

» Zur Frage der strukturellen und organisatorischen Weiterentwicklung der Suchtrehabilitation – Eine versorgungsepidemiologische Problemanalyse

Thomas Hansmeier, Werner Müller-Fahrnow,
Karla Spyra

Zusammenfassung: Im Hinblick auf die Reha-Systemkritik im Allgemeinen und die Strukturkritik in der Suchtkrankenhilfe im Besonderen wird ein vordringlicher Forschungsbedarf in Bezug auf die Stufung und Schnittstellen der Rehabilitation, Bedarfsentwicklung und Versorgungsmodelle, Zugang zu Rehabilitationsleistungen sowie der Reha-Bedürftigkeit in der Bevölkerung gesehen. Erste versorgungsepidemiologische Antworten auf diese Fragen konnten gerade in letzter Zeit in einigen Untersuchungen vorgelegt werden; an weiteren wird im Rahmen verschiedener Projekte in unterschiedlichen Förderprogrammen (z.B. im Förderschwerpunkt „Rehabilitation“) gearbeitet. Die bisher gewonnenen Erkenntnisse beziehen sich wesentlich auf die vorrangig strukturbezogenen Probleme, die in einem makroanalytischen Ansatz untersucht werden können. Unter diesem Blickwinkel wird analysiert, welche empirischen Erkenntnisse zur Versorgungssituation in der Sucht-Rehabilitation vorliegen und welche Entwicklungsaufgaben sich daraus ableiten lassen. Dabei wird auch auf Ansätze zurückgegriffen, die sich auf die medizinische Rehabilitation insgesamt beziehen, jedoch aus methodischer Sicht von Erkenntnisinteresse für den Suchtbereich sind.

Schlüsselwörter: Suchtrehabilitation – Epidemiologie – Versorgungsorganisation – Rehabilitationsbedarf

On the Question of Further Structural and Organisational Development of Rehabilitation of Addicts – an Analysis of Problems Associated with Epidemiological Care: With regard to criticism of the rehabilitation system generally and in particular to criticism of structures in the assistance provided for addicts, there is considered to be an urgent need for research into the classification and interfaces of rehabilitation, the development of requirements and care models, access to rehabilitation care as well as the need for rehabilitation in the population. The first answers to these questions from the point of view of epidemiological care were presented only recently in a number of studies; further studies are being conducted as part of various projects in a number of different assistance programmes (e.g. assistance with a focus on „rehabilitation“). What has been established so far essentially relates to problems which are primarily structural in nature and were studied using a macro-analytical approach.

This approach analyses empirical insights into the care situation existing in the rehabilitation of addicts as well as into which tasks are to be developed in consequence. Here, recourse is also made to approaches which relate to medical rehabilitation as a whole and are of interest regarding insights into the field of addiction.

Key words: Rehabilitation of Addicts – Epidemiology – Care Organisation – Rehabilitation Requirement

Stand der Problemdiskussion in der Suchtkrankenhilfe

In der gegenwärtigen Diskussion über Entwicklungsperspektiven der Suchtkrankenhilfe nehmen die Begriffe „Planung“ und „Steuerung“ einen zentralen Platz ein [1,2]. Ein bedeutender Aspekt ist dabei die Konkretisierung des Organisationskonzeptes, was in seiner Ausgestaltung auch für die Suchtkrankenhilfe ein weites Feld eröffnet. Wesentliche Themen sind dabei vor allem die rechtlichen und institutionellen Ausgestaltungen von Verantwortlichkeiten und Zuständigkeiten im Bereich der Suchtkrankenhilfe. Die Zieldiskussion verkürzt sich auf die Forderung nach Bedarfsgerechtigkeit der Versorgung, wobei in diesem Bereich ein erhebliches Forschungsdefizit gesehen, jedoch im Einzelnen nicht weiter thematisiert wird.

Zur strukturellen Neuorganisation der institutionellen Zuständigkeiten wurde kürzlich von der DHS (Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren) der Entwurf für ein *Gesamtkonzept der Suchtkrankenhilfe* vorgelegt. Es enthält im Wesentlichen zwei Reformvorschläge mit dem Ziel einer stärkeren Regionalisierung von Planung und Steuerung: Künftig soll von den Bundesländern als übergeordneten Planungsregionen ausgegangen werden, die sich ihrerseits nochmals in kleinere kommunale „Versorgungsregionen“ untergliedern sollen. Als zentrale Instanzen sind „Arbeitsgemeinschaften unter Federführung der Sozialminister der Länder“ [3: S.13] vorgesehen. Zur Regelung der finanziellen Verantwortlichkeit wird mit Bezug auf ein Urteil des BSG (Bundessozialgerichtshof) von 1978 eine einheitliche Leistungsträgerschaft in der Suchtkrankenhilfe gefordert. Zumindest soll eine Leistungsvereinbarung getroffen werden, die „beinhaltet, dass derjenige Leistungsträger, bei dem der Abhängigkeitskranke zuerst Hilfen beantragt ..., die notwendigen Maßnahmen durchführt und als Vorleistung finanziert“ [3: S.11].

Einen zweiten zentralen Diskussionspunkt bilden z.Z. – nicht nur in der Suchtkrankenhilfe – die jüngsten gesetzgeberischen Eingriffe in die Rehabilitation, hier in Form des Wachstums- und Beschäftigungsförderungsgesetzes (WFG). Zu den Auswirkungen dieser Eingriffe auf die Versorgungsqualität in der Suchtkrankenhilfe wurden erste Studien vorgelegt. Auf einige versorgungsepidemiologische Implikationen wird im folgenden eingegangen. Vor dem Hintergrund der aktuell in der Suchtkrankenhilfe geführten Weiterentwicklungsdiskussion zu Struktur- und Forschungsdefiziten werden in dem Beitrag einige grundlegende Probleme der Versorgungsstruktur und -organisation in der medizinischen Rehabilitation aufgegriffen. Das besondere Interesse gilt dabei versorgungsepidemiologischen Erkenntnissen. Die Ausführungen verstehen sich primär als methodischer Beitrag zur Organisations- und Qualitätsentwicklung in der medizinischen Rehabilitation im Allgemeinen und in der Suchtkrankenhilfe im Besonderen. Die Übertragung von versorgungsepidemiologischen Erkenntnissen aus anderen Versorgungsbereichen der medizinischen Rehabilitation auf die Sucht stellt dabei einen weiteren Entwicklungsschritt dar, der zusätzlicher Forschungsbedarf, die an dieser Stelle bisher nicht geleistet werden konnte.

Eine wesentliche Voraussetzung für eine wirksame Gestaltung von Struktur- und Organisationsentwicklung ist die empirisch begründete Versorgungssystemanalyse. Infrage kommen hier sowohl makro- als auch mikroanalytische Untersuchungsansätze. Während auf der Makroebene die Leistungen des gesamten Systems, hier der Suchtkrankenhilfe, wie sie im Zusammenspiel aller Institutionen erbracht werden, thematisiert werden, gilt der mikroanalytische Ansatz vorrangig der Aufklärung von Zusammenhängen, die auf der Ebene individueller Verhaltensaspekte wirksam werden. Forschungsbedarf ist für beide Dimensionen – und hier nicht nur im Bereich der Sucht-Rehabilitation, sondern darüber hinaus indikationsübergreifend in der gesamten Rehabilitation – zu konstatieren. In dem genannten DHS-Konzept heißt es: „In Deutschland ist nach wie vor von einem Forschungsrückstand ... auszugehen ... Von besonderer Relevanz ... sind unter anderem die ... Bedarfsermittlung ... sowie die Behandlungsforschung. Insbesondere die Evaluationsforschung als Erfolgsbewertung einzelner Interventions- und Hilfeformen könnte dazu beitragen, ... einen bedarfsgerechten Ressourceneinsatz zu fördern“ [3: S. 10].

Mit diesen Einschätzungen fällt das beklagte Forschungsdefizit letztlich auf die eigene Arbeit von Expertenkommissionen, wie der Enquete-Kommission [5] oder der DHS, zurück: Denn wengleich deren theoriegeleitete und auf Expertenwissen gegründete Überlegungen und Ergebnisse einen wesentlichen Beitrag zur Weiterentwicklungsdiskussion im medizinischen Reha-System bzw. der Suchtkrankenhilfe geleistet haben, mangelt es ihnen dennoch an einer eingehenden empirischen und epidemiologischen Fundierung wie auch einer wissenschaftlichen Überprüfung ihrer Annahmen. Angesichts der gravierenden Strukturkritik an dem System der Rehabilitation, dem erheblichen Leistungsvolumen der Rehabilitation und nicht zuletzt den enormen finanziellen Aufwendungen nimmt es wunder, dass bisher vergleichsweise geringe Bemühungen unternommen wurden, das rehabilitative Versorgungssystem wissenschaftlich zu fundieren. Zu dieser Bewertung gelangte in einer kritischen

Bestandsaufnahme zur Situation der Rehabilitationswissenschaften in der Bundesrepublik Deutschland auch eine Gruppe von Rehabilitationswissenschaftlern im April 1993 [4]. Eine Bestätigung, gleichzeitig aber auch ein erstes Signal zur Überwindung des in der Expertise festgestellten Forschungsdefizits findet sich in der Einrichtung des Förderschwerpunktes „Rehabilitation“ [15] sowie in der Ankündigung zu einem weiteren Förderschwerpunkt „Sucht“ aus der 2. Hälfte des Jahres 1999.

Zu den aktuellen Reformüberlegungen in der Suchtkrankenhilfe

Den bereits genannten Reformvorschlägen der DHS für die Suchtkrankenhilfe liegt letztlich auch ein makroanalytischer Denkansatz zugrunde. In der Argumentation zugunsten einer verbesserten Planung und Steuerung geht die DHS wesentlich von der Feststellung aus, dass es in der Suchtkrankenhilfe sowohl in der Planung als auch in der Steuerung der Angebote eine zu große Vielfalt der Zuständigkeits- und Verantwortungsregelungen gäbe. Zur Begründung wird auf eine Einschätzung der Expertenkommission des Modellprogramms der Bundesregierung zur Umsetzung der Ergebnisse der Psychiatrie-Enquete verwiesen, nach der „nach wie vor ... strukturelle Defizite des Versorgungssystems für Abhängigkeitskranke“ [3: S. 12] bestehen. Diese strukturellen Defizite seien u. a. durch die Vielfalt der Kosten- und Leistungs- sowie der Einrichtungs- und Maßnahmeträger bedingt.

Die Problematik, die sich mit der Zielstellung des DHS-Papiers im Hinblick auf eine Partikularisierung des Versorgungssystems Suchtkrankenhilfe verbindet, wird besonders deutlich, wenn man berücksichtigt, dass sich die von der DHS aufgegriffenen Probleme in ähnlicher Weise für das Gesamtsystem der Rehabilitation stellen. So ist die rehabilitative Praxis insgesamt zunehmend durch Prozesse der Differenzierung und Spezialisierung mit der Folge einer strukturellen Diversifikation gekennzeichnet. Vor diesem Hintergrund stellt sich die Frage nach der Funktionalität des Rehabilitationssystems auch in anderen Bereichen. Grundlegende Analysen zu Defiziten im System der Rehabilitation sind bereits 1990 von der Enquete-Kommission zur „Strukturreform der gesetzlichen Krankenversicherung“ sowie vom Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen vorgelegt worden. Im Ergebnis der Bestandsaufnahme zu den „Allgemeinen Defiziten“ heißt es im Bericht der Enquete-Kommission abschließend: „Fast man die Kritik am derzeitigen Zustand der Rehabilitation zusammen, dann läuft sie auf eine zu starke Zentralisierung und Institutionalisierung der Rehabilitation in überörtlichen Einrichtungen ... hinaus“ [5: S. 42]. Weiter wird auf Wissenschafts- und Forschungsdefizite der Rehabilitation hingewiesen. „Insgesamt wird ein Auseinanderfallen von Konzeption bzw. Theorie der Rehabilitation und deren praktischer Umsetzung konstatiert. Während die Theorie sich durch eine ganzheitliche Betrachtungsweise auszeichnet, folgt die Praxis zerstückelten Zuständigkeiten ...“ [5: S. 42].

Die vom Fachverband Sucht unlängst veröffentlichten „Grundprinzipien und Leitlinien zur Prävention und Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen“ [7] eröffnen einen anderen methodischen Zugang zur Weiterentwicklung in der Suchtkrankenhilfe. Hier werden aus inhaltlich-methodischer

Sicht Grundprinzipien definiert, die als Handlungsorientierung in diesem Bereich dienen können. Institutionelle und organisatorische Konsequenzen sind hier inhaltlichen Bestrebungen nachgeordnet. An dieser Stelle interessiert in Auseinandersetzung mit den institutionellen Reformvorschlägen der DHS die versorgungsorganisatorische Würdigung des etablierten Systems der Suchtkrankenhilfe. So heißt es mit Bezug auf die Angebotsvielfalt in diesem Bereich [7: S. 5]: „Standardbehandlungspläne werden zunehmend durch variable Gesamtrehabilitationspläne bzw. individualisierte Rehabilitationspläne abgelöst. Darüber hinaus werden differenzierte und spezialisierte Angebote für Subgruppen mit speziellen Problemkonstellationen in Einrichtungen vorgehalten. Beispiele hierfür sind differenzierte Rehabilitationsprofile für Patienten/innen mit Komorbidität, stark chronifizierte Patienten, Medikamentenabhängige, körperlich geschädigte Abhängigkeitskranke, Frauen oder bestimmte Altersgruppen (z.B. Jugendliche, Senioren). Für verschiedene indikative Bedingungen wurden darüber hinaus differentielle Reha-Konzepte für die Behandlung entwickelt ... Sie verkörpern unter Berücksichtigung von Ergebnisparametern eine erfolgreiche und flexible Ausgestaltung der allgemeinen Behandlungsgrundsätze von biopsychosozialer Ganzheitlichkeit, Interdisziplinarität, Stärkung der Selbstheilungskräfte u. a.“ Andererseits wird konstatiert: „Forderungen nach einer möglichst gemeindenahen stationären Behandlung können nicht durch empirische Studien gestützt werden. Im Unterschied dazu ist die Effektivität der bestehenden stationären Angebote in Fachkliniken mit übergreifendem Einzugsgebiet durch zahlreiche Evaluationsstudien nachgewiesen“ [8: S. 35]. Grundlage für eine fachlich orientierte Indikationsentscheidung hinsichtlich der Auswahl einer Einrichtung sollte nach diesen Vorstellungen die Behandlungsqualität sein. Konzeptionelle Kontinuität über die verschiedenen Beratungs- und Behandlungsangebote hinweg soll Doppelbetreuung oder Verluste minimieren. Auch in diesem Bereich wird in den Empfehlungsvereinbarungen der Leistungsträger im Suchtbereich (ambulante Sucht und Entgiftung bzw. Entwöhnung) eine geeignete Organisationsgrundlage gesehen [7].

Makroanalytische Fakten zur Versorgungssituation in der (Sucht-)Rehabilitation

Die dargestellte Kritik entspricht dem Ergebnis der DHS zur „Bestandsaufnahme“ in der Suchtkrankenhilfe. Es wird deutlich, dass die generelle Kritik am derzeitigen Reha-System wesentlich zwei Ebenen berührt, die in weitergehenden empirischen Analysen unterschieden werden müssen: Zum einen geht es um die – in ihren Rahmenbedingungen sozialrechtlich begründeten – institutionellen und strukturellen Faktoren und zum anderen um die Inhalte und Praxisfelder des Rehabilitationssystems. Zwischen diesen beiden Ebenen werden Interdependenzen angenommen. Aus Sicht der Versorgungssystemforschung sollten strukturelle Regulationen aus den vorgefundenen empirischen Sachverhalten zur konkreten Versorgungssituation und einer theoretisch begründeten Modellierung der Versorgungsorganisation abgeleitet werden. Das setzt eine Analyse der entsprechenden Fakten voraus.

Versorgungsepidemiologische Ergebnisse zur Regionalisierung

Aus makroanalytischer Perspektive lässt sich zunächst eine starke regionale Differenzierung der nachgefragten Rehabilitationsbehandlungen bei Alkohol- sowie Medikamenten-/Drogenabhängigkeit konstatieren (Abb. 1).

Da die regionale Verteilung von Entwöhnungsbehandlungen anhand von absoluten Zahlen nur die Größenverhältnisse der einzelnen Bundesländer widerspiegelt, muss – um eine Vergleichbarkeit herzustellen – eine Relativierung der Zahlen an den Nachfragegrundgesamtheiten vorgenommen werden. Derartige Inanspruchnahmeraten sind in Abb. 2 dargestellt. Hier wird deutlich, dass sich die Inanspruchnahmeraten mit Durchschnittswerten von 83 pro 100 000 Versicherte für Alkoholabhängigkeit und 23 pro 100 000 Versicherte bei Medikamenten-/Drogenabhängigkeit insgesamt auf einem niedrigen Niveau befinden. Gerade bei sehr niedrigen regionalen Inanspruchnahmeraten, wie sie sich z.Z. empirisch nachweisen lassen, erscheint es jedoch schwierig, bei einer Regionalisierung der Planung und Steuerung nach dem Konzept der DHS die von dieser konstatierte Versorgungsqualität, die auch „im internationalen Vergleich als hochentwickelt angesehen werden kann“ [3: S. 12], aufrechtzuerhalten. Die Spezifizierung der Angebote zur Suchtkrankenhilfe – bis hin zur Forderung nach Individualisierung – ist ein wesentliches Grundprinzip in diesem Bereich. Die Forderung, „Planung muss sich von den vorhandenen Einrichtungen lösen“ [1: S. 193], erscheint vor diesem Hintergrund problematisch.

Zunächst lässt sich also feststellen, dass es aus makroanalytischer Perspektive bisher keine empirischen Belege dafür gibt, dass eine regionale Organisation der Planung und Steuerung die Versorgungsqualität verbessern könnte. Es gibt jedoch empirische Hinweise für eine Gefährdung von Teilen der bisherigen Versorgungsqualität – wenn die gemeindenahen Versorgung zum ausschließlichen Organisationsprinzip werden würde. Weiterhin gibt es empirische Hinweise dafür, dass das Konzept der gemeindenahen Versorgung bereits heute durchaus Realität ist. Dies zeigt sich u.a. an der progressiven Entwicklung der ambulanten Rehabilitation (hier dargestellt durch die Ausgabenentwicklung – vgl. Abb. 5).

Auswirkungen des WFG auf die Ausgabenentwicklung in der medizinischen Rehabilitation

Ebenfalls aus makroanalytischer Sicht wird auf einen weiteren Diskussionspunkt zu einer möglichen Organisationsreform in der Suchtkrankenhilfe eingegangen. Es geht um die Frage, ob es im wirtschaftlichen und rechtlichen Bereich Entwicklungen gegeben hat, für die sich empirische Hinweise finden lassen, die als eine Gefährdung der weiteren bedarfsadäquaten Funktion der bestehenden Strukturen gedeutet werden können. Mit Bezug auf zentrale Punkte, wie sie zur Zeit in der Rentenversicherung diskutiert werden, sei dabei auf aktuelle Veröffentlichungen verwiesen [9]. Es geht hier u.a. um folgende Fragen: Umstellung der Finanzierung im Suchtbereich auf einheitliche Klinikbudgets; Überarbeitung der Empfehlungsvereinbarungen Sucht durch Aufnahme teilstationärer Angebote, Präzisierung interdisziplinärer Aufgabenstellungen, Klärung der Kostenübernahme bei Entgiftung und Entwöhnung, Berücksichtigung nichtstoffgebunde-

ner Süchte und Substitutionsbehandlungen; Auswirkungen des Psychotherapeutengesetzes und des „Gesetzes zu Korrekturen in der Sozialversicherung und zur Sicherung der Arbeitnehmerrechte“ (ab 1.1.1999 in Kraft); Reformen des Rehabilitationsrechts bez. Zuzahlungen, Regelverweildauer und Wiederholungsintervallregelungen sowie zur Lockerung des Rehabilitationsbudgets für einzelne Leistungsarten und nicht zuletzt Kodifizierung des Rehabilitationsrechts in einem neunten Buch des Sozialgesetzbuches.

Die genannten Punkte befinden sich teilweise noch in der Diskussion, so dass die Ableitung entsprechender Schlussfolgerungen für eine mögliche Organisationsreform verfrüht wäre. Gleichzeitig gilt hier – wie auch mit Bezug auf bereits

stattgehabte Veränderungen –, dass der versorgungsanalytische Nachweis von institutionell verursachten Defiziten entsprechende Veränderungen begründen sollte. Hier liegen jedoch z.Z. keine Erkenntnisse vor. Etwas anders stellt sich die Frage nach den Auswirkungen des Wachstums- und Beschäftigungsförderungsgesetzes (WFG) auf die Rehabilitation im Allgemeinen und die Sucht-Rehabilitation im Besonderen dar. Hier haben Budgetkürzungen und gesetzliche Struktureingriffe stattgefunden, zu deren Auswirkungen auch erste versorgungsanalytische Ergebnisse vorliegen. Zunächst werden versorgungsepidemiologische Erkenntnisse aus der Rehabilitation insgesamt dargestellt; im Weiteren wird der methodische Ansatz – soweit empirische Daten vorliegen – auf die Sucht-Rehabilitation übertragen.

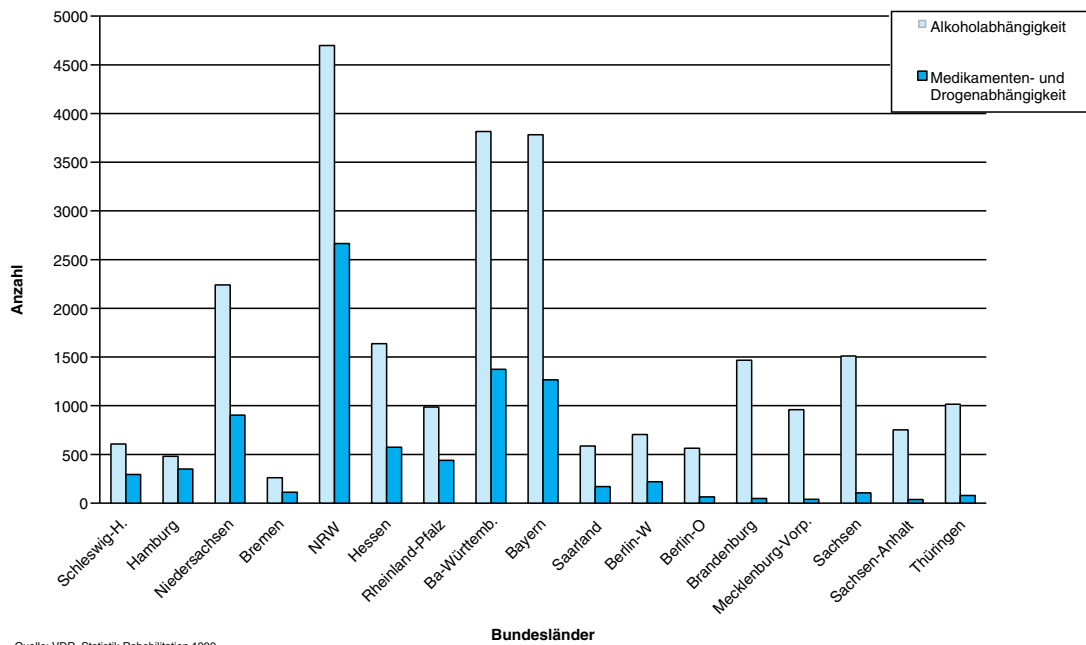


Abb. 1 Rehabilitation bei Alkoholismus und Medikamenten-/Drogenabhängigkeit – absolute Zahlen nach Bundesländern 1999

Quelle: VDR, Statistik Rehabilitation 1999

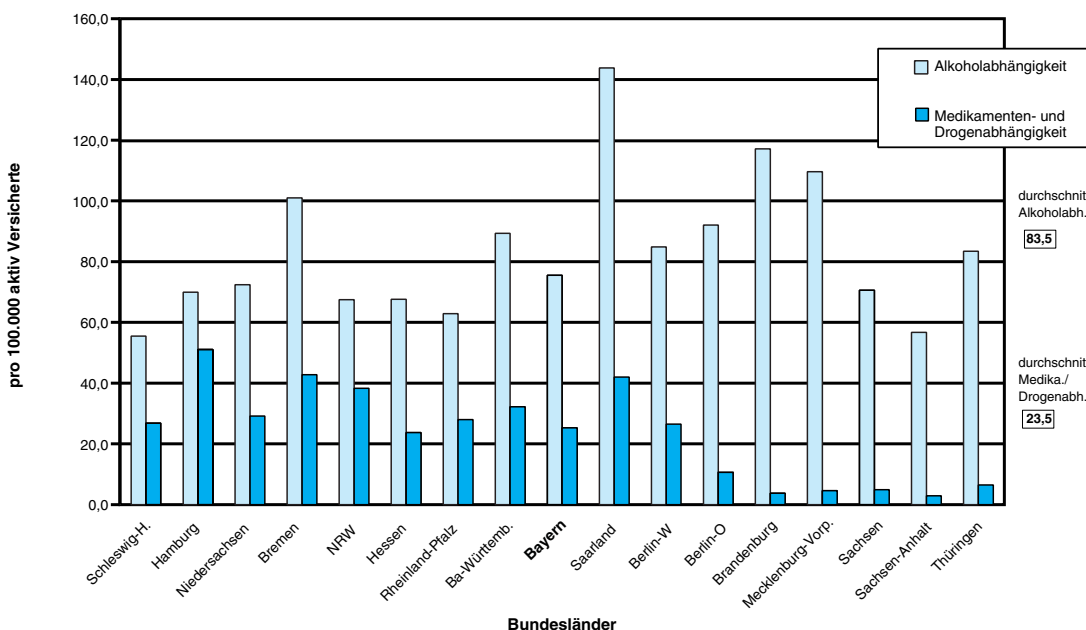


Abb. 2 Rehabilitation bei Alkoholismus und Medikamenten-/Drogenabhängigkeit – Inanspruchnahme nach Bundesländern 1999

Quelle: VDR, Statistik Rehabilitation 1999, Statistik Aktiv Versicherte 1997/1998; (BRD gesamt)

Mit dem WFG, das 1996 verabschiedet wurde und ab 1997 in Kraft trat, wurden die Ausgaben der Rentenversicherung im Bereich der Rehabilitation auf dem Niveau von 1993 eingefroren. Das bedeutete – gemessen an dem bereits 1995 erreichten Niveau – erhebliche Leistungseinschränkungen, die sich besonders auf die medizinische Rehabilitation in den alten Bundesländern erstrecken sollten, wohingegen die gesamte Rehabilitation in den neuen Bundesländern und die berufliche Rehabilitation von den Einsparungen nach dem Willen des Gesetzgebers ausgeschlossen werden sollten. Im Ergebnis wurden bereits 1996 – nach Verabschiedung des Gesetzes – verstärkt jedoch im Jahre 1997, erhebliche Antragsrückgänge in der medizinischen Rehabilitation beobachtet. In den Jahren 1998 und 1999 kam es zwar zu einem Wiederanstieg; das Niveau von 1995 wurde jedoch bei weitem nicht wieder erreicht. Empirisch lässt sich diese Entwicklung unter Heranziehung der Ausgabenentwicklung im Bereich der gesetzlichen Rentenversicherung (GRV) für die einzelnen Bereiche vor bzw. nach dem WFG reproduzieren (Abb. 3).

Mit Bezug auf die Antragsebene wurden unlängst von der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (BfA) Zahlen vorgelegt, nach denen das Antragsniveau im Jahre 1998 im Vergleich zu 1995 bei rund 75% in den alten und rund 90% in den neuen Bundesländern lag. Bezogen auf die anspruchsberechtigte Versichertenklientel ergab sich eine noch schlechtere Bilanz: Im Vergleich zu 1995 lag das Versorgungsniveau im Jahre 1998 nur noch bei 60% und hatte sich gegenüber Anfang der 90er Jahre sogar nahezu halbiert [9]. Diese Globalzahlen lassen Versorgungsdefizite vermuten, so dass die Untersuchung der Auswirkungen des WFG auf die Versorgungsqualität eine besonders wichtige Aufgabe für die Rehabilitationswissenschaften in der Zukunft darstellt. Es wird zu untersuchen sein, ob durch das Gesetz und die damit gleichzeitig verbundenen drastischen Eingriffe in die Reha-Zugangsregulation die sozialpolitisch intendierte Zielsetzung einer Selektion „wahrhaft“ Reha-Bedürftiger erreicht wurde oder im Gegenteil, gerade gefährdete Problemgruppen von einer Antragstellung abgehalten wurden. Sowohl frühere

versorgungsepidemiologische Studienergebnisse als auch erste Bilanzen aus der Rentenversicherung sind als Hinweise auf eher unerwünschte Effekte einer verminderten Bedarfsadäquanz anzusehen: So war zunächst festzustellen, dass die Antragsrückgänge auch solche Bereiche betrafen, die von den Kürzungen des WFG explizit ausgenommen werden sollten, so die berufliche Rehabilitation und die Leistungen in den neuen Bundesländern. Die Aufklärung möglicher Ursachen für diese Veränderungen bedarf gezielter reha-wissenschaftlicher Untersuchungen, die letztlich bis zur Mikroebene individueller Verhaltensaspekte reichen müssen.

Auf der Makroebene sind aus dem einfachen Zeitreihenvergleich lediglich Hypothesen zu unerwünschten Selektionseffekten als Folge des WFG ableitbar – etwa in Richtung auf das Ausbleiben von Antragstellungen bei sozial Schwachen, d.h. in der Regel nicht so mobilen, aber gesundheitlich stark beeinträchtigten Versicherten. Unter dem Aspekt einer Bewertung möglicher Einbußen an Versorgungsqualität stellen sich weitere Fragen, u.a.: Können bewährte Qualitätsstandards der Rehabilitation – wie die biopsychosoziale Ausrichtung der gesamten Behandlung – unter den veränderten Eingangsbedingungen aufrechterhalten werden? Auch hier sind weiterführende Untersuchungen notwendig, die sich insbesondere auf die Reha-Bedürftigkeit bzw. den -Bedarf richten müssen. Hierauf wird später näher eingegangen.

Ausgaben- und Organisationsentwicklung in der Sucht-Rehabilitation

Zuvor geht es jedoch darum, die konkrete Situation im Suchtbereich und insbesondere die Auswirkungen des WFG auf die Leistungsentwicklung in diesem Bereich zu analysieren. Dazu wird zunächst – ähnlich wie für die medizinische Rehabilitation insgesamt – untersucht, wie sich die Einsparzwänge auf die – an den Ausgaben gemessene – Entwicklung der Entwöhnungsbehandlungen Abhängigkeitskranker ausgewirkt haben. Die Analyse zeigt, dass es im Suchtbereich im Jahre 1996 zu einem – allerdings schwach ausgeprägten – Anstieg der Ausgaben gekommen ist, wobei diese Bilanz die Summe

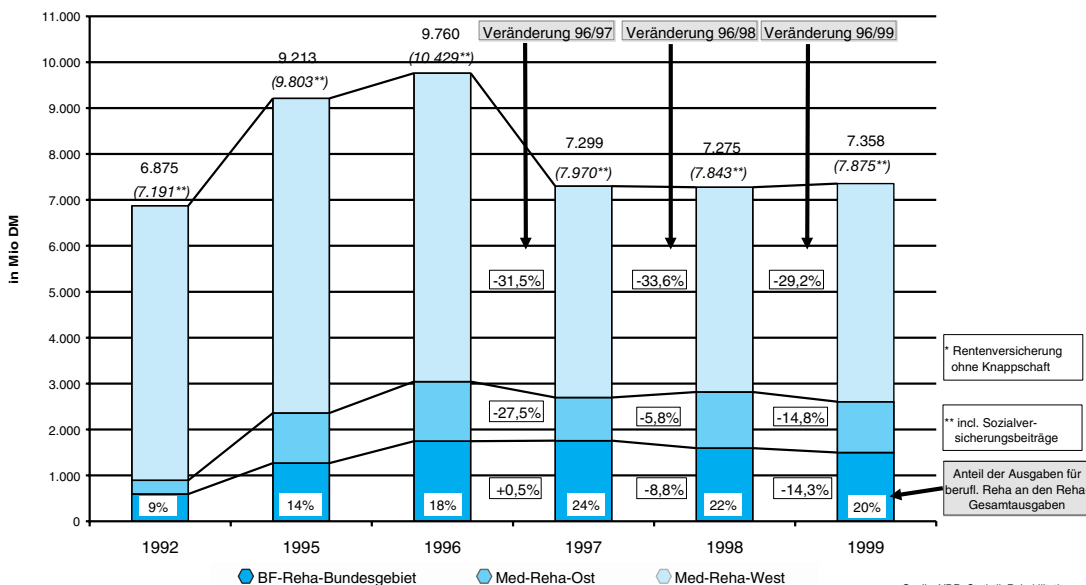


Abb. 3 Entwicklung der Reha-Ausgaben der Rentenversicherung (RV*) vor und nach dem WFG

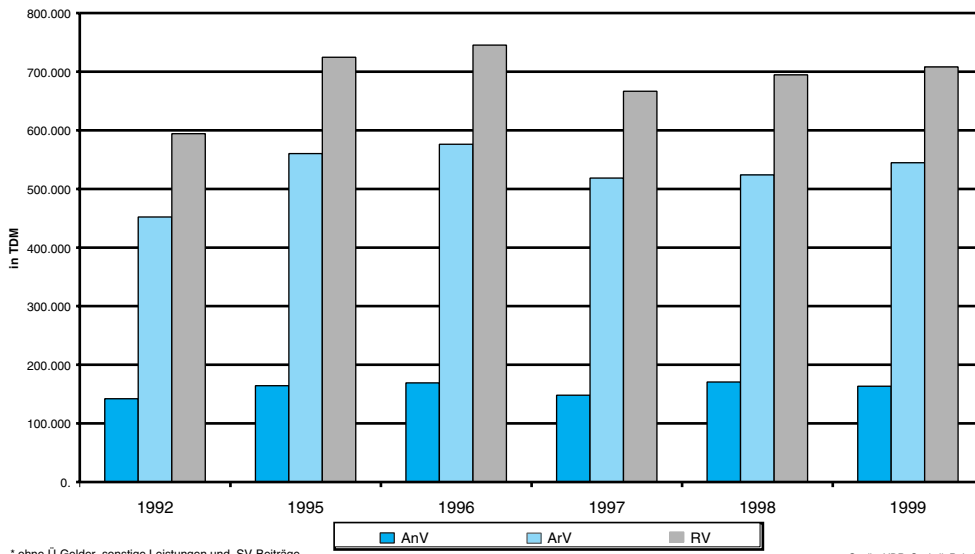


Abb. 4 Entwicklung der Reha-Ausgaben der Rentenversicherung für Abhängigkeitserkrankungen – Summe aus ambulanten und stationären Leistungen*, gesamtes Bundesgebiet

aus ambulanten und stationären Leistungen der Rentenversicherung (RV) im gesamten Bundesgebiet umfasst und insbesondere durch entsprechende Zuwächse in der Arbeiterrentenversicherung (ArV) geprägt wurde (Abb. 4).

Obwohl es im Jahre 1997 dann zu einem Rückgang der Ausgaben um rd. 11% kam, fiel dieser wesentlich geringer aus als im Bereich der medizinischen Rehabilitation insgesamt (-31%). Auch im Suchtbereich kam es in den Jahren 1998 (4%) und 1999 (2%) zu einem Wiederanstieg der Ausgaben, so dass fast das Niveau des Jahres 1995 erreicht wurde. Gemessen am Jahr 1992 fand sich sogar ein Zuwachs von knapp 20 Prozent.

Die Analyse der Ausgabenentwicklung der Rentenversicherung für Abhängigkeitserkrankungen zeigt also, dass dieser Bereich in finanzieller Hinsicht auf der Makroebene von den globalen Auswirkungen des WFG weniger betroffen war. Folgerichtig hat sich der Anteil der Reha-Ausgaben der RV für

den Suchtbereich an denen für medizinische Leistungen insgesamt in den Jahren 1996 bis 1997, also nach dem WFG, im Vergleich zu 1995 von 12% auf 15% erhöht. Die Ausgabenstatistik der RV erlaubt noch eine weitere Vertiefung: Betroffenen von den leichten Rückgängen in der Ausgabenentwicklung im Jahre 1997 waren zum einen nur die im stationären Sektor erbrachten Leistungen, wohingegen es bei den ambulanten Maßnahmen (Abb. 6) sogar (über den gesamten Beobachtungszeitraum von 1992 bis 1999) zu einem ausgeprägten Anstieg kam. Auch bei den stationären Leistungen waren nicht alle Regionen gleichermaßen von dem 1997 beobachteten Rückgang betroffen – in den neuen Bundesländern kam es auch hier (über den gesamten Beobachtungszeitraum) zu einem weiteren Zuwachs (Abb. 5).

Makroanalytische Fakten zur Behandlungsdauer

Die vorstehenden Ergebnisse lassen also für den Suchtbereich eine deutlich andere Dynamik der Ausgabenentwicklung

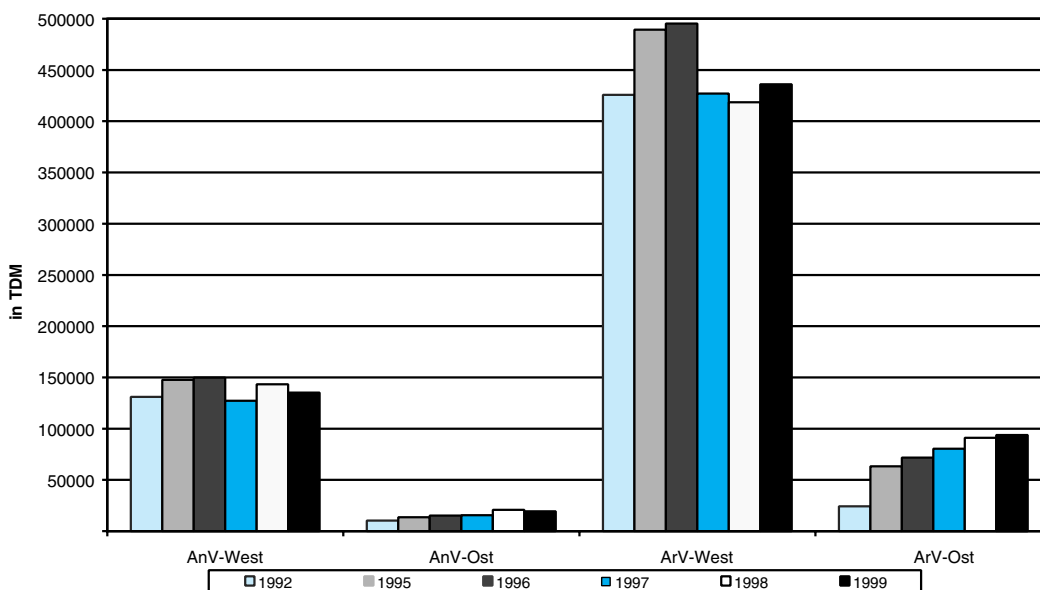


Abb. 5 Entwicklung der Reha-Ausgaben der Rentenversicherung für Abhängigkeitserkrankungen – stationäre Leistungen* nach RV-Träger und alte/neue Bundesländer

* ohne Ü-Gelder, sonstige Leistungen und SV-Beiträge

Quelle: VDR, Statistik Rehabilitation

erkennen als bei den übrigen medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen. Hieraus lassen sich also keine deutlichen Hinweise auf eine substanzielle Leistungsreduktion in der Suchtrehabilitation ableiten. Solche Ergebnisse lassen allerdings noch keinen Rückschluss auf die Qualität der erbrachten Leistungen zu. Im Suchtbereich wurden hier wiederholt Befürchtungen über mögliche Qualitätseinbußen geäußert, die sich aus folgenden – finanziell nicht ohne weiteres messbaren – Veränderungen im Zuge des WFG ergeben könnten: Veränderung der Zugangskriterien, u. a. durch restriktivere Bedingungen für Wiederholer; Übergang zur verstärkten Durchführung ambulanter anstelle von stationären Maßnahmen und stärkere Nutzung von Kurzzeittherapien. Einzig für den letztgenannten Punkt finden sich deutliche empirische Hinweise für die Diagnosen Medikamenten-/Drogenabhängigkeit und Alkoholabhängigkeit (Abb. 7), die im Vergleich zu allen anderen Diagnosen aus dem Kapitel 5 der ICD 9 überproportional zurückgegangen sind.

An dieser Stelle verdient eine aktuelle Studie besondere Anerkennung [10], in der grundlegende Fragestellungen zur Versorgungsqualität empirisch untersucht werden. Angesichts der Fülle möglicher Effekte des WFG auf die Versorgungsqualität der Rehabilitation (s.o.) war die Studie explizit darauf ausgerichtet, „von den zahlreichen möglichen Auswirkungen der Spargesetze auf die Rehabilitation Suchtkranker ... auf mögliche Selektionseffekte und besonders auf die Verkürzung der stationären Verweildauer“ [10: S. 30] abzuheben. Insgesamt kommt die Studie zu dem Ergebnis, dass sich die durch das WFG induzierte Therapiezeitverkürzung negativ auf den Behandlungserfolg auswirkt. Der Studie gebührt das besondere Verdienst, der Diskussion zur Versorgungsqualität einen empirischen Zugang eröffnet zu haben, wie auch wesentliche Impulse für die konzeptionelle und methodische Diskussion gegeben zu haben. Gleichzeitig wirft sie jedoch Fragen im Hinblick auf die Übertragbarkeit der für eine einzelne Einrichtung gewonnenen Ergebnisse auf das gesamte Feld der Planung und Steuerung auf. Ebenso ergeben sich interessante methodische Fragen im Hinblick auf:

1. über die Behandlungsdauer hinausgehende Kriterien der Prozessqualität,
2. die Reproduzierbarkeit der Eingangsbedingungen bspw. in multizentrischen Studien und
3. „konkurrierende“ Bedingungsgrößen für das verwendete Outcome-Kriterium der Abstinenz.

Vor diesem Hintergrund werden im Folgenden einige weiterführende Überlegungen mit Bezug auf bereits vorliegende empirische Untersuchungsergebnisse bzw. methodische Ansätze diskutiert.

Bestimmungsgrößen der Ergebnisqualität auf der Makroebene

Die Wirksamkeit der Behandlung wird in der Studie wesentlich auf Basis des Abstinenzkriteriums sowie der Patientenangabe zur „Zufriedenheit mit Lebensbereichen“ gemessen. Abstinenz und Lebenszufriedenheit sind jedoch nicht unabhängig von den sozialen und beruflichen Umfeldbedingungen. So ist bspw. in einer früheren empirischen Untersuchung [6, 11] an einer repräsentativen Stichprobe für die Angestellten der Bundesrepublik Deutschland nachgewiesen worden, dass sich sowohl (lange) Arbeitslosigkeit als auch ein lückenhafter Erwerbsverlauf – als Indikator für eine instabile berufliche Situation – negativ auf den Rehabilitationserfolg, gemessen an der geglückten beruflichen Reintegration, auswirken. Auch weitere Ergebnisse aus dem Bereich der Angestelltenversicherung bestätigen, dass der Rehabilitationserfolg nicht von den sozialen Umfeldbedingungen – hier gemessen an der Sozialschichtzugehörigkeit (Abb. 8) sowie der regelmäßigen Erwerbstätigkeit (Abb. 9) – zu trennen ist, wobei als Erfolgskriterien die berufliche Integration bzw. die erneut notwendig werdende Entwöhnungsbehandlung herangezogen wurden.

Der empirisch nachgewiesene Einfluss des sozialen Umfeldes auf den Erfolg der Rehabilitation sollte insbesondere dann methodisch berücksichtigt werden, wenn – wie in der o.g. Studie – Bewertungen im Zeitvergleich vorgenommen werden, für die von gravierenden Veränderungen ausgegangen

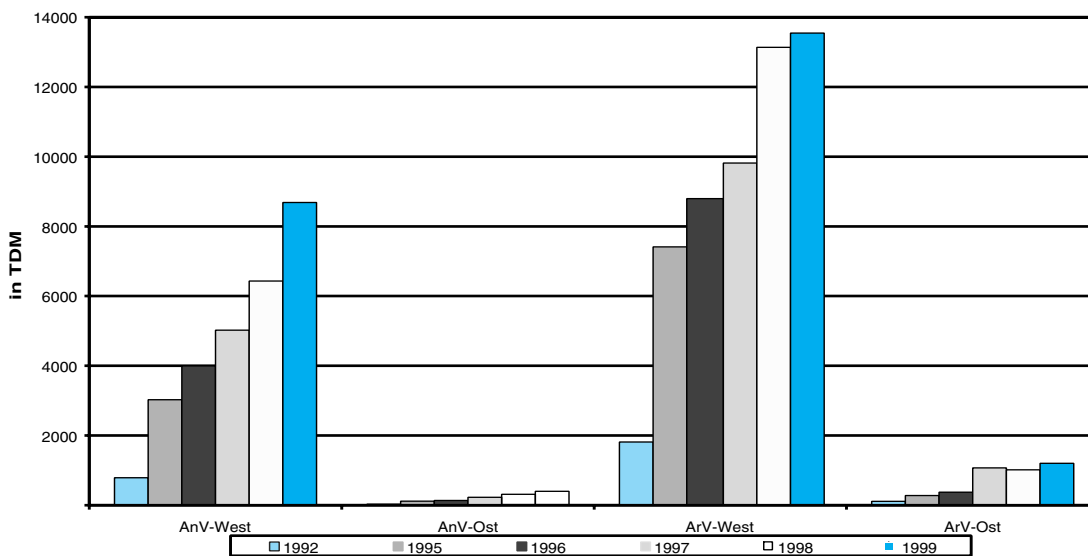


Abb. 6 Entwicklung der Reha-Ausgaben der Rentenversicherung für Abhängigkeitskrankheiten – ambulante Leistungen* nach RV-Träger und alte/neue Bundesländer

* ohne Ü-Gelder, sonstige Leistungen und SV-Beiträge

Quelle: VDR, Statistik Rehabilitation

werden kann. So hat sich die soziale Gesamtsituation in Ost- bzw. Westdeutschland für die gewählten Vergleichszeiträume von 1989–1996 einerseits bzw. von 1997 andererseits erheblich verändert. Man denke hier nur an die deutsch-deutsche Vereinigung mit ihren tief greifenden Auswirkungen auf die gesellschaftlichen Werte und Strukturen im Allgemeinen und auf den Arbeitsmarkt im Besonderen.

Die Studie von Zemlin et al. ist als interessanter Ausgangspunkt für weitere versorgungsepidemiologische Analysen anzusehen. Die Notwendigkeit einer Weiterführung wird von den Autoren ausdrücklich mit dem Satz betont: „Erst die Untersuchung weiterer diagnostischer, motivationaler und zusätzlicher klinischer Daten (erlaubt) eine Aussage über das Gewicht erwarteter Unterschiede für die Behandlung bzw. die Ausgestaltung von Behandlungsprogrammen“ [10: S. 30]. Insbesondere bedarf es weiterer theoretischer und empirischer Untersuchungen zur Reha-Bedürftigkeit unter besonderer Berücksichtigung der Einheit von Indikation, Behandlung und Ergebnis. Erste methodische Grundlagen wurden dazu im Rahmen eines Forschungsprojektes zu Rehabilitanden-Management-Kategorien (RMK) entwickelt, auf die im Folgenden unter dem Aspekt der Entwicklungsfelder eingegangen wird.

Zentrale Entwicklungsfelder in der Versorgungssystemanalyse: Reha-Bedarf und Behandlungsstandard

Makro- und mikroanalytische Ansätze in der Bedarfsforschung

Eine grundlegende Forderung an Konzepte zur Weiterentwicklung [1,5] ist die Bedarfsgerechtigkeit der Versorgung. Eine „bedarfsgerechte Versorgung aller Suchtkranken, die sich an ihren Bedürfnissen orientiert“ [1: S. 192], soll sowohl Ausgangspunkt für die Planung und Steuerung der Angebote, als auch qualitativer Grundstandard und damit „zentrale Größe der Qualitätssicherung“ [1: S. 203] auf allen Ebenen sein. Dabei wird konstatiert, dass es hier noch einen erheblichen (reha-wissenschaftlichen) Forschungsbedarf gibt: „Da man nicht davon ausgehen kann, dass die Menschen, für die

Hilfen bereitgestellt werden müssen, gezählt worden sind, sind Messzahlen, Anhaltzahlen erforderlich“ [1: S. 196].

Die Probleme bei der Abschätzung des Bedarfs sind im Suchtbereich seit langem bekannt. Sie beginnen bereits auf der Ebene einer Definition der Suchterkrankung, zu der die DHS pointierend feststellt: „Die Versuche, die Phänomenologie von Sucht bzw. Abhängigkeit wissenschaftlich auf den Begriff zu bringen, sind bisher allenfalls als Stückwerk zu bezeichnen“ [12]. Die Probleme der qualitativen Bestimmung von Sucht und Abhängigkeit erschweren folgerichtig zusätzlich die quantitative Abschätzung des Bedarfs an Versorgungsleistungen und -qualitäten. Im Folgenden soll gezeigt werden, welche Annahmen der Bedarfsplanung bisher zugrunde gelegt wurden und wie die entsprechenden Versorgungsleistungen sich entwickelt haben. Das grundlegende Problem einer noch ausstehenden reha-wissenschaftlich fundierten Präzisierung dieser makroanalytischen Ansätze zur Bestimmung und Planung des Bedarfs an rehabilitativen Leistungen im Allgemeinen und an Entwöhnungsbehandlungen im Besonderen bleibt dabei zunächst offen – ist jedoch auch durch eine Strukturreform im Sinne der DHS nicht lösbar.

Zentraler Ausgangspunkt für die Steuerung der Angebote zur Suchtrehabilitation in Deutschland waren in der Vergangenheit die nachgefragten Leistungen vor dem Hintergrund von Schätzungen zur Prävalenz – hier in der Differenzierung nach den zugrunde liegenden „Substanzen“: Alkohol, Medikamente, „harte“ Drogen und neuerdings auch sog. nichtstoffgebundene Süchte wie Spielsucht und Essstörungen. Von der GRV wurden dazu bundesweit entsprechende Reha-Angebote geplant und vorgehalten. Entsprechend dem gesetzlich geregelten Aufgabenverständnis der Rehabilitation, wonach diese weder primäre noch akutstationäre, sondern vielmehr sekundär- bzw. tertiärpräventive Ziele verfolgt, wurde dabei auf Antragstellungen zur Entwöhnungsbehandlung zurückgegriffen. Bei diesem Ansatz wurde von einer Zeitreihenanalyse des in der Vergangenheit beobachteten Antragsgeschehens ausgegangen und dieses entsprechend fortgeschrieben. Dabei

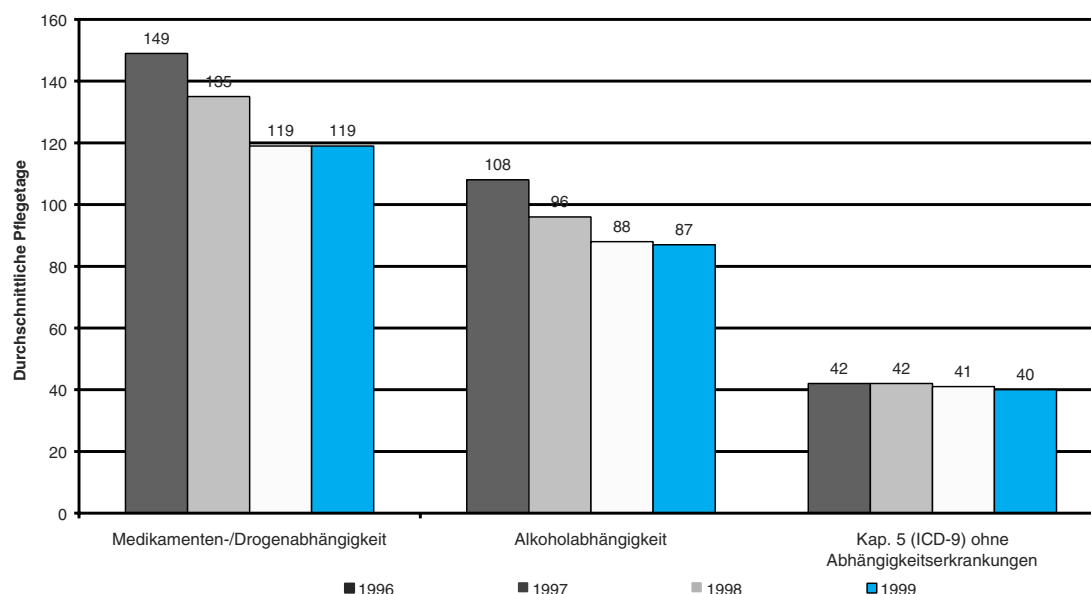


Abb. 7 Behandlungsdauer bei Rehabilitanden mit Abhängigkeitserkrankungen vor und nach dem WFG – 1996 bis 1999 – RV-Gesamt – gesamtes Bundesgebiet

Quelle: VDR, Statistik Rehabilitation

wurden auch solche globalen Bedingungsfaktoren wie demographische Prozesse, gesetzliche Veränderungen – einschließlich deutsch-deutsche Vereinigung – und Trends zur „Epidemiologie von Abhängigkeit“, wie sie bspw. im „Jahrbuch Sucht“ laufend aktualisiert werden, berücksichtigt. Dieser Ansatz abstrahiert von den inneren Entstehungsmechanismen, die zur Herausbildung von Abhängigkeit und einer entsprechenden Rehabilitationsbedürftigkeit auf der individuellen Ebene führen. Er beschränkt sich auf die Makroanalyse der Reha-System-Leistungen, als zu planendes und zu steuerndes Versorgungsangebot für nachgefragte Leistungen. Dieser spezielle analytische Zugang rechtfertigt sich aus der ebenfalls speziellen Sicht der Versorgungssystemplanung/-steuerung, bei der vordergründig Informationen darüber benötigt werden, welche Leistungen das Reha-System auf der Basis seiner institutionellen Ausgestaltungsformen – bis hin zur einzelnen Versorgungseinrichtung – anbieten sollte, um seinem gesellschaftlichen Auftrag – der beruflichen und sozialen (Re-)Integration von Behinderten, hier von Abhängigkeitskranken – gerecht zu werden.

Das Modell greift streng genommen nur unter der Prämisse, dass die gesellschaftlichen Bedingungen, unter denen sich ein bestimmter Reha-Bedarf herausgebildet und zu einer spezifischen Leistungsnachfrage geführt hat, unverändert bleiben. Die Grenzen des Untersuchungsansatzes beschreiben dabei gleichzeitig die wesentlichen Dimensionen seiner analytischen und interpretativen Erweiterung: Nur in der strengsten Form wird zunächst von allen Bestimmungsfaktoren des Reha-Bedarfs abstrahiert bzw. auf wenige epidemiologisch gut abgesicherte Faktoren – wie beispielsweise demographische Einflüsse – zurückgegriffen. In der Erweiterung des Modellansatzes können dann weitere ausgewählte Bedingungsgrößen einbezogen werden, die auf der Makroebene die Leistungsnachfrage in der Rehabilitation beeinflussen. Dieses Vorgehen ist insofern auch statistisch sinnvoll, als einfache Modelle, die auf wenige gesicherte Zusammenhänge zu relevanten Bestimmungsfaktoren für den nachfragewirksamen Reha-Bedarf zurückgehen, angesichts der heute hypostasierten, jedoch im Einzelnen unzureichend aufgeklärten Komplexität des Reha-Bedarfs multivariaten statistischen

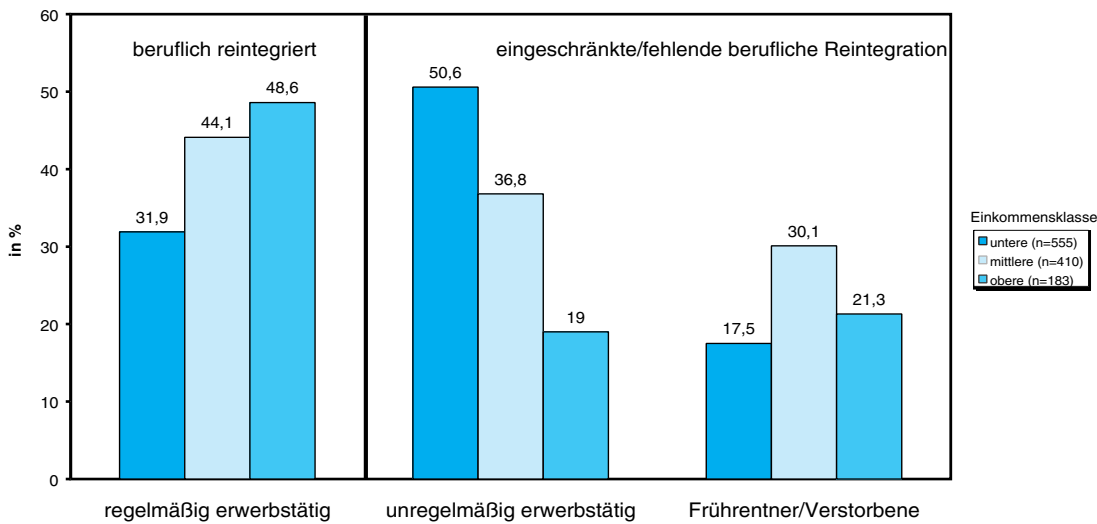


Abb. 8 Soziale Ungleichheit und berufliche Reintegration bei Alkoholkranken innerhalb von 5 Jahren nach der Rehabilitation 1986 – 1988

Quelle: 20%-Stichprobe der RRV-Datei (BfA) 1986-1993

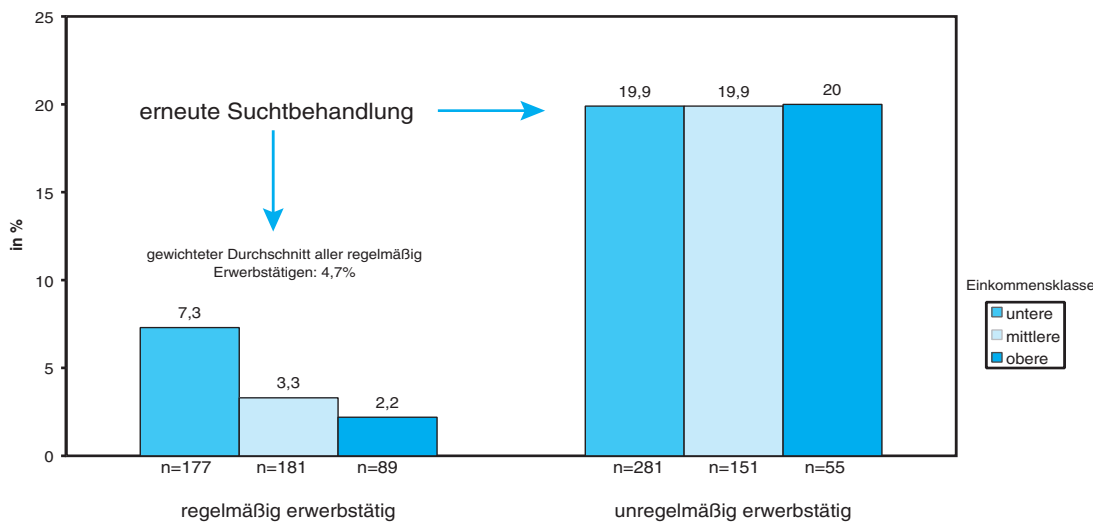


Abb. 9 Soziale Ungleichheit und Rückfallgefährdung bei Alkoholkranken innerhalb von 5 Jahren nach der Rehabilitation 1986 – 1999

Quelle: 20%-Stichprobe der RRV-Datei (BfA) 1986-1993

Modellen vorzuziehen sind. Hier verdient das biometrische Monitum Beachtung, das vor der „Überfrachtung“ solcher Modelle warnt und deren statistische Interpretierbarkeit in Frage stellt [Wegscheider 1999].

Ein demographisch erweitertes Zeitreihenmodell wurde bspw. der Reha-Bedarfsplanung in den neuen Bundesländern im Bereich der GRV – und hier auch im Suchtbereich – anlässlich der deutsch-deutschen Vereinigung zugrunde gelegt [13]. Das Modell beinhaltet eine Abschätzung der im Osten zu erwartenden Versichertenentwicklung sowie der Inanspruchnahmeraten auf der Basis einer Fortschreibung der in der Vergangenheit im Westen beobachteten mittleren Reha-Raten (Maßnahmen je 100 000 Versicherte gleichen Alters und Geschlechts) – in der Unterscheidung nach den typischen Leistungsarten, speziell in der Sucht-Rehabilitation nach Alkohol-, Medikamenten-, Drogen- und Mehrfachabhängigkeit. Die Planung der Angebote auf der Basis dieses Modellansatzes entsprach der tatsächlich in der Folgezeit eingetretenen Nachfrage nach Entwöhnungsbehandlungen in den neuen Bundesländern.

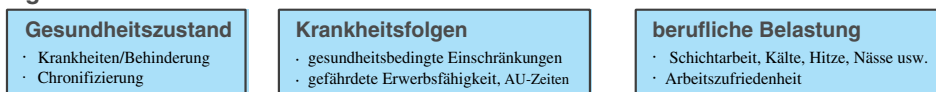
Der Modellansatz wurde dann in einer Prognose, die 1997 anlässlich der Verabschiedung des WFG erstellt wurde, weitergeführt. Hier wurde erneut in einem demographisch erweiterten Zeitreihenmodell untersucht, welche Leistungsnachfrage in der medizinischen Rehabilitation bis zum Jahre 2040 zu erwarten wäre und in welchem Umfang diese Versorgungsleistungen im Rahmen des gesetzlich limitierten Budgets noch zu erbringen sein würden [14]. Für die Abschätzung der zu erwartenden Rehabilitationsinanspruchnahme wurden die mit der Basis 1995/96 berechneten Rehabilitationsraten (differenziert nach Maßnahmenteilen – wie Allgemeines Heilverfahren, Anschlussheilbehandlung, *Entwöhnungsbehandlung*, Krebsmaßnahme – und Region) auf die

geschätzte Versichertenentwicklung hochgerechnet. Abschließend erfolgte eine Schätzung der zu erwartenden Ausgabenentwicklung. Die Prognose ergab, dass der geschätzte Finanzbedarf für Rehabilitationsleistungen über die gesamte Zeitspanne von 1998 bis 2040 erheblich über dem gesetzlich gedeckelten Budget liegen würde. Das Schätzmodell ließ erwarten, dass es hierdurch zu vergleichbaren Leistungskürzungen in den genannten Maßnahmenteilen – also auch in der Suchtrehabilitation – kommen würde.

Über den unmittelbaren prognostischen Wert hinaus zeigte das Modell jedoch auch – und zwar in einem retrospektiven Ansatz –, dass eine weiterführende Aufklärung von Bestimmungsfaktoren des Reha-Bedarfs notwendig ist. So kam es im Gegensatz zu dem prognostizierten und demographisch begründeten Nachfrage- und damit Ausgabenanstieg bereits unmittelbar nach Ankündigung bzw. Verabschiedung des WFG, d.h. in den Jahren 1997/98, zu dem bereits oben beschriebenen deutlichen Rückgang der beanspruchten Reha-Leistungen. Diese Veränderungen betrafen – abweichend von den o.g. Modellmaßnahmen – jedoch nicht in gleicher Weise die Entwöhnungsbehandlungen wie die „übrige“ medizinische Rehabilitation. Mit Bezug auf diesen Bereich ergibt sich also ein weiterreichender Untersuchungsbedarf, der sich eher auf qualitative Veränderungen in der Nachfrage als auf globale Leistungsabschätzungen beziehen sollte.

Ansatzpunkte für entsprechende Modellerweiterungen ergeben sich durch Einbeziehung von Ergebnissen mikroanalytischer Untersuchungen, die z.Z. an der Humboldt-Universität zu Berlin anhand von zwei Forschungsprojekten [15] zur medizinischen und beruflichen Rehabilitation durchgeführt werden. Diesbezüglich wird eine randomisierte Befragung von Versicherten der GRV durchgeführt, die u.a. zur Erforschung der Determinanten und (Nachfrage-)Wirkungen der

Bedingungsfaktoren



vermittelnde Faktoren

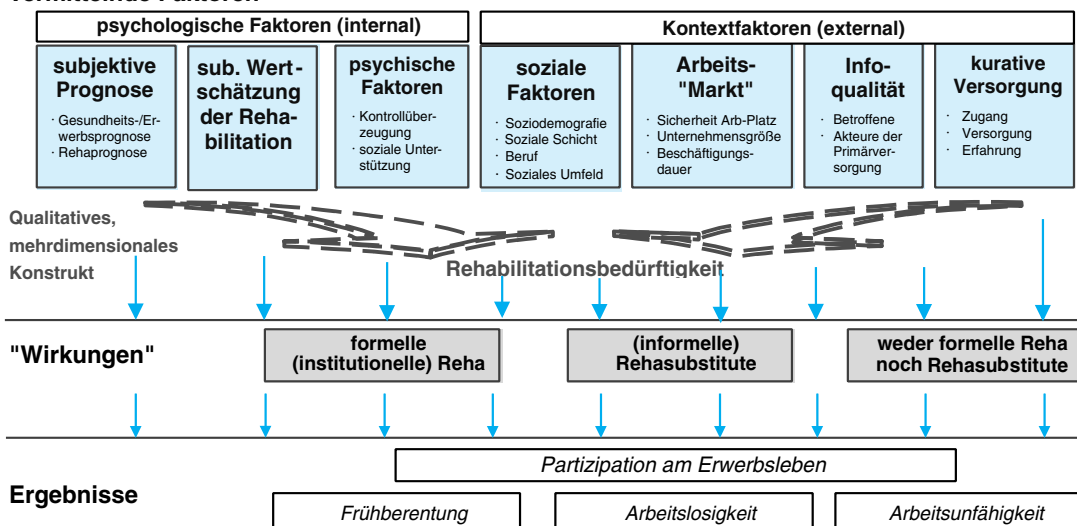


Abb. 10 Determinanten der Rehabilitationsbedürftigkeit und ihre „Wirkungen“: Ein Rahmenkonzept für einen mehrdimensionalen Untersuchungsansatz

Reha-Bedürftigkeit beitragen soll. Nicht zuletzt für den Bereich der Entwöhnungsbehandlungen werden aus der Untersuchung neue Ergebnisse zur Angebots- und Leistungsplanung bis hin zu deren qualitativer Ausgestaltung erwartet. In der ersten Projektphase wurden bestehende Ansätze zur empirischen Bestimmung von Reha-Bedürftigkeit analysiert. Im Ergebnis entstand ein Rahmenkonzept für einen mehrdimensionalen Analyseansatz, in dem Reha-Bedürftigkeit als mehrdimensionale, qualitative Variable bestimmt wird, die nicht direkt beobachtet oder gemessen werden kann [16]. Die darauf basierende empirische Untersuchung beschränkt die Beschreibung von Rehabilitationsbedürftigkeit auf die Gewinnung verschiedener Ausprägungsmuster von Determinanten (beschrieben durch ein Bündel von Bedingungsfaktoren und vermittelnden Faktoren), die in unterschiedlichen Wirkungen resultieren (Abb. 10). Unter dem qualitativen Aspekt bedeuten verschiedene Ausprägungsmuster dann nicht ein Mehr oder Weniger an Rehabilitationsbedürftigkeit auf einem Kontinuum von Messwerten, sondern andere qualitative Ausgestaltungen, die in unterschiedlichen Wirkungen sichtbar werden.

Vom Ist- zum Soll-Behandlungsstandard

Wenn man davon ausgeht, dass die Bestimmung des Reha-Bedarfs nicht nur die Planung und Steuerung der Angebote als Strukturkomponente betrifft, sondern in einem erweiterten Verständnis auch deren qualitative Ausgestaltung über alle Ebenen hinweg, d.h. letztlich auch die Behandlungsdurchführung und Ergebnisevaluation bestimmt, ist mit den o.g. Überlegungen bereits ein zentraler reha-wissenschaftlicher Forschungsbereich beschrieben. Weitere Ansätze gelten der qualitativen Ausdifferenzierung von Bestimmungsmerkmalen und Handlungskategorien in der Rehabilitation. Durch die Konzeption von RMK soll ein neuer Zugang für die Qualitätsentwicklung dadurch eröffnet werden, dass neben differenzierten indikativen Aspekten auch Behandlungs- und Ergebnisqualitäten berücksichtigt werden [17].

Ausgangspunkt waren dabei Überlegungen zur Nutzung von Fallgruppenkonzepten als Basis für die leistungsgerechtere Vergütung in der medizinischen Versorgung, wie sie ausgehend von Amerika bis hin zur jüngsten Einführung entsprechender Vorschläge in die Akutmedizin der Bundesrepublik Deutschland bereits in der Praxis realisiert worden sind. Diesen Konzepten liegt die Annahme zugrunde, dass die Produkte einer Versorgungseinrichtung vergleichbar gemacht werden sollen, indem möglichst homogene Gruppen mit vergleichbaren Ressourcenanforderungen gebildet werden. Die bisherigen Fallgruppenansätze offenbarten jedoch ein methodisches Problem, welches sich allgemein auf jede Typisierung oder Standardisierung empirischer Entitäten beziehen lässt: Eine Gruppenhomogenität in Bezug auf bestimmte Leistungs- und Qualitätsmerkmale lässt sich u.a. aufgrund der biopsychosozialen Vielschichtigkeit des Behandlungsprozesses immer nur im statistischen Sinne erzielen. Der als typisch klassifizierte Fall weicht in der Regel vom Einzelfall ab. Die Gruppenbildung ist dann ein Kompromiss zwischen individueller Treffsicherheit und Praktikabilität des Systems. Die Ergebnisse zu den bisherigen Fallgruppenkonzepten haben gezeigt, dass erhebliche Defizite hinsichtlich der Praktikabilität bestehen. Diese sind in dem grundlegenden methodischen Konstruktionsmangel begründet, dass zur

Fallgruppenbestimmung entweder ein Bottom-up-Verfahren (Mittelwertbildung über alle Einrichtungen einer Indikation) oder im entgegengesetzten Extrem ein Top-down-Ansatz (Definition von Experten als herrschende Lehrmeinung) zur Anwendung kam [18]. Da beide Verfahren für sich zu einseitig sind, um das methodische Dilemma von praktischer Vielfalt und typischer Fallgruppe zu lösen, bietet es sich an, einen methodischen Zugang über einen iterativen Prozess der empirischen Analyse und anschließender konsensueller Typisierung zu wählen. Das bedeutet, dass ermittelte Abweichungen von einem gegenwärtigen, empirisch ermittelbaren Zustand samt seiner Variationsbreite („impliziter Behandlungsstandard“) im Expertenkonsens qualitativ bewertet und auf dieser Basis schließlich Soll-Behandlungsstandards definiert werden können.

Solche Ansätze können aus methodischer Sicht auch für die Qualitätsentwicklung im Suchtbereich Bedeutung gewinnen. Der Qualitätsgedanke geht hier über die Dimension der Strukturqualität wesentlich hinaus, die von der DHS als „die zentrale Neuerung der Diskussion um Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement im Bereich der Suchtkrankenhilfe“ [12] bezeichnet wurde. Qualität wird als Einheit von Indikation, Behandlung und Ergebnis begriffen, nicht zuletzt, um zu wirksamen Orientierungen für die Planung und Steuerung auf allen Ebenen zu gelangen. In diesem Sinne können versorgungsepidemiologische Erkenntnisse eine Basis für die strukturelle und organisatorische Weiterentwicklung – nicht zuletzt der Suchtkrankenhilfe – darstellen.

Literatur

- 1 Hüllinghorst R. Planung und Steuerung in der Suchtkrankenhilfe. Jahrbuch Sucht '99 Geesthacht: Neuland-Verlagsgesellschaft mbH 1998: 191–203
- 2 Schönherr U. Planung und Steuerung in der Suchtkrankenhilfe – Gesellschaftspolitische Aspekte. In: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hrsg). Lambertus Freiburg im Breisgau: Suchtkrankenhilfe in Deutschland 1997: 270–284
- 3 Hüllinghorst R. Das Gesamtkonzept der Suchtkrankenhilfe. Referat anlässlich der Fachkonferenz SUCHT '99 Weimar: (unveröff. Manuskript) 8.11.1999
- 4 Koch U, Gerdes N, Jäckel W, Müller-Fahrnow W, Raspe HH, Schian HM, Schliehe F, Wallesch CW. Verbundforschung Rehabilitationswissenschaften. Vorschlag zu einer Förderinitiative (unveröff. Manuskript) 1993
- 5 Endbericht der Enquete-Kommission „Strukturreform der gesetzlichen Krankenversicherung“. In: Deutscher Bundestag (Hrsg). Bundestagsdrucksache. Bonn: 1990; 11/6380
- 6 Spyra K. Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit durch die stationäre Entwöhnungsbehandlung. Sucht aktuell, 1996; 3 (4): 16–21
- 7 Grundprinzipien und Leitlinien zur Prävention und Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen. In: Fachverband Sucht e. V (Hrsg). Sucht aktuell 1999; 6 (2): 4–8
- 8 Gesamtkonzept des Fachverbandes Sucht e.V. zur Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen. Qualitätsförderung in der Entwöhnungsbehandlung ; 5
- 9 Wimmer D. (Weiter-)Entwicklungen in der Rehabilitation Abhängigkeitskranker aus Sicht der BfA. Sucht aktuell, 1999; 6 (2): 9–15
- 10 Zemlin U, Herder F, Dornbusch P. Wie wirkt sich die durch die Spargesetze bedingte Verkürzung der Behandlungsdauer in der stationären Rehabilitation Alkohol- und Medikamentenabhängiger

ger auf den Behandlungserfolg von stationär Erstbehandelten und stationären Therapiewiederholern aus? – Ergebnisse einer prospektiven Katamneseuntersuchung. *Sucht aktuell* 1999; 6 (2): 16–32

- ¹¹ Spyra K, Müller-Fahrnow W. Qualitätssicherung und Markt-optimierung: Empirische Ergebnisse zur outcome-Messung in der Suchtrehabilitation. In: Fachverband Sucht e. V (Hrsg). Das „Beste“ für den Suchtkranken: Versorgungsstrukturen und Marktprinzipien Geesthacht: Neuland: 1997: 56–83
- ¹² DHS-Info zum „Gesamtkonzept der Suchtkrankenhilfe“. 1999
- ¹³ Müller-Fahrnow W, Spyra K. Prognose des aktuellen und mittelfristigen Reha-Bettenbedarfs in den neuen Bundesländern. *Die Angestelltenversicherung* 1991; 38: 399–415
- ¹⁴ Spyra K, Müller-Fahrnow W, Hansmeier T, Klosterhuis H. Abschätzung der langfristigen Bedarfs- und Ausgabenentwicklung für die Rehabilitationsleistungen der BfA unter Berücksichtigung des Wachstums- und Beschäftigungsförderungsgesetzes (WFG). *Z. Gerontol Geriat* 1997; 30: 443–449
- ¹⁵ Rehabilitationswissenschaftliche Forschungsverbände. In: Deutsche Rentenversicherung (Hrsg). DLR-Projektträger des BMBF aktualisierte und überarbeitete Auflage ; 11/98
- ¹⁶ Hansmeier T, Vogt K, Spyra K, Müller-Fahrnow W. Zum Begriff und zur Meßbarkeit der Rehabilitationsbedürftigkeit – Ein Rahmenkonzept für einen mehrdimensionalen Untersuchungsansatz. *Die Rehabilitation* (Schwerpunktheft Rehabedarf und Inanspruchnahme) Supplement 2, 1999; 38: 86–92
- ¹⁷ Spyra K, Müller-Fahrnow W. Rehabilitanden-Management-Kategorien (RMK) – ein neuer Ansatz zur Fallgruppenbildung in der medizinischen Rehabilitation. *Die Rehabilitation* 1998; 37: 41–50
- ¹⁸ Müller-Fahrnow W, Spyra K, Hansmeier T, Nowossadeck E, Held K, Karoff M, Huß C. Rehabilitation im Wandel – Neue versorgungsorganisatorische Forschungsansätze in der kardiologischen Rehabilitation. Kongreßbericht zum 3. Bundeskongreß für Rehabilitation 1999. Frankfurt: BAR, 2000

Dr. Thomas Hansmeier

Humboldt Universität Berlin
Institut für Rehabilitationswissenschaften
Luisenstraße 50
10117 Berlin