

Reha-Klinik

für Seelische Gesundheit in Klagenfurt



JAHRESBERICHT 2017–2018



INHALT

Vorwort	4
1. Reha-Klinik für Seelische Gesundheit	5
1.1. Führungsteam	6
1.2. Qualitätsmanagement	7
2. Patientinnen und Patienten	8
2.1. Inanspruchnahme & soziodemografische Daten	9
2.2. Krankheitsbezogene Daten	12
3. Interventionen	13
3.1. Beschreibung Evaluationskonzept/Wirkmodell stationärer Rehabilitation	14
3.2. Evaluation Schwerpunkt Schmerzbewältigung	14
3.3. Neuer Schwerpunkt: Arbeitstherapieorientierte Reha	17
4. Rehabilitationsergebnisse	19
4.1. Rehabilitationsziele	20
4.3. Zufriedenheit	20
5. Laufende Projekte	22
5.1. Umstieg auf ISO 9001:2015	23
5.2. Neues Krankenhaus-Informationen-System	23
5.3. Abschlussarbeit Evaluationslehrgang	24
6. Ausblick	26
Impressum	28

VORWORT



Liebe Leserinnen, liebe Leser!

Die inhaltliche Weiterentwicklung unserer Angebote ist ein wesentliches Anliegen der Reha-Klinik für Seelische Gesundheit. Dabei fokussieren wir uns auf die Schaffung von individualisierten und bedarfsorientierten Programmen, die wissenschaftlich evaluiert werden, um die Güte und Wirksamkeit unserer Leistungen sicherstellen und darauf aufbauen zu können.

Ein Beispiel für unsere innovativen Bemühungen ist die Einführung individualisierter Reha-Ziele mit Hilfe des Instrumentes GAS (Goal Attainment Scale). Diese Maßnahme unterstützt die Rehabilitandinnen und Rehabilitanden dabei, Fortschritte anhand konkreter Indikatoren selbst wahrnehmen und überprüfen zu können, was wiederum ein wichtiger Beitrag der Selbstwirksamkeit ist. Eine weitere Maßnahme ist die Einführung der Schmerzbewältigungsgruppe mit gezielten Angeboten für Patientinnen und Patienten mit chronisch somatoformen Schmerzkrankungen zusätzlich zur Standardtherapie. Die wissenschaftliche Evaluation wird in Kooperation mit unseren Forschungspartnern pro mente Forschung durchgeführt und die ersten erfreulichen Ergebnisse unserer neuen Programme sind in diesem Jahresbericht nachzulesen.

Die Entwicklung differenzierter Angebote wird uns auch zukünftig begleiten. So haben wir bereits das nächste Pilotprojekt gestartet, die arbeitstherapieorientierte Rehabilitation, die einen Fokus auf gezielte Maßnahmen für den beruflichen (Wieder-)Einstieg setzt.

Um die Qualitäts- und Evaluationskultur und -befähigung in der Reha-Klinik für Seelische Gesundheit weiter auszubauen und zu verankern, werden Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter systematisch ausgebildet, und wir können uns bereits über vier Absolventinnen und Absolventen des Lehrgangs für Evaluation im Gesundheits-, Sozial- und Bildungsbereich der Ferdinand Porsche Fern-FH freuen, zwei weitere Mitarbeiterinnen sind derzeit in Ausbildung.

Neben all dem theoretischen Überbau und der erworbenen Qualifikationen, die ohne Zweifel wesentlich für eine hochwertige Rehabilitation sind, bleibt das tagtägliche persönliche Engagement sowie der freundliche und respektvolle Umgang unserer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ebenso ein wichtiger Baustein für die hohe Zufriedenheit unserer Patientinnen und Patienten.

Dafür möchten wir uns bei jeder und jedem Einzelnen unserer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aufrichtig bedanken!

Mit den besten Grüßen,

Ihre

Ihr

Mag. Petra Müller, MBA
Geschäftsführerin Reha-Klinik für Seelische Gesundheit

Univ.-Doz. Dr. Georg Spiel
Obmann pro mente kärnten

1. REHA-KLINIK FÜR SEELISCHE GESUNDHEIT



1.1. Führungsteam



Mag. Petra Müller, MBA
Geschäftsführung und
Verwaltungsleitung



Prim. Dr. Ingeburg
Spendel
Ärztliche Leitung



Univ.-Doz. MMag.
Dr. Helmut J. Wresnik
Psychologische Leitung



DGKP Lea Lobrigo, MBA
Pflegedienstleitung



Karin Homa-Konrad
Leitung Körpertherapie



Carina Berger
Leitung
Ergotherapie

In unseren Teams arbeiten Expertinnen und Experten aus folgenden Berufsgruppen:

- Psychotherapie
- Medizinische und Heilmassage
- Klinische- und Gesundheitspsychologie
- Allgemeinmedizin und Psychiatrie
- Ergotherapie
- Pflege
- Physiotherapie
- Sozialarbeit
- Sportwissenschaft
- Diätologie



1.2. Qualitätsmanagement

Die Qualitätssicherungskommission (QSK) besteht aus folgenden Mitgliedern:



Univ.-Doz. Dr. Georg Spiel
Wissenschaftliche Leitung



Mag. Michaela Krassnig
Evaluation



Mag. Petra Müller, MBA
Qualitätssicherungsbeauftragte



Mag. Dr. Andrea Jansche
Stellvertretende Psychologische Leitung



Prim. Dr. Ingeburg Spendel
Ärztliche Leitung



Mag. Natascha Hutter
Leitung Patientenmanagement



Univ.-Doz. MMag. Dr. Helmut J. Wresnik
Psychologische Leitung



Mag. Eike Egger-Hagendorfer
Qualitätssicherungs-Assistentin



DGKP Lea Lobrigo, MBA
Pflegedienstleitung

Die QSK der Reha-Klinik für Seelische Gesundheit legt fest, welcher Fokus betreffend Qualitäts- und Evaluationsinitiativen gesetzt werden soll. Ein wesentliches Augenmerk wird auf die Umsetzung von entwickelten Konzepten gelegt und in regelmäßigen Besprechungen wird über den Stand und Fortschritt von vereinbarten Maßnahmen gesprochen. Nach erfolgter Umsetzung begleitet dieses Gremium die Evaluation, um so die Wirksamkeit von Maßnahmen zu überprüfen und gegebenenfalls Korrekturschritte einleiten zu können.

Periodisch findet auch ein Forschungs-Jour-Fixe statt, bei dem mit dem wissenschaftlichen Partner pro mente Forschung gemeinsame Projekte diskutiert und bewertet werden.

Quartalsmäßig werden PatientInnen-Zufriedenheitsanalysen erstellt, die zunächst im Führungsteam besprochen werden. Danach werden die Zufriedenheitsberichte von den Führungskräften mit den einzelnen Teams diskutiert, um bei Bedarf Maßnahmen zur Verbesserung von identifizierten Problemlagen abzuleiten.

2. PATIENTINNEN UND PATIENTEN



Die Reha-Klinik für Seelische Gesundheit betreut Patientinnen und Patienten mit psychischen Problemen, was ein breites medizinisches Spektrum umfasst. So gehören dazu die Behandlung von Depression, Angst-, Panik- oder Zwangsstörungen, Traumafolgeerkrankungen ebenso wie Erschöpfungs-, Überlastungs oder Burnout-Erkrankungen.

2.1. Inanspruchnahme & soziodemografische Daten

Im Jahr 2018 (2017) absolvierten 753 (699) Patientinnen und Patienten einen Reha-Aufenthalt in unserem Haus. Die geleisteten Belegungstage lagen bei 30.211 (28.657) und bei einer durchschnittlichen Verweildauer von 40,8 (41,2) Tagen.

Im Jahr 2018 lag der Anteil der Frauen, die einen Reha-Aufenthalt absolvierten, bei 60 % gegenüber dem Vorjahr, in welchem ein Anteil von 60,4 % zu verzeichnen war. Der Anteil der Männer lag 2018 bei 40 % und 2017 bei 39,6 %. Es zeigt sich somit keine merkliche Veränderung in der Geschlechterverteilung. (Tabelle 1)

Das Durchschnittsalter unserer Patientinnen und Patienten lag im Jahr 2018 bei 46,82 Jahren (SD= 10,86), mit einer Altersspanne von 18 bis 81 Jahren. Somit zeigt sich auch hier keine wesentliche Veränderung gegenüber dem Vorjahr (MW = 46,43; SD = 9,9). Innerhalb der Alterskategorien kam es 2018 jedoch zu einem leichten Anstieg bei den 51- bis 60-jährigen sowie zu einem Rückgang bei den 41- bis 50-jährigen Rehabilitandinnen und Rehabilitanden. (Tabelle 2)

Hinsichtlich des Familienstandes gaben im Jahr 2018 31,9 % der Patientinnen und Patienten an, verheiratet zu sein. Der Anteil an ledigen Personen lag bei 33,5 %, gefolgt von 22,3 %, die getrennt bzw. alleine lebend oder geschieden waren. Nach einem Anstieg von 3,4 % im Jahr 2016 sank der Anteil jener, die sich in fester Partnerschaft befanden, wieder auf 7,8 % im Jahr 2018. (Tabelle 3)

Aufgrund einer Fragebogenumstellung im Halbjahr 2017 ist an dieser Stelle kein direkter Vergleich zwischen den Jahren 2017 und 2018 möglich. Im Jahr 2018 bildete die Personengruppe mit Lehrabschluss

Geschlecht	N (%) Jahr 2017	(%) Jahr 2018
weiblich	422 (60,4)	452 (60,0)
männlich	277 (39,6)	301 (40,0)
gesamt	699 (100)	753 (100)

Tabelle 1

Alter	N (%) Jahr 2017	N (%) Jahr 2018
bis 30 Jahre	61 (8,7)	75 (10,0)
31 bis 40 Jahre	111 (15,9)	119 (15,8)
41 bis 50 Jahre	246 (35,2)	214 (28,4)
51 bis 60 Jahre	258 (36,9)	313 (41,6)
älter als 60 Jahre	23 (3,3)	32 (4,2)
gesamt	699 (100)	753 (100)

Tabelle 2

den höchsten Anteil (33,7 %), gefolgt von der Personengruppe mit Haupt- bzw. Pflichtschulabschluss (21,1 %). 18,1 % absolvierten eine berufsbildende Schule, 13,7 % die Matura und 8 % ein Hochschulstudium. (Tabelle 4)

Wie bereits im Jahr 2016 befindet sich der höchste Anteil unserer Patientinnen und Patienten im Status der Arbeits- bzw. Erwerbslosigkeit mit 31,4 % im Jahr 2018 sowie 30,6 % im Jahr 2017. Gefolgt von einem Anteil von 28 % (2018) bzw. 24,5 % (2017) im Status der Berufstätigkeit. 23,5 % befanden sich zum Aufnahmezeitpunkt in Rehageldbezug, 2017 lag jener Anteil bei 18,9 %.

Aufgrund der Fragebogenumstellung im Halbjahr 2017 ist ein direkter Vergleich mit dem Jahr 2018 nur unter Vorbehalt möglich, da der Anteil innerhalb der Kategorie „sonstige/keine Angabe“ signifikant gesunken ist und sich möglicherweise lediglich auf die anderen Kategorien verteilt hat. (Tabelle 5)

Mit einem Anteil von 32,3 % war zwar im Jahr 2018 das Haupteinzugsgebiet unserer Patientinnen und Patienten nach wie vor das Bundesland Kärnten, im Vergleich zum Vorjahr ist jener Anteil jedoch um 7,8 % gesunken. Ein leichter Anstieg der Zuweisungen ist aus den Bundesländern Wien, Niederösterreich und Salzburg zu verzeichnen. Der Anteil aus den übrigen Bundesländern ist annähernd stabil geblieben. (Tabelle 6)

Familienstand	N (%) Jahr 2017	N (%) Jahr 2018
ledig	223 (31,9)	252 (33,5)
getrennt/geschieden/alleine lebend	153 (21,9)	168 (22,3)
verheiratet	240 (34,3)	240 (31,9)
in fester Partnerschaft	58 (8,3)	59 (7,8)
verwitwet	14 (2,0)	26 (3,5)
Sonstiges	2 (0,3)	-
keine Angabe	9 (1,3)	8 (1,1)
gesamt	699 (100)	753 (100)

Tabelle 3

höchste abgeschlossene Ausbildung	N (%) Jahr 2018
Hauptschule/Pflichtschule	159 (21,1)
Lehrabschluss	254 (33,7)
berufsbildende Schule	136 (18,1)
Matura	103 (13,7)
Hochschulabschluss	60 (8,0)
ohne Schulabschluss	20 (2,7)
keine Angabe	21 (2,8)
gesamt	753 (100)

Tabelle 4

Erwerbssituation bei Reha-Aufnahme	N (%) Jahr 2017	N (%) Jahr 2018
berufstätig	171 (24,5)	211 (28,0)
arbeitslos/erwerbslos	214 (30,6)	236 (31,4)
(befristeter) Pensionsbezug	82 (11,7)	108 (14,4)
Rehageldbezug	132 (18,9)	177 (23,5)
sonstige/keine Angabe	100 (14,3)	21 (2,8)
gesamt	699 (100)	735 (100)

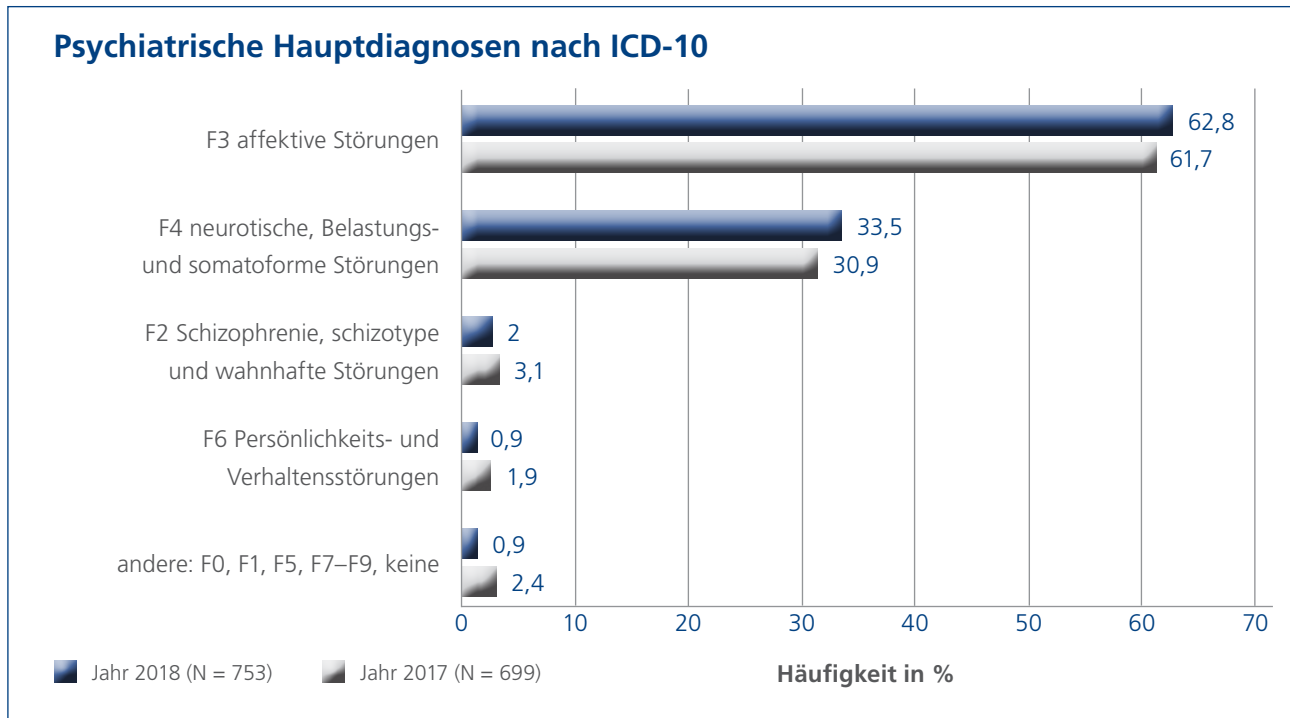
Tabelle 5

Bundesländer	N (%) Jahr 2016	N (%) Jahr 2017	N (%) Jahr 2018
Kärnten	301 (43,0)	280 (40,1)	243 (32,3)
Steiermark	181 (25,9)	171 (24,5)	178 (23,6)
Wien	62 (8,9)	55 (7,9)	82 (10,9)
Niederösterreich	47 (6,7)	75 (10,7)	90 (12,0)
Salzburg	31 (4,4)	30 (4,3)	49 (6,5)
übrige Bundesländer	78 (11,1)	88 (12,5)	111 (14,8)
gesamt	700 (100)	699 (100)	753 (100)

Tabelle 6



2.2. Krankheitsbezogene Daten



Die häufigsten Diagnosegruppen (ICD-10) der Patientinnen und Patienten bilden wie bereits in den Vorjahren einerseits die affektiven Störungen (F3), andererseits die neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen (F4). Im Jahr 2018 lag der Anteil der Diagnosegruppe F3 bei 62,8 % und 2017 bei 61,7 %. Ein leichter Anstieg von 30,9 % im Jahr 2017 auf 33,5 % im Jahr 2018 ist in der Kategorie F4 zu verzeichnen. Alle anderen Diagnosegruppen sind gegenüber dem Vorjahr leicht gesunken.

Bei 57,4 % der Patientinnen und Patienten wurde eine weitere psychiatrische Diagnose gestellt, dieser Anteil lag im Jahr 2017 bei 61,1 %. Im Vergleich mit dem Jahr 2016 (47,1 %) kam es hier zu einem signifikanten Anstieg. Die häufigste Gruppe dieser Komorbiditätsdiagnosen bilden dabei die neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen.

Bei 8,4 % der Patientinnen und Patienten wurde zusätzlich Burnout (Z73.0) diagnostiziert. Der Anteil gegenüber dem Vorjahr (7,3 %) ist annähernd gleich geblieben.



3. INTERVENTIONEN



3.1. Beschreibung Evaluationskonzept/Wirkmodell stationärer Rehabilitation

Im Evaluationskonzept der Reha-Klinik werden alle evaluationsrelevanten Informationen zusammengefasst. Es dient als gemeinsamer Bezugspunkt und Diskussionsgrundlage im Rahmen der Evaluationstätigkeit. Enthalten sind Angaben zum Programm der Reha-Klinik, etwa die Beschreibung der Zielgruppe sowie der angebotenen Maßnahmen. Weiters sind die therapeutischen Ziele im Konzept festgehalten und in eine Wirklogik eingebettet. In dieser werden die wechselseitige Beziehung der jeweiligen Ziele dargestellt sowie die angebotenen Maßnahmen den verschiedenen Zielen zugeordnet.

Nicht zuletzt ist das Evaluationsdesign beschrieben, also wann mittels welcher Indikatoren und Instrumente die Zielerreichung messbar gemacht wird.

Im Rahmen der Überarbeitung des allgemeinen Evaluationskonzepts 1.0 gab es zwei wesentliche Änderungen. Erstens wurden die berufsgruppenspezifischen Zielsysteme überarbeitet, sodass die primären Ansatzpunkte der jeweiligen Berufsgruppe besser ersichtlich sind. Zweitens wurde das Indikatorensystem überarbeitet. Hierzu wurden die therapeutischen Ziele den im Rahmen der Evaluation verwendeten Fragebögen gegenübergestellt und deren Passung auf Ebene der einzelnen Fragen von einem multiprofessionellen Team bewertet. Hierbei zeigte sich, dass einige Zielbereiche nicht durch die verwendeten Fragebögen abgedeckt sind, andere dafür mehrfach. In einem nächsten Schritt soll eine Auswertung anhand eines auf Basis der Inhaltsanalyse verfeinerten Indikatorensystems durchgeführt werden.

Im Zuge der Weiterentwicklung des Evaluationskonzepts wurde beschlossen, für spezifische Angebote in Anlehnung an das allgemeine Evaluationskonzept

spezifische Evaluationskonzepte zu entwickeln, welche die Besonderheiten dieser Interventionen abdecken. So wurden für die Schmerzbewältigungsgruppe und die Arbeitstherapeutischorientierte Reha eigene Evaluationskonzepte erstellt. Neben der Beschreibung des Programms ist darin das spezifische Evaluationsdesign festgehalten.

3.2. Evaluation Schwerpunkt Schmerzbewältigung

Eine nicht unerhebliche Anzahl an Menschen leidet an chronisch somatoformen Schmerzerkrankungen. Dies war der Ausgangspunkt, um für diese Personengruppe in der Reha-Klinik für Seelische Gesundheit ein spezifisches Angebot zu entwickeln.

Das Pilotprojekt zielt darauf ab, Patientinnen und Patienten, die unter einer somatoformen Schmerzstörung leiden, bei der Bewältigung ihrer Beschwerden im Alltag zu unterstützen. Dadurch soll die Lebensqualität im Allgemeinen, aber auch das psychische Befinden verbessert und eine weitere Chronifizierung und deren Folgen verhindert bzw. hinausgezögert sowie die berufliche und soziale Teilhabe gefördert werden.

Für eine standardisierte Indikationsstellung erfolgt bereits vor der stationären Aufnahme ein Screening anhand des Chronic Pain Grade Questionnaire (CPGQ) zur Erfassung des Schweregrades von chronischen Schmerzerkrankungen (Korff et al. 1992). Damit wird es möglich, jene Patientinnen und Patienten, welche unter chronischen Schmerzen leiden, vorab zu erkennen und ihnen die Teilnahme am Schmerzbewältigungsschwerpunkt anzubieten.

Der methodische Schwerpunkt des Therapieangebots ist die kognitive Verhaltenstherapie mit ihrem spezifischen Methodenrepertoire, z. B. Prinzipien der Lernpsychologie (Verhaltensmodifikation), Achtsamkeitsbasierte Ansätze und Psychoedukation. Das Setting bildet eine störungsspezifische geschlossene Basisgruppe. Der Aufbau und die Sitzungsstruktur ori-

entieren sich an einem Manual, welches an der APR Salzburg (Ambulante Psychosoziale Rehabilitation) von Michael Bach et al. konzipiert und hierfür von den Autoren persönlich zur Verfügung gestellt wurde. Die konkreten Inhalte sind in zwölf Schwerpunktsitzungen unterteilt, wobei zu Beginn vor allem umfassende Psychoedukation das zentrale Element bildet. Hierbei wird v. a. das bio-psycho-soziale Störungsmodell chronischer Schmerzen sowie deren Funktionalitäten (bspw. sekundärer Krankheitsgewinn) vermittelt, um Teilnehmenden zum einen für die psychische Komponente ihrer körperlichen Beschwerden zu sensibilisieren und zum anderen, eine fundierte Vorbereitung für die darauffolgenden Interventionen zu gewährleisten.

In einer Evaluation wurde die Wirksamkeit des implementierten Schmerzbewältigungsschwerpunktes hinsichtlich des Schmerzerlebens untersucht. Dabei wurden folgende Fragen untersucht:

1. Verringert sich die subjektive Belastung durch den Schmerz während des Rehabilitationsverfahrens stärker als in den ca. sechs Monaten vor dem Aufenthalt?
2. Verringert sich die Schmerzintensität während des Reha-Aufenthalts?
3. Kommt es zu einer Verbesserung der allgemeinen Beweglichkeit während des Reha-Aufenthalts?

Zur Beantwortung der Fragestellungen wurden die Daten von $N = 85$ Probanden (57 % weiblich) ausgewertet. Das Durchschnittsalter betrug 49,1 Jahre ($SD = 7,64$). Die häufigsten ICD-10-Diagnosegruppen waren affektive Störungen (F3) mit 46,8 % sowie neurotische, somatoforme und Belastungsstörungen (F4) mit 46,8 %. Die übrigen Diagnosen machten jeweils weniger als 5 % der Diagnosegruppen aus.

Um unterschiedliche Aspekte des Schmerzerlebens zu erfassen, wurden drei in der Schmerzforschung verbreitete Instrumente angewandt:

- Der Chronic Pain Grade Questionnaire (CPGQ: Korff, 1992) wurde zur Erfassung der Beeinträchtigung durch Schmerzen vorgegeben. Die Auswertung erfolgte anhand von Beeinträchtigungspunkten (von 0 keine Beeinträchtigung bis 6 maximale Beeinträchtigung).
- Weiters wurde die visuelle Analogscala (VAS) vorgegeben, wobei die Teilnehmenden gebeten wurden, ihre aktuellen Schmerzen auf einer 10 cm langen Linie zu markieren (0 entspricht keinem Schmerz, 10 cm dem schlimmsten vorstellbaren Schmerz).
- Als Maß für die Beweglichkeitseinschränkung wurde der Finger-Boden-Abstand-Test (FBA) durchgeführt. Hierzu beugen sich die Teilnehmenden so weit wie möglich vornüber. Der Abstand zwischen Fingerspitzen und Boden gilt dabei als Indikator für die allgemeine Beweglichkeit.

Da für den CPGQ Messwerte zu drei Zeitpunkten vorliegen, konnte im Sinne einer Eigenkontrollgruppe (vgl. Pospeschill, 2018) ausgewertet werden. Hierzu wird das Ausmaß der Veränderung in dem Zeitraum, in dem keine Intervention erfolgte, mit dem Ausmaß der Änderung, in dem die Intervention erfolgt, verglichen.

Für die VAS und den FBA wurden die Unterschiede zu Aufnahme und Entlassung verglichen. Für die Vorher-Nachher-Vergleiche wurden t-Tests für abhängige Stichproben durchgeführt. Die Effektstärke (ES) wird in Cohen's d oder Hedge's g für verbundene Stichproben angegeben (Lakens, 2013).

Die erlebte Beeinträchtigung (CPGQ) ist in der Zeit während der Intervention stärker gesunken als in der Zeit ohne Intervention ($t(52) = -2.426$, $p = .018$). Im Detail zeigt sich eine signifikante Differenz ($t(76) = 3.625$, $p < .001$, $ES = 0.50$) zwischen dem Screening ($M = 4.6$, $SD = 1.2$) und der Aufnahme ($M = 3.8$, $SD = 2.0$). Des Weiteren eine signifikante Verbesserung ($t(76) = 6.841$, $p < .001$, $ES = 0.92$) zwischen Aufnahme und Entlassung ($M = 1.9$, $SD = 1.4$) (siehe Abb. 1).

Für die VAS (Abb. 2) zeigt sich im Vergleich zwischen Aufnahme (M = 63.8, SD = 17.2) und Entlassung (M = 64.9, SD = 24.6) eine Differenz von ES = 0.77. Diese war statistisch signifikant ($t(36) = 4.784, p < .001$).

Bei dem FBA (Abb. 3) zeigte sich ebenfalls eine signifikante Verbesserung ($t(53) = 4.122, p < .001$). Im Mit-

tel verringerte sich der FBA bei den Patientinnen und Patienten zwischen Aufnahme (M = 29.5, SD = 13.9) und Entlassung (M = 24.0, SD = 14.3) um ca. 5.6 cm (ES = 0.40).

Die Ergebnisse sprechen für eine positive Wirkung des Angebots. Um klare Aussagen bezüglich der Wirksamkeit der Interventionen zu treffen, ist die Auswertung einer Kontrollgruppe geplant, die aufgrund des Schmerzfragebogens in das Angebot der Schmerzbeiwältigungsgruppe passt, jedoch nicht daran teilnimmt.

Literatur:

Lakens D. (2013): Calculating and reporting effect sizes to facilitate cumulative science: a practical primer for t-tests and ANOVAs. *Frontiers in Psychology*, 4, 863.

Pospeschill M., Siegel R. (2018): Design für Einzelfälle und kleine Stichproben. In: Pospeschill M., Siegel R. (Hrsg.), *Methoden für die klinische Forschung und diagnostische Praxis*, Berlin: Springer, 7-24.

Von Korff M., Ormel J., Keefe F. J., Dworkin S. F. (1992): Grading the severity of chronic pain. *Pain*, 50 (2), 133-149.

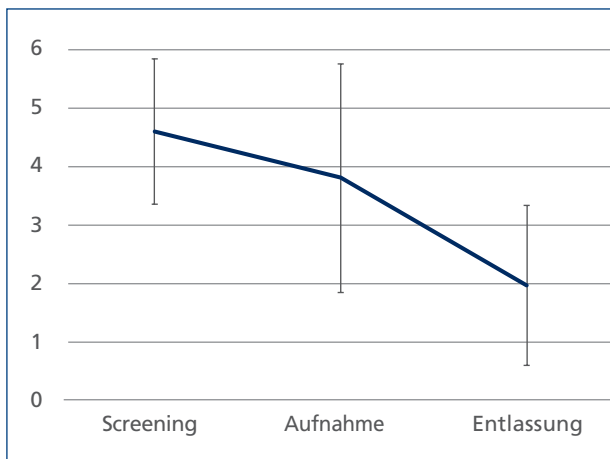


Abb. 1: CPGQ Beeinträchtigungspunkte, Mittelwerte +/-1 SD

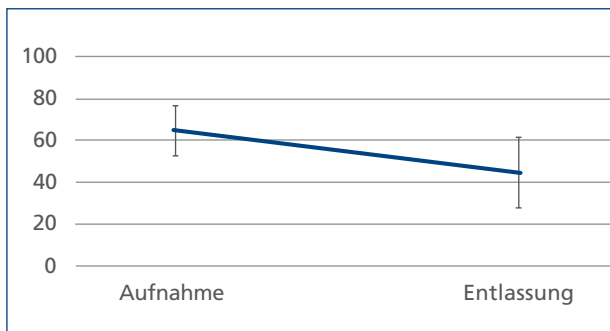


Abb. 2: VAS Angabe in Millimeter Mittelwerte +/-1 SD

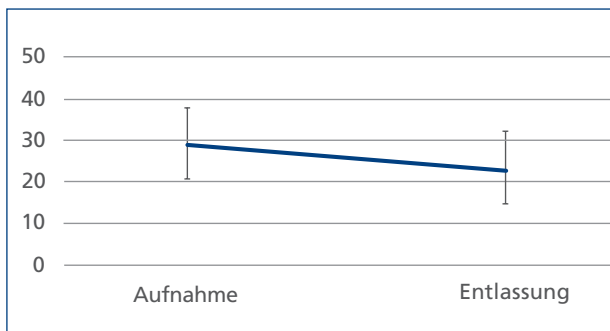


Abb. 3: FBA Angabe in Zentimeter Mittelwerte +/-1 SD

3.3. Neuer Schwerpunkt: Arbeitstherapieorientierte Reha

Das Projekt „Arbeitstherapieorientierte Rehabilitation“ zielt darauf ab, Patientinnen und Patienten mit psychischen Erkrankungen wieder schrittweise in den Arbeitsprozess zu integrieren oder den Einstieg ins Berufsleben nach einem längeren Ausfall zu ermöglichen. Ebenso kann auch die Erhaltung der Arbeitsfähigkeit auf längere Sicht wichtig sein. Aus diesem Grund werden v. a. arbeitsrelevante Fähigkeiten und Funktionen trainiert, um die betreffenden Patientinnen und Patienten (wieder) auf den beruflichen Alltag vorzubereiten.

Das Besondere an dieser Behandlungsform ist die Verknüpfung zwischen der medizinischen und beruflichen Rehabilitation. Dieses Pilotprojekt stellt eine praktische Umsetzung dieser Verknüpfung dar, um das Behandlungsangebot in der stationären medizi-

nisch-psychiatrischen Rehabilitation um berufsorientierte Maßnahmen zu erweitern.

Die Arbeit an bestimmten Werkstücken bzw. Projekten wird hierbei als therapeutisches Mittel eingesetzt und durch die Therapie sollen elementare, soziale, emotionale und weitere spezielle Fähigkeiten gefördert werden. Im Bereich des Selbstbildes wird z. B. an der Verantwortung und Selbstständigkeit gearbeitet.

Im Vergleich zur klassischen Ergotherapie treten folgende Aspekte besonders hervor:

- Voraussetzungen sind die psychische Stabilität und basale Fertigkeiten, z. B. Konzentration, Ausdauer, Frustrationstoleranz
- aktive Belastungserprobung
- Verbesserung und Förderung der Grundarbeitsfähigkeiten, z. B. Wegefähigkeit, pünktlich am Arbeitsplatz erscheinen, Umgang mit Zeitdruck, und
- selbstständige Handlungsplanung und Durchführung von Arbeitsaufträgen, die termingerecht fertig werden sollen



Konkrete Ziele dieser Maßnahme sind neben dem globalen Ziel der Wieder- oder Neueingliederung der Patientinnen und Patienten in den aktiven Arbeitsprozess,

- die Erprobung und Steigerung der Belastungsfähigkeit
- die Analyse und das Training der Basiskompetenzen, die für den Arbeitsprozess wichtig sind
- ein allgemeines basales Training berufsbezogener Fähigkeiten und Fertigkeiten (es handelt sich nicht um eine Ausbildung für bestimmte Berufe) und
- die Stärkung und Aufbau von Ressourcen

Die Zielgruppe dieses Pilotprojektes sind Personen, die bis vor Kurzem in einem Arbeits- oder Ausbildungsverhältnis standen. Berufliche Perspektiven müssen neu überdacht und gefunden werden. Darüber hinaus richtet sich das Angebot an Menschen, die durch eine langjährige Arbeitslosigkeit die Voraussetzung für eine berufliche Rehabilitation und Integration erst entwickeln müssen.

Jene, die zwar chronische Krankheitsverläufe und Krankenhausaufenthalte innerhalb der letzten Jahre aufweisen, aber stabil genug sind, um zumindest grundlegende berufliche Fertigkeiten zu erwerben. Und schließlich gehören auch Menschen zur Zielgruppe, die ihr berufliches Leistungsvermögen nicht mehr gut einschätzen können und ihre Arbeitsfähigkeit ausloten möchten.

Die Zielerreichung soll durch folgende Aspekte gefördert werden:

- Förderung der Grundarbeitsfähigkeiten (z. B. Ausdauer, Konzentration, Gedächtnis, Reaktion, Aufmerksamkeit)
- Förderung der Handlungsplanung und Durchführung anhand von konkreten Werkstücken
- Stärkung der Ich-Funktionen (z. B. Entscheidungsfähigkeit, Interesse, Initiative)
- Beherrschung instrumenteller Fertigkeiten (z. B. Umgang mit Werkzeugen)
- Steigerung der Selbstständigkeit (z. B. Verbesserung der Selbsteinschätzung)

Als Screening-Instrument zur Identifikation der Zielgruppe wird der Fragebogen SIMBO-C (Streibelt, 2009) verwendet, der in Deutschland bereits für die medizinisch-berufliche Rehabilitation seit Jahren im Einsatz ist.

Die spezifischen arbeitstherapeutischen Einheiten finden sowohl in der Klinik wie auch in der Einrichtung für Berufstraining der pro mente kärnten statt. Die externen Einheiten sollen weitere Fähigkeiten der Selbstorganisation vertiefen (Wegzeiten beachten, sich in fremder Umgebung zurechtfinden u. Ä.).

Während der Arbeitstherapie werden dann Auftragsarbeiten, Projekte und bestimmte Werkstücke unter möglichst realen Berufsalltagsbedingungen angefertigt, die gemeinsam am Ende des Aufenthalts reflektiert und bewertet werden.

Das Pilotprojekt findet in Abstimmung mit der Pensionsversicherungsanstalt statt. Nach Ablauf eines Jahres werden das Konzept und die erzielten Ergebnisse unter Mithilfe der pro mente Forschung evaluiert.

Literatur:

Streibelt M. (2009): SIMBO – Screening-Instrument zur Feststellung des Bedarfs an medizinisch beruflich orientierten Maßnahmen in der medizinischen Rehabilitation.

4. REHABILITATIONSERGEBNISSE



4.1. Rehabilitationsziele

Individuelle Rehabilitationsziele von Patientinnen und Patienten sind wesentlicher Bestandteil eines erfolgreichen Rehabilitationsverfahrens, weshalb wir in den vergangenen drei Jahren zahlreiche Bemühungen auf uns genommen haben, um diese Ziele und deren Ergebnisse valide abbilden zu können.

Ausgangspunkt im Jahr 2016 war der bisherige Einsatz der Zielcheckliste des Berner Inventars für Therapieziele (BIT-CP). Jene diente als Basis für die individuelle Zielexplication zwischen Patientinnen sowie Patienten und dem Behandlungsteam zu Beginn der Rehabilitation. Am Ende der Rehabilitation erfolgte eine Einschätzung der Zielerreichungsgrade in drei Stufen (erreicht, teilweise erreicht, nicht erreicht) und eine ICF-basierte Zielkategorisierung.

Aus Sicht des Qualitätsmanagements ergaben sich durch diesen Prozess zu häufig teilweise erreichte Ziele, weshalb im Jahr 2017 der Fragebogen für Aktivitäten und Teilhabe (FAT) als Instrument zur Planung und Evaluierung von Rehabilitationszielen implementiert wurde. Jener ist bereits ICF-orientiert und sollte eine Konkretisierung der Ziele unterstützen, um die Erreichungsgrade zu verbessern.

Eine Zwischenanalyse ergab jedoch nicht die gewünschten Effekte, weshalb gegen Ende 2017 eine umfassendere Systematik entwickelt wurde, welche im Jänner 2018 als Reha-Ziel-Konzept 1.0 (RZK) implementiert werden konnte.

Dieses Konzept umfasst einerseits den ICF-orientierten FAT, welcher von den Patientinnen und Patienten zu Beginn des Aufenthalts bearbeitet wird. Auf Basis der Ergebnisse werden anschließend gemeinsam mit dem Behandlungsteam individuelle Ziele abgeleitet, die den sogenannten SMART-Kriterien (spezifisch, messbar, attraktiv, realistisch, terminierbar) entsprechen. Gemäß dem Goal Attainment Scaling, einer

therapeutischen Methode zur Messung von Therapiefortschritten, wird infolge ein Indikator definiert, um eine Operationalisierbarkeit zu erreichen. Anschließend werden anhand dieses Indikators individuelle Erreichungsgrade in fünf Abstufungen formuliert, die am Ende der Rehabilitation eine Einschätzung ermöglichen.

Um die Effekte dieser zunehmenden Konkretisierung und Operationalisierung individueller Rehabilitationsziele hinsichtlich ihrer Erreichungsgrade vergleichen zu können, wurde eine Stichprobe von insgesamt 549 Patientinnen und Patienten (Geschlecht: 62,1 % weiblich; Alter: MW = 45,1; SD = 10,1) jeweils aus den dritten Quartalen der Jahre 2016, 2017 und 2018 herangezogen. Mit dem erfreulichen Ergebnis, dass der Anteil erreichter Rehabilitationsziele durch die Anwendung des Reha-Ziel-Konzepts 1.0 um 56 % gesteigert werden konnte.

4.2. Zufriedenheit

Unsere Patientinnen und Patienten werden routinemäßig zu ihrer Zufriedenheit mit dem Aufenthalt befragt. Dies geschieht mittels Fragebogenerhebung der Pensionsversicherung sowie über unseren hauseigenen Zufriedenheitsfragebogen. Um die Patientenzufriedenheit zu steigern bzw. Verbesserungspotenziale im Sinne des Qualitätsmanagement noch besser zu identifizieren, wurde ein neuer differenzierterer interner Zufriedenheitsfragebogen entwickelt, welcher seit dem 3. Quartal 2017 an die Patientinnen und Patienten ausgegeben wird. Aufgrund der Einführung während des laufenden Jahres 2017 werden nur Ergebnisse für die letzten beiden Quartale dieses Jahres miteinbezogen.

Die Schwerpunkte der Befragung liegen dabei auf „Kompetenz und Fachwissen der MitarbeiterInnen“, „Freundlichkeit der MitarbeiterInnen“, „Ausstattung, Erscheinungsbild und Atmosphäre des Hauses“ und auf „Zufriedenheit mit der Organisation“.

Im Jahr 2018 (2017) wurden 618 (296) Zufriedenheitsfragebögen ausgewertet. Die Ergebnisse der Kategorie „Kompetenz und Fachwissen unserer MitarbeiterInnen“ sind sehr erfreulich und liegen bei einer Skala von 1 (sehr zufrieden) bis 4 (nicht zufrieden) im Jahr 2018 (2017) zwischen 1,16 (1,20) und 1,38 (1,41). Die Kategorie „Freundlichkeit unserer MitarbeiterInnen“ in den therapeutischen Teams liegt im Jahr 2018 (2017) zwischen 1,17 (1,19) und 1,38 (1,42), im Bereich der Verwaltung, des Küchenteams sowie des Reinigungsteams liegen die Werte zwischen 1,17 (1,16) und 1,29 (1,31).

Eine weitere Kategorie betrifft das „Haus im Allgemeinen – Ausstattung, Erscheinungsbild und Atmosphäre“ – hier liegen die Werte 2018 (2017) zwischen 1,55 (1,57) und 1,78 (1,81).

Auch die Zufriedenheit mit der Organisation in der Klinik wird bewertet und liegt mit einem durchschnittlichen Wert von 1,62 (2018) und 1,65 (2017) in einem zufriedenstellenden Bereich.

Diese Rückmeldungen helfen uns dabei, kontinuierlich Anpassungen und Verbesserungen vorzunehmen sowie unsere Qualitätsstandards zu erreichen, um unsere Patientinnen und Patienten bestmöglich zu betreuen.

Die Klinik ist insgesamt bei den Patientinnen und Patienten sehr beliebt. 2018 als auch 2017 würden uns 93 % der befragten Patientinnen und Patienten weiterempfehlen, in der Kategorie „Komme gerne wieder“ des PVA-Fragebogens erreichten wir sowohl 2018 als auch 2017 die Note 1,2.





5. LAUFENDE PROJEKTE

5.1. Umstieg auf ISO 9001:2015



Die Reha-Klinik für Seelische Gesundheit und Prävention GmbH verfügt seit 2005 über ein auf der DIN EN ISO 9001 basierendes Qualitätsmanagement-System. Im Dezember 2017 erfolgte im Rahmen eines Verlängerungsaudits die Zertifizierung auf die DIN EN ISO 9001:2015 durch die Quality Austria.

Auditziel war es, zu überprüfen, ob das Qualitätsmanagementsystem der Reha-Klinik die Anforderungen der ISO 9001:2015 erfüllt. Im nachfolgenden Auditbericht wurde u. a. angemerkt, dass das Qualitätsmanagementsystem der Klinik hoch entwickelt ist, sich gut zur Unterstützung der operativen Tätigkeiten eignet und das auditierte QM-System die Anforderungen der ISO 9001:2015 erfüllt.

Im Zuge der Einführung der neuen Qualitätsnorm des Jahres 2015 wurde eine breite Risiko- und Chancenbewertung durchgeführt.

Ein wesentlicher Teil des QM-Gedankens ist die kontinuierliche Verbesserung. Diesem Ansatz wird in der Reha-Klinik für Seelische Gesundheit Rechnung getragen, indem qualitätsrelevante Aktivitäten aus sämtlichen Kanälen (Besprechungsprotokolle, Teambesprechungen, Zufriedenheitsanalysen, eingebrachte Verbesserungsvorschläge, ...) in einem gemeinsamen Maßnahmenkatalog zusammengefasst werden, der zentral verwaltet und monitiert wird.

5.2. Neues Krankenhaus- Informations-System

Im April 2018 wurde mit der Einführung eines neuen Krankenhaus-Informationssystems (KIS) begonnen. Mit „bap“ (Software für stationäre & ambulante Reha-Einrichtungen) werden alle Teile des Patientenmanagements (Aufnahmeplanung, Verwaltung und Verrechnung) sowie die Therapieplanung abgedeckt, die Software Infomed von mp2 dient als klinisches Informationssystem, mit dem es möglich wird, die Patientenakte elektronisch zu führen.

Dieses Projekt bedeutet eine große Veränderung für die gesamte Organisation mit dem großen Ziel, die Dokumentations- und Informationsqualität zu erhöhen. Informationen sollen jederzeit dort, wo sie benötigt werden, aktuell zur Verfügung stehen. Ein weiterer wichtiger Aspekt ist die Einhaltung der Datenschutzbestimmungen, die durch die Software lückenlos sichergestellt wird.

Das Projekt wird in zwei Phasen unterteilt. Phase 1 beinhaltet die gesamte Patientenadministration sowie die Therapieplanung und den elektronischen Datenaustausch mit dem Vertragspartner. Phase 2 umfasst die Implementierung der elektronischen Patientenakte.

Da dieses Projekt alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter betrifft, wurden bzw. werden bei der Umsetzung alle Berufsgruppen mit eingebunden. Eine Projektsteuerungsgruppe stellt gemeinsam mit der Projektleitung eine ganzheitliche, bereichsübergreifende Planung und Steuerung. Die Projektteammitglieder sind die fachlichen Expertinnen und Experten im Team und bringen ihr Know-how in die Projektplanung und vor allem in die Realisierung mit ein. Es wurden interdisziplinäre Arbeitsteams gebildet, damit alle Abläufe und

Prozesse genau überprüft werden und gegebenenfalls neu gestaltet werden können. Damit alle Beteiligten gut mit dem neuen System arbeiten können, werden für alle betroffenen Mitarbeiter Schulungen im Haus angeboten.

Die erste Phase ging erfolgreich am 23. Oktober 2018 in Betrieb. Im Jänner dieses Jahres fand ein Kick-off mit allen ProjektteilnehmerInnen und -teilnehmern der Phase 2 statt. Bei dieser Veranstaltung wurde im Rahmen eines Workshops eine IST-Analyse aller erforderlichen und erfassten Informationen von den Teilnehmenden gemeinsam erarbeitet. Folgende Fragen waren das Hauptthema dieser Analyse:

- Welche klinische Dokumentation wird zu welchem Zeitpunkt von wem wo dokumentiert?
- Welche klinische Dokumentation wird zu welchem Zeitpunkt von wem wo benötigt?

Diese Antworten wurden zu einem Ergebnis zusammengefasst und zurzeit sind wir mit unserem externen Partner in der Erarbeitung eines elektronischen Gestaltungsvorschlages. Anschließend werden wir in der Steuerungsgruppe diese Ergebnisse diskutieren und weitere Vorgehensweisen festlegen.

5.3. Abschlussarbeit Evaluationslehrgang

Besonderes Anliegen der Reha-Klinik für Seelische Gesundheit ist es, die Fort- und Weiterbildung von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern zu fördern, da dies zur Qualitätsverbesserung der Angebote für Patientinnen und Patienten beiträgt. Aus diesem Grund absolvierten im Jahr 2018 vier Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter den Lehrgang Evaluation im Gesundheits- und Sozialbereich der Ferdinand Porsche Fern-FH. Im Rahmen der supervidierten Abschlussarbeit dieses Lehrgangs wurde ein Projektteam beauftragt, eine Systematik zu erarbeiten, welche die Integration von wissenschaftlicher Evaluation in Qualitätsmanagementsysteme zum Inhalt hatte.

Hintergrund war der identifizierte Bedarf einer optimalen Verschränkung dieser beiden Ansätze, die bereits seit geraumer Zeit an der Reha-Klinik angewendet werden. Trotz ihres gemeinsamen Ziels der Qualitätsentwicklung agierten beide Ansätze zum Teil unabhängig voneinander, weshalb Synergien und Potenziale in der Qualitätsarbeit nicht vollends ausgeschöpft werden konnten.



Qualitätsmanagementsystem EN ISO 9001:2015

Dabei handelt es sich um eine europäische Normenreihe, welche Anforderungen an ein Qualitätsmanagementsystem beschreibt. Bestehend aus insgesamt zehn Normkapiteln, welche teilweise auf zwei oder mehr Ebenen untergliedert sind, umfassen diese u. a. Unternehmensbereiche wie Führung, Planung, Betrieb, Bewertung der Leistung oder Verbesserung.

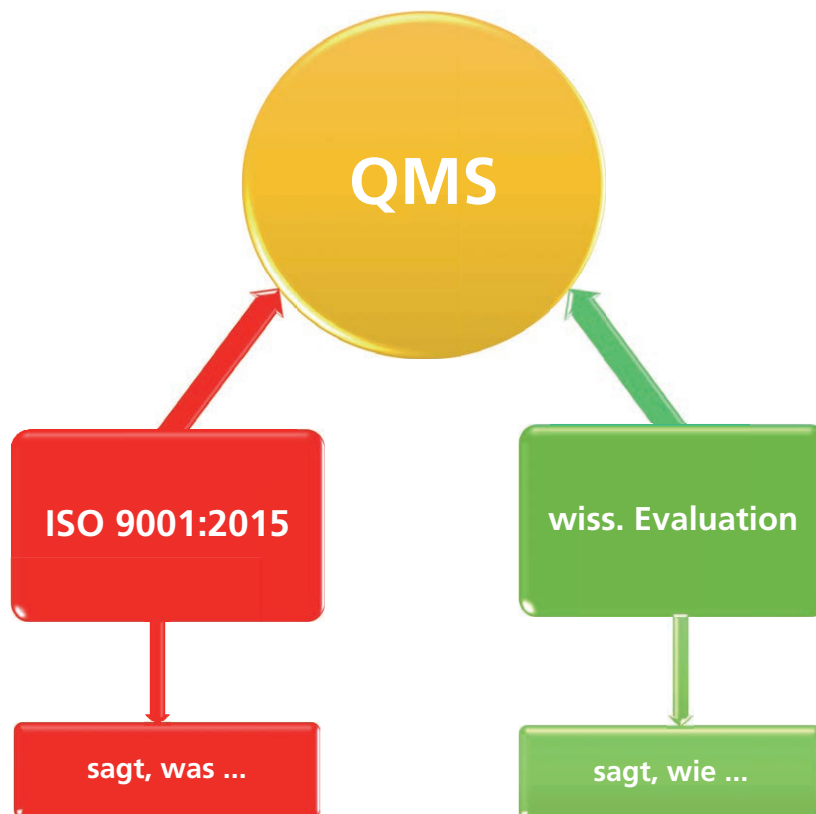
Wissenschaftliche Evaluation

Durch Anwendung (sozial-)wissenschaftlicher Methoden untersucht wissenschaftliche Evaluation die Effektivität und Effizienz von Gegenständen wie etwa Programme, Prozesse, Konzepte oder Produkte und ist daher in der Lage, valide Beurteilungen und Handlungsempfehlungen hierzu abzugeben.

Zur Integration wissenschaftlicher Evaluation in Qualitätsmanagementsysteme wurde im Rahmen der Abschlussarbeit ein Methoden-Mix, bestehend aus Lite-

raturrecherche, Inhaltsanalyse sowie Expertinnen- und Experteninterviews, gewählt. Das Ergebnis war eine tabellarische Gegenüberstellung von anforderungsbeschreibenden Normkapiteln der EN ISO 9001:2015, die mit Ansätzen der wissenschaftlichen Evaluation korrespondieren. Dabei konnten sieben Kapitel erster Ebene und 14 Kapitel zweiter Ebene von insgesamt 28 extrahiert werden, die nun die Systematik IEQM 1.0 (Integration der Evaluation in Qualitätsmanagementsysteme) bilden.

Insgesamt konnte ausgemacht werden, dass die Anforderungen der ISO 9001:2015 auf qualitätsrelevante Tätigkeiten eines Qualitätsmanagementsystems lenken, jedoch nicht beschreiben, wie diese Tätigkeiten zu erfüllen sind. Wissenschaftliche Evaluation – mit ihrem Hintergrund der angewandten Sozialwissenschaft – ist in der Lage Beiträge zu leisten, wie diese Anforderungen erfüllt werden können.



Grafik: Verhältnis von ISO 9001:2015 und wissenschaftliche Evaluation

6. AUSBLICK



In den nächsten beiden Jahren werden wir daran arbeiten, unser differenziertes Angebot weiter auszubauen, um damit noch zielgerichteter auf die Problemlagen unserer Patientinnen und Patienten eingehen zu können. Durch begleitende wissenschaftliche Evaluation und durch unser Qualitätsmanagementsystem werden dabei sowohl ein definiertes Qualitätsniveau sichergestellt als auch die Wirksamkeit unserer Maßnahmen überprüft.

Einen weiteren Fokus legen wir auf die systematische (Weiter-)Entwicklung der Kompetenzen unserer

Teams. Wir sind davon überzeugt, dass Fort- und Weiterbildung nicht nur wesentlich für die Betreuung der Patientinnen und Patienten ist, sondern auch von unseren Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern geschätzt wird und ein gutes Rüstzeug darstellt, um mit allen Herausforderungen einer immer komplexer werdenden Umwelt umgehen zu können. Wert legen wir dabei nicht nur auf die Wissensvermehrung, sondern auch auf die Möglichkeit, Erlerntes in der täglichen Praxis umsetzen zu können und uns somit kontinuierlich zu entwickeln.



Impressum:

Herausgeber: Reha-Klinik für Seelische Gesundheit und Prävention GmbH

Redaktionsteam: Mag. Michaela Krassnig, Mag. Dr. Andrea Jansche,

Mag. Petra Müller, MBA, DI Monika Höch, Mag. Eike Egger-Hagendorfer, Mag. Markus Schwab

Fotos: KAERNTENPHOTO, Assam & Assam, Tinefoto, shutterstock, stock.adobe.com

Layout und grafische Gestaltung: Sigma Tau Stummvoll KG, www.sigmatau.at

© Reha-Klinik für Seelische Gesundheit, 08-2019

Kontakt

Reha-Klinik für Seelische Gesundheit und Prävention GmbH
Grete-Bittner-Straße 40
9020 Klagenfurt

Tel.: 0463-43 00 07

Fax: 0463-43 00 07-330

E-Mail: office@seelischereha.com

Web: www.seelischereha.com