CLINICA HOLISTICA ENGIADINA
SUSCH (Engadin/Schweiz)

Qualitätsbericht 2016

nach der Vorlage von H+

Freigabe am:	20.04.2017	
Durch:	Paul Zimmermann, CEO	Version 2

Clinica Holistica Engiadina SA

www.clinica-holistica.ch

Psychiatrie

Impressum

Dieser Qualitätsbericht wurde nach der Vorlage von H+ Die Spitäler der Schweiz erstellt. Die Vorlage des Qualitätsberichts dient der einheitlichen Berichterstattung für die Kategorien Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation für das Berichtsjahr 2016.

Der Qualitätsbericht ermöglicht einen systematischen Überblick über die Qualitätsarbeiten eines Spitals oder einer Klinik in der Schweiz. Dieser Überblick zeigt den Aufbau des internen Qualitätsmanagements sowie die übergeordneten Qualitätsziele auf und beinhaltet Angaben zu Befragungen, Messbeteiligungen, Registerteilnahmen und Zertifikaten. Ferner werden Qualitätsindikatoren und Massnahmen, Programme sowie Projekte zur Qualitätssicherung abgefragt.

Um die Vergleichbarkeit von Qualitätsberichten zu erhöhen wurden das Inhaltsverzeichnis und die Kapitelnummerierung vereinheitlicht. Im Inhaltsverzeichnis sind alle Kapitel ersichtlich, unabhängig davon, ob diese das Spital betreffen oder nicht. Falls das Kapitel für das Spital nicht relevant ist, ist der Text in grauer Schrift gehalten und mit einer kurzen Begründung ergänzt. Diese Kapitel sind im weiteren Verlauf des Qualitätsberichts nicht mehr dargestellt.

Um die Ergebnisse der Qualitätsmessung richtig zu interpretieren und vergleichen zu können, dürfen die Angaben zum Angebot der einzelnen Kliniken nicht ausser Acht gelassen werden. Zudem muss den Unterschieden und Veränderungen in der Patientenstruktur und bei den Risikofaktoren Rechnung getragen werden.

Zielpublikum

Der Qualitätsbericht richtet sich an Fachpersonen aus dem Gesundheitswesen (Spitalmanagement und Mitarbeiter aus dem Gesundheitswesen, der Gesundheitskommissionen und der Gesundheitspolitik sowie der Versicherer) und die interessierte Öffentlichkeit.

Kontaktperson Qualitätsbericht 2016

Frau, MMag.
Angelika Spöttl
Qualitätsbeauftragte
081 300 20 30
a.spoettl@clinica-holistica.ch

Vorwort von H+ Die Spitäler der Schweiz

Die Spitäler und Kliniken in der Schweiz haben ein hohes Qualitätsbewusstsein. Nebst der Durchführung von zahlreichen internen Qualitätsaktivitäten, nehmen sie an mehreren nationalen und teilweise kantonalen Messungen teil. Gemäss dem Messplan des Nationalen Vereins für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ) finden Messungen in den stationären Bereichen der Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation statt. Im Berichtsjahr 2016 wurden keine neuen nationalen Messungen eingeführt.

Die nationalen Pilotprogramme progress! der Stiftung Patientensicherheit Schweiz laufen auf Hochtouren. Im Rahmen des Programms „Sichere Medikation an Schnittstellen“ implementierten die teilnehmenden Spitäler den systematischen Medikationsabgleich – eine herausfordernde aber auch erfolgversprechende Massnahme. Das dritte progress!-Pilotprogramm von Patientensicherheit Schweiz zielt auf eine Reduktion der Verwendung von Blasenkathetern und damit auf die Senkung des Infektions- und Verletzungsrisikos. Das Programm läuft von 2015-2018 und wird in Kooperation mit Swissnoso durchgeführt. Neben den nationalen Pilot-Programmen führte die Stiftung in Kooperation mit vielen Spitälern Projekte und Forschungsarbeiten zur Förderung der Patientensicherheit durch. Dazu gehört eine grosse Studie zur Doppelkontrolle von Medikamenten, deren Resultate in Form von Empfehlungen in die Praxis transferiert werden. Mit der Kampagne „Speak up“ hat die Stiftung einen zentralen Aspekt der Sicherheitskultur in den Spitälern aufgegriffen – die Kommunikation von Sicherheitsbedenken auch über Hierarchien hinweg. Mit den zur Verfügung gestellten Materialien werden Spitäler, deren Mitarbeitende und Führungspersonen unterstützt, eine Kultur des *speaking up* zu etablieren.

Im Gesundheitswesen sind Transparenz und Vergleichbarkeit wesentliche Grundlagen für eine Steigerung der Qualität. Aus diesem Grund stellt H+ seinen Mitgliedern jährlich eine Vorlage zur Qualitätsberichterstattung zur Verfügung.

Die in dieser Vorlage publizierten Ergebnisse der Qualitätsmessungen beziehen sich auf die einzelnen Spitäler und Kliniken. Beim Vergleichen der Messergebnisse zwischen den Betrieben sind gewisse Kriterien zu berücksichtigen. Einerseits sollte das Leistungsangebot (vgl. Anhang 1) ähnlich sein. Eine Privatklinik z.B. behandelt andere Fälle als ein Universitätsspital, weshalb auch deren Messergebnisse unterschiedlich zu werten sind. Zudem verwenden die Spitäler und Kliniken verschiedene Methoden / Instrumente, deren Struktur, Aufbau, Erhebung und Publikation sich unterscheiden können. Punktuelle Vergleiche sind bei national einheitlichen Messungen möglich, deren Ergebnisse pro Klinik und Spital resp. pro Spitalstandort entsprechend adjustiert werden. Diese Publikationen finden Sie auf www.anq.ch.

Freundliche Grüsse

Dr. Bernhard Wegmüller
Direktor H+

Inhaltsverzeichnis

Impressum **2**

Vorwort von H+ Die Spitäler der Schweiz **3**

1 Einleitung **6**

2 Organisation des Qualitätsmanagements **7**
2.1 Organigramm 7
2.2 Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement 7

3 Qualitätsstrategie **8**
3.1 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2016 8
3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2016 8
3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren 8

4 Überblick über sämtliche Qualitätsaktivitäten **9**
4.1 Teilnahme an nationalen Messungen 9
4.2 Durchführung von kantonal vorgegebenen Messungen
Unserem Betrieb wird keine Messung seitens des Kantons vorgegeben
4.3 Durchführung von zusätzlichen spital- und klinikeigenen Messungen 9
4.4 Qualitätsaktivitäten und -projekte 10
4.4.1 CIRS – Lernen aus Zwischenfällen 12
4.5 Registerübersicht
Für den Tätigkeitsbereich unseres Betriebes wurden keine geeigneten Register identifiziert.
4.6 Zertifizierungsübersicht 13

QUALITÄTSMESSUNGEN **14**

Befragungen **15**

5 Patientenzufriedenheit **15**
5.1 Eigene Befragung 15
5.1.1 Patientenzufriedenheitsbefragung MüPF 15
5.2 Beschwerdemanagement 15

6 Angehörigenzufriedenheit
Unser Betrieb hat im aktuellen Berichtsjahr keine Befragung durchgeführt.

7 Mitarbeiterzufriedenheit
Unser Betrieb führt eine Befragung periodisch durch.

8 Zuweiserzufriedenheit
Unser Betrieb führt eine Befragung periodisch durch.

Behandlungsqualität **16**

9 Wiedereintritte
Eine Messung zu diesem Thema ist für unseren Betrieb nicht relevant.

10 Operationen
Eine Messung zu diesem Thema ist für eine Psychiatrie nicht relevant.

11 Infektionen
Eine Messung zu diesem Thema ist für eine Psychiatrie nicht relevant.

12 Stürze
Eine Messung zu diesem Thema ist für eine Psychiatrie nicht relevant.

13 Wundliegen
Eine Messung zu diesem Thema ist für eine Psychiatrie nicht relevant.

14 Freiheitsbeschränkende Massnahmen **16**
14.1 Nationale Erfassung der freiheitsbeschränkenden Massnahmen in der Erwachsenenpsychiatrie und Kinder- und Jugendpsychiatrie 16

15 Psychische Symptombelastung **17**
15.1 Nationale Messung in der Erwachsenenpsychiatrie 17

16 Zielerreichung und körperlicher Gesundheitszustand
Eine Messung zu diesem Thema ist für eine Psychiatrie nicht relevant.

17 Weitere Qualitätsmessungen
Die weiteren Messungen und Befragungen sind in den Kapiteln mit den entsprechenden Themenbereichen zu finden.

18 Projekte im Detail 19
18.1 Aktuelle Qualitätsprojekte 19
18.1.1 10 Schritte zur psychischen Gesundheit 19
18.2 Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2016 20
18.2.1 Gefährdungsermittlung 20
18.2.2 Therapieevaluationsstudie 20
18.3 Aktuelle Zertifizierungsprojekte 21
18.3.1 EFQM C2E 2 Stern 21
19 Schlusswort und Ausblick 22
Anhang 1: Überblick über das betriebliche Angebot 23
Psychiatrie 23
Anhang 2 24
Herausgeber 31

1 Einleitung

Unsere Mission
Die Clinica Holistica Engiadina SA ist die erste spezialisierte Fachklinik für Stressfolgeerkrankungen in der Schweiz. Das therapeutische Konzept der Klinik wurde speziell für die Prävention und Behandlung von stressinduzierten Erkrankungen entwickelt. Verschiedene wirksame Therapieverfahren sind in einem ganzheitlichen, flexibel und individuell abstimmbaren Angebot der Prävention, der Beratung, sowie der stationären Therapie integriert. Unsere Aufgabe sehen wir darin, auf der Basis einer kooperativen Zusammenarbeit unsere Klienten in ihrem Prozess von Erkenntnis, selbstbestimmter Veränderung und Weiterentwicklung fachkompetent zu unterstützen. Dabei beziehen wir den jeweiligen Kontext der individuellen Lebens- und Arbeitswelt in die Beratung und Therapie ein.

Dienstleistungen
Wir bieten Prävention, Beratung und Therapie im ambulanten und stationären Rahmen für alle Formen stressinduzierter Erkrankungen, wie Erschöpfungszustände, Angst und Depression, mit den einhergehenden körperlichen Beschwerden, wie zum Beispiel Schmerzsyndrome und Schlafstörungen, an.

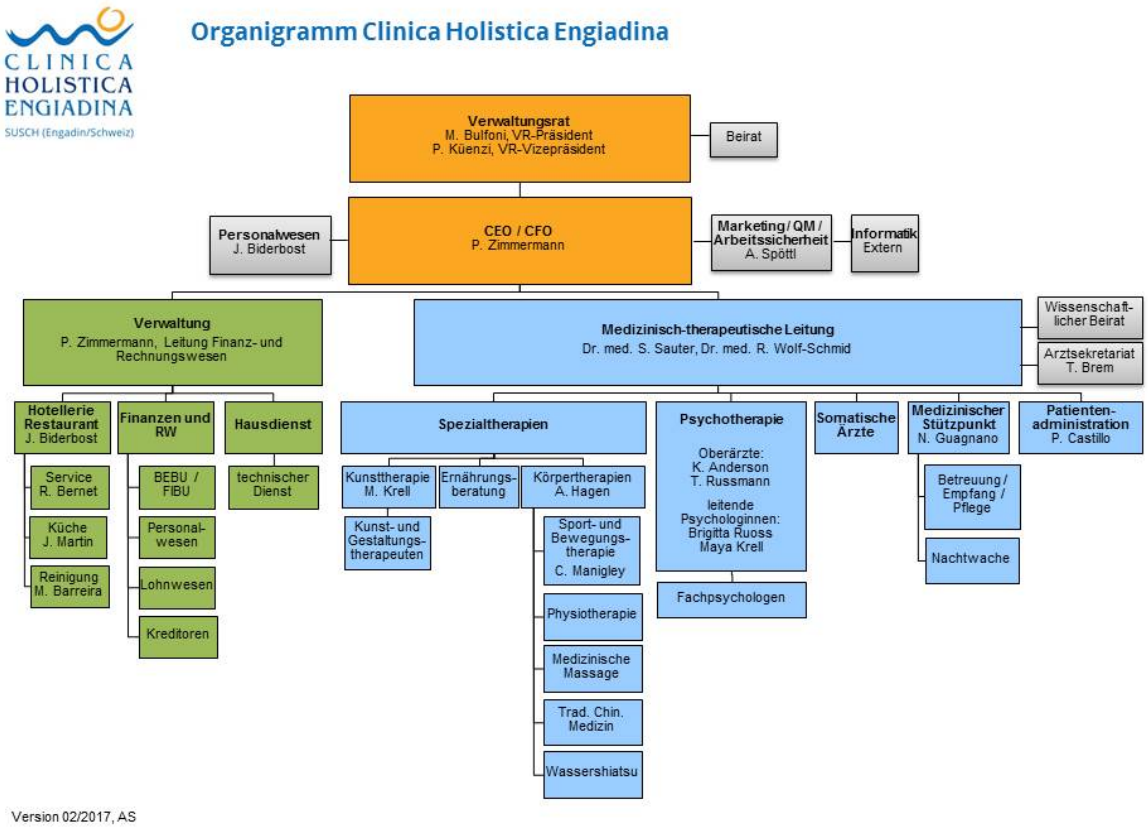
Zielgruppen
Die Zielgruppe für unsere Dienstleistungen stellen vorrangig psychisch und körperlich erkrankte Personen dar, welche eine ambulante oder stationäre Therapie bei ärztlich diagnostizierten Stressfolgestörungen benötigen. Im Weiteren bieten wir auch Präventionswochen zur Vorbeugung von Stressfolgestörungen resp. Verbesserung der individuellen Bewältigungskompetenz im Umgang mit Stress an.

Leitbild / Weiterführende Informationen
Weitere Informationen zu unserem therapeutischen Konzept, unserer Haltung und Selbstverständnis entnehmen Sie bitte dem Leitbild, welches auch unter www.clinica-holistica.ch publiziert ist.

Detaillierte Informationen zum Leistungsangebot finden Sie im Anhang 1.

2 Organisation des Qualitätsmanagements

2.1 Organigramm



Das Qualitätsmanagement ist als Stabsfunktion direkt der Geschäftsleitung unterstellt.

Für das Qualitätsmanagement stehen insgesamt **20** Stellenprozente zur Verfügung.

2.2 Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement

Frau, MMag. Angelika Spöttl
Qualitätsbeauftragte
Clinica Holistica Engiadina SA
081 300 20 30
a.spoettl@clinica-holistica.ch

Herr Paul Zimmermann
CEO
Clinica Holistica Engiadina SA
081 300 20 30
p.zimmermann@clinica-holistica.ch

3 Qualitätsstrategie

Integratives Qualitätsmanagement (EFQM)
Qualität geht alle etwas an. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Clinica Holistica arbeiten gemeinsam für eine hohe Behandlungsqualität, abgestimmt auf die individuellen Bedürfnisse und Anliegen unserer Patienten. Um die Qualität in den verschiedenen Unternehmensbereichen fortlaufend weiter zu entwickeln und auf Veränderungen angemessen zu reagieren, verpflichten wir uns einem integrativen Total Quality Management System nach EFQM. Dabei finden regelmässige Qualitätsassessments und externe Beurteilungen statt.

Qualitativ nachhaltige Erfolge erzielen
Die Zufriedenheit unserer Patientinnen und Patienten, aber auch die Qualität und Effizienz unserer Behandlungen sind uns ein zentrales Anliegen. Die Clinica Holistica Engiadina überprüft den Erfolg der therapeutischen Arbeit laufend mittels Patientenbefragungen in Interviews sowie psychometrischen Verfahren. Qualitativ hervorragende psychotherapeutische Behandlungen anzubieten, welche eine nachhaltige Wirkung erzielen, steht als Leitgedanke über dem Engagement eines interdisziplinären und professionellen Teams.

Die Qualität ist in der Unternehmensstrategie resp. in den Unternehmenszielen explizit verankert.

3.1 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2016

- Durchführung Patientenzufriedenheitsbefragung MüPF
- Überarbeitung der Unternehmensstrategie
- Umsetzung der Massnahmen aus der Gefährdungsermittlung 2015
- Definition und Umsetzung der Massnahmen aus der Mitarbeiterzufriedenheitsbefragung 2015

3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2016

- Die MüPF-Patientenzufriedenheitsbefragung wurde von Februar - Oktober 2016 durchgeführt und verzeichnete mit ca. 66 % eine hervorragende Rücklaufquote. Die Auswertung erfolgt im Frühjahr 2017 durch die UPK Basel.
- Die Entwicklung der Strategie 2016 - 2018 wurde abgeschlossen. Im Rahmen einer Strategieüberprüfung wurden Chancen und Risiken, sowie Stärken und Schwächen erarbeitet, in einer SWOT zusammengeführt und strategische Optionen definiert.
- Die Massnahmen aufgrund der Gefährdungsermittlung 2015 wurden bis auf wenige Ausnahmen umgesetzt und durch die Arbeitsgruppe für Arbeitssicherheit überprüft.
- Die Ergebnisse der Mitarbeiterzufriedenheitsbefragung 2015 wurden analysiert und mithilfe einer externen Beraterin wurden Verbesserungsmassnahmen festgelegt. Die definierten Massnahmen sind bereits grossteils umgesetzt.

3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren

- Die Clinica Holistica Engiadina strebt eine kontinuierliche Verbesserung an, daher verpflichten wir uns weiterhin dem EFQM-Modell. Das nächste Assessment ist für 2018 geplant.
- Die Kooperation und der Austausch im Team und mit unseren Kunden und Partnern gibt uns die Möglichkeit zu lernen und uns fortlaufend zu verbessern. Daher möchten wir die bereits implementierten Zufriedenheitsmessungen im Bereich Patienten-, Mitarbeiter- und Zuweiserzufriedenheit in regelmässigen Abständen fortführen.
- Weitere Verbesserungen im Bereich des Prozessmanagements.

4 Überblick über sämtliche Qualitätsaktivitäten

4.1 Teilnahme an nationalen Messungen

Im Nationalen Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ) sind der Spitalverband H+, die Kantone, die Gesundheitsdirektorenkonferenz GDK, der Verband der Krankenkassen santésuisse und die eidgenössischen Sozialversicherer vertreten. Zweck des ANQ ist die Koordination der einheitlichen Umsetzung von Ergebnisqualitäts-Messungen in Spitälern und Kliniken, mit dem Ziel, die Qualität zu dokumentieren, weiterzuentwickeln und zu verbessern. Die Methoden der Durchführung und der Auswertung sind für alle Betriebe jeweils dieselben.

Weitere Informationen finden Sie pro Qualitätsmessung jeweils in den Unterkapiteln „Nationale Befragungen“ bzw. „Nationale Messungen“ und auf der Webseite des ANQ www.anq.ch.

Unser Betrieb hat im Berichtsjahr wie folgt am nationalen Messplan teilgenommen:
Psychiatrie
▪ Erwachsenenpsychiatrie
– Symptombelastung (Fremdbewertung)
– Symptombelastung (Selbstbewertung)
– Erhebung der freiheitsbeschränkenden Massnahmen

4.3 Durchführung von zusätzlichen spital- und klinikeigenen Messungen

Neben den national und kantonal vorgegebenen Qualitätsmessungen hat unser Betrieb zusätzliche Qualitätsmessungen durchgeführt.

Unser Betrieb hat folgende spitaleigene Befragungen durchgeführt:
Patientenzufriedenheit
▪ Patientenzufriedenheitsbefragung MüPF

4.4 Qualitätsaktivitäten und -projekte

Hier finden Sie eine Auflistung der permanenten Aktivitäten sowie der laufenden Qualitätsprojekte.

Personalentwicklung

Ziel	Personalentwicklung, interne sowie externe Fort- und Weiterbildung, Sicherung der Qualität und Personalrekrutierung
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Personalwesen
Projekte: Laufzeit (von…bis)	laufend
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt

Projekt- und Prozessmanagement

Ziel	Erweiterung und Optimierung Prozesserfassung- und steuerung
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Qualitätsmanagement
Projekte: Laufzeit (von…bis)	laufend
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt

Beschwerdemanagement

Ziel	Erfassung und Behandlung von Mitarbeiter- sowie Patientenbeschwerden
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Klinikleitung, Bereichsleiter
Projekte: Laufzeit (von…bis)	laufend
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt
Methodik	halbstrukturierte Austrittsinterviews, Feedbackbögen
Involvierte Berufsgruppen	Alle

Kritische Vorfälle / CIRS

Ziel	Erfassung und Behandlung von kritischen, sicherheitsrelevanten Vorfällen (Meldungen durch Mitarbeitende und Patienten)
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Alle
Projekte: Laufzeit (von…bis)	Laufend
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt
Involvierte Berufsgruppen	Alle

Berichtswesen

Ziel	Optimierung von Prozessen und Standardisierung im Berichtswesen, Anpassung von Arbeitsvorlagen und Dokumenten der elektronischen Krankengeschichte
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Medizin / Psychotherapie
Projekte: Laufzeit (von…bis)	Laufend
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt

Daten-Reporting

Ziel	Erfassung der medizinischen Statistikdaten sowie Behandlungsdaten im Rahmen der Anforderungen der Dokumentation (BfS, ANQ)
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Medizin / Psychotherapie / Qualitätsmanagement
Projekte: Laufzeit (von…bis)	Laufend
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt
Involvierte Berufsgruppen	Psychologen, Ärzte, med. Stützpunkt, Qualitätsmanagement

Einführungschulungen Qualitätsmanagement und Arbeitssicherheit

Ziel	Instruktion der neuen Mitarbeiter über die Notfallorganisation sowie weiterer Themen der Arbeitssicherheit; Vermittlung der Strategie und der Unternehmensziele sowie des Unternehmensleitbildes; Information über laufende Qualitätsaktivitäten
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Alle
Projekte: Laufzeit (von…bis)	laufend
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt

Schulungen Brandschutz, Reanimation, Aggressionsmanagement

Ziel	Unsere Mitarbeiter kennen das Verhalten in Notfallsituationen und können dies intuitiv einsetzen.
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Alle
Projekte: Laufzeit (von…bis)	Jährliche Wiederholung
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt

Fortführung der internen Schulungen zu ANQ-Messungen für Fallführende inkl. Interratertraining

Ziel	Laufende Verbesserung der Datenqualität und Sicherung der Interraterrealiabilität
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Medizin / Psychotherapie
Projekte: Laufzeit (von…bis)	laufend

Identifikation von Messfehlern und fehlenden Datenangaben in ANQ-Messungen

Ziel	Korrektur von systematischen und individuellen Messfehlern
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Medizin / Psychotherapie / QM
Projekte: Laufzeit (von…bis)	laufend

4.4.1 CIRS – Lernen aus Zwischenfällen

CIRS ist ein Fehlermeldesystem, in welchem Mitarbeitende kritische Ereignisse oder Fehler, die im Arbeitsalltag beinahe zu Schäden geführt hätten, erfassen können. Auf diese Weise hilft CIRS, Schwachstellen in der Organisation und in Arbeitsabläufen zu entdecken. CIRS steht für Critical Incident Reporting System. Aufgrund der Entdeckungen können sicherheitsrelevante Verbesserungsmassnahmen eingeleitet werden.

Unser Betrieb hat ein CIRS im Jahr 2014 eingeführt.
Das Vorgehen für die Einleitung und Umsetzung von Verbesserungsmassnahmen ist definiert.

Entsprechende Strukturen, Gremien und Verantwortlichkeiten sind eingerichtet, in denen CIRS-Meldungen bearbeitet werden.

4.6 Zertifizierungsübersicht

Unser Betrieb ist wie folgt zertifiziert:				
Angewendete Norm	**Bereich, der mit dem Standard / der Norm arbeitet**	**Jahr der ersten Zertifizierung / Assessment**	**Jahr der letzten Rezertifizierung / Assessment**	**Kommentare**
EFQM Business Excellence Modell	gesamte Klinik	2014	2015	Committed to Excellence 2 Stern

QUALITÄTSMESSUNGEN

Befragungen

5 Patientenzufriedenheit

Umfassende Patientenbefragungen stellen ein wichtiges Element des Qualitätsmanagements dar, da sie Rückmeldungen zur Zufriedenheit der Patienten und Anregungen für Verbesserungspotentiale geben.

5.1 Eigene Befragung

5.1.1 Patientenzufriedenheitsbefragung MüPF

Ziel der Befragung ist die Erhebung und Analyse der Patientenzufriedenheit sowie die Eruierung möglicher Verbesserungspotenziale. Eingesetzt wird der Münsterlinger Fragebogen zur Patientenzufriedenheit. Dieser besteht im Kern aus 25 Einzelitems zu verschiedenen Aspekten der Behandlung und zwei zusammenfassenden Items zur Gesamtzufriedenheit und zum Weiterempfehlen der Klinik. Zudem erfasst der Fragebogen demographische Angaben zum bzw. zur Befragten und deskriptive Angaben zur beurteilten Behandlung. In zwei Freitextfeldern können die PatientInnen individuelle Kommentare abgeben.
Die Befragung bietet eine gute Vergleichsmöglichkeit mit anderen stationären psychiatrischen Diensten bzw Kliniken.

Diese Patientenbefragung haben wir vom Februar 2016 bis Oktober 2016 durchgeführt.
Die Befragung wurde für die gesamte Klinik durchgeführt.

Die Befragung ist noch nicht abgeschlossen, es liegen noch keine Ergebnisse vor.

Angaben zur Messung	
Auswertungsinstitut	Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel
Methode / Instrument	MüPF(-27)

5.2 Beschwerdemanagement

Unser Betrieb hat ein Beschwerdemanagement / eine Ombudsstelle.

Clinica Holistica Engiadina SA
Fallführende Einzeltherapeuten
Feedbacks und Beschwerden werden im halbstrukturierten Austrittsinterview von den fallführenden PsychotherapeutInnen erfragt.
Alle schriftlich dokumentierten Austrittsinterviews werden an die Klinikleitung weitergeleitet.

Behandlungsqualität

14 Freiheitsbeschränkende Massnahmen

Freiheitsbeschränkende Massnahmen können zum Einsatz kommen, wenn durch das soziale Verhalten, die Krankheit oder Behinderung der betroffenen Person eine akute Selbst- oder Fremdgefährdung ausgeht. Sie sollten nur in seltenen Fällen Anwendung finden und müssen die nationalen und kantonalen gesetzlichen Bestimmungen berücksichtigen.

14.1 Nationale Erfassung der freiheitsbeschränkenden Massnahmen in der Erwachsenenpsychiatrie und Kinder- und Jugendpsychiatrie

Der EFM (Erfassung Freiheitsbeschränkender Massnahmen) erfasst als Mindestdatensatz den ethisch sehr sensiblen und mit grösster Sorgfalt zu behandelnden Einsatz von freiheitsbeschränkenden Massnahmen. Erfasst werden von den Fallführenden bei Anwendung Isolationen, Fixierungen und Zwangsmedikationen sowie Sicherheitsmassnahmen im Stuhl und im Bett, wie z.B. Steckbretter vor dem Stuhl, Bettgitter, ZEWI-Decken.

Weiterführende Informationen: www.anq.ch/psychiatrie

Messergebnisse

Da die ANQ-Messungen für Spital- und Klinikvergleiche konzipiert wurden, sind die spital- bzw. klinikspezifischen Ergebnisse nur bedingt aussagekräftig. Der ANQ publiziert die Messergebnisse in vergleichender Darstellung auf seiner Website www.anq.ch.

Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Qualitätsaktivitäten

Im Berichtsjahr wurden keine freiheitsbeschränkenden Massnahmen gemäss obenstehender Definition angewendet.

Angaben zur Messung	
Auswertungsinstitut	Universitäre Psychiatrische Kliniken (UPK) Basel
Methode / Instrument	EFM

Angaben zum untersuchten Kollektiv		
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien Erwachsene	Alle stationären Patienten der Erwachsenenpsychiatrie (Vollerhebung).
	Ausschlusskriterien Erwachsene	Patienten der Kinder- und Jugendpsychiatrie.
	Einschlusskriterien Kinder und Jugendliche	Alle stationären Patienten der Kinder- und Jugendpsychiatrie (Vollerhebung).
	Ausschlusskriterien Kinder und Jugendliche	Patienten der Erwachsenenpsychiatrie.

15 Psychische Symptombelastung

15.1 Nationale Messung in der Erwachsenenpsychiatrie

Die ANQ Messvorgaben in der Erwachsenenpsychiatrie gelten seit Juli 2012 für alle Bereiche der stationären Versorgung (inkl. psychiatrischer Abteilungen eines akutsomatischen Spitals, Psychosomatik, spezialisierte Suchtkliniken und Alterspsychiatrie), nicht jedoch für Bereiche der Tageskliniken und ambulanten Angebote.

Bei allen Patienten in der Psychiatrie wird die Symptombelastung (Anzahl und Schweregrad vorhandener Symptome einer psychischen Störung) bei Ein- und Austritt erfasst. Das Behandlungsergebnis wird anschliessend als Veränderung der Symptombelastung (als Delta zwischen Ein- und Austritt) ausgewertet.

Die Fallführenden wie auch die Patienten beurteilen die Symptombelastung bei Ein- und Austritt mit je einem dafür bestimmten Fragebogen.

HoNOS Adults (Health of the Nation Outcome Scales) misst die Veränderung der Symptombelastung eines Patienten mittels 12 Frage-Items. Die Erhebung basiert auf der Einschätzung der Fallführenden (Fremdbewertung).

BSCL (Brief Symptom Checklist) misst die Veränderung der Symptombelastung eines Patienten mittels 53 Frage-Items. Die Erhebung basiert auf der Eigensicht und Selbstwahrnehmung der Patienten (Selbstbewertung).

Weiterführende Informationen: www.anq.ch/psychiatrie

Messergebnisse

HoNOS Adults	2012	2013	2014	2015
Clinica Holistica Engiadina SA				
HoNOS Adults Behandlungsergebnis (Mittelwert der Veränderung von Eintritt zu Austritt)	13.10	9.40	7.20	7.30
Standardabweichung (+/-)	3.70	5.50	4.40	3.70

Wertung der Ergebnisse:
- 48 Punkte = maximal mögliche Verschlechterung;
+ 48 Punkte = maximal mögliche Verbesserung

BSCL	2012	2013	2014	2015
Clinica Holistica Engiadina SA				
BSCL Behandlungsergebnis (Mittelwert der Veränderung von Eintritt zu Austritt)	43.40	35.40	37.10	28.90
Standardabweichung (+/-)	30.90	29.40	29.50	26.30

Wertung der Ergebnisse:
- 212 Punkte = maximal mögliche Verschlechterung;
+ 212 Punkte = maximal mögliche Verbesserung

Da die ANQ-Messungen für Spital- und Klinikvergleiche konzipiert wurden, sind die spital- bzw. klinikspezifischen Ergebnisse nur bedingt aussagekräftig. Der ANQ publiziert die Messergebnisse in vergleichender Darstellung auf seiner Website www.anq.ch.

Angaben zur Messung	
Auswertungsinstitut	Universitäre Psychiatrische Kliniken (UPK) Basel
Methode / Instrument	HoNOS Adults (Health of the Nation Outcome Scales) und BSCL (Brief Symptom Checklist)

Angaben zum untersuchten Kollektiv		
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Alle stationären Patienten der Erwachsenenpsychiatrie (Vollerhebung).
	Ausschlusskriterien	Patienten der Kinder- und Jugendpsychiatrie.

18 Projekte im Detail

In diesem Kapitel können Sie sich über die wichtigsten Qualitatsprojekte informieren.

18.1 Aktuelle Qualitätsprojekte

18.1.1 10 Schritte zur psychischen Gesundheit

Projektart: internes Projekt

Projektziel: Mit diesem Projekt soll die psychische Gesundheit der Mitarbeitenden gefördert werden, im Besonderen beabsichtigen wir eine Sensibilisierung für die psychosozialen Risiken am Arbeitsplatz. Ausserdem sollen die Mitarbeitenden Impulse bekommen, was sie für ihre psychische Gesundheit tun können.

Projektablauf / Methodik: Ab Juli 2016 widmeten wir uns jeden Monat einem Schritt bzw. Thema. Das Projekt wird aktuell im 2017 fortgeführt. Monatlich erhalten die Mitarbeitenden Informationen zum Thema und es wurden verschiedene Angebote für die Mitarbeiter organisiert.

Bereich: gesamte Klinik

18.2 Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2016

18.2.1 Gefährdungsermittlung

Projektart: internes Projekt

Projektziel: Die obligatorische Gefährdungsermittlung dient dazu, im Betrieb vorkommende Gefahren aufzudecken und die Schwachstellen zu beheben.

Projektablauf / Methodik: Im Januar/Februar 2015 wurde die Gefährdungsermittlung erstmalig in der Clinica Holistica Engiadina durchgeführt. Vorab wurde der Ablauf geplant, Checklisten definiert, sowie die Zuordnung der Checklisten zu Organisationseinheiten durchgeführt. Die Gefährdungsermittlung mittels betriebseigener Checklisten erfolgte in Zusammenarbeit der Kommissionsmitglieder für Arbeitssicherheit und den Abteilungs- und Teamleitenden.

Bereich: gesamte Klinik

Projektevaluation / Konsequenzen: Anschliessend erfolgte die Priorisierung der Gefährdungen sowie die Erarbeitung eines Massnahmenkataloges durch die Sicherheitskommission und die Freigabe durch den CEO. Bis auf einzelne Ausnahmen sind alle Massnahmen erledigt. Eine Überprüfung der Umsetzung erfolgte durch die Sicherheitskommission im Jahr 2016.

18.2.2 Therapieevaluationsstudie

Projektbeschreibung: Die Clinica Holistica Engiadina steht für ein ganzheitliches, nachhaltiges Therapiekonzept. Daher hat unsere Klinik eine Forschungsstudie durchgeführt, welche den klinischen Verlauf und die Langzeiteffekte einer stationären Burnout-Behandlung untersuchte. Bislang wurde die Wirksamkeit von stationären multimodalen Therapieprogrammen unzureichend erforscht. Retrospektiv wurden alle 723 PatientInnen, die in den Jahren 2012 und 2013 in der Clinica Holistica Engiadina hospitalisiert waren, in die Studie eingeschlossen.

Ziel: Überprüfung der Effektivität des therapeutischen Angebots inklusive deren Nachhaltigkeit mittels Katamnesebefragung

Bereich, in dem das Projekt läuft: Forschung / QM

Methodik: Es handelt sich um eine Outcome-Studie mit katamnesischer Patientenbefragung.

Evaluation: Die Studie zeigt, dass ein sechswöchiges Therapieprogramm in der Clinica Holistica, einer auf Burnout spezialisierten Klinik, eine siginifikante und nachhaltige Verbesserung der allgemeinen und für Burnout spezifischen Symptombelastung erreicht. Eine ambulante Nachsorge scheint für einen nachhaltigen Therapieerfolg ein wichtiger Faktor zu sein. Daher planen unsere fallführenden Psychologen und Ärzte gemeinsam mit unseren PatientInnen den Wiedereinstieg in den Alltag.

Weiterführende Unterlagen: Die Ergebnisse der Studie wurden 2016 veröffentlicht und können unter folgendem Link nachgelesen werden: https://www.clinica-holistica.ch/downloads/fachartikel/einmal-burnout-ist-nicht-immer-burnout-schwarzkopf-et-al.pdf
Schwarzkopf et al.: Einmal Burnout ist nicht immer Burnout, in: Praxis 2016, 105 (6), S. 315-321

18.3 Aktuelle Zertifizierungsprojekte

18.3.1 EFQM C2E 2 Stern

Projektart: internes Projekt mit Unterstützung der externen Beraterfirma Synexia

Projektziel: Zertifizierung "Committed to Excellence 2 Stern" sowie eine Evalutation der eigenen Stärken bzw. Verbesserungspotenziale

Projektablauf / Methodik: Selbstbewertung, Bewerbung, Assessment durch SAQ

Bereich: gesamte Klinik

Projektevaluation / Konsequenzen: Die Clinica Holistica hat das letzte Assessment im Jahr 2015 erfolgreich bestanden und wurde mit dem Zertifikat "Committed to Excellence 2 Stern" ausgezeichnet. Die Berichte (Selbstbewertung und Assessment) wurden im Jahr 2016 analysiert und davon abgeleitet Verbesserungsprojekte definiert.
Die Clinica Holistica wird den Business Excellence Weg weiterverfolgen und plant für 2018 das nächste Assessment.

19 Schlusswort und Ausblick

Die in der Qualitätsstrategie dargestellten strategischen Ziele, eine hohe und nachhaltige Patientenzufriedenheit sowie eine konstante Qualität unserer therapeutischen Leistungen bilden auch zukünftig die Hauptkomponenten unserer Qualitätsstandards. Insbesondere wird der nachhaltigen Wirkung mittels Evaluation des multimodalen Therapieprogramms und katamnestischer Untersuchungen und der weiteren multiprofessionellen Zusammenarbeit und Integration der wissenschaftlichen Grundlagenforschung und klinischen Tätigkeit besondere Aufmerksamkeit geschenkt.

Wir freuen uns, unsere therapeutischen Angebote und Dienstleistungen stetig weiterentwickeln und damit einen Beitrag für qualitativ hochstehende psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlungen von Patienten mit Stressfolgeerkrankungen erbringen zu können, welche wissenschaftlich fundiert und auf die individuellen Patientenbedürfnisse abgestimmt sind.

Gerne bedanken wir uns an dieser Stelle bei unseren Partnern, Zuweisern, Behörden, Versicherer und nicht zuletzt unseren Kunden, welche uns durch ihre Feedbacks wertvolle Anregungen für fortlaufende Optimierungen geben.

Ihr Team der
Clinica Holistica Engiadina SA

www.clinica-holistica.ch
info@clinica-holistica.ch
081 300 20 30

Anhang 1: Überblick über das betriebliche Angebot

Die Angaben zur Struktur und zu den Leistungen des Spitals vermitteln einen **Überblick** über das betriebliche Angebot.

Für zusätzliche Informationen zum betrieblichen Angebot kontaktieren Sie das Spital oder die Klinik oder konsultieren Sie den aktuellen Jahresbericht.

Psychiatrie

Leistungsangebot in der Psychiatrie

ICD-Nr.	Angebot nach Hauptaustrittsdiagnose
F3	Affektive Störungen
F4	Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen
F6	Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen

Einmal Burnout ist nicht immer Burnout: Eine stationäre multimodale Psychotherapie ist eine effektive Burnout-Behandlung

Effectiveness of an Inpatient Multimodal Psychiatric-Psychotherapeutic Program for the Treatment of Job Burnout

[1]Kathleen Schwarzkopf, [2]Nathalie Conrad, [3,4]Doris Straus, [3,4]Hildburg Porschke, [1,5]Roland von Känel

Universitätsklinik für Neurologie, Inselspital Bern[1]; ZHAW Zürcher Hochschule für angewandte Wissenschaften, Zürich[2]; Oberwaid Kurhotel & Privatklinik, St. Gallen[3]; Clinica Holistica Engiadina, Susch[4]; Psychosomatische Medizin, Klinik Barmelweid[5]

Zusammenfassung: Retrospektiv wurden der klinische Verlauf und die Langzeiteffekte einer stationären Behandlung bei 723 Patientinnen und Patienten untersucht, die 2012–2013 in einer auf «Burnout»-Behandlung spezialisierten Klinik mit einer ICD-10 F-Hauptdiagnose und Zusatzcode Z73.0 («Zustand der totalen Erschöpfung») hospitalisiert waren. Die Charakterisierung der Studienteilnehmenden erfolgte anhand von Alter, Geschlecht, sozioökonomischem Status, sowie semiquantitativ mit testpsychologischen Fragebogen zu Beginn und am Ende der sechswöchigen stationären Behandlung. Eine Katamnese konnte bei 232 Studienteilnehmenden im Mittel 15 Monate nach Entlassung erfolgen. Die Resultate verdeutlichen den Erfolg einer stationären multimodalen psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung mit einer signifikanten Reduktion der allgemeinen und für Burnout spezifischen (d.h. emotionale Erschöpfung, Depersonalisation, reduzierte Leistungsfähigkeit) Symptombelastung. Die Mehrheit der Patienten (>90 %) erlebte die Therapie als erfolgreich. Eine berufliche Reintegration erfolgte bei 71 %.

Schlüsselwörter: Burnout – psychologischer Stress – multimodale Therapie-Arbeit – berufliche Reintegration

Abstract: We studied the clinical course and long-term effects of inpatient treatment in 723 patients with job burnout referred with an ICD-10 F diagnosis and Z73.0 code («overwhelming exhaustion») to a Swiss hospital specialized in the treatment of job stress-related disorders. Patients were characterized in terms of age, gender, socioeconomic status. Self-rated psychological measures related to general and burnout-specific symptoms (i.e., emotional exhaustion, depersonalization, and diminished personal accomplishments) were applied before and after a six-week treatment program, as well as at 15 months after hospital discharge in 232 patients. The results show that the multimodal inpatient psychiatric-psychotherapeutic treatment was successful with a sustainable effect on psychological well-being (>90 %), including improvements regarding emotional exhaustion, depersonalization and personal accomplishments as well as professional reintegration in 71 % of cases.

Key words: burnout – psychological stress – multimodal therapy – work – professional reintegration

Résumé: L'anamnèse clinique et les effets à long terme d'un traitement hospitalier pour des patients avec un syndrome d'épuisement général situé dans un contexte de travail («burnout») ont été collectés. Les données de 723 patients hospitalisés entre 2012 et 2013 au sein d'une clinique spécialisée pour «burnout» ont été analysées rétrospectivement. Les aspects suivants ont été recueillis: âge, sexe, statut socioéconomique, évaluation psychologique semi-quantitative du niveau dépressif, symptômes de «burnout», qualité du sommeil et niveau de stress avant et après six semaines de traitement, ceci en moyenne 15 mois après la sortie. Les résultats montrent qu'un traitement multimodal hospitalier psychiatrique-psychothérapeutique mène à une amélioration durable (>90 %) et à une réintégration professionnelle (71 %) pour une grande majorité des patients.

Mots-clés: burnout – stress psychologique – thérapie multimodale – travail – réinsertion professionnelle

Im Artikel verwendete Abkürzungen:

BDI	Beck depressions inventory	MBI	Maslach Burnout Inventar
BSI	Brief symptom inventory	PSQI	Pittsburgher Schlafqualitäts-Index
ICD-10	Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten	PSS	Perceived stress scale

© 2016 Hogrefe

Praxis 2016; 105 (6): 315–321
DOI 10.1024/1661-8157/a002301

http://econtent.hogrefe.com/doi/pdf/10.1024/1661-8157/a002

Einleitung

Vorübergehende Überbelastungen während des Arbeitsalltages sind üblich. Diese können mit kurzzeitig vegetativen Stresssymptomen wie H erzrasen, Schweissausbrüchen, S chlafstörungen und Erschöpfungsg efühlen verbunden sein, die sich während kürzeren Erholungsphasen zurü ckbilden. Länger anhaltende und dur ch die Betroffenen nicht k ontrollierbare Üb erforderungen am Arbeitsplatz können zu einem Er schöpfungssyndrom im Sinne eines «B urnouts» führen, das teilweise mit einer depressiven und Ang stsymptomatik sowie multiplen körperlichen Beschwerden einherg eht [1]. N eben dem Kernsymptom der emotionalen Erschöpfung ist Burnout dur ch psychovegetative, kognitiv e und kör perliche Leistungsminderung sowie Gefühlen von Selbstentfremdung und Zynismus c harakterisiert. L etztere zeigen sic h mit Reizbarkeit, Labilität, sozialem Rü ckzug und einer kritischen Distanz zur Arbeit [2]. Ar beitsverdichtung, Arbeitsbeschleunigung, T ermin- und Leistungsdru ck, Fragmentierung von Arbeitsabläufen und durch U nsicherheit geprägte Arbeitsverhältnisse werden als häufi ge F aktoren einer zunehmenden arbeitsbezogenen Stressbelastung und Burnout genannt. Mit B urnout assoziier t sind ebenso Arbeitsunfähigkeit und Berentung [3–5].

Nach wie vor lässt sic h dem Burnout-Syndrom auch in den neuen Klassifi kationssystemen psyc hischer Störungen wie dem ICD-10 keine eigenständig e Diagnose zuordnen. Die Deutsche Gesellschaft für Ps ychiatrie, P sychotherapie und Nerv enheilkunde (DGPPN) empfi ehlt in ihrem Positionspapier zum Burnout dieses nicht als Krankheitsbild, sondern als Risikozustand für vielfältige psychische und körperliche Kr ankheiten zu verstehen und die Zusa tzkodierung Z 73.0 im ICD-10 zu verwenden: «Burnout gleichbedeutend mit Zustand der totalen Erschöpfung » [1]. Unabhängig von der Kontr overse zur diagnostischen Zuordnung wird B urnout in der Öffentlichkeit und den Medien breit diskutiert [6]. Diese Entwicklung scheint positiv , unterstützt sie doch die Entstigmatisierung psychischer Krankheiten.

Die Thematik rund um B urnout gehört mittlerweile auch zum Alltag der medizinischen Grundv ersorgung; bei der Diff erenzialdiagnose eines chronischen, somatisch nicht erkl ärbaren Er schöpfungszustands sollte ein Burnout-Syndrom in Erwägung gezogen werden [7]. Zudem sind Ärzte selbst von B urnout betroff en. Bereits vor zehn Jahren litt ein Drittel der Grundv ersorger in der Schweiz an einem mittelschweren B urnout und vier P rozent an einer schweren Form [8], wobei die Prävalenz in den letzten Jahren noch zugenommen ha t [9]. Zahlreiche K onzepte zur Therapie und P rävention von Burnout im Ar beitskontext wurden in den letzten J ahren entwickelt [10]. Diese wurden bisher bezüglich ihrer Wirksamk eit und N achhaltigkeit nicht in gr össeren Pa tientenkollektiven im mehrwöchigen stationär en multimodalen Behandlungssetting untersucht [11].

Mit dem Ziel, diese Wissenslücke zu verkleinern, wurden die Daten aller in den Jahren 2012 und 2013 in einer Schweizer Burnout-Klinik nach einheitlichem multimo dalem Konzept über s echs Wochen stationär psyc hiatrisch-psychotherapeutisch behandelten Pa tientinnen und Pa tienten ausgewertet und eine Subgruppe zum psychologischen und beruflichen Outcome ungef ähr ein J ahr nach Spital austritt befragt. Das multimodale Konzept beinhaltet allfällige somatische Ther apien, Psyc hoedukation, Gesprächspsyc hotherapie, körperorientierte und kreative Therapieverfahren, Bewegungstherapie und bei Bedarf Pharmakotherapie.

Methode

Studiendesign

Es handelt sich um eine Outcome-S tudie mit katamnestischer Pa tientenbefragung. Retrospektiv wurden alle 72 3 Patienten, die in den Jahr en 2012 und 2013 in der Clinica Holistica Engiadina hospitalisiert waren, in die Studie eingeschlossen. Die Daten wurden mit verschiedenen Selbsteinschätzungs-Fragebogen jeweils zum Zeitpunkt der Aufnahme, kurz vor Entlassung und im Mittel 15 Monate nach Entlassung erhoben. Die Zeitpunkte für die Katamnese-Erhebung, die zwischen April und A ugust 2014 stattfand, waren, je nach Zeitpunkt des Therapieabschlusses, unterschiedlich. Eingeschlossen wurden alle Patienten, die eine F-Hauptdiagnose nach I CD-10 (überwiegend F3 oder F4) mit der Zusatzkodierung Z73. 0 erhielten [1]. Die Outcome-Studie zum V erlauf der stationär en Behandlung im Sinne der Eigenforschung wurde v on der Kantonalen Ethikkommission Zürich bewilligt. Die Pa tienten haben der T eilnahme an der Stu die, nach v orgängiger Aufk lärung, zugestimmt. Die Katamanesedaten wurden zur Qualitätskontrolle bezüglich Nachhaltigkeit des Therapieeffekts des stationär en Behandlungsprogr amms nacherhoben.

Parameter

Soziodemografische Faktoren

An soziodemografi schen F aktoren wurden Alter , Ge - schlecht, der sozioökonomische Status und die Hauptdiagnose nach ICD-10 erhoben.

Psychologische Faktoren

Um die psyc hische Verfassung der Studienteilnehmer zu beschreiben, wurden Resultate verschiedener standar disierter Testverfahren wie folgt zusammengetragen.

Depressivität: Das Beck-Depressions-Inventar (BDI) ist ein standardisiertes V erfahren zur Selbstbeur teilung der Schwere depressiver Symptome [12]. Anhand von 21 Items wird der P atient gefragt, wie er sich während der ver gangenen Woche gefühlt hat. Der Gesamtscore liegt zwischen 0 (vergleichbar als normal) und 63 (schwere Depr ession) Punkten mit folgender Einteilung: <10, unauffällig; 10–18, schwache Depressivität; 19–2 9, mässige Depressivitä t; ≥30 schwere Depressivität.

Praxis 2016; 105 (6): 315–321
© 2016 Hogrefe
http://econtent.hogrefe.com/doi/pdf/10.1024/1661-8157/a002301

Symptombelastung

Das Brief-Symptom-Inventory (BSI) wird zur Erfassung der subjektiv empfundenen Beeinträchtigung bedingt durch körperliche und/oder psychische Symptome eingesetzt [13]. Das aus 53 Items bestehende Instrument erfasst sowohl die aktuelle Belastung als auch die Stärke der Belastung. Die Items lassen sich in folgende neun Skalen einteilen: Somatisierung, Zwanghaftigkeit, Unsicherheit, Depressivität, Ängstlichkeit, Aggressivität/Feindseligkeit, phobische Angst, paranoides Denken und Psychotizismus. Der Gesamtscore liegt zwischen -2,0 (kein Distress) und 8,0 (sehr schwerer Distress) Punkten mit folgender Einteilung: - 2,0 bis 0 (keine); 0,1 bis 2,0 (leichte); 2,1 bis 4,0 (mittlere); 4,1 bis 6,0 (starke); und ab 6,1 (sehr starke Symptombelastung).

Burnout

Um das Konstrukt abzubilden, wurde das weit verbreitete Maslach-Burnout-Inventar (MBI) in seiner deutschen Fassung eingesetzt [14,15]. Die Subskalen emotionale Erschöpfung, Depersonalisation und reduzierte Selbstwirksamkeit repräsentieren die drei Hauptsymptome des Burnouts. Emotionale Erschöpfung als Kernsymptom verkörpert die Unfähigkeit bzw. die mangelnde Energie, sich im Beruf zu engagieren. Das MBI gibt aktuell keinen Schwellenwert für einen Burnout-Gesamtscore an, sondern nur Grenzwerte für die MBI-Subskalen. Werte zwischen 0,0 und 1,8 entsprechen keiner bis einer geringen, 1,9 bis 2,8 einer mittleren und ab 2,9 einer hohen emotionalen Erschöpfung. Mit der Subskala der Depersonalisation ist eine Distanzierung von der Arbeit gemeint, die sich in zynischen und abwertenden Gedanken und Verhaltensweisen äussert. Skalenwerte zwischen 0,0 und 1,3 entsprechen keiner bis einer geringen, Werte von 1,4 bis 2,5 einer mittleren und ab 2,6 einer hohen Depersonalisation. Die subjektiv wahrgenommene reduzierte Leistungsfähigkeit kann sich in Konzentrations- und Gedächtnisschwächen, dem Vergessen von Terminen und häufigen Flüchtigkeitsfehlern äussern. Werte zwischen 0,0 und 1,1 entsprechen keiner bis einer geringen, 1,2 bis 1,9 einer mittleren und ab 2,0 einer hohen reduzierten Leistungsfähigkeit.

Schlafqualität

Die subjektive Schlafqualität wurde für den Zeitraum des letzten Monats mit dem Pittsburgher Schlafqualitätsindex (PSQI) gemessen [16]. Der Fragebogen beinhaltet Items zu Schlaflatenz und -dauer, Häufigkeit schlafstörender Ereignisse, Beurteilung der Schlafqualität, gewöhnliche Schlafzeiten, sowie Schlafmedikation und Tagesmüdigkeit. Der Gesamtscore liegt zwischen 0 und 21, wobei ab einem Skalenwert von 5 eine subjektive Schlafstörung angenommen wird.

Wahrgenommener Stress

Die Perceived Stress Scale (PSS) ist ein weit verbreitetes Instrument, um das Ausmass von subjektiv wahrgenommenem Stress im letzten Monat zu messen [17]. Der Fragebogen besteht aus 14 Items, die mit 0 (nie) bis 5 (sehr oft) beurteilt werden und bezieht sich auf Situationen, die als unvorhersehbar und unkontrollierbar erlebt werden.

Katamnese

Zum Katamnese-Zeitpunkt wurden ausserdem die subjektive Patienteneinschätzung (Belastbarkeit, Leistungsfähigkeit, allgemeine Zufriedenheit mit der stationären Therapie und hilfreiche Massnahmen nach Klinikaustritt) sowie quasi-objektive Outcome-Merkmale (Dauer der Krankschreibung, Beschäftigungsgrad) erfragt.

Statistische Auswertung

Für die Auswertung der Daten wurde die Statistiksoftware IBM SPSS Statistics, Version 21.0 (SPSS Inc., Chicago, IL) verwendet. Deskriptive Statistiken von allen Variablen wurden berechnet und Mittelwerte (M) und Standardabweichungen (SD) angegeben. Der Signifikanzlevel beträgt $p<0,05$ (zweiseitig). Die Normalverteilung der Daten wurde mit dem Kolmogorov-Smirnov-Test verifiziert. Für die Überprüfung der Wirksamkeit wurden anhand des t-Tests für verbundene Stichproben die Mittelwerte der Prä-, Post- und Katamnese-Messungen verglichen und die Unterschiede auf Signifikanz überprüft. Im Falle nicht-normalverteilter Daten wurde der Wilcoxon-Rangsummentest angewandt. Ein negativer Wert bedeutet im t-Test eine Zunahme der Belastung vom ersten zum zweiten Messzeitpunkt, wohingegen ein positiver Wert eine Abnahme der Belastung aufzeigt.

Resultate

Charakteristika der Studienteilnehmer

Das durchschnittliche Alter (SD) der 723 Studienteilnehmer betrug 49,6 (8,8) Jahre mit einem Range von 22 bis 81 Jahren. Mit 51,2 % Frauen und 48,8 % Männer waren beide Geschlechter gleichmässig vertreten. Die Mehrheit der Studienteilnehmer gab als höchsten Abschluss die Maturitätsstufe oder die höhere Fach- oder Berufsschule (51,2 %) an, wohingegen 44,3 % eine Berufslehre oder Vollzeitberufsschule absolviert hatten. Die verbleibenden 4,5 % hatten maximal die obligatorische Volksschule absolviert oder beantworteten diese Frage nicht.

92,0 % der Studienteilnehmer erfüllten bei Eintritt die Diagnosekriterien nach ICD-10 für die Hauptdiagnose einer affektiven Störung (F3). Spezifisch litten 1,0 % unter einer leichten depressiven Episode, 65,9 % unter einer mittelgradigen depressiven Episode und 3,8 % unter einer schweren depressiven Episode (3,6 % ohne psychotische Symptome, 0,2 % mit psychotischen Symptomen). Weiter wiesen 13,2 % eine rezidivierende depressive Störung auf, 11,1 % mit gegenwärtig mittelgradiger Episode, 2,0 % mit gegenwärtig schwerer Episode ohne psychotische Symptome. Die Verteilung weiterer affektiver Störungen lag unter 1 %. Im Vergleich dazu wiesen 6,6 % eine neurotische, Belastungs- oder soma-

http://econtent.hogrefe.com/doi/pdf/10.1024/1661-8157/a002301

toforme Störung (F4) auf und nur 0,1 % erfüllten die Diagnosekriterien für eine V erhaltens- und emotionale Störung (F9). Für die verbleibenden 1,3 % konnte keine klare ICD-10 Diagnose vergeben werden.

Psychologische Parameter

Die Verteilung (N), **Mittelwerte** (M) **und Standa rdabweichungen** (SD) der 723 Studienteilnehmer zum Zeitpunkt des Klinikeintritts sind in Tabelle 1 angegeben.

- Depressivität: Mit einem Mittelwert von 20,3 auf dem BDI litten die Studienteilnehmer durchschnittlich an einer mässigen Depressivität. Genauer erfüllten 376 der 723 Patienten (52,0 %) die Werte für eine mässige bis starke Depressivität.
- Symptombelastung: Die Studienteilnehmer gaben auf dem BSI durc hschnittlich eine star ke Symptombelastung an (M = 4, 06). 511 Stu dienteilnehmer (70,7 %) waren bei Klinikeintritt subjektiv mittelmässig bis sehr stark durc h psychische und körperliche Symptome beeinträchtigt.
- Burnout: Die Ergebnisse des MBI fielen noch deutlicher aus, indem 82 ,4 % (N = 596) der Studienteilnehmer eine mittlere bis hohe emotionale Erschöpfung aufwiesen. 53,1 % (N = 384) gaben mittlere bis hohe W erte für Depersonalisation an und 36, 6 % (N = 264) waren v on einer mittleren bis stark reduzierten Leistungsfähigkeit betroffen.
- Wahrgenommener Stress: Der Mittelwert der PSS lag bei 34,2. Im Vergleich dazu liegt der M ittelwert b ei einer gesunden Studentenpopulation bei 23,2.
- Schlafqualität: Bei 82,0 % (N = 593) der Studienteilnehmer ergab sich ein subjektiv gestörter Schlaf.

Wirksamkeit der Interventionen

Zur Bestimmung der Wirksamkeit der Interv entionen wurden die Mittelwerte des BSI und des MBI zu den v erschiedenen Messzeitpunkten verglichen (Tab. 2). Die durchschnittliche stationär e Behandlungsdauer betrug 5, 92 W ochen (SD =1,27). Für die Erhebung der Ka tamnese konnten insgesamt 232 Patienten über den Postweg erreicht und für die Teilnahme gewonnen werden (Rückla ufquote 3 2,1 %). Sie wurden im Mittel 15 Mona te nach Klinikaustritt ang eschrieben. Die Katamnese-Stichprobe unterschied sich bezüglich der Geschlechter- und der Altersverteilung nicht von den 67,9 % der Studienteilnehmer, die für die Ka tamnese-Erhebung nic ht erreicht werden konnten.

Symptombelastung: Für die erste Über prüfung der Wirksamkeit der Interventionen auf die Symptombelastung wurden die Mittelwerte des BSI zum Zeit punkt des Klinikeintritts, des Klinikaustritts und der Katamnese ver glichen. Für diese Analyse standen Daten v on 598 bzw . 224 Stu dienteilnehmern zur V erfügung. Die Symptombelastung hatte zwischen Eintritt und Austritt signifi kant a bgenommen, um dann bis zum Ka tamnese-Zeitpunkt wiederum signifi kant anzusteigen. Trotzdem ergab sich insgesamt eine hoc hsignifikante Abnahme der Symptombelastung zwischen Eintritt und Katamnese.

Tabelle 1. Psychologische Parameter bei Klinikeintritt

Parameter		N	M	SD
BDI Depression	Total	723	20,3	8,96
	Schwere Depressivität	117 (16,2 %)		
	Mässige Depressivität	259 (35,8 %)		
	Schwache Depressivität	223 (30,8 %)		
	Unauffällig	82 (11,3 %)		
	Fehlend	11 (1,5 %)		
BSI Gesamt	Total	723	4,06	2,79
	Sehr starke Symptombelastung	164 (22,7 %)		
	Starke Symptombelastung	164 (22,7 %)		
	Mittlere Symptombelastung	183 (25,3 %)		
	Leichte Symptombelastung	133 (18,4 %)		
	Keine Symptombelastung	39 (5,4 %)		
	Fehlend	40 (5,5 %)		
MBI Burnout	Total	723	7,90	2,82
	Hohe emotionale Erschöpfung	517 (71,5 %)		
	Mittlere emotionale Erschöpfung	79 (10,9 %)		
	Geringe emotionale Erschöpfung	60 (8,3 %)		
	Fehlend	66 (9,1 %)		
	Hohe Depersonalisation	190 (26,3 %)		
	Mittlere Depersonalisation	194 (26,8 %)		
	Tiefe Depersonalisation	272 (37,6 %)		
	Fehlend	67 (9,3 %)		
	Hohe reduzierte Leistungsfähigkeit	106 (14,7 %)		
	Mittlere reduzierte Leistungsfähigkeit	158 (21,9 %)		
	Tiefe reduzierte Leistungsfähigkeit	392 (54,2 %)		
	Fehlend	67 (9,3 %)		
PSS Subjektiver Stress	Total	723	34,2	8,10
	Gültig	682 (94,3 %)		
	Fehlend	41 (5,7 %)		
PSQI Schlaf qualität	Total	723	10,4	4,19
	Schlafstörung	593 (82,0 %)		
	Keine Schlafstörung	79 (10,9 %)		
	Fehlend	51 (7,1 %)		

Abk.: N=Gesamtzahl, M=Mittelwert, SD=Standardabweichung

© 2016 Hogrefe
http://econtent.hogrefe.com/doi/pdf/10.1024/1661-8157/a002301

Burnout: Da das MBI die aktuelle Belastung am Arbeitsplatz bewertet, wurde Burnout nur zum Zeitpunkt des Eintritts und der Katamnese erhoben. Es standen Daten von 202 Studienteilnehmern für die Analyse zur Verfügung, die eine hochsignifikante Abnahme für den MBI Totalscore sowie für die drei Subskalen emotionale Erschöpfung, Depersonalisation und reduzierte Leistungsfähigkeit ergab.

Subjektive Outcome-Kriterien: 230 ehemalige Patienten machten Angaben zu den subjektiven Einschätzungskriterien, die in Tabelle 3 dargestellt sind. Die Hälfte schätzte ihre subjektive Belastbarkeit und ihre Lebenszufriedenheit als hoch ein, wohingegen sich weniger als 10 % eine tiefe Belastbarkeit und Lebenszufriedenheit zuschrieben. Fast ausnahmslos alle ehemaligen Patienten waren mit der stationären Therapie sehr zufrieden oder zufrieden. Als hilfreichste Massnahmen nach dem Klinikaufenthalt wurden die Psychotherapie, Bewegung, Entspannungstechniken und kreative Tätigkeiten genannt.

Quasi-objektive Outcome-Merkmale: Angaben zum beruflichen Wiedereinstieg konnten von 224 Befragten gewonnen werden (Tab. 4). Die Minderheit der ehemaligen Patienten war nach Klinikaustritt länger als acht Wo-

Tabelle 2. Vergleiche zwischen Eintritt, Austritt und Katamnese-Zeitpunkt

Symptombelastung BSI	Prä-Post (N = 598)				
	M	SD	T	df	Sig
	3,04	2,35	31,6	597	p <0,001
	Post-Katamnese (N = 224)				
	M	SD	T	df	Sig
	-0,68	2,10	-4,89	223	p <0,001
	Prä-Katamnese (N = 224)				
	M	SD	T	df	Sig
	2,64	2,65	14,9	223	p <0,001
Burnout MBI	Prä-Katamnese (N = 202)				
	M	SD	T	df	Sig
Total	2,52	3,48	10,3	201	p <0,001
Emotionale Erschöpfung	1,47	1,54	13,5	201	p <0,001
Depersonalisation	0,62	1,45	6,04	201	p <0,001
Reduzierte Leistungsfähigkeit	0,44	1,32	4,73	201	p <0,001

Abk.: N = Gesamtzahl, M = Mittelwert, SD = Standardabweichung, T = T-Wert, df = Freiheitsgrade, Sig = Signifikanz

Tabelle 3. Subjektive Outcomekriterien (Katamnese-Zeitpunkt)

	%	N		%	N
Selbsteinschätzung Belastbarkeit		*230*	**Selbsteinschätzung Lebenszufriedenheit**		*230*
Hoch	50,4	116	Hoch	58,3	134
Mittel	43,0	99	Mittel	34,3	79
Tief	6,5	15	Tief	7,4	17
Zufriedenheit mit der stationären Therapie			**Hilfreiche Massnahmen nach Klinikaufenthalt ***		
Sehr zufrieden	76,6	178	Psychotherapie	54,7	*123*
Zufrieden	21,1	49	Bewegung, Entspannung, Kreativität	53,9	125
Unzufrieden	1,7	4	Körperorientierte Therapien	29,7	69
Sehr unzufrieden	0,4	1	Betriebliches Coaching	15,1	35
			Umfeld	14,7	34
			Coaching seitens Versicherungen	6,5	15
			Pharmakotherapie	4,4	10
			** Mehrfachnennungen möglich*		

http://econtent.hogrefe.com/doi/pdf/10.1024/1661-8157/a002301

Tabelle 4. Quasi-objektive Outcomekriterien (Katamnese-Zeitpunkt)

	%	N		%	N
Aufenthaltsdauer (in Wochen)		**232**	**Dauer der Krankschreibung (in Wochen) zum Katamnesezeitpunkt**		**219**
0–4	14,7	34	0–8	53,0	116
5–8	84,5	196	9–16	10,0	22
9–12	0,9	2	17–24	10,5	23
			25–32	3,2	7
			33–40	7,3	16
			Über 40	2,7	6
			Zum Katamnesezeitpunkt ganz oder teilweise krankgeschrieben	13,2	29
Beruflicher Wiedereinstieg		**224**	**Kein beruflicher Einstieg**		**65**
Ja	71	159	Nicht berufsfähig	9.2	6
Nein	29	65	Krankgeschrieben	29.2	19
			Arbeitslos gemeldet	7,7	5
			IV angemeldet	44,6	29
			Andere	9,2	6
Kündigung nach Klinikaufenthalt		**223**	**Andere betriebsinterne Funktion übernommen**		**137**
Nein	61,4	137	Ja	26,3	36
Seitens Patient	10,8	24	Nein	73,7	101
Seitens Arbeitgeber	19,3	43	Stufenweiser beruflicher Einstieg		219
Selbstständig erwerbend	1,3	3	Ja	64,4	141
Nicht erwerbstätig	7,2	16	Nein	24,7	54

chen krankgeschrieben. Nur jeder siebte P atient gab zum Katamnese-Zeitpunkt an, noch ganz oder teilweise krankgeschrieben zu sein . Von den berufl ich wieder Eing estiegenen hatte dies die M ehrheit stufenweise getan, indem sie mit reduziertem Pensum die Arbeit wieder aufgenommen hatten. Eine Kündigung erfolgte bei ca. 30 % der Befragten, wovon ein Drittel ang ab, die Arbeitsstelle selber gekündigt zu haben.

Key messages

- Burnout im Konte xt von Stress am Arbeitsplatz ist gesellschaftlich ein zunehmend anerkanntes Phänomen, das auch in den Alltag der medizinischen Grundver sorgung Eingang gefunden hat.
- Die Wirksamkeit stationärer multimodaler Therapieprogramme für Burnout ist bisher unzureichend erforscht.
- Die vorliegende retrospektiv ang elegte Katamnese-Studie zeigt, dass ein sechswöchiges Ther apieprogramm in einer auf Burnout spezialisierten Klinik die psychische Befi ndlichkeit und arbeitsbe zogene F aktoren nachhaltig zu verbessern mag.
- Eine ambulante Nachsorge im Anschluss an die stationäre Therapie scheint ein wichtiger Eckpfeiler für einen nachhaltigen Therapieerfolg zu sein.

Diskussion

Der vorliegende Überblick über relevante soziodemografische und psychologische Parameter von Patienten, die stationär in einer «B urnout-Klinik» behandelt wurden, zeigt eine hohe Eff ektivität einer im Durchsc hnitt sechs W ochen dauernden psychotherapeutisch ausgerichteten multimodalen Therapie. D ie Stu dienteilnehmer bewer teten im Vergleich zur gesunden Stichprobe bei Klinikeintritt ihr Leben als unvor hersehbarer und unkontr ollierbarer und damit stressvoller, wie dies b ei in einer Klinik für stressassoziierte Erkrankung en Hospitalisierten zu erwar ten ist. Die positiven Eff ekte zeigen sic h b ei Ende der Therapie (Klinikaustritt) und in der Katamnese hinsichtlich der subjektiven Belastbar keit und Leistungsf ähigkeit, die von über 90 % der Befragten auch Monate nach Therapieende noch als mittelgradig bis hoch eingeschätzt wird.

Die Auswertung der standardisierten psychologisc hen Testverfahren zeigte zum Zeit punkt der Katamnese, die im Mittel 15 Mona te nach Klinikaustritt er hoben wurde, insgesamt eine Abnahme der psychischen und körperlichen Symptombelastung sowie der Gesamtsymptomatik für Burnout, sowie für alle Burnout-Subskalen. Naturgemäss geht der Klinikaustritt mit dem V erlassen eines geschützten Rahmens einher, der das multimo dale psychiatrisch-psychotherapeu-

Praxis 2016; 105 (6): 315–321
© 2016 Hogrefe
http://econtent.hogrefe.com/doi/pdf/10.1024/1661-8157/a002301

tische Setting bietet. Angesichts der erneuten Konfrontation mit dem Alltag ist daher wenig erstaunlich, dass die Symptombelastung zwischen Klinikaustritt und Katamnese-Messung wiederum anstieg, zum Katamnese-Zeitpunkt aber immer noch hochsignifikant tiefer lag als bei Klinikeintritt. Sowohl die emotionale Erschöpfung, die Gefühle der Depersonalisation als auch die reduzierte Leistungsfähigkeit hatten sich nachhaltig und signifikant reduziert.

In Übereinstimmung mit dem nachhaltigen Therapieerfolg war die Rate der subjektiven Zufriedenheit mit der stationären Therapie hoch. Dies könnte ein Hinweis darauf sein, dass viele Patienten eine mehrwöchige Abschirmung von der gewohnten Umwelt und das Zusammensein mit anderen Betroffenen als hilfreich empfinden, da das Kliniksetting ein sowohl konfrontierendes als auch stützendes soziales Übungsfeld darstellt. Zudem bietet die multimodale Therapie die Möglichkeit, bedrohlich erlebte negative Gefühle und Erfahrungen von Überforderung und Kontrollverlust in der Kombination von Gesprächstherapie mit kreativen und körperlich orientierten Verfahren zu bearbeiten. Dies verbessert die emotionale und körperliche Selbstwahrnehmung als Voraussetzungen für Selbstwirksamkeit und Entspannungsfähigkeit, den Kernkompetenzen im Umgang mit Stress. Kontrolle wird zurückgewonnen, Ressourcen werden aktiviert und Ängste abgebaut. Erst die nachhaltige Fähigkeit des Perspektivenwechsels und der Aufbau neuer funktionaler Verhaltensmuster ermöglichen es, zukünftige Anforderungen wiederholt erfolgreich zu bewältigen. Entsprechend umfassen die poststationär als hilfreich erlebten Massnahmen die ambulante Fortsetzung der Psychotherapie in Kombination mit verschiedenen weiteren Therapien. Dabei scheint die Weiterführung der in der Klinik erlernten Strategien der Selbstwirksamkeit und Stressbewältigung in Form von Bewegung und Entspannungsübungen für eine nachhaltige Gesundung förderlich zu sein.

Interessant sind die gewonnenen Daten zum beruflichen Wiedereinstieg, der bei knapp drei Viertel (71 %) der ehemaligen Patienten erfolgen konnte. Die Mehrheit davon steigerte den Arbeitsumfang schrittweise. Diese Zahlen sind allerdings mit der notwendigen Vorsicht zu interpretieren, da der zeitliche Abstand zwischen Austritt und Zeitpunkt der Katamnese-Erhebung variierte. Zudem handelte es sich um eine heterogene Stichprobe bezüglich Beruf und Alter. Eine Kündigungsrate nach Klinikaufenthalt in fast einem Drittel der Fälle zeigt, wie tiefgreifend sich das berufliche Leben der Betroffenen durch ein Burnout verändert hat. Fast ein Drittel aller Kündigungen erfolgte durch die Patienten selber, was aufzeigen mag, dass durch die intensive Auseinandersetzung auch Neuorientierungen möglich wurden.

Die vorliegende Untersuchung ermöglicht im Hinblick auf das multimodale stationäre Behandlungskonzept keine Aussagen darüber, ob spezifische einzelne Interventionen besonders wirksam gewesen wären. Hierzu wären longitudinal angelegte randomisierte Studien gefragt, welche die einzelnen Therapien in ihrer Wirkung vergleichen und evidenzbasiert evaluieren. Dennoch zeigen die vorliegenden Resultate, dass die pessimistische Prognose «einmal Burnout immer Burnout» nicht zutreffen muss. Die nachhaltige Remission von Burnout kann bereits in der relativ kurzen stationären Therapiedauer von sechs Wochen im multimodalen Behandlungssetting erreicht werden, wobei eine ambulante Nachsorge nachdrücklich zu empfehlen ist.

Bibliografie

1. Berger M, Linden M, Schramm E, et al.: Positionspapier der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) zum Thema Burnout. Nervenarzt 2012; 4: 537–543.
2. Maslach C, Schaufeli WB, Leiter MP: Job burnout. Ann Rev Psychol 2001; 52: 397–422.
3. Burisch M: Das Burnout-Syndrom. Theorie der inneren Erschöpfung. 4. aktualisierte Aufl., Berlin-Heidelberg; Springer: 2010.
4. Rössler W: Stress, burnout, and job dissatisfaction in mental health workers. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci 2012; 262: 65–69.
5. Schaufeli WB, Buunk BP: Burnout: an overview of 25 years of research and theorizing. In: Schabracq M, Winnubst JA, Cooper CL (Eds.): The handbook of work and health psychology. 2nd ed, Chichester; Wiley: 2002. 282–424.
6. Thalhammer M, Paulitsch K: Burnout – eine sinnvolle Diagnose? Kritische Überlegungen zu einem populären Begriff. Neuropsychiatr 2014; 28: 151–159.
7. von Känel R: Das Burnout-Syndrom: eine medizinische Perspektive. Praxis 2008; 97: 477–487.
8. Goehring C, Bouvier Gallacchi M, Künzi B, Bovier P: Psychosocial and professional characteristics of burnout in Swiss primary care practitioners: a cross-sectional survey. Swiss Med Wkly 2005; 135: 101–108.
9. Arigoni F, Bovier P A, Sappino AP: Trend of burnout among Swiss doctors. Swiss Med Wkly 2010; 140: w13070.
10. Awa WL, Plaumann M, Walter U: Burnout prevention: a review of intervention programs. Patient Educ Couns 2010; 78: 184–190.
11. Korczak D, Wastian M, Schneider M: Therapy of the burnout syndrome. GMS Health Technol Assess 2012; 8: Doc05.
12. Beck AT, Steer RA, Hautzinger M: Beck-Depressions-Inventar (BDI) Testhandbuch. Bern; Verlag Hans Huber: 1994.
13. Franke GH: BSI: Brief Symptom Inventory von LR Derogatis:(Kurzform der SCL-90-R): deutsche Version: Testmappe. Beltz Test: 2000.
14. Schaufeli WB, Leiter MP: Maslach burnout inventory-general survey. In: The Maslach burnout inventory-test manual. Palo Alto, CA; Consulting Psychologists Press: 1996. 19–26.
15. Büssing A, Glaser J: Deutsche Fassung des Maslach Burnout Inventory – General Survey (MBI-GS-D). München; Technische Universität, Lehrstuhl für Psychologie: 1999.
16. Buysse DJ, Reynolds CF 3rd, Monk TH, Berman SR, Kupfer DJ: The Pittsburgh Sleep Quality Index: a new instrument for psychiatric practice and research. Psychiatry Res 1989; 28: 193–213.
17. Cohen S, Kamarck T, Mermelstein R: A global measure of perceived stress. J Health Soc Behav 1983; 24: 385–396.
18. Kaluza G: Stressbewältigung. Berlin-Heidelberg; Springer: 2011.

Manuskript eingereicht: 5.4.2015
Manuskript nach Revision angenommen: 16.12.2015
Interessenskonflikte: Die Autoren erklären, dass kein Interessenskonflikt besteht.

Dipl. Psych. M. Sc. Kathleen Schwarzkopf
Praxis am Waldrand
Rattenholz 47
3087 Niedermuhlern bei Bern

K.Schwarzkopf@gmx.ch

http://econtent.hogrefe.com/doi/pdf/10.1024/1661-8157/a002301

Herausgeber

Die Vorlage für diesen Qualitätsbericht wird von H+ herausgeben:
H+ Die Spitäler der Schweiz
Lorrainestrasse 4A, 3013 Bern

Siehe auch:
www.hplus.ch/de/dienstleistungen/qualitaet_patientensicherheit/qualitaetsbericht

Die im Bericht verwendeten Symbole für die Spitalkategorien Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation stehen nur dort, wo Module einzelne Kategorien betreffen.

Beteiligte Gremien und Partner

Die Vorlage für den Qualitätsbericht wurde in Zusammenarbeit mit der Steuerungsgruppe von **QABE** (Qualitätsentwicklung in der Akutversorgung bei Spitälern im Kanton Bern) erarbeitet.

Die Vorlage wird laufend in Zusammenarbeit mit der H+ Fachkommission Qualität Akutsomatik (**FKQA**), einzelnen Kantonen und auf Anträge von Leistungserbringern hin weiterentwickelt.
Siehe auch:
www.hplus.ch/de/servicenav/ueber_uns/fachkommissionen/qualitaet_akutsomatik_fkqa

Die Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (**GDK**) empfiehlt den Kantonen, die Spitäler zur Berichterstattung über die Behandlungsqualität zu verpflichten und ihnen die Verwendung der H+-Berichtsvorlage und die Publikation des Berichts auf der H+-Plattform www.spitalinformation.ch nahe zu legen.

Weitere Gremien

Der Nationale Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (**ANQ**) koordiniert und realisiert Qualitätsmessungen in der Akutsomatik, der Rehabilitation und der Psychiatrie.
Siehe auch: www.anq.ch

Die **Stiftung Patientensicherheit Schweiz** ist eine nationale Plattform zur Entwicklung und Förderung der Patientensicherheit. Sie arbeitet in Netzwerken und Kooperationen. Dabei geht es um das Lernen aus Fehlern und das Fördern der Sicherheitskultur in Gesundheitsinstitutionen. Dafür arbeitet die Stiftung partnerschaftlich und konstruktiv mit Akteuren im Gesundheitswesen zusammen.
Siehe auch: www.patientensicherheit.ch

Die Vorlage für den Qualitätsbericht stützt sich auf die Empfehlungen "Erhebung, Analyse und Veröffentlichung von Daten über die medizinische Behandlungsqualität" der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaft (**SAMW**).