

Bewertungskennzahlen der therapeutischen Versorgung (KTL) - Projekt der DRV Bund

Zielsetzung der DRV Bund ist, es die Klassifikation therapeutischer Leistungen im Rahmen des Qualitätssicherungsprogramms zur Bewertung von Rehabilitationseinrichtungen zu nutzen. Neben dem Leitlinienprogramm, bei dem nicht alle Indikationsbereiche Berücksichtigung finden, sollen für alle Indikationsbereiche Kennzahlen auf der Basis der KTL-Auswertungen festgelegt werden, die zur Bewertung der Qualität von Einrichtungen dienen sollen. Diese Kennzahlen werden indikationsspezifisch festgelegt. Aktuell sieht die Beurteilung im Indikationsbereich Abhängigkeitserkrankungen wie folgt aus (Workshop der DRV Bund am 21.01.2009):

1. Kennzahl „Leistungsverteilung der KTL-Kapitel“:

100 Qualitätspunkte erhält eine Einrichtung, wenn sie Leistungen aus 7 - 10 Kapitel der 11-KTL-Kapitel erbringt.

2. Kennzahl „Leistungsmenge pro Woche“:

100 Qualitätspunkte erhält eine Einrichtung, die 20 - 40 Leistungen pro Woche erbringt.

3. Kennzahl „Leistungsdauer pro Woche“:

100 Qualitätspunkte erhält eine Einrichtung, wenn sie 20 - 24 Therapiestunden pro Woche erbringt.

Zum methodischen Vorgehen nimmt der Fachverband Sucht e.V. wie folgt Stellung:

1. Grundsätzliche Aspekte

Ein Rückschluss von der Quantität an Leistungen (Leistungsmenge) auf deren Qualität ist nur bedingt möglich.

Die Qualitätsoperationalisierung über die drei Kennzahlen 'Leistungsverteilung der KTL-Kapitel', 'Leistungsmenge pro Woche' und 'Leistungsdauer pro Woche' stellt ein induktives Verfahren dar, schließt also von der Quantität auf die Qualität, anstatt deduktiv Qualitätsnormen zu setzen und ihnen quantitative Leistungen zuzuordnen.

100 Qualitätspunkte bei den drei Kennzahlen würde beispielsweise auch eine Rehabilitationseinrichtung mit folgendem Leistungsprofil erreichen: Jeweils mehrfach wöchentlich: Ergometertraining ohne Monitoring und spielorientierte Sport- und Bewegungstherapie in der Halle oder im Freien (A), Physiotherapeutische Behandlung in der Gruppe: Atemgymnastik (B), mehrfach wöchentlich Vorträge Gesundheitsinformation (C), Vor- und Nachbereitung der Teilnahme an Selbsthilfegruppen im Rahmen des Therapieprogramms (D), Gartentherapie (E), Progressive Muskelrelaxation in der Gruppe (F), psychoedukative Gruppen Motivationstraining bei Abhängigkeitserkrankungen (G), Stationsablaufgruppe (H), Wassertreten (K), Freizeitsport (L) und Ernährung (M). Würden diese Leistungen x-mal wöchentlich angeboten, wären alle KTL-Kapitel abgedeckt, die Leistungsmenge pro Woche würde mehr als 40 Leistungen betragen und die Leistungsdauer pro Woche läge deutlich über 24 Therapiestunden.

Wir schlagen deshalb vor, für die einzelnen KTL-Kapitel qualitätsorientierte Sollvorgaben zu benennen, also z. B. für das Kapitel 'G - Psychotherapie' Leistungsmenge und Leistungsdauer pro Woche im Bereich der Einzel- und der Gruppenpsychotherapie.

2. Spezifische Hinweise

Vor dem Hintergrund der allgemeinen Anmerkungen möchten wir im Weiteren auf spezifische Aspekte des Vorhabens der DRV Bund zur Entwicklung von Bewertungskennzahlen hinweisen:

- Für die verschiedenen Indikationsbereiche sind spezifische Korridore bzw. Vorgaben hinsichtlich der Quantität an Leistungen, Zeiteinheiten, Leistungskapiteln erforderlich. Es ist zu prüfen, inwieweit auch innerhalb der Indikation Abhängigkeitserkrankungen für die Bereiche der Fachkliniken für Alkohol/Medikamente, der Drogeneinrichtungen und der ganztägig ambulante Einrichtungen unterschiedliche Korridore zu definieren sind.
- Die Kennzahl „Leistungsverteilung der KTL-Kapitel“ ist nach unserer Einschätzung wenig aussagekräftig. So genügt es, die Anforderungen zu erfüllen, wenn lediglich eine Leistung aus einem entsprechenden Kapitel erbracht wird. Zudem sind die einzelnen Leistungen innerhalb der KTL-Kapitel zum Teil mit einem erheblich unterschiedlichen Ressourcenaufwand für die Einrichtungen verbunden. Auch ist von einer unterschiedlichen Bedeutung der einzelnen KTL-Kapitel im Rahmen der verschiedenen Indikationsbereiche auszugehen. So spielen beispielsweise die Kapitel H und K im Bereich der Entwöhnungsbehandlung sicherlich nur eine untergeordnete Rolle. Von daher reduziert sich, z.B. in diesem Indikationsbereich damit auch die Anzahl der möglichen KTL-Kapitel deutlich.
- Zur Kennzahl „Leistungsmenge pro Woche“ ist anzumerken, dass gerade im Bereich der Abhängigkeitserkrankungen häufig Doppelstunden (z.B. Gruppentherapie, Ergotherapie, Arbeitstherapie) vorgehalten werden. Es ist nicht sinnvoll die Anzahl der einzelnen Leistungen durch die Reduktion der entsprechenden Therapiezeiten zu erhöhen. Von daher sind indikationsspezifische Unterschiede der Therapieorganisation bei der Entwicklung entsprechender Kennzahlen von besonderer Bedeutung. Der untere Bereich des Zielkorridors sollte von daher abgesenkt werden.
- Bei der Kennzahl „Leistungsdauer pro Woche“ ist zu berücksichtigen, dass die Stundenanzahl pro Woche keine Aussagen über die Inhalte und fachliche Notwendigkeit der erbrachten Therapieleistungen macht. Prinzipiell wäre es beispielsweise möglich, viele Leistungen aus den entsprechenden KTL-Kapiteln zu erbringen, die nur mit einem geringen Ressourcenaufwand verbunden sind, um die Vorgaben zu erfüllen. Der Zielkorridor sollte den Vorgaben im Bereich Psychosomatik/Psychotherapie angepasst werden (18 - 24 Therapiestunden pro Woche). Ferner sind im Bereich der Abhängigkeitserkrankungen auch externe Praktika auf die entsprechenden Therapiezeiten anzurechnen.

3. Zusätzliche Aspekte

Ergänzend möchten wir auf weitere Aspekte, welche für die Qualität der Rehabilitation von Bedeutung sind, verweisen.

- Entscheidend hinsichtlich der Qualität und Effektivität der Behandlung ist auch die Organisation und Steuerung der verschiedenen Leistungen vor dem Hintergrund des individuellen Bedarfs. Die medizinische Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen ist als Komplexbehandlung angelegt, deren Wirksamkeit auch belegt ist. Hingegen liegen für die einzelnen Therapiemodule aufgrund methodischer Probleme zum Teil kaum entsprechende Studien vor. Einzelne Behandlungselemente und entsprechende Kapitel aus der KTL entfalten somit erst im Kontext des gesamten Behandlungssettings ihre Wirkung.
- Die Förderung von Basiskompetenzen und -ressourcen (z.B. Förderung sozialer Kompetenz, der Motivation sein Leben zu ändern) erfolgt des weiteren nicht nur im Rahmen einzelner Leistungen oder KTL-Kapitel, sondern ist übergreifender Bestandteil der Gesamtbehandlung und mittels KTL nicht abbildbar.
- Weitere Faktoren wie z.B. Klinikatmosphäre, Qualität der therapeutischen Beziehung, Qualität der Beziehungen der Patienten untereinander, spezifische Behandlermerkmale und -kompetenzen) werden nicht über die KTL abgebildet, sind allerdings ebenfalls hinsichtlich der Wirksamkeit und der Qualität der Behandlung von Bedeutung.
- Die Qualität einer Rehabilitationsleistung ist somit nicht gleich zu setzen mit der Anzahl der erbrachten Leistungen. So kann beispielsweise auch die vorübergehende Zurücknahme einer Leistung erforderlich sein, um die Besinnung und die Verarbeitung von wesentlichen Erfahrungen zu fördern und entsprechende Einsichten zu vertiefen.
- Ferner sollte das Reha-Bewertungssystem um eine Operationalisierung der nachhaltigen Ergebnisqualität über den Entlasszeitpunkt hinaus ergänzt werden.

4. Schlusswort

Aus den bereits vorhandenen Instrumenten der Qualitätssicherung lassen sich vielfältige Rückschlüsse auf die Prozessqualität von Rehabilitationseinrichtungen ziehen. So liegen Mustertherapiepläne der Rehabilitationseinrichtungen vor. E-Berichte geben einen Überblick über die erbrachten Leistungen und den Therapieverlauf, diese werden im Rahmen des Peer-Review-Verfahrens überprüft. Patientenbefragungen beinhalten Fragen zur Erbringung der therapeutischen Leistungen in den Rehabilitationseinrichtungen. Auch im Rahmen der Visitationen besteht die Möglichkeit, im Rahmen der Patientengespräche die Einhaltung, entsprechender Therapiepläne und -zeiten exemplarisch zu prüfen.

Zusätzlich wird im Indikationsbereich „Alkoholabhängigkeit“ ein Leitlinienprojekt durchgeführt, in dessen Rahmen anhand von Therapiemodulen die Einhaltung entsprechender Vorgaben (KTL-Leistungsmengen) bereits detailliert geprüft wird. Darüber hinaus wird die Strukturqualität mittels eines Einrichtungsbogens überprüft, auch liegt von der DRV Bund ein Anforderungsprofil für stationäre Einrichtungen zur medizinischen Rehabilitation von Alkoholabhängigen vor, in dem detaillierte Anforderungen zur Therapie und Diagnostik sowie zur Personalausstattung etc. enthalten sind.

Ferner wird auch im Rahmen des Qualitätsmanagements und der vorgeschriebenen Zertifizierungsverfahren durch externe Auditoren anhand von Patientenakten der Behandlungsverlauf geprüft.

Von daher stellt sich die Frage, ob ein zusätzlicher Erkenntniswert mit der Einführung der vorgeschlagenen Bewertungskennzahlen der therapeutischen Versorgung (KTL) im Indikationsbereich der Abhängigkeitserkrankungen verbunden ist und ob Indikationsbereiche, in denen bereits das Leitlinienprojekt der DRV Bund durchgeführt wird, von diesem neuen Verfahren nicht besser ausgenommen werden. Falls an diesem Vorhaben generell festgehalten werden sollte, so empfehlen wir dringend, eine Abstimmung dieses Vorhabens mit den bereits bestehenden Verfahren der Qualitätssicherung und des Qualitätsmanagements sowie entsprechenden Anforderungen an die Rehabilitationseinrichtungen, um unterschiedliche oder widersprüchliche Anforderungen zu vermeiden.