

Aktuelle Ergebnisse aus der Qualitätssicherung der Sucht-Rehabilitation

Ulrike Beckmann, Peter Grünbeck, Barbara Naumann und Here Klosterhuis
(Deutsche Rentenversicherung Bund, Bereich Reha-Qualitätssicherung, Epidemiologie und Statistik)

Zusammenfassung

Im Rahmen der Reha-Qualitätssicherung der Rentenversicherung wird das Instrumentarium kontinuierlich aktualisiert und erweitert. Dies gilt sowohl für die stationäre Rehabilitation, für die das Qualitätssicherungsprogramm im Jahre 1994 eingeführt wurde, wie für die ambulante Rehabilitation.

Im ersten Teil des Beitrages werden die Entwicklung von Reha-Therapiestandards und die Integration in die Reha-Qualitätssicherung thematisiert. Darüber hinaus wird die allgemeine therapeutische Versorgung mittels der dokumentierten Daten im Reha-Entlassungsbericht analysiert. Durch Rückmeldung an die Reha-Einrichtungen über ihre aktuelle Versorgungsrealität sollen qualitätsverbessernde Maßnahmen angeregt werden. Die aktuellen Daten zeigen, dass die Rehabilitation von Alkoholabhängigen bei einigen Therapiemodulen bereits weitgehend den Anforderungen, die die wesentlichen Versorgungsaspekte umfassen, entspricht. Noch nicht erfüllt werden jedoch die Mindestanforderungen für die arbeitsbezogenen Leistungen für Arbeitslose, die angehörigorientierten Interventionen oder die Ernährungsschulung. Weiterhin bestehen erhebliche Unterschiede zwischen den einzelnen Rehabilitationseinrichtungen. Es gibt Einrichtungen, die in der Lage sind, bereits jetzt eine Reihe von Anforderungen der Reha-Therapiestandards zu erfüllen, andere zeigen ein hohes Verbesserungspotenzial. Bei der Erfüllung der Vorgaben ist sicherlich hilfreich, dass diese ausreichend Spielraum für eine individualisierte bedarfsorientierte Versorgung lassen.

Ein neues Konzept zur Bewertung der Qualität von Reha-Einrichtungen wird im zweiten Teil vorgestellt. Es wurde auf der Basis von Qualitätskennzahlen, die eine vergleichende, indikationsbezogene Betrachtung ermöglichen, entwickelt. Die Berechnung erfolgt nach dem Modell eines Qualitätsoptimums. Die aktuell verfügbaren Indikatoren (Peer Review, Behandlungszufriedenheit und subjektiver Behandlungserfolg) beruhen auf den Daten der Reha-Qualitätssicherung, die allen stationären Reha-Einrichtungen seit Jahren durch die Berichte zur Qualitätssicherung vertraut sind. Qualitätsoptimum und Qualitätspunkte ermöglichen anschauliche, vergleichende Darstellungen der Qualität von Reha-Einrichtungen. Die Ergebnisse zu den drei untersuchten Indikatoren zeigen eine erhebliche

Reha-Einrichtungsvarianz, die sich nur zum geringen Teil durch weitere Parameter, wie Rehabilitandenstruktur etc., erklären lässt.

1 Einleitung

In den letzten Jahren hat die Rentenversicherung die Instrumente und Verfahren der Reha-Qualitätssicherung modifiziert, erweitert und auf weitere Versorgungsbereiche – wie die ambulante Rehabilitation und Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben – ausgeweitet (Klosterhuis et al. 2009). Neben dem seit 1997 eingeführten Peer Review und der Rehabilitandenbefragung wurden die Möglichkeiten der Einbeziehung von Routinedaten in die qualitätssichernden Aktivitäten verstärkt. Nach Einführung der überarbeiteten Klassifikation therapeutischer Leistungen im Jahr 2007 liegen rentenversicherungsweit erhobene, allerdings noch nicht vollständig erfasste Datenbestände vor. Auf dieser Basis kann sowohl die therapeutische Versorgung in den Reha-Einrichtungen insgesamt, aber auch für spezielle Rehabilitandengruppen analysiert werden. Hierfür wurden in den letzten Jahren im Rahmen des Reha-Leitlinienprogramms der Rentenversicherung auf wissenschaftlicher Grundlage Reha-Therapiestandards entwickelt. Die Implementation der „Reha-Therapiestandards Alkoholabhängigkeit“ hat mit einer Einführungsveranstaltung gerade begonnen. Sie werden nach einer Pilotphase Bestandteil der Reha-Qualitätssicherung sein. Im Folgenden werden Ergebnisse zur Versorgungsqualität sowie Vergleichsanalysen zum Peer Review und der Rehabilitandenbefragung vorgestellt.

2 Darstellung der Prozessqualität durch dokumentierte Leistungsdaten

Von der Reha-Einrichtung wird für jeden Betreten am Ende der Rehabilitationsmaßnahme eine Abschlussdokumentation, der Reha-Entlassungsbericht, erstellt. Im Rahmen dieser Dokumentation werden auch sämtliche therapeutischen Leistungsdaten mit Hilfe einer speziell für den Bereich der medizinischen Rehabilitation erarbeiteten Klassifikation Therapeutischer Leistungen (KTL) erfasst. Damit ist es möglich, differenziert sowohl Einzelleistungen als auch zusammengefasste Therapiegruppen zu analysieren. Zu Beginn des Jahres 2007 wurde die 5. völlig bearbeitete Neuauflage dieser

Klassifikation rentenversicherungsweit eingesetzt (Zander et al. 2009).

Ein für die Sucht-Rehabilitation wesentlicher Bereich der Klassifikation führte zu Missverständnissen in den Reha-Einrichtungen. Hierbei handelt es sich um die Zuordnung der verhaltenstherapeutischen Basisgruppe bei Alkoholabhängigkeit, für die die KTL 2007 keinen spezifischen Code anbietet. Hierfür ist der Code G061 „Psychotherapie in der Gruppe, verhaltenstherapeutisch, störungsunspezifisch: Problemlösegruppe“ zu verwenden. Bis zu einer weiteren Überarbeitung der KTL, die Ergänzungen insbesondere im Kapitel Psychotherapie wegen weiterer aktueller Entwicklungen enthalten wird, erscheint diese Lösung praktikabel. Der Code G092 „Störungsspezifische Gruppe bei Abhängigkeitsproblematik: Substanzabhängigkeit/Schädlicher Gebrauch“ ist für Indikative Gruppenangebote, z. B. bei zusätzlichem Medikamentenmissbrauch, zu verschlüsseln.

Im Folgenden werden Ergebnisse aus den Reha-Entlassungsberichten des Jahres 2007 gezeigt, obwohl KTL-Daten im Einführungsjahr der neuen Klassifikation in der Regel nicht vollständig vorliegen. Es ist jedoch nicht zu erwarten, dass wesentliche Verzerrungen bzw. systematische Abweichungen zu vermeiden sind.

2.1 KTL-Dokumentation: Versorgungsqualität in Sucht-Einrichtungen

Die therapeutische Versorgung in stationären und ganztägig ambulanten Sucht-Einrichtungen ist in Abbildung 1 dargestellt. Der Überblick zeigt eine annähernd ähnliche Leistungsverteilung in diesen Versorgungsbereichen. Nahezu 100% der Rehabilitanden erhalten eine Leistung aus den Kapiteln Psychotherapie und Klinische Sozialarbeit, -therapie ebenso wie Leistungen zur Information, Motivation, Schulung. Knapp 9 von 10 Rehabilitanden nehmen an einer Sport- und Bewegungstherapie teil. Wie nach den spezifischen Strukturen erwartet, erhalten stationär behandelte Rehabilitanden häufiger Leistungen der Physiotherapie, der Physikalischen Therapie sowie der Reha-Pflege. Dies erklärt sich durch die im stationären Setting vermutlich häufiger vorkommende Komorbidität und schwerer ausgeprägten Begleit- und Folgekrankheiten dieses Patientenkontingents.

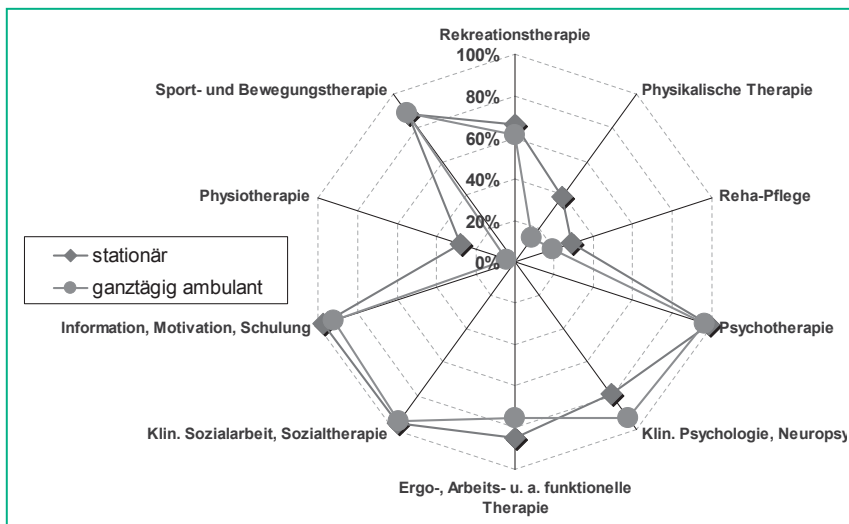


Abbildung 1: Therapeutische Versorgung 2007 – stationäre und ganztägig ambulante Sucht-Rehabilitation; Rehabilitanden mit mind. einer Leistung aus dem jeweiligen KTL-Kapitel

Quelle: Deutsche Rentenversicherung, Reha-Entlassungsberichte mit gültigen KTL-Codes im Jahr 2007. Stationäre Sucht-Rehabilitation (n=10.537), ganztägig ambulante Sucht-Rehabilitation (n=285).

Weitere Unterschiede werden bei der Häufigkeit und der Dauer der durchgeführten Leistungen sichtbar. Dabei ist jedoch zu bedenken, dass die Anzahl der betroffenen ganztägig ambulanten Rehabilitanden gegenüber den stationären sehr gering ist. Somit liefern die Daten nur Hinweise auf Unterschiede, jedoch keine statistisch belastbaren Aussagen über den noch zahlenmäßig wenig in Anspruch genommenen Versorgungsbereich.

Tabelle 1 zeigt die Leistungsmenge und -dauer im Jahr 2007 sortiert nach KTL-Kapiteln. Pro Rehabilitand und Woche werden Leistungen der Psychotherapie, Klinischen Psychologie und Klinischen Sozialarbeit im

ganztägig ambulanten Setting mit jeweils durchschnittlich ca. zwei Stunden häufiger dokumentiert. In der stationären Rehabilitation hingegen werden die Rekrutationstherapie und die edukativen Leistungen sowohl bei mehr Patienten als auch länger als in der ambulanten Rehabilitation durchgeführt. Inwieweit diese Behandlungsschwerpunkte konzeptuell begründet sind, muss weiter untersucht werden.

2.2 Reha-Therapiestandards bei Alkoholabhängigkeit

Die Rentenversicherung hat sich im Rahmen des Reha-Leitlinienprogramms die Aufgabe gestellt, die Qualität der rehabilita-

tiven Behandlung zu verbessern und noch stärker als bisher auf eine wissenschaftliche, evidenzbasierte Grundlage der Versorgung hinzuwirken (Brüggemann, Klosterhuis 2005). Für mehrere Indikationen sind Reha-Therapiestandards entwickelt worden, um sie als festen Bestandteil in die Reha-Qualitätssicherung zu integrieren (Klosterhuis 2008a). Die Therapiestandards für die Rehabilitation Alkoholabhängigkeitskranker wurde im August 2009 in einer Einführungsveranstaltung Vertretern der Sucht-Einrichtungen vorgestellt.

Unter Berücksichtigung der vorhandenen Therapiekonzepte, basierend auf einem bio-psycho-sozialen Krankheitsmodell, haben die Ergebnisse einer wissenschaftlichen Literaturrecherche zur Definition von evidenzbasierten Therapiemodulen (ETM) geführt (Köhler et al. 2007). In einem weiteren Schritt wurden für die jeweiligen ETM die therapeutischen Inhalte, die formale Ausgestaltung bezüglich der Dauer pro Woche bzw. pro Rehabilitation, sowie der Mindestanteil entsprechend zu behandelnder Rehabilitanden festgelegt. Schließlich wurden in dem Entwicklungsprojekt die einzelnen KTL-Codes den Therapiemodulen zugeordnet, damit der Abgleich der in der Realität durchgeführten therapeutischen Leistungen mit den Anforderungen der Leitlinie im Rahmen der Reha-Qualitätssicherung erfolgen kann. Ziel hierbei ist die Verbesserung der Behandlung und die Optimierung der Prozessgestaltung (Klosterhuis 2008b).

Tabelle 2 gibt einen Überblick über die definierten ETM der Reha-Therapiestandards für die stationäre und ganztägig ambulante Rehabilitation bei Alkoholabhängigkeit.

Erste Analysen der Reha-Entlassungsberichtsdaten des Jahres 2008 (10% Stichprobe) lassen den Schluss zu, dass die aktuelle Versorgungsrealität weitgehend den Anforderungen der Reha-Therapiestandards Alkoholabhängigkeit entspricht. Beispielfhaft sind in Abbildung 2 die ETM aufgeführt, die die Erwartungen in Form von festgelegten Mindestanteilen überschreiten. Indikative Therapien, Sport- und Bewegungstherapie ebenso wie Klinische Sozialarbeit für Risikogruppen werden in der Gesamtgruppe bei mehr Patienten erbracht als in den Standards gefordert.

Bei einigen evidenzbasierten Therapiemodulen werden jedoch die Mindestanforderungen noch nicht erfüllt, wie z. B. bei den arbeitsbezogenen Leistungen für Arbeitslose, den Angehörigenorientierten Interventionen oder der Ernährungsschulung (Abbildung 3). Die Nicht-Erfüllung der Anforderungen bezüglich der Psychotherapie im engeren Sinne (ETM 01) erklärt sich im Wesentlichen dadurch, dass die oben beschriebenen Dokumentationsprobleme bei vielen Reha-Einrichtungen vermutlich zu einer „Übererfüllung“ der Indikativen Gruppenan-

Tabelle 1: Therapeutische Versorgung (KTL) – Sucht-Rehabilitation 2007

Art der therapeutischen Leistung	Durchschnittl. Anzahl der Leistungen pro Woche		Durchschnittliche Dauer pro Woche (in Stunden)	
	ganztägig ambulant	stationär	ganztägig ambulant	stationär
Sport- und Bewegungstherapie	1,9	2,6	2,0	2,1
Physiotherapie	2,2	0,7	1,1	0,4
Information, Motivation, Schulung	1,7	2,9	1,4	1,8
Klinische Sozialarbeit, Sozialtherapie	4,3	2,0	3,3	1,3
Ergotherapie, Arbeitstherapie und andere funktionelle Therapien	3,7	4,2	5,0	6,2
Klinische Psychologie, Neuropsychologie	3,0	1,7	3,4	1,8
Psychotherapie	6,8	6,1	9,3	7,9
Reha-Pflege	1,7	1,4	0,5	0,2
Physikalische Therapie	1,4	1,6	0,7	0,4
Rekrutationstherapie	1,3	1,9	0,9	1,5
Ernährung	3,5	3,5	0,0	0,6

Quelle: Deutsche Rentenversicherung, Reha-Entlassungsberichte mit gültiger KTL 2007. Stationäre Sucht-Rehabilitation (n=10.537), ganztägig ambulante Sucht-Rehabilitation (n=285).

Tabelle 2: Definierte evidenzbasierten Therapiemodule (ETM) – Reha-Therapiestandards für die stationäre und ganztägig ambulante Rehabilitation bei Alkoholabhängigkeit

ETM	Bezeichnung
01	Allgemeine Psychotherapie bei Alkoholabhängigkeit: verhaltenstherapeutisch orientierte Psychotherapie, tiefenpsychologisch orientierte Psychotherapie und andere psychotherapeutische Leistungen (insbesondere Gesprächspsychotherapie, Gestalttherapie, Psychodrama)
02	Indikative Therapien: themenzentrierte Interventionen zur psychischen Komorbidität
03	Indikative Therapien: Förderung von psychosozialer Kompetenz
04	Angehörigenorientierte Interventionen
05a	Arbeitsbezogene Leistungen für Arbeitslose
05b	Arbeitsbezogene Leistungen für Rehabilitanden mit Arbeit und Nicht-Erwerbstätige
06	Tabakentwöhnung

ETM	Bezeichnung
07	Entspannungstraining
08	Sport- und Bewegungstherapie
09	Gesundheitsbildung und Schulung
10	Ernährungsschulung und -beratung
11	Gestalterische Ergotherapie, Künstlerische Therapien und Freizeitgestaltung
12	Förderung sozialer Integration: Ergotherapie
13a	Arbeitsbezogene Leistungen: Klinische Sozialarbeit für Arbeitslose
13b	Arbeitsbezogene Leistungen: Klinische Sozialarbeit für Rehabilitanden mit Arbeit und Nicht-Erwerbstätige
14	Förderung sozialer Integration: Klinische Sozialarbeit

Quelle: Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.): Reha-Therapiestandards Alkoholabhängigkeit – Pilotversion. Leitlinie für die medizinische Rehabilitation der Rentenversicherung. Stand: September 2009

beit (ETM 02) und einer resultierenden Nicht-Erfüllung des ETM 01 führten. Es bleibt abzuwarten, ob dies ein reines Dokumentations-/Klassifikationsproblem darstellt oder eine reale Nicht-Erfüllung dieses wichtigen Therapiemoduls weiter zu beachten ist.

Bereits in früheren Analysen der arbeitsbezogenen therapeutischen Versorgung Abhängigkeitskranker zeigten sich erhebliche einrichtungsspezifische Unterschiede. (Lindow et al. 2007). Auch anhand der aktuellen Daten sind generell gravierende Unterschiede zwischen den Reha-Einrichtungen festzustellen.

In Abbildung 4 werden die Ergebnisse des Jahres 2007 exemplarisch anhand der Erfüllung der Vorgaben des ETM 05a „Arbeitsbezogene Leistungen für Arbeitslose“ für einzelne nach der Fallzahl ausgewählte Sucht-Einrichtungen dargestellt. So finden sich Einrichtungen, die den geforderten Mindestanteil erreichen, überschreiten oder fast erreichen. Eine Vielzahl der betrachteten Einrichtungen hingegen kann die geforderten mindestens 16 Stunden pro Rehabilitation für 90% der arbeitslosen Rehabilitanden noch nicht erfüllen. Hier muss in Einzelfällen, z. B. durch Visitationen vor Ort oder Abgleich mit den strukturellen und konzeptuellen Rahmenbedingungen, geprüft werden, ob sich diese Situation verbessern lässt oder ob es sich um ein „reines“ Dokumentationsproblem handelt.

Insgesamt bleibt festzustellen, dass die Reha-Therapiestandards die wesentlichen Versorgungsaspekte der rehabilitativen Behandlung, die über die KTL abgebildet werden können, beinhalten. Weitgehend scheinen diese Standards in der Versorgungsrealität bei Alkoholabhängigkeitskranken in den Reha-Einrichtungen verankert. Durch die Möglichkeit sehr unterschiedlicher, auf die jeweilige spezifische Bedarfslage der Patienten ausgerichteter Prozessgestal-

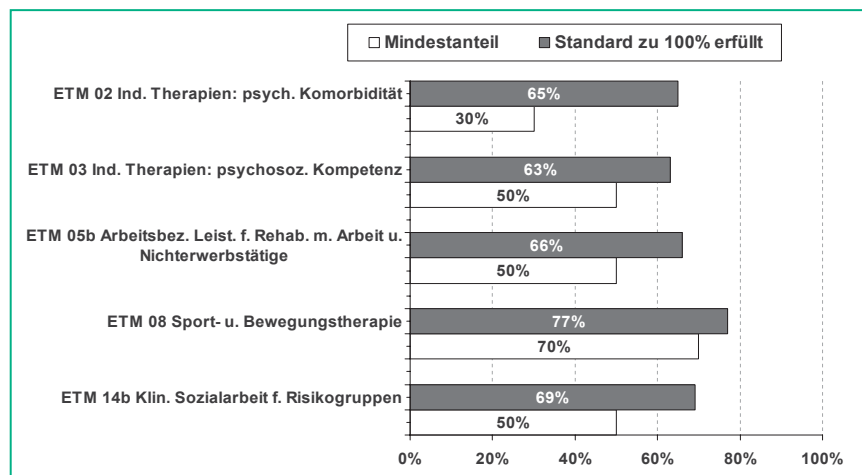


Abbildung 2: Reha-Therapiestandards Alkoholabhängigkeit – ETM mit Erfüllung der Mindestanforderungen

Quelle: Deutsche Rentenversicherung 2008, Reha-Entlassungsberichte mit gültiger KTL 2007. 10% Stichprobe. Stationäre und ganztägig ambulante Rehabilitation bei Alkoholabhängigkeit (n=835).

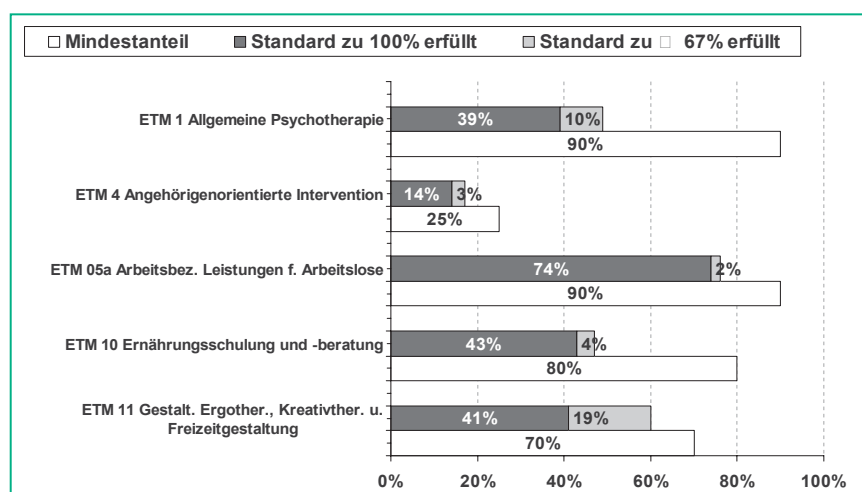


Abbildung 3: Reha-Therapiestandards Alkoholabhängigkeit – ETM mit deutlich geringerer Erfüllung der Mindestanforderungen

Quelle: Deutsche Rentenversicherung 2008, Reha-Entlassungsberichte mit gültiger KTL 2007. 10% Stichprobe. Stationäre und ganztägig ambulante Rehabilitation bei Alkoholabhängigkeit (n=835).

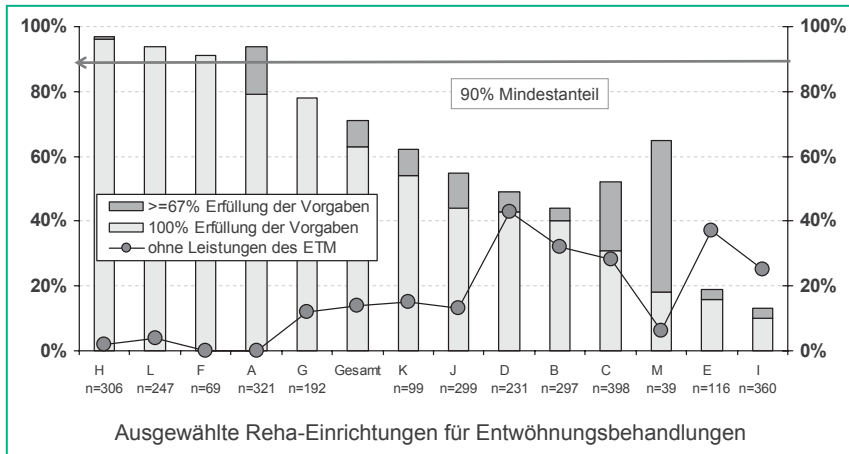


Abbildung 4: Reha-Therapiestandards Alkoholabhängigkeit nach Reha-Einrichtungen; ETM 05a: Arbeitsbezogene Leistungen für Arbeitslose

Quelle: Deutsche Rentenversicherung 2007, Reha-Entlassungsberichte mit gültiger KTL 2007. Stationäre Rehabilitation bei Alkoholabhängigkeit, Sucht-Einrichtungen, Auswahl nach Fallzahl.

tungen liefern die Therapiestandards einen genügend großen Spielraum für die therapeutische Versorgung. Die Heterogenität der Sucht-Einrichtungen bei der Erfüllung der Mindestanforderungen in Bezug auf den Leistungsumfang und den Mindestanteil der behandelten Rehabilitanden muss jedoch zukünftig genauer beobachtet werden.

3 Bewertung der Qualität von Sucht-Einrichtungen

Neben der Analyse der Routinedaten zur Versorgungsqualität bestehen im Rahmen der Reha-Qualitätssicherung der Rentenversicherung weitere Möglichkeiten zur Bewertung der Prozess- und Ergebnisqualität von Reha-Einrichtungen für Entwöhnungsbehandlungen. Indikationsspezifische Reha-Einrichtungsvergleiche werden auf der Basis von Qualitätskennzahlen durchgeführt. Derzeit können drei Indikatoren – das Ergebnis des Peer Review-Ver-

fahrens, die Rehabilitandenzufriedenheit und der subjektive Behandlungserfolg – vergleichend dargestellt werden (Beckmann 2009). Daneben werden Einflüsse eines unterschiedlichen Patienten-Mixes in den Reha-Einrichtungen durch Adjustierung berücksichtigt. In die Bewertung gehen jeweils die aktuell vorliegenden, rentenversicherungsweit einheitlich erhobenen Daten ein. Berechnet werden die Kennzahlen nach dem Prinzip eines Qualitätsoptimums. Die Reha-Einrichtung, die ein Maximum an positiven Rückmeldungen von den Gutachtern im Peer Review-Verfahren erhält, erreicht 100 Qualitätspunkte für diesen Indikator. Entsprechendes gilt für die Ergebnisse der Rehabilitandenbefragung. Nur wenn alle Rehabilitanden mit allen Bereichen der rehabilitativen Versorgung sehr zufrieden sind, werden für die Behandlungszufriedenheit 100 Qualitätspunkte vergeben. Falls alle Rehabilitanden in allen Dimensionen eine Verbesserung nach der Rehabilitation angeben, werden für den subjek-

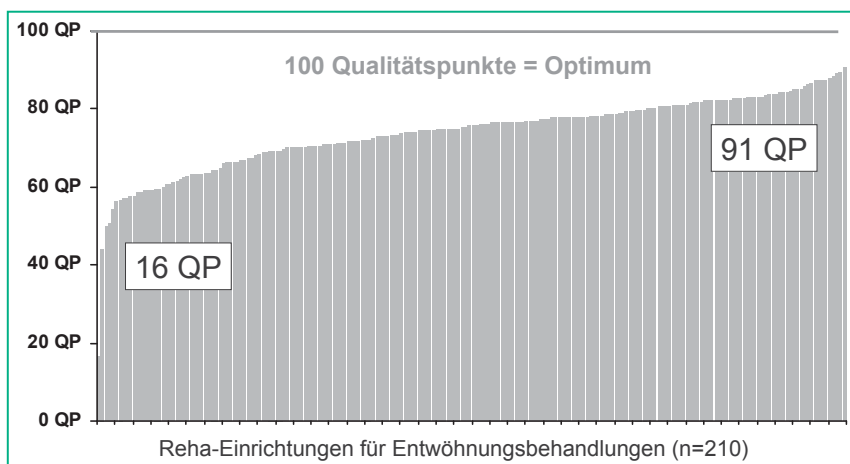


Abbildung 5: Peer Review – Qualitätsbewertung der Sucht-Einrichtungen

Quelle: Peer Review 2007/09. 210 Sucht-Einrichtungen (n=3.534).

tiven Behandlungserfolg ebenfalls 100 Qualitätspunkte berechnet. Im nächsten Schritt werden auch die Bewertungen der Versorgungsqualität mittels der KTL-Dokumentation (vgl. Abschnitt 2.1) und der Versorgung bezogen auf die Reha-Therapiestandards (vgl. Abschnitt 2.2) in das Kennzahlensystem einbezogen.

3.1 Peer Review: Prozessqualität aus Expertensicht

Die Bewertung der Qualität zufällig ausgewählter Reha-Prozesse durch Fachkollegen (Peers) erfolgt auf der Basis der Reha-Entlassungsberichte und dazugehöriger Therapiepläne (Baumgarten, Klosterhuis 2007). Im Peer Review des Jahres 2007/09 wurden 3.534 Fälle aus 210 Sucht-Einrichtungen von 175 Peers geprüft. Es zeigte sich eine deutlich bessere Bewertung als in früheren Peer Review-Verfahren. Abbildung 5 lässt jedoch deutliche Unterschiede in den betrachteten Reha-Einrichtungen für Entwöhnungsbehandlungen erkennen. So liegen zwar einige Einrichtungen mit bis zu 91 Qualitätspunkten nahe am Optimum von 100 Punkten. Die schlechteste Bewertung wurde jedoch mit 16 Qualitätspunkten berechnet.

Tabelle 3 zeigt im Zeitvergleich die Bewertungen der einzelnen Bereiche der Peer Review-Checkliste und des Merkmals gesamtener Reha-Prozess. 173 Sucht-Einrichtungen, die an beiden Peer Review-Verfahren teilgenommen haben, werden dargestellt. Im Jahr 2004/05 wurden 3.086 Fälle bewertet und 2.939 Fälle im Jahr 2007/09. Der Anteil der gravierenden Mängel hat sich in allen Bereichen reduziert, der Anteil der positiven Bewertungen entsprechend zugenommen. Insgesamt lassen sich für alle Bereiche statistisch signifikante Verbesserungen nachweisen.

Von 54 Sucht-Einrichtungen, die im Verfahren 2004/05 mehr als 30% deutliche und gravierende Mängel in der Bewertung für das Merkmal „Gesamt Reha-Prozess“ aufwiesen, konnten 80% im nächsten Peer Review Verbesserungen zeigen. Auch hier sind in Einzelfällen sowohl einrichtungsintern als auch in Zusammenarbeit mit dem federführenden Rentenversicherungsträger die Ursachen zu klären und qualitätsverbessernde Maßnahmen einzuleiten.

3.2 Rehabilitandenzufriedenheit: Befragung von Betroffenen

Für die Rentenversicherung ist die Patientenorientierung bei der Durchführung der Rehabilitation ein wesentliches Qualitätsmerkmal. Auch aus diesem Grund wird der monatlich durchgeführten Rehabilitandenbefragung ein hoher Stellenwert beigemessen (Widera, Klosterhuis 2007). Die Betroffenen werden 8–12 Wochen nach Ende der Reha-Maßnahme zu folgenden Bereichen befragt: der ärztlichen, pflege-

Tabelle 3: Bewertung der Bereiche und des Merkmals Gesamter Reha-Prozess – alle Mängelkategorien im Zeitvergleich

	keine Mängel		leichte Mängel		deutliche Mängel		gravierende Mängel		Sig.
	2004/05	2007/09	2004/05	2007/09	2004/05	2007/09	2004/05	2007/09	
Anamnese	27%	31%	53%	56%	15%	11%	4%	3%	** ↑
Diagnostik	33%	37%	45%	45%	18%	16%	4%	3%	** ↑
Therapie / Therapieziele	36%	37%	49%	51%	12%	9%	3%	2%	* ↑
Klinische Epikrise	39%	45%	46%	43%	12%	10%	4%	2%	** ↑
Sozialmedizinische Epikrise	37%	38%	43%	46%	13%	11%	7%	5%	** ↑
Weiterführende Maßnahmen	48%	53%	39%	37%	9%	8%	4%	2%	** ↑
Gesamter Reha-Prozess	19%	21%	57%	61%	19%	16%	5%	3%	** ↑

Quelle: Peer Review 2007/09. 173 Sucht-Einrichtungen (2007/09: n=2.939 Fälle; 2004/05: n=3.086 Fälle).

rischen und psychotherapeutischen Betreuung, den therapeutischen, psychoedukativen und körperorientierten Maßnahmen, der Abstimmung der Reha-Ziele sowie organisatorischen Aspekten, Verhaltensempfehlungen und dem Gesamturteil.

Auf einer Skala von 1 „sehr gut“ bis 5 „mangelhaft“ liegt die Gesamtzufriedenheit der im Jahr 2007 befragten Abhängigkeitskranken (n=5.515) mit der Note 2,1 recht gut (Beckmann et al. 2009). Besser bewertet werden die körperorientierten Behandlungen mit durchschnittlich 1,8 und die Verhaltensempfehlungen für Beruf, Haushalt und Freizeit mit einem Durchschnittswert von 1,6. Kritischer beurteilt wird – wie auch in anderen Indikationsbereichen – die Abstimmung mit den Therapeuten und Ärzten über die Reha-Planung und die -Ziele. Eine Untersuchung zu Einflussfaktoren auf diesen Zufriedenheitsbereich haben gezeigt, dass sich die Zielorientierung in einer Reha-Einrichtung durch eine konsequente patientenorientierte Steuerung, d. h. Therapeutenkonstanz und persönliche Zuwendung, verbessern lässt (Meyer et al. 2008).

Die Ergebnisse der Rehabilitandenbefragung werden in der Kennzahl Behandlungszufriedenheit in Abbildung 6 für 47 Sucht-Einrichtungen vergleichend dargestellt. Ausgewählt wurden nur Einrichtungen, für die Angaben von mehr als 35 Befragten im Jahr 2007 vorlagen. Mit Resultaten von 64 bis 83 Qualitätspunkten ist der Unterschied der einzelnen Sucht-Einrichtungen nachweisbar, jedoch nicht so ausgeprägt wie bei den Ergebnissen zum Peer Review (vgl. Abschnitt 3.1).

Bisher wurde die einrichtungsvergleichende Darstellung der Behandlungszufriedenheit noch nicht in die Routineberichterstattung zur Reha-Qualitätssicherung für den Indikationsbereich psychische und Abhängigkeitserkrankungen integriert. Da ein neuer Fragebogen für diesen Versorgungsbereich ab Oktober 2009 rentenversicherungswest eingesetzt wird, ist eine Änderung des Berichtswesens für das Jahr 2010 vorgesehen. Ver-

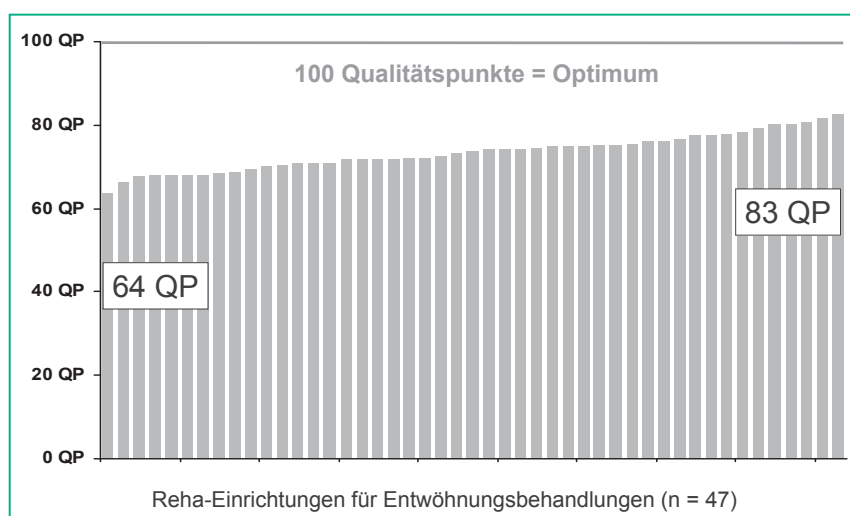


Abbildung 6: Behandlungszufriedenheit – Qualitätsbewertung der Sucht-Einrichtungen

Quelle: Rehabilitandenbefragung 2007. 47 Sucht-Einrichtungen mit mehr als 35 Befragten.

bunden damit wird die Darstellung adjustierter Werte, um faire Einrichtungsvergleiche im Rahmen der Qualitätsbewertung zu realisieren.

3.3 Subjektiver Behandlungserfolg: Ergebnisqualität aus Patientensicht

Im Rahmen der Routinebefragung der Rehabilitanden wird nicht nur die Zufriedenheit mit der Beratung und Behandlung erfragt, sondern auch die Besserung der psychischen und somatischen Beschwerden und die Bewertung des Reha-Erfolges aus Betroffenenansicht. Die Mehrzahl der Abhängigkeitskranken (75%) sieht insbesondere Verbesserungen der körperlichen Gesundheit durch die Rehabilitation. Aber auch Depressivität (70%) und Furchtsamkeit (67%) konnten aus Sicht der Betroffenen verbessert werden. Dieser subjektive Behandlungserfolg wird einerseits als eigenständiger Parameter der Ergebnisqualität angesehen, andererseits stellt er einen guten prädiktiven Wert für die weitere Arbeits- und Leistungsfähigkeit der Rehabilitanden dar.

In Abbildung 7 sind die Qualitätspunkte bezogen auf den Indikator „Subjektiver Be-

handlungserfolg“ in den Sucht-Einrichtungen mit mehr als 25 Befragten im Jahr 2007, die sich zu den Beschwerden äußerten, dargestellt. Denkbar ist hier, dass bestimmte Gruppen Abhängigkeitskranker angeben, vor der Rehabilitation weder körperliche noch seelische Probleme gehabt zu haben, so dass keine Verbesserung berechnet werden kann. Die schlechteste Bewertung einer Einrichtung für Entwöhnungsbehandlungen liegt bei 57 Qualitätspunkten, die beste bei 90. Es bleibt zu prüfen, ob der Einrichtungsvergleich mit adjustierten Daten ebenfalls diese Spannweite liefert.

Die Ergebnisqualität aus Patientensicht wurde zwar seit vielen Jahren in den Berichten zur Reha-Qualitätssicherung der Rentenversicherung ausgewiesen, erhielt jedoch in der „Qualitätsdebatte“ nie den Stellenwert der Patientenzufriedenheit. Lange wurde über die Vor- und Nachteile der direkten oder indirekten Veränderungsmessung diskutiert (Kohlmann, Raspe 1998, Farin et al. 2009). Darüber ist der eigentliche Nutzen dieses Erfolgsparameters bei der Qualitätsbewertung vernachlässigt worden.

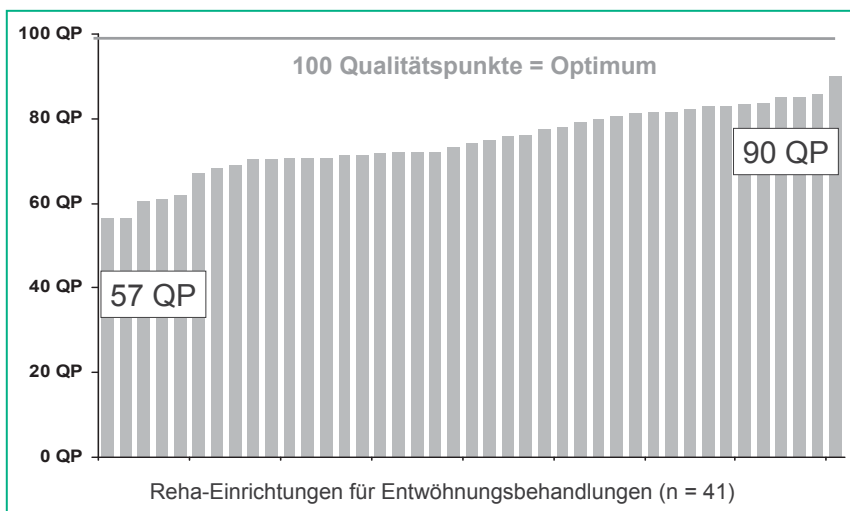


Abbildung 7: Subjektiver Behandlungserfolg – Qualitätsbewertung der Sucht-Einrichtungen
Quelle: Rehabilitandenbefragung 2007. 41 Sucht-Einrichtungen mit Angaben von mehr als 25 Befragten.

4 Ausblick

Neben den in den Abschnitten 2 und 3 beschriebenen Weiterentwicklungen werden die qualitätssichernden Aktivitäten der Rentenversicherung sich in verstärktem Maße der Ergebnisqualität widmen. Es soll geprüft werden, inwieweit die routinemäßig erfassten Daten zum sozialmedizinischen Verlauf für Reha-Einrichtungsvergleiche genutzt werden können. Darüber hinaus wird aktuell ein Projekt zur Sicherung der Ergebnisqualität im Bereich Kinder- und Jugendlichen-Rehabilitation als gemeinsames Projekt der Gesetzlichen Kranken- und Rentenversicherung durchgeführt. Hier sind Rückschlüsse zur indikationspezifischen und generischen Erfassung von Parametern der Ergebnisqualität zu erwarten.

Das Qualitätssicherungssystem der Rentenversicherung an die Reha-Einrichtungen wird sukzessive Qualitätspunkte beinhalten. Weitere Indikatoren werden je nach Verfügbarkeit in das Bewertungskonzept aufgenommen. Für die Sucht-Rehabilitation ist voraussichtlich im nächsten Jahr mit der Etablierung einer Rückmeldung des neuen Patientenfragebogens zu rechnen, der eine adjustierte Darstellung der Patientenaussagen enthalten wird. Auch bei dieser Qualitätssicherungs-Berichterstattung wird die einrichtungsvergleichende Bewertung integriert.

Als weiteren Entwicklungsbereich der nächsten Monate und Jahre ist die verstärkte Integration von Qualitätssicherung in den ambulanten Versorgungsbereichen zu erwarten. Wie konkret diese Maßnahmen gerade für den spezifischen Bereich der berufs begleitenden ambulanten Sucht-Rehabilitation aussehen werden, wird zurzeit diskutiert.

Zur Erfassung und Bewertung der Strukturqualität der Reha-Einrichtungen, d. h. der personellen, räumlichen und sachlichen Ausstattung, sind Anforderungen von der

Rentenversicherung formuliert worden, die derzeit mit den Verbänden der Leistungserbringer – gerade auch aus dem Suchtbereich – intensiv diskutiert werden. Für die erste Hälfte des nächsten Jahres ist eine Veröffentlichung von einheitlichen Strukturanforderungen der Rentenversicherung für stationäre Reha-Einrichtungen zu erwarten. Damit ist ein weiterer Baustein im System einer umfassenden Qualitätssicherung der medizinischen Rehabilitation verantwortet durch die Rentenversicherung geleistet.

Generell sollen die qualitätssichernden Maßnahmen zu einer Optimierung der medizinischen Rehabilitation beitragen und eine problematische Varianz der Reha-Einrichtungen verringern. Eine wichtige Aufgabe der Reha-Qualitätssicherung wird in der Berichterstattung gesehen. Die Ergebnisse sollen noch handlungsorientierter für die Adressaten in den Reha-Einrichtungen und bei den Rentenversicherungsträgern gestaltet werden, um die Wirksamkeit insgesamt zu erhöhen.

Literatur

- (1) Baumgarten, E., Klosterhuis H. (2007). Aktuelles aus der Reha-Qualitätssicherung: Peer Review-Verfahren ausgewertet – bessere Reha-Qualität, aber deutliche Unterschiede zwischen Reha-Einrichtungen. RVaktuell, 54(5), 152-154.
- (2) Beckmann, U. (2009). „Qualitätsdialoge der RV-eigenen Reha-Einrichtungen“ – Indikationsbereich psychosomatische und Abhängigkeitserkrankungen. RVaktuell, 56(5/6), 197-198.
- (3) Beckmann, U., Klosterhuis, H., Naumann, B. (2009). Suchtrehabilitation durch die Rentenversicherung. In: DHS (Hrsg.). Jahrbuch Sucht, 208-218.
- (4) Brüggemann, S., Klosterhuis, H. (2005). Leitlinien für die medizinische Rehabilitation – eine wesentliche Erweiterung der Qualitätssicherung. RV aktuell, 52(10/11), 467-475.

- (5) Deutsche Rentenversicherung (Hrsg.) (2007). KTL – Klassifikation therapeutischer Leistungen in der medizinischen Rehabilitation, 5. Auflage.
- (6) Farin, E., Dudeck, A., Meffert, C., Glattacker, M., Jäckel, W. H., Beckmann, U., Polak, U. (2009). Direkte und indirekte Veränderungs-messung in der ambulanten Rehabilitation muskuloskeletaler und kardiologischer Erkrankungen. Phys Med Rehab Kuror, 19, 149–161.
- (7) Klosterhuis, H., Zander, J., Naumann, B. (2009). Rehabilitation der Rentenversicherung – Inanspruchnahme und Qualitätssicherung. die BG, 09, 394-400.
- (8) Klosterhuis, H. (2008a) Aktuelle Strategien der Deutschen Rentenversicherung in der Qualitätssicherung der medizinischen Rehabilitation. Prävention und Rehabilitation, 20(4), 184-192.
- (9) Klosterhuis, H. (2008b). Welchen Beitrag zur Verbesserung der Suchtbehandlung leistet die Reha-Leitlinie zur Alkoholabhängigkeit der Deutschen Rentenversicherung? In: Schriftenreihe des Fachverbandes Sucht e.V., 30-40.
- (10) Köhler, J., Schmidt, P., Soyka, M. (2007). Leitlinie für die stationäre Rehabilitation bei Alkoholabhängigkeit – Aktueller Stand der Umsetzung. Sucht aktuell, 14(1), 31-34.
- (11) Kohlmann, T., Raspe, H. (1998). Zur Messung patientenaher Erfolgskriterien in der medizinischen Rehabilitation: Wie gut stimmen „indirekte“ und „direkte“ Methoden der Veränderungsmessung überein? Rehabilitation, 37, Suppl. 1, 30-37.
- (12) Lindow, B., Zander, H., Klosterhuis, H. (2007): Therapeutische Leistungen zur Förderung der Teilhabe am Arbeitsleben: aktuelle Auswertungen von KTL-Daten zur Suchtrehabilitation der Rentenversicherung. In: Henkel, D., Zemlin, U. (Hrsg.): Arbeitslosigkeit und Sucht, 338-360.
- (13) Meyer, T., Pohontsch, N., Maurischat, C., Raspe, H. (2008): Patientenzufriedenheit und Zielorientierung in der Rehabilitation. Jacobs-Verlag, ISBN: 978-3-89918-166-1.
- (14) Widera, T., Klosterhuis, H. (2007): Patientenorientierung in der Praxis – 10 Jahre Rehabilitandenbefragung im Rahmen der Reha-Qualitätssicherung der Rentenversicherung. RVaktuell, 54, 177-182.
- (15) Zander, J., Beckmann, U., Somhammer, B., Klosterhuis, H. (2009): Therapeutische Versorgung in der medizinischen Rehabilitation – mehr Transparenz mit der Klassifikation therapeutischer Leistungen (KTL). RVaktuell, 56(5/6), 186-194.

Korrespondenzadresse

Dr. Ulrike Beckmann
Deutsche Rentenversicherung Bund
Bereich Reha-Qualitätssicherung,
Epidemiologie und Statistik
Referat 0431/R4108
10704 Berlin
Tel. Nr.: 030 865-31836
Fax Nr.: 030 865-27482
mailto:ulrike.beckmann@drv-bund.de