

# Therapeutische Leistungen in der stationären Rehabilitation Alkohol- und Medikamentenabhängiger

## Eine Bestandsaufnahme des Behandlungsspektrums an 6 Fachkliniken für Alkohol- und Medikamentenabhängige unter Berücksichtigung der ICDH-2-Beta-2-Dimensionen „Aktivitäten“ und „Partizipation“

Uwe Zemlin, Peter Missel, Peer Dornbusch, Franz Herder

### 1. Untersuchungsinteresse

Eine empirische Auswertung des Leistungsspektrums moderner Fachkliniken für Abhängigkeitskranke durchzuführen, ist auf dem Hintergrund einer ganzen Reihe von möglichen Fragestellungen interessant. So können beispielsweise Daten für die Beantwortung versorgungspolitischer Fragen gewonnen und Fragen der Indikationsstellung bei Abhängigkeitskranken untersucht werden. Daten zum Leistungsspektrum liefern zahlreiche Hinweise für die Analyse der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität und für das interne Qualitätsmanagement der Kliniken. Unterschiede in den Leistungsdaten verschiedener Kliniken werfen Fragen nach unterschiedlichen Behandlungsphilosophien auf. Vorrangig für in der klinischen Praxis tätige Fachleute ist indessen die Frage, ob die therapeutischen Leistungen in geeigneter Weise auf die zu behandelnden Störungen eingehen können.

Letzteres zu beantworten setzt voraus, dass man sich auf ein theoretisches Modell bezieht, etwa in der Logik der Ausführungen der Rentenversicherung zur Programmqualität, die theoretische Ausführungen zum Suchtmodell, zu Indikationsfragen und zur Ableitung von therapeutischen Leistungen auf eben diesem Hintergrund fordern. Die bestehenden Partialtheorien zur Sucht geben sicher keine geeignete theoretische Grundlage für eine Leistungsauswertung ab. Zu heterogen sind ihre Ansätze, zu vielschichtig ihre theoretischen Traditionen und zu kontrovers ihre Ergebnisse. Eine integrierende Theorie der Sucht gibt es derzeit nicht und selbst wenn es sie gäbe, hieße eine integrierte theoretische Betrachtung, den an der Untersuchung beteiligten Kliniken mit ihren über 2 Jahrzehnte gewachsenen und ausdifferenzierten Behandlungsprogrammen retrospektiv eine einheitliche Konzeptlogik überzustülpen. Angesichts gewachsener therapeutischer Traditionen und konzeptioneller Eigenheiten wäre dies allerdings ein künstliches Unterfangen.

Dennoch, ein theoretischer Orientierungsrahmen ist bei einer Leistungsauswertung sicher ebenso notwendig wie hilfreich. Die derzeit in der wissenschaftlichen Diskussion befindliche Beta-2-Version der ,Internationalen Klassifikation der Funkti-

onsfähigkeit und Behinderung' (ICIDH-2-Beta-2), die sich auf Behinderungen und chronische Erkrankungen bezieht, bietet Bewertungsmöglichkeiten für eine umfassende Leistungsdarstellung, weil sie mit präzise beschriebenen Befundkategorien von Störungen der Funktionsfähigkeit zugleich implizite Zielkategorien für die Behandlung chronischer Erkrankungen, z.B. der Substanzabhängigkeit liefert. Zwar ist diese Klassifikation im strengen Sinne nicht theoretisch legitimiert, sie erhebt aber den Anspruch alle relevanten Kategorien eines menschenwürdigen Lebens zu erfassen und in ein integriertes System einzubringen. Zumindest die Frage, ob das Leistungsspektrum der Fachkliniken die bei Abhängigkeitserkrankungen zu beobachtenden Störungen der Funktionsfähigkeit berücksichtigt, sollte also durch einen Vergleich der impliziten Ziele der einzelnen therapeutischen Maßnahmen mit den Befundkategorien der ICDH-2-Beta-2 zu beantworten sein.

Die Studie untersucht folgenden *Fragestellungen*:

1. Entspricht das Leistungsspektrum den impliziten Vorgaben der ICDH-2?
2. Wie lässt sich das therapeutische Gesamtangebot moderner Fachkliniken in der Bundesrepublik am Beispiel von 6 Kliniken der Allgemeinen Hospitalgesellschaft, Hilden, beschreiben, welche Schwerpunkte in den Behandlungsangeboten und welche Gemeinsamkeiten und Unterschiede im Programmprofil verschiedener Kliniken zeichnen sich ab?

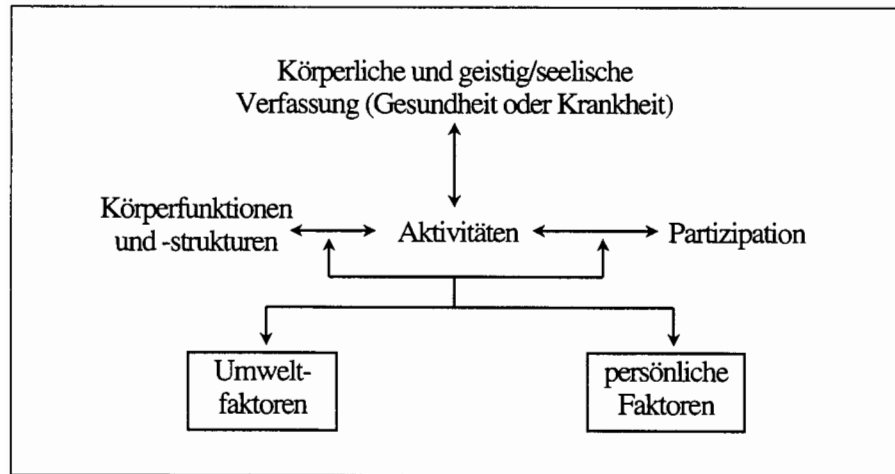
### 2. Darstellung der ICDH-2-Beta-2 und mögliche Implikationen für die Rehabilitation Suchtkranker

1980 erschien eine von der WHO herausgegebene Internationale Klassifikation der Schädigungen, Fähigkeitsstörungen und Beeinträchtigungen (International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps, 1980), die sog. ICDH-1. Dieser folgte 1997 die Beta-1-Version, die international ausführlichen Feldtests und Begutachtungen unterzogen wurde. Daraus ging dann die Beta-2-Version hervor, die seit April 2000 auch in deutscher Sprache vorliegt und im Internet einsehbar ist. Diese Beta-2 Version befindet sich zur Zeit in der Diskussion der nationalen Gremien und unter anderem ist auch der Fachverband Sucht e.V. aufgerufen eine Stellungnahme abzugeben. 2001 sollen dann die Ergebnisse aus den nationalen Gremien zu einer neuen verbindlichen internationalen Version verschmolzen werden. Nun hat die ICDH-1 in der Vergangenheit wenig Einfluss auf die Rehabilitation Suchtkranker gehabt und es soll an dieser Stelle auch nicht darüber spekuliert werden, ob die ICDH-2 diesen unter der gegenwärtigen Gesetzeslage bzw. in Anbetracht der geplanten Veränderungen im Sozialgesetzbuch in absehbarer Zukunft haben wird. Unabhängig davon bietet die ICDH-2-Beta-2 aber eine Reihe von neuen Denk- und Systematisierungsansätzen, die auch auf die Rehabilitation Suchtkranker anwendbar sind und von denen wir auf der Ebene der Klinikkonzepte unter therapeutischen Gesichtspunkten durchaus profitieren können. Als besonderer Vor-

teil könnte sich erweisen, dass in der ICDH-2-Beta-2 mit den Dimensionen „Aktivitäten“ und „Partizipation“ eine implizite Zielheuristik für einen angemessenen menschenwürdigen Lebensvollzug angelegt ist, die unabhängig von Störungs- und Ätiologiemodellen ist, daher auch auf unterschiedliche therapeutische Ansätze bezogen werden kann und deren Kriterien den in der Rehabilitation tätigen Therapeuten eine Operationalisierung von individuellen Therapiezielen ermöglichen könnte. Bis es allerdings soweit ist, müssten Therapieinhalte und Therapiemaßnahmen bestehender Behandlungsprogramme auf diese Kriterien bezogen werden. Diese Untersuchung ist ein erster Schritt in diese Richtung.

Die folgende Abbildung bringt die Dimensionen der ICDH-2-Beta-2 in einen theoretischen Zusammenhang, der die Programmatik der ICDH-2-Beta-2 zum Ausdruck bringt.

**Abb. 1: Gegenwärtiges Verständnis der Interaktionen zwischen den Dimensionen der ICDH-2**



Quelle: International Classification of Functioning and Disability. Beta-2 draft, Full Version. Genf, WHO, 1999. Deutsche Version, Stand 10.04.2000

Kontextfaktoren und personbezogene Faktoren „interagieren mit der Person, die eine bestimmte körperliche, geistige und seelische Verfassung aufweist, und bestimmen Art und Ausmaß der Funktionsfähigkeit dieser Person“. Die zentralen Dimensionen, die die Funktionsfähigkeit des Individuums beschreiben sind die Dimensionen ‚Körperfunktionen und -strukturen‘, ‚Aktivitäten‘ und ‚Partizipation‘. Sie liegen in der ICDH-2-Beta-2 in einer präzise beschriebenen Form vor. Körperfunktionen und -strukturen, Aktivitäten und Partizipationen sind in Wechselwirkungen mit Umweltfaktoren und personbezogenen Faktoren (vgl. Abb. 1) eingebunden. Umweltfaktoren sind für die Person externe Faktoren (z.B. Einstellungen der Gesellschaft,

Rechtssystem) und in der Klassifikation aufgelistet. Personbezogene Faktoren hingegen sind in der gegenwärtigen Fassung der ICDH-2-Beta-2 nicht aufgelistet. Falls notwendig, ist ihre Beurteilung dem Anwender überlassen. „Zu den persönlichen Faktoren gehören Geschlecht, Alter, andere Gesundheitsprobleme, Fitness, Lebensstil, Gewohnheiten, Erziehung, Bewältigungsstile, sozialer Hintergrund, Erziehung/Ausbildung, Beruf, ... vergangene oder gegenwärtige Lebensereignisse...“ (ICIDH-2-Beta-2 Version, Seite 25). Hier handelt es sich also um wesentliche personbezogene Variablenbereiche, die in der klinischen Arbeit von Bedeutung sind.

**Wie werden die zentralen Dimensionen ‚Körperfunktionen und -strukturen‘, ‚Aktivitäten‘ und ‚Partizipationen‘ definiert?**

„Körperfunktionen sind physiologische oder psychische Funktionen von Körpersystemen.

Körperstrukturen sind anatomische Teile des Körpers wie Organe, Gliedmaßen und ihre Bestandteile.“ (ebd. S. 18) Körperfunktionen und Körperstrukturen sind in zwei verschiedenen aber parallel entworfenen Klassifikationen dargestellt.

Eine *Schädigung* ist eine „Beeinträchtigung einer Körperfunktion oder -struktur im Sinn einer wesentlichen Abweichung oder eines Verlustes.“ (ebd. S.18) Sie betreffen den physischen und psychischen Funktionszustand, gemessen an von Fachleuten anerkannten Maßstäben.

Die *Auswirkung einer Schädigung* für das Leben des Individuums wird über die Kategorien der ‚Aktivitäten‘ und der ‚Partizipation‘ beschrieben.

„Eine *Aktivität* bezeichnet die Durchführung einer Aufgabe oder einer Tätigkeit (Aktion) durch ein Person.

Eine *Beeinträchtigung der Aktivität* ist eine Schwierigkeit oder die Unmöglichkeit für eine Person, die Aktivität durchzuführen.“(ebd., S.19).

Die Aktivitäten werden in der ICDH-2-Beta-2 in 8 Kapiteln ausgeführt (In Klammern die Codes auf der zweiten Gliederungsstufe):

- Das Kapitel 1 ‚Aktivitäten des Lernens und der Wissensanwendung‘ betrifft elementare und komplexe Aktivitäten, „die zum Lernen, zur Anwendung des gelernten Wissens, zum Nachdenken, zum Lösen von Problemen und zum Treffen von Entscheidungen erforderlich sind.“ (a110-a199)
- Kapitel 2 ‚Aktivitäten der Kommunikation‘ bezieht sich auf Aktivitäten des Verstehens und der Produktion von gesprochenen, schriftlichen oder nonverbalen Mitteilungen und Aktivitäten zur Konversation. (a210-a299)
- Kapitel 3 ‚Elementare Bewegungsaktivitäten‘ sowie Handhabung von Gegenständen erfasst Körperbewegungen, Veränderung der Körperposition, Verlagerung, sowie Halten, Bewegen und Handhaben von Gegenständen. (a310-a399)

- Kapitel 4 ‚Aktivitäten der Fortbewegung‘ bezieht sich auf Fortbewegungsaktivitäten, drinnen und draußen. (a410-a499)
- In Kapitel 5 ‚Aktivitäten der Selbstversorgung‘ werden elementare Aktivitäten wie Körperhygiene und -pflege, Ankleiden, sich ernähren und auf die Gesundheit achten beschrieben. (a510-a599)
- Kapitel 6 ‚Häusliche Aktivitäten‘ umfasst z.B. das Beschaffen von Wohnraum, Lebensmitteln etc., Haushaltsaktivitäten, Reinigung und Instandsetzung usw.. (a610-a699)
- In Kapitel 7 ‚Interpersonelle Aktivitäten‘ werden elementare oder komplexe Aktivitäten des Interagierens mit Menschen in einer kontextuell und sozial geeigneten Weise operationalisiert. (a710-a799)
- In Kapitel 8 ‚Aufgabenbewältigung und bedeutende Lebensaktivitäten‘ werden die Anforderungen jeder Art von Aufgaben und Aktivitäten beschrieben, die in wichtigen Lebensbereichen wie Arbeit, Bildung und Ausbildung sowie Freizeitgestaltung erforderlich sind. (a810-a899)

„*Partizipation* ist die Teilnahme oder Teilhabe einer Person in einem Lebensbereich bzw. einer Lebenssituation vor dem Hintergrund ihrer körperlichen, geistigen und seelischen Verfassung, ihrer Körperfunktionen und Strukturen, ihrer Aktivitäten und ihrer Kontextfaktoren (personbezogene Faktoren und Umweltfaktoren).

Eine *Beeinträchtigung der Partizipation* ist ein nach Art und Ausmaß bestehendes Problem einer Person bezüglich ihrer Teilhabe in einem Lebensbereich bzw. einer Lebenssituation.“ (ebd., S.21)

Analog der Systematisierung der Aktivitäten werden die Partizipationen in 9 Kapiteln ausgeführt:

- Kap.1 ‚Partizipation an der persönlichen Selbstversorgung‘ (p110-p199),
- Kap.2 ‚Partizipation an Mobilität‘ (p210-p299),
- Kap.3 ‚Partizipation am Informationsaustausch‘ (p310-p399),
- Kap.4 ‚Partizipation an sozialen Beziehungen‘ (p410-p499),
- Kap.5 ‚Partizipation am häuslichen Leben und an der Hilfe für andere‘ (p510-p599),
- Kap.6 ‚Partizipation an Bildung und Ausbildung‘ (p610-p699),
- Kap.7 ‚Partizipation an Erwerbsarbeit und Beschäftigung‘ (p710-p799),
- Kap.8 ‚Partizipation am Wirtschaftsleben‘ (p810-p899),
- Kap.9 ‚Partizipation an der Gemeinschaft, am sozialen und am staatsbürgerlichen Leben‘ (p910-p999).

Der ICIDH-2-Beta-2 liegt, das wird aus dieser Systematisierung deutlich, ein ‚biopsychosozialer Ansatz‘ zugrunde. Während also das ‚medizinische Modell‘ Behinderung und chronische Erkrankung vorwiegend als ein persönliches Problem sieht, das z.B. von einer Krankheit verursacht wird und das der Behandlung bedarf, und das ‚soziale Modell‘ Behinderung und chronische Erkrankungen und damit auch Suchterkrankungen als gesellschaftliches Problem mit gesellschaftlichen Ursachen sieht und damit vor allem gesellschaftliche Veränderungen erfordern würde, leistet

das Konzept der ICIDH-2 eine Integration dieser beiden Modelle. Es versucht „eine kohärente Sicht der verschiedenen Dimensionen der Gesundheit auf biologischer, individueller und sozialer Ebene“ (ebd., S. 25/26) zu ermöglichen und ist daher auch für klinische und gesundheitspolitische Anwendungsbereiche geeignet.

### 3. Untersuchungsmethodik

*Die Klinikstichprobe:*

In die Auswertung gehen die Leistungsdaten des Entlassjahres 1998 von 6 Suchtkliniken der Allgemeinen Hospitalgesellschaft (AHG) ein, das sind die Fachklinik Bad Tönisstein, die Psychosomatische Fachklinik Münchwies, die Kliniken Daun, d.h. die Fachklinik Thommener Höhe und die Fachklinik am Rosenberg, weiterhin die Klinik Schweriner See sowie die Fachklinik Wilhelmsheim. Während die Fachklinik Bad Tönisstein fast ausschließlich Kurzzeitbehandlungen durchführt, bieten die anderen Kliniken das gesamte Therapiezeitspektrum bis zu 26 Wochen an, wobei die Psychosomatische Fachklinik Münchwies und die Fachklinik Wilhelmsheim auch eine eigene Kurzzeitabteilung haben. Damit ist das Spektrum an Behandlungsdauern insgesamt gut repräsentiert, wobei im Vergleich zu den dem Fachverband Sucht angeschlossenen Kliniken die Kurzzeitbehandlungen in den AHG-Kliniken stärker repräsentiert sein dürften.

*Die Patientenstichprobe:*

Sie umfasst die kompletten Entlassjahrgänge des Jahres 1998, das sind 3640 Personen. In die Untersuchung wurden alle regulär entlassenen Patienten, das sind 2923 (80,30%) Personen aufgenommen, weil sich die Ergebnisse zu den durchschnittlich erbrachten Leistungsmengen besser interpretieren lassen.

*Die Stichprobe der Therapeutischen Leistungen:*

Zur Erfassung der therapeutischen Leistungen wurde ein Instrument der Allgemeinen Hospitalgesellschaft eingesetzt, das ‚Verzeichnis therapeutischer Leistungen‘, kurz VTL. Dieses Verzeichnis wurde in enger Anlehnung an die Systematik der KTL der Rentenversicherung entwickelt. Das VTL ist mit den in der KTL enthaltenen Qualitätskriterien kompatibel. Über die in der KTL erfassten Leistungen hinaus werden auch medizinische Leistungen und diagnostische Leistungen systematisch erfasst. Anders als in der KTL, deren Stärke darin liegt, dass sie für viele verschiedene Indikationsbereiche aussagekräftige Leistungen beschreibt, werden die Leistungen in der AHG-VTL in 8 Bereiche gruppiert, die den traditionellen Leistungsbereichen der Sucht- und Psychosomatikkliniken der AHG entsprechen. Es sind dies die Bereiche „Medizin“, „Physiotherapie/Krankengymnastik“, „Ernährung“, „Sport- und Bewegungstherapie“, „Ergotherapie“, „Psychotherapie Einzel“ – hier sind auch die gesamten psychologischen Diagnoseleistungen enthalten – „Psychotherapie Gruppe“, „Indikative Gruppen“ und „Soziotherapie“. Das Instrument differenziert ca. 300 beschriebene Leistungen.

Um die Datenmenge noch überschaubar darstellen zu können sowie aus Gründen der Aussagekraft einzelner Daten wurden nur solche therapeutischen Leistungen ausgewertet, die mindestens bei 2% der Gesamtstichprobe appliziert wurden. Dabei wurde in Kauf genommen, dass einige sehr interessante und originelle spezifische Angebote einzelner Kliniken nicht in die Gesamtauswertung eingehen konnten.

Auch auf Klinikenebene wurde ein einschränkendes Kriterium angesetzt. Es wurden nur solche Leistungen ausgewertet, die mindestens 2% einer Klinikstichprobe erreichten und mindestens bei 10 Personen der einzelnen Klinikstichprobe angewendet wurden, um bei der Berechnung durchschnittlicher Leistungsmengen aussagekräftige Werte zu gewährleisten.

Folgende *Abfolge der Analyseschritte* wurde gewählt:

Für jede Einzelleistung wurde in einer Konsensusgruppe der Autoren der Bezug der Therapieinhalte zu den Kategorien der beiden Dimensionen „Aktivitäten“ und „Partizipation“ der ICDH-2-Beta-2 eingeschätzt. Es handelt sich hier um eine heuristische Auswertung und nicht um ein wissenschaftliches Expertenrating. Letzteres hätte erfordert, dass eine größere Gruppe von Experten unabhängig voneinander Ratings vorgenommen hätte und Übereinstimmungsquoten der Ratings erfasst worden wären.

In einem weiteren Schritt wurden die ICDH-2-Bezüge der Einzelleistungen auf die 8 VTL-Leistungsbereiche übertragen, um eine Gesamteinschätzung der Entsprechung von impliziten Zielen der ICDH-2-Beta-2 und allen in den Leistungsbereichen enthaltenen Therapiezielen zu erhalten.

Anschließend wurde überprüft, welche Kliniken die jeweiligen Einzelleistungen in welcher Häufigkeit anbieten, Mittelwerte für die Gesamtstichprobe berechnet, und die niedrigsten und die höchsten Applikationsquoten aus den durchschnittlichen Klinikwerten berechnet. Diese Berechnung liefert Hinweise über die Schwerpunkte der Leistungsprofile der Kliniken und ermöglicht einen fachlichen Austausch darüber, für wen einzelne Leistungen nach Indikationsgesichtspunkten sinnvoll erscheinen. Um die Datenmenge überschaubar zu gestalten, wurden einige therapeutische Leistungen innerhalb der 8 Leistungsbereiche zu Leistungsgruppen zusammengefasst.

Schließlich wurden für die erfassten Leistungen mittlere Leistungsmengen berechnet und ebenfalls mit dem niedrigsten Klinikmittelwert und dem höchsten Mittelwert kontrastiert. Diese Berechnung bzw. dieser Vergleich erlaubt Rückschlüsse und Diskussionen darüber, wie viel einer bestimmten Therapeutischen Leistung als sinnvoll angesehen wird, und ist ebenfalls als ein Beitrag zur internen Qualitätsdiskussion gedacht.

## 4. Ergebnisse

### 4.1 Ergebnisse zur Stichprobenbeschreibung und zur Behandlungsdauer

27,6% der Stichprobe sind Frauen, 72,4% Männer. Die Spitze der Altersverteilung bilden die 41-50-Jährigen, Patienten unter 20 sind praktisch nicht vertreten. Die Stichprobe enthält 49,1% verheiratete Personen, 25,5% sind ledig und 22% geschieden. Eine Hauptschulabschluss haben 45,4%, weitere 27% die Mittlere Reife, 12,7% haben studiert. 50,2% gingen vor der Behandlungsaufnahme einer Vollzeitbeschäftigung und weitere 3,2% einer Teilzeitbeschäftigung nach. 32,6% waren bei Behandlungsbeginn arbeitslos.

95,6% weisen eine Primärdiagnose ‚Alkoholabhängigkeit‘, weitere 2,4% ‚Medikamentenabhängigkeit‘ und 2,0% andere substanzgebundenen Suchtdiagnosen auf. Bei 51,5% wurde eine Abhängigkeitsdauer von bis zu 10 Jahren und bei 46,7% von über 10 Jahren ermittelt. 69,9% haben eine oder mehrere stationären Entgiftungsmaßnahmen absolviert und 19,1% haben früher bereits eine stationäre Entwöhnungsbehandlung regulär abgeschlossen.

Die durchschnittliche Behandlungsdauer für die 2923 regulär entlassenen Patienten beträgt 87,24 Tage. Verteilungsspitzen zeichnen sich bei 8 und 16/17 Wochen ab. Dies entspricht den üblichen Kostenzusagen. In die 8-Wochen-Spitze gehen zu einem großen Teil die Kurzzeitbehandlungen der Kurzzeitklinik ein. Während eine Klinik überwiegend 8-wöchige Behandlungsdauern appliziert, weisen alle anderen Kliniken ein Verteilungsmuster auf, in dem alle gängigen Therapiedauern repräsentiert sind.

### 4.2 Leistungsübersicht

Tab 1: Leistungskategorien pro Therapiebereich

Leistungskategorien pro Therapiebereich	Anzahl der Leistungskategorien		
	In VTL	appliziert	>/= 2% Nutzung
Physiotherapie/Krankengymnastik	42	40	17
Ernährung	33	30	17
Sport- u. Bewegungstherapie	22	22	16
Ergotherapie	18	17	9
Psychotherapie Einzel	46	44	32
Psychotherapie Gruppe	16	16	11
Indikative Gruppen	47	44	31
Soziotherapie	25	24	14

Tabelle 1 gibt einen Überblick über alle Leistungen, geordnet nach Bereichen: Das VTL enthält ohne den Bereich Medizin, für den 1998 noch keine Daten ausgewiesen werden können, 249 beschriebene Therapeutische Leistungen, davon werden 237 in den Kliniken appliziert. 147 Leistungen erreichen mehr als 2% der Untersuchungsstichprobe, das bedeutet, dass 90 Leistungen jeweils nur bei sehr wenigen Personen zu Buche schlagen. Dies kann als wichtiges Qualitätsmerkmal für eine individualisierte Behandlung gewertet werden: Suchtkliniken bieten nicht nur Leistungen an, die sich aufgrund entsprechender Größenordnungen rechnen und auf eine gesicherte Nachfrage treffen, sondern auch eine Vielzahl von sehr spezifischen Leistungen für wenige Patienten.

Die Gesamtauswertung umfasst nach Anwendung des 2%-Selektionskriteriums 147 Leistungen. Da dies in einem Beitrag nicht darstellbar ist, werden überwiegend Summen-Indices für Leistungsgruppen und nur exemplarisch Ergebnisse zu einzelnen therapeutischen Leistungen ausgewiesen.

Tab. 2: Leistungsübersicht

Leistungsübersicht	Appliziert von/bei				
	N: FK	N: Pat.	% Pat.	Min FK-Qu.	Max FK-Qu.
Physiotherapie/Krankengymnastik	6	1528	52,3	9,3	73,1
Ernährung	6	1984	67,9	20,3	94,6
Sport- und Bewegungstherapie	6	2849	97,5	91,8	99,5
Ergotherapie	5	2184	74,7	94,6	98,6
Psychotherapie Einzel	6	2870	98,2	90,4	100
Psychotherapie Gruppe	6	2893	99,0	95,1	100
Indikative Gruppen	6	2792	95,5	79,1	99,7
Soziotherapie	6	2662	91,1	64,4	100

Die Tabellen 2 sowie 6 bis 11 sind nach demselben Prinzip gegliedert. In der ersten Spalte sind die Leistungsbereiche bzw. in den nachfolgenden Tabellen auch Leistungsgruppen und Einzelleistungen gelistet. In der zweiten Spalte wird die Anzahl der Fachkliniken, die die jeweiligen Leistungen anbieten, genannt. Daran schließt sich die Anzahl der Patienten an, die durch diese Leistungen erreicht werden. Es folgt die Umrechnung in % an der Untersuchungsstichprobe der regulär entlassenen Patienten. Daran schließen sich zwei Spalten an, die jeweils die niedrigste und die größte Quote erreichter Patienten, also die niedrigste und die höchste Applikationsquote in den beteiligten Fachkliniken ausweist, um Unterschiede in den Leistungsprofilen der Kliniken zu verdeutlichen.

Alle Kliniken bieten Leistungen aus den 8 Bereichen an (vgl. Tabelle 2), mit einer Ausnahme, der Ergotherapie, die von 5 Kliniken angeboten wird. „Psychotherapie Gruppe“ und „Psychotherapie Einzel“, „Sport- und Bewegungstherapie“ sowie „In-

dikative Gruppen“ erreichen jeweils zwischen 95% und 99 % der Untersuchungsstichprobe. Hierzu müsste man auch die Ergotherapie zählen, die in 5 Kliniken ebenfalls in dieser Größenordnung liegt. Diese klassischen Angebotsbereiche erfassen somit nahezu alle Patienten, das gilt mit Ausnahme der Ergotherapie für alle 6 Kliniken.

Die Indikativen Gruppentherapien und die Soziotherapie erreichen ebenfalls über 9/10 der Patienten, wobei sich hier aber bereits Klinikschwerpunkte in der Nutzung solcher überwiegend spezifischer Angebote abzeichnen. Dennoch wird in allen Kliniken auch mit diesen Angeboten die überwiegende Mehrzahl der Patienten erreicht. Deutliche Unterschiede zeichnen sich in der Nutzung von Physiotherapie und spezifischen Ernährungsangeboten ab. Im Durchschnitt wird auch hier jeweils mehr als die Hälfte der Patienten erreicht, aber mit doch erheblichen Unterschieden zwischen den Kliniken.

#### 4.3 Bezüge der Leistungen zu den impliziten Zielen der ICDH-2-Beta-2-Kapitel

Die 8 Aktivitätskapitel der ICDH-2-Beta-2 enthalten insgesamt 65 definierte Teilbereiche. Bei 47 Teilbereichen können Therapiemaßnahmen der Kliniken zugeordnet werden. 30 von 40 Teilbereiche der 9 Kapitel zur Partizipation sind durch entsprechende Therapiemaßnahmen belegt (vgl. Tabelle 5).

Dies soll anhand jeweils eines Kapitels aus den ‚Aktivitäten‘ und den ‚Partizipationen‘ veranschaulicht werden.

Tab. 3: Berücksichtigung von „Allgemeinen interpersonellen Aktivitäten“ in den Therapiebereichen

Impliziter Ziel- bzw. Gegenstandsbereich von	Allgemeine interpersonelle Aktivitäten	
	α710 Elementare interpersonelle Aktivitäten	α720 Komplexe interpersonelle Aktivitäten
Physiotherapie/ Krankengymnastik		
Ernährung		
Sport- u. Bewegungstherapie	+	+
Ergotherapie	+	
Psychotherapie Einzel	+	+
Psychotherapie Gruppe	+	+
Indikative Gruppen	+	+
Soziotherapie		

**Beispiel:**

Kapitel 7 der ‚Aktivitäten‘ beschreibt ‚Allgemeine interpersonelle Aktivitäten‘:

- Elementare interpersonelle Aktivitäten (a710) umfasst nach der ICDH-2-Beta-2 Respekt und Wärme entgegenbringen, Wertschätzung zeigen, Toleranz in Beziehungen zeigen, auf Kritik reagieren, auf soziale Zeichen reagieren, angemessen von physischem Kontakt Gebrauch machen.
- Komplexe interpersonelle Aktivitäten (a720) wird operationalisiert als soziale Nähe und Distanz wahren, Emotionen und Impulse in Interaktionen regulieren, verbale Aggressionen steuern, physische Aggressionen steuern, unabhängig in sozialen Interaktionen handeln, in Übereinstimmung mit den sozialen Regeln und Konventionen interagieren, in geeigneter Weise gemäß der eigenen sozialen Position zu interagieren.

Es ist unmittelbar einleuchtend, dass hier weite Bereiche des gesamten Behandlungsangebotes angesprochen sind. Insbesondere trifft dies auf die Psychotherapie und die Indikativen Gruppen zu, die sich explizit auf interaktionelle Aspekte menschlichen Verhaltens konzentrieren, aber auch auf die Sporttherapie und die Ergotherapie, soweit sie soziale Interaktionen fokussieren.

An diesem Beispiel wird auch der mögliche Nutzen der in der ICDH-2-Beta-2 präzise beschriebenen Befundkategorien für klinikinterne Zielheuristiken deutlich. Hier hat man sich sehr sorgfältig über menschliche Aktivitäten und deren Systematisierung Gedanken gemacht und sorgfältig operationale Beschreibungen dessen erstellt, was man für angemessene Aktivitäten eines menschenwürdiges Lebens hält. Von dieser sorgfältigen Beschreibung kann man bei der Formulierung von individuellen Therapiezielen und Behandlungsplänen auch in der Behandlung Suchtkranker durchaus profitieren.

**Tab. 4: Berücksichtigung von „Partizipation an Erwerbsarbeit und Beschäftigung“ in den Therapiebereichen**

Impliziter Ziel- bzw. Gegenstandsbereich von	Partizipation an Erwerbsarbeit und Beschäftigung			
	p410 Partizipation an Berufsvorbereitungsprogrammen	p420 Partizipation an selbständiger Beschäftigung	p430 Partizipation an bezahlter Beschäftigung	p440 Partizipation an unbezahlter Beschäftigung
Physiotherapie/ Krankengymnastik				
Ernährung				
Sport- u. Bewegungstherapie				
Ergotherapie	+	+	+	+
Psychotherapie Einzel			+	+
Psychotherapie Gruppe			+	+
Indikative Gruppen	+		+	+
Soziotherapie	+	+	+	+

**Beispiel 2:**

Kapitel 7 der ‚Partizipation‘ erfasst die ‚Partizipation an Erwerbsarbeit und Beschäftigung‘, diese gliedert sich in Partizipation an Berufsvorbereitungsprogrammen, Partizipation an selbständiger Beschäftigung, Partizipation an bezahlter Beschäftigung und Partizipation an unbezahlter Beschäftigung.

In erster Linie sind hier die Soziotherapie und die Ergotherapie angesprochen. Bei der Soziotherapie sind das insbesondere spezifische Beratungsleistungen, aber auch die Vorbereitung, Begleitung und Auswertung von Arbeitsbelastungserprobungen und anderen Arbeitsvorbereitungsprogrammen. Bei der Ergotherapie sind vorrangig arbeitstherapeutische Angebote einschlägig. Aber auch spezifische Indikativgruppen, denken Sie beispielsweise an ein Bewerbungstraining sowie die Psychotherapie, für die die genannten Partizipationen entsprechend dem Rehabilitationsauftrag vorrangige Zielbereiche darstellen, sind hier direkt beteiligt.

**Tab. 5: Leistungsbereiche und Bezüge zur ICDH-2-Beta-2**

Bereiche	N Pat.	Ø LE	Bezüge zur ICDH-2-Beta-2	
			a(Aktivität)	p(Partizipation)
Physiotherapie/ Krankengym.	1528 52,3%	17,0	a:135;310;320;330;340;350;360;370;410;420;430;580; p:140;210;220;230;	
Ernährung	1984 67,9%	4,05	a:135;580;620;630; p:120;140;	
Sport- und Bewegungsth.	2849 97,5%	34,6	a:135;310;320;330;340;350;360;370;410;420;430;580;710;720;830; p:140;220;230;430;920;	
Ergo- Therapie	2184 74,7%	24,4	a:135;140;145;150;225;245;250;255;360;370;650;710;810;820;825;840;855; p:320;340;350;710;720;730;740;910;920;	
Psychotherapie Einzel	2870 98,2%	13,5	a:110;115;135;140;145;150;210;220;230;240;250;580;610;620;710;720;730; 740;750;760;810;815;820;825; 830;850;860; p:310;340;410;420;430;510;640;730;830;910;920;930;	
Psychotherapie Gruppe	2893 99,0%	100	a:110;115;135;140;145;150;210;220;230;240;250;580;660;710;720;730;740; 750;810;815;820;825;830; p:140;310;340;410;430;550;730;740;910;920;	
Indikative Gruppen	2792 95,5%	16,1	a:110;115;135;140;145;150;210;220;230;245;250;520;580;620;660;710;720; 730;740;750;760;810;815;820;825;830;840;850;855; p:120;140;310;320;340;410;420;430;510;640;710;730;740;830;910;	
Soziotherapie	2662 91,1%	4,50	a:135;140;145;150;225;230;245;250;255;610;620;630;640;660;730;740;750; 810;815;820;825;830;840;850; p:130;310;320;440;510;520;610;640;710;720;730;740;810;820;830;910;950;	

Überträgt man alle ICDH-2-Bezüge in eine Gesamttabelle, dann zeigt sich, dass alle Therapiebereiche vielfältige Bezüge aufweisen. Alle Therapeutischen Leistungsbereiche weisen sinnvolle und charakteristische Bezüge zur ICDH-2 auf. Psychotherapeutische Angebote im Einzel- und im Gruppensetting, die Indikativgruppen



und die Soziotherapie weisen deutlich die meisten Bezüge auf. Damit kann für den ersten Teil der Untersuchungsfragestellung festgehalten werden, dass das Behandlungsspektrum der Fachkliniken einen großen Teil der impliziten Zielkategorien der ICIDH-2-Beta-2 abdecken kann.

#### 4.4 Ergebnisse zu den einzelnen Leistungsbereichen

Im Folgenden werden Ergebnisse aus den im VTL definierten Therapiebereichen vorgestellt. In den folgenden Tabellen sind zusätzliche Angaben zur durchschnittlichen Leistungsmenge, d.h. zum Durchschnittswert der Summe aller applizierten Leistungseinheiten pro erreichtem Patient, wiederum gefolgt von dem niedrigsten und dem höchsten Durchschnittswert in einer beteiligten Klinik, enthalten. In die Durchschnittsberechnung gehen, wie oben bereits erläutert, nur die Kliniken ein, die mit mindestens 10 Patienten pro Einzelleistung bzw. mit mindestens 2 % erreichten Patienten aufwarten können. Auf diese Weise sollen unsinnige Durchschnittswerte ausgeschlossen werden.

Tab. 6: Psychologische Diagnostik

Psychologische Diagnostik	Appliziert bei (N = 2133)					Ø Anzahl LE Leistungseinheiten		
	N FK	N PAT	% PAT	Min FK-QU.	Max FK-QU.	Ø	Min Ø in FK	Max Ø in FK
<b>LEISTUNGSGRUPPEN GESAMT</b>								
<b>Basisdiagnostik, Suchtdiagnostik, Verhaltensanalyse</b> GESAMT (6 DL)	4/4	2098	98,4	93,9	99,7	4,3	1,2	5,3
<b>Spezielle Diagnostik</b> GESAMT (7 DL)	4/4	2056	96,4	93,4	99,6	1,7	1,2	2,6
<b>Behandlungsplanung u. Therapieprozessdiagnostik</b> GESAMT (3 DL)	4/4	1967	92,2	65,5	99,1	2,1	1,0	3,8

Aus dem Bereich *Psychotherapie Einzel* soll exemplarisch der Bereich der *Psychologischen Diagnostik* herausgegriffen werden (vgl. Tabelle 6). Hier liegen für 4 Kliniken Daten vor, die Bezugsgröße ändert sich auf 2133 Personen. Nach inhaltlichen Gesichtspunkten ergeben sich 3 Untergruppen. Die zugeordneten diagnostischen Maßnahmen erreichen jeweils übereinstimmend einen sehr hohen Prozentsatz der Klientel, mit hohen Übereinstimmungen zwischen den Kliniken. Maßnahmen der Basisdiagnostik incl. Suchtdiagnostik und Verhaltensanalyse werden bei nahezu allen Patienten in Anspruch genommen, ebenso Maßnahmen der speziellen Diagnostik. Hinsichtlich der Behandlungsplanung und Therapieprozessdiagnostik,

dies umfasst z.B. Indikationskonferenzen und Therapieprozessdiagnostik im Sinne von Wiederholungsmessungen, gibt es unterschiedliche Praktiken, es werden aber dennoch auch hier im Durchschnitt über 9/10 der Patienten einbezogen.

Was *Einzeltherapie und Einzelgespräche* i.e.S. (keine Tabelle) angeht, so ergibt sich eine Quote von 78,9% erreichter Patienten, wobei die verhaltenstherapeutischen Gespräche im Vordergrund stehen. Für jeden Patienten, der Einzelgespräche bekommt, werden durchschnittlich 7 Sitzungen aufgewandt.

Von den sonstigen patientenbezogenen Einzelleistungen sind psychotherapeutische Paargespräche mit 9,4%, systemische Familiengespräche mit 4,2%, verhaltenstherapeutische Familiengespräche mit 3,4% und Beratung von Patienten und Angehörigen mit 3,5% zu erwähnen.

Auch die Nachsorgevorbereitung durch die Gruppentherapeuten fällt in dieses Kapitel und schlägt mit 59,4% für Kontakte mit Vor- und Nachbehandlern und weiteren 15% für die Organisation nachstationärer Behandlung zu Buche.

Tab. 7: Psychotherapie Gruppe

Psychotherapie Gruppe	Appliziert bei N = 2923					Ø Anzahl LE Leistungseinheiten		
	N FK	N PAT	% PAT	Min FK-QU.	Max FK-QU.	Ø	Min Ø in FK	Max Ø in FK
<b>Gruppenpsychotherapie in der Bezugsgruppe</b>								
GESAMT (4 TL)	6/6	2874	98,3	94,3	99,7	46,0	35,5	60,6
<b>Sonstige gruppentherapeutische u. psychoedukative Maßnahmen</b>								
702 Anleitung zur gruppenzentrierten Arbeit	6/6	2645	90,5	75,4	99,7	29,4	4,6	51,3
707 Vor- u. Nachbereitung SHG	6/6	1886	64,5	12,5	99,6	2,91	1,4	4,0
710 Vorträge Suchtinformation	5/5	1660	56,8	3,1	92,6	14,5	1,0	40,6
712 Bereichs-/Vollversammlung	4/4	1617	55,3	44,5	99,6	8,89	1,4	12,1
708 Aufnahmeprogramm	4/3	1396	47,8	94,6	99,4	4,58	1,0	8,5
706 Gruppenausflug mit Therapeut	6/5	1299	44,4	40,3	64,2	1,28	1,0	1,6
711 Vorträge therapierelevante Themen	5/4	1154	39,5	39,0	86,0	18,8	1,0	36,2
709 Einführungsseminar	4/3	825	28,2	16,6	94,7	1,07	1,0	1,2
704 Partner-/Angehörigenseminar	6/6	773	26,4	13,7	40,7	1,07	1,0	1,2
715 Gruppenbehandlung, sonstige	3/1	582	19,9	-	81,1	8,05	-	7,8

Die *Psychotherapie in der Gruppe* (vgl. Tabelle 7) ist traditionell der bedeutendste Therapiebereich in den Suchtfachkliniken und hat den größten zeitlichen Anteil am Gesamtbehandlungsprogramm. Neben der Gruppentherapie in der Bezugs-

gruppe, die nahezu alle Patienten erreicht, sind weitere Leistungen für große Teile der Untersuchungsstichprobe zutreffend, wie z.B. Anleitung zur themenzentrierten Gruppenarbeit ohne Therapeut, Vor- und Nachbereitung von Selbsthilfegruppenbesuchen, Vorträge, Bereichs- und Vollversammlungen und einiges mehr. Partner- und Angehörigenseminare finden zusätzlich zu den oben referierten Paargesprächen bei 26,4% der Untersuchungsstichprobe statt.

Tab. 8: Indikative Gruppen

Indikative Gruppen	- Appliziert bei (N = 2923)					Ø Anzahl LE Leistungseinheiten			
	LEISTUNGSGRUPPEN	N FK	N PAT	% PAT	Min FK-QU.	Max FK-QU.	Ø	Min Ø in FK	Max Ø in FK
<b>Gruppen zur Substanzabhängigkeit</b>									
GESAMT SA (6 IG)	5/5	1540	52,7	17,0	99,6	6,0	2,1	11,9	
<b>Entspannungstrainings</b>									
GESAMT E (4 IG)	6/6	1442	49,3	17,2	96,0	4,5	1,1	5,3	
<b>Psychosoziale Kompetenztrainings</b>									
GESAMT K (14 IG)	6/6	1626	55,6	23,1	90,4	10,5	3,8	13,6	
<b>Problemzentrierte Gruppen</b>									
GESAMT (6 IG)	5/5	561	19,2	6,4	50,1	7,5	6,4	9,9	
<b>Sonstige</b>									
Sonstige nicht beschriebene IG	6/4	882	30,2	entf.	entf.	2,8	entf.	entf.	

Die *indikativen Gruppen* (vgl. Tabelle 8) haben ganz erheblich an Bedeutung gewonnen und entsprechend verfügen die Kliniken über ein sehr breites Angebot an spezifischen Gruppentherapien und psychoedukativen Gruppen. Die insgesamt 30 Indikativgruppen, die das 2% Kriterium erfüllen, wurden in 4 Kategorien eingeteilt. Die größte Bedeutung haben offensichtlich die Psychosozialen Kompetenztrainings im weiteren Sinne, das sind insgesamt 14 verschiedene Indikativgruppen, die zusammen über 55% der Klientel erreichen und von denen im Durchschnitt 10,5 Sitzungen von jedem erreichten Patient genutzt werden. Gruppen, die sich mit der Substanzabhängigkeit i.e.S. befassen, das sind die Gruppen Medikamentenabhängigkeit/missbrauch, Rückfallprävention, Motivation, Suchtinformation, Alkoholexposition und außerdem Raucherentwöhnung erreichen ebenfalls über 50% der Klientel und benötigen im Durchschnitt 6 Sitzungen. Entspannungstrainings erreichen ebenfalls ca. 50%, werden von allen Kliniken angeboten und benötigen im Durchschnitt 4,5 Sitzungen. Problemzentrierte Gruppen, wie z.B. Stressbewältigung, Arbeitslosigkeit, Depressionsgruppe, Angstbewältigung usw. werden

bei 19% durchgeführt, und schlagen insgesamt mit durchschnittlich 7,5 Sitzungen zu Buche. Wenn man sich die Ergebnisse zu den einzelnen Indikativgruppen betrachtet, dann finden sich häufig Leistungsmengen von ca. 6 Sitzungen. Die Dauern dieser Sitzungen sind im VTL in der Regel mit 100 Min. festgelegt. Bei weiteren 30% der Klientel werden indikative Gruppen durchgeführt, die nicht in der VTL definiert sind, ein Zeichen dafür, das im Bereich der Indikativgruppen viel konzeptionelle Bewegung ist.

Tab. 9: Soziotherapie

Soziotherapie	Appliziert bei (N = 2923)					Ø Anzahl LE Leistungseinheiten			
	LEISTUNGS-BEZEICHNUNG	N FK	N PAT	% PAT	Min FK-QU.	Max FK-QU.	Ø	Min Ø in FK	Max Ø in FK
<b>Sozialberatung i.e.S.</b>									
GESAMT	6/6	2039	69,8	33,0	99,7	3,2	2,2	4,6	
907 Sozialberatung allgemein	6/6	1468	50,2	8,9	99,7	1,8	1,0	3,0	
904 Planung weiterführender Maßnahmen	6/6	1215	41,6	4,6	99,6	1,3	1,1	4,1	
902 Wirtschaftl. Absicherung, Schuldnerberatung	6/6	535	18,3	2,5	30,4	3,0	2,4	4,4	
916 Klärung rechtlicher Fragen	6/5	116	4,0	3,9	5,6	2,5	2,1	3,7	
901 Wohnungsfragen	6/4	112	3,8	4,4	6,6	3,0	1,9	3,7	

Soziotherapie	Appliziert bei (N = 2923)					Ø Anzahl LE Leistungseinheiten			
	LEISTUNGS-BEZEICHNUNG	N FK	N PAT	% PAT	Min FK-QU.	Max FK-QU.	Ø	Min Ø in FK	Max Ø in FK
<b>Spezifische Maßnahmen zur beruflichen Reintegration im Rahmen der Sozialberatung</b>									
GESAMT	6/6	746	25,5	3,5	43,1	4,1	2,7	7,4	
900 Ausb./Weiterqual./Umschul./Berufsklär.	6/6	598	20,5	3,2	36,6	3,3	2,0	8,6	
914 Rehabil.-beratung	6/4	141	4,8	2,6	10,0	1,2	1,0	2,1	
915 Berat. Arbeitsamt im Rahm. d. Ther.progr.	5/2	110	3,8	2,2	9,0	1,3	1,0	1,2	
912 Arbeitsvermittlung	3/1	76	2,6	-	18,3	3,6	-	3,7	
910 Organ./Monitoring ext. Belastungsprob.	5/2	60	2,1	2,6	6,2	4,0	1,5	3,4	
908 Organ./Monitoring int. Belastungsprob.	4/2	58	2,0	3,9	8,1	5,1	1,7	6,3	



Sozialberatungsleistungen i.e.S. (vgl. Tabelle 9), diese umfassen das Spektrum allgemeiner Sozialberatung, Planung weiterführender Maßnahmen, Beratung zur wirtschaftlichen Absicherung und Schuldnerberatung, Klärung von rechtlichen Fragen und von Wohnungsfragen werden von 69,8% der Untersuchungsstichprobe in Anspruch genommen. *Spezifische Maßnahmen zur beruflichen Integration* (vgl. Tabelle 9) im Rahmen der Soziotherapie nehmen 25,5% der Patienten in Anspruch. Dabei handelt es sich um spezifische Beratung bei Ausbildungs- und Berufsfragen, Rehabilitationsberatung, Beratung des Arbeitsamtes innerhalb des Therapieprogramms, Arbeitsvermittlungen, und die Organisation und Auswertung von internen und externen Belastungsproben.

Tab. 10: Ernährung Kurzform

Ernährung	Appliziert bei					Ø Anzahl LE Leistungseinheiten		
	N FK	N PAT	% PAT	Min FK-QU.	Max FK-QU.	Ø	Min Ø in FK	Max Ø in FK
<b>Vorträge, Beratungen, Schulungen</b>								
GESAMT (8 TL)	6/5	1772	60,6	15,7	93,8	5,7	1,5	7,2
<b>Kostformen, Diäten</b>								
GESAMT	6/6	1142	39,1	5,4	76,1	1,3	1	1,3
454 Antiatherogene Kost	4/2	700	23,9	49,2	51,4	1	1	1
455 Purinarmer Kost	5/2	283	9,7	16,1	23,7	1	1	1
452 Reduktionskost	6/5	250	8,6	2,7	18,2	1	1	1
453 Diabeteskost	6/5	140	4,8	2,7	9,2	1	1	1
458 Sonderkost (Pankreaskost u.a.)	4/2	108	3,7	2,2	11,6	1	1	1

Die Leistungen zum Bereich Ernährung (vgl. Tabelle 10) lassen sich in die Gruppen ‚Vorträge/Beratung/Schulung‘ und ‚Kostformen und Diäten‘ einteilen.

60% der Untersuchungsstichprobe erhalten *Vorträge/Beratungen/Schulungen*, das sind Vorträge zu Gesundheits- und Krankheitsinformation, spezifische Ernährungsberatungen einzeln oder in der Gruppe und Schulungen bei Stoffwechselerkrankungen und bei chronischer Pankreatitis.

Bei den *Kostformen* steht die antiatherogene Kost, eine cholesterinarme Diät an erster Stelle, was dem hohen Anteil an Fettstoffwechselstörungen entspricht. Aber auch purinarmer Kost mit Bezug auf erhöhte Harnsäurewert bzw. Gicht, Reduktionskost bei Übergewichtigen, Diabeteskost und Sonderkost, in der Regel eine spezielle strenge fettarme Pankreaskost spielen eine Rolle. Die Kliniken weisen hier unterschiedliche Schwerpunkte auf. Entsprechend differiert die Anzahl der Kliniken, die Diäten in nennenswerter Häufigkeit anbieten und die Nutzungsquoten sind

Tab. 11: Physiotherapie

Physiotherapie/ Krankengymnastik	Appliziert bei (N = 2923)					Ø Anzahl LE Leistungseinheiten		
	N FK	N PAT	% PAT	Min FK-QU.	Max FK-QU.	Ø	Min Ø in FK	Max Ø in FK
411 Klassische Massage	5/5	499	17,1	15,0	29,4	7,7	5,7	12,2
406 Fangopackungen	5/5	403	13,8	10,4	27,5	7,0	5,1	9,2
428 Inhalationsbehandlung	6/6	393	13,4	2,1	23,6	8,6	5,5	11,8
400 KG Einzelbehandlung	5/5	253	8,7	5,4	16,2	5,6	3,6	9,5
424 Med.Vollbäder mit Zusätzen	5/4	223	7,6	4,8	18,6	7,8	7,2	8,7
407 Wärmebehandlung (Rotlicht)	6/4	219	7,5	5,4	26,4	7,4	6,4	8,0
423 Stangerbäder	5/3	158	5,4	3,6	14,4	7,4	4,2	9,4
427 Wassertreten	1/1	144	4,9	–	37,7	8,4	–	8,4
431 sonst. Reizstromtherapie	4/2	122	4,2	10,7	11,3	9,1	8,6	10,1
412 Vibrationsmassage	1/1	111	3,8	–	15,9	6,9	–	6,9
440 KG als Gruppenbehandlung, Wirbelsäulengymnastik	4/3	104	3,6	4,2	14,0	5,4	4,3	5,8

unterschiedlich, wobei sich aber z.B. bei den beiden Kliniken, die antiatherogene Kost anbieten eine hohe Übereinstimmung abzeichnet.

In der *Physiotherapie* (vgl. Tabelle 11) findet sich ein breites Spektrum applizierter Maßnahmen. Klassische Massage im Sinne von Teilkörpermassage, Fangopackungen, Inhalationsbehandlungen und Krankengymnastische Einzelbehandlung werden von der überwiegenden Mehrheit der Kliniken angeboten. Unterschiede gibt es in der Nutzung weiterer Maßnahmen.

Im Vergleich der mittleren Leistungsmengen mit den Klinik-Minima und -Maxima wird deutlich, dass es offensichtlich eine recht hohe Übereinstimmung in der Mengenverordnung gibt. Größere Abweichungen sind eher selten und könnten als Hinweis für die interne Qualitätssicherungsdiskussion genutzt werden.

Methoden der *Sport- und Bewegungstherapie* werden zwar in allen Kliniken bei der Mehrzahl der Patienten eingesetzt, es gibt aber starke Unterschiede in der Organisation und Nutzung bzw. Gewichtung der einzelnen Leistungen. Hintergrund sind eher prinzipielle Unterschiede, z.B. eine stärkere Ausrichtung auf medizinischen Rehabilitationssport gegenüber einer stärkeren Ausrichtung auf psychosoziale Zielsetzungen oder z.B. die Durchführung im Rahmen der Bezugsgruppe vs. die Differenzierung nach Leistungsgruppen oder unter indikativen Gesichtspunkten. Insgesamt sind die Ergebnisse divergent und sind in diesem Rahmen schwer interpretierbar. Sie spiegeln eher klinikspezifische Verhältnisse wieder, die aber in einer Übersichtstabelle nicht ausreichend gewürdigt werden können. Auf eine tabellarische Darstellung wird daher verzichtet. Die Ergebnisse geben Anlass sich in internen Qualitätszirkeln mit den beobachtbaren Unterschieden zwischen den Kliniken zu befassen.

Auch bei der *Ergotherapie* erscheint das Bild eher heterogen. Hier gibt es unterschiedliche Kliniktraditionen, die eher eine bezugsgruppenzentrierte oder eher eine indikative Organisation präferieren. Weitere Unterschiede beziehen sich auf die Berufsgruppen, z.B. Arbeits- und Beschäftigungstherapeuten vs. Kunsttherapeuten und entsprechend variieren die Ergebnisse für die einzelnen therapeutischen Angebote. Auch die Daten zu diesem Behandlungsbereich legen nahe, im Rahmen eines internen Qualitätssicherungszirkels Konzepte zu diskutieren und Erfahrungen auszutauschen.

## 5. Schlussfolgerungen

1. Leistungsbeschreibungen stellen, auch wenn Sie sehr differenziert beschrieben sind, immer nur Projektionsflächen dar, in denen die bestehenden Behandlungsangebote mehr oder weniger gut abgebildet werden können. Daher enthält eine solche Untersuchung notwendig Unschärfen.
2. Die Fachkliniken weisen in allen genannten Therapiebereichen ein umfassendes Spektrum an therapeutischen Leistungen auf.
3. Als besonderer Vorteil der ICDH-2-Beta-2 hat sich erwiesen, dass mit den Dimensionen „Aktivitäten“ und „Partizipation“ eine implizite Zielheuristik für einen angemessen menschenwürdigen Lebensvollzug angelegt ist, die unabhängig von Störungs- und Ätiologiemodellen ist, daher auch auf unterschiedliche therapeutische Ansätze bezogen werden kann.
4. Das Leistungsspektrum der 6 Kliniken deckt weite Bereiche der in den ICDH-2-Beta-2 Dimensionen Aktivitäten und Partizipation implizit enthaltenen Zielbereiche ab.
5. Psychotherapeutische Angebote im Einzel- und im Gruppensetting, die Indikativgruppen und die Soziotherapie weisen deutlich die meisten Bezüge zu impliziten Zielen der ICDH-2-Beta-2 auf.
6. Die Soziotherapie sollte gemessen an ihren zahlreichen ICDH-2-Beta-2-Bezügen ausgebaut werden
7. Die beteiligten Kliniken weisen eigene Leistungsprofile und Konzeptschwerpunkte auf und unterscheiden sich in Teilen des Angebotsprofils.
8. Ein Qualitätsmerkmal der Suchtkliniken ist es, dass sie allein 90 spezifische Leistungen anbieten, die nur von weniger als 2% der Patienten genutzt werden.
9. Die Leistungshäufigkeiten und Leistungsmengen geben Anhaltspunkte für die Diskussion, wen bestimmte Leistungen in welchem Umfang erreichen sollten, also für Fragen der Indikationsstellung und Behandlungsplanung.
10. Die Auswertung der Leistungshäufigkeiten und der Leistungsmengen liefert umfassendes Material für interne Qualitätssicherungsdiskussionen.

## Literatur

- Bundesversicherungsanstalt für Angestellte, Landesversicherungsanstalten im Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (1997). KTL Klassifikation therapeutischer Leistungen in der stationären medizinischen Rehabilitation. Berlin.
- Fachausschuss Sucht des AHG-Wissenschaftsrates (1998). Verzeichnis therapeutischer Leistungen für die stationäre medizinische Rehabilitation von Abhängigkeitserkrankungen. Hilden, unveröffentlicht.
- WHO (1999). International Classification of Functioning and Disability. Beta-2 draft. Full Version. Genf. Deutsche Version, Stand 10.04.2000.

### **Rehabilitation Suchtkranker - mehr als nur Psychotherapie**

Schriftenreihe des Fachverbandes Sucht e.V.

Band 24 – ISBN 3-87581-209-3

Geesthacht : Neuland, 2001