

Leitlinie für die Rehabilitation bei Alkoholabhängigkeit der DRV-Bund: Bezug zur aktuellen Auswertung vom 20.10.2007

Auf der Basis der aktuellen Auswertung der DRV Bund, die am 17.03.2008 verschickt wurde, möchten wir eine entsprechende Rückmeldung geben und hoffen damit zur weiteren Entwicklung der Leitlinie einen konstruktiven Beitrag zu leisten.

I. Grundsätzliche Aspekte

1. Es ist zu prüfen, inwieweit die professionsübergreifende, komplex angelegte Entwöhnungsbehandlung und die verschiedenen Einrichtungstypen überhaupt durch die KTL bzw. die Behandlungsmodule und die damit verbundene Separierung einzelner Leistungen ausreichend widerspiegelt wird. Auf entsprechende grundsätzliche methodische Probleme wurde von den Suchtverbänden bereits im Vorfeld des Leitlinienprojektes mehrfach hingewiesen.
2. Die Übertragung der Leitlinienvorgaben auf die ganztägig ambulante Rehabilitationseinrichtungen ist an vielen Stellen fragwürdig und muss gesondert geprüft werden. Hierzu wurde bereits die Bereitschaft der DRV signalisiert. Die Übertragung auf Einrichtungen mit einem hohen Anteil an Kurzzeit- bzw. Kombinationsbehandlung ist nicht möglich. Entsprechende Patienten müssten herausgerechnet werden. Wir gehen davon aus, dass dies - wie auch im Einleitungstext der Leitlinie beschrieben - bei den Auswertungen Berücksichtigung findet.
3. Zu berücksichtigen ist, dass sich der jeweilige Behandlungsbedarf von Patienten/innen in den verschiedenen Einrichtungen unterscheidet (siehe Vortrag von Prof. Dr. Müller-Farnow im Rahmen des 17. Rehabilitationswissenschaftlichen Kolloquiums am 03.03.2008). Dieses müsste bei der vergleichenden Beurteilung von Einrichtungen Berücksichtigung finden.
4. Auch variieren die patientenbezogenen Therapiedauern, die über die geforderte Mindestzeit von 8 Wochen hinausgehen, erheblich. Von daher lassen sich aus den erbrachten Leistungen, welche pro Rehabilitation gefordert werden, keine eindeutigen Rückschlüsse auf die Therapiedichte pro Patient ziehen. Von daher erscheint es sinnvoll, bei wöchentlich zu erbringenden ETM's, die Auswertung der Leistungen nach der durchschnittlichen Wochenhäufigkeit vorzunehmen.
5. Offen ist, welche Zeit damit gemeint ist, wenn in der KTL 2007 die Zeitdauer mit Z „individuell“ verschlüsselt wird.

II. Methodische Aspekte: Berechnung der Prozentangaben

Die vorgelegte Leitlinienauswertung vom 20.10.2007 auf Basis der KTL 2007 bezieht sich auf eine Grundgesamtheit von 1.663 Patienten/innen, davon sind 355 arbeitslos und 1.308 nicht arbeitslos.

Ausgewertet wurde für jedes Therapiemodul, wie viele Rehabilitanden entsprechend der Vorgaben leitliniengerecht versorgt bzw. nicht versorgt wurden. Nachfolgend haben wir eine Übersicht erstellt zur Gesamtzahl der jeweils zugeordneten Rehabilitanden:

	Anteil der Rehabilitanden		zusammen N	Bezugsgröße der Prozentberechnungen N
	mit leitliniengerechter Versorgung	ohne leitliniengerechte Versorgung		
ETM 1 Allgemeine Psychotherapie	575	1.071	1.646	1.663
ETM 2a Individuelle Therapie: Themenzentrierte Intervention zur Komorbidität	944	420	1.364	1.663
ETM 2b Individuelle Therapie: Förderung psychosozialer Kompetenz	1.443	179	1.622	1.663
ETM 3 Angehörigenorientierte Intervention	401	478	879	1.663
ETM 4a Arbeitsbezogene Leistungen: Klinische Sozialarbeit Arbeitslose	168	64	232	355
ETM 4b Arbeitsbezogene Leistungen: Klinische Sozialarbeit Nicht- Arbeitslose	628	2	630	1.308
ETM 5a Arbeitsbezogene Leistungen für Arbeitslose	169	126	295	355
ETM 5b Arbeitsbezogene Leistungen für Nicht-Arbeitslose	794	308	1.102	1.308
ETM 6a Förderung sozialer Integration Basisversorgung	1.513	2	1.515	1.663
ETM 6b Förderung sozialer Integration Risikogruppen	1.201	314	1.515	1.663
ETM 7 Förderung sozialer Integration Ergotherapie	226	321	547	1.663
ETM 8 Gestalterische Ergotherapie etc.	635	827	1.462	1.663
ETM 9 Tabakentwöhnung	130	174	304	1.663
ETM 10 Entspannungstraining	512	635	1.147	1.663
ETM 11 Ernährungsschulung	706	110	816	1.663
ETM 12 Information und Schulung	994	497	1.491	1.663
ETM 13a Sport- und Bewegungstherapie: Aufbautraining	865	673	1.538	1.663
ETM 13b Sport- und Bewegungstherapie: Pädagogisch/Psychotherapeutisch	408	664	1.072	1.663

Erklärungsbedürftig sind bei der prozentualen Berechnung der entsprechenden Anteile die entsprechenden Abweichungen von der jeweils zugrunde liegenden Gesamtzahl von 1.663 Rehabilitanden - bzw. den 355 Arbeitslosen und den 1.308 Nicht-Arbeitslosen. Die jeweiligen Prozentangaben der leitliniengerechten Versorgung wurden jeweils in Bezug zu diesen Grundgesamtheiten und nicht zur jeweiligen sich ergebenden Summe (dritte Spalte) berechnet (siehe Seite 3 der zugestellten Auswertung). Dieser Aspekt wurde bei den weiteren Ausführungen außen vorgelassen.

Ferner sehen wir ein Problem hinsichtlich der Einstufung der Zeitdauer. Während bei den ETM Modulen eine Dauer von 60 Minuten für eine Stunde zugrunde gelegt wird, dauert eine Therapiestunde im klinischen Alltag in der Regel 50 Minuten. Dies sollte auch dahingehend Berücksichtigung finden, dass die vorgegebenen Gesamtminutenzahlen durch 50 dividierbar sind. Die derzeitige Bezogenheit auf 60-minütige Stunden würde z. T. erhebliche Umorganisationen der klinischen Zeitabläufe erfordern, was sicherlich nicht wünschenswert ist.

III. Einzelne Aspekte zur aktuellen Auswertung auf der Basis der KTL 2007

ETM 1 Allgemeine Psychotherapie

Nur 35 % der Rehabilitanden werden gemäß der Auswertung und den Vorgaben leitliniengerecht versorgt. Der geschätzte Bedarf liegt mit 95 % deutlich darüber. In diesem Zusammenhang wird darauf hingewiesen, dass sich die Auswertungsergebnisse deutlich verändern würden, wenn G099 „Sonstige störungsspezifische Gruppe bei Abhängigkeitsproblematik“ dem ETM 1 zugeordnet würde und nicht dem ETM 2b „Indikative Therapie: Förderung psychosozialer Kompetenz“ (Anteil mit dieser Leistung: 61 %, Dauer pro Reha: 2.202 Minuten). Dasselbe Problem besteht hinsichtlich der Zuordnung von G092 „Störungsspezifische Gruppe bei Abhängigkeitsproblematik: Substanzabhängigkeit/Schädlicher Gebrauch“, welches ebenfalls nicht dem ETM 1, sondern dem ETM 2a zugeordnet wurde (Anteil mit dieser Leistung: 46 %, Dauer pro Reha: 3.358 Minuten). Grundsätzlich ist im Rahmen des ETM 1 „Allgemeine Psychotherapie“ auch zu berücksichtigen, dass Einzeltherapie/-behandlungen in Rehabilitationskliniken durchgeführt wird.

ETM 2a Indikative Therapie: Psychische Komorbidität

Kleinere Einrichtungen werden häufiger keine spezifischen Sondergruppen (z.B. Angststörung, Depression, Zwang) durchführen, sondern die Behandlung wird dort eher im Rahmen des ETM 1 erfolgen. Zu prüfen wird sein, wie die derzeitige Übererfüllung - geforderter Anteil der Rehabilitanden mit leitliniengerechter Versorgung: 35 %, aktueller Anteil der Rehabilitanden mit leitliniengerechter Versorgung: 57 % - aussieht, wenn G092 nicht mehr hierunter fallen sollte.

ETM 2b Indikative Therapie: Förderung psychosozialer Kompetenz

Zu prüfen wird sein, wie es mit der aktuellen Übererfüllung der Vorgaben - geforderter Anteil der Rehabilitanden mit leitliniengerechter Versorgung: 50 %, Anteil der Rehabilitanden mit leitliniengerechter Versorgung: 87 % - aussieht, wenn die Nummer G099 nicht mehr hierunter fallen sollte, sondern in das ETM 1 integriert würde.

In der Regel durchzieht eine unspezifische Förderung sozialer Kompetenzen die gesamte Behandlung, also auch den Arbeitsbereich, die Ergotherapie, die Psychotherapie wie auch den Freizeitbereich. Dies im Rahmen der KTL abzubilden, dürfte zumindest für kleinere Einrichtungen nicht einfach sein.

Zwischenbemerkung: Zu prüfen ist, ob zumindest bei kleineren Einrichtungen eine Gesamtauswertung der ETM 1, 2a und 2b als gemeinsames Modul „Psychotherapie“ erfolgen sollte.

ETM 3 Angehörigenorientierte Intervention

Die Vorgaben hinsichtlich des geschätzten Bedarfs von 25 % werden mit 24 % der Rehabilitanden, die leitliniengerecht versorgt werden, knapp erfüllt. Letztlich hängt die Erfüllung dieser Leitlinie allerdings auch von der Zusammensetzung des Klientels einer Einrichtung, der Bereitschaft der Angehörigen, sich einbeziehen zu lassen sowie der Erstattung der entsprechenden Fahrt- und Übernachtungskosten ab.

ETM 4a Arbeitsbezogene Leistungen: Klinische Sozialarbeit für Arbeitslose

Der in der Leitlinie geschätzte Bedarf von 90 % wird mit einem Anteil der Rehabilitanden mit leitliniengerechter Versorgung von 47 % deutlich unterschritten. Ferner ist ein Teil der in der Leitlinie aufgeführten Leistungen kaum dem ETM 4a zuzuordnen (C041 Einzelgespräch mit Betriebsangehörigen, C042 Betriebsseminar, D032 Beratung innerbetriebliche Umsetzung, Arbeitsplatzadaption).

Es ist zu prüfen, ob in den Einrichtungen entsprechende Leistungen teilweise anders in den Rahmen der Gesamtbehandlung eingebettet sind und damit auch nicht entsprechend gesondert codiert werden (z.B. im Rahmen der Einzeltherapie, sofern es sich um die Bearbeitung vorrangig psychosozialer Probleme der Arbeitslosigkeit handelt oder im Rahmen der arbeitsbezogenen Leistungen für Arbeitslose ETM 5a). Denkbar ist darüber hinaus, dass sich hier ebenfalls die Einrichtungsgröße niederschlägt, da sich die Frage stellt, ob in kleineren Einrichtungen spezifische Angebote gemäß ETM 4a vorgehalten werden oder ob diese eher in den Rahmen von Einzelgesprächen mit dem Bezugstherapeuten sowie entsprechende Gruppenangebote integriert werden.

ETM 4b Arbeitsbezogene Leistungen: Klinische Sozialarbeit für Rehabilitanden mit Arbeit und Nicht-Erwerbstätige

Von den davon Betroffenen sollten 90 % laut Vorgabe leitliniengerecht versorgt werden. Der Erfüllungsgrad liegt nach der Auswertung bei lediglich 48 %.

Grundsätzlich handelt es sich bei den Rehabilitanden um zwei unterschiedliche Zielgruppen, nämlich die Rehabilitanden mit Arbeit und Nicht-Erwerbstätige. Hier müsste nochmals geprüft werden, ob der geschätzte Bedarf von 90 % generell zu hoch angesetzt ist. Anders als bei den übrigen Indikationen ist bei Sucht ein betriebliches Wiedereingliederungsmanagement von Rehabilitanden mit Arbeit eher selten notwendig. Es besteht somit weiterer Diskussions- bzw. Klärungsbedarf hinsichtlich dieser Vorgabe.

ETM 5a Arbeitsbezogene Leistungen für Arbeitslose

Die Vorgabe eines geschätzten Bedarfs von 90 % wird mit 48 %, die eine leitliniengerechte Versorgung erhalten, deutlich unterschritten. Die geforderter Dauer beträgt 120 Minuten pro Woche. Leider fehlt bei der Codierungsmöglichkeit zur Dauer der therapeutischen Leistungen (Seite 66 der KTL-Ausgabe 2007) die Kategorie „ganztäglich“, so dass bei G162 „Durchführung extremer Belastungserprobung in der Psychotherapie“ lediglich die Angabe „U“ (300 Minuten) oder „Z“ (individuell) möglich ist.

Ferner sind in der KTL 2007 externe Profiling-Maßnahmen nicht enthalten wie auch die Kontaktaufnahme zur Agentur für Arbeit oder ARGE. In diesem Zusammenhang plädieren wir dafür, dass auch entsprechende soziotherapeutische Leistungen, die ohne die Anwesenheit des Patienten durchgeführt werden, wie Telefonate (z. B. mit den ARGEN) als soziotherapeutische KTL-Leistungen eingebracht werden können.

Zu prüfen ist ferner, inwieweit sich hinter dem geringen Erfüllungsgrad unterschiedliche Konzepte von Einrichtungen im Umgang mit Arbeitslosigkeit verbergen. So dürften klassische Behandlungsansätze mit traditionellen Arbeitstherapieangeboten die vorgegebene Norm erfüllen, andere, welche indikativ eher auf die Ursachen der Arbeitslosigkeit eingehen (z.B. Motivation, Arbeitshaltung, Erfahrung in der Arbeitswelt, Erlangung von Grundfertigkeiten, Übernahme von Verantwortung etc.), könnten Probleme hinsichtlich der Erfüllung der Vorgaben haben.

ETM 5b Arbeitsbezogene Leistungen für Nicht-Arbeitslose

Der geschätzte Bedarf von 50 % an Rehabilitanden mit leitliniengerechter Versorgung wird mit 61 % überschritten. Hierbei stellt sich allerdings die Frage, ob Rehabilitanden mit Arbeit überhaupt kontinuierlich an einer Arbeitstherapie (Mindestforderung 50 Minuten pro Woche) teilnehmen sollten, bzw. ob unterschiedliche arbeitsbezogene Problemlagen nicht auch verschiedene Leistungen (z.B. aus ETM 1, ETM 2b, ETM 5b oder begleitende Gespräche) erfordern.

ETM 6a „Förderung sozialer Integration: Klinische Sozialarbeit Basisversorgung“ und ETM 6b „Förderung sozialer Integration: Klinische Sozialarbeit für Risikogruppen“

Die Vorgaben werden erfüllt bzw. übererfüllt, daher besteht hierzu wohl kein weiterer Diskussions- bzw. gesonderter Klärungsbedarf.

ETM 7 „Förderung sozialer Integration: Ergotherapie“ und ETM 8 „Gestalterische Ergotherapie, Kreativtherapie und Freizeitgestaltung“

Während bei ETM 7 der geforderte Anteil mit leitliniengerechter Versorgung von 10 % überschritten wird (14 %), werden die entsprechenden Vorgaben des ETM 8 mit 70 % deutlich unterschritten (38 %).

Diese beiden Module sind inhaltlich nicht trennscharf. So sind z.B. E060 „Funktionstraining mit geeignetem Material oder Gerät“ einzeln und E070 in der Kleingruppe prinzipiell auch dem ETM 8 zuzuordnen. Auch stellt sich die Frage, ob der Mindestanteil entsprechend zu behandelnder Rehabilitanden beim ETM 8 mit 70 % (bei mindestens 2 Stunden Dauer pro Woche) nicht zu hoch angesetzt ist. Hier besteht Diskussions- und Klärungsbedarf.

ETM 9 Tabakentwöhnung

Der geschätzte Bedarf von 10 % wird mit einem Anteil der Rehabilitanden von 8 % leicht unterschritten. Verschlüsselbar sind allerdings nur entsprechende Gruppenangebote zur Tabakentwöhnung. Da es sich hierbei in der Regel um eine freiwillige Teilnahme handelt, hängt diese entscheidend von der Motivation und Motivierung der Rehabilitanden ab. Darüber hinaus sind diese Angebote nur ein Teilbereich einer umfassenderen Strategie zur Förderung des Nichtrauchens in einer medizinischen Rehabilitationseinrichtung. Von daher bilden die entsprechenden KTL-Leistungen bei weitem nicht die umfassenden Konzepte und Anstrengungen der Einrichtungen in diesem Bereich angemessen ab.

ETM 10 Entspannungstraining

Die Vorgabe von 40 % an Rehabilitanden, die eine leitliniengerechte Versorgung benötigen, wird mit 31 % unterschritten. In diesem Zusammenhang stellt sich die Frage, ob entsprechende Angebote, je nach Konzept und Kompetenz der Mitarbeiter/innen, auch in andere Module wie ETM 13a, ETM 13b oder in den Rahmen der psychotherapeutischen Angebote (ETM 1, 2a, 2b) integriert werden. Darüber hinaus schlagen wir vor, die Häufigkeit pro Reha von mindestens 8x auf mindestens 6x zu reduzieren bei einer Mindeststundenzahldauer von 4 Stunden.

ETM 11 Ernährungsschulung und -beratung

Die Vorgabe von 80 % wird mit einem Anteil der Rehabilitanden von 42 %, die leitliniengerecht versorgt werden, deutlich unterschritten. Zu überlegen ist, ob die KTL-Einheit C082 „Seminar zur Gesundheitsförderung Modul Gesunde Ernährung“ nicht besser dem ETM 11 zugeordnet werden sollte. Auch ist die Vorgabe des geschätzten Bedarfs mit 80 % deutlich zu hoch angesetzt. Diese sollte abgesenkt werden.

ETM 12 Information und Schulung

Die Codes H 010 Anleitung zur Körperpflege, H 020 Anleitung zum Ankleiden, H 050 Anleitung zur Sauerstofflangzeittherapie, H 060 Anleitung zur Beatmungstherapie sowie die Codes H 091 bis H 099 und H 101, H 102, H 103, H 104, H 109, H 111, H 112, H 113, H 114, H 119, H 121, H 122, H 131, H 132, H 140, H 190 und H 200 sollten hier aufgenommen werden.

ETM 13a „Sport- und Bewegungstherapie: Körperliches Aufbautraining“ und ETM 13b „Sport- und Bewegungstherapie mit pädagogisch- und psychotherapeutischem Schwerpunkt“

Während sich beim ETM 13a eine Unterschreitung der Vorgabe von 70 % mit 52 % zeigt, liegt beim ETM 13b eine Übererfüllung der Vorgabe von 10 % mit 25 % vor. Beide Module sind nicht trennscharf voneinander abzugrenzen, vielfach werden in den Einrichtungen - je nach Konzept und Kompetenz der Therapeuten/innen - integrierte Angebote, welche ggf. auch das ETM 10 „Entspannungstraining“ beinhalten, vorgehalten. Von daher stellt sich die Frage, ob die Trennung in unterschiedliche Untermodule aufrechtzuerhalten ist.

Nicht abgebildete Leistungen der KTL

Folgende KTL-Nummern „H 073 Begleitung und Überwachung von Selbstmanagement und Verhaltensmodifikation“, „H 074 Supportives Gespräch“ sowie H 080 „Stationsablauf und alltagsstrukturierende Gruppe“ sind in keinem ETM abgebildet.

Da diese Gruppen nicht von psychotherapeutischem Fachpersonal in engerem Sinne (z. B. Ärzte, Psychologen oder suchtspezifisch ausgebildeten Sozialpädagogen) geleitet werden, ist es problematisch, diese dem ETM 1 oder ETM 2 zuzuordnen. Von daher könnten sie auch dem ETM 6 Förderung sozialer Integration oder dem ETM 7, hier auch Förderung sozialer Integration, zugerechnet werden.

Schlusswort

Grundsätzlich möchten wir - wie bereits mehrfach erfolgt - nochmals darauf hinweisen, dass nur ein Teil der Therapiemodule als „evidenzbasiert“ bezeichnet werden kann. Es liegt sicherlich im allgemeinen Interesse der Leistungsträger und der Leistungserbringer, dass auch zukünftig zum einen - unterschiedlich ausgerichtete Konzepte und Behandlungsansätze von Einrichtungen, wie auch zum anderen Innovationen - die noch keine Evidenzbasierung aufweisen können - ermöglicht bleiben sollten. Die Auswertungen weisen auf weiteren Diskussions- und Klärungsbedarf des Leitlinienprojektes im Bereich Alkoholabhängigkeit hin.