

# ***Schriftenreihe „Sucht- und Drogenforschung“***

***Herausgegeben von W.-D. Scholz und K. Tielking***

In der Schriftenreihe „Sucht- und Drogenforschung“ werden Forschungs- und Diskussionsbeiträge publiziert, die im Rahmen der gleichnamigen Arbeitsstelle an der Carl von Ossietzky Universität Oldenburg entstanden sind. Die einzelnen Bände beziehen sich sowohl auf den gesellschaftlichen und institutionell organisierten Umgang mit legalen und illegalen Drogen, als auch auf die individuellen, lebensweltbezogenen Auswirkungen und Hintergründe. Die Schriftenreihe versteht sich als Forum für drogen- und gesundheitspolitische Fragen, Kontroversen und Perspektiven. Mit den Veröffentlichungen soll für ein differenziertes Verständnis von Sucht und Drogenkonsum geworben werden, das dem Grundverständnis der Arbeitsstelle ‚Sucht- und Drogenforschung‘ entspricht. Ziel der Schriftenreihe ist, mit ihren Beiträgen aus der Grundlagen- und Evaluationsforschung zur Innovation, Verbesserung und Humanisierung der Drogenpolitik und Suchtkrankenhilfe beizutragen. Das schließt auch ausdrücklich Möglichkeiten von Prävention und Gesundheitsförderung ein.

Die Schriftenreihe „Sucht- und Drogenforschung“ wurde von Prof. Dr. Rüdiger Meyenberg geschaffen. Sie wird nach seinem Tod im Sinne seiner Zielvorstellungen über eine reflektierte Auseinandersetzung mit der Sucht- und Drogenproblematik fortgesetzt. Zugleich ist sie eine Erinnerung und ein Dank an seine erfolgreichen Forschungen in diesem wichtigen Feld der wissenschaftlichen Arbeit.

Der Herausgeber

**Knut Tielking, Kerstin Ratzke**

**Gesundheitsökonomische Aspekte  
der Verbundarbeit in der Suchthilfe  
(GÖS)**

**Band 9**

**der Schriftenreihe  
„Sucht- und Drogenforschung“**



**BIS-Verlag der Carl von Ossietzky Universität Oldenburg**

BIS-Verlag, Oldenburg, 2007

Verlag / Druck / Vertrieb

**BIS-Verlag**

der Carl von Ossietzky Universität Oldenburg

Postfach 25 41,

26015 Oldenburg

Tel.: 0441/798 2261, Telefax: 0441/798 4040

E-mail: [bisverlag@uni-oldenburg.de](mailto:bisverlag@uni-oldenburg.de)

Internet: [www.ibit.uni-oldenburg.de](http://www.ibit.uni-oldenburg.de)

**ISBN 978-3-8142-2085-7**

# Inhalt

Verzeichnis der Abbildungen	11
Verzeichnis der Tabellen	13
<i>Christian Wolff</i>	
Vorwort	18
<i>Wolf-Dieter Scholz</i>	
Vorwort	21
<i>Knut Tielking, Kerstin Ratzke</i>	
Zusammenfassung	25
<b>A</b>	<b>Grundlagen</b> 29
1	Grundlagen ökonomischer Evaluation 29
1.1	Grundannahmen gesundheitsökonomischer Evaluation 29
1.2	Typen gesundheitsökonomischer Evaluation 31
1.3	Qualitätsmanagement, Leistungsvereinbarungen und Kosten- und Leistungsrechnung 34
1.4	Gesundheitsökonomische Evaluation in der Suchthilfe 37
1.4.1	Wirtschaftswissenschaftliche Aspekte von Sucht und Suchthilfe 37
1.4.2	Kriterien zur Erfassung von Qualitätsmerkmalen am Beispiel der Klassifikation therapeutischer Leistungen (KTL) 42
1.4.3	Stand und Perspektiven 46

2	Forschungsstand zum Thema „Verbundarbeit in der Suchthilfe“	49
2.1	Bisherige Erkenntnisse zur Verbundarbeit und Kombi-Therapie in Deutschland	49
2.2	Ergebnisse und Konsequenzen des Modellprojekts „Alkoholentwöhnung im Verbundsystem (EVS)“	52
3	Konzeption der Studie	57
3.1	Grundlagen	57
3.2	Verbundarbeit als Frage der Effektivität und Effizienz	59
3.3	Ziele und Fragestellungen der Studie	60
3.4	Arbeitsbereiche der GÖ-Studie	61
3.4.1	Leistungsträger Deutsche Rentenversicherung Oldenburg-Bremen	63
3.4.2	Ambulante und stationäre Leistungsanbieter	63
3.5	Datenschutz	64
<b>B</b>	<b>Empirische Erhebungen und Auswertungen</b>	<b>68</b>
4	Analyse von Reha-Statistiken der Deutschen Rentenversicherung Oldenburg-Bremen zur medizinischen Rehabilitation von Alkoholabhängigen	68
4.1	Gesamtentwicklung	68
4.2	EVS-Controlling	80
4.3	Sonderauswertungen zum Erfolg und Verlauf der EVS-Maßnahmen	84
4.3.1	Möglichkeiten und Grenzen der Auswertung von Routinestatistiken vor dem Hintergrund kombinierter Maßnahmen	85
4.3.2	Erfolgskontrolle zu den Rehabilitationsmaßnahmen	93
4.3.3	Untersuchung des Verlaufes von Rehabilitationsmaßnahmen im Berichtsjahr 2002	95
4.3.3.1	Stichprobe der Nicht-EVS-Fälle	96

4.3.3.2	Stichprobe der EVS-Fälle	112
4.3.3.3	Zusammenfassung der Ergebnisse	134
5	Das Verwaltungsverfahren bei EVS-Maßnahmen in der Deutschen Rentenversicherung Oldenburg- Bremen	137
5.1	Eckdaten der Erhebung zur Verwaltungstätigkeit im Rahmen der EVS	137
5.1.1	Ziel der Befragung	137
5.1.2	Methode	137
5.2	Das Erhebungsinstrument	140
5.3	Darstellung der Ergebnisse	141
5.3.1	Die Tätigkeiten im Verwaltungsverfahren	142
5.3.2	Beschreibung der Stichprobe	147
5.3.3	Das Verwaltungsverfahren von der Antragstellung bis zur Bescheiderteilung – quantitative Aspekte	150
5.3.4	Das Verwaltungsverfahren im Verlauf der Rehabilitationsmaßnahme – quantitative Aspekte	152
5.3.5	Abgeschlossene Reha-Verfahren in der Stichprobe – quantitative Aspekte	153
5.3.6	Zusammenfassung der quantitativen Auswertungen	154
5.4	Konsequenzen aus den Ergebnissen unter qualitativer Betrachtung der Tätigkeitsbeschreibungen zum EVS-Verwaltungsverfahren	155
6	Erhebung und Analyse von Dokumenten zur Kosten-Leistungsrechnung der Leistungsanbieter	159
6.1	Methodik der KLR-Erhebung und -Auswertung	159
6.2	Ergebnisse der KLR-Auswertung	162
6.2.1	Die Stichprobe	162
6.2.2	Analyse der Dokumente aus ambulanten Rehabilitationseinrichtungen	163
6.2.2.1	Allgemeines	163
6.2.2.2	Jahres-/Geschäftsbericht	164
6.2.2.3	Wirtschaftsplan	186
6.2.2.4	Stellenplan	198

6.2.2.5	Unterlagen aus der Kosten-Leistungsrechnung	210
6.2.3	Analyse der Dokumente aus stationären Rehabilitationseinrichtungen	211
6.2.3.1	Allgemeines	211
6.2.3.2	Jahres-/Geschäftsbericht	214
6.2.3.3	Wirtschaftsplan	215
6.2.3.4	Stellenplan	220
6.2.3.5	Kalkulation der Pflegesätze	225
6.2.3.6	Unterlagen aus der Kosten-Leistungsrechnung	227
6.3	Zusammenfassung und Konsequenzen aus der KLR-Analyse	228
7	Erhebung und Analyse des Kooperationsaufwandes in EVS	233
7.1	Planung der Datenerhebung	233
7.1.1	Zielstellung der Datenerhebung	233
7.1.2	Methode	234
7.1.3	Untersuchungsgegenstand	234
7.1.4	Datenschutz	237
7.1.5	Gestaltung der Erfassungsbögen	237
7.2	Ergebnisse	243
7.2.1	Teilnahme und Rücklauf der Erhebungsbögen	243
7.2.2	GÖS-Grunddaten	244
7.2.2.1	Ambulante TherapeutInnen	244
7.2.2.2	Ambulante Ärzte	247
7.2.2.3	Ambulante Verwaltung	248
7.2.2.4	Stationäre TherapeutInnen	249
7.2.2.5	Stationäre Ärzte	251
7.2.2.6	Stationäre Verwaltung	251
7.2.3	Tätigkeiten im Rahmen der medizinischen Rehabilitation von Alkoholabhängigen: EVS – Andere	253
7.3	Einordnung der Ergebnisse im Fokus des Kooperationsaufwandes	257

8	<b>ExpertInnenbefragung zur Durchführung und Finanzierung der Suchthilfe</b>	262
8.1	Ziel der Befragung	262
8.2	Methode	262
8.3	Das Erhebungsinstrument	263
8.4	Ergebnisse der ExpertInnenbefragung	265
8.5	Zusammenfassende Einschätzungen und Konsequenzen aus den Ergebnissen der Befragung	271
9	<b>Qualitätsentwicklung im Rahmen der EVS</b>	274
9.1	Zur Qualitätszirkelarbeit: Häufigkeit, Teilnahme, Themen und Verselbständigung der Qualitätsentwicklung	274
9.2	Ergebnisse der Qualitätszirkelarbeit	278
9.2.1	Neue Kooperationspartner und Formen der Zusammenarbeit in der EVS	278
9.2.2	Finanzierungsmodalitäten der Übergabegespräche	280
9.2.3	Neuerungen im Antragsverfahren	286
9.3	EVS-Fachtage	292
9.3.1	EVS-Fachtag Juni 2005	293
9.3.1.1	Das Programm	293
9.3.1.2	Die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit – ICF	294
9.3.1.3	Zur Bedeutung der Leistungsbeurteilung	296
9.3.1.4	Ergebnisse des EVS-Fachtages	298
9.3.2	EVS-Fachtag September 2006	299
9.3.2.1	Das Programm	299
9.3.2.2	Ergebnisse des Fachtages	299
10	<b>Öffentlichkeitsarbeit im Rahmen der GÖ-Studie</b>	301
<b>C</b>	<b>Ergebnisse und Empfehlungen</b>	307
11	Perspektiven der Qualitätsentwicklung der EVS unter gesundheitsökonomischer Perspektive	309
12	Gesundheitsökonomische Herausforderungen für die Suchthilfepraxis	315

10

12.1	Gesundheitsökonomische Herausforderungen für die Deutsche Rentenversicherung	315
12.2	Gesundheitsökonomische Herausforderungen für die Leistungsanbieter	318
13	Anregungen für gesundheitsökonomische Forschung in der Suchthilfe	325
	Literatur	329
	AutorInnen	341

## Verzeichnis der Abbildungen

Abb. 1:	Dimensionen der KTL	45
Abb. 2:	Arbeitsbereiche der GÖS	62
Abb. 3:	Die EVS-Behandlungsvarianten im EVS-Bewilligungsverfahren im Berichtsjahr 2005	82
Abb. 4:	Familienstand und Geschlecht – Nicht-EVS	94
Abb. 5:	Familienstand – nur stationäre Rehabilitation	101
Abb. 6:	Bewilligte Behandlungszeit stationär	102
Abb. 7:	Entlassungsform stationär	104
Abb. 8:	Bewilligte Behandlungszeit und Entlassungsform	105
Abb. 9:	Dauer der stationären Reha und Art der Entlassung	106
Abb. 10:	Bewilligte Behandlungszeit stationär und tatsächliche Behandlungsdauer bei regulärer Beendigung	107
Abb. 11:	Familienstand und Entlassungsform - stationär Behandelte mit regulärer Beendigung	108
Abb. 12:	Arbeit und Art der Entlassung bei den stationär Behandelten	109
Abb. 13:	Leistungsfähigkeit der stationär Behandelten	110
Abb. 14:	Familienstand der EVS-Patienten	114
Abb. 15:	Bewilligte stationäre Behandlungszeit – EVS	117
Abb. 16:	Art der Entlassung aus dem stationären Modul in EVS	120
Abb. 17:	Bewilligte Behandlungszeit stationär und Art der Entlassung – EVS	121
Abb. 18:	Dauer des stationären Moduls und Entlassungsform – EVS	122
Abb. 19:	Bewilligte Behandlungszeit und Dauer der Behandlung– reguläre Beendigung des stationären Moduls der EVS	123
Abb. 20:	Familienstand und Art der Entlassung aus dem stationären Modul in EVS	124
Abb. 21:	Erwerbstätigkeit und Art der Entlassung aus dem stationären Modul in EVS	125
Abb. 22:	Leistungsfähigkeit nach dem stationären Modul in EVS	126

Abb. 23: Abschluss der EVS	128
Abb. 24: Bewilligte Behandlungszeit bei regulärem Abschluss der EVS	128
Abb. 25: Dauer der stationären Behandlung bei regulärem Abschluss der EVS	129
Abb. 26: Erwerbstätigkeit – Fälle mit regulärem Abschluss der EVS	131
Abb. 27: Leistungsfähigkeit – Fälle mit regulärem Abschluss der EVS	132
Abb. 28: Erhebungsbogen Sachbearbeitung	141
Abb. 29: Beantragte Behandlungsvariante	148
Abb. 30: Bearbeitungsbogen zur Anforderung von KLR-Unterlagen	161
Abb. 31: Erhebungsbogen GÖS-Grunddaten (Erste Seite)	240
Abb. 32: Erhebungsbogen GÖS-Tageserfassung	242
Abb. 33: Muster der Tageserfassung ambulanter TherapeutInnen	260
Abb. 34: Fragebogen zur ExpertInnenbefragung	264
Abb. 35: Synopse zur Vergütung der persönlichen Übergabegespräche – Seite 1	285
Abb. 36: EVS-Begleitbogen für die Sachbearbeitung der Deutschen Rentenversicherung	287
Abb. 37: EVS- zum Verwaltungsverfahren – Seite 1	288
Abb. 38: EVS-Checkliste zum Verwaltungsverfahren – Seite 2	289
Abb. 39: EVS-Antrag mit Behandlungsvarianten – Seite 1	290
Abb. 40: EVS-Antrag mit Behandlungsvarianten – Seite 2	291
Abb. 41: Programm des EVS-Fachtags 2005	293
Abb. 42: Programm des EVS-Fachtages 2006	299

## Verzeichnis der Tabellen

Tab. 1:	Eingesetztes System für Qualitätsmanagement – Deutsche Suchthilfestatistik 2004 –	46
Tab. 2:	Zuweisungen in stationäre, ganztägig ambulante und ambulante Entwöhnungsheilbehandlungen wegen Alkoholabhängigkeit	69
Tab.3:	Zuweisungen in stationäre Entwöhnungsheilbehandlungen wegen Alkoholabhängigkeit	70-71
Tab. 4:	Zuweisungen in ambulante Entwöhnungsheilbehandlungen wegen Alkoholabhängigkeit	72-74
Tab. 5:	Zuweisungen in ambulante Nachsorge wegen Alkoholabhängigkeit	75-76
Tab. 6:	Kosten für ambulante und stationäre medizinische Rehabilitation wegen Alkoholabhängigkeit	77
Tab. 7:	Kosten für Übergangsgelder im Zusammenhang mit Entwöhnungsheilbehandlungen wegen Alkoholabhängigkeit	78
Tab. 8:	Maßnahmen wegen Alkoholabhängigkeit und Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben	79
Tab. 9:	Maßnahmen wegen Alkoholabhängigkeit und Rentengewährung	80
Tab. 10:	Die EVS-Behandlungsvarianten im EVS-Bewilligungsverfahren im Berichtsjahr 2005	83
Tab. 11:	Berichtsjahr 2002	94
Tab. 12:	Berichtsjahr 2003	95
Tab. 13:	Altersverteilung Nicht-EVS-Stichprobe	97
Tab. 14:	Anzahl der Datenblöcke über Leistungen zur medizinischen Reha – Nicht-EVS	97
Tab. 15:	Anzahl der Datenblöcke über Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben – Nicht-EVS	98
Tab. 16:	Art der Durchführung der Leistung – Nicht-EVS	99
Tab. 17:	Geschlecht – nur stationäre Rehabilitation	100

Tab. 18: Alter – nur stationäre Rehabilitation	100
Tab. 19: Vorherige Maßnahmen – nur stationäre Rehabilitation	101
Tab. 20: Erwerbstätigkeit vor Antragsstellung – nur stationäre Rehabilitation	102
Tab. 21: Behandlungsdauer stationär	103
Tab. 22: Behandlungsdauer stationär gruppiert	103
Tab. 23: Dauer der stationären Reha – nur regulärer Abschluss	106
Tab. 24: Arbeitsfähigkeit der stationär Behandelten	110
Tab. 25: Übergangsgeldzahlungen bei stationär Behandelten – Durchschnittswerte	111
Tab. 26: Übergangsgeldzahlungen der stationär Behandelten für die Dauer der Leistung	112
Tab. 27: Alter der EVS-Patienten	113
Tab. 28: Vorherige Maßnahmen – EVS	113
Tab. 29: Anzahl der Datenblöcke über Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben – EVS	113
Tab. 30: Geschlecht der EVS-Patienten	114
Tab. 31: Ablauf der EVS-Kombi-Behandlung	115
Tab. 32: Erwerbstätigkeit vor Antragstellung – EVS	116
Tab. 33: Behandlungsdauer in EVS	118
Tab. 34: Behandlungsdauer in EVS – Fälle mit ambulanter Indikationsphase	118
Tab. 35: Behandlungsdauer in EVS – Fälle ohne ambulante Indikationsphase	119
Tab. 36: Behandlungsdauer in EVS – reguläre Beender stationär	123
Tab. 37: Arbeitsfähigkeit nach dem stationären Modul in EVS	126
Tab. 38: Übergangsgeldzahlungen in EVS – Durchschnittswerte	127
Tab. 39: Ablauf der EVS-Kombi-Behandlung bei regulärem Abschluss der EVS	129
Tab. 40: Dauer der Behandlungsmodule bei regulärem Abschluss der EVS	130
Tab. 41: Arbeitsfähigkeit – Fälle mit regulärem Abschluss der EVS	132

Tab. 42: Übergangsgeldzahlungen – Fälle mit regulärem Abschluss der EVS	133
Tab. 43: Übergangsgeldzahlung im Verlauf der Leistung – Fälle mit regulärem Abschluss der EVS	133
Tab. 44: Erfassungszeitraum	147
Tab. 45: Antragsbescheidung	148
Tab. 46: Anzahl der Arbeitsschritte im EVS-Verwaltungsverfahren	149
Tab. 47: Anzahl der Arbeitsschritte im EVS-Verwaltungsverfahren – Bearbeiter und Gruppenleiter	149
Tab. 48: Dauer des Antragsverfahrens	150
Tab. 49: Anzahl der Arbeitsschritte im Antragsverfahren – Bearbeiter und Gruppenleiter	151
Tab. 50: Anzahl der Arbeitsschritte bis zum Abschluss des EVS-Verwaltungsverfahren – Bearbeiter und Gruppenleiter	152
Tab. 51: Dauer des EVS-Verwaltungsverfahren – Bearbeiter und Gruppenleiter	152
Tab. 52: Ende der Gesamtmaßnahme bekannt	153
Tab. 53: Anzahl der Arbeitsschritte bis zum Bescheid - abgeschlossene Reha-Verfahren	154
Tab. 54: Dauer der Tätigkeiten bis zum Bescheid - abgeschlossene Reha-Verfahren	154
Tab. 55: Jahres-/Geschäftsbericht 2003	164
Tab. 56: Angaben zum Qualitätsmanagement in den Jahresberichten 2003	185
Tab. 57: Bezeichnung von Einnahmen-Ausgaben-Kalkulationen	187
Tab. 58: Berichtszeiträume der Wirtschaftspläne	188
Tab. 59: Muster eines Wirtschaftsplans	189
Tab. 60: Einnahmen-Ausgaben-Entwicklung im Zweijahresvergleich 2003–2004	193
Tab. 61: Verteilung der Einnahmen 2004	195
Tab. 62: Anteil der Erlösstellen am Gesamthaushalt der ambulanten EVS-Einrichtung 2003 und 2004 – Durchschnittsberechnungen	196

Tab. 63: Personalkostenentwicklung im Zweijahresvergleich 2003–2004 – Durchschnittsberechnungen	197
Tab. 64: Berichtszeiträume der Stellenpläne	199
Tab. 65: Stellenzuordnung auf die Berufsgruppen der ambulanten Rehabilitationseinrichtungen	200
Tab. 66: Verteilung der Stellenanteile auf die Berufsgruppen der ambulanten Rehabilitationseinrichtungen	203
Tab. 67: Umrechnung der Teilzeitstellenanteile in Vollzeitstellen	204
Tab. 68: Stundendeputat der Honorarkräfte in den ambulanten Rehabilitationseinrichtungen	205
Tab. 69: Informationen in den Stellenplänen zur tariflichen Eingruppierung	207
Tab. 70: Tarifliche Eingruppierung der Voll- und Teilzeitstellen aus sieben ambulanten EVS-Einrichtungen	208
Tab. 71: Unterlagen zur Kosten-Leistungsrechnung	210
Tab. 72: Basisdokumente	213
Tab. 73: Bezeichnung von Einnahmen-Ausgaben-Kalkulationen	215
Tab. 74: Kennzahlen zur wirtschaftlichen Entwicklung der Klinik 1	216
Tab. 75: Kennzahlen zur wirtschaftlichen Entwicklung der Klinik 2	217
Tab. 76: Kennzahlen zur wirtschaftlichen Entwicklung der Klinik 4	218
Tab. 77: Kennzahlen zur wirtschaftlichen Entwicklung der Klinik 5	219
Tab. 78: Kennzahlen zur wirtschaftlichen Entwicklung der Klinik 6	219
Tab. 79: Übersicht zu den Stellenplänen der EVS-Kliniken	220
Tab. 80: Durchschnittliche Zahl des Fachpersonals je Berufsgruppe – Vergleich EVS-Kliniken mit Deutscher Suchthilfestatistik 2004	224
Tab. 81: Übersicht Rücklauf Pflegesatzkalkulation der EVS-Kliniken	225
Tab. 82: Durchschnittswerte aus den Pflegesatzkalkulationen der EVS-Kliniken	226
Tab. 83: Übersicht Rücklauf Unterlagen aus der Unterlagen aus der Kosten-Leistungsrechnung der EVS-Kliniken	227
Tab. 84: Zusammenfassung der KLR-Analyse	228

Tab. 85: Rücklauf der GÖS-Erhebungsbögen zum Kooperationsaufwand	244
Tab. 86: Verteilung der Arbeitsbereiche ambulanter TherapeutInnen	245
Tab. 87 : Anteile von Psychotherapie und Beratung an der Gesamtarbeitszeit ambulanter TherapeutInnen	245
Tab. 88: Voll- und Teilzeitstellen der ambulanten TherapeutInnen	246
Tab. 89: Verteilung der EVS-PatientInnen und anderer PatientInnen auf die ambulanten TherapeutInnen	247
Tab. 90: Voll- und Teilzeitstellen der ambulanten Ärzte	247
Tab. 91: Verteilung der EVS-PatientInnen und anderer PatientInnen auf die ambulanten Ärzte	247
Tab. 92: Voll- und Teilzeitstellen der ambulanten Verwaltung	248
Tab. 93: Verteilung der EVS-PatientInnen und anderer PatientInnen auf die ambulanten VerwaltungsmitarbeiterInnen	248
Tab. 94: Verteilung der Arbeitsbereiche stationärer TherapeutInnen	249
Tab. 95: Voll- und Teilzeitstellen der stationären TherapeutInnen	250
Tab. 96 Verteilung der EVS-PatientInnen und anderer PatientInnen auf die stationären TherapeutInnen	250
Tab. 97: Voll- und Teilzeitstellen der stationären Ärzte	251
Tab. 98: Verteilung der EVS-PatientInnen und anderer PatientInnen auf die stationären Ärzte	251
Tab. 99: Voll- und Teilzeitstellen der stationären Verwaltung	252
Tab. 100: Verteilung der EVS-PatientInnen und anderer PatientInnen auf die ambulanten VerwaltungsmitarbeiterInnen	252

Christian Wolff

## **Vorwort**

Die Deutsche Rentenversicherung Oldenburg-Bremen als Regionalträger der Rentenversicherung engagiert sich seit 11 Jahren gemeinsam mit der Carl-von-Ossietzky-Universität Oldenburg in der Suchtforschung.

Zunächst standen Fragen zur Wirksamkeit von Entwöhnungsbehandlungen im Vordergrund des Interesses.

Von 1996 bis 1999 wurde die Studie "Effektivität von Entwöhnungsbehandlungen" erfolgreich durchgeführt.

Als Konsequenz ergab sich ein weiteres Studienprojekt, "Alkoholentwöhnung im Verbundsystem (EVS)" welches als Modellprojekt von 2000 - 2003 wissenschaftlich begleitet und beforscht wurde.

Die zentrale Fragestellung lautete: "Bietet eine verbesserte Kooperation der ambulanten und stationären Leistungsanbieter untereinander sowie mit dem Leistungsträger (Verbund) eine bessere Effektivität in der Entwöhnungsbehandlung von Alkoholkranken gegenüber der Durchführung von Einzelmaßnahmen?"

Das Ergebnis der Studie war so positiv, dass „EVS“ in den Jahren 2004/2005 flächendeckend in dem gesamten Zuständigkeitsbereich der Deutschen Rentenversicherung Oldenburg-Bremen umgesetzt wurde.

Bereits 2003 wurde anlässlich eines Fachtages der damaligen LVA'en und der ehemaligen BfA der Wunsch nach einer wissenschaftlichen Kostenanalyse von „EVS“ formuliert.

Der Vorstand der Deutschen Rentenversicherung Oldenburg-Bremen stimmte vor diesem Hintergrund der Studie "Gesundheitsökonomische Aspekte der Verbundarbeit in der Suchthilfe" zu und bewilligte die entsprechenden Mittel.

Zentrales Thema in der aktuellen Gesundheitsdiskussion sind Fragestellungen nach der Effektivität und Effizienz von Leistungen zur Teilhabe.

Diese treffen insbesondere bei den Leistungsträgern auf großes Interesse, gleichzeitig sind sie aber wissenschaftlich nur zum Teil erforscht.

Mit der vorgelegten Studie wird verdeutlicht, dass „EVS-Maßnahmen“ als Kombinationsbehandlung ein fester Bestandteil einer adäquaten Behandlung Suchtkrankter sind.

Die GÖS-Studie bestätigt den Erfolg der Kombinationsbehandlung „EVS“ in 5 wesentlichen Punkten:

1. „EVS“ hat sich im Zuständigkeitsbereich der Deutschen Rentenversicherung Oldenburg-Bremen als Regelversorgung etabliert.
2. Das „EVS“-Verwaltungsverfahren ist im Hause der Deutschen Rentenversicherung Oldenburg-Bremen optimal eingestellt.
3. Stationäre Behandlungszeiten können durch Kombinationsbehandlungen verkürzt werden.
4. Die Qualitätszirkel in „EVS“ sind ein maßgeblicher Bestandteil der Qualitätssicherung
5. „EVS“ als Kombinationsbehandlung bietet eine hohe Flexibilität im Wechsel der Behandlungsformen.

Die Ausweitung von Kombinationsmodellen in der Behandlung Abhängigkeitserkrankter erfolgte inzwischen bundesweit.

Gleichzeitig steht jedoch in Teilbereichen die Forderung nach mehr Transparenz gesundheitsökonomischer Aspekte der Verbundarbeit im Raum.

Die Verknüpfung von Qualitätsentwicklung und Gesundheitsökonomie gestaltet sich weiterhin schwierig.

Das Spannungsfeld zwischen Qualität der Leistungen und dem Kostenfaktor einer Leistung wird vor dem Hintergrund der wachsenden Ausgaben im Gesundheitswesen immer deutlicher.

Hier gilt es Wege zu finden, die einerseits dem Grundsatz der „Sparsamkeit und Wirtschaftlichkeit“ nachkommen, die andererseits auch die Erhaltung und auch Steigerung der Qualität der Leistungen zur Teilhabe bewirken.

Die Deutsche Rentenversicherung Oldenburg-Bremen wird „EVS“ als bedarfsgerechtes Angebot für Alkoholabhängige auch zukünftig als Regelbehandlung im eigenen Zuständigkeitsbereich einsetzen und die Qualitätsentwicklung kombinierter Maßnahmen fördern.

Wolf-Dieter Scholz

## **Vorwort**

Zu den herausragenden Themen der politischen und öffentlichen Diskussion der letzten Zeit gehört die Frage nach den Möglichkeiten und Grenzen, die wachsenden Ausgaben für das Gesundheitswesen in Deutschland durch strukturelle Eingriffe so zu steuern, dass einerseits die Qualität der Leistungen erhalten bleibt bzw. dem medizinischen und medizintechnischen Fortschritt entsprechend ausgebaut wird, ohne dass dabei andererseits die Kosten- seite aus dem Auge verloren geht. Im Kern geht es darum, Wege und Verfahren zu entwickeln, Nutzen und Kosten im Gesundheitswesen in ein vertret- und finanzierbares Verhältnis zu bringen.

Die knapper werdenden finanziellen Mittel führen dazu, dass ökonomische Aspekte zunehmend in den Mittelpunkt der Diskussion um den Erhalt der Leistungsfähigkeit und Qualität des Gesundheitswesens gerückt werden. Das führt zu einer wachsenden Nachfrage vor allem auf Seiten der Entscheidungsträger nach wissenschaftlich begleiteten sozioökonomischen Evaluationen. Entsprechende Studien wurden in der jüngeren Vergangenheit vor allem zur Bewertung von Medikamenten, Technologien wie auch von medizinischen Verfahren durchgeführt.

Üblicherweise werden mit Hilfe sozioökonomischer Evaluationsmethoden und Instrumente zwei oder mehr Alternativen von diagnostischen und therapeutischen Verfahren in einem genau definierten Setting verglichen. Mit der Analyse von Kosten und Nutzen bzw. Kosten und Wirksamkeit verschiedener Maßnahmen sollen Entscheidungshilfen und -legitimationen für Verfahren geliefert werden, mit dem übergreifenden Ziel, die finanziellen Ressourcen unter Effektivitäts- und Effizienzgesichtspunkten zu optimieren, mindestens aber zu verbessern.

Die empirische gesundheitsökonomische Forschung ist insgesamt vergleichsweise neu. Das gilt in besonderer Weise für das Verhältnis von Gesundheits-

ökonomie und Suchthilfe. Dieser Forschungszweig steht vor der Aufgabe bzw. Zielsetzung, relevante und praxisnahe gesundheitsökonomische Fragestellungen zu formulieren und die Basis für Untersuchungen beispielsweise zum Kosten-Nutzenverhältnis von ambulant-stationär kombinierten Behandlungsmaßnahmen bei Suchtmittelabhängigkeit zu erarbeiten.

Das ist auch die zentrale Intention der hier vorliegenden Untersuchung „Gesundheitsökonomische Aspekte der Verbundarbeit in der Suchtkrankenhilfe“ – im Folgenden GÖS genannt. Sie ist gewissermaßen die gesundheitsökonomische Fortsetzung der bisherigen Studien zur „Alkoholentwöhnung im Verbundsystem (EVS)“, in dem sie einen Kosten-Nutzen-Vergleich anstrebte, mit dem die inhaltlichen Erfolge der Verbundarbeit auch unter wirtschaftlichen Gesichtspunkten überprüft werden können. Während in den vorangegangenen EVS-Studien die Verfahren selbst sowie ihre Einführung und Organisation im Mittelpunkt standen, wurden in der GÖS-Studie die Kombi-Behandlungen und ihre Akteure selbst unter gesundheitsökonomischer Perspektive betrachtet. Anhand direkter und indirekter Indikatoren sind vor dem Hintergrund der Zielsetzungen der medizinischen Rehabilitation von Alkoholabhängigen gesundheitsökonomisch relevante Daten aus sechs stationären/ganztäglich ambulanten und 16 ambulanten Rehabilitationseinrichtungen zusammengestellt und analysiert worden. Zudem wurde der Erfolg der EVS-Behandlungen anhand der Analyse von Reha-Statistiken der Deutschen Rentenversicherung Oldenburg-Bremen untersucht.

Mit den Ergebnissen der Studie liegt nun eine Bestandsaufnahme zu gesundheitsökonomischen Aspekten der Verbundarbeit in der Suchthilfe am Beispiel der beteiligten 22 Leistungsanbieter vor. Die verschiedenen Untersuchungsbereiche liefern eine Vielzahl wichtiger Ergebnisse und Einsichten. Sie veranschaulichen und verdeutlichen aber auch ein offensichtliches Problem in der Erhebung gesundheitsökonomisch relevanter Daten: So existieren auf der Seite der Leistungsanbieter zwar vielfältige Darstellungen von Wirtschaftlichkeitsnachweisen, ökonomische Kennzahlen sind aber zum größten Teil nur wenig differenziert vorgelegt worden. Dadurch sind gesundheitsökonomische Berechnungen kaum möglich. Dieses Ergebnis hat uns – die Forschergruppe – überrascht und die Frage aufgeworfen, warum Transparenz über wirtschaftliche Daten zurzeit nur sehr begrenzt hergestellt werden kann. Anhand der Ergebnisse in der hier vorgelegten Studie wird dazu an vielen Beispielen aufgezeigt, zwischen welchen Polen sich die Darstellung von finanz- und leistungswirtschaftlichen Daten bewegt und wie damit die Dis-

kussion um Standards zukünftig angeregt werden kann. Bei der Analyse der Reha-Statistiken haben Rentenversicherung wie auch die Forschergruppe alle Anstrengungen unternommen, die im wesentlichen durch technische Probleme bedingten Schwierigkeiten zu lösen, die für unsere Untersuchung besonders relevanten gesundheitsökonomischen Daten zusammenzustellen. Trotz dieser insgesamt erschwerten methodischen Rahmenbedingungen können mit der Analyse der Reha-Statistiken Erfolge der Verbundarbeit in der EVS deutlich bestätigt werde. Die Studie zeigt außerdem Wege auf, welche Veränderungen einzuleiten sind, damit Kombi-Therapien in Zukunft auch unter gesundheitsökonomischen Fragestellungen detaillierter bewertet werden können.

Zu anderen wichtigen Ergebnissen unserer Untersuchung gehört, dass sich alle Beteiligten in der Zielsetzung/Intention einig sind, den Qualitätsentwicklungsprozess im Verbund EVS auch in Zukunft erfolgreich fortzusetzen. Alle Leistungsanbieter haben im Rahmen der Studie gemeinsam mit dem Leistungsträger, der Deutschen Rentenversicherung Oldenburg-Bremen kooperiert und damit auch Einblicke in die Interna der einzelnen Einrichtungen und Träger eingeräumt. Beides war nicht selbstverständlich, gleichwohl aber eine wichtige Voraussetzung für die Durchführung der Studie. Möglich war das nur auf der Grundlage einer vertrauensvollen und wirksamen Zusammenarbeit mit der Universität Oldenburg bzw. der AG Devianz. Dafür möchten wir allen Beteiligten Institutionen und Personen herzlich danken. Unser besonderer Dank gilt dabei der Deutschen Rentenversicherung Oldenburg-Bremen, insbesondere dem zweiten Geschäftsführer Herrn Wolff, dem Studienbeauftragten Herrn Mantel und Frau Lammers aus dem Büro der Geschäftsführung. Sie sind in allen Phasen des Projektes offen gewesen für einen kritisch konstruktiven Diskurs, der für die Realisierung der Studie überaus fruchtbar gewesen ist. Diese Form der Kooperation und des Umgangs miteinander ist kennzeichnend für die nunmehr bereits seit 10 Jahren bestehende wissenschaftliche Zusammenarbeit zwischen unseren beiden Institutionen. Wir hoffen, dass sie auch in den nächsten Jahren mit neuen Projekten fortgesetzt werden kann.



Knut Tielking/Kerstin Ratzke

## **Zusammenfassung**

### **1 Vernetzung im Gesundheitswesen**

Vernetzte Versorgung im Gesundheitswesen (Stichworte: integrierte Versorgung, regionale Verbundarbeit) steht *insgesamt noch am Anfang*, in der *Suchthilfe* jedoch kann bereits auf eine *mehrfährige Versorgungspraxis im Verbund* mit besonderer Ausgestaltung des Managements von „Schnittstellen“ zurückgeblickt werden. Vor diesem Hintergrund erscheint es auch im Rahmen von *Evaluationen* erforderlich, dass nicht mehr nur separate medizinische oder pflegerische Einzelmaßnahmen bzw. Technologien bewertet werden, sondern die *gesamte Intervention*, bestehend aus unterschiedlichen ineinander greifenden Maßnahmen, im Sinne abgestimmter Programme, Prozessketten oder Systeme beurteilt wird. Diesem Ziel folgend, knüpft die hier vorliegende Untersuchung an die bisherigen Studien zur „Alkoholentwöhnung im Verbundsystem (EVS)“ an und stellt die *Verbundarbeit in der Suchthilfe* in den *Fokus gesundheitsökonomischer Analysen*. Dazu wurden in einem über 24 Monate laufenden Forschungsvorhaben gesundheitsökonomische *Grundlagen zur Evaluation von Verbundarbeit und Kombi-Therapien erarbeitet*. Im Mittelpunkt der Untersuchung stehen Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation bei Alkoholabhängigkeit und deren Realisierung nach dem Rahmenkonzept EVS der Deutschen Rentenversicherung Oldenburg-Bremen.

### **2 Methode/Arbeitsprogramm**

Der vorliegende Band fasst die Ergebnisse dieser gesundheitsökonomischen Studie zusammen: Neben der Analyse von Reha-Statistiken und Sonderauswertungen sowie des Verwaltungsverfahrens der Deutschen Rentenversicherung Oldenburg-Bremen werden Dokumente von Leistungsanbietern in der

Suchthilfe unter der Perspektive von Kosten-Leistungsrechnungen untersucht und Möglichkeiten der Berechnung von Kosten und Erlösen geprüft. Ergänzt wird dieses Vorgehen durch eine ExpertInnenbefragung sowie die Erhebung von Kooperationsaufwand im Verbundsystem. Beschrieben werden auch die in der Projektlaufzeit realisierten Prozesse der *Qualitätsentwicklung in der EVS*.

### 3 Ergebnis

Unter gesundheitsökonomischer Perspektive liefern die Ergebnisse der Studie ein differenziertes Bild zum EVS-Verbund und thematisieren darüber hinaus grundlegende Fragen zum Thema Kosten- und Nutzen von Leistungen der Suchthilfe. Der Projektbericht liefert somit einerseits den gleichermaßen als Untersuchungsobjekte wie auch direkte Rezipienten der Ergebnisse fungierenden EVS-Beteiligten – Leistungsträger und Leistungsanbieter – und andererseits der interessierten Fachöffentlichkeit Zugänge zur und Erkenntnisse über die Gesundheitsökonomie bei Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation von Alkoholabhängigen.

Die Untersuchung des *EVS-Verwaltungsverfahrens bestätigt der Deutschen Rentenversicherung Oldenburg-Bremen* ein optimal eingestelltes Verfahren, bei vergleichsweise kurzen Bearbeitungszeiten bis zur Bescheiderteilung. Die Ergebnisse legen dabei nahe, dass eine Angleichung der Verwaltungsverfahren zwischen den einzelnen Rentenversicherungsträgern (regionale Rentenversicherungsträger, Deutsche Rentenversicherung Bund) zeitnah herbeigeführt werden sollte, um den Verwaltungsaufwand für die Leistungsanbieter zu reduzieren.

Die Datenanalysen zeigen, dass die Leistungsanbieter inzwischen überwiegend EVS-Maßnahmen realisieren (statt stationär plus ggf. Nachsorge), so dass die *Etablierung der EVS als Regelversorgung* in der medizinischen Rehabilitation von Alkoholabhängigen weiter voranschreitet. Die *stationären Laufzeiten* können durch *Kombi-Therapien* verkürzt werden, was sich bei gleichzeitig längeren ambulanten Therapiezeiten kurzfristig annähernd kostenneutral auswirkt; mittel- und langfristig sind positive Effekte zu erwarten. Um dieses prüfen zu können, müssen allerdings entsprechende Standardstatistiken bereitgehalten werden, die in dieser Form bisher nicht erstellt werden. Es zeigt sich insgesamt die *Notwendigkeit, Reha-Statistiken* ebenso wie

*Routinedokumentationssysteme der Leistungsanbieter zu modifizieren, um in Zukunft Kombi-Maßnahmen besser abbilden und auswerten zu können.*

Die Analysen auf Seiten der EVS-Einrichtungen münden in einer *Bestandsaufnahme zu in der Suchhilfe bestehenden finanzwirtschaftlichen Instrumenten und Nachweisformen* und zeichnen ein insgesamt uneinheitliches Bild. Mit Blick auf die seitens der Leistungsanbieter zur Verfügung gestellten Dokumente wurde deutlich, dass in vielen Arbeitsbereichen Belege über individuelle finanzwirtschaftliche Belege fehlen und es im Interesse der Beantwortung grundsätzlicher ökonomischer Fragestellungen an der dafür notwendigen *Transparenz bzw. einheitlichen Darstellungsweisen mangelt.*

#### **4            Schlussfolgerungen**

Die *fehlende Transparenz zu gesundheitsökonomischen Aspekten der Verbundarbeit in der Suchhilfe* verdeutlicht den derzeit bestehenden *Forschungsbedarf*. Es gilt aktuell, *Standards für gesundheitsökonomische Anwendungsmöglichkeiten in der Suchhilfe* zu erarbeiten, um die Diskussion um die *Finanzierung der Suchhilfe* zu versachlichen und für die Zukunft auf eine solide Basis zu stellen.



# A Grundlagen

## 1 Grundlagen ökonomischer Evaluation

### 1.1 Grundannahmen gesundheitsökonomischer Evaluation

Gesundheit wird in dem Moment zu einem ökonomischen Gut, da Ressourcen (u. a. Material, finanzielle Mittel, Personal, Zeit) zur Förderung und Erhaltung der Gesundheit knapp sind. Lange Zeit ging es im Gesundheitswesen ausschließlich um die Machbarkeit, heute steht die Finanzierbarkeit im Mittelpunkt der Diskussion (vgl. Schöffski/Über 2000: 175). Die Finanzierung von Gesundheit kann zum einen in der Selbstverantwortung des einzelnen liegen, der die Entscheidung über die Verwendung der individuell begrenzten Mittel selbst trifft, oder im öffentlichen Interesse; hier entscheidet die öffentliche Hand (z. B. politische Entscheidungsträger, Sozialversicherungsträger) über die Ausgaben der Steuergelder und Sozialversicherungsbeiträge für Gesundheitsdienstleistungen.

Gesundheitsökonomie befasst sich vor diesem Hintergrund im weitesten Sinne mit dem rationalen Umgang und der Knappheit der Ressourcen im Gesundheitswesen. Eine umfassende und konsensfähige Definition liegt bisher jedoch nicht vor, obwohl die so genannte „Hannoveraner Konsensgruppe“ hierzu bereits Vorschläge erarbeitet und überarbeitet hat (vgl. Schulenburg u. a. 1996; Hannoveraner Konsensgruppe 1999; Lauterbach 2004: 143 ff.; Rychlik 1999: 15 ff.; Schulenburg 2000: 16 ff.)

Der *Fokus der Gesundheitsökonomie* wird in der Definition von Johann-Matthias Graf von der Schulenburg deutlich:

„Gesundheitsökonomie ist einfach die Analyse der wirtschaftlichen Aspekte des Gesundheitswesens unter Verwendung von Konzepten der ökonomischen Theorie.“ (Schulenburg 2000: 16)

Gegenstand der Gesundheitsökonomie sind die Akteure im Gesundheitswesen (z. B. Versicherte, PatientInnen, Ärzte, GesundheitsmanagerInnen, GesundheitspolitikerInnen) und deren Ziele sowie die Zusammenarbeit dieser Akteure. Letzteres wird durch rechtliche Rahmenbedingungen und ökonomische Anreize wesentlich beeinflusst. Ist Schulenburgs Verständnis eher auf die Makroebene ausgerichtet, definiert Reinhard Rychlik auf der Mikroebene.

Gesundheitsökonomie als „ein betriebswirtschaftliches Bilanzierungsprinzip, das Therapiequalität sowie Budgetgrenzen harmonisiert und das Preis-Leistungs-Verhältnis transparent macht.“ (Rychlik 1996: 463 zit. n. ders. 1999: 17)

Ziel „ist es, konkurrierende Maßnahmen in ihrer Kostenstruktur und Wirtschaftlichkeit zu beurteilen, um damit bei zunehmender Verknappung der Ressourcen im Gesundheitswesen Kosten einzusparen.“ (Rychlik 1999: 35) Neben sozioökonomischen Fragestellungen behandelt die Gesundheitsökonomie auch die Bewertung verschiedener Versorgungsformen und konkreter Gesundheitsleistungen hinsichtlich ihrer Effizienz. Dabei ist die Bewertung verschiedener Behandlungsformen von besonderem Interesse, da Kosten in erster Linie an der Schnittstelle Patient und Leistungserbringer entstehen und in der Regel die Sozialversicherungsträger für die Erstattung der Leistung verantwortlich sind (vgl. Rychlik 1999: 16).

Kosten-/Leistungsträger wie auch Leistungserbringer haben vor diesem Hintergrund ein besonderes Interesse an gesundheitsökonomischen Analysen. Sie nutzen diese Untersuchungen, um Nachweise über die Wirtschaftlichkeit ihrer Tätigkeiten und Aufschluss über das Verhältnis von erwarteten gegenüber tatsächlich durchgeführten Leistungen zu erhalten. Informationen über die Wirtschaftlichkeit von Interventionen sind eine notwendige, aber keine hinreichende Voraussetzung für Effizienzverbesserungen. Die tatsächlichen Auswirkungen hängen von der Perspektive, die Kosten-/Leistungsträger oder Leistungserbringer gegenüber dem Untersuchungsgegenstand einnehmen, von Anreizsystemen, unter denen die Entscheidungsträger agieren, oder aber von individuellen Bewertungen der Effekte ab.

Gesundheitsökonomische Evaluationen können entscheidungsrelevante Informationen erarbeiten, nicht aber Entscheidungen vorgeben. In ihnen sind grundsätzlich alle definier- und operationalisierbaren Effekte zu berücksichtigen, die einen Beitrag für rationale Entscheidungsfindungen leisten können. Entscheidungsrationitäten wie auch methodische Vorgehensweisen sind zur Klarstellung und Abgrenzung einer Studie zu erläutern (vgl. Kapitel 3). Auch im Hinblick auf Studienergebnisse sind entsprechende Aussagen notwendig;

so ist z. B. die Betrachtung der Studienpopulation zu Beginn und zum Ende der Studie („drop-out-Rate“) für die Aussagefähigkeit von Bedeutung. Ebenso ist im Anliegen der häufig zentralen Frage der Übertragbarkeit von Ergebnissen zu klären, ob es sich in der Studie um „typische“ PatientInnen handelt, für die Aussagefähigkeit von Bedeutung. (vgl. ebd.: 233). Für einen Überblick und Vergleich von Evaluationsstudien sei auf den Kriterienkatalog von Siebert u. a. (1999) verwiesen.

Gesundheitsökonomie steht im engen Zusammenhang mit Qualitätsentwicklung und Kostenkontrolle. Häufig wird Gesundheitsökonomie allerdings mit Kostenreduzierung verbunden. Dies wird den theoretischen Ansätzen nicht gerecht, gleichwohl werden finanzielle Kürzungen im Hilfesystem häufig mit scheinbar gesundheitsökonomischen Argumenten – insbesondere Begriffen wie Effektivität und Effizienz – durchgesetzt. Grundsätzliches Ziel der Gesundheitsökonomie ist in der Regel nicht die Minimierung der Kosten, sondern die stete Verbesserung des Verhältnisses von Kosten und Nutzen des Quotienten aus Kosten und Nutzen, d. h. das Ergebnis der Intervention, z. B. das Ergebnis der Maßnahme im Rahmen einer medizinischen Rehabilitation. Vor diesem Hintergrund werden im nächsten Schritt anerkannte gesundheitsökonomische Forschungsansätze vorgestellt.

## **1.2 Typen gesundheitsökonomischer Evaluation**

Gesundheitsökonomische Studien lassen sich anhand einer Vielzahl von Kriterien unterscheiden (vgl. ebd. 1999). So z. B. nach der Art der untersuchten Zielgrößen, dem analytischen Ansatz, der Darstellung der Zielsetzung, der Herleitung der Hypothesen, den Definitionen der Zielpopulation und der Begründung der zu bewertenden Alternativen. Der Begriff „gesundheitsökonomische Evaluation“ ist, wie bereits angesprochen, bisher nicht als einheitliches Konzept definiert. Grundsätzlich stehen bei der Suche nach der bestmöglichen Verwendung der knappen Mittel im Hinblick auf das Ergebnis unterschiedliche Interventionsformen in Konkurrenz zueinander. Beispielsweise konkurrieren ganze Arbeitsbereiche wie Prävention und Rehabilitation. Aber auch innerhalb eines Arbeitsfeldes, wie z. B. der Rehabilitation geht es in Studien bei der Ermittlung der Kosten-Nutzen-Relation um die Gegenüberstellung von Verfahren, wie z. B. die Abwägung zwischen ambulanten und stationären Maßnahmen. Dabei reicht es nicht, den reinen medizinischen Nutzen zur Beurteilung einer Maßnahme heranzuziehen, vielmehr müssen bei ökonomischer Betrachtung dem Ergebnis einer Maßnahme die Kosten gegen-

übergestellt werden. Diesem Anspruch folgend wurden verschiedene Studienformen entwickelt, die Kosten-Nutzen-Komponenten unterschiedlich berücksichtigen. (vgl. Schöffski/Uber 2000: 175 ff.)

Eine Annäherung für ein standardisiertes Vorgehen zeichnet sich bei ökonomischen Evaluationsstudien – meistens im klinischen Bereich – ab, die Kosten mit Nutzeffekten in Beziehung setzen (Gold et al. 1996; Weinstein et al. 1996). Dazu gehören nach der Systematik der Hannoveraner Konsens Gruppe „Gesundheitsökonomie“ (Schulenburg u. a. 1996; Hannoveraner Konsensgruppe 1999) folgende drei grundlegende Typen gesundheitsökonomischer Evaluation, die sich primär in der Form ihrer Nutzenermittlung unterscheiden:

- |                                   |  |
|-----------------------------------|--|
| 1) Kosten-Nutzen-Analysen:        | Kosten und Ergebnisse monetarisiert                                    |
| 2) Kosten-Effektivitäts-Analysen: | monetarisierte Kosten versus quantitative nicht-monetarisierte Effekte |
| 3) Kosten-Nutzwert-Analysen:      | monetarisierte Kosten versus qualitätsbereinigte Lebensjahre           |

(vgl. u. a. Ahrens 2002: 74 ff.; Kurscheid 2004: 183 ff.; Schöffski/Uber 2000: 175 ff.; Breyer u. a. 2004)

Diese Ansätze haben gegenüber Krankheitskostenstudien den Vorteil, dass der Effekt diagnostischer bzw. therapeutischer Maßnahmen deutlich wird (Bergmann/Horch 2002). Eine ausführliche Beschreibung dieser Analyseformen findet sich u. a. bei Schwartz und Dörning (1992: 190 ff.) und bei Lauterbach und Schrappe (2004).

Die *Kosten-Nutzenanalyse* stellt die klassische Form gesundheitsökonomischer Evaluation dar. Das Konzept ist gekennzeichnet durch eine Bewertung sämtlicher Kosten und des gesamten Nutzens der zu evaluierenden Maßnahme in Geldeinheiten. Bewertet werden auch so genannte „intangible“<sup>1</sup> Komponenten. Erfasst werden somit Änderungen in der Lebensqualität, klinische Effekte einer Behandlung sowie Auswirkungen auf die Morbidität und Mortalität. Leitendes Ordnungsmerkmal ist die monetäre Bewertung in

---

1 „Intangible Kosten sind die monetär bewerteten Einschränkungen der Lebensqualität, die bei einem an einer Krankheit leidenden Menschen und bei seinen Angehörigen auftreten. Intangible Effekte sind beispielsweise Schmerzen, psychische Belastungen, vermindertes Selbstwertgefühl, Verlust an Lebensfreude und Sozialprestige, also insgesamt einschneidende Einschränkungen in der Lebensqualität der durch Krankheit Betroffenen sowie ihres Umfeldes.“ (Bergmann/Horch 2002: 5)

Geldeinheiten (= eindimensional). Das Vorgehen ist zum Teil methodisch und ethisch problematisch. Insbesondere die monetäre Bewertung von Lebensjahren und des menschlichen Lebens insgesamt wird dabei kritisch gesehen.

Die *Kosten-Effektivitäts-Analyse* berücksichtigt, dass die medizinischen Ergebnisse zweier Maßnahmen selten identisch sind und deshalb ein reiner Kostenvergleich nicht hinreichend ist. Vielmehr unterscheiden sich Maßnahmen in der Regel sowohl in den Kosten wie auch den Ergebnissen. Die Kosten-Effektivitäts-Analysen schließen auch die nicht problemlos in monetären Einheiten zu bewertenden Effekte einer medizinischen Maßnahme mit ein. Erfasst werden die Komponenten in nahe liegenden natürlichen Einheiten, wie z. B. physische Einheiten oder globale Erfolgskriterien. Als physische Einheit kann z. B. Blutdruck fungieren, so dass eine Kosten-Effektivitätsanalyse, für die Anzahl der entdeckten Fälle und die erreichte Blutdrucksenkung nach Intervention, durchzuführen wäre. Als globales Erfolgskriterium gilt z. B. die Lebensverlängerung in Jahren nach durchgeführter Behandlung. Dem so messbaren Erfolg werden die Kosten gegenüber gestellt. Diese Studienform wird aktuell am Häufigsten verwendet, da bei jeder Behandlung gut messbare Erfolgsparameter existieren, die einen Vergleich unterschiedlicher Maßnahmen möglich machen. Kritik erfährt die Methode, da medizinische Merkmale ausschlaggebend und die Lebensqualität und Lebenserwartung kaum von Bedeutung sind.

Im Rahmen der *Kosten-Nutzwert-Analysen* wird eine Bewertung des Behandlungserfolges anhand für PatientInnen relevanten Faktoren vorgenommen. Auswirkungen auf die Lebensqualität und Lebenserwartung werden einbezogen. Unterschiedliche Erfolgskriterien werden über Nutzwerte vergleichbar gemacht, so dass indikationsübergreifende Vergleiche möglich werden. Zur Ermittlung von Nutzwerten wird häufig das Konzept der qualitätskorrigierten Lebensjahre eingesetzt. Dieses legt die Restlebenserwartung und die Lebensqualität zugrunde.

Wurden im Zusammenhang der Kosten-Effektivitäts-Analysen bereits die intangiblen Kosten definiert, so sind für Evaluationen unter Berücksichtigung der Perspektiven von Sozialversicherungsträger, insbesondere Rentenversicherungen und Krankenkassen, weitere Kosten zu unterscheiden, nämlich die *direkten* und die *indirekten Kosten*.

1. *Direkte Kosten* sind der volkswirtschaftliche Ressourcenverbrauch zur Behandlung von Krankheiten und zur Wiederherstellung von krankheits-

bedingten Einschränkungen des Gesundheitszustandes. Sie stellen den bewerteten Verbrauch an Gütern und Dienstleistungen im Gesundheitswesen dar, die für die Behandlung einer Erkrankung in Anspruch genommen werden, wie z. B. Diagnosekosten, Behandlungskosten, Medikationskosten.

2. *Indirekte Kosten* sind der volkswirtschaftliche Ressourcenverlust, der einer Ökonomie dadurch entsteht, dass krankheitsbedingt Güter und Dienstleistungen nicht erzeugt werden können, wie z. B. durch Produktionsausfälle, Arbeitsunfähigkeitstage, Berentung. Indirekte Kosten stellen somit den bewerteten Verlust an Produktivität infolge von Krankheit, Invalidität und vorzeitigem Tod dar.

(vgl. Bergmann/Horch 2002: 12 ff.; Erbas u. a. 2002: 243; Ahrens/Lymke/Schmidt/Güntert 2003: 228ff.).

Im Anschluss an die theoretischen Ausführungen zu gesundheitsökonomischen Untersuchungen werden im folgenden Kapitel auf die Praxis bezogene ökonomisch relevante Verfahren wie Qualitätsmanagement, Leistungsvereinbarungen und Kosten-Leistungsrechnung vorgestellt.

### **1.3 Qualitätsmanagement, Leistungsvereinbarungen und Kosten- und Leistungsrechnung**

Ein grundlegendes und notwendiges Prinzip unternehmerischen Handelns stellt die Orientierung an der Wirtschaftlichkeit dar. Das Management bzw. die Leitung einer Organisation haben Wirtschaftlichkeitsberechnungen im Rahmen ihrer Leitungsfunktion wahrzunehmen. Hierzu werden betriebswirtschaftliche Konzepte als Organisationsmodelle oder als Managementsysteme mit einer Vielzahl von Steuerungs- und Kontrollinstrumenten (u. a. Total Quality Management, DIN ISO 9000 ff., EFQM, Balanced Score Cards) angeboten. Eine zentrale Rolle spielen in diesem Zusammenhang die folgenden Bereiche, die nachstehend kurz erläutert werden:

- Qualitätsmanagementsysteme (QM-Systeme),
- Leistungsvereinbarungen und
- Kosten-Leistungsrechnung (KLR).

QM als Leitungsinstrument dient der bestmöglichen Nutzung der vorhandenen Ressourcen im Sinne optimaler Leistungserbringung. Mit Hilfe von QM-Systemen sollen somit im Kontext betriebswirtschaftlicher Zielsetzungen Einsparpotenziale in der Leistungserbringung aufgezeigt werden

(vgl. Meinhold/Matul 2003). In diesem Sinne sind QM-Systeme Instrumente zur Rationalisierung, allerdings bei gleich bleibender oder verbesserter Qualität. Mittels QM-Maßnahmen sollen z. B. so genannte „Blindleistungen“ ermittelt werden, d. h. Leistungen, die den Hilfesuchenden nicht dienen oder die doppelt oder unnütz erbracht werden.

Mit der Beschreibung von Qualität durch Leistungsverträge oder -vereinbarungen soll sichergestellt werden, dass die gesetzlich gestützten Ansprüche von Hilfesuchenden nach Beratung, Behandlung oder Rehabilitation nachprüfbar eingelöst werden, und zwar im Spannungsfeld von Wirtschaftlichkeit und bestmöglicher Qualität. Die Leistungsvereinbarung erfordert die Beschreibung von Inhalt, Umfang und Qualität einer Leistung. Die Gesamtleistung besteht in der Regel aus mehreren Teilleistungen, für die verschiedene MitarbeiterInnen bzw. FunktionsträgerInnen zuständig sind. Der soziale Dienstleister hat dem Kosten-/Leistungsträger nachzuweisen, dass die Gesamtleistung erbracht wurde. Häufig reicht es aus, die Qualität der Leistung anhand allgemeiner Kriterien zu dokumentieren, in der jüngeren Vergangenheit werden allerdings von Kosten-/Leistungsträgern häufiger differenziertere Leistungsnachweise verlangt. Grundlegend für eine Qualitätsbewertung sollten fachlich anerkannte Standards sein. So werden beispielsweise Hilfe-, Behandlungs- oder Rehabilitationspläne erstellt, um einerseits eine optimale Intervention zu ermöglichen. Andererseits bilden diese Pläne die Basis zur Personalbemessung und geben auch den Bezugsrahmen für die informative und ökonomische Leistungsdokumentation ab. (vgl. Meinhold 1998: 124)

Differenzierte Leistungsnachweise werden insbesondere durch den Einsatz von Kosten-Leistungs-Rechnungen (KLR) erstellt. Diese sind ein Bestandteil des internen Rechnungswesens. Im Rahmen einer KLR werden alle Wertverbräuche (Kosten) erfasst, die durch betriebliche Leistungserstellung entstehen. Mit ihr werden jene Vorgänge erfasst, die mit der betrieblichen Leistungserstellung in direktem Zusammenhang stehen. So würde beispielsweise auch die Einführung eines QM-Systems unter Aspekten der KLR analysiert, indem die Einführungs- wie auch die Durchführungskosten zu kalkulieren wären.

Teil der KLR ist die Kostenstellenrechnung. Als wesentliches Ziel einer Kostenstellenrechnung gilt, Entscheidungsgrundlagen für die Kalkulation, die Planungsrechnung und die kurzfristige Erfolgsrechnung zu schaffen. Außerdem soll sie einen Überblick über die in den einzelnen Arbeits- und Verantwortungsbereichen angefallenen Tätigkeiten bieten, um so die Wirtschaft-

lichkeit der einzelnen Kostenstellen ermitteln zu können. Kostenstellen können nach betrieblichen Funktionen, nach räumlichen Gesichtspunkten, Verantwortungsbereichen oder rechentechnischen Aspekten gebildet werden.

Im Rahmen der KLR bedarf es einer Kostenstellen-Strukturierung. Hier sind zunächst einmal grundsätzliche Fragen zu klären, wie z. B.:

- Welche Zwecke sollen mit der Kosten- und Leistungsrechnung verfolgt werden?
- Welcher Aufwand ist bei der Erfassung von Kosten und Leistungen vertretbar (z. B. Kontierungs-/Buchungsaufwand etc.)?
- Sind die Kosten und die Leistungen den Kostenstellen eindeutig zurechenbar?
- Lassen sich in Fällen, in denen die Kosten und die Leistungen nicht eindeutig erfasst oder nicht genau gemessen werden können, Hilfsgrößen je Kostenstelle finden, die sich proportional zu den verursachten Kosten oder den in Anspruch genommenen Leistungen verhalten?

Die Kostenstellenbildung sollte nicht nur an den Zwecken der internen KLR orientiert sein. Für einrichtungsinterne Steuerungszwecke sind die Ergebnisse einrichtungsübergreifender Vergleiche ebenfalls von Bedeutung. Dafür ist die Bildung von Kostenstellen erforderlich, die die Vergleichbarkeit auf fachlicher Ebene zulassen. Auf der Kostenstellenebene sollte ein Zusammenhang zwischen Kostenverantwortlichkeit (eigenes Kostenbudget) und Kostenverursachung bzw. Leistungsverantwortlichkeit bestehen. Die Kostenstellenbildung sollte sich an der Struktur (Organigramm) einzelner Einrichtungen orientieren. Nach Festlegung der Kostenstellen können die einzelnen Leistungen berechnet werden. Zur Berechnung von entstandenen Behandlungskosten wird häufig der *Betriebskostenansatz* angewendet, in dem die Betriebskosten ermittelt werden. „Betriebskosten entstehen direkt durch das Erbringen der Leistung und werden bei der stationären Behandlung auf den Tages-Pflegesatz umgeschlagen“ (Neumer 1998: 94). Im stationären Bereich werden meist tagesgleiche Pflegesätze zur Kostenrechnung verwendet. Daneben gewinnen zur Zeit Sonderentgelte und Fallpauschalen an Bedeutung.

Gleich welcher Berechnungsansatz gewählt wird, Leistungen müssen möglichst detailliert erfasst und einzeln mit Fremdbezugs- oder Herstellungspreisen bewertet werden, um sämtliche anfallenden Kosten zu erfassen. Dabei ist der Aufbau des so genannten Mengengerüsts (also der Zusammenfassung der verbrauchten Ressourcen) ein nicht zu unterschätzendes logistisches Problem. In der Praxis der Suchhilfe zeigt sich, dass Controllingsysteme

häufig erst im Aufbau befindlich und Abgrenzungen für einzelne organisatorische Einheiten recht mühsam sind. (vgl. Schulenburg/Greiner 2000: 247) Inwiefern gesundheitsökonomische Evaluationen in der Suchthilfe bereits realisiert wurden und welche Besonderheiten existieren, wird im folgenden Kapitel vorgestellt.

## **1.4 Gesundheitsökonomische Evaluation in der Suchthilfe**

### *1.4.1 Wirtschaftliche Aspekte von Sucht und Suchthilfe*

Die ökonomischen Entwicklungen der letzten Jahre haben dazu geführt, dass über den Wirtschaftssektor hinaus auch weitere Bereiche des Gesellschafts-systems, wie u. a. das Sozialwesen und damit auch die Suchthilfe, verstärkt unter wirtschaftlichen Gesichtspunkten analysiert und bewertet werden. Auch wenn die „Ökonomie der Sucht“ noch in den Kinderschuhen steckt“ (Erbas u. a. 2002: 245) oder Hans Joachim Salize et al. (2006) fragen, „Gesundheitsökonomische Suchtforschung in Deutschland – Gibt es ein Leben in der Wüste?“, so ist es heute nicht mehr ungewöhnlich, wenn z. B. vom „Markt der Sucht“ gesprochen wird, der viele Millionen Kunden hat und an dem viele Milliarden Euro verdient werden (Redecker 2005: 17 ff.).

Die Suchthilfe ist ein Subsystem und damit ein eigener Wirtschaftssektor dieses Marktes und stellt als solches einen bedeutsamen Wirtschaftsfaktor mit unterschiedlichsten Facetten dar. Betrachtet man die KlientInnen der Suchthilfe, dann werden die wirtschaftlichen Verflechtungen noch komplexer. Die KlientInnen der Suchthilfe sind die Suchtmittel konsumierenden Menschen. Sie unterhalten eine Vielzahl wirtschaftlicher Verbindungen, die im Zusammenhang mit ihrem Suchtmittelkonsum stehen. Sie haben u. a. wirtschaftliche Verbindungen zur

- herstellenden Industrie,
- den Werbemedien,
- den Staat und aus dem Bereich der Suchthilfe insbesondere
- den Leistungsträgern von Suchthilfemaßnahmen und
- den Leistungserbringern.

Bevor der Wirtschaftssektor Suchthilfe mit ökonomischen Daten beschrieben wird, sei zunächst die wirtschaftliche Dimension des Suchtmittelkonsums und des Suchtverhaltens mit Zahlen verdeutlicht. Im Wirtschaftssektor Sucht werden jährlich mehrere hundert Milliarden Euro umgesetzt. Die Dimensionen im *Jahr 2004* stellen sich am Beispiel der *Ausgaben* wie folgt dar:

– <i>Alkohol:</i>	14,5 Milliarden €
– <i>Zigaretten:</i>	23,5 Milliarden €
– <i>Medikamente mit Suchtpotenzial:</i>	1,0 Milliarde €
– <i>Glücksspiel:</i>	27,0 Milliarden €
– <i>Illegale Drogen:</i>	? Milliarden €

(vgl. DHS 2006)

Das sind insgesamt mehr als 66 Milliarden Euro für Suchtmittel. Hinzu kommen nicht zu unterschätzende Kosten aufgrund der Dunkelziffer im Zusammenhang der Ausgaben für illegale Drogen.

Auch der Staat als Wirtschaftsakteur profitiert von Steuereinnahmen im Kontext der Sucht. In 2004 gab es Einnahmen in Höhe von:

– <i>Alkohol-Steuer:</i>	3,4 Milliarden €
– <i>Tabak-Steuer:</i>	13,6 Milliarden €
– <i>Glücksspiel:</i>	4,2 Milliarden €

(vgl. ebd.)

Ergänzt werden diese Zahlen um die Zahl der Beschäftigten, die direkt oder indirekt mit Suchtmitteln bzw. Suchtmittelkonsum zu tun haben. Auch der *Arbeitsmarkt Suchthilfe* mit seiner Vielzahl an Beschäftigten hat dabei eine große Bedeutung.

Wesentliche Akteure des *Wirtschaftssektors Suchthilfe* sind die KonsumentInnen, die Suchtindustrie und die Investoren des Suchthilfesystems. *Investoren* sind im wesentlichen *Hilfesuchende* und ihre Familien, Kranken- und Unfallversicherung, die Kommunen, die Bundesregierung, die Europäische Union, die Industrie, die Leistungserbringer, die Selbsthilfe und eben auch die *Rentenversicherung*. Die Akteure verfolgen im Wirtschaftssektor Suchthilfe unterschiedliche Interessen, die zum Teil gesetzlich vorgegeben sind. Analysiert man das Suchthilfesystem unter ökonomischen Gesichtspunkten, wird schon anhand der nachstehenden, ausgewählten *Kosten des Suchthilfesystems*<sup>2</sup> dessen *ökonomische Bedeutung* sichtbar:

---

2    Angegeben sind die jeweiligen Gesamtberatungs- bzw. -behandlungskosten pro Hilfesuchenden.

- Ärztliche Beratung:	ca. 30 €
- Entgiftungsbehandlung:	ca. 3.000 €
- Teilstationäre Entgiftung:	ca. 2.200 €
- <i>Ambulante Entwöhnungsmaßnahmen:</i>	<i>ca. 3.500 €</i>
- <i>Stationäre Entwöhnungsbehandlung:</i>	<i>ca. 11.000 €</i>

Die beiden letztgenannten Positionen fallen in das *Subsystem der Suchthilfe, die medizinische Rehabilitation* primär in die unmittelbare Zuständigkeit der Rentenversicherung. Auf den Indikationsbereich Abhängigkeitsbehandlungen bezogen werden *jährlich ca. 40.000 Leistungen zur Teilhabe in der Zuständigkeit der Rentenversicherung* durchgeführt. Die unterschiedlichen Leistungsformen – ambulant, ganztägig ambulant und stationär – werden unterschiedlich vergütet. Insgesamt ergibt sich pro Jahr eine Summe von ca. 460 Millionen € (vgl. DHS 2006). Für ambulante Behandlungsmaßnahmen werden pro Einzel- und Gruppentherapie-sitzung und je Versichertem aktuell, bundesweit und pauschal durch die Rentenversicherung 46 € vergütet. Stationäre Behandlungen werden über einen Tagespflegesatz bezahlt, der auf der Basis einer angenommenen 95-prozentigen Auslastung berechnet wird. Dabei werden sämtliche pro Jahr in einer Einrichtung entstehende Sach- und Personalkosten addiert und durch die Anzahl der Pflgetage dividiert. Der Rentenversicherung entstehen für eine ambulante Leistung durchschnittlich Kosten von ca. 1.400 €, für stationäre Entwöhnungsbehandlungen bei Alkoholabhängigkeit Kosten von ca. 11.000 € und für eine stationäre Leistung im Indikationsbereich Abhängigkeit von illegalen Drogen ca. 15.000 €. (vgl. Wiegand 2002: 7)

Die Vorgehensweise zur *Berechnung der Kosten von Suchtbehandlungen* ist die gleiche wie bei der betrieblichen Kosten-Leistungsrechnung. Es werden zunächst die Kostenarten und deren Höhe angezeigt, um dann die Kostenarten den Kostenstellen zuzuordnen (vgl. Kapitel 1.3), d. h. auf einzelne Leistungen oder bestimmte Kundengruppen (z. B. MissbraucherInnen psychoaktiver Substanzen, Abhängige).

Eine gesundheitsökonomische Betrachtungsweise darf nicht allein auf Kosten ausgerichtet werden, sondern muss betriebswirtschaftlich orientiert Kosten und Erlöse fokussieren (vgl. Kapitel 1.2 und 1.3). Betriebe, wie Fachstellen Sucht und Fachkliniken, müssen entsprechend kosten- und erlösorientiert gestaltet werden. Vor diesem Hintergrund gilt es, die Effekte der geleisteten Suchthilfe zu bewerten. Wählt man einen solchen gesundheitsökonomischen Untersuchungsansatz zur Bewertung von Therapien, so stellt sich die Frage

nach der Kosten-Wirksamkeit. Die übliche Vorgehensweise umfasst hier eine Gegenüberstellung von Behandlungskosten und Outcome-Variablen der Intervention (z. B. Quote der Abstinenten), wobei letztere methodisch nicht eindeutig und deshalb insbesondere aufgrund subjektiver Wertungen zum Teil umstritten sind. „Bei der Bewertung von Therapieeffekten muss genau differenziert werden, welche Erfolgskategorien bei der Bemessung des Erfolges bestehen. Therapieerfolgsparameter sollten auch an der Erreichungsquote, der Haltequote, der Mortalität und nicht nur an der unmittelbaren Wirksamkeit gemessen werden. Diese vier Kriterien hängen stark voneinander ab und beeinflussen sich gegenseitig.“ (Erbas u. a. 2002: 250) Gleich welcher Parameter zugrunde gelegt wird, werden die Effekte in einer ökonomischen Betrachtung auf den Einsatz der „Produktionsfaktoren“ (gemessen in Geldeinheiten, z. B. Tagespflegesätze) bezogen. Diese Herangehensweise ermöglicht die Ermittlung von grundsätzlichen Kosten-Effektivitätskurven. Wird der Faktoreinsatz (Arbeit, Kapital) verändert, wirkt sich dies entsprechend der Effektvariable aus. Das Aufwands-Ertrags-Verhältnis entspricht insgesamt einer typischen Wachstumsfunktion.

Strukturell ist zu beachten, dass Suchthilfe ein stark gegliedertes System darstellt. Für eine Evaluation der Effekte von Suchthilfe bzw. für die Bewertung der Wirksamkeit der Maßnahmen müssen zunächst Indikatoren oder Erfolgsparameter des interessierenden Tätigkeitsfeldes beschrieben werden. Das heißt, die Outcome-Variablen müssen in einen Zusammenhang mit der Ablaufstruktur der Prozesse gebracht werden: Handelt es sich bspw. um eine Beratungstätigkeit, um Präventionsarbeit oder um Rehabilitation und Behandlung? Welchen Einrichtungen und Hilfeformen (ambulant, ganztägig ambulant, stationär) sind die Hilfesuchenden zugeordnet (vgl. Erbas 2002: 249 ff.)? In den Arbeiten zur „Alkoholentwöhnung im Verbundsystem (EVS) finden sich differenzierte Angaben zu relevanten Kriterien der medizinischen Rehabilitation in den Qualitätsdimensionen Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität (vgl. Tielking/Kuß 2001; dies. 2003; Tielking/Ratzke 2004).

Die Kalkulation des Nutzens von Ausgaben (Kosten) für Interventionsmaßnahmen bei Suchtproblemen erfolgt in Geldeinheiten. Dabei entstehen Probleme in der Monetarisierung der Effekte. Aus der Sicht der Kosten-Nutzen-Analyse muss der Investor (z. B. Rentenversicherungsträger) als Entscheider die Kosten und den Nutzen gegenwartsbezogen berechnen können (Gegenwartswert).

„In diesem Sinne sind drei wesentliche Bestimmungsgrößen von wirtschaftlichen Analysen angesprochen: Ökonomie, Qualität und (therapeutische) Effektivität.“ (Erbas u. a. 2002: 243) Dazu einige grundlegende Begriffe bzw. Erläuterungen aus der Ökonomie:

- Die Werte, die die Wirtschaftswissenschaften analysieren, sind Preise in Geldeinheiten von Gütern (Waren und Dienstleistungen), die ihrerseits in Mengeneinheiten gemessen werden.
- Gezahlte Preise sind „Kosten“ für den Käufer, für den Verkäufer sind es Erlöse.
- Der unmittelbare Wert der Güter liegt in ihrer Nützlichkeit (Bedürfnisbefriedigung) und in ihrer Knappheit. Seltene und/oder sehr nützliche Güter haben daher auch hohe Preise.

Überträgt man dieses wirtschaftliche Grundverständnis auf die *Ökonomie der Sucht*, kann man sich einer Betrachtung dieses Arbeitsfeldes von zwei Seiten nähern, nämlich der Seite der Erlöse oder der Kosten. Diese Herangehensweise im Bereich der Suchthilfe ist noch relativ neu (ebd.: 245; Ahrens u. a. 2003; Claes 2004), dennoch gibt es bereits einige richtungsweisende Veröffentlichungen zu diesem Thema (vgl. u. a. Bergmann/Horch 2002; Rehm 1999; Kufner/Kraus 2002; Single u. a. 2001; Vollmer/DHS 2006). Schwerpunkt der bisherigen Arbeiten ist die *Krankheitskostenrechnung* (Costs of Illness studies, COI-Studien). Dabei beschränken sich die meisten Studien auf tangible, d. h. fassbare, quantitativ einschätzbare Kosten. „Versuche, intangible oder psychosoziale Kosten wie Schmerz und Leid mit einzubeziehen, finden sich bei wenigen Autoren.“ (Collins/Lapsley 1994 zit. n. Bergmann/Horch 2002: 15)

*Zahlen der Rentenversicherung*, die für den wesentlichen Teil der Behandlungskosten bei Abhängigkeitserkrankungen aufkommt (vgl. VA 2001; SGB VI), zeigen, dass eine qualifizierte Rehabilitationsbehandlung unter ökonomischen Gesichtspunkten eine sinnvolle Investition ist, wie eine Vielzahl von Studien belegen (z. B. Bergmann/Horch 2002; Egner/Grünbeck 2003; Hümelink/Grünbeck 2002; Müller-Fahrnow u. a. 2001; Müller-Fahrnow 2002). Quoten des Ergebnisparameters „Abstinenz“ den Erfolg von stationären Entwöhnungsbehandlungen bei Alkoholabhängigkeit. Die größeren und regelmäßig jährlich durchgeführten Basisdokumentationen weisen die planmäßigen Beendigungen mit knapp 90 % aus (vgl. FVS 2003). Katamnesen, z. B. des Fachverbandes Sucht, bewerten die Effektivität stationärer Entwöhnungsbehandlungen auf der Basis der Berechnungsformeln der Deutschen Gesell-

schaft für Suchtforschung und Suchttherapie (DGSS). Danach liegt die katamnestic Erfolgsquote ein Jahr nach Abschluss einer stationären Entwöhnungsbehandlung wegen Alkohol- oder Medikamentenabhängigkeit nach DGSS-Berechnungsstandard-1 (alle erreichten PatientInnen mit regulärer Entlassung) bei ca. 75 % und nach DGSS-4 (alle Nicht-Antwörter werden als rückfällig bewertet) bei knapp 50 % (vgl. Zobel u. a. 2004). Zwischen 80 und 90 % der Rehabilitierten verbleiben zwei Jahre nach Abschluss einer stationären Maßnahme wegen Alkoholabhängigkeit im Erwerbsleben, über 60 % sind sogar lückenlos erwerbstätig. Eine Frühberentung von Alkoholabhängigen führt zu Gesamtausgaben der Rentenversicherung bis zum Erreichen der Altersgrenze von ca. 500 Millionen €. Während die Frührente pro Person und Jahr ca. 103.000 € kostet, werden für eine stationäre Suchtbehandlung wie bereits angeführt ca. 11.000 € aufgewendet. In der Gesamtbilanz bleibt somit ein deutlicher finanzieller Vorteil durch eine Suchtbehandlung. Insgesamt verdeutlichen die Zahlen, dass die Rehabilitation von Abhängigkeitskranken wirtschaftlich erfolgreich ist. Sie besitzt primär für die Betroffenen, aber insbesondere auch für die Rentenversicherung, die Krankenversicherung und Arbeitgeber einen ökonomischen Nutzen (vgl. u. a. Bergmann/Horch 2002; Egner/Grünbeck 2003; Hüllinghorst 2006).

Hinsichtlich der Verbreitung *gesundheitsökonomischer Evaluationen in der Suchthilfe* muss konstatiert werden, dass diese bisher nur eine nachgeordnete Rolle gespielt haben. Eine Literaturrecherche (medline-Recherche) zeigte für den Zeitraum 1998 bis 2004, dass nur 0,6 % der Publikationen zu Suchttherapie das Thema gesundheitsökonomische Evaluation enthalten (vgl. Claes 2004: 6). *Die Auseinandersetzung mit Gesundheitsökonomie in der Suchthilfe ist demnach noch sehr zurückhaltend, in Anbetracht der Finanzierung des Versorgungssystems jedoch dringend erforderlich.*

#### 1.4.2 *Kriterien zur Erfassung von Qualitätsmerkmalen am Beispiel der Klassifikation therapeutischer Leistungen (KTL)*

Als wesentliche Bestimmungsgrößen von wirtschaftlichen Analysen wurden bereits Ökonomie, Qualität und (therapeutische) Effektivität angesprochen. Nach Qualität im Gesundheitswesen wird häufig in folgender Form gefragt:

- Was ist gute Qualität?
- Wie hoch ist unsere Qualität?
- Wer liefert welche Qualität?

Das Anliegen, die Qualität sozialer Arbeit und speziell der Suchthilfe zu beschreiben, ist trotz vielfältiger Bemühungen nach wie vor ein höchst subjektives Unterfangen (vgl. Tielking 2006). Beispiele verschiedener Akteure oder Interessengruppen, die sich in ihren Qualitätsmanagement-Aktivitäten auf Suchthilfe beziehen, sind das Qualitätssicherungsprogramm der Rentenversicherung, Dokumentationsstandards (Basisdokumentationen, Katamnesen, Evaluationen), Kooperationsstandards, das QM-System der Deutschen Gesellschaft für Qualitätsmanagement in der Suchthilfe (deQus) und die Klassifikation therapeutischer Leistungen (KTL). Letztere soll beispielhaft skizziert werden, um Möglichkeiten und Grenzen der Qualitätsbeschreibung aufzuzeigen.

Mit der KTL existiert ein umfassendes, für die gesamte Rehabilitationsmedizin repräsentatives Leistungsverzeichnis. Die Kriterien der Klassifikation therapeutischer Leistungen sind zu einer bedeutsamen Grundlage für Qualitätsentwicklung in der rehabilitativen Versorgungspraxis („Leitlinien“) geworden. Den Anstoß zur Dokumentation therapeutischer Leistungen in der medizinischen Rehabilitation gab die gesetzliche Rentenversicherung mit der Einführung des Qualitätssicherungsprogramms (QSP) bereits Anfang der 1990er Jahre. Ein wesentliches Ziel, das mit der KTL verfolgt wird, ist die Definition therapeutischer Einheiten. Dazu wurden für die medizinische Rehabilitation *relevante Leistungseinheiten* und *Mindestanforderungen* festgelegt. Für das Fachgebiet „*Abhängigkeitserkrankungen*“ folgende *Zielsetzungen* in der Klassifikation therapeutischer Leistungen bestimmt:

1. die Definition von Einheiten zur Leistungsdokumentation,
  2. die Auswahl von relevanten Qualitätsmerkmalen zur Beschreibung der Beschaffenheit der Einheiten und
  3. die Festlegung von Erfordernissen (Mindestanforderungen) für die definierten Einheiten. Individuelle Vor- und Nachbereitungszeiten sind als strukturelle Merkmale in die Angabe der Behandlungsdauer integriert.
- (vgl. BfA 2000)

Einschränkend wird darauf hingewiesen, dass unabhängig vom Stellenwert der definierten Leistungseinheiten für die jeweiligen Rehabilitationskonzepte die KTL im Einzelfall noch durchaus unterschiedliche Detaillierungsniveaus aufweist. „Neben der Vielzahl der benannten Indikationen und Zielsetzungen erforderten insbesondere die unterschiedlichen Aufwandskategorien, detaillierte Subklassen zu bilden, in denen z. B. die notwendige Therapiedichte als Kombination von Mindestdauer und Häufigkeit festgelegt wird. Die quanti-

tativ und qualitativ differenzierte Beschreibung von Therapieeinheiten ist eine notwendige Voraussetzung, um die Qualität der rehabilitativen Behandlung einschätzen zu können. Dabei ist zu berücksichtigen, daß nicht alle wichtigen Aspekte des Rehabilitationsprozesses mit der KTL erfaßt werden können, wie z. B. Pflege in der Rehabilitation, Intensität und zeitliche Abfolge der Maßnahmen, Maßnahmenkombination und Aufgaben, die nur indirekt patientenbezogen erfolgen oder patientenübergreifend organisiert sind, wie Fallkonferenzen, Teambesprechungen und Supervision für die psychotherapeutisch arbeitenden Mitarbeiter und Veranstaltungen zur Fort- und Weiterbildung der Klinikmitarbeiter.“ (ebd.: 5)

Des Weiteren sind im Fachgebiet „Abhängigkeitserkrankungen“ z. B. keine Leistungseinheiten spezifiziert, die sich auf Abstimmungskontrollen, Pflegedienst in der Aufnahmephase, Behandlungskonferenz mit Patienten, Exploration durch Fachbereichsleiter, biographische Anamnese, Therapieprozessdiagnostik und ähnliche therapierelevante Leistungen beziehen.

„Auch inhaltliche Aspekte der therapeutischen Beziehung können nicht mit der KTL und vermutlich auch nicht auf eine andere, vergleichbar einfache Art und Weise standardisiert erfasst werden. Diese sind jedoch in allen Bereichen der medizinischen Rehabilitation von entscheidender Bedeutung für den Therapieerfolg. Dazu gehört neben der Patienten-Therapeuten-Beziehung auch die individuelle Betreuung auf der Station und das therapeutische Klima in allen Klinikbereichen und die Art der Zusammenarbeit im interdisziplinären Team.“ (ebd.: 6 f.)

Die nachfolgende Abbildung veranschaulicht die Dimensionen der KTL.

In den Benutzerhinweisen der KTL wird darauf hingewiesen, dass zur Auswahl und Formulierung der Einheiten unterschiedliche Merkmalsebenen berücksichtigt wurden. „Entscheidendes Klassifikationskriterium war das Vorhandensein spezifischer Qualitätsmerkmale, die sich zur Formulierung von Erfordernissen als geeignet zeigten.“ (ebd.: 7)

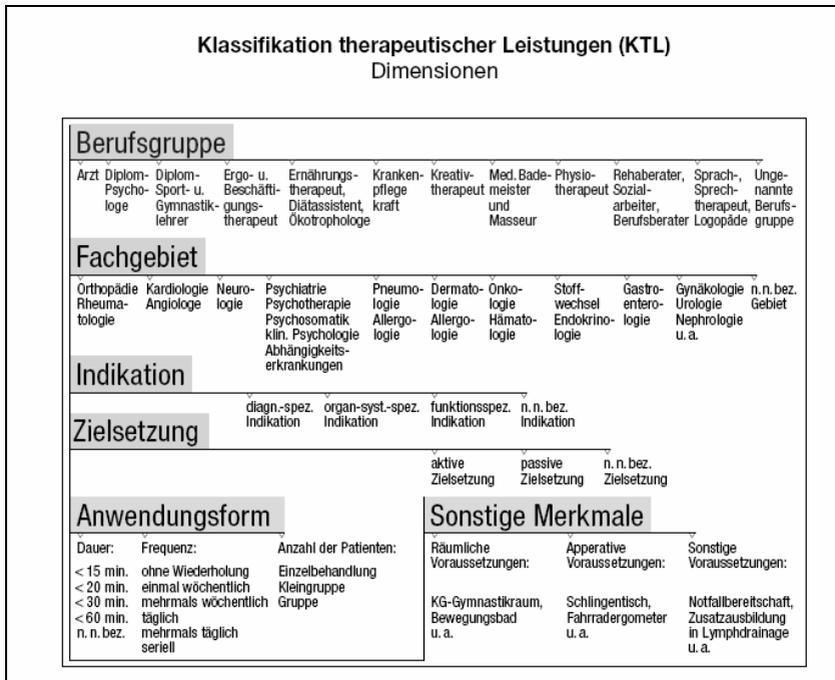


Abb. 1: Dimensionen der KTL

Insgesamt stellt sich die KTL als sehr komplexes und aufwendiges Verfahren zur Erhebung von Qualitätsmerkmalen in der medizinischen Rehabilitation von Abhängigen dar. Damit stellt sich die Frage nach dem Zweck derartiger Erhebungen und Auswertungen. Die Dokumentation und Auswertung der KTL dient dem externen Qualitätsvergleich und wird vor diesem Hintergrund als Basis für Bewertungen und Empfehlungen herangezogen. Wesentliche Erkenntnisse bringt die KTL für

- die Steuerung der begrenzten Ressourcen,
- die politische und administrative Gestaltung der Versorgung,
- die Entscheidung für die Finanzierung von Leistungen und
- die Information der Öffentlichkeit.

Mit der KTL steht ein strukturiertes Verfahren zur Verfügung, Informationen über die Qualität in der medizinischen Rehabilitation von Abhängigen zur Verfügung zu stellen. Das Verfahren soll Transparenz in den Verfahrens-

schritten sichern, die Kooperation von Interessenten und TeilnehmerInnen mit gemeinsamer Verfahrensgestaltung bis hin zur Ergebnisnutzung ermöglichen, eine systematische Verfahrensentwicklung, zeitgemäßes Datenmanagement und die gemeinsame Nutzung der Ergebnisse bieten. Für ökonomische Evaluationen können die Ergebnisse der KTL-Analysen als Basis für Bewertungen dienen. Darüber hinaus bieten die Qualitätsmerkmale eine Vielzahl von Ansatzpunkten für gesundheitsökonomische Erhebungen und Auswertungen (vgl. Kapitel 3).

### 1.4.3 *Stand und Perspektiven*

Im Zuge der Auseinandersetzung mit Fragen der Qualität unter besonderer Berücksichtigung der ökonomischer Belange im Gesundheitswesen hat der Bedarf an Standardisierung und Evaluationen zugenommen (vgl. Lauterbach/Schrapppe 2004). Verfahren zur internen und externen Qualitätsentwicklung werden zunehmend wichtiger, nicht zuletzt um gesetzlichen Anforderungen zu genügen (SGB IX § 20) und den Einsatz finanzieller Mittel zu rechtfertigen. QM-Systeme (u. a. DIN ISO 9000 ff., EFQM) sollen helfen, qualitätsrelevante Kriterien in einen systematischen Zusammenhang zu stellen und die Qualitätsentwicklung transparent, nachvollziehbar und kontinuierlich zu betreiben. In der ambulanten Suchthilfe steht die Nutzung von anerkannten QM-Systemen noch am Anfang, wie die Daten der Deutschen Suchthilfe-statistik für die Berichtsjahre 2003 und 2004 (Sonntag/Welsch 2004: 14; Sonntag 2005: 15) verdeutlichen:

Art des Systems	2004	2003
	% Gesamt (N = 604)	% Gesamt (N = 564)
EFQM	21,2	21,6
ISO 9000 ff.	12,3	11,0
Sonstige	26,3	28,9
QSP der Sozialversicherungsträger	9,6	15,8
Kein System	29,0	32,6

Tab. 1: Eingesetztes System für Qualitätsmanagement – Deutsche Suchthilfestatistik 2004

In der stationären Suchthilfe arbeiteten in 2004 43,1 % nach der DIN ISO 9000 ff. und 71,3 % mit der QSP der Deutschen Rentenversicherung; 16,1 % hatten kein QM-System eingesetzt (Sonntag 2005: 44). Haben ca. ein Drittel der ambulanten und gut 16 % der stationären Einrichtungen kein QM-System, so ist davon auszugehen, dass Klassifikationssysteme in der Suchthilfe flächendeckend zum Einsatz kommen. Klassifikationen wie KTL, ICD, DSM oder aktuell die „International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)“ stellen Instrumente dar, Diagnosen, Ressourcen und Behandlungsnotwendigkeiten anhand anerkannter Kriterien zu beschreiben. Inwiefern sich speziell die ICF in der Suchthilfe durchsetzen wird, kann heute noch nicht gesagt werden. Gleichwohl sind Arbeitsgruppen damit beschäftigt, die Anwendungsmöglichkeiten durch die Entwicklung differenzierter Core Sets und damit den praktischen Gebrauch der Instrumente zu optimieren (vgl. Amann/Roeb-Rienas 2005: 53 f.).

Neben der Anwendung in der Behandlungspraxis, sollen die Instrumente für Forschungszwecke, sozialpolitische, pädagogische und insbesondere auch gesundheitsökonomische Zwecke genutzt werden. Damit spielen sie im Rahmen der Versorgungsforschung eine wichtige Rolle, da diese den Einfluss von Maßnahmen der Gesundheitsversorgung auf die Gesundheit von PatientInnen auch unter Beachtung ökonomischer Einflüsse untersucht. Insbesondere unter gesundheitsökonomischen Fragestellungen wird die Effizienz analysiert (vgl. Kapitel 1.2). D. h. die relative Wirksamkeit wird im Verhältnis zum Aufwand, der für das erzielte Ergebnis geleistet wird, bewertet.

„Die Methoden der Gesundheitsökonomie werden zunehmend als Methoden der Qualitätsverbesserung und nicht als eine Alternative oder sogar als Gegensatz zu diesen gesehen. Gesundheitsökonomische Analysen tragen zur Verbesserung der Struktur- sowie Prozess- und Ergebnisqualität der Versorgung bei.“ (Lauterbach 2004: 143) Lauterbach sieht in diesem Zusammenhang eine indirekte und eine direkte Wirkung. In indirekter Art und Weise trägt die Gesundheitsökonomie zur Verbesserung der Versorgungsqualität auf allen Ebenen bei, indem sie finanzielle Anreize für qualitätsförderndes Verhalten der Leistungsanbieter und Nutzer im Gesundheitssystem zu bestimmen und zu implementieren hilft. Direkt fördern gesundheitsökonomische Analysen die Entscheidung, ob eine Leistung, die mit höheren Kosten und höherem Nutzen verbunden ist, trotz der höheren Kosten als Alternative

eingesetzt werden soll. Diese Wirkung erscheint bedeutsamer und weniger bewusst in der Reflexion der Versorgungspraxis (vgl. ebd.).

In Kapitel 1 wurde die Vielgestaltigkeit ökonomischer Evaluation anhand wesentlicher Grundlagen im Allgemeinen und unter Berücksichtigung der Anwendung in der Suchthilfe ausgeführt. Das Suchthilfesystem ist durch eine komplexe Struktur der gestuften Behandlung gekennzeichnet: u. a. Beratung, Betreuung, Entzug, Entwöhnung. Systemisch bedingt resultieren hieraus Effizienzprobleme. Die strukturellen Besonderheiten machen es erforderlich, die Ablaufstruktur der Prozesse zu berücksichtigen. Dies geschieht seit mehreren Jahren in besonderer Weise im Rahmen von Verbundkonzepten. Da sich die hier vorliegende Studie auf gesundheitsökonomische Aspekte der Verbundarbeit in der Suchthilfe richtet, wird im folgenden Kapitel der Forschungsstand zum Thema „Verbundarbeit in der Suchthilfe“ dargestellt.

## **2            Forschungsstand zum Thema               „Verbundarbeit in der Suchthilfe“**

### **2.1        Bisherige Erkenntnisse zur Verbundarbeit und               Kombi-Therapie in Deutschland**

Im Gesundheitswesen insgesamt wie auch speziell im Bereich der Suchthilfe wurden in den letzten Jahren Bemühungen forciert, bedarfsgerechtere Angebote für Hilfesuchende und Möglichkeiten der Qualitätsentwicklung voranzutreiben. Zunehmend schwieriger wird die Diskussion durch die finanzielle Lage der Sozialversicherungen, der Länder und der Kommunen, die im Rahmen ihrer unterschiedlichen gesetzlichen Zuständigkeiten wesentliche Teile der Finanzierung der Suchthilfe leisten.

Allgemein anerkannt ist die hohe Qualität der Versorgungsstruktur der Suchthilfe im Rahmen des gegliederten Systems (vgl. DHS 2006). Deshalb wird das vorhandene System als tragfähige Grundlage für zukünftige Entwicklungen gesehen. Im Hinblick auf die Auswirkungen des SGB IX und die damit angestrebte Beschleunigung der Antragsbearbeitung von Kostenübernahmen soll ein weiterer wichtiger Schritt zur Verbesserung der systembedingten „Schnittstellenproblematik“ vollzogen werden.

Auf Seite der Leistungsanbieter wird Forschungsbedarf konstatiert, der insbesondere in der ambulanten Sucht-Rehabilitation wie auch der Kombination von ambulanten und stationären Maßnahmen gesehen wird (vgl. FVS 2005; Hüllinghorst 2006; Geyer u. a. 2006). Dabei spielen Qualitätsmanagement-Konzepte eine wichtige Rolle (vgl. u. a. FVS 2003). Aktuelle Vorschläge gehen soweit, dass die Qualitätsmanagement-Erfahrungen und -Standards aus dem stationären Feld der medizinischen Rehabilitation von Abhängigkeitskranken in absehbarer Zeit auf den ambulanten Sektor übertragen werden (vgl. Beckmann/Egner 2001), zugleich aber auch die Besonderheiten der ambulanten Versorgung Berücksichtigung finden sollen (vgl. Beckmann u. a. 2003). Vor diesem Hintergrund ist heute zumindest bei den durch die Leistungsträger anerkannten Beratungs- und Behandlungsstellen aufgrund der vollzogenen Professionalisierung treffender von ambulanten Rehabilitations-einrichtungen zu sprechen.

Mit dem Anliegen einer vermehrten Nutzung ambulanter Hilfen ist die Frage der Möglichkeiten der Kombination von ambulanten und (teil-)stationären Angeboten einhergegangen. Auch die Rahmenvereinbarungen der Leistungsträger unterstützten diesen Trend, der formell schon vor Jahren eingeleitet, in der Praxis jedoch erst in jüngerer Zeit forciert wurde. So stellte die Empfehlungsvereinbarung Ambulante Rehabilitation Sucht bereits eine rechtliche Grundlage (EVARS 1996, § 5, Abs. 1) dar, in der die Kooperation von ambulanten und stationären Einrichtungen im Sinne eines Therapieverbundes angeregt wurde. Im Jahr 2001 ist die EVARS in die Vereinbarung Abhängigkeitserkrankungen (VA 2001) eingegangen und aktualisiert worden. Betrachtet man das Zusammenspiel von stationärer Therapie und Nachsorge, dann existiert Kombi-Therapie spätestens seit der Empfehlungsvereinbarung Nachsorge aus dem Jahr 1987 und wurde durch die EVARS aus den Jahren 1991 und 1996 zusätzlich forciert.

Einen genauen Überblick über die tatsächliche Zahl der laufenden Kooperationsprojekte gibt es nicht. Ein wesentlicher Grund dafür ist, dass nicht alle existierenden Projekte dokumentiert und veröffentlicht werden. Eine Datenbankrecherche (u. a. MEDLINE, PSYCLIT, EMBASE, DIMDI, EBDD) von Dilek Sonntag und Jutta Künzel (2000) zeigt, dass im Zeitraum 1980 bis 1999 in Europa zum Themenbereich „Kombinierte stationäre und ambulante Entwöhnung von Alkoholabhängigen“ lediglich vier Studien zu finden sind.

Eine Zusammenschau und Analyse dokumentierter Kooperationsprojekte in der Suchthilfe war im Jahr 2000 Ausgangspunkt des Modellprojekts EVS (vgl. Tielking/Kuß 2001). In EVS wurde die Erhebung zu Kombitherapien im Bereich Alkoholabhängigkeit, u. a. angelehnt an die Recherche von Sonntag/Künzel (2000), durch die Universität Oldenburg weitergeführt. Schlagworte hierbei waren „Alkohol“, „stationär“, „ambulant“, „Therapie“, „Behandlung“, „Kombi“, „kombiniert“, „Verbund“, „Kooperation“, „alcohol“, „therapy“, „treatment“, „inpatient“, „outpatient“. Einbezogen wurden auch die Publikationen des „WHO-Regionalbüros für Europa“. In der bis zum Jahr 2004 ausgedehnten Recherche wurde *keine weitere Studie über Kombi-Therapien* gefunden.

In den dokumentierten und datenbanktechnisch erfassten Kombi-Therapien fallen die Aussagen zur Effektivität und Effizienz der jeweiligen Behandlungsmodelle vage aus: Die zwischen zwei Wochen und drei Monate dauernden stationären Therapien werden von einer halb- bzw. ganzjährigen ambulanten Behandlung/Nachsorge begleitet und weisen, bedingt durch die unter-

schiedlich langen Katamnesezeiträume, Abstinenzquoten zwischen 26 % und 57 % auf (vgl. Sonntag/Künzel 2000). Die Wirkung der poststationären Komponente im Vergleich zu rein stationär behandelten PatientInnen gemessen am Erfolgsmerkmal Abstinenz wirkt sich dabei deutlich positiv aus (vgl. Brenner u. a. 2005: 41 f.). Zusätzliche Effekte lassen sich erwarten, wenn wie in der EVS unterschiedliche Varianten von Kombi-Therapien möglich sind, die den individuellen Behandlungserfordernissen der Hilfesuchenden in besonderer Weise gerecht werden (vgl. Tielking/Ratzke 2004: 69).

Sichtet man die Beiträge in weiteren Fachpublikationen (vgl. Literatur) und auf Tagungen (vgl. Kapitel 10), dann ist das Thema „Verbund, Vernetzung, interdisziplinäre Kooperation“ rein quantitativ dennoch stark vertreten und spielt in der medizinischen Rehabilitation eine zunehmend wichtige Rolle. Helga Schallenberg von der Deutschen Rentenversicherung Bund stellte zum Thema Kombinationsbehandlungen und Vernetzung in der Suchtbehandlung kürzlich fest: „*Diese differenzierte Behandlung ist unstrittig die Zukunft*“ (Schallenberg 2005: 7). Rolf Hüllinghorst weist im Jahrbuch Sucht 2006 darauf hin, dass Kombi-Therapien das bisherige Angebot ergänzen sollen (Hüllinghorst 2006: 154).

Die Bemühungen um eine Evaluation von Verbundarbeit und Kombi-Therapien haben in den letzten Jahren zugenommen, so dass weitere Überprüfungen der Wirksamkeit kombinierter Maßnahmen absehbar erwartet werden dürfen. Insgesamt aber fehlen nach wie vor *Evidenz basierte Untersuchungen zur Effektivität* und erst recht zur *Effizienz von Kombinations-Therapien*. Wissenschaftliche Nachweise bestimmter Zusammenhänge, z. B. von Intervention und Wirkung, existieren demnach bisher kaum. Auch sind von Seiten der Rentenversicherung trotz des von Kulick bereits 1999 angesprochenen Fehlens verbindlicher *Leitlinien für kombiniert ambulant-stationäre Maßnahmen* bis heute keine erstellt worden. Die Indikationskriterien für Kombi-PatientInnen liegen „irgendwo“ zwischen den in der Vereinbarung „Abhängigkeitserkrankungen“ (VA 2001) aufgeführten Kriterien für ambulante und stationäre Therapien. Aktuell wurde die neue AWF-M-Leitlinie „Postakutbehandlung alkoholbezogener Störungen“ veröffentlicht, in der ebenfalls ausdrücklich auf Sequenzbehandlungsmodelle mit ambulant-stationären Phasen im Rahmen der Rehabilitation hingewiesen wird (vgl. Geyer u. a. 2006).

Mit den EVS-Projekten ist es gelungen, für einige der interessierenden Fragestellungen zum ersten Mal<sup>1</sup>, differenziertere Aussagen zu grundlegenden Bereichen zu erarbeiten: d. h. insbesondere zur Organisation von Verbundarbeit, zu ambulant-stationär-ambulanten Behandlungsverläufen und zu deren Outcome. Nachfolgend seien nochmals wichtige Ergebnisse der EVS zusammen gestellt.<sup>2</sup>

## 2.2 Ergebnisse und Konsequenzen des Modellprojekts „Alkoholentwöhnung im Verbundsystem (EVS)“

Durch die enge Verzahnung interdisziplinärer Kompetenzen und verschiedener Behandlungselemente und -ansätze können die in der Suchthilfe vorhandenen Ressourcen effizienter als unter den sonst üblichen Bedingungen eingesetzt werden. Das ist eines der wichtigsten Ergebnisse des Modellprojekts „Alkoholentwöhnung im Verbundsystem (EVS-I<sup>3</sup>)“, das unter finanzieller Förderung und Beteiligung der Deutschen Rentenversicherung Oldenburg-Bremen in Kooperation mit Leistungsanbietern und der Universität Oldenburg durchgeführt und im Frühjahr 2003 abgeschlossen wurde. In dem Modellprojekt EVS-I wurden mit den seit 2000 umgesetzten Innovationen neue Möglichkeiten für Verbundarbeit erprobt, die im Ergebnis zu einer deutlichen Verbesserung der Zusammenarbeit der an der Suchthilfe beteiligten Einrichtungen geführt haben. Daraus resultierten positive Effekte für den Behandlungsverlauf und -erfolg alkoholabhängiger PatientInnen und daran anknüpfend eine für die Deutsche Rentenversicherung Oldenburg-Bremen bereits realisierte, wie auch noch *zu erwartende Kostensenkung*<sup>4</sup>:

Sichtbar werden die Auswirkungen dieses Modellprojektes schon in den durch das EVS-Konzept *veränderten Rahmenbedingungen*, die die medizinische Rehabilitation innerhalb der gesetzlichen Regelungen flexibler gestalten. Veränderungen zeigen sich z. B. anhand der regelmäßigen *Qualitäts-*

---

1 z. B. Qualitätszirkelarbeit, Kooperationsaufwand, Schnittstellenmanagement

2 vgl. dazu ausführlicher Tielking/Kuß 2001; dies. 2003; Tielking/Ratzke 2004

3 Da von 2003 bis 2004 das Modellprojekt „Alkoholentwöhnung im Verbundsystem (EVS)“ weiterentwickelt wird, sprechen wir im Zusammenhang der Modellphase 2000 bis 2003 von EVS-I und nach der Einführung von EVS als Regelbehandlung von EVS-II. Dies ist deshalb von Bedeutung, da sich die Ergebnisse zunächst überwiegend auf EVS-I beziehen, in der EVS-II-Phase aber bereits wichtige Neuerungen eingeführt wurden, auf die noch eingegangen wird.

4 Stichwort: Nachhaltigkeit des Therapieerfolges

*zirkulararbeit* und dem zugrunde gelegten *Leistungsrahmen/Antragsverfahren*. Letzteres ermöglicht die rein ambulante Entwöhnung wie auch verschiedene Varianten der ambulant-stationären Kombi-Therapie innerhalb eines Gesamtbehandlungszeitraums von max. 52 Wochen. Das differenzierte Angebot an Behandlungsvarianten wie auch das speziell für EVS entwickelte Bonus-system sollen die im Vergleich zu isoliert durchgeführten, stationären Behandlungen wesentlich kostengünstigeren ambulanten Maßnahmen forcieren, ohne jedoch die Vorteile, die ein Klinikaufenthalt für bestimmte PatientInnen-Gruppen ohne Frage darstellt, aus dem Auge zu verlieren. Dass dieses Ziel in EVS-I realisiert wurde, zeigen zwei Beispiele:

1. **Verkürzung stationärer Therapiezeiten/tatsächliche Inanspruchnahme der bewilligten stationären Therapiezeiten**

Geht man von den beantragten Behandlungsvarianten aus und veranschlagt jeweils die maximale Ausschöpfung der stationären Therapiezeiten – 8, 12 oder 16 Wochen – erhält man für alle Kombinationsbehandlungen in EVS eine durchschnittliche stationäre Behandlungszeit von 13,3 Wochen (N = 123). Der tatsächliche Aufenthalt in der Fachklinik beläuft sich hingegen auf eine durchschnittliche Dauer von 12,3 Wochen. D. h. in der Praxis wird die maximal mögliche stationäre Behandlungszeit nicht immer ausgeschöpft und es kommt zur Verkürzung stationärer Therapiezeiten. (vgl. Tielking/Kuß 2003: 191 ff.)

2. **Stärkere Nutzung ambulanter Angebote**

Die Kombi-Therapie führt insgesamt zu einer stärkeren Nutzung ambulanter Angebote, insbesondere durch die deutlich höhere Quote der post-stationären ambulanten Weiterbehandlungen.

Während es im Vergleichszeitraum 2000 (vor EVS) und 2001 (während EVS) im Rahmen der medizinischen Rehabilitation von Alkoholabhängigen für alle stationären Leistungsanbieter der LVA Oldenburg-Bremen eine Zunahme der Zuweisungszahlen um 4,2 % gab, kam es ambulant insgesamt zu einer deutlich höheren Steigerungsrate. Diese fällt speziell für die EVS-Einrichtungen signifikant höher aus:

- Ambulante Rehabilitationseinrichtungen außerhalb EVS: 9,2 %
- *Ambulante Rehabilitationseinrichtungen in EVS:* 43,5 %!

Auch wenn es insgesamt den Trend zur stärkeren Nutzung ambulanter Angebote gibt, in der EVS ist dieser Weg besonders erfolgreich realisiert worden (vgl. ebd.: 235 ff.).

Neben weiteren positiven Effekten<sup>5</sup>, die im Modellprojekt nachgewiesen wurden, sind für Leistungsträger wie die Deutsche Rentenversicherung Oldenburg-Bremen die *Kosten* und insgesamt die *Effizienz* einer solchen Behandlung von grundlegender Bedeutung. Hierzu lassen sich auf der Basis der *EVS-Ergebnisse erste Kosteneinsparpotenziale durch Kombi-Therapien* ermitteln. Beispielhaft sei an dieser Stelle noch einmal auf die in EVS erreichte Reduzierung der stationären Therapiezeit um eine Woche verwiesen: Die dadurch erzielte Kostensenkung bei den stationären Behandlungen muss mit Blick auf die Gesamtkalkulation der Kombi-Behandlung den Kosten der möglicherweise ausgeweiteten ambulanten Therapie gegenüber gestellt werden. Grundsätzlich gilt, dass kürzere stationäre Aufenthalte durch die ambulante Indikationsphase und die poststationäre Weiterbehandlung möglich werden und sich dies, wie im Folgenden dargestellt, *auf die Kosten auswirkt*:

– **Stationärer Einspareffekt**

Stationärer Pflegesatz pro Tag ca. 100 € x 7 Tage = 700 €

Bei 580 durch die Deutsche Rentenversicherung Oldenburg-Bremen bewilligten stationären Entwöhnungsbehandlungen im Jahr 2002, wären dies bis zu 406.000 €, die eingespart werden können. Bundesweit wären dies bei ca. 25.000 stationären Entwöhnungsbehandlungen im Jahr bis zu 17.500.000 €.

– **Ambulante Kosten**

Rechnet man die Kosten der durchgeführten ambulanten Therapieeinheiten (TE) dagegen, wurden in EVS-I in einem ambulanten Behandlungszeitraum von durchschnittlich 27 Wochen insgesamt durchschnittlich 23 TE eingesetzt, d. h. multipliziert mit dem aktuellen Kostensatz für ambulante Rehabilitation von 46 € ergibt sich eine Summe für den Einzelfall von 1.058 €.

Diese Kalkulation legt nahe, dass *Kombi-Therapien in EVS bei Abschluss der Behandlungsmaßnahme im Durchschnitt bereits annähernd kostenneutral* sind. Mittel- und langfristig positive Effekte (auch Kosteneffekte) sind anzunehmen, konnten aufgrund bisher fehlender Zahlen allerdings noch nicht berechnet werden. Weitere Indikatoren, deren Effekte schon heute als Indizien für *eine höhere Effizienz der Kombi-Behandlungen* gelten dürfen, sind

---

5 u. a. in den Ergebnissen der Abstinenzquote, der Leistungsfähigkeit der PatientInnen, der Zufriedenheit der PatientInnen und der TherapeutInnen mit dem Behandlungsergebnis, der Lebenszufriedenheit

die *Haltequote und Häufigkeit regulärer Beendigungen* der Behandlung. Die höhere Zahl der regulären Beendigungen der Behandlungen sowohl gegenüber ambulanten<sup>6</sup> wie auch stationären Therapien<sup>7</sup>, belegt im Bundesvergleich (vgl. IFT 2003) eine deutlich höhere Haltequote der Kombi-Therapien in EVS (vgl. Tielking/Kuß 2003: 192 ff.). Zusätzlich verdeutlichen die Zahlen der gelungenen Übergänge sowie der regulären Beendigungen der Gesamtmaßnahme im stationären Setting die Haltequote und den Behandlungserfolg der Kombi-Therapie: Den Wechsel der Behandlungsform zurück in die Ambulanz oder eine Einrichtung außerhalb der EVS<sup>8</sup> am Ende der stationären Therapie bzw. den Abschluss der Gesamtmaßnahme in EVS vollziehen 91 % der PatientInnen (N = 129) erfolgreich; 69 % setzen die Behandlung tatsächlich ambulant fort.

Betrachtet man den Anteil derjenigen PatientInnen in Kooperationseinrichtungen der Deutschen Rentenversicherung Oldenburg-Bremen außerhalb des EVS-Modells, die 2002 eine stationäre Entwöhnungsbehandlung abgeschlossen haben und eine Zuweisung in eine ambulante Weiterbehandlung außerhalb der EVS-Modell-Einrichtungen erhielten, erhält man einen Anteil von lediglich 37,1 % (N = 267).<sup>9</sup> Der Vergleich des „herkömmlichen Behandlungssystems“ mit der Verbundbehandlung zeigt hier die besseren Möglichkeiten der EVS, KlientInnen bei ihrem Wechsel in den Alltag zu begleiten. Dies ist aufgrund der in Untersuchungen nachgewiesenen hohen Rückfallquoten gerade in den ersten Wochen nach stationärer Entwöhnung (vgl. u. a. de Jong-Meyer/Heyden 1993; Körkel 1995; Körkel/Lauer 1992; Kufner et al. 1988; Kufner/Feuerlein 1986; Zobel u. a. 2004; Zobel u. a. 2005) von großer Bedeutung für den Gesamtbehandlungserfolg.

Die Publikationen zu den EVS-Studien wie auch weitere Beispiele evaluierter Verbundbehandlungen (vgl. u. a. Brenner u. a. 2005; FVS 1998; FVS 2002; GVS 2001; GVS 2002; Janz/Knauf/Neeb 2000; Ministerium für Kultur,

---

6 43 % reguläre Beendigungen der Behandlungen in EVS vs. 38 % im Bundesdurchschnitt

7 85 % reguläre Beendigungen der Behandlungen in EVS vs. 75 % im Bundesdurchschnitt

8 z. B. Adaption

9 Im Jahr 2002 wurden durch die Deutsche Rentenversicherung Oldenburg-Bremen insgesamt 516 stationäre Entwöhnungsbehandlungen mit der Indikation „Alkoholabhängigkeit“ abgeschlossen (vgl. LVA Oldenburg-Bremen 2003). Davon sind 249 abgeschlossene Maßnahmen den EVS-Modelleinrichtungen und 267 Maßnahmen Kliniken außerhalb des EVS-Modells zuzuordnen. Im gleichen Berichtszeitraum wurden 99 PatientInnen einer ambulanten poststationären Weiterbehandlung (Nachsorge) in ambulante Rehabilitationseinrichtungen außerhalb des EVS-Modells zugewiesen.

Jugend, Familie und Frauen Rheinland-Pfalz 1994; Neeb/Janz 2002; Oliva et al. 2001; Paul 1999; Salus-Klinik für Psychosomatik & Sucht 2000; Schulte 2002; Tielking 2000; Tielking/Kuß 2001; dies 2003; Wiegand 2002) betonen gegenüber der nach wie vor mehrheitlich üblichen und herkömmlichen Rehabilitation mit rein stationären Behandlungen die *Überlegenheit von kombinierten Modellen*.

Mit der gesundheitsökonomischen Studie zur Verbundarbeit und Kombi-Therapie wird die wissenschaftliche Auseinandersetzung mit den kombinierten Maßnahmen nun um eine weitere Facette ergänzt: Erstmals steht mit dieser Studie die *Kosten- und Leistungsstruktur von Entwöhnungsmaßnahmen allgemein bzw. der EVS* im Besonderen einrichtungs- und trägerübergreifend, d. h. auf Ebene der Leistungsträger und Leistungserbringer, im Zentrum des Interesses. Die Konzeption der Studie wird im folgenden Kapitel detailliert dargestellt.

## 3 Konzeption der Studie

### 3.1 Grundlagen

Die Studie ist als *ökonomische Evaluation im Bereich der medizinischen Rehabilitation von Alkoholabhängigen* angelegt. Diese wie andere Studien im Gesundheitswesen sind grundsätzlich durch *zwei Merkmale* gekennzeichnet:

1. Sie befassen sich mit dem *Einsatz* (input) und dem *Ertrag* (output bzw. outcome) von gesundheitsbezogenen Aktivitäten, auch als Kosten bezeichnet.
2. Sie befassen sich mit der Auswahl von *Alternativen*, indem Kriterien gesucht und expliziert werden, die bei der rationalen Entscheidung über die Verwendung knapper Ressourcen nützlich sein können.

Untersuchungen, wie die GÖ-Studie, folgen dem Anliegen, Grundlagen von Entscheidungen im Hilfesystem – hier der medizinischen Rehabilitation von Alkoholabhängigen in Form von kombinierten Leistungen – wissenschaftlich zu erörtern. In diesem Zusammenhang fand in den letzten Jahren das Konzept der „*Evidenced Based Medicine (EBM)*“ von Sackett und Kollegen (1996) besondere Beachtung. „Evidenz-Basierte Medizin (EBM) ist der gewissenhafte, ausdrückliche und vernünftige Gebrauch der gegenwärtig besten externen wissenschaftlichen Evidenz für Entscheidungen in der medizinischen Versorgung individueller Patienten. Die Praxis der EBM bedeutet die Integration individueller klinischer Expertise mit der bestmöglichen externen Evidenz aus systematischer Forschung.“ (Sackett u. a. 1996, BMJ 312: 71)

Das Konzept beinhaltet eine Methode zur Beurteilung medizinischen Handelns und medizinischer Verfahren. Dabei sollen Erkenntnisse aus der klinischen Forschung systematisch in die Routine der PatientInnenversorgung integriert werden. Effizienz und Nutzen von präventiven, diagnostischen, therapeutisch-kurativen oder palliativen Maßnahmen werden dazu analysiert. Der zentrale Ansatz der EBM besteht in der Unterstützung der Entscheidungsfindung im klinischen Alltag durch die systematische und explizite Nutzung von Erkenntnissen aus der klinischen, patientInnenorientierten Forschung und der expliziten Unterscheidung zwischen einer statistisch gesi-

cherten Wirksamkeit von Maßnahmen und dem klinischen Nutzen für die PatientInnen. Zusammengefasst lässt sich festhalten:

EBM fordert die Kombination der gegenwärtig besten externen wissenschaftlichen Evidenz und der klinischen Expertise des Einzelnen für ärztliche Entscheidungsprozesse. (vgl. Sackett u. a. 1996)

Damit ist EBM Teil von *Qualitätsentwicklung in der Versorgung* von PatientInnen bzw. Hilfesuchenden geworden. Neben der Forderung nach wissenschaftlicher Belegbarkeit sind in diesem Zusammenhang auch ökonomische Aspekte von wesentlicher Bedeutung, da Entscheidungen über die Allokation begrenzter Ressourcen berührt werden (Kosten-Nutzen-Analyse etc.). (vgl. Sendi u. a. 1997) Die EBM verfügt über ein erhebliches Potenzial zur Verbesserung vor allem der ärztlichen Praxis, aber auch der Leistungen anderer Fachberufe im Gesundheitswesen. Aus diesem Grund wird Ihre Nutzung inzwischen zusätzlich auch für globale Entscheidungen im Bereich der Gesundheitsversorgung diskutiert (vgl. Sackett/Richardson/Rosenberg 1997).

Die mit der GÖ-Studie verbundene Evaluation folgt dem Ansatz, mit Blick auf Kombi-Behandlungen gesundheitsökonomische *Grundlagen zu erarbeiten*, um im weiteren Verlauf *Vergleiche mit alternativen bzw. herkömmlichen Verfahren hinsichtlich ihrer Kosten* (vgl. Drummond u. a. 1997) zu ermöglichen. Das Untersuchungsinteresse richtet sich dabei auf die *Indikation Alkoholabhängigkeit*, für die angestrebt wird, diejenige *Behandlungsform mit dem günstigsten Kosten-Wirksamkeits- bzw. Kosten-Nutzen-Verhältnis* ermitteln zu können. Hierbei geht es insbesondere um eine monetäre Messung und Bewertung der Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation bzw. der aufzuwendenden Leistungen. Bevor dies allerdings möglich wird, müssen *Berechnungsparameter und -grundlagen* zu den Behandlungsalternativen „traditionelle ambulante und/oder stationäre Therapie“ versus „Kombitherapie“ erarbeitet werden.

Mit der Studie wird ein *neuer Weg* beschritten, da Kombi-Therapien selbst genauso wie gesundheitsökonomische Überlegungen im Feld der Suchthilfe jeweils bisher selten bis gar nicht bearbeitete Themenstellungen sind:

1. *Kombi-Therapien und Verbundarbeit in der Suchthilfe sind bisher nur wenig beforscht worden, viele Fragen sind bisher nicht hinreichend geklärt* (vgl. Kapitel 2.1). Vor diesem Hintergrund ist beispielsweise die Kritik zu klären, inwiefern und in welchem Ausmaß Kombi-Therapien und Verbundarbeit erhöhten Aufwand in bestimmten Arbeitsbereichen

(u. a. Dokumentation, Übergabegespräche, Qualitätszirkelarbeit) verursachen.

2. *Gesundheitsökonomische Evaluationen sind in der Suchthilfe bisher insgesamt kaum (Kapitel 1.4.1) und speziell zu Kombitherapien und Verbundarbeit in der Suchthilfe gar nicht durchgeführt worden.*

### 3.2 Verbundarbeit als Frage der Effektivität und Effizienz

Mit der gesundheitsökonomischen Studie wird an den bisherigen Forschungsstand zu Kombi-Therapien im Allgemeinen bzw. der EVS im Besonderen angeknüpft. Die GÖS folgt daher dem Anliegen eines *Kosten-Nutzen-Vergleichs bei Kombitherapien* und fragt insbesondere, welcher Aufwand verbindet sich – wirtschaftlich bzw. monetär betrachtet – mit ambulant-stationär kombinierter medizinischer Rehabilitation im Rahmen von Verbundarbeit. Im Mittelpunkt des Forschungsinteresses stehen dabei Fragen *zur Effektivität und Effizienz von Kombi-Behandlungen*. Gesundheitsökonomisch betrachtet zielt dies auf die *Kosten und Leistungen bzw. Erträge der medizinischen Rehabilitation*.

*Rentenversicherungsträger* sind zu Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit gesetzlich verpflichtet (vgl. SGB VI). Die Frage nach der Effektivität und Effizienz der EVS-Maßnahme ist somit aus Perspektive des Leistungsträgers zentral und eine konsequente Folge der bisherigen Entwicklungen der „Alkoholentwöhnung im Verbundsystem“. Auf Seiten der *Leistungsanbieter* berührt die Frage der Effektivität und Effizienz der EVS die betriebswirtschaftlichen Erfordernisse bzw. die eigene Existenz und hat insofern besondere Relevanz.

Die Frage nach der *Effektivität* richtet den Fokus auf die tatsächliche Wirksamkeit von Maßnahmen und deren Erreichungsgrad, d. h. *das „Ausmaß, in dem geplante Tätigkeiten verwirklicht und geplante Ergebnisse erreicht werden“* (DIN 2000). Im *Verwaltungsmanagement* ist damit vor allem das Ausmaß gemeint, in dem die Produkte oder Dienstleistungen (Output) die damit beabsichtigten Wirkungen (Outcome) erreichen. Es geht also um die Frage „*Tun wir die richtigen Dinge*“. Dabei findet der Nutzen für die „KundInnen“ bzw. die AdressatInnen<sup>1</sup> oder die Allgemeinheit<sup>2</sup> besondere Berücksichtigung. In diesem Verständnis ist die *Effektivität*, z. B. von Reha-

---

1 z. B. die Versicherten einer Deutschen Rentenversicherung

2 z. B. die Versichertengemeinschaft einer Deutschen Rentenversicherung

bilitationsleistungen, zunächst politisch bedeutsamer als die *Effizienz* oder Wirtschaftlichkeit. Denn die falschen Dinge effizient zu tun, wäre letztlich eine andere Form der sinnlosen Geldausgabe.

Die Frage der *Effektivität* von Rehabilitationsleitungen speziell bei Suchtmittelabhängigen ist in Studien unter verschiedensten Fragestellungen grundsätzlich positiv beantwortet worden. Das schlägt sich in den vielfältigen Ausprägungen der Behandlungsangebote in der Suchtkrankenhilfe nieder. Den „*Königsweg*“ in der Behandlung von Abhängigkeitskranken *gibt es bis heute nicht*. Auch die Studie zu EVS-I ist zunächst einmal im Sinne einer *effektiven Organisation der an der Rehabilitation Beteiligten* zu verstehen, da nachgewiesen werden konnte, dass im Hinblick auf das Output und das Outcome das „Richtige“ getan wurde, nämlich Verbundarbeit zu forcieren.

Darauf basierend treten nun Aspekte der *Effizienz* stärker in den Mittelpunkt des Interesses. *Effizienz* beschreibt das „*Verhältnis zwischen dem erzielten Ergebnis und den eingesetzten Mitteln*“ (DIN 2000). D. h. das Verhältnis der Leistung zu den Kosten oder zu anderen Nachteilen/Opfern wird analysiert, es handelt sich somit um eine relative Betrachtung des Output. Vereinfacht meint dies, der Frage nachzugehen, *ob die Dinge richtig getan werden*.

Eine genaue Bedeutung erhalten die Begriffe „Effektivität“ und „Effizienz“ erst, wenn das Output bzw. *Outcome* eindeutig festgelegt ist, etwa im Rahmen von *Ergebnisdefinitionen*. Werden diese Parameter nur quantitativ festgelegt<sup>3</sup>, so kann die Verbesserung der Effizienz ohne Einfluss auf die Effektivität sein oder sie sogar verschlechtern<sup>4</sup>. In diesem Sinne sind Studien zum Output/Outcome i. S. von Effizienznachweisen<sup>5</sup> natürlich auch im Hinblick auf grundsätzliche Fragen zur Effektivität zu überprüfen.

### 3.3 Ziele und Fragestellungen der GÖ-Studie

Bezieht man die Aspekte der Effektivität und Effizienz auf das Anliegen der hier vorliegenden Untersuchung, so zielt diese im Zusammenhang eines differenzierten *Nachweises der Effizienz von Verbundarbeit und Kombi-*

---

3 z. B. Zahl von ambulant behandelten Abhängigen, Zahl von durchgeführten Maßnahmen pro TherapeutIn

4 z. B. kann die Erhöhung des stationären Therapiedurchlaufs die Effizienz steigern, dadurch aber nicht zwingend die Effektivität i. S. der Erreichung der Behandlungsziele

5 aktuell vgl. z. B. Egner/Grünbeck 2003

*Therapie* in erster Linie auf die *Kosten-Nutzen-Relation dieser Behandlungsform*.

*Die Kosten- und Leistungsstruktur von Entwöhnungsmaßnahmen soll einrichtungs- und trägerübergreifend analysiert* und somit ein wichtiger Beitrag dazu geleistet werden, die Diskussion insbesondere zu Fragen der Kostendeckung von Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation zu versachlichen. Dazu soll das Output<sup>6</sup> im Hinblick auf das Outcome<sup>7</sup> unter Berücksichtigung von Aufwand und entstandenen Kosten und Erträgen genauer aufgeschlüsselt werden. Die Beantwortung der aufgeworfenen Frage muss dabei auf mehreren Ebenen erfolgen (der Ebene der Leistungsträger<sup>8</sup> und der Ebene der Leistungserbringer<sup>9</sup>).

In Anbetracht von bisher in der Forschung *weitgehend ungeklärten gesundheitsökonomischen Aspekten der Suchthilfe* (vgl. Kapitel 3.1) sind die Ergebnisse der Studie davon abhängig, wie differenziert das Datenmaterial der Leistungsanbieter wie auch des Leistungsträgers zu ökonomischen Aspekten der Verbundarbeit vorliegt. Im Hinblick auf das Datenmaterial soll die GÖS deshalb einen *Beitrag im Sinne einer Bestandsaufnahme leisten, ökonomische Aspekte der Verbundarbeit in der Suchthilfe* zu erhellen. In diesem zentralen Anliegen der Studie geht es zudem um die *Erarbeitung und Erprobung methodischer Vorgehensweisen zu gesundheitsökonomischen Fragestellungen* im Kontext der Verbundarbeit in der Suchthilfe.

### **3.4 Arbeitsbereiche der GÖ-Studie**

Die voran stehenden Ausführungen verweisen auf zwei Untersuchungsebenen, auf denen der Ansatz der GÖ-Studie basiert:

1. die *Ebene des Leistungsträgers Deutsche Rentenversicherung Oldenburg-Bremen* sowie
2. die *Ebene der Leistungsanbieter – Kliniken und ambulante Rehabilitationseinrichtungen im EVS-Verbund*.

Für die aufgeführten Untersuchungsbereiche wie auch im Verbund selbst können einzelne *Kostenstellen* differenziert werden. Es lassen sich u. a.

---

6 Verwaltungsarbeit und Dienstleistungen (therapeutische und organisatorische Maßnahmen) = Struktur- und Prozessqualität

7 Behandlungsergebnis: mittel- und langfristig = Ergebnisqualität

8 u. a. Versicherungsgemeinschaft der Deutschen Rentenversicherung

9 u. a. ambulante und ganztägig ambulante/stationäre Rehabilitationseinrichtungen

Arbeitsanteile der Verwaltung und des therapeutischen Personals sowie die einzelnen Kostenstellen der Rentenversicherung, der Ambulanzen und Kliniken unterteilen. Diese wiederum können i. S. einer Kostenstellenrechnung<sup>10</sup> hinsichtlich ihres Anteiles an den Kosten wie auch den Erträgen analysiert werden. Ausgerichtet auf die leitende Fragestellung gibt die nachfolgende Abbildung einen *Überblick über die Arbeitsbereiche der GÖS*:

<b>EVS</b> <b>– Gesamtkosten für Verbundarbeit und Kombi-Therapien –</b>		
<b>Deutsche Rentenversicherung Oldenburg-Bremen</b>	<b>Fachstellen Sucht</b>	<b>Kliniken</b>
<i>Ambulante, ganztägig ambulante + stationäre Reha</i>	<i>Ambulante Reha</i>	<i>ganztägig ambulante/ stationäre Reha</i>
1. Personalkosten (Arbeitsanteile) + Sachkosten für a) – (entfällt) b) Verwaltung/Organisation c) Medizinische Arbeiten  2. Kosten für medizinische Reha der Versicherten durch Leistungsanbieter	1. Personalkosten (Arbeitsanteile) + Sachkosten für a) Therapeutische Arbeiten b) Verwaltung/Organisation c) Medizinische Arbeiten  2. Erträge aus Einnahmen für ambulante Reha	1. Personalkosten (Arbeitsanteile) + Sachkosten für a) Therapeutische Arbeiten b) Verwaltung/Organisation c) Medizinische Arbeiten  2. Erträge aus Einnahmen für Pflegesätze

Abb. 2: Arbeitsbereiche der GÖS

<sup>10</sup> Die „Kostenstellenrechnung“ ist ein Teilbereich der Kostenrechnung, in dem Kosten für Kostenstellen erfasst und zwischen diesen verrechnet werden. Die Kostenrechnung dient dazu, Kosten zu erfassen, den verschiedensten Bezugsgrößen (z. B. Dienstleistungen) zuzuordnen und für spezielle Zwecke auszuwerten.

Mit dieser Differenzierung der Arbeitsbereiche verbinden sich unterschiedliche methodische Schritte, um *ökonomische Aspekte der Verbundarbeit in der Suchthilfe in ihrem Bestand zu erfassen*. Nachfolgend werden die Arbeitsbereiche zunächst grundsätzlich skizziert, in den empirischen Kapiteln 4 bis 8 erfolgen jeweils einleitend weitergehende Erläuterungen zum methodischen Vorgehen in den einzelnen Untersuchungsbereichen.

#### 3.4.1 *Leistungsträger Deutsche Rentenversicherung Oldenburg-Bremen*

Beim Leistungsträger Deutsche Rentenversicherung Oldenburg-Bremen soll einerseits die bereits in den vergangenen Jahren geleistete *Auswertung der Reha-Statistiken* fortgeführt werden (vgl. dazu Tielking/Kuß 2003; Tielking/Ratzke 2004; Kapitel 4.1). Gleichzeitig soll ein *EVS-Controlling* initiiert werden (Kapitel 4.2), um weitere, über die Standardstatistiken hinausgehende Daten zur Verbundarbeit, analysieren zu können.

Darüber hinaus sollen im Rahmen von *Sonderauswertungen* (Kapitel 4.3) die Rehabilitationskonten der Deutschen Rentenversicherung Oldenburg-Bremen von Versicherten, die eine Alkoholentwöhnungsmaßnahme – ob nun EVS oder „herkömmlich“ – durchgeführt haben, mit Blick auf die *Effekte und Erfolge der Maßnahmen* untersucht werden.

Des Weiteren soll im Interesse der *Ermittlung relevanter Kostenarten und Kostenstellen* auf Seiten der Deutschen Rentenversicherung Oldenburg-Bremen eine *Erhebung zu Arbeitsschritten und Arbeitsaufwand in der EVS-Sachbearbeitung* durchgeführt werden (Kapitel 5). Dieser Analysebereich dient insbesondere der *Überprüfung der Ablauforganisation des EVS-Verwaltungsverfahrens*.

#### 3.4.2 *Ambulante und stationäre Leistungsanbieter*

Die Durchführung einer *Kosten-Leistungsrechnung* auf Ebene der Leistungsanbieter soll mittels der im Folgenden aufgeführten und *von den entsprechenden Einrichtungen eingeforderten und bereitgestellten Dokumenten* erfolgen:

- aktueller Wirtschaftsplan  
(mit den üblichen Angaben zu den Berichtszeiträumen 2003/2004/ 2005)
- Jahres-/Geschäftsbericht (2003)
- aktueller Stellenplan (2004)
- aktuelle Kalkulation Pflegesätze (nur Kliniken) Unterlagen aus der Kosten-Leistungs-Rechnung (KLR) (Einnahmen-/Ausgaben-Rechnungen; 2003)

Ergänzt wird dieser Untersuchungsbereich durch eine qualitative Analyse, in der die VertreterInnen der Suchthilfeeinrichtungen zu wirtschaftlichen Aspekten, Arbeitsschritten und Arbeitsaufwand in der EVS-Behandlung befragt werden (Kapitel 8).

### 3.5 Datenschutz

Die Sicherstellung des Datenschutzes erfolgte durch die Erarbeitung eines spezifischen *Datenschutzkonzeptes* zur Untersuchung, dessen Einhaltung mit der Datenschutzbeauftragten der Universität Oldenburg abgestimmt war: Generell galt es, im Zusammenhang der Erhebung von Daten in GÖS, die an der Untersuchung Teilnehmenden über den Zweck der Erhebung und über die Freiwilligkeit ihrer Beteiligung aufzuklären. Dabei wurde auch eingeräumt, dass die Einwilligung verweigert oder später widerrufen werden könne. Da auch anonyme Datenerhebungen unter das Niedersächsische Datenschutzgesetz (NDSG) fallen, wurde zur juristischen Absicherung des Vorhabens gemäß § 8 des Nds. Datenschutzgesetzes (NDSG) eine Verfahrensbeschreibung erstellt. Die Datenschutzbeauftragte der Universität Oldenburg stand über den gesamten Studienzeitraum beratend und unterstützend für die AG Devianz, die beteiligten Leistungsanbieter und die Deutsche Rentenversicherung Oldenburg-Bremen bei Fragen zum Datenschutz zur Verfügung.

Nachfolgend werden *Eckpunkte der Verfahrensbeschreibung* dargestellt, um das Vorgehen unter Datenschutz relevanten Aspekten transparent zu machen.

Als Kreis der Betroffenen wurden im Bereich der Leistungsanbieter zunächst 23 Einrichtungen<sup>11</sup>, die medizinische Rehabilitation von Alkoholabhängigen im Zuständigkeitsbereich der Deutschen Rentenversicherung Oldenburg-Bremen in Form der EVS-Kombi-Behandlung durchführen, von dem Vorhaben der GÖ-Studie berührt. Konkret waren damit die MitarbeiterInnen der Einrichtungen gemeint, die an der medizinischen Rehabilitation in EVS beteiligt sind.

Als Betroffene auf Ebene der Deutschen Rentenversicherung Oldenburg-Bremen sind die MitarbeiterInnen der Sachbearbeitung zu nennen, die ver-

---

11 Das Klinikum Bremen-Nord wurde aus der Erhebung herausgenommen, da im Zeitraum der Erhebungen stationäre Entwöhnungsbehandlungen in dieser Einrichtung in Planung waren, jedoch noch nicht durchgeführt wurden.

waltungsseitig mit der medizinischen Rehabilitation in EVS befasst sind sowie entsprechende MitarbeiterInnen des Grundsatzreferates und des Sozialmedizinischen Dienstes.

Die folgenden empirischen Daten wurden unter Gewährleistung des Datenschutzes in die Untersuchung einbezogen:

1. *Bei den Leistungsanbietern*

- a) Kalkulationen und Kostenrechnungen,
- b) Jahresberichte und
- c) qualitative Befragungen zu wirtschaftlichen Aspekten, Arbeitsschritten und Arbeitsaufwand in der EVS-Behandlung.

Die Herausgabe der einrichtungsinternen Dokumente, die ggf. personenbezogene Daten enthalten, erfolgte auf freiwilliger Basis. Die Einrichtungen sind im Vorfeld der Studie mittels der Verfahrensbeschreibung gemäß § 8 des Nds. Datenschutzgesetzes (NDSG) vom 16. Juni 2004 darüber in Kenntnis gesetzt worden, selbst für die datenschutzrechtlichen Belange bei der Herausgabe von personenbezogenen Daten Rechnung zu tragen, d. h. ggf. auch die eigenen Mitarbeitervertretungen in das Vorhaben einzubinden. Die Projektgruppe erhielt die angefragten Unterlagen ausschließlich in Papierform, elektronisch liegen somit keine personenbezogenen Daten vor. Die im weiteren Verlauf der Forschungsarbeit anfallende elektronische Verarbeitung der Daten erfolgte anonym und ohne Bezug auf einzelne Personen.

Die Auswertung der Dokumente der beteiligten 16 ambulanten und sechs stationären Leistungsanbieter wurden als *Durchschnittsberechnung* angelegt. In diesem Zusammenhang sind Rückschlüsse auf einzelne Einrichtungen grundsätzlich nicht notwendig. *Einrichtungsspezifische Darstellungsformen* können darüber hinaus aber zur exemplarischen Verdeutlichung von Interesse sein. Sofern dieser Fall eintreten sollte, wurde vereinbart, die Leitung der betreffenden Einrichtungen zu informieren und deren Zustimmung ausdrücklich einzuholen. Auch im Hinblick auf die qualitativen Datenerhebungen wurden alle Daten mit Zustimmung der MitarbeiterInnen der Einrichtungen erhoben und anonym ausgewertet.

## 2. *Bei der Deutschen Rentenversicherung Oldenburg-Bremen*

- a) Reha-Statistiken,
- b) Sonderauswertungen von Versicherungs- und Rehabilitationskonten der Deutschen Rentenversicherung Oldenburg-Bremen-Versicherten, die eine medizinische Rehabilitation aufgrund der Diagnose Alkoholabhängigkeit in Anspruch genommen haben
- c) Befragung zu Arbeitsschritten und Arbeitsaufwand in der EVS-Sachbearbeitung

Die von der Deutschen Rentenversicherung Oldenburg-Bremen standardmäßig erstellen Statistiken enthalten keine personenbezogenen Daten. Zum Teil werden diese Auswertungen routinemäßig an die Deutsche Rentenversicherung Bund (vormals an den Verband Deutscher Rentenversicherungsträger – VDR) übermittelt und als *Reha-Statistiken* zu Vergleichszwecken veröffentlicht. Diese Auswertungen sind nicht als Einzelfallanalyse angelegt, sondern liegen ausschließlich aggregiert vor, so dass sie der Universität Oldenburg ohne datenschutzrechtliche Bedenken zur Verfügung gestellt werden konnten (Kapitel 4.1).

Die von der Deutschen Rentenversicherung Oldenburg-Bremen aufbereiteten *Datensätze der Sonderauswertungen* wurden der Projektgruppe anonymisiert, d. h. ohne einen Bezug auf die Versicherten, übermittelt (Kapitel 4.3).

Vor Durchführung der *qualitativen Datenerhebung im Bereich der Sachbearbeitung* (Kapitel 5) wurde die Mitarbeitervertretung der Deutschen Rentenversicherung Oldenburg-Bremen informiert und ihre Zustimmung zur anonymen, nicht personenbezogenen Datenerhebung eingeholt. Darüber hinaus wurden die entsprechenden MitarbeiterInnen der Sachbearbeitung vor Beginn der Erhebung durch die Universität Oldenburg über das Vorhaben informiert und in zwei Informationsveranstaltungen in Oldenburg und Bremen in die geplanten Verfahren eingeführt. Anliegen dieses Untersuchungsbereiches war nicht die Bewertung der Qualität einzelner MitarbeiterInnen. Es sollten vielmehr, auch hier als *Durchschnittsberechnung* angelegt, Angaben zum *Verwaltungsaufwand in EVS* erhoben werden.



## **B      Empirische Erhebungen und Auswertungen**

### **4      Analyse von Reha-Statistiken der Deutschen Rentenversicherung Oldenburg-Bremen zur medizinischen Rehabilitation von Alkoholabhängigen**

#### **4.1      Gesamtentwicklung**

Die Fortschreibung der EVS-Berichte (Tielking/Kuß 2003; Tielking/Ratzke 2004) zeigt nachfolgend eine Längsschnittentwicklung über mittlerweile fünf Jahre. Abgebildet wird die Gesamtentwicklung der medizinischen Rehabilitation von Alkoholabhängigen in der Zuständigkeit der Deutschen Rentenversicherung Oldenburg-Bremen bis zum Berichtsjahr 2004.

Rechtlich wird nach § 15 SGB VI in ambulante Rehabilitation und § 31 SGB VI in Nachsorge-Maßnahmen unterschieden. Statistisch wird dieser gesetzlichen Vorgabe seitens der Deutschen Rentenversicherung Oldenburg-Bremen dadurch Folge geleistet, dass rein ambulante Maßnahmen als eigenständige Maßnahmen verschlüsselt und Nachsorgen als weiterführende Maßnahmen nach einer stationären Entwöhnung verknüpft werden. Da im Rahmen der EVS-Maßnahmen die statistische Verschlüsselung zunächst nicht eindeutig definiert werden konnte, ist es sinnvoll, die obige Tabelle als Gesamtüberblick über rein ambulante und Nachsorge-Maßnahmen auszuweisen.

Im *Berichtszeitraum 2005* ist die *Gesamtzahl* der durchgeführten ambulanten, ganztägig ambulanten und stationären Entwöhnungsbehandlungen im Vergleich zum Vorjahreszeitraum um *10,7 % niedriger* (Vorjahresvergleich 8,2 % höher) ausgefallen. Die *ambulanten Maßnahmen*, als rein ambulante Rehabilitation wie auch als poststationäre Weiterbehandlung (Regelfall in der EVS-Maßnahme), nehmen einen Anteil an den Gesamtmaßnahmen von *47,6 %* ein, während der Anteil der *stationären Maßnahmen* bei *48,7 %* liegt. Der Anteil der *ganztägig ambulanten Maßnahmen* liegt in 2005 wie im Vor-

jahr bei 4,6 %. Die 2003 angenommene, steigende Tendenz für die ambulant stärkere Inanspruchnahme von Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation bei Alkoholabhängigkeit kann grundsätzlich bestätigt werden (vgl. Tielking/Ratzke 2004: 124). Die Entwicklung wird im wesentlichen darauf zurückgeführt, dass nicht nur eine Klinik, sondern mittlerweile drei Kliniken, mit denen die Deutsche Rentenversicherung Oldenburg-Bremen zusammen arbeitet, entsprechende Angebote eingeführt haben und sich dies auf die Fallzahlen auswirkt.

Die Entwicklung der Zuweisungen in bzw. der Bewilligungen von Entwöhnungsbehandlungen wegen Alkoholabhängigkeit (inklusive der Nachsorgebehandlungen!) stellt sich wie folgt dar (vgl. LVA Oldenburg-Bremen 2000; dies 2001; dies 2002; dies. 2003; dies. 2004; Deutschen Rentenversicherung Oldenburg-Bremen 2005):

Jahr	Ambulante Reha Sucht (Alkohol; inklusive Nachsorge!) <sup>1</sup>		Stationäre Entwöhnungsbehandlungen		Ganztägig ambulante Entwöhnungsbehandlungen		Gesamt
	Anzahl der Zuweisungen	Zuweisungen in %	Anzahl der Zuweisungen	Zuweisungen in %	Anzahl der Zuweisungen	Zuweisungen in %	
2000	389	38,8	576	57,5	37	3,7	1.002
2001	480	43,3	600	54,2	28	2,5	1.108
2002	404	39,8	580	57,1	31	3,1	1.015
2003	518	44,7	605	52,1	37	3,2	1.160
2004	621	49,5	576	45,9	58	4,6	1.255
2005	534	47,6	546	48,7	41	4,6	1.121

Tab. 2: Zuweisungen in stationäre, ganztägig ambulante und ambulante Entwöhnungsheilbehandlungen wegen Alkoholabhängigkeit

1 In dieser Tabelle sind die Zuweisungen in die Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation auf der Anspruchsgrundlage des § 15 SGB VI (ambulante Rehabilitation) und des § 31 SGB VI (Nachsorge) aggregiert worden.

Nachfolgend wird die *gesamte Entwicklung der Zuweisungen geordnet nach einzelnen Leistungsanbietern* dargestellt. In dieser Darstellung werden die ambulanten Maßnahmen nach rein ambulanten (§ 15 SGB VI) und Nachsorge-Maßnahmen (§ 31 SGB VI) getrennt ausgewiesen, so dass die Vergleichbarkeit mit den Daten aus den vorherigen EVS-Berichten bzw. deren Fortschreibung möglich ist (vgl. LVA Oldenburg-Bremen 2000; dies 2001; dies 2002; dies. 2003; dies. 2004; Deutsche Rentenversicherung Oldenburg-Bremen 2005). Die Angaben zu den Modelleinrichtungen der EVS-I-Phase sind dunkelgrau und die zu den Kontrolleinrichtungen mittelgrau unterlegt. Die Angaben zu den Kliniken der EVS-II-Phase sind in hellgrau gefasst, bei den Ambulanzen erübrigt sich dies, da bis auf die Einrichtung in Esens alle Einrichtungen an EVS-II teilnehmen. Die *durchschnittliche Dauer der Maßnahme in Tagen* bezieht sich auf die in dem jeweiligen Kalenderjahr abgeschlossenen Leistungen (nicht auf die Zuweisungen).

Klinik	Vor	EVS	Während	EVS-I	Während	EVS-I	Während	EVS-I & II	Während	EVS-II	Während	EVS-II
	Zuweisungen im Berichtszeitraum 2000	Durchschnittl. Dauer der Maßnahmen in Tagen	Zuweisungen im Berichtszeitraum 2001	Durchschnittl. Dauer der Maßnahmen in Tagen	Zuweisungen im Berichtszeitraum 2002	Durchschnittl. Dauer der Maßnahmen in Tagen	Zuweisungen im Berichtszeitraum 2003	Durchschnittl. Dauer der Maßnahmen in Tagen	Zuweisungen im Berichtszeitraum 2004	Durchschnittl. Dauer der Maßnahmen in Tagen	Zuweisungen im Berichtszeitraum 2005	Durchschnittl. Dauer der Maßnahmen in Tagen
Fachklinik St. Marienstift – Dammer Berge	152	93,3	184	87,5	169	87,1	159	90,0	147	92,6	153	82,0
Fachklinik Oldenburger Land – Abt. Otener Straße	70	86,4	87	80,8	69	80,5	91	82,8	62	77,4	79	80,7
Fachklinik Oldenburger Land – Abteilerung „To Hus“	42	97,6	68	91,3	42	88,1	48	94,5	49	100,0	75	90,9

Fachklinik Freiherr von Lepel	38	90,8	16	102,0	24	90,8	27	86,2	32	94,6	21	104,1
St. Vitus-Stift	12	106,9	13	106,9	18	99,5	25	110,2	30	92,2	21	95,5
Fachklinik Fredeburg	92	92,8	87	86,7	97	90,7	78	94,1	88	88,2	63	78,8
Klinikum Bremen-Ost <sup>2</sup>	62	60,4	58	64,5	65	67,9	50	63,0	82	63,5	64	76,2
Fachklinik Bad Tönningstein	2	64,0	2	57,0	1	36,0	2	57,0	-	-	-	-
Paracelsus-Berghofklinik	9	112,2	12	96,7	5	99,2	22	105,3	14	112,1	10	82,9
Paracelsus-Wiehen-gebirgsklinik	-	-	10	89,7	17	97,9	14	102,5	6	105,0	8	91,7
Fachklinik Wiggertshöhe	15	89,0	12	89,2	3	106,6	7	94,7	6	66,0	3	99,0
Haus Niedersachsen I	6	85,0	4	80,0	5	84,6	-	-	-	-	-	-
Haus Niedersachsen II	0	84,0	1	-	4	94,3	3	72,5	-	-	-	-
Dietrich-Ronhöffer-Klinik	1	-	1	183,0	1	113,0	3	90,0	3	127,8	1	182
Bernhard-Salzmann-Klinik	6	45,8	1	114,3	1	-	1	96,5	3	112,0	1	48,0
Fachklinik Richelsdorf	23	66,5	11	77,1	12	70,5	12	87,9	2	86,7	5	94,8
Sonstige	46	93,4	32	98,4	47	-	61	-	55	91,8	42	76,9
<b>Gesamtzahlen aller Kliniken</b>	<b>576</b>	<b>87,7</b>	<b>600</b>	<b>88,37</b>	<b>580</b>	<b>87,2</b>	<b>605</b>	<b>89,4</b>	<b>576</b>	<b>88,7</b>	<b>546</b>	<b>85,0</b>

Tab. 3: Zuweisungen in stationäre Entwöhnungsheilbehandlungen<sup>3</sup> wegen Alkoholabhängigkeit

- 1 Seit dem Jahr 2005 firmiert das Fachkrankenhaus Moorpenion unter dem Namen Fachklinik Freiherr von Lepel.
- 2 Seit 1. Januar 2004 firmiert das ZKH Bremen-Ost – Klinik Sebaldsbrück unter dem Namen Klinikum Bremen-Ost gGmbH.
- 3 Ganztägig ambulante Behandlungen sind in den Zahlen nicht enthalten.

Im Vergleich zum Vorjahreszeitraum kam es 2005 zu einer Abnahme von 5,2 % der Zuweisungen in stationäre Entwöhnungsbehandlungen.

Bei den Zuweisungen in ambulante Entwöhnungsbehandlungen wegen Alkoholabhängigkeit stellt sich die Entwicklung wie nachstehend abgebildet dar:

	Vor	EVS	Während	EVS I	Während	EVS I	Während	EVS I & II	Während EVS-II <sup>1</sup>	Während	EVS II
	Zuweisungen im Berichtszeitraum 2000	Durchschnittl. Dauer der Maßnahmen in Tagen	Zuweisungen im Berichtszeitraum 2001	Durchschnittl. Dauer der Maßnahmen in Tagen	Zuweisungen im Berichtszeitraum 2002	Durchschnittl. Dauer der Maßnahmen in Tagen	Zuweisungen im Berichtszeitraum 2003	Durchschnittl. Dauer der Maßnahmen in Tagen	Zuweisungen im Berichtszeitraum 2004	Zuweisungen im Berichtszeitraum 2005	Durchschnittl. Behandlungstage
Ambulante Rehabilitations-einrichtung											
Fachstelle Sucht im Landkreis Oldenburg, Wildeshausen (DW)	14	267,5	9	286,2	5	334,0	7	225,0	6	11	16,6
Fachstelle Sucht im Landkreis Cloppenburg	22	260,4	14	224,9	4	294,6	7	210,1	9	20	16,0
Fachstelle Sucht in der Stadt Oldenburg (DW)	39	137,1	12	235,4	18	415,3	9	347,9	14	29	25,4
Fachstelle Sucht im Landkreis Ammerland, Bad Zwischenahn (DW)	21	133,5	9	185,6	2	350,1	1	336,7	10	11	34,9

1 Ab 1.01.2004 wurden in der Spalte „Behandlungsdauer“ die Behandlungstage dokumentiert (vor Behandlungsdauer!). Da im Jahr 2004 teilweise beide Verschlüsselungsmöglichkeiten genutzt wurden, sind für diesen Berichtszeitraum keine auswertbaren Zahlen vorhanden.

Suchtberatung und -behandlung Friesland, Varel	12	229,4	9	282,6	8	355,6	5	328,0	6	14	40,0
Ge-on-Team Bremen <sup>2</sup>	32	218,3	43	195,3	39	233,5	31	249,4	29	22	61,4
Fachstelle Sucht in der Stadt Wilhelmshaven (DW)	17	223,5	15	226,1	13	212,6	5	128,9	1	16	32,6
Fachstelle Sucht Vechta	12	194,5	11	203,6	11	266,7	10	178,9	12	19	22,5
Behandlungszentrum Bremen Nord <sup>3</sup>	5	43,5	9	204,6	5	134,6	7	224,5	8	11	19,4
AWO-Suchtberatungsraum Bremerhaven	11	174,0	26	138,8	29	175,1	21	179,8	34	16	35,9
Fachstelle Sucht im Landkreis Wesermarsch, Nordenham (DW)	9	186,6	11	353,3	11	352,3	4	275,5	3	3	58,3

- 2 Die seit 1993 firmierte vbs-Team gGmbH ging im Jahr 2002 in die Ge-on Team gGmbH über.
- 3 Der Senator für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales des Landes Bremen hat die Aufgaben des Sozialpsychiatrischen Dienstes per 1. Oktober 2003 entsprechend dem Bremischen Gesundheitsgesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten (PsychKG) und dem Gesetz über den Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGDG) sowie die erforderlichen Mittel mit Ausnahme der Medizinischen Ambulanz für Drogenabhängige, der Kinder- und Jugendpsychiatrischen Beratungsstelle und der Steuerungsstelle Psychiatrie an das ZKH Bremen-Ost übertragen. Dieses unterhält künftig so genannte Behandlungszentren in den Stadtteilen Nord, West, Mitte, Süd und Ost. Gleichzeitig wurde mit dem 1. Januar 2004 die regionale psychiatrische Versorgung für den Stadtteil Nord auf das nun organisatorisch selbständige ZKH Bremen-Nord bzw. das Behandlungszentrum Bremen-Nord übertragen. Per 1. Januar 2004 firmierten das ZKH Bremen-Ost und das ZKH Bremen-Nord in das Klinikum Bremen-Ost gGmbH und das Klinikum Bremen-Nord gGmbH um. Die Ambulanzen werden seit dem als Behandlungszentren West, Mitte, Süd, Ost und Nord bezeichnet.

Beratungs- und Behandlungsstel- le im Landkreis Wesermarsch, Brake (DW)	15	351,2	11	210,3	9	356,9	8	335,7	14	16	22,8
Fachstelle Sucht Delmenhorst	4	370,4	6	332,0	5	324,2	10	440,0	12	1	72,8
Behandlungs- zentrum Bremen West	10	196,3	10	210,0	12	176,1	2	180,8	12	6	10,8
Behandlungs- zentrum Bremen Mitte	2	236,5	3	175,3	2	-	1	99,5	1	2	-
Behandlungs- zentrum Dienst Bremen Ost	4	32,0	12	185,0	6	162,7	6	184,0	15	13	16,8
Fachstelle Sucht in Esens (DW)	3	124,0	2	136,3	0	-	1	-	-	-	-
Sonstige	12	-	12	-	22	-	19	-	21	49	45,2
<b>Gesamtzahlen aller Ambulan- zen</b>	<b>244</b>	<b>208,1</b>	<b>224</b>	<b>222,5</b>	<b>201</b>	<b>259,1</b>	<b>154</b>	<b>247,7</b>	<b>207</b>	<b>243</b>	<b>34,0</b>

(vgl. LVA Oldenburg-Bremen 2000; dies 2001; dies 2002; dies 2003; dies 2004; Deutsche Rentenversicherung Oldenburg-Bremen 2005)

Tab. 4: Zuweisungen in ambulante Entwöhnungsheilbehandlungen wegen Alkoholabhängigkeit

Die Zahl der Zuweisungen in ambulante Entwöhnungsheilbehandlungen ist im Berichtsjahr 2005 im Vergleich zum Vorjahr um 17,4 % angehoben worden.

Die Zuweisungen in ambulante Nachsorge wegen Alkoholabhängigkeit hat sich bis zum Berichtsjahr 2005 wie folgt entwickelt:

	Vor	EVS	Während	EVS I	Während	EVS I	Während	EVS I	Während	EVS I & II	Während EVS I & II	Während EVS	EVS II
	Zuweisungen im Berichtszeitraum 2000	Durchschnittl. Dauer der Maßnahmen in Tagen	Zuweisungen im Berichtszeitraum 2001	Durchschnittl. Dauer der Maßnahmen in Tagen	Zuweisungen im Berichtszeitraum 2002	Durchschnittl. Dauer der Maßnahmen in Tagen	Zuweisungen im Berichtszeitraum 2003	Durchschnittl. Dauer der Maßnahmen in Tagen	Zuweisungen im Berichtszeitraum 2004	Durchschnittl. Dauer der Maßnahmen in Tagen	Zuweisungen im Berichtszeitraum 2005	Durchschnittl. Behandlungstage	
Ambulante Rehabilitationseinrichtung													
Fachstelle Sucht im Landkreis Oldenburg, Wildeshausen (DW)	8	145,6	31	135,1	15	273,8	29	240,2	21	240,2	20	20,9	
Fachstelle Sucht im Landkreis Cloppenburg	9	236,2	37	164,3	22	315,3	40	230,9	38	230,9	30	16,2	
Fachstelle Sucht in der Stadt Oldenburg (DW)	17	254,1	55	175,1	32	243,2	38	215,4	42	215,4	30	35,3	
Fachstelle Sucht im Landkreis Ammerland, Bad Zwischenahn (DW)	9	144,2	28	131,2	24	223,3	30	257,8	21	257,8	20	30,5	
Suchtberatung und -behandlung Friesland, Varel	10	233,9	27	97,6	11	180,3	23	255,4	30	255,4	13	21,5	
Geon-Team Bremen	20	150,1	4	377,0	22	182,8	50	99,0	60	99,0	30	19,6	
Fachstelle Sucht in der Stadt Wilhelmshaven (DW)	6	209,9	9	86,0	13	109,9	14	115,3	16	115,3	14	28,3	
Fachstelle Sucht Vechta	9	190,1	10	257,6	7	279,1	19	226,7	16	226,7	14	26,8	
Behandlungszentrum Bremen Nord	6	282,6	1	200,0	3	144,0	9	160,0	19	160,0	11	16,3	

AWO-Suchbe- ratungszentrum Bremerhaven	9	119,8	6	138,4	10	169,4	11	154,7	43	18	17,9
Fachstelle Sucht im Landkreis Wesermarsch, Nordenham (DW)	7	301,1	6	309,7	7	181,0	13	213,3	5	1	101
Fachstelle Sucht im Landkreis Wesermarsch, Brake (DW)	5	154,5	7	239,0	9	319,6	17	239,9	11	15	22,5
Fachstelle Sucht Delmenhorst	3	314,2	16	127,4	8	198,7	19	118,6	15	15	41,5
Behandlungs- zentrum Bremen West	3	234,0	0	71,0	2	-	9	260,0	18	9	31,0
Behandlungs- zentrum Bremen Mitte	2	91,0	-	-	1	-	5	-	5	2	-
Behandlungszen- trum Bremen Ost	5	109,7	-	-	1	149	11	155,0	18	20	15,5
Behandlungs- zentrum Bremen Süd	2	179	0	176,0	2	-	4	107,5	7	3	6,0
Fachstelle Sucht in Esens (DW)	4	129,3	3	365,0	3	226,0	6	202,3	3	9	-
Sonstige	11	-	16	-	11	-	17	-	26	30	24,1
<b>Gesamtzahlen aller Ambulan- zen</b>	<b>145</b>	<b>206,1</b>	<b>256</b>	<b>190,2</b>	<b>203</b>	<b>234,7</b>	<b>364</b>	<b>204,6</b>	<b>414</b>	<b>291</b>	<b>24,0</b>

(vgl. LVA Oldenburg-Bremen 2000; dies 2001; dies 2002; dies 2003; dies 2004)

Tab. 5: Zuweisungen in ambulante Nachsorge wegen Alkoholabhängigkeit

Die Zahl der *Zuweisungen in ambulante Nachsorgen* ist von 2004 auf 2005 um 29,7 % *gesunken*. Die Abnahme der Zuweisungen in ambulante Nachsorge steht vermutlich im Zusammenhang mit der Codierung der EVS-Maßnahmen, da EVS-Maßnahmen insgesamt und damit auch die poststationäre Weiterbehandlung den ambulanten Maßnahmen zugeordnet wurden.

Die verstärkte Zuweisung in die ambulante Reha Sucht wirkt sich auch in den *Kosten für ambulante und stationäre medizinische Rehabilitation* wegen Alkoholabhängigkeit aus. Diese verteilen sich im Mehrjahresvergleich und im *Berichtsjahr 2005* wie folgt:

Jahr	Kosten für Ambulante Reha Sucht (Alkohol)		Kosten für stationäre Entwöhnungsbehandlungen	
	Betrag in €	Anteil in %	Betrag in €	Anteil in %
<b>1998</b>	237.852,98	5,8	3.853.293,82	94,2
<b>1999</b>	358.824,13	7,7	4.325.435,14	92,3
<b>2000</b>	308.600,70	6,8	4.221.581,93	93,2
<b>2001</b>	395.571,51	8,8	4.110.040,62	91,2
<b>2002</b>	492.673,90	10,5	4.178.678,62	89,5
<b>2003</b>	441.863,37	8,9	4.524.288,02	91,1
<b>2004</b>	642.841,91	13,1	4.249.230,15	87,9
<b>2005</b>	677.807,03	14,8	3.890.245,29	85,2

(vgl. LVA Oldenburg-Bremen 1998; dies. 1999; dies. 2000; dies 2001; dies 2002; dies. 2003; dies. 2004, Deutsche Rentenversicherung Oldenburg-Bremen 2005; Liste Haushaltsüberwachung)

Tab. 6: Kosten für ambulante und stationäre medizinische Rehabilitation wegen Alkoholabhängigkeit<sup>1</sup>

Die *Kosten für Entwöhnungsheilbehandlungen aufgrund der Diagnose Alkoholabhängigkeit* liegen im Berichtszeitraum 2005 für die Versichertengemeinschaft der Deutsche Rentenversicherung Oldenburg-Bremen bei insgesamt 4.568.052,32 €. Der Anteil der *Kosten für stationäre Maßnahmen* ist im Vergleich zum Vorjahreszeitraum von 87,9 auf 85,2 % zurückgegangen. Damit wurde im Zeitraum 1998 bis 2005 der niedrigste Wert erreicht.

1 Die in der Tabelle ausgewiesenen Kosten für ambulante Leistungen schließen die Aufwendungen für ganztägig ambulante und poststationär-ambulante (Nachsorge) Leistungen ein.

Im Kontext stationärer Entwöhnungsbehandlungen sind den Kosten der Maßnahme die *Kosten für Übergangsgelder* hinzuzurechnen. Diese verteilen sich wie folgt:

<b>Jahr</b>	<b>Kosten für Übergangsgelder in €</b>
<b>1998</b>	886.444,10
<b>1999</b>	886.760,90
<b>2000</b>	922.675,05
<b>2001</b>	679.731,99
<b>2002</b>	948.437,99
<b>2003</b>	955.110,14
<b>2004</b>	896.340,09
<b>2005</b>	801.405,01

(vgl. LVA Oldenburg-Bremen 1998; dies. 1999; dies. 2000; dies 2001; dies 2002; dies. 2003; dies. 2004, Deutsche Rentenversicherung Oldenburg-Bremen 2005, Liste Haushaltsüberwachung)

Tab. 7: Kosten für Übergangsgelder im Zusammenhang mit Entwöhnungsheilbehandlungen wegen Alkoholabhängigkeit<sup>2</sup>

---

2 Die Übersicht fasst die Übergangsgelder vor, während und nach den Leistungen zur medizinischen Rehabilitation sowie zwischen den Maßnahmen zusammen.

Die Verteilung von Maßnahmen wegen Alkoholabhängigkeit in Kombination mit Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sieht wie folgt aus<sup>3</sup>:

Maßnahmeart der Bewilligung	Zeitpunkt der Bewilligung					
	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Arbeitsprobung, Berufsfindung	6	7	2	2	3	8
Arbeitsplatzumsetzung im bisherigen Betrieb	0	0	0	0	0	0
Arbeitsplatzvermittlung in einen anderen Betrieb <sup>4</sup>	27	32	31	14	42	45
technische Hilfen, Hilfsmittel, Arbeitsausrüstung	0	0	0	1	1	1
Reha-Vorbereitungslehrgang	1	9	3	3	5	6
außerbetriebliche Umschulung <sup>5</sup>	1	1	1	0	3	2
außerbetriebliche Ausbildung <sup>6</sup>	2	12	8	4	13	13
berufliche Integration	7	11	7	5	9	15
Werkstatt für Behinderte	0	2	1	2	7	8
Eingliederungshilfen	3	3	4	5	4	0
<b>Maßnahmen gesamt</b>	<b>47</b>	<b>77</b>	<b>57</b>	<b>36</b>	<b>87</b>	<b>98</b>
<b>Maßnahmen gesamt in Prozent</b>	<b>4,3</b>	<b>6,7</b>	<b>14,9</b>	<b>3,9</b>	<b>9,7</b>	<b>-</b>

(vgl. LVA Oldenburg-Bremen 1999; dies. 2000; dies 2001; dies 2002; dies. 2003; dies. 2004)

Tab. 8: Maßnahmen wegen Alkoholabhängigkeit und Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben<sup>7</sup>

Die nachstehende Tabelle gibt einen Überblick über die *Rentenbewilligungen nach Abschluss einer Maßnahme wegen Alkoholabhängigkeit*<sup>8</sup>:

- 
- 3 Zum Berichtsjahr 2005 konnten hierzu keine Auswertungen erstellt werden.
  - 4 In der „Sonderauswertung der Verbindungsstelle zur Fortschreibung für das Berichtsjahr 2003“ wurde diese Maßnahme mit „Arbeitsplatzumsetzung in einen anderen Betrieb“ bezeichnet.
  - 5 In der „Sonderauswertung der Verbindungsstelle zur Fortschreibung für das Berichtsjahr 2003“ wurde diese Maßnahme mit „berufliche Anpassung“ bezeichnet.
  - 6 In der „Sonderauswertung der Verbindungsstelle zur Fortschreibung für das Berichtsjahr 2003“ wurde diese Maßnahme mit „berufliche Ausbildung, Weiterbildung“ bezeichnet.
  - 7 Die Prozentwerte beziehen sich auf die abgeschlossenen Entwöhnungsbehandlungen des jeweiligen Jahres, die im Berichtszeitraum regulär beendet haben. Der Wert für 2002 ist nur bedingt aussagekräftig, da bei einer erheblichen Anzahl der in diesem Jahr abgeschlossenen Entwöhnungsbehandlungen nicht bis zum 31.12.2002 über nachgehende Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben entschieden werden konnte.
  - 8 Zum Berichtsjahr 2005 konnten hierzu keine Auswertungen erstellt werden.

Jahr der Rentenbewilligung	Berufsunfähigkeitsrente/ Rente wg. teilw. EM		Erwerbsunfähigkeits-Rente/ Rente wg. voller EM				Renten gesamt	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	gesamt	%
	1999	1	0	3	0	4	0	4
2000	10	0	34	4	44	4	48	4,2
2001	5	1	32	7	37	8	45	5,3
2002	11	0	48	5	59	5	64	6,9
2003	24	0	76	7	100	7	107	11,9
2004	<b>20</b>	<b>2</b>	<b>115</b>	<b>10</b>	<b>135</b>	<b>12</b>	<b>147</b>	-

(vgl. LVA Oldenburg-Bremen 1999; dies. 2000; dies 2001; dies 2002; dies. 2003; dies. 2004)

Tab. 9: Maßnahmen wegen Alkoholabhängigkeit und Rentengewährung<sup>9</sup>

Im Berichtszeitraum 2004 gab es mit insgesamt 147 Fällen nach 2003 einen weiteren deutlichen *Anstieg der bewilligten Renten* nach einer zuvor gewährten Maßnahme wegen Alkoholabhängigkeit.

## 4.2 EVS-Controlling

Im Rahmen der erfolgreichen Einführung der EVS als Regelbehandlung in der Zuständigkeit der Deutschen Rentenversicherung Oldenburg-Bremen (2003–2004), wies die wissenschaftliche Begleitung darauf hin, dass aufgrund der *Gesamtverantwortung der Deutschen Rentenversicherung Oldenburg-Bremen* die Entwicklungen in EVS zeitnah zu analysieren und transparent zu machen sind (vgl. Tielking/Ratzke 2004: 166). Hierzu sind *konkrete Daten* notwendig, wie z. B.

- zur Antragsentwicklung,
- zu beantragten und bewilligten Behandlungsvarianten,
- zur Zuordnung von ambulanten Maßnahmen auf Kliniken,
- zur Zuordnung von stationären Maßnahmen auf Kliniken,
- zu stationären Aufnahmen,

<sup>9</sup> Die Prozentwerte beziehen sich auf die abgeschlossenen Entwöhnungsbehandlungen des jeweiligen Jahres.

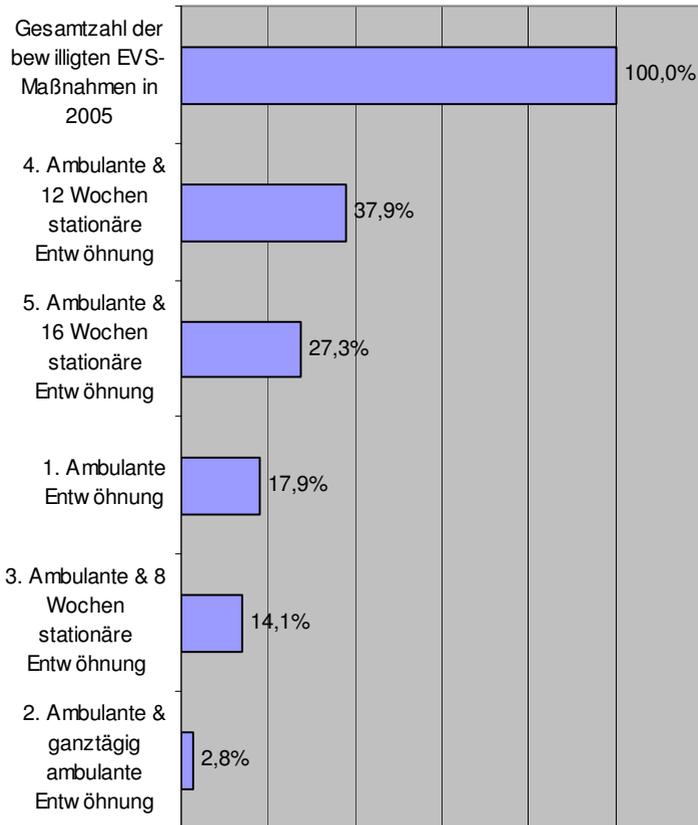
- zu persönlichen Übergabegesprächen,
- zur Dauer der Maßnahmen.

Vor diesem Hintergrund wurde ein *Monitoring* – dies wird auch als *EVS-Controlling* bezeichnet – entwickelt und im Hause der Deutschen Rentenversicherung Oldenburg-Bremen mit *Beginn des Jahres 2005* implementiert. Das Grundsatzreferat der Deutschen Rentenversicherung Oldenburg-Bremen erhält seitdem monatliche Nachweise über das Antragsgeschehen in den EVS-Kombi-Therapien. Jeweils dem Bewilligungsmonat zugeordnet werden folgende Angaben abgebildet:

- a) Anzahl der Maßnahmen
- b) Verteilung auf die Fachstellen Sucht und die Fachkliniken
- c) Angabe der bewilligten Gesamtbehandlungsdauer
- d) Angabe der bewilligten Behandlungsdauer unter Zuordnung auf die Durchführungsart ambulant, ganztägig ambulant und stationär (= Behandlungsvariante)
- e) Durchführungsart ambulante, ganztägig ambulante und stationäre Leistungen
- f) Schlüsselzahl der Behandlungsstätten (ambulant, stationär)

Für den *Berichtszeitraum 2005* sind die folgenden EVS-Verfahren bewilligt worden:

**Bewilligung von EVS-Behandlungsvarianten  
im Jahr 2005 (n = 396)**



(vgl. Deutsche Rentenversicherung Oldenburg-Bremen 2005: Überprüfung des aktuellen Bewilligungsverfahrens im Berichtsjahr 2005)

Abb. 3: Die EVS-Behandlungsvarianten im EVS-Bewilligungsverfahren im Berichtsjahr 2005

Die in der Abbildung dargestellte *prozentuale Verteilung der insgesamt 396 EVS-Maßnahmen im Berichtsjahr 2005* verteilt sich auf die Bewilligungen bezogen absolut und relativ wie folgt:

Berichtsjahr 2005	Behandlungsvariante/ Häufigkeiten absolut/in %												
	in Monaten	Jan.	Feb.	März	Apr.	Mai	Juni	Juli	Aug.	Sept.	Okt.	Nov.	Dez.
1. Ambulante Entwöhnung	2/ 6,1	11/ 31,4	9/ 22,5	5/ 15,6	2/ 8,3	7/ 21,2	3/ 10,7	12/ 30,8	3/ 16,7	7/ 21,2	6/ 25,0	4/ 10,8	71/ 17,9
2. Ambulante & ganzzeitig ambulante Entwöhnung	0/ 0,0	0/ 0,0	0/ 0,0	0/ 0,0	0/ 0,0	3/ 9,1	0/ 0,0	0/ 0,0	1/ 5,6	4/ 12,1	1/ 4,2	2/ 5,4	11/ 2,8
3. Ambulante & 8 Wochen stationäre Entwöhnung	5/ 15,2	5/ 14,3	4/ 10,0	4/ 12,5	5/ 20,8	10/ 30,3	6/ 21,4	6/ 15,4	3/ 16,7	3/ 9,1	2/ 8,3	3/ 8,1	56/ 14,1
4. Ambulante & 12 Wochen stationäre Entwöhnung	11/ 33,3	8/ 22,9	14/ 35,0	14/ 43,8	12/ 50,0	12/ 36,4	14/ 50,0	17/ 43,6	8/ 44,4	11/ 33,3	7/ 29,2	12/ 32,4	150/ 37,9
5. Ambulante & 16 Wochen stationäre Entwöhnung	15/ 45,5	11/ 31,4	13/ 32,5	9/ 28,1	5/ 20,8	1/ 3,0	5/ 17,9	4/ 10,3	3/ 16,7	8/ 24,2	8/ 33,3	16/ 43,2	108/ 27,3
Gesamtzahl der bewilligten Maßnahmen	33/ 100	35/ 100	40/ 100	32/ 100	24/ 100	33/ 100	28/ 100	39/ 100	18/ 100	33/ 100	24/ 100	37/ 100	396/ 100

(vgl. Deutsche Rentenversicherung Oldenburg-Bremen 2005: Überprüfung des aktuellen Bewilligungsverfahrens im Berichtsjahr 2005)

Tab. 10: Die EVS-Behandlungsvarianten im EVS-Bewilligungsverfahren im Berichtsjahr 2005

Die mit Abstand *am häufigsten bewilligte Behandlungsvariante ist die „ambulante und 12 Wochen stationäre Entwöhnung“ mit 37,9 % (N = 396)*. Dieses Ergebnis weicht von den Ergebnissen aus der Modellphase der EVS ab; hier waren die Behandlungsvarianten „ambulant“ (42 %) und „ambulant und bis 16 Wochen stationäre Entwöhnung“ (32 %; N = 221) am häufigsten. Die in der EVS-Modellphase ermittelte tatsächliche stationäre Behandlungszeit lag bei durchschnittlich 12,3 Wochen. (vgl. Tielking/Kuß 2003: 190 f.) und kommt damit der in 2005 am häufigsten bewilligten Behandlungsvariante nahe. In diesem Zusammenhang ist zu empfehlen, die *tatsächliche Inanspruchnahme der bewilligten Behandlungsvarianten zu analysieren*, sobald die Daten vorliegen, um weitere Details zur Kostenentwicklung zu beleuchten.

Der Deutschen Rentenversicherung Oldenburg-Bremen sind über die abgebildeten Daten hinaus die Versicherungsnummern und die Häuserschlüssel bekannt, so dass Einzelfälle in Verbindung mit der Behandlungsstätte nachvollzogen werden können.

Anhand der Daten kann monatlich geklärt werden, wie

- sich die Verteilung der EVS-Behandlungsvarianten insgesamt darstellt,
- wie sich die bewilligten EVS-Behandlungsvarianten auf die beteiligten Fachstellen verteilen,
- welche stationären Einrichtungen von den Fachstellen einbezogen werden.

Kommt es zu Auffälligkeiten im Antrags- und Bewilligungsverhalten der Fachstellen Sucht (z. B. häufiges Beantragen einer Behandlungsvariante, einseitige Einbeziehung von Kliniken), werden diese kurzfristig direkt mit den AntragstellerInnen erörtert oder als Beispielfall im QZ vorgestellt.

Die Deutsche Rentenversicherung Oldenburg-Bremen besitzt somit ein Controlling-Instrument, mit dem eine kontinuierliche Beobachtung der Entwicklung im Antrags- und Behandlungsgeschehen sowie die zeitnahe Reaktion auf mögliche Fehlentwicklungen oder Auffälligkeiten möglich sind. Für die Zukunft sollte das Controllingverfahren weiter automatisiert werden, um die Arbeitsbelastung der zuständigen MitarbeiterInnen so gering wie möglich zu halten.

### **4.3 Sonderauswertungen zum Erfolg und Verlauf der EVS-Maßnahmen**

In Zusammenarbeit mit der EDV-Abteilung/Verbindungsstelle Statistik wurden durch die Deutsche Rentenversicherung Oldenburg-Bremen geleistete EVS-Maßnahmen mit Blick auf Verlauf und Erfolg der Maßnahmen für die einzelnen Versicherten untersucht.

Die spezifischen Erfordernisse der Datenverarbeitung einer Rentenversicherung und insbesondere der Umgang mit Statistiken aus Großrechnerdaten entsprechen dabei kaum den Anforderungen, wie sie im Rahmen der GÖ-Studie notwendig wären. Als Stichwort sei an dieser Stelle das „Container-Konzept“ angemerkt, bei dem zur Zusammenstellung oder Erzeugung bestimmter Datensätze unterschiedliche Container angesprochen werden. Diese Form der Datenverarbeitung führt gleichzeitig dazu, dass im Verlauf der Jahre verschiedene Formen der Verschlüsselung existieren, durch die die Vergleichbarkeit der Daten erschwert wird.

Vor diesem Hintergrund wurde schnell klar, dass den spezifischen Fragestellungen der GÖ-Studie nur mittels Sonderauswertungsprogrammen zu begegnen sein würde.

Um diese Sonderauswertungen in einem zeitlich und forschungsökonomisch vertretbaren Rahmen durchzuführen, wurde zwischen der Projektgruppe der Universität Oldenburg und der Deutschen Rentenversicherung Oldenburg-Bremen folgende grundsätzliche Herangehensweise abgestimmt:

1. Die zu erwartenden Ergebnisse der Sonderauswertungen zur EVS-Behandlung müssen mit Ergebnissen üblicher Entwöhnungsbehandlungen verglichen werden.
2. Als Vergleichsgruppe wurden Versicherte, die eine „herkömmliche“ stationäre oder ambulante Maßnahme aufgrund der Hauptdiagnose Alkoholabhängigkeit erhalten haben, in die Auswertungen einbezogen.
3. Die Angaben zum Rehabilitationserfolg (Status-Abfrage) und zum Verlauf der Reha-Maßnahme werden aus zwei getrennten Datenbasen – dem RSD-Datensatz und den Jahresmeldungen der Sozialversicherungen – ermittelt und können bezogen auf den individuellen Fall nicht zusammengeführt werden. Die Ergebnisse der Status-Abfragen können daher nur aggregiert dargestellt werden.

Die Auswertungen sollten sich auf die Referenzjahre der EVS-Modellphase 2001, 2002 und 2003 beziehen: Im Jahr 2001 wurden erste EVS-Maßnahmen im Rahmen der Studie durchgeführt, für das Jahr 2002 war die EVS-Antragstellung für die im EVS-Verbund kooperierenden Einrichtungen gegeben, ab Juli 2003 wurde EVS zur Regelbehandlung und der Verbund wurde von 7 auf zunächst 23 Einrichtungen ausgeweitet.

Insgesamt sei an dieser Stelle auf den großen Aufwand hingewiesen, der sich aufgrund der Anforderungen der GÖ-Studie für die Datenverarbeitung der Deutschen Rentenversicherung Oldenburg-Bremen ergab und durch die MitarbeiterInnen zu leisten war. Den MitarbeiterInnen der EDV-Abteilung/Verbindungsstelle Statistik und insbesondere Herrn Brandes wird für ihre Kooperation ausdrücklich gedankt.

#### *4.3.1 Möglichkeiten und Grenzen der Auswertung von Routinestatistiken vor dem Hintergrund kombinierter Maßnahmen*

Im Folgenden werden relevante Maßnahmen zur Erstellung der Auswertungen genannt. Ihre Darstellung ist notwendig, um eine verkürzte Diskussion der Ergebnisse und im weiteren Verlauf damit zusammenhängende irreführende Schlüsse zu vermeiden.

Der Frage nach der *Nachhaltigkeit des Therapieerfolges* nach Abschluss der Kombi-Therapie konnte für die Berichtsjahre 2002 und 2003 mittels der *Statusabfragen* nachgegangen werden. Die AG Devianz und die Projektbeauftragten der Deutschen Rentenversicherung Oldenburg-Bremen vereinbarten, jeweils zu einem Stichtag eine Statusfeststellung zu Versicherten, die eine EVS-Maßnahme durchliefen, sowie Versicherten, die eine übliche stationäre oder ambulante Rehabilitationsmaßnahme absolvierten, durchzuführen. Als Stichtag wurde jeweils der *31.12. im Jahr nach Abschluss* der Entwöhnungsmaßnahme gewählt. D.h., die Statusangabe zum einzelnen Versicherten variiert hinsichtlich des verstrichenen Zeitraums seit der Reha-Maßnahme zwischen 12 und 23 Monaten: Das Reha-Ende im Januar 2001 führt ebenso wie das Reha-Ende im Dezember 2001 zur Statuserhebung am 31.12.2002. Der Zeitraum zwischen dem Ende der Rehabilitationsmaßnahme und der Statusfeststellung fällt also unterschiedlich lang aus und verschleiert ggf. Entwicklungen, die sich im Verlauf der Zeit ereignen konnten.

In diesem Kontext ist anzumerken, dass Stichtagsangaben eine allgemein übliche Form der Darstellung sind, auch wenn diese stets das Dilemma in sich bergen, dass bereits erfolgte Statuswechsel unerkannt bleiben und Entwicklungen nicht zu beschreiben sind. Da individuelle Statusabfragen aufgrund forschungsökonomischer Restriktionen durch die Deutsche Rentenversicherung Oldenburg-Bremen genauso wie durch die Projektgruppe nicht zu leisten waren, stellen die in Kapitel 4.3.3 wiedergegeben Auswertungen die einzig mögliche Alternative dar, sich den EVS-Erfolgen in diesem Bereich zu nähern.

Ein Vergleich der Statusangaben vor und nach der Leistungserbringung durch die Deutsche Rentenversicherung Oldenburg-Bremen wurde, obgleich erstrebenswert, nicht realisiert. Die entsprechenden Fälle der Statusabfrage konnten nicht mit den einschlägigen Versichertenkonten, die zur Analyse der Verläufe der Reha-Maßnahmen herangezogen wurden, verknüpft werden. Soweit möglich und sinnvoll wurde zur Einordnung der Ergebnisse auf bundesweit vorliegende Studien verwiesen.

Zu begründen ist dies mit dem für die Erstellung der Datensätze konstitutiven Bedingungen. Reha-Verlaufsdaten und Erfolgsmerkmale der entsprechenden Versicherten liegen den Rentenversicherungen vor, allerdings nicht in einer Form, die es ohne weiteres möglich macht, sie teilgruppenspezifisch – z.B. Kombi-Patienten bestimmter Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation gegenüber rein stationären Rehabilitanden aus den selben Einrichtungen –

darzustellen und zu analysieren. Stattdessen wurde eine aufwendige Einzelfallprüfung durchgeführt, in der auf verschiedene Datenpools zurückgegriffen werden musste. Die für die EVS- und Nicht-EVS-Stichprobe einschlägigen Fälle konnten demnach nur durch ein spezifisches Filterverfahren aus dem Gesamtdatenbestand der Rentenversicherung ermittelt werden. Vor diesem Hintergrund wird deutlich, dass diese Aufgabe – schon allein aufgrund datenschutzrechtlicher Belange – nicht durch die Forschungsgruppe zu leisten war. Vielmehr mussten hier fachkundige Dienste der Deutschen Rentenversicherung Oldenburg-Bremen Sonderwege und -aufgaben bestreiten, in Teilen auch Rücksprachen mit der Deutschen Rentenversicherung Bund (vormals VDR) gehalten werden, um den Anliegen der Studie entgegen zu kommen. Die Verknüpfung der Daten aus der Statusabfrage und der Verlaufsabfrage konnte nicht realisiert werden, da es dazu einer manuellen, am einzelnen Versicherten orientierten Zusammenführung der Daten bedurft hätte, die insbesondere perspektivisch – mit Blick auf zukünftige Verfahrensoptimierungen – keinen Erkenntnisgewinn erwarten ließ.

Um bspw. Kausalitäten oder Zusammenhänge der Durchführung von Reha-Maßnahmen und ihrer Effekte eindeutig bestimmen zu können, müssten rechnergestützte Verfahren zur Integration der im Grunde vorliegenden Daten eingerichtet werden. Dazu wären spezifische Programme unerlässlich, die diese Arbeitsschritte automatisiert erledigen können. Die Chancen, über solche Verfahrensweisen kontinuierlich und evidenzbasiert Erkenntnisse gewinnen zu können, dürften außerordentlich gut sein, da Vollerhebungen und -auswertungen zu den einschlägigen Reha-PatientInnen hinreichend große Fallzahlen böten und alle interessierenden Angaben enthielten.

Mit den Stichproben aus dem *RSD-Datensatz* wurden der Projektgruppe umfangreiche Materialien zur Analyse der *individuellen Reha-Verläufe* ausgehändigt. Die Datensätze enthalten Reha-Verlaufsdaten derjenigen Versicherten, die im Jahr 2002 eine Entwöhnungsbehandlung wegen Alkoholabhängigkeit in Zuständigkeit der Deutschen Rentenversicherung Oldenburg-Bremen absolviert haben.

Der eigentlichen Untersuchung der Reha-Verläufe gingen aufwendige Arbeiten an der Datenstruktur voran: Die im *ascii*-Format an die Projektgruppe übergebenen Großrechnerdaten mussten umfangreich umstrukturiert werden, um für Arbeiten am PC und statistische Auswertungen (Kontingenz- und Frequenzanalysen) mit der Software *Statistical Product and Service Solution* (SPSS) durchführen zu können. Unter Zuhilfenahme des *RSD-Datensatzs*-

schlüssels mussten den vorliegenden Rohdaten wieder Trennwerte zugefügt werden, um die Daten in den einzelnen Feldern betrachten zu können. Die Syntax oder Datensatzbauweise musste manuell geschrieben werden und war aufgrund der zum Teil sehr langen Datensätze – bei einigen Versicherten waren bis zu 13 Maßnahmen verschlüsselt – sehr aufwendig. Aus dieser Vielzahl der im Datensatz enthaltenen Angaben und Maßnahmen zu einem Versichertenverlauf mussten dann die für die Belange der GÖ-Studie einschlägigen Daten gefiltert und in ihrer Darstellungsweise verändert werden, um rechnergestützte Auswertungen durchführen zu können: Datumsangaben bspw. lagen noch nicht in einer für SPSS verwertbaren Form vor, Geldbeträge waren, wie z.B. beim „Übergangsgeld während der Leistung“, mit weiteren Informationen in ein Feld gefasst oder enthielten laut Datensatzbeschreibung Dezimalstellen, die allerdings in den Daten selbst nicht ersichtlich waren, und mussten deshalb separiert werden. Soweit möglich wurden automatisierte Umkodierverfahren gewählt, um die Lesbarkeit der Daten zu erreichen, teilweise musste aber auch hier manuell Fall für Fall umgewandelt werden.

Hingewiesen sei an dieser Stelle insbesondere auf die methodische Herleitung der EVS-Fälle: Die im Versichertenkonto verzeichneten Maßnahmen mussten durch ein aufwendiges Einzelprüfverfahren als zusammengehörende Kombi-Behandlung bestimmt werden. Dabei führte der Nachweis eines ambulanten und eines stationären Moduls in den EVS-Modelleinrichtungen während eines etwa 52 Wochen langen Zeitraumes zur Einordnung in die EVS-Stichprobe. Dabei ist nicht vollständig auszuschließen, dass in der EVS-Stichprobe in Einzelfällen auch eine „herkömmliche“ stationäre Behandlung plus ambulante Nachsorge enthalten ist. Die gewählte Vorgehensweise besitzt dennoch Plausibilität: In der Mehrheit der Fälle begründet sich die Einordnung durch ein gemeinsames, gleiches Antragsdatum für die zusammengehörenden Maßnahmen. Nur in Ausnahmefällen, die sich auch mit den Unwägbarkeiten der Startphase in EVS erklären lassen, lag dieses nicht vor und der EVS-Fall wurde allein über die Dauer Gesamtbehandlung in den EVS-Modelleinrichtungen ermittelt.

Weiterhin mussten im Interesse der Beurteilung der EVS-Kombi-Maßnahmen für jeden Fall einzeln neue Felder eingerichtet bzw. berechnet werden: Aussagen zur Dauer der Indikationsphase oder aber der poststationären ambulanten Rehabilitation im Anschluss an die stationäre Behandlung wurden erst durch Rechenprozeduren mittels der Angaben zu Reha-Beginn und Reha-

Ende Fall möglich. Es musste für jeden Einzelfall geprüft werden, in welcher der in den Versicherungskonten aufgebauten Maßnahmen (ambulant oder (teil-) stationär) das tatsächliche Ende der EVS-Maßnahme lag. Die spezifische Formatierung der Datumsangaben (ohne Trennzeichen) in den Rohdaten (vgl. dazu Feldbeschreibungen in den RSD-Datensatzbeschreibungen) lies keine Automatisierung dieser Prozedur zu.

Sofern es eine ambulante Reha-Eingangsphase vor dem stationären Modul gab, konnte die Dauer dieser und auch der poststationären ambulanten Weiterbehandlung unter Bezugnahme auf die stationären Entlassungsdaten berechnet werden, d.h. die im Versichertenkonto erfasste ambulante Maßnahme wurde durch die zeitlich darin liegende stationäre Maßnahme in die Phase der Indikations- und poststationären Behandlung geteilt.

Die Bestimmung dieser Angaben ist allerdings mit einem Unsicherheitsfaktor belastet. Bei den Fällen mit ungleichem Antragsdatum weisen die seitens der Sachbearbeitung verschlüsselten Angaben zum Reha-Beginn und -Ende teilweise größere zeitliche Lücken auf; nicht bei jedem stationären Ende folgte die ambulante Fortsetzung der EVS unmittelbar und ohne Zeitverzug. Sofern solche Phasen in den Daten ersichtlich waren, wurden sie herausgerechnet. Unterstellt man allerdings, dass auch bei Fällen mit gleichem Antragsdatum die Wechsel nicht immer nahtlos, sprich von einem Tag auf den anderen, erfolgen, so konnten diese nicht berücksichtigt oder herausgerechnet werden, da sie aufgrund der Datenanlage nicht ersichtlich waren.

Grundsätzlich ist zu sagen, dass dieses Vorgehen gewählt wurde, da für die kombinierten Behandlungen der EVS keine gesonderten Verschlüsselungsverfahren bzw. Identifizierungsmöglichkeiten zur Verfügung standen. Auf diesen Umstand wurde allerdings bereits im Verlauf der GÖ-Studie reagiert, indem ein neuer Häuserschlüssel eingeführt wurde. Mittels dieser Verschlüsselungsoption ist es der Deutschen Rentenversicherung Oldenburg-Bremen inzwischen möglich, EVS-Maßnahmen auf einfache Weise zu erkennen (vgl. dazu die Ausführungen zum EVS-Controlling, welches auf diese Neuerungen bereits zurückgreift (vgl. Kapitel 4.2)). Wichtige Schritte zur Dokumentation der medizinischen Rehabilitation in Form kombinierter Behandlungen sind somit in der Deutschen Rentenversicherung Oldenburg-Bremen eingeleitet bzw. umgesetzt worden. Für die Untersuchung des Verlaufes der EVS-Maßnahmen im Vergleich zu „üblichen“ Maßnahmen der Alkoholentwöhnung konnte das Controlling- Instrument allerdings nicht verwendet werden: Zum einen wurde es erst während der Laufzeit der Studie eingeführt, zum anderen

mussten die Auswertungen auf einer gemeinsamen und einheitlichen Datenbasis basieren, um Vergleiche mit „herkömmlichen“ Maßnahmen der Alkoholentwöhnung und deren Verlauf und Erfolg anstellen zu können.

Eine weitere Schwierigkeit für die Bewertung der EVS-Maßnahme auf Basis der Standardstatistiken stellen die Angaben zur Entlassungsform dar. Im Datensatz sind je verschlüsselter Maßnahme auch Angaben zur Art des Behandlungsendes erfasst. Diese ist jedoch für die stationäre Behandlung im Rahmen der EVS nur begrenzt aussagekräftig: Eine irreguläre Beendigung des stationären Settings muss nicht zwangsläufig das Ende der EVS-Maßnahme bedeuten. Seitens des Leistungsträgers wurde eine zeitnahe Aufnahme ambulanter Reha als Fortsetzung der Behandlung akzeptiert und insofern nicht als Therapieabbruch gewertet. Ob die Reha-Maßnahme jedoch tatsächlich ambulant fortgesetzt wurde, konnte nicht geprüft werden, wenn bspw. kein gemeinsames Antragsdatum für die beiden Maßnahmen in der Statistik erfasst wurde bzw. die Abschnitte „Indikationsphase“ und „poststationäre Reha“ gemeinsam in der ambulanten Maßnahme im Konto enthalten waren und einen potentiell 52-Wochen langen Korridor ausmachten.

An dieser Stelle ist anzumerken, dass die Verschlüsselung von Kombi-Maßnahmen ein die Datenverarbeitung der Suchthilfe allgemein betreffendes Problem darstellt. Als Thema für Optimierungsinitiativen stellt sich die statistische Verarbeitung von kombinierten Reha-Verfahren sowohl den Leistungsträgern als auch den Leistungserbringern, in deren Standarddokumentationen oder Patientenverwaltungssystemen kombinierte Maßnahmen ebenfalls Berücksichtigung finden sollten.

Eine besondere Herausforderung stellte die Identifikation des „Fundortes“ der je Fall relevanten Reha-Maßnahme(n) innerhalb des im RSD-Datensatz wiedergegebenen Versichertenkontos dar. Für die in die Auswertung einzubeziehenden Angaben musste zunächst die Stelle in den Reha-Verlaufsdaten ermittelt werden, an der die einschlägige(n) Maßnahmen abgelegt waren. Zunächst konnte die Zahl der Maßnahmen durch ein Filterverfahren der Reha-Leistungen, die nicht im Untersuchungsjahr 2002 stattfanden und keine Entwöhnungsmaßnahmen wegen Alkoholabhängigkeit darstellten, reduziert werden. Die je Fall zu berücksichtigte Stelle und die dazugehörigen Felder des Versichertenkontos mussten dann umbenannt werden, damit einheitliche Variablenbeschreibungen bzw. Spaltenbezeichnungen für den gesamten Datensatz vorliegen: Bspw. mussten für den Fall x die Felder der 2. Maß-

nahme, für den Fall y die der 4. Maßnahme für die Auswertungen herangezogen und mit einheitlichen Variablenbezeichnungen versehen werden.

Für die Interpretation der Auswertungen bedarf es insgesamt auch einer Erläuterung zur Verschlüsselung der ambulanten Maßnahmen. Da die Identifikation von Kombi-Fällen nur über das Vorhandensein einer ambulanten und stationären Maßnahme zu leisten war, sind in der EVS-Stichprobe keine rein ambulanten Maßnahmen, für die eine EVS-Kombi-Behandlung beantragt wurde, enthalten. Die Verschlüsselung der ambulanten Maßnahmen ist auch im Fall der Nicht-EVS-Stichprobe nicht unproblematisch: Die Auswertungen haben gezeigt, dass in dieser Stichprobe mehr als die Hälfte der Fälle ambulante Maßnahmen sind (vgl. Kap. 4.3.3.1). Dabei ist allerdings zu berücksichtigen, dass sich darunter auch Nachsorgeleistungen im Rahmen der medizinischen Rehabilitation von Alkoholabhängigkeit befinden können. Die Deutschen Rentenversicherer konnten bis zum Jahr 2004 keine differenziertere Form der Erfassung leisten. Bei Angaben zu durchgeführten ambulanten Reha-Maßnahmen muss für die Zeit vor 2004 stets mitgedacht werden, dass darin auch Nachsorgemaßnahmen erfasst sein könnten (vgl. dazu auch Reha-Statistiken in diesem Band).

Im Interesse eines weitergehenden Controllings wären in diesem Zusammenhang Verschlüsselungsverfahren – ähnlich wie bei Kombi-Maßnahmen – für die ganztägig ambulante/stationäre Entwöhnungsmaßnahme sowie die dazugehörige Nachsorgemaßnahme sinnvoll. Während die seit 2004 geltenden Verschlüsselungsanweisungen bereits die rein ambulante Reha von der Nachsorge differenzieren, würde es die Verbindung mit einer vorangegangenen stationären Maßnahme ermöglichen, die individuellen Reha-Verläufe in ihrer Gesamtheit beobachten und analysieren zu können.

Für die hier vorgestellten Auswertungen ist festzuhalten, dass keine Möglichkeit bestand, im Nachhinein einen Filter auf die Daten anzuwenden, um eine Unterscheidung von ambulanter Rehabilitation und Nachsorgeleistung zu erzielen. Dieser Umstand muss bei der Interpretation der vorliegenden Ergebnisse beachtet werden. Auch vor diesem Hintergrund wurden die Auswertungen mit einem stärkeren Fokus auf die stationären Maßnahmen, für die das angesprochene Abgrenzungsproblem nicht zutrifft, bezogen.

Vor diesem Hintergrund sei noch einmal auf die unterschiedlichen methodischen Herangehensweisen der Untersuchungen hingewiesen. Die hier ausgewerteten Daten besitzen im Unterschied zu den in den bisherigen Veröffentlichungen zu den EVS-Studien (vgl. dazu u. a. Tielking/Kuß 2003) eine andere

Grundlage. Während sich diese Analysen auf Selbstauskünfte von KlientInnen und TherapeutInnen im Rahmen von prozessbegleitenden Befragungen durch die wissenschaftliche Begleitforschung beziehen, gehen die hier ausgewerteten Daten auf Standardstatistiken der Rentenversicherung zurück. Erstgenannte Stichprobe war Resultat einer Vollerhebung aller Kombi-Behandlungen resp. PatientInnen während der EVS-Studienlaufzeit 2001 bis 2003. Die hier wiedergegebenen Auswertungen beziehen sich allein auf Kombi-Maßnahmen, die im Jahr 2002 beendet wurden. D. h., bereits die unterschiedlichen Stichprobengrößen bedingen hier divergierende Resultate. Bei der Interpretation der Daten ist auch zu berücksichtigen, dass sich EVS bspw. im Fall der ambulanten Indikationsphase stetig weiterentwickelt hat. Wurde zu Beginn des Modellvorhabens von einer ambulanten Eingangsphase von 3 Wochen ausgegangen, konnte das Rahmenkonzept im weiteren Verlauf ausgestaltet und bis zu 7 Wochen vor Eintritt in das stationäre Setting behandelt werden. Verschiebungen solcher Art werden in einer Untersuchung, die sich allein auf ein Untersuchungsjahr bezieht, nicht deutlich bzw. gehen in den Durchschnittsberechnungen auf.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die Ergebnisse der Datenanalyse die interessierenden Fragestellungen der GÖ-Studie bedingt beantworten konnten. Grundlegende Arbeiten, wie z. B. die „Übersetzung der Rohdaten“ in PC-Format oder spezifische Umkodierungen wurden geleistet und könnten eine – wünschenswerte – Fortsetzung der Analysen erleichtern. Damit wäre es auch möglich, bspw. Langezeiteffekte darzustellen.

Aufgrund der forschungsökonomischen Rahmenbedingungen unseres zeitlich befristeten Forschungsvorhabens, ließen sich jedoch keine weiterführenden Arbeiten zu anderen Berichtsjahren realisieren. Die vorliegenden Ergebnisse sind dabei auch als Produkt eines kontinuierlichen Rückkoppelungsprozesses mit den Projektverantwortlichen auf Seiten der Deutschen Rentenversicherung Oldenburg-Bremen zu verstehen. Regelmäßige Abstimmungen oder ein Austausch über Detailfragen waren unerlässlich, um die Komplexität der Daten erfassen zu können.

Die Ausführungen zeigen, dass bei der Analyse Möglichkeiten wie auch Restriktionen der Untersuchung von individuellen Reha-Verläufen deutlich geworden sind. Verkürzt lässt sich sagen, dass die Gewinne aus solchen Auswertungen ausbaufähig sind, sofern die spezifischen Bedingungen, die Kombi-Behandlungen wie EVS mitbringen, auf Ebene der Datenverarbeitung eine Entsprechung erhalten.

Zu den wichtigen Ergebnissen der GÖ-Studie gehört, dass Vernetzung und Kooperation – Aspekte, die eng mit der Entwöhnung im Verbundsystem verbunden sind – nicht nur unter der Perspektive von Behandlung, sondern auch verwaltungsseitig umfassende Veränderungen in Prozessen und administrativer Verfahren erfordern. Bewilligungs- und Abrechnungsverfahren sind zu modifizieren, neue Formblätter einzuführen und Controllinginstrumente zu entwickeln.

Die Erfahrungen in den Studien zur Umsetzung der EVS wie auch in dieser gesundheitsökonomischen Untersuchung zeigen, dass diese administrativen Aspekte zwar grundsätzlich organisierbar, in manchen Fällen aber nur mit großem Aufwand einzurichten sind. Besondere Anforderungen werden vor diesem Hintergrund an die Datenverarbeitung einer Rentenversicherung gerichtet. Insbesondere die Perspektive der GÖ-Studie, EVS unter gesundheitsökonomischen Gesichtspunkten zu analysieren, ist zunächst mit spezifischen Erfordernissen bzw. Aufgabenstellungen verbunden, die primär von MitarbeiterInnen der Deutschen Rentenversicherung Oldenburg-Bremen zu leisten und nicht von externer Seite, sprich der Projektgruppe, zu realisieren waren. Die dadurch zu erwartende größere Transparenz für die Rentenversicherung rechtfertigt aber u. E. diesen Mehraufwand an Arbeit.

#### *4.3.2 Erfolgskontrolle zu den Rehabilitationsmaßnahmen*

Zur Bewertung des Erfolges von Rehabilitationsmaßnahmen können verschiedene Kriterien herangezogen werden. Den kurzfristigen Rehabilitationserfolg beschreibende Merkmale sind z. B. die Haltequote in einer Maßnahme bzw. das Verhältnis der abgebrochenen zu den regulär beendeten Maßnahmen. Am einzelnen Versicherten orientiert stellen Angaben zur Erwerbsfähigkeit, z. B. „Leistungsfähigkeit“ oder „Arbeitsfähigkeit“ vor und nach der Rehabilitation, ein Erfolgsmaß dar. Aus Perspektive der Rentenversicherung, die mit der Maßnahme den gesetzlichen Auftrag der Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit und Wiedereingliederung in Arbeit verbindet, sind Fragen nach der „Erwerbstätigkeit“, „Beitragszahlungen“ und „Arbeitsunfähigkeitszeiten“ vor und nach der Rehabilitation von Belang.

Für die Erfolgskontrolle der EVS-Maßnahmen wurde eine Statusfeststellung zu Versicherten, die eine EVS-Maßnahme durchliefen, sowie Versicherten, die eine übliche stationäre oder ambulante Rehabilitationsmaßnahme absolvierten, durchgeführt. Es wurden Daten zur Beschäftigung bzw. Arbeitslosigkeit und zum Rentenempfang aus den Jahresmeldungen der Deutschen

Rentenversicherung für die Träger der Sozialversicherung verwendet. Wie bereits erwähnt, wurde als Stichtag jeweils der *31.12. im Jahr nach Abschluss* der Entwöhnungsmaßnahme gewählt.

Zu Beginn des Modellvorhabens in Jahr 2001 haben zunächst nur 7 Leistungsanbieter an der EVS-Behandlung teilgenommen. EVS wurde erst ab 2003 als Regelbehandlung durchgeführt. Entsprechend fällt die Fallzahl der ModellpatientInnen in den Berichtsjahren relativ klein aus. Auf eine Darstellung der Ergebnisse aus 2001 wurde ganz verzichtet, weil die Zahl der in 2001 abgeschlossenen Kombi-Behandlungen insgesamt zu klein ist, um daraus verwertbare Aussagen zum Erfolg der Maßnahmen und dem Status der Versicherten zu gewinnen. Der 52-Wochen lange Behandlungszeitraum führt dazu, dass die Kombi-Maßnahmen zu einem großen Teil erst im Folgejahr abgeschlossen wurden.

Für die Berichtsjahre 2002 und 2003 konnten dagegen folgende Statusfeststellungen erhoben werden:

<b>Status zum 31.3.2003</b>		
	<b>EVS (N = 74)</b>	<b>Nicht-EVS (N =577)</b>
<b>Beschäftigung<sup>10</sup></b>	28 / 38 %	172 / 30 %
<b>Arbeitslos<sup>11</sup></b>	26 / 35 %	170 / 30 %
<b>AU<sup>12</sup></b>	2 / 3 %	19 / 3 %
<b>Rente/ verstorben<sup>13</sup></b>	10 / 13 %	83 / 14 %
<b>zum Stichtag keine Meldung vorliegend<sup>14</sup></b>	8 / 11 %	133 / 23 %

Tab. 11: Berichtsjahr 2002

---

10 Freiwillige Beiträge, versicherungsfreie geringfügige Beschäftigungen, Altersteilzeitbeschäftigung, Datenübermittlung nach DÜVO/DEÜV

11 Bezug von Arbeitslosenhilfe oder Leistungen der Bundesagentur für Arbeit

12 Bezug von Krankengeld mit oder ohne Beitragsanteil

13 Rente wg. Verminderter Erwerbsfähigkeit / Altersrente / verstorben

14 u.a. wegen Kontoführungswechsel

<b>Status zum 31.3.2004</b>		
	<b>EVS (N = 68)</b>	<b>Nicht-EVS (N = 565)</b>
<b>Beschäftigung<sup>10</sup></b>	21 / 31 %	167 / 29 %
<b>Arbeitslos<sup>11</sup></b>	27 / 40 %	191 / 34 %
<b>AU<sup>12</sup></b>	3 / 4 %	17 / 3 %
<b>Rente/ verstorben<sup>13</sup></b>	5 / 7 %	56 / 10 %
<b>zum Stichtag keine Meldung vorliegend<sup>14</sup></b>	12 / 18 %	134 / 24 %

Tab. 12: Berichtsjahr 2003

#### 4.3.3 *Untersuchung des Verlaufes von Rehabilitationsmaßnahmen im Berichtsjahr 2002*

Zur Betrachtung der Verläufe von Rehabilitationsmaßnahmen wurden im Rahmen der GÖ-Studie Kontrastuntersuchungen von zwei verschiedenen Stichproben durchgeführt: „herkömmliche“ Alkoholentwöhnungsmaßnahmen sowie kombinierte Entwöhnungsmaßnahme im Rahmen von EVS.

Für das Jahr 2002 wurden durch die Deutsche Rentenversicherung Oldenburg-Bremen Datensätze zur Verfügung gestellt, in denen – im ersten Fall – Angaben zu Versicherten aus „üblichen“ Rehabilitationsmaßnahmen und – im zweiten Fall – Versicherte, die eine EVS-Maßnahme in Anspruch genommen haben, enthalten waren. Die jeweilige Datenbasis bilden dabei die Rehabilitationsstatistiken der Deutschen Rentenversicherung Oldenburg-Bremen.

Der Reha-Statistik-Datensatz (RSD) wird einmal jährlich aus den Versichertenkonten des Rentenversicherungsträgers gespeist. Die der Projektgruppe zur Verfügung gestellten Daten wurden im November 2004 analog zur Übermittlung des RSD an den VDR bzw. die Deutsche Rentenversicherung Bund abgefragt. In ihm finden sich bezogen auf die abgeschlossenen Leistungen zur medizinischen Rehabilitation eines Versicherten u. a. Angaben zu folgenden Merkmalen:

- Antrags- und Bewilligungsdaten
- soziodemographische Angaben wie das Geburtsjahr, das Geschlecht
- die Art der Durchführung

- bewilligte Tage und Dauer
- Beruf und Stellung im Beruf
- Arbeit vor Antragstellung
- Entlassungsform
- Leistungsfähigkeit.

Im Folgenden sind die Ergebnisse der Auswertungen der beiden Datensätze zum Berichtsjahr 2002 wiedergegeben. So weit dies sinnvoll erschien, sind den Ergebnissen Angaben aus den früheren EVS-Studien oder der Deutschen Suchthilfestatistik desselben Jahres gegenübergestellt. In diesem Kontext muss allerdings auf die begrenzten Vergleichsmöglichkeiten mit den hier vorgestellten Daten hingewiesen werden: Die EVS-Studien konnten aufgrund der Vollerhebung aller Kombi-Behandlungen resp. PatientInnen während der Studienlaufzeit 2001 bis 2003 auf eine andere, zum Teil größere Stichprobe zurückgreifen. Die Deutsche Suchthilfestatistik 2002 bezieht in ihre Auswertungen für das stationäre Feld bspw. Daten aus bundesweit 85 Einrichtungen ein. Unter diesen Einrichtungen finden sich schwerpunktmäßig Fachkliniken, auch Krankenhäuser und Adaptions- und Nachsorgeeinrichtungen (vgl. dazu Welsch/Sonntag 2003: 44).

#### 4.3.3.1 Stichprobe der Nicht-EVS-Fälle

Der seitens der Deutschen Rentenversicherung Oldenburg-Bremen bereitgestellte Datensatz wies zunächst 521 Fälle auf. Von diesen Fällen konnten 350 in die Auswertungen einbezogen werden. Dabei handelt sich jeweils um die in der Reihenfolge der Maßnahmen im individuellen Reha-Konto letzte respektive jüngste Entwöhnungsmaßnahme wegen Alkoholabhängigkeit des Jahres 2002.<sup>15</sup> Im Folgenden finden sich Angaben zum Verlauf der ambulanten, ganztägig ambulanten oder stationären Entwöhnungsmaßnahme dieser Versicherten. Die Auswertungen erfolgten mit Blick auf soziodemographische Erklärungsvariablen wie Alter und Geschlecht sowie MaßnahmenSpezi-

---

15 In die Stichprobe wurden nur Fälle, die 2002 beendet wurden, aufgenommen. Bei Versicherten, die (außerhalb von EVS) mehrfach Entwöhnungsmaßnahmen wegen einer Alkoholabhängigkeit absolvierten, wurde jeweils die zeitlich jüngste Maßnahme aus 2002 in die Stichprobe einbezogen, zudem wurde ein Überhang aus 2001 gefiltert. Hingewiesen sei an dieser Stelle auf den sich über die Antrags- und Bewilligungsstatistik bis zum Abschluss der Leistung vollziehenden Selektionsprozess: die Fallzahlen in der Zuweisungsstatistik (vgl. dazu auch Reha-Statistiken in diesem Band) fallen zwangsläufig höher aus und beziehen sich auf die Maßnahmen, während für die Stichprobe der Nicht-EVS-Fälle der Versicherte mit einem Leistungsbezug in 2002 grundlegend war.

fika wie z. B. bewilligte und tatsächliche Behandlungszeiten oder die Entlassungsform.

### Alter

In der Nicht-EVS-Stichprobe (n =350) sind die Versicherten durchschnittlich 43,5 Jahre alt, dabei sind die Frauen knapp ein Jahr älter.

<b>Altersverteilung Nicht-EVS-Stichprobe</b>			
Geburtsjahr	<i>insgesamt</i>	<i>Männer</i>	<i>Frauen</i>
Mittelwert	1958,5	1958,6	1957,5

Tab. 13: Altersverteilung Nicht-EVS-Stichprobe

### Vorherige Maßnahmen

Zum Zeitpunkt der Datenabfrage (November 2004) waren in 66 % der Fälle ein oder zwei Leistungen im Konto der Deutschen Rentenversicherung Oldenburg-Bremen verzeichnet. Für 31 % der Fälle ist die Rehabilitationsmaßnahme in 2002 die erste Leistung durch die Deutschen Rentenversicherung Oldenburg-Bremen.

<b>Anzahl der Datenblöcke über Leistungen zur medizinischen Reha</b>		
	<i>Häufigkeit</i>	<i>Prozent</i>
1	109	31,1
2	122	34,9
3	68	19,4
4 und mehr	51	14,6
Gesamt	350	100,0

Tab. 14: Anzahl der Datenblöcke über Leistungen zur medizinischen Reha – Nicht-EVS

10,3 % der Fälle haben ein oder mehrmals Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben durch die Deutsche Rentenversicherung Oldenburg-Bremen erhalten.

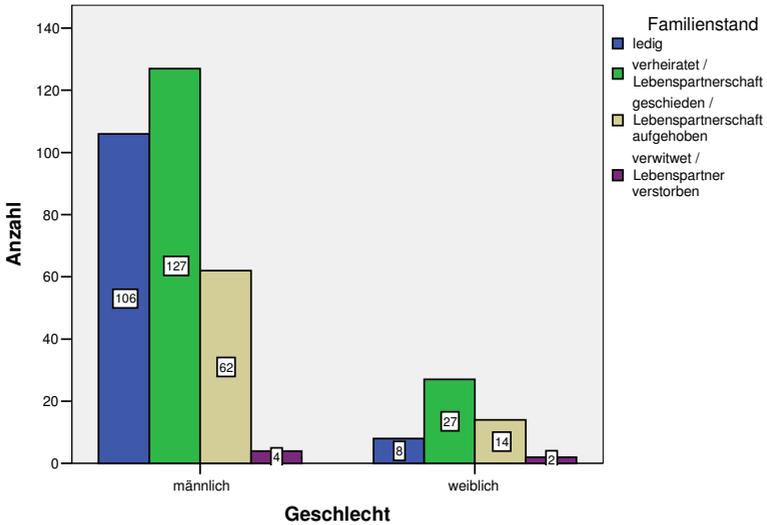
Anzahl der Datenblöcke über Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben		
	Häufigkeit	Prozent
0	314	89,7
1	21	6,0
2	7	2,0
3 und mehr	8	2,3
Gesamt	350	100,0

Tab. 15: Anzahl der Datenblöcke über Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben – Nicht-EVS

### Familienstand/Geschlecht

Die Mehrzahl der Versicherten ist verheiratet oder lebt in einer Partnerschaft. Betrachtet man den Familienstand der Männer und Frauen getrennt, so bilden die Ledigen, die zweitgrößte Gruppe (35 %) unter den Männern, bei den Frauen bilden die Geschiedenen die zweitgrößte Gruppe (29 %).

#### Balkendiagramm



n = 350 /  $\chi^2 = .030$

Abb. 4: Familienstand und Geschlecht – Nicht-EVS

### **Ambulante, ganztägig ambulante oder stationäre Behandlung**

Zur Art der Durchführung ist eingangs anzumerken, dass in der Stichprobe in mehr als der Hälfte der Fälle ambulante Maßnahmen erhoben wurden. Bei diesen Angaben ist allerdings zu berücksichtigen, dass sich unter den ambulanten Maßnahmen auch Nachsorgeleistungen im Rahmen von medizinischer Rehabilitation von Alkoholabhängigkeit befinden können. Dieser Umstand ist den zum Zeitpunkt der Maßnahmedurchführung geltenden Verschlüsselungsbestimmungen geschuldet. Die Differenzierung von Nachsorgen und normalen Reha-Verfahren erfolgt erst seit 2004, ein Filter kann hier nicht nachträglich eingefügt werden.<sup>16</sup>

<b>Art der Durchführung der Leistung</b>		
	<i>Häufigkeit</i>	<i>Prozent</i>
stationäre Maßnahme	116	33,1
teilstationäre Maßnahme	19	5,4
ambulante Maßnahme	215	61,4
<b>Gesamt</b>	<b>350</b>	<b>100,0</b>

Tab.16: Art der Durchführung der Leistung – Nicht-EVS

### **Teil-Stichprobe: Versicherte mit stationärer Reha-Maßnahme**

Angesichts der Bedingungen für die Verschlüsselung beziehen sich die weiteren Auswertungen des Nicht-EVS-Datensatzes allein auf die Versicherten, denen eine stationäre Maßnahme bewilligt wurde.

Dieses Vorgehen geht mit den Zielen der GÖ-Studie konform, da mit einer Analyse der EVS-Kombi-Behandlung auch „herkömmliche“ stationäre Reha-Maßnahmen in den Fokus der Diskussion rücken. Im Interesse einer vergleichenden Untersuchung von Kombi-Behandlungen und rein stationären Maßnahmen werden im Folgenden detaillierte Angaben zu den 2002 durchgeführten stationären Entwöhnungsbehandlungen außerhalb der EVS gemacht.

---

16 Diese Unklarheit in der Verschlüsselung galt bundesweit und für alle Rentenversicherungsträger, so dass bei Angaben zu durchgeführten ambulanten Reha-Maßnahmen für die Zeit vor 2004 stets mitgedacht werden muss, dass Nachsorgeleistungen erfasst sein können (vgl. dazu auch Reha-Statistiken in diesem Band).

## Geschlecht

Unter den stationär behandelten (n =116) sind 90,5 % Männer und 9,5 % Frauen. Bundesweit sind im Jahr 2002 74,4 % Männer und 25,6 % Frauen in stationärer Behandlung (vgl. Welsch/Sonntag 2003: 48).<sup>17</sup>

Geschlecht		
	<i>Häufigkeit</i>	<i>Prozent</i>
männlich	105	90,5
weiblich	11	9,5
Gesamt	116	100,0

Tab. 17: Geschlecht – nur stationäre Rehabilitation

## Alter

Unter den stationär Behandelten der Nicht-EVS-Stichprobe (n =116) sind die Versicherten durchschnittlich 44 Jahre alt. Der Altersdurchschnitt entspricht damit nahezu bundesweiten Erhebungen (44,3 Jahre) (vgl. Welsch/Sonntag 2003: 50).

Alter	
Geburtsjahr	insgesamt
Mittelwert	1958

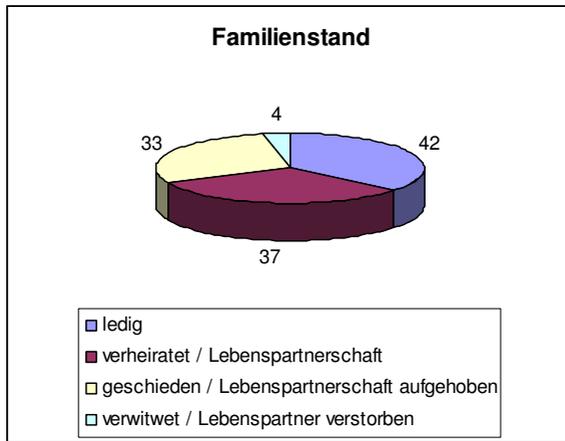
Tab. 18: Alter – nur stationäre Rehabilitation

## Familienstand

Mit 42 % ist fast jede/r zweite Versicherte ledig, mit knapp 32 % stellen verheiratete oder in Partnerschaft lebende Versicherte die zweitgrößte Gruppe dar.

---

17 Die Deutsche Suchthilfestatistik differenziert in Bezug auf das Alter allerdings nicht die Hauptdiagnosen, sondern unterscheidet zwischen legalen und illegalen Drogen. Obige Angaben beziehen sich demnach auf das Verhältnis von Männern und Frauen in stationärer Behandlung wegen legalen Drogen insgesamt.



n = 116

Abb. 5: Familienstand – nur stationäre Rehabilitation

### Vorherige Maßnahmen

Für 56 % der Fälle ist die stationäre Maßnahme die erste durch die Deutsche Rentenversicherung Oldenburg-Bremen erfolgte Reha-Leistung.

Anzahl der Datenblöcke über Leistungen zur medizinischen Reha		
	Häufigkeit	Prozent
1	65	56,0
2	35	30,2
3	7	6,0
4 und mehr	9	7,7
Gesamt	116	100,0

Tab. 19: Vorherige Maßnahmen – nur stationäre Rehabilitation

### Arbeit vor Antragstellung

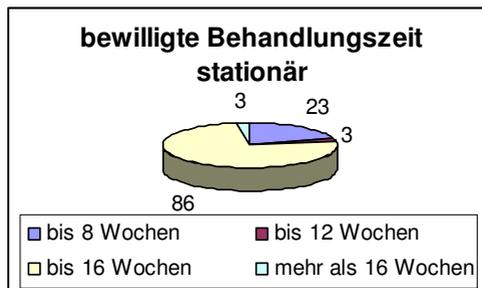
Mit dem Feld „Arbeit vor Antragstellung“ enthält der Datensatz ein Merkmal, mit dem erfasst wird, ob bzw. in welchem Umfang einer Erwerbstätigkeit zum Zeitpunkt der Antragstellung nachgegangen wird. Unter stationär behandelten Versicherten sind gut 41 % der Fälle erwerbstätig, knapp 60 % sind erwerbslos.

Arbeit vor Antragstellung – „nicht tätig vs. Tätig“ <sup>18</sup>		
	Häufigkeit	Prozent
nicht erwerbstätig, Hausfrau, arbeitslos	69	59,5
Ganz- oder Teilzeit, Heimarbeit, Werkstatt für behinderte Menschen	47	40,5
Gesamt	116	100,0

Tab. 20: Erwerbstätigkeit vor Antragsstellung – nur stationäre Rehabilitation

### Bewilligte Behandlungszeit stationär

Für die Stichprobe zum stationären Setting werden durchschnittlich 99,4 Tage (14,2 Wochen) bewilligt. Betrachtet man die bewilligten Tage in Form standardisierter Behandlungszeiten, so zeigt sich, dass in 74 % der Fälle eine Langzeitbehandlung mit einer Dauer von bis zu 16 Wochen bewilligt wird.



n = 115

Abb. 6: Bewilligte Behandlungszeit stationär

### Behandlungsdauer

Tatsächlich durchgeführt wurden die stationären Maßnahmen durchschnittlich mit einer Dauer von 77,83 Tagen, d. h. etwa 11 Wochen lang. Dies entspricht auch den Angaben der Deutschen Suchthilfestatistik 2002: Für statio-

18 In der Ausprägung „nicht tätig“ sind Versicherte zusammengefasst, die nicht-erwerbstätig sind, ausschließlich einer Hausfrauentätigkeit nachgehen oder arbeitslos sind. In der Ausprägung „tätig“ sind Versicherte erfasst, die in irgendeiner Form eine Erwerbstätigkeit ausüben.

näre Behandlungen wird hier eine durchschnittliche Dauer von 11,8 Wochen ermittelt (vgl. Welsch/Sonntag 2003: 58).

<b>Dauer der stationären Reha</b>	
	<i>Reha-Dauer</i>
N	116
Mittelwert	77,83

Tab. 21: Behandlungsdauer stationär

In der hier untersuchten Stichprobe beenden gut 17 % der Versicherten die Maßnahme in den ersten 4 Wochen.

<b>Reha-Dauer gruppiert</b>		
	<i>Häufigkeit</i>	<i>Prozent</i>
bis zu 3 Wochen	15	12,9
bis zu 4 Wochen	5	4,3
bis zu 6 Wochen	14	12,1
über 6 Wochen	82	70,7
Gesamt	116	100,0

Tab. 22: Behandlungsdauer stationär gruppiert

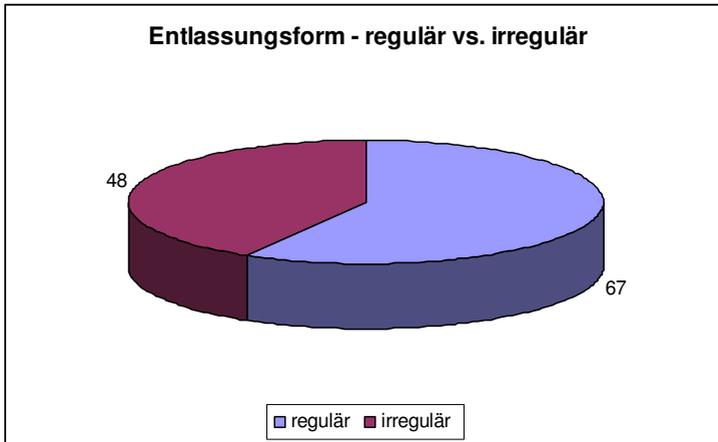
## **Entlassungsform**

Mit dem Feld Entlassungsform enthalten die RSD-Daten ein Merkmal, das zur Bewertung der Reha-Maßnahmen hinsichtlich ihres Verlaufes oder Erfolges herangezogen werden kann. Im Folgenden finden sich daher detaillierte Auswertungen der Nicht-EVS-Stichprobe unter Beachtung des Verhältnisses von regulären und irregulären Behandlungsbeendigungen.

Zur Dichotomisierung der Angaben zur Entlassungsform wurden die Daten wie folgt getrennt: In die Gruppe der regulären Beender wurden Versicherte mit planmäßiger, vorzeitiger Beendigung auf ärztliche Veranlassung und mit ärztlichem Einverständnis sowie mit einem Wechsel der Behandlungsform oder einer Verlegung gefasst. In der Gruppe der irregulären Beender sind Versicherte mit einem vorzeitigen Abschluss ohne ärztliches Einverständnis oder der Entlassung aus disziplinarischen Gründen erfasst.

Für die stationär Behandelten wurde in 58 % der Fälle eine reguläre Entlassung dokumentiert. Bei einer Bewertung dieses Ergebnisses muss allerdings beachtet werden, dass Vergleichswerte, die bspw. die Deutsche Suchthilfe-

statistik bereithält, nur unter Vorbehalt mit den hier vorgestellten Angaben kontrastiert werden können. Während die hier vorgestellten Auswertungen sich allein auf die medizinische Rehabilitation von Alkoholabhängigen in ausgewiesenen Fachkliniken bezieht, berücksichtigt die Deutsche Suchthilfe-statistik Daten aus Fachkliniken, aber auch Krankenhäuser und Adaption- und Nachsorgeeinrichtungen (vgl. dazu Welsch/Sonntag 2003: 44).



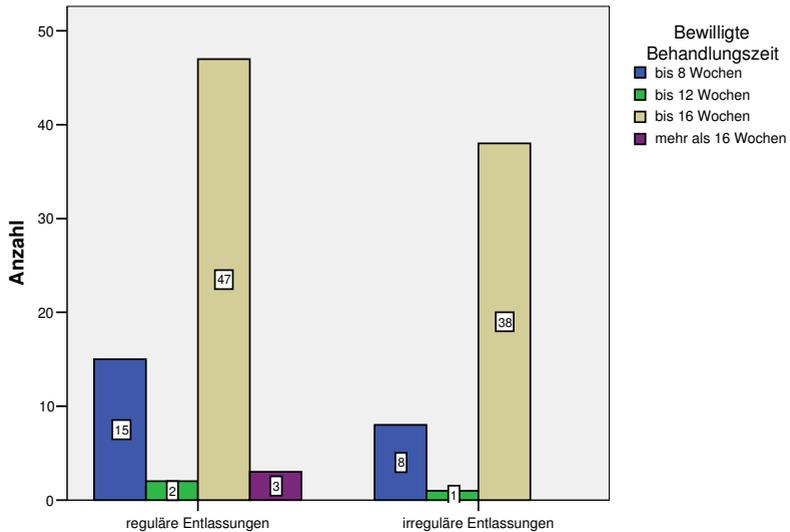
n = 115

Abb.7: Entlassungsform stationär

### **Bewilligte Behandlungszeit und Entlassungsform**

Betrachtet man die Entlassungsform mit Blick auf die bei Antragstellung bewilligte Behandlungszeit, wird deutlich, dass bei allen Behandlungszeiten, die bewilligt wurden, eine reguläre Entlassung gegenüber der irregulären überwiegt. In der Gruppe der regulären wie auch irregulären Beender sind diejenigen Versicherten, die eine bis zu 16 Wochen lange stationäre Behandlung bewilligt bekamen, am häufigsten vertreten.

### Bewilligte Behandlungszeit und Entlassungsform



$n = 115 / \chi^2 = .030$

Abb. 8: bewilligte Behandlungszeit und Entlassungsform

### Dauer der Reha-Maßnahme und Entlassungsform

Betrachtet man die Entlassungsform mit Blick auf die tatsächliche Dauer der Reha-Maßnahme, so zeigt sich, dass die regulären Beendigungen am häufigsten (56,1 %) bei Behandlungen bis zu 16 Wochen erfolgen. Gut 27 % der Fälle beenden die Behandlung mit einer Behandlungszeit von bis zu 8 Wochen regulär.

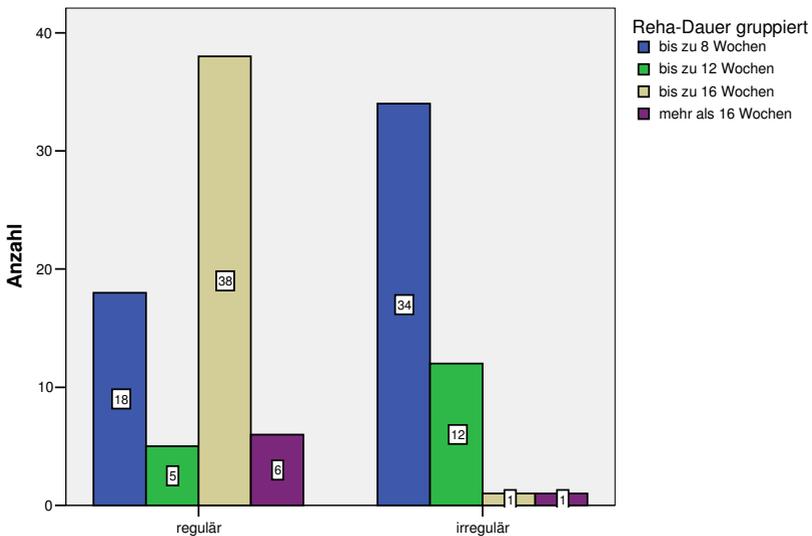
Bezieht man nur die Versicherten mit regulärer Beendigung der stationären Reha ( $n = 67$ ) in die Berechnung der Behandlungszeit ein, ergibt sich eine durchschnittliche Behandlungsdauer von 101, 12 Tagen oder 14,4 Wochen.

Dauer der stationären Reha – nur reguläre Beender	
	<i>Reha-Dauer</i>
N	67
Mittelwert	101,12

Tab. 23: Dauer der stationären Reha – nur regulärer Abschluss

Irreguläre Beendigungen finden am häufigsten (68 %) in den ersten 8 Wochen der Behandlung statt und werden im Verlauf von Reha-Maßnahmen seltener.

### Dauer der Reha-Maßnahme und Entlassungsform



n = 115 /chi²= .000

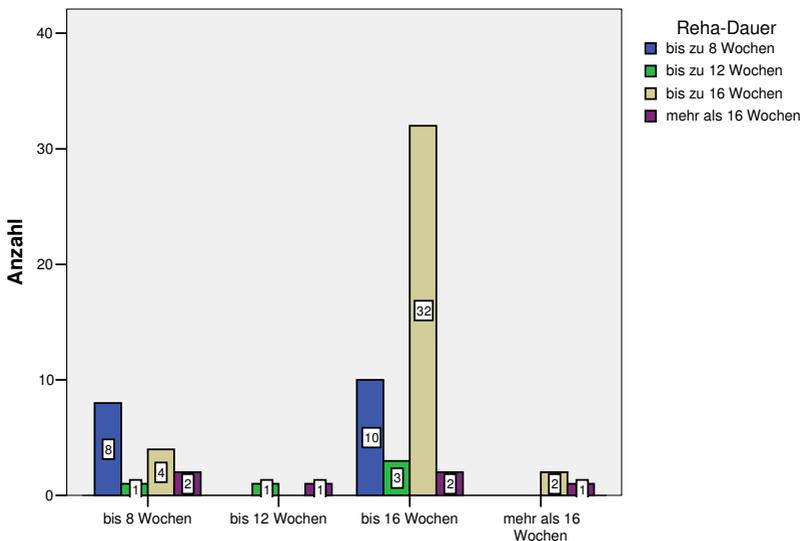
Abb. 9: Dauer der stationären Reha und Art der Entlassung

### Bewilligte Behandlungszeit und Behandlungsdauer bei regulärer Beendigung

Die Analyse der regulären Beender des stationären Moduls (n=67) und ihrer Behandlungsdauer im Verhältnis zu den bewilligten Tagen zeigt u. a., dass bei einer bewilligten Behandlungsdauer von 16 Wochen in 68 % der Fälle die

bewilligte Behandlungsdauer eingehalten und in 27,7 % der Fälle eine Verkürzung der Behandlungsdauer erreicht wurde – für 21,3 % sogar um 8 Wochen! Die Bewilligung von 8-Wochen langen Behandlungen war unter der Perspektive der tatsächlichen Reha-Dauer bei 53,3 % der Fälle passend. Bei der Interpretation dieser Ergebnisse ist zu berücksichtigen, dass die Verkürzungen ggf. auch daraus resultieren, dass Wechsel in ambulante oder teilstationäre Maßnahmen möglich gemacht wurden bzw. individuell angebracht erschienen. Das aus Perspektive der Leistungsträger positive Ergebnis ist keine Begründung für die Verkürzung von Behandlungszeiten. Aus den Ergebnissen lässt sich nicht ableiten, dass Betroffene weniger Zeit in stationären Maßnahmen verbringen müssen. Vielmehr zeigt sich hier, dass tatsächliche Behandlungszeiten im Voraus nicht genau zu antizipieren sind und insofern flexible und anpassungsfähige Modelle der Rehabilitation den Bedarfen der Versicherten wie auch der Rentenversicherung entgegenkommen können.

#### bewilligte Behandlungszeit und Behandlungsdauer bei regulärer Beendigung

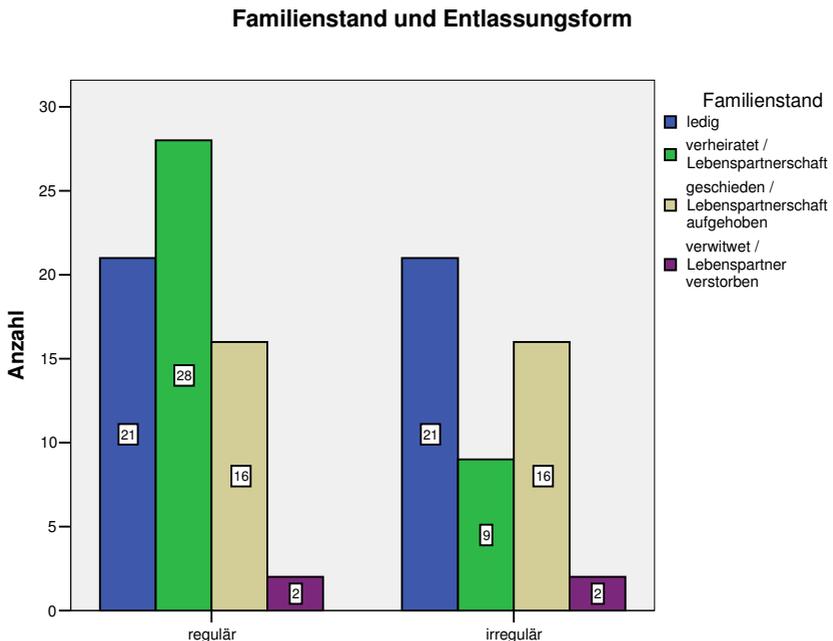


$n = 67 / \chi^2 = .007$

Abb. 10: Bewilligte Behandlungszeit stationär und tatsächliche Behandlungsdauer bei regulärer Beendigung

## Familienstand und Entlassungsform

Unter den regulären Beendern bilden sind die Verheirateten bzw. in Partnerschaft Lebenden die größte Gruppe, bei den irregulären Beendern sind es die ledigen Versicherten. Von den Ledigen und Witwern dieser Stichprobe haben 50 % die Reha-Maßnahme regulär beendet, von den Verheirateten und in Partnerschaft Lebenden sind es 3/4. Von den Geschiedenen oder getrennt Lebenden beenden 45,5 % regulär.

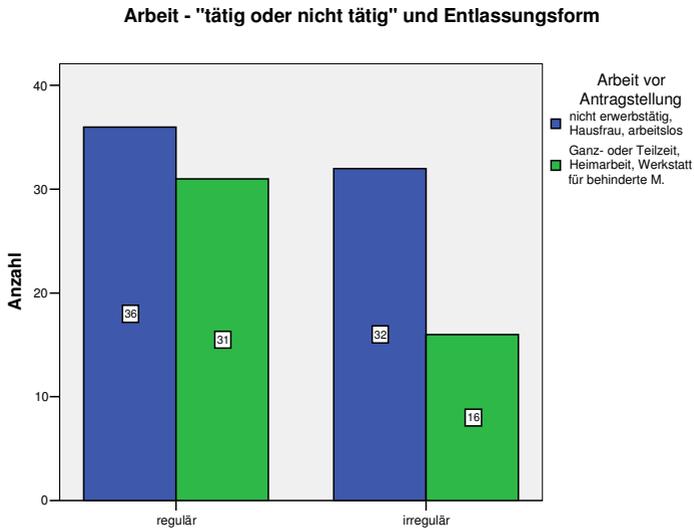


n = 115 /  $\chi^2 = .078$

Abb.11: Familienstand und Entlassungsform - stationär Behandelte mit regulärer Beendigung

## Arbeit vor Antragstellung und Entlassungsform

Bei den regulären wie auch irregulären Beendigungen überwiegen die zum Zeitpunkt der Antragstellung Nicht-Erwerbstätigen. Von den Erwerbstätigen beenden knapp 66 % die Maßnahme regulär, in der Gruppe der Nicht-Erwerbstätigen sind es 53 %.



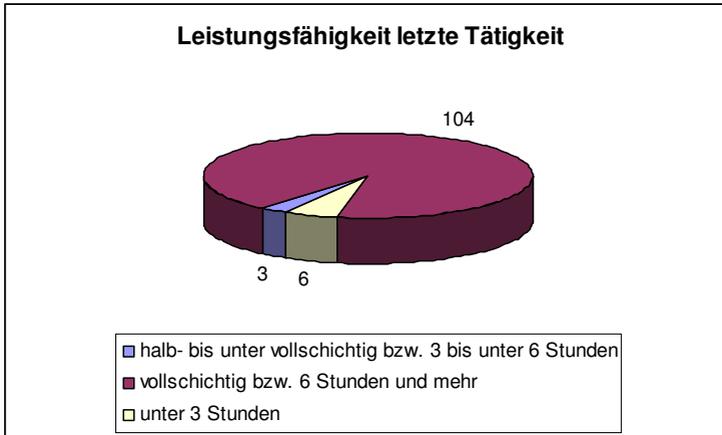
$n = 115 / \chi^2 = .164$

Abb. 12: Arbeit und Art der Entlassung bei den stationär Behandelten

### Leistungsfähigkeit

Mit dem Feld Leistungsfähigkeit ist in den RSD-Daten ein Merkmal enthalten, welches u. a. im Bezug zur zuletzt ausgeübten Tätigkeit zum Ausdruck bringt, in welcher Intensität diese Beschäftigung – vollschichtig oder weniger – zukünftig ausgeübt werden kann. Für die Rentenversicherung, die mit der Durchführung der medizinischen Reha-Maßnahmen das Ziel der Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit verbindet, ist die Bewertung der Leistungsfähigkeit durch die an der Rehabilitation beteiligten Mediziner demnach von besonderer Relevanz.

Unter den stationär Behandelten werden 89,7 % als vollschichtig bzw. als fähig eingeschätzt, eine Tätigkeit von 6 Stunden und mehr auszuüben. In 5,2 % der Fälle sind lediglich Tätigkeiten von unter 3 Stunden möglich.



n = 114

Abb. 13: Leistungsfähigkeit der stationär Behandelten

### Arbeitsfähigkeit

Das Merkmal beschreibt die Arbeitsfähigkeit des Versicherten zum Zeitpunkt der Entlassung und nimmt dabei Bezug auf die letzte Erwerbstätigkeit vor der Reha-Maßnahme. In der Gruppe der stationär behandelten Versicherten werden 82,8 % im Anschluss an die Maßnahme als arbeitsfähig eingeschätzt.

Arbeitsfähigkeit – fähig vs. nicht fähig			
	<i>Häufigkeit</i>	<i>Prozent</i>	
Gültig	arbeitsfähig	96	82,8
	arbeitsunfähig	11	9,5
	Beurteilung nicht erforderlich	3	2,6
	Gesamt	110	94,8
Fehlend	System	6	5,2
	Gesamt	116	100,0

Tab. 24: Arbeitsfähigkeit der stationär Behandelten

### Übergangsgeldzahlungen

Rentenversicherungen zahlen während der medizinischen Rehabilitation Übergangsgeld, um den Ausfall des Lebensunterhaltes des Versicherten zu kompensieren. Dauer und Umfang sind gesetzlich geregelt und sind abhängig

vom Einkommen des Versicherten vor der Reha-Maßnahme. Die nachfolgenden Auswertungen zeigen, in welchem Ausmaß diese Leistungen im Fall der stationären Maßnahmen durch die Deutsche Rentenversicherung Oldenburg-Bremen erbracht wurden.

Versicherte mit stationärer Entwöhnungsmaßnahme erhielten durchschnittlich einen Betrag von 1.398,22 € Übergangsgeld, umgerechnet auf ein tägliches Übergangsgeld sind das durchschnittlich 21,45 €. Als Zuzahlungsbetrag wurden für die Gesamtbehandlung durchschnittlich 25,43 € von den Versicherten eingefordert, wobei knapp 80 % der Versicherten keinen Zuzahlungsanteil zu leisten hatten.

Bezieht man das durchschnittliche tägliche Übergangsgeld in eine Kalkulation der Übergangsgeldzahlungen für einen Monat ein, so zahlt die Rentenversicherung monatlich ein Übergangsgeld von durchschnittlich 643,50 €.

	<b>Übergangsgeld für die Dauer der Leistung</b>	<b>Tägliches Übergangsgeld</b>	<b>Zuzahlungs- forderung</b>
N	116	116	116
Mittelwert	1.398,22	21,45	25,43

Tab. 25: Übergangsgeldzahlungen bei stationär Behandelten – Durchschnittswerte

Um einen Vergleich mit den Übergangsgeldzahlungen der EVS-Stichprobe zu ermöglichen, wurden 5 Betragsgruppen, die auch auf die EVS-Stichprobe bezogen wurden (vgl. dazu die Auswertung in Kap. 4.3.3.2), gebildet. Unter Beachtung der minimal und maximal ausgezahlten Beträge wurden folgende Gruppen bestimmt: keine Zahlung, Übergangsgeld bis zu 1.400 €, Übergangsgeld bis zu 2.800 €, Übergangsgeld bis zu 4.200 € und mehr als 4.200 €.

21,6 % der Versicherten, die in stationärer Rehabilitation gewesen sind, erhielten keine Übergangsgeldzahlungen, für 37,1 % der Versicherten wurde eine Zahlung zwischen 1.400,01 und 2.800 € angewiesen. 5,2 % der Fälle erhielten mit mindestens 4.200,01 € ein vergleichsweise hohes Übergangsgeld.

<b>Übergangsgeld für die Dauer Leistung – gruppiert</b>		
	<i>Häufigkeit</i>	<i>Prozent</i>
keine Zahlung	25	21,6
0,01 – 1400 €	43	37,1
1400,01 – 2800 €	26	22,4
2800,01 – 4200 €	16	13,8
mindestens 4200,01 €	6	5,2
<b>Gesamt</b>	<b>116</b>	<b>100,0</b>

Tab. 26: Übergangsgeldzahlungen der stationär Behandelten für die Dauer der Leistung

#### 4.3.3.2 Stichprobe der EVS-Fälle

Der seitens der Deutschen Rentenversicherung Oldenburg-Bremen bereitgestellte Datensatz über die EVS-Fälle wies zunächst 72 Fälle auf. Von diesen Fällen konnten 69 in die Auswertungen einbezogen werden, zwei Fälle erwiesen sich nachträglich nicht als EVS-Fall des Untersuchungszeitraumes, ein weiterer konnte aufgrund ungenügender Dateninhalte nicht verwertet werden.

In die Stichprobe wurden Fälle aufgenommen, die im Jahr 2002 eine Kombination aus mindestens einer ambulanten und einer stationären Maßnahme in einer der in der EVS-Modellphase beteiligten Suchthilfeeinrichtungen beendet haben.<sup>19</sup> Da die entsprechenden Versicherten im Rahmen eines Einzelprüfverfahrens über die Gemeinsamkeit „ambulante und stationäre Maßnahme“ ermittelt wurden, sind keine Aussagen über rein ambulante EVS-Maßnahmen möglich. Eine entsprechende Kennzeichnung der EVS-Fälle in der Statistik wurde erst durch die spätere Einführung von spezifischen Häuserschlüsseln für die EVS-Einrichtungen möglich.

Im Folgenden finden sich Angaben zum Verlauf der kombinierten Entwöhnungsmaßnahmen dieser Versicherten. Die Auswertungen erfolgten mit Blick auf soziodemographische Erklärungsvariablen sowie Maßnahmespezifika wie z. B. bewilligte und tatsächliche Behandlungszeiten oder die Entlassungsform.

---

19 Zu den 7 Modelleinrichtungen gehörten die Fachklinik Oldenburger Land, Fachklinik St. Marienstift, die Fachstellen Sucht der Diakonie in Oldenburg, in Wildeshausen, in Bad Zwischenahn, die Fachstelle der Caritas, Edith-Stein-Stiftung in Cloppenburg sowie die Fachstelle des e.V. Jugendberatung, -therapie, Weiterbildung in Varel.

## Alter

In der EVS-Stichprobe sind die Versicherten durchschnittlich 42 Jahre alt.

Alter	
Geburtsjahr	insgesamt
Mittelwert	1959,9

Tab. 27: Alter der EVS-Patienten

## Vorherige Maßnahmen

Zum Zeitpunkt der Datenabfrage (November 2004) wurden für über 50 % der Fälle zwei Datenblöcke zu bisherigen Leistungen zur medizinischen Rehabilitation ermittelt. Da die EVS-Maßnahme stets mindestens den Aufbau einer ambulanten und einer stationären Maßnahme bedingt, kann angenommen werden, dass es sich in diesen Fällen um Versicherte handelt, für die die hier untersuchte EVS die erste Entwöhnungsmaßnahme (durch die Deutsche Rentenversicherung Oldenburg-Bremen) gewesen ist.

Anzahl der Datenblöcke über Leistungen zur medizinischen Rehabilitation		
	<i>Häufigkeit</i>	<i>Prozent</i>
2	35	50,7
3	14	20,3
4 und mehr	20	28,9
Gesamt	69	100,0

Tab. 28: Vorherige Maßnahmen – EVS

10,8 % der Fälle haben ein oder mehrmals Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben durch die Deutsche Rentenversicherung Oldenburg-Bremen erhalten.

Anzahl der Datenblöcke über Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben		
	<i>Häufigkeit</i>	<i>Prozent</i>
0	61	88,4
1	6	8,7
mehr als 1	2	2,8
Gesamt	69	100,0

Tab. 29: Anzahl der Datenblöcke über Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben – EVS

## Geschlecht

In der EVS-Stichprobe (n = 69) sind 97,1 % der Fälle Männer. Der hohe Anteil an Männern in der Behandlung erklärt sich insbesondere dadurch, dass in der EVS-Modellphase zwei Fachkliniken beteiligt waren, von denen eine explizit für Männer ausgewiesen ist.

Geschlecht		
	Häufigkeit	Prozent
männlich	67	97,1
weiblich	2	2,9
Gesamt	69	100,0

Tab. 30: Geschlecht der EVS-Patienten

## Familienstand

Jede/r Zweite Versicherte unter den EVS-Klienten ist verheirateten oder lebt in einer Partnerschaft

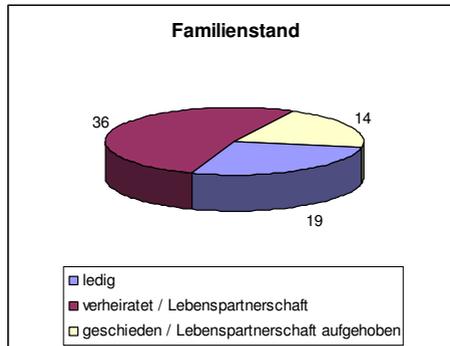


Abb. 14: Familienstand der EVS-Patienten

## Ablauf der EVS

Mit Blick auf die Art der Durchführung ist anzumerken, dass die EVS Entwöhnungsbehandlungen unterschiedliche Verläufe ermöglicht: Rein ambulante Entwöhnungsmaßnahmen sind genauso möglich wie Behandlungen, in denen nach einem ambulanten Beginn mindestens eine stationäre oder ganztägig ambulante Phase und die abschließende ambulante Maßnahme erfolgt.

Falls medizinisch notwendig, kann die kombinierte EVS-Behandlung auch ganztägig ambulant oder stationär begonnen werden. Für die Stichprobe der EVS-Fälle wurden folgende Verläufe verzeichnet:<sup>20</sup>

<b>Ablauf der Kombi-Behandlung – ambulante Indikationsphase?</b>		
	<i>Häufigkeit</i>	<i>Prozent</i>
ganztägig ambulanter/ stationärer Beginn	32	46,4
ambulanter Beginn	37	53,6
<b>Gesamt</b>	<b>69</b>	<b>100,0</b>

Tab. 31: Ablauf der EVS-Kombi-Behandlung

---

<sup>20</sup> Bereits weiter oben wurde darauf hingewiesen, dass die rein ambulanten EVS-Maßnahmen aufgrund ihrer Verschlüsselung und den Bedingungen, sie für diese Sonderauswertungen zu identifizieren nicht in die Auswertungen einbezogen werden konnten.

### Arbeit vor Antragstellung<sup>21</sup>

Unter den Kombi-PatientInnen gehen gut 52 % einer Erwerbstätigkeit nach, etwa 48 % sind erwerbslos.

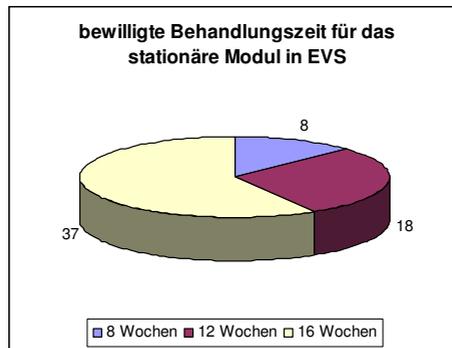
Arbeit vor Antragstellung – „nicht tätig vs. tätig“ <sup>22</sup>		
	Häufigkeit	Prozent
nicht erwerbstätig, Hausfrau, arbeitslos	33	47,8
Ganz- oder Teilzeit, Heimarbeit, Werkstatt für behinderte Menschen	36	52,2
Gesamt	69	100,0

Tab. 32: Erwerbstätigkeit vor Antragstellung - EVS

### Bewilligte Behandlungszeit für das stationäre Modul in EVS

Durchschnittlich wurden in EVS 96,9 stationäre Behandlungstage, d. h. 13,8 Wochen, bewilligt. Mit Blick auf die möglichen Behandlungsvarianten der EVS wurden in über 50 % der Fälle diese Zeit auf 16-Wochen ausgeweitet.

- 
- 21 Das Feld Arbeit vor Antragstellung beschreibt das Ausmaß der Einbindung des Versicherten in Arbeit, d. h. ob bzw. in welchem Umfang einer Erwerbstätigkeit zum Zeitpunkt der Antragstellung nachgegangen wird. Die Angaben sind der ersten zu EVS gehörenden Maßnahme im Versichertenkonto entnommen. Die Daten gehen somit auf die im Rahmen der Antragstellung und/oder in der Fachstelle erhobenen Angaben zurück. Ein detaillierter Abgleich der Informationen in den Konten hat gezeigt, dass die Angaben im Verlauf der Behandlung variieren und in den Daten zum stationären Setting u. U. andere Angaben erfasst wurden. Hier dürften unterschiedliche Verfahren in der Datenerfassung, aber z. B. auch das Erinnerungsvermögen der KlientInnen von Bedeutung sein. Für die EVS-Stichprobe wurden die Angaben aus der ersten Maßnahme herangezogen, da hier – analog zu den Auswertungen der Nicht-EVS-Fälle, in denen die Angaben zum stationären Setting betrachtet wurden – der Auftakt der Entwöhnungsbehandlung Grundlage für die Datenerfassung war.
- 22 In der Ausprägung „nicht tätig“ sind Versicherte zusammengefasst, die nicht-erwerbstätig sind, ausschließlich einer Hausfrauentätigkeit nachgehen oder arbeitslos sind. In der Ausprägung „tätig“ sind Versicherte erfasst, die in irgendeiner Form eine Erwerbstätigkeit ausüben.



n = 63

Abb. 15: Bewilligte stationäre Behandlungszeit - EVS

In den TherapeutInnen- und KlientInnenbefragungen des EVS-Modellprojektes der Jahre 2001 bis 2003 konnten folgende Angaben zu den beantragten Behandlungsvarianten in EVS erhoben werden: Am häufigsten (35 %, n = 221) wurde die ambulante Behandlung mit Option auf einen achtwöchigen stationären Aufenthalt beantragt, knapp ein Drittel (32 %) der Anträge entfiel auf die langfristige stationäre Behandlung bis zu 16 Wochen. Die stationäre Entwöhnung bis zu 12 Wochen wurde in 26 % der Fälle beantragt. Die Variante mit einem auf 8 Wochen begrenzten Klinikaufenthalt wurde in 7 % der Fälle beantragt (vgl. dazu auch Tielking/Kuß 2003).

Der Unterschied zu den Angaben aus den Standardstatistiken lässt sich zum einen mit einem Selektionseffekt zwischen Antrags- und Bewilligungsstatistik begründen, zum anderen enthalten die hier vorliegenden Auswertungen der Datensätze keine Angaben über rein ambulante Bewilligungen im Rahmen der EVS, in denen die Option auf 8 Wochen stationäre Behandlung enthalten gewesen ist.

### **Behandlungsdauer<sup>23</sup>**

Die Angaben zur Behandlungsdauer insgesamt wie auch der Dauer der einzelnen Behandlungsabschnitte basieren auf Einzelfallberechnungen. Die Ver-

<sup>23</sup> Die folgenden Angaben zur Behandlungsdauer basieren auf den Reha-Beginn und -Abschlussdaten, die der Deutschen Rentenversicherung zu den einzelnen Maßnahmen gemeldet wurden. Die Auswertungen erfolgten hier ohne Berücksichtigung der Entlassungsform, d. h. der Art des Abschlusses der Reha-Maßnahme.

schlüsselung der dem jeweiligen Versicherten zuzuordnenden Maßnahmen bedingt, dass die Phasen der einzelnen Behandlungsabschnitte individuell je Fall zu bestimmen waren.

Für die einzelnen Behandlungsphasen im Rahmen der EVS konnten folgende Durchschnittswerte ermittelt werden (n=69):<sup>24</sup>

<b>Dauer der Reha bzw. einzelner Behandlungsphasen – alle EVS-Fälle</b>			
	<i>Rehadauer insgesamt</i>	<i>Dauer der stationären Phase</i>	<i>Dauer der poststationären ambulanten Phase</i>
N	69	69	69
Mittelwert	275,10	92,45	166,28

Tab. 33: Behandlungsdauer in EVS

Genaueren Aufschluss über die Behandlungszeiten geben die nach Ablauf der Kombi-Behandlung differenzierten Auswertungen.

Bei der Gruppe der ambulant-stationär-ambulant Behandelten dauerte die ambulante Indikationsphase durchschnittlich etwas mehr als 5 Wochen (36,62 Tage). Versicherte, die daran anschließend eine stationäre Maßnahme erhielten, wurden durchschnittlich knapp 13 Wochen (90,46 Tage) stationär und etwa 20 Wochen (141,89 Tage) im Rahmen der poststationären ambulanten Weiterbehandlung (n=37) behandelt. Insgesamt weist diese Gruppe eine Rehadauer von 266,65 Tagen, d. h. 38 Wochen, auf.

<b>Dauer der Reha bzw. einzelner Behandlungsphasen – nur Fälle mit ambulanter Indikationsphase</b>				
	<i>Rehadauer insgesamt</i>	<i>Dauer der ambulanten Indikationsphase</i>	<i>Dauer der stationären Phase</i>	<i>Dauer der poststationären ambulanten Phase</i>
N	37	37	37	37
Mittelwert	266,65	36,62	90,46	141,89

Tab. 34: Behandlungsdauer in EVS – Fälle mit ambulanter Indikationsphase

Für die Gruppe der direkt in die stationäre Rehabilitation wechselnden Versicherten konnte eine durchschnittliche Behandlungszeit von etwa 13½ Wo-

24 Die durchschnittliche Dauer der Indikationsphase wird hier nicht ausgewiesen, da weniger als 50 % der Stichprobe überhaupt eine Indikationsphase aufwiesen.

chen (94,75 Tagen) und eine poststationäre ambulante Behandlung von über 27 Wochen (194,47 Tagen) erhoben werden. Die gesamte Kombi-Behandlung dauerte für diese Gruppe der Versicherten etwa 40 Wochen (284,88 Tage).

<b>Dauer der Reha bzw. einzelner Behandlungsphasen – nur Fälle ohne ambulante Indikationsphase</b>			
	<i>Rehadauer insgesamt</i>	<i>Dauer der stationären Phase</i>	<i>Dauer der poststationären ambulanten Phase</i>
N	32	32	32
Mittelwert	284,88	94,75	194,47

Tab. 35: Behandlungsdauer in EVS – Fälle ohne ambulante Indikationsphase

Die Angaben machen deutlich, dass ambulant-stationär-ambulante Kombi-Behandlungen insgesamt sowie in den einzelnen Settings kürzer ausfallen als kombinierte Behandlungen, die mit einem stationären Modul beginnen. In diesem Kontext ist darauf hinzuweisen, dass der ambulante Beginn in EVS, sofern keine medizinischen bzw. therapeutisch relevanten Aspekte dagegen sprechen, der Regelfall sein sollte. Im Umkehrschluss muss daher für die Fälle mit stationärem Auftakt der Kombi-Behandlung eine spezifische Indikation vorgelegen haben, die den direkten Eintritt in die Klinik begründet. Es ist anzunehmen, dass es sich bei dieser Teilgruppe um EVS-Klienten mit besonders schweren Erkrankungen handelt.

Hingewiesen sei außerdem darauf, dass die obigen Angaben im Kontrast zu früheren Ergebnissen des Verlaufes der EVS stehen: Hier wurden eine durchschnittlich 7 Wochen umfassende Indikationsphase und eine 12,3 Wochen lange stationäre Behandlung ermittelt (vgl. dazu u.a. Tielking/Kuß 2003). Diese Differenzen lassen sich durch die unterschiedlichen methodischen Herangehensweisen der Untersuchungen erklären (vgl. dazu auch die Ausführungen in Kap. 4.3.1)

### **Entlassungsform**

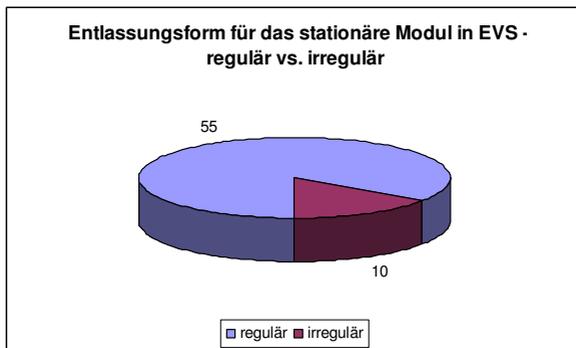
Die Dichotomisierung der Daten zur Entlassungsform in reguläre und irreguläre Behandlungsbeendigungen für die EVS-Stichprobe erfolgte analog zu den Nicht-EVS-Fällen: In der Gruppe der regulären Beender sind Versicherte mit planmäßiger, vorzeitiger Beendigung auf ärztliche Veranlassung und mit ärztlichem Einverständnis sowie mit einem Wechsel der Behandlungsform

oder einer Verlegung zusammengefasst. In der Gruppe der irregulären Beender befinden sich Versicherte mit einem vorzeitigen Abschluss ohne ärztliches Einverständnis oder der Entlassung aus disziplinarischen Gründen.

Hinsichtlich der Verschlüsselung von Behandlungswechseln ist anzumerken, dass die Ausprägung „Wechsel zu ambulanter/teilstationärer/stationärer Reha“ (vgl. Datensatzbeschreibung des RSD-Datensatzes), mit der ein „Hinweis“ auf zusammenhängende Maßnahmen im Rahmen eines Kombi-Verfahrens möglich gewesen wäre, nicht konstant verwendet wurde. Es ist anzunehmen, dass im Jahr 2002 noch kein einheitlicher Umgang mit der Verschlüsselung von EVS bestand. Die entsprechenden Zellen sind stattdessen verhältnismäßig gering besetzt, obwohl hier für jede stationäre Maßnahme im Rahmen der EVS regelhaft ein Wechsel in die ambulante Rehabilitation zu verzeichnen gewesen wäre.

### Entlassung aus dem stationären Modul in EVS

Für die Entlassungen aus dem stationären Modul in EVS lässt sich ein Verhältnis von 85 % regulären zu 15 % irregulären Behandlungsbeendigungen feststellen.



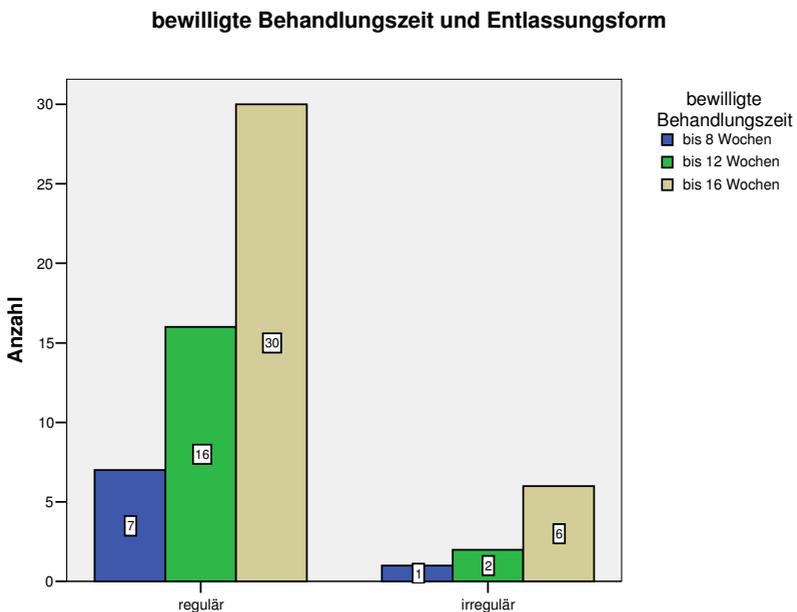
n = 65

Abb. 16: Art der Entlassung aus dem stationären Modul in EVS

## Bewilligte Behandlungszeit und Entlassungsform

Unter Beachtung der bewilligten stationären Behandlungszeit lassen sich für die Entlassung aus dem stationären Modul folgende Behandlungsbeendigungen ausmachen:

Die reguläre Beendigung ist in allen Varianten die häufigste Form der Behandlungsbeendigung. Irreguläre Beendigungen finden am häufigsten bei 16-Wochen langen Behandlungen statt.



$n = 62 / \chi^2 = .849$

Abb. 17: Bewilligte Behandlungszeit stationär und Art der Entlassung – EVS

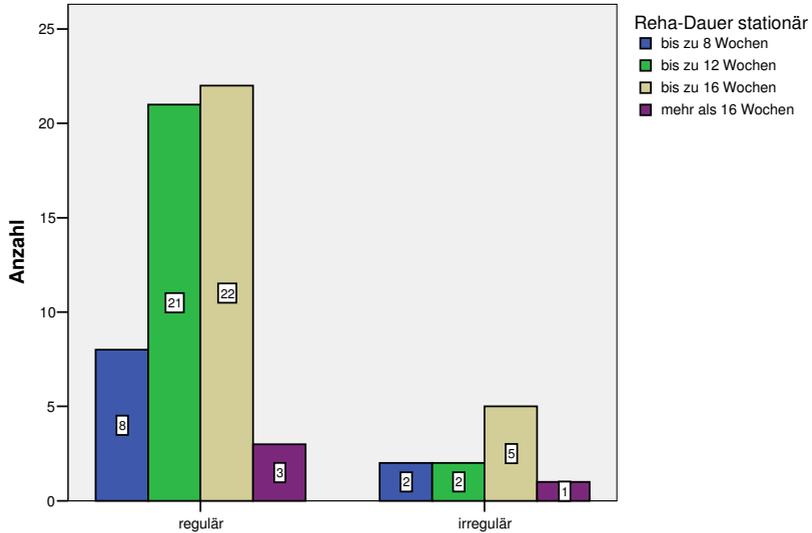
## Behandlungsdauer und Entlassungsform

In Abhängigkeit von der tatsächlichen Dauer der stationären Behandlung ergibt die Betrachtung der Entlassungsform folgendes Bild:

In allen Ausprägungen zur Dauer der stationären Behandlung überwiegt die reguläre Form der Beendigung. 50 % der (relativ geringen Anzahl der) Fälle,

die die Behandlung irregulär beenden, wurden bis zu 16 Wochen lang behandelt.

### Dauer des stationären Moduls in EVS und Entlassungsform



$n = 64 / \chi^2 = .701$

Abb. 18: Dauer des stationären Moduls und Entlassungsform – EVS

### Behandlungszeit und -dauer bei regulären Beendigungen des stationären EVS-Moduls

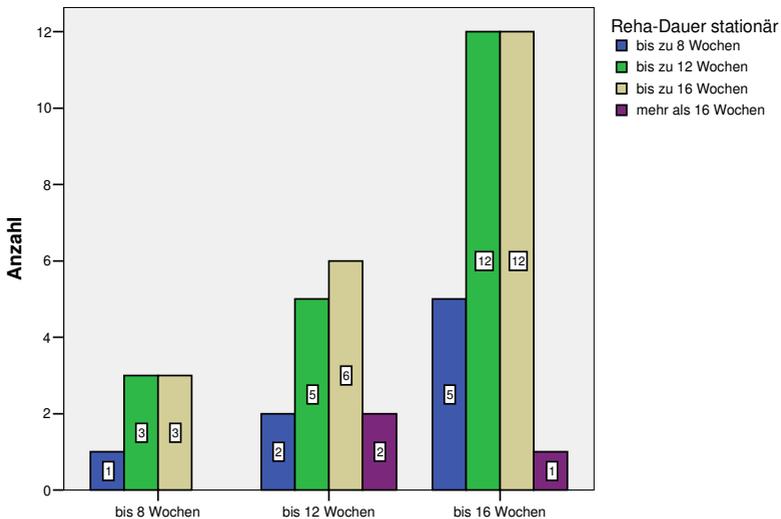
Bezieht man nur die Versicherten mit regulärer Beendigung der stationären Reha in EVS ( $n = 55$ ) in die Berechnung der Behandlungszeit ein, ergibt sich eine durchschnittliche stationäre Behandlungsdauer von 93,84 Tagen bzw. 13,4 Wochen; für die Indikationsphase wurden 3,1 Wochen, für die ambulante Weiterbehandlung im Anschluss an das stationäre Modul 24,6 Wochen erhoben.

<b>Dauer der einzelnen Reha-Settings in EVS – nur reguläre Beender stationär</b>			
	<i>Dauer der ambulanten Indikationsphase</i>	<i>Dauer der stationären Phase</i>	<i>Dauer der poststationären ambulanten Phase</i>
N	55	55	55
Mittelwert	21,75	93,84	172,35

Tab. 36: Behandlungsdauer in EVS – reguläre Beender stationär

Eine Analyse der regulären Beender des stationären Moduls in EVS und ihrer Behandlungsdauer im Verhältnis zu den bewilligten Tagen zeigt, dass bei den bewilligten 16-Wochen-Varianten in 40 % der Fälle die tatsächliche Behandlungszeit (n= 12) eingehalten und in weiteren 40 % (n=12) der Fälle auf eine Dauer von 12 Wochen verkürzt werden konnte. Für 46,6 % der beantragten 12-Wochen-Varianten war die bewilligte Behandlungszeit ausreichend bzw. konnte verkürzt werden, 40 % der Fälle wurden länger als ursprünglich bewilligt behandelt.

#### **bewilligte Behandlungszeit und Behandlungsdauer bei regulärer Beendigung des stationären Moduls in EVS**

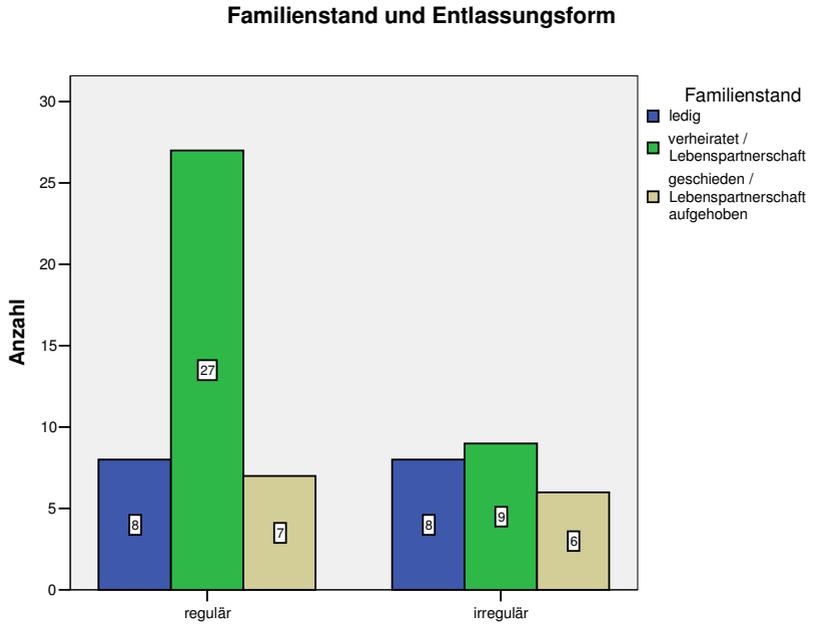


$n = 52 / \chi^2 .874$

Abb. 19: Bewilligte Behandlungszeit und Dauer der Behandlung– reguläre Beendigung des stationären Moduls der EVS

## Familienstand und Entlassungsform

Die Mehrheit sowohl der regulären wie irregulären Beender des stationären Moduls in EVS ist verheiratet bzw. lebt in einer Partnerschaft. Geschiedene oder Versicherte mit aufgehobener Partnerschaft schließen in 77 % der Fälle regulär ab, bei den Verheirateten oder Ledigen sind es fast 90 % bzw. 81 %.



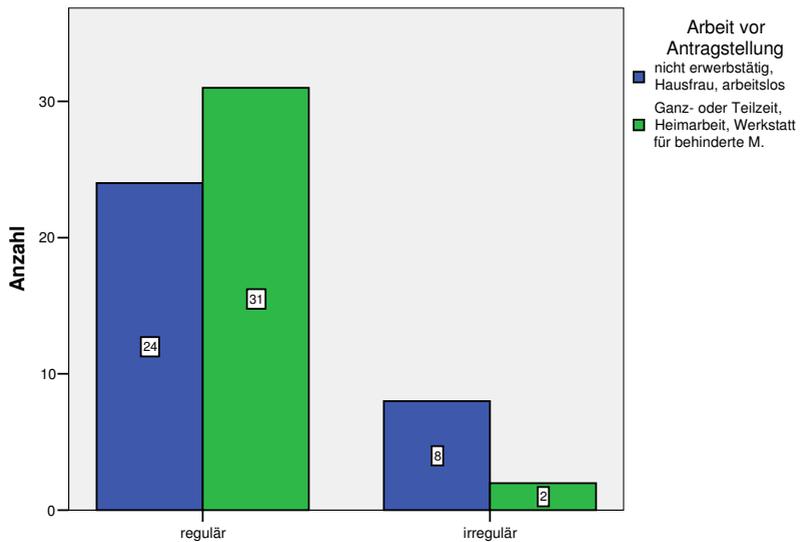
$n = 65 / \chi^2 = .146$

Abb. 20: Familienstand und Art der Entlassung aus dem stationären Modul in EVS

## Arbeit vor Antragstellung und Entlassungsform

Bei den regulären Beendern des stationären Moduls in EVS überwiegen die Erwerbstätigen, bei den irregulären Beendern die Erwerbslosen. Aus der ersten Gruppe beenden 94 % die Maßnahme regulär, von den anderen 75 %.

### Arbeit - "tätig oder nicht tätig" und Entlassungsform



n = 65 /  $\chi^2 = .034$

Abb. 21: Erwerbstätigkeit und Art der Entlassung aus dem stationären Modul in EVS

## Leistungsfähigkeit

Alle Versicherten der EVS-Maßnahme werden zum Abschluss des stationären Moduls als vollschichtig resp. für 6 Stunden und mehr leistungsfähig eingeschätzt.



n = 65

Abb. 22: Leistungsfähigkeit nach dem stationären Modul in EVS

## Arbeitsfähigkeit

In 97 % der Fälle sind die Versicherten des stationären EVS-Moduls arbeitsfähig.

	Häufigkeit	Prozent
keine Aussage möglich / nicht verschlüsselt	3	4,5
arbeitsfähig	61	92,4
arbeitsunfähig	1	1,5
Beurteilung nicht erforderlich	1	1,5
Gesamt	66	100,0

Tab. 37: Arbeitsfähigkeit nach dem stationären Modul in EVS

## Übergangsgeldzahlungen

Versicherte, die eine EVS-Maßnahme absolvierten, erhielten durchschnittlich einen Betrag von 2.094,54 € Übergangsgeld, umgerechnet auf ein tägliches Übergangsgeld sind das durchschnittlich 26,10 €. Als Zuzahlungsbetrag wurden für die Gesamtbehandlung 38,58 € eingefordert, wobei gut 80 % der Fälle keinen Zuzahlungsanteil zu leisten hatten.

Bezieht man das durchschnittliche tägliche Übergangsgeld in eine Kalkulation der Übergangsgeldzahlungen für einen Monat ein, so zahlt die Rentenversicherung monatlich ein Übergangsgeld von durchschnittlich 783,00 €.

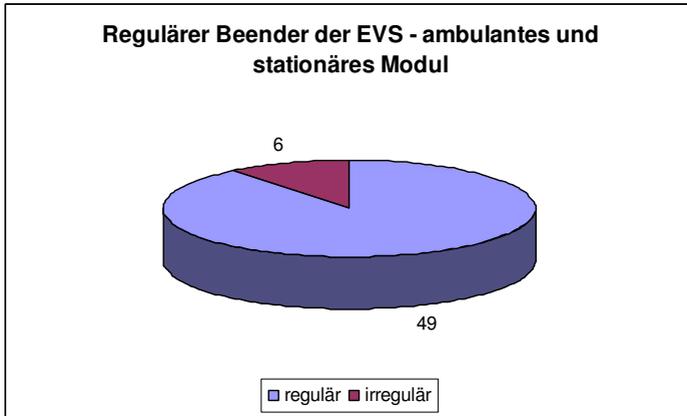
	Übergangsgeld während der Leistung	Tägliches Übergangs- geld	Zuzahlungs- forderung
N	66	66	66
Mittelwert	2094,54	26,10	38,58

Tab. 38: Übergangsgeldzahlungen in EVS – Durchschnittswerte

## Reguläre Beender der gesamten EVS-Maßnahme

Um die Unwägbarkeiten, die sich im Rahmen der Kombi-Maßnahme mit dem Entlassungsstatus verbinden (vgl. Ausführungen in Kap. 4.3.1), auszuschließen, sollen im weiteren Verlauf nur Fälle in die Auswertung einbezogen werden, die sowohl das ambulante als auch das stationäre Setting regulär beendet haben.

Die nachfolgende Auswertung zeigt, dass 89 % aller Fälle EVS in allen Modulen regulär abschließen.

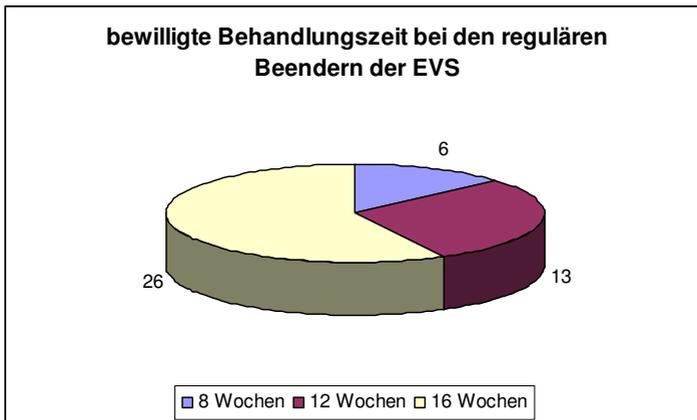


$n = 55 / \chi^2 = .149$

Abb. 23: Abschluss der EVS

### Bewilligte Behandlungszeit

Bewilligt wurden mehrheitlich (53 %) 16-Wochen lange stationäre Behandlungszeiten.

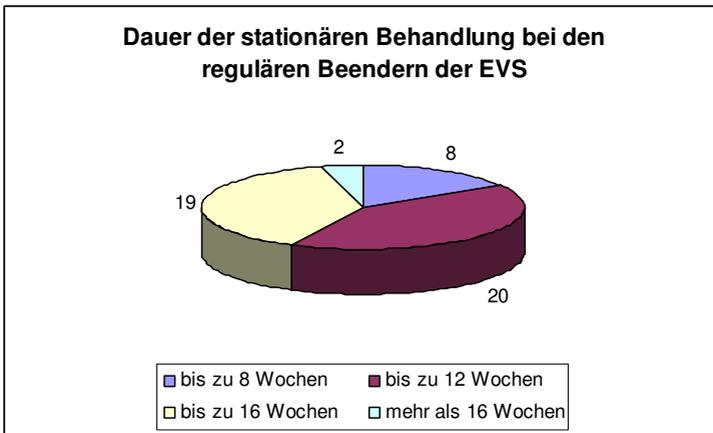


$n = 45$

Abb. 24: Bewilligte Behandlungszeit bei regulärem Abschluss der EVS

### Behandlungsdauer stationär

Betrachtet man die tatsächliche stationäre Behandlungsdauer der regulären Beender zeigt sich, dass bei etwa 41 % der Fälle die Behandlung in bis zu 12 Wochen regulär beendet wurde.



n = 49

Abb. 25: Dauer der stationären Behandlung bei regulärem Abschluss der EVS

### Ablauf der EVS

Die EVS-Maßnahme der regulären Beendern folgte in 51 % der Fälle einem ambulant-stationär-ambulantem Ablauf, 49 % begannen die EVS-Maßnahme direkt mit dem stationären Aufenthalt.

Ablauf der Kombiversion – ambulanter Beginn?		
	Häufigkeit	Prozent
Ganztätig ambulanter/ stationärer Beginn	24	49,0
ambulanter Beginn	25	51,0
Gesamt	49	100,0

Tab. 39: Ablauf der EVS-Kombi-Behandlung bei regulärem Abschluss der EVS

### **Dauer der EVS-Maßnahme in den einzelnen Behandlungsmodulen – nur reguläre Beender**

Für die Gruppe der regulären Beender konnten folgende Mittelwerte für die Dauer der einzelnen Behandlungsabschnitte und die bewilligte stationäre Phase ermittelt werden:

Für die Versicherten, die eine ambulant-stationär-ambulante EVS-Behandlung regulär abschlossen (n= 25), wurde eine ambulante Indikationsphase von durchschnittlich 5,6 Wochen erfasst.

Die stationäre Reha der regulären Beender dauerte gut 13,5 Wochen, die poststationäre ambulante Reha gut 26,6 Wochen (n=49). Bewilligt wurden stationär mit 96,44 Tagen durchschnittlich 1,6 Tage weniger (n=45).

Insgesamt dauerte die kombinierte Maßnahme der regulären Beender 304,78 Tage, d. h. etwa 43 ½ Wochen (n=49).

<b>Dauer der Reha bzw. einzelner Behandlungsphasen – nur EVS-Fälle mit regulärer Beendigung</b>						
		<i>Dauer der Indikationsphase</i>	<i>Dauer stationär</i>	<i>Dauer post-stationär</i>	<i>Rehadauer insgesamt</i>	<i>bewilligte Tage stationär</i>
N	Gültig	25	49	49	49	45
	Fehlend	0	0	0	0	4
	Mittelwert	38,92	94,84	186,65	304,78	96,44

Tab. 40: Dauer der Behandlungsmodule bei regulärem Abschluss der EVS

### Arbeit vor Antragstellung<sup>25</sup>

Unter den regulären Beendern der EVS sind 61 % erwerbstätig.



n = 49

Abb. 26: Erwerbstätigkeit – Fälle mit regulärem Abschluss der EVS

### Leistungsfähigkeit<sup>26</sup>

In Bezug auf die zuletzt ausgeübte Tätigkeit werden 61 % der regulären Beender der EVS als vollschichtig bzw. 6 Stunden und mehr leistungsfähig eingeschätzt.

<sup>25</sup> Die Angaben beziehen sich auf die 1. Maßnahme im Versichertenkonto.

<sup>26</sup> Die Angaben beziehen sich auf die 1. Maßnahme im Versichertenkonto.



n = 49

Abb. 27: Leistungsfähigkeit – Fälle mit regulärem Abschluss der EVS

### Arbeitsfähigkeit

Das Merkmal beschreibt die Arbeitsfähigkeit des Versicherten zum Zeitpunkt der Entlassung und nimmt dabei Bezug auf die letzte Erwerbstätigkeit vor der Reha-Maßnahme. Für die Fälle in der Kategorie „keine Aussage möglich/nicht verschlüsselt“ kann angenommen werden, dass es sich um Versicherte handelt, die als arbeitsfähig gelten. In der Gruppe der regulären Beender werden mit 98 % fast alle im Anschluss an die Maßnahme als arbeitsfähig eingeschätzt.

Arbeitsfähigkeit		
	Häufigkeit	Prozent
keine Aussage möglich/ nicht verschlüsselt	36	73,5
arbeitsfähig	12	24,5
arbeitsunfähig	1	2,0
Gesamt	49	100,0

Tab. 41: Arbeitsfähigkeit – Fälle mit regulärem Abschluss der EVS

### Übergangsgeldzahlungen

Die nachfolgenden Auswertungen geben Auskunft, in welchem Ausmaß die Deutsche Rentenversicherung Oldenburg-Bremen im Rahmen der EVS Übergangsgeldzahlungen für die regulären Beender geleistet hat. Die regulä-

ren Beender der EVS erhielten durchschnittlich einen Gesamtbetrag von € 2294,72 Übergangsgeld, umgerechnet auf ein tägliches Übergangsgeld sind das durchschnittlich € 27,59. Als Zuzahlungsbetrag wurden für die Gesamtbehandlung durchschnittlich € 42,03 eingefordert, wobei etwa 78 % der Fälle keinen Zuzahlungsanteil zu leisten hatten.

Umgerechnet auf einen Monat bedeutet dies, dass die Rentenversicherung für die regulären Beender der EVS durchschnittlich € 827,70 Übergangsgeld zu zahlen hatte.

	Übergangsgeld für die Dauer der Leistung	tägliches Übergangsgeld	Zuzahlungs- forderung
N	49	49	49
Mittelwert	2294,72 €	27,59 €	42,03 €

Tab. 42: Übergangsgeldzahlungen – Fälle mit regulärem Abschluss der EVS

Um einen Vergleich der EVS-Übergangsgeldzahlungen mit denen aus der Nicht-EVS-Stichprobe zu ermöglichen, wurden die Zahlungsbeträge analog zum Verfahren in der Nicht-EVS-Stichprobe in 5 Betragsguppen gefasst (vgl. dazu Auswertung in Kap. 4.3.3.1). Unter Beachtung der minimal und maximal ausgezahlten Beträge wurden folgende Gruppen bestimmt: keine Zahlung, Übergangsgeld bis zu 1400 €, Übergangsgeld bis zu 2800 €, Übergangsgeld bis zu 4200 € und mehr als 4200 €.

10,2 % der regulären Beender der EVS erhielten keine Übergangsgeldzahlungen, knapp 45 % erhielten eine Zahlung zwischen 1400,01 und 2800 €. 10,2 % der Personen erhielten mit mehr als 4200 € eine hohe Übergangsgeldzahlung.

Übergangsgeld während der Leistung		
	Häufigkeit	Prozent
keine Zahlung	5	10,2
bis 1400,00 €	6	12,2
1400,01 – 2800,00 €	22	44,9
2800,01 – 4200,00 €	11	22,4
mindestens 4200,01 €	5	10,2
Gesamt	49	100,0

Tab. 43: Übergangsgeldzahlung im Verlauf der Leistung – Fälle mit regulärem Abschluss der EVS

#### 4.3.3.3 Zusammenfassung der Ergebnisse

Bereits im Kapitel 4.3.1 wurden die Gegebenheiten der Auswertung der Routinestatistiken ausführlich beschrieben. Die erläuterten Bedingungen und Restriktionen bei der Datenanalyse müssen bei der Interpretation der Ergebnisse beachtet werden.

Grundsätzlich folgten die Auswertungen dem Ansatz, die allgemein anerkannte Form der medizinischen Rehabilitation von Alkoholabhängigen – und im Speziellen ihre stationäre Variante – der EVS-Kombi-Behandlung gegenüberzustellen. Da beide Stichproben mit dem RSD-Datensatz auf gleichen Grundlagen basieren, konnten wesentliche interessierende Themen im Kontext der Ziele und Fragestellungen der GÖS ausgewertet werden.

Die *soziodemographischen Daten der Versicherten* bringen z. B. zum Ausdruck, dass die EVS-PatientInnen im Durchschnitt etwa 2 Jahre jünger sind als die „herkömmlich“ stationär Behandelten der Nicht-EVS-Stichprobe.

Nimmt man die Anzahl der Datenblöcke über Leistungen zur Rehabilitation als Hinweis dafür, ob der/die Versicherte schon einmal eine Entwöhnungsmaßnahme bzw. Leistung der medizinischen Rehabilitation erhalten hat, so wird deutlich, dass in der *EVS-Stichprobe gut 50 % der Fälle Erstbehandlungen* sind, hingegen in der *Nicht-EVS-Stichprobe gut 31 %*.<sup>27</sup>

In beiden Stichproben sind *Männer deutlich überrepräsentiert*, bezogen auf den *Familienstand* zeigt sich allerdings eine Differenz: Der Anteil der verheirateten oder in Partnerschaft lebenden EVS-PatientInnen ist deutlich größer als in der anderen Gruppe.

Die Relevanz des Faktors *Erwerbstätigkeit* bzw. der Integration in Arbeit für den Therapieerfolg ist in Studien häufig belegt worden (u. a. Henkel/u. a. 2004; Henkel/Zemlin 2006). Die hier vorliegenden Auswertungen zeigen, dass in der EVS-Stichprobe prozentual mehr Versicherte einer Erwerbstätigkeit nachgehen. Auch das *Verhältnis von regulärer und irregulärer Behandlungsbeendigung* ist für die im Rahmen von EVS Behandelten günstiger. Die Bedeutung des Erwerbstätigenstatus für den kurzfristigen Therapieerfolg resp. die Art der Entlassung lässt sich jedoch im Vergleich der beiden Datensätze aufgrund mangelnder Signifikanzen nicht abschließend bewerten.

---

27 Der Begriff Hinweis ist bewusst gewählt, da evidente Angaben oder der tatsächliche Nachweis nicht aus den Daten abzuleiten ist: Leistungen unter anderer Kostenträgerschaft sind z. B. nicht erfasst.

*Bewilligte Behandlungszeiten* stehen im Fokus, wenn der Erfolg von Reha-Maßnahmen unter gesundheitsökonomischer Perspektive diskutiert wird.

Bereits die Ergebnisse der früheren Studien zu EVS brachten zum Ausdruck, dass die maximal bewilligte stationäre Behandlungszeit nicht immer ausgeschöpft wird, sondern durchschnittlich eine Verkürzung der Behandlungszeit realisiert werden konnte (vgl. dazu auch Kap. 2.2 in diesem Band). Dieses Ergebnis wird durch die Sonderauswertungen in der GÖ-Studie bestätigt. Für die „herkömmlich“ stationär behandelten Versicherten wurde durchschnittlich eine Reha-Dauer von 14,2 Wochen bzw. für 74 % der Fälle eine Langzeitbehandlung von 16 Wochen bewilligt. In EVS wurden durchschnittlich 13,8 Wochen bzw. in 58 % der Fälle eine Langzeitbehandlung von 16 Wochen bewilligt. Die aggregierten Auswertungen verweisen demnach auf eine Verkürzung der beantragten bzw. bewilligten stationären Therapiezeiten in EVS.

Insbesondere die *tatsächliche Behandlungszeit* wird unter gesundheitsökonomischer Perspektive zur Bewertung des Erfolges von Rehabilitationsmaßnahmen betrachtet. Der Vergleich der Nicht-EVS-Stichprobe und der EVS-Stichprobe zeigt mit Blick auf die tatsächliche Behandlungsdauer folgendes: Unabhängig von der Art der Entlassung wurde bei „herkömmlichen“ stationären Maßnahmen durchschnittlich 11 Wochen lang behandelt, in EVS waren es stationär 13,2 Wochen. In EVS wurden die Versicherten demnach zwar etwa 2 Wochen länger in der Maßnahme gehalten. Diese längere Verweildauer hat aber (positive) Hintergründe.

Bezieht man nämlich zusätzlich die Angaben zur *Entlassungsform* mit ein, so zeigt sich, dass die stationäre Behandlung im Rahmen von EVS in 85 % der Fälle regulär abgeschlossen wird, während es in der Nicht-EVS-Stichprobe nur 58 % sind. D. h. die durchschnittlich längere Behandlungszeit in EVS wird auch beeinflusst durch die vergleichsweise bessere Haltequote. Filtert man die *Gruppe der regulären Beender der stationären Maßnahme*, so ergibt sich für die Versicherten der herkömmlichen Rehabilitation eine durchschnittliche Behandlungszeit von 14,4 Wochen ( $n = 67$ ), während die Versicherten, die eine EVS-Maßnahme durchliefen, die Klinik regulär durchschnittlich nach 13,4 Wochen ( $n = 55$ ) verließen. Im Fall der regulären Behandlungsbeendigung wurde in EVS demnach 1 Woche kürzer behandelt. Annähernd lässt sich dies auch für die Gruppe derjenigen EVS-PatientInnen ermitteln, die die Maßnahme insgesamt, d. h. auch ambulant regulär beenden: Die regulären Beender der EVS ( $n = 49$ ) wurden 13,5 Wochen lang stationär behandelt.

Diese *Verkürzung der Therapiezeit* führt – bei einem angenommen stationären Pflegesatz von etwa € 100 pro Tag – zu einem *Einspareffekt von etwa € 700 pro Person*. Setzt man diesen Betrag ins *Verhältnis zum Umfang ambulanter Weiterbehandlungen*, für die i. d. R. eine Behandlungszeit von 6 Monaten und 20 Therapieeinheiten<sup>28</sup> bewilligt werden, so zeigt sich, dass allein diese eingesparte Woche stationärer Therapie, die Aufwendungen für ein halbes Jahr ambulanter Weiterbehandlung decken kann. Setzt man den Betrag ins Verhältnis zur durchschnittlichen ambulanten Behandlungszeit im Anschluss an das regulär abgeschlossene stationäre Modul in EVS, hier wurde *in EVS durchschnittlich 6,2 Monate (n = 55)<sup>29</sup> lang ambulant weiterbehandelt*, so zeigt sich, dass die Aufwendungen für die ambulante Weiterbehandlung bei üblicher Therapiedichte *zu etwa 3/4 durch die stationär eingesparte Behandlungszeit* gedeckt werden.<sup>30</sup>

Eine weitere Annäherung an die für die Reha-Maßnahmen aufzuwendenden Kosten liefert auch der Blick auf die *im Rahmen stationärer Aufenthalte zu leistenden Übergangsgeldzahlungen*. In der *Nicht-EVS-Stichprobe* wurde an die *regulär stationär Behandelten monatlich durchschnittlich ein Übergangsgeld von € 643,50* ausgezahlt, in EVS waren es *durchschnittlich € 783,00*. Die voran stehenden Angaben verweisen darauf, dass diese Differenz nicht auf die Behandlungsdauer zurückzuführen ist. Anzunehmen ist, dass das mit dem durchschnittlich höhere berufliche Status und den damit zusammenhängenden Einkommensverhältnisse der Versicherten korrespondiert.

Mit Blick auf die vorgestellten Ergebnisse ist zusammenfassend festzustellen, dass die *Ergebnisse der Datenanalyse* das mit der EVS zentral verbundene *Ziel einer Entlastung stationärer Laufzeiten widerspiegelt*. Es ist u. E. im Interesse der RV, dass die Auswertungen der entsprechenden Daten in den folgenden Jahren weitergeführt wird, um die hier aufgedeckten Ergebnisse fortzuschreiben, zu verdichten und weiter zu konkretisieren.

---

28 Multipliziert man diese 20 Therapieeinheiten mit dem aktuellen Kostensatz für ambulante Rehabilitation von € 46, so ist für die ambulante Rehabilitation ein Betrag von € 920 aufzuwenden.

29 Für die Indikationsphase wurde eine durchschnittliche Dauer von 21,75 Tagen, für die post-ambulante Weiterbehandlung eine Dauer von 172,35 Tagen ermittelt, so dass insgesamt von einer ambulanten Behandlungszeit von 194,1 Tagen bzw. 7 Monaten auszugehen ist.

30 An dieser Stelle nicht einkalkuliert wurden Aufwendungen für Übergabegespräche und die dem stationären Modul vorangehende ambulante Indikationsphase – diese wären für eine Gesamtkostenkalkulation der EVS-Behandlung zusätzlich zu berücksichtigen.

## **5 Das Verwaltungsverfahren bei EVS-Maßnahmen in der Deutsche Rentenversicherung Oldenburg-Bremen**

### **5.1 Eckdaten der Erhebung zur Verwaltungstätigkeit im Rahmen der EVS**

#### *5.1.1 Ziel der Befragung*

Die Erhebung verfolgte das Ziel, zum einen das Tätigkeitsfeld der Sachbearbeitung – mit Blick auf die Kombinationsbehandlung in der medizinischen Rehabilitation von Alkoholabhängigen – zu beschreiben und zum anderen ein Instrument zur Verfügung zu stellen, durch das Aufwand und Nutzen dieser Behandlung für den Rentenversicherungsträger unter der Perspektive des Verwaltungsverfahrens differenziert und besser eingeschätzt werden können. Die Untersuchung sollte zu folgenden Aspekten Aussagen ermöglichen:

1. Differenzierung der verschiedenen Arten von Arbeitsschritten
2. Quantifizierung der verschiedenen Arbeitsschritte
3. Einschätzung, Bewertung und ggf. Erarbeitung von Modifizierungsvorschlägen zur Organisation des Verwaltungsverfahrens

Diesem Interesse folgend wurden die verschiedenen *Sachbearbeitungsschritte* im Zusammenhang von Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation eines Versicherten und ihre zeitliche Inanspruchnahme – anonym, d. h. unabhängig von der Person des Bearbeiters – erhoben.

#### *5.1.2 Methode*

Als Methode wurde das *Verfahren der Selbstaufschreibung* (Bortz/Döring 2002) gewählt. Die Selbstaufschreibung anfallender Tätigkeiten lässt sich relativ reibungsarm – anders als bspw. eine Multimomentstudie oder Zeitaufnahme mit Zeitmessgerät – in den Arbeitsalltag integrieren. Eine teilnehmende Beobachtung bspw. wäre keine Alternative gewesen – forschungsökonomisch gesehen und in Bezug auf die Organisation der Verfahren in der Deutsche Rentenversicherung Oldenburg-Bremen wurde diese als nicht zweckmäßig verworfen. Auch sprachen datenschutzrechtliche Belange bezo-

gen auf die beteiligten MitarbeiterInnen der Rentenversicherung, aber auch bezogen auf den Kreis der Versicherten, gegen eine Beteiligung der Projektgruppe direkt im Verwaltungsprozess.

Die Methode der Selbstaufschreibung ermöglicht die Zeiterfassung „synchron“ zur Verrichtung der Tätigkeit. Auf diese Weise können Schätzfehler ausgeschlossen bzw. minimiert werden. Aus bisherigen Erfahrungen lässt sich außerdem auf eine höhere Akzeptanz dieser Methode bei den MitarbeiterInnen schließen als bei anderen Methoden, wie z. B. der Fremdbeobachtung.

Für den Ablauf der Datenerhebung wurde festgelegt, dass ein Erhebungsbogen (vgl. dazu auch die Ausführungen zum Erhebungsinstrument) bei Beginn der Dokumentation zu einem Fall der Versichertenakte beigefügt und dieser während des Verwaltungsablaufes bis zum Abschluss der EVS-Maßnahme in der Akte belassen wird. Auf diese Weise konnte sichergestellt werden, dass bei Abwesenheit einer Sachbearbeiterin/eines Sachbearbeiters (z. B. Krankheit, Urlaub) die Dokumentation durch eine/n VertreterIn fortgesetzt werden kann. Nach Abschluss der Maßnahme und dem Ende der Evaluation war der Bogen in einem verschlossenen Umschlag an die Universität zu senden. Sowohl der Versicherte wie auch die/der einzelne Sachbearbeiter/in blieben im Verfahren anonym und sind nicht Gegenstand der Auswertung.

Mit *Beginn der Datenerhebung ab 15. April 2005 sollten ca. 10 % der Reha-Anträge eines Jahres in die Stichprobe* aufgenommen werden. Jede/r Sachbearbeiter/in würde demnach für etwa 5 Anträge auf Kombi-Therapie die begleitende Dokumentation der Arbeitsschritte vornehmen. In die Stichprobe sollten alle beantragten EVS-Maßnahmen einbezogen werden, für die ein Bescheid (Bewilligung oder Ablehnung) zu erteilen war. Auf dem Erhebungsbogen sollten die Verwaltungsvorgänge und Arbeitsschritte sowie die jeweils aufgewendete Zeit dokumentiert werden, die sich im Verlauf des verwaltungsseitigen Ablaufes des EVS-Rehabilitationsverfahrens (Versicherter mit Antrag auf EVS-Kombi-Behandlung) ereigneten.

Als „Gerüst“ für die Dokumentation wurden der Sachbearbeitung ein *Ablaufschema* und ein *Musterfall* mit fiktiven Dokumentationsbeispielen an die Hand gegeben. In diesen Dokumenten sind die routinemäßigen Arbeitsschritte vom Antragsingang über die Durchführung bis zum Abschluss der Maßnahme stichwortartig festgehalten. Darüber hinaus bietet die *EVS-Checkliste* (vgl. Kapitel 9.2.3 diesem Band) Orientierung beim Ausfüllen der Erhebungsbögen. In ihr sind die aus Perspektive der ambulanten Leistungsanbieter

ter relevanten Formblätter und Arbeitsschritte für die EVS-Maßnahme aufgeführt. Das im Folgenden wiedergegebene grobe Ablaufschema liefert – auch als Erwartungshorizont bzw. Auswertungsgerüst für die Projektgruppe – einen Einblick in die zu erwartende *Datenstruktur*.

- A) Eingang des Antrags: Durchsicht und Prüfung
- Vollständigkeit der Unterlagen
  - Einblick in das Versicherungskonto
  - Prüfen der versicherungsrechtlichen Voraussetzungen
  - Verwaltungsseitiger Entscheid über Fortgang des Verfahrens
- B) Bescheiderteilung
- Fertigstellung der Unterlagen für den Versicherten sowie für die ambulante Behandlungsstätte oder die Klinik
  - Zusendung des Gutachtenbandes an den behandelnden Leistungsanbieter
  - Verschlüsselung des Bearbeitungsvorganges
- Abzulehnende oder weiterzuleitende Anträge sollten ebenfalls in die Stichprobe aufgenommen werden, da in diesen Fällen auch verwaltungsseitiger Aufwand entsteht, der in seinem Ausmaß zu bewerten ist.
- C) Behandlungsbeginn und -verlauf: ambulant & ambulant-stationär
- Abrechnung ambulanter Einheiten (Therapieeinheit, Dokumentations-einheit, Übergabegespräche)
  - Eingang der ambulanten Beendigungsmitteilung
  - Ggf. Eingang des ambulanten Abschlussberichts
- D) Behandlungsbeginn und -verlauf: stationär & stationär-ambulant
- Mitteilung der Klinik über die Aufnahme in stationäre Therapie
  - Prüfung der Übereinstimmung der bewilligten und tatsächlich in Anspruch genommenen Klinik
  - Übergangsgeld
  - Reisekosten
  - Ggf. Antrag auf Verlängerung der stationären Therapie
  - Mitteilung der Klinik über Beendigung der stationären Therapie
  - Einstellung der Übergangsgeldzahlung
  - Abrechnung der Maßnahmekosten mit dem Leistungsanbieter
  - Erneute Reisekostenabrechnungen (z. B. Heimfahrten)
  - Vorlage des stationären Entlassungsberichts

- Weitere Maßnahmen, die von der Deutschen Rentenversicherung Oldenburg-Bremen finanziert werden (z. B. Adaptionsmaßnahmen, berufsfördernde Maßnahmen)
- E) Beginn und Verlauf der poststationären ambulanten Weiterbehandlung
- Ambulante Beginnmitteilung
  - Abrechnungen aus der ambulanten Behandlungsstätte
  - Ggf. Antrag auf Verlängerung der ambulanten Therapiezeit bzw. Ausweitung der Therapieeinheiten
  - Beendigungsmitteilung aus der ambulanten Behandlungsstätte
  - Ambulanter Abschlussbericht
  - Weitere Maßnahmen, die von der Deutschen Rentenversicherung Oldenburg-Bremen finanziert werden (z. B. berufsfördernde Maßnahmen)

Die aufgeführten *Arbeitsroutinen* sollten im Rahmen der Selbstaufschreibung weiter differenziert werden. Insbesondere sollten auch Abweichungen und Zusatzarbeiten detailliert beschrieben werden.

## 5.2 Das Erhebungsinstrument

Die Entwicklung des Erhebungsinstruments erfolgte in Abstimmung mit Vertreterinnen der Deutschen Rentenversicherung Oldenburg-Bremen.<sup>1</sup> Nach zum Teil sehr differenzierten Entwürfen mit umfangreichen Antwortkategorien wurde eine einfach strukturierte Form des Erhebungsbogens eingesetzt, um den zusätzlichen Aufwand der Dokumentationsarbeiten für die SachbearbeiterInnen gering zu halten und die Arbeitsbelastung nicht unverhältnismäßig zu steigern. Die erste Seite des Erhebungsbogens ist nachfolgend abgebildet, die weiteren Seiten übernehmen die Tabelle der ersten Seite und stellen somit eine Fortschreibung dar.

---

1 Hier gilt unserer besonderer Dank Frau Augustin und Frau Lammers für die kritischen Anmerkungen bei der Entwicklung des Erhebungsinstruments.



Die dokumentierten Arbeitsschritte wurden im weiteren Verlauf quantitativ mittels statistischer Häufigkeitsanalysen ausgewertet.

In diesem Kontext ist anzumerken, dass die Betrachtung einer dritten Statuspassage – dem Abschnitt „Abschluss der EVS-Maßnahme“ – wünschenswert gewesen wäre. Aus den Tätigkeitsbeschreibungen heraus liess sich allerdings die Phase für den Abschluss der Verwaltungsarbeit in EVS nur selten konkret und abgegrenzt von den Tätigkeiten des Verlaufes ermitteln, zumal auch die entsprechenden Datumsangaben hierzu nicht konsequent im Erhebungsinstrument dokumentiert wurden (vgl. dazu auch Kap. 5.3.5). Hinzu kommt, dass eine solche Phaseneinteilung nicht seitens der Sachbearbeitung im Rahmen der hier geforderten Dokumentationstätigkeiten zu antizipieren war. Im Verlauf des Verwaltungsverfahrens fallen Tätigkeiten an, die in einem Fall einen Arbeitsschritt aus dem Verlauf der EVS, in einem anderen Fall eine Tätigkeit aus der Schlussphase der Maßnahme darstellen.

Vor diesem Hintergrund erfolgte die inhaltsanalytische Untersuchung der Tätigkeiten sowie die quantitativen Auswertungen zum Verwaltungsverfahren allein unter der Perspektive der beiden Statuspassagen, „Antragstellung bis Bescheiderteilung“ und „Verlauf der EVS-Kombi-Behandlung“. Losgelöst von den Tätigkeitsbeschreibungen konnte in Kapitel 5.3.5 zumindest für die Fälle, die eindeutig als abgeschlossene Reha-Verfahren ausgewiesen wurden und für die Datumsangaben vorlagen, Berechnungen zur Dauer des Verwaltungsverfahrens im Rahmen der EVS vorgenommen werden.

### 5.3.1 Die Tätigkeiten im Verwaltungsverfahren

Im Folgenden werden die im Rahmen der Selbstaufschreibung durch die Sachbearbeitung dokumentierten Tätigkeitsbeschreibungen wiedergegeben. Für die *Phase von der Antragstellung bis zur Bescheiderteilung* wurden die nachstehenden Angaben gemacht:

- Sichtung der Unterlagen, Sozialbericht würdigen, Durchsicht der Akte
- Prüfung der Zuständigkeit und versicherungsrechtlichen Voraussetzungen, Anspruchsprüfung
- Rechtsbehelf
- Anforderung und Eingang von fehlenden Befundberichten
- Vorakten zusammenführen
- Telefonat mit antragstellender Einrichtung, Telefonat mit Versicherten
- Klärung, ob EVS-Fall

- SMD-Vorlage, erneute SMD-Vorlage wegen Leistungsvermögen oder wegen Motivation
- nachträglich eingegangenes Fax zum SMD gebracht
- Klinikbestimmung, Einweisung
- Freigabe der Bewilligung
- Kostenzusage aufbauen, Maschinelle Umsetzung der Kostenzusage,
- Bewilligung stationäre und ambulante Maßnahme
- Datenerfassung, Aktenanlage
- Ablehnung – kein ausreichender Sozialbericht, nicht zuständig, keine Auf-  
fangbehandlung in EVS
- Anweisung von Befundberichts-kosten
- EVS-Begleitbogen ausfüllen, Eintragen im Prüfbogen

Folgende Tätigkeitsbeschreibungen wurden für die *Phase des Verlaufes* der Kombi-Behandlung aufgelistet:

- Eingang Laborbefund
- Freigabe der Befundberichts-kosten für Krankenhaus
- Fallbesprechung wegen nicht angetretener Vormassnahme
- Aufnahme- oder Entlassungsmitteilung erfassen
- Anschreiben an Fachstelle wegen Beginn der Maßnahme
- Adressenänderung speichern
- Verdienstbescheinigung und Terminmeldung abheften
- Ablauf der Kostenzusage
- Übergabegesprächskosten anweisen und freigeben
- Pflegekosten eingeben und freigeben
- Unterbrechung der Zahlung von Pflegekosten
- Übergangsgeld-Anspruch prüfen und freigeben
- Telefonat mit Krankenkasse, Telefonat mit Klinik: Unklarheiten bei der  
ÜG-Berechnung
- Telefonat mit Leistungsträger, Telefonat mit Job-Center
- Abwicklung und Erstattung des Erstattungsanspruches
- Fahrtkosten bereitstellen, freigeben und auszahlen
- Entlassung bereitstellen und freigeben
- Vorlage zur Verlängerung an SMD
- Verlängerungsschreiben an Klinik und Beratungs- und Behandlungsstelle
- Verlängerung freigeben
- Auswertung des stationären Abschlussberichtes
- Anforderung der Bankverbindung des Versicherten

- Anforderung des Erstattungsanspruches für Arbeitslosengeld, Beanstandung des Übergangsgeld-Erstattungsanspruches
- Nichtantritt der Maßnahme erfassen
- Entlassungsbericht auswerten
- Schlussverfügung
- Statistik eingeben
- Bescheinigung für Versicherten ausstellen
- Anweisung Einzelabrechnung
- Posteingang bearbeiten
- Erinnerung an Befundberichtsdaten
- Abrechnung von Einzelgesprächen, Prüfung und Anweisung
- Anfrage bei Agentur für Arbeit bzgl. der Berechnungsgrundlage für das Übergangsgeld
- Anfrage an Fachstelle bzgl. Einberufungszeitpunkt
- Bescheinigung § 312 an Versicherten
- Anforderung einer Verdienstbescheinigung
- Fahrtkosten eingeben, freigeben
- Anfrage an Behandlungsstätte, da der Tag des Abbruchs in der Zukunft liegt
- Anfrage einer Klinik wegen Aufnahme in die ambulante Maßnahme
- Nichtantritt erfassen
- Neue Anschrift der Reha-Einrichtung auf Bescheid erfassen und Bescheid erneut senden
- Anruf vom Arbeitsamt wegen ALG-Zahlung
- Anzahl der Teilnahmetage und ambulanten Einheiten berichtigen
- Prüfen, ob Unterlagen angefordert werden müssen
- Schreiben an Klinik, Bewilligung wurde widerrufen
- Behandlungsvariante nicht angekreuzt von antragstellender Einrichtung – Entscheidung des SMD
- Telefonat mit Klinik zur Verlängerung bzw. Wechsel in teilstationäre Maßnahme
- Zuzahlungsbescheid neu
- Kurzantrag prüfen, Änderung im Rahmen von EVS
- Rückforderung
- Anforderung von Sachkosten
- Antwortschreiben an Krankenkasse
- Anweisung zur Barauszahlung
- Speicherung der Erstattungsansprüche

- verschiedene Telefonate zur Klärung einer Aussage im Entlassungsbericht
- Anschreiben an Fachstelle wegen fehlender Rechnungen
- Telefonate mit Fachstelle und Anhörung
- Anfrage bei Fachstelle, ob Maßnahme angetreten wurde
- Erstattungsanspruch per Brief anfordern
- Terminmeldung Übergangsgeld, Zwischenzahlung prüfen
- Adaptionisantrag gewürdigt und bewilligt
- Zuzahlung neu berechnen
- Krankengeldbescheid abheften
- Erneuter Brief an Fachstelle – kam unzustellbar zurück
- Anruf des Versicherten mit Bitte um Zwischenzahlung des Übergangsgeldes, Anruf bei Klinik mit der Bitte um Bestätigung der Anwesenheit, Eingabe der Zwischenzahlung
- Schreiben an Jugendamt über Bezug von Übergangsgeld
- Aktenvermerk lesen
- Verfügung erstellen
- Anforderung einer Verdienstbescheinigung vom Arbeitgeber
- Persönliches Gespräch mit Versicherten
- Überzahlung von Übergangsgeld – Neuberechnung und Freigabe
- Anhörung Übergangsgeld-Rückforderung
- Medizinischen Teil der Akte von Fachstelle anfordern
- Ablehnung der Unterhaltsabzweigung
- Hauptgruppe 9 des Versichertenkontos gelöscht
- Umwandlung von stationärer in teilstationäre Maßnahme
- Verbraucherinsolvenz prüfen und Schreiben fertigen – als besonderen Sachverhalt gespeichert
- Anfrage an das Einwohnermeldeamt wegen Wohnsitz
- Adresse des Versicherten geändert
- Kostenzusage zurückgenommen, da falsche Anschrift im Antrag angegeben wurde
- Routenplaner erstellen und Fahrtkosten anweisen
- Telefonat mit Reha-Einrichtung wegen Familienheimfahrt
- Telefonische Rückfrage zur Abrechnung der Übergabegespräche
- Bescheid nicht erhalten, erneut an Beratungs- und Behandlungsstelle
- Nicht-Antritt der stationären Maßnahme
- Heilstättennummer berichtigt
- Änderung der Bankverbindung

- Telefonat mit Reha-Einrichtung wegen angeblich fehlerhafter Abrechnung der EVS-Übergabe
- Fehlerbereinigung im Konto, Nichtantritt der Maßnahme dokumentieren
- Widerruf des Antrages, Unterlagen von Behandlungsstelle zurückfordern, Umdeutung in einen Rentenanspruch
- Unterbrechung der Zahlung von Pflegekosten wegen Verlegung auf Entgiftungsstation
- Unterbrechung wegen Beerdigung
- Vorlage an SMD wegen Umwandlung in teilstationäre Form für die letzte Behandlungsphase
- Gesprächsprotokoll des Außendienstmitarbeiters zur Kenntnis genommen
- Nicht-Antritt der poststationären ambulanten Phase
- Entlassungsbericht prüfen
- Eingang Abschlussrechnung
- Eingang Beendigungsmitteilung
- Eingang Entlassungsbericht
- Datenerfassung
- Prüfung Entlassungsmitteilung
- Abschlussrechnung sowie Freigabe
- Auswertung Entlassungsbericht
- Abgabe wegen Renten-Antrag
- Nicht-Antritt der stationären Maßnahme dokumentieren
- Fehlerbereinigung im Konto
- Schlussrechnung zu ambulanten Einheiten und Freigabe
- Anforderung des Entlassungsberichtes
- Versicherter verzichtet auf ambulante Nachsorge – Widerrufsbescheid
- Eingang Abschlussbericht – Auswertung und Datenerfassung nach Abbruch
- Kostenrücknahme – Anhörung, Bescheid
- Entlassungsschein freigeben wegen Abbruch der Maßnahme
- Umdeutung in einen Rentenanspruch gefertigt
- Entlassungsmitteilung verarbeiten
- Dokumentation (Nichtantritt der stationären Maßnahme)
- Entlassungsbericht – Auswertung und Abgabe an SMD wegen Abbruch
- Forderungsbeleg fertigen und prüfen
- Einweisungsunterlagen zurückfordern
- Umheften und neu sortieren der medizinischen Unterlagen

Die aufgeführten Tätigkeiten umfassen sowohl Routinetätigkeiten wie auch Einzelfallarbeiten aufgrund besonderer Vorkommnisse. Sie werden im Folgenden unter quantitativen und qualitativen Gesichtspunkten untersucht, um ggf. Möglichkeiten der Optimierung der Verfahren ausarbeiten zu können.

### 5.3.2 *Beschreibung der Stichprobe*

Die Stichprobe zur Untersuchung des EVS-Verwaltungsaufwand enthält 98 Fälle (n=98). Der erste Fall der Stichprobe trägt das Erstbearbeitungsdatum 11.04.2005, der jüngste stammt vom 30.09.2005.

Aufgrund der Laufzeit der GÖ-Studie wurde die Selbstaufschreibung für die noch laufenden Fälle zum 28. Februar 2006 aufgegeben. Gemessen an der letzten Eintragung im Erhebungsbogen sind die Fälle durchschnittlich etwa bereits ein halbes Jahr lang Teil der Stichprobe.

<b>Dauer des erfassten Zeitraums</b>	
<i>Erstbearbeitung bis letzte Eintragung</i>	
N	98
Mittelwert	185,59

Tab. 44: Erfassungszeitraum

Für die Gesamtstichprobe sind folgende Behandlungsverläufe beantragt worden: Mit 52 % wurden am häufigsten *mittelfristige, sprich 12 Wochen lange, EVS-Behandlungen*, beantragt, die zweigrößte Gruppe bildet die 16-Wochen-Variante folgt mit 19 %.

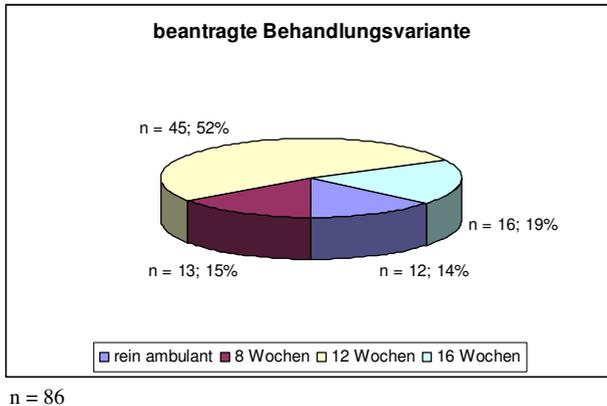


Abb. 29: Beantragte Behandlungsvariante

### Antragsbescheidung

Aufgeschlüsselt nach den möglichen Bescheidsarten (Bewilligung oder Ablehnung) zeigt sich, dass *90 % der Fälle* bewilligt werden.

<b>Bewilligung?</b>		
	<i>Häufigkeit</i>	<i>Prozent</i>
Nein	10	10,2
Ja	88	89,8
<b>Gesamt</b>	<b>98</b>	<b>100,0</b>

Tab. 45: Antragsbescheidung

### Anzahl der Arbeitsschritte im EVS-Verwaltungsverfahren

Im Rahmen der Datenerhebung in der Sachbearbeitung der Deutschen Rentenversicherung Oldenburg-Bremen wurden *durchschnittlich 14,4 Arbeitsschritte* für die Verwaltungsarbeit in EVS erfasst. Das Minimum wird durch einem letztlich nicht bewilligten Fall repräsentiert, für den nur eine Tätigkeit

erfasst wurde. Mit 37 erfassten Arbeitsschritten wurde für einen vollständig abgeschlossenen EVS-Fall das Maximum an Tätigkeiten ermittelt.

<b>Anzahl erfasster Arbeitsschritte</b>	
<i>Arbeitsschritte gesamt</i>	
N	98
Mittelwert	14,39
Minimum	1
Maximum	37

Tab. 46: Anzahl der Arbeitsschritte im EVS-Verwaltungsverfahren

Betrachtet man die erfassten Arbeitsschritte getrennt nach den an der Verwaltungsarbeit beteiligten *Statusgruppen*, so zeigt sich, dass *die Bearbeiter durchschnittlich 61 % der Tätigkeiten, die Gruppenleiter 39 % Tätigkeiten durchführen.*

<b>Anzahl erfasster Arbeitsschritte getrennt nach Bearbeiter und Gruppenleiter</b>		
	Arbeitsschritte BA	Arbeitsschritte GL
N	98	98
Mittelwert	8,81	5,56

Tab. 47: Anzahl der Arbeitsschritte im EVS-Verwaltungsverfahren – Bearbeiter und Gruppenleiter

### **Bearbeitungszeiten der Arbeitsschritte**

Für die erhobenen Tätigkeiten in den beiden an der Verwaltungsarbeit beteiligten Gruppen wurden die *Bearbeitungszeiten* erfasst: In der folgenden Auswertung wurden alle dokumentierten und mit Zeitangaben versehenen Arbeitsschritte aus der Gruppe der Bearbeiter und der Gruppenleiter berücksichtigt. Die ermittelten Größen beziehen sich dabei auf die zum Ende der Erhebungsphase (Ende Februar 2006) vorliegenden Dokumentationen, ungeachtet dessen, ob die Verwaltungsarbeit in den einzelnen Fällen noch im Verlauf oder bereits beendet war. *Die Bearbeiter benötigen für das Verwaltungsverfahren im Rahmen der EVS durchschnittlich 47,6 Minuten (n=98), die Gruppenleiter wenden durchschnittlich 30,2 Minuten (n= 90) für ihre Tätigkeiten auf.*

### 5.3.3 *Das Verwaltungsverfahren von der Antragstellung bis zur Bescheiderteilung – quantitative Aspekte*

Die Dauer des Bewilligungsverfahrens für die Entscheidung über Reha-Anträge ist gesetzlich geregelt. Die Rentenversicherung ist verpflichtet, innerhalb von 14 Tagen eine Entscheidung herbeizuführen. Die Auswertung der Tätigkeitsbeschreibungen zeigt, dass die Deutsche Rentenversicherung Oldenburg-Bremen diesen Zeitraum keineswegs ausschöpft. *Bis zur Entscheidung über den Reha-Antrag vergehen durchschnittlich 7,3 Tage.*

<b>Dauer des Antragsverfahrens in der Verwaltung der Deutsche Rentenversicherung Oldenburg-Bremen</b>	
<i>Erstbearbeitung bis Bescheid</i>	
N	84
Mittelwert	7,30

Tab. 48: Dauer des Antragsverfahrens

Die Fälle, in denen eine Reha-Maßnahme bewilligt wird, werden in durchschnittlich 6,88 Tagen beschieden (n= 81).

Fälle, in denen die Reha-Maßnahme nicht bewilligt wird, werden verwal- tungsseitig in durchschnittlich 18,67 Tagen abgeschlossen (n= 3). In diesem Zeitraum ist ein Arbeitsaufkommen zu bewältigen, das insbesondere durch externe Zusammenhänge bestimmt wird: Kontakte mit und zu Versicherten, Leistungsanbietern oder anderen Kostenträgern.

Betrachtet man diese Phase der Verwaltungsarbeit mit Blick auf die von den beteiligten Statusgruppen – Bearbeiter und Gruppenleiter – zu leistenden Tätigkeiten, so lassen sich folgende Angaben zur *Anzahl und Dauer der Tätigkeiten* machen: In der Phase des Antragsverfahrens werden seitens der Bearbeiter durchschnittlich 76,6 % Arbeitsschritte vollzogen, die Gruppenleiter leisten durchschnittlich 23,4 % der Tätigkeiten.

<b>Anzahl erfasster Arbeitsschritte getrennt nach Bearbeiter und Gruppenleiter – Bewilligungsverfahren</b>		
	<i>Bearbeiter – Anzahl der Tätigkeiten im Bewilligungsverfahren</i>	<i>Gruppenleiter– Anzahl der Tätigkeiten im Bewilligungsverfahren</i>
N	98	98
Mittelwert	3,02	,92
Minimum	1	0
Maximum	6	2

Tab. 49: Anzahl der Arbeitsschritte im Antragsverfahren – Bearbeiter und Gruppenleiter

Bei Betrachtung der *zeitlichen Dimension* zeigt sich, dass die *Bearbeiter ein durchschnittliches Arbeitsaufkommen von 23,8 Minuten, die Gruppenleiter von 5,8 Minuten* haben. Das Bewilligungsverfahren wird von *beiden Statusgruppen zusammen in durchschnittlich 28,8 Minuten* abgeschlossen. Ermittelte Minimum- und Maximum-Werte verweisen dabei auf die Spannweite des Zeitaufwandes für einzelne Tätigkeiten: Sowohl das innerhalb von 5 Minuten durch die Bearbeiter abgeschlossene Antragsverfahren, sofern die Prüfung der Zuständigkeit und versicherungspflichtigen Voraussetzungen negativ ausfällt, als auch der in 57 Minuten umfassend erledigte Bewilligungsvorgang inklusive Erfassung und Aktenanlage, Vorbereitung der SMD-Vorlage und maschineller Umsetzung der Kostenzusage zeigt, dass das Verwaltungsverfahren für die Deutsche Rentenversicherung Oldenburg-Bremen zügig erledigt wird. Die Betrachtung dieser ersten Phase des Verwaltungsverfahrens um die EVS zeigt, dass das Arbeitsaufkommen in den beiden am Vorgang beteiligten Statusgruppen deutlich variiert. Die relativ (zeit-)aufwendigen Tätigkeiten werden durch die Bearbeiter erledigt und bis zur Bescheiderteilung vorbereitet und geplant, so dass seitens der Gruppenleitung (zeitlich) weniger umfangreiche Arbeiten zu erledigen sind.

### 5.3.4 *Das Verwaltungsverfahren im Verlauf der Rehabilitationsmaßnahme – quantitative Aspekte*

Die zweite Phase der Verwaltungsarbeit – der Zeitraum von der Bewilligung bis zum Abschluss der Rehabilitationsmaßnahme – ergibt mit Blick auf die erfassten Tätigkeiten und Zeitangaben ein anderes Bild: Die *Berater dokumentieren durchschnittlich 5,8 Arbeitsschritte und einen zeitlichen Aufwand von 28,1 Minuten, die Gruppenleiter geben durchschnittlich 4,6 Tätigkeiten und eine Bearbeitungsdauer von 25,9 Minuten* an. Das zählbare und zeitliche Arbeitsaufkommens in den beiden Statusgruppen hat sich im Vergleich zur ersten Phase angenähert. Das Verwaltungsverfahren in EVS beansprucht die Bearbeiter und Gruppenleiter in der Phase von der Bewilligung bis zum Abschluss der Maßnahme in nahezu gleichem Ausmaß.

<b>Anzahl erfasster Arbeitsschritte getrennt nach Bearbeiter und Gruppenleiter – Phase von der Bewilligung bis zum Abschluss der Maßnahme</b>		
	<i>Bearbeiter-Anzahl der Tätigkeiten im Verlauf der Reha</i>	<i>Gruppenleiter- Anzahl der Tätigkeiten im Verlauf der Reha</i>
N	98	98
Mittelwert	5,76	4,60
Minimum	0	0
Maximum	17	18

Tab. 50: Anzahl der Arbeitsschritte bis zum Abschluss des EVS-Verwaltungsverfahren – Bearbeiter und Gruppenleiter

<b>Dauer der Tätigkeiten im Verwaltungsverfahren in Minuten – Phase von der Bewilligung bis zum Abschluss der Maßnahme</b>			
	<i>Bearbeiter-Dauer der Tätigkeiten im Verlauf der Reha in Minuten</i>	<i>Gruppenleiter-Dauer der Tätigkeiten im Verlauf der Reha in Minuten</i>	<i>Bearbeiter und Gruppenleiter – Dauer der Tätigkeiten im Verlauf der Reha in Minuten</i>
N	83	86	86
Mittelwert	28,12	25,94	52,90
Minimum	1	0	2
Maximum	130	221	290

Tab. 51: Dauer des EVS-Verwaltungsverfahren – Bearbeiter und Gruppenleiter

### 5.3.5 *Abgeschlossene Reha-Verfahren in der Stichprobe – quantitative Aspekte*

Zu beachten ist, dass für eine Vielzahl der Fälle das Verwaltungsverfahren Ende Februar 2006 noch nicht beendet war. Obwohl die bisherigen Erkenntnisse zur Dauer der EVS-Maßnahmen von einer durchschnittlichen Behandlungsdauer von etwa 40 Wochen ausgehen (vgl. Tielking/Kuß 2003) und somit ein ausreichend langes Zeitfenster für die Erhebung zur Verfügung stand, konnten die Tätigkeitsbeschreibungen in vielen Fällen nicht abgeschlossen werden, weil Abschlussdaten noch nicht vorlagen.

In der Stichprobe sind Fälle mit einem Erstbearbeitungsdatum bis einschließlich September enthalten. Für diese und weitere relativ spät in die Untersuchung aufgenommenen Fälle kann bei Bewilligung und regulärer Durchführung der EVS zwangsläufig der Abschluss noch nicht erreicht sein. Dieser Umstand liegt möglicherweise am tatsächlichen Aufkommen an EVS-Antragsstellungen und konnte weder im Rahmen der Untersuchungsplanung durch die Projektgruppe noch durch die Sachbearbeitung der Rentenversicherung, die die Fälle in die Stichprobe aufnahmen, beeinflusst werden.

Die Ableitung des Reha-Endes aus den Tätigkeitsbeschreibungen ist nicht möglich und kann nur über das Feld „Datum Beendigung der Gesamtmaßnahme“, das im Erhebungsbogen vorgesehen war, ermittelt werden. Dieses Feld wurde im Rahmen der Dokumentationstätigkeiten seitens der Sachbearbeitung jedoch nicht konsequent bearbeitet.

In die nachfolgend wiedergegebenen Auswertungen konnten deshalb nur 16,3 % der Fälle, für die das Ende der Gesamtmaßnahme definitiv erhoben wurde, einbezogen werden. In der Gruppe der Fehlenden finden sich sowohl die noch nicht beendeten EVS-Fälle, vermutlich aber auch einige, für die das Abschlussdatum nicht dokumentiert wurde.

Datum des Endes der Gesamtmaßnahme		
	Gültig	16
N	Fehlend	82

Tab. 52: Ende der Gesamtmaßnahme bekannt

Für die Fälle der Stichprobe, in denen die EVS-Maßnahme abgeschlossen wurde (n=16), zeigt sich gemessen an der letzten Eintragung im Erhebungsbogen für die *Verwaltungsarbeit eine Dauer von gut 200 Tagen, d. h. von ca. 6,6 Monaten.*

Beenden EVS-PatientInnen ihre Reha-Maßnahme (n=16), so ist damit noch nicht gleichzeitig auch das Verwaltungsverfahren abgeschlossen. Aus den Aufwandserhebungen lässt sich ermitteln, dass die *EVS-Maßnahme verwaltungsseitig im Durchschnitt etwa 73 Tage nach dem Ende der medizinischen Rehabilitation abgeschlossen werden kann.*

Betrachtet man das in der Antragsphase geleistete Arbeitsvolumen der Bearbeiter und Gruppenleiter bei den abgeschlossenen Reha-Verfahren, so zeigt sich, dass die Bearbeiter durchschnittlich 3,4, die Gruppenleiter 1,0 Arbeitsschritte bis zur Bewilligung erledigen. Der zeitliche Aufwand beträgt bei den Bearbeitern 23,8 Minuten, bei den Gruppenleitern 6,9 Minuten.

<b>Anzahl erfasster Arbeitsschritte getrennt nach Bearbeiter und Gruppenleiter – abgeschlossene Reha-Verfahren, Phase bis zum Bescheid</b>		
	<i>Bearbeiter – Anzahl der Tätigkeiten im Antragsverfahren</i>	<i>Gruppenleiter – Anzahl der Tätigkeiten im Antragsverfahren</i>
N	16	16
Mittelwert	3,44	1,06
Minimum	1	1
Maximum	6	2

Tab. 53: Anzahl der Arbeitsschritte bis zum Bescheid - abgeschlossene Reha-Verfahren

<b>Dauer der Tätigkeiten im Verwaltungsverfahren in Minuten – abgeschlossene Reha-Verfahren, Phase bis zum Bescheid</b>			
	<i>Bearbeiter – Tätigkeiten im Antragsverfahren in Minuten</i>	<i>Gruppenleiter – Tätigkeiten im Antragsverfahren in Minuten</i>	<i>Dauer der Tätigkeiten im Antragsverfahren BA und GL</i>
N	16	16	16
Mittelwert	23,81	6,88	30,69
Minimum	15	2	23
Maximum	43	15	45

Tab. 54: Dauer der Tätigkeiten bis zum Bescheid - abgeschlossene Reha-Verfahren

### 5.3.6 Zusammenfassung der quantitativen Auswertungen

Die quantitativen Auswertungen zum EVS-Verwaltungsverfahren geben einen Einblick in das *Arbeitsfeld der Reha-Sachbearbeitung im Kontext des*

*EVS-Verwaltungsverfahren.* Erstmals überhaupt wurde im Rahmen gesundheitsökonomischer Studien das Verwaltungsverfahren als Untersuchungsgegenstand aufgegriffen und Tätigkeiten, dafür aufgewendete Zeit und bestehende Arbeitsteilung zwischen den in Verfahren beteiligten Statusgruppen ins Zentrum des Interesses gerückt.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die Ergebnisse der quantitativen Analysen ein *Bearbeitungszeiten und Fristen betreffendes positives Bild von den Prozessen innerhalb der Sachbearbeitung* zeichnen. Die *gesetzliche vorgegebene Bearbeitungszeit von Anträgen auf Leistungen der medizinischen Rehabilitation wird mit einer durchschnittlichen Bearbeitungszeit von 7,3 Tagen deutlich, um nämlich fast 50 %, unterschritten.* In diesem Kontext wirkt sich aus, dass *90 % der Anträge, die die Rentenversicherung hier erreichen, positiv beschieden werden.* Daraus lässt sich ableiten, dass zum einen die Dienstwege und Verfahrensanweisungen hausintern klar abgesteckt sind, aber auch nach außen, die Versicherten bzw. Antragssteller betreffend, eindeutige Vorgaben existieren und umgesetzt werden, so dass das Bewilligungsverfahren zielorientiert durchgeführt werden kann. Die beschriebenen Verhältnisse verdeutlichen, dass Antragsablehnungen bspw. aufgrund mangelnder Unterlagen oder der fehlenden Mitwirkungspflicht des Versicherten und der damit verbundene zeitliche und inhaltliche Aufwand – die *abgelehnten Reha-Anträge* wurden in einer *Gesamtbearbeitungszeit von 18,87 Tagen* bearbeitet – das routinierte Verfahren kaum tangieren.

#### **5.4 Konsequenzen aus den Ergebnissen der Tätigkeitsbeschreibungen zum EVS-Verwaltungsverfahren unter qualitativer Betrachtung**

Nachdem in Kapitel 5.3.1 mit den aufgeführten Tätigkeiten ein differenzierter Einblick in die verschiedenen Arten von Arbeitsschritten im Rahmen des Verwaltungsverfahrens der Deutschen Rentenversicherung Oldenburg-Bremen gegeben wurde und in den darauf folgenden Kapiteln eine Quantifizierung der verschiedenen Arbeitsschritte vorgenommen werden konnte, sollen nun unter qualitativer Perspektive *weitere Einschätzungen und Bewertungen* vorgenommen sowie *Modifizierungsvorschläge zur Organisation des Verwaltungsverfahrens* gemacht werden.

Die Betrachtung der Tätigkeitsbeschreibungen im EVS-Verwaltungsverfahren (vgl. Kapitel 5.3.1) macht deutlich, dass das Arbeitsfeld der Sachbear-

beitung durch eine *Vielzahl unterschiedlicher Tätigkeiten* gekennzeichnet ist, die häufig in Arbeitsroutinen organisiert und erledigt werden. Da dort, wo von Arbeitsroutinen abgewichen werden muss, Arbeitsabläufe gehemmt werden und zusätzlicher Arbeitsaufwand nötig ist, sollen die in diesem Kontext relevanten Beispiele und Vorkommnisse herausgestellt werden.

Zwischen den beiden am Verwaltungsverfahren beteiligten *Statusgruppen BearbeiterInnen und GruppenleiterInnen* sind die Aufgaben im Sinne einer möglichst reibungslosen Ablauforganisation grundsätzlich klar verteilt. Kurz skizziert heißt das, BearbeiterInnen übernehmen Aufgaben wie die Sichtung und Prüfung der Unterlagen, bereiten die Entscheidung des Sozialmedizinischen Dienstes vor, nehmen zunächst den PC-gestützten Aufbau der Maßnahmen und im weiteren Verlauf die dazugehörigen Datenerfassungen im Versicherungskonto vor, fertigen Bescheide und Abrechnungen. GruppenleiterInnen nehmen Aufgaben wahr, wie das Erteilen der Bescheide, geben die einzufordernden oder anzuweisenden Rechnungsbeträge frei, weisen ggf. die Behandlungsstellen zu und prüfen die Behandlungsberichte der Leistungsanbieter.

Deutlich wird der organisierte und damit *gewünschte Bezug vieler Tätigkeiten von BearbeiterInnen und GruppenleiterInnen*: Auf die Bewilligung oder Ablehnung eines Antrages, die Anweisung von Kosten oder Erfassung von Schlussdaten durch die BearbeiterInnen erfolgt die Freigabe der Bescheide und Verfügungen durch die GruppenleiterInnen.

Inhaltlich lässt sich aus den dokumentierten Arbeiten nicht ableiten, ob bzw. wie häufig bei diesem zweistufigen Entscheidungsverfahren die seitens der BearbeiterInnen verabschiedeten Verfügungen durch die GruppenleiterInnen angepasst oder korrigiert werden. *Überlegungen zu einer weiteren Verfahrensverbesserung* könnten hier anknüpfen:

- Gibt es in der Praxis in der Regel übereinstimmende Entscheidungen von BearbeiterIn und GruppenleiterIn?
- An welchen Stellen kommt es im Verwaltungsverfahren zu häufigen Korrekturen durch die GruppenleiterInnen?

Wie einleitend angesprochen entsteht ein *besonderer Arbeitsaufwand*, wenn vom üblichen Verlauf des Verwaltungsverfahrens abgewichen werden muss. Die *Gründe* hierfür sind unterschiedlich. Ermittelte Beispiele dafür sind:

- das Fehlen antragsrelevanter Angaben, wie z. B. der Bankverbindung bzw. im weiteren Maßnahmeverlauf eine Veränderung der Bankverbindung;
- die Aktualisierung von Postanschriften der Versicherten wie auch der Behandlungseinrichtungen oder

- die Bestimmung der Übergabegesprächsvergütung für die Synopse.

Damit sind Aspekte angesprochen, die aus der Perspektive der Qualitätsentwicklung zwar nur begrenzt zu beeinflussen sind bzw. als Ereignisse im Arbeitsalltag aber vorkommen.

Hinsichtlich des Umgangs mit den oben angesprochenen Einzelfällen sei betont, dass eine zügige und zielgerichtete Bearbeitung verhindern kann, dass sich einzelne Verzögerungen auch auf weitere Verwaltungsprozesse auswirken. Das Beispiel „Bestimmung der Übergabegesprächsvergütung für die Synopse“ verdeutlicht, dass die Einbindung einer neuen Einrichtung in das EVS-Verfahren hier einmalig die Erledigung einer spezifischen Tätigkeit erfordert – die Aktualisierung der Synopse. Im Rahmen weiterer interner Revision wäre zu prüfen, *ob für Ereignisse dieser Art der Umgang und die zeitnahe Kompensation geregelt sind?* So ist bspw. zu fragen, ob die Informationsweitergabe über Adressenänderungen oder zu aktualisierende Versichertenangaben innerhalb der Rentenversicherung für alle Betroffenen verbindlich geregelt sind?

Die Analyse der Tätigkeitsbeschreibungen hat weiterhin gezeigt, dass es den Antragsunterlagen in einigen Fällen an einer Entscheidung für eine Behandlungsvariante oder eine bestimmte Reha-Einrichtung zur Durchführung der EVS-Maßnahme mangelte. Die Festlegung der Behandlungsvariante wie auch die Empfehlung der stationären Reha-Einrichtung durch die ambulanten Fachstellen gehören jedoch zu den Eckpunkten des EVS-Rahmenkonzepts der Deutschen Rentenversicherung Oldenburg-Bremen (vgl. Tielking/Ratzke 2004). Werden diese Angaben nicht gemacht, kommt es zu einer *zeit- und ressourcenaufwendigeren Einbindung des Sozialmedizinischen Dienstes*, um die hier notwendigen Entscheidungen herbeizuführen; dies war in einigen Fällen so.

Es sei betont, dass auch die hier beschriebenen Fälle als singuläre Erscheinungen zu bewerten sind, denen auf unbürokratische Weise begegnet werden kann. Grundsätzlich sind die *antragstellenden Einrichtungen* noch einmal darauf hinzuweisen, dass sie auf Basis der erhobenen Daten (Arzt-, Sozialbericht) die *Behandlungsvariante wie auch die Behandlungsstätte auszuwählen* haben. Bei aktuell auftretenden Fällen sollte die Entscheidung auf kürzestem Wege (per Telefon und/oder Fax) zwischen den TherapeutInnen der Einrichtungen und der Rentenversicherung nachgeholt werden. Darüber hinaus wurden und werden derartige Fälle als Praxisbeispiel auch zur Information und

Klärung für alle EVS-Beteiligten in den Qualitätszirkelsitzungen zeitnah behandelt.

Die Selbstaufschreibungen wie auch die daran anknüpfenden Quantifizierungen unter Kapitel 5.3.3 zeigen, dass insbesondere der *zeitliche Aufwand für Reha-Anträge*, die nicht bewilligt werden bzw. für die die Deutsche Rentenversicherung Oldenburg-Bremen nicht zuständig ist, immens ist. An dieser Stelle dürften sich primär externe Rahmenbedingungen auswirken, die nicht direkt von der Deutschen Rentenversicherung Oldenburg-Bremen zu steuern resp. durch sie zu verantworten sind.

Bei *Unsicherheiten über die Zuständigkeit des Rentenversicherungsträgers* sollten telefonisch vorab die entscheidenden Modalitäten geprüft werden. Sowohl für den antragstellenden Versicherten, die unterstützende Einrichtung als auch den Leistungsträger ließen sich auf diese Weise Wartezeiten einsparen und ein noch effizienteres Verwaltungsverfahren durchführen.

Insgesamt zeigt die Untersuchung des EVS-Verwaltungsverfahrens, dass es sich bei den beschriebenen *Abweichungen um Einzelfälle* handelt, deren Auftreten nur schwer zu vermeiden ist. *Häufiger aufgetretene Abweichungen von den Arbeitsroutinen konnten nicht ermittelt werden, so dass die Ergebnisse insgesamt ein gut eingespieltes und funktionierendes Verwaltungsverfahren der Deutschen Rentenversicherung Oldenburg-Bremen bestätigen.*

## 6 Erhebung und Analyse von Dokumenten zur Kosten-Leistungs-Rechnung der Leistungsanbieter

### 6.1 Methodik der KLR-Erhebung und -Auswertung

In der Absicht, die EVS-Kombinations-Therapien zu evaluieren und einer Evidenz basierten Untersuchung zur Effektivität und zur Effizienz zu unterziehen, soll mittels einer Kosten-Leistungsrechnung die Organisation – die finanzielle Ausgestaltung und personelle Situation – der Suchthilfe für den gesamten EVS-Verbund nachvollzogen werden.

Nachfolgend werden die Ziele dieses Untersuchungsbereiches konkretisiert:

- Beschreibung der EVS-Verbundarbeit gemessen am Gesamtbehandlungssystem und an dem bisherigen System (*Vergleich mit Daten des Deutschen Kerndatensatzes*)
- Darstellung der Leistungen und Kosten der EVS-Verbundarbeit
  - \* Behandlungskosten:
    - Personal- und Sachkosten der Leistungsanbieter
    - Therapeutische Maßnahmen, Verwaltungsaufwand, Fortbildung
    - Kosten von QM
- Berechnung von Einspareffekten durch EVS-spezifische Veränderungen, wie z. B. modulares EVS-Berichtswesen, Übergabegespräche

Die an der EVS beteiligten Leistungsanbieter wurden im Rahmen der 30. und 31. QZ-Sitzungen über die GÖS informiert. Darüber hinaus wurde das Vorhaben für den Bereich der beteiligten Kliniken und Fachstellen Sucht in einem Schreiben (29. September 2004) konkretisiert. Hierin wurde um die Unterstützung und die Bereitstellung der als wünschenswert erachteten Materialien aus den Einrichtungen gebeten.

Die Struktur der KLR-Erhebung und damit auch der -Auswertung entspricht den bei den Einrichtungen angefragten Unterlagen:

- Allgemeines
- Jahres-/Geschäftsbericht (2003)

- aktueller Wirtschaftsplan  
(mit den üblichen Angaben zu den Berichtszeiträumen 2003/2004/2005)
- aktueller Stellenplan (2004)
- aktuelle Kalkulation Pflegesätze (nur Kliniken)
- Unterlagen aus eigenen Einnahmen-/Ausgaben-Rechnungen; 2003

*Erläuterung der Punkte 1. bis 5.*

Mittels dieser Unterlagen geht es um die Darstellung der aktuellen finanziellen Situation der Suchthilfeeinrichtungen im Verbund. Dabei sollen unter anderem die jeweiligen Einnahmen und deren Anteil am Gesamtbudget ermittelt werden. Des Weiteren soll geklärt werden, wie sich die finanziellen und personellen Ressourcen auf verschiedene Leistungsangebote (z. B. Prävention, Beratung, Betreuung, Behandlung) und – im Besonderen – auf die medizinische Rehabilitation von Alkoholabhängigen verteilen.

*Erläuterung des 6. Punktes*

Anhand dieser Dokumente wird der Frage nachgegangen, ob bzw. wie differenziert ein Controlling im Verbund entwickelt ist. Zu klären ist bspw.:

- ob Leistungsbeschreibungen/Profilbildungen für die einzelnen Arbeitsbereiche oder
- Arbeitsplatzbeschreibungen bzw. Funktionsbeschreibungen für einzelne Stellen innerhalb der medizinischen Rehabilitation bestehen und
- wenn ja, wie diese ausgestaltet sind,
- ob und wie differenziert eine Kosten- und Leistungsrechnung durchgeführt wird,
- ob und – wenn ja – wie Fachleistungsstunden einzelnen Stellen bzw. Funktionsträgern zugeordnet sind.

Diese ersten Ergebnisse können helfen, den Ist-Zustand des EVS-Verbund unter gesundheitsökonomischer Perspektive zu beschreiben und insbesondere auch einen Beitrag dazu leisten, aktuellen gesundheitspolitischen Diskussionen um Anforderungen und Perspektiven eines modernen, vielgliedrigen Suchthilfesystems entgegen zu können.

Es wird betont, dass diese Zustandsbeschreibung *nicht* im Interesse einer Bewertung der einrichtungsinternen Organisation und Wirtschaftsplanung erfolgt. Sie soll einen generellen Überblick verschaffen über den Bestand an finanz- und leistungswirtschaftlichen Maßnahmen und der eingesetzten Instrumente. Das bedeutet im Umkehrschluss nicht, dass ihr Fehlen per se als

Mangel eingeschätzt wird. Vielmehr besitzt die Ermittlung eines Status quo hier deskriptiven Charakter. Sie kann Ansatzpunkte dafür eröffnen, wie und in welchem Ausmaß gesundheitsökonomische Aspekte zukünftig als verwal- tungsseitiger Arbeitsanteil im Suchthilfesystem behandelt werden sollen oder müssen. Fragen der Finanzierung und des Controllings, wie auch Gesichts- punkte der Effizienz und Effektivität sind hier von besonderem Interesse.

Insbesondere aber sollen die der AG Devianz vorgelegten Dokumente dazu dienen, die Untersuchungsinstrumente für die detaillierte, einrichtungs- und trägerübergreifende Kosten- und Leistungsrechnung einzelner Arbeitsabläufe und Inhalte in den EVS-Kombi-Behandlungen genauer entwickeln zu kön- nen. Diese Analysen sollen mit den Untersuchungsergebnissen auf Seiten des Leistungsträgers verknüpft und für Aussagen über die Intervention und Wir- kung von Kombi-Behandlungen innerhalb der medizinischen Rehabilitation hinsichtlich ihrer Kosten und Erträge herangezogen werden.

Der nachstehende Arbeitsbogen konkretisiert, welche einrichtungsinternen Dokumente angefragt wurden. Er wurde eingesetzt, um zu dokumentieren, welche Unterlagen zur Verfügung gestellt wurden und welche nicht. Darüber hinaus gab es Platz für Anmerkungen oder die Unterlagen betreffende Erläu- terungen.

Gesundheitsökonomische Evaluation von Verbundarbeit und Kombi-Therapien (GÖS)

Zur Durchführung einer Kosten- und Leistungsrechnung im Rahmen von GÖS übergibt die

.....  
(Name der EVS-Einrichtung)

der AG Devianz folgende Dokumente:

Dokumentenart	Beschreibung	Papierform beigefügt (bitte ggf. ankreuzen)	Dataver- sion beigefügt (bitte ggf. ankreuzen)	nicht eingereicht (bitte ggf. ankreuzen und begründen)
1 Aktueller Wirtschaftsplan	<ul style="list-style-type: none"> <li>wenn möglich inklusive Vergleich mit Vorjahr und Planung des Folgejahres</li> <li>Differenzierung von Personal- und Sachkosten</li> <li>Angabe des Gesamtbudgets sowie der Anteile der beteiligten Finanzgeber</li> </ul>			
2 Aktueller Jahres / Geschäftsbericht	<ul style="list-style-type: none"> <li>Berichtsjahr 2003</li> </ul>			
3 Aktueller Stellenplan	<ul style="list-style-type: none"> <li>Angaben zur Qualifikation</li> <li>wenn vorhanden: differenziert nach Personalkosten je Stelle und Umfang</li> <li>wenn vorhanden: differenziert nach Tätigkeitsbereich/Arbeitsfeld (Stichwort: Personalcontrolling)</li> <li>wenn vorhanden: <b>Leistungsbeschreibungen/Profilbildungen</b> für die einzelnen Arbeitsbereiche der Einrichtung und <b>Arbeitsplatzbeschreibungen bzw. Funktionsbeschreibungen</b> für einzelne Stellen</li> </ul>			
4 Kalkulation Pfllegesätze	<ul style="list-style-type: none"> <li>nur Kliniken</li> </ul>			
5 Unterlagen aus der Kosten- und Leistungsrechnung	<ul style="list-style-type: none"> <li>Einnahmen-/Ausgaben-Rechnungen</li> <li>wenn möglich: mit Angabe von <b>Fachleistungsstunden</b> der einzelnen Stellen bzw. Funktionsträger</li> </ul>			

1

Tielking – Katze



Abb. 30: Bearbeitungsbogen zur Anforderung von KLR-Unterlagen

## *Datenschutz*

Bei den zu analysierenden Daten handelt es sich im Bereich der *Leistungsanbieter medizinischer Rehabilitation* um betriebsinterne Kalkulationen, Kostenrechnungen und veröffentlichte Jahresberichte.

Diese wurden bei den entsprechenden Einrichtungen angefragt und auf freiwilliger Basis durch diese an die AG Devianz gegeben. Sie informierte die beteiligten EinrichtungsleiterInnen über den Zweck der Studie und die Belange des Datenschutzes im Rahmen der GÖS. Diese waren aufgefordert, die relevanten Informationen an die MitarbeiterInnen der einzelnen Einrichtungen weiter zu geben. Zudem wurde die Zusammenarbeit mit der Datenschutzbeauftragten der Universität Oldenburg angeboten, wovon im Verlauf auch Gebrauch gemacht wurde. Die Einrichtungen trugen darüber hinaus selbst für die datenschutzrechtlichen Belange bei der Herausgabe von personenbezogenen Daten Rechnung.

Die AG Devianz sicherte die Zweckgebundenheit im Umgang mit den Daten zu. Kalkulationen und Kostenrechnungen werden nur im Rahmen der GÖ-Studie und ausschließlich durch die Projektgruppe, nicht durch die Rentenversicherung, untersucht und für keine weiteren Analysen verwendet. Der Umgang mit personenbezogenen Daten erfolgt nur im Interesse der *Ermittlung von Durchschnittswerten*, auf den Einzelfall ist nicht zurück zu schließen. Für den Fall, dass exemplarisch individuelle Angaben gemacht werden sollen, wurde mit der entsprechenden Einrichtung und der Person Rücksprache gehalten.

## **6.2 Ergebnisse der KLR-Auswertung**

### *6.2.1 Die Stichprobe*

Nach Versand des „*Anforderungsschreibens*“ vom 29. September 2004 gingen zwischen dem 30. September 2004 und dem 18. März 2005 *Unterlagen in unterschiedlicher Quantität und Qualität* ein. Die Projektgruppe der AG Devianz führte auf Anfrage mit VertreterInnen der Geschäftsführung, des Vorstandes und des Controllings von verschiedenen Leistungsanbietern erläuternde Gespräche über Ziele und Gegenstand der GÖS. Anschließend wurden die vorgelegten Unterlagen gesichtet und zum Teil Rücksprachen zum Verständnis und zur Qualität der vorgelegten Daten gehalten.

Im Ergebnis beteiligten sich *22 von 23 EVS-Einrichtungen an der Erhebung* und stellten Unterlagen zur Verfügung. Das entspricht einer *Rücklaufquote*

von 95,7 %. Die Stichprobe besteht somit aus 16 ambulanten und sechs stationären Rehabilitationseinrichtungen. In Teilbereichen wurden allerdings nicht zu allen interessierenden Themen Informationen zur Verfügung gestellt; die Bezugsgröße variiert dementsprechend in einigen Bereichen.

## 6.2.2 *Analyse der Dokumente aus ambulanten Rehabilitationseinrichtungen*

### 6.2.2.1 Allgemeines

Bevor die Analysen zu den einzelnen Erhebungsbereichen vorgestellt werden, werden einige *Anmerkungen zu den vorgelegten Dokumenten* gemacht:

- Die vorgelegten Unterlagen variieren in der Darstellungsform erheblich; der Seitenumfang liegt zwischen drei und 100 Seiten, dementsprechend unterscheidet sich die inhaltliche Differenzierung.
  - \*Der Wirtschafts- und Stellenplan umfasst bei zwei Fachstellen Sucht jeweils eine Seite und enthält dabei nur aggregierte Daten.
- In den analysierten Unterlagen werden zum Teil Angaben gemacht, bei denen die zur Verfügung gestellten Zahlen von in anderen bereits veröffentlichten Dokumenten (z. B. Jahresbericht) abweichen.
- Es wird darauf hingewiesen, dass die vorgelegte Haushaltsplanung betriebswirtschaftlichen Grundlagen entbehrt, jedoch aufgrund finanzwirtschaftlicher Erwägungen in der vorgelegten Form erstellt werden musste.
- Es sind Fachstellen Sucht in der Auswertung enthalten, die von Fachkräften mit Gestellungsvertrag unterstützt werden, d. h. die direkte Finanzierung dieser MitarbeiterInnen erfolgt durch andere Kosten-/Leistungsträger, wie z. B. den Landkreis, und nicht durch die Fachstelle selbst.

Die einzelnen Dokumente hätten insgesamt kaum unterschiedlicher ausfallen können; dies gilt insbesondere für den ambulanten Bereich. Wie sich dies insgesamt darstellt, werden die folgenden Kapitel verdeutlichen.

### 6.2.2.2 Jahres-/Geschäftsbericht

Grundlage der Auswertung sind die *Jahres-/Geschäftsberichte 2003 der EVS-Einrichtungen*:

Jahres-/Geschäftsbericht 2003	Absolute Häufigkeit
Jahresbericht 2003 liegt vor	10
Jahresabschluss 2003 liegt vor	1
Kein Jahresbericht vorgelegt, da nicht existent	5
<b>Summe</b>	<b>16</b>

Tab. 55: Jahres-/Geschäftsbericht 2003

Von den 16 ambulanten EVS-Einrichtungen (N) konnten *10 Jahresberichte* (62,5 %) und *ein Jahresabschluss* (6,3 %) in die Auswertungen einbezogen werden. Die Bremer Behandlungszentren konnten aufgrund struktureller Gründe keinen Jahresabschluss vorlegen. Auf den Jahresabschluss kann ebenfalls nicht zurückgegriffen werden, da die Angaben nur vertraulich, d. h. anonym Verwendung finden dürfen. Da die 10 Jahresberichte ohnehin veröffentlicht sind, erfolgt die Auswertung unter Zuordnung auf die jeweilige Einrichtung. Dies ist auch deshalb von Vorteil, da das *Profil der Suchthilfeeinrichtungen* und damit ausgewählte Gemeinsamkeiten und Besonderheiten nachvollziehbar werden. Primärer Gegenstand der Analyse der Jahresberichte sind dabei Informationen im Zusammenhang mit *direkt finanzierungs- und kostenrelevanten Aspekten*, die in den weiteren Kapiteln insbesondere anhand der Wirtschafts- und Stellenpläne noch weiter ausgeführt werden.

Zur Charakterisierung des Einrichtungs- und Angebotsprofils werden Informationen zu folgenden Kategorien zusammengestellt:

- Leistungsbereiche
- Qualitätsmanagement
- Ambulante Rehabilitation
- Finanzierung
- Personal
- Weitere Informationen

Auch wenn die Jahresberichte zu den Kategorien gar keine oder nur begrenzte Auskünfte geben, lässt dies *keinerlei Rückschluss auf die Qualität der Jahresberichte* zu, wohl aber auf die Schwerpunktthemen im Berichtsjahr 2003. Die Ausführungen sind eng an den Angaben der jeweiligen Jahres-

berichte, die von den Einrichtungen verfasst wurden, orientiert. In den Jahresberichten werden im Allgemeinen besondere Themen des Berichtsjahres ausgeführt. Eine vollständige Analyse der Leistungsangebote der Einrichtungen ist im Rahmen der GÖS nicht beabsichtigt, die Jahresberichte werden lediglich herangezogen, um einen *Überblick über Merkmale und aktuelle Entwicklungen der Einrichtungen insbesondere im Arbeitsbereich der ambulanten Rehabilitation von Alkoholabhängigen* zu liefern. Zudem sei nochmals betont, dass die Analyse der Jahresberichte dazu dient, zunächst ausgewählte *Angaben zum Profil der Einrichtung* zu machen und *erste, für eine Kosten-Leistungsrechnung relevante Aspekte* herauszuarbeiten.

### **Anonyme Drogenberatung Delmenhorst**

Der Jahresbericht 2003 der Drobs Delmenhorst bezieht sich auf das Berichtsjahr 2002.

#### *Leistungsbereiche*

Die Drobs Delmenhorst bietet folgende Leistungsangebote, zu denen im Jahresbericht weitere Auskünfte erfolgen, an:

- „drob at home“ – Betreutes Wohnen zu Hause
- Suchtprävention
- Substitutions-Programm
- *Ärztliche Tätigkeit*
- *Ambulante Rehabilitation*
- Clean-Projekt
- Offener Bereich
- Selbsthilfegruppe
- Elternkreis

#### *Qualitätsmanagement*

Die Einrichtung ist seit 1999 durch die Zertifizierungsstelle für Qualitätsmanagementsysteme des TÜV NORD e. V. nach DIN EN ISO 9001: 1994 zertifiziert. Es finden seitdem jährliche Überprüfungen und Bewertungen in den Bereichen Kunden (Rat- und Hilfesuchende, MitarbeiterInnen) und Prozesse statt.

### *Ambulante Rehabilitation*

Beschrieben werden die rechtlichen Grundlagen der ambulanten Rehabilitation Sucht, die Zielgruppen und die Einbindung der ambulanten Rehabilitation (rein ambulant, in Kombination mit einer stationären Maßnahme). Auch im Kontext der Beschreibung der ärztlichen Tätigkeit wird u. a. der Aufgabenbereich der Durchführung der ambulanten Rehabilitation Sucht genannt. In der Statistik 2002 werden 41 Personen mit dem Problembereich Alkohol (58,6 %; N = 70) angegeben, die in stationäre und ambulante Einrichtungen vermittelt wurden.

### *Finanzierung*

Träger der Anonymen Drogenberatung ist der Bezirksverband Weser-Ems e. V. der Arbeiterwohlfahrt in Oldenburg.

Die Einrichtung wird wie folgt finanziert:

- Die Stadt Delmenhorst finanziert den Hauptteil des Haushaltes der Beratungsstelle und ist auch im Beirat der DROBS beteiligt.
- Der Bezirksverband Weser-Ems e. V. der Arbeiterwohlfahrt in Oldenburg beteiligt sich mit Eigenmitteln.
- Das Nds. Sozialministerium fördert die Einrichtung mit einem festen jährlichen Zuschuss sowie seit 1994 mit einer Sockelfinanzierung von 22.500 € für eine Vollzeitstelle im Bereich Suchtprävention. Darüber hinaus ist die Stadt Delmenhorst „Schwerpunktregion“ für die psychosoziale Betreuung substituierter KlientInnen und erhält vom Land Niedersachsen die Finanzierung für eine jährlich befristete Personalstelle.
- Für einen bestimmten Personenkreis werden ambulante therapeutische Leistungen über die Leistungsträger abgerechnet.
- Auf der Basis des Leistungsvertrages „Betreutes Wohnen für Suchtkranke“ zwischen der Stadt Delmenhorst und dem AWO Bezirksverband Weser-Ems e. V. können seit Juni 2001 ambulante Leistungen für den entsprechenden Personenkreis beantragt und abgerechnet werden.

### *Personal*

Insgesamt werden 14 MitarbeiterInnen der Einrichtung namentlich, mit Angaben zu ihrer wöchentlichen Arbeitszeit, ihrer Qualifikation und den Arbeitsbereichen im Jahresbericht aufgeführt.

Die MitarbeiterInnen arbeiten überwiegend in *mehreren Arbeitsbereichen*, so dass die *Tätigkeiten in der ambulanten Rehabilitation neben anderen ausge-*

übt werden, ohne dies zeitlich auszuweisen. Unmittelbar dem therapeutischen Bereich der ambulanten Rehabilitation sind vier MitarbeiterInnen mit Voll- und Teilzeitstellen zuzuordnen. Diese bringen folgende Grundqualifikation mit:

- Dipl.-Psychologe
- Dipl.-Sozialpädagoge (2x)
- Ärztin für Innere Medizin, Ärztin für Psychiatrie und Psychotherapie

#### *Weitere Informationen*

Die Vernetzung der Drobs Delmenhorst wird in einer Vielzahl von regionalen und überregionalen Kooperationen deutlich. Unterstützer und Förderer werden im Kontext ihrer Aktivitäten aufgeführt. Im Jahr 2002 waren insgesamt 837 KlientInnen und Angehörige in Beratung oder Therapie. Mit 36,6 % waren Alkoholprobleme der am häufigsten genannte Problembereich.

### **Arbeiterwohlfahrt Sozialdienste GmbH – Suchtberatungs-Zentrum Wurster Straße 55 Bremerhaven**

#### *Leistungsbereiche*

Im Jahresbericht werden folgende Leistungsangebote näher ausgeführt:

- Beratungen für unterschiedliche Zielgruppen stoffgebundener und -ungebundener Suchtprobleme
- Aufsuchende Beratung und Betreuung in Kliniken und Entgiftungsstationen
- *Vermittlung von ambulanten und stationären Therapien*
- *Ambulante Therapie, Nachsorge*
- Einzel-, Gruppen- und Familiengespräche
- Beratung von Angehörigen und Partnern
- Vermittlung in Selbsthilfegruppen
- Teilnahme an Fachausschüssen und Arbeitskreisen
- Interne und externe Fortbildungen, Teilnahme an Fachtagungen
- Supervision
- Öffentlichkeitsarbeit
- Betriebliche Suchtkrankenhilfe bei der AWO Bremerhaven
- Unterstützung beim Aufbau betrieblicher Suchtkrankenhilfe, Beratung von Betrieben und Personalräten
- Informations- und Präventionsveranstaltungen für Schulklassen und LehrerInnen

### *Qualitätsmanagement*

Zum Thema Qualitätsmanagement enthält der Jahresbericht keine Informationen.

### *Ambulante Rehabilitation*

Es wird darauf hingewiesen, dass alle BeraterInnen des Suchtberatungs-Zentrums VDR-anerkannte therapeutische Zusatzausbildungen absolviert haben. Zudem gehören auf Teilzeit- bzw. Honorarbasis ein Psychologe und ein Facharzt für Psychiatrie zum therapeutischen Team. Ambulante Therapie wird als separate Behandlungsform wie auch hinsichtlich der Kombination mit stationärer Therapie unter Berücksichtigung der Zielgruppen skizziert. Im Bereich der Therapievermittlung konnten 101 Menschen mit Alkoholabhängigkeit in stationäre Entwöhnungen vermittelt werden. 12 Frauen und 34 Männer nahmen die ambulante Therapie in Anspruch.

### *Finanzierung*

Zur Finanzierung der Einrichtung werden im Jahresbericht keine Aussagen getroffen.

### *Personal*

Sieben MitarbeiterInnen waren 2003 in der Einrichtung tätig. Die MitarbeiterInnen werden unter Nennung des Namens und der Grundqualifikation aufgeführt. Von den sieben MitarbeiterInnen sind drei im Bereich Beratung/Therapie tätig. Zwei Mitarbeiter werden als Leitung der ambulanten Therapie benannt. Diese haben folgende Grundqualifikation:

- Dipl.-Psychologe
- Arzt für Nervenheilkunde und Psychiatrie

### *Weitere Informationen*

Im Berichtsjahr 2002 suchten insgesamt 555 Menschen Hilfe und Rat. Unter den Suchtmittelabhängigen war die Gruppe der Alkoholabhängigen mit 54,4 % am häufigsten vertreten.

## **Fachstelle Sucht – Behandlung, Beratung, Prävention im Landkreis Ammerland**

### *Leistungsbereiche*

Als Rahmenkonzepte aufgeführt werden die Konzeption zur ambulanten Rehabilitation Suchtmittelabhängiger vom 1.03.1996 und das Verbundkonzept „Diakonie – Suchtkrankenhilfe im Verbund“ vom Mai 1998.

Als *Arbeitsschwerpunkte* werden im Jahresbericht folgende Bereiche genannt:

- Prävention/Öffentlichkeitsarbeit
- Beratung
- *Vermittlung in Maßnahmen der Behandlung und Rehabilitation*
- *Rehabilitation*
- Zusammenarbeit mit Selbsthilfegruppen

Darüber hinaus werden die *Leistungen im Überblick* vorgestellt:

- Zielgruppe
- Substanzklassen: Alkohol, Medikamente, polyvalente Abhängigkeiten, nichtstoffgebundene Abhängigkeiten, andere stoffliche Süchte
- Prävention
- Kontaktaufnahme
- Krisenintervention/Akuthilfe
- Versorgung/Niederschwellige Angebote
- Beratung
- *Vorbereitung auf stationäre Behandlung*
- *Nachsorge*
- *Ambulante Behandlung*
- Unterstützung der Selbsthilfe
- Betreuung
- Externe Suchtberatung
- Kooperationen

### *Qualitätsmanagement*

Auf das Thema Qualitätsentwicklung wird im Zusammenhang der EVS verwiesen. Zudem führte die Einrichtung zum Jahresende 2003 eine Katamnese mit PatientInnen ambulanter Maßnahmen der Jahre 2001 und 2002 durch, deren Ergebnisse im Jahresbericht vorgestellt werden.

### *Ambulante Rehabilitation*

Die Einrichtung ist eine von den Rentenversicherungsträgern und Krankenkassen anerkannte Facheinrichtung zur Durchführung ambulanten Rehabilitation. Gegenstand und Ziele sowie Indikationskriterien der ambulanten Rehabilitation werden skizziert und zur stationären Behandlung hin abgegrenzt. Auf die Besonderheiten der EVS-Maßnahmen wird hingewiesen.

In 2003 wurden 48 Personen ambulant und/oder stationär vermittelt. 25 Personen wurden in ambulanter, 18 in stationärer Rehabilitation behandelt, 17 Personen wurden poststationär ambulant weiterbehandelt.

### *Finanzierung*

Träger der Einrichtung ist das Diakonische Werk der Ev. Luth. Kirche in Oldenburg e. V. Die Finanzierungsanteile verteilen sich auf die Finanzgeber wie folgt:

- |                                |      |
|--------------------------------|------|
| - Eigenmittel des Trägers      | 28 % |
| - Zuschuss Landkreis Ammerland | 32 % |
| - Zuschuss Land Niedersachsen  | 14 % |
| - <i>Therapieerstattung</i>    | 26 % |

### *Personal*

Die MitarbeiterInnen der Einrichtung werden unter namentlicher Nennung, Grund- und Zusatzqualifikation und Tätigkeitsprofil vorgestellt. Sieben MitarbeiterInnen werden aufgeführt. Drei MitarbeiterInnen sind therapeutisch tätig; eine Angabe, ob dies auf Voll- oder Teilzeitstellen erfolgt, wird nicht gemacht. Die Grund- und Zusatzqualifikationen sind:

- Dipl.-Sozialarbeiter/Sozialtherapeut
- Dipl.-Sozialarbeiterin/Sozialtherapeutin, Supervisorin
- Dipl.-Psychologe/Psychotherapie-Psychoanalyse (DGIP)

Neben den Tätigkeiten in der ambulanten medizinischen Rehabilitation (ambulante Therapie, Mitwirkung beim Erstellen der Rehapläne, Dokumentation) sind die MitarbeiterInnen auch in den anderen Arbeitsbereichen der ambulanten Arbeit tätig. Zudem ist unmittelbar im Arbeitsbereich der ambulanten Rehabilitation (Erstellen des medizinischen Rehaplanes, Eingangs- und Abschlussuntersuchungen, Erstellen des medizinischen Entlassungsberichtes, Mitwirkung beim Erstellen der Rehapläne) ein Facharzt für Neurologie und Psychiatrie auf Honorarbasis tätig.

### *Weitere Informationen*

Das Einzugsgebiet ist der Landkreis Ammerland, der eine Fläche von 728,16 km<sup>2</sup> umfasst. Im Einzugsgebiet des Landkreises leben 113.164 Einwohner.

Im Jahr 2003 gab es insgesamt 359 Kontaktaufnahmen zur Fachstelle Sucht im Ammerland. Von 263 KlientInnen war bei 90,5 % der Alkohol das primäre Suchtproblem.

## **Fachstelle Sucht – Behandlung, Beratung, Prävention der Diakonie im Landkreis Oldenburg**

### *Leistungsbereiche*

Der *Versorgungsauftrag* der Fachstelle erstreckt sich auf die Bereiche:

- Prävention und Prophylaxe von Suchtgefährdung und Suchtmittelabhängigkeit
- Direkt beratende und/oder **therapeutische Arbeit mit Hilfesuchenden**
- *Vermittlung in stationäre Entwöhnungsbehandlungen*
- *Nachsorge*

Auf die Einbindung in die „Hilfekette“ des Diakonischen Werkes Oldenburg im Rahmen der Suchtkrankenhilfe wird verwiesen.

Als *Angebote der Fachstelle* werden *Einzelbetreuung und Gruppenbetreuung* genannt:

#### Einzelbetreuung

- Beratung von Betroffenen und/oder Angehörigen
- *Einzel- und Paartherapie*
- Lebenspraktische Hilfen
- Krisenintervention
- Aufsuchende Arbeit (z. B. im Krankenhaus)
- Vorbereitung auf Entzug und *stationäre Therapie*
- *Nachsorge*

#### Gruppenbetreuung

- *Ambulante Therapiegruppe für betroffene Männer*
- *Ambulante Therapiegruppe für betroffene Frauen und Männer nach abgeschlossener stationärer Alkoholentwöhnungsbehandlung*

Darüber hinaus werden weitere Aktivitäten aufgeführt, wie Supervisionsgruppe für die LeiterInnen der Selbsthilfegruppen, „CLUB“ (Gesundheits-

amt), Blaues Kreuz in der ev. Kirche Gruppe „Wildeshausen“ und Gruppe „Wildeshauser Geest“, Selbsthilfegruppen für Depressionskranke, Arbeitskreise, Seminare und Vortragsveranstaltungen.

### *Qualitätsmanagement*

Im Rahmen des Arbeitskreises Verbund gibt es Qualitätszirkelarbeit, an der neben den fünf Fachstellen Sucht und den beiden Fachkliniken der Diakonie auch das Wohnheim Friedensplatz teilnehmen.

### *Ambulante Rehabilitation*

Die Angebote zur ambulanten Rehabilitation sind in den Leistungsbereichen bereits genannt worden. 2003 nahmen 66 Personen an ambulanter Einzel- und Gruppentherapie teil. 62 Personen wurden in stationäre Entwöhnungsbehandlungen vermittelt.

Die Besonderheiten der EVS werden skizziert.

### *Finanzierung*

Auf die finanziell angespannte Lage, die Bedeutung der Absicherung der Finanzierung für die Zukunft der Fachstelle wie auch die finanzielle Unterstützung durch den Landkreis Oldenburg, das Land Niedersachsen und den Träger Diakonisches Werk Oldenburg wird ausdrücklich hingewiesen. Details werden nicht genannt.

### *Personal*

Angaben zur personellen Besetzung der Fachstelle erfolgen unter Nennung der Namen, der Grund- und zum Teil der Zusatzqualifikation, des Arbeitsbereichs und des Stellenumfangs. Neun MitarbeiterInnen sind in der Einrichtung tätig, davon vier ganztags, zwei Teilzeitkräfte und drei Honorarkräfte (u. a. Facharzt für Neurologie und Psychiatrie, Psychotherapie und Psychoanalyse). Folgende Qualifikationen der therapeutisch Tätigen werden angegeben:

- Dipl.-Pädagoge und Dipl.-Sozialarbeiter/Sozialtherapeut
- Dipl.-Sozialarbeiterin/Sozialpädagogin/Sozialtherapeutin
- Dipl.-Psychologe/Psychologischer Psychotherapeut

### *Weitere Informationen*

Die Einbindung in den Therapieverbund und die Vernetzung der Einrichtung wird u. a. anhand diverser Arbeitskreise, der Zusammenarbeit mit Selbsthilfegruppen, Kirchengemeinden, der betrieblichen Suchtkrankenhilfe, Haus- und Fachärzten, dem Krankenhaus Johanneum, dem Gesundheitsnetz Wildeshauer Geest, dem Sozialpsychiatrischen Verbund, den Diensten des Landkreises Oldenburg und im Rahmen der EVS dargestellt.

Die Einrichtung hatte im Berichtszeitraum 2003 insgesamt 464 Kontakte zu Hilfesuchenden. 90,1 % kamen aufgrund einer eigenen Problematik in die Einrichtung, 65,8 % aufgrund des Konsums legaler Substanzen; Probleme mit Alkohol nehmen insgesamt den größten Raum ein.

### **Fachstelle Sucht – Behandlung, Beratung, Prävention Landkreis Wesermarsch**

#### *Leistungsbereiche*

Als Arbeitsschwerpunkte werden aufgeführt:

- Beratung
- *Ambulante Rehabilitation*
- *Vermittlung in Entgiftungsbehandlung/stationäre Rehabilitation*
- Prävention/Informationsveranstaltungen
- Zusammenarbeit mit Selbsthilfegruppen

Die Arbeit erfolgt auf der Grundlage eines methodenübergreifenden Behandlungskonzepts.

#### *Qualitätsmanagement*

Die Einbindung in diverse Arbeitskreise und die Mitarbeit im Qualitätszirkel EVS wird aufgeführt.

#### *Ambulante Rehabilitation*

Die Fachstelle ist von den Rentenversicherungsträgern und Krankenkassen anerkannt zur Durchführung ambulanter Rehabilitation. Die Suchtkrankenhilfe im Verbund des Diakonischen Werkes Oldenburg, die Beteiligung am Sozialpsychiatrischen Verbund wie auch die Beteiligung an EVS werden skizziert.

*Finanzierung*

Auf das Ende der Finanzierung des Projekts „Lotse“ sowie die nicht abschätzbaren Details der Auswirkungen der Gesundheitsreform und Hartz IV wird hingewiesen. Details zur Finanzierung werden nicht genannt.

*Personal*

Acht MitarbeiterInnen der Fachstelle werden unter Nennung des Namens, der Qualifikation, der Zusatzausbildungen und der Zuordnung auf die Arbeitsbereiche aufgeführt. In der Beratung und der ambulanten Behandlung sind drei MitarbeiterInnen tätig, sie haben folgende Qualifikationen:

- Dipl.-Pädagogin/Gesprächspsychotherapie -GwG-,
- Dipl.-Sozialpädagogin/Sozialtherapie -GVS-,
- Dipl.-Psychologe/Psychologischer Psychotherapeut/Familientherapie

Ein Arzt (Arzt/Psychotherapie) ist auf Honorarbasis tätig. Zudem werden namentlich zwei freiwillige Suchtkrankenhelfer, die ehrenamtlich in Selbsthilfegruppen tätig sind, aufgeführt.

*Weitere Informationen*

233 Menschen hatten im Berichtszeitraum 2003 Kontakt zur Einrichtung. Im Berichtszeitraum wurden 43 Menschen in eine stationäre Rehabilitation vermittelt.

Der Arbeitsbereich Prävention, die Zusammenarbeit mit Selbsthilfegruppen und das Projekt „Lotse“ (Lebensorientierung trotz Suchterkrankung) werden beschrieben.

## **Fachstelle Sucht – Behandlung, Beratung, Prävention in Oldenburg, Bloherfelder Straße 7**

*Leistungsbereiche*

Als *Tätigkeitsfelder* werden angegeben:

- Alkoholabhängigkeit
- Medikamentenabhängigkeit
- Spielsucht
- Mehrfachabhängigkeit

Die *Aktivitäten* der Fachstelle richten sich auf folgende *Arbeitsfelder*:

- Beratung
- Niedrigschwellige Hilfen
- *Vermittlung in stationäre Entwöhnungsbehandlung*
- *Ambulante Rehabilitation*
- Krisenintervention
- Zusammenarbeit mit Selbsthilfegruppen
- Prävention
- Betriebliche Suchtkrankenhilfe.

Die Arbeitsbereiche werden *konzeptionell als integriertes Angebot* innerhalb eines *Suchthilfeverbundes* der ambulanten und stationären Suchthilfeeinrichtungen des Diakonischen Werkes Oldenburg angesehen. Darüber hinaus wird die Arbeit als Beitrag zur psychosozialen Gesamtversorgung der Stadt Oldenburg verstanden. Acht regionale und überregionale Arbeitskreise werden aufgeführt.

#### *Qualitätsmanagement*

Neben der jährlich durchgeführten Basisdokumentation wird im Jahresbericht auf die Teilnahme im EVS-Qualitätszirkel hingewiesen. Darüber hinaus wurde eine Katamnese durchgeführt.

#### *Ambulante Rehabilitation*

Die Fachstelle ist eine von den Rentenversicherungsträgern und Krankenkassen anerkannte Facheinrichtung zur Durchführung ambulanter Rehabilitation. Grundlage der Suchtbehandlung ist ein *methodenübergreifendes Behandlungskonzept*, Voraussetzungen und Ablauf einer Behandlung werden skizziert.

Die Nachfrage nach ambulanter Rehabilitation nahm von 111 PatientInnen im Vorjahr auf 192 PatientInnen (N) zu. Davon

- 37,5 % als ausschließlich ambulante Behandlung
- 29,7 % als Nachsorgebehandlung nach stationärer Entwöhnungsbehandlung
- 32,8 % als EVS-Maßnahme (= 63 EVS-PatientInnen)

Die Besonderheiten der EVS werden skizziert.

Das *Gruppenangebot* innerhalb der ambulanten Rehabilitation umfasst:

- drei gemischt geschlechtliche Gruppen
- eine Frauengruppe,
- eine Nachsorgegruppe.

In die ambulante Rehabilitationsbehandlung wurde eine berufsspezifische Beratung integriert. Dadurch sollen individuelle Aspekte der beruflichen mit der medizinischen Rehabilitation verknüpft werden.

### *Finanzierung*

Die Fachstelle war im Jahr 2003 von den Sparmaßnahmen der Stadt Oldenburg betroffen und musste eine Kürzung des städtischen Zuschusses zum Arbeitsbereich Spielsucht um 20.000 € hinnehmen.

Gegen Ende des Jahres 2003 wurde eine Kürzung der Landesmittel um ca. 52.000 € angekündigt. Daraufhin wurde versucht, Kräfte zu bündeln und über Spenden und Sponsoren zu versuchen, das Gesamtangebot aufrechtzuerhalten. Ersten HonorarmitarbeiterInnen musste gekündigt werden.

### *Personal*

15 MitarbeiterInnen werden namentlich unter Nennung der Grund- und Zusatzqualifikation aufgeführt und den Arbeitsbereichen zugeordnet. Ambulante Rehabilitation wird von fünf MitarbeiterInnen durchgeführt. Diese sind in der Grund- und Zusatzqualifikation

1. Dipl.-Psychologe/Psychologischer Psychotherapeut,
2. Dipl.-Pädagoge/Sozialarbeiter grad./Familientherapie/Gestalttherapie/Psychodrama,
3. Psychologin B.A.M.A. Guidance council/Gesprächspsychotherapie,
4. Dipl.-Pädagogin/Familientherapie/Gestalttherapie und
5. Sozialpädagogin M.A./Familientherapie/Gesprächspsychotherapie.

Ärztlicher Mitarbeiter ist ein Arzt mit Zusatzausbildung Psychotherapie. Eine Differenzierung in Voll- und Teilzeitstellen erfolgt nicht.

### *Weitere Informationen*

Die Gesamtzahl der Fachstellenkunden liegt im Arbeitsjahr 2003 bei 1.772 und ist im Vergleich zum Vorjahr (1.475) deutlich gestiegen. Vorrangiges Suchtproblem war mit 89,3 % die Alkoholabhängigkeit. 114 Menschen wurden in stationäre Rehabilitation vermittelt.

## **Suchtberatungsstelle Vechta – Fachambulanz Sucht im Landkreis Vechta**

### *Leistungsbereiche*

Zielgruppe der Suchtberatungsstelle Vechta sind Suchtkranke und -gefährdete und deren Angehörige bei problematischem Konsum von Alkohol, Medikamenten und illegalen Drogen, bei gestörtem Essverhalten, pathologischem Spielen und anderem süchtigen Verhalten.

Die *Arbeit mit diesem Klientel* findet in *drei verschiedenen Bereichen* statt:

1. In der Fachambulanz für Suchtkranke. Sie ist zuständig für die Bevölkerung des Landkreises Vechta.
2. In der seit dem 1.11.1999 bestehenden Außenstelle in Damme. Zwei Mitarbeiterinnen kümmern sich schwerpunktmäßig um jugendliche AussiedlerInnen mit problematischem Konsum von illegalen Drogen im Südkreis.
3. Ein weiterer Bereich ist die aufsuchende Arbeit in den Justizvollzugsanstalten der Stadt Vechta.

Als *Arbeitsfelder* werden genannt:

- Beratung
- *Vermittlung in stationäre Entwöhnungseinrichtungen*
- *Ambulante Rehabilitation*
- *Nachsorge*
- Öffentlichkeitsarbeit
- Krisenintervention

Als *therapeutische Arbeitsformen* werden Einzel-, Paar-, Familien- und Gruppentherapie angeboten.

### *Qualitätsmanagement*

Im Herbst 2003 wurde eine umfangreiche *Umfrageaktion zur Kundenzufriedenheit* gestartet. Ziel der Befragung ist eine Erhöhung der Kundenzufriedenheit sowie eine allgemeine und konkrete Verbesserung der Zusammenarbeit mit einzelnen Kunden.

### *Ambulante Rehabilitation*

Im Kontext der ambulanten Rehabilitation werden zwei Themenbereiche ausgeführt:

1. Um der behandlungsleitenden Bedeutung des Themas Rückfallprophylaxe besser gerecht zu werden, wurde seit Herbst 2003 als eine Erweiterung der Behandlung für alle KlientInnen, die eine ambulante Rehabilitation durchführen, eine spezielle *Indikationsgruppe Rückfallprophylaxe* eingerichtet. Diese soll ein *dauerhafter Bestandteil der ambulanten Rehabilitationsbehandlungen* werden.
2. Erstmals wurde im Herbst 2003 eine Beratung durch eine Mitarbeiterin des Arbeitsamtes Vechta in der PSB angeboten. Diese soll alle interessierten KlientInnen umfangreich über die Angebote und Möglichkeiten des Arbeitsamtes und aktuelle Entwicklungen im Bereich der Arbeitsvermittlung und der Berufsförderung informieren. Damit kann der großen Bedeutung, die eine befriedigende Beschäftigungssituation für die KlientInnen bezüglich einer dauerhaften Abstinenz hat, Rechnung getragen werden.

### *Finanzierung*

Im Kontext der Finanzierung werden genannt

- der Landkreis Vechta,
- der Caritasverband,
- das Land Niedersachsen und
- der Träger Sozialdienst katholischer Männer

sowie im Zusammenhang von Spenden die Firma Exxon Mobil Produktion Deutschland GmbH (ehemals BEB) Schneiderkrug. Die Finanzierung der Drogenberatungsstelle in Damme erfolgte durch den Landkreis und die vier Südgemeinden (Damme, Holdorf, Steinfeld und Neuenkirchen).

### *Personal*

In der Einrichtung arbeiten 12 MitarbeiterInnen, die namentlich unter Zuordnung der Grundqualifikation, der wöchentlichen Arbeitszeit und des Tätigkeitsbereiches genannt werden. Die Qualifikationen der in der Suchtberatung für den Landkreis Vechta therapeutisch tätigen MitarbeiterInnen werden wie folgt angegeben:

- Dipl.-Psychologin/Suchttherapeutin
- Dipl.-Sozialpädagogin/Dipl.-Sozialarbeiter/Sozialtherapeut
- Dipl.-Pädagogin/Sozialtherapeutin

Die ärztliche Leitung obliegt einer Ärztin, die drei Stunden wöchentlich für die Einrichtung arbeitet.

### *Weitere Informationen*

Im Jahr 2003 nahmen insgesamt 478 Hilfesuchende Kontakt zur Einrichtung auf, 338 KlientInnen wurden in eine weitergehende Betreuung übernommen. 61,5 % kamen aufgrund von Alkoholproblemen. 2003 wurden 31 KlientInnen (2002 – 33 Klienten) in stationäre Einrichtungen vermittelt. Vorrangig wurden regionale Einrichtungen belegt.

Es werden vielfältige Kontakte zwischen der Fachstelle und anderen für die Versorgung der KlientInnen zuständigen Personen und Diensten wie niedergelassenen Ärzten, Krankenhäusern, Sozialbehörden und Sozialdiensten angeben.

### **Fachstelle Sucht Beratung, Behandlung, Prävention Wilhelmshaven**

#### *Leistungsbereiche*

Die Suchtberatung arbeitet mit einem integrativen Konzept. Das bedeutet, dass die BürgerInnen der Stadt Wilhelmshaven für alle Arten und Ausprägungen von Sucht professionelle Hilfe erhalten.

Als *Arbeitsschwerpunkte* werden genannt:

- Beratung, Information und Hilfestellung für Betroffene und Angehörige
- Prävention
- *Ambulante Entwöhnungsbehandlung*
- Vermittlung in Entgiftungsbehandlung
- Vorbereitung auf stationäre und ambulante Entwöhnungsbehandlungen (Motivationsklärung, Diagnostik und Indiaktionsstellung)
- *Ambulante Weiterbehandlung nach stationärer Therapie*
- Aufsuchende Suchtarbeit in der Justizvollzugsanstalt (Ölhafendamm)
- Psychologische Beratung und Behandlung für alkoholauffällige Kraftfahrer
- Niederschwellige Arbeit: Betreuung und Gesundheitsfürsorge Drogenabhängiger im Café Regenbogen
- Psychosoziale Betreuung substituierter Drogenabhängiger
- Begleitende Hilfen im sozialen Umfeld
- Vermittlung in Selbsthilfegruppen

Im Rahmen der Arbeitsschwerpunkte wird auf die Zusammenarbeit mit 11 Bereichen verwiesen (u. a. Fachkrankenhäusern, Rentenversicherungsträger).

### *Qualitätsmanagement*

Seit 1998 wird jeweils ein Jahr nach Therapieende eine Katamnese durchgeführt. Die Ergebnisse sollen genutzt werden, um die Notwendigkeit konzeptioneller Veränderungen des Behandlungsangebotes erwägen zu können.

### *Ambulante Rehabilitation*

2003 wurden 53 ambulante Rehabilitationsmaßnahmen durchgeführt.

### *Finanzierung*

Auf die finanzielle Unterstützung durch die Stadt Wilhelmshaven, das Land Niedersachsen und die Diakonie Oldenburg wird hingewiesen. Die Verteilung stellt sich insgesamt wie folgt dar:

- 43 % kommunale Mittel,
- 25 % Erträge,
- 23 % Landesmittel,
- 9 % Eigenmittel.

### *Personal*

Insgesamt arbeiten 15 MitarbeiterInnen in der Einrichtung. Diese werden namentlich unter Nennung der Grund- und Zusatzqualifikation sowie des Arbeitsbereiches (Fachstelle Sucht und Suchtprävention, Café Regenbogen, Psychosoziale Betreuung Substituierter) aufgeführt. Eine explizite Zuordnung zum Arbeitsbereich der ambulanten Rehabilitation erfolgt nicht. Die therapeutisch tätigen MitarbeiterInnen haben folgende Grund- und Zusatzqualifikationen:

- Dipl.-Pädagoge/Sozialtherapeut verhaltenstherapeutische Ausrichtung
- Dipl.-Psychologe/Gesprächspsychotherapeut GWG
- Sozialtherapeutin/verhaltenstherapeutische Ausrichtung
- Sozialtherapeutin
- Sozialtherapeut/verhaltenstherapeutische Ausrichtung in Ausbildung

Als Honorarkraft arbeitet ein Arzt für Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie für die Einrichtung.

### *Weitere Informationen*

Insgesamt kamen im Jahr 2003 528 KlientInnen in die Einrichtung, davon hatten 166 mehr als drei Kontakte. Das primäre Suchtproblem war bei 56 %

der Alkohol. Es kam zu 42 Vermittlungen in stationäre Rehabilitationsmaßnahmen.

## **Stiftung Edith Stein – Fachstelle für Sucht und Suchtprävention Cloppenburg**

### *Leistungsbereiche*

Folgende Arbeitsbereiche werden im Jahresbericht 2003 ausgeführt:

- Suchtprävention
- Suchtberatung und Selbsthilfe
- Frauenspezifische Angebote
- Männerspezifische Angebote
- Elternkreis drogenabhängiger Jugendlicher
- Entwöhnungsbehandlung im Verbundsystem (EVS)

### *Qualitätsmanagement*

Auf die Teilnahme an den EVS-Qualitätszirkeln wird hingewiesen.

### *Ambulante Rehabilitation*

Im Jahr 2003 wurden *insgesamt 99 ambulante Therapien* durchgeführt. Diese verteilen sich wie folgt:

- 51,5 % ambulante Rehabilitation (auch EVS)
- 20,2 % ambulante Rehabilitation nach stationärer Rehabilitation
- 28,3 % Kombitherapie in EVS

Die ambulanten Behandlungen werden im Vergleich zu vorherigen Jahren als aufwendiger eingeschätzt. PatientInnen benötigen verstärkt einen differenzierten Behandlungsplan, der insbesondere auch Hilfen bei der beruflichen Reintegration und Lebensplanung beinhaltet. Die Leistungsträger verlangen differenzierte Berichte zum Behandlungsverlauf und Ergebnis. Eine ärztliche Eingangs- und Abschlussuntersuchung wird durch den ärztlichen Dienst der Fachstelle durchgeführt. Auch sind Hausbesuche, insbesondere bei Familien mit Kindern sowie Alleinerziehenden im Berichtszeitraum häufiger notwendig geworden.

Auf die Beteiligung an und Besonderheiten der EVS wird in einem extra Kapitel eingegangen.

### *Finanzierung*

Es wird darauf hingewiesen, dass sich die gesamtgesellschaftliche Situation, insbesondere die *Einsparungen im Sozial- und Gesundheitsbereich* auf die Alltagsarbeit der Fachstelle in 2003 ausgewirkt hat.

Die Finanzierung der Einrichtung erfolgt durch

- den Träger, der Stiftung Edith Stein,
- den Landes-Caritas-Verband für Oldenburg e. V.,
- den Landkreis Cloppenburg und
- das Land Niedersachsen.

Die Abteilung Suchtprävention wurde 1992 ins Leben gerufen und wird seither durch das Land Niedersachsen, den Landkreis Cloppenburg, den Landes-Caritasverband und die Stiftung Edith-Stein unterstützt.

### *Personal*

Die personelle Besetzung der Einrichtung umfasst acht MitarbeiterInnen. Diese werden namentlich unter Angabe der wöchentlichen Arbeitszeit sowie der Grund- und Zusatzqualifikation genannt. Für die therapeutisch tätigen MitarbeiterInnen sind die Grund- und Zusatzqualifikation nachfolgend aufgeführt:

- Dipl.-Sozialpädagoge/Sozialtherapeut Sucht (FDR), Gestalttherapeut (GIF), anerkannt vom VDR
- Dipl.-Sozialpädagoge/Suchtberater, systemischer Therapeut, analytischer Suchttherapeut (LWL), anerkannt vom VDR
- Dipl.-Sozialpädagogin/Suchtberaterin, systemische Therapeutin, Grundschullehrerin
- Sozialarbeiterin/Familientherapeutin, anerkannt vom VDR
- Dipl.-Psychologin/approbierte Psychotherapeutin, Gesprächspsychotherapeutin (GWG), anerkannt vom VDR
- Facharzt für Neurologie und Psychiatrie, Facharzt für innere Medizin, Psychotherapie

Weiter stehen beratend die ÄrztInnen der internistischen Abteilung der Krankenhäuser St.-Josefs-Hospital in Cloppenburg, St. Anna-Stift in Lönigen und St. Marien-Stift in Friesoythe sowie die MitarbeiterInnen der Psychologischen Beratungsstelle in Cloppenburg zur Verfügung.

### *Weitere Informationen*

Im Berichtsjahr 2003 wurden insgesamt 585 BürgerInnen (N) des Landkreises Cloppenburg von der Fachstelle betreut. 56,4 % wurden in die weitere Behandlung (ab drei Gesprächskontakte) übernommen. 69,6 % (N = 286) weisen als Hauptdiagnose Alkoholabhängigkeit auf.

70 Personen wurden in stationäre Therapie vermittelt. Gegenüber 2002 zeigt sich eine Zunahme um 20 Personen, die u. a. auf die Schwere der Krankheitsbilder der PatientInnen zurückgeführt wird.

## **Fachstelle für Sucht und Suchtprävention – SBB Friesland**

### *Leistungsbereiche*

Im Jahresbericht 2003 werden folgende Arbeitsbereiche ausgeführt:

- Beratung und *Therapievermittlung*
- Substitution
- Betriebliche Suchtkrankenhilfe
- Prävention
- Prävention/Fortbildungen
- Präventionsprojekte
- *Ambulante Rehabilitation*
- Therapie in bäuerlichen Betrieben („TIB“)

### *Qualitätsmanagement*

Im Zusammenhang der EVS wird auf die Elemente eines modernen Qualitätsmanagements hingewiesen, u. a. die Zusammenarbeit in einem Qualitätszirkel.

### *Ambulante Rehabilitation*

Grundlagen der ambulanten Rehabilitation werden erläutert (u. a. Zielgruppe, Bedingungen, Ablauf, Gruppenzusammensetzung, TherapeutInnen, Therapiezeit, Diagnostik, Kostenübernahme). Im Jahr 2003 nahmen 69 PatientInnen in der medizinischen Rehabilitation am einzel- und gruppentherapeutischen Setting teil. Ein Teil dieser PatientInnen nahm eine ambulante Weiterbehandlung nach vorheriger stationärer Entwöhnung mit dem Ziel der Stabilisierung und Weiterentwicklung auf. Ein anderer Teil absolvierte eine ambulante Therapie in der Fachstelle ohne stationären Vorlauf.

Auf die Besonderheiten der EVS wird eingegangen.

### *Finanzierung*

Die Teilnahme an der EVS und die damit verbundenen Abstimmungen haben nach Einschätzung der Einrichtung zu Effizienzsteigerungen, synergetischen Effekten und damit auch zu Einsparungen im Bereich der Entwöhnungsbehandlung Suchtkranker geführt, dies wird als Erfolg bewertet. Zugleich wird auf die Problematik von Einsparungen durch Kostenträger (kommunale Ebene, überregionale Ebene in der Suchtberatung Inhaftierter und in der Nachsorge) und die damit verbundene Gefährdung der bisher vorhandenen Qualität hingewiesen.

### *Personal*

Veränderungen in der Personalstärke hat es in 2003 nicht gegeben. Die vielfältigen Aufgaben der Fachstelle werden von insgesamt 4,5 Stellen Fachpersonal an zwei Standorten durchgeführt, dabei handelt es sich insgesamt um 10 MitarbeiterInnen.

Die MitarbeiterInnen werden namentlich unter Angabe der Grundqualifikation und der wöchentlichen Arbeitszeit aufgeführt. In der Fachstelle sind folgende Grundqualifikationen vorhanden:

- Dipl.-Pädagoge
- Dipl.-Psychologe
- Diplom-Sozialpädagogin/-pädagoge (4x)
- Arzt für Psychotherapie

### *Weitere Informationen*

Im Berichtsjahr 2003 kamen 333 KlientInnen in die Einrichtung. 76 PatientInnen wurden in eine stationäre Therapie vermittelt, davon 44,7 % in EVS-Kliniken. Den größten Anteil nehmen Alkoholprobleme mit 45,9 % der Nennungen der Suchtausrichtung ein.

### **Zusammenfassung der Ergebnisse der Analyse**

Die *Ergebnisse der Analyse der Jahresberichte* veranschaulichen ein *Profil von 10 ambulanten EVS-Einrichtungen*, die sich anhand der verwendeten Kategorien wie folgt zusammenfassen lassen:

- *Leistungsbereiche*: Beschrieben werden in den Jahresberichten in der Regel Arbeitsschwerpunkte des Berichtsjahres 2003. Die Arbeitsbereiche, wie sie in der Vereinbarung Abhängigkeitserkrankungen (2001) gefordert

werden, werden von allen Einrichtungen aufgeführt und exemplarisch je nach Bedeutung bzw. Schwerpunktsetzung im Berichtsjahr erläutert.

- *Qualitätsmanagement*: Explizit wird auf das Thema QM in den Jahresberichten nur wenig, in einem Fall gar nicht eingegangen. In der Verteilung der gemachten Angaben (vier Einrichtungen machten zu je zwei der aufgeführten Kategorien Angaben) zeigt sich folgendes Bild:

Angaben zum QM	Absolute Häufigkeit
QM-System vorhanden: Zertifizierung nach DIN EN ISO 9001: 1994 liegt vor	1
Andere QM-Elemente	5
QM im Zusammenhang mit EVS	5
Katamnese	2
Keine Informationen zum QM	1

Tab. 56: Angaben zum Qualitätsmanagement in den Jahresberichten 2003

- *Ambulante Rehabilitation*: Alle Einrichtungen beschreiben in den analysierten Jahresberichten den Arbeitsbereich der ambulanten Rehabilitation. Die Zahl der Vermittlung von KlientInnen in stationäre Entwöhnungsbehandlungen wird von allen Einrichtungen genannt, sie liegt bei durchschnittlich 60 KlientInnen (N = 598; Minimumwert 18, Maximumwert 114). Eine Aufschlüsselung der Behandlungsverläufe nach rein ambulant und als poststationäre Weiterbehandlung nehmen vier Einrichtungen vor. Sieben Einrichtungen weisen die rein ambulanten Behandlungen aus; hieraus ergibt sich ein durchschnittlicher Wert von 81 (N = 567; Minimumwert = 42, Maximumwert = 192).
- *Finanzierung*: Neun Einrichtungen machen Ausführungen zur Finanzierung ihrer Arbeit, eine Einrichtung macht zu diesem Thema gar keine Angaben. Zwei Einrichtungen stellen die prozentuale Verteilung der Finanzierung und die Zuordnung zu den Finanzgebern dar. Acht Einrichtungen geben dazu keinen detaillierten Überblick.
- *Personal*: In allen Jahresberichten werden die MitarbeiterInnen namentlich genannt und es lässt sich damit die Gesamtzahl der MitarbeiterInnen ermitteln. Diese liegt durchschnittlich bei 11 MitarbeiterInnen (N = 105; Maximumwert = 15, Minimumwert = 7). Der Stellenanteil wird in einem Jahresbericht, die Arbeitszeit pro MitarbeiterIn in fünf Jahresberichten

ausgewiesen. Eine Berechnung von Stellenanteilen ist somit bei sechs Einrichtungen möglich. Die Grundqualifikationen werden in allen Jahresberichten aufgeführt, die Zusatzqualifikationen sind in sechs Jahresberichten genannt. Eine explizite Zuordnung auf den Arbeitsbereich der ambulanten Rehabilitation erfolgt teilweise, allerdings ohne Ausweis des stundenmäßigen Anteils.

- *Weitere Informationen:* Alle Einrichtungen beschreiben in den Jahresberichten ihre jeweiligen Arbeitsbereiche und -schwerpunkte. Auf die Arbeitsbereiche neben der ambulanten Rehabilitation wird zum Teil sehr ausführlich eingegangen. Rechnet man die Gesamtzahl der KlientInnen zusammen, dann waren 6.134 Menschen aufgrund einer Suchtproblematik in den 10 EVS-Einrichtungen, das entspricht einer durchschnittlichen Zahl von 613 KlientInnen pro Einrichtung (N = 6.134; Maximumwert = 1.772, Minimumwert = 223). Als Hauptdiagnose nimmt die Alkoholproblematik unter den Suchtproblemen insgesamt den größten Stellenwert ein und liegt zwischen 36,3 % und 90,5 %.

Zusammenfassend kann anhand der Ergebnisse der Analyse der Jahresberichte festgestellt werden, dass ein Profil der EVS-Einrichtungen anhand der dargestellten Kategorien sichtbar wird. Im Hinblick auf für eine Kosten-Leistungsrechnung relevante Aspekte geben die Einrichtungen im Kontext der Finanzierung ihrer Arbeit und der Zuordnung von Arbeitszeiten auf einzelne Arbeitsbereiche nur fragmentarisch Auskunft, so dass eine Durchschnittsberechnung für einzelne Arbeitsbereiche des EVS-Verbundes (= ambulante medizinische Rehabilitation von Alkoholabhängigen) nicht möglich ist.

Nachfolgend soll geprüft werden, ob anhand der Wirtschafts- und Stellenpläne sowie von Unterlagen zur Kosten-Leistungsrechnung differenziertere Informationen und damit Berechnungsgrundlagen zu ermitteln sind.

### 6.2.2.3 Wirtschaftsplan

Der Wirtschaftsplan ist ein finanzwissenschaftliches *Planungsinstrument*, in dem Ausgaben und Einnahmen einzelnen Kosten- und Erlösstellen zugeordnet werden und eine Gesamtsumme gezogen wird. Nach Abschluss eines Wirtschaftsjahres erstellen Betriebe – als solche können unter wirtschaftlichen Gesichtspunkten auch Einrichtungen der Suchthilfe bezeichnet werden – einen Jahresabschluss und damit verbunden einen *Plan-Ist-Vergleich des Wirtschaftsjahres*. Es existieren neben der Bezeichnung Wirtschaftsplan auch

andere Bezeichnungen, die auf anderen Ursprüngen basieren, wie z. B. die Bezeichnung *Haushaltsplan*, der ursprünglich aus dem Bereich der öffentlich-rechtlichen Körperschaften stammt. Die von den ambulanten EVS-Leistungsanbietern vorgelegten *Wirtschaftspläne* werden vor diesem Hintergrund wie folgt bezeichnet:

Bezeichnung	Absolute Häufigkeit
Wirtschaftsplan	7
Haushaltsplan	1
Kalkulation	1
Ohne Bezeichnung	1
Jahresabschluss mit Gewinn- und Verlustrechnung	1
<b>Summe</b>	<b>11</b>

Tab. 57: Bezeichnung von Einnahmen-Ausgaben-Kalkulationen

Allen Dokumenten gemein sind die *Gegenüberstellungen von Einnahmen und Ausgaben*. Nachfolgend wird von Wirtschaftsplänen gesprochen, auch wenn zum Teil andere Bezeichnungen angegeben wurden.

Die *Behandlungszentren in Bremen* haben Unterlagen vorgelegt, müssen jedoch aus der weiteren Auswertung herausgenommen werden, da aufgrund der komplexen Strukturen in der Versorgung in Bremen, der teilweisen Zuordnung des Sozialpsychiatrischen Dienstes zum Gesundheitsamt bzw. Klinikum Bremen-Ost und der insgesamt nur geringen wirtschaftlichen Bedeutung im Kontext des gesamten Krankenhaus-Controllings nur sehr begrenzt Zahlen zur Verfügung gestellt werden konnten. Ein weiterer Leistungsanbieter stellte lediglich den Jahresabschluss 2003 zur Verfügung, so dass dieser aufgrund der Inhalte wie auch des Berichtszeitraumes aus den weiteren Auswertungen ebenfalls herausgenommen wird. Somit liegen von *zehn ambulanten Rehabilitationseinrichtungen auswertbare Wirtschaftspläne* vor, auf die sich die weiteren Analysen beziehen.

In den meisten analysierten Dokumenten wird die Erstellung eines *Mehrjahresvergleichs* vorgenommen. Dabei werden unterschiedliche Bezugszeiträume genannt:

Zeiträume der Wirtschaftspläne	Absolute Häufigkeit
Berichtszeiträume 2003-2004-2005	3
Berichtszeiträume 2001-2002-2003-2004	1
Berichtszeiträume 2004 und 2005	1
Berichtszeiträume 2003 und 2004	4
Berichtszeitraum 2004	1
<b>Summe</b>	<b>10</b>

Tab. 58: Berichtszeiträume der Wirtschaftspläne

Die Unterschiedlichkeit der Berichtszeiträume macht einen Mehrjahresvergleich der Einnahmen-Ausgabenentwicklung zwischen allen Einrichtungen unmöglich. Alle 10 Einrichtungen machen allerdings Angaben zum *Berichtszeitraum 2004*, so dass dieser als Grundlage für weitere Analysen herangezogen wird.

Die Grundstruktur der *Gliederung des Wirtschaftsplans* ist einheitlich:

I. Ausgaben

1. Personalkosten
2. Sachkosten

**II. Einnahmen**

Deutliche *Unterschiede* zeigen sich in der *Differenzierung der Kosten- und Erlösstellen*. Die kürzeste Form der Darstellung beinhaltet folgende Positionen ohne weitere Differenzierungen der Einzelpositionen in Kosten- und Erlösstellen:

1. Personalkosten
2. Sachkosten
3. Gesamtsumme der Kosten
4. Grundfinanzierung
5. Defizitkompensation

Differenziertere Darstellungen der *Wirtschaftspläne als Einnahmen-Ausgaben-Rechnung* werden wie in dem nachstehenden Muster beispielhaft vorgenommen:

Kosten-/Erlösstelle	€ 2003	€ 2004	€ 2005	Anmerkungen
<b>I. Ausgaben</b>				
<b>1. Personalkosten</b>				
1.1 Laufende Zahlungen				
1.2 Sonstige Personalkosten				
1.3 Supervision/Fortbildungen				
<b>Personalkosten gesamt</b>				
<b>2. Sachkosten</b>				
2.1 Energiekosten				
2.2 Allgemeiner Wirtschaftsaufwand				
2.3 Verwaltungsbedarf				
2.4 Instandhaltungskosten				
2.5 Steuern, Abgaben, Versicherungen				
2.6 Mieten, Pachten, Leasing Erbauzinsen				
2.7 Zinsen und Gebühren				
2.8 Abschreibungen				
2.9 Sonstige Sachaufwendungen				
<b>Sachkosten gesamt</b>				
<b>Ausgaben gesamt</b>				
<b>II. Einnahmen</b>				
3. Erträge Kostenträger				
4. Zuweisungen und Zuschüsse				
5. Außerordentliche Erträge				
6. Spenden				
7. Sonstige Erträge				
<b>Einnahmen gesamt</b>				
<b>III. Gesamtsumme</b>				
<b>Ausgaben gesamt</b>				
<b>Einnahmen gesamt</b>				
<b>Jahresüberschuss/-fehlbetrag</b>				
<b>Gesamtsumme</b>				

Tab. 59: Muster eines Wirtschaftsplans

*Acht Einrichtungen* setzen die im Muster aufgeführte Struktur oder eine in den Kosten- und Erlösstellen differenziertere Form als Wirtschaftsplan ein. Die einzelnen *Tätigkeitsfelder* werden einerseits den *Personal- und Sachkosten* und andererseits den *Einnahmen* zugeordnet ausgewiesen. Fünf Einrichtungen weisen bei den Personal- und Sachkosten spezielle Arbeitsfelder, wie Präventionsarbeit, Suchtprävention mit Aussiedlerfamilien, ambulante Betreuung, Streetwork und/oder gesonderte Projekte separat aus und erfassen zudem zum Teil entsprechende Positionen auch bei den Einnahmen. Eine Einrichtung ordnet den unterschiedlichen ambulanten Arbeitsfeldern – Institution, Prävention, ambulante Rehabilitation, Methadonsubstitution – die Kosten- und Erlösstellen differenziert zu. Diese Darstellungsform führt dazu, dass anhand der Einnahmen-Ausgaben-Rechnung defizitäre wie auch einnahmestarke Arbeitsfelder ausgewiesen werden. Darüber hinaus können auch innerhalb eines Arbeitsfeldes Mehrjahresvergleiche vorgenommen und damit nachvollzogen werden.

Die *Einnahmen-Ausgaben-Entwicklung* wird von einer Einrichtung für ein Berichtsjahr, von einer Einrichtung für zwei Berichtsjahre, von sieben Einrichtungen über drei Jahre und von einer Einrichtung über vier Jahre dargestellt. Aus den insgesamt *sehr unterschiedlichen Dokumentationsformen hinsichtlich der Differenzierung der Kosten- und Erlösstellen* können folgende *Besonderheiten* dieser 10 ambulanten Einrichtungen herausgestellt werden:

- Eine Einrichtung ordnet die Kosten- und Erlösstellen vier Arbeitsbereichen – u. a. „Prävention“ und „ambulante Rehabilitation“ – zu und gibt somit auch die *anteiligen Ausgaben im Zusammenhang ambulanter Rehabilitation* ebenso an wie die *anteiligen Einnahmen* und weist den *Jahresüberschuss* bzw. den *Jahresfehlbetrag des Arbeitsbereiches „Ambulante Rehabilitation“* im Gesamtbild der Einrichtung aus.
- Eine Einrichtung unterteilt *vier Arbeitsfelder*, u. a. „Beratung“ und „Prävention“. Für jedes der Arbeitsfelder werden *separate Wirtschaftspläne* erstellt. Beispielhaft liegt für das Berichtsjahr 2003 ergänzend eine Gewinn- und Verlustrechnung vor, die die Einnahmen- und Ausgabenrechnung der einzelnen Arbeitsfelder zusammenfasst und die Situation der gesamten Einrichtung abbildet.

Der *Wirtschaftsplan „Beratung“* umfasst neben den Zuweisungen des Landes und der Kommune auch die *„Einnahmen aus ambulanter Therapie“*, finanziert durch die Rentenversicherung und weist zudem die *„Erträge aus Nachsorgen“* aus. Es erfolgt im Arbeitsfeld „Beratung“ eine

Zuordnung der Ausgaben auf die Kostenstellen Betreuungsdienst, Verwaltungsdienst, Wirtschaftsdienst u. a. m., nicht aber auf die einzelnen Arbeitsbereiche und damit auch nicht auf den Arbeitsbereich ambulante Rehabilitation zugeordnet.

- Eine Einrichtung weist die Personalkosten in den Kostenstellen „laufende Personalkosten“, „Soziale Abgaben und Aufwendungen“, „Sonstige Personalkosten“ und „Rückstellungen Altersteilzeit“ aus, zudem werden die Sachkosten in zehn einzelnen Kostenstellen genannt. Die Einnahmen werden in fünf Erlösstellen unterteilt, u. a. in „Anteilsfinanzierung Landesmittel“ und „Erstattung ambulanter Rehabilitation“. Eine anteilige Zuordnung der Aufwendungen auf die Erlösstellen wird nicht vorgenommen.
- Vier Einrichtungen weisen die gesamten Personalkosten der Einrichtung aus, ohne eine Zuordnung auf die Arbeitsbereiche. Bei den Erlösstellen werden u. a. die „Zuweisungen und Zuschüsse“ wie auch die „Erträge Kostenträger“ aufgeführt, ohne diese weiter zu differenzieren, womit ein Bezug zum Arbeitsbereich „Ambulante Rehabilitation“ nicht expliziert wird.
- Eine Einrichtung gibt die Personalkosten unterteilt in die Kostenstellen „laufende Gehälter“, „Zusatzversorgung“ und „Berufsgenossenschaft“ an, differenziert die Sachkosten und listet die Einnahmen nach „Zuschuss Land“ und „Zuschuss Landkreis“, „Eigenmittel“ und zusammengefasst „Rentenversicherung/Krankenkassen“ auf. Weitere Informationen zu den Einnahmen der Erlösstelle „Rentenversicherung“ bzw. „Ambulante Rehabilitation“ werden nicht ausgewiesen.
- Eine Einrichtung unterteilt den Haushaltsplan im Bereich der Ausgaben in drei Arbeitsbereiche, u. a. Beratung, gibt die Sachkosten differenzierter an und weist bei den Erlösstellen drei Zuschussgeber und Eigenmittel aus. Einnahmen aus „Ambulanter Rehabilitation“ werden nicht genannt.
- Eine Einrichtung weist die Einnahmen und Ausgaben zusammengefasst aus, ohne jegliche Zuordnung auf Arbeitsbereiche.

Die ausgeführten Besonderheiten, wie auch die bereits angesprochenen Unterschiede in der Struktur wie auch der Differenzierung und Benennung der einzelnen Kosten- und Erlösstellen erlauben methodisch nur zu ausgewählten Fragestellungen die *Berechnung von Vergleichszahlen*:

1. Prozentuale Entwicklung der *gesamten Ausgaben und Einnahmen* wie auch der *Ausgaben und Einnahmen im Arbeitsbereich der ambulanten Rehabilitation* im Zweijahresvergleich (2003–2004).
2. Prozentuale Entwicklung der *gesamten Personalkosten* im Zweijahresvergleich (2003–2004)
  - Wenn möglich, wird die Personalkostenentwicklung speziell für den Arbeitsbereich „Ambulante Rehabilitation“ ausgewiesen.

*Zu 1.*

Die prozentuale Entwicklung der *gesamten Ausgaben und Einnahmen wie auch der Ausgaben und Einnahmen im Arbeitsbereich der ambulanten Rehabilitation* stellt sich im Zweijahresvergleich (2003–2004) wie folgt dar:

Veränderung von 2003 auf 2004 in %					
Einrichtung	gesamte Ausgaben	gesamte Einnahmen ohne Jahresüberschuss- bzw. -fehlbetrag	Ausgaben ambulante Reha	Einnahmen ambulante Reha	Anmerkung
1.	+ 6,8	+ 19,8	+ 17,1	- 1,2	Der Jahresfehlbetrag bzw. der -überschuss werden als Differenz ausgewiesen. Keine Angaben zu den Veränderungen von 2003 und 2004.
2.	-	-	-	-	Angemerkt wird, dass das Defizit der Einrichtung durch die Einnahmen der ambulanten Rehabilitation knapp kompensiert wird.
3.	+ 0,5	+ 3,2	-	-	Die „Entnahme aus Rücklagen – Defizitausgleich“ erhöhte sich um 490,9 %. Die „Erträge Kostenträger“ erhöhten sich um 16,4 %.
4.	+ 3,0	- 3,9	-	-	Die „Entnahme aus Rücklagen – Defizitausgleich“ erfolgte in 2003 nicht, in 2004 reduzierte das Defizit die Einnahmen um 5,7 %. Die „Erträge Kostenträger“ reduzierten sich um 8,1 %.
5.	- 7,8	- 16,5	-	-	Die Ausgaben ohne ein zusätzliches Projekt im Jahr 2003 stiegen um 3,0 %, die Einnahmen gingen um 6,6 % zurück. Die „Entnahme aus Rücklagen – Defizitausgleich“ erfolgte in 2003 nicht, in 2004 reduzierte das Defizit die Einnahmen um 7,9 %. Die „Erträge Kostenträger“ reduzierten sich um 8,1 %.

Einrichtung	Veränderung von 2003 auf 2004 in %				Anmerkung
	gesamte Ausgaben	gesamte Einnahmen ohne Jahresüberschuss- bzw. -fehlbetrag	Ausgaben ambulante Reha	Einnahmen ambulante Reha	
6.	+ 1,6	- 14,8	-	-	Die „Entnahme aus Rücklagen – Defizitausgleich“ reduzierte in 2003 die Einnahmen um 1,9 %, in 2004 um 19,8 %. Die „Erträge Kostenträger“ stiegen um 16,3 %. 2004 entfiel ein gesamter Arbeitsbereich; ohne diesen gab es eine Ausgabensteigerung von + 0,3 %.
7.	- 21,7	- 21,7	-	-	Die Einnahmen werden lediglich in drei Zuschussgeber und Eigenmittel differenziert, weitere Erlösstellen sind nicht angegeben.
8.	+ 1,2	+ 4,0	-	+ 11,2	Während die Kostenstellen den einzelnen Arbeitsbereichen nicht zugeordnet werden, werden die Erlösstellen ausdifferenziert.
9.	-	-	-	-	Es liegt lediglich der Wirtschaftsplan 2004–2005 vor. Dieser weist für diesen Berichtszeitraum eine Steigerung der Ausgaben und Einnahmen um 5,7 % aus. Die Einnahmen aus Renten- und Krankenversicherung steigen um 54,2 %.
10.	+ 2,0	+ 2,0	-	+ 0,2	Ambulante Rehabilitation als Erlösstelle wird ausgewiesen, die Kostenstellen werden den Arbeitsbereichen nicht zugeordnet.

Tab. 60: Einnahmen-Ausgaben-Entwicklung im Zweijahresvergleich 2003–2004

Hinsichtlich der *Bewertung der ausgewiesenen Zahlen* ist zu berücksichtigen, dass eine Veränderung der Ausgaben wie auch der Einnahmen durch das *Einwerben oder Auslaufen von Projekten* oder der *Wegfall der Finanzierung von Arbeitsbereichen* (z. B. die externe Drogenberatung im Niedersächsischen Justizvollzug) zu gravierenden Veränderungen im Jahresvergleich führen kann. Gleichwohl lässt sich durch die Dokumentation derartiger Entwicklungen die Situation der ambulanten Leistungsanbieter verdeutlichen, da Veränderungen in einzelnen Arbeitsbereichen immer auch Auswirkungen auf die gesamte Einrichtung, insbesondere das Personal (u. a. Aufgabenverlagerungen, Entlassungen) haben. Besondere Entwicklungen sind vor diesem Hintergrund zur besseren Einordnung in den Anmerkungen kommentiert.

Die Analyse zeigt beispielhaft, dass eine Einrichtung Dokumente vorgelegt hat, aus denen *Details zur Einordnung der Entwicklungen im Arbeitsbereich ambulante Rehabilitation* im Kontext der Gesamtentwicklung zu entnehmen sind. Sowohl die gesamten Ausgaben wie auch die gesamten Einnahmen wurden gesteigert, während es im *Arbeitsbereich der ambulanten Rehabilitation eine Ausgabensteigerung von 17,1 % und eine Reduktion der Einnahmen um 1,2 %* gab.

Die gewählte *Darstellungsform dieser Einrichtung* macht es möglich, sowohl die für den Arbeitsbereich ambulante Rehabilitation entstandenen Kosten wie auch die Erlösstellen genau zuzuordnen und abzugrenzen. Mit Hilfe einer solchen Darstellung können die in den integrierten Konzepten der Fachstellen enthaltenen Arbeitsbereiche voneinander abgegrenzt und die interessierenden Einnahmen-Ausgabenrechnungen vorgenommen werden. Diese Vorgehensweise macht es möglich, z. B. den jeweiligen Finanzgebern die Verwendung der zur Verfügung gestellten Mittel nachzuweisen.

Zwei weitere Einrichtungen weisen zwar die *Einnahmen aus ambulanter Rehabilitation, nicht aber die Ausgaben* separat aus. Vier Einrichtungen arbeiten mit der Erlösstelle „*Erträge Kostenträger*“, in denen die *Einnahmen aus ambulanter Rehabilitation in der Zuständigkeit der Rentenversicherung* enthalten sind, allerdings zzgl. der Einnahmen von anderen Kostenträgern, so dass eine exakte Berechnung der Einnahmen aus ambulanter Rehabilitation für die Rentenversicherung auf dieser Datenbasis nicht möglich ist.

Von den drei Einrichtungen, die Zahlen zur *Entwicklung der Einnahmen aus ambulanter Rehabilitation* präsentieren, geben zwei Einrichtungen (8. & 10.) *Steigerungen* von 0,2 % bzw. 11,2 % im Vergleich zwischen 2003 und 2004 an. Nimmt man noch die vier Einrichtungen hinzu, die „*Erträge Kostenträger*“ ausweisen, so geben diese ebenfalls deutliche Steigerungen – zwischen 8,1 % und 16,4 % – an. Eine weitere Einrichtung (2.) weist darauf hin, dass das Jahresdefizit der Einrichtung durch die Einnahmen aus ambulanter Rehabilitation kompensiert werden kann und eine Einrichtung gibt für den Vergleichszeitraum 2004 und 2005 eine Steigerung von 54,2 % der Einnahmen aus Renten- und Krankenversicherung an.

Im *Gesamtergebnis* dieser in den aufgezeigten Aspekten zum Teil sehr ungenauen Angaben zeigt sich, dass *neun von 10 Einrichtungen* teilweise *sehr hohe Steigerungen bei den Einnahmen aus ambulanter Rehabilitation* kalkuliert haben.

Grundsätzlich setzt sich der Haushalt der ambulanten Einrichtungen aus *mehreren Finanzierungsquellen* zusammen. Die größten Einnahmequellen

sind kommunale Mittel, Landesmittel und in den letzten Jahren im Volumen gestiegen Mittel der Kranken- und Rentenversicherung. Im Bundesweiten Vergleich stellt sich die *Verteilung der Einnahmen im Berichtsjahr 2004 im Verhältnis zum Haushaushalt in den alten Bundesländern wie folgt dar:*

<b>Finanzierungsquelle</b>	<b>2003</b>	<b>2004</b>
Kommunale Mittel	51,0 %	49,0 %
Landesmittel	22,0 %	24,0 %
Kranken- und Rentenversicherung	7,3 %	8,8 %

(vgl. Sonntag u. a. 2005: 17)

Tab. 61: Verteilung der Einnahmen 2004

Sonntag und KollegInnen weisen darauf hin, dass die Zahlen der Deutschen Suchthilfestatistik auch im Berichtsjahr 2004 wie schon in den Vorjahren nur bedingt aussagekräftig sind: „Allerdings haben etwa 53 % der Einrichtungen keine Angaben gemacht, so dass die Angaben mit Vorsicht zu interpretieren sind.“ (ebd.) Angaben zu den Eigenmitteln der Einrichtungen werden im Deutschen Kerndatensatz bisher nicht explizit erhoben.

Die Differenzierung der *Erlösstellen und die Ermittlung der Anteile am Jahreshaushalt* werden von den EVS-Einrichtungen in unterschiedlichster Form vorgenommen. Zusammengefasst als *Durchschnittsberechnung für den EVS-Verbund* stellt sich die Differenzierung der *Erlösstellen und die Ermittlung der Anteile am Jahreshaushalt* wie in der nachstehenden Übersicht dar. Die Übersicht enthält einen Ausweis der Originalformulierungen der Erlösstellen aus den Wirtschaftsplänen sowie die eindeutig zuzuordnenden Nennungen (= N), die Minimum- und Maximum- sowie die Durchschnittswerte.

Insgesamt sind die Erlösstellen der EVS-Einrichtungen nur bedingt mit der Deutschen Suchthilfestatistik zu vergleichen. Bei der Analyse der Daten ist zu beachten, dass vier Einrichtungen Kommunal- und Landesmittel nicht separat ausweisen. Zudem sind in einigen Erlösstellen kommunaler Finanzierung zum Teil gesonderte Projekte enthalten, die den kommunalen Anteil am Jahreshaushalt entsprechend beeinflussen. Es ist allerdings festzustellen, dass fünf Einrichtungen in 2004 deutlich über dem Anteil der Deutschen Suchthilfestatistik von 49 % Finanzierungsanteil der Kommune (vgl. Sonntag u. a. 2005: 17) liegen. Sechs EVS-Einrichtungen, die Einnahmen aus ambulanter Rehabilitation explizit angeben, liegen deutlich über dem durchschnittlichen Wert des Finanzierungsanteils durch die Renten- und Krankenversicherung in

2004 von 8,8 % (vgl. Sonntag u. a. 2005: 17). Addiert man noch die vier Einrichtungen hinzu, die Einnahmen aus ambulanter Rehabilitation unter der Erlösstelle „Erträge Kostenträger“ subsumieren, dann liegen alle 10 Einrichtungen in EVS, die Angaben gemacht haben, über dem Bundesdurchschnitt der alten Bundesländer.

<b>Anteil der Erlösstellen am Gesamthaushalt der ambulanten EVS-Einrichtung 2003 und 2004 in %</b>			
<b>Mittel der ...</b>	<b>2003</b>	<b>2004</b>	
	N = 4	N = 4	
Zuweisungen und Zuschüsse	Min. 58,8 Max. 74,5 <b>Durchschnitt 68,5</b>	Min. 58,8 Max. 73,2 <b>Durchschnitt 63,5</b>	
Zuschuss Stadt, Landkreis, Kommune, Leistungsverpflichtung Landkreis, Kommunale Fördergelder	N = 4 Min. 41,4 Max. 74,1 <b>Durchschnitt 54,1</b>	N = 6 Min. 45,6 Max. 86,6 <b>Durchschnitt 66,3</b>	
Zuschuss Land, Landesmittel, Anteilsfinanzierung Landesmittel, Zuschuss Bezirksregierung	N = 4 Min. 11,7 Max. 36,6 <b>Durchschnitt 23,7</b>	N = 5 Min. 11,5 Max. 24,7 <b>Durchschnitt 18,7</b>	
Erträge Kostenträger, Rentenversicherung/ Krankenkassen	N = 4 Min. 18,2 Max. 25,2 <b>Durchschnitt 21,4</b>	N = 5 Min. 13,6 Max. 29,1 <b>Durchschnitt 20,9</b>	
Einnahmen aus ambulanter Reha, Erstattung ambulante Rehabilitation, Ambulante Therapie, Erträge Angehörigengespräche, Erträge Kliententransporte, Erträge Nachsorge	N = 3 Min. 10,0 Max. 21,3 <b>Durchschnitt 14,7</b>	N = 4 Min. 9,3 Max. 21,3 <b>Durchschnitt 14,2</b>	

Tab. 62: Anteil der Erlösstellen am Gesamthaushalt der ambulanten EVS-Einrichtung 2003 und 2004 – Durchschnittsberechnungen

## *Zu 2. Prozentuale Entwicklung der gesamten Personalkosten im Zweijahresvergleich (2003–2004)*

Im nächsten Schritt wird die prozentuale Entwicklung der gesamten Personalkosten für die Berichtszeiträume 2003 und 2004 analysiert. Nur eine Einrichtung hat in den vorgelegten Dokumenten die Personalkostenentwicklung speziell für den Arbeitsbereich „Ambulante Rehabilitation“ ausgewiesen, so dass hierzu keine weiteren Angaben gemacht werden können.

<b>Veränderung von 2003 auf 2004 in %</b>	
<b>Gesamte Personalkosten ambulanter Leistungsanbieter in EVS</b>	
N = 8	
Minimum =	- 24,2 %
Maximum =	+ 8,4 %
Durchschnitt =	- 9,6 %

Tab. 63: Personalkostenentwicklung im Zweijahresvergleich 2003–2004 – Durchschnittsberechnungen

Folgende Anmerkungen sind zu den Personalkostenentwicklungen einzelner Einrichtungen hervorzuheben:

- Eine Einrichtung weist Personalkosten aus, jedoch ohne Vergleich zu einem zweiten Berichtszeitraum.
- 2004 wurde ein Projekt nicht weitergeführt, so dass sich insgesamt eine Personalkostenreduzierung feststellen lässt. Bezogen auf die übrigen Personalkosten kam es zu einer Steigerung von + 5,7 %.
- Ohne zwei separat finanzierte Projekte kam es zu einer Steigerung der gesamten Personalkosten um 1,9 %.
- Die reduzierten Personalkosten einer Einrichtung sind im Wesentlichen darin begründet, dass ein Arbeitsbereich und damit entsprechendes Personal weggefallen ist. Im Arbeitsbereich der Beratungsstelle kam es zu einer Personalkostensteigerung von + 2,2 %.
- Die Personalkosten im Arbeitsbereich Beratung, in dem die ambulante Rehabilitation enthalten ist, stiegen um + 2,4 %.
- Zwischen den Berichtsjahren 2004 und 2005 werden die Personalkosten mit einer Steigerung von + 6,2 % kalkuliert.

Bei der Einordnung der Ergebnisse der Analyse der Personalkostenentwicklung ist zunächst zu berücksichtigen, dass eine Veränderung in der Kostenstelle „Personalkosten“ unterschiedlich begründet sein kann. Insbesondere bei projektabhängigen Finanzierungen wirken sich Personalkosten steigernd oder senkend auf diese Kostenstelle aus. Darüber hinaus beeinflussen insbesondere die Altersstruktur der MitarbeiterInnen (altersbedingte Gehaltsklassen), die Qualifikation wie auch neue oder gekürzte Stellen die Gesamtsumme der Personalkosten. Vor diesem Hintergrund sind die ausgewiesenen Zahlengrößen zu relativieren. Die für den EVS-Verbund ermittelte durchschnittliche Personalkostensenkung um - 9,6 % ist vor diesem Hintergrund

insbesondere auf gravierende Personalkostensenkungen weniger Einrichtungen, deren Projektmittel ausliefen, zurückzuführen.

Sechs von 10 Einrichtungen dokumentieren eine Personalkostensteigerung zwischen 0,2 und 8,4 %, zwei Einrichtungen haben für den Vergleichszeitraum keine auswertbaren Zahlen vorgelegt, wobei eine Einrichtung im Vergleichszeitraum 2004 und 2005 eine Personalkostensteigerung von 6,2 % kalkuliert, zwei Einrichtungen geben Personalkostensenkungen an, die jedoch darin begründet sind, dass Arbeitsbereiche und damit Personal reduziert wurde; der Vergleich der Personalkosten ohne die reduzierten Arbeitsbereiche ergibt auch für diese beiden Einrichtungen Steigerungen in den gesamten Personalkosten von 5,7 % bzw. 2,2 %. Weitere Details zur Einordnung der Personalkostenentwicklung sind der Analyse der Stellenpläne zu entnehmen.

Eine Einrichtung weist in den analysierten Dokumenten die Personalkostenentwicklung für den Arbeitsbereich ambulante Rehabilitation aus. Dieser liegt mit + 21,1 % deutlich über den Steigerungsquoten der gesamten Personalkosten. Alle anderen Einrichtungen differenzieren die Personalkostenstellen in den vorgelegten Wirtschaftsplänen nicht speziell für den Arbeitsbereich „Ambulante Rehabilitation“, sondern belassen es bei einer Gesamtdarstellung der Personalkosten (z. B. in den Kostenstellen „laufende Personalkosten“, „soziale Abgaben und Aufwendungen“, „sonstige Personalkosten“).

#### 6.2.2.4 Stellenplan

Nachdem die Analyse der Wirtschaftspläne im Anspruch der Ziele und Fragestellungen der GÖS einen Überblick auch über die Personalkostenentwicklung der ambulanten Leistungsanbieter geliefert hat, werden nachfolgend *ergänzende Informationen der Analyse der Stellenpläne* zusammengefasst.

Im *Kontext der Personalkostenplanung und -rechnung* sind mitarbeiterInnenunabhängige und -abhängige Variablen zu berücksichtigen. Die *mitarbeiterInnenunabhängigen Merkmale* sind z. B. Beitragsbemessungsgrenzen und Beitragssätze der Pflege-, Kranken-, Arbeitslosen- und Rentenversicherung, Tarifablenpositionen (Beiträge, Stunden) und Beitragssätze der Kassen. Die *mitarbeiterInnenabhängigen Merkmale* beinhalten insbesondere Entgeltbestandteile, variable Bezüge, Ein- und Austritte, Kostenstellenumbuchungen, Kostenstellenaufteilungen, Arbeitszeiten und tarifliche Eingruppierungen. Nachfolgend werden die Ergebnisse der Analyse der vorgelegten Stellenpläne und ergänzender Dokumente hinsichtlich der Informationen zum *zeit-*

lichen Umfang (unter Zuordnung auf die Berufsgruppen) und zur tariflichen Eingruppierung vorgestellt.

### Zeitlicher Umfang

Folgende Verteilung zeigt sich in den vorgelegten Stellenplänen unter Angabe der *Berichtszeiträume*:

Zeiträume der Stellenpläne	Absolute Häufigkeit
Berichtszeiträume 2003–2004–2005	2
Berichtszeiträume 2004–2005	1
Berichtszeitraum 2005	5
Berichtszeitraum 2004	2
Kein Stellenplan	6
<b>Summe</b>	<b>16</b>

Tab. 64: Berichtszeiträume der Stellenpläne

Es wurden *acht ambulante Rehabilitationseinrichtungen in die Analyse* einbezogen. Als *Vergleichszeitraum* wird das *Berichtsjahr 2005* herangezogen, da die Mehrzahl der Einrichtungen (N = 8) für diesem Zeitraum Daten vorgelegt haben. Drei Einrichtungen legten Daten für den Berichtszeitraum 2004 vor, so dass diese zu Informationszwecken genannt, nicht aber für die folgenden Berechnungen genutzt werden. Unter Rückbezug auf die in Kapitel 6.2.2.2 aufgeführten Einrichtungen ist zu beachten:

- Eine Einrichtung legte keinen Wirtschaftsplan vor, wohl aber einen Stellenplan für das Berichtsjahr 2004.
- Eine Einrichtung legte einen Wirtschaftsplan, aber keinen Stellenplan vor.

Aus datenschutzrechtlichen Gründen ist eine Einzeldarstellung der Stellensituation der jeweiligen Einrichtung nicht möglich, um Rückschlüsse auf die einzelne Einrichtung auszuschließen (vgl. Kapitel 3.5).

Insgesamt sind folgende *Berufsgruppen* in *acht ausgewerteten Einrichtungen* unter Angabe der Häufigkeit, bei den Teilzeitstellen zunächst ohne Berücksichtigung der Stundenanteile vertreten:

<b>Vollzeitstellen</b>		
<b>Berufsgruppe</b>	<b>Absolute Häufigkeit</b>	<b>Häufigkeit in %</b>
Dipl.-PsychologInnen	3	15,8
Dipl.-SozialpädagogInnen/Dipl.-SozialarbeiterInnen	13	68,4
Dipl.-PädagogInnen	1	5,3
Ärzte	-	0,0
Verwaltungsangestellte	-	0,0
Krankenschwester/-pfleger	-	0,0
Fachkraft ohne nähere Bezeichnung	1	5,3
Weiteres Personal, wie z. B. Hauswart, BetreuerInnen	1	5,3
<b>Gesamtzahl der MitarbeiterInnen auf Vollzeitstellen</b>	<b>19</b>	<b>100,0<sup>1</sup></b>

<b>Teilzeitstellen</b>		
<b>Berufsgruppe</b>	<b>Absolute Häufigkeit</b>	<b>Häufigkeit in %</b>
Dipl.-PsychologInnen	5	10,4
Dipl.-SozialpädagogInnen/Dipl.-SozialarbeiterInnen	12	25,0
Dipl.-PädagogInnen	1	2,1
Ärzte	1	2,1
Verwaltungsangestellte	12	25,0
Krankenschwester/-pfleger	1	2,1
Fachkraft ohne nähere Bezeichnung	7	14,6
Weiteres Personal, wie z. B. Hauswart, BetreuerInnen, Reinigung	9	18,8
<b>Gesamtzahl der MitarbeiterInnen auf Teilzeitstellen</b>	<b>48</b>	<b>100,0<sup>2</sup></b>

<b>Honorarkräfte</b>		
<b>Berufsgruppe</b>	<b>Absolute Häufigkeit</b>	<b>Häufigkeit in %</b>
Arzt ohne nähere Angaben	2	18,2
Facharzt für Psychiatrie	3	27,3
SupervisorInnen	5	45,5
Reinigungskraft	1	9,0
<b>Gesamtzahl der Honorarkräfte</b>	<b>11</b>	<b>100,0</b>

<b>Berufsgruppe</b>	<b>Absolute Häufigkeit</b>	<b>Häufigkeit in %</b>
Gesamtzahl der MitarbeiterInnen auf Vollzeitstellen	19	24,4
Gesamtzahl der MitarbeiterInnen auf Teilzeitstellen	48	61,5
Gesamtzahl der Honorarkräfte	11	14,1
<b>Summe aller MitarbeiterInnen</b>	<b>78</b>	<b>100,0</b>

Tab. 65: Stellenzuordnung auf die Berufsgruppen der ambulanten Rehabilitationseinrichtungen

1 Rundungsdifferenz, da 1 Stelle 2,083 % entspricht.

2 Rundungsdifferenz, da 1 Stelle 5,263 % entspricht.

Die wöchentliche Arbeitszeit wird bei den Vollzeitstellen mit 38,5 Stunden angegeben. Die Stellenanteile der Teilzeitstellen können verwendet werden, um die wöchentliche Arbeitszeit der Teilzeitkräfte zu ermitteln (siehe unten stehend). Zum Teil wird die Berufsbezeichnung in den Stellenplänen ergänzt durch Informationen über *Zusatzqualifikationen des therapeutischen Personals*, wie z. B.

- Zusatzqualifikation VDR-anerkannt
- Sozialtherapeut (GVS), analytisch
- Sozialtherapeut (GVS), integrativer Sozialtherapeut
- Systemischer Therapeut

*Pro Einrichtung gibt es durchschnittlich 2,4 Vollzeitstellen (N = 19). Mit 61,5 % sind allerdings die Teilzeitstellen (N = 48) am stärksten vertreten. Ohne Berücksichtigung, ob Voll- oder Teilzeitstelle sind in den acht ausgewerteten ambulanten Einrichtungen im Berichtsjahr insgesamt 2005 78 MitarbeiterInnen beschäftigt; das entspricht ohne Berücksichtigung der Berufsgruppe einer durchschnittlichen Zahl der Voll- und Teilzeit-MitarbeiterInnen von 9,8 pro Einrichtung. Rechnet man die Honorarkräfte heraus und die Teilzeitstellenanteile in Vollzeitstellen um (siehe unten stehende Übersicht = 24,77), dann handelt es sich um insgesamt 43,77 Stellen und somit durchschnittlich um 5,4 MitarbeiterInnen pro EVS-Einrichtung (N = 8). Dies entspricht den Werten der aktuellen Deutschen Suchthilfestatistik, die die durchschnittliche MitarbeiterInnenzahl (zusammengefasst für Fach- und Verwaltungspersonal) mit 5,3 Stellen (Teilzeitkräfte sind auf Vollzeitstellen umgerechnet) für Westdeutschland ausweist (Sonntag u. a. 2005, S. 16).*

Sowohl bei den Vollzeitstellen mit 73,7 % (N = 19) wie auch bei den Teilzeitstellen mit 25,0 % (N = 48) sind die *Dipl.-SozialpädagogInnen/Dipl.-SozialarbeiterInnen* die am stärksten vertretene Berufsgruppe. Auch dies entspricht den Werten der Deutschen Suchthilfestatistik des Berichtsjahres 2004; hier wird die Berufsgruppe „Sozialarbeiter/-pädagog“ mit einem Anteil von 66,5 % der MitarbeiterInnen der Berufsgruppen (N = 600) ausgewiesen (Sonntag u. a. 2005: 16). In den EVS-Einrichtungen beschäftigt eine Einrichtung einen Arzt auf Teilzeitbasis, während fünf Einrichtungen Ärzte und SupervisorInnen als Honorarkräfte und zwei Einrichtungen im Stellenplan gar nicht ausweisen. Davon gibt eine Einrichtung die Personalkosten für Arzt und Supervision wohl im Wirtschaftsplan, nicht aber im Stellenplan an.

Die Stellenpläne werden zum Teil durch *Arbeitsplatzbeschreibungen* ergänzt. Dabei wird beispielsweise in die nachstehenden Arbeitsbereiche untergliedert:

**Ambulante Rehabilitation**

- Therapie

**Querschnittsaufgaben**

- Leitung
- Telefondienst
- Aktenführung
- Schreibarbeiten
- Untersuchung
- Fallsupervision
- Teamsupervision

**Andere Arbeitsbereiche**

- Beratungen
- Prävention
- Methadon

Die nachstehende Übersicht gibt die Anteile der Teilzeitstellen wie auch deren Verteilung wieder:

Teilzeitstellen			
Berufsgruppe	Stellenanteil	Absolute Häufigkeit	Häufigkeit in %
Dipl.-PsychologInnen	0,93	1	2,1
	0,50	4	8,3
Dipl.-SozialpädagogInnen/Dipl.-SozialarbeiterInnen	0,99	1	2,1
	0,78	2	4,2
	0,74	1	2,1
	0,65	3	6,3
	0,50	5	10,4
	0,26	1	2,1
Ärzte	0,52	1	2,1
Verwaltungsangestellte	0,78	1	2,1
	0,75	2	4,2
	0,65	1	2,1
	0,53	1	2,1
	0,52	1	2,1
	0,50	2	4,2
	0,39	1	2,1
	0,34	1	2,1
	0,26	1	2,1
	0,50	1	2,1
Krankenschwester/-pfleger	0,78	3	6,3
Fachkraft ohne nähere Bezeichnung	0,52	1	2,1
	0,50	3	6,3
	0,26	1	2,1
	0,26	1	2,1
Weiteres Personal, wie z. B. Hauswart, BetreuerInnen	0,91	1	2,1
	0,30	1	2,1
	0,26	2	4,2
	0,19	1	2,1
	0,16	1	2,1
	0,15	3	6,3
<b>Gesamtzahl der MitarbeiterInnen auf Teilzeitstellen</b>	<b>15,12</b>	<b>48</b>	<b>100,0<sup>3</sup></b>

Tab. 66: Verteilung der Stellenanteile auf die Berufsgruppen der ambulanten Rehabilitationseinrichtungen

Die Übersicht veranschaulicht die Vielfalt der vertraglichen Ausgestaltung der Stellenanteile. Betrachtet man die Berufsgruppen, die eindeutig dem *therapeutischen Personal* (Dipl.-PsychologInnen, Dipl.-SozialpädagogInnen/Dipl.-SozialarbeiterInnen; N = 18) zuzuordnen sind, dann liegen die Stellenanteile zwischen 0,26 und 0,99, wobei die Teilzeitstellen mit einem Stellen-

3 Rundungsdifferenz, da die Häufigkeit 1 2,083 % entspricht.

anteil von 0,50 in diesen Berufsgruppen mit 50 % besonders häufig vertreten sind.

In der *Berufsgruppe der Verwaltungsangestellten* (N = 11) liegen die Stellenanteile zwischen 0,26 und 0,78 und sind in der vertraglichen Ausdifferenzierung der Stellenanteile insgesamt noch häufiger unterschiedlich ausgestaltet als bei den TherapeutInnen.

Teilzeitstellen			
Berufsgruppe	Stellenanteil	Absolute Häufigkeit	Umrechnung in Vollzeitstellen
Dipl.-PsychologInnen	0,93	1	0,93
	0,50	4	2,00
Dipl.-SozialpädagogInnen/Dipl.-SozialarbeiterInnen	0,99	1	0,99
	0,78	2	1,56
Dipl.-SozialpädagogInnen/Dipl.-SozialarbeiterInnen	0,74	1	0,74
	0,65	3	1,95
	0,50	5	2,50
Ärzte	0,26	1	0,26
	0,52	1	0,52
	0,78	1	0,78
Verwaltungsangestellte	0,75	2	1,5
	0,65	1	0,65
	0,53	1	0,53
	0,52	1	0,52
	0,50	2	1,00
	0,39	1	0,39
	0,34	1	0,34
Krankenschwester/-pfleger	0,26	1	0,26
	0,50	1	0,50
	0,78	3	2,34
Fachkraft ohne nähere Bezeichnung	0,52	1	0,52
	0,50	3	1,50
	0,26	1	0,26
Weiteres Personal, wie z. B. Hauswart, BetreuerInnen	0,91	1	0,91
	0,30	1	0,30
	0,26	2	0,52
	0,19	1	0,19
	0,16	1	0,16
	0,15	3	0,15
<b>Gesamtzahl der MitarbeiterInnen auf Teilzeitstellen</b>	<b>15,12</b>	<b>48</b>	<b>24,77</b>

Tab. 67: Umrechnung der Teilzeitstellenanteile in Vollzeitstellen

Die Stellenanteile der Teilzeitstellen (Fach- und Verwaltungspersonal) ergeben zusammen 24,77 Vollzeitstellen, d. h. durchschnittlich 3 Vollzeitstellen pro Einrichtung (N = 8).

Insgesamt werden von den acht Einrichtungen *11 Honorarkräfte* aufgeführt, deren *wöchentliches Stundendeputat* zum Teil angegeben ist. Die Verteilung sieht wie folgt aus:

Berufsgruppe	Honorarkräfte		
	Stunden pro Woche	Absolute Häufigkeit	Häufigkeit in %
Arzt ohne nähere Angaben	3,0	1	9,1
Facharzt für Psychiatrie	6,0	1	9,1
	3,0	2	18,2
Medizinischer Dienst ohne Stundenangabe	-	1	9,1
SupervisorInnen	0,75	1	9,1
	0,50	3	27,3
SupervisorInnen ohne Stundenangabe	-	1	9,1
Reinigungskraft ohne Stundenangabe	-	1	9,1
<b>Gesamtzahl der Honorarkräfte</b>		<b>11</b>	<b>100,0<sup>4</sup></b>

Tab. 68: Stundendeputat der Honorarkräfte in den ambulanten Rehabilitationseinrichtungen

Die Angaben zu den Honorarkräften in den Stellenplänen sind in den vorgelegten Dokumenten wenig differenziert oder werden gar nicht aufgeführt. Zum Teil sind in den Wirtschaftsplänen ergänzende Informationen enthalten, wie z. B. in den Kostenstellen „Supervision“ und „sonstige Personalkosten“. Darüber hinaus enthalten die Jahresberichte teilweise ergänzende Angaben zu den Honorarkräften.

### Tarifliche Eingruppierung

In den Stellenplänen und/oder ergänzenden Dokumenten enthalten sind Angaben zur *tariflichen Eingruppierung* der MitarbeiterInnen. Hierunter ist die Zuordnung des Arbeitnehmers und der von ihm auszuübenden Arbeit zu einer bestimmten Vergütungsgruppe innerhalb eines kollektiven Vergütungsschemas zu verstehen. Die Vergütungsgruppe enthält bestimmte allgemeine Merkmale, die die von ihr erfassten ArbeitnehmerInnen und/oder ihre Tätigkeiten aufweisen müssen. Die Eingruppierung besteht darin, dass ein be-

4 Rundungsdifferenz, da die Häufigkeit 1 9,091 % entspricht.

stimmter Arbeitnehmer einer Vergütungsgruppe zugeordnet wird, mit der Folge einer entsprechenden Bezahlung. Das heißt, die Tarifgruppe beeinflusst die Höhe der Bezahlung ganz wesentlich. (vgl. Hensche 2006)

Das *kollektive Vergütungsschema*, d. h. die verschiedenen Vergütungsgruppen und ihr Verhältnis zueinander, ist in der Regel in einem *Tarifvertrag* wie etwa dem *Bundesangestelltentarifvertrag (BAT)* bzw. in den verschiedenen Anlagen zu dem Tarifvertrag enthalten. Der BAT regelte bis zum 1. Oktober 2005 die Beschäftigungsbedingungen und die Bezahlung der Angestellten im Öffentlichen Dienst. Nach diesem Datum wurde der BAT durch einen einheitlichen Tarifvertrag öffentlicher Dienst (TVöD) abgelöst. Da sich der Untersuchungszeitraum der GÖS auf Wirtschafts- und Stellenpläne aus den Jahren 2003 bis 2005 bezieht, sind die *Kalkulationen der Personalkosten auf BAT-Basis* erstellt worden.

Die Vergütungsgruppen können aber auch in *Arbeitsvertragsrichtlinien*, die größere Arbeitgeber bei der Gestaltung ihrer Arbeitsverhältnisse allgemein anwenden, enthalten sein. Beispiele dafür sind die „*Arbeitsvertragsrichtlinien - AVR - des Diakonischen Werkes der EKD*“ oder die „*Richtlinien für Arbeitsverträge in den Einrichtungen des Deutschen Caritasverbandes (AVR)*“. Die AVR sind das Tarifwerk, nach dem die hauptamtlichen MitarbeiterInnen eingestellt und entlohnt werden. Die AVR sind an den BAT des Öffentlichen Dienstes angelehnt, im rechtlichen Sinn aber kein Tarifvertrag.

Beide Tarifsysteme sind ähnlich strukturiert. Je nach Tätigkeitsfeld wird der jeweiligen Vergütungsgruppe ein *Grundgehalt* zugeordnet. Dieses Grundgehalt (= Grundvergütung, Tabellenvergütung) steigert sich unabhängig von der Leistung mit dem Alter und ist der wesentliche Teil der Vergütung. Das Grundgehalt liegt zwischen ca. 940 € in der Vergütungsgruppe X, bei einem Alter von 21 Jahren, bis ca. 4.970 € in der Vergütungsgruppe I, bei einem Alter von 47 Jahren. Das Grundgehalt wird ergänzt durch den *Ortzuschlag*<sup>5</sup> und weitere *Zulagen* wie z. B. Urlaubsgeld und Sonderzulagen, die sich auf die tatsächliche Höhe der Personalkosten wesentlich auswirken.

In den analysierten Unterlagen ergibt sich dazu folgende *Auswertungsgrundlage*:

---

5 Mit dem Ortszuschlag sollen die im Zusammenhang des Familienstands bestehenden finanziellen Belastungen ausgeglichen werden. Die Höhe richtet sich nach den Familienverhältnissen der/des Angestellten.

Tarifliche Eingruppierung in den Stellenplänen oder in ergänzenden Dokumenten	Absolute Häufigkeit
Ja	8
Nein	8
<b>Summe</b>	<b>16</b>

Tab. 69: Informationen in den Stellenplänen zur tariflichen Eingruppierung

Die Hälfte der ambulanten Einrichtungen gibt die tariflichen Eingruppierungen in den Stellenplänen bekannt. Berücksichtigt man, dass die Bremer Behandlungszentren aus bereits genannten Gründen in der Auswertung nicht einbezogen werden können, liegen somit von 72,7 % (N = 11) die interessierenden Angaben vor. Auf die *acht Einrichtungen, deren Angaben vorliegen*, beziehen sich die weiteren Auswertungen.

Grundsätzlich werden von den analysierten Einrichtungen die beiden schon vorgestellten *Tarifsysteme* verwendet,

1. der Bundesangestelltentarif (BAT) und
2. die Arbeitsvertragsrichtlinien (AVR).

Im Anliegen der GÖS werden nachfolgend die *Informationsgehalte der vorgelegten Dokumente* hinsichtlich der Möglichkeit, Personalkosten für eine detaillierte Kosten-Leistungsrechnung zu nutzen, analysiert:

- Vier Einrichtungen (50,0 %) nehmen die tarifliche Eingruppierung nach den *Arbeitsvertragsrichtlinien des Diakonischen Werkes der Evangelischen Kirche in Deutschland* und drei Einrichtungen (37,5 %) nach dem *Bundesangestelltentarif* und eine Einrichtung (12,5 %) nach BAT und AVR (ohne Spezifizierung der Kirchengliederzugehörigkeit) vor.
- 2 Einrichtungen (25,0 %) weisen neben der tariflichen Eingruppierung die den einzelnen Stellen zugeordneten Personalkosten für das Berichtsjahr 2005 aus, fünf Einrichtungen (62,5 %) geben die tarifliche Eingruppierung ohne Ausweis der jährlichen Personalkosten der einzelnen Stelle an, eine Einrichtung (12,5 %) weist die jährlichen Personalkosten der einzelnen Personalkostenstelle aus, ohne die tarifliche Eingruppierung zu nennen.
- Von den 3 Einrichtungen, die die Personalkostenstellen differenziert ausweisen, ordnet 1 Einrichtung neben der tariflichen Eingruppierung und dem Jahresbetrag der einzelnen Personalkosten für das Berichtsjahr 2005 die jeweilige Personalkostenstelle den Arbeitsbereichen und damit auch der ambulanten Rehabilitation zu. Zwei Einrichtungen geben zu den Personalkostenstellen die jährlichen Kosten an, ordnen diese den Arbeitsbereichen jedoch nicht zu.

Zusammenfassend ergibt sich für die *sieben Einrichtungen*, die die *tarifliche Eingruppierung* für 57 Voll- und Teilzeitstellen (N = 57) vorgenommen haben, unter Zuordnung auf die *Berufsgruppen* und *Aufteilung auf BAT und AVR-Tarife*<sup>6</sup> folgende Verteilungen:

Berufsgruppe	Tarifliche Eingruppierung nach BAT		Tarifliche Eingruppierung nach AVR	
	Absolute Häufigkeit	Häufigkeit in %	Absolute Häufigkeit	Häufigkeit in %
<b>Dipl.-PsychologInnen</b>				
BAT I b	1	4,3		
BAT II a	1	4,3		
AVR E 12.1			5	14,7
<b>Dipl.-SozialpädagogInnen/Dipl.-SozialarbeiterInnen</b>				
BAT IV a	5	21,7		
BAT IV b	4	17,4		
AVR E 9.1			12	35,3
<b>Ärzte</b>				
BAT I b	1	4,3		
<b>Verwaltungsangestellte</b>				
BAT IV b	1	4,3		
BAT VI	2	8,7		
BAT VII	1	4,3		
AVR E 5			5	14,7
AVR E 4			1	2,9
AVR 7			1	2,9
<b>Krankenschwester/-pfleger</b>				
AVR E 7.1			1	2,9
<b>Fachkraft ohne nähere Bezeichnung</b>				
BAT 2	1	4,3		
BAT IV a	3	13,0		
<b>Fachkraft ohne nähere Bezeichnung</b>				
AVR 4 a			3	8,8
AVR 4 b			1	2,9
<b>Weiteres Personal, wie z. B. Hauswart, BetreuerInnen</b>				
BAT VI	1	4,3		
BAT VI b	1	4,3		
LT 1	1	4,3		
AVR E 2			4	11,8
AVR E 6.1			1	2,9
<b>Summe</b>	<b>23</b>	<b>100,0</b> <sup>7</sup>	<b>34</b>	<b>100,0</b> <sup>8</sup>

Tab. 70: Tarifliche Eingruppierung der Voll- und Teilzeitstellen aus sieben ambulanten EVS-Einrichtungen

6 Die in den AVR-Tarifen angegebene Abkürzung „E“ steht für Entgeltgruppe.

7 Rundungsdifferenz, da die Häufigkeit 1 4,347 % entspricht.

8 Rundungsdifferenz

40,4 % der MitarbeiterInnen auf Voll- und Teilzeitstellen (N = 57) werden nach BAT und 59,6 % nach AVR eingruppiert. Das *therapeutische Personal* wird in der Berufsgruppe der *PsychologInnen* nach BAT I b und BAT II a sowie nach AVR E 12.1 und in der Berufsgruppe der *Dipl.-SozialpädagogInnen/Dipl.-SozialarbeiterInnen* nach BAT IV a und BAT IV b sowie nach AVR E 9.1 eingruppiert.

Eine *Zuordnung der jeweiligen Personalkostenstelle* auf die tatsächlich kalkulierten jährlichen *Einzelpersonalkosten* nehmen drei Einrichtungen vor. Die übrigen Einrichtungen weisen die tarifliche Eingruppierung der MitarbeiterInnen aus und führen die Personalkosten im Wirtschaftsplan saldiert auf. So ist auf die einzelne Personalkostenstelle und die durch die MitarbeiterIn/den Mitarbeiter entstandenen Kosten keine Zuordnung möglich. Eine Differenzierung auf den Arbeitsbereich der ambulanten Rehabilitation nimmt eine Einrichtung vor, die anderen Einrichtungen haben zu diesem Arbeitsbereich keine detaillierten Zahlen vorgelegt. *Vor dem Hintergrund der Qualität der analysierten Daten lassen sich anhand der Analyseergebnisse Durchschnittsberechnungen zu den Personalkosten im Arbeitsbereich der ambulanten Rehabilitation der EVS-Einrichtungen nicht schlüssig und im Detail nachvollziehbar realisieren.*

Es sei nochmals betont, dass die *Datenlage der vorgelegten Dokumente zum Thema Personalkostenrechnung* nur begrenzte Informationen bereitstellt und die nachstehenden Werte daher lediglich als *grob kalkulierte Anhaltspunkte* verstanden werden können. Die angegebenen Personalkosten sind Durchschnittswerte für ausgewählte, auch in EVS tätige Berufsgruppen, allerdings ohne Berücksichtigung des tatsächlichen Arbeitsbereiches, der tariflichen Eingruppierung, der Entgeltbestandteile, der variablen Bezüge, Ein- und Austritte, Kostenstellenumbuchungen, Kostenstellenaufteilungen und Arbeitszeiten. Diese fehlende Differenzierung, die für eine qualifizierte Kalkulation jedoch wesentlich ist, macht die begrenzte Aussagekraft der Daten deutlich. Vor diesem Hintergrund können auf der vorgestellten Datenbasis nur *exemplarisch Daten zu den Personalkosten für ausgewählte Berufsgruppen unter Berücksichtigung der in den Dokumenten kalkulierten Vollzeitstellen* ermittelt werden.

- |   |                       |
|---|-----------------------|
| 1. Dipl.-PsychologIn                            | ca. 70.000 € pro Jahr |
| 2. Dipl.-SozialpädagogIn/Dipl.-SozialarbeiterIn | ca. 60.000 € pro Jahr |

Nachfolgend werden weitere Unterlagen zur Kosten-Leistungsrechnung analysiert, die die bisherigen Angaben ergänzen sollen.

### 6.2.2.5 Unterlagen aus der Kosten-Leistungsrechnung

Vor dem Hintergrund der Ziele und Fragestellungen der GÖ-Studie wurden die Einrichtungen gebeten, Unterlagen aus der Kosten-Leistungsrechnung, die über die Angaben in den Jahres-/Geschäftsberichten, den Wirtschafts- und den Stellenplänen hinausgehen, vorzulegen. Die Verteilung stellt sich wie folgt dar:

Unterlagen zur Kosten-Leistungsrechnung	Absolute Häufigkeit
<i>Keine</i> weiteren Unterlagen zur KLR vorgelegt	12
Weitere Unterlagen zur KLR vorgelegt	4
<b>Summe</b>	<b>16</b>

Tab. 71: Unterlagen zur Kosten-Leistungsrechnung

Neben den Wirtschafts- und Stellenplänen wurden von vier Einrichtungen folgende Dokumente eingereicht:

- Leistungen der Deutschen Rentenversicherung Oldenburg-Bremen für 2004
- Gewinn- und Verlustrechnung für das Berichtsjahr 2003
- Kostenrechnung 2002 und 2003
- Personalkostenkalkulation 2004

Die vier analysierten Dokumente zur KLR lassen insgesamt keine neuen Berechnungsmöglichkeiten zu, da sie mit den Wirtschaftsplänen korrespondieren. In Anbetracht dieser Feststellung und der Tatsache, dass ohnehin nur vier Einrichtungen ergänzende Informationen zur KLR gegeben haben, muss als *Ergebnis dieses Untersuchungsbereiches* festgestellt werden, dass das vorgelegte Datenmaterial keine differenziertere Analyse zu Aspekten der KLR ambulanter Einrichtungen zulässt. Die Wirtschafts- und Stellenpläne liefern somit die einzige Grundlage für die Untersuchung gesundheitsökonomischer Aspekte in der ambulanten Suchthilfe der EVS.

Das *Ergebnis der Analysen zeigt, dass Transparenz in der ambulanten Suchthilfearbeit auf der Basis von Kosten- und Erlösstellen nur sehr begrenzt vorhanden ist*. Wir empfehlen dringend, mit Leistungsanbietern wie dem Leistungsträger darüber zu diskutieren, welche Vorteile sich für beide Seiten durch eine größere Transparenz ergeben (vgl. Kapitel 6.3).

Nachfolgend werden die Dokumente aus den stationären Rehabilitationseinrichtungen in EVS analysiert.

### 6.2.3 *Analyse der Dokumente aus stationären Rehabilitationseinrichtungen*

#### 6.2.3.1 Allgemeines

Mittels *Kooperationsvereinbarung* sind seit dem Jahr 2003 sieben Kliniken als stationäre Rehabilitationseinrichtungen in der EVS beteiligt. Namentlich unter *Angabe ausgewählter Profilvermerkmale* sind dies:

1. Klinikum Bremen-Ost in Bremen  
Das Klinikum ist ein Unternehmen der Gesundheit Nord GmbH des Klinikverbundes Bremen und verfügt insgesamt über ca. 1.220 Betten. Das *Behandlungszentrum für Abhängigkeitserkrankungen* ist Teil des Zentrums für Psychiatrie und Psychotherapie. Es ist für stationäre (159 Betten) sowie ganztägig ambulante (10 Plätze) Suchttherapie mit der zusätzlichen Möglichkeit einer Entwöhnungsbehandlung konzipiert.
2. Fachklinik Fredeburg in Bad Fredeburg  
Es handelt sich um eine Fachklinik für alkohol- und/oder medikamentenabhängige PatientInnen. Sie verfügt in ihrem Haupthaus über 244 Therapieplätze. Die Fachklinik wird unter der Geschäftsführung einer GmbH gemeinsam mit weiteren Akut- und Reha-Einrichtungen geführt
3. Fachklinik St. Marienstift in Neuenkirchen-Vörden  
Die Fachklinik ist eine Rehabilitationseinrichtung für alkohol- und medikamentenabhängige Männer mit 120 Therapieplätzen. Träger ist der Münsterländische Volksheilstättenverein e. V. zu Vechta.
4. Fachklinik Freiherr-von-Lepel (ehem. FK Moorpension) in Freistatt  
Die Fachklinik ist Teil des Fachzentrums der Suchthilfe der Diakonie Freistatt mit 52 Therapieplätzen für alkoholranke Männer. Die Diakonie Freistatt ist auch Träger der Fachklinik.
5. Fachklinik St. Vitus GmbH in Visbek  
Die Fachklinik ist spezialisiert auf die Therapie und Rehabilitation abhängigkeitskranker Frauen. Die Klinik verfügt über 80 Behandlungsplätze für Patientinnen.
6. Fachklinik Oldenburger Land  
Die Fachklinik besitzt drei Abteilungen an zwei Standorten. In Dötlingen-Neerstedt sind die die Abteilung to Hus für alkohol- und/oder medikamentenabhängige Frauen und Männer mit 32 Behandlungsplätzen und die Abteilung Hörgeschädigte für hörgeschädigte suchtkranke Frauen

und Männer mit 16 Behandlungsplätzen sowie in Oldenburg die Abteilung Ofener Straße 20 für alkohol- und/oder medikamentenabhängige Frauen und Männer mit 26 Behandlungsplätzen.

#### 7. Klinikum Bremen-Nord in Bremen

Das Klinikum ist ein Krankenhaus und Gesundheitszentrum, das Information, Beratung, Prävention, Behandlung und Pflege sowie Rehabilitation anbietet. Insgesamt stehen 597 Betten zur Verfügung; das psychiatrische Behandlungszentrum ist eine Abteilung des Krankenhauses mit 62 Betten (davon 28 ganztägig ambulante Plätze im BZ Bremen-Nord).

Sechs der sieben an EVS beteiligten Kliniken bieten somit stationäre Entwöhnungsbehandlungen an. Das Klinikum Bremen-Nord plant stationäre Entwöhnungsangebote, hat diese während der Studienlaufzeit jedoch nicht realisiert. Weitere Informationen zu den Einrichtungen sind im Abschlussbericht zur flächendeckenden Umsetzung der EVS zu finden (vgl. Tielking/Ratzke 2004).

Ebenso wie bei den ambulanten Rehabilitationseinrichtungen wurden von den *EVS-Kliniken* im Rahmen der GÖ-Studie zur Verbundarbeit in der Suchthilfe im September 2004 für die Ziele der Studie relevante Dokumente angefragt. Für unsere Studie werden *sechs Kliniken in die Auswertung einbezogen*. Das Klinikum Bremen-Nord wird nicht berücksichtigt, da bis zum Zeitpunkt der Auswertung in der Klinik Entgiftungen, nicht aber stationäre Entwöhnungen durchgeführt wurden, wohl aber geplant sind. Mit Wirkung vom 1. Januar 2004 wurde die regionale psychiatrische Versorgung für den Bremer Stadtteil Nord auf das organisatorisch selbständige Klinikum Bremen-Nord, dem das ambulante Behandlungszentrum Bremen-Nord zugeordnet ist, übertragen (vgl. Tielking/Ratzke 2004: 24 f.).

Der *Umfang der eingereichten Unterlagen* variiert. Die Darstellungsform ist unterschiedlich, so dass die folgende Übersicht zunächst deutlich machen soll, welche Unterlagen insgesamt als Basis der Auswertungen herangezogen werden konnten:

Dokumentenart	Bezeichnung der Dokumente durch die jeweilige Klinik
1. Jahres-/Geschäftsbericht (2003)	Von allen Kliniken nicht vorgelegt.
2. aktueller Wirtschaftsplan (mit den üblichen Angaben zu den Berichtszeiträumen 2003/2004/2005)	1. Wirtschaftsplan 2004/2003 2. Wirtschaftsplan: u. a. Auszug der Berechnungstage, Umsätze 2003/2004 3. Nicht vorgelegt 4. Einnahmen-Ausgabenentwicklung 2003/2004/2005 5. Betriebswirtschaftliche Auswertung 2002/2003 6. Wirtschaftsplan 2005 (Berichtszeiträume 2003/2004/2005)
3. aktueller Stellenplan (2004)	1. Stellenplan 2004 2. Personalstandsplan 2005 3. Personalstandsplan 2004 4. Stellenplan 2004 5. Stellenplan 2003 6. Stellenplan 2005 (Stellen 2004/2005)
4. aktuelle Kalkulation Pflegesätze	1. Pflegesatzkalkulation 2003 2. Pflegesatzkalkulation konnte nicht vorgelegt werden, da kein „Zugriff“. 3. Pflegesatzkalkulation 2004 4. Pflegesatzermittlung 2000 5. Ermittlung Vergütungssatz 2003 6. Nicht vorgelegt
5. Unterlagen aus der Kosten-Leistungs-Rechnung (KLR) (Einnahmen-/Ausgaben-Rechnungen; 2003)	1. Ergebnis 2003 2. Vier Kliniken legten keine KLR-Unterlagen vor.

Tab. 72: Basisdokumente

Auf der Basis der vorgelegten Dokumente werden in den folgenden Kapiteln die weiteren Auswertungen vorgestellt. Aus Gründen des Datenschutzes bzw. um keine Rückschlüsse auf einzelne Kliniken zuzulassen, entsprechen die Nummerierungen in den einzelnen Übersichten einander nicht.

### 6.2.3.2 Jahres-/Geschäftsbericht

Jahresberichte, wie sie die Fachstellen Sucht erstellen, werden im stationären Bereich bisher nicht verfasst. Keine der EVS-Kliniken hat einen entsprechenden Bericht vorgelegt. Folgende *Rückmeldungen* liegen zur Anfrage vor:

- Drei Kliniken geben an, dass ein Jahresbericht nicht erstellt werde bzw. nicht vorhanden sei.
- Eine Klinik gibt an, dass für 2003 kein Jahresbericht existiere, zum Zeitpunkt der Anforderung für 2004 zwar in Vorbereitung sei, aber noch nicht vorgelegt werden könne.
- Zwei Kliniken haben zu dieser Anfrage keine weiteren Auskünfte gegeben.

Zwei Kliniken haben aufgrund der im Rahmen der GÖS gestellten Anfrage *Sonderauswertungen* eingereicht:

1. Eine Klinik bezieht sich auf das *Berichtsjahr 2004* und macht Angaben zu folgenden *Merkmale*:
  - Gesamteinnahmen der Fachklinik in 2004, verteilt auf Belegungstage „Krankenkassen“ und „Rentenversicherung und andere“
  - Anteil der über die Deutsche Rentenversicherung Oldenburg-Bremen finanzierten EVS-Maßnahmen an den Belegungstagen
  - Einnahmen über Pflegetage EVS
  - Durchschnittliche Aufenthaltsdauer von EVS-PatientInnen in 2004
  - Verteilung der EVS-PatientInnen auf die jeweilige stationäre Dauer (unter vier Wochen, vier bis acht Wochen, acht bis 12 Wochen, 12 bis 16 Wochen, länger als 16 Wochen)
  - Durchschnittliche Behandlungsdauer in der Klinik in Tagen
  - Personalausgaben (ohne Geschäftsführung, Küche, Reinigungsdienst, Supervision, Weiterbildung)
  - Anteilige Personalkosten für Deutsche Rentenversicherung Oldenburg-Bremen-Versicherte und für EVS-PatientInnen
2. Eine Klinik bezieht sich auf die *Berichtsjahre 2003 und 2004* und macht Angaben zu den *Merkmale*:
  - Gesamtzahl der in 2003 behandelten PatientInnen (Entlassungen)
  - Durchschnittliche Verweildauer

Die Angaben der unter 1. aufgeführten Klinik machen deutlich, dass *differenziertes Zahlenmaterial zur Kosten-Leistungsrechnung* existiert. Es liegen auch detaillierte Zahlen speziell zu EVS-Behandlungen (Einnahmen, Ausga-

ben) vor. Da insgesamt jedoch keine Vergleichszahlen aus den anderen EVS-Kliniken vorgelegt wurden, können aus datenschutzrechtlichen Gründen hier keine Zahlen veröffentlicht werden, zumal sich daraus auch keine weiteren Erkenntnisse für eine *KLR zu der EVS* gewinnen ließen. *Ergebnis dieses Auswertungsbereiches* ist vielmehr, dass

1. routinemäßig keine Jahresberichte veröffentlicht werden und
2. differenzierte Zahlen, die eine KLR im Interesse gesundheitsökonomischer Fragen zum EVS-Verbund ermöglichen würden, von einer Klinik umfassend, von einer Klinik in Auszügen und von vier Kliniken gar nicht vorliegen.

### 6.2.3.3 Wirtschaftsplan

Die im Zusammenhang der angeforderten Wirtschaftspläne für die Berichtsjahre 2003/2004/2005 vorgelegten Dokumente stellen sich für die sechs EVS-Kliniken wie folgt dar:

Bezeichnung und Berichtsjahre	Absolute Häufigkeit
Wirtschaftsplan 2005: Berichtsjahre 2003/2004/2005	1
Wirtschaftsplan 2004: Berichtsjahre 2003/2004	1
Aktueller Wirtschaftsplan (Auszüge): Berechnungstage zu den Berichtsjahren 2003/2004	1
Betriebswirtschaftliche Auswertung: Berichtsjahre 2002/2003	1
Auszug über die Einnahmen-Ausgabenentwicklung: Berichtsjahre 2003/2004/2005	1
Kein Wirtschaftsplan, aber Angaben zum Pflegesatz 2004	1
<b>Summe</b>	<b>6</b>

Tab. 73: Bezeichnung von Einnahmen-Ausgaben-Kalkulationen

Fünf Kliniken haben Angaben zum *Berichtsjahr 2003* vorgelegt, so dass grundsätzlich dieses Berichtsjahr zu Vergleichszwecken herangezogen wird. Auch wenn nicht alle Kliniken von Wirtschaftsplänen sprechen, wird dieser Begriff doch in den weiteren Analysen Verwendung finden.

Eine *vergleichende Analyse* kann aufgrund der Unterschiedlichkeit der Darstellungsform nur zu wenigen, ausgewählten Entwicklungen sowie Kosten- und Erlösstellen vorgenommen werden. Insbesondere sind Bezugsgrößen und Berechnungsgrundlagen in den Dokumenten häufig nicht nachvollziehbar dargestellt. Vor diesem Hintergrund werden nachfolgend zunächst die *Darstellungsformen der analysierten Wirtschaftspläne* erläutert und zu einzelnen Kosten- und Erlösstellen Berechnungen vorgenommen.

Die *Grundstruktur der Wirtschaftspläne* entspricht den Darstellungsformen der ambulanten Rehabilitationseinrichtungen (vgl. Kapitel 6.2.2.3). Kosten- und Erlösstellen werden von den Kliniken entsprechend jeweiliger Kontenpläne individuell unterschiedlich bezeichnet. Nachfolgend werden auf dieser Basis *Besonderheiten der Darstellung* herausgestellt.

*Klinik 1: Wirtschaftsplan 2003/2004*

Diese Klinik weist im Wirtschaftsplan die Berichtsjahre 2003 und 2004 aus.

- Die Personalkosten werden als „direkte Kosten“ und „indirekte Kosten“ mit einer weiteren Differenzierung der Kostenstellen sowie als „Personalkosten gesamt“ benannt.
- Die Sachkosten werden als aggregierte Kostenstellen in „direkte Sachkosten“ und „indirekte Sachkosten“ unterteilt und als „Sachkosten gesamt“ zusammengefasst.
- Aus den beiden vorgenannten Blöcken werden die „Kosten gesamt“ ermittelt und die „Erlöse“ aggregiert gegenüber gestellt.
- Ergänzt wird die Berechnung durch eine *differenziertere Personalkostenberechnung für das Berichtsjahr 2003*, in der die Personalkosten den Arbeitsbereichen (u. a. Ärztlicher Dienst, Pflegedienst, Sozialdienst) zugeordnet und unter Bezug auf die Stellenanteile berechnet werden.

Die wirtschaftliche Entwicklung in den Berichtsjahren 2003 und 2004 stellt sich wie folgt dar:

Kosten-/Erlösstellen	Veränderung zwischen den Berichtsjahren 2003 und 2004
Erlöse	0,0 %
Gesamtkosten	+ 8,1 %
Personalkostenentwicklung gesamt	- 1,5 %

Tab. 74: Kennzahlen zur wirtschaftlichen Entwicklung der Klinik 1

*Klinik 2: Wirtschaftsplan: u. a. Auszug der Berechnungstage, Umsätze 2003/2004*

Die Klinik gibt die Berechnungstage den einzelnen Leistungsträgern zugeordnet für die Berichtsjahre 2003 und 2004 an. Ergänzt werden diese Übersichten durch Berechnungsergebnisse auf der Basis der Berechnungstage 2003 und 2004 zum aktuellen Wirtschaftsplan. Folgende Veränderungen werden ausgewiesen:

Kosten-/Erlösstellen	Veränderung zwischen den Berichtsjahren 2003 und 2004
Gesamterlös	+ 2,6 %
Gesamtkosten	k. A.
Personalausgaben	0 %

Tab. 75: Kennzahlen zur wirtschaftlichen Entwicklung der Klinik 2

Exemplarisch werden als *weitere Zahlen* genannt:

- Erlöse der Berichtsjahre den Krankenkassen und Rentenversicherungen zugeordnet,
- Erlöse durch die Deutsche Rentenversicherung Oldenburg-Bremen, wie auch speziell aus der Behandlung von EVS-PatientInnen,
- Personalkosten ohne Geschäftsführung, Küche, Reinigungsdienst, Supervision, Weiterbildung,
- Personalkosten unter Zuordnung auf die Deutsche Rentenversicherung Oldenburg-Bremen und
- Personalkosten unter Zuordnung auf die EVS-PatientInnen.

Die Positionen verdeutlichen einen differenzierten Zugang zu bestehenden Zahlen der wirtschaftlichen Entwicklung. Eine umfassende und damit transparente Darstellung einzelner Kosten- und Erlösstellen wie auch der jeweiligen Gesamtsummen wurde jedoch nicht vorgelegt.

*Klinik 3: Kein Wirtschaftsplan, aber Angaben zum Pflegesatz 2004*

Ein Wirtschaftsplan wurde nicht vorgelegt. Allerdings enthalten die „Angaben zum Pflegesatz für 2004“ vergleichbare Informationen. In diesem Dokument werden, wie bei Pflegesatzermittlungen üblich, Kosten- und Erlösstellen insgesamt wie auch die Kosten pro Pflgetag ausgewiesen. Da es sich um eine Pflegesatzermittlung handelt, werden allerdings nur die kalkulierten Kosten (Brutto und Netto) im Pflegesatzzeitraum und je Pflgetag ausgewiesen, ohne die Erlöse aus der Behandlung gegenüberzustellen, wie in Wirtschaftsplänen üblich. Auch wird kein Vergleichszeitraum ausgewiesen, so

dass eine Entwicklung im Zwei- oder Mehrjahresvergleich nicht erstellt werden kann.

*Klinik 4: Einnahmen-Ausgaben-Entwicklung 2003/2004/2005*

Wie die Klinik Nr. 3 legt auch diese Klinik eine entsprechende Pflegesatzermittlung aus dem Jahr 2000 vor. Ergänzt wird das Dokument durch eine Übersicht zur Einnahmen-Ausgaben-Entwicklung für die Berichtszeiträume 2003, 2004 und 2005. In dieser Übersicht werden Erträge (eine Erlösstelle: „Pflegesatzerträge“) und Aufwendungen (fünf Kostenstellen) den Berichtsjahren zugeordnet aufgeführt. Auf dieser Basis lassen sich folgende Entwicklungen bei den Erträgen und Personalaufwendungen für die zu untersuchenden Berichtsjahre 2003 und 2004 berechnen:

Kosten-/Erlösstellen	Veränderung zwischen den Berichtsjahren 2003 und 2004
Pflegesatzerträge	- 13,8 %
Gesamtaufwendungen	k. A.
Personalaufwendungen	+ 2,0 %

Tab. 76: Kennzahlen zur wirtschaftlichen Entwicklung der Klinik 4

Im Berichtsjahr 2005 kommt es im Vergleich zu 2004 zu einer Steigerung sowohl der Pflegesatzerträge (+ 11,2 %) wie auch der Personalaufwendungen (+ 7,0 %).

*Klinik 5: Betriebswirtschaftliche Auswertung 2002/2003*

Die Klinik legt eine betriebswirtschaftliche Auswertung für die Berichtsjahre 2002/2003 per Dezember 2003 vor. Diese folgt der Struktur „Erträge, Personalkosten und Sachkosten“ und weist das jeweilige Jahresergebnis aus:

- Die Erträge werden in fünf Erlösstellen aufgeschlüsselt (u. a. „Erträge Pflegesatz“) und als Gesamtsumme ausgewiesen.
- Die Kosten werden in Personalkosten und Sachkosten untergliedert und als Gesamtsumme ausgewiesen. Die Personalkostenstellen enthalten Angaben zu den Gehältern, Sozialabgaben, zur Zusatzversorgung und sonstigen Personalkosten. Die Sachkosten werden in 13 Kostenstellen differenziert.

Es ist zu beachten, dass sich die Zahlen auf die Berichtszeiträume 2002 und 2003 beziehen und zum Berichtsjahr 2004 keine Angaben gemacht wurden. Die Entwicklung stellt sich für den Zeitraum 2003–2003 wie folgt dar:

Kosten-/Erlösstellen	Veränderung zwischen den Berichtsjahren 2002 und 2003
Gesamterträge	- 19,4 %
Gesamtkosten	- 1,1 %
Personalkosten	+ 3,2 %

Tab. 77: Kennzahlen zur wirtschaftlichen Entwicklung der Klinik 5

*Klinik 6.: Wirtschaftsplan 2005 Berichtszeiträume 2003/2004/2005*

Vorgelegt wurde ein Wirtschaftsplan 2005 zu den Berichtszeiträumen 2003 (Ist), 2004 (Soll) und 2005 (Soll). Die Struktur enthält

- in der Rubrik „Ausgaben“ 15 Kostenstellen (u. a. „Personalkosten“, „sonstige Personalkosten“) und
- in der Rubrik „Einnahmen“ fünf Erlösstellen (u. a. „Erträge Kostenträger“, „Zuweisungen und Zuschüsse“).

Im Vergleich der Berichtsjahre 2003 und 2004 stellt sich die Entwicklung wie folgt dar:

Kosten-/Erlösstellen	Veränderung zwischen den Berichtsjahren 2003 und 2004
Gesamteinnahmen	+ 2,4 %
Gesamtausgaben	+ 2,7 %
Personalkosten	+ 6,3 %

Tab. 78: Kennzahlen zur wirtschaftlichen Entwicklung der Klinik 6

*Zusammenfassung der Auswertung*

Vier Kliniken haben Zahlen zum Berichtszeitraum 2003/2004 vorgelegt. Eine Klinik weist die Zahlen für die Berichtszeiträume 2002 und 2003 aus. Drei Kliniken legen vollständige Wirtschaftspläne vor, die einzelne Kosten- und Erlösstellen und Gesamtsummen ausweisen. Zwei Kliniken haben nur Auszüge aus den Wirtschaftsplänen vorgestellt, so dass ein Gesamtbild der Einrichtung wie auch die Berechnung der Angaben nicht nachvollzogen werden kann. Beispielsweise werden unter den Erträgen lediglich die Pflegesatzerträge ausgewiesen, nicht aber weitere Erlösstellen; bei den Kosten werden lediglich fünf Positionen genannt, nicht aber eine Gesamtaufstellung.

Ein Einrichtungsvergleich lässt sich zu den Positionen „Erlöse“, „Gesamtkosten“ und „Personalkosten“ herstellen, allerdings auch hier für die vier Kliniken trotz der Angaben zu den Berichtszeiträumen 2003 und 2004 nur bedingt.

- „Erlöse“: zwischen - 13,8 %, 0,0 %, + 2,4 % und + 2,6 %,
- „Gesamtkosten“: zwischen + 2,7 und + 8,1 %,
- „Personalkosten“: zwischen - 1,5 %, 0,0 %, + 2,0, + 3,2 % und + 6,3 %.

Die Einschränkungen seien nochmals zur Verdeutlichung zusammen gefasst:

- Eine Klinik macht gar keine Angaben.
- Eine Klinik macht lediglich Angaben zu den Berichtszeiträumen 2002/2003.
- Eine Klinik gibt unter den Erträgen lediglich „Pflegesatzerträge“ an.
- Zwei Kliniken machen keine Angaben zu den Gesamtkosten.

Es ist festzustellen, dass anhand der vorgelegten Dokumente keine verlässliche und vergleichende Darstellung der Wirtschaftspläne möglich ist. *Die Ergebnisse der Analysen geben nur fragmentarisch Einblick in die tatsächliche Wirtschaftsplanung der EVS-Kliniken.*

#### 6.2.3.4 Stellenplan

Im Kontext der angefragten Stellenpläne wurde darum gebeten, die *aktuellen Stellenpläne* mit folgenden Informationen einzureichen:

- Angaben zur Qualifikation
- Wenn vorhanden: differenziert nach Personalkosten je Stelle,
- Wenn vorhanden: differenziert nach Tätigkeitsbereich/Arbeitsfeld (Stichwort: Personalcontrolling)
- Wenn vorhanden: Leistungsbeschreibungen/Profilbildungen für die einzelnen Arbeitsbereiche der Einrichtung und Arbeitsplatzbeschreibungen bzw. Funktionsbeschreibungen für einzelne Stellen

Die *sechs EVS-Kliniken* legten folgende Dokumente vor:

Stellenplan und Berichtsjahre	Absolute Häufigkeit
Stellenplan 2005	1
Stellenplan 2004	3
Soll-Stellenplan und kalkulierter Personalaufwand 2004, Personalstandsplan für das Jahr 2005	1
Stellenplan 2003	1
<b>Summe</b>	<b>6</b>

Tab. 79: Übersicht zu den Stellenplänen der EVS-Kliniken

Zwei Kliniken weisen auf ihre starke Verflechtung mit anderen Einrichtungen der Trägergruppe hin. Diese Verflechtung führt dazu, dass in den Personalstandsplänen Stellenanteile einzelner MitarbeiterInnen für die Tätigkeiten in den jeweiligen Einrichtungen beziffert werden und MitarbeiterInnen sowohl in der einen wie auch der anderen Einrichtung einer Trägergruppe tätig sind. Dies stellt in der praktischen Arbeit in der Regel kein Problem dar, führt aber dazu, dass konkrete Arbeitsplatzbeschreibungen als „nur hinderlich“ bewertet werden, wenn es darum geht, „in schwierigen wirtschaftlichen Zeiten flexibel und angemessen zu reagieren. Der Aufwand für eine exakte Arbeitsplatzbeschreibung, der über das Ausmaß des für das interne Qualitätsmanagement Erforderliche hinausgeht, ist nicht zu finanzieren.“ (Zitat aus einem Begleitschreiben zu den KLR-Dokumenten). Zudem werden bestimmte Leistungen zentral organisiert, wie z. B. Labor, Fahrdienste, Haushandwerker, Hygiene und Transfusionsbeauftragte und ähnliches.

Nachfolgend werden Struktur und Inhalte der Stellenpläne skizziert.

#### *Klinik 1: Stellenplan 2004*

Im Stellenplan 2004 werden die direkt zugeordneten Stellen, die aggregierten Stellenteile und die Durchschnittskosten je Stelle ausgewiesen. Die Stellenanteile werden als Gesamtsumme dargelegt. Eine Angabe zur tatsächlichen Zahl der MitarbeiterInnen findet sich nicht. Die nachstehenden Positionen werden angegeben:

- Ärztlicher Dienst
- Pflegedienst
- Bewegungstherapie
- Ergotherapie
- Sozialdienst

#### *Klinik 2:*

Zum Stellenplan wird angegeben, dass eine differenzierte Erfassung der Personalkosten je Stelle wie auch ausführliche Arbeitsplatzbeschreibungen nicht erfolgt. Dem Soll-Stellenplan wird der kalkulierte Personalaufwand für das Berichtsjahr 2004 zugeordnet. Dabei handelt es sich um Gesamtsummen für die aggregierten Stellen der einzelnen Arbeitsbereiche. Folgende Arbeitsbereiche werden aufgeführt:

- Ärztlicher Dienst
- Pflegedienst
- Medizinischer Schreibdienst

- Therapeutischer Dienst
- Verwaltungsdienst ohne Geschäftsführung und zentrale Verwaltungsdienste
- Hauswirtschaft, -technik, sonst. Hilfspersonal ohne Küche und Reinigungsdienst = fremd vergeben

Über die zusammengefasste Kalkulation der Personalkosten in 2004 hinaus gibt der Personalstandsplan für das Jahr 2005 detaillierter Auskunft über den medizinisch/therapeutischen Bereich der Klinik. Folgende Informationen werden zu den jeweiligen MitarbeiterInnen gegeben:

- Funktionsbezeichnung
- Jahr der Approbation, des Diploms, des Examens
- In der Einrichtung seit, bis
- Arbeitszeit: 38,5 Stunden = 1 Vollkraft (VK)
- Berufliche Qualifikation

#### *Klinik 3: Personalstellenplan 2004*

Der Stellenplan enthält die Auflistung der Berufsgruppen und die jeweiligen Stellen. Im Einzelnen sind dies folgende Positionen:

- Ärzte
- Psychologen/Dipl.-Pädagogen/Dipl.-Sozialarbeiter
- Krankenschwester/Pfleger
- Physiotherapeuten/Sportlehrer
- Ergotherapeuten
- Sekretärinnen/Schreibdienst
- Küche
- Reinigungsdienst/Wäscherei
- Technischer Dienst
- Verwaltungsdienst
- Sonstiges Personal (ZDL, Azubis)

#### *Klinik 4: Stelleplan 2004*

Im Stellenplan 2004 werden den Arbeitsbereichen zugeordnet die MitarbeiterInnen unter Nennung der Funktion, der Qualifikation und der Wochenstundenzahl aufgeführt. Genannt werden die Bereiche:

- Ärztlicher Dienst
- Psychologie
- Funktionsdienst
- Wirtschaftsdienst
- Verwaltungsdienst

*Klinik 5: Stellenplan 2003*

Im Gesamtplan werden die MitarbeiterInnen den Arbeitsbereichen zugeordnet. Darüber hinaus enthält der Stellenplan Angaben zu Soll- und Ist-Werten der Stellenanteile pro Bereich und weist die Summen der Stellen aus. Folgende Bereiche werden genannt:

- Medizin
  - Ärztlicher Dienst
  - Schreibdienst
  - Physikalische Therapie
  - Labor/Pflegedienst
- Therapie
  - Psychologischer Dienst
  - Therapeutischer Dienst
  - Praktikum
- VW/WD-Dienst
  - Verwaltungsdienst
  - Technischer Dienst
  - Wirtschaftsdienst(HWL, Hausreinigung, Küche)
- Seelsorge
  - Klinikseelsorge
- Qualitätssicherung
  - Qualitätsmanagement

*Klinik 6: Stellenplan 2005*

Der Stellenplan 2005 enthält Angaben zur Anzahl der Stellen in 2004 und 2005, die Bezeichnung der Stellen und die Bewertung (tarifliche Eingruppierung). Die Funktionsträger werden den Arbeitsbereichen wie folgt zugeordnet:

- Ärztlicher Dienst
- Pflegedienst
- Med. nichtärztlicher Dienst
- Funktionsdienst
- Wirtschaftsdienst
- Technischer Dienst
- Verwaltungsdienst
- Sonderdienste

### Zusammenfassende Auswertung der Stellenpläne

Eine Einzeldarstellung über die Inhalte der Stellenpläne ist, wie bereits angesprochen, aus Datenschutzgründen nicht zulässig. Nachfolgend werden aus den vorliegenden Dokumenten *Durchschnittsberechnungen* erstellt: Für sechs EVS-Kliniken ergeben sich beim *Fachpersonal insgesamt 176,76 Stellen*, d. h. *pro Klinik 29,5 Stellen*. Unter Berücksichtigung der einleitend aufgeführten Zahl der Therapieplätze der sechs EVS-Kliniken (vgl. Kapitel 6.2.3.1) liegt hier eine große Spanne zwischen 52 Therapieplätzen der Fachklinik Freiherr-von-Lepel und 244 Therapieplätzen der Fachklinik Fredeburg.

Bei *vier EVS-Kliniken* ist anhand der vorgelegten Stellenpläne eine *Zuordnung der Stellen auf die einzelnen Berufsgruppen* möglich. Bei zwei Kliniken ist dies nicht realisierbar: Eine Klinik beziffert die Berufsgruppen Dipl.-Psychologe, Dipl.-Pädagoge/Sozialwissenschaftler und Sozialarbeiter/-pädagogin aggregiert, eine andere Klinik gibt lediglich den Arbeitsbereichen zugeordnet Stellenanteile an, nicht aber den Berufsgruppen, so dass ein differenzierter Ausweis nicht möglich ist. Diese beiden Kliniken müssen somit aus der folgenden Auswertung herausgenommen werden.

Für *vier EVS-Kliniken* ergibt sich im Abgleich mit den *Daten der Deutschen Suchthilfestatistik 2004* (vgl. Sonntag u. a. 2005: 44 f.) folgendes Bild:

Berufsgruppe	EVS		Sonntag u. a. 2005	
	Stellen VK	%	Legal Stellen	%
Arzt	3,9	14,7	2,5	11,4
Dipl.-Psychologe	5,2	19,6	4,2	19,3
Dipl.-Pädagoge/Sozialwissenschaftler	0,6	2,3	1,1	5,1
Sozialarbeiter/-pädagogin	6,4	24,1	3,8	17,6
Erzieher	0,7	2,6	0,8	3,8
Krankenschwester/-pflege(helfe)r	5,8	21,9	4,4	20,3
Ergo-/Arbeitstherapeut	1,8	6,8	2,4	11,3
Kunst-/Musiktherapeut	0,4	1,5	0,2	1,0
Sport-/Bewegungstherapeut	0,6	2,3	0,8	3,8
Physiotherapeut	0,0	0,0	0,6	2,8
Sonstige Beratung/Therapie Tätige	1,1	4,2	0,8	3,7
<b>Gesamt</b>	<b>26,5</b>	<b>100,0</b>	<b>21,6</b>	<b>100,0</b>

Tab. 80: Durchschnittliche Zahl des Fachpersonals je Berufsgruppe – Vergleich EVS-Kliniken mit Deutscher Suchthilfestatistik 2004

Der Abgleich der vier EVS-Kliniken mit der Deutschen Suchthilfestatistik zeigt bei der Gesamtstellenzahl einen höheren Stellenanteil bei den EVS-Kliniken. Dies resultiert insbesondere aus den über dem Durchschnitt liegenden Stellenzahlen der größeren Kliniken und wirkt sich bei der Stichprobe von nur vier Kliniken entsprechend deutlicher aus. Rückschlüsse können aus diesem Ergebnis nicht gezogen werden, da die Stellenanteile mit den Besonderheiten der jeweiligen Kliniken (z. B. bedingt ein Angebotsschwerpunkt in der Arbeitstherapie entsprechendes Personal in der Berufsgruppe der Arbeitstherapeuten) ins Verhältnis gebracht werden müssten. Dies soll an dieser Stelle nicht gemacht werden, da es im Hinblick auf die Fragestellungen der GÖS primär um den *Ausweis der Verteilung der Berufsgruppen beim Fachpersonal* geht.

#### 6.2.3.5 Kalkulation der Pflegesätze

Die Kalkulation der Pflegesätze enthält grundlegende finanzwirtschaftliche Positionen und Berechnungen, die Auskunft über kalkulierte Kosten und Erlöse der Kliniken geben. Aus diesem Grund wurden im Rahmen der GÖS die aktuellen Pflegesatzkalkulationen angefragt. Folgender *Rücklauf unter Angabe des Berechnungsjahres* liegt vor:

Pflegesatzkalkulation und Berechnungsjahre	Absolute Häufigkeit
Angaben zum Pflegesatz 2004	1
Berechnungstage/Angaben zum Pflegesatz 2003/2004	1
Pflegesatzkalkulation 2003	1
Ermittlung Vergütungssatz 2003	1
Pflegesatzermittlung 2000	1
Pflegesatzkalkulation liegt nicht vor	1
<b>Summe</b>	<b>6</b>

Tab. 81: Übersicht Rücklauf Pflegesatzkalkulation der EVS-Kliniken

Insgesamt liegen *fünf Pflegesatzkalkulationen* vor, die in die Analyse einbezogen werden konnten. Die Kliniken verweisen mehrheitlich darauf, dass Pflegesatzverhandlungen in den letzten Jahren nicht mehr geführt wurden und daher die Pflegesatzkalkulationen zuletzt im Jahr 2000, 2003, 2004 oder gar nicht mehr erstellt wurden. Hinsichtlich der tatsächlichen *Veränderung des Pflegesatzes* machen vier EVS-Kliniken Angaben, die die Entwicklung veranschaulichen:

1. Keine Veränderung seit 2003
2. Keine Veränderung seit Jahren
3. Veränderung zwischen 2003 und 2004 um + 6,4 %
4. Veränderung im Jahr 2003 um 0,8 %

Kalkulationen werden dennoch angestellt, u. a. in den bereits vorgestellten Wirtschaftsplänen, haben in diesem Kontext allerdings eine andere Zielrichtung. Eine Klinik hat die im Rahmen der Pflegesatzkalkulation relevanten Daten zusammengestellt (kalkulierte Berechnungstage, Auslastung, kalkulierte Kosten), eine Klinik hat keine Pflegesatzkalkulation vorgelegt. Hier verdeutlicht das folgende Zitat den Hintergrund:

„Zur Vorbereitung von Pflegesatzverhandlungen erfolgen sicherlich noch Kalkulationen. In der Realität spielt die Kalkulation von Pflegesätzen seit Jahren kaum noch eine Rolle, da es echte Pflegesatzverhandlungen bei gedeckelten Budgets nicht gibt.“ (Zitat aus einem Begleitschreiben)

Grundsätzlich liegen den Pflegesatzkalkulationen die Kosten- und Erlösstellen zugrunde, die auch in den Wirtschaftsplänen Verwendung finden. Drei Kliniken weisen aggregierte Zahlen ohne Differenzierung einzelner Kosten- und Erlösarten aus, während zwei Kliniken die kalkulierten Kosten für den Pflegesatzzeitraum wie auch die Kosten je Pflege-tag detaillierter angeben.

Die Tagessätze variieren entsprechend der Einrichtungsgröße und -angebote und liegen zwischen ca. 95 und 105 €. In der Deutschen Suchthilfestatistik, in die hier Angaben sowohl von Akutkrankenhäusern wie Reha-Kliniken einfließen, werden die Tagessätze für stationäre Einrichtungen insgesamt (N = 42) mit Werten zwischen 72 und 148 € angegeben (Sonntag u. a. 2005: 44). Es wird darauf hingewiesen, dass die Tagessätze für Rehabilitationseinrichtungen etwas höher liegen. Für die EVS-Einrichtungen lassen sich aus den analysierten Pflegesatzkalkulationen folgende *Durchschnittswerte* darstellen:

5 EVS-Kliniken	Gesamtkosten €	Kosten pro BT €	BT
Durchschnittswert	3.512.659,77	100,42	35.876

Tab. 82: Durchschnittswerte aus den Pflegesatzkalkulationen der EVS-Kliniken

Im Hinblick auf (Personal-)Kostenansätze lassen sich den Pflegesatzkalkulationen keine differenzierten Kostenarten entnehmen, so dass z. B. im Hinblick auf die Berechnung von Kooperationsaufwand im Rahmen der Ver-

bundarbeit in der Suchthilfe keine Berechnungen durchgeführt werden können.

### 6.2.3.6 Unterlagen aus der Kosten-Leistungsrechnung

Aufgrund der Anforderung von Unterlagen aus der Kosten-Leistungsrechnung ergibt sich folgender Rücklauf:

Unterlagen aus der Kosten-Leistungsrechnung	Absolute Häufigkeit
Nicht eingereicht	4
eingereicht	2
<b>Summe</b>	<b>6</b>

Tab. 83: Übersicht Rücklauf Unterlagen aus der Unterlagen aus der Kosten-Leistungsrechnung der EVS-Kliniken

Neben den bereits vorgestellten und analysierten Zahlen haben vier EVS-Kliniken keine weiteren KLR-Unterlagen eingereicht, zwei Kliniken haben *ergänzende Berechnungen* vorgelegt. Diese sind nicht alle unmittelbar kostenrelevant und enthalten u. a. Angaben zu folgenden Themen:

- Zielgruppe der Gruppenangebote
- Altersstruktur der Gruppen
- Geschlechterverteilung in den Gruppen
- Zuordnung von MitarbeiterInnen auf die einzelnen Gruppen
- Umsätze der Klinik
- Zuordnung von Erlösen auf die jeweiligen Kostenträger
- Einzelausweis der Erlöse aus EVS-Maßnahmen
- Durchschnittliche Aufenthaltsdauer von EVS-PatientInnen
- Durchschnittliche Behandlungsdauer aller behandelten PatientInnen im Berichtszeitraum

Über die bereits zusammengestellten Informationen hinaus lassen sich aus den eingereichten Daten keine weiteren Erkenntnisse zur Kosten-Leistungsrechnung gewinnen.

### 6.3 Zusammenfassung und Konsequenzen aus der KLR-Analyse

Fasst man die einzelnen Untersuchungsbereiche des Kapitels 6.2 zusammen, so lässt sich im Rahmen der hier durchgeführten KLR-Analyse folgendes Bild über die KLR- Aktivitäten im EVS-Verbund zeichnen:

<b>Zusammenfassung der KLR-Analyse</b>	
<i>Einnahmen</i> von 2003 auf 2004 <i>überwiegend</i> reduziert	<i>Ausgaben</i> von 2003 auf 2004 gestiegen
<i>Wirtschaftsplan</i> gibt <i>differenzierte Einnahmen-Ausgaben-Rechnung</i> bzw. <i>Kalkulation</i> für die Zeiträume 2003–2004–2005 wieder	Wirtschaftsplan enthält lediglich <i>aggregierte Daten</i> zu Personal- und Sachkosten
Einzelne <i>Tätigkeitsfelder</i> werden den <i>Personal- und Sachkosten</i> auf der einen und den <i>Einnahmen</i> auf der anderen Seite zugeordnet	Eine Zuordnung der <i>Tätigkeitsfelder</i> zu den Personal- und Sachkosten erfolgt nicht
Einnahmen und Ausgaben im Kontext der <i>ambulanten Rehabilitation</i> werden nicht zugeordnet	Einnahmen und Ausgaben im Kontext der ambulanten Rehabilitation werden zugeordnet
<i>Personalkosten</i> insgesamt steigend	
<i>Stellenabbau</i>	
<i>Pflegesätze</i> der Kliniken „eingefroren“	
Stationäre <i>Verweildauer</i> reduziert	

Tab. 84: Zusammenfassung der KLR-Analyse

Die Ergebnisse der KLR-Analyse machen deutlich, dass dem Anliegen einer detaillierten Kostenleistungsrechnung für Verbundarbeit und Kombi-Therapie in der Suchthilfe nicht unmittelbar gefolgt werden kann. Was bspw. für die Versorgung eines Krankenhauses bereits an Controlling entwickelt und standardisiert durchgeführt wird (vgl. Lauterbach/Schrapppe 2004; Keun/Protz 2004), kann für das Suchthilfesystem bisher nicht vorausgesetzt werden (vgl. Sonntag u. a. 2005). Für die Arbeit in GÖS galt es daher zunächst einmal den *Status quo des EVS-Verbundes* unter gesundheitsökonomischer Perspektive darzustellen. D. h., es musste eine Deskription der Organisation – der finanziellen Ausgestaltung und personellen Situation – der Suchthilfe im EVS-Verbund vorgenommen werden. Im Rückgriff auf die mit der GÖS gesteckten *Ziele dieses Untersuchungsbereiches* (Kapitel 6.1) lassen sich zusammengefasst folgende *Ergebnisse* formulieren:

– *Jahres-/Geschäftsberichte*

Ein Profil der ambulanten EVS-Einrichtungen wird exemplarisch sichtbar. Im Hinblick auf für eine Kosten-Leistungsrechnung relevante Aspekte geben die Einrichtungen im Kontext der Finanzierung ihrer Arbeit und der Zuordnung von Arbeitszeiten auf einzelne Arbeitsbereiche nur fragmentarisch Auskunft, so dass eine Durchschnittsberechnung für einzelne Arbeitsbereiche des EVS-Verbundes (= ambulante medizinische Rehabilitation von Alkoholabhängigen) nicht möglich ist.

Die Kliniken erstellen und veröffentlichen mehrheitlich routinemäßig keine Jahresberichte. Zwei Kliniken legten differenziertere Zahlen vor, vier Kliniken gingen hierauf nicht näher ein.

– *Wirtschaftsplan*

Die Erlöse der ambulanten EVS-Einrichtungen im Bereich der Einnahmen durch Renten- und Krankenversicherungen liegen insgesamt über dem Bundesdurchschnitt. Neun von 10 ambulanten EVS-Einrichtungen haben teilweise deutliche Steigerungen bei den Einnahmen aus ambulanter Rehabilitation kalkuliert. Insgesamt hat die Bedeutung der Einnahmen aus ambulanter Rehabilitation zugenommen. Allerdings haben andere Finanzgeber zugleich ihre Finanzierungsanteile gesenkt.

Dokumente einer ambulanten EVS-Einrichtung, aus denen Details zur Einordnung der Entwicklungen im Arbeitsbereich ambulante Rehabilitation im Kontext der Gesamtentwicklung zu entnehmen sind, zeigen, wie sowohl die für den Arbeitsbereich ambulante Rehabilitation entstandenen Kosten- wie auch die Erlösstellen genau zuzuordnen und abzugrenzen sind. Mit Hilfe einer solchen Darstellung können die in den integrierten Konzepten der Fachstellen enthaltenen Arbeitsbereiche voneinander abgegrenzt und die interessierenden Einnahmen-Ausgabenrechnungen vorgenommen werden. Diese Vorgehensweise ermöglicht darüber hinaus z. B. den jeweiligen Finanzgebern, die Verwendung der zur Verfügung gestellten Mittel nachzuweisen.

Insgesamt ist es bei allen ambulanten EVS-Einrichtungen zu zum Teil erheblichen Personalkostensteigerungen gekommen.

Von den EVS-Kliniken wurden drei vollständige Wirtschaftspläne vorgelegt, die in unterschiedlichen Strukturen und Inhalten einzelne Kosten- und Erlösstellen sowie Gesamtsummen ausweisen. Die übrigen Kliniken legten lediglich Auszüge aus Wirtschaftsplänen vor. Zwischen den Vergleichszeiträumen 2003 und 2004 stellt sich die Ertrags- und Kostenentwicklung uneinheitlich dar. Sind die Erlöse zum Teil erheblich gesunken (- knapp

14 %), konnten sie in anderen Kliniken leicht gesteigert werden (+ 2,6 %). Hingegen kam es bei der Kostenentwicklung insgesamt zu Steigerungen (bis über + 8 %), während sich die Personalkostenentwicklung uneinheitlich darstellt (- 1,5 % bis + 6,3 %). Anhand der vorgelegten Dokumente konnte keine verlässliche und vergleichende Darstellung der Wirtschaftspläne durchgeführt werden. Die Ergebnisse der Analysen geben nur fragmentarisch Einblick in die tatsächliche Wirtschaftsplanung der EVS-Kliniken.

– *Stellenplan*

Die personelle Ausstattung der ambulanten EVS-Einrichtungen liegt insgesamt im Bundesdurchschnitt. Die tarifliche Eingruppierung der MitarbeiterInnen erfolgt zu gut 40 % nach BAT und zu knapp 60 % nach AVR. Das therapeutische Personal wird in der Berufsgruppe der PsychologInnen nach BAT I b und BAT II a sowie nach AVR E 12.1 und in der in der Suchthilfe am häufigsten vertretenen Berufsgruppe der Dipl.-SozialpädagogInnen/Dipl.-SozialarbeiterInnen nach BAT IV a und BAT IV b sowie nach AVR E 9.1 eingruppiert.

Die Mehrzahl der ambulanten EVS-Einrichtungen weist die tarifliche Eingruppierung der MitarbeiterInnen aus und führt die Personalkosten im Wirtschaftsplan saldiert auf, so dass eine Zuordnung der jeweiligen Personalkostenstelle auf die tatsächlich kalkulierten jährlichen Einzelpersonalkosten unter Zuordnung auf den Arbeitsbereich der ambulanten Rehabilitation nicht vollzogen werden kann.

Für sechs EVS-Kliniken werden als Fachpersonal insgesamt 176,76 Stellen ausgewiesen, d. h. pro Klinik 29,5 Stellen. Dieser Durchschnittswert ist aufgrund der großen Varianz der Therapieplätze und zugleich kleinen Stichprobe (N = 6) der EVS-Kliniken zu relativieren.

– *Kalkulation der Pflegesätze (nur Kliniken)*

Die Tagessätze der EVS-Kliniken variieren entsprechend der Einrichtungsgröße und -angebote und liegen zwischen ca. 95 und 105 €. Der Durchschnittswert liegt bei ca. 100 € (N = 5). Im Hinblick auf (Personal-) Kostenansätze lassen sich den Pflegesatzkalkulationen keine differenzierten Kostenarten entnehmen, so dass im Hinblick auf die Berechnung von Kooperationsaufwand im Rahmen der Verbundarbeit in der Suchthilfe keine Informationen für die Berechnung von Durchschnittswerten ermittelt werden können.

– *Unterlagen aus der Kosten-Leistungsrechnung*

Die ambulanten wie auch die stationären EVS-Einrichtungen haben hier insgesamt kaum weitergehende Informationen als die ohnehin in den Wirtschafts- und Stellenplänen angegebenen bereitgestellt, so dass differenziertere Berechnungsgrundlagen nicht ermittelt werden konnten.

Insgesamt zeigt die Analyse zur Kosten-Leistungsrechnung der ambulanten wie auch der stationären EVS-Leistungsanbieter, dass Einrichtungen mit differenzierter KLR im EVS-Verbund die Ausnahme darstellen. Eine Zuordnung von Kosten und Erlösen auf die unterschiedlichen Arbeitsbereiche speziell der ambulanten Suchthilfe wird in den vorgelegten Dokumenten nicht erkennbar. Somit können über die tatsächlichen Kosten (insbesondere die Personalkosten) wie auch die Erlöse der einzelnen Arbeitsbereiche im ambulanten Arbeitsfeld der Suchthilfe und damit auch der ambulanten Rehabilitation keine zahlenbasierten Aussagen getroffen werden. Dies führt dazu, dass zurzeit zumindest auf der Basis der in GÖS angeforderten Unterlagen eine sachbezogene Diskussion um Kostendeckung in der ambulanten Suchthilfe nicht möglich ist. Auch im stationären Bereich führen häufig nur auszugsweise Darstellungen, unterschiedliche bzw. fehlende Differenzierungen in den Kosten- und Erlösstellen dazu, dass nur vereinzelt Transparenz in gesundheitsökonomisch relevanten Aspekten erzeugt werden kann.

Dies überrascht einerseits gerade im stationären Bereich, da folgende Einschätzung grundsätzlich bekannt ist:

„Dokumentation spielt in stationären Suchthilfeeinrichtungen schon seit langem eine große Rolle. Dies sogar in höherem Ausmaß als in ambulanten Einrichtungen, was an den stärker strukturierten Abläufen in den stationären Einrichtungen und an den konkreten Anforderungen ihrer Leistungsträger liegt.“ (Sonntag u. a. 2005: 40)

Andererseits werden therapeutische Leistungen unter anderen Gesichtspunkten (z. B. KTL) dokumentiert und analysiert. Zur Entlastung der EVS-Einrichtungen sei nochmals auf die *Erfahrungen der AutorInnen der Deutschen Suchthilfestatistik* verwiesen, die in jedem Jahr darauf hinweisen müssen, dass nur etwa die Hälfte der ansonsten in die Auswertungen einbezogenen ambulanten Suchthilfeeinrichtungen Daten über ihre finanzielle Situation zur Verfügung stellen (ebd.: 16). Auch die Kliniken machen zur Finanzierung ihrer Arbeit nur sehr eingeschränkt Angaben (ebd.: 44).

Der Abgleich der Ergebnisse der KLR-Analyse im Rahmen der GÖS mit der Deutschen Suchthilfestatistik verdeutlicht ausgewählte Gemeinsamkeiten und

Unterschiede des EVS-Verbundes mit dem Gesamtbehandlungssystem. Die Kosten- und Erlösentwicklung der EVS-Einrichtungen ist insgesamt uneinheitlich, im Bereich der Personalkosten der Leistungsanbieter treten jedoch überwiegend zum Teil gravierende Steigerungen auf. Kosten-Leistungsrechnung wird gemessen an den Fragestellungen der GÖS (u. a. Zuweisung von Personalaufwand zu ausgewählten Tätigkeiten im Rahmen der medizinischen Rehabilitation) überwiegend wenig differenziert durchgeführt.

Insgesamt ist ein Controlling im EVS-Verbund anhand der vorgelegten Dokumente nicht entwickelt. Es wurde bspw. geklärt, dass Leistungsbeschreibungen/Profilbildungen für die einzelnen Arbeitsbereiche oder Arbeitsplatzbeschreibungen bzw. Funktionsbeschreibungen für einzelne Stellen innerhalb der medizinischen Rehabilitation gar nicht oder nur sehr allgemein vorliegen, eine Zuordnung von Fachleistungsstunden einzelner Stellen bzw. Funktionsträger auf einzelne Tätigkeiten nicht erfolgt. Vor diesem Hintergrund erscheint es sinnvoll, zu klären, welchen Beitrag eine KLR zur Qualitätsentwicklung leisten kann und wie differenziert sie sein sollte (vgl. dazu Kap. 11 in diesem Band).

## 7 Erhebung und Analyse des Kooperationsaufwandes in EVS

Die Notwendigkeit und der Sinn der Zusammenarbeit zwischen unterschiedlichen Einrichtungen der Suchthilfe wird seit jeher auf die eine oder andere Weise praktiziert. Mit dem EVS-Rahmenkonzept sind die Anforderungen an die Verbundarbeit in der Zuständigkeit der Deutschen Rentenversicherung Oldenburg-Bremen in den letzten Jahren einerseits klar formuliert worden, andererseits führen zeitliche Verdichtungen und stetig steigende Arbeitsanforderungen dazu, dass Kooperationen aufgrund der aufzuwendenden Ressourcen in Teilaspekten immer wieder in Frage gestellt werden. Um in dieser Diskussion mehr „Klarheit durch Fakten“ zu erhalten, wurde im Rahmen der *GÖ-Studie für den Verbund EVS* eine Erhebung durchgeführt, die den *Kooperationsaufwand im Arbeitsfeld der EVS-Kombi-Behandlung* erfassen sollte.

### 7.1 Planung der Datenerhebung

#### 7.1.1 Zielstellung der Datenerhebung

Die Erhebung verfolgte das *Ziel, das Tätigkeitsfeld der Alkoholentwöhnung im Verbundsystem (EVS)* konkreter zu beschreiben. Dabei gilt der besondere Blick den kooperativen und vernetzten Arbeitsschritten in dieser Konzeption. Zum Einsatz kam ein *Erhebungsinstrument*, das – zeitlich wie personell – den *Aufwand* der beteiligten Leistungsanbieter in der *medizinischen Rehabilitation von Alkoholabhängigen* erfasst.

Die Erhebung richtete sich an MitarbeiterInnen in ambulanten und stationären Rehabilitationseinrichtungen, die mit der *Deutschen Rentenversicherung Oldenburg-Bremen* im Rahmen des EVS-Leistungsrahmens zum Teil bereits seit dem Jahr 2000 kooperieren.

Zunächst sollte der zeitliche und personelle Aufwand für *Tätigkeiten in der medizinischen Rehabilitation von Alkoholabhängigen* erhoben und als *Durchschnittsberechnung für den Gesamtverbund* ausgewertet werden. In einem nächsten Schritt sollten die *Kosten* insbesondere für die Tätigkeiten ermittelt werden, die als *Spezifika der EVS* gelten. Dazu gehören

- die Dokumentation im modularen EVS-Berichtswesen und
- die Übergabegespräche.

Die Analyse soll zu folgenden Aspekten, insbesondere zum *Aufwand in der EVS*, Aussagen ermöglichen:

1. *Differenzierung* der verschiedenen Arten von *Tätigkeiten*,
2. *Quantifizierung* der *Tätigkeiten* und
3. *Bewertung* und ggf. *Erarbeitung von Modifizierungsvorschlägen zur Organisation der EVS*.

### 7.1.2 *Methode*

Als Methode wurde *die Selbstaufschreibung gewählt*. Folgende Argumente sprechen für diesen methodischen Ansatz:

- Die Selbstaufschreibung lässt sich relativ reibungsarm – anders als bspw. die Multimomentstudie oder Zeitaufnahme mit Zeitmessgerät – in den Arbeitsalltag integrieren.
- Eine teilnehmende Beobachtung bspw. wäre keine vertretbare Alternative, da diese sich auf den therapeutischen Prozess auswirken und die „üblichen“ Bedingungen und – zumindest im Fall der ÄrztInnen und TherapeutInnen – die Patienten-Beziehung beeinflussen würde.
- Datenschutzrechtliche Belange sprechen gegen eine Beteiligung von Außenstehenden im Behandlungsprozess.
- Der Zeiterfassung kann soweit möglich „synchron“ zur Verrichtung der Tätigkeit stattfinden; Schätzfehler können so ausgeschlossen bzw. minimiert werden.
- Bisherige Erfahrungen mit dieser Methode lassen auf eine höhere Akzeptanz der Selbstaufschreibung bei den MitarbeiterInnen als andere Methoden der Personalbedarfsberechnung, z. B. Fremdbeobachtung, schließen.

### 7.1.3 *Untersuchungsgegenstand*

Gegenstand der Untersuchung ist die medizinische Rehabilitation von Alkoholabhängigen. Die Erhebung wurde in allen Fachstellen Sucht und Kliniken des EVS-Verbundes durchgeführt. Die Erhebung fand zeitgleich im ambulanten und stationären Setting statt.

In die Erhebung einbezogen werden

- Ärztinnen und Ärzte,
- BezugstherapeutInnen sowie
- VerwaltungsmitarbeiterInnen.

Entscheidend für die Teilnahme an der Erhebung ist die Arbeit mit bzw. für EVS-KlientInnen. Die FunktionsträgerInnen nehmen ab dem Zeitpunkt an der Erhebung teil, zu dem sie erstmals im Untersuchungszeitraum mit EVS-PatientInnen zu tun haben. Ab diesem Zeitpunkt erfolgt die Erfassung täglich und bis zum Ende des Erhebungszeitraumes.

Erhoben wird lediglich ein *Ausschnitt der Tätigkeiten im Rahmen der medizinischen Rehabilitation*; aus methodischen sowie ressourcenökonomischen Gründen können nicht alle Funktionsgruppen (z. B. ErgotherapeutInnen, KunsttherapeutInnen, Pflegepersonal) einbezogen werden. Die Beschränkung der Erhebung auf die oben genannten Funktionsträger hat folgende Gründe:

- Die durch die Befragung erzeugte *zusätzliche Arbeitsbelastung* der MitarbeiterInnen soll im Hinblick auf die Ziele und Fragestellungen der GÖS *so gering wie möglich* gehalten werden, d. h. befragt werden nur die MitarbeiterInnen, die unmittelbar mit den *Spezifika der EVS* zu tun haben.
- Die Datenerhebung und -auswertung erfolgt grundsätzlich nicht unter der Perspektive „ambulante Rehabilitation vs. stationäre Rehabilitation“. Sie zielt zentral darauf, den *ambulanten und den stationären Aufwand als Gesamtbeitrag* für die medizinische Rehabilitation von Alkoholabhängigen abzubilden, da die EVS ihrer Intention entsprechend kein Gegeneinander, sondern die Kombination der sich ergänzenden Maßnahmen vorsieht.
- Zur Erhebung aufgefordert waren *alle VertreterInnen der Funktionsgruppen Bezugstherapie, Medizin und Verwaltung* der ambulanten und stationären Einrichtungen, die im Erhebungszeitraum mit EVS-PatientInnen gearbeitet haben.
- Durch die *Funktionsgruppen Bezugstherapie, Medizin und Verwaltung* werden die *EVS-Spezifika hauptsächlich realisiert*. Andere FunktionsträgerInnen sind ebenfalls von Bedeutung für den Therapieprozess, haben aber mit den Besonderheiten der EVS weniger häufig zu tun bzw. erledigen *seltener Tätigkeiten, in denen ein Mehraufwand im Vergleich zum herkömmlichen Rehabilitationsverfahren zu erwarten ist*.

- Die Begrenzung der Erhebung im Bereich „therapeutische Arbeit“ allein auf die Person der/des *Bezugstherapeutin/-therapeuten* schafft die für die Auswertung und Gewichtung der Ergebnisse notwendige *gemeinsame und einheitliche Basis* für die Beschreibung des EVS-Aufwandes insgesamt. Dementsprechend erfolgt die Erhebung im *Arbeitsfeld der/des Bezugstherapeutin/-therapeuten* im Interesse der Abbildung der *ambulant-stationären Gesamtleistungen in der therapeutischen Arbeit in EVS*.
- Die Beschränkung der Datenerhebung erfolgt dabei unter Anerkennung der für das stationäre und das ambulante Setting gegebenen *Rahmenbedingungen*. In den Ergebnissen der Datenauswertung ist bspw. zu berücksichtigen, dass die *stationäre Rehabilitation* – entsprechend ihrer Funktion – *Leistungsangebote vorhält, die deutlich über den Bereich Psychotherapie hinausgehen*. Vor diesem Hintergrund ist dann auf Wochenarbeitspläne oder Wochenendtherapiepläne der Kliniken zu verweisen.
- Eine detaillierte Erfassung dieser Tätigkeiten jedoch erscheint nicht zweckmäßig, weil von ihr für das *Erkenntnisinteresse „Aufwand in EVS“* keine weiteren Ergebnisse zu erwarten sind.

Beteiligte MitarbeiterInnen sollten in der *Zeit vom 1. bis 30. November 2005* täglich ihre Tätigkeiten in und mit der medizinischen Rehabilitation von Alkoholabhängigen unter Angabe der verwendeten Zeit notieren (*siehe „GÖS – Tageserhebung“*). Werden *andere Tätigkeiten* (insbesondere im ambulanten Setting) als im Arbeitsfeld der medizinischen Rehabilitation von Alkoholabhängigen ausgeübt – z. B. Beratung, Betreuung, Prävention –, sind diese *nicht zu erfassen*. Die Angabe der täglichen Arbeitszeit soll die Relation zwischen Tätigkeiten der medizinischen Rehabilitation und sonstigen Arbeiten ermöglichen.

Darüber hinaus sind *innerhalb des Arbeitsfeldes medizinische Rehabilitation* häufig *bestimmte Tätigkeiten* nicht im engeren Sinne der medizinischen Rehabilitation einzelnen, sondern gleichzeitig mehreren PatientInnen unterschiedlicher Kostenträger zuzuordnen. In diesen Fällen soll die Angabe spezifiziert und eine Relation vorgenommen werden. Ein *Beispiel dafür* ist die Durchführung von *Gruppentherapien*:

*Gruppentherapie, 3 EVS-PatientInnen und 5 PatientInnen anderer Kostenträger, Dauer insgesamt: 90min*

In Fällen, in denen die Arbeitsanteile durch die EVS-Konzeption bzw. die Rahmenbedingungen des Leistungsträgers Deutsche Rentenversicherung Ol-

denburg-Bremen bedingt sind (z. B. Qualitätszirkelarbeit, Kooperationsarbeit), sind diese entsprechend detailliert zu beschreiben.

#### 7.1.4 *Datenschutz*

Die Einrichtungsleitung bzw. die für das EVS-Arbeitsfeld Verantwortlichen wurden über Ziele und Vorgehensweisen der Erhebung im Qualitätszirkel am 30. und 31. August 2005 informiert. Der Gesamtzusammenhang und die Bedeutung dieses Erhebungsbereiches der GÖS wurden nochmals aufgezeigt. Es wurde vereinbart, dass mit diesem Informationsstand und einer zudem erstellten Verfahrensbeschreibung zur Erhebung die Personalvertretungen und die MitarbeiterInnen informiert und das Genehmigungsverfahren in den einzelnen Einrichtungen eingeleitet werden sollten.

Während des gesamten Erhebungszeitraums verblieben die Erhebungsbögen in der Hand des jeweils Dokumentierenden; Vorgesetzte oder KollegInnen konnten die Unterlagen nicht einsehen.

Nach Abschluss der Erhebung waren alle ausgefüllten Bögen auf Diskette oder ggf. in Papierform persönlich durch die Dokumentierenden in einem verschlossenen Umschlag an die AG Devianz zu senden. Sowohl die/der MitarbeiterIn wie auch die einzelne Einrichtung bleiben anonym und sind nicht Gegenstand einer Bewertung.

#### 7.1.5 *Gestaltung der Erfassungsbögen*

Die Erhebungsbögen hatten für alle zu befragenden Funktionsgruppen Gültigkeit. Neben einem Bogen zu den Grunddaten wurde für jeden einzelnen Arbeitstag ein neuer Bogen mit Angabe des Datums verwendet. Am Ende des Untersuchungszeitraumes sollten von jedem Dokumentierenden ca. 20 Bögen<sup>1</sup> mit der täglichen Erfassung und der Grunddatenbogen vorliegen.<sup>2</sup>

Der Erhebungsbogen ist einfach gehalten und existiert als digitalisierte Datei wie auch in Papierform. Um den *Aufwand der Dokumentationsarbeiten für die MitarbeiterInnen möglichst gering zu halten* und die Arbeitsbelastung

- 
- 1 Für das stationäre Setting waren zum Teil auch mehr als 20 Bögen antizipiert, da ggf. auch im Rahmen von Wochenenddiensten zu dokumentieren war.
  - 2 Sollten im Untersuchungszeitraum auch dienstfreie Tage liegen, so waren diese mit der Angabe des Datums und einer Kurzinfo, bspw. Schlagwort *Urlaub* oder *Krankheit* zu versehen.

nicht unverhältnismäßig zu steigern, oblag es jedem einzelnen selbst zu entscheiden, per PC oder handschriftlich zu dokumentieren.

Grundsätzlich war die *Erfassung am Bildschirm* wünschenswert. Für jeden Tag sollte eine separate Datei – Dateiname „GÖS – Tageserhebung“, Bsp. „GÖS – Tageserhebung – 1.11.2005“, „GÖS – Tageserhebung – 2.11.2005“, usw. – gespeichert werden, um die Datensicherheit zu gewährleisten. Am Ende der Erhebung sollten die Daten auf einer Diskette gespeichert und an die AG Devianz gesandt werden.

Die Angaben sollten differenziert sein, ohne jedoch unnötige und aufwendige Details zu nennen. Von einer Vorgabe eines umfassenden Tätigkeitsverzeichnisses wurde aufgrund des Umfangs abgesehen. Die zur Verfügung gestellten Tätigkeitsbezeichnungen boten aber einen Orientierungsrahmen und exemplarische *Formulierungsbeispiele*.

Bei der Entwicklung dieser Beschreibungen wurde insbesondere auf *Leistungsbeschreibungen* der Leistungsanbieter, die in der GÖ-Studie im Erhebungsbereich der Kosten-Leistungs-Rechnung vorgelegt wurden, auf die *EVS-Checkliste* sowie auf die *Klassifikation therapeutischer Leistungen in der stationären medizinischen Rehabilitation* (KTL; BfA 2000) zurückgegriffen.

Der Erfassungsbogen gliedert sich in zwei Teile:

1. *Einträge zu Grunddaten*, die nur einmal pro Erhebungsbogen und Erhebungsperiode einzutragen sind, und
2. *Einträge, die begleitend zur täglichen Arbeit* fortlaufend erfolgen (Tätigkeiten und Bearbeitungszeiten).

Folgende *Grunddaten* waren einmalig am Ende Erhebung einzutragen:

- Funktion MitarbeiterIn (ohne Nennung des Namens!),
- Arbeitszeit in Arbeitsstunden pro Woche,
- die Arbeitsbereiche MitarbeiterIn (ggf. mit Zuordnung einzelner Fachleistungsstunden auf die Arbeitsfelder) und
- die Anzahl der PatientInnen im Monat November 2005, getrennt nach EVS und anderen.

Die *täglich einzutragenden Angaben* unterteilen sich in *zwei Rubriken*:

1. In der *linken Spalte des Erhebungsbogens* waren die *Tätigkeiten im Rahmen der medizinischen Rehabilitation von Alkoholabhängigen* einzutragen.
2. Parallel zur Verrichtung der Tätigkeiten sollten die MitarbeiterInnen in der *nebenstehenden Spalte täglich den zeitlichen Aufwand bzw. die Arbeitszeit/Bearbeitungszeit in Minuten* notieren, getrennt nach EVS- und anderen Tätigkeiten.

Der Erhebungsbogen GÖS-Grunddaten besteht insgesamt aus vier Seiten. Die Seiten zwei bis vier enthalten Fragen zu den Arbeitsbereichen der ambulanten und stationären MitarbeiterInnen. Hierbei sollten die einzelnen Arbeitsstunden den Arbeitsfeldern zugeordnet werden, in denen die MitarbeiterInnen regelmäßig bzw. laut Arbeitsvertrag/Stellenbeschreibung tätig sind.

Der Erhebungsbogen für die Fachstellen Sucht enthält folgende Rubriken:

- Psychotherapie (Ambulante Reha/Nachsorge)
- Medizinischer Dienst (Ambulante Reha/Nachsorge)
- Verwaltung
- Leitungsfunktion
- Prävention
- Beratung
- Betreuung
- Methadonsubstitution
- Weiterer Arbeitsbereich, und zwar ...

Die folgenden Abbildungen zeigen die Erhebungsbögen:

<b>EVS</b> <b>GÖS-Erhebung in Fachstellen Sucht &amp; Fachkliniken für Alkoholabhängige</b>
--

Bitte tragen Sie folgende DATEN ein:

1. **Erstbearbeitung:** \_\_\_\_\_
2. **Abgabedatum:** \_\_\_\_\_

### I. Grunddaten

*Hinweis:* Bitte tragen Sie die **Grunddaten** einmalig zu Beginn der Erhebung ein!

#### 1. Funktion des Mitarbeiters/der Mitarbeiterin (ohne Nennung des Namens!)

- Ärztin/Arzt  
 Therapeutische/r MitarbeiterIn  
 VerwaltungsmitarbeiterIn

#### 2. Arbeitszeit in Stunden pro Woche (laut Stellenbeschreibung im Arbeitsvertrag!)

Stunden *pro Woche*

*Bitte am 30. November, nach Ende des Untersuchungszeitraumes beantworten!*

#### 3. Anzahl Ihrer EVS-PatientInnen im Erhebungsmonat November 2005

Im Monat November 2005 habe ich im Rahmen der medizinischen Rehabilitation von Alkoholabhängigen

**insgesamt      PatientInnen**

behandelt (Ärzte, TherapeutInnen) bzw. verwaltet (VerwaltungsmitarbeiterInnen), davon waren

\_\_\_\_\_ EVS-PatientInnen.

Abb. 31: Erhebungsbogen GÖS-Grunddaten (Erste Seite)

Der Erhebungsbogen für die stationären Rehabilitationseinrichtungen enthält folgende Rubriken:

1. Ärztlicher Dienst
2. Verwaltungsdienst
3. Therapeutischer Dienst
  - Aufnahme
  - Teamleitung
  - Gruppentherapie
  - Einzeltherapie
  - Indikative Gruppe
  - Klinische Sozialarbeit
  - Ergotherapie
  - Arbeitstherapie
  - Beschäftigungstherapie
  - Bewegungstherapie
  - Sozialdienst
  - Weiterer Arbeitsbereich, und zwar

Sollten keine detaillierten Angaben zu den Arbeitsstunden pro Woche gemacht werden können, waren in der Zeile „III. Therapeutischer Dienst“ die Arbeitsstunden pro Woche insgesamt einzutragen und die Arbeitsbereiche lediglich anzukreuzen.

Neben den GÖS-Grunddaten wurde der nachfolgende *Tageserfassungsbogen* sowohl in den ambulanten wie auch den stationären Rehabilitationseinrichtungen eingesetzt:



- Bitte machen Sie die Eintragungen unmittelbar nach Abschluss der jeweiligen Tätigkeit, um die zeitlichen Angaben möglichst genau erfassen zu können!
- Achten Sie bitte darauf, ob es sich um eine *Tätigkeit im Rahmen von medizinischer Rehabilitation von Alkoholabhängigen* handelt. Ist dies der Fall, so erfassen Sie bitte die Zeiten getrennt nach EVS-Tätigkeiten und anderen.
- Bitte tragen Sie *innerhalb des Arbeitsbereiches EVS* – medizinische Rehabilitation von Alkoholabhängigen in der Zuständigkeit der Deutschen Rentenversicherung Oldenburg-Bremen – die *einzelnen Tätigkeiten* (z. B. telefonischer Kontakt zu Therapeut in der Klinik, persönliches Übergabegespräch, Fahrt in die Klinik) möglichst genau ein.
- Hilfestellung können unter Umständen die Tätigkeitskataloge im Anhang bieten.
- Handelt es sich um *Tätigkeiten außerhalb der medizinischen Rehabilitation von Alkoholabhängigen*, (z. B. Prävention, Beratung, ambulante Rehabilitation andere Kostenträgerschaft) sind *keine Angaben vorzunehmen*.

## 7.2 Ergebnisse

### 7.2.1 Teilnahme und Rücklauf der Erhebungsbögen

Bis Oktober 2005 bestätigten alle zu diesem Zeitpunkt beteiligten EVS-Einrichtungen ihre Teilnahme an der Erhebung. Die Erhebung wurde somit mehrheitlich wie geplant zwischen dem 1. und 30. November 2005 durchgeführt. Eine Einrichtung musste allerdings aus organisatorischen Gründen die Erhebung zwischen dem 15. November und dem 14. Dezember 2005 durchführen.

An dieser Stelle danken wir den *MitarbeiterInnen aus den EVS-Einrichtungen*, die an der Erhebung teilgenommen haben und die sorgfältig geführten *Tageserfassungen* zur Verfügung gestellt haben, ausdrücklich für ihr Engagement.

Insgesamt ergibt sich den Berufsgruppen zugeordnet folgender *Rücklauf*:

<b>Ambulante Rehabilitationseinrichtungen</b>		
<b>Berufsgruppe</b>	<b>Absolute Häufigkeit</b>	<b>%</b>
Ambulante TherapeutInnen	53	85,5
Ambulante Ärzte	3	4,8
Ambulante Verwaltung	6	9,7
<b>Summe</b>	<b>62</b>	<b>100,0</b>
<b>Stationäre Rehabilitationseinrichtungen</b>		
<b>Berufsgruppe</b>	<b>Absolute Häufigkeit</b>	<b>%</b>
Stationäre TherapeutInnen	25	64,1
Klinische Ärzte	7	17,9
Stationäre Verwaltung	7	17,9
<b>Summe</b>	<b>39</b>	<b>100,0<sup>3</sup></b>
<b>Gesamtsumme der Erhebungsbögen</b>	<b>91</b>	

Tab. 85: Rücklauf der GÖS-Erhebungsbögen zum Kooperationsaufwand

Insgesamt wurden von 91 MitarbeiterInnen GÖS-Erhebungsbögen zum Kooperationsaufwand (N= 91) zurückgesandt. Diese werden in die weiteren Auswertungen einbezogen. Wie intendiert, sind die TherapeutInnen mit 78 Erhebungsbögen (= 85,7 %) die am stärksten vertretene Berufsgruppe.

## 7.2.2 GÖS-Grunddaten

### 7.2.2.1 Ambulante TherapeutInnen

Die einzelnen Arbeitsstunden sollten, wenn möglich, den Arbeitsfeldern, in denen die MitarbeiterInnen regelmäßig bzw. laut Arbeitsvertrag/Stellenbeschreibung tätig sind, zugeordnet werden. Dies ist nur in wenigen Erhebungsbögen berücksichtigt worden, so dass in der Auswertung lediglich eine Verteilung auf die genannten Arbeitsbereiche möglich wurde.

Im ambulanten Bereich konnten 49 TherapeutInnenfragebögen, die zum Teil Mehrfachnennungen enthielten ausgewertet werden; vier Grunddatenbögen wurden nicht ausgefüllt. Die Verteilung der Arbeitsbereiche stellt sich wie folgt dar:

---

3 Rundungsdifferenz

<b>Ambulante Rehabilitationseinrichtungen</b>	
<b>Arbeitsbereiche</b>	<b>Absolute Häufigkeit</b>
Psychotherapie (Ambulante Reha/Nachsorge)	44
Beratung	44
Prävention	21
Betreuung	19
Methadonsubstitution	14
Verwaltung	13
Leitungsfunktion	10
Medizinischer Dienst (Ambulante Reha/Nachsorge)	3
<b>Summe</b>	<b>168</b>

Tab. 86: Verteilung der Arbeitsbereiche ambulanter TherapeutInnen

89,8 % – 44 von 49 – der ambulanten TherapeutInnen übt Tätigkeiten in den Arbeitsfeldern Psychotherapie und Beratung.

Darüber hinaus lassen sich für einen Teil der Stichprobe der ambulanten TherapeutInnen – nämlich für 37 – der *prozentuale Arbeitsanteil von Psychotherapie und Beratung an der Gesamtarbeitszeit* berechnen. 12 ambulante TherapeutInnen machten hierzu keine Angaben.

<i>N</i> = 37	<b>Anteil der Psychotherapie an Gesamtarbeitszeit in %</b>	<b>Anteil der Beratung an der Gesamtarbeitszeit in %</b>
<b>Minimum</b>	6,3	1,5
<b>Maximum</b>	80,5	63,2
<b>Mittelwert</b>	<b>40,5</b>	<b>26,4</b>

Tab. 87 : Anteile von Psychotherapie und Beratung an der Gesamtarbeitszeit ambulanter TherapeutInnen

Durchschnittlich 40,5 % der Gesamtarbeitszeit leisten die ambulanten TherapeutInnen in der Psychotherapie. Der übrige Teil der Gesamtarbeitszeit verteilt sich auf die anderen oben aufgeführten Aufgabenfelder.

Als *weitere Arbeitsbereiche von ambulanten TherapeutInnen* wurden genannt:

- Dienstbesprechung,
- Fallbesprechung,

- Supervision,
- Gremien- und Verbundarbeit sowie Kooperation,
- Organisation,
- gutachterliche Tätigkeit,
- Diagnostik,
- Öffentlichkeitsarbeit,
- aufsuchende Arbeit,
- Sozialarbeit,
- Gruppenarbeit,
- betriebliche Suchtberatung,
- Krisendienst,
- Qualitätsmanagement,
- Vorbereitungskurs auf MPV,
- Vertretung,
- Praktikumsbetreuung.

Die Arbeitszeit laut Stellenbeschreibung im Arbeitsvertrag *verteilt sich* in Stunden pro Woche *wie folgt auf die ambulanten TherapeutInnen (N = 53):*

Arbeitszeit in Stunden pro Woche	Absolute Häufigkeit	Häufigkeit in %
<19,25	1	1,9
19,25	8	15,1
>19,25 < 38,5	19	35,9
38,5	21	39,6
40,0	4	7,5
<b>Summe</b>	<b>53</b>	<b>100</b>

Tab. 88: Voll- und Teilzeitstellen der ambulanten TherapeutInnen

47,1 % der ambulanten TherapeutInnen arbeiten auf Vollzeitstellen; der überwiegende Teil davon weist eine wöchentliche Arbeitszeit von 38,5 Stunden aus. Die durchschnittliche wöchentliche Arbeitszeit liegt bei 31,8 Stunden.

51 von 53 ambulanten TherapeutInnen gaben die *Anzahl der im Rahmen der medizinischen Rehabilitation von Alkoholabhängigen behandelten PatientInnen* an. Im Erhebungsmonat stellt sich die Situation wie folgt dar:

PatientInnen der ambulanten TherapeutInnen (N=51)	Absolute Häufigkeit	Häufigkeit in %
Anteil von EVS-PatientInnen	324	48,6
Anteil von Nicht-EVS-PatientInnen	343	51,4
<b>Gesamtzahl der PatientInnen im Berichtsmonat</b>	<b>667</b>	<b>100</b>

Tab. 89 : Verteilung der EVS-PatientInnen und anderer PatientInnen auf die ambulanten TherapeutInnen

Der EVS-Anteil in dieser Stichprobe liegt im Berichtsmonat bei knapp 50 % der Gesamtzahl der PatientInnen. Der durchschnittliche Anteil von EVS-PatientInnen pro TherapeutIn (N = 51) beläuft sich rechnerisch auf 6,4. Insgesamt liegt der durchschnittliche Anteil von PatientInnen pro TherapeutIn (N = 51) bei 13,1.

#### 7.2.2.2 Ambulante Ärzte

Es stehen zur Auswertung lediglich drei Angaben ambulanter Ärzte (N = 3) zur Verfügung. Die *Arbeitszeit dieser Ärzte laut Stellenbeschreibung im Arbeitsvertrag* verteilt sich in *Stunden pro Woche* wie folgt:

Arbeitszeit der ambulanten Ärzte (N=3) in Stunden pro Woche	Absolute Häufigkeit	Häufigkeit in %
3	2	66,7
20	1	33,3
<b>Summe</b>	<b>3</b>	<b>100</b>

Tab. 90: Voll- und Teilzeitstellen der ambulanten Ärzte

Zwei Ärzte weisen eine wöchentliche Arbeitszeit von 3 Stunden und ein Arzt von 20 Stunden aus.

Von drei ambulanten Ärzten (N=3) geben zwei Ärzte die *Anzahl der im Rahmen der medizinischen Rehabilitation von Alkoholabhängigen behandelten PatientInnen an*. Im Erhebungsmonat stellt sich die Situation wie folgt dar:

Anzahl der PatientInnen der ambulanten Ärzte (N=3)	Absolute Häufigkeit	Häufigkeit in %
Anteil von EVS-PatientInnen	13	59,1
Anteil von Nicht-EVS-PatientInnen	9	40,9
<b>Gesamtzahl der PatientInnen im Berichtsmonat</b>	<b>22</b>	<b>100</b>

Tab. 91: Verteilung der EVS-PatientInnen und anderer PatientInnen auf die ambulanten Ärzte

Der EVS-Anteil dieser Stichprobe der Ärzte liegt im Berichtsmonat durchschnittlich bei 59,1 % der Gesamtzahl der PatientInnen.

### 7.2.2.3 Ambulante Verwaltung

Die *Arbeitszeit laut Stellenbeschreibung im Arbeitsvertrag* verteilt sich in *Stunden pro Woche* wie folgt auf die ambulante Verwaltung (N = 6):

Arbeitszeit der ambulanten Verwaltungskräfte in Stunden pro Woche	Absolute Häufigkeit	Häufigkeit in %
<19,25	2	33,3
>19,25 < 38,5	3	50,0
38,5	1	16,7
<b>Summe</b>	<b>6</b>	<b>100,0</b>

Tab. 92: Voll- und Teilzeitstellen der ambulanten Verwaltung

83,3 % der ambulanten VerwaltungsmitarbeiterInnen sind auf einer Teilzeitstelle tätig. Die durchschnittliche wöchentliche Arbeitszeit liegt bei 25,8 Stunden.

Von sechs ambulanten VerwaltungsmitarbeiterInnen machen drei MitarbeiterInnen (N=3) Angaben zur *Anzahl der im Rahmen der medizinischen Rehabilitation von Alkoholabhängigen verwalteten PatientInnen*. Im Erhebungsmonat stellt sich die Situation wie folgt dar:

Anzahl der durch die Verwaltungskräfte (N=3) verwalteten PatientInnen	Absolute Häufigkeit	Häufigkeit in %
Anteil von EVS-PatientInnen	73	30,5
Anteil von Nicht-EVS-PatientInnen	166	69,5
<b>Gesamtzahl der PatientInnen im Berichtsmonat</b>	<b>239</b>	<b>100,0</b>

Tab. 93: Verteilung der EVS-PatientInnen und anderer PatientInnen auf die ambulanten VerwaltungsmitarbeiterInnen

Der EVS-Anteil in dieser Stichprobe liegt im Berichtsmonat bei 30,5 % der Gesamtzahl der PatientInnen der VerwaltungsmitarbeiterInnen.

#### 7.2.2.4 Stationäre TherapeutInnen

Auch die MitarbeiterInnen der stationären Rehabilitationseinrichtungen sollten, wenn möglich, die einzelnen Arbeitsstunden den Arbeitsfeldern, in denen sie regelmäßig bzw. laut Arbeitsvertrag/Stellenbeschreibung tätig sind, zuordnen. Auch hier ist dies nur in wenigen Erhebungsbögen berücksichtigt worden, so dass wiederum in der Auswertung lediglich eine Verteilung auf die nachfolgend genannten Arbeitsbereiche im therapeutischen Dienst möglich ist.

Von 25 TherapeutInnenfragebögen wurden nur zwei Grunddatenbögen zur Verteilung der Arbeitsbereiche nicht ausgefüllt, so dass 23 Erhebungsbögen, die zum Teil Mehrfachnennungen (=94) enthalten, ausgewertet werden konnten.

<b>Stationäre Rehabilitationseinrichtungen</b>	
<b>Arbeitsbereiche therapeutischer Dienst</b>	<b>Absolute Häufigkeit</b>
1. Aufnahme	15
2. Teamleitung	3
3. Gruppentherapie	23
4. Einzeltherapie	21
5. Indikative Gruppe	14
6. Klinische Sozialarbeit	15
7. Ergotherapie	0
8. Arbeitstherapie	0
9. Beschäftigungstherapie	0
10. Bewegungstherapie	0
11. Sozialdienst	3
<b>Summe</b>	<b>94</b>

Tab. 94: Verteilung der Arbeitsbereiche stationärer TherapeutInnen

Alle beteiligten stationären TherapeutInnen führen im Rahmen der medizinischen Rehabilitation Gruppentherapie durch, 91,3 % sind in der Einzeltherapie tätig.

Als *weitere Arbeitsbereiche von klinischen TherapeutInnen* wurden angeführt:

1. Dokumentation und Verwaltung,
2. Leitung und Koordination,

3. Teamarbeit,
4. Angehörigenarbeit,
5. Aufsicht,
6. Dienstreisen mit PatientInnen,
7. Testdurchführungen,
8. spez. Gruppenarbeit,
9. Kooperation.

Die *Arbeitszeit laut Stellenbeschreibung im Arbeitsvertrag* verteilt sich in *Stunden pro Woche* wie folgt auf die stationären TherapeutInnen (N = 25):

Arbeitszeit der stationären TherapeutInnen in Stunden pro Woche	Absolute Häufigkeit	Häufigkeit in %
19,25	1	4
>19,25 < 38,5	8	32
38,5	16	64
<b>Summe</b>	<b>25</b>	<b>100</b>

Tab. 95: Voll- und Teilzeitstellen der stationären TherapeutInnen

64 % der stationären TherapeutInnen arbeiten auf Vollzeitstellen. Die durchschnittliche wöchentliche Arbeitszeit liegt bei 35,0 Stunden.

Von 25 stationären TherapeutInnen gaben 23 die *Anzahl der im Rahmen der medizinischen Rehabilitation von Alkoholabhängigen behandelten PatientInnen an*. Im Erhebungsmonat stellt sich die Situation wie folgt dar:

Anzahl der PatientInnen der stationären TherapeutInnen (N=23)	Absolute Häufigkeit	Häufigkeit in %
Anteil von EVS-PatientInnen	88	17,7
Anteil von Nicht-EVS-PatientInnen	410	82,3
<b>Gesamtzahl der PatientInnen im Berichtsmonat</b>	<b>498</b>	<b>100,0</b>

Tab. 96 Verteilung der EVS-PatientInnen und anderer PatientInnen auf die stationären TherapeutInnen

Der EVS-Anteil dieser Stichprobe der TherapeutInnen liegt im Berichtsmonat bei 17,7 % der Gesamtzahl der PatientInnen. Der durchschnittliche Anteil von EVS-PatientInnen pro TherapeutIn (N = 23) beläuft sich rechnerisch auf 3,8. Insgesamt liegt der durchschnittliche Anteil von PatientInnen pro TherapeutIn (N = 23) bei 21,7.

### 7.2.2.5 Stationäre Ärzte

Die *Arbeitszeit laut Stellenbeschreibung im Arbeitsvertrag* verteilt sich in *Stunden pro Woche* wie folgt auf die stationären Ärzte (N = 7):

<b>Arbeitszeit stationären Ärzte (N=7) in Stunden pro Woche</b>	<b>Absolute Häufigkeit</b>	<b>Häufigkeit in %</b>
19,25	1	14,3
>19,25 < 38,5	1	14,3
38,5	4	57,1
40,0	1	14,3
<b>Summe</b>	<b>7</b>	<b>100</b>

Tab. 97: Voll- und Teilzeitstellen der stationären Ärzte

71,4 % der stationären Ärzte arbeiten auf Vollzeitstellen; der überwiegende Teil davon weist eine wöchentliche Arbeitszeit von 38,5 Stunden aus. Die durchschnittliche wöchentliche Arbeitszeit liegt bei 34,5 Stunden.

Von sieben stationären Ärzten geben drei Ärzte die *Anzahl der im Rahmen der medizinischen Rehabilitation von Alkoholabhängigen behandelten PatientInnen* an. Im Erhebungsmonat stellt sich die Situation wie folgt dar:

<b>Anzahl der durch die stationären Ärzte (N=3) betreuten PatientInnen</b>	<b>Absolute Häufigkeit</b>	<b>Häufigkeit in %</b>
Anteil von EVS-PatientInnen	126	16,2
Anteil von Nicht-EVS-PatientInnen	653	83,8
<b>Gesamtzahl der PatientInnen im Berichtsmonat</b>	<b>779</b>	<b>100,0</b>

Tab. 98: Verteilung der EVS-PatientInnen und anderer PatientInnen auf die stationären Ärzte

Der EVS-Anteil in dieser Stichprobe der Ärzte liegt im Berichtsmonat bei 16,2 % der Gesamtzahl der PatientInnen. Der durchschnittliche Anteil von EVS-PatientInnen pro stationärem Arzt (N = 3) beläuft sich auf 42. Insgesamt liegt im Berichtsmonat der durchschnittliche Anteil von PatientInnen pro stationärem Arzt (N = 3) bei 259,7.

### 7.2.2.6 Stationäre Verwaltung

Die *Arbeitszeit laut Stellenbeschreibung im Arbeitsvertrag* verteilt sich in *Stunden pro Woche* wie folgt auf die stationären Verwaltungskräfte (N = 7):

Arbeitszeit in Stunden pro Woche	Absolute Häufigkeit	Häufigkeit in %
19,25	3	42,9
>19,25 < 38,5	1	14,3
38,5	3	42,9
<b>Summe</b>	<b>7</b>	<b>100<sup>4</sup></b>

Tab. 99: Voll- und Teilzeitstellen der stationären Verwaltung

Je 42,9 % der stationären VerwaltungsmitarbeiterInnen arbeiten auf einer halben bzw. vollen Stelle. Die durchschnittliche wöchentliche Arbeitszeit liegt bei 29,0 Stunden.

Alle sieben stationären VerwaltungsmitarbeiterInnen machten Angaben zur *Anzahl der im Rahmen der medizinischen Rehabilitation von Alkoholabhängigen verwalteten PatientInnen*. Im Erhebungsmonat stellt sich die Situation wie folgt dar:

Anzahl der durch die stationären Verwaltungskräfte (N=7) verwalteten PatientInnen	Absolute Häufigkeit	Häufigkeit in %
Anteil von EVS-PatientInnen	208	17,1
Anteil von Nicht-EVS-PatientInnen	1.006	82,9
<b>Gesamtzahl der PatientInnen im Berichtsmonat</b>	<b>1.214</b>	<b>100,0</b>

Tab. 100: Verteilung der EVS-PatientInnen und anderer PatientInnen auf die ambulanten VerwaltungsmitarbeiterInnen

Der EVS-Anteil unter den verwalteten PatientInnen dieser Stichprobe der VerwaltungsmitarbeiterInnen liegt im Berichtsmonat bei 17,1 %. Der durchschnittliche Anteil von EVS-PatientInnen pro stationärer Verwaltungskraft (N = 7) beläuft sich auf 29,7. Insgesamt liegt im Berichtsmonat der durchschnittliche Anteil von PatientInnen pro stationärer VerwaltungsmitarbeiterIn (N = 7) bei 173,4.

Nachdem mit der Auswertung der GÖS-Grunddaten ein Überblick über die an der Erhebung beteiligten Berufsgruppen und deren Arbeitsbereiche sowie das Verhältnis von EVS- und Nicht-EVS-PatientInnen gegeben wurde, werden nachfolgend die Ergebnisse der Tageserfassungen vorgestellt.

---

4 Rundungsdifferenz

### 7.2.3 *Tätigkeiten im Rahmen der medizinischen Rehabilitation von Alkoholabhängigen: EVS – Andere*

Mit der Auswertung der GÖS-Tageserhebung werden die von den TeilnehmerInnen der Erhebung formulierten Tätigkeiten in der medizinischen Rehabilitation von Alkoholabhängigen zusammengefasst und entsprechend der Ziele und Fragestellungen der GÖS analysiert.

Die Auswertung erfolgt in folgenden Arbeitsschritten:

1. Ermittlung der Anzahl der Tageserfassungen nach Berufsgruppe,
2. Analyse des Datenmaterials, u. a. Bewertung der dokumentierten Informationen vor dem Hintergrund der Fragestellungen der Studie,
3. Bildung von Kategorien zu ausgewählten Tätigkeiten

1. Ermittlung der Anzahl der Tageserfassungen nach Berufsgruppe

Die *Grundgesamtheit der Tageserfassungen verteilt sich auf die Berufsgruppen* wie folgt:

- 53 ambulante TherapeutInnen,
- 2 ambulante Ärzte
- 5 ambulante VerwaltungsmitarbeiterInnen
- 23 stationäre TherapeutInnen,
- 7 stationäre Ärzte,
- 7 stationäre VerwaltungsmitarbeiterInnen.

Bei insgesamt 22 Arbeitstagen im Berichtsmonat ergibt sich folgende *Zahl vorgelegter Tageserfassungen pro Berufsgruppe*:

- ambulante TherapeutInnen: 1.166 Tageserfassungsbögen
- ambulante Ärzte: 44 Tageserfassungsbögen
- ambulante VerwaltungsmitarbeiterInnen: 110 Tageserfassungsbögen
- stationäre TherapeutInnen: 506 Tageserfassungsbögen
- stationäre Ärzte: 154 Tageserfassungsbögen
- stationäre VerwaltungsmitarbeiterInnen: 154 Tageserfassungsbögen

Hinzu kommen insgesamt sieben Tageserfassungsbögen aus den Wochenenden. Insgesamt liegt damit die Gesamtzahl der zu analysierenden Tageserfassungsbögen bei 2.134. Das Datenmaterial unterscheidet sich dabei erheblich in der Differenzierung und im Umfang der dokumentierten Tätigkeiten.

## 2. Analyse des Datenmaterials, u. a. Bewertung der dokumentierten Informationen vor dem Hintergrund der Fragestellungen der Studie

Die Durchsicht des Datenmaterials macht deutlich, dass die Auswertung der vorgelegten Erhebungsbögen durch erhebliche *Restriktionen* begleitet wird:

- In einem großen Teil der Tageserfassungen werden die Tätigkeiten inhaltlich und zeitlich nicht differenziert ausgewiesen.
- Gründe für nicht ausgefüllte Tageserfassungsbögen werden häufig nicht angegeben.
- Zum Teil werden Tageserfassungen inhaltlich detailliert ausgewiesen, die Angabe der Zeiten erfolgt jedoch ohne Unterscheidung zwischen EVS- und Nicht-EVS-PatientInnen.
- Zum Teil werden Tageserfassungen inhaltlich und zeitlich detailliert ausgewiesen, die Tagesarbeitszeit jedoch nicht, so dass Relationen zwischen Tätigkeiten in der medizinischen Rehabilitation von Alkoholabhängigen von EVS- und Nicht-EVS-PatientInnen ebenso wenig hergestellt werden können wie zu anderen Arbeitsbereichen (Bsp. ambulant: Verhältnis medizinische Rehabilitation versus Prävention, Beratung u. a. m.).

## 3. Bildung von Kategorien zu ausgewählten Tätigkeiten

Die Auswertung der einzelnen Tageserfassungsbögen erfolgte in Anlehnung an die Regeln *strukturierender Inhaltsanalysen* (Mayring 1995). Bei diesem Vorgehen werden bestimmte Inhalte mit Hilfe eines Kategorienschemas aus dem Material herausgefiltert und zusammengefasst. Die Arbeit im Kontext der Kategorisierung und Auswertung der Tageserfassungen umfasste im Wesentlichen folgende Schritte:

- Zu jeder Kategorie wurde eine Liste mit tatsächlich verwendeten Formulierungen erstellt.
- Die Analyse erfolgte nach Berufsgruppen (TherapeutIn-Ärztin/Arzt-VerwaltungsmitarbeiterIn) und ambulant-stationär getrennt. Das heißt, es gibt sechs Auswertungsbereiche.
  1. Ambulante/r TherapeutIn
  2. Ambulante/r Ärztin/Arzt
  3. Ambulante/r VerwaltungsmitarbeiterIn
  4. Stationäre/r Ärztin/Arzt
  5. Stationäre/r VerwaltungsmitarbeiterIn
  6. Stationäre/r VerwaltungsmitarbeiterIn

- In den sechs Auswertungsbereichen wurde angestrebt, zu jeder Kategorie die Nennungen, „EVS-Zeiten“ und „Andere Zeiten“, zunächst einzeln zu erfassen und dann als Durchschnittswert auf der Basis der erfassten Zeiten durch die gemachten Nennungen zu ermitteln (Gesamtzeit/Anzahl der Nennungen der Kategorie = Durchschnittszeit).

Das verwendete Kategorienschema wurde anhand der Fragestellungen der Studie entwickelt. Dabei wurden die den an der Erhebung beteiligten MitarbeiterInnen der EVS-Einrichtungen zur Verfügung gestellten *Formulierungenhilfen* – „Tätigkeiten im Zusammenhang der medizinischen Rehabilitation von Alkoholabhängigen“, Tätigkeiten in Anlehnung an die Klassifikation therapeutischer Leistungen in der stationären medizinischen Rehabilitation – herangezogen (vgl. Kapitel 7.1). Entlang dieses Schemas erfolgte die Kodierung der entsprechenden Einträge in den Tageserfassungen. Hier zeigte sich in der Analyse des Datenmaterials, dass weitere Kategorien gebildet bzw. vorhandene überarbeitet werden mussten (vgl. Bortz/Döring 2002). Nachfolgend werden diese aus dem Datenmaterial erarbeiteten Kategorien dargestellt, die bei der Auswertung der TherapeutInnen- (I.), Arzt- (II.) und Verwaltungsbögen (III.) eingesetzt wurden:

## **I. Kategorien in der Auswertung der TherapeutInnenbögen**

### **Thema „Bericht“**

- Bericht
- Sozialbericht
- Zwischenbericht
- Abschlussbericht

Die Kategorien zum Thema „Bericht“ wurden einzeln erfasst, um diesen in EVS besonders relevanten Arbeitsbereich differenziert darzustellen. Das heißt die Kategorie „Bericht“ beinhaltet die Kategorien „Sozialbericht“, „Zwischenbericht“, „Abschlussbericht“, stellt also die Summe dieser drei Kategorien zzgl. der lediglich als „Bericht“ bezeichneten Tätigkeit dar.

### **Thema „Verwaltungstätigkeiten/Organisation“**

- Dokumentation
- Administrative Tätigkeit/Verwaltungstätigkeit
- Orga/Organisation
- Sichtung von Unterlagen
- Behandlungsplanung
- Vorbereitung/Nachbereitung
- Akte

### **Thema „Kooperation/Verbundarbeit“**

- Übergabe, Übergabegespräch
- Telefonat mit Klinik/Fachstelle/Beratungs- und Behandlungsstelle/Therapeut
- Koordinierung/Koordinierungstätigkeit
- Team
- Fallbesprechung
- Kooperation
- Qualitätszirkel/QZ

### **Thema „Behandlung“**

- Behandlung
- Diagnostik
- Gruppe (auch Gruppentherapie, Therapiegruppe, indikative Gruppe)
- Einzel (auch Einzeltherapie, Einzelgespräch)

Die nachfolgenden Kategorien für die Berufsgruppen Ärzte und Verwaltung sind nicht so umfangreich wie die Kategorien zur Analyse der TherapeutInnenbögen da hier weniger EVS-Spezifika relevant sind.

## **II. Kategorien in der Auswertung der Ärzdebögen**

- Diagnostik
- Visite
- Sprechstunde
- Gespräch/Besprechung
- Bericht
- Notfall
- Dokumentation

### III. Kategorien in der Auswertung der Verwaltungsbögen

- Gespräch/Telefon
- Bericht
- Patientenunterlagen
- Schriftwechsel/Briefverkehr/Korrespondenz

Begriffe, die in den Erfassungsbögen verwendet, aber zu wenig differenziert beschrieben wurden, konnten in der Auswertung nicht weiter berücksichtigt werden. Zu diesen seitens der VerwaltungsmitarbeiterInnen verwendeten Begriffen gehören „Besprechung, Korrespondenz, Brief, Post, Notiz, Schreibarbeit, Schriftverkehr, Statistik“.

#### 7.3 Einordnung der Ergebnisse im Fokus des Kooperationsaufwandes

Ziel dieses Untersuchungsbereichs war die *Beschreibung und Analyse* des Tätigkeitsfeldes der medizinischen Rehabilitation von Alkoholabhängigen unter besonderer Beachtung des Aufwandes im Rahmen der Kooperation des EVS-Verbundes und der kombinierten Behandlungsmaßnahmen.

Im Anspruch der Ziele und Fragestellungen der Studie lassen sich folgende *Ergebnisse dieses Untersuchungsbereichs der GÖS* zusammenfassen:

Entsprechend den *Angaben zu den berufsbezogenen Grunddaten* sind folgende *Relationen zwischen den Settings und Berufsgruppen* herauszustellen: Es zeigt sich, dass ca. die Hälfte der ambulanten TherapeutInnen auf Vollzeitstellen arbeitet, während die ambulanten Ärzte auf Honorar- bzw. Stundenbasis (drei bzw. 20 Stunden pro Woche) und die ambulanten VerwaltungsmitarbeiterInnen überwiegend auf Teilzeitbasis arbeiten. Des Weiteren wurde deutlich, dass die ambulanten TherapeutInnen durchschnittlich 40,5 % (N = 37) der Gesamtarbeitszeit in der Psychotherapie (ambulante Reha, Nachsorge) und damit in einem wesentlichen Bereich des EVS-Konzepts leisten. Die *Bedeutung der EVS für die Leistungsanbieter bzw. die einzelnen Berufsgruppen* stellt sich anhand der Daten aus der Stichprobe wie folgt dar: Während bei den ambulanten TherapeutInnen und Ärzten der Anteil der EVS-PatientInnen bei ca. 50 % liegt, beläuft er sich in der ambulanten Verwaltung auf ca. 30 %.

Im *stationären Setting* stellt sich die Situation hingegen so dar: Hier arbeiten in allen drei untersuchten Berufsgruppen deutlich mehr MitarbeiterInnen auf

Vollzeitstellen (bspw. 64 % der TherapeutInnen) als im ambulanten Setting. Der am stärksten vertretene Arbeitsbereich der stationären TherapeutInnen ist die Gruppentherapie. Der Anteil der EVS-PatientInnen an der Gesamtzahl der PatientInnen liegt in allen Berufsgruppen der Stichprobe stationär bei ca. 17 %.

Damit nehmen die EVS-PatientInnen im ambulanten Setting einen deutlich höheren Anteil am Gesamtklientel ein, und dem *EVS-Konzept* kommt insgesamt im Hinblick auf seine *Spezifika* und speziell den angenommenen *Kooperationsaufwand im ambulanten Bereich* eine größere Bedeutung zu.

Bezüglich der *Angaben zu Tätigkeitsbeschreibungen aus der medizinischen Rehabilitation* sind folgende Aspekte zusammenfassend herauszustellen: Die bereits im Kapitel 7.2.3 erläuterten Restriktionen des Datenmaterials und unter Berücksichtigung der dadurch fehlenden Möglichkeiten einer aussagekräftigen Analyse, wird eine Darstellung der Auswertungen zu den Tätigkeiten im Rahmen medizinischer Rehabilitation nicht vorgenommen. Ansätze einer Auswertung der Tätigkeitsbeschreibungen sowohl unter der Perspektive des Arbeitsaufkommens des spezifischen Bediensteten (TherapeutIn, Arzt/Ärztin oder Verwaltungskraft), unter der Perspektive des Aufwands für eine Patientin/einen Patienten der medizinischen Rehabilitation (EVS vs. Andere) oder aber unter der Perspektive der Tätigkeit im Rahmen der medizinischen Rehabilitation selbst (z.B. Übergabegespräch oder Abschluss- resp. Entlassungsbericht) ließen keine methodisch sauberen Erkenntnisse zu, da die Angaben im Datenmaterial zu unpräzise ausfielen. Die Einschränkungen der Auswertungsmöglichkeiten resultieren dabei aus zwei Problembereichen:

1. Die Beschreibung der Tätigkeiten erfolgt durch die MitarbeiterInnen äußerst unklar. Dadurch ist aufgrund der fehlenden Eindeutigkeit der Tätigkeiten eine Zuordnung wie auch ein Vergleich von Tätigkeiten nur bedingt bzw. teilweise gar nicht möglich.
2. Der zeitliche Ausweis der einzelnen Tätigkeiten erfolgt ohne eindeutige Zuordnung auf die Tätigkeiten. Dadurch ist ein Vergleich zwischen EVS- und Nicht-EVS-Tätigkeiten nicht möglich.

Vor diesem Hintergrund musste auf Durchschnittsberechnungen zu den einzelnen Tätigkeiten wie auch zu den gebildeten Kategorien verzichtet werden.

Die Ergebnisse solcher Durchschnittsberechnungen sollten, wie im Design der GÖS ursprünglich angelegt, in einem nächsten Schritt in Kombination mit Personalkosten für weiterführende Analysen zum Kooperationsaufwand

in EVS genutzt werden. Diese, insbesondere auch kostenmäßige, Bewertung von Übergabegesprächen und Dokumentationstätigkeiten kann aufgrund mangelnder Transparenz der Datenlage nicht erfolgen, weitere Kalkulationen zum Kooperationsaufwand in EVS sind somit nicht realisiert worden.

Auch die Ergebnisse der Auswertung der Grunddaten (Kapitel 7.2.2) machen bereits deutlich, dass differenzierte Betrachtungsweisen, wie sie in diesem Untersuchungsbereich der GÖS angestrebt wurden, um *neue Erkenntnisse zum Kooperationsaufwand in der EVS* herauszuarbeiten, nur in Teilen verwirklicht werden konnten. Zur Veranschaulichung des *geplanten Berechnungsansatzes* zeigt die nachstehende Abbildung (S. 250) einen *beispielhaft ausgefüllten Tageserfassungsbogen aus dem Personenkreis der ambulanten TherapeutInnen*:

Das *Beispiel* ermöglicht die Berechnung von Relationen:

- Der Zeitaufwand für Tätigkeiten der medizinischen Rehabilitation von Alkoholabhängigen liegt am 18. November 2005 bei 480 Minuten (= 8 Stunden), d. h. der komplette Arbeitstag (= 8 Stunden Arbeitszeit) ist diesem Arbeitsbereich zuzuordnen.
- Das Verhältnis von Tätigkeiten mit EVS- und Nicht-EVS-PatientInnen liegt bei 210 Minuten (= 3,5 Stunden) zu 270 Minuten (= 4,5 Stunden).
- Das Verhältnis zwischen therapeutischen (inklusive Übergabegespräch) und anderen Tätigkeiten liegt bei 250 Minuten (= 4,2 Stunden) zu 230 Minuten (= 3,8 Stunden).
- Das Verhältnis von EVS- zu Nicht-EVS-Tätigkeiten liegt ohne Berücksichtigung der Gruppenzusammensetzung in der Gruppentherapie bei 210 Minuten (= 3,5 Stunden) zu 270 Minuten (= 4,5 Stunden).

Das Musterbeispiel macht *exemplarisch Berechnungsmöglichkeiten* deutlich, die ähnlich auch für die anderen Berufsgruppen angestrebt wurden. Weitere *Relationen* sollten durch den Vergleich von Tätigkeiten über den gesamten Erhebungszeitraum hergestellt werden. Das vorliegende Datenmaterial konnte diesem Anliegen entsprechend, wie oben ausführlich dargestellt, allerdings nicht ausgewertet werden.

**Mustererfassung eines ambulanten Therapeuten:****Heutiges Datum: 18.11.05**

<b>Tätigkeiten in der medizinischen Rehabilitation von Alkoholabhängigen - Getrennt nach EVS-Patientinnen/ Patienten und Anderen -</b>	<b>Zeitaufwand in Minuten</b>	
	<b>EVS</b>	<b>Anderer</b>
Einzeltherapie		50
Sichtung von Unterlagen		5
Übergabegespräch (tel. 2-3 Pers.)	60	
Erstellung eines Entlassungsberichts		60
Erstellen von Verlängerungsantrag		60
Einzeltherapie	50	
Akte	10	
Gruppentherapie (5 EVS, 4 andere)	45	45
Gespräch/Telefon		5
Sonstige Verwaltungsarbeiten	45	45

**Wie viele Stunden hatte Ihr Arbeitstag heute tatsächlich?**

8 Stunden Arbeitszeit

Abb. 33: Muster der Tageserfassung ambulanter TherapeutInnen

Kritisch betrachtet muss festgehalten werden, dass die allgemein anerkannten Vorteile der *Methode der Selbstaufschreibung* (vgl. Kapitel 7.1.2) in der hier vorliegenden Erhebung nicht zum tragen kamen. Vielmehr wurden erhebliche Schwierigkeiten deutlich. Die von uns bzw. in der Fachliteratur erwartete höhere Akzeptanz der Selbstaufschreibung bei den MitarbeiterInnen konnte nicht bestätigt werden. An den Stellen, an denen präzise Erfassungen für den Erfolg der Erhebung grundlegend waren (vgl. Kapitel 7.1.3), ließen sich

überwiegend nur allgemeine Angaben finden. Relationen zwischen EVS-spezifischem Aufwand und dem Aufwand bei anderen PatientInnen, aber auch allgemeiner, zwischen Verwaltungstätigkeiten sowie therapeutischen und organisatorischen Tätigkeiten konnten deshalb aus dem Datenmaterial nicht herausgearbeitet werden.

Vor diesem Hintergrund wird empfohlen, die in dieser Studie auf der Basis des analysierten Datenmaterials erarbeiteten *Kategorien* als konkrete *Vorschläge zur tätigkeitsbezogenen Erhebung und Analyse von Kooperationsaufwand in der Verbundarbeit der Suchthilfe* in künftigen Studien zu nutzen.

## **8      ExpertInnenbefragung zur Durchführung und Finanzierung der Suchthilfe**

### **8.1      Ziel der Befragung**

Die Erhebung und Analyse von Dokumenten zur Kosten-Leistungsrechnung der Leistungsanbieter (Kapitel 6) wird vervollständigt durch eine ExpertInnenbefragungen zum Themenfeld „*Durchführung und Finanzierung der Suchthilfe*“. Im Folgenden werden zunächst die Ziele und die Methode dieser Befragung vorgestellt, um im Anschluss daran die Ergebnisse der Auswertung wiederzugeben.

Die Befragung zielt auf die *Erfassung der gesundheitsökonomischen Situation der Leistungsanbieter im EVS-Verbund*. Dies geschieht unter besonderer Berücksichtigung des Aufgabenfeldes der medizinischen Rehabilitation von Abhängigkeitserkrankungen. In diesem Zusammenhang ist zu beachten, dass die Fachstellen Sucht neben der ambulanten Rehabilitation im Rahmen *integrierter Konzepte* weitere Leistungsangebote vorhalten und durchführen, wie z. B. Beratung und Betreuung von Hilfesuchenden. Insgesamt soll die Befragung den *Überblick* über den *Bestand an finanz- und leistungswirtschaftlichen Maßnahmen* sowie der eingesetzten Instrumente vervollständigen und Auskunft über das Versorgungssystem der Suchthilfe in der Region Oldenburg-Bremen geben.

### **8.2      Methode**

Die Fragebögen wurden im *September 2004* mit einem Informationsschreiben über die GÖ-Studie an die in EVS teilnehmenden Einrichtungen versandt. Die Beantwortung sollte durch VertreterInnen der Leitungsebene der jeweiligen Einrichtung (QZ-TeilnehmerIn) nach Abstimmung mit den an EVS beteiligten MitarbeiterInnen sowie ggf. VertreterInnen der Träger (z. B. Controller) oder Geschäftsführung erfolgen. Der Bitte um Rücksendung kamen bis zum *April 2005*, dem Beginn der Auswertung, *21 von 23 EVS-Einrichtungen* (= 91,3 %) nach. Ausgewertet werden konnten 20 Fragebögen. Aufgrund von Doppelzuständigkeiten und Vertretungssituationen im Qualitätszirkel wurde der Fragebogen in zwei Fällen für jeweils zwei Einrichtun-

gen zusammen eingereicht, in einem weiteren Fall lieferte ein Fragebogen aus einer übergeordneten Abteilung (Controlling) zusätzlich nützliche Informationen und wurde deshalb in die Auswertung einbezogen.

Die *Auswertung der Fragebögen* besitzt *deskriptiven Charakter* (vgl. Diekmann 1996: 444 ff.): Die prozentualen Angaben beziehen sich auf die ausgewerteten Fragebögen bzw. die gegebenen Antworten. Nach der Sichtung des Datenmaterials wurden die einzelnen Aussagen zu jeder Frage inhaltlich zusammengefasst und strukturiert. Auf diese Weise sind die zentralen Angaben reduziert und schließlich die aus Sicht der PraktikerInnen gegenwärtig bedeutungsvollen Aspekte zur Durchführung und Finanzierung der Suchhilfe herausgestellt.

### **8.3 Das Erhebungsinstrument**

Der Fragebogen für die ExpertInnenbefragung war wie folgt aufgebaut:

**Gesundheitsökonomische Evaluation zur Verbundarbeit in der Suchthilfe (GÖS)**

**Ergänzende Fragen**  
**zur Durchführung und Finanzierung der Suchthilfe**

1. Haben sich in den letzten Jahren die Anforderungen der Kostenträger in Bezug auf **Gestaltung und Organisation** (z. B. Qualifikation der MitarbeiterInnen, Ausstattung der Einrichtung, Behandlungskonzept) Ihrer Einrichtung geändert?

Nein

Wenn ja, welche neuen bzw. auch unterschiedlichen Anforderungen bestehen oder werden seitens der verschiedenen Kostenträger formuliert?

2. Gibt es **Auflagen** seitens der Kostenträger zum **finanz- und leitungswirtschaftlichen Nachweis** der Wirtschaftlichkeit? Wenn ja, (z.B. Haushaltsplanung, Leistungsbeschreibungen, Personalcontrolling, KLR) welche?

Nein

Ja, und zwar ...

3. Wo liegen ihrer Meinung nach derzeit die besonderen **Schwierigkeiten und Herausforderungen** einer **Finanzierung der Suchthilfe**?
4. Welche **Erwartungen** haben Sie, wenn Sie an die **Zukunft der Finanzierung** von Suchthilfe denken: Welche Entwicklungen halten sie a) für realistisch, welche würden Sie sich b) wünschen?
5. Gibt es für Sie noch Bedarf für die Untersuchung bestimmter Fragestellungen, Themen, Probleme mit und in GÖS?
6. Gibt es Fragen oder Anmerkungen, die Sie an die Uni Oldenburg und deren wissenschaftliche Begleitung des Projekts richten möchten/ würden?

***Vielen Dank dafür, dass Sie sich die Zeit zur Beantwortung der Fragen genommen haben!***

Abb. 34: Fragebogen zur ExpertInnenbefragung

## 8.4 Ergebnisse der ExpertInnenbefragung

### Frage 1

*Haben sich in den letzten Jahren die Anforderungen der Kostenträger in Bezug auf Gestaltung und Organisation (z. B. Qualifikation der MitarbeiterInnen, Ausstattung der Einrichtung, Behandlungskonzept) Ihrer Einrichtung geändert?*

*Welche neuen bzw. auch unterschiedlichen Anforderungen bestehen oder werden seitens der verschiedenen Kostenträger formuliert?*

- 2 x wird die Frage mit „nein“ beantwortet.
- Ein Fragebogen enthält die Aussage, dass die Formulierung „in den letzten Jahren“ zu vage sei, um eine konkrete Antwort geben zu können.

Aus den übrigen 17 Antworten (= 85 %) lassen sich folgende Aussagen zusammenfassen:

- Ausweitung der Anforderungen in den Bereichen Statistik, Dokumentation, Berichtswesen, Qualifikation der MitarbeiterInnen (Zusatzausbildungen)
- Orientierung an wissenschaftlichen Behandlungskonzepten
- Beteiligung an Qualitätsmanagement (QM) und Qualitätssicherung (QS)
- Kürzungen insbesondere der kommunalen Zuwendungen
  - Auswirkungen auf die Personalstruktur, primärer Beratungsauftrag der Fachstellen verändert sich (*mehr Reha!*)
- Verzahnungen der Behandlungsangebote
- Leistungsangebote müssen Reha-Auftrag „Wiedereingliederung ins Erwerbsleben“ (Praktika, PC-Kurse) deutlich widerspiegeln – gesteigerte Bedeutung der Sozialmedizin
- Vielfalt in den Auflagen der Leistungsträger
  - mangelnde Einheitlichkeit bei Berichtswesen und bei Mischung der Behandlungsanteile (Einzel- vs. Gruppentherapie), „Beratungsstellen arzt“
- Umsetzung der Vereinbarung „Abhängigkeitserkrankungen“ vom 04.05.2001

**Frage 2**

*Gibt es Auflagen seitens der Kostenträger zum finanz- und leistungswirtschaftlichen Nachweis der Wirtschaftlichkeit?*

*Wenn ja, (z. B. Haushaltsplanung, Leistungsbeschreibungen, Personalcontrolling, KLR) welche?*

– 6 x (= 30 %) wird auf die Frage mit „nein“ geantwortet.

Die übrigen 14 AntwortInnen (= 70 %) beschreiben hinsichtlich der gefragten Auflagen zum finanz- und leistungswirtschaftlichen Nachweis der Wirtschaftlichkeit folgendes Bild:

- Personalcontrolling,
- Personalstandsmitteilungen,
- Leistungsbeschreibungen,
- Rechnungsprüfung,
- Verwendungsnachweise,
- Kostenstellenrechnungen gegenüber Landkreis und Land,
- keine Kostenleistungsrechnung,
- jährliche Auswertungsgespräche,
- Visitationen der BFA (Anm.: heute Deutsche Rentenversicherung Bund),
- Konzeptfortschreibung,
- QM,
- Dokumentation mit KTL,
- Belegungsstatistiken,
- Senkung des vollstationären Pflegesatzes auf unter 100 €,
- Hauptkostenträger erwartet, dass Kosten und Leistungen des Rehabereiches getrennt dargestellt werden,
- bei Stellenerweiterung ist Nachweis zu liefern, dass Stelle notwendigerweise zusätzlich finanziert werden muss,
- Kosten- und Leistungsnachweis jährlich bis 31.3., um Vergütungssätze pauschal erhöht zu erhalten, solange sich Klinik in einem festgelegten Kostenrahmen bewegt.

### Frage 3

*Wo liegen ihrer Meinung nach derzeit die besonderen Schwierigkeiten und Herausforderungen einer Finanzierung der Suchthilfe?*

Folgende Aussagen werden gemacht:

- Zunehmend steigende Qualitätsanforderungen bei seit Jahren gleich bleibend unzureichender Finanzierung der ambulanten Rehabilitation; kostendeckend wären ca. 90,00 € je Behandlungseinheit
  - Tendenziell rückläufige Finanzierung (stagnierende Pflegesätze bei steigenden Kosten, höhere Anforderungen, Mehraufwand)
    - Erfüllung des sozialpolitischen Auftrag steht zur Disposition
  - Finanzielle Grundlagen werden sich nicht nachhaltig verändern
    - man muss mit den finanziellen Mitteln auskommen, Kreativität und Ideenreichtum sind gefragt.
  - Sicherstellung des Behandlungsauftrages hängt von Unterstützung des zuständigen Stadtrates und der politischen VertreterInnen ab
  - Mischfinanzierung und Vielfalt der Erwartungen der Kostenträger
  - Leistungen für ausschließlich Suchtkranke sind nicht im Rahmen einer Institutsambulanz abrechenbar
  - Verbot des Bildens von Rücklagen
  - hohe Gehaltserwartungen von therapeutischem Personal, überwiegende BAT-Tarifbindung
  - Überangebot an stationären Therapieplätzen – der Konkurrenzkampf beginnt
  - Verdrängungswettbewerb wird zunehmen, einige Einrichtungen bleiben auf der Strecke.
- Frage der Zukunft: Können wir die nachweislich hohe Qualität unserer Behandlung in Deutschland beibehalten?
- Verlagerungen – Verkleinerung stationärer Einheiten, die in Anbetracht des geringen Pflegesatzes kaum wirtschaftlich arbeiten können
  - Konzeptentwicklung für die nächsten 5 bis 10 Jahre unter Berücksichtigung unklarer finanzieller Förderung
  - Expansion durch weitere Projekte, Kooperation mit anderen Trägern mit Synergieeffekten
  - Absicherung durch Pflichtleistungsvereinbarung und freie Angebote
  - Tendenz zur Intensivierung des Maßregelvollzugs und der PsychKG-Unterbringungen

- längere Inhaftierungszeiten, keine qualifizierte Suchtberatung in den Justizvollzugsanstalten
- Umsetzung SGB II
- Umsetzung SGB V, § 140 ff. = Integrierte Versorgung, was bedeutet, dass private Anbieter auf den „Markt“ drängen

#### **Frage 4**

*Welche Erwartungen haben Sie, wenn Sie an die Zukunft der Finanzierung von Suchthilfe denken?*

*a) Welche Entwicklungen halten sie für realistisch?*

- Grundversorgung der Produkte Krisenhilfe, Beratung, Prävention durch die Kommune mit geringer freiwilliger Förderung des Landes
- Abschluss eines Versorgungsvertrages für alle SGB V und SGB VI-Leistungen mit Komplexpauschalen
- Verringerung der Landesmittel, Ausbau der Reha-Behandlung, integrierte psychiatrische Versorgung möglichst mit Suchthilfe, Leistungsangebote im Rahmen von Hartz IV, Verringerung der kommunalen Mittel
- Rückzug der Kommunen aus der Pauschalfinanzierung
- Abschluss von Leistungsverträgen zur Umsetzung SGB II §§ 15,16, 17
- Erhöhung der Vergütungssätze von ambulanter Reha auf deutlich über 46 €/Therapieeinheit
- Ausschreibungen, um die Kosten noch weiter zu senken
- Ausweitung des ambulanten Angebots, auch ambulante Angehörigenarbeit
- Entwicklungen sind abhängig vom Zusammenschluss „Deutsche Rentenversicherung“ und von direkt in Berlin definierten Strukturanforderungen
- kostendeckende Pauschalfinanzierung aufgeteilt in Bereiche Beratung und Reha oder kostendeckende Gebührenordnung
- Kostenübernahme der Vermittlung in Reha von den RV und KV
- Umstrukturierungen, Zentralisierung (z. B. Bündelung von Ressourcen in „Behandlungszentren“)
- eindeutige Formulierung der Leistungsziele
- Abstimmung bezüglich der Vergütung der Leistungen
- Einrichtungen der Suchthilfe werden sich um andere Finanzierungsmöglichkeiten kümmern müssen
- Kürzung stationärer und ambulanter Therapieeinheiten
- zunehmende Medizinalisierung ohne Gegenfinanzierung
- wissenschaftlich nicht begründbare Reduzierung der Therapiezeiten

- verschärfte Arbeitsbedingungen der Mitarbeiter und Unterfinanzierung
- einheitliches qualitätsbezogenes Reha-Bewertungs- und Vergütungssystem

*b) Welche Entwicklungen würden Sie sich wünschen?*

- Kostendeckung, d. h. ca. 90,00 € je Einheit
- Budget für den ambulanten Bereich
- langfristige finanzielle Absicherung der Suchthilfe, um vor allem die ambulanten Angebote nach und nach noch weiter ausbauen zu können
- stärkere und ausreichende Finanzierung auch von anderen Kostenträgern (Rentenversicherungsträgern, Krankenkassen)
- aufgrund der Bedeutung der Suchtkrankenhilfe für die Gesundheit, Leistungsfähigkeit und Wertschöpfung, wäre ein eigenes Leistungsgesetz „Sucht“ wünschenswert
- der Wienbergschen Trias folgend, sollten alle Fachärzte für Allgemeinmedizin flächendeckend im Rahmen von Versorgungsverträgen Dipl.SozialarbeiterInnen, ErgotherapeutInnen und PsychologInnen einstellen und diese über eine koordinierte Bündelung aus Leistungen diverser Gesetze finanzieren.
- gezielte Unterstützung kleinerer, im Verbund arbeitender stationärer Einheiten durch höhere Pflegesätze,
- Finanzierung von festen Stellenanteilen bei ambulanter Reha
- Mitarbeitermotivation, z. B. durch entsprechende Vergütung der geforderten Zusatzqualifikation
- Konsiliardienst im Rahmen der Jobcenter bei geklärter Finanzierung
- Verstärkung des Rehabereiches
- trägerübergreifende Kooperationsverträge
  - engere Verzahnung verschiedener Angebote mit flexiblen Interventionsmöglichkeiten, verstärktes Case-Management
- transparentes Vergütungssystem
  - für das Erbringen bestimmter Leistungen oder Vorhalten von Strukturvoraussetzungen sollten Punkte verteilt werden, die schließlich den Pflegesatz ergeben
- einheitliches qualitätsbezogenes Reha-Bewertungs- und Vergütungssystem
- Standard halten
- Planungssicherheit durch Bestand von Verträgen
- fachlichen Argumenten offen gegenüberstehen und Verhandlungsinhalte nicht auf monetäre Kostenaspekte reduzieren

- Förderung teambezogener Fortbildung zum Zwecke der angleichenden Methodenarbeit
- Verlängerung der stationären/ambulanten Maßnahmen
- Ausbau der externen Suchtberatung in den JVA'en (Re-Installierung)
- Absicherung des sozialpolitischen Auftrages gemäß PsychKG durch öffentliche Finanzierung, adäquate Bezahlung der abrechenbaren Leistungen
- Förderung von Forschung zum so genannten „Rückfall“
- Abgabe eines Alkoholcents, der nur für die Suchtbehandlung und Prävention zur Verfügung stünde
- finanzielle Aufstockung der präventiven Maßnahmen
- RV-Träger wie die Deutsche Rentenversicherung Oldenburg-Bremen fördert „Sign“
  - bitte auch in enger Kooperation mit Fachstellen für Suchtprävention

### **Frage 5**

*Gibt es für Sie noch Bedarf für die Untersuchung bestimmter Fragestellungen, Themen, Probleme mit und in GÖS?*

- eine Antwort lautet „unklar“
- eine weitere „zur Zeit nicht“
- 10 x wird keine Angabe gemacht

Die übrigen 8 AntwortInnen (= 40 %) nennen folgende Aspekte:

- Problem der Vergleichbarkeit, da unterschiedliche Standards in Bremen und Oldenburg sowie zwischen BfA und LVA (Anm.: heute Deutsche Rentenversicherung Bund bzw. ihre Regionalträger),
- Untersuchung der Frage, ob eine Langzeitsubstitution wirtschaftlicher als ein Rehaverfahren mit vorgeschalteter Beratung /Motivation etc. ist
- Untersuchung des Rückfallgeschehens etc.
- Nutzerbefragung bzgl. Effektivität und Zufriedenheit, Bekanntmachung der Konzepte bei Vermittlern wie z. B. Hausärzten
- Nach welchen Hauptkriterien erfolgt die Verteilung auf ambulante und stationäre Behandlung?
- Gewichtung Sozialtherapien, med. Behandlung
- adäquate Finanzierung, größere Entscheidungsfreiheit zur Einsetzung der Mittel für die Leistungserbringer, EVS ist hier ein guter Ansatz

## Frage 6

*Gibt es Fragen oder Anmerkungen, die Sie an die Uni Oldenburg und deren wissenschaftliche Begleitung des Projekts richten möchten/ würden?*

- 13 x wird keine Angabe gemacht,
- eine Antwort lautet „nein“,
- eine weitere „zur Zeit nicht“

Die übrigen 5 Antworten (= 25 %) lassen sich wie folgt zusammenfassen:

- Werden alle verwaltungsrelevanten Anforderungen unter wirtschaftlichem Aspekt mitbedacht?
- Beachtung der unparteilichen Rolle

## 8.5 Zusammenfassende Einschätzungen und Konsequenzen aus den Ergebnissen der Befragung

Die Ergebnisse der ExpertInnenbefragung machen eine *Vielfalt und Vielzahl gesundheitsökonomischer Aspekte* deutlich, denen in der Suchthilfepraxis aktuell eine hohe Relevanz beigemessen wird. Es existieren von Seiten der Leistungsanbieter unterschiedlichste Vorstellungen über auf der einen Seite konkret zu erwartende und auf der anderen Seite wünschenswerte Veränderungen des Hilfesystems. Die in der Befragung gemachten Angaben lassen damit eine *Einschätzung zum derzeitigen Stand der Durchführung und Finanzierung der Suchthilfe* zu und ergänzen die Ergebnisse der Analysen in den anderen Untersuchungsbereichen der GÖS. Die Antworten geben insbesondere einen *Einblick in die individuelle Situation der an dem Behandlungsverbund EVS beteiligten Einrichtungen* – Schwierigkeiten, Herausforderungen – und die Wahrnehmung aktueller Entwicklungen durch die Befragten. Mit den wiedergegebenen Antworten werden *Ansatzpunkte für eine konstruktive Diskussion um die Weiterentwicklung*, ggf. notwendige Modifikationen *der Leistungsangebote* und Abstimmungsprozesse aufgrund von unterschiedlichen Kostenzuständigkeiten benannt.

Im Weiteren werden *ausgewählte Aspekte der Auswertung* nochmals herausgegriffen, da sie *exemplarisch die Situation der Suchthilfe* verdeutlichen:

Die *BA-Tarifbindung für das Personal* wurde angesprochen. Geprägt auch durch die Untersuchung der betriebsinternen Dokumente (Kapitel 6) wird deutlich, dass der BAT – heute Tarifvertrag öffentlicher Dienst (TVöD) – wie auch der AVR als Vergütungssysteme abgelöst bzw. aufgeweicht werden und

sich insofern Prozesse abzeichnen, die derzeit bundesweit in verschiedenen Arbeitsbereichen diskutiert werden.

Mit der Befragung sollte u. a. geklärt werden, welche *finanz- und leistungswirtschaftlichen Maßnahmen* in den Suchthilfeeinrichtungen angewendet werden. In den Antworten finden sich *keine Angaben zu Instrumenten der Kostenleistungsrechnung (KLR)*. In Kapitel 6 wurde bereits herausgearbeitet, dass eine KLR derzeit nicht zum Standard des Controllings in den EVS-Einrichtungen gehört; dies wird in der ExpertInnenbefragung bestätigt. Gleichwohl kommen die Leistungsanbieter den unterschiedlichen Auflagen seitens der Kosten-/Leistungsträger zum Nachweis und zur Auswertung der geleisteten Arbeit nach.

Hinsichtlich des bestehenden *Forschungsbedarfs zur Finanzierung der Suchthilfe* wird angemerkt, dass die Vergleichbarkeit der Einrichtungen nicht gegeben ist, da unterschiedliche „Standards“, z. B. regionale Besonderheiten, in Bremen und Oldenburg sowie zwischen beteiligten Leistungsträgern bestehen. Die vorliegende Untersuchung berücksichtigt diese Umstände; da es in GÖS um die *Beschreibung einer gesamten Versorgungsregion* geht, treten Einzelheiten hinter die Einschätzung zur Situation des Verbundes zurück. Es sei an dieser Stelle darauf hingewiesen, dass die Fragebögen über diese abstrakte Aussage hinaus keine konkreten Angaben zu divergenten Auflagen u. a. enthalten.

Mit Blick auf die Frage nach weitergehendem Forschungsbedarf im Kontext der Gesundheitsökonomischen Studie muss festhalten werden, dass die Frage, ob eine Langzeitsubstitution wirtschaftlicher als ein Rehabilitationsverfahren mit vorgeschalteter Beratung/Motivation sei, oder aber das Thema Rückfallgeschehen nicht zum Untersuchungsgegenstand der Studie gehören. Die Frage, nach welchen Hauptkriterien die Verteilung auf ambulante und stationäre Behandlung erfolgt, wird ebenfalls nicht im Rahmen von GÖS behandelt. In Ansätzen wurde dies in den EVS-Studien geprüft und auf die Notwendigkeit weiterer Forschung bereits hingewiesen.<sup>1</sup>

---

1 Vgl. dazu die Publikationen der Projektgruppe, insbesondere: Tielking, K./Kuß, G. (2003): Vernetzung von Behandlungsangeboten in der Rehabilitation Alkoholabhängiger: theoretische Ansatzpunkte und praktische Erfahrungen. Abschlussbericht zum Modellprojekt Alkoholentwöhnung im Verbundsystem (EVS). Oldenburg; Tielking, K./Ratzke, K. (2004): Standards für Verbundarbeit in der Suchtkrankenhilfe. Oldenburg.

Die Frage danach, ob alle *verwaltungsrelevanten Anforderungen unter wirtschaftlichem Aspekt in der GÖS* mitbedacht werden, muss verneint werden. Die Arbeit in GÖS erfolgt grundsätzlich dem Anspruch einer umfassenden und detaillierten *Ermittlung der Kosten und Leistungen auf der Basis der Informationen, die die Akteure der Suchthilfe zur Verfügung stellen*. In Anbetracht des komplexen Arbeitsfeldes und forschungsökonomischer Gründe kann nur eine Auswahl von Fragestellungen – u. a. zu Abläufen und Inhalten der Arbeit im Verbund – in der Untersuchung berücksichtigt werden.

Bei Betrachtung der Gesamtheit der Antworten erweist sich die Einschätzung als dominant, dass die *derzeitige Situation* geprägt sei von *steigenden Qualitätsanforderungen bei gleichbleibender Finanzierung*. Hier leistet die GÖ-Studie insgesamt einen Beitrag, die Hintergründe transparenter zu machen und eine Situationsbeschreibung durch weitere wissenschaftliche Nachweise zu untermauern.

Die Auswertung verdeutlicht auch, dass die Fragebögen durch *unterschiedliche Funktionsgruppen* innerhalb des Suchthilfesystems beantwortet wurden. In den Antworten werden unterschiedliche Perspektiven auf den Gegenstand, bspw. eine primäre Praxisorientierung oder aber ein verwaltungsseitiger Bezug, deutlich. Vor diesem Hintergrund sind in den Antworten *verschiedene Erwartungen und Vorstellungen über die Entwicklung der Suchthilfe* formuliert worden.

## 9 Qualitätsentwicklung im Rahmen der EVS

### 9.1 Zur Qualitätszirkelarbeit: Häufigkeit, Teilnahme, Themen und Verselbständigung der Qualitätsentwicklung

Die mit den EVS-Studien initiierte und forcierte Qualitätsentwicklung im Verbund ist auch im Verlauf der GÖ-Studie fortgesetzt worden. Mit diesem Vorgehen in der Studie sollte verdeutlicht werden, dass Qualitätsentwicklung und gesundheitsökonomische Fragestellungen untrennbar miteinander verbunden sein sollten und die Qualitätsentwicklung keinesfalls hinter reine Kostenbetrachtungen zurückgestellt werden darf.

Die Qualitätszirkelarbeit, wurde von den Beteiligten bereits während der Modellphase und in der Einführung der EVS als Regelversorgung als „Herzstück“ des Verbundkonzepts verstanden (vgl. Tielking/Kuß 2003: 31; Tielking/Ratzke 2004: 100). Als Basis der Qualitätsentwicklung im Rahmen der EVS ist die Qualitätszirkelarbeit deshalb während der Laufzeit der GÖS *kontinuierlich und für alle EVS-Einrichtungen verbindlich* weitergeführt worden. Hierbei war die AG Devianz damit betraut, die Vor- und Nachbereitung sowie die Moderation der Sitzungen durchzuführen.

*Zwischen dem 1. Juni 2004 und dem 31. Mai 2006 fanden insgesamt zwölf Qualitätszirkelsitzungen statt. Nach dem offiziellen Ende der GÖS-Projektlaufzeit wurden bereits eine weitere QZ-Sitzung im Juli sowie ein Fachtag im September 2007 durchgeführt, für November 2006 ist ein weiterer QZ geplant.*

Während der Projektlaufzeit wurde die QZ-Arbeit umstrukturiert und qualitativ gravierend verändert. Während der Einführung der EVS als Regelversorgung wurden die QZ-Sitzungen zunächst in drei, später in einem so genannten „Bremer QZ“ und einem „Oldenburger QZ“ durchgeführt, im August 2005 wurde der Beschluss gefasst, die beiden QZ zusammenzulegen und künftig nur noch in einem „EVS-QZ“ zu arbeiten.

Weiterhin machte die Deutsche Rentenversicherung Oldenburg-Bremen deutlich, dass die bisherige Form der kontinuierlichen Beteiligung von VertreterInnen der Deutschen Rentenversicherung im QZ aus unterschiedlichen Gründen (u. a. Selbstverantwortung der Leistungsanbieter für die Qualitäts-

entwicklung im Verbund, personelle Ressourcen der Deutschen Rentenversicherung) nicht fortgesetzt wird. Für die weitere QZ-Arbeit kann die Teilnahme der Deutschen Rentenversicherung jedoch bei Bedarf realisiert werden, dieser ist im Vorfeld der Sitzungen durch die Leistungsanbieter bzw. die AG Devianz zu signalisieren.

Die Entscheidung über die Ausgestaltung der zukünftigen QZ-Arbeit wurde durch die Diskussion verschiedener begleitet:

1. Die Deutsche Rentenversicherung richtet, zunächst auf fünf Jahre befristet, eine Vollzeitstelle ein: „Koordinator Reha Sucht“.
2. Die TeilnehmerInnen führen den QZ selbständig in Eigenregie weiter.
3. Die TeilnehmerInnen finanzieren externe ModeratorInnen, die Sitzungsfrequenz sollte unter Beteiligung der Deutschen Rentenversicherung auf drei Runden in einem QZ aller EVS-Einrichtungen pro Jahr reduziert werden.
4. Lenkungsgruppe mit einer kleineren Anzahl von TeilnehmerInnen zur Fortsetzung der Strategieentwicklung sowie QZ als Fallbesprechungen

Aus der Diskussion dieser Alternativen wurde folgender *Beschluss* herbeigeführt:

- der „Bremer QZ“ und der „Oldenburger QZ“ werden ab November 2005 zu einem „EVS-QZ“ zusammengelegt
- im QZ ist jede Einrichtung durch eine Person (LeiterIn oder StellvertreterIn) vertreten, um die Zahl der TeilnehmerInnen überschaubar zu halten und arbeitsfähig zu bleiben
- der EVS-QZ tagt dreimal im Jahr.
- Tagungsort ist die Deutsche Rentenversicherung Oldenburg-Bremen in Oldenburg
- eine weitere EVS-Veranstaltung als Fachtag mit MitarbeiterInnen und TrägervertreterInnen wird für sinnvoll und wünschenswert gehalten und soll nach Bedarf durchgeführt werden
- die QZ-Teilnehmenden entscheiden sich einstimmig für die Durchführung der QZ-Arbeit mit externer Moderation anstatt der in Eigenregie zu organisierenden QZ

Die während der GÖS erarbeitete Vereinbarung über die Modalitäten der QZ-Arbeit in EVS wurde zunächst für das Jahr 2006 getroffen. Als Novum ist das mit EVS angestrebte Ziel hervorzuheben, dass die Leistungsanbieter die

externe Moderation seit 2006 auf eigene Rechnung finanzieren. Damit haben die EVS-Einrichtungen für die Qualitätsentwicklung erneut Verantwortungsbereitschaft dokumentiert und den seitens der Deutschen Rentenversicherung Oldenburg-Bremen intendierten Verselbständigungsprozess im Rahmen der EVS-Qualitätsentwicklung befördert. Mit der externen Moderation im Jahr 2006 wurde wiederum die AG Devianz an der Universität Oldenburg beauftragt. Für die Zukunft soll der Einsatz alternativer ModeratorInnen geprüft werden.

Mit zuletzt 23 TeilnehmerInnen hat der QZ eine Größe erreicht, die grundsätzlich nicht mehr akzeptablen Kriterien entspricht; hier geht man von maximal zehn bis zwölf Personen aus (vgl. Loffig 2005; Tielking/Kuß 2001: 78 ff. und 148 ff.). Gleichwohl galt es in Anbetracht der zeitlichen Intensität der Sitzungen (je drei Stunden alle drei Monate) und der Tatsache, dass die Kliniken an allen QZ-Sitzungen beteiligt waren, eine ressourcenökonomisch vertretbare Lösung zu finden. Hierbei ist es gelungen, die bisherige, konstruktive Arbeitsatmosphäre zu erhalten: relevante Themen konnten erörtert, Beschlüsse herbeigeführt und für alle verbindlich umgesetzt werden. Für die Zukunft stellen die Größe des QZ und die Modalitäten der Zusammenarbeit eine große Herausforderung dar.

Im QZ wurde vorrangig zu *kooperationsrelevanten Themen* gearbeitet. Hierbei wurden insbesondere Veränderungen der beteiligten Einrichtungen bekannt. Einen besonderen Stellenwert nahmen Themen im Kontext der Realisierung der EVS ein, wie persönliche Übergabegespräche und das modulare Berichtswesen, aber auch Fallbesprechungen, in denen eine Abstimmung mit dem Leistungsträger oder den entsprechenden WeiterbehandlerInnen erzielt werden konnte. Die nachfolgende Übersicht enthält die wesentlichen in den QZ-Sitzungen behandelten Themen, die den Rubriken „Deutsche Rentenversicherung Oldenburg-Bremen“, „Leistungsanbieter“ und „Weiteres“ zugeordnet sind.

#### *Deutsche Rentenversicherung Oldenburg-Bremen*

- Positionen der Deutschen Rentenversicherung Oldenburg-Bremen zur medizinischen Reha von Abhängigkeitskranken
- Stand der Organisationsreform der Deutschen Rentenversicherung
- Verlängerungsanträge über 52 Wochen hinaus
- EVS-Berichtswesen
  - Vorgaben zur Erstellung eines ambulanten EVS-Abschlussberichts, VDR-Änderungen

- Änderungen der Reisekostenverordnung und Auswirkungen auf die EVS
- Rückmeldungen aus der Sachbearbeitung der Deutschen Rentenversicherung

### *Leistungsanbieter*

- Selbstvorstellung der teilnehmenden Einrichtungen und Information über interne Veränderungen
- Akkreditierung der QZ-Arbeit bei der Psychotherapeutenkammer Niedersachsen (AKK)
- Flexible Behandlungsverläufe im Verbundsystem EVS
- Indikationskriterien für Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen
  - Überblick über die AWMF-Behandlungsleitlinie zur Postakutbehandlung alkoholbezogener Störungen
  - Vorstellung und Diskussion von Fallbeispielen im Rahmen von Kombi-Therapien
- Definition und Inhalte der Indikationsphase
- EVS-Berichtswesen
  - Abstimmung stationärer Entlassungsbericht mit ambulantem Abschlussbericht – Vereinheitlichung des Verfahrens
  - Leistungsbeurteilung/Ärztliches Gutachten
- Persönliche Übergabegespräche
  - Dokumentation der Übergabegespräche
  - EVS-Übergabegespräche – Stand der Realisierung einer „web-cam-Pilotphase“
- Arbeit, Beruf und Arbeitslosigkeit als Themen in der medizinischen Rehabilitation von Alkoholabhängigen
  - Vorstellung von Projekten und Diskussion zu Möglichkeiten der Verzahnung von ambulanten und stationären arbeits- und berufsbezogenen Angeboten in EVS
  - Betriebliches Gesundheitsmanagement und Case-Management
  - Aktuelle Entwicklungen vor dem Hintergrund des SGB II und des

### **SGB XII**

- Checkliste EVS
- Zugangswege der KlientInnen zur „EVS-Kostenbewilligung“ (u. a. Fachstelle, Akutkrankenhaus, Krankenkasse, Betrieb)
- Gemeinsame EVS-Initiative zur Kooperation mit den Job-Centern
- Planung des EVS-Fachtages

- Zukunft der EVS
  - Überlegungen aus dem Kreis der Leistungsanbieter zur künftigen QZ-Arbeit
  - Organisation der EVS-QZ-Arbeit

#### *Weiteres*

- Informationen zur Studie „Gesundheitsökonomische Aspekte der Verbundarbeit in der Suchtkrankenhilfe (GÖS)“
- Information über das Modellprojekt der Deutschen Rentenversicherung Braunschweig-Hannover und der Lukas Werk Suchthilfe gGmbH und ihrer Kooperationspartner zur „Modularen Kombinationstherapie im regionalen Therapieverbund“
- Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF)
- Aktuelle Entwicklungen zur Verbundarbeit in Niedersachsen
  - NLS-Ad-hoc-AG „Organisation von Verbänden“
  - Überblick über neue Verbände der EVS-Einrichtungen

Die aufgeführten Themen wurden bei Bedarf zum Teil wiederkehrend erörtert. Zu jeder QZ-Sitzung liegen von der AG Devianz erstellte Ergebnisprotokolle vor, die den teilnehmenden Einrichtungen zur Verfügung gestellt wurden, um insbesondere die verbindliche Umsetzung der Beschlüsse und die Information der MitarbeiterInnen zu unterstützen. Nachfolgend werden ausgewählte Ergebnisse der QZ-Arbeit zusammengefasst, um die Qualitätsentwicklung in der EVS aus den letzten zwei Jahren weiter transparent zu machen.

## **9.2 Ergebnisse der Qualitätszirkelarbeit**

### *9.2.1 Neue Kooperationspartner und Formen der Zusammenarbeit in der EVS*

Im Verlauf der letzten zwei Jahre hat sich der Verbund erneut verändert; zwei ambulante Leistungsanbieter sind hinzugekommen, eine ambulante Einrichtung ist ausgeschieden. Als neue EVS-assozierte Einrichtungen nehmen die Fachstellen für Sucht und Suchtprävention Release e. V. Stuhr und des Diakonischen Werks Achim/Verden seit November 2005 an der Verbundarbeit teil. Die geographische Lage der Einrichtungen und die Zahl gemeinsamer PatientInnen mit den EVS-Kliniken begründet die Teilnahme am Verbund,

obgleich sie regional dem Zuständigkeitsbereich der Deutschen Rentenversicherung Braunschweig-Hannover angehören. Die beiden Fachstellen gelten als EVS-assoziiert, da kein Kooperationsvertrag unterschrieben, aber eine schriftliche Vereinbarung über die Einhaltung der EVS-Standards geschlossen wurde. Mit Blick auf die Arbeitsfähigkeit des QZ wird betont, dass eine Ausweitung des EVS-Verbundes auf weitere Einrichtungen abzuwägen ist, um die Arbeitsfähigkeit des Kreises zu erhalten. Von Seiten der Deutschen Rentenversicherung Oldenburg-Bremen wird die Beteiligung weiterer Leistungsanbieter, die einen Aufnahmeantrag zur EVS an die Deutsche Rentenversicherung Oldenburg-Bremen richten, grundsätzlich positiv bewertet. Ausschlaggebend ist hierbei allerdings die Organisation der Zusammenarbeit, die zwischen den Beteiligten abzustimmen ist.

Die Ge.on Team GmbH ist zum 31. März 2005 aus dem EVS-Vertrag ausgeschieden. Damit beläuft sich 2006 die Gesamtzahl der EVS-Einrichtungen auf 23 Leistungsanbieter. Davon sind 17 ambulante (davon zwei assoziierte Einrichtungen) und sechs stationäre Rehabilitationseinrichtungen vertreten.

Im Jahr 2005 wurde von Seiten der EVS-Leistungsanbieter ein Antrag auf Akkreditierung (AKK) bei der Psychotherapeutenkammer Niedersachsen gestellt und bewilligt. Damit sind die QZ-Sitzungen als Fortbildungsveranstaltung der Psychotherapeutenkammer Niedersachsen anerkannt. Für vier Veranstaltungen wurden 20 Fortbildungspunkte im Jahr bewilligt. Die Buchung der Punkte erfolgt online, eine Bescheinigung in Papierform ist möglich. Der Nachweis der Teilnahme wird in jeder QZ-Sitzung per Unterschrift bestätigt. Die Gebühr von 25 € pro Jahr wird von Seiten der beteiligten Leistungsanbieter übernommen. Die Organisation dieses Verfahrens wechselt zwischen den beteiligten Leistungsanbietern und wird auch in 2006 fortgesetzt.

Im Jahr 2005 erörterten die Deutsche Rentenversicherung Oldenburg-Bremen und die AG Devianz der Universität Oldenburg die Möglichkeiten der Zusammenarbeit mit der Betrieblichen Suchtberatung der Airbus Deutschland in Hamburg. Begünstigt durch die geographische Nähe der Airbus Standorte Bremen, Nordenham und Varel zu den Einrichtungen des EVS-Verbundes wurde vier MitarbeiterInnen der Sozialberatungen, nach Prüfung und Anerkennung ihrer Qualifikation durch die Deutschen Rentenversicherung Oldenburg-Bremen, die Möglichkeit eröffnet, Sozialberichte für EVS-Maßnahmen zu erstellen.

Airbus Deutschland wurde damit 2006 an das EVS-Verfahren gekoppelt, ohne damit vertraglich festgelegter, vollständiger EVS-Kooperationspartner zu sein. Es wurde ausdrücklich darauf hingewiesen, dass die Anerkennung im Einzelfall und personengebunden aufgrund der von Seiten der Deutschen Rentenversicherung Oldenburg-Bremen geprüften Qualifikationen erfolgte. Die Erstellung des Sozialberichtes durch die innerbetrieblichen SuchtberaterInnen und die weitere Einleitung einer Leistung zur Teilhabe soll grundsätzlich in enger Zusammenarbeit mit der örtlich zuständigen Fachstelle Sucht erfolgen, in der die Behandlungsleitung für die EVS-Maßnahme angesiedelt ist. Die entsprechenden Fachstellen haben vor diesem Hintergrund Kontakt zu den betrieblichen Suchtberatungen aufgenommen und die Kooperation abgestimmt. VertreterInnen von Airbus Deutschland sind 2006 in eine QZ-Sitzung eingeladen worden.

Des Weiteren kam es regional zwischen Fachstellen und Akutkrankenhäusern zu neuen Kooperationsverträgen im Rahmen der Integrierten Versorgung. Auch gab es verschiedene Initiativen zur stärkeren Einbindung der Selbsthilfe in die EVS (u. a. Vortrag auf dem Gesamttreffen der Kontakt- und Informations-Stelle für Selbsthilfe – KISS – Varel).

### 9.2.2 *Finanzierungsmodalitäten der Übergabegespräche*

Im Frühjahr 2005 wies die Deutsche Rentenversicherung Oldenburg-Bremen die Leistungsanbieter nochmals gesondert darauf hin, dass mit dem Dritten Gesetz für moderne Dienstleistungen am Arbeitsmarkt § 53 SGB IX (Reisekosten) zum 1. Januar 2004 ein Absatz 4 angefügt wurde, der folgenden Wortlaut enthält:

„(4) Als Fahrkosten ist für jeden Tag, an dem der behinderte oder von Behinderung bedrohte Mensch den Ort der Ausführung der Leistung aufsucht, eine Entfernungspauschale für jeden vollen Kilometer der Entfernung zwischen Wohnung und Ausführungsort von 0,36 € für die ersten zehn Kilometer und 0,40 € für jeden weiteren Kilometer anzusetzen. Bei einer erforderlichen auswärtigen Unterbringung ist für die An- und Abreise sowie für Familienheimfahrten nach Abs. 2 eine Entfernungspauschale von 0,40 € für jeden vollen Kilometer der Entfernung zwischen dem Ort des eigenen Hausstands und dem Ort der Ausführung der Leistung anzusetzen. Für die Bestimmung der Entfernung ist die kürzeste Straßenverbindung maßgebend. Kosten für Pendelfahrten können nur bis zur Höhe des Betrags übernommen werden, der bei unter Berücksichtigung von Art oder Schwere der Behinderung zumutbarer

auswärtiger Unterbringung für Unterbringung und Verpflegung zu leisten wäre.“

Aufgrund der gesetzlichen Neuregelung wurden die gemeinsamen Grundsätze der Rentenversicherungsträger zur Erbringung von Reisekosten im Zusammenhang mit Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und zur Teilhabe am Arbeitsleben und sonstigen Leistungen (Reisekostengrundsätze) ebenfalls geändert. Für Rehabilitanden werden von der Deutschen Rentenversicherung Oldenburg-Bremen die nachfolgenden Erstattungsregelungen festgelegt:

#### *Öffentliche Verkehrsmittel*

1. Kosten für die Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel werden bei Vorlage der entsprechenden Belege erstattet. Der Versicherte ist darauf hinzuweisen, dass beim Kauf der Fahrkarte alle möglichen Vergünstigungen zu nutzen sind.
2. Sofern von der Deutschen Rentenversicherung für die An-/Abreise eine Begleitperson bewilligt wurde, sind auch für diese Person die nachgewiesenen Kosten für die Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel zu erstatten.
3. Die nachgewiesenen Auslagen für das Befördern von bis zu zwei notwendigen persönlichen Gepäckstücken werden erstattet.

#### *Entfernungspauschale*

*Hinweis:* In Anlehnung an das Steuerrecht sind über die Entfernungspauschale die Kosten sowohl für die Hin- als auch für die Rückfahrt abgegolten. Die Mitnahmeentschädigung ist weggefallen.

1. Stationäre medizinische Leistungen zur Rehabilitation:  
Bei einer erforderlichen auswärtigen Unterbringung ist für die An- und Abreise sowie für Familienheimfahrten eine Entfernungspauschale in Höhe von 0,40 € für jeden vollen Kilometer der Entfernung zwischen dem Ort des eigenen Hausstands und dem Ort der Ausführung der Leistung anzusetzen (d. h. einfache Fahrt!).  
Für die Bestimmung der Entfernung ist jeweils die kürzeste Straßenverbindung maßgebend. Die Ermittlung erfolgt über Routenplaner.  
Volle Kilometer heißt, dass nicht aufgerundet wird.
2. Direktverlegung aus dem Krankenhaus:  
Wird die Entwöhnungsbehandlung nach einer Akutbehandlung (Entgif-

tung) aus dem Krankenhaus heraus angetreten und erfolgt eine Rückreise an den Wohnort, wird die Entfernungspauschale aus dem Durchschnitt der zurückgelegten Kilometer errechnet:

(Entfernung Krankenhaus-Rehabilitationsstätte + Entfernung Rehabilitationsstätte-Heimatort): 2 = durchschnittliche Entfernung x (Entfernungspauschale) 0,40 €

3. Teilstationäre medizinische Leistungen zur Rehabilitation:

Wird die Rehabilitation in teilstationärer (ambulanter) Form durchgeführt, ist die Entfernungspauschale für jeden Tag, an dem der Versicherte den Ort der Ausführung der Leistung aufsucht, zu leisten.

Sie ist für jeden vollen Kilometer der Entfernung zwischen Wohnung und Ausführungsort mit 0,36 € für die ersten 10 Kilometer und 0,40 € für jeden weiteren Kilometer anzusetzen (d. h. auch hier einfache Fahrt).

4. Mietwagen/Krankentransport:

Ist die Benutzung eines regelmäßig verkehrenden Beförderungsmittels wie auch eines Kraftfahrzeuges wegen Art oder Schwere der Behinderung nicht möglich oder nicht zumutbar, so sind die Kosten für die Inanspruchnahme eines besonderen angemessenen Beförderungsmittels (z. B. Taxi oder Krankenwagen) zu erstatten. Die Frage der Angemessenheit richtet sich nach den Umständen des Einzelfalles und ist ggf. durch eine ärztliche Bescheinigung nachzuweisen.

5. Begleitpersonen:

a) Die Entfernungspauschale wird sowohl für den Versicherten als auch für die Begleitperson gezahlt, wenn die Begleitperson lediglich für die An- und Abreise (medizinisch) erforderlich ist und die Fahrten mit einem Kraftfahrzeug durchgeführt werden (Begleitperson muss zweimal anreisen!).

Gesamterstattung hier:

einfache Strecke x (Entfernungspauschale) 0,80 €.

b) Wenn für eine Begleitperson die medizinische Notwendigkeit nur für die An- oder Abreise anerkannt wird, so erhält der Versicherte die volle Entfernungspauschale zuzüglich der halben Entfernungspauschale für die Begleitperson.

Gesamterstattung hier:

einfache Strecke x (Entfernungspauschale) 0,60 €.

c) Erfolgt die Begleitung zur Einrichtung von einem Mitarbeiter einer anerkannten Beratungsstelle, so sind diese Kosten direkt bei der Deut-

schen Rentenversicherung Oldenburg-Bremen zu beantragen. In der Regel bestehen Vergütungsvereinbarungen zwischen dem Träger der Beratungs- und Behandlungsstelle und dem Kostenträger der Leistungen. Erfolgt die Rückfahrt aus der Rehabilitationsstätte mit dem PKW (z. B. Abholung durch Angehörige) wird die Kilometerpauschale, begrenzt auf die Hälfte der einfachen Fahrt, zu Grunde gelegt:

Gesamterstattung hier:

einfache Strecke x (Entfernungspauschale) 0,20 €

d) Wird für die Anreise ein öffentliches Verkehrsmittel in Anspruch genommen (einfache Fahrt) und erfolgt die Rückreise mit einem Pkw (vermutlich mit Begleitperson), ohne dass dafür eine medizinische Notwendigkeit vorliegt erfolgt die Erstattung der Fahrkosten wie folgt:

einfache Strecke x (Entfernungspauschale) 0,40 € abzüglich der nachgewiesenen Kosten für einfache Fahrt öffentliche Verkehrsmittel?.

*Für die EVS gelten mit Blick auf die Durchführung von Übergabegesprächen zusätzliche Regelungen:*

1. Im EVS-Verfahren wird bei einem Wechsel der Behandlungsform eine persönliche Übergabe durchgeführt. Die Erstattung der Fahrkosten erfolgt in diesen Fällen in Höhe von 0,40 € je vollem Kilometer für die einfache Entfernung zwischen den beteiligten Einrichtungen. Erfolgt ein weiterer Wechsel der Behandlungsform sind erneut 0,40 € je vollem Kilometer für die kürzeste einfache Entfernung zwischen den beteiligten Einrichtungen zu erstatten.
2. Wird der erste Wechsel mit Begleitperson durchgeführt, die spätere „Rückverlegung“ jedoch ohne Begleitung, werden für die Rückfahrt die Kosten für öffentliche Verkehrsmittel bzw. in Höhe von 0,20 € je vollem Kilometer für die einfache Entfernung erstattet.
3. Erfolgt im Ausnahmefall ein Wechsel der Behandlungsform ohne persönliche Übergabe, werden Fahrkosten in Höhe von 0,40 € je vollem Kilometer für die einfache Entfernung zwischen den beteiligten Einrichtungen erstattet. Die Rückfahrt ist mit diesem Betrag ebenfalls abgegolten.

Die *Finanzierungsmodalitäten der Übergabegespräche* waren sowohl in den Qualitätszirkelsitzungen wie auch auf dem EVS-Fachtag im Juni 2005 (vgl. Kapitel 9.3.1) ein kontrovers diskutiertes Thema. Aufgrund der positiven Ergebnisse der EVS-Modellphase – Übergabegespräche als ein „Herzstück“ (Tielking/Kuß 2003: 268) – wurde in der Einführung der EVS als

Regelversorgung von Seiten der Deutschen Rentenversicherung Oldenburg-Bremen daran festgehalten, die *Übergabegespräche auch weiterhin regelhaft persönlich* durchzuführen und *nur in Ausnahmefällen telefonische oder gar keine Übergabegespräche* zu akzeptieren. Dies stellt in Anbetracht der deutlich gestiegenen Zahl der VerbundteilnehmerInnen in EVS für die Leistungsanbieter ablauforganisatorisch wie auch finanziell eine große Herausforderung dar. Von Seiten der Leistungsanbieter wurde darauf verwiesen, dass die in der Einführungsphase der Regelversorgung EVS vereinbarte Finanzierung nicht kostendeckend sei und eine verbesserte Finanzierung gefunden werden müsse.

Diesem Anliegen kam die Deutsche Rentenversicherung Oldenburg-Bremen nach, indem verschiedene Finanzierungsmodelle für die Übergabegespräche entwickelt und erörtert wurden, schließlich wurde eine neue Finanzierung der Übergabegespräche vereinbart. Hierbei handelt es sich um eine *gestaffelte Form der Vergütung*, bei der die Entfernungen zwischen den Leistungsanbietern in der Versorgungsregion Berücksichtigung finden.

Mit *Wirkung zum 1. Juni 2005* wurde ausgehend von einer aus dem Kreis der Verbundpartner angeregten Initiative die Vergütung der *persönlichen Übergabegespräche* modifiziert. Analog zu der Vergütung einer Therapieeinheit mit 46 € werden bis zu 184 € plus Fahrtkosten erstattet. Die *gestaffelte Vergütung* der persönlichen Übergabegespräche ist grundsätzlich wie folgt gestaltet:

- bis 30 Kilometer = 2 TE zzgl. Fahrtkosten
- bis 50 Kilometer = 3 TE zzgl. Fahrtkosten
- über 50 Kilometer = 4 TE zzgl. Fahrtkosten

Zu diesen Basisvergütungen werden die Fahrtkosten ergänzt, so dass zu den jeweiligen Entfernungen zwischen Fachstelle und Klinik die Gesamtsummen ausgewiesen werden.

Zur besseren Zuordnung der tatsächlichen Berechnungssätze entwickelte die AG Devianz eine *Synopse*, der die

- Entfernungen zwischen Fachstelle Sucht und Fachklinik
- Fahrtzeit zwischen Fachstelle Sucht und Fachklinik sowie
- der Vergütungssatz (gestaffelte Vergütung und Fahrtkosten)

zu entnehmen sind (vgl. dazu folgende Abbildung der ersten Seite der Synopse).

**Synopse:****„Ambulanzen-Kliniken: Fahrtzeit, Distanz in Kilometern und Kosten gemäß gestaffeltem EVS-Vergütungsmodell“**

(Angaben sind über den Routenplaner falk.de ermittelt worden und unterstellen die Nutzung der schnellsten (ggf. kürzesten) Strecke und eines in der Leistung mittleren PKW)

EVS-Einrichtungen	Fachklinik St. Marienstift – Dammer Berge	Fachklinik Oldenburger Land – Abt. Otener Straße	Fachklinik Oldenburger Land – Abteilung "To Hus"	Fachkrankenh aus Moorpen-sion	Vitus-Stift	Fachklinik Fredeburg	Klinikum Bremen-Ost	Klinikum Bremen-Nord
1. Anonyme Drogenberatung Deimerhorst	00:57 Std. 91,1 km → 220,40 €	0:28 Std. 42,5 km → 154,80 €	0:37 Std. 42,1 km → 154,80 €	1: 22 Std. 65,7 km → 210 €	0:47 Std. 49 km → 157,60 €	03:04 Std. 301,2 km → 304,40 €	00:31 Std. 38km → 153,20 €	00:47 Std. 43,5 km → 155,20 €
2. AWO Suchtbera-tungszentrum Bremerhaven	1:41 Std. 185,9 km → 258 €	01:21 Std. 79 km → 215,60 €	01:21 Std. 131,8 km → 236,40 €	2:07 Std. 156 km → 246,40 €	01:32 Std. 138,8 km → 239,20 €	03:50 Std. 388,5 km → 339,20 €	00:52 Std. 83,6 km → 217,20 €	00:47 Std. 59,2 km → 207,60 €
3. Fachstelle Sucht Stiftung Edith Stein	00:52 Std 59,9 km → 207,60 €	00:42 Std. 49,9 km → 157,60 €	00:47 Std. 48,2 km → 157,20 €	01:30 Std. 72,8 km → 212,80 €	00:42 Std. 49,9 km → 102,80 €	02:59 Std. 264,9 km → 289,60 €	01:00 Std. 84,4 km → 217,60 €	01:18 Std. 114,7 km → 229,60 €
4. Fachstelle Sucht Landkreis Ammerland	01:10 Std 106,2 km → 226,40 €	00:19 Std. 17,4 km → 98,80 €	00:55 Std. 53,1 km → 205,20 €	01:48 Std. 119,2 km → 231,60 €	00:61 Std. 74,2 km → 213,60 €	03:17 Std 311,3 km → 308,40 €	01:02 Std. 87,5 km → 218,80 €	01:18 Std. 93 km → 221,20 €
5. Fachstelle Sucht Landkreis Oldenburg	00:42 Std 70 km → 212 €	00:54 Std. 33,9 km → 151,20 €	00:13 Std. 8,5 km → 95,20 €	01:15 Std. 50,1 km → 204 €	00:19 Std. 11,8 km → 96,40 €	02:30 Std. 275,1 km → 294 €	00:36 Std. 52,7 km → 204,80 €	00:54 Std. 83 km → 217,20 €

Abb. 35: Synopse zur Vergütung der persönlichen Übergabegespräche – Seite 1

Mit der gestaffelten Vergütung der persönlichen Übergabegespräche ist es allen Beteiligten gelungen, die persönlichen Übergabegespräche und damit den für den Behandlungserfolg so wichtigen Kontakt zwischen den ambulanten, stationären TherapeutInnen und den PatientInnen auch in Zukunft zu ermöglichen. Die regelhafte Durchführung wird im weiteren Verlauf von folgenden Faktoren, die fortdauernd zu thematisieren sind, abhängen:

- *Kostendeckung* zwischen personellem Aufwand und erzielten Einnahmen
- *Personelle Situation* in den Rehabilitationseinrichtungen  
Insbesondere kleinere Einrichtungen können die Abwesenheit von TherapeutInnen nur begrenzt kompensieren, auch führen Vertretungssituationen bei Urlaub und Krankheit zu Organisationsproblemen. In den Kliniken wird in Zukunft bei einem höheren PatientInnenvolumen aus Kombi-behandlungen zu klären sein, wie sich die Ablauforganisation für diese Anforderung optimal gestalten lässt.
- Die Durchführung muss durch eine *Kontrolle* und einen *Erfahrungsaus-tausch über den Nutzen* der persönlichen Übergabegespräche begleitet werden.

Insbesondere der letztgenannte Aspekt ist als Auftrag an Praxis und For-schung zu verstehen, um weitere Nachweise zur Wirksamkeit von Übergabe-

gesprächen im Rahmen von Kombinationsbehandlungen zu gewinnen. Des Weiteren sind Alternativen, wie z. B. web-cam-gestützte Übergabegespräche zu prüfen und zu untersuchen.

### 9.2.3 *Neuerungen im Antragsverfahren*

Für die Sachbearbeitung der Deutschen Rentenversicherung Oldenburg-Bremen wurden mit einer *Tischvorlage zum EVS-Verfahren* die grundlegenden Aspekte der „Alkoholentwöhnung im Verbundsystem (EVS)“ zusammengestellt. Die zweiseitige „Kurzbeschreibung ausgewählter Grundlagen der Regelbehandlung Alkoholentwöhnung im Verbundsystem (EVS) zur Nutzung im Antrags- und Bewilligungsverfahren der Deutschen Rentenversicherung Oldenburg-Bremen“ ermöglicht der Sachbearbeitung eine Übersicht über die Eckpunkte des Verfahrens. Die EVS-Tischvorlage enthält Angaben zu folgenden Punkten:

- Eckpunkte des Antragsverfahrens,
- Leistungsrahmen – Behandlungsvarianten,
- Bonussystem,
- teilnehmende Einrichtungen,
- weitere Eckpunkte, wie EVS-Berichtswesen, ambulant-stationäre/ganz-tägig ambulante Übergabegespräche, Abrechnung, Übergangsgeld, Leistungsverlauf, Besonderheiten.

Ergänzend wurde ein *EVS-Verwaltungsblatt* eingesetzt, das einen Überblick über den verwaltungsseitigen Verlauf der medizinischen Rehabilitationsmaßnahme bietet (vgl. dazu nachfolgende Abbildung).

**EVS-Begleitbogen**

**Bewilligter Umfang:**

<b>stationär</b>	<b>ambulant</b>
( ) 8 Wochen	( ) 80 Einheiten
( ) 12 Wochen	( ) 60 Einheiten
( ) 16 Wochen	( ) 40 Einheiten

**Gutachtenband an** ( ) Beratungsstelle ( ) stationäre Einrichtung

**Beginn der EVS-Behandlung**

Indikationsphase:

ambulante Behandlung:

stationäre Behandlung:

**Ende des Bewilligungszeitraumes:** \_\_\_\_\_

**Abrechnung ambulanter Einheiten**

Bewilligte Einheiten:

EVS-Dokumentation abgerechnet Bl. \_\_\_\_\_

Abrechnung vom:	ambulanten Einheiten	Summe	Bezugspers.-Gespräche	Summe	Blatt

**Übergabegespräche:**

Datum	Blatt

**Ärztlicher/therapeutischer Abschlussbericht liegt vor für:**

( ) stationäre Behandlung ( ) ambulante Behandlung

Abb. 36: EVS-Begleitbogen für die Sachbearbeitung der Deutschen Rentenversicherung

In Ergänzung der EVS-Tischvorlage entwickelte die AG Devianz gemeinsam mit den Leistungsanbietern eine *Checkliste* für das durch die BehandlerInnen durchzuführende EVS-Verwaltungsverfahren. Mit dieser Ablaufliste konnte den Leistungsanbietern ein Instrument an die Hand gegeben werden, in dem die einzelnen Arbeitsschritte und auszufüllenden Formblätter unter Beach-

tung ihrer zeitlichen Realisierung im Kombi-Verfahren erfasst sind. Die Checkliste ist im Folgenden abgebildet:

<b>Checkliste „Alkoholentwöhnung im Verbundsystem – EVS“</b>			
<b>Perspektive der Ablauffliste: ambulant-stationär/tagesklinisch-ambulante Behandlung!</b>			
<b>Nr.</b>	<b>Arbeitsschritte/Bezeichnung des Formblattes</b>	<b>Ggf. Nr. des Formblattes</b>	<b>Erläuterung</b>
<b>Motivationsphase</b>			
1.	Motivationsphase abgeschlossen	Kein Formblatt!	Nach ca. 5 bis 6 Sitzungen kann Entwöhnung beantragt werden
<b>Antragstellung an die Rentenversicherung für eine Maßnahme der medizinischen Rehabilitation (Entwöhnungsbehandlung)</b>			
2.	Diagnose, Indikationsstellung, Behandlungsplanung münden in einem Antrag auf Entwöhnungsbehandlung (indikationsgeleiteter Antrag für ein EVS-Setting)	2.000 – Reha – 61 – 05/05	Zu klären ist: – Ambulanter Beginn? – 8, 12, 16 Wochen stationär? – Welche Einrichtungen?
3.	„Antrag auf Leistungen zur Teilhabe“	G100	
4.	„Anlage für den Sozialmedizinischen Dienst“	G100/G120	siehe Rückseite „Antrag auf Leistungen zur Teilhabe“
5.	„Zusatzfragebogen Arbeitsplatzbeschreibung“	G110	siehe Rückseite „Antrag auf Leistungen zur Teilhabe“
6.	„Ärztlicher Befundbericht“	H 2.000 – Reha – 5 – 10/05	siehe Rückseite „Antrag auf Leistungen zur Teilhabe“
7.	„Sozialbericht“ bzw. modulares EVS-Berichtswesen	aktuelle EVS-Vorlage	Zum Zeitpunkt der Antragstellung sind insbesondere die Bearbeitungshinweise des VDR zu berücksichtigen (Pflichtteil)
8.	„MDK-Gutachten, sonstige Gutachten, Krankenhaus-Entlassungsbericht“	Kein Formblatt!	siehe Rückseite „Antrag auf Leistungen zur Teilhabe“
9.	„Antrag auf Befreiung von der Zuzahlung“	Z 2.000 – Reha – 10 – 10/05	siehe Rückseite „Antrag auf Leistungen zur Teilhabe“
10.	„Merkblatt über die Zuzahlungen bei medizinischen und sonstigen Leistungen zur Rehabilitation“	2.000 – Reha – 30 – 04/06	Der/dem Versicherten aushändigen
11.	„Rehabilitation Abhängigkeitskranker – Erklärung“	2.000 – Reha – 2030 – 02/06	Muss vom Versicherten unterzeichnet werden
12.	Unterlagen auf Vollständigkeit überprüfen, ggf. weitere Anlagen (z. B. ärztliche Befunde) beifügen und an die DRV senden	Kein Formblatt!	Bitte achten Sie darauf, dass der Versicherte alle Formblätter an den vorgesehenen Stellen unterschrieben hat!
<b>Indikationsphase (Ambulante Reha)</b>			
13.	Bewilligungsschreiben der DRV an die/den Versicherten	Standardbrief	Geht auf Besonderheiten des Versicherten ein.
14.	Fachstelle Sucht erhält von der DRV die medizinischen Unterlagen des Versicherten	Kein Formblatt! Akte	Bei ambulantem Beginn!
15.	Formblatt „Abrechnung für EVS“	2.000 – Reha – 63 – 12/05	Die Abrechnung der ambulanten Therapieeinheiten zwischen der Fachstelle Sucht und der DRV erfolgt regelmäßig vierteljährlich über die gesamte Maßnahmedauer
16.	Ambulante Reha – Indikationsphase	Kein Formblatt!	Nach Eingang des vollständigen Leistungsantrages. Inhalte der Indikationsphase siehe <i>Tielking/KuB 2003, S. 70</i>
17.	Ggf. Aufnahmeplanung mit der Klinik	Kein Formblatt!	Terminvereinbarung für die Aufnahme so früh wie möglich treffen

Abb. 37: EVS- zum Verwaltungsverfahren – Seite 1

Nr.	Arbeitsschritte/Bezeichnung des Formblattes	Ggf. Nr. des Formblattes	Erläuterung
<b>Wechsel in eine stationäre oder tagesklinische Maßnahme</b>			
18.	Ambulanter EVS-Zwischenbericht auf Papier und Diskette an die Klinik übergeben	Aktuelle EVS-Vorlage fortgeschrieben	<ul style="list-style-type: none"> <li>- termingemäß, zur Vorbereitung des Übergabegesprächs</li> <li>- Umfang richtet sich nach Dauer und Informationsgewinn in ambulanter Reha</li> </ul>
19.	Aufnahmemitteilung an DRV	Formlose Kurzmittellung oder Formblatt „Aufnahmemitteilung“ nutzen	
20.	„Übergabegespräch im Rahmen von EVS“: Übergabegespräch bei ambulanten-stationärem/tagesklinischen Wechsel der Behandlungsform	Abrechnung mit dem Formblatt Nr. 2.000 - Reha - 62 - 12/05	Siehe auch <i>Inhalte der Indikationsphase/Kriterienkatalog für das Übergabegespräch</i> siehe <i>Tielking/ Kuß 2003, S. 70</i>
21.	Mitteilung über den Wechsel der Behandlungsform an die DRV	Formlose Kurzmittellung oder Formblatt „Aufnahmemitteilung“ nutzen	<b>Achtung:</b> Wenn die stationäre Maßnahme vorzeitig beendet wird, ist der Leistungsträger unverzüglich zu informieren (Telefon/Fax), damit <b>Übergangsgeldüberzahlungen</b> vermieden werden können!
<b>Abschlussphase einer stationären oder tagesklinischen Maßnahme</b>			
22.	Fertigstellung des stationären Entlassungsberichts auf Papier und Diskette	aktuelle EVS-Berichtsvorlage fortzuschreiben	Der stationäre Entlassungsbericht ist mit dem modularen EVS-Berichtswesen abzustimmen
23.	„Gliederung und Anforderungsprofil des Rehabilitations-Entlassungsberichtes“	2.000 – Reha – 6000.1 11-1165 II 5503/1	Kurz-Kommentare bei der Berichtserstellung berücksichtigen
24.	„Rehabilitations-Entlassungsbericht – Blatt 1“	2.000 – Reha – 6000.1 11-1165/1 II 5503/1	Blatt 1 dem Entlassungsbericht beifügen
25.	„Rehabilitations-Entlassungsbericht – Blatt 1a“	2.000 – Reha – 6000.2 11-1165/2 II 5503/1a	Blatt 1a dem Entlassungsbericht beifügen
26.	„Rehabilitations-Entlassungsbericht – Blatt 1b“	2.000 – Reha – 6000.3 11-1165/3 II 5503/1b	Blatt 1b dem Entlassungsbericht beifügen
27.	„Rehabilitations-Entlassungsbericht – Blatt 2“	2.000 – Reha – 6000.4 11-1165/4 II 5503/2	Blatt 2 dem Entlassungsbericht beifügen
28.	„Übergabegespräch im Rahmen von EVS“: Übergabegespräch stationär/tagesklinisch-ambulanter Wechsel	Abrechnung mit dem Formblatt Nr. 2.000 - Reha - 62 – 12/05	Siehe auch <i>Behandlungsrelevante Informationen für die ambulante Weiterbehandlung/Kriterienkatalog für das Übergabegespräch</i> siehe <i>Tielking/ Kuß 2003, S. 71 f.</i>
29.	Mitteilung über den Wechsel der Behandlungsform an die DRV	Formlose Kurzmittellung Formblatt „Aufnahmemitteilung“ nutzen	Die sofortige Mitteilung ist dringend erforderlich!
<b>Poststationäre ambulante Behandlungsphase</b>			
30.	Mitteilung über den Wechsel der Behandlungsform an die DRV	Formlose Kurzmittellung oder Formblatt „Aufnahmemitteilung“ nutzen	Die sofortige Mitteilung ist dringend erforderlich!
31.	Fertigstellung des ambulanten Entlassungsberichts auf Papier und Diskette	aktuelle EVS-Berichtsvorlage fortzuschreiben	Der ambulante Entlassungsbericht ist mit dem modularen EVS-Berichtswesen und dem stationären/tagesklinischen Entlassungsbericht abzustimmen
32.	„Rehabilitations-Entlassungsbericht – Blatt 1“	2.000 – Reha – 6000.1 11-1165/1 II 5503/1	Blatt 1 dem Entlassungsbericht beifügen
33.	„Rehabilitations-Entlassungsbericht – Blatt 1a“	2.000 – Reha – 6000.2 11 – 1165/2 II 5503/1a	Blatt 1a dem Entlassungsbericht beifügen

Abb. 38: EVS-Checkliste zum Verwaltungsverfahren – Seite 2

Die EVS-Checkliste verweist auf diverse Formblätter zum Antragsverfahren der Deutschen Rentenversicherung Oldenburg-Bremen. Dabei sind im Rahmen des EVS-Verwaltungsverfahrens zusätzliche Formblätter zu verwenden.



An den Sozialmedizinischen Dienst mit der Bitte um Stellungnahme zum Reha-Antrag vom \_\_\_\_\_

VSNR: \_\_\_\_\_ | SB | AIGR | Datum: \_\_\_\_\_

bitte beifügen:

M - Reha

M - RT

M - Re

Es handelt sich um einen **Antrag auf Entwöhnungsbehandlung im Verbundsystem (EVS)**

Beachtung der Vierjahresfrist (§ 12 Abs. 2 SGB VI) Letzte Heilbehandlung vom - bis \_\_\_\_\_  
Anspruch nur, wenn verminderte Erwerbsfähigkeit vorliegt bzw. in absehbarer Zeit zu erwarten ist (§ 11 (2) Nr. 3 SGB VI)

arbeitsfähig vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_  arbeitslos vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Erwerbsminderungs-Rente vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

BU/EU-Rente vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Widerspruchs-, Klageverfahren wegen einer BU/EU bzw. Erwerbsminderungs-Rente läuft. Bitte **keinen** Gutachtenauftrag erteilen.

Anlage - ärztl. Unterlagen (Originale), Sozialbericht \_\_\_\_\_ (Unterschrift und Namensstempel)

**Stellungnahme des Sozialmedizinischen Dienstes**

Untersuchung und Begutachtung ist erforderlich. Buchstabe \_\_\_\_\_

Medizinische Leistungen zur Rehabilitation sind **nicht** erforderlich.

die Erwerbsfähigkeit nicht erheblich gefährdet ist

ambulante Maßnahmen ausreichend sind; (ggf. (weitere) ambulante Maßnahmen nennen)

die Erwerbsfähigkeit durch eine medizinische Reha-Maßnahme nicht gebessert werden kann.

das Leistungsvermögen aufgehoben ist und durch eine medizinische Reha-Maßnahme nicht wiederhergestellt werden kann (bitte Eintritt des Leistungsfalls angeben).

\_\_\_\_\_

Medizinische Leistungen zur Rehabilitation als EVS (52 Wochen) werden vorgeschlagen

FK Oldenburger Land, Abt. Ofener Str.  Amb. Entwöhnung (80 Einheiten)

FK Oldenburger Land, Abt. to Hus  Kurzzeitbehandlung (8 Wochen + 80 Einheiten)

FK Marienstift  Mittelfristige Behandlung (12 Wochen + 60 Einheiten)

FK St. Vitus Stift  Langfristige Behandlung (16 Wochen + 40 Einheiten)

FK Moorpenion

ZKH Bremen - Ost

FK Fredeburg

abweichend vom Vorschlag der Beratungsstelle wird folgende Einrichtung vorgeschlagen: \_\_\_\_\_

Art der medizinischen Reha-Leistung  stationär  tagesklinisch  ambulant

Dauer: \_\_\_\_\_

Voraussetzung erfüllt nach § 12 (2) SGB VI (4-Jahresfrist)  ja  nein

§ 11 (2) Nr. 3 SGB VI (Erwerbsminderung)  ja  nein

**Bemerkungen**

\_\_\_\_\_ Datum, Unterschrift

Abb. 40: EVS-Antrag mit Behandlungsvarianten – Seite 2

Das abgebildete Formblatt enthält auch die während der GÖS-Laufzeit eingeführten Häuserschlüssel der beteiligten Rehabilitationseinrichtungen. Auf diese Weise wird eine gezielte Erfassung und Auswertung, z. B. zu den in

Anspruch genommenen Behandlungsvarianten, für die Sachbearbeitung möglich (vgl. Kapitel 4, insbesondere 4.3.3).

Aus der Sachbearbeitung wurden im Projektverlauf regelmäßig Rückmeldungen zu *Auffälligkeiten im Verwaltungsverfahren* an das Grundsatzreferat gegeben. Diese führten zur zeitnahen Klärung und Abstimmung im Rahmen der QZ-Sitzungen, an denen zum Teil auch VertreterInnen der Sachbearbeitung teilnahmen. Geklärt werden konnten die Modalitäten zu folgenden *Themen*:

- Verlängerungsanträge für stationäre Behandlungsphasen in EVS,
- Abrechnungsmodalitäten bei Übergabegesprächen,
- Verschlüsselung der Indikationsphase durch die Sachbearbeitung,
- Umzug nach und Erreichbarkeit der Reha-Sachbearbeitung in Bremen,
- Dauer der EVS-Maßnahme generell bis zu maximal 52 Wochen; Verlängerung mit Nachsorgemaßnahmen auf bis zu 18 Monate möglich, sofern der Abschlussbericht zur EVS-Maßnahme als Entscheidungsgrundlage vorliegt
- Abschluss der Motivationsphase vor Antragstellung auf medizinische Reha.

Insgesamt hat es sich als vorteilhaft erwiesen, dass MitarbeiterInnen der Sachbearbeitung in einem ersten Schritt direkt mit den MitarbeiterInnen der Rehabilitationseinrichtungen versuchen, Abläufe zu optimieren und bestimmte Sachverhalte zu klären. Durch die Sammlung von Auffälligkeiten im Verwaltungsverfahren über das Grundsatzreferat und die AG Devianz konnten darüber hinaus jedoch exemplarisch grundlegende Fragen oder Problemstellungen im QZ vorgestellt bzw. bearbeitet werden. An diesem Vorgehen sollte mit Blick auf die Transparenz der administrativen Prozesse auch in Zukunft festgehalten werden.

### **9.3 EVS-Fachtage**

Zusätzlich zu den QZ-Sitzungen findet in EVS einmal jährlich ein Fachtag statt. In diesem größeren Rahmen werden aktuelle Themen aus dem EVS-Verbund oder zu den Rahmenbedingungen der Suchthilfe erörtert. Zu den üblichen TeilnehmerInnen der QZ wurden zu den EVS-Fachtagen während der Projektlaufzeit der GÖS VertreterInnen der Einrichtungsträger, der Verbände sowie Kommunen eingeladen. Nachdem im Frühjahr 2004 bereits ein

EVS-Fachtag stattgefunden hat, gab es während der GÖS im Jahr 2005 sowie 2006 jeweils einen weiteren EVS-Fachtag.

Nachfolgend werden wichtige Inhalte und Ergebnisse des EVS-Fachtages 2005 zusammengefasst.

### 9.3.1 EVS-Fachtag Juni 2005

#### 9.3.1.1 Das Programm

Der EVS-Fachtag im Juni 2005 wurde in der Fachklinik Freiherr von Lepel (vormals Fachklinik Moorpension) in Freistatt durchgeführt. In Abstimmung mit der Deutschen Rentenversicherung und den aus dem Kreis der Leistungsanbieter angefragten ReferentInnen wurden die Themen vorbereitet. Das im Folgenden wiedergegebene Programm liefert einen Überblick über die an diesem Tag bearbeiteten Themen:

EVS-Fachtag		1. Juni 2005	Fachklinik Moorpension
<b>Programm des EVS-Fachtag</b>			
9.30 – 9.50 Uhr		<b>Begrüßung</b>	
		<b>Überblick über das Programm des Fachtages</b>	
9.50 – 10.35 Uhr		<b>Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF)</b>	
10.35 – 11.05 Uhr		<b>Stand der GÖ-Studie</b>	
11.05 – 11.30 Uhr		<b>Kaffeepause</b>	
11.30 – 12.15 Uhr		<b>Aktuelle Entwicklungen im Hause der LVA</b>	
12.15 – 13.00 Uhr		<b>Verselbständigung des Qualitätsentwicklungprozesses</b>	
13.00 – 14.00 Uhr		<b>Mittagspause</b>	
14.00 – 15.30 Uhr		<b>Zur Bedeutung der Leistungsbeurteilung in der medizinischen Rehabilitation</b>	
15.30 – 16.00 Uhr		<b>Kaffee und Abschluss des Fachtages</b>	
<small>© Tielking/Ratzke AG Devianz/Universität Oldenburg</small>			

Abb. 41: Programm des EVS-Fachtags 2005

Aus den Themen des Fachtags werden nachfolgend die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) und die Bedeutung der Leistungsbeurteilung sowie die Zusammenfassung der Ergebnisse des Fachtags kurz erläutert.

### 9.3.1.2 Die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit – ICF

Mit der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit – kurz ICF – ist eine neue Klassifikation über das SGB IX in Deutschland eingeführt worden, deren Anwendungsmöglichkeiten aktuell speziell für Suchthilfe überarbeitet werden (vgl. Amann/Roeb-Rienas 2005). Mit der ICF wird der *Begriff der funktionalen Gesundheit* operationalisiert. Dabei spielen im Sinne des *bio-psycho-sozialen Modells* die Wechselwirkungen zwischen dem *Gesundheitsproblem (ICD) einer Person* und ihren *Kontextfaktoren* (Umwelt- und personenbezogene Faktoren) bei der Entstehung einer Krankheit wie auch bei ihrer Behandlung eine tragende Rolle (vgl. Schuntermann 2003: 52 ff.).

Im ICF werden Aspekte der *funktionalen Gesundheit auf verschiedenen Ebenen* klassifiziert:

- Ebene der Funktionen (einschließlich des mentalen Bereichs) und Strukturen des menschlichen Organismus sowie
- Ebene der Aktivitäten einer Person und ihrer Teilhabe an Lebensbereichen.

Entsprechend der ICF sind im deutschen Sprachgebrauch unter dem *Oberbegriff der Funktionsfähigkeit* für die einzelnen Komponenten von Gesundheit die Begriffe „Körperfunktionen“ und „Körperstrukturen“, „Aktivitäten“, „Teilhabe“ und „Kontextfaktoren“ eingeführt und definiert worden. Auf allen Ebenen finden die unterschiedlichen *Wechselwirkungen* zwischen Kontextfaktoren und Gesundheitsproblemen, die auch die *psycho-sozialen Komponenten* umfassen, besondere Beachtung. Der *Aufbau der ICF* bzw. die Gliederung der ICF-Klassifikation erfolgt in fünf *Komponenten* (= Beschreibungsbereiche):

1. Körperfunktionen (b)
2. Körperstrukturen (s)
3. Aktivitäten und Partizipation (d)

4. Umweltfaktoren (e)
5. Personenbezogene Faktoren  
(vgl. Amann/Roeb-Rienas 2005: 52)

Die Punkte 1. bis 3. beziehen sich auf die Komponenten der Funktionsfähigkeit und Behinderung, die Punkte 4. und 5. auf die Kontextfaktoren.

Im Sinne der ICF ist *Behinderung vor allem eine Beeinträchtigung der Teilhabe* und nicht mehr nur ein personenbezogenes Merkmal. Sie entsteht vielmehr aus dem ungünstigen Zusammenwirken von gesundheitlichen Problemen einer Person und ihrer Umwelt. Diese Sichtweise wurde im Grundsatz auch in das SGB IX übernommen.

In der Diskussion auf dem Fachtag wurden insbesondere folgende Fragen erörtert:

- Welche *Konsequenzen aus der ICF* ergeben sich für die *EVS-Arbeit*?
- Welche *Schlüsselbegriffe* (u. a. funktionale Gesundheit, Kontextfaktoren, Funktionsfähigkeit, Teilhabe) müssen kurzfristig in die *Therapiekonzepte* eingearbeitet werden?
- Welche *Schlüsselbegriffe* (u. a. funktionale Gesundheit, Kontextfaktoren, Funktionsfähigkeit, Teilhabe) müssen ab wann in den *Berichten/Dokumentationen* verwendet werden?
- Soll eine *Schulung* zum Einsatz der ICF in der Suchthilfe organisiert werden?

Es wurde deutlich, dass hinsichtlich der Arbeit in der EVS unter Berücksichtigung der ICF künftig die Schwerpunkte der Diagnostik überarbeitet werden müssen. Dies bezieht sich insbesondere auf die Bereiche:

- Art, Schweregrad, Verlauf der Suchterkrankung,
- psychische Störungen,
- sozialer Hintergrund, Belastungen und Ressourcen,
- körperliche Störungen,
- Motivation,
- psychosoziales Funktionsniveau.

Für die Arbeit in der Suchthilfe und damit auch in der EVS ist zu beachten, dass die *ICF-Nomenklatur über das SGB IX* eingeführt wurde und absehbar an Bedeutung gewinnen wird. Das Vokabular zwischen der Akut- und der Reha-Medizin wird mit Hilfe der ICF angeglichen. Allerdings ist die Klassifizierung in wichtigen Teilen zurzeit auch noch offen (vgl. ebd.: 53 f.).

Sobald die Punkte zum konkreten Einsatz in der Suchthilfepraxis geklärt sind, sprechen sich die TeilnehmerInnen des EVS-Fachtags dafür aus, eine Fortbildung zum Thema ICF für den Verbund zu organisieren.

Da es sich bei der Einführung um bundesweit bedeutsame Änderungen handelt, werden entsprechende Schulungen verstärkt angeboten. Deshalb konnte auch für den EVS-Verbund Anfang 2006 diesem Anliegen bereits Rechnung getragen werden, da auf dem 2. Norddeutschen Suchthilfetag der Caritas in Cloppenburg das Thema ICF aufgegriffen wurde. Zudem kam es zu einer Fortbildung zum Thema „Einführung in die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) der Weltgesundheitsorganisation (WHO)“ der Katholischen Akademie am 28. März 2006 in Cloppenburg. Im QZ wurde rückgemeldet, dass dort für einen weiteren Zugang zur Thematik gesorgt wurde.

### 9.3.1.3 Zur Bedeutung der Leistungsbeurteilung

Ein weiteres Thema des Fachtags war die Leistungsbeurteilung. Dieses Thema steht im engen Zusammenhang mit der ICF.

Der Leistungsbeurteilung kommt im Rahmen der medizinischen Rehabilitation und dem gesetzlichen Auftrag der Rentenversicherung, die Erwerbsfähigkeit wieder herzustellen bzw. zu sichern, eine große Bedeutung zu. Vor dem Hintergrund der ICF wird dies zusätzlich durch den Aspekt der Teilhabe gestärkt. Grundsätzliche Aspekte der Leistungsbeurteilung sind u. a.:

- Die Sozialmedizinische Leistungsbeurteilung gilt als *zentraler Anknüpfungspunkt* für die nachfolgenden *Verwaltungsentscheidungen* in den Leistungsbereichen Rehabilitation und Erwerbsminderungsrenten.
- Die Leistungsbeurteilung beschreibt das *Fähigkeitsprofil* des Versicherten.
- Es geht um einen Bezug des *Fähigkeitsprofils eines Versicherten* zu den *Anforderungen der zuletzt ausgeübten Tätigkeit*.
- Auf der Grundlage der *qualitativen Leistungsmerkmale* erfolgt dann die Beurteilung des zeitlichen (quantitativen) *Leistungsvermögens*.
- Die *Leistungsbeurteilung* wird sowohl in *freier* als auch in *standardisierter Form* auf dem entsprechenden Bogen des *Gutachtenformularsatzes* dokumentiert.

Die Bedeutung der Leistungsbeurteilung ist auch vor dem Hintergrund aktueller politischer Entwicklungen wie z. B. Hartz IV hervorzuheben. Die folgenden, aktuellen Veröffentlichungen/Grundlagen der Deutschen Renten-

versicherung sind in diesem Zusammenhang für die praktische Arbeit in der Suchthilfe sehr nützlich:

- Checkliste, Manual und Therapieziel-Katalog. Indikationsbereiche Psychische Erkrankungen und Abhängigkeitserkrankungen. 7. Auflage, November 2004.
- Empfehlungen für die sozialmedizinische Beurteilung psychischer Störungen – Hinweise zur Begutachtung. Oktober 2001
- Das ärztliche Gutachten für die gesetzliche Rentenversicherung. Hinweise zur Begutachtung. 2000.

Die Dokumente stehen auf der Homepage [www.vdr.de](http://www.vdr.de) zum Download bereit. Auf dem EVS-Fachtag wurden daraus grundlegende Aspekte vorgestellt und diskutiert. Insbesondere die „Checkliste, Manual und Therapieziel-Katalog. Indikationsbereiche Psychische Erkrankungen und Abhängigkeitserkrankungen“ (Deutsche Rentenversicherung 2004) gibt detailliert Auskunft zu qualitätsrelevanten Prozessmerkmalen, die auch im EVS-Berichtswesen Berücksichtigung finden müssen und zum Großteil bereits eingearbeitet sind, so dass die Einrichtungen des EVS-Verbundes auf diese neuen Anforderungen gut vorbereitet scheinen. Hierbei greifen die Veränderungen in allen qualitätsrelevanten Bereichen:

1. Anamnese (z. B. Eigenanamnese bezogen auf weitere reha-relevante Erkrankungen, vegetative Anamnese, krankheitsrelevante biographische Anamnese), jetzige Beschwerden und funktionelle Einschränkungen (z. B. subjektive Einschränkungen der Aktivität/Teilhabe, im Alltag, im Beruf, Krankheitsverständnis und Informationsstand des Patienten/ Krankheitsverarbeitung),
2. gegenwärtige Therapie (z. B. therapeutische Maßnahmen zum Aufnahmezeitpunkt),
3. allgemeine Sozialanamnese (z. B. soziale Situation, häusliche Versorgung),
4. Arbeits- und Berufsstatus (z. B. Erwerbsstatus, beruflicher Werdegang, Beschreibung des Arbeitsplatzes, AU-Zeiten),
5. Therapieziele und Therapie (z. B. individuelle Erwartungen und Ziele des Patienten dargelegt, Ziele adäquat für Reha-Problem des Patienten),
6. Reha-Verlauf (z. B. Reha-Konzept schlüssig dargestellt, Art der Behandlungsmaßnahmen adäquat) und
7. die sozialmedizinische Epikrise (z. B. Teilhabe am Arbeitsleben).

In der Diskussion des Themas „Leistungsbeurteilung“ wurde hervorgehoben, dass die in der Leistungsbeurteilung anfallenden Items inhaltlich im modularen EVS-Berichtswesen berücksichtigt sind, so dass die Zusammenstellung der Angaben primär eine *Ordnungsaufgabe* darstellt. Bedeutsam ist der Unterschied zwischen Datenerhebung und -interpretation, da sich hierin die fachlichen Zuständigkeiten – TherapeutIn vs. MedizinerIn – widerspiegeln. Es wird festgehalten, dass das TherapeutInnenteam in einer ambulanten Fachstelle bei der Leistungsbeurteilung einen Beitrag leisten kann. Juristisch bedarf es jedoch eines Arztes bzw. einer Ärztin zur Gutachtenstellung, als welche die Leistungsbeurteilung im Kern zu verstehen ist.

#### 9.3.1.4 Ergebnisse des Fachtages

Über die in der Tagesordnung skizzierten Inhalte des EVS-Fachtages hinaus konnten erste Ergebnisse der GÖS vorgestellt und diskutiert werden. Einen besonderen Stellenwert nahm auch die Frage zur Zukunft der QZ-Arbeit ein. Insgesamt wurden folgende Ergebnisse des Fachtages erreicht:

- Die ICF ist im Überblick bekannt gemacht, die damit verbundenen Schwerpunkte sind verdeutlicht worden; gemäß der ICF werden Gesundheit und Krankheit in einem neuen Verhältnis gesehen, absehbar wird dazu auch eine veränderte Sprache eingefordert.
- Über Schulungsangebote zur Nutzung der ICF in der Suchthilfe werden alle Beteiligten informiert, ggf. wird eine ICF-Schulung für den Verbund organisiert.
- EVS verselbstständigt sich  
Alle Leistungsanbieter wurden aufgefordert, Vorschläge zur Fortsetzung der QZ-Arbeit zu erarbeiten und im nächsten QZ vorzustellen (vgl. Kapitel 9.1.1)
- Erhebung zum Kooperationsaufwand im Rahmen der GÖS:  
Weiterer Informationsbedarf auf Seiten der Leistungsanbieter sollte geklärt und der Universität mitgeteilt werden.
- Die Modalitäten der Übergabegespräche wurden erörtert und beschlossen (vgl. Kapitel 9.1.2): Die neue Vergütung erfolgt auch vor dem Hintergrund gesetzlicher Änderungen, die Synopse geht allen EVS-Beteiligten zu.

### 9.3.2 EVS-Fachtag September 2006

#### 9.3.2.1 Das Programm

Der EVS-Fachtag im September 2006 – bereits außerhalb der Studienlaufzeit der GÖS – wurde in der Fachklinik St. Marienstift in Neuenkirchen-Vörden durchgeführt. Die Tagesordnung wurde in Abstimmung mit der Deutschen Rentenversicherung und den QZ-TeilnehmerInnen aufgestellt. Das im Folgenden wiedergegebene Programm liefert einen Überblick über die an diesem Tag bearbeiteten Themen:

 <b>Programm des EVS-Fachtags 2006</b>	
9.30 – 9.50 Uhr	<b>Begrüßung</b> Überblick über das Programm des Fachtags
9.50 – 11.05 Uhr	<b>Ergebnisse und Empfehlungen der GÖ-Studie</b>
11.05 – 11.30 Uhr	<b>Kaffeepause</b>
11.30 – 12.15 Uhr	<b>AG's</b> Formulierung von Anforderungen an eine qualitativ hochwertige und zugleich ökonomisch sinnvolle Verbundarbeit in der Suchthilfe
12.15 – 13.00 Uhr	<b>Diskussion der Ergebnisse der AG's</b>
13.00 – 14.00 Uhr	<b>Mittagspause</b>
14.00 – 15.00 Uhr	<b>Das Gesundheitswesen im Wandel: Auswirkungen der Gesundheitsreform &amp; von Hartz IV auf das Arbeitsfeld Sucht</b>
15.00 – 15.30 Uhr	<b>Ergebnisse &amp; Abschluss des Fachtags</b>

© PD Dr. Knut Tielking, Kerstin Ratzke, Carl von Ossietzky Universität Oldenburg

Abb. 42: Programm des EVS-Fachtages 2006

#### 9.3.2.2 Ergebnisse des Fachtages

Im Mittelpunkt des Fachtages standen die mit diesem Band veröffentlichten Ergebnisse der GÖ-Studie. Sie wurden ausführlich vorgestellt und diskutiert.

Mit den Tagesordnungspunkten „Anforderungen an eine qualitativ hochwertige und zugleich ökonomisch sinnvolle Verbundarbeit in der Suchthilfe“ und „Das Gesundheitswesen im Wandel“ diskutierten die TeilnehmerInnen des EVS-Fachtages Fragen, die die Einrichtungen der Suchthilfe derzeit stark beschäftigen. Grundlegend war dabei der Tenor, sich diesen Veränderungen

zu stellen und sich aktiv mit den neuen Voraussetzungen zu befassen. Die auf dem Fachtag thematisierten Veränderungen der Reha-Landschaft durch die insbesondere in Niedersachsen forcierten Bemühungen um Kombi-Therapien werden ausführlicher in Kapitel 12 dieses Bandes reflektiert.

## 10 Öffentlichkeitsarbeit im Rahmen der GÖ-Studie

Die Verbreitung und Diskussion von Erkenntnissen und Erfahrungen aus der Forschungsarbeit gehört zu den Aufgaben von Wissenschaft, beschreibt aber ganz explizit auch ein Interesse der AG Devianz der Universität Oldenburg.

Bemerkenswert erscheint, dass die Initiativen für unterschiedlichste Formen von Öffentlichkeitsarbeit im Kontext der GÖ-Studie häufig von außen an die Projektgruppe herangetragen wurde. Die Vielzahl dieser an die AG Devianz gerichteten bundesweiten Anfragen zeigt, dass die gemeinsame Initiative von Deutscher Rentenversicherung Oldenburg-Bremen und Universität Oldenburg im Bereich Kombinationsbehandlung ein innovatives Unternehmen und derzeit viel diskutiertes Thema darstellen. Die im Folgenden aufgeführten 24 Veranstaltungen und geleisteten Beiträge verdeutlichen, dass den aktuellen Interessen engagiert begegnet wurde. Hervorzuheben ist dabei, dass viele Beiträge in Zusammenarbeit zwischen VertreterInnen der AG Devianz, der Deutschen Rentenversicherung Oldenburg-Bremen und/oder der Leistungsanbieter geleistet wurden:

1. Am 14. September 2004 wurde durch Herrn Mantel (Deutsche Rentenversicherung Oldenburg-Bremen) und Herrn Dr. Tielking (AG Devianz der Universität Oldenburg) auf der *QM-Jahrestagung der Niedersächsischen Landesstelle für Suchtfragen* in Hannover ein Seminar zum Thema „Arbeit im Therapieverbund (ambulant-stationär/ganztätig ambulant) am Beispiel der Verbundarbeit und Kombi-Therapien in der Regelversorgung „Alkoholentwöhnung im Verbundsystem (EVS)“ angeboten.
2. Am 23. September 2004 leiteten Frau Popp (Fachstelle Sucht – Anonyme Drogenberatung Delmenhorst) und Herr Dr. Tielking (AG Devianz der Universität Oldenburg) auf den 9. *Suchttherapietagen in Tübingen* ein Seminar zum Thema „Planung, Diagnostik und Behandlungserfolg – Qualitätsentwicklung im Behandlungsverlauf und Entwöhnung im Verbund (EVS)“.
3. Am 1. Oktober 2004 wurde von Frau Ratzke und Herrn Dr. Tielking (beide AG Devianz der Universität Oldenburg) ein Workshop auf der *Pädagogischen Woche der Universität Oldenburg* in Oldenburg zum Thema „Kindheit im Rausch? – Alkopops und andere Partydrogen“ durchgeführt.

4. Am 27. Oktober 2004 wurden durch Herrn Dr. Tielking (AG Devianz der Universität Oldenburg) auf einer Sitzung der *AG Suchthilfe der Gesundheitsministerkonferenz* in Düsseldorf die Ergebnisse und Empfehlungen aus EVS vorgestellt. Angesichts der aktuellen Arbeit des Ausschusses an einem Anforderungsprofil für die ambulante Suchthilfe zeigte man sich insbesondere an Aspekten der Finanzierung ambulanter Beratungs- und Behandlungsarbeit interessiert.
5. Am 16. November 2004 hielten Frau Ratzke und Herr Dr. Tielking (beide AG Devianz der Universität Oldenburg) einen Vortrag zum Thema „Die Suchthilfe als Thema der Forschung – Was weiß die Wissenschaft über die Behandlung Alkoholkranker?“ Eingeladen hatte die *Kontakt- und Informations-Stelle für Selbsthilfe Varel* zum *11. Gesamt-treffen aller Gruppen im Suchtbereich*.
6. Am 20. Januar 2005 wurde eine *Schulung* zum Thema „Antragstellung für Kombi-Therapien“ für MitarbeiterInnen der *Lukas Werk Suchthilfe* und weiterer Kooperationspartner in der Fachklinik Erlengrund in Salzgitter durchgeführt. Hier traten Herr Mantel (Deutsche Rentenversicherung Oldenburg-Bremen), Frau Westphal und Herr Wiegand (beide Deutsche Rentenversicherung Braunschweig-Hannover), Frau Ratzke und Herr Tielking (beide AG Devianz der Universität Oldenburg) gemeinsam auf.
7. Am 3. Februar 2005 kam es zu einem *Erörterungstermin mit dem Gesundheitsmanagement von Airbus Deutschland* in Hamburg. Hierbei wurde über EVS informiert und die Möglichkeit einer Kooperation abgestimmt. Beteiligt waren Frau Lammers und Herr Mantel (Deutsche Rentenversicherung Oldenburg-Bremen) und Herr Dr. Tielking (AG Devianz der Universität Oldenburg).
8. Auf Einladung des *Fachkrankenhauses Hansenburg* wurde am 16. Februar 2005 mit der *Deutschen Rentenversicherung Nord* in Hamburg die Adaption der EVS-Kombi-Behandlung mit Herrn Dr. Tielking diskutiert.
9. Am 18. April 2005 leiteten Herr Ahlrichs (Fachstelle Sucht – Suchtberatung und -behandlung Friesland) und Herr Dr. Tielking (AG Devianz der Universität Oldenburg) einen Workshop auf dem *BundesDrogenkongress des Fachverbandes Drogen und Rauschmittel (FDR)* in Augsburg zum Thema „Die Verknüpfung von internem und externem Qualitätsmanagement in der Suchthilfe“.
10. Am 26. April 2005 Herr Dr. Tielking (AG Devianz der Universität Oldenburg) im *Fachkrankenhaus Hansenburg* in Hanstedt-Buchholz auf

- der *Gründungsveranstaltung des Verbundes EVS-Hamburg* einen Vortrag zum Thema „Erfahrungen der Modellphase EVS – Möglichkeiten und Grenzen für die EVS-Hamburg“.
11. Vom 9. bis 10. Mai 2005 wurde unter Leitung von Herrn Dr. Tielking ein *Strategieseminar zum Thema Kombi-Behandlung* mit den LeiterInnen der Suchthilfeeinrichtungen der *Lukas Werk Suchthilfe gGmbH* in Bad Gandersheim durchgeführt.
  12. Am 11. Mai 2005 stellten Frau Ratzke und Herr Dr. Tielking (beide AG Devianz der Universität Oldenburg) das EVS-Kombi-Modell auf dem *11. Wissenschaftlichen Symposium des NORDDEUTSCHER SUCHT-FORSCHUNGSVERBUND (NSF e. V.)* vor.
  13. Am 30. Mai 2005 referierten Frau Ratzke und Herr Dr. Tielking (beide AG Devianz der Universität Oldenburg) auf der *Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Qualitätsmanagement in der Suchthilfe e. V. (deQus)* in Kassel zum Thema „Externes Qualitätsmanagement in der Suchthilfe“.
  14. Am 2. Juni 2005 hielt Herr Dr. Tielking (AG Devianz der Universität Oldenburg) im Rahmen der Jubiläumsveranstaltung zum 20-jährigen Bestehen der Klinik am Park einen *Festvortrag* in Bad Lippspringe zum Thema „Verbundarbeit und Kombi-Therapien in der Suchthilfe“.
  15. Am 10. Juni 2005 leiteten Frau Ratzke und Herr Dr. Tielking (beide AG Devianz der Universität Oldenburg) in Salzgitter ein „*Seminar für die Lukas Werk Suchthilfe gGmbH*“ zum Thema „Modulares Berichtswesen“ durchgeführt.
  16. Am 1. Juli 2005 trug Herr Dr. Tielking (AG Devianz der Universität Oldenburg) anlässlich der 25-Jahrfeier der *Fachambulanz Wolfenbüttel* einen *Festvortrag* zum Thema „Suchtkrankenhilfe zwischen Menschlichkeit und ökonomischem Imperativ“ vor.
  17. Am 9. September 2005 wurde unter Leitung von Herrn Dr. Tielking (AG Devianz der Universität Oldenburg) in Salzgitter ein *Kooperationstreffen* zum Thema „Auswirkungen des neuen Leistungsrahmens ‚Verbundarbeit im regionalen Therapieverbund‘ auf die Kooperation der *Lukas Werk Suchthilfe gGmbH* und ihrer Kooperationspartner“ durchgeführt.
  18. Am 29. September 2005 führten Frau Popp (Fachstelle Sucht – Anonyme Drogenberatung Delmenhorst) und Herr Dr. Tielking (AG Devianz der Universität Oldenburg) auf den *10. Tübinger Suchttherapietagen ein Seminar* zum Thema „Alles nur eine Frage der Gewichtung? Instrumente

- zur Abstimmung medizinischer, psycho- und sozialtherapeutischer Leistungsangebote in der Suchthilfe“ durch.
19. Am 7. November 2005 folgte Herr PD Dr. Tielking (AG Devianz der Universität Oldenburg) einer Einladung der *Niedersächsischen Landesstelle für Suchtfragen* zu einer „Ad-hoc AG zum Thema Organisation von Verbänden“ nach Hannover.
  20. Am 8. Dezember 2005 hielt Herr PD Dr. Tielking (AG Devianz der Universität Oldenburg) in Neerstedt einen *Vortrag* für MitarbeiterInnen der *Diakonie Oldenburg* zum Thema „Möglichkeiten und Grenzen von Qualitätsmanagement in sozialen Institutionen am Beispiel der Suchthilfe“.
  21. Zum 19. Januar 2006 war Herr PD Dr. Tielking (AG Devianz der Universität Oldenburg) an die *Universität Hamburg* (UKE – Prof. Dr. Thomasius) eingeladen, um im Rahmen des Allgemeinen Vorlesungswesens im Wintersemester 2005/2006 eine *Vorlesung* unter dem Titel „Das Thema Sucht in Schule und Unterricht“ zu halten.
  22. Am 4. Mai 2006 referierten Frau Ratzke und Herr PD Dr. Tielking (beide AG Devianz der Universität Oldenburg) auf dem *19. Heidelberger Kongress des Fachverbandes Sucht e. V.* in Heidelberg zum Thema „Verbundarbeit und Kombi-Therapie – Was weiß die Wissenschaft?“.
  23. Am 11. Mai 2006 hielt Herr PD Dr. Tielking (AG Devianz der Universität Oldenburg) auf dem *14. Lüneburger DROGEN Symposium des Paritätischen Niedersachsen* einen Vortrag unter dem Titel „Evaluation von Suchtentwöhnung im Verbundsystem unter besonderer Berücksichtigung gesundheitsökonomischer Aspekte“.
  24. Am 15. Mai 2006 referierte Herr PD Dr. Tielking (AG Devianz der Universität Oldenburg) auf der Tagung der „*Evangelischen Landesarbeitsgemeinschaft für Suchtkrankenhilfe in Niedersachsen*“ unter dem Titel „Standards von Kooperation“.

Weitere Fachbeiträge stellen die diversen *Veröffentlichungen*, die der Literaturliste entnommen werden können. Neben dieser Vielzahl an Vorträgen, Seminaren und Schulungen fand die Forschungsarbeit erneut Eingang in die *Ausbildung* von künftigen SozialarbeiterInnen und PsychologInnen an den beiden Universität Oldenburg und Bremen. In jedem Semester wurde eine Lehrveranstaltung angeboten. Zudem waren in GÖS StudentInnen als wissenschaftliche Hilfskräfte direkt an den Forschungstätigkeiten beteiligt.

Für die AG Devianz der Universität Oldenburg ist es sehr erfreulich, dass im Oktober 2005, im Anschluss an die bisher so erfolgreich verlaufene Zusam-

menarbeit mit der Deutschen Rentenversicherung Oldenburg-Bremen und die in der hiesigen Region geleisteten Forschungstätigkeiten, ein neues zweijähriges Modellprojekt unter dem Namen „Modulare Kombinationsbehandlung im regionalen Therapieverbund der Lukas Werk Suchthilfe gGmbH und externer Kooperationspartner“ realisiert werden konnte. Die Forschungsarbeiten der AG Devianz an der Universität Oldenburg im Bereich der Kombi-Therapie werden demnach aktuell, in Anerkennung der Erkenntnisse aus EVS und GÖS, unter finanzieller Förderung der Deutschen Rentenversicherung Braunschweig-Hannover und der Lukas Werk Suchthilfe gGmbH fortgesetzt. Es darf gehofft werden, dass damit zeitnah weitere Aspekte der Verbundarbeit in der Suchthilfe geklärt und neue Vergleichsdaten geliefert werden.



## C Ergebnisse und Empfehlungen

Aus den in der gesundheitsökonomischen Studie zur Verbundarbeit in der Suchthilfe (GÖS) erarbeiteten Ergebnissen sollen nun abschließend unter Rückgriff auf die Ziele und Fragestellungen der vorliegenden Studie (Kapitel 3.3) besonders relevante Aspekte herausgestellt und Empfehlungen zur Diskussion formuliert werden.

Die Studienergebnisse machen deutlich, dass mit der Gesundheitsökonomischen Studie zur Verbundarbeit in der Suchthilfe in zweierlei Hinsicht *Neuland* betreten wird:

1. Verbundarbeit in der Suchthilfe ist bisher nur in geringem Umfang beforscht worden, so dass viele Fragen bisher kaum oder gar nicht evaluiert wurden und weiter auszudifferenzieren sind (vgl. u. a. Geyer u. a. 2006; Tielking/Kuß 2003; Tielking/Ratzke 2004).
2. Gesundheitsökonomische Fragestellungen im Kontext der Suchthilfe sind bisher nur in wenigen Studien bearbeitet worden (vgl. u. a. Salize u. a. 2006), im Fokus der Verbundarbeit in der Suchthilfe bisher gar nicht.

Dementsprechend sind die Erkenntnisse über diese Arbeitsfelder bisher wenig umfangreich, so dass Bezugs- und Orientierungspunkte für die GÖ-Studie in vielen Bereichen fehlten. Damit rückte eine von Jürgen Rehm und Ulrich Frick in einem *größeren Zusammenhang* aufgeworfene Frage auch in den Fokus der GÖS:

*„Wie nützlich ist eine gesundheitsökonomische Suchtforschung für die Planung und Implementierung von Interventionen?“*

(Rehm/Frick 2006: 101)

Auf die *Ziele und Fragestellungen der GÖS* bezogen ist zu fragen:

*Welchen Beitrag können die vorliegenden Ergebnisse unter gesundheitsökonomischer Perspektive hinsichtlich der Planung, Implementierung und Effekte von Kombi-Therapien und Verbundarbeit in der Suchthilfe leisten?*

Diese Fragen sollen abschließend diskutiert werden, indem zunächst die praxisrelevanten Ergebnisse gewürdigt und problematisiert und abschließend Konsequenzen für zukünftige Suchtforschung unter gesundheitsökonomischer Fragestellung erörtert werden.

## 11 Perspektiven der Qualitätsentwicklung der EVS unter gesundheitsökonomischer Perspektive

Standen im Mittelpunkt der EVS-Studien (Tielking/Kuß 2001; dies. 2003; Tielking/Ratzke 2004) primär *Ansätze zur Qualitätsentwicklung*, wird mit GÖS die Qualitätsentwicklung stärker in den Fokus von *Kosten- und Ertragsfragen* gerückt. Das bedeutet aber nicht, dass das eine das andere dominieren sollte; beide Ansätze haben ihre Berechtigung und bedürfen einer systematischen Verschränkung. Dieses Verständnis muss bei allen beteiligten Akteuren weiter gefördert werden, um *Allokationsentscheidungen im Zusammenhang von Suchthilfeangeboten* sachlich fundiert und auf der Basis gesicherter Erkenntnisse zu inhaltlichen *und* ökonomischen Aspekten treffen zu können. Lauterbach gibt hinsichtlich der Abgrenzung von Qualitätsentwicklung und Gesundheitsökonomie folgende grundsätzliche Einschätzung, die wir zugleich als *Appell aus den Ergebnissen der GÖS verstehen möchten*:

„Die Methoden der Gesundheitsökonomie werden zunehmend als Methoden der Qualitätsverbesserung und nicht als Alternative oder sogar als Gegensatz zu diesen gesehen. Gesundheitsökonomische Analysen tragen zur Verbesserung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität der Versorgung bei.“ (Lauterbach 2004: 144)

Mit den Ergebnissen der GÖS wird deutlich, dass die Suchthilfe, aufgezeigt am Beispiel des EVS-Verbundes mit 22 evaluierten Leistungsanbietern, diesem Verständnis folgend, aktuell erst am Anfang steht. In vielen Arbeitsbereichen fehlt zur Beantwortung ökonomischer Fragestellungen *Transparenz*. Damit können qualitative Themen nicht in einen nachvollziehbaren Zusammenhang mit Kosten- und Ertragsfragen gestellt und Ergebnisse in wichtigen Untersuchungsbereichen nicht miteinander verglichen werden. Im Anliegen der GÖS, nämlich zu klären, ob Kombi-Therapien eine kostengünstigere Alternative zu traditionellen Langzeittherapien darstellen, stößt die Untersuchung dort an Grenzen, wo *Kostendaten nicht zur Verfügung stehen* bzw. gestellt werden (können). Vor diesem Hintergrund konnten mit den erhobenen Daten der GÖS keine Kosten-Nutzen-Relationen ermittelt werden. Dessen ungeachtet stellt die Studie erstmals sehr umfassend den *Status Quo gesundheitsökonomischer Daten in der Suchthilfe* dar und ermöglicht die

Diskussion der Ergebnisse im Hinblick auf notwendige Veränderungen in diesem Feld. Dieses Vorgehen ist für die Qualitätsentwicklung in der Suchthilfe und speziell in der EVS von *grundlegender Bedeutung*, wenn man perspektivisch und zeitnah mit Hilfe des gesundheitsökonomischen Tools Evidence-based Medicine (EBM) (vgl. Kapitel 3.1) effiziente Versorgungsstrukturen in der Suchthilfe weiter fördern und nachweisen will.

*Die Klärung der Effizienz der Verbundarbeit und Kombi-Therapien nach dem Rahmenkonzept der EVS bleibt nach wie vor wage.* Woran liegt das? Die Beantwortung dieser Frage fällt anhand der Untersuchungsergebnisse der GÖS nicht leicht, über Gründe lässt sich weitgehend nur spekulieren. Auf mögliche Aspekte, die auch in der GÖS eine Rolle gespielt haben könnten, weisen Hans Joachim Salize et al. (2006) hin: So können Bedenken der in der Suchthilfe Tätigen gegenüber Effizienzdenken darin bestehen, dass dieses häufig als nicht-medizinisch/-therapeutisch/unsozial, nicht-wissenschaftlich oder unethisch verstanden wird. Die Gefahr dieser Haltung besteht zugleich in fehlender Sachlichkeit und politischer Kurzsichtigkeit. Verstärkt werden diese Bedenken der Leistungsanbieter, wenn Allokationsentscheidungen der Politik und der Leistungsträger nach Kostenminimierungsprinzipien vorgenommen werden und nicht nach den Prinzipien einer optimalen Kosteneffektivität. (vgl. ebd.: 105 ff.)

Was lässt sich dazu aus den Ergebnissen der GÖS und damit aus den vorliegenden Fakten an Rückschlüssen ziehen? Stellen wir zunächst die *geleistete Qualitätsentwicklung in der EVS* in den Mittelpunkt. In Kapitel 9 wird dokumentiert, wie der im Jahr 2000 erfolgreich eingeschlagene Weg der Qualitätsentwicklung in der EVS weiter geführt und von Seiten der Leistungsanbieter in der Versorgungsregion der Deutschen Rentenversicherung Oldenburg-Bremen verselbständigt werden konnte. Die Vielzahl der bearbeiteten Themen und der getroffenen Vereinbarungen (u. a. Neuerungen im Antragsverfahren, Finanzierungsmodalitäten der Übergabegespräche, Einbindung neuer Kooperationspartner) sowie die Qualitätszirkelarbeit (u. a. Organisation der QZ-Arbeit, externe Moderation) in der EVS machen deutlich, dass im Verbund konstruktiv der Qualitätsentwicklungsprozess vorangebracht wurde und wird.

Mit Blick auf die *Effizienz dieser Kooperation* plädieren wir nachdrücklich dafür, es die Arbeitsfähigkeit der QZ für die Zukunft zu erhalten. Dies bezieht sich sowohl auf die generelle Kooperation zwischen den Leistungsanbietern wie auch die Behandlungsverläufe und den Behandlungserfolg mit

den PatientInnen. Neben der generellen Fortführung der QZ-Arbeit wird sich die weitere Qualitätsentwicklung daran messen lassen müssen, wie in Zukunft Entscheidungen zu relevanten Fragen der Verbundarbeit getroffen und erfolgreich umgesetzt werden. Dabei ist es wichtig, dass die zu klärende Themen einerseits verbundweit bekannt gemacht und bearbeitet werden (z. B. durch regelmäßige Abfragen und Prioritätensetzungen), andererseits Verfahrensvereinbarungen nach Bearbeitung und Beschlussfassung auch wie vereinbart, verbindlich und dauerhaft umgesetzt und überprüft werden.

Ein vermutlich auf Dauer wiederkehrendes Thema in der QZ-Arbeit stellen die *Finanzierungsmodalitäten der Übergabegespräche* da. Diese wurden 2005 verbessert und die regelhafte Durchführung persönlicher Übergabegespräche vereinbart (vgl. Kapitel 9.2.2). Gleichwohl ist die Frage der Kostendeckung nicht geklärt. Damit verbunden stellt sich den Leistungsanbietern ebenso wie der Deutschen Rentenversicherung Oldenburg-Bremen die Aufgabe, die Kostendeckung nachzuweisen, um auf sachlicher Basis neue Lösungen finden zu können. In diesem Zusammenhang sollten auch die personelle Situation der Rehabilitationseinrichtungen insbesondere bei einer Ausweitung von Kombi-Therapien und damit verbunden einem höheren Durchlauf von PatientInnen, die tatsächliche Realisierung der persönlichen Übergabegespräche und die Effekte weiter evaluiert und Kosten-Nutzen-Berechnungen erstellt werden.

Grundsätzlich war und ist die QZ-Arbeit zwischen den Beteiligten stets davon geprägt, möglichst viel *Transparenz über Leistungsangebote* sowie die *Aufbau- und Ablauforganisation* in den jeweiligen Rehabilitationseinrichtungen herzustellen. Aussagen in der ExpertInnenbefragung (vgl. Kapitel 8) heben allerdings hervor, dass die Leistungsanbieter die einerseits gestiegenen Qualitätsanforderungen bei andererseits gleich bleibender Finanzierung als großes *Spannungsfeld* wahrnehmen. In diesem Zusammenhang ist sicherlich auch zu berücksichtigen, dass sowohl ambulante Suchthilfeeinrichtungen wie auch Kliniken Wirtschaftsunternehmen darstellen, die z. T. in unmittelbare Konkurrenz zueinander stehen. Diese Situation zwischen inhaltlicher/fachlicher Aufgeschlossenheit im Verbund auf der einen und der Notwendigkeit der wirtschaftlicher Existenzsicherung auf der anderen Seite sollte als limitierender Faktor in der konkreten Ausgestaltung von Kooperationen nicht unterschätzt werden. Dieser Sachverhalt dürfte auch für den Kontext der GÖS und die Qualitätsentwicklung der EVS Bedeutung haben.

Eine zweckoptimierte und gesundheitsökonomische Aspekte berücksichtigende *umfassende* Qualitätsentwicklung zur Verbundarbeit in der Suchthilfe erscheint aufgrund der derzeitigen strukturellen Bedingungen schwierig. Unterschiedliche Anforderungen in den Rahmenkonzepten der Rentenversicherungen erfordern auf Seiten der Leistungsanbieter wie auch Leistungsträger die Organisation unterschiedlichster Prozesse und Verfahren. Hierfür muss jeweils Personal bereitgehalten werden. In den Einrichtungen der Suchthilfe sind darüber hinaus therapeutische Abläufe spezifisch auf die divergierenden Vorgaben abzustimmen. Die verschiedenen Verwaltungsverfahren bedingen z.B. auch einen spezifischen personellen Aufwand auf Seiten der Leistungsanbieter. Eine Angleichung der unterschiedlichen Verfahren könnte vor diesem Hintergrund für eine Arbeitsentlastung sorgen.

In Niedersachsen besteht die große Chance, die Rahmenkonzeptionen der *Deutschen Rentenversicherung Oldenburg-Bremen* und der *Deutschen Rentenversicherung Braunschweig-Hannover* zeitnah anzugleichen. Beide regionalen Rentenversicherungsträger haben langjährige Erfahrungen mit Verbundkonzeptionen. Die derzeit gültigen Rahmenkonzeptionen mit EVS wie auch der Modularen Kombinationsbehandlung im Regionalen Therapieverbund (bzw. vorheriger Kombi-Konzepte) haben bereits in vielen Eckpunkten eine weitgehende Übereinstimmung, so dass ein einheitliches Verwaltungsverfahren mit abgestimmten Vorgaben für die Leistungsanbieter niedersachsenweit verwirklicht werden könnte. Dazu haben die beiden Rentenversicherungsträger in Abstimmung mit den Verbänden der Freien Wohlfahrtspflege im Juli 2006 ein bundesweit einmaliges Konsenspapier zur Zukunft der Suchthilfe in Niedersachsen (vgl. NLS 2006) unterzeichnet. Die AG Devianz der Universität Oldenburg hat sich an diesem Prozess beteiligt und u. a. an einer Ad-hoc AG der NLS teilgenommen (vgl. Kapitel 10) sowie eine Synopse zum Vergleich der beiden Verbundkonzepte erarbeitet. Im Rahmen des EVS-Fachtages 2006 wurden zudem die EVS-Leistungsanbieter gebeten, *Anforderungen an eine qualitativ hochwertige und ökonomisch sinnvolle Verbundarbeit* zu formulieren. Da diese Überlegungen Hilfestellung für den weiteren Angleichungsprozess geben können, werden die *Arbeitsergebnisse* nachfolgend skizziert und zur Diskussion gestellt:

*Folgende Kriterien zur Bildung von Verbänden* (TeilnehmerInnenzahl, Region ...) werden genannt:

- einheitliche Rahmenbedingungen der Rentenversicherer, einheitliche Konzepte und Verfahrensweisen, auch Dokumentationssysteme

- weniger Verbände, dafür größere Struktur
- Fachtagungen zur Qualitätsentwicklung unter Beteiligung der Rentenversicherung im Interesse der Konzept(weiter-)entwicklung,
- Arbeitsgruppen im kleineren Rahmen, um handlungsfähig zu sein und kleinschrittigere und praxisorientierte Arbeiten erledigen zu können
- Entlastung von MitarbeiterInnen als Ziel
- Moderation in der QZ-Arbeit

*Zu den finanziellen Aspekten der Verbundarbeit* (u. a. Vergütungssatz TE, Beteiligung der Kostenträger, Planungssicherheit) wird hervorgehoben:

- Übergaben als zentrales Thema – diese sind nach wie vor nicht kostendeckend, Entfernungen und Zeit sind zu berücksichtigen
- QZ – 2x im Jahr, da auch Kostenperspektive zu sehen ist
- QZ-Arbeit: Beteiligung der Rentenversicherung wünschenswert
- Vergütung der QZ-Arbeit, die mit Arbeitsaufträgen (Konzeptarbeit) an die Leistungsanbieter verknüpft werden kann/soll

*Hinsichtlich der Maßnahmen zur Qualitätsentwicklung in der Verbundarbeit* (u. a. Dokumentationssysteme, Standardstatistiken) werden folgende Angaben gemacht:

- keine Ausweitung der Systeme
- in Dokumentationen und Evaluationen sauberer Fragen, um klare Antworten zu erhalten
- einheitliches Katamnese-system
- regelmäßiger Austausch

*Als Anliegen der Leistungsanbieter an die Leistungsträger* (u. a. Vereinheitlichung der Verwaltungsverfahren der Rentenversicherer, Abstimmungen mit der Krankenversicherung, Abstimmungen mit den Job-Agenturen) werden genannt:

- Vernetzung Akutbereich mit medizinischer und beruflicher Reha
- Zuführung in Reha, kein Verschwinden des Klientels im Akutbereich
- effiziente Maßnahmen, die angemessen bezahlt werden
- Zusammenarbeit mit Arbeitsverwaltung – ggf. Leistungserstattung durch andere als RV

Die aufgeführten Aspekte sollten hinsichtlich der Angleichung der Systeme Berücksichtigung finden, sind sie doch zentrale Anliegen der Leistungsanbieter und von grundlegender Bedeutung für die niedersachsenweite Entwicklung der Verbundarbeit in der Suchthilfe. Neben der regionalen Angleichung stellt sich diese Aufgabe auch bundesweit, vor allem, wenn man sich in Erinnerung ruft, dass die Deutsche Rentenversicherung Bund die Kombi-Therapie als Behandlungsform der Zukunft versteht (vgl. Kapitel 2.1) und die Zahl der anerkannten Kombi-Konzepte deutlich gestiegen ist. Neben der Zusammenarbeit der Deutschen Rentenversicherung Bund unterhalten Leistungsanbieter zudem insbesondere am Rand von Niedersachsen auch Kooperationen mit Leistungsanbietern und -trägern aus anderen Bundesländern.

Mit Blick auf die Verknüpfung von Qualitätsentwicklung und Gesundheitsökonomie zeigen die Ergebnisse der GÖS, dass ökonomische Berechnungsgrundlagen zur Kostendeckung der medizinischen Rehabilitation bei Alkoholabhängigen weitgehend fehlen. Hinsichtlich *finanz- und leistungswirtschaftlicher Maßnahmen* wird sowohl in der ExpertInnenbefragung wie auch in den analysierten Dokumenten der Leistungsanbieter (vgl. Kapitel 6) bestätigt, dass eine KLR, mit der für derartige Finanzierungsfragen nötigen Transparenz erzeugt werden könnte, *nicht zum Standard des Controllings von Suchthilfeinrichtungen* gehört. Damit fehlt einer sachlichen Analyse im Sinne von Kosten-Nutzenberechnungen der Suchthilfe im Allgemeinen wie auch für Verbundarbeit und Kombi-Therapien im Speziellen die Basis. Die Hintergründe für diesen Mangel an differenzierteren finanz- und leistungswirtschaftlichen Nachweisen in der Suchthilfe werden in Kapitel 12.2 noch detaillierter thematisiert.

Die hervorgehobenen Aspekte und aktuell anstehenden Aufgaben der Qualitätsentwicklung in der EVS-Verbundarbeit wie auch darüber hinaus bestätigen, dass gesundheitsökonomische Überlegungen im Interesse aller beteiligten Institutionen einbezogen werden müssen. Die Rahmenbedingungen für Suchthilfe allgemein sowie Verbundarbeit im Besonderen wirken sich unmittelbar auf die Versorgungsqualität und insbesondere die wirtschaftliche Situation der Leistungsanbieter aus. Finanzielle Spielräume der Leistungsanbieter sind ohnehin sehr begrenzt und werden zunehmend enger werden, betrachtet man beispielsweise die Einnahmen-Ausgabenrechnungen der ambulanten Rehabilitationseinrichtungen (Kapitel 6.2.2) oder die seit Jahren konstant gehaltenen Pflegesätze der stationären Einrichtungen (Kapitel 6.2.3).

## 12 Gesundheitsökonomische Herausforderungen für die Suchthilfepraxis

### 12.1 Gesundheitsökonomische Herausforderungen für die Deutsche Rentenversicherung

Die Deutsche Rentenversicherung hat den gesetzlichen Auftrag, ihre Versicherten zwecks Erhaltung oder Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit mit medizinischen, berufsfördernden und -ergänzenden Leistungen zu versorgen (§ 9 SGB VI). Dabei ist sie zur Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit verpflichtet (§ 13 SGB VI). Die Klärung gesundheitsökonomischer Fragestellungen im Kontext der finanzierten Leistungen stellt somit als eine seitens der Rentenversicherung zu bewältigende Aufgabe dar. Dieser Verpflichtung kommt die Rentenversicherung grundsätzlich in vielfältiger und umfangreicher Weise nach, was beispielsweise durch diverse Tagungen und Veröffentlichungen von Forschungsergebnissen dokumentiert wird (vgl. u. a. VDR 2005; VDR 2004a; VDR 2004b). Gleichwohl stellen speziell gesundheitsökonomische Analysen von Rehabilitationsmaßnahmen in Deutschland ein relativ neues und wenig bearbeitetes Forschungsthema dar (vgl. Leidl u. a. 2003: ii, Vollmer/DHS 2006). Betrachtet man speziell die Suchtforschung, so wurde in der Vergangenheit eine *Vielzahl von Studien zur Effektivität von Behandlungsmaßnahmen* durchgeführt, die den generellen Behandlungserfolg von Rehabilitationsmaßnahmen nachweisen (vgl. u. a. Müller-Farnow u. a. 2001; Sonntag/Künzel 2000; Sonntag u. a. 2005; Zobel u. a. 2005; Zobel u. a. 2004). Auch *Studien mit Kosten-Nutzenberechnungen* im Kontext der Rentenversicherung liegen vor (Stichwort: „Reha von Abhängigkeitserkrankten lohnt sich!“) und bestätigen ökonomisch positive Effekte der Rehabilitationsmaßnahmen bei Abhängigkeitserkrankungen (vgl. u. a. Ahrens u. a. 2003; Buschmann-Steinhage 1991; Egner/Grünbeck 2003; Müller-Farnow u. a. 2002; VDR 2005). Effiziente medizinische Rehabilitationsmaßnahmen für suchtkranke Menschen stellen nicht nur eine ethische sowie gesundheits- und sozialpolitische Notwendigkeit dar, sondern sind auch aus ökonomischen Gründen heraus sinnvoll (vgl. Bergmann/Horch 2002: 109). Es stellt sich allerdings die Frage, wie die Effizienz der Rehabilitationsmaßnahmen mit

Hilfe gesundheitsökonomischer Methoden noch differenzierter nachzuweisen ist.

Für die Rentenversicherer stellt dies aktuell eine große Herausforderung dar, da sie ihr Leistungsangebot und die Finanzierung der Maßnahmen an diesen nur fragmentarisch vorliegenden Erkenntnissen orientieren müssen.

Für die Deutsche Rentenversicherung Oldenburg-Bremen ist in diesem Kontext, zu klären, welche Konsequenzen aus der GÖS zu ziehen sind.

Mit der Förderung der GÖS hat die Deutsche Rentenversicherung Oldenburg-Bremen den Bedarf an der Klärung gesundheitsökonomischer Fragen im Kontext der Verbundarbeit in der Suchthilfe frühzeitig erkannt und zur Analyse und Beschreibung des *Status Quo* für die *Untersuchungsbereiche* „Reha-Statistiken“ (Kapitel 4) und „Verwaltungsverfahren“ (Kapitel 5) eigene Ressourcen zur Verfügung gestellt. Neben dem Überblick über die *Gesamtentwicklung der medizinischen Rehabilitation von Alkoholabhängigen* (Kapitel 4.1) und dem im Rahmen der GÖS entwickelten *EVS-Controlling* (vgl. Kapitel 4.2) wird anhand der *Analysen der Reha-Statistiken der Deutschen Rentenversicherung Oldenburg-Bremen* exemplarisch deutlich, dass EVS-Kombi-Therapien hinsichtlich der *Maßnahmekosten* stationär unter den Kosten bisheriger Verfahren liegen und für ambulante Maßnahmen zusätzliche Kosten entstehen, die bei einer üblichen Therapiedichte aber zu etwa  $\frac{3}{4}$  durch die stationären Einsparungen gedeckt sind. *Die Ergebnisse der GÖS spiegeln das mit EVS zentral verbundene Ziel einer Entlastung stationärer Laufzeiten wider.* Über mittel- und langfristige Kosten- bzw. Einspareffekte können derzeit noch keine Aussagen gemacht werden. Woran liegt das?

Einerseits haben die Kombi-Therapien eine starke Ausweitung erfahren, andererseits waren die Routinestatistiken auf die kombinierten Behandlungsverläufe bisher nicht abgestimmt. Es sollte deshalb auf Ebene der Rentenversicherung die Einführung von Kombi-Parametern zum Controlling und zur Evaluation von Kombi-Maßnahmen in Standarddokumentations- und PatientInnenverwaltungssystemen geprüft werden. In diesem Sinne ist z. B. eine standardisierte Zusammenführung von Maßnahmedaten und Daten zum Versichertenstatus sinnvoll, um bspw. ein Jahr nach Abschluss der Reha-Maßnahme eine Erfolgskontrolle durchführen zu können. Auch bedarf es der Zusammenführung von Daten aus dem ambulanten und stationären Setting. *In der EVS wurden derartige Veränderungen bereits eingeleitet,* so dass in Zukunft gezielte Auswertungen von Kombi-Behandlungsverläufen und deren Effekten besser möglich sein werden. Die regional vorgenommenen Verände-

rungen sollten in Anbetracht des *bundesweiten Trends zur Ausweitung von Kombi-Therapien* zeitnah mit der Deutschen Rentenversicherung Bund und speziell dem Forschungsdatenzentrum der Rentenversicherung erörtert werden. Auf die insgesamt problematische Datenlage wurde die Fachdiskussion bereits aufmerksam, wie z. B. durch die umfassende Krankheitskostenstudie von Bergmann und Horch – hier werden auch die Kosten für Rehabilitationsmaßnahmen analysiert –, die auf die unzureichende statistische Datenlage in Deutschland und damit notwendige Schätzverfahren und Sonderaufbereitungen beim Datenhalter (u. a. die Rentenversicherung) hinweisen (vgl. Bergmann/Horch 2002: 23).

Das *Verwaltungsverfahren bei EVS-Maßnahmen* in der Deutschen Rentenversicherung Oldenburg-Bremen kann hinsichtlich der Laufzeiten zwischen Antragstellung und Bewilligung als sehr gut bestätigt werden. Ansätze zur Optimierung des Verwaltungsverfahrens bieten sich derzeit lediglich im Umgang mit Einzelfällen an. Grundsätzlich hat sich ein *Rückmeldesystem* zwischen Grundsatzreferat und Sachbearbeitung bewährt und sollte auch in Zukunft fortgeführt werden, um Probleme bei Abläufen im Hause wie auch in der Kommunikation mit den Leistungsanbietern frühzeitig zu erkennen und zu lösen.

Im Hinblick auf die Zusammenarbeit mit den Leistungsanbietern ist zu empfehlen, dass die *Angleichung der Verwaltungsverfahren* zwischen den regionalen Rentenversicherern wie auch mit der Deutschen Rentenversicherung Bund angestrebt und möglichst zeitnah realisiert wird. Dass dieser Weg möglich ist, zeigt die seit November 2004 modellhafte Erprobung des EVS-Verwaltungsverfahrens bei der Deutschen Rentenversicherung Braunschweig-Hannover. Die Deutsche Rentenversicherung Oldenburg-Bremen und die Deutsche Rentenversicherung Braunschweig-Hannover haben damit den Weg der Vereinheitlichung bereits eingeschlagen, so dass regional zeitnah eine Angleichung erwartet werden darf (vgl. NLS 2006). Mit der Deutschen Rentenversicherung Bund und anderen regionalen Rentenversicherern sollte geprüft werden, inwiefern die Verwaltungsverfahren bei Kombi-Therapien auch bundesweit vereinheitlicht werden können. Für die Leistungsanbieter stellen die derzeit uneinheitlichen Verwaltungsabläufe einen hohen zeitlichen Aufwand dar, der durch die Angleichung deutlich verringert werden könnte. Vor diesem Hintergrund kann aus gesundheitsökonomischer Perspektive und aus den Erkenntnissen der GÖS gefolgert werden, dass auch eine Analyse der Verfahren sowie des fragmentierten Träger- und Finanzsystems im Allge-

meinen die Qualitätsentwicklung im Suchthilfesystem fördern kann und Fehlinvestitionen und Effektivitätsverluste offenbar macht (vgl. Salize et al. 2006: 110).

Neben den unmittelbar auf die Deutsche Rentenversicherung Oldenburg-Bremen bezogenen Ergebnissen der GÖS sind im Anspruch der Wirtschaftlichkeit natürlich auch die Ergebnisse zu den Leistungsanbietern für die Rentenversicherung von grundlegender Bedeutung. Die Erkenntnisse zur Kosten-Leistungsrechnung (u. a. Wirtschaftspläne, Pflegesatzkalkulationen) und die damit verbundene Frage nach der Transparenz der Maßnahmen der Leistungsanbieter stellen einen wichtigen Ansatz für die Diskussion um die künftige Ausgestaltung und Finanzierung der Suchthilfe insgesamt wie auch speziell für den Bereich der medizinischen Rehabilitation von Abhängigkeitskranken dar.

## **12.2 Gesundheitsökonomische Herausforderungen für die Leistungsanbieter**

Mit der *Intensivierung der Verbundarbeit in der Suchthilfe* und der *verstärkten Nutzung kombinierter Rehabilitationsmaßnahmen* einher gehen die Hinweise der Leistungsanbieter auf den erhöhten Kooperationsaufwand und eine fehlende Kostendeckung in der Finanzierung von Rehabilitationsmaßnahmen (vgl. Tielking/Kuß 2003; Tielking/Ratzke 2004). Die fachliche Notwendigkeit von kooperationsfördernden Maßnahmen und Abstimmungen zwischen den Leistungsanbietern wird dabei vor dem Hintergrund des Behandlungserfolges selten in Frage gestellt. Vielmehr werden von den Beteiligten primär *wirtschaftliche Zwänge* angeführt, die eine Realisierung der optimalen Verbundarbeit erschweren (Kapitel 8). Entsprechende Kalkulationen und Berechnungen, die helfen könnten, die Diskussion zu versachlichen, fehlen nach wie vor. Die Ergebnisse der GÖS leisten hier insofern einen Beitrag, als dass die *aktuelle Situation in der Suchthilfe für den EVS-Verbund* und damit *exemplarisch für die Suchthilfe in Deutschland dargestellt* und eine *Bestandsaufnahme zu ökonomischen Aspekten, wie der Kosten- und Leistungsstruktur von Entwöhnungsmaßnahmen* (einrichtungs- und Träger übergreifend) gegeben wird.

Die *Datenbasis* für die angestrebten *Berechnungen von Kosten und Erträgen in der Verbundarbeit und bei Kombi-Therapien* (Kapitel 3.3) wurden auf Ebene der Leistungsanbieter im Rahmen der *Analyse der KLR der Leistungs-*

anbieter (Kapitel 6) und mit Hilfe der *Erhebung zum Kooperationsaufwand in EVS* (Kapitel 7) gewonnen. Als Ergebnis muss konstatiert werden, dass in beiden Untersuchungsbereichen die vorgelegten Daten insgesamt hinter dem Anspruch gesundheitsökonomischer Evaluation zum Teil deutlich zurück bleiben. Mit der *Zustandsbeschreibung zur KLR* wird jedoch ein aussagekräftiger Überblick über aktuell bestehende *finanz- und leistungswirtschaftliche Maßnahmen im EVS-Verbund* gegeben. Die Beschreibung des Status Quo zeigt, dass wesentliche Grundlagen zur Erstellung von Kosten-Nutzen-Berechnungen in den Dokumenten der Leistungsanbieter aktuell fehlen.

Im Rahmen der *Erhebung des Kooperationsaufwandes* wurde darüber hinaus sichtbar, dass bisher nicht gelöste *methodische Schwierigkeiten die Untersuchung des EVS-Kooperationsaufwandes* beeinträchtigen. Zwar können die Arbeitsbereiche der Berufsgruppen TherapeutInnen, Ärzte und VerwaltungsmitarbeiterInnen identifiziert und zeitliche Anteile zugeordnet werden, aber die EVS-spezifischen Arbeitsanteile sind in Verbindung mit zeitlichen Angaben nur unzureichend zu klären. Da sich die gewonnen Erkenntnisse primär auf *methodische Aspekte* beziehen, sollen diese im Zusammenhang anstehender *Forschungsaufgaben* in Kapitel 13 problematisiert werden.

Was lässt sich nun an *gesundheitsökonomischen Herausforderungen für die Leistungsanbieter* anhand der GÖS-Ergebnisse aus der KLR erkennen? Damit verbunden ist die zentrale Frage:

*Quo vadis Kosten-Leistungsrechnung in der Suchthilfe?*

Die Datenanalyse greift zurück auf Dokumente, die die Leistungsträger für die Untersuchung im Rahmen der GÖS zur Verfügung gestellt haben. Dabei sticht zunächst hervor, dass das Datenmaterial insgesamt kaum unterschiedlicher hätte ausfallen können. Einheitliche, d. h. standardisierte Darstellungsformen liegen nicht vor. Die analysierten Dokumente geben Einblick in das Profil der einzelnen Einrichtungen, liefern jedoch sowohl ambulant wie auch stationär *überwiegend aggregierte Daten, d. h. keine detaillierten Zahlen*. So werden beispielsweise Bezugsgrößen und Berechnungsgrundlagen nicht nachvollziehbar ausgewiesen. Damit waren die Möglichkeiten der Erstellung von *Durchschnittsberechnungen erheblich eingeschränkt*. Berechnet werden konnten u. a. Gesamtkosten- und Ertragsentwicklungen sowie Stellenanteile insgesamt wie auch auf einzelne Professionen bezogen. Vergleiche mit dem Deutschen Kerndatensatz zeigen beispielsweise im Abgleich mit der deutschen Suchthilfe einen insgesamt höheren Anteil an Einnahmen aus ambulanter Rehabilitation im EVS-Verbund. Hierbei macht sich vermutlich der im

Bundesvergleich gute Versorgungsschlüssel, d. h. das Verhältnis von Hilfe-einrichtungen und Versorgungspopulation, bemerkbar. Im Gegensatz zu anderen Bundesländern gibt es in Niedersachsen eine größere Zahl von Fachstellen Sucht, die seit vielen Jahren die Anerkennung der Rentenversicherung zur ambulanten Rehabilitation von Abhängigen erhalten haben (Niedersächsisches Ministerium für Frauen, Arbeit und Soziales 1999).

Speziell auf das *Arbeitsfeld der ambulanten Rehabilitation* bezogene Berechnungen, z. B. zu den Personalkosten, konnten für den Verbund ebenso wenig realisiert werden, wie weitergehende Vergleiche zur Entwicklung einzelner Kosten- und Erlösstellen, da die wenigsten Einrichtungen Dokumente mit differenzierten Angaben lieferten. Mit Blick auf die der Projektgruppe vorliegenden Dokumente kann festgehalten werden, dass *Einrichtungen, die eine differenzierte KLR durchführen, im EVS-Verbund die Ausnahme* darstellen.

Auch die Angaben in den Jahres-/Geschäftsberichten (diese werden stationär nicht erstellt) wie auch in den Wirtschaftsplänen sind vorwiegend allgemein gehalten; ein Ausweis von Aufwand und Erträgen aus ambulanter Rehabilitation wird sogar nur von einer Einrichtung vorgenommen. Weitere Unterlagen zur KLR, die hier mehr Klarheit bringen könnten, wurden sowohl von den ambulanten wie auch den stationären Leistungsanbietern nicht vorgelegt.

Vor diesem Hintergrund ist Transparenz über die Suchthilfearbeit und speziell die Rehabilitation von Abhängigkeitskranken auf der Basis von Kosten- und Erlösstellen nur sehr begrenzt herzustellen. Zahlenbasierte Aussagen zu *tatsächlichen Kosten* (insbesondere zu Personalkosten) wie auch zu *Erlösen der einzelnen Arbeitsbereiche* im ambulanten Arbeitsfeld der Suchthilfe und damit auch der ambulanten Rehabilitation können nicht getroffen werden. Auch ist für den Verbund nicht zu ermitteln, wie hoch die Einnahmen aus ambulanter Rehabilitation tatsächlich sind. Auf der Basis der in GÖS vorgelegten Unterlagen kann eine sachbezogene Diskussion um Kostendeckung in der ambulanten Suchthilfe daher nicht geführt werden. Auch im *stationären Bereich* führen häufig nur auszugsweise Darstellungen sowie unterschiedliche bzw. fehlende Differenzierungen in den Kosten- und Erlösstellen dazu, dass *nur vereinzelt Transparenz* zu gesundheitsökonomisch relevanten Aspekten erzeugt werden kann.

Versteht man eine *differenzierte Kosten-Leistungsrechnung als grundsätzlichen Baustein der Qualitätsentwicklung*, so überrascht es, dass die Kosten-Leistungsrechnung gemessen an den Fragestellungen der GÖS im EVS-

Verbund überwiegend wenig differenziert durchgeführt wird. *Im Kontext der Ergebnisse sind daher drei zentrale Fragen zu diskutieren:*

1. Welchen Beitrag kann eine KLR zur Qualitätsentwicklung leisten?
2. Welche Vor- und Nachteile würden sich für die Leistungsanbieter und Leistungsträger ergeben, würde mehr Transparenz über die KLR erzeugt?
3. Wie differenziert sollte eine KLR sein?

Es ist bereits darauf hingewiesen worden, dass *Gesundheitsökonomie und Qualitätsentwicklung* einander nicht konträr gegenüberstehen, sondern vielmehr miteinander zu verschränken sind. Das eine bedingt das andere auf der Suche nach dem optimalen Verhältnis von eingesetzten Mitteln und erzieltm Nutzen. Hier sind insbesondere die erkennbaren *Bedenken der beteiligten Akteure* ernst zu nehmen und entsprechende Informationen über Ziele und Methoden der Verfahren zu geben. Insbesondere der *Sorge, dass Kostendarstellungen grundsätzlich Gefahr laufen, von Seiten der verschiedenen Verwaltungen im gegliederten System (u. a. Land, Kommunen, Rentenversicherung) für Kürzungen herangezogen zu werden, ohne dass inhaltliche und damit qualitative Aspekte berücksichtigt werden, kann begegnet werden, wenn Kosten- und Ertragsdaten unter Einbeziehung qualitativer Angaben zu den Leistungen tatsächlich vergleichbar erstellt und ausgewertet werden.* Dies stellt neben der methodischen Dimension auch strukturell eine große Herausforderung dar, da regional erhebliche Unterschiede, sowohl hinsichtlich der Hilfesuchenden wie auch im Zusammenhang der Versorgungsangebote (Stichwort: Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität), bestehen. Derzeit fehlt es hier an Einheitlichkeit in vielerlei Hinsicht, insbesondere aber in der Darstellung von wirtschaftlichen Daten. Entsprechend sind *Standards für gesundheitsökonomische Darstellungen* unbedingt erforderlich, sofern man einer unsachgemäßen Verwendung bzw. Auslegung von Kosten- und Ertragsdarstellungen erfolgreich begegnen will.

Unter Rückgriff auf die Zusammenfassung in Kapitel 6.3 werden nachfolgend die *differenzierten Darstellungen* nochmals aufgegriffen, um Leistungsanbietern *Möglichkeiten für vergleichende Analysen im Arbeitsbereich der Rehabilitation von Abhängigen* zu verdeutlichen:

– **Jahres-/Geschäftsberichte**

Würde für den ambulanten Bereich im Kontext der Darstellung der Finanzierungsanteile ein Ausweis des Anteiles ambulanter Rehabilitation an den

Gesamteinnahmen der Einrichtung erfolgen, könnte ein Nachweis über die zweckentsprechende Verwendung gegenüber Land und Kommune ebenso erstellt werden, wie der Ausweis der Einnahmen aus ambulanter Rehabilitation.

– **Wirtschaftspläne**

Wirtschaftspläne mit der Übersicht über die Einnahmen-Ausgaben-Rechnung bzw. -Kalkulation für drei Jahreszeiträume ermöglichen die Darstellung von Entwicklungen im Mehrjahresvergleich. Werden die einzelnen Tätigkeitsfelder den Personal- und Sachkosten auf der einen Seite und den Einnahmen auf der anderen Seite zugeordnet ausgewiesen, können einzelne Kosten- und Erlösstellen verglichen werden. Speziell der *Anteil ambulanter Rehabilitation* an den gesamten Personal- und Sachkosten wie auch der Anteil ambulanter Rehabilitation an den gesamten Einnahmen könnte hier genauere Einblicke verschaffen.

Damit wird ein Vergleich in mehrerer Hinsicht möglich: die prozentuale Entwicklung der gesamten Ausgaben und Einnahmen im 3-Jahreszeitraum wie auch die prozentuale Entwicklung der gesamten Personalkosten im 3-Jahreszeitraum unter einem separaten Ausweis der anteiligen Personalkosten für ambulante Rehabilitation.

– **Stellenplan**

Stellenpläne, die Angaben zu Stellenanteilen (VK, TK; Angabe als anteilige Stelle in %), zur Funktion der MitarbeiterInnen und zum zeitlichen Umfang in Jahresarbeitszeit, Fachleistungsstunden und Beschäftigungszeitraum enthalten, können für detaillierte Vergleiche anhand der Personalkosten- und Stellensituation herangezogen werden. Dazu bedürfte es insbesondere differenzierter Angaben zur Ausbildung, zur Stundenzahl und zur tariflichen Eingruppierung sowie zur Verteilung auf einzelne Arbeitsfelder.

Unter gesundheitsökonomischer Perspektive sind auf Seiten der Fachstellen auch Überlegungen zum Auftrag und zu den Leistungsangeboten zu machen. Grundlegend ist dabei die Frage nach dem Umfang, in dem künftig ambulante Rehabilitation durchführt werden soll. In einigen Regionen des EVS-Verbundes werden aktuell zwischen Fachstellen Sucht und Kommunen *Leistungsbeschreibungen* erstellt und Leistungsverträge abgeschlossen. Diese enthalten Angaben zu einzelnen Arbeitsfeldern (z. B. Prävention), die durch die Kommunen finanziert werden. Mit Blick auf die ambulante Rehabilitation

und das Anliegen der Klärung der Kostendeckung für ambulante Rehabilitationsmaßnahmen könnten derartige Leistungsbeschreibungen eine Grundlage darstellen, um mehr Transparenz auch in der ambulanten Rehabilitation zu erzeugen. Leistungsbeschreibungen, die eine Abgrenzung des zeitlichen Umfangs für die Arbeitsbereiche Suchtprävention, Vernetzung/Kooperation, Akuthilfe, Beratung und Betreuung unter Einbeziehung von aufsuchender Sozialarbeit und *ambulanter Rehabilitation* enthalten und in denen der zeitliche Umfang im Jahr für ambulante Rehabilitationsmaßnahmen in Einzel- und Gruppentherapie angegeben wird, würden es den Leistungsanbietern im Abgleich mit den Informationen aus den Wirtschaftsplänen (speziell der Zuordnung von Personalkosten für und Einnahmen aus ambulante/r Rehabilitation) ermöglichen, Kosten-Ertragsrechnungen für das Arbeitsfeld der ambulanten Rehabilitation zu erstellen.

Grundlegend für den Gesamtzusammenhang der hier thematisierten Aspekte ist, dass höhere Einnahmen aus einem Arbeitsbereich (z. B. ambulante Rehabilitation) von den Leistungsträgern (z. B. Kommune) nicht genutzt werden, um Kürzungen in einem anderen Arbeitsbereich (z. B. Prävention) vorzunehmen. Geraten die Leistungsanbieter in die Situation, dass aufgrund der Transparenz der Einnahmen Kürzungen in einzelnen Arbeitsbereichen vorgenommen werden, würde die Qualität der Versorgung von Suchtkranken grundsätzlich gefährdet. Auch vor diesem Hintergrund ist es unbedingt erforderlich, dass Standards für gesundheitsökonomische Darstellungen und Vergleiche in der Suchthilfe erarbeitet und verbindlich verabschiedet werden. Solche Standards sollen einen Beitrag zur Versachlichung der Diskussion liefern und bspw. keinesfalls dazu führen, dass sich mit Blick auf das gegliederte System der Suchthilfe einzelne Leistungsträger aus Verantwortlichkeiten zurückziehen können. Dazu bedarf es auch der Abstimmung der wesentlichen Finanzgeber der Suchthilfe, d. h. zwischen Land, Kommune, Rentenversicherung und Krankenversicherungen.

Mit Blick auf gesundheitsökonomische Aspekte ist für den *stationären Bereich* hervorzuheben, dass es über die *Pflegesätze* seit Jahren keine Verhandlungen mehr gab. Konnten die Rentenversicherer früher auf gesamtgesellschaftliche Entwicklungen reagieren und Anpassungen vornehmen, herrscht heute die Erwartung, dass die *Konkurrenzfähigkeit* sowohl für die Leistungsanbieter wie auch die Leistungsträger erhalten bleiben muss. Die Rentenversicherung bezieht daher im Rahmen aktueller Pflegesatzbestimmungen, genauso wie die Leistungsanbieter für sich, Wirtschaftlichkeits-

erwägungen ein und fordert dazu auf, unter den gegebenen Bedingungen weitere Qualitätsentwicklung zu betreiben. Im Interesse einer solchen Qualitätsentwicklung sollten stationäre Einrichtungen auch die Verbundarbeit unter finanz- und leistungswirtschaftlichen Aspekten überprüfen.

Beachtet man gesundheitsökonomische Aspekte im Rahmen von Verbundarbeit, so spielt das Thema „Konkurrenz“ zwischen den Leistungsanbietern eine wichtige Rolle. Überlegungen zur Wirtschaftlichkeit der Maßnahmen und Kooperation stehen in einem Spannungsverhältnis. Der Gedanke, dass Effizienz auch Ausdruck eines ökonomischen Vorteils gegenüber Anderen darstellt, kann nicht unterschlagen werden. Die vorgestellten GÖS-Ergebnisse bzw. die zum Teil nur fragmentarisch bearbeiteten Untersuchungsbereiche müssen zum Teil auch unter Berücksichtigung dieser Perspektive bewertet werden.

Da die KLR zur Diskussion von Fragen der Kostendeckung aber essenziell ist und anhand der GÖS-Ergebnisse deutlich wird, dass hier zurzeit kaum adäquate Zahlen existieren, besteht aktuell die Herausforderung darin, zu klären, wie eine KLR in der Suchthilfe insgesamt wie auch speziell im Verbund auszugestalten ist. Annahmen darüber, dass das bisher gute Arbeitsklima im EVS-Verbund sich unter der Forderung nach mehr Transparenz zur Kosten- Ertragssituation u. U. verschlechtern könnte, haben hier berechtigterweise ihren Platz. Bedenken der Leistungsanbieter müssen unbedingt einbezogen und Lösungen gemeinsam erarbeitet werden. Solange dies nicht der Fall ist, müssen wir davon ausgehen, dass es auch in Zukunft an Transparenz in der Suchthilfe fehlen wird und *Allokationsentscheidungen ohne eine hinreichend abgesicherte wirtschaftliche Datenbasis getroffen* werden müssen. Der Aufgabe, die notwendigen Analysen und gesundheitsökonomischen Fragestellungen durch eine bewertbare Datenbasis zu fördern, müssen sich die Leistungsanbieter in der Suchthilfe auch zukünftig stellen.

## 13 Anregungen für gesundheitsökonomische Forschung in der Suchthilfe

Die aktuellen Veränderungen in der Suchthilfe stehen im Kontext mit der grundlegenden Neuausrichtung des Sozialstaats (Stichworte: u. a. Hartz IV, SGB II, SGB XII, SGB IX) und der Reform des Gesundheitswesens. Die Diskussion zur „*Reform im Gesundheitswesen*“ bewegt sich dabei zwischen zwei Polen:

1. Die *Effizienz* ist im Wesentlichen durch die Stärkung vorhandener und die Einführung weiterer *Mechanismen des Wettbewerbs* und der *Marktsteuerung* im Gesundheitswesen herzustellen.
2. Die *Effizienz* ist durch die *Evaluation etablierter Verfahren und Innovationen* herzustellen, um daran staatliche Interventionen anzuschließen, da Marktmechanismen als Allokationsinstrumente nicht funktionieren würden.

(vgl. Ahrens 2002: 46).

Konkurrenz um das wirtschaftlich günstigste Leistungsangebot führt zum Problem der Einhaltung verbindlicher Qualitätsstandards. Unter dem Preisdruck wächst die Neigung, den Preis der Leistungen ggf. auf Kosten der Qualität zu senken. (vgl. Ahrens 2002: 47 ff.). Der Gefahr des damit verbundenen Qualitätsverlustes muss gegengesteuert werden, da günstigere Leistungen zwar kurzfristig zu positiven Kosteneffekten führen können, mittel- und langfristig jedoch einen gegenläufigen Effekt zur Folge haben können.

Um die Finanzierung von Leistungen zu legitimieren, werden Nachweise der Effektivität und Effizienz von Gesundheitsdienstleistungen unerlässlich. Dies gilt insbesondere für den Bereich der *gesundheitsökonomischen Evaluation von medizinischer Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen* (Vollmer/DHS 2006). In der Fachzeitschrift SUCHT zum Themenschwerpunkt „Gesundheitsökonomie“ thematisieren Hans Joachim Salize et al. (2006) unter dem Titel „*Gesundheitsökonomische Suchtforschung in Deutschland – Gibt es Leben in der Wüste?*“ die Notwendigkeit entsprechender Untersuchungen und bestätigen damit im Nachhinein den Ansatz der hier vorliegenden Studie, die gesundheitsökonomische Aspekte in der Alkoholverwöhnung im Verbund (EVS) fokussiert.

Die Ergebnisse der GÖS verweisen auf die *Komplexität des Untersuchungsgegenstands*. Suchthilfe allgemein und die medizinische Rehabilitation von Alkoholabhängigen im Besonderen bietet ein facettenreiches Feld und diverse Zugänge, sich *gesundheitsökonomischen Fragen* zuzuwenden. Dabei ist deutlich geworden, dass die für gesundheitsökonomische Evaluation notwendigen *finanz- und leistungswirtschaftlichen Daten* der Leistungsanbieter zurzeit einerseits sehr vielgestaltig und andererseits überwiegend so pauschal sind, dass Kosten-Nutzenrechnungen auf dieser Basis nicht möglich sind. Mit der *EVS-Kombi-Behandlung* wird eine zusätzliche Perspektive eingefügt, in der Fragen der Wirtschaftlichkeit quer zu sonst üblichen Betrachtungsweisen behandelt werden müssen: Akteure sind hier über die Grenzen der eigenen Institution und gemeinsam mit anderen tätig, Arbeitsfelder lassen sich nicht (mehr) voneinander abgrenzen, müssen vielmehr strukturell und in den Prozessen ineinander greifen. Für künftige Studien bedeutet dies eine besondere Herausforderung, da der Untersuchungsgegenstand über die bisher üblichen Parameter hinaus zu erweitern ist und *neue interessierende Größen* einzubeziehen und zu operationalisieren sind. Die GÖS liefert derartige, in bisherigen Forschungsarbeiten nicht herausgestellte *Zugänge*. Gleichzeitig werden, wie nachfolgend skizziert, Fragestellungen aufgeworfen, die zu *weiteren Aktivitäten*, sowohl für die Rentenversicherung und die Leistungsanbieter als auch für die Forschung, auffordern:

- *Weiterentwicklung von Routinedokumentationssystemen* (Reha-Statistiken der Deutschen Rentenversicherung, Dokumentationssysteme der Leistungsanbieter, wie u. a. EBIS, SEDOS, BADO) zur Darstellung und Auswertung von kombinierten Behandlungsverläufen.
- *Evaluation der mittel- und langfristigen Effekte von Kombi-Behandlungen*. Hier sollte der Vergleich mit traditionellen Behandlungsformen (rein stationäre Therapie wie auch stationäre Therapie und Nachsorge) gezogen und in einem weiteren Schritt Kosten-Nutzen-Rechnungen erstellt werden. In der aktuellen „AWMF-Leitlinie: Postakutbehandlung alkoholbezogener Störungen“ (Geyer u. a. 2006) wird auf die ersten Ergebnisse der EVS-Studien hingewiesen und die Notwendigkeit weiterer Forschung ebenfalls benannt.
- *Erarbeitung eines Konzepts zur Erstellung und Bewertung finanz- und leistungswirtschaftlicher Daten von Leistungsanbietern in der Suchthilfe*. Damit verbunden ist die Klärung des Spannungsverhältnisses zwischen Transparenz und Betriebsgeheimnis. Ist die Rentenversicherung bei den stationären Leistungsanbietern grundsätzlich durch die Pflegesatzverhand-

lungen über Details der Pflegesatzkalkulation informiert, stellt sich im ambulanten Bereich die Aufgabe komplexer dar, da verschiedene Leistungsträger in die Fragen um die Finanzierung und Qualitätsentwicklung der Suchthilfe involviert sind. Grundsätzlich müssen Standards zur Versachlichung der Diskussion erarbeitet und die Finanzierung der Suchthilfe zwischen den beteiligten Leistungsträgern abgestimmt werden, um eine qualitativ hochwertige Versorgung auch weiterhin sicherzustellen.

- *Entwicklung von Verfahren zur Berechnung der Kostendeckung in einzelnen Leistungsbereichen der Suchthilfe.* Die GÖS-Ergebnisse lassen zum einen keine detaillierten Personalkostenansätze auf Seiten der Leistungsanbieter erkennen (Kapitel 6), zum anderen fehlen in den Wirtschaftsplänen Zuordnungen von Kosten und Erträgen auf das Arbeitsfeld der ambulanten Rehabilitation ebenso wie bei ambulanten und stationären Leistungsanbietern detaillierte Leistungsnachweise im Sinne einer KLR. Diese sind für gesundheitsökonomische Evaluationen jedoch grundlegend und somit auch von Seiten der Forschung zu erarbeiten.
- *Evaluation von Tätigkeiten in der Suchthilfe hinsichtlich Aufwand und Ertrag.* Die Ergebnisse der GÖS (Kapitel 7) enthalten u. a. quantitative Ausweise des Anteils (zeitlich und Anzahl der PatientInnen) der Arbeit mit EVS-PatientInnen im Abgleich zu anderen PatientInnen. Es wurden grundsätzliche Tätigkeitskategorien im Kontext des Kooperationsaufwands in EVS erarbeitet, die für weitere Untersuchungen zum Kooperationsaufwand in der Verbundarbeit der Suchthilfe herangezogen werden können. Zugleich sind in diesem Untersuchungsbereich forschungsmethodische Probleme offensichtlich geworden, zu denen die Antworten gegeben werden sollten. Es bedarf dabei neuer Instrumente, insbesondere zur Ermittlung von Arbeitsanteilen – z. B. Arbeitsanteile der medizinischen Rehabilitation im Kontext integrierter Konzepte und Arbeitsanteile für „Face to Face-Arbeit“ mit den KlientInnen versus Verwaltungsaufwand (insbesondere für Kooperation, Dokumentation). Ziel sollte dabei eine möglichst detaillierte Kosten- und Ertragsrechnung zur Verbundarbeit in der Suchthilfe sein, wie sie auf heutiger Datenbasis nicht möglich ist. Erfassungssysteme wie die Klassifikation Therapeutischer Leistungen (KTL) und die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) zeigen hierzu bereits Ansätze auf, die auch für gesundheitsökonomische Fragestellungen genutzt werden können. Allerdings findet die KTL bisher nur im stationären Feld Anwendung (vgl. BfA 2000) und die ICF ist für die Suchthilfe aktuell noch in der Entwicklungsphase (vgl. Amann/Roeb-Rienas 2005; Schuntermann 2003).

- *Weiterentwicklung der Maßnahmen zur Qualitätsentwicklung in der Verbundarbeit der Suchthilfe.* Mit der EVS werden im Sinne des § 20 SGB IX Qualitätsfördernde Maßnahmen der Leistungsanbieter und der Leistungsträger kombiniert. Internes und externes QM können so ineinander greifen. Hat sich die einrichtungs- und trägerübergreifende Qualitätszirkelarbeit in der EVS nachweislich bewährt (vgl. Kapitel 9), stellt genau dieser Bereich der Kooperation im Verbund auch in Zukunft eine Herausforderung dar. Forschung über Qualitätszirkelarbeit wurde vor diesem Hintergrund bisher zu wenig durchgeführt (überwiegend zu ärztlichen QZ; vgl. u. a. Bahrs u. a. 1994; Gerlach/Beyer 2001; Loffing 2005). Auch das im Rahmen des Reha-Qualitätssicherungsprogramms der Gesetzlichen Rentenversicherung erstellte Manual zur Qualitätszirkelarbeit (vgl. IGES o. J.) bezieht sich bisher primär auf die QZ-Arbeit in Kliniken und sollte für Verbundarbeit weiterentwickelt werden.

Der skizzierte Forschungsbedarf zum Thema gesundheitsökonomische Evaluation von Verbundarbeit in der Suchthilfe richtet sich auf unterschiedliche Dimensionen der Qualität von Suchthilfe. Ökonomische Aspekte werden dabei in den Mittelpunkt der Diskussion gerückt, sind zugleich aber untrennbar mit qualitativen Aspekten und ethischen Fragen verbunden. Für das folgende Grundverständnis muss allerdings noch geworben werden: „Kostendaten sind unverzichtbare Parameter, an denen sich die Effizienz (...) und damit die Praxisrelevanz von Behandlungsmethoden und Versorgungsstrategien messen lässt.“ (Salize u. a. 2006: 106) Dass die Suchtforschung sich dieser Herausforderung verstärkt stellen sollte, da bisher die gesundheitsökonomische Forschung in der Suchthilfe nur eine nachgeordnete Rolle gespielt hat, zeigt auch das Ergebnis einer Literaturrecherche (medline-Recherche) für den Zeitraum 1998 bis 2004: Nur 0,6 % der Publikationen zu Suchttherapien enthalten das Thema „gesundheitsökonomische Evaluation“ (vgl. Claes 2004). Die Auseinandersetzung mit der Gesundheitsökonomie in der Suchthilfe ist demnach noch sehr zurückhaltend, in Anbetracht der Finanzierung des Versorgungssystems jedoch dringend erforderlich! Hierzu gilt es im Anliegen einer erfolgreichen Qualitätsentwicklung für die Zukunft verbesserte Berechnungsgrundlagen zu schaffen, was zugleich als Appell an die Praxis wie auch die Forschung verstanden werden sollte.

Wir hoffen, dass die hier dokumentierte GÖ-Studie einen Beitrag leistet, die gesundheitsökonomische Forschung zu verstärken.

## Literatur

- Ahrens, D. (2002): Technologiebewertung und Public Health: gesundheitsökonomische Evaluation und HTA am Beispiel der Krebsfrüherkennung. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Huber.
- Ahrens, D./Lymke, D./Schmidt/Güntert, B. (2003): Gesundheitsökonomische Evaluation der Substitutionsbehandlung Opiatabhängiger – eine Standortbestimmung. In: Sucht. Jg. 49, H. 4: 228–238.
- Amann, K./Roeb-Rienas, W. (2005): Die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) der WHO – zu ihrer Bedeutung und Problematik in Bezug auf die Rehabilitation von Abhängigkeitserkrankten. In: Sucht aktuell. 12. Jg., Heft 1/2005, Bonn: 51–54.
- Bahrs, O./Gerlach, F. M./Szecsenyi, J. (Hrsg.) (1994): Ärztliche Qualitätszirkel. Leitfaden für den niedergelassenen Arzt. Köln.
- Beckmann, C./Böttger, A./Ermer-Externbrink, M./Gerdelmann, H./Grube, H./Habekost, D./Henning, V./Neuper-Horst, M./Saris/Wiegand, G. (2003): Qualitätssicherung ambulanter Rehabilitation Suchtkranker. In: Sucht. Jg. 49, H. 4: 252–257.
- Beckmann, U./Egner, U. (2001): Ambulante medizinische Leistungen zur Rehabilitation im Indikationsbereich Abhängigkeitserkrankungen – Erste Schritte zu einer Qualitätssicherung aus der Sicht eines Rentenversicherungsträgers. In: Sucht aktuell. 8. Jg., Heft 2/2001, Bonn: 28–33.
- Bergmann, E./Horch, K. (2002): Kosten alkoholassoziierter Krankheiten. Dissertation zur Erlangung des Doktorgrades an der Freien Universität Berlin am Fachbereich Philosophie und Sozialwissenschaften I/II. Berlin.
- Bortz, J./Döring, N. (2002): Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler. Berlin.
- Brenner, R./Funke, W./Garbe, D./Hockelmann-Hettinger, P./Missel, P./Schneider, B. (2005): Komponentenevaluation: Besonderheiten und erste Ergebnisse aus zwei Trägerverbänden der ambulanten Suchtrehabilitation. In: Sucht aktuell. 12. Jg., Heft 2/2005, Bonn: 38–42.

- Breyer, F./Zweifel, P./Kifmann, M. (2004): Gesundheitsökonomie. 5. Auflage, Berlin Heidelberg.
- Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (BfA) (Hrsg.) (2004): SGB Textausgabe – Auszüge aus dem Sozialgesetzbuch. Berlin.
- Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (BfA) (Hrsg.) (2000): Klassifikation therapeutischer Leistungen in der medizinischen Rehabilitation. Berlin.
- Buschmann-Steinhage, R. (1991): Zur Effektivität und Effizienz von Rehabilitationsmaßnahmen für Abhängigkeitskranke. In: Deutsche Rentenversicherung. Heft 2–3/1991, Frankfurt am Main: 169–179.
- Claes, C. (2004): Gesundheitsökonomische Evaluation in der Suchthilfe – Bestandteil der Zukunftssicherung des Hilfesystems?. Vortrag auf dem 27. BundesDrogenkongress des Fachverbandes Drogen und Rauschmittel e. V. in Hannover.
- de Jong-Meyer, R./Heyden, T. (Hrsg.) (1993): Rückfälle bei Alkoholabhängigen. IFT-Texte 26, München.
- Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hrsg.) (2006): Jahrbuch Sucht 2006. Geesthacht.
- Deutsche Rentenversicherung Oldenburg-Bremen (2005): Reha-Statistiken und Sonderauswertungen der Deutschen Rentenversicherung Oldenburg-Bremen. Oldenburg. (unveröffentlicht)
- Diekmann, A. (1996): Empirische Sozialforschung: Grundlagen, Methoden, Anwendungen. Reinbek bei Hamburg.
- Egner, U./Grünbeck, P. (2003): Analyse der Reha-verlaufsdaten zu den Folgen der Sucht und zum Verlauf nach der Rehabilitation. In: Sucht aktuell. 10. Jg., Heft 2/2003, Bonn: 29–32.
- Erbas, B./Queri, F./Tretter, F. (2002): Ökonomie der Sucht: Bericht vom BAS-Workshop zu wirtschaftswissenschaftlichen Aspekten der psychoaktiven Substanzen, der Sucht und von Interventionsformen. In: Suchtmedizin in Forschung und Praxis. 4. Jg., Heft Nr. 4/2002, Landsberg: 243–253.
- Empfehlungsvereinbarung zwischen Rentenversicherung und Krankenversicherung über die Leistungen zur ambulanten Rehabilitation Alkohol-, Medikamenten- und Drogenabhängiger (Empfehlungsvereinbarung

- Ambulante Rehabilitation Sucht – EVARS) vom 29. Januar 1991 in der Fassung vom 5. November 1996.
- Fachverband Sucht e. V. (2005): Verbesserung von Schnittstellenproblemen in der Versorgung Suchtkranker – Forderungen des Fachverbandes Sucht e. V. an die zukünftige Bundesregierung (Juli 2005). In: Sucht aktuell. 12. Jg., Heft 2/2005, Bonn: 65–69.
- Fachverband Sucht e. V. (Hrsg.) (2003): Basisdokumentation 2003 – Ausgewählte Daten zur Entwöhnungsbehandlung im Fachverband Sucht e. V. Reihe Qualitätsförderung in der Entwöhnungsbehandlung. Reihe 12. Bonn.
- Fachverband Sucht e. V. (Hrsg.) (2002): Die Zukunft der Suchtbehandlung – Trends und Prognosen. Schriftenreihe des Fachverbandes Sucht e. V., Band 25, Geesthacht.
- Fachverband Sucht e. V. (FVS) (Hrsg.) (1998): Vernetzung und Zusammenarbeit in der Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen ... In: Sucht aktuell. 5. Jahrgang, Heft 3+4/1998, Bonn.
- Gerlach, F. M./Beyer, M. (2001): Wie haben sich Qualitätszirkel in Deutschland etabliert. In: Bahrs, O., Gerlach F. M., Szecsenyi, J. Andres, E. (Hrsg.): Ärztliche Qualitätszirkel – Leitfaden für den Arzt in Praxis und Klinik. 4. überarbeitete und erweiterte Auflage. Deutscher Ärzte-Verlag, Köln: 265–273.
- Geyer, D./Batra, A./Beutel, M./Funke, W./Görlich, P./Günthner, A./Hutschenreuter, U./Küfner, H./Möllmann, C./Müller-Fahrnow, W./Müller-Mohnssen, M./Soyka, M./Spyra, K./Stetter, F./Veltrup, C./Wiesbeck, G. A./Schmidt, L. G. (2006): AWMF Leitlinie: Postakutbehandlung alkoholbezogener Störungen. In SUCHT – Zeitschrift für Wissenschaft und Praxis. 52. Jg., Heft 1/2006, Hamm.
- Gesamtverband für Suchtkrankenhilfe im Diakonischen Werk der Evangelischen Kirche in Deutschland (GVS) (2005): Diskussionspapier des GVS zu Aufgaben und Finanzierung der Suchtberatung als Teil einer regionalen Versorgungsstruktur. Kassel.
- Gesamtverband für Suchtkrankenhilfe im Diakonischen Werk der Evangelischen Kirche in Deutschland e. V. (GVS) (Hrsg.) (2002): Hand in Hand: Verbund und Vernetzung – Hilfen und Tipps zur Zusammenarbeit. Partner-Magazin, 36. Jahrgang, Heft 1/2002, Kassel.

- Gesamtverband für Suchtkrankenhilfe im Diakonischen Werk der Evangelischen Kirche in Deutschland e. V. (GVS) (Hrsg.) (2001): Regionale Verbundsysteme – Positionspapier. Kassel.
- Hannoveraner Konsensgruppe (Hrsg.) (1999): Deutsche Empfehlungen zur gesundheitsökonomischen Evaluation – revidierte Fassung des Hannoveraner Konsens. Zeitschrift Gesundheitsökonomie und Qualitätsmanagement. Heft 4: A 62–65.
- Henkel, D./Zemlin, U. (2006): Arbeitslosigkeit und Suchtbehandlung: Neue empirische Ergebnisse und Schlussfolgerungen für die Praxis der medizinischen Rehabilitation. In: Sucht aktuell. 13 Jg., Heft 1/2006, Bonn: 49–57.
- Henkel, D./Zemlin, U./Dornbusch, P. (2004): Analyse rückfallbezogener Bedingungen bei arbeitslosen Alkoholabhängigen (ARA-Projekt) – Teil II: Ergebnisse des Therapieverlaufs und der 6-Monatskatamnese. In: Sucht aktuell. 11. Jg., Heft 1/2004, Bonn: 21–32.
- Hensche, M. (2006): Online-Handbuch Arbeitsrecht. Berlin. Internet: [http://www.hensche.de/Rechtsanwalt\\_Arbeitsrecht\\_Handbuch\\_Eingruppierung\\_WasVersteht.html](http://www.hensche.de/Rechtsanwalt_Arbeitsrecht_Handbuch_Eingruppierung_WasVersteht.html). Abfrage vom 3.03.2006.
- Hüllinghorst, R. (2006): Versorgung Abhängigkeitskranker in Deutschland. In: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hrsg.) (2006): Jahrbuch Sucht 2006. Geesthacht: 154–169.
- Hümmelink, R./Grünbeck P. (2002): Sozialmedizinische Prognose nach stationärer Sucht-Rehabilitation – aktuelle Auswertungen von Routinedaten der BfA. In: Sucht aktuell. 9. Jg., Heft 2/2002, Bonn: 26–30.
- IGES Institut für Gesundheits- und Sozialforschung (Hrsg.) (o. J.): Reha-Qualitätssicherungsprogramm der Gesetzlichen Rentenversicherung – Manual für Qualitätszirkel – Version 1.0. Berlin.
- Janz, S./Knauf, W./Neeb, K. (2000): Integrierte stationär-ambulante Rehabilitation (ISAR). Zielsetzung, Organisation und Behandlungsprogramm eines neuen Modells. Vortrag auf der Drogenkonferenz 2000 „Suchtkrankenhilfe gestaltet Veränderungen – Neue Arbeitsweisen und Methoden“. Mainz, den 04.05.2000
- Keun, F./Protz, R. (2004): Einführung in die Vollstationäre Pflegeeinrichtung und ambulanter Pflegedienst-Kostenrechnung. Wiesbaden.

- Körkel, J. (1995): Rückfallbewältigung und Rückfallprävention. Primäre und sekundäre Rückfallprävention in einem vernetzten Suchthilfesystem. In: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hrsg.): Suchtkrankenhilfe im Verbund. Eine kritische Bestandsaufnahme. Freiburg im Breisgau: 217–230
- Körkel, J./Lauer, G. (1992): Der Rückfall des Alkoholabhängigen: Einführung in die Thematik und Überblick über den Forschungsstand. In: Körkel, J./Lauer, G. (Hrsg.): Der Rückfall des Suchtkranken – Flucht in die Sucht? Berlin: 3–122
- Küfner, H./Feuerlein, W./Floherschütz, T. (1986a): Die stationäre Behandlung von Alkoholabhängigen: Merkmale von Patienten und Behandlungseinrichtungen, katamnestiche Ergebnisse. In: Suchtgefahren. 32. Jahrgang, Heft 1/1986, Hamm: 1–86.
- Küfner, H./Feuerlein, W./Huber, M. (1988): Die stationäre Behandlung von Alkoholabhängigen: Ergebnisse der 4-Jahreskatamnesen, mögliche Konsequenzen für Indikationsstellung und Behandlung. In: Suchtgefahren. 34. Jahrgang, Heft 3/1988, Hamm: 157–272.
- Küfner, H./Kraus, L. (2002): Alkoholismus – epidemiologische und ökonomische Aspekte. In: Deutsches Ärzteblatt, 99 (14): A 936–945.
- Kulick, B. (1999): Warum bewilligen wir genau das? – Indikationskriterien in der Auswahl von Maßnahmen aus Sicht eines Leistungsträgers. In: Sucht aktuell. 6. Jahrgang, Heft 1/1999, Bonn: 8–13.
- Kurscheid, T. (2004): Formen gesundheitsökonomischer Studien. In: Lauterbach, K./Schrappe, M. (Hrsg.) (2001): Gesundheitsökonomie, Qualitätsmanagement und Evidence-based Medicine. Stuttgart: 183–189.
- LVA Oldenburg-Bremen (2004): Reha-Statistiken und Sonderauswertungen der Deutschen Rentenversicherung Oldenburg-Bremen. Oldenburg. (unveröffentlicht)
- LVA Oldenburg-Bremen (2003): Reha-Statistiken und Sonderauswertungen der Deutschen Rentenversicherung Oldenburg-Bremen. Oldenburg. (unveröffentlicht)
- LVA Oldenburg-Bremen (2002): Reha-Statistiken und Sonderauswertungen der Deutschen Rentenversicherung Oldenburg-Bremen. Oldenburg. (unveröffentlicht)

- LVA Oldenburg-Bremen (2001): Reha-Statistiken und Sonderauswertungen der Deutschen Rentenversicherung Oldenburg-Bremen. Oldenburg. (unveröffentlicht)
- LVA Oldenburg-Bremen (2000): Reha-Statistiken und Sonderauswertungen der Deutschen Rentenversicherung Oldenburg-Bremen. Oldenburg. (unveröffentlicht)
- LVA Oldenburg-Bremen (1999): Reha-Statistiken und Sonderauswertungen der Deutschen Rentenversicherung Oldenburg-Bremen. Oldenburg. (unveröffentlicht)
- LVA Oldenburg-Bremen (1998): Reha-Statistiken und Sonderauswertungen der Deutschen Rentenversicherung Oldenburg-Bremen. Oldenburg. (unveröffentlicht)
- Lauterbach, K. W. (2004): Gesundheitsökonomie als Teil der Qualitätsverbesserung. In: Lauterbach, K. W./Schrappé, M. (Hrsg.): Gesundheitsökonomie, Qualitätsmanagement und Evidence-based Medicine. Eine systematische Einführung. Stuttgart/New York: 143–146.
- Lauterbach, K. W./Schrappé, M. (Hrsg.) (2004): Gesundheitsökonomie, Qualitätsmanagement und Evidence-based Medicine. Eine systematische Einführung. Stuttgart/New York
- Lauterbach, K./Schrappé, M. (Hrsg.) (2001): Gesundheitsökonomie, Qualitätsmanagement und Evidence-based Medicine. Stuttgart.
- Leidl, R./Schweikert, B./Seitz, R. (2003): Projekt 4 – Gesundheitsökonomische Analysen – Endbericht. Universität Ulm, Ulm.
- Loffing, C. (2005): Qualitätszirkel erfolgreich gestalten – so nutzen Sie die Kreativität ihrer Mitarbeiter. Stuttgart.
- Mayring, P. (1995): Analyseverfahren erhobener Daten. In: Flick, U./Kardorff, E. v./Keupp, H./Rosenstiel, L. v./Wolff: (Hrsg.): Handbuch Qualitative Sozialforschung. Grundlagen, Konzepte, Methoden und Anwendungen. 2. Aufl., Weinheim.
- Meinhold, M. (1998): Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement in der sozialen Arbeit. Freiburg im Breisgau.
- Meinhold, M./Matul, C. (2003): Qualitätsmanagement aus der Sicht von Sozialarbeit und Ökonomie. Baden-Baden.

- Ministerium für Kultur, Jugend, Familie und Frauen Rheinland-Pfalz (Hrsg.) (1994): Intervalltherapie bei Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit. Abschlußbericht des Modellprojekts. Mainz.
- Müller-Fahrnow, W. (2002): Sucht-Rehabilitation in Deutschland – Bestandsaufnahme und Perspektiven. Eine Expertise des Lehrstuhls Versorgungssystemforschung – Humboldt Universität zu Berlin. DRV-Schriften, Band 32, Bad Homburg.
- Müller-Fahrnow, W./Spyra, K./Stoll, S./Ilchmann, U./Kühner, S. (2001): Suchtkrankenhilfe im Wandel: Zentrale Impulse und Aufgaben für die Zukunft. In: Sucht aktuell. 8. Jg., Heft 2/2001, Bonn: 8–14.
- Neeb, K./Janz, S. (2002): Integrierte stationär-ambulante Rehabilitation (ISAR) für Suchtmittelabhängige. Bewertung eines Modellprojektes. Unveröffentlichtes Papier der Fachklinik Eußerthal der LVA Rheinland; 76857 Eußerthal.
- Neumer, S. (1998): Modell einer Kosten-Effektivitäts-Analyse für die stationäre Therapie Alkoholkranker in Deutschland. In: Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis 30 (1): 91–100.
- Niedersächsische Landesstelle für Suchtfragen (NLS) (Hrsg.) (2006): Konsenspapier – Zukunft der Suchtprävention und -rehabilitation in Niedersachsen. Hannover.
- Niedersächsisches Ministerium für Frauen, Arbeit und Soziales (Hrsg.) (1999): Prävention und Hilfe bei Suchtmittelmissbrauch. Bericht und Konzept. Hannover.
- Oliva, H./Görgen, W./Schlanstedt, G./Schu, M./Sommer, L. (2001): Vernetzung, Planung und Steuerung der Hilfen für Suchtkranke: Ergebnisse des Kooperationsmodells nachgehende Sozialarbeit. Band 135 der Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit. Baden-Baden
- Paul, K. (1999): Indikationsgeleitete ambulant/teilstationäre/stationäre Behandlung für den Kreis Olpe und den Hochsauerlandkreis. In: Fachverband Sucht e. V. (FVS) (Hrsg.): Suchtbehandlung: Entscheidungen und Notwendigkeiten. Geesthacht: 113–118.
- Redecker, T. (2005): Zwischen Ökonomie und Ethik – die Herausforderung an die Suchtkrankenhilfe. In: Gesamtverband für Suchtkrankenhilfe (Hrsg.): Berlinder Suchtgespräch 2004 – Die ambulante Versorgung suchtkrank Menschen – Weiterentwicklungen zwischen Daseinsvor-

- sorge und Leistungsgestezen. GVS Diskussionsbeiträge 1/2005. Berlin: 17–24.
- Rehm, J. (1999): Ökonomische Aspekte des Substanzmissbrauchs. In: Gastpar, M./Mann, K./Rommelspacher, H. (Hrsg.): Lehrbuch der Suchterkrankungen. Stuttgart: 118–127.
- Rehm, J./Frick, U. (2006): Wie nützlich ist eine gesundheitsökonomische Suchtforschung für die Planung und Implementierung von Interventionen? In: Vollmer, H. C./Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hrsg.): Themenschwerpunkt Gesundheitsökonomie. In: SUCHT – Zeitschrift für Wissenschaft und Praxis. 52. Jg., Heft 2/2006, Hamm: 101–102.
- Rychlik, R. (1999): Gesundheitsökonomie: Grundlagen und Praxis. Stuttgart.
- Sackett, D. L./Richardson, W. S./Rosenberg, W. M. C./Haynes, R. B. (1997): Evidence-Based Medicine: How to Practice and Teach EBM. Edinburgh: Churchill Livingstone.
- Sackett, D. L./Rosenberg, W. MC/Gray, J. AM/Haynes, R. B./Richardson, W. S. (1996): Evidence Based Medicine: What it is and what it isn't. In: British Medical Journal. 312:71–2. London.
- Salize, H. J./Stamm, K./Merkel/Mann, K. (2006): Gesundheitsökonomische Suchtforschung in Deutschland – Gibt es Leben in der Wüste? In: Vollmer, H. C./Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hrsg.): Themenschwerpunkt Gesundheitsökonomie. In: SUCHT – Zeitschrift für Wissenschaft und Praxis. 52. Jg., Heft 2/2006, Hamm: 105–111.
- Salus-Klinik für Psychosomatik & Sucht (Hrsg.) (2000): ISAT – Integrierte stationär-ambulante Therapie. Friedrichsdorf.
- Schallenberg, H. (2005): 100 Jahre soziales Engagement! – 30 Jahre stationäre Suchtkrankenhilfe, Quo Vadis? Vortrag anlässlich der Festveranstaltung zum 100-jährigen Bestehen der Fachklinik St. Marienstift – Dammer Berge. In: Mitteilungen aus der Fachklinik St. Marienstift – Dammer Berge. Hauszeitung „Unsere Brücke“, Ausgabe 89, Neuenkirchen-Vörden: 5–11.
- Schöffski, O./Uber, A. (2000): Grundformen ökonomischer Evaluationen. In: Schöffski, O./Graf v. d. Schulenburg (Hrsg.): Gesundheitsökonomische Evaluationen. Berlin/Heidelberg/New York: 175–203.
- Schulenburg, J.-M. Graf v.d. (2000): Die Entwicklung der Gesundheitsökonomie und ihre methodischen Ansätze. In: Schöffski, O./Schulenburg,

- J.-M. Graf v.d. (Hrsg.): Gesundheitsökonomische Evaluationen. Berlin/Heidelberg/New York: 15–24.
- Schulenburg, J.-M. Graf v.d./Greiner, W./Schöffski, O. u. a. (Konsensgruppe „Gesundheitsökonomie“) (1996): Empfehlungen zur gesundheitsökonomischen Evaluation – Hannoveraner Konsens. Zeitschrift für Allgemeinmedizin 72, 485-490.
- Schulenburg, J.-M. Graf v.d./Greiner, W. (2000): Gesundheitsökonomik. Tübingen.
- Schulte, D. (2002): Möglichkeiten und Probleme der Suchtkrankenhilfe im regionalen Kooperationsverbund ambulanter und stationärer Hilfen. Diplomarbeit an der Universität – Gesamthochschule Gießen, Studiengang Außerschulisches Erziehungs- und Sozialwesen, Gießen/Olpe.
- Schuntermann, M. F. (2003): Grundsatzpapier der Rentenversicherung zur Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) der Weltgesundheitsorganisation (WHO). In: Deutsche Rentenversicherung, Heft 1–2/2003, Frankfurt am Main: 52–59.
- Sendi, P. P./Bucher, H./Streuer, J. (1997): Kritische Beurteilung einer Kosten-Effektivitäts-Analyse. In: Schweizerische Rundschau für Medizin. Zürich: 1695–702
- Siebert, U./Behrend, C./Mühlberger, N./Wasem, J./Greiner, W./von der Schulenburg, J.-M./Welte, R./Leidl, R. (1999): Entwicklung eines Kriterienkataloges zur Beschreibung und Bewertung ökonomischer Evaluationsstudien in Deutschland. In: Leidl, R.; von der Schulenburg, J.-M.; Wasem, J. (Hrsg.): Ansätze und Methoden der ökonomischen Evaluation – eine internationale Perspektive. Health Technology Assessment, Bd. 9. Baden-Baden.
- Single, E./Collins, D./Eastons, B./Harwood, H./Lapsley, H./Kopp, P./Wilson, E. (2001): International Guidelines for Estimating the Costs of Substance Abuse – Second Edition. <http://www.ccsa.va>, Ottawa.
- Sonntag, D./Bauer, C./Welsch, K. (2005): Deutsche Suchthilfestatistik 2004. In: SUCHT – Zeitschrift für Wissenschaft und Praxis. 51. Jg., Sonderheft 2/2005, Hamm.
- Sonntag, D./Künzel, J. (2000): Hat die Therapiedauer bei alkohol- und drogenabhängigen Patienten einen positiven Einfluss auf den Therapie-

- erfolg?“. In: SUCHT – Zeitschrift für Wissenschaft und Praxis, 46. Jg., Heft 2, Hamm: 100 ff.
- Sonntag, D./Welsch, K. (2004): Deutsche Suchthilfestatistik 2003. In: SUCHT – Zeitschrift für Wissenschaft und Praxis. 50. Jg., Sonderheft 1/2004, Hamm.
- Tielking, K. (2000): Optimierung der Rehabilitation von Alkoholabhängigen auf der Basis der Analyse von Patienten- und Strukturmerkmalen. Band 4 der Schriftenreihe Sucht- und Drogenforschung, Oldenburg.
- Tielking, K. (2006): Möglichkeiten und Grenzen von Qualitätsmanagement in sozialen Institutionen am Beispiel der Suchthilfe. Schriftenreihe Oldenburger Universitätsreden. Oldenburg.
- Tielking, K./Kuß, G. (Hrsg.) (2003): Abschlussbericht zum Modellprojekt Alkoholentwöhnung im Verbundsystem (EVS). Vernetzung von Behandlungsangeboten in der Rehabilitation Alkoholabhängiger. Theoretische Ansatzpunkte und praktische Erfahrungen. Schriftenreihe Sucht- und Drogenforschung Bd. 7. Oldenburg.
- Tielking, K./Kuß, G. (Hrsg.) (2001): Alkoholentwöhnung im Verbundsystem (EVS) – Eröffnungsbericht zu einem Modellprojekt in der Region Oldenburg-Bremen. Schriftenreihe Sucht- und Drogenforschung Bd. 5. Oldenburg.
- Tielking, K./Ratzke, K. (2004): Standards für Verbundarbeit in der Suchtkrankenhilfe. Schriftenreihe Sucht- und Drogenforschung Bd. 8. Oldenburg.
- Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR) (Hrsg.) (2005): 14. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium. Rehabilitationsforschung in Deutschland – Stand und Perspektiven vom 28. Februar bis 2. März 2005 in Hannover. Tagungsband. Internetausgabe, [www.vdr.de](http://www.vdr.de), Datei: 14\_reha-kolloqu.pdf. Frankfurt/Main.
- Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR) (Hrsg.) (2004a): Abschlussbericht der Kommission zur Weiterentwicklung der Sozialmedizin in der gesetzlichen Rentenversicherung – SOMEKO. DRV-Schriften, 53. Frankfurt/Main.
- Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR) (Hrsg.) (2004b): 13. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium. Selbstkompetenz – Weg und Ziel der Rehabilitation vom 8. bis 10. März 2004 in Düssel-

- dorf. Tagungsband. Internetausgabe, [www.vdr.de](http://www.vdr.de), Datei: 13\_reha-kolloqu.pdf. Frankfurt/Main.
- Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR) (Hrsg.) (2004c): Reha-Qualitätssicherungsprogramm der Gesetzlichen Rentenversicherung – Peer-Review: Checkliste, Manual und Therapiezielkatalog – Indikationsbereiche Psychische Erkrankungen und Abhängigkeitserkrankungen. DRV-Schriften. Frankfurt am Main.
- Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR) (Hrsg.) (2001): Empfehlungen für die sozialmedizinische Beurteilung psychischer Störungen – Hinweise zur Begutachtung. DRV-Schriften Band 30. Frankfurt am Main.
- Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR) (Hrsg.) (2000): Das Ärztliche Gutachten für die gesetzliche Rentenversicherung – Hinweise zur Begutachtung. In: DRV-Schriften Band 21, Frankfurt am Main.
- Vereinbarung „Abhängigkeitserkrankungen“ (VA) vom 04.05.2001.
- Vollmer, H. C./Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hrsg.) (2006): Themenschwerpunkt Gesundheitsökonomie. In: SUCHT – Zeitschrift für Wissenschaft und Praxis. 52. Jg., Heft 2/2006, Hamm.
- Welsch, K./Sonntag, D. (2003): Deutsche Suchthilfestatistik 2002. In: SUCHT – Zeitschrift für Wissenschaft und Praxis. 49. Jg., Sonderheft 1/2003, Hamm.
- Wiegand, G. (2002): Wie intelligent ist unsere Suchthilfefinanzierung? Antwort aus der Sicht der Rentenversicherung. Referat auf dem 26. BundesDrogenkongress des Fachverbandes Drogen und Rauschmittel e. V. in Weimar.
- Zobel, M./Missel, P./Bachmeier, R./Brünger, M./Funke, W./Herder, F./Kluger, H./Medenwaldt, J./Weissinger, V./Wüst, G. (2004): Effektivität der stationären Suchtrehabilitation – FVS-Katamnese des Entlassjahrgangs 2001 von Fachkliniken für Alkohol- und Medikamentenabhängige. In: Sucht aktuell. 11. Jg., Heft 1/2004, Bonn: 11–20.
- Zobel, M./Missel, P./Bachmeier, R./Funke, W./Garbe, D./Herder, F./Kluger, H./Medenwaldt, J./Weissinger, V./Wüst, G. (2005): Effektivität der stationären Suchtrehabilitation – FVS-Katamnese des Entlassjahrgangs 2002 von Fachkliniken für Alkohol- und Medikamentenabhängige. In: Sucht aktuell. 12. Jg., Heft 1/2005, Bonn: 5–15.



## **AutorInnen**

### **Knut Tielking**

Dr. habil., Privatdozent, Dipl.-Handelslehrer, Bankkaufmann, seit 1996 Mitarbeiter an der Carl von Ossietzky Universität Oldenburg, AG Devianz, seit 2004 Associated Professor an der Babes Bolyai University of Cluj-Napoca/Rumänien, 2006 bis 2007 Lektor für Gesundheits- und Pflegemanagement an der Universität Bremen, seit 2007 Professor für Versorgungsforschung an der Fachhochschule Oldenburg/Ostfriesland/Wilhelmshaven; Fachbereich Sozialwesen und Gesundheit; Arbeitsschwerpunkte: Gesundheits- und Qualitätsmanagement in der Sucht- und Sozialarbeit.

Internet: [www.uni-oldenburg.de/devianz](http://www.uni-oldenburg.de/devianz)

E-Mail: [knut.tielking@uni-oldenburg.de](mailto:knut.tielking@uni-oldenburg.de)

### **Kerstin Ratzke**

Dipl.-Soz.-wiss., seit 2002 Mitarbeiterin an der Carl von Ossietzky Universität Oldenburg, AG Devianz; Arbeitsschwerpunkte: Sucht- und Drogenforschung, Kriminalitätsforschung.

Internet: [www.uni-oldenburg.de/devianz](http://www.uni-oldenburg.de/devianz)

E-Mail: [kerstin.ratzke@uni-oldenburg.de](mailto:kerstin.ratzke@uni-oldenburg.de)