Erfahrungsaustausch in den unterschiedlichsten Gremien: auf Ebene der Geschäftsführung bzw. der kaufmännischen Leitungen sowie in den Medical Boards, im Qualitätsmanagement-Board und bei den interdisziplinären Leitungssitzungen innerhalb der Kliniken. Gemeinsam werden Best Practice-Modelle erarbeitet und allen Kliniken zur Verfügung gestellt.

# STRUKTUR-, PROZESS- UND ERGEBNISQUALITÄT

## QUALITÄTSSICHERUNG DER DEUTSCHEN RENTENVERSICHERUNG

Die Deutsche Rentenversicherung (DRV) ist neben der gesetzlichen Krankenversicherung wichtigster Träger der Rehabilitation und damit für MEDIAN ein entscheidender Partner in der Erbringung hochwertiger rehabilitativer Leistungen. Als Träger der Rehabilitation in Deutschland hat die DRV verschiedene Instrumente und Verfahren der Reha-Qualitätssicherung in Bezug auf die Struktur- und Prozessqualität entwickelt. Alle rentenversicherungseigenen sowie vor allem die von der Deutschen Renten-

versicherung belegten Rehabilitationseinrichtungen nehmen an diesen Verfahren teil. Daher sind diese Prozessqualitätsstandards auch für die Behandlung in den Kliniken von MEDIAN maßgeblich. Die Ergebnisse werden den Rehabilitationseinrichtungen in regelmäßigen Abständen zurückgemeldet. In der Infobox werden die wichtigsten Qualitätssicherungsverfahren der Deutschen Rentenversicherung dargestellt.

### DIE INSTRUMENTE DER DRV IM ÜBERBLICK:



#### Peer Review-Verfahren

Die Begutachtungsergebnisse des Peer Review-Verfahrens auf Grundlage von Rehabilitations-Entlassberichten und Therapieplänen sind ein Instrument, um Verbesserungsmöglichkeiten im Rehabilitationsprozess zu identifizieren.

#### Therapeutische Versorgung (KTL)

Die Auswertung zu den therapeutischen Leistungen verdeutlicht das Leistungsgeschehen, indem sie Informationen zu Leistungsmenge, -dauer und -verteilung darstellt. Diese Angaben werden zu einem Qualitätsindikator zusammengefasst. Überdies erhält die Rehabilitationseinrichtung Anhaltspunkte zu ihrer Dokumentationsqualität.

#### Reha-Therapiestandards (RTS)

Die Auswertung zu den Reha-Therapiestandards stellt dar, inwieweit Rehabilitanden mit entsprechender Diagnose gemäß den in den Reha-Therapiestandards formulierten Qualitätsanforderungen der Deutschen Rentenversicherung behandelt werden.

#### Rehabilitandenbefragung

Die Ergebnisse der Rehabilitandenbefragung informieren über die Zufriedenheit der Rehabilitanden mit der Behandlung sowie über ihre Einschätzung des Behandlungserfolgs.

#### Sozialmedizinischer Verlauf nach medizinischer Rehabilitation

Auswertungen zum sozialmedizinischen Verlauf geben Hinweise zum

Rehabilitationsergebnis. Für einen Zeitraum von zwei Jahren nach Rehabilitation wird aufgezeigt, wie viele Rehabilitanden im Erwerbsleben verbleiben oder durch Berentung (Alters-, Erwerbsminderungsrente) beziehungsweise Tod ausscheiden.

#### Rehabilitandenstruktur

Informationen zu soziodemografischen (z. B. Alter, Bildung oder Erwerbsstatus) sowie krankheitsbezogenen (z. B. Diagnosen, Leistungsfähigkeit oder Nachsorgeempfehlungen) Merkmalen verdeutlichen das Rehabilitandenspektrum und können zur Einordnung der Ergebnisse der Reha-Qualitätssicherung genutzt werden.

#### THERAPEUTISCHE VERSORGUNG (KTL)

In der Klassifikation therapeutischer Leistungen (KTL) für die medizinische Rehabilitation werden die während der Rehabilitation erbrachten Leistungen definiert. Das bedeutet, dass die KTL in Summe jene Leistungen abbildet, die ein Patient im Laufe seines Rehabilitationsaufenthaltes erhält. Dies ermöglicht eine spezifische Analyse und Beurteilung des therapeutischen Leistungsspektrums. Die Klassifikation erfolgt anhand von elf Kapiteln, die die Leistungsgruppen der Rehabilitation darstellen. Diese orientieren sich systematisch an den therapeutischen Inhalten der medizinischen Rehabilitation und decken somit ein breites Spektrum aller Bereiche innerhalb der Rehabilitation ab, wie z. B. physiotherapeutische, funktionsorientierte, edukative und psychologische Leistungen bis hin zu solchen der Pflege, der Ernährungsmedizin und der Pädagogik.

Nach Abschluss jeder Rehabilitation wird der DRV ein Entlassungsbericht zu jedem Patienten übermittelt. So kann die DRV alle relevanten Daten systematisch auswerten und den entsprechenden Fachabteilungen ihre Leistungsstrukturen rückmelden.

#### REHA-THERAPIESTANDARDS (RTS)

Zusätzlich zur Therapeutischen Versorgung (KTL) hat die DRV für eine Vielzahl an Indikationen sogenannte Reha-Therapiestandards (RTS) festgelegt. Jeder RTS setzt sich aus verschiedenen evidenzbasierten Therapiemodulen (ETM) zusammen, die auf Basis des Therapiekonzepts der medizinischen Rehabilitation und der Ergebnisse wissenschaftlicher Literaturrecherchen zur Wirksamkeit formuliert wurden. In den ETMs werden alle infrage kommenden beziehungsweise möglichen Interventionen in Form von KTL-Codierungen aufgelistet. Festgelegt sind auch Mindestdauer sowie gegebenenfalls Mindesthäufigkeit von KTL-Leistungen.

Zudem wird angegeben, welcher Prozentsatz an Rehabilitanden mindestens Leistungen aus dem jeweiligen ETM

in der angegebenen Menge erhalten soll, um den Mindestanforderungen entsprechend rehabilitiert zu sein. Als Qualitätsmerkmal bewertet die DRV, inwieweit eine Klinik ihren Patienten Leistungen gemäß der DRV-Standards zukommen lässt. Für die Ermittlung der Qualitätspunkte einer Fachabteilung werden alle evidenzbasierten Therapiemodule (ETM) gleichgewichtet.

Derzeit gibt es folgende Reha-Therapiestandards:

- Alkoholabhängigkeit
- Brustkrebs
- Chronischer Rückenschmerz
- Hüft- und Knie-TEP
- Depressive Störungen
- Diabetes mellitus Typ 2
- Koronare Herzkrankheit
- Schlaganfall – Phase D
- Kinder und Jugendliche

# ENTWICKLUNG DER DRV-QUALITÄTSPUNKTE

## MEDIAN ERFASST IN ECHTZEIT DIE QUALITÄTSPUNKTE DER DEUTSCHEN RENTENVERSICHERUNG – ANALOG ZU DEREN BERECHNUNGSALGORITHMUS

Die Deutsche Rentenversicherung (DRV) stellt hohe Anforderungen an die medizinisch-therapeutische Qualität in Rehabilitationskliniken. Die Einhaltung dieser Anforderungen wird von der DRV regelmäßig systematisch gemessen und ausgewertet. Diese Auswertung erfolgt anhand einer Umrechnung der erbrachten Therapien in Qualitätspunkte, welche für jeden Rehabilitanden zwischen null und 100 Punkte betragen können. Aus der Summe der Qualitätspunkte aller Patienten einer Klinik errechnet die DRV das Qualitätsniveau einer jeden Klinik, das ebenfalls zwischen null und 100 Punkten liegen kann.

Im Sinne der bestmöglichen Rehabilitation unserer Patienten erfasst MEDIAN sämtliche von der DRV zur Ermittlung der Qualitätspunkte im Bereich der therapeutischen Versorgung (KTL) und der Reha-Therapie-Standards (RTS) verwendeten Daten in Echtzeit. Orientiert an der Berechnungslogik der DRV, werden diese unmittelbar ausgewertet und in Qualitätspunkte umgerechnet.

Da die Daten der DRV für das Jahr 2020 zum Zeitpunkt der Erstellung dieses Qualitätsberichts noch nicht vorlagen, werden die Ergebnisse der MEDIAN eigenen Berechnung – analog zum Berechnungsalgorithmus der DRV – über den zeitlichen Verlauf dargestellt.

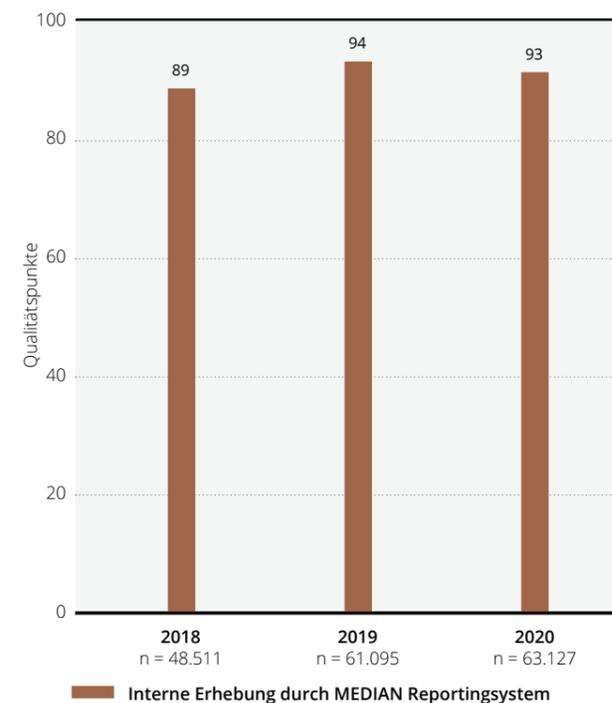
Die folgende Grafik verdeutlicht die gute Steigerung der KTL-Qualitätspunkte im Bereich der therapeutischen Versorgung der Kliniken der MEDIAN Gruppe in den letzten

Jahren. Auch im Coronajahr 2020 konnten die Qualitätspunkte auf einem sehr guten Niveau gehalten werden. Dies zeigt, dass es MEDIAN hervorragend gelingt, die optimale Menge und Dauer an Therapien für jeden einzelnen Patienten zu verordnen und das auch in kritischen Zeiten.

Um diese guten Ergebnisse zu erreichen, kommen zwei wichtige Instrumente zum Einsatz: Zum einen wurde in das KIS der Kliniken ein Steuerungsinstrument integriert, das zum aktiven Monitoring der therapeutischen Versorgung jedes Patienten dient, der sich aktuell in einer Klinik befindet. Mit diesem Instrument ist es dem ärztlichen und therapeutischen Team möglich, zu jedem Zeitpunkt die Anzahl, die Dauer und auch die Verteilung der verschiedenen Therapien eines jeden Patienten zu monitoren und zu adaptieren. Damit können die Qualitätspunkte der therapeutischen Leistung (KTL) und der Reha-Therapiestandards (RTS) im operativen Geschäft gesteuert werden.

Zum anderen existiert bereits seit mehreren Jahren das unternehmensweite Business Intelligence Tool (BI), in dem alle Leistungsdaten aus den Kliniken für bereits entlassene Patienten zusammenlaufen. Als zentrales strategisches Instrument dient das Tool dazu, die Qualitätsentwicklung bei MEDIAN auf allen Ebenen des Unternehmens zu monitoren und zu analysieren.

Zeitliche Entwicklung der Qualitätspunkte für den Parameter „Therapeutische Versorgung (KTL)“



### HINWEISE ZUR DARSTELLUNG DER KENNZAHLEN IN DEN INDIKATIONSKAPITELN

Bei den angegebenen Werten in den Indikationskapiteln handelt es sich um den Durchschnitt der von den einzelnen Kliniken von MEDIAN im jeweiligen Erfassungsjahr erreichten Qualitätspunkte. Das jeweils angegebene „n“ bezeichnet demnach die Anzahl der zur Bildung des Durchschnitts berücksichtigten Kliniken. Darüber hinaus finden nur Kliniken Berücksichtigung, aus denen mindestens 25 Patienten pro Jahr in die nach DRV-Kriterien durchgeführte Ermittlung der Qualitätspunkte mit einbezogen werden können, und die bereits in das BI-Tool integriert sind.

# ERGEBNISQUALITÄT



## PATIENTENZUFRIEDENHEIT

Die Zufriedenheit unserer Patienten ist ein wichtiger Parameter für unseren Erfolg. Mit dem Ziel, die bestmögliche Rehabilitation zu ermöglichen, ist es für MEDIAN von großer Bedeutung zu erfahren, ob und inwieweit die Erwartungen der Patienten während des Aufenthalts in den Kliniken erfüllt werden. Daher erhält jeder Patient im Rahmen seines Rehabilitationsaufenthalts die Möglichkeit, an der Zufriedenheitsbefragung teilzunehmen. Hierbei werden Bewertungen und Einschätzungen zu Themenbereichen wie ärztliche Betreuung, therapeutische Versorgung oder Behandlungserfolg abgegeben. In den vergangenen Jahren wurden die Fragebögen in Papierform ausgegeben. Mittlerweile wurde der Prozess in den meisten Kliniken von MEDIAN digitalisiert. Heute kann bereits ein Großteil unserer Patienten den Fragebogen am Smartphone, PC oder Tablet beantworten. Die Daten fließen direkt in das MEDIAN Reporting Tool und können von den Verantwortlichen eingesehen werden.

Die Anzahl der Patienten, die einen Fragebogen ausgefüllt haben, stellt das „n“ dar. Angegeben ist jeweils der prozentuale Anteil an Patienten, die sich mit den unter der jeweiligen Kategorie anfallenden Leistungen zufrieden gezeigt haben.

## MEDIZINISCHE ERGEBNISQUALITÄT

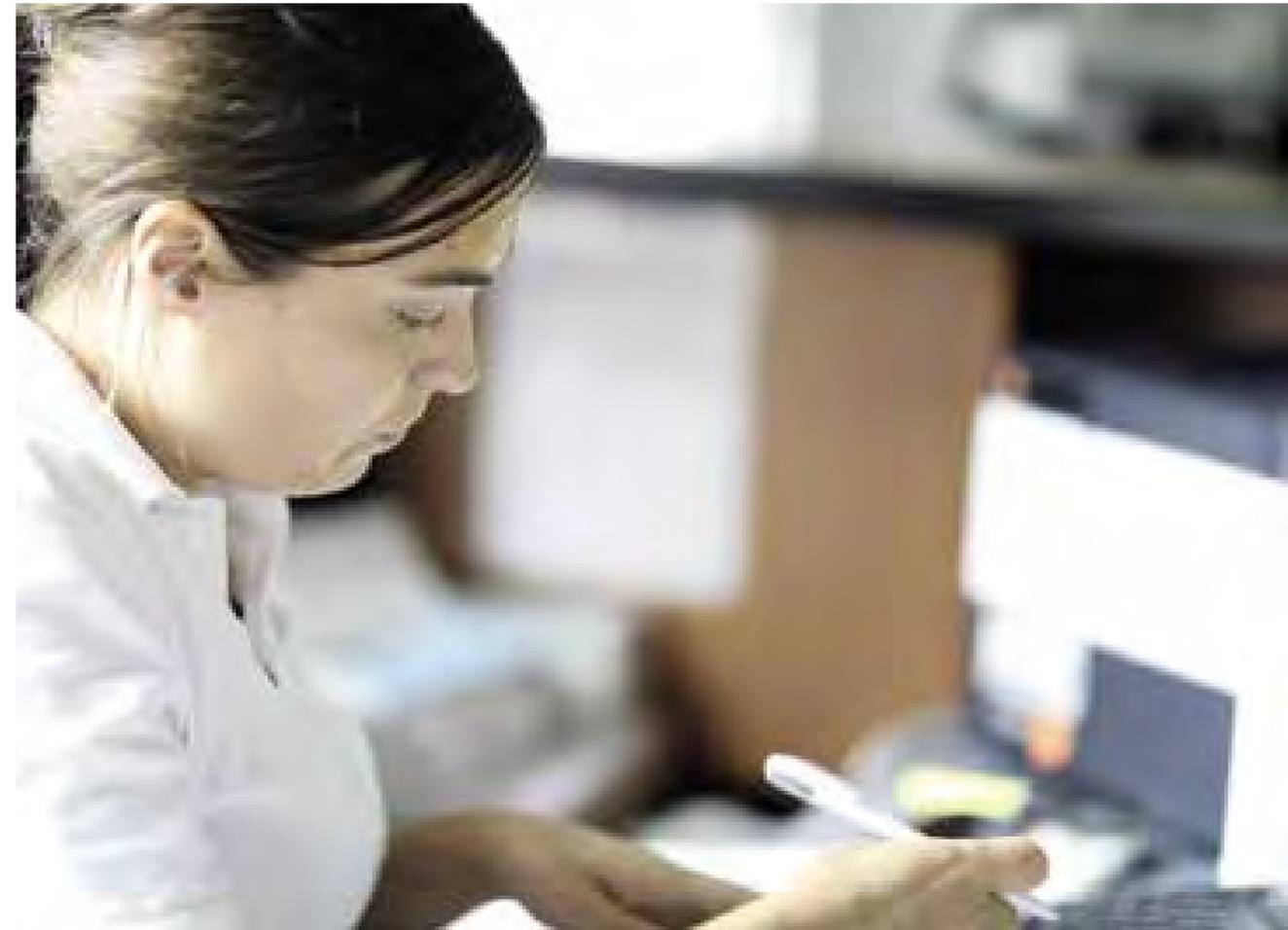
Kernziel des MEDIAN Klinikverbundes ist es, die Versorgungsqualität über alle Kliniken hinweg stetig zu erhöhen und die Rehabilitation als Ganzes weiterzuentwickeln. Zu dieser Qualitätsphilosophie gehört als zentraler Bestandteil, dass wir uns an der medizinisch-therapeutischen Ergebnisqualität jedes einzelnen Patienten messen. Hierfür haben wir die Erfassung von Ergebnisparametern – auch Outcome-Parameter genannt – systematisch in den Rehabilitationsprozess eingebettet, um die Veränderungen des Gesundheitszustands und damit den individuellen Rehabilitationserfolg zu erfassen. Zu diesem Zweck wurden in den Medical Boards, in denen alle Chefarzte jeder Indikation vertreten sind, spezielle Ergebnisqualitäts-

parameter festgelegt. Diese Ergebnisqualitätsparameter sind durch verschiedene Studien vorab evaluiert und validiert worden. Die Erfassung der indikationsspezifischen Outcome-Parameter findet zu verschiedenen Zeitpunkten der Rehabilitation statt und wird vom ärztlichen beziehungsweise therapeutischen Personal vorgenommen. Die Parameter werden untersetzt durch Patient Reported Outcome Measures (PROMs), d. h. Ergebnisparameter, welche von den Patienten selbst erfasst werden. Die strukturierte Messung der Ergebnisqualität jedes einzelnen Patienten hilft uns aber nicht nur bei der Sicherstellung eines optimalen Behandlungsverlaufs. Sie unterstützt sowohl die behandelnden Ärzte als auch das gesamte Rehabilitationsteam dabei, den einzelnen Patienten richtig einzuschätzen, Prognosen sicherer zu treffen und individuellere Therapien zu verordnen. Darüber hinaus dient die standardisierte Datenerhebung in allen Kliniken dazu, Referenzwerte und die individuellen Werte der Patienten optimal abzugleichen und in einen übergreifenden Kontext zu stellen. Damit erreichen wir eine hohe Zielorientierung – bezogen auf jeden einzelnen Patienten

Die systematische Ergebnismessung in allen Kliniken von MEDIAN hat noch einen weiteren positiven Effekt: In ihrer Gesamtheit bilden die erfassten Daten eine wichtige Grundlage für die zukunftsorientierte Entwicklung optimierter Therapie- und Behandlungspfade. Denn die Auswertung mehrerer hunderttausender Datenpunkte zu verschiedensten Krankheitsbildern und Therapien ermöglicht es nicht nur, die beste individuelle Behandlung für den Patienten zu identifizieren, sondern auch, innovative Therapieverfahren zu entwickeln. Diese Möglichkeit der Nutzung von Behandlungsdaten zur strukturierten Weiterentwicklung von Behandlungspfaden unterscheidet MEDIAN von anderen Rehabilitationskliniken. Die konkrete Beschreibung einzelner Outcome-Parameter erfolgt im Rahmen der Ergebnisanalyse in den jeweiligen Fachabteilungskapiteln dieses Qualitätsberichts.

# AUFBAU DES ERGEBNISKAPITELS

## 4 ERGEBNISSE



Im folgenden Ergebnisteil werden die einzelnen Indikationen separat betrachtet. Die Gliederung der Kapitel folgt jeweils einer einheitlichen Struktur. Zusätzlich zu den sonst üblichen Indikationen der letzten Jahre gibt es in diesem Jahr erstmals auch einen eigenen Abschnitt für Covid-19. Im Mittelpunkt steht in allen Abteilungen die Darstellung der Rehabilitationsstruktur, die anhand soziodemographischer Daten und der Ergebnisquali-

tät mittels spezifischer medizinischer Parameter dargestellt wird. Zur besseren Übersicht ist die Indikation der Inneren Medizin in weitere Sub-Indikationen unterteilt. Außerdem stellen in diesem Jahr in jeder Fachabteilung MEDIAN Mitarbeiter Fallberichte über Patienten mit besonders interessantem Behandlungsverlauf vor.



# EINFÜHRUNG | SCHWERPUNKT

## NOCH WOCHEN UND MONATE NACH EINER ERKRANKUNG AN COVID-19 KÖNNEN GESUNDHEITLICHE LANGZEITFOLGEN BESTEHEN – BEKANNT ALS POST COVID UND LONG COVID

Rund zehn Prozent der an Covid-19 erkrankten Menschen haben mit Langzeitfolgen zu kämpfen, die unter den Bezeichnungen Post-Covid-Syndrom und Long-Covid-Syndrom bekannt sind. Dies schätzt die Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin (DGP).

Patienten mit persistierenden Symptomen nach durchgemachter Covid-19-Erkrankung profitieren nach derzeitiger Evidenz deutlich von einer interdisziplinären Rehabilitationsbehandlung, auch initial nicht hospitalisierte Patienten. Die Notwendigkeit einer Rehabilitation für das Long-Covid-Syndrom wird damit auch in den nächsten Jahren relevant bleiben.

MEDIAN begann bereits unmittelbar nach Beginn der Pandemie im April 2020 als einer der ersten Rehabilitationsanbieter in Deutschland mit der Behandlung von Patienten mit Covid-19-Langzeitfolgen. Ärzte und Therapeuten haben die Entwicklung der Krankheit somit im Detail miterlebt und umfangreiche Erfahrungen gesammelt.



### WAS IST LONG COVID UND WAS IST POST COVID?

Im Gegensatz zum akuten Verlauf gibt es für die Phase nach überstandener bzw. abklingender Akuterkrankung noch keine einheitliche medizinische Definition. Häufig verwendet werden die Begriffe Long Covid und Post Covid. Im Folgenden stellen wir unseren Ansatz zur Trennung und Definition dieser beiden Begriffe dar. Diese Trennung hat sich in der Praxis als sehr sinnvoll erwiesen.

Unter **Post Covid** werden bei MEDIAN Symptome, Einschränkungen und Gesundheitsstörungen zusammengefasst, die – meist nach schwerem oder kritischem Verlauf – unmittelbar im Anschluss in der Phase der Genesung (meist bis zwölf Wochen nach Beginn der Erkrankung) bestehen. Abhängig von der Schwere der akuten Erkrankung kann dieser Zeitraum jedoch auch deutlich länger sein und sogar Monate betragen.

**Long Covid** beschreibt ein breites Bild an Symptomen und Gesundheitsstörungen, die im Verlauf der Krankheit oder einige Zeit (bei einigen Patienten nicht früher als zwölf Wochen) nach initialer, mittlerweile überstandener Erkrankung auftreten. Charakteristisch ist hierbei, dass der akute Verlauf häufig mild oder moderat war und/

oder es eine Phase der zwischenzeitlichen Besserung gab. Das Long-Covid-Syndrom präsentiert sich in der Regel mit Clustern von Symptomen, die sich oft überschneiden, im Laufe der Zeit fluktuieren, sich verändern und jedes System im Körper betreffen können.

### UNSERE INITIATIVEN IM KAMPF GEGEN DIE LANGZEITFOLGEN BEI COVID-19

#### Umfangreiche Behandlungskonzepte

MEDIAN hat sich bereits früh mit vier Konzepten zur Post-Corona-Rehabilitation an der Bewältigung der Covid-19-Pandemie beteiligt. Sie wurden von interdisziplinären Medical Boards entwickelt und werden einheitlich in allen Kliniken der Gruppe mit entsprechendem Fachgebiet angeboten. Hierzu zählen eine spezifische pneumologische Post-Corona-Rehabilitation, eine interdisziplinäre Post-Corona-Rehabilitation, eine spezifische psychosomatische Post-Corona-Rehabilitation und eine spezifische Sucht-Post-Corona-Rehabilitation. Der Behandlungsansatz berücksichtigt in allen Fällen die umfassenden somatischen, neurologischen und psychischen wie auch sozialen Beeinträchtigungen der Betroffenen durch die individuellen und gesellschaftlichen Folgen der Corona-Pandemie, um so bestmöglichen Rehabilitationserfolg – „auch im Sinne der ungestörten Teilhabe am gesellschaftlichen und beruflichen Leben“ – zu erreichen. Zusätzlich wurde im Frühjahr 2021 ein Long-Covid-Reha-Konzept entwickelt. Da die Symptome bei Long Covid sehr unterschiedlich sind, steht ein interdisziplinärer und individueller Behandlungsansatz im Fokus. Jeder Patient erhält daher ein spezielles Programm, abhängig von den unterschiedlichen Konstellationen seiner Beschwerden und Vorerkrankungen sowie dem Schweregrad seiner Covid-Erkrankung. Dieses einmal festgelegte Programm bleibt nicht bis zum Ende der Rehabilitation bestehen, sondern wird je nach Entwicklung des Einzelnen durch das interdisziplinäre Team ergänzt oder umstrukturiert.

#### Long Covid Medical Board

Um die interdisziplinären Erfahrungen aus unseren Kliniken zu bündeln sowie auf die sich schnell ändernden Herausforderungen in Zusammenhang mit Covid-19 reagieren zu können, wurde das Medical Board Long Covid gegründet. Ihm gehören die Chefärztinnen und Chefärz-

te aus den Fachabteilungen Pneumologie, Orthopädie, Neurologie, Innere Medizin, Kardiologie und Psychosomatik an.

#### Webseite

Das von den Medical Board Long Covid zusammengetragene Wissen zu den Langzeitfolgen werden auf der Webseite long-covid.de veröffentlicht. Ziel ist es, allen Ärzten in Reha- und Akutkliniken, Hausärzten und behandelnden Therapeuten das Wissen zur Behandlung der Langzeitfolgen von Covid-19-Patienten zur Verfügung zu stellen. Auch Betroffene und Angehörige sollen speziell aufbereitete Informationen zu den Langzeitfolgen der Infektion im Web abrufen können.

#### Selbsthilfegruppe

Zudem hat sich MEDIAN an der Gründung der deutschlandweiten Selbsthilfegruppe Long Covid beteiligt. Betroffene und ihre Angehörigen haben die Möglichkeit, Kontakte zu Mitbetroffenen zu knüpfen und ihr Wissen über die Covid-19-Erkrankung und deren Symptome zu teilen und sich über lebenspraktische Erfahrungen sowie Erkenntnisse auszutauschen.

#### Reha-Effekte bei Langzeitfolgen

Seit Beginn der Behandlung von Patienten mit Covid-Langzeitfolgen hat MEDIAN Daten zum Effekt der Rehabilitation gesammelt. Die Unternehmensgruppe hat den MEDIAN Corona Recovery Score ins Leben gerufen und somit wertvolle Daten zu der Entwicklung der somatischen und psychosomatischen Symptome analysieren können.

Zusätzlich werden Studien in Kooperation mit Universitäten durchgeführt. Eine Studie untersucht zusammen mit der Charité den Effekt von kontrollierter Atemtherapie mit intermittierender Hypoxämie/Hyperoxämie auf die klinische Erholung in der Rehabilitation nach Covid-19-Erkrankung. Zusammen mit der Universität Lübeck wird die Wirksamkeit der medizinischen Rehabilitation nach einer Covid-19-Erkrankung in einer Langzeitstudie analysiert.

# FALLBERICHT 1

## MEDIAN KLINIK FLECHTINGEN

### INDIKATION **Spezifische pneumologische Post-Corona-Reha nach schwerer COVID-19-Pneumonie im Januar 2021**

AUFENTHALTSDAUER **22.02.2021–22.03.2021**

#### SOZIODEMOGRAFISCHER HINTERGRUND DES PATIENTEN

Alter **53 Jahre**  
Geschlecht **männlich**  
Familienstand **verheiratet, zwei Kinder**  
Beruf **Oberarzt in einer Lungenklinik**

#### MEDIZINISCHE FAKTEN

##### MEDIZINISCHE VORGESCHICHTE

Der Patient hatte als Lungenfacharzt monatelang Corona-Patienten intensivmedizinisch betreut. Trotz aller Schutzmaßnahmen hatte er sich bei der Arbeit angesteckt und war im Januar 2021 schwer an Covid-19 erkrankt mit rascher Verschlechterung des Allgemeinzustandes, Fieber und ausgeprägter Luftnot. Mittels Rettungswagen erfolgte die Aufnahme im Akutkrankenhaus mit Nachweis einer schweren Lungenentzündung. Bei zunehmender Gasaustauschstörung und Erschöpfung der Atemmuskulatur erfolgte die Übernahme auf die Intensivstation. Dort wurden u. a. eine Behandlung mit Dexamethason sowie eine nasale High-Flow-Sauerstofftherapie und zeitweise eine nicht-invasive Beatmung durchgeführt. Unter einer zusätzlichen Lagerungstherapie verbesserte sich der Zustand des Patienten im weiteren Verlauf. Als Risikofaktoren für einen schweren Verlauf der Covid-19-Erkrankung bestehen eine Adipositas, Bluthochdruck und ein neu diagnostizierter Diabetes Typ II.

##### AUFNAHMEBEFUND

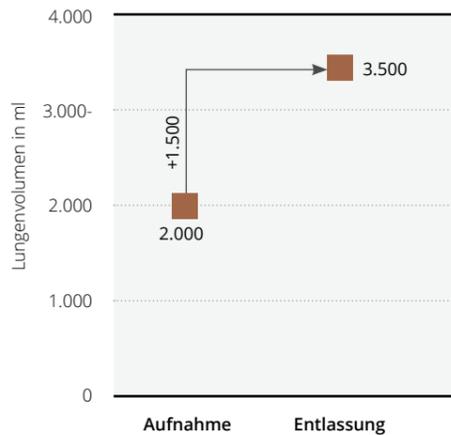
- 53-jähriger Patient in reduziertem Allgemein- und adipösem Ernährungszustand
- Größe: 2,00 m, Gewicht: 135,2 kg, BMI 35 kg/m<sup>2</sup>
- Lunge: flache und schnelle Atmung mit 20 Atemzügen pro Minute. Tiefe Inspiration nicht möglich, Luftnot bei geringer Belastung, ansonsten unauffälliger Auskultationsbefund
- Herz: Herzfrequenz 75/min, regelmäßig, Herztöne rein, Blutdruck 123/80 mmHg.
- Neurologischer Status: Sensibilitätsstörungen an beiden Füßen, ansonsten keine bedeutsamen neurologischen Defizite
- Nebenbefund: diabetisches Fußsyndrom links
- weitere Symptomatik: Schwäche der Beinmuskulatur

##### DIAGNOSTIK

Blutgasanalyse und Sauerstoffsättigung waren unauffällig. Bei der Belastungs-EKG-Untersuchung fiel die Sauerstoffsättigung von 97 Prozent in Ruhe

#### FORCIERTE VITALKAPAZITÄT (Lungenvolumen)

Wert bei Aufnahme und Entlassung, Verbesserung



Die Lungenfunktion verbesserte sich mit einer Zunahme der forcierten Vitalkapazität von 2.000 ml bei Aufnahme auf 3.500 ml bei Entlassung.

auf 85 Prozent unter Belastung als Hinweis auf das Vorliegen einer Gasaustauschstörung ab.

Echokardiographisch zeigten sich eine leichte, konzentrische linksventrikuläre Hypertrophie, eine diastolische Funktionsstörung und ein vergrößerter linker Vorhof bei langjährigem Bluthochdruck. In der Lungenfunktionsprüfung zeigte sich bei Aufnahme eine leichte Gasaustauschstörung.

#### REHAZIELE

- Verbesserung der körperlichen Belastbarkeit und der Luftnotsymptomatik
- Gewichtsreduktion
- Blutzuckereinstellung
- Reintegration in das Berufsleben

#### BEHANDLUNG

##### THERAPEUTISCH

Zu Beginn der Behandlung wurden aufgrund der führenden Luftnotsymptomatik und bei geschwächter Inspirationsmuskulatur dem Training der Atemmuskulatur, der Schulung von Atemtechniken und der Atemtherapie großer Stellenwert beigemessen. Nach entsprechender Schulung erfolgte ein tägliches Training der Einatem-Muskulatur in Eigenregie mit dem Atemtrainer „Coach 2“.

Ergänzt wurde das Therapieprogramm durch ein regelmäßiges Ausdauertraining auf dem Fahrrad-Ergometer und mittels Gehtraining im Gelände (Terraintraining). Zur Messung der körperlichen Aktivität und um den Patienten zu mehr Bewegung zu motivieren, wurde mit der Fitbit-Uhr „Charge 3“ ein Fitness-Tracker verordnet.

Entsprechend den Empfehlungen zur Rehabilitation nach durchgemachter schwerer Covid-19-Erkrankung wurde zudem ein regelmäßiges Krafttraining, insbesondere der großen Muskelgruppen (Bein-, Rückenmuskulatur etc.), durchgeführt. Als spezielle Trainingsmethode zur Verbesserung der muskulären Leistungsfähigkeit wurde wiederholt ein Vibrationstraining auf einer Vibrationsplattform (Galileo) durchgeführt. Ergänzt wurde das Therapieprogramm durch Haltungs- und Koordinationsübungen in den Gymnastikgruppen sowie ergotherapeutische Anwendungen.

Aufgrund von Sensibilitätsstörungen im Bereich der Füße erfolgten begleitend symptomlindernde physikalische Maßnahmen wie Stromanwendungen und rotierende Gewebsmassagen. Klassische Massagen wurden zur Lockerung von Myogelosen (Muskelverhärtungen) durchgeführt.

##### PSYCHOLOGISCH

Zur Unterstützung bei der Krankheitsverarbeitung erfolgten Gespräche mit unserer Psychologin. Des Weiteren nahm der Patient zur Förderung der Entspannungsfähigkeit an der Progressiven Muskelrelaxation nach Jacobsen teil.



**DR. PER OTTO SCHÜLLER**  
Chefarzt der Kardiologie und Pneumologie,  
MEDIAN Klinik Flechtingen

## MEDIAN KLINIK FLECHTINGEN

Die MEDIAN Klinik Flechtingen ist eine Rehabilitationsklinik für Kardiologie und Pneumologie sowie eine Fachklinik für die Rehabilitation und Frührehabilitation neurologischer Erkrankungen. In der kardiologischen Klinik wird das gesamte Spektrum der Herz-Kreislauf- und Gefäßkrankungen behandelt. Schwerpunkte der neurologischen Fachklinik sind die Rehabilitation neurologischer Patienten nach Operationen und Unfällen sowie die neurologische Frührehabilitation. Große Expertise besitzt das Haus bei der Behandlung von Post- und Long-Covid-Patienten: Absolviert werden können eine pneumologische Post-Covid-Rehabilitation mit Hauptfokus auf der erkrankten Lunge sowie eine spezielle Rehabilitation bei Long Covid. Hierbei profitieren die Patienten insbesondere von der engen interdisziplinären Zusammenarbeit der Kardiologen, Pneumologen und Neurologen am Standort.



### DIE LUFTNOTSYMPTOMATIK DES PATIENTEN VERBESSERTE SICH

DEUTLICH. KRAFT UND AUSDAUER NAHMEN ZU, UND AUCH DIE BERUFLICHE PERSPEKTIVE IST POSITIV.

Dr. Per Otto Schüller,  
Chefarzt der MEDIAN Klinik Flechtingen

### SOZIALMEDIZINISCH

Die zuletzt ausgeübte Tätigkeit auf der Intensivstation kann der Patient wegen der Arbeitsschwere und der enormen Stressbelastung zunächst nicht weiterhin verrichten. Nach der Reha ist eine stufenweise Wiedereingliederung in das Medizinische Versorgungszentrum (Ziel 100 Prozent) geplant.

### WEITERE BEREICHE

Aufgrund des neu diagnostizierten insulinpflichtigen Diabetes mellitus erhielt der Patient eine zuckerarme Kost. Es erfolgten Schulungen zum Thema Diabetes mellitus inklusive einer Ernährungsberatung. Weiterhin wurde die medikamentöse Behandlung optimiert. Eine Wunde aufgrund des diabetischen Fußsyndroms wurde durch die Wundschwestern mit regelmäßigen Verbandswechseln und einem Verbandsschuh versorgt.

### REHAVERLAUF UND -ERGEBNISSE

#### VERLAUF

Der Patient wurde in einen umfangreichen rehabilitativen Therapiekomplex integriert – bestehend aus aktiver Bewegungstherapie zum Muskelaufbau und zur Förderung der Koordination und Ausdauer sowie begleitenden symptomlindernden physikalischen Maßnahmen. Die Therapiedichte wurde dem Genesungsfortschritt entsprechend gesteigert. Die Anwendungen wurden aus kardiopulmonaler Sicht überwiegend gut toleriert. Unter intensivierter Trainingstherapie, Krankengymnastik und Atemtherapien verbesserten sich der klinische Zustand und die Luftnotsymptomatik des Patienten deutlich. Weiterhin nahmen die Kraft und Ausdauerleistungsfähigkeit zu.

#### ERGEBNISSE

- Die Punktzahl im MEDIAN Corona Recovery Score verbesserte sich von 10 auf 4 Punkte.
- Die Lungenfunktion verbesserte sich mit einer Zunahme der forcierten Vitalkapazität von circa 2.000 ml bei Aufnahme auf 3.500 ml bei Entlassung.
- Die Diffusionskapazität verbesserte sich von 74 Prozent auf 81 Prozent vom Soll.
- Die Gehstrecke im 6-Minuten-Gehtest konnte von 375 auf 400 Meter gesteigert werden.
- Im Belastungs-EKG sahen wir eine Verbesserung der Leistungsfähigkeit von 150 Watt auf 175 Watt.
- Das Körpergewicht konnte um circa 5 kg reduziert werden.
- Es zeigten sich im Vergleich zur Aufnahme gebesserte Wundverhältnisse.

#### FAZIT

Die Rehabilitationsziele wurden ganz überwiegend erreicht. Insbesondere die körperliche Leistungsfähigkeit und die Lungenfunktion verbesserten sich. Die Prognose hinsichtlich der beruflichen Reintegration ist positiv. Inzwischen hat der Patient darüber hinaus als Fachautor und Koordinator an zwei Leitlinien zum Post-Covid-Syndrom mitgewirkt.

## FALLBERICHT 2

### MEDIAN KLINIK BAD GOTTLEUBA

INDIKATION **INTERDISZIPLINÄRE POST-CORONA-REHABILITATION**

IN DER KLINIK FÜR HERZ-KREISLAUF-ERKRANKUNGEN

AUFENTHALTSDAUER **12.05.2021–02.06.2021**

### MEDIZINISCHE FAKTEN

#### MEDIZINISCHE VORGESCHICHTE | ALLGEMEIN

- Herzinfarkt im September 2007 mit 47 Jahren
- PTCA (Verfahren zur Erweiterung der Herzkranzgefäße) und zweimaliges Setzen eines DES (medikamentenbeschichteter Stent) im September 2007 sowie im Oktober 2007
- Bekannte essenzielle Hypertonie (dauerhaft hoher Blutdruck) und Hyperlipidämie (Störung des Lipoprotein-Stoffwechsels) unter Therapie
- bekannte Aorteninsuffizienz II (Herzfehler durch mangelhaften Schluss der Aortenklappe)
- Bekanntes Aneurysma (krankhafte Blutgefäß-Schwachstelle) der Aorta ascendens (aufsteigende Hauptschlagader), 58 mm, operativer Eingriff geplant

#### SPEZIFISCH

- Nachweis einer SARS-CoV-2-Infektion mittels PCR-Test Anfang April 2021
- Krankenhausvorstellung bei Verschlechterung der Atmung und Entzündungszeichen fünf Tage später
- Beginn der Behandlung mit Dexamethason (Corticosteroid) und Unacid (Antibiotikum) zwei Tage später
- Sauerstoffzufuhr mittels nasaler High Flow Therapie
- Verlegung in die Universitätsklinik, dort intensivmedizinische Behandlung mit intermittierender (abwechselnder) NIV-Therapie (nicht-invasive Beatmung) und Bauchlage
- Vorzeitige Beendigung der antibiotischen Therapie bei fehlenden Zeichen bakterieller Superinfektion (bakterielle Infektion zusätzlich zum viralen Infekt)
- Anstieg der D-Dimere (Spaltprodukte des Proteins Fibrin) mit Nachweis einer bilateralen (beidseitigen) Lungenarterienembolie mit Rechtsherzbelastung im CT
- Beginn einer Antikoagulation (Gabe blutgerinnungshemmender Medikamente) mit Apixaban
- Verlegung auf die Normalstation nach 16 Tagen intensivmedizinischer Betreuung
- Schmerzen der Finger D1 und D2 rechts mit Nachweis von Mikro-Embolien der betroffenen Fingerarterien ohne Interventionsmöglichkeit

### SOZIODEMOGRAFISCHER HINTERGRUND DES PATIENTEN

Alter **59 Jahre**  
Geschlecht **männlich**  
Beruf **Akademiker (Forschungsmitarbeiter)**



**DANK DER THERAPIEN  
KANN ICH JETZT  
WIEDER OHNE  
PROBLEME TREPPENSTEIGEN  
UND BEKOMME VIEL BESSER LUFT.**

*Der Patient über seine Erfolge  
in der MEDIAN Klinik Bad Gottleuba*

- niedrig dosierte intravenöse Therapie mit Prostavasin über elf Tage
- Aufnahme zur Anschlussheilbehandlung

**AUFNAHMEBEFUND**

59-jähriger Patient in leicht reduziertem Allgemeinzustand und überge-  
wichtigem Ernährungszustand (181 cm, 92 kg). Über der Lunge beidseits  
basal abgeschwächtes Atemgeräusch. Blutdruck 120/65 mmHg, Puls 84/min  
regelmäßig. Hämatom am rechten Zeigefinger. Ansonsten in Ruhe keine  
wesentlichen Auffälligkeiten.

**SUBJEKTIVE BEEINTRÄCHTIGUNGEN**

- Gewichtsverlust 8 kg, Appetitverlust, Muskelabbau
- Trockener Husten mit Schleim
- Luftnot bei Anstrengung, bei Positionswechseln und beim Sprechen
- Belastungsschwäche schon bei leichten Steigungen oder kurzem Treppen-  
steigen
- Normale Sauerstoffsättigung nur bei bewusstem, sehr tiefen Atmen
- Unbewusste Neigung zum Hecheln
- Keine Störung von Geschmack oder Geruch

**DIAGNOSTIK**

- GFR (glomeruläre Filtrationsrate = Grad der Niereninsuffizienz): 74 ml /  
min. Lipoprotein (a): normal. Monozyten: mit 13,9 Prozent erhöht.  
Lymphozyten: mit 18,4 Prozent erhöht. Übrige Werte: unauffällig.  
PCR-Test auf SARS-CoV-2 zweimal negativ.
- Spirometrie (Messung der Lungenfunktion): VC 2,5l (50 Prozent); FEV1  
1,96l (50 Prozent); FEV1% 103 Prozent. Mittelschwere Restriktion (Ein-  
schränkung) nach Covid 19 und beidseitiger Lungenembolie
- Ruhe-EKG: PQ 200 ms, sonst unauffällig bei einem Sinusrhythmus von  
60/min
- Fahrradergometrie ohne Sauerstoff bei Aufnahme: acht Minuten bis 100  
Watt. Blutdruck bis 155/64 mmHg, Herzfrequenz bis 91/min. Abbruch  
bei Erreichen des Zielblutdruckes (Aortenaneurysma). Sauerstoff-Ent-  
sättigung von 95 Prozent auf 85 Prozent
- Echokardiografie: LVEF („Pumpleistung“ der linken Herzkammer) 60 Pro-  
zent. Keine Hypertrophie (Vergrößerung). Kein Perikarderguss (Herzbeu-  
telerguss). Aorta ascendens 51 mm, sonst keine Auffälligkeiten.
- Sonografie der Pleura (Rippenfell): keine Pleuraergüsse, Zwerchfell-Be-  
weglichkeit beidseits gering eingeschränkt.
- Spiroergometrie bis 100 Watt ohne Sauerstoff vor Entlassung. Diese  
Untersuchung wird z. B. bei schwerst Herz- oder Lungenkranken, aber  
auch bei Leistungssportlern durchgeführt, um den Weg des Sauerstoffes  
von der Umgebung über die Lungen ins Blut und dann in die Muskulatur  
zu verfolgen. Die Untersuchung zeigte einen guten Anstieg der Herz-  
kraft und eine überraschend günstige Atempassung unter Belastung,  
allerdings noch eine zu flache und zu schnelle Belastungsatmung.

**REHAZIELE**

- Verbesserung der körperlichen Leistungsfähigkeit
- Wiederaufnahme des häuslichen täglichen 30-minütigen Ergometer-  
trainings
- volle berufliche Leistungsfähigkeit im wissenschaftlichen Umfeld
- Spaziergänge ohne Luftnot und Husten (täglich ein bis zwei Stunden,  
am Wochenende drei bis vier Stunden)
- Verbesserung der Schlafhygiene

**BEHANDLUNG**

**THERAPIE ALLGEMEIN**

Die medikamentöse Therapie mit Telmisartan, Bisoprolol, Atorvastatin,  
Ezetimibe, 1,25-OH-Vitamin D3 wurde fortgesetzt.

Der Patient absolvierte Bewegungstraining unter Selbstmonitoring der  
peripheren Sauerstoffsättigung; dabei betrug die Sättigung unter Belas-  
tung am Anfang 90 Prozent, zuletzt 94 Prozent. Die Belastung wurde auf-  
grund des Aortenaneurysmas begrenzt: bei Zielblutdruck unter Belastung  
160 mmHg systolisch (bei sich zusammenziehendem Herzmuskel). Beim  
Ergometertraining schaffte es der Patient von 50 Watt auf zuletzt 70  
Watt über 20 Minuten mit einem Belastungspuls 85/min und einem  
Blutdruck unter 160 mmHg systolisch bei subjektiv unzureichender  
Belastung entsprechend BORG 10 (Mit der BORG-Skala wird das sub-  
jektive Belastungsempfinden bewertet von 6 = überhaupt keine An-  
strengung bis 20 = maximale Anstrengung).

Das Schwingen auf dem Trampolin führte zu Besserungen der ko-  
ordinativen Fähigkeiten wie auch der Kraft von Haltemuskulatur und  
Beinmuskulatur. Ausdauerbelastung erfolgte beim Ergometertraining.  
Beim Gehtraining (80 m/min) steigerte sich der Patient von acht Minuten  
auf zuletzt 20 Minuten mit einem Belastungspuls um 100/min und einer  
Sauerstoffsättigung bei Belastung von zuletzt 92 Prozent. Ferner wurde  
Wassergymnastik und Terraintraining durchgeführt mit anfangs 500 Me-  
tern und zuletzt acht bis zehn Kilometern täglich.

**THERAPIE SPEZIFISCH**

Die Antikoagulation mit Apixaban wurde ohne Blutungsprobleme  
fortgesetzt. Es erfolgte eine begleitende Therapie mit Codein und  
Acetylcystein bis zum Rückgang des Hustenreizes und des produk-  
tiven Hustens. Mittels Inhalationstherapie, kontrolliertem Abhusten  
im Kutschersitz und der anschließenden Gabe von Codein wurde zäh-  
flüssiges Sekret in den Bronchien gelöst (Sekretolyse), danach erfolgte  
systematische Atemtherapie. Ferner wurde eine probatorische zusätz-  
liche antientzündliche Therapie mit Kortikosteroiden und/oder Colchi-  
cin angeboten: Der Patient entschied sich für eine Interleukin-1-Beta-  
blockade mit Colchicin 2x0,5 mg täglich für die Aufenthaltsdauer.



**DR. CHRISTOPH ALTMANN**  
Chefarzt der Kardiologie,  
MEDIAN Klinik Bad Gottleuba



Der Patient erhielt den Atemvolumen Trainer „Coach 2“ mit persönlicher Anleitung und systematischer selbstständiger Beübung mit 20 Atemzügen pro Tag. Die therapeutische inspiratorische Vitalkapazität (Lungenvolumen, das nach maximaler Ausatmung auf einmal eingeatmet werden kann) verbesserte sich dadurch von 1.700 auf 2.700 ml, die forcierte inspiratorische Vitalkapazität von 3.500 auf 4.000 ml (forciert = mit maximaler Geschwindigkeit). Außerdem trainierte der Patient nach Anleitung selbstständig mit dem Atemkrafttrainer „IMT Threshold“ (zehn bis 20 Atemzüge pro Tag mit systematischer Erhöhung des Atemwegswiderstandes von 14 cm H<sub>2</sub>O auf 35 cm H<sub>2</sub>O bei subjektivem Belastungsempfinden BORG 13–14 (etwas anstrengend). Darüber hinaus wurde der Patienten in ein Forschungsprojekt zur intermittierenden Hypoxie-Hyperoxie-Therapie (IHHT) aufgenommen. Diese Sauerstoffintervalltherapie hat nach bisherigen Erfahrungen günstigen Einfluss auf die Hypoxie-Toleranz (Empfindlichkeit des Zellgewebes gegenüber Sauerstoffmangel) und auf extrapulmonale (außerhalb der Lunge liegende) Symptome der Covid-19-Erkrankung. Mehrfache Therapieversuche mussten allerdings abgebrochen werden, da der Patient die Hypoxie-Phasen nicht tolerierte.

#### THERAPIE PSYCHOSOMATIK

Es gab keine bekannten psychischen Vorerkrankungen; der Patient nahm keine Psychopharmaka ein. Ihn belastete, dass seine subjektive Leistungsfähigkeit seit Covid-19 nur noch bei 30 bis 50 Prozent lag. Aus psychosomatischer Sicht wurde insgesamt ein Long-Covid-Syndrom diagnostiziert. Zu Einschränkungen in der Konzentrations- und Belastungsfähigkeit kamen Angstzustände aufgrund der intensivmedizinischen Behandlung, die sich insbesondere bei der Durchführung des Hypoxie-Tests zeigten.

Dem Patienten wurden eine psychotherapeutische Unterstützung sowie kognitive Verfahren zur Verbesserung von Konzentration und Leistungsfähigkeit empfohlen. Aktuell besteht aus Sicht des Patienten aber kein Behandlungsbedarf.

#### REHAVERLAUF UND -ERGEBNIS

Im Verlauf der Rehabilitation wurde ein kompletter Rückgang von Husten und Sekretproduktion in der Lunge erreicht. Die Sauerstoffsättigung unter Belastung normalisierte sich im dem Patienten möglichen Belastungsrahmen. Die Blutdruckregulation war während des gesamten Aufenthaltes normal.

Der Patient konnte seine alltagsbezogene und sportliche Mobilität erheblich steigern sowie Lungendehnung und Atemkraft deutlich verbessern. Es wurde eine leichte Gewichtszunahme erreicht. Die ergometrische Leistungsfähigkeit konnte auf 70 Watt verbessert werden.

Bei der Entlassung bestand Operationsfähigkeit für den geplanten herzchirurgischen Eingriff (Aortenaneurysma). Der Patient sah sich am Ende der Reha außerdem in der Lage, kurzfristig zumindest stundenweise wieder seine bisherige berufliche Tätigkeit auszuüben.

#### PATIENTENSTIMME

„Ich habe mich von Anfang an sehr intensiv mit meiner Erkrankung auseinandergesetzt. In der Reha konnte ich mich mit Fachleuten austauschen und viele zusätzliche Informationen erhalten, zum Beispiel zu meiner weiteren Leistungsfähigkeit und den Voraussetzungen für eine gute Work-Life-Balance. Auch über meine Angstzustände bei der IHHT-Therapie konnte ich sprechen und mithilfe der Therapeuten erkennen, dass diese wohl vor allem seelische Ursachen haben: Die Phasen, in denen ich weniger Sauerstoff bekam, haben mich an die schlimme Zeit auf der Intensivstation erinnert. Körperlich habe ich ebenfalls sehr von der Reha profitiert: Dank der Therapien kann ich jetzt wieder ohne Probleme Treppensteigen und bekomme viel besser Luft.“

#### FAZIT

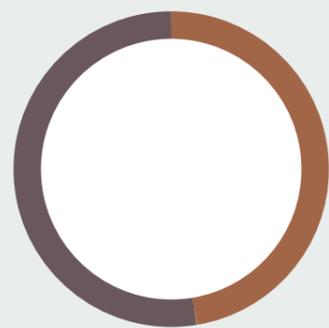
Rehabilitiert wurde ein Patient mit schwerem Covid-19-Verlauf mit beidseitiger Lungenembolie sowie Beatmung. Das Behandler-Team erlebte ihn als sehr differenziert und nachdenklich mit umfangreichen eigenen Gedanken und Recherchen zu Post und Long Covid und seinem speziellen Schädigungsmuster. Insgesamt konnte eine sehr gute pulmonale Erholung unter Therapie erreicht werden. Die berufliche Eingliederungsperspektive ist günstig. Bleibende Beeinträchtigungen sind eher seelisch/posttraumatisch. Eine weitere psychologische ambulante Betreuung wurde empfohlen.

#### MEDIAN KLINIK BAD GOTTLLEUBA

Die MEDIAN Klinik Bad Gottleuba ist eine der traditionsreichsten Rehabilitationseinrichtungen in Deutschland, die zahlreiche Fachkliniken an einem Standort vereint. Neben der Klinik für Kinder und Jugendliche sowie der Familienklinik gehören hierzu eine Klinik für Orthopädie, Traumatologie und Osteologie, eine Klinik für Gastroenterologie und Stoffwechselerkrankungen, eine Klinik für Kardiologie und eine Klinik für Psychosomatik. Durch dieses breite Indikationsspektrum können in Bad Gottleuba die von MEDIAN konzipierte interdisziplinäre Post-Corona-Reha, eine psychosomatische Post-Corona-Reha sowie eine Rehabilitation bei Long Covid angeboten werden. Da die Symptome nach Covid-19 sehr unterschiedlich sind, erhält jeder Patient ein individuelles Therapieprogramm, das sich an seinen Beschwerden und Vorerkrankungen sowie dem Schweregrad der Covid-Erkrankung orientiert.

# SOZIODEMOGRAFISCHE DATEN POST COVID UND LONG COVID

## PATIENTENPOPULATION NACH GESCHLECHT

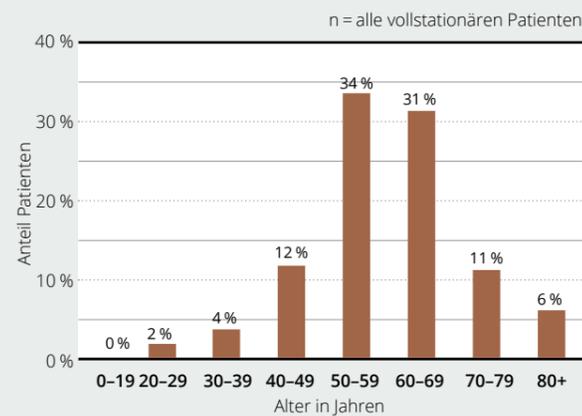


Insgesamt wurden im Jahr 2020 bei MEDIAN 389 vollstationäre Post- bzw. Long-Covid-Patienten behandelt. Davon waren **48 % weiblich** und **52 % männlich**.

- 48 % weiblich
- 52 % männlich
- 0 % divers

## VERTEILUNG DER ALTERSSTRUKTUR

Durchschnitt: 59 Jahre

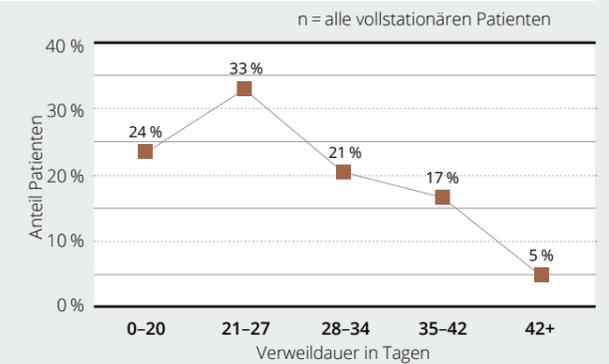


Die meisten Patienten mit Post- oder Long-Covid-Symptomatik waren zwischen 50 und 69 Jahren alt (insgesamt 65 %). Das Durchschnittsalter aller Covid-Patienten lag bei 59 Jahren.

## VERTEILUNG DER VERWEILDAUER

Durchschnitt: 26 Tage

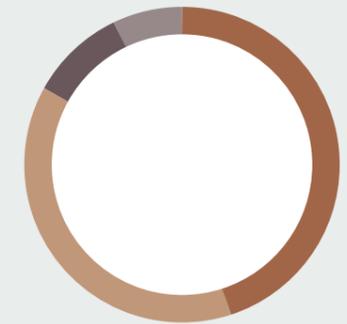
Die Verweildauer der Covid-Patienten verteilt sich insgesamt relativ homogen. Die meisten-Patienten (33 %) verbrachten im Jahr 2020 **21 bis 27 Tage** in unseren Kliniken. Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer lag mit 26 Tagen ebenfalls in diesem Bereich.



## VERTEILUNG DER LEISTUNGSTRÄGER

Die erbrachten Leistungen verteilen sich wie in anderen Indikationen auch auf unterschiedliche Leistungsträger. Mit **45 %** machte die **gesetzliche Rentenversicherung** dabei den größten Anteil aus.

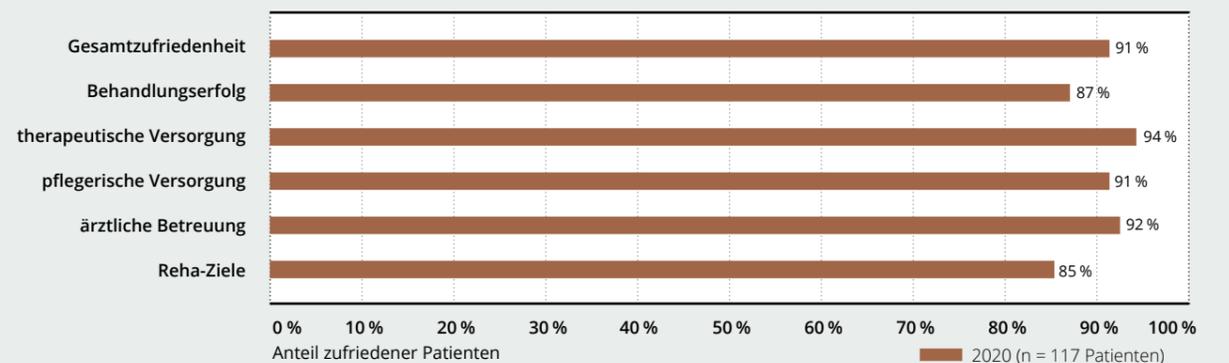
- 45 % gesetzliche Rentenversicherung
- 38 % gesetzliche Krankenversicherung
- 10 % Selbstzahler/Private Krankenversicherung
- 7 % sonstige



## PATIENTENZUFRIEDENHEIT

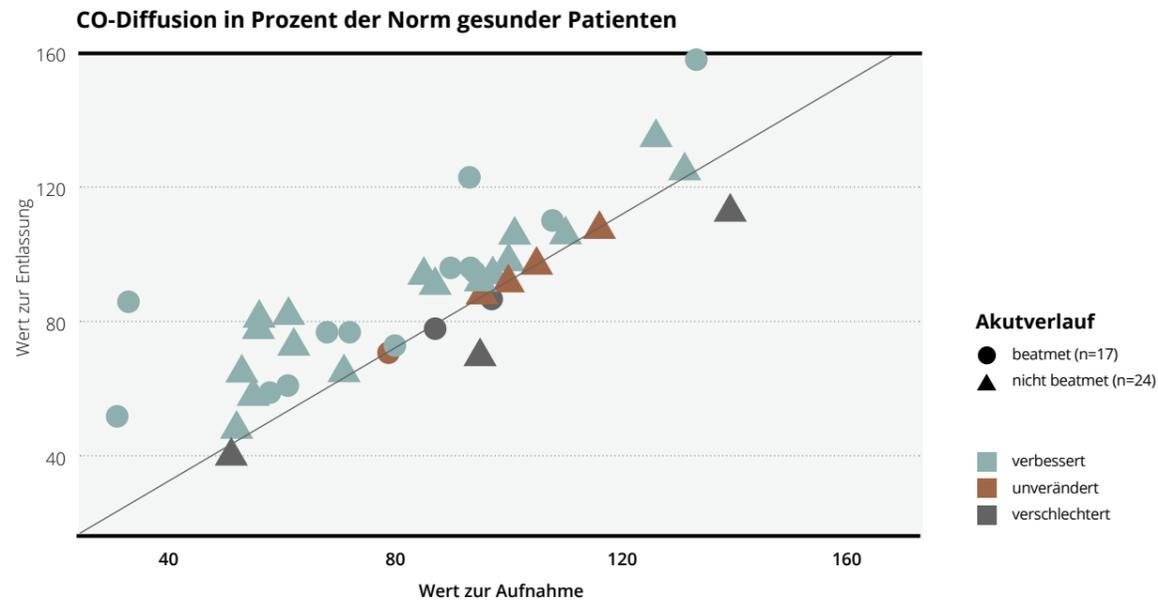
Wie alle anderen Patienten bekamen im Jahr 2020 selbstverständlich auch unsere Covid-Patienten am Ende ihres Aufenthalts die Möglichkeit, an der Patientenzufriedenheitsbefragung teilzunehmen. Insgesamt konnte 117 Fragebögen ausgewertet werden. Es zeigt sich ein ins-

gesamt sehr positives Bild. 91 % der befragten Patienten waren mit der Reha-Maßnahme insgesamt zufrieden. In der ärztlichen Betreuung sowie therapeutischen und pflegerischen Versorgung lagen die **Zufriedenheitswerte** ebenfalls durchweg bei über 90 %.



# ERGEBNISQUALITÄT

## ERGEBNISQUALITÄT BEZOGEN AUF DIE SPEZIFISCHE PNEUMOLOGISCHE POST-CORONA-REHABILITATION



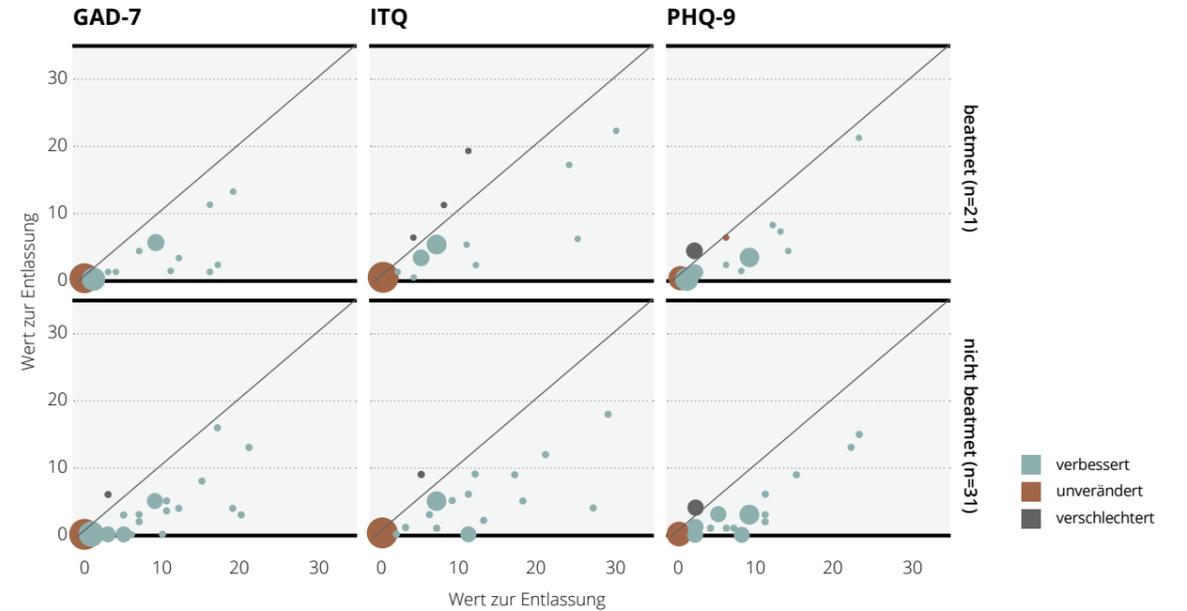
Um das Ausmaß der Beeinträchtigungen durch die Covid-19-Erkrankung zu erfassen, wurde der MEDIAN Corona Recovery Score (MCRS) entwickelt, der als Download auf der MEDIAN Website allen interessierten Medizinern und Kliniken in Deutschland zur Verfügung steht: <https://www.median-kliniken.de/de/patienten-angehoerige/informationen-zu-corona-kopie/median-coronarecovery-score-mcrs>. Der MCRS besteht aus Parametern, die sowohl die somatischen als auch die psychosomatischen Aspekte der Erkrankung abdecken. Denn auch und gerade in der Krise bedeutet Qualität bei MEDIAN vor allem eines: die Rehabilitationsmedizin zum Wohle der Patienten stetig weiterzuentwickeln. Das Set von psychologischen und somatischen Outcome-Parametern wurde zu Beginn und zum Abschluss der Rehabilitation erhoben. Bei den ärztlicherseits dokumentierten somatischen Parametern handelt es sich um die Sauerstoffsättigung in Ruhe und nach Belastung, die Atemfrequenz, die forcierte Vitalkapazität, den 6-Minuten-Gehtest und die Diffusionskapazität (Kohlenmonoxid-Transferfaktor TLCO). Die psychologischen Outcome-Parameter wurden durch den Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9), die Generalized Anxiety Disorder Scale-7

(GAD-7) und den International Trauma Questionnaire Teil 1 (ITQ-Teil 1) abgebildet und direkt durch Angaben der Patienten erfasst.

Die hier vorgelegten Daten beziehen sich auf 52 Patienten, die die Spezifische pneumologische Post-Corona-Rehabilitation im Jahr 2020 in der MEDIAN Klinik Heiligendamm durchlaufen haben; 62 Prozent waren männlich und 38 Prozent weiblich. Der Altersdurchschnitt lag bei 59 Jahren (Range: 39–82 Jahre) bei einer durchschnittlichen Verweildauer von 27 Tagen (Range: 14–44).

### SOMATISCHE LEISTUNGSFÄHIGKEIT BEI POST COVID

Der wichtigste Parameter für die Erfassung der somatischen Leistungsfähigkeit ist die Diffusionskapazität, die die Fähigkeit der Lunge zum Gasaustausch, also zur Sauerstoff-Aufnahme und Kohlendioxid-Abgabe, beschreibt. Die Diffusionskapazität stellte sich bei den meisten Patienten als reduziert dar (siehe Abbildung oben). Diese verbesserte sich signifikant von im Mittel TLCO 77 Prozent (Range 23–131) bei Aufnahme auf TLCO 88 Prozent bei Entlassung (Range 40–158); eine Steigerung der Diffusionskapazität im Mittel um 14 Prozent innerhalb von drei bis fünf Wochen. Die Steigerung der TLCO war auch



unabhängig vom Schweregrad des akuten Verlaufs nachweisbar. Das bedeutet, auch Patienten, die nicht hospitalisiert, sondern ambulant versorgt wurden, hatten Einschränkungen in der Diffusionskapazität und bei allen war eine Verbesserung durch die angewandten Therapiemaßnahmen möglich.

Auch der durchschnittliche Aufnahmewert von 408 Metern (Range 150–615) der sechs Minuten Gehstrecke konnte zur Entlassung um durchschnittlich circa 100 Meter auf 507 Meter (Range 200–725) gesteigert werden. Allerdings zeigte sich keine Veränderung hinsichtlich Atemfrequenz, Sauerstoffsättigung und forciertes Vitalkapazität. Dieses ist nicht unerwartet, da die Patienten den akuten Verlauf bereits abgeschlossen haben, das heißt, die Entlassung aus dem Akutkrankenhaus kann nur sicher bei Stabilität der o. g. Parameter erfolgen. Auch die übrige Lungenfunktion zeigte keine Pathologie und ist daher nicht aussagekräftig zur Einschätzung des Leistungsniveaus nach einer Covid-19-Erkrankung.

### PSYCHOSOMATISCHE BESCHWERDEN BEI POST COVID

Die psychosomatischen Parameter in Bezug auf Angst (GAD-7), Traumatisierung (ITQ) und Depression (PHQ-9)

zeigten allesamt eine Verbesserung am Ende der Reha. Das GAD-7 Ergebnis konnte um 56 Prozent gesenkt werden, das des PHQ-9 um 47 Prozent und das des ITQ um 39 Prozent (siehe Abbildung oben). Dies ist einerseits durch die psychologische Begleitung der Covid-Patienten während der Rehabilitation zu erklären, andererseits aber auch durch die zunehmende Rückgewinnung der Autonomie im Sinne der Leistungssteigerung.

### ZUSAMMENFASSUNG

Nach Auswertung der oben beschriebenen Daten und auch klinisch in der Beobachtung der Patienten stellt sich heraus, dass sich bei allen Patienten im Verlauf der spezifischen pneumologischen Post-Corona-Rehabilitation die somatisch-pulmologische Leistungsfähigkeit und die psychosomatischen Einschränkungen deutlich verbessert haben. Diese ersten Ergebnisse deuten auf die Sinnhaftigkeit einer zeitnahen Rehabilitation von weiterhin nicht beschwerdefreien sowie leistungsgeminderten Covid-19-Erkrankten hin, um langfristige Folgen zu vermeiden und eine möglichst allumfassende Teilhabe zu ermöglichen.



# SCHWERPUNKTE IN DER NEUROLOGIE

Unsere Kliniken im Fachgebiet Neurologie beschäftigen sich mit den Erkrankungen und Schäden des zentralen und peripheren Nervensystems, das Gehirn, Rückenmark, Nervenwurzeln und Nerven umfasst. Je nach Betroffenheit werden die Rehabilitanden in unterschiedliche Behandlungskategorien, genannt Phasen (siehe Schaubild), unterteilt. Wir bieten alle Phasen der neurologischen Rehabilitation an, also die gesamte Behandlungskette von der Frührehabilitation über die Rehabilitation bis zur beruflichen Wiedereingliederung.

Aufgrund der wichtigen Stellung des Gehirns als „Steuerzentrale“ für alle Abläufe im Körper und der Bedeutung des peripheren Nervensystems, das als Kabelsystem die Organe und Muskeln ansteuert, können neurologische Krankheitsbilder sehr unterschiedlich sein – je nach Ort und Ausmaß der Schädigung. Die häufigsten Erkrankungen, die MEDIAN in seinen neurologischen Rehabilitationskliniken behandelt, sind Schlaganfälle, Hirnblutungen und Schädel-Hirnverletzungen. Es handelt sich also um gravierende Einschnitte in das Leben der Betroffenen. Je früher mit rehabilitativen Maßnahmen begonnen wird, desto früher kann an den Defiziten gearbeitet werden, um die Prognose zu verbessern.

Um den unterschiedlichen Anforderungen des jeweiligen Zustands der Patienten gerecht zu werden, erstreckt sich der Verlauf über fünf Phasen. Nach der Akutbehandlung im Krankenhaus (Phase A) folgt die Rehabilitationsphase B

die beides kombiniert: eine intensivmedizinische Behandlung bzw. Beatmung sowie eine spezielle frühzeitige Rehabilitation (Frührehabilitation). Sobald eine intensivmedizinische Überwachung nicht mehr notwendig ist und die Patienten trotz noch schwerwiegender neurologischer Defizite aktiv mitwirken können, absolvieren sie die Phase C. In der folgenden Rehabilitationsphase D müssen Patienten eine Reihe von Alltagsaufgaben alleine bewältigen. Die letzte Behandlung in Phase E kann dann ambulant bzw. nur noch zum Teil in der Klinik erfolgen. Idealerweise werden alle Behandlungsphasen in der gleichen Einrichtung durchlaufen, damit die Patienten stets vom gleichen Team betreut werden.

Mit den Angehörigen wird während der gesamten Rehabilitation eng zusammengearbeitet. Teams aus hoch spezialisierten Ärzten, Neuropsychologen, speziell ausgebildeten Pflegekräften und Therapeuten begleiten Patienten und Angehörige über den gesamten Behandlungszeitraum von der Aufnahme bis zur Entlassung. Dieser sehr lange und intensive persönliche Kontakt ermöglicht eine individuelle Therapie.

Die heimatnahe Behandlung auf dem modernsten Stand der Technik, wie sie von MEDIAN ermöglicht wird, schafft für die Rehabilitation schwerstbetroffener Patienten ideale Bedingungen.

## PHASENMODELL DER NEUROLOGISCHEN REHABILITATION

**PHASE A:** Behandlung in Akutkrankenhäusern

**PHASE B:** Behandlungs- und Rehabilitationsphase, in der noch intensivmedizinische Behandlungsmöglichkeiten vorgehalten werden müssen

**PHASE C:** Behandlungs- und Rehabilitationsphase, in der die Patienten bereits in der Therapie mitarbeiten können, aber noch kurativmedizinisch und mit hohem pflegerischen Aufwand betreut werden müssen

**PHASE D:** Rehabilitationsphase folgt nach Abschluss der Frühmobilisation; die Patienten sind überwiegend selbsthilfefähig

**PHASE E:** nachgehende Rehabilitation und medizinisch-berufliche Rehabilitation

# FALLBERICHT

## MEDIAN KLINIK GRÜNHEIDE

INDIKATION **NEUROLOGISCHE FRÜHREHABILITATION MIT BEATMUNGSWEANING / REHABILITATION**

AUFENTHALTSDAUER **29.04.2021–23.05.2021**



**THOMAS WIENERT**

**Oberarzt und Leitender Arzt im Beatmungsbereich, MEDIAN Klinik Grünheide**

## MEDIZINISCHE FAKTEN

### MEDIZINISCHE VORGESCHICHTE

Bisher keine relevanten Vorerkrankungen. Am 10.03.2021 bei seit drei Tagen bestehenden Symptomen einer Atemwegsinfektion (Husten) Nachweis einer Covid-19-Infektion in der Rettungsstelle eines Brandenburger Akutkrankenhauses. Entlassung nach Hause.

Am 19.03.2021 Wiedervorstellung mit zunehmender Dyspnoe (Atemnot) und Fieber, im Röntgenbild bilaterale Pneumonie (beidseitige Lungenentzündung). Beginn einer Sauerstofftherapie. Bei zunehmender Verschlechterung Intubation und Beatmung, bei Ausbildung eines ARDS (akutes Lungenversagen), Verlegung nach Bad Saarow, dort Bauchlagerung und ECMO (extracorporale Membranoxygenierung=Lungenersatztherapie) für 31 Tage, Ende März Luftröhrenschnitt zur Beatmung. Intermittierend bei Nierenversagen Dialyse erforderlich, bei Herzbeteiligung schwere Herzrhythmusstörungen mit kardiopulmonaler Reanimationsbedürftigkeit (Wiederbelebung). Bei hohem Fieber Anlage eines Thermoguardkatheters zur invasiven Kühlung. Summa summarum lebensbedrohliches Krankheitsbild mit Multiorganversagen und vielen Komplikationen.

Am 29.04.2021 nach Stabilisierung Verlegung zur Beatmungsentwöhnung und Beginn der Rehabilitation in die MEDIAN Klinik Grünheide.

## SOZIODEMOGRAPHISCHER HINTERGRUND DES PATIENTEN

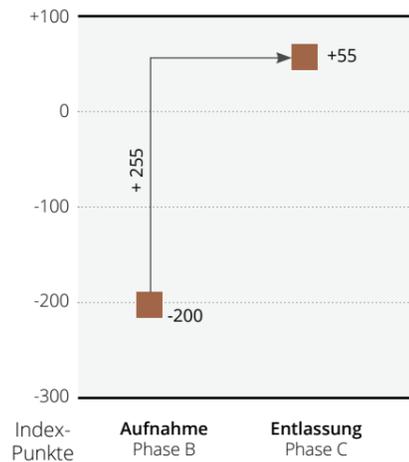
Alter **29 Jahre**  
Geschlecht **männlich**  
Familienstand **verheiratet, inzwischen Vater eines Kindes**  
Beruf **selbstständiger Bauingenieur**

## MEDIAN KLINIK GRÜNHEIDE

In der MEDIAN Klinik Grünheide werden Patienten mit Erkrankungen aus dem gesamten Spektrum der Neurologie und der Neurochirurgie behandelt. Für alle Krankheitsstadien werden spezielle Therapieformen angeboten – von der Frührehabilitation bis zur Anschlussheilbehandlung. Entsprechend vielfältig sind die personelle Besetzung sowie die räumliche und apparative Ausstattung des am Rand von Berlin gelegenen Hauses. Unter anderem verfügt es über eine Beatmungs- und Weaning-Station sowie die Möglichkeit zum robotergestützten Gangtraining. 1995 wurde in der MEDIAN Klinik Grünheide die erste Abteilung für Frührehabilitation im Land Brandenburg aufgebaut, in der Patienten mit akuten schweren Schäden des Nervensystems bereits unmittelbar nach ihrem Krankenhausaufenthalt rehabilitiert werden können. Ein weiterer Fokus der Klinik liegt auf der Behandlung immobiler Multiple-Sklerose-Patienten.

### FRÜHREHABILITATION-BARTHEL-INDEX

Wert bei Aufnahme und Entlassung, Verbesserung



### NEUROLOGISCHE REHADIAGNOSEN

Critical Illness-Polyneuropathie und -Myopathie (Mitbeteiligung der peripheren Nerven und Muskeln) mit Lähmungserscheinungen der gesamten Muskulatur (Extremitäten, Schluck- und Atemmuskulatur)

### REHABILITATIONSZIELE PHASE B

- Beatmungsentwöhnung
- Dekanülierung (Entfernung der Trachealkanüle, gelang am 11.05.)
- oraler Kostaufbau
- Mobilisierung und Steigerung der Belastbarkeit

### ERFORDERLICHE DIAGNOSTIK

- Röntgenkontrollen Pulmo
- Labordiagnostik
- mikrobiologisches Screening

### BEHANDLUNG UND REHA-VERLAUF

Neben der intensivmedizinischen Beatmungsentwöhnung erhielt der Patient Krankengymnastik. Im Fokus standen dabei der Kraftaufbau, die Steigerung der Belastbarkeit sowie die Mobilisierung. Trainiert wurden der selbstständige Transfer in den Rollstuhl und die Rollstuhlmobilität. Auch erste Gehversuche wurden unternommen. Auf logopädischer Seite erhielt der Patient nach der Dekanülierung eine Schlucktherapie mit oralem Kostaufbau bis hin zur Vollkost. Im Rahmen der Ergotherapie wurden Aktivitäten des täglichen Lebens geübt und gefördert, so zum Beispiel das selbstständige Waschen am Waschbecken.

Am 12.05. wechselte der Patient in die Phase C der neurologischen Rehabilitation. Therapieziele waren der weitere Ausbau der körperlichen Belastbarkeit und der Selbstständigkeit. Dies umfasste unter anderem den Toiletten-

gang, den Ausbau der Rollstuhlmobilität sowie der Gehstrecke am Rollator und das Treppensteigen. Neben Physio- und Ergotherapie war ein weiterer Therapieschwerpunkt die neuropsychologische Testung. Es zeigte sich eine leichte Aufmerksamkeitsstörung, eine Tempoverlangsamung sowie eine Einschränkung der länger andauernden psychophysischen Belastbarkeit, die entsprechend behandelt wurden.

Der Patient wurde am 23.05. auf eigenen Wunsch entlassen, da er mit den bisher erreichten Therapiezielen subjektiv zufrieden war und sich als Selbstständiger wegen fehlender Einkünfte um seine berufliche Existenz sorgte.

### EMPFEHLUNG

Fortführung von physio- und ergotherapeutischer sowie neuropsychologischer Behandlung im ambulanten Setting.

### ERGEBNISSE

Bei Aufnahme – 200 Punkte im Frührehabilitations-Barthel-Index (minimal – 325 Punkte möglich), bei Entlassung + 55 Punkte (maximal + 100 Punkte möglich), das entspricht einem Zugewinn von 255 Punkten in etwas mehr als drei Wochen

### FAZIT

Ein initial lebensbedrohlich schwer erkrankter Patient hat eine erfreuliche Entwicklung durchgemacht und konnte bei seiner Entlassung unter anderem wieder fünf Treppenstufen alleine meistern. Reha-Verlauf und Therapiefortschritte waren insgesamt sehr gut. Gerne hätten wir ihn aufgrund des guten Verlaufs sowie Reha-Potentials noch länger stationär therapiert.



**EIN LEBENSBEDROHLICH ERKRANKTER PATIENT MIT MULTIORGANVER-SAGEN UND VIELEN KOMPLIKATIONEN IST NACH DER REHA AUF EINEM SEHR GUTEN WEG.**

*Dr. Michael Seifert,  
Chefarzt, MEDIAN Klinik Grünheide*

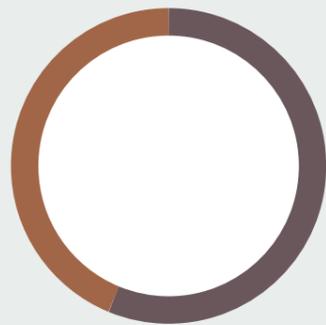


**DR. MICHAEL SEIFERT**

**Chefarzt Neurologie,  
MEDIAN Klinik Grünheide**

# SOZIODEMOGRAFISCHE DATEN NEUROLOGIE

## PATIENTENPOPULATION NACH GESCHLECHT

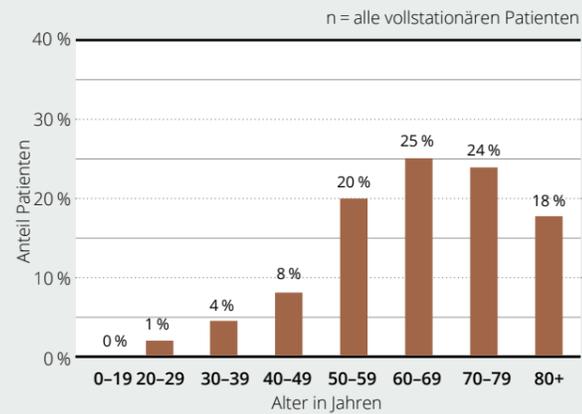


Im Jahr 2020 wurden bei MEDIAN insgesamt **22.149 vollstationäre Patienten** in der Neurologie behandelt. Davon waren 56 % männlich und 44 % weiblich.

- 56 % männlich
- 44 % weiblich
- 0 % divers

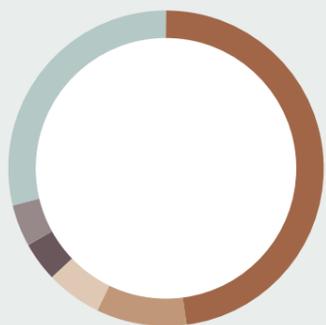
## ALTERSSTRUKTUR

Durchschnitt: 65 Jahre



Der Großteil der MEDIAN Patienten in der Neurologie im Jahr 2020 war älter als 60 Jahre. Das Durchschnittsalter lag bei 65 Jahren.

## VERTEILUNG DER FÜNF HÄUFIGSTEN HAUPTDIAGNOSEN



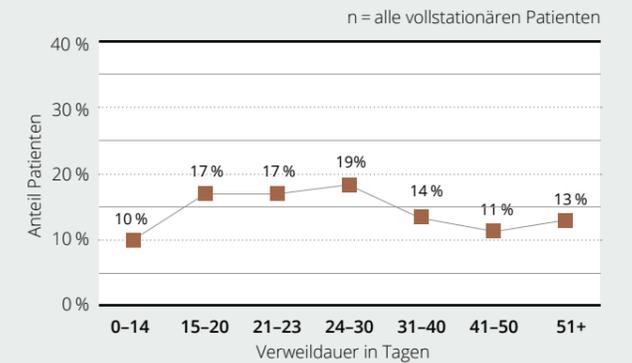
Die Top 5 Hauptdiagnosen unserer Patienten in der Neurologie machten einen Anteil von 71% aller Diagnosen aus. Der **Hirninfarkt** stellte mit **48%** die mit Abstand am häufigsten vorkommende Diagnose dar.

- 48 % I63 Hirninfarkt
- 9 % G60-G63 Polyneuropathien
- 6 % I61 intrazerebrale Blutung
- 4 % S06 intrakranielle Verletzung
- 4 % G35 Multiple Sklerose
- 29 % sonstige Hauptdiagnosen

## VERTEILUNG DER VERWEILDAUER

Durchschnitt: 32 Tage

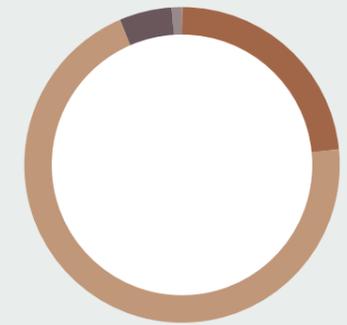
Die Verweildauer unserer neurologischen Patienten verteilt sich relativ homogen von eher kurzen bis hin zu sehr langen Aufenthalten. Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer lag bei **32 Tagen**.



## VERTEILUNG DER LEISTUNGSTRÄGER

Wie in der nebenstehenden Grafik zu erkennen ist, werden die erbrachten Leistungen von unterschiedlichen Trägern übernommen. Den größten Teil in der Neurologie machte mit **71%** die **gesetzliche Krankenversicherung** aus.

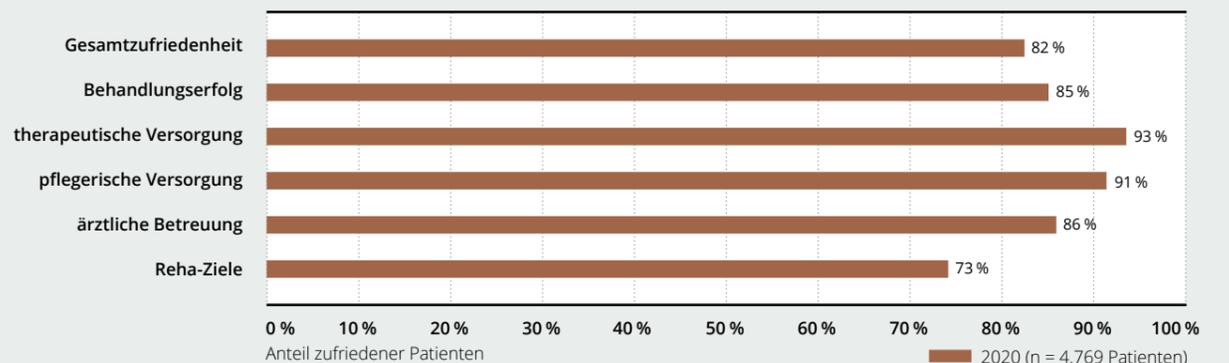
- 23 % gesetzliche Rentenversicherung
- 71 % gesetzliche Krankenversicherung
- 5 % Selbstzahler/Private Krankenversicherung
- 1 % sonstige



## PATIENTENZUFRIEDENHEIT

Die Patienten erhalten in sämtlichen Fachabteilungen bei MEDIAN die Möglichkeit, an der Zufriedenheitsbefragung teilzunehmen. Bei den neurologischen Patienten

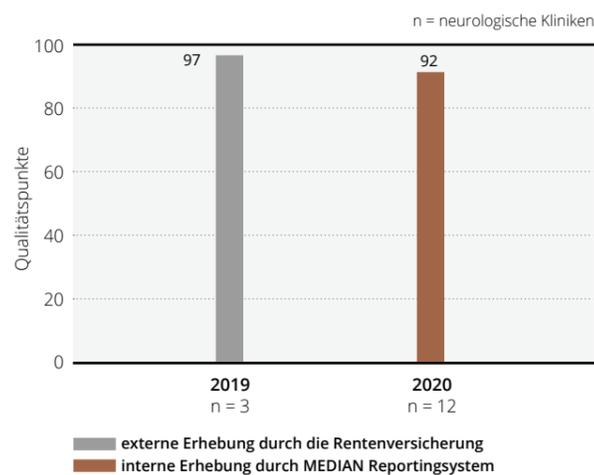
liegt die Gesamtzufriedenheit bei 82 %. Am besten schnitten die **therapeutische Versorgung** mit **93%** sowie die pflegerische Versorgung mit 91 % ab.



# KENNZAHLEN DER EXTERNEN QUALITÄTSSICHERUNG

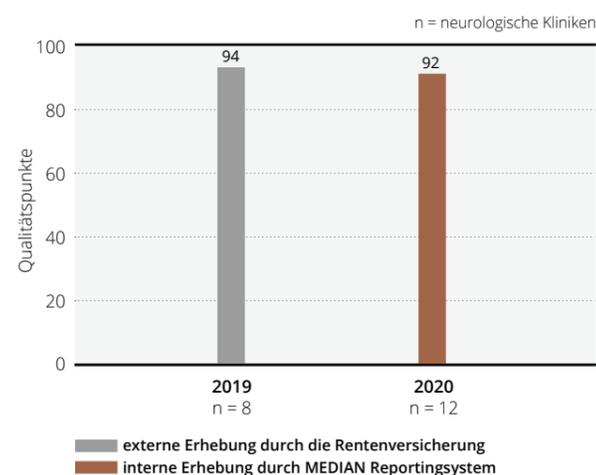


Reha-Therapiestandard „Schlaganfall“ im zeitlichen Verlauf



Die Qualitätspunkte des Reha-Therapiestandards „Schlaganfall“ lagen im Jahr 2019 bei 92. Durch Corona-bedingte Prozessanpassungen ist das Qualitätsniveau im Jahr 2020 im Vergleich zum Vorjahr gesunken. Aktuelle Daten aus 2021 signalisieren wieder einen Aufwärtstrend.

Therapeutische Versorgung im zeitlichen Verlauf



In den neurologischen Abteilungen konnten im Jahr 2019 94 Qualitätspunkte in der therapeutischen Versorgung erreicht werden. Im Folgejahr konnte das gute Niveau gehalten werden: Der Wert für 2020 lag mit 92 Qualitätspunkten Corona-bedingt nur knapp unter dem Vorjahreswert.

# ERGEBNISQUALITÄT IN DER NEUROLOGIE



Das Erkrankungsbild unserer Patienten in den neurologischen Kliniken ist durch eine breite Spanne an Einschränkungen gekennzeichnet. Diese wird einerseits durch sehr unterschiedliche Indikationen geprägt, welche vielfältige Auswirkungen auf das Gehirn eines Menschen haben. Andererseits können auch beim gleichen Erkrankungsbild die Auswirkungen sehr unterschiedlich sein. Bei Patienten nach Schlaganfall ist das Erkrankungsbild beispielsweise abhängig von den betroffenen Gehirnregionen und der Größe der betroffenen Hirnareale. So versorgen wir in unseren Kliniken sowohl schwerst betroffene, intensivmedizinisch überwachungs- und teilweise auch beatmungspflichtige Patienten als auch weitgehend selbstständige Patienten mit geringen kognitiven Einschränkungen. Um dieser Heterogenität Rechnung zu tragen, gibt es in der neurologischen Rehabilitation die Rehabilitationsphasen B bis D, wobei Phase B die besonders schwer betroffenen Patienten umfasst und der Grad der Einschränkungen in Phase D eher gering ist. Zudem ist die Neurorehabilitation dadurch charakterisiert, dass eine Vielzahl unterschiedlicher Symptome wie Lähmun-

gen, Sprach-, Sprech-, Schluckstörungen oder kognitive Defizite therapiert werden müssen. Hieraus abgeleitet gibt es sehr unterschiedliche Ziele in Bezug auf Therapie und Anforderungen an die Rehabilitation von Patienten. Um diesen unterschiedlichen Zielen in der Ergebnismessung Rechnung zu tragen, bedarf es eines differenzierteren Katalogs an Messinstrumenten. Daher gibt es in der Neurologie auch eine hohe Zahl an verschiedenen Parametern für die Ergebnisqualität, jeweils abhängig von den Symptomen des betroffenen Patienten.

## DIFFERENZIERTER EINSATZ VON ASSESSMENTS

Für die einzelnen Punkte der Körperstruktur/-funktion und der Aktivitäten der ICF, die bei neurologischen Patienten betroffen sind, kommen in den MEDIAN Einrichtungen unterschiedliche Assessments zum Einsatz. Je nach Einschränkung des Patienten werden mittels validierter Assessments die Bereiche Aktivitäten des täglichen Lebens, Mobilität, Funktion der oberen und unteren Extremität sowie Schluckstörungen gemessen.

**BARTHEL-INDEX**

Als Maß der Selbstständigkeit beziehungsweise der Pflegebedürftigkeit wird üblicherweise der Barthel-Index verwendet (Mahoney & Barthel, 1965). Der Barthel-Index erhebt grundlegende Alltagsfunktionen und eignet sich daher bei wiederholter Durchführung gut zur Messung der Verbesserung der vorhandenen Einschränkungen und damit des Rehabilitationserfolgs (Huybrechts & Caro, 2007). Beurteilt werden z. B. Alltagsfunktionen, wie Körperpflege, Nahrungsaufnahme, An- und Auskleiden sowie Mobilität. Der Barthel-Index kann Werte zwischen 0 und 100 annehmen. Hierbei gilt: je höher die im Index erreichte Punktzahl, desto größer ist der Grad der Selbstständigkeit der Rehabilitanden.

Somit kann der Barthel-Index wie folgt interpretiert werden:

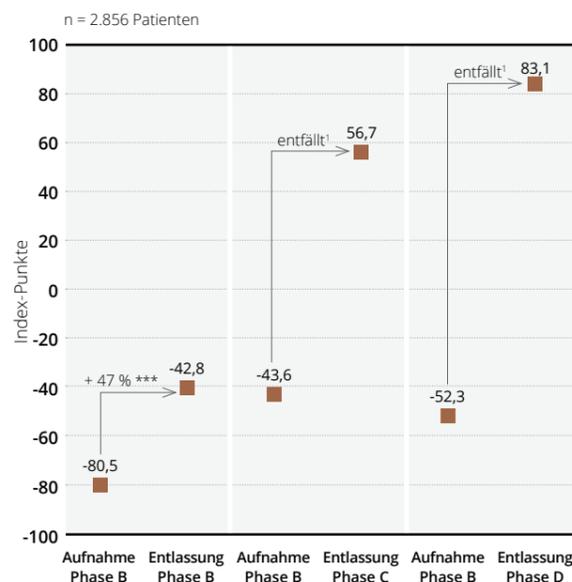
- unter 35 Punkte: weitgehende Pflegeabhängigkeit
- 35–80 Punkte: Hilfsbedürftigkeit
- 85–95 Punkte: punktuelle Hilfsbedürftigkeit
- 100 Punkte: keine Hilfsbedürftigkeit in den grundlegenden Alltagsfunktionen. Es können aber noch spezielle Probleme bestehen, z. B. im Bereich des Gedächtnisses oder der Konzentration.

Im unmittelbaren Anschluss an ihren Aufenthalt im Akutkrankenhaus weisen viele Patienten schwere Funktionsstörungen, einschließlich Bewusstseinsstörungen auf und müssen teilweise intensiv überwacht werden. Um dieser Abhängigkeit Rechnung zu tragen, wurde zusätzlich der Frührehabilitationsindex entwickelt, mit insgesamt sieben Frührehabilitationskriterien, wie beispielsweise dem Erfordernis künstlicher Beatmung (Schönle, 1995). Dieser Index kann Werte zwischen -325 und 0 annehmen und wird vor allem in der Phase B benutzt. Je näher der Wert an Null ist, desto geringer ist der medizinische Aufwand. Der Frührehabilitationsindex wird zum normalen Barthel-Index zum Frührehabilitations-Barthel-Index addiert, der somit Werte zwischen -325 und 100 annehmen kann.

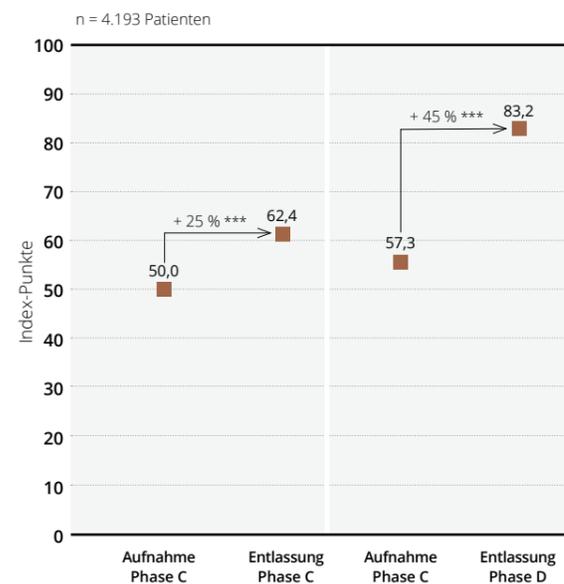
**Ergebnisse des Barthel-Index im Jahr 2020**

Nachfolgend sind die mittleren Summenwerte des Barthel- beziehungsweise Frührehabilitations-Barthel-Index bei Aufnahme und bei Entlassung dargestellt. Dabei werden jeweils die Patienten unterschieden, die in der gleichen Rehabilitationsphase entlassen werden, in der sie aufgenommen wurden und jene, die einen sogenannten Phasenwechsel durchlaufen haben. In den unten und rechts abgebildeten Grafiken sind die Aufnahme- und Entlassungswerte des Frühreha-Barthel-, beziehungsweise des Barthel-Index für die verschiedenen Aufnahmephasen dargestellt. In der Abbildung unten links wird in der Phase B der Frührehabilitations-Barthel-Index nach Schönle dargestellt. In den Phasen C und D werden die Entlassungswerte in Form des Barthel-Index dargestellt. In den anderen beiden Grafiken rechts ist jeweils der Barthel-Index sowohl bei Aufnahme als auch bei Entlassung abgebildet. Deutlich wird, dass bei Patienten, die in der gleichen Rehabilitationsphase aufgenommen und entlassen wurden, eine statistisch signifikante Verbesserung eingetreten ist. Ebenso ist eine statistisch signifikante Verbesserung bei Patienten zu erkennen, die einen Phasenwechsel durchlaufen haben.

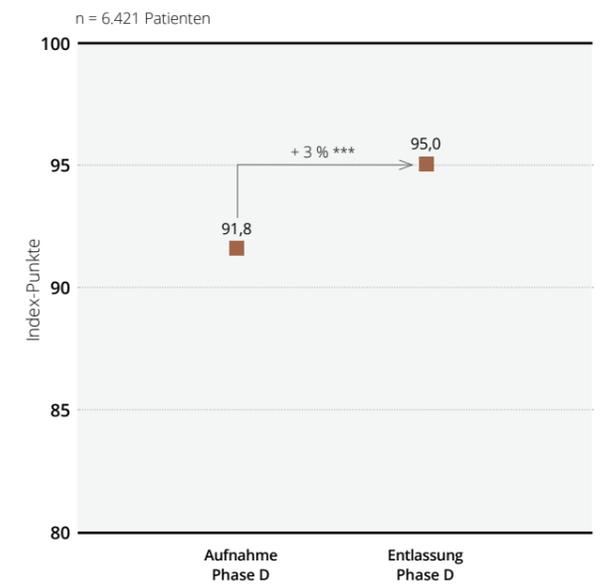
**Entwicklung des Frühreha-Barthel- bzw. Barthel-Index während der Frührehabilitation für neurologische Patienten mit Aufnahme in Phase B im Jahr 2020**



**Entwicklung des Barthel-Index während der Rehabilitation für neurologische Patienten mit Aufnahme in Phase C im Jahr 2020**



**Entwicklung des Barthel-Index während der Rehabilitation für neurologische Patienten mit Aufnahme in Phase D im Jahr 2020**



**FUNCTIONAL AMBULATION CATEGORIES (FAC)**

Mit dem Assessment Functional Ambulation Categories (FAC) wird der Schweregrad einer Gangstörung gemessen. Es eignet sich dazu herauszufinden, wie viel Unterstützung ein Patient beim Gehen benötigt (Marks, 2014). Hierbei wird die Gehfähigkeit im Hinblick auf die Umgebung (z. B. drinnen/draußen, eben/uneben) und auf die Notwendigkeit von Gehhilfen bzw. personeller Unterstützung beurteilt. Die Beurteilung erfolgt auf einer sechsstufigen Skala von null bis fünf. Patienten mit einem FAC-Wert von null sind nicht gehfähig, Patienten mit einem FAC-Wert von fünf können sich uneingeschränkt drinnen

und draußen fortbewegen. Auch Patienten mit einem Wert von vier können beispielsweise bereits sicher und selbstständig gehen, solange dies auf einem ebenen Untergrund ohne größere Hindernisse erfolgt.

**FAST 50 PROZENT UNSERER IN PHASE C AUFGENOMMENEN NEUROLOGISCHEN PATIENTEN, DIE ZU BEGINN BEIM GEHEN AUF HILFE ANGEWIESEN WAREN, KÖNNEN AM ENDE DER REHA MINDESTENS SELBSTSTÄNDIG AUF EBENEM UNTERGRUND GEHEN.**

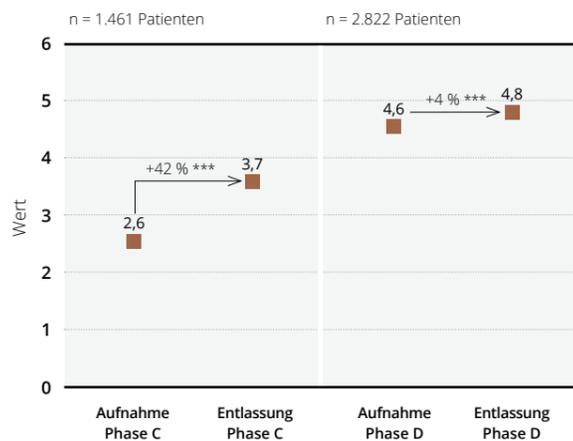
\*\*\* signifikanter Unterschied, p < 0.001 | ¹ Aufgrund unterschiedlicher Skalenniveaus wird auf eine Angabe der prozentualen Verbesserung verzichtet.

\*\*\* signifikanter Unterschied, p < 0.001

**Ergebnisse des FAC im Jahr 2020**

Anhand der Grafik lässt sich schnell erkennen, dass insbesondere Patienten in Phase C eine deutliche Verbesserung (42 Prozent) zwischen Aufnahme und Entlassung beim FAC aufweisen. Die Verbesserung der Patienten in Phase D fällt zwar deutlich kleiner aus, zu beachten ist hier jedoch, dass die meisten dieser Patienten bereits zur Aufnahme einen sehr hohen Punktwert aufweisen und somit nur wenig oder nicht beeinträchtigt sind. Daher gibt es bei Patienten in Phase D insgesamt auch nur eine geringe Verbesserung.

**Entwicklung des FAC während der Rehabilitation für neurologische Patienten mit Aufnahme in Phase C im Jahr 2020**



**10-METER-GEHTEST**

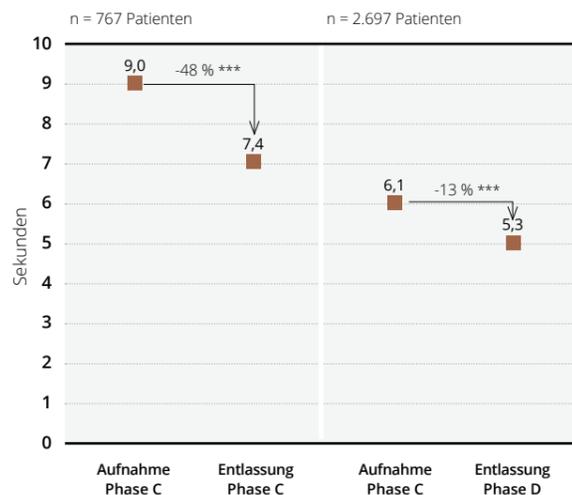
Dieser Test misst die Zeit, die ein Patient braucht, um zehn Meter Gehstrecke zurückzulegen (Willkomm, 2013). Zur leichteren Beurteilung kann mithilfe dieses Tests z.B. erfasst werden, ob ein Patient in der Lage ist, in angemessener Geschwindigkeit eine Straße während der Grünphase einer Ampel zu überqueren. Die hierfür erforderliche Geschwindigkeit liegt nämlich bei 1,2 m/Sekunde.

**Ergebnisse des 10-Meter-Gehtest im Jahr 2020**

Auch bei diesem Test zeigt sich wieder eine ganz deutliche Verbesserung der Patienten in Phase C (48 Prozent). In Phase D fällt die Veränderung von Aufnahme zu Entlassung zwar nicht so groß aus, jedoch benötigen die Patienten in Phase D auch schon zu Beginn weniger Zeit als die Patienten in Phase C zum Entlass-Zeitpunkt. Patienten in Phase D schaffen eine Gehstrecke von zehn Metern also generell in kürzerer Zeit als Patienten in Phase C.

**KNAPP 40 PROZENT DER IN PHASE C AUFGENOMMENEN PATIENTEN, WELCHE ZU BEGINN DER REHA NICHT SICHER WÄHREND DER GRÜNPHASE EINE AMPEL ÜBERQUEREN KONNTEN, SCHAFFEN DIES ZUM ABSCHLUSS DER REHA.**

**Entwicklung des 10-Meter-Gehtest während der Rehabilitation für neurologische Patienten mit Aufnahme in Phase C im Jahr 2020**



\*\*\* signifikanter Unterschied, p < 0.001

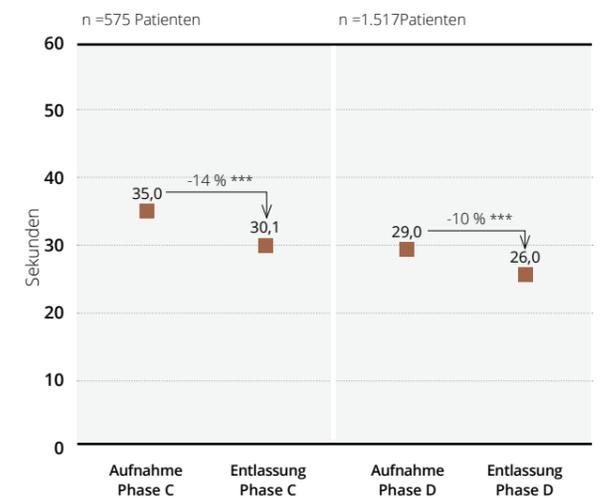
**NINE-HOLE-PEG-TEST (NHPT)**

Der Nine-Hole-Peg-Test (NHPT) wurde 1985 von Virgil Mathiowetz zur Messung der Handgeschicklichkeit entwickelt. Während der Testung sollen die Patienten neun Dübel aus Holz oder Kunststoff einzeln mit einer Hand aus einem flachen Behälter nehmen und in die dafür vorgesehenen Löcher auf dem Testbrett stecken. Wenn alle Löcher bestückt sind, muss der Patient mit derselben Hand die Dübel einzeln wieder von Testbrett in den Behälter zurücklegen. Es wird die Zeit gemessen, die der Patient für die Durchführung der gesamten Aufgabe benötigt. Je schneller ein Patient also die Aufgabe bewältigen kann, desto besser schneidet er in diesem Test ab. Es werden beide Hände nacheinander getestet.

**Ergebnisse des NHPT im Jahr 2020**

In der Grafik zeigt sich, dass sowohl Patienten in Phase C als auch Patienten in Phase D von Beginn bis zum Ende der Rehabilitation eine signifikante Verbesserung von 14 bzw. zehn Prozent im NHPT erzielen konnten. Die Ergebnisse beziehen sich jeweils auf die schwächere Hand der Patienten zur Aufnahme.

**Entwicklung des Nine-Hole-Peg-Test während der Rehabilitation für neurologische Patienten mit Aufnahme in Phase C im Jahr 2020**



**MOTRICITY INDEX**

Der Motricity-Index ist ein Beweglichkeits-Index, der das Ausmaß der Lähmungen im betroffenen Arm bzw. in der betroffenen Hand erfasst (Demeurisse et al., 1980). Dabei wird die Kraft für drei Bewegungen des Armes bewertet: den Arm in der Schulter abwinkeln (Abduktion), im Ellenbogen beugen (Flexion) und einen Würfel greifen (Präzisionsgriff). Die maximale Punktzahl von 100 Punkten entspricht der vollen Kraft im Arm. Als Testmaterial wird ein kleiner Würfel gebraucht. Erreicht ein Patient bei der Aufgabe „Präzisionsgriff“ mindestens 22 Punkte, bedeutet dies, dass er den Würfel greifen und anheben kann.

**ETWA 50 PROZENT DER IN PHASE B AUFGENOMMENEN PATIENTEN, DIE ZU BEGINN KEINEN PRÄZISIONSGRIFF DURCHFÜHREN KONNTEN, GELINGT DIES AM ENDE DER REHA.**

**BOGENHAUSENER DYSPHAGIESCORE (BODS)**

Mit dem Bogenhausener Dysphagiescore BODS wurde ein Assessment entwickelt, welches die Funktionsfähigkeit des Schluckens von Speichel und Nahrung bzw. Flüssigkeit erfasst und eine Einschätzung des Schweregrades einer Dysphagie ermöglicht (Hartmann et al., 2006). Der BODS besteht aus zwei Skalen: „BODS-1 Speichelschlucken“ und „BODS-2 orale Nahrungsaufnahme“ sowie einem Summenscore. Die Skalen können einzeln oder als Summe zur Bestimmung des Schweregrades einer Dysphagie herangezogen werden.

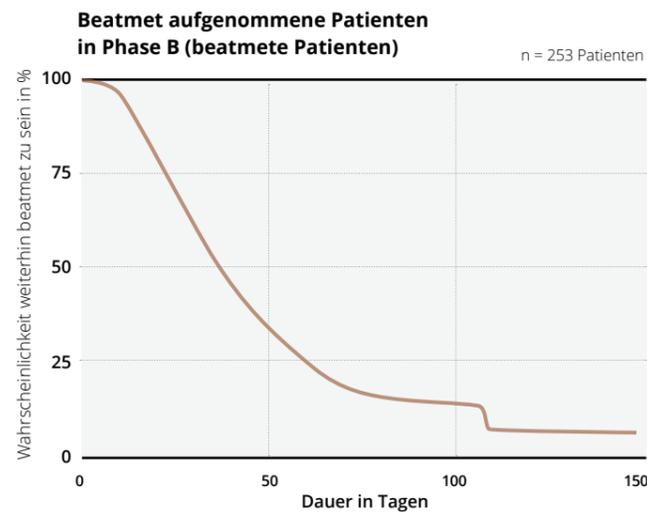
**WEANING**

Weaning steht für die Entwöhnungsphase eines Patienten von der maschinellen Beatmung. Die Entwöhnung vom Beatmungsgerät dauert oft mehrere Wochen. Die Dauer des Weanings hängt ab von der Art der akuten Krankheit, den Vorerkrankungen der Lunge und der Dauer der Beatmung.

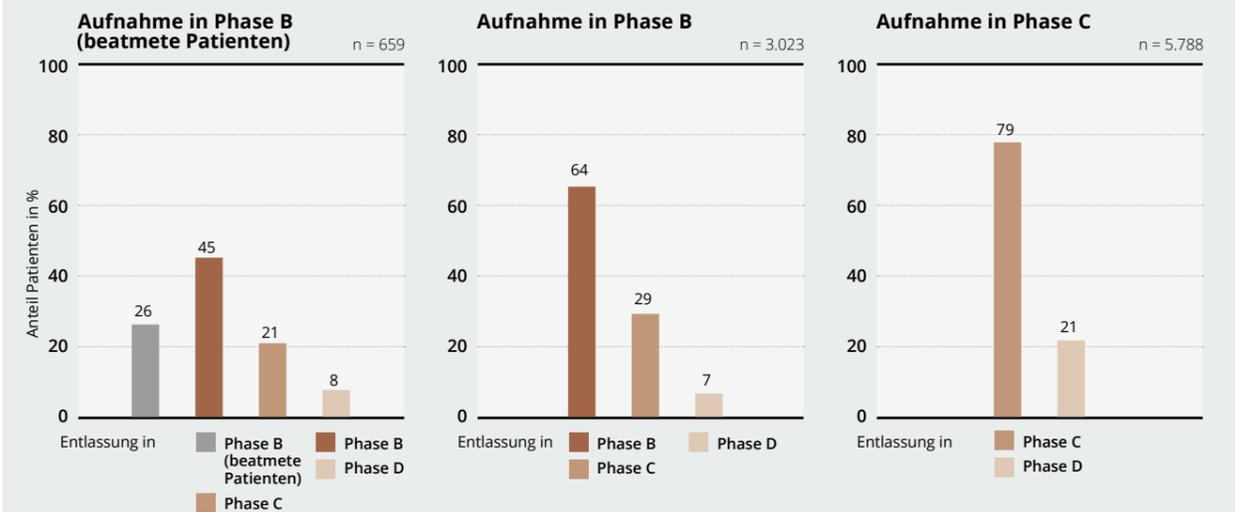
Der Grafik ist zu entnehmen, dass für unsere bei Aufnahme beatmeten neurologischen Patienten die Wahrscheinlichkeit, weiterhin eine maschinelle Beatmung zu benötigen, mit jedem weiteren Tag in unseren Kliniken rapide sinkt.

**45 PROZENT DER IN PHASE B AUFGENOMMENEN PATIENTEN, DIE ZU BEGINN DER REHA MITTELSCHWERE BIS SCHWERSTE BEEINTRÄCHTIGUNGEN BEI DER NAHRUNGS-AUFNAHME HATTEN, HABEN AM ENDE DER REHA KEINE ODER NUR NOCH MAXIMAL MÄSSIGE BEEINTRÄCHTIGUNGEN BEIM ESSEN.**

**50 PROZENT UNSERER IN PHASE B (BEATMETE PATIENTEN) AUFGENOMMENEN NEUROLOGISCHEN PATIENTEN, DIE ZUR AUFNAHME BEATMET WURDEN, SIND INNERHALB VON 36 TAGEN VON DER BEATMUNG ENTWÖHNT WORDEN.**

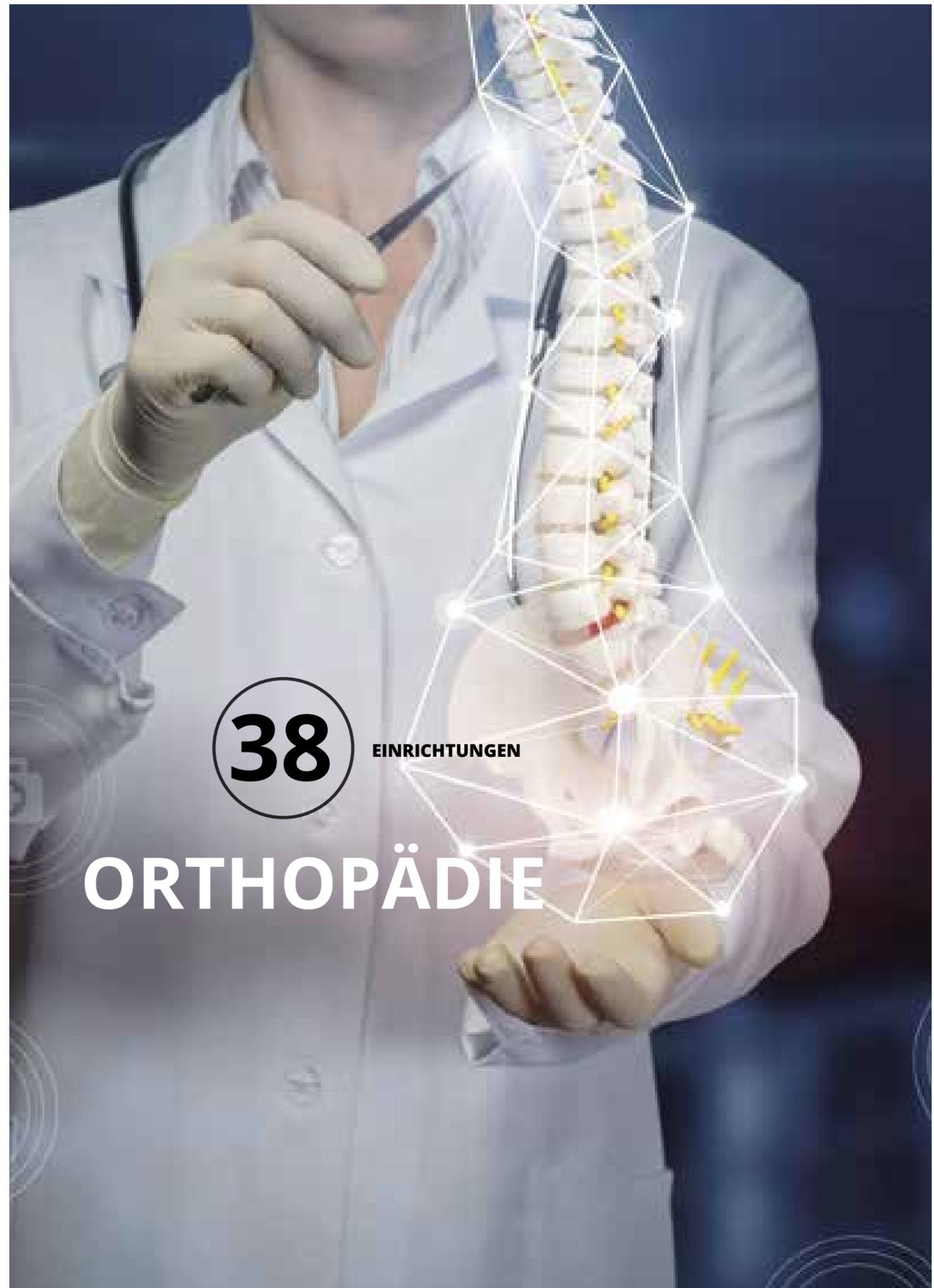


**ANTEIL DER NEUROLOGISCHEN PATIENTEN, DIE 2020 WÄHREND DER REHABILITATION EINEN PHASENWECHSEL DURCHLAUFEN HABEN**



Die obenstehende Grafik zeigt, wie viele Patienten während ihres Aufenthaltes in einer unserer Kliniken einen Phasenwechsel im Sinne des Phasenmodells der neurologischen Rehabilitation vollzogen haben. Wird beispielsweise ein Patient in Phase B aufgenommen und wechselt dann im Laufe der Rehabilitation in Phase C, bedeutet dies, dass für ihn eine weniger intensive medizinische

Versorgung nötig ist und der Patient schon vermehrt selbst in den Therapien mitarbeiten kann. Anhand der Grafik wird deutlich, dass besonders in der neurologischen Frührehabilitation viele Patienten nach ihrem Aufenthalt bei uns einen Phasenwechsel durchlaufen und dadurch wieder mehr Selbstständigkeit und Lebensqualität erlangen konnten.



**38** EINRICHTUNGEN

# ORTHOPÄDIE

# SCHWERPUNKTE IN DER ORTHOPÄDIE

Die Kliniken für Orthopädie bei MEDIAN setzen sich intensiv mit Einschränkungen der Beweglichkeit ihrer Patienten auseinander, die infolge einer Verletzung oder Erkrankung auftreten. Mittels Therapie und Gesundheitsberatung soll den Patienten wieder größtmögliche Beweglichkeit und Stabilität ermöglicht werden. Übergreifendes Ziel ist es, dass Patienten nach der Reha wieder ein aktives Leben ohne oder mit nur geringer Schmerzsymptomatik führen können. Rehabilitanden trainieren daher während ihres Aufenthalts bei MEDIAN besonders ihre Gelenkbeweglichkeit, Muskelkraft und Stabilität.

Nach größeren Gelenkeingriffen oder Operationen wie zum Beispiel an Wirbelsäule, Knie oder Hüfte ist häufig eine besonders umfangreiche Nachbehandlung nötig. Diese wird bei MEDIAN von erfahrenen Teams aus Ärzten, Therapeuten, Pflegefachkräften und Sportwissenschaftlern konzipiert und durchgeführt. Bei Patienten im

arbeitsfähigen Alter lassen sich so Arbeitsunfähigkeit und Berentung vermeiden. Patienten im Rentenalter sollen wieder eine weitgehende Selbstständigkeit erlangen.

Als deutschlandweiter Klinikverbund ist es MEDIAN möglich, nahezu jedes Spezialgebiet der Orthopädie abzudecken. Dazu zählen unter anderem die verhaltensmedizinische Orthopädie, die medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation (MBOR), die technische Orthopädie, die Versorgung amputierter Menschen sowie die Schmerztherapie. Einige Kliniken bieten darüber hinaus berufsgenossenschaftliche stationäre Weiterbildungen (BGSW), Maßnahmen zur Evaluation der arbeitsbezogenen funktionellen Leistungsfähigkeit (EFL), das Nachsorgeprogramm IRENA der Deutschen Rentenversicherung, erweiterte ambulante Physiotherapie (EAP) sowie Rehabilitationssport an.



# FALLBERICHT

## MEDIAN PARKKLINIK BAD ROTHENFELDE

INDIKATION **ORTHOPÄDIE**

AUFENTHALTSDAUER **5 WOCHEN**

### MEDIZINISCHE FAKTEN

#### MEDIZINISCHE VORGESCHICHTE

Seit über einem Jahr zunehmende Ruhe- und Belastungsschmerzen mit Bewegungseinschränkung im rechten Schultergelenk. Bei nachgewiesener Rotatorenmanschettenruptur erfolgte im April 2021 eine Rekonstruktion der Rotatorenmanschette sowie eine Acromioplastik. Zustand nach Dekompression der linken Schulter: Adipositas, ADHS, arterielle Hypertonie, Diabetes mellitus

#### AUFNAHMEBEFUND

Rechte Schulter: Atrophie der Rotatorenmanschette, Schürzen und Nackengriff nicht durchführbar, gestörter skapulo-thorakaler Rhythmus, lokaler Druckschmerz über dem ACG, Retro-/Anteversion 20/0/30°, Abduktion/Adduktion 40/0/20° Außen-/Innenrotation 5/0/80°, eingeschränkte Kraft, Kraftgrad 3/5, Narbe reizlos, linke Schulter: frei beweglich

#### SYMPTOMATIK

Ausgeprägte belastungsabhängige Schmerzen sowie eine erhebliche Bewegungseinschränkung, Ruheschmerzen, das Liegen auf der rechten Seite ist nicht möglich.

#### DIAGNOSTIK

- Basislabor
- Blutzucker leicht erhöht

#### REHABILITATIONSZIELE

- Schmerzreduktion
- Verbesserung der Schultergelenksbeweglichkeit
- Zunahme der Muskelkraft
- Verhaltensweisen zur Gelenkschonung erlernen
- Informationen über weitere Maßnahmen für die Zeit nach der Reha und berufliche Neuorientierung erhalten

### SOZIODEMOGRAFISCHER HINTERGRUND DES PATIENTEN

Alter **54 Jahre**  
Geschlecht **männlich**  
Beruf **Ausbildung zum Fliesenleger und Metallbauer, zuletzt tätig als Abdichter im Bautenschutz**  
Sonstiges **Kündigung erhalten**



### DIE ANWENDUNGEN IN DER REHA-KLINIK HABEN ERHEBLICH

**DAZU BEIGETRAGEN, DIE SCHMERZEN IN MEINER SCHULTER ZU LINDERN UND SIE WIEDER BESSER BEWEGEN ZU KÖNNEN. DARÜBER HINAUS KONNTE ICH MICH MIT PROFESSIONELLER UNTERSTÜTZUNG MIT NEUEN BERUFLICHEN MÖGLICHKEITEN AUSEINANDERSETZEN.**

*Der Patient über seinen Reha-Erfolg*

**BEHANDLUNG**

Der Patient wurde umfassend physiotherapeutisch behandelt, unter anderem mit Einzelkrankengymnastik, Gruppengymnastik in der Halle und im Bewegungsbad, Übungen an Muskelaufbaugeräten, Einzel-Ergotherapie, ergotherapeutische Schulter-Gruppe, Muskelstimulation in der physikalischen Therapie und Ergometertraining für den Oberkörper. Des Weiteren nahm der Patient an Entspannungsverfahren in Form einer progressiven Muskelrelaxation teil.

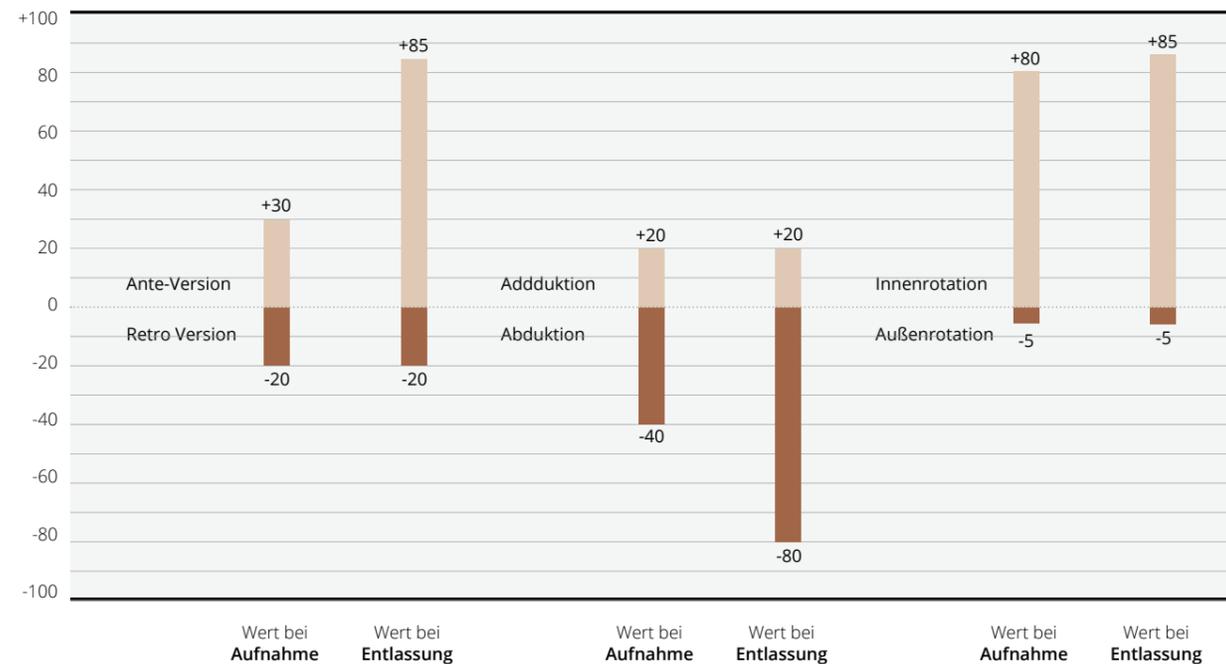
Aufgrund einer beruflichen Problemlage nahm der Patient darüber hinaus am MBOR-C-Programm teil. Er setzte sich mit verschiedenen Berufsfeldern auseinander, konnte Interessen entwickeln und trainierte im sogenannten Workpark, der sich aus verschiedenen Therapiegeräten zusammensetzt. Für seine letzte Tätigkeit als Angestellter im Bautenschutz mit notwendigem kraftvollem Einsatz auch des rechten Arms sowie Überkopftätigkeiten ist er nicht mehr leistungsfähig.

**REHAVERLAUF UND -ERGEBNIS**

Der Patient war sehr motiviert und nahm intensiv an allen Therapien teil. Er war interessiert an neuen Berufsfeldern und entwickelte Interesse für eine Umschulung zum Bus-/LKW-Fahrer oder Lokführer. Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben wurden eingeleitet. Die Beweglichkeit im Bereich des rechten Schultergelenkes verbesserte sich.

**GESAMTBEWEGUNGSMASS (ROM – RANGE OF MOTION)**

Wert bei Aufnahme und Entlassung



**FAZIT**

Der Patient profitierte im Rahmen des Aufenthaltes sehr von den physiotherapeutischen und ergotherapeutischen Behandlungen. Der Verlauf war zeitgerecht, die Beweglichkeit im Bereich des rechten Schultergelenkes verbesserte sich unter den Therapien deutlich. Weiterhin besteht allerdings eine Einschränkung der Beweglichkeit. Mit einer Besserung ist unter fortgeführten Therapien zu rechnen. Die Schmerzmedikation konnte im Verlauf reduziert werden. Erfreulicherweise nahm der Patient auch mit großem Interesse an der MBOR-C-Maßnahme teil und setzte sich mit neuen Berufsfeldern auseinander. Der Patient konnte von der Kombination aus Therapien und der Möglichkeit, eine berufliche Neuorientierung zu finden, erheblich profitieren und auch eine Zukunftsperspektive entwickeln. Mit dem Verlauf des Aufenthaltes war er sehr zufrieden.



**ANHAND DIESES FALLBEISPIELS ZEIGT SICH, WIE DURCH DIE KOMBINATION AUS GEZIELTEN THERAPIEN UND BERUFLICH ORIENTIERTEN MASSNAHMEN EIN POSITIVES GESAMTERGEBNIS FÜR DEN PATIENTEN ERREICHT WERDEN KANN.**

*Dr. Inka Vogt*



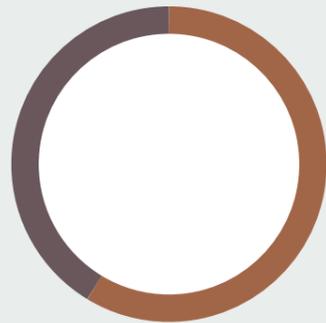
**DR. INKA VOGT**  
Funktionsoberärztin der Orthopädie,  
MEDIAN Park-Klinik  
Bad Rothenfelde

**MEDIAN PARKKLINIK BAD ROTHENFELDE**

In der MEDIAN Parkklinik Bad Rothenfelde werden Patienten in den Fachgebieten Orthopädie und Psychosomatik behandelt. Außerdem ist das Haus Kompetenzzentrum zur medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation (MBOR) für Menschen mit besonderen beruflichen Problemlagen. Schwerpunkte liegen dabei in der orthopädisch-unfallchirurgischen Rehabilitation sowie der orthopädisch-psychosomatischen Schmerztherapie. Die enge Zusammenarbeit aller Abteilungen ermöglicht es, für jeden Patienten ein ganzheitliches, individuelles Therapiekonzept zu gestalten. Die Behandlung kann stationär oder ganztägig ambulant erfolgen. Eine weitere Besonderheit des Hauses ist die Rehabilitation pflegender Angehöriger, die oft erheblichen körperlichen und seelischen Belastungen ausgesetzt sind.

# SOZIODEMOGRAFISCHE DATEN ORTHOPÄDIE

## PATIENTENPOPULATION NACH GESCHLECHT

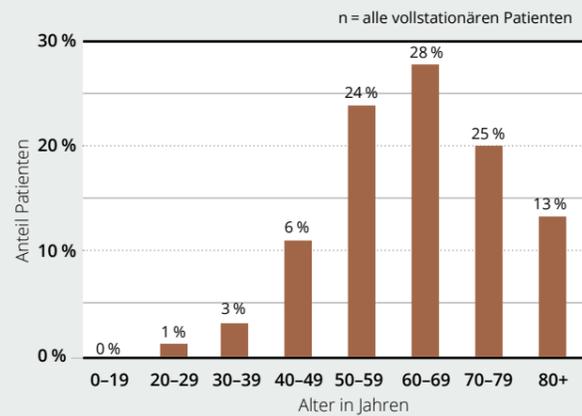


Im Jahr 2020 wurden bei MEDIAN insgesamt **60.712** vollstationäre orthopädische Patienten behandelt. Davon waren **58 %** weiblich und **42 %** männlich.

- 58 % weiblich
- 42 % männlich
- 0 % divers

## VERTEILUNG DER ALTERSSTRUKTUR

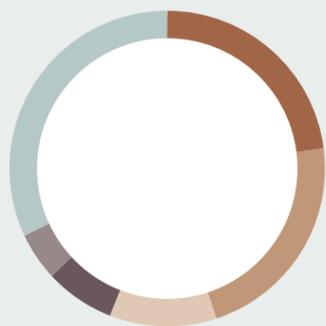
Durchschnitt: 65 Jahre



Den größten Anteil an Patienten in der Orthopädie machten die 50- bis 79-jährigen aus. Das Durchschnittsalter unserer orthopädischen Patienten lag bei 65 Jahren.

## VERTEILUNG DER FÜNF HÄUFIGSTEN HAUPTDIAGNOSEN

n = alle vollstationären Patienten



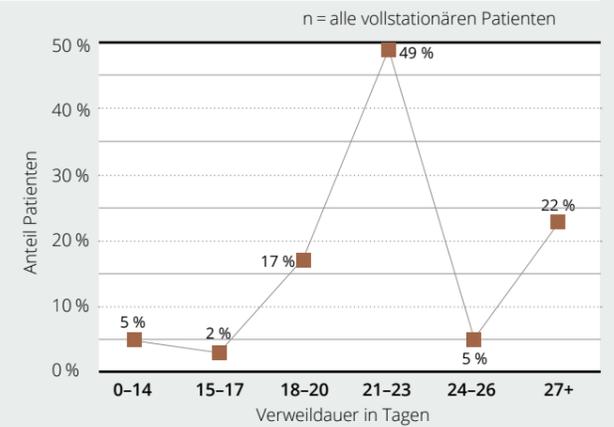
Am häufigsten wurden bei unseren Patienten 2020 eine Arthrose des Kniegelenks (**23 %**) und des Hüftgelenks (**22 %**) diagnostiziert. Die fünf häufigsten Diagnosen haben **68 %** aller Diagnosen in der orthopädischen Rehabilitation ausgemacht.

- 23 % M17 Gonarthrose [Arthrose des Kniegelenkes]
- 22 % M16 Koxarthrose [Arthrose des Hüftgelenkes]
- 11 % M54 Rückenschmerzen
- 7 % M51 sonstige Bandscheibenschäden
- 5 % S72 Fraktur des Femurs
- 32 % sonstige Hauptdiagnosen

## VERTEILUNG DER VERWEILDAUER

Durchschnitt: 22 Tage

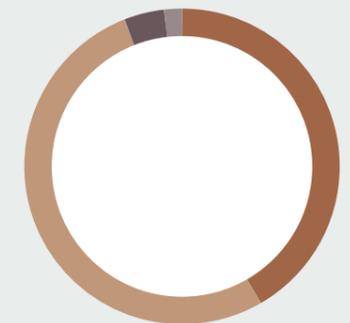
Die meisten MEDIAN Patienten in der Orthopädie (49 %) verbrachten im Jahr 2020 im Schnitt **21 bis 23** Tage in unseren Kliniken. Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer lag mit **22 Tagen** ebenfalls in diesem Bereich. Weitere 22 % blieben mit mehr als 27 Tagen Aufenthalt aber auch deutlich länger.



## VERTEILUNG DER LEISTUNGSTRÄGER

Wie in allen Indikationen verteilten sich die erbrachten Leistungen auf unterschiedliche Leistungsträger Mit **52 %** machte die **gesetzliche Krankenversicherung** dabei den größten Anteil aus.

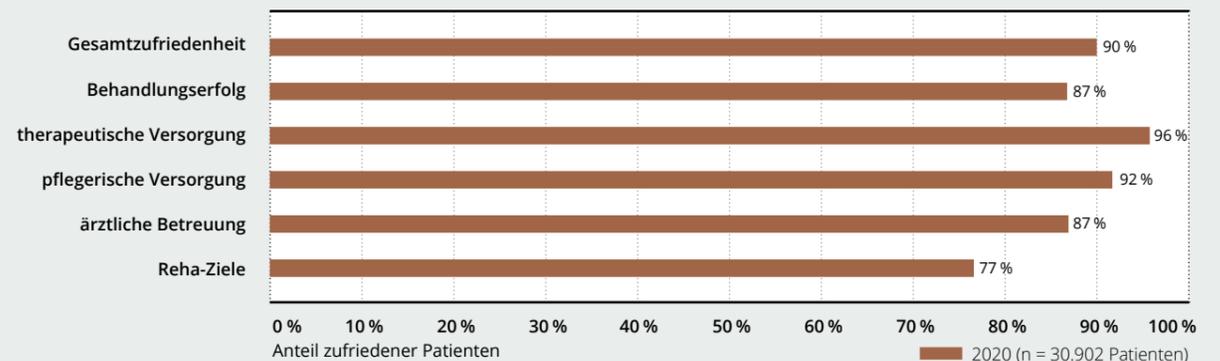
- 42 % gesetzliche Rentenversicherung
- 52 % gesetzliche Krankenversicherung
- 4 % Selbstzahler/Private Krankenversicherung
- 2 % sonstige



## PATIENTENZUFRIEDENHEIT

2020 nahmen über 30.000 Patienten in der Orthopädie an der Zufriedenheitsbefragung teil. 90 % von ihnen waren insgesamt mit der Behandlung und der Betreuung zu-

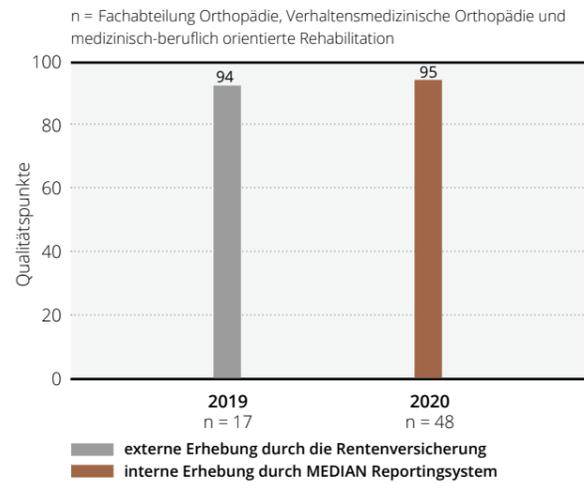
frieden. Den höchsten Wert erzielte mit **96 %** zufriedener Patienten die **therapeutische Versorgung**.



# KENNZAHLEN DER EXTERNEN QUALITÄTSSICHERUNG



Therapeutische Versorgung im zeitlichen Verlauf



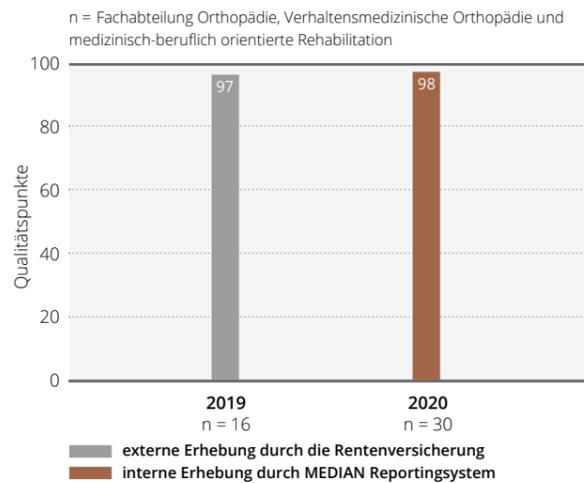
Bei der therapeutischen Versorgung in der Orthopädie konnte das hohe Niveau aus dem Vorjahr im Jahr 2020 noch weiter auf 95 Qualitätspunkte gesteigert werden.

Reha-Therapiestandard „Chronischer Rückenschmerz“ im zeitlichen Verlauf



Beim Reha-Therapiestandard „Chronischer Rückenschmerz“ konnte das sehr gute Niveau des Vorjahres (95 Qualitätspunkte) auch 2020 gehalten werden (94 Qualitätspunkte).

Reha-Therapiestandard „Hüft-/Knie-TEP“ im zeitlichen Verlauf



Der Reha-Therapiestandard „Hüft-/Knie-TEP“ bewegte sich in den letzten Jahren stets im sehr guten Bereich. 2020 konnten die Leistung sogar um einen Punkt auf 98 von 100 möglichen Qualitätspunkten gesteigert werden.

# ERGEBNISQUALITÄT IN DER ORTHOPÄDIE

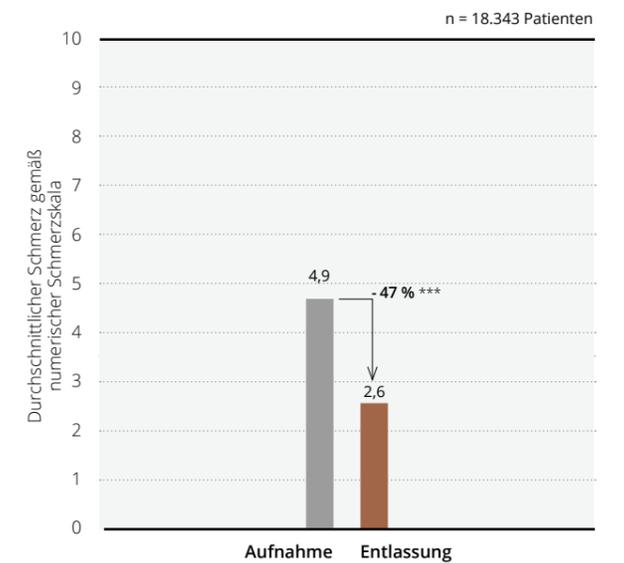
**DIE ORTHOPÄDISCHE REHABILITATION IST EIN WICHTIGER BAUSTEIN IN DER VERSORGUNGSKETTE UNSERES GESUNDHEITSWESENS. DABEI SOLL DIE WIRKSAMKEIT DER REHABILITATION SYSTEMATISCH MESSBAR SEIN. MEDIAN LEGT MIT DER ERHEBUNG FACHSPEZIFISCHER ASSESSMENTS EINE GRUNDLAGE FÜR DIE ERGEBNISMESSUNG**

## NUMERISCHE ANALOGSKALA SCHMERZ (NAS)

In der Orthopädie ist die Schmerzempfindung ein wichtiger Faktor, der den Erfolg der Rehabilitation aufzeigt. Der Alltag ist mit Schmerzen kaum zu ertragen und führt zu Einschränkungen im sozialen und beruflichen Leben. Ziel der Rehabilitation sollte daher unter anderem sein, die Schmerzen soweit wie möglich zu reduzieren.

Mithilfe der numerischen Analogskala Schmerz kann die subjektive Schmerzstärke des Patienten gemessen werden. Null bedeutet dabei keinen und zehn den stärksten vorstellbaren Schmerz. Die Messung erfolgt sowohl bei Aufnahme als auch bei Entlassung, um Veränderungen über den Rehabilitationsverlauf abbilden zu können.

Durchschnittliche Schmerzausprägung nach numerischer Schmerzskala der orthopädischen Rehabilitanden im Jahr 2020 bei Aufnahme und Entlassung



Bei über 18.000 Patienten wurde im Jahr 2020 das Schmerzempfinden sowohl bei Aufnahme als auch bei Entlassung erfasst. Das subjektive Schmerzempfinden lag bei Aufnahme bei 4,9 auf der Skala von null bis zehn und sank auf 2,6 zum Zeitpunkt der Entlassung. Dies entspricht einer signifikanten Verbesserung von 47 Prozent von Aufnahme zu Entlassung. Dieses Ergebnis kann eindeutig als Erfolg der Rehabilitation gewertet werden.



\*\*\* signifikanter Unterschied, p < 0.001

### STAFFELSTEIN-SCORE

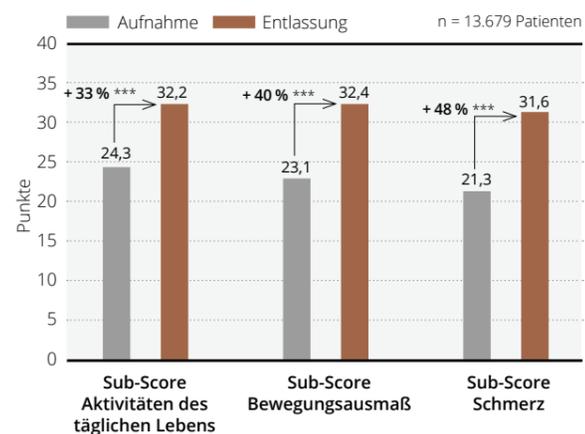
Für Knie- und Hüft-TEP-Patienten wird in den MEDIAN Kliniken der Staffelstein-Score bei Aufnahme und Entlassung zur Ergebnismessung erhoben.

Der Staffelstein-Score misst die Ergebnisqualität bei der Rehabilitation von Menschen mit künstlichen Knie- und Hüftgelenken (Middeldorf & Casser, 2000). Dieser Score wird auch vom zentralen Institut für die gesetzlich verankerte Qualitätssicherung im Gesundheitswesen (IQTIG) zur Erfolgsmessung herangezogen (Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen, 2018). Durch die Berücksichtigung von objektiven klinischen Befunden und subjektiven Angaben vermittelt er ein umfassendes Bild der aktuellen gesundheitlichen Situation des Patienten. Im Fokus des Scores stehen

Fähigkeiten des alltäglichen Lebens wie Treppensteigen, Nutzung von Gehhilfen oder das Anziehen von Schuhen und Socken. Weiterhin werden Beweglichkeit, Kraft und aktueller Schmerz erfasst. Maximal ist hier ein Wert von 120 Punkten erreichbar. Je höher der Wert, desto weniger Einschränkungen bestehen beim Patienten. Der Staffelstein-Score unterteilt sich in drei Sub-Scores: Aktivitäten des täglichen Lebens, Bewegungsausmaß und Schmerz.

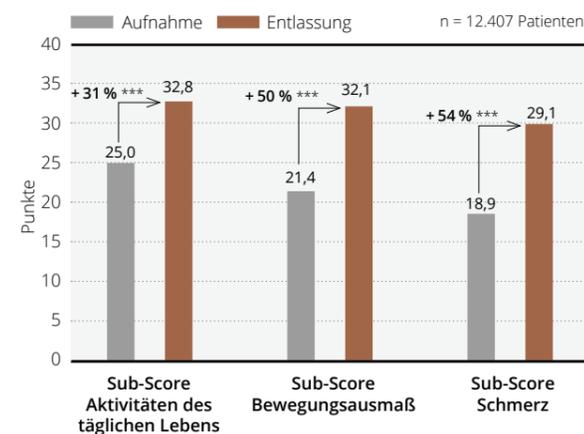
### Übersicht des Staffelstein-Scores Hüfte und Knie auf Ebene der Sub-Scores im Jahr 2020

Ergebnisse des Staffelstein-Scores Hüfte für die drei Sub-Scores Aktivitäten des täglichen Lebens, Bewegungsausmaß und Schmerz bei Aufnahme und Entlassung im Jahr 2020



Die Aufschlüsselung in die drei Sub-Scores des Staffelstein-Scores Hüfte zeigt, dass sich die Patienten in allen Aspekten bei Entlassung statistisch signifikant verbessert haben. Besonders beim Sub-Score Schmerz ist ein deutlicher Rehabilitationserfolg zu erkennen.

Ergebnisse des Staffelstein-Scores Knie für die drei Sub-Scores Aktivitäten des täglichen Lebens, Bewegungsausmaß und Schmerz bei Aufnahme und Entlassung im Jahr 2020



Auch beim Staffelstein-Score Knie lassen sich innerhalb der drei Sub-Scores große Veränderungen zwischen Aufnahme und Entlassung beobachten. Wieder zeigt sich beim Sub-Score Schmerz der größte Erfolg mit einer Verbesserung von 54 Prozent.

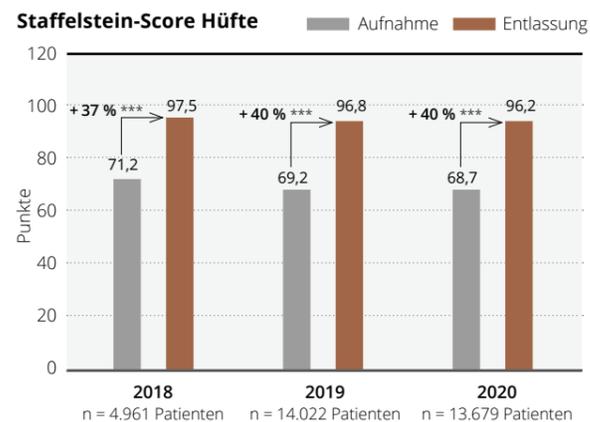
\*\*\* signifikanter Unterschied, p < 0.001



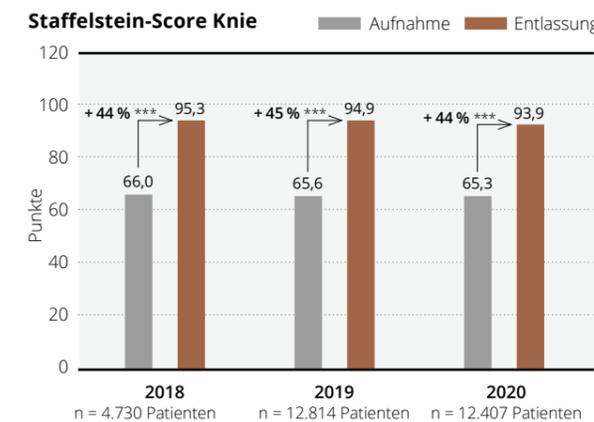
**ZU BEGINN DER REHA KÖNNEN NUR CIRCA SECHS PROZENT UNSERER PATIENTEN MIT HÜFT- UND KNIE-PROBLEMEN OHNE SCHWIERIGKEITEN TREPPENSTEIGEN – AM ENDE DER REHA SIND ES FAST 60 PROZENT.**

### Jahresvergleich der Staffelstein-Scores Hüfte und Knie 2018–2020

Vergleich der erreichten Staffelstein-Punkte (0–120) in 2018, 2019 und 2020 für Aufnahme und Entlassung bei Rehabilitanden nach Hüft-TEP-Implantation (links) und Knie-TEP-Implantation (rechts)

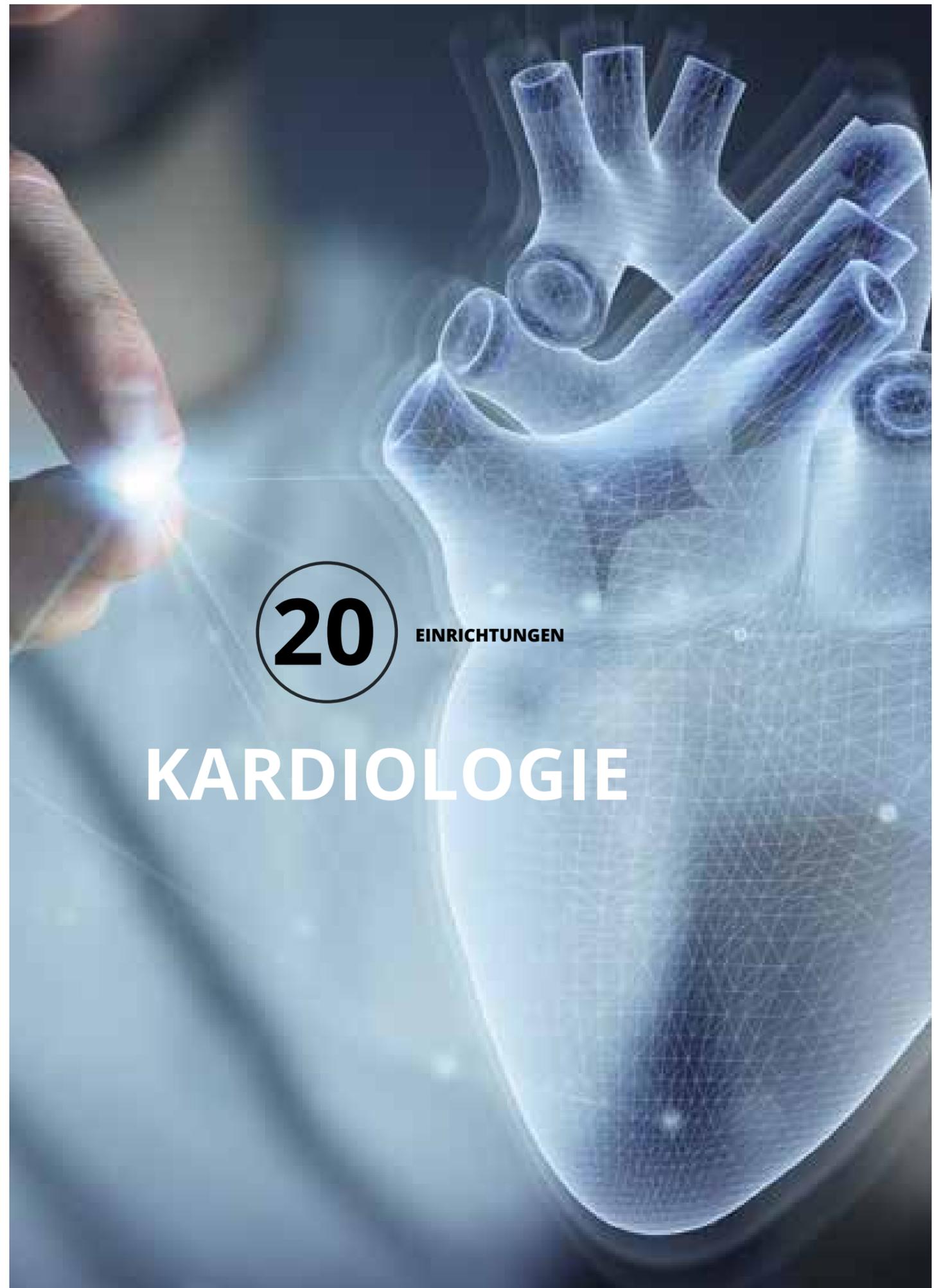


Der durchschnittliche Aufnahmewert des Staffelstein-Scores Hüfte lag in den vergangenen drei Jahren bei um die 70 Punkten und konnte bei Entlassung auf jeweils 96 bis 97 Punkte erhöht werden. Für alle drei Jahre konnte eine statistisch signifikante Verbesserung von bis zu 40 Prozent verzeichnet werden.



Beim Staffelstein-Score Knie zeigt sich eine vergleichbare Situation. Der Aufnahmewert lag 2018, 2019 und 2020 im Schnitt bei knapp 66 Punkten. In allen drei Jahren konnte eine signifikante Verbesserung von jeweils bis zu 45 Prozent erzielt werden.

\*\*\* signifikanter Unterschied, p < 0.001



20

EINRICHTUNGEN

# KARDIOLOGIE

# SCHWERPUNKTE IN DER KARDIOLOGIE

Die kardiologischen Rehabilitationskliniken von MEDIAN helfen individuell bei jeder Herz-Kreislauf-Erkrankung. In der Rehabilitation soll die Leistungsfähigkeit der Patienten – zum Beispiel nach einer Herz-OP oder einem Herzinfarkt – wiederhergestellt werden. Multiprofessionelle Teams begleiten und beraten die Patienten dazu, wie sie trotz Krankheit aktiv und erfolgreich ihr Leben bewältigen können. Dabei werden alle psychosozialen Aspekte in den Blick genommen, um eine soziale und berufliche Reintegration zu ermöglichen. Je nach Mobilisationsgrad kommen muskelaufbauende Krankengymnastik, verschiedene Formen von Bewegungstherapie in Gruppen sowie ein kontrolliertes Ergometer-Training zum Einsatz, um Patienten zu mobilisieren und zu stabilisieren. Außerdem wird den Patienten die besondere Bedeutung von Bewegung bei Herzerkrankungen auch nach dem Reha-Aufenthalt vermittelt.

Diätberatung und das Zubereiten gesunder Kost in den Lehrküchen der Kliniken gehören bei MEDIAN ebenso zum Therapieangebot wie Entspannungstraining und Raucherentwöhnungs-Programme. Auch die Bewältigung von Ängsten, Depressionen und anderen psychischen Begleiterkrankungen wird in Form von psychologischer Einzel- und Gruppentherapie unterstützt.

Während des Aufenthalts lernen die Patienten, wie viel sie sich und ihrem Herzen wieder zutrauen können. Denn nur im Zusammenwirken der genannten Maßnahmen sind die nachhaltige Verbesserung der körperlichen Funktion und Leistungsfähigkeit, eine Stabilisierung des psychischen Befindens und somit die Vermeidung von vorzeitiger Berentung oder Pflege möglich.



# FALLBERICHT

## MEDIAN KLINIK FLECHTINGEN

INDIKATION **KARDIOLOGIE**

DIAGNOSE **HYPERTONIE MIT SEHSTÖRUNGEN (BLITZE)**

**BEI VERDACHT AUF VORÜBERGEHEND CEREBRALE DURCHBLUTUNGSSTÖRUNG, BLUTGEFÄSSRHEUMA**

AUFENTHALTSDAUER **5 WOCHEN**

### MEDIZINISCHE FAKTEN

#### MEDIZINISCHE VORGESCHICHTE

Zur Vorgeschichte der Patientin lässt sich eine jahrelange stressorische Überbelastung in Beruf und Pflege der krebserkrankten Mutter seit 2001 sowie dem Führen des eigenen familiären Haushaltes feststellen. Seit Jahren werden fast täglich über 300 Kilometer Fahrtstrecke zwischen eigenem Wohnort, Arbeitsplatz und Wohnort der Mutter zurückgelegt.

Die Patientin wird aufgrund zeitweise wiederkehrend aufflackernden punktuellen Einblutungen in die Haut bei Gefäßrheuma der unteren Extremität immer wieder von Angstgefühlen geplagt.

#### AUFNAHMEBEFUND

57-jährige Patientin in gutem Allgemeinzustand und normalem Ernährungszustand.

**Größe** 169 cm

**Gewicht** 61 kg

**BMI** 21,5 kg/qm

**Herz/Lunge** unauffälliger klinischer Untersuchungsbefund von Herz und Lunge, Puls 60/Minute, leichter Blutdruckhochdruck von 144/70mmHg bei Aufnahme

**Augenhintergrund** Fundus Hypertonicus 1.–2. Grades (Gefäßveränderungen der Netzhaut des Auges) als Hinweis auf langjährigen Bluthochdruck. Neurologisch unauffällig, die Patientin gibt bei Aufnahme jedoch eine allgemeine Erschöpfung, regelmäßig auftretende Kopfschmerzen und Schlafstörungen an.

**Symptomatik** Patientin gibt aufgrund der langfristigen Überbelastung Angstgefühle vor dem nicht Machbaren sowie vegetative Erschöpfungssymptome und Antriebsmangel mit depressiver Verstimmung an. Es gibt auch somatische Symptome der muskulären Verspannung durch beruflich bedingtes häufiges Sitzen sowie Schlafstörungen.

#### DIAGNOSTIK

— Labor: Normwerte

— Belastungsergometer bis 75 Watt, alters- und geschlechtsspezifischer Zielwert 91 Watt

### SOZIODEMOGRAFISCHER HINTERGRUND DER PATIENTIN

Alter **51 Jahre**

Geschlecht **weiblich**

Familienstand **verheiratet,**

**1 Kind**

Beruf **Bürokauffrau**

Sonstiges **Die Rehabilitandin arbeitet bis zum Antritt der Reha-Maßnahme in ihrer beruflichen Tätigkeit. Die Rehabilitation wurde als Heilverfahren von der Patientin mit hausärztlichem Befundbericht bei der Rentenversicherung beantragt.**



**ICH BIN JETZT MOTIVIERT UND WERDE DIE TRAININGS- UND ENTSPANNUNGSÜBUNGEN ZUHAUSE FORTFÜHREN. ZUM GEBURTSTAG HABE ICH MIR EIN FITNESSARM BAND GEWÜNSCHT.**

*Die Patientin über ihre Ziele nach der Reha*

## MEDIAN KLINIK FLECHTINGEN

Die MEDIAN Klinik Flechtingen ist eine Rehabilitationsklinik für Kardiologie und Pneumologie sowie eine Fachklinik für die Rehabilitation und Frührehabilitation neurologischer Erkrankungen. In der kardiologischen Klinik wird das gesamte Spektrum der Herz-Kreislauf und Gefäßerkrankungen behandelt, zum Beispiel nach Herzinfarkt, Bypass-Operation, Herzklappenersatz, Schrittmacher- oder Defibrillator-Implantation sowie bei Herzinsuffizienz. Die Anwendung innovativer medizinischer Verfahren, kombiniert mit dem Bestreben, den Menschen als Ganzes in den Mittelpunkt zu stellen, stehen dabei im Vordergrund. Sport- und Bewegungstherapie sowie Physiotherapie gehören ebenso zur Behandlung wie Ernährungsberatung und psychologische sowie sozialmedizinische Betreuung, um ganzheitlich zu gesunden und im Anschluss an die Rehabilitation gut in Alltag und Beruf zurückzufinden.

- Schlafapnoescreening: Kein Hinweis auf bedeutsame schlafbezogene Atmungsstörung, SpO2: 95-96 %
- Echokardiographisch zeigte sich eine leichtgradig eingeschränkte linksventrikuläre Pumpfunktion mit einer Auswurfraction von 48 Prozent sowie eine Störung der Entspannungsfähigkeit des Herzens (Relaxationsstörung) am ehesten als Folge des Bluthochdruckes
- Eine Langzeitblutdruckmessung ergab leicht erhöhte Blutdruckwerte.
- In der psychologischen Exploration ergab sich eine verstärkte Affektlabilität und der Verdacht auf Dysthymie (chronische Depression).

### REHAZIELE

- Verbesserung der körperlichen Belastbarkeit, psychische Stabilisierung
- Optimierung des Blutdruckes
- Motivationsförderung zu vermehrter körperlicher Aktivität
- Verbesserung der Schlafqualität
- Die Patientin will durch die Therapien und Gespräche Möglichkeiten aufgezeigt bekommen, die sie befähigen, die letzten Arbeitsjahre zu bewältigen bzw. überhaupt noch zu schaffen

### BEHANDLUNG

#### THERAPEUTISCH

Frau D. wurde in einen umfangreichen Therapiekomplex integriert, bestehend aus aktiver Bewegungstherapie zum Muskelaufbau, zur Förderung der Koordination und Ausdauer sowie symptomlindernden physikalischen Maßnahmen:

- regelmäßiges Ausdauertraining auf dem Fahrradergometer
  - Gehtraining im Gelände (Terraintraining)
  - isotonische und isometrische Übungen in der Gruppe (75 bis 100 Watt)
  - Sporttherapie mit eigenverantwortlichen Selbstübungen
  - freies Wandern und Ergotherapie
  - Motivationsförderung zu vermehrter körperlicher Aktivität im Rahmen von Vorträgen, Seminaren und Visiten sowie mittels der Fitbit Charge 3
- Begleitend fanden Stressbewältigung mittels psychologisch geführter Einzelgespräche und Übungen zur progressiven Muskelentspannung nach Jacobson statt.

Zudem erfolgten physikalische Anwendungen wie ansteigende Armbäder sowie Wärmeanwendungen und klassische Massagen gegen starke Verspannungen.

#### PSYCHOLOGISCH

Es erfolgte die psychologische Exploration, Diagnostik und Gesprächstherapie.

#### WEITERE BEREICHE

Es erfolgte eine spezielle Beratung zum Thema Ernährung bei Bluthochdruck (DASH-Ernährung) in Seminarform und im Einzelgespräch sowie durch den Sozialdienst zur beruflichen Situation.

### REHAVERLAUF

Die eher passive und bewegungsarme Situation konnte kontinuierlich sowohl im Ergometertraining wie auch in der Laufleistung und Schrittzahl im freien Eigentaining gesteigert werden.

Insbesondere nach der Progressiven Muskelrelaxation nach Jacobsen verspürte die Patientin eine zunehmende innere Ruhe.

Im Verlauf der Rehabilitation gelang zudem eine gute Blutdruckeinstellung u. a. durch Einleitung einer niedrig dosierten medikamentösen Therapie mit einem ACE-Hemmer.

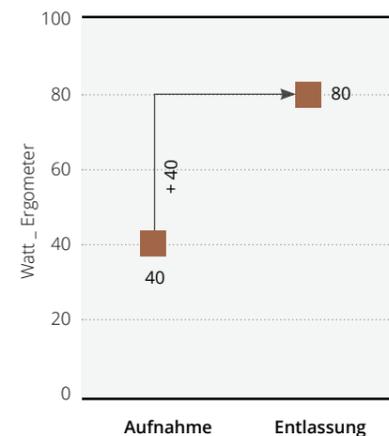
Insgesamt verbesserten sich die körperliche Leistungsfähigkeit und die psychische Stabilität. Die Patientin gab an motiviert zu sein, die Trainingsübungen und Entspannungsverfahren Zuhause fortzuführen.

### ERGEBNISSE

Es erfolgte eine Steigerung von 40 auf 80 Watt im Ergometertraining und auch eine Steigerung der täglichen Schrittzahl von circa 4.500 auf maximal 14.000 Schritte pro Tag, was einer Laufleistung von circa neun Kilometer entspricht.

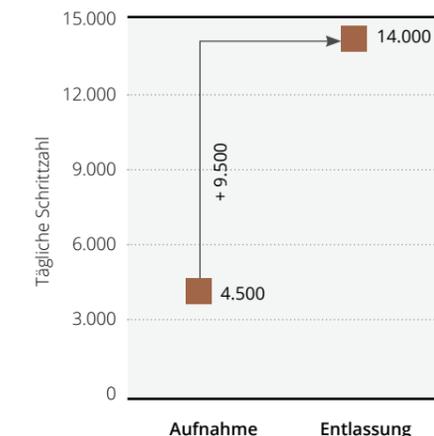
#### ERGOMETERTRAINING

Wert bei Aufnahme und Entlassung, Verbesserung



#### TÄGLICHE SCHRITZAHL

Wert bei Aufnahme und Entlassung, Verbesserung



### FAZIT

Die multimodale und individuell auf die Defizite der Patientin ausgerichtete Behandlung führte sowohl zur subjektiven als auch zur objektiven Verbesserung des Gesundheitszustands.

Insbesondere die psychologischen Gespräche und das Trainingsprogramm wurden von der Patientin positiv bewertet.

Ein motivationsfördernder Einfluss der Fitbit-Uhr im Rahmen der kontinuierlichen Selbstkontrolle und visuellen Rückmeldung der täglichen körperlichen Leistung ließ sich anhand der gemessenen körperlichen Aktivität nachvollziehen und wurde von der Patientin berichtet.

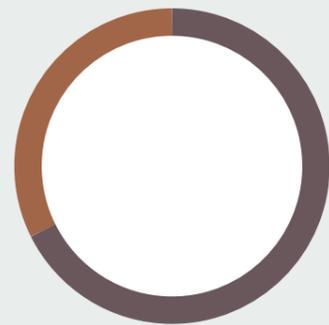
Die Entlassung der Patientin erfolgte arbeitsfähig. Die Teilnahme an einem Telereha-Nachsorgeprogramm wurde empfohlen.



**DR. PER OTTO SCHÜLLER**  
Chefarz der Kardiologie und Pneumologie, MEDIAN Klinik Flechtingen

# SOZIODEMOGRAFISCHE DATEN KARDIOLOGIE

## PATIENTENPOPULATION NACH GESCHLECHT

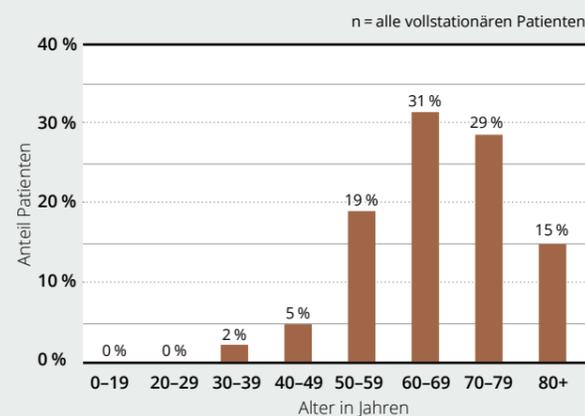


Im Jahr 2020 wurden **14.460** kardiologische Patienten vollstationär in den Kliniken von MEDIAN behandelt. Davon waren **32 %** weiblich und **68 %** männlich.

- 68 % männlich
- 32 % weiblich
- 0 % divers

## VERTEILUNG DER ALTERSSTRUKTUR

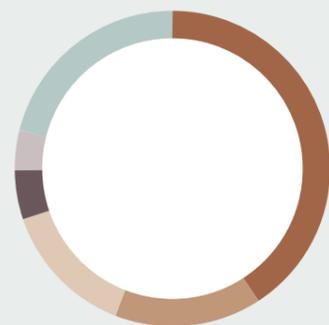
Durchschnitt: 67 Jahre



Die meisten unserer Patienten der Kardiologie waren im Jahr 2020 zwischen 50 und 79 Jahren alt. Das Durchschnittsalter lag mit 67 Jahren ebenfalls innerhalb dieses Bereichs.

## VERTEILUNG DER FÜNF HÄUFIGSTEN HAUPTDIAGNOSEN

n = alle vollstationären Patienten



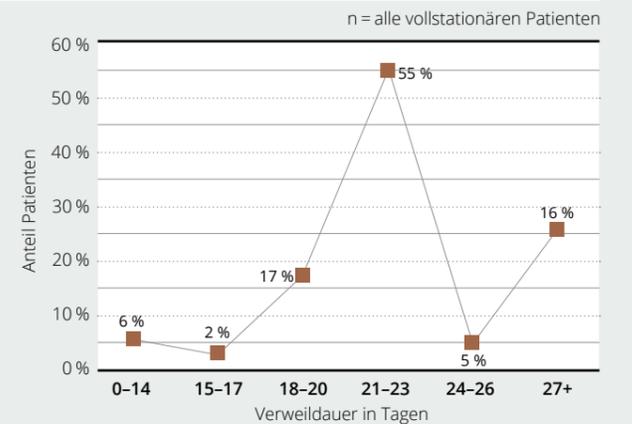
Am häufigsten vertreten war die chronische ischämische Herzkrankheit, sie entspricht einem Anteil von **41 %** an der Gesamtzahl der Diagnosen. Die Top 5 Hauptdiagnosen machten insgesamt **79 %** aller Diagnosen in der Kardiologie aus.

- 41 % I25 Chronische ischämische Herzkrankheit
- 15 % I21 Akuter Myokardinfarkt
- 14 % I35 Nicht-rheumatische Aortenklappenkrankheiten
- 5 % Z95 Vorhandensein von kardialen oder vaskulären Implantaten oder Transplantaten
- 4 % I34 Nicht-rheumatische Mitralklappenkrankheiten
- 21 % Sonstige Hauptdiagnosen

## VERTEILUNG DER VERWEILDUER

Durchschnitt: 22 Tage

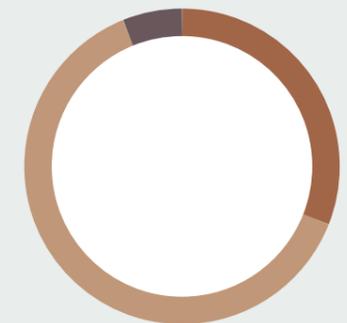
Im Jahr 2020 verbrachten über die Hälfte (55 %) der kardiologischen Patienten **21 bis 23 Tage** in einer MEDIAN Einrichtung. Die durchschnittliche Verweildauer lag mit **22 Tagen** ebenfalls in diesem Bereich.



## VERTEILUNG DER LEISTUNGSTRÄGER

Die erbrachten Leistungen im Jahr 2020 verteilten sich auf unterschiedliche Träger, wobei die **gesetzliche Krankenversicherung** mit **63 %** deutlich über die Hälfte der Leistungen übernommen hat.

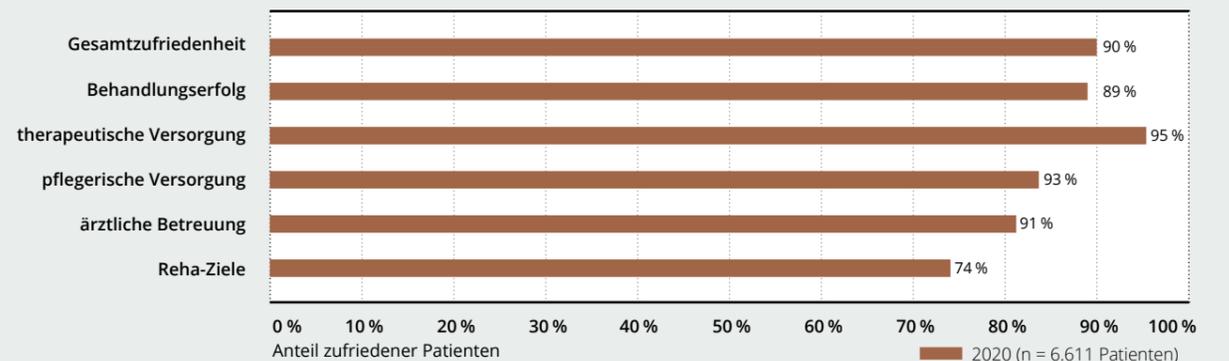
- 31 % gesetzliche Rentenversicherung
- 63 % gesetzliche Krankenversicherung
- 6 % Selbstzahler/Private Krankenversicherung
- 0 % sonstige



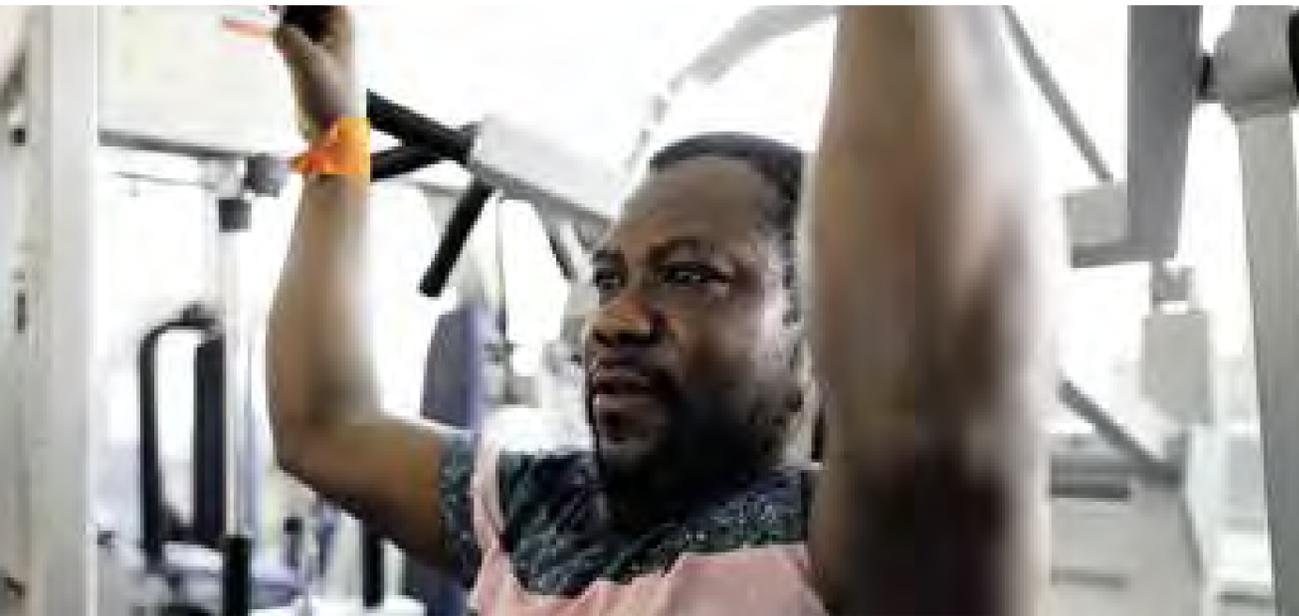
## PATIENTENZUFRIEDENHEIT

Ähnlich wie in den anderen Fachabteilungen waren unsere kardiologischen Patienten besonders zufrieden mit der **therapeutischen Versorgung (95 %)**. Auch

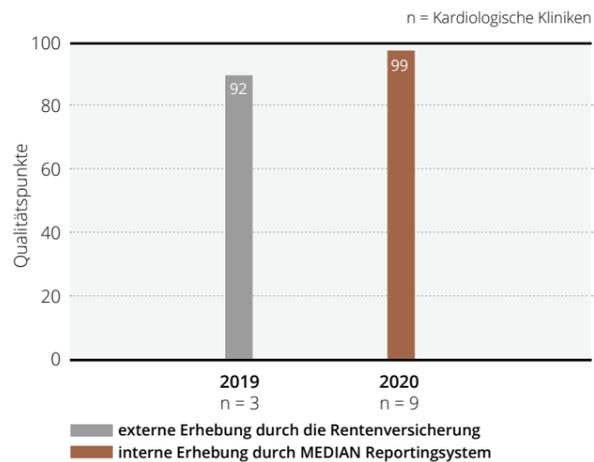
die ärztliche Betreuung stellte mit einem Wert von 91 % einen Großteil der Patienten zufrieden.



# KENNZAHLEN DER EXTERNEN QUALITÄTSSICHERUNG

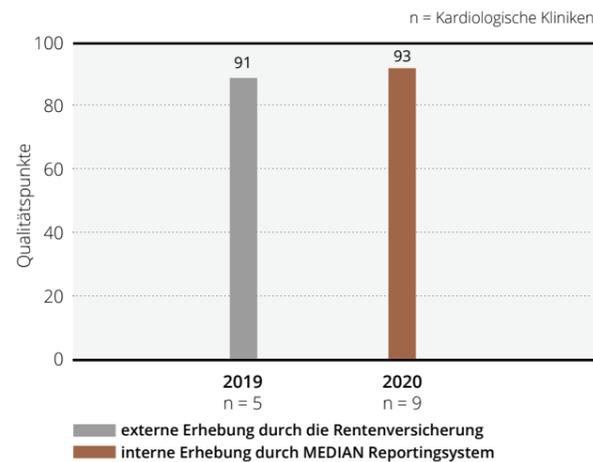


Reha-Therapiestandard „Koronare Herzkrankheit“ im zeitlichen Verlauf



In den vergangenen Jahren befanden sich die Qualitätspunkte des Reha-Therapiestandards „Korona Herzkrankheit“ auf einem sehr guten Niveau. 2020 konnte das Ergebnis sogar noch einmal deutlich auf hervorragende 99 Qualitätspunkte gesteigert werden.

Therapeutische Versorgung im zeitlichen Verlauf



Bei der therapeutischen Versorgung in der Kardiologie lässt sich nun schon seit einigen Jahren ein deutlicher Aufwärtstrend erkennen. Auch 2020 konnte das Niveau im Vergleich zum Vorjahr noch einmal von 91 auf 93 Punkte gesteigert werden.

# ERGEBNISQUALITÄT IN DER KARDIOLOGIE

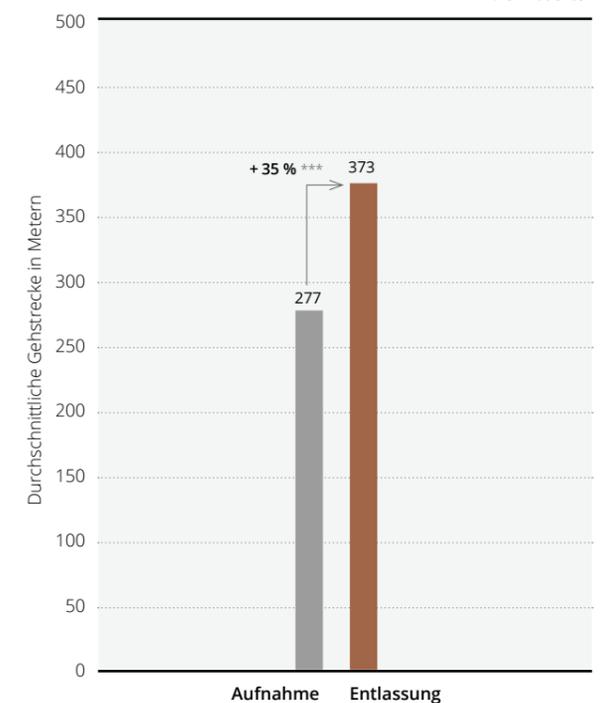
ZUR MESSUNG DES REHABILITATIONSERFOLGS DER PATIENTEN IN DER KARDIOLOGIE ERHEBT MEDIAN EINHEITLICHE PARAMETER. DIE UNTEN DARGESTELLTEN TESTS VERANSCHAULICHEN DAS POTENZIAL EINER REHABILITATION IN DER KARDIOLOGIE

## 6-MINUTEN-GEHTEST

Der Test ist ein Belastungstest unterhalb der höchstmöglichen Belastung, bei dem die zurückgelegte Strecke über eine Zeitspanne von sechs Minuten gemessen wird. Die 6-Minuten-Laufdistanz ist ein Maß für die körperliche Gesundheit des kardiopulmonalen Systems sowie des Bewegungsapparats.

Der 6-Minuten-Gehtest liefert Informationen über die funktionelle Kapazität, das Ansprechen auf Therapie und Prognose über einen breiten Bereich von kardiopulmonalen Zuständen, also der Gesundheit des Herzens und der Lunge. Die Hauptstärken des 6-Minuten-Gehtests liegen in seiner Schlichtheit in Konzept und Umsetzung, einfacher Standardisierung sowie in der Akzeptanz durch Patienten, einschließlich derjenigen, die älter oder körperlich eingeschränkt sind.

6-Minuten-Gehtest der kardiologischen Patienten bei Aufnahme und Entlassung im Jahr 2020 n = 4.251 Patienten



Die Abbildung zeigt eine signifikante Verbesserung der Geleistung der kardiologischen Patienten am Ende der Rehabilitation. Zu Beginn der Rehabilitation wurden im Durchschnitt 277 Meter in sechs Minuten erfasst. Bei der Messung zum Entlassungszeitpunkt haben sich die Patienten um 35 Prozent auf 373 Meter verbessert.

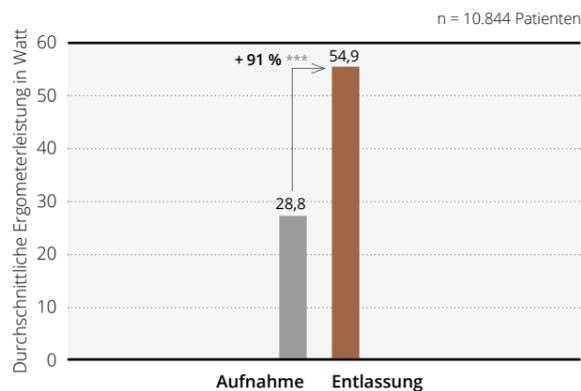
\*\*\* signifikanter Unterschied, p < 0.001



**ERGOMETERLEISTUNG**

Neben dem 6-Minuten-Gehtest ist die Ergometerleistung ein weiterer Messwert für den Rehabilitationserfolg. Hier wird eine Messung der Leistungsfähigkeit unter standardisierten Bedingungen (zum Beispiel auf dem Laufband oder dem Fahrrad) ausgeführt.

**Ergometerleistung der kardiologischen Patienten in Watt bei Aufnahme und Entlassung im Jahr 2020**



Die Wattleistung der kardiologischen Patienten hat sich von Aufnahme zu Entlassung beinahe verdoppelt, was eine signifikante Verbesserung und damit einen sehr hohen Rehabilitationserfolg bedeutet.

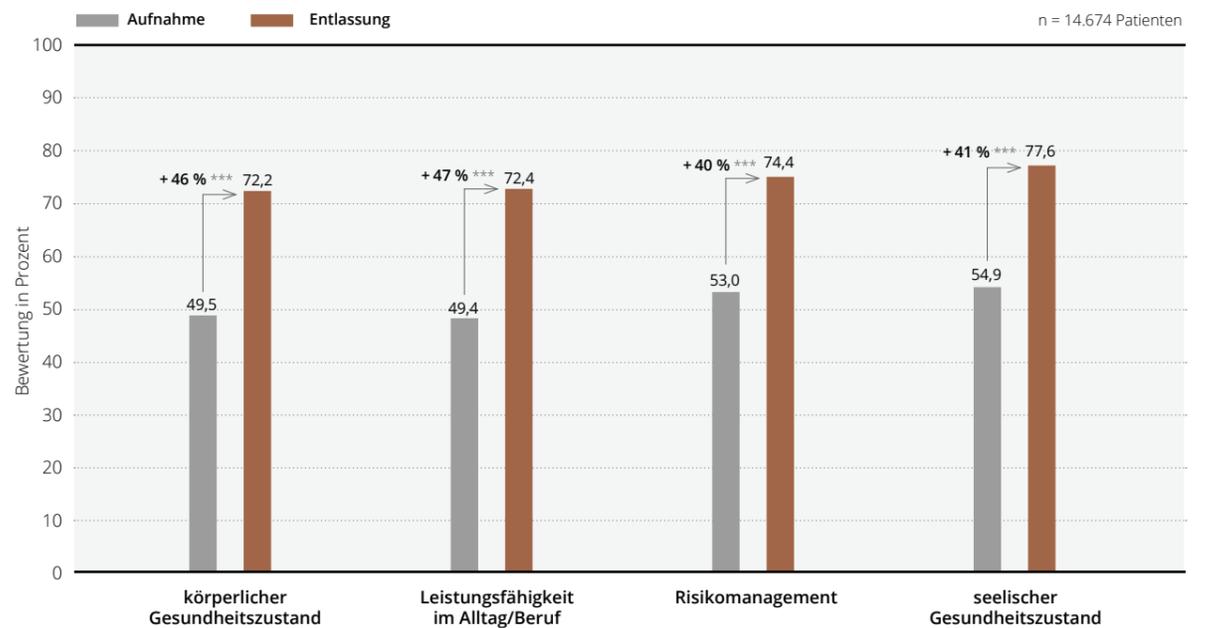
\*\*\* signifikanter Unterschied, p < 0.001

**ICF-BASIERTE KARDIOLOGISCHE ERGEBNISMESSUNG**

Neben objektiven gesundheitlichen Verbesserungen führt eine Rehabilitation oft zu sozialen und seelischen Fortschritten, die nur schwer objektiv zu messen sind. Das MEDIAN Medical Board Kardiologie hat deshalb einen neuartigen Score zur Messung der Ergebnisqualität in der Kardiologie entwickelt. Das vorgestellte System kam 2017 erstmals zum Einsatz und verlangt auf einer semiquantitativen Skala von 0 bis 100 Prozent in Schritten von 20 Prozentpunkten eine Einschätzung der Funktionsfähigkeit des Patienten in somatischer und seelischer Hinsicht, bezogen auf das Risikomanagement sowie die Alltags- und Berufsbelastbarkeit.

**ZU BEGINN DER REHA HABEN ETWA SECHS PROZENT DER PATIENTEN EINE GUTE ALLTAGS- UND BERUFS-BEZOGENE LEISTUNGSFÄHIGKEIT. ZUM ENDE STEIGT DER ANTEIL AUF KNAPP 60 PROZENT.**

**ICF-basierte kardiologische Ergebnismessung bei Aufnahme und Entlassung im Jahr 2020**



In allen vier Bereichen der ICF-basierten kardiologischen Ergebnismessung (körperlicher Gesundheitszustand, Leistungsfähigkeit im Alltag, Risikomanagement und see-

lischer Gesundheitszustand) konnten statistisch signifikante Verbesserungen von der Aufnahme bis zur Entlassung verzeichnet werden.

\*\*\* signifikanter Unterschied, p < 0.001



# SCHWERPUNKTE INNERE MEDIZIN & SPEZIALDISZIPLINEN

Die Innere Medizin ist ein Kerngebiet der medizinischen Versorgung. Sie befasst sich mit Prävention, Diagnostik, Behandlung, Rehabilitation und Nachsorge von Gesundheitsstörungen und Krankheiten der inneren Organe. Bei MEDIAN kann das gesamte Spektrum internistischer Krankheitsbilder fachübergreifend behandelt werden. Hierzu zählen unter anderem Erkrankungen der Verdauungsorgane, der Nieren, des Blutes und der blutbildenden Organe des Gefäßsystems, Stoffwechselerkrankungen und Erkrankungen des Immunsystems sowie Tumorerkrankungen sämtlicher solider Organe.

Durch eine frühe Diagnosestellung und deutlich verbesserte Behandlungsmöglichkeiten kann die Prognose

heute für eine wesentlich höhere Anzahl internistischer Patienten – auch bei teils schweren Erkrankungen – langfristig eine positive Entwicklung nehmen. MEDIAN bietet ein vielfältiges Therapiespektrum an, um für Patienten mit internistischen Krankheitsbildern größtmögliche Heilungserfolge zu erzielen.

Im Kapitel Innere Medizin/Spezialdisziplinen werden die Fachgebiete Gastroenterologie, Geriatrie, Onkologie, Gynäkologie, Pneumologie, Rheumatologie sowie HTS (Hörstörungen, Tinnitus, Schwindel) zusammengefasst. Das folgende Ergebniskapitel enthält daher die Daten und Qualitätsergebnisse aus diesen Fachgebieten.



# FALLBERICHT

## MEDIAN SAALE KLINIK BAD KÖSEN II

INDIKATION **GERIATRIE**

AUFENTHALTSDAUER **08.09.2020—08.10.2020**

### MEDIZINISCHE FAKTEN

#### MEDIZINISCHE VORGESCHICHTE

Im Rahmen eines Sturzes im Mai 2020 zog sich die Rehabilitandin einen komplizierten Bruch des rechten Schienbeines zu. Am 26.05.2020 wurde ein gelenküberbrückender Fixateur externe angebracht. Am 23.07.2020 konnte der Fixateur entfernt werden und die Patientin wurde mit einer Knieorthese zur Stabilisierung versorgt. Der Prozess verlief sehr langwierig, da die Patientin zusätzlich durch weitere chronische Erkrankungen belastet ist. Mit einem BMI von 40 kg/m<sup>2</sup> ist sie stark adipös. Sie leidet unter einer Herzinsuffizienz nach einer Lungenentzündung im Mai 2020. Außerdem hat sie eine Herzrhythmusstörung, die eine Blutverdünnung erforderlich macht. Am Kreuzbein hat sie einen Dekubitus zweiten Grades. Zusätzlich musste im Mai aus der großen Beinarterie ein Gerinnsel entfernt werden.

#### AUFNAHMEBEFUND

**Größe** 180 cm

**Gewicht** bekleidet 133,6 kg

**BMI** 40 kg/qm

**Pupillen** isochor, prompte Lichtreaktion, brillenkorrigerter Visus, vollprothetisch versorgtes Gebiss

**Brustkorb** symmetrisch, seitengleich beatmet

**Herz** regelmäßig, reine Herztöne, keine Geräusche, RR 146/98 mmHg, Puls 69/min

**Lunge** sonorer Klopfeschall, vesikuläres Atemgeräusch, keine pathologischen Nebengeräusche

**Bauch** weich, normale Darmgeräusche, unauffälliger Tastbefund

**Durchblutung** regelrecht

**Unterschenkelödeme** beidseits

**Reflexstatus** seitengleich

**Sensibilität und Motorik** intakt

**Hirnnervenausfälle** nicht erkennbar

**Barthel** bei Aufnahme: 40 Punkte (von 100 Punkten)

### SOZIODEMOGRAFISCHER HINTERGRUND DER PATIENTIN

Alter **63 Jahre**

Geschlecht **weiblich**

Familienstand **verwitwet,**

**zwei Söhne**

Beruf **Rentnerin**

Sonstiges **lebt allein in Mietwohnung, 1. OG ohne Fahrstuhl, 20 Stufen, Pflegegrad 2, kein Pflegedienst**



links

**DR. ASTRID BENNDORF**

**Oberärztin in der Geriatrie,  
MEDIAN Saale Klinik Bad Kösen II**

rechts

**DR. CLAUDIA MITZSCHKE**

**Chefärztin der Geriatrie,  
MEDIAN Saale Klinik  
Bad Kösen II**

**Die Patientin** ist zu Ort, Zeit und zur Person orientiert.

Sie verhält sich situationsgerecht und ist freundlich zu-  
gewandt. Sie kommt im Rollstuhl zur Untersuchung und be-  
nötigt Hilfe bei den Transfers. Stehen und Gehen ist ihr nicht  
möglich. Im Sitz ist die Wirbelsäule annähernd lotrecht aufgebaut.

Die Beweglichkeit der Kniegelenke ist eingeschränkt, rechts mehr als  
links. Die Patientin ist nicht mobil und auf viel Hilfe angewiesen.

**Symptomatik** Schmerzen, schnelle Erschöpfbarkeit, allgemeine muskuläre  
Schwäche

#### DIAGNOSTIK

Labor, EKG, Covid-19 PCR-Testung

#### Rehaziele

- Verbesserung der Fähigkeiten zur Bewältigung der Dinge des täglichen Lebens (z. B. selbstständige Körperpflege, selbstständige Transfers, Bewältigung kurzer Strecken auf der Ebene mit Hilfe eines Gehbänkchens, Treppen steigen, weniger Hilfebedarf allgemein)
- Gangbildstabilisierung nach Schienbeinbruch rechts
- Erlernen des selbstständigen Umgangs mit Hilfsmitteln
- Verringerung des Sturzrisikos durch Verbesserung des Gleichgewichts
- Steigerung der kognitiven Leistungen
- Verhinderung einer höheren Pflegebedürftigkeit
- Allgemeine Konditionierung
- Muskuläre Kräftigung
- Durchführen der erforderlichen Wundversorgung des Dekubitus am Steißbein
- Rückkehr in die Häuslichkeit
- Verringerung der Schmerzen



**ZU BEGINN DER  
REHA WOLLTE  
ICH WIEDER**

**MEINEN HAUSHALT FÜHREN  
UND MIT UNTERSTÜTZUNG  
GEHEN KÖNNEN. DIE THERAPIEN  
HABEN MIR GEHOLFEN, MEINEN  
ZIELEN NÄHER ZU KOMMEN.  
ICH BIN GEKRÄFTIGT UND SEHR  
FROH DARÜBER, IN BEGLEITUNG  
WIEDER LAUFEN ZU KÖNNEN.  
GANZ WICHTIG IST, DASS MEINE  
SCHMERZEN GERINGER SIND.**

*Die Patientin Frau V. über das  
in der Klinik Erreichte*

#### BEHANDLUNG

Die Patientin wurde im multiprofessionellen Team komplex behandelt. An Behandlungsmaßnahmen wurden u. a. befundorientierte Einzelkrankengymnastik inklusive intensiver Gangschule, funktionelles ergotherapeutisches Training im Einzel- und Gruppensetting, Sitztanzübungen für Rollstuhlpatienten, Lymphdrainage für das rechte Bein, Hirnleistungstraining sowie ein Wasch- und Anziehtraining zur Anwendung gebracht. Zudem erfolgte eine Beratung durch den Sozialdienst. Frau V. wurde im Rollstuhl zu den Therapien gefahren.

#### REHAVERLAUF

Die Anschlussrehabilitation verlief ohne wesentliche Komplikationen. Aufgrund der anfangs bestehenden Immobilität, allgemeiner Kraftminderung und eingeschränkter kardialer Belastbarkeit verlief die Mobilisierung verzögert. Die Therapien wurden im Verlauf der Rehabilitation dem Befund und dem Leistungsbild der Patientin angepasst und gut vertragen. Die Motivation und Mitarbeit der Patientin waren gut.

Insbesondere lag die Konzentration auf den Transferübungen und dem Gangtraining mit der Gehbank, um die Mobilisierung der Patientin zu fördern. Die Unterschenkelödeme waren unter Gabe von entwässernden Medikamenten und Lymphdrainagen für das rechte Bein deutlich rückläufig.

Aufgrund der eingeschränkten kognitiven Fähigkeiten im MMST (Mini Mental State-Test zur Hirnleistungsfähigkeit) von 23/30 Punkten bestand der Verdacht auf kognitive Störungen und es erfolgte Hirnleistungstraining.

Die Dekubitusbehandlung im Sakralbereich erfolgte durch die examinierte Wundschwester. Die Dermatitis im Handbereich unklarer Ursache wurde ebenfalls behandelt.

Bei den ATLS (Aktivitäten des täglichen Lebens) benötigte die Patientin teilweise Hilfe. Im Rahmen der regelmäßigen aktivierend-therapeutischen Pflege erfolgte die Hilfestellung beim An- und Auskleiden, bei der Körperpflege und beim Duschen.

Nach durchgeführtem Assessment wurde auf die Sturzprophylaxe besonderes Augenmerk gelegt.

Bei bekanntem Dekubitus erfolgte eine spezielle Lagerung auf einer Weichlagerungsmatratze. Die Patientin konnte ihre Lageposition selbstständig wechseln. Durch den Pflegedienst wurde der Patientin die Medikation gestellt und die Einnahme erfolgte selbstständig.

Zur Verringerung der Hilfebedürftigkeit und Unterstützung im häuslichen Bereich wurde eine Toilettensitzerhöhung mit Armlehnen, eine Gehbank sowie Unterarmgehstützen verordnet.

Die Rehabilitation wurde bis 08.10.2020 verlängert.

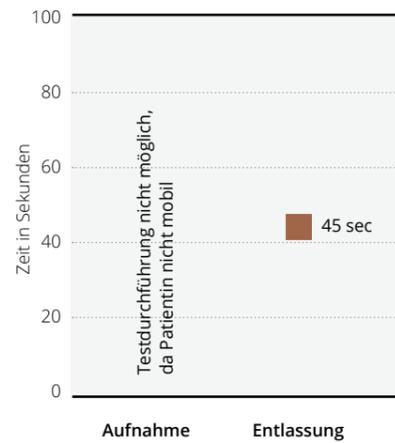
### MEDIAN SAALE KLINIK BAD KÖSEN KLINIK II

**Die Klinik II der MEDIAN Saale Klinik Bad ist eine Fachklinik für Kardiologie, Geriatrie und Neurologie. In der geriatrischen Rehabilitation werden ältere Menschen, die oft mehrfach erkrankt (multimorbide) sind, von einem interdisziplinären Team aus Ärzten, Psychologen, Therapeuten, Diätassistenten, Sozialarbeitern und Pflegefachkräften betreut. Mit gezielten Rehabilitationsmaßnahmen werden Selbstständigkeit, Beweglichkeit und Kommunikationsvermögen erhalten oder wiedergewonnen, um Pflegebedürftigkeit zu vermeiden und den Patienten nach der Reha eine selbstständige Lebensführung – bevorzugt im eigenen Umfeld – zu ermöglichen. Zur Behandlung gehören je nach Erkrankung unter anderem Physio- und Ergotherapie, Hirnleistungstraining, logopädische Übungen bei Sprach- und Schluckstörungen, psychologische Unterstützung, sozialmedizinische Beratung und gemeinsame Aktivitäten.**



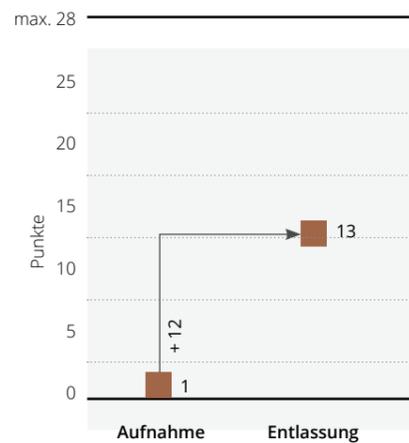
**TIMED UP & GO**

Wert bei Aufnahme und Entlassung



**MOBILITÄTSTEST NACH TINETTI**

Wert bei Aufnahme und Entlassung, Verbesserung



**ERGEBNISSE**

Die Reha-Ziele wurden erreicht. Es konnten eine Mobilisierung der Patientin an der Gehbank mit Gangstabilisierung und eine bessere Bewältigung der Dinge des täglichen Lebens (z. B. eigenständige Transfers, weniger Hilfedarf beim An- und Auskleiden, selbstständige Körperpflege und Toilettenbenutzung) sowie eine allgemeine Konditionssteigerung und muskuläre Kräftigung erzielt werden. Zudem gelang eine Verbesserung der Konzentrations- und Merkfähigkeit, was sich auch im Test bestätigte. Zum Ende der Reha-Maßnahme war die Patientin in der Lage, die Transfers selbstständig durchzuführen und im Innenbereich der Klinik in Begleitung bis circa 60 Meter an der Gehbank zu laufen. Sie schaffte in Begleitung und Nutzung von Handlauf und einer Unterarmstütze bis zehn Stufen im Nachstellschritt zu steigen. Ohne Begleitung nutzt die Patientin weiterhin einen Rollstuhl, hat jedoch gelernt, ihn selbstständig anzutreiben, während sie bei Aufnahme zur Rehabilitation geschoben werden musste.

**ABSCHLUSSBEFUND**

- Laufen an der Gehbank in Begleitung im Zimmer
- Reizlose Narbenverhältnisse am rechten Bein
- Dekubitus im Sakralbereich vollständig abgeheilt
- Rückläufige Beinödeme beidseits
- Herz rhythmisch, Töne rein
- Lunge vesikuläres Atemgeräusch, weiterhin frei von pathologischen Nebengeräuschen
- Barthel-Index: 70 Punkte (zu Beginn 40 Punkte)
- Blutdruck 124/80 mmHg, Puls 73/min, Gewicht 133,8 kg

**TESTS**

**Timed Up & Go** 45 Sekunden mit Gehbank (vor Beginn der Reha nicht möglich)

**Tinetti** 13 Punkte (Zu Beginn 1 Punkt)

	Aufnahme	Entlassung
MMST	23 / 30	28 / 30
Clocktest	4	nicht erforderlich
Handkraft	li: 59 kPa / re: 54 kPa	li: 64 kPa / re: 70 kPa
	Linkshändigkeit	
Geldzähltest	Zeit: 17 sek. Versuche: 1	nicht erforderlich

Aktivität	Aufnahme	Entlassung
Transfer Sitz ->Rückenlage	2c,e	2c
Transfer Rückenlage -> Sitz	2c,e	2c
Transfer Sitz <-> Stand	nicht möglich	2c
Transfer vom Bett / Stuhl <-> Rollstuhl	5	2c
Sitz	1	1
Stand	nicht möglich	1,2c
Fortbewegung im Zimmer	6, Rollstuhl	2d, Gehbank
Fortbewegung auf Station	6, Rollstuhl	2d, Rollstuhl
Fortbewegung im Haus	6, Rollstuhl	2d, Rollstuhl
Toilettengang	6, Schieber	2d, Gehbank
Waschen / Anziehen Oberkörper	1	1
Waschen / Anziehen Unterkörper	6	1
Nahrungszubereitung	1	1
Nahrungsaufnahme	1	1

1 = völlig selbständig; 2 = a) Anleitung, b) Aufsicht c) Halt d) Hilfsmittel e) Anstrengung; 3 = wenig Hilfe; 4 = mittlere Hilfe; 5 = viel Hilfe; 6 = nur passiv

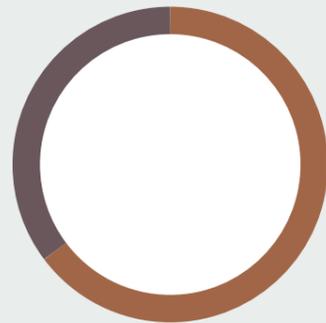
**FAZIT**

Frau V. wurde am 08.10.2020 nach regelrecht absolvierter Anschlussrehabilitation in deutlich gebessertem Zustand entlassen. Die Patientin kehrt zurück in die Häuslichkeit. Sie lebt allein in einer Wohnung. Dazu muss sie einige Stufen überwinden. Frau V. ist teilweise selbstständig und an der Gehbank mobil. Pflege und Versorgung wird von ihrem Sohn und nach der Reha von einem Pflegedienst übernommen. Der Pflegegrad 2 ist bereits vorhanden. Eine Gehbank, ein Paar Unterarmstützen und eine Toilettensitzerhöhung mit Armlehnen wurden verordnet und vom Sanitätshaus übergeben. Der Kontakt zum Pflegedienst wurde vonseiten der Klinik hergestellt. Der Kontakt zum Hausarzt erfolgt durch die Patientin selbst.

# SOZIODEMOGRAFISCHE DATEN GERIATRIE

Geriatrische Rehabilitation ist eine spezialisierte Rehabilitation für ältere, multimorbide Patienten. Die Aufgaben der geriatrischen Rehabilitationskliniken bestehen in der Wiederherstellung der individuellen Selbstständigkeit und der Vermeidung von Pflegebedürftigkeit nach einer schweren Erkrankung. Mit gezielten Rehabilitationsmaßnahmen können Selbstständigkeit, Kommunikationsvermögen und Beweglichkeit dieser Patienten erhalten und/oder wiedergewonnen werden. Verlorene Fähigkeiten lassen sich durch das Erlernen neuer Handlungsabläufe oder durch Einsatz technischer Hilfsmittel kompensieren.

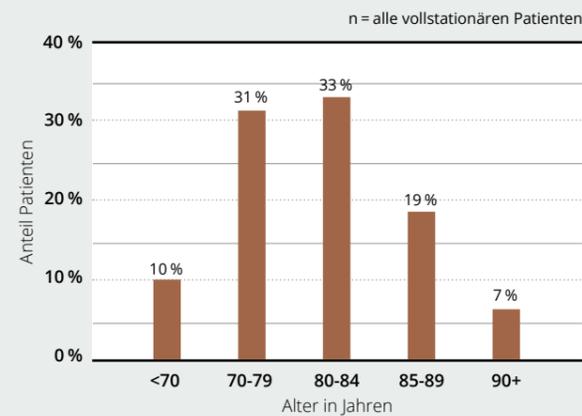
## PATIENTENPOPULATION NACH GESCHLECHT



Von **4.124** behandelten Patienten im Jahr 2020 waren **65 % weiblich** und **35 % männlich**.

## VERTEILUNG DER ALTERSSTRUKTUR

Durchschnitt: 80 Jahre



31 % unserer geriatrischer Patienten waren 2020 zwischen 70 und 79 Jahre alt, knapp **60 %** waren **über 80 Jahre** alt. Nur wenige Patienten waren jünger und der Altersdurchschnitt lag entsprechend bei 80 Jahren.

## VERTEILUNG DER FÜNF HÄUFIGSTEN HAUPTDIAGNOSEN

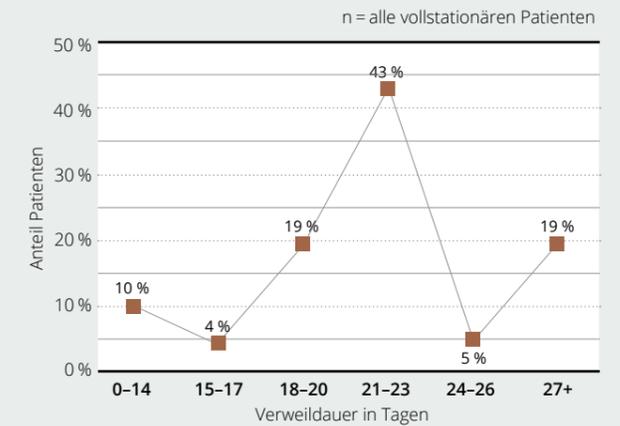
n = alle vollstationären Patienten



Die häufigste Diagnose in der Geriatrie war 2020 die **Fraktur des Femurs** mit einem Anteil von **20 %**. Die zweithäufigste Diagnose war Arthrose (10 %). Neben den Top 5 Hauptdiagnosen machten die sonstigen Hauptdiagnosen jedoch noch einen weiteren Anteil von insgesamt 58 % aus.

## VERTEILUNG DER VERWEILDAUER

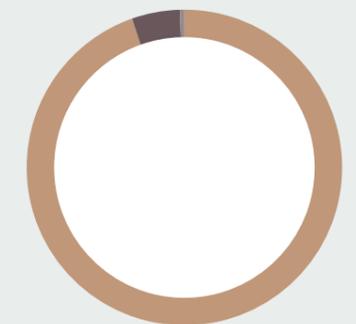
Durchschnitt: 22 Tage



Die Mehrheit der Patienten blieb **21 bis 23 Tage** in den geriatrischen Einrichtungen (43 %). Auch die durchschnittliche Verweildauer lag mit 22 Tagen genau in diesem Bereich.

## VERTEILUNG DER LEISTUNGSTRÄGER

Bei der Verteilung der erbrachten Leistungen machte die **gesetzliche Krankenversicherung** mit **94 %** den mit Abstand größten Anteil der Leistungsträger aus, was sich durch den typisch hohen Altersdurchschnitt in der Geriatrie erklärt.

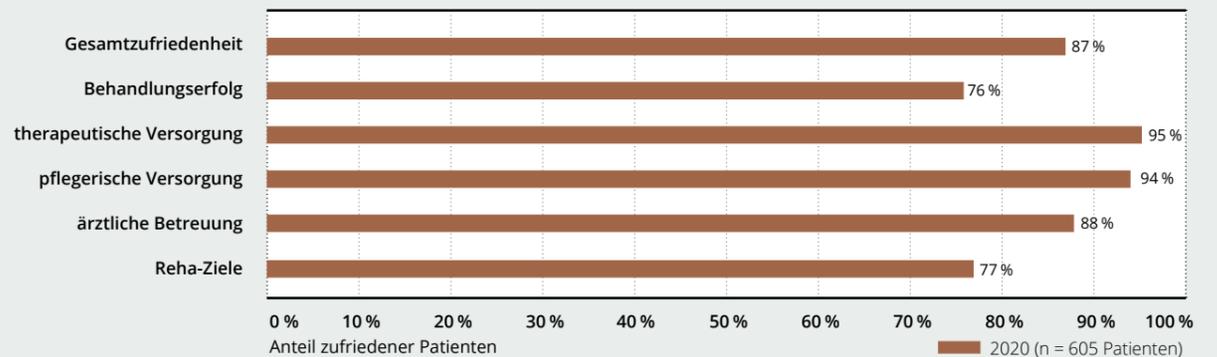


- 0 % gesetzliche Rentenversicherung
- 94 % gesetzliche Krankenversicherung
- 5 % Selbstzahler/Private Krankenversicherung
- 1 % sonstige

## PATIENTENZUFRIEDENHEIT

Sehr gute Werte konnten bei den Zufriedenheitsbefragungen in der Geriatrie bei der **therapeutischen** und **pflegerischen Versorgung** mit **95 %** und **94 %** erreicht

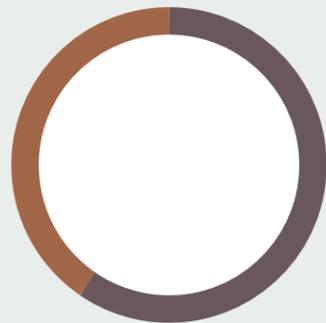
werden. Die Gesamtzufriedenheit konnte stabil zu den Vorjahreswerten gehalten werden.



# SOZIODEMOGRAFISCHE DATEN ONKOLOGIE

Einen besonderen Schwerpunkt bildet die Behandlung von Patienten mit onkologischen und hämatologischen Erkrankungen, einschließlich Patienten nach Knochenmark- oder Stammzelltransplantation. Obwohl ständig Fortschritte in der Krebsmedizin erzielt werden, bestehen bei vielen Patienten infolge der Erkrankung oder Therapie weiterhin Funktionsstörungen, Ernährungsstörungen, Erschöpfungszustände, Schmerzen und Störungen der körpereigenen Abwehr. Diese meist langwierigen und damit chronischen Folge- oder Begleiterscheinungen können zumeist gelindert oder in manchen Fällen sogar geheilt werden.

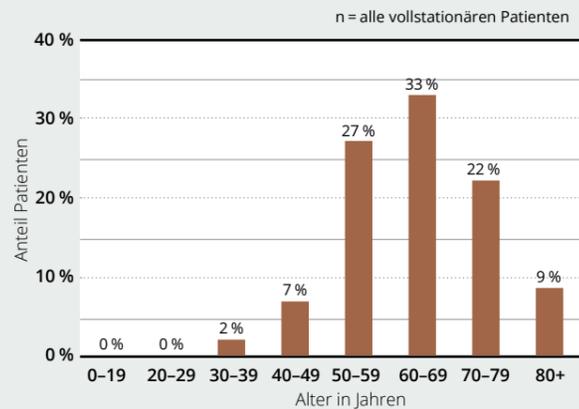
## PATIENTENPOPULATION NACH GESCHLECHT



2020 wurden bei MEDIAN **3.785** Patienten in der Onkologie vollstationär behandelt. Davon waren **59 %** männlich und **41 %** weiblich.

## VERTEILUNG DER ALTERSSTRUKTUR

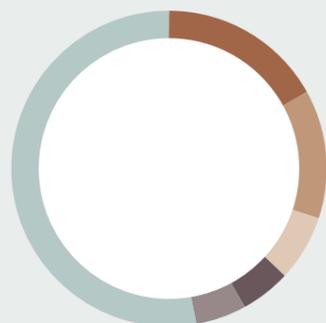
Durchschnitt: 64 Jahre



Die große Mehrheit der Patienten in der Onkologie verteilte sich im Jahr 2020 auf die Altersgruppen der 50- bis 59-jährigen, der 60- bis 69-jährigen und der 70- bis 79-jährigen. Der Altersdurchschnitt lag bei 64 Jahren.

## VERTEILUNG DER FÜNF HÄUFIGSTEN HAUPTDIAGNOSEN

n = alle vollstationären Patienten



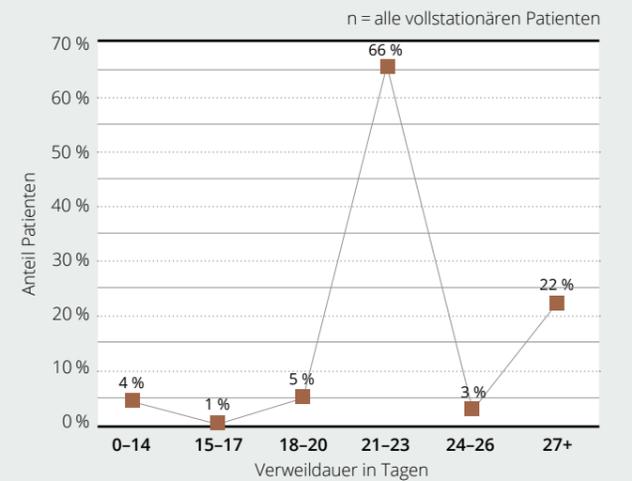
Die zwei häufigsten Diagnosen in der Onkologie waren 2020 die bösartige Neubildung der Prostata mit 17 % sowie die bösartige Neubildung der Brustdrüse mit 13 %. Die hier aufgeführten fünf häufigsten Hauptdiagnosen machten einen Gesamtanteil von **47 %** an allen Diagnosen aus.

- 17 % C61 Bösartige Neubildung der Prostata
- 13 % C50 Bösartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma]
- 7 % C34 Bösartige Neubildung der Bronchien und der Lunge
- 5 % C18 Bösartige Neubildung des Kolons
- 5 % C64 Bösartige Neubildung der Niere, ausgenommen Nierenbecken
- 53 % Sonstige Hauptdiagnosenn

## VERTEILUNG DER VERWEILDAUER

Durchschnitt: 22 Tage

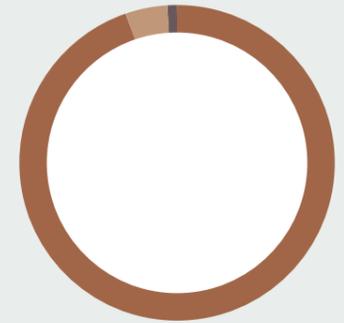
Deutlich über die Hälfte der Patienten (66 %) verbrachte 2020 zwischen **21 und 23 Tage** in einer MEDIAN Einrichtung. Weitere 22 % blieben länger als 27 Tage. Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer betrug 22 Tage.



## VERTEILUNG DER LEISTUNGSTRÄGER

Die erbrachten Leistungen werden von verschiedenen Trägern übernommen. Hierbei machte die **gesetzliche Rentenversicherung** mit **94 %** den mit deutlichem Abstand größten Anteil aus.

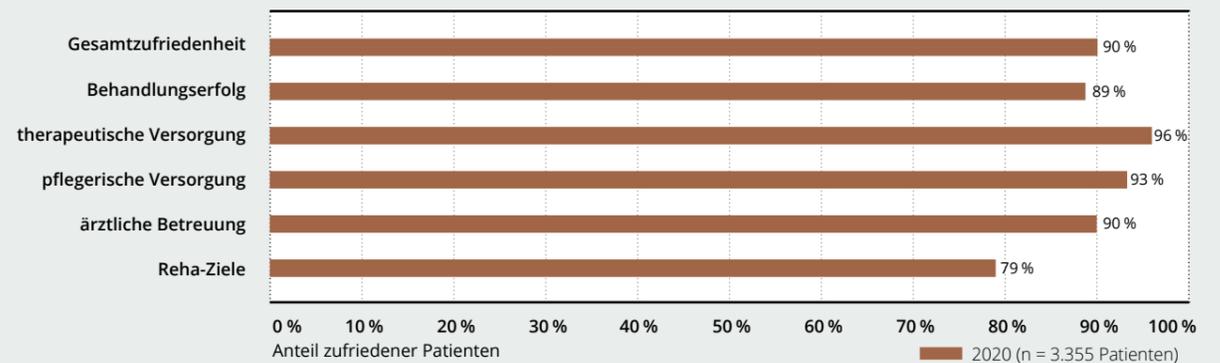
- 94 % gesetzliche Rentenversicherung
- 5 % gesetzliche Krankenversicherung
- 1 % Selbstzahler/Private Krankenversicherung
- 0 % sonstige



## PATIENTENZUFRIEDENHEIT

In den onkologischen Kliniken von MEDIAN waren im Jahr 2020 90 % der Patienten mit der Behandlung und der Betreuung insgesamt zufrieden. Die **höchste Zufrieden-**

**heit** mit Werten von **96 %** bzw. **93 %** ergab sich in den Bereichen der **therapeutischen und pflegerischen Versorgung**.

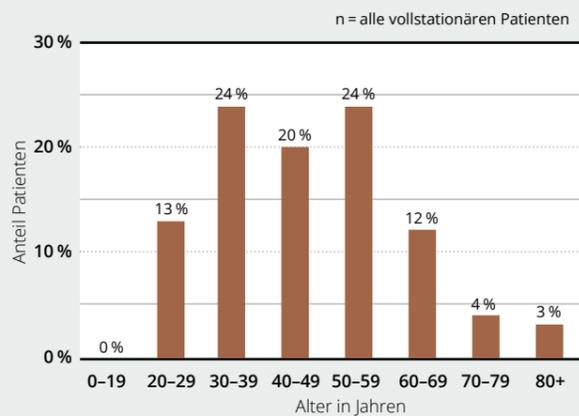


# SOZIODEMOGRAFISCHE DATEN GYNÄKOLOGIE

Gynäkologische Rehabilitation nach einer Operation oder bei einer Krebserkrankung ist mehr als eine „Kur“ im üblichen Sinne. Einige unserer Patientinnen finden hier erstmalig die Zeit und die nötige Ruhe, sich mit ihrer Erkrankung auseinanderzusetzen. Die Elemente des Therapiekonzepts sind in den gynäkologischen Kliniken von MEDIAN dabei ganz auf die Bedürfnisse der Frauen abgestimmt. Im Berichtsjahr wurden sowohl bösartige als auch gutartige onkologische Erkrankungen sowie Beschwerdebilder wie Endometriose oder Harninkontinenz behandelt. 2020 wurden 398 Patientinnen in der Gynäkologie vollstationär bei MEDIAN behandelt.

## VERTEILUNG DER ALTERSSTRUKTUR

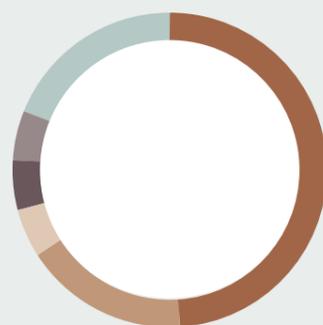
Durchschnitt: 46 Jahre



Die größte Gruppe der Patientinnen bildeten die 30-39-jährigen sowie 50- bis 59-jährigen (jeweils 24 %). Auch die 40- bis 49-jährigen machten einen nicht unbedeutenden Anteil von 20 % aus. Das Durchschnittsalter aller Patientinnen lag bei 46 Jahren.

## VERTEILUNG DER FÜNF HÄUFIGSTEN HAUPTDIAGNOSEN

n = alle vollstationären Patientinnen



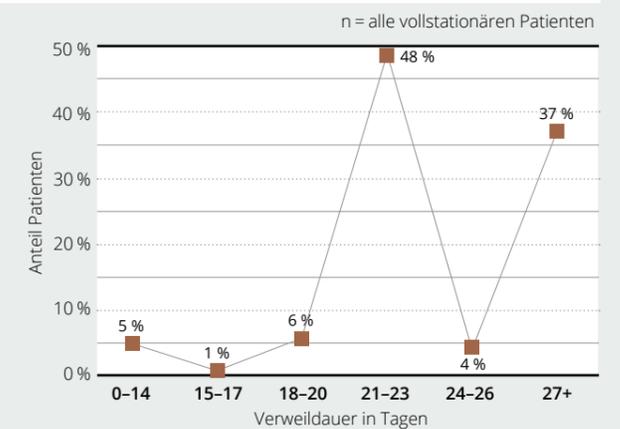
Am häufigsten wurde in der Gynäkologie im Jahr 2020 eine **Endometriose** mit einem Anteil von **49 %** an allen Hauptdiagnosen diagnostiziert, gefolgt von der bösartigen Neubildung der Brustdrüse mit einem Anteil von 17 %. Insgesamt machten die Top 5 Hauptdiagnosen einen Anteil von 81 % an der Gesamtzahl der Diagnosen in der Gynäkologie aus.

- 49 % N80 Endometriose
- 17 % C50 Bösartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma]
- 5 % C54 Bösartige Neubildung des Corpus uteri
- 5 % D25 Leiomyom des Uterus
- 5 % N81 Genitalprolaps bei der Frau
- 19 % sonstige Hauptdiagnosen

## VERTEILUNG DER VERWEILDAUER

Durchschnitt: 23 Tage

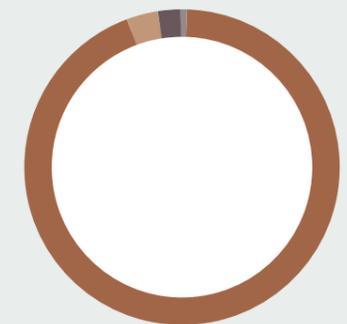
Knapp die Hälfte aller Patientinnen in der Gynäkologie blieben 21 bis 23 Tage in stationärer Behandlung. Weitere **37 %** blieben jedoch auch **27 Tage oder länger**. Die durchschnittliche Verweildauer lag bei 23 Tagen.



## VERTEILUNG DER LEISTUNGSTRÄGER

In der Gynäkologie wurden die Leistungen fast ausschließlich von der **gesetzlichen Rentenversicherung** übernommen (**94 %**).

- 94 % gesetzliche Rentenversicherung
- 3 % gesetzliche Krankenversicherung
- 2 % Selbstzahler/Private Krankenversicherung
- 1 % sonstige



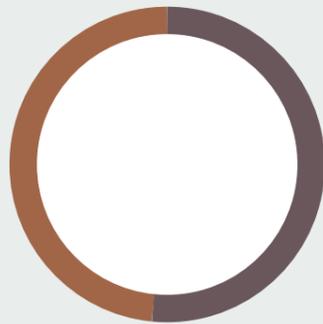
## PATIENTENZUFRIEDENHEIT

Die Daten der Patientenzufriedenheit in der Gynäkologie fließen in die Auswertung der Patientenzufriedenheit der Onkologie ein.

# SOZIODEMOGRAFISCHE DATEN HTS<sup>1</sup>

Schwerhörige und Ertaubte können mit psychologischer Unterstützung Bewältigungsmechanismen erarbeiten, um im Alltag besser mit ihrer Hörstörung zurechtzukommen und Erschöpfungszuständen vorzubeugen. Patienten mit Tinnitus und Hyperakusis lernen in der Rehabilitation, die sie belastenden Geräusche als neutral wahrzunehmen. Bestehen Schwindel oder Gleichgewichtsstörungen, stehen die körperliche und seelische Stabilisierung im Mittelpunkt des Heilverfahrens.

## PATIENTENPOPULATION NACH GESCHLECHT

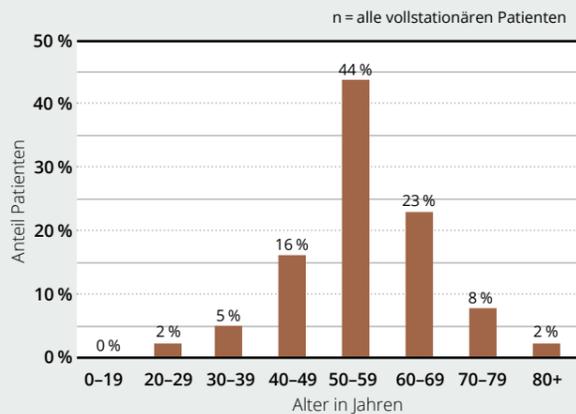


2020 wurden **1.988** HTS-Patienten vollstationär bei MEDIAN behandelt. Davon waren **51 %** männlich und **49 %** weiblich.

- 51 % männlich
- 49 % weiblich
- 0 % divers

## VERTEILUNG DER ALTERSSTRUKTUR

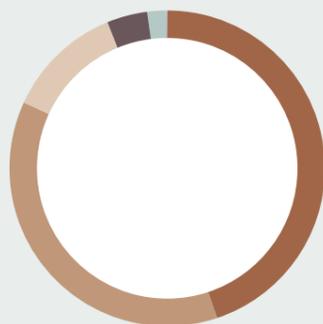
Durchschnitt: 56 Jahre



Das Durchschnittsalter der HTS-Patienten betrug 2020 56 Jahre. Die Gruppe der 50- bis 59-jährigen machte insgesamt beinahe die Hälfte (44 %) aller Patienten aus.

## VERTEILUNG DER VIER HÄUFIGSTEN DIAGNOSEN

n = alle vollstationären Patienten



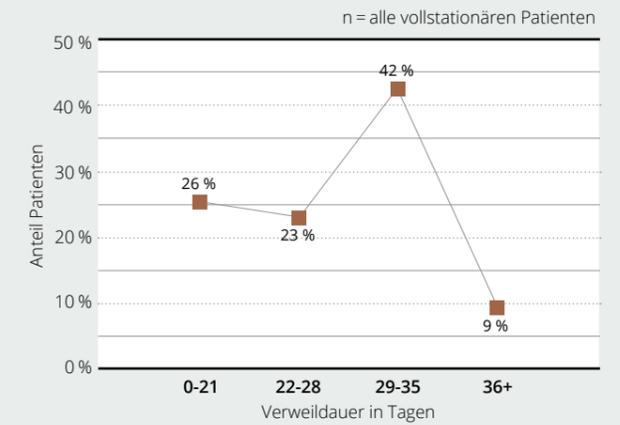
Die zwei häufigsten Hauptdiagnosen bei HTS-Patienten waren 2020 „**sonstige Krankheiten des Ohres**, anderenorts nicht klassifiziert“ mit **45 %** sowie „Hörverlust durch Schalleitungs- oder Schallempfindungsstörung“ mit 37 %.

- 45 % H93 Sonstige Krankheiten des Ohres, anderenorts nicht klassifiziert
- 37 % H90 Hörverlust durch Schalleitungs- oder Schallempfindungsstörung
- 12 % H81 Störungen der Vestibularfunktion
- 4 % R42 Schwindel und Taumel
- 2 % sonstige Hauptdiagnosen

## VERTEILUNG DER VERWEILDAUER

Durchschnitt: 29 Tage

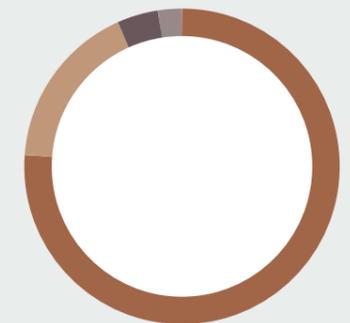
Die meisten Patienten (91 %) blieben bis zu 35 Tage bei MEDIAN, nur wenige Patienten blieben noch länger. Die **durchschnittliche Verweildauer** im Berichtsjahr 2020 betrug **29 Tage**.



## VERTEILUNG DER LEISTUNGSTRÄGER

Bei den HTS-Patienten machten die **gesetzliche Rentenversicherung** als Kostenträger einen Anteil von **76 %** und die gesetzliche Krankenversicherung einen Anteil von 18 % aus.

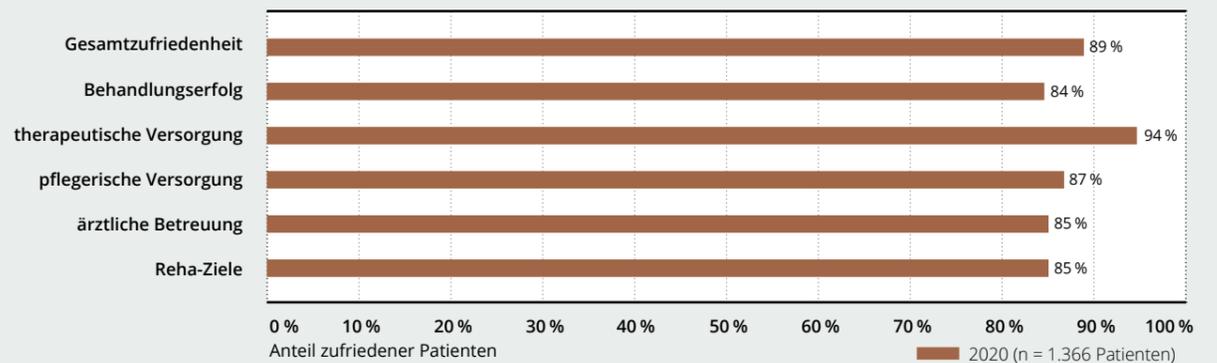
- 76 % gesetzliche Rentenversicherung
- 17 % gesetzliche Krankenversicherung
- 4 % Selbstzahler/Private Krankenversicherung
- 3 % sonstige



## PATIENTENZUFRIEDENHEIT

Die durchgeführte Patientenbefragung im Jahr 2020 ergab ein insgesamt erfreuliches Ergebnis. Beinahe 90 % aller befragten Patienten waren mit ihrer Reha-Maß-

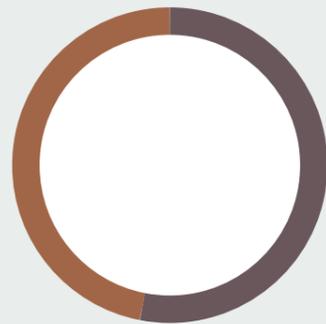
nahme insgesamt zufrieden. Auch hier erzielte die **therapeutische Versorgung** mit **94 %** wieder den besten Wert.



# SOZIODEMOGRAFISCHE DATEN GASTROENTEROLOGIE

In der gastroenterologischen Rehabilitation stehen die Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Trakts sowie der mit diesem Trakt verbundenen Organe Leber, Gallenblase und Bauchspeicheldrüse im Vordergrund der Behandlung. Im Bereich Diabetologie/Stoffwechselerkrankungen geht es vor allem um die Grundtypen des Diabetes mellitus. Im Rahmen der Rehabilitation erfolgt die Einstellung bezüglich des Medikamentenbeziehungsweise Insulinplans, der Ernährung und weiterer Vorsorgemaßnahmen.

## PATIENTENPOPULATION NACH GESCHLECHT

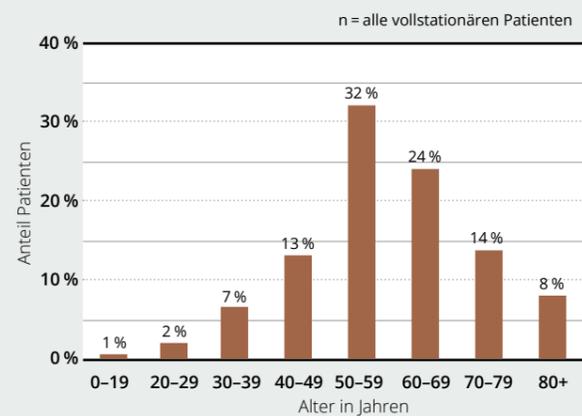


Insgesamt wurden **1.718** gastroenterologische Patienten im Berichtsjahr 2020 bei MEDIAN behandelt. Davon waren **53 %** männlich und **47 %** weiblich.

- 53 % männlich
- 47 % weiblich
- 0 % divers

## VERTEILUNG DER ALTERSSTRUKTUR

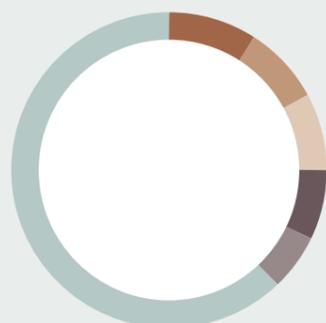
Durchschnitt: 59 Jahre



Im Jahr 2020 waren die meisten Patienten in der Gastroenterologie zwischen 50 und 69 Jahre alt, was sich auch im Durchschnittsalter von 59 Jahren widerspiegelt.

## VERTEILUNG DER FÜNF HÄUFIGSTEN HAUPTDIAGNOSEN

n = alle vollstationären Patienten



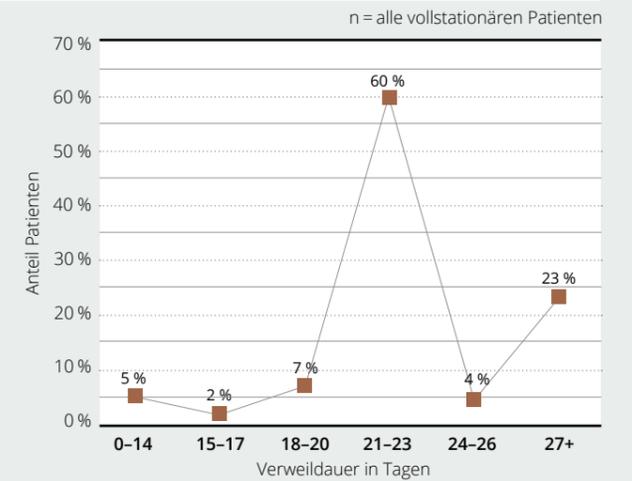
In der Verteilung der Top 5 Hauptdiagnosen traten die Diagnosen **Crohn-Krankheit** mit **9 %** und **Bösartige Neubildung des Kolons** mit **8 %** am häufigsten auf. Insgesamt gab es jedoch noch einen Anteil von **62 %** sonstiger Hauptdiagnosen, die hier nicht näher beschrieben sind.

- 9 % K50 Crohn-Krankheit [Enteritis regionalis] [Morbus Crohn]
- 8 % C18 Bösartige Neubildung des Kolons
- 8 % K57 Divertikulose des Darmes
- 7 % K85/86 Pankreatitis und andere Pankreaskrankheiten
- 6 % E11 Diabetes mellitus, Typ 2
- 62 % sonstige Hauptdiagnosen

## VERTEILUNG DER VERWEILDAUER

Durchschnitt: 23 Tage

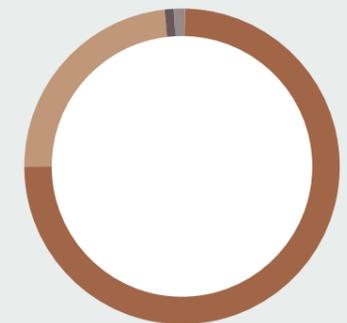
Die Mehrheit der Patienten verblieb im Jahr 2020 **21 bis 23** Tage zur Rehabilitation in einer MEDIAN Einrichtung (60 %). Knapp ein Viertel (23 %) der Patienten blieb 27 Tage oder länger.



## VERTEILUNG DER LEISTUNGSTRÄGER

Die **gesetzliche Rentenversicherung** machte als Leistungsträger mit **75 %** den größten Anteil aus, gefolgt von der gesetzlichen Krankenversicherung mit 23 %.

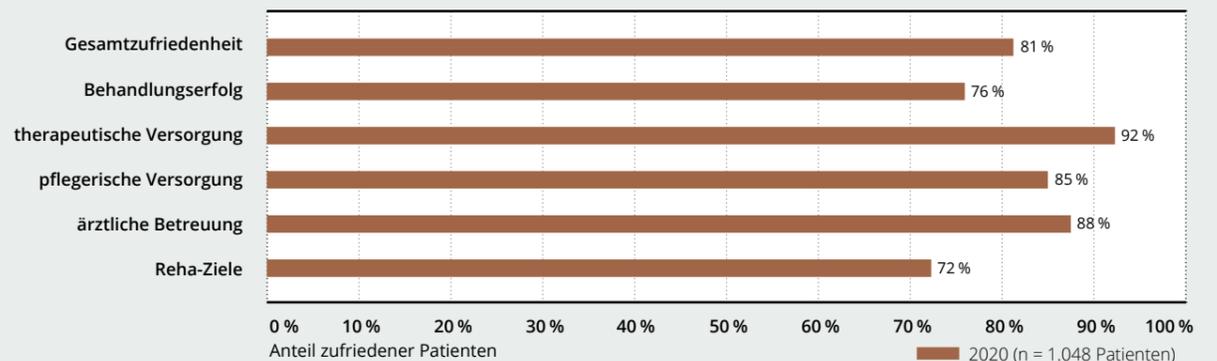
- 75 % gesetzliche Rentenversicherung
- 23 % gesetzliche Krankenversicherung
- 1 % Selbstzahler/Private Krankenversicherung
- 1 % sonstige



## PATIENTENZUFRIEDENHEIT

Von den über 1.000 befragten Patienten in der Gastroenterologie zeigten sich 81 % insgesamt zufrieden. Die besten Werte wurden mit **92 %** in der **therapeutischen**

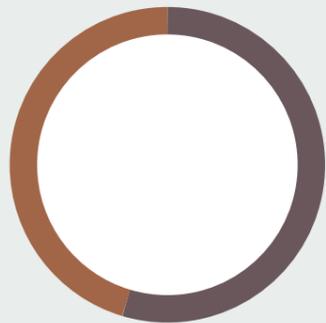
**Versorgung** sowie mit **88 %** in der **ärztlichen Betreuung** erzielt.



# SOZIODEMOGRAFISCHE DATEN PNEUMOLOGIE

Eine Einschränkung der Atmung bedeutet immer eine verminderte Sauerstoffversorgung des Körpers. Es gibt vielfältige Atemwegserkrankungen mit unzähligen Ursachen wie Infektionen, Allergien, Verengungen der Atemwege, Zerstörung des Lungengewebes, Krankheiten der Blutgefäße im Atemwegssystem u. v. m. Rehabilitation kann vor allem bei Patienten mit chronischen Atemwegserkrankungen zu einer deutlichen Verbesserung des Krankheitsverlaufs führen.

## PATIENTENPOPULATION NACH GESCHLECHT

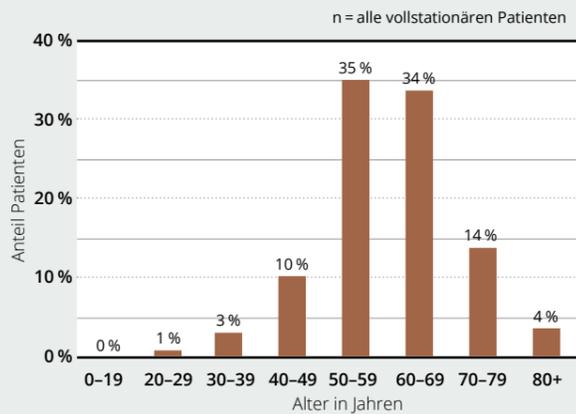


Im Jahr 2020 wurden in der Pneumologie **3.577** Patienten vollstationär bei MEDIAN behandelt. Davon waren **55 %** männlich und **45 %** weiblich.

- 55 % männlich
- 45 % weiblich
- 0 % divers

## VERTEILUNG DER ALTERSSTRUKTUR

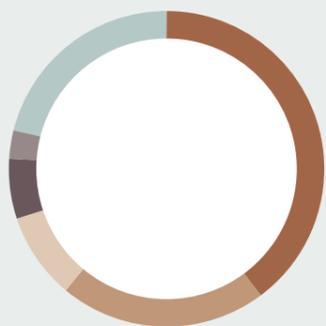
Durchschnitt: 60 Jahre



Die meisten pneumologischen Patienten waren zwischen 50 und 69 Jahren alt. Insgesamt machte diese Gruppe einen Anteil von 69 % an allen Patienten aus. Das Durchschnittsalter lag mit 60 Jahren ebenfalls in diesem Altersbereich.

## VERTEILUNG DER FÜNF HÄUFIGSTEN HAUPTDIAGNOSEN

n = alle vollstationären Patienten



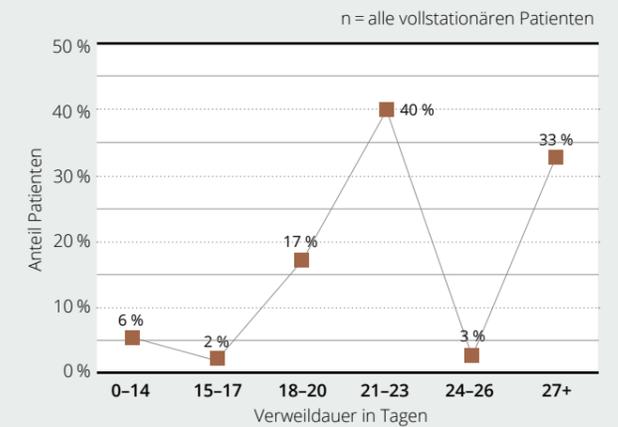
Mit **40 %** machte die **chronische obstruktive Lungenkrankheit (COPD)** den größten Anteil an allen Diagnosen in der Pneumologie aus. Die zweithäufigste Diagnose war „Asthma bronchiale“ mit 21 %. Insgesamt machten die hier aufgeführten fünf Hauptdiagnosen 79 % aller Diagnosen in der Pneumologie aus.

- 40 % J44 Sonstige chronische obstruktive Lungenkrankheit
- 21 % J45 Asthma bronchiale
- 9 % J18 Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet
- 6 % C34 Bösartige Neubildung der Bronchien und der Lunge
- 3 % J12 Viruspneumonie, anderenorts nicht klassifiziert
- 21 % sonstige Hauptdiagnosen

## VERTEILUNG DER VERWEILDAUER

Durchschnitt: 23 Tage

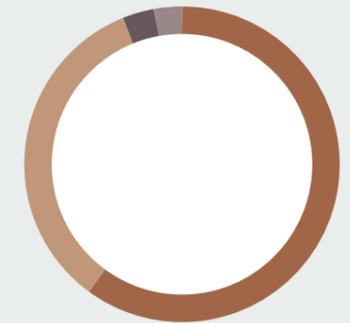
Die meisten Patienten (**40 %**) verweilten **21 bis 23 Tage** in einer MEDIAN Einrichtung. Weitere 33 % blieben über 27 Tage zur Rehabilitation.



## VERTEILUNG DER LEISTUNGSTRÄGER

In der Pneumologie übernahm die **gesetzliche Rentenversicherung 60 %** aller Leistungen und die gesetzliche Krankenversicherung mit 34 % einen ebenfalls nicht unbedeutenden Anteil.

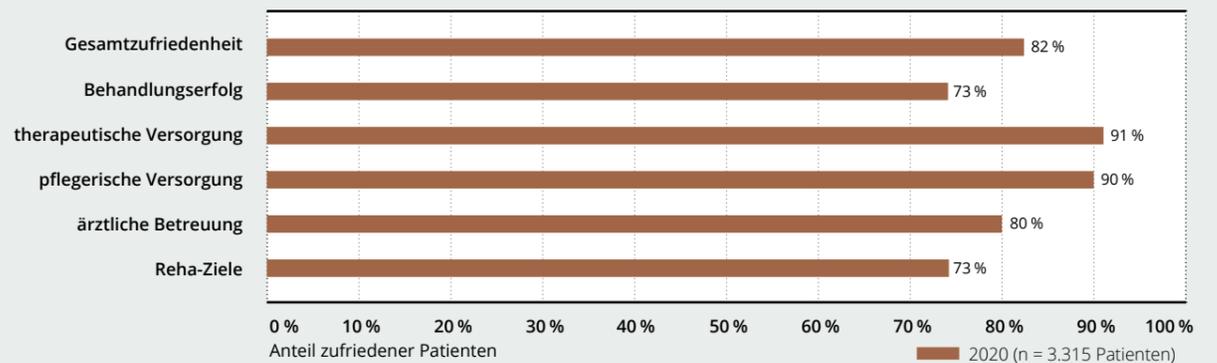
- 60 % gesetzliche Rentenversicherung
- 34 % gesetzliche Krankenversicherung
- 3 % Selbstzahler/Private Krankenversicherung
- 3 % sonstige



## PATIENTENZUFRIEDENHEIT

Auch in der Pneumologie konnten wie in den Vorjahren gute Werte in der Patientenzufriedenheit erreicht werden. Am besten wurden von den Patienten die **thera-**

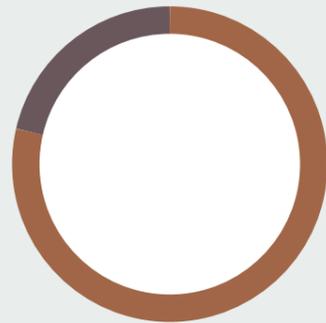
**peutische** und die **pflegerische Versorgung** bewertet: Der Anteil zufriedener Patienten lag hier bei **91 %** bzw. **90 %**.



# SOZIODEMOGRAFISCHE DATEN RHEUMATOLOGIE

Bei einem komplexen Krankheitsbild wie Rheuma mit vielen Erscheinungsformen gibt es keine Behandlung nach Schema F. Daher ist die exakte Diagnostik durch ausführliche internistische Untersuchungen mithilfe vielfältiger Diagnoseinstrumente und Laboruntersuchungen sehr wichtig. Da es sich bei den meisten entzündlich-rheumatischen Erkrankungen um Autoimmunerkrankungen handelt, werden diese oft mit immun-suppressiven Medikamenten behandelt. Genauso wichtig wie die Einnahme von spezifischen Medikamenten ist die physikalische, ergotherapeutische und krankengymnastische Behandlung der Patienten.

## PATIENTENPOPULATION NACH GESCHLECHT

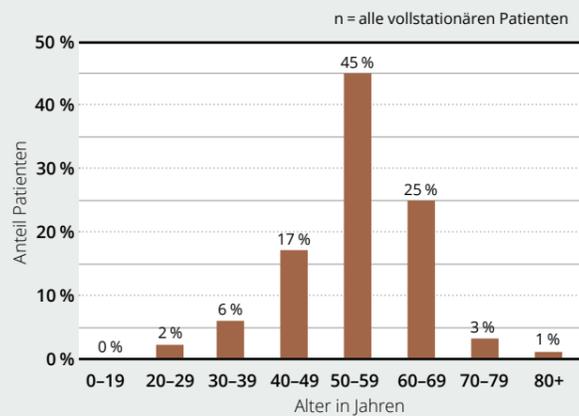


In der Rheumatologie wurden 2020 bei MEDIAN 1.954 Patienten behandelt. Davon waren **79 %** weiblich und **21 %** männlich.

- 79 % weiblich
- 21 % männlich
- 0 % divers

## VERTEILUNG DER ALTERSSTRUKTUR

Durchschnitt: 54 Jahre



Fast die Hälfte aller Patienten (45 %) befand sich 2020 in der Gruppe der 50- bis 59-jährigen. Das Durchschnittsalter betrug 54 Jahre.

## VERTEILUNG DER FÜNF HÄUFIGSTEN HAUPTDIAGNOSEN



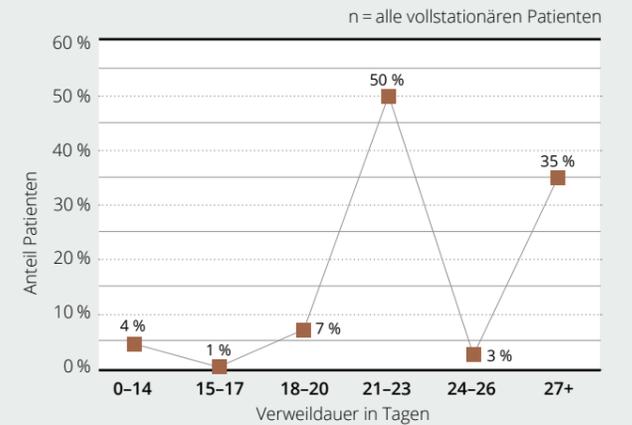
Die zwei häufigsten Diagnosen in der Rheumatologie waren 2020 mit **20 %** die „sonstige chronische Polyarthritits“ sowie mit **18 %** die „seropositive chronische Polyarthritits“. Die sonstigen Hauptdiagnosen machten zusammen einen Anteil von **26 %** aus.

- 20 % M06 Sonstige chronische Polyarthritits
- 18 % M05 Seropositive chronische Polyarthritits
- 15 % M79 Sonstige Krankheiten des Weichteilgewebes, anderenorts nicht klassifiziert
- 11 % L40 Psoriasis
- 10 % M45 Spondylitis ankylosans
- 26 % M45 Spondylitis ankylosans

## VERTEILUNG DER VERWEILDAUER

Durchschnitt: 23 Tage

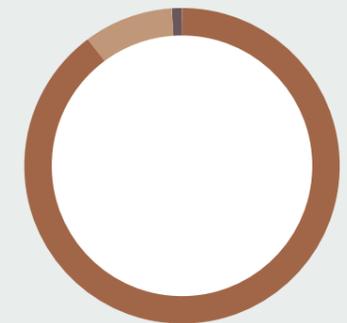
Durchschnittlich verweilen die rheumatologischen Patienten 23 Tage in einer MEDIAN Einrichtung. Die  **Hälfte** aller Patienten führte ihre Rehabilitation zwischen **21 und 23 Tagen** durch. Weitere **35 %** blieben länger als 27 Tage.



## VERTEILUNG DER LEISTUNGSTRÄGER

Die erbrachten Leistungen verteilen sich wie üblich auf die unterschiedlichen Träger. 2020 hatte die **gesetzliche Rentenversicherung** dabei einen Anteil von **90 %** inne und stellte somit den größten Anteil an den Leistungsträgern dar.

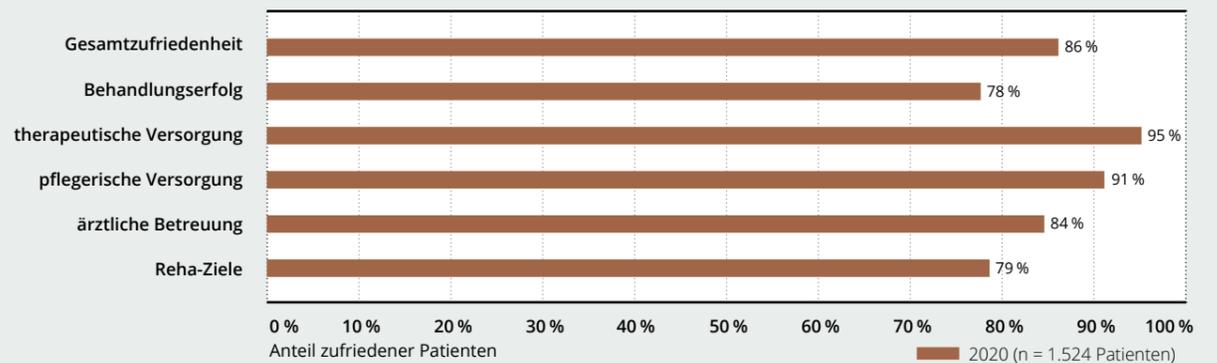
- 90 % gesetzliche Rentenversicherung
- 9 % gesetzliche Krankenversicherung
- 1 % Selbstzahler/Private Krankenversicherung
- 0 % sonstige



## PATIENTENZUFRIEDENHEIT

In der Rheumatologie konnten ebenfalls hohe Zufriedenheitswerte bei der Patientenbefragung erzielt werden. Wie in den anderen Fachabteilungen schnitten die

**therapeutische** und **pflegerische Versorgung** mit **95 %** bzw. **91 %** zufriedener Patienten besonders gut ab.



# ERGEBNISQUALITÄT IN DER GERIATRIE

**ZUR MESSUNG DES REHABILITATIONSERFOLGS DER PATIENTEN IN DER GERIATRIE ERHEBT MEDIAN MEDIZINISCH-QUALITATIVE PARAMETER. DIE UNTEN DARGESTELLTEN TESTS VERANSCHAULICHEN DAS POTENZIAL EINER GERIATRISCHEN REHABILITATION**

## ENTLASSUNGSSITUATION

Ein wichtiges Kriterium der Ergebnisqualität in der Geriatrie ist die Entlassungssituation. Die Patienten können nach Hause oder in ein Krankenhaus entlassen werden. Eine Entlassung nach Hause deutet auf den Rehabilitationserfolg hin.

### Entwicklung der Entlassungssituation geriatrischer Patienten von 2015 bis 2020 nach Entlassungsort in Prozent

Entlassung   Verlegung:	2015	2018	2019	2020
nach Hause	87 %	89 %	89 %	<b>90 %</b>
ins Krankenhaus	9 %	7 %	7 %	<b>6 %</b>
in die Pflege/sonstige	5 %	4 %	4 %	<b>4 %</b>
Anzahl Patienten	1.249	1.272	1.335	<b>1.365</b>

Der Anteil der geriatrischen Patienten, die nach der Rehabilitation nach Hause entlassen wurden, stieg kontinuierlich von 87 Prozent im Jahr 2015 auf 90 Prozent im Jahr 2020 an. Wurden 2015 noch neun Prozent ins Krankenhaus entlassen, sind es 2020 lediglich sechs Prozent. Dies deutet auf eine positive Entwicklung in der Ergebnisqualität der Geriatrie hin.

## TIMED „UP AND GO“-TEST (TUG)

Der Timed „Up and Go“-Test (zu deutsch: Zeitdauer für Aufstehen und Gehen) ist ein einfacher Mobilitätstest zur Beurteilung der Beweglichkeit beziehungsweise des Körpergleichgewichts und der daraus resultierenden Gefahr eines Sturzes – insbesondere des alternden Menschen (Caronni et al., 2019).

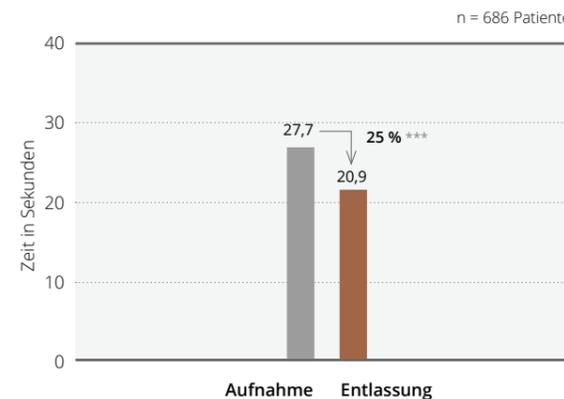
Für den Test wird der Patient aufgefordert, sich ohne fremde Hilfe von einem Stuhl mit Armlehnen zu erheben, eine Strecke von drei Metern zu gehen und sich wieder zu setzen. Dabei dürfen Hilfsmittel wie beispielsweise eine Gehhilfe verwendet werden. Die für diesen Vorgang benötigte Zeit wird in Sekunden notiert.

Der Timed „Up and Go“-Test wird zur Aufnahme und Entlassung durchgeführt. Anhand des Aufnahmescores werden die Patienten einer Aufnahme-Gruppe zugeordnet (siehe Tabelle auf der nachfolgenden Seite). Ein Patient Max Mustermann, der am Anfang der Rehabilitation 15 Sekunden für den Test benötigt, fällt zum Beispiel in Aufnahme-Gruppe 2. Am Ende der Rehabilitation wird der Test erneut absolviert. Hat der Patient Max Mustermann zum Beispiel neun Sekunden für den Test bei der Entlassung gebraucht, kommt er in Gruppe 1 und ist somit eine Gruppe aufgestiegen.

Die Interpretation der Ergebnisse folgt folgendem Schema:

Gruppe	Bezeichnung	Zeit
1	keine Mobilitätseinschränkungen	< 10 Sek.
2	leichte, i. d. R. irrelevante Mobilitätseinschränkungen	10–19 Sek.
3	abklärungsbedürftige, relevante Bewegungseinschränkungen	20–29 Sek.
4	starke Mobilitätseinschränkungen	> 30 Sek.
5	Timed „Up and Go“-Test nicht möglich	

## Ergebnisse des Timed „Up and Go“-Tests



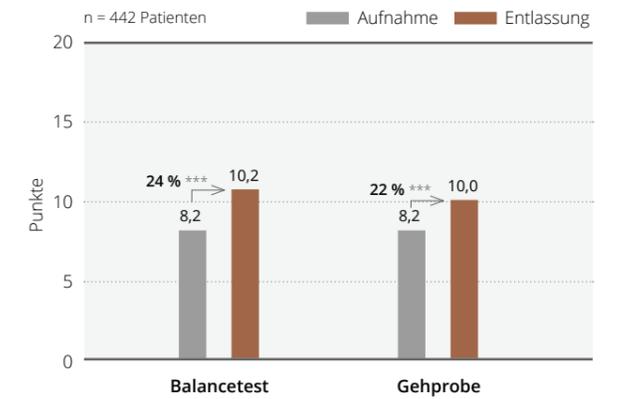
Im Jahr 2020 wurden Patienten mit einer durchschnittlichen TUG-Leistung von 27,7 Sekunden aufgenommen. Bis zur Entlassung konnte dieser Wert um 25 Prozent auf 20,9 Sekunden verbessert werden.

**VON DEN PATIENTEN, DIE ZU BEGINN DER REHA NICHT OHNE HILFE ODER NUR MIT DIVERSEN VERSUCHEN AUFSTEHEN KONNTEN, SCHAFFTEN ES AM ENDE DER REHA FAST 70 PROZENT SELBSTSTÄNDIG IM ERSTEN VERSUCH.**

\*\*\* signifikanter Unterschied, p < 0.001

## MOBILITÄTSTEST NACH TINETTI

### Ergebnisse des Mobilitätstest nach Tinetti



Beim Mobilitätstest nach Tinetti wird die Mobilität von (älteren) Patienten beurteilt und dabei insbesondere das Sturzrisiko. Der Test umfasst dabei zwei Teile: einen Balancetest sowie eine Gehprobe. Beim Balancetest sitzt der Patient und wird gebeten, verschiedene Handlungen auszuführen, deren Sicherheit in der Ausführung mit null bis zwei Punkten bewertet wird. Es können maximal 16 Punkte erreicht werden. Bei der Gehprobe wird die Sicherheit des Gehens in verschiedenen Aspekten betrachtet und mit jeweils null bis zwei Punkten bewertet. Maximal können zwölf Punkte erreicht werden. Das Benutzen von Hilfsmitteln geht ebenfalls in die Bewertung ein. Insgesamt können 28 Punkte erreicht werden. Bei einer Gesamtpunktzahl von unter 20 Punkten gilt das Sturzrisiko als signifikant erhöht.

In der Grafik ist zu erkennen, dass sich die Patienten im Verlaufe der Rehabilitation in beiden Teilaspekten des Tinetti-Tests signifikant verbessern konnten. Im Balancetest wurde eine durchschnittliche Verbesserung um 24 Prozent erzielt und in der Gehprobe eine durchschnittliche Verbesserung um 22 Prozent.

# ERGEBNISQUALITÄT IN DER RHEUMATOLOGIE

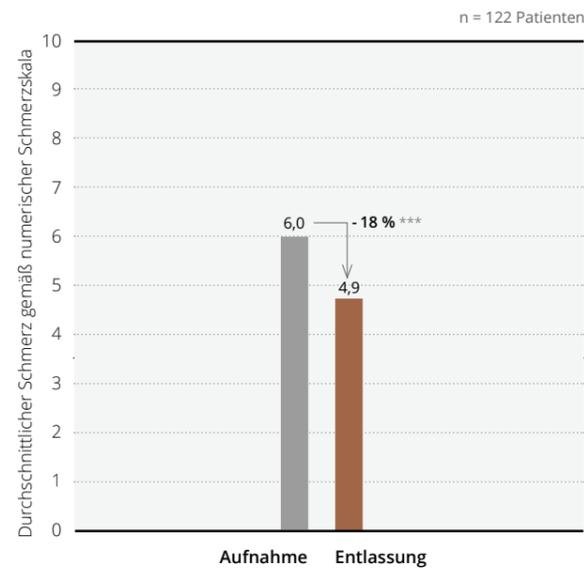
## NUMERISCHE ANALOGSKALA SCHMERZ (NAS)

In der Rheumatologie ist die Schmerzempfindung ein wichtiger Faktor, der den Erfolg der Rehabilitation aufzeigt. Der Alltag ist mit Schmerzen kaum zu ertragen und führt zu Einschränkungen im sozialen und beruflichen Leben. Das Ziel der Rehabilitation sollte daher sein, die Schmerzen soweit wie möglich zu reduzieren.

Mit Hilfe der numerischen Analogskala Schmerz kann die subjektive Schmerzstärke des Patienten gemessen werden. Null bedeutet dabei keinen und zehn den stärksten vorstellbaren Schmerz. Die Messung erfolgt sowohl bei Aufnahme als auch bei Entlassung, um Veränderungen über den Rehabilitationsverlauf abbilden zu können.



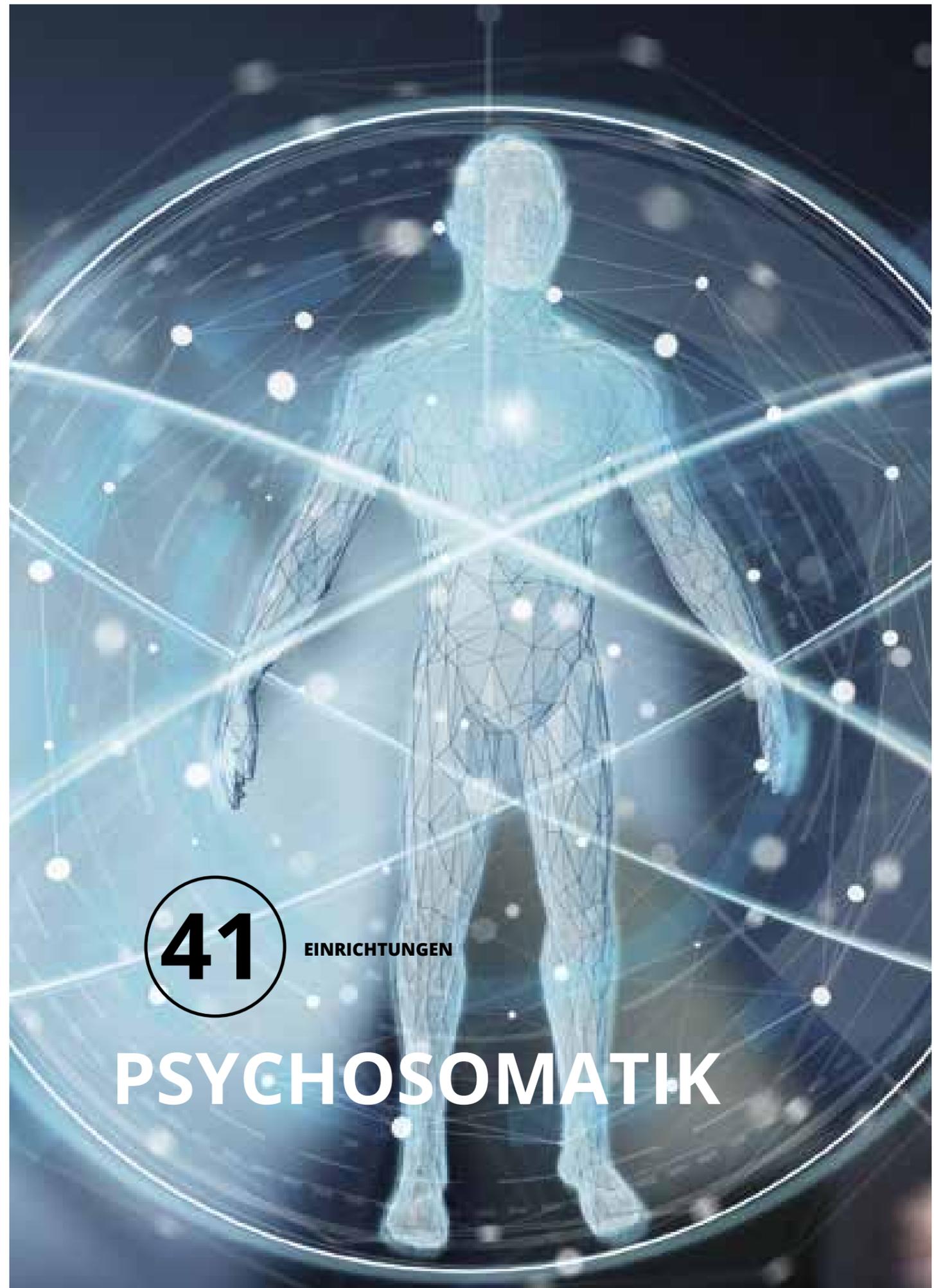
Durchschnittliche Schmerzausprägung nach numerischer Schmerzskala der orthopädischen Rehabilitanden im Jahr 2020 bei Aufnahme und Entlassung



Bei über 122 rheumatologischen Patienten wurde im Jahr 2020 das Schmerzempfinden sowohl bei Aufnahme als auch bei Entlassung erfasst. Das subjektive Schmerzempfinden lag bei Aufnahme bei 6,0 auf der Skala von null bis zehn und sank auf 4,9 zum Zeitpunkt der Entlassung. Dies entspricht einer Verbesserung von 18 Prozent von Aufnahme zu Entlassung.

\*\*\* signifikanter Unterschied,  $p < 0.001$





**41** EINRICHTUNGEN

# PSYCHOSOMATIK

# SCHWERPUNKTE IN DER PSYCHOSOMATIK



Die psychosomatischen Kliniken von MEDIAN behandeln Erkrankungen, bei denen seelische Symptome im Vordergrund stehen. Häufig auftretende psychische Erkrankungen sind beispielsweise depressive und somatoforme Störungen sowie Angststörungen. Die Symptomatik depressiver Störungen reicht dabei von Antriebsschwäche über ein negatives Stimmungsbild und Denken bis zum Empfinden vollkommener Sinn- und Hoffnungslosigkeit. Als somatoforme Störungen werden körperliche Beschwerden bezeichnet, die nicht oder nicht ausreichend auf organische Ursachen zurückzuführen sind. Man nimmt an, dass diese Beschwerden stattdessen durch hohe seelische Anspannung, Stresserleben oder zwischenmenschliche Konflikte ausgelöst werden. Angststörungen sind psychische Störungen, bei denen der Patient eine so starke, krankhafte Angst verspürt, dass sie das natürliche Maß überschreitet und in keinem Verhältnis mehr zur tatsächlichen Bedrohung steht, wodurch das alltägliche Leben beeinträchtigt wird.

Besondere Auswirkungen auf die Psyche haben wir durch Covid-19 erfahren. Dabei handelt es sich zwar um eine primär körperliche Erkrankung; diese hat jedoch auch zu erheblichen psychischen Beeinträchtigungen geführt. Selbst seelisch ansonsten ausgeglichene Menschen entwickelten während der Pandemie Ängste, etwa vor Ansteckung oder dem Verlust ihrer beruflichen

Existenz. Viele litten während des Lockdowns unter der damit verbundenen sozialen Isolation. Das Homeoffice führte einerseits zu Strukturverlust mit Antriebsverminderung und andererseits zu chronischen Stresssituationen, wenn gleichzeitig Kinder zu betreuen waren. Noch stärker waren bereits zuvor psychisch kranke Menschen betroffen: Insbesondere Angststörungen, Depressionen und Zwangsstörungen rezidierten oder verschlimmerten sich. Soziale Stützsysteme und ambulante Beratungs- und Behandlungsmöglichkeiten waren für Betroffene oft nicht mehr verfügbar.

Demgegenüber blieben die psychosomatischen Kliniken von MEDIAN unter Beachtung wohl durchdachter, individuell angepasster Sicherheitssysteme weitestgehend geöffnet und bildeten somit einen verlässlichen, stabilen Pfeiler in der ansonsten stark beeinträchtigten Versorgung von Menschen mit psychischen Störungen. Dabei erweiterten die Kliniken ihr Behandlungsspektrum und halfen – wo dies möglich war – zur Entlastung der Akutpsychiatrien bei der Versorgung akut psychiatrischer Patienten. Weiterhin setzten sie in der Breite das von MEDIAN entwickelte Konzept zur Behandlung psychischer und psychosomatischer Folgeschäden von Covid-19 mit Erfolg um und passten die Therapie fortlaufend den individuellen psychischen Symptomen von Post- und Long-Covid-Patienten an.

# FALLBERICHT

## MEDIAN KLINIK WISMAR

INDIKATION **PSYCHOSOMATIK**

AUFENTHALTSDAUER **10.03.—07.04.2021**

### SOZIALMEDIZINISCHE ANAMNESE

Sozialmedizinische Anamnese

- Schulabschluss Realschule
- Ausbildung und Qualifikationen in der Gastronomie
- EU-Rentnerin seit 1974
- Altersrentnerin, Hauswirtschaftliche Versorgung selbstständig

### BIOGRAPHIE

Die Patientin sei als Kleinkind adoptiert worden. Der Vater ist nicht bekannt und die Mutter ist verstorben. Die Adoptiveltern seien sehr streng und wenig fürsorglich gewesen. Im Alter zwischen 12 und 18 Jahren sei es zu innerfamiliär übergriffigem Verhalten gekommen. Seit 2009 sei die Patientin verwitwet, zuvor hätte sie ihren pflegebedürftigen Mann betreut. Es bestünde derzeit nur Kontakt zum ältesten Sohn. Ein Enkelkind sei seit Geburt bis zum 11. Lebensjahr von ihr alleine betreut worden. Belastender Faktor ist das plötzliche Kontaktverbot zu ihrer Enkeltochter durch den Sohn. Positiver Faktor ist, dass die Patientin einige wenige Freunde im Umfeld hat.

### MEDIZINISCHE FAKTEN

#### EINWEISUNGSDIAGNOSE

##### Depression – F32.2

Die 70-jährige Patientin beschreibt eine seit einem Jahr bestehende gedrückte Stimmung mit Schlafstörungen, geringer Leistungsfähigkeit, Verlust von Freude, Antrieb und Interesse sowie starke Konzentrationsstörungen. Alles habe begonnen mit einem plötzlichen Kontaktverbot zu ihrer Enkeltochter durch den Sohn vor einem Jahr.

Eine psychiatrische Vorbehandlung habe es nicht gegeben. Sie sei mit allem zurechtgekommen.

### SOZIODEMOGRAFISCHER HINTERGRUND DER PATIENTIN

Alter **70 Jahre**

Geschlecht **weiblich**

Beruf **Altersrentnerin**

## MEDIAN KLINIK WISMAR

Die MEDIAN Klinik Wismar ist eine Schwerpunktambulanz für Psychosomatik und Orthopädie sowie die Rehabilitation von Schwerbrandverletzten. Die psychosomatische Rehabilitation zeichnet sich durch Gespräche auf Augenhöhe und eine gruppenorientierte Behandlung in wertschätzender Atmosphäre aus. Das Erlernen von Selbstfürsorge und Achtsamkeit sind wichtige Bausteine, die das multiprofessionelle Klinikteam mit verhaltens- bzw. tiefenpsychologischen Ansätzen kombiniert. Zu den weiteren Angeboten der Klinik zählen Entspannungsverfahren, Genusstraining, Gestaltungstherapie, Sozialberatung sowie Musik- und Tanztherapie. So kann zum Beispiel Menschen mit beruflich bedingten Problemlagen, Depressionen, Burnout, Erschöpfungssyndrom, chronischen Schmerzen aber auch anderen psychosomatischen Leiden ganzheitlich geholfen werden.

### SOMATISCHE ERKRANKUNGEN

- Insomnie - G47.0
- Chronisches Schmerzsyndrom - R52.2
- Degenerative HWS-Veränderungen - M47.82
- Adipositas per magna - E66.99
- Vorhandensein eines Schlauchmagens - Z98.0
- Das rechte Auge sei blind und links habe sie nur noch 10% Sehkraft (Taststock)
- Cochlea-Implantat (Hörgeräte beidseitig)

### AUFNAHMEBEFUND

#### PSYCHISCHER BEFUND

**Erscheinungsbild** gepflegt

**Verhalten in der Situation** pünktlich, jedoch durch körperliche Beeinträchtigung verlangsamt

**Sprechverhalten/Sprache** unauffällig

**Bewusstsein** wach

**Orientierung** unauffällig

**Auffassung/abstraktes Denken** unauffällig

**Gedächtnis** unauffällig

**Aufmerksamkeit/Konzentration** gemindert

**Intelligenz** durchschnittlich

**Formales Denken** unauffällig

**Inhaltliches Denken** unauffällig

**Sinnestäuschungen** unauffällig

**Ich-Störung** unauffällig

**Affektivität** zum depressiven Pol verschoben

**Intensität/Modulation** verringert schwingungsfähig

**Ängste/Zwänge** kein Hinweis

**Antrieb und Psychomotorik** reduziert

**Zirkadiane/jährliche Besonderheiten** nein

**Sozialverhalten** unauffällig

**Krankheitsverhalten** Krankheitseinsicht

**Aggressivität** kein Hinweis

**Selbstschädigung** kein Hinweis

**Eigen- oder Fremdgefährdung** kein Hinweis

**Suizidalität** kein Hinweis

**Ersterkrankung (Zeitpunkt)** vor circa einem Jahr

### DIAGNOSTIK

**BDI** Zum Aufnahmezeitpunkt ein Summenwert von 27. Dieser entspricht einer mittleren Depression.

### REHAZIELE

- Zur Ruhe kommen
- Schlafstörungen überwinden
- Depressive Symptome verbessern

### BEHANDLUNG

Die Behandlung wurde zunächst mit Abwehr eingeleitet. „Eine Maske trage ich auf keinen Fall, und das alles habe ich mir anders vorgestellt: Zu wenig orthopädische Therapien!“ – Mit diesen Worten begann unsere erste Begegnung. Zusammen konnten wir uns letztendlich darauf einigen, dass sie frei wählen könne zwischen dem Programm, das wir anbieten, und dem Rücktransport nach Hause mit Empfehlungsschreiben für einen Neuantrag auf orthopädische Reha. So konnte sich die Patientin frei fürs Bleiben entscheiden, da „auch psychische Probleme mit im Koffer seien“.

In den Einzelgesprächen erarbeitete sich die Patientin in der Psychoedukation Bedingungs- und Erhaltungsfaktoren ihrer Erkrankung vor dem Hintergrund der individuellen Lerngeschichte: Die Adoption, innerfamiliär grenzüberschreitendes Verhalten und wenig fürsorgliche Adoptiveltern haben sie die Kindheit als sehr schlecht erleben lassen. Diese Erfahrungen können zur massiven und dauerhaften Frustration der Grundbedürfnisse nach Bindung, Autonomie, Selbstwertschutz und Unlustvermeidung führen. Es bildeten sich dysfunktionale Grundannahmen, sich stets für alles verantwortlich zu fühlen und nicht „Nein“ sagen zu dürfen. Traumatisierende Erlebnisse und ein fehlendes Selbstwertgefühl wurden kompensiert durch Rationalisierung und Vermeidung. Das in der Kindheit nicht erfüllte Bedürfnis nach Nähe und Geborgenheit wurde bedeutsam. Durch den Kontaktabbruch zum Enkelkind wurde die Aktivierung der oben genannten dysfunktionalen Schemata und somit die depressive Symptomatik ausgelöst. Die Patientin zog sich zudem vermehrt zurück.

Im dem methodenintegrativen Gruppenbehandlungsprogramm, das sowohl verhaltenstherapeutisch als auch psychodynamisch begründet ist, wurde über Wahrnehmungs- und Verhaltenstraining als Grobziele die Steigerung der psychosozialen Handlungskompetenz angestrebt. Die Patientin wurde offener und konnte sich nach anfänglicher Abwehr gut einlassen. Zum Therapiekonzept gehörte weiterhin eine gestaltungstherapeutische Gruppenarbeit zur Aktivierung und Verinnerlichung gruppendynamischer Prozesse. Die Patientin arbeitete motiviert, ruhig und nachdenklich. Sie konnte sich auf die nonverbale Therapie gut einlassen, formte einen Hund, der Struktur brauche, um sich wohlfühlen.



**DR. MARTINA HAECK**  
**Chefärztin für Psychosomatik,**  
**MEDIAN Klinik Wismar**

Die Bewegungstherapie im Freien diente der Förderung einer Gruppendynamik und das Angebot der Progressiven Muskelrelaxation nach Jacobson einem verbesserten Entspannungsverhalten. Von der Bewegung im Freien konnte die Patientin oft nur anteilmäßig profitieren. Die Entspannung brachte eine deutliche Schlafverbesserung. Im Wahrnehmungs- und Verhaltenstraining wurde als Grobziel die Steigerung der psychosozialen Handlungskompetenz angestrebt.

Der Patientin stand ferner optional zur Verfügung, an krankheitsspezifischen Vorträgen teilzunehmen. Außerdem nahm die Patientin zur Ressourcenaktivierung an Bewegung mit Musik teil.

#### REHA-VERLAUF

Der psychotherapeutische Behandlungsverlauf gestaltete sich insgesamt positiv. Sowohl zu Behandlungsbeginn als auch im Verlauf der Therapie bestand eine gute Behandlungs- und Änderungsmotivation. Die Patientin fühlte sich in der Klinik wohl, konnte ihre emotionalen Kompetenzen erweitern, Kontakte knüpfen und sich sozial gut integrieren. Die Patientin war aufgeschlossen, vertrat ihre Ansichten und zeigte sich gegenüber anderen Menschen hilfsbereit und zugänglich. Während des Aufenthalts konnte sie einen freundlichen Umgang mit männlichen Mitpatienten erleben, den sie vorher aufgrund negativer Erfahrungen strikt abgelehnt hatte.

Die Patientin konnte innerhalb der ersten beiden Wochen wesentliche Verbesserungen der depressiven Symptombelastungen erzielen. Besonders trugen dazu die sozialen Kontakte in der Gruppe bei sowie die Möglichkeit, das gewohnte Umfeld zu verlassen und ihre wahrgenommene Verantwortung dieser gegenüber zu reduzieren. Somit konnte die Patientin zur Ruhe kommen und ihre Ziele größtenteils erreichen.

Die Anwendungen wurden von der Patientin im Rahmen ihrer Möglichkeiten nur sehr eingeschränkt genutzt. Die Patientin arbeitete trotzdem motiviert mit.

#### ERGEBNISSE

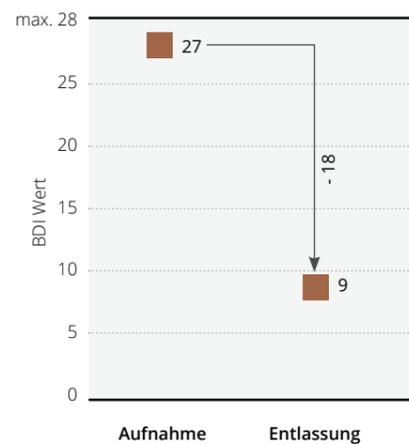
BDI: Zum Entlassungszeitpunkt wies die Patientin einen Summenwert von neun auf, was für eine remittierte Depression spricht.

#### FAZIT

Die Reha kann als erfolgreich bezeichnet werden. Wir werteten die depressive Symptomatik bei bekanntem Auslöser (des Verbots der Betreuung der Enkelin) als Anpassungsstörung mit depressiver Symptomatik.

#### BECK-DEPRESSION-INVENTAR (BDI)

Wert bei Aufnahme und Entlassung, Verbesserung



#### PATIENTENSTIMME

„Körperlich habe ich von der Reha nur eingeschränkt profitiert. Allerdings hat mich der Aufenthalt in Wismar motiviert, mich auch an meinem Heimatort im Rahmen meiner Möglichkeiten körperlich aktiv zu betätigen. Mein Schlaf hingegen hat sich in der Zeit hier deutlich verbessert, das ist ein großer Erfolg. Ich fühle mich psychisch auch wieder viel besser: Ich bin gelassener und werde wieder auf Augenhöhe von anderen wahrgenommen. Es hilft mir sehr, meine Gedanken aufzuschreiben, wie ich es in der Reha gelernt habe. Ich fühle mich auch nicht mehr so depressiv, weil ich jetzt mit meinem Ärger über den Kontaktabbruch zu meinem Enkelkind viel besser umgehen kann. Ich lebe jetzt wieder mehr in der Gegenwart.“

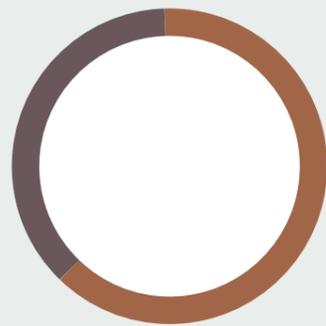


**DIE SCHÖNE ZEIT IN WISMAR IST SCHON LANGE VORBEI, DER ALLTAG HAT MICH WIEDER, ABER DANK IHRER GUTEN GESPRÄCHE UND THERAPIEN HABE ICH VIEL MITNEHMEN KÖNNEN.**

*Die Patientin in einer Postkarte an das Behandler-Team der Klinik*

# SOZIODEMOGRAFISCHE DATEN PSYCHOSOMATIK

## PATIENTENPOPULATION NACH GESCHLECHT

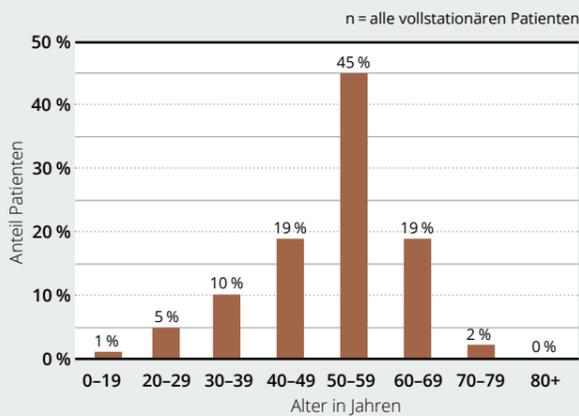


Insgesamt wurden 28.669 psychosomatische Patienten im Jahr 2020 bei MEDIAN behandelt. Davon waren **62 %** weiblich sowie **38 %** männlich.

- 62 % weiblich
- 38 % männlich
- 0 % divers

## VERTEILUNG DER ALTERSSTRUKTUR

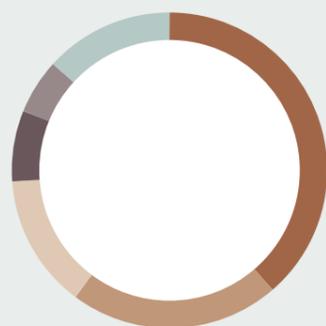
Durchschnitt: 51 Jahre



2020 lag das Durchschnittsalter der MEDIAN Patienten in der Psychosomatik bei 51 Jahren. Die Gruppe der 50- bis 59-Jährigen machte dabei mit 45 % auch den größten Anteil aus.

## VERTEILUNG DER FÜNF HÄUFIGSTEN HAUPTDIAGNOSEN

n = alle vollstationären Patienten



Die häufigste bei unseren Patienten diagnostizierte psychische Störung war die **rezidivierende depressive Störung** mit **39 %**, gefolgt von der depressiven Episode mit 21 %.

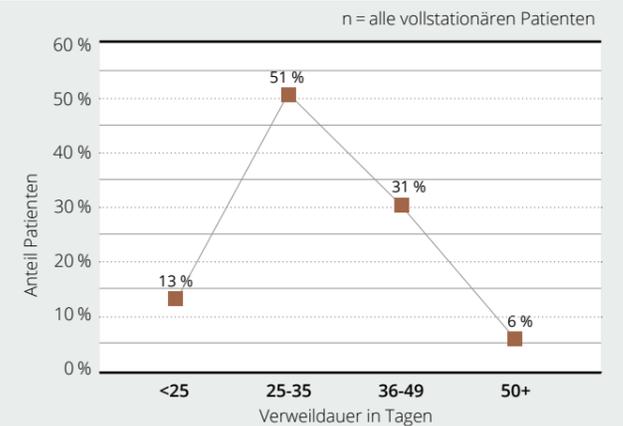
Die fünf häufigsten Hauptdiagnosen machten dabei einen Anteil von 87 % an der Gesamtzahl der Hauptdiagnosen aus.

- 39 % F33 Rezidivierende depressive Störung
- 21 % F32 Depressive Episode
- 14 % F43 Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen
- 7 % F45 Somatoforme Störungen
- 6 % F40/41 Angststörungen
- 13 % sonstige Hauptdiagnosen

## VERTEILUNG DER VERWEILDAUER

Durchschnitt: 36 Tage

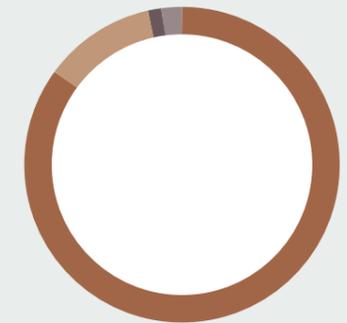
Die meisten psychosomatischen Patienten blieben zwischen **25 und 49 Tagen** zur Rehabilitation bei MEDIAN. Die durchschnittliche Verweildauer belief sich 2020 auf 36 Tage.



## VERTEILUNG DER LEISTUNGSTRÄGER

Die erbrachten Leistungen wurden wie in allen Fachgebieten von unterschiedlichen Leistungsträgern übernommen. Die **gesetzliche Rentenversicherung** machte hierbei mit **85 %** den mit Abstand größten Anteil aus.

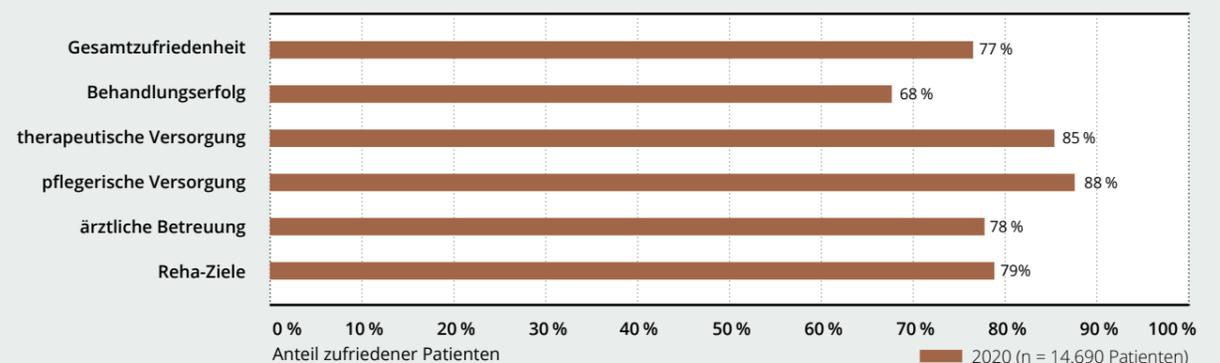
- 85 % gesetzliche Rentenversicherung
- 12 % gesetzliche Krankenversicherung
- 1 % Selbstzahler/Private Krankenversicherung
- 2 % sonstige



## PATIENTENZUFRIEDENHEIT

Im Berichtsjahr 2020 wurden über 14.500 psychosomatische Patienten zu ihrer Zufriedenheit mit MEDIAN befragt. Trotz Corona-Krise und den damit einhergehenden Herausforderungen waren über drei Viertel der

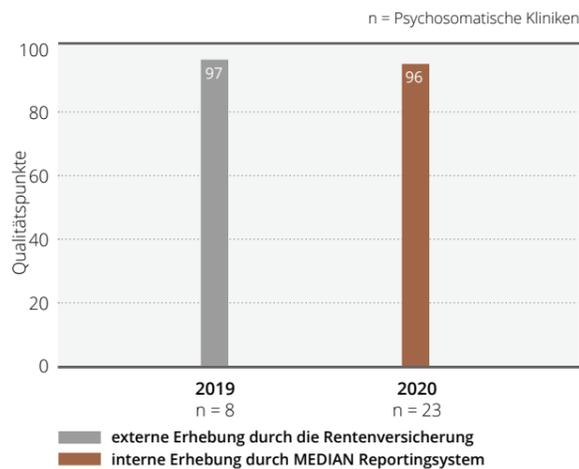
Patienten mit ihrem Reha-Aufenthalt insgesamt zufrieden. Die höchsten Werte konnten in der **pflegerischen** und **therapeutischen Versorgung** mit **88 %** bzw. **85 %** erzielt werden.



# KENNZAHLEN DER EXTERNEN QUALITÄTSSICHERUNG

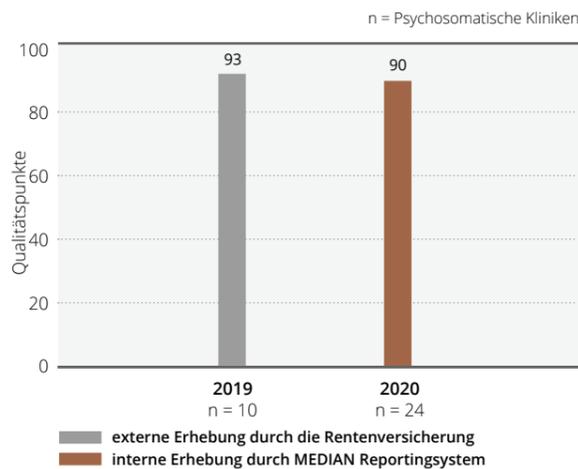


Reha-Therapiestandard „Depressive Störung“ im zeitlichen Verlauf



Die Qualitätspunkte des Reha-Therapiestandards „Depressive Störungen“ konnten im Vergleich zum Vorjahr auf konstant hohem Niveau gehalten werden.

Therapeutische Versorgung im zeitlichen Verlauf



Durch Corona-bedingte Prozessanpassungen sind die Qualitätspunkte im Jahr 2020 im Vergleich zum Vorjahr zwar leicht gesunken. Sie bewegen sich aber weiterhin auf einem hohen Niveau. Aktuelle Daten aus 2021 signalisieren wieder einen Aufwärtstrend.

# ERGEBNISQUALITÄT IN DER PSYCHOSOMATIK

**DIE PSYCHOSOMATISCHE REHABILITATION STÄRKT JENE FÄHIGKEITEN UND RESSOURCEN, DIE DEN PATIENTEN AUFGRUND EINER PSYCHOSOMATISCHEN ERKRANKUNG UND DEREN SEELISCHER UND KÖRPERLICHER FOLGEN NICHT AUSREICHEND ZUR VERFÜGUNG STEHEN. DADURCH SOLL DIE WEITERE ODER ERNEUTE TEILHABE AM SOZIALEN UND BERUFLICHEN LEBEN ERMÖGLICHT WERDEN**

## SCL-K9

Der SCL-K9 ist eine Kurzform der Symptom-Check-Liste SCL-90-R, welche ein international verwendetes Selbstbeurteilungsinstrument zur Erfassung psychischer und körperlicher Symptombelastungen ist (Derogatis, 1986; Schmitz et al., 2000). Der SCL-90-R misst anhand von 90 Fragen die subjektiv empfundene Beeinträchtigung durch körperliche und psychische Symptome einer Person innerhalb der letzten sieben Tage. Dabei wird ein breites Spektrum psychischer Störungen in neun Symptomdimensionen abgebildet:

- Somatisierung
- Zwanghaftigkeit
- Aggressivität
- Ängstlichkeit
- Depressivität
- Paranoia
- Phobie
- Psychotizismus
- Unsicherheit im Sozialkontakt

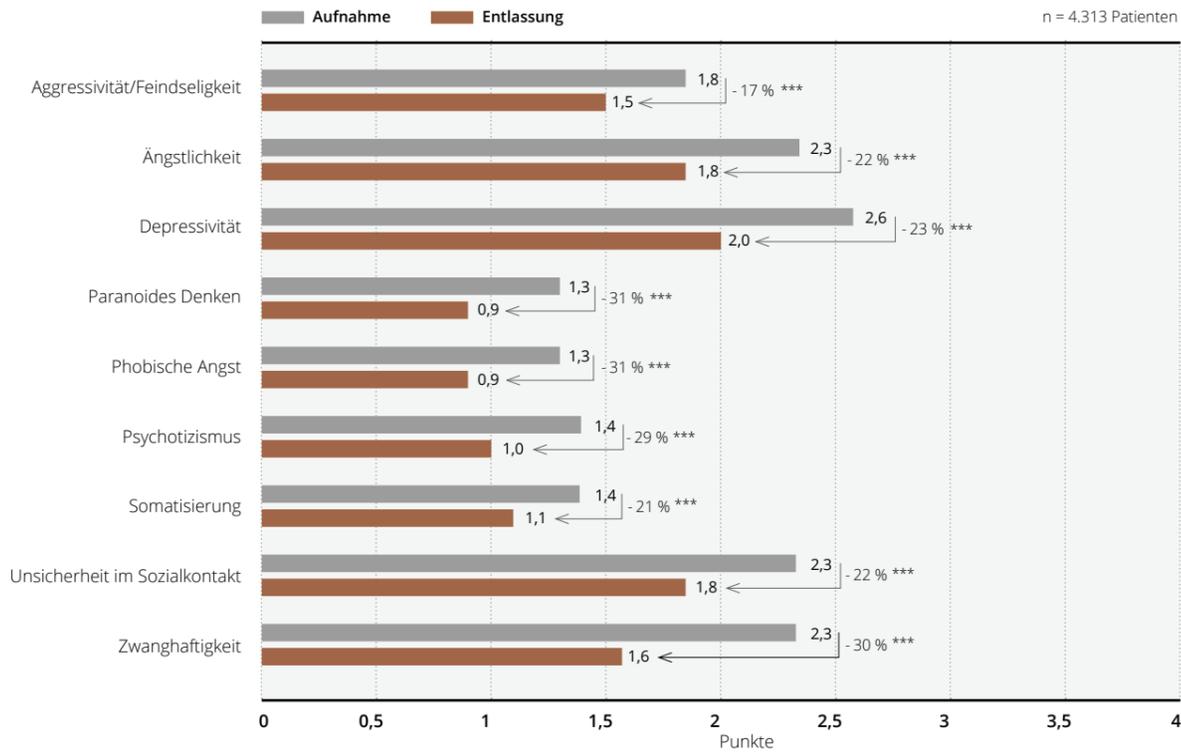
Die Befragten können ihre Zustimmung zu jeder Frage auf einer fünfstufigen Skala von „überhaupt nicht“ (0) bis „sehr stark“ (4) bekunden. Der arithmetische Mittelwert der Antwortwerte bildet den globalen Kennwert GSI (Glo-

bal Severity Index). Je niedriger dieser Score ist, desto besser schätzt der Befragte seine psychische Gesundheit ein.

Mit 90 Fragen ist der SCL-90-R-Fragebogen sehr zeitaufwändig. Daher eignet er sich weniger für den Klinikalltag. Der SCL-K9-Fragebogen verkürzt den SCL-90-R-Fragebogen auf jeweils eine Frage zu jeder der neun Dimensionen der psychischen Belastung (Brähler & Klaghofer, 2001). Er eignet sich daher besonders gut für eine effiziente Erfassung der subjektiven psychischen Beeinträchtigung bei größeren Populationen (Prinz et al., 2008; Sereda & Dembitsky, 2016). Der SCL-K9-Fragebogen wird Patienten jeweils zu Beginn und Ende des Rehabilitationsaufenthalts vorgelegt, um die Entwicklung der Patienten einzuschätzen.

In den einzelnen Items des SCL-K9-Fragebogens können Aussagen von null Punkten (überhaupt nicht) bis vier Punkten (sehr stark) getroffen werden. In der Grafik auf der nächsten Seite ist zu erkennen, dass sich die Patienten von Aufnahme zu Entlassung in allen neun Items verbessern. Außerdem zeigt sich, dass die psychischen und körperlichen Belastungen unserer Patienten eher in den Bereichen Ängstlichkeit, Depressivität, Unsicherheit im Sozialkontakt und Zwanghaftigkeit liegen.

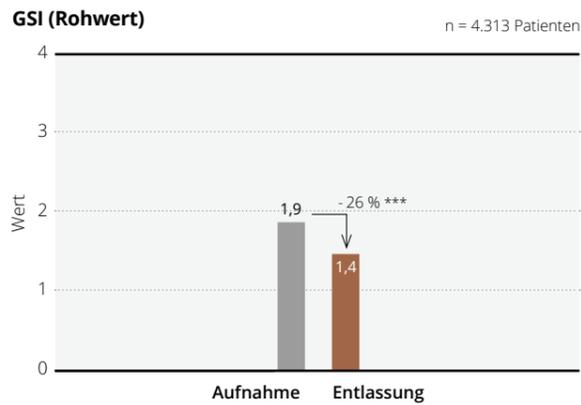
**Ergebnisse des SCL-K9-Fragebogens bei Aufnahme und Entlassung auf Itemebene für das Jahr 2020**



**Unterschiedliche Auswertungsmethoden des SCL-K9**

Für den Gesamtscore des SCL-K9 existieren unterschiedliche Formen der Auswertung. Zum einen können die GSI-Werte anhand des Geschlechts und Alters normiert werden (Franke, 2002). Zum anderen lässt die Kennzahl GSI sich auch als Rohwert bei Aufnahme und Entlassung vergleichen. Im diesjährigen Qualitätsbericht erfolgt die Darstellung der Rohwerte. Der GSI-Rohwert entspricht dabei dem Mittelwert aus den neun Items des SCL-K9.

**Unterschied in der Veränderung des SCL-K9 von Aufnahme zu Entlassung für das Jahr 2020**



Dargestellt ist die Auswertung des GSI (Global Severity Index) als arithmetisches Mittel der neun Items des SCL-K9-Fragebogens (Rohwert). Es zeigt sich ein durchschnittlicher Aufnahmewert von 1,9, der sich bis zur Entlassung um 26 Prozent auf 1,4 verbessert. Da für die einzelnen Items lediglich die Punktwerte null bis vier möglich sind, bewegen sich auch die Ergebnisse innerhalb dieser Grenzen.

\*\*\* signifikanter Unterschied, p < 0.001

**Patient Reported Outcomes Measures**

In diesem Jahr werden erstmals auch Ergebnisse der sogenannten PROMs (Patient Reported Outcomes Measures) im Qualitätsbericht präsentiert, die seit Mitte 2019 erhoben werden. Hierfür werden die Patienten vor, während und nach ihrem Aufenthalt über das digitale Fragebogenportal von MEDIAN mithilfe von indikationsbezogenen Fragebögen zu ihrem Gesundheitszustand befragt.

So lässt sich die klinische Wirksamkeit von Therapien auch aus Patientensicht darstellen.

**In der Psychosomatik kommen derzeit vier PROMs zum Einsatz.**



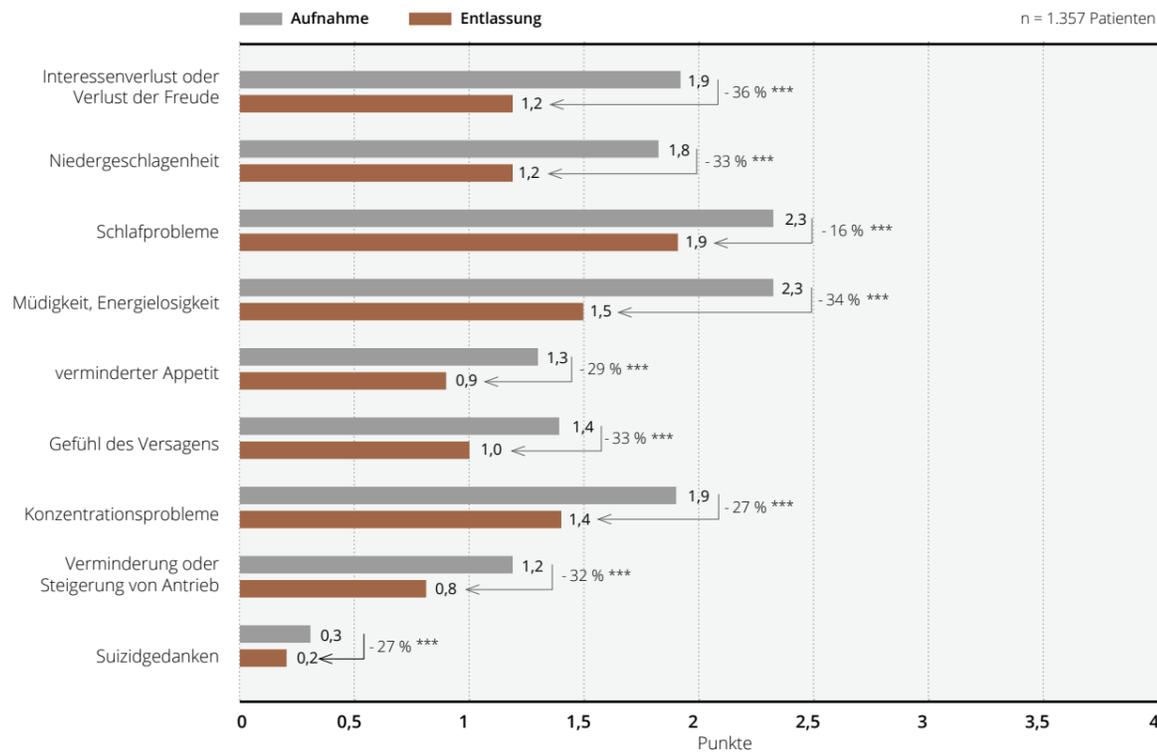
**PHQ-9**

Der Depressionsfragebogen „PHQ-9“ erfasst mit neun Fragen das Vorliegen und den Schweregrad depressiver Symptomatik. Der Fragebogen wird routinemäßig als Diagnostikinstrument für Depressionen eingesetzt. Der PHQ-9 ist ein Modul des weltweit verwendeten Gesundheitsfragebogen für Patienten (Patient Health Questionnaire; PHQ). Die deutsche Version des PHQ wurde von Dr. Bernd Löwe und Kollegen konzipiert (Löwe et al., 2002). Die einzelnen Fragen werden auf einer Skala zwischen null und drei Punkten beantwortet. Höhere Punktwerte weisen auf eine stärkere Symptomatik hin.

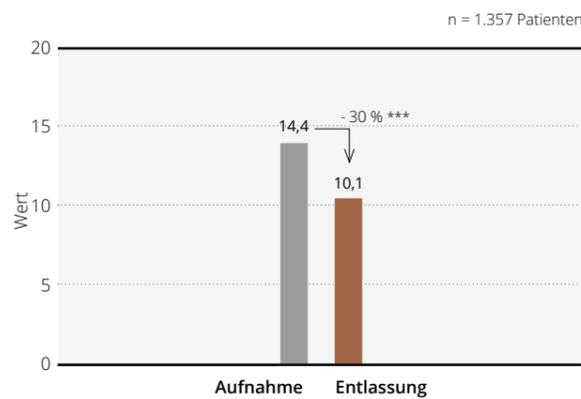
2020 haben über 1.300 Patienten den PHQ-9 ausgefüllt. Anhand der Grafik auf der folgenden Seite ist zu erkennen, dass sich die depressive Symptomatik unserer Patienten in allen neun Themenbereichen des Fragebogens signifikant im Verlauf der Behandlung verbessert hat.

Auch das Gesamtergebnis zeigt eine deutliche, signifikante Reduktion der Symptomatik um 30 Prozent.

Ergebnisse des PHQ-9-Fragebogens bei Aufnahme und Entlassung auf Itemebene für das Jahr 2020



Gesamtergebnis des PHQ-9-Fragebogens bei Aufnahme und Entlassung für das Jahr 2020



**ÜBER 60 PROZENT DER PATIENTEN MIT DEPRESSION, DIE ZU BEGINN DER REHA NUR SEHR WENIG INTERESSE ODER FREUDE AN IHREN TÄTIGKEITEN HATTEN, HABEN DIESES PROBLEM AM ENDE DER REHA NUR NOCH AN EINZELNEN TAGEN ODER ÜBERHAUPT NICHT MEHR.**

**GAD-7**

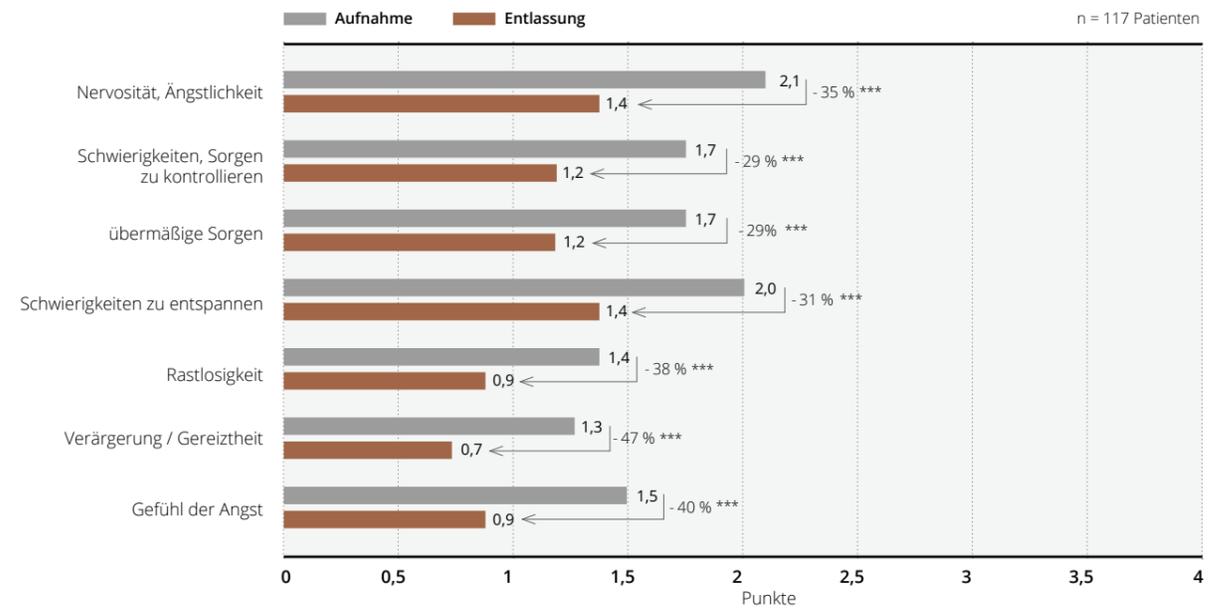
Die Generalized Anxiety Disorder Scale-7 (GAD-7) ist ein Kurzinstrument zur Erfassung der Generalisierten Angststörung. Sie hat bei geringem Bearbeitungsaufwand hohe diagnostische Aussagekraft und kann zur Diagnostik, Screening und Messung des Schweregrades sowie zur Verlaufsmessung der Generalisierten Angststörung verwendet werden. Die sieben Items fragen die wichtigsten diagnostischen Kriterien der Generalisierten Angststörung nach den DSM-IV- und ICD-10 ab. Alle Items wer-

den jeweils auf einer 4-stufigen Antwortskala bewertet. Höhere Werte weisen auch hier auf eine stärkere Symptomatik hin.

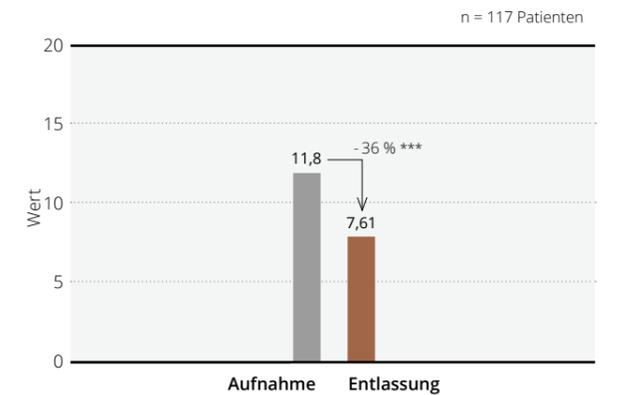
Anhand der Daten aus dem Jahr 2020 lässt sich gut erkennen, dass die Symptombelastung der Patienten in allen Bereichen signifikant reduziert werden konnte. Das Ergebnis der Gesamtskala zeigt eine signifikante Verbesserung von 36 Prozent.

\*\*\* signifikanter Unterschied, p < 0.001

Ergebnisse des GAD-7-Fragebogens bei Aufnahme und Entlassung auf Itemebene für das Jahr 2020



Gesamtergebnis des GAD-7-Fragebogens bei Aufnahme und Entlassung für das Jahr 2020



**ÜBER 60 PROZENT DER PATIENTEN MIT ANGSTSTÖRUNG, DIE SICH ZU BEGINN DER REHA NUR SEHR SCHWER ODER GAR NICHT ENTSPANNEN KONNTEN, HABEN DIESES PROBLEM AM ENDE DER REHA NUR NOCH AN EINZELNEN TAGEN ODER ÜBERHAUPT NICHT MEHR.**

**PHQ-15**

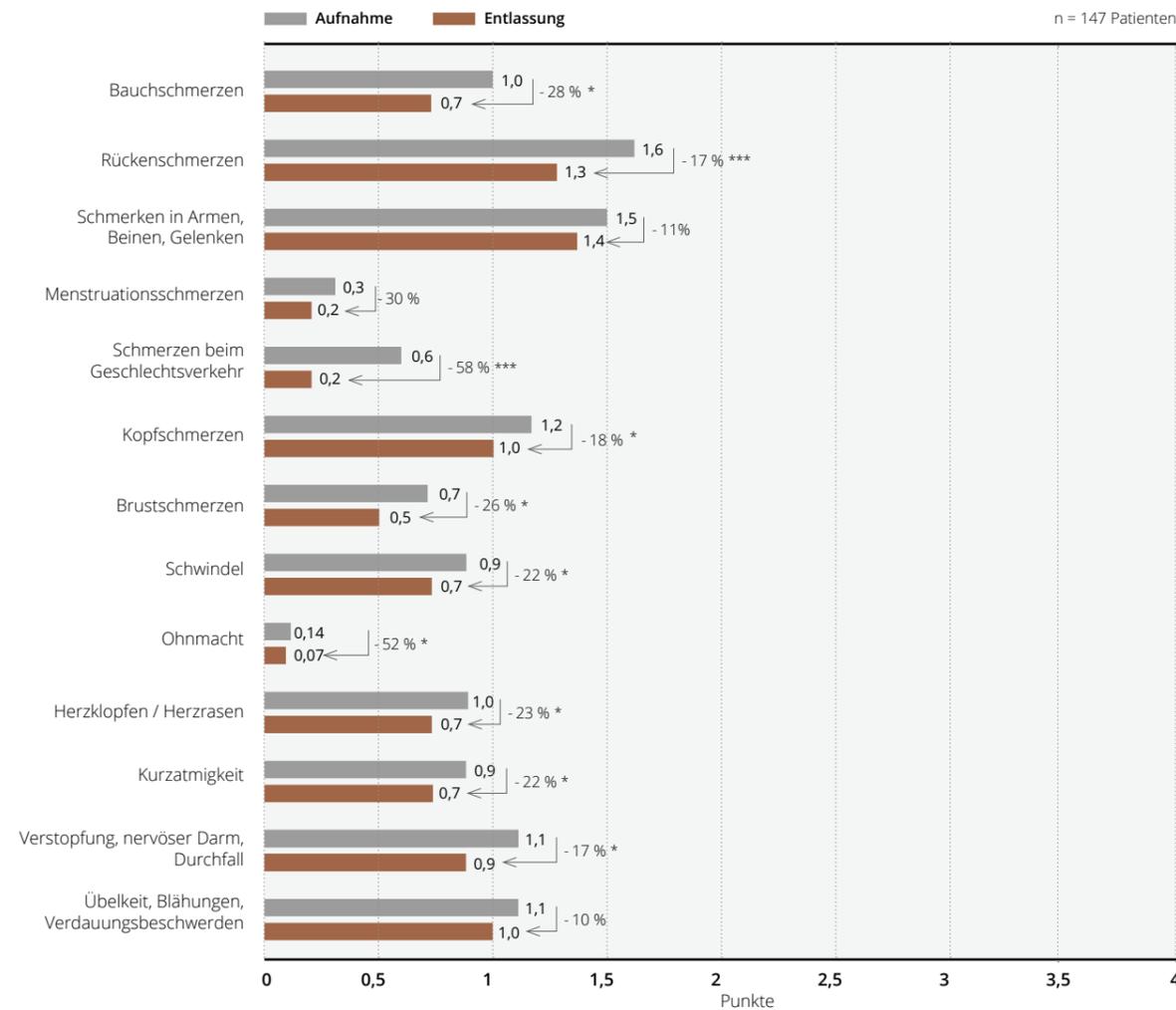
Der PHQ-15 ist das Somatisierungsmodul des Patient Health Questionnaire. Es umfasst 15 somatische Symptome, die sowohl den häufigsten körperlichen Symptomen als auch den wichtigsten DSM-IV-Kriterien der Somatisierungsstörung entsprechen. Der Fragebogen besteht aus 13 Items des Moduls Somatoforme Störungen sowie zwei Items aus dem Modul Depressive Störungen, die ebenfalls nach somatischen Symptomen (Schlafstörung-

gen sowie Energielosigkeit/Müdigkeit) fragen. Höhere Werte weisen auf eine stärkere Symptomatik hin.

Auch bei der Auswertung des PHQ-15 lässt sich schnell erkennen, dass die Symptombelastung in allen Bereichen abgenommen hat von Aufnahme zu Entlassung. Das Gesamtergebnis zeigt eine signifikante Reduktion der Symptombelastung von 20 Prozent.

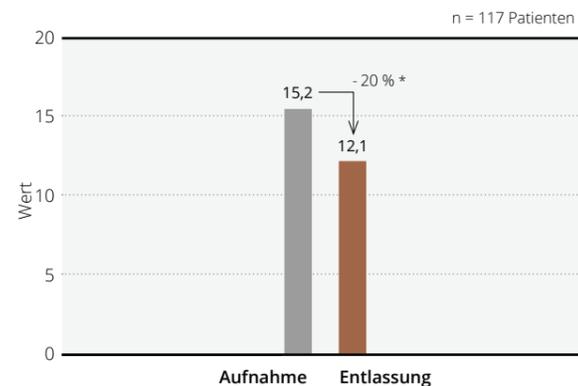
\*\*\* signifikanter Unterschied, p < 0.001

**Ergebnisse des PHQ-15-Fragebogens bei Aufnahme und Entlassung auf Itemebene für das Jahr 2020**



**FAST 70 PROZENT DER PATIENTEN MIT SOMATISHEM KRANKHEITSBILD, DIE ZU BEGINN DER REHA SEHR HÄUFIG BAUCHSCHMERZEN HATTEN, HABEN DIESES PROBLEM AM ENDE DER REHA NUR NOCH AN EINZELNEN TAGEN ODER ÜBERHAUPT NICHT MEHR.**

**Gesamtergebnis des PHQ-15-Fragebogens bei Aufnahme und Entlassung für das Jahr 2020**



\* bis \*\*\*: signifikanter Unterschied

**HEALTH-49**

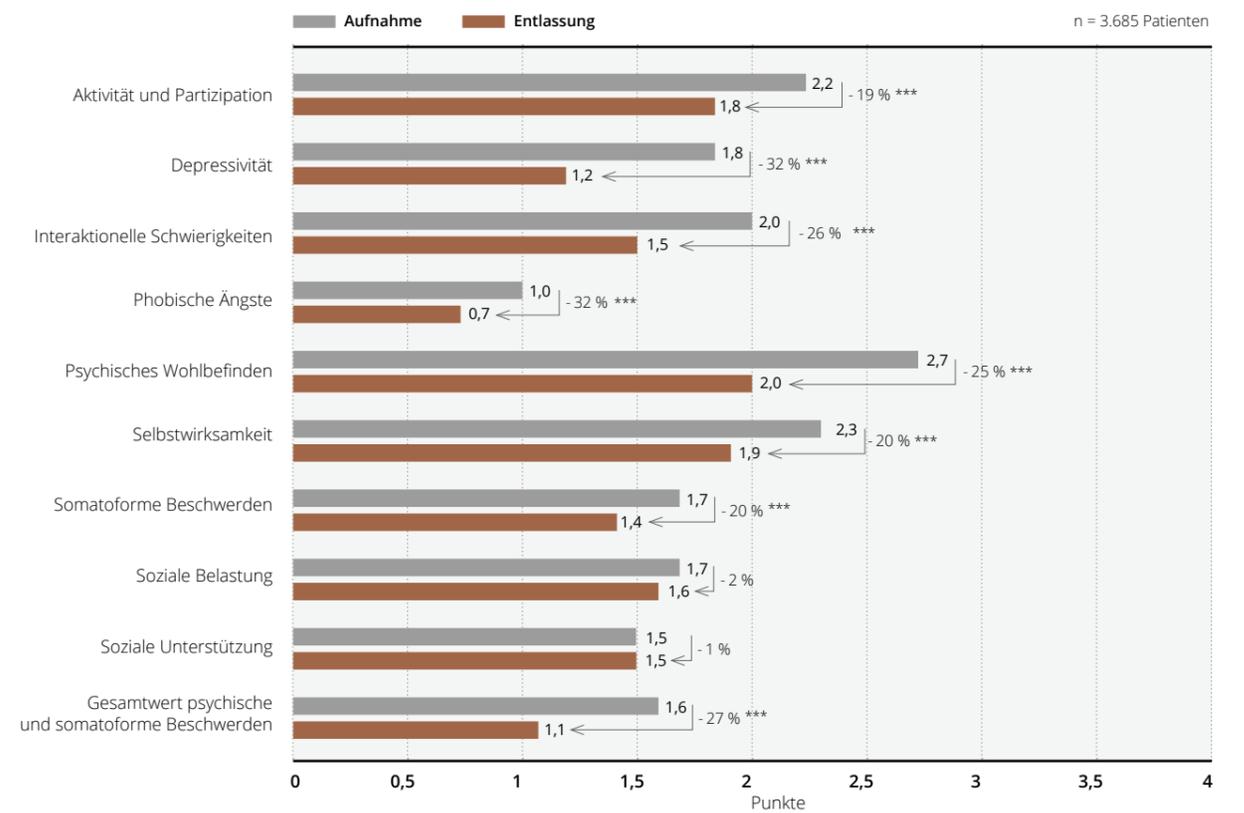
Die Hamburger Module zur Erfassung allgemeiner Aspekte psychosozialer Gesundheit für die therapeutische Praxis (HEALTH-49) sind ein Selbstbeurteilungsinstrument zur multidimensionalen Erfassung psychosozialer Gesundheit.

Der HEALTH-49 erfasst die folgenden Bereiche: Psychische und somatoforme Beschwerden, Depressivität, phobische Ängste, psychisches Wohlbefinden, interaktionelle Schwierigkeiten, Selbstwirksamkeit, Aktivität und Partizipation sowie soziale Unterstützung bzw. soziale Belastung. Höhere Werte weisen auf eine stärkere Symptomatik hin.

Die Grafik zeigt, dass sich bei den im Jahr 2020 über 3.600 erfassten Patienten in allen Bereichen die Symptomatik reduziert hat. Besonders verbessert werden konnten die Depressivität sowie die phobischen Ängste (jeweils minus 32 Prozent).

**60 PROZENT DER PATIENTEN, DIE ZU BEGINN DER REHA ZIEMLICH ODER SEHR TRAUIG UND NIEDERGESCHLAGEN WAREN, HABEN DIESE SYMPTOMATIK AM ENDE DER REHA NUR NOCH IN EINER HÖCHSTENS MITTLEREN AUSPRÄGUNG.**

**Ergebnisse des HEALTH-49-Fragebogens bei Aufnahme und Entlassung auf Subskalen-Ebene für das Jahr 2020**



\* bis \*\*\*: signifikanter Unterschied



# SCHWERPUNKTE IM BEREICH ABHÄNGIGKEITSERKRANKUNGEN

Suchterkrankungen umfassen einen umfangreichen Komplex an stoffgebundenen und nichtstoffgebundenen Abhängigkeiten. Stoffgebundene Abhängigkeitsstörungen sind unter anderem Alkohol-, Medikamenten-, und Drogenabhängigkeiten. Zu den nichtstoffgebundenen Abhängigkeitserkrankungen gehören Glückspiel- und PC/Internetabhängigkeit sowie andere Verhaltenssuchte wie zum Beispiel Kaufsucht. Häufig sehen wir multimorbide Krankheitsbilder mit somatischen, psychosomatischen und psychischen Beeinträchtigungen. Die Abhängigkeit von nur einer Substanz bildet dabei eher die Ausnahme.

Mit zunehmender Chronifizierung wirkt sich die Symptomatik immer stärker auf die körperliche und seelische Gesundheit der Betroffenen aus und beeinflusst auch das Leben von Angehörigen und sozialen Bezugspersonen. Daher berücksichtigt eine angemessene Behandlung immer auch die soziale Seite in der Entstehung, Aufrechterhaltung und Verbesserung der Beeinträchtigung.

Ziel von MEDIAN ist es, während der stationären und ambulanten Rehabilitation von abhängigkeitskranken Menschen alle relevanten körperlichen und psychischen Einschränkungen zu erfassen, ihre Auswirkungen auf die Teilhabe einzuschätzen und in die individuelle Therapieplanung einzubeziehen. Neben dem klinischen Eindruck ist hierzu eine umfassende psychometrische Diagnostik etabliert, die therapeutische Informationen zur Verfügung stellt.

Neben der medizinisch-somatischen Behandlung dieser komplexen Krankheitsbilder stehen Veränderungen von Erleben, Verhalten und Bewertungen im Mittelpunkt. Die Methoden der Psychotherapie in Form von Einzel- und Gruppengesprächen, aber auch ergo- und sozialtherapeutische sowie sport- und bewegungstherapeutische Behandlungselemente begründen die Vielschichtigkeit der Ansätze. Dabei haben sich die Methoden der Tiefenpsychologie und der Verhaltenstherapie als besonders erfolgreiche Verfahren herauskristallisiert, zu denen nun auch die modernen Formen der systemischen Behandlungsansätze hinzukommen.

Die Rehabilitanden lernen, ihre eigene Abhängigkeitsentwicklung aus der individuellen Entwicklungsgeschichte und Psychodynamik heraus zu verstehen. Die Methoden der Verhaltenstherapie werden unter anderem eingesetzt, um alternative Bewältigungsstrategien zum Suchtmittelkonsum zu erarbeiten sowie neue und funktionale Verhaltensweisen einzuüben.

Für einen umfangreichen Behandlungserfolg arbeiten die Kliniken bei MEDIAN zudem eng mit niedergelassenen Ärzten und Fachärzten, niedergelassenen Psychotherapeuten, Fachambulanzen für Abhängigkeitserkrankte, Suchtberatungsstellen, Sozialdiensten von Krankenhäusern sowie Betrieben und Behörden zusammen.

# FALLBERICHT

**MEDIAN KLINIK WIGBERTSHÖHE**  
INDIKATION **ABHÄNGIGKEITSERKRANKUNG**  
AUFENTHALTSDAUER **8 WOCHEN**

## MEDIZINISCHE VORGESCHICHTE

Cannabisabhängigkeit, Polytoxikomanie, paranoide Schizophrenie (Diagnose wurde vor 1/2 Jahr gestellt), Depressionen

## SUCHTANAMNESE

### Hauptsuchtmittel, das der Patient konsumiert, ist Cannabis:

- Menge: täglich abends 1-2 g geraucht
- Erstkontakt: 13./14. Lebensjahr
- Regelmäßig seit: 15./16. Lebensjahr
- Kontrollverlust: schleichend im 16./17. Lebensjahr
- Abstinente Phasen: „immer mal wieder einige Tage“
- Verhalten unter Suchtmittel einfluss: „sedierte Zustand“, ruhig
- Letzter Konsum sei kurz vor Beginn der Entwöhnungstherapie gewesen
- An Entzugssymptomen kenne der Patient innere Unruhe, Stimmungsschwankungen sowie Schlafstörungen.

### Andere Suchtmittel, die er im Laufe seines Lebens konsumiert hat, sind folgende:

- **Opioide** im 18. Lebensjahr habe er 1/2 Jahr lang fast täglich Heroin konsumiert, geraucht und gespritzt
- **Halluzinogene** regelmäßiger Konsum am Wochenende mit 19 Jahren über einen Zeitraum von mehreren Wochen
- **LSD/ Pilze/ Mescaline** unregelmäßiger Konsum, Entzugssymptome seien nicht bekannt
- **Amphetamine** regelmäßiger Konsum von Speed und Crystal im 15. bis 16. Lebensjahr
- **Kokain** zuletzt etwa im 19. Lebensjahr, aktuell abstinent
- **Sedativa** Benzodiazepine: 15. bis 17. Lebensjahr, durchgängig konsumiert, seitdem abstinent
- **Ecstasy** regelmäßiger Konsum vom 15. bis 17. Lebensjahr, seitdem abstinent
- **Alkohol** Konsum von Bier und Schnaps seit dem 12. Lebensjahr einmal wöchentlich, Toleranzsteigerung habe stattgefunden
- **Nikotin** seit dem 17. Lebensjahr, circa 10–12 Zigaretten am Tag

## SOZIODEMOGRAFISCHER HINTERGRUND DES PATIENTEN

Alter **25 Jahre**  
Geschlecht **männlich**  
Beruf **keine Berufsausbildung abgeschlossen, letzte Tätigkeit als Hausmeister**



**ICH FÜHLE MICH  
GEISTIG, KÖRPER-  
LICH UND SEELISCH**

**STABILISIERT UND MÖCHTE  
ABSTINENT BLEIBEN.  
OHNE DROGEN SIND AUCH  
MEINE PSYCHOTISCHEN  
SYMPTOME VERSCHWUNDEN.**

*Der Patient zu seiner Entwicklung  
während der Behandlung*

**DR. SABINE GASPAR**  
**Chefärztin der MEDIAN  
Klinik Wigbertshöhe**



#### **AUFNAHMEBEFUND**

Der Patient hört Stimmen, die sein Handeln negativ kommentieren. Seine Konzentrationsfähigkeit ist beeinträchtigt. Er hat Erschöpfungszustände aufgrund von Schlafstörungen und zudem Stimmungsschwankungen.

#### **DIAGNOSTIK**

- psychiatrische Exploration/Gespräche
- Laborkontrollen
- Drogenscreening im Urin

#### **REHAZIELE**

Der Patient möchte langfristig drogenfrei leben und seine Arbeitsfähigkeit erhalten. Das Tabakrauchen soll reduziert werden.

#### **BEHANDLUNG**

Die therapeutische Behandlung wurde mittels regelmäßiger Einzelgespräche und Gruppentherapien sowie Angehörigengesprächen durchgeführt. Zusätzlich wurde der Patient regelmäßig während des gesamten Behandlungszeitraums hausintern durch Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie betreut und behandelt. Die medikamentöse Behandlung der Psychose wurde vom Patienten abgelehnt.

Der Patient erhielt außerdem spezielle therapeutische Gruppenangebote: Rückfallprophylaxe, Entspannungsverfahren, Berufsmanagement, Haushaltsmanagement, Sport- und Bewegungstherapie und Arbeitstherapie.

Zudem wurden regelmäßige Alkohol- und Drogenkontrollen während des Behandlungszeitraums durchgeführt.

#### **REHAVERLAUF**

Der Patient konnte sich, trotz seiner psychotischen Symptomatik (dem Hören von Stimmen) und optischen Halluzinationen in Form von Personen, die er sehen könne, gut auf das Behandlungsangebot einlassen. Eine medikamentöse Behandlung der psychotischen Symptome lehnte der Patient ab, da er im Vorfeld schlechte Erfahrungen mit einem Medikament gemacht hatte. Trotz des Verzichts auf antipsychotische Medikamente besserte sich die psychotische Symptomatik stetig und am Ende der Behandlung war diese – nach Angaben des Patienten – gänzlich verschwunden. Es entstand der Verdacht auf eine drogeninduzierte Psychose bei multiplem Substanzgebrauch. Die Notwendigkeit der Erhaltung seiner Abstinenz wurde mit ihm in Hinblick auf diese Diagnose deutlich thematisiert. Mithilfe des therapeutischen Teams setzte sich der Patient mit der Entstehung seiner Suchterkrankung auseinander und entwickelte Strategien für eine Rückfallprophylaxe. Er beschäftigte sich intensiv mit den Themen Arbeit und Gesundheit. Mit dem Patienten wurden die häusliche und berufliche Perspektive geplant und besprochen. Ihm wurden dringend eine ambulante Nachsorgebehandlung sowie der regelmäßige Besuch einer Selbsthilfegruppe empfohlen. Darauf konnte er sich zum Zeitpunkt der Entlassung noch nicht einlassen.



#### **PATIENTENSTIMME**

„Die Entwöhnungsbehandlung konnte ich trotz aller Herausforderungen gut für mich nutzen. Geistig, körperlich und seelisch fühle ich mich stabilisiert und möchte abstinent bleiben. Ich habe für mich neue Perspektiven entwickelt. Ich kenne nun meine Schwächen, z. B. dass ich kein gutes Durchhaltevermögen und Schwierigkeiten bei der Akzeptanz bestehender Regeln habe. Ich werde weiter daran arbeiten.“

In meiner bisherigen Tätigkeit als Hausmeister arbeite ich gerne und bin engagiert, zuverlässig, und vertrauenswürdig. Allerdings ist es mir wichtig, selbst zu bestimmen, wann ich mit der Arbeit beginne, meine Pausen nehme und die Tätigkeiten beende. Die Reduktion meiner psychotischen Symptomatik im Behandlungsverlauf und sogar das gänzliche Verschwinden der Symptome zum Behandlungsende haben mir bewusst gemacht, dass eine Abstinenz von Drogen immens wichtig ist. Anders werde ich mein Leben nicht in den Griff kriegen.“

#### **FAZIT**

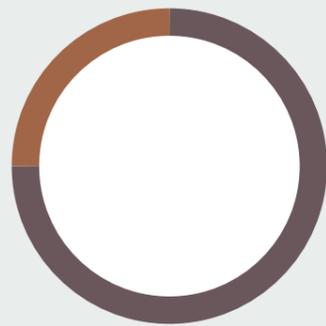
Der Patient konnte nach erfolgreichem Abschluss seiner Therapie arbeits- und leistungsfähig nach Hause entlassen werden.

### **MEDIAN KLINIK WIGBERTSHÖHE**

**Die MEDIAN Klinik Wigbertshöhe in Hersfeld behandelt seit mehr als vier Jahrzehnten suchterkrankte Menschen. Die Klinik ist eine Fachklinik für alkohol-, medikamenten-, cannabis- und Glücksspielabhängige Frauen und Männer sowie mehrfach Abhängige ab dem 16. Lebensjahr. Spezialkonzepte bestehen für pathologische Glücksspieler sowie für ältere suchtkranke Menschen ab 50 Jahren, deren Ziel es ist, wieder gesund und abstinent am gesellschaftlichen Leben teilzunehmen. Hierfür arbeiten erfahrene Ärzte und Therapeuten eng zusammen und bieten ihren Patienten psychoanalytisch orientierte und individuell auf die persönliche Problematik jedes Einzelnen zugeschnittene Therapie in einem überschaubaren, familiären Rahmen.**

# SOZIODEMOGRAFISCHE DATEN ABHÄNGIGKEITSERKRANKUNGEN

## PATIENTENPOPULATION NACH GESCHLECHT

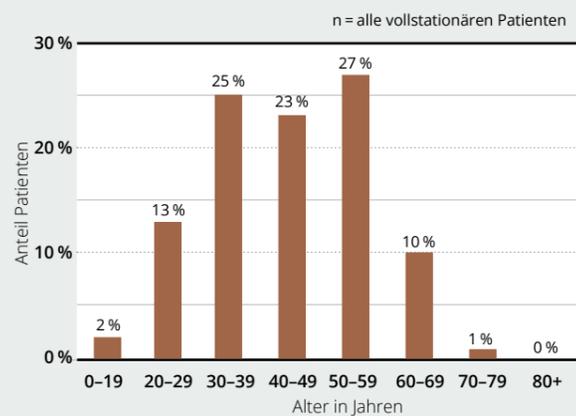


Im Jahr 2020 wurden insgesamt **9.151** Patienten in einer der MEDIAN Einrichtungen für Abhängigkeitserkrankungen behandelt. Von den Patienten waren **drei Viertel männlich** und **ein Viertel weiblich**.

- 75 % männlich
- 25 % weiblich
- 0 % divers

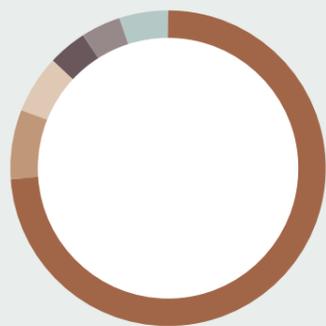
## VERTEILUNG DER ALTERSSTRUKTUR

Durchschnitt: 44 Jahre



Die Altersstruktur verteilte sich bei den Patienten im Bereich Sucht/Abhängigkeit hauptsächlich auf die Altersgruppe der 30- bis 59-Jährigen (insgesamt 74 %). Dies spiegelt sich auch im Durchschnittsalter von 44 Jahren wider. Somit befindet sich auch die Mehrheit der Patienten noch im erwerbsfähigen Alter.

## VERTEILUNG DER FÜNF HÄUFIGSTEN HAUPTDIAGNOSEN



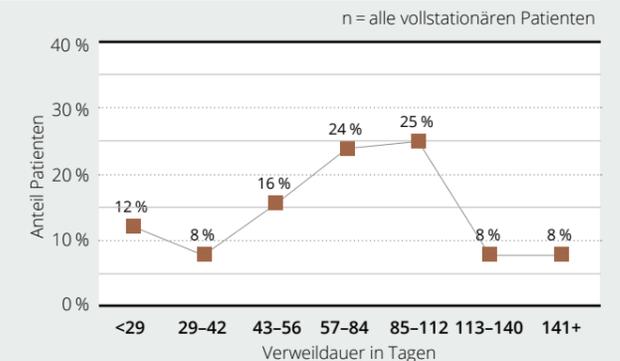
Die mit Abstand häufigste Diagnose im Bereich Sucht/Abhängigkeit war im Jahr 2020 die Diagnose „**Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol**“ mit einem Anteil von **knapp drei Vierteln** an der Gesamtzahl der Diagnosen. Die hier gezeigten fünf Hauptdiagnosen machen einen Anteil von insgesamt 95 % an der Gesamtzahl der Diagnosen aus, d. h., dass nur bei einer sehr geringen Zahl an Patienten eine andere Diagnose als eine der hier aufgeführten vorlag.

- 74 % F10 Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol
- 7 % F12 Psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide
- 6 % F19 Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen
- 4 % F15 Psychische und Verhaltensstörungen durch andere Stimulanzien, einschließlich Koffein
- 4 % F63 Abnorme Gewohnheiten und Störungen der Impulskontrolle
- 5 % sonstige Hauptdiagnosen

## VERTEILUNG DER VERWEILDAUER

Durchschnitt: 80 Tage

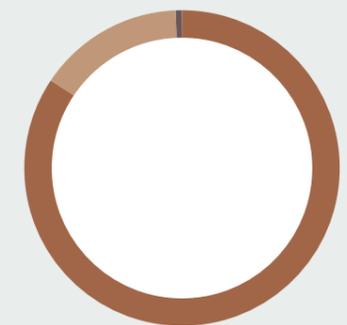
Durchschnittlich verbrachten die Patienten im Bereich Sucht **80 Tage** zur Rehabilitation in einer MEDIAN Einrichtung. 24 % blieben 57 bis 84 Tage, 25 % blieben mit 85 bis 112 Tagen noch länger zur Rehabilitation bei MEDIAN.



## VERTEILUNG DER LEISTUNGSTRÄGER

Die erbrachten Leistungen wurden mit einem Anteil von **84 %** hauptsächlich von der **gesetzlichen Rentenversicherung** übernommen.

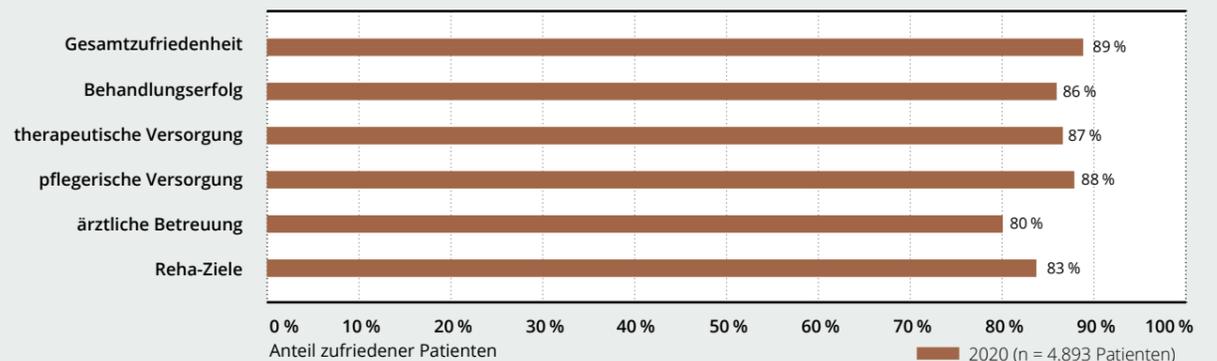
- 84 % gesetzliche Rentenversicherung
- 15 % gesetzliche Krankenversicherung
- 1 % Selbstzahler/Private Krankenversicherung
- 0 % sonstige



## PATIENTENZUFRIEDENHEIT

Das von der Corona-Pandemie dominierte Jahr 2020 stellte viele Menschen vor Schwierigkeiten. Unser Ziel bei MEDIAN war es, unseren Patienten dennoch die bestmögliche Rehabilitation anzubieten. Der Erfolg spiegelt sich in der Zufriedenheitsbefragung wider, deren Werte

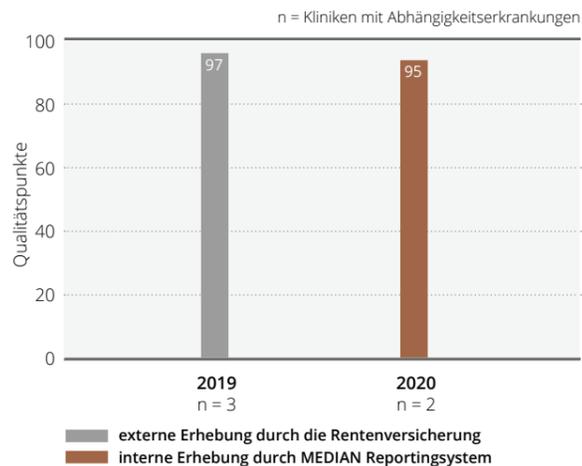
auf gutem Niveau gehalten werden konnten. Von den knapp 5.000 befragten Patienten in den Sucht-Kliniken waren **89 %** mit ihrem Aufenthalt und den Angeboten bei MEDIAN **zufrieden**.



# KENNZAHLEN DER EXTERNEN QUALITÄTSSICHERUNG

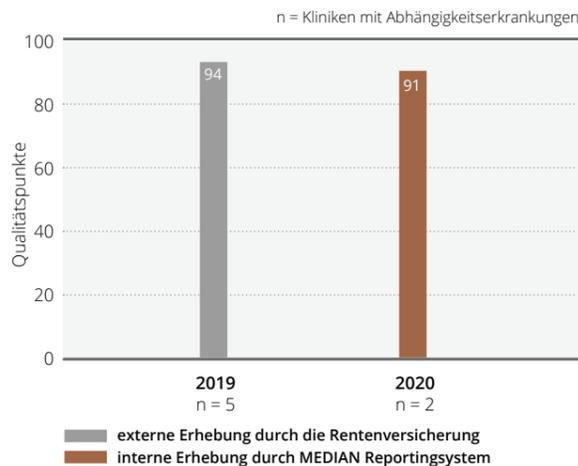


Reha-Therapiestandard „Alkoholabhängigkeit“ im zeitlichen Verlauf



Die Ergebnisse im Reha-Therapiestandard „Alkoholabhängigkeit“ konnten im Jahr 2020 mit 95 von 100 möglichen Punkten auf einem hohen Qualitätsniveau gehalten werden.

Therapeutische Versorgung im zeitlichen Verlauf



Durch Corona-bedingte Prozessanpassungen sind die Qualitätspunkte im Jahr 2020 im Vergleich zum Vorjahr zwar leicht gesunken. Sie bewegen sich aber weiterhin auf einem hohen Niveau. Aktuelle Daten aus 2021 signalisieren wieder einen Aufwärtstrend.

# ERGEBNISQUALITÄT BEI ABHÄNGIGKEITSERKRANKUNGEN

Die Abhängigkeitsstörung ist eine Krankheit, welche nachhaltig die Gesundheit sowie die seelische und psychische Verfassung beeinträchtigt und Spuren in allen Lebensbereichen hinterlässt: Familie, Freundschaften, Freizeit und Beruf. Nicht selten zerbrechen Familien und Freundschaften an Suchterkrankungen, und bezogen auf die Arbeitswelt kann langfristig auch die Erwerbs- und Berufsfähigkeit grundsätzlich infrage gestellt sein.

Bei MEDIAN werden wirkungsvolle Behandlungen angeboten, um sich aus dem Teufelskreis der Sucht zu befreien. Anhand der nachfolgend dargestellten Parameter lässt sich die Ergebnisqualität in den Kliniken von MEDIAN mit Schwerpunkt Abhängigkeitserkrankungen gut veranschaulichen.

## SCL-K9

Der SCL-K9 ist eine Kurzform der Symptom-Check-Liste SCL-90-R, welche ein international verwendetes Selbstbeurteilungsinstrument zur Erfassung psychischer und körperlicher Symptombelastungen ist (Derogatis, 1986; Schmitz et al., 2000). Der SCL-90-R misst anhand von 90 Fragen die subjektiv empfundene Beeinträchtigung durch körperliche und psychische Symptome einer Person innerhalb der letzten sieben Tage. Dabei wird ein breites Spektrum psychischer Störungen in neun Symptomdimensionen abgebildet:

- Somatisierung
- Zwanghaftigkeit
- Aggressivität
- Ängstlichkeit
- Depressivität
- Paranoia
- Phobie
- Psychotizismus
- Unsicherheit im Sozialkontakt

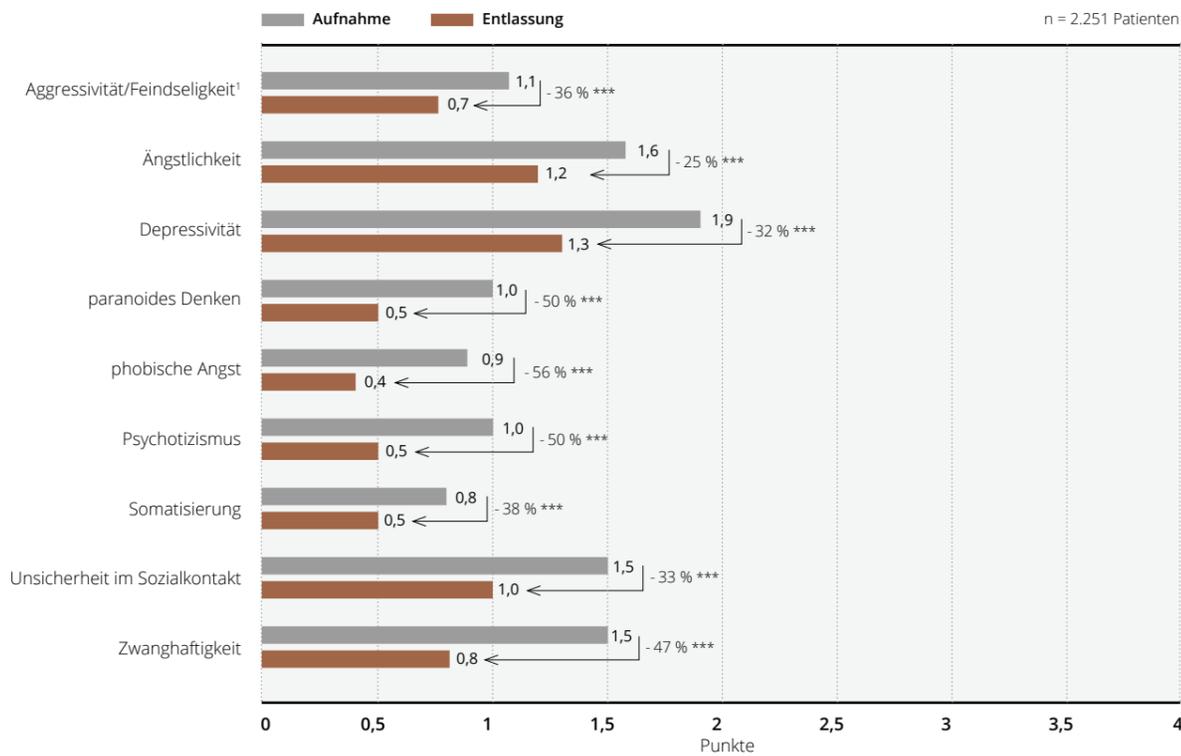
Die Befragten können ihre Zustimmung zu jeder Frage auf einer fünfstufigen Skala von „überhaupt nicht“ (0) bis „sehr stark“ (4) bekunden. Der arithmetische Mittelwert der Antwortwerte bildet den globalen Kennwert GSI (Global Severity Index), der die durchschnittliche psychische Belastung auf den neun Items abbildet. Je niedriger dieser Score ist, desto besser schätzt der Befragte seine psychische Gesundheit ein.

Mit 90 Fragen ist der SCL-90-R-Fragebogen sehr zeitaufwändig. Daher eignet er sich weniger für den Klinikalltag. Der SCL-K9-Fragebogen verkürzt den SCL-90-R-Fragebogen auf jeweils eine Frage zu jeder der neun Dimensionen der psychischen Belastung (Brähler & Klaghofer, 2001). Er eignet sich daher besonders gut für eine effiziente Erfassung der subjektiven psychischen Beeinträchtigung bei größeren Populationen und weist eine hohe Korrelation zum ebenfalls etablierten Global Severity Index auf (Prinz et al., 2008; Sereda & Dembitsky, 2016). Der SCL-K9-Fragebogen wird Patienten bei MEDIAN regelmäßig jeweils zu Beginn und Ende des Rehabilitationsaufenthalts vorgelegt, um die Entwicklung der Patienten einzuschätzen. Für differenzialdiagnostische Aussagen ist der SCL-K9 nicht geeignet und auch nicht vorgesehen. Hierfür stehen unterschiedliche diagnostische Verfahren zur Verfügung. Der SCL-K9 wird derzeit nicht in allen Suchteinrichtungen der MEDIAN-Gruppe eingesetzt. Um zu prüfen, ob eine Änderungssensibilität gegeben ist, werden Pilotstudien mit geeigneten Veränderungs- und Zufriedenheitsscores durchgeführt.



### Übersicht SCL-K9 auf Ebene einzelner Items

Ergebnisse des SCL-K9-Fragebogens jeweils bei Aufnahme und Entlassung auf Itemebene für das Jahr 2020

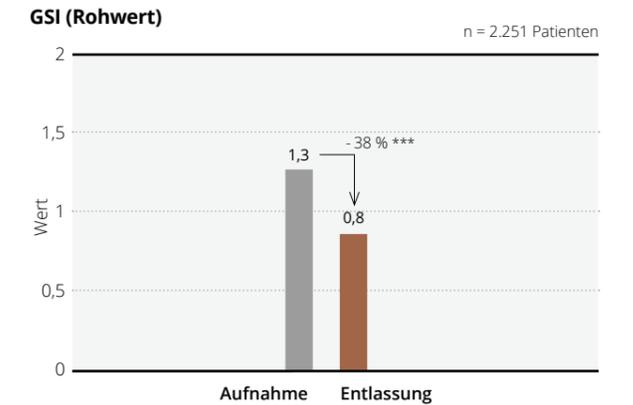


In den einzelnen Items können Aussagen von null Punkten (überhaupt nicht) bis vier Punkten (sehr stark) getroffen werden. Da sich bei keinem der Items eine starke Ausprägung zeigt, ist von einer im Schnitt eher geringen Symptombelastung bei Rehabilitanden in der Entwöh-

nungsbehandlung auszugehen. Dies ist einer erheblichen Varianz geschuldet, die von der Vorbereitung des Rehabilitanden abhängig ist. Trotzdem zeigt sich in allen neun Items eine statistisch signifikante Verbesserung der Patienten zwischen Aufnahme und Entlassung.

\*\*\* signifikanter Unterschied,  $p < 0.001$

### Unterschied in der Veränderung des SCL-K9 von Aufnahme zu Entlassung für das Jahr 2020



### Unterschiedliche Auswertungsmethoden des SCL-K9

Für den Gesamtscore des SCL-K9 existieren unterschiedliche Formen der Auswertung. Zum einen können die GSI-Werte anhand des Geschlechts und Alters normiert werden (Franke, 2002). Zum anderen kann die Kennzahl GSI auch als Rohwert bei Aufnahme und Entlassung verglichen werden. Im diesjährigen Qualitätsbericht erfolgt die Darstellung der Rohwerte. Der GSI-Rohwert entspricht dabei dem Mittelwert aus den neun Items des SCL-K9.

Dargestellt ist die Auswertung des GSI (Global Severity Index) als arithmetisches Mittel der neun Items des SCL-K9-Fragebogens (Rohwert). Es zeigt sich ein durchschnittlicher Aufnahmewert von 1,3, der sich bis zur Entlassung signifikant um minus 38 Prozent auf 0,8 Punkte verbessert. Da für die einzelnen Items lediglich Punktwerte von null bis vier möglich sind, bewegen sich auch die Ergebnisse innerhalb dieser Grenzen.



\*\*\* signifikanter Unterschied,  $p < 0.001$

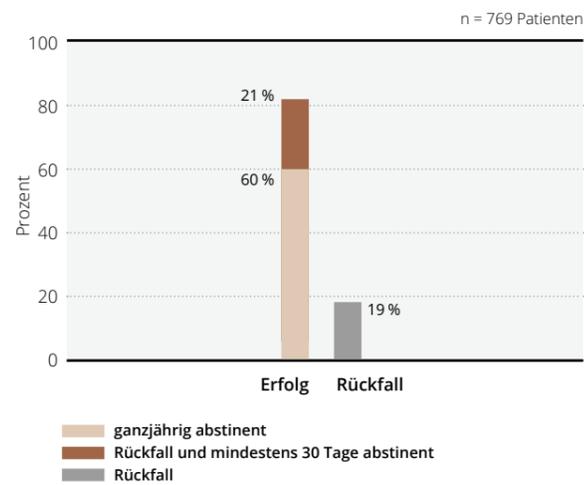


**Abstinenz-Quote**

Im Bereich der Abhängigkeitserkrankungen ist die Abstinenz-Quote ein weiterer wichtiger Parameter für den Erfolg der Rehabilitation. Dabei werden Patienten ein Jahr nach ihrem Rehabilitationsaufenthalt schriftlich zu ihrem Abstinenzverhalten und sonstigen Erfolgskriterien wie zum Beispiel nach der Lebenszufriedenheit in verschiedenen Bereichen befragt.

Nach den Standards der Deutschen Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie (DG-Sucht) werden drei Erfolgskategorien unterschieden: Die Patienten sind nach der Rehabilitation durchgängig abstinent, sie erleiden einen Rückfall und sind danach mindestens 30 Tage abstinent („abstinent nach Rückfall“) oder sie werden rückfällig.

**Abstinenz-Erfolgsquote bei Suchtkranken (Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit) aus dem Entlassjahr 2019 mit Befragung in 2020 (DGSS 1)**



Die Grafik zeigt, dass von den entlassenen Patienten über 80 Prozent als erfolgreich abstinent einzuschätzen sind, wobei 21 Prozent zwar einen Rückfall berichteten, den sie jedoch erfolgreich überwinden konnten.





# PSYCHIATRIE

11

EINRICHTUNGEN

# SCHWERPUNKTE IM BEREICH PSYCHIATRIE

Psychische Störungsbilder gehören zu den häufigsten Erkrankungen in Deutschland und sind – neben internistischen und orthopädischen Erkrankungen – die häufigste Ursache für eine Berufsunfähigkeit. Mehr als jeder vierte Mensch erkrankt einmal im Leben an einer psychischen Störung. Depressionen, Angsterkrankungen und Abhängigkeitsstörungen zählen dabei zu den wichtigsten Indikationen.

Als Ursache wird ein Bio-Psycho-Soziales Krankheitsmodell postuliert und eine genetische Disposition – neben persönlichen und sozialen Belastungen – für die Entwicklung einer psychischen Störung angenommen. Menschen jeden Alters können betroffen sein. Der Zusammenhang mit körperlichen Erkrankungen ist erheblich. So haben Menschen mit schweren internistischen oder orthopädischen Leiden doppelt so häufig Depressionen oder Angsterkrankungen. Etwa ein Drittel der Betroffenen erkrankt einmalig, zwei Drittel wiederkehrend oder chronisch.

In der psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung bei MEDIAN werden Patienten befähigt, ihre Lebensqua-

lität im beruflichen und familiären Alltag wiederzuerlangen. Unsere Akutkliniken sind 24 Stunden am Tag geöffnet und nehmen jederzeit Notfälle auf. Die stationäre Behandlung erfolgt in Fachkrankenhäusern, die teilstationäre in Tageskliniken. In der psychiatrischen Institutsambulanz können schwer Erkrankte und Notfälle behandelt werden. In den Kliniken stehen professionelle Teams aus Ärzten, Psychologen, Pflegekräften, Sozialarbeitern und Spezialtherapeuten zur Verfügung. Die medikamentöse Behandlung und das vielfältige psychotherapeutische Angebot werden durch nonverbale Verfahren wie Ergotherapie, Kunst- und Tanztherapie sowie psychotherapeutische Gruppen, Entspannungsverfahren und Psychoedukation ergänzt.

Noch während des Aufenthalts erhalten die Patienten Unterstützung durch den Sozialdienst der Kliniken. Sozialarbeiter helfen bei der Kontaktaufnahme mit Behörden oder der Arbeitsstelle, bei der Bearbeitung von Anträgen und bei der Entlassplanung. Bei Bedarf vermitteln sie sozialpsychiatrische und soziotherapeutische Angebote sowie betreute Wohnformen.



# FALLBERICHT

## FRANZ-ALEXANDER-KLINIK NORDRACH

INDIKATION **PSYCHIATRIE**

DIAGNOSE **SCHIZOTYPE STÖRUNG (F21);  
MITTELGRADIGE DEPRESSIVE EPISODE (F32.1)**

### MEDIZINISCHE VORGESCHICHTE

Der Patient sei in Baden-Baden geboren worden und lebe alleinstehend im Saarland. Er sei mit vier weiteren Geschwistern (drei Brüder und eine Schwester) aufgewachsen. Ein Bruder sei bereits verstorben. Die familiäre Situation in der Kindheit beschreibt Herr W. als schwierig. Der Vater sei Alleinverdiener gewesen, die Mutter Hausfrau. Der Patient beschreibt, dass er väterlicherseits ein Defizit an emotionaler Nähe verspürt hätte, während mütterlicherseits eine gewisse Erwartungshaltung im Raum gestanden habe, die letztendlich zu Druck und Überforderung führte. Er selbst beschreibt die Situation so, dass, was der Vater zu wenig an den Tag gelegt habe, von der Mutter überkompensiert wurde. Nach einer Ausbildung zum Einzelhandelskaufmann sei er bis zur dauerhaften Berentung 1995 als Filialleiter tätig gewesen. Zudem habe er einige traumatische Ereignisse erleben müssen. Es habe einen sexuellen Übergriff im Jugendalter durch zwei ältere, stärkere junge Erwachsene gegeben. 2001 sei er auf einer Parkbank von zwei Personen überfallen worden, als er dort sitzend an einem frühen Sommerabend das Wetter genossen und dabei die Zeit vergessen habe. Es erfolgte ein Suizidversuch im Alter von circa 40 Jahren.

### Es gibt mehrere stationäre Aufenthalte in der Vorgeschichte:

- 2001 mit Entlassdiagnosen: Posttraumatische Belastungsstörung nach Überfall (F43.1) und Emotional instabile Persönlichkeitsstörung (F60.31)
- 1994 mit Entlassdiagnose: Kombinierte Persönlichkeitsstörung (F61) mit schizotypen Anteilen (F21)
- 1990 mit Entlassdiagnose: Emotional instabile Persönlichkeitsstörung (F60.31)
- 1989 mit Entlassdiagnose: Emotional instabile Persönlichkeitsstörung (F60.31)
- 1986 mit Entlassdiagnosen: Depression (F32.0) und zwanghafte Persönlichkeitsstörung (F60.5) mit emotional instabiler Komponente (F60.31) sowie ängstlicher Komponente (F60.6)

### SOZIODEMOGRAFISCHER HINTERGRUND DES PATIENTEN

Alter **61 Jahre**  
Geschlecht **männlich**  
Beruf **Rentner**

## MEDIAN FRANZ-ALEXANDER-KLINIK NORDRACH

Die MEDIAN Franz-Alexander-Klinik Nordrach ist ein offen geführtes Akutkrankenhaus für Psychiatrie und Psychotherapie mit 34 Betten. Behandelt wird das gesamte Spektrum psychischer Störungsbilder. Die Erkenntnis, dass jeder Patient seine Lebensgeschichte und seine besonderen Lebensumstände mitbringt, die seine Erkrankung bedingen, bildet die Grundlage für die Arbeit der Mediziner und Therapeuten in Nordrach. Behandelt wird nach den neuesten neurobiologischen, psychotherapeutischen und psychosozialen Erkenntnissen. Wichtigstes Anliegen des Klinikteams ist die individuelle Therapiegestaltung unter Einbeziehung der Erfahrungen und Ressourcen eines jeden Patienten. Die psycho- und pharmakotherapeutische Behandlung wird durch ein vielseitiges Einzel- und Gruppentherapieangebot, Entspannungsverfahren und sozialpädagogische Betreuung unterstützt.



### MEDIZINISCHE UND PSYCHIATRISCHE FAKTEN

#### AKTUELLE ANAMNESE

Trotz eingeleiteter medikamentöser Behandlung und ambulanter Anbindung ist keine ausreichende Stabilisierung erkennbar. Bei schon längerem Krankheitsverlauf erfolgt daher die stationäre Einweisung. Herr W. kam nach vorheriger Anmeldung geplant zur Aufnahme.

Aktuell berichtet der Patient von einem andauernden Gefühl der Überforderung in Alltagssituationen. Morgens komme er zwar gut aus dem Bett, im Tagesverlauf zeige sich jedoch eine zunehmende Erschöpfung. Herr W. beschreibt sich selbst als kontaktoffenen Menschen, wobei das Gefühl des Überfordertseins oftmals aus der sozialen Interaktion entstünde, wenn z. B. im Rahmen einer Konversation „die Probleme der anderen“ ein Gefühl der Enge auslösen. Hier habe er deutliche Probleme, sich abzugrenzen bzw. beende er derartige Situationen erst wenn er „es nicht mehr aushalte“.

Insgesamt beschreibt er seine Stimmung als gedrückt, insbesondere dann, wenn er das Haus verlassen müsse (was aber dennoch integraler Bestandteil seiner täglichen Routine sei). Er sei zudem seit 1995 dauerhaft berentet.

#### Bisherige Medikationen:

- Valproinsäure (stimmungs- und impulsstabilisierendes Medikament)
- Ludiomil (Antidepressivum)
- Quilonum retard (stimmungsstabilisierendes Medikament)

#### Vegetative Anamnese:

- Appetit nicht vermindert
- Körpergröße 183 cm, Gewicht 89,4 kg
- Keine Ein- oder Durchschlafstörungen
- Kein Hinweis auf gastrointestinale Störungen, keine urogenitalen Störungen, keine Allergien bekannt

#### Medikamenten- und Suchtanamnese:

- Trimipramin (Antidepressivum)
- Kaffeekonsum von 1 bis 3 Tassen am Tag
- Kein Nikotinkonsum, kein Alkohol-Abusus, kein Kontakt zu illegalen Substanzen

#### Somatische Anamnese:

- Tonsillektomie (Entfernung der Gaumenmandeln)
- Bandscheibenvorfall im Lumbalbereich (unterer Rückenbereich)

#### Familienanamnese:

Der Vater sowie die Großmutter väterlicherseits seien wegen anamnestisch nicht weiter eruierbaren psychiatrischen Erkrankungen in stationärer Behandlung gewesen.

#### Psychopathologischer Aufnahmebefund:

Der Patient erschien pünktlich in adäquatem und gepflegtem äußeren Erscheinungsbild. Er zeigte ein eher vermeidend-ängstliches bis überfordertes situatives Sozialverhalten in der Aufnahmesituation. Kontaktaufnahme war problemlos. Der Patient berichtete mit lauter Stimme, jedoch unter deutlichen Anzeichen von Anspannung und Überforderung. Herr W. war bewusstseinsklar und in allen Qualitäten orientiert. Er zeigt deutliche Aufmerksamkeits- und Auffassungsprobleme im Gesprächsverlauf. Zudem werden folgende Punkte bei Patienten erfasst:

- auf Insuffizienzgefühle eingengegte formale Denkstörungen mit ausgeprägt ängstlicher Komponente und Grübelneigung
- gelegentliches Zwangsverhalten (z.B. Herd ausschalten)
- Paranoide Ideen sowie Ich-Störungen im Sinne von Derealisationserleben
- keine Störung der Vitalgefühle, mittelgradige Deprimiertheit und mäßige Hoffnungslosigkeit
- Schwere Ängstlichkeit bei mäßigen Insuffizienzgefühlen mit leichter Affektlabilität
- Antrieb verarmt
- keine psychomotorischen Störungen
- derzeit keine suizidalen Gedanken, -Pläne oder -Impulse bzw. -Handlungen bei jedoch vorhandenem passiven Ruhewunsch
- Patient ist absprachefähig
- keine Hinweise für süchtiges Verhalten
- deutliche zirkadiane Auffälligkeiten (Beschwerden morgens besser als abends)
- keine Impulskontrollstörungen
- deutlicher sozialer Rückzug
- Krankheitseinsicht
- keine Übertreibung der Symptomatik, keine Bagatellisierung



**DR. TOBIAS HORNIG**  
Chefarzt,  
MEDIAN Franz-Alexander-Klinik  
Nordrach



**HERR W. FÜHLTE SICH  
OFT ÜBERFORDERT,  
ERSCHÖPFT UND**

**WAR GEDRÜCKTER STIMMUNG. IM  
VERLAUF DER BEHANDLUNG VER-  
BESSERTE SICH SEIN SELBSTWERT-  
GEFÜHL UND SEINE LEBENSFREUDE  
STIEG DEUTLICH.**

*Dr. Tobias Hornig, Chefarzt,  
MEDIAN Franz-Alexander-Klinik Nordrach*

#### DIAGNOSTIK

- SKID-II (Strukturiertes Klinisches Interview II für DSM – für Persönlichkeitsstörungen) ist ein zweistufiges Verfahren (Fragebogen-Screening zur Selbstbeurteilung sowie nachfolgendes Interview) zur Diagnostizierung von Persönlichkeitsstörungen nach DSM
- Befund: Es liegen im Screening-Fragebogen sowie im klinischen Interview eindeutige Hinweise auf eine zwanghaften Persönlichkeitsstörung vor, am ehesten überlagert durch die Hauptdiagnose einer schizotypen Störung.
- DemTect (Demenz-Detektion): Testverfahren zum Screening für Demenz-Erkrankungen.
- Befund: Herr W. erreichte 14 von 18 Punkten, welche als „altersgemäße kognitive Leistung“ interpretiert werden können.

#### BEHANDLUNG

Aufgrund des deprimierten Affektes mit ausgeprägter Interessen- und Freudlosigkeit, des verminderten Energieniveaus und der Antriebshemmung sowie eines negativen Selbstbildes, Grübelneigung sowie einem auf Insuffizienzgefühle eingegengten formalen Denken, gingen wir bei Aufnahme zunächst von einer mittelschweren depressiven Episode aus. Im Verlauf präsentierten sich jedoch mit einer schizotypen Störung zu vereinbarende Symptome, die als führend einzustufen sind. Der Patient zeigte sporadisch einen inadäquaten Affekt mit eigentümlichem Verhalten, insbesondere im Rahmen von sozialem Kompetenztraining („Unruhe aufgrund der Unklarheit der Probleme anderer“), eine Tendenz zu sozialem Rückzug, misstrauische bis paranoide Ideen („Unterteilung seiner Mitmenschen in gefährlich und ungefährlich), zwanghaftes Grübeln sowie Derealisationserleben. Letzteres könnte jedoch eventuell auch differentialdiagnostisch auf traumatische Erlebnisse mit sexuellem Kontext im Jugendalter zurückzuführen sein. In Anbetracht der jahrzehntelangen Krankengeschichte mit verschiedensten, teils nicht (mehr) nachvollziehbaren Diagnosen imponiert aus unserer Sicht das psychopathologische Gesamtbild des Patienten als am ehesten vereinbar mit einer schizotypen Störung.

Psychotherapeutisch lag der Fokus auf dem Aufbau einer vertrauensvollen, therapeutischen Beziehung, der Psychoedukation sowie der Einbindung ins multimodale Therapiekonzept, bestehend aus Ergotherapie, Depressionsbewältigungsgruppe, soziale Kompetenzgruppe, Stressbewältigungsgruppe, Progressive Muskelrelaxation, Nordic Walking und Gymnastik. Die psychotherapeutischen Einzelgespräche sowie die Visiten fanden zweimal pro Woche statt, begleitet von einer medizinischen und pflegerischen Betreuung.

#### REHA-VERLAUF UND -ERGEBNISSE

##### MEDIZINISCHE SICHT

Hr. W. stand einer medikamentösen Behandlung offen gegenüber. Ein probatorischer Medikationsversuch mit Olanzapin (Antipsychotikum) wurde jedoch vom Patienten nicht gut vertragen und nach zwei Wochen aufgrund von Nebenwirkungen beendet, sodass von einer weitreichenden Modifikation der medikamentösen Behandlung abgesehen wurde, da die bestehende Medikation unter subjektiven Gesichtspunkten des Patienten das günstigste Wirkungs-Nebenwirkungsprofil mit sich bringen würde. Auf Basis psychometrischer Tests lagen zudem eindeutige Hinweise auf eine zwanghafte Persönlichkeitsstörung vor. Hinweise auf Demenz gab es nicht.

Elektrokardiographisch zeigten sich kardiologische Auffälligkeiten, wie eine diskrete Veränderungen bzw. Verlängerungen der P-Welle, der PQ-Zeit sowie eine verzögerte R-Progression. Zur weiteren diagnostischen Abklärung wurde eine elektive Vorstellung in der Kardiologie empfohlen.

##### PSYCHOTHERAPEUTISCHE SICHT

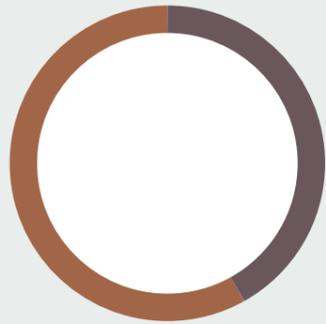
Nach Aufbau der therapeutischen Beziehung wurden im Einzelgespräch die disponierenden Faktoren erarbeitet sowie dysfunktionale Gedanken und Verhaltensschemata analysiert. Der Zusammenhang zwischen fehlerhaften Grundannahmen (z. B. Insuffizienz in sozialen Kontext), negativen Kognitionen und Gefühlen sowie darauf beruhendem dysfunktionalen Verhalten (z. B. Grübeln durch mehr oder weniger vermeidbare Konfliktsituation sowie Angst-, Panik- und Fluchtreaktionen während sozialer Interaktion) mit Überforderung und Selbstaufgabe konnten identifiziert und alternative Glaubenssätze, Einstellungen und Verhaltensweisen entwickelt werden.

##### FAZIT

Es konnte eine wesentliche Verbesserung der Beschwerden erreicht werden. Im Verlauf der Behandlung zeigten sich – neben einer gehobenen und stabilen Stimmungslage mit ausgeglichenem Antriebsniveau – ein verbesserter Selbstwert und deutlich mehr Lebensfreude.

# SOZIODEMOGRAFISCHE DATEN PSYCHIATRIE

## PATIENTENPOPULATION NACH GESCHLECHT

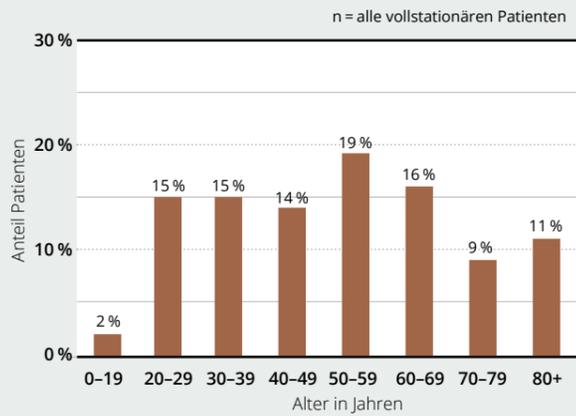


2020 wurden in den MEDIAN Einrichtungen 4.232 psychiatrische Patienten vollstationär behandelt. Davon waren **58 % männlich** und **42 % weiblich**.

- 58 % männlich
- 42 % weiblich
- 0 % divers

## VERTEILUNG DER ALTERSSTRUKTUR

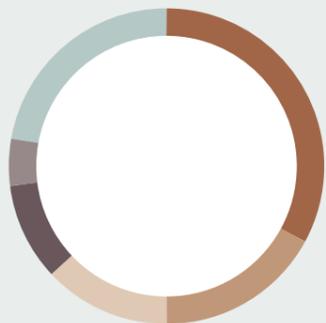
Durchschnitt: 51 Jahre



Die Anzahl der Patienten verteilte sich relativ homogen auf die verschiedenen Altersgruppen. Die größte Gruppe bildeten mit 19 % die 50- bis 59-jährigen. Das Durchschnittsalter lag mit 51 Jahren auch in diesem Bereich.

## VERTEILUNG DER FÜNF HÄUFIGSTEN HAUPTDIAGNOSEN

n = alle vollstationären Patienten



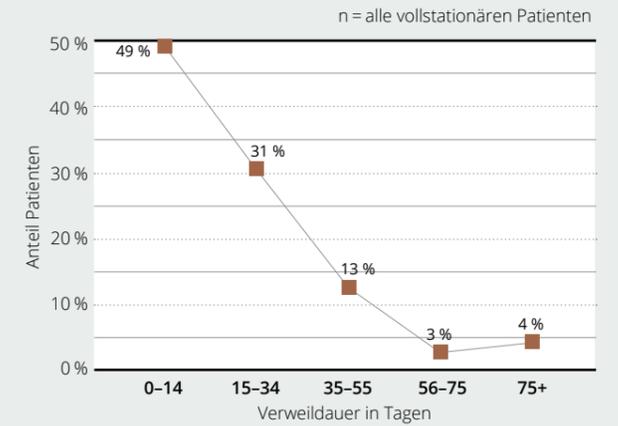
Mit einem Anteil von **33 %** war „**Depression**“ die häufigste Diagnose im Berichtsjahr 2020. Die zweithäufigste Diagnose waren psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol mit 17 %. Insgesamt machten die fünf häufigsten Hauptdiagnosen einen Anteil von 78 % an der Gesamtzahl der Hauptdiagnosen aus.

- 33 % F32/33 Depression
- 17 % F10 Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol
- 13 % F20 Schizophrenie
- 10 % F05 Delir, nicht durch Alkohol oder andere psychotrope Substanzen bedingt
- 5 % F31 Bipolare affektive Störung
- 22 % sonstige Hauptdiagnosen

## VERTEILUNG DER VERWEILDUER

Durchschnitt: 22 Tage

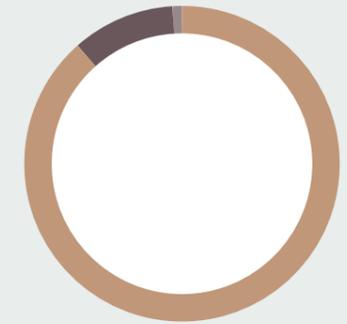
Die durchschnittliche Verweildauer in der Psychiatrie betrug 2020 **22 Tage**. Bei näherer Betrachtung wird schnell deutlich, dass beinahe die Hälfte der psychiatrischen Patienten 14 Tage oder weniger in den MEDIAN Einrichtungen verbrachte. Der zweitgrößte Teil (31 %) blieb zwischen 15 und 34 Tagen.



## VERTEILUNG DER LEISTUNGSTRÄGER

Die in den psychiatrischen Kliniken erbrachten Leistungen werden von unterschiedlichen Leistungsträgern übernommen, wobei die **gesetzliche Krankenversicherung** mit **89 %** den deutlich größten Anteil ausmacht.

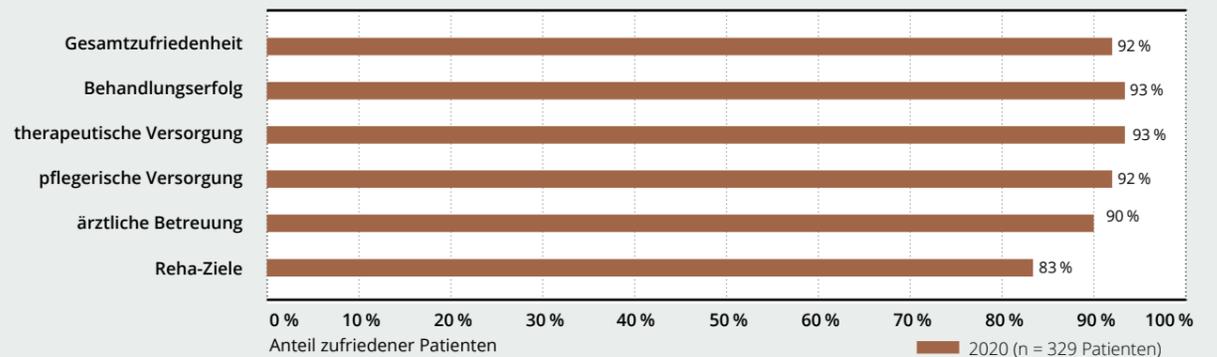
- 89 % gesetzliche Krankenversicherung
- 10 % Selbstzahler/Private Krankenversicherung
- 1 % sonstige
- 0 % gesetzliche Rentenversicherung



## PATIENTENZUFRIEDENHEIT

Auch in der Psychiatrie werden regelmäßige Zufriedenheitsbefragungen durchgeführt. Im Jahr 2020 nahmen 329 psychiatrische Patienten an der Befragung teil. Die Grafik veranschaulicht die hohe Zufriedenheit: **92 %** wa-

ren insgesamt mit ihrem Aufenthalt zufrieden. Die **therapeutische Versorgung** stellte sogar **93 %** der Patienten **zufrieden**. Auch in den anderen Bereichen konnte das hohe Niveau aus den Vorjahren beibehalten werden.



# ERGEBNISQUALITÄT IN DER PSYCHIATRIE

## Global Assessment of Functioning – GAF

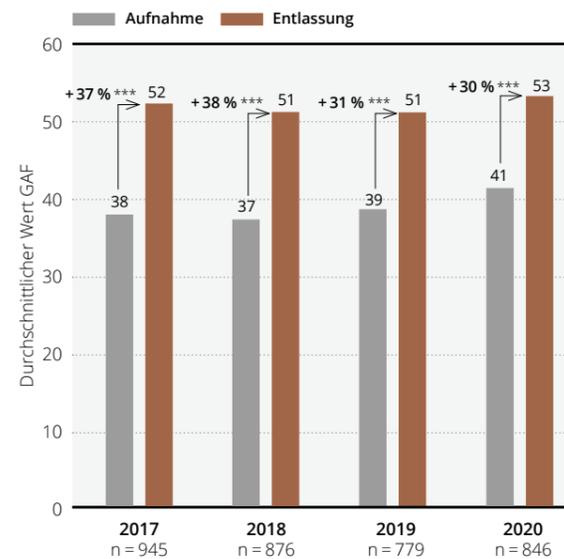
Das Global Assessment of Functioning (GAF) ist ein Instrument in der psychiatrischen Rehabilitation, welches die psychosoziale Beeinträchtigung durch psychische Faktoren bewertet (Pedersen et al., 2018). Die Betrachtung von Symptomen und Funktionsweisen sowohl auf sozialer als auch auf beruflicher Ebene trägt dazu bei, die Schwere der psychischen Erkrankung beurteilen zu können. Das Instrument wurde 1987 publiziert und ist seither zentraler Bestandteil des international anerkannten Diagnose- und Statistikleitfadens für psychische Erkrankungen, dem Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM). Die mögliche Punktzahl liegt zwischen 1 und 100 Punkten. Dabei werden jeweils Intervalle in Zehnerschritten abgegrenzt, die eine Aussage über den psychischen Status treffen. 0 bis 10 Punkte bedeuten dabei die schwerst mögliche Erkrankung und 91 bis 100 Punkte dementsprechend eine annähernd gesunde Person (Torio et al., 2014).

Zur leichteren Einordnung der nachfolgenden Ergebnisse, folgt eine genauere Differenzierung der zehn Intervalle (Pedersen et al., 2018):

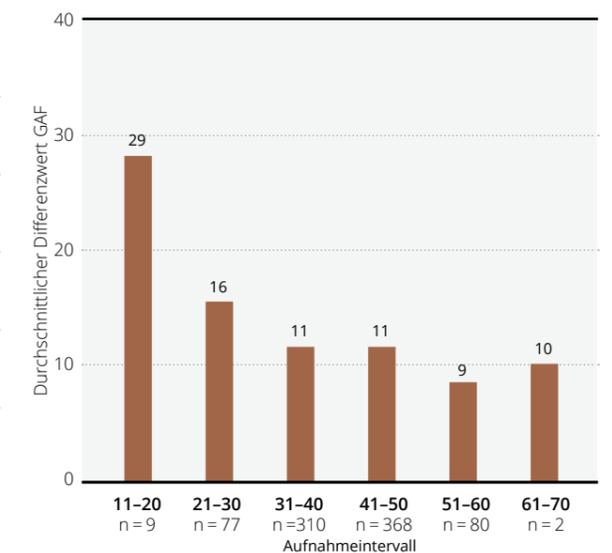
- **91–100:** keine Symptome
- **81–90:** keine oder nur minimale Symptome
- **71–80:** höchstens leichte Beeinträchtigung der sozialen, beruflichen und schulischen Leistungsfähigkeit
- **61–70:** einige leichte Symptome, aber im Allgemeinen relativ gute Leistungsfähigkeit
- **51–60:** mäßig ausgeprägte Symptome oder Schwierigkeiten bezüglich sozialer, beruflicher oder schulischer Leistungsfähigkeit
- **41–50:** ernste Symptome (z. B. Suizidgedanken, Zwangsrituale) oder Beeinträchtigung der sozialen, beruflichen und schulischen Leistungsfähigkeit
- **31–40:** Beeinträchtigungen in der Realitätskontrolle oder Kommunikation oder starke Beeinträchtigung in mehreren Bereichen
- **21–30:** Verhalten ist ernsthaft durch Wahnphänomene oder Halluzinationen beeinflusst oder ernsthafte Beeinträchtigung der Kommunikation und des Urteilsvermögens oder der Leistungsunfähigkeit in fast allen Bereichen
- **11–20:** Selbst- und Fremdgefährdung oder grobe Beeinträchtigung der Kommunikation
- **1–10:** Ständige Gefahr, sich oder andere schwer zu verletzen oder ernsthafter Selbstmordversuch mit eindeutiger Todesabsicht



Übersicht des GAF zur Aufnahme und Entlassung für die Jahre 2017 bis 2020



Durchschnittliche Differenz zwischen GAF Entlassung und GAF Aufnahme für das Jahr 2020<sup>1</sup>



In der linken Grafik sind die durchschnittlichen Aufnahme- und Entlassungswerte für den GAF dargestellt. Die durchschnittliche Verbesserung im Jahr 2020 lag bei 30 Prozent, was dem Niveau des Vorjahres entspricht.

In der rechten Grafik ist die Veränderung zwischen dem Entlassungs- und Aufnahmewert des GAF abgebildet. Es ist zu erkennen, dass die mit Abstand größte Verbesserung bei den schwer kranken Patienten (Intervall elf bis 20) erzielt werden konnte. Patienten, die bei Aufnahme nur 11 bis 20 Punkte erreichten, konnten diese im Durchschnitt um 29 Punkte verbessern. Die meisten Patienten (n=368) hatten 2020 einen Aufnahme-GAF-Wert zwischen 41 und 50 und konnten diesen um elf Punkte verbessern.

<sup>1</sup>nur Intervalle mit mehr als 5 Patienten sind abgebildet  
\*\*\* signifikanter Unterschied, p < 0.001

### Clinical Global Impression Scale – CGI

Die Clinical Global Impression Scale (CGI) ist eine Fremd-beurteilungsskala von 1976 zur Einschätzung des klinischen Gesamteindrucks beziehungsweise der globalen Funktionsfähigkeit von Patienten vor und nach einer Intervention (Foelsch et al., 2013). Daher eignet sich die CGI-Skala für Verlaufsbeschreibungen bei Patienten mit psychischen Erkrankungen.

#### Subskala Symptomschwere

Der CGI-Schweregradindex (CGI-S) misst den Schweregrad der psychischen Erkrankung und wird auf einer 7-stufigen Skala bewertet. Die Frage zu diesem Item lautet: „Wenn Sie Ihre gesamte klinische Erfahrung mit dieser Art von Patientengruppe als Vergleich heranziehen, wie stark psychisch krank ist dieser Patient zum jetzigen Zeitpunkt?“

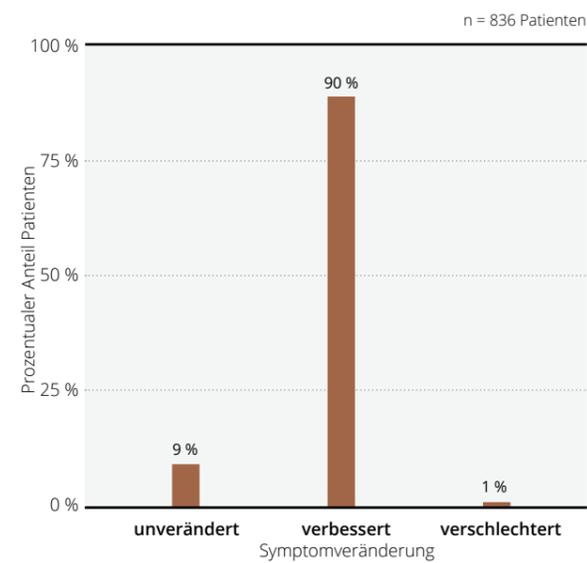
- (0 = nicht beurteilbar)
- 1 = überhaupt nicht krank
- 2 = an der Schwelle zur psychischen Erkrankung
- 3 = leicht krank
- 4 = mäßig krank
- 5 = deutlich krank
- 6 = schwer krank
- 7 = zählt zu den am schwersten kranken Patienten

#### Subskala Symptomveränderung

Beim CGI-Verbesserungsindex (CGI-I) wird der klinische Gesamtzustand des Patienten in Bezug auf den Baseline-Wert auf einer 7-stufigen Skala verglichen. Die Frage dieses Items lautet: „Im Vergleich zum Zustand des Patienten zu Beginn der Behandlung ist der Zustand des Patienten jetzt ...?“

- (0 = nicht beurteilbar)
- 1 = sehr viel besser seit Beginn der Behandlung
- 2 = viel besser
- 3 = wenig besser
- 4 = unverändert
- 5 = etwas schlechter
- 6 = viel schlechter
- 7 = sehr viel schlechter als zu Beginn der Behandlung<sup>1</sup>

**Veränderung der globalen Funktionsfähigkeit in 2020 gemessen mittels CGI**

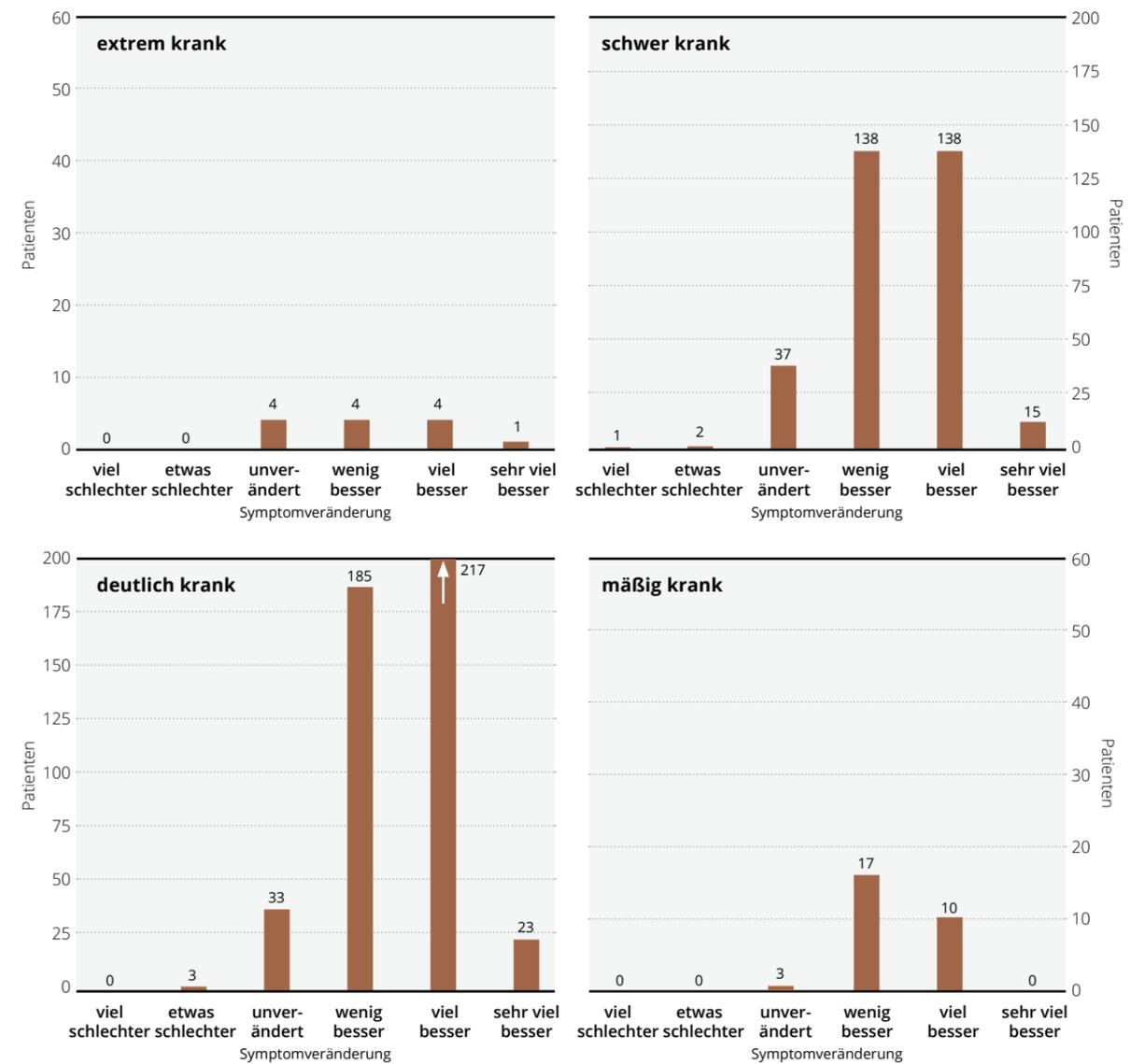


In der Grafik ist zu erkennen, dass 90 Prozent der Patienten eine Verbesserung der globalen Funktionsfähigkeit erreicht haben. Bei neun Prozent der Patienten lagen keine Veränderung vor und nur bei einem Prozent haben sich die Symptome verschlechtert.

<sup>1</sup> In den Grafiken nicht abgebildet, da keine Patienten mit diesem Veränderungswert vorhanden.

### Symptomveränderung, abhängig von der Symptomschwere bei Aufnahme in 2020 gemessen mittels CGI

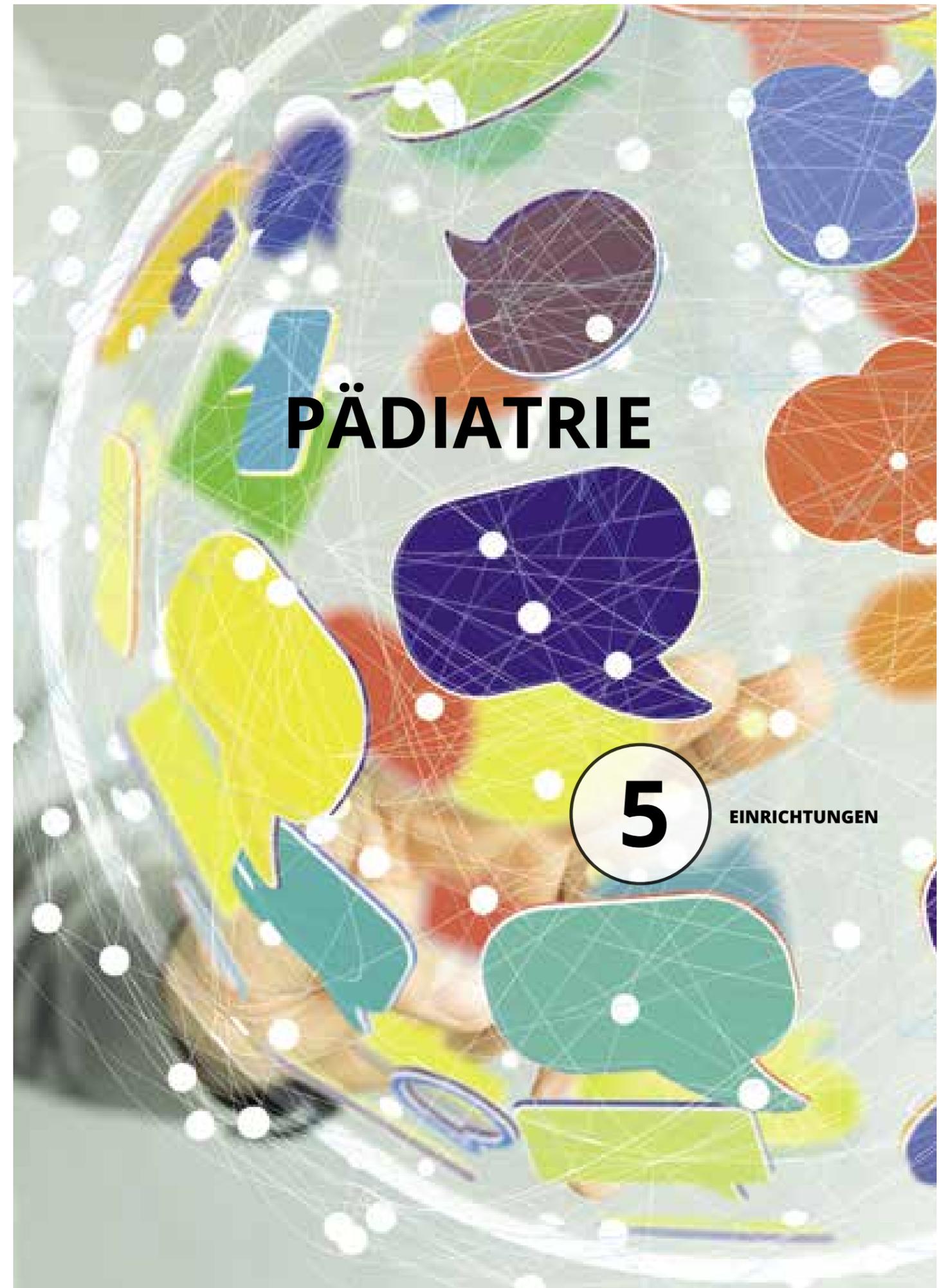
n = 835 Patienten<sup>1</sup>



Die Grafik ist unterteilt in vier Gruppen, die bei Aufnahme anhand des CGIs gebildet werden: extrem kranke, schwer kranke, deutlich kranke und mäßig kranke Patienten. Die meisten Patienten befinden sich am Anfang der Rehabilitation in der Gruppe der schwer oder deutlich Kranken. Bei den schwer Kranken haben sich bei der großen Mehrheit die Symptome wenig, viel oder sehr viel verbessert. Bei einem geringen Teil der Patienten lag keine Veränderung vor, und nur bei vereinzelt Fällen haben sich die Symptome verschlechtert. Ähnlich sieht es in der Gruppe der deutlich Kranken aus.

Zu den Gruppen der extrem Kranken beziehungsweise der mäßig Kranken zählen nur einige wenige Patienten. Auch hier haben sich die Symptome fast immer verbessert. Eine Verschlechterung der Symptomatik gab es hier nie und nur bei insgesamt sieben Patienten aus diesen beiden Gruppen lag keine Veränderung vor.

<sup>1</sup> Ein Patient wurde in dieser Auswertung entfernt.



# SCHWERPUNKTE IM BEREICH PÄDIATRIE

Die Zahl chronischer Erkrankungen von Kindern und Jugendlichen steigt Jahr für Jahr. In der Corona-Pandemie werden außerdem eine Zunahme kindlicher Adipositas durch mangelnde Bewegung und eine Zunahme psychischer Probleme bei Kindern und Jugendlichen beobachtet. Körperliche und psychische Beeinträchtigungen können die Entwicklung eines Kindes negativ beeinflussen und sich langfristig auf dessen Lebensqualität und Leistungsfähigkeit auswirken. Für eine erfolgreiche Behandlung bietet MEDIAN spezielle Rehabilitationsleistungen für Kinder und Jugendliche an.

Gerade während und nach der Pandemie brauchen kranke Kinder und Jugendliche im Alltag eine klare Struktur und Zielsetzung sowie Beständigkeit. Daher erleben sie im Rahmen der Rehabilitation einen strukturierten Tagesablauf mit einer gesunden Mischung aus Sport, Spiel

und Schule sowie eine intensive Betreuung durch Ärzte, Psychologen, Therapeuten, Ernährungsberater und Erzieher. Für eine bestmögliche Rehabilitation sind alle Therapie- und Freizeitangebote eng miteinander verbunden und bilden ein ganzheitliches Behandlungskonzept. Auch die familiäre Interaktion bei Begleitung durch einen Elternteil profitiert von diesem Konzept.

Ziel der Rehabilitation ist es, chronische Krankheiten zu lindern, Spätfolgen zu verhindern und die Leistungsfähigkeit für Schule und Ausbildung zu verbessern, um die Lebensqualität der jungen Patienten nachhaltig zu steigern. Um dies zu erreichen, stellt MEDIAN Behandlungskonzepte auf höchstem medizinischem Niveau für unterschiedliche körperliche und psychische Erkrankungen zur Verfügung, die mit großer Fachkompetenz für die jeweiligen Indikationen umgesetzt werden.



# FALLBERICHT

**MEDIAN KLINIK BAD GOTTLLEUBA**  
INDIKATION **FAMILIENREHABILITATION**  
AUFENTHALTSDAUER **6 WOCHEN**

## MEDIZINISCHE VORGESCHICHTE

- Im Juni und Juli 2021 für 6 Wochen stationär gemeinsam mit beiden sorgeberechtigten Eltern zur Familienrehabilitationsmaßnahme
- Vater: langjährig in Behandlung wegen ADHS, medikamentös eingestellt
- Mutter: rezidivierende mittelgradige depressive Episoden, zum Zeitpunkt der Reha schon im 2. Jahr arbeitsunfähig

## ANAMNESE

### BESCHWERDEN BEI ANTRITT DER REHAMASSNAHME

Zum psychologischen Aufnahmegespräch erscheint M. in Begleitung seiner Eltern. Der Vater berichtete, dass M. ADHS habe und sich diesbezüglich auch bei der Reha vorstelle. Zudem sei noch wichtig, dass auch der jüngere Bruder und auch der Vater selbst unter ADHS leiden. Bei M. sei vor fünf Jahren eine entsprechende psychologische Testung durchgeführt und bestätigt worden. M. leide unter Einschlafstörungen und häufig auftretenden migräneartigen Kopfschmerzen. Zudem habe er mehrmals die Woche stressbedingt Bauchschmerzen. Appetit und Durstempfinden von M. seien vermindert.

M. sei seit zwei Jahren medikamentös eingestellt mit im Verlauf steigenden Dosierungen und verschiedenen Stimulantien-Präparaten. Die derzeitige Medikation sei einmal täglich früh Kinecteen 54 mg und an Schultagen zusätzlich Ritalin 10 mg bei Bedarf zur Mittagszeit (Frühere Medikation: Ritalin retard 40 mg). Zusätzlich bei Schmerzen nehme er Ibuprofen 400 mg oder Paracetamol 500 mg.

Die aktuelle Situation war so, dass die Familienmitglieder untereinander rivalisierten und dadurch auch die Kommunikation innerhalb der Familie stark litt. Laut Vater reichte die Medikation von M. bis circa 16 Uhr (und seine eigene Medikation bis 20 Uhr), danach ging in der Familie nichts mehr und die Stimmung sei extrem schlecht und angespannt.

Die Mutter litt oft unter Migräne oder depressiven Verstimmungen, fühle sich allerdings hauptverantwortlich für die Betreuung und Versorgung der Söhne. Der Mutter bereitete es große Sorgen, dass M. tagesformabhängige (Ver-)Stimmungen aufweise. M. verhalte sich oft „wie ein Erwachsener“. Möglicherweise tue er dies, da der Vater oftmals nicht zu Hause sei und er in die Vaterrolle schlüpfe. In der Schule stehe er oft „am Rand“ und beobachte das Spiel der anderen Kinder. Schwierig sei auch die Geschwisterrivalität, die von der Mutter als hoch eingeschätzt werde und seit der Geburt des jüngeren Sohnes bestehe.

M. zeichne sich lt. seinem Vater dadurch aus, dass er eine interessenabhängige Motivation zeige und Dinge sehr genau zu Ende führen wolle.

## SOZIODEMOGRAFISCHER HINTERGRUND DES PATIENTEN

Alter **12 Jahre**  
Geschlecht **männlich**  
Beruf **Schüler**

## MEDIAN KLINIK BAD GOTTLLEUBA

Die MEDIAN Klinik Bad Gottleuba ist eine der traditionsreichsten Rehabilitationseinrichtungen in Deutschland, die zahlreiche Fachkliniken an einem Standort vereint. Neben der Klinik für Kinder und Jugendliche sowie der Familienklinik gehören hierzu eine Klinik für Orthopädie, Traumatologie und Osteologie, eine Klinik für Gastroenterologie und Stoffwechselerkrankungen, eine Klinik für Kardiologie und eine Klinik für Psychosomatik. Die pädiatrische Klinik nimmt Kinder und Jugendliche von sechs bis 18 Jahren für rund sechs Wochen in altersgleichen Gruppen auf. Der Schwerpunkt des Hauses liegt bei psychischen und psychosomatischen Erkrankungen, doch es gibt auch Reha-Möglichkeiten bei Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates, chronischen Darmerkrankungen sowie Adipositas. Jüngere Kinder können mit ihren Angehörigen in der Familienklinik rehabilitiert werden.

Die Mutter sprach davon, dass sie und der Kindesvater seit circa zwei Jahren kein Paar mehr seien. Man lebe in getrennten Wohnungen. Dennoch sei es wichtig, als Familie miteinander Strukturen zu behalten und die Kinder gemeinsam großzuziehen.

### SOZIALMEDIZINISCHE ANAMNESE

#### SOZIALANAMNESE MIT KONTEXTFAKTOREN

Die Aufnahme in die Kindertageseinrichtung sei mit einem Jahr erfolgt. Dort habe sich M. weder trennungsängstlich noch aggressiv gezeigt. Seine Einschulung sei mit dem 7. Lebensjahr in eine Regelgrundschule erfolgt. Derzeit besuche M. die 6. Klasse. Sein Notendurchschnitt bewege sich im Dreierbereich. In der Schule sei er ein aufmerksamer und interessierter Schüler. In der Freizeit spiele M. gern mit Lego, öfter jedoch beschäftige er sich mit dem Handy, mit der Konsole oder dem Computer. M. spiele dabei oft allein oder gegen sich selbst. Er sei wenig draußen aktiv. In der Schule besuche er die Musikklasse und lerne Gitarre. Was er mal werden wolle, wisse er noch nicht. Die Mutter ist 1975 geboren, gelernte Zahnarzhelferin, aktuell allerdings schon mehrere Jahre zu Hause. Sie leide gesundheitlich unter Lip- und Lymphödem, unter Migräne, an depressiven Verstimmungen und habe Probleme mit der Schilddrüse. Es gebe guten und engen Kontakt zu den Großeltern mütterlicherseits. Mit ihnen spiele M. gern Brettspiele oder mache bei ihnen die Hausaufgaben.

Der Vater ist 1980 geboren. Er habe gesundheitliche Probleme mit Asthma, Heuschnupfen und leide schon lange an ADHS. Beruflich sei der Vater als Rohr- und Kanalsanierer tätig. Es gebe aufgrund anhaltender Konflikte bewusst keinen Kontakt zu den Großeltern väterlicherseits.

Die Eltern teilen sich das gemeinsame Sorgerecht.

M. habe einen jüngeren Bruder, der sieben Jahre alt sei und die 1. Klasse der Grundschule besuche. Dieser leide ebenfalls an ADHS. Die Geschwisterbeziehung sei von deutlicher Konkurrenz und Rivalität geprägt, auch um die Aufmerksamkeit der Eltern.

Die Mutter lebe mit den Söhnen in einer Mietwohnung (3-Zimmer), in der M. sein eigenes Zimmer habe. Dort schlafe er auch alleine.

Der Vater habe eine 2-Zimmer-Wohnung in derselben Stadt.

#### SUBJEKTIVE BEEINTRÄCHTIGUNG DER AKTIVITÄTEN UND TEILHABE

Die Eltern berichteten, dass M. nach Angaben der Lehrerin im Schulkontext Schwierigkeiten in der sozialen Interaktion und in der Erfassung von Lerninhalten habe. Seine soziale Interaktion Zuhause sei besonders durch die vielen Streitigkeiten mit dem jüngeren Bruder beeinträchtigt.

### AUFNAHMEBEFUND

#### ALLGEMEINER KÖRPERLICHER BEFUND

— 12-jähriger, körperlich altersentsprechend entwickelter Junge in gutem Allgemeinzustand und schlankem Ernährungszustand. Das Körpergewicht beträgt 34,2 kg bei einer Körpergröße von 141 cm, was einem BMI von 17,2 kg/m<sup>2</sup> entspricht. Damit liegt der BMI im Bereich der 28. Altersperzentile.

- Kopf, Hals, Thorax, Abdomen und Wirbelsäule wurden umfassend untersucht. Es lagen keine Auffälligkeiten vor.
- Der neurologische Untersuchungsbefund ergab keine Hinweise auf irgendwelche Störungen.
- In der psychischen Untersuchung war M. unter Medikation zu allen Qualitäten voll und sicher orientiert.
- Derzeitige Medikation: Kinecteen 54mg 1-0-0, an Schultagen zusätzlich Ritalin 10mg 0-1-0 bei Bedarf.
- Bei Bedarf Ibuprofen 400mg, Paracetamol 500mg, Vomex, Cetirizin 10mg

### MULTIAXIALES DIAGNOSESHEMA

F90.0	(1. Achse MAS)	Einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung
000.0	(2. Achse MAS)	Keine umschriebenen Entwicklungsstörungen
3	(3. Achse MAS)	Durchschnittliche Intelligenz
2	(6. Achse MAS)	Leichte Beeinträchtigung der psychosozialen Anpassung

### REHA-ZIELE

Im gemeinsamen Gespräch mit M. und seinen Eltern wurden folgende Behandlungsziele festgelegt:

Wichtig sei es der Familie, wieder eine gemeinsame Basis zu schaffen und miteinander klarzukommen. Das familiäre Miteinander sollte sich insgesamt entspannen. Die Mutter wünsche sich, genau wie der Vater, dass alle wieder zueinander finden können und die gemeinsame Elternposition ausreichend gut wahrgenommen werden kann.

Diskrepanzen in der Zielvorstellung zwischen Eltern, Kind und Reheteam gab es keine.

### REHA-VERLAUF

#### PSYCHOTHERAPEUTISCH

Die spieltherapeutisch orientierte Gruppenpsychotherapie zielt darauf ab, das Selbstwahrnehmen der Kinder zu stärken, den Ausdruck emotionaler Belastungen zu unterstützen und so den nächstmöglichen bzw. notwendigen Entwicklungsschritt vorzubereiten.

In der freundlichen, zugewandten Atmosphäre einer überschaubaren Therapiegruppe können die Kinder somit eigene Ressourcen und Bedürfnisse wahrnehmen, sie lernen zu kommunizieren sowie an ihren sozialen und emotionalen Fertigkeiten zu arbeiten.

Zu Beginn seines Rehaaufenthaltes nahm M. noch unter Medikation an der Gruppe teil.

Er zeigte sich als sehr ruhiger und in sich gekehrter Junge, welcher sich ausdauernd und konzentriert eigenen Interessengebieten widmete und wenig Kontakt und Austausch innerhalb der Gruppe suchte.

Vor dem Hintergrund und den Beobachtungen wurde nach Rücksprache mit



**DR. DR. RUTH-MARIA FRIEWALD, PHD**

**Chefärztin der Klinik für Kinder und Jugendliche, MEDIAN Klinik Bad Gottleuba**



den Eltern zunächst die Medikation schrittweise reduziert und im Verlauf anschließend aufgrund der guten Ergebnisse letztlich komplett abgesetzt.

An diesen Tagen zeigte sich M. wesentlich authentischer. Er zeigte sich aufgeschlossen, viel lebendiger und frischer, kontaktfreudig und fröhlich. Hinsichtlich der in den Vorbefunden diagnostizierten ADHS-Problematik ließen sich lediglich zum späteren Nachmittag hin eine leichte Unruhe bzw. mehr Bewegungsdrang und etwas höhere Impulsivität beobachten, welche aber im Verhältnis zu gleichaltrigen Kindern absolut dem Altersdurchschnitt entsprechend und sowohl kinderpsychiatrisch als auch pädagogisch gut vertretbar war.

Auch im weiteren Rehavverlauf ohne Medikamente meisterte M. den Gruppenalltag selbständig, ließ sich gut auf Angebote und Inhalte ein, hielt seinen Platz in der Gruppe stabil und pflegte auch zu einzelnen Kindern einen engeren Kontakt (spätere Freunde) und war insgesamt motiviert und gut erreichbar.

Insgesamt machten beide Eltern den Eindruck, als sehnten sie sich nach einem reibungslosen Familienalltag und berücksichtigten dabei zu wenig, dass es sich beim Familienleben um einen dynamischen Prozess handelt, welcher immer wieder neue Herausforderungen stellt und nur bedingt störungsfrei verlaufen kann. An diesen Themenbereichen und der grundsätzlichen Einsicht in die diesbezügliche Problematik wurde familiensystemisch gearbeitet.

#### PHYSIOTHERAPIE

M. nahm anfangs ruhig und in sich gekehrt an den Bewegungstherapien teil. Er war in der Lage Übungsaufträge zu erfassen, umzusetzen und altersentsprechend auszuführen.

Auch ohne Medikamente schaffte es M., seine Meinung adäquat kundzutun, ohne übergriffig und aggressiv seine eigenen Grenzen zu verteidigen oder die Grenzen anderer zu verletzen. Auch war er bei Mannschaftsspielen jederzeit in der Lage, aus sich herauszugehen und Verantwortung für seine Mannschaft zu übernehmen. Dabei integrierte er sich gut in die entsprechende Mannschaft.

#### KONZENTRATIONSTRAINING

M. nahm an einer Gruppenbehandlung zur Verbesserung der Konzentrationsfähigkeit teil. Er erhielt Übungsmöglichkeiten in den Bereichen Aufgabenerfassung, Handlungsplanung, Kontrollfunktionen, Arbeitsmotivation und Konzentration und nahm an allen Angeboten aktiv und motiviert teil.

#### ERGOTHERAPIE

M. nahm an einer ergotherapeutischen Behandlung in der Gruppe teil. Angezielt wurde eine Verbesserung des Selbstwerterlebens und der sozialen Kompetenzen. Dabei wurden folgende Behandlungsschwerpunkte berücksichtigt und gefördert: Ausdauer, Feinmotorik, Kreativität, Grundbefindlichkeit, Selbstwerterleben, Gruppenintegration und Umgang mit Hilfestellung. M. arbeitete sorgfältig und überlegt und beeindruckte u.a. mit seinem guten verbalen Ausdrucksvermögen und seiner bedachten Arbeitsweise.

#### SCHULE

In der Schule zeigte sich M. als freundlicher und aufgeschlossener Junge, der schnell Kontakt zu seinen Mitschülern und den Lehrenden aufnahm. Bereitwillig und motiviert stellte er sich den Herausforderungen der neuen Umgebung und bemühte sich darum, organisatorische Abläufe und Regeln zu erfassen und umzusetzen. Das gelang ihm manchmal mit Erfolg, manchmal hatte er auch entsprechend seiner Tagesverfassung kleinere Probleme. Dann war er reizoffener als sonst und für Ansprache schwerer erreichbar. Durch ausreichend positive, ruhige Zuwendung und eine reizgeminderte Lernumgebung (weitgehend ruhiges Zimmer), um sich motivieren und konzentrieren zu können, konnte M. prima unterstützt werden.

#### ABSCHLUSSBEFUNDUNG UND REHA-ERGEBNIS

M. kam mit der Zuweisungsdiagnose einfache Aufmerksamkeits- und Hyperaktivitätsstörung (F90.0) zur Rehabilitationsbehandlung. Nach intensiver klinischer Beobachtung konnte die Einweisungsdiagnose nicht mehr bestätigt werden. Bei einer Intelligenz im durchschnittlichen Bereich konnte zum Abschluss der Rehabehandlung keine Beeinträchtigung des psychosozialen Funktionsniveaus mehr festgestellt werden.

Das zum Start des Aufenthaltes der Familie in unserer Klinik festgelegte Rehabilitationsziel „Stabilisierung der Familiensituation und Verbesserung des familiären Miteinanders“ konnte mithilfe des multimodalen und systemisch sowie verhaltenstherapeutisch orientierten Therapiesettings in guten Schritten erfolgreich bearbeitet werden.

Als besonders hilfreich wurden Gespräche im Einzel- und Gruppensetting erlebt sowie die von der Klinik in diesem besonderen Fall angebotene Paarmediation für die Eltern.

Insgesamt hat die Familie neben den therapeutischen Angeboten vor allem auch von der Umgebung in der Natur (Wald und Wiesen), der deutlich stressreduzierten Zeit vor Ort, dem Austausch mit anderen Eltern und durch die gemeinsamen Familien-Ausflüge profitiert.

M. genoss den strukturierten Klinikalltag und hatte große Freude an den zahlreichen positiven Erfahrungen und den guten Rückmeldungen durch das Klinikteam.

Um das Geschwisterverhältnis zu stärken, sollten beide Eltern versuchen, künftig eine gemeinsame Spielzeit oder gemeinsame Unternehmungen anzubieten und mittels zugewandter, gemeinsamer Gespräche das Verständnis und die Bindung zwischen den Brüdern und füreinander zu stärken.

Außerdem wurde die Weiterführung einer Psychotherapie für M. auch zuhause empfohlen.

Wir danken der Familie für die engagierte Zusammenarbeit und wünschen allen, vor allem M., für den weiteren Lebensweg viel Erfolg.



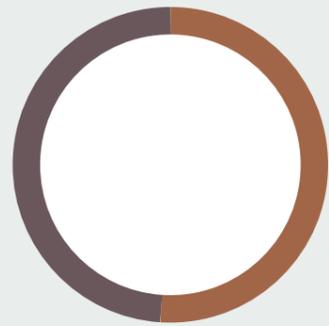
#### M. ÄUSSERTE SICH IM ABSCHLUSSGESPRÄCH

**SEHR ZUFRIEDEN MIT SICH UND SEINEN ERFOLGEN. VOR ALLEM WAR ER STOLZ DARAUF, DASS ER KEINE MEDIKAMENTE MEHR NEHMEN MUSS. AM BESTEN GEFIEL IHM, DASS DIE FAMILIE SO VIEL GEMEINSAM UNTERNOMMEN HAT.**

*Dr. Dr. med. Ruth-Maria Friewald, PhD, Chefarztin MEDIAN Klinik Bad Gottleuba*

# SOZIODEMOGRAFISCHE DATEN PÄDIATRIE

## PATIENTENPOPULATION NACH GESCHLECHT

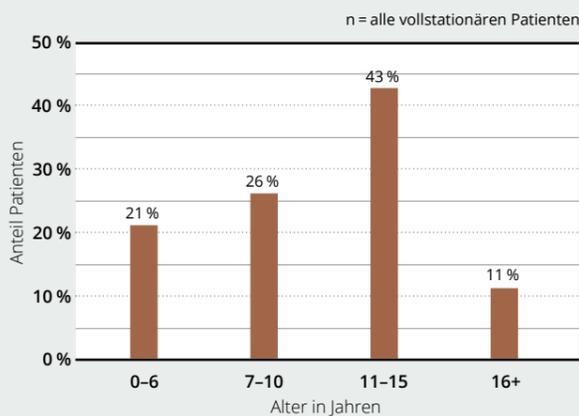


Von den im Jahr 2020 **1.990** behandelten Kindern und Jugendlichen waren **51 %** weiblich und **49 %** männlich.

- 51 % weiblich
- 49 % männlich
- 0 % divers

## VERTEILUNG DER ALTERSSTRUKTUR

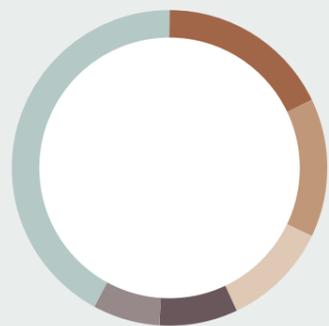
Durchschnitt: 10 Jahre



Das Durchschnittsalter unserer pädiatrischen Patienten lag 2020 bei 10 Jahren. Mit 43 % machte die Gruppe der 11- bis 15-jährigen den größten Anteil aus. Aber auch viele jüngere Patienten wurden in einer MEDIAN Klinik behandelt: So machte der Altersbereich der 0- bis 10-jährigen fast die Hälfte der Patienten aus (insgesamt 47 %).

## VERTEILUNG DER FÜNF HÄUFIGSTEN HAUPTDIAGNOSEN

n = alle vollstationären Patienten



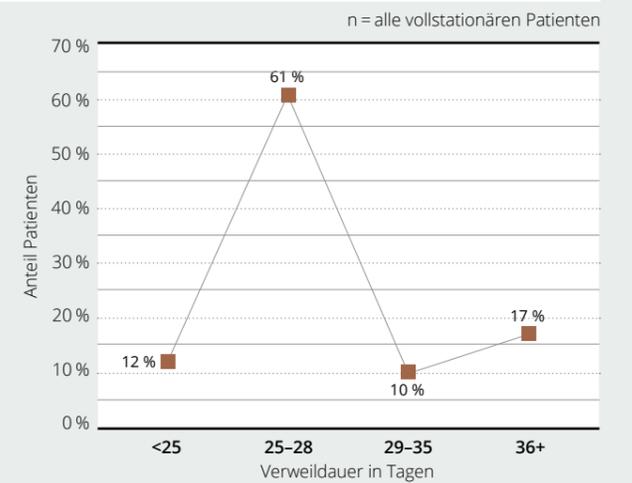
Bei den Top 5 Hauptdiagnosen in der Pädiatrie machte **Adipositas** mit **18 %** den größten Anteil aus. Am zweithäufigsten wurden emotionale Störungen des Kindesalters diagnostiziert (14 %). Die Top 5 Hauptdiagnosen bildeten einen Anteil von 58 % an der Gesamtzahl der Hauptdiagnosen.

- 18 % E66 Adipositas
- 14 % F93 Emotionale Störungen des Kindesalters
- 11 % E10 Diabetes mellitus, Typ 1
- 8 % J45 Asthma bronchiale
- 7 % L20 Atopisches [endogenes] Ekzem
- 42 % sonstige Hauptdiagnosen

## VERTEILUNG DER VERWEILDAUER

Durchschnitt: 30 Tage

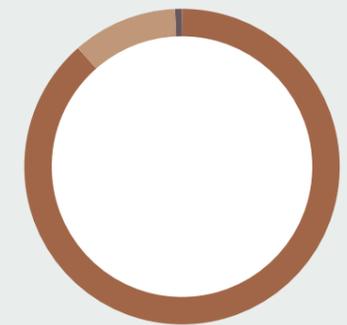
Die Mehrheit der behandelten Kinder und Jugendlichen (61 %) blieb **25 bis 28 Tage** in einer MEDIAN Einrichtung. 17 % blieben 36 Tage oder länger in Behandlung.



## VERTEILUNG DER LEISTUNGSTRÄGER

Bei der Verteilung der Leistungsträger machte die **gesetzliche Rentenversicherung** mit **88 %** den mit Abstand größten Anteil aus. Dies lässt sich darauf zurückführen, dass sich in der Pädiatrie die meisten Patienten (nämlich Kinder und Jugendliche) im erwerbsfähigen Alter befinden bzw. dieses noch erreichen werden.

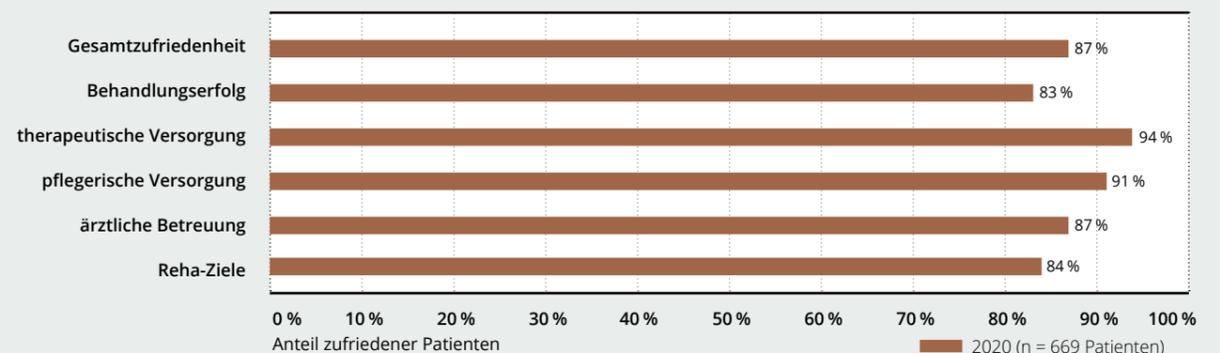
- 88 % gesetzliche Rentenversicherung
- 11 % gesetzliche Krankenversicherung
- 1 % Selbstzahler/Private Krankenversicherung
- 0 % sonstige



## PATIENTENZUFRIEDENHEIT

Auch bei den Kindern und Jugendlichen wurden im Jahr 2020 Patientenzufriedenheitsbefragungen durchgeführt. Es konnten in allen Bereichen gute Werte erreicht werden.

Wieder erzielte die **therapeutische Versorgung** mit **94 %** den besten Wert in der Zufriedenheitsbefragung.



4.11 SOZIO-THERAPIE



# SCHWERPUNKTE IM BEREICH SOZIOThERAPIE



In den soziotherapeutischen Einrichtungen von MEDIAN werden Menschen unterstützt, die Hilfe bei einer selbstständigen Lebensführung benötigen. In den Einrichtungen leben vorwiegend Klienten mit einer Abhängigkeits-erkrankung. Die meisten haben eine Alkoholerkrankung oder sind medikamentenabhängig. Es gibt aber auch spezielle Einrichtungen für Menschen mit psychischer Erkrankung – auch bei Straffälligkeit –, geistiger Behinderung und Pflegebedürftigkeit.

Alle unsere Häuser fördern die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben und zeichnen sich durch eine herzliche Atmosphäre, Geborgenheit, Akzeptanz und Wertschätzung

aus. Unseren Bewohnern wird eine suchtmittelfreie Umgebung geboten, in der die Menschen Sicherheit, stabilisierende Strukturen und professionelle Hilfe vorfinden.

Zu vielen Therapiezentren gehören auch kleine stationäre Wohnangebote, sogenannte Außenwohngruppen, die dem Training des Übergangs zurück in die Eigenständigkeit dienen. Für diejenigen, die diesen Schritt wagen, gibt es ein individuell zugeschnittenes Angebot von ambulanten Hilfen in Form von betreutem Wohnen, aufsuchender ambulanter Eingliederungshilfe und tagesstrukturierenden Maßnahmen.

# FALLBERICHT

## MEDIAN SOZIOThERAPEUTISCHES ZENTRUM HAUS SEEBLICK, ORTENBERG

INDIKATION **ALKOHOLABHÄNGIGKEIT**  
SEIT **19.07.2013**

### BIOGRAFIE

Frau H. wuchs in Bayern in „gutbürgerlichen“ Verhältnissen auf. Als maligne (belastende) Faktoren benennt sie, sich von der Mutter als nicht gewollt, vom Stiefvater psychisch misshandelt gefühlt zu haben. Sie benennt klare Faktoren der emotionalen Deprivation (Mangel), unter denen sie aufgewachsen sei.

### MEDIZINISCHE VORGESCHICHTE

Kam nach elektiver Entgiftung aus Klinikum zu uns, trinke seit dem 26. Lebensjahr, sei wegen bipolarer Störung in Behandlung gewesen, verschiedenste Antidepressiva ausprobiert, keine passenden gefunden. 1994 zur Langzeittherapie gewesen, danach überwiegend abstinent, ab 1999 wieder vermehrte Rückfälle. Erneute Langzeitbehandlung 2004, ebenfalls Behandlung mit Antabus. Ab 2009 hinzukommende Suizidalität. Adipositas per magna (schwerste Form, circa 170 kg bei 178 cm Körpergröße).

### AUFNAHMEBEFUND

Diagnostik aus vorbehandelnder Klinik  
— F10.2 Psychische und Verhaltensstörung durch Alkohol: Abhängigkeitssyndrom;  
— F33.4 Rezidivierende (wiederkehrende) depressive Störung, gegenwärtig remittiert (nachlassend)

### IM HILFEPLAN BENANNTE ZIELE

— Abstinenz im geschützten Rahmen  
— regelmäßige Einnahme der verordneten Medikamente  
— Thematisierung des Essverhaltens  
— Aufbau einer geregelten Tagesstruktur  
— Erhalt und Stabilisierung bestehender sozialer Kontakte

### SOZIODEMOGRAFISCHER HINTERGRUND DER PATIENTIN

Alter **62 Jahre**  
Geschlecht **weiblich**  
Beruf **Hotelfachfrau**

## MEDIAN SOZIOThERAPeUTISCHES ZENTRUM HAUS SEEBLICK

Das MEDIAN Soziotherapeutische Zentrum Haus Seeblick in Ortenberg bietet mit seinen 58 Plätzen eine geschützte Umgebung für chronisch mehrfachbeeinträchtigte Abhängigkeitskranke. Die Einrichtung gliedert sich in mehrere Wohngruppen sowie einen Wohn-Trainingsbereich. Ziel ist die Wiedereingliederung der Bewohner mithilfe von Adaption und Soziotherapie. Sie sollen lernen, ihre Erkrankung besser zu verstehen und Strategien für ein abstinentes Leben zu entwickeln. Zum Team des Hauses gehören Sozialpädagogen, Ergo- und Arbeitstherapeuten, Pflegekräfte und hauswirtschaftliche Mitarbeiter. Sie alle verfolgen das Ziel, den Bewohnern auf passgenaue Weise den Weg zurück ins Leben zu ebnet – in Arbeit, Familie und Gesellschaft. Dass diese sich im Haus wohl und sicher aufgehoben fühlen, bildet hierfür die Basis.



### SOZIOThERAPeUTISCHE UNTERSTÜTZUNG

Frau H. erhielt soziotherapeutische Unterstützung, die sie unter anderem motivieren sollte, sich mit den eigenen Themen zu beschäftigen, Selbstfürsorge zu entwickeln sowie ihre Abstinenzfähigkeit und -zuversicht zu verbessern. Dazu wurde sie – orientiert an ihren vorhandenen Fähigkeiten – in die tagesstrukturierenden Maßnahmen in der Hauswirtschaft und im Café eingegliedert. Nach einigen Wechseln ist Frau H. nun in einem Bereich eingegliedert, der sie dabei zu unterstützen scheint, ihr Selbstwertgefühl zu steigern. Ihr wurde Schritt für Schritt mehr Verantwortung übergeben. Mittlerweile übernimmt sie die Bestellung der Wasserkästen für die Bewohnerinnen und Bewohner des Sozialtherapeutischen Zentrums (STZ).

Wichtig sind für Frau H. Gesprächsangebote zur Entlastung. Sie erhielt neben dem Angebot, die hausinterne Suchtgruppe zu besuchen, auch die Möglichkeit, zusätzlich zu den Gesprächen mit ihrem Bezugssozialdienst suchtspezifische Gespräche zu nutzen. Eine tragfähige Vertrauensbasis zu entwickeln ist hierbei essenziell. In medizinischen Belangen erhält sie Unterstützung durch unseren Betreuungsdienst (Kranken- und Altenpflege) und wird zu Facharztterminen begleitet.

### VERLAUF/PERSÖNLICHE ENTWICKLUNG

Frau H. wurde in eine Wohngruppe mit insgesamt sechs Bewohnerinnen und Bewohnern im MEDIAN Soziotherapeutischen Zentrum Haus Seeblick in Ortenberg aufgenommen und in die tagesstrukturierenden Maßnahmen integriert. Sie haderte von Anfang an mit dem Umstand, sich selbst so sehr vernachlässigt zu haben, dass eine Aufnahme in eine stationäre Wohnform notwendig wurde. Es galt daher erst einmal, sie aus dieser Versagensposition herauszuholen und Grundlagen für ein gemeinsames konstruktives Vorankommen zu schaffen.

Die im Hilfeplan benannten Ziele wurden bearbeitet, immer wieder aktualisiert und Fr. H. flankierend psychosozial und motivational dabei unterstützt, ihre Ziele zu erreichen. Sie schaffte es, die ganze Zeit über abstinent zu bleiben, jedoch kam es im Verlauf zu einer Suchtverlagerung hin zu einem gestörten Essverhalten. Dieses für Frau H. massiv schambesetzte Thema wurde – nachdem sie es zulassen konnte – zunächst mittels reflexiver Gespräche bearbeitet. Es folgte motivationale Arbeit mit dem Ziel, sich wegen der Adipositas in ärztliche Behandlung zu begeben. Vor dieser Behandlung im April 2018 wog Frau H. 216 kg. Sie ließ sich auf eine Schlauchmagen-Operation ein. Durch diese OP sowie die unermüdliche Motivation zur Veränderung hat sie bis dato mehr als 110 Kilo abgenommen. In dieser Zeit wurde sie engmaschig durch unser multiprofessionelles Team betreut. Frau H. wird auch bei den nun anstehenden hautstraffenden Wiederherstellungs-OPs von uns begleitet.

### PATIENTENSTIMME

„Ich lebe seit acht Jahren abstinent und habe immer gewusst, dass hier im Haus Seeblick jemand für mich da ist, wenn ich Hilfe benötige. Die Schlauchmagen-OP und auch die nun anstehenden Operationen zur Rekonstruktion wäre ich nie angegangen ohne die Unterstützung, die ich seitens der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des STZ erhalten habe. Diese Unterstützung war der vorrangige Aspekt, hier weiter wohnen zu bleiben. Ich hatte und habe zwar immer noch den Wunsch, wieder meine eigenen vier Wände zu haben. Aber mir ist auch bewusst, dass Einsamkeit ein großes Risiko für Rückfälligkeit darstellt. Unter dieser leide ich hier nicht.“

### FAZIT

Auch wenn der Aufenthalt von Frau H. in unserer Einrichtung noch nicht beendet ist, so ist sie doch bestrebt, sich wieder zu verselbstständigen, wenn sie ihre Operationen überstanden hat.



**HIER IM HAUS SEEBLICK IST IMMER JEMAND FÜR MICH DA. SO HABE ICH ES GESCHAFFT, SEIT ACHT JAHREN ABSTINENT ZU LEBEN. AUCH MEINE GEWICHTSREDUKTION BIN ICH DANK DER UNTERSTÜTZUNG BEI MEDIAN ANGEGANGEN. INZWISCHEN HABE ICH MEHR ALS 110 KILOGRAMM ABGENOMMEN.**

*Frau H. über ihre Erfolge*



**THOMAS KRANICH**

**Leiter MEDIAN Soziotherapeutisches Zentrum Haus Seeblick**

# KLIENTEL UND INDIKATIONEN DER SOZIOThERAPEUTISCHEN EINRICHTUNGEN

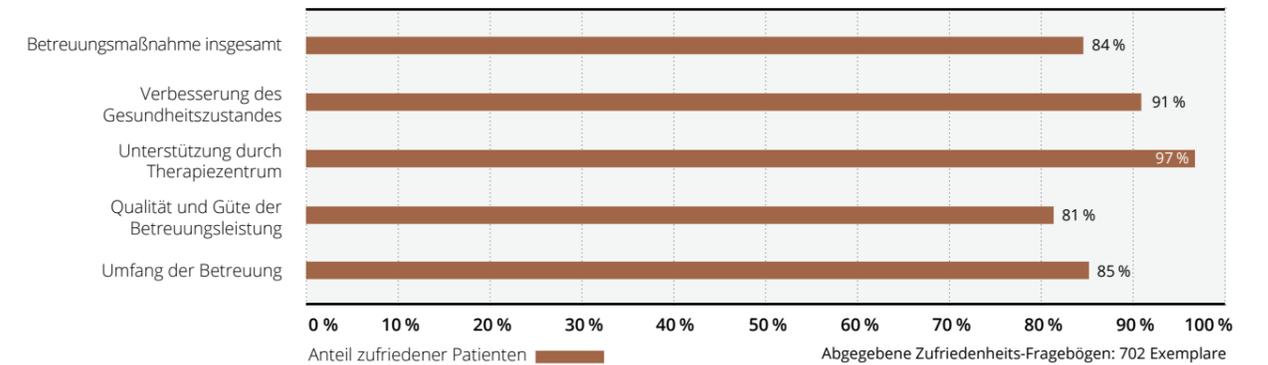
	TZ Germersheim	TZ Bassenheim	TZ Haus Dondert	TZ Haus Eller	TZ Köln	TZ Haus Greifath	TZ Loherhof	TZ Ravensruh	TZ Haus Remscheid	TZ Haus Welchenberg	TZ Haus Werth	TZ Haus Willich	STZ Haus Seeblick Ortenberg	STZ Bad Dürkheim	Haus Talblick Bad Dürkheim	Albert-Schweitzer-Haus Bad Dürkheim	Pfalzstift Bad Dürkheim	Haus St. Georg Bad Krozingen
Alkohol																		
Mediamente																		
illegale Drogen														selten				
Spielsucht							selten											
andere Verhaltenssüchte	Essstörungen	Essstörungen				seltene Essstörungen			Essstörungen									
Substituierte																		
Politoxikomanie																		
Pflegegrade (PG)	PG 0-1	PG 0-2	PG 0-3			PG 0-2	PG 0-3		PG 0-3		PG 0-2	PG 0-3	PG 1-2	PG 0-2	PG 0-3	PG 0-1	PG 0-5	PG 1-5
psychiatrische Komorbidität																		
geistige Behinderung																		
amnestisches Syndrom																		
Demenz																		
psychisch kranke Straffällige																		

# ERGEBNISQUALITÄT IN DER SOZIOThERAPIE

## Bewohnerzufriedenheit in der stationären Soziotherapie

Nicht nur in unseren Indikationen der medizinischen Rehabilitation, sondern auch in der Soziotherapie werden regelmäßig Zufriedenheitsbefragungen durchgeführt, um für ein hohes Maß an Qualität kontrollieren und dieses sichern zu können. Das Ergebnis: **84 Prozent** der stationären Klienten gaben an, dass sie mit der Betreuungs-

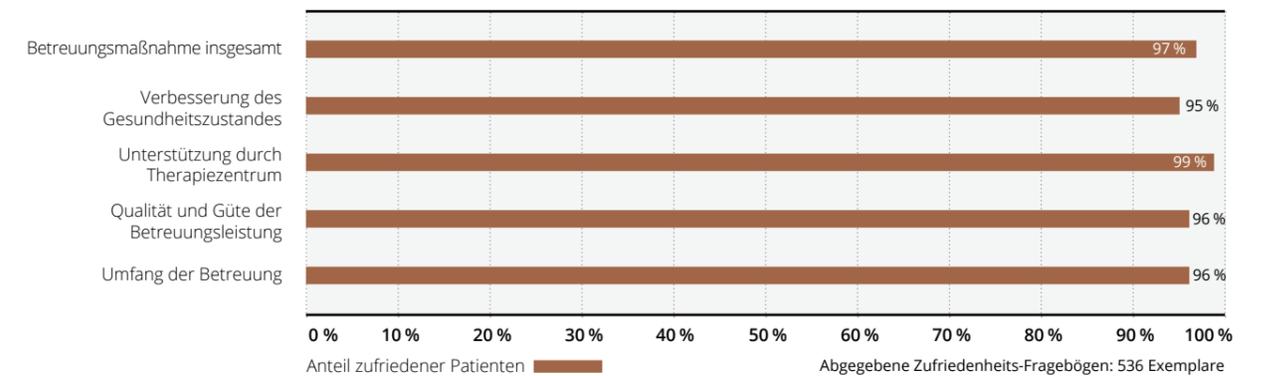
maßnahme insgesamt zufrieden gewesen sind. **97 Prozent** fanden, dass sie hilfreiche Unterstützung durch ihr Therapiezentrum erhalten haben. Der Anteil der Klienten, der aufgrund der Betreuungsmaßnahme eine positive Veränderung seines Gesundheitszustandes erfuhr, lag bei **91 Prozent**.



## Bewohnerzufriedenheit in der ambulanten Soziotherapie

Die Bewohnerzufriedenheit in der ambulanten Soziotherapie liegt in allen Bereichen auf einem durchweg sehr hohen Niveau. **97 Prozent** der Klienten gaben an, mit der Betreuungsmaßnahme insgesamt zufrieden gewesen zu

sein und würden die Einrichtung weiterempfehlen. Sogar **99 Prozent** zeigten sich zufrieden mit der Unterstützung durch das Therapiezentrum.



# TEILHABE AM ARBEITSLEBEN BEI MULTIPLER SKLEROSE

**UNTERSUCHUNG ZU SUBJEKTIVEN UND OBJEKTIVEN EINFLUSSGRÖSSEN  
AUF DIE ERWERBSTÄTIGKEIT IM RAHMEN DES PROJEKTS „DETERMINAN-  
TEN DER TEILHABE AM ARBEITSLEBEN BEI MULTIPLER SKLEROSE“ (TAMUS)**

## 5 WISSENSCHAFTLICHE STUDIEN

Im Rahmen des von der Deutschen Rentenversicherung Bund geförderten Projektes (Laufzeit 36 Monate) werden Determinanten der Teilhabe am Arbeitsleben bei Menschen mit Multipler Sklerose (MS) untersucht. Auf der Grundlage verschiedener Datenquellen (Primär- und Sekundärdaten) sowie unter Einbindung von Betroffenen als Forschungspartner sollen sowohl objektive als auch subjektive Einflussgrößen der Erwerbstätigkeit bei MS-Patienten im Verlauf ihrer Erkrankung identifiziert werden.

Bisher wurden vor allem krankheitsbezogene und soziodemografische Einflussfaktoren der Teilhabe am Arbeitsleben bei MS-Patienten untersucht. Umweltfaktoren, wie insbesondere die Arbeitsbedingungen oder weiterführende, personenbezogene Faktoren (z. B. psychische Leistungsreserven, Bewältigungsstrategien), aber auch versorgungsspezifische Aspekte (z. B. Inanspruchnahme und Leistungsgeschehen medizinische Rehabilitation) blieben bislang, vor allem auch in nationalen Studien, unberücksichtigt. Zur Ausgestaltung geeigneter und frühzeitig ansetzender Interventionsansätze ist die Kenntnis relevanter Einflussfaktoren von großer Bedeutung und



bedarf verschiedener Datenquellen. Einen besonderen Zugang zu objektiven krankheits- und versorgungsassoziierten Parametern ermöglicht das im Jahr 2001 vom Bundesverband der Deutschen Multiple Sklerose Gesellschaft e.V. (DMSG) gegründete Multiple Sklerose Register (MS-Register). Im 1. Teil des Projektes erfolgt daher eine Analyse von Registerdaten (pro MS-Patient zwei Messzeitpunkte innerhalb von 24 Monaten). Im zweiten Teil erfolgt eine schriftliche Befragung von MS-Patienten zu subjektiven und arbeitsplatzspezifischen Einflussfaktoren der Erwerbsfähigkeit. Die Patienten beantworten jeweils zu Reha-Ende sowie zwölf Monate danach einen Fragebogen und werden in verschiedenen Kliniken von MEDIAN sowie aus weiteren Rehakliniken, die sich am MS-Register beteiligen und bereits in Teil I auswertbare MS-Register-Daten lieferten, rekrutiert.

*Dr. Juliane Lamprecht,  
MEDIAN Klinik NRZ Magdeburg*

*Fortgeführt wird das Projekt von  
Nadine Schumann und Mandy Bade.*

# WIRKSAMKEIT VON REHA NACH COVID-19

## STUDIE FÜR DIE PNEUMOLOGISCHE REHABILITATION BEI PATIENTEN NACH EINER ÜBERSTANDENEN COVID-19-ERKRANKUNG



Die Corona-Pandemie beherrscht seit Anfang 2020 den Alltag auf der ganzen Welt. Noch immer erkranken täglich viele Menschen an Covid-19. Teilweise kämpfen sie noch Monate nach der akuten Erkrankung mit den Langzeitfolgen der Infektion. MEDIAN bietet daher bereits seit dem Frühjahr 2020 vier verschiedene Konzepte zur Post-Corona-Rehabilitation an, um Patienten mit Corona-Langzeitfolgen zu behandeln.

Als eines der ersten Forschungsvorhaben seiner Art in Deutschland ist Anfang Dezember 2020 unter Beteiligung der MEDIAN Kliniken und der Universität zu Lübeck ein Projekt zur Überprüfung der Wirksamkeit von medizinischer Rehabilitation nach Covid-19-Erkrankungen gestartet. Klinisch geleitet wird das Projekt von Frau Dr. Jödis Frommhold, Chefärztin der Abteilung für Atemwegserkrankungen und Allergien in der MEDIAN Klinik Heiligendamm. Die Deutsche Rentenversicherung finanziert das Forschungsvorhaben. Es sollen vor allem die Wirksamkeit und Nachhaltigkeit der pneumologischen Rehabilitation bei Patienten nach einer überstandenen Covid-19-Erkrankung untersucht werden. Im Mittelpunkt stehen dabei bis zu 250 Covid-19-Patienten aus insgesamt fünf verschiedenen Kliniken (MEDIAN Klinik Heiligendamm, DRV Reha-Zentrum Schömberg, Ost-

seeklinik Schönberg-Holm, MEDIAN Klinik Flachsheide Bad Salzuflen und MEDIAN Klinik Flechtingen), wovon bis zu 150 Patienten in der MEDIAN Klinik Heiligendamm eine speziell entwickelte pneumologische Post-Covid-Reha erhalten. Ihnen gegenübergestellt werden als Vergleichsgruppen Patienten mit obstruktiven Atemwegserkrankungen (Asthma und COPD), bei denen bereits nachgewiesen werden konnte, dass eine Rehabilitationsmaßnahme wirkt.

Um die Wirksamkeit der Rehabilitation messen zu können, wird bei den Teilnehmern der Gesundheitszustand am Anfang, am Ende und 6 sowie 12 Monate nach der medizinischen Rehabilitation gemessen mittels verschiedener Scores, darunter auch der MCRS (MEDIAN Corona Recovery Score). Darüber hinaus werden qualitative Interviews durchgeführt, die einen vertieften Einblick in das subjektive Befinden ermöglichen. Erste Ergebnisse der Studie, deren Veröffentlichung durch MEDIAN und die Universität zu Lübeck erfolgt, werden für 2023 erwartet.

*Dr. Jödis Frommhold,  
MEDIAN Klinik Heiligendamm*

# INTERNETBASIERTE NACHSORGE BEI AGORAPHOBIE

## EIN NACHSORGEPROGRAMM ZUR VERBESSERUNG DER VERSORGUNGSKONTINUITÄT NACH EINEM KLINIKAUFENTHALT FÜR AGORAPHOBIE-PATIENTEN MIT UND OHNE PANIKSTÖRUNG



Für viele Patienten entsteht nach einem Klinikaufenthalt eine Versorgungslücke durch Wartezeiten bei niedergelassenen Psychotherapeuten. Weite Wege zu Nachsorgemaßnahmen lassen sich oft schwer mit Beruf und Familie vereinbaren und in den Alltag integrieren. Um diese Lücke zu schließen, soll ein internetbasiertes Nachsorgeangebot entwickelt werden, das Agoraphobiepatienten nach Entlassung aus der Klinik angeboten wird. Beteiligt sind das MEDIAN Zentrum für Verhaltensmedizin Bad Pyrmont sowie die AHG Klinik Waren und die MEDIAN Klinik Berus.

Im Rahmen dieser Forschungsarbeit soll eine möglicherweise bestehende Restsymptomatik bei Entlassung als Indikator für die Zuordnung zu unterschiedlichen Stufen der Nachsorgeintensität genutzt werden und das Rückfallrisiko minimiert werden. Hierzu wird eine multizentrische randomisiert-kontrollierte Wirksamkeitsstudie durchgeführt. Alle Gruppen erhalten nach dem Klinikaufenthalt den Zugang zu psychoedukativen Modulen, die Interventionsgruppen bekommen zusätzlich ein supportives Monitoring, das in Abhängigkeit von wöchentlichen Online-Befragungen zum Symptomverlauf gesteuert wird. Ab einem bestimmten Cutoff-Wert im wöchentli-

chen Online-Monitoring werden zusätzliche Nachsorgemodule freigeschaltet, die Übungen zur Reduktion der Angstsymptomatik und optional eine Kontaktaufnahme per Chat beinhalten. Wird im wöchentlichen Monitoring ein sehr hoher Belastungsgrad festgestellt, erfolgt

eine Kontaktaufnahme durch die Klinik. Die Effekte der Interventionsgruppen werden mit dem Symptomverlauf der Kontrollgruppe verglichen.

Im Rahmen der Vorstudie sollen Erkenntnisse über den Verlauf einer Angsterkrankung nach einem stationären Aufenthalt gewonnen werden, gleichzeitig ist sie ein Testlauf für die technische Umsetzung der onlinebasierten Nachsorge. Hier wird eine 12-wöchige Online-Befragung direkt im Anschluss an den Klinikaufenthalt durchgeführt und ausgewertet. Die Ergebnisse aus der Vorstudie fließen in die Gestaltung der eigentlichen Interventionsstudie ein.

Die Vorstudie begann im Frühjahr 2021, die gesamte Studie ist auf eine Dauer von zweieinhalb Jahren ausgelegt.

*Silke Jost, Eberhard Okon,  
MEDIAN Klinik Bad Pyrmont*

# DIE REHAVERSORGUNG DATENGESTEUERT OPTIMIEREN

**DAS FORSCHUNGSPROJEKT „RE-LEARNING PERCEPTION-ACTION IN REHABILITATION FROM A SYSTEMS PERSPECTIVE“ (REPAIRS)**



Die MEDIAN Unternehmensgruppe ist einer der Partner im Forschungsprojekt „Relearning Perception-Action In Rehabilitation from a Systems perspective“ (REPAIRS). Dieses Projekt wird durch das Forschungs- und Innovationsprogramm Horizon 2020 der Europäischen Union unter der Marie Skłodowska-Curie-Finanzhilfvereinbarung gefördert.

REPAIRS zielt darauf ab, die Effektivität der Rehabilitation zu verbessern, die sich mit der Wiederherstellung und Verbesserung der Funktionsfähigkeit und Lebensqualität von Menschen mit einer Bewegungsstörung oder einer Behinderung in Bezug auf Wahrnehmung und Handlung befasst.

Das REPAIRS-Netzwerk besteht aus verschiedenen Partnern in der EU (akademische Partner, klinische Partner, industrielle Partner und Patientenorganisationen), um eine innovative Ausbildung durch Forschung anzubieten,

die die Nachwuchswissenschaftler darauf vorbereitet, die nächste Generation von kreativen, innovativen und führenden akademischen und unternehmerischen Forschern zu werden.

In der MEDIAN Unternehmensgruppe wird sich das Projekt auf „Patient-specific, data-evidence-driven treatment pathways“ fokussieren. Das Ziel dieses Projekts ist es, die Qualität der Rehabilitationsversorgung zu verbessern, indem der Behandlungspfad für jeden Patienten datengesteuert optimiert wird. Die Hauptaufgabe besteht in der Entwicklung eines Modells zur Vorhersage von patientenspezifischen, evidenzbasierten Behandlungspfaden durch die Nutzung von Techniken des maschinellen Lernens.

*Dr. Laura Golenia,  
MEDIAN Unternehmenszentrale*

# PSYCHISCHE BELASTUNG BEI SUCHTMITTELABHÄNGIGEN

**EINE EMPIRISCHE UNTERSUCHUNG VERGLEICHT JÜNGERE UND ÄLTERE PATIENTEN**

Eine hohe psychische Belastung zu Beginn einer Behandlungsmaßnahme stellt einen bedeutsamen Risikofaktor für die Arbeitsbeziehung, für Rückfälligkeit während der Maßnahme und für einen Behandlungsabbruch dar. Insbesondere jüngere Patienten (< 30 Jahre) weisen aufgrund des oft früh eingesetzten Suchtverlaufs sowie einem polyvalenten Konsummuster aus klinischer Erfahrung erhöhte Belastungswerte auf, die sich auch auf den Aufbau einer vertrauensvollen und belastbaren Behandlungsbeziehung auswirken. Die Zeitdauer bis zur Aufnahme einer suchtspezifischen Rehabilitationsmaßnahme nach Beginn der Störung beträgt im Schnitt etwa 15,6 Jahre bei Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit (12,9 Jahre bei Drogenabhängigkeit), wobei sich jüngere und ältere Rehabilitanden hinsichtlich der Dauer bis zur ersten Maßnahme nicht wesentlich unterscheiden (Fachverband Sucht, 2019). Dennoch werden sich die Eingangsvoraussetzungen sowie die relevanten Rehabilitationsziele bei lebensälteren versus jüngeren Menschen trotz der gemeinsamen übergeordneten Ziele der gesellschaftlichen Teilhabeverbesserung und der beruflichen (Re-)Integration unterscheiden. In den beiden beteiligten Fachkliniken der medizinischen Rehabilitation bei Abhängigkeitsstörungen wurde der Hypothese nachgegangen, inwiefern die psychische Symptombelastung bei jüngeren im Vergleich zu älteren Rehabilitanden unterschiedlich ausgeprägt ist, und was dies für die Aufnahme einer belastbaren Behandlungsbeziehung bedeuten kann. Darüber hinaus wurden Zusammenhänge zwischen weiteren sozioökonomischen und Behandlungsverlaufs und -ergebnisdaten mit dem Ziel untersucht, Faktoren der Optimierung der Arbeitsbeziehung zu identifizieren.

## Stichprobe

785 Personen (74 Prozent Männer) nahmen an der Erstmessung und bislang 568 Personen an der Zweitmessung nach sieben Wochen teil (August 2020 bis April 2021). Eingesetzt wurde die Mini-SCL (Franke, 2015), ein

Screening-Instrument zur Erhebung der Merkmale Depressivität, Ängstlichkeit und Somatisierung sowie einem globalen Maß subjektiver psychischer Belastung. Erste Ergebnisse zeigen, dass die Angstbelastung bei jüngeren wie älteren Personen gleichermaßen die höchsten Werte aufweisen und sich in den ersten sieben Wochen des Aufenthalts tendenziell verringern. Unterschiede bzgl. der Gesamtbelastung zeigen sich zwischen den Diagnosegruppen F10 und Nicht-F10, unabhängig vom Lebensalter. Eine weitergehende Auswertung der individuellen Differenzwerte soll die Zusammenhänge zwischen dem Alter und weiteren soziodemografischen und Therapieverlaufsdaten näher eruieren.

## Schlussfolgerungen

Die Ergebnisse belegen teilweise die Ausgangshypothese. Die Symptombelastung unterscheidet sich mehr nach Diagnosegruppe F10 und Nicht-F10 als aufgrund des Lebensalters. Die Somatisierungssymptomatik ist – unabhängig von der Diagnosegruppe – bei älteren Rehabilitanden erwartungsgemäß deutlicher ausgeprägt. Inwieweit eine Stabilisierung nach sieben Wochen durch die Behandlungsmaßnahmen gelingt, wird die derzeit noch laufende differenzierte Auswertung zeigen. Insbesondere soll der Zusammenhang zwischen Symptombelastung am Anfang der Maßnahme, der Stabilisierung in den ersten Wochen und dem Risiko des Behandlungsabbruchs oder des Rückfalls während der Behandlung näher betrachtet werden (Ifd. Studie). Katamnestiche Befunde nach einem Jahr erlauben die Herstellung des Zusammenhangs zum längerfristigen bzw. nachhaltigen Behandlungserfolg. Mit Ergebnisdaten in Bezug auf den nachhaltigen Erfolg der medizinischen Reha-Maßnahme ist nach einjähriger Katamnesezeit ab Juni 2022 für die Stichprobe zu rechnen.

*Prof. Dr. Wilma Funke und E. Krebs, MEDIAN Klinik Wied;  
Oliver Kreh, MEDIAN Klinik Tönisstein*

## 6 DISKUSSION

# ERKENNTNISSE UND AUSBLICK

UM ERGEBNIS-, STRUKTUR- UND PROZESSQUALITÄT STETIG AUSZUBAUEN, SETZT MEDIAN AUF EINE ENG VERZAHNTE WEITERENTWICKLUNG ALLER DREI QUALITÄTSDIMENSIONEN



### Ergebnisqualität

Die Versorgungsqualität in allen Kliniken und Einrichtungen der Unternehmensgruppe stetig zu erhöhen und die Rehabilitation als Ganzes weiterzuentwickeln, ist ein Kernziel von MEDIAN. Als zentralem Bestandteil dieser Qualitätsphilosophie kommt der medizinisch-therapeutischen Ergebnisqualität dabei große Bedeutung zu. Die für jede Indikation festgelegten und für jeden Patienten erfassten Ergebnisqualitätsparameter sind eine wichtige Grundlage, um unsere Behandlungsqualität immer weiter zu verbessern. Die im MEDIAN Qualitätsbericht 2020/21 gebündelten Daten zeigen detailliert, dass wir hierbei auf einem sehr guten Weg sind – und sie führen uns Verbesserungspotenzial vor Augen. Dieser Prozess des kontinuierlichen Lernens und Nachjustierens

von Behandlungspfaden ist einmalig und unterscheidet MEDIAN maßgeblich von anderen Rehabilitationsanbietern.

Ein weiterer wichtiger Parameter für die Ergebnisqualität unserer Arbeit ist die Patientenzufriedenheit, bei der wir über die Jahre stets hohe bzw. steigende Resultate erzielt haben. Besonders gute Werte konnten in diesem Jahr indikationsübergreifend mit 93 Prozent Zufriedenheit im Bereich der therapeutischen Versorgung erreicht werden. Dieser Erfolg deckt sich mit den von uns ermittelten sehr guten Behandlungsergebnissen sowohl im somatischen als auch im psychosomatischen Bereich. Beispielhaft sei hier die Orthopädie mit einem Ergebnis des Staffelstein-Scores erwähnt: So können zu Beginn

der Rehabilitation nur rund sechs Prozent unserer Patienten ohne Schwierigkeiten Treppen steigen, am Ende der Reha sind es fast 60 Prozent.

In der Psychosomatik werden ergänzend zur bisherigen Datenerhebung erstmals auch Ergebnisse der sogenannten PROMs (Patient Reported Outcome Measures) im Qualitätsbericht präsentiert, welche seit Mitte 2019 erhoben werden. Vier neue Patientenfragebögen ermitteln Daten zu Depressionen (PHQ-9), Angststörungen (GAD-7 – Generalized Anxiety Disorder Scale-7) und somatischen Symptomen (PHQ-15) bzw. erfassen die psychosoziale Gesundheit multidimensional (HEALTH-49). So gibt der PHQ-9 beispielsweise darüber Auskunft, dass mehr als 60 Prozent der Patienten mit Depressionen, die zu Beginn der Rehabilitation nur sehr wenig Interesse oder Freude an ihren Tätigkeiten hatten, diese Probleme am Ende der Reha nur noch an einzelnen Tagen oder überhaupt nicht mehr hatten.

Neben der Psychosomatik wurden auch in anderen Indikationen bei MEDIAN neue Scores und PROMs eingeführt, die nun erstmalig im Qualitätsbericht abgebildet werden. Besonders zu betonen ist hier die Neurologie mit sechs neuen Assessments (FAC, 10-Meter-Gehtest, Motricity-Index, Nine-Hole-Peg-Test, BODS, Weaning-Zeiten). Sie erfassen die Vielfalt möglicher neurologischer Störungen, darunter zum Beispiel den Schweregrad einer Gangstörung (FAC – Functional Ambulation Categories), das Ausmaß von Lähmungen in Armen und Händen (Motricity-Index) oder die Funktionsfähigkeit des Schluckens (BODS – Bogenhausener Dysphagiescore). Hinzu kamen neue Tests und Assessments in der Geriatrie (Mobilitätstest nach Tinetti) und der Rheumatologie (Schmerzskala/NAS – Numerische Analog-Skala).

### Prozessqualität

Um die Prozessqualität regelmäßig zu überprüfen und auf hohem Niveau zu sichern, ist das Erheben von Kennzahlen bei MEDIAN ein wichtiges Instrument. Dies gilt besonders für die Erfüllung der Kostenträgeranforderungen bei der Therapeutischen Versorgung (KTL) und den Reha-Therapiestandards (RTS). Ergänzend zu den von der Deutschen Rentenversicherung Bund (DRV) erhobenen Kennzahlen hat MEDIAN ein eigenes Monitoring-Instrument zur Messung der entsprechenden Parameter entwickelt. Mit Hilfe dieses BI-Portals können Abweichun-

gen schnell erkannt werden – aktueller, genauer und mit einer höheren Frequenz als im Rahmen der Qualitätssicherung der Kostenträger.

Dank dieses kontinuierlichen Verbesserungsprozesses ist das Qualitätsniveau bei MEDIAN insgesamt sehr gut – ebenfalls nachzulesen im diesjährigen Qualitätsbericht. Kliniken, in denen noch Handlungsbedarf bestand, haben in beeindruckender Weise aufgeholt und ihre Qualitätspunkte innerhalb von zehn Monaten enorm gesteigert. Gemeinsam mit dem Qualitätsmanagement analysieren kaufmännisch und medizinisch Verantwortliche vor Ort Schwachstellen und entwickeln Maßnahmen, um ein höheres Qualitätsniveau zu erreichen. Alle Schritte werden dokumentiert und kontrolliert, um ihre Wirksamkeit zu prüfen. Hierbei kommt den betreffenden Kliniken auch die Vernetzung innerhalb der MEDIAN Gruppe und die Expertise anderer Einrichtungen mit ähnlichem Behandlungsspektrum zugute. Diese wichtige und erfolgreiche Qualitätsarbeit gilt es fortzusetzen.

### Strukturqualität

Mit Blick auf die Rahmenbedingungen der medizinischen Versorgung bei MEDIAN ist unsere Mitarbeiterschaft der wichtigste Qualitätsfaktor. Mit ihrem großen Fachwissen sowie ihrer sozialen und emotionalen Kompetenz sind unsere Beschäftigten entscheidend für das Gelingen einer Rehabilitation und – damit einhergehend – die Zufriedenheit unserer Patienten. Unser Erfolg ist damit zuallererst auch der Erfolg unseres ärztlichen, therapeutischen und pflegerischen Personals sowie der Beschäftigten aller weiteren Berufsgruppen und ihres täglichen Einsatzes zum Wohle der Patienten.

Als Arbeitgeber unterstützt MEDIAN sie hierbei durch eine Vielzahl von Weiterbildungsmöglichkeiten über die MEDIAN Akademie. In Webinaren, Fortbildungen und Workshops können sie Fachwissen erwerben und ihre Kompetenzen entwickeln. Das Interesse ist groß: In den Jahren 2020 und 2021 (bis einschließlich Oktober 2021) nahmen insgesamt fast 6.000 Beschäftigte an 740 von der MEDIAN Akademie angebotenen Veranstaltungen teil. Darüber hinaus findet in klinikübergreifenden Expertengremien wie den MEDIAN Medical Boards ein regelmäßiger Austausch statt, um vom gebündelten Wissensschatz aller zu profitieren.



### AUSBLICK

MEDIAN wird sich auch in Zukunft auf die Weiterentwicklung fach- und indikationsspezifischer Behandlungspfade durch die kontinuierliche Analyse medizinisch-therapeutischer Ergebnisparameter konzentrieren. Durch diese datenbasierte Verbesserung der Versorgungsqualität erzielen wir bessere Resultate für unsere Patienten und senken langfristig die Kosten, die der Gesellschaft durch Erkrankungen und Frühverrentung entstehen.

Dies gelingt insbesondere durch die digitale „Verlängerung“ unserer Behandlungspfade in den Alltag hinein. Ein wichtiger Versorgungsbaustein sind hier Nachsorgeangebote in Form von Apps, die seit 2019 bei MEDIAN eingesetzt werden. Die Anzahl der teilnehmenden Kliniken soll – sowohl in den somatischen Indikationen als auch in der Psychosomatik – weiter erhöht und Pilotprojekte sollen Schritt für Schritt zu regelhafter digitaler Versorgung ausgebaut werden. Auch die Entwicklung eigener digitaler Nachsorgeangebote, die nicht nur deutschlandweit, sondern auch international eingesetzt werden können, wird in den kommenden Jahren im Fokus stehen.

Diese einzigartige Kombination aus Spitzenmedizin, höchsten Qualitätsstandards und Digital-Expertise bei MEDIAN bietet beste Voraussetzungen für ein weiteres Ziel, das MEDIAN sich für die kommenden Jahre gesetzt hat: Menschen bald auch europaweit als führender Anbieter für Rehabilitationsmedizin und mentale Gesundheit den Weg zurück ins Leben zu eröffnen.

## ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

<b>ADHS</b>	Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung
<b>BDI</b>	Becks-Depressions-Inventar
<b>BI</b>	Business Intelligence (dt.: Geschäftsanalytik)
<b>BODS</b>	Bogenhausener Dysphagiescore
<b>CGI</b>	Clinical Global Impression Scale (dt.: Skala für den klinischen Gesamteindruck)
<b>COPD</b>	chronisch obstruktive Lungenerkrankung
<b>DRV</b>	Deutsche Rentenversicherung
<b>EKG</b>	Elektrokardiogramm
<b>ETM</b>	evidenzbasierte Therapiemodule
<b>FAC</b>	Functional Ambulation Categories (dt.: Kategorien der funktionellen Fortbewegung)
<b>FEV1</b>	Forced Expiratory Pressure in 1 Second (dt.: Einsekundenkapazität der Lunge)
<b>GAD-7</b>	Generalized Anxiety Disorder Scale-7 (dt.: Skala zur Erfassung der generalisierten Angststörung)
<b>GAF</b>	Global Assessment of Functioning (dt.: globale Bewertung der Funktionsfähigkeit)
<b>GKV</b>	Gesetzliche Krankenversicherung
<b>GSI</b>	Global Severity Index (dt.: globaler Schweregrad-Index)
<b>HEALTH-49</b>	Hamburger Module zur Erfassung allgemeiner Aspekte psychosozialer Gesundheit für die therapeutische Praxis
<b>HTS</b>	Hörstörungen, Tinnitus, Schwindel
<b>ICD</b>	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (dt.: internationales Klassifizierungssystem der Krankheiten)
<b>ICF</b>	International Classification of Functioning (dt.: Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit)
<b>IQTIG</b>	Zentrales Institut für die gesetzlich verankerte Qualitätssicherung im Gesundheitswesen
<b>ITQ</b>	International Trauma Questionnaire (dt.: internationaler Trauma-Fragebogen)
<b>KIS</b>	Krankenhaus- oder Klinikinformationssystem
<b>KTL</b>	Klassifikation therapeutischer Leistungen in der medizinischen Rehabilitation
<b>MBOR</b>	medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation
<b>NAS</b>	Numerische Analogskala Schmerz
<b>NHPT</b>	Nine-Hole-Peg-Test (dt.: Neun-Loch-Dübel-Test)
<b>PHQ</b>	Patient Health Questionnaire (Fragebogen zur Patientengesundheit)
<b>PKV</b>	Private Krankenversicherung
<b>PROM</b>	Patient Reported Outcome Measure (dt.: subjektiv gemessene Ergebnisparameter)
<b>QM</b>	Qualitätsmanagement
<b>QP</b>	Qualitätspunkte
<b>QS</b>	Qualitätssicherung
<b>RKI</b>	Robert Koch-Institut
<b>RTS</b>	Reha-Therapiestandard
<b>SCL</b>	Symptom-Check-Liste
<b>TEP</b>	Totalendoprothese (künstlicher Gelenkersatz)
<b>TUG</b>	Timed „Up and Go“-Test (dt.: Zeitdauer für Aufstehen und Gehen)

## GLOSSAR

<b>Atopisches Ekzem</b>	Neurodermitis
<b>Business Intelligence</b>	technologiegetriebener Prozess zur Analyse von Daten und zur Präsentation verwertbarer Informationen
<b>CASPAR</b>	Tele-Nachsorge-App für Patienten der Orthopädie, Kardiologie, Innere Medizin/Onkologie und Neurologie
<b>Covid-19</b>	Infektionskrankheit, die Folge einer Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 sein kann; umgangssprachlich auch „Corona“ genannt
<b>DE-RENA</b>	Tele-Nachsorge-App für psychosomatische Patienten
<b>Divertikulose</b>	Ausstülpungen der Darmwand
<b>Femur</b>	Oberschenkelknochen
<b>Hyperakusis</b>	als schmerzhaft empfundenenes Hören
<b>Intrakranielle Verletzung</b>	Verletzung innerhalb des Schädels
<b>Intrazerebrale Blutung</b>	Blutung innerhalb des Hirngewebes
<b>Katamnese</b>	Bericht, den der Arzt ein Jahr nach der Rehabilitation erstellt
<b>Long Covid</b>	Symptome, die im Verlauf oder einige Zeit nach initialer, mittlerweile überstandener Covid-19-Erkrankung auftreten; der akute Verlauf der Covid-19-Erkrankung war häufig mild oder moderat
<b>Myokardinfarkt</b>	Herzinfarkt
<b>Polyarthritis</b>	Entzündungen mehrerer Gelenke
<b>Polyneuropathie</b>	Schädigung mehrerer peripherer Nerven
<b>Post Covid</b>	Symptome, die – meist nach schwerem oder kritischem Verlauf – unmittelbar im Anschluss in der Phase der Genesung von Covid-19 auftreten
<b>Psoriasis</b>	Schuppenflechte
<b>Somatoform</b>	körperliche Beschwerden, die sich nicht oder nicht hinreichend auf eine organische Erkrankung zurückführen lassen
<b>Spondylitis</b>	Infektion der Wirbelkörper
<b>Spondylopathie</b>	degenerative Wirbelsäulenerkrankung
<b>Verstibularfunktion</b>	Funktion des Gleichgewichtsorgans
<b>Weaning</b>	Entwöhnung von der maschinellen Beatmung

## LITERATURVERZEICHNIS

- Brähler, E., & Klaghofer, R. (2001). Konstruktion und teststatistische Prüfung einer Kurzform der SCL-90-R. *Zeitschrift für klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie*, 49(2), 115–124.
- Caronni, A., Picardi, M., Aristidou, E., Antoniotti, P., Pintavalle, G., Redaelli, V., ... & Corbo, M. (2019). How do patients improve their timed up and go test? Responsiveness to rehabilitation of the TUG test in elderly neurological patients. *Gait & Posture*, 70, 3338.
- Demeurisse, G., Demol, O., Robaye, E. (1980). Motor evaluation in vascular hemiplegia. *European Neurology*, 19, 382–389.
- Derogatis, L. R. (1986). *SCL 90 R administration, scoring and procedures manual II for the revised version and other instruments of the psychopathology rating scale series*. Towson, MD: Clinical Psychometric Research.
- Endoprothesenregister Deutschland (EPRD) (2019). *Jahresbericht 2019*. Verfügbar unter: <https://www.eprd.de/de/ueber-uns/aktuelles/artikel/eprd-jahresbericht-2019/>
- Foelsch, P.A., Schlüter-Müller, S., Odom, A.E., Borzutzky, A. & Schmeck, K. (Hrsg.) (2013). *Behandlung von Jugendlichen mit Identitätsstörungen (AIT)*. Berlin: Springer.
- Franke, G. (2002). *Die Symptom-Checkliste von L. R. Derogatis (SCL-90-R) – Deutsche Version – Manual*. Göttingen: Beltz.
- Hartmann, U., Bartolome, G. & Schröter-Morasch, H. (2006). *Klinische Evaluation von Dysphagien: Der Bogenhausener Dysphagiescore (BODS) – Entwicklung und Validierung* [Vortrag]. 23. Wissenschaftliche Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Phoniatrie und Pädaudiologie, Heidelberg, Deutschland.
- Huybrechts K. F. & Caro, J. J. (2007). The barthel index and modified ranking scale as prognostic tools for long-term outcomes after stroke: a qualitative review of the literature. *Current Medical Research and Opinion*, 23(7), 1627–1636.
- Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (Hrsg.) (2018). *Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen nach QSKH-RL*. Verfügbar unter: [https://iqtig.org/downloads/auswertung/auswertung/2018/hep/QSKH\\_HEP\\_2018\\_QIDB\\_V02\\_2019-04-11.pdf](https://iqtig.org/downloads/auswertung/auswertung/2018/hep/QSKH_HEP_2018_QIDB_V02_2019-04-11.pdf)
- Löwe, B., Spitzer, R. L., Zipfel, S. & Herzog, W. (2002). *Gesundheitsfragebogen für Patienten (PHQ-D). Komplettversion und Kurzform. Testmappe mit Manual, Fragebögen, Schablonen* (2. Aufl.). Karlsruhe: Pfizer
- Mahoney F.I. & Barthel, D. (1965). Functional evaluation: The barthel index. *Maryland State Medical Journal*, 14, 56–61.
- Mathiowetz, V., Weber, K., Kashman, N. & Volland, G. (1985). Adult Norms for the Nine Hole Peg Test of Finger Dexterity. *The Occupational Therapy Journal of Research*, 5(1), 24–38. <https://doi.org/10.1177/153944928500500102>
- Marks, D. (2014). Die Gehfähigkeit beurteilen. *Physiopraxis*, 12(1), 34–35.
- Middeldorf, S. & Casser, H. R. (2000). Verlaufs- und Ergebnis-evaluation stationärer Rehabilitationsmaßnahmen nach alloplastischem Hüft- und Kniegelenkersatz mit dem Stafelstein-Score. *Orthopädische Praxis*, 36, 230–238.
- Pedersen, G., Urnes, Ø., Hummelen, B., Wilberg, T. & Kvarstein, E.H. (2018). Revised manual for the global assessment of functioning scale. *European Psychiatry*, 51, 16–19.
- Prinz, U., Nutzinger, O., Schulz, H., Petermann, F., Braukhaus, C. & Andrea, S. (2008). Die Symptom-Checkliste-90-R und ihre Kurzversionen: Psychometrische Analysen bei Patienten mit psychischen Erkrankungen. *Physikalische Medizin, Rehabilitationsmedizin, Kurortmedizin*, 18(6), 337–343.
- Schmitz N., Hartkamp, N., Kiuse, J., Franke, G.H., Reister, G. & Tress, W. (2000). The Symptom Check-List-90-R (SCL-90-R): A german validation study. *Quality of Life Research*, 9(2), 185–193.
- Sereda, Y. & Dembitsky, S. (2016). Validity assessment of the symptom checklist SCL-90-R and shortened versions for the general population in Ukraine. *BMC Psychiatry*, 16, 300.
- Schönle, P.W. (1995). Der Frühreha-Barthelindex (FRB) – eine frührehabilitationsorientierte Erweiterung des Barthelindex. *Rehabilitation*, 34, 69–73.
- Torio, I., Bagny, A., Dompablo, M., Campillo, M. J., Garcia-Fernandez, L., Rodriguez-Torresano, J., ... & Rodriguez-Jimenez, R. (2014). Neurocognition, social cognition and functional outcome in schizophrenia. *European Journal of Psychiatry*, 28, 201–211.
- Willkomm, M. (Hrsg.) (2013). *Praktische Geriatrie*. Thieme.

### Impressum

MEDIAN Unternehmensgruppe B.V. & Co. KG  
Franklinstraße 28–29  
10587 Berlin  
[www.median-kliniken.de](http://www.median-kliniken.de)

### Redaktion

Dr. Florian Frensch, *Geschäftsführer (COO)*  
Ulrich Kräutter, *Medizin- und Qualitätsmanagement*  
Mara Maenner, *Medizin- und Qualitätsmanagement*  
Yildiz Okay, *Medizin- und Qualitätsmanagement*  
Thomas Preuß, *Data Analyses & Scientific Communication*  
Silke Zorn, *Marketing, Kommunikation & CRM*  
Stefan Müller, *müller.kommunikation*

### Korrektorat und Lektorat

Bildart, Nora Döring

### Grafik & Design

Raketik Content GmbH, Daniela Birk

### Fotos

Peter Hamel, [peterhamel.de](mailto:peterhamel.de)  
Michael Kuhlmann, [michaelkuhlmann.net](mailto:michaelkuhlmann.net)  
Christian Niellinger, [niellinger.de](mailto:niellinger.de)  
Uwe Steinert, [uwesteinert.de](mailto:uwesteinert.de)  
Martina Mänecke, [mmfotoARTen](mailto:mmfotoARTen)  
Adobe Stock

### Die Redaktion bedankt sich für die außergewöhnliche Unterstützung des Berichtes bei

- den Kolleginnen und Kollegen aus den Kliniken und Einrichtungen von MEDIAN, die diesen Qualitätsbericht mit ihren Fallberichten bereichern
- allen Kolleginnen und Kollegen, die an der Erstellung der Inhalte (Daten, Texte, Fallberichte) beteiligt waren
- den Sprecherinnen und Sprechern der MEDIAN Medical Boards
- den Kolleginnen aus dem zentralen Team Marketing, Kommunikation und CRM
- den Kolleginnen und Kollegen aus dem zentralen Team Business Development/Medizin- und Qualitätsmanagement

Wir danken allen abgebildeten Personen, die sich mit der Veröffentlichung ihrer Fotos einverstanden erklärt haben.

Redaktionsschluss war der 29. November 2021.

