



Deutsche
Rentenversicherung

Bund

Therapiestandards für die Rehabilitation bei Alkoholabhängigkeit

Methodenbericht: Ergebnisse der Projektphasen der Entwicklung der Pilotversion Reha-Therapiestandards Alkoholabhängigkeit

München, Freiburg, Berlin
2009 - 2011

Ansprechpartner:

Deutsche Rentenversicherung Bund:

Geschäftsbereich Sozialmedizin und Rehabilitation

Dr. med. Silke Brüggemann MSc

Herr Berthold Lindow

10704 Berlin

Tel.: 030 865-26863

Tel: 030-865-35958

E-Mail: silke.brueggemann@drv-bund.de

E-Mail: berthold.lindow@drv-bund.de

Entwicklung der Reha-Therapiestandards:

Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie

Ludwig-Maximilian-Universität München

Dipl.-Psych. Peggy Schmidt

Nußbaumstr. 7

80336 München

Tel.: 089-5160-5387

E-Mail: peggy.schmidt@med.uni-muenchen.de

Anwenderbefragung:

Abteilung Qualitätsmanagement und Sozialmedizin

Universitätsklinikum Freiburg

Prof. Dr. Oskar Mittag

Engelbergerstr. 21

79106 Freiburg

Tel: 0761-270-7354

E-Mail: oskar.mittag@uniklinik-freiburg.de

Vorbemerkung

Der Methodenbericht zu den Reha-Therapiestandards Alkoholabhängigkeit besteht aus zwei Teilen, die zeitlich nacheinander und von zwei verschiedenen Projektteams erstellt worden sind.

Im ersten Teil werden die Ergebnisse der systematischen Literaturrecherche, der KTL-Analyse zur Versorgungssituation und der schriftlichen Befragung von Experten und Fachgesellschaften dargestellt (**A. Materialienband**). Diese Materialien dienten als Grundlage für den anschließenden Experten-Workshop, in dem die Inhalte der Reha-Therapiestandards Alkoholabhängigkeit abgestimmt wurden.

Die Durchführung der einzelnen Arbeitsschritte zur Entwicklung der Reha-Therapiestandards erfolgte im Zeitraum April 2004 bis Dezember 2007 durch das Projektteam Prof. Dr. med. Michael Soyka, Peggy Schmidt und Dr. med. Miriam Bottlender der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Ludwig-Maximilian-Universität München.

*Hinweis: Die erste abgestimmte Pilotversion (s. o.) wurde im Rahmen eines nachfolgenden Forschungsprojektes (ISEG, 2008), dessen Ziel die indikationsübergreifende Angleichung bereits vorliegender Reha-Therapiestandards war, überarbeitet. Diese überarbeiteten Reha-Therapiestandards wurden den Reha-Einrichtungen während der Pilotphase (s. u.) zur Verfügung gestellt und dienten als Basis für die Anwenderbefragung (**B. Pilotversion**).*

Im zweiten Teil werden die Ergebnisse aus der Anwenderbefragung der Reha-Einrichtungen zur Akzeptanz und Praktikabilität der Reha-Therapiestandards Alkoholabhängigkeit präsentiert (**C. Ergebnisse der Anwenderbefragung**).

Die Durchführung der Anwenderbefragung erfolgte im Zeitraum September 2009 bis Juli 2010 durch ein Projektteam (Dipl. Psych. Ariane Spieser, Prof. Dr. rer. nat. Oskar Mittag, Prof. Dr. med. Wilfried H. Jäckel) der Abteilung Qualitätsmanagement und Sozialmedizin (AQMS) des Universitätsklinikums Freiburg.

Die Deutsche Rentenversicherung hat nach einer inhaltlichen Prüfung und Diskussion der Änderungsvorschläge der AQMS die Pilotversion der Reha-Therapiestandards Alkoholabhängigkeit überarbeitet. Eine ausführliche Dokumentation zur Umsetzung der Änderungsvorschläge findet sich im Anschluss an das entsprechende Kapitel.

Die aktuell gültige Version der Reha-Therapiestandards Alkoholabhängigkeit steht im Internet unter www.reha-therapiestandards-drv.de zur Verfügung.

Inhaltsverzeichnis

TEIL I

A. Materialienband: Ergebnisse der Literaturrecherche, der KTL-Analyse., der schriftlichen Expertenbefragung und des Konsensustreffens (Expertenworkshop)

1 Einleitung	7
2 Ergebnisse der Vorarbeiten	9
2.1 Literaturanalyse	9
2.2 KTL-Analyse	10
2.3 Expertenbefragung	13
3 Therapiemodule	14
3.1 Therapiemodul „Soziales Kompetenztraining“	14
3.1.1 Literaturrecherche	14
3.1.2 Ergebnisse der KTL-Analyse	14
3.3.3 Ergebnisse der Experten-Befragung	17
3.2 Therapiemodul „Motivationsförderungstherapie“	20
3.2.1 Literaturrecherche	20
3.2.2 Ergebnisse der KTL-Analyse	20
3.2.3 Ergebnisse der Experten-Befragung	23
3.3 Therapiemodul „Paar- und Familientherapie“	25
3.3.1 Literaturrecherche	25
3.3.2 Ergebnisse der KTL-Analyse	25
3.3.3 Ergebnisse der Experten-Befragung	28
3.4 Therapiemodul „Kognitive Verhaltenstherapie“	30
3.4.1 Literaturrecherche	30
3.4.2 Ergebnisse der KTL-Analyse	31
3.4.3 Ergebnisse der Experten-Befragung	33
3.5 Therapiemodul „Rückfallprävention“	36
3.5.1 Literaturrecherche	36
3.5.2 Ergebnisse der KTL-Analyse	36
3.5.3 Ergebnisse der Experten-Befragung	39
3.6 Therapiemodul „Tiefenpsychologische und psychoanalytische Psychotherapie“	41
3.6.1 Literaturrecherche	41
3.6.2 Ergebnisse der KTL-Analyse	41
3.6.3 Ergebnisse der Experten-Befragung	44
3.7 Therapiemodul „Entspannungstraining“	47
3.7.1 Literaturrecherche	47
3.7.2 Ergebnisse der KTL-Analyse	47
3.7.3 Ergebnisse der Experten-Befragung	50
3.8 Therapiemodul „Information und Schulung“	53
3.8.1 Literaturrecherche	53
3.8.2 Ergebnisse der KTL-Analyse	53
3.8.3 Ergebnisse der Experten-Befragung	56
3.9 Therapiemodul „Ernährungsschulung“	60
3.9.1 Literaturrecherche	60
3.9.2 Ergebnisse der KTL-Analyse	60
3.9.3 Ergebnisse der Experten-Befragung	63

3.10a Therapiemodul „Klinische Sozialarbeit - Soziale und sozialrechtliche Beratung“ ..	66
3.10a.1 Literaturrecherche	66
3.10a.2 Ergebnisse der KTL-Analyse.....	66
3.10a.3 Ergebnisse der Experten-Befragung	69
3.10b Therapiemodul „Klinische Sozialarbeit - Unterstützung bei der beruflichen Integration“	72
3.10b.1 Literaturrecherche	72
3.10b.2 Ergebnisse der KTL-Analyse.....	72
3.10b.3 Ergebnisse der Experten-Befragung	75
3.10c Therapiemodul „Klinische Sozialarbeit - Organisation der Nachsorge“	78
3.10c.1 Literaturrecherche	78
3.10c.2 Ergebnisse der KTL-Analyse.....	78
3.10c.3 Ergebnisse der Experten-Befragung	81
3.11 Therapiemodul „Nichtrauchertraining“	84
3.11.1 Literaturrecherche	84
3.11.2 Ergebnisse der KTL-Analyse.....	84
3.11a.2 Ergebnisse der Experten-Befragung	87
3.11b.3 Ergebnisse der Experten-Befragung	89
3.12a Therapiemodul „Sport und Bewegung: Ausdauer- und Muskelaufbautraining“	92
3.12a.1 Literaturrecherche	92
3.12a.2 Ergebnisse der KTL-Analyse.....	92
3.12a.3 Ergebnisse der Experten-Befragung	95
3.12b Therapiemodul „Sport und Bewegung: Körperliches Fähigkeitstraining“	97
3.12b.1 Literaturrecherche	97
3.12b.2 Ergebnisse der KTL-Analyse.....	97
3.12b.3 Ergebnisse der Experten-Befragung	101
3.13 Therapiemodul „Freizeitgestaltung“	103
3.13.1 Literaturrecherche	103
3.13.2 Ergebnisse der KTL-Analyse.....	103
3.13.3 Ergebnisse der Experten-Befragung	107
3.14 Therapiemodul „Indikative Gruppen zur psychischen Komorbidität“	110
3.14.1 Literaturrecherche	110
3.14.2 Ergebnisse der KTL-Analyse.....	110
3.14.3 Ergebnisse der Experten-Befragung	113
4 Anregungen für den Expertenworkshop	116
Literatur	117
Tabellenverzeichnis	120
Abbildungsverzeichnis	122
Anhang	127
Anhang 1. KTL-Ziffern in den einzelnen Therapiemodulen.....	127
Anhang 2. Exemplarische Darstellung der Fragebögen am Beispiel des Therapiemoduls Soziales Kompetenztraining.....	133
Anhang 3. Allgemeine Fragen zur Rehabilitationsklinik	139

B. Pilotversion Reha-Therapiestandards Alkoholabhängigkeit

TEIL II

C. Ergebnisse der Anwenderbefragung

1 Hintergrund	163
2 Methodik.....	165
3 Ergebnisse	166
3.1 Verständlichkeit, Akzeptanz und Praktikabilität der Reha-Therapiestandards Alkoholabhängigkeit.....	166
3.1.1 Globale Bewertung der Reha-Therapiestandards Alkoholabhängigkeit	166
3.1.2 Formale und inhaltliche Gestaltung der Reha-Therapiestandards	167
3.1.3 Angemessenheit der in den Therapiemodulen erfassten KTL-Leistungseinheiten zur Verschlüsselung therapeutischer Leistungen, des Mindestanteils und der Mindestdauer entsprechend zu behandelnder Rehabilitanden (geschätzter Bedarf)	170
3.1.4 Konzeptionelle und inhaltliche Bewertung der Reha-Therapiestandards	179
3.2 Gründe für das Abweichen von den Vorgaben der Leitlinie	182
3.3 Bewertung und Relevanz der Ergebnismeldung zur Erfüllung der Reha-Therapiestandards Alkoholabhängigkeit 2009	187
4 Diskussion	190
5 Vorschläge der Arbeitsgruppe aus der AQMS.....	193
6 Änderungen der Reha-Therapiestandards nach den Ergebnissen der Anwenderbefragung	195
7 Literatur	197
8 Anhang	199
8.1 Tabellen	199
8.2 Freitextangaben	209
8.2.1 Auswertung Freitext Fragebogen I: Akzeptanz und Praktikabilität der Reha-Therapiestandards Alkoholabhängigkeit	209
8.2.2 Auswertung Freitext Fragebogen II: Bewertung der Ergebnismeldung Reha-Therapiestandards Alkoholabhängigkeit.....	233

TEIL I

Materialienband zur Erstellung der Reha-Therapiestandards

Pilotversion der Reha-Therapiestandards Alkoholabhängigkeit

1 Einleitung

Im Rahmen von Qualitätssicherungsmaßnahmen im Gesundheitswesen kommt der Erstellung evidenzbasierter Behandlungsleitlinien weitreichende Bedeutung zu. Die Deutsche Rentenversicherung fördert seit Ende der 90er Jahre ein Leitlinienprogramm zur Erstellung von Prozess-Leitlinien in der Rehabilitation (Brüggemann et al. 2004). Exemplarisch ausgewählte Indikationsbereiche beziehen sich z.B. auf chronischen Rückenschmerz (Gülich et al. 2003) und koronare Herzerkrankungen (Bitzer et al. 2002, 2003). Die Alkoholabhängigkeit wurde für den Suchtbereich exemplarisch ausgewählt (Brüggemann et al. 2005; Huck-Langer et al. 2000; Merfert-Diete 2004). Obwohl sich die medizinischen Behandlungsmöglichkeiten in den letzten Jahren bedeutend verbessert haben, leiden die Betroffenen unter verschiedensten Folgestörungen somatischer, psychischer und sozialer Art. In der (stationären) Rehabilitation besteht daher die besondere Möglichkeit, auf diese multimodalen Behandlungsfelder zu fokussieren und evidenzbasierte Interventionen anzuwenden. Die Ziele von Leitlinien für den ausgewählten Bereich der (stationären) Rehabilitation von alkoholkranken Menschen liegen in der systematischen Darstellung des vorhandenen Wissens hinsichtlich der Effektivität differenzierter Therapiemaßnahmen, in der Implementierung evidenzbasierter Therapiemodule sowie der Ermöglichung von Transparenz im Prozess der Rehabilitation.

Die Erstellung einer Leitlinie in der Rehabilitation erfolgt in vier Phasen, wie nachfolgend dargestellt:

1. Systematische Literaturanalyse und Analyse bereits existierender nationaler und internationaler Leitlinien zur Identifizierung evidenzbasierter Therapieempfehlungen.
2. Definition von Therapiemodulen und Abgleich mit den erbrachten therapeutischen Leistungen in der Rehabilitation anhand der Klassifikation therapeutischer Leistung (KTL), im Sinne eines Soll-Ist-Vergleichs.
3. Expertenbefragung aller am Therapieprozess beteiligten Berufsgruppen sowie Fachgesellschaften und Selbsthilfeorganisationen zur systematischen Konsensbildung.
4. Implementierung der Leitlinie in ausgewählten Reha-Kliniken sowie Evaluation im Rahmen von Pilotprojekten.

Die Phasen 1 und 2 sowie die schriftliche Expertenbefragung der Phase 3 wurden abgeschlossen. Der nächste Schritt besteht in der Durchführung eines Experten-Workshops, welcher für den 23. und 24. März 2006 geplant ist.

Um bezüglich der Vorarbeiten eine gemeinsame Wissensbasis zu ermöglichen, werden die Ergebnisse im Folgenden dargestellt.

2 Ergebnisse der Vorarbeiten

2.1 Literaturanalyse

Die Literaturrecherche erfolgte im Jahr 2004. Im Mittelpunkt stand eine systematische Analyse einschlägiger Literaturdatenbanken. Anhand der Begriffe „alcohol“, „treatment“, „therapy“, „rehabilitation“, „inpatient“, „hospitalised patients“, „hospital programs“, „efficacy“, „effectiveness“, „psychotherapy“ wurden folgende englischsprachigen Datenbanken durchsucht: Medline, PsycLit, PsycINFO, Psynindex, das Center of Alcohol Studies Rutgers, Cochrane Library, BMJ-Datenbank, und schließlich die bedeutende gesundheitsökonomische Datenbank NHS EED (National Health Service Economic Evaluation Database, University of York, www.nhs.cr.d.york.ac.uk) inklusive Current Contents Clinical Medicine, CINAHL (Cumulative Index for Nursing and Allied Health Literature) und HTA-Datenbank (Health Technology Assessment Database). Zur Frage der Effizienz der Rehabilitation, speziell im deutschsprachigen Raum, wurde die Meta-Analyse von Süß (1995) überprüft. Zudem wurden die Referenzlisten einschlägiger Publikationen gesichtet. Folgende Übersichtsarbeiten und Gesundheitsberichte/Leitlinien wurden herangezogen: Swedish Council on Technology Assessment in Health Care (SBU) (Andréasson und Öjehagen 2003, Berglund et al 2003), Health Technology Board for Scotland: Health Technology Assessment of Prevention of Relapse in Alcohol Dependence. Consultation Assessment Report (Slattery J et al. 2002), Mesa Grande Project (Miller et al. 2003), Übersichten von Holder et al. (1991) und Finney und Monahan (1996).

Die Resultate wurden nach den Richtlinien der AWMF hinsichtlich ihrer Effektstärke in vier Stufen eingeteilt (Arbeitsgemeinschaft der wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften, Ärztliche Zentralstelle Qualitätssicherung 2001, Kufner 2003).

- I
 - a) Evidenz aufgrund von Metaanalysen randomisierter, kontrollierter Studien
 - b) Evidenz aufgrund mindestens einer randomisierten, kontrollierten Studie
- II
 - a) Evidenz aufgrund mindestens einer gut angelegte, kontrollierten Studie ohne Randomisierung
 - b) mindestens eine gut angelegte quasi-experimentelle Studie
- III Evidenz aufgrund gut angelegter, nicht experimenteller deskriptiver Studien (z.B. Vergleichsstudien, Korrelationsstudien, Fallkontrollstudien)
- IV Evidenz aufgrund von Berichten, Meinungen von Expertenkreisen, Konsensus-Konferenzen und/oder klinischer Erfahrung anerkannter Autoritäten

Als evidenzbasierte Therapiemodule (ETM) wurden die Module „Soziales Kompetenztraining“, „Motivationsförderungstherapie“, „Paar- und Familientherapie“, „Kognitive Verhaltenstherapie“, „Rückfallprävention“ sowie „Tiefenpsychologisch fundierte und psychoanalytische Psychotherapie“ beschrieben. Als praxisbasiert können „Entspannungstraining“, „Information und Schulung“, „Ernährungsschulung“, „Sozialarbeit“, „Nichtrauchertraining“, „Sport und Bewegung“, „Freizeitgestaltung“ sowie „Indikative Gruppen zur psychischen Komorbidität“ angesehen werden. Konkrete Ergebnisse der Literaturanalyse wurden den jeweiligen Modulen unter Gliederungspunkt 3 direkt zugeordnet.

2.2 KTL-Analyse

Die Verschlüsselung therapeutische Einheiten für die medizinische Rehabilitation erfolgt gemäß Leistungskatalog KTL (Klassifikation therapeutischer Leistungen). Der Katalog ist abrufbar unter

<http://www.deutsche-rentenversicherung.de/> > [Zielgruppen](#) > [Sozialmedizin & Forschung](#) > [Klassifikationen](#) > [KTL](#)

Anhand der Codierung lassen sich Leistungen patientenbezogen dokumentieren und auswerten. In die Analyse einbezogene Einzelinterventionen einschließlich der KTL-Codierung können dem Anhang 1 entnommen werden.

Methodik

Population

Die Auswertungen beziehen sich auf 8079 Rehabilitanden des Entlassungsjahrganges 2004 (Rehabilitanden der ehemaligen BfA). Im Mittel waren die Patienten 45.6 (SD=8.1) Jahre alt, 3708 (45.9%) waren weiblichen und 4371 (54.1%) männlichen Geschlechts. Die mittlere Aufenthaltsdauer in der stationären Rehabilitation betrug 85.9 (SD=52.2) Tage. Weitere Angaben sind der Tabelle 1 zu entnehmen.

Deskriptive Darstellungen

Zur Beschreibung der Daten wurden Mittelwerte, Standardabweichungen, relative und absolute Häufigkeiten berechnet.

Analysen

Gruppenvergleiche erfolgten nach dem Allgemeinen linearen Modell. Als Effektgröße zur Einschätzung der praktischen Bedeutsamkeit wurde Eta-Quadrat berechnet. In den Darstellungen des Kapitels 3 wurden nur Ergebnisse erwähnt, für die eine, über die reine statistische hinausgehende, praktische Bedeutsamkeit nachwiesen wurde. Folgende Variable wurden untersucht:

Abhängige Variable

- Mindestinanspruchnahme pro Therapiemodul
- definiert als die mindestens einmalige Inanspruchnahme einer Leistung aus dem Modul
- wöchentliche Inanspruchnahme
- Ergebnis der Multiplikation der Einzelleistungen mit ihrer Anzahl der Inanspruchnahme während der gesamten Rehabilitationsmaßnahme, geteilt durch die Dauer der Maßnahme in Wochen

Unabhängige Variable

- Einzelleistungen,
- Alter,
- Geschlecht,
- Anzahl der Maßnahmen vor Antragstellung,
- Arbeitsunfähigkeit vor der Rehabilitation,
- Dauer der Rehabilitation,
- Leistungsfähigkeit nach der Rehabilitation,
- Anzahl weiterer Diagnosen,
- ICD-10-Einstufung weiterer Diagnosen (nur Diagnosen aus Kapitel F vs. Auch Diagnosen aus anderen Kapiteln)
- Behandlungsstätte

Im Rahmen der Auswertungen wird der Begriff der **Varianzaufklärung** benutzt. So bedeutet z.B. eine Varianzaufklärung von 22%, dass Unterschiede in der abhängigen Variable (AV) zu 22% auf die betrachtete unabhängige Variable (UV) zurückgeführt werden können und zu 78% durch weitere Einflüsse bedingt sind. Setzt man als AV die wöchentliche Inanspruchnahme und als UV die Dauer der Rehabilitation ein, so heißt, dass Unterschiede in der wöchentlichen Inanspruchnahme einer Leistung zu 22% durch verschieden lange Rehabilitationen erklärt werden können.

Tabelle 1: Merkmale der Patientenpopulation (N=8079)

		n	%
Geschlecht	Frauen	3708	45.9
	Männer	4371	54.1
Familienstand	ledig	2065	25.6
	verheiratet	3358	41.6
	geschieden	1864	23.1
	verwitwet	240	3.0
	Keine Angabe	552	6.8
Stellung im Berufsleben	Auszubildender	97	1.2
	Ungelernter Arbeiter	147	1.9
	Facharbeiter	198	2.5
	Meister/Polier	102	1.3
	Angestellter	5149	63.7
	Beamter	3	0.0
	Selbständiger	281	3.5
	Nicht erwerbstätig/arbeitslos	1167	14.4
	Keine Angabe	935	11.6
Staatsangehörigkeit	deutsch	7900	97.8
	andere	179	2.2
Anzahl der Maßnahmen vor Antragstellung	Keine	4298	53.2
	1	1931	23.9
	2	1027	12.7
	3	458	5.7
	4 und mehr	365	4.5
Arbeitsunfähigkeitszeiten letzte 12 Monate	keine	1209	15.0
	bis unter 3 Monate	4224	52.3
	3 bis unter 6 Monate	1091	13.5
	6 Monate und mehr	995	12.3
	nicht erwerbstätig	573	7.1
	keine Angabe	2	0.0
Leistungsfähigkeit bis-herige Tätigkeit	Vorbelegung	69	0.9
	6 Stunden und mehr	7176	98.0
	3 bis unter 6 Stunden	152	1.9
	weniger als 3 Stunden	638	7.9
	keine Aussage	45	0.6

2.3 Expertenbefragung

Methodik

Für jedes der 14 Therapiemodule wurde ein Bogen mit Fragen zur inhaltlichen und formalen Ausgestaltung erstellt. Exemplarisch ist ein Fragebogen für das ETM „Soziales Kompetenztraining“ als Anhang 2 abgebildet. Unter Ausnahme der im jeweiligen Modul integrierten Therapieelemente sind die Items aller Fragebögen identisch.

Deskriptive Darstellungen

Zur Beschreibung der Daten wurden Mittelwerte, Standardabweichungen, relative und absolute Häufigkeiten berechnet. Da nicht alle Fragen von allen Personengruppen beantwortet wurden, schwankt die Stichprobengröße innerhalb der deskriptiven Darstellungen.

Population

Die Fragebögen wurden an insgesamt 72 Rehabilitationskliniken, 5 Suchtverbände und 6 Selbsthilfeverbände versandt. Sie richteten sich an Ärzte, Diplom-Psychologen, Diplom-Sozialpädagogen, Diplom-Pädagogen, Ergotherapeuten, Physiotherapeuten, Sport-/Gymnastiklehrer und andere relevante Berufsgruppen. Die Klinikselektion erfolgte hinsichtlich der in der Rehabilitationsklinik behandelten Indikation Alkoholabhängigkeit sowie der Belegung durch die Deutsche Rentenversicherung Bund. Der Rücklauf insgesamt lag bei 54,2%. Von den Kliniken antworteten 47 (65.3%), keinen Rücklauf erhielten wir von den Suchtverbänden (0%) und eine Antwort von den Selbsthilfeverbänden (16.6%).

Die Kliniken erhielten neben den Fragebögen zu den einzelnen Modulen einen Bogen, auf dem sie gebeten wurden, allgemeine Angaben zur Rehabilitationsklinik zu machen (vgl. Anhang 3). Von den 27 Kliniken, die diesen Bogen ausgefüllt zurücksandten, führten 8 (30%) ausschließlich Rehabilitationen für alkoholabhängige Patienten durch. Weiter Indikationen waren Medikamentenabhängigkeit (n=14), Abhängigkeit von illegalen Drogen einschließlich Polytoxikomanie (n=9), Essstörungen (n=1), Borderline Persönlichkeitsstörungen (n=1), Psychosomatische Störungen (n=1), Spielsucht (n=1) sowie Belastungsstörungen (n=1). Im Ganzen behandelten die Kliniken zwischen 85 und 1600 Patienten im Jahr (M=450), zwischen 8 und 1000 Patienten insgesamt mit Substanzabhängigkeit (M=337) und zwischen 30 und 966 allein mit Alkoholabhängigkeit (M=358).

3 Therapiemodule

3.1 Therapiemodul „Soziales Kompetenztraining“

3.1.1 Literaturrecherche

Soziales Kompetenztraining umfasst das Erlernen von zwischenmenschlichen Fähigkeiten, Bewältigungsstrategien zur Stimmungsregulierung, Stressbewältigungstraining sowie die Bewältigung von substanzbezogenen Schlüsselreizen (Monti et al. 1995). Die Effizienz von Sozialem Kompetenztraining, eingebettet in ein umfassendes Therapiekonzept, ist dokumentiert und Kernelemente sind auch in anderen therapeutischen Methoden zu finden. Soziales Kompetenztraining kann sowohl in Einzel- als auch Gruppentherapie angewendet werden und erscheint vor allem geeignet für schwerer abhängige Patienten mit psychopathologischen Auffälligkeiten (Brown 2004, Finney und Monahan 1996, Holder et al. 1991, Miller et al. 2003).

3.1.2 Ergebnisse der KTL-Analyse

3.1.2.1 Personenbezogene Auswertung (N=8079)

Insgesamt 6180 und damit 77% aller betrachteten Rehabilitanden erhielten mindestens eine einmalige Leistung aus dem Therapiemodul „Soziales Kompetenztraining“. In dieses Modul wurden 29 KTL-Codes integriert. Der zeitliche Leistungsumfang betrug durchschnittlich eine halbe Stunde pro Woche.

Tabelle 2: Therapiemodul „Soziales Kompetenztraining“ – **allgemeine Angaben** (N=8079)

n	6180
% von 8079	77
Anzahl berücksichtigter KTL-Codes	29
Wochenumfang in h: M (SD)	0.5 (0.7)

In Abbildung 1 ist die relative Häufigkeit der Rehabilitanden dargestellt, die die im ETM „Soziales Kompetenztraining“ integrierten **Einzelleistungen mindestens einmal pro Rehabilitation** erhalten haben. Statistisch nachgewiesene Unterschiede lassen sich deutlich erkennen. Die Varianzaufklärung lag bei 23%.

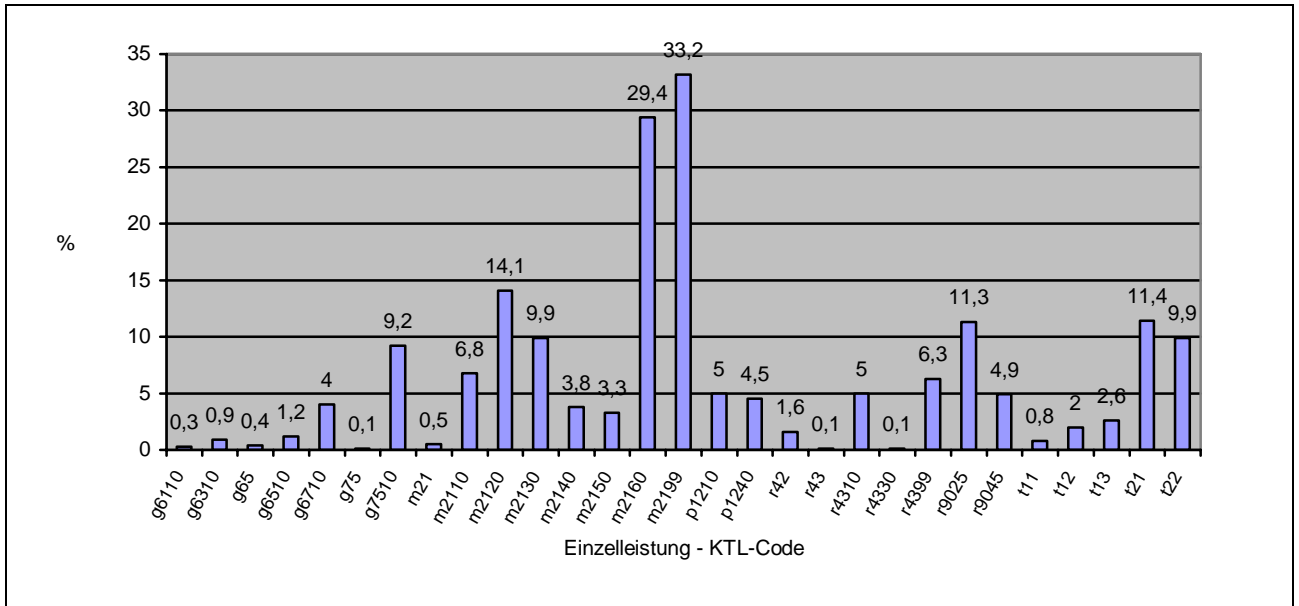


Abbildung 1: Therapiemodul „Soziales Kompetenztraining“ – Einzelleistungen: relative Häufigkeit der Rehabilitanden, die die entsprechende Leistung mindestens einmal pro Rehabilitation erhielten (N=8079).

Abbildung 2 zeigt den zeitlichen Umfang der Inanspruchnahme von Einzelleistungen des Therapiemoduls „Soziales Kompetenztraining“ pro Woche in Stunden. Zwischen einzelnen Leistungen ergaben sich, wie auch tendenziell erkennbar, praktisch bedeutsame Unterschiede. Die Varianzaufklärung lag bei 23%.

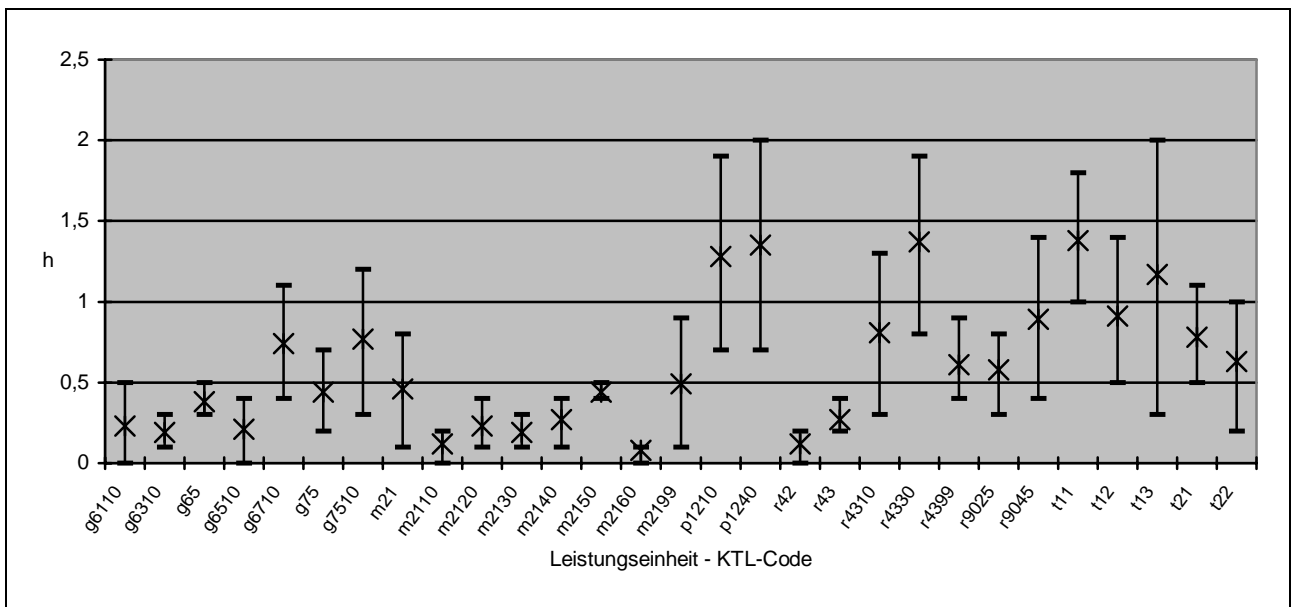


Abbildung 2: Therapiemodul „Soziales Kompetenztraining“ – Einzelleistungen: M und SD der Therapiestunden pro Reha-Woche (N=8079).

Praktisch bedeutsame Unterschiede mit einer Varianzaufklärung von 3% ergaben sich zudem für die **mittlere wöchentliche Anzahl von Therapiestunden hinsichtlich der Reha-Dauer** in folgender Form:

Tabelle 3: Therapiemodul „Soziales Kompetenztraining“ – Reha-Dauer: M und SD der Therapiestunden pro Reha-Woche (N=8079)

Reha-Dauer	M	SD	Einzelvergleiche ($p < 0.001$, $\eta^2 = 0.03$)
1. bis 8 Wochen	0.7	1.0	1. > 3., 1. > 4.
2. mehr als 8 bis 12 Wochen	0.7	0.9	2. > 3., 2. > 4.
3. mehr als 12 bis 16 Wochen	0.4	0.6	
4. mehr als 16 Wochen	0.4	0.6	

3.1.2.2 Klinikbezogene Auswertung (n=5809 in 22 Kliniken mit mindestens 100 Rehabilitanden)

Abbildung 3 gibt einen Überblick zur **einmaligen Inanspruchnahme mindestens einer Leistung** aus dem Therapiemodul „Soziales Kompetenztraining“ für alle Kliniken, in denen mindestens 100 Rehabilitanden des Entlassungsjahrganges betreut wurden. Es ergaben sich statistisch und praktisch bedeutsame Unterschiede mit einer Varianzaufklärung von 23%.

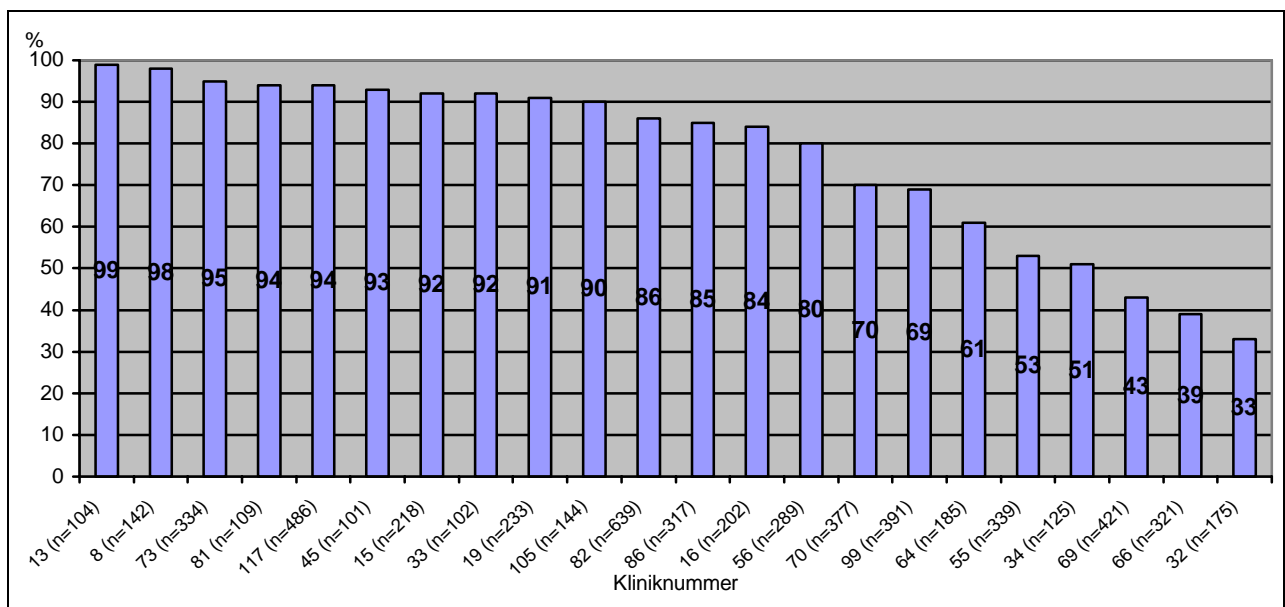


Abbildung 3: Therapiemodul „Soziales Kompetenztraining“ – pro Klinik: relative Häufigkeit der Rehabilitanden, die mindestens einmal eine Leistung aus diesem Modul erhielten (n=5809).

In Abbildung 4 ist die **mittlere wöchentliche Inanspruchnahme von Leistungen** aus dem Modul „Soziales Kompetenztraining“ in Stunden dargestellt. Die Berechnung erfolgte für Kliniken, in denen mindestens 100 Rehabilitanden des Entlassungsjahrganges 2004 betreut wurden. Statistisch und praktisch bedeutsame Unterschiede mit einer Varianzaufklärung von 23% wurden nachgewiesen.

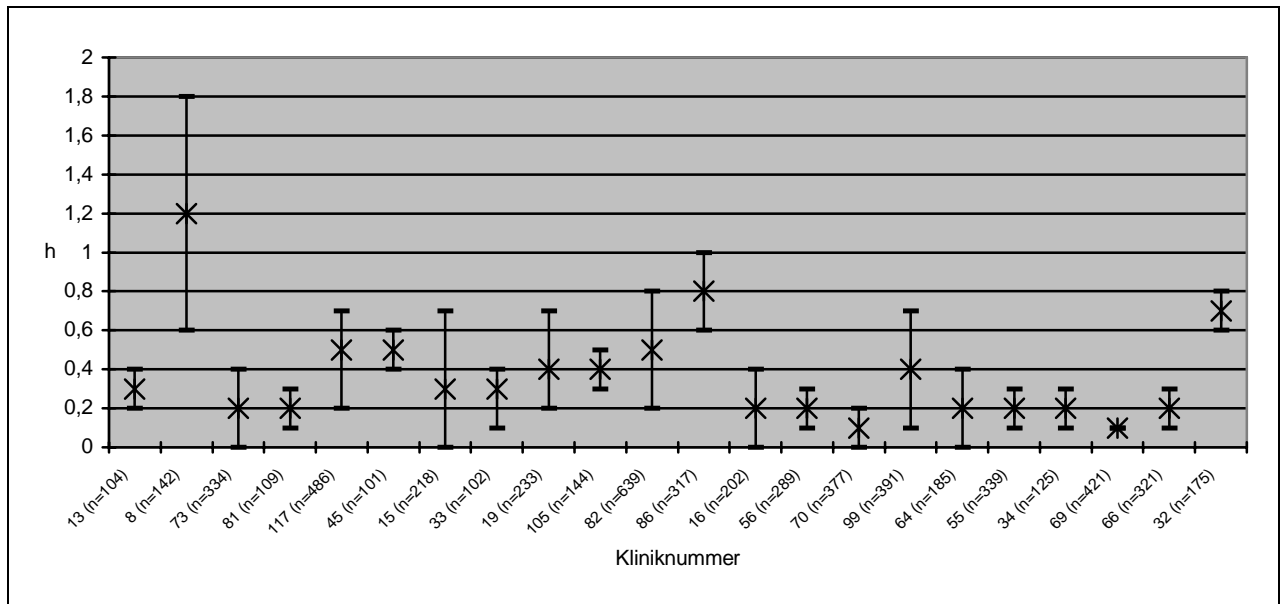


Abbildung 4: Therapiemodul „Soziales Kompetenztraining“ – pro Klinik: M und SD der Therapiestunden pro Reha-Woche (n=5809).

3.1.2.3 Ergebnisse der Experten-Befragung

Leistungen aus diesem ETM wurden in 25 der 27 Kliniken, die dazu Rückmeldung gaben, angeboten (93%). Der geschätzte Anteil alkoholabhängiger Patienten, die Leistungen aus diesem Modul erhielten, lag im Mittel bei 61% (SD=33%).

Im Rahmen der modulweisen Befragung konnten Antworten von 168 Fragebögen ausgewertet werden.

In Abbildung 5 sind die **Einschätzungen der Relevanz** der einzelnen Leistungen innerhalb des ETM „Soziales Kompetenztraining“ dargestellt.

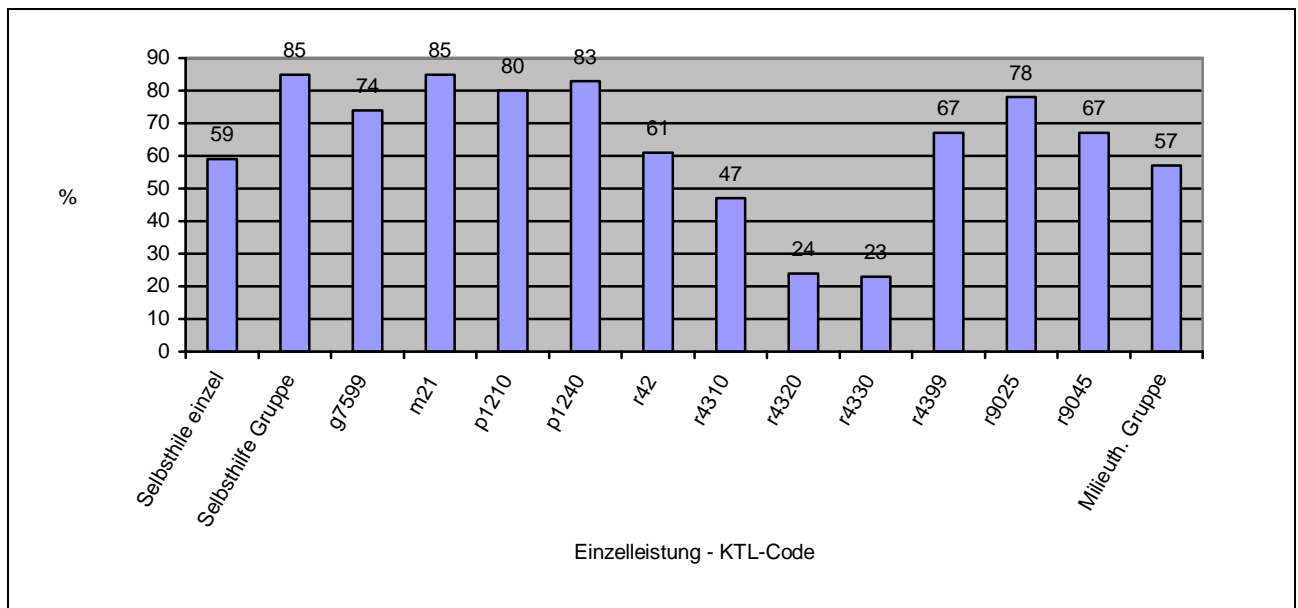


Abbildung 5: Therapiemodul „Soziales Kompetenztraining“ – Einschätzungen der Relevanz der Einzelleistungen (N=168).

Am häufigsten wurden als besonders wichtig wurden eingeschätzt:

- mit erster Priorität die Indikative Gruppe „Soziale Kompetenz“ (r9025; n=32, 19%),
- mit zweiter Priorität die Indikative Gruppe „Kontakt – und Kommunikationstraining“ (r9045; n=20, 12%) und
- mit dritter Priorität die Strukturierte soziale Kommunikation und Interaktion (m21; n=17, 10%).

Folgende **Elemente/ Leistungen sollten noch in das Modul integriert** werden (n=168):

Elemente/ Leistungen	n
Anerkennung u. Kritik als Feedbackübung	1
Arbeitstherapiegruppe	1
Ausbau von Ressourcen, Förderung der Selbstwahrnehmung	2
Behördengänge, mehr praktische Übungen	1
Bewerbungstraining/ EDV-Bewerbungstraining	5
Bezugsgruppen in allen Aktivitäten	1
eigenes Modul Ergotherapie, eigenes Modul arbeitsbezogene Leistungen der medizinischen Reha	1
gemeinsam Mahlzeiten einnehmen, Milieubed. Verhalten ablegen	1
im Rahmen d. Projektgruppe auch handwerkliches Arbeiten	1
Integration i d. übrigen Therapieeinheiten	1
Konfliktlösungsstrategien, Gruppengespräche	1
künstlerische u. gestalterische Tätigkeiten	1
Org. v. Turnieren mit Übernahme d. Verantwortung für Teilbereiche	1
Rückmeldung i. d. Sportgruppe, Freizeitgruppe	1
Selbstversorgung, Basisprogramm Hygiene	1
Selbstwahrnehmung und Reflexion	1
Theatertherapie	1

Therapiegr. als Lernfeld nutzen im Klinikalltag	1
Übernahme v. "Ämtern" wie Gruppensprecher, Team oder Haussprecher = hervorragendes Übungsfeld	1
Umsetzung v. Übungen o. Verhaltensexperimenten i. d. Realität	4
verhaltenstherapeutische Einzelsitzungen (r33, r34)	1
Zeitmanagement, "Mobbing"	1

In Tabelle 4 sind die vorgeschlagenen Zeiteinheiten, die Durchführungsform sowie die relative Häufigkeit der Patienten, die Leistungen aus dem Modul erhalten sollen angegeben.

Tabelle 4: Ausgestaltung des Moduls „Soziales Kompetenztraining“(n=168)

Zeitlicher Umfang pro Woche: n, %		
<0.5h	8	4.8
0.5 bis <1h	27	16.1
1 bis < 2h	54	32.1
2 bis < 3h	31	18.5
3 h und mehr	15	8.9
andere Verteilung M (SD) ... pro Behandlungszeitraum, bezogen auf einen Zeitraum von...	10.2 (4.3) h in 15.2 (1.7) Wo- chen	
Frequenz pro Woche: n, %		
1-2x	109	64.9
3-5x	23	13.7
6-7x	1	0.6
andere Verteilung: M (SD) ... pro Behandlungszeitraum, bezogen auf einen Zeitraum von...	8.1 (3.9) h in 15.3 (2.3) Wo- chen	
Häufigkeit der Durchführung während der Reha, bezogen auf eine Behandlungsdauer von... : M (SD)	13.4 (12.8) mal in 14.6 (3.2) Wochen	
Form der Durchführung: n, %		
nur einzeln	1	0.6
nur Gruppe	57	33.9
einzeln und Gruppe	74	44.0
einzeln oder Gruppe (beliebig)	22	13.1
Relative Häufigkeit der Patienten, die Leistungen aus dem Modul erhalten sollen: M, SD in %	73.4	24.9

Folgende **weitere Anregungen** wurden für das Modul „Soziales Kompetenztraining“ gegeben (n=168):

Anregungen	n
Angebote sollten vielfältig sein--Motivationsförderung	1
eigenes Modul Ergotherapie, eigenes Modul arbeitsbezogene Leistungen der medizinischen Reha	1
im Einzel konkrete pers. Situationen- i.d.Gruppe im Rollenspiel trainieren	1
Interne Gruppenstd. ohne direkte therap. Begleitung	1
nach Bedarf und Indikation	15
Petry Alkoholismustherapie	1
Soz. Komp.Training als indikative Gruppe	1

3.2 Therapiemodul „Motivationsförderungstherapie“

3.2.1 Literaturrecherche

Die schottische Gesundheitsbehörde veröffentlichte 2002 einen umfassenden Bericht zur Rückfallvermeidung bei alkoholabhängigen Patienten (Slattery J et al. 2002). Die Autoren führten eine Meta-Analyse zur klinischen Wirksamkeit von unterschiedlichen psychosozialen Behandlungsmethoden durch. Motivationsförderungstherapie zeigte gegenüber ineffektiven Kontrollen positive Resultate (OR 2.19, 95% CI 1.20,3.98). Im Vergleich zur 12-Schrittetherapie (angelehnt an AA) war Motivationsförderungstherapie bei ambulanten Patienten im Project Match (Project Match Research Group, 1997) geringfügig weniger effektiv, wobei dies an der relativ kurzen Behandlungsdauer gelegen haben mag. Motivationsförderungstherapie stellt ein wichtiges Element vor allem zum Beginn der Behandlung dar, sollte jedoch nicht die einzige Behandlungsmethode sein. Miller et al. (1995) und Dunn et al. (2001) (Studien mit über 4000 Probanden) konnten die Wirksamkeit des Motivational Interviewing in Übersichtsarbeiten nachweisen. Die besten Nachweise für die Effizienz von Motivationsförderungstherapie konnten in der Anwendung bei intensiveren Entwöhnungsbehandlungen gefunden werden (Andréasson und Öjehagen 2003, Bien et al. 1993, Gentilello et al. 1999, Handmaker-Sheehy et al. 1999, Project Match Research Group 1997, Wertz 1994)

3.2.2 Ergebnisse der KTL-Analyse

3.2.2.1 Personenbezogene Auswertung (N=8079)

Insgesamt 1337 und damit 17% aller betrachteten Rehabilitanden erhielten mindestens eine einmalige Leistung aus dem Therapiemodul „Motivationsförderungstherapie“. In dieses Modul wurden die Leistung k33.30 (Motivationsgruppe) integriert. Der zeitliche Leistungsumfang betrug durchschnittlich 0.39 Stunden pro Woche.

Tabelle 5: Therapiemodul „Motivationsförderungstherapie“ – **allgemeine Angaben** (N=8079)

n	1337
% von 8079	17
Anzahl berücksichtigter KTL-Codes	1
Wochenumfang in h: M (SD)	0.4 (0.5)

Praktisch bedeutsame Unterschiede mit einer Varianzaufklärung von 20% ergaben sich für die **mittlere wöchentliche Anzahl von Therapiestunden hinsichtlich der Reha-Dauer** in folgender Form:

Tabelle 6: Therapiemodul „Motivationsförderungstherapie“ – Reha-Dauer: M und SD der Therapiestunden pro Reha-Woche (N=8079)

Reha-Dauer	M	SD	Einzelvergleiche ($p < 0.001$, $\eta^2 = 0.2$)
1. bis 8 Wochen	0.8	0.8	1. > 2., 1. > 3., 1. > 4.
2. mehr als 8 bis 12 Wochen	0.5	0.4	2. > 3., 2. > 4.
3. mehr als 12 bis 16 Wochen	0.2	0.2	
4. mehr als 16 Wochen	0.3	0.5	

Mit einer Varianzaufklärung von 4% ergaben sich für die **mindestens einmalige Inanspruchnahme von Leistungen** aus dem ETM „Motivationsförderungstherapie“ Unterschiede hinsichtlich der **Anzahl der Diagnosen** der Patienten. Unter den Patienten mit drei, neben der Alkoholabhängigkeit, zusätzlichen Diagnosen war der Anteil derer, die mindestens einmal eine Leistung aus dem ETM erhielten, mit 21% am größten, während er für Patienten ohne zusätzliche Diagnose mit 11% am kleinsten war. Zwischen diesen beiden Gruppen ergab sich die Reihenfolge: zwei 20%, eine (16%), vier (15%), fünf und mehr weitere Diagnosen (11%).

3.2.2.2 Klinikbezogene Auswertung (n=5809 in 22 Kliniken mit mindestens 100 Rehabilitanden)

Abbildung 6 gibt einen Überblick zur **einmaligen Inanspruchnahme mindestens einer Leistung** aus dem Therapiemodul „Motivationsförderungstherapie“ für alle Kliniken, in denen mindestens 100 Rehabilitanden des Entlassungsjahrganges betreut wurden.

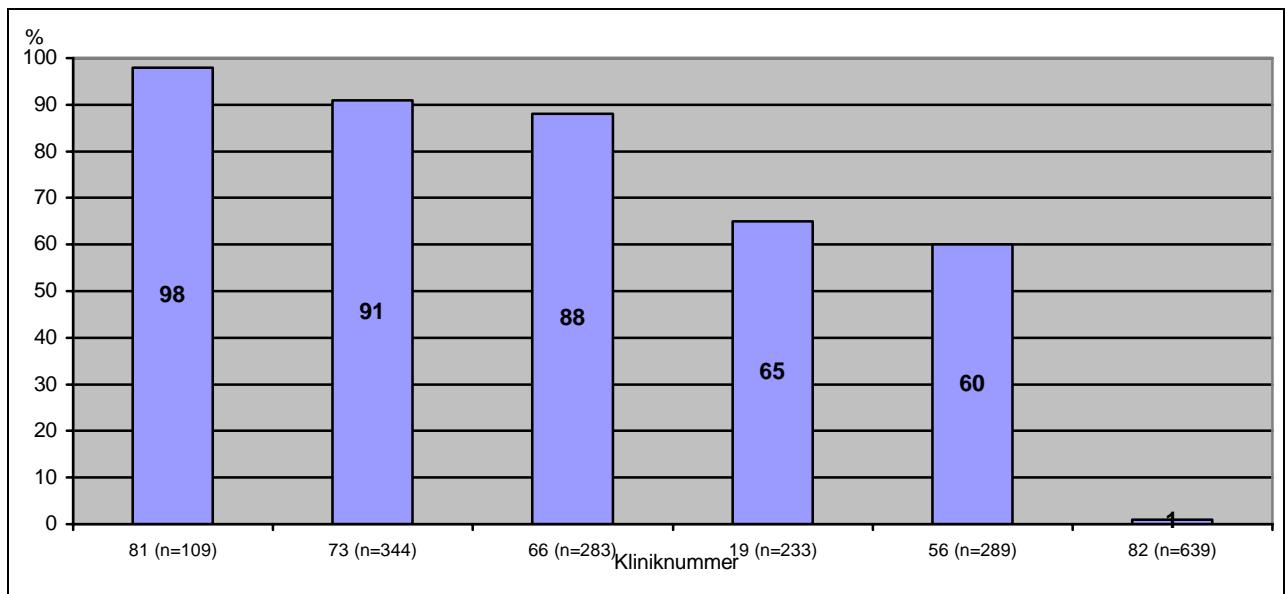


Abbildung 6: Therapiemodul „Motivationsförderungstherapie“ – pro Klinik: relative Häufigkeit der Rehabilitanden, die mindestens einmal eine Leistung aus diesem Modul erhielten (n=5809).

In Abbildung 7 ist die **mittlere wöchentliche Inanspruchnahme von Leistungen** aus dem Modul „Motivationsförderungstherapie“ in Stunden dargestellt. Die Berechnung erfolgte für Kliniken, in denen mindestens 100 Rehabilitanden des Entlassungsjahrganges 2004 betreut wurden. Statistisch und praktisch bedeutsame Unterschiede mit einer Varianzaufklärung von 34% wurden nachgewiesen.

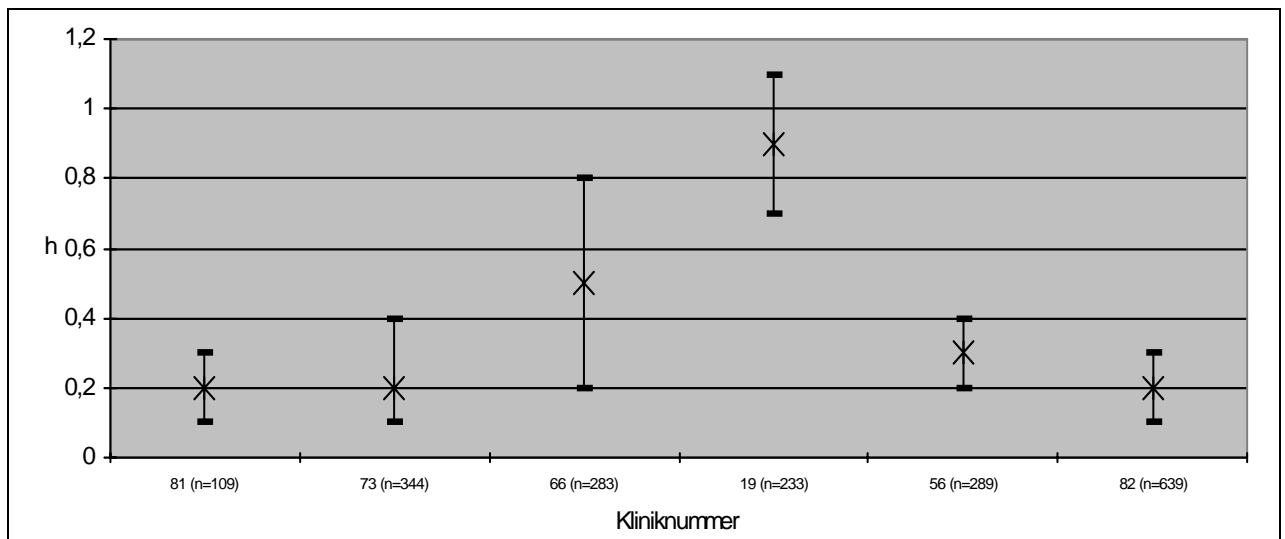


Abbildung 7: Therapiemodul „Motivationsförderungstherapie“ - pro Klinik: M und SD der Therapiestunden pro Reha-Woche (n=5809).

3.2.3 Ergebnisse der Experten-Befragung

Leistungen aus diesem ETM wurden in 21 der 27 Kliniken, die dazu Rückmeldung gaben, angeboten (78%). Der geschätzte Anteil alkoholabhängiger Patienten, die Leistungen aus diesem Modul erhielten, lag im Mittel bei 83% (SD=28%).

Im Rahmen der modulweisen Befragung konnten Antworten von 102 Fragebögen ausgewertet werden.

Die Leistung k3330 (Motivationsgruppe) wurde von 86 und damit 84% der Befragten als relevant für das Modul eingeschätzt.

Folgende **Elemente/ Leistungen sollten noch in das Modul integriert** werden (n=102):

Elemente/ Leistungen	n
Aktivierung	1
alle Therapieelemente der Behandlung	1
Aufklärung über gesundheitliche, insbesondere psychosomatische Zusammenhänge	1
Aufnahmegruppe	1
Bilanzierung, Überprüfung	1
Einzelgespräch Psychotherapeut, Arzt, Gruppengespräch i. d. Bezugsgruppe	2
Einzeltherapeutische Interventionen und "Hausaufgaben"	1
Expositionstraining	1
flexible Setting-Gestaltung	1
Grundlage Motivational Interviewing	1
Gruppenth., Motivationstraining	1
Integration in die Gruppentherapie	1
Krisenintervention	1
Motivation förderndes Einzelgespräch	1
Motivationsförderung ist Querschnittsaufgabe	9
Motivationstraining	2
Motivational Interviewing	1
Patientenschulung bei Suchtmittelgebrauch	1
Primäre Akzeptanz der subjektiven Motiv. d. Pat.	1
Themenvorträge	1
Umgang mit Angst, Trauer, Suchtdruck	1
Vorbereitung auf weiterführende Maßnahmen	1
VT Einzelübungen, Motivationstraining	1

In Tabelle 7 sind die vorgeschlagenen Zeiteinheiten, die Durchführungsform sowie die relative Häufigkeit der Patienten, die Leistungen aus dem Modul erhalten sollen angegeben.

Tabelle 7: Ausgestaltung des Moduls „Motivationsförderungstherapie“(n=102)

Zeitlicher Umfang pro Woche: n, %		
<0.5h	9	8.8
0.5 bis <1h	23	22.5
1 bis < 2h	22	21.6
2 bis < 3h	3	2.9
3 h und mehr	4	3.9
andere Verteilung M (SD) ... pro Behandlungszeitraum, bezogen auf einen Zeitraum von...	6.5 (2.9) h in 14.1 (3.2) Wo- chen	
Frequenz pro Woche: n, %		
1-2x	53	52.0
3-5x	8	7.8
6-7x	1	1.0
andere Verteilung: M (SD) ... pro Behandlungszeitraum, bezogen auf einen Zeitraum von...	6.1 (2.7) h in 15.5 (3.0) Wo- chen	
Häufigkeit der Durchführung während der Reha, bezogen auf eine Behandlungsdauer von... : M (SD)	7.4 (5.8) mal in 14.7 (3.4) Wo- chen	
Form der Durchführung: n, %		
nur einzeln	0	-
nur Gruppe	26	26.5
einzeln und Gruppe	49	48.0
einzeln oder Gruppe (beliebig)	12	11.8
Relative Häufigkeit der Patienten, die Leistungen aus dem Modul erhalten sollen: M, SD in %	81.0	24.8

Folgende **weitere Anregungen** wurden für das Modul „Soziales Motivationsförderungstherapie“ gegeben (n=102):

Anregungen	n
generalisierte Aussage nicht möglich (wegen großer Bandbreite)	1
Modul ist in anderen integriert	1
Motivationsförderung sollte ambulant durchgeführt werden	1
Motivförderung ist eine ständige Grundhaltung d. Mitarbeiter	1
Motivationsforschungstherapie ist mehr als eine Gruppe nach k 33.30	1
nach Bedarf und Indikation	5
selbstständiges Arbeiten mit Suchtkurven oder Jellinek Tafel	1

3.3 Therapiemodul „Paar- und Familientherapie“

3.3.1 Literaturrecherche

Paar- bzw. Familientherapie zeigte günstige Effekte (OR 1.81, 95% CI 1.26,2.61) in der Meta-Analyse der schottischen Gesundheitsbehörde (Slattery J et al. 2002). Allerdings ist diese Behandlungsmethode nur sinnvoll, wenn Angehörige sich aktiv einbringen und auch der Patient damit einverstanden ist. Somit ist diese Therapie nicht bei allen Patienten durchführbar. In der Meta-Analyse/Übersicht von O'Farrel und Fals-Stewart (2001) wurden 22 Studien zu Paar-/Familientherapie identifiziert. Verschiedene familientherapeutische Methoden wurden eingeschlossen. Obgleich sich in dieser Meta-Analyse ein gewisser positiver Effekt für die Einbeziehung von Angehörigen zeigte, ist nicht klar geworden, in welcher Art Angehörige am besten in die Behandlung integriert werden sollen. Andréasson und Öjehagen (2003) zeigten meta-analytisch positive Ergebnisse für Paar- bzw. Familientherapie.

3.3.2 Ergebnisse der KTL-Analyse

3.3.2.1 Personenbezogene Auswertung (N=8079)

Insgesamt 3730 und damit 46% aller betrachteten Rehabilitanden erhielten mindestens eine einmalige Leistung aus dem Therapiemodul „Paar- und Familientherapie“. In dieses Modul wurden 11 KTL-Codes integriert. Der zeitliche Leistungsumfang betrug durchschnittlich 0.4 Stunden pro Woche.

Tabelle 8: Therapiemodul „Paar- und Familientherapie“ – **allgemeine Angaben** (N=8079)

n	3730
% von 8079	46
Anzahl berücksichtigter KTL-Codes	11
Wochenumfang in h: M (SD)	0.4 (1.0)

In Abbildung 8 ist die relative Häufigkeit der Rehabilitanden dargestellt, die die im ETM „Paar- und Familientherapie“ integrierten **Einzelleistungen mindestens einmal pro Rehabilitation** erhalten haben. Statistisch nachgewiesene Unterschiede lassen sich deutlich erkennen. Die Varianzaufklärung lag bei 22%.

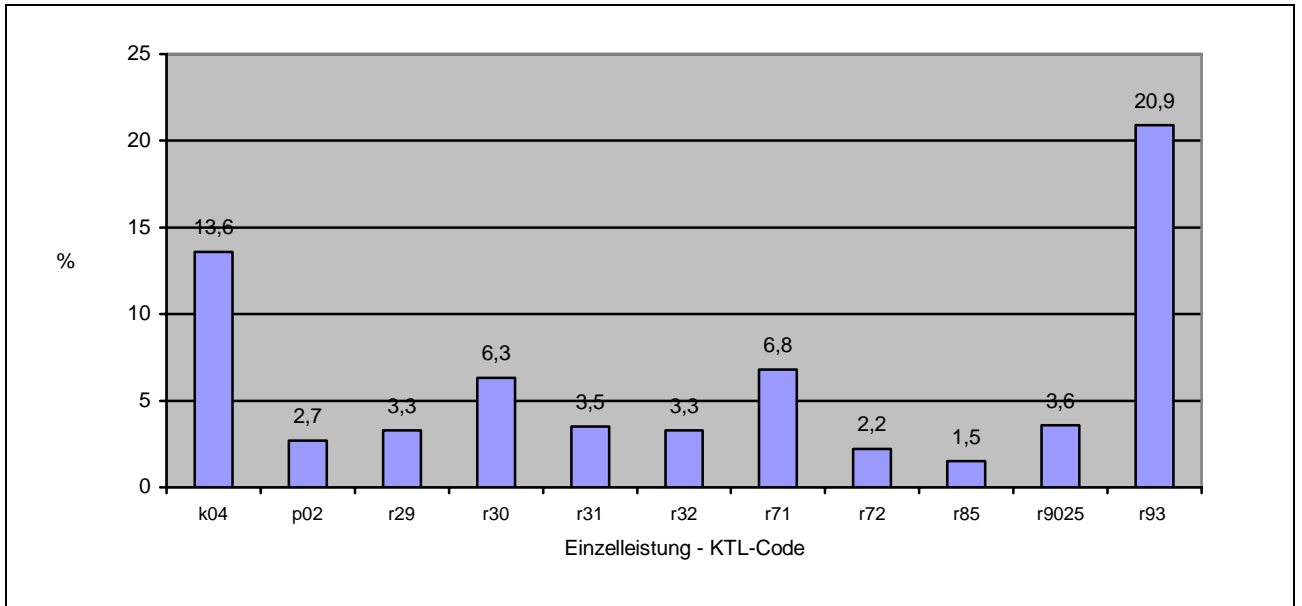


Abbildung 8: Therapiemodul „Paar- und Familientherapie“ – Einzelleistungen: relative Häufigkeit der Rehabilitanden, die die entsprechende Leistung mindestens einmal pro Rehabilitation erhielten (N=8079).

Abbildung 9 zeigt den **zeitlichen Umfang der Inanspruchnahme von Einzelleistungen** des Therapiemoduls „Paar- und Familientherapie“ pro Woche in Stunden. Zwischen einzelnen Leistungen ergaben sich, wie auch tendenziell erkennbar, praktisch bedeutsame Unterschiede. Die Varianzaufklärung lag bei 15%.

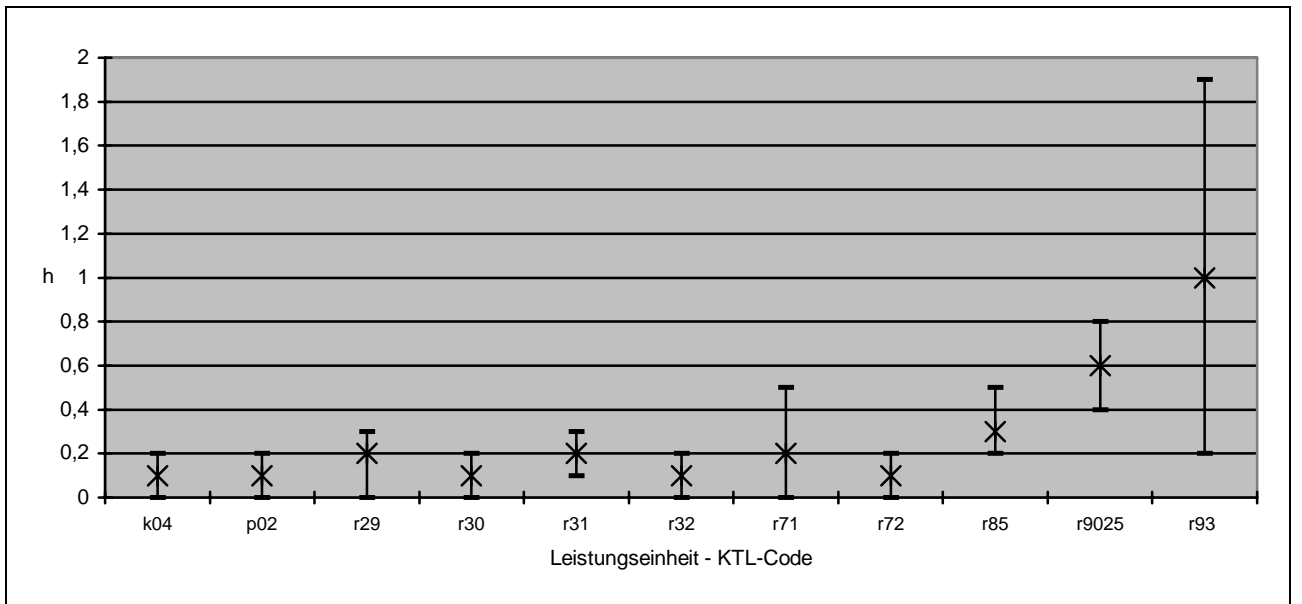


Abbildung 9: Therapiemodul „Paar- und Familientherapie“ – Einzelleistungen: M und SD der Therapiestunden pro Reha-Woche (n=8079).

3.3.2.2 Klinikbezogene Auswertung (n=5809 in 22 Kliniken mit mindestens 100 Rehabilitanden)

Abbildung 10 gibt einen Überblick zur **einmaligen Inanspruchnahme mindestens einer Leistung** aus dem Therapiemodul „Paar- und Familientherapie“ für alle Kliniken, in denen mindestens 100 Rehabilitanden des Entlassungsjahrganges betreut wurden. Es ergaben sich statistisch und praktisch bedeutsame Unterschiede mit einer Varianzaufklärung von 4%.

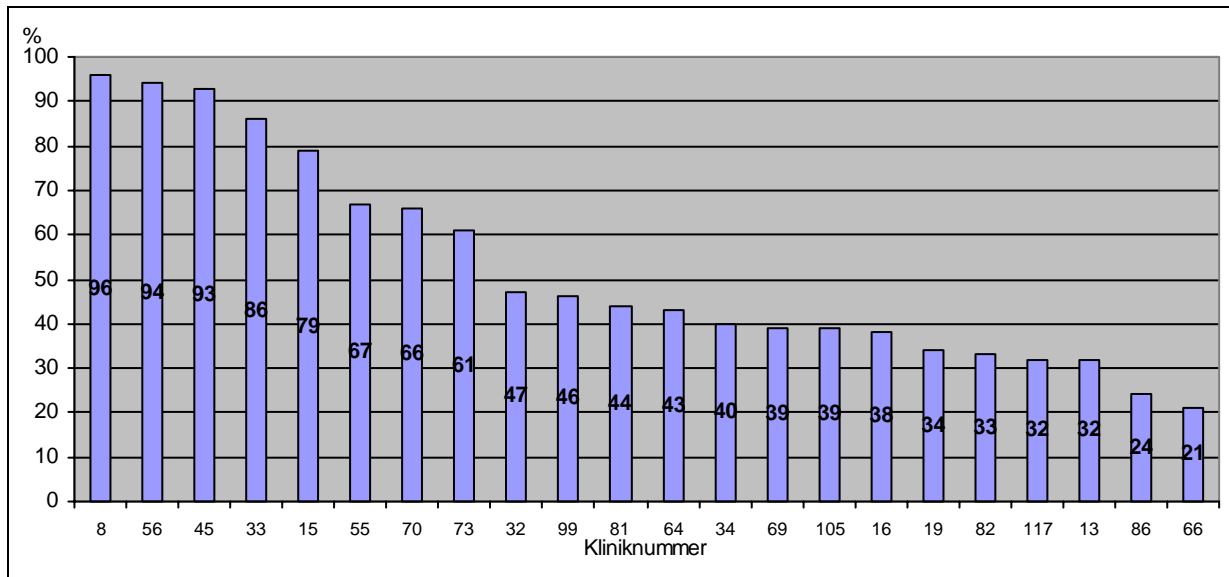


Abbildung 10: Therapiemodul „Paar- und Familientherapie“ – pro Klinik: relative Häufigkeit der Rehabilitanden, die mindestens einmal eine Leistung aus diesem Modul erhielten (n=5809).

In Abbildung 11 ist die **mittlere wöchentliche Inanspruchnahme von Leistungen** aus dem Modul „Paar- und Familientherapie“ in Stunden dargestellt. Die Berechnung erfolgte für Kliniken, in denen mindestens 100 Rehabilitanden des Entlassungsjahrganges 2004 betreut wurden. Statistisch und praktisch bedeutsame Unterschiede mit einer Varianzaufklärung von 42% wurden nachgewiesen.

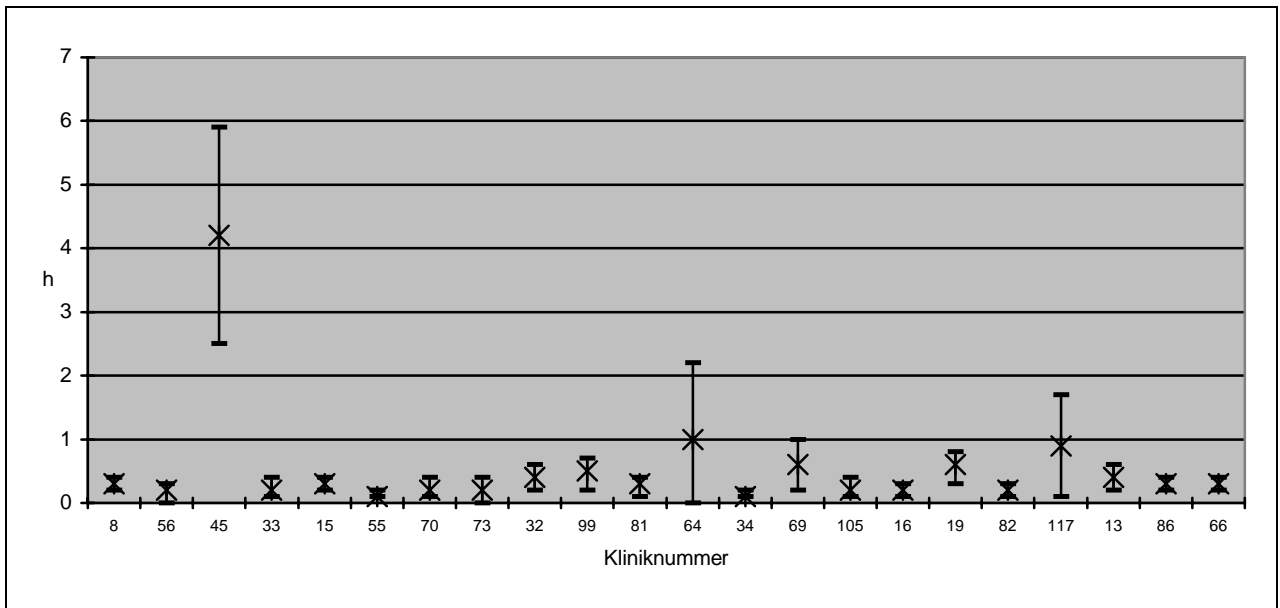


Abbildung 11: Therapiemodul „Paar- und Familientherapie“ – pro Klinik: M und SD der Therapiestunden pro Reha-Woche (n=5809).

3.3.3 Ergebnisse der Experten-Befragung

Leistungen aus diesem ETM wurden in 24 der 27 Kliniken, die dazu Rückmeldung gaben, angeboten (89%). Der geschätzte Anteil alkoholabhängiger Patienten, die Leistungen aus diesem Modul erhielten, lag im Mittel bei 55% (SD=21%).

Im Rahmen der modulweisen Befragung konnten Antworten von 105 Fragebögen ausgewertet werden.

In Abbildung 12 sind die **Einschätzungen der Relevanz** der einzelnen Leistungen innerhalb des ETM „Paar- und Familientherapie“ dargestellt.

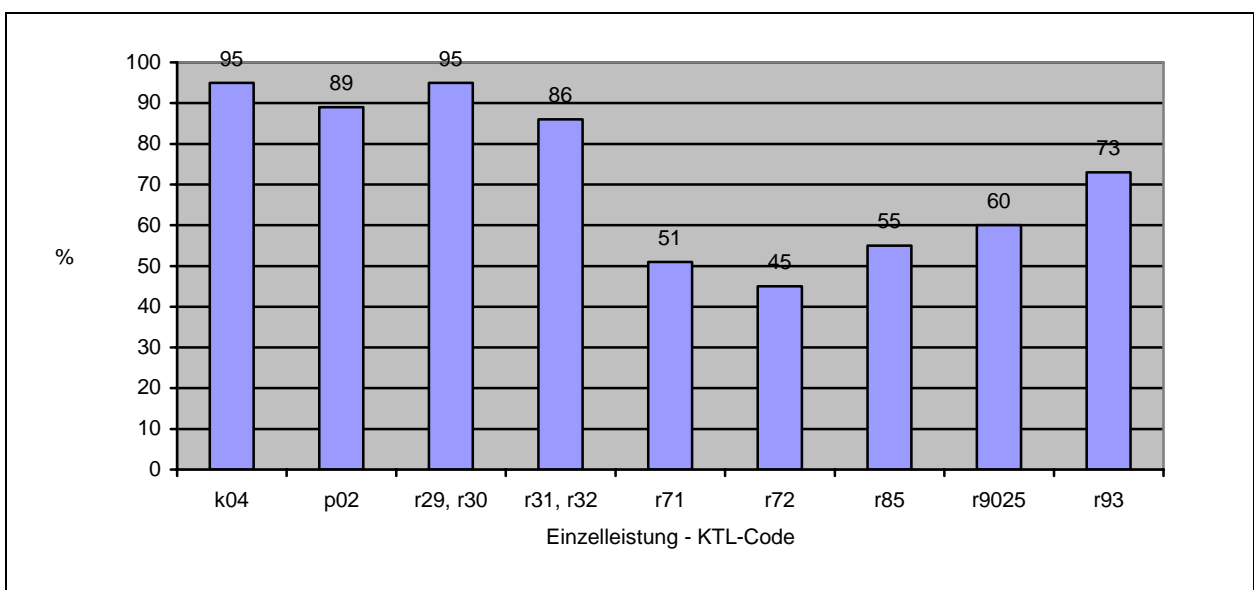


Abbildung 12: Therapiemodul „Paar- und Familientherapie“ – Einschätzungen der Relevanz der Einzelleistungen (N=105).

Am häufigsten wurden als besonders wichtig eingeschätzt:

- mit erster Priorität Gespräche mit Patienten und Partnern (k04) sowie das Partner- und Angehörigenseminar, mehrtägig (r93) von je 23 der Befragten (22%),
- mit zweiter Priorität das Paargespräch (r29, r30; n=26, 25%) und
- mit dritter Priorität das Familiengespräch (r31, r32; n=16, 15%).

Folgende **Elemente/ Leistungen sollten noch in das Modul integriert** werden (n=105):

Elemente/ Leistungen	n
Angehörigengruppe/ - seminar	2
Angehörigenseminar 1 tägig	1
Arbeit mit Kindern v. Suchtkranken	1
Aufenthalt von Kindern i.d.Klinik bei Patienten,Angehörigengruppe	1
Einbeziehung des weiteren pers. Umfelds	2
Einbeziehung von Kindern / Jugendämtern	1
Erarbeitung d. Funktionalität d. Suchtmittelgebrauchs im soz. Kontext d. Patienten	1
Familien-Nachmittage	1
Familienaufstellungen, Tiefenpsychologisch konzent. Therapieformen	1
hängt vom Bedarf ab! Kinder von Suchtkranken	1
Info über Komorbidität, Motivationsarbeit	1
Kinder- und Jugendseminare, Beratung über Hilfsangebote für Angehörige	3
Vorträge: Kinder von Abhängigen	1

In Tabelle 9 sind die vorgeschlagenen Zeiteinheiten, die Durchführungsform sowie die relative Häufigkeit der Patienten, die Leistungen aus dem Modul erhalten sollen angegeben.

Tabelle 9: Ausgestaltung des Moduls „Paar- und Familientherapie“(n=105)

Zeitlicher Umfang pro Woche: n, %		
<0.5h	15	14.3
0.5 bis <1h	6	5.7
1 bis < 2h	23	21.9
2 bis < 3h	1	1.0
3 h und mehr	1	1.0
andere Verteilung M (SD) ... pro Behandlungszeitraum, bezogen auf einen Zeitraum von...	10.1 (8.1) h in 14.6 (3.4) Wo- chen	
Frequenz pro Woche: n, %		
1-2x	25	23.8
3-5x	1	1.0
6-7x	1	1.0

andere Verteilung: M (SD) ... pro Behandlungszeitraum, bezogen auf einen Zeitraum von...	3.7 (3.2) h in 14.6 (2.9) Wochen	
Häufigkeit der Durchführung während der Reha, bezogen auf eine Behandlungsdauer von... : M (SD)	3.6 (3.8) mal in 14.9 (3.2) Wochen	
Form der Durchführung: n, %		
nur einzeln	21	20.0
nur Gruppe	3	2.9
einzeln und Gruppe	56	53.3
einzeln oder Gruppe (beliebig)	16	15.2
Relative Häufigkeit der Patienten, die Leistungen aus dem Modul erhalten sollen: M, SD in %	66.3	27.5

Folgende **weitere Anregungen** wurden für das Modul „Paar- und Familientherapie“ gegeben (n=105):

Anregungen	n
60 % sind solo	1
abhängig von Bereitschaft der Angehörigen	1
als Blockveranstaltung, Patienten haben meist keine Partner	2
Angebote für Kinder, heilpäd. Beratung	1
Bedarf individuell verschieden/ bei Indikation/ bei Partnerschaftsproblemen	9
im Rahmen regionaler Konzepte wären Erweiterungen vorstellbar	1
je nach Interesse-freiwillig-	1
Modul abhängig v. Beziehungssituation u. Motivation	1
Mutter-Vater-Kind fehlt!	1
Wichtig: Kinderseminare als ergänzendes Angebot	1

3.4 Therapiemodul „Kognitive Verhaltenstherapie“

3.4.1 Literaturrecherche

Kognitive Verhaltenstherapie stellt ein konzeptuelles Modell dar, welches weitverbreitet in der Suchtbehandlung ist. Viele unterschiedliche Therapiemethoden basieren auf kognitiver Verhaltenstherapie. Es werden sowohl positive Ergebnisse zur Wirksamkeit von kognitiver Verhaltenstherapie berichtet (Andréasson und Öjehagen 2003, Miller et al. 2003, Süß, 1995), als auch Ergebnisse zu einem begrenzten Nachweis der Wirksamkeit (Finney und Monahan 1996, Holder et al. 1991).

3.4.2 Ergebnisse der KTL-Analyse

3.4.2.1 Personenbezogene Auswertung (N=8079)

Insgesamt 6893 und damit 85% aller betrachteten Rehabilitanden erhielten mindestens eine einmalige Leistung aus dem Therapiemodul „Paar- und Familientherapie“. In dieses Modul wurden 12 KTL-Codes integriert. Der zeitliche Leistungsumfang betrug durchschnittlich 2.6 Stunden pro Woche.

Tabelle 10: Therapiemodul „Kognitive Verhaltenstherapie“ – **allgemeine Angaben** (N=8079)

n	6893
% von 8079	85
Anzahl berücksichtigter KTL-Codes	12
Wochenumfang in h: M (SD)	2.6 (3.3)

In Abbildung 13 ist die relative Häufigkeit der Rehabilitanden dargestellt, die die im ETM „Kognitive Verhaltenstherapie“ integrierten **Einzelleistungen mindestens einmal pro Rehabilitation** erhalten haben. Statistisch nachgewiesene Unterschiede lassen sich deutlich erkennen. Die Varianzaufklärung lag bei 67%.

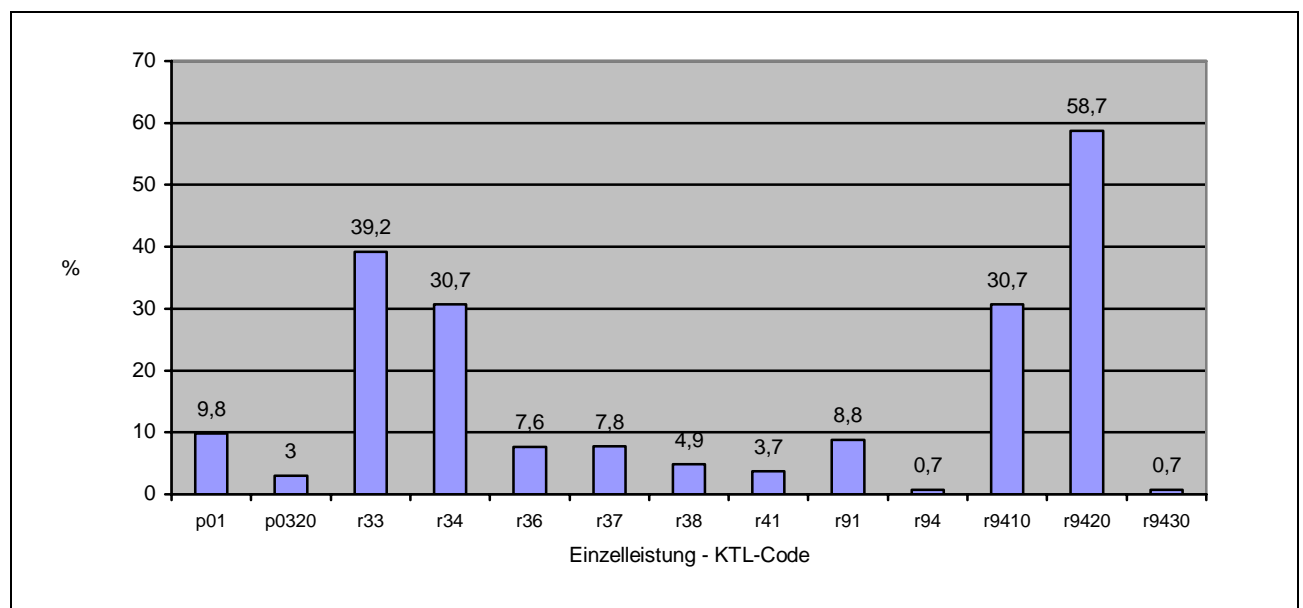


Abbildung 13: Therapiemodul „Kognitive Verhaltenstherapie“ – Einzelleistungen: relative Häufigkeit der Rehabilitanden, die die entsprechende Leistung mindestens einmal pro Rehabilitation erhielten (N=8079).

Abbildung 14 zeigt den **zeitlichen Umfang der Inanspruchnahme von Einzelleistungen** des Therapiemoduls „Kognitive Verhaltenstherapie“ pro Woche in Stunden. Zwischen einzelnen Leistungen ergaben sich, wie auch tendenziell erkennbar, praktisch bedeutsame Unterschiede. Die Varianzaufklärung lag bei 81%.

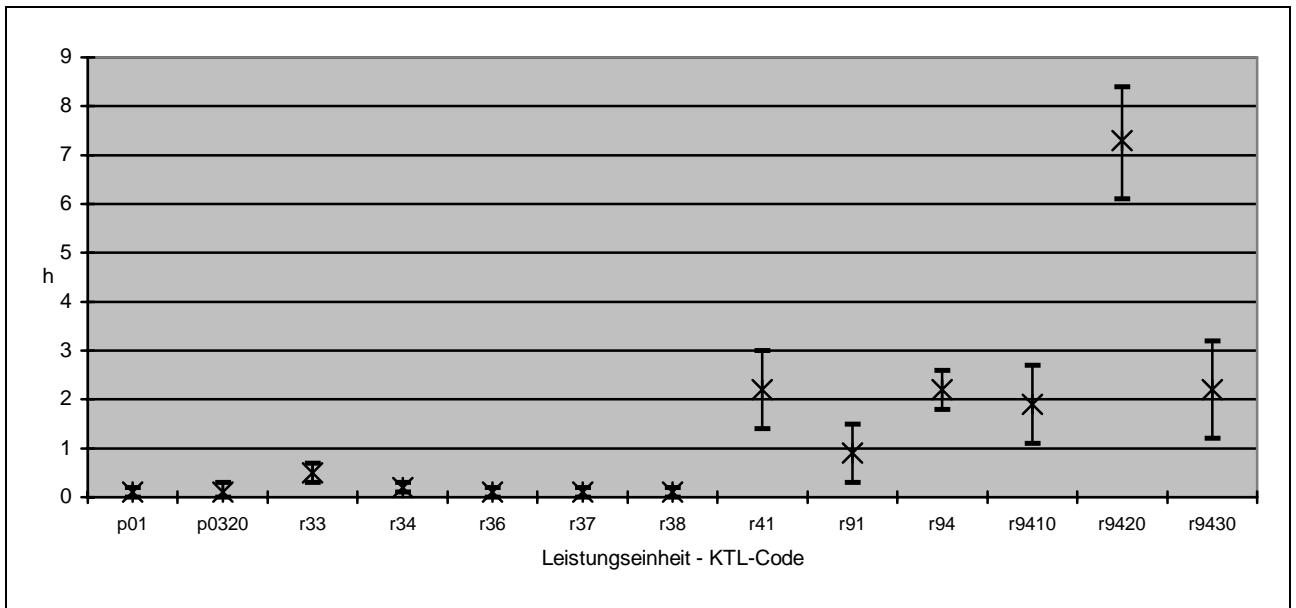


Abbildung 14: Therapiemodul „Kognitive Verhaltenstherapie“ – Einzelleistungen: M und SD der Therapiestunden pro Reha-Woche (N=8079).

3.4.2.2 Klinikbezogene Auswertung (n=5809 in 22 Kliniken mit mindestens 100 Rehabilitanden)

Abbildung 15 gibt einen Überblick zur einmaligen Inanspruchnahme mindestens einer Leistung aus dem Therapiemodul „Kognitive Verhaltenstherapie“ für alle Kliniken, in denen mindestens 100 Rehabilitanden des Entlassungsjahrganges betreut wurden. Es ergaben sich statistisch und praktisch bedeutsame Unterschiede mit einer Varianzaufklärung von 12%.

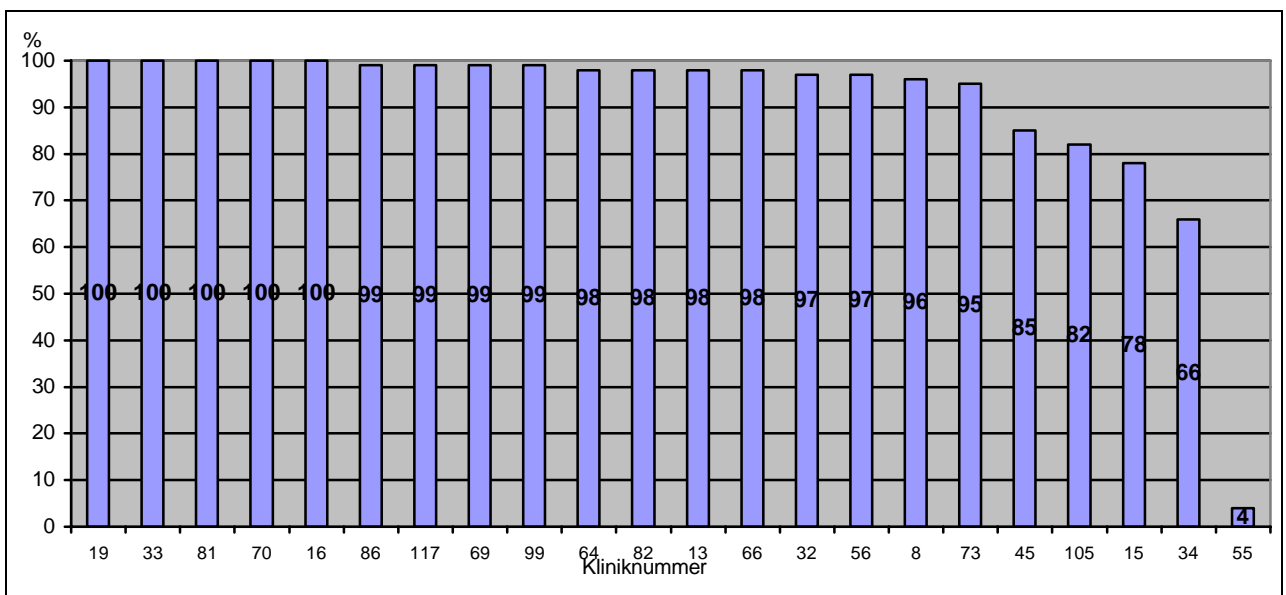


Abbildung 15: Therapiemodul „Kognitive Verhaltenstherapie“ – pro Klinik: relative Häufigkeit der Rehabilitanden, die mindestens einmal eine Leistung aus diesem Modul erhielten (n=5809).

In Abbildung 16 ist die mittlere wöchentliche Inanspruchnahme von Leistungen aus dem Modul „Kognitive Verhaltenstherapie“ in Stunden dargestellt. Die Berechnung erfolgte für Kliniken, in denen mindestens 100 Rehabilitanden des Entlassungsjahrganges 2004 betreut wurden. Statistisch und praktisch bedeutsame Unterschiede mit einer Varianzaufklärung von 19% wurden nachgewiesen.

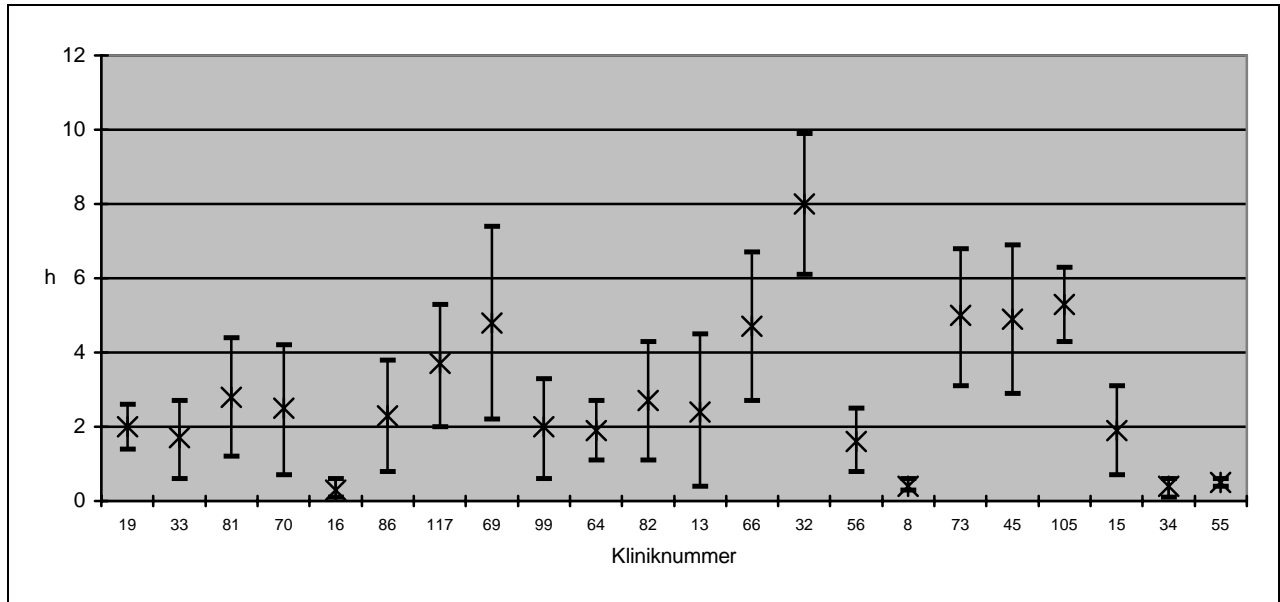


Abbildung 16: Therapiemodul „Kognitive Verhaltenstherapie“ – pro Klinik: M und SD der Therapiestunden pro Reha-Woche (n=5808).

3.4.3 Ergebnisse der Experten-Befragung

Leistungen aus diesem ETM wurden in 23 der 27 Kliniken, die dazu Rückmeldung gaben, angeboten (85%). Der geschätzte Anteil alkoholabhängiger Patienten, die Leistungen aus diesem Modul erhielten, lag im Mittel bei 69% (SD=25%).

Im Rahmen der modulweisen Befragung konnten Antworten von 100 Fragebögen ausgewertet werden.

In Abbildung 17 sind die **Einschätzungen der Relevanz** der einzelnen Leistungen innerhalb des ETM „Kognitive Verhaltenstherapie“ dargestellt.

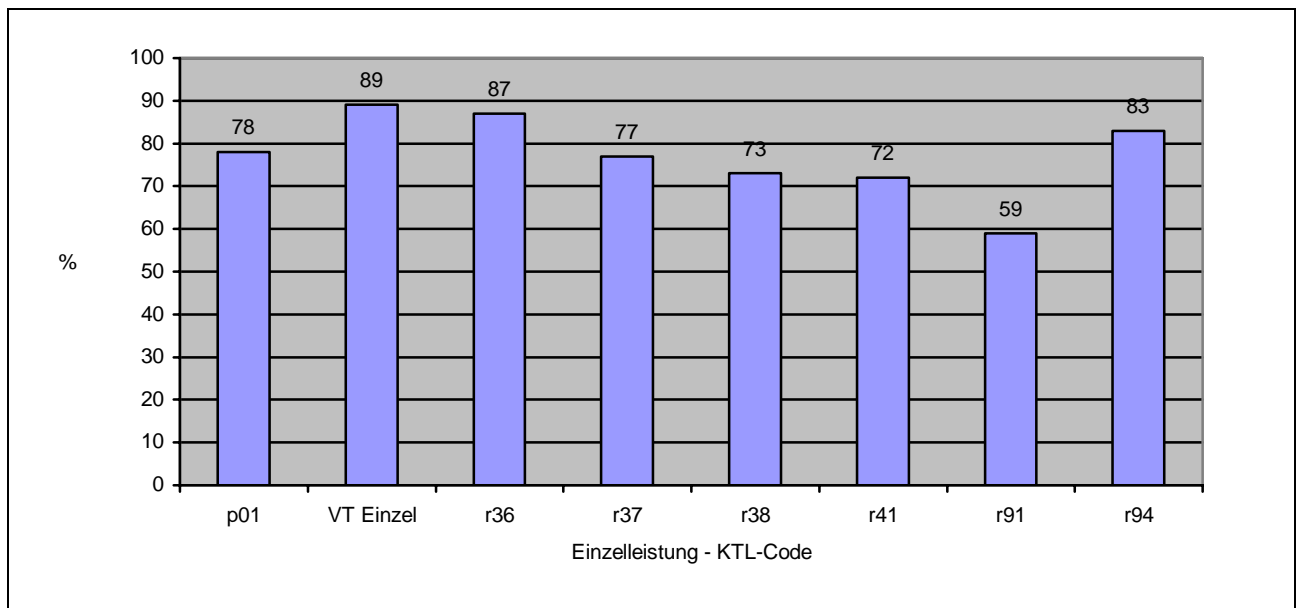


Abbildung 17: Therapiemodul „Kognitive Verhaltenstherapie“ – Einschätzungen der Relevanz der Einzelleistungen (N=100).

Am häufigsten wurden als besonders wichtig eingeschätzt:

- mit erster Priorität die Verhaltenstherapeutische Einzelintervention (p03.20, r33, r34) sowie die Gruppenpsychotherapie in der Bezugsgruppe (r94) von je 21 Befragten (21%),
- mit zweiter Priorität die Verhaltenstherapeutische Problemlösegruppe (r41; n=14, 14%) und
- mit dritter Priorität Organisation und Monitoring interner Belastungserprobung (r37; n=15, 15%).

Folgende **Elemente/ Leistungen** sollten noch in das Modul integriert werden (n=100):

Elemente/ Leistungen	n
Einzelgespräche , Gruppengespräche, Einzelgespräch mit Arzt	1
Expositionsbehandlung	3
Gespräche und Intervention i.d. Arbeitstherapie	1
Indikative Gruppen, z.B. Umgang mit belastenden Gefühlen	2
Paargespräche	1
Problemanalyse u. Vor und Nachteile, Expositionsübungen	1
r9070 (Anleitung zur themenspezifischen Gruppenarbeit ohne Therapeut) fehlt, einzelne Module formulieren: Kognitive VT einzeln und Kognitive VT-Gruppe	1
Rückfallprophylaxe	1
soz. Kompetenztraining	1
Unsere Klinik arbeitet tiefenpsychologisch orientiert	1

In Tabelle 11 sind die vorgeschlagenen Zeiteinheiten, die Durchführungsform sowie die relative Häufigkeit der Patienten, die Leistungen aus dem Modul erhalten sollen angegeben.

Tabelle 11: Ausgestaltung des Moduls „Kognitive Verhaltenstherapie“(n=100)

Zeitlicher Umfang pro Woche: n, %		
<0.5h	1	1.0
0.5 bis <1h	17	17.0
1 bis < 2h	15	15.0
2 bis < 3h	16	16.0
3 h und mehr	34	34.0
andere Verteilung M (SD) ... pro Behandlungszeitraum, bezogen auf einen Zeitraum von...	24.4 (19.2) h in 13.3 (2.1) Wochen	
Frequenz pro Woche: n, %		
1-2x	35	35.0
3-5x	48	48.0
6-7x	1	1.0
andere Verteilung: M (SD) ... pro Behandlungszeitraum, bezogen auf einen Zeitraum von...	21.4 (25.8) h in 17.2 (5.2) Wochen	
Häufigkeit der Durchführung während der Reha, bezogen auf eine Behandlungsdauer von... : M (SD)	24.2 (20.5) mal in 14.2 (3.2) Wochen	
Form der Durchführung: n, %		
nur einzeln	3	3.0
nur Gruppe	6	6.0
einzeln und Gruppe	65	65.0
einzeln oder Gruppe (beliebig)	12	12.0
Relative Häufigkeit der Patienten, die Leistungen aus dem Modul erhalten sollen: M, SD in %	71.4	32.8

Folgende **weitere Anregungen** wurden für das Modul „Kognitive Verhaltenstherapie“ gegeben (n=100):

Anregungen	n
abhängig v. Ausbildung u. Suchtverständnis	1
abhängig von Patientengruppe	1
integriert in Gruppentherapie	1
Konzept der Klinik: Tiefenpsychologisch fundiert	1

nach Bedarf und Indikation	4
unbedingt unterstreichen: VT- Einzelintervention als Krisenintervention und VT Einzelintervention mind. 50 Min.	1
VT aus meiner Sicht nicht wichtig	1

3.5 Therapiemodul „Rückfallprävention“

3.5.1 Literaturrecherche

Rückfallprävention stellt eine verhaltenstherapeutische Methode dar, die das Ziel hat, Schlüsselreize, die zu einem Rückfall führen, zu reduzieren. Ein Rückfall kann ausgelöst werden durch Stress, Gefühlszustände, Alkoholverlangen (Craving) und Belastungen der Umwelt/Umgebung. Erfolgreich sind Techniken, die Patienten beibringen, Kognitionen die zu einem Rückfall führen zu modifizieren und nach einem leichten Rückfall rasch wieder abstinent zu werden (Monti und Rohsenow 2003, Weingardt und Marlatt 1998).

3.5.2 Ergebnisse der KTL-Analyse

3.5.2.1 Personenbezogene Auswertung (N=8079)

Insgesamt 2226 und damit 28% aller betrachteten Rehabilitanden erhielten mindestens eine einmalige Leistung aus dem Therapiemodul „Rückfallprävention“. In dieses Modul wurde der KTL-Code r9540 (Rückfallprävention) integriert. Der zeitliche Leistungsumfang betrug durchschnittlich 0.6 Stunden pro Woche.

Tabelle 12: Therapiemodul „Rückfallprävention“ – **allgemeine Angaben** (N=8079)

n	2226
% von 8079	28
Anzahl berücksichtigter KTL-Codes	1
Wochenumfang in h: M (SD)	0.6 (0.5)

Mit einer Varianzaufklärung von 3% unterschied sich die **mittlere wöchentliche Anzahl der Therapiestunden** bezüglich der **Anzahl der Maßnahmen vor Antragstellung**:

- zwischen Patienten, bei denen es sich um die erste Rehabilitation handelte (M=0.5h, SD=0.4h) und Patienten, die bisher bereits eine oder mehr Maßnahmen erhalten hatten (M=0.6h, SD=0.5h) sowie
- zwischen Patienten, die bisher eine Maßnahme und Patienten, die bisher mindestens zwei Maßnahmen erhalten hatten (M=0.7h, SD=0.7h).

Praktisch bedeutsame Unterschiede mit einer Varianzaufklärung von 14% ergaben sich auch für die **mittlere wöchentliche Anzahl von Therapiestunden hinsichtlich der Reha-Dauer** in folgender Form:

Tabelle 13: Therapiemodul „Rückfallprävention“ – Reha-Dauer: M und SD der Therapiestunden pro Reha-Woche (N=8079)

Reha-Dauer	M	SD	Einzelvergleiche ($p < 0.001$, $\eta^2 = 0.14$)
1. bis 8 Wochen	0.9	0.6	1. > 2., 1. > 3., 1. > 4.
2. mehr als 8 bis 12 Wochen	0.7	0.6	2. > 3., 2. > 4.
3. mehr als 12 bis 16 Wochen	0.4	0.4	
4. mehr als 16 Wochen	0.4	0.3	

Mit einer Varianzaufklärung von 5% ergaben sich für die **mindestens einmalige Inanspruchnahme von Leistungen** aus dem ETM „Rückfallprävention“ Unterschiede hinsichtlich der **Anzahl der Diagnosen** der Patienten. Unter den Patienten mit fünf oder mehr, neben der Alkoholabhängigkeit, zusätzlichen Diagnosen war der Anteil derer, die mindestens einmal eine Leistung aus dem ETM erhielten, mit 100% am größten, während er für Patienten mit 4 zusätzlichen Diagnosen und 26% am kleinsten war. Zwischen diesen beiden Gruppen ergab sich die Reihenfolge: keine (39%), drei (30%), zwei (29%) und eine weitere Diagnose (28%).

3.5.2.2 Klinikbezogene Auswertung (n=5809 in 22 Kliniken mit mindestens 100 Rehabilitanden)

Abbildung 18 gibt einen Überblick zur **einmaligen Inanspruchnahme mindestens einer Leistung** aus dem Therapiemodul „Rückfallprävention“ für alle Kliniken, in denen mindestens 100 Rehabilitanden des Entlassungsjahrganges betreut wurden. Es ergaben sich statistisch und praktisch bedeutsame Unterschiede mit einer Varianzaufklärung von 6%.

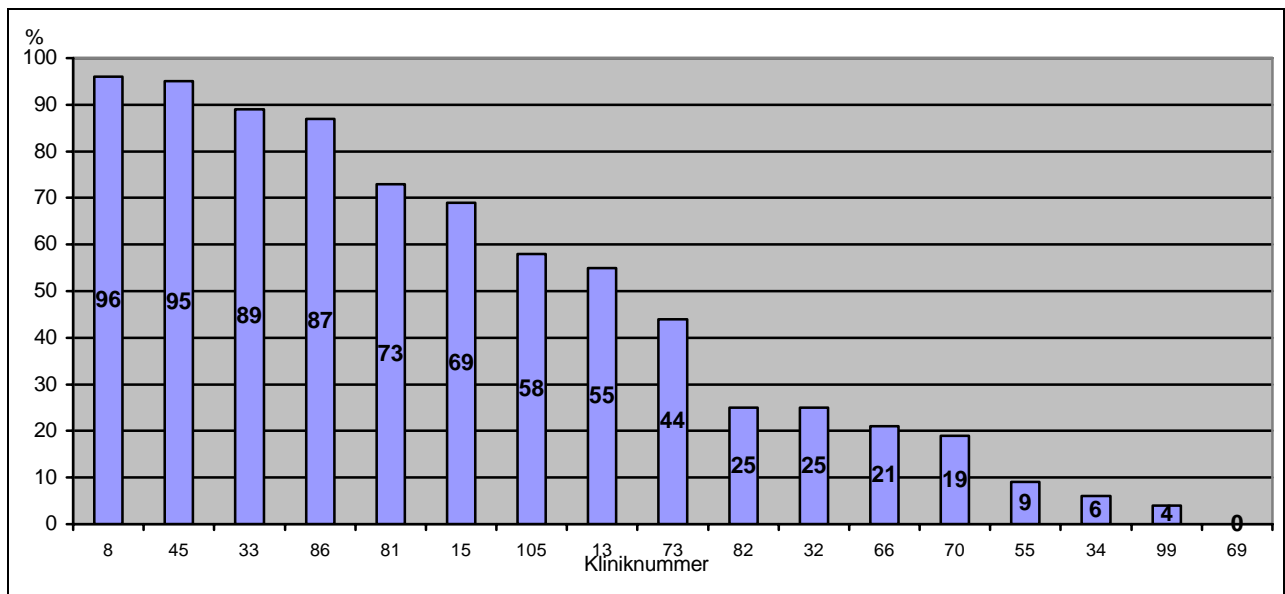


Abbildung 18: Therapiemodul „Rückfallprävention“ – pro Klinik: relative Häufigkeit der Rehabilitanden, die mindestens einmal eine Leistung aus diesem Modul erhielten (n=5809).

In Abbildung 19 ist die **mittlere wöchentliche Inanspruchnahme von Leistungen** aus dem Modul „Rückfallprävention“ in Stunden dargestellt. Die Berechnung erfolgte für Kliniken, in denen mindestens 100 Rehabilitanden des Entlassungsjahrganges 2004 betreut wurden. Statistisch und praktisch bedeutsame Unterschiede mit einer Varianzaufklärung von 71% wurden nachgewiesen.

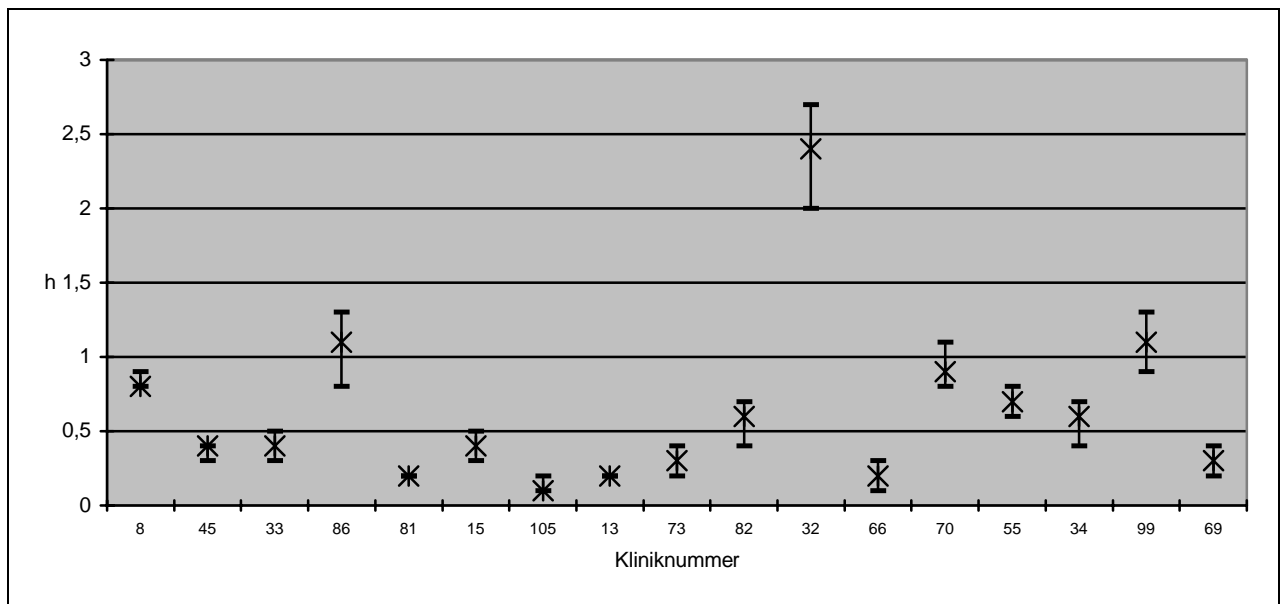


Abbildung 19: Therapiemodul „Rückfallprävention“ – pro Klinik: M und SD der Therapiestunden pro Reha-Woche.

3.5.3 Ergebnisse der Experten-Befragung

Leistungen aus diesem ETM wurden in 26 der 27 Kliniken, die dazu Rückmeldung gaben, angeboten (96%). Der geschätzt Anteil alkoholabhängiger Patienten, die Leistungen aus diesem Modul erhielten, lag im Mittel bei 95% (SD=16%).

Im Rahmen der modulweisen Befragung konnten Antworten von 98 Fragebögen ausgewertet werden. Die Leistung r9540 (Rückfallprävention) wurde von 98 und damit 100% der Befragten als relevant für das Modul eingeschätzt.

Folgende **Elemente/ Leistungen sollten noch in das Modul integriert** werden (n=98):

Elemente/ Leistungen	n
Belastungserprobung	1
Bezugsgruppentherapie/ Gruppentherapie	2
Differenzierung des Moduls in psychoedukative, einzel- und gruppentherapeutische Elemente	1
Einbindung und Vorstellung von Selbsthilfegruppen	2
Einzelarbeit zur Identifizierung von Auslösern individuell	1
Einzelgespräche	1
Erstellen eines Krisenplans	2
Expositionstraining/ -behandlung	3
Info über Hauptrisikofaktoren u. Erforschung eigener Risikofaktoren	1
Integration i. d. Therapiebausteine	1
Notfallkarte, Umgang m. Rückfallgedanken, Akzeptanz der Sucht als Krankheit	1
Psychodramatische Darstellung auf der Bühne	1
Rückfallbearbeitungsprogramm, Lernen am Modell der Mitpatienten	1
Rückfallprävention bzgl. Alkoholabhängigkeit	1
Rückfallverträge mit Angehörigen	1
Soziales Umfeld des Patienten /Rehabilitation	1
Soziales Kompetenztraining	2
spezifisches Angebot nach Rückfälligkeit	1
Star	1
STARMLP-Programm zur Rezidivprophylaxe	1
Stressbewältigung, Freizeitgestaltung	1
Umgang m. Verlangen/Drang nach Suchtmitteln	1
Veränderung interner Dialogstrategie	1
Zieloffenes Vorgehen, Sekundärpräev.	1

In Tabelle 14 sind die vorgeschlagenen Zeiteinheiten, die Durchführungsform sowie die relative Häufigkeit der Patienten, die Leistungen aus dem Modul erhalten sollen angegeben.

Tabelle 14: Ausgestaltung des Moduls „Rückfallprävention“(n=98)

Zeitlicher Umfang pro Woche: n, %		
<0.5h	4	4.1
0.5 bis <1h	16	16.3
1 bis < 2h	32	32.7
2 bis < 3h	7	7.1
3 h und mehr	1	1.0
andere Verteilung M (SD) ... pro Behandlungszeitraum, bezogen auf einen Zeitraum von...	8.6 (8.1) h in 14.6 (3.8) Wochen	
Frequenz pro Woche: n, %		
1-2x	57	58.2
3-5x	2	2.0
6-7x	0	-
andere Verteilung: M (SD) ... pro Behandlungszeitraum, bezogen auf einen Zeitraum von...	5.1 (2.8) h in 14.4 (3.7) Wochen	
Häufigkeit der Durchführung während der Reha, bezogen auf eine Behandlungsdauer von... : M (SD)	7.6 (5.9) mal in 14.4 (3.4) Wochen	
Form der Durchführung: n, %		
nur einzeln	0	-
nur Gruppe	28	28.6
einzeln und Gruppe	56	57.1
einzeln oder Gruppe (beliebig)	12	12.2
Relative Häufigkeit der Patienten, die Leistungen aus dem Modul erhalten sollen: M, SD in %	94.4	14.6

Folgende **weitere Anregungen** wurden für das Modul „Rückfallprävention“ gegeben (n=98):

Anregungen	n
je nach Bedarf und Indikation	7

3.6 Therapiemodul „Tiefenpsychologische und psychoanalytische Psychotherapie“

3.6.1 Literaturrecherche

Dynamische Psychotherapie versucht unbewusste Ursachen der Alkoholproblematik aufzudecken. Allgemein zeigte sich, dass in Studien keinen durchgängig positiven Behandlungsergebnisse gezeigt werden konnten; in der Tat scheinen Klienten besser zu rehabilitieren, die keine Psychotherapie erhielten (Holder et al. 1991, Miller et al. 1995, Miller et al. 2003). Strukturierte interaktionale Therapie und strukturierte Therapie mit psychodynamischen Elementen erscheinen in der Wirksamkeit der kognitiven Verhaltenstherapie vergleichbar (Andréasson und Öjehagen 2003, Berglund et al 2003).

3.6.2 Ergebnisse der KTL-Analyse

3.6.2.1 Personenbezogene Auswertung (N=8079)

Insgesamt 3513 und damit 43% aller betrachteten Rehabilitanden erhielten mindestens eine einmalige Leistung aus dem Therapiemodul „Tiefenpsychologische und psychoanalytische Psychotherapie“. In dieses Modul wurden 43 KTL-Codes integriert. Der zeitliche Leistungsumfang betrug durchschnittlich 1.4 Stunden pro Woche.

Tabelle 15: Therapiemodul „Tiefenpsychologische und psychoanalytische Psychotherapie“ – **allgemeine Angaben** (N=8079)

n	3513
% von 8079	43
Anzahl berücksichtigter KTL-Codes	43
Wochenumfang in h: M (SD)	1.4 (1.9)

In Abbildung 20 ist die relative Häufigkeit der Rehabilitanden dargestellt, die die im ETM „Tiefenpsychologische und psychoanalytische Psychotherapie“ integrierten **Einzelleistungen mindestens einmal pro Rehabilitation** erhalten haben. Statistisch nachgewiesene Unterschiede lassen sich deutlich erkennen. Die Varianzaufklärung lag bei 37%.

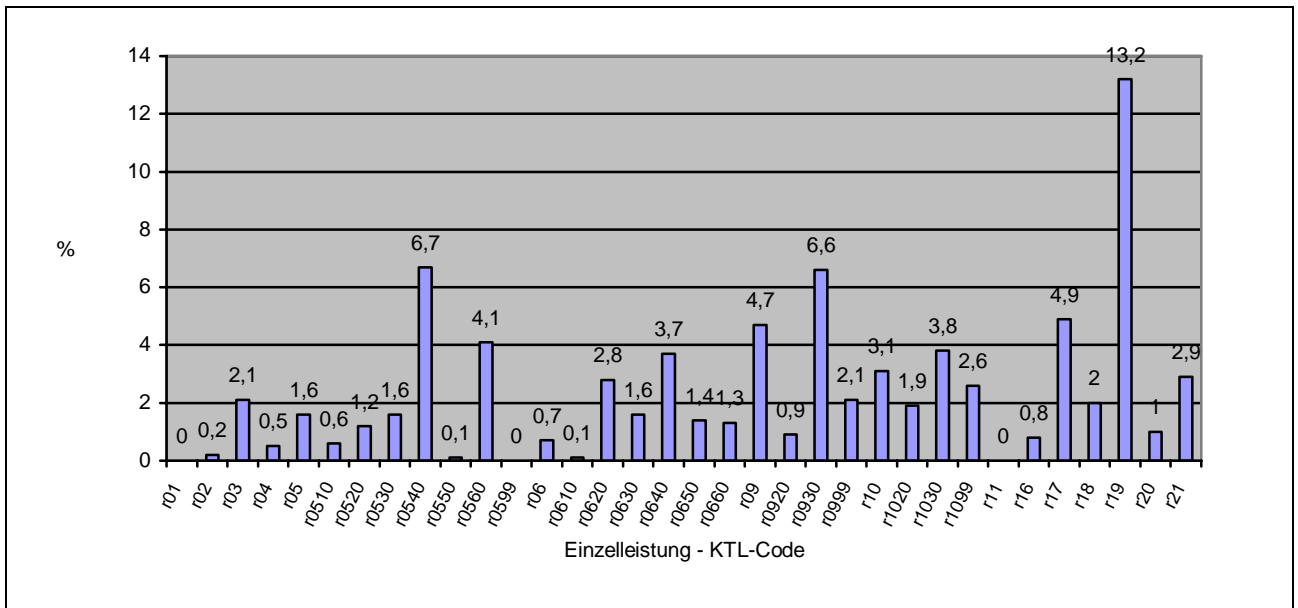


Abbildung 20: Therapiemodul „Tiefenpsychologische und psychoanalytische Psychotherapie“ – Einzelleistungen: relative Häufigkeit der Rehabilitanden, die die entsprechende Leistung mindestens einmal pro Rehabilitation erhielten (N=8079).

Abbildung 21 zeigt den **zeitlichen Umfang der Inanspruchnahme von Einzelleistungen** des Therapiemoduls „Tiefenpsychologische und psychoanalytische Psychotherapie“ pro Woche in Stunden. Zwischen einzelnen Leistungen ergaben sich, wie auch tendenziell erkennbar, praktisch bedeutsame Unterschiede. Die Varianzauflklärung lag bei 71%.

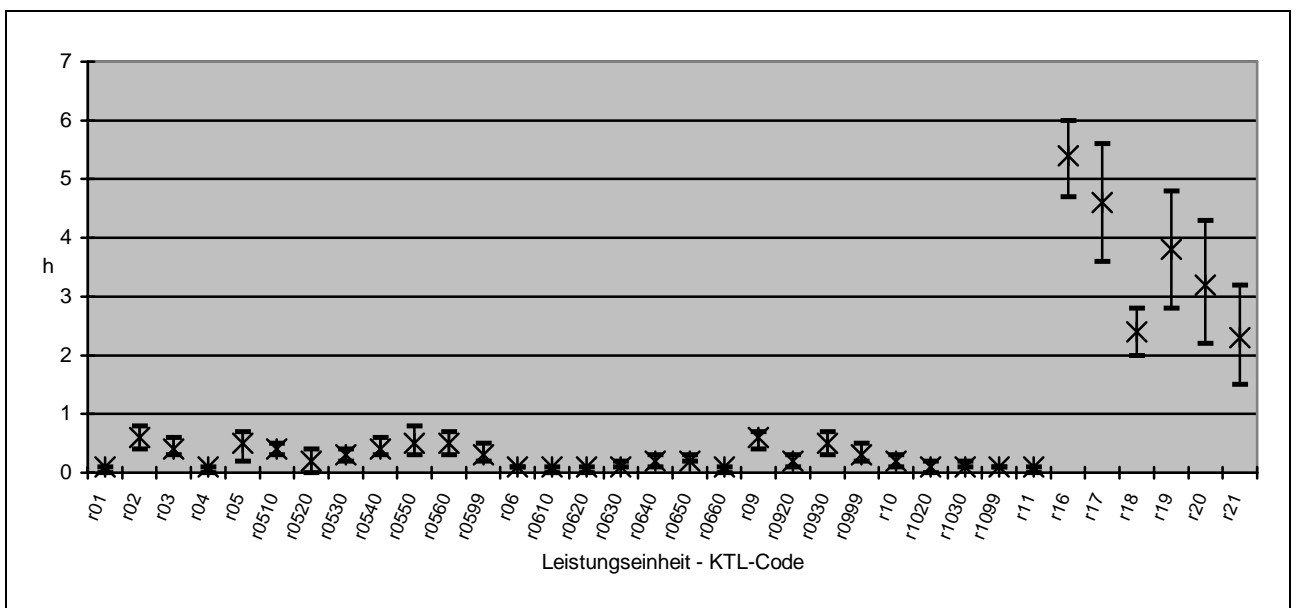


Abbildung 21: Therapiemodul „Tiefenpsychologische und psychoanalytische Psychotherapie“ – Einzelleistungen: M und SD der Therapiestunden pro Reha-Woche (N=8079).

3.6.2.2 Klinikbezogene Auswertung (n=5809 in 22 Kliniken mit mindestens 100 Rehabilitanden)

Abbildung 22 gibt einen Überblick zur **einmaligen Inanspruchnahme mindestens einer Leistung** aus dem Therapiemodul „Tiefenpsychologische und psychoanalytische Psychotherapie“ für alle Kliniken, in denen mindestens 100 Rehabilitanden des Entlassungsjahrganges betreut wurden. Es ergaben sich statistisch und praktisch bedeutsame Unterschiede mit einer Varianzaufklärung von 11%.

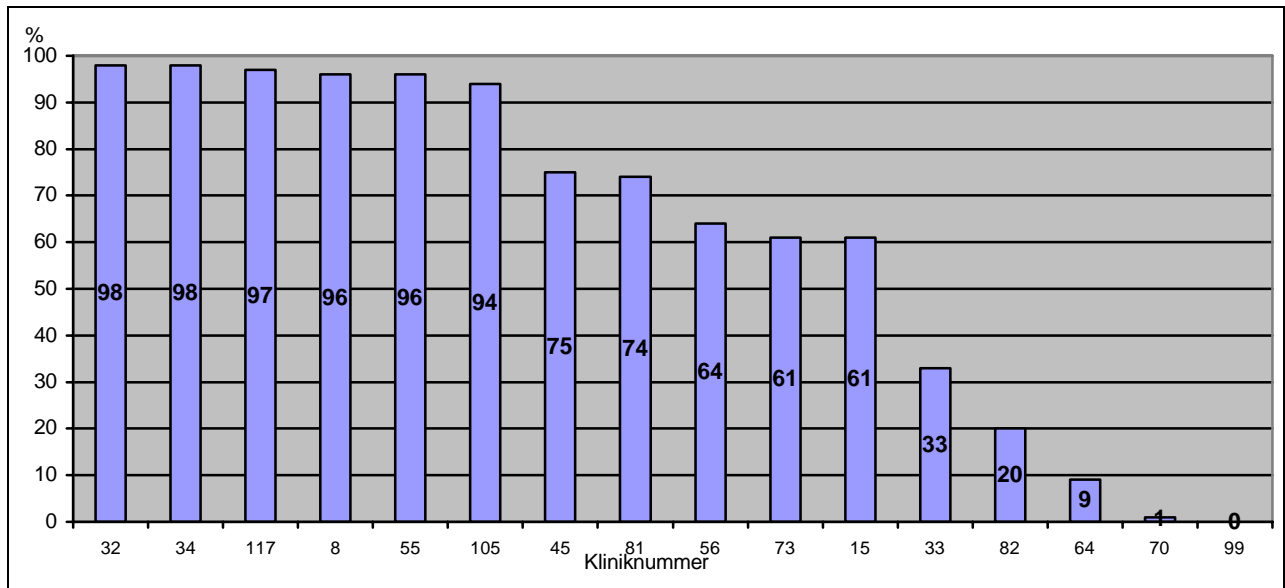


Abbildung 22: Therapiemodul „Tiefenpsychologische und psychoanalytische Psychotherapie“ – pro Klinik: relative Häufigkeit der Rehabilitanden, die mindestens einmal eine Leistung aus diesem Modul erhielten (n=5809).

In Abbildung 23 ist die **mittlere wöchentliche Inanspruchnahme von Leistungen** aus dem Modul „Rückfallprävention“ in Stunden dargestellt. Die Berechnung erfolgte für Kliniken, in denen mindestens 100 Rehabilitanden des Entlassungsjahrganges 2004 betreut wurden. Statistisch und praktisch bedeutsame Unterschiede mit einer Varianzaufklärung von 38% wurden nachgewiesen.

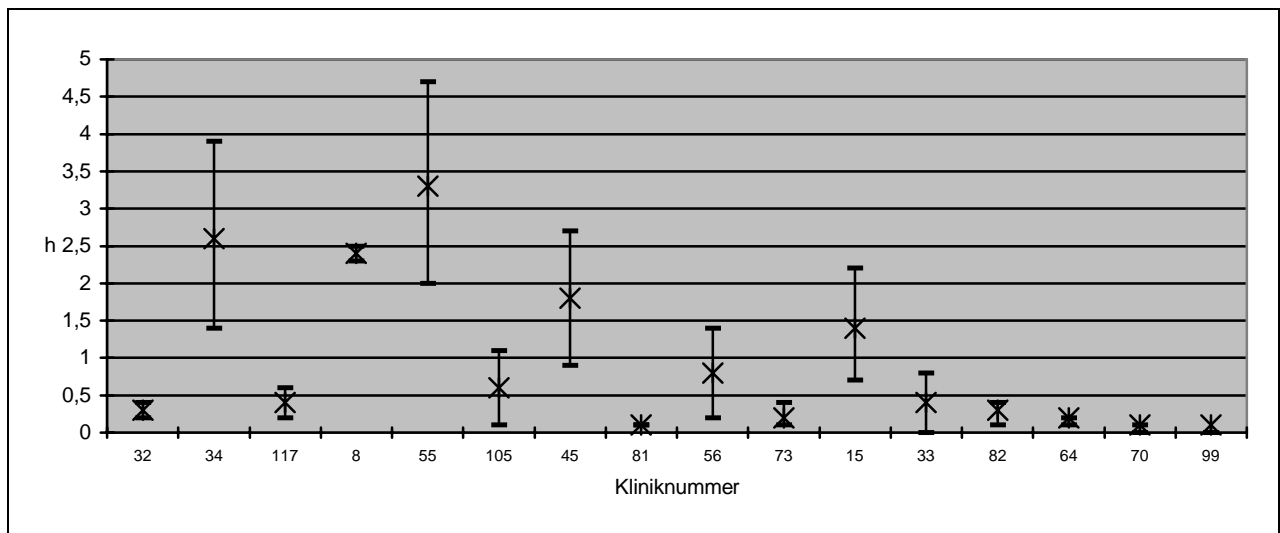


Abbildung 23: Therapiemodul „Tiefenpsychologische und psychoanalytische Psychotherapie“ – pro Klinik: M und SD der Therapiestunden pro Reha-Woche.

3.6.3 Ergebnisse der Experten-Befragung

Leistungen aus diesem ETM wurden in 21 der 27 Kliniken, die dazu Rückmeldung gaben, angeboten (78%). Der geschätzte Anteil alkoholabhängiger Patienten, die Leistungen aus diesem Modul erhielten, lag im Mittel bei 65% (SD=32%).

Im Rahmen der modulweisen Befragung konnten Antworten von 97 Fragebögen ausgewertet werden.

In Abbildung 24 sind die **Einschätzungen der Relevanz** der einzelnen Leistungen innerhalb des ETM „Tiefenpsychologisch fundierte und psychoanalytische Psychotherapie“ dargestellt.

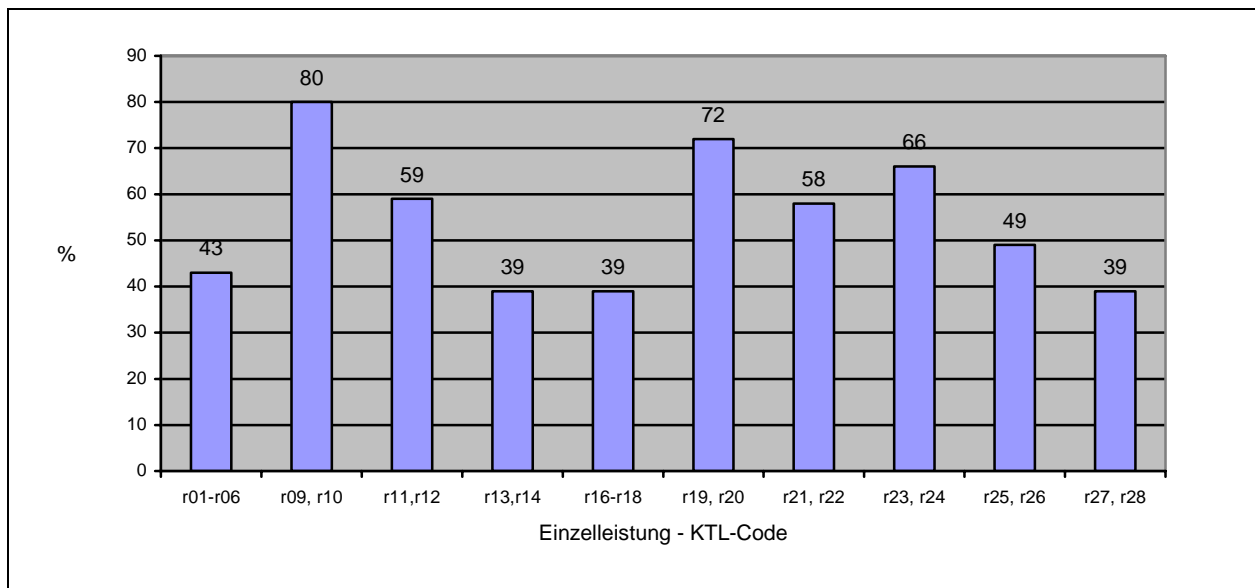


Abbildung 24: Therapiemodul „Tiefenpsychologisch fundierte und psychoanalytische Psychotherapie“ – Einschätzungen der Relevanz der Einzelleistungen (N=97).

Am häufigsten wurden als besonders wichtig eingeschätzt:

- mit erster Priorität die Psychoanalytisch-interaktionelle Gruppentherapie (r19, r20; n=22, 22.7%),
- mit zweiter Priorität die Tiefenpsychologisch fundierte Einzeltherapie (r09, r10; n=18, 18.6%) und
- mit dritter Priorität die Psychoanalytische Einzeltherapie (r01-r06; n=7, 7.2%).

Folgende **Elemente/ Leistungen sollten noch in das Modul integriert** werden (n=97):

Elemente/ Leistungen	n
Einbau der Elemente im Gesamtplan, z.B. Visite, Arbeitstherapie	1
ergotherapeutische Angebote wie z.B. Gestaltungstherapie	1
Gestaltungstherapie	2
Gruppenpsychotherapie i. d. Bezugsgruppe	4
individualpsychologische Therapiemethodik	1
Intensivprogramm	2
Konzentrierte Bewegungstherapie	1
Kunst-, Tanztherapie	3
Musiktherapie	5
Partner- und Angehörigenseminar, mehrtägig (r 93)	1
systemisch orientierte Gruppenarbeit	1
Traumagruppe, Stabilisierung	1
Traumazentrierte Therapie, Essstörungen	1

In Tabelle 16 sind die vorgeschlagenen Zeiteinheiten, die Durchführungsform sowie die relative Häufigkeit der Patienten, die Leistungen aus dem Modul erhalten sollen angegeben.

Tabelle 16: Ausgestaltung des Moduls „Tiefenpsychologisch fundierte und psychoanalytische Psychotherapie“(n=97)

Zeitlicher Umfang pro Woche: n, %		
<0.5h	6	6.2
0.5 bis <1h	6	6.2
1 bis < 2h	10	10.3
2 bis < 3h	18	18.6
3 h und mehr	45	46.4
andere Verteilung M (SD) ... pro Behandlungszeitraum, bezogen auf einen Zeitraum von...	42.3 (23.0) h in 16.7 (3.9) Wochen	
Frequenz pro Woche: n, %		
1-2x	21	21.6
3-5x	56	57.7
6-7x	2	2.1
andere Verteilung: M (SD) ... pro Behandlungszeitraum, bezogen auf einen Zeitraum von...	29.9 (34.7) h in 14.5 (3.0) Wochen	
Häufigkeit der Durchführung während der Reha, bezogen auf eine Behandlungsdauer von... : M (SD)	35.9 (26.0) mal in 15.1 (2.9) Wochen	
Form der Durchführung: n, %		
nur einzeln	4	4.1
nur Gruppe	10	10.3
einzeln und Gruppe	62	63.9
einzeln oder Gruppe (beliebig)	9	9.3
Relative Häufigkeit der Patienten, die Leistungen aus dem Modul erhalten sollen: M, SD in %	77.9	30.8

Folgende **weitere Anregungen** wurden für das Modul „Tiefenpsychologisch fundierte und psychoanalytische Psychotherapie“ gegeben (n=97):

Anregungen	n
abhängig v. Ausbildung der Therapeuten	1
je nach Indikation und Bedarf	3
kann nicht eingeschätzt werden, abhängig v. d therap. Ausrichtung der jeweiligen Klinik	2

Methodenvielfalt sollte sich im Angebot widerspiegeln/ Schulen-, Methoden-, Verfahrens- übergreifend	2
nur Evidenzbasierte Angebote machen	1
ressourcenorientierte Traumatherapie	1
Therapie muss den Fähigkeiten des Patienten angepasst werden	1
Wichtig: Einzeltherapie, nicht ausschließlich Gruppentherapie	1

3.7 Therapiemodul „Entspannungstraining“

3.7.1 Literaturrecherche

Die Anwendung von Entspannungstraining oder anderer Stressabbautechniken findet Anklang in den meisten Behandlungseinrichtungen. Obwohl es bisher keinen wissenschaftlichen Nachweis für ihre Effizienz gibt (Miller et al. 1998, Miller et al. 2003), ist eine praxisbasierte Evidenz zu befürworten.

3.7.2 Ergebnisse der KTL-Analyse

3.7.2.1 Personenbezogene Auswertung (N=8079)

Insgesamt 4670 und damit 58% aller betrachteten Rehabilitanden erhielten mindestens eine einmalige Leistung aus dem Therapiemodul „Entspannungstraining“. In dieses Modul wurden 11 KTL-Codes integriert. Der zeitliche Leistungsumfang betrug durchschnittlich 0.3 Stunden pro Woche.

Tabelle 17: Therapiemodul „Entspannungstraining“ – **allgemeine Angaben**
(N=8079)

n	4670
% von 8079	58
Anzahl berücksichtigter KTL-Codes	11
Wochenumfang in h: M (SD)	0.3 (0.4)

In Abbildung 25 ist die relative Häufigkeit der Rehabilitanden dargestellt, die die im Therapiemodul „Entspannungstraining“ integrierten **Einzelleistungen mindestens einmal pro Rehabilitation** erhalten haben. Statistisch nachgewiesene Unterschiede lassen sich deutlich erkennen. Die Varianzaufklärung lag bei 25%.

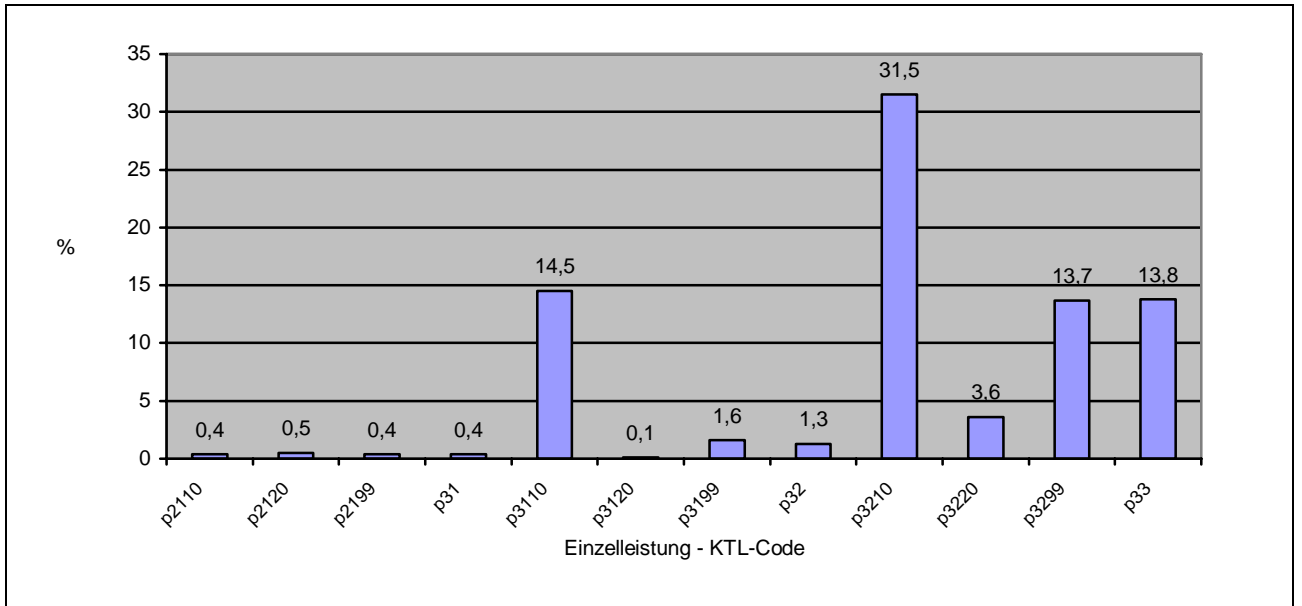


Abbildung 25: Therapiemodul „Entspannungstraining“ – Einzelleistungen: relative Häufigkeit der Rehabilitanden, die die entsprechende Leistung mindestens einmal pro Rehabilitation erhielten (N=8079).

Abbildung 26 zeigt den **zeitlichen Umfang der Inanspruchnahme von Einzelleistungen** des Therapiemoduls „Entspannungstraining“ pro Woche in Stunden. Zwischen einzelnen Leistungen ergaben sich, wie auch tendenziell erkennbar, praktisch bedeutsame Unterschiede. Die Varianzaufklärung lag bei 7%.

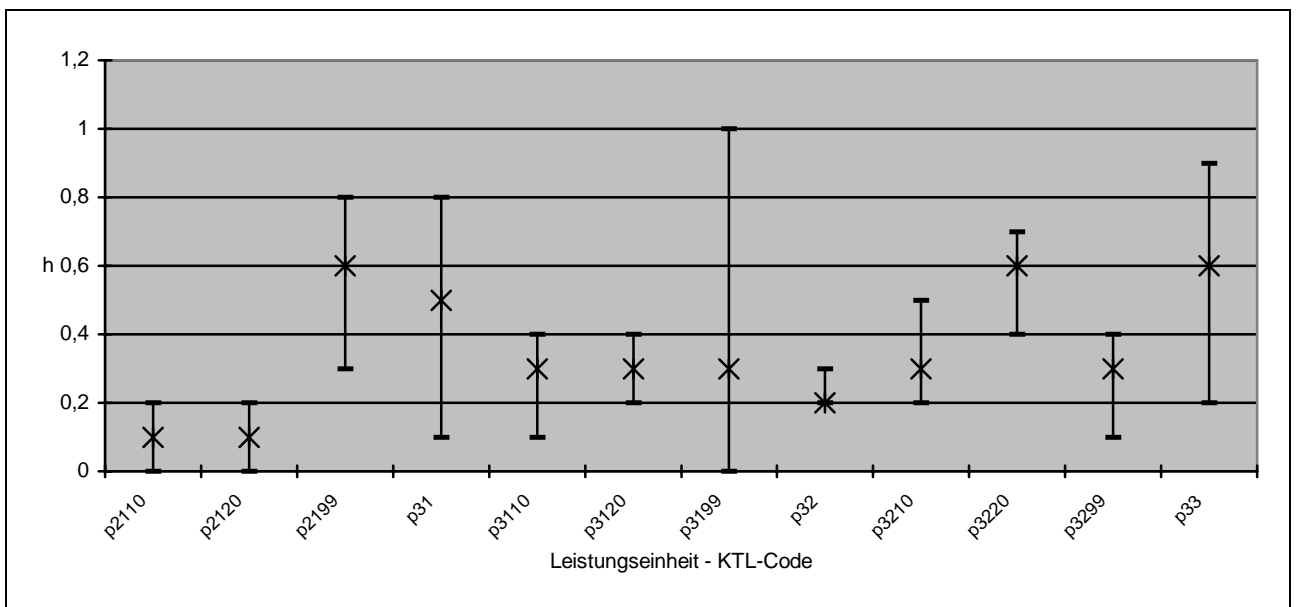


Abbildung 26: Therapiemodul „Entspannungstraining“ – Einzelleistungen: M und SD der Therapiestunden pro Reha-Woche (N=8079).

Praktisch bedeutsame Unterschiede mit einer Varianzaufklärung von 7% ergaben sich auch für die **mittlere wöchentliche Anzahl von Therapiestunden hinsichtlich der Reha-Dauer** in folgender Form:

Tabelle 18: Therapiemodul „Entspannungstraining“ – Reha-Dauer: M und SD der Therapiestunden pro Reha-Woche (N=8079)

Reha-Dauer	M	SD	Einzelvergleiche ($p < 0.001$, $\eta^2 = 0.07$)
1. bis 8 Wochen	0.5	0.7	1. > 2., 1. > 3., 1. > 4.
2. mehr als 8 bis 12 Wochen	0.4	0.5	2. > 3., 2. > 4.
3. mehr als 12 bis 16 Wochen	0.2	0.2	
4. mehr als 16 Wochen	0.2	0.2	

3.7.2.2 Klinikbezogene Auswertung (n=5809 in 22 Kliniken mit mindestens 100 Rehabilitanden)

Abbildung 27 gibt einen Überblick zur **einmaligen Inanspruchnahme mindestens einer Leistung** aus dem Therapiemodul „Entspannungstraining“ für alle Kliniken, in denen mindestens 100 Rehabilitanden des Entlassungsjahrganges betreut wurden. Es ergaben sich statistisch und praktisch bedeutsame Unterschiede mit einer Varianzaufklärung von 15%.

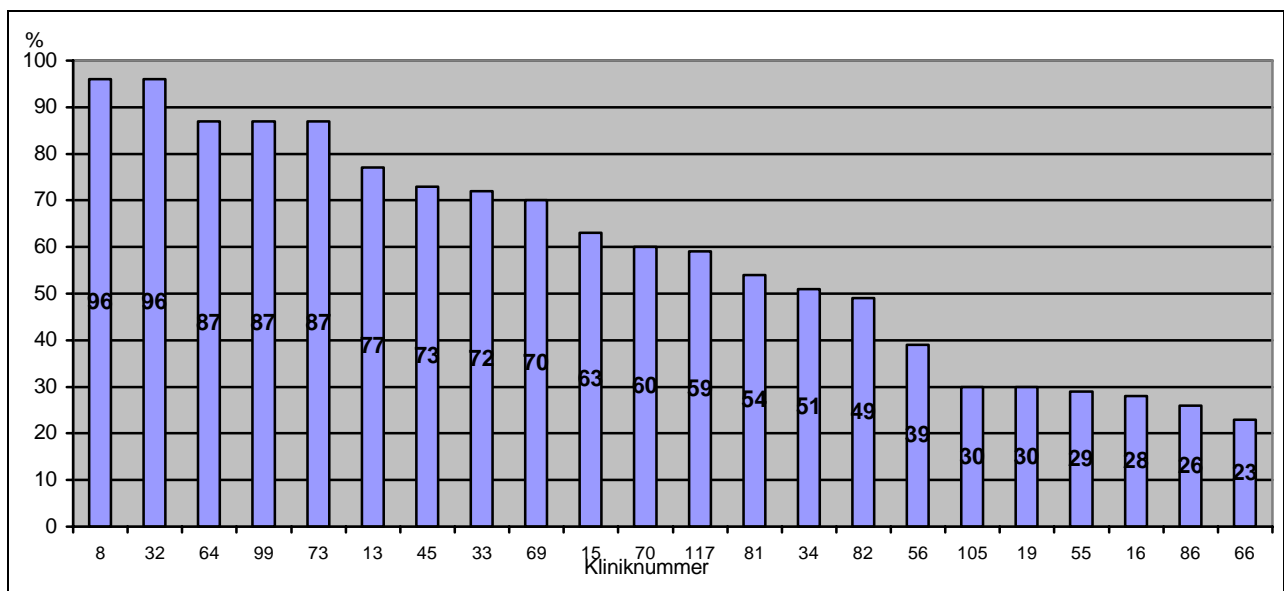


Abbildung 27: Therapiemodul „Entspannungstraining“ – pro Klinik: relative Häufigkeit der Rehabilitanden, die mindestens einmal eine Leistung aus diesem Modul erhielten (n=5809).

In Abbildung 28 ist die **mittlere wöchentliche Inanspruchnahme von Leistungen** aus dem Modul „Entspannungstraining“ in Stunden dargestellt. Die Berechnung erfolgte für Kliniken, in denen mindestens 100 Rehabilitanden des Entlassungsjahrganges 2004 betreut wurden. Statistisch und praktisch bedeutsame Unterschiede mit einer Varianzaufklärung von 35% wurden nachgewiesen.

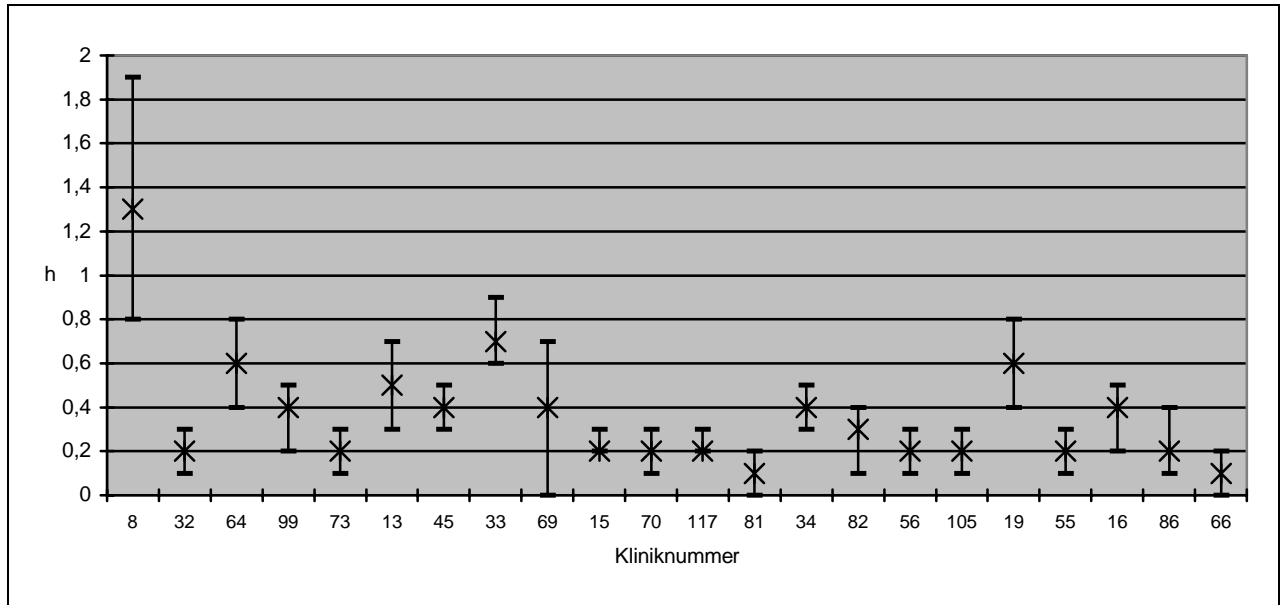


Abbildung 28: Therapiemodul „Entspannungstraining“ – pro Klinik: M und SD der Therapiestunden pro Reha-Woche.

3.7.3 Ergebnisse der Experten-Befragung

Leistungen aus diesem Therapiemodul wurden in 26 der 27 Kliniken, die dazu Rückmeldung gaben, angeboten (96%). Der geschätzte Anteil alkoholabhängiger Patienten, die Leistungen aus diesem Modul erhielten, lag im Mittel bei 78% (SD=28%).

Im Rahmen der modulweisen Befragung konnten Antworten von 128 Fragebögen ausgewertet werden.

In Abbildung 29 sind die **Einschätzungen der Relevanz** der einzelnen Leistungen innerhalb des Therapiemoduls „Entspannungstraining“ dargestellt.

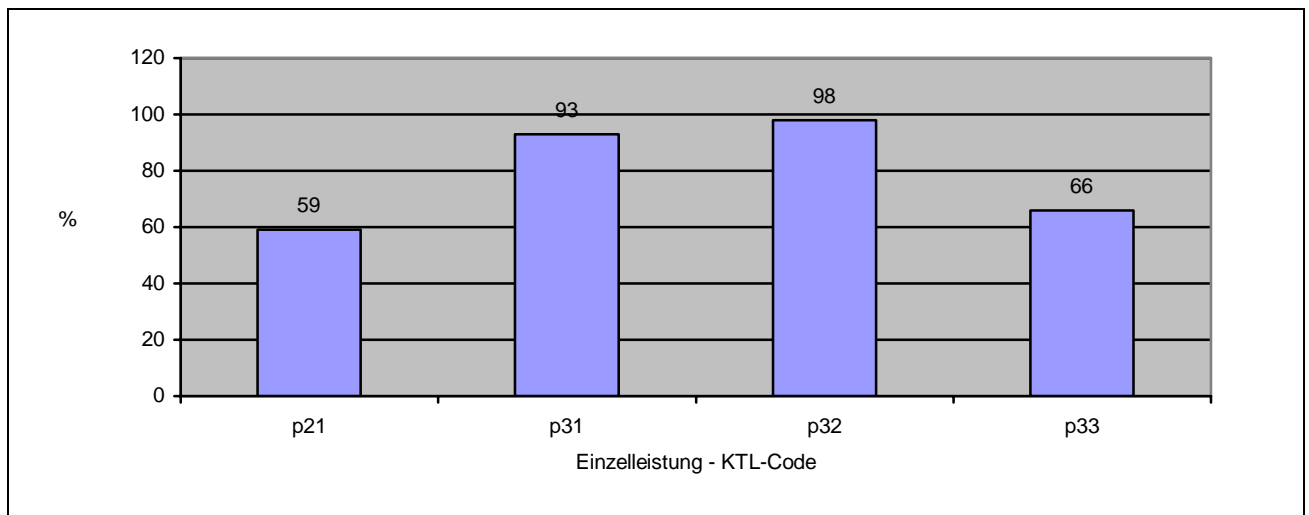


Abbildung 29: Therapiemodul „Entspannungstraining“ – Einschätzungen der Relevanz der Einzelleistungen (N=128).

Am häufigsten wurden als besonders wichtig eingeschätzt:

- mit erster Priorität die Einführung in die Technik des Entspannungstrainings (p31; n=54, 42.2%),
- mit zweiter Priorität die Durchführung des Entspannungstrainings (p32; n=56, 43.8%) und
- mit dritter Priorität die Anwendung spezieller Entspannungsverfahren, einzeln (p21; n=20, 15.6%).

Folgende **Elemente/ Leistungen sollten noch in das Modul integriert** werden (n=128):

Elemente/ Leistungen	n
Atemtherapie	2
Autogenes Training	1
Biofeedback	1
Entspannungsbad	1
Feldenkrais	2
Hypnose Therapie	2
Imaginative Verfahren	6
Jacobsen Training , - als freiwilliges Modul	5
Heileurythmie	1
kognitive Techniken der VT	1
Konzentrierte Entspannung,	1
Körperwahrnehmung	1
Meditation	4
Meditatives Malen	2
Musiktherapie	1
Ohrakkupunktur	1
körperorientierte Verfahren	1
Phantasieisen, Traumreise	3
Progressive Muskelentspannung nach Jacobsen	12
Tai chi	3
weitere Entspannungstechniken	2

Yoga	4
Qui Gong	5

In Tabelle 19 sind die vorgeschlagenen Zeiteinheiten, die Durchführungsform sowie die relative Häufigkeit der Patienten, die Leistungen aus dem Modul erhalten sollen angegeben.

Tabelle 19: Ausgestaltung des Moduls „Entspannungstraining“(n=128)

Zeitlicher Umfang pro Woche: n, %		
<0.5h	5	3.9
0.5 bis <1h	45	35.2
1 bis < 2h	42	32.8
2 bis < 3h	17	13.3
3 h und mehr	1	0.8
andere Verteilung M (SD) ... pro Behandlungszeitraum, bezogen auf einen Zeitraum von...	9.2 (5.9) h in 15.8 (2.5) Wochen	
Frequenz pro Woche: n, %		
1-2x	86	67.2
3-5x	21	16.4
6-7x	1	0.8
andere Verteilung: M (SD) ... pro Behandlungszeitraum, bezogen auf einen Zeitraum von...	8.6 (4.7) h in 15.7 (1.0) Wochen	
Häufigkeit der Durchführung während der Reha, bezogen auf eine Behandlungsdauer von...: M (SD)	13.3 (11.7) mal in 14.4 (3.2) Wochen	
Form der Durchführung: n, %		
nur einzeln	1	0.8
nur Gruppe	55	43.0
einzeln und Gruppe	42	32.8
einzeln oder Gruppe (beliebig)	27	21.1
Relative Häufigkeit der Patienten, die Leistungen aus dem Modul erhalten sollen: M, SD in %	77.8	24.8

Folgende **weitere Anregungen** wurden für das Modul „Entspannungstraining“ gegeben (n=128):

Anregungen	n
Atemübungen, Qui Gong	2
fest geplanter Bestandteil, besonders zu Beginn der Therapie	1
Med. Voruntersuchung. notwendig, Ausschluss von Patienten, bei denen ein Entspannungsverfahren nicht notwendig ist	1
Mediation, Yoga	1
nach Indikation u. Bedarf	7
Teilnahme an der Sauna	1

3.8 Therapiemodul „Information und Schulung“

3.8.1 Literaturrecherche

Zu diesem Therapiemodul existiert keine Literatur, aus der eine eindeutige Evidenzlage hervorgeht. Es muss auf die praxisbasierte Evidenz verwiesen werden.

3.8.2 Ergebnisse der KTL-Analyse

3.8.2.1 Personenbezogene Auswertung (N=8079)

Insgesamt 7553 und damit 93% aller betrachteten Rehabilitanden erhielten mindestens eine einmalige Leistung aus dem Therapiemodul „Information und Schulung“. In dieses Modul wurden 11 KTL-Codes integriert. Der zeitliche Leistungsumfang betrug durchschnittlich 0.4 Stunden pro Woche.

Tabelle 20: Therapiemodul „Information und Schulung“ – **allgemeine Angaben** (N=8079)

n	7553
% von 8079	93
Anzahl berücksichtigter KTL-Codes	11
Wochenumfang in h: M (SD)	0.4 (0.7)

In Abbildung 30 ist die relative Häufigkeit der Rehabilitanden dargestellt, die die im Therapiemodul „Information und Schulung“ integrierten **Einzelleistungen mindestens einmal pro Rehabilitation** erhalten haben. Statistisch nachgewiesene Unterschiede lassen sich deutlich erkennen. Die Varianzaufklärung lag bei 27%.

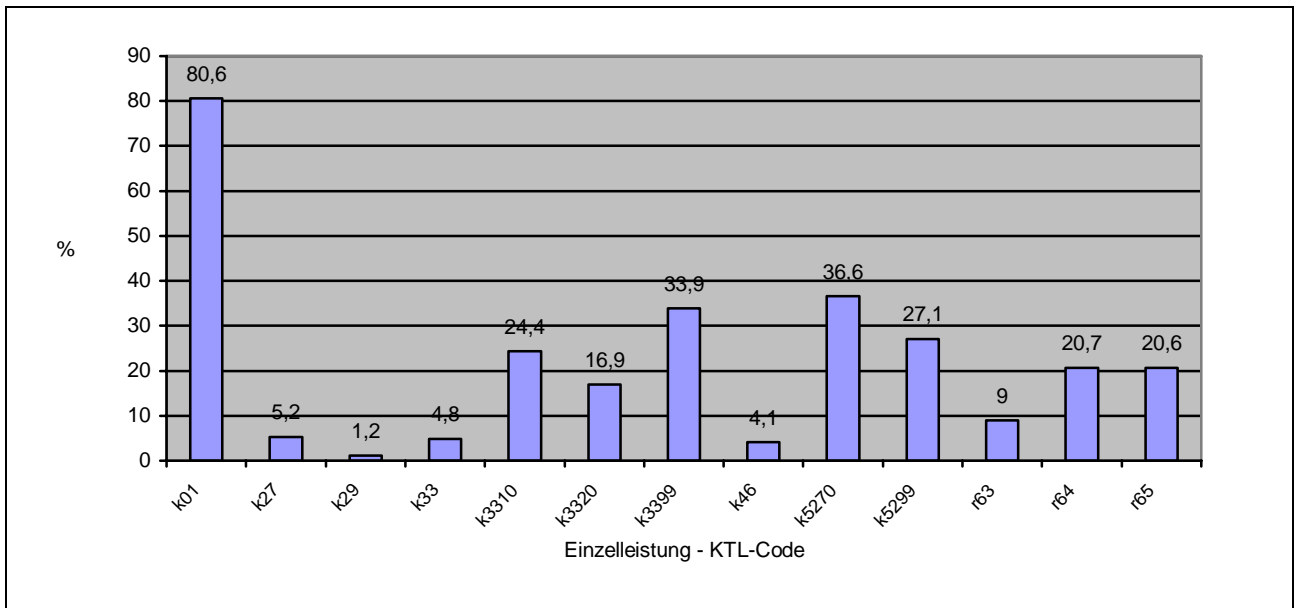


Abbildung 30: Therapiemodul „Information und Schulung“ – Einzelleistungen: relative Häufigkeit der Rehabilitanden, die die entsprechende Leistung mindestens einmal pro Rehabilitation erhielten (N=8079).

Abbildung 31 zeigt den **zeitlichen Umfang der Inanspruchnahme von Einzelleistungen** des Therapiemoduls „Information und Schulung“ pro Woche in Stunden. Zwischen einzelnen Leistungen ergaben sich, wie auch tendenziell erkennbar, praktisch bedeutsame Unterschiede. Die Varianzaufklärung lag bei 12%.

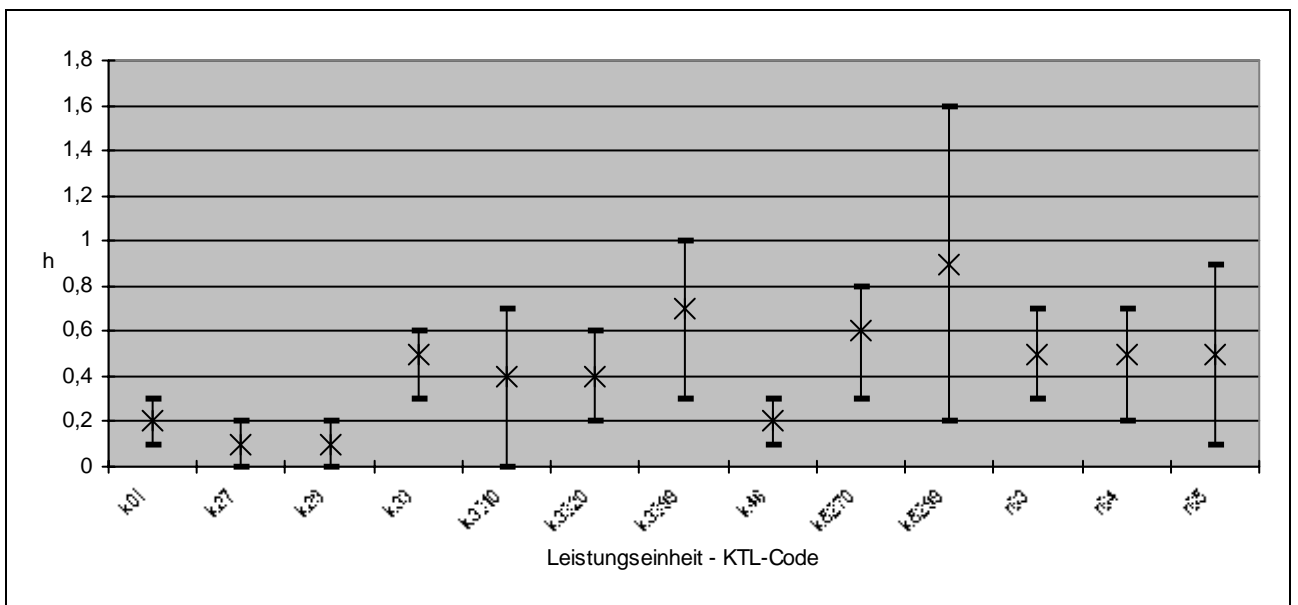


Abbildung 31: Therapiemodul „Information und Schulung“ – Einzelleistungen: M und SD der Therapiestunden pro Reha-Woche (N=8079).

Praktisch bedeutsame Unterschiede mit einer Varianzaufklärung von 11% ergaben sich auch für die **mittlere wöchentliche Anzahl von Therapiestunden hinsichtlich der Reha-Dauer** in folgender Form:

Tabelle 21: Therapiemodul „Information und Schulung“ – Reha-Dauer: M und SD der Therapiestunden pro Reha-Woche (N=8079)

Reha-Dauer	M	SD	Einzelvergleiche ($p < 0.001$, $\eta^2 = 0.11$)
1. bis 8 Wochen	0.9	1.2	1. > 2., 1. > 3., 1. > 4.
2. mehr als 8 bis 12 Wochen	0.5	0.5	2. > 3., 2. > 4.
3. mehr als 12 bis 16 Wochen	0.3	0.3	
4. mehr als 16 Wochen	0.3	0.3	

3.8.2.2 Klinikbezogene Auswertung (n=5809 in 22 Kliniken mit mindestens 100 Rehabilitanden)

Abbildung 32 gibt einen Überblick zur **einmaligen Inanspruchnahme mindestens einer Leistung** aus dem Therapiemodul „Information und Schulung“ für alle Kliniken, in denen mindestens 100 Rehabilitanden des Entlassungsjahrganges betreut wurden. Es ergaben sich statistisch und praktisch bedeutsame Unterschiede mit einer Varianzaufklärung von 11%.

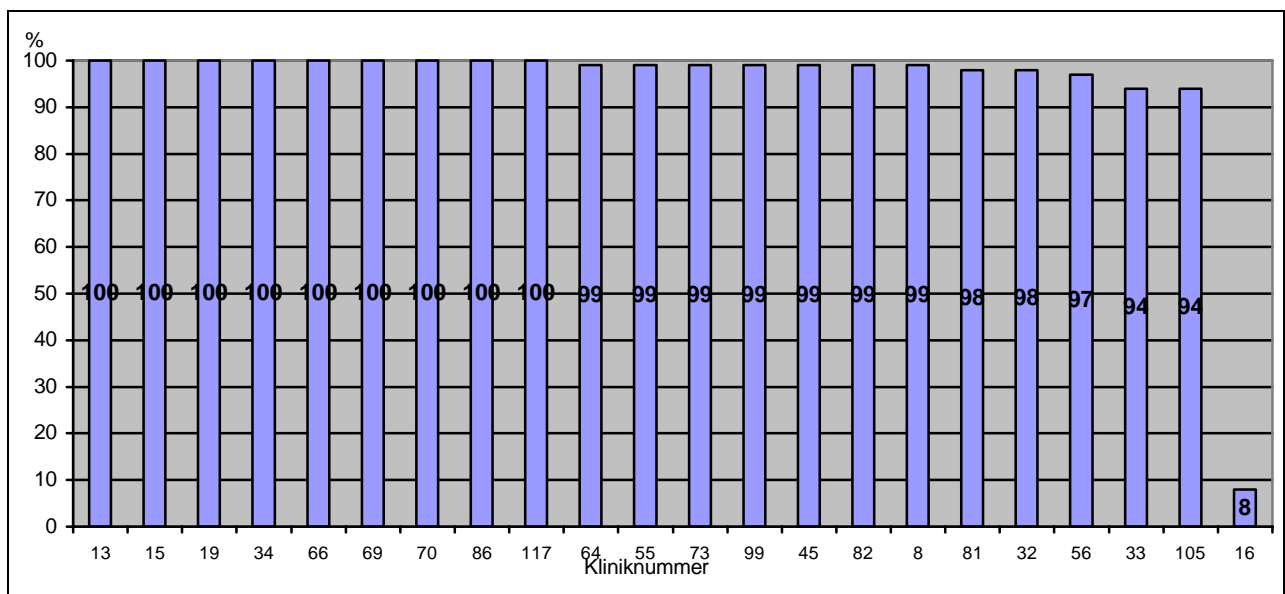


Abbildung 32: Therapiemodul „Information und Schulung“ – pro Klinik: relative Häufigkeit der Rehabilitanden, die mindestens einmal eine Leistung aus diesem Modul erhielten (n=5809).

In Abbildung 33 ist die **mittlere wöchentliche Inanspruchnahme von Leistungen** aus dem Modul „Information und Schulung“ in Stunden dargestellt. Die Berechnung erfolgte für Kliniken, in denen mindestens 100 Rehabilitanden des Entlassungsjahrganges 2004 betreut wurden. Statistisch und praktisch bedeutsame Unterschiede mit einer Varianzaufklärung von 27% wurden nachgewiesen.

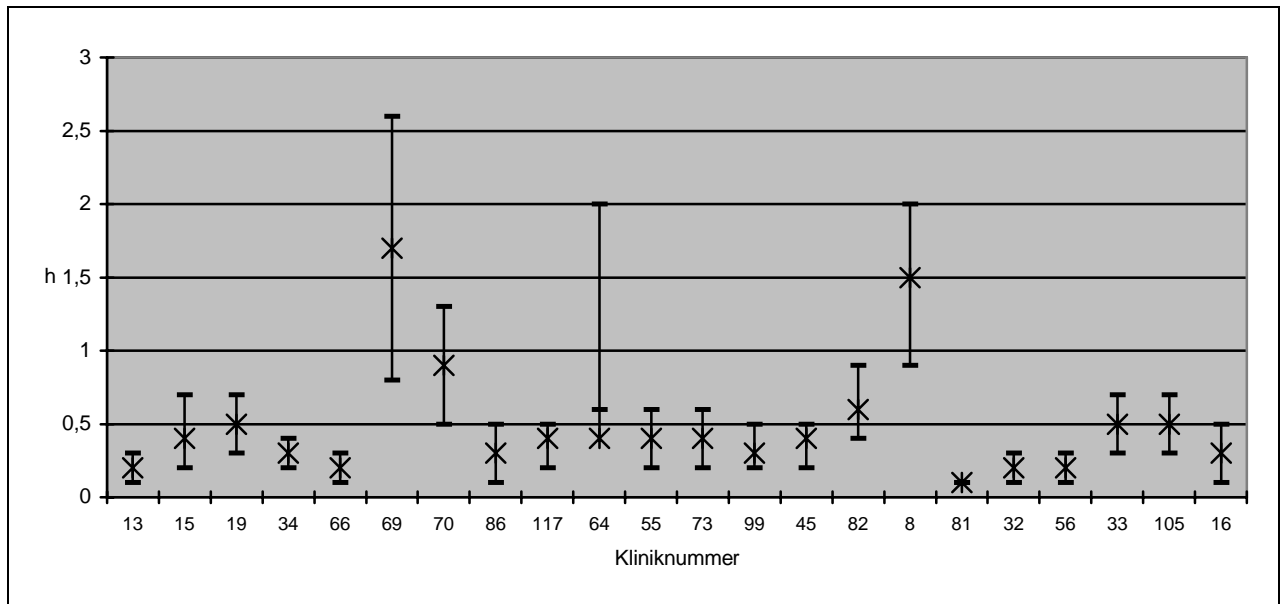


Abbildung 33: Therapiemodul „Information und Schulung“ – pro Klinik: M und SD der Therapiestunden pro Reha-Woche.

3.8.3 Ergebnisse der Experten-Befragung

Leistungen aus diesem Therapiemodul wurden in 27 der 27 Kliniken, die dazu Rückmeldung gaben, angeboten (100%). Der geschätzte Anteil alkoholabhängiger Patienten, die Leistungen aus diesem Modul erhielten, lag im Mittel bei 99% (SD=5%).

Im Rahmen der modulweisen Befragung konnten Antworten von 231 Fragebögen ausgewertet werden.

In Abbildung 34 sind die **Einschätzungen der Relevanz** der einzelnen Leistungen innerhalb des Therapiemoduls „Information und Schulung“ dargestellt.

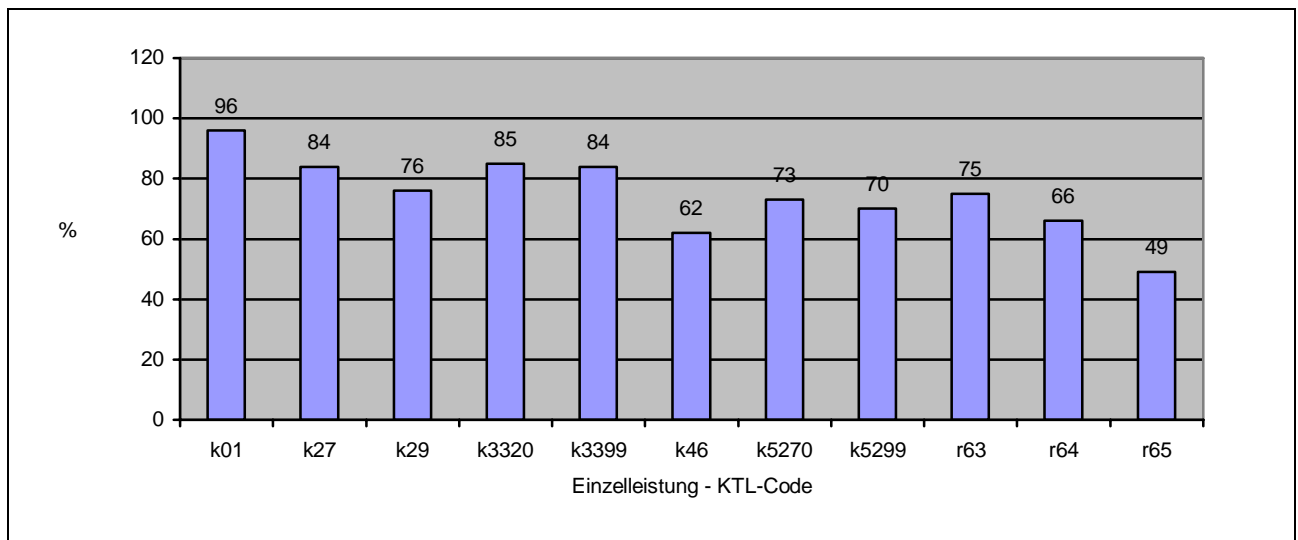


Abbildung 34: Therapiemodul „Information und Schulung“ – Einschätzungen der Relevanz der Einzelleistungen (N=231).

Am häufigsten wurden als besonders wichtig eingeschätzt:

- mit erster Priorität die Ärztliche Beratung (k01 ; n=75, 32.5%),
- mit zweiter Priorität die Sonstige Patientenschulung bei Suchtmittelabhängigkeit /-missbrauch (k3399; n=40, 17.3%) und
- mit dritter Priorität die Psychoedukative Gruppe: Berufliche Orientierung (r63; n=35, 15.2%).

Folgende **Elemente/ Leistungen** sollten noch in das Modul integriert werden (n=231):

Elemente/ Leistungen	n
Aktivitäten des täglichen Lebens	1
Aggressions-Angstabbau	1
alle modernen Drogen	1
Aneignung der Erkrankung	6
Angst, Depression	1
Beratung/Vorträge zu HIV	2
Beratung durch den Pflegedienst	1
Bewerbungstraining b. berufl Orientierung	7
Arbeitsschutz, gesunde Ernährung	1
Diabetes	1
Einführung in die Rehabilitation k 53.10	14
Entwicklung e. Tages/Wochenstruktur n. d. Entwöhnungsbehandlung	1
Erährungsberatung, Grundinfo zu sozialen Ansprüchen	1
Erährungsberatung, Nikotinentwöhnung	1
Essgruppe, Rückenschule	1
Folgeerkrankungen bei Alk.Abhängigkeit	1
Gedächtnistraining	1
Genusstraining, EDV-Kurse	1
Geschlechtsspezifische Angebote	2
ggf. Sport u. Bewegung und Ernährung	1
Info über Angststörung	1

Info über Bewegungsverhalten, Körperbewusstsein	1
Info über den Bewegungsapparat	1
Komorbidität	1
Konzepte z. Entwicklung v. Lebenswünschen u. deren Umsetzung	1
Lehrküche	3
Pflegedienstliche Beratung	1
Männer u. Suchtgruppe	2
Modelle zur Suchtgenese	1
Möglichkeiten einer sinnvollen Freizeitgestaltung	1
neurologische Folgeschäden	2
Nikotin/ Rauchen	2
Partnerschaft und Sexualität	1
Patientenschulung bei Diabetes, Patientenschulung bei Essstörungen	1
Persönlichkeitsstörungen, Psychosomatik	1
Präventionstraining	1
Psych. Zusammenhänge: Sucht-Persönlichkeit	1
Psychoedukatives Seminar zum Thema: Bewegung und Gesundheit, Bewegung u. Psyche	1
Psychoedukative Gruppe: Berufl. Orientierung, Motivationstraining	1
Rückfallprävention	1
Schulung bei Polyneuropathie	1
Schulung v." Körperwissen", Infos ü. gesunde Aspekte der Bewegung	1
Schulungen zu beruflichen Förderung (Bewerbungstraining, EDV-Online Bewerbung	1
Selbsterfahrungsbezogene Informationsvermittlung	1
Selbsthilfe, Sexualität, Erziehung etc., sexuelle Funktionsstörungen	3
Sinnvolle Freizeitgestaltung, Allgemeinbildung	1
Sport und Bewegungsbezogene Aktivitäten n. dem Klinikaufenthalt	1
Stressbewältigung	2
Suchtbedingte Folgeerkrankungen, Hygiene u. Schutz	1
Themenzentrierte Gruppe: Arbeitsplatzprobleme	1
Vortrag Suchtinformation (k 52.70)	1
Vortrag zu alkoholbedingten Nervenerkrankungen, AIDS Info	1

In Tabelle 22 sind die vorgeschlagenen Zeiteinheiten, die Durchführungsform sowie die relative Häufigkeit der Patienten, die Leistungen aus dem Modul erhalten sollen angegeben.

Tabelle 22: Ausgestaltung des Moduls „Information und Schulung“(n=231)

Zeitlicher Umfang pro Woche: n, %

<0.5h	6	2.6
0.5 bis <1h	48	20.8
1 bis < 2h	71	30.7
2 bis < 3h	56	24.2
3 h und mehr	10	4.3
andere Verteilung M (SD) ... pro Behandlungszeitraum, bezogen auf einen Zeitraum von...	11.0 (7.5) h in 14.3 (4.3) Wo- chen	

Frequenz pro Woche: n, %

1-2x	133	57.6
3-5x	53	22.9
6-7x	0	-

andere Verteilung: M (SD)

... pro Behandlungszeitraum, bezogen auf einen Zeitraum von... 10.3 (8.1) h in 13.9 (3.9) Wochen

Häufigkeit der Durchführung während der Reha, bezogen auf eine Behandlungsdauer von... : M (SD)

15.5 (15.7) mal in 14.9 (6.9) Wochen

Form der Durchführung: n, %

nur einzeln	0	-
nur Gruppe	48	20.8
einzeln und Gruppe	131	56.7
einzeln oder Gruppe (beliebig)	31	13.4

Relative Häufigkeit der Patienten, die Leistungen aus dem Modul erhalten sollen: M, SD in %

97.6 9.3

Folgende **weitere Anregungen** wurden für das Modul „Information und Schulung“ gegeben (n=231):

Anregungen	n
Abgrenzungen der einzelnen Module sind unscharf	1
Abwechslungsreiches Vortragsprogramm	1
ganzheitliche Sicht des Menschen im Zusammenhang von environment-person-occupation	1
Information gehört zu jeder verhaltensmedizinischen Behandlung	1
mehr Bezug auf spätere ambulante Therapie	1
nach Indikation und Bedarf	6
Raum für individuelle Themen des Patienten	1
Verankerung von Mögl./Zeitmodule für die Zusammenarbeit verschiedener Berufsgruppen	1
Verwendung von didaktisch anschaulichem Material	1

3.9 Therapiemodul „Ernährungsschulung“

3.9.1 Literaturrecherche

Zu diesem Therapiemodul existiert keine Literatur, aus der eine eindeutige Evidenzlage hervorgeht. Es muss auf die praxisbasierte Evidenz verwiesen werden.

3.9.2 Ergebnisse der KTL-Analyse

3.9.2.1 Personenbezogene Auswertung (N=8079)

Insgesamt 2220 und damit 27% aller betrachteten Rehabilitanden erhielten mindestens eine einmalige Leistung aus dem Therapiemodul „Ernährungsschulung“. In dieses Modul wurden 11 KTL-Codes integriert. Der zeitliche Leistungsumfang betrug durchschnittlich 0.2 Stunden pro Woche. Für die Leistungen k13, k1310, k1320 werden in der KTL keine Angaben zur Dauer gemacht, so dass es vermutlich zu einer Unterschätzung des Wochenstundenaufwandes kam.

Tabelle 23: Therapiemodul „Ernährungsschulung“ – **allgemeine Angaben** (N=8079)

n	2220
% von 8079	27
Anzahl berücksichtigter KTL-Codes	11
Wochenumfang in h: M (SD)	0.2 (0.9)

In Abbildung 35 ist die relative Häufigkeit der Rehabilitanden dargestellt, die die im Therapiemodul „Ernährungsschulung“ integrierten **Einzelleistungen mindestens einmal pro Rehabilitation** erhalten haben. Statistisch nachgewiesene Unterschiede lassen sich deutlich erkennen. Die Varianzaufklärung lag bei 22%.

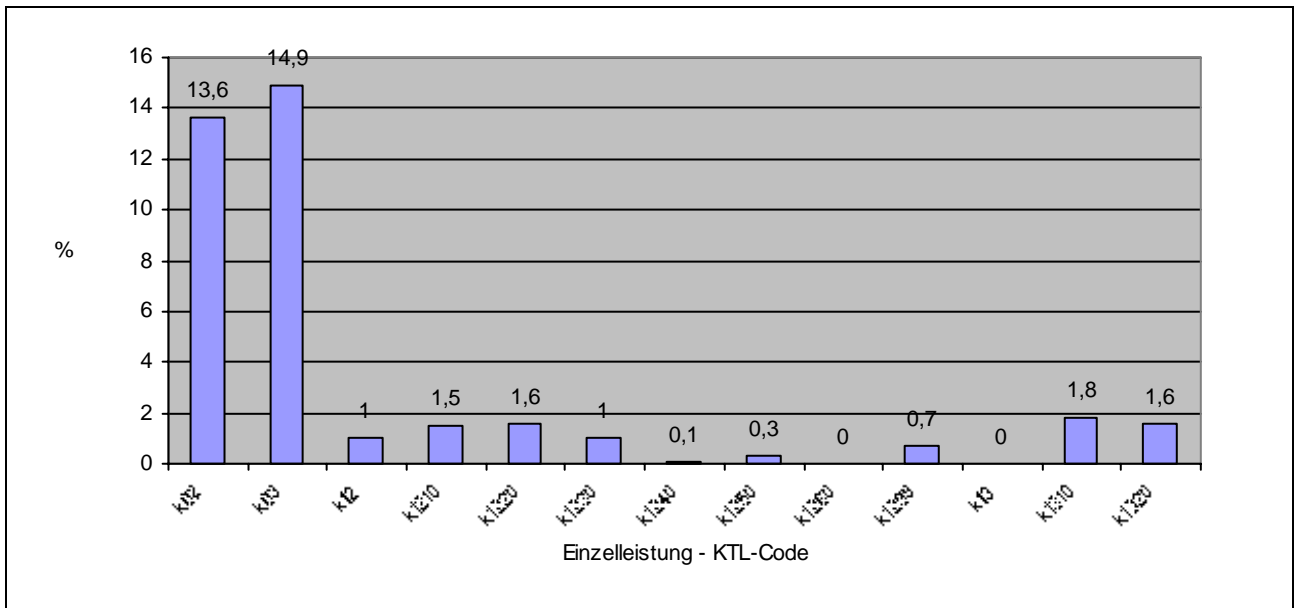


Abbildung 35: Therapiemodul „Ernährungsschulung“ – Einzelleistungen: relative Häufigkeit der Rehabilitanden, die die entsprechende Leistung mindestens einmal pro Rehabilitation erhielten (N=8079).

Abbildung 36 zeigt den **zeitlichen Umfang der Inanspruchnahme von Einzelleistungen** des Therapiemoduls „Ernährungsschulung“ pro Woche in Stunden. Zwischen einzelnen Leistungen ergaben sich, wie auch tendenziell erkennbar, praktisch bedeutsame Unterschiede. Die Varianzaufklärung lag bei 19%.

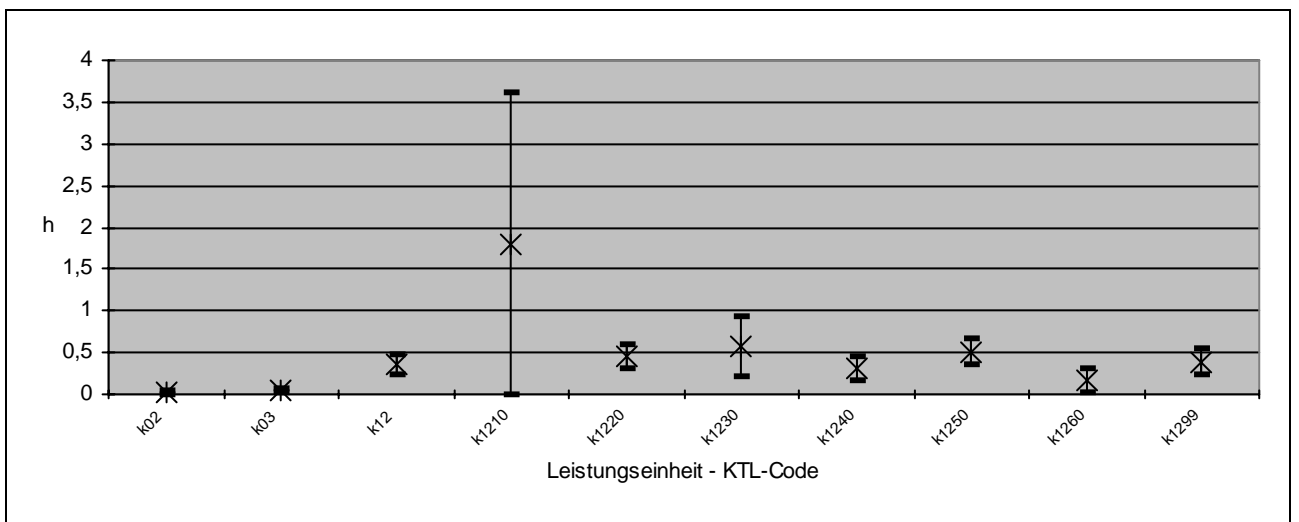


Abbildung 36: Therapiemodul „Ernährungsschulung“ – Einzelleistungen: M und SD der Therapiestunden pro Reha-Woche (N=8079).

3.9.2.2 Klinikbezogene Auswertung (n=5809 in 22 Kliniken mit mindestens 100 Rehabilitanden)

Abbildung 37 gibt einen Überblick zur **einmaligen Inanspruchnahme mindestens einer Leistung** aus dem Therapiemodul „Ernährungsschulung“ für alle Kliniken, in denen mindestens 100 Rehabilitanden des Entlassungsjahrganges betreut wurden. Es ergaben sich statistisch und praktisch bedeutsame Unterschiede mit einer Varianzaufklärung von 26%.

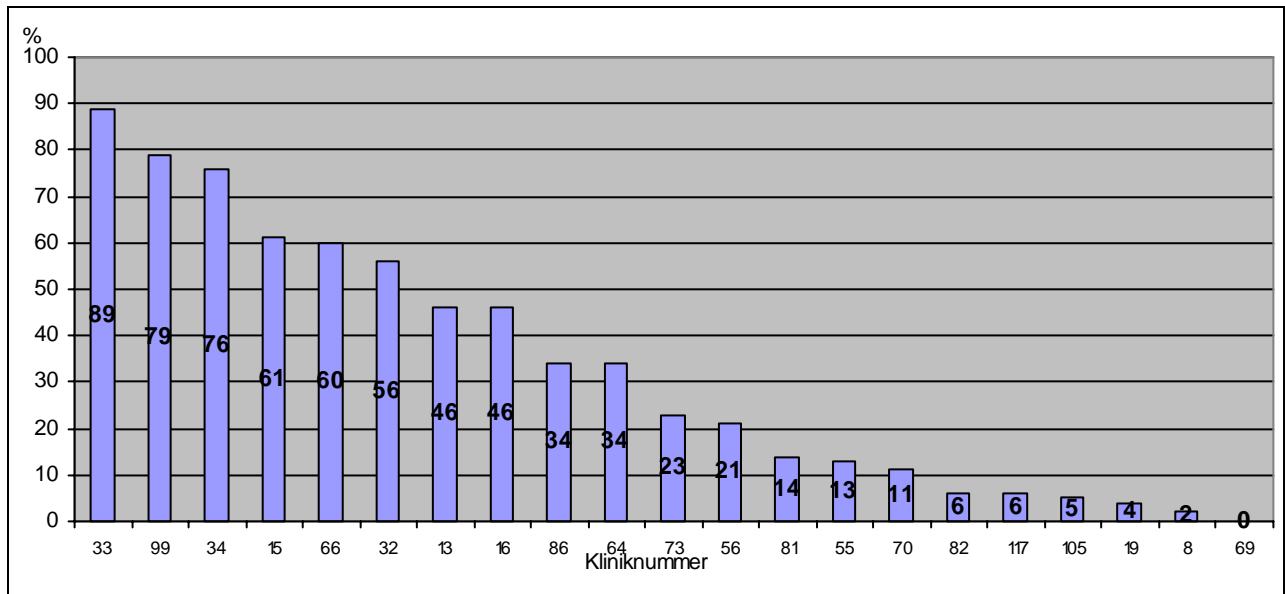


Abbildung 37: Therapiemodul „Ernährungsschulung“ – pro Klinik: relative Häufigkeit der Rehabilitanden, die mindestens einmal eine Leistung aus diesem Modul erhielten (n=5809).

In Abbildung 38 ist die **mittlere wöchentliche Inanspruchnahme von Leistungen** aus dem Modul „Ernährungsschulung“ in Stunden dargestellt. Die Berechnung erfolgte für Kliniken, in denen mindestens 100 Rehabilitanden des Entlassungsjahrganges 2004 betreut wurden. Statistisch und praktisch bedeutsame Unterschiede mit einer Varianzaufklärung von 36% wurden nachgewiesen.

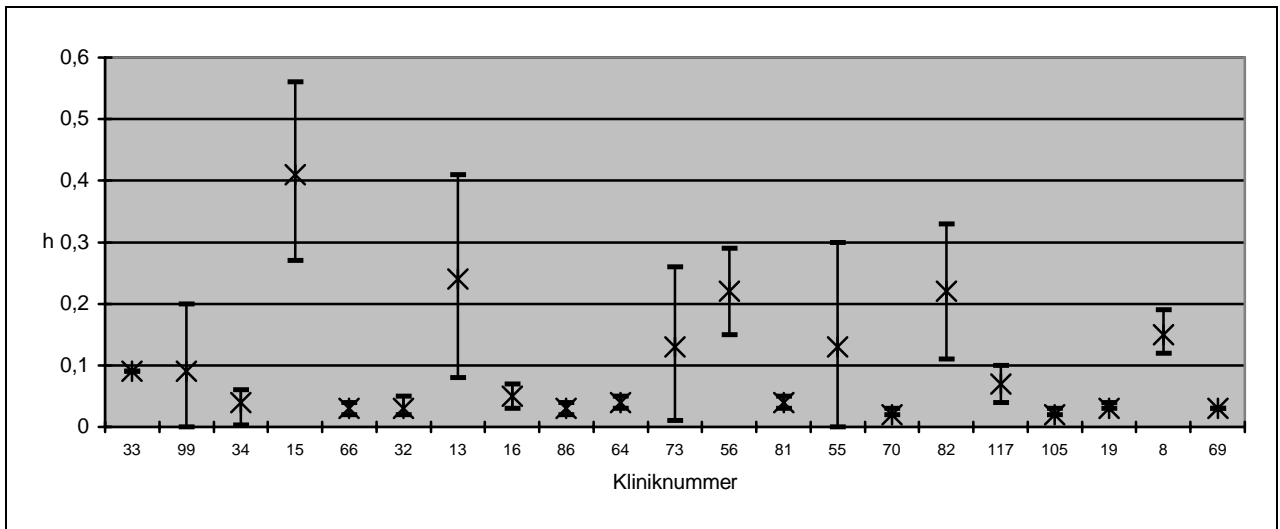


Abbildung 38: Therapiemodul „Ernährungsschulung“ – pro Klinik: M und SD der Therapiestunden pro Reha-Woche.

3.9.3 Ergebnisse der Experten-Befragung

Leistungen aus diesem Therapiemodul wurden in 23 der 27 Kliniken, die dazu Rückmeldung gaben, angeboten (85%). Der geschätzt Anteil alkoholabhängiger Patienten, die Leistungen aus diesem Modul erhielten, lag im Mittel bei 51% (SD=36%).

Im Rahmen der modulweisen Befragung konnten Antworten von 104 Fragebögen ausgewertet werden.

In Abbildung 39 sind die **Einschätzungen der Relevanz** der einzelnen Leistungen innerhalb des Therapiemoduls „Ernährungsschulung“ dargestellt.

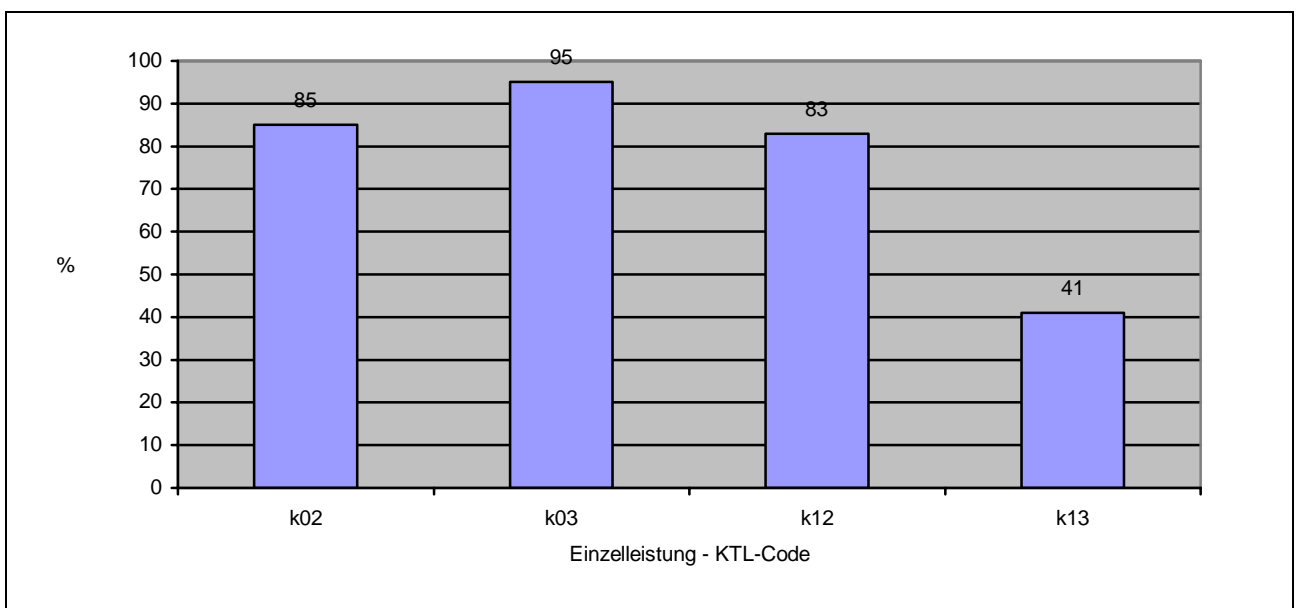


Abbildung 39: Therapiemodul „Ernährungsschulung“ – Einschätzungen der Relevanz der Einzelleistungen (N=104).

Am häufigsten wurden als besonders wichtig eingeschätzt:

- mit erster Priorität die Ernährungsberatung in der Gruppe (k03 ; n=42, 40.4%),
- mit zweiter Priorität die Ernährungsberatung einzeln (k02; n=29, 27.9%) und
- mit dritter Priorität die Lehrküche praktisch (k12, n=30, 28.8%).

Folgende **Elemente/ Leistungen** sollten noch in das Modul integriert werden (n=104):

Elemente/ Leistungen	n
1 mal pro Woche gemeinsam kochen	1
Anti-Diätstrategien, Essprotokoll, Grundkenntnisse Lebensmittel	1
Arbeitstherapie	1
Ärztliche Fachvorträge	1
ärztliche Beratung	1
Bewegung, Sport	1
Diabetikerschulung	1
Diät b. Stoffwechselerkrankungen, praktische Übungen gesunder Ernährung	2
Einkauf im Supermarkt	1
Einkaufstraining	1
Ernährung bei Essstörungen, Diabetes	1
Ernährungslehre, prakt. Übungen	1
Esskultur, Verhalten am Buffet	1
Fettstoffwechsel, Übergewicht, Diabetes	1
Genusstraining	1
Gesundheitsvorträge zur Ernährungsumstellung u. gesunden Ernährung	1
Gewichtsregulation	1
Kochen mit Kindern	1
mehrteilige, mehrtägige Schulung bzgl. Alkoholfreiheit, Diabetes, Gicht, Hyperlipidämie, antia-therogen Kost...	1
Sinn/ Notwendigkeit einer bestimmten Ernährungsform	1
Spez. Diätschulung, Information: alkoholfreie Getränke	1
themenspezifische Vorträge, indikative Gruppe: Gesundheitstraining	1

In Tabelle 24 sind die vorgeschlagenen Zeiteinheiten, die Durchführungsform sowie die relative Häufigkeit der Patienten, die Leistungen aus dem Modul erhalten sollen angegeben.

Tabelle 24: Ausgestaltung des Moduls „Ernährungsschulung“(n=104)

Zeitlicher Umfang pro Woche: n, %		
<0.5h	20	19.2
0.5 bis <1h	28	26.9
1 bis < 2h	14	13.5
2 bis < 3h	5	4.8
3 h und mehr	1	1.0
andere Verteilung M (SD)		
... pro Behandlungszeitraum, bezogen auf einen Zeitraum von...	7.8 (9.6) h in	14.4 (3.4) Wo- chen

Frequenz pro Woche: n, %

1-2x	59	56.7
3-5x	1	1.0
6-7x	1	1.0
andere Verteilung: M (SD) ... pro Behandlungszeitraum, bezogen auf einen Zeitraum von...	3.4 (2.6) h in 14.8 (3.5) Wo- chen	

Häufigkeit der Durchführung während der Reha, bezogen
auf eine Behandlungsdauer von... : M (SD) 5.7 (6.5) mal in 14.7 (3.4) Wo-
chen

Form der Durchführung: n, %

nur einzeln	2	1.9
nur Gruppe	17	16.3
einzeln und Gruppe	65	62.5
einzeln oder Gruppe (beliebig)	17	16.3

**Relative Häufigkeit der Patienten, die Leistungen aus dem
Modul erhalten sollen: M, SD in %** 62.9 32.7

Folgende **weitere Anregungen** wurden für das Modul „Ernährungsschulung“ ge-
geben (n=104):

Anregungen	n
Ausgabe von Info Broschüren	1
Differenzialdiagnostik beachten! bei Bedarf gezielte Interventionen	1
Integration i. d. Milieuthherapie	1
Lehrküche 20 Prozent nach Bedarf und Indikation	1 5
Thema: Suchtverlagerung auf das Essen	1
verhaltensmedizinische Sichtweise wichtig	1
Vermittlung des Bewusstseins gesund und geschmackvoll Speisen herstellen zu können	1

3.10a Therapiemodul „Klinische Sozialarbeit - Soziale und sozialrechtliche Beratung“

3.10a.1 Literaturrecherche

Auch für dieses Therapiemodul existiert keine Literatur, aus der eine eindeutige Evidenzlage hervorgeht, obwohl eine praxisbasierte Evidenz zweifellos gegeben ist.

3.10a.2 Ergebnisse der KTL-Analyse

3.10a.2.1 Personenbezogene Auswertung (N=8079)

Insgesamt 4315 und damit 53% aller betrachteten Rehabilitanden erhielten mindestens eine einmalige Leistung aus dem Therapiemodul „Klinische Sozialarbeit - Soziale und sozialrechtliche Beratung“. In dieses Modul wurden 5 KTL-Codes integriert. Der zeitliche Leistungsumfang betrug durchschnittlich 0.07 Stunden pro Woche.

Tabelle 25: Therapiemodul „Klinische Sozialarbeit - Soziale und sozialrechtliche Beratung“ – **allgemeine Angaben** (N=8079)

n	4315
% von 8079	53
Anzahl berücksichtigter KTL-Codes	5
Wochenumfang in h: M (SD)	0.07 (0.1)

In Abbildung 40 ist die relative Häufigkeit der Rehabilitanden dargestellt, die die im Therapiemodul „Klinische Sozialarbeit - Soziale und sozialrechtliche Beratung“ integrierten **Einzelleistungen mindestens einmal pro Rehabilitation** erhalten haben. Statistisch nachgewiesene Unterschiede lassen sich deutlich erkennen. Die Varianzaufklärung lag bei 34%.

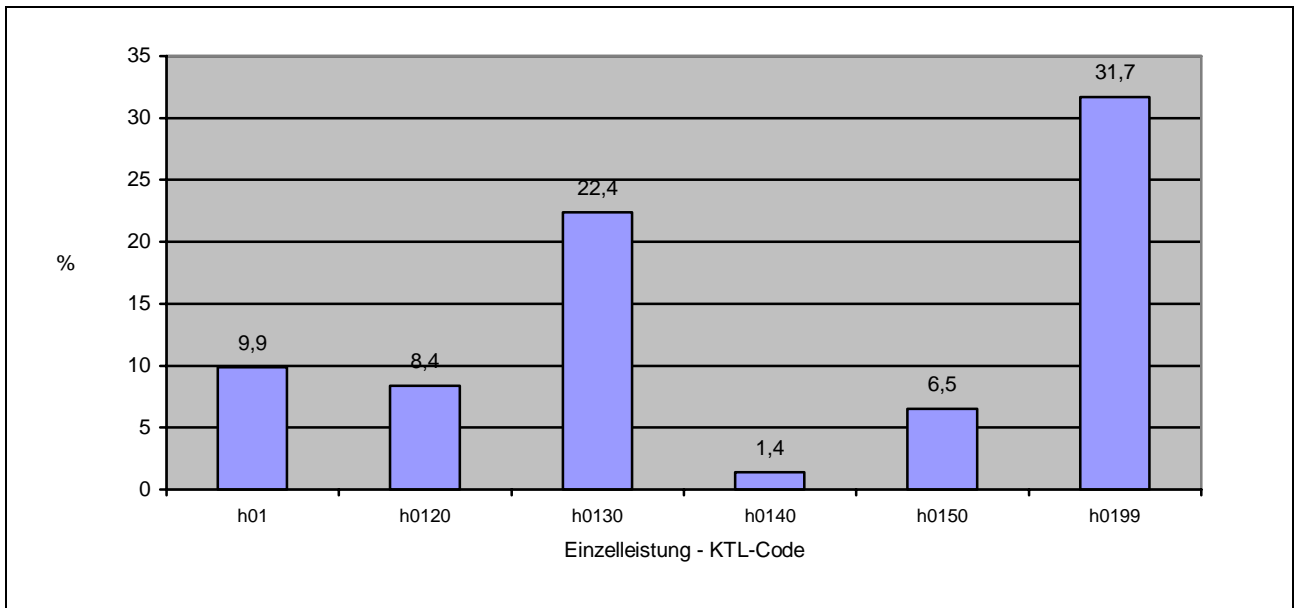


Abbildung 40: Therapiemodul „Klinische Sozialarbeit - Soziale und sozialrechtliche Beratung“ – Einzelleistungen: relative Häufigkeit der Rehabilitanden, die die entsprechende Leistung mindestens einmal pro Rehabilitation erhielten (N=8079).

Abbildung 41 zeigt den **zeitlichen Umfang der Inanspruchnahme von Einzelleistungen** des Therapiemoduls „Klinische Sozialarbeit - Soziale und sozialrechtliche Beratung“ pro Woche in Stunden. Zwischen einzelnen Leistungen ergaben sich, wie auch tendenziell erkennbar, praktisch bedeutsame Unterschiede. Die Varianzaufklärung lag bei 3%.

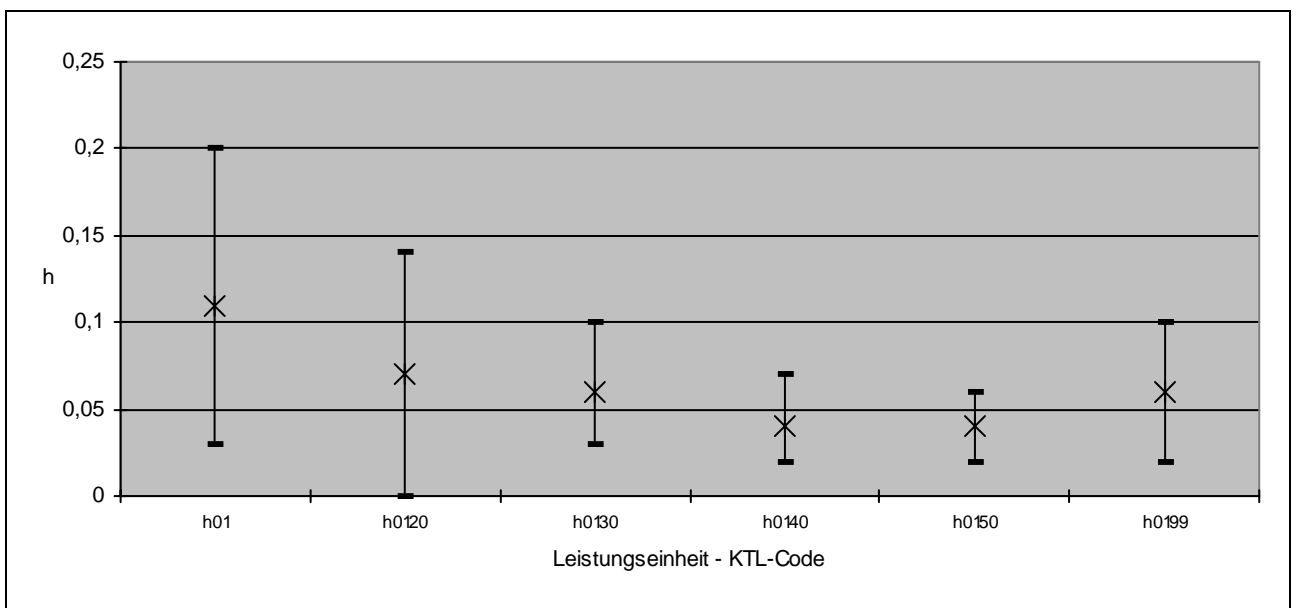


Abbildung 41: Therapiemodul „Klinische Sozialarbeit - Soziale und sozialrechtliche Beratung“ – Einzelleistungen: M und SD der Therapiestunden pro Reha-Woche (N=8079).

Praktisch bedeutsame Unterschiede mit einer Varianzaufklärung von 4% ergaben sich auch für die **mittlere wöchentliche Anzahl von Therapiestunden hinsichtlich der Reha-Dauer** in folgender Form:

Tabelle 26: Therapiemodul „Klinische Sozialarbeit - Soziale und sozialrechtliche Beratung“ – Reha-Dauer: M und SD der Therapiestunden pro Reha-Woche (N=8079)

Reha-Dauer	M	SD	Einzelvergleiche ($p < 0.001$, $\eta^2 = 0.04$)
1. bis 8 Wochen	0.09	0.12	1. > 2., 1. > 3., 1. > 4.
2. mehr als 8 bis 12 Wochen	0.08	0.11	2. > 3., 2. > 4.
3. mehr als 12 bis 16 Wochen	0.05	0.08	
4. mehr als 16 Wochen	0.04	0.05	

3.10a.2 Klinikbezogene Auswertung (n=5809 in 22 Kliniken mit mindestens 100 Rehabilitanden)

Abbildung 42 gibt einen Überblick zur **einmaligen Inanspruchnahme mindestens einer Leistung** aus dem Therapiemodul „Klinische Sozialarbeit - Soziale und sozialrechtliche Beratung“ für alle Kliniken, in denen mindestens 100 Rehabilitanden des Entlassungsjahrganges betreut wurden. Es ergaben sich statistisch und praktisch bedeutsame Unterschiede mit einer Varianzaufklärung von 15%.

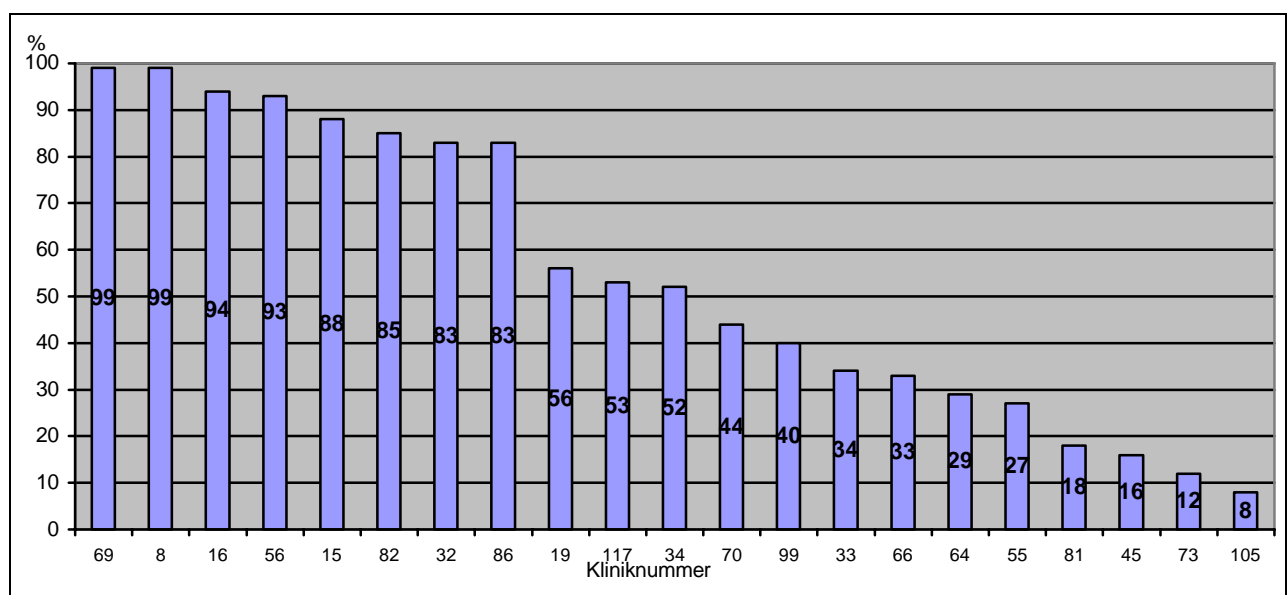


Abbildung 42: Therapiemodul „Klinische Sozialarbeit - Soziale und sozialrechtliche Beratung“ – pro Klinik: relative Häufigkeit der Rehabilitanden, die mindestens einmal eine Leistung aus diesem Modul erhielten (n=5809).

In Abbildung 43 ist die **mittlere wöchentliche Inanspruchnahme von Leistungen** aus dem Modul „Klinische Sozialarbeit - Soziale und sozialrechtliche Beratung“ in Stunden dargestellt. Die Berechnung erfolgte für Kliniken, in denen mindestens 100 Rehabilitanden des Entlassungsjahrganges 2004 betreut wurden. Statistisch und praktisch bedeutsame Unterschiede mit einer Varianzaufklärung von 22% wurden nachgewiesen.

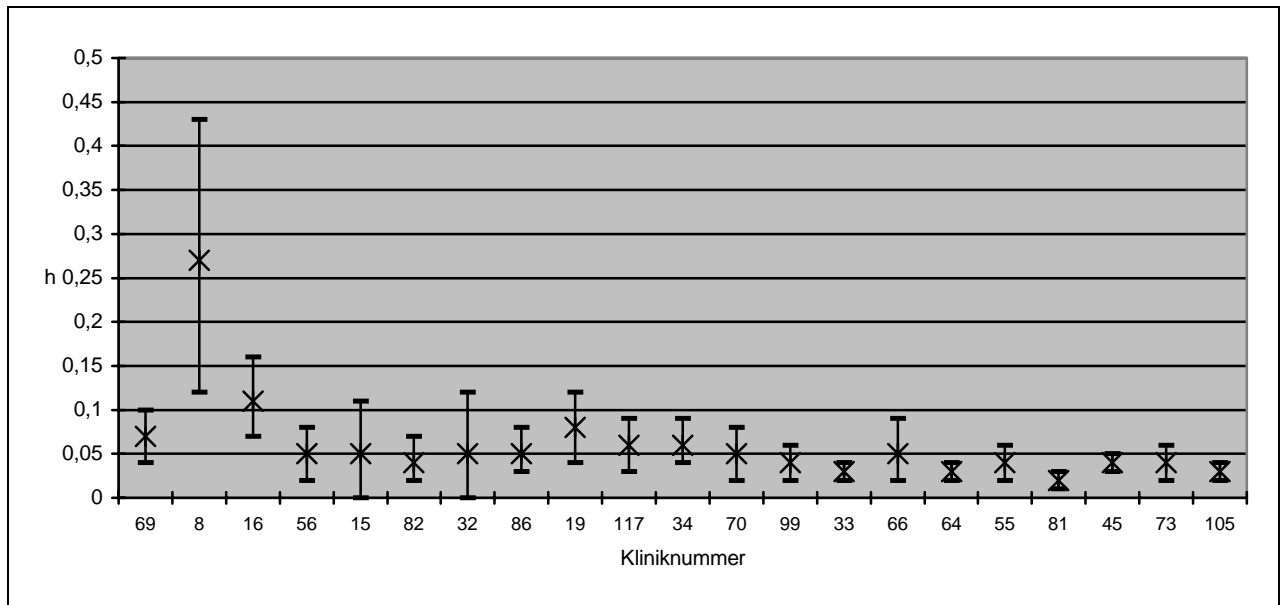


Abbildung 43: Therapiemodul „Klinische Sozialarbeit - Soziale und sozialrechtliche Beratung“ – pro Klinik: M und SD der Therapiestunden pro Reha-Woche.

3.10a.3 Ergebnisse der Experten-Befragung

Leistungen aus diesem Therapiemodul wurden in 27 der 27 Kliniken, die dazu Rückmeldung gaben, angeboten (100%). Der geschätzte Anteil alkoholabhängiger Patienten, die Leistungen aus diesem Modul erhielten, lag im Mittel bei 68% (SD=28%).

Im Rahmen der modulweisen Befragung konnten Antworten von 168 Fragebögen ausgewertet werden.

In Abbildung 44 sind die **Einschätzungen der Relevanz** der einzelnen Leistungen innerhalb des Therapiemoduls „Klinische Sozialarbeit - Soziale und sozialrechtliche Beratung“ dargestellt.

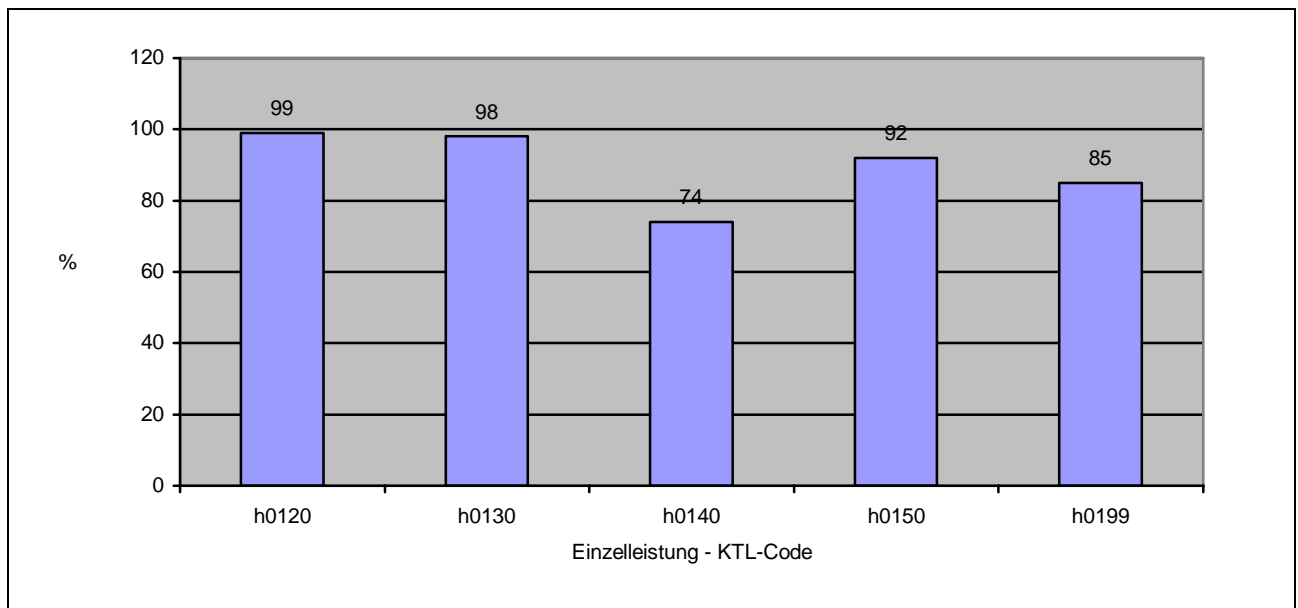


Abbildung 44: Therapiemodul „Klinische Sozialarbeit - Soziale und sozialrechtliche Beratung“ – Einschätzungen der Relevanz der Einzelleistungen (N=168).

Am häufigsten wurden als besonders wichtig eingeschätzt:

- mit erster Priorität die Wohnungssituation (h0120 ; n=49, 29.2%),
- mit zweiter Priorität die Wirtschaftliche Sicherung (h0130; n=39, 23.2%) und
- mit dritter Priorität die Klärung rechtlicher Fragen (h0150, n=47, 28.0%).

Folgende **Elemente/ Leistungen sollten noch in das Modul integriert** werden (n=168):

Elemente/ Leistungen	n
Arbeitsplatzsituation, Arbeitssituation, berufliche Situation, Klärung beruflicher Fragen	5
arbeitsrechtliche Fragen	1
Aufklärung Rechte u. Pflichten	1
Einleitung v. gesetzlicher Betreuung	1
evtl. weitere Elemente, hängt v. Einzelfall ab!	1
Fragen Hartz IV	1
Fragen SGBII	1
Geld /Schuldenmanagement	2
Gerichtssachen	1
je nach individueller Problemlage	4
Klärung der familiären Situation	1
Klärung der Krankenversicherung	5
Klärung mit AA, ARGE usw.	1
Kompetenztraining	1
Pat. i. d. Lage versetzen Wohnungsnot, ökonomische Probleme zu lösen	1
Schuldenaufstellung, Einführung einer gesetzlichen Betreuung	1
Schuldnerberatung	8
Soziale Teilhabe	1
Umgang mit Behörden	3
Unterstützung bei Behördengängen	1
Vernetzung u. entsprechende Fahrten zu regional relevanten Institutionen	1

In Tabelle 27 sind die vorgeschlagenen Zeiteinheiten, die Durchführungsform sowie die relative Häufigkeit der Patienten, die Leistungen aus dem Modul erhalten sollen angegeben.

Tabelle 27: Ausgestaltung des Moduls „Klinische Sozialarbeit - Soziale und sozialrechtliche Beratung“(n=168)

Zeitlicher Umfang pro Woche: n, %		
<0.5h	17	10.1
0.5 bis <1h	74	44.0
1 bis < 2h	18	10.7
2 bis < 3h	5	3.0
3 h und mehr	4	2.4
andere Verteilung M (SD) ... pro Behandlungszeitraum, bezogen auf einen Zeitraum von...		
	4.8 (3.7) h in	13.4 (3.6) Wochen
Frequenz pro Woche: n, %		
1-2x	96	57.1
3-5x	8	4.8
6-7x	1	0.6
andere Verteilung: M (SD) ... pro Behandlungszeitraum, bezogen auf einen Zeitraum von...		
	4.4 (3.1) h in	14.1 (3.1) Wochen
Häufigkeit der Durchführung während der Reha, bezogen auf eine Behandlungsdauer von... : M (SD)		
	4.6 (4.5) mal in	14.7 (3.3) Wochen
Form der Durchführung: n, %		
nur einzeln	65	38.7
nur Gruppe	4	2.4
einzeln und Gruppe	63	37.5
einzeln oder Gruppe (beliebig)	31	18.5
Relative Häufigkeit der Patienten, die Leistungen aus dem Modul erhalten sollen: M, SD in %		
	70.7	26.2

Folgende **weitere Anregungen** wurden für das Modul „Klinische Sozialarbeit - Soziale und sozialrechtliche Beratung“ gegeben (n=168):

Anregungen	n
Führerscheinberatung, auch in Vortragsform denkbar	1
kann nicht pauschal beantwortet werden	1
nach Bedarf	29
Soziale Beratung u. Möglichkeit zur praktischen Umsetzung unverzichtbar, Ressourcen sollten ausgeweitet werden!	1
	1

3.10b Therapiemodul „Klinische Sozialarbeit - Unterstützung bei der beruflichen Integration“

3.10b.1 Literaturrecherche

Auch für dieses Therapiemodul existiert keine Literatur, aus der eine eindeutige Evidenzlage hervorgeht, obwohl eine praxisbasierte Evidenz zweifellos gegeben ist.

3.10b.2 Ergebnisse der KTL-Analyse

3.10b.2.1 Personenbezogene Auswertung (N=8079)

Insgesamt 3424 und damit 42% aller betrachteten Rehabilitanden erhielten mindestens eine einmalige Leistung aus dem Therapiemodul „Klinische Sozialarbeit - Unterstützung bei der beruflichen Integration“. In dieses Modul wurden 10 KTL-Codes integriert. Der zeitliche Leistungsumfang betrug durchschnittlich 0.09 Stunden pro Woche.

Tabelle 28: Therapiemodul „Klinische Sozialarbeit - Unterstützung bei der beruflichen Integration“ – **allgemeine Angaben** (N=8079)

n	3424
% von 8079	42
Anzahl berücksichtigter KTL-Codes	10
Wochenumfang in h: M (SD)	0.09 (0.2)

In Abbildung 45 ist die relative Häufigkeit der Rehabilitanden dargestellt, die die im Therapiemodul „Klinische Sozialarbeit - Unterstützung bei der beruflichen Integration“ integrierten **Einzelleistungen mindestens einmal pro Rehabilitation** erhalten haben. Statistisch nachgewiesene Unterschiede lassen sich deutlich erkennen. Die Varianzaufklärung lag bei 11%.

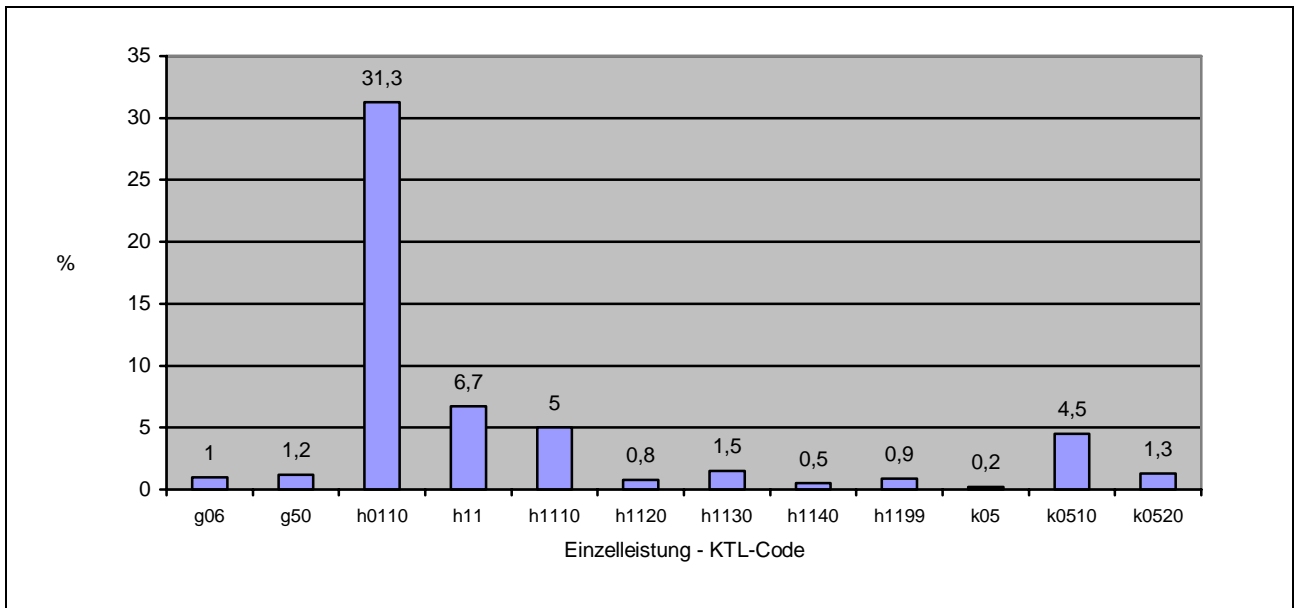


Abbildung 45: Therapiemodul „Klinische Sozialarbeit - Unterstützung bei der beruflichen Integration“ – Einzelleistungen: relative Häufigkeit der Rehabilitanden, die die entsprechende Leistung mindestens einmal pro Rehabilitation erhielten (N=8079).

Abbildung 46 zeigt den **zeitlichen Umfang der Inanspruchnahme von Einzelleistungen** des Therapiemoduls „Klinische Sozialarbeit - Unterstützung bei der beruflichen Integration“ pro Woche in Stunden. Zwischen einzelnen Leistungen ergaben sich, wie auch tendenziell erkennbar, praktisch bedeutsame Unterschiede. Die Varianzaufklärung lag bei 30%.

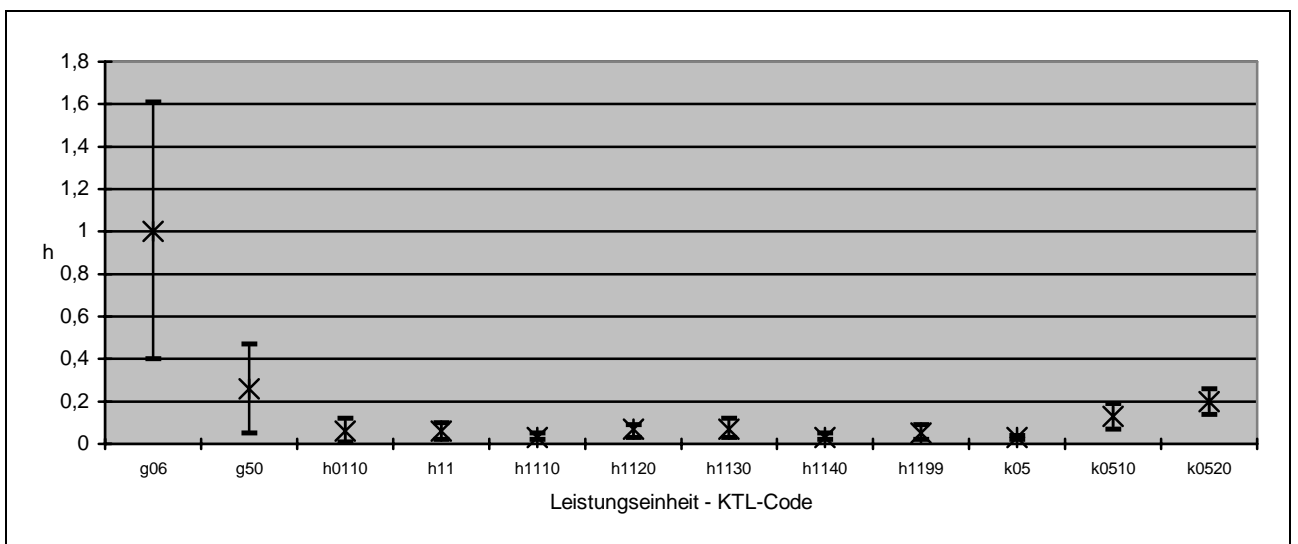


Abbildung 46: Therapiemodul „Klinische Sozialarbeit - Unterstützung bei der beruflichen Integration“ – Einzelleistungen: M und SD der Therapiestunden pro Reha-Woche (N=8079).

3.10b.2.2 Klinikbezogene Auswertung (n=5809 in 22 Kliniken mit mindestens 100 Rehabilitanden)

Abbildung 47 gibt einen Überblick zur **einmaligen Inanspruchnahme mindestens einer Leistung** aus dem Therapiemodul „Klinische Sozialarbeit - Unterstützung bei der beruflichen Integration“ für alle Kliniken, in denen mindestens 100 Rehabilitanden des Entlassungsjahrganges betreut wurden. Es ergaben sich statistisch und praktisch bedeutsame Unterschiede mit einer Varianzaufklärung von 14%.

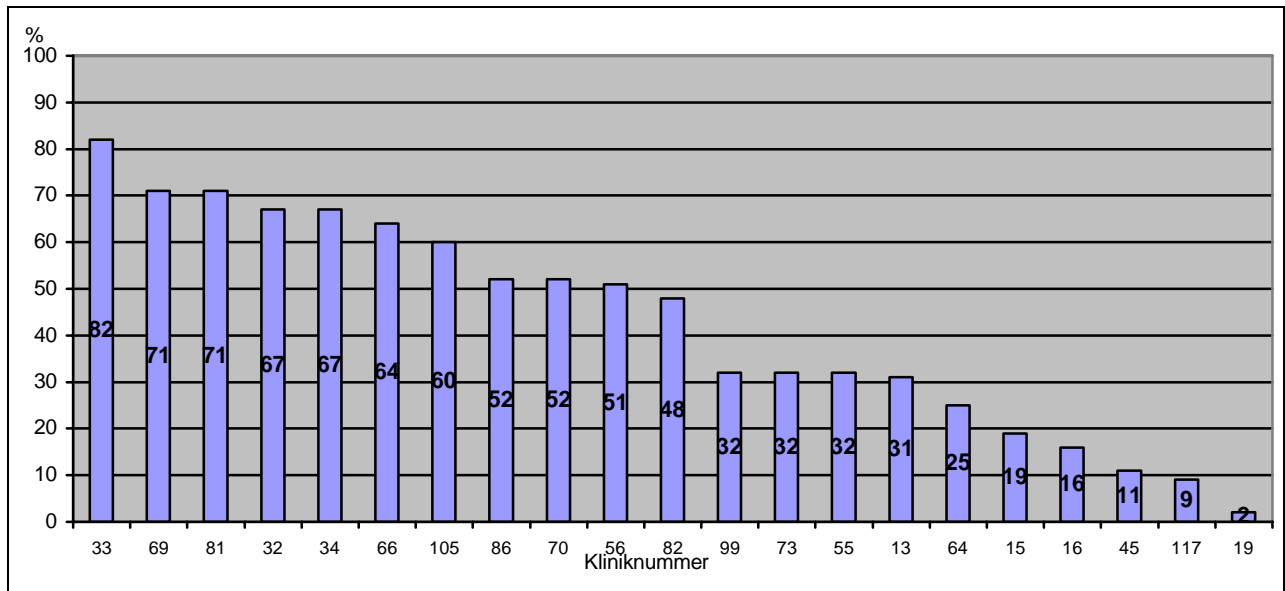


Abbildung 47: Therapiemodul „Klinische Sozialarbeit - Unterstützung bei der beruflichen Integration“ – pro Klinik: relative Häufigkeit der Rehabilitanden, die mindestens einmal eine Leistung aus diesem Modul erhielten (n=5809).

In Abbildung 48 ist die **mittlere wöchentliche Inanspruchnahme von Leistungen** aus dem Modul „Klinische Sozialarbeit - Unterstützung bei der beruflichen Integration“ in Stunden dargestellt. Die Berechnung erfolgte für Kliniken, in denen mindestens 100 Rehabilitanden des Entlassungsjahrganges 2004 betreut wurden. Statistisch und praktisch bedeutsame Unterschiede mit einer Varianzaufklärung von 30% wurden nachgewiesen.

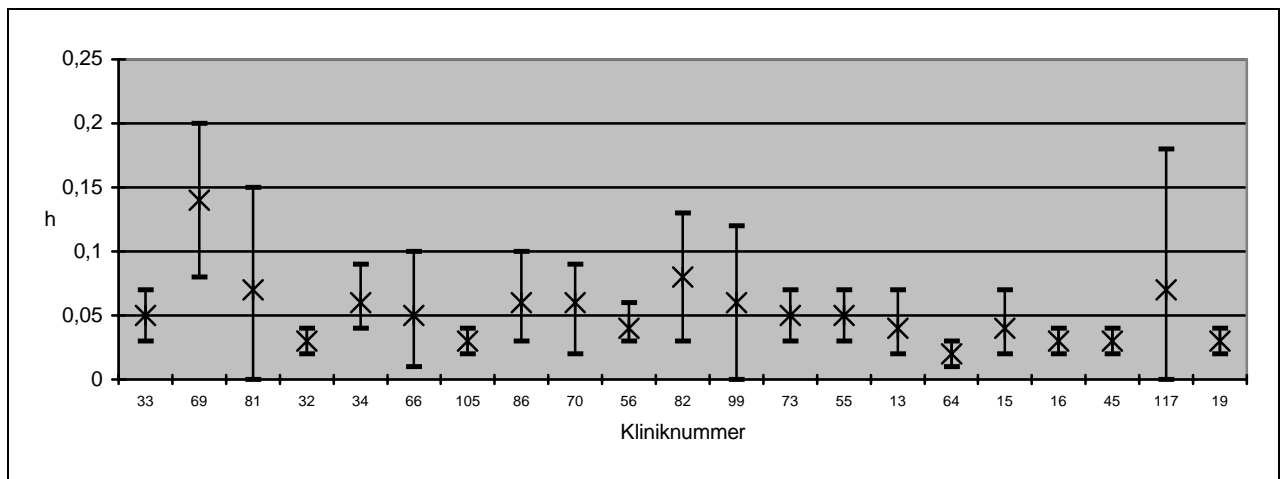


Abbildung 48: Therapiemodul „Klinische Sozialarbeit - Unterstützung bei der beruflichen Integration“ – pro Klinik: M und SD der Therapiestunden pro Reha-Woche.

3.10b.3 Ergebnisse der Experten-Befragung

Leistungen aus diesem Therapiemodul wurden in 27 der 27 Kliniken, die dazu Rückmeldung gaben, angeboten (100%). Der geschätzte Anteil alkoholabhängiger Patienten, die Leistungen aus diesem Modul erhielten, lag im Mittel bei 58% (SD=24%).

Im Rahmen der modulweisen Befragung konnten Antworten von 172 Fragebögen ausgewertet werden.

In Abbildung 49 sind die **Einschätzungen der Relevanz** der einzelnen Leistungen innerhalb des Therapiemoduls „Klinische Sozialarbeit - Unterstützung der beruflichen Integration“ dargestellt.

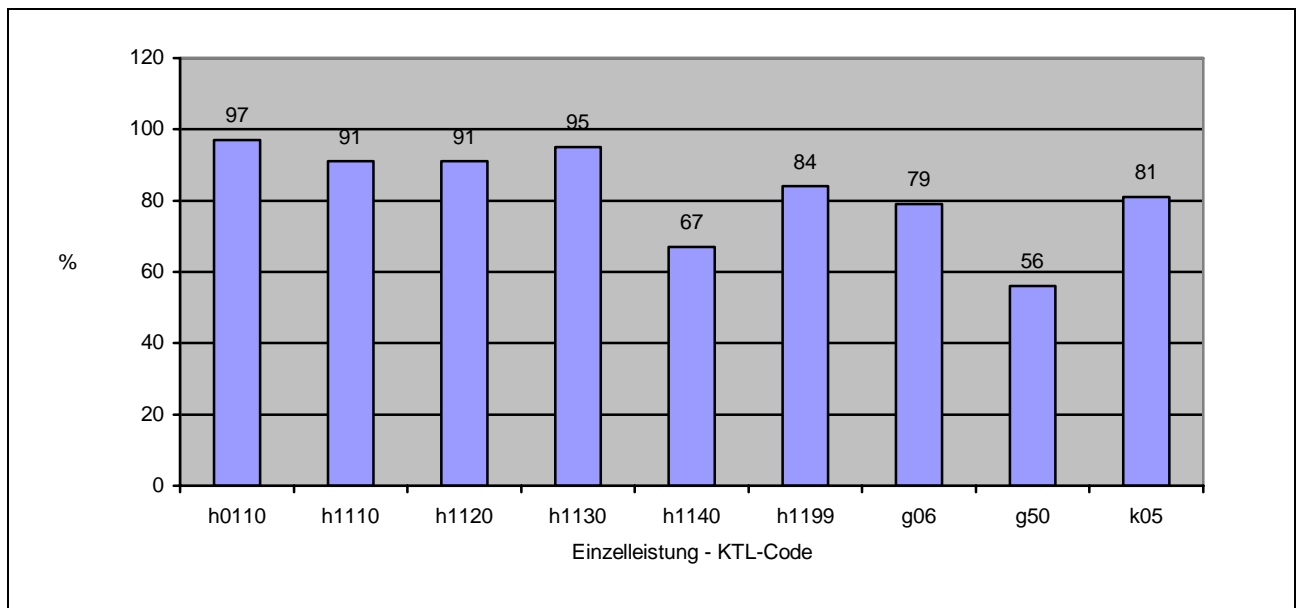


Abbildung 49: Therapiemodul „Klinische Sozialarbeit - Unterstützung der beruflichen Integration“ – Einschätzungen der Relevanz der Einzelleistungen (N=172).

Am häufigsten wurden als besonders wichtig eingeschätzt:

- mit erster Priorität die Berufliche Situation (h0110 ; n=52, 36.1%),
- mit zweiter Priorität die Klärung der wirtschaftlichen Sicherung (h1130; n=32, 18.6%) und
- mit dritter Priorität die h1120 (n=19, 11.0%).

Folgende **Elemente/ Leistungen sollten noch in das Modul integriert** werden (n=172):

Elemente/ Leistungen	n
Arbeitsamt Beratung, regelmäßige Besuche der Agentur f. Arbeit	2
Arbeitserprobung	3
Arbeitsplatzbeobachtung	1
Arbeitsplatztraining, stufenweise Wiedereingliederung	1
Arbeitstherapie i. d. Klinik zur Abklärung der Belastbarkeit, Teamfähigkeit, Projektarbeiten/	
Arbeitstherapie, g 03 Arbeitstherapie i. d. Gruppe	7
Bearbeitung v. sozialen Problemen, Konflikten am Arbeitsplatz	1
Belastungserprobung u. Einschätzung der Arbeitsfähigkeit	1
berufliche Situation auf Substanzabhängigkeit beziehen	1
Berufsbiographische Potentialanalyse,	1
Bewerbungstraining, Erstellen eines Bewerberprofils, Bewerbertraining mit Erstellung von Bewerbungsunterlagen, Vorstellungsgespräche per Video, EDV-Bewerbungstraining	17
EDV Schulung	3
Diagnostik u. Überprüfung beruflicher Schlüsselqualifikationen	1
enge u. zeitnahe Zusammenarbeit mit den verschiedenen . Trägern der berufl. Reha	1
Interne/ externe Praktika, Probearbeiten im Betrieb	7
Fähigkeitsanalyse	1
g75.99 sonstige Projektgruppe	1

muss individuell gewichtet werden/ abhängig von Situation	2
Orientierung u. Beratung von Angeboten der Agentur für Arbeit	1
proedukative Gruppe Berufl. Orientierung, Arbeitstraining	1
Rechte, Kontakte Betriebsrat	1
Strategien für längere oder endgültige Arbeitslosigkeit entwickeln	1
Unterstützung der beruflichen Integration in Zusammenarbeit mit Geschäftsstellen d. Agentur f. Arbeit	1
Unterstützung f. einen Einstieg i. d. 2. Arbeitsmarkt (ältere Arbeitslose)	1
Vorbereitung u. Begleitung d. Adaptionsphase i. Rahmen d. EWT	1

In Tabelle 29 sind die vorgeschlagenen Zeiteinheiten, die Durchführungsform sowie die relative Häufigkeit der Patienten, die Leistungen aus dem Modul erhalten sollen angegeben.

Tabelle 29: Ausgestaltung des Moduls „Klinische Sozialarbeit - Unterstützung der beruflichen Integration“(n=172)

Zeitlicher Umfang pro Woche: n, %		
<0.5h		
0.5 bis <1h	9	5.2
1 bis < 2h	41	23.8
2 bis < 3h	29	16.9
3 h und mehr	11	6.4
	28	16.3
andere Verteilung M (SD)		
... pro Behandlungszeitraum, bezogen auf einen Zeitraum von...	9.6 (11.3) h in 14.7 (2.1) Wochen	
Frequenz pro Woche: n, %		
1-2x	80	46.5
3-5x	30	17.4
6-7x	1	0.6
andere Verteilung: M (SD)		
... pro Behandlungszeitraum, bezogen auf einen Zeitraum von...	5.5 (5.2) h in 15.2 (2.7) Wochen	
Häufigkeit der Durchführung während der Reha, bezogen auf eine Behandlungsdauer von... : M (SD)	17.4 (35.8) mal in 14.5 (2.9) Wochen	
Form der Durchführung: n, %		
nur einzeln	27	15.7
nur Gruppe	2	1.2
einzeln und Gruppe	106	61.6
einzeln oder Gruppe (beliebig)	23	13.4
Relative Häufigkeit der Patienten, die Leistungen aus dem Modul erhalten sollen: M, SD in %	72.8	22.6

Folgende **weitere Anregungen** wurden für das Modul „Klinische Sozialarbeit - Unterstützung der beruflichen Integration“ gegeben (n=172):

Anregungen	n
80 Proz. haben keinen Arbeitsplatz mehr! Eignungstest wären wichtig für Neuorientierung bei Arbeitslosigkeit, erwerbsfähige Patienten	1
eigenes Modul Belastungserprobung/ Arbeitstherapie wäre notwendig	2
enge Zusammenarbeit mit Fall-Manager und Arbeitsamtberater	1
Muss angesichts neuerer Forschungsergebnisse ausgebaut u. mit der Arbeitsverwaltung vernetzt werden.	1
nach Bedarf	20
spez. Maßnahmen für Problempatienten(arbeitslos, über 50 Jahre)	1
Unterstützung d. beruflichen Integration erfolgt bei uns durch d. Arbeitstherapie	1
Verknüpfung mit Ergo/Arbeitstherapie sinnvoll bzw. Integration. d. Moduls i. d. Arbeitstherapie	2

3.10c Therapiemodul „Klinische Sozialarbeit - Organisation der Nachsorge“

3.10c.1 Literaturrecherche

Auch für dieses Therapiemodul existiert keine Literatur, aus der eine eindeutige Evidenzlage hervorgeht, obwohl eine praxisbasierte Evidenz zweifellos gegeben ist.

3.10c.2 Ergebnisse der KTL-Analyse

3.10c.2.1 Personenbezogene Auswertung (N=8079)

Insgesamt 5461 und damit 68% aller betrachteten Rehabilitanden erhielten mindestens eine einmalige Leistung aus dem Therapiemodul „Klinische Sozialarbeit - Organisation der Nachsorge“. In dieses Modul wurden 6 KTL-Codes integriert. Der zeitliche Leistungsumfang betrug durchschnittlich 0.05 Stunden pro Woche.

Tabelle 30: Therapiemodul „Klinische Sozialarbeit - Organisation der Nachsorge“ – **allgemeine Angaben** (N=8079)

n	5461
% von 8079	68
Anzahl berücksichtigter KTL-Codes	6
Wochenumfang in h: M (SD)	0.05 (0.07)

In Abbildung 50 ist die relative Häufigkeit der Rehabilitanden dargestellt, die die im Therapiemodul „Klinische Sozialarbeit - Organisation der Nachsorge“ integrierten Einzelleistungen mindestens einmal pro Rehabilitation erhalten haben. Statistisch nachgewiesene Unterschiede lassen sich deutlich erkennen. Die Varianzaufklärung lag bei 32%.

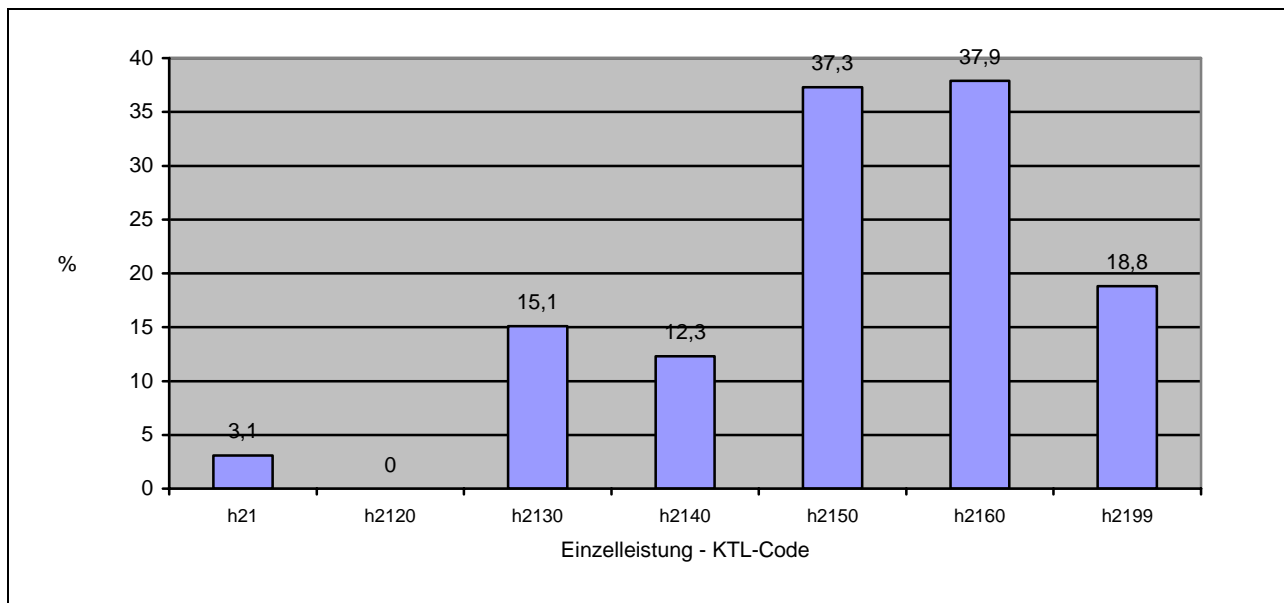


Abbildung 50: Therapiemodul „Klinische Sozialarbeit - Organisation der Nachsorge“ – Einzelleistungen: relative Häufigkeit der Rehabilitanden, die die entsprechende Leistung mindestens einmal pro Rehabilitation erhielten (N=8079).

Abbildung 51 zeigt den **zeitlichen Umfang der Inanspruchnahme von Einzelleistungen** des Therapiemoduls „Klinische Sozialarbeit - Organisation der Nachsorge“ pro Woche in Stunden. Zwischen einzelnen Leistungen ergaben sich, wie auch tendenziell erkennbar, praktisch bedeutsame Unterschiede. Die Varianzaufklärung lag allerdings bei nur 2%.

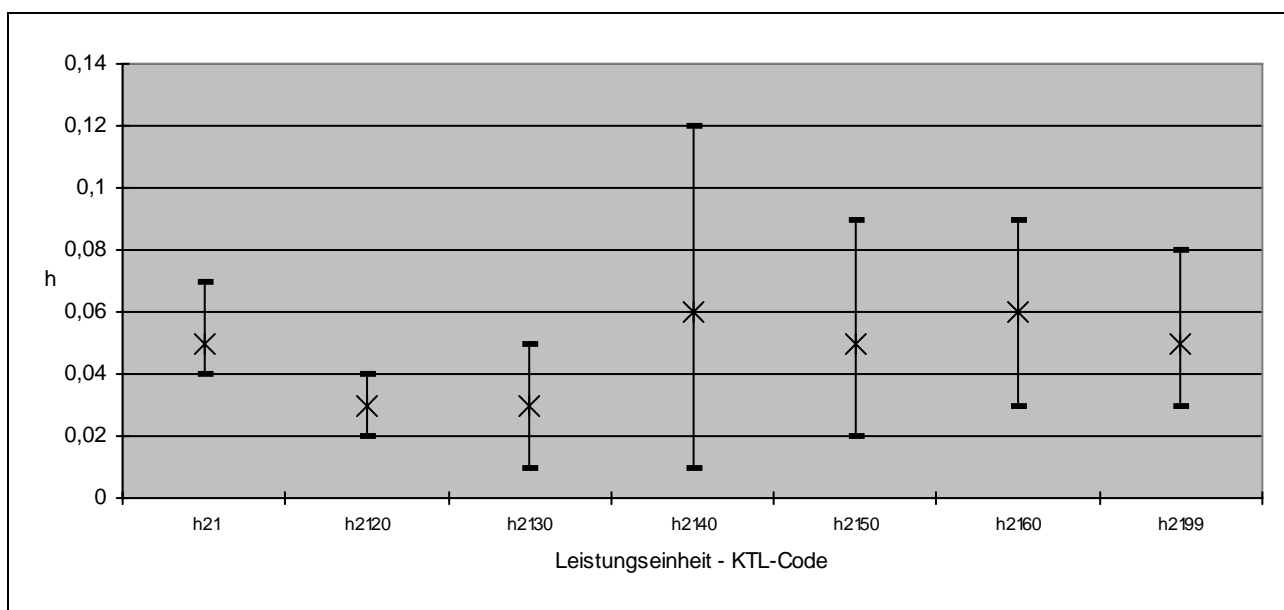


Abbildung 51: Therapiemodul „Klinische Sozialarbeit - Organisation der Nachsorge“ – Einzelleistungen: M und SD der Therapiestunden pro Reha-Woche (N=8079).

Praktisch bedeutsame Unterschiede mit einer Varianzaufklärung von 12% ergaben sich auch für die **mittlere wöchentliche Anzahl von Therapiestunden hinsichtlich der Reha-Dauer** in folgender Form:

Tabelle 31: Therapiemodul „Klinische Sozialarbeit - Organisation der Nachsorge“
– Reha-Dauer: M und SD der Therapiestunden pro Reha-Woche (N=8079)

Reha-Dauer	M	SD	Einzelvergleiche ($p < 0.001$, $\eta^2 = 0.12$)
1. bis 8 Wochen	0.09	0.11	1. > 2., 1. > 3., 1. > 4.
2. mehr als 8 bis 12 Wochen	0.05	0.03	2. > 3., 2. > 4.
3. mehr als 12 bis 16 Wochen	0.04	0.03	
4. mehr als 16 Wochen	0.04	0.03	

3.10c.2 Klinikbezogene Auswertung (n=5809 in 22 Kliniken mit mindestens 100 Rehabilitanden)

Abbildung 52 gibt einen Überblick zur **einmaligen Inanspruchnahme mindestens einer Leistung** aus dem Therapiemodul „Klinische Sozialarbeit - Organisation der Nachsorge“ für alle Kliniken, in denen mindestens 100 Rehabilitanden des Entlassungsjahrganges betreut wurden. Es ergaben sich statistisch und praktisch bedeutsame Unterschiede mit einer Varianzaufklärung von 13%.

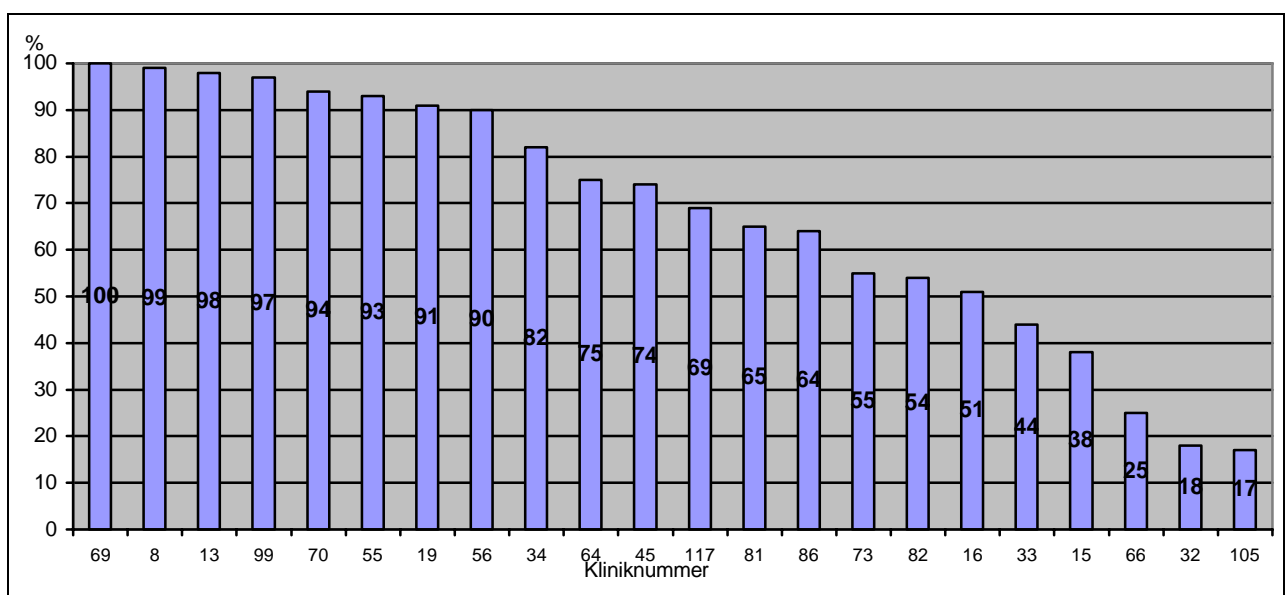


Abbildung 52: Therapiemodul „Klinische Sozialarbeit - Organisation der Nachsorge“
– pro Klinik: relative Häufigkeit der Rehabilitanden, die mindestens einmal eine Leistung aus diesem Modul erhielten (n=5809).

In Abbildung 53 ist die **mittlere wöchentliche Inanspruchnahme von Leistungen** aus dem Modul „Klinische Sozialarbeit - Organisation der Nachsorge“ in Stunden dargestellt. Die Berechnung erfolgte für Kliniken, in denen mindestens 100 Rehabilitanden des Entlassungsjahrganges 2004 betreut wurden. Statistisch und praktisch bedeutsame Unterschiede mit einer Varianzaufklärung von 11% wurden nachgewiesen.

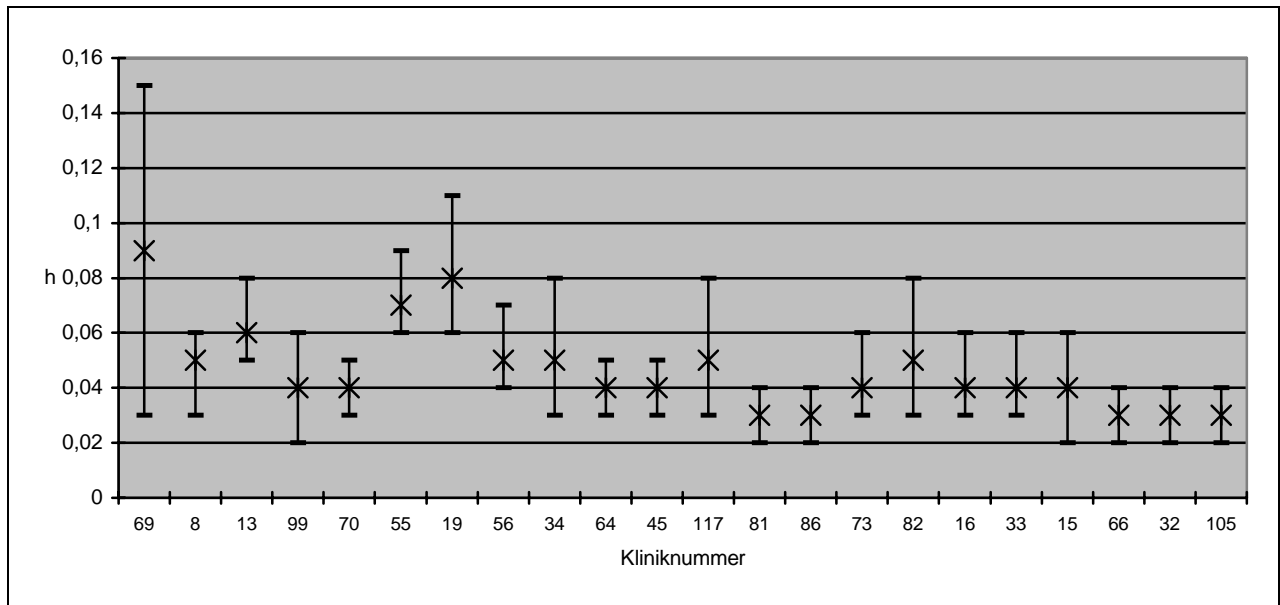


Abbildung 53: Therapiemodul „Klinische Sozialarbeit - Organisation der Nachsorge“ – pro Klinik: M und SD der Therapiestunden pro Reha-Woche.

3.10c.3 Ergebnisse der Experten-Befragung

Leistungen aus diesem Therapiemodul wurden in 27 der 27 Kliniken, die dazu Rückmeldung gaben, angeboten (100%). Der geschätzte Anteil alkoholabhängiger Patienten, die Leistungen aus diesem Modul erhielten, lag im Mittel bei 86% (SD=22%).

Im Rahmen der modulweisen Befragung konnten Antworten von 169 Fragebögen ausgewertet werden.

In Abbildung 54 sind die **Einschätzungen der Relevanz** der einzelnen Leistungen innerhalb des Therapiemoduls „Klinische Sozialarbeit - Organisation der Nachsorge“ dargestellt.

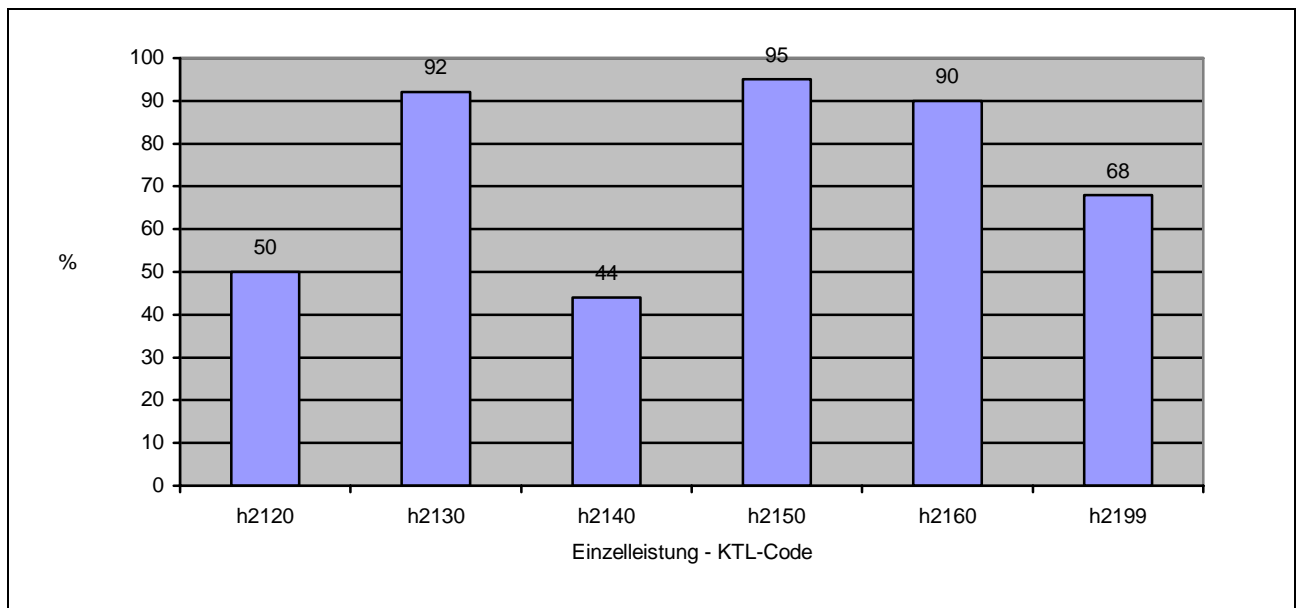


Abbildung 54: Therapiemodul „Klinische Sozialarbeit - Organisation der Nachsorge“ – Einschätzungen der Relevanz der Einzelleistungen (N=169).

Am häufigsten wurden als besonders wichtig eingeschätzt:

- mit erster Priorität die Organisation nachstationärer Betreuung (h2130 ; n=60, 35.5%),
- mit zweiter Priorität die Kontakt- und Informationsgespräche mit Vor- und Nachbehandlern (h2150; n=53, 31.4%) und
- mit dritter Priorität die h2160 (n=38, 22.5%).

Folgende **Elemente/ Leistungen sollten noch in das Modul integriert** werden (n=169):

Elemente/ Leistungen	n
01.30 bis 0.199	1
amb. Sozialarbeit, amb. Gruppen	1
ambul. Reha Vorbereitung	2
Besuch v. Selbsthilfegruppen u. Suchtberatungsstellen	2
Einführung einer gesetzlichen Betreuung	1
Einkaufen, Kochen	1
Hilfe bei Formularausfüllen	1
Info über Psychotherapie	1
Infos über "betreute" Wohnformen, amb. Wohnbetreuung, therapeutische Wohngemeinschaften	3
Kontakt u. Infogespräche mit Kostenträgern	1
Kontakt zu Jugendämtern, Erziehungsberatung	2
Organisation einer Adaptionsbehandlung	12
Schritte zur Sicherung des Übergangs in Nachsorge-Maßnahmen, Organisation der Nachsorge	2
Schuldnerberatung	2
Schulungsveranstaltung, Berichte über Erfahrungen der Mitpatienten, Bezugsgruppen	2
Selbsthilfe, Kontakt zu Beratungsstellen am Wohnort	3

Stärkere Berücksichtigung d. Problemlagen arbeitsloser Suchtkranker	1
Stärkung der Erziehungskompetenz, Kontakt mit Jugendämtern	1
Themenzentrierte Gruppen	1
Therapiefahrten, Möglichkeiten der Nachsorge	1
Vermittlung in Beschäftigungsprojekten / ehrenamtliche Arbeit der Suchtberatung	1
Vorbereitung auf absehbare Langzeitarbeitslosigkeit	1
Vorstellungen stationärer Einrichtungen sollten regelmäßig stattfinden	1

In Tabelle 32 sind die vorgeschlagenen Zeiteinheiten, die Durchführungsform sowie die relative Häufigkeit der Patienten, die Leistungen aus dem Modul erhalten sollen angegeben.

Tabelle 32: Ausgestaltung des Moduls „Klinische Sozialarbeit - Organisation der Nachsorge“(n=169)

Zeitlicher Umfang pro Woche: n, %		
<0.5h	32	18.9
0.5 bis <1h	38	22.5
1 bis < 2h	19	11.2
2 bis < 3h	3	1.8
3 h und mehr	2	1.2
andere Verteilung M (SD) ... pro Behandlungszeitraum, bezogen auf einen Zeitraum von...	4.6 (3.3) h in 15.0 (2.6) Wochen	
Frequenz pro Woche: n, %		
1-2x	75	44.4
3-5x	2	1.2
6-7x	1	0.6
andere Verteilung: M (SD) ... pro Behandlungszeitraum, bezogen auf einen Zeitraum von...	3.9 (2.7) h in 14.1 (2.7) Wochen	
Häufigkeit der Durchführung während der Reha, bezogen auf eine Behandlungsdauer von... : M (SD)	4.6 (4.4) mal in 14.6 (2.9) Wochen	
Form der Durchführung: n, %		
nur einzeln	41	24.3
nur Gruppe	2	1.2
einzeln und Gruppe	83	49.1
einzeln oder Gruppe (beliebig)	26	15.4
Relative Häufigkeit der Patienten, die Leistungen aus dem Modul erhalten sollen: M, SD in %	92.9	18.3

Folgende **weitere Anregungen** wurden für das Modul „Klinische Sozialarbeit - Organisation der Nachsorge“ gegeben (n=169):

Anregungen	n
nach Bedarf	11
wichtiges Thema für alle!	2

3.11 Therapiemodul „Nichtrauchertraining“

3.11.1 Literaturrecherche

Zu diesem Therapiemodul existiert keine Literatur, aus der eine eindeutige Evidenzlage hervorgeht. Es muss auf die praxisbasierte Evidenz verwiesen werden.

3.11.2 Ergebnisse der KTL-Analyse

3.11.2.1 Personenbezogene Auswertung (N=8079)

Insgesamt 1224 und damit 15% aller betrachteten Rehabilitanden erhielten mindestens eine einmalige Leistung aus dem Therapiemodul „Nichtrauchertraining“. In dieses Modul wurden 2 KTL-Codes integriert. Der zeitliche Leistungsumfang betrug durchschnittlich 0.4 Stunden pro Woche.

Tabelle 33: Therapiemodul „Nichtrauchertraining“ – **allgemeine Angaben** (N=8079)

n	1224
% von 8079	15
Anzahl berücksichtigter KTL-Codes	2
Wochenumfang in h: M (SD)	0.4 (0.3)

In Abbildung 55 ist die relative Häufigkeit der Rehabilitanden dargestellt, die die im Therapiemodul „Nichtrauchertraining“ integrierten **Einzelleistungen mindestens einmal pro Rehabilitation** erhalten haben.

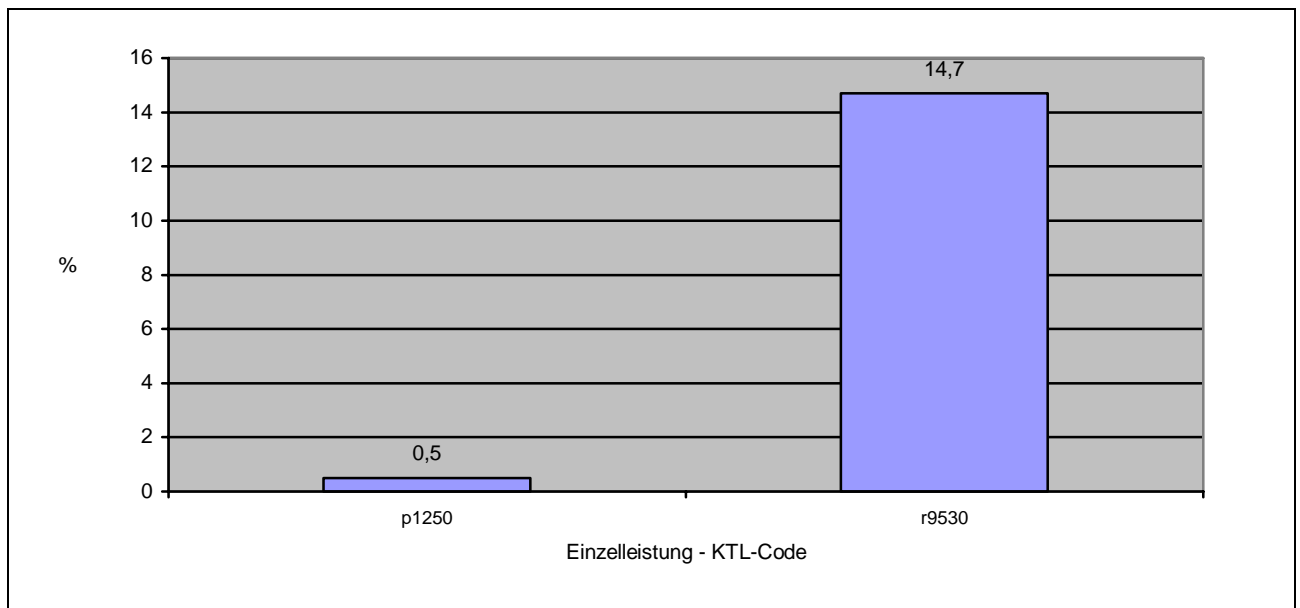


Abbildung 55: Therapiemodul „Nichtrauchertraining“ – Einzelleistungen: relative Häufigkeit der Rehabilitanden, die die entsprechende Leistung mindestens einmal pro Rehabilitation erhielten (N=8079).

Abbildung 56 zeigt den **zeitlichen Umfang der Inanspruchnahme von Einzelleistungen** des Therapiemoduls „Nichtrauchertraining“ pro Woche in Stunden.

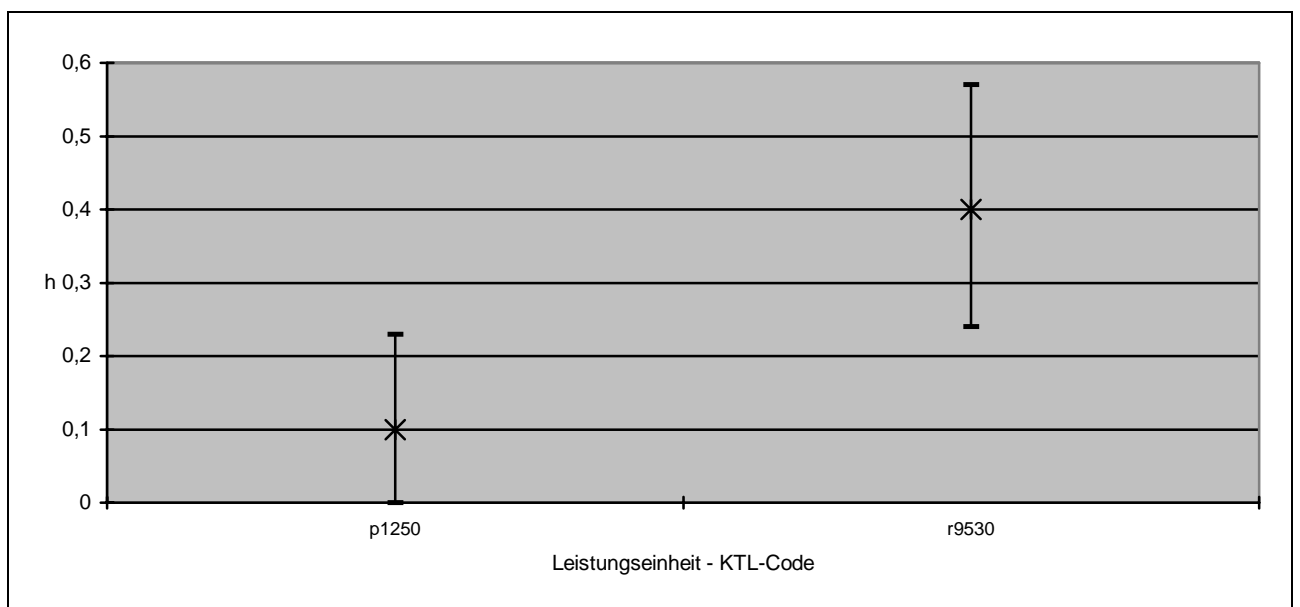


Abbildung 56: Therapiemodul „Nichtrauchertraining“ – Einzelleistungen: M und SD der Therapiestunden pro Reha-Woche (N=8079).

Praktisch bedeutsame Unterschiede mit einer Varianzaufklärung von 4% ergaben sich auch für die **mittlere wöchentliche Anzahl von Therapiestunden hinsichtlich der Reha-Dauer** in folgender Form:

Tabelle 34: Therapiemodul „Nichtrauchertraining“ – Reha-Dauer: M und SD der Therapiestunden pro Reha-Woche (N=8079)

Reha-Dauer	M	SD	Einzelvergleiche ($p < 0.001$, $\eta^2 = 0.04$)
1. bis 8 Wochen	0.5	0.3	1. > 3., 1. > 4.
2. mehr als 8 bis 12 Wochen	0.5	0.4	2. > 3., 2. > 4.
3. mehr als 12 bis 16 Wochen	0.4	0.3	3. > 4.
4. mehr als 16 Wochen	0.2	0.2	

Mit einer Varianzaufklärung von 7% ergaben sich für die **mindestens einmalige Inanspruchnahme von Leistungen** aus dem Therapiemodul „Nichtrauchertraining“ Unterschiede hinsichtlich der **Anzahl der Diagnosen** der Patienten. Unter den Patienten mit fünf oder mehr, neben der Alkoholabhängigkeit, zusätzlichen Diagnosen war der Anteil derer, die mindestens einmal eine Leistung aus dem Therapiemodul erhielten, mit 39% am größten, während er für Patienten ohne zusätzliche Diagnose mit 7% am kleinsten gewesen ist. Zwischen diesen beiden Gruppen ergab sich die Reihenfolge: drei (16%), vier (16%), zwei (14%) und eine weitere Diagnose (12%).

3.11.2.2 Klinikbezogene Auswertung (n=5809 in 22 Kliniken mit mindestens 100 Rehabilitanden)

Abbildung 57 gibt einen Überblick zur **einmaligen Inanspruchnahme mindestens einer Leistung** aus dem Therapiemodul „Nichtrauchertraining“ für alle Kliniken, in denen mindestens 100 Rehabilitanden des Entlassungsjahrganges betreut wurden.

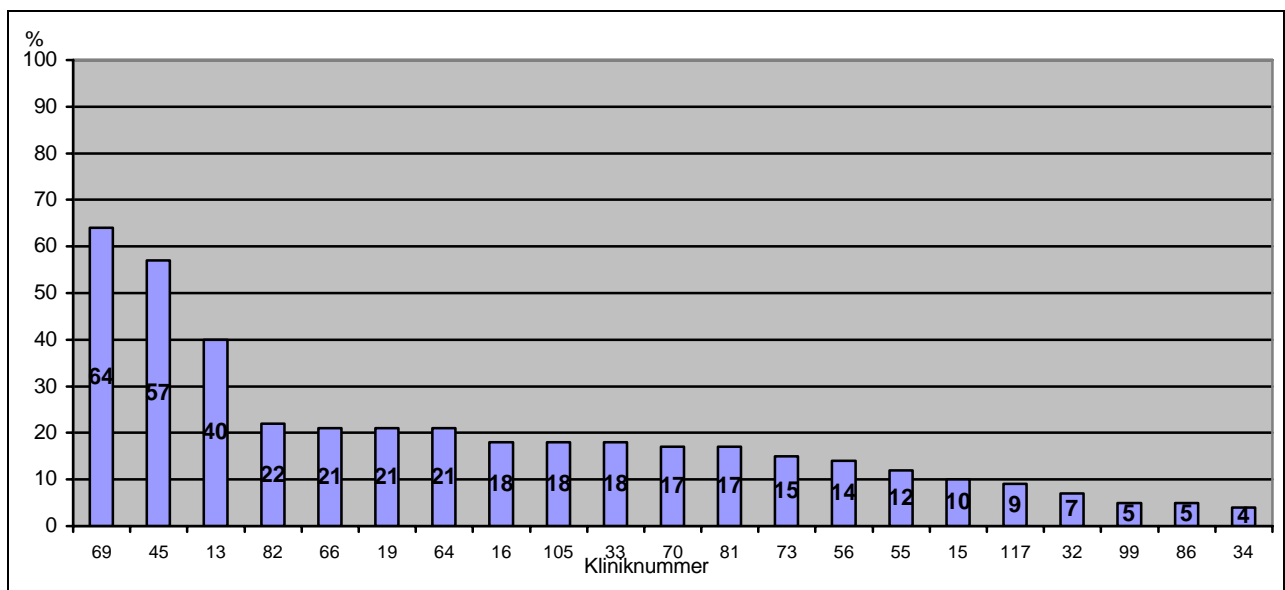


Abbildung 57: Therapiemodul „Nichtrauchertraining“ – pro Klinik: relative Häufigkeit der Rehabilitanden, die mindestens einmal eine Leistung aus diesem Modul erhielten (n=5809).

In Abbildung 58 ist die **mittlere wöchentliche Inanspruchnahme von Leistungen** aus dem Modul „Nichtrauchertraining“ in Stunden dargestellt. Die Berechnung erfolgte für Kliniken, in denen mindestens 100 Rehabilitanden des Entlassungsjahrganges 2004 betreut wurden. Statistisch und praktisch bedeutsame Unterschiede mit einer Varianzaufklärung von 29% wurden nachgewiesen.

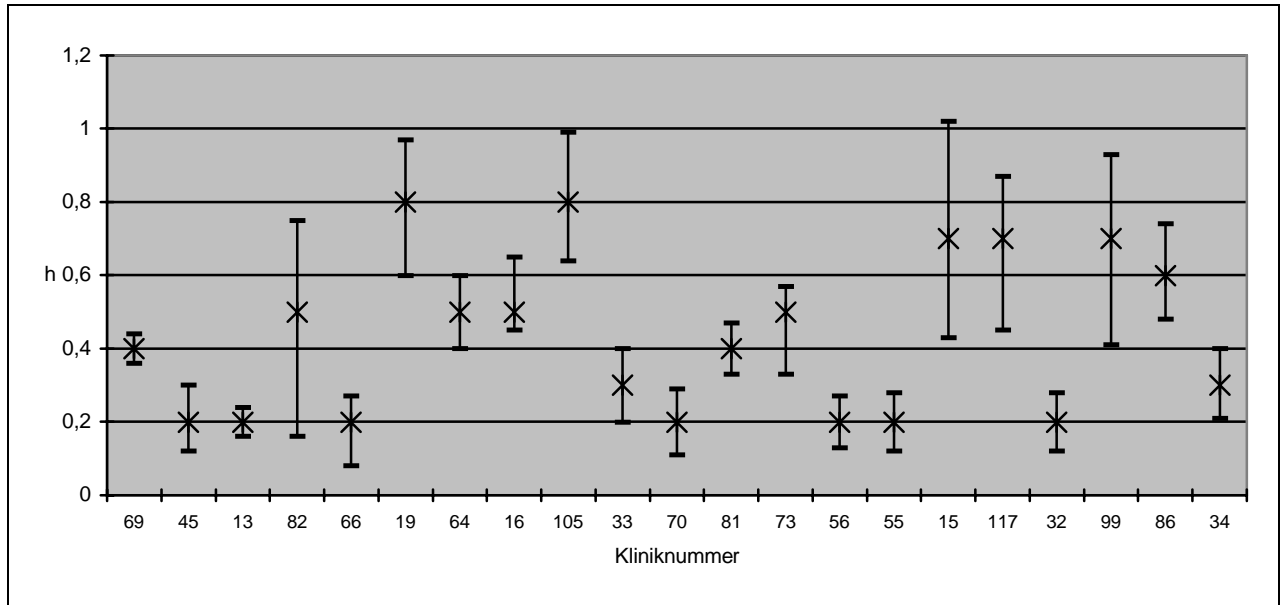


Abbildung 58: Therapiemodul „Nichtrauchertraining“ – pro Klinik: M und SD der Therapiestunden pro Reha-Woche.

Als Vorschlag für eine neue Gestaltung der Nikotinentwöhnung, wurde das Modul „Nichtrauchertraining“ im Rahmen der Expertenbefragung unterteilt in

- a) Einführungsveranstaltung: Nichtrauchertraining
- b) Nichtrauchertraining.

3.11a.2 Ergebnisse der Experten-Befragung

Leistungen aus diesem Therapiemodul wurden in 22 der 27 Kliniken, die dazu Rückmeldung gaben, angeboten (82%). Der geschätzte Anteil alkoholabhängiger Patienten, die Leistungen aus diesem Modul erhielten, lag im Mittel bei 72% (SD=31%).

Im Rahmen der modulweisen Befragung konnten Antworten von 95 Fragebögen ausgewertet werden. Die Leistung k3310 (Patientenschulung bei Suchtmittelabhängigkeit/ -missbrauch – Einführungsseminar) wurde von 87 und damit 92% der Befragten als relevant für das Modul eingeschätzt.

Folgende **Elemente/ Leistungen** sollten noch in das Modul integriert werden (n=95):

Elemente/ Leistungen	n
aggressive Therapien	1
ärztliche Beratungsgespräche,	2
bildliches Anschauungsmaterial benutzen	1
Einzelberatung	1
evtl. Kurzkontakte mit Bezugstherapeuten	1
immer auch Bezug zur Alkoholabhängigkeit herstellen	1
k 52.70/99 (Vortrag Suchinformation/ sonstige Themen)	1
Medizinische Information	1
Motivation zum Training	1
spez. Gesundheitsinfo, Fachliteratur	1
Sprechstunde ärztliche psychologische Anamnese	1
themenspezifische Vorträge, Info-Materialien, Vortrag: Nikotinabhängigkeit	2
Verzicht auf Moralisierung	1

In Tabelle 35 sind die vorgeschlagenen Zeiteinheiten, die Durchführungsform sowie die relative Häufigkeit der Patienten, die Leistungen aus dem Modul erhalten sollen angegeben.

Tabelle 35: Ausgestaltung des Moduls „Einführungsveranstaltung: Nichtrauchertraining“(n=95)

Zeitlicher Umfang pro Woche: n, %		
<0.5h	14	14.7
0.5 bis <1h	15	15.8
1 bis < 2h	14	14.7
2 bis < 3h	0	-
3 h und mehr	0	-
andere Verteilung M (SD) ... pro Behandlungszeitraum, bezogen auf einen Zeitraum von...	3.6 (7.1) h in	14.3 (3.7) Wochen
Frequenz pro Woche: n, %		
1-2x	37	38.9
3-5x	0	-
6-7x	0	-
andere Verteilung: M (SD) ... pro Behandlungszeitraum, bezogen auf einen Zeitraum von...	1.8 (1.8) h in	14.2 (3.4) Wochen
Häufigkeit der Durchführung während der Reha, bezogen auf eine Behandlungsdauer von... : M (SD)	2.2 (2.4) mal in	14.7 (3.4) Wochen

Form der Durchführung: n, %		
nur einzeln	0	-
nur Gruppe	51	53.7
einzel und Gruppe	22	23.2
einzel oder Gruppe (beliebig)	8	8.4
Relative Häufigkeit der Patienten, die Leistungen aus dem Modul erhalten sollen: M, SD in %	81.1	22.0

Folgende **weitere Anregungen** wurden für das Modul „Einführungsveranstaltung: Nichtrauchertraining“ gegeben (n=95):

Anregungen	n
alle Raucher / alle tabakabhängigen Patienten nach Indikation und Motivation	6
	1

3.11b.3 Ergebnisse der Experten-Befragung

Leistungen aus diesem Therapiemodul wurden in 23 der 27 Kliniken, die dazu Rückmeldung gaben, angeboten (85%). Der geschätzt Anteil alkoholabhängiger Patienten, die Leistungen aus diesem Modul erhielten, lag im Mittel bei 30% (SD=27%).

Im Rahmen der modulweisen Befragung konnten Antworten von 101 Fragebögen ausgewertet werden.

In Abbildung 59 sind die **Einschätzungen der Relevanz** der beiden Leistungen innerhalb des Therapiemoduls „Nichtrauchertraining“ dargestellt.

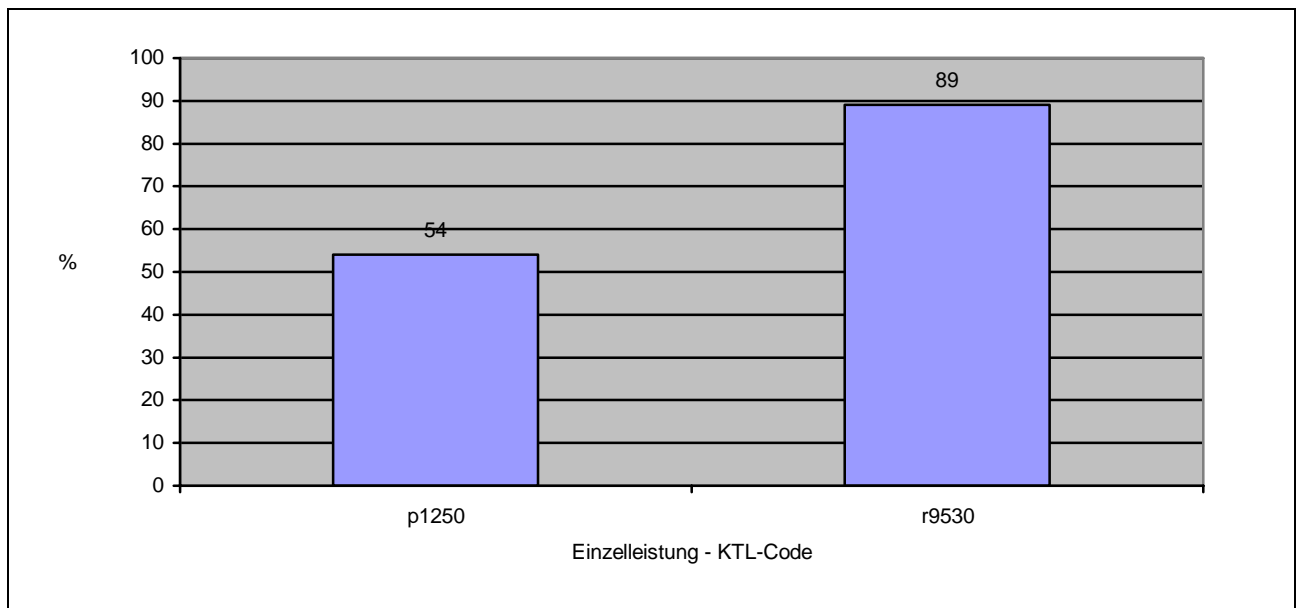


Abbildung 59: Therapiemodul „Nichtrauchertraining“ – Einschätzungen der Relevanz der Einzelleistungen (N=101).

Folgende **Elemente/ Leistungen** sollten noch in das Modul integriert werden (n=101):

Elemente/ Leistungen	n
Angebot unterstützende Maßnahmen :Akupunktur	1
Einzelberatung ergänzend	1
Einzelberatung, Basisinfo für Raucher	1
Einzelintervention	1
Gewichtskontrolle/Lehrküche	1
interaktive Gestaltung der Nichtraucherzonen	1
Kompetenztraining	1
Koppelung mit attraktiven Sportangeboten	1
Literatur:"Endlich Nichtraucher"	1
medizin. Info	1
Infogruppe	1
Motivationstraining	3
Nichtrauchertraining	1
Nikotinersatzpräparate, eventuell ergänzende Einzelgespräche, Info-Materialien	1
Nikotinpflaster u. andere Substitution	6
Randgr. als Sensibilisierungsgr. u. Motivationsgruppe zum Ausstieg	1
ressourcenorientiertes Arbeiten	1
Vorträge, ärztliche Beratung	1

In Tabelle 36 sind die vorgeschlagenen Zeiteinheiten, die Durchführungsform sowie die relative Häufigkeit der Patienten, die Leistungen aus dem Modul erhalten sollen angegeben.

Tabelle 36: Ausgestaltung des Moduls „Nichtrauchertraining“(n=101)

Zeitlicher Umfang pro Woche: n, %		
<0.5h	6	5.9
0.5 bis <1h	26	25.7
1 bis < 2h	28	27.7
2 bis < 3h	8	7.9
3 h und mehr	1	1.0
andere Verteilung M (SD) ... pro Behandlungszeitraum, bezogen auf einen Zeitraum von...	7.1 (3.9) h in	13.9 (3.1) Wo- chen
Frequenz pro Woche: n, %		
1-2x	67	66.3
3-5x	5	5.0
6-7x	0	-
andere Verteilung: M (SD) ... pro Behandlungszeitraum, bezogen auf einen Zeitraum von...	5.4 (2.8) h in	13.8 (3.0) Wo- chen
Häufigkeit der Durchführung während der Reha, bezogen auf eine Behandlungsdauer von... : M (SD)	7.1 (8.0) mal in	14.2 (3.2) Wo- chen
Form der Durchführung: n, %		
nur einzeln	0	-
nur Gruppe	52	51.5
einzeln und Gruppe	30	29.7
einzeln oder Gruppe (beliebig)	12	11.9
Relative Häufigkeit der Patienten, die Leistungen aus dem Modul erhalten sollen: M, SD in %	58.5	30.4

Folgende **weitere Anregungen** wurden für das Modul „Nichtrauchertraining“ gegeben (n=101):

Anregungen	n
alle Raucher	2
fakultativ, bei bestimmter Medik. Pflicht	1
nach Indikation u. Motivation	6
Training sollte Pflichtbaustein werden	1

3.12a Therapiemodul „Sport und Bewegung: Ausdauer- und Muskelaufbautraining“

3.12a.1 Literaturrecherche

Zu diesem Therapiemodul existiert keine Literatur, aus der eine eindeutige Evidenzlage hervorgeht. Es muss auf die praxisbasierte Evidenz verwiesen werden.

3.12a.2 Ergebnisse der KTL-Analyse

3.12a.2.1 Personenbezogene Auswertung (N=8079)

Insgesamt 4844 und damit 60% aller betrachteten Rehabilitanden erhielten mindestens eine einmalige Leistung aus dem Therapiemodul „Sport und Bewegung: Ausdauer- und Muskelaufbautraining“. In dieses Modul wurden 17 KTL-Codes integriert. Der zeitliche Leistungsumfang betrug durchschnittlich 0.4 Stunden pro Woche.

Tabelle 37: Therapiemodul „Sport und Bewegung: Ausdauer- und Muskelaufbautraining“ – **allgemeine Angaben** (N=8079)

n	4844
% von 8079	60
Anzahl berücksichtigter KTL-Codes	17
Wochenumfang in h: M (SD)	0.4 (0.5)

In Abbildung 60 ist die relative Häufigkeit der Rehabilitanden dargestellt, die die im Therapiemodul „Sport und Bewegung: Ausdauer- und Muskelaufbautraining“ integrierten **Einzelleistungen mindestens einmal pro Rehabilitation** erhalten haben. Statistisch nachgewiesene Unterschiede lassen sich deutlich erkennen. Die Varianzaufklärung lag bei 19%.

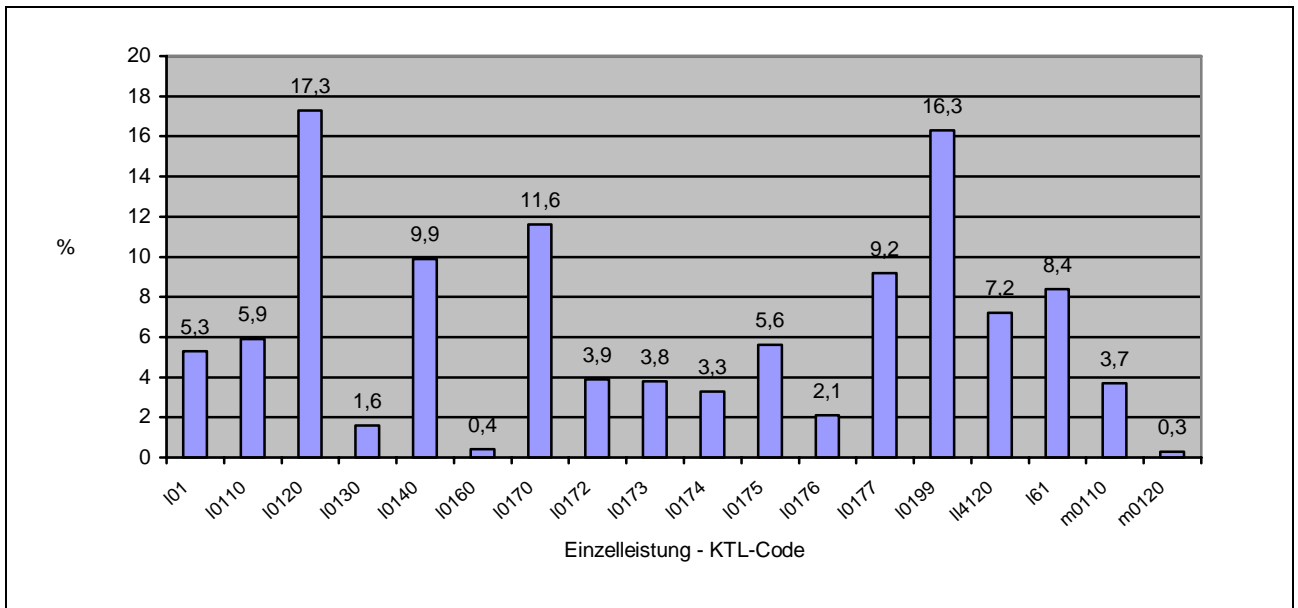


Abbildung 60: Therapiemodul „Sport und Bewegung: Ausdauer- und Muskelaufbautraining“ – Einzelleistungen: relative Häufigkeit der Rehabilitanden, die die entsprechende Leistung mindestens einmal pro Rehabilitation erhielten (N=8079).

Abbildung 61 zeigt den **zeitlichen Umfang der Inanspruchnahme von Einzelleistungen** des Therapiemoduls „Sport und Bewegung: Ausdauer- und Muskelaufbautraining“ pro Woche in Stunden. Zwischen einzelnen Leistungen ergaben sich, wie auch tendenziell erkennbar, praktisch bedeutsame Unterschiede. Die Varianzaufklärung lag bei 8%.

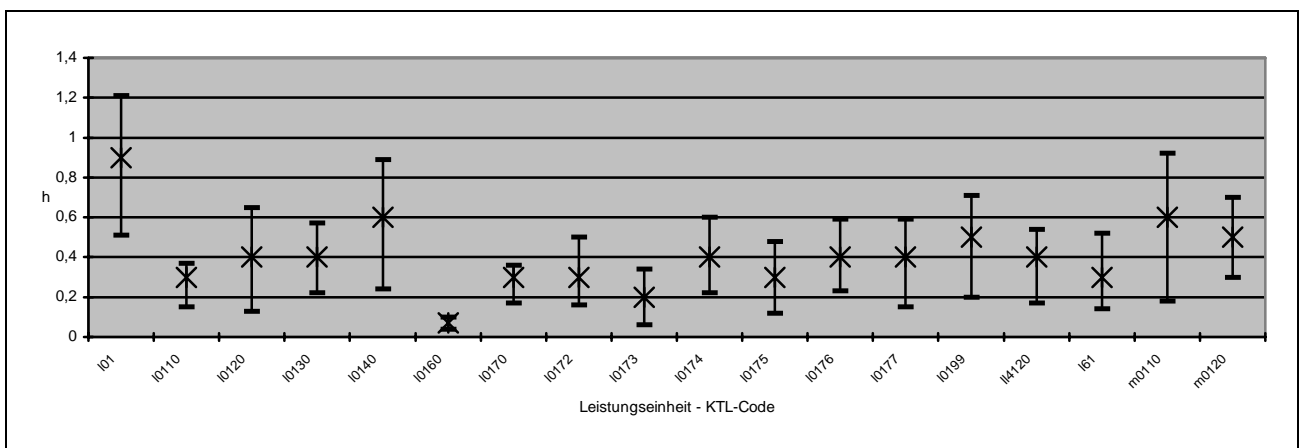


Abbildung 61: Therapiemodul „Sport und Bewegung: Ausdauer- und Muskelaufbautraining“ – Einzelleistungen: M und SD der Therapiestunden pro Reha-Woche (N=8079).

3.12a.2 Klinikbezogene Auswertung (n=5809 in 22 Kliniken mit mindestens 100 Rehabilitanden)

Abbildung 62 gibt einen Überblick zur **einmaligen Inanspruchnahme mindestens einer Leistung** aus dem Therapiemodul „Sport und Bewegung: Ausdauer- und Muskelaufbautraining“ für alle Kliniken, in denen mindestens 100 Rehabilitanden des Entlassungsjahrganges betreut wurden. Es ergaben sich statistisch und praktisch bedeutsame Unterschiede mit einer Varianzaufklärung von 21%.

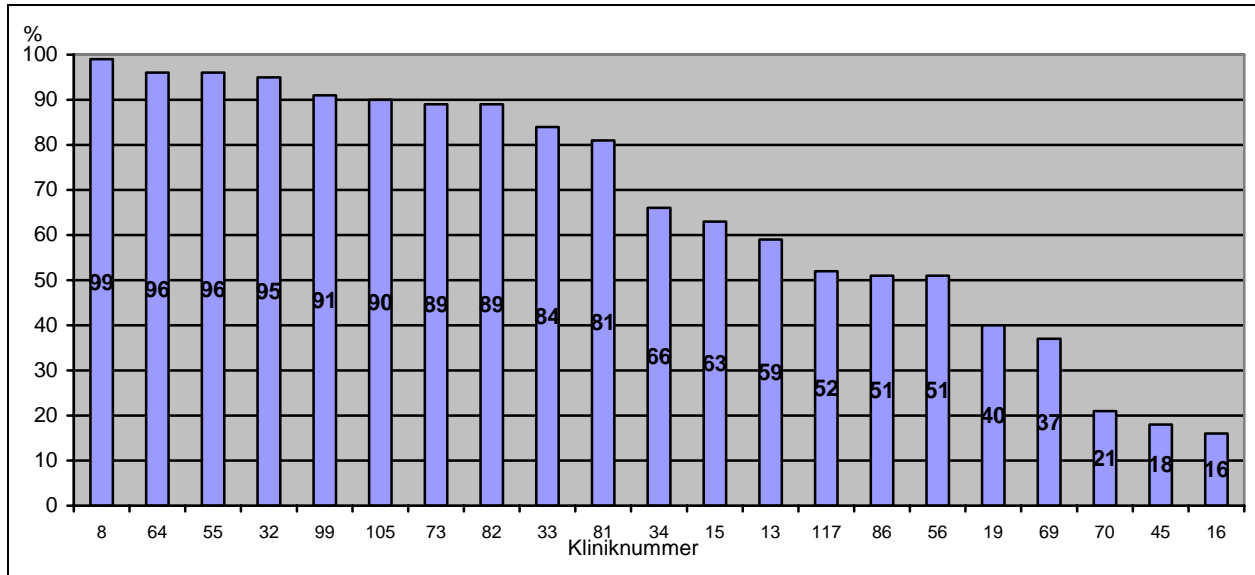


Abbildung 62: Therapiemodul „Sport und Bewegung: Ausdauer- und Muskelaufbautraining“ – pro Klinik: relative Häufigkeit der Rehabilitanden, die mindestens einmal eine Leistung aus diesem Modul erhielten (n=5809).

In Abbildung 63 ist die **mittlere wöchentliche Inanspruchnahme von Leistungen** aus dem Modul „Sport und Bewegung: Ausdauer- und Muskelaufbautraining“ in Stunden dargestellt. Die Berechnung erfolgte für Kliniken, in denen mindestens 100 Rehabilitanden des Entlassungsjahrganges 2004 betreut wurden. Statistisch und praktisch bedeutsame Unterschiede mit einer Varianzaufklärung von 24% wurden nachgewiesen.

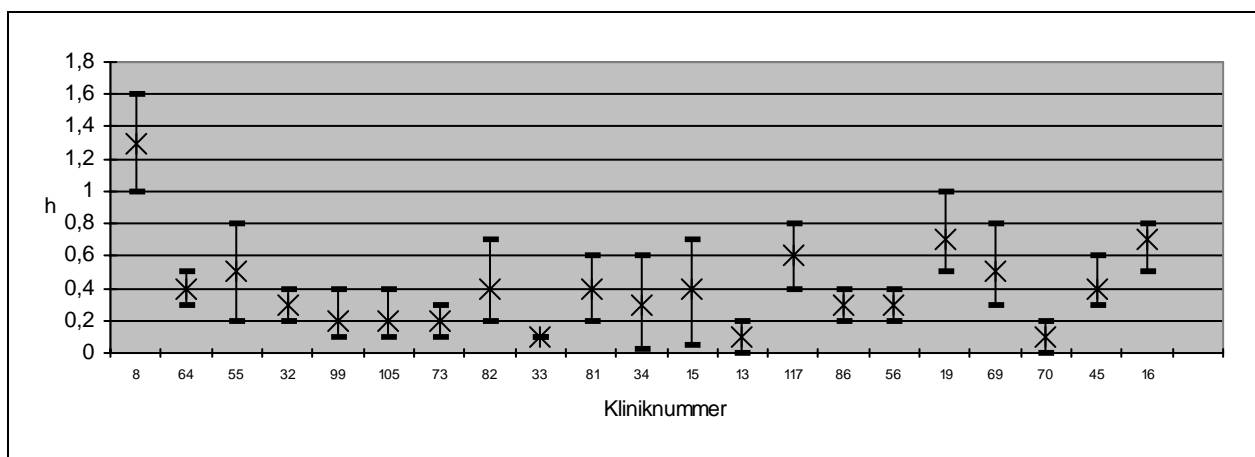


Abbildung 63: Therapiemodul „Sport und Bewegung: Ausdauer- und Muskelaufbautraining“ – pro Klinik: M und SD der Therapiestunden pro Reha-Woche.

3.12a.3 Ergebnisse der Experten-Befragung

Leistungen aus diesem Therapiemodul wurden in 26 der 27 Kliniken, die dazu Rückmeldung gaben, angeboten (96%). Der geschätzte Anteil alkoholabhängiger Patienten, die Leistungen aus diesem Modul erhielten, lag im Mittel bei 76% (SD=26%).

Im Rahmen der modulweisen Befragung konnten Antworten von 124 Fragebögen ausgewertet werden.

In Abbildung 64 sind die **Einschätzungen der Relevanz** der beiden Leistungen innerhalb des Therapiemoduls „Sport und Bewegung: Ausdauer- und Muskelaufbautraining“ dargestellt.

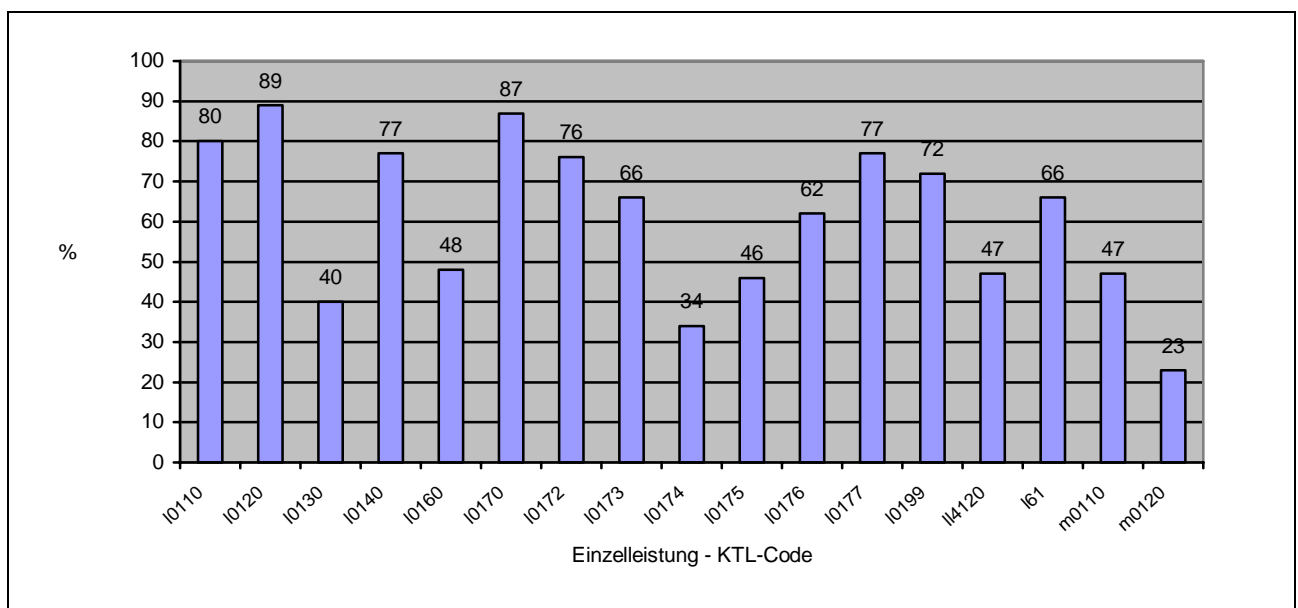


Abbildung 64: Therapiemodul „Sport und Bewegung: Ausdauer- und Muskelaufbautraining“ – Einschätzungen der Relevanz der Einzelleistungen (N=124).

Am häufigsten wurden als besonders wichtig eingeschätzt:

- mit erster Priorität Ausdauerergymnastik (I0110 ; n=34, 27.4%),
- mit zweiter Priorität Fitnesstraining (I0120; n=22, 17.7%) und
- mit dritter Priorität Tanztherapie (I0174; n=11, 8.9%).

Folgende **Elemente/ Leistungen sollten noch in das Modul integriert** werden (n=124):

Elemente/ Leistungen	n
Aerobic, Step,	1
Aqua Jogging, Wassergymnastik, Aqua- Fitness	3
Atemübungen	1
Ausdauerschwimmen, Schwimmen	2
Ballspiele	3

Badminton, Frühsport	1
Bogenschießen, ,	1
Boxtraining	1
Ergometertraining	3
progr. Muskeltraining	1
Ergometrie	1
große Sportspiele	1
Koordination, Gleichgewicht	1
Krafttraining	1
I32 (monitorgestütztes Ergometertraining)	1
I52 (ressourcenorientiertes Aufbautraining), m11 (Sport und Spiel in Halle und Gelände)	1
Mannschaftssportarten	1
Nordic Walking	13
Rückengymnastik	1
Rückenschule,	1
Qui gong, Aerobic	1
Schwimmkurse, Wassergymnastik	1
Selbstfürsorge, Stressphysiologie	1
Teamsport / Gruppenaktivität	1
Trainingsplanerstellung für Ausdauer und Krafttraining	1
Walking	3
Yoga	2

In Tabelle 38 sind die vorgeschlagenen Zeiteinheiten, die Durchführungsform sowie die relative Häufigkeit der Patienten, die Leistungen aus dem Modul erhalten sollen angegeben.

Tabelle 38: Ausgestaltung des Moduls „Sport und Bewegung: Ausdauer- und Muskelaufbautraining“(n=124)

Zeitlicher Umfang pro Woche: n, %		
<0.5h	0	-
0.5 bis <1h	14	11.3
1 bis < 2h	35	28.2
2 bis < 3h	39	31.5
3 h und mehr	25	20.2
andere Verteilung M (SD)		
... pro Behandlungszeitraum, bezogen auf einen Zeitraum von...	32.2 (38.5) h in 14.7 (2.1) Wochen	
Frequenz pro Woche: n, %		
1-2x	51	41.1
3-5x	60	48.4
6-7x	2	1.6
andere Verteilung: M (SD)		
... pro Behandlungszeitraum, bezogen auf einen Zeitraum von...	43.3(47.7) h in 15.2 (1.8) Wochen	

Häufigkeit der Durchführung während der Reha, bezogen auf eine Behandlungsdauer von... : M (SD)	27.3 (19.8) mal in 16.1 (15.9) Wochen	
Form der Durchführung: n, %		
nur einzeln	0	-
nur Gruppe	44	35.5
einzeln und Gruppe	55	44.4
einzeln oder Gruppe (beliebig)	13	10.5
Relative Häufigkeit der Patienten, die Leistungen aus dem Modul erhalten sollen: M, SD in %	89.3	16.0

Folgende **weitere Anregungen** wurden für das Modul „Sport und Bewegung: Ausdauer- und Muskelaufbautraining“ gegeben (n=124):

Anregungen	n
2x Reha für somatische Beeinträchtigung abhängig vom Fitnesszustand des Patienten	1
Gruppenausflüge verbunden mit sportlicher Aktivität je nach Indikation	1
Körperliches Aktivierungsprogramm aufgeteilt nach Belastung, Motivation, Alter nach Indikation	2
Selbstständiges, eigenverantwortliches Training wichtig	1
Sport soll Spaß machen, also kein Ziel anstreben, sondern mehr nach dem Motto: Der Weg ist das Ziel	2
themenkonzentrierte Bildungseinheiten, Einheiten mit Ausdauersportlern, Seminare über gesunde Lebensführung und ggf. diätetische Maßnahmen	1

3.12b Therapiemodul „Sport und Bewegung: Körperliches Fähigkeitstraining“

3.12b.1 Literaturrecherche

Zu diesem Therapiemodul existiert keine Literatur, aus der eine eindeutige Evidenzlage hervorgeht. Es muss auf die praxisbasierte Evidenz verwiesen werden.

3.12b.2 Ergebnisse der KTL-Analyse

3.12b.2.1 Personenbezogene Auswertung (N=8079)

Insgesamt 5614 und damit 69% aller betrachteten Rehabilitanden erhielten mindestens eine einmalige Leistung aus dem Therapiemodul „Sport und Bewegung: Körperliches Fähigkeitstraining“. In dieses Modul wurden 17 KTL-Codes integriert. Der zeitliche Leistungsumfang betrug durchschnittlich 0.5 Stunden pro Woche.

Tabelle 39: Therapiemodul „Sport und Bewegung: Körperliches Fähigkeitstraining“ – **allgemeine Angaben** (N=8079)

n	5614
% von 8079	69
Anzahl berücksichtigter KTL-Codes	17
Wochenumfang in h: M (SD)	0.5 (0.6)

In Abbildung 65 ist die relative Häufigkeit der Rehabilitanden dargestellt, die die im Therapiemodul „Sport und Bewegung: Körperliches Fähigkeitstraining“ integrierten **Einzelleistungen mindestens einmal pro Rehabilitation** erhalten haben. Statistisch nachgewiesene Unterschiede lassen sich deutlich erkennen. Die Varianzaufklärung lag bei 36%.

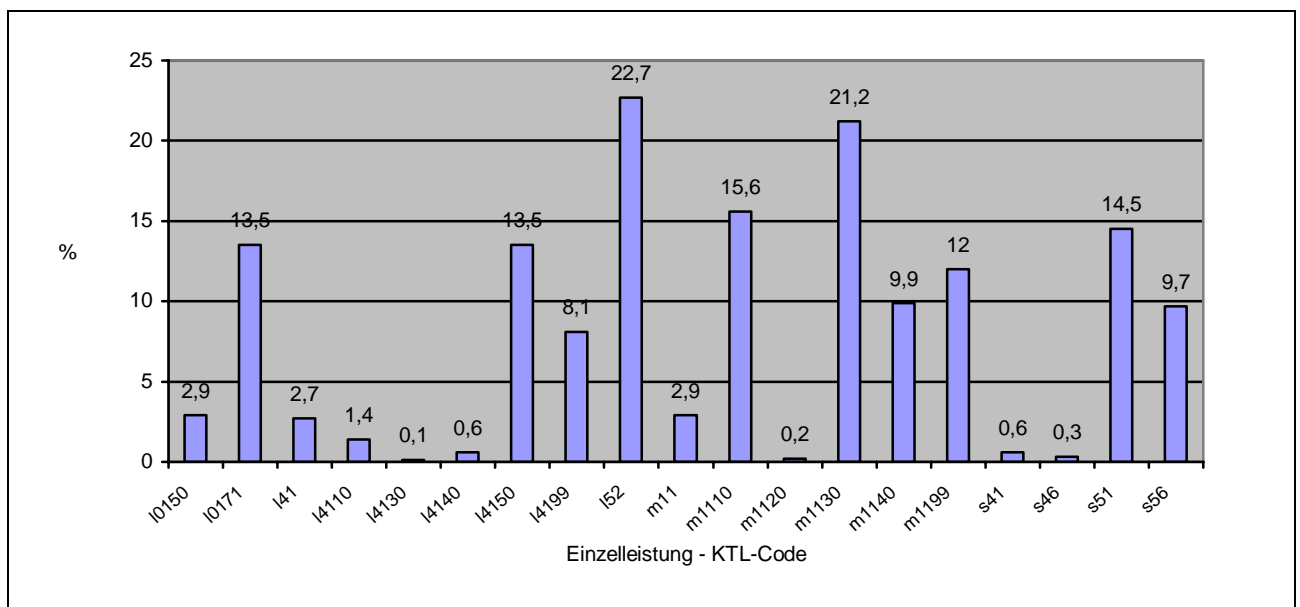


Abbildung 65: Therapiemodul „Sport und Bewegung: Körperliches Fähigkeitstraining“ – Einzelleistungen: relative Häufigkeit der Rehabilitanden, die die entsprechende Leistung mindestens einmal pro Rehabilitation erhielten (N=8079).

Abbildung 66 zeigt den **zeitlichen Umfang der Inanspruchnahme von Einzelleistungen** des Therapiemoduls „Sport und Bewegung: Körperliches Fähigkeitstraining“ pro Woche in Stunden. Zwischen einzelnen Leistungen ergaben sich, wie auch tendenziell erkennbar, praktisch bedeutsame Unterschiede. Die Varianzaufklärung lag bei 24%.

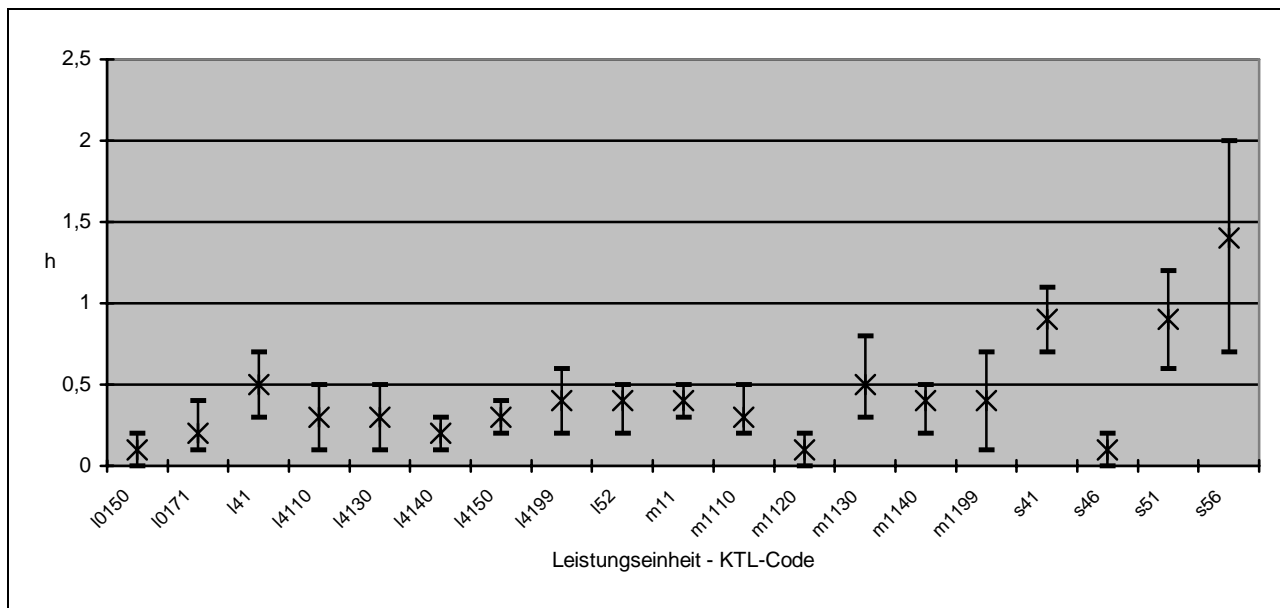


Abbildung 66: Therapiemodul „Sport und Bewegung: Körperliches Fähigkeitstraining“ – Einzelleistungen: M und SD der Therapiestunden pro Reha-Woche (N=8079).

Praktisch bedeutsame Unterschiede mit einer Varianzaufklärung von 4% ergaben sich auch für die **mittlere wöchentliche Anzahl von Therapiestunden hinsichtlich der Reha-Dauer** in folgender Form:

Tabelle 40: Therapiemodul „Sport und Bewegung: Körperliches Fähigkeitstraining“ – Reha-Dauer: M und SD der Therapiestunden pro Reha-Woche (N=8079)

Reha-Dauer	M	SD	Einzelvergleiche ($p < 0.001$, $\eta^2 = 0.04$)
1. bis 8 Wochen	0.6	0.7	1. > 3., 1. > 4.
2. mehr als 8 bis 12 Wochen	0.6	0.8	2. > 3., 2. > 4.
3. mehr als 12 bis 16 Wochen	0.4	0.4	
4. mehr als 16 Wochen	0.3	0.4	

3.12b.2.2 Klinikbezogene Auswertung (n=5809 in 22 Kliniken mit mindestens 100 Rehabilitanden)

Abbildung 67 gibt einen Überblick zur **einmaligen Inanspruchnahme mindestens einer Leistung** aus dem Therapiemodul „Sport und Bewegung: Körperliches Fähigkeitstraining“ für alle Kliniken, in denen mindestens 100 Rehabilitanden des Entlassungsjahrganges betreut wurden. Es ergaben sich statistisch und praktisch bedeutsame Unterschiede mit einer Varianzaufklärung von 21%.

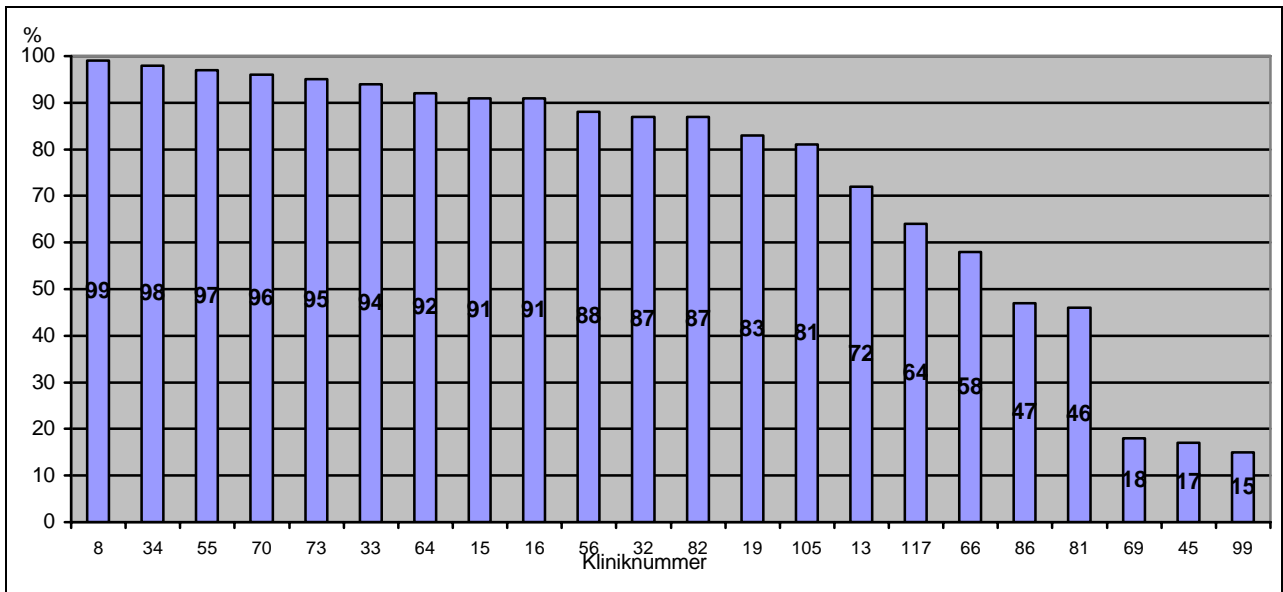


Abbildung 67: Therapiemodul „Sport und Bewegung: Körperliches Fähigkeitstraining“ – pro Klinik: relative Häufigkeit der Rehabilitanden, die mindestens einmal eine Leistung aus diesem Modul erhielten (n=5809).

In Abbildung 68 ist die **mittlere wöchentliche Inanspruchnahme von Leistungen** aus dem Modul „Sport und Bewegung: Körperliches Fähigkeitstraining“ in Stunden dargestellt. Die Berechnung erfolgte für Kliniken, in denen mindestens 100 Rehabilitanden des Entlassungsjahrganges 2004 betreut wurden. Statistisch und praktisch bedeutsame Unterschiede mit einer Varianzaufklärung von 30% wurden nachgewiesen.

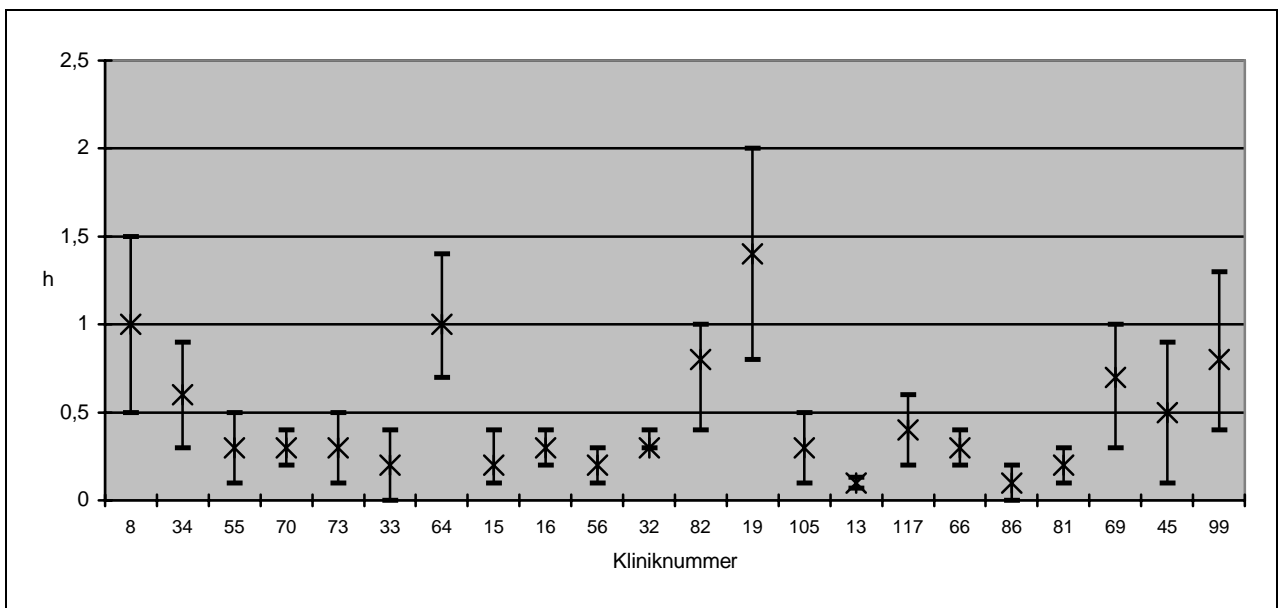


Abbildung 68: Therapiemodul „Sport und Bewegung: Körperliches Fähigkeitstraining“ – pro Klinik: M und SD der Therapiestunden pro Reha-Woche.

3.12b.3 Ergebnisse der Experten-Befragung

Leistungen aus diesem Therapiemodul wurden in 26 der 27 Kliniken, die dazu Rückmeldung gaben, angeboten (96%). Der geschätzte Anteil alkoholabhängiger Patienten, die Leistungen aus diesem Modul erhielten, lag im Mittel bei 80% (SD=26%).

Im Rahmen der modulweisen Befragung konnten Antworten von 121 Fragebögen ausgewertet werden.

In Abbildung 69 sind die **Einschätzungen der Relevanz** der beiden Leistungen innerhalb des Therapiemoduls „Sport und Bewegung: Körperliches Fähigkeitstraining“ dargestellt.

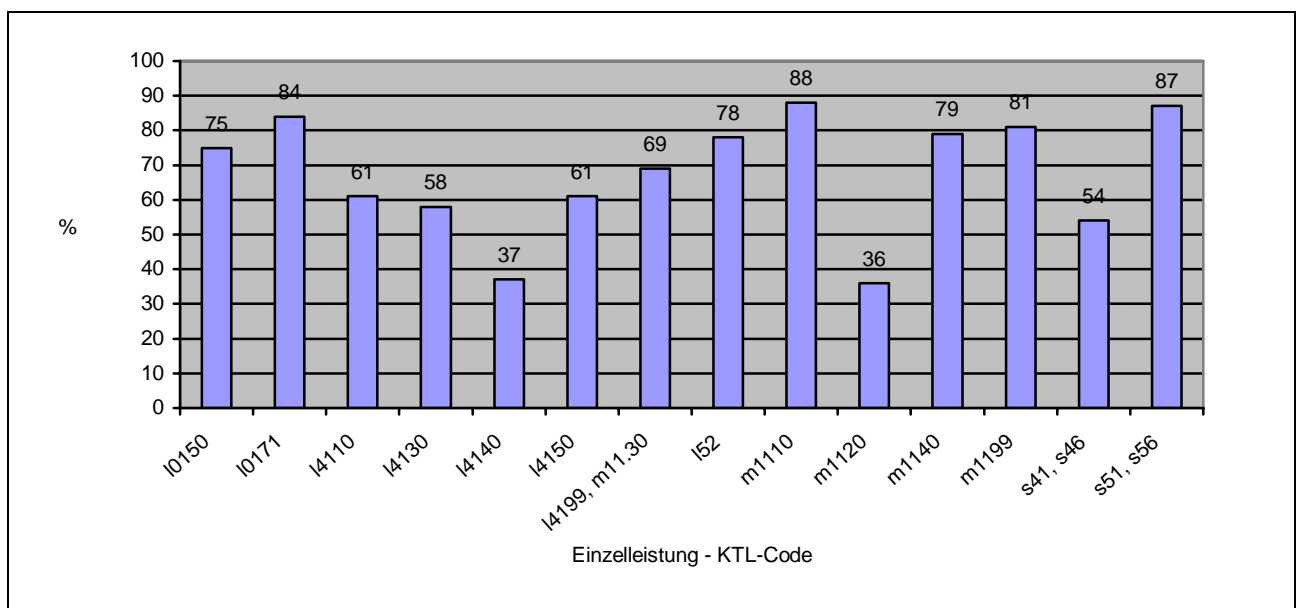


Abbildung 69: Therapiemodul „Sport und Bewegung: Körperliches Fähigkeitstraining“ – Einschätzungen der Relevanz der Einzelleistungen (N=121).

Am häufigsten wurden als besonders wichtig eingeschätzt:

- mit erster Priorität Koordinationsgymnastik (I0171 ; n=22, 18.2%),
- mit zweiter Priorität Ballspiele (m1110; n=15, 12.4%) und
- mit dritter Priorität Ressourcenorientiertes Aufbautraining (I52; n=14, 11.6%).

Folgende **Elemente/ Leistungen sollten noch in das Modul integriert** werden (n=121):

Elemente/ Leistungen	n
Aqua Fitness	1
Badminton	2
Ball-Mannschaftsspiele, Gleichgewichtstraining	1
Differenzierungs- und Kopplungsfähigkeit	1
Ergometrie,	1

Fahrradfahren, Jogging	1
Fitnessstraining I01.20	3
Geh- und Lauftraining	1
Freizeitsport	1
Frühspport	1
gezielte Körperwahrnehmungsübungen	2
gezielter Muskelaufbau	2
Klettern, erlebnisorientierte Angebote	2
Kommunikative Bewegungstherapie	1
Konditionstraining.	2
Muskelaufbau	1
Koordinationstraining	2
I 51.70 (HWS- Gymnastik)	1
Nordic Walking	1
Qui Gong,	1
Rückengymnastik	4
Rückenschule, Frühspport	1
Rückenschule, Walken und Laufen	1
Tai-Chi, Yoga	1
Therap. Wandern	3
Trampolin	3
Trampolin, Sportarten mit spez. psychotherapeutischer Zusammensetzung	3
Verbesserung der Beweglichkeit	1
Walken u. Laufen, Rückenschule	1
Wandern	1
Yoga	1

In Tabelle 41 sind die vorgeschlagenen Zeiteinheiten, die Durchführungsform sowie die relative Häufigkeit der Patienten, die Leistungen aus dem Modul erhalten sollen angegeben.

Tabelle 41: Ausgestaltung des Moduls „Sport und Bewegung: Körperliches Fähigkeitstraining“(n=121)

Zeitlicher Umfang pro Woche: n, %		
<0.5h	0	-
0.5 bis <1h	17	14.0
1 bis < 2h	45	37.2
2 bis < 3h	25	20.7
3 h und mehr	25	20.7
andere Verteilung M (SD)		
... pro Behandlungszeitraum, bezogen auf einen Zeitraum von...	61.7 (52.0) h in 16.0 (0.0) Wochen	
Frequenz pro Woche: n, %		
1-2x	66	54.5
3-5x	43	35.5
6-7x	3	2.5

andere Verteilung: M (SD)
 ... pro Behandlungszeitraum, bezogen auf einen Zeitraum von... 10.8(3.9) h in 15.5 (1.0) Wochen

Häufigkeit der Durchführung während der Reha, bezogen auf eine Behandlungsdauer von... : M (SD) 25.4 (19.3) mal in 14.7 (3.5) Wochen

Form der Durchführung: n, %

nur einzeln	0	-
nur Gruppe	39	32.2
einzeln und Gruppe	54	44.6
einzeln oder Gruppe (beliebig)	15	12.4

Relative Häufigkeit der Patienten, die Leistungen aus dem Modul erhalten sollen: M, SD in % 89.1 17.9

Folgende **weitere Anregungen** wurden für das Modul „Sport und Bewegung: Körperliches Fähigkeitstraining“ gegeben (n=121):

Anregungen	n
bessere Ausstattung	1
Frühsport	2
Individuell, je nach Indikation und Bedarf	6
Judo, Yoga	1
Walking, Ausdauertraining	1
wichtig auch Mannschaftssportspiele zum Erlernen teamorientierten, frustationstoleranten sozial-kontaktiven Verhaltens	1
zu beachten: Ausdifferenzierung von Alters-, Beeinträchtigungs-, Motivationskriterien	1

3.13 Therapiemodul „Freizeitgestaltung“

3.13.1 Literaturrecherche

Zu diesem Therapiemodul existiert keine Literatur, aus der eine eindeutige Evidenzlage hervorgeht. Es muss auf die praxisbasierte Evidenz verwiesen werden.

3.13.2 Ergebnisse der KTL-Analyse

3.13.2.1 Personenbezogene Auswertung (N=8079)

Insgesamt 4534 und damit 56% aller betrachteten Rehabilitanden erhielten mindestens eine einmalige Leistung aus dem Therapiemodul „Freizeitgestaltung“. In dieses Modul wurden 18 KTL-Codes integriert. Der zeitliche Leistungsumfang betrug durchschnittlich 1 Stunde pro Woche.

Tabelle 42: Therapiemodul „Freizeitgestaltung“ – **allgemeine Angaben** (N=8079)

n	4534
% von 8079	56
Anzahl berücksichtigter KTL-Codes	18
Wochenumfang in h: M (SD)	1.0 (1.2)

In Abbildung 70 ist die relative Häufigkeit der Rehabilitanden dargestellt, die die im Therapiemodul „Freizeitgestaltung“ integrierten **Einzelleistungen mindestens einmal pro Rehabilitation** erhalten haben. Statistisch nachgewiesene Unterschiede lassen sich deutlich erkennen. Die Varianzaufklärung lag bei 24%.

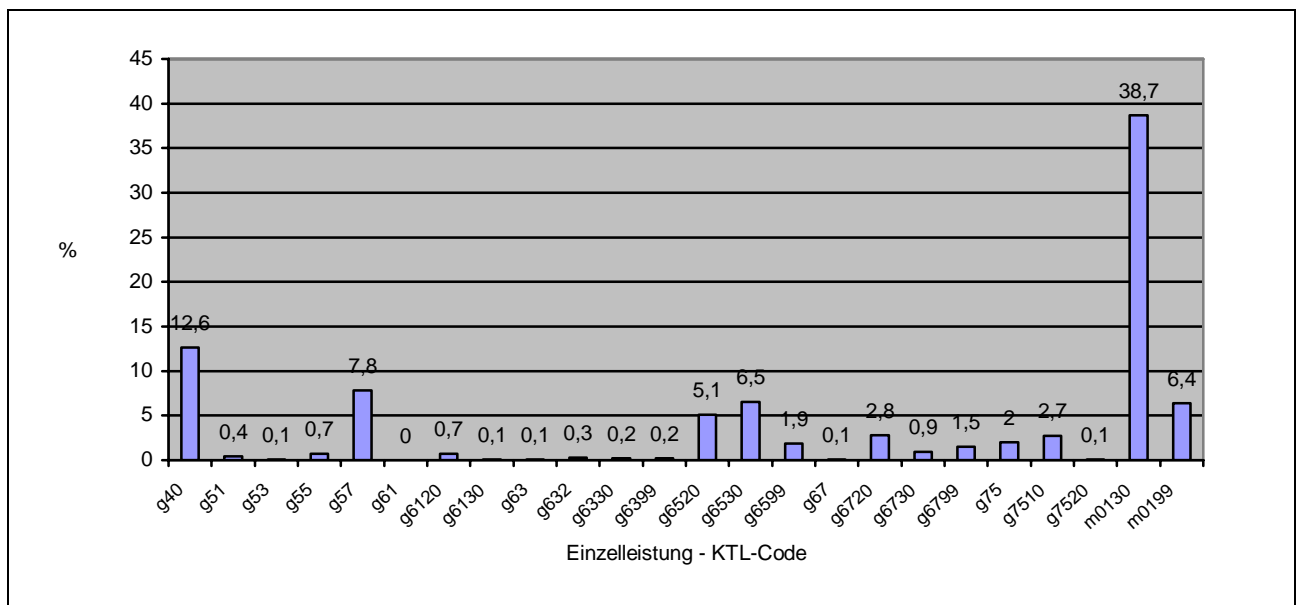


Abbildung 70: Therapiemodul „Freizeitgestaltung“ – Einzelleistungen: relative Häufigkeit der Rehabilitanden, die die entsprechende Leistung mindestens einmal pro Rehabilitation erhielten (N=8079).

Abbildung 71 zeigt den **zeitlichen Umfang der Inanspruchnahme von Einzelleistungen** des Therapiemoduls „Freizeitgestaltung“ pro Woche in Stunden. Zwischen einzelnen Leistungen ergaben sich, wie auch tendenziell erkennbar, praktisch bedeutsame Unterschiede. Die Varianzaufklärung lag bei 14%.

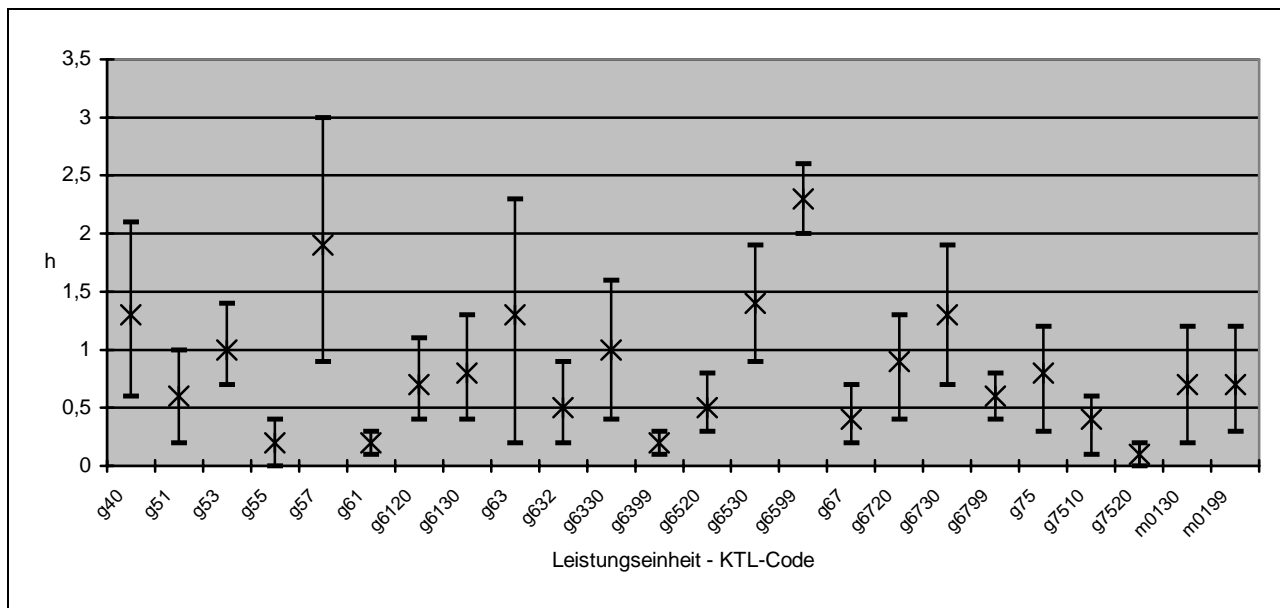


Abbildung 71: Therapiemodul „Freizeitgestaltung“ – Einzelleistungen: M und SD der Therapiestunden pro Reha-Woche (N=8079).

Praktisch bedeutsame Unterschiede mit einer Varianzaufklärung von 3% ergaben sich auch für die **mittlere wöchentliche Anzahl von Therapiestunden hinsichtlich der Reha-Dauer** in folgender Form:

Tabelle 43: Therapiemodul „Freizeitgestaltung“ – Reha-Dauer: M und SD der Therapiestunden pro Reha-Woche (N=8079)

Reha-Dauer	M	SD	Einzelvergleiche ($p < 0.001$, $\eta^2 = 0.03$)
1. bis 8 Wochen	1.5	1.9	1. > 2., 1. > 3., 1. > 4.
2. mehr als 8 bis 12 Wochen	1.1	1.2	2. > 3., 2. > 4.
3. mehr als 12 bis 16 Wochen	0.8	1.0	
4. mehr als 16 Wochen	0.8	1.1	

3.13.2.2 Klinikbezogene Auswertung (n=5809 in 22 Kliniken mit mindestens 100 Rehabilitanden)

Abbildung 72 gibt einen Überblick zur **einmaligen Inanspruchnahme mindestens einer Leistung** aus dem Therapiemodul „Freizeitgestaltung“ für alle Kliniken, in denen mindestens 100 Rehabilitanden des Entlassungsjahrganges betreut wurden. Es ergaben sich statistisch und praktisch bedeutsame Unterschiede mit einer Varianzaufklärung von 18%.

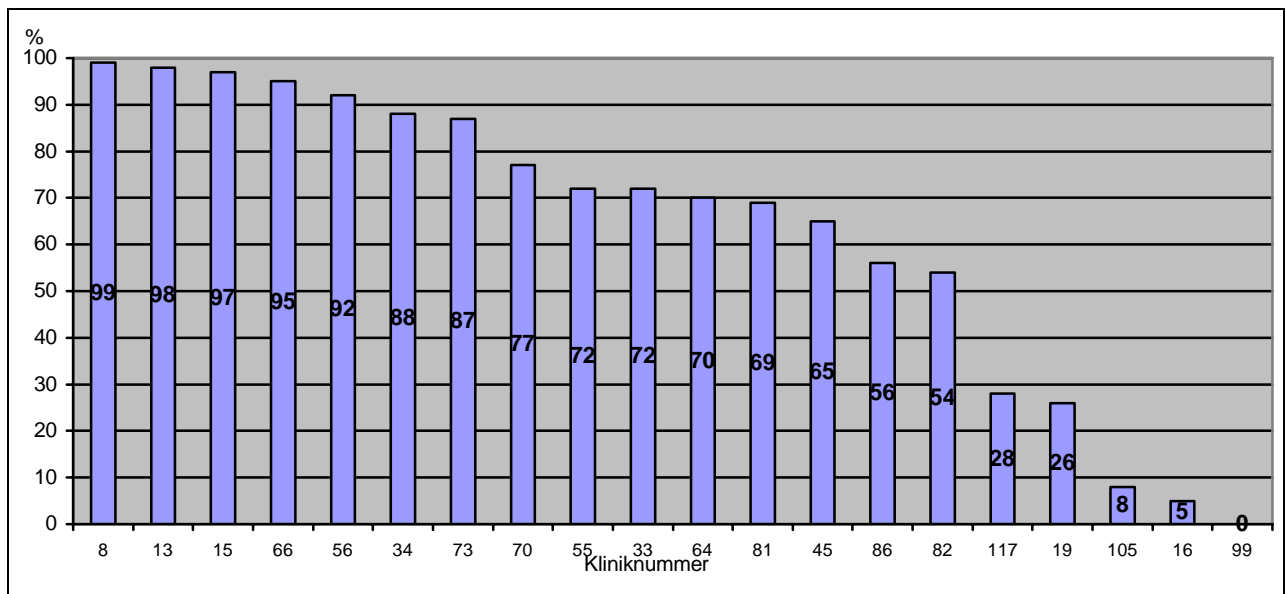


Abbildung 72: Therapiemodul „Freizeitgestaltung“ – pro Klinik: relative Häufigkeit der Rehabilitanden, die mindestens einmal eine Leistung aus diesem Modul erhielten (n=5809).

In Abbildung 73 ist die **mittlere wöchentliche Inanspruchnahme von Leistungen** aus dem Modul „Freizeitgestaltung“ in Stunden dargestellt. Die Berechnung erfolgte für Kliniken, in denen mindestens 100 Rehabilitanden des Entlassungsjahrganges 2004 betreut wurden. Statistisch und praktisch bedeutsame Unterschiede mit einer Varianzaufklärung von 28% wurden nachgewiesen.

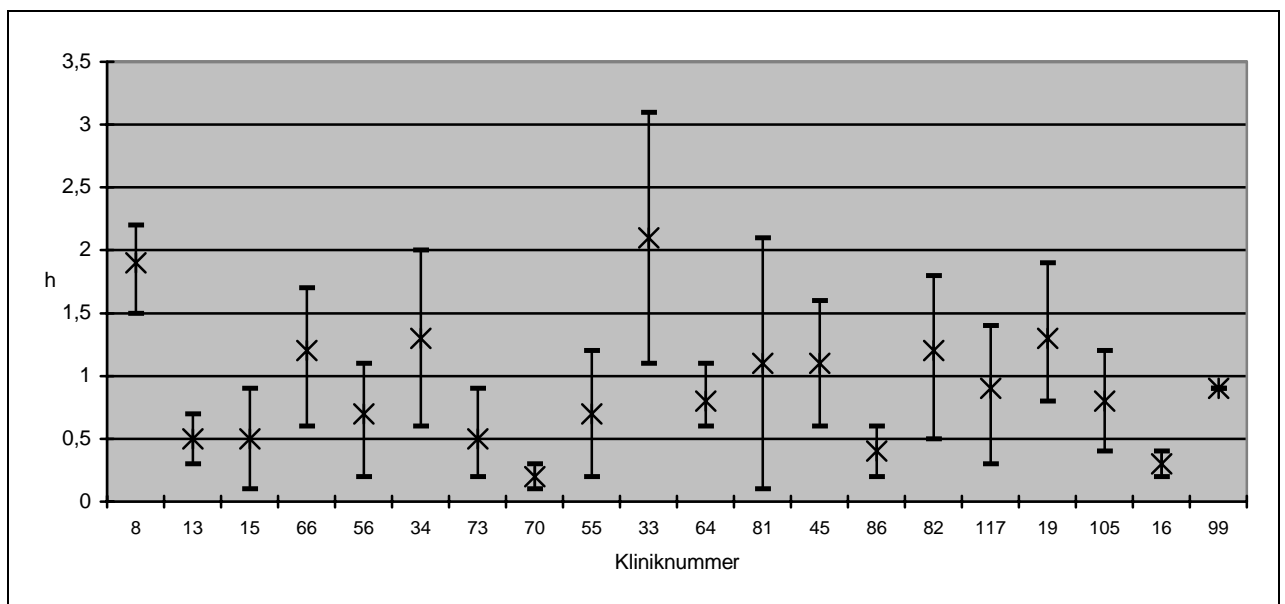


Abbildung 73: Therapiemodul „Freizeitgestaltung“ – pro Klinik: M und SD der Therapiestunden pro Reha-Woche.

3.13.3 Ergebnisse der Experten-Befragung

Leistungen aus diesem Therapiemodul wurden in 24 der 27 Kliniken, die dazu Rückmeldung gaben, angeboten (89%). Der geschätzt Anteil alkoholabhängiger Patienten, die Leistungen aus diesem Modul erhielten, lag im Mittel bei 83% (SD=26%).

Im Rahmen der modulweisen Befragung konnten Antworten von 192 Fragebögen ausgewertet werden.

In Abbildung 74 sind die **Einschätzungen der Relevanz** der beiden Leistungen innerhalb des Therapiemoduls „Freizeitgestaltung“ dargestellt.

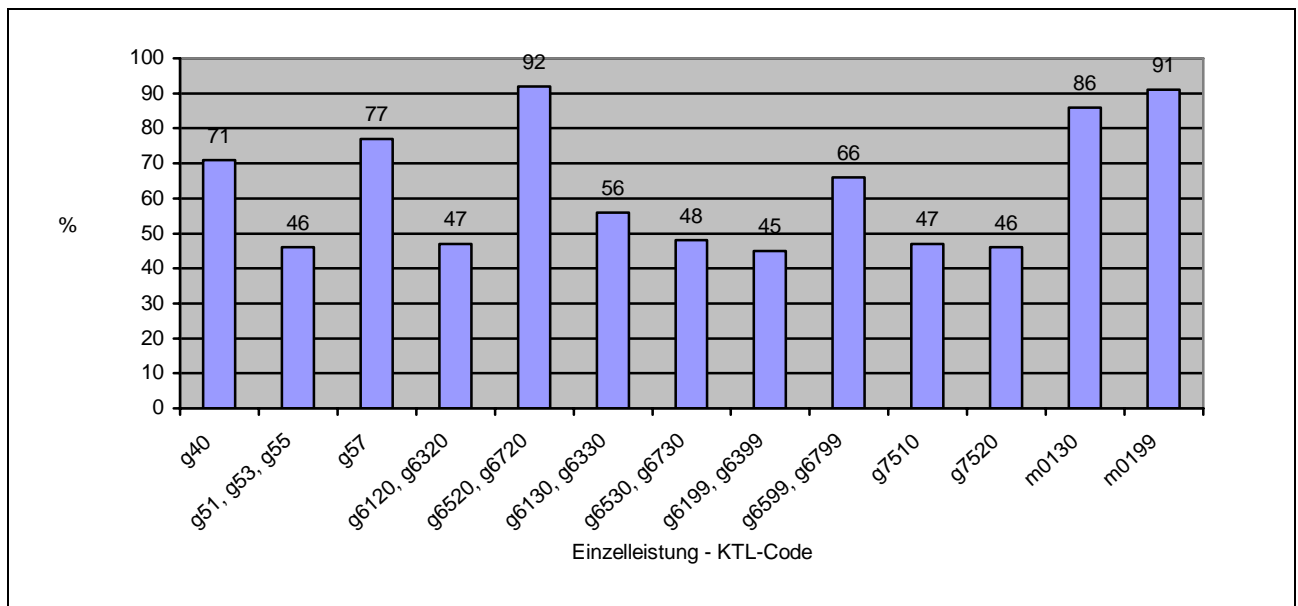


Abbildung 74: Therapiemodul „Freizeitgestaltung“ – Einschätzungen der Relevanz der Einzelleistungen (N=192).

Am häufigsten wurden als besonders wichtig eingeschätzt:

- mit erster Priorität Freizeitkompetenztraining in Kleingruppen (g6520, g6720 ; n=68, 35.5%),
- mit zweiter Priorität Training der Aktivitäten des täglichen Lebens (g6530, g6730; n=23, 12.0%) und
- mit dritter Priorität Haushaltstraining in Kleingruppen (g57; n=14, 7.3%).

Folgende **Elemente/ Leistungen sollten noch in das Modul integriert** werden (n=192):

Elemente/ Leistungen	n
aktive Entspannungsmeth. i. d. Freizeit	1
Aktivierung, Abstinente Gemeinschaft	1
Antiaggressionstraining, Entspannungstechniken	1
Ausdauer, Sportspiele, Teilnahme an Veranstaltungen	1

Bibliotherapie, Aufbau von Vereinskontakten	1
Das Einräumen v. Möglichkeiten während d. Therapie gezielte Angebote am Wohnort wahrzunehmen	1
Empfehlg. v. SHG, Sportvereinen	1
Ergotherapeutische Angebote	1
Ergotherapie i. bezugsgruppe, Musiktherapie, Literaturangebote	1
Erlebnispädagogik (Bergwandern)	1
Erschließen v. Freizeitmöglichkeiten	1
Fahrradwerkstatt, Chor, Patientenzeitung	2
Fahrradwerkstatt, Patientenzeitung	2
Feiern ohne Alkohol	1
Förderung	1
Freizeitaktivitäten	1
Freizeitgestaltung i.d. häuslichen Umgebung des Pat.	1
Freizeitgruppen, die Spass vermitteln	1
Funktionstraining	1
g 75.99	6
Gartenth., Gruppenkollage	1
geführte Ausflüge	1
gegenseitige Unterweisung bei Problemlösungen	1
Genusstraining	1
Gestaltungstherapie mit dem Angebot ausgewählter handwerklicher Techniken	2
Gruppenausflüge	2
Gruppenexpositionen im regionalen Umfeld, Enbez. v. Angehörigen	1
handwerkliche Angebote	1
Hüttenaufenthalt m. Übernachtung	1
indikative Gruppe, Umgang mit Arbeitslosigkeit	1
Jogging-Gruppe, Fahrrad	1
Kino, Museum	1
Kreativtherapie, Bewegungstherapie, Künstl. Gestalten	1
Kulturveranstaltungen, alte Hobbys wiederentdecken	1
künstlerisches Gestalten, handwerkliches Gestalten	1
Kurse wie "Internet", Fitnesstraining, Erlebnistage	1
Männerspez. Einzeltherapie	1
Motivierung zur Freizeitgestaltung in Eigenregie (Selbstmanagement	1
Musik, Chor	2
Musikth.	2
neue Medien, Computernutzung; Internet	1
Nordic Walking, Ausfl. zu sportl. Veranstaltungen	1
Organisation künftiger Freizeitgestaltung schon während der Therapie	1
Patientengruppe (r90.70), indikative Gruppe Freizeitplanung r90.10	1
Patientenzeitung, Chor	1
Projektgruppenarbeit aus dem Sport und Bewegungsbereich, z.B. Wintersportwochenende	1
spezielle Gruppen zum Thema Freizeitgestaltung	1
Suche nach Zugang zu Freizeitangebot vor Ort	1
Tanzen, Tanztherapie	1
Theatergruppe, Musikgruppe	1
Themenbezogene Filme	1
Themenbezogene Gruppen	1
TV- "Sucht "- "Entzug"	1
Wettkämpfe, Freizeitveranstaltungen	1

In Tabelle 44 sind die vorgeschlagenen Zeiteinheiten, die Durchführungsform sowie die relative Häufigkeit der Patienten, die Leistungen aus dem Modul erhalten sollen angegeben.

Tabelle 44: Ausgestaltung des Moduls „Freizeitgestaltung“(n=192)

Zeitlicher Umfang pro Woche: n, %		
<0.5h	3	1.6
0.5 bis <1h	19	9.9
1 bis < 2h	68	35.4
2 bis < 3h	36	18.8
3 h und mehr	38	19.8
andere Verteilung M (SD) ... pro Behandlungszeitraum, bezogen auf einen Zeitraum von...	16.1 (9.2) h in 16.2 (3.8) Wochen	
Frequenz pro Woche: n, %		
1-2x	113	58.9
3-5x	35	18.2
6-7x	15	7.8
andere Verteilung: M (SD) ... pro Behandlungszeitraum, bezogen auf einen Zeitraum von...	11.6 (9.7) h in 15.4 (1.5) Wochen	
Häufigkeit der Durchführung während der Reha, bezogen auf eine Behandlungsdauer von... : M (SD)	21.5 (24.6) mal in 14.5 (3.0) Wochen	
Form der Durchführung: n, %		
nur einzeln	0	-
nur Gruppe	44	22.9
einzeln und Gruppe	112	58.3
einzeln oder Gruppe (beliebig)	26	13.5
Relative Häufigkeit der Patienten, die Leistungen aus dem Modul erhalten sollen: M, SD in %	83.4	22.1

Folgende **weitere Anregungen** wurden für das Modul „Freizeitgestaltung“ gegeben (n=192):

Anregungen	n
Notwendigkeit sinnvoller Freizeitgestaltung,	1
"Modul-Denken" grundsätzliche irreführend/falsch: "Freizeit" in stationäre Reha ist das Übungsfeld	1
Anleitung/Schulung Körperhygiene	1

Ausflüge	1
bessere Ausstattung	1
Förderung der Selbstständigkeit	1
individuell verschieden, sollte nicht festgelegt werden!	4
je nach Indikation	8
täglich in 16 Wochen	1
weiterhin fehlende inhaltliche Trennschärfe, Freizeitkompetenztraining= Freizeitgestaltung	1
Zum Ende der Therapie sollten Freizeitmöglichkeiten erkundet werden u.i.d. Gruppe diskutiert werden	1

3.14 Therapiemodul „Indikative Gruppen zur psychischen Komorbidität“

3.14.1 Literaturrecherche

Zu diesem Therapiemodul existiert keine Literatur, aus der eine eindeutige Evidenzlage hervorgeht. Es muss auf die praxisbasierte Evidenz verwiesen werden.

3.14.2 Ergebnisse der KTL-Analyse

3.14.2.1 Personenbezogene Auswertung (N=8079)

Insgesamt 765 und damit 9% aller betrachteten Rehabilitanden erhielten mindestens eine einmalige Leistung aus dem Therapiemodul „Indikative Gruppen zur psychischen Komorbidität“. In dieses Modul wurden 2 KTL-Codes integriert. Der zeitliche Leistungsumfang betrug durchschnittlich 0.7 Stunden pro Woche.

Tabelle 45: Therapiemodul „Indikative Gruppen zur psychischen Komorbidität“ – **allgemeine Angaben** (N=8079)

n	765
% von 8079	9
Anzahl berücksichtigter KTL-Codes	2
Wochenumfang in h: M (SD)	0.7 (0.4)

In Abbildung 75 ist die relative Häufigkeit der Rehabilitanden dargestellt, die die im Therapiemodul „Indikative Gruppen zur psychischen Komorbidität“ integrierten **Einzelleistungen mindestens einmal pro Rehabilitation** erhalten haben. Statistisch nachgewiesene Unterschiede lassen sich deutlich erkennen. Die Varianzaufklärung lag bei 8%.

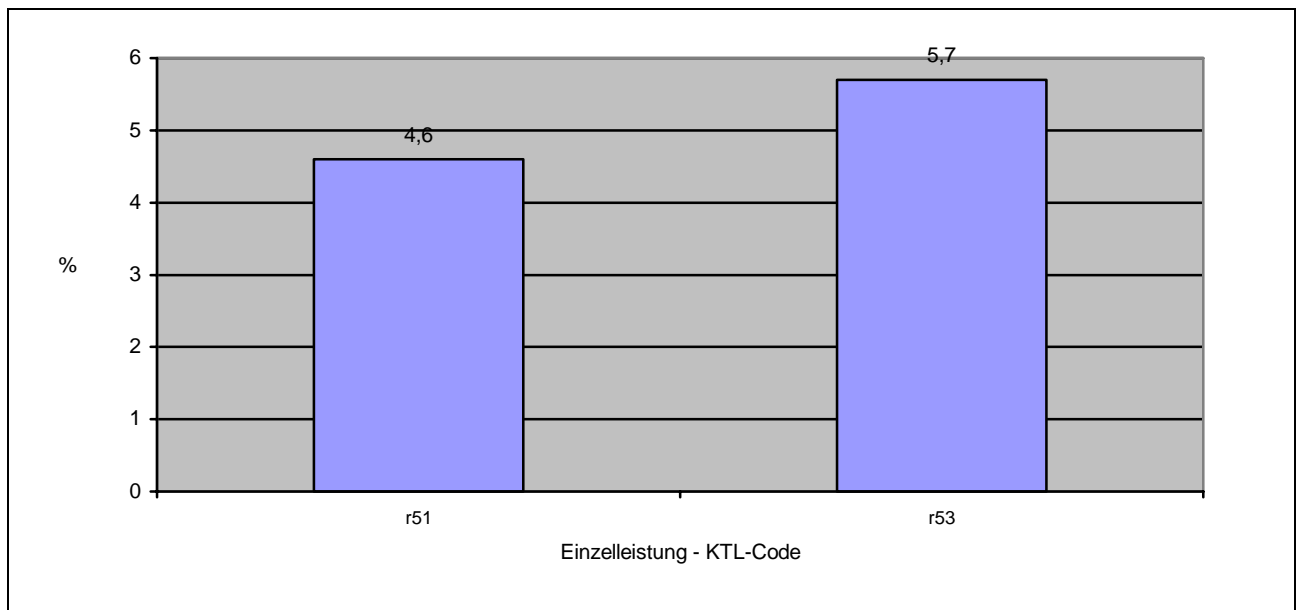


Abbildung 75: Therapiemodul „Indikative Gruppen zur psychischen Komorbidität“ – Einzelleistungen: relative Häufigkeit der Rehabilitanden, die die entsprechende Leistung mindestens einmal pro Rehabilitation erhielten (N=8079).

Abbildung 76 zeigt den **zeitlichen Umfang der Inanspruchnahme von Einzelleistungen** des Therapiemoduls „Indikative Gruppen zur psychischen Komorbidität“ pro Woche in Stunden. Zwischen einzelnen Leistungen ergaben sich, wie auch tendenziell erkennbar, praktisch bedeutsame Unterschiede. Die Varianzaufklärung lag bei 7%.

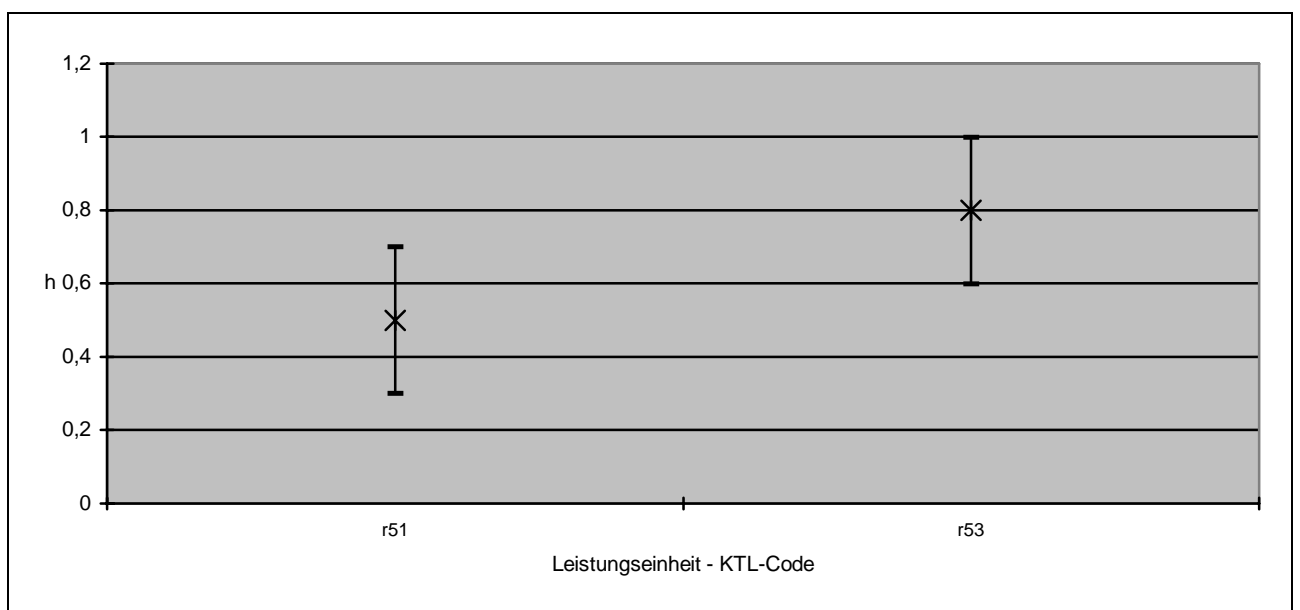


Abbildung 76: Therapiemodul „Indikative Gruppen zur psychischen Komorbidität“ – Einzelleistungen: M und SD der Therapiestunden pro Reha-Woche (N=8079).

Praktisch bedeutsame Unterschiede mit einer Varianzaufklärung von 11% ergaben sich auch für die **mittlere wöchentliche Anzahl von Therapiestunden hinsichtlich der Reha-Dauer** in folgender Form:

Tabelle 46: Therapiemodul „Indikative Gruppen zur psychischen Komorbidität“ – Reha-Dauer: M und SD der Therapiestunden pro Reha-Woche (N=8079)

Reha-Dauer	M	SD	Einzelvergleiche ($p < 0.001$, $\eta^2 = 0.11$)
1. bis 8 Wochen	1.1	0.7	1. > 2., 1. > 3., 1. > 4.
2. mehr als 8 bis 12 Wochen	0.7	0.4	2. > 3., 2. > 4.
3. mehr als 12 bis 16 Wochen	0.6	0.4	
4. mehr als 16 Wochen	0.6	0.3	

Mit einer Varianzaufklärung von 3% ergaben sich für die **mindestens einmalige Inanspruchnahme von Leistungen** aus dem Therapiemodul „Indikative Gruppen zur psychischen Komorbidität“ Unterschiede hinsichtlich der **Anzahl der Diagnosen** der Patienten. Unter den Patienten mit fünf oder mehr, neben der Alkoholabhängigkeit, zusätzlichen Diagnosen war der Anteil derer, die mindestens einmal eine Leistung aus dem Therapiemodul erhielten, mit 25% am größten, während er für Patienten mit drei zusätzlichen Diagnosen und 9.7% am kleinsten war. Zwischen diesen beiden Gruppen ergab sich die Reihenfolge: keine (17%), vier (11%), zwei (9.8%) und eine weitere Diagnose (9.7%).

3.14.2.2 Klinikbezogene Auswertung (n=5809 in 22 Kliniken mit mindestens 100 Rehabilitanden)

Abbildung 77 gibt einen Überblick zur **einmaligen Inanspruchnahme mindestens einer Leistung** aus dem Therapiemodul „Indikative Gruppen zur psychischen Komorbidität“ für alle Kliniken, in denen mindestens 100 Rehabilitanden des Entlassungsjahrganges betreut wurden.

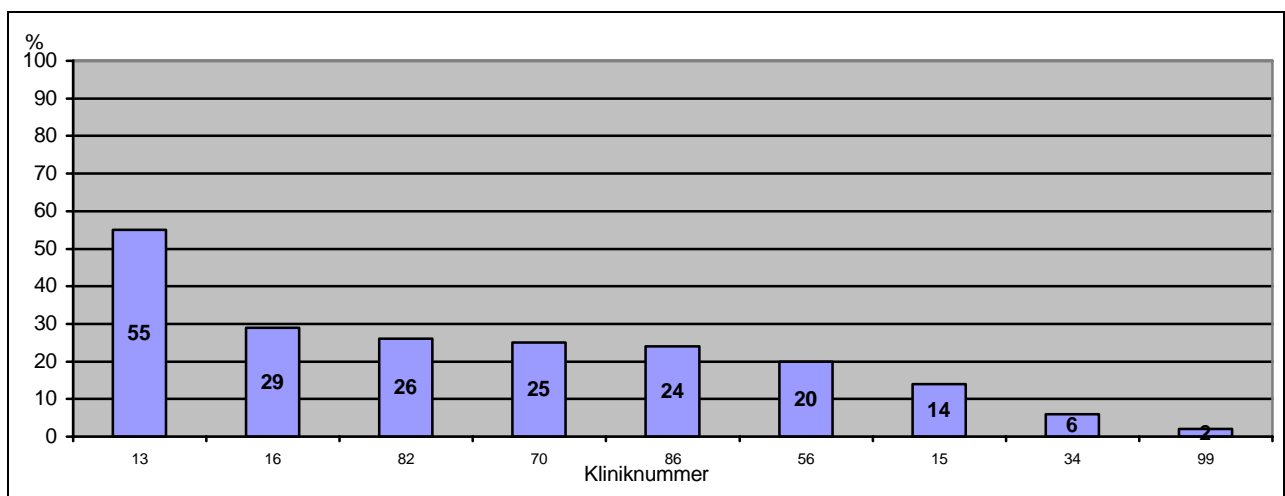


Abbildung 77: Therapiemodul „Indikative Gruppen zur psychischen Komorbidität“ – pro Klinik: relative Häufigkeit der Rehabilitanden, die mindestens einmal eine Leistung aus diesem Modul erhielten (n=5809).

In Abbildung 78 ist die **mittlere wöchentliche Inanspruchnahme von Leistungen** aus dem Modul „Indikative Gruppen zur psychischen Komorbidität“ in Stunden dargestellt. Die Berechnung erfolgte für Kliniken, in denen mindestens 100 Rehabilitanden des Entlassungsjahrganges 2004 betreut wurden. Statistisch und praktisch bedeutungsvolle Unterschiede mit einer Varianzaufklärung von 41% wurden nachgewiesen.

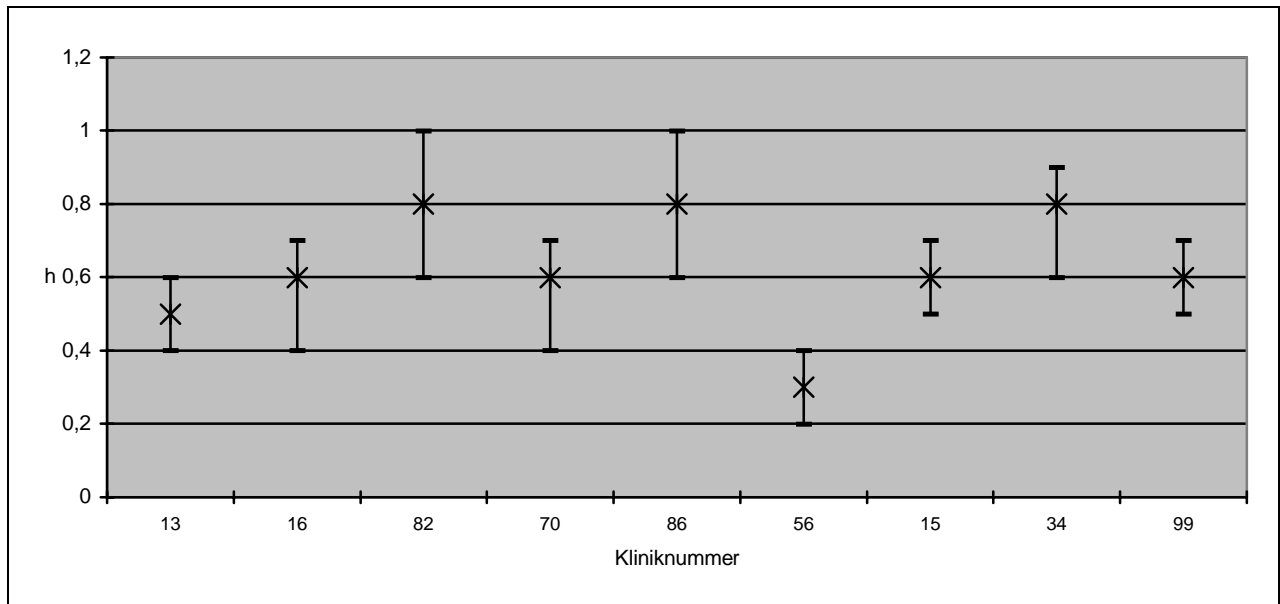


Abbildung 78: Therapiemodul „Indikative Gruppen zur psychischen Komorbidität“ – pro Klinik: M und SD der Therapiestunden pro Reha-Woche.

3.14.3 Ergebnisse der Experten-Befragung

Leistungen aus diesem Therapiemodul wurden in 20 der 27 Kliniken, die dazu Rückmeldung gaben, angeboten (74%). Der geschätzte Anteil alkoholabhängiger Patienten, die Leistungen aus diesem Modul erhielten, lag im Mittel bei 52% (SD=30%).

Im Rahmen der modulweisen Befragung konnten Antworten von 103 Fragebögen ausgewertet werden.

In Abbildung 79 sind die **Einschätzungen der Relevanz** der beiden Leistungen innerhalb des Therapiemoduls „Indikative Gruppen zur Psychischen Komorbidität“ dargestellt.

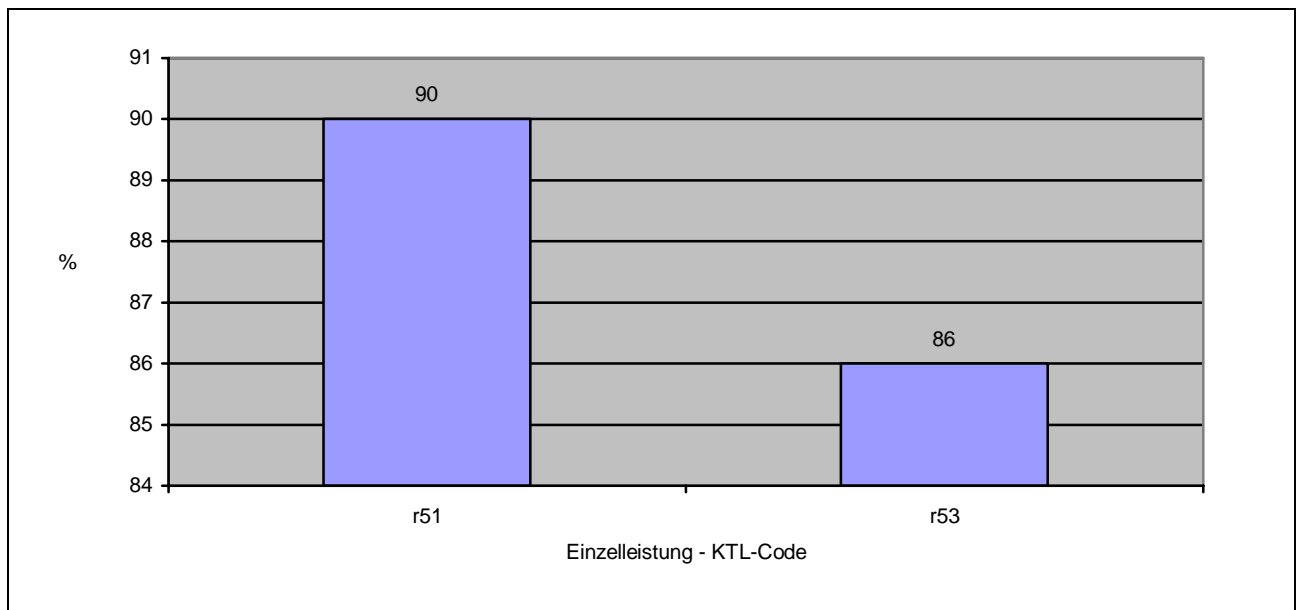


Abbildung 79: Therapiemodul „Indikative Gruppen zur Psychischen Komorbidität“ – Einschätzungen der Relevanz der Einzelleistungen (N=103).

Folgende **Elemente/ Leistungen** sollten noch in das Modul integriert werden (n=103):

Elemente/ Leistungen	n
ADHS, Zwang,	1
ADHS/ Essverhalten	1
Schizophrenie, Psychose, Psychot. Residuen, Indikation Gruppe: Psychose	5
Aggressionsgruppen, sexuelle Deviations-Problemgruppen.	1
dissoziales Verhalten	1
Antiaggressionstraining bei Persönlichkeitsstörungen	7
Diagnosebez. Gruppen	1
Stressbewältigung	1
Mutter- Kind, Aggression, Partnerschaft und Sexualität	1
fachärztl. Betreuung begleitend	1
Frauen Sucht und Trauma/ Männer Sucht u. Trauma, Sucht u. Psyche	1
Genusstraining, Selbstbewusstsein stärken, Angstreduktion	1
Genusstraining, Umgang m. Ärger und Aggression	1
Komorb. ist bei Suchtkranken grundsätzlich vorhanden	1
Körperth., Selbstbehauptungstraining	1
Partnerschaft u. Sexualität, Konflikt u. Aggression	1
Persönlichkeitsstörungen, Indikative Gruppe: Persönlichkeitsstörungen	21
Essstörungen, Indikative Gruppen und Essstörungen	21
körperliche Behinderung	1
Somatisierung	1
Phobien, soz. Hemmung, selektive Defizite bei Vermeidung, Essstörungen, Selbstverletzung	1
Posttraumat. Belastungsst.(sex. Missbrauch) Aggressionsabbau	1
Psychose SFK wäre bei entspr. Fallzahl sinnvoll	1
Psychotraumata, Tagesstrukturierung	1
Indikative Gruppen Zwang, Körperwahrnehmung , Psychomotorische Therapie	1
Schmerz, Arbeitsplatzprobleme	1

Schmerz	2
Schmerzen, Sexualstörungen, sexueller Missbrauch	1
soziale Phobie,	1
Tagestrukturierung, Aneignung der Erkrankung	2
Thema in Bezugsgruppe	2
Thema: Psychosomatik, Selbstsicherheit	1
Trauma und Sucht,	1
Trauma, posttraumat. Belastungsstörungen, Indikative Gruppe: PTBS (Gewalterfahrungen)	2
	6

In Tabelle 47 sind die vorgeschlagenen Zeiteinheiten, die Durchführungsform sowie die relative Häufigkeit der Patienten, die Leistungen aus dem Modul erhalten sollen angegeben.

Tabelle 47: Ausgestaltung des Moduls „Indikative Gruppen zur Psychischen Komorbidität“(n=103)

Zeitlicher Umfang pro Woche: n, %

<0.5h	7	6.8
0.5 bis <1h	19	18.4
1 bis < 2h	34	33.0
2 bis < 3h	14	13.6
3 h und mehr	0	-
andere Verteilung M (SD) ... pro Behandlungszeitraum, bezogen auf einen Zeitraum von...	9.0 (4.7) h in 15.1 (1.9) Wochen	

Frequenz pro Woche: n, %

1-2x	66	64.1
3-5x	2	1.9
6-7x	0	-
andere Verteilung: M (SD) ... pro Behandlungszeitraum, bezogen auf einen Zeitraum von...	7.1 (3.1) h in 15.0 (2.0) Wochen	

Häufigkeit der Durchführung während der Reha, bezogen auf eine Behandlungsdauer von... : M (SD)

8.9 (5.7) mal in 14.8 (2.9) Wochen

Form der Durchführung: n, %

nur einzeln	3	2.9
nur Gruppe	31	30.1
einzeln und Gruppe	44	42.7
einzeln oder Gruppe (beliebig)	12	11.7

Relative Häufigkeit der Patienten, die Leistungen aus dem Modul erhalten sollen: M, SD in %

49.1 26.6

Folgende **weitere Anregungen** wurden für das Modul „Indikative Gruppen zur Psychischen Komorbidität“ gegeben (n=103):

Anregungen	n
Frauenspezifische Therapie, wie Essstörung, Missbrauch, Gewalt	1
Indikationsgruppe für Essstörungen ist besonders wichtig	1
je nach Indikation und Bedarf	9

4 Anregungen für den Expertenworkshop

Bei einigen Therapiemodulen (insbesondere 3.2. Motivationsförderung) stellt sich die Frage, inwieweit diese Therapieleistung überhaupt ausreichend durch die KTL abgebildet wird oder ob dieser Inhalt nicht schon ohnehin Bestandteil anderer Therapieangebote ist und nicht extra verschlüsselt wird. Dies sollte im konkreten Fall im Expertenworkshop diskutiert werden, das Therapiemodul bei Bedarf entsprechend modifiziert oder evtl. auch ganz gestrichen werden.

Unter der Rubrik "Folgende Elemente/ Leistungen sollten noch in das Modul integriert werden" werden teilweise konkrete KTL-Leistungen vorgeschlagen, teilweise allgemeine Anregungen, die nicht direkt einer KTL-Ziffer zugeordnet werden können. In dem Expertenworkshop können nur Ergänzungen auf der Grundlage der KTL 2000 berücksichtigt werden. Die KTL wird gegenwärtig überarbeitet, die neue Version soll ab Anfang 2007 in Kraft treten. Eine Anpassung der Leitlinie wird dann erforderlich.

Die Module 3.4 „Kognitive Verhaltenstherapie“ und 3.6 „Tiefenpsychologische und psychoanalytische Psychotherapie“ können nicht getrennt voneinander auf alle Kliniken angewandt werden. Kliniken haben von ihrem Konzept her in der Regel eine verhaltenstherapeutische oder tiefenpsychologische Ausrichtung. Die beiden Therapiemodule müssen so miteinander verknüpft werden, dass eine noch festzulegende Mindestanzahl von Rehabilitanden Leistungen aus dem einen, dem anderen oder aus beiden Modulen erhält.

Literatur

Andréasson S, Öjehagen A. Psychosocial treatment for alcohol dependence. In: Berglund M, Thelander S, Jonsson E (Hrsg). Treating alcohol and drug abuse. Weinheim: Wiley-VCH, 2003: 43-188

Arbeitsgemeinschaft der wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften, Ärztliche Zentralstelle Qualitätssicherung (2001) Das Leitlinienmanual: Entwicklung und Implementierung von Leitlinien in der Medizin. Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualitätssicherung 1995, Suppl. 1: 1-84

Berglund M, Thelander S, Salaspuro M, Franck J, Andréasson S, Öjehagen A. Treatment of alcohol abuse: An evidence-based review. Alcohol Clin Exp Res 2003; 27 (10): 1645-1656

Bien TH, Miller WR, Boroughs JM. Motivational Interviewing with alcohol outpatients. Behav Psychother 1993, 21: 347-356

Bitzer EM, Aster-Schenck IU, Klosterhuis H, Dorning H, Rose S. Developing evidence based guidelines on cardiac rehabilitation - phase 1: a qualitative review. Rehabilitation 2002; 41: 226-236

Bitzer EM, Klosterhuis H, Dorning H, Rose S. Developing an evidence based clinical guideline on cardiac rehabilitation--Phase 2: comparative analysis of the present level of service provision in cardiac rehabilitation based on the KTL statistics. Rehabilitation 2003; 42: 83-93

Brown JM. The effectiveness of treatment. In: Heather N, Stockwell T (Hrsg.) The Essential Handbook of treatment and prevention of alcohol problems. Chichester, UK, John Wiley & sons 2004: 9-20

Brüggemann S, Klosterhuis H, Köhler J. Leitlinien in der Rehabilitation Abhängigkeitskranker. Sucht aktuell 2004; 11 , 2: 55-58

Brüggemann S, Korsukewitz C, Klosterhuis H. Reha-Prozesse im Fokus der Qualitätssicherung: Das Reha-Leitlinienprogramm der BfA. In: Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (Hrsg): Selbstkompetenz - Weg und Ziel der Rehabilitation. Bad Homburg: WDV-Wirtschaftsdienst, 2004; 286-287

Dunn C, Deroo L, Rivara FP. The use of brief interventions adapted for motivational interviewing across behavioural domains: a systematic review. Addiction 2001; 96: 1725-1742

Finney JW, Monahan SC. The cost-effectiveness of treatment for alcoholism: a second approximation. J Stud Alcohol 1996; 57: 229-243

Gentilello LM, Rivara FP, Donovan DM, Jurkovich GM, Daranciang E, Dunn CW, Villaveces A, Copass M, Ries RR. Alcohol interventions in a trauma center as a means of reducing the risk of injury recurrence. Ann Surg 1999; 230: 437-483

Gülich M, Engel EM, Rose S, Klosterhuis H, Jackel WH. Development of a guideline for rehabilitation of patients with low back pain-- phase 2: analysis of data of the classification of therapeutic procedures. *Rehabilitation* 2003; 42: 109-117

Handmaker-Sheehy N, Miller WR, Manicke M. Findings of a pilot study of motivational interviewing with pregnant drinkers. *J Stud Alcohol* 1999; 60: 285-287

Holder HD, Longabaugh R, Miller WR, Rubonis AV. The cost-effectiveness of treatment for alcoholism: a first approximation. *J Stud Alcohol* 1991; 52: 517-540

Huck-Langer K, Maier-Riehle B, Schliehe F. Stationäre Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen – Strukturelle Aspekte. *Suchttherapie* 2000; 1: 110-116

Küfner H. Therapieevaluation als Evidenzbasis der Suchttherapie. *Psychotherapie im Dialog* 2003; 2: 170-177

Merfert-Diete C. Zahlen und Fakten. In: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hrsg.): *Jahrbuch Sucht* 2004. Geesthach, 2004; Neuland

Miller WR, Andrews NR, Wilbourne P, Bennet ME. A wealth of alternatives: effective treatments for alcohol problems. In: Miller WR, Heather N (Hrsg.). *Treating addictive behaviors*, 2nd edn. New York: Plenum Press 1998, 203 – 216

Miller WR, Brown JM, Simpson TL, Handmaker NS, Bien TH, Luckie LF, Montgomery HA, Hester RK, Tonigan JS. What works? A methodological analysis of the alcohol treatment outcome literature. In: Hester RK, Miller WR (Hrsg.). *Handbook of alcoholism treatment approaches: Effective alternatives* 2nd edn. Needham Heights: MA Allyn and Bacon, 1995: 12 – 44

Miller WR, Wilbourne PL, Hettrema JE. What works? A summary of alcohol treatment outcome research. In: Hester RK, Miller WR (Hrsg.). *Handbook of alcoholism treatment approaches*. 3rd edn. Boston, New York, San Francisco: Allyn and Bacon, 2003: 13 – 63

Monti PM, Rohsenow DJ, Colby SM, Abrams DB. Coping and social skills training. In: Hester RK, Miller WR (Hrsg.). *Handbook of alcoholism treatment approaches: Effective alternatives* 2nd edn. Needham Heights: MA Allyn and Bacon, 1995: 221-241

Monti PM, Rohsenow DJ. Coping skills training and cue exposure treatment. In: Hester RK, Miller WR (Hrsg.). *Handbook of alcoholism treatment approaches: Effective alternatives* 3rd edn. Boston: Allyn and Bacon, 2003: 213-236

O'Farrel TJ, Fals-Stewart W. Family-involved alcoholism treatment. An update. *Recent Dev Alcohol* 2001; 15:329-356

Project Match Research Group. Matching alcoholism treatments to client heterogeneity: Project Match posttreatment drinking outcomes. *J Stud Alcohol* 1997; 58: 7 – 29

Slattery J, Chick J, Cochrane M, Craig J, Godfrey C, Macpherson K, Parrott S. Health Technology Board for Scotland: Health Technology Assessment of Prevention of Relapse in Alcohol Dependence. Consultation Assessment Report. 2002

Süß HM. Zur Wirksamkeit der Therapie bei Alkoholabhängigen: Ergebnisse einer Meta-Analyse. Psychologische Rundschau 1995; 46: 248-266

Weingardt KR, Marlatt GA. Sustaining change: helping those who are still using. In: Miller WR, Heather N (Hrsg.). Treating addictive behaviors, 2nd edn. New York: Plenum Press, 1998: 337-351

Wertz JS. The effect of motivational interviewing on treatment participation, self-efficacy, and alcohol use at follow-up in inpatient alcohol dependent adults. Doctoral dissertation, Virginia Polytechnic Institute and State University, Dissertation Abstracts International B 55/01, 1994.

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Merkmale der Patientenpopulation (N=8079)	12
Tabelle 2: Therapiemodul „Soziales Kompetenztraining“ – allgemeine Angaben (N=8079).....	14
Tabelle 3: Therapiemodul „Soziales Kompetenztraining“ – Reha-Dauer: M und SD der Therapiestunden pro Reha-Woche (N=8079).....	16
Tabelle 4: Ausgestaltung des Moduls „Soziales Kompetenztraining“(n=168).....	19
Tabelle 5: Therapiemodul „Motivationsförderungstherapie“ – allgemeine Angaben (N=8079).....	21
Tabelle 6: Therapiemodul „Motivationsförderungstherapie“ – Reha-Dauer: M und SD der Therapiestunden pro Reha-Woche (N=8079).....	21
Tabelle 7: Ausgestaltung des Moduls „Motivationsförderungstherapie“(n=102)	24
Tabelle 8: Therapiemodul „Paar- und Familientherapie“ – allgemeine Angaben (N=8079).....	25
Tabelle 9: Ausgestaltung des Moduls „Paar- und Familientherapie“(n=105).....	29
Tabelle 10: Therapiemodul „Kognitive Verhaltenstherapie“ – allgemeine Angaben (N=8079).....	31
Tabelle 11: Ausgestaltung des Moduls „Kognitive Verhaltenstherapie“(n=100)	35
Tabelle 12: Therapiemodul „Rückfallprävention“ – allgemeine Angaben (N=8079)..	36
Tabelle 13: Therapiemodul „Rückfallprävention“ – Reha-Dauer: M und SD der Therapiestunden pro Reha-Woche (N=8079).....	37
Tabelle 14: Ausgestaltung des Moduls „Rückfallprävention“(n=98).....	40
Tabelle 15: Therapiemodul „Tiefenpsychologische und psychoanalytische Psychotherapie“ – allgemeine Angaben (N=8079)	41
Tabelle 16: Ausgestaltung des Moduls „Tiefenpsychologisch fundierte und psychoanalytische Psychotherapie“(n=97)	46
Tabelle 17: Therapiemodul „Entspannungstraining“ – allgemeine Angaben (N=8079).....	47
Tabelle 18: Therapiemodul „Entspannungstraining“ – Reha-Dauer: M und SD der Therapiestunden pro Reha-Woche (N=8079).....	49
Tabelle 19: Ausgestaltung des Moduls „Entspannungstraining“(n=128)	52
Tabelle 20: Therapiemodul „Information und Schulung“ – allgemeine Angaben (N=8079).....	53
Tabelle 21: Therapiemodul „Information und Schulung“ – Reha-Dauer: M und SD der Therapiestunden pro Reha-Woche (N=8079).....	55
Tabelle 22: Ausgestaltung des Moduls „Information und Schulung“(n=231)	58
Tabelle 23: Therapiemodul „Ernährungsschulung“ – allgemeine Angaben (N=8079).....	60
Tabelle 24: Ausgestaltung des Moduls „Ernährungsschulung“(n=104)	64
Tabelle 25: Therapiemodul „Klinische Sozialarbeit - Soziale und sozialrechtliche Beratung“ – allgemeine Angaben (N=8079)	66
Tabelle 26: Therapiemodul „Klinische Sozialarbeit - Soziale und sozialrechtliche Beratung“ – Reha-Dauer: M und SD der Therapiestunden pro Reha-Woche (N=8079).....	68
Tabelle 27: Ausgestaltung des Moduls „Klinische Sozialarbeit - Soziale und sozialrechtliche Beratung“(n=168)	71
Tabelle 28: Therapiemodul „Klinische Sozialarbeit - Unterstützung bei der beruflichen Integration“ – allgemeine Angaben (N=8079)	72
Tabelle 29: Ausgestaltung des Moduls „Klinische Sozialarbeit - Unterstützung der beruflichen Integration“(n=172).....	77

Tabelle 30: Therapiemodul „Klinische Sozialarbeit - Organisation der Nachsorge“ – allgemeine Angaben (N=8079)	78
Tabelle 31: Therapiemodul „Klinische Sozialarbeit - Organisation der Nachsorge“ – Reha-Dauer: M und SD der Therapiestunden pro Reha-Woche (N=8079).....	80
Tabelle 32: Ausgestaltung des Moduls „Klinische Sozialarbeit - Organisation der Nachsorge“(n=169).....	83
Tabelle 33: Therapiemodul „Nichtrauchertraining“ – allgemeine Angaben (N=8079).....	84
Tabelle 34: Therapiemodul „Nichtrauchertraining“ – Reha-Dauer: M und SD der Therapiestunden pro Reha-Woche (N=8079).....	86
Tabelle 35: Ausgestaltung des Moduls „Einführungsveranstaltung: Nichtrauchertraining“(n=95)	88
Tabelle 36: Ausgestaltung des Moduls „Nichtrauchertraining“(n=101)	91
Tabelle 37: Therapiemodul „Sport und Bewegung: Ausdauer- und Muskelaufbautraining“ – allgemeine Angaben (N=8079)	92
Tabelle 38: Ausgestaltung des Moduls „Sport und Bewegung: Ausdauer- und Muskelaufbautraining“(n=124)	96
Tabelle 39: Therapiemodul „Sport und Bewegung: Körperliches Fähigkeitstraining“ – allgemeine Angaben (N=8079)	98
Tabelle 40: Therapiemodul „Sport und Bewegung: Körperliches Fähigkeitstraining“ – Reha-Dauer: M und SD der Therapiestunden pro Reha-Woche (N=8079).....	99
Tabelle 41: Ausgestaltung des Moduls „Sport und Bewegung: Körperliches Fähigkeitstraining“(n=121)	102
Tabelle 42: Therapiemodul „Freizeitgestaltung“ – allgemeine Angaben (N=8079).	104
Tabelle 43: Therapiemodul „Freizeitgestaltung“ – Reha-Dauer: M und SD der Therapiestunden pro Reha-Woche (N=8079).....	105
Tabelle 44: Ausgestaltung des Moduls „Freizeitgestaltung“(n=192).....	109
Tabelle 45: Therapiemodul „Indikative Gruppen zur psychischen Komorbidität“ – allgemeine Angaben (N=8079)	110
Tabelle 46: Therapiemodul „Indikative Gruppen zur psychischen Komorbidität“ – Reha-Dauer: M und SD der Therapiestunden pro Reha-Woche (N=8079).....	112
Tabelle 47: Ausgestaltung des Moduls „Indikative Gruppen zur Psychischen Komorbidität“(n=103)	115

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1:	Therapiemodul „Soziales Kompetenztraining“ – Einzelleistungen: relative Häufigkeit der Rehabilitanden, die die entsprechende Leistung mindestens einmal pro Rehabilitation erhielten (N=8079)..	15
Abbildung 2:	Therapiemodul „Soziales Kompetenztraining“ – Einzelleistungen: M und SD der Therapiestunden pro Reha-Woche (N=8079).	15
Abbildung 3:	Therapiemodul „Soziales Kompetenztraining“ – pro Klinik: relative Häufigkeit der Rehabilitanden, die mindestens einmal eine Leistung aus diesem Modul erhielten (n=5809).	16
Abbildung 4:	Therapiemodul „Soziales Kompetenztraining“ – pro Klinik: M und SD der Therapiestunden pro Reha-Woche (n=5809).	17
Abbildung 5:	Therapiemodul „Soziales Kompetenztraining“ – Einschätzungen der Relevanz der Einzelleistungen (N=168).	18
Abbildung 6:	Therapiemodul „Motivationsförderungstherapie“ – pro Klinik: relative Häufigkeit der Rehabilitanden, die mindestens einmal eine Leistung aus diesem Modul erhielten (n=5809).	22
Abbildung 7:	Therapiemodul „Motivationsförderungstherapie“ - pro Klinik: M und SD der Therapiestunden pro Reha-Woche (n=5809).	22
Abbildung 8:	Therapiemodul „Paar- und Familientherapie“ – Einzelleistungen: relative Häufigkeit der Rehabilitanden, die die entsprechende Leistung mindestens einmal pro Rehabilitation erhielten (N=8079)..	26
Abbildung 9:	Therapiemodul „Paar- und Familientherapie“ – Einzelleistungen: M und SD der Therapiestunden pro Reha-Woche (n=8079).	26
Abbildung 10:	Therapiemodul „Paar- und Familientherapie“ – pro Klinik: relative Häufigkeit der Rehabilitanden, die mindestens einmal eine Leistung aus diesem Modul erhielten (n=5809).	27
Abbildung 11:	Therapiemodul „Paar- und Familientherapie“ – pro Klinik: M und SD der Therapiestunden pro Reha-Woche (n=5809).	28
Abbildung 12:	Therapiemodul „Paar- und Familientherapie“ – Einschätzungen der Relevanz der Einzelleistungen (N=105).	28
Abbildung 13:	Therapiemodul „Kognitive Verhaltenstherapie“ – Einzelleistungen: relative Häufigkeit der Rehabilitanden, die die entsprechende Leistung mindestens einmal pro Rehabilitation erhielten (N=8079)..	31
Abbildung 14:	Therapiemodul „Kognitive Verhaltenstherapie“ – Einzelleistungen: M und SD der Therapiestunden pro Reha-Woche (N=8079).	32
Abbildung 15:	Therapiemodul „Kognitive Verhaltenstherapie“ – pro Klinik: relative Häufigkeit der Rehabilitanden, die mindestens einmal eine Leistung aus diesem Modul erhielten (n=5809).	32
Abbildung 16:	Therapiemodul „Kognitive Verhaltenstherapie“ – pro Klinik: M und SD der Therapiestunden pro Reha-Woche (n=5808).	33
Abbildung 17:	Therapiemodul „Kognitive Verhaltenstherapie“ – Einschätzungen der Relevanz der Einzelleistungen (N=100).	34
Abbildung 18:	Therapiemodul „Rückfallprävention“ – pro Klinik: relative Häufigkeit der Rehabilitanden, die mindestens einmal eine Leistung aus diesem Modul erhielten (n=5809).	38
Abbildung 19:	Therapiemodul „Rückfallprävention“ – pro Klinik: M und SD der Therapiestunden pro Reha-Woche.	38
Abbildung 20:	Therapiemodul „Tiefenpsychologische und psychoanalytische Psychotherapie“ – Einzelleistungen: relative Häufigkeit der Rehabilitanden, die die entsprechende Leistung mindestens einmal pro Rehabilitation erhielten (N=8079).	42

Abbildung 21:	Therapiemodul „Tiefenpsychologische und psychoanalytische Psychotherapie“ – Einzelleistungen: M und SD der Therapiestunden pro Reha-Woche (N=8079).	42
Abbildung 22:	Therapiemodul „Tiefenpsychologische und psychoanalytische Psychotherapie“ – pro Klinik: relative Häufigkeit der Rehabilitanden, die mindestens einmal eine Leistung aus diesem Modul erhielten (n=5809).	43
Abbildung 23:	Therapiemodul „Tiefenpsychologische und psychoanalytische Psychotherapie“ – pro Klinik: M und SD der Therapiestunden pro Reha-Woche.	44
Abbildung 24:	Therapiemodul „Tiefenpsychologisch fundierte und psychoanalytische Psychotherapie“ – Einschätzungen der Relevanz der Einzelleistungen (N=97).	45
Abbildung 25:	Therapiemodul „Entspannungstraining“ – Einzelleistungen: relative Häufigkeit der Rehabilitanden, die die entsprechende Leistung mindestens einmal pro Rehabilitation erhielten (N=8079).	48
Abbildung 26:	Therapiemodul „Entspannungstraining“ – Einzelleistungen: M und SD der Therapiestunden pro Reha-Woche (N=8079).	48
Abbildung 27:	Therapiemodul „Entspannungstraining“ – pro Klinik: relative Häufigkeit der Rehabilitanden, die mindestens einmal eine Leistung aus diesem Modul erhielten (n=5809).	49
Abbildung 28:	Therapiemodul „Entspannungstraining“ – pro Klinik: M und SD der Therapiestunden pro Reha-Woche.....	50
Abbildung 29:	Therapiemodul „Entspannungstraining“ – Einschätzungen der Relevanz der Einzelleistungen (N=128).	51
Abbildung 30:	Therapiemodul „Information und Schulung“ – Einzelleistungen: relative Häufigkeit der Rehabilitanden, die die entsprechende Leistung mindestens einmal pro Rehabilitation erhielten (N=8079)..	54
Abbildung 31:	Therapiemodul „Information und Schulung“ – Einzelleistungen: M und SD der Therapiestunden pro Reha-Woche (N=8079).	54
Abbildung 32:	Therapiemodul „Information und Schulung“ – pro Klinik: relative Häufigkeit der Rehabilitanden, die mindestens einmal eine Leistung aus diesem Modul erhielten (n=5809).	55
Abbildung 33:	Therapiemodul „Information und Schulung“ – pro Klinik: M und SD der Therapiestunden pro Reha-Woche.	56
Abbildung 34:	Therapiemodul „Information und Schulung“ – Einschätzungen der Relevanz der Einzelleistungen (N=231).	57
Abbildung 35:	Therapiemodul „Ernährungsschulung“ – Einzelleistungen: relative Häufigkeit der Rehabilitanden, die die entsprechende Leistung mindestens einmal pro Rehabilitation erhielten (N=8079).	61
Abbildung 36:	Therapiemodul „Ernährungsschulung“ – Einzelleistungen: M und SD der Therapiestunden pro Reha-Woche (N=8079).	61
Abbildung 37:	Therapiemodul „Ernährungsschulung“ – pro Klinik: relative Häufigkeit der Rehabilitanden, die mindestens einmal eine Leistung aus diesem Modul erhielten (n=5809).	62
Abbildung 38:	Therapiemodul „Ernährungsschulung“ – pro Klinik: M und SD der Therapiestunden pro Reha-Woche.....	63
Abbildung 39:	Therapiemodul „Ernährungsschulung“ – Einschätzungen der Relevanz der Einzelleistungen (N=104).	63

Abbildung 40:	Therapiemodul „Klinische Sozialarbeit - Soziale und sozialrechtliche Beratung“ – Einzelleistungen: relative Häufigkeit der Rehabilitanden, die die entsprechende Leistung mindestens einmal pro Rehabilitation erhielten (N=8079).....	67
Abbildung 41:	Therapiemodul „Klinische Sozialarbeit - Soziale und sozialrechtliche Beratung“ – Einzelleistungen: M und SD der Therapiestunden pro Reha-Woche (N=8079).	67
Abbildung 42:	Therapiemodul „Klinische Sozialarbeit - Soziale und sozialrechtliche Beratung“ – pro Klinik: relative Häufigkeit der Rehabilitanden, die mindestens einmal eine Leistung aus diesem Modul erhielten (n=5809).....	68
Abbildung 43:	Therapiemodul „Klinische Sozialarbeit - Soziale und sozialrechtliche Beratung“ – pro Klinik: M und SD der Therapiestunden pro Reha-Woche.	69
Abbildung 44:	Therapiemodul „Klinische Sozialarbeit - Soziale und sozialrechtliche Beratung“ – Einschätzungen der Relevanz der Einzelleistungen (N=168).	70
Abbildung 45:	Therapiemodul „Klinische Sozialarbeit - Unterstützung bei der beruflichen Integration“ – Einzelleistungen: relative Häufigkeit der Rehabilitanden, die die entsprechende Leistung mindestens einmal pro Rehabilitation erhielten (N=8079).....	73
Abbildung 46:	Therapiemodul „Klinische Sozialarbeit - Unterstützung bei der beruflichen Integration“ – Einzelleistungen: M und SD der Therapiestunden pro Reha-Woche (N=8079).....	73
Abbildung 47:	Therapiemodul „Klinische Sozialarbeit - Unterstützung bei der beruflichen Integration“ – pro Klinik: relative Häufigkeit der Rehabilitanden, die mindestens einmal eine Leistung aus diesem Modul erhielten (n=5809).	74
Abbildung 48:	Therapiemodul „Klinische Sozialarbeit - Unterstützung bei der beruflichen Integration“ – pro Klinik: M und SD der Therapiestunden pro Reha-Woche.	75
Abbildung 49:	Therapiemodul „Klinische Sozialarbeit - Unterstützung der beruflichen Integration“ – Einschätzungen der Relevanz der Einzelleistungen (N=172).	76
Abbildung 50:	Therapiemodul „Klinische Sozialarbeit - Organisation der Nachsorge“ – Einzelleistungen: relative Häufigkeit der Rehabilitanden, die die entsprechende Leistung mindestens einmal pro Rehabilitation erhielten (N=8079).....	79
Abbildung 51:	Therapiemodul „Klinische Sozialarbeit - Organisation der Nachsorge“ – Einzelleistungen: M und SD der Therapiestunden pro Reha-Woche (N=8079).	79
Abbildung 52:	Therapiemodul „Klinische Sozialarbeit - Organisation der Nachsorge“ – pro Klinik: relative Häufigkeit der Rehabilitanden, die mindestens einmal eine Leistung aus diesem Modul erhielten (n=5809).	80
Abbildung 53:	Therapiemodul „Klinische Sozialarbeit - Organisation der Nachsorge“ – pro Klinik: M und SD der Therapiestunden pro Reha-Woche.....	81
Abbildung 54:	Therapiemodul „Klinische Sozialarbeit - Organisation der Nachsorge“ – Einschätzungen der Relevanz der Einzelleistungen (N=169).....	82
Abbildung 55:	Therapiemodul „Nichtrauchertraining“ – Einzelleistungen: relative Häufigkeit der Rehabilitanden, die die entsprechende Leistung mindestens einmal pro Rehabilitation erhielten (N=8079).	85

Abbildung 56:	Therapiemodul „Nichtrauchertraining“ – Einzelleistungen: M und SD der Therapiestunden pro Reha-Woche (N=8079).	85
Abbildung 57:	Therapiemodul „Nichtrauchertraining“ – pro Klinik: relative Häufigkeit der Rehabilitanden, die mindestens einmal eine Leistung aus diesem Modul erhielten (n=5809).	86
Abbildung 58:	Therapiemodul „Nichtrauchertraining“ – pro Klinik: M und SD der Therapiestunden pro Reha-Woche.....	87
Abbildung 59:	Therapiemodul „Nichtrauchertraining“ – Einschätzungen der Relevanz der Einzelleistungen (N=101).	90
Abbildung 60:	Therapiemodul „Sport und Bewegung: Ausdauer- und Muskelaufbautraining“ – Einzelleistungen: relative Häufigkeit der Rehabilitanden, die die entsprechende Leistung mindestens einmal pro Rehabilitation erhielten (N=8079).	93
Abbildung 61:	Therapiemodul „Sport und Bewegung: Ausdauer- und Muskelaufbautraining“ – Einzelleistungen: M und SD der Therapiestunden pro Reha-Woche (N=8079).	93
Abbildung 62:	Therapiemodul „Sport und Bewegung: Ausdauer- und Muskelaufbautraining“ – pro Klinik: relative Häufigkeit der Rehabilitanden, die mindestens einmal eine Leistung aus diesem Modul erhielten (n=5809).	94
Abbildung 63:	Therapiemodul „Sport und Bewegung: Ausdauer- und Muskelaufbautraining“ – pro Klinik: M und SD der Therapiestunden pro Reha-Woche.	94
Abbildung 64:	Therapiemodul „Sport und Bewegung: Ausdauer- und Muskelaufbautraining“ – Einschätzungen der Relevanz der Einzelleistungen (N=124).	95
Abbildung 65:	Therapiemodul „Sport und Bewegung: Körperliches Fähigkeits-training“ – Einzelleistungen: relative Häufigkeit der Rehabilitanden, die die entsprechende Leistung mindestens einmal pro Rehabilitation erhielten (N=8079).	98
Abbildung 66:	Therapiemodul „Sport und Bewegung: Körperliches Fähigkeits-training“ – Einzelleistungen: M und SD der Therapiestunden pro Reha-Woche (N=8079).	99
Abbildung 67:	Therapiemodul „Sport und Bewegung: Körperliches Fähigkeits-training“ – pro Klinik: relative Häufigkeit der Rehabilitanden, die mindestens einmal eine Leistung aus diesem Modul erhielten (n=5809).	100
Abbildung 68:	Therapiemodul „Sport und Bewegung: Körperliches Fähigkeits-training“ – pro Klinik: M und SD der Therapiestunden pro Reha-Woche.	100
Abbildung 69:	Therapiemodul „Sport und Bewegung: Körperliches Fähigkeits-training“ – Einschätzungen der Relevanz der Einzelleistungen (N=121).	101
Abbildung 70:	Therapiemodul „Freizeitgestaltung“ – Einzelleistungen: relative Häufigkeit der Rehabilitanden, die die entsprechende Leistung mindestens einmal pro Rehabilitation erhielten (N=8079).	104
Abbildung 71:	Therapiemodul „Freizeitgestaltung“ – Einzelleistungen: M und SD der Therapiestunden pro Reha-Woche (N=8079).	105
Abbildung 72:	Therapiemodul „Freizeitgestaltung“ – pro Klinik: relative Häufigkeit der Rehabilitanden, die mindestens einmal eine Leistung aus diesem Modul erhielten (n=5809).	106

Abbildung 73: Therapiemodul „Freizeitgestaltung“ – pro Klinik: M und SD der Therapiestunden pro Reha-Woche.....	106
Abbildung 74: Therapiemodul „Freizeitgestaltung“ – Einschätzungen der Relevanz der Einzelleistungen (N=192).	107
Abbildung 75: Therapiemodul „Indikative Gruppen zur psychischen Komorbidität“ – Einzelleistungen: relative Häufigkeit der Rehabilitanden, die die entsprechende Leistung mindestens einmal pro Rehabilitation erhielten (N=8079).....	111
Abbildung 76: Therapiemodul „Indikative Gruppen zur psychischen Komorbidität“ – Einzelleistungen: M und SD der Therapiestunden pro Reha-Woche (N=8079).	111
Abbildung 77: Therapiemodul „Indikative Gruppen zur psychischen Komorbidität“ – pro Klinik: relative Häufigkeit der Rehabilitanden, die mindestens einmal eine Leistung aus diesem Modul erhielten (n=5809).	112
Abbildung 78: Therapiemodul „Indikative Gruppen zur psychischen Komorbidität“ – pro Klinik: M und SD der Therapiestunden pro Reha-Woche.....	113
Abbildung 79: Therapiemodul „Indikative Gruppen zur Psychischen Komorbidität“ – Einschätzungen der Relevanz der Einzelleistungen (N=103).....	114

Anhang

Anhang 1. KTL-Ziffern in den einzelnen Therapiemodulen

Die tabellarischen Auflistungen sind den Fragebögen zur Expertenbefragung entnommen

01. Soziales Kompetenztraining

Therapieelement (KTL-Code)	Ja	Nein
Zum Aufbau von sozialer Kompetenz und Selbstsicherheit:		
Selbsthilfetraining, einzeln (g61.10, g63.10)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Selbsthilfetraining, Kleingruppe (g65.10, g67.10)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Projektgruppe - künstlerische und gestalterische Tätigkeiten (g75.99)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erläuterungen: Ergotherapie, Indikation: mangelnde soziale Kompetenz u./o. negative Selbsteinschätzung, Therapieziel: Ausgleich der Defizite, Erweiterung von Verhaltensrepertoires und sozialer Kompetenz		
Strukturierte soziale Kommunikation und Interaktion zur Förderung der sozialen Integration im Rahmen von Besichtigungsfahrten, Dia- und Filmvorführungen, Kegeln, Musik und Bewegung, Singen, Gruppenausflug mit Bezugstherapeut oder sonstige geeignete Veranstaltung (m21):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zur Verbesserung der Belastungsbewältigung , des Problembewusstseins , der sozialen Kompetenz , Motivierung zur Erarbeitung von individuellen Strategien , Aufbau von Selbstkontrolle :		
Stressbewältigung (p12.10)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Selbstsicherheitstraining (p12.40)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zur Verbesserung der Selbstsicherheit und der sozialen Kompetenz:		
Einführung in das Selbstsicherheitstraining (r42)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Selbstsicherheitstraining nach Ullrich & Ullrich (r43.10)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Selbstsicherheitstraining nach Liberman (PET) (r43.20)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Selbstsicherheitstraining nach Feldhege & Krauthahn (r43.30)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sonstiges Selbstsicherheitstraining, Gruppe (r43.99)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Indikative Gruppe zur Darstellung der interaktionellen und dynamischen Funktion im Beziehungskontext , Musterunterbrechung , ressourcenorientierte Veränderungs- und Lösungsmöglichkeiten :		
Indikative Gruppe Soziale Kompetenz (r90.25)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Indikative Gruppe Kontakt- und Kommunikationstraining (r90.45)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Für eine verbesserte sachbezogene Kommunikations- und Interaktionsfähigkeit :		
Milieuthérapeutische Gruppe (Soziotherapie) (t11, t12, t13, t21, t22)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

02. Motivationsförderungstherapie

Therapieelement (KTL-Code)	Ja	Nein
Motivationsgruppe (k33.30)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erläuterungen: Information, Motivation, Schulung		

03. Paar- und Familientherapie

Therapieelement (KTL-Code)	Ja	Nein
Gespräche mit Patienten und Partner (Angehörigen) (k04)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Therapieziel: Erörterung krankheitsrelevanter Probleme wie Verhaltensänderung, Krankheitsrisiko, Behandlungsstrategie		
Beratung von Patienten und Angehörigen (p02)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Therapieziel: Beratung Angehöriger in Fragen der Krankheitsbewältigung und anderer Problembereiche		
Paargespräch (r29, r30)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Therapieziel: Wahrnehmen und Klären von Partnerkonflikten		
Familiengespräch (r30, r31)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Therapieziel: Wahrnehmung und Klärung von pathogenen Familienstrukturen		
Paartherapie, verhaltenstherapeutisch orientiert (r71)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Familientherapie, verhaltenstherapeutisch orientiert (r72)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Systemische Therapie mit Angehörigen (Partner/Partnerin, Kinder, Eltern, Geschwister) als Paar- und Familientherapie (r85)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Indikative Gruppe Partnerschaft und Sexualität (r90.50)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Therapieziel: z.B. Darstellung der interaktionellen und dynamischen Funktion im Beziehungskontext		
Partner- und Angehörigenseminar, mehrtägig (r93)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

04. Kognitive Verhaltenstherapie

Therapieelement (KTL-Code)	Ja	Nein
Einzelberatung (p01)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verhaltenstherapeutische Einzelintervention (p03.20, r33, r34)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verhaltenstherapeutische Krisenintervention (r36)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Organisation und Monitoring interner Belastungserprobung (r37)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Indikation: Patienten, bei denen eine berufliche Reintegration oder Umorientierung geplant ist oder deren Probleme in Zusammenhang mit beruflichen Anforderungssituationen stehen		
Organisation und Monitoring externer Belastungserprobung (r38)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Indikation: Patienten, bei denen eine berufliche Reintegration oder Umorientierung geplant ist oder deren Probleme in Zusammenhang mit beruflichen Anforderungssituationen stehen		
Verhaltenstherapeutische Problemlösegruppe (r41)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Intensivprogramm bei Abhängigkeitserkrankungen (r91)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Therapieziel: Stärkung der Gruppenkohäsion, Verbesserung der Selbstoffenbarung, Intensivierung von Rückmeldungen und Selbstreflexion, Selbsterfahrung		
Gruppenpsychotherapie in der Bezugsgruppe (r94)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

05. Rückfallprävention

Therapieelement (KTL-Code)	Ja	Nein
Rückfallprävention (r95.40)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Therapieziel: Einsicht in die Funktionalität des Problemverhaltens, Abstinenzentscheidung, Erreichen der Abstinenz, Erwerb von kurz- und mittelfristigen Bewältigungsstrategien, Vermittlung eines enttabuisierenden Rückfallmodells		

06. Tiefenpsychologisch fundierte und psychoanalytische Psychotherapie

Therapieelement (KTL-Code)	Ja	Nein
Psychoanalytische Einzeltherapie (r01 - r06)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tiefenpsychologisch fundierte Einzeltherapie (r09, r10)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich-strukturell modifizierte psychoanalytische Einzeltherapie (r11, r12)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Körperzentrierte, psychoanalytisch orientierte Einzeltherapie (r13, r14)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychoanalytische Gruppentherapie (r16 - r18)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychoanalytisch-interaktionelle Gruppentherapie (r19, r20)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Modifikation der themenzentriert-interaktionellen Methode (r21, r22)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Modifizierte interaktionelle Gruppentherapie (r23, r24)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich-strukturell modifizierte psychoanalytische Gruppentherapie (r25, r26)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Körperzentrierte psychoanalytisch orientierte Gruppentherapie (r27, r28)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

07. Entspannungstraining

Therapieelemente (KTL-Code)	Ja	Nein
Anwendung spezieller Entspannungsverfahren, einzeln (p21)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einführung in die Technik des Entspannungstrainings (p31)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Durchführung des Entspannungstrainings (p32)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autogenes Training in der Gruppe (p33)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

08. Information und Schulung

Therapieelement (KTL-Code)	Ja	Nein
Ärztliche Beratung (k01)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Patientenschulung bei Lebererkrankungen (k27)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Patientenschulung bei chronischer Pankreatitis (k29)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychoedukatives Programm „Gesundheit“ (k33.20)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige Patientenschulung bei Suchtmittelabhängigkeit/-missbrauch (k33.99)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>		
Seminar: Aktiv Gesundheit fördern (k46)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vortrag: Suchtinformation (k52.70)		
Vortrag: sonstige Themen (k52.99)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychoedukative Gruppe: Berufliche Orientierung (r63)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychoedukative Gruppe: Motivationstraining (r64)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychoedukative Gruppe als Einführungstraining (r65)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

09. Ernährungsschulung

Therapieelement (KTL-Code)	Ja	Nein
Ernährungsberatung, einzeln (k02)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ernährungsberatung, Gruppe (k03)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lehrküche praktisch (k12)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schulungsbuffet (k13)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10. Sozialarbeit

Klinische Sozialarbeit - Soziale und sozialrechtliche Beratung

Therapieelement (KTL-Code)	Ja	Nein
Wohnungssituation (h01.20)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wirtschaftliche Sicherung (h01.30)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rentenfragen (h01.40)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Klärung rechtlicher Fragen (h01.50)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige Fragen (h01.99)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Klinische Sozialarbeit - Unterstützung der beruflichen Integration

Therapieelement (KTL-Code)	Ja	Nein
Sozialrechtliche Beratung - berufliche Situation (h01.10)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Berufsklärung einschließlich Einleitung berufsfördernder Maßnahmen (h11.10)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Innerbetriebliche Umsetzung, Arbeitsplatzadaption, stufenweise Wiedereingliederung incl. Kontakte zum beruflichen Umfeld (h11.20)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Klärung der wirtschaftlichen Sicherung (h11.30)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arbeitsplatzbesuch, Dienstgang (z.B. Betriebsarzt, Betriebsrat, Schwerbehindertenvertretung) (h11.40)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige relevante Fragen im Rahmen der Rehabilitationsberatung (h11.99)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arbeitsplatztraining (g06)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hausbesuch und/oder Arbeitsplatzbesuch (g50)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gespräche mit Patienten und Betriebsangehörigen (k05)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Klinische Sozialarbeit - Organisation der Nachsorge

Therapieelement (KTL-Code)	Ja	Nein
Einleitung häuslicher Pflege u./o. ambulanter Hilfen (h21.20)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Organisation nachstationärer Betreuung (h21.30)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kontaktaufnahme, Einleitung, Begleitung dauerhaft Pflegebedürftiger in ambulante, stationäre, teilstationäre Einrichtungen (h21.40)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kontakt- und Informationsgespräche mit Vor- und Nachbehandlern (h21.50)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vor- und Nachbereitung der Teilnahme von Patienten an Selbsthilfegruppen im Rahmen des Therapieprogramms (h21.60)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige Organisation weitergehende Maßnahmen (21.99)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11. Nichtrauchertraining

Einführungsveranstaltung: Nichtrauchertraining

Therapieelement (KTL-Code)	Ja	Nein
Patientenschulung bei Suchtmittelabhängigkeit/-missbrauch - Einführungsseminar (k33.10)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nichtrauchertraining

Therapieelement (KTL-Code)	Ja	Nein
Problemorientierte Gruppenarbeit - Nichtrauchertraining (p12.50)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spezielle Indikative Gruppen bei Abhängigkeitserkrankungen - Raucherentwöhnung (r95.30)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

12. Sport und Bewegung

Sport und Bewegung: Ausdauer- und Muskelaufbautraining

Therapieelement (KTL-Code)	Ja	Nein
Ausdauer-gymnastik (I01.10)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fitnessstraining (I01.20)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gehschule (I01.30)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geh- und Lauftraining (I01.40)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Intervalltraining (I01.60)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Konditionstraining (I01.70)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Radfahren (I01.72)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stretching (I01.73)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tanztherapie (I01.74)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Terraintraining (I01.75)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Waldlauf (I01.76)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wandern (I01.77)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiges Ausdauertraining (I01.99)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ausdauer-schwimmen (I41.20)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dynamisches und statisches Muskeltraining (I61)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fahrradwandern (m01.10)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Skilanglauf (m01.20)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sport und Bewegung: Körperliches Fähigkeitstraining

Therapieelement (KTL-Code)	Ja	Nein
Gleichgewichtstraining (I01.50)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Koordinationsgymnastik (I01.71)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anfängerschwimmen (I41.10)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schwimmen für Angstpatienten (I41.30)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Therapeutisches Rückenschwimmen (I41.40)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wassergymnastik (I41.50)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiges Schwimmen (I41.99, m11.30)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ressourcenorientiertes Aufbautraining (I52)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ballspiele (m11.10)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bogenschießen (m11.20)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tischtennis (m11.40)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige geeignete Sportart im Rahmen von „Sport und Spiel in Halle und Gelände“ (m11.99)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bewegungs- und Körpertherapie als Einzelbehandlung (s41, s46)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bewegungs- und Körpertherapie als Gruppenbehandlung (s51, s56)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

13. Freizeitgestaltung

Therapieelement (KTL-Code)	Ja	Nein
Gartentherapie (g40)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haushaltstraining, einzeln (g51, g53, g55)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haushaltstraining in Kleingruppen (g57)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Freizeitkompetenztraining, einzeln (g61.20, g63.20)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Freizeitkompetenztraining in Kleingruppen (g65.20, g67.20)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Training in Aktivitäten des täglichen Lebens, einzeln (g61.30, g63.30)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Training in Aktivitäten des täglichen Lebens in Kleingruppen (g65.30, g67.30)		
Sonstiges Selbsthilfetraining, einzeln (g61.99, g63.99)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Therapieziel: Verminderung/Beseitigung funktioneller und psychosozialer Defizite		
Sonstiges Selbsthilfetraining in Kleingruppen (g65.99, g67.99)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Therapieziel: Verminderung/Beseitigung funktioneller und psychosozialer Defizite		
Gruppencollage - Projektgruppe (g75.10)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gruppenskulptur – Projektgruppe (g75.20)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spaziergänge und geführte Wanderungen (m01.30)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige geeignete Sportart im Rahmen von „Sport und Bewegung im Freien“ (m01.99)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

14. Indikative Gruppen zur psychischen Komorbidität

Therapieelement (KTL-Code)	Ja	Nein
Indikative Gruppe: Angst (r51)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Indikative Gruppe: Depression (r53)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Anhang 2. Exemplarische Darstellung der Fragebögen am Beispiel des Therapiemoduls Soziales Kompetenztraining

Fragebogen zum Therapiemodul:

Soziales Kompetenztraining

Welcher Berufsgruppe gehören Sie an?

- Arzt/Ärztin
- Diplompsychologe/in
- Ergotherapeut/in
- Sozialberater/in
- Physiotherapeut/in
- Sportlehrer/in bzw. Gymnastiklehrer/in
- andere Berufsgruppe

.....

Name, Adresse, Tel. (Stempel) der Institutio
z.B. Klinik /Fachgesellschaft/ Berufsverband

.....
.....
.....

Der vorliegende Fragebogen dient der Bewertung des Therapiemoduls **Soziales Kompetenztraining** bei der rehabilitativen Behandlung von alkoholabhängigen Patienten/innen. Diese Befragung stellt neben einer ausführlichen Literaturrecherche eine weitere Grundlage der Entwicklung von Leitlinien dar und richtet sich an Ärzte/innen und Therapeuten/innen aus Rehabilitationseinrichtungen sowie an Fachgesellschaften und Berufsverbände. Durch diese Erhebung sollen Schwerpunkte der Behandlung von alkoholabhängigen Patienten/innen in der Rehabilitation benannt sowie weiterer Bedarf aus Sicht der Experten/innen identifiziert werden.

Wir bitten Sie als Experten/in, jede der aufgeführten Fragen zu beantworten. Bei der zeitlichen Organisation des Therapiemoduls Soziales Kompetenztraining sollte berücksichtigt werden, dass sich die Gesamttherapie aus weiteren Modulen, z.B. Motivationsförderungstherapie, Kognitiver Verhaltenstherapie, Paar- und Familientherapie, zusammensetzt.

Bitte beantworten Sie folgende Fragen zum Therapiemodul **Soziales Kompetenztraining** nach Ihrer Einschätzung und Erfahrung:

1. Bitte geben Sie an, ob Sie die folgenden Therapieelemente als relevant für das Modul Soziales Kompetenztraining erachten.

Therapieelement (KTL-Code)	Ja	Nein
Zum Aufbau von sozialer Kompetenz und Selbstsicherheit:		
Selbsthilfetraining, einzeln (g61.10, g63.10)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Selbsthilfetraining, Kleingruppe (g65.10, g67.10)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Projektgruppe - künstlerische und gestalterische Tätigkeiten (g75.99)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erläuterungen: Ergotherapie, Indikation: mangelnde soziale Kompetenz u./o. negative Selbsteinschätzung, Therapieziel: Ausgleich der Defizite, Erweiterung von Verhaltensrepertoires und sozialer Kompetenz		
Strukturierte soziale Kommunikation und Interaktion zur Förderung der sozialen Integration im Rahmen von Besichtigungsfahrten, Dia- und Filmvorführungen, Kegeln, Musik und Bewegung, Singen, Gruppenausflug mit Bezugstherapeut oder sonstige geeignete Veranstaltung (m21):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zur Verbesserung der Belastungsbewältigung, des Problembewusstseins, der sozialen Kompetenz, Motivierung zur Erarbeitung von individuellen Strategien, Aufbau von Selbstkontrolle:		
Stressbewältigung (p12.10)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Selbstsicherheitstraining (p12.40)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zur Verbesserung der Selbstsicherheit und der sozialen Kompetenz:		
Einführung in das Selbstsicherheitstraining (r42)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Selbstsicherheitstraining nach Ullrich & Ullrich (r43.10)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Selbstsicherheitstraining nach Liberman (PET) (r43.20)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Selbstsicherheitstraining nach Feldhege & Krauthahn (r43.30)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Fortsetzung...</i>		

Therapieelement (KTL-Code)	Ja	Nein
sonstiges Selbstsicherheitstraining, Gruppe (r43.99)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Indikative Gruppe zur Darstellung der interaktionellen und dynamischen Funktion im Beziehungskontext , Musterunterbrechung , ressourcenorientierte Veränderungs- und Lösungsmöglichkeiten :		
Indikative Gruppe Soziale Kompetenz (r90.25)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Indikative Gruppe Kontakt- und Kommunikationstraining (r90.45)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Für eine verbesserte sachbezogene Kommunikations- und Interaktionsfähigkeit :		
Milieutherapeutische Gruppe (Soziotherapie) (t11, t12, t13, t21, t22)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Welche Leistungen dieses Therapiemoduls finden Sie besonders wichtig?

Bitte nach Prioritäten ordnen!

1. _____
2. _____
3. _____

3. Gibt es weitere Interventionen / Elemente, die Ihrer Meinung nach in das Modul Soziales Kompetenztraining integriert werden sollten? Wenn ja, welche?

Keine weiteren

.....

.....

.....

4. Bitte geben Sie den *zeitlichen Umfang pro Woche* an, in dem das Therapiemodul **Soziales Kompetenztraining durchgeführt werden sollte.**

- 0,5 Stunden pro Woche
- 0,5 bis < 1 Stunde pro Woche
- 1 bis < 2 Stunden pro Woche
- 2 bis < 3 Stunden pro Woche
- 3 Stunden und mehr pro Woche
- oder _____ Stunden pro Reha / Behandlungszeitraum, bezogen auf eine Aufenthaltsdauer von _____

5. Bitte geben Sie die *Frequenz pro Woche* an, in der das Modul **Soziales Kompetenztraining durchgeführt werden sollte.**

- 1 bis 2 mal pro Woche
- 3 bis 5 mal pro Woche
- 6 bis 7 mal pro Woche
- andere Frequenz und zwar _____ mal pro Reha / Behandlungszeitraum, bezogen auf eine Aufenthaltsdauer von _____

6. Wie oft sollte **Soziales Kompetenztraining während des gesamten Rehabilitationsaufenthaltes mindestens durchgeführt werden?**

_____mal pro Reha / Behandlungszeitraum, bezogen auf eine Aufenthaltsdauer von _____

7. In welcher Form sollte das Therapiemodul **Soziales Kompetenztraining durchgeführt werden?**

- Nur einzeln
- Nur in der Gruppe
- Einzeln und in der Gruppe
- Einzeln oder in der Gruppe (beliebig)

8. Wieviel Prozent der Patienten/innen mit Alkoholabhängigkeit sollten Therapien aus dem Modul Soziales Kompetenztraining während des Reha-Aufenthaltes erhalten?

ca. _____ %

9. Haben Sie weitere Anmerkungen oder Anregungen?

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Bitte senden Sie diesen Fragebogen, gemeinsam mit den anderen, an:

Klinikum der Universität München
Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Frau Peggy Schmidt
Nußbaumstraße 7
80336 München

Anhang 3. Allgemeine Fragen zur Rehabilitationsklinik

Allgemeine Fragen zur Rehabilitationsklinik

Bei den nachfolgenden Fragen geht es um allgemeine Angaben zur Belegung (Indikationen, Anzahl von Patientinnen und Patienten) Ihrer Rehabilitations-Klinik.

Welcher Berufsgruppe gehören Sie an?

- Arzt/Ärztin
- Diplompsychologe/in
- Ergotherapeut/in
- Sozialberater/in
- Physiotherapeut/in
- Sportlehrer/in bzw. Gymnastiklehrer/in
- andere Berufsgruppe

.....

Name, Adresse, Tel. (Stempel) der Institution

.....

z.B. Klinik /Fachgesellschaft/ Berufsverband

.....

.....

1. Welche Indikationen werden in Ihrer Reha-Klinik hauptsächlich behandelt?

2. Wie viele Patientinnen und Patienten behandeln Sie pro Jahr?

_____ Anzahl Patientinnen und Patienten insgesamt

_____ Anzahl Patientinnen und Patienten mit Substanzabhängigkeit

_____ Anzahl Patientinnen und Patienten mit Alkoholabhängigkeit

3. Kreuzen Sie bitte an, welche der folgenden Therapiemodule in Ihrem Haus angeboten werden. (Mehrfachnennungen). Die Einzelleistungen zu den Bereichen finden Sie in den entsprechenden Fragebögen.

Soziales Kompetenztraining	<input type="checkbox"/>
Motivationsförderungstherapie	<input type="checkbox"/>
Paar- und Familientherapie	<input type="checkbox"/>
Kognitive Verhaltenstherapie	<input type="checkbox"/>
Rückfallprävention	<input type="checkbox"/>
Tiefenpsychologisch fundierte und psychoanalytische Psychotherapie	<input type="checkbox"/>
Entspannungstraining	<input type="checkbox"/>
Information und Schulung	<input type="checkbox"/>
Ernährungsschulung	<input type="checkbox"/>
Klinische Sozialarbeit - Soziale und sozialrechtliche Beratung	<input type="checkbox"/>
Klinische Sozialarbeit - Unterstützung der beruflichen Integration	<input type="checkbox"/>
Klinische Sozialarbeit - Organisation der Nachsorge	<input type="checkbox"/>
Einführungsveranstaltung Nichtrauchertraining	<input type="checkbox"/>
Nichtrauchertraining	<input type="checkbox"/>
Sport- und Bewegung: Ausdauer- und Muskelaufbautraining	<input type="checkbox"/>
Sport- und Bewegung: Körperliches Fähigkeitstraining	<input type="checkbox"/>
Freizeitgestaltung	<input type="checkbox"/>
Indikative Gruppen zur psychischen Komorbidität	<input type="checkbox"/>

4. Wie hoch schätzen Sie den Anteil von alkoholabhängigen PatientInnen ein, die in Ihrer Reha-Einrichtung eine Leistung aus dem jeweiligen Bereich erhalten? Die Einzelleistungen zu den Bereichen finden Sie in den entsprechenden Fragebögen.

Bereich	ca.
%	
Soziales Kompetenztraining	_____
Motivationsförderungstherapie	_____
Paar- und Familientherapie	_____
Kognitive Verhaltenstherapie	_____
Rückfallprävention	_____
Tiefenpsychologisch fundierte und psychoanalytische Psychotherapie	_____
Entspannungstraining	_____
Information und Schulung	_____
Ernährungsschulung	_____
Klinische Sozialarbeit - Soziale und sozialrechtliche Beratung	_____
Klinische Sozialarbeit - Unterstützung der beruflichen Integration	_____
Klinische Sozialarbeit - Organisation der Nachsorge	_____
Einführungsveranstaltung Nichtrauchertraining	_____
Nichtrauchertraining	_____
Sport- und Bewegung: Ausdauer- und Muskelaufbautraining	_____
Sport- und Bewegung: Körperliches Fähigkeitstraining	_____
Freizeitgestaltung	_____
Indikative Gruppen zur psychischen Komorbidität	_____

5. Haben Sie weitere Anmerkungen oder Anregungen?

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Bitte senden Sie diesen Fragebogen, gemeinsam mit den anderen, an:

Klinikum der Universität München
 Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie
 Frau Peggy Schmidt
 Nußbaumstraße 7
 80336 München

B. Pilotversion Reha-Therapiestandards Alkoholabhängigkeit

Reha-Therapiestandards Alkoholabhängigkeit	
Evidenzbasierte Therapiemodule (ETM) KTL 2007	
ETM 01	Allgemeine Psychotherapie bei Alkoholabhängigkeit: verhaltenstherapeutisch orientierte Psychotherapie, tiefenpsychologisch orientierte Psychotherapie und andere psychotherapeutische Leistungen (insbesondere Gesprächspsychotherapie, Gestalttherapie, Psychodrama)
Therapeutische Inhalte	Bei diesem Modul handelt es sich um den basalen und unverzichtbaren Kern der Entwöhnungsbehandlung, bei dem insbesondere die bisherige und aktuelle Problematik und die zukünftige Rückfallgefährdung thematisiert werden. Bearbeitung dysfunktionaler Verhaltensmuster und Kognitionen, Aufbau von Verhaltensalternativen und Bewältigungskompetenzen. Konflikt- und beziehungsorientierte, aufdeckende Bearbeitung von Motiven und Funktionen des Alkoholkonsums. Förderung der Persönlichkeitsentwicklung mit dem Ziel einer Stärkung der Ich-Funktion, Nachreifung. Ziele sind z.B. Entwicklung und Stabilisierung der Persönlichkeit und Förderung einer selbst bestimmten abstinente Lebensweise
Formale Ausgestaltung	Mindestdauer pro Woche: mind. 240 Minuten
KTL-Leistungseinheiten	<p>F010 Psychologische Einzelberatung</p> <p>F021 Psychodynamisch orientierte Einzelintervention</p> <p>F022 Verhaltenstherapeutisch orientierte Einzelintervention</p> <p>F029 Einzelintervention nach anderen anerkannten Psychotherapieverfahren</p> <p>F030 Therapeutische Intervention in Konfliktsituation</p> <p>G020 Psychotherapeutische Krisenintervention</p> <p>G031 Psychotherapie einzeln, psychodynamisch: Psychoanalytisch orientierte Therapie</p> <p>G032 Psychotherapie einzeln, psychodynamisch: Kurztherapie</p> <p>G033 Psychotherapie einzeln, psychodynamisch: Supportive, ich-strukturelle Therapie</p> <p>G034 Psychotherapie einzeln, psychodynamisch: Interaktionelle Therapie</p> <p>G035 Psychotherapie einzeln, psychodynamisch: Körperzentrierte Therapie</p> <p>G036 Psychotherapie einzeln, psychodynamisch: Psychoanalytisch orientierte Sozialtherapie</p> <p>G039 Sonstige Psychotherapie einzeln, psychodynamisch</p> <p>G041 Psychotherapie in der Gruppe, psychodynamisch: Psychoanalytisch orientierte Gruppe</p>

	<p>G042 Psychotherapie in der Gruppe, psychodynamisch: Psychoanalytisch-interaktionelle Gruppe</p> <p>G043 Psychotherapie (Gruppe), psychodyn.: Ich-strukturell modifizierte psychoanalytische Gruppe</p> <p>G044 Psychotherapie (Gruppe), psychodyn.: Körperzentrierte, psychoanalytisch orientierte Gruppe</p> <p>G049 Sonstige Psychotherapie in der Gruppe, psychodynamisch</p> <p>G051 Psychotherapie einzeln, verhaltenstherapeutisch</p> <p>G052 Psychotherapie einzeln, verhaltenstherapeutisch: Expositionstraining</p> <p>G061 Psychotherapie (Gruppe), verhaltenstherap., störungsunspec.: Problemlösegruppe</p> <p>G069 Sonstige störungsspezifische Psychotherapie in der Gruppe, verhaltenstherapeutisch</p> <p>G094 Störungsspezifische Gruppe bei Abhängigkeitsproblematik: Rückfallprävention</p> <p>G111 Gesprächspsychotherapie einzeln</p> <p>G112 Systemische Therapie einzeln</p> <p>G113 Gestalttherapie einzeln</p> <p>G114 Psychodramatherapie einzeln</p> <p>G115 Körperzentrierte Psychotherapie einzeln</p> <p>G119 Sonstige Psychotherapie einzeln</p> <p>G121 Gesprächspsychotherapie in der Gruppe</p> <p>G122 Systemische Therapie in der Gruppe</p> <p>G123 Gestalttherapie in der Gruppe</p> <p>G124 Psychodramatherapie in der Gruppe</p> <p>G125 Körperzentrierte Psychotherapie in der Gruppe</p> <p>G129 Sonstige Psychotherapie in der Gruppe</p>
<p>Mindestanteil entsprechend zu behandelnder Rehabilitanden</p>	<p>mind. 90 %</p>

Reha-Therapiestandards Alkoholabhängigkeit

Evidenzbasierte Therapiemodule (ETM) KTL 2007

ETM 02 Indikative Therapien: themenzentrierte Interventionen zur psychischen Komorbidität

Therapeutische Inhalte	Vermittlung störungsspezifischer Erkrankungsmodelle, Erlernen von Techniken der Krankheitsbewältigung
Formale Ausgestaltung	Mindestdauer pro Woche: mind. 60 Minuten
KTL-Leistungseinheiten	<p>F100 Hirnleistungstraining einzeln F110 Hirnleistungstraining in der Kleingruppe F120 Neuropsychologische Therapie einzeln F130 Neuropsychologische Therapie in der Kleingruppe F140 Neuropsychologische Therapie in der Gruppe G045 Psychotherapie in der Gruppe, psychodynamisch bei Beeinträchtigung der Körperwahrnehmung G071 Psychotherapie (Gruppe), verhaltenstherap., störungs- und problemspez. bei Angst, Phobie G072 Psychotherapie (Gruppe), verhaltenstherap., störungs- und problemspez. bei Schmerz G073 Psychotherapie (Gruppe), verhaltenstherap., störungs- und problemspez. bei Depression G074 Psychotherapie (Gruppe), verhaltenstherap., störungs- und problemspez. bei Adipositas G075 Psychotherapie (Gruppe), verhaltenstherap., störungs- und problemspez. bei Zwang G076 Psychotherapie (Gruppe), verhaltenstherap., störungs- und problemspez. bei Anorexie, Bulimie G077 Psychotherapie (Gruppe), verhaltenstherap., problemspez.: Beeinträchtigung Körperwahrnehmung G079 Sonstige störungs- und problemspez. Psychotherapie in der Gruppe, verhaltenstherap. G081 Psychotherapie in der Gruppe, psychodynamisch, störungsspezifisch bei Angst, Phobie G082 Psychotherapie in der Gruppe, psychodynamisch, störungsspezifisch bei Schmerz G083 Psychotherapie in der Gruppe, psychodynamisch, störungsspezifisch bei Depression G084 Psychotherapie (Gruppe), psychodynamisch, störungsspez. bei Adipositas, Binge Eating Disorder G085 Psychotherapie in der Gruppe, psychodynamisch, störungsspezifisch bei Zwang</p>

	<p>G086 Psychotherapie in der Gruppe, psychodynamisch, störungsspezifisch bei Anorexie, Bulimie</p> <p>G089 Sonstige störungsspezifische Psychotherapie in der Gruppe, psychodynamisch</p> <p>G091 Störungsspezifische Gruppe bei Abhängigkeitsproblematik: Pathologisches Glücksspiel</p> <p>G092 Störungsspez. Gruppe bei Abhängigkeitsproblematik: Substanzabhängigkeit/Schädlicher Gebrauch</p> <p>G099 Sonstige störungsspezifische Gruppe bei Abhängigkeitsproblematik</p> <p>G101 Psychoedukative Gruppe: Genusstraining</p> <p>G102 Psychoedukative Gruppe: Motivationstraining bei Abhängigkeitserkrankungen</p> <p>G109 Sonstige psychoedukative Gruppe</p>
Mindestanteil entsprechend zu behandelnder Rehabilitanden	mind. 30 %

Reha-Therapiestandards Alkoholabhängigkeit

Evidenzbasierte Therapiemodule (ETM) KTL 2007

ETM 03 Indikative Therapien: Förderung von psychosozialer Kompetenz

Therapeutische Inhalte	Förderung von Selbstsicherheit und sozialer Kompetenz
Formale Ausgestaltung	Mindestdauer pro Woche: mind. 60 Minuten
KTL-Leistungseinheiten	<p>C020 Motivationsförderung</p> <p>D052 Psychoedukative Gruppe: Training von sozialer Kompetenz</p> <p>D080 Sozialtherapeutische Einzelbetreuung</p> <p>D090 Sozialtherapeutische Aktivgruppe</p> <p>D100 Sozialtherapie als Großgruppe</p> <p>D110 Bereichsversammlung, Vollversammlung</p> <p>E181 Selbsthilfetraining einzeln: Aufbau von sozialer Kompetenz</p> <p>E191 Selbsthilfetraining in der Kleingruppe: Aufbau von sozialer Kompetenz</p> <p>F051 Problem- und störungsorientierte Gruppenarbeit: Stressbewältigung</p> <p>F054 Problem- und störungsorientierte Gruppenarbeit: Soziales Kompetenztraining</p> <p>F059 Sonstige problem- und störungsorientierte Gruppenarbeit</p> <p>G047 Psychotherapie in der Gruppe, psychodynamisch: Geschlechtsspezifische Gruppe</p> <p>G062 Psychotherapie (Gruppe), verhaltenstherap., störungsunspez.: Training sozialer Kompetenzen</p> <p>G064 Psychotherapie (Gruppe), verhaltenstherap., störungsunspez.: Geschlechtsspezifische Gruppe</p> <p>L031 Soziale Kommunikation und Interaktion: Dia- und Filmvorführung</p> <p>L032 Soziale Kommunikation und Interaktion: Musik und Bewegung</p> <p>L033 Soziale Kommunikation und Interaktion: Singen</p> <p>L034 Soziale Kommunikation und Interaktion: Gruppenausflug mit Bezugstherapeut</p> <p>L039 Sonstige strukturierte soziale Kommunikation und Interaktion</p>
Mindestanteil entsprechend zu behandelnder Rehabilitanden	mind. 50 %

Reha-Therapiestandards Alkoholabhängigkeit

Evidenzbasierte Therapiemodule (ETM) KTL 2007

ETM 04 Angehörigenorientierte Interventionen

Therapeutische Inhalte	Soziale Unterstützung einer abstinenten und sozial integrierten Lebensweise, Klärung sozialer Risikofaktoren, Förderung sozialer Kommunikation. Unter Angehörigen sind wichtige Bezugspersonen der Rehabilitanden zu verstehen
Formale Ausgestaltung	Minstdauer pro Rehabilitation: mind. 240 Minuten
KTL-Leistungseinheiten	C030 Gespräche mit Patienten und Partner/Angehörigen D060 Angehörigengespräch einzeln D071 Angehörigenschulung D072 Themenzentrierte Gruppe für Angehörige G130 Paargespräch, Familiengespräch, Angehörigengespräch G140 Paartherapie, Familientherapie, methodenübergreifend G171 Angehörigenseminar für Kinder und Jugendliche bei Abhängigkeitserkrankungen G172 Angehörigenseminar für Erwachsene bei Abhängigkeitserkrankungen
Mindestanteil entsprechend zu behandelnder Rehabilitanden	mind. 25 %

Reha-Therapiestandards Alkoholabhängigkeit

Evidenzbasierte Therapiemodule (ETM) KTL 2007

ETM 05a **Arbeitsbezogene Leistungen für Arbeitslose***

Therapeutische Inhalte	Klärung des erwerbsbezogenen Potentials, Unterstützung der beruflichen Orientierung, Förderung der Eingliederung ins Erwerbsleben; Förderung der Grundarbeitsfähigkeit, sozialer Fähigkeiten und des Selbstbilds
Formale Ausgestaltung	Mindestdauer pro Rehabilitation: mind. 16 Stunden
KTL-Leistungseinheiten	<p>E020 Arbeitstherapie einzeln E031 Arbeitstherapie in der Gruppe: Soziales, Hauswirtschaft E032 Arbeitstherapie in der Gruppe: EDV, Bürokommunikation E033 Arbeitstherapie in der Gruppe: Handwerk E039 Sonstige indikationsgeleitete Arbeitstherapie in der Gruppe E040 Bilanzierungsgespräch bei externem Arbeitsplatzpraktikum E050 Arbeitsplatztraining E142 Arbeitsplatzbesuch E200 Verhaltensbeobachtung zur Leistungsbeurteilung E220 Produktorientiertes Arbeiten G046 Psychotherapie in der Gruppe, psychodynamisch: Arbeitsweltbezogene Problematik G063 Psychotherapie (Gruppe), verhaltenstherap., störungsunspez.: Arbeitsweltbezogene Problematik G151 Organisation und Monitoring interner Belastungserprobung in der Psychotherapie G152 Durchführung interner Belastungserprobung in der Psychotherapie G161 Organisation und Monitoring externer Belastungserprobung in der Psychotherapie G162 Durchführung externer Belastungserprobung in der Psychotherapie H071 Begleitung bei interner und externer Belastungserprobung H073 Begleitung und Überwachung von Selbstmanagement und Verhaltensmodifikation H074 Supportives Gespräch H080 Stationsablauf- und alltagsstrukturierende Gruppe</p>
Mindestanteil entsprechend zu behandelnder Rehabilitanden	mind. 90 %

* Angabe Arbeitslosigkeit im Reha-Antrag

Reha-Therapiestandards Alkoholabhängigkeit

Evidenzbasierte Therapiemodule (ETM) KTL 2007

ETM 05b **Arbeitsbezogene Leistungen für Rehabilitanden mit Arbeit und Nicht-Erwerbstätige**

Therapeutische Inhalte	Klärung des erwerbsbezogenen Potentials, Unterstützung der beruflichen Orientierung, Förderung der Eingliederung ins Erwerbsleben; Förderung der Grundarbeitsfähigkeit, sozialer Fähigkeiten und des Selbstbilds
Formale Ausgestaltung	Mindestdauer pro Rehabilitation: mind. 7 Stunden
KTL-Leistungseinheiten	E020 Arbeitstherapie einzeln E031 Arbeitstherapie in der Gruppe: Soziales, Hauswirtschaft E032 Arbeitstherapie in der Gruppe: EDV, Bürokommunikation E033 Arbeitstherapie in der Gruppe: Handwerk E039 Sonstige indikationsgeleitete Arbeitstherapie in der Gruppe E040 Bilanzierungsgespräch bei externem Arbeitsplatzpraktikum E050 Arbeitsplatztraining E142 Arbeitsplatzbesuch E200 Verhaltensbeobachtung zur Leistungsbeurteilung E220 Produktorientiertes Arbeiten G046 Psychotherapie in der Gruppe, psychodynamisch: Arbeitsweltbezogene Problematik G063 Psychotherapie (Gruppe), verhaltenstherap., störungsunspez.: Arbeitsweltbezogene Problematik G151 Organisation und Monitoring interner Belastungserprobung in der Psychotherapie G152 Durchführung interner Belastungserprobung in der Psychotherapie G161 Organisation und Monitoring externer Belastungserprobung in der Psychotherapie G162 Durchführung externer Belastungserprobung in der Psychotherapie H071 Begleitung bei interner und externer Belastungserprobung H073 Begleitung und Überwachung von Selbstmanagement und Verhaltensmodifikation H074 Supportives Gespräch H080 Stationsablauf- und alltagsstrukturierende Gruppe
Mindestanteil entsprechend zu behandelnder Rehabilitanden	mind. 50 %

Reha-Therapiestandards Alkoholabhängigkeit

Evidenzbasierte Therapiemodule (ETM) KTL 2007

ETM 06 Tabakentwöhnung

Therapeutische Inhalte

Psychologische Intervention zur Förderung der Tabakabstinenz. Vorausgesetzt wird eine Problematisierung des Rauchverhaltens im Rahmen der Gesundheitsbildung

Formale Ausgestaltung

Minstdauer pro Rehabilitation: mind. 270 Minuten

KTL-Leistungseinheiten

F055 Problem- und störungsorientierte Gruppenarbeit: Tabakentwöhnung
G093 Störungsspezifische Gruppe bei Abhängigkeitsproblematik: Tabakentwöhnung

Mindestanteil entsprechend zu behandelnder Rehabilitanden

mind. 10 %

Reha-Therapiestandards Alkoholabhängigkeit

Evidenzbasierte Therapiemodule (ETM) KTL 2007

ETM 07 Entspannungstraining

Therapeutische Inhalte	Vermittlung und Einüben einer Entspannungstechnik; Erarbeiten individueller Nutzungsmöglichkeiten und Transfer in den Alltag
Formale Ausgestaltung	Minstdauer pro Rehabilitation: mind. 240 Minuten
	Mindesthäufigkeit pro Rehabilitation: mind. 6 mal
KTL-Leistungseinheiten	F061 Autogenes Training einzeln F062 Progressive Relaxation nach Jacobson einzeln F069 Sonstige Entspannungsverfahren einzeln F070 Biofeedback F081 Autogenes Training, Einführung in der Gruppe F082 Progressive Relaxation nach Jacobson, Einführung in der Gruppe F089 Sonstige Entspannungsverfahren, Einführung in der Gruppe F091 Autogenes Training, Durchführung in der Gruppe F092 Progressive Relaxation nach Jacobson, Durchführung in der Gruppe F099 Sonstige Entspannungsverfahren, Durchführung in der Gruppe
Mindestanteil entsprechend zu behandelnder Rehabilitanden	mind. 40 %

Reha-Therapiestandards Alkoholabhängigkeit

Evidenzbasierte Therapiemodule (ETM) KTL 2007

ETM 08 Sport- und Bewegungstherapie

Therapeutische Inhalte	Bewegungstherapeutische Leistungen mit den folgenden, in Abhängigkeit von den individuellen Voraussetzungen zu gewichtenden Zielen: 1) Anbahnung, Übung und Training zur (Wieder-)Herstellung von physischen Funktionen, Belastbarkeit und Trainierbarkeit 2) Stärkung physischer Ressourcen/Funktionen (Kraft, Ausdauer, Koordination, Beweglichkeit) und Vermittlung von Aktivitäten (z.B. ADL, sport- und berufsbezogene Bewegungskompetenzen) 3) Stärkung psychischer und sozialer Ressourcen durch positive Bewegungserfahrungen, bewegungsbezogene Selbstwirksamkeitserfahrungen, Aufbau von Bewegungs- und Steuerungskompetenz zur Bindung an einen körperlich aktiven Lebensstil
Formale Ausgestaltung	Minstdauer pro Woche: mind. 60 Minuten
KTL-Leistungseinheiten	A Sport- und Bewegungstherapie B Physiotherapie L011 Bewegung und Sport in der Freizeit, ausdauerorientiert L012 Bewegung und Sport in der Freizeit zum Muskelaufbau L019 Sonstiger Freizeitsport L021 Kleines Spiel (z. B. Fangen) L022 Großes Spiel (z. B. Volleyball) L023 Rückschlagspiel (z. B. Tischtennis) L029 Sonstiges geeignetes Bewegungsspiel
Mindestanteil entsprechend zu behandelnder Rehabilitanden	mind. 70 %

Reha-Therapiestandards Alkoholabhängigkeit

Evidenzbasierte Therapiemodule (ETM) KTL 2007

ETM 09 Gesundheitsbildung und Schulung

Therapeutische Inhalte	Vorträge und Seminare zu gesundheits- und krankheitsbezogenen Themen mit dem Ziel der Information und Motivation, z. B. zu Grundgedanken der Rehabilitation, zum Reha-Konzept der Einrichtung, zum bio-psycho-sozialen Krankheitsmodell, zu Stress oder Ernährung
Formale Ausgestaltung	Mindestdauer pro Rehabilitation: mind. 360 Minuten
	Mindesthäufigkeit pro Rehabilitation: mind. 6 mal
KTL-Leistungseinheiten	<p>C050 Vortrag: Gesundheitsinformation</p> <p>C060 Vortrag: Indikationsspezifische Krankheitsinformation</p> <p>C070 Vortrag: Rehabilitation</p> <p>C081 Seminar zur Gesundheitsförderung: Modul "Schutzfaktoren"</p> <p>C083 Seminar zur Gesundheitsförderung: Modul "Bewegung und körperliches Training"</p> <p>C084 Seminar zur Gesundheitsförderung: Modul "Stress u. Stressbewältigung"</p> <p>C085 Seminar zur Gesundheitsförderung: Modul "Alltagsdrogen"</p> <p>C181 Standardisierte Schulung bei chronischem Schmerz</p> <p>C189 Nicht-standardisierte Schulung bei chronischem Schmerz</p> <p>C251 Standardisierte Schulung bei Diabetes mellitus Typ 2</p> <p>C259 Nicht-standardisierte Schulung bei Diabetes mellitus Typ 2</p> <p>C421 Standardisierte Schulung bei chronischen Lebererkrankungen</p> <p>C429 Nicht-standardisierte Schulung bei chronischen Lebererkrankungen</p> <p>C431 Standardisierte Schulung bei chronischer Pankreatitis</p> <p>C439 Nicht-standardisierte Schulung bei chronischer Pankreatitis</p> <p>C451 Standardisierte Schulung bei sonst. gastrointestinalen Erkrankungen</p> <p>C459 Nicht-standardisierte Schulung bei sonstigen gastrointestinalen Erkrankungen</p> <p>C521 Einführungsseminar zur Patientenschulung bei Suchtmittelabhängigkeit, -missbrauch</p> <p>C522 Psychoedukatives Programm "Gesundheit" bei Suchtmittelabhängigkeit, -missbrauch</p> <p>C523 Motivationsgruppe bei Suchtmittelabhängigkeit, -missbrauch</p> <p>G103 Psychoedukative Gruppe: Einführung in die fachspezif. Rehabilitation</p> <p>H010 Anleitung zur Körperpflege</p> <p>H102 Anleitung: Kognitives Training</p>
Mindestanteil entsprechend zu behandelnder Rehabilitanden	mind. 80 %

Reha-Therapiestandards Alkoholabhängigkeit

Evidenzbasierte Therapiemodule (ETM) KTL 2007

ETM 10 Ernährungsschulung und -beratung

Therapeutische Inhalte	Informationen zu gesunder Ernährung, Ernährungsberatung, -training, speziellen Fragen etc. sowie praktische Umsetzung im Alltag
Formale Ausgestaltung	Mindestdauer pro Rehabilitation: mind. 45 Minuten
KTL-Leistungseinheiten	C082 Seminar zur Gesundheitsförderung: Modul "Gesunde Ernährung" C090 Ernährungsberatung einzeln C100 Ernährungsberatung in der Gruppe C111 Psychoedukative Kochgruppe C112 Übungsstunde Ernährung nach einem standardisierten Schulungsprogramm C113 Übungsstunde Ernährung nach einem nicht-standardisierten Schulungsprogramm C114 Lehrküche bei Reduktionskost C115 Lehrküche für Diabetiker C119 Sonstige Lehrküche C120 Praktische Übungen außerhalb der Lehrküche, z. B. Einkaufstraining
Mindestanteil entsprechend zu behandelnder Rehabilitanden	mind. 80 %

Reha-Therapiestandards Alkoholabhängigkeit

Evidenzbasierte Therapiemodule (ETM) KTL 2007

ETM 11 **Gestalterische Ergotherapie, Künstlerische Therapien und Freizeitgestaltung**

Therapeutische Inhalte	Nutzung von kreativen Angeboten zur Krankheitsbewältigung; Anregung für die Freizeitgestaltung für die Zeit nach der Reha, die Patienten sollen neue Betätigungsfelder für sich entdecken und u. U. vorhandene Fähigkeitsdefizite abbauen oder deren Ausgleich lernen
Formale Ausgestaltung	Mindestdauer pro Woche: mind. 120 Minuten
KTL-Leistungseinheiten	E100 Gartentherapie E110 Ausdruckzentrierte Ergotherapie einzeln E120 Ausdruckzentrierte Ergotherapie in der Kleingruppe E130 Ausdruckzentrierte Ergotherapie in der Gruppe E210 Projektgruppe E230 Freies Werken E240 Ergotherapie im Rahmen der Bezugsgruppe F151 Musiktherapie einzeln F152 Tanz- und Bewegungstherapie einzeln F153 Kunst- und Gestaltungstherapie einzeln F154 Theatertherapie einzeln F161 Musiktherapie in der Gruppe F162 Tanz- und Bewegungstherapie in der Gruppe F163 Kunst- und Gestaltungstherapie in der Gruppe F164 Theatertherapie in der Gruppe
Mindestanteil entsprechend zu behandelnder Rehabilitanden	mind. 70 %

Reha-Therapiestandards Alkoholabhängigkeit

Evidenzbasierte Therapiemodule (ETM) KTL 2007

ETM 12 Förderung sozialer Integration: Ergotherapie

Therapeutische Inhalte	Maßnahmen zur Förderung von allgemeiner sozialer Integration und Nutzung von sozialen Stützsystemen insbesondere Erwerb/Verbesserung von Alltagskompetenzen
Formale Ausgestaltung	Minstdauer pro Rehabilitation: mind. 600 Minuten
KTL-Leistungseinheiten	E060 Funktionstraining mit geeignetem Material oder Gerät einzeln E070 Funktionstraining mit geeignetem Material oder Gerät in der Kleingruppe E151 Einzeltraining der Aktivitäten des täglichen Lebens: Bereich körperliche Selbstversorgung E152 Einzeltraining der Aktivitäten des täglichen Lebens: Bereich eigenständige Lebensführung E160 Training der Aktivitäten des täglichen Lebens (ATL) in der Kleingruppe E182 Selbsthilfetraining einzeln: Freizeitkompetenztraining E189 Sonstiges Selbsthilfetraining einzeln E192 Selbsthilfetraining in der Kleingruppe: Freizeitkompetenztraining E199 Sonstiges Selbsthilfetraining in der Kleingruppe
Mindestanteil entsprechend zu behandelnder Rehabilitanden	mind. 10 %

Reha-Therapiestandards Alkoholabhängigkeit

Evidenzbasierte Therapiemodule (ETM) KTL 2007

ETM 13a Arbeitsbezogene Leistungen: Klinische Sozialarbeit für Arbeitslose*

Therapeutische Inhalte	Therapeutische Leistungen, die das erwerbsbezogene Potential klären, die berufliche Orientierung unterstützen und die Eingliederung ins Erwerbsleben fördern
Formale Ausgestaltung	Mindestdauer pro Rehabilitation: mind. 60 Minuten
KTL-Leistungseinheiten	C041 Einzelgespräche mit Patienten und Betriebsangehörigen C042 Betriebsseminar D021 Sozialrechtliche Beratung: Berufliche Perspektiven D024 Sozialrechtliche Beratung: Rentenfragen D031 Beratung: Berufsklärung und leistungsbildbezogene Einleitung von berufsfördernden Maßnahmen D032 Beratung: Innerbetriebliche Umsetzung, Arbeitsplatzadaption D033 Beratung: Klärung der wirtschaftlichen Sicherung, finanzielle Hilfen D034 Beratung: Stufenweise Wiedereingliederung inkl. Kontakt zu beruflichem Umfeld D035 Beratung: Arbeitsplatzbesuch, Dienstgang D039 Sonstige Rehabilitationsberatung D051 Psychoedukative Gruppe: Umgang mit Arbeitslosigkeit und beruflicher Orientierung D053 Psychoedukative Gruppe: Bewerbungstraining
Mindestanteil entsprechend zu behandelnder Rehabilitanden	mind. 90 %

* Angabe Arbeitslosigkeit im Reha-Antrag

Reha-Therapiestandards Alkoholabhängigkeit

Evidenzbasierte Therapiemodule (ETM) KTL 2007

ETM 13b **Arbeitsbezogene Leistungen: Klinische Sozialarbeit für Rehabilitanden mit Arbeit und Nicht-Erwerbstätige**

Therapeutische Inhalte	Therapeutische Leistungen, die das erwerbsbezogene Potential klären, die berufliche Orientierung unterstützen und die Eingliederung ins Erwerbsleben fördern
Formale Ausgestaltung	Mindestdauer pro Rehabilitation: mind. 15 Minuten
KTL-Leistungseinheiten	C041 Einzelgespräche mit Patienten und Betriebsangehörigen C042 Betriebsseminar D021 Sozialrechtliche Beratung: Berufliche Perspektiven D024 Sozialrechtliche Beratung: Rentenfragen D031 Beratung: Berufsklärung und leistungsbildbezogene Einleitung von berufsfördernden Maßnahmen D032 Beratung: Innerbetriebliche Umsetzung, Arbeitsplatzadaption D033 Beratung: Klärung der wirtschaftlichen Sicherung, finanzielle Hilfen D034 Beratung: Stufenweise Wiedereingliederung inkl. Kontakt zu beruflichem Umfeld D035 Beratung: Arbeitsplatzbesuch, Dienstgang D039 Sonstige Rehabilitationsberatung D051 Psychoedukative Gruppe: Umgang mit Arbeitslosigkeit und beruflicher Orientierung D053 Psychoedukative Gruppe: Bewerbungstraining
Mindestanteil entsprechend zu behandelnder Rehabilitanden	mind. 90 %

Reha-Therapiestandards Alkoholabhängigkeit

Evidenzbasierte Therapiemodule (ETM) KTL 2007

ETM 14 Förderung sozialer Integration: Klinische Sozialarbeit

Therapeutische Inhalte	Maßnahmen zu allgemeiner sozialer Integration und Nutzung sozialer Ressourcen, Beratung zu Themen wie ambulanter Therapie, Nachsorgeangeboten, Reha-Sportgruppen, Selbsthilfegruppen, Kontaktaufnahme zu Nachbehandlern etc.
Formale Ausgestaltung	Mindestdauer pro Rehabilitation: mind. 60 Minuten
KTL-Leistungseinheiten	<p>D010 Orientierende Sozialberatung einzeln</p> <p>D022 Sozialrechtliche Beratung: Wohnungsfragen</p> <p>D023 Sozialrechtliche Beratung: Wirtschaftliche Sicherung</p> <p>D025 Sozialrechtliche Beratung: Klärung rechtlicher Fragen</p> <p>D026 Sozialrechtliche Beratung: Teilhabe behinderter Menschen</p> <p>D029 Sonstige sozialrechtliche Beratung</p> <p>D041 Vermittlung in Selbsthilfegruppe, ambulante Reha-Sportgruppe u. a.</p> <p>D042 Vor- und Nachbereitung der Teilnahme an Selbsthilfegruppen im Rahmen des Therapieprogramms</p> <p>D043 Einleitung spezieller Nachsorgeangebote (z. B. INA, IRENA)</p> <p>D044 Kontakt- und Informationsgespräche mit Vor- und Nachbehandlern</p> <p>D045 Kontaktaufnahme, Einleitung, Begleitung dauerhaft Pflegebedürftiger in amb./stat. Einrichtung</p> <p>D046 Einleitung häuslicher Pflege, ambulanter Hilfen und nachstationärer Betreuung</p> <p>D047 Organisation von Schuldnerberatung und Schuldenregulierung</p> <p>D048 Hausbesuch, Dienstgang, Therapiefahrt</p> <p>D049 Sonstige Hilfen zu weitergehenden Maßnahmen</p> <p>D059 Sonstige psychoedukative Gruppe</p>
Mindestanteil entsprechend zu behandelnder Rehabilitanden	mind. 50 %

TEIL II

Anwenderbefragung



Deutsche
Rentenversicherung

Bund

Therapiestandards für die Rehabilitation bei Alkoholabhängigkeit

Akzeptanz und Praktikabilität der Reha- Therapiestandards Alkoholabhängigkeit: Ergebnisse der Anwenderbefragung

Freiburg, Berlin
Juli 2010

Inhaltsverzeichnis

TEIL II

C. Ergebnisse der Anwenderbefragung

1 Hintergrund	163
2 Methodik	165
3 Ergebnisse	166
3.1 Verständlichkeit, Akzeptanz und Praktikabilität der Reha-Therapiestandards Alkoholabhängigkeit.....	166
3.1.1 Globale Bewertung der Reha-Therapiestandards Alkoholabhängigkeit	166
3.1.2 Formale und inhaltliche Gestaltung der Reha-Therapiestandards	167
3.1.3 Angemessenheit der in den Therapiemodulen erfassten KTL-Leistungseinheiten zur Verschlüsselung therapeutischer Leistungen, des Mindestanteils und der Mindestdauer entsprechend zu behandelnder Rehabilitanden (geschätzter Bedarf)	170
3.1.4 Konzeptionelle und inhaltliche Bewertung der Reha-Therapiestandards	179
3.2 Gründe für das Abweichen von den Vorgaben der Leitlinie	182
3.3 Bewertung und Relevanz der Ergebnismeldung zur Erfüllung der Reha-Therapiestandards Alkoholabhängigkeit 2009	187
4 Diskussion	190
5 Vorschläge der Arbeitsgruppe aus der AQMS	193
6 Änderungen der Reha-Therapiestandards nach den Ergebnissen der Anwenderbefragung	195
7 Literatur	197
8 Anhang	199
8.1 Tabellen	199
8.2 Freitextangaben	209
8.2.1 Auswertung Freitext Fragebogen I: Akzeptanz und Praktikabilität der Reha-Therapiestandards Alkoholabhängigkeit	209
8.2.2 Auswertung Freitext Fragebogen II: Bewertung der Ergebnismeldung Reha-Therapiestandards Alkoholabhängigkeit.....	233

1 Hintergrund

Die Therapiestandards zur stationären und ganztägig ambulanten rehabilitativen Behandlung von Patienten mit Alkoholabhängigkeit liegen seit September 2009 in einer Pilotversion vor [11]. In dem insgesamt 40 Seiten umfassenden Dokument werden Hintergrund, Zielsetzung, Geltungsbereich der Reha-Therapiestandards und Methodik der Erstellung dargestellt. Zentrale Elemente sind die 16 evidenzbasierten Therapiemodule (ETM) mit zugehörigen inhaltlichen und formalen Anforderungen an die Therapie sowie die KTL-Leistungseinheiten, die für das jeweilige Therapiemodul genutzt werden können. Aus der gesetzlichen Aufgabe der Deutschen Rentenversicherung als Leistungsträger (Erhaltung oder Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit) ergibt sich, dass Therapiemodule, wie „Arbeitsbezogene Leistungen“, auch ohne dass dafür Evidenz vorliegt, Teil der Reha-Therapiestandards sind. Ein Überblick über die ETM und ihre Anforderungen ist in Tabelle 1 im Anhang dieses Berichts zu finden. Die Intensität des Leistungsangebots in den Therapiemodulen mit arbeitsbezogenen Leistungen differiert in Abhängigkeit vom Erwerbsstatus der Rehabilitanden [12].

Im November 2009 erhielten von der Deutschen Rentenversicherung belegte Reha-Kliniken, in denen Patienten mit Alkoholabhängigkeit behandelt wurden, die Pilotversion der Therapiestandards. Kliniken mit über 50 entlassenen DRV-Patienten (mit KTL-Daten) erhielten dazu eine einrichtungsspezifische Auswertung der KTL-Statistik für das Jahr 2008 (Ergebnisrückmeldung bezüglich des Erreichens der Leistungsanforderungen der einzelnen Therapiemodule der Therapiestandards und der KTL-Kodierungspraxis). Eine zusammengefasste Auswertung über alle einbezogenen Einrichtungen war zu Vergleichszwecken beigefügt.

Um einen Überblick zur Akzeptanz der Reha-Therapiestandards Alkoholabhängigkeit sowie der einrichtungsspezifischen KTL-Auswertung (Ergebnisrückmeldung) zu erhalten, wurde eine schriftliche Befragung der betreffenden Rehabilitationseinrichtungen durchgeführt. Darüber hinaus wurde im Rahmen dieser Befragung versucht, Gründe für Abweichungen von den Vorgaben der Therapiestandards aufzudecken, da die bisher durchgeführten KTL-Analysen für die einzelnen Einrichtungen sehr unterschiedliche Ergebnisse aufzeigten.

Zusammenfassend sollte die Befragung Aufschluss über folgende Aspekte aus der Sicht der Anwender in den Rehabilitations-Einrichtungen geben:

- *Verständlichkeit, Akzeptanz und Praktikabilität der Reha-Therapiestandards Alkoholabhängigkeit,*
- *Verständlichkeit und Nützlichkeit der Ergebnisrückmeldung zur Erfüllung der Vorgaben aus den Reha-Therapiestandards,*
- *Gründe für etwaige substanzielle Abweichungen von Vorgaben der Reha-Therapiestandards.*

Aus Gründen der Einheitlichkeit mit den Items der Fragebögen der Anwenderbefragung und den Reha-Therapiestandards wird in der vorliegenden Arbeit meistens auf die Nennung der weiblichen Form verzichtet. Es sind selbstverständlich immer beide Geschlechter gemeint.

2 Methodik

In allen Einrichtungen, in denen jährlich insgesamt mindestens 50 DRV-Patienten mit der Diagnose Alkoholabhängigkeit behandelt werden (Kriterium: Zahl der entlassenen DRV-Patienten mit ausgefüllten KTL-Codes), wurden die Reha-Therapie-standards Alkoholabhängigkeit der Deutschen Rentenversicherung implementiert (Pilotversion). Für die stationäre und ganztägig ambulante Rehabilitation bei Alkoholabhängigkeit sind es derzeit 54 Rehabilitationseinrichtungen (basierend auf den Behandlungszahlen von 2008). Diese Einrichtungen bekamen zeitgleich mit den Unterlagen zur Ergebnismeldung die Möglichkeit, sich anhand zweier Fragebögen zu den Reha-Therapiestandards Alkoholabhängigkeit zu äußern. Wie bei den anderen Indikationen, für die durch die Deutsche Rentenversicherung Reha-Therapie-standards entwickelt wurden, wendete sich die Befragung an die Chefarzte der Einrichtungen bzw. Fachabteilungen, da diese die primären Adressaten der externen Qualitätssicherung sind. Der Befragungsaufwand sollte möglichst gering gehalten werden. So wurde darauf verzichtet alle an der Rehabilitation beteiligten Berufsgruppen zu befragen. Um die einleitend formulierten Zielsetzungen der Anwenderbefragung zu erreichen, wurden folgende Fragebögen eingesetzt:

- *Fragebogen zu den Reha-Therapiestandards Alkoholabhängigkeit und deren Umsetzung (Teil I)*

Zu Beginn des Fragebogens wurden allgemeine Fragen zu den Reha-Therapie-standards gestellt, die grundlegende Charakteristika der Reha-Therapiestandards sowie Bewertungen bezüglich der Ausführlichkeit und Verständlichkeit abfragten. Es folgten Fragen zur Bewertung der Struktur, der Ausführlichkeit und Verständlichkeit der evidenzbasierten Therapiemodule (ETM).

Des Weiteren wurden etwaige Änderungswünsche hinsichtlich der den ETM zugeordneten KTL-Codes (KTL 2007), sowie des Mindestanteils an Rehabilitanden und der Mindestdauer der therapeutischen Anwendungen je ETM erfasst.

Ein weiterer wichtiger Teil war die Abfrage der vermuteten Auswirkungen der Implementierung der Therapiestandards für die Rehabilitationseinrichtungen und die Qualität der Rehabilitation.

Abschließend wurden für jedes ETM die Gründe für das etwaige Nichterreichen des Mindestanteils entsprechend zu behandelnder Rehabilitanden erfragt.

Neben den numerisch auszuwertenden geschlossenen Fragen hatten die AusfüllerInnen der Fragebögen bei jedem Fragebogenabschnitt die Möglichkeit zu Freitext-Angaben.

- *Fragebogen zur Ergebnismeldung Reha-Therapiestandards Alkoholabhängigkeit 2009 (Teil II)*

Dieser Fragebogen erfragte eine Bewertung des formalen Aufbaus der Ergebnismeldung sowie der Übersicht zur Versorgung der Rehabilitanden mit Reha-Therapiestandards. Im Weiteren wurde um eine Einschätzung zur

Verständlichkeit und Nützlichkeit der Inhalte der Tabellen 1-3 (KTL-Einheiten des ETM gesamt sowie verwendete KTL-Einheiten der mit und ohne Reha-Therapiestandards versorgten Rehabilitanden) im Anhang der Ergebnisrückmeldung gebeten. Eine offene Frage bot die Möglichkeit zur Freitext-Angabe hinsichtlich möglicher Änderungswünsche bezüglich Inhalt und Form der Ergebnisrückmeldung. Insgesamt umfassten die beiden Fragebögen 21 Seiten. Die vorgegebenen Antwortmöglichkeiten waren 2- bis 4-fach abgestuft (z.B. „ja“ und „nein“; „zu niedrig“, „angemessen“ und „zu hoch“; oder „trifft voll zu“, „trifft eher zu“, „trifft eher nicht zu“ und „trifft gar nicht zu“).

Die Befragung erfolgte als anonyme, schriftliche, standardisierte Befragung. Auf eine Zusammenführung der einrichtungsspezifischen KTL-Analysen mit den Angaben aus den Fragebögen wurde verzichtet. Die Fragebögen zur Anwenderbefragung wurden Ende November 2009 an die 54 beteiligten Rehabilitationseinrichtungen durch die Deutsche Rentenversicherung versandt. Die Rücksendung der ausgefüllten Fragebögen ging an das Universitätsklinikum Freiburg, Abteilung für Qualitätsmanagement und Sozialmedizin (AQMS).

In die Auswertung wurden alle Fragebögen einbezogen, die bis 06.03.2010 eingegangen waren (n=39; Rücklaufquote: 72,2%). Die Auswertungen erfolgten deskriptiv mit Häufigkeitsanalysen der geschlossenen Fragen sowie Inhaltsanalysen der Freitextangaben. Alle Ergebnisse, sind im Anhang in Abbildungen und Tabellenform vorhanden. Zusätzlich wurde anhand von gruppenvergleichender Testung (U-Test von Mann-Whitney) nach Zusammenhängen zwischen der Summe erfüllter Therapiemodule (Summe erreichter Mindestanteile je Einrichtung) und der Richtung der globalen Bewertung der Therapiestandards sowie der Bewertung der Aussagen zu Auswirkungen der Implementierung der Therapiestandards gesucht. Es wurde das unterste Quartil der Summe an erfüllten ETM je Einrichtung mit dem obersten Quartil der Summe an erfüllten ETM verglichen bezüglich der Mittelwerte je Item von Frage 1 und Frage 12. Dabei wurde nach signifikanten Unterschieden im Antwortverhalten beider Gruppen gesucht (2-seitige Testung).

3 Ergebnisse

3.1 Verständlichkeit, Akzeptanz und Praktikabilität der Reha-Therapiestandards Alkoholabhängigkeit

3.1.1 Globale Bewertung der Reha-Therapiestandards Alkoholabhängigkeit

Jeweils ca. drei Viertel der befragten Kliniker schätzen die Aktualität (79%), die inter- und multidisziplinäre Erstellung (76%) sowie die Übereinstimmung der Therapiestandards mit den eigenen Erfahrungen als gegeben ein (Antwortkategorien „trifft völlig zu“ und „trifft eher zu“ zusammengenommen). Schlechter fällt die Bewertung der wissenschaftlichen Fundierung der Therapiestandards aus (58 %). Die uneingeschränkte Zustimmung („trifft völlig zu“) ist hier, ebenso wie bei der Frage nach der Relevanz für die tägliche Arbeit, gering (jeweils 13 %). Am geringsten fällt die uneingeschränkte Zustimmung für das Item „Übereinstimmung mit der eigenen Erfahrung“ aus (5 %) (siehe Abb. 1).

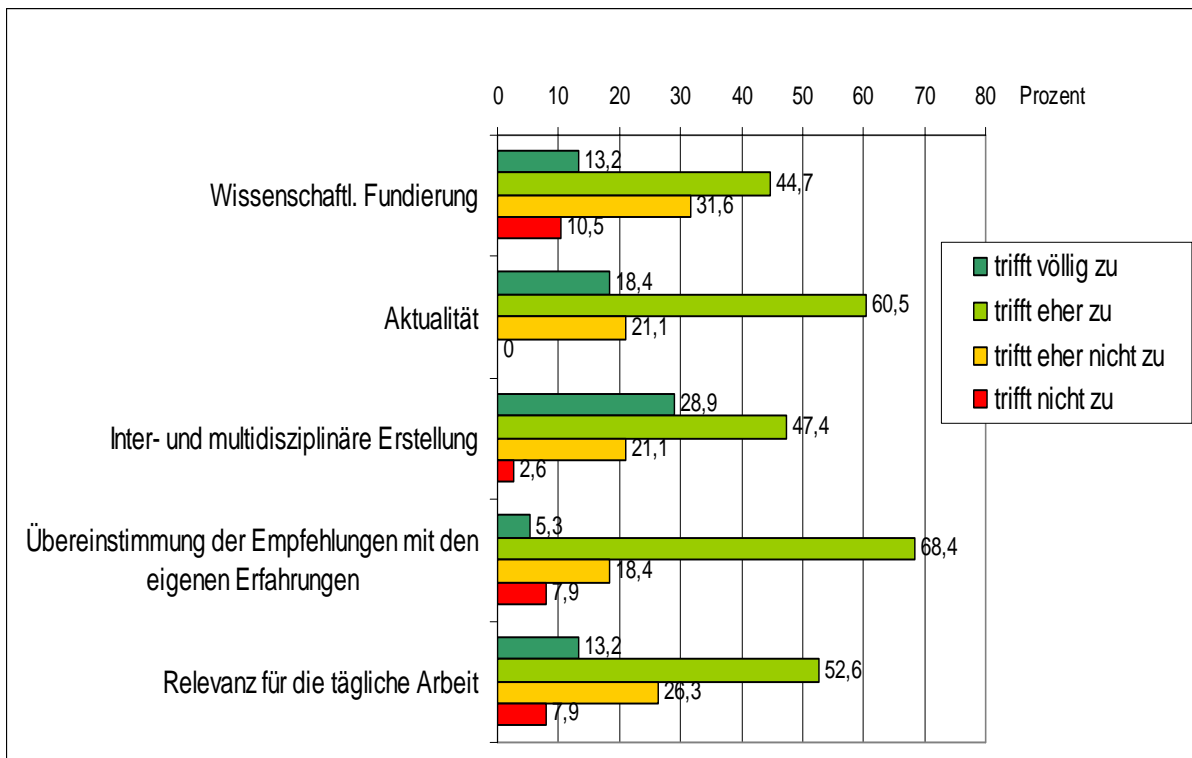


Abbildung 1: Globale Bewertung der Reha-Therapiestandards Alkoholabhängigkeit (n=38)

Wir haben weiterhin überprüft, ob die globale Bewertung der Therapiestandards einen Zusammenhang mit dem den Einrichtungen zurückgemeldeten Erfüllungsgrad der Vorgaben aufweist, ob also die Befragten in Einrichtungen mit einem hohen Erfüllungsgrad die Therapiestandards anders bewerten als solche mit einem geringen Erfüllungsgrad. Die Ergebnisse zeigen, dass sich Einrichtungen im obersten Quartil der Therapiestandard-Erfüllung (= „gute“ Einrichtungen“) und solche im untersten Quartil (= „schlechte“ Einrichtungen) bei keinem der o. g. Items in der Bewertung statistisch signifikant unterscheiden (Mann-Whitney-Test; p zwischen .43 und .76); siehe Tabellen 4a und 4b im Anhang.

3.1.2 Formale und inhaltliche Gestaltung der Reha-Therapiestandards

Über 80 Prozent der Befragten (n=37) finden die Länge der Reha-Therapiestandards Alkoholabhängigkeit angemessen. Die Ausführlichkeit der Informationen sowie deren Verständlichkeit wird in nahezu allen abgefragten Abschnitten der Therapiestandards von über der Hälfte der Befragten als ausreichend und eher verständlich, von ca. einem Drittel als völlig ausreichend und sehr verständlich beschrieben. Insgesamt schneiden alle Abschnitte bezüglich ihrer Ausführlichkeit und ihrer Verständlichkeit sehr gut ab mit mindestens 85 Prozent an positiver und eher positiver Bewertung (siehe Abbildung 2).

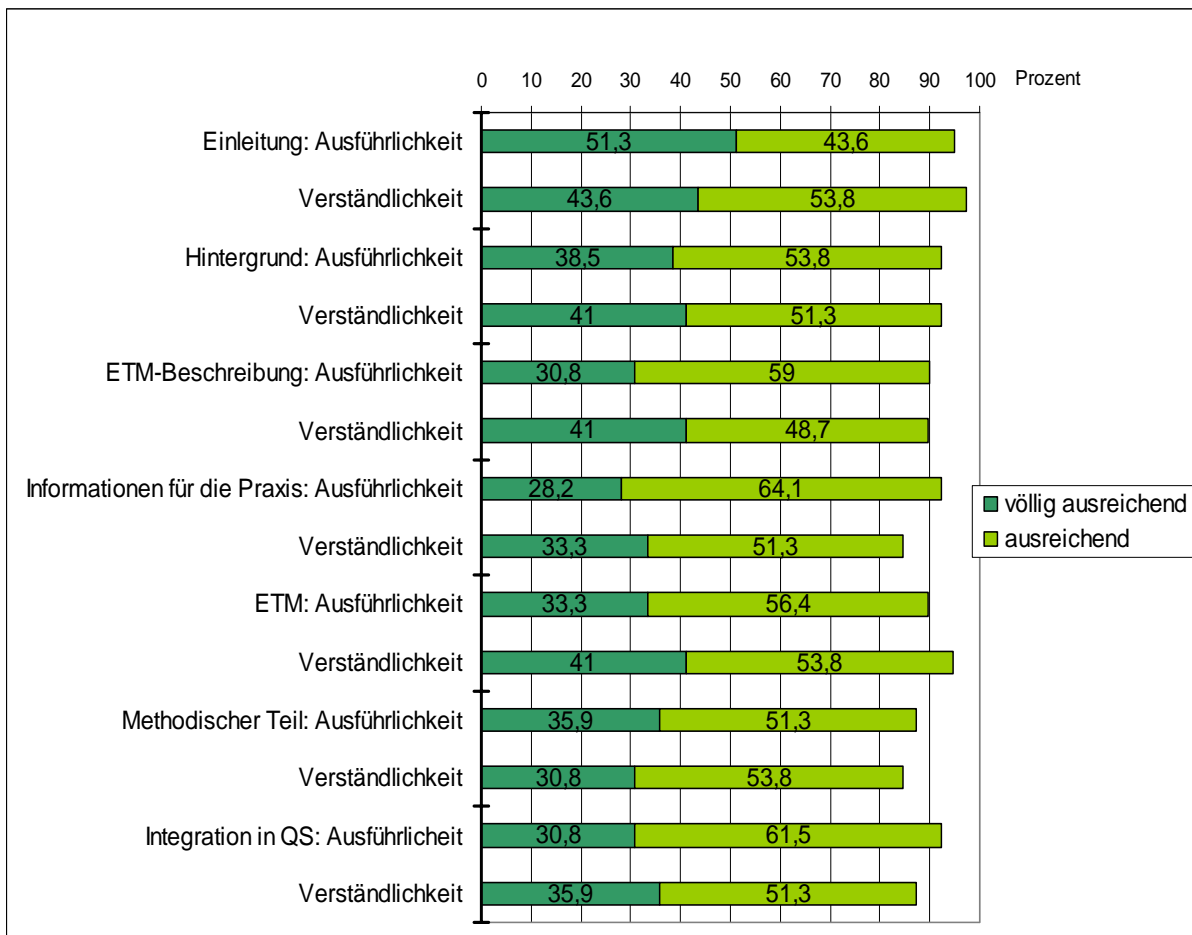


Abbildung 2: Ausführlichkeit und Verständlichkeit der Reha-Therapiestandards Alkoholabhängigkeit (n=39)

Die Struktur der ETM insgesamt wird von ca. einem Viertel der Befragten als sehr übersichtlich, von fast zwei Drittel der Befragten als eher übersichtlich erlebt (n=39). Die Länge der Darstellung der ETM hielten fast 90 Prozent der Befragten für angemessen (n=39).

Die Verständlichkeit der Darstellung der ETM wurde in vier Teilbereichen abgefragt. Die Antwortkategorie „eher verständlich“ wurde für alle Bereiche mit Abstand am Häufigsten angekreuzt (44%-62%). Summiert man die Antworten der Kategorien „sehr verständlich“ und „verständlich“, sind die therapeutischen Inhalte für ca. 90 Prozent der Befragten mindestens „eher verständlich“. Fast ebenso positiv wird die formale Ausgestaltung der ETM bewertet (85%). Bezüglich der Verständlichkeit der KTL-Einheiten gilt dies für 80 Prozent. Die Verständlichkeit des Mindestanteils entsprechend zu behandelnder Rehabilitanden bewerten nur noch ca. zwei Drittel als mindestens eher gut (siehe Abb. 3).

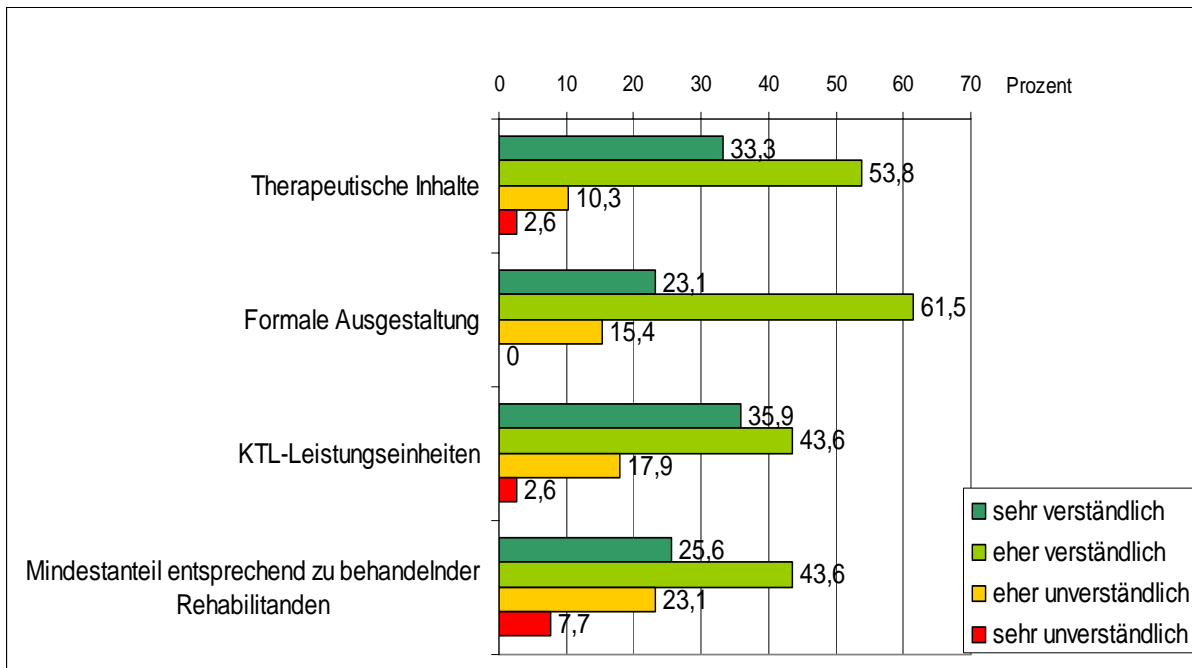


Abbildung 3: Verständlichkeit der Darstellung der ETM (n=39)

Bei der Frage, was sie an den Reha-Therapiestandards Alkoholabhängigkeit ändern würden, gibt fast die Hälfte der Befragten eine Freitext-Antwort. Wesentliche Themen sind hier:

- Kritik am Konzept der Reha-Therapiestandards: Zweifel an Aussagekraft der Reha-Therapiestandards durch niedrigen Evidenzgrad (3 Nennungen)
- Ineinandergreifen gewachsener Konzepte, deren Zusammenspiel im gegenwärtigen ETM-System weder abgebildet noch gewürdigt wird (2 Nennungen).
- -mangelnde Berücksichtigung bestimmter therapeutischer Leistungen, die zum Beispiel nicht im KTL 2007 erfasst sind (3 Nennungen)
- Vorschläge zu ausführlicherer Erklärung und Begründung von Mindestanteil und Mindestdauer (2 Nennungen)
- spezielle Vorschläge zur Änderung des Gesamtkonzeptes (5 Nennungen)

Diese Themen, außer die speziellen Vorschläge zur Änderung des Gesamtkonzeptes (5 Nennungen), werden alle in den folgenden Fragen noch ausgeführt. Alle Freitext-Angaben sind in der Reihenfolge der Fragen des Fragebogens, thematisch geordnet, im Anhang zu finden.

3.1.3 Angemessenheit der in den Therapiemodulen erfassten KTL-Leistungseinheiten zur Verschlüsselung therapeutischer Leistungen, des Mindestanteil und der Mindestdauer entsprechend zu behandelnder Rehabilitanden (geschätzter Bedarf)

Für jedes ETM wurden die Kliniker befragt, ob die im jeweiligen ETM beschriebenen therapeutischen Inhalte ihrer Meinung nach in den zugehörigen KTL-Ziffern widergespiegelt würden. Mindestens drei Viertel der Anwender (76%-97%) waren mit der angegebenen Auswahl an KTL-Codes je ETM einverstanden (siehe Abb. 4).

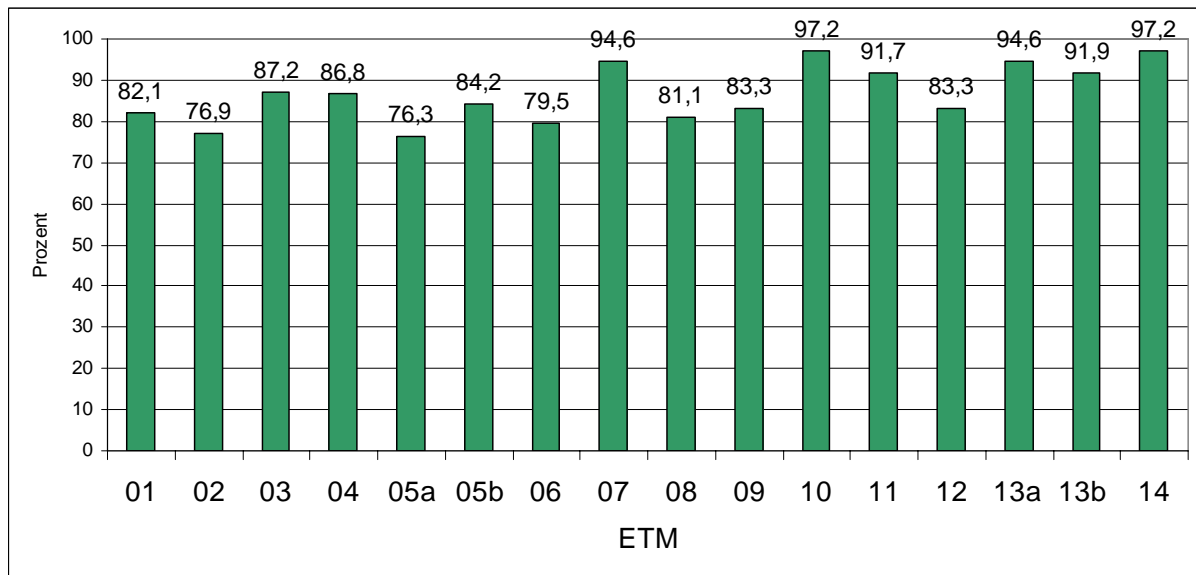


Abbildung 4: Übereinstimmung der KTL-Codes mit den beschriebenen therapeutischen Inhalten

Im Fall, dass die Antwortenden bestimmte Leistungseinheiten zusätzlich berücksichtigt haben wollten oder der Ansicht waren, dass bestimmte Leistungseinheiten aus einem ETM gestrichen werden sollten, hatten sie die Möglichkeit zu diesbezüglichen Freitext-Angaben. In diesem Bericht zur Auswertung der Befragung würde es den Rahmen sprengen, alle Vorschläge der Befragten wieder zu geben. Wir geben im Folgenden die für uns inhaltlich wesentlichen Angaben wieder und verweisen auf den Anhang mit allen Antwortangaben. Zur besseren Übersichtlichkeit berichten wir die Änderungsvorschläge zu den KTL-Leistungseinheiten, die den ETM zugeordnet sind, sowie die Änderungsvorschläge und Kommentare zu Mindestanteil und Mindestdauer (entsprechend zu behandelnder Rehabilitanden) für jedes ETM zusammen.

Der „Mindestanteil“ gibt den Prozentteil an Rehabilitanden aus der Gesamtpopulation der Rehabilitanden innerhalb einer Einrichtung wieder, die Leistungen aus dem jeweiligen ETM entsprechend vorgegebener Mindestdauer und -häufigkeit erhalten sollten. [Dieser geschätzte Mindestbedarf wurde im Konsentierungsverfahren (Expertenworkshop), basierend auf allen Ergebnissen aus dem Materialband, für jedes Therapiemodul einrichtungsübergreifend festgelegt.] Die Befragten wurden um ihre Einschätzung gebeten, inwiefern sie die Vorgaben zum „Mindestanteil entsprechend zu behandelnder Rehabilitanden“ als angemessen bzw. als zu niedrig

oder zu hoch erachten.

Insgesamt betrachtet, wird der Mindestanteil an Rehabilitanden für alle Therapiemodule sowie die Mindesdauer von ca. der Hälfte bis ca. 90 Prozent der beteiligten Einrichtungen als angemessen eingeschätzt.

Der geschätzte **Mindestanteil** wird von *über zwei Drittel der Befragten* bei folgenden Therapiemodulen befürwortet: ETM 01, ETM 05a, ETM 07, ETM 08, ETM 09, ETM 12, ETM 13a und 13b, ETM 14.

Über die Hälfte sind mit dem Mindestanteil bei ETM 02, ETM 03, ETM 05b, ETM 06, ETM 10 und ETM 11 einverstanden. Einzig bei ETM 04 (Angehörigenorientierte Interventionen) wird der Mindestanteil von *weniger als der Hälfte* der Befragten akzeptiert (46%), siehe Abbildung 5a & 5b sowie Tabelle 2 (im Anhang).

Die geschätzte **Mindestdauer** wird von *über zwei Drittel* der Befragten bei folgenden Therapiemodulen befürwortet: ETM 01, ETM 03, ETM 05a und 05b, ETM 07, ETM 08, ETM 09, ETM 12, ETM 13a und 13b, ETM 14.

Über die Hälfte sind mit der Mindesdauer bei ETM 02, ETM 06, ETM 10 und ETM 11 einverstanden. Einzig bei ETM 04 (Angehörigenorientierte Interventionen) wird die Mindesdauer von *weniger als der Hälfte* der Befragten akzeptiert (49%), siehe Abbildung 5a & 5b sowie Tabelle 2 (im Anhang).

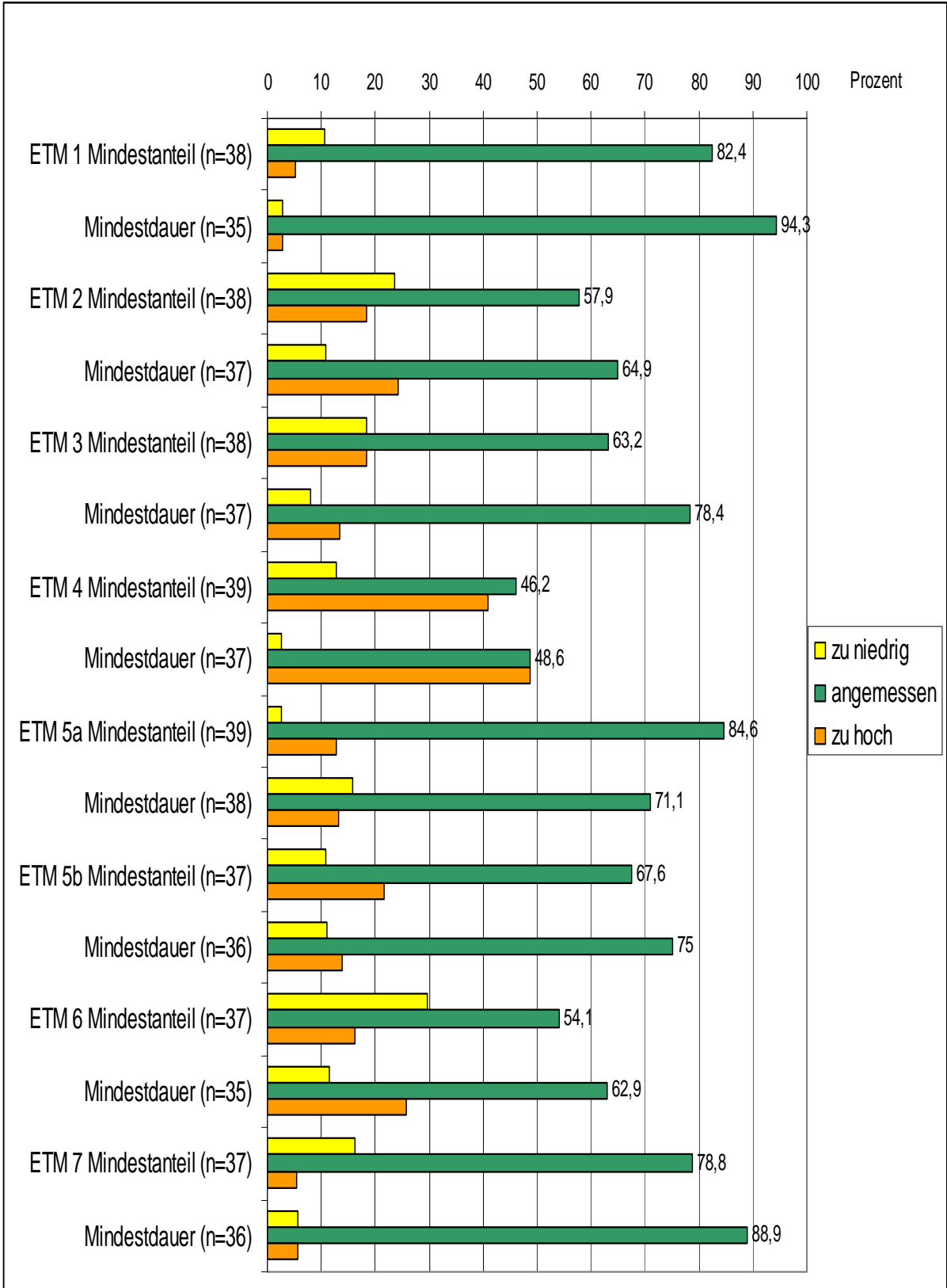


Abbildung 5a: Angabe zur Angemessenheit von Mindestanteil- und Mindestdauer

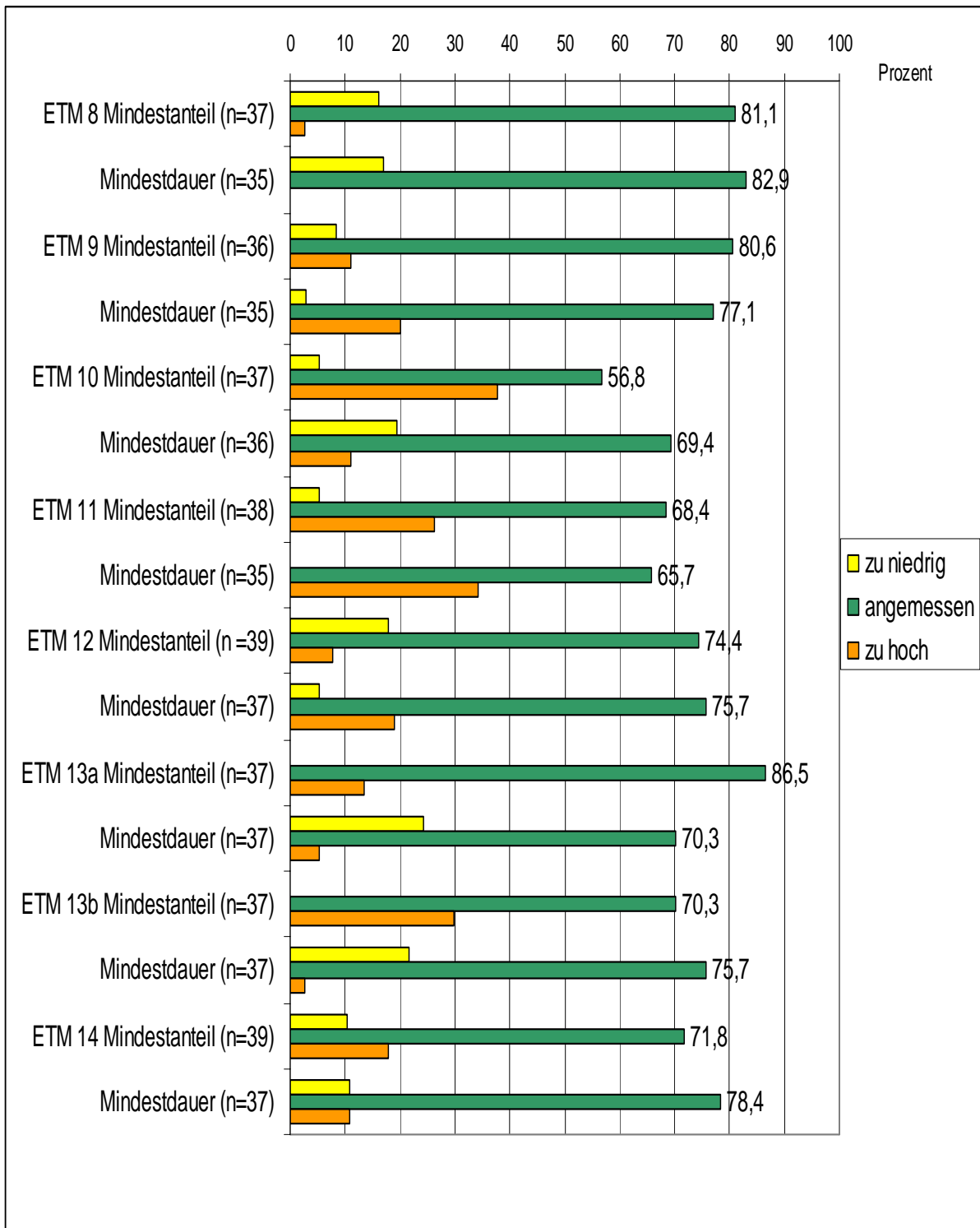


Abbildung 5b: Angabe zur Angemessenheit von Mindestanteil- und Mindestdauer

Im Folgenden gehen wir hauptsächlich auf die Veränderungswünsche hinsichtlich der ETM ein, bei denen die Zustimmung zu vorgegebenem Mindestanteil oder Mindestdauer unter 67 Prozent liegt.

Allgemeine Psychotherapie bei Alkoholabhängigkeit (ETM 01)

- Mehrfach (vier Nennungen), wird auf einen Verschlüsselungskonflikt zwischen einer Verschlüsselung der therapeutischen Leistungen unter ETM 01 oder ETM 02 (Indikative Therapien: themenzentrierte Interventionen zur psychischen Komorbidität) und auch ETM 03 (Indikative Therapien: Förderung von psychosozialer Kompetenz) (ETM 03) hingewiesen. Es wird vorgeschlagen, ETM 01 und ETM 02 zusammenzulegen. Des Weiteren wird moniert, dass die psychologische Testung in der KTL nicht zu kodieren ist.

Indikative Therapien: themenzentrierte Interventionen zur psychischen Komorbidität (ETM 02)

Bei ETM 02 wird angeregt G087 [Psychotherapie in der Gruppe, psychodynamisch, störungsspezifisch bei Beeinträchtigung der Körperwahrnehmung] mit in die Liste der therapeutischen Leistungen in ETM 02 aufzunehmen. Weitere KTL-Ziffern wurden genannt, die aber bereits in ETM 02 berücksichtigt sind. Mehreren Teilnehmern der Befragung (hier 2 Nennungen) fehlt die Möglichkeit traumaspezifische Maßnahmen in der KTL abzubilden. Es wurden genannt: traumaspezifische Gruppen, Stabilisierungsgruppe nach Reddemann und Traumakonfrontation als Einzelleistung. Zusätzlich wurde von mehreren Klinikern eine Kodierung für störungs- und problemspezifische Angebote bezüglich Persönlichkeitsstörungen vermisst (hier 3 Nennungen). Ein Befragter schlägt vor G075 und G085 [beides Gruppentherapie: Zwang] aus ETM 02 zu streichen.

- Bei ETM 02 stimmt über die Hälfte der Befragten dem Mindestanteil und zwei Drittel stimmen der Mindestdauer zu.
- Fast ein Fünftel der Befragten möchte einen niedrigeren Mindestanteil, ca. ein Viertel eine Erhöhung. Auch im Freitext streuen die Vorschläge breit: zwischen zehn Prozent und 80 Prozent Mindestanteil (Vorgabe in der Pilotversion sind 30 Prozent). Der Mittelwert in den Freitextangaben liegt bei 43 Prozent.
- Ca. ein Viertel der Befragten plädiert für eine niedrigere Mindestdauer, während ca. ein Zehntel für eine höhere ist. In der Freitextangabe zur Mindestdauer (8 Angaben) gibt es bei der Dauer von 45 Minuten eine Häufung (4 Nennungen). Die Angaben liegen zwischen 30 und 180 Minuten (Vorgabe in der Pilotversion sind 60 Minuten); der Mittelwert liegt bei ca. 70 Minuten pro Woche.

Indikative Therapien: Förderung von psychosozialer Kompetenz (ETM 03)

- Bei ETM 03 wird vorgeschlagen F030 [Therapeutische Intervention in Konfliktsituation] und E210 [Projektgruppe] mit aufzunehmen.
- Bei ETM 03 stimmen fast zwei Drittel der Befragten dem Mindestanteil und ca. drei Viertel der Mindestdauer zu.
- Fast ein Fünftel der Befragten möchte einen niedrigeren Mindestanteil, ebenso fast ein Fünftel dessen Erhöhung. Im Freitext (7 Angaben) streuen die Vorschläge breit: zwischen 20 Prozent und 100 Prozent Mindestanteil (Vorgabe in der Pilotversion sind 50 Prozent). Der Mittelwert in den Freitextangaben liegt bei 67 Prozent.

Angehörigenorientierte Interventionen (ETM 04)

Bei ETM 04 wird mehrfach die Problematik der Umsetzbarkeit der Angebote für die Arbeit mit den Angehörigen mangels entsprechender Teilnehmerzahl angesprochen (4 Nennungen, im Freitext zu Frage 14 weitere 5 Nennungen). Darunter sind auch Stimmen, die dafür sprechen, diese Angebote unter ETM 02 als indikative Leistung zu verbuchen und auf das ETM „Angehörigenorientierte Interventionen“ zu verzichten. Es wird auf eine unterschiedliche Rehabilitandenstruktur in den Einrichtungen hingewiesen, wie z.B. Häuser mit bundesweitem Einzugsgebiet im Gegensatz zu Häusern, die viele Rehabilitanden aus der nahen Umgebung zugewiesen bekommen. Diese Problematik ist auch in Verbindung mit besonderen Behandlungsschwerpunkten der Kliniken, wie z.B. die Behandlung von MigrantInnen aus Osteuropa, zu sehen.

- Bei ETM 4 stimmt nur ca. die Hälfte der Befragten dem Mindestanteil und der Mindestdauer zu.
- Ca. 40 Prozent der Befragten möchten einen niedrigeren Mindestanteil, über 10 Prozent eine Erhöhung. Im Freitext (14 Angaben) streuen die Vorschläge breit: zwischen 10 Prozent und 100 Prozent Mindestanteil (Vorgabe in der Pilotversion sind 25 Prozent). Der Mittelwert in den Freitextangaben liegt bei 27 Prozent. Eine Häufung ist bei 15 Prozent (7 Nennungen).
- Ca. die Hälfte der Befragten plädiert für eine niedrigere Mindestdauer, während kaum jemand für eine höhere ist. In der Freitextangabe zur Mindestdauer (16 Angaben) sind die Vorschläge breit gestreut: die Angaben liegen zwischen 60 Minuten und 360 Minuten pro Reha (Vorgabe in der Pilotversion sind 240 Minuten). Häufungen gibt es bei 60 Minuten (6 Nennungen) sowie bei 120 Minuten mit vier Nennungen und 180 Minuten mit drei Nennungen. Der Mittelwert der Freitextangaben liegt bei 120 Minuten pro Reha.

Arbeitsbezogene Leistungen für Arbeitslose (ETM 05a) und Arbeitsbezogene Leistungen für Rehabilitanden mit Arbeit und Nicht-Erwerbstätige (ETM 05b)

- Bei ETM 05a und ETM 05b wird die Aufnahme von E100 [Gartentherapie], von D053 [Psychoedukative Gruppe: Bewerbungstraining] und C041 [Einzelgespräche mit Patienten und Betriebsangehörigen] gewünscht.

Tabakentwöhnung (ETM 06)

- Bei ETM 06 werden G05 [Einzels psychotherapie, verhaltenstherapeutisch], F010 [Psychologische Einzelberatung], F021 [Psychodynamisch orientierte Einzelintervention], F022 [Verhaltenstherapeutisch orientierte Einzelintervention], F029 [Einzelintervention nach anderen anerkannten Psychotherapieverfahren (z.B. Gesprächspsychotherapie)], G102 [Psychoedukative Gruppe: Motivationstraining bei Abhängigkeitserkrankungen] vermisst. Zusätzlich wird gewünscht, tägliche Einzelkontakte sowie Motivationsgespräche des Arztes oder Therapeuten anhand des KTL kodieren zu können. Wie bei ETM 04 gibt es den Vorschlag, ETM 06 unter ETM 02 laufen zu lassen.
- Bei ETM 06 stimmt ca. die Hälfte der Befragten dem Mindestanteil und fast zwei Drittel der Mindestdauer zu.
- 16 Prozent möchten einen niedrigeren Mindestanteil, fast ein Drittel eine Erhöhung. Im Freitext (11 Angaben) streuen die Vorschläge breit: zwischen 5 Prozent und 90 Prozent Mindestanteil (Vorgabe in der Pilotversion sind 10 Prozent). Der Mittelwert in den Freitextangaben liegt bei 34 Prozent.
- Ca. ein Viertel der Befragten plädiert für eine niedrigere Mindestdauer, während ca. ein Zehntel für eine Höhere ist. In der Freitextangabe zur Mindestdauer (8 Angaben) sind die Vorschläge breit gestreut: die Angaben liegen zwischen 140 Minuten und 420 Minuten pro Reha (Vorgabe in der Pilotversion sind 270 Minuten). Häufungen gibt es bei 240 Minuten (3 Nennungen) sowie bei 360 Minuten mit zwei Nennungen. Der Mittelwert der Freitextangaben liegt bei ca. 270 Minuten pro Reha.

Entspannungstraining (ETM 07)

- Für ETM 07 gibt es den Vorschlag, ein Entspannungsangebot im Rahmen traumaspezifischer Leistungen anzubieten; bisher nicht in der KTL vorhanden.

Sport- und Bewegungstherapie (ETM 08)

- Bei ETM 08 wird auf einen Druckfehler auf S. 22 bei der „Mindestdauer pro Reha“ hingewiesen, wo es stattdessen „pro Woche“ heißen müsste. Ein Teilnehmer wünscht sich „kommunikative Bewegungstherapie“, wobei eine solche unter A099 [sonstige geeignete Sport- und Bewegungstherapie mit psychotherapeutischer Zielsetzung] in ETM 8 kodiert werden könnte.

Gesundheitsbildung und Schulung (ETM 09)

- Bei ETM 09 wird die Aufnahme folgender Leistungen vorgeschlagen: ärztl. Beratung C010 [Ärztliche Beratung], C244 [Nicht-standardisierte Erwachsenenbildung bei Diabetes mellitus Typ 1], C279 [Nicht-standardisierte Schulung bei koronarer Herzkrankheit], C289 [Nicht-standardisierte Schulung zur Blutdruckselbstmessung], C329 [Nicht-standardisierte Schulung bei sonstigen Herz-Kreislauf-Krankheiten], C349 [Nicht-standardisierte Schulung bei chronisch obstruktiver Lungenerkrankung], und C489 [Nicht-standardisierte Schulung bei Kopfschmerz]. Zweifach gibt es den Vorschlag H010 [Anleitung zur Körperpflege] und H102 [Anleitung: kognitives Training] heraus zu nehmen.

Ernährungsschulung und -beratung (ETM 10)

- Bei ETM 10 gab es keine Veränderungsvorschläge hinsichtlich der KTL-Codes.
- Bei ETM 10 stimmt über die Hälfte der Befragten dem Mindestanteil und ca. zwei Drittel der Mindestdauer zu.
- Über ein Drittel der Befragten möchte einen niedrigeren Mindestanteil, kaum jemand eine Erhöhung. Im Freitext (11 Angaben) streuen die Vorschläge breit: zwischen 30 Prozent und 90 Prozent Mindestanteil (Vorgabe in der Pilotversion sind 80 Prozent). Der Mittelwert in den Freitextangaben liegt bei 54 Prozent. Häufungen gibt es bei 50 Prozent (5 Nennungen) und bei 60 Prozent (3 Nennungen).
- Ca. ein Zehntel der Befragten plädiert für eine niedrigere Mindestdauer, während ca. ein Fünftel für eine höhere ist. In der Freitextangabe zur Mindestdauer (8 Angaben) sind die Vorschläge breit gestreut: die Angaben liegen zwischen 30 Minuten und 180 Minuten pro Reha (Vorgabe in der Pilotversion sind 45 Minuten). Der Mittelwert der Freitextangabe liegt bei ca. 70 Minuten pro Reha.

Gestalterische Ergotherapie, Künstlerische Therapien und Freizeitgestaltung (ETM 11)

- Bei ETM 11 wird angeregt, E182 [Selbsthilfetraining einzeln: Freizeitkompetenztraining] und E192 [Selbsthilfetraining in der Kleingruppe: Freizeitkompetenztraining] mit aufzunehmen. Diese sind beide derzeit in ETM 12. Des Weiteren kommt der Vorschlag, ETM 11 und 12 zusammenzufassen (2 Nennungen). Ein Anwender schlägt vor, E100 [Gartentherapie] an dieser Stelle heraus zu nehmen.
- Bei ETM 11 stimmen zwei Drittel der Befragten dem Mindestanteil und der Mindestdauer zu.
- Ca. ein Viertel der Befragten möchte einen niedrigeren Mindestanteil, kaum jemand eine Erhöhung. Im Freitext (10 Angaben) streuen die Vorschläge breit: zwischen 20 Prozent und 90 Prozent Mindestanteil (Vorgabe in der Pilotversion sind 70 Prozent). Der Mittelwert in den Freitextangaben liegt bei 54 Prozent. Eine

Häufung gibt es bei 50 Prozent (7 Nennungen).

- Ca. ein Drittel der Befragten plädiert für eine niedrigere Mindestdauer. In der Freitextangabe zur Mindestdauer (12 Angaben) sind die Vorschläge wie folgt gestreut: die Angaben liegen zwischen 60 Minuten und 120 Minuten pro Woche (Vorgabe in der Pilotversion sind 120 Minuten). Häufungen gibt es bei 90 Minuten (7 Nennungen) sowie bei 60 Minuten mit drei Nennungen. Der Mittelwert der Freitextangabe liegt bei ca. 270 Minuten pro Reha.

Förderung sozialer Integration: Ergotherapie (ETM 12)

- Bei ETM 12 wird vorgeschlagen, E 020 [Arbeitstherapie einzeln, derzeit in ETM 5a], E030 [Indikationsgeleitete Arbeitstherapie in der Gruppe], D090 [Sozialtherapeutische Aktivgruppe, derzeit in ETM 03] und D080 [Sozialtherapeutische Einzelbetreuung, derzeit in ETM 03] mit herein zu nehmen.
- Mit ETM 12 hatten einige der Befragten Schwierigkeiten. Ihnen ist dessen Sinn nicht ersichtlich. Sie schlagen teilweise eine Auflösung und Verteilung auf andere ETM vor (7 Nennungen in den Fragen 8-10).

Arbeitsbezogene Leistungen: Klinische Sozialarbeit für Arbeitslose (ETM 13a) und Arbeitsbezogene Leistungen: Klinische Sozialarbeit für Rehabilitanden mit Arbeit und Nicht-Erwerbstätige (ETM 13b)

- Bei ETM 13a und ETM 13b wird vorgeschlagen, D023 [Sozialrechtliche Beratung: Wirtschaftliche Sicherung], welches bisher in ETM 14 ist, und D080 [Sozialtherapeutische Einzelbetreuung], bisher in ETM 03, hier herein zu nehmen. Zwei Befragten ist die Abgrenzung zu ETM 5 unklar.
- Bei ETM 13b stimmen über zwei Drittel dem Mindestanteil und ca. drei Viertel der Mindestdauer zu. Wir führen hier dennoch die weiteren Angaben aus, da die Richtung der Veränderungswünsche der übrigen Anwender besonders homogen ist.
- Fast ein Drittel der Befragten möchte eine Senkung des Mindestanteils (ETM 13b). Im Freitext (6 Angaben) streuen die Vorschläge breit: zwischen 20 Prozent und 80 Prozent Mindestanteil (Vorgabe in der Pilotversion sind 90 Prozent). Der Mittelwert in den Freitextangaben liegt bei 53 Prozent. Eine Häufung liegt bei 50 Prozent mit drei Nennungen vor.
- Kaum jemand plädiert für eine niedrigere Mindestdauer (ETM 13b), während ca. ein Fünftel der Befragten für eine höhere Mindestdauer sind. In der Freitextangabe zur Mindestdauer (7 Angaben) sind die Vorschläge wie folgt gestreut: die Angaben liegen zwischen 30 Minuten und 60 Minuten pro Reha (Vorgabe in der Pilotversion sind 15 Minuten). Häufungen gibt es bei 30 Minuten (3 Nennungen) sowie bei 60 min. mit drei Nennungen. Der Mittelwert der Freitextangabe liegt bei ca. 45 Minuten pro Reha.

Förderung sozialer Integration: Klinische Sozialarbeit (ETM 14)

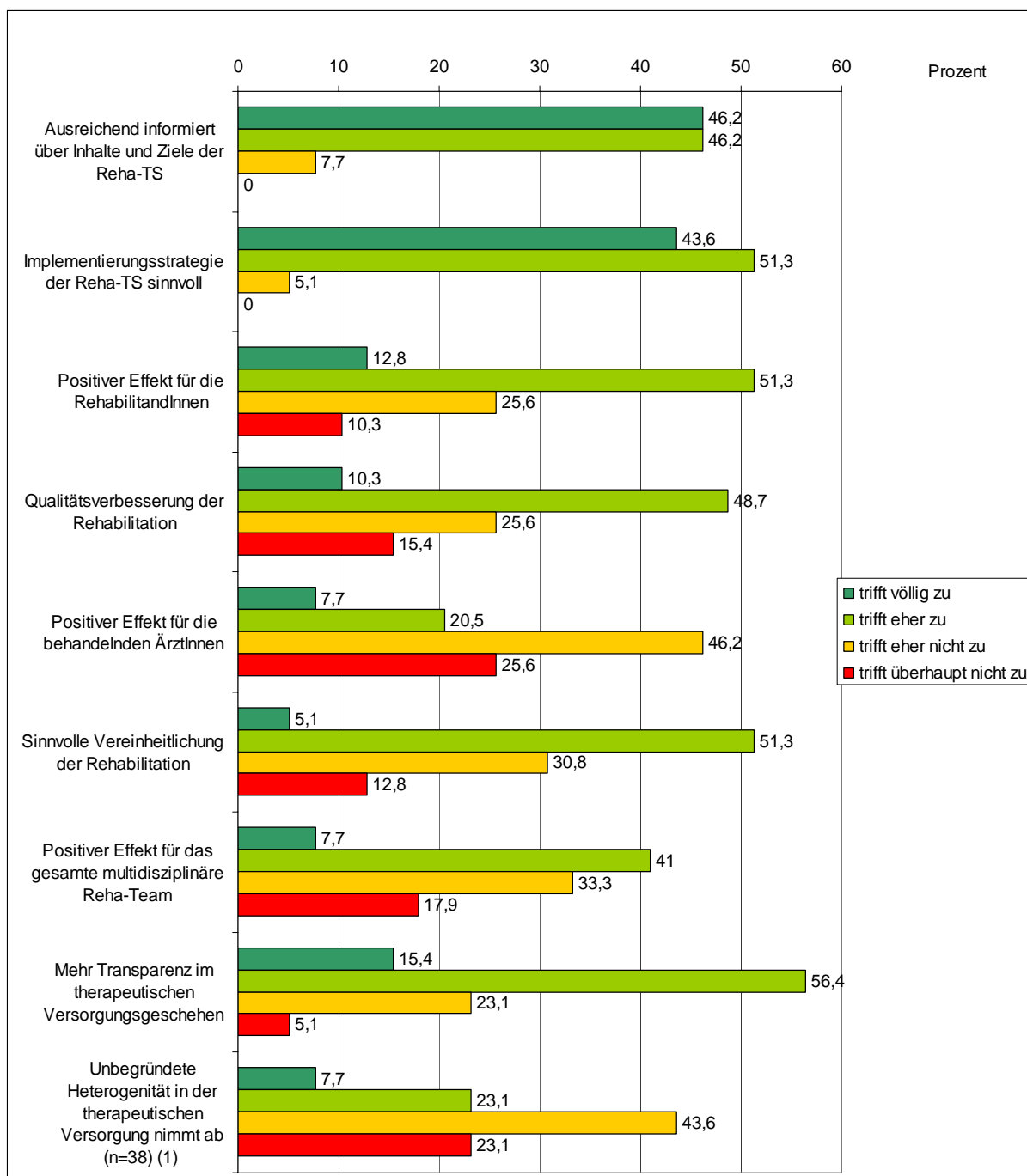
- Bei ETM 14 wurde auch hier die Integration von D080 [Sozialtherapeutische Einzelbetreuung] vorgeschlagen. Es wird angemerkt, dass eine Differenzierung zwischen ETM 13a, 13b und 14 nicht der Praxis entsprechen würde.

3.1.4 Konzeptionelle und inhaltliche Bewertung der Reha-Therapiestandards

Fast drei Viertel der Antwortenden gaben an, an der Einführungsveranstaltung „Reha-Therapiestandards Alkoholabhängigkeit“ der Deutschen Rentenversicherung in Speyer am 24.08.2009 teilgenommen zu haben (Angaben: n=39).

In der Bewertung der Auswirkungen der Implementierung der Reha-Therapiestandards, wurde für alle vorgegebenen Aussagen die Antwortkategorie „trifft eher zu“ am Häufigsten genutzt. Wir nennen im Folgenden die Summe der zumindest eher positiv bewerteten Aussagen (die genauen Werte siehe Abb. 6):

- Über 90 Prozent der Kliniker geben an, zumindest eher *ausreichend über Inhalte und Ziele der Reha-Therapiestandards informiert* zu sein.
- Ähnlich positiv verteilen sich auch die Antworten, inwieweit die *Implementierungsstrategie der Reha-Therapiestandards als sinnvoll* erachtet wird (92 Prozent).
- Fast drei Viertel der Kliniker erwarten mit der Implementierung der Reha-Therapiestandards *mehr Transparenz im therapeutischen Versorgungsgeschehen*.
- Dass trotz der Implementierung der Reha-Therapiestandards *eine unbegründete Heterogenität in der therapeutischen Versorgung bestehen bleibe*, finden ca. zwei Drittel der Antwortenden zumindest eher zutreffend.
- Einen *zumindest eher positiven Effekt* für die Rehabilitanden erwarten fast zwei Drittel der Anwender.
- Über die Hälfte der Befragten erwartet mit der Implementierung *zumindest eher eine Qualitätsverbesserung der Rehabilitation* (59 Prozent).
- Etwas mehr als die Hälfte der Kliniker erwartet durch die Reha-Therapiestandards *eine zumindest eher sinnvolle Vereinheitlichung der Rehabilitation* (56 Prozent),
- Einen *positiven Effekt für das gesamte multidisziplinäre Reha-Team* erwartet nur knapp die Hälfte der Befragten.
- Einen *zumindest eher positiven Effekt für die behandelnden ÄrztInnen* erwartet nur ca. ein Viertel der Befragten.



(1) negativ gepoltes Item: aus Gründen der besseren Lesbarkeit umformuliert und umgepolt (vorher: „Unbegründete Heterogenität ...bleibt bestehen“)

Abbildung 6: Aussagen zu Auswirkungen der Implementierung der Reha-Therapiestandards Alkoholabhängigkeit (n=39)

Wir haben weiterhin überprüft, ob die Bewertung dieser Aussagen (zu den Auswirkungen der Implementierung der Therapiestandards) einen Zusammenhang mit dem den Einrichtungen zurückgemeldeten Erfüllungsgrad der Vorgaben aufweist, ob also die Befragten in Einrichtungen mit einem hohen Erfüllungsgrad die Therapiestandards anders bewerten als solche mit einem geringen Erfüllungsgrad. Die Ergebnisse zeigen, dass sich Einrichtungen im obersten Quartil der Therapiestandard-Erfüllung (= „gute“ Einrichtungen) und solche im untersten Quartil (= „schlechte“ Einrichtungen) bei keinem der o. g. Items in der Bewertung statistisch

signifikant unterscheiden (Mann-Whitney-Test; p zwischen .27 und .95); siehe Tabellen 4c und 4d im Anhang.

Positive und negative Veränderungen, die die Anwender durch die Implementierung der Reha-Therapiestandards auf sich zu kommen sehen, konnten als Freitext formuliert werden. Wir haben die Angaben inhaltlich geordnet und geben sie im Folgenden zusammengefasst wieder. Alle Freitextangaben sind im Anhang nachzulesen.

Als **positiv** wird für die Einrichtungen erlebt:

- *Orientierung, in die die eigene Leistung eingeordnet werden kann* (6 Nennungen),
- *positive Aspekte der einrichtungsübergreifenden Vereinheitlichung der Leistungsangebote* (4 Nennungen),
- *die Möglichkeit, weiterhin individuell und differenziert die Rehabilitanden zu versorgen* (2 Nennungen),
- *neues Hinterfragen und Überprüfen spezieller, oder traditionell im Klinikkonzept verankerter, vom Main-Stream abweichender Anwendungen* (3 Nennungen),
- *Überprüfung und Verbesserung der KTL-Verschlüsselung und -dokumentation* (2 Nennungen),
- *zeitliche Entlastung mit der Modifikation des Therapiekonzepts; dadurch neue Freiräume zur eigenen inhaltlichen Ausrichtung oder Entlastung von Überstunden* (3 Nennungen),
- *Förderung einer stärkeren Teilnahme-Disziplin mit der Einführung von verpflichtenden Therapieangeboten, z.B. für Arbeitslose* (1 Nennung).

Als **negativ** wird für die Einrichtungen erlebt:

- *Verlust an individueller Konzeption und Spezialisierung* (10 Nennungen),
- *einrichtungsübergreifende Vereinheitlichung des geschätzten Bedarfs an Leistungen* (8 Nennungen); fehlende Nachweise, dass mit der Homogenisierung der therapeutischen Leistungen die Qualität der Behandlungen wirklich gesteigert würde (Problematik einrichtungsspezifischen Klientels),
- *Angst vor Unterversorgung oder Benachteiligung für (beeinträchtigte) Rehabilitanden* (z.B. bei komorbiden Störungen); indikative Gesichtspunkte in den Reha-Therapiestandards entschieden vernachlässigt, insbesondere bei Einrichtungen mit einer Spezifizierung für stärker belastete Patienten (14 Nennungen),
- *Daten der Prozessqualität als zentrales Qualitätsmerkmal*, insbesondere wenn hierbei nur messbare Daten wie Häufigkeit, Dauer oder Quote im Blick sind (3 Nennungen),

- Gefahr, einer *angepassten Praxis der KTL-Eintragungen* ohne Umsetzung der geforderten Veränderungen in der Versorgungspraxis (2 Nennungen),
- *Verlust an Arbeitszufriedenheit* und ein *taktisch angepasstes* Ausrichten auf geforderte Normen (2 Nennungen),
- *Angst vor Kürzungen bei „Übererfüllung“* der Anforderungen (1 Nennung),
- *erhöhter Personalaufwand* durch erhöhte Leistungsanforderungen sowie Schwierigkeiten in der Therapieorganisation (3 Nennungen),
- *Angst vor mehr Dokumentationsarbeit* und „*unnötiger Bürokratisierung*“ (4 Nennungen),
- *Angst, durch Umstellung auf ein „Main-Stream-Konzept“ an Attraktivität zu verlieren* (1 Nennung),
- Zweifel an der *wissenschaftlichen Evidenz* der Reha-Therapie-Standards (vier Nennungen); Präferenz, sich an den wissenschaftlichen Leitlinien der Fachgesellschaften zu orientieren, statt an jenen der Kostenträger (1 Nennung).

3.2 Gründe für das Abweichen von den Vorgaben der Leitlinie

Mindestens zwei Drittel der Einrichtungen berichten über eine Erfüllung der Anforderungen bei : ETM 02 (Indikative Therapien: themenzentrierte Interventionen zur psychischen Komorbidität; 74%), ETM 03 (Indikative Therapien: Förderung von psychosozialer Kompetenz, 71%), ETM 05b (Arbeitsbezogene Leistungen für Rehabilitanden mit Arbeit und Nicht-Erwerbstätige, 71%), ETM 07 (Entspannungstraining, 67%), ETM 08 (Sport- und Bewegungstherapie, 82%), ETM 09 (Gesundheitsbildung und Schulung, 66%) und ETM 14 (Förderung sozialer Integration: Klinische Sozialarbeit, 77%).

Über ein Drittel der Einrichtungen berichtet über eine Erfüllung der Anforderungen bei: ETM 01 (Allgemeine Psychotherapie bei Alkoholabhängigkeit, 37%), ETM 05a (Arbeitsbezogene Leistungen für Arbeitslose, 58%), ETM 06 (Tabakentwöhnung, 47%), ETM 11 (Gestalterische Ergotherapie, Künstlerische Therapien und Freizeitgestaltung, 45%), ETM 12 (Förderung sozialer Integration: Ergotherapie, 45%), ETM 13a (Arbeitsbezogene Leistungen: Klinische Sozialarbeit für Arbeitslose, 37%) und ETM 13b (Arbeitsbezogene Leistungen: Klinische Sozialarbeit für Rehabilitanden mit Arbeit und Nicht-Erwerbstätige, 34%)

Weniger als ein Drittel der Einrichtungen berichtet über eine Erfüllung der Anforderungen bei: ETM 04 (Angehörigenorientierte Interventionen, 16%) und ETM 10 (Ernährungsschulung und –beratung, 26%), siehe Abbildung 7.

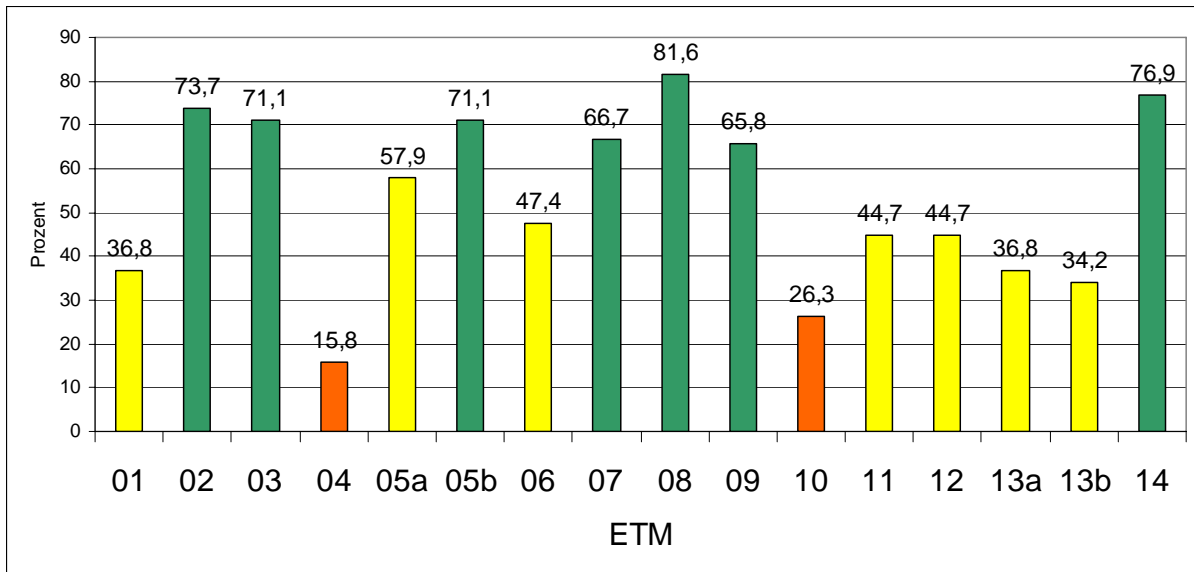


Abbildung 7: Beteiligte Einrichtungen, die den Mindestanteil an Rehabilitanden je ETM erreichen (n=38)

Anzumerken ist, dass aufgrund der Anonymität der Befragung keine Möglichkeit bestand, die Angaben aus den Fragebögen mit den KTL-Auswertungsergebnissen zusammenzuführen und so einer Überprüfung zu unterziehen.

Die Gründe für das Nicht-Erreichen des Mindestanteils entsprechend zu behandelnder Rehabilitanden sind im Überblick im Anhang (Tabelle 3) zusammengestellt.

- Allgemeine Psychotherapie bei Alkoholabhängigkeit (ETM 01)

Bei ETM 01 werden als Hauptgründe für das Nicht-Erreichen des Mindestanteils angegeben: unvollständige Verschlüsselung der im ETM aufgelisteten Leistungen (33%) und sonstige Gründe (20,5%). In der Freitextangabe werden unter anderem die Lösungen der Einrichtungen berichtet, um im weiteren Verlauf den Mindestanteil im ETM 01 zu erreichen.

- Indikative Therapien: themenzentrierte Interventionen zur psychischen Komorbidität (ETM 02)

Bei ETM 02 werden als Hauptgründe für das Nicht-Erreichen des Mindestanteils angegeben: zu hohe Anforderungen (13%), unvollständige Verschlüsselung der im ETM aufgelisteten Leistungen (10%) und Erbringung von Leistungen, die nicht im ETM enthalten sind (10%).

In der Freitextangabe werden Überschneidungen zwischen ETM 01 und ETM 02 thematisiert und Lösungen des Nicht-Erreichens des Mindestanteils, z.B. durch das Verlängern von Therapieeinheiten, berichtet.

- **Indikative Therapien: Förderung von psychosozialer Kompetenz (ETM 03)**

Bei ETM 03 werden folgende Hauptgründe für das Nicht-Erreichen des Mindestanteils angegeben: Leistungen dieses ETM häufig nicht notwendig (13%), unvollständige Verschlüsselung der im ETM aufgelisteten Leistungen (10%) und Erbringung von Leistungen, die nicht im ETM enthalten sind (13%).

In der Freitextangabe gibt ein Anwender an, dass in deren Haus ETM 03 übererfüllt wäre und deshalb bei ihnen ETM 12 nicht notwendig sei. Eine andere Einrichtung habe entsprechende Maßnahmen des ETM 03 anders kodiert, so dass diese in andere ETM fallen würden.

- **Angehörigenorientierte Interventionen (ETM 04)**

Bei ETM 04 werden folgende Hauptgründe für das Nicht-Erreichen des Mindestanteils angegeben: unvollständige Verschlüsselung der im ETM aufgelisteten Leistungen (13%), mangelnde Motivierbarkeit vieler Rehabilitanden (54%), zu hohe Anforderungen (23%) und sonstige Gründe (15%).

In der Freitextangabe wird vor allem diskutiert, dass viele Rehabilitanden entweder keine Angehörigen mehr hätten, die Angehörigen schwer zu therapeutischen Gesprächen motivierbar wären, oder diese durch ein bundesweites Einzugsgebiet vermehrt Schwierigkeiten mit der Anreise hätten.

- **Arbeitsbezogene Leistungen für Arbeitslose (ETM 05a)**

Bei ETM 05a wird als Hauptgrund für das Nicht-Erreichen des Mindestanteils angegeben: unvollständige Verschlüsselung der im ETM aufgelisteten Leistungen (15%).

Im Freitext wird seitens eines Kliniklers erläutert, dass die Unterscheidung von ETM 5a und 5b sowie 13a und 13b eher Verwirrung stiften würden. Er würde sich klarere Zuordnungen und eine Reduzierung der Rubriken wünschen, so dass die Leistungen besser in der Summe zusammengefasst werden könnten. Eine Klinik berichtet hier von ihrem „Konzept der maximalen Differenzierung“ bei den ETM 5a, 7, 8, 10, 11, 12, 13a, 13b und 14. Sie würden es vorziehen, lieber weniger Patienten indizierte Leistungen zuzuweisen, und diese dafür in stärkerer Häufigkeit (mit verbesserter Evidenz) anbieten zu können.

- **Arbeitsbezogene Leistungen für Rehabilitanden mit Arbeit und Nicht-Erwerbstätige (ETM 05b)**

Bei ETM 05b werden als Hauptgründe für das Nicht-Erreichen des Mindestanteils angegeben: unvollständige Verschlüsselung der im ETM aufgelisteten Leistungen (10%) und zu hohe Anforderungen (13%).

- **Tabakentwöhnung (ETM 06)**

Bei ETM 06 werden als Hauptgründe für das Nicht-Erreichen des Mindestanteils angegeben: unvollständige Verschlüsselung der im ETM aufgelisteten Leistungen (10%) und mangelnde Motivierbarkeit vieler Rehabilitanden (39%).

In der Freitext-Angabe berichtet ein Anwender, dass in seinem Haus bisher diese Leistungen in ETM 01 und ETM 09 integriert gewesen seien.

- **Entspannungstraining (ETM 07)**

Bei ETM 07 wird als Hauptgrund für das Nicht-Erreichen des Mindestanteils angegeben: unvollständige Verschlüsselung der im ETM aufgelisteten Leistungen (13%).

- **Sport- und Bewegungstherapie (ETM 08)**

Bei ETM 08 ist das Erreichen des Mindestanteils sehr hoch (82% der Einrichtungen) und die angegebenen Gründe für dessen Nicht-Erreichen verteilen sich zu geringen Prozentanteilen über fünf verschiedene Kategorien.

- **Gesundheitsbildung und Schulung (ETM 09)**

Bei ETM 09 wird als Hauptgrund für das Nicht-Erreichen des Mindestanteils angegeben: unvollständige Verschlüsselung der im ETM aufgelisteten Leistungen (28%).

- **Ernährungsschulung und -beratung (ETM 10)**

Bei ETM 10 werden als Hauptgründe für das Nicht-Erreichen des Mindestanteils angegeben: unvollständige Verschlüsselung der im ETM aufgelisteten Leistungen (26%), mangelnde Motivierbarkeit vieler Rehabilitanden (18%), Personalmangel (23%) und sonstige Gründe (18%).

In der Freitext-Angabe berichtet ein Anwender davon, dass sie bisher zu viele Einzelschulungen statt Gruppenschulungen angeboten hätten. Eine andere Einrichtung habe bisher die Leistungen des ETM 10 in ETM 01 und ETM 09 integriert, und inzwischen im Therapieplan eine Indikationsgruppe „Ernährungsschulung“ verankert.

- **Gestalterische Ergotherapie, Künstlerische Therapien und Freizeitgestaltung (ETM 11)**

Bei ETM 11 werden als Hauptgründe für das Nicht-Erreichen des Mindestanteils angegeben: zu hohe Anforderungen (18%), unvollständige Verschlüsselung der im ETM aufgelisteten Leistungen (10%), Erbringung von Leistungen, die nicht im ETM enthalten sind (10%) und Leistungen dieses ETM häufig nicht notwendig (10%).

In der Freitext-Angabe vertritt ein Kliniker die Ansicht, dass bei seinen Patienten das ETM 11 nicht indiziert sei.

- **Förderung sozialer Integration: Ergotherapie (ETM 12)**

Bei ETM 12 werden als Hauptgründe für das Nicht-Erreichen des Mindestanteils angegeben: zu hohe Anforderungen (10%), unvollständige Verschlüsselung der im ETM aufgelisteten Leistungen (13%), Erbringung von Leistungen, die nicht im ETM enthalten sind (10%), Personalmangel (10%) und sonstige Gründe (15%).

In der Freitext-Angabe stellt ein Anwender die Frage, ob evtl. bei ETM 11 und ETM 12 die KTL-Zuordnungen „verdreht seien“. Eine andere Einrichtung habe bei ETM 03 eine 99%-ige Übererfüllung, weshalb das ETM 12, das zudem von niedriger qualifiziertem Personal durchgeführt würde, in ihrer Einrichtung nicht notwendig sei. Ein Befragter plädiert dafür, dass beim ETM 12 unterschiedliche Rehabilitandenstrukturen und Kliniken berücksichtigt werden sollten.

- **Arbeitsbezogene Leistungen: Klinische Sozialarbeit für Arbeitslose (ETM 13a)**

Bei ETM 13a werden als Hauptgründe für das Nicht-Erreichen des Mindestanteils angegeben: unvollständige Verschlüsselung der im ETM aufgelisteten Leistungen (31%), Erbringung von Leistungen, die nicht im ETM enthalten sind (13%), mangelnde Motivierbarkeit vieler Rehabilitanden (10%) und Personalmangel (13%).

Ein Anwender erklärt, dass die Rehabilitanden einen sehr unterschiedlichen Hilfebedarf hätten, so dass im Einzelfall die Anforderungen zu hoch wären. In einer Einrichtung wäre ein spezifisches Gruppenangebot für Arbeitslose noch nicht ausreichend vorhanden gewesen.

- **Arbeitsbezogene Leistungen: Klinische Sozialarbeit für Rehabilitanden mit Arbeit und Nicht-Erwerbstätige (ETM 13b)**

Bei ETM 13b werden als Hauptgründe für das Nicht-Erreichen des Mindestanteils angegeben: unvollständige Verschlüsselung der im ETM aufgelisteten Leistungen (31%), Erbringung von Leistungen, die nicht im ETM enthalten sind (10%) sowie zu hohe Anforderungen des ETM (15%).

Eine Klinik berichtet im Freitext von einem hohen Anteil Arbeitsloser, so dass bei ihnen keine Indikation im geforderten Ausmaß vorhanden sei.

- **Förderung sozialer Integration: Klinische Sozialarbeit (ETM 14)**

Bei ETM 14 wird als Hauptgrund für das Nicht-Erreichen des Mindestanteils angegeben: unvollständige Verschlüsselung der im ETM aufgelisteten Leistungen (10%).

Im Freitext schließt ein Kliniker mit der Anmerkung „Schwere der Problematik und gewählte Therapiedauer stehen in einem Missverhältnis, insbesondere bei Wiederholerbehandlungen. Ressourcenzuteilung sollte nach Schwere der Problemlage erfolgen“.

3.3 Bewertung und Relevanz der Ergebnismrückmeldung zur Erfüllung der Reha-Therapiestandards Alkoholabhängigkeit 2009

Hinsichtlich des formalen Aufbaus der Ergebnismrückmeldung an die Reha-Einrichtungen sind die Anwender recht zufrieden. Den Aufbau der Ergebnismrückmeldung erlebt über die Hälfte der Befragten als sehr und ca. ein Drittel als eher strukturiert (n=37). Eine hohe Übersichtlichkeit meldet über ein Drittel der Befragten zurück; eher übersichtlich finden sie knapp die Hälfte der Befragten. Den Umfang der Ergebnismrückmeldung bewerteten ca. zwei Drittel als angemessen, während fast ein Drittel ihn als zu lang empfindet.

Bei der Bewertung der Übersicht „Versorgung der Rehabilitanden mit Reha-Therapiestandards“ werden die Ergebnisse aufgrund der weitgehend positiven Bewertung in der Summe von „trifft voll zu“ und „trifft eher zu“ zusammengefasst. Die genaue Prozentverteilung ist in Abbildung 8 abzulesen.

Der Bezug zum Auswertungszeitraum, die Grafik zur Veranschaulichung der Zielerreichung sowie die Übersicht der Abweichungen in den ETM von den Vorgaben der Therapiestandards werden durch ca. 90 Prozent der Befragten als zumindest *eher* klar und hilfreich bewertet. Die Spalte „in den Reha-Therapiestandards geschätzter Bedarf“ wie auch der Bezug zur Rehabilitandengruppe sind für ca. drei Viertel der Befragten zumindest *eher* klar und verständlich. Im Vergleich zu den zuvor genannten Bereichen werden die Spalten zum Anteil von Rehabilitanden mit unterschiedlichem Leistungsumfang hinsichtlich ihrer Verständlichkeit am Schwächsten bewertet (zwei Drittel bewerteten sie als zumindest *eher* positiv). Ca. drei Viertel der Anwender plädieren für eine unveränderte Beibehaltung der Übersicht.

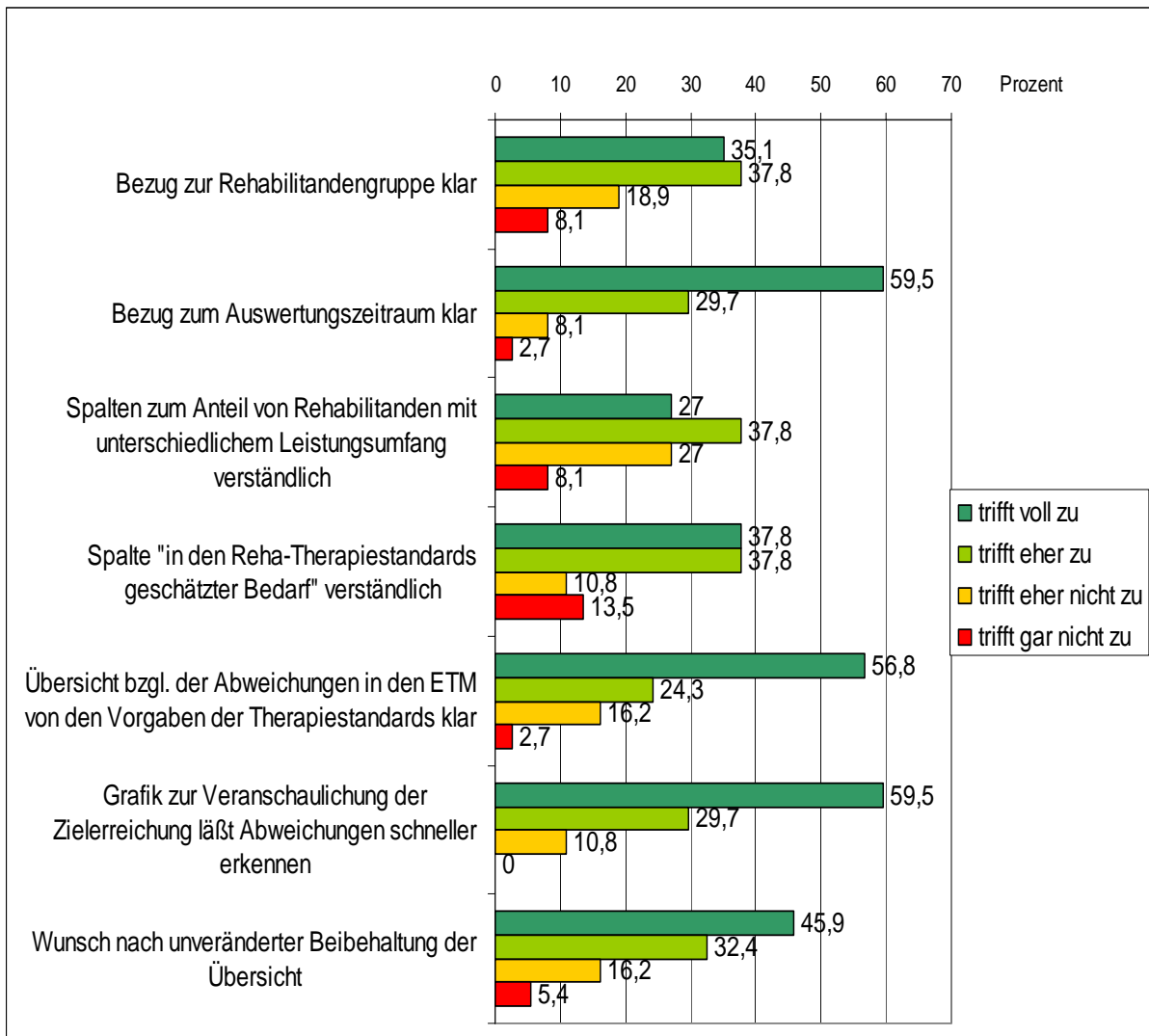
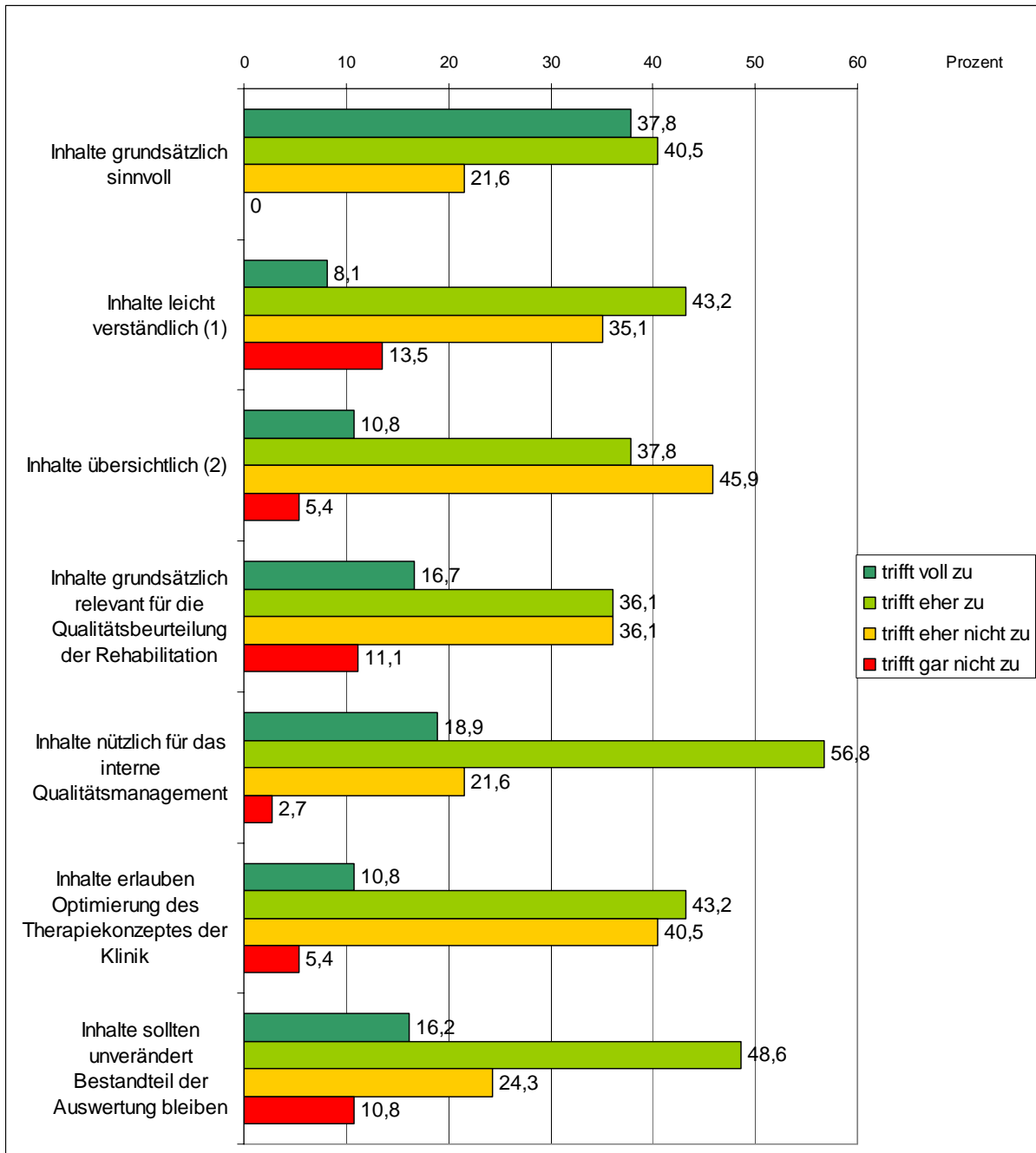


Abbildung 8: Bewertung der Übersicht "Versorgung der Rehabilitanden mit Reha-Therapiestandards" (n=37)

Die Inhalte der Tabellen 1-3 (KTL-Einheiten des ETM gesamt sowie verwendete KTL-Einheiten der mit und ohne Reha-Therapiestandards versorgten Rehabilitanden) im Anhang der Ergebnismeldung werden von über drei Viertel der Befragten als zumindest *eher* sinnvoll und nützlich für das interne Qualitätsmanagement erlebt. Eine zumindest *eher* leichte Verständlichkeit und Übersichtlichkeit der Inhalte werden durch ca. die Hälfte der Anwender angegeben (Frage-Items waren hier: „Die Inhalte dieser Tabellen sind schwer verständlich“ und „...sind unübersichtlich“; diese sind in Abb. 9 zur einheitlichen Darstellung umgepolt). Eine zumindest *eher* grundsätzliche Relevanz der Inhalte der Tabellen für die Qualitätsbeurteilung der Rehabilitation sowie zumindest *eher* daraus hervorgehende Anregungen zur Optimierung des Therapiekonzeptes der Klinik bestätigen nur etwas mehr als die Hälfte der Anwender. Zwei Drittel plädieren zumindest *eher* für eine unveränderte Beibehaltung der Tabelleninhalte in der Auswertung (siehe Abb. 9).



⁽¹⁾negativ gepoltes Item: aus Gründen der besseren Lesbarkeit umformuliert und umgepolt (vorher: "Die Inhalte dieser Tabellen insgesamt sind schwer verständlich")

⁽²⁾negativ gepoltes Item: aus Gründen der besseren Lesbarkeit umformuliert und umgepolt (vorher: "Die Inhalte dieser Tabellen insgesamt sind unübersichtlich")

Abbildung 9: Bewertung der Tabellen 1 bis 3 im Anhang (n=37)

Die Freitext-Angaben zur Frage nach Änderungsvorschlägen sind im Anhang (11 Beiträge) zu lesen.

4 Diskussion

Insgesamt zeigen die Ergebnisse der Anwenderbefragung, dass die Reha-Therapiestandards grundsätzlich auf eine positive Resonanz stoßen und die Kliniken motiviert sind, Lösungen zu erarbeiten, bisher nicht ausreichend erfüllte Anforderungen durch entsprechende Maßnahmen der internen Umstrukturierung zu erfüllen. Herauszustellen ist andererseits die Befürchtung einiger Einrichtungen, durch die einrichtungsübergreifenden Standards stärker belastetes Klientel nicht mehr in ausreichendem Maß, bzw. in notwendiger Intensität, mit indizierten therapeutischen Leistungen versorgen zu können. Des Weiteren gibt es bei bestimmten Therapiemodulen Umsetzungsprobleme.

Die formale und inhaltliche Gestaltung der Reha-Therapiestandards wird von den meisten Anwendern als adäquat und positiv bewertet. Fanden die Anwender die Pilotversion der Reha-Leitlinien „Koronare Herzkrankheit“ und „Brustkrebs“ tendenziell zu lang [13,14], wird die Länge bei „Alkoholabhängigkeit“ häufiger als angemessen bewertet.

Die gewählte Implementierungsstrategie wird positiv angenommen.

Mitentscheidend für die Akzeptanz der Reha-Therapiestandards ist die adäquate Abbildung der therapeutischen Inhalte der Rehabilitation über die KTL-Codes. Bei weitgehender Zustimmung zur Übereinstimmung der Inhalte der Therapiemodule mit zugeordneten KTL-Ziffern, werden zu einzelnen ETM Änderungs- und Ergänzungswünsche geäußert.

Das Fehlen der Kodierungsmöglichkeit traumaspezifischer Maßnahmen, wie traumaspezifische Gruppen, Stabilisierungsgruppe nach Reddemann und Traumakonfrontation als Einzelleistung oder eines Entspannungstrainings für Traumatisierte wurde mehrfach thematisiert. Auf dem Hintergrund, dass die Behandlung von Posttraumatischer Belastungsstörung bei entsprechenden Patienten für die Fähigkeit zur Abstinenz notwendig ist, ist der Bedarf einer Kodierungsmöglichkeit dieser Leistungen diskussionswürdig. Zusätzlich wird von mehreren Klinikern eine KTL-Kodierung für störungs- und problemspezifische Angebote bezüglich Persönlichkeitsstörungen vermisst. Ebenso könnte das Erstellen von KTL-Codes für die Anwendung psychodiagnostischer Verfahren für eine künftige Version der „Klassifikation therapeutischer Leistungen“ angeregt werden.

Zwischen „Allgemeine Psychotherapie bei Alkoholabhängigkeit“ (ETM 01), „Indikative Therapien: themenzentrierte Interventionen zur psychischen Komorbidität (ETM 02)“ und „Indikative Therapien: Förderung von psychosozialer Kompetenz“ (ETM 03) wurde ein Verschlüsselungskonflikt thematisiert. Wir vermuten, dass dies im Kontext unterschiedlicher therapeutischer Konzepte der Einrichtungen zu verstehen ist. Während einige Häuser die indikationsspezifischen Interventionen im Rahmen der Gruppentherapie durchführen, legen andere Häuser seit einigen Jahren ihren Schwerpunkt mehr auf zusätzliche indikationsspezifische Therapiemodule und weniger auf das Konzept der Bezugsgruppe.

Eine Notwendigkeit der inhaltlichen Überarbeitung wurde besonders bei „Förderung sozialer Integration: Ergotherapie“ (ETM 12) deutlich, das für einige Anwender inhaltlich unklar geblieben ist.

Die Schätzung der Vorgaben zu Mindestanteil und -dauer entsprechend zu behandelnder Rehabilitanden wurde nur bei einem Therapiemodul (Angehörigenorientierte Interventionen) von der überwiegenden Zahl der Kliniken als unangemessen hoch zurückgemeldet. Bei mehreren Therapiemodulen stimmte mehr als der Hälfte den Vorgaben zu, während die anderen Anwender konträrer Meinung bezüglich einer notwendigen Richtung der Veränderung waren. Dies macht deutlich, wie schwer es ist, angemessene Richtwerte festzulegen, die der Evidenz aus Literatur, der Praxiserfahrung der Experten sowie den strukturellen Gegebenheiten der Einrichtungen gerecht werden. Interessanterweise übersteigt die Anzahl der Therapiemodule, bei denen Mindestanteil und -dauer als angemessen beurteilt wurden die Anzahl der in 2008 erfüllten Therapiemodule.

Vielfach gewünscht wurde eine Verringerung des Mindestanteils und der Mindestdauer bei „Angehörigenorientierte Interventionen“ (ETM 04). Die Hintergründe für die starke Abweichung von den Vorgaben der Therapiestandards sind bei einigen Kliniken spezifisches Klientel, wie z.B. in einer Fachklinik für Migranten aus der ehemaligen Sowjetunion und aus Osteuropa, bei denen Sprachbarrieren oder kulturelle Besonderheiten die Angehörigenarbeit erschweren, oder auch ein bundesweites Einzugsgebiet mit daraus resultierenden Organisationsschwierigkeiten der Anreise. Des Weiteren ist es aufgrund vieler zum Teil störungsbedingt zerrütteter Beziehungen der Rehabilitanden oft schwierig, die Parteien zu Gesprächen zu motivieren.

Bei der „Tabakentwöhnung“ (ETM 06) wurden seitens der Anwender kontroverse Sichtweisen bezüglich der angemessenen Höhe des Mindestanteils deutlich. Dieses Problem ist unserer Kenntnis nach auch bei der Entwicklung anderer Reha-Therapiestandards aufgetreten. Viele Patienten mit der Indikation Alkoholabhängigkeit sind bekanntlich zusätzlich nikotinabhängig. Für eine Erhöhung des Mindestanteils bei der Tabakentwöhnung könnte man stimmen, wenn man der Ansicht ist, dass die Nikotinabhängigkeit bei möglichst vielen Patienten gleich mittherapiert werden sollte. Für eine Senkung des Mindestanteils könnte man mit der Sichtweisesstimmen, dass Raucherentwöhnung nur mit intrinsisch motivierten Patienten funktioniere.

Bei den Therapiemodulen „Ernährungsschulung und -beratung“ (ETM 10) und „Arbeitsbezogene Leistungen: Klinische Sozialarbeit für Rehabilitanden mit Arbeit und Nicht-Erwerbstätige“ (ETM 13b) gab es von mehreren Anwendern den Wunsch, das Leistungsangebot mit einer Senkung des Mindestanteils und einer Heraufsetzung der Mindestdauer zu verdichten und somit den in diesen Bereichen besonders Hilfsbedürftigen gezielt mehr Leistungen anbieten zu können.

An der unterschiedlichen Rehabilitandenstruktur der Einrichtungen mag es liegen, dass einige Anwender das ETM 12 „Förderung sozialer Integration: Ergotherapie“ als eigenständiges Modul unnötig finden.

Besonders häufig wurde das Problem unvollständiger Verschlüsselung erbrachter Leistungen als Grund für das Nicht-Erreichen der Anforderungen in den Therapiemodulen angegeben. Aus den zugehörigen Freitextangaben ist zu entnehmen, dass einige Kliniken inzwischen ihre Kodierpraxis und Therapiepläne umstrukturieren konnten, um den neuen Anforderungen gerecht zu werden. Das Problem, die Rehabilitanden zu motivieren, wurde bei der Angehörigenarbeit, der Tabakentwöhnung sowie der Ernährungsschulung und -beratung als einer der Hauptgründe für das Nicht-Erreichen angegeben. Personalmangel im Bereich der Ernährungsschulung und -beratung ist für ein Viertel der Kliniken ein Hindernis. Zu hohe Anforderungen sind bei „Ergotherapie“ (ETM 11) und der „klinischen Sozialarbeit für Nicht-Erwerbstätige“ (im Rahmen von ETM 13b) der vierte, weniger stark vertretene Hauptgrund für das Nicht-Erreichen der Anforderungen. Besonders Ressourcenprobleme, im Sinne von personeller Knappheit, und die die Rehabilitandenstruktur betreffenden Schwierigkeiten bei der Erfüllung der Reha-Therapiestandards, sind für die Einrichtungen nicht immer direkt beeinflussbar.

Der formale und inhaltliche Aufbau der Ergebnismeldung, auch hinsichtlich der Länge, wurde recht positiv bewertet. Somit kann die Akzeptanz der Ergebnismeldung als positiv bewertet werden.

Das Leitlinienprogramm der DRV Bund ist von Beginn an von WissenschaftlerInnen und Kliniker aus einer Reihe von Gründen immer auch sehr kritisch betrachtet worden. Nicht zuletzt deswegen stellt sich die Frage, ob die Bewertungen der Therapiestandards für die Rehabilitation Alkoholabhängigkeit im Rahmen der vorliegenden Evaluation tatsächlich valide sind. Aus zwei Gründen glauben wir, dies bejahen zu können. Zum einen haben wir eine ganze Reihe von Telefongesprächen mit leitenden ÄrztInnen aus Rehaeinrichtungen geführt, in denen deutlich wurde, dass die Evaluationsbögen mit äußerster Sorgfalt bearbeitet wurden und die Befragung als Chance begriffen wurde, zu einer Verbesserung der Rehabilitationspraxis beizutragen. Zum anderen zeigen die Ergebnisse der Gruppenvergleiche zwischen Einrichtungen mit hohem und niedrigem Erfüllungsgrad der Therapiestandards, dass die globalen Bewertungen der Pilotversion sowie die Einschätzungen der Auswirkungen der Implementierung nicht vom „Abschneiden“ der eigenen Einrichtung abhängen. Die Bewertungen und die Monita seitens der Einrichtungen sollten daher als gewichtige Argumente betrachtet und bei der Überarbeitung der Pilotversion berücksichtigt werden.

5 Vorschläge der Arbeitsgruppe aus der AQMS

Im Folgenden sind die erarbeiteten Vorschläge zu den wesentlichen Änderungswünschen der Anwender aufgelistet, wie sie bei der Überarbeitung der Therapiestandards berücksichtigt werden könnten. Diese Vorschläge wurden gemeinsam mit den Vertretern der DRV Bund diskutiert. Sie sollten noch in der Expertenrunde konsentiert werden.

(1) ETM 02 Indikative Therapien: themenzentrierte Interventionen zur psychischen Komorbidität

Wir halten es für sinnvoll, die zusätzlich gewünschte KTL-Leistung „Psychotherapie in der Gruppe, psychodynamisch, störungsspezifisch bei Beeinträchtigung der Körperwahrnehmung“ (G087) in das Therapiemodul aufzunehmen. Die Aufnahme traumaspezifischer Gruppen, z.B. Stabilisierungsgruppe nach Reddemann und Traumakonfrontation als Einzelleistung, sowie störungs- und problemspezifischer Angebote bei Persönlichkeitsstörungen in die KTL sollten bei einer Überarbeitung der KTL diskutiert werden.

(2) ETM 01 Allgemeine Psychotherapie, ETM 02 Indikative Therapien: Komorbidität & ETM 03 Indikative Therapien: psychosoziale Kompetenz

Wir empfehlen ETM 01 bis ETM 03 nicht zusammenzufassen, da diese für die Behandlung wichtige Kernbereiche darstellen, deren Angebot nicht untereinander austauschbar sein sollte.

(3) ETM 04 Angehörigenorientierte Interventionen

Die Anforderungen im Therapiemodul „Angehörigenorientierte Interventionen“ (ETM 04) sollten aufgrund der konzeptionellen Bedeutung und hohen Wirksamkeit der Arbeit mit Angehörigen beibehalten werden. Zusätzlich sollte die derzeit bereits gegebene Möglichkeit genutzt werden, dass Einrichtungen mit besonderer Klientel bezüglich des Mindestanteils und der Mindestdauer Sondervereinbarungen mit der DRV treffen können.

(4) ETM 06 Tabakentwöhnung

Bezüglich des Mindestanteils im ETM „Tabakentwöhnung“ (ETM 06) plädieren wir für die Beibehaltung eines Mindestanteils von zehn Prozent. Die Schätzung des Mindestanteils in diesem Therapiemodul ist auf den Teil der Rehabilitanden abgezielt, die zur Tabakentwöhnung motiviert sind. Kliniken, zu deren Konzept die Abstinenz von allen suchterzeugenden Substanzen gehört, würden dann die Anforderungen in ETM 06 übererfüllen. Außerdem wurde bei den Reha-Therapiestandards „Koronare Herzerkrankung“ ein Mindestanteil von fünf Prozent für die Tabakentwöhnung festgelegt, obwohl das Aufgeben des Rauchens dort eine besonders zentrale Bedeutung für die Gesundheit hat. Auch an Betrachtung dessen halten wir den Mindestanteil von 10% für angemessen. Bezüglich der Mindestdauer plädieren wir für die Beibehaltung.

(5) ETM 09 Gesundheitsbildung und Schulung

Wir halten die Verschiebung von „Anleitung zur Körperpflege“ (H010) und „Anleitung: kognitives Training“ (H102) in ETM 12 für eine sinnvoll Ergänzung des ETM 12, sofern nicht ein eigenes Modul für die Pflege angedacht ist. Die Aufnahme obengenannter nicht-standardisierter Patientenschulungen können wir nach Rücksprache mit der Deutschen Rentenversicherung nicht empfehlen, da im Rahmen der Reha-Therapiestandards nur Folgeerkrankungen, nicht aber Begleiterkrankungen behandelt werden. So können Komorbiditätsschulungen weder in vorhandene ETM aufgenommen werden noch ein eigenes Therapiemodul ausfüllen.

(6) ETM 10 Ernährungsschulung und -beratung

Bei dem Therapiemodul „Ernährungsschulung und -beratung“ (ETM 10) empfehlen wir nach Rücksprache mit der Deutschen Rentenversicherung Beibehaltung der Vorgaben der Pilotversion, um den Bereich der Ernährungsschulung und -beratung zu fördern. Die Deutsche Rentenversicherung plant längerfristig, die Mindestdauer in diesem Modul zu erhöhen und den Mindestanteils zu senken, um den Rehabilitanden mit deutlicher Indikation für dieses Modul eine nachhaltige wirksame Leistung zu ermöglichen.

(7) ETM 12 Förderung sozialer Integration: Ergotherapie

Um ETM 12 „Förderung sozialer Integration: Ergotherapie“ mehr Profil zu geben, könnte die Inhaltsbeschreibung um einen Passus ergänzt werden, der deutlich macht, dass ETM 12 für deprivierte Rehabilitanden konzipiert ist. Wir halten dieses Therapiemodul für notwendig, um Rehabilitanden mit besonderem Bedarf in diesem Bereich gezielt die ergotherapeutischen Leistungen in entsprechender Intensität anbieten zu können. Die von den Anwendern vorgeschlagene Aufnahme von therapeutischen Leistungen, die bereits in anderen ETM sind, halten wir nicht für sinnvoll. Sie sollten dort beibehalten werden, da sie inhaltlich genau in die zugeordneten ETM passen (Ausnahme H010 und H102).

(8) ETM 08 Sport- und Bewegungstherapie

Bei dem Therapiemodul „Sport- und Bewegungstherapie“ (ETM 08) wird auf einen Druckfehler auf S. 22 bei der „Mindestdauer pro Reha“ hingewiesen, wo es stattdessen „pro Woche“ heißen müsste.

(9) Sollte eine weitere Anwenderbefragung zur Akzeptanz und Praktikabilität der Reha-Therapiestandards geplant sein, möchten wir die Überlegung anregen, eventuell ein Item dazu zu nehmen, das abfragt, ob der Fragebogen von Anwendern einer stationären oder ambulanten Einrichtung ausgefüllt wird. Dies könnte interessante Daten zum Vergleich zwischen stationärer und ambulanter Rehabilitation liefern.

6 Änderungen der Reha-Therapiestandards nach den Ergebnissen der Anwenderbefragung

Die Änderungsvorschläge der AQMS – basierend auf den Ergebnissen der Anwenderbefragung in Reha-Einrichtungen – führten nach einer inhaltlichen Prüfung und Diskussion durch die Deutsche Rentenversicherung zu einer Überarbeitung der Pilotversion Reha-Therapiestandards Alkoholabhängigkeit in folgenden Punkten:

ETM 02 Indikative Therapien: themenzentrierte Interventionen zur psychischen Komorbidität

Der KTL-Code G087 „Psychotherapie in der Gruppe, psychodynamisch, störungsspezifisch bei Beeinträchtigung der Körperwahrnehmung“ wird in das evidenzbasierte Therapiemodul (ETM 02) neu aufgenommen. Damit kann die Intervention sowohl verhaltenstherapeutisch als auch mit psychodynamischen Verfahren erfolgen.

ETM 06 Tabakentwöhnung

Die Schätzung des Mindestanteils entsprechend zu behandelnder Rehabilitanden von 10% bezieht sich auf Rehabilitanden, die zur Tabakentwöhnung motiviert sind. Um diesen Aspekt zu verdeutlichen, wird die Zielgruppe unter „Therapeutischen Inhalte“ näher beschrieben. Der neue Text lautet: *„Psychologische Intervention zur Förderung der Tabakabstinenz bei entsprechend motivierten Rehabilitanden. Vorausgesetzt wird eine Problematisierung des Rauchverhaltens im Rahmen der Gesundheitsbildung.“*

ETM 09 Gesundheitsbildung und Schulung

Im Rahmen der Reha-Therapiestandards werden in dem Modul „Gesundheitsbildung und Schulung“ nur Folgeerkrankungen behandelt und keine Begleiterkrankungen. Ein entsprechender Hinweis wird in den „Therapeutischen Inhalten“ ergänzt. Der neue Text lautet: *„Vorträge und Seminare zu gesundheits- und krankheitsbezogenen Themen bezogen auf die Alkoholabhängigkeit und typische Folgeerkrankungen mit dem Ziel der Information und Motivation, z. B. zu Grundgedanken der Rehabilitation, zum Reha-Konzept der Einrichtung, zum bio-psycho-sozialen Krankheitsmodell, zu Stress und Ernährung.“*

ETM 10 Ernährungsschulung und -beratung

Bei dem Therapiemodul „Ernährungsschulung und -beratung“ wurden die „Therapeutischen Inhalte“ verständlicher formuliert. Der neue Text lautet: *„Informationen zu gesunder Ernährung, Beratung zur nachhaltigen Änderung des Ernährungsverhaltens sowie praktische Umsetzung im Alltag.“*

ETM 12 Förderung sozialer Integration: Ergotherapie

Das ETM „Förderung sozialer Integration: Ergotherapie“ ist besonders für deprivierte Rehabilitanden konzipiert. Um diesen Aspekt hervorzuheben, erfolgt eine Präzisierung der „Therapeutischen Inhalte“. Der neue Text lautet: *„Maßnahmen für besonders hilfsbedürftige Rehabilitanden zur Förderung allgemeiner sozialer Integration und Nutzung sozialer Stützsysteme insbesondere zum Erwerb und/oder zur Verbesserung von Alltagskompetenzen.“*

ETM 08 Sport- und Bewegungstherapie

Die Mindestdauer bei der formalen Ausgestaltung im Therapiemodul „Sport- und Bewegungstherapie“ wird korrigiert. Statt „Mindestdauer pro Rehabilitation“ heißt es nun korrekt „Mindestdauer pro Woche“.

7 Literatur

- 1 *Brüggemann S* (2005). Das Reha-Leitlinienprogramm der BfA. Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualitätssicherung 99: 47-50.
- 2 *Korsukéwitz C, Rose S, Schliehe F* (2003). Zur Bedeutung von Leitlinien für die Rehabilitation. Die Rehabilitation 42: 67-73.
- 3 *Jäckel WH, Müller-Fahrnow W, Schliehe F* (2002). Leitlinien in der medizinischen Rehabilitation – Positionspapier der Deutschen Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften. Die Rehabilitation 41: 279-285.
- 4 *Korsukéwitz C* (2007). Vorgaben für eine „gute“ Rehabilitation. Deutsches Ärzteblatt 104: A1640-A1642.
- 5 *Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.)* (2007). Klassifikation therapeutischer Leistungen in der medizinischen Rehabilitation. Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund, verfügbar unter: www.deutsche-rentenversicherung-bund.de (Pfad: Zielgruppe Sozialmedizin und Forschung, Qualitätssicherung).
- 6 *Klosterhuis H.* (2005). Rehabilitations-Leitlinien als Instrument der Qualitätssicherung der Rehabilitation. Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualitätssicherung 99: 41-45.
- 7 *Köhler J., Schmidt P. & Soyka M.* (2007). Leitlinie für die stationäre Rehabilitation bei Alkoholabhängigkeit - Aktueller Stand der Umsetzung. Sucht aktuell, 14(1):31-34.
- 8 *Bottlender M., Köhler J. & Soyka M.* (2006). Effektivität psychosozialer Behandlungsmethoden zur medizinischen Rehabilitation alkoholabhängiger Patienten. Fortschritte der Neurologie, Psychiatrie, 74 (1): 19-31.
- 9 *Köhler J., Grünbeck P. & Soyka M.* (2007). Entwöhnungstherapie bei Alkoholabhängigkeit – Inanspruchnahme, Dauer und sozialmedizinischer Verlauf. Aktuelle Ergebnisse und Perspektiven aus der Sicht des Rentenversicherungsträgers. Der Nervenarzt, 78 (5): 536-546.
- 10 *Schmidt P., Köhler J. & Soyka M.* (2008). Evidenzbasierte Therapieverfahren in der stationären Rehabilitation alkoholabhängiger Patienten - Repräsentativerhebung an deutschen Suchtfachkliniken. Fortschritte der Neurologie, Psychiatrie, 76 (2): 86-90.
- 11 *Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.)* (2009). Reha-Therapiestandards Alkoholabhängigkeit 2009 - Pilotversion. Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund, verfügbar unter: www.deutsche-rentenversicherung-bund.de (Pfad: Zielgruppe Sozialmedizin und Forschung, Qualitätssicherung).

- 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 *Bitzer EM., Brüggemann S., Klosterhuis H. & Döring H. (2006). Akzeptanz und Praktikabilität der Leitlinie für die Rehabilitation bei koronarer Herzkrankheit. Die Rehabilitation 45: 203-212.*
- 14 *Winnefeld M., Brüggemann S. (2008). Leitlinie für die Rehabilitation von Patienten mit Brustkrebs aus der Perspektive der Einrichtungen – Ergebnisse einer Anwenderbefragung zur Akzeptanz und Praktikabilität der Pilotversion. Die Rehabilitation 42: 334-342.*

8 Anhang

8.1 Tabellen

Tabelle 1:

Pilotversion der Reha-Therapiestandards für die stationäre und ganztägig ambulante Rehabilitation bei Alkoholabhängigkeit:

Mindestanteil, -dauer und Häufigkeit entsprechend zu behandelnder Rehabilitanden in 16 evidenzbasierten Therapiemodulen (ETM)

ETM	Bezeichnung	Minstdauer	Häufigkeit	Mindestanteil
01	Allgemeine Psychotherapie bei Alkoholabhängigkeit: verhaltenstherapeutisch orientierte Psychotherapie, tiefenpsychologisch orientierte Psychotherapie und andere psychotherapeutische Leistungen (insbesondere Gesprächspsychotherapie, Gestalttherapie, Psychodrama)	240 Min/ Woche		mind. 90%
02	Indikative Therapien: themenzentrierte Interventionen zur psychischen Komorbidität	60 Min/Woche		mind. 30%
03	Indikative Therapien: Förderung von psychosozialer Kompetenz	60 Min/Woche		mind. 50%
04	Angehörigenorientierte Interventionen	240 Min/Woche		mind. 25%
05a	Arbeitsbezogene Leistungen für Arbeitslose	16 Std./Reha		mind. 90%
05b	Arbeitsbezogene Leistungen für Rehabilitanden mit Arbeit und Nicht-Erwerbstätige	7 Std./Reha		mind. 50%
06	Tabakentwöhnung	270 Min/Reha		mind. 10%
07	Entspannungstraining	240 Min/Reha	6x	mind. 40%
08	Sport- und Bewegungstherapie	60 Min/Reha		mind. 70%
09	Gesundheitsbildung und Schulung	360 Min/Reha	6x	mind. 80%
10	Ernährungsschulung und -beratung	45 Min/Reha		mind. 80%
11	Gestalterische Ergotherapie, Künstlerische Therapien und Freizeitgestaltung	120 Min/Reha		mind. 70%
12	Förderung sozialer Integration: Ergotherapie	10 Std./Reha		mind. 10%
13a	Arbeitsbezogene Leistungen: Klinische Sozialarbeit für Arbeitslose	60 Min/Reha		mind. 90%
13b	Arbeitsbezogene Leistungen: Klinische Sozialarbeit für Rehabilitanden mit Arbeit und Nicht-Erwerbstätige	15 Min/Reha		mind. 90%
14	Förderung sozialer Integration: Klinische Sozialarbeit	60 Min/Reha		mind. 50%

Tabelle 2:

Angaben zur Angemessenheit von Mindestanteil (entsprechend zu behandelnder Rehabilitanden) und Mindestdauer mit Angabe der Richtung etwaiger Änderungswünsche dieser Werte

Evidenzbasierte Therapiemodule (ETM)	Mindestanteil entspre- chend zu behandelnder Rehabilitanden				Keine Angabe	Zahl Freitext	Kommentar/ Vorschlag
	Mindestdauer	zu niedrig	angemessen	zu hoch			
ETM 01 Allgemeine Psychothe- rapie bei Alkoholabhängigkeit	90%	10,5%	82,4%	5,3%	1	6	
	240 Min./ pro Woche	2,9%	94,3%	2,9%	4	3	
ETM 02 Indikative Therapien: themenzentrierte Interventionen zur psychischen Komorbidität	30%	23,7%	57,9%	18,4%	1	14	
	60 Min./ pro Woche	10,8%	64,9%	24,3%	2	10	
ETM 03 Indikative Therapien: Förderung von psychosozialer Kompetenz	50%	18,4%	63,2%	18,4%	1	10	
	60 Min./ pro Woche	8,1%	78,4%	13,5%	2	5	
ETM 04 Angehörigenorientierte Interventionen	25%	12,8%	46,2%	41,0%	0	19	
	240 Min./ pro Reha	2,7%	48,6%	48,6%	2	16	
ETM 05a Arbeitsbezogene Leis- tungen für Arbeitslose	90%	2,6%	84,6%	12,8%	0	6	
	16 Std./ pro Reha	15,8%	71,1%	13,2%	1	10	

Evidenzbasierte Therapiemodule (ETM)	Mindestanteil entspre- chend zu behandelnder Rehabilitanden				Keine Angabe	Zahl Freitext	Kommentar/ Vorschlag
	Mindestdauer	zu niedrig	angemessen	zu hoch			
ETM 05b Arbeitsbezogene Leis- tungen für Rehabilitanden mit Arbeit und Nicht-Erwerbstätige	50%	10,8%	67,6%	21,6%	2	9	Kleine Tendenz zu weniger Min- destanteil
	7 Std./ pro Reha	11,1%	75,0%	13,9%	3	6	
ETM 06 Tabakentwöhnung	10%	29,7%	54,1%	16,2%	2	13	Handlungsbe- darf? Tendenz zu mehr % und we- niger Min.
	270 Min./ pro Reha	11,4%	62,9%	25,7%	4	8	
ETM 07 Entspannungstraining	40%	16,2%	78,8%	5,4%	2	7	
	240 Min./ pro Reha	5,6%	88,9%	5,6%	3	4	
ETM 08 Sport- und Bewegungs- therapie	70%	16,2%	81,1%	2,7%	2	5	Tendenz zu mehr % und Std.
	60 Min./ pro Woche	17,1%	82,9%	0,0%	4	6	
ETM 09 Gesundheitsbildung und Schulung	80%	8,3%	80,6%	11,1%	3	6	Tendenz zu we- niger Std.
	360 Min./ pro Reha	2,9%	77,1%	20,0%	4	7	
ETM 10 Ernährungsschulung und -beratung	80%	5,4%	56,8%	37,8%	2	13	Handlungsbedarf: weniger %, dafür evtl. mehr Min.
	45 Min./ pro Reha	19,4%	69,4%	11,1%	3	8	

Evidenzbasierte Therapiemodule (ETM)	Mindestanteil entspre- chend zu behandelnder Rehabilitanden				Keine Angabe	Zahl Freitext	Kommentar/ Vorschlag
	Mindestdauer	zu niedrig	angemessen	zu hoch			
ETM 11 Gestalterische Ergothera- pie, Künstlerische Therapie und Freizeitgestaltung	70%	5,3%	68,4%	26,3%	1	12	Handlungsbe- darf:Tendenz zu weniger % und Min.
	120 Min./ pro Woche	0,0%	65,7%	34,3%	4	14	
ETM 12 Förderung sozialer Integ- ration: Ergotherapie	10%	17,9%	74,4%	7,7%	0	8	Tendenz zu mehr % und weniger Std.
	10 Std./ pro Reha	5,4%	75,7%	18,9%	2	7	
ETM 13 a Arbeitsbezogene Lei- stungen: Klinische Sozialarbeit für Arbeitslose	90%	0,0%	86,5%	13,5%	2	4	Evtl. Min. anhe- ben?
	60 Min./ pro Reha	24,3%	70,3%	5,4%	2	8	
ETM 13 b Arbeitsbezogene Leis- tungen: Klinische Sozialarbeit für Rehabilitanden mit Arbeit und Nicht-Erwerbstätige	90%	0%	70,3%	29,7%	2	9	Tendenz, die % zu senken und die Min. anzuhe- ben
	15 Min./ pro Reha	21,6%	75,7%	2,7%	2	8	
ETM 14 Förderung sozialer Integ- ration: Klinische Sozialarbeit	50%	10,3%	71,8%	17,9%	0	9	
	60 Min./ pro Reha	10,8%	78,4%	10,8%	2	6	

Tabelle 3:

Frage nach Gründen für das Nichterreichen des Mindestanteils der entsprechend zu behandelnden Rehabilitanden (n=38)

ETM	Mindestanteil erreicht	unvollständige Verschlüsselung (A)	nicht alle Leistungen in ETM enthalten (B)	oft Kontraindikationen (C)	Leistungen des ETM häufig nicht notwendig (D)	viele Rehabilitanden nicht motivierbar (E)	Personal-mangel (F)	Anforderungen zu hoch (G)	sonstige Gründe (siehe Freitext)	wichtigster Grund für das Nicht-erreichen
01	36,8%	33,3%	17,9%	2,6%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	20,5%	A: 2,6% B: 2,6%
02	73,7%	10,3%	10,3%	0,0%	2,6%	0,0%	2,6%	12,8%	7,7%	B: 5,1% G: 2,6% H: 2,6%
03	71,1%	10,3%	12,8%	2,6%	12,8%	0,0%	2,6%	5,1%	2,6%	A: 2,6% D: 5,1%
04	15,8%	12,8%	2,6%	0,0%	7,7%	53,8%	2,6%	23,1%	15,4%	A: 2,6% E: 15,4% G: 2,6% H: 2,6%
05a	57,9%	15,4%	7,7%	0,0%	2,6%	7,7%	5,1%	7,7%	7,7%	B: 5,1% H: 2,6%
05b	71,1%	10,3%	2,6%	2,6%	2,6%	2,6%	2,6%	12,8%	0,0%	G: 2,6%
06	47,4%	10,3%	2,6%	0,0%	2,6%	38,5%	2,6%	7,7%	2,6%	A: 2,6% B: 2,6% E: 2,6%
07	66,7%	12,8%	2,6%	2,6%	5,1%	7,7%	0,0%	7,7%	2,6%	D: 2,6% E: 2,6%
08	81,6%	7,7%	0,0%	5,1%	0,0%	7,7%	5,1%	0,0%	2,6%	C: 2,6% E: 5,1%

ETM	Mindestanteil erreicht	unvollständige Verschlüsselung (A)	nicht alle Leistungen in ETM enthalten (B)	oft Kontraindikationen (C)	Leistungen des ETM häufig nicht notwendig (D)	viele RehabilitandInnen nicht motivierbar (E)	Personalmangel (F)	Anforderungen zu hoch (G)	sonstige Gründe (siehe Freitext)	wichtigster Grund für das Nichterreichen
09	65,8%	28,2%	7,7%	0,0%	0,0%	2,6%	2,6%	5,1%	0,0%	A: 2,6% B: 2,6% G: 2,6%
10	26,3%	25,6%	2,6%	2,6%	5,1%	17,9%	23,1%	7,7%	17,9%	B: 2,6% E: 2,6% F: 2,6% G: 2,6% H: 2,6%
11	44,7%	10,3%	10,3%	0,0%	10,3%	5,1%	7,7%	17,9%	5,1%	B: 2,6% D: 2,6% H: 5,1%
12	44,7%	12,8%	2,6%	0,0%	10,3%	2,6%	10,3%	10,3%	15,4%	H: 2,6%
13a	36,8%	30,8%	12,8%	2,6%	5,1%	10,3%	12,8%	2,6%	7,7%	A: 7,7% B: 2,6% E: 2,6% F: 2,6%
13b	34,2%	30,8%	10,3%	2,6%	7,7%	5,1%	7,7%	15,4%	5,1%	A: 5,1% F: 2,6% G: 2,6% H: 2,6%
14	76,9%	10,3%	0%	2,6%	2,6%	5,1%	5,1%	0,0%	2,6%	F: 2,6%

Tabelle 4a:

Vergleich der Einrichtungen mit niedrigem/ oder hohem Erfüllungsgrad bezüglich der globalen Bewertung der Reha-Therapie-standards (5 Items) - Mann-Whitney-Test

Ränge				
	Quartile	N	Mittlerer Rang	Rangsumme
[AL_1_1] Wissen...	1,00	11	10,45	115,00
	2,00	10	11,60	116,00
	Gesamt	21		
[AL_1_2] Aktual..	1,00	11	11,45	126,00
	2,00	10	10,50	105,00
	Gesamt	21		
[AL_1_3] Inter- u...	1,00	11	9,91	109,00
	2,00	10	12,20	122,00
	Gesamt	21		
[AL_1_4] Übereinst	1,00	11	10,18	112,00
	2,00	10	11,90	119,00
	Gesamt	21		
[AL_1_5] Relevan..	1,00	11	11,77	129,50
	2,00	10	10,15	101,50
	Gesamt	21		

Tabelle 4b:

Vergleich der Einrichtungen mit niedrigem/ oder hohem Erfüllungsgrad bezüglich der globalen Bewertung der Reha-Therapie-standards (5 Items) - Statistik nonparametrische Verfahren

Statistik für Test^b

	[AL_1_1] Wis- sen...	[AL_1_2] Aktu- al..	[AL_1_3] Inter- u...	[AL_1_4] Über- einst	[AL_1_5] Rele- van..
Mann-Whitney-U	49,000	50,000	43,000	46,000	46,500
Wilcoxon-W	115,000	105,000	109,000	112,000	101,500
Z	-,443	-,382	-,951	-,796	-,654
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	,658	,703	,341	,426	,513
Exakte Signifikanz [2*(1- seitig Sig.)]	,705 ^a	,756 ^a	,426 ^a	,557 ^a	,557 ^a

a. Nicht für Bindungen korrigiert.

b. Gruppenvariable: Quartile

Tabelle 4c:

Vergleich der Einrichtungen mit niedrigem/ oder hohem Erfüllungsgrad bezüglich der Bewertung der Aussagen zu „Auswirkungen der Implementierung der Reha-Therapiestandards“ (9 Items) - Mann-Whitney-Test

Ränge				
	Quartile	N	Mittlerer Rang	Rangsumme
[AL_12_1] Impl. Info	1,00	11	11,00	121,00
	2,00	11	12,00	132,00
	Gesamt	22		
[AL_12_2] Impl. Strat.	1,00	11	11,68	128,50
	2,00	11	11,32	124,50
	Gesamt	22		
[AL_12_3] Impl.Eff.Reh.	1,00	11	10,45	115,00
	2,00	11	12,55	138,00
	Gesamt	22		
[AL_12_4] Impl.Verb.Qual.	1,00	11	11,68	128,50
	2,00	11	11,32	124,50
	Gesamt	22		
[AL_12_5] Impl.Eff.Ärzt.	1,00	11	11,36	125,00
	2,00	11	11,64	128,00
	Gesamt	22		
[AL_12_6] Impl.Vereinh.	1,00	11	12,45	137,00
	2,00	11	10,55	116,00
	Gesamt	22		
[AL_12_7] Impl.Eff.Team	1,00	11	11,18	123,00
	2,00	11	11,82	130,00
	Gesamt	22		

[AL_12_8] Impl.Transpar.	1,00	11	13,05	143,50
	2,00	11	9,95	109,50
	Gesamt	22		
[AL_12_9] Impl.Heteroge.	1,00	11	11,18	123,00
	2,00	11	11,82	130,00
	Gesamt	22		

Tabelle 4d:

Vergleich der Einrichtungen mit niedrigem/ oder hohem Erfüllungsgrad bezüglich der Bewertung der Aussagen zu „Auswirkungen der Implementierung der Reha-Therapiestandards“ (9 Items) - Statistik nonparametrische Verfahren

Statistik für Test^b

	[AL_12_1] Impl. Info	[AL_12_2] Impl. Strat.	[AL_12_3] Impl.Eff. Reh.	[AL_12_4] Impl.Verb. Qual.	[AL_12_5] Impl.Eff.Ärzt.	[AL_12_6] Impl.Vereinh.	[AL_12_7] Impl.Eff.Team	[AL_12_8] Impl.Transpar.	[AL_12_9] Impl.Heteroge.
Mann-Whitney-U	55,000	58,500	49,000	58,500	59,000	50,000	57,000	43,500	57,000
Wilcoxon-W	121,000	124,500	115,000	124,500	125,000	116,000	123,000	109,500	123,000
Z	-,417	-,150	-,815	-,144	-,104	-,811	-,246	-1,236	-,250
Asymptotische Signifikanz (2- seitig)	,677	,881	,415	,885	,918	,418	,806	,217	,802
Exakte Signifi- kanz [2*(1-seitig Sig.)]	,748 ^a	,898 ^a	,478 ^a	,898 ^a	,949 ^a	,519 ^a	,847 ^a	,270 ^a	,847 ^a

a. Nicht für Bindungen korrigiert.

b. Gruppenvariable: Quartile

8.2 Freitextangaben

8.2.1 Auswertung Freitext Fragebogen I: Akzeptanz und Praktikabilität der Reha-Therapiestandards Alkoholabhängigkeit

Frage 8: Änderungswünsche an den Reha-Therapiestandards

Konzept Therapiestandards

- Individuelle Therapieplanung setzt voraus, genau zu wissen was wirkt. Was ja wohl bei den gegebenen Evidenzstufen fraglich sein dürfte
- Evidenzgrad erhöhen.
- Kompletter Verzicht, da keine ausreichende Evidenzbasis, unnötiger Bürokratismus. „Eminenzbasiert“, dürftige wissenschaftliche Grundlage.
- Leistungen, die nicht im ETM aufgeführt sind, die aber aus Erfahrungen oder regionalen Gegebenheiten einer Einrichtung als positive Elemente (Erfahrungswerte) gelten, werden im gegenwärtigen ETM-System nicht gewürdigt.
- Bei aller kritischen Betrachtung von Zirkulationsphänomenen sind gewachsene, ineinander greifende therapeutische Elemente phasenweise als hochwirksam zu sehen – dieser Faktor entzieht sich der Messbarkeit des ETM-Systems.

Mangelnde Berücksichtigung bestimmter Interventionstypen

- Im Fokus die Gruppentherapie im Kontext zum therapeutischen Team behalten. Die Wirksamkeit der (Gruppen-)Dynamik in der Therapiegruppe kommt hier zu kurz.
- stärkere Berücksichtigung von Interventionen, die sich auf die stationäre Gruppendynamik richten (z.B. Klärung zwischenmenschlicher Konflikte).
- Bestimmte Leistungen sind über die KTL nicht ausreichend abgebildet, z.B. Externe Arbeitserprobung, Akupunktur, Imagination bei Traumatisierten.

Angaben zu ETM allgemein

- Stärkere Ausrichtung der Inhalte auf die Haltung des Patienten zu seiner Abhängigkeitserkrankung und auf ihre Bewältigung.
- ETM gut verständlich, aber in manchen Punkten, z.B. Mindestzeiten, nicht praxisgerecht.
- Medizinische Leistungen und Behandlungsangebote stärker berücksichtigen.

Vorschläge

- In individueller Ausgestaltung einen sog. Punkteausgleich oder Prozentrangausgleich zu tätigen.
- Faktor „Sonstiges“ benennen zu können, der nicht unmittelbar dem ETM-System zugeordnet ist, der aber evtl frei formulierbar o.ä. in die Gesamtbewertung einfließt.
- Bessere Erklärung über „Mindestanteil“, z.B. 25% aller Patienten oder 25% der Patienten über 77 Tage oder 25% der KTL-Leistungen? Auswertungen nur für DRV-Buch-Patienten und/oder aller RV-Träger?
- Etwas ausführlicher und transparenter die Begründung insbesondere der

quantitativen Angaben formulieren! (Minstdauer, Mindestanteil)

- Beschreibung der therapeutischen Inhalte etwas ausführlicher formulieren!
- Es sollte überhaupt nur die Ergebnis-Qualität gemessen und falls die nicht (mehr) o.k. wäre, nur auf die einzelne Einrichtung bezogen, Task-Force-mäßig interveniert werden (vgl. Ausführungen von Hr. Bühringer, IFT, München, beim FVS-Kongress 6/08 in HD hierzu).
- Den Einrichtungen eine größere konzeptionelle Freiheit zugestehen.

Frage 9: Änderungswünsche bezüglich der den ETM zugeordneten KTL-Leistungen

ETM 01 Allgemeine Psychotherapie bei Alkoholabhängigkeit: verhaltenstherapeutisch orientierte Psychotherapie, tiefenpsychologisch orientierte Psychotherapie und andere psychotherapeutische Leistungen (insbesondere Gesprächspsychotherapie, Gestalttherapie, Psychodrama)

Hinweise ETM-spezifisch aus Frage 8

- ETM 1 und ETM 2 zusammenlegen.
- Ansonsten hausinterne Umverteilungsprobleme z.B. ETM 1 [Allgemeine Psychotherapie bei Alkoholabhängigkeit] und ETM 2 [Indikative Therapien: themenzentrierte Interventionen zur psychischen Komorbidität]

Welche KTL dazu

- G115 [Körperzentrierte Psychotherapie einzeln] und F 125 [meint wohl G125 Körperzentrierte Psychotherapie in der Gruppe] zu unspezifisch; spezifischere Aufschlüsselung von Körpertherapie sinnvoll (würde Akzeptanz dieser Therapien erhöhen)
- psychologische Testung hat keine eigene KTL
- Hier fehlen VT-Gruppe (Standard), keine KTL-Leistung dafür!
- Differenzierung zw. ETM 01 [Allgemeine Psychotherapie bei Alkoholabhängigkeit] und EMT 02 [Indikative Therapien: themenzentrierte Interventionen zur psychischen Komorbidität] nicht immer nachvollziehbar
- Zu ETM 01, 02, 03: Die Zuordnung einzelner KTLs in diese 3 ETMs ist in der Praxis missverständlich, z.B. Bezugsgruppe = ETM 01 und ETM 02. Ähnlichkeit Einzeltherapie.
- Es sollten prinzipiell ALLE in der KTL 2007 aufgelisteten Therapiemaßnahmen auch als Therapiemaßnahmen sog. ETM zugelassen sein (stand bei jedem ETM).

Welche KTL weg

- Bei Erschöpfbarkeit der Pat (nicht selten noch hirnrnorganisch beeinträchtigt) sollten grundsätzlich auch 60min-Einheiten für die Gruppengespräche erlaubt werden.
- Schulenspezifische Unterteilung.

ETM 02 Indikative Therapien: themenzentrierte Interventionen zur psychischen Komorbidität

Hinweise ETM-spezifisch aus Frage 8

- G075 und G085 streichen [Gruppentherapie: Zwang]
- Therapiemodule zur Behandlung von Persönlichkeitsstörungen ergänzen

Welche KTL dazu

- G094 [Störungsspezifische Gruppe bei Abhängigkeitsproblematik: Rückfallprävention], G087 [Psychotherapie in der Gruppe, psychodynamisch, störungsspezifisch bei Beeinträchtigung der Körperwahrnehmung], G051 [Psychotherapie einzeln, verhaltenstherapeutisch], G052 [Psychotherapie einzeln, verhaltenstherapeutisch, Expositionstraining]
- Möglichkeit des Austauschs mit ETM1 [**Allgemeine Psychotherapie bei Alkoholabhängigkeit**], bei psychodynamischem Vorgehen werden indikative Themen überwiegend in der allgemeinen Psychotherapie.. [bearbeitet?]
- Traumaspezif. Maßnahmen.
- ETM 02 [Indikative Therapien: themenzentrierte Interventionen zur psychischen Komorbidität]: Es gibt Gruppen, die sich nicht abbilden lassen mit KTL, z.B. traumaspezifische Gruppen, Stabilisierungsgruppe nach Reddemann und Traumakonfrontation als Einzelleistung.
- Störungsspezif. Gruppe für Patienten mit Persönlichkeitsstörungen
- Es fehlt: störungs- und problemspezifische Angebote bzgl. Persönlichkeitsstörungen.
- Zu ETM 01, 02, 03: Die Zuordnung einzelner KTLs in diese 3 ETMs ist in der Praxis missverständlich, z.B. Bezugsgruppe = ETM 01 und ETM 02. Ähnlichkeit Einzeltherapie.

Welche KTL weg

- F100 [Hirnleistungstraining einzeln], F110 [Hirnleistungstraining in der Kleingruppe], F120 (Neuropsychologische Therapie einzeln) **(3x)**, F130 [Neuropsychologische Therapie in der Kleingruppe] **(3x)**, F140 [Neuropsychologische Therapie in der Gruppe] **(3x)**,
- G076 [Psychotherapie in der Gruppe, verhaltenstherapeutisch, störungs- und problemspezifisch bei Anorexie und Bulimie] **(2x)**
- Schulenspezifische Unterteilung

ETM 03 Indikative Therapien: Förderung von psychosozialer Kompetenz

Welche KTL dazu

- F030 [Therapeutische Intervention in Konfliktsituation]
- E210 [Projektgruppe]
- Zu ETM 01, 02, 03: Die Zuordnung einzelner KTLs in diese 3 ETMs ist in der Praxis missverständlich, z.B. Bezugsgruppe = ETM 01 und ETM 02. Ähnlichkeit Einzeltherapie.
- Sollte in EMT 2 [Indikative Therapien: themenzentrierte Interventionen zur psychischen Komorbidität]: aufgehen.

Welche KTL weg

- L031 [Soziale Kommunikation und Interaktion: Dia- und Filmvorführung], L034 [Soziale Kommunikation und Interaktion: Gruppenausflug mit Bezugstherapeut], D110 [Bereichsversammlung, Vollversammlung]

ETM 04 Angehörigenorientierte Interventionen

Hinweise ETM-spezifisch aus Frage 8

- ETM 04: Anforderung Angehörigen orientierte Intervention zu hoch, da zu wenig Angehörige (die sich beteiligen).
- ETM 04 Leistungen für mehr Patienten aber insgesamt kürzer.
- Ähnliche Bemerkungen im Freitext Frage 14 (5x)

Welche KTL dazu

- Sind in Hohenrodt durch Belegungsstruktur und Einzugsgebiet fast unmöglich.
- Kompletter Verzicht auf Modul, da viele Rehabilitanden keine Angehörige haben.

Welche KTL weg

- Bei sozial depravierten Patienten sind Angehörige oft nicht in dem Umfang erreichbar.
- Mindestanteil erscheint zu hoch.

ETM 05a Arbeitsbezogene Leistungen für Arbeitslose

Welche KTL dazu

- E100 [Gartentherapie]
- D053 [Psychoedukative Gruppe: Bewerbungstraining], C041 [Einzelgespräche mit Patienten und Betriebsangehörigen], KTL für externe Arbeitsbesprechungen (?)
- Externe Arbeitsbelastungserprobungen bilden sich unzureichend ab.
- Externe Arbeitserprobung hat keine KTL.
- Externes Berufspraktikum für Arbeitslose (14-tägig).
- Abgrenzung unklar zu ETM 13 [**Arbeitsbezogene Leistungen**].
- Anzahl der teilhabebezogenen Mindeststunden erhöhen.

Welche KTL weg

- E142 [Arbeitsplatzbesuch]

ETM 05b Arbeitsbezogene Leistungen für Rehabilitanden mit Arbeit und Nicht-Erwerbstätige

Welche KTL dazu

- E100 [Gartentherapie]
- D053 [Psychoedukative Gruppe: Bewerbungstraining], C041 [Einzelgespräche mit Patienten und Betriebsangehörigen], KTL für externe Arbeitsbesprechungen (?)
- Abgrenzung unklar zu ETM 13 [**Arbeitsbezogene Leistungen: Klinische Sozialarbeit**].

Welche KTL weg

- Mindestdauer zu hoch, wenn Arbeitsbereich unproblematisch.

ETM 06 Tabakentwöhnung

Welche KTL dazu

- Einzelpsychotherapie Thema: Tabakentwöhnung, G03 [Einzelpsychotherapie, psychodynamisch], G05 [Einzelpsychotherapie, verhaltenstherapeutisch]
- Motivationsgespräche d. Arzt/Therapeut. Vortrag: Tabakabhängigkeit/Gesundheitsschäden (jeder Raucher!)
- F010 [Psychologische Einzelberatung], F021 [Psychodynamisch orientierte Einzelintervention], F022 [Verhaltenstherapeutisch orientierte Einzelintervention], F029 [Einzelintervention nach anderen anerkannten Psychotherapieverfahren (z.B. Gesprächspsychotherapie)]
- G102 [Psychoedukative Gruppe: Motivationstraining bei Abhängigkeitserkrankungen]

- tägliche Einzelkontakte
- Warum denn 2 Süchte parallel therapieren? Das gehört in die reguläre Therapiegruppe
- Könnte unter ETM 02 [Indikative Therapien: themenzentrierte Interventionen zur psychischen Komorbidität] subsummiert werden.

Welche KTL weg

- Abbruchquote ist höher, mind. 5% der Rehabilitanden.

ETM 07 Entspannungstraining

Welche KTL dazu

- Traumaspezifische Leistungen fehlen auch in KTL.

ETM 08 Sport- und Bewegungstherapie

Hinweise ETM-spezifisch aus Frage

- Fehler: S. 22 [ETM 08 Sport- und Bewegungstherapie]: Mindestdauer pro Reha:60 Min, kann nicht stimmen. [Mindestdauer pro Reha statt pro Woche].

Welche KTL dazu

- (A01/A02) [Ausdauertraining mit Monitoring/Ausdauertraining ohne Monitoring]
- Kommunikative Bewegungstherapien fehlen.
- Zu wenig therapeutische Angebote (Sport + Physiotherapie).
- Mindestdauer 60 Min.?
- Physiotherapie sollte eigenes Kapitel haben.

Welche KTL weg

- Zu viel Freizeitangebote

ETM 09 Gesundheitsbildung und Schulung

Welche KTL dazu

- Ärztl. Beratung! C010 [Ärztliche Beratung], C244! [Nicht-standardisierte Erwachsenen-schulung bei Diabetes mellitus Typ 1], C279 [Nicht-standardisierte Schulung bei koronarer Herzkrankheit], C289 [Nicht-standardisierte Schulung zur Blutdruckselbstmessung], C329 [Nicht-standardisierte Schulung bei sonstigen Herz-Kreislauf-Krankheiten], C349 [Nicht-standardisierte Schulung bei chronisch obstruktiver Lungenerkrankheit], C489! [Nicht-standardisierte Schulung bei Kopfschmerz]).

- Ärztliche Leistungen werden zu wenig berücksichtigt.
- C100 [Ernährungsberatung in der Gruppe]
- Wem nutzt Schulung, Seminar usw.? (Schlafen Sie da früher nicht ein, zumal wenn Sie es nicht hören wollten?)

Welche KTL weg

- H010! [Anleitung zur Körperpflege] **(2x)**, H102 [Anleitung: kognitives Training] **(2x)**

ETM 10 Ernährungsschulung und –beratung

Keine Änderungswünsche.

ETM 11 Gestalterische Ergotherapie, Künstlerische Therapien und Freizeitgestaltung

Welche KTL dazu

- E182 [Selbsthilfettraining einzeln: Freizeitkompetenztraining], E192 [Selbsthilfettraining in der Kleingruppe: Freizeitkompetenztraining]
- Zu ETM 11 und 12: sollte man zusammenfassen. **(2x!)**
- Im Grunde ja, aber doch beim vorhandenen Klientel zunehmend Luxus!

Welche KTL weg

- E100 [Gartentherapie]

ETM 12 Förderung sozialer Integration: Ergotherapie

Frage 8

- ETM 12 [Förderung sozialer Integration: Ergotherapie]: Überflüssig, würde ich streichen (falls ETM 3 [Indikative Therapien: Förderung von psychosozialer Kompetenz] erfüllt bzw. überfüllt ist).
- ETM 12 weniger verständlich
- ETM 12 auflösen (dieses einleiten in andere ETMs)

ETM 11-14

- Insgesamt sollte man stärker differenzieren können: Verteilung der Leistung auf weniger Patienten. Dafür pro Pat. dann mehr indizierte Leistungen.

Welche KTL dazu

- E 020 [Arbeitstherapie einzeln], E030 [Indikationsgeleitete Arbeitstherapie in der Gruppe], D090 [Sozialtherapeutische Aktivgruppe], D080 [Sozialtherapeutische Einzelbetreuung],

- Zu ETM 11 und 12: sollte man zusammenfassen.
- Unklar, was damit gemeint ist.

Welche KTL weg

- Alle, Verteilung der Einheiten auf andere ETMs.

ETM 13a Arbeitsbezogene Leistungen: Klinische Sozialarbeit für Arbeitslose

Welche KTL dazu

- D023 [Sozialrechtliche Beratung: Wirtschaftliche Sicherung], D080 [Sozialtherapeutische Einzelbetreuung]
- Abgrenzung unklar bzgl. ETM 5 [**Arbeitsbezogene Leistungen**]
- Zu ETM 13a, 13b und 14: Auch diese Differenzierung entspricht nicht der Praxis. Sozialarbeit kein KTL kann mehreren ETMs zugeordnet werden.

ETM 13b Arbeitsbezogene Leistungen: Klinische Sozialarbeit für Rehabilitanden mit Arbeit und Nicht-Erwerbstätige

Welche KTL dazu

- D023 [Sozialrechtliche Beratung: Wirtschaftliche Sicherung], D080 [Sozialtherapeutische Einzelbetreuung]
- Abgrenzung unklar bzgl. ETM 5 [**Arbeitsbezogene Leistungen**].
- Zu ETM 13a, 13b und 14: Auch diese Differenzierung entspricht nicht der Praxis. Sozialarbeit kein KTL kann mehreren ETMs zugeordnet werden.

Welche KTL weg

Abgrenzung ETM 5b [**Arbeitsbezogene Leistungen für Rehabilitanden mit Arbeit und Nicht-Erwerbstätige**] und 13b unklar.

ETM 14 Förderung sozialer Integration: Klinische Sozialarbeit

Welche KTL dazu

- D080 [Sozialtherapeutische Einzelbetreuung]
- Zu ETM 13a, 13b und 14: Auch diese Differenzierung entspricht nicht der Praxis. Sozialarbeit kein KTL kann mehreren ETMs zugeordnet werden.

Frage 10: Änderungsbedarf bezüglich Mindestanteil und Mindestdauer

ETM 01 Allgemeine Psychotherapie bei Alkoholabhängigkeit: verhaltenstherapeutisch orientierte Psychotherapie, tiefenpsychologisch orientierte Psychotherapie und andere psychotherapeutische Leistungen (insbesondere Gesprächspsychotherapie, Gestalttherapie, Psychodrama)

Veränderungsbedarf des Mindestanteils 90%	in Pilotversion mind.
<ul style="list-style-type: none">• 75% (externe Arbeitstherapie) (2x)• 80% (1x)• Eher gegen 100%. (2x) → Mittel bei 86%, 5 Freitext-Angaben• Betonung auf Gruppentherapie fehlt.• Diese Differenzierung wird immer zu Artefakten führen, da eine KTL willkürlich 3 ETMs zugeordnet werden kann.	
Veränderungsbedarf der Mindestdauer Minuten	Mindestdauer pro Woche: mind. 240
<ul style="list-style-type: none">• 180 Min. (1x)• 360 Min. (1x) → Mittel bei 270 Min., 2 Freitext-Angaben	

ETM 02 Indikative Therapien: themenzentrierte Interventionen zur psychischen Komorbidität

Veränderungsbedarf des Mindestanteils 30%	in Pilotversion mind.
<ul style="list-style-type: none">• 10% (1x)• 15% (1x)• 20% (2x)• 25% (1x)• 40-50% (1x)• 50% (2x)• Mind. 60%, Textergänzung: Komorbidität + Grundbehandlung• %-Zahl sollte sich nach Anzahl entsprechender Patienten mit psych. Komorbidität ausrichten, nach unserer Erfahrung 60-70%.• 70% (1x)• 80% (1x) → Mittel bei 43%, 12 Freitext-Angaben• ETM 1-3 sollten zusammengefasst werden.• Diese Differenzierung wird immer zu Artefakten führen, da eine KTL willkürlich 3 ETMs zugeordnet werden kann.	
Veränderungsbedarf der Mindestdauer Minuten	Mindestdauer pro Woche: mind. 60
pro Woche	
<ul style="list-style-type: none">• 30 Min. (1x)	

- 45 Min. (4x)
- 75 Min./Woche (1x)
- 120 Min. (1x)
- 2x90Min. (1x) → Mittel bei 73 Min./Woche, 8 Freitext-Angaben

pro Reha

- 240 Min./Reha (1x)
- 300 Min./Reha (1x) → Mittel bei 45 Min./Woche?, 2 Freitext-Angaben

ETM 03 Indikative Therapien: Förderung von psychosozialer Kompetenz

**Veränderungsbedarf des Mindestanteils
50%**

in Pilotversion mind.

- 20%
- 30%
- 70%
- 80% (2x)
- 90%
- 100% → Mittel bei 67%, 7 Freitext-Angaben
- Ist nicht für jeden Patienten wichtig.
- Nur indikativ bei soz. Ängsten.
- Diese Differenzierung wird immer zu Artefakten führen, da eine KTL willkürlich 3 ETMs zugeordnet werden kann.

**Veränderungsbedarf der Mindestdauer
Minuten**

Mindestdauer pro Woche: mind. 60

pro Woche

- 45 Min. (1x)
- 90 Min. (1x)
- 180-210 Min/Woche (1x)

pro Reha

- 240 Min./Reha (1x) → 20 Min./ Woche, 1 Ft-Angabe
- Nur indikativ bei sozialen Ängsten.

ETM 04 Angehörigenorientierte Interventionen

**Veränderungsbedarf des Mindestanteils
25%**

in Pilotversion mind.

- 10% (2x)
- 15% (viele Alleinstehende) (7x)
- 20% (1x)
- 40% (2x)
- 70% (1x)
- %-Zahl sollte sich am Bedarf des Patienten u. Einschätzung der Notwendig-

keit durch den Therapeuten ausrichten; nach unsrer Erfahrung bisher **75-100%**.
→ Mittel bei 27%, 14 Freitext-Angaben

- Nur ca. die Hälfte der Patienten hat Angehörige und davon die Hälfte zu erreichen ist nicht möglich.
- Ebenfalls indikativ.
- In der Praxis schwierig umzusetzen.
- In Hohenrodt nicht realisierbar.
- Angemessen, allerdings nicht realistisch.

Veränderungsbedarf der Mindestdauer Mindestdauer pro Rehabilitation: > 240 Min.

- 60 Min. (6x)
- 90 Min. (2x)
- 120 Min. (4x)
- 180 Min./Reha (3x)
- 360 Min./Reha (1x) → Mittel bei 120 Min./Reha, 16 Freitext-Angaben
- Viele Angehörige lehnen Seminare ab → Alternative: Paargespräche ebenfalls indikativ.

ETM 05a Arbeitsbezogene Leistungen für Arbeitslose

Veränderungsbedarf des Mindestanteils in Pilotversion mind. 90%

- 70% (1x)
- 70-80% (1x)
- 75% (1x)
- Ohne die Möglichkeit für externe AL zu hoch.
- 80% (1x)
- Für alle Arbeitslosen, also **100%**. (1x) → Mittel bei 80%, 5 Freitext-Angaben

Veränderungsbedarf der Mindestdauer Mindestdauer pro Rehabilitation: mind. 16 Std.

pro Woche

- 8 Std/Woche (1x)
- mind 450 Min./Woche [7,5 Std.] (1x) → Mittel bei 93 Std.?, 2 Ft-Angaben

pro Reha

- 10 Std. (1x)
- 12 Std./Reha (2x)
- 14 Std./Reha (1x)
- 50 Std./Reha (1x)
- 60 Std. (2x) → Mittel bei 31 Std., 7 Freitext-Angaben
- Ohne die Möglichkeit für externe AL zu hoch.

ETM 05b Arbeitsbezogene Leistungen für Rehabilitanden mit Arbeit und Nicht-Erwerbstätige

Veränderungsbedarf des Mindestanteils 50%	in Pilotversion mind.
<ul style="list-style-type: none">• 10% (1x)• 30% (2x)• 40% (1x)• 70% (3x) → Mittel bei 46%, 7 Freitext-Angaben• Ohne die Möglichkeit für externe AL zu hoch.• Ist nicht für jeden dieser Patienten wichtig.	
Veränderungsbedarf der Mindestdauer mind. 7 Std.	Mindestdauer pro Rehabilitation:
pro Woche	
<ul style="list-style-type: none">• Mind. 6-7h/Woche. (1x) → 78 Std./Reha?, 1 Freitext-Angabe	
pro Reha	
<ul style="list-style-type: none">• 5 Std./Reha (1x)• 10 Std./Reha (1x)• 20 Std. für Leistungsdiagnostik (1x)• 40 Std. (1x) → Mittel bei 19 Std./Reha, 4 Freitext-Angaben• [Zu hoch] bei erhaltenem Arbeitsplatz.	

ETM 06 Tabakentwöhnung

Veränderungsbedarf des Mindestanteils 10%	in Pilotversion mind.
<ul style="list-style-type: none">• 5% (3x)• 15% (1x)• 15-20% (1x)• 20% (1x)• 30% (1x)• 50% (1x)• 50-75% (1x)• 80% (1x)• 80-90% der Patienten rauchen. (1x) → Mittel bei 34%, 11 Freitext-Angaben• =Freiwillige Therapiemaßnahme!• Auch indikativ.	
Veränderungsbedarf der Mindestdauer 270 Min.	Mindestdauer pro Reha >
<ul style="list-style-type: none">• 140 Min./ Reha (1x)• 180 Min. (1x)	

- 240 Min. (3x)
- 360 Min. (2x)
- 420 Min. (1x)

→ Mittel bei 273 Min., 8 Freitext-Angaben

ETM 07 Entspannungstraining

Veränderungsbedarf des Mindestanteils 40%

in Pilotversion mind.

- 20-30% (1x)
- 50% (1x)
- 50-70% (1x)
- 70% (1x)
- 80% (2x)
- 100% (1x)

→ Mittel bei 66,4%, 7 Freitext-Angaben

Veränderungsbedarf der Mindestdauer

Mindestdauer pro Rehabilitation: > 240 Min.

Pro Woche

- 1-2x à 45 min/Woche (1x) → 12-24 Std./Reha?, 1 Freitext-Angabe

pro Reha

- 180 Min./Reha (2x)
- 360 Min./Reha (1x)

→ Mittel bei 240 Min./Reha, 3 Freitext-Angaben

ETM 08 Sport- und Bewegungstherapie

Veränderungsbedarf des Mindestanteils 70%

in Pilotversion mind.

- 80% (1x)
- 90% (2x)
- 100% (1x)

→ Mittel bei 90%, 4 Freitext-Angaben

- Einseitig definiert.

Veränderungsbedarf der Mindestdauer

Mindestdauer pro Rehabilitation: > 60 Min.

Pro Woche

- 120 Min/Woche (2x) → Mittel bei 24 Std./Reha, 2 Freitext-Angaben

pro Reha

- 90 Min. (1x)
- 120 Min/Reha (2x)
- 180 Min. (1x)

→ Mittel bei 128 Min./Reha, 4 Freitext-Angaben

- In der Pilotversion S. 22: Fehler, Mindestdauer pro Reha statt pro Woche.

ETM 09 Gesundheitsbildung und Schulung

Veränderungsbedarf des Mindestanteils 80%	in Pilotversion mind.
<ul style="list-style-type: none">• 60% (1x)• 70% (1x)• 90% (3x)• 100% (1x)	→ Mittel bei 83,3%, 6 Freitext-Angaben
Veränderungsbedarf der Mindestdauer 360 Min.	Mindestdauer pro Rehabilitation: >
<ul style="list-style-type: none">• 240 Min/Reha (3x)• max.300 Min. (1x)• 300 Min/Reha (3x)• 600 Min/Reha (1x)	→ Mittel bei 315 Min., 8 Freitext-Angaben

ETM 10 Ernährungsschulung und –beratung

Veränderungsbedarf des Mindestanteils 80%	in Pilotversion mind.
<ul style="list-style-type: none">• 30% (1x)• 40% (1x)• 50% (5x)• 60% (3x)• 90% (1x)• Ist VIEL zu hoch.• Nur nach Bedarf.	→ Mittel bei 54%, 11 Freitext-Angaben
Veränderungsbedarf der Mindestdauer 45 Min.	Mindestdauer pro Rehabilitation: >
<ul style="list-style-type: none">• 30 Min./Reha (2x)• 60 Min./Reha (3x)• Die Verteilung 45 Min. für 80% ist nicht sinnvoll; besser 90 Min. für 40%. (1x)• 90 Min./Reha (1x)• 90-180 Min./Reha (1x)	→ Mittel bei 69 Min., 8 Freitext-Angaben

ETM 11 Gestalterische Ergotherapie, Künstlerische Therapien und Freizeitgestaltung

Veränderungsbedarf des Mindestanteils 70%	in Pilotversion mind.
<ul style="list-style-type: none">• 20% (1x)• 50% (7x)	

- 80% (1x)
- 90% (1x) → Mittel bei 54%, 10 Freitext-Angaben
- Insgesamt sollte man stärker differenzieren können: Verteilung der Leistung auf weniger Patienten. Dafür pro Pat. dann mehr indizierte Leistungen.
- Zwiespältig, siehe anderen Eintrag zu Ergo (mehr Fördern fordern).

Veränderungsbedarf der Mindestdauer Mindestdauer pro Woche: > 120 Min.

pro Woche

- 60 Min./Woche (3x)
- 90 Min./Woche (7x)
- 100 Min. (1x)
- 120 Min. (1x) → Mittel bei 85,8 Min./Woche, 12 Freitext-Angaben

pro Reha

- 1200 Min./Reha (1x) → Mittel bei 100 Min./Woche?, 1 Freitext-Angabe
- Zeit sollte pro Reha angegeben werden, da Schwerpunkte gesetzt werden.

ETM 12 Förderung sozialer Integration: Ergotherapie

**Veränderungsbedarf des Mindestanteils
10%**

in Pilotversion mind.

- 5% (1x)
- 20% (1x)
- 30% (2x)
- %-Zahl sollte sich am Bedarf des Patienten u. der Einschätzung der Therapeuten ausrichten, nach unseren Erfahrungen **70-80%!** (siehe Strukturniveau unserer Patienten). → Mittel bei 43%, 5 Freitext-Angaben
- Insgesamt sollte man stärker differenzieren können: Verteilung der Leistung auf weniger Patienten. Dafür pro Pat. dann mehr indizierte Leistungen.
- Ersatzlos streichen, Inhalte in andere ETM.
- Welche Zielgruppe ist damit gemeint?

Veränderungsbedarf der Mindestdauer Mindestdauer pro Rehabilitation: > 10 Std.

pro Woche

- 5 Std./Woche (1x) → 60 Std. pro Reha?, 1 Freitext-Angabe

pro Reha

- 3 Std. (1x)
- 5 Std./Reha (2x)
- 6 Std./Reha (1x)
- bis 24 Std./Reha (1x) → Mittel bei 7,6 Std./Reha, 5 Freitext-Angaben

ETM 13a Arbeitsbezogene Leistungen: Klinische Sozialarbeit für Arbeitslose

Veränderungsbedarf des Mindestanteils 90%	in Pilotversion mind.
<ul style="list-style-type: none">• 60% (1x)• 70% (1x)• 80% (1x) → Mittel bei 70%, 3 Freitext-Angaben• Insgesamt sollte man stärker differenzieren können: Verteilung der Leistung auf weniger Patienten. Dafür pro Pat. dann mehr indizierte Leistungen.	
Veränderungsbedarf der Mindestdauer 60 Min.	Mindestdauer pro Rehabilitation: >
<ul style="list-style-type: none">• 45 Min./Reha (2x)• 90 Min./Reha (1x)• 120 Min. (4x) (1x)• 240 Min./Reha (1x) → Mittel bei 108 Min., 5 Freitext-Angaben	

ETM 13b Arbeitsbezogene Leistungen: Klinische Sozialarbeit für Rehabilitanden mit Arbeit und Nicht-Erwerbstätige

Veränderungsbedarf des Mindestanteils 90%	in Pilotversion mind.
<ul style="list-style-type: none">• 20% (1x)• 50% (3x)• 70% (1x)• 80% (1x) → Mittel bei 53,3%, 6 Freitext-Angaben• Viel zu hoch!• Unschärfe zu ETM 5b [Arbeitsbezogene Leistungen für Rehabilitanden mit Arbeit und Nicht-Erwerbstätige].• ETM 11-14: Insgesamt sollte man stärker differenzieren können: Verteilung der Leistung auf weniger Patienten. Dafür pro Pat. dann mehr indizierte Leistungen.	
Veränderungsbedarf der Mindestdauer 15 Min.	Mindestdauer pro Rehabilitation: >
<ul style="list-style-type: none">• 30 Min./Reha (3x)• 45 Min. (1x)• 60 Min. (3x) → Mittel bei 45 Min., 7 Freitext-Angaben• mehr Zeit für Patienten, bei denen entsprechende Indikation besteht	

ETM 14 Förderung sozialer Integration: Klinische Sozialarbeit

Veränderungsbedarf des Mindestanteils 50%	in Pilotversion mind.
<ul style="list-style-type: none">• 30% (1x)• 35% (1x)• 40% (2x)• 70% (1x)• 75% (1x)• 80% (2x)	→ Mittel bei 56,25%, 8 Freitext-Angaben
<ul style="list-style-type: none">• Insgesamt sollte man stärker differenzieren können: Verteilung der Leistung auf weniger Patienten. Dafür pro Pat. dann mehr indizierte Leistungen.	
Veränderungsbedarf der Mindestdauer 60 Min.	Mindestdauer pro Rehabilitation: >
<ul style="list-style-type: none">• 20 Min. (1x)• 30 Min./Reha (1x)• 45 Min./Reha (1x)• 120 Min./Reha (3x)	→ Mittel bei 76 Min., 6 Freitext-Angaben

Frage 13: Erwartete Veränderungen in Folge der Implementierung der Reha-Therapiestandards

Positive Veränderungen durch Reha-Therapiestandards Alkoholabhängigkeit

Absicherung für die Einrichtungen durch in Zahlen festgelegte Richtwerte
<ul style="list-style-type: none">• Ein klarer Rahmen für eigene Tätigkeit, die Frage: "reicht das was ich mache", kann beantwortet werden• Die Therapiestandards ermöglichen eine hilfreiche Orientierung in Bezug auf das Angebot therapeutischer Leistungen.• Mehr Transparenz.• Das bisher gute und sehr gute Niveau wird bestätigt.
Gleiche Behandlungsstandards für alle Patienten unabhängig von belegter Einrichtung
<ul style="list-style-type: none">• Bewegung in Richtung gleicher Therapiestandards für alle Patienten unabhängig von der Reha-Einrichtung.• Standardisierte Grundversorgung gewährleistet.• Positiver Aspekt der Homogenisierung [vs. neg. Effekt Verlust der Spezifizierung].• Höhere Vergleichbarkeit sowohl zwischen verschiedenen Einrichtungen als auch beispielsweise zwischen einzelnen Jahrgängen innerhalb einer Einrichtung.• Nachbesserungsbedarf [innerhalb der Einrichtungen] wird erkennbarer.

- "Schwarze Schafe" in der Reha-Landschaft können identifiziert, gewisse Mindeststandards implementiert werden.

Individuelle, differenzierte Behandlung unter Einhaltung der Therapiestandards möglich

- Differenzierter Aufnahmezustand, Therapieverlauf und Entlassungsstatus.
- Individuelle Therapievereinbarungen.

Steigerung der Selbstreflexion und Effizienz, Verbesserung der Verschlüsselung in den Kliniken

- Hinterfragung spezieller Therapiemaßnahmen, die in das Grenzgebiet zu kassenfinanzierten Leistungen fallen.
- Traditionelle Therapieangebote, deren Wirksamkeit nicht ausreichend belegt ist, werden zu diskutieren sein.
- Höhere Selbstreflexion der therapeutischen Teams, inwieweit notwendige und wesentliche Inhalte ausreichend abgedeckt und dokumentiert sind.
- Erfordernis: Zielführende Überprüfung der KTLs.
- Die KTL-Verschlüsselung und Dokumentierung muss verbessert werden.
- Effizienterer Einsatz von personellen und organisatorischen Ressourcen. „Konzentration auf das Wesentliche“.
- Bei Modifizierung unseres Konzepts bzw. Anlehnung/Ausrichtung unseres Therapieplans an die derzeit gültigen Therapiestandards bekämen/bekommen wir mehr Freiraum zur eigenen inhaltlichen Ausrichtung unserer Therapie (→ Spezialangebote wie Intensivtherapietage, Erlebnispädagogiktag etc.), da wir über die Mindestanforderungen hinaus die Zeit inhaltlich nach unserem Gusto füllen können
- Durch Gestaltungsmöglichkeiten innerhalb des konzeptuellen Rahmens, Individualisierung der Maßnahmen, sinnvoller Einsatz von Ressourcen. Wir bekämen/bekommen weniger Überstunden der therapeutischen Kollegen bzw. einen zeitlich aufgelockerten Arbeitsalltag.

Argumente zur Teilnahmeverpflichtung für Rehabilitanden an den Therapien

- Einführung von verpflichtenden Therapieangeboten, z.B. für Arbeitslose. Stärkere Disziplinierung der Patienten, wenn diese an einzelnen Maßnahmen nicht gewissenhaft teilnehmen.

Negative Veränderungen durch Reha-Therapiestandards Alkoholabhängigkeit

Verlust an individueller Konzeption

- Einengung der therapeutischen Freiheit und der individualisierten Rehabilitation.
- [Unnötige Bürokratisierung und] Bevormundung, keinerlei Fortschritte für die Rehaeinrichtungen erkennbar!
- den Einrichtungen eine größere konzeptionelle Freiheit zugestehen [bezüglich der Konformität der Therapieangebote]
- Vernachlässigung von Therapieangeboten außerhalb des „ETM-Mainstreams“.

- Zunehmende Standardisierung der Therapie und Verringerung der Individualität.
- Der negative Effekt, dass eine Klinik im Bereich Spezifizierung, individuelle Atmosphäre und in guter Weise installierte Ablaufroutinen [Satz nicht vollständig].
- Dissonanz mit (gewachsenem) Konzept/gewachsene positive (bewährte) Angebote sind nicht mehr realisierbar bzw. nachteilig in der Bewertung.
- Es besteht die Gefahr, dass kreative Konzepte nicht verwirklicht werden, da hierdurch Erklärungszwänge entstehen.
- Spezialisierungen einer Einrichtung werden geringer gewertet als Standardmaßnahmen.
- Es besteht die Gefahr, dass die Vielfalt der Einrichtungen mit spezifischen Schwerpunkten verloren geht.

Probleme mit (einrichtungsübergreifender) Bedarfsschätzung

- Eine öffentliche Differenzierung des therapeutischen Angebots - bedarfsgerecht? - die m. E. fragwürdig ist.
- Nachweis, dass die angestrebte "Verminderung der Heterogenität" zu einer Verbesserung der Qualität führen wird, ist nicht geführt worden!
- Unbewiesene Behauptung, dass Heterogenität [zwischen den Einrichtungen] unbegründet ist.
- Unnötige Vereinheitlichung.
- Beachtet die angestrebte Gleichschaltung der Therapie, dass die Patienten in den Einrichtungen sich z.T. erheblich unterscheiden?
- Das Klientel bleibt heterogen. Durch die Therapiestandards wird dem nicht genügend Rechnung getragen.
- Anpassungsschwierigkeiten durch Unterschiede in der Rehabilitandenstruktur.
- Ausrichtung der Therapie nach Vorgaben und nicht nach individuellen Notwendigkeiten.

Probleme mit Messung der Prozessqualität als zentrales Qualitätsmerkmal

- Cave: Pseudovergleichbarkeit, Unklarheit, ob tatsächlich Wesentliches oder nur richtig Verschlüsseltes verglichen wird.
- Es besteht die Gefahr, dass die Qualität der durchgeführten therapeutischen Leistungen nur noch nach solchen messbaren Merkmalen wie Häufigkeit, Dauer oder Quote der behandelten Patienten beurteilt wird.
- Durch die Konzentration auf Prozessvorgaben gerät die Ergebnisqualität aus dem Blick. Sie ist aber die entscheidende Größe und sollte vorrangig gemessen werden.

Möglichkeit der vorsätzlichen Schein-KTL-Kodierung gemäß der Therapiestandards

- Normierungsdruck bedient durch "kreatives Buchen" von KTL-Ziffern ohne inhaltliche Veränderung in der Behandlung ("Umbuchen").
- Unehrlichkeit in der KTL-Erfassung.

Durch Therapiestandards Kostensteigerung, erschwerte Organisation

- Höherer Personalaufwand, höhere Kosten.
- Diversifizierung könnte bei gegebenen Personalschlüsseln zu Problemen durch zuviel Leistungsforderung führen.
- Schwierigkeiten in der Therapieorganisation

Zeitfresser Dokumentation

- Mehr Dokumentationsarbeit, ggf. weniger Zeit für klinische Tätigkeiten.
- Wertvolle Therapiezeit geht verloren durch erhöhten Dokumentationsaufwand.
- Steigender bürokratischer Aufwand mit fraglichem Nutzen.
- Unnötige Bürokratisierung.

Möglicher Verlust an Arbeitszufriedenheit

- Frage, inwieweit die Identifikation von Mitarbeitern mit ihrer Einrichtung und ihrer Tätigkeit verbessert oder verschlechtert wird (Es besteht die Gefahr, dass die Erfüllung des richtigen Inhalts im ETM weniger wirksam ist, als eine grundsätzlich „weniger richtige“ Intervention, die personen- oder profilauthentisch ist (vgl. Placebo Arzt).
- Angepasstes, taktisches Ausrichten auf geforderte Normen.

Angst vor Unterversorgung oder Benachteiligung für (beeinträchtigte) Rehabilitanden (z.B. bei komorbiden Störungen)

- Fachkliniken, die mit speziellen Patientengruppen arbeiten, werden „gezwungen“, der Norm zu entsprechen, indikative Gesichtspunkte kommen völlig zu kurz.
- Die Standards berücksichtigen zu wenig, dass es Therapieeinrichtungen gibt, die fast ausschließlich schwer geschädigte Versicherte behandeln (bei uns z.T. 30% der Versicherten sind gerichtlich bestellt betreut, 10% haben eine – aktuell remittierte – Psychose, bis 20% kommen direkt aus JVA...).
- Die Psychotherapie der Komorbidität wird viel zu wenig gewürdigt. Es besteht die Gefahr finanzieller Kürzungen bei "Übererfüllung" der Anforderungen.
- Traumatherapeutische Angebote sind nicht durch die derzeitige KTL abbildbar, auch gruppentherapeutische Interventionen nicht!
- Ein völlig differentes Krankheits- und soziologisches Verständnis bei Migranten aus der ehemaligen Sowjetunion.
- Festschreibung fehlender Berücksichtigung medizinischer Leistungen.
- Verlust von wertvoller individueller Ausgestaltung von Rehabilitation zum Nachteil einiger Patienten.
- Individuelle patientenbezogene Therapieplanung kommt zu kurz, z.B. bei unzureichender Differenzierung von Schweregraden.
- Behandlungspläne werden sich mehr nach der Erfüllung der Therapiestandards richten statt nach den individuellen Bedürfnissen von Patienten.
- Die Therapiekonzeption ist speziell auf diesen Patientenkreis abgestimmt und differiert bewusst von Konzeptionen, die den „Durchschnittsrehabilitanden“ angemessen ist.
- Wir befürchten eine Standardisierung der Behandlung ohne ausreichende In-

dikationsstellung.

- Außerdem befürchten wir die Tendenz Maßnahmen so breit über Patienten zu streuen, dass pro Patient keine ausreichende Intensität bzgl. der Maßnahmen erreicht wird.
- Individuelle Anpassung des Therapieangebots im Sinne von mehr/weniger darf nicht verloren gehen.
- 2-Klassen-Gesellschaft: bis 77 Tage Behandlung/ über 77 Tage (mit und ohne Standards).

Einengung auf zu wenige Berufsgruppen

Zu wenig Evidenz in den Reha-Therapiestandards

- Eine Betonung des Scheinwissens, was wirkt und was nicht.
- Keine wirklich evidenzbasierte Ausrichtung der Therapiestandards.
- Richtschnur sollten die wissenschaftlichen Leitlinien sein der Fachgesellschaften, nicht der Kostenträger.
- Festschreiben unzureichender evidenzbasierter Therapiemodule.

Möglicher Verlust an Attraktivität (Alleinstellung [der Einrichtung] bei Mainstream-Konzept)

Veränderungen durch Reha-Therapiestandards Alkoholabhängigkeit (neutral)

Personelle und konzeptionelle Anpassungen nötig.

Diskussion über Th.-standards und -qualität, Neugewichtung des gesamten therapeutischen Angebots.

Frage 14: Gründe für das Nicht-Erreichen der Mindestanteile an Rehabilitanden

ETM 01 Allgemeine Psychotherapie bei Alkoholabhängigkeit: verhaltenstherapeutisch orientierte Psychotherapie, tiefenpsychologisch orientierte Psychotherapie und andere psychotherapeutische Leistungen (insbesondere Gesprächspsychotherapie, Gestalttherapie, Psychodrama)

- ETM 1: laut unserer internen Auswertung haben wir ETM 1 zu 100% erreicht. Auswertungsfehler/Übermittlungsfehler DRV?
- Minderleistung im ETM 1: G069 [Sonstige störungsunspezifische Psychotherapie in der Gruppe, verhaltenstherapeutisch] mit G092 [Störungsspezifische Gruppe bei Abhängigkeitsproblematik: Substanzabhängigkeit/Schädlicher Gebrauch] vertauscht, weil in unserem Setting die vorgegebenen Mindestzeiten nicht passen. Mindestanteil wurde nicht erreicht, da verkehrt verschlüsselt: d.h. Ziffern vertauscht, weil die KTL-Beschreibung nicht eindeutig ist. 90´ Gruppentherapie am Stück sind in ihrer Sinnhaftigkeit ohnehin in Frage zu stellen. In unserem Haus werden 2x50 mit zwischenliegender Pause realisiert (→ G092).

- ETM 1: Teilnahme an externer Arbeitserprobung reduziert den Anteil der Psychotherapie (Verschiebung in ETM 5a bzw.5b [**Arbeitsbezogene Leistungen**]).
- Durch die Verlängerung von Therapieeinheiten konnten inzwischen die Minderleistungen in folgenden Modulen ausgeglichen werden: ETM 1, 2, 4, 6.
- ETM 1: Falsche Codierung: die Bezugsgruppe wurde als G099 [Sonstige störungsspezifische Gruppe bei Abhängigkeitsproblematik] statt G129 [Sonstige Psychotherapie in der Gruppe] codiert.
- Bei ETM 01 Missverständnis, vgl. die Ausführungen von Fr Dr. Beckmann in der Einführung hierzu.
- ETM 1: Berechnung nicht nachvollziehbar! Jeder Patient hat in der Regel laut Therapieprogramm 4x pro Woche 90 Min. Gruppentherapie und 1 Einzelgespräch über ca. ½ Std. In der Summe ca. 390 Minuten. Größere Ausfälle waren 2008 nicht zu verzeichnen.
- ETM 1: Bezugsgruppe haben wir als themenzentrierte Gruppe Alkohol in KTL codiert. Entsprechende Übererfüllung der Standards in ETM 2.

ETM 02 Indikative Therapien: themenzentrierte Interventionen zur psychischen Komorbidität

- ETM 2: kann nicht klar gegen ETM 1 abgegrenzt werden (Überschneidungen); Indikative Themen (Angst, Aggression, Persönlichkeitsstörungen).
- ETM 2: Veränderung der KTL-Zuordnung.
- Durch die Verlängerung von Therapieeinheiten konnten inzwischen die Minderleistungen in folgenden Modulen ausgeglichen werden: ETM 1, 2, 4, 6.
- Verhaltenstherapeutische Basisgruppe wurde bislang unter ETM 02 (G092 [Störungsspezifische Gruppe bei Alkoholabhängigkeitsproblematik: Substanzabhängigkeit/Schädlicher Gebrauch]) abgebildet. Wird –wie vorgeschlagen – geändert.

ETM 03 Indikative Therapien: Förderung von psychosozialer Kompetenz

- In unserem Haus wird ETM 3 mit 99% übererfüllt, deshalb ist ETM12 [**Förderung sozialer Integration: Ergotherapie**], das zudem von weniger qualifiziertem Personal durchgeführt würde, nicht notwendig.
- ETM 3: Entsprechende Maßnahmen anders codiert, so dass sie in andere ETMs fallen.

ETM 04 Angehörigenorientierte Interventionen

- ETM 4: viele Patienten ohne Angehörige.
- Durch die Verlängerung von Therapieeinheiten konnten inzwischen die Minderleistungen in folgenden Modulen ausgeglichen werden: ETM 1, 2, 4, 6.
- ETM 4: Die Angehörigen sind oft nicht zu motivieren, an therapeutischen Gesprächen oder gar an einem länger dauernden Seminar teilzunehmen.
- ETM 4: Angehörigenarbeit ist auf Grund des bundesweiten Einzugsgebiets und fehlendem Verständnis der Angehörigen und Patienten dafür nicht regelmäßig machbar.
- ETM 4: Keine Angehörigen/Bezugspersonen vorhanden bzw. seit Jahren/Jahrzehnten kein Kontakt mehr.
- ETM 4: Angehörigenseminare fanden wie auch Gespräche mit Partnern und

Angehörigen regelmäßig statt. Dokumentationsfehler unsererseits.

ETM 05a Arbeitsbezogene Leistungen für Arbeitslose

- ETM 5a: Angebot war tatsächlich zu gering. Wurde bereits in 2009 geändert.
- ETM 5a und ETM 5b sowie ETM 13a und ETM 13b [**Arbeitsbezogene Leistungen: Klinische Sozialarbeit**] stiften eher Verwirrung. Klarere Zuordnungen und Reduzierung der Rubriken würden die Leistungen besser zusammenfassen in der Summe.
- ETM 5a, 7, 8, 10, 11, 12, 13a, 13b, 14: Wir differenzieren stärker: d.h. weniger Patienten bekommen die Leistungen, dafür wenn, dann sehr häufig (**Konzept der maximalen Differenzierung**). Z.B. gibt es keine Evidenz für 1 Einheit Ernährungsberatung bei allen Patienten, aber ausreichende Evidenz für intensive Ernährungsberatung mit Lehrküche bei bestimmten Indikationen.

ETM 06 Tabakentwöhnung

- Durch die Verlängerung von Therapieeinheiten konnten inzwischen die Minderleistungen in folgenden Modulen ausgeglichen werden: ETM 1, 2, 4, 6.
- ETM 6 und 10 [**Ernährungsschulung und –beratung**]: Gab es bei uns bisher nicht explizit als Therapiemodul, sondern wurde in ETM 1 und 9 [**Gesundheitsbildung und Schulung**] integriert. Inzwischen im Therapieplan als Indikationsgruppe verankert.

ETM 07 Entspannungstraining

- ETM 7 Leistungserfassung wies Lücken auf.
- ETM 5a, 7, 8, 10, 11, 12, 13a, 13b, 14: Wir differenzieren stärker: d.h. weniger Patienten bekommen die Leistungen, dafür wenn, dann sehr häufig (Konzept der maximalen Differenzierung).

ETM 08 Sport- und Bewegungstherapie

- ETM 5a, 7, 8, 10, 11, 12, 13a, 13b, 14: Wir differenzieren stärker: d.h. weniger Patienten bekommen die Leistungen, dafür wenn, dann sehr häufig (Konzept der maximalen Differenzierung).

ETM 09 Gesundheitsbildung und Schulung

- Durch Änderung der Inhalte und entsprechende Umkodierung werden inzwischen die Anforderungen in folgenden Modulen erfüllt: ETM 9, 10, 11, 13a, 13b.

ETM 10 Ernährungsschulung und –beratung

- ETM 10: Zum Zeitpunkt des beurteilten Jahrgangs war in unserer Einrichtung weder die personelle, noch die räumliche Ausstattung ausreichend, um die ETM-Vorgabe inhaltlich so zu erfüllen, dass eine zutreffende KTL-Verschlüsselung möglich gewesen wäre. Nach Klärung und Absprachen (Visitation DRV Bund) wurde entsprechend reagiert und die Strukturqualität verändert. Eine unvollständige Verschüsselung (zu erwarten im Jahrgang 2009) ist weitere Begründung für das Nichterfüllen.
- Durch Änderung der Inhalte und entsprechende Umkodierung werden inzwi-

schen die Anforderungen in folgenden Modulen erfüllt: ETM 9, 10, 11, 13a, 13b.

- Im Bereich der Ernährungsschulung wurden zu viele Einzel- und zu wenige Gruppenschulungen angeboten.
- ETM 6 und 10: Gab es bei uns bisher nicht explizit als Therapiemodul, sondern wurde in ETM 1 und 9 integriert. Inzwischen im Therapieplan als Indikationsgruppe verankert.
- ETM 5a, 7, 8, 10, 11, 12, 13a, 13b, 14: Wir differenzieren stärker: d.h. weniger Patienten bekommen die Leistungen, dafür wenn, dann sehr häufig (Konzept der maximalen Differenzierung).

ETM 11 Gestalterische Ergotherapie, Künstlerische Therapien und Freizeitgestaltung

- Durch Änderung der Inhalte und entsprechende Umkodierung werden inzwischen die Anforderungen in folgenden Modulen erfüllt: ETM 9, 10, 11, 13a, 13b.
- ETM 11: Bei den Patienten nicht indiziert
- ETM 11: Die konzeptionelle Ausgestaltung für dieses ETM war zum vorliegenden Zeitpunkt noch nicht ausreichend.
- ETM 5a, 7, 8, 10, 11, 12, 13a, 13b, 14: Wir differenzieren stärker: d.h. weniger Patienten bekommen die Leistungen, dafür wenn, dann sehr häufig (Konzept der maximalen Differenzierung).

ETM 12 Förderung sozialer Integration: Ergotherapie

- ETM 12: bei ETM 11 und ETM 12 u.E. KTL-Zuordnung verdreht?
- In unserem Haus wird ETM 3 [**Indikative Therapien**: Förderung von psychosozialer Kompetenz] mit 99% übererfüllt, deshalb ist ETM12, das zudem von weniger qualifiziertem Personal durchgeführt würde, nicht notwendig.
- ETM 12: hier sollte die unterschiedliche Rehabilitandenstruktur und Kliniken berücksichtigt werden
- ETM 5a, 7, 8, 10, 11, 12, 13a, 13b, 14: Wir differenzieren stärker: d.h. weniger Patienten bekommen die Leistungen, dafür wenn, dann sehr häufig (Konzept der maximalen Differenzierung).

ETM 13a Arbeitsbezogene Leistungen: Klinische Sozialarbeit für Arbeitslose

- ETM 13a: Sehr unterschiedlicher Hilfebedarf, im Einzelfall Anforderungen zu hoch.
- ETM 5a und ETM 5b sowie ETM 13a und ETM 13b stiften eher Verwirrung. Klarere Zuordnungen und Reduzierung der Rubriken würden die Leistungen besser zusammenfassen in der Summe.
- Durch Änderung der Inhalte und entsprechende Umkodierung werden inzwischen die Anforderungen in folgenden Modulen erfüllt: ETM 9, 10, 11, 13a, 13b.
- ETM 13a und 13b: Gründe unklar.
- ETM 13a: spezifisches Gruppenangebot für Arbeitslose war noch nicht ausreichend vorhanden.
- ETM 5a, 7, 8, 10, 11, 12, 13a, 13b, 14: Wir differenzieren stärker: d.h. weniger Patienten bekommen die Leistungen, dafür wenn, dann sehr häufig (Konzept der maximalen Differenzierung).

ETM 13b Arbeitsbezogene Leistungen: Klinische Sozialarbeit für Rehabilitanden mit Arbeit und Nicht-Erwerbstätige

- Durch Änderung der Inhalte und entsprechende Umkodierung werden inzwischen die Anforderungen in folgenden Modulen erfüllt: ETM 9, 10, 11, 13a, 13b.
- ETM 13a und 13b: Gründe unklar
- ETM 13b: Hoher Anteil Arbeitsloser, daher keine Indikation im geforderten Ausmaß
- ETM 5a, 7, 8, 10, 11, 12, 13a, 13b, 14: Wir differenzieren stärker: d.h. weniger Patienten bekommen die Leistungen, dafür wenn, dann sehr häufig (Konzept der maximalen Differenzierung).

ETM 14 Förderung sozialer Integration: Klinische Sozialarbeit

- ETM 5a, 7, 8, 10, 11, 12, 13a, 13b, 14: Wir differenzieren stärker: d.h. weniger Patienten bekommen die Leistungen, dafür wenn, dann sehr häufig (Konzept der maximalen Differenzierung).

Grundsätzlich:

- Die Stichprobe/Zahl der ausgewerteten Rehabilitanden beträgt nur ca. 5% aller behandelten Patienten im Zeitraum! So zeigen sich auch z.T. sehr große Abweichungen im Vergleich zu den eigenen Auswertungen 2008 aller Patienten.
- Schwere der Problematik und dafür gewählte Therapiedauer stehen in einem Missverhältnis, insbesondere bei Wiederholerbehandlungen. Ressourcenzuteilung sollte nach Schwere der Problemlage erfolgen.
- Zusatz: Aus Tabelle 6 werden KTL-Codierungen mit auffälligen Zeitangaben ersichtlich. Teilweise erfolgte eine Zusammenrechnung der Therapieeinheiten (z.B. bei A099 [sonstige geeignete Sport- und Bewegungstherapie mit psychotherapeutischer Zielsetzung], E230 [Freies Werken], E050 [Arbeitsplatztraining], K120 [Hydrogalvanische Anwendung]). A099 → 4x15 Min=60 Min, wie erfordert.

8.2.2 Auswertung Freitext Fragebogen II: Bewertung der Ergebnismeldung Reha-Therapiestandards Alkoholabhängigkeit

Freitext zu Frage 4: Bewertung der Übersicht „Versorgung der Rehabilitanden mit Reha-Therapiestandards“

Ein Anwender schrieb:

AL_4_4: Wo ist diese Spalte, haben sie nicht gefunden bzw. entschlüsselt?

AL_4_5: Gut wäre eine gesonderte (z.B. Fettschrift) Maskierung.

AL_4_6: Die gleichzeitige graphische Darstellung des Soll-Zustandes wäre noch besser verständlich.

Änderungsvorschläge an Inhalt und Form der Ergebnisrückmeldung zu den „Reha-Therapiestandards Alkoholabhängigkeit“

Verbesserungswünsche in der Zusammenarbeit mit der Deutschen Rentenversicherung

- Mehr therapeutische Vielfalt ermöglichen. Überprüfung von Fehlermöglichkeiten in Ihrem Haus und ggf. Korrektur.
- Erfassung der KTL-Daten des E-Berichtes nicht „per Hand“ (abschreiben), sondern einscannen. Es kommt immer wieder zu KTL-Ziffern, die von uns so im E-Bericht nicht mitgeteilt wurden (bei den Mitarbeitern der entsprechenden Stelle beim DRV-Bund ist das Problem bekannt.
Einige hier mitgeteilte Ergebnisse sind aufgrund der Gegebenheiten in unserem Hause (z.B. Therapiedauer pro Therapieeinheit) mathematisch nicht möglich, sie müssen auf falsch erfassten KTL-Ziffern beruhen. Immerhin in 8% der Fälle. Welche Anforderungen an einen Patienten, der 14,5 Wochen behandelt wird? z.B. bei ETM 1? 14x240 Min? 14,5x240 Min? 15x 240 Min? Die genaue Berechnungsgrundlage zu kennen ist für die Einstufung eines Falles nach LL- konform oder nicht unabdingbar.
- Zeitnahe Auswertung.
- Klinik muss nicht erst betteln, ehe sie Einsicht in für sie relevante Unterlagen erhält bzw. nachforschen, wo (RV-Träger oder deren Kooperationspartner) Unterlagen verschlampt worden sind.

Form der Ergebnisrückmeldung

- Bei mehrseitigen Tabellen bitte die Überschriften am neuen Seitenanfang wiederholen. Eine graphisch direkte Zuordnung zwischen Auswertung und Standardmindestanforderung würde ein entspannteres Arbeiten ermöglichen.
- Prägnante Auswertung.
- Zur besseren Übersichtlichkeit und zum besseren Verständnis würde ich bei den Tabellen 2-6 nach KTL und ETM kodieren und nicht nur nach KTL.
Beispiel siehe Graphik:

Ausgewählte Leistungsgruppen Rehabilitanden

... Pro Rehabilitand:

Leistungen Pro Rehabilitand:

Dauer

ETM 01

KTL-Leistungseinheiten

F010

F021

F022

...

...

...

ETM 02

KTL-Leistungseinheiten

F100

F110

F120

...

...

ETM 03

KTL-Leistungseinheiten

...

Inhalt der Ergebnisrückmeldung

- Repräsentative Stichprobe bzw. größere Zahl der ausgewerteten Patienten (für unsere Klinik wurden nur ca. 5% aller Patienten 2008 ausgewertet). Leistungsträger ist eine regionale Rentenversicherung.
- Allgemein erscheinen etliche Leistungen zu wenig abgebildet (z.B. Visiten, interne Konzile, Diagnostik).
- Im Anhang nur die im Vergleich zu anderen Einrichtungen signifikanten Abweichungen angeben.
- Einbeziehung aller Rehabilitanden.

Rückmeldung zu Tabelle 1-3

- Tab. 1-3 pro ETM ist nicht verständlich bezogen auf Inhalt/Aussage. Interpretationshilfe wäre sinnvoll.
- Tabellen 1-3 pro ETM (im Anhang) weglassen.

Hinweis auf Fehler

- Kann so bleiben! Es liegt aus unserer Sicht ein Berechnungsfehler vor.

Reha-Therapiestandards Alkoholabhängigkeit

- Anpassung des ETM an die real vorhandenen Patienten und nicht an „Standardpatienten“.
- Beachtung der Ballung verschiedener Patientengruppen in unterschiedlichen Einrichtungen (Bund-Klinik versus Klinik mit Arbeiter-RV unter „Reha vor Rente“).
- Grundsätzlich halten wir die vorgelegten Therapiestandards für keinen geeigneten Ansatz zur Qualitätssicherung. Gemessen werden sollte die Ergebnisqualität. Wie ein Ergebnis erzielt wurde, ist nur relevant, wenn die Ergebnisqualität nicht gut ist oder die Kosten zu hoch sind.