





# Qualitätsbericht Oberbergkliniken

Erfassungszeitraum 2013/2014

# Adressen + Netzwerk

## Oberbergkliniken

Oberbergklinik Berlin/Brandenburg  
Am Glubigsee 46  
15864 Wendisch Rietz  
Tel.: 033679/64 100

Oberbergklinik Schwarzwald  
Oberberg 1  
78132 Hornberg  
Tel.: 07833/79 20

Oberbergklinik Weserbergland  
Brede 29  
32699 Extertal-Laßbruch  
Tel.: 05754/870

## Oberberg City

Oberberg City Berlin  
Praxis Klaus Gresser

Oberberg City Freiburg  
Praxis Dr. Eva Dieckmann

Oberberg City München Maximiliansplatz  
Praxis Dr. Armin Funck

Oberberg City Berlin Kurfürstendamm  
Praxis Prof. Dr. Götz Mundle

Oberberg City Hamburg  
Praxis Dr. Peter Becker

Oberberg City Stuttgart I  
Praxis Dr. Matthias Abel  
Praxis Constanze Buchwald  
Praxis Dr. Claudio Dechêne

Oberberg City Bochum  
Praxis Dr. Willi Martmöller

Oberberg City Hamburg Zentrum  
Praxis Prof. Dr. Dr. Stephan Ahrens

Oberberg City Stuttgart II  
Praxis Dr. Peter Schlotterbeck

Oberberg City Cottbus  
Praxis Dr. Roger Kirchner

Oberberg City Köln  
Praxis Reinhard Finger  
Praxis Dr. Dr. Daniel Wagner

Oberberg City Trier  
Praxisgemeinschaft  
Uwe Zimmer/Evelyne Severing

Oberberg City Dresden  
Praxis Dr. Norbert Wehr

Oberberg City Leipzig  
Praxis Dr. Maren Möckel-Richter  
Praxis Dr. Heidi Neugebauer

Oberberg City Witten  
Praxis Dr. Rita Wietfeld

Oberberg City Düsseldorf  
Praxis Dr. Thomas Schmidt-Winkler

Oberberg City München  
Praxis Prof. Dr. Markus Backmund

Die vollständigen Kontaktdaten finden Sie unter: [www.oberbergkliniken.de/oberberg-city.html](http://www.oberbergkliniken.de/oberberg-city.html)

## Oberberg Akademie

interne/externe Aus- und Weiterbildung  
Charlottenstraße 60  
10117 Berlin  
Tel. 030/319 85 04-00  
[info@oberberg-akademie.de](mailto:info@oberberg-akademie.de)

## Oberberg Korrespondenztherapeuten

Bundesweit 452  
Korrespondenztherapeuten  
(Kontaktaufnahme über die Kliniken)

## Oberbergselbsthilfegruppen

Bundesweit 59 aktive Oberberggruppen  
(Kontaktaufnahme über die Kliniken)

## Oberberg Klinische

Betriebsgesellschaft mbH  
Oberberg Therapie GmbH  
Charlottenstraße 60  
(Gendarmenmarkt)  
10117 Berlin  
Tel.: 030/319 85 04-00

## Direktkontakt

[info@oberbergkliniken.de](mailto:info@oberbergkliniken.de)  
Informationen zum Aufenthalt,  
zur Therapie oder zur Aufnahme erhalten  
Sie von uns jederzeit unter der  
kostenfreien Nummer 0800 3222322.



# Aufsichtsrat + Leitungsteam

## Der Aufsichtsrat

Gernot Schlösser  
Vorsitzender

Prof. Dr. Ernst-Moritz Lipp  
stellv. Vorsitzender

Prof. Dr. med. Tobias Esch

Dr. med. Edda Gottschaldt

Paul Kohtes

Torsten Krumm

Prof. Dr. med. Gabriela Stoppe

## Das Leitungsteam

Prof. Dr. med. Michael Almeling, MBA  
Sprecher der Geschäftsführung  
Telefon 030/31 98 504-00  
michael.almeling@oberbergkliniken.de

Dr. med. Michael Stöttler  
Kaufmännischer Geschäftsführer  
Telefon 030/31 98 504-00  
michael.stoedtler@oberbergkliniken.de

Christoph Middendorf  
Medizinische Geschäftsleitung  
Telefon 030/31 98 504-01  
christoph.middendorf@oberbergkliniken.de

Ulrich von Haebler  
Leiter Finanzen/Prokurist  
Telefon 030/31 98 504-01  
ulrich.vonhaebler@oberbergkliniken.de

Dr. med. Bastian Willenborg  
Chefarzt Klinik Berlin/Brandenburg  
Telefon 033679/6 41 00  
bastian.willenborg@oberbergkliniken.de

Priv.-Doz. Dr. med. Andreas Wahl-Kordon  
Ärztlicher Direktor Klinik Schwarzwald  
Telefon 07833/79 20  
andreas.wahl-kordon@oberbergkliniken.de

Dr. med. Sabine Luther  
Christoph Middendorf  
Interims-Chefärzte Klinik Weserbergland  
Telefon 05754/87 0  
sabine.luther@oberbergkliniken.de

Annette Steinmeier  
Qualitätssicherung  
Telefon 05754/87 11 15  
annette.steinmeier@oberbergkliniken.de

Heike Weber  
Leitung Marketing & Kommunikation  
Telefon 030/31 98 504-05  
heike.weber@oberbergkliniken.de

## Anmerkung

Um die Lesbarkeit der nachfolgenden Texte zu vereinfachen, haben die Autoren sich dazu entschieden, das üblicherweise verwendete generische Maskulinum („der Patient“, „der Therapeut“) zu verwenden. Diese Ausdrucksweise umfasst gleichermaßen männliche und weibliche Personen. Die Entscheidung für diese Schreibweise ist aus rein praktischen und nicht aus inhaltsbezogenen Überlegungen getroffen worden.

Um diesen Qualitätsbericht auch für Personen verständlich zu machen, die nicht über ein profundes medizinisch-therapeutisches Fachwissen verfügen, haben wir wesentliche Fachbegriffe mit einer Erklärung versehen: Umgangssprachliche Begriffe oder kurze Erläuterungen finden sich in Klammern und im Abkürzungsverzeichnis am Ende des Qualitätsberichts erklärt.

Das Autorenteam

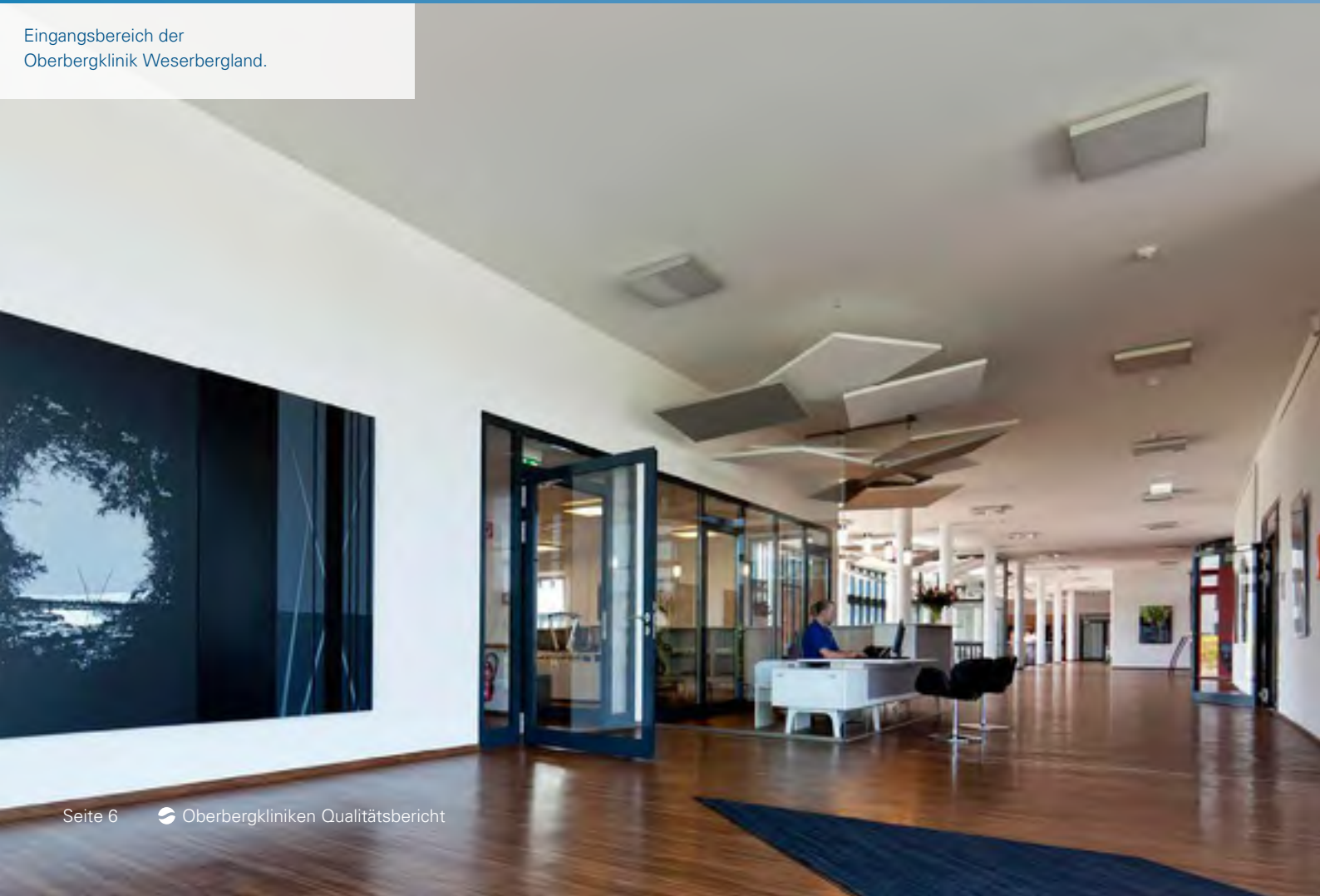
# Inhalt

Vorwort.....	7
Raum für nachhaltige Genesung.....	8
1 Therapiekonzept .....	15
1.1 Das Oberbergmodell .....	16
1.2 Das Behandlungsspektrum .....	17
1.3 Das Oberberg Netzwerk .....	18
1.4 Das Curriculum für abhängige Ärzte .....	19
2 Therapieevaluation .....	21
2.1 Zusammenfassung der Ergebnisse .....	22
2.2 Methodik .....	24
2.3 Basisdokumentation.....	27
2.4 Stichprobenbeschreibung.....	29
2.5 Behandlungsergebnisse .....	38
2.6 Patientenzufriedenheit 2014.....	52
3 Weitere Aktivitäten.....	57
4 Die Oberberg Stiftung Matthias Gottschaldt .....	65
4.1 Organe der Oberberg Stiftung.....	66
Abkürzungsverzeichnis.....	67
Impressum .....	68

„Wer einmal sich selbst  
gefunden hat, kann nichts  
auf dieser Welt mehr  
verlieren.“

Stefan Zweig

Eingangsbereich der  
Oberbergklinik Weserbergland.





# Vorwort

Qualität in der Behandlung unserer Patienten bedeutet bei Oberberg eine intensive, individuelle und innovative Therapie. Bei Oberberg zählt die therapeutische Beziehung zu unseren Patienten.

Dieser therapeutische Raum ermöglicht nicht nur die störungsspezifische Behandlung von Menschen mit psychischen Erkrankungen, sondern auch die Entwicklung der Persönlichkeit jedes einzelnen Patienten. Entwicklungsprozesse werden bei Oberberg nicht „manualisiert verordnet“, sondern „gestaltend erfahrbar“. Therapie fördert die Fähigkeit, Freiräume zu entwickeln, in denen Lebendigkeit, Kreativität und die Aktivierung von Selbstheilungskräften neu erlebt und erfahren werden können. Eine achtsame Gestaltung des Lebens- und Arbeitsalltags sind neben der hochqualifizierten symptomorientierten Behandlung wichtige Qualitätsmarker für Patienten und Mitarbeiter sowie die Grundlage für einen nachhaltigen Erfolg im Sinne einer „ansteckenden“ Gesundheit.

Neben unserem stetigen Bemühen, für eine kontinuierliche Weiterentwicklung unserer Mitarbeiter und der therapeutischen Inhalte zu sorgen, ist es für uns selbstverständlich, messbare Ergebnisse dieser Bemühungen transparent zu machen und sie zur Diskussion zu stellen. Dies bedeutet, dass Oberberg regelmäßig anhand von Patientenrückmeldungen, Fragebögen und Katamneseuntersuchungen die Qualität der therapeutischen Arbeit überprüft. Der Oberberg-Qualitätsbericht bietet eine differenzierte Beschreibung der in 2013 behandelten Patienten. Neben den Behandlungsergebnissen während der stationären Therapie werden die Ergebnisse der 1-Jahres-Katamnesen dargestellt, die die langfristigen Erfolge der von uns durchgeführten Therapie aufzeigen. Sie beziehen sich auf unsere Behandlungsschwerpunkte Abhängigkeits-erkrankungen und affektive Störungen, die über 80 % unserer Behandlungsindikationen einnehmen.

Wir hoffen, Ihnen mit diesem Qualitätsbericht einen Einblick in die Arbeit in den Oberberg-kliniken vermitteln zu können. Wer Interesse an der praktischen Arbeit der Oberbergkliniken vor Ort hat, ist herzlich eingeladen, mit uns Kontakt aufzunehmen, uns zu besuchen und die Kliniken direkt vor Ort zu erleben und zu erfahren.

Prof. Dr. Michael Almeling

Christoph Middendorf

Dr. med. Sabine Luther

Dr. med. Andreas Wahl-Kordon

Dr. med. Bastian Willenborg

# Raum für nachhaltige Genesung



Die erste private Oberbergklinik wurde 1988 in Hornberg (Schwarzwald) eröffnet, 1991 das zweite Haus in Extertal-Laßbruch (Weserbergland). Ende 1997 kam die dritte Klinik in Wendisch Rietz bei Bad Saarow nahe Berlin hinzu.

### **Drei Standorte, ein Netzwerk, viele Partner**

Heute ist Oberberg mehr als eine Klinik, es ist eine Klinikgruppe mit drei Standorten, einer Stiftung und einer Akademie. Wir arbeiten auf vielen Gebieten mit Partnern zusammen, die unsere konzeptionellen Ziele inhaltlich unterstützen. Regelmäßige Informationsveranstaltungen bei Oberberg selbst und im Oberberg Netzwerk gewährleisten einen hochaktuellen medizinischen und wissenschaftlichen Stand.

### **Oberberg City**

Oberberg City bietet eine prä- und poststationäre Behandlung. Basis ist das individuelle, intensive und innovative Oberbergmodell für die Behandlungsschwerpunkte Depressionen, Abhängigkeitserkrankungen, Burn-out sowie Angst- und Panikstörungen. 2008 wurden Oberberg City München und Oberberg City Berlin als erste Standorte realisiert. 2010 folgte Oberberg City Trier und im Jahr 2013 wurden gleich 5 neue Standorte eröffnet. Nach der Erweiterung von weiteren 4 Standorten in 2014 und 7 Standorten in 2015 besteht das Netzwerk mittlerweile aus 19 Oberberg City Standorten.

Abstand vom Alltag finden: in angenehmer Umgebung und privater Atmosphäre der Oberbergkliniken.







Sich neu erleben: durch Therapien, die individuell, schulübergreifend und umfassend sind.

# Intensive, individuelle und innovative Therapie

Das Herzstück von Oberberg sind die Kliniken, in denen psychische Leiden nach dem Oberbergmodell therapiert werden. Neben der reinen Krankenbehandlung zielt die Behandlung im Sinne der Integralen Heilkunst auf einen Bewusstwerdungsprozess der individuellen Persönlichkeit. Die schulenübergreifenden Therapien schließen auch achtsamkeitsbasierte Therapieverfahren und neueste Erkenntnisse aus der Ernährungsmedizin ein.

Kern unseres Oberbergmodells ist ein intensives multiprofessionelles Therapiekonzept mit in der Regel täglichen Einzel- und Gruppengesprächen, die unter anderem tiefenpsychologische, verhaltens- und familientherapeutische sowie achtsamkeitsfokussierte Elemente beinhalten. Im Rahmen dieser intensiven Therapie ist es möglich, individuell auf die Sorgen, Nöte und das Krankheitsbild jedes einzelnen Patienten einzugehen.

## Die vier Säulen der Oberbergtherapie:

- Diagnostik und Behandlung der psychosomatischen Erkrankung
- Diagnostik und Therapie der emotionalen Grundstruktur
- Diagnostik und Behandlung körperlicher Erkrankungen
- Ambulante Nachbehandlung (Oberberg City, Betreuung durch Korrespondenztherapeuten, Oberbergselbsthilfegruppen, Einbindung des sozialen beruflichen Umfeldes)

# Betreuung und Unterstützung durch Experten

Zur Aufrechterhaltung einer qualitativ hochstehenden Psychotherapie sind intensive in- und aushäusige Fortbildungen erforderlich. Wir haben in den letzten Jahren in Kooperation mit unterschiedlichen herausragenden Experten aus den Fachgebieten Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatische Medizin unsere Mitarbeiter systematisch fortgebildet.

Darüber hinaus nehmen alle Therapeuten der Oberbergkliniken selbstständig an fachspezifischen Weiterbildungen teil, für die sie Sonderurlaub erhalten. Alle psychotherapeutischen Ärzte befinden sich in Weiterbildung zum Arzt für Psychotherapie bzw. zum entsprechenden Zusatztitel oder haben diesen schon.

# Qualität, die messbar ist.

Um die Qualität unserer Arbeit zu prüfen und zu messen, bedienen wir uns verschiedener Methoden. Wir nutzen nicht nur die Rückmeldungen der Ärzte und Therapeuten, sondern auch objektivierbare und standardisierte Verfahren. Der Qualitätsbericht, der anhand unserer Basisdokumentation, Fragebögen und Katamneseuntersuchungen entstanden ist, macht messbare Behandlungsergebnisse der Oberbergkliniken transparent. Hier die wichtigsten Ergebnisse vorab im Überblick:

## **Depression**

Über 90 % der Patienten, die aufgrund von Depressionen in einer der drei Oberbergkliniken behandelt wurden und uns Auskunft im Rahmen der Katamnese gaben, wiesen im Jahr nach der Entlassung keine oder keine relevanten Beeinträchtigungen auf.

## **Abhängigkeitserkrankungen**

Die Oberbergkliniken erzielten in knapp der Hälfte der Zeit bei Patienten mit einer Alkoholabhängigkeit genauso gute Erfolge wie traditionelle Entwöhnungskliniken. Die Erfolgsquote der 1-Jahres-Katamnese lag bei Patienten, die 1 Jahr nach ihrer planmäßig beendeten Entwöhnungsbehandlung Auskunft gegeben haben, bei 74 %. In den Oberbergkliniken dauert eine stationäre Entwöhnung durchschnittlich 49 Tage, in anderen Fachkrankenhäusern liegt die durchschnittliche Behandlungsdauer laut Katamnesestudie des Jahrgangs 2012 des Fachverbandes Sucht bei knapp 80 Tagen.

## **Patientenzufriedenheit**

Die Resonanz der Patienten ist außerordentlich positiv: 97 % waren mit der Behandlung zufrieden, 98 % würden sich erneut bei uns behandeln lassen, 99 % empfehlen die Oberbergkliniken weiter.

„Wer nichts verändern will, wird auch das verlieren, was er bewahren möchte.“

Gustav Heinemann

Gemeinsam wachsen: Seite an Seite mit einfühlsamen Therapeuten.





# 1 Therapiekonzept

Die Oberbergkliniken entwickeln für jeden Patienten einen individuellen Therapieplan, der seine persönlichen Bedürfnisse und Lebensumstände berücksichtigt. Unser schulenübergreifendes Therapiekonzept beinhaltet unter anderem tiefenpsychologische, verhaltens- und familientherapeutische sowie achtsamkeitsfokussierte Elemente. Wir setzen auf eine intensive Behandlung, so dass unsere Patienten schnell wieder gesund in ihren Alltag zurückkehren können.

# 1.1 Das Oberbergmodell

## Überblick:

- Akutaufnahme jederzeit möglich
- Komplette Betreuung unserer Patienten aus einer Hand – von der Aufnahme bis zur Entlassung
  - Körperliche (somatische) und psychopathologische (psychische) Diagnostik
  - Therapiezielformulierung
  - Therapieprozessplanung (bei Abhängigkeiten bedeutet dies Entgiftung, Motivation und Entwöhnung)
  - Klärung von Versicherungsfragen
- Individuelle Psychotherapie
  - Zugeschnitten auf das emotionale Profil jedes einzelnen Patienten
- Intensive Psychotherapie
  - Tägliche Einzel- und Gruppentherapie inkl. störungsspezifische Indikationsgruppen für Abhängigkeitserkrankungen und Depressionen und nonverbale Therapien (Gestaltung, Körper, Entspannung, Achtsamkeit)
- Innovative achtsamkeitsfokussierte Psychotherapie
  - Achtsamkeitsbasierte Depressions- und Suchttherapie mit Elementen von MBCT und MBRP
  - Achtsamkeitsbasierte Körpertherapie
  - Übungen der Stille (Atemübungen, Bodyscan nach Kabat-Zinn)
  - Raum der Stille in jeder Klinik
- Eigene Nachsorgekonzepte
  - Oberberg City
  - Korrespondenztherapeuten
  - Oberbergselbsthilfegruppen

## Weitere Informationen:

Detaillierte Informationen zu den Oberberg City Standorten und den Oberbergselbsthilfegruppen finden Sie im Internet unter: [www.oberbergkliniken.de](http://www.oberbergkliniken.de)

# 1.2 Das Behandlungsspektrum

Die privaten Akutkliniken der Oberberggruppe bieten eine umfassende medizinisch-psychotherapeutische Behandlung seelisch, psychosomatisch und psychiatrisch erkrankter Menschen.

## Indikationen:

- Depressionen
  - Lebenskrisen, Partnerschaftskonflikte, tiefe Traurigkeit, Grübeln, Antriebsverminderung, Erschöpfung
- Abhängigkeitserkrankungen
  - Alkohol, Medikamente, Nikotin, illegale Drogen
  - Nicht stoffgebundene Abhängigkeiten (z.B. Spielsucht, Internetsucht)
  - Körperliche Begleiterkrankungen
- Burn-out
  - Psychische Erkrankungen als Folge von Burn-out u.a. depressive Zustandsbilder, Angst- oder Abhängigkeitserkrankungen
- Angst- und Panikstörungen
  - Sozialer Rückzug, Isolation, Vermeidung von Konflikten
  - Ängstliche Vermeidung bestimmter Situationen
- Zwangsstörungen
- Posttraumatische Belastungsstörungen
- Persönlichkeitsstörungen
- Körperliche Störungen ohne somatischen Befund

# 1.3 Das Oberberg Netzwerk

Die qualifizierte ambulante Nachbetreuung nach Beendigung des stationären Aufenthaltes ist eine wichtige Voraussetzung für die Stabilisierung des Therapieerfolges.

Zur Sicherstellung eines möglichst problemlosen Überganges von der stationären in die ambulante Therapie pflegen die Oberbergkliniken einen engen Kontakt zu einem weit verzweigten Netz von Oberberg City Standorten, Korrespondenztherapeuten und Oberbergselbsthilfegruppen.

## **Oberberg City Standorte**

Die Oberberg City Standorte bieten ein integriertes Behandlungs- und Netzwerkangebot für Patienten, Angehörige, niedergelassene Ärzte und Therapeuten als prä- und poststationäre Behandlung. Zu den Angeboten gehören neben den Einzel- und Gruppentherapien Hilfe bei diagnostischen Fragestellungen, stationärer Einweisung inkl. Aufklärung über anfallende Kosten, Erstellung des Kostenübernahmeberichtes und der stationären Einweisung.

## **Oberberg Korrespondenztherapeuten**

Die Korrespondenztherapeuten arbeiten in enger Kooperation mit den Oberbergkliniken nach dem Oberbergkonzept und garantieren in vielen Fällen eine Weiterbehandlung ohne Zeitverlust.

## **Oberbergselbsthilfegruppen**

Die Oberbergselbsthilfegruppen sind Zusammenschlüsse von ehemaligen Oberberg-Patienten. Ziele der Gruppen sind der Erfahrungsaustausch und die gegenseitige Unterstützung. Das mittlerweile bundesweit vorhandene Oberbergselbsthilfegruppen-Netz bietet mit seinen regelmäßig stattfindenden Zusammenkünften sowohl den ehemaligen Patienten als auch den gerade aus der stationären Therapie Entlassenen eine wichtige Anlaufstelle.

## **Netzwerk**

Das Netzwerk aus Oberberg City Standorten, Korrespondenztherapeuten und den Oberbergselbsthilfegruppen ist ein wesentliches Element der Nachsorge und hilft unseren Patienten, den langfristigen Therapieerfolg zu sichern.

# 1.4 Das Curriculum für abhängige Ärzte

Zu Beginn der 1990er Jahre entwickelte Prof. Dr. med. Matthias Gottschaldt in Zusammenarbeit mit den Ärztekammern ein Behandlungskonzept für suchtabhängige Ärzte. Wesentlicher Bestandteil ist dabei die nachstationäre berufliche Wiedereingliederung.

## **Nachweis und Nachsorge**

Voraussetzung für die Teilnahme ist der Nachweis einer erfolgreichen und mit guter Prognose abgeschlossenen stationären Entwöhnungstherapie. Das berufliche nachstationäre Wiedereingliederungskonzept der Oberbergkliniken ist Teil einer umfassenden therapeutischen Nachsorge mit ambulanter Psychotherapie und regelmäßigem Besuch einer Selbsthilfegruppe vor Ort.

## **Untersuchung und Befund**

Der Patient stellt sich im ersten Halbjahr nach erfolgreicher Therapie zunächst einmal pro Monat, anschließend im 6-wöchigen Abstand in einer der Oberbergkliniken vor. Er wird körperlich, psychopathologisch und laborchemisch untersucht. Der ausführliche Krankheits- und Befundbericht kann, wenn vom Patienten gewünscht, der entsprechenden aufsichtführenden Stelle regelmäßig vorgelegt werden.

## **Abschlussbericht und Wiedereingliederung**

Die Abschlussuntersuchung, die ein Jahr nach Beginn dieser Maßnahme stattfindet, wird, wenn vom Patienten gewünscht, in einem schriftlichen Abschlussbericht fixiert und ebenfalls den Verantwortlichen vorgelegt. Bei einem positiven Therapieverlauf wird dann entsprechend empfohlen, die begleitete Aufsicht zu beenden. Bei erneutem Substanzkonsum wird die Krise mit dem Betroffenen bearbeitet und im beruflichen Wiedereingliederungskonzept berücksichtigt.

„Hindernisse und Schwierigkeiten sind Stufen, auf denen wir in die Höhe steigen.“

Friedrich Nietzsche



Gestaltungs-/Kunsttherapie ist ein fester Bestandteil des Therapieprogramms. Alle Kliniken haben gut ausgestattete Werkstätten, in denen die Patienten von engagierten Kunsttherapeuten betreut werden.

# 2 Therapieevaluation

Die Ergebnisse des Qualitätsberichts beziehen sich auf Befragungen und Auswertungen einer Gesamtstichprobe von bis zu 1373 Patienten, die im Jahr 2013 in einer der drei Oberbergkliniken behandelt wurden und die in den Jahren 2014–2015 ein Jahr nach Entlassung aus der stationären Behandlung nach ihrem Gesundheitszustand befragt wurden (1-Jahres-Katamnese).

Sie belegen hohe und nachhaltige Effekte der Therapie in den Oberbergkliniken. Bezogen auf die Angaben derjenigen, die Auskunft zu ihrem Befinden gegeben haben, liegen die Erfolgsraten nach Abschluss der stationären Behandlung sowie ein Jahr nach Behandlungsende bei 74 %, je nach Fragestellung und Diagnosegruppe sogar über 90 %.

# 2.1 Zusammenfassung der Ergebnisse

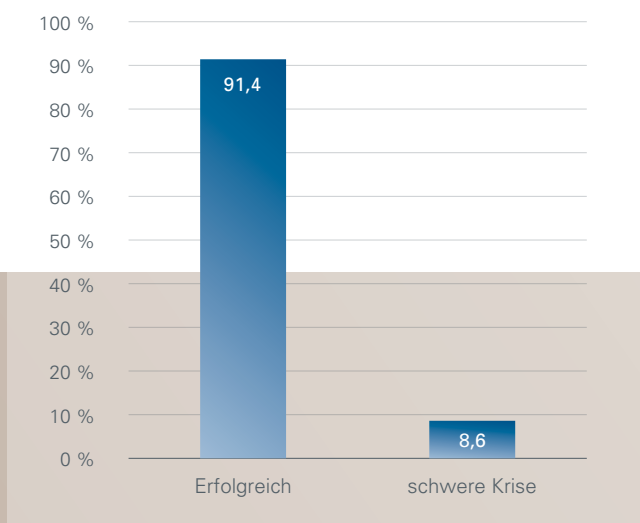
## Depressive Störung

Bei 80 – 85 % der befragten Patienten, die wegen einer depressiven Störung in einer der Oberbergkliniken behandelt wurden, waren gemessen mittels des Depressionstests BDI-II am Ende der stationären Behandlung keine relevanten depressiven Symptome mehr nachweisbar. In der 1-Jahres-Katamnese gaben über 90 % der Katamnese Teilnehmer, die wegen einer Depression behandelt worden waren, an, es sei keine oder keine gravierende depressive Krise während der vergangenen 12 Monate aufgetreten.

## Alkoholabhängigkeit

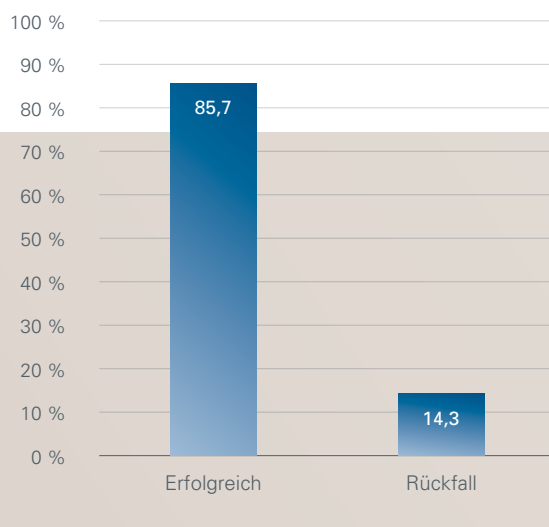
Bei Patienten, die ausschließlich auf Grund einer Abhängigkeitserkrankung ohne weitere Nebendiagnosen eine Entwöhnungsbehandlung in einer der Oberbergkliniken planmäßig beendeten und uns Auskunft zu ihrem Befinden ein Jahr nach der Behandlung gaben (Kriterium DGSS1 der Deutschen Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie e. V. (DG-Sucht), zeigt sich eine hohe katamnestic Erfolgsquote. 80 % der teilnehmenden Patienten gaben an, im gesamten Jahr nach Behandlungsende abstinent gewesen zu sein, 5,7 % berichteten, dass sie in den vorangegangenen 30 Tagen keinen Alkohol konsumiert hatten.

Abb. 1 Depression 1-Jahres-Katamnese



Erfolgsquote Depression

Abb. 2 Abhängigkeit 1-Jahres-Katamnese



Erfolgsquote Abhängigkeit



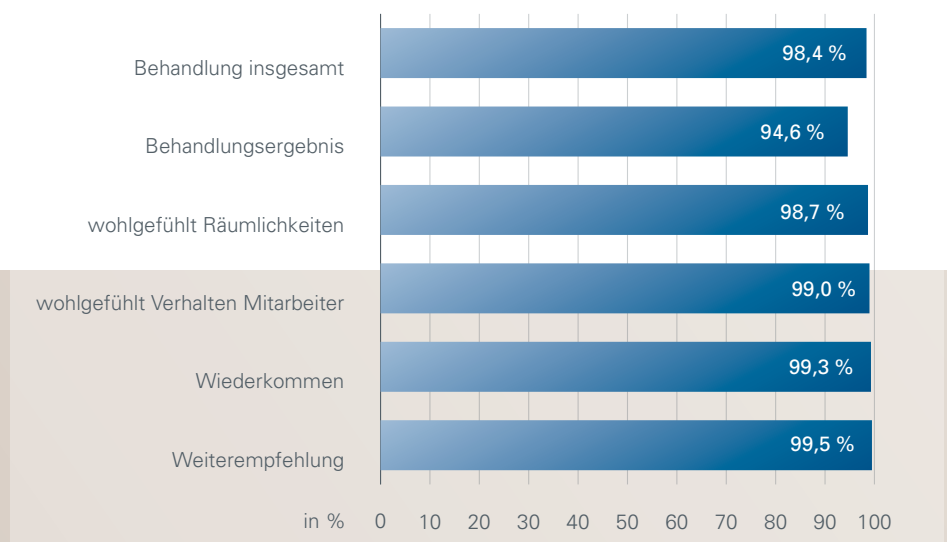
### Erfolgsraten im Vergleich

Im Vergleich zu den vom Fachverband Sucht e.V. veröffentlichten Daten von insgesamt 26 Entwöhnungseinrichtungen lagen die Erfolgsraten der Oberbergkliniken nach Bewertungskriterium DGSS 1 auf gleichem Niveau bei deutlich geringerer Behandlungsdauer. Relevante Unterschiede ergaben sich bei der Behandlungsdauer. In den Oberbergkliniken dauerte eine stationäre Entwöhnung im Jahr 2013 durchschnittlich 49 Tage, in anderen Fachkrankenhäusern lag die durchschnittliche Behandlungsdauer laut Katamnesestudie des Jahrgangs 2012 des Fachverbandes Sucht e.V. bei knapp 80 Tagen. Dies bedeutet, dass die Oberbergkliniken bei Patienten mit einer Alkoholabhängigkeit in knapp der Hälfte der Zeit genauso gute Erfolge erzielen wie traditionelle Entwöhnungskliniken.

### Patientenzufriedenheit mittels Fragebogen

Neben den Erfolgskriterien bezogen auf die Erkrankung wurde die Zufriedenheit der Patienten mit der Behandlung, Unterbringung und Verpflegung mittels eines standardisierten Fragebogens anonym erhoben. Die Gesamtzufriedenheit mit der Behandlung lag bei 98%. 99% der befragten Patienten würden erneut eine Behandlung in den Oberbergkliniken durchführen und die Oberbergkliniken weiterempfehlen.

Abb. 3 **Patientenzufriedenheit insgesamt**



## 2.2 Methodik

Zur Beurteilung des Behandlungserfolges des intensiven und individuellen Behandlungskonzeptes der Oberbergkliniken führen wir regelmäßige Auswertungen durch. Berücksichtigt werden die Basisdokumentation, die allgemein übliche soziodemografische Angaben sowie relevante Behandlungsmerkmale enthält, die applizierten Fragebögen sowie die katamnestische Nachbefragung ein Jahr nach Entlassung.

Die Darstellung der Katamneseergebnisse bezieht sich auf den Aufnahmejahrgang 2013 (Befragung im Jahr 2014 / 2015, 12 Monate nach Entlassung). Um den Katamnesejahrgang hinsichtlich weiterer interessierender Gesichtspunkte beschreiben zu können, wurde die Basisdokumentation des Jahrgangs 2013 ausgewertet. Aus dem gleichen Grund wurden auch die Testinstrumente BDI-II, BAI und SCL-90-R für den Jahrgang 2013 ausgewertet.

Um möglichst zeitnahe Aussagen zur Zufriedenheit unserer Patienten mit ihrer Behandlung und Unterbringung darstellen zu können, wurde für die Auswertung des Fragebogens zur Patientenzufriedenheit der Jahrgang 2014 herangezogen.

### **Leitlinien und Grundsätze für die Evaluation**

Die Evaluation der Ergebnisqualität basiert auf den Leitlinien und Grundsätzen, die von den anerkannten Fachgesellschaften entwickelt wurden. Grundlage unserer Basisdokumentation zur Erhebung der anamnestischen Daten sind:

- Elemente der Psychologischen Basisdokumentation (kurz PsyBaDo, Heuft und Senf, 1998)
- Elemente des Deutschen Kerndatensatzes zur Dokumentation im Bereich der Suchtkrankenhilfe der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen e. V. (Hrsg. DHS, 1998, 2010)
- die Dokumentationsstandards III für die Behandlung von Abhängigen (DG-Sucht, 2011)

### **Standards für die Durchführung der Katamnesen**

Bezüglich der Durchführung der Katamnesen folgen wir ebenfalls den o.g. Standards der DHS, den „Standards für die Durchführung von Katamnesen bei Abhängigen“ der DG-Sucht sowie den Katamnese-Publikationen des Fachverbandes Sucht e. V. (Bachmeier et al., 2015). Diese Leitlinien wenden wir auf Grund ihrer Detailliertheit und Strukturiertheit in gleicher Weise für Patienten mit Abhängigkeitserkrankungen und – soweit nötig mit notwendigen Anpassungen – ebenfalls für die Patienten ohne Substanzproblematik an.

### **Testverfahren der psychometrischen Eingangsdagnostik**

Am Aufnahmetag erfolgt die ärztliche und therapeutische Eingangsdagnostik. An den darauffolgenden Tagen wird die psychometrische Eingangstestung u.a. mittels folgender allgemein etablierter Fragebogenverfahren durchgeführt:

- Beck-Depressions-Inventar BDI-II (Hautzinger et al., 2006),
- Symptom-Checkliste SCL-90 R (Franke, 2002)
- Beck-Angst-Inventar BAI (Margraf & Ehlers 2008)

Diese Fragebögen erfassen das Ausmaß der aktuellen psychosomatischen Belastung der Patienten und ermöglichen die Darstellung von Veränderungen in einem bestimmten Zeitraum. In den Oberbergkliniken werden diese Testverfahren standardmäßig allen Patienten bei Aufnahme und Entlassung zur Erfolgsmessung vorgelegt. Seit dem Jahr 2013 erfolgt dies in PC-gestützter Form. Darüber hinaus kommen je nach Symptomatik weitere testdiagnostische Instrumente zum Einsatz.

Um den unmittelbaren Erfolg der stationären Behandlung beurteilen zu können, werden die Veränderungen der Ergebnisse der angewandten Fragebögen bei Aufnahme und Entlassung ermittelt und grafisch dargestellt.

Für die Auswertungen des Aufnahmejahrgangs 2013 (n = 1373) lagen vollständig ausgefüllte BDI-II-Fragebögen sowohl für den Aufnahme- als auch für den Entlassungszeitpunkt für n = 1039 Patienten (76 %) vor. Beim Testverfahren SCL-90-R konnten n = 1034 Personen (75 %) einbezogen werden, beim BAI n = 861 Personen (63 %).

### **Daten der Basisdokumentation**

Im Lauf des Aufenthalts werden die üblichen soziodemografischen Daten sowie relevante Behandlungsmerkmale gemäß den Vorgaben der o.g. Fachgesellschaften erhoben und in der sogenannten Basisdokumentation zusammengefasst. In die Auswertungen fließen die erhobenen Angaben sämtlicher im Jahr 2013 behandelter Patienten ein (n = 1373).

## 2.2 Methodik

### 1-Jahres-Katamnese

Zur Beurteilung der Nachhaltigkeit der Therapieerfolge werden 1-Jahres-Katamnesen prospektiv geplant und routinemäßig als Vollerhebung durchgeführt. Patienten, die innerhalb des 12-Monats-Zeitfensters erneut aufgenommen werden, werden nur einmalig in einem gleitenden Versandschema 1 Jahr nach ihrer Entlassung aus dem Indexaufenthalt\* angeschrieben und zu ihrem Befinden befragt. Erhalten wir keine Rückmeldung, wird nach drei Wochen ein Erinnerungsschreiben versandt.

Im Rahmen der katamnestischen Nachuntersuchung der im Jahr 2013 aufgenommenen Patienten wurden 1032 Ehemalige 12 Monate nach ihrer Entlassung aus dem stationären Aufenthalt angeschrieben. 341 der im Jahr 2013 behandelten Patienten wurden nicht in die Befragung einbezogen (n = 19 verstorben, n = 7 unbekannt verzogen, n = 25 ohne Einwilligung, n = 3 mit einer Verweildauer < 24 Std., n = 287 Wiederaufnahmen nach Indexaufenthalt im Jahr

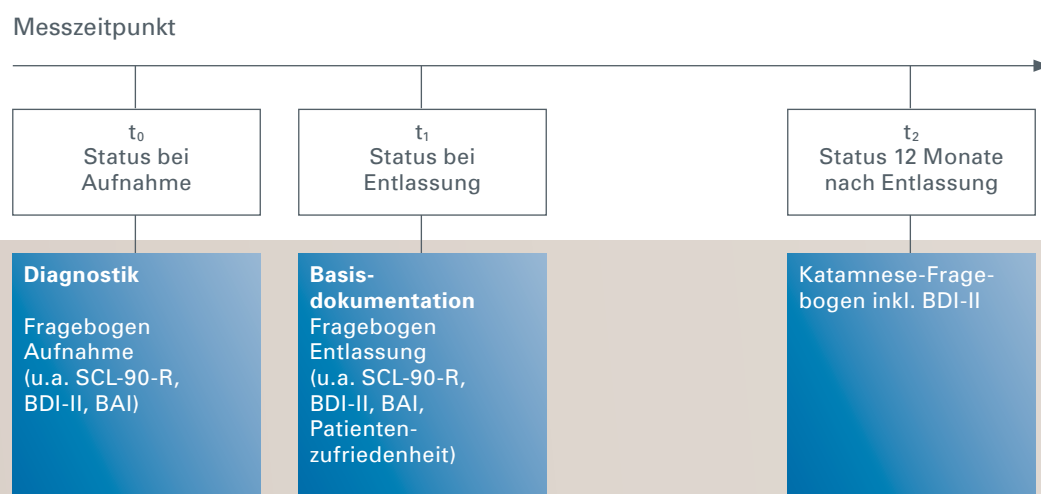
2011–2013). 437 Ehemalige sandten den Fragebogen ausgefüllt zurück.

Von weiteren 129 Personen lagen zum Auswertungszeitpunkt katamnestische Informationen seitens der Familie oder auf Grund stationärer Wiederaufnahmen im 12-Monats-Zeitfenster 2014–2015 vor (inkl. 7 verstorbene bzw. Patienten mit Eintrag eines Mailingstops). 473 ehemalige Patienten antworteten nicht.

Zur Beschreibung des Katamnesejahrgangs 2013 hinsichtlich soziodemografischer Angaben werden die Items der Basisdokumentation herangezogen.

Zusätzlich zum allgemeinen Katamnesebogen erhielten Patienten mit Depressionserkrankungen den BDI-II Fragebogen zur Beurteilung des Behandlungserfolges. Von den 664 Patienten, die den BDI-II bei der Katamneseuntersuchung erhielten, haben 339 Patienten (51,1 %) den BDI-II ausgefüllt.

Abb. 4 **Untersuchungsdesign im Überblick**



\* Als Indexaufenthalt bezeichnen wir die erstmalige stationäre Behandlung in den Oberbergkliniken bzw. eine Wiederaufnahme außerhalb des Katamnesezeitraums.

## 2.3 Basisdokumentation

Die folgenden Auswertungen der Basisdokumentation beziehen sich auf 1373 Patienten, die im Jahr 2013 in den drei Oberbergkliniken behandelt wurden.

### Häufigkeit der Diagnosen

Die Diagnosestatistik in Tabelle 1 gibt einen Überblick über die Häufigkeiten der Behandlungsdiagnosen in den Oberbergkliniken. Die häufigsten Diagnosen liegen im Bereich der Störungen durch psychotrope Substanzen (Suchterkrankungen) sowie der depressiven Störungen.

### Zwei Behandlungsschwerpunkte

Erkennbar ist, dass sich zwei Behandlungsschwerpunkte herauskristallisieren. Dies sind zum einen Patienten mit psychischen Störungsbildern der Diagnosegruppen F0 bis F9 ohne Vorliegen einer Substanzproblematik. Diese Patientenstichprobe wird im Folgenden vereinfachend als „Psychosomatik“ (PSY) bezeichnet. Im Vordergrund stehen die depressiven Störungen, die mit 51 % aller Haupt- und 23 % aller Nebendiagnosen die größte Gruppe darstellen. Der zweite Behandlungsschwerpunkt in den Oberbergkliniken sind Patienten mit einer substanzinduzierten

Tab. 1 **Diagnosestatistik der Oberbergkliniken (ICD-10)**

		Hauptdiagnose		Nebendiagnosen *	
		Anzahl	in %	Anzahl	in %
F0	Organische Störungen	1	0,1	13	0,9
F1	Störungen durch psychotrope Substanzen	545	39,7	1070	77,9
F2	Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen	8	0,6	8	0,6
F32, F33	Depressive Störungen	706	51,4	312	22,7
F3 sonstige	Andere affektive Störungen (z. B. Manie, Bipolare Störungen)	23	1,7	59	4,3
F40, F41	Angststörungen	38	2,8	122	8,9
F42	Zwangsstörungen	2	0,1	15	1,1
F43	Reaktion auf schwere Belastung und Anpassungsstörung	20	1,4	70	5,1
F44	Dissoziative Störungen	2	0,1	3	0,2
F45	Somatoforme Störungen	7	0,5	37	2,7
F4 sonstige	Andere neurotische Störungen			1	0,1
F50	Essstörungen	3	0,2	37	2,7
F5 sonstige	Andere Verhaltensauffälligkeiten mit körperl. Faktoren			25	1,8
F60 – F62	Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	8	0,6	133	9,7
F63	Störungen der Impulskontrolle	9	0,7	24	1,7
F90	Hyperkinetische Störungen, ADHS			13	0,9
Z73.0	Burn-out	1	0,1	36	2,6
	Sonstige			37	2,7
	<b>Summe gesamt</b>	<b>1373</b>	<b>100,0</b>	<b>2015</b>	<b>146,8</b>

\* Mehrfachnennungen möglich

## 2.3 Basisdokumentation

Störung. 40 % aller Haupt- und 78 % der Nebendiagnosen beziehen sich auf substanzinduzierte Störungen bzw. Suchterkrankungen. Da zum Teil mehrere Substanzen konsumiert werden bzw. mehrere Zustandsbilder von Intoxikation bei Aufnahme bis hin zum Delir feststellbar sind, sind Mehrfachangaben in der Diagnosegruppe F1 eher Regel statt Ausnahme.

### **Unterscheidung der Patienten**

Da Patienten mit Suchterkrankungen häufig komorbide Störungen aufweisen, wird im folgenden Text zwischen Patienten unterschieden, bei denen entweder alleine eine Abhängigkeitserkrankung (ABH) oder eine Abhängigkeitserkrankung in Kombination mit einer weiteren psychischen Störung, häufig einer Depression (ABH + PSY), vorliegt.

Die nachfolgende Stichprobenbeschreibung (Kapitel 2.4) sowie die Darstellung der Behandlungsergebnisse (Kapitel 2.5) gliedert sich daher in zwei Unterkapitel:

Erstens: Psychosomatik (PSY, n = 698, 50,8 %)

Zweitens: Abhängigkeitserkrankungen (ABH, n = 239, 17,4 %, ABH + PSY, n = 435, 31,6 %)

# 2.4 Stichprobenbeschreibung

## 2.4.1 Psychosomatik

Mit 51 % stellt die Gruppe der Patienten mit psychosomatischen Störungsbildern die Hälfte der behandelnden Klientel dar. Im Folgenden wird diese Gruppe nach Geschlechterverteilung, Alter, Berufsmerkmalen sowie Diagnosen beschrieben.

Da die Patienten, die ausschließlich wegen einer Depression behandelt werden (F32 oder F33 ohne Komorbidität), mit 46,8 % einen erheblichen Anteil ausmachen (n = 327 von 698), wird auf diese Gruppe gesondert eingegangen.

## Geschlecht und Alter

Bei den Psychosomatikpatienten sind Männer mit 58 % im Vergleich zu Frauen mit 42 % häufiger vertreten (m = 406, w = 292, Abb. 5).

Rund 69 % aller Patienten mit psychosomatischen Störungen befinden sich zum Aufnahmezeitpunkt in der Altersgruppe zwischen 40 und 59 Jahren. Frauen sind mit durchschnittlich 49,7 Jahren etwas jünger als Männer mit im Mittel 50,6 Jahren.

Patienten, die ausschließlich wegen einer Depression behandelt werden, sind tendenziell etwas älter (39,1 % in der Altersgruppe 50–59 Jahre, Abb. 6).

Abb. 5 Geschlechterverteilung

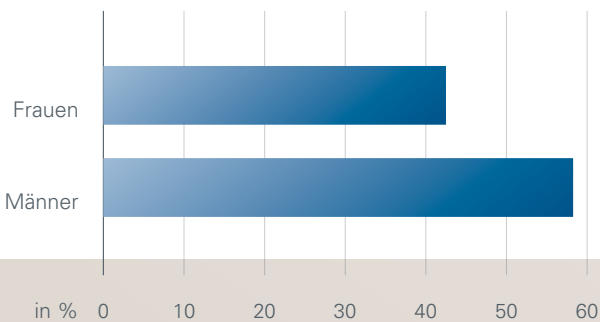
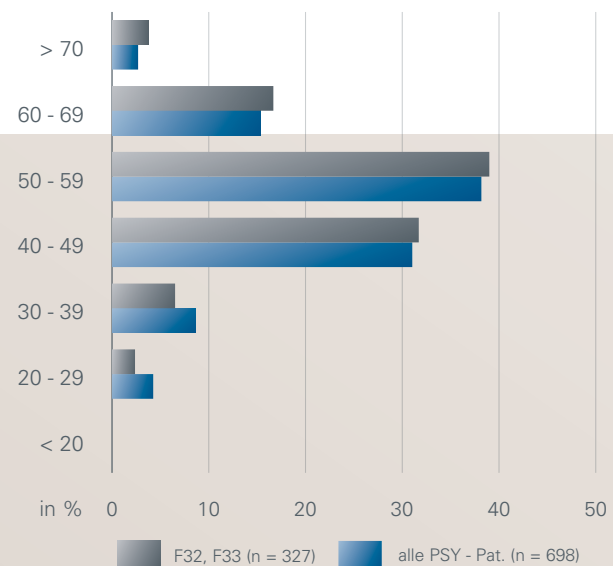


Abb. 6 Altersverteilung



## 2.4.1 Stichprobenbeschreibung Psychosomatik

### Berufsgruppen

Hinsichtlich der Berufe stellen Manager bzw. Unternehmer sowie Beamte die größten Gruppen unter den psychosomatischen Patienten dar, gefolgt von der Gruppe der Lehrer und Ärzte (Abb. 7).

### Diagnosestatistik

Depressive Störungen bilden mit 86 % aller Hauptdiagnosen und 6 % der Nebendiagnosen einen klaren Schwerpunkt im Spektrum der psychiatrisch-psychosomatischen Erkrankungen. Als weitere Diagnosen kommen substanzbezogene Störungen (38 % Nebendiagnosen) sowie Persönlichkeitsstörungen (12 % Haupt- und Nebendiagnosen) und Angststörungen (13 % Haupt- und Nebendiagnosen) hinzu (Tab. 2).

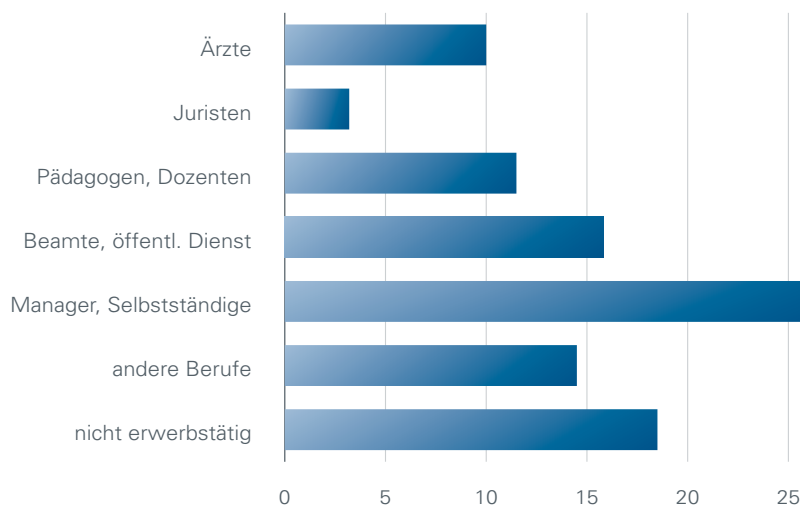
### Behandlungsdauer

Im Mittel bleiben die Psychosomatikpatienten 49,3 Tage in stationärer Behandlung (Range: + / - 28,9 Tage). Je nach Schweregrad der Erkrankung beträgt die Verweildauer bis zu 247 Tage.

Insgesamt zeigt sich tendenziell eine gleichmäßige Verteilung der Verweildauern mit dem höchsten Wert bei 6 Wochen. Zwei Drittel der Patienten schließen ihre Behandlung binnen 2 Monaten ab, weniger als 10 % benötigen eine über 3 Monate hinausgehende Behandlung (Abb. 8).

Kürzere Aufenthalte erklären sich einerseits durch das Angebot einer Krisenintervention oder Intervallbehandlung für Patienten, die bereits mit dem Oberbergkonzept vertraut sind, andererseits auch durch die vorzeitige Beendigung.

Abb. 7 **Berufsgruppen**



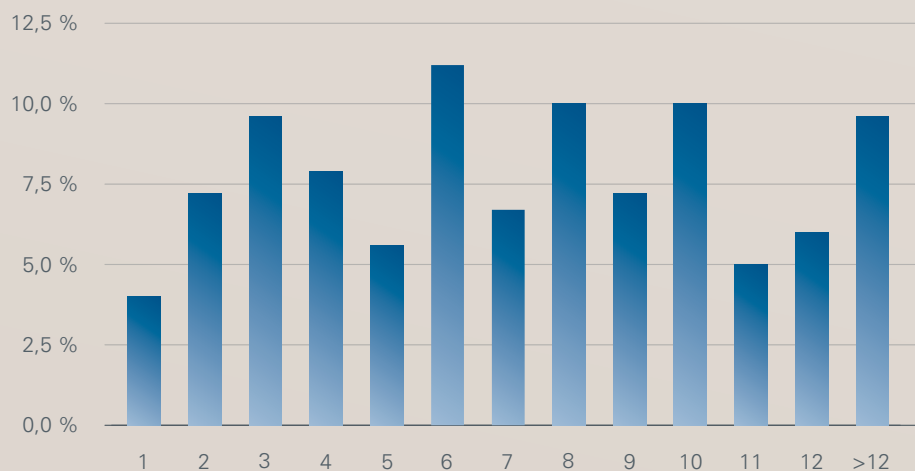


Tab. 2 **Diagnosestatistik**

		Hauptdiagnose		Nebendiagnosen *	
		Anzahl	in %	Anzahl	in %
F0	Organische Störungen			5	0,7
F1	Störungen durch psychotrope Substanzen	2	0,3	266	38,1
F2	Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen	7	1,0	2	0,3
F32, F33	Depressive Störungen	604	86,5	42	6,0
F3 sonstige	Andere affektive Störungen (z. B. Manie)	17	2,4	39	5,6
F40, F41	Angststörungen	29	4,2	60	8,6
F42	Zwangsstörungen	2	0,3	9	1,3
F43	Reaktion auf schwere Belastung und Anpassungsstörung	17	2,4	42	6,0
F44	Dissoziative Störungen	2	0,3	2	0,3
F45	Somatoforme Störungen	6	0,9	26	3,7
F50	Essstörungen	2	0,3	30	4,3
F5 sonstige	Andere Verhaltensauffälligkeiten mit körperl. Faktoren			11	1,6
F60 – F62	Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	6	0,9	83	11,9
F63	Störungen der Impulskontrolle	4	0,6	18	2,6
F6 sonstige	Störungen der Impulskontrolle			1	0,1
F90	Hyperkinetische Störungen, ADHS			3	0,4
Z73.0	Burn-out			31	4,4
	Sonstige			18	2,6
	<b>Summe gesamt</b>	<b>698</b>	<b>100,1</b>	<b>688</b>	<b>98,6</b>

\* Mehrfachnennungen möglich

Abb. 8 **Behandlungsdauer**



## 2.4.2 Stichprobenbeschreibung Abhängigkeitserkrankungen

### 2.4.2 Abhängigkeitserkrankungen

Die zweite große Patientengruppe stellt der Personenkreis mit substanzinduzierten Störungen dar. Hiervon werden 239 Patienten ausschließlich wegen Abhängigkeitserkrankungen behandelt (ABH, 17,4 % von 1373).

Darüber hinaus weisen 435 Patienten zusätzlich zur Abhängigkeitserkrankung noch eine weitere psychische Diagnose der Kapitel F0 bis F9 auf (ABH + PSY, 31,7 % von 1373). Da sich die begleitende Komorbidität i.d.R. komplizierend auf die Behandlung der Abhängigkeit auswirkt, werden im Folgenden die Gruppen ABH vs. ABH + PSY vergleichend dargestellt.

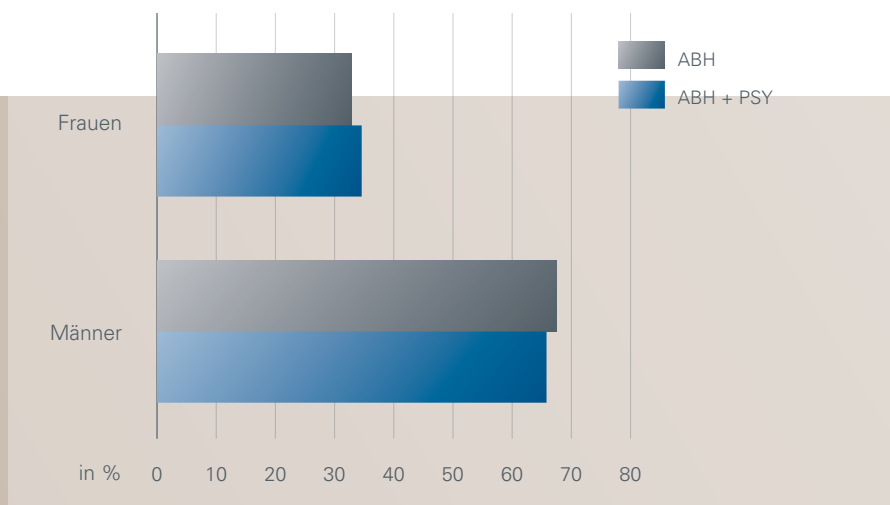
### Geschlecht und Alter

Zwei Drittel der Patienten mit einer substanzinduzierten Störung sind Männer, ein Drittel Frauen (m = 446, w = 228).

Untergliedert man die Gruppe in den Personenkreis mit einer komorbiden psychiatrischen Störung und einen ohne diese, so zeigt sich eine leichte Verschiebung des Geschlechterverhältnisses: Frauen weisen mit 34,5 % etwas häufiger eine weitere Erkrankung zusätzlich zur Substanzproblematik auf (im Vergleich zu Frauen in der Gruppe ABH mit 32,6 %), während 67,4 % in der Gruppe der rein Abhängigkeitskranken männlichen Geschlechts sind (im Vergleich zu 65,5 % der Männer in der Gruppe ABH + PSY, Abb. 9).

Geschlechtsspezifische Altersunterschiede bestehen nur bei Patienten, die ausschließlich wegen einer Abhängigkeitserkrankung in Behandlung waren. Hier zeigt sich, dass Männer mit durchschnittlich 55,3 Jahren etwas früher in Behandlung gehen als Frauen mit durchschnittlich 57,0 Jahren.

Abb. 9 **Geschlechterverteilung**



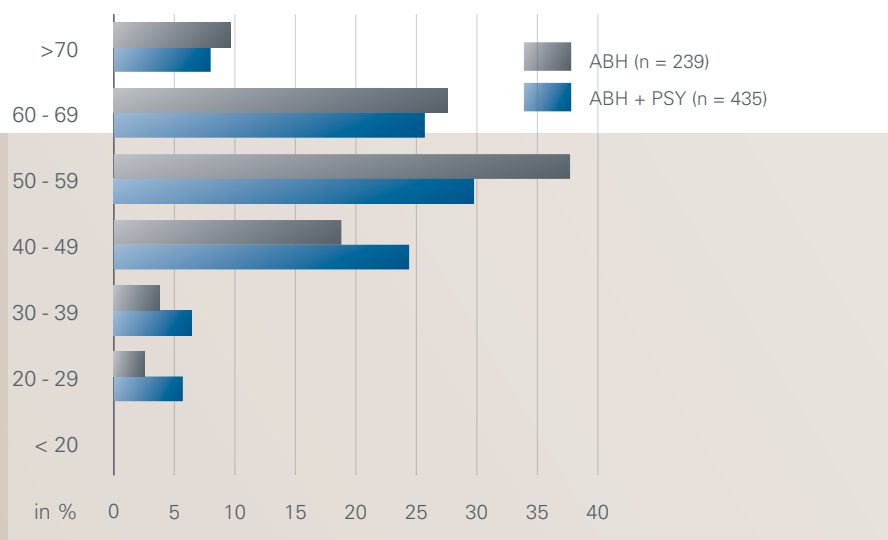
Personen mit einer Abhängigkeitserkrankung sowie einer komorbiden psychischen Störung unterscheiden sich nicht geschlechtsspezifisch bzgl. des Alters (m = 53 Jahre, w = 54 Jahre, Tab. 3).

Hinsichtlich der Altersgruppen ist bei den rein abhängigen Patienten die Gruppe der über 50-Jährigen mit fast drei Viertel am stärksten vertreten (74,9%). Demgegenüber scheint das Auftreten einer weiteren komorbiden Störung das Aufsuchen einer Behandlung zu beschleunigen, so dass das Segment der 40-bis 59-Jährigen bei den ABH + PSY-Patienten mit 54,0% die größte Gruppe bildet (Abb. 10).

Tab. 3 **Geschlechtsspezifische Altersunterschiede**

	ABH		ABH + PSY	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen
Anzahl	161	78	285	150
Minimum	21	22	22	22
Maximum	80	83	82	83
Mittelwert	55,3	57,0	52,8	53,8
Standardabweichung	10,8	10,6	12,4	12,0

Abb.10 **Altersverteilung**



## 2.4.2 Stichprobenbeschreibung Abhängigkeitserkrankungen

### Berufsgruppen

Betrachtet man die vertretenen Berufsgruppen im Hinblick auf den Behandlungsanlass, so zeigt sich, dass bei der Behandlung reiner Abhängigkeitserkrankungen Selbstständige bzw. Manager (34 %) sowie Nichterwerbstätige (29 %) die größten Berufsgruppen darstellen. Rund 62 % der Nichterwerbstätigen befinden sich bereits im Ruhestand.

Kommt zur Abhängigkeitserkrankung eine psychische Störung hinzu, stellen Ärzte und Manager/Selbstständige sowie erneut die Nichterwerbstätigen die größten Gruppen dar (Abb. 11).

### Diagnosestatistik und Konsummuster

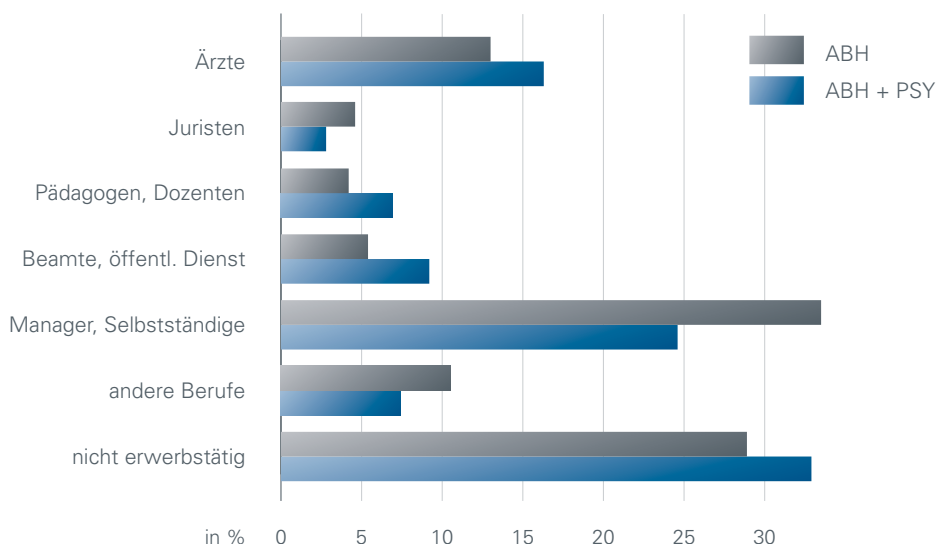
Im Jahr 2013 weisen insgesamt 674 Patienten eine behandlungsbedürftige Substanzproblematik auf. Von diesen entfallen auf die Gruppe ABH (= ausschließlich Störung durch psychotrope Substanzen) 239 Patienten. Bei weiteren 435 Patienten kommt eine Komorbidität mit anderen psychischen Störungen hinzu (ABH + PSY).

Das Diagnosespektrum dieser Gruppe geht aus Tabelle 4 hervor. Erneut dominieren depressive Störungen mit 86 % der Haupt- und Nebendiagnosen, hinzu kommen rund 16 % Angststörungen sowie 12 % Persönlichkeitsstörungen.

Von allen Patienten mit einer substanzbezogenen Störung (ABH und ABH + PSY) sind knapp 70 % ausschließlich alkoholabhängig, etwas über 18 % weisen eine Abhängigkeit von Beruhigungsmitteln auf, entweder allein oder in Kombination mit Alkohol. Opioid- und drogenabhängige Patienten gehören nicht zur typischen Behandlungsklientel der Oberbergkliniken und sind mit zusammen rund 12 % eher selten vertreten (Abb. 12).

Die Oberbergkliniken sind Akutkrankenhäuser. Daraus folgt, dass von der reinen körperlichen Entgiftung bis hin zur vollständigen Entwöhnungstherapie das gesamte Spektrum der Abhängigkeitsbehandlungen angeboten wird. Gleichwohl bilden die Entwöhnungsbehandlungen mit 46 % den größten Teil der in Anspruch genommenen Therapien.

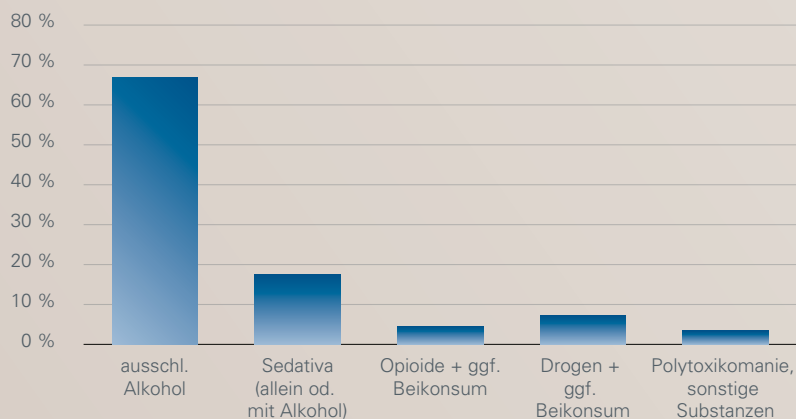
Abb. 11 **Berufsgruppen**



Tab. 4 **Diagnosestatistik**

		Hauptdiagnose		Nebendiagnosen	
		Anzahl	in %	Anzahl	in %
F0	Organische Störungen	1	0,23	8	1,84
F1	Störungen durch psychotrope Substanzen	304	69,89	517	118,85
F2	Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen	1	0,23	6	1,38
F32, F33	Depressive Störungen	102	23,45	270	62,07
F3 sonstige	Andere affektive Störungen (z. B. Manie)	6	1,38	20	4,60
F40, F41	Angststörungen	9	2,07	62	14,25
F42	Zwangsstörungen			6	1,38
F43	Reaktion auf schwere Belastung und Anpassungsstörung	3	0,69	28	6,44
F44	Dissoziative Störungen			1	0,23
F45	Somatoforme Störungen	1	0,23	11	2,53
F4 sonstige	Andere neurotische Störungen			1	0,23
F50	Essstörungen	1	0,23	7	1,61
F5 sonstige	Andere Verhaltensauffälligkeiten mit körperl. Faktoren			14	3,22
F60 – F62	Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	2	0,46	50	11,49
F63	Störungen der Impulskontrolle	5	1,15	6	1,38
F90	Hyperkinetische Störungen, ADHS			10	2,30
Z73.0	Burn-out			3	0,69
	Sonstige			17	3,91
	<b>Summe gesamt</b>	<b>435</b>	<b>100,01</b>	<b>1037</b>	<b>238,39</b>

Abb. 12 **Konsummuster der substanzabhängigen Patienten**  
(mit oder ohne komorbide psychische Störung)



## 2.4.2 Stichprobenbeschreibung Abhängigkeitserkrankungen

Weitere 2,5 % der Patienten kommen einige Monate nach ihrer Entlassung im Rahmen einer sogenannten Intervalltherapie zu einer weiteren Phase der Entwöhnung in die Klinik. Hier werden die im Alltag erprobten Erkenntnisse aus der vorangegangenen Entwöhnungsbehandlung bearbeitet und die Abstinenzvornahme gefestigt.

Die Qualifizierte Entzugsbehandlung, die über eine Entgiftung hinaus die Motivation zu einer (ambulanten oder stationären) Entwöhnung zum Ziel hat, stellt mit 19 % ein weiteres wichtiges Element dar. 18 % der Patienten nehmen lediglich eine Entgiftung wahr. Rund 9 % kehrten zu einer Rückfallbehandlung in die Oberbergklinik zurück (Abb. 13).

### Behandlungsdauer

Die mittlere Behandlungsdauer beträgt im Jahr 2013 bei den reinen Suchtpatienten 24,7 Tage (+/- 17,3). Rund 84 % dieser Patientengruppe können in maximal 6 Wochen behandelt werden. Kommt eine weitere psychische

Störung (z. B. Depression) hinzu, erhöht sich die Verweildauer auf durchschnittlich 39,8 Tage [+/- 26,0 (Abb. 14)].

Unterteilt man die Dauer der Entwöhnungsbehandlung nach der Art der konsumierten Substanzen, so ergeben sich deutliche Unterschiede. Alkoholabhängige Patienten bleiben durchschnittlich 39 Tage in der Therapie, die Behandlung medikamentenabhängiger Patienten dauert 40,5 Tage, diejenige drogenabhängiger Patienten 36 Tage. Bei Vorliegen einer komorbiden weiteren Störung verlängert sich die Verweildauer jeweils um rund 13–25 Tage (Abb. 15).

Die Behandlungsdauer für eine körperliche Entgiftung bei alkoholabhängigen Patienten beträgt durchschnittlich 9 Tage, für eine qualifizierte Entzugs- und Motivationsbehandlung ca. 3 Wochen, für eine Entwöhnungsbehandlung (ggf. einschließlich der Entgiftung) knapp 6 Wochen (Abb. 16).

Abb. 13 **Art der Behandlung** (alle n = 715 Pat. mit ABH oder ABH + PSY)

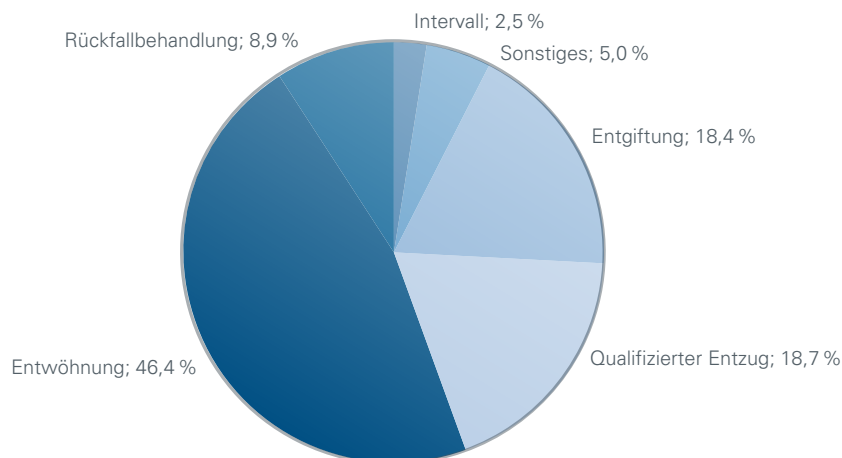


Abb. 14 **Behandlungsdauer in Wochen**

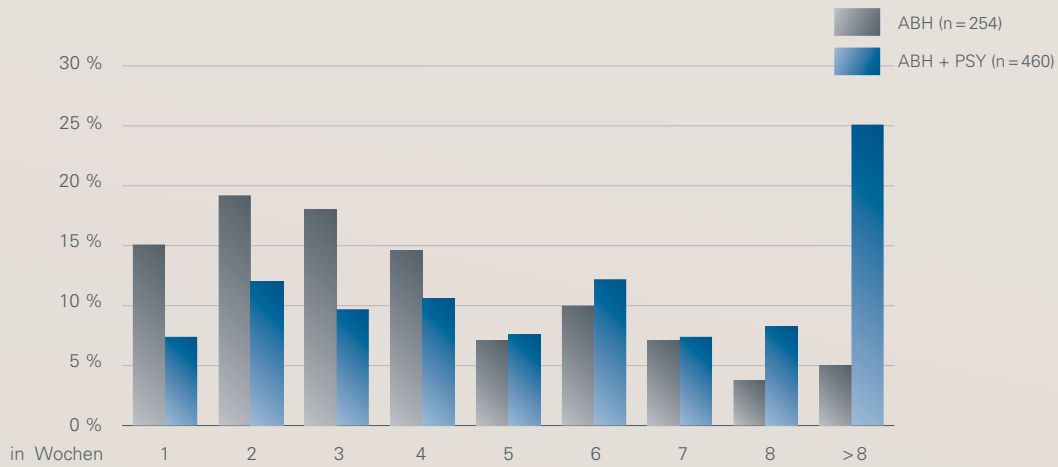


Abb. 15 **Mittlere Behandlungsdauer in Tagen (Entwöhnung) in Abhängigkeit von Konsummustern**

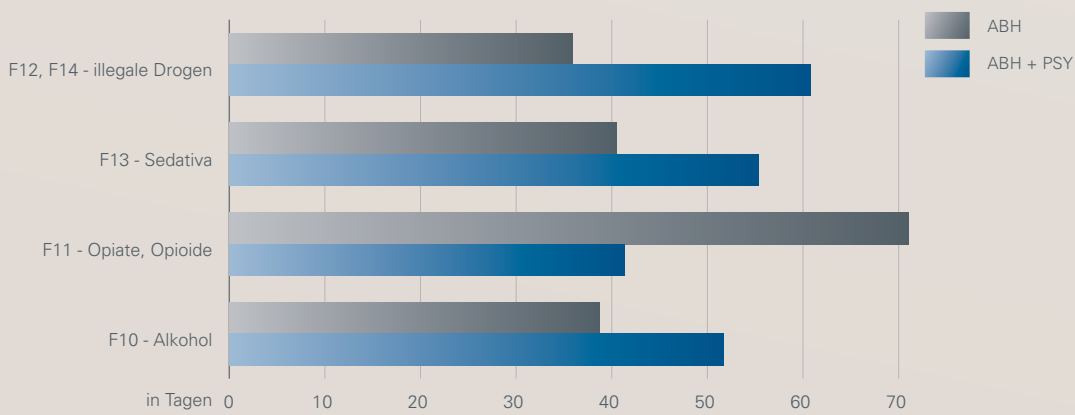
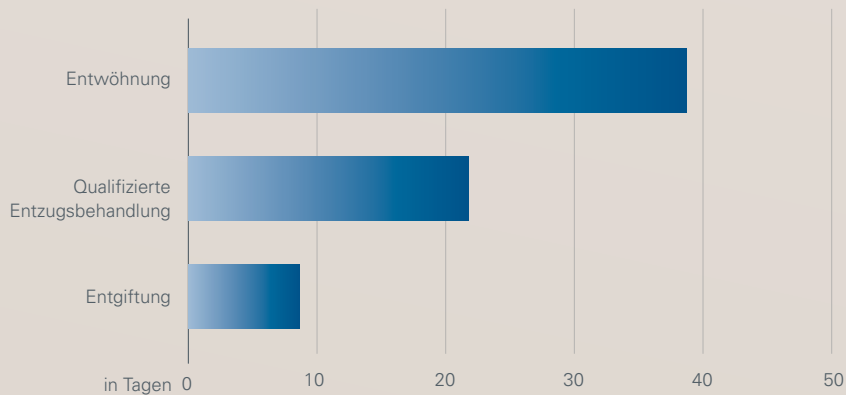


Abb. 16 **Mittlere Behandlungsdauer in Tagen in Abhängigkeit von der Behandlungsart (ABH-Patienten mit einer Alkoholabhängigkeit)**



# 2.5 Behandlungsergebnisse

## 2.5.1 Ergebnisse Depression

Die vorliegenden Auswertungen beziehen sich auf die Fragebögen, die im Jahr 2013 bei Aufnahme und Entlassung an alle Patienten konsekutiv ausgegeben wurden.

Von 1034 Patienten liegen sowohl für den Aufnahme- als auch für den Entlassungszeitpunkt vollständig ausgefüllte SCL-90-R-Fragebögen vor (Ausschöpfquote insgesamt 75 % von 1373, Patienten mit Depressionsdiagnose 82 %). Beim depressionsspezifischen Fragebogen BDI-II liegen Aufnahme- und Entlassungstestungen von n = 1039 Patienten vor (Ausschöpfquote insgesamt 76 %). Den Angstfragebogen BAI haben bei Aufnahme und Entlassung 861 Patienten ausgefüllt (63 %).

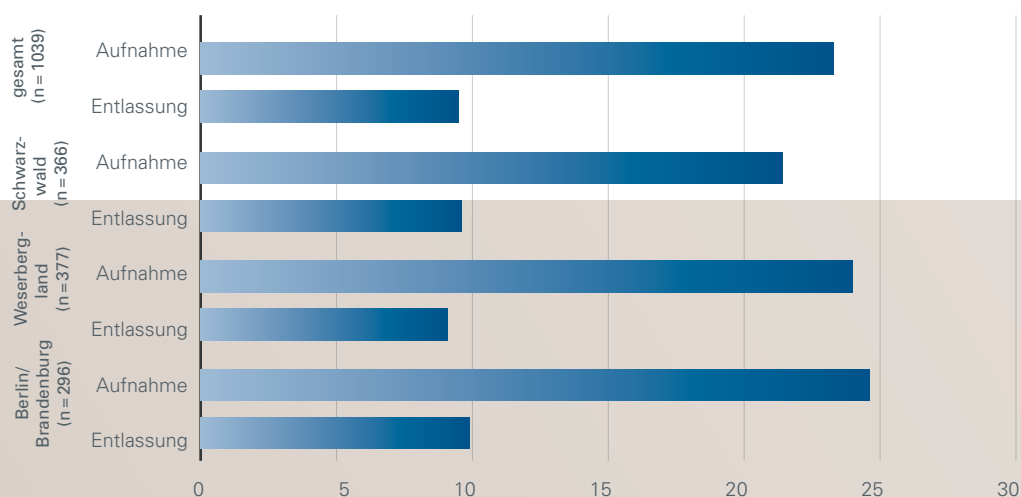
Die folgende Ergebnisdarstellung legt den Schwerpunkt auf die Patienten mit einer Depression, da diese mit insgesamt 646 behandelten Personen die größte Gruppe der Patienten mit psychiatrisch-psychosomatischen Diagnosen darstellen.

### 2.5.1.1 BDI-II

Betrachtet man die Veränderungen bei den Testergebnissen der Patienten mit einer depressiven Erkrankung, lassen sich deutliche Verbesserungen konstatieren. Am stärksten fallen diese bei den Befragten aus, die ausschließlich aufgrund einer Depression behandelt wurden. In dieser Gruppe geht der durchschnittliche BDI-II-Score von 26,9 (20–28 Punkte = mittelschwere Depression) auf 10,1 Punkte (9–13 Punkte = minimale Depression) zurück.

Kommt zur Depression eine weitere psychische Störung hinzu, ist immer noch ein Rückgang der mittelschweren bis schweren Symptomatik von durchschnittlich 26,7 auf 12,5 Punkte feststellbar. Ähnlich groß ist die Veränderung bei den in die Auswertung eingeschlossenen Patienten mit einer Depression sowie einer substanzinduzierten Störung: Hier beträgt der Mittelwert bei Aufnahme 22,9 Punkte, bei Entlassung liegt er bei 9,3 Punkten. (Abb. 17).

Abb. 17 **BDI-II Summenscore Aufnahme und Entlassung** getrennt nach Standorten



$d_z$  = Differenzmaß für abhängige Stichproben (G\*Power 3.1.7: Faul et al. 2007)

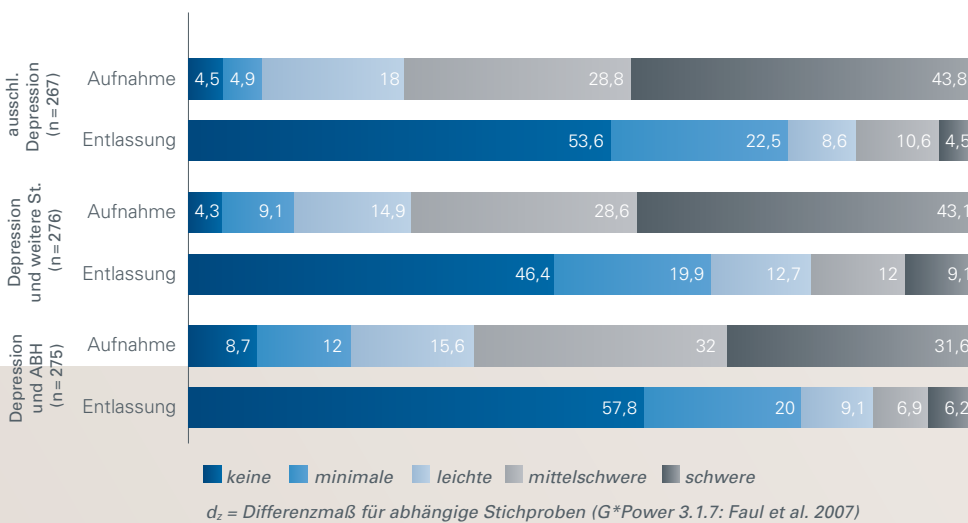


Betrachtet man nicht nur die Summenscores des BDI-II, sondern auch die Verteilung der prozentualen Anteile der verschiedenen Schweregradeinteilungen depressiver Patienten von minimal bis schwer, lassen sich ebenfalls deutliche Verbesserungen konstatieren.

Am stärksten fallen diese bei den Befragten aus, die ausschließlich wegen einer Depression behandelt wurden. Weisen bei Aufnahme noch 72,6 % der einbezogenen Patienten eine schwere oder mittelschwere Ausprägung beim BDI-II auf, so sind es bei Entlassung nur noch 15,4 %.

Kommt zur Depression eine weitere psychische Störung hinzu, ist ein Rückgang der mittelschweren bis schweren Symptomatik von 71,7 % auf 21,1 % feststellbar. Ähnlich groß ist die Veränderung bei den befragten Patienten mit einer Depression sowie einer substanzinduzierten Störung: Hier sind bei Aufnahme 63,6 % mittelschwer oder schwer depressiv, bei Entlassung sind es noch 13,1 %.

Abb. 18 **BDI-II Aufnahme und Entlassung** Depression & komorbide Störungen



## 2.5.1 Ergebnisse Depression

Da die Patienten, bei denen ausschließlich eine Depression diagnostiziert wurde, die größte und homogenste Gruppe darstellen, ist hier am ehesten eine Vergleichbarkeit zwischen den Standorten der Oberbergkliniken gegeben. Es zeigt sich, dass in allen Standorten ein starker Rückgang der mittelschweren bis schweren Symptomatik laut BDI-Summenwert im Verlauf der stationären Behandlung zu verzeichnen ist (Abb. 19).

### 2.5.1.2 SCL-90-R

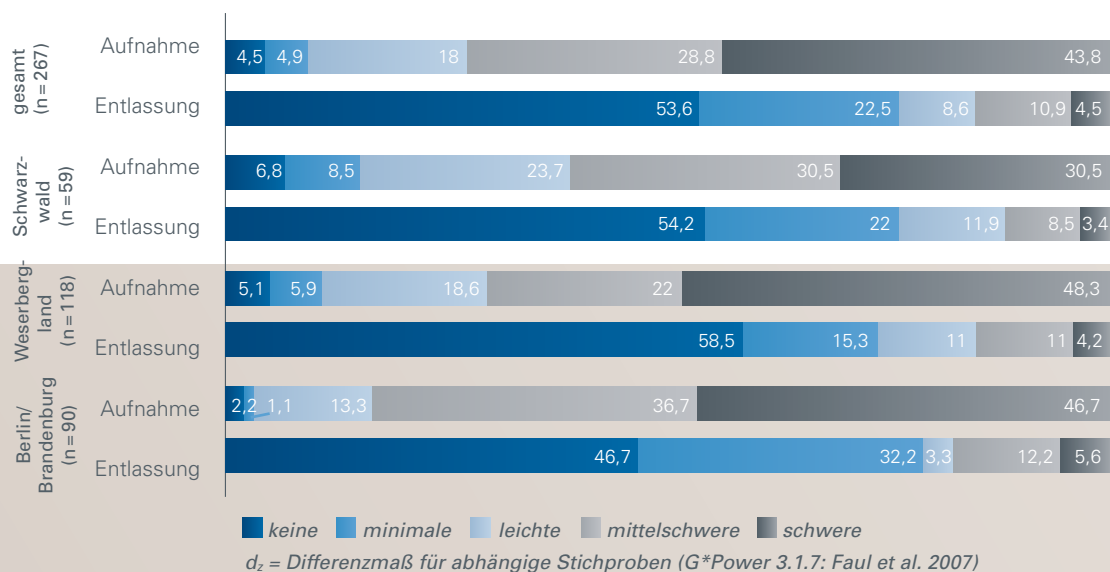
Die Symptom-Checkliste SCL-90-R erfasst verschiedene Aspekte psychischer Belastetheit von Somatisierung (körperlichen Beschwerden) über Zwanghaftigkeit, Ängstlichkeit oder Aggressivität bis hin zu Depressivität. Der resultierende Gesamtschwereindex (GSI) ist ein Maß für die grundsätzliche psychische Belastung. Durch die

Normierung (T-Wert) werden alters- und geschlechts-spezifische Aspekte im Antwortverhalten berücksichtigt.

Die Ergebnisse der Prä-Post-Befragungen zeigen, dass die intensive psychotherapeutische Behandlung in den Oberbergkliniken zu einem deutlichen Behandlungserfolg führt. Der Gesamtschwereindex (GSI) für alle in die Auswertung eingeschlossenen Patienten sinkt von einem Durchschnitts-T-Wert von 66,1 bei Aufnahme (deutliche Beeinträchtigung) auf einen Wert von 51,4 bei Entlassung (unauffällig).

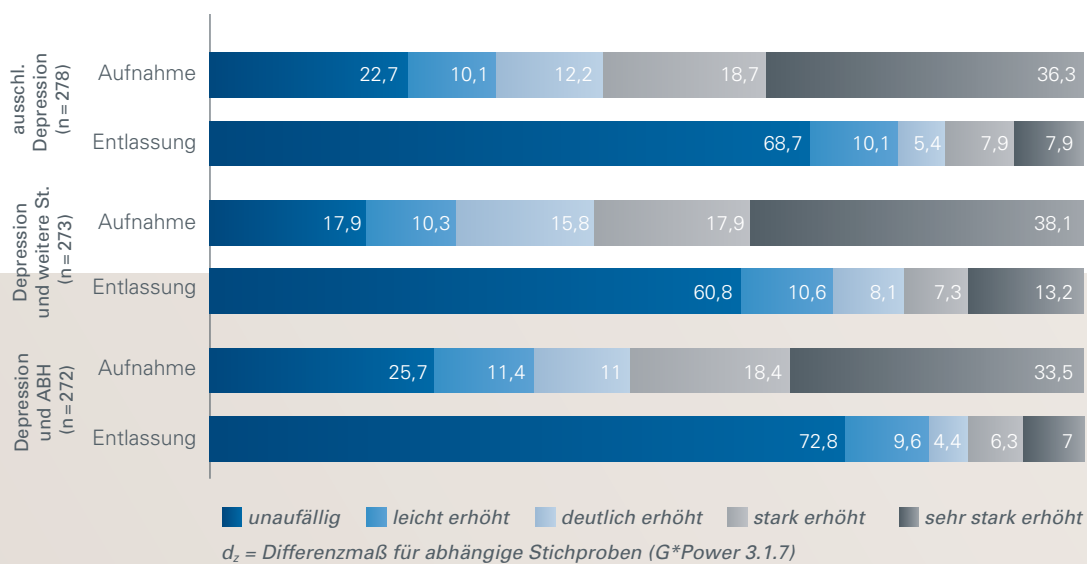
Auch bei den Teilstichproben der Befragten mit depressiver Erkrankung sind deutliche Effekte feststellbar. Bei den befragten Patienten, bei denen ausschließlich eine Depression diagnostiziert worden war, sinkt der Anteil mit stark oder sehr stark erhöhtem Schweregradindex

Abb. 19 **BDI-II Aufnahme und Entlassung** getrennt nach Standorten, ausschließlich Depression



bei Aufnahme von 55 % auf 16 % bei Entlassung. Ähnlich beeindruckende Ergebnisse zeigen sich, wenn zusätzlich zur Depression noch weitere Störungsbilder vorliegen (Depression + weitere psych. Störung: 56 % bei Aufnahme vs. 20,5 % bei Entlassung; Depression + Substanzstörung: 51,9 % bei Aufnahme vs. 13,3 % bei Entlassung). (Abb. 20, 21).

Abb. 20 **SCL-90-R Aufnahme und Entlassung** Depression & komorbide Störungen



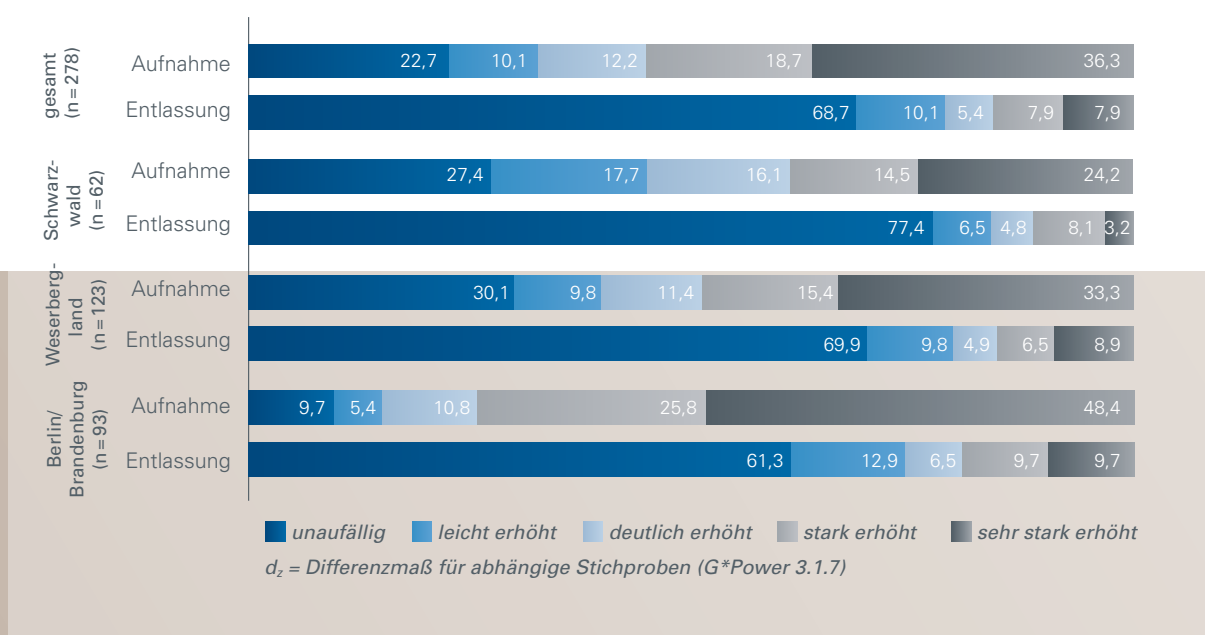
In Abb. 21 sind die Ergebnisse der befragten depressiven Patienten im Hinblick auf Veränderungen in der SCL 90-R differenziert nach den einzelnen Klinikstandorten aufgeführt. Es zeigt sich, dass in allen Standorten ein starker Rückgang der mittelschweren bis schweren Symptomatik laut SCL 90-R Gesamtschwereindex (GSI) im Verlauf der stationären Behandlung zu verzeichnen ist.

### 2.5.1.3 BAI

Das Beck Angst Inventar BAI dient der Erfassung der Schwere von klinischen Angstsymptomen. Es werden sowohl somatische (z. B. Herzrasen oder Herzklopfen) als auch kognitive Aspekte von Angst erfragt. Die Mehrzahl der Fragen orientiert sich an den diagnostischen Kriterien von Angsterkrankungen.

Die Ergebnisse der Prä-Post-Befragungen zeigen, dass die intensive psychotherapeutische Behandlung in den Oberbergkliniken zu einem deutlichen Behandlungserfolg führt. Der BAI-Summenscore für alle in die Auswertung eingeschlossenen Patienten sinkt von einem Durchschnittswert von 19,0 bei Aufnahme auf einen Wert von 8,6 bei Entlassung (n = 861, alle Patienten mit Aufnahme- und Entlassungstestung).

Abb. 21 **SCL-90-R Aufnahme und Entlassung** getrennt nach Standorten, ausschließlich Depression

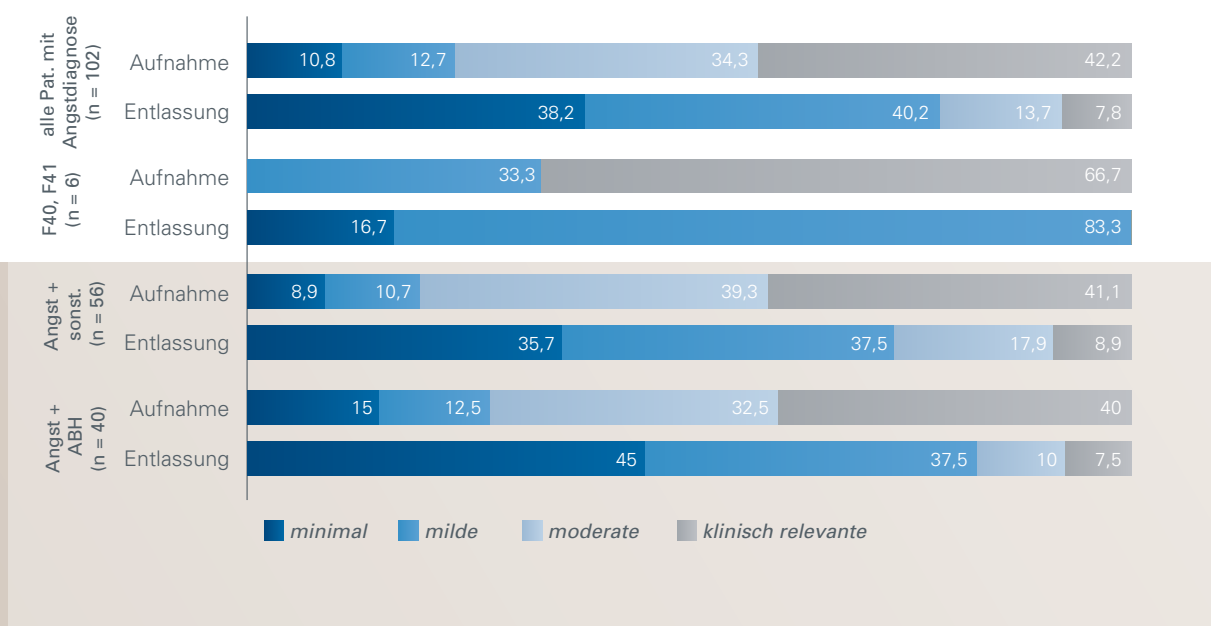


Auch beim Vergleich zwischen den Standorten der Oberbergkliniken zeigt sich, dass in allen Standorten bei Aufnahme ähnlich hohe Angstwerte vorhanden waren und bei Entlassung in allen Standorten ein ähnlich starker Rückgang der Symptomatik laut BAI-Summenwert im Verlauf der stationären Behandlung zu verzeichnen ist.

Beginn der Behandlung klinisch relevante Angstsymptome auf, bei Entlassung lagen die Werte klinisch relevanter Angstsymptome bei allen Gruppen bei unter 10 % (Abb. 22).

Auch bei den Teilstichproben der Befragten mit Angststörungen sind deutliche Effekte nachweisbar. Patienten, die alleine wegen einer Angststörung in den Oberbergkliniken behandelt wurden, wiesen zu Beginn der Behandlung in 66,7 % der Fälle klinisch relevante Angstsymptome auf, bei Entlassung waren keine klinisch relevanten Angstsymptome mehr nachweisbar. Patienten, die eine Angsterkrankung als Begleiterkrankung hatten, wiesen zu ca. 40 % zu

Abb. 22 **BAI Aufnahme und Entlassung** Patienten mit Angststörungen



## 2.5.1 Ergebnisse Depression

### 2.5.1.4 1-Jahres-Katamnese

Ein Jahr nach Entlassung wurden alle von uns behandelten und erreichbaren Patienten angeschrieben und um Auskunft bzgl. ihres Befindens gebeten.

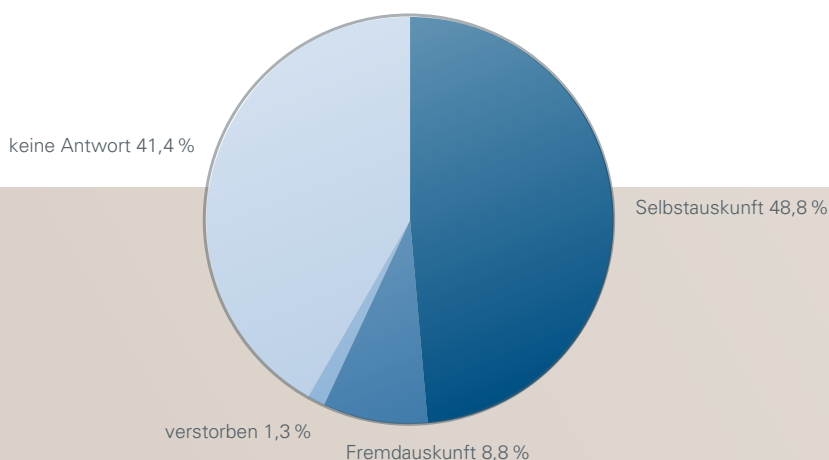
Der Fragebogen war im allgemeinen Teil identisch mit der Katamnese für die Abhängigkeitspatienten. Die depressionsspezifischen Fragen des Auftretens von Rezidiven lehnen sich an die Einstufung der Suchtpatienten an („schwere Krise“ vs. „Krise, aber nicht gravierend“ vs. „kein Rezidiv“). Zusätzlich zum allgemeinen Fragebogen wurde der BDI II Fragebogen bei der 1-Jahreskatamnese als spezifischer Fragebogen für Depression eingesetzt und versandt. In die Auswertung einbezogen wurden diejenigen Patienten, die die Behandlung planmäßig beendet und den Fragebogen beantwortet hatten (analog Kriterium DGSS 1).

48,5 % der angeschriebenen Psychosomatikpatienten sandten den Fragebogen zurück (Abb. 23). Festzustellen ist, dass die Bereitschaft, an der Katamnese teilzunehmen, mit der Dauer der Behandlung korrespondiert: Beantworteten 48 % der Patienten mit einer kurzen Verweildauer von bis zu 3 Wochen den Fragebogen nicht, so waren dies bei den Patienten mit einer Verweildauer über 3 Wochen nur noch gut 40 %.

### Ergebnisse insgesamt

Insgesamt zeigen die Ergebnisse, dass über 90 % der Katamneseteilnehmer, die ausschließlich wegen einer Depression in einer der drei Oberbergkliniken behandelt wurden, keine oder keine gravierenden Krisen im Jahr nach Entlassung erlebt haben (Abb. 24).

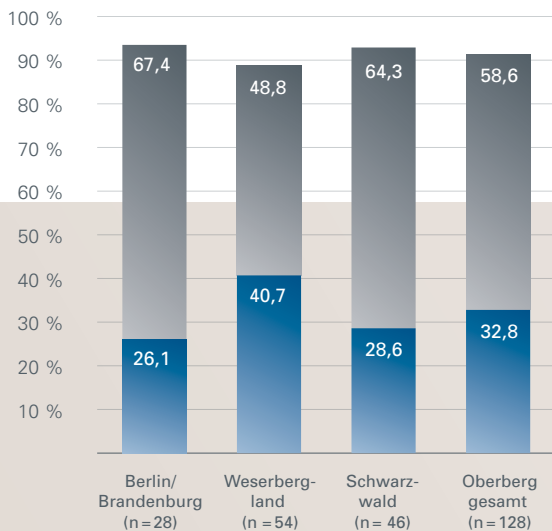
Abb. 23 **Ausschöpfquote 1-Jahres-Katamnese Psychosomatik**



Bezieht man das Auftreten einer Persönlichkeitsstörung als komplizierenden therapeutischen Faktor mit ein, so bestätigt sich auch im Hinblick auf das Auftreten von Rezidiven, dass es zu besseren Erfolgen im Sinne einer Rezidivfreiheit oder eines nicht so gravierenden Rückfalls kommt, wenn keine Persönlichkeitsstörung diagnostiziert wurde.

Nimmt man diese beiden Ausprägungen zusammen, zeigt sich für die Gruppe der Antworter, die u.a. an einer Depression sowie einer Persönlichkeitsstörung leiden, ein positives Behandlungsergebnis von 73,7 %. Liegt ausschließlich eine Depression vor, erhöht sich die Quote auf 91,4 % (Abb. 25). Kommen weitere Erkrankungen mit Ausnahme von Persönlichkeitsstörungen zur Depression hinzu, liegt die Quote ebenfalls bei 91,3 %.

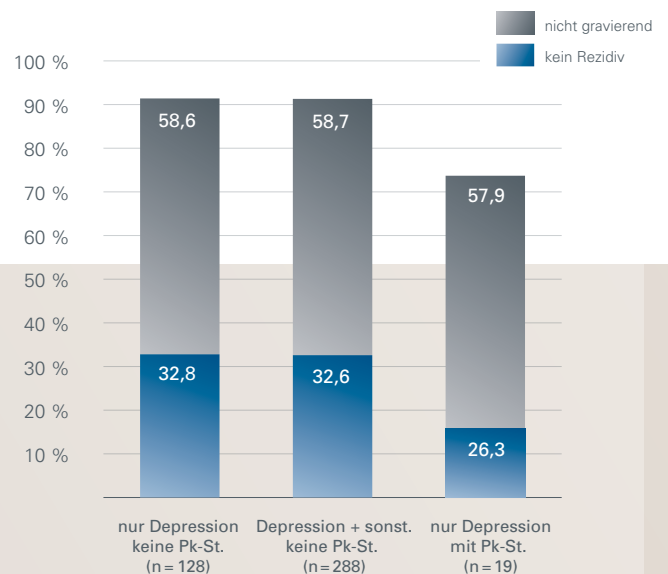
Abb. 24 **Erfolgsraten von Pat., die ausschließlich an einer Depression erkrankt sind** (12-Monats-Zeitraum nach Entlassung)



### Ergebnisse BDI-II Katamnese

Die Auswertungen des BDI-II Fragebogens bestätigen die positiven Behandlungsergebnisse des allgemeinen Fragebogens. Nur 7,3 % aller Depressionspatienten berichten 1 Jahr nach Behandlungsende schwere Symptome einer Depression, 12,3 % weisen mittelschwere Symptome auf, 80 % der Patienten zeigen keine, minimale oder nur leichte Symptome einer Depression. Die Gruppe der Antworter ausschließlich mit Depression zeigen ein positives Behandlungsergebnis von 82,5 %, die Gruppe mit sonstigen Zusatzdiagnosen von 73,2 %. Liegt zusätzlich zur Depression eine Abhängigkeitserkrankung vor, so liegt das Behandlungsergebnis bei 85,8 %.

Abb. 25 **Erfolgsraten im 12-Monats-Zeitraum nach Entlassung in Abhängigkeit vom Vorliegen einer Persönlichkeitsstörung** (einbezogen wurden nur planmäßig entlassene Pat., die geantwortet haben)



## 2.5.2 Ergebnisse Abhängigkeitserkrankungen

### 2.5.2.1 1-Jahres-Katamnese Abhängigkeit

Wie in Kapitel 2.4.2 bereits dargestellt, werden in den Oberbergkliniken nicht nur Entwöhnungsbehandlungen durchgeführt, sondern auch reine Entgiftungen, qualifizierte Entzugsbehandlungen („Motivationsbehandlung“) sowie Intervallbehandlungen, Kriseninterventionen und Rückfallbehandlungen mit kürzerer Verweildauer. Aus Gründen der Vergleichbarkeit mit anderen stationären Suchthilfeeinrichtungen konzentriert sich die nachfolgende Ergebnisdarstellung auf die Patienten, bei denen eine Entwöhnungstherapie durchgeführt wurde.

Gemäß den aktuellen Vorgaben des Fachverbandes Sucht e.V., kurz FVS (Bachmeier et al., 2015, S. 55) werden folgende Kriterien angewendet:

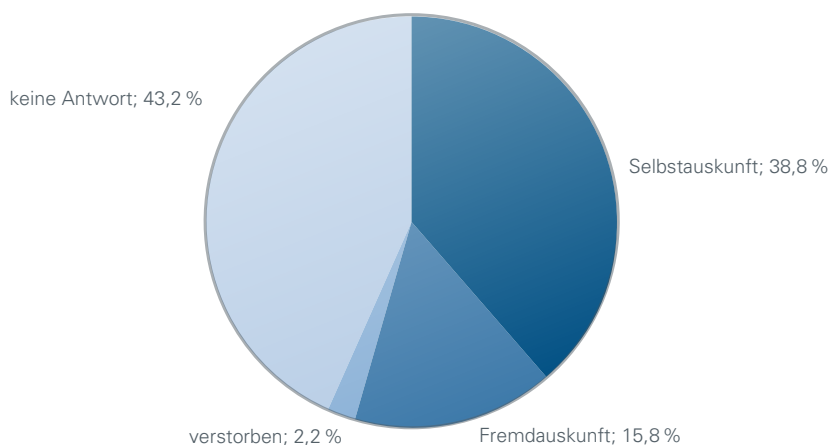
- „abstinente“: weder Alkohol noch zustandsverändernde Medikamente oder Drogen im Katamnesezeitraum
- „abstinente nach Rückfall“: mindestens 30 Tage durchgängige Abstinenz zum Befragungszeitpunkt

- „rückfällig“: alle anderen Personen einschließlich derjenigen mit widersprüchlichen Angaben
- „Katamnestic Erfolgsquote“: Summe der Kategorien „abstinente“ und „abstinente nach Rückfall“

Als „planmäßig entlassen“ werden gemäß den Vorgaben des FVS alle Patienten gewertet, die die Behandlung regulär beendet haben: entweder auf Grund des Erreichens der Therapieziele, einer Verlegung oder mit therapeutischem Einverständnis (Bachmeier et al., 2015, S. 54).

Von insgesamt 674 Patienten, bei denen eine behandlungsbedürftige substanzinduzierte Störung diagnostiziert worden war, wurde bei insgesamt 273 eine Entwöhnungstherapie durchgeführt und regulär beendet. Von diesen konnten 32 Personen aufgrund fehlender Zustimmung oder fehlender Adressen nicht angeschrieben werden. Somit erhielten 241 Patienten mit abgeschlossener Entwöhnungstherapie einen Fragebogen von uns.

Abb. 26 **Ausschöpfquote ABH und ABH + PSY Entwöhnungspatienten**





### Ausschöpfquote Entwöhnungspatienten

108 Patienten sandten den ausgefüllten Katamnesefragebogen zurück. Von weiteren 44 Patienten lagen katamnestiche Informationen auf Grund von Wiederaufnahmen vor. Somit ergibt sich eine Ausschöpfquote von 54,6 % bzgl. aller angeschriebenen Entwöhnungspatienten bzw. 57,3 % bzgl. derjenigen, die eine Entwöhnung planmäßig beendeten. Wie zuvor bei den Psychosomatikpatienten zeigt sich auch hier, dass die Bereitschaft, an der Katamnese teilzunehmen, mit zunehmender Behandlungsdauer steigt (Abb. 26, Tab. 5).

### Berechnungsformen Abstinenzquoten

Nach den Standards der DG-Sucht gibt es vier Berechnungsformen zur Berechnung der Abstinenzquoten (DG-Sucht, 2001, Bachmeier et al., 2015, S. 57):

*„In Berechnungsform 1 werden alle erreichten Patienten, die planmäßig aus der stationären Behandlung entlassen wurden, einbezogen. Berechnungsform 2 bezieht sich*

*auf alle planmäßig entlassenen Patienten. In Berechnungsform 3 werden die Angaben aller in der Katamneseuntersuchung erreichten Patienten berücksichtigt. Bezugsbasis für die konservativste Berechnungsform 4 sind alle in 2011 entlassenen Patienten. Personen, für die keine oder widersprüchliche Katamneseinformationen vorliegen, werden hiernach als rückfällig gewertet. Darunter fallen auch die Unterkategorien ‚unbekannt verzogen‘, ‚verweigert‘, ‚Nichtantworter/Sonstiges/Keine Daten‘, ‚verstorben‘ und ‚unfähig zur Beantwortung‘.“*

### Versand Erinnerungsschreiben

Aus Rücksicht auf die Besonderheit unserer Klientel, die zum Teil einen regional oder überregional hohen Bekanntheitsgrad aufweist, wird in den Oberbergkliniken nur einmalig ein Erinnerungsschreiben versandt. Hierin besteht ein Unterschied zu den Einrichtungen, die dem FVS angeschlossen sind. Diese versenden ein zweites oder auch drittes Schreiben und führen ggf. zusätzlich eine telefonische Nachbefragung durch.

Tab. 5 Rücklaufquote in Abhängigkeit von der Verweildauer

	keine Antwort von	
	ABH	ABH + PSY
bis zu 2 Wochen	87,8	85,7
2 - 4 Wochen	74,4	77,3
4 - 6 Wochen	61,0	69,8
mehr als 6 Wochen	50,0	65,5

## 2.5.2 Ergebnisse Abhängigkeitserkrankungen

### Rücklaufquote und Ergebnisdarstellung

Da wir nur ein- bis maximal zweimal poststationär Kontakt mit unseren ehemaligen Patienten aufnehmen, erreichen wir eine geringere Rücklaufquote.

In der nachfolgenden Ergebnisdarstellung konzentrieren wir uns im Wesentlichen auf die Katamneseteilnehmer, die ihre Behandlung planmäßig beendet haben und selbst Auskunft zu ihrem Befinden gegeben haben (DGSS 1). Daneben stellen wir die Ergebnisse der anderen Berechnungsformen nach DGSS 2–4 dar. Da in diesen konservativeren Berechnungen die Nichterreichten per definitionem als „rückfällig“ eingestuft werden, führt die geringere Rücklaufquote zu einer mutmaßlichen Unterschätzung des Therapieerfolgs.

Um beurteilen zu können, ob eine zusätzliche Belastung durch komorbide Störungen besteht, wird außerdem eine Differenzierung dahingehend vorgenommen, ob zusätzlich

zur Abhängigkeitserkrankung eine oder mehrere psychische Diagnosen vorliegen (ABH + PSY) oder nicht (ABH).

### Erfolgsquote Entwöhnung

Beim Vergleich mit den Ergebnissen des Fachverbandes Sucht zeigt sich, dass die Erfolgsraten bei denjenigen Befragten, die ihre Entwöhnung planmäßig beendet haben und Auskunft zu ihrer Abstinenz in den letzten 12 Monaten gegeben haben (DGSS 1), ähnlich hoch sind. Patienten, die keine komorbide Störung aufweisen, zeigen bessere Erfolgsraten: 80 % der Befragten berichten, vollständig abstinent geblieben zu sein. Weitere 5,7 % der Gruppe ohne Komorbidität sind nach einem Rückfall seit mindestens 30 Tagen wieder abstinent. Betrachtet man alle Suchtpatienten, einschließlich der Patienten mit einer weiteren psychischen Störung, so ergeben sich mit dem FVS vergleichbare Ergebnisse:

Abb. 27 **Abstinenzquoten nach DGSS 1, differenziert nach Vorliegen einer komorbiden psychischen Störung**

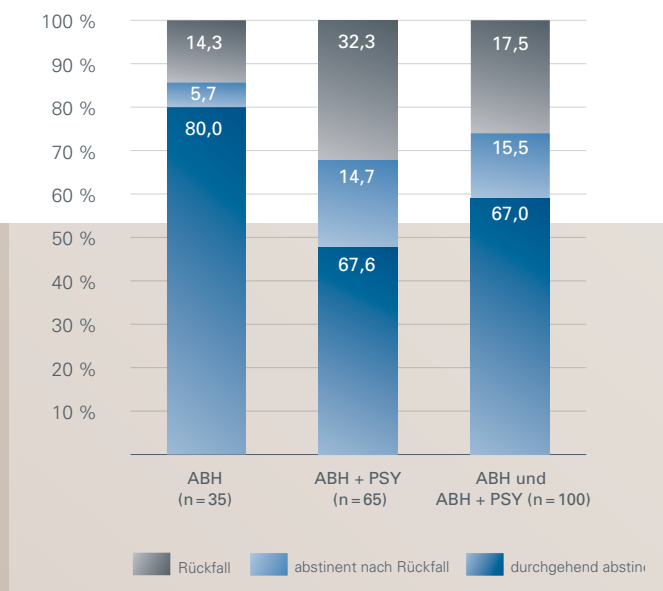
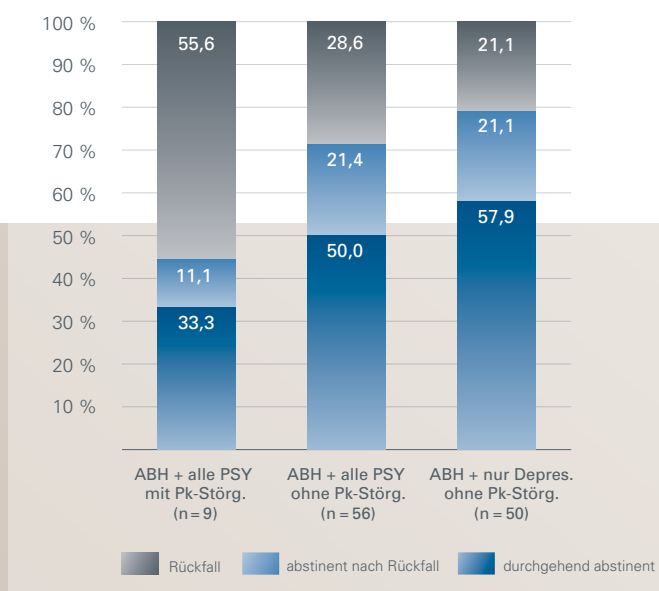


Abb. 28 **Abstinenzquoten nach DGSS 1, differenziert nach Vorliegen einer Persönlichkeitsstörung**



59 % bzw. 60 % durchgängige Abstinenz bei Oberberg und beim FVS und 15 % abstinent nach RF bei Oberberg und 18 % abstinent nach RF beim FVS.

Somit ergibt sich eine katamnestiche Erfolgsquote von 85,7 % für die rein Abhängigen Alkoholabhängigen und 74 % für alle Antwortter mit einer substanzinduzierten Störung (Abb. 27, Tab. 6, Tab. 6b).

### Begleitende Erkrankung

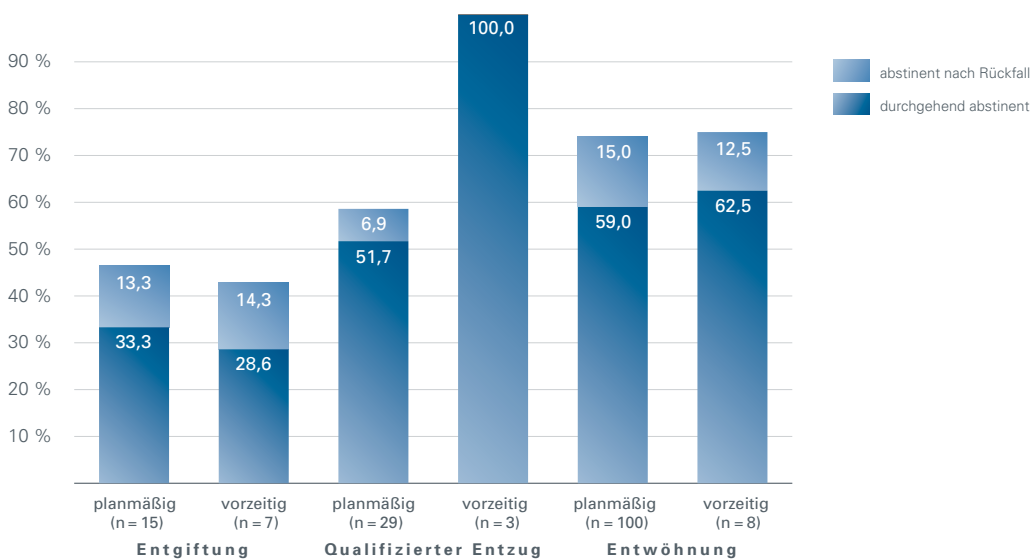
Im Hinblick auf eine begleitende komorbide Erkrankung spielt die Art der psychischen Störung eine Rolle. Während die katamnestiche Erfolgsquote bei Katamneseteilnehmern z. B. mit einer Abhängigkeitserkrankung sowie einer begleitenden Depression bei 79 % lagen, scheint das Vorliegen einer Persönlichkeitsstörung einen besonderen Risikofaktor darzustellen. Hier liegt die 1-Jahres-Erfolgsrate nur bei 44 % bei einer kleinen Stichprobe von n = 9 Patienten (Abb. 28).

### Erfolgsquoten Behandlungsmodule

Betrachtet man die Abstinenzquoten für die Behandlungsmodule Entgiftung, Qualifizierte Entzugs- sowie Entwöhnungsbehandlung, ergeben sich in Abhängigkeit von der Art der Therapiebeendigung unterschiedliche Erfolgsquoten.

Erwartungsgemäß zeigt die planmäßig beendete Entwöhnung mit einer katamnestiche Erfolgsquote von 74 % die besten Ergebnisse, gefolgt von den Katamneseteilnehmern, die eine Qualifizierte Entzugsbehandlung planmäßig beendeten (katamn. Erfolgsquote von 58,6 %). Da die Stichproben der Antwortter sehr klein ausfielen, können die Ergebnisse diesbezüglich nur als Tendenzen gewertet werden (Abb. 29).

Abb. 29 Patienten mit **Selbstauskunft**, getrennt nach Art der Behandlung



## 2.5.2 Ergebnisse Abhängigkeitserkrankungen

### 1-Jahres-Katamnese Veränderungen allgemein

Unabhängig vom Vorliegen eines Rezidivs oder Rückfalls stellt sich die allgemeine Befindlichkeit ein Jahr nach Entlassung aus der stationären Behandlung sehr positiv dar. Rund 90 % aller Befragten gaben an, dass es ihnen zum Befragungszeitpunkt insgesamt besser oder viel besser gehe als zu Beginn ihres stationären Aufenthalts ein Jahr zuvor (Abb. 30).

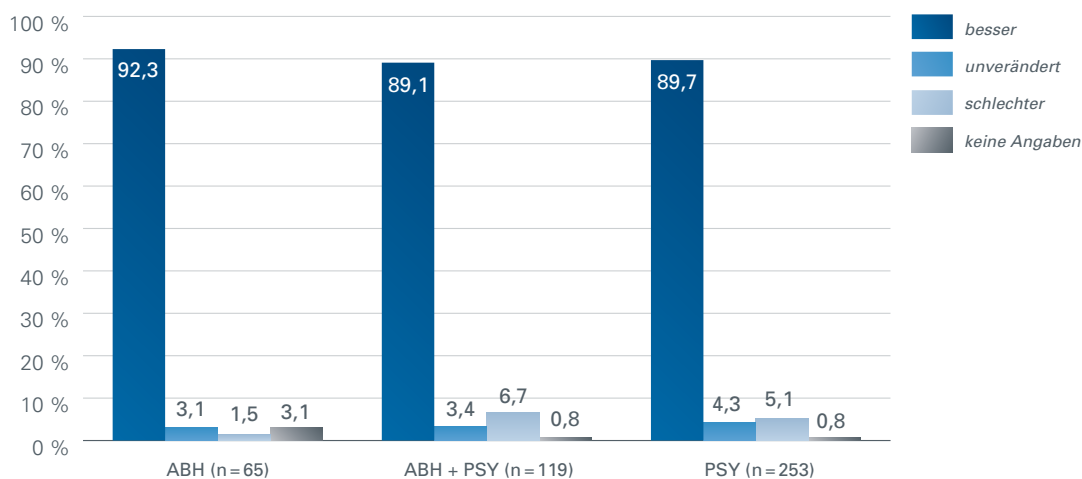
### Vergleich Fachverband Sucht e. V.

Da in den Berechnungsformen DGSS 2 und DGSS 4 auch diejenigen Personen mit eingeschlossen werden, die den Fragebogen nicht beantwortet haben und somit per definitionem als „rückfällig“ einzustufen sind, fallen bei einer geringeren Rücklaufquote die berechneten Erfolgsquoten dieser Berechnungsformen niedriger aus (Tab. 6).

### Behandlungsdauer Entwöhnung

Demgegenüber besteht ein deutlicher Unterschied in der Dauer der Entwöhnungsbehandlung. Während eine Entwöhnungsbehandlung in den Oberbergkliniken durchschnittlich in 7 Wochen beendet wird (49 Tage), beträgt die mittlere Behandlungsdauer bei den Standard-einrichtungen rund 12 Wochen (80 Tage) (Tab. 7).

Abb. 30 **Gegenwärtige Befindlichkeit im Vergleich zum Beginn der Behandlung in der Oberbergklinik vor 1 Jahr** (alle Pat., die geantwortet haben, unabhängig von Rezidiv/Rückfall)



Tab. 6 **Vergleich Erfolgsquoten Oberberg – Fachverband Sucht**

	DGSS 1		DGSS 2		DGSS 3		DGSS 4	
	Oberberg 2013	FVS 2012	Oberberg 2013	FVS 2012	Oberberg 2013	FVS 2012	Oberberg 2013	FVS 2012
Anzahl	100	6.652	273	11.316	108	7.335	313	13.228
Katamnestiche Erfolgsquote	74,0%	77,4%	27,8%	45,5%	74,1%	75,1%	26,2%	41,7%
durchgehend abstinent	59,0%	59,6%	21,6%	35,0%	59,3%	57,2%	20,4%	31,7%
abstinent nach Rückfall	15,0%	17,8%	6,2%	10,4%	14,8%	17,9%	5,8%	9,9%
Rückfällig			19,4%	13,3%			19,5%	13,8%
Rückfällig per Definition			52,7%	41,2%			54,3%	44,6%
Rückfällig gesamt	26,0%	22,6%	72,1%	54,5%	25,9%	24,9%	73,8%	58,3%

Oberberg: ABH und ABH + PSY (n = 100, in der Stichprobe sind 65,0 % der Patienten mit komorbiden psychischen Störungen enthalten),  
 FVS: In der FVS-Stichprobe sind 42,3% Patienten mit komorbiden psychischen Störungen enthalten.

Tab. 6b **Vergleich Erfolgsquoten Oberberg – Fachverband Sucht**

	DGSS 1		DGSS 2		DGSS 3		DGSS 4	
	Oberberg 2013	FVS 2012	Oberberg 2013	FVS 2012	Oberberg 2013	FVS 2012	Oberberg 2013	FVS 2012
Anzahl	35	6.652	78	11.316	37	7.335	90	13.228
Katamnestiche Erfolgsquote	85,7%	77,4%	38,5%	45,5%	86,5%	75,1%	35,5%	41,7%
durchgehend abstinent	80,0%	59,6%	35,9%	35,0%	78,4%	57,2%	32,2%	31,7%
abstinent nach Rückfall	5,7%	17,8%	2,6%	10,4%	8,1%	17,9%	3,3%	9,9%
Rückfällig			11,5%	13,3%			11,1%	13,8%
Rückfällig per Definition			50,0%	41,2%			53,3%	44,6%
Rückfällig gesamt	14,3%	22,6%	61,5%	54,5%	13,5%	24,9%	64,4%	58,3%

Oberberg: nur ABH (n = 35),  
 FVS: In der FVS-Stichprobe sind 42,3% Patienten mit komorbiden psychischen Störungen enthalten.

Tab. 7 **Vergleich Behandlungsdauer Oberberg – Fachverband Sucht**

	Oberberg 2013		FVS 2012	
mittlere Dauer Entwöhnung (alle)	49,0	N=313	79,8	N=13.228
Standardabweichung	22,9		32,1	
mittlere Dauer Entwöhnung (planmäßig beendet)	51,2	N=273	85,6	N=11.316
Standardabweichung	21,6		27,3	

## 2.6 Patientenzufriedenheit 2014

Um die Zufriedenheit der Patienten mit dem Aufenthalt in den Oberbergkliniken zu erfassen, wurde bereits im Jahr 2003 ein spezifischer Fragebogen zur Patientenzufriedenheit entwickelt. Von Interesse ist die Beurteilung verschiedener Kriterien:

- die Zufriedenheit mit dem therapeutischen Team (Ärzte, Psychologen, Pflegepersonal),
- die Zufriedenheit mit den Mitarbeitern im Verwaltungs- und Servicebereich,
- die Zufriedenheit mit den allgemeinen Rahmenbedingungen (Zimмераusstattung, Verpflegung),
- die Einschätzung des Behandlungsergebnisses
- sowie die Gesamtzufriedenheit.

Offene Fragen sollten zu persönlichen Anmerkungen auffordern.

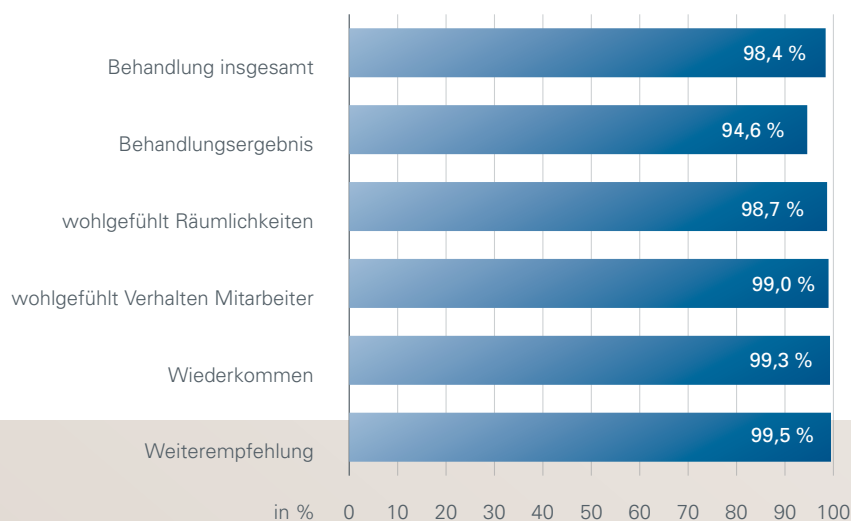
### Rücklaufquote und Alter

Im Jahr 2014 füllten 726 von insgesamt 1313 entlassenen Patienten den Fragebogen am Ende ihres stationären Aufenthaltes anonym aus. Die Rücklaufquote liegt damit bei 55 %. 55 % der Befragten sind Männer, 44 % Frauen, 1 % machen keine Angabe bezüglich ihres Geschlechts. 66 % der Stichprobe sind Personen im Alter zwischen 40 und 59 Jahren.

### Zufriedenheit allgemein

98,4 % der befragten Patienten sind mit der Behandlung insgesamt zufrieden oder sehr zufrieden. Nur 1,6 % der Befragten gaben an, unentschieden oder nicht zufrieden (0,3 %) zu sein (Abb. 31).

Abb. 31 **Zufriedenheit mit der Behandlung insgesamt**



Der Oberberg-Fragebogen zur Patientenzufriedenheit wurde auf der Grundlage der Instrumente von Hribek (1999), Raspe et al. (1996), Roeb und Zobel (1995) sowie Schmidt, Lamprecht und Wittmann (ZUF-8, 1989) im Jahr 2003 entwickelt. Die Berechnung einer Faktorenanalyse erfolgte mit den N=296 Daten der ersten Version des Fragebogens (Hauptkomponentenanalyse mit Varimax-Rotation). Der Argumentation von Fürntratt (1969) folgend, fiel die Entscheidung zu Gunsten einer 6-Faktoren-Lösung, die 58,8 % der Varianz aufklärt. Cronbach's  $\alpha$  liegt für die 6 Skalen zwischen .88 und .95. Zur Definition eines Faktors wurden Items herangezogen, die den Kriterien zur Itemselektion nach Fürntratt (1969) genügten, nicht geeignete Items wurden eliminiert (z. B. Ladung < .50, Ladung einer Variable in einem Faktor entspricht weniger als der Hälfte ihrer Kommunalität). Einzelne Fragen wurden wegen einer abweichenden Skalierung (4-stufige Ausprägung statt 7-stufig) oder ihrer inhaltlichen Relevanz aus der ursprünglichen Version übernommen.

Bestes Indiz für die insgesamt positive Bewertung der Arbeit in den Oberbergkliniken ist das Ergebnis, dass fast alle der ausgewerteten Patienten (99 %) im Bedarfsfall erneut in die Oberbergklinik kommen würden und unsere Klinik einem Freund weiterempfehlen würden. Dies gilt für alle Standorte in gleicher Weise (Abb. 32, Abb. 33).

Insgesamt ist die Patientenzufriedenheit in fast allen Bereichen sehr hoch.

Abb. 32 **Erneutes Aufsuchen der Oberbergklinik im Bedarfsfall**

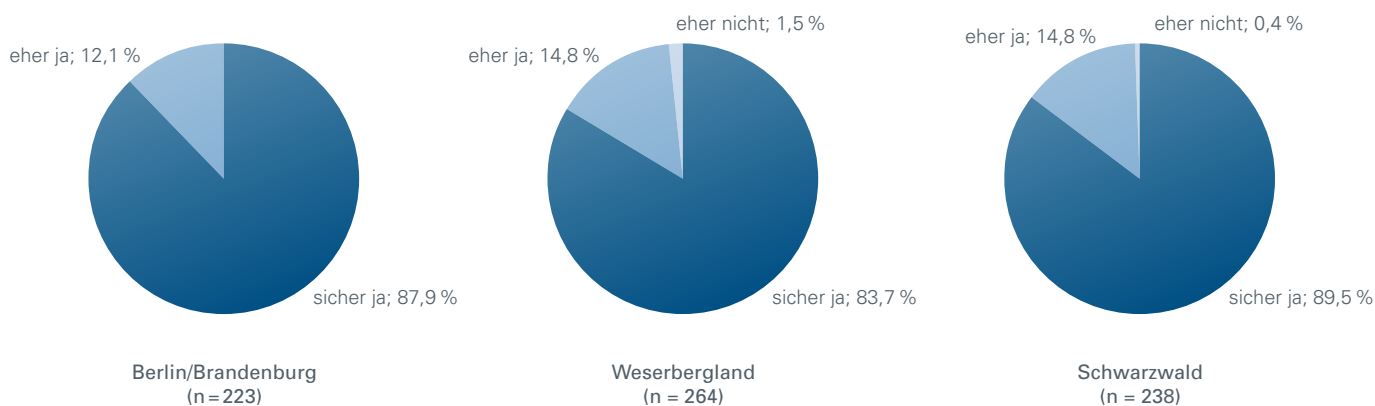
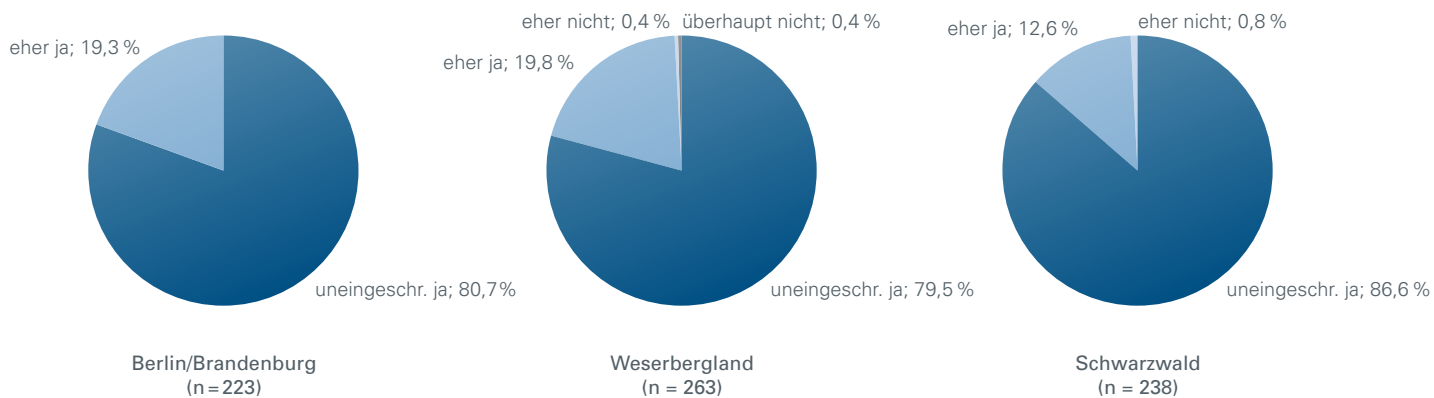


Abb. 33 **Würden Sie die Klinik weiterempfehlen?**



## 2.6 Patientenzufriedenheit 2014

### Zufriedenheit differenziert

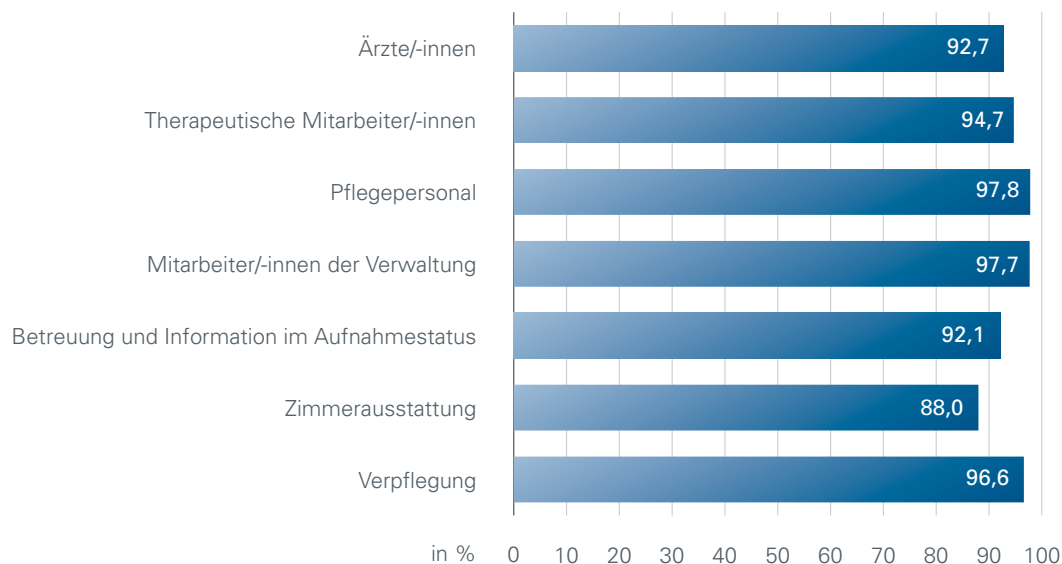
Bei der differenzierten Betrachtung der einzelnen Elemente der Behandlung zeigt sich ebenfalls eine sehr hohe Zufriedenheit mit allen Aspekten der Behandlung (Abb. 34). Ein häufig anzutreffendes Phänomen, dass die eigentlich therapeutisch tätigen Mitarbeiter, wie Ärzte und Psychologen, etwas schlechter bewertet werden als das Pflegepersonal ist auch hier feststellbar.

Eine Erklärung hierfür könnte sein, dass Therapeuten und Ärzte im Rahmen ihrer therapeutischen Tätigkeit verpflichtet sind, auch konfrontativ zu arbeiten und kritische, teilweise unangenehme Themenbereiche

und Verhaltensweisen der Patienten anzusprechen. Die primäre Aufgabe des Pflegepersonals ist es, supportiv empathisch unterstützend zu sein und immer ein offenes Ohr für die Sorgen und Nöte der Patienten zu haben.

In den offenen Fragen zur Servicequalität zeigt sich eine hohe Wertschätzung der Arbeit unserer Service-Mitarbeiter/-innen aus Restaurant, Hauswirtschaft/Reinigungsdienst und Haustechnik: Sie werden übereinstimmend als sehr freundlich, aufmerksam, flexibel und hilfsbereit beschrieben.

Abb. 34 **Zufriedenheit mit der Behandlung insgesamt**





# Literaturverzeichnis

- Bachmeier, R., Bick, S., Funke, W., Herder, F., Jung, C., Kemmann, D., Kersting, S., Lange, N., Medenwaldt, J., Mielke, D., Missel, P., Schneider, B., Seeliger, C., Verstege, R., Weissinger, V (2015). Effektivität der stationären Suchtrehabilitation - FVS-Katamnese des Entlassjahrgangs 2012 von Fachkliniken für Alkohol- und Medikamentenabhängige, *SuchtAktuell*, 1, 53-67.
- Bortz, J. (1999). *Statistik für Sozialwissenschaftler*. Heidelberg: Springer.
- Bortz, J., Döring, N. (1995). *Forschungsmethoden und Evaluation für Sozialwissenschaftler*. Heidelberg: Springer.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. Hillsdale, New York: Erlbaum.
- Cohen, J. (1992). A power primer. *Psychological Bulletin*, 112, 155-159.
- Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie (DG-Sucht). (Hrsg.). (2001). *Dokumentationsstandards III für die Evaluation der Behandlung von Abhängigen*. *Sucht* 47, Sonderheft 2.
- Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie (DG-Sucht). (Hrsg.). (2001). *Dokumentationsstandards III für die Evaluation der Behandlung von Abhängigen*. Kapitel C4: Datenerhebung bei Katamnese. *Sucht*, 47, Sonderheft 2, 52-77, 87-90.
- Fachausschuss Statistik der DHS (1998). *Deutscher Kerndatensatz zur Dokumentation im Bereich der Suchtkrankenhilfe (Klientenbezogene Daten)*. *Sucht*, 44, 139-145.
- Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (DHS). (Hrsg.). (2010). *Deutscher Kerndatensatz zur Dokumentation im Bereich der Suchtkrankenhilfe*. <http://www.dhs.de/arbeitsfelder/deutscher-kerndatensatz.html>. Stand 05.10.2010. Abruf: 27.08.2012.
- Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A. G., & Buchner, A. (2007). G\*Power 3: A flexible statistical power analysis for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior Research Methods*, 39, 175-191. <http://www.psych.uni-duesseldorf.de/abteilungen/aap/gpower3/download-and-register>. Stand: 1992-2013. Abruf: 12.06.2013.
- Franke, G.H. (2002). *SCL-90-R Symptom-Checkliste von L.R. Derogatis – Deutsche Version*. Göttingen: Beltz Test.
- Fürntratt, E. (1969). Zur Bestimmung der Anzahl interpretierbarer gemeinsamer Faktoren in Faktorenanalysen psychologischer Daten. *Diagnostica*, 15, 62-75.
- Hautzinger, M., Keller, F. & Kühner, C. (2006). *Das Beck Depressionsinventar – BDI-II*. Mödling: Schuhfried GmbH.
- Heuft, G., Senf, W. (Hrsg.). (1998). *Praxis der Qualitätssicherung in der Psychotherapie – Das Manual zur Psy-BaDo*. Stuttgart: Thieme.
- Hribek, G. (1999). *Messung der Patientenzufriedenheit mit stationärer Versorgung – Entwicklung multiattributiver Messinstrumente für Krankenhäuser und Rehabilitationseinrichtungen*. Hamburg: Kovač.
- Margraf, J., Ehlers, A. (2008). *Beck Angst-Inventar*. Mödling: Schuhfried GmbH.
- Rasch, B., Friese, M., Hofmann, W., Naumann, E. (2010). *Quantitative Methoden*. Band 1 (3. Auflage). Heidelberg: Springer. Kapitel 3: Der t-Test – G\*Power-Ergänzungen. [http://www.quantitative-methoden.de/Dateien/Auflage3/Band\\_I/Kapitel\\_3\\_GPower\\_Ergaenzungen\\_A3.pdf](http://www.quantitative-methoden.de/Dateien/Auflage3/Band_I/Kapitel_3_GPower_Ergaenzungen_A3.pdf). Stand: 08.01.2010. Abruf: 12.06.2013.
- Raspe, H., Voigt, S., Herlyn, K., Feldmeier, U., Meier-Rebentisch, K. (1996). Patienten-„Zufriedenheit“ in der medizinischen Rehabilitation – ein sinnvoller Outcome-Indikator? *Gesundheitswesen*, 58, 372-378.
- Roeb, W., Zobel, M. *Patientenbefragung als interne Qualitätssicherungsmaßnahme*. In: Fachverband Sucht (FVS). (Hrsg.). (1995). *Qualitätssicherung in der Rehabilitation Abhängigkeitskranker*. Geesthacht: Neuland, 229-242.
- Schmidt, J., Lamprecht, F., Wittmann, W.W. (1989). Zufriedenheit mit der stationären Versorgung – Entwicklung eines Fragebogens und erste Validitätsuntersuchungen. *Psychotherapie und medizinische Psychologie*, 39, 248-255.



Gemeinsam für das Wohl des Patienten.  
Das Team der Oberbergklinik Berlin/Brandenburg  
in Wendisch Rietz.



# 3 Weitere Aktivitäten

## **Interne Veranstaltungen**

Die Oberbergkliniken veranstalten regelmäßig Weiterbildungen für niedergelassene Haus- und Fachärzte. Hierzu gehören Vorträge und Diskussionsrunden in den Kliniken, die in Kapitel 3.1 „Fortbildungsveranstaltungen der Oberbergkliniken“ zusammengestellt sind.

Seminare und Workshops zu neuen, innovativen Therapieverfahren werden von der Oberberg Akademie angeboten, eine Auflistung befindet sich in Kapitel 3.2 „Veranstaltungen der Oberbergakademie“.

## **Externe Veranstaltungen**

Aufgrund ihrer Fachkompetenz werden Mitarbeiter des Leitungsteams der Oberbergkliniken zu externen Vorträgen und Fortbildungsveranstaltungen als Referenten eingeladen. Eine Zusammenfassung findet sich in Kapitel 3.3 „Externe Vorträge und Seminare“. Fachartikel und Fachbeiträge sind in Kapitel 3.4 „Veröffentlichungen“ dargestellt.

# 3.1 Fortbildungsveranstaltungen der Oberbergkliniken

Datum	Veranstaltung	Referent
06.02.2013	<b>Wendischer Fortbildungstag</b> Was wirkt in der Stationären Psychotherapie - Rahmen, Dosis, Dauer oder Therapeut	Prof. Dr. med. Dr. phil. Horst Kächele
13.03.2013	<b>Extertaler Fortbildungstag</b> Glück und Glas - wie leicht bricht das?	Prof. Dr. med. Tobias Esch Dr. med. Hermann J. Paulus
19.04.2013	<b>Wendischer Fortbildungstag</b> Wie Ärzte gesund bleiben - Resilienz statt Burn-out	Dr. Julika Zwack
19.04.2013	<b>Hornberger Gespräche</b> Weiblicher Narzissmus	Dr. Bärbel Wardetzki
22.06.2013	<b>Lesung in der Oberbergklinik Weserbergland</b> Bernd Thränhardt liest aus seinem Buch „Ausgesoffen – Mein Weg aus der Sucht“	Bernd Thränhardt
13.07.2013	<b>Ehemaligen-Treffen Hornberg</b>	Christoph Middendorf
07.08.2013	<b>Lesung in der Oberbergklinik Berlin / Brandenburg</b> Bernd Thränhardt liest aus seinem Buch „Ausgesoffen – Mein Weg aus der Sucht“	Bernd Thränhardt
18.09.2013	<b>Hausärztetag der Oberbergklinik Berlin / Brandenburg</b> Sucht im Alter - ein Thema?	Dr. med. Peter Michael Roth
20.09.2013	<b>Hornberger Gespräche</b> Quo vadis? Aktuelle Konzepte in der Traumatherapie	PD Dr. med. Olaf Schulte-Herbrüggen
21.09.2013	<b>Seminar: Abrechnung in der Psychotherapeutischen Praxis</b> Der bvvp-WL lädt Sie in Kooperation mit der Oberbergklinik Weserbergland zum Seminar ein	Dr. med. Lisa Störmann-Gaede
02.10.2013	<b>Round-Table-Gespräch für Korrespondenztherapeuten Berlin –</b> Dinner mit Austausch um Sieben	Dr. med. Peter Michael Roth
16.10.2013	<b>Round-Table Korrespondenztherapeuten – Extertal-Laßbruch</b> Kooperationsmöglichkeiten zwischen Klinik und Praxis	Dr. med. Hermann J. Paulus
19.10.2013	<b>Ehemaligen-Treffen Wendisch Rietz</b>	Dr. med. Peter Michael Roth

Datum	Veranstaltung	Referent
06.11.2013	<b>Wendischer Fortbildungstag</b> Achtsamkeitsbasierte kognitive Therapie der Depression – MBCT	Prof. Dr. Johannes Michalak
13.11.2013	<b>Extertaler Fortbildungstag</b> Dem Mutigen gehört die Welt!? Psychotherapie der Angststörungen	Prof. Dr. Ludwig Teusch
12.03.2014	<b>Extertaler Fortbildungstag</b> PTBS – Posttraumatische Belastungsstörung: Eine therapeutische Herausforderung	Dr. med. Andrea Möllering
16.05.2014	<b>Hornberger Gespräche</b> ACT - Die Akzeptanz- und Commitment-Therapie	Jan Martz
22.05.2014	<b>30 Jahre Oberberg</b> Symposium „Zukunftsdialog 2020 – 30 Jahre Oberberg: Werte in der Psychosomatik und Psychotherapie“	Dr. Edda Gottschaldt, Prof. Michael Almeling, Prof. Dr. Götz Mundle, Prof. Dr. Wolfgang Senf, Prof. Dr. Johannes Michalak, Prof. Dr. Dr. Harald Walach, Prof. Dr. Falk Kiefer, Dr. Christoph von Ascheraden, Prof. Dr. Tobias Esch, Festredner Richard David Precht
18.06.2014	<b>Wendischer Fortbildungstag</b> „Psychosomatik und Psychotherapie Älterer“ – Einführungsveranstaltung des neuen Behandlungsschwerpunktes in der Oberbergklinik Berlin/Brandenburg	Prof. Dr. Meinolf Peters
21.06.2014	<b>Ehemaligen-Treffen Extertal-Laßbruch</b>	Dr. med. Hermann J. Paulus
28.06.2014	<b>Ehemaligen-Treffen Wendisch-Rietz</b>	Dr. med. Peter Michael Roth
19.07.2014	<b>Ehemaligen-Treffen Hornberg</b>	Christoph Middendorf
14.10.2014	<b>Lesung in der Oberbergklinik Weserbergland</b> Mit Achtsamkeit in Führung – Was Meditation für Unternehmen bringt	Paul J. Kohtes
24.10.2014 - 25.10.2014	<b>Kongress Meditation &amp; Wissenschaft 2014</b> Auf der Suche nach der verlorenen Zeit	Prof. Dr. Wolfgang Achtner, PD Dr. Marc Wittmann, Prof. Dr. Mathias Binswanger, Prof. Dr. Peter Sedlmeier, Prof. Dr. med. Tobias Esch, Chris Tamdjidi, Dr. Holger Cramer, Prof. Dr. Johannes Michalak, Dr. med. Sandra Willeboordse
05.11.2014	<b>Extertaler Fortbildungstag</b> Himmelhoch jauchzend, zu Tode betrübt...	Univ.-Prof. Dr. med. Georg Juckel
07.11.2014	<b>Hornberger Gespräche</b> ADHS im Erwachsenenalter	Dr. Oliver Hennig

## 3.2 Veranstaltungen der Oberberg Akademie

Datum	Veranstaltung	Referent
07.11.2013 - 09.11.2013	<b>Einführung in die Achtsamkeitsbasierte Kognitive Therapie (MBCT) zur Rückfallprophylaxe bei depressiven Erkrankungen</b>	Petra Meibert
22.02.2014	<b>ACT - Die Akzeptanz- und Commitment-Therapie</b>	Jan Martz



## 3.3 Externe Vorträge und Seminare

Datum	Ort	Thema	Referent
17.01.2013	Hospitalhof Stuttgart / Evang. Bildungswerk, Stuttgart	Wie gutes Leben gelingen kann - innerlich souverän, achtsam gebunden und persönlich frei	Prof. Dr. Götz Mundle
28.01.2013	Lundbeck, Berlin	Gesundheitsstadt Berlin, Vortrag & Präsentation QM	Prof. Dr. Götz Mundle
01.02.2013	37. Interdisziplinäres Forum der Bundesärztekammer, Berlin	Prävention und Intervention von Burnout und Suchterkrankungen bei Ärzten	Prof. Dr. Götz Mundle
20.02.2013	Klinik an der Lindenhöhe, Offenburg	Depression / Burnout – Brauchen wir eine neue Diagnose?	Christoph Middendorf
01.03.2013 - 03.03.2013	Hotel La Villa, Nierpöcking am Starnberger See	Starnberger Forum - Workshop Neurobiologische Grundlagen der Sucht	Prof. Dr. Götz Mundle
16.03.2013 - 17.03.2013	Hotel Elysée, Hamburg	Markt der Möglichkeiten - ZNS Wissen auf dem neusten Stand	Prof. Dr. Götz Mundle Dr. Peter-Michael Roth
10.04.2013	Fachklinik Hansenberg, Hanstedt	Fachtagung: „Neue Ansätze in der Rückfallprävention“	Prof. Dr. Götz Mundle
10.04.2013 - 12.04.2013	Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie Tübingen	Dimensionen der Suchttherapie	Prof. Dr. Götz Mundle
05.07.2015	Oberbergklinik Schwarzwald – Vortrag	Thema: Stress, Folgestörungen, Burnout und Sucht	Christoph Middendorf
05.06.2013 - 07.06.2013	Hauptstadtkongress Medizin und Gesundheit, Berlin	Burn out in den obersten Führungsetagen - Lösungsansätze aus der Praxis	Prof. Dr. Götz Mundle
07.07.2013	Peter Hahne, ZDF	Thema: Machen Spielautomaten süchtig - im Gespräch mit Herrn Gauselmann	Prof. Dr. Götz Mundle
04.09.2013	Oberbergklinik Schwarzwald – Vortrag	Vortrag zum Thema: Thema: Suchtentwicklung und Suchtgefahren	Christoph Middendorf
04.09.2013	Wahrendorff'sche Anstalten, Wahrendorf	Behandlung der Medikamentenabhängigkeit	Dr. Hermann J. Paulus
04.09.2013	Gesundheitsstadt Berlin e.V.	Forum: Gesundheitsmanagement in medizinischen und pflegerischen Einrichtungen zum Thema: Warum brennen Menschen, die helfen, so schnell aus?	Prof. Dr. Götz Mundle
25.09.2013	Leipziger Fortbildungsreihe Anästhesie	Drogenabhängigkeit bei Ärzten	Dr. Peter-Michael Roth
27.11.2013	DGPPN Kongress, Berlin	The influence of sociocultural contextual factors of lesbian, gay, bisexual and transgender's mental health	Prof. Dr. Götz Mundle

### 3.3 Externe Vorträge und Seminare

Datum	Ort	Thema	Referent
29.11.2013	DGPPN Kongress, Berlin	Was lehrt uns die Suchtforschung für die Prävention? Wilhelm Feuerlein Preisträgersymposium	Prof. Dr. Götz Mundle
06.12.2013	Villa Hammerschmiede, Pfinztal	Thema: Stress und seine gesundheitlichen Folgen	Prof. Dr. Götz Mundle
09.12.2013	Senckenbergmuseum, Frankfurt am Main	Wenn Belastungsgrenzen überschritten werden - Gestiegene Arbeitsanforderungen als Ursache für Suchterkrankungen	Prof. Dr. Götz Mundle
20.03.2014	Viadrina Universität, Frankfurt / Oder	Sucht und Suchtprävention - Neue Ansätze und Einsichten	Prof. Dr. Götz Mundle
02.04.2014 - 04.04.2014	Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie Tübingen	Der Mensch im Mittelpunkt der Suchttherapie	Prof. Dr. Götz Mundle
08.04.2014	Vivantes Netzwerk für Gesundheit	Stress bewältigen - Burnout Syndrom vermeiden - Ein Workshop zur Ärztegesundheit mit Dr. Bühnen	Prof. Dr. Götz Mundle
09.04.2014	Klinik an der Lindenhöhe, Offenburg	Thema: Alkoholabhängigkeit / stoffgebundene Suchterkrankung	Christoph Middendorf
11.04.2015-13.04.2015	Hotel La Villa, Nierpöcking am Starnberger See	Starnberger Forum - Workshop "Wonnen und Wehen Wundersamer Innenwelten", Vortrag "Stigmatisiert sein: Schlaflos sein"	Prof. Dr. Götz Mundle
07.05.2014	Akademie für ärztliche Fort- und Weiterbildung Südbaden, Freiburg	Seminar Suchtmedizin Thema: Suchtkranke Ärzte	Christoph Middendorf
16.05.2014 - 17.05.2014	Oberbergklinik Hornberg	ACT - Die Akzeptanz- und Commitment-Therapie	Prof. Dr. Götz Mundle
28.05.2014 - 29.05.2014	Max Grundig Klinik, Bühl	Sucht- und Aufputschmittel - Biologie und Therapie	Prof. Dr. Götz Mundle
04.09.2014 - 05.09.2014	Chur / Graubünden	Workshop Thema: Seelsorge zwischen Burn-out und Resilienz	Christoph Middendorf
19.09.2014	Universität Oldenburg	Symposium - Achtsamkeitsbasierte Therapie als Chance für die Klinische Neuropsychologie?	Prof. Dr. Götz Mundle
07.11.2014 - 09.11.2014	DGS Kongress, Berlin	Zieloffene Suchttherapie: Motivation oder Irritation?	Prof. Dr. Götz Mundle



# 3.4 Veröffentlichungen

Kohtes, P., Rosmann, N. (2014). Mit Achtsamkeit in Führung - Was Meditation in Unternehmen bringt, Klett-Cotta.

Bowen, S., Chawla, N., Marlatt, G., Lindenmeyer, J., Mundle, G. (2012). Achtsamkeitsbasierte Rückfallprävention bei Substanzabhängigkeit: Das MBRP-Programm. Beltz.

Esch, T. (2011). Die Neurobiologie des Glücks – Wie die positive Psychologie die Medizin verändert. Stuttgart, New York: Thieme.

Gottschaldt, E. (2010). Horizonte öffnen – von der Psychosomatik zur integralen Heilkunst. Symposium 2009. Edition Oberberg Stiftung, Potsdam.

Gottschaldt, M., Gottschaldt, E. (Neuaufgabe 2013). Alkohol und Medikamente: Von der Suchtmedizin zur integralen Heilkunst.

Gottschaldt, E. (2008). Seelische Gesundheit im Gesundheitswesen. Symposium 2008. Edition Oberberg Stiftung, Potsdam.

Mundle, G., Gottschaldt, E. (2008). Abhängigkeitserkrankungen bei Ärztinnen und Ärzten – Spezifische Behandlungsangebote ermöglichen eine erfolgreiche Therapie. Deutsche Medizinische Wochenschrift (DMW); 17–20.

Mundle, G., Gottschaldt, E. (2008). Emotionale Krankheitsakzeptanz – ein Weg zur seelischen Gesundheit. Prävention; (2) 54–56.

Büssing, A., Matthiessen, P.F., Mundle, G. (2008). Emotional and rational disease acceptance in patients with depression and drug abuse – Evaluation of a new instrument in quality of life research. Health Qual Life Outcomes. 2008 Jan 21;6:4. doi: 10.1186/1477-7525-6-4.

Mundle, G. (2009). In: Jäger, W., Kohtes, P. (Hrsg.). Spiritualität in der psychosomatischen Medizin, ein Übungsweg für alle Beteiligten. Zen@work. Manager und Meditation, Bielefeld, Kamphausen; S. 13–149.

Jäger, W., J., Kohtes, P. (2009). Zen@work. Manager und Meditation. Bielefeld: Kamphausen.

Mundle, G., Gottschaldt, E. (2008). Seelische Gesundheit. Ein neuer Themenschwerpunkt der Deutschen Suchtstiftung Matthias Gottschaldt. Psychoneuro, 34 (5):266.

Kupper, S., Paulus, H., Gottschaldt, E., Mundle, G. (2008). Psychische Gesundheit am Arbeitsplatz in Deutschland. Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen (BDP), S. 31–36.

Mundle, G. (2007). Ärztegesundheit. Eine zentrale Aufgabe der Deutschen Suchtstiftung Matthias Gottschaldt. Psychoneuro, 33 (1 + 2); 3.

Mundle, G., Gottschaldt, E. (2007). Deutsche Suchtstiftung Matthias Gottschaldt. Hilfsangebote für suchtkranke Ärzte. Spezifische Behandlungsmaßnahmen ermöglichen eine erfolgreiche Behandlung. Psychoneuro, 33 (1 + 2); S. 13–18.

Mundle, G., Jurkat, H.B., Reimer, C., Beelmann, K., Kaufmann, M., Cimander, K.F. (2007). Suchttherapie bei abhängigen Ärzten (Strategien der Prävention und Therapie). Psychotherapeut, [52] S. 273–279.

Mundle, G. (2006). Jeder fünfte Arzt ist ausgebrannt. Ärztliche Praxis, (38) 5.

Mundle, G. (2006). Suchttherapie bei Ärzten. Das Interventionsprogramm der Ärztekammer Hamburg. MedReview, (2) 8–9.

„Das Größte, was man erreichen kann, ist nicht, nie zu straucheln, sondern jedes Mal wieder aufzustehen..“

Nelson Mandela

# 4 Die Oberberg Stiftung Matthias Gottschaldt

Die gemeinnützige Oberberg Stiftung wurde 1998 von Frau Dr. Edda Gottschaldt nach dem Tod ihres Mannes Prof. Dr. Matthias Gottschaldt, dem Gründer der Oberbergkliniken, ins Leben gerufen.

## **Förderung wissenschaftlicher Forschungsprojekte**

Die Stiftung fördert wissenschaftliche Forschungsprojekte über Abhängigkeits-erkrankungen, deren psychosomatische Begleiterkrankungen und deren Ursachen. Dazu gehören auch die Vermittlung von Informationen über Forschungsergebnisse sowie die Umsetzung der gewonnenen Erkenntnisse durch Praxisprojekte.

## **Erweiterung der Themenbereiche**

Die Oberberg Stiftung Matthias Gottschaldt erweitert die inhaltlichen Schwerpunkte der reinen Suchtmedizin um die Themenbereiche der gesamten Psychosomatik. Neben der Behandlung von Erkrankungen wird großer Wert auf die Entwicklung und Entfaltung der Persönlichkeit gelegt.

## **Integrale Heilkunst**

Die Vision der Oberberg Stiftung Matthias Gottschaldt ist Integrale Heilkunst. Mit größtmöglicher Achtsamkeit wird „ansteckende“ Gesundheit erforscht, gelebt und gelehrt. Wenn die Spurensuche zu den Ursachen führt und wir unsere Symptome als erfahrbare Zeichen begrüßen, wird Heilung möglich.

In dieser geistigen Grundhaltung schlägt die Oberberg Stiftung Matthias Gottschaldt eine Brücke von der Pathogenese zur Salutogenese, von der Selbsttranszendenz zu Wachstum und Verbundenheit. Die Oberberg Stiftung hilft Menschen ihre Sehnsüchte, ihr seelisches Leid und die Angst vor sich selbst zu überwinden.

# 4.1 Organe der Oberberg Stiftung



## Oberberg Stiftung Matthias Gottschaldt

Charlottenstraße 60  
10117 Berlin  
info@oberberg-stiftung.de  
www.oberberg-stiftung.de

### Vorstand

Prof. Dr. Ernst-Moritz Lipp  
Vorsitzender des Stiftungsvorstandes

Dr. med. Edda Gottschaldt  
Stellvertretender Vorsitzende

### Stiftungsrat

Paul Kohtes  
Identity Foundation  
(Vorsitzender des Stiftungsrates)

Prof. Dr. Götz Mundle  
Zentrum für Seelische  
Gesundheit Berlin

Prof. Dr. med. Tobias Esch  
Hochschule Coburg

### Ehrenbeirat

Prof. Dr. med. Wilhelm Feuerlein (†)  
Deutschen Gesellschaft für  
Suchtforschung und Suchttherapie

Prof. (em.) Dr. med.  
Hanfried Helmchen  
Geschäftsführender Direktor der  
Psychiatrischen Klinik und Poliklinik  
der Freien Universität Berlin

### Veranstaltungen der Oberberg Stiftung

Datum	Veranstaltung	Referent
29.11.2013	Wilhelm-Feuerlein-Preisträger Symposium	Prof. Dr. Hans Jürgen Rumpf, Prof. Dr. Gunter Schumann, Prof. Dr. Claudia Spies, Prof. Dr. Andreas Heinz, Prof. Dr. Ernst-Moritz Lipp, Prof. Dr. Falk Kiefer, Prof. Dr. Jens Reimer
24.10.2014 - 26.10.2014	Kongress Meditation & Wissenschaft - Auf der Suche nach der verlorenen Zeit	Prof. Dr. med. Tobias Esch, PD Dr. Marc Wittmann, Prof. Dr. Peter Sedlmeier, Prof. Dr. Johannes Michalak u.a.

# Abkürzungsverzeichnis

## **ABH**

Abhängigkeitserkrankungen

## **ABH + PSY**

Abhängigkeitserkrankung mit mindestens einer weiteren psychischen Diagnose

## **ADHS**

Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung

## **BAI**

Das Beck-Angst-Inventar ist ein Selbstbeurteilungsverfahren mit 21 Items zur Erfassung der Schwere von Angst bei Erwachsenen und Jugendlichen.

## **BDI**

Das Beck-Depressions-Inventar (BDI – Beck, Ward, Mendelson, Mock & Erbaugh, 1961) ist ein psychologisches Testverfahren, das die Schwere depressiver Symptomatik im klinischen Bereich erfasst.

## **DGSS 1**

Bewertungskriterium

## **DG-Sucht e. V.**

Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie e.V.

## **DHS**

Deutsche Hauptstelle für Suchtkrankenhilfe

## **FVS**

Fachverband Sucht e. V.

## **SCL-90-R**

Die Symptom-Checkliste SCL-90-R misst die subjektiv empfundene Beeinträchtigung durch körperliche und psychische Symptome einer Person innerhalb eines Zeitraumes von sieben Tagen.

## **PSY**

Psychosomatik

## **PsyBaDo**

Psychologische Basisdokumentation

# Impressum

## **Herausgeber**

Oberberg Klinische Betriebsgesellschaft mbH

## **Konzeption**

Oberberg Therapie GmbH

Prof. Dr. med. Götz Mundle (ehemaliger med. Geschäftsführer)

Heike Weber (Marketing)

Annette Steinmeier (Qualitätssicherung)

Labor3, Kommunikation und Design

## **Gestaltung**

Labor3 (Wolfgang Schneider)

## **Text**

Prof. Dr. med. Götz Mundle, Annette Steinmeier

Labor3 (Irina Gragoll)

## **Fotografie**

Amin Akthar,

Foto S. 20 Steffen Honzera

## **Druck**

Druckerei Rüss, Potsdam

© 2015

Oberberg Klinische

Betriebsgesellschaft mbH, Berlin

Charlottenstraße 60

10117 Berlin

Tel. 030/319 85 04-00

Fax 030/319 85 04-11

info@oberbergkliniken.de

www.oberbergkliniken.de

