

Qualitätsförderung in der medizinischen Rehabilitation - Ziele, Entwicklungen und Perspektiven auf dem Prüfstand

Schriftenreihe des Fachverbandes Sucht e.V. - Qualitätsförderung in
der Entwöhnungsbehandlung Band 28

Fachverband Sucht e.V.

Vorstand (Stand: Juni 2021)

Dr. Monika Vogelgesang (Vorsitzende)

Chefärztin MEDIAN Klinik Münchwies, Neunkirchen/Saar

Prof. Dr. Wilma Funke (stellvertretende Vorsitzende)

Leitende Psychologin der MEDIAN Klinik Wied, Wied

Rudolf Bachmeier

Leitung Qualitäts- und Prozessmanagement, Johannesbad Holding, Bad Füssing

Tobias Brockmann

Geschäftsbereichsleiter Rehabilitation, Paracelsus-Kliniken, Bad Essen

Alfons Domma

salus kliniken, Hürth

Dr. Dietmar Kramer

Ärztliche Leitung der salus klinik Friedrichsdorf, Friedrichsdorf/Taunus

Christian Muhl

Direktor salus klinik Friedberg, Friedberg

Andreas Wirth

Geschäftsbereichsleiter Süd-West, Mitglied der Geschäftsleitung MEDIAN, Bad Dürkheim

Geschäftsstelle:

Dr. Thomas Klein

Geschäftsführer des Fachverbandes Sucht e.V.

Maryvonne Granowski

Referentin der Geschäftsführung des Fachverbandes Sucht e.V.

Impressum

Herausgeber:

Fachverband Sucht e. V. Walramstraße 3

53175 Bonn

Tel.: 0228 / 26 15 55

Fax: 0228 / 21 58 85 Homepage: <http://www.sucht.de> E-Mail: sucht@sucht.de

Widmung:

In memoriam Prof. Dr. Werner Müller-Fahrnow 1946-2008 (s. Koch 2008)

Qualitätsförderung in der medizinischen Rehabilitation - Ziele, Entwicklungen auf dem Prüfstand

Teil 1 Qualitätsmanagement und Qualitätssicherung in der medizinischen Rehabilitation: Aktuelle Entwicklungen und Herausforderungen (S. 5 – 35)

Volker Weissinger, Rudolf Bachmeier

Teil 2 Qualitätssicherung und -management in der medizinischen Rehabilitation: Was können wir aus anderen Lebens- und Themenbereichen lernen? (S. 36 – 95)

Volker Weissinger

Zitationshinweis:

Teil 1

Weissinger, V., Bachmeier, R. (2021, June). *Teil 1 Qualitätsmanagement und Qualitätssicherung in der medizinischen Rehabilitation: Aktuelle Entwicklungen und Herausforderungen*. In: Fachverband Sucht e.V. (Hrsg.): Qualitätsförderung in der medizinischen Rehabilitation - Ziele, Entwicklungen und Perspektiven auf dem Prüfstand (Band 28) - Retrieved XX.XX.20XX, from Sucht.de website: <https://www.sucht.de/schriftenreihe-des-fachverbandes-sucht-ev.html>

Teil 2

Weissinger, V. (2021, June). *Teil 2 Qualitätssicherung und -management in der medizinischen Rehabilitation: Was können wir aus anderen Lebens- und Themenbereichen lernen?*. In: Fachverband Sucht e.V. (Hrsg.): Qualitätsförderung in der medizinischen Rehabilitation - Ziele, Entwicklungen und Perspektiven auf dem Prüfstand (Band 28) - Retrieved XX.XX.20XX, from Sucht.de website: <https://www.sucht.de/schriftenreihe-des-fachverbandes-sucht-ev.html>

Vorwort

Ein zentrales Schwerpunktthema des Fachverbandes Sucht e.V. (FVS) war bereits frühzeitig die Qualität der Suchtbehandlung. So erschien als erster Band der Reihe „Qualitätsförderung in der Entwöhnungsbehandlung“ im Jahr 1994 „Qualitätsmanagement in der Entwöhnungsbehandlung - Anregungen für die Praxis“, der sich angesichts der Entwicklung des „Fünf-Punkte-Programms zur Reha-Qualitätssicherung (QS) der damaligen Bundesversicherung für Angestellte (BfA), mit der Frage befasste, was aus Sicht der Praktiker und Leistungserbringer die Qualität der Entwöhnungsbehandlung ausmacht, befasste.

Im Weiteren erschienen in dieser Reihe des FVS regelmäßig Auswertungen von einrichtungsübergreifenden Daten einer qualifizierten Basisdokumentation in der Rehabilitation Abhängigkeitskranker.

Der nun vorliegende Band 28 knüpft an das ursprüngliche Anliegen der Erstausgabe an und befasst sich unter Einbezug aktueller Entwicklungen - wie der Entwicklung eines qualitätsorientierten Steuerungs- und Bewertungssystems durch die Rentenversicherungsträger, der bestehenden und in Weiterentwicklung befindlichen Qualitätssicherungsprogramme der Leistungsträger, der Zertifizierungsverfahren der Leistungserbringer zum internen Qualitätsmanagement (QM) sowie der Corona bedingten Einflüsse auf die interne und externe Qualitätssicherung - nochmals mit den grundsätzlichen Fragen: „Was macht die Qualität in der medizinischen Reha aus und wie kann diese erfasst oder gar gemessen werden?“ und „Welche Instrumente und Methoden sind dazu geeignet?“

Der **Teil 1** stellt sich vor allem historische und aktuelle Entwicklungen der QS- Verfahren der Leistungsträger, der QM - Systemen der Leistungserbringer und deren rechtliche Grundlagen dar. Darüber hinaus werden die Dimensionen der Qualität im Bereich der Rehabilitation - und hier insbesondere in den Indikationsbereichen Psychosomatik und Sucht - detailliert beschrieben und auf dieser Basis Anforderungen an ein qualitätsbasiertes Steuerungssystem beschrieben. Angesichts der Auswirkungen der Corona-Pandemie sind neben grundsätzlichen Aspekten auch aktuelle Auswirkungen der Pandemie auf die QS- und QM- Verfahren integriert worden.

Teil 2 beleuchtet das Thema „Qualität“ aus einem ganz anderen Blickwinkel. Es geht hierbei um den „Blick über den Tellerrand“ hinaus und die Frage, was wir aus anderen Lebensbereichen und Themenfeldern sowie Forschungsergebnissen an Analogien und Rückschlüssen ziehen können, die von Relevanz für das Anliegen der Förderung der Qualität in der medizinischen Rehabilitation sein können. Hierbei geht es um folgende Bereiche:

1. Lebensqualität und Gesundheit: Warum sind die dänischen Kinder glücklicher und was können wir daraus lernen?
2. Qualitätsmerkmale von Orchestern: Was macht den Unterschied in der Musik aus?
3. Lernerfolg: Welches sind die wesentlichen Wirkfaktoren für den Lernerfolg?
4. Mentale Gesundheit und Psychotherapie: Was sind die zentralen Wirkfaktoren der Psychotherapie?
5. Rehabilitationseinrichtungen: Welche Merkmale zeichnen eine erfolgreiche Rehabilitationseinrichtung aus?

Beide Teile bilden ein Ganzes aus verschiedenen Blickrichtungen und werden von daher zusammen veröffentlicht. Gerade vor dem Hintergrund der Entwicklung eines qualitätsorientierten Steuerungssystems und dessen gesetzlicher Verankerung zum Ende des letzten Jahres hat das Thema erhebliche Brisanz

Wir danken dem ehemaligen Geschäftsführer des Fachverbandes Sucht e.V. Herrn Dr. Volker Weissinger, der in seinem langjährigen Berufsleben „Zeitzeuge“ der gesamten Entwicklungen zur Qualitätssicherung der Leistungsträger und zum internen Qualitätsmanagement durch die Leistungserbringer war, für seine tiefgreifende Analyse der Entwicklungen, die Formulierung grundsätzlicher Fragestellungen und darauf basierende

Anregungen für die anstehenden Diskussionen zur Gestaltung eines qualitätsorientierten Steuerungs- und Belegungssystems. Wir danken zudem Herrn Rudolf Bachmeier, der seine langjährigen Erfahrungen im Teil 1 ebenfalls eingebracht hat.

Wir unterstützen von Seiten des FVS aus die Empfehlung, dass nur im Rahmen einer engen Kooperation der Leistungsträger mit den Experten/innen der Leistungserbringer auf Augenhöhe ein angemessenes, tragfähiges und nachhaltiges qualitätsorientiertes Steuerungs- und Bewertungssystem realisiert werden kann, das den Anforderungen der Wissenschaft und Praxis genügt und der Förderung der Qualität dient.

Die beiden Beiträge zeigen zudem, dass Qualität im Prozess durch die Mitarbeiter/innen kontinuierlich erzeugt wird. Es geht bei der Förderung der Qualität deshalb letztlich darum, die Weiterentwicklung von deren Kompetenzen zu unterstützen, ihre Arbeit im Rahmen eines komplexen Behandlungsprozesses zusammenzuführen, ihre konkreten Beiträge und unterschiedlichen Kompetenzen wertzuschätzen, ihre Bereitschaft zur Reflexion des eigenen Handelns zu unterstützen und ihre Motivation bzw. „Leidenschaft“ wie auch ihre Zusammenarbeit im Team zu fördern.

Perspektivisch geht es letztlich auch darum, dass wir auch zukünftig engagierte Arbeitskräfte für die nicht einfache Tätigkeit in der psychosomatischen Rehabilitation und der Entwöhnungsbehandlung gewinnen können.

Wir laden von Seiten des FVS herzlich dazu ein, dass alle Beteiligten an der Diskussion, was die Qualität in der psychosomatischen und Suchtrehabilitation ausmacht, mitwirken.

Gerne können Sie von daher der Geschäftsstelle des FVS (sucht@sucht.de, Betreff: Qualität) ihre Erfahrungen, Ideen und Überlegungen zu den beiden eingangs genannten Fragestellungen mitteilen. Wir werden diese gerne bei den weiteren Diskussionen berücksichtigen und an gegebener Stelle einbringen.

Dr. Monika Vogelgesang
Vorsitzende des Vorstands
Fachverband Sucht e.V.

Dr. Thomas Klein
Geschäftsführer
Fachverband Sucht e.V.

Qualitätsförderung in der medizinischen Rehabilitation – Ziele, Entwicklungen und Perspektiven auf dem Prüfstand

Teil 1 Qualitätsmanagement und Qualitätssicherung in der medizinischen Rehabilitation: Aktuelle Entwicklungen und Herausforderungen

Volker Weissinger, Rudolf Bachmeier

Inhaltsverzeichnis	Seite
1. Einleitung Teil 1	6
2. Qualität in der medizinischen Rehabilitation – grundsätzliche Anmerkungen zur Spezifität der Thematik und zu damit verbundenen Auswirkungen	7
3. Qualitätssicherung der Leistungsträger und Anforderungen an das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement: Rechtlicher Rahmen (SGB IX, SGB VI, SGB V)	9
4. Qualitätsdimensionen im Bereich der medizinischen Rehabilitation	12
5. Das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement: Rechtlicher Rahmen und konkrete Umsetzung am Beispiel	16
6. Qualitätsdimensionen im Bereich der QS- Programme der Leistungsträger - am Beispiel der DRV	20
7. Die Bedeutung der Qualität für die Belegungssteuerung in der Rentenversicherung	26
8. Internes Qualitätsmanagement vor dem Hintergrund eines qualitätsorientierten Steuerungssystems der Rentenversicherung	32
9. Ausblick	32
<i>Literatur</i>	34

1. Einleitung

Aktuell überschattet die Corona-Pandemie mit ihren vielfältigen Auswirkungen auf alle Lebensbereiche unserer Gesellschaft immer noch alle anderen Themen. Das trifft auch auf den Bereich der medizinischen Rehabilitation zu. Aber auch angesichts dieser seit dem Frühjahr 2020 bestehenden Krisensituation bleiben uns grundsätzliche Fragestellungen und Herausforderungen erhalten. Ein ganz zentrales Thema im Bereich der Gesundheitsversorgung und damit auch der medizinischen Rehabilitation ist, wie man eine möglichst hohe qualitative Versorgung der Bevölkerung mit entsprechenden gesundheitlichen bzw. rehabilitativen Leistungen sicherstellen kann. Hierbei geht es nicht nur um die Fragestellung, wie Qualität zu definieren ist und welche Faktoren hierbei zu beachten sind, sondern auch darum, wie diese gemessen werden kann und letztlich wie eine qualitätsorientierte Steuerung realisiert werden kann. Diesen grundsätzlichen Fragen soll im Weiteren nachgegangen werden, an verschiedenen Stellen wird hierbei auch auf die aktuelle Krisensituation verwiesen.

„Qualität“ bezeichnet die Beschaffenheit, Güte, den Wert eines Gegenstandes oder einer Dienstleistung. Bezogen auf den Bereich der medizinischen Rehabilitation wird eine möglichst optimale Qualität der jeweiligen Rehabilitationsleistung angestrebt. Die Qualität der rehabilitativen Leistungen wird grundsätzlich nicht dadurch verbessert, dass sie nachträglich geprüft wird, sondern indem diese im Rahmen eines umfassenden Behandlungs- und Nachsorgeprozesses erzeugt wird. Maßnahmen zur Qualitätssicherung und zum Qualitätsmanagement sind von daher nicht allein danach zu bewerten, ob sie geeignet sind, Qualität zu „sichern“, sondern darüber hinaus, diese nachhaltig und dauerhaft zu verbessern (vgl. Beutel et al. 1995, Weisinger 2019).

Zu beachten ist auch, dass hinsichtlich der Bewertung, was die Qualität einer Rehabilitationsleistung ausmacht, je nach Standort und Perspektive (z.B. wirtschaftlich-ökonomische, ärztlich-therapeutische, patientenbezogene) durchaus auch unterschiedliche Vorstellungen vorhanden sein können. Die verschiedenen Wert- und Beurteilungsmaßstäbe sind im Kontext des jeweiligen Auftrags und Anliegens einer Organisation oder Person zu sehen. In der medizinischen Rehabilitation sind etwa die Sichtweisen der spezifischen Leistungsträger, der behandelnden Einrichtung, kooperierender Institutionen, des jeweiligen Arbeitgebers des/r Patienten/in und natürlich des/r Patienten/in selbst und seiner Angehörigen bedeutsam. All diese verschiedenen Sichtweisen finden auch Eingang in das Qualitätsmanagement einer Rehabilitationseinrichtung und die Qualitätssicherungsprogramme der Leistungsträger. Doch inwieweit bilden diese verschiedenen Werte- und Beurteilungsmaßstäbe das passende „Grundgerüst“, um die „Qualität“ der Rehabilitationseinrichtungen und der Rehabilitationsbehandlung auch adäquat abzubilden? Und was macht das Besondere dieser Dienstleistung aus? Diesen Fragen wird im Weiteren unter besonderer Hervorhebung der Indikationsbereiche „Psychosomatik“ und „Abhängigkeitserkrankungen“ nachgegangen.

In diesem 1. Teil wird hierbei auf die aktuellen Entwicklungen in der medizinischen Rehabilitation eingegangen. Im 2. Teil wird über den Tellerrand der medizinischen Rehabilitation hinausgeschaut und grundsätzlichen Fragen zur „Qualität“ auch in anderen Bereichen (z.B. Lebensqualität, Wirkfaktoren für erfolgreiches Lernen und Erkenntnisse aus der Psychotherapieforschung) nachgegangen. Daraus werden Anregungen und Empfehlungen für den Bereich der Qualitätsförderung in der medizinischen Rehabilitation abgeleitet.

2. Qualität in der medizinischen Rehabilitation – grundsätzliche Anmerkungen zur Spezifität der Thematik und zu damit verbundenen Auswirkungen

Das Besondere an der Medizinischen Rehabilitation (s. International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) der Weltgesundheitsorganisation (WHO)) - und gerade in den Indikationsbereichen der Psychosomatik und Abhängigkeitserkrankungen - ist, dass nicht ein herzustellenendes Produkt, eine eingeschränkte Funktion bzw. ein geschädigtes Organ im Mittelpunkt stehen, sondern die gesamte sich fortentwickelnde Persönlichkeit eines Menschen einschließlich ihrer sozialen, kulturellen und ökologischen Bindungen und Verpflichtungen. (vgl. Fachverband Sucht 1994).

„Dementsprechend ist das Therapiemodell nicht nur dynamisch und flexibel angelegt, sondern geht auch bewusst vom interdependenten Zusammenwirken einer Vielzahl therapierelevanter Faktoren aus. Die Integration eines diesen Annahmen entsprechenden interdisziplinär erbrachten Leistungsangebots wird daher als entscheidendes Qualitätsmerkmal von Maßnahmen zur Suchtentwöhnung angesehen, das eine bloße Addition von Leistungen (...) weit überschreitet.“ (Fassmann 1990).

Gerade in komplexen und interdisziplinär angelegten Settings wie der Entwöhnungsbehandlung oder der Psychosomatik hat man es mit einer Vielzahl unterschiedlicher Wirkfaktoren, Interventionen und Leistungen zu tun, die miteinander vernetzt sind. Ihr Wirksamwerden hängt zudem von der gleichzeitigen Aktivierung weiterer Faktoren in einer bestimmten Lebensphase des/r Patienten/in ab, hierbei kommen nicht nur entsprechende aktuelle sozioökonomische Lebensbedingungen, sondern auch lebensweltbezogene Erfahrungen im familiären Umfeld, Sozialisationsprozesse etc. zum Tragen. Zudem ist die psychosomatische, wie auch die Entwöhnungsbehandlung, eingebunden in bereits erfolgte Vorbehandlungen und Beratungsleistungen (z.B. ambulante Psychotherapie, ambulante Suchtberatung, stationäre Entzugsbehandlung) und postrehabilitative Interventionen (z.B. Nachsorge, Selbsthilfe, ambulante Weiterbehandlung). Von daher ist es besonders schwierig, die einzelnen Wirkfaktoren im Rahmen eines einrichtungsübergreifenden Behandlungsprozesses voneinander abzugrenzen und deren spezifischen einrichtungsbezogenen Effekte zu messen. So sind im Rahmen der nachhaltigen Wirksamkeit der Rehabilitationsleistung vielfältige postrehabilitative Einflussfaktoren zu beachten (z.B. berufliche und familiäre Einflüsse, postrehabilitative Angebote zur Aufrechterhaltung und Vertiefung des Erlernten, Unterstützungsangebote zu beruflicher und sozialer Integration). Deshalb muss beispielsweise das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement die ganze Organisation incl. deren Vernetzung mit weiteren externen Angeboten (z.B. Aufnahmeverfahren, Entlass- und Übergangsmanagement) betreffen.

Zudem ist es im Rahmen von qualitätsbezogenen Einrichtungsvergleichen, die innerhalb der verschiedenen Indikationsbereiche (z.B. Orthopädie, Psychosomatik) stattfinden, erforderlich, eine „Risikoadjustierung“ vorzunehmen. Zielsetzung ist, dass darüber sichergestellt wird, dass die Qualitätsergebnisse nicht durch Unterschiede der jeweiligen Patientenlientel einer Einrichtung verursacht bzw. beeinflusst werden und sozusagen „Äpfel mit Birnen“ verglichen werden. Angesichts der Komplexität der patientenbezogenen Einflussfaktoren (z.B. Alter, Geschlecht, Konsummuster bzw. Suchtmittelkonsum, psychische und somatische Komorbidität, familiäre Situation, soziale und berufliche Teilhabe, Schulden, Lebens- und Wohnumfeld) ist dies keine leichte Aufgabe und beinhaltet hohe methodische Anforderungen an die Qualitätssicherungsprogramme der Leistungsträger. Vor dem Hintergrund, dass die Qualitätsergebnisse – neben weiteren Faktoren wie Wunsch- und Wahlrecht der Versicherten, Indikation und Nebenindikation, Sonderanforderungen, Entfernung der Einrichtung vom

Wohnort/Transportfähigkeit - steuerungsrelevant und damit von existentieller Bedeutung für die Rehabilitationseinrichtungen sind, führt an der bestmöglichen Erfüllung dieser Anforderungen kein Weg vorbei. Dies beinhaltet im Übrigen auch, dass die Zuordnung von Einrichtungen zu entsprechenden Vergleichsgruppen auch innerhalb eines Indikationsbereiches genau zu prüfen ist, da sich die Diagnosen, Schweregrade der Störungen und damit verbundene Behandlungsanforderungen deutlich unterscheiden können (z.B. unterschiedliche Diagnosegruppen im Bereich der Psychosomatik, Konsummuster und altersbezogene Aspekte in der Entwöhnungsbehandlung, Multimorbidität von Patienten/innen). Von daher muss diese Zuordnung nach entsprechend nachvollziehbaren und empirisch geprüften Kriterien erfolgen. In den EDV- Programmen zur Belegungssteuerung der Leistungsträger müssen sich zudem im Rahmen der „Häuserbeschreibungen“ die relevanten Merkmale und Besonderheiten der Rehabilitationseinrichtungen (z.B. Angebote für spezifische Zielgruppen) wiederfinden, um eine entsprechend differenzierte Steuerung von Patienten/innen in entsprechende Rehabilitationseinrichtungen passgenau vornehmen zu können. Beispielhaft sind für den Indikationsbereich Abhängigkeitserkrankungen nachfolgend – ohne Anspruch auf Vollständigkeit - relevante Merkmale aufgelistet (s. Tab. 1):

Tab. 1

Einrichtungsspezifika im Indikationsbereich Abhängigkeitserkrankungen

I. Hauptindikationen

1. Substanzbezogene Indikationen (z.B. Alkohol, spezifische Drogen, Mischkonsum) und substanzungebundene Störungen (z. B. pathologisches Glücksspiel, pathologischer PC-/Internetgebrauch) – differenzierte Angaben
2. Psychische Komorbiditäten – differenzierte Angaben
3. Somatische Komorbiditäten – differenzierte Angaben

II. Sonderanforderungen

1. Psychosomatische Abteilung (z.B. zur Mitbehandlung von Essstörungen)
2. Paar-Behandlung
3. Mutter-Vater-Kind-Behandlung (mit Altersangabe für die Kinder)
4. Alter 1: Spezifische Angebote für Junioren
5. Alter 2: Spezifische Angebote für Senioren
6. Geschlechtsspezifische Angebote
7. Aufnahme von Schwangeren
8. Behindertengerechte Behandlung – differenzierte Angebote nach Art der Behinderung
9. Fremdsprachen – differenzierte Angaben
10. Mitnahme von Begleittieren – differenzierte Angaben
11. Besondere Ernährungsformen – differenzierte Angaben
12. Spezifische logopädische Angebote
13. Spezifische berufsbezogene Angebote (incl. Kooperation mit Betrieben, Berufsförderungswerken)
14. Spezielle Behandlungskonzepte, -möglichkeiten (z.B. substitutionsgestützte Rehabilitation, Beschulung von Kindern, Kombimodelle) – differenzierte Angaben
15. Einbindung/Vernetzung der Einrichtung mit weiteren Angeboten (z.B. Vor-/Nachbehandler, zur Förderung der beruflichen Teilhabe (z.B. Jobcenter, Angebote der beruflichen Rehabilitation, Selbsthilfegruppen)

III. Ausstattung-Besonderheiten (unter Bezug zur jeweils behandelten Klientel)

1. Fachärzte/Fachärztinnen in der Einrichtung – differenzierte Angaben

2. *Psychologische/r Psychotherapeut/in, Suchttherapeut/in in der Einrichtung – differenzierte Angaben*
 3. *Versorgungsmöglichkeit durch den ärztlichen Notdienst*
 4. *Ärztliche Anwesenheit 24 Stunden im Haus*
 5. *Anteil examinierter Pflegekräfte*
 6. *Ausstattung: Einzel-/Doppelzimmer*
 7. *Behindertengerechte Ausstattung – differenzierte Angaben*
 8. *Aufnahmemöglichkeit von Patienten/innen mit hohem Gewicht – differenzierte Angaben*
 9. *Allergierarme Zimmer*
 10. *Bewegungsbad, Schwimmbad*
 11. *Größe der Einrichtung (Behandlungsplätze)*
 12. *Hygienekonzept (z.B. bezogen auf bestimmte Risikogruppen)*
 13. *Weitere Besonderheiten (z.B. altersgerechte Behandlungs- und Freizeitangebote – differenzierte Angaben*
- IV. Lage der Einrichtung**
1. *Besonderheiten zur Lage der Einrichtung*
 2. *Besonderheiten der Umgebung der Einrichtung (weitere Behandlungsangebote, Freizeitmöglichkeiten) – differenzierte Angaben*

Selbstverständlich müssen die entsprechenden Erhebungen (z.B. im Rahmen von Qualitätssicherungsprogrammen der Leistungsträger), welche für einrichtungsbezogene und -interne Vergleiche herangezogen werden, auch entsprechende Gütekriterien (Repräsentativität, Reliabilität, Validität der Daten) erfüllen. Seit Ausbruch der Corona- Pandemie befinden sich die Rehabilitationseinrichtungen in einem permanenten Krisenmodus, der dazu führt, dass die Daten ab dem Frühjahr 2020 keineswegs mehr die Routineabläufe in den Einrichtungen mehr abbilden und damit auch vergleichende Betrachtungen der ab diesem Zeitpunkt erhobenen Daten mit den Vorjahren (2019 und davor) methodisch nicht einfach möglich sind.

3. Qualitätssicherung der Leistungsträger und Anforderungen an das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement: Rechtlicher Rahmen (SGB IX, SGB VI, SGB V)

Für alle Rehabilitationsträger hat der Gesetzgeber entsprechende trägerübergreifende Regelungen im § 37 „Qualitätssicherung, Zertifizierung“ des Sozialgesetzbuches IX getroffen. Dort sind folgende Grundsätze niedergelegt:

- a. Die Rehabilitationsträger vereinbaren gemeinsam Empfehlungen zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität der Leistungen, insbesondere zur barrierefreien Leistungserbringung sowie für die Durchführung vergleichender Qualitätsanalysen als Grundlage für ein effektives Qualitätsmanagement der Leistungserbringer.
- b. Die Erbringer von Leistungen stellen durch ein Qualitätsmanagement sicher, dass durch zielgerichtete und systematische Verfahren und Maßnahmen die Qualität der Versorgung gewährleistet und kontinuierlich verbessert wird. Stationäre Rehabilitationseinrichtung haben sich an einem entsprechend zugelassenen Zertifizierungsverfahren zu beteiligen.

- c. Die Spitzenverbände der Rehabilitationsträger vereinbaren im Rahmen der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) grundsätzliche Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement sowie ein einheitliches, unabhängiges Zertifizierungsverfahren, mit dem die erfolgreiche Umsetzung des Qualitätsmanagements in regelmäßigen Abständen nachgewiesen wird. Stationäre Rehabilitationseinrichtungen sind nur dann als geeignet anzusehen, wenn sie zertifiziert sind.

Dementsprechend müssen auch in Verträgen mit den Leistungserbringern gemäß § 38 SGB IX Qualitätsanforderungen an die Ausführung der Leistungen, das beteiligte Personal und die begleitenden Fachdienste enthalten sein.

Spezifische Regelungen gibt es darüber hinaus im SGB VI und SGB V für die jeweiligen Leistungsträger.

Im „Gesetz zur Verbesserung der Transparenz in der Alterssicherung und der Rehabilitation sowie zur Modernisierung der Sozialversicherungswahlen (Gesetz Digitale Rentenübersicht)“ (11. Februar 2021) wird für den Bereich der Rentenversicherung im SGB VI festgelegt, dass Rehabilitationseinrichtungen Anspruch auf Zulassung haben, wenn sie fachlich geeignet sind und damit die personellen, strukturellen und qualitativen Anforderungen der Rentenversicherung erfüllen und sich verpflichten, an den externen Qualitätssicherungsverfahren der Deutschen Rentenversicherung Bund oder einem anderen von ihr anerkannten Verfahren teilzunehmen. Die Deutsche Rentenversicherung hat bis zum 30. Juni 2023 verbindliche Entscheidungen herbeizuführen „zu den objektiven sozialmedizinischen Kriterien, die für die Bestimmung einer Rehabilitationseinrichtung im Rahmen einer Inanspruchnahme (...) maßgebend sind, um die Leistung für den Versicherten in der nachweislich besten Qualität zu erbringen; dabei sind insbesondere zu berücksichtigen:

- a) die Indikation,
- b) die Nebenindikation,
- c) die unabdingbaren Sonderanforderungen,
- d) die Qualität der Rehabilitationseinrichtung,
- e) die Entfernung zum Wohnort,
- f) die Wartezeit bis zur Aufnahme;

das Wunsch- und Wahlrecht der Versicherten (...) sowie der Grundsatz der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit sind zu berücksichtigen.“ (Gesetz „Digitale Rentenübersicht“ vom 11. Februar 2021). Zudem sind bis zum Ablauf der Frist (30. Juni 2023) das Nähere zum Inhalt und Umfang der Daten der externen Qualitätssicherung und die Form der Veröffentlichung der einrichtungsbezogenen Qualitätsergebnisse verbindlich von der DRV Bund – unter Einbezug der Verbände der Leistungserbringer im Rahmen von Stellungnahmeverfahren – festzulegen. Mit dem Gesetz wird zudem eine rechtliche Grundlage für die Entwicklung eines transparenten Vergütungssystem geschaffen, das sowohl leistungsgerechte Besonderheiten, Innovationen, neue Konzepte, Methoden, wie auch regionale Faktoren und tariflich vereinbarte Vergütungen zu berücksichtigen hat.

In der Zukunft wird sich erst noch erweisen, inwieweit entsprechende Spielräume für einrichtungsbezogene Konzepte und Innovationen angesichts des zu entwickelnden Vergütungssystems noch gewährt werden bzw. ein Trend zur Standardisierung von Rehabilitationsangeboten damit gefördert wird. Mit dieser Entwicklung sind somit unmittelbar auch Fragen der Vielfalt und Unterschiedlichkeit von Behandlungsansätzen und damit der Qualität verbunden.

Zudem stellt sich die Frage, inwieweit die gesetzlich vorgegebene Frist des 30.6.2023 zur Entwicklung eines qualitätsorientierten Belegungs- und Steuerungssystems angesichts der Corona Pandemie als realistisch betrachtet werden kann (s. 5.) und ab wann infolge davon ein solches Verfahren dann in die Routine gehen kann.

Für die gesetzliche Krankenversicherung sind spezifische Regelungen für die Rehabilitationseinrichtungen in Paragraph 137 d (1) SGB V enthalten:

§ 137d SGB V Qualitätssicherung bei der ambulanten und stationären Vorsorge oder Rehabilitation

Für stationäre Rehabilitationseinrichtungen, mit denen ein Vertrag nach § 111 oder § 111a und für ambulante Rehabilitationseinrichtungen, mit denen ein Vertrag über die Erbringung ambulanter Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach § 111c Absatz 1 besteht, vereinbart der Spitzenverband Bund der Krankenkassen auf der Grundlage der Empfehlungen nach § 37 Absatz 1 des Neunten Buches mit den für die Wahrnehmung der Interessen der ambulanten und stationären Rehabilitationseinrichtungen und der Einrichtungen des Müttergenesungswerks oder gleichartiger Einrichtungen auf Bundesebene maßgeblichen Spitzenorganisationen die Maßnahmen der Qualitätssicherung nach § 135a Abs. 2 Nr. 1. Die Kosten der Auswertung von Maßnahmen der einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung tragen die Krankenkassen anteilig nach ihrer Belegung der Einrichtungen oder Fachabteilungen. Das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement und die Verpflichtung zur Zertifizierung für stationäre Rehabilitationseinrichtungen richten sich nach § 37 des Neunten Buches. Im Unterschied zu anderen Leistungsbereichen ist der Spitzenverband Bund der Krankenkassen gehalten mit den für die Wahrnehmung der Interessen der ambulanten stationären Rehabilitationseinrichtungen und der Einrichtungen des Müttergenesungswerks oder gleichartiger Einrichtungen auf Bundesebene maßgeblichen Spitzenorganisationen die Maßnahmen der Qualitätssicherung und die Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement zu vereinbaren.

Die Beteiligungsform der Verbände der Leistungserbringer geht im SGB V deutlich über die Regelungen im Gesetz „Digitale Rentenübersicht“ für die Rentenversicherung hinaus, da die Maßnahmen zur Qualitätssicherung gemeinsam von den gesetzlichen Krankenkassen und den Verbänden der Leistungserbringer im Rahmen eines Gemeinsamen Ausschusses nach § 137d SGB V entwickelt werden.

Sowohl die DRV wie auch die GKV sind mit dem Aufbau bzw. der Weiterentwicklung von einrichtungsübergreifenden Datenbanken, welche die einrichtungsbezogenen Qualitätsergebnisse beinhalten, für ihre jeweiligen Zuständigkeitsbereiche befasst. Aufgrund der unterschiedlichen Ausrichtung und der jeweils spezifisch eingesetzten QS-Instrumente der beiden QS-Programme sind die jeweiligen Datenbanken allerdings nicht kompatibel. Es stellt angesichts der Relevanz der QS Ergebnisse für die Steuerung und Vergütung von Einrichtungen - wie auch im Rahmen des Public Reporting für Betroffene und deren Angehörige - eine wichtige Zukunftsaufgabe dar, eine Angleichung und damit eine Vergleichbarkeit der beiden QS-Programme in der medizinischen Rehabilitation – unter Berücksichtigung der jeweiligen Aufgaben und Zielsetzungen der DRV und GKV – herzustellen.

4. Qualitätsdimensionen im Bereich der medizinischen Rehabilitation

Im allgemein bekannten Qualitäts-Modell von Donabedian (1980) wird unterschieden zwischen 3 Qualitäts-Dimensionen: Strukturqualität, Prozessqualität und Ergebnisqualität.

- Strukturqualität beschreibt die strukturellen Voraussetzungen einer Rehabilitations-einrichtung d.h. insbesondere ihre personelle, räumliche und apparative Ausstattung.
- Prozessqualität umfasst v.a. die Erbringung aller diagnostischen, therapeutischen, pflegerischen und weiterer Leistungen sowie deren Verknüpfung. Entsprechende Leistungen sind zu weiten Teilen in der Klassifikation therapeutischer Leistungen (KTL), Leistungsmodulen in den indikationsspezifischen Reha – Therapiestandards (RTS) für verschiedene Indikationsbereiche von der Rentenversicherung beschrieben.
- Ergebnisqualität beinhaltet die Ergebnisse der Behandlung, d.h. inwieweit eine Verbesserung der zur Behandlung führenden Symptomen besteht (z.B. Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit, Abstinenz, soziale und berufliche Integration, Umgang mit psychischen Problemen, Verbesserung der Funktionsfähigkeit, Abbau von Hoffnungslosigkeit). Aus Sicht des/r Patienten/in ist die subjektive Befindlichkeit und Lebensqualität, die durch die Behandlung erreicht wurde, von entscheidender Bedeutung.

Diese drei Qualitätsdimensionen können unter Beachtung indikationsbezogener Belange weiter differenziert werden. In Tab. 2 wird unterschieden zwischen Konzeptqualität, Strukturqualität, Programmqualität, Personalstandards, Prozessqualität, Ergebnisqualität, Qualitätsverständnis sowie Innovation und Kreativität.

Tab. 2

Qualitätsdimensionen bei stationärer Abhängigkeitsrehabilitation (Weissinger, Missel, 2012, aktualisierte Version)	
1. Konzeptqualität:	1.1 Theoretisch-wissenschaftliches Konzept
	1.2 Einheitliches Störungs- und Behandlungsmodell
	1.3 Verbindlichkeit des grundlegenden Behandlungsansatzes und der differenzierten Angebote für spezifische Bedarfe (z.B. Konsummuster, Alter, Komorbidität, Geschlecht, Mutter- Vater / Kind- Behandlung)
	1.4 Kooperation und Vernetzung (z.B. Aufnahme-, Entlass-/Übergangsmanagement)
2. Strukturqualität	2.1 Medizinisch-technische Ausstattung
	2.2 Baulich-räumliche Ausstattung
	2.3 Personelle Ausstattung unter Berücksichtigung der konzeptionellen Anforderungen
	2.4 Besondere Standortfaktoren (Umgebung, Freizeitangebote, Anbindung etc.)
	2.5 Umsetzung Barrierefreiheit
	2.6 Umsetzung Hygieneanforderungen

3. Programmqualität:	<ul style="list-style-type: none"> 3.1 Individueller Gesamtrehabilitationsplan 3.2 Adaptives Indikations- und Verweildauermodell 3.3 Einsatz von Routine- und spezifischer Diagnostik sowie indikationsbezogene Behandlungsplanung 3.4 Differenzierung der Behandlungsangebote als Voraussetzung für die Mitbehandlung komorbider Erkrankungen und die Behandlung spezifischer Zielgruppen (z.B. Junioren/Senioren, Mutter/Vater-Kind-Behandlung, substitutionsgestützte Behandlung, geschlechterspezifische Angebote, behindertengerechte Angebote, Angebote für Migranten) 3.5 Psychoedukative und sucht-/psychotherapeutische indikative Curricula 3.6 Einzelpsychotherapie/Suchttherapie als Regelangebot 3.7 Weiteres Programmspektrum: u. a. Medizinische Versorgung, Gruppenpsycho-/Suchttherapie in der Bezugsgruppe, familientherapeutische Angebote, Ergo-/Arbeitstherapie, Bewegungstherapie, Physiotherapie/Krankengymnastik, Soziotherapie und Nachsorge-/Weiterbehandlungsplanung (Entlassmanagement) 3.8 Spezielle Programme zur beruflichen (z.B. BORA-Leistungen/ Arbeitsbelastungserprobung) und sozialen Reintegration (Einbezug Angehörige, Freizeitgestaltung, Selbsthilfe etc.) 3.9 Programme zur Rückfallprävention, Rückfallbewältigung und -behandlung 3.10 Bedarfsweise Sonderprogramme: z.B. Integrierte/r Entgiftung/Entzug, Motivierungsbehandlung, Behandlung von Glücksspielern, pathologischen Internetnutzern, Angebote bei somatischer Komorbidität 3.11 Versorgung durch ärztlichen Notdienst 3.12 Kooperation mit an die Fachklinik angeschlossener bzw. extern erbrachte Adaptionsbehandlung 3.13 Fachambulanz bzw. ganztägig ambulante Angebote für Suchtkranke an der Fachklinik bzw. Kooperation mit ambulanten und poststationären Angeboten der Rehabilitation, Nachsorge, Psychotherapie 3.14 Regionale Vernetzung im Verbund der Suchtkrankenhilfe, z. B. im Rahmen von Kombinations-Behandlungsmodellen, mit der Selbsthilfe 3.15 Bedarfsbezogene Hausordnungs-, Hygiene, Kontaktregelungen 3.16 Angebote am Wochenende
4. Personalstandards:	<ul style="list-style-type: none"> 4.1 Personalsituation (Vorhalten qualifizierten Personals incl. Strategien zur Personalgewinnung) 4.2 Fachärztliche (z.B. psychiatrische, neurologische, internistische und allgemeinärztliche) Versorgungsqualität

- 4.3 Weiterbildungsermächtigung (z.B. Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Psychotherapie) des/r Leitenden Arztes/Ärztin bzw. Leitenden Psychologischen Psychotherapeuten
- 4.4 Qualifizierter Supervisor-Status des/r Leitenden Arztes/Ärztin, des/r Leitenden Psychologen/Psychologin/Therapeuten/Therapeutin
- 4.5 Schlüssel Patient: Arzt/Therapeut (Ausrichtung am Behandlungsbedarf der Klientel)
- 4.6 Anteil an Therapeuten/innen mit abgeschlossener psychotherapeutische bzw. suchtttherapeutische Weiterbildung bzw. an Therapeuten/innen in Weiterbildung
- 4.7 Beteiligung der Fachklinik an bzw. Kooperation mit Aus-, Fort- und Weiterbildungsangeboten und Möglichkeiten zur Fort-, Weiterbildung der Mitarbeiter/Mitarbeiterinnen (z.B. Kooperation mit einem staatlich anerkannten Weiterbildungs-/Ausbildungsinstitut)

5. Prozessqualität:

- 5.1 Mitarbeiter/innen-Orientierung und interdisziplinäre Zusammenarbeit unter Einbezug der jeweiligen berufsgruppenspezifischen Kompetenzen
- 5.2 Im Behandlungsteam abgestimmte Planung der Therapieziele und des Behandlungsprozesses
- 5.3 Rehabilitandenorientierung (z.B. wertschätzende Haltung/ Herstellung von Compliance, Abstimmung der Therapieziele)
- 5.4 Qualifizierte interne Fachaufsicht
- 5.5 Sicherstellung eines fördernden therapeutischen Milieus (z.B. Kommunikationskultur Patientenmitverwaltung, klinikinternes Beschwerdesystem, klinikinterne Patientenbefragung)
- 5.6 Umfassendes und aufeinander abgestimmtes Angebot an therapeutischen Leistungen (z.B. Therapieplanung orientiert an den jeweiligen Therapiezielen)
- 5.7 Leitlinienorientierte Behandlung (Berücksichtigung der indikationsbezogenen evidenzbasierten AWMF-Leitlinien)
- 5.8 Dokumentation des Behandlungsprozesses incl. Einsatz einer Routinebasisdokumentation für alle Patienten/innen
- 5.9 Erhebung wichtiger Kennzahlen (z.B. auf die Behandlung bezogen oder wirtschaftliche Kennzahlen - z.B. durchschnittliche Behandlungsdauer, Fallkosten)
- 5.10 Beteiligung am Qualitätssicherungsprogramm des federführenden Leistungsträgers
- 5.11 Verbesserung der Prozessqualität durch Nutzung entsprechender Rückmeldungen/Erhebungen (z.B. Ergebnisse der internen, Patientenbefragung/der Befragungen zur Mitarbeiterzufriedenheit; externe QS-Ergebnisse der Leistungsträger; Rückmeldungen poststationärer Einrichtungen/kooperierender Einrichtungen)
- 5.12 Qualität des ärztlichen Reha-Entlassungsberichtes (incl. Laufzeit und Erstellung der E-Berichte)

	5.13	Erhalt und Weitergabe sowie -entwicklung von Wissen der Einrichtung
	5.14	Überprüfung der Einhaltung gesetzlicher Vorgaben (z.B. Datenschutz, Hygienevorschriften)
6. Ergebnisqualität:	6.1	Einsatz einer Routinekatamnestik für alle Patienten/innen
	6.2	Empirische Absicherung der Wirksamkeit: Katamnestiche Erfolgsquote bei 1-Jahres-Katamnesen (z.B. Abstinenzquoten, Erwerbsstatus und Lebenszufriedenheit von Katamneseantwortern)
	6.3	Nachweis des sozialmedizinischen Rehabilitationserfolges (unter Beachtung der Risikoadjustierung beim externen Vergleich)
	6.4	Differentielle Evaluation der spezifischen Behandlungsangebote für spezifische Klientel
7. Qualitätsverständnis und -management:	7.1	Gemeinsames Qualitätsverständnis in der Einrichtung
	7.2	Messung der Behandlungszufriedenheit der Patienten während und am Ende der Behandlung
	7.3	Kontinuierliches klinikinternes Verbesserungsmodell (z.B. über klinikinterne Projektgruppen/Qualitätszirkel, Fallbesprechungen)
	7.4	Vorhalten eines qualifizierten Qualitätsmanagements/ Zertifizierungsverfahrens (incl. Chancen-Risikobewertung)
	7.5	Transparente Darstellung der Ausstattungsmerkmale, Behandlungsangebote sowie der Qualitätsergebnisse im Rahmen des Public Reporting (in Form von Qualitätsbericht/Qualitätskompass etc.)
8. Innovation und Kreativität:	8.1	Förderung des Innovationspotentials als Leitungs- und Führungsaufgabe
	8.2	Förderung des fachlichen internen Austauschs und einer „Diskussionskultur“
	8.3	Förderung innovativer Kreativität in Kooperation von Leitung und Mitarbeitern/Mitarbeiterinnen (z.B. bei der Konzeptweiter- und -neuentwicklung
	8.4	Übertragung von Verantwortung an Mitarbeiter/innen im Rahmen eines festgelegten Einrichtungsorganigramms mit entsprechenden Aufgabenbereichen
	8.5	Beteiligung der Mitarbeiter/Mitarbeiterinnen an externen Arbeitskreisen (z.B. zur Analyse von Bedarfen und Weiterentwicklung von Programmen und Therapiemodulen)

An dieser umfassenden und nicht abschließenden Auflistung von Qualitätsmerkmalen wird deutlich, dass es neben quantitativ messbaren Kriterien eine Vielzahl qualitativer, sog. „weicher“ Merkmale gibt, die für die Qualität einer Rehabilitationsreinrichtung und deren Leistungen mit entscheidend sind. Hierzu gehören nach Meyer et al. (2015) etwa die interdisziplinäre Zusammenarbeit, die Therapiezielvereinbarung mit Rehabilitanden – Orientierung und die Mitarbeiter - Orientierung in der Rehabilitationseinrichtung (s. hierzu auch Teil 2 des Textes).

Es findet – sofern man nur einzelne Qualitätsaspekte und -kriterien berücksichtigt – bei der Bewertung immer auch eine Reduktion der Komplexität der Qualität einer Einrichtung statt. Von daher sollte im Rahmen belegungsrelevanter externer Qualitätsvergleiche besonderer Wert darauf gelegt werden, hierbei die zentralen Qualitätsdimensionen und -kriterien einzubeziehen, um damit eine dem Untersuchungsgegenstand möglichst angemessene Bewertungsbasis zugrundezulegen. Hierbei sollten nicht nur quantitative orientierte Messverfahren und Methoden mit zahlenmäßig erfassbaren Werten (z. B. Messung der Anzahl von KTL Leistungen), sondern auch qualitative Verfahren (z.B. persönlicher und fachlicher Austausch mit der Einrichtung, Visitationen/Begehungen, Gespräche mit Behandlern und Patienten/innen) eingesetzt werden, um sich ein reales Bild einer Einrichtung zeichnen zu können und darüber dann auch die Spezifitäten einer Einrichtung angemessen berücksichtigen zu können. Auch sollten Ergebnisse des internen QM-Systems der jeweiligen Rehabilitationseinrichtung und beispielsweise Einschätzungen zu deren Innovationspotenzial Berücksichtigung finden.

5. Das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement: Rechtlicher Rahmen und konkrete Umsetzung am Beispiel

Infolge des § 38 (zuvor § 20) SGB IX hat die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) grundsätzliche Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement für stationäre Rehabilitationseinrichtungen festgelegt. Die „Herausgebenden Stellen“ von reha-bilitationsspezifischen Qualitätsmanagement –/Zertifizierungsverfahren sind von daher gehalten, einen Antrag auf Anerkennung ihres Verfahrens bei der BAR zu stellen und den Nachweis zu erbringen, dass die Grundanforderungen der BAR von den jeweiligen Verfahren erfüllt sind. Bestandteil der entsprechenden QM-/Zertifizierungsverfahren ist, dass entsprechend erforderliche Qualitätsaudits nur durch anerkannte externe Zertifizierungsfirmen durchgeführt werden dürfen und diese bei Erfüllung der Anforderungen des jeweiligen QM-/Zertifizierungsverfahrens ein Zertifikat für die Dauer von drei Jahren ausstellen dürfen. Danach ist eine weitere grundsätzliche Überprüfung Grundlage für die erneute Ausstellung eines Zertifikats. Aktuell sind von der BAR 33 QM- bzw. Zertifizierungsverfahren im Bereich der medizinischen Rehabilitation anerkannt und auf deren Homepage gelistet (s. www.bar-frankfurt.de). Dort finden sich auch dem jeweiligen Verfahren zugeordnet die Herausgebende Stelle des Verfahrens (HGS) sowie die von dieser beauftragten Zertifizierungsfirmen, welche mit der Durchführung von Audits und der Ausstellung von Zertifikaten betraut wurden. Aktuell besteht Klärungsbedarf dahingehend, inwieweit die beteiligten Zertifizierungsfirmen eine Zulassung von der Deutschen Akkreditierungsstelle GmbH (DAkkS) haben müssen, um im Bereich der medizinischen Rehabilitation entsprechende Zertifikate auf Basis der durchgeführten Audits ausstellen zu dürfen.

Allgemeine Zielrichtung interner QS-Bemühungen ist die Optimierung der rehabilitativen Versorgung – mit anderen Worten von Klinikstrukturen, Klinikprozessen und Ergebnissen. „Es geht darum, selbstkritische Fragen hinsichtlich der eigenen Klinik und dem eigenen Handeln zu stellen (...).“ (Schmidt et al 1995). Es handelt sich dabei um einen komplexen und kontinuierlichen Prozess, „der sowohl a) Aktivitäten der Problemerkennung (Finden qualitativer Mängel, Schwachstellen, Defizite) b) Aktivitäten zur Problemlösung (Beseitigung qualitativer Mängel, Schwachstellen, Defizite) als auch – und nicht zuletzt – c) Aktivitäten zur `Qualitätsförderung` umfassen muss.“ (ebd.). Eine beispielhaft zu verstehende Übersicht über mögliche Qualitätsprobleme auf den unterschiedlichen Ebenen gibt Tab. 3.

Tab. 3 Checkliste möglicher Qualitätsprobleme in Reha-Kliniken (Schmidt et al 1995)

A Strukturebene

- Gemeinsame Vorstellungen über Qualität vorhanden
- Hinreichend ausdifferenziertes indikationsbezogenes Behandlungskonzept (SOLL-Konzept) vorhanden?
- Angemessene Qualifikation der Mitarbeiter für ihre Aufgaben?
- Mängel/Defizite hinsichtlich der Fort- und Weiterbildung von Mitarbeitern?
- Missverhältnisse im Stellenschlüssel?
- Unternehmenskultur zielwidrig?
- Probleme hinsichtlich der Führungskräfte (Personalführung, Verlust wichtiger Führungskräfte?)
- Motivation, Arbeitszufriedenheit, Betriebsklima?
- Mängel/Defizite hinsichtlich Organisationsabläufen?
- Fehlen bestimmter, notwendiger diagnostischer Möglichkeiten?
- Fehlen bestimmter, notwendiger therapeutischer Angebote?
- Mängel/Defizite hinsichtlich baulicher/räumlicher Einrichtungen?
- Mängel/Defizite hinsichtlich technischer Einrichtungen?
- Mängel/Defizite hinsichtlich sächlicher Mittel (z.B. Fehlen notwendiger Arbeitsmittel)?

B Prozessebene

- Mängel in der Durchführung diagnostischer Maßnahmen (z.B. Nichteinleiten erforderlicher Maßnahmen, Übersehen oder Falschbewertung von Befunden)?
- Mängel in der Festlegung individueller Therapieziele?
- Mängel in der Planung der Behandlung (z.B. Nichteinbeziehen erforderlicher und vorhandener Therapiebausteine, ungünstige Zusammensetzung und Gewichtung der Therapiebausteine, zu niedrige oder zu hohe Therapiedichte)?
- Mängel in der Durchführung einzelner Therapiebausteine?
- Mängel in der Ablauforganisation der Behandlung?
- Fehlende oder unzureichende Kommunikation innerhalb des Reha-Teams
- Fehlende oder unzureichende Kommunikation des Reha-Teams nach außen?
- Unzureichende Dokumentation der Behandlung (z.B. unvollständige, unsystematische Führung der Krankenakte)?

C Ergebnisebene

- Unzureichende Zielerreichung von Reha-Maßnahmen (allgemeine und/oder individuelle Behandlungsziele werden nicht erreicht)?
- Unzufriedenheit der Patienten mit Aspekten der Behandlung bzw. der stationären Versorgung?
- Unzufriedenheit anderer „Kunden“ (z.B. Kostenträger) mit spezifischen Aspekten der erbrachten Dienstleistungen?

Bereits frühzeitig und parallel zur Entwicklung der QS Programme der Leistungsträger fanden Entwicklungen zur Etablierung von internen Qualitätsmanagementsystemen im Bereich der medizinischen Rehabilitation durch Verbände der Leistungserbringer unter Einbezug von Wissenschaftlern/innen und Experten/innen aus Einrichtungen statt. Beispielhaft soll für die Illustration des Ansatzes und der Inhalte von QM-/Zertifizierungsverfahren auf das in Kooperation von DEGEMED und Fachverband Sucht e.V. (FVS) entwickelte Zertifizierungsverfahren eingegangen werden, das bereits im Jahr 2001 publiziert wurde. Dieses Verfahren umfasst die Indikationsbereiche Abhängigkeitserkrankungen und Psychosomatik, der FVS ist dafür die herausgebende Stelle. Das Verfahren basiert auf der DIN EN ISO 9001 und enthält darüber hinaus rehabilitations- und indikationsspezifische Anteile. Zudem wurde eine spezifische Version des QM-/Zertifizierungsverfahrens für soziotherapeutische Einrichtungen im Suchtbereich vom FVS entwickelt.

Im Mittelpunkt des FVS/DEGEMED – Zertifizierungsverfahrens stehen die Weiterentwicklung und die Bewertung der gesamten Rehabilitationseinrichtung. Es soll sowohl eine kontinuierliche Qualitätsentwicklung in den Rehabilitations-Einrichtungen wie auch eine transparente

Darstellung ihrer Leistungen nach außen darüber erreicht werden. Besonderer Wert wird auf eine starke Prozess- und Ergebnisorientierung im Rahmen dieses Verfahrens gelegt. Darüber hinaus sind rehabilitations- bzw. indikationsspezifische Qualitätskriterien enthalten (z.B. Orientierung an der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit [ICF], Berücksichtigung suchtspezifischer Anforderungen). Auf Basis der DIN EN ISO 9001:2015 wurde das Verfahren gründlich überarbeitet. So wird der prozessorientierte Ansatz - etwa durch das PDCA – Modell (Plan – Do– Check – Act) oder ein risikobasiertes Denken (Chancen - und Risikenbewertung) bei der Planung und Umsetzung von Maßnahmen betont, ebenso wird die Verpflichtung der Leitung bezüglich der Ausgestaltung des QM-Systems und die Berücksichtigung des Kontextes der Einrichtung noch deutlicher hervorgehoben. Die Ergebnisse externer Qualitätssicherungsprogramme der Leistungsträger finden im Übrigen auch Eingang in die internen Qualitätsmanagementsysteme der Rehabilitationseinrichtungen. Einen Überblick über die Struktur des Audit Leitfadens 5.0 des FVS/DEGEMED Zertifizierungsverfahren ist der Tab. 4 zu entnehmen. Jeder der dort aufgeführten Punkte ist mit spezifischen Fragestellungen hinterlegt, die sowohl indikationsübergreifende Inhalte der medizinischen Rehabilitation, wie auch -spezifische Aspekte in den Indikationsbereichen Abhängigkeitserkrankungen und Psychosomatik berücksichtigen.

Tab. 4

FVS/DEGEMED Auditleitfaden 5.0

1	Strategie und Kontext der Einrichtung		
1.1	Strategie		
1.2	Interessierte		Parteien
1.3	QM-System		
2	Führung		
2.1	Führung	und	Verpflichtung der Leitung
2.2	Leitbild		
2.3	Qualitätspolitik		
2.4	Verantwortung	und	Befugnisse
2.5	Qualitätsziele		
3	Ressourcen		
3.1	Personelle		Ressourcen
3.1.1	Allgemeines		
3.1.2	Kompetenz		
3.1.3	Wissen		
3.1.4	Bewusstsein		
3.2	Sachliche		Ressourcen
3.2.1	Allgemeines		
3.2.2	Beschaffung		
4	Kommunikation		
5	Dokumentierte Informationen		
6	Rehaprozesse		
6.1	Planung der Rehaprozesse		
6.2	Durchführung	der	Rehabilitation
6.2.1	Vorbereitung	der	Aufnahme
6.2.2	Aufnahme	/	Diagnostik
6.2.3	Behandlung		
6.2.4	Überprüfung	der	Behandlung
6.2.5	Entlassung und Nachsorge		

7	Messung, Analyse und Bewertung
7.1	Allgemeines
7.2	Umgang mit Fehlern
7.3	Umgang mit Rückmeldungen
7.4	Interne Audits
7.5	Managementbewertung
8	Strategische Verbesserung
9	Neu- und Weiterentwicklung

Darüber hinaus verpflichten sich die Rehabilitationseinrichtungen als Anwender des Zertifizierungsverfahrens auf entsprechende Qualitätsgrundsätze, welche im Auditleitfaden im Einzelnen näher ausgeführt werden:

1. Das Ziel, die Teilhabe am Arbeitsleben und an der Gesellschaft zu fördern, ist bestimmend für das gesamte Rehabilitationsgeschehen.
2. Rehabilitation ist ein integraler Bestandteil der Gesundheitsversorgung.
3. Die Bedeutung und Erfolge der Rehabilitation sowie der volkswirtschaftliche Nutzen werden über eine entsprechende Öffentlichkeitsarbeit dargestellt.
4. Eine qualifizierte Rehabilitation erfolgt auf der Basis differenzierter therapeutischer Konzepte.
5. Die Rehabilitanden stehen im Mittelpunkt aller Bemühungen des Rehabilitationsteams und Managements.
6. Eine angemessene Strukturqualität ist Voraussetzung für eine hochwertige Rehabilitation.
7. Die Durchführung der Rehabilitation erfordert ein fundiertes Management in den Einrichtungen.
8. Die Effektivität und Effizienz der Rehabilitation werden systematisch überprüft.
9. Die Behandlung nutzt nachweisbar den Rehabilitanden, der Volkswirtschaft und der Gesellschaft.
10. Die Weiterentwicklung einer indikationsgeleiteten medizinischen Rehabilitation wird von den Einrichtungen gefördert.

Anhand des ausführlichen Auditleitfadens (s. sucht.de) überprüfen Auditoren/innen von einer der drei von der HGS mit der Durchführung des Zertifizierungsverfahrens beauftragte Zertifizierungsfirmen das Qualitätsmanagementsystem der jeweiligen Reha-Einrichtung und stellen bei Erfüllung der Kriterien ein entsprechendes Zertifikat aus. Angesichts der Corona-Pandemie und entsprechender Kontaktbeschränkungen wurden entsprechende Fristsetzungen für die Durchführung von (Re-) Zertifizierungen von der BAR vorübergehend verlängert, um nicht auf

diesem Wege zusätzlichen Schaden für die davon betroffenen Rehabilitationseinrichtungen zu verursachen.

Entscheidend ist hinsichtlich der Anwendung von QM-Verfahren, dass diese nicht als reine Pflichterfüllung und notwendiges Übel von Seiten der Einrichtungen angesehen werden, oder als abzuarbeitende Prüfliste von Seiten der der Auditoren/innen im Rahmen des Zertifizierungsprozesses. QM-Verfahren werden insbesondere dann als wichtiger Beitrag zur Qualitäts- und Weiterentwicklung einer Einrichtung von den dort Tätigen erlebt werden, wenn hierzu eine entsprechende Grundhaltung vorhanden ist und man die Rehabilitationseinrichtung als ein lebendiges, interdisziplinär angelegtes Organisationssystem, das in einem permanenten Veränderungsprozess steht - und dessen wertvollstes Gut die Mitarbeiter/innen sind, deren Potenziale es zu fördern gilt -begreift.

Auch auf das interne Qualitätsmanagement hat die Corona-Pandemie selbstverständlich massiven Einfluss genommen, denn bisherige Routinen und Abläufe mussten aufgrund der erforderlichen Hygienekonzepte völlig überarbeitet werden. Dies betrifft nicht nur die Hygienemaßnahmen im engeren Sinne (z.B. Desinfektion, Maskenpflicht), sondern auch das Aufnahmeverfahren (mit frühzeitiger Kontaktaufnahme, Testungen, Zurverfügungstellung von Quarantänezimmern etc.), die Therapieprozesse und -abläufe (z.B. Reduktion indikativer Gruppenangebote), die erforderlichen Gruppengrößen (in Abhängigkeit von der Größe der Räumlichkeiten), das Wegfallen von Leistungen (z.B. Plenumsveranstaltungen, Sportangebote), die Verköstigung in Schichten im Speisesaal, Kontaktbeschränkungen (Ausgänge, Besuche von Angehörigen) bis hin zu den Einschränkungen im Bereich der Freizeitangebote. (vgl. Vogelgesang 2020). Zum Teil kam es auch zur vorübergehenden Schließung von Einrichtung oder zur Einführung von Kurzarbeit. Die Corona-Pandemie hat von daher Auswirkungen bis in die feinsten Verästelungen einer Rehabilitationseinrichtung und beeinflusst damit natürlich auch die Ergebnisse entsprechender klinikinterner Erhebungen (z.B. Patientenzufriedenheit, Mitarbeiterzufriedenheit) wie auch externer QS Verfahren, die von den Leistungsträgern eingesetzt werden und im Rahmen des internen QM einer Einrichtung Berücksichtigung finden.

6. Qualitätsdimensionen im Bereich der QS- Programme der Leistungsträger - am Beispiel der DRV

Historisch betrachtet war ein wichtiger Antrieb für die Entwicklung der Qualitätssicherungsprogramme in der medizinischen Rehabilitation, die 1993 konkrete Gestalt annahm, die notwendige Schärfung von deren Profil und deren Bedeutung in der Politik, im Gesundheitssystem und in der Gesellschaft bewusst zu machen. Unerlässlich dafür war es, die besondere Qualität von medizinischen Rehabilitationsleistungen – auch in Abgrenzung zu den Kuren – verdeutlichen zu können und in diesem Kontext systematische Ansätze zur Qualitätssicherung und -förderung zu entwickeln. Die Notwendigkeit, die medizinische Rehabilitation in Deutschland als eine tragende Säule des Gesundheitssystems auch in der Politik stärker zu verankern, zeigte sich kurze Zeit später, als das "Wachstums- und Beschäftigungsförderungsgesetz" (WFG) vom Deutschen Bundestag verabschiedet wurde. Denn im Rehabilitationsbereich traten damit einschneidende neue Vorschriften am 1. Januar 1997 in Kraft, welche für die Rentenversicherung eine Begrenzung der Rehabilitationsausgaben für 1997 auf den Umfang der zuvor um 600 Millionen DM verminderten Ausgaben für 1993 beinhalteten. Mit diesen erheblichen Einsparungen waren deutliche Einschnitte hinsichtlich der Erbringung von Rehabilitationsleistungen verbunden und die Diskussion um die erforderliche Dokumentation der Qualität der Rehabilitationsleistungen nahm damit deutlich an Bedeutung zu. Erwähnt sei in diesem

Zusammenhang, dass man im Bereich der Abhängigkeitserkrankungen – im Unterschied zu anderen Indikationsbereichen - bereits zum damaligen Zeitpunkt über ausführliche Dokumentationssysteme in den Rehabilitationseinrichtungen verfügte und man auch kontinuierlich einrichtungsübergreifende Erhebungen zur Wirksamkeit der Rehabilitationsleistungen (Ergebnisqualität) durchführte, deren Ergebnisse jährlich publiziert wurden.

Die Deutsche Rentenversicherung begann bereits frühzeitig mit der Entwicklung eines Systems zur Qualitätssicherung für die stationäre medizinische Rehabilitation. Maßgeblich war daran Dr. Werner Müller-Fahrnow beteiligt, der bei der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (BfA, heutige DRV Bund) eine interdisziplinär besetzte Forschungsgruppe aufgebaut hatte und später im Jahr 1996 den Lehrstuhl für Versorgungssystemforschung an der damaligen Humboldt-Universität zu Berlin (später: Charité) annahm und viel zu früh von uns gegangen ist. Auf dem Reha-Forum der damaligen BfA im Jahr 1993 verkündete er die Einführung eines Fünf-Punkte-Programms zur Reha-Qualitätssicherung (QS) für die BfA mit folgenden Punkten (vgl. Egner, Theißen 2019):

- einem Klinikkonzept (inhaltlich-fachliche Prüfung der Konzepte – auch vor dem Hintergrund vorhandener Strukturen und der Ausstattung einer Rehabilitationseinrichtung),
- Patiententherapiepläne (Prüfung individueller Therapiepläne -auch vor dem Hintergrund der Bedarfe)
- Qualitäts-Screening (Methode zur Erhebung der Prozessqualität, Grundlage für die Beurteilung durch Peers ist der standardisierte Entlassungsbrief der Rentenversicherung, sowie der individuelle Therapieplan des Patienten)
- Patientenbefragungen (mit Fragebögen im Nachgang zur Behandlung) und
- Qualitätszirkeln (Aufbau interner Qualitätssicherungsstrukturen durch klinikinterne Projekt-/Arbeitsgruppen mit klar umrissener Aufgabenstellung sowie einrichtungsübergreifende Qualitätszirkel).

„Mit dem QS-Programm sollte die Qualität der Rehabilitationsleistungen in den Rehabilitationseinrichtungen verbessert und qualitativ schlechte Einrichtungen aus der Belegung durch die BfA genommen werden. In den Gremien der gesamten Rentenversicherung gab es danach eine Abstimmung, ob das Programm für alle Träger (Ergänzung: damalige Landesversicherungsanstalten und BfA) implementiert werden sollte und es kam zu einer Vereinbarung zur gemeinsamen Zusammenarbeit. Dazu wurden zwei Auswertungsstellen bei der BfA und dem damaligen Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR) eingerichtet (...). Mit der Einführung des QS-Programms ging eine dreijährige Forschungs- und Entwicklungsphase einher, die von wissenschaftlichen Fachinstituten begleitet wurde.“ (ebd.). Von daher wurde das QS-Programm der RV in den Folgejahren entsprechend weiterentwickelt und verändert. So sah etwa das ursprüngliche Fünf-Punkte Programm der BfA noch eine strukturelle Verschränkung der internen Aktivitäten einer Rehabilitationseinrichtung zur Qualitätsverbesserung mit den Ergebnissen der externen Qualitätssicherung der Leistungsträger über die Einrichtung von einrichtungsübergreifenden und – spezifischen Qualitätszirkel vor. „Die Rentenversicherungsträger empfehlen die Einrichtung klinikinterner, berufsgruppenübergreifend angelegter Qualitätszirkel, deren Aufgabe eine umfassende Qualitätssicherung im Sinne des Total-Quality-Managements unter Berücksichtigung vergleichender Qualitätsprüfungen sein soll. Als wesentlicher, aber nicht ausschließlicher Bestandteil der Qualitätszirkelarbeit wird die Auseinandersetzung mit klinikbezogenen Auswertungsergebnissen zum Qualitäts-Screening und zu den

Patientenbefragungen` bezeichnet.“ Die Aktivitäten einer Rehabilitationseinrichtung, wie etwa die Einrichtung von Qualitätszirkeln, Projektgruppen und Arbeitsgruppen, wird heute im Unterschied zu den Anfängen als Bereich des internen Qualitätsmanagements und damit von Zertifizierungsverfahren gesehen. Selbstverständlich fließen hierbei auch die externen Ergebnisse der QS der Leistungsträger als eine wichtige Informationsquelle ein. Des Weiteren wurden Instrumente und Verfahren zur Qualitätssicherung ergänzt bzw. verändert (s.u.).

Die Reha-Qualitätssicherung wurde nach einer mehrjährigen Umsetzungs- und Erprobungsphase mit wissenschaftlicher Begleitung ab Mitte 1997 in die Routine überführt. Im Rahmen des Qualitätssicherungsverfahrens der Rentenversicherung erhalten die Rehabilitationseinrichtungen von der QS Abteilung der DRV erstellte Qualitätsberichte zu den jeweiligen Qualitätsdimensionen (z.B. Patientenbefragung, erbrachte therapeutische Leistungen (KTL, Reha-Therapiestandards), welche die einrichtungsbezogenen Ergebnisse – auch im Einrichtungsvergleich des jeweiligen Indikationsbereiches – enthält.

Ergänzend sei erwähnt, dass sich das QS- Reha-Verfahren im GKV Bereich inhaltlich von dem QS Verfahren der DRV unterscheidet. Dieses findet seit dem Jahr 2000 Anwendung und wird seither gemeinsam von den gesetzlichen Krankenkassen und den Verbänden der Leistungserbringer weiterentwickelt. Die im GKV erhobenen Qualitätsdaten werden von einem externen Institut ausgewertet. Seit dem Jahr 2012 werden die einrichtungsübergreifenden Datenerhebungen und Ergebnisse im dreijährigen Turnus veröffentlicht (s. www.qs-reha.de). Die Rehabilitationseinrichtungen erhalten auch im GKV Bereich einrichtungsbezogene Ergebnisberichte mit entsprechenden Vergleichsdaten von Einrichtungen des jeweiligen Indikationsbereichs. Die Ergebnisse können von allen gesetzlichen Krankenkassen eingesehen werden und stehen damit für eine auf diesen Erhebungen beruhende qualitätsorientierte Steuerung zur Verfügung.

Was messen angesichts der komplexen Aspekte und der Vielzahl der verschiedenen Qualitätsfaktoren, welche letztlich im Gesamten die Qualität einer Rehabilitationseinrichtung ausmachen (s. Tab. 2), die Qualitätssicherungsprogramme der Leistungsträger - und was nicht?

Dies soll beispielhaft vorrangig am QS- Programm der Rentenversicherung verdeutlicht werden (s. Tab. 5a und 5b), auf das im Weiteren in seiner aktuellen Form näher eingegangen wird. Nachfolgende Ausführungen (Tab. 5a und 5b) stammen von der Homepage der DRV Bund.

Tab 5a

Programm zur Reha-Qualitätssicherung der Deutschen Rentenversicherung (DRV) (Stand: 01. Oktober 2017)

(s. https://www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Experten/infos_reha_einrichtungen/quali_allgemein/Programmuebersicht.html)

„Die Deutsche Rentenversicherung stellt den Reha-Einrichtungen und RV-Trägern regelmäßig einrichtungsbezogene Auswertungen zur Reha-Qualitätssicherung zur Verfügung. Diese schließen in der Regel einen Vergleich mit Reha-Einrichtungen gleicher Fachrichtung und eine zusammengefasste Bewertung durch Qualitätspunkte ein. Es lassen sich folgende Qualitätsaspekte und Instrumente der Reha-Qualitätssicherung unterscheiden. Instrumente der Qualitätssicherung:

Peer Review-Verfahren (I) Die Begutachtungsergebnisse des Peer Review-Verfahrens auf der Grundlage von Reha-Entlassungsberichten und Therapieplänen bieten die Möglichkeit, Verbesserungsmöglichkeiten im Reha-Prozess zu identifizieren.

Rehabilitandenbefragung (II) Die Ergebnisse der Rehabilitandenbefragung informieren über die Zufriedenheit der Rehabilitanden mit der Behandlung sowie ihre Einschätzung des Behandlungserfolges.

Rehabilitandenstruktur (III) Informationen zu soziodemografischen (z. B. Alter, Bildung oder Erwerbsstatus) sowie krankheitsbezogenen (z. B. Diagnosen, Leistungsfähigkeit oder Nachsorgeempfehlungen) Merkmalen verdeutlichen das Rehabilitandenspektrum und können zur Einordnung der Ergebnisse der Reha-Qualitätssicherung genutzt werden.

Reha-Therapiestandards (IV) Die Auswertung zu den Reha-Therapiestandards stellt dar, inwieweit Rehabilitanden mit entsprechender Diagnose gemäß den in den Reha-Therapiestandards formulierten Qualitätsanforderungen der Deutschen Rentenversicherung behandelt werden.

Sozialmedizinischer Verlauf nach medizinischer Rehabilitation (V) Auswertungen zum sozialmedizinischen Verlauf geben Hinweise zum Reha-Ergebnis. Für einen Zeitraum von zwei Jahren nach Rehabilitation wird aufgezeigt, wie viele Rehabilitanden im Erwerbsleben verbleiben oder durch Berentung (Alters-, Erwerbsminderungsrente) und Tod ausscheiden.

Therapeutische Versorgung –KTL (VI) Die Auswertung zu den therapeutischen Leistungen verdeutlicht das Leistungsgeschehen, in dem sie Informationen zu Leistungsmenge, -dauer und -verteilung darstellt. Diese Angaben werden zu einem Qualitätsindikator zusammengefasst. Überdies erhält die Reha-Einrichtung Anhaltspunkte zu ihrer Dokumentationsqualität.

Weitere Qualitätsaspekte:

Konzept zur Bewertung der Qualität von Reha-Einrichtungen (BQR)

Um eine zusammenfassende Darstellung der Qualitätsergebnisse der verschiedenen Verfahren und Instrumente zu erleichtern, ist von der Rentenversicherung ein Konzept zur Bewertung der Qualität von Reha-Einrichtungen (BQR) entwickelt und eingeführt worden. Dabei werden die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren in Qualitätspunkte umgerechnet. RV-weit sind aktuell die Qualitätsindikatoren Behandlungszufriedenheit, subjektiver Behandlungserfolg, Ergebnis des Peer Review, therapeutische Versorgung (KTL) und Reha-Therapiestandards verfügbar.

Strukturierter Qualitätsdialog (SQD)

Im Strukturierten Qualitätsdialog steht der Austausch zwischen Reha-Einrichtung und Rentenversicherungsträger mit dem Ziel Verbesserungen von auffälligen Qualitätsergebnissen im Mittelpunkt. Rentenversicherungswelt werden aktuell folgende die Qualitätsindikatoren verwendet: Behandlungszufriedenheit, subjektiver Behandlungserfolg, Ergebnis des Peer Reviews, therapeutische Versorgung (KTL) und Reha-Therapiestandards (RTS).

Strukturqualität von Reha-Einrichtungen

Die Erhebung, Datenerfassung und der Vergleich der Strukturqualität zwischen den Reha-Einrichtungen ist Aufgabe der Strukturhebung. Die personellen, technischen, baulichen Ressourcen in den Reha-Einrichtungen sind die unabdingbaren Grundlagen für eine erfolgreiche Rehabilitation. Weitere strukturnahe Prozessmerkmale beziehen sich auf die konzeptionellen Grundlagen der Einrichtung, ihr internes Qualitätsmanagement und die interne Kommunikation sowie Personalentwicklung.

Visitationen als Qualitätssicherung „vor Ort“ Der direkte Austausch über die Qualitätsergebnisse zwischen den Visitoren der Rentenversicherung und den Mitarbeitern der Reha-Einrichtung im Rahmen der Visitation unterstützt das Ziel einer kontinuierlichen Qualitätsverbesserung.“

Eine Übersicht über die Dimensionen des QS -Verfahrens von der Rentenversicherung und deren Berichterstattung - unter Bezug zu den verschiedenen Indikationen -gibt die nachfolgenden **Tab. 5b**.

Übersicht zur QS-Berichterstattung – medizinische Rehabilitation

	QS-Berichte	Indikationen		Behandlungsform		
				stationär	ambulant	
I	Rehabilitandenbefragung	Somatik	stationär	x		
			ambulant		x	
		Psychosomatik, Sucht stationär		x		
		Ambulante (berufsbegleitende) Suchtrehabilitation			x	
		Kinder- und Jugendlichen-Rehabilitation	„Jugendliche“	x		
„Eltern“	x					
II	Peer Review	Somatik			x	
		Psychosomatik, Sucht			x	
III	Therapeutische Versorgung (KTL)	alle			x	
IV	Reha-Therapiestandards (RTS)	Chronischer Rückenschmerz			x	
		Koronare Herzkrankheit			x	
		Brustkrebs			x	
		Diabetes mellitus Typ II			x	
		Alkoholabhängigkeit			x	
		Depressive Störungen			x	
		Kinder- und Jugendlichen-Rehabilitation	Asthma bronchiale	bis 7 J.	x	
				ab 8 J.	x	
			Adipositas		x	
			Neurodermitis		x	
		Hüft-, Kniegelenkersatz (TEP)			x	
Schlaganfall			x			
V	Rehabilitandenstruktur	alle			x	
VI	Sozialmedizinischer Verlauf 2 Jahre nach Reha	alle Indikationen - Pflichtversicherte			x	

Vor dem Hintergrund der vielfältigen Qualitätsaspekte (s. Tab 2), die einen Einfluss auf die Qualität einer Reha-Einrichtung haben, wird deutlich, dass das QS-Programm der Rentenversicherung durchaus eine Vielzahl von Qualitätsaspekten erfasst. Gleichwohl handelt es sich

hierbei um eine Auswahl und damit um Teilaspekte von Qualität. Um qualitative Aspekte der Behandlung und eine Einrichtung angemessen bewerten zu können, ist eine detaillierte Kenntnis der Einrichtung und damit Kontakte zu deren Leitung und Belegschaft vor Ort (z.B. im Rahmen von Visitationen) unerlässlich. Derartige Verfahren sind allerdings – im Unterschied zu quantitativen Erhebungsmethoden (z.B. Auswertung der KTL Daten) - sehr personalintensiv. Angesichts der hohen Anzahl von 1 112 Rehabilitationseinrichtungen mit 163 336 Betten (Destatis 2019) in Deutschland, stellt sich die grundsätzliche Frage nach den vorhandenen personellen Ressourcen der Leistungsträger, um entsprechende Anforderungen – welche gerade mit dem Einsatz entsprechend personalintensiver QS-Instrumente verbunden ist - auch kontinuierlich und nachhaltig erfüllen zu können.

Des Weiteren stellt sich die Frage nach der Gewichtung der einzelnen Qualitätsdimensionen und -instrumente. Eine grundsätzliche Fragestellung hierzu ist, ob alle drei Qualitätsdimensionen der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität prinzipiell als gleichwertig zu betrachten sind? Sind zudem alle Qualitätsinstrumente (z.B. KTL und Patientenbefragung) von ihrer Bedeutung her, wie auch hinsichtlich ihrer methodischen Güte als gleichrangig zu betrachten? Die Dokumentation von KTL basiert auf den Eigenerhebungen der Einrichtungen, die Patientenbefragung auf den Ergebnissen einer von der DRV angeschriebenen Stichprobe an Patienten/innen. Zudem sagt die Menge an erbrachten Leistungen nichts über die Güte derselben aus. Auf der Ebene der einzelnen Qualitätsinstrumente lässt sich die Frage nach einer erforderlichen Differenzierung und Gewichtung der einzelnen Aspekte noch weiter diskutieren: Sind denn bei der Patientenbefragung nicht deutliche Unterschiede hinsichtlich der Bedeutsamkeit einzelner Items zu verzeichnen (z.B. Gesamteinschätzung der Reha-Leistung gegenüber untergeordneten Fragestellungen zu einzelnen Teilbereichen der Leistung)?

Zudem ist zu erwarten, dass es zukünftig vermehrt zu „Deckeneffekten“ bei einzelnen QS-Instrumenten kommen wird, d.h. eine Vielzahl von Reha-Einrichtungen wird sich bei den Verfahren, bei denen sie selbst direkten Einfluss nehmen kann (z.B. Qualität der Entlassberichte, Erbringung und Dokumentation von Leistungen im Rahmen von KTL, RTS) kaum noch hinsichtlich der Anzahl der erreichten Qualitätspunkte unterscheiden. Wenn diese Situation eintritt, haben entsprechende QS-Instrumente allerdings keine Bedeutung für die Steuerung mehr.

Wichtig ist es – wie bereits erwähnt - eine Risikoadjustierung bei der vergleichenden Bewertung von Einrichtungen vorzunehmen, wie es im Rahmen der Patientenbefragung und zukünftig auch beim sozialmedizinischen Verlauf durch die DRV erfolgt. Denn gerade bei Vergleichen von Einrichtungen im Sinne eines Benchmarkings muss besonders darauf geachtet werden, dass der Patientenpool der miteinander verglichenen Rehabilitationseinrichtungen möglichst homogen ist. Allerdings ist es - um eine angemessene vergleichende Bewertung von Einrichtungen vornehmen zu können – zudem notwendig auch den Eingangsbefund (incl. Schweregrad) der Patienten/innen zu Beginn der Behandlung zu kennen. Erst vor diesem Hintergrund wird die Wirksamkeit der Behandlung am Ende der Rehabilitationsleistung angemessen zu beurteilen sein. Im Unterschied zum QS Reha-Verfahren der GKV wird bei der Patientenbefragung der DRV aktuell lediglich eine Ein-Punkt – Befragung nach erfolgter Reha-Behandlung durchgeführt. Somit findet der Eingangsstatus hierbei bislang keine angemessene Berücksichtigung.

Unzweifelhaft hat das QS Verfahren der DRV zu verschiedenen Qualitätsverbesserungen (z.B. Reduktion der E-Berichtslaufzeiten, verbesserte Dokumentation in den Einrichtungen, Verbesserung der Abläufe, Förderung des Bewusstseins für qualitative Aspekte der Behandlung) beigetragen. Es stellt sich aber gleichwohl ganz grundsätzlich die Frage, inwieweit das QS-Verfahren tatsächlich zu einer kontinuierlichen und nachhaltigen Qualitätsverbesserung der

Rehabilitationsleistungen und -einrichtungen beigetragen hat bzw. beiträgt – und nicht vorrangig zur Verbesserung der Dokumentation und des Berichtswesens geführt hat, um die formalen Anforderungen (z.B. an zu erbringende therapeutische Leistungen, die Abfassung von Entlassberichten) besser zu erfüllen. Qualitätsentwicklung einer Rehabilitationseinrichtung geht – wie bereits dargelegt - über die Betrachtung einzelner Facetten von Qualität weit hinaus ist und ist als permanenter Prozess im Sinne der Organisationsentwicklung zu verstehen. Hierbei steht nicht vorrangig die Kontrolle oder die bloße Zielsetzung möglichst ein Maximum an Qualitätspunkten zu erreichen im Vordergrund. Vielmehr geht es um die Entwicklung und Aufrechterhaltung einer inneren Haltung der Qualitätsförderung, um gemeinsam über die Entwicklung der Stärken einer Einrichtung, eine angemessenen Fehlerkultur (mit entsprechenden zeitlich kurzfristigen Feedback-/Rückmeldeschleifen) und die Motivierung der Mitarbeiterschaft, zu einer möglichst hohen Qualität der Behandlung im Interesse der Patienten/innen beizutragen (s. auch Teil 2). Eine mögliche Verbesserung bei den Qualitätspunkten wäre von daher eher als ein Effekt entsprechender Aktivitäten und als Folge einer „intrinsic“ Motivation und entsprechenden Haltung zu verstehen. Eine Qualitätssicherung der Qualitätssicherungsprogramme wäre von daher sinnvoll, um deren generellen und spezifischen Auswirkungen angemessen beurteilen zu können.

7. Die Bedeutung der Qualität für die Belegungssteuerung in der Rentenversicherung

Der Bundesvorstand der Deutschen Rentenversicherung (DRV) hat im März 2017 wegweisende Vorgaben für die Beschaffung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation verabschiedet. Davon betroffen ist zukünftig auch die Auswahl einer geeigneten Rehabilitationseinrichtung durch die Einführung eines gemeinsamen technischen beziehungsweise elektronischen Verfahrens (rvSMD). Das Digitale Rentenübersicht Gesetz (s.o.) hat nun eine gesetzliche Grundlage für das Vorhaben der DRV geschaffen.

Bei der Steuerung gehen zunächst - unter Berücksichtigung des Wunsch- und Wahlrechts - folgende Faktoren ein: Hauptdiagnose, Nebendiagnosen sowie unabdingbare Sonderanforderungen (s. Abb. 1).

Abb. 1: Ablaufschema Antragsbearbeitung der DRV



Zusätzliche Auswahlkriterien sind laut Bundesvorstand der DRV vier Faktoren. Diese sind nachfolgend aufgeführt, in Klammern ist die jeweilige Gewichtung der Faktoren gemäß dem ursprünglichen Vorschlag der damit befassten Projektgruppe Einrichtungsauswahl der RV angegeben:

- **Qualität** der Rehabilitationseinrichtung (0,7)
- **Wartezeit** bis zur Aufnahme (0,2)
- **Entfernung zum Wohnort** bzw. Transportfähigkeit (0,0) (Hinweis: Dieser Aspekt wird nicht gewertet, es handelt sich hierbei um eine sozialmedizinische Entscheidung)
- **Preis** der Einrichtungen (0,1)

Insgesamt soll Qualität deutlich höher gewichtet werden als der Preis, dies ist als Signal gegen „Preisdumping“ zu werten und aus fachlicher Sicht zu begrüßen. Wichtig wird es aus Einrichtungssicht – wie bereits dargelegt - sein, im elektronischen Auswahlssystem die Spezifika der Einrichtung möglichst vollständig abzubilden. Zudem ist es aus deren Sicht im Sinne der Transparenz wichtig, dass die jeweilige Einrichtung weiß, was über sie im DRV-weiten Computersystem hinterlegt ist (z.B. Sonderanforderungen, Indikationsbereiche, QS-Daten der Leistungsträger).

Bezogen auf das Kriterium „Qualität“ hat man sich innerhalb der DRV zum jetzigen Zeitpunkt auf eine Gewichtung der nachfolgenden Qualitätsindikatoren verständigt:

- Behandlungszufriedenheit des Patienten (Basis: Patientenbefragung)
- subjektiver Behandlungserfolg (Basis: Patientenbefragung)
- Peer-Review (Basis Entlassberichte und Therapiepläne)
- Therapeutische Leistungen (Basis: KTL-Dokumentation)
- Reha-Therapiestandards (RTS, Basis: KTL-Dokumentation)
- sowie zusätzliche Konsistenzpunkte

Alle oben aufgeführten fünf Qualitätsindikatoren werden nach derzeitigem Stand mit je 19 % gewichtet, entfällt eine Dimension, sollen die anderen entsprechend höher gewichtet werden. Die Konsistenzpunkte betragen einen Anteil von 5 %. Diese bekommt man nach dem aktuellen Modell, wenn eine Einrichtung in vier der Qualitätsindikatoren im oberen Drittel liegt.

Ziel der Rentenversicherung ist es, pro Einrichtung eine Kennzahl (in Form von Qualitätspunkten) für deren Qualität zu definieren.

Weitere Qualitätsindikatoren (z.B. Visitationen, sozialmedizinischer Verlauf) sind (noch) nicht berücksichtigt, eine Erweiterung ist allerdings beabsichtigt.

Eine Pilotierung im Rahmen einer Machbarkeitsstudie zur Erprobung eines DRV-weiten Steuerungssystems startete zunächst im Indikationsbereich Orthopädie und wird nun auf den Bereich der Psychosomatik ausgedehnt. Auch der Kreis der beteiligten RV Träger (in der ersten Phase der Machbarkeitsstudie: DRV Bund und zwei Regionalträgern (DRV Oldenburg-Bremen, DRV Baden-Württemberg)) wird erweitert. Bereits in der ersten Phase der Machbarkeitsstudie wurde die ursprünglich vorgesehene Gewichtung der vier Faktoren (s.o.) von der DRV Bund im Übrigen aufgrund technischer Bedingungen geändert, wobei aber auch in diesem Falle dem Faktor Qualität das höchste Gewicht beigemessen wird.

Zum Vorgehen der DRV selbst ist noch zu ergänzen, dass die Rentenversicherung den „Strukturierten Qualitätsdialog“ (s. Tab 5a) im Jahr 2017 als neues Verfahren eingeführt. Auch bei diesem Verfahren werden die entsprechenden Ergebnisse aus dem Qualitätssicherungsprogramm der Rentenversicherung (s.o.) zugrunde gelegt. Hierbei geht es vorrangig darum, Einrichtungen mit einer geringen Anzahl an Qualitätspunkten zu identifizieren und mit dieser darüber in einen Dialog zu treten. Im Rahmen des „Strukturierten Qualitätsdialogs“ wurden verschiedene Schwellenwerte definiert: Ein „Strukturierter Qualitätsdialog“ **muss** ausgelöst werden, wenn eine Einrichtung bereits bei einem Qualitätsindikator die absolute Schwelle von 50 Qualitätspunkten unterschreitet. Ein Strukturierter Qualitätsdialog **soll** ausgelöst werden, wenn eine Einrichtung bei mind. zwei auffälligen Qualitätsindikatoren zu den 10 % der schlechtesten Werte im Vergleich zu den Fachabteilungen der Vergleichsgruppe gehört. Ein Qualitätsdialog **kann** auch ausgelöst werden durch eine Häufung von Beschwerden, extrem lange E-Berichtslaufzeiten, auffällige Varianzen aus vergleichenden Analysen der Rentenversicherungsträger zu den Qualitätsindikatoren. Dies liegt dann im Ermessen des jeweiligen federführenden Leistungsträgers.

Allerdings hat nun die Corona-Pandemie auch auf die Durchführung der Machbarkeitsstudie und die Qualitätssicherung der DRV erheblichen Einfluss genommen. Die vielfältigen Auswirkungen im Bereich der medizinischen Rehabilitation (s.4) haben im letzten Jahr 2020 dazu geführt, dass man innerhalb der DRV beschlossen hat, keine Qualitätspunkte im Rahmen des QS-Verfahrens zu vergeben, und man damit zumindest für mehrere Quartale auch keine Grundlage für qualitätsbezogene Einrichtungsvergleiche sah. Es wird sich erst noch zeigen müssen, zu welchem Zeitpunkt man wieder an die Tradition der bisherigen Qualitätssicherung anschließen kann und auch einrichtungsbezogen die Daten der vergangenen Jahre mit aktuellen Zahlen wieder miteinander vergleichen können. Denn dies setzt voraus, dass wieder Routinen in den Einrichtungen greifen und verlässliche Rahmenbedingungen eintreten. Davon kann aber aktuell (März 2021) immer noch keine Rede sein.

Zum Reha-Bewertungs- und Steuerungssystem im Bereich der DRV haben der Bundesverband für stationäre Suchtkrankenhilfe (buss) und der Fachverband Sucht e.V. (FVS) zu Beginn 2020 eine gemeinsame Stellungnahme verfasst, deren wesentlichen Inhalte und in Form von 9 Empfehlungen nachfolgend wiedergegeben werden:

Stellungnahme buss/FVS (SuchtAktuell 01.20)

Grundsätzliche Anforderungen an ein Reha-Bewertungs- und Steuerungssystem im Bereich der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation der Rentenversicherung aus Sicht der Verbände der Leistungserbringer

Vom Grundsatz her befürworten die beiden Suchtverbände die Weiterentwicklung einer qualitätsorientierten Steuerung und Belegung im Bereich der medizinischen Rehabilitation durch die Rentenversicherungsträger. Diese sollte alle Rehabilitationseinrichtungen gleich welcher Trägerschaft betreffen. Grundlage dafür ist, dass verlässliche und ausreichende Beurteilungsgrundlagen über die Qualität von miteinander vergleichbaren Rehabilitationseinrichtungen vorliegen. Hierbei sind die verschiedenen Dimensionen der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität zu berücksichtigen, wobei perspektivisch der Ergebnisqualität eine wesentlichere Bedeutung zugeteilt werden sollte. Anforderungen an ein Reha-Bewertungssystem werden aus Sicht der Leistungserbringer im Weiteren beschrieben.

1. Repräsentativität des Verfahrens

Die Rentenversicherungsträger müssen dafür Sorge tragen, dass alle von ihnen federgeführten Rehabilitationseinrichtungen am Reha-Bewertungssystem teilnehmen und sich (möglichst) alle Rehabilitationseinrichtungen in

allen Qualitätsdimensionen im Rahmen der externen Qualitätssicherung abbilden lassen. Dies ist derzeit noch nicht in allen Indikationsbereichen – und insbesondere nicht im Bereich der Suchtrehabilitation - gewährleistet. Voraussetzung für die Abschätzung der Repräsentativität des Verfahrens ist es, die indikationsspezifischen Grundgesamtheiten der Fachkliniken/Abteilungen zu kennen und diese auch in den jeweiligen Qualitätsberichten von den Herausgebern anzugeben. Es stellt keine praktikable Lösung dar, eine Rehabilitationseinrichtung bei fehlenden Werten zu einer spezifischen Qualitätsdimension auf den Durchschnittswert zu stellen, zumal derzeit lediglich fünf Qualitätsdimensionen erfasst werden (Patientenzufriedenheit, subjektiver Behandlungserfolg, Klassifikation therapeutischer Leistungen (KTL), Reha-Therapiestandards [nur bei einzelnen Indikationen], Peer-Review-Verfahren). Mit einer zu geringen Abbildung einer Einrichtung in den verschiedenen Qualitätsdimensionen fehlt für diese eine entsprechende Grundlage für qualitätsorientierte Einrichtungsvergleiche. Zudem kann eine entsprechende Einrichtung dann auch keine zusätzlichen Konsistenzpunkte erreichen. Von daher sind die Realisierung sowohl der technischen Voraussetzungen innerhalb der Rentenversicherung zur elektronischen Datenübermittlung wie auch die Ausweitung der Datenbasis für Einrichtungen, die derzeit nur ungenügend mittels des QS Verfahrens abgebildet werden, von zentraler Bedeutung für die Erweiterung der Vergleichsbasis.

Von daher ist auch die Repräsentativität der einrichtungsbezogenen Stichproben bei der Patientenbefragung zu gewährleisten. So sind Mindestquoten für die erforderlichen Rückläufe einer Einrichtung bei der Patientenbefragung festzulegen, auf deren Basis dann aussagefähige Schlüsse gezogen werden können.

2. Bildung von Vergleichsgruppen (auf Einrichtungs- und Patientenebene)

Die Bildung gerechter Vergleiche von Einrichtungen erfordert, dass diese sich hinsichtlich der Einrichtungsmerkmale und der behandelten Patientengruppen nicht bzw. nur geringfügig voneinander unterscheiden dürfen. Von daher wäre die Bildung von einheitlichen Fachabteilungsschlüsseln in der Rentenversicherung für möglichst homogene Patientengruppen eine wesentliche Voraussetzung dafür, gerechte Vergleiche ziehen zu können. Hierbei sind auch die ICD-Haupt- und Nebendiagnosen sowie die spezifischen Teilhabebedarfe der jeweiligen Patienten wie auch regionale Unterschiede - welche z.B. die beruflichen Reintegrationschancen bezogen auf die berufliche Wiedereingliederung von arbeitslosen Patienten betreffen – zu berücksichtigen. Bei Vergleichen muss somit darauf geachtet werden, dass heterogene Patientenklientel, die aufgrund der unterschiedlichen Ausgangssituationen und Bedarfe (z.B. Art der Abhängigkeitserkrankung, Anzahl komorbiden Erkrankungen, Mitnahme von Kindern in die Entwöhnungsbehandlung) bestehen, einer differenzierten Betrachtung hinsichtlich der Definition von Qualitätsparametern und der Beurteilung eines Rehabilitationserfolges bedürfen. Bei der Bildung möglichst differenzierter Vergleichsgruppen ist auf der anderen Seite aber immer auch die Anzahl der in den jeweiligen Vergleichsgruppen befindlichen Fachabteilungen im Blick zu behalten, um eine ausreichende Datengrundlage gewährleisten zu können.

Wir begrüßen es, dass eine Risikoadjustierung bereits bei der Patientenbefragung erfolgt und die entsprechende Methodik derzeit überprüft und angepasst wird. Wir schlagen zudem vor, - sofern erforderlich - auch die Qualitätsvorgaben hinsichtlich spezifischer Bedarfe von Patientengruppen zu spezifizieren (z.B. erforderliche Anzahl und Inhalte von Leistungen für rehabilitationsbedürftige Mütter mit Kindern in der Rehabilitationseinrichtung bei KTL).

3. Visitationen

Visitationen spielen im Kontext des QS-Programms der Rentenversicherung eine sehr zentrale Rolle, denn diese finden vor Ort in der Rehabilitationseinrichtung statt und bieten damit als einziges QS Instrument die Möglichkeit, sich ein reales Bild der Rehabilitationseinrichtung zu verschaffen und Ergebnisse des QS-Programms sowie weitere qualitätsrelevante Aspekte zu besprechen. Zudem geben auch Patientengespräche einen Einblick in die Behandlung. Entsprechende Ressourcen auf Seiten der Rentenversicherung sind erforderlich, um die Durchführung dieses personalintensiven Verfahrens zu gewährleisten und die Aktualität der Visitationsergebnisse sicherzustellen.

Hinsichtlich des Instruments „Visitationen“ ist einerseits auf die Vergleichbarkeit der Beurteilungen und der Durchführung durch unterschiedliche Visitatoren zu achten, andererseits ist aber auch der Gesamteindruck (unter Berücksichtigung z.B. der Einrichtungsatmosphäre, des Innovationspotentials einer Einrichtung, des Qualitätsverständnisses und der Umsetzung des Einrichtungs-, Behandlungskonzeptes, der Ausstattung/ Räumlichkeiten) des Visitators von Bedeutung. Von besonderer Relevanz sind daher auch entsprechende Schulungen der Visitatoren und Möglichkeiten zum Erfahrungsaustausch.

4. Transparenz der Ergebnisse

Sicherzustellen ist, dass erfolgte Nachbesserungen nach einer durchgeführten Visitation oder einem strukturierten Qualitätsdialog in die entsprechenden Datenbanken der Leistungsträger direkt eingepflegt werden. Die zuweisungsrelevante Datenlage muss immer auf dem aktuellen Stand sein, eventuelle Nachbesserungen müssen zeitnah berücksichtigt werden. Zudem müssen aus Sicht der Leistungserbringer unter dem Aspekt der Transparenz die dokumentierten und in den entsprechenden Datenbanken hinterlegten Visitationsergebnisse und alle weiteren Daten den Einrichtungen voll vollumfänglich zugänglich gemacht werden.

5. Aktualität der QS-Ergebnisse

Erforderlich ist die Gewährleistung einer möglichst hohen Aktualität der QS-Ergebnisse der Rentenversicherung in allen Qualitätsdimensionen. Aus Sicht der Verbände der Leistungserbringer sollten die entsprechenden QS-Daten mindestens jährlich erhoben werden, um eine Festschreibung einer Rehabilitationseinrichtung auf bereits veraltete Werte nach Möglichkeit zu verhindern.

Im Rahmen der zunehmenden Digitalisierung sollten auch im QS-Bereich Möglichkeiten der elektronischen Datenübertragung (z.B. bei der Patientenbefragung) verstärkt genutzt werden.

6. Reliabilität und Validität der Qualitätsergebnisse

Es ist zu gewährleisten, dass die von der DRV erhobenen Qualitätsergebnisse reliabel und valide sind. Erforderlich sind zur Überprüfung der Reliabilität auch Vergleiche der Erhebungen von Rehabilitationseinrichtungen mit den QS-Daten der Rentenversicherung auf Basis derselben Stichprobengröße und -zusammensetzung. Im Falle erforderlicher Korrekturen auf Basis plausibler Rückmeldungen einer Rehabilitationseinrichtung ist sicherzustellen, dass die in den Datenbanken der Leistungsträger dokumentierten QS-Ergebnisse auch unmittelbar entsprechend korrigiert werden.

7. Gewichtung der Qualitätsergebnisse

Die Suchtverbände schlagen vor, bei den bestehenden Qualitätsinstrumenten gemeinsam mit der Rentenversicherung zu prüfen, ob die Einführung einer fachlich begründeten Gewichtung einzelner Faktoren eine Weiterentwicklung der Bewertung darstellen kann. So gibt es bereits bei der Strukturhebung belegungs-, struktur- und zuweisungsrelevante Merkmale, mit denen eine unterschiedliche Verbindlichkeit und Wertung hinsichtlich der Erfüllung einhergeht.

Aus Sicht der Suchtverbände sind etwa auch bei der Patientenbefragung Items unterschiedlicher Relevanz enthalten. So könnten z.B. die umfassenden Fragen 8) „Wie beurteilen Sie die Qualität und Güte der Angebote (Betreuungen, Behandlungen und Beratungen) während der Reha?“, 23) „Wie beurteilen Sie den Erfolg der Reha-Behandlung insgesamt?, 28) „Wie würden Sie die Reha-Maßnahme insgesamt bewerten?“ eine besondere Gewichtung im Rahmen der Gesamtbewertung der Patientenbefragung erhalten.

8. Weiterentwicklung und Gesamtbetrachtung der Qualitätsdimensionen

Erforderlich ist aus Sicht der Suchtverbände, dass die bestehenden Qualitätsdimensionen im Rahmen des QS-Programms der Rentenversicherung erweitert werden, zumal zu erwarten ist, dass bei verschiedenen derzeitigen Qualitätsdimensionen (KTL, RTS) zukünftig „Deckeneffekte“ eintreten werden. Dies bedeutet, dass hier mit einer Nivellierung der Unterschiede in naher Zukunft zu rechnen sein wird. Zudem sollte bei der KTL-Erfassung und den Reha-Therapiestandards Alkoholabhängigkeit hinsichtlich den zeitlichen und mengenmäßigen Vorgaben für die Bewertung berücksichtigt werden, ob Patienten an externen Praktika in Betrieben teilnehmen oder etwa ein berufliches Assessment eines beruflichen Bildungsträgers in Anspruch nehmen.

Die Dimension „Ergebnisqualität“ wird derzeit nur rudimentär im QS Programm abgebildet. Vorgeschlagen wird, im Rahmen der zukünftigen Weiterentwicklung ein zusätzliches indikationsbezogenes QS- Instrument für diese Qualitätsdimension zu schaffen, mit dem sich nicht nur Unterschiede zu Beginn und am Ende der medizinischen Rehabilitationsleistung, sondern auch der längerfristige Behandlungserfolg erfassen und abbilden lassen. Von daher schlagen wir eine 3-Punkt-Messung zur Überprüfung von Veränderungen vor (zu Beginn, am Ende der Behandlung und im zeitlichen Abstand nach Entlassung) vor. Bei der Erfolgsmessung ist zudem eine spezifische Risikoadjustierung (bei der z.B. auch die Symptombelastung berücksichtigt wird) erforderlich. Der bestehende Patientenbefragungsbogen sollte hinsichtlich der stärkeren Relevanz, als Instrument zur Erfolgsmessung zu dienen, spezifiziert werden.

Verschiedene Qualitätsdimensionen sind darüber hinaus im Kontext einer Gesamtbeurteilung einer Rehabilitationseinrichtung zu sehen. So ist die Qualität des Behandlungs-/Rehakonzeptes (theoretisch-wissenschaftliches Konzept, Störungs- und Behandlungsmodell, Indikations- Verweildauermodell, Breite des Behandlungsspektrums etc.) im Kontext mit der realen Umsetzung (z.B. Therapieprogramm/Wochenpläne) und den dafür erforderlichen personellen Ressourcen einer Rehabilitationseinrichtung zu sehen. Auf die besondere Bedeutung der Visitationen wurde bereits eingegangen.

Die Suchtverbände sind dazu bereit, sich an der Weiterentwicklung der Instrumente des QS Programms (Patientenbefragung, Peer review Verfahren etc.) zu beteiligen und entsprechende Vorschläge dafür einzubringen.

9. Personelle Ressourcen und Einbezug der Verbände der Leistungserbringer bei der Weiterentwicklung des Belegungs- und Steuerungssystems

Die Weiterentwicklung und Umsetzung des QS-Programms erfordert gerade auch vor dem Hintergrund, dass Qualität steuerungsrelevant sein soll, erhebliche personelle und strukturelle Ressourcen - auch auf Seiten der Leistungsträger. Zudem sollte die Weiterentwicklung eines qualitätsorientierten Steuerungs- und Bewertungssystems in gemeinsamer Kooperation der Rentenversicherungsträger mit den Verbänden der Leistungserbringer auf Augenhöhe erfolgen. Indikationsspezifische Aspekte sind hierbei unbedingt zu beachten. So ist im Rahmen eines elektronisch gesteuerten Belegungsverfahrens z.B. zu beachten, dass die Regelungen zur Berücksichtigung der Wartezeit im Bereich der Suchtrehabilitation z.B. infolge einer hohen Quote von Nichtantretern und einer erhöhten Abbruchquote eine besondere Relevanz hat. Die Vertreter der Leistungserbringer bzw. Suchtverbände sollten als Reha-Experten dabei unbedingt einbezogen und auch an den Entscheidungsprozessen beteiligt werden.

Dieser 9-Punkte-Plan fasst entsprechende Anforderungen der beiden Suchtverbände der Leistungserbringer an das Reha-Bewertungs- und Steuerungssystem zusammen und ist vom Grundsatz her übertragbar auf alle Indikationsbereiche. Er verweist auf die Bedeutung des Dialogs, um gemeinsam zwischen Leistungsträgern und den Behandlern festzulegen, unter welchen methodischen Voraussetzungen qualitätsbezogene Einrichtungsvergleiche hergestellt werden können und wie man Qualität messen kann. Deutlich wird dabei, dass eine qualitätsorientierte Steuerung aus Sicht der Verbände der Leistungserbringer vom Grundsatz her wünschenswert ist. Dies entspricht natürlich auch der Patienten/Innensicht, die an einer möglichst hohen Qualität der Behandlung interessiert sind.

Eine spezielle und sicherlich berechtigte Sorge aus Sicht der Einrichtungen ist es, dass es zu erheblichen Veränderungen der Belegung im Rahmen eines entsprechenden Belegungs- und Steuerungssystems der DRV kommen wird. Wichtig wird es von daher sein, entsprechende Veränderungen schon in der Machbarkeitsstudie genau zu analysieren und sich genügend Zeit zu nehmen, um die geplante Übertragung auf andere Indikationsbereiche eingehend zu prüfen und mit den Verbänden der Leistungserbringer frühzeitig zu diskutieren.

Ergänzt werden müsste der 9 Punkte-Plan sicherlich noch hinsichtlich der aktuellen Herausforderungen infolge der Corona-Pandemie, welche – wie bereits dargelegt – natürlich auch die Aussagekraft und Vergleichbarkeit der seit März 2020 erhobenen Daten der QS- Verfahren der Leistungsträger betrifft. Wichtig ist es hierzu einen engen fachlichen Austausch zwischen den Leistungsträgern und Leistungserbringern zu führen, um auf diesem Wege eine

gemeinsam getragene Einschätzung vorzunehmen und sich über das weitere Vorgehen zu verständigen.

8. Internes Qualitätsmanagement vor dem Hintergrund eines qualitätsorientierten Steuerungssystems der Rentenversicherung

Aus Sicht der Rehabilitationseinrichtungen ist es – nicht zuletzt auch vor dem Hintergrund der Auswirkungen Corona-Pandemie - von zentraler Bedeutung, im Rahmen ihres QM-Systems zentrale Kennzahlen auf Einrichtungsebene auch unterjährig zu analysieren und z.B. Ergebnisse aus dem Qualitätssicherungsprogramm wie auch interne Erhebungen gut zu dokumentieren (z.B. Patientenbefragungen, KTL, Reha-Therapiestandards), um ggf. entsprechend auf Entwicklungen reagieren zu können.

Auch nimmt die Bedeutung eigener Erhebungen einer Einrichtung zu, um entsprechende Feedback- Prozesse strukturell zu verankern. Damit wird zudem die Möglichkeit geschaffen, diese Erhebungen auch mit den Daten der Qualitätsberichte der DRV abgleichen zu können. Bei Unstimmigkeiten wird es dann Aufgabe der jeweiligen Einrichtungsleitung sein, entsprechend Kontakt zu den jeweiligen Ansprechpartnern der DRV (QS-Abteilung, Einrichtungs-/Häuserbetreuung) aufzunehmen, damit im Falle eines Falles auch Korrekturen vorgenommen werden und nach Möglichkeit Nachteile für die Einrichtung abgewendet werden.

Die Ausrichtung des internen Qualitätsmanagementsystems (QM-System) wird zukünftig maßgeblich davon beeinflusst, welche Qualitätsparameter von den Leistungsträgern für die Steuerung benutzt werden. Dies hat zur Konsequenz, dass die Rehabilitationseinrichtungen versuchen werden, möglichst bei diesen entsprechenden Qualitätsparametern eine hohe Anzahl an Qualitätspunkten zu erreichen. Problematisch wäre allerdings, wenn sich die Ausrichtung des Qualitätsmanagements infolgedessen darauf verengen würde, vorrangig bzw. weitestgehend nur diese Qualitätsindikatoren in den Blick zu nehmen, um sozusagen präventive „Gefahrenabwehr“ im Sinne eines Risikomanagements zu betreiben. Der Prozess der Qualitätsentwicklung geht – wie oben dargelegt – weit über einen solch reduzierten Ansatz hinaus und sollte die gesamte Organisation im Sinne eines permanenten Lernmodells in den Blick nehmen. Dieser Gefahr einer einseitigen Fokussierung gilt es von Seiten der Einrichtungen im Rahmen gut funktionierender QM-Systeme zu begegnen, indem weiterhin eine regelmäßige Evaluation und Bewertung des Gesamtsystems einer Einrichtung, getragen von der Grundhaltung der Qualitätsförderung und -verbesserung, erfolgt. Hierzu dienen auch entsprechende Standards im Rahmen der Zertifizierungsverfahren, wie die regelmäßige Durchführung von Audits, oder Instrumente wie die Managementbewertung.

Hinsichtlich der Akzeptanz eines qualitätsorientierten Steuerungssystems im Bereich der Rehabilitation wird es - gerade auch in der aktuellen Sondersituation der Corona-Pandemie - sein, dass man zwischen Leistungsträgern und den Verbänden der Leistungserbringern sich auf tragfähige und nachhaltige Lösungen verständigt

9. Ausblick

Das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement wird vor dem Hintergrund einer an Qualität orientierten Belegungssteuerung der Leistungsträger an Bedeutung gewinnen. Zudem gibt es auch generelle und einrichtungsübergreifende Herausforderungen, die in diesem Kontext eine zunehmend bedeutsame Rolle spielen werden. Besonders verwiesen sei auf vier Aspekte:

- Qualifiziertes Personal als wesentliche Qualitätskategorie: Angesichts des zunehmenden Fachkräftemangels ist davon auszugehen, dass – jenseits aller QS-Instrumente – das Vorhalten qualifizierter Fachkräfte in Zukunft zur zentralen Qualitätskategorie werden wird.
- QS-Reha der GKV und QS-Verfahren der DRV: Von der Rentenversicherung und der gesetzlichen Krankenversicherung wurden unterschiedliche Verfahren zur Qualitätssicherung entwickelt. Zukünftig stellt sich das Erfordernis, hier eine enge Abstimmung der Verfahren vorzunehmen, damit die jeweiligen Q-Ergebnisse bei beiden Leistungsträgern in die Steuerung eingehen können.
- Public Reporting von Qualitätsergebnissen: Dies beinhaltet die Fragestellung, wie Qualitätsergebnisse so aufbereitet werden können, dass eine hohe Verlässlichkeit, Vergleichbarkeit, Transparenz und Verständlichkeit für die jeweiligen Nutzer und insbesondere die betroffenen Menschen gegeben sind.
- Sondersituation Corona: Angesichts der vielfältigen Einflüsse der Corona-Pandemie auf die Rehabilitationseinrichtungen ist eine Verständigung zwischen Leistungsträgern und -erbringern auf einen „QS-Reha Plan“ mit Festlegung auf eine entsprechende Strategie und Zeitplanung unerlässlich.

Grundsätzlich sei abschließend hervorgehoben, dass von allen im Rahmen der externen Qualitätssicherung und des internen Qualitätsmanagements Beteiligten großer Wert auf die Förderung eines Qualitätsbewusstseins der gesamten Rehabilitationseinrichtung und insbesondere von deren Mitarbeiter/innen gelegt werden. „Baue Qualität in den Prozess“, so lautet ein geflügeltes Wort japanischer Manager. Damit ist gemeint, dass bestenfalls ein spiralförmiger und dynamischer Entwicklungsprozess in Gang gesetzt wird, der von einem auf Verbesserung ausgerichteten Bewusstsein getragen wird. Wird die Qualitätsverbesserung zur Unternehmensphilosophie, so spricht man in diesem Zusammenhang von „Total Quality Management“ (TQM). TQM umfasst alle Arbeitsbereiche und Ebenen einer Rehabilitationseinrichtung. Vorausgesetzt wird dabei auf allen Ebenen der Hierarchie eine große Lernbereitschaft und eine entsprechende Motivation. Dazu gehört, die Bereitschaft, Schwachstellen und Fehler offen zu legen und an deren Veränderung zu arbeiten. Damit TQM funktioniert, müsste die Durchdringung der Organisation mit einer entsprechenden Grundphilosophie, Unternehmensziel werden, d.h. alle Mitarbeiter/innen einschließlich der Einrichtungsleitung sollten eine kontinuierliche Sicherung und Verbesserung der Qualität als Ziel ihres Handelns anerkennen. Dies geht nur über Einsicht und Überzeugung, nicht durch bloße Verordnung und einseitige Ausübung von Kontrolle. Im Rahmen eines derartigen Lernmodells sind als ein wichtiger Bestandteil des internen Qualitätsmanagements selbstverständlich auch Rückmeldungen/Ergebnisse externer Kooperationspartnern, d.h. von den zuständigen Leistungsträgern und von deren QS-Programmen, den an der Versorgung beteiligten Institutionen, wie auch insbesondere von Patienten/innen (Patientengespräche, -befragungen, incl. Einträge in entsprechenden Online- Klinikbewertungssystemen) einzubeziehen.

Zur nachhaltigen Aufrechterhaltung von TQM und Förderung der Motivation trägt es sicherlich auch bei, wenn Aufwand und Ertrag hinsichtlich des erforderlichen Ressourceneinsatzes für Dokumentationspflichten und die Datenerfassung und -auswertung in einer Rehabilitationseinrichtung in einem angemessenen Verhältnis zueinanderstehen.

Literatur

- Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (2018): Manual für ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement für stationäre Rehabilitationseinrichtungen nach § 20 SGB IX (ab. 01.01.2018 § 37 SGB IX), Frankfurt
- Bundesverband für stationäre Suchtkrankenhilfe e.V., Fachverband Sucht e.V. (2020): Grundsätzliche Anforderungen an ein RehaBewertungs- und Steuerungssystem im Bereich der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation der Rentenversicherung aus Sicht der Verbände der Leistungserbringer, in SuchtAktuell Jahrgang 27/01.20, 125-127
- Beutel, M. et al. (1995): Qualitätssicherung in der stationären Suchtkrankenhilfe- Gemeinsames Positionspapier des Bundesverbandes für stationäre Suchtkrankenhilfe e.V. und des Fachverbandes Sucht e.V., Sucht 2/1995, 141-149
- Deutsche Rentenversicherung Bund (2017): Verbindliche Entscheidung des Bundesvorstandes der Deutschen Rentenversicherung Bund - Beschaffung von Leistungen der medizinischen Rehabilitation vom März 2017
- DIN EN ISO 9001:2015 -11, EN ISO 9001:2015 (D/E)
- Deutsche Rentenversicherung (2017): Reha-Qualitätssicherung der Deutschen Rentenversicherung: Strukturierter Qualitätsdialog. 2. überarbeitete Auflage 2017
- Donabedian, A. (1980): The Definition of Quality and Approaches to Its Assessment, Explorations in Quality Assessment and Monitoring. Band 1, Health Administration Press
- Egner, U., Theißen, U. (2019): Stand und Perspektiven der Qualitätssicherung in der gesetzlichen Rentenversicherung, in Wehner, Ch. (2019): Aufbrüche in der Rehabilitation – Geschichte und Gegenwart der Rehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung, sv:dok Dokumentations- und Forschungsstelle der Sozialversicherungsträger, Oberhausen, 192-206
- Fachverband Sucht e.V. (1994): Qualitätsmanagement in der Entwöhnungsbehandlung – Anregungen für die Praxis, Reihe: Qualitätsförderung in der Entwöhnungsbehandlung Bd. 1, Bonn
- Fachverband Sucht e.V. (Hrsg.): Weissinger, V., Missel, P. (2012): Fachverband Sucht e.V. - Leitbild und Positionen zur Suchtkrankenhilfe und -behandlung, SuchtAktuell 02.12 - Sonderausgabe
- Fachverband Sucht e.V., DEGEMED (2016), 5. Auflage: Zertifizierungsverfahren Auditleitfaden 5.0 nach FVS/DEGEMED für die Bereiche „Abhängigkeitserkrankungen“ und „Psychosomatik“ (ganztägig ambulante und stationäre Einrichtungen), Bonn
- Gesetz zur Verbesserung der Transparenz in der Alterssicherung und der Rehabilitation sowie zur Modernisierung der Sozialversicherungswahlen und der Änderung anderer Gesetze (Gesetz „Digitale Rentenübersicht“) vom 11. Februar 2021, in: Bundesgesundheitsblatt Jahrgang 2021, Teil I Nr. 6, ausgegeben am 17. Februar 2021, Bonn
- Fassmann, H.: „Das Ganze ist mehr als die Summe seiner Teile“ -methodische Probleme bei der Entwicklung und Umsetzung von Qualitätsstandards im Bereich der stationären sucht Entwöhnung (Vortrag gehalten auf dem 7. Heidelberger Kongress 15 bis 17.6.1994 des Fachverbandes Sucht e.V.
- IGES Institut für Gesundheits- und Sozialforschung GmbH (1994): Reha-Qualitätssicherungsprogramm der gesetzlichen Rentenversicherung, Manual für Qualitätszirkel, Version 1.0, Berlin-
- Koch, U. (2008): Zum Tode von Werner Müller-Fahrnow, in: Rehabilitation 2008, 47, 264

- Meyer, Th., Zeisberger, M., Kleineke, V., Brandes, I., Stamer, M. (2015): Welche Merkmale zeichnen eine erfolgreiche Rehabilitationseinrichtung aus? Ergebnisse aus dem Projekt Meer, SuchtAktuell 01.15, 47-52
- Schmidt, J., Nübling, R., Vogel, H. (1995): Qualitätssicherung in der stationären medizinischen Rehabilitation – Psychologische Beiträge zu einem modernen Trend in der Gesundheitsversorgung, in: Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis 2/95, 245-263
- Vogelgesang, M. (2020): Suchtrehabilitation in Zeiten der Pandemie, in: SuchtAktuell Jahrgang 27/02.20, 14-23
- Weissinger, V. (2019): Ziele und Wege des Qualitätsmanagements in der medizinischen Rehabilitation, in: Dhein, Y., von Eiff, W.(Hrsg.): Erfolgreiches Rehabilitationsmanagement - Ein Leitfaden für die Praxis, Kohlhammer, Stuttgart

Autoren:

Dr. Volker Weissinger
v.weissinger@t-online.de

Rudolf Bachmeier
Leitung Qualitäts- und Prozessmanagement
Johannesbad Holding SE&Co.KG
Johannesstr. 2
94072 Bad Füssing
rudolf.bachmeier@johannesbad.com

Qualitätsförderung in der medizinischen Rehabilitation – Ziele, Entwicklungen und Perspektiven auf dem Prüfstand

Teil 2 Qualitätssicherung und -management in der medizinischen Rehabilitation: Was können wir aus anderen Lebens- und Themenbereichen lernen?

Volker Weissinger

Inhaltsverzeichnis		Seite
1.	Einleitung Teil 2	37
2.	Qualität: Wesentliche Wirkfaktoren in unterschiedlichen Themen-/Lebensfeldern	38
2.I	Lebensqualität und Gesundheit: Warum sind die dänischen Kinder glücklicher und was können wir daraus lernen?	39
2.II	Qualitätsmerkmale von Orchestern: Was macht den Unterschied in der Musik aus?	42
2.III	Lernerfolg: Welches sind die wesentlichen Wirkfaktoren für den Lernerfolg im schulischen Bereich?	48
2.IV	Mentale Gesundheit und Psychotherapie: Was sind die zentralen Wirkfaktoren der Psychotherapie?	57
2.V	Merkmale einer erfolgreichen Rehabilitationseinrichtung und Differenzierung der Behandlungsangebote	62
3.	Resümee und abschließende Kernaussagen für den Bereich der medizinischen Rehabilitation	68
	Anhang	75
	Exkurs 1	75
	Kurze Historie der Qualitätssicherung und des Qualitätsmanagements	
	Exkurs 2	75
	Zusammenhänge zwischen individueller Gesundheit/persönlichem Wohlbefinden und gesellschaftlichen Rahmenbedingungen	
	Exkurs 3	78
	Wirkfaktoren für den Lernerfolg im schulischen Bereich und deren Übertragbarkeit auf die medizinische Rehabilitation	
	Literatur	93

1. Einleitung

Nachdem im 1. Teil auf aktuelle Entwicklungen der Qualitätssicherung und des Qualitätsmanagements in der medizinischen Rehabilitation eingegangen wurde, wird nun das Thema „Qualität“ im Teil II aus einem ganz anderen Blickwinkel beleuchtet. Es geht hierbei um den „Blick über den Tellerrand“ hinaus und die Frage, was wir aus anderen Lebensbereichen und Themenfeldern sowie Forschungsergebnissen an Analogien und Rückschlüssen ziehen können, die von Relevanz für das Anliegen der Förderung der Qualität in der medizinischen Rehabilitation sein können. Die Möglichkeit, Analogien herzustellen zu können, ist ein zentraler Punkt menschlicher Erkenntnis. Dies setzt allerdings voraus, dass Objekte, Ereignisse oder Sachverhalte zumindest in Teilbereichen isomorph sind, d.h. dass sie also gewisse Merkmale gemeinsam haben. Unter dem Analogieschluss versteht man ein Verfahren, das zur Entdeckung von Unbekanntem durch Bekanntes dient, eben durch die Ähnlichkeit oder zumindest die teilweise Übereinstimmung von Merkmalen. Beispielsweise sind in Fragen des menschlichen Bewusstseins oder der Psychotherapie Analogieschlüsse, d.h. vom eigenen Bewusstsein auf das von anderen, von wesentlicher Bedeutung.

Ein Perspektivenwechsel, d.h. das Heraustreten aus dem Denken und Wahrnehmen in festgelegten Bahnen, erlaubt uns zudem, z.B. mehr Klarheit – etwa hinsichtlich der Unterscheidung von Wesentlichem und Unwesentlichem - zu gewinnen. Durch eine Änderung des Standpunkts erfährt man Zusammenhänge in anderer Weise und erkennt, dass die „Welt“ aus einem anderen Blickwinkel anders aussieht.

In diesem Zusammenhang sei darauf verwiesen, dass die Ursprünge der Qualitätssicherung und damit deren grundsätzlicher Denkansatz aus der industriellen Fertigung – und keineswegs aus dem Gesundheitswesen - stammen (vgl. Komashi et al 2007, Weckenmann et al. 2015). Näheres hierzu ist dem Anhang Exkurs 1 zu entnehmen.

Die Grundphilosophie zur Qualitätssicherung wurde aus dem produzierenden Gewerbe später auf den Dienstleistungs- und danach auch auf den Gesundheitssektor übertragen. Nun gibt es zwar Ähnlichkeiten, aber auch bedeutsame Unterschiede bei dieser Thematik zwischen dem gewerblichen Sektor, bei dem beispielsweise die Kundenerwartungen und Standards vergleichsweise einfacher zu definieren sind, und den beiden anderen Bereichen. Bei diesen spielen auch immaterielle Faktoren und insbesondere prozessorientierte Merkmale, wie z.B. Höflichkeit, Hilfsbereitschaft, Vertrauen, Menschlichkeit, schnelles Reaktionsvermögen oder die Berücksichtigung aktueller wissenschaftlicher Erkenntnisse eine wichtige Rolle (vgl. Young, Wilkinson 2002). Donabedian (1966) hebt die besondere Bedeutung der Arzt-Patienten-Interaktion im Gesundheitswesen hervor. Komashi et al. (2007) weisen darauf hin, dass entscheidend für die Anwendung entsprechender Ansätze und Techniken aus dem gewerblich-industriellen Bereich im Gesundheitswesen deren dafür (nicht) vorhandene Geeignetheit und Praktikabilität sind.

Zielsetzung der nachfolgenden Ausführungen ist es dementsprechend, Anregungen aus verschiedenen Lebens- und Themenfeldern sowie damit verbundenen Forschungsansätzen, die zumindest in Teilbereichen eine deutlich höhere Isomorphie zur medizinischen Rehabilitation als das produzierende Gewerbe aufweisen, zu ziehen. Denn auch dort ist man selbstverständlich darum bemüht, Wirkfaktoren, die in einen Zusammenhang mit der Qualität gebracht werden können, herauszufiltern, um diese letztlich zu optimieren.

Im Weiteren (2.) werden zunächst diejenigen Themenfelder, die von dem Bereich der medizinischen Rehabilitation weiter entfernt liegen, beleuchtet, im Weiteren nähern wir uns diesem dann thematisch an. Farblich hervorgehoben sind jeweils die Analogieschlüsse aus den Erkenntnissen dieser Themenfelder auf den Bereich der medizinischen Rehabilitation.

Leitfragen hierbei sind insbesondere:

- Was macht die Qualität in den verschiedenen Lebensbereichen und Themenfeldern aus? Welche Wirkfaktoren spielen dabei eine Rolle?
- Lassen sich die verschiedenen Qualitätsaspekte bestimmen oder gar messen? Welche Methoden sind dafür besonders geeignet? Sind quantitativ ausgerichtete Erhebungsmethoden dafür passend, bzw. müssten diese im Gesundheits- und Rehabilitationswesen - als komplexen Dienstleistungsbereichen - nicht durch qualitativ ausgerichtete Erhebungsmethoden zumindest ergänzt werden, um damit die Qualität eines zu beschreibenden Lebens-/Themenfeldes in den wesentlichen Facetten überhaupt angemessen abbilden zu können? Die Erfassung der wesentlichen Qualitätsmerkmale ist wiederum eine notwendige Voraussetzung, um überhaupt aussagekräftige Qualitätsvergleiche im Sinne eines Benchmarkings anstellen zu können.
- Wie kann man die Qualität innerhalb eines Lebens-/Handlungsfeldes bzw. in den dort tätigen Organisationen und Einrichtungen fördern, was ist dabei zu beachten? Welches Qualitätsverständnis, welche Haltungen innerhalb einer Organisation – und das betrifft deren Führungskräfte wie Mitarbeiter/innen gleichermaßen - tragen zu deren Qualitätsentwicklung bei?
- Welche grundsätzlichen und spezifischen Schlussfolgerungen sind hinsichtlich der erforderlichen Rahmenbedingungen, in denen die jeweiligen Organisationen agieren, hinsichtlich der Förderung der Qualitätsentwicklung zu ziehen?
- Welche Analogien lassen sich aus anderen Themen-/Lebensfeldern zum Bereich der medizinischen Rehabilitation herstellen und welche Auswirkungen haben diese Erkenntnisse hinsichtlich der Anforderungen an die Qualitätssicherungsprogramme der Leistungsträger und die Qualitätsmanagementsysteme/Zertifizierungsverfahren der Leistungserbringer in der medizinischen Rehabilitation?

Abschließend (3.) wird ein Resümee mit zentralen Kernaussagen für die medizinische Rehabilitation gezogen. Hingewiesen sei noch darauf, dass sich ergänzende bzw. detaillierte Ausführungen zu den nachfolgend genannten Themenfeldern I. und III. ebenfalls im Anhang befinden.

2. Qualität: Wesentliche Wirkfaktoren in unterschiedlichen Themen-/Lebensfeldern

Im Folgenden wird auf folgende Themen-/Lebensfelder Bezug genommen, um Antworten auf die genannten Leitfragen zu finden und auf dieser Basis entsprechende Analogie- bzw. Rückschlüsse zu ziehen:

- I. Lebensqualität und Gesundheit: Warum sind die dänischen Kinder glücklicher und was können wir daraus lernen?

- II. Qualitätsmerkmale von Orchestern: Was macht den Unterschied in der Musik aus?
- III. Lernerfolg: Welches sind die wesentlichen Wirkfaktoren für den Lernerfolg?
- IV. Mentale Gesundheit und Psychotherapie: Was sind die zentralen Wirkfaktoren der Psychotherapie?
- V. Rehabilitationseinrichtungen: Welche Merkmale zeichnen eine erfolgreiche Rehabilitationseinrichtung aus? Wie steht es um die Frage einer Differenzierung bzw. Standardisierung der Behandlungsangebote vor dem Hintergrund der Qualitätsdiskussion?

2.1 Lebensqualität und Gesundheit: Warum sind die dänischen Kinder glücklicher und was können wir daraus lernen?

Eingangs soll die grundlegende Frage erörtert werden, was „Lebens-Qualität“ ausmacht, und welche Grundhaltungen einer Gesellschaft im Zusammenhang mit Gesundheit, subjektivem Wohlbefinden und Glück eine wesentliche Rolle spielen. J. J. Alexander und I. Dissing- Sandahl (2017) sind der interessanten Frage nachgegangen, warum laut regelmäßiger internationaler Erhebungen die Dänen zu den glücklichsten Menschen gehören? Beim subjektiven Wohlbefinden lagen die Dänen/innen laut der Organisation für wirtschaftliche Entwicklung und Zusammenarbeit (OECD 2020) im Jahr 2018 beim weltweiten Vergleich von über 390 Regionen in 11 untersuchten Bereichen bei 7,8 Punkten - im Vergleich zu 7,5 im OECD Durchschnitt - auf einer Skala von 0 bis 10. Der Anteil an Menschen mit einer negativen Gefühlsbalance (mehr negative als positive Gefühle und Zustände am gestrigen Tag) betrug lediglich 9% für Dänemark und 13% für den OECD Durchschnitt. Einen Mangel an sozialer Unterstützung äußerten 4,5% der Dänen/innen im Vergleich zu 8,6% im OECD Durchschnitt. Im World Happiness Report 2020, der jährlich von den Vereinten Nationen (UN) herausgegeben wird, belegte Dänemark von 156 Ländern zudem den 2. Platz hinsichtlich der Lebenszufriedenheit (vgl. Hellwell et al.2020).

Die These der beiden Autorinnen lautet, dass es an der Art liegt, wie sie ihre Kinder erziehen.

Einschränkend sei im Weiteren zunächst darauf verwiesen, dass die Zusammenhänge zwischen individueller Gesundheit/ subjektivem Wohlbefinden und gesellschaftlichen Realitäten sicherlich komplexer Natur sind, und gerade die Rahmenbedingungen - unter denen auch Kinder und Jugendliche heranwachsen – dabei von entscheidender Bedeutung sind. So ist zu berücksichtigen, dass in Dänemark die Existenzgrundlagen der Bevölkerung insgesamt gesehen gut gesichert sind, und z.B. umfassende Sozial- und Gesundheitssysteme und ein gutes Bildungswesen existieren. Dies sind entscheidende Determinanten für die Gesundheit, das Wohlbefinden und die Realisierung von Entwicklungspotentialen und Teilhabechancen von Menschen aller Altersgruppen. Entsprechende Ausführungen hierzu finden sich im Anhang unter Exkurs 2.

Erst vor diesem Hintergrund und der damit verbundenen entsprechenden gesellschaftlichen Einbettung der Thematik sei im Weiteren auf die phänomenologische Betrachtung von J. J. Alexander und I. Dissing-Sandahl zur Kindererziehung der Dänen näher eingegangen, die sie in einen engen Zusammenhang zu den internationalen Ergebnissen zum subjektiven Wohlbefinden der Dänen/innen stellen. Ausgangspunkt ist somit, dass auch unter den wohlhabenden Ländern hierzu durchaus Unterschiede festzustellen sind:

In Dänemark sei ein verbreitetes Erziehungsziel, resiliente und ausgeglichene Kinder großzuziehen, die wiederum als spätere Eltern ihre entsprechenden Erfahrungen weitergeben.

Was sind die zentralen Aspekte der Erziehung in Dänemark? Hierzu benennen die Autorinnen folgende Punkte, die zum Teil eng miteinander verwoben sind, und erst im Gesamten ihre Wirkung entfalten:

1. Dänen betrachten Kinder als grundsätzlich gut und richtig und begegnen ihnen mit Respekt.

Sie möchten nicht in erster Linie erfolgreiche Kinder großziehen, sondern resiliente Menschen, die einen eigenen inneren Kompass besitzen, der sie durchs Leben führt. Es gilt Kindern altersadäquat Lebenskompetenzen zu vermitteln, die sie in die Lage versetzen, sich im Leben zurecht zu finden, emotional tragfähige Beziehungen einzugehen und ein hohes Maß an Zufriedenheit zu erlangen. Wichtig ist von daher, die Gefühle der Kinder zu achten, diese zu benennen und die eigene Perspektive zu betonen, wenn man persönliche Einschätzungen als Erwachsener äußert.

2. Dänische Eltern halten Druck für den falschen Weg

Gefördert werden in der Erziehung Aspekte wie Autonomie, sozialer Zusammenhalt und das Selbstwertgefühl der Kinder. Eine alleinige Konzentration auf die Leistung der Kinder und die Ausübung von dauerhaftem Druck – etwa um die Leistungen zu verbessern - halten sie für den falschen Weg. Kinder, die immer gute Leistungen erbringen, nur um eine gute Bewertung von außen zu bekommen, entwickeln – so die Autorinnen - keinen starken inneren Antrieb. Von daher werden Kindern viele Freiräume eingeräumt, ihnen wird hierbei ein hohes Maß an Vertrauen entgegengebracht und damit auch erlaubt, Probleme aus eigener Kraft zu lösen, die Hindernisse eigenständig zu überwinden. Bildung – im Sinne von Aneignung von spezifischen Wissensinhalten - alleine reicht somit nicht aus, es geht vielmehr auch darum, unterschiedliche persönliche Fähigkeiten und soziale Kompetenzen zu entwickeln und darum, mit sich selbst im Reinen zu sein. Gefragt sind von den Erziehenden Eigenschaften wie Gelassenheit, Humor, die Fähigkeit zum Umdeuten von negativen Gedanken (z.B. der Selbstabwertung) oder die Förderung eines gemütlichen Beisammenseins und des Gefühls von Geborgenheit der Kinder.

3. Das freie Spielen der Kinder hat eine wichtige Bedeutung in der Erziehung.

Im Spiel haben Kinder die Möglichkeit, sich auszuprobieren, eigene Grenzen auszuloten, wertvolle soziale Kompetenzen zu erlernen und damit auch den Umgang mit Stress und Konflikten. Unter Bezug zu Erkenntnissen der Neurobiologie verweisen die Autorinnen darauf, dass es ein riesiges Potenzial von Vernetzungsmöglichkeiten im Gehirn gibt, welches sich im freien Spiel entsprechend entfalten kann.

4. Lob dient vorrangig dazu, das Selbstvertrauen des Kindes zu fördern.

Zuviel überschwängliches Lob schränkt das Selbstwertgefühl der Kinder eher ein. Angemessenes Lob führt hingegen zu einer realistischen Selbsteinschätzung. Was Kinder wirklich brauchen – so die Autorinnen -, ist schlichtes, ehrliches und prozessbezogenes Lob. Sie sollten zudem nicht für ihnen einfach zugefallene Eigenschaften (z.B. ihre Intelligenz oder Talent) gelobt werden, sondern für ihre Arbeit, ihr Engagement, ihre

Ausdauer, ihre Lernerfolge. Von daher ist es wichtig, eine lernorientierte Geisteshaltung zu entwickeln. Die Autorinnen weisen zudem darauf hin, dass die dänische Art zu loben, auch mit einer Grundhaltung der Bescheidenheit einhergeht. Ziel ist es, dass das Kind nicht permanent die Anerkennung von anderen Menschen braucht, um sich wertvoll zu fühlen und sich damit letztendlich nicht vom Lob und der Anerkennung anderer abhängig macht.

5. **Der dänische Erziehungsstil basiert auf der Entwicklung einer demokratischen Grundhaltung.**

Dies bedeutet, dass vom Grundsatz her den Kindern mit Respekt begegnet wird. Umgekehrt wird aber auch erwartet, dass man den Eltern Respekt entgegenbringt. Die Kinder werden altersgerecht darin unterstützt, Regeln zu verstehen und zu akzeptieren. Empathie und Teamgeist werden gefördert. Hierzu gehört auch, die Stärken und Schwächen anderer anzuerkennen und zu sehen, wie man andere unterstützen kann. Anstatt Angst oder Unterwerfung zu fördern, begegnet man den Kindern mit freundlicher Bestimmtheit. Dies verhindert unnötige Machtkämpfe und Wutausbrüche und stärkt die Bindung zwischen den Eltern und den Kindern. Dänische Eltern versuchen, locker zu bleiben, auch in entsprechenden „kritischen“ Entwicklungsphasen der Kinder (z.B. der Autonomiephase von Kleinkindern).

Diese Ausführungen der Autorinnen zur Kindererziehung der Dänen stehen in einem engen inhaltlichen Zusammenhang mit dem Ansatz der Salutogenese (Antonowsky, 1997) und dem Konzept der Resilienz/Schutzfaktoren (Bengel, Lyssenko 2016). Auf diese Konzepte wird im Abschnitt 2.IV noch näher eingegangen werden. An dieser Stelle sei auf die mit diesen Ansätzen eng verbundenen und von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) definierten zehn zentrale Kernkompetenzen („core life-skills“), die es im Rahmen der Lebenskompetenzförderung zu vermitteln gilt (vgl. Bühler & Heppekausen 2005, S. 16 ff.), hingewiesen:

1. Selbstwahrnehmung, die sich auf das Erkennen der eigenen Person, des eigenen Charakters sowie auf eigene Stärken und Schwächen, Wünsche und Abneigungen bezieht.
2. Empathie, als die Fähigkeit, sich in andere Personen hineinzuversetzen.
3. Kreatives Denken, das es ermöglicht, adäquate Entscheidungen zu treffen sowie Probleme konstruktiv zu lösen.
4. Kritisches Denken als die Fertigkeit, Informationen und Erfahrungen objektiv zu analysieren.
5. Die Fähigkeit, Entscheidungen zu treffen, die dazu beiträgt, konstruktiv mit Entscheidungen im Alltag umzugehen.
6. Problemlösefertigkeit, um Schwierigkeiten und Konflikte im Alltag konstruktiv anzugehen.
7. Kommunikative Kompetenz, die dazu beiträgt, sich kultur- und situationsgemäß sowohl verbal als auch nonverbal auszudrücken.
8. Interpersonale Beziehungsfertigkeiten, die dazu befähigen, Freundschaften zu schließen und aufrechtzuerhalten.
9. Gefühlsbewältigung, als die Fertigkeit, sich der eigenen Gefühle und denen anderer bewusst zu werden, angemessen mit Gefühlen umzugehen sowie zu erkennen, wie Gefühle Verhalten beeinflussen.

10. Die Fähigkeit der Stressbewältigung, um einerseits Ursachen und Auswirkungen von Stress im Alltag zu erkennen und andererseits Stress reduzierende Verhaltensweisen zu erlernen.

Was können wir aus den phänomenologisch beschriebenen Kernbotschaften zur dänischen Erziehung und den weiterführenden Erkenntnissen zur Lebensqualität und den erforderlichen Lebenskompetenzen ableiten? Welche Rückschlüsse können wir daraus ggf. auch für den Bereich der medizinischen Rehabilitation ziehen?

Entscheidend für die Lebenszufriedenheit von Kindern – wie auch von Erwachsenen und alten Menschen - sind neben entsprechenden politischen, ökonomischen und sozialen Rahmenbedingungen insbesondere die Grundhaltungen und gelebten Werte in einer Gesellschaft. Der gerechte und respektvolle Umgang miteinander, das gelebte soziale Miteinander und die gute soziale Integration, wie auch die Ermöglichung zur Entfaltung von individuellen Entwicklungspotentialen hängen mit der Lebensqualität und -zufriedenheit von Menschen jeder Altersgruppe eng zusammen. Diese Aussage lässt sich auch auf das Handlungsfeld der medizinischen Rehabilitation übertragen

Gerade in den Indikationsbereichen der Psychosomatik und Rehabilitation von Abhängigkeits-erkrankungen sind bezogen auf die Patienten/innen z.B.

- *Förderung eines positiven Selbstwertgefühls, von Selbstachtung, von Resilienz und der Erlangung entsprechender Lebenskompetenzen, z.B. zum adäquaten Umgang mit Krankheitsfolgen, Stress, Frustrationen und Problemen (z.B. im Beruf, in der Familie)*
- *Förderung von Empathie und der Fähigkeit emotional tragfähige Beziehungen eingehen zu können*
- *Förderung der kommunikativen Kompetenz, incl. Erkennen und Benennen von Gefühlen*
- *Entwicklung eines eigenen inneren Kompasses und von Selbstzutrauen*
- *Erlangung innerer Zufriedenheit, Lernen mit sich selbst im Reinen zu sein*
- *Förderung der Kritik- und Problemlösefähigkeit und von kreativem Denken*
- *Erlangung eines hohen Grades an Autonomie und Selbständigkeit (in persönlicher wie wirtschaftlicher Hinsicht) im Unterschied zu Ohnmacht und Abhängigkeit*

bedeutsame Rehabilitations- und Therapieziele. Die entsprechenden Ressourcen der Patienten/innen zu fördern, lässt sich als gemeinsames Anliegen einer Rehabilitationseinrichtung und damit aller ihrer Mitarbeiter/innen formulieren.

2.II Qualitätsmerkmale von Orchestern: Was macht den Unterschied in der Musik aus?

Was haben ein Orchester und eine komplexe Einrichtung, wie etwa eine Rehabilitationseinrichtung gemeinsam und lassen sich Analogien hinsichtlich von Qualitätsmerkmalen, Teamarbeit, Führungsverhalten oder Anforderungen hinsichtlich der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität ziehen? Um diese Fragestellung zu beantworten, werden zunächst Aussagen renommierter Dirigenten von bekannten Orchestern, welche sich durch eine

überdurchschnittliche Qualität auszeichnen, herangezogen und im Weiteren der Aspekt der Führung von Orchestern auf Basis von entsprechenden Studienergebnissen vertieft.

a) Qualität von Orchestern aus der Dirigentensicht

Sir Simon Rattle, ehemaliger Dirigent der Berliner Philharmoniker, äußerte in einem Interview (25.11.2011) Folgendes zur besonderen Qualität eines Orchesters:

„Jedes Orchester hat eine eigene Qualität, und jedes große Orchester macht aus der Musik etwas ganz Besonderes. Gott sei Dank, sonst wären wir in einer Starbucks-Welt, wo man überall haargenau dasselbe bekommt. Die Philharmoniker sind so eine Gruppe von Individualisten und von starken Persönlichkeiten – das ist, was man sich wünscht (...). Ich habe oft dasselbe Stück mit verschiedenen Orchestern gespielt, mit demselben Notenmaterial, mit denselben Bogenstrichen, und doch klang es völlig anders. Ich liebe das. Denn es gibt viele Wege, wie man etwas ausdrücken kann.“

Es stellen sich hierzu verschiedene interessante Fragen für den Bereich der Rehabilitation:

Wie weit soll die Standardisierung der Behandlung gehen bzw. wie spezifisch und unterschiedlich dürfen Rehabilitationskonzepte und -angebote heute und zukünftig (noch) sein? Wollen wir uns eher in Richtung einer „Einheitskost“ oder in Richtung der Differenzierung bewegen? Letzteres bedeutet nicht nur spezifische Angebote für unterschiedliche Bedarfe zu entwickeln, sondern auch verschiedene einrichtungsbezogene Konzepte/Angebote bei demselben Krankheitsbild (ggf. auch mit einem höheren personellen Aufwand als bei einer „Standardbehandlung“) zu fördern? Die obige Frage polarisiert bewusst, um die Unterschiedlichkeit der Herangehensweisen zu verdeutlichen. Dazwischen gibt es selbstverständlich eine breite Palette von Möglichkeiten. Hingewiesen sei aber darauf, dass eine entsprechend fachlich untermauerte Vielfalt der Angebote auch eine Grundlage für die Ausübung des Wunsch- und Wahlrechts der Versicherten ist, und Spielräume für die eigene Entscheidung von Patienten/innen auch Auswirkungen auf deren Eigenmotivation haben. Ein weiterer Blickwinkel, der hinsichtlich der Beantwortung der obigen Frage eine Rolle spielt, ist ein ökonomisch-wirtschaftlicher: Was wollen und können wir uns wirtschaftlich leisten? Beispielsweise wäre eine psychosomatische Rehabilitationsleistung mit einem hohen Grad an individuellen Angeboten (z.B. mehrere psychotherapeutische Einzelsitzungen pro Woche) deutlich teurer als eine vorrangig auf Gruppenangeboten basierende Maßnahme. Nicht unwichtig ist bei der Berücksichtigung der Vielfalt und Spezifität von Einrichtungen auch die Frage, welche die Leistungsträger betrifft: Welcher Verwaltungsaufwand steht für die Leistungsträger hinter den unterschiedlichen Strategien, denn je unterschiedlicher und vielfältiger die Angebote, desto geringer ist deren Vergleichbarkeit und desto wichtiger ist es, über eine Detailkenntnis der jeweiligen Rehabilitationseinrichtungen und deren spezifischen Angebote zu verfügen?

Zumindest in der Musik besteht ein breiter gesellschaftlicher Konsens, dass wir keine „Einheitskost“ wünschen, sondern vielmehr auf Basis der notierten Vorlage des Komponisten gerade die spezifische Interpretation des Werkes durch das jeweilige Orchester die besondere Qualität und Einzigartigkeit eines Konzerts oder einer Aufnahme ausmacht. Diese Einzigartigkeit und Qualität stehen in engem Zusammenhang mit der Kompetenz der Musiker/innen, aber auch mit deren Haltung und Einstellung zum Werk, wie auch zu den Kollegen/innen und zum Dirigenten. „Ich denke, wir sind am besten, wenn sich die Egos in den Dienst des jeweiligen Stücks stellen (...). Wir sind alle verantwortlich, wir arbeiten demokratisch im Team.“, so führt Sir Simon Rattle demgemäß weiter aus.

Raphael von Hoensbroech, Musikwissenschaftler, Dirigent und Kulturmanager (u.a. Intendant des Konzerthauses Dortmund), gibt auch Managementtrainings zum Thema Führungsverhalten. Er verweist auf Folgendes (15.08.2015): „Wir reflektieren, was Führen eigentlich bedeutet. Der Dirigent ist der Einzige auf der Bühne, der keinen Ton selbst spielt. Aber er hat 30-120 Experten vor sich sitzen, die alle etwas können, was er nicht kann, da der Dirigent kaum eins der benötigten Instrumente selbst beherrscht. Schon das ist eine wichtige Erkenntnis für viele.“

Auch im Bereich der Rehabilitation ist nicht zu erwarten, dass der/die Chefarzt/ärztin über die spezifischen Kompetenzen der Fachkräfte in den jeweiligen Fachgebieten wie Physiotherapie, Ergotherapie, der sozialen Arbeit etc. verfügt. Gefragt ist vielmehr ein entsprechendes Führungsverhalten, das die jeweiligen Fachkenntnisse der Experten/innen respektiert und diese in das größere Ganze der Rehabilitationsleistung einbindet.

Von Hoensbroech verweist des Weiteren darauf, dass man, sofern man als Dirigent in jedes Detail der Musiker/innen hineinführt, man dem Team die Kraft nimmt. Würde man Vorgaben für nahezu jede Note machen, führte das dazu, dass der Musiker nur noch nach Noten Musik macht, „er geht innerlich auf Distanz zu seiner Aufgabe.“ (ebda.).

Erfahrene Psychotherapeuten/innen mit breit angelegter Erfahrung und Kompetenz werden sich auch nicht streng an entsprechende Abläufe bzw. Vorgaben von Therapiemanualen in der jeweiligen Therapiesituation halten, sondern diese flexibel und situationsgerecht anwenden. Wichtig ist allerdings hierbei grundsätzlich, die Bereitschaft des/der Therapeuten/in dazu, das eigene Vorgehen und dessen Resultate kritisch zu reflektieren.

Zudem, so von Hoensbroech weiter, sei es wichtig, „dass der Musiker im richtigen Moment Aufmerksamkeit (ergänzt: des Dirigenten) erhält, durch die aktive Zuwendung beim Musizieren erhält er Wertschätzung und entfaltet sich anders.“ Als Kernaufgabe des Dirigenten nennt er „Vision, Orientierung, Vertrauen geben (...). Der Dirigent besitzt als Einziger die gesamte Partitur. Alle anderen haben nur ihre Einzelstimmen (...). Zugleich muss ich mich aber in die Einzelrealitäten der Musiker einfühlen – jeder im Orchester klingt anders - und sie in ihrer Sprache ansprechen können. Und ich darf sie nicht durch Kritik öffentlich demütigen.“ (ebda.).

Die Kunst der Führung umfasst auch in der Rehabilitation den Einbezug der entsprechenden Fachkompetenzen zum richtigen Zeitpunkt, etwa bei Fallbesprechungen in Teamkonferenzen. Dies beinhaltet auch die Wertschätzung der jeweiligen Mitarbeiter/innen durch die Führungskraft, welche den gesamten Reha-Prozess des/der Rehabilitanden/in im Blick haben sollte.

Zum Thema „Fehlerkultur und Führungskompetenz“ gibt er noch Folgendes zu bedenken: „In jedem Orchester wissen die Musiker sehr genau, was ein Kollege verbockt hat. Und sie stehen zueinander in Konkurrenz. Irgendwer denkt heimlich, er hätte es besser gemacht. Wenn Sie das vom Pult aus fördern, nur um die eigene Eitelkeit zu befriedigen, zerstören Sie das Team. Und Sie ernten Mitarbeiter, die sich nur noch auf die Schwächen konzentrieren, statt ihre Kreativität auszuleben.“

Zum Thema Führungskompetenz verweist von Hoensbroech auch noch darauf, dass eine Führungskraft ihren Mitarbeitern ermöglichen soll, den Job bestmöglich zu machen: „Jeder für sich und gemeinsam im Team. Im Orchester erreiche ich das, indem ich die Aufmerksamkeit zum Beispiel auf Soloflöte und Erste Violine lenke, die gerade einen Dialog spielen, und ihnen erlaube, sich dabei aneinander zu orientieren, anstatt an mir. Die anderen Instrumente müssen sich in solchen Momenten den führenden Stimmen unterordnen. Ich will die Leute dahin

bringen, dass sie tatsächlich miteinander spielen und ich als Dirigent das im wahrsten Sinne des Wortes `orchestriere`“ (ebda.)

Diese Ausführungen verweisen auf die feinen Schwingungen, die letztlich zum Teamgeist einer Organisation – wie etwa einer Rehabilitationseinrichtung - beitragen bzw. dessen Entwicklung auch behindern können und die Notwendigkeit, das eigene Verhalten - gerade auch als Führungskraft - kritisch zu reflektieren.

Christian Gansch, der z.B. das BBC Orchester dirigierte und als Manager/Produzent in der Musikindustrie sowie als Coach tätig ist, führt zum Führungsverhalten ergänzend aus (27.06.2016): „Die Musikerinnen und Musiker eines Orchesters können nur dann Großartiges leisten, wenn sie ihre speziellen Fähigkeiten auf unterschiedlichen Instrumenten im Wechselspiel entfalten dürfen. Jede der zahlreichen Instrumentalgruppen wird von einer Führungskraft geleitet, die die technischen Umsetzungsstrategien permanent mit den Führungskräften der anderen Instrumentengruppen koordiniert, da es unzählige Möglichkeiten von Bogen- und Atemtechniken gibt (...). Weder ein künstliches Teamideal, das auf einem ideologischen Gleichheitsideal beruht, hält ein Orchester zusammen, noch das Propagieren idealistischer Werte mittels bunter Utensilien aus dem Moderatorenkoffer. Eine lebendige Interaktion entsteht im Orchester nur auf Basis einer offenen Konflikt- und Kommunikationsbereitschaft im Alltag.“

Hieran wird deutlich, dass die gelebten Werte – wie etwa Respekt, Aufeinander hören, gute Kommunikation und Koordination - in einer Organisation zählen und schriftlich niedergelegte Führungsgrundsätze erst noch mit Leben gefüllt werden müssen, damit sie eine Wirkung entfalten.

Aufgabe des Dirigenten – so Gansch weiter - ist es, den Dreiklang von „aufeinander hören, miteinander handeln, voneinander lernen“ mit Leben zu erfüllen, indem man nicht nur befiehlt, sondern vor allem überzeugt. „Authentizität wird Ihnen zugesprochen, wenn Sie mehr von Inhalten als vom Ego geleitet werden. Dafür benötigen Sie eine ausgeprägte Wahrnehmungskompetenz, die zum Fundament sinnvollen Handelns wird. Große Dirigenten zeichnen sich durch ein genaues Hinhören und Hinsehen aus, durch eine an klaren Zielen gebundene Leidenschaft und ein hohes Maß an Verantwortung für das Ganze“ (ebda.). Wichtig ist aus seiner Sicht, ein Wir-Gefühl durch eine entsprechende Führung zu fördern. „In einem Spitzenorchester ist ein ausgeprägter, wechselseitiger Respekt der kraftvolle Kitt, der die unterschiedlichen Musikerinnen und Musiker an einem Strang ziehen lässt [...]. Es gibt zwar zahlreiche Fähigkeiten für die Solistinnen und Solisten, aber das lebendige Wechselspiel der unterschiedlichen Rollen und Kompetenzen muss stets in Bezug auf eine gemeinschaftliche Zielsetzung orchestriert werden. Erst wenn die Musikerinnen und Musiker vom Ich- zum Wir-Gefühl kommen und auf diese Weise von Solisten zu Symphonikern werden, hat das Orchester Qualität und Erfolg.“ (ebda.).

Auch in einer Rehabilitationseinrichtung hängt vom Führungsverhalten, der Authentizität der Führungskräfte, deren klaren Zielsetzungen, deren Blick für die Mitarbeiter/innen, deren Fähigkeit, Mitarbeiter/innen für das große Ganze zu gewinnen und mit ihren jeweiligen Kompetenzen und Fähigkeiten einzubinden, entscheidend ab, wie sich die Organisation entwickelt.

b) Forschungsergebnisse zum Verhältnis von Führungsverhalten und Qualität von Orchestern

Zum Thema Führungsverhalten in Orchestern wird ergänzend zu den obigen Ausführungen auf die Ergebnisse verschiedener Studien verwiesen. S. Boerner (2009) hat positive Erfolgsfaktoren des Führungsverhaltens von Dirigenten auf die Qualität von Orchestern in einem Übersichtsartikel zusammengetragen:

Tab. 1: Führungsverhalten Dirigenten und Auswirkungen auf Qualität von Orchestern (vgl. Boerner 2009, eigene Zusammenstellung)

Pollack, B. (1991, 1996)	Beobachtung (1991) Interview (1996)	Gute kommunikative Fähigkeiten, persönlicher Kommunikationsstil Anerkennung der gegenseitigen Abhängigkeit vom Dirigenten und dem Orchester und gegenseitiger Respekt
Allmendinger, J. et al. (1996)	314 Orchester	Gesamtleistung des Orchesters liegt über dem zu erwartenden Niveau der einzelnen Musiker/innen bei entsprechendem Führungsverhalten des Dirigenten. Bedeutsame Merkmale davon sind, dass er mehr Zeit mit einzelnen Musikern/innen verbringt, Engagement im Coaching der Musiker/innen zeigt und klare künstlerische Ziele vermittelt.
Krause, D.E. (2002)	30 Orchester mit 436 Musikern/innen	Einflussfaktoren sind: <ul style="list-style-type: none"> - Künstlerische Kompetenz - Klare Anweisungen - Gute Beziehung zwischen Orchester und Dirigent - Überzeugungsleistung des Dirigenten (v.a. in kleineren Orchestern) - Sympathie bzw. Autorität des Dirigenten – je höher die künstlerische Qualität des Orchesters, desto weniger ist Sympathie und desto höher ist die Autorität von Bedeutung - Wesentliche Autoritätsfaktoren sind a) Experten- und Identifikationsmacht (gestalterisches und handwerkliches Können), b) Informationsmacht (präzise Interpretationsvorstellungen des Stücks). Keinen positiven Einfluss auf die Qualität haben die Legitimationsmacht (bloße Position des Dirigenten) sowie die Belohnungs- und Bestrafungsmacht.
Boerner, S., Krause, D. E. (2001)		Verbindung von Autorität und Charisma des Dirigenten
Boerner, S., von Streit, Ch. (2005)	Mehrere Sinfonieorchester mit 208	Visionärer, transformationaler Führungsstil des Dirigenten unter Voraussetzung eines kooperativen Klimas im Orchester

	Musikern/in- nen	
Atik, Y.(1994)	3 Symphonie- orchester	<p>Unterscheidung nach den jeweiligen Phasen der Zusammenarbeit:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Testphase: Gegenseitige Prüfung - transaktionale Phase: Klärung der gegenseitigen Erwartungen - danach ist die inspirierende Führung und das Charisma des führenden Dirigenten von Bedeutung. Hierbei sind Klarheit der Botschaft, Lob der Musiker/innen und die Fähigkeit, die Musiker/innen in besonderer Weise zu fördern, wichtige Merkmale.
Mintzberg, H. (1998)	1 Symphonie- orchester	<p>Dirigent als „Primus inter Pares“, d.h.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Anerkennung der Autorität des Dirigenten durch das Orchester - Anerkennung der Qualifikation der Musiker/innen durch den Dirigenten

Eingesetzt wurden hierbei qualitative Methoden der Sozialforschung, d.h. Interviews und teilnehmende Beobachtung.

Insgesamt zeigen die Ergebnisse der verschiedenen Studien zum Führungsverhalten von Dirigenten und den damit verbundenen Auswirkungen auf die Qualität von Orchestern, die mit unterschiedlichen qualitativen Methoden der Sozialforschung erhoben wurden, eine erhebliche Übereinstimmung mit den obigen Aussagen namhafter und erfahrener Dirigenten. Wichtig ist über alle Ergebnisse hinweg, dass die Persönlichkeit der Führungskraft und damit dessen Kompetenz, Autorität und Integrität, wie auch das damit zusammenhängende auf Kooperation angelegte Führungsverhalten, von entscheidender Bedeutung für eine hohe Qualität eines Orchesters sind. Das dürfte auch auf andere Organisationen, deren Personal eng miteinander an einer interdisziplinär zu erbringenden Gesamtleistung zusammenarbeitet - und ebenfalls eine entsprechend überschaubare Größe hat - in ähnlicher Weise zutreffen. Zudem macht die Qualität eines Orchesters die Intonation der notierten Noten in einem kreativen gemeinsamen Akt aus, bei dem jeder der Musiker/innen seinen Platz hat. Der zentrale Satz der Gestaltpsychologie "Das Ganze ist mehr als die Summe seiner Teile" bzw. korrekter "Das Ganze ist etwas anderes als die Summe seiner Teile" bewahrheitet sich gerade beim Musizieren eines Orchesters. Die Gestaltpsychologie wendete sich gegen die Auffassung, „man könne Psychologie betreiben, indem man das Seelenleben des Menschen in immer kleinere Elemente zerlegt, und betont den ganzheitlichen Charakter menschlichen Wahrnehmens, Erlebens und Handelns. Die Grundeinheiten des menschlichen Seelenlebens sind dabei die Gestalten, etwa im Sinne einer Melodie, die sich bekanntlich nicht erfassen lässt, indem man ihre Noten isoliert voneinander analysiert, sondern jede Melodie bildet eine unzertrennbare Wahrnehmungseinheit, die etwa auch in eine andere Tonart transponiert werden kann, ohne ihre Gestalt zu verlieren.“ (Stangl, W.2021)

Hingewiesen sei abschließend zu diesem Themenfeld noch darauf, dass natürlich auch strukturelle Aspekte, wie die Ausstattung der Musiker/innen (z.B. mit qualitativ hochwertigen Instrumenten) und Umgebungsfaktoren (z.B. Größe des Konzertsaals, dessen Atmosphäre und Raumklang) einen wesentlichen Anteil an der Qualität einer künstlerischen Darbietung haben. Auch im Bereich der Rehabilitation spielen Ausstattungs-, Struktur- und Umgebungsmerkmale einer Einrichtung eine wichtige Rolle.

2.III Lernerfolg: Welches sind die wesentlichen Wirkfaktoren für den Lernerfolg im schulischen Bereich?

J. Hattie hat sich in seinem bahnbrechenden Werk „Visible Learning“ (2013,2020) mit der Evaluation von Wirkfaktoren für den Lernerfolg im schulischen Bereich befasst. Seine Fragestellung war dabei nicht, „was wirkt?“, sondern „was wirkt am besten?“. Die ursprüngliche Meta-Studie von 2013 wurde mittlerweile aktualisiert und die empirische Grundlage nochmals deutlich erweitert. Mittlerweile gehen weltweit 1412 Meta-Studien zur Wirksamkeit von Faktoren, die den Lernerfolg von Schülern/innen beeinflussen, in diese übergreifende Meta-Analyse ein. Diese wiederum basieren auf 82955 Einzelstudien (Hattie, Zierer 2020). Insgesamt kristallisierten sich über 250 Einflussfaktoren in 9 Bereichen heraus, die allerdings nicht unabhängig voneinander zu sehen sind. Angesichts der komplexen Zusammenhänge und der Vielfalt der Faktoren betont Hattie die Notwendigkeit, zu Kernaussagen und damit zu einer Gesamtbewertung und Einordnung der Faktoren zu kommen, um damit die Ergebnisse handhabbar zu machen. Bevor auf die Studienergebnisse im Detail eingegangen wird, sei darauf verwiesen, dass bei der Meta-Analyse von Hattie vorrangig der schulische Lernerfolg im Mittelpunkt steht und es darüber hinaus auch weitere Kompetenzbereiche (z.B. motorische, soziale, affektive, moralische, etische, religiöse) gibt. Gleichwohl lassen sich weitreichende Analogien aus den Forschungsergebnissen herstellen. Denn die Neurobiologie belegt, dass es sich bei Veränderungen und dem Erlernen neuer Verhaltensweisen – wie etwa in den Bereichen der Psychotherapie und der medizinischen Rehabilitation - letztlich auch um Lernprozesse handelt. Aus neurobiologischer Perspektive bedeutet Lernen: Neuronale Netze verändern sich, es geht somit um einen ständigen Aufbau von Neuronenpopulationen im Cortex (vgl. Ullmann 2021). Am Ende dieses Unterkapitels (s. 2.III.3) wird deshalb auf entsprechende Erkenntnisse aus der Neurobiologie nochmals vertieft eingegangen.

2.III.1 Kernaussagen

Eine zentrale Kernaussage von Hattie zu den differenzierten Ergebnissen sei hier vorweggenommen, diese lautet: *Es kommt auf die Lehrer/innen -Persönlichkeit an!* Und weiter: *Man muss die Art der Lehre ändern, um den Lernerfolg zu verbessern.* „Exzellenz ist überall um uns herum. Die Aufgabe ist es somit, diese Exzellenz für viele andere sichtbar und nutzbar zu machen. (...) Es gibt eine Vielzahl guter Lehrpersonen, die sich für ihre Schüler/innen verantwortlich fühlen, ihren Unterricht immer wieder hinterfragen und verbessern.“ (dies. S. 12).

Als wichtige Rahmenbedingung verweist Hattie darauf, dass es auch einer exzellenten Schulleitung bedarf, um ein sicheres und vertrauensvolles Umfeld für eine gute Kooperation der Lehrkräfte zu schaffen. Um eine Qualitätsverbesserung im System Schule zu erreichen präferiert er nicht eine große politische Strukturreform von oben, sondern vielmehr den Weg Bewegung von unten her zu schaffen. „Dazu würde ich Schulen identifizieren, die Evidenz für ihre Wirksamkeit liefern können. Darauf aufbauend würde ich eine Koalition von sehr guten Lehrpersonen bilden, gewissermaßen die besten des Landes. Mein Ansatz wäre, an vielen

Orten Kooperationen von erfolgreichen Lehrpersonen und Schulleitungen zu schmieden. Dies ist mühsam, aber es funktioniert.“ (dies S.15).

2.III.2 Wirkfaktoren in den verschiedenen Bereichen für den Lernerfolg

Insgesamt wurden über 250 Wirkfaktoren in 9 Bereichen festgestellt, die einen Einfluss auf den Lernerfolg haben.

Hinsichtlich der Effektstärke wird generell unterschieden zwischen negativen Effekten ($d < 0$), wirkt wenig ($d < 0,2$), wirkt kaum ($d = 0,2-0,4$) und wirkt gut ($d > 0,4$). Die Wirksamkeit bezogen auf dem Lernerfolg und bezogen auf die jeweilige Anzahl der Faktoren liegt bei den 9 Bereichen wie folgt (s. Tab.2):

Tab. 2: Bereiche und Wirkfaktoren für den schulischen Lernerfolg (Hattie, Zierer 2020)

1. Lernende	d=0,25	39 Faktoren
2. Elternhaus	d=0,11	16 Faktoren
3. Schule	d=0,27	25 Faktoren
4. Klassenraum	d=0,25	23 Faktoren
5. Curricula	d=0,45	32 Faktoren
6. Lehrstrategie	d=0,52	32 Faktoren
7. Implementation	d=0,57	20 Faktoren
8. Lernstrategie	d=0,38	51 Faktoren
9. Lehrperson	d=0,52	16 Faktoren

Im Weiteren wird auf diese Bereiche und – um die Komplexität handhabbar zu machen – auf ausgewählte Ergebnisse zu den Wirkfaktoren und deren Einordnung näher eingegangen. Hierbei werden im Folgenden die Bereiche Schule, Klassenraum und Curricula zu einer Kategorie zusammengefasst und zunächst lediglich die zusammenfassenden Fazits von Hattie/Zierer dargestellt, Hinsichtlich detaillierter Ergebnisse und deren Übertragung auf die entsprechenden Bereiche der medizinischen Rehabilitation sei auf den Anhang – Exkurs 3 verwiesen.

1. Lernende (d=0,25)

Dieser Bereich der Lernenden (s. 41 ff), der z.B. Faktoren wie Selbstkonzept, Selbstwirksamkeitsfaktoren, Erkenntnisstufen, Motivation, Angst und Depression umfasst (detaillierte Ausführungen s. Exkurs 3), ist nur zum Teil von der Lehrperson unmittelbar beeinflussbar.

Fazit zum Bereich 1

Insgesamt lautet die Schlussfolgerung von Hattie/Zierer zu diesem Bereich - - dass die Lehrperson versuchen muss, das Vorwissen und die Vorerfahrungen der Lernenden genau zu kennen, um den Unterricht darauf abzustimmen. Sie muss passende Ziele formulieren, passende Inhalte auswählen, passende Methoden einsetzen, die Eigenmotivation der Schüler/innen fördern und passende Medien zur Verfügung stellen können. Die Ziele müssen an das jeweilige Niveau der

Lernenden angepasst werden und deren individuelle Selbsteinschätzung muss beachtet werden.

Im Bereich der medizinischen Rehabilitation kann eine individuelle Ausrichtung der Behandlung an den jeweiligen Bedarfen der Rehabilitanden/innen als ein zentrales Qualitätsmerkmal angesehen werden. Dazu gehören eine eingehende personenbezogene Anamnese und Diagnostik, auf deren Basis dann Behandlungs-/ Therapieziele entwickelt werden, die es mit dem/r Rehabilitanden/in abzustimmen und im darauf aufbauenden Behandlungsprozess im weiteren Verlauf entsprechend anzupassen gilt. Zudem sind entsprechende psychische – wie auch somatische - Komorbiditäten im Behandlungsprozess zu beachten. Neuere Studien weisen beispielsweise nicht nur auf eine hohe Prävalenz von Depressionen, Angststörungen und Persönlichkeitsstörungen, sondern auch von ADHS bei Abhängigkeitserkrankungen hin.

2. Elternhaus (d=0,11)

Der Bereich Elternhaus (vgl. dies. S. 50 ff) umfasst alle Faktoren, die familiäre Strukturen, häusliche Begebenheiten und familiäre Rahmenbedingungen betreffen. Auch dieser Bereich ist von Lehrpersonen nur begrenzt beeinflussbar.

Fazit zum Bereich 2

Insgesamt lautet das Fazit von Hattie/Zierer zum Bereich Elternhaus, dass entscheidend ist, wie Eltern über das denken, was sie tun, und wie sie die Zeit, die sie zur Verfügung haben, sinnvoll nutzen. Sie sollten den Einfluss, den sie in jedem Fall haben, entsprechend nutzen. Das bedeutet etwa, neugierig zu sein, hohe Erwartungen zu haben und eine sichere und faire Umgebung zu schaffen, in der man erkunden und Fehler machen und kreativ sein kann. Zudem kann eine optimale Förderung der Lernenden nur gelingen, wenn Eltern und Lehrpersonen kooperieren. (dies. S. 54)

Die Arbeit mit Angehörigen ist in der medizinischen Rehabilitation ein wichtiges Element, um den Rehabilitationserfolg zu verstetigen und auch deren Haltung und Einstellungen in den Reha-Prozess einzubeziehen. Von daher ist es eine wichtige Aufgabe, deren Motivation zur Mitwirkung nach Möglichkeit zu fördern. Zudem ist bei der Mutter/Vater- Kind- Behandlung eine ganzheitliche Herangehensweise unter Einbezug des gesamten Familiensystems ein unabdingbares Qualitätsmerkmal der Behandlung.

3. Strukturen, Rahmenbedingungen, Programme – hier: Schule (d=0,27) und Curricula (d=0,45)

Hierbei werden drei Bereiche berücksichtigt (vgl. dies. S. 61ff): Rahmenbedingungen (z.B. Schulgröße, Schulleitung), Schule (z.B. Klassenräume, -größe) und curriculare Programme.

Fazit zum Bereich 3

Die Größe einer Schule allein hat wenig mit dem Lernerfolg zu tun. Schulleitungen nehmen in Bezug auf die Belegung von Schulstrukturen eine Schlüsselrolle ein. Von ihnen hängt es auch maßgeblich ab, wie strukturelle Maßnahmen in ein Kollegium getragen werden. Ihr Leitungsstil hat großen Einfluss auf das Klima, das an der Schule herrscht.

Gemeinsame Aktivitäten, wie etwa erlebnispädagogische Programme, fördern die Beziehung zwischen Lehrperson und Lernenden sowie unter den Schülern/innen durch gemeinsame Aktivitäten in einem anregungsreichen Umfeld.

Je strukturierter und klarer curriculare Programme sind, desto erfolgreicher lassen sich diese durch die Lehrperson umsetzen. Das bedeutet aber nicht, dass Lehrpersonen Sklaven curriculärer Programme sein müssen. (dies. S. 78).

Analog lässt sich schlussfolgern, dass auch im Bereich der Rehabilitation die Größe einer Einrichtung für sich alleine genommen – ohne Beachtung zusätzlicher patientenbezogener Aspekte (z.B. erforderliche Überschaubarkeit einer Einrichtung, am jeweiligen Bedarf orientierte Breite des Angebots) – nicht als Qualitätskriterium dienen kann (vgl. Fachverband Sucht 1997). Auf die besondere Bedeutung der Rolle der Führungskräfte wurde bereits in den obigen Ausführungen (s. 2.II) verwiesen, dies wird hier nochmals bestätigt. Das Führungsverhalten ist von wesentlicher Bedeutung, um eine kollektive Wirksamkeit zu erreichen und ein Wir-Gefühl im System einer Rehabilitationseinrichtung zu verankern. Wichtig ist zudem, dass die Mitarbeiter/innen Zugang zu Wissen, z.B. in Form von evaluierten und gut anwendbaren Programmen und Konzepten, haben und im Umgang damit entsprechend geschult sind.

4. Lehrstrategien (d=0,57)

Hierunter werden verschiedene Faktoren gefasst, wie etwa Einbezug der Schüler/innen (z.B. durch Feedback/Klassendiskussionen), adäquate Zielsetzungen, Evaluation der Lehrstrategien (vgl. dies. S. 83ff).

Fazit zum Bereich 4

Zusammenfassend wird hierzu festgestellt, dass Lehrstrategien nicht von sich aus wirken. „Sie können erst ihre Wirkung erzielen, wenn Lehrpersonen sowohl die Kompetenz als auch die Haltung haben, passende Methoden vor dem Hintergrund auszuwählen und zu überprüfen, ob sie Lernen vertrauensvoll und wertschätzend, dialogisch und kommunikativ, herausfordernd und anregend sowie im Lichte einer positiven Fehlerkultur gestalten.“ (dies. S. 95). Eine Evidenzbasierung ist aus Sicht der Autoren unerlässlich, die nach der Wirkung des Lehrerhandelns fragt und dafür empirische Belege sucht. Kritisch äußern sie allerdings dazu „Es wird eine bloße Sammlung von Daten, die dann in Datenfriedhöfen zu Grabe getragen werden, ohne dass sie weiteren Nutzen haben, deutlich zurückgewiesen.“ (dies. S. 165).

Auch die Behandler/innen in den verschiedenen Rehabilitationsbereichen müssen nicht nur über eine hohe fachliche Kompetenz und die entsprechende Methodenkenntnis, sondern auch über eine entsprechende Grundhaltung gegenüber den Rehabilitanden/innen und die Bereitschaft das eigene Handeln und dessen Wirkung zu reflektieren, verfügen. Wichtig ist hinsichtlich der Dokumentation und Evaluation aus Sicht der Behandler, sich hierbei auf diejenigen relevanten Daten zu beschränken, die insbesondere der Weiterentwicklung und Qualitätsförderung der Behandlung dienen.

5. Implementation (d=0,38)

Dieser Bereich (dies. S. 96ff) umfasst jene Faktoren, die auf die unmittelbare Interaktion zwischen Lehrenden und Lernenden abzielen, wie direkte Instruktion oder problembasiertes Lernen.

Fazit zum Bereich 5

Auch im Bereich Implementation zeigt sich, dass keiner der untersuchten Faktoren von sich aus und immer wirkt. Es kommt auf die Lehrperson an, dass diese in Kenntnis der Klassensituation und der Lernausgangslage entscheidet, welche Maßnahme zu welchem Zeitpunkt für welche Lernenden im Hinblick auf welches Lernziel zu ergreifen ist – und diese Maßnahme dann auch stetig zu reflektieren und zu überprüfen (vgl. dies S. 102).

Im Bereich der medizinischen Rehabilitation kommt den jeweiligen Therapeuten/innen eine verantwortungsvolle Rolle zu, die Behandlung und die eingesetzten Methoden entsprechend an den Bedarfen der Rehabilitanden/innen und den Erfordernissen des aktuellen Behandlungsprozesses auszurichten. Hierzu ist im interdisziplinären Setting einer Rehabilitationseinrichtung zudem die Rückkopplung im Reha- Team unter Einbindung der jeweils für die Reha-Koordination zuständigen Personen wichtig.

6. Lernstrategien (d=0,52)

Dieser Bereich (s. dies, S. 104ff) umfasst Faktoren, die aus Sichtweise des Lernenden durchgeführt werden können, um ihren Lernerfolg zu optimieren. Beispielhaft seien Faktoren wie bewusstes Üben, Einsatz metakognitiver Strategien, Strategien zur Selbstkontrolle genannt.

Fazit zum Bereich 6

Die Frage, wie wirksam die eingesetzten Lehr- wie Lernmethoden sind, kann nur von den Lernenden selbst beantwortet werden. Rückmeldungen sind von daher der Schlüssel für sichtbares Lernen und erfolgreiches Lehren. Nahezu jede Methode kann erfolgreich sein. Insofern ist ein Methodenstreit nicht das entscheidende Thema. Viel wichtiger für den unterrichtlichen Erfolg als die Methode ist die Kompetenz der Lehrperson (vgl. dies. S. 111). „Die Ausrede, dass es an den Lernenden gelegen hat, ist nicht mit pädagogischer Professionalität zu vereinen“ (ebda.).

Im Bereich der medizinischen Rehabilitation kommt insbesondere den Therapeuten/innen die Aufgabe zu, ein Erfahrungs-, Trainings- und Übungsfeld zu ermöglichen, das vielfältig und herausfordernd ist und auch Regelmäßigkeit beinhaltet, um die entsprechenden Inhalte nachhaltig zu verankern. Sie benötigen ein breites Spektrum an Methoden und sie müssen in der Lage dazu sein, diese reflektiert und auf Basis vorhandener Evidenz einzusetzen. Zudem gilt es den Rehabilitanden/innen Strategien an die Hand zu geben, die z.B. ihre Wahrnehmung innerer Prozesse, etwa von Automatismen (z.B. Gedanken der inneren Selbstabwertung), erhöht und ihre Fähigkeiten zur Selbstreflexion und -kontrolle stärken (s. auch Kap. 2.IV).

7. Lehrpersonen und ihre Leidenschaft (d=0,52)

Unter dem Bereich Lehrperson (vgl. dies S. 117ff) werden alle Faktoren zusammengefasst, welche die Kompetenzen und Haltungen von Lehrpersonen im Hinblick auf fachliche, didaktische und pädagogische Aspekte analysieren.

Fazit zum Bereich 7

Das Fazit fällt eindeutig aus: „Auf die Lehrperson kommt es an!“, genauer ausgedrückt: `Auf die Haltungen der Lehrperson und ihre Professionalität kommt es an!` (vgl. dies. S. 129). Die Expertise der Lehrperson wird dadurch sichtbar, dass ihr Handeln durch Fürsorge, Kontrolle und Klarheit gekennzeichnet ist, dass ihr Unterricht Herausforderungen bietet, Faszinierendes auslöst, dabei den Meinungen der Schüler/innen Gehör verleiht und zu solidem Wissen führt (vgl. dies. S. 138). Die Lehrperson (vgl. dies. S. 13ff)

- setzt hohe Erwartungen
- schafft ein fehlerfreundliches Klima
- stellt das eigene Handeln immer wieder infrage
- evaluiert den eigenen Unterricht fortlaufend und sieht den eigenen Unterricht durch die Augen der Lernenden
- verfügt nicht nur über entsprechende fachliche Kompetenzen („Handwerkszeug“), sondern insbesondere über entsprechende Haltungen, die das eigene Denken und Handeln tragen
- fühlt sich für den Lernerfolg der Schüler/innen zuständig
- erkennt als Aufgabe, die Lernenden zu verändern, sie immer wieder herauszufordern und auch an ihre Grenzen zu bringen. Dadurch steigert sie die Erwartungen der Schüler/innen an sich selbst und hilft ihnen dabei, den Grund ihres Erfolges in sich selbst zu sehen und stärkt ihre Selbstwirksamkeit
- gibt gutes Feedback, wobei Lob allein kein gutes Feedback ist. Gutes Feedback meldet dem Lernenden zurück, wie er die Aufgabe bearbeitet hat, wo er richtige, wo er falsche Wege gegangen ist, wie er noch anspruchsvollere Ziele erreichen kann. Der eigentliche Schlüssel für erfolgreiches Feedback liegt aber auf einer anderen Ebene. „Die Lehrperson muss dafür ein Klima schaffen, in dem die Schüler/innen sich trauen, Fehler zu machen.“ (dies. S. 14)
- arbeitet eng mit anderen Lehrpersonen zusammen. „Viele Lehrpersonen haben ein falsches Verständnis von Autonomie, sie arbeiten weder mit ihren Kollegen/innen zusammen, noch begutachten sie gegenseitig ihren Unterricht. (...) Über das eigene Lehrerhandeln reden sie kaum. (...) Lehrpersonen, die zusammenarbeiten, inspirieren sich gegenseitig (...).“ (dies. S 15). Sie machen hierbei am Beispiel auch Lernerfolge im Zeitverlauf deutlich, reflektieren, ob das Wachstum des Schülers/der Schülerin ausreichend ist und helfen sich gegenseitig, die Auswirkungen ihrer Aktivitäten auf die Lernenden zu erkennen.

Zudem heben Hattie/Zierer den Aspekt der Leidenschaft der Lehrperson besonders hervor: „Es sind damit die leidenschaftlichsten Lehrpersonen, die den größten Einfluss auf die Lernenden haben: Wichtiger als das, was wir machen, ist wie und warum wir es machen. Wir brauchen Lehrpersonen, die Unterricht nicht als Monolog sehen, sondern als einen Dialog, die immer und immer wieder im Schüler etwas suchen, wovon keiner etwas weiß und woran schon keiner mehr glaubt, die mit Leidenschaft und Kompetenz von ihrem Wissen, aber auch ihrem Leben erzählen können, die sich mit ihren Kolleginnen und Kollegen austauschen und zusammentun und die dem Schüler auf Augenhöhe begegnen (...) Die erfolgreiche Lehrperson agiert wie ein

Regisseur. Sie hat die Ziele der Unterrichtsstunde immer vor Augen, überprüft mit ausgewählten Methoden und berücksichtigt die Voraussetzungen der Akteure.“ (dies, S. 140).

Von allen Bereichen (s. Tab. 2) nimmt die Lehrperson eine Sonderstellung ein, weil sie im Unterricht als dem Ort der Bildung die zentrale Rolle spielt (vgl. dies. S. 149).

In Analogie hierzu wäre das Fazit für den Bereich der medizinischen Rehabilitation zu ziehen: `Auf die Behandler und das Reha-Team kommt es an! Genauer - Auf deren Haltung und Professionalität kommt es an!`

Ein interessanter Aspekt ist hierbei im Übrigen, die Leidenschaft der Akteure als ein wichtiges Qualitätskriterium in den Mittelpunkt zu rücken. Um Leidenschaft und ein hohes Engagement der handelnden Personen im Reha-Team einer interdisziplinär ausgerichteten Rehabilitations-einrichtung zu erreichen und aufrecht zu erhalten, ist eine kollektive Wirksamkeitserwartung (Wir-Gefühl) eine wichtige Voraussetzung.

2.III.3 Einordnung der Ergebnisse von `Visible Learning` vor dem Hintergrund der Erkenntnisse der Neurobiologie

Im Weiteren sollen die Ergebnisse von Visible Learning mit den Erkenntnissen der Neurobiologie abgeglichen werden. Grundsätzlich sind die obigen wissenschaftlichen Erkenntnisse keineswegs auf den schulischen Bereich beschränkt, denn Lernen und Veränderungsprozesse finden ein Leben lang statt. Auch wenn die Entwicklung der neuronalen Netzwerke in der frühen Kindheit besonders intensiv erfolgt, entstehen auch später - und das meint im höheren Alter - immer noch neue Verknüpfungen. Das menschliche Gehirn zeichnet sich durch eine hohe Plastizität aus.

Edwin Ullmann (Akademischer Direktor, Lehrstuhl Pädagogik bei Lernbeeinträchtigungen der Julius-Maximilians-Universität Würzburg) fasst die Ergebnisse der Neurobiologie zum Lernen wie folgt zusammen:

„Die Neurobiologie des Lernens hat Folgendes belegen können: Das Gehirn ist ein hoch komplexes System, in dem es diverse Untersysteme gibt, die beim Lernen miteinander durch synaptische Verknüpfungen interagieren. Lernen bedeutet für das Gehirn, neue Verknüpfungen zu bilden und Wiederholung bedeutet, sie zu festigen und effektiver zu nutzen. Bei allem, was mit Handeln zu tun hat, spielt das Bewertungssystem des Gehirns eine entscheidende Rolle. Die Strukturen des Limbischen Systems färben Wahrnehmungen oder auch Lernaktivitäten emotional ein, woraus entweder ein allgemeines Gefühl der Lust oder Unlust entsteht. Dieses befindet sich im Zentrum des Gehirns. Es besteht u. a. aus Hippocampus, Amygdala und Gyrus Cinguli. Jedes neue neuronale Signal (Reiz) passiert als Erstes den Limbus. Dann erst wird der Reiz in den Cortex weitergeleitet. Der Limbus bewertet die ankommenden Reize nach den Kriterien bekannt vs. unbekannt, wichtig vs. unwichtig und angenehm vs. unangenehm. Der Informationsinhalt wird stets mit bereits vorhandenem Wissen verglichen und andererseits im Hippocampus emotional bewertet. Wird der Reiz als unwichtig empfunden, wird er gar nicht erst weitergeleitet. Er hat damit keine Chance als fester Wissensbestand (Neuronenpopulation) im Cortex zu landen. Wie kann man das Limbische System aktivieren? Da neue Informationen zuerst mit vorhandenen Wissensbeständen verglichen werden, ist es sinnvoll, den Einstieg in den Unterricht oder in ein neues Thema so zu gestalten, dass vorhandene Wissensbestände wieder aktiviert werden. In der Neurobiologie des Lernens spielt die Theorie der mentalen Repräsentation eine wichtige Rolle, weil sie bewusst machen kann, dass sich Lernen auf

unterschiedlichen kognitiven Systemebenen auswirkt und umso effektiver ist, je mehr Ebenen im Lernprozess aktiviert werden. Dahinter kommt die Vorstellung, dass Lernen ein Konstruktionsprozess im Gehirn sei, zum Tragen.

Das emotionale Erfahrungsgedächtnis gleicht ständig ab, ob eine Handlung mit Lustempfindungen verbunden ist. Trifft dies zu, dann fühlen wir uns motiviert, diese Handlung auszuführen. Hinzuzufügen ist, dass es bewusst möglich ist, dem emotionalen Erfahrungsgedächtnis Details hinzuzufügen. Das wiederum geschieht über das deklarative Gedächtnis, für das der Hippocampus zuständig ist. Sobald das Lernen emotional positiv konnotiert ist, haben Netzwerkmodulationen stattgefunden. Anders gesagt: das Gehirn hat sich neu verknüpft. (...) Wer zu lernen gelernt hat, dem gelingen derartige Verknüpfungen in hochgradig effektiver Art und Weise – und das wiederum sind die Lorbeeren des Lernerfolges, nämlich quasi ein Architekt seiner Bildung geworden zu sein.

Lernfaktor 1: Die Rolle der Amygdala

Die Amygdala ist am ersten Eindruck beteiligt, indem sie etwa unbewusst den Geruch des Gegenübers interpretiert. Auch weitere Bereiche des Gehirns verarbeiten die neu eingehenden Informationen und führen zu einem Grundgefühl der Sympathie oder Antipathie. Wie jeder Mensch es von eigenen Erfahrungen her kennt, stimmt die Chemie entweder oder man befindet sich einfach nicht auf derselben Wellenlänge. Das ist besonders wichtig auch im Kontext des Unterrichts. Bereits ein bis drei Sekunden nach Gesprächsbeginn hat sich unser Gehirn einen unbewussten Eindruck von unserem Gesprächspartner gemacht.

Lernfaktor 2: Die individuelle Begabung

Der zweite Lernfaktor bildet sich aus den individuellen Begabungen des Lernenden. Sowohl das Gedächtnis als auch die Lernfähigkeit sind dabei hochgradig modular. Mit anderen Worten: man kann das Gehirn trainieren, indem man mit einer jeweils zu einem selbst passenden Methode lernt. Grundsätzlich sollte man versuchen, das Repertoire der Lernmethoden im Verlauf des Lebens zu erweitern. Es kommt darauf an, den Lernstoff möglichst vielgestaltig mental zu repräsentieren. Das bedeutet neurobiologisch, unterschiedliche Areale durch ein gemeinsames Thema zu verknüpfen bzw. miteinander zu assoziieren. Das kann beispielsweise

- sprachlich (symbolische Ebene)
- anschaulich (ikonische Ebene)
- handelnd-motorisch (enaktive Ebene)
- durch Frage und Antwortgeschehen.

Je mehr Ebenen und Möglichkeiten genutzt werden, desto nachhaltiger wird das zu Lernende behalten. Es sind, zusammenfassend, sowohl genetische als auch frühkindliche Erfahrungen an der individuellen Begabungsausprägung beteiligt. Da aber das Lernen und das Gedächtnis hochgradig modular sind und daher trainiert werden können, sind genetische Disposition und frühkindliche Prägungen nicht die einzigen am Lernerfolg beteiligten Komponenten.

Lernfaktor 3: Allgemeine Motivation des Lernalers

Allgemeine Motivation des Lernalers. Eine ziemlich interessante Funktion übernimmt bei der Motivation der cinguläre Cortex (auch: dritte Funktionsebene des limbischen Systems). Seine Aufgabe ist es, per Monitoring zu kontrollieren, ob eine Belohnung, etwa Lob, berechtigt war. Das weist darauf hin, dass auch in unserem Gehirn eine Struktur aktiv ist, die dafür zuständig ist,

uns selbst realistisch einzuschätzen. (...) Überschwängliches Lob für eine 4 in der Klausur werden wir als schal erleben, wohingegen es uns bei einer Verbesserung um zwei Noten angemessen erscheinen würde. Leichter Stress (Ausschüttung von Noradrenalin), der als positiv erlebt wird (so genannter Eustress), ist dem Lernen zuträglich. Er garantiert eine wache Aufmerksamkeit und erleichtert das Fokussieren auf die wichtigsten Inhalte des Lernstoffs.

Lernfaktor 4: Grad der Aktivierung des Gehirns

Die Grade der Aktivierung einzelner Systeme bestimmen den Gesamtgrad. Es sind dies das:

1. Noradrenerges System (Noradrenalin): allgemeine Aufmerksamkeit
2. Dopaminerges System (Dopamin): Neugierde, Belohnungserwartung, Belohnung
3. Cholinerges System (Acetylcholin): gezielte Aufmerksamkeit, Konzentration, Gedächtnis.

Sie aktivieren allesamt höher liegende Strukturen des Neocortex und auch den Hippocampus, wodurch es zur Gedächtniskonsolidierung des Lernstoffes kommt. Dabei lässt sich eine Korrelation zwischen der Stärke der emotionalen Motivation und der tatsächlichen Gedächtnisleistung nachweisen.

Lernfaktor 5: Kontext des Lernens

Die drei wichtigsten Lernkontexte sind:

- **Lehrperson:** Wer vermittelt den Inhalt?
- **Zeitkontext:** Wann wird der Inhalt vermittelt (Lebensalter, Biorhythmus)?
- **Ortskontext:** Wo wird der Inhalt vermittelt (Bewertung der Lernumgebung)? Kontextabhängiges Lernen hängt sehr eng mit dem Limbischen System und der emotionalen Einfärbung der Lerninhalte zusammen.“ (Ullmann 2021).

Die Ergebnisse der Neurobiologie bestätigen somit ihrerseits die Ergebnisse, welche die Metaanalyse von Hattie erbracht hat. M. Arnold entwickelte auf Basis der Ergebnisse der Gehirnforschung eine Neurodidaktik mit 12 Prinzipien

Zwölf Prinzipien für Lernprozesse (nach Arnold 2002)

1. Schüler/innen müssen Möglichkeit haben, konkrete Erfahrungen zu machen.
2. Lernprozesse eingebunden in soziale Situationen sind effektiver.
3. Lernprozesse sind effektiver, wenn Interessen/Ideen der Lernenden berücksichtigt sind.
4. Lernen ist effektiver, wenn das vorhandene Vorwissen mobilisiert wird.
5. Lernen ist effektiver, wenn positive Emotionen in das Lernen eingebunden werden.
6. Schüler/innen prägen sich Details besser ein, wenn Sie den Zusammenhang mit einem Ganzen verstehen.
7. Mit der entsprechenden Lernumgebung wird das Lernen intensiver.
8. Lernen wird verbessert, wenn Zeit zum Reflektieren bleibt.
9. Es wird besser gelernt, wenn Schüler/innen Informationen und Erfahrungen miteinander verbinden können.
10. Lernprozesse sind effektiver, wenn auf individuelle Unterschiede der Lernenden eingegangen wird.

11.Schüler/innen lernen besser mit einer unterstützenden, motivierenden, herausfordernden Umgebung.

12.Lernen wird effektiver, wenn Talente und individuelle Kompetenzen berücksichtigt werden.“

Fazit zu Kap. 12.III

Die Ergebnisse von Visible Learning – wie auch der Neurobiologie – zeigen, dass es sich bei der Verankerung neuer Gedächtnisinhalte und dem damit verbundenen Lernen um ein komplexes Geschehen handelt, bei dem die persönlichen Voraussetzungen, der Kontext, die persönliche Beziehung zwischen den Beteiligten, die Motivation des Lernenden, die Haltung und Persönlichkeit des Lehrenden, deren Einbettung in das Schulsystem, wie auch das Führungsverhalten der Leitung wesentlichen Einfluss auf den Lernerfolg haben. Zudem ist bei den Methoden an das individuelle Vorwissen und den Erfahrungshorizont der Lernenden anzuknüpfen und bei den Lehr-/Lernmethoden zu prüfen, welche für diesen am besten passen. Auf die besondere Rolle, welche die Lehrperson (hinsichtlich Kompetenz, Persönlichkeit und Engagement) hierbei spielt, wurde als wichtiges Ergebnis hingewiesen. Deutlich wird hieran, dass die Qualität des Lernens keineswegs über formale Angaben, wie z.B. das Messen der Anzahl der Unterrichtsstunden oder die Anzahl und Breite der Fächer angemessen abgebildet werden kann, sondern hierzu qualitativ ausgerichtete Instrumente und Methoden eingesetzt werden müssen. Diese Erkenntnis lässt sich auf weitere Bereiche, wie die Psychotherapie (s. 2.IV) oder auch die medizinische Rehabilitation (s. 2.V) übertragen.

2.IV Mentale Gesundheit und Psychotherapie: Was sind die zentralen Wirkfaktoren der Psychotherapie?

Bevor auf die speziellen Wirkfaktoren der Psychotherapie, die gerade in den Indikationsbereichen der Psychosomatik und Abhängigkeitserkrankungen der medizinischen Rehabilitation von besonderer Bedeutung hinsichtlich der Prozess- und Ergebnisqualität der Behandlung sind, eingegangen wird, soll auf grundlegende Aspekte der psychischen und mentalen Gesundheit verwiesen werden.

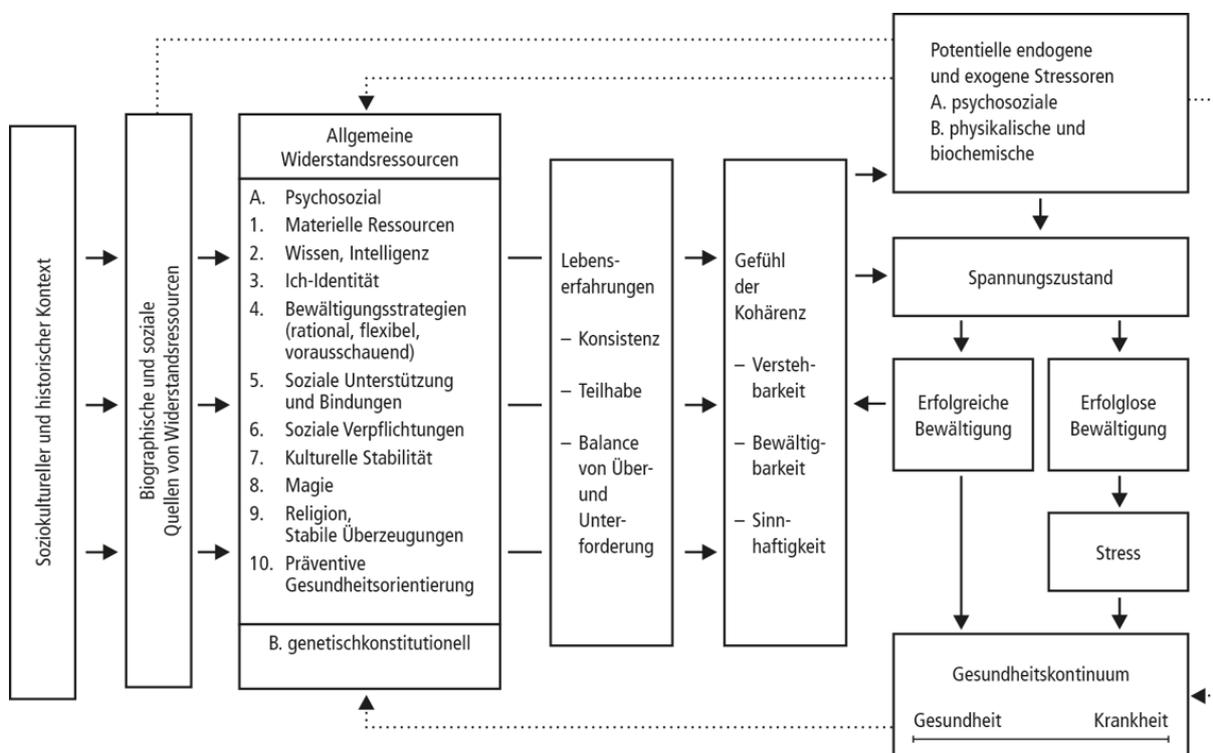
Hierzu ist das Modell der Salutogenese, das von Aaron Antonovsky (1997) als Alternative zur Pathogenese entwickelt wurde, eines der wichtigsten Modelle zur Erklärung von Gesundheit. Es dient der Beantwortung der Frage, wie Gesundheit entsteht, wie Menschen trotz bestehender Risiken und angesichts widriger Umstände gesund bleiben können und wie in der Praxis ihre Gesundheit gefördert werden kann? T. Faltmeier (2020) beschreibt das Modell wie folgt: Es „basiert auf einem Verständnis von Gesundheit und Krankheit als Kontinuum, es soll Bewegungen auf diesem Kontinuum erklären. Als Determinanten von Gesundheit werden Stressoren, die Art ihrer Bewältigung und verfügbare Widerstandsressourcen herangezogen. Ein Schlüsselkonzept ist das Kohärenzgefühl, das sich im Laufe des Lebens auf der Basis von Ressourcen entwickelt und aussagt, ob das eigene Leben als verstehbar, bewältigbar und sinnvoll erlebt wird. Ein hohes Kohärenzgefühl führt zu positiver Gesundheit, ein geringes Kohärenzgefühl zu negativer.“

Das Kohärenzgefühl umfasst nach Antonovsky die drei wesentlichen Aspekte:

1. Die Fähigkeit, die Zusammenhänge des Lebens zu verstehen - das Gefühl der Verstehbarkeit.
2. Die Überzeugung, das eigene Leben gestalten zu können – das Gefühl der Handhabbarkeit oder Bewältigbarkeit.
3. Der Glaube an den Sinn des Lebens – das Gefühl der Sinnhaftigkeit.

Das Modell der Salutogenese von Antonovsky beschreibt insgesamt ein komplexes Gefüge von Bedingungen, die Gesundheit (und nicht Krankheit) erklären sollen (vgl. Abb. 1). Hierbei stehen die vielfältigen Risiko- und Schutzfaktoren unterschiedlicher Art (z.B. genetische, konstitutionelle, psychosoziale), die im Leben eines Menschen eine Rolle spielen, in einem Wechselwirkungsprozess.

Abb. 1. Das Modell der Salutogenese von Antonovsky (Antonovsky, 1979, zit. nach Faltermaier 2016)



Das Kohärenzgefühl stellt angesichts dieser vielfältigen Einflussfaktoren die globale Orientierung eines Menschen dar, in welchem Ausmaß er ein durchdringendes, andauerndes und dennoch dynamisches Gefühl des Vertrauens hat, dass (vgl. Antonovsky 1997)

- a) die Stimuli, die sich im Verlauf des Lebens aus der inneren und äußeren Umgebung ergeben, strukturiert, vorhersehbar und erklärbar sind,
- b) einem die Ressourcen zur Verfügung stehen, um den Anforderungen, die diese Stimuli stellen, zu begegnen,
- c) diese Anforderungen Herausforderungen sind, die Anstrengungen und Engagement lohnen.

In eine ähnliche Richtung weist das Konzept der Resilienz (vgl. Bengel, J., Lyssenako, L. 2016). Resilienz bezeichnet die Aufrechterhaltung der psychischen Gesundheit trotz mentaler oder psychischer Belastungen. Hierbei kommen Schutzfaktoren zum Tragen, welche die Auftretenswahrscheinlichkeit von Störungen beim Vorliegen von Belastungen vermindern. Hierzu gehören körperliche Schutzfaktoren, wie etwa ein stabiles Immunsystem, wie auch eine hohe Selbstwirksamkeitserwartung, internale Kontrollüberzeugung, dispositioneller Optimismus oder die Fähigkeit zum Erleben positiver Emotionen (vgl. ebda.). Aber auch soziale Schutzfaktoren spielen eine Rolle, wie die soziale Unterstützung durch Partnerschaften, am Arbeitsplatz oder soziale Bindungen. Für Kinder und Jugendliche spielt neben den Eltern und Geschwistern auch das familiäre Umfeld eine wichtige Rolle. Angesichts der weiten Verbreitung psychischer Erkrankungen werden hierzu aktuell verschiedene Forschungsvorhaben in Deutschland (s. <https://lir-mainz.de/mainzer-resilienz-projekt-marip>) und Europa (s. <https://dynamore-project.eu/>) durchgeführt.

Stressoren ordnen Franzkowiak und Franke (2018) folgenden 6 Bereichen zu und nennen dazu beispielhaft einzelne Stressfaktoren.

Tab 3: Stressoren: Bereiche und Beispiele (Franzkowiak, Franke 2018)

Alltags- und Arbeitsbelastungen und physikalisch-sensorische Stressoren	<ul style="list-style-type: none"> • Hetze • Zeitlicher Druck, Arbeitsverdichtung • Lärm • Reiz- oder Schlafentzug • etc
Leistungs- und soziale Stressoren	<ul style="list-style-type: none"> • Über- und Unterforderung • Konkurrenz • Isolation • Zwischenmenschliche Konflikte • etc
Körperliche Stressoren	<ul style="list-style-type: none"> • Verletzung • Schmerz • Hunger • Starke Funktionseinschränkungen • etc
Lebensverändernde kritische Ereignisse	<ul style="list-style-type: none"> • Verlust von Bezugspersonen, von wichtigen Rollen und dem Arbeitsplatz • Plötzliche Einschränkungen von Gesundheit und Leistungsfähigkeit • etc
Chronische Spannungen und Belastungen	<ul style="list-style-type: none"> • Dauerhafte kleine Alltagsprobleme („daily hassles“) • Rollenkonflikte in Beruf und Familie • Dauerhafte Arbeitsüberlastungen • Lang andauernde Krankheiten, Funktionseinschränkungen und Behinderungen • etc

Kritische Übergänge im Lebenslauf („Transitionen“)	<ul style="list-style-type: none"> • Adoleszenz und junges Erwachsenenalter • Pubertät, Klimakterium, Andropause • Berufseinstiege oder -ausstiege • Übergang in die nachberufliche Lebenszeit, in ein Rentner*innen-Dasein • „Empty nest“-Syndrom • etc
--	--

Das Kohärenzgefühl - wie auch eine entsprechende Resilienz - tragen dazu bei, entsprechende Stresssituationen besser bewältigen zu können. Als Coping- Verhalten werden alle kognitiven und verhaltensmäßigen Anstrengungen bezeichnet, „mit dem als Stressor bewerteten Reiz umzugehen und die von ihm ausgehende Bedrohung bzw. den antizipierten Schaden zu minimieren. Unterschieden wird dabei nach Anstrengungen, die primär auf eine Veränderung der Situation abzielen (instrumentelles Coping) und solchen, die v.a. auf eine Veränderung der Gefühle und Gedanken abzielen (emotionsbezogenes Coping). Zu den Strategien des instrumentellen Copings zählt das Einholen von Informationen oder von sozialer Unterstützung. Kognitives Umstrukturieren, innerliches Distanzieren, Sich-Ablenken oder Beten werden dem emotionalen Coping zugerechnet. Eine dritte Form ist das regenerative Coping: hierzu zählen aktive Entspannung, Bewegung und Erholung mit dem Ziel, körperliche Anspannungen zu lösen, innere Unruhe zu dämpfen und neue Energien aufzubauen“ (Franzkowiak, Franke 2018).

Auch in Bezug auf den Umgang der Bevölkerung mit COVID-19 ist deren psychische Gesundheit und Bewältigungsverhalten von Bedeutung (vgl. Hahad, O. et al 2020).

Diese allgemeinen Erkenntnisse zur mentalen Gesundheit und zur erforderlichen Fähigkeit auch mit schwierigen Lebensereignissen und -situationen umgehen zu können, spielen in der medizinischen Rehabilitation – und insbesondere der Psychosomatik und Suchtrehabilitation - eine ganz zentrale Rolle. Doch die Förderung von adäquatem Coping-Verhalten und von entsprechenden individuellen und sozialen Schutzfaktoren sind nicht nur wichtige Zielsetzungen für die Rehabilitanden/innen. Vielmehr gilt dies auch für die Mitarbeiter/innen einer Rehabilitationseinrichtung, denn bestehende Arbeitsbelastungen lassen sich beim Vorhandensein persönlicher und sozialer Schutzfaktoren leichter bewältigen. Organisationen, die Wert auf den Erhalt der Gesundheit ihrer Mitarbeiter/innen legen, tragen nicht nur zur Mitarbeiterzufriedenheit bei, sondern auch zum Erhalt von deren Arbeitskraft. Gerade die COVID 19 Pandemie wirkt hierbei häufig wie ein Brennglas, denn in Krisenzeiten erweist sich zum einen, ob eine Organisation und alle daran Beteiligten dazu bereit sind, „an einem Strang ziehen“, und zum anderen, inwieweit in einer länger anhaltenden Krisensituation eine Organisation und die darin arbeitenden Menschen an ihrer grundlegenden Haltung und ihren Werten festhalten.

Im Weiteren wenden wir uns nun speziell den Wirkfaktoren im Bereich der Psychotherapie zu. K. Grawe, der leider frühzeitig verstorbene Psychotherapieforscher, hatte allgemeine Wirkfaktoren der Psychotherapie auf breiter empirischer Basis im Rahmen einer Metastudie (Grawe et al. 2001) herausgearbeitet. Grundsätzlich erbrachte seine metaanalytische Forschungsarbeit - wie auch weitere Studien (z.B. Pfammatter, Taschach 2012, Wampold 2015) – dass Psychotherapie wirksam ist.

Im Wesentlichen sind dies nach Grawe die folgenden fünf allgemeinen Wirkfaktoren entscheidend:

1. **Therapeutische Beziehung**
Ein entscheidender Wirkfaktor ist die Qualität der Beziehung zwischen Therapeuten/in und Patient/in, also ob die Chemie zwischen beiden stimmt. Dies trägt signifikant zum Therapieergebnis bei: Je besser die Qualität der Beziehung ist, desto besser auch das Therapieergebnis.
2. **Problemaktualisierung**
Problemaktualisierung bezeichnet das Prinzip der unmittelbaren Erfahrung. Werden die Probleme, die es therapeutisch zu verändern gilt, im „Hier und Jetzt“ erlebbar gemacht, so werden Veränderungsprozesse eingeleitet und entsprechend verankert. Allein das Gespräch über Erleben und Verhalten, ohne dass es in dem Moment auch prozessual abläuft, helfen somit nicht in vergleichbarem Maße, um Veränderungen herbeizuführen.
3. **Ressourcenaktivierung**
In der Behandlung werden bereits vorhandene Ressourcen des/r Patienten/in nutzbar gemacht. Die Aufmerksamkeit wird darauf gelenkt, welche Stärken und Fähigkeiten der/die Patient/in bereits besitzt, auf welche Erfahrungen er/sie zurückgreifen kann, was er/sie bereits alles überwunden hat. Im Fokus stehen somit nicht vermeintliche Defizite des/r Patienten/in, vielmehr wird sein/ihr Vertrauen und sein Blick dafür gestärkt, selbst für entsprechende Veränderungen verantwortlich zu sein und über entsprechende Ressourcen hierfür zu verfügen.
4. **Problembewältigung**
Im Rahmen der Problembewältigung wird der/die Patient/in darin unterstützt, im Umgang mit seinen/ihren Problemen positive Bewältigungserfahrungen zu machen. Es geht hierbei somit um konkrete Handlungsorientierungen, um mit auftretenden Problemen durch entsprechende Handlungen, Kognitionen, Unterstützungsleistungen etc. besser umgehen zu können.
5. **Motivationale Klärung**
Bei der motivationalen Klärung steht im Mittelpunkt, den/die Patienten/in darin zu unterstützen, seine/ihre bewussten und unbewussten Ziele und Bedürfnisse wie auch die Erlebnis- und Verhaltensweisen zu verstehen. Somit geht es darum, das Denken, Fühlen und Handeln, die inneren Stimmen, die persönlichen Bedürfnisse wahrzunehmen und eine innere Klärung für das eigene Handeln herbeizuführen.

Spezifische Therapiebausteine und -verfahren (z.B. verhaltenstherapeutische Techniken, psychodynamische Methoden, humanistische oder systemische Therapieansätze) scheinen, verglichen mit den allgemeinen Wirkfaktoren der Psychotherapie einen geringeren Einfluss auf den Behandlungserfolg zu haben.

Wampold (2015) weist in diesem Kontext zudem darauf hin, dass Therapietreue, Empathie, Erwartungen, Psychoedukation und andere unspezifische Faktoren fest mit dem Ergebnis der Psychotherapie verknüpft sind. Diejenigen Therapeuten/innen, die ein Arbeitsbündnis mit dem/r Patienten/in eingehen können, hoch entwickelte interpersonale Fertigkeiten besitzen, die Effektivität ihrer Behandlung kritisch reflektieren und somit Anstrengungen unternehmen, um ihre Behandlung stets zu verbessern, erreichen eine höhere Wirksamkeit. Zudem verbessert es die Qualität der Psychotherapie, wenn Informationen über den Fortschritt des/r Klienten/in bzw. Patienten/in diesem/r verfügbar gemacht werden. Wichtig ist es somit, dass von Seiten des/r Therapeuten/in psychoedukative Erklärungen für die Problembereiche bzw. den

Distress geliefert werden, und ein entsprechendes Erklärungsmodell vermittelt wird sowie die einzelnen Behandlungsschritte in verständlicher Form erklärt werden.

Selbstverständlich hängt der Behandlungserfolg auch zusammen mit den Störungsbildern (z.B. Depressionen, Angststörungen, Persönlichkeitsstörungen), deren jeweiligen Schweregraden und entsprechenden Komorbiditäten sowie individuellen und soziodemografischen Merkmalen und Teilhabechancen der Patienten/innen (z.B. Alter, Geschlecht, Bildung, berufliche Qualifikation, vorhandener Arbeitsplatz/Arbeitslosigkeit). Aber auch die Behandlungsdauer und -art (z.B. ambulant, (teil-) stationär) sowie weiterführende postrehabilitative Angebote der Beratung/Behandlung/Nachsorge oder von Selbsthilfegruppen und funktionierende soziale Netzwerke haben einen Einfluss auf den nachhaltigen Behandlungserfolg.

Die Realisierung der beschriebenen allgemeinen Wirkfaktoren in einer Rehabilitationseinrichtung ist als wichtiges Qualitätsmerkmal - gerade in den Indikationsbereichen der Psychosomatik und Abhängigkeitserkrankungen - anzusehen. Die wesentlichen Wirkfaktoren in der Psychotherapie sind allesamt qualitativer Natur und lassen sich durch die quantitative Erfassung von Leistungen nicht abbilden. Angesichts der Komplexität der Behandlung in der medizinischen Rehabilitation (z.B. mit vielfältigen fachbereichsbezogenen Angeboten sowie indikativen Gruppenangeboten und Einzeltherapien) ist es zudem – im Unterschied zur ambulanten Psychotherapie mit einem/r Behandler/in – kaum möglich, die Qualität der einzelnen Behandlungsleistungen bzw. gar einzelner Behandler/innen differenziert über externe Qualitätssicherungsinstrumente der Leistungsträger zu erfassen. Hier spielen natürlich auch datenschutzrechtliche Aspekte eine Rolle. Vielmehr wird der Gesamteindruck/die Gesamtbeurteilung der jeweiligen Behandlungsbereiche mit entsprechenden Patientenfragebögen abgefragt. Zudem wird jeweils nur eine Stichprobe an Patienten/innen – und die Auswertung und Rückmeldung an die Rehabilitationseinrichtungen erfolgt zudem zeitversetzt - erfasst. Mehr Hinweise über die Qualität der Behandlungsprozesse lassen sich z.B. über klinikinterne Befragungen erzielen, da diese kontinuierlich und zeitnah sowie differenziert nach Abteilungen/Therapiegruppen - und damit auch in der Einrichtung zuordenbar - erhoben werden. Im Umgang mit den Ergebnissen ist eine hohe Sensibilität von den Führungs-/Leitungskräften gefordert. Wichtige Instrumente zur Verbesserung der Qualität der therapeutischen Behandlung sind des Weiteren die interne/externe Supervision oder interdisziplinäre Fallbesprechungen, bei denen die individuellen Therapieziele, die Entwicklungsschritte des/r Patienten/in in den verschiedenen Rehabilitationsbereichen und der weitere Fortgang der Behandlung im Reha-Team besprochen werden. Wichtig ist es, um gerade auch kritische Aspekte im Behandlungsprozess offen ansprechen zu können und miteinander hierfür nach Lösungswegen zu suchen - wie sich auch in anderen Lebens-/Themenfeldern zeigt – nicht nur der respektvolle und wertschätzende Umgang mit den Patienten/innen, sondern auch innerhalb des Rehabilitationsteams und zwischen der Einrichtungsleitung und den Mitarbeitern/innen.

2.V Merkmale einer erfolgreichen Rehabilitationseinrichtung und Differenzierung der Behandlungsangebote

Im Weiteren wird auf entsprechende Studien im Bereich der medizinischen Rehabilitation eingegangen, die mit der Qualität von Rehabilitationseinrichtungen (V.1) und der Behandlung selbst im Zusammenhang stehen. Angesichts des in Entwicklung befindlichen qualitätsorientierten Steuerungssystems der Rentenversicherung, welches die stationäre Rehabilitation betrifft, wird im Weiteren vorrangig auf diesen ausgewählten Bereich eingegangen.

2.V.1. Merkmale einer erfolgreichen Rehabilitationseinrichtung

Ausgangspunkt der Studie „Merkmale einer guten und erfolgreichen Reha-Einrichtung“ (MeeR) von Th. Meyer et al. (2015), die von der Deutschen Rentenversicherung Bund finanziert wurde, ist, dass sich große Qualitätsunterschiede zwischen Rehabilitationseinrichtungen bezogen auf den Reha-Erfolg aus Rehabilitandensicht weder durch Merkmale der Patienten/innen, noch über die im Rahmen der Reha- Qualitätssicherung der Rentenversicherung überprüften Parameter (z.B. Rehabilitandenzufriedenheit, Reha-Ergebnis) erschöpfend erklären lassen. Mit qualitativen Forschungsmethoden (z.B. Interviews, teilnehmende Beobachtung) wurde untersucht, was genau die jeweilige Reha-Einrichtung auszeichnet, die bezogen auf den Behandlungserfolg besser beurteilt wurde. Als wesentliche einrichtungsspezifische Einflussfaktoren für den Reha- Erfolg wurden folgende Kriterien im Rahmen des MeeR-Projektes gefunden, die nachfolgend thesenhaft zusammengefasst sind.

„These 1: Interdisziplinäre Zusammenarbeit

Förderlich für den Reha-Erfolg der Rehabilitanden/innen ist die kontinuierliche Weiterentwicklung einer berufsgruppenintegrierenden, wechselseitigen, die Kompetenzen der jeweiligen Berufsgruppen wertschätzenden Zusammenarbeit im Rehateam und eine damit einhergehende Verlagerung der umfassenden ärztlichen Verantwortung auf eine berufsgruppenübergreifende Verteilung von Verantwortung bei der Versorgungsplanung, z.B. für die Entwicklung neuer Ansätze der Gestaltung von Rehaprozessen und der Versorgungsgestaltung, z.B. in Form besser abgestimmter Therapieziele oder auch in Form angemessener und abgestimmter Handlungsspielräume bei behandlungsrelevanten Entscheidungen.

These 2: Therapiezielvereinbarung und Rehabilitanden/innen-Orientierung

Förderlich für den Reha-Erfolg der Rehabilitanden/innen ist die kontinuierliche Weiterentwicklung der Teilhabe der Rehabilitanden/innen an der Therapiezielvereinbarung, die im Sinne der interdisziplinären Zusammenarbeit von verschiedenen Berufsgruppen verantwortlich mitgestaltet werden kann. Dieser Teilhabe liegt eine die Rehabilitanden/innen wertschätzende und sie in ihrem Rehaprozess begleitende Haltung der Mitarbeiter/innen zugrunde. Sie fördert eine Auseinandersetzung der Rehabilitanden/innen mit der Gestaltung ihres zukünftigen Lebens mit der Erkrankung. Diese Haltung geht einher mit Möglichkeiten der Mitarbeiter/innen – auch im Rahmen von Gruppenangeboten – individuell auf den einzelnen Rehabilitanden einzugehen. Partizipativ vereinbarte Therapieziele bestärken zugleich über die interdisziplinäre Zusammenarbeit die Kontinuität der Versorgung und damit auch den Reha-Erfolg. Für den Reha-Erfolg hinderlich sind eine rein formal anmutende Thematisierung von Zielen, insbesondere für Dokumentationszwecke sowie eine tendenziell kontrollierende und erzieherische Haltung der Mitarbeiter/innen gegenüber den Rehabilitanden/innen, die sich im Einsatz der Therapieziele als Druckmittel zur Beförderung einer sogenannten Compliance ausdrücken kann.

These 3: Mitarbeiter/innen-Orientierung

Förderlich für den Reha-Erfolg der Rehabilitanden/innen sind konzeptuelle, von den Mitarbeitern/innen geteilte Ansätze der Gestaltung von Rehabilitation – sowohl auf der Ebene der Zusammenarbeit zwischen Mitarbeitern/innen als auch auf der Ebene der Zusammenarbeit mit Rehabilitanden/innen. Die Entwicklung dieser Ansätze ist Ausdruck einer berufsgruppenübergreifenden, wechselseitigen und die Kompetenzen der Akteure/innen der jeweiligen Berufsgruppen integrierenden Zusammenarbeit. Sie ermöglichen einen Handlungsrahmen für eine gleichwertige und einander wertschätzende Gestaltung von Rehaprozessen mit Blick auf die einzelnen Mitarbeiter/innen wie auch auf die einzelnen Rehabilitanden/innen.“ (ebda.).

Im Rahmen der MeeR-Studie wurden somit qualitative Merkmale von Rehabilitationseinrichtungen identifiziert, die für den Erfolg einer Reha-Maßnahme (mit)verantwortlich sind. Hierbei ging es nicht um sog. „harte“ Merkmale, wie etwa zählbare Reha-Leistungen pro Patient/in, sondern vielmehr um sog. „weiche“ Aspekte der Versorgung, die sich z.B. auf die Kommunikation, die Realisierung der interdisziplinären Zusammenarbeit und die gelebte Philosophie einer Einrichtung – etwa was die Partizipation der Rehabilitanden/innen oder eine wertschätzende Grundhaltung gegenüber den Mitarbeitern/innen - beziehen.

Folgende allgemeingültigen Schlussfolgerungen ziehen die Autoren/innen der Studie aus dem MeeR-Projekt für die Optimierung der medizinischen Rehabilitation (vgl. ebda.):

- *Es sollte für alle Mitglieder des Reha-Teams einer Einrichtung die Möglichkeit zur Teilnahme an konstruktiven interdisziplinären Teambesprechungen geben.*
- *Ein offener, wechselseitiger Austausch unter gezielter Ansprache der Kompetenzbereiche der unterschiedlichen Berufsgruppen ist zu fördern.*
- *Hierzu kann beispielsweise das gegenseitige Hospitieren in den verschiedenen Fachbereichen dienen.*
- *Ebenso kann das Potenzial von fallbezogenen Konferenzen noch deutlich besser genutzt werden, um die interdisziplinäre Zusammenarbeit zu stärken.*
- *Es erscheinen Änderungen von Haltungen der verschiedenen Protagonisten/innen notwendig zu sein, u.a. zum eigenen beruflichen Selbstverständnis, den Bildern über Rolle und Kompetenzen von Akteuren/innen anderer Berufsgruppen, aber auch von Bildern von Rehabilitanden/innen.*
- *Es besteht Handlungsbedarf in Praxis und Forschung die Angebotsentwicklung in der medizinischen Rehabilitation unter dem Gesichtspunkt kontinuierlich angelegter Qualitätsverbesserung zu erörtern.*

2.V.2 Differenzierung der Behandlungsangebote als Qualitätsmerkmal

Eingangs sei hinsichtlich der Differenzierung der Behandlungsangebote in der medizinischen Rehabilitation darauf verwiesen, dass man es bei psychosomatischen Patienten/innen und suchtkranken Menschen mit keinem einheitlichen Krankheitsbild, sondern individuell unterschiedlich ausgeprägten Bedarfslagen zu tun hat, was die Intensität und den Umfang der erforderlichen Unterstützung, Beratung, Behandlung und Nachsorge angeht. Für den Bereich der Suchtbehandlung verweisen Weissinger/Missel (2012) auf die Differenzierung und Vielfalt der Behandlungs- und Unterstützungsangebote, die eine Stärke des Suchthilfesystems in Deutschland ausmacht. „So wissen wir, dass ein erheblicher Teil der Betroffenen auch ohne

professionelle Hilfe remittiert, andere wiederum einer langfristigen intensiven Unterstützung bedürfen. Ausgehend von dieser grundsätzlichen Erwägung ist von einem Steuerungs- und Versorgungsmodell zu fordern, dass jeder Betroffene diejenige Hilfe erhält, derer er bedarf. Hinsichtlich der medizinischen Rehabilitation haben sich in Deutschland folgende Angebote entwickelt:

- ambulante Rehabilitation
- stationäre Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen
- ganztägig ambulante Rehabilitation
- Kombinationsbehandlung

Darüber hinaus gibt es komplementäre Angebote für suchtkranke Menschen. Hierunter werden gefasst:

- Adaption (als Teilbereich der medizinischen Rehabilitation, Phase 2 der Entwöhnungsbehandlung)
- Soziotherapeutische Angebote (Leistungsträgerschaft Sozialhilfe).“ (Weissinger, Missel 2012)

In der psychosomatischen Rehabilitation und der Rehabilitation Abhängigkeitskranker kommen- um die entsprechenden Rehabilitations-/Therapieziele erreichen zu können – in einem interdisziplinären Setting ganz unterschiedliche Verfahren und Methoden, wie etwa Ergotherapie, Bewegungs- und Sporttherapie, Arbeitstherapie, soziale Arbeit und medizinische Behandlungen zum Tragen, eine zentrale Rolle spielt dabei die Psycho- bzw. Suchttherapie.

W. Wittmann (1995, 2002) referierte bereits im Jahr 1994 im Rahmen des bundesweiten Heidelberger Suchtkongresses - der sich im Kontext des damals neu entwickelten Qualitätssicherungsprogramms der Rentenversicherung frühzeitig mit dem Thema „Qualitätssicherung in der Rehabilitation Abhängigkeitskranker“ befasste - über die Fragestellung „Wie ist Psychotherapie messbar?“. Im Rahmen der `Zauberbergstudie` wurden die Effekte der stationären psychosomatischen Rehabilitation untersucht. Es wurden folgende vier Teilbereiche, die von den Patienten/innen am Ende einer Rehabilitationsleistung bei psychischen Störungen als besonders hilfreich erlebt wurden, ermittelt:

- Qualität der therapeutischen Beziehung
- Qualität der Selbsterfahrung, Realisierung von Einsicht, Auseinandersetzung mit den wichtigsten Problemen
- Qualität der Beziehung zu Mitpatienten/innen
- Qualität konventioneller Maßnahmen (Sport-, Ergotherapie, Freizeitangebote etc.).

Als wichtige Kernvariable für den Behandlungserfolg wurde „Abbau von Demoralisierung zum Behandlungsende“ bzw. „Hoffnung auf den Behandlungserfolg zum Behandlungsende“ ermittelt. Im Rahmen einer Pfadanalyse stellte sich heraus, dass die Qualität der therapeutischen Beziehung und noch stärker die Qualität der Auseinandersetzung mit den eigenen Problemen zur Remoralisierung beitragen, welche wiederum den Langzeiterfolg erklärt (vgl. Wittmann et al. 2002). Es zeigte sich des Weiteren, dass Patienten/innen mit relativ geringerer Demoralisierung sich intensiver mit ihren Problemen auseinandersetzen. Die Autoren der Studie folgern daraus: „Wir erhalten hierdurch einen Hinweis, wie das Programm optimiert werden kann. Für die am stärksten demoralisierten Patienten sollte eine höhere Dosierung oder

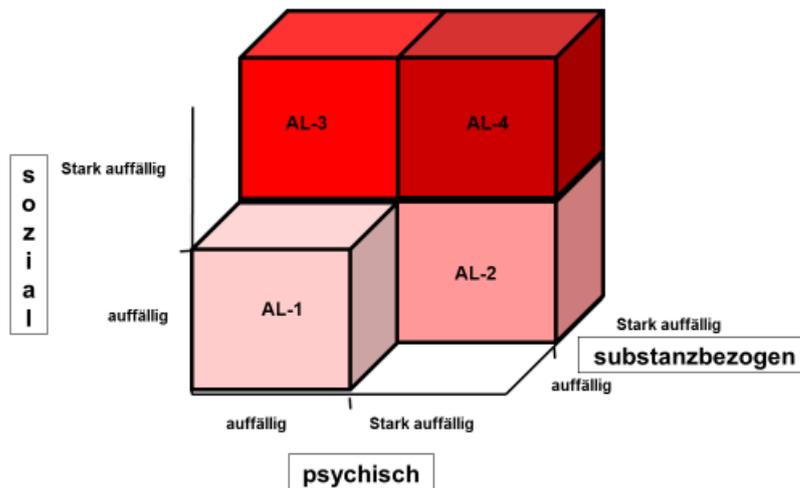
zusätzliche Interventionen geplant werden, die eine Auseinandersetzung mit den Problemen fördert (...).“ (dies, S. 52).

Einen solchen Ansatz der Differenzierung der Behandlungsangebote, orientiert am Schweregrad der Patienten/innen, verfolgte das Modellprojekt der sog. Rehabilitanden-Management-Kategorien (RMK) des Lehrstuhls für Versorgungsforschung und Grundlagen der Qualitätssicherung in der Rehabilitation der Charité Universitätsmedizin Berlin (vgl. Spyra et al. 2011). In diesem Fall ging es um die Bildung von typischen Fallgruppen im Bereich der stationären Rehabilitation alkoholabhängiger Menschen.

Auf Basis der psychischen, der sozialen und der substanzbezogenen Dimension wurde hierbei zwischen 4 Fallgruppen unterschieden (s. Abb. 2).

Abb. 2: RMK-Fallgruppen (Charité Universitätsmedizin Berlin, Versorgungssystemforschung und Grundlagen der Qualitätssicherung in der Rehabilitation)

RMK-Bedarfsgruppen
Kurzcharakteristik



Die unterschiedlichen Beeinträchtigungsgrade dieser Fallgruppen zeigten sich auf 6 Subdimensionen, welche zu den Kategorien substanzbezogene Beeinträchtigung, psychische Beeinträchtigung und soziale Beeinträchtigung gehören und im Rahmen der Studie in Rehabilitationskliniken erhoben wurden (s. Abb. 3)

Abb.3: Bedarfsgruppen Alkoholentwöhnung – Beeinträchtigung auf den sechs Subdimensionen (Spyra, 2011)

Dimension [in % betroffener Pat.]	Gruppierung	AL-1	AL-2	AL-3	AL-4
Substanzbezogene Beeinträchtigung					
	insges. 50,5%	+	+++	+++	++++
		16,9%	62,1%	51,3%	76,6%
Psychische Beeinträchtigung					
Psychische Symptomatik		+	+++	++	++++
	insges. 55,9%	9,1%	73,7%	47,0%	100%
Persönliche Ressourcen		+	++	++	++++
	insges. 42,3%	1,9%	44,7%	46,2%	90,1%
Soziale Beeinträchtigung					
Erwerbsproblematik		++	++	++	+++
<i>Arbeitslosigkeit</i>	insges. 40,2%	28,6%	34,7%	47,0%	58,6%
Arbeitsbezogenes Erleben & Verhalten		++	+++	+++	++++
	insges. 64,9%	47,4%	63,7%	66,7%	89,2%
Soziale Unterstützung		+	++	++++	++++
	insges. 58,0%	23,4%	42,1%	99,1%	90,1%

++++ = >75% → maximale Beeinträchtigung ++ = 26-50% → starke Beeinträchtigung
 +++ = 51-75% → sehr starke Beeinträchtigung + = 0-25% → weniger starke Beeinträchtigung

Bei der Fallgruppe 1 finden sich auf allen Dimensionen die geringsten Ausprägungen, bei Fallgruppe 4 die höchsten Beeinträchtigungen. Die Fallgruppe 2 fällt dadurch auf, dass sie im Bereich der psychischen Beeinträchtigung hohe Werte aufweist, die Fallgruppe 3 verfügt nur über eine geringe soziale Unterstützung.

Grundsätzliche Überlegung des RMK-Ansatzes ist, dass sich die Behandlung hinsichtlich Zeitdauer und der zu erbringenden Leistungen an den unterschiedlichen Behandlungsbedarfen der Patienten/innen orientieren sollte.

Die Forderung nach einer Berücksichtigung individueller Bedarfe im Rahmen der Behandlung wird gestützt durch die Ergebnisse von Katamnese Studien zur Wirksamkeit der stationären Entwöhnungsbehandlung.

Beispielhaft seien hierzu die Ergebnisse zur Effektivität der stationären Suchtrehabilitation des Entlassjahrgangs 2017 von Fachkliniken für Alkohol- und Medikamentenabhängige des Fachverbandes Sucht e.V. dargestellt (vgl. Bachmeier et al. 2020). Die Grundgesamtheit bildeten 7.826 durchgeführte Behandlungen aus 16 Fachkliniken. Die Ausschöpfungsquote betrug 52,0%. Die katamnestiche Erfolgsquote (Abstinenz bzw. Abstinenz nach Rückfall der stationär behandelten Patienten/innen 1 Jahr nach Behandlungsende) lag je nach Berechnungsform wie folgt: Nach DGSS 1 (Katamnese-Antworter mit planmäßiger Beendigung) bei 74,4% und nach DGSS 4 (gesamter Entlassjahrgang, Nichtantworter oder widersprüchliche Katamnese-Informationen werden generell als rückfällig gewertet) bei 37,8%. Zum einen zeigt sich, wie in weiteren Erhebungen, dass der Behandlungserfolg mit relevanten Patienten- und Behandlungsmerkmalen in Beziehung steht. So erwiesen sich etwa als positive Faktoren für den Behandlungserfolg: Höheres Lebensalter, Geschlecht weiblich, feste Partnerbeziehung, Erwerbstätigkeit, keine psychische Komorbidität, planmäßige Entlassung. Auch zeigen entsprechende Studien beim Vergleich von Patienten/innen mit unterschiedlichen konsumierten Substanzen (z.B. Alkohol, Cannabis, Opioide), wie auch zwischen denen mit substanzgebundenen und -

ungebundenen Abhängigkeitsformen (pathologisches Glücksspiel, pathologischer PC-Gebrauch), Unterschiede hinsichtlich der jeweiligen Patienten/innenmerkmale und des Behandlungserfolges (Ergebnisqualität). Zudem lässt sich feststellen, dass auch ein Zusammenhang zwischen Behandlungsdauer und Behandlungserfolg besteht. Demnach weisen Patienten/innen in Fachkliniken für Alkohol-/Medikamentenabhängigkeit mit einer Behandlungsdauer von bis zu 12 vollendeten Behandlungswochen eine katamnestische Erfolgsquote nach DGSS 4 von 31,2 Prozent auf, Patienten, die 12-16 Wochen behandelt wurden, waren zu 42,4% und diejenigen, welche über 16 Wochen behandelt wurden, zu 39,1 Prozent erfolgreich. Nach DGSS 1 lagen die katamnestischen Erfolgsquoten bei 69,8% (Dauer bis zu 12 Wochen), 75,9% (Dauer 12-16 Wochen) und 79,4% (Dauer über 16 Wochen). Die Autoren/innen gehen davon aus, dass mit einer Zunahme des Schweregrads der Erkrankung bzw. der Multimorbidität und der Höhe des jeweiligen Teilhabebedarfs auch die Behandlungsdauern in den Rehabilitationskliniken ansteigen (ebda.).

Folgendes Fazit lässt sich aus den Studien hinsichtlich der qualitativen Weiterentwicklung der Behandlungsangebote in der Psychosomatik bzw. der Rehabilitation Abhängigkeitskranker ziehen, womit auch Auswirkungen auf die Belegungssteuerung verbunden sind:

- *Die Individualisierung und Differenzierung der Behandlungsangebote und deren Ausrichtung an den unterschiedlichen Bedarfen (z.B. Art, Anzahl und Schweregrad der Störungen, vorhandene Konsummuster, Alter und Geschlecht, Teilhabebedarfe) der Rehabilitanden/innen ist sinnvoll.*
- *Die Bildung von Fallgruppen, wie etwa im Rahmen RMK Projektes für die Behandlung alkoholabhängiger Menschen erfolgt, ist aus klinischer Sicht plausibel. Vorrangiges Ziel sollte sein, den Behandlern/innen ausreichende Spielräume für die Ausrichtung der Behandlung an den jeweiligen Bedarfen der Rehabilitanden/innen zu ermöglichen (z.B. hinsichtlich Behandlungsdauer, Anzahl und Kombination der therapeutischen Leistungen, Schwerpunkte und Inhalte der Behandlung).*
- *Bedarfsbezogene Behandlungsstandards, die sich auf das jeweilige Klientel beziehen, können als Grundlage für unterschiedliche Ausstattungsmerkmale von Rehabilitations-einrichtungen (statt: einheitlicher Strukturqualität) herangezogen werden.*
- *Einrichtungsvergleiche erfordern die Berücksichtigung der jeweiligen Behandlungsbedarfe der Klientel. Wichtig ist es, neben einer Risikoadjustierung auch die Eingangsbefunde der Patienten/innen und Schweregrade der zugrundeliegenden Störungen zu berücksichtigen.*
- *Spezielle Screenings zur Erhebung der Behandlungsbedarfe im Vorfeld bzw. zu Beginn der Behandlung können hilfreich für die differenzierte Zuweisungssteuerung sein.*
- *Die wesentlichen Wirkfaktoren für die Erreichung des Behandlungserfolgs und deren Realisierung im Rahmen des Behandlungsprozesses sollten bei der einrichtungsinternen und externen Evaluation (z.B. im Rahmen von Patientenbefragungen) besondere Berücksichtigung finden.*
- *Zudem sollten die Ergebnisse mit wichtigen Informationen zur Prozess- und Ergebnisqualität (z.B. Patientenzufriedenheit mit den verschiedenen Therapieelementen, Realisierung von wesentlichen Wirkfaktoren im Rahmen der Behandlung, Abbruchquoten)*

den Behandlern möglichst zeitnah zur Verfügung stehen und diese sollten systematisch Eingang finden, die Qualität der Behandlung z.B. über Fallbesprechungen, Supervision kontinuierlich weiterzuentwickeln.

3 Resümee und abschließende Kernaussagen für den Bereich der medizinischen Rehabilitation

Im Mittelpunkt der medizinischen Rehabilitation stehen die Patienten/innen, ihnen soll nach Möglichkeit eine bestmögliche Behandlung zukommen. Auf entsprechende Rehabilitations- und Therapieziele wurde bereits verwiesen (s. Kap. 2.I). Entscheidenden Einfluss auf die Qualität des Behandlungsprozesses (und der Arzt/Therapeut – Patienten/innen – Interaktion (vgl. Donabedian 1966)) - und damit auch auf den Behandlungserfolg - haben das Reha-Team und damit die beteiligten Therapeuten/innen und Ärzte/innen. Deren Handeln und Haltung wird wiederum beeinflusst von der Organisations- und Führungskultur einer Rehabilitationseinrichtung. Eine Rehabilitationseinrichtung wiederum unterliegt entsprechenden gesetzlichen und strukturellen Rahmenbedingungen – für welche die Leistungsträger in der Umsetzung Verantwortung tragen - , und diese ist zudem eingebettet in ein Netzwerk von Vor- und Nachbehandlern.

Von daher werden – auf Basis der im Kap. 2 getroffenen Analogien und Erkenntnisse - im Weiteren die wesentlichen Qualitätsmerkmale der Beteiligten auf den verschiedenen Ebenen dargestellt, die insgesamt zur Qualität der Rehabilitationsleistung beitragen.

1. Ebene der Patienten/innen

Der Einbezug der Patienten/innen in den Behandlungsprozess ist von entscheidender Bedeutung für den Erfolg und die Wirksamkeit der Rehabilitationsleistung und deren Nachhaltigkeit, bei der dann die Übertragung des Erlernten in den Alltag der Patienten/innen - ggf. auch mit Unterstützung durch auch Nachsorge-, Selbsthilfegruppen - und weiterführende Behandlungsangebote – im Mittelpunkt steht. Wichtig aus der jeweiligen Patienten/innensicht ist dabei,

- sie/ihn dort abzuholen, wo sie/er steht - unter Beachtung der vorhandenen Problembereiche und Ressourcen - die mit aussagekräftigen Instrumenten/Methoden ermittelt wurden - und des jeweiligen Erfahrungshorizonts
- kurz-, mittel- und langfristige Behandlungsziele mit ihr/ihm von Seiten der Behandler abzustimmen, die nachvollziehbar, möglichst konkret und erreichbar sind
- ihre/seine Selbstwirksamkeitserwartung zu beachten, ihre/sein Vertrauen in die eigene Veränderungsfähigkeit zu fördern und eine vorhandene Demoralisierung abzubauen
- ihr/sein Verständnis für die Art und Schwere der Erkrankung sowie die intrinsische Motivation zur Veränderung zu fördern
- ihr/ihm entsprechende Strategien, Methoden, Materialien und Techniken zur Verfügung zu stellen, die er/sie als hilfreich passend und förderlich einschätzt, um die eigene Problemlösungsfähigkeit im Umgang mit schwierigen Situationen zu stärken

- sie/ihn kontinuierlich in den Behandlungsprozess mittels entsprechender Feedbackmethoden einzubeziehen und diese Rückmeldungen zeitnah in die weitere Planung und Behandlung einzubeziehen
- sie/ihn für eine vertrauensvolle Zusammenarbeit durch entsprechende Kontaktangebote zu gewinnen,
- ihr/ihm ein ansprechendes Ambiente und angemessene Rahmenbedingungen (Unterbringung, Verpflegung, Freizeitmöglichkeiten etc.) zur Verfügung zu stellen
- ihr/sein persönliches Umfeld im Behandlungsprozess entsprechend zu berücksichtigen und Angehörige/nahestehende Personen nach Möglichkeit zur Mitwirkung/Unterstützung anzuregen
- ihr/ihm erforderliche und passende postrehabilitative Angebote zur weiteren Stabilisierung des Behandlungserfolges zur Verfügung zu stellen.

Für Patienten/innen mit psychischen Erkrankungen- und hierzu gehören auch Suchterkrankungen - ist es wichtig, eine wertschätzende, unterstützende und förderliche Atmosphäre zu erfahren, um angesichts von häufig langjährigen Krankheitsverläufen wieder Vertrauen in sich und andere aufzubauen und Hoffnung auf Veränderung, und ein erfüllteres Leben zu schöpfen. Es sind aber auch klare Regelungen, z.B. hinsichtlich des Umgangs mit Suchtmitteln oder zur Aufrechterhaltung eines respektvollen Umgangs miteinander, notwendig. Diese Werte und Regeln müssen von den Mitarbeitern/ innen einer Rehabilitationseinrichtung vertreten und mit Leben erfüllt werden.

2. Ebene der Behandler/innen

Wesentliche Haltungen und Werte der Behandler/innen, die einen positiven Einfluss auf die Qualität der Behandlung und die Entwicklung der Patienten/innen haben, sind demnach z.B.

- Ressourcenorientierte Haltung gegenüber den Patienten/innen
- Entgegenbringen von Respekt und Wertschätzung
- Klarheit hinsichtlich der Ziele und im Umgang mit den Patienten/innen
- Adäquates Fordern unter Berücksichtigung der Diagnosen, der Vorerfahrungen und des Entwicklungsstandes des/r Patienten/innen
- Abstimmung der Reha-Ziele mit dem/r Patienten/in
- Förderung intrinsischer Motivation unter Beachtung der Phasen, in denen sich die Patienten/innen befinden
- Eröffnung von Experimentierfeldern und Lernfeldern, um Kompetenzen zu erwerben und diese einzuüben mit dem Ziel der Verselbständigung
- Unterstützung der Patienten/innen, Probleme aus eigener Kraft anzugehen und eine lösungsorientierte Haltung zu entwickeln
- Unterstützung des/r Patienten/in darin, emotional tragfähige Beziehungen einzugehen unter Beachtung der eigenen Gefühle und Wahrnehmungen
- Adäquates Loben von Entwicklungsschritten der Rehabilitanden/innen (Ausdauer, Engagement, Lernerfolge etc.)
- Bereitschaft, das eigene Handeln zu evaluieren, zu reflektieren und mit den Kollegen/innen zu diskutieren (z.B. im Rahmen der Supervision, Fallbesprechungen) sowie Abstimmung der Behandlungsziele und -schritte im Reha-Team
- Kommunikation und fachlicher Austausch mit den Vor- und Nachbehandlern, Pflege von Netzwerken

- Einbezug von Angehörigen/nahestehenden Personen in Absprache mit dem/r Patienten/in
- Unterstützung der qualitativen Weiterentwicklung der Behandlung unter Berücksichtigung aktueller wissenschaftlicher Erkenntnisse.

Die Mitarbeiter/innen sollten von daher zum einen über eine entsprechende Grund- und Geisteshaltung (Stichwort: Leidenschaft) sowie des Weiteren selbstverständlich über die erforderlichen fachlichen Kompetenzen (Vielfalt an Instrumentarien, Methoden etc.) verfügen, um die individuellen, auf den/die jeweilige/n Patienten/in zugeschnittenen Zielsetzungen nach Möglichkeit erreichen zu können und entsprechende Entwicklungsprozesse anzustoßen.

3.Ebene der Organisation/Rehabilitationseinrichtung

Die Entwicklung entsprechender Grundhaltungen der Mitarbeiter/innen und die Förderung von deren fachlichen Kompetenzen erfordert wiederum einen dafür geeigneten Organisationsrahmen, der entsprechende Merkmale aufweist, wie

- Förderung einer respektvollen Grundhaltung in der Organisation unter Beachtung der jeweiligen Kompetenzen und Zuständigkeiten
- Wertschätzung der jeweiligen persönlichen wie fachlichen Kompetenzen der Mitarbeiter/innen
- Förderung von Teamgeist und einer vertrauensvollen Zusammenarbeit (Wir-Gefühl)
- Förderung der Motivation der Mitarbeiter/innen und deren fachlicher Kompetenzen (z.B. Schulungen, Fort-/Weiterbildung, Zurverfügungstellung von Materialien/Curricula)
- Förderung einer lösungsorientierten Haltung unter Einbezug der Mitarbeiter/innen (und z.B. unter Vermeidung von Machtkämpfen)
- Adäquates Loben und Anerkennung der Leistungen der Mitarbeiter/innen
- Förderung von Entwicklungen, kreativem Denken und damit auch von Innovationspotenzialen
- Förderung der Qualitätsorientierung der Rehabilitationseinrichtung im Rahmen eines lebendigen Qualitätsmanagementsystems unter Einsatz praktikabler und geeigneter Instrumente (z.B. Patienten/innen-Befragung, Mitarbeiter-/innen-Befragung, Supervision, Fallbesprechungen).

Die Führungskräfte einer Organisation tragen eine wesentliche Verantwortung dahingehend, entsprechende Werte und Grundhaltungen im alltäglichen Leben ihrerseits zu vertreten und damit eine entsprechende Organisationskultur zusammen mit den Mitarbeitern/innen zu leben. Das geht weit über die bloße Formulierung von schriftlichen Führungsgrundsätzen hinaus und erfordert Verlässlichkeit – gerade auch in Krisensituationen.

4.Ebene der Leistungsträger

Für die entsprechenden strukturelle Rahmenbedingungen der Rehabilitationseinrichtungen tragen die entsprechenden Leistungsträger z.B. (Renten, Kranken-, Unfallversicherung) die Verantwortung. Um die obigen Aspekte von Seiten einer

Rehabilitationseinrichtung auch realisieren zu können, müssen die erforderlichen Mittel für eine adäquate Ausstattung und die erforderlichen personellen Ressourcen zur Verfügung stehen. Die Grundhaltung der Leistungsträger sollte darin bestehen, in Kenntnis der jeweiligen Einrichtung und im Dialog mit ihr, deren Qualität im Interesse ihrer Versicherten nach vorhandenen Möglichkeiten zu fördern. Ein respektvoller und dialogorientierter Umgang und ein kontinuierlicher Austausch zwischen Leistungserbringern und -trägern - unter Wahrung der jeweiligen Verantwortlichkeiten - ist wichtig, um die Bedarfe der Organisation bzw. Rehabilitationseinrichtung erkennen zu können, um bei Bedarf Unterstützung zu geben, damit sich deren Potentiale entfalten können und um Innovationen gezielt zu fördern. Um dies leisten zu können, ist eine entsprechende personelle Ausstattung der Leistungsträger mit Fachpersonal notwendig.

Bereits im Jahr 1995 formulierten die Suchtverbände dazu „Regelmäßige Klinikbesuche sind für die Zusammenarbeit zwischen Leistungsträger und Kliniken förderlich. Diese Kontakte sollten in offener und sachlicher Atmosphäre fortgeführt werden.“ (Beutel et al 1995). Darüber hinaus haben Leistungsträger selbstverständlich auch eine Kontroll- und Steuerungsfunktion und auf die wirtschaftliche Erbringung der Leistungen zu achten. Die Ausbalancierung zwischen der Kontrollfunktion und dem Anlegen, die Qualität der Rehabilitationseinrichtungen zu fördern, erfordert „viel Fingerspitzengefühl und kann nur in partnerschaftlicher Kooperation aller Beteiligten verwirklicht werden mit der gemeinsamen Zielsetzung, das vorhandene hohe Leistungsniveau auch weiterhin zu sichern und zu verbessern.“ (ebda.).

Letztendlich wird aus den obigen Ausführungen (s. Kap.2) deutlich, dass die Qualität einer Rehabilitationseinrichtung und der -leistungen erheblich mehr umfasst, als derzeit mit den Instrumenten der Qualitätssicherung der Leistungsträger abgebildet werden kann (s. hierzu Teil 1, vgl. Fachverband Sucht 1994). Von daher können IT- gestützte Steuerungssysteme, die auf Qualitätspunkten von Einrichtungen – welche mithilfe dieser Instrumente ermittelt wurden – beruhen, derzeit dem Anspruch einer qualitätsorientierten Steuerung wohl kaum bzw. nur ansatzweise genügen. Letztendlich könnte am Ende dieser Entwicklung stehen, dass man Patienten/innen über KI Systeme (künstliche Intelligenz) in Einrichtungen steuert, ohne dass man diese jemals von innen gesehen hat. Um die wesentlichen qualitativen Merkmale einer Rehabilitationseinrichtung erfassen und einschätzen zu können, bedarf es insbesondere des Einsatzes qualitativer Instrumente und Verfahren, die allerdings aufwändig und personalintensiv sind. Unerlässlich ist es unter dem Aspekt der Praktikabilität und um einen spürbaren praktischen Nutzen für die Rehabilitationseinrichtungen und deren Mitarbeiter/innen zu erzielen, zudem, dass die Ergebnisse der eingesetzten Instrumente über entsprechende Feedback-Schleifen möglichst zeitnah zur Verfügung stehen, um entsprechende Schritte zur Qualitätsverbesserungen einleiten zu können. Qualität wird im Prozess erzeugt, Qualitätsförderung ist von daher eine alltägliche und permanente Aufgabe, die sich nicht im Jahreszyklus vollzieht, sondern auf permanente und fortlaufende Rückmeldungen angewiesen ist. Erinnerung sei hierzu nochmals an die Ursprünge des Fünf-Punkte-Programms zur Reha-Qualitätssicherung (QS) der damaligen Bundesversicherungsanstalt für Angestellte im Jahr 1994 (s. Teil 1, vgl. Egner, Theißen 2019), welches eine enge Verknüpfung von Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement vorsah. So sollten wichtige Erkenntnisse und Ergebnisse externer und interner Erhebungen im Rahmen interner Qualitätszirkel in den Rehabilitationseinrichtungen diskutiert werden. Zudem sollte über Qualitätsbeauftragte die kontinuierliche qualitätsorientierte

Weiterentwicklung der Rehabilitationseinrichtungen strukturell verankert werden. Im weiteren Verlauf kam es dann zur systematischen Trennung von externer Qualitätssicherung durch die Leistungsträger und internem Qualitätsmanagement über entsprechende Zertifizierungsverfahren der Leistungserbringer. Gleichwohl war eine enge Verknüpfung der beiden Ansätze weiter vorgesehen. Einen zentralen Stellenwert sollten dabei aus Sicht der Rentenversicherungsträger die Visitationen einnehmen. Bei diesen sollten dann deren externen QS - Ergebnisse, wie auch einrichtungsinterne Erhebungen und Entwicklungen zwischen Leistungsträgern und Rehabilitationseinrichtungen miteinander besprochen werden. Angesichts des hohen personellen Aufwands, der mit einem kontinuierlichen und in überschaubaren Zeitzyklen stattfindenden Dialog verbundenen ist, hat sich die adäquate Umsetzung allerdings bundesweit nicht realisieren lassen. Das erst vor kurzem eingeführte Instrument des Strukturierten Qualitätsdialogs der Rentenversicherungsträger (s. Teil 1) hat in diesem Zusammenhang eine völlig andere Zielsetzung, da es vorrangig dazu dient, sog. `bad apples` mit deutlich unterdurchschnittlichen Qualitätsergebnissen (bezogen auf die externe Qualitätssicherung) zu erkennen und mit diesen Lösungswege zur Abstellung von entsprechenden Qualitätsmängeln zu finden bzw. entsprechende Konsequenzen bei Nichtabstellung zu ziehen.

Um die Qualität einer Rehabilitationseinrichtung – das machen die obigen Ausführungen deutlich – einigermaßen einschätzen zu können, ist der unmittelbare Eindruck vor Ort und der kontinuierliche Austausch mit den Behandlern – unter Berücksichtigung der Patientenperspektive - ein wichtiger Aspekt. Nur auf Basis der persönlichen Kenntnis einer Einrichtung kann z.B. der Zustand der Räumlichkeiten und der Ausstattung eingeschätzt, können aktuelle Eindrücke und zeitnahe Erfahrungen (z.B. über Leitungs-, Mitarbeiter/innen- und Patienten/innen-Gespräche) gewonnen, kann das notwendige Vertrauen in das Handeln des Gegenübers aufgebaut, fachliche Fragen und Entwicklungen der Einrichtung offen und in der erforderlichen Tiefe miteinander besprochen werden und insgesamt eine verlässliche und tragfähige Basis zwischen den Beteiligten entstehen.

Wichtig ist, im Rahmen der Diskussion um Qualität und Qualitätsentwicklung auf der einen Seite komplexe Vorgänge nicht zu sehr zu vereinfachen, auf der anderen Seite aber auch die Handhabbarkeit der Informationen zu gewährleisten. Von daher muss man sich auf die wesentlichen Qualitätsmerkmale und damit im Zusammenhang stehende zentrale Wirkfaktoren konzentrieren. Hierfür ist der Dialog auf Augenhöhe zwischen den zuständigen Leistungsträgern mit entsprechenden Experten/innen der Leistungserbringer unerlässlich.

Bei entsprechenden Diskussionsprozessen ist – und das ist ein weiteres Beispiel für die Komplexität der Thematik - auch zu berücksichtigen, dass die aktuellen Erhebungen der Leistungsträger zur Qualitätssicherung nur einen Ausschnitt und nicht die Komplexität eines vernetzten Behandlungsprozesses abbilden. Um etwa die Ergebnisqualität einer Rehabilitationseinrichtung angemessen beurteilen zu können, ist nicht nur eine Risikoadjustierung, sondern auch der Eingangsbefund (z.B. Schweregrad der Erkrankung, Multimorbidität, Teilhabeprobleme) zu berücksichtigen, ebenso wie die nachgehende Versorgung und die Qualität der postrehabilitativer Behandlungsangebote und Nachsorgeleistungen oder die Inanspruchnahme von Selbsthilfegruppen. Die Einbindung und Vernetzung von Rehabilitationseinrichtungen hat einen erheblichen Einfluss auf deren Wirksamkeit und die Verstetigung des Behandlungserfolges und ist von daher auch ein wichtiges Qualitätsmerkmal.

Hinsichtlich der Fragestellung, wie denn die konkrete Auswahl einer passenden Rehabilitationsklinik erfolgen kann, wurden für entsprechende Vorbehandler/Fallmanager/Berater vom Fachverband Sucht e.V. folgende Hinweise (Weissinger, Missel 2012) gegeben:

Fragen an den Vorbehandler/Berater/Fallmanager:

1. Passt das Behandlungsangebot der Einrichtung zu den Behandlungsbedarfen dieses Patienten?
2. Gibt es spezifische Aspekte zu beachten (z.B. weltanschaulicher/religiöser Art, Unterbringung [z.B. Einzel-, Doppelzimmer], Zusammensetzung der "typischen" Klientel der Einrichtung, Erforderlichkeit der Herausnahme aus dem Milieu, Migration/Sprache)?
3. Kenne ich genügend Rehabilitationskliniken und kann deren Qualität beurteilen?
4. Welche Erfahrungen habe ich mit der jeweiligen Einrichtung gemacht, z.B. Rückmeldungen von Klienten/Patienten, Gestaltung der Zusammenarbeit, persönliche Eindrücke (z.B. Klinikatmosphäre, Freundlichkeit und Wertschätzung des Personals, Beurteilung der Kompetenz der Behandler)?
5. Würde ich selbst mich in der Einrichtung bei entsprechendem Behandlungsbedarf behandeln lassen bzw. würde ich diese auch einem guten Freund/einer guten Freundin empfehlen?

Auch im Zeitalter der Digitalisierung, der Klinikbewertungsportale, der vielen Qualitätsberichte von Einrichtungen und einrichtungsübergreifenden Datenbanken mit Qualitätsdaten im Internet spielt die persönliche Empfehlung von vertrauten, verlässlichen und als kompetent eingestuften Personen (z.B. Angehörige, Freunde/innen, Hausärzte/innen, Berater etc.) nach wie vor eine nicht zu unterschätzende Rolle bei der Auswahl einer Behandlungseinrichtung. Warum ist das so - denn die Kenntnis über bestehende Einrichtungen ist zahlenmäßig in der Regel recht begrenzt? Im Unterschied zu einer KI- basierten Empfehlung baut diese persönliche Empfehlung auf Vertrauen, der unmittelbaren persönlichen Kenntnis der Einrichtung der jeweiligen Bezugsperson oder auf den ihr vermittelten Erfahrungen von dort behandelten Patienten/innen auf.

Von daher trifft zum einen die Frage „Würde ich diese Einrichtung einem/r guten Freund/in empfehlen?“ (vgl. Schneider 2007) den Kern der Qualität einer Einrichtung und bildet im Grunde die Essenz aus allen Qualitäts-Dimensionen, zum anderen sollte der Faktor Mensch bei allen Entwicklungen der Qualitätssicherung und des -managements niemals vernachlässigt werden.

Anhang:

Exkurs 1

Kurze Historie der Qualitätssicherung und des Qualitätsmanagements

Die Ursprünge der Qualitätssicherung und des -managements entstammen der industriellen Produktion (etwa der Automobil- oder Rüstungsindustrie). Die Qualitätskontrolle und -prüfung des Produkts war zunächst das Hauptanliegen, erweitert wurde diese Strategie in einem weiteren Schritt durch die Vermeidung von Fehlerursachen im Produktionsprozess (vgl. Komashie et al. 2007, Weckenmann et al. 2015). Hauptanliegen war im industriellen Bereich ursprünglich, die Variabilität und Schwankungen im Produktionsprozess durch Qualitätskontrollen zu reduzieren und die Qualität der Produkte durch die Erfüllung entsprechender Vorgaben sowie die Einhaltung von Standards diese zu gewährleisten (vgl. Kamashie et al. 2007). In einer weiteren Phase ab ca. 1960 wurde diese Sichtweise erweitert, indem man versuchte, bereits frühzeitig im Rahmen der Qualitätssicherung Risiken und Probleme im Produktionsprozess zu erkennen und etwa durch den Einsatz von Qualitätszirkeln zu beseitigen. In den 80er Jahren wurde die bislang auf das Unternehmen selbst beschränkte Qualitätsstrategie um eine zunehmende Kundenorientierung ergänzt, und der gesamte Produktionsprozess – und das heißt von der Planung an – in den Blick genommen (ebda.). Mit der wachsenden Komplexität der Produktionsprozesse und der Zunahme der Produktvielfalt und konkurrierender Angebote sowie zunehmenden Kundenanforderungen folgte eine stärker systemorientierte Sichtweise von Qualität im Rahmen des Qualitätsmanagements, welches nun die gesamte Organisation mit ihren verschiedenen Bereichen berücksichtigt (vgl. Weckenmann et al. 2015). Um nationale und internationale Anforderungen an das Qualitätsmanagement zu harmonisieren, folgte die Entwicklung der ISO 9000er Serien, welche basale Anforderungen an Qualitätsmanagementsysteme definierte und über entsprechende Standards, die im Rahmen von Audits und Zertifizierungen überprüft werden, zu einer vertrauensbildenden Kooperation von Partnern (z.B. mit Zulieferern) beiträgt. Hierbei werden nicht nur `materielle` Produkte, sondern auch die Qualität der Dienstleistung und immaterielle Faktoren betrachtet (vgl. ebda.).

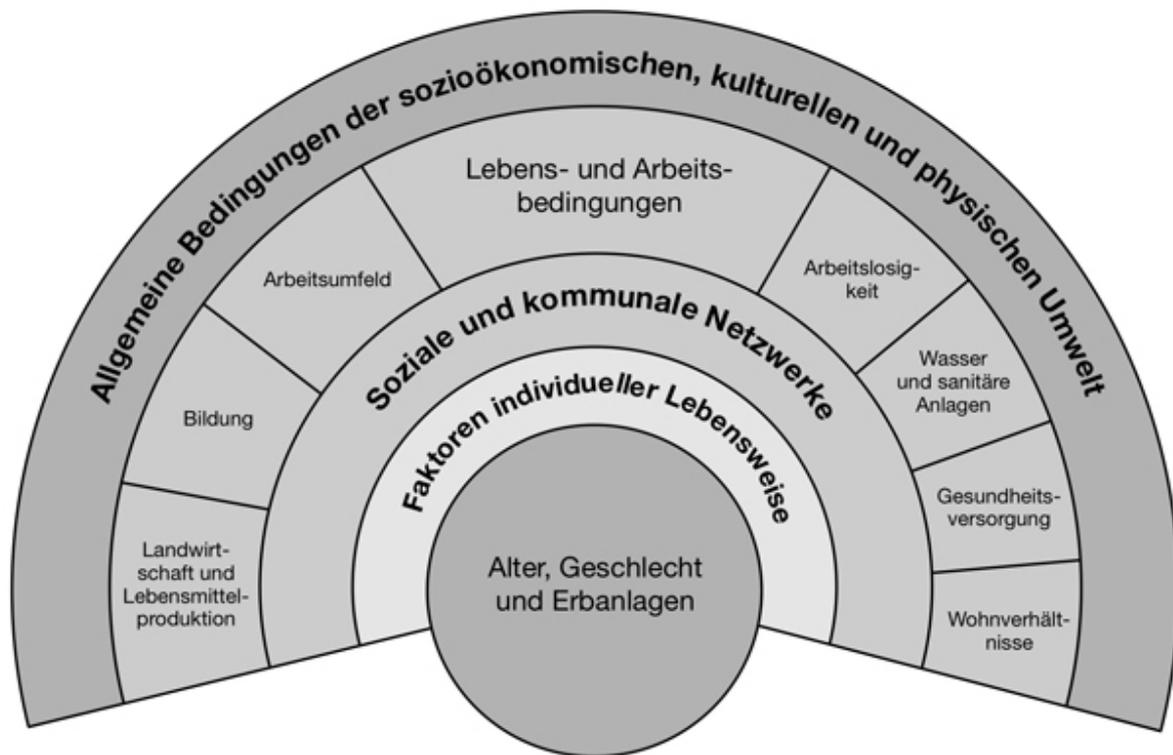
Der letzte Paradigmenwechsel bestand in der Einführung des Total Quality Management, das alle Prozesse und Ergebnisse einer Organisation, inklusive der Zulieferer, Mitarbeiter/innen- und Kundenzufriedenheit, wie auch die soziale Verantwortung und Nachhaltigkeit eines Unternehmens berücksichtigt (vgl. ebda.).

Exkurs 2

Zusammenhänge zwischen individueller Gesundheit/persönlichem Wohlbefinden und gesellschaftlichen Rahmenbedingungen

K. Hurrelmann und M. Richter (2018) weisen in einem Beitrag zu Determinanten der Gesundheit in Anlehnung an Dahlgren/Whitehead darauf hin, dass diese in fünf übergeordnete Bereiche systematisiert werden können (s. Abb. 4).

Abb. 4: Determinanten der Gesundheit (Dahlgren & Whitehead (1991)).



Die einzelnen Gruppen von Determinanten stehen in einer wechselseitigen Beziehung.

Hurrelmann und Richter erläutern Abb. 4 wie folgt:

„Genetische Dispositionen, Geschlecht und Alter stellen den Kern des Modells dar, sind jedoch unbeeinflussbare, feste Determinanten der Gesundheit. Die anderen Faktoren in den umgebenden Schichten können hingegen - mit Strategien der Prävention und Gesundheitsförderung - potenziell modifiziert werden, um so einen positiven Einfluss auf die Gesundheit auszuüben:

- Der Lebensstil und das Gesundheitsverhalten beziehen sich primär auf gesundheitsförderliche wie -schädigende Verhaltensweisen (z.B. Ernährung, Tabak- und Alkoholkonsum oder Gewalt).
- Eine gute soziale Integration in unterschiedliche soziale Netzwerke (Freundeskreis, Familie, Community) unterstützt die Erhaltung und Wiederherstellung von Gesundheit und senkt das Risiko externer gesundheitsschädigender Einflüsse. Diese Determinanten haben nicht nur einen direkten Effekt, sondern wirken auch indirekt über das Gesundheitsverhalten auf die Gesundheit.
- Beeinflusst werden diese sozialen und gemeinwesenbezogenen Netzwerke durch die individuellen Lebens- und Arbeitsbedingungen, wie etwa die Belastung am Arbeitsplatz, Bildung ebenso wie die Wohnsituation und das Gesundheitssystem. Auch diese Einflussgrößen können einen eigenständigen sowie vermittelten Effekt auf die Gesundheit haben.
- Die allgemeinen sozioökonomischen, kulturellen und umweltbezogenen Bedingungen - wie sie sich beispielsweise in sozialen Ungleichheiten ausdrücken - stellen als Makrofaktoren die komplexesten Determinanten der Gesundheit dar und sind in diesem Sinne die „Ursachen der Ursachen“ von eingeschränkter Gesundheit und Krankheit (...).“ (ebda.).

Sie weisen darauf hin, dass das weitaus größte Gewicht für die Erklärung des Gesundheits- und Krankheitszustandes der Bevölkerung die verhaltensbezogenen und sozialen Determinanten haben, d.h. der Lebensstil und die Lebensbedingungen. Allerdings ergänzen sie: „Hebt man ausschließlich die Bedeutung des Gesundheitsverhaltens hervor und vernachlässigt die strukturelle Einbettung dieser Verhaltensweisen in die individuellen Lebensbedingungen, besteht die Gefahr einer individuellen Zuschreibung von Verantwortung (‘blaming the victim’), die tatsächlich gesellschaftlichen bzw. strukturellen Mechanismen zuzuordnen ist und keiner individuellen Kontrolle unterliegt. So sind Lebensgewohnheiten eng mit den tagtäglichen Arbeits-, Wohnungs- und Kulturgegebenheiten verbunden. (...). Durch den direkten Einfluss auf die Gesundheit und den indirekten Beitrag, der über das Gesundheitsverhalten wirkt, haben die Lebens- und Arbeitsbedingungen - wie z.B. unterschiedliche Erwerbschancen, Wohnbedingungen oder ökonomische Ressourcen - eine höhere Erklärungskraft für die Gesundheit als das Gesundheitsverhalten allein. Dieses Ergebnis zeigt, dass verhaltensbezogene Maßnahmen nur begrenzt erfolgreich sein können und dass eine Verbesserung der Lebens- und Arbeitsbedingungen viel eher zu einer Verbesserung der Gesundheit beitragen kann. (...). Nicht nur die Höhe, sondern auch das Ausmaß ökonomischer Disparitäten, vor allem der Einkommensungleichheit, spielt eine zentrale Rolle für die Gesundheit auf Bevölkerungsebene. Je größer die Kluft zwischen den reichen und den armen Bevölkerungsgruppen ist, desto höher sind die gesundheitlichen Beeinträchtigungen in der Population des jeweiligen Landes. Die angelsächsischen Länder USA, Großbritannien, Australien und Neuseeland mit ihrem hohen Ausmaß an ökonomischer Ungleichheit weisen demnach die höchsten gesundheitlichen Beeinträchtigungen auf Bevölkerungsebene auf. Demgegenüber schneiden die skandinavischen Länder eindeutig besser ab, während sich die zentraleuropäischen Länder, meist auch die südeuropäischen, im Mittelfeld bewegen. Diese Assoziation findet sich für verschiedene Gesundheitsindikatoren wie Säuglingssterblichkeit, psychische Störungen, Abhängigkeit von Alkohol und illegalen Drogen, Übergewicht und Adipositas. Sie lassen sich zudem nicht nur für die Einkommensungleichheit nachweisen, sondern auch für andere Indikatoren auf gesellschaftlicher Ebene wie etwa unterschiedliche Typen von Wohlfahrtspolitik, politische Strukturen, die Höhe öffentlicher Ausgaben für Gesundheit oder die Rolle der Gleichberechtigung in einer Gesellschaft.“ (ebda.).

Übereinstimmend hierzu sind die Ausführungen von A. Richter-Kornweitz und Ch. Kruse (2020) für den Bereich der Kinder und Jugendlichen. Sie stellen zum einen fest, dass aktuelle Studien zur körperlichen und seelischen Gesundheit von Mädchen und Jungen verschiedener Altersgruppen (z.B. des Kinder- und Jugendgesundheitsurvey des Robert Koch-Instituts (KiGGS)) belegen, dass der größte Teil der Kinder in Deutschland gesund ist. Die Ergebnisse zeigen allerdings zum anderen auch, „dass die Chancen für eine gute Entwicklung von Lebensbeginn an sehr verschieden sind. Der Gesundheitszustand von Mädchen und Jungen wird in hohem Maß vom sozioökonomischen Status ihrer Familien geprägt (...). So ergibt sich für 3- bis 17-jährige Kinder und Jugendliche aus Familien mit niedrigem sozioökonomischem Status ein im Verhältnis zu den Gleichaltrigen aus Familien mit hohem sozioökonomischem Status um etwa das Dreieinhalbfache erhöhte Risiko für einen mittelmäßigen bis sehr schlechten allgemeinen Gesundheitszustand. (...)“ Sie verweisen zudem darauf, dass Armutserfahrungen erhebliche Auswirkungen auf das Wohlbefinden der Kinder haben. „Unter Armut und ihren Folgen leiden vor allem Kindern von langzeitarbeitslosen Eltern, von Alleinerziehenden, aus Familien mit Migrationshintergrund und aus Familien mit drei oder mehr Kindern, die von materieller Armut mehr als andere Altersgruppen betroffen sind (...). Armutserfahrungen führen zur Unterversorgung in zentralen Lebensbereichen, deren Folgen die körperliche, psychische

und soziale Entwicklung von Kindern belasten [...]. Fehlende materielle Teilhabe ist somit eine schwerwiegende Belastung, die Familien im unteren Einkommensbereich bewältigen müssen und die Handlungs- und Entfaltungsspielräume und die Verwirklichungschancen der Kinder erheblich beeinflussen.“ (ebda.).

Exkurs 3

Wirkfaktoren für den Lernerfolg im schulischen Bereich und deren Übertragbarkeit auf die medizinische Rehabilitation

Unterschieden werden im Weiteren auf Basis der Studie von Hattie/Zierer (2020) 7 Bereiche. Jedem Bereich sind unterschiedliche Wirkfaktoren zugeordnet, deren Einflussgrößen sind jeweils angegeben. Zudem werden zu jedem Einflussfaktor Analogieschlüsse hinsichtlich deren Bedeutung bzw. Übertragbarkeit auf den Bereich der medizinischen Rehabilitation gezogen. Die im vorherigen Text bereits erwähnten jeweiligen Fazits zu den Bereichen werden nochmals aus Gründen der Übersichtlichkeit abgedruckt.

1. Lernende (d=0,25)

Im Weiteren werden einzelne Faktoren aus diesem Bereich (vgl. S. 41ff) betrachtet, und es werden entsprechende Folgerungen aus den empirischen Ergebnissen gezogen:

1.1 Faktor „Erkenntnisstufen“ (d=1,28)

Dieser Faktor (vgl. dies S.43f) basiert auf dem Stufenmodell der kognitiven Entwicklung von Piaget. Unsere Gehirnentwicklung durchläuft demnach verschiedene Phasen:

- Sensusmotorische Phase --Lernen erfolgt v.a. über Bewegungs- und Sinnesorgane
- Präoperationale Phase --Erkenntnis wächst, zwischen Objekt und Menschen trennen zu können und Verbindung zwischen eigenem Handeln und der Welt herstellen
- Konkret-operationale Phase –logisches Denken nimmt zu, komplexere Zusammenhänge werden zunehmend verstanden (z.B. Rechnen, Schreiben)
- Formal-operationale Phase –abstraktes Denken nimmt zu und damit systematisches Denken, dadurch wird die Lösung komplexer Aufgaben ermöglicht.

Folgerungen nach Hattie/Zierer sind:

Lehrende müssen verstehen, wie die Lernenden denken und Informationen verarbeiten, d.h. auf welcher Erkenntnisstufe sich die Lernenden befinden und auf dieser Basis dann die Aufgaben formulieren, um die nächst höhere Erkenntnisstufe zu erlangen.

Den/die Rehabilitanden/in dort abzuholen, wo er/sie steht, ist ein wichtiges Prinzip in der Rehabilitation. Wichtig ist von daher, über entsprechende Informationen zu den aktuellen und sich im Behandlungsprozess wandelnden kognitiven Möglichkeiten des/r Rehabilitanden/in zu verfügen und im Prozess immer wieder Feedback einzuholen, inwieweit wichtige Inhalte oder Zielsetzungen auch verstanden wurden (s. 1.2., 4.1)

1.2 Faktor Selbsteinschätzung des eigenen Leistungsniveaus (d=1,22)

Die Lernenden, so die Kernaussage zu diesem Faktor (vgl. dies. S 44f), lautet, dass die Lernenden ziemlich genau wissen, wo ihre Stärken und Schwächen liegen, was sie gut können und was nicht.

Folgerungen nach Hattie/Zierer:

Unterricht ist als Dialog zu sehen und es sind so oft wie möglich Rückmeldungen der Lernenden (s. auch 1.1) zum Lernprozess einzuholen. Wichtiger als Tests durchzuführen, ist die Selbstwirksamkeitserwartung der Lernenden zu beachten (s. auch Kap. 2. IV). Ist diese niedrig und fehlt es an Vertrauen in die eigene Leistungsfähigkeit, ist ein zögerliches, zurückhaltendes und unsicheres Handeln die Folge. Eigene Fehler werden demgemäß als Bestätigung für die eigenen Schwächen gesehen und nicht als Chance, um an sich zu arbeiten.

Aufgabe der Lehrperson ist es, die Selbsteinschätzung des eigenen Leistungsniveaus der Lernenden mit ihrer Selbstwirksamkeitserwartung in Einklang zu bringen.

Diese Aufgabe spielt gerade im psychotherapeutischen Prozess eine zentrale Rolle und hängt eng mit dem Aufbau von Hoffnung, dem Abbau von Demoralisierung, der Veränderung von Sichtweisen und der Stärkung des Selbstvertrauens und von Resilienz zusammen (s. Kap. 2.IV).

1.3 Faktor Selbstkonzept (d=0,43)

Der Faktor Selbstkonzept (s. dies. S 45ff) besteht aus vielen Facetten und Fasern, die zusammen ein „Seil“ ergeben. Zu den Fasern gehören beispielsweise nachfolgende Faktoren wie Selbstwirksamkeitserwartung (s. 1.4) oder intrinsische Motivation (s.1.6).

1.4 Faktor Selbstwirksamkeitserwartung (d=0,77)

Diese beinhaltet im negativen Falle, dass der Lernerfolg dem Glück zugeschrieben wird und der Misserfolg als persönliches Scheitern interpretiert wird. Das wiederum hat negative Effekte auf das Selbstvertrauen. Im positiven Falle wird der Lernerfolg dem eigenen Einsatz zugeschrieben, der aufgebracht wurde und die Selbstwirksamkeitserwartung wird damit gestärkt.

1.5 Faktor Angst (d=0,37), Faktor Depression (d= -0,35), Faktor ADHS (d= -0,90)

Lehrende müssen sich um das Vertrauen der Lernenden bemühen und deren Ängste und Gefühlslagen kümmern, da dadurch große Hindernisse für das Lernen entstehen können. Indem man angemessene Erfolgskriterien als Herausforderung formuliert und zeigt, dass man als Lehrperson unterstützend da ist, kann man Vertrauen stärken, die Risikobereitschaft wecken und Angst nehmen. Zudem benötigen ADHS - bedingte Lernstörungen einer besonderen Beachtung.

1.6 Faktor Hohe Motivation und Tiefenverständnis (d=0,71)

Es wird grundsätzlich zwischen zwei Arten von Motivation unterschieden, d.h. a) der extrinsischen Motivation - die primär als sachfremd (z.B. Erwartung einer Belohnung durch andere)

einzustufen ist, und b) der intrinsischen Motivation – die primär auf dem Interesse an der Sache selbst basiert. Je nach Motivationslage zeigt sich eine Wirkung nicht in der Leistungsbereitschaft, sondern in der Nachhaltigkeit des Lernzuwachses einerseits und der Verständnistiefe des Gelernten andererseits. Sachbezogene Motivation (Eigenmotivation) ist von daher einer sachfremden überlegen.

Gerade in den Indikationsbereichen Psychosomatik und Abhängigkeitserkrankungen der medizinischen Rehabilitation ist die Stärkung der Persönlichkeit und damit der Selbstwirksamkeitserwartung eine wichtige übergeordnete Zielsetzung, um beispielsweise mit kritischen und angstbesetzten Lebenssituationen oder Rückfallgefährdungen besser umgehen zu können. Wichtig ist zudem, im Behandlungsprozess zu verstehen, wie Rehabilitanden/innen Informationen verarbeiten und aus welcher Motivation heraus sie dies in ihrer spezifischen Weise tun. Dadurch kann die zugrundeliegende Motivation (z.B. Anpassungsleistung an bestehende Forderungen von außen vs. innerer Wunsch das eigene Leben zu verändern) in den Blick genommen werden, um gezielt Veränderungsprozesse nachhaltiger gestalten zu können.

Auf die Förderung der Veränderungsbereitschaft und der Motivation unter Beachtung der entsprechenden Stadien, in denen sich Patienten/innen bzw. Rehabilitanden/innen befinden können, zielt der Ansatz des Transtheoretischen Modells (TTM) von Prochaska und DiClemente (1992). Dieser vermittelt die Erkenntnis, dass hilfreiche Interventionen frühzeitig, d.h. bereits in einer Phase ohne tiefergehende Auseinandersetzung mit Problembereichen, möglich sind. Die Veränderung von gesundheitsrelevantem Verhalten wird hierbei als ein Prozess verstanden, der verschiedene Stadien durchläuft. Während im Stadium der Absichtslosigkeit der Betroffene noch kein oder kaum Problembewusstsein entwickelt hat, entwickelt sich dieses zunehmend im Stadium der Absichtsbildung, das aber noch stark Schwankungen unterliegt und von `Pro und Contra` hinsichtlich der Verhaltensänderung geprägt ist. Im weiteren Stadium der Vorbereitung werden schon konkrete Schritte geplant, die im Stadium der Handlung dann ausprobiert und schließlich im Stadium der Aufrechterhaltung über einen längeren Zeitraum durchgehalten werden. Veränderungen sind grundsätzlich in jeder Richtung möglich, das bedeutet, dass Entwicklungsschritte jederzeit auch von einem Rückfall auf ein früheres Stadium unterbrochen werden können.

Eng mit dem TTM -Modell verbunden ist der Ansatz der motivierenden Gesprächsführung. Es handelt sich dabei um einen klientenzentrierten, aber durchaus direktiven Beratungsansatz mit dem Ziel, die intrinsische Motivation zur Verhaltensänderung aufzubauen. Die Motivation soll durch Explorieren und Auflösen von Ambivalenzen erreicht werden. Das Konzept wurde ursprünglich Miller und Rollnick (1995) zur Beratung von Menschen mit Suchtproblemen entwickelt. Hierbei wird explizit auf ein konfrontatives Vorgehen verzichtet. Dieser Ansatz richtet sich vor allem an Personen mit zunächst geringer oder ambivalenter Änderungsbereitschaft und kann daher beispielsweise am Beginn einer Suchtbehandlung stehen. Mittlerweile wird dieser auch im Bereich der psychotherapeutischen Arbeit, in der allgemeinen medizinischen Behandlung, in der Gesundheitsförderung, der Sozialarbeit oder im Strafvollzug angewandt.

1.7 Faktor Geschlecht (d=0,02)

Der Einfluss des Geschlechts auf den Lernerfolg ist insgesamt gesehen erstaunlicherweise gering (dies. S. 47f). Es gibt somit mehr Ähnlichkeiten als Unterschiede zwischen den Geschlechtern. Das Geschlecht, wie auch chronische Krankheiten oder der sozioökonomische Status des Elternhauses gehören zu den nicht beeinflussbaren Faktoren auf den Lernerfolg. Insgesamt

zeigt sich, dass aber auch die direkt beeinflussbaren Lernfaktoren einen erheblichen Einfluss für erfolgreiches Lernen haben.

Im Bereich der Psychotherapie – wie auch der medizinischen Rehabilitation – ist davon auszugehen, dass Faktoren wie Geschlecht, Alter oder sozioökonomischer Status – einen bedeutsamen Einfluss auf den Behandlungserfolg haben. Gleichwohl gibt es auch hier eine erhebliche Anzahl direkt beeinflussbarer Faktoren, die von erheblicher Bedeutung für die Umsetzung von Therapiezielen, den Behandlungserfolg und die Nachhaltigkeit des im Rahmen der Behandlung Erreichten sind.

2. Elternhaus (d=0,11)

Der Bereich Elternhaus (vgl. dies. S. 50 ff) umfasst alle Faktoren, die familiäre Strukturen, häusliche Begebenheiten und familiäre Rahmenbedingungen betreffen. Dieser Bereich ist von Lehrpersonen nur begrenzt beeinflussbar. Hauptfaktoren, die im Zusammenhang mit dem Lernerfolg stehen sind:

2.1 Faktor Sozioökonomischer Status (d=0,56)

Hierbei geht es insbesondere um Einkommen, Beruf, Bildung der Eltern. Dieser Faktor hat in Übereinstimmung mit den obigen Ausführungen (Kap 2.1) einen vergleichsweise hohen Einfluss auf den Lernerfolg, der Effekt besteht unabhängig von der Schulform. Dieser Faktor ist nicht einfach änderbar, von daher muss die Lehrperson an den Gegebenheiten des Elternhauses anknüpfen, wie etwa an der Sprache der Eltern. Es geht darum, die Eltern in ihrem Erziehungsverhalten zu unterstützen und in die Verantwortung zu nehmen und zu versuchen, im Bedarfsfalle Haltungen zu verändern.

2.2 Faktor Häusliches Anregungsniveau (d=0,53) und Faktor Elternunterstützung beim Lernen (d=0,42)

Der Effekt des Faktors `getrennt- geschieden-wiederverheiratet` hat mit $d=0,28$ eine vergleichsweise geringe Bedeutung. Die Ergebnisse der Metaanalyse zeigen, dass in jeder vorfindbaren Familienkonstellation erfolgreiche und nicht erfolgreiche Erziehung geleistet wird. „Wichtiger als die Struktur ist somit die Kompetenz und Haltung der Eltern hinsichtlich der Erziehung.“ (dies. S. 53). So erweist sich der Aspekt `Sprache der Bildung` (der nicht nur schulische Bildung meint) als bedeutsam, der sich wiederum auch in den Faktoren `Häusliches Anregungsniveau` und `Elternunterstützung beim Lernen` zeigt.

2.3 Faktor Körperliche Züchtigung (d= -0,33)

Nicht verwunderlich ist, dass körperliche Züchtigung einen negativen Einfluss auf den Lernerfolg hat und nicht förderlich für die Entwicklung der Heranwachsenden ist.

Fazit zum Bereich 2

Insgesamt lautet das Fazit von Hattie/Zierer zum Bereich Elternhaus, dass entscheidend ist, wie Eltern über das Denken, was sie tun, und wie sie die Zeit, die sie zur Verfügung haben, sinnvoll nutzen. Sie sollten den Einfluss, den sie in jedem Fall haben, entsprechend nutzen. Das bedeutet etwa, neugierig zu sein, hohe Erwartungen zu haben und eine sichere und faire Umgebung zu schaffen, in der man erkunden und Fehler machen und kreativ sein kann. Zudem kann eine optimale Förderung der Lernenden nur gelingen, wenn Eltern und Lehrpersonen kooperieren. (dies. S. 54)

Die Arbeit mit Angehörigen ist in der medizinischen Rehabilitation ein wichtiges Element, um den Rehabilitationserfolg zu verstetigen und auch deren Haltung und Einstellungen in den Reha-Prozess einzubeziehen. Von daher ist es eine wichtige Aufgabe, deren Motivation zur Mitwirkung nach Möglichkeit zu fördern. Zudem ist bei der Mutter/Vater- Kind- Behandlung eine ganzheitliche Herangehensweise unter Einbezug des gesamten Familiensystems ein unabdingbares Qualitätsmerkmal der Behandlung.

3. Strukturen, Rahmenbedingungen, Programme – hier: Schule (d=0,27) und Curricula (d=0,45)

Im Weiteren werden folgende Bereiche behandelt (vgl. dies. S. 61ff): Schule (Faktoren 3.1-3.2), Erlebnispädagogik (Faktor 3.3) und curriculare Programme (Faktoren 3.4).

3.1 Faktor Schulgröße (d=0,43)

Hinsichtlich einer optimalen Schulgröße wird von einem Wert von ca. 800 Lernenden gesprochen (dies. S. 64). Eine Erkenntnis von Hattie/Zierer besteht darin, dass wichtiger als die Schul- und Klassengröße die Qualität des Unterrichts und die Qualität der Zusammenarbeit zwischen den Lehrpersonen sind. Diese Faktoren hängen nicht unmittelbar mit der Schulgröße zusammen. Der Gedanke `Je kleiner, desto besser` trägt somit nicht (dies. S. 65).

In der Rehabilitation – und insbesondere im Bereich der Abhängigkeitserkrankungen – findet sich eine Vielzahl von Einrichtungen mit unterschiedlicher Größe. Im Sinne der Ausübung des Wunsch- und Wahlrechts durch die Rehabilitanden und deren unterschiedlichen Bedarfe lässt sich dies als `Stärke des Systems` werten. Für eine generelle Priorisierung hinsichtlich der Größe einer Einrichtung – unabhängig von den Bedarfen – fehlt bislang eine empirische Grundlage im Bereich der Abhängigkeitserkrankungen (vgl. Weissinger, Missel 2012). Von daher sollte es eine indikative Entscheidung im Einzelfall - unter Beachtung der jeweiligen Behandlungsangebote und -konzepte einer Einrichtung und unter Einbezug der berechtigten Wünsche der Rehabilitanden/innen – sein, inwieweit die Größe einer Einrichtung bei der Auswahl eine wichtige Rolle spielen soll.

3.2 Faktor Schulleitung (d=0,28) und Faktor kollektive Wirksamkeit (d=1,57)

Bei dem Faktor Schulleitung zeigt sich ein großer Vertrauensbereich und damit eine Unterschiedlichkeit der Ergebnisse der verschiedenen Studien (0,11-0,45). Erklärung dafür ist, dass es Schulleitungen gibt, die maßgeblich der Motor von Schul- und Unterrichtsentwicklung sind. Es gibt aber auch das Gegenteil. „Folglich liegt es nicht an der Position selbst, die einem Menschen verliehen wird, sondern es ist der Mensch, der diese Position füllt und damit Wirkung erzeugt.“ (dies. S.66). Besonders erfolgreich sind jene Schulleitungen, die zwei spannungsreiche Haltungen vereinen. „Zum einen sorgen sie dafür, dass sich alle Beteiligten an der Schule wohlfühlen, spenden Vertrauen, legen einen wertschätzenden Umgang an den Tag (...). Zum anderen setzen sie gezielt die Herausforderung, bringen Kolleginnen und Kollegen immer wieder aus der Komfortzone, fordern und fördern Zusammenarbeit (...).“ (dies. S. 66). Schulleiter/innen mit dieser Grundhaltung haben erhebliche Effekte auf die gesamte Schule, „durch ihr Agieren für eine gemeinsame Vision zu sorgen, für ein gemeinsames Verständnis von einer guten Schule, für ein gemeinsames Verständnis von Unterrichtsqualität, dann entsteht ein Wir-Gefühl, das in der Forschung als `Kollektive Wirksamkeit` bezeichnet wird.“ (dies S. 67). Dieser Faktor erreicht in der Studie von Hattie mit 1,57 die höchste Effektstärke. Von daher ist

es wichtig, dass sich Kollegen/innen nicht nur darüber austauschen, was sie tun. „Viel wichtiger ist danach zu fragen, wie und warum sie das, was sie tun, machen und gemeinsam darüber zu diskutieren, was wir unter Wirksamkeit verstehen (...). Es geht folglich darum, die Gründe für das eigene Denken und Tun sichtbar zu machen, sich auf eine gemeinsame Zielsetzung zu verständigen und jeden Tag, in jedem Unterricht, bei jedem Lehrer-Schüler-Gespräch diesen gemeinsamen Wertekosmos zu leben, zu überprüfen und weiterzuentwickeln.“ (dies. S. 67). Strukturelle Veränderungen alleine bewirken von daher wenig, denn diese bedürfen der Umsetzung durch die Lehrpersonen und bleiben ohne diese wenig wirkungsvoll.

Die Frage, wie die Leitungs- Führungsfunktion in einer Rehabilitationseinrichtung ausgeübt wird, hat erheblichen Einfluss auf deren Qualität und wirkt auf vielen Ebenen. Von daher wird in internen Qualitätsmanagementsystemen zu Recht auf die Bedeutung und Verantwortung der Leitung verwiesen. Im tagtäglichen Umgang zeigt sich, ob die Haltung und Werte, die etwa in Leitsätzen von Einrichtungen formuliert sind, auch gelebt werden. Eine gute Rehabilitationseinrichtung zeichnet sich durch ein `Wir-Gefühl` der Belegschaft aus, dies hat wiederum Einfluss auf den Umgang der Mitarbeiter/innen mit den Rehabilitanden/innen und die Außenwirkung einer Einrichtung.

3.3 Faktor Erlebnispädagogik (d=0,49)

Erlebnispädagogik, wie etwa mehrtägige Zeltlager, Schullandheimaufenthalte wirken und dies sogar nachhaltig. Dadurch werden Kooperation und Vertrauen zwischen Lehrperson und Lernenden aufgebaut. Zudem sind Ziele, Inhalte, Methoden und Medien konkret, umsetzbar und nachvollziehbar für alle Beteiligten.

Erlebnispädagogische Elemente (wie auch Theaterarbeit, gemeinsames Musizieren) können - gerade auch bei der Rehabilitation von Jugendlichen und jungen Erwachsenen - eine wichtige Rolle spielen, etwa um

- *Vertrauen untereinander und zu sich selbst zu entwickeln sowie um Ängste zu überwinden,*
- *die Möglichkeit zu haben, Neues kennenzulernen und sich zu erproben*
- *kreativ im Rahmen von Freizeitaktivitäten tätig zu sein*
- *ein Wir-Gefühl zu entwickeln.*

3.4 Faktor Umfangreiches didaktisches Begleitmaterial (d=0,93)

Die Autoren verweisen darauf, dass der Erfolg curricularer Programme in entscheidendem Maße vom Grad der Strukturierung und Klarheit und den Einsatzmöglichkeiten der Lehrperson abhängt.“ Das Wie ist hier wichtiger als das Was. Für sich allein genommen bewirken curriculare Programme also wenig. Sie müssen durch Lehrpersonen zum Leben erweckt werden.“ (dies. S. 78)

Analog dazu lässt sich etwa hinsichtlich des Einsatzes von Therapie-/Behandlungsmanualen schlussfolgern: Klare und gut strukturierte curriculare Programme sind hilfreich zur Bearbeitung konkreter Themenfelder (z.B. im Rahmen indikativer Angebote). Gegenüber einem starren Festhalten an den Vorgaben entsprechender Curricula wird von erfahrenen Therapeuten/innen allerdings eine flexiblere Handhabung - die sich auch z.B. an aktuellen Gruppenprozessen und -themen orientiert - bevorzugt werden. Gleichwohl ist generell ein strukturiertes und nachvollziehbares Vorgehen der Behandler, um entsprechende Therapie-

/Behandlungsziele erreichen zu können, ein wichtiges Qualitätskriterium. Entsprechende unterstützende Materialien sollten dafür in der Rehabilitationseinrichtung zur Verfügung stehen.

Fazit zum Bereich 3

Die Größe einer Schule alleine hat wenig mit dem Lernerfolg zu tun. Schulleitungen nehmen in Bezug auf die Belegung von Schulstrukturen eine Schlüsselrolle ein. Von ihnen hängt es auch maßgeblich ab, wie strukturelle Maßnahmen in ein Kollegium getragen werden. Ihr Leitungsstil hat großen Einfluss auf das Klima, das an der Schule herrscht.

Gemeinsame Aktivitäten, wie etwa erlebnispädagogische Programme, fördern die Beziehung zwischen Lehrperson und Lernenden sowie unter den Schülern/innen durch gemeinsame Aktivitäten in einem anregungsreichen Umfeld.

Je strukturierter und klarer curriculare Programme sind, desto erfolgreicher lassen sich diese durch die Lehrperson umsetzen. Das bedeutet aber nicht, dass Lehrpersonen Sklaven curriculärer Programme sein müssen. (dies. S. 78).

Analog lässt sich schlussfolgern, dass auch im Bereich der Rehabilitation die Größe einer Einrichtung für sich alleine genommen – ohne Beachtung zusätzlicher patientenbezogener Aspekte (z.B. erforderliche Überschaubarkeit einer Einrichtung, am jeweiligen Bedarf orientierte Breite des Angebots) – nicht als Qualitätskriterium dienen kann (vgl. Fachverband Sucht 1997). Auf die besondere Bedeutung der Rolle der Führungskräfte wurde bereits in den obigen Ausführungen (s. 2.II) verwiesen, dies wird hier nochmals bestätigt. Das Führungsverhalten ist von wesentlicher Bedeutung, um eine kollektive Wirksamkeit zu erreichen und ein Wir-Gefühl im System einer Rehabilitationseinrichtung zu verankern. Wichtig ist zudem, dass die Mitarbeiter/innen Zugang zu Wissen, z.B. in Form von evaluierten und gut anwendbaren Programmen und Konzepten, haben und im Umgang damit entsprechend geschult sind.

4. Lehrstrategien (d=0,57)

Im Weiteren werden verschiedene Faktoren hierzu herausgegriffen und vertieft (vgl. dies. S. 83ff).

4.1 Faktor Rückmeldung (Feedback) (d=0,70), Faktor Klassendiskussionen (d=0,82), Faktor Kognitive Aufgabenanalyse (d=1,09), Faktor Mnemo-Techniken (d=0,78), Faktor vorausschauendes Planen (d=0,56), Faktor Bewusstes Üben (d=0,49), Faktor Selbstregulationsstrategien (d=0,45)

Dieser Bereich ist insgesamt durch eine Vielzahl von Studien gut erforscht.

Zur Methodik des Feedbacks zeigen die Ergebnisse, dass allgemeines Lob und Tadel nur begrenzte Wirksamkeit haben, da sie keine nähere Information zu den Lernzielen und zum Lernprozess, oder etwa zur Selbststeuerung enthalten. Wichtig ist es vielmehr, ein differenziertes Feedback - in Abhängigkeit vom jeweiligen Kontext - zu geben: Es gilt hierbei grundsätzlich drei Ebenen des Feedbacks zu unterscheiden:

- Feedback auf Aufgabenebene (z.B. zu inhaltlichen Herausforderungen)
- Feedback auf der Prozessebene (z.B. zum Ausprobieren neuer Methoden)
- Feedback auf der Ebene der Selbstregulation (z.B. Umgang mit den Anforderungen, Selbstkonzept/-wirksamkeit)

Wenig sinnvoll ist es, Feedback ausschließlich auf das Selbst zu beziehen. Lob und Tadel haben nur dort eine Berechtigung, wo es um den Aufbau einer Lehrer-Schüler-Beziehung und die Herstellung einer Atmosphäre des Vertrauens und der Geborgenheit geht. Dies muss aber wohl dosiert erfolgen, also zur richtigen Zeit und zum richtigen Zweck. Rückmeldungen haben aber insgesamt ein erhebliches Potential zur Veränderung und Verbesserung des Unterrichts. Entscheidend dabei ist, Fehler nicht als etwas Schlechtes oder Vermeidbares anzusehen. Diese gehören zum Lernen dazu und enthalten wertvolle Informationen darüber, wie künftige Lernerfolge erreicht werden können (vgl. dies. S. 91). Zudem kann nur der/die Schüler/in mitteilen, ob er/sie den Inhalt verstanden und damit die Ziele erreicht hat, die Methoden anwenden konnte und ob die Zeit ausgereicht hat. Auf dieser Basis kann die Lehrperson dann die nächste Sitzung sinnvoll planen. Wichtige Fragen der Lehrperson für das Feedback an die Lernenden sind z.B. `Wohin gehst Du? Wie kommst Du voran? Wohin geht es als Nächstes?`

Die Wirksamkeit weiterer Methoden für den Lernerfolg, wie etwa bewusstes Üben, die Verwendung von Fallbeispielen, Klassen-/Gruppendiskussionen, kognitiven Lernstrategien, Techniken des Wiederholens und Einprägens oder vorausschauendes Planen, wie auch der Einsatz von Selbstregulationsstrategien ist durch Studien ebenfalls belegt.

Feedback von Seiten der Behandler/innen – wie auch im Rahmen der Gruppentherapie durch die weiteren Rehabilitanden/innen - zu geben ist ein wesentliches Element in der Rehabilitation bei psychischen Störungen. Entscheidend ist auch hier, zwischen den verschiedenen Ebenen des Feedbacks zu differenzieren. Grundsätzlich ist der vertrauens- und respektvolle Umgang miteinander eine wichtige Grundlage dafür, dass Feedback auch vom Gegenüber angenommen werden kann. Eine vertrauensvolle Zusammenarbeit in der Einzel- und Gruppenarbeit ist von Bedeutung dafür, dass auch `heikle` Inhalte angesprochen werden können. Dazu zählen etwa angst- und schambesetzte Themen ebenso, wie eine Rückfallgefährdung im Bereich der Abhängigkeitserkrankungen. Die Möglichkeit aus Fehlern lernen zu können, spielt gerade auch im Umgang mit Rückfällen eine wichtige Rolle. Von Bedeutung ist zudem - gerade auch in der Rehabilitation von Abhängigkeitserkrankungen - klare Botschaften auf der Beziehungsebene zu geben, etwa was den Umgang der Rehabilitanden/innen mit Regeln und den damit verbundenen Werten der jeweiligen Einrichtung betrifft.

Wichtiges Qualitätsmerkmal ist zudem, dass die Behandler in der Rehabilitation über einen Kanon an unterschiedlichen Methoden und Strategien verfügen, die flexibel, personenbezogen und situationsgerecht eingesetzt werden können, um Entwicklungsschritte/Behandlungserfolge zu erzielen und diese nach Möglichkeit auch nach der Behandlung zu verstetigen.

4.2 Faktor Ziele (d=0,59)

Dieser Faktor steht in unmittelbarer Beziehung zu anderen, etwa den oben beschriebenen Erkenntnisstufen (s. 1.1). Bei der Zielbestimmung ist es - so die Autoren - wichtig, vorhandene Vorkenntnisse einzubeziehen und die Ziele wie folgt auszurichten (vgl. dies. S. 93):

- beobachtbare Verhaltensweisen der Lernenden beschreiben, welche diese nach Ablauf des Unterrichts beherrschen sollen,
- benennen der Bedingungen, unter denen das Verhalten der Lernenden kontrolliert werden soll,
- Angabe eines Bewertungsmaßstabes nach dem entschieden werden kann, ob und in welchem Ausmaß die Lernenden das Ziel erreicht haben,

- gemeinsam mit den Lernenden die Ziele konstruieren unter klarer und professioneller Anleitung der Lehrperson.

Auch im Rehabilitationsprozess ist es wichtig, mit den Rehabilitanden/innen die Behandlungsziele gemeinsam zu entwickeln und dies im Behandlungsprozess möglichst zu konkretisieren. Hierbei kann es beispielsweise um die Vermeidung von konkreten Situationen/Plätzen mit erheblicher Rückfallgefahr, hilfreiche Strategien hinsichtlich der Umsetzung von Zielsetzungen im Alltag (z.B. Anbringung von schriftlich formulierten Zielen/Leitsätzen an entsprechenden Stellen in der Wohnung) oder die Entwicklung von konkreten Schritten zur Zielaufrechterhaltung (z.B. Abstinenz vom Suchtmittel), wie Einrichtung einer persönlichen Notfallnummer auf dem Smartphone für den Ernstfall, gehen.

4.3 Faktor Bewertung des Unterrichtsprozesses (formative Evaluation) (d=0,53)

Die Bewertung des Unterrichtsprozesses (z.B. über das Einholen von Rückmeldungen, Ergebnisse von Schularbeiten) hat eine vergleichsweise hohe Wirksamkeit erreicht.

Das Einholen von Informationen zum Rehabilitationsprozess durch die Behandler ist eine beständige Aufgabe. Hierzu können unterschiedliche Instrumente und Verfahrensweisen – auch in Abhängigkeit von der Größe einer Einrichtung und dem damit verbundenen Aufwand – eingesetzt werden (z.B. Plenums-, Gruppendiskussionen, Fragebögen, Assessmentinstrumente). Wichtig ist die Bereitschaft der Behandler, das eigene Handeln zu überprüfen und eine Atmosphäre zu schaffen, durch welche eine offene `Rückmeldekultur` erst ermöglicht wird.

Fazit zum Bereich 4

Zusammenfassend wird hierzu festgestellt, dass Lehrstrategien nicht von sich aus wirken. „Sie können erst ihre Wirkung erzielen, wenn Lehrpersonen sowohl die Kompetenz als auch die Haltung haben, passende Methoden vor dem Hintergrund auszuwählen und zu überprüfen, ob sie Lernen vertrauensvoll und wertschätzend, dialogisch und kommunikativ, herausfordernd und anregend sowie im Lichte einer positiven Fehlerkultur gestalten.“ (dies. S. 95). Eine Evidenzbasierung ist aus Sicht der Autoren unerlässlich, die nach der Wirkung des Lehrerhandelns fragt und dafür empirische Belege sucht. Kritisch äußern sie allerdings dazu „Es wird eine bloße Sammlung von Daten, die dann in Datenfriedhöfen zu Grabe getragen werden, ohne dass sie weiteren Nutzen haben, deutlich zurückgewiesen.“ (dies. S. 165).

Auch die Behandler/innen in den verschiedenen Rehabilitationsbereichen müssen nicht nur über eine hohe fachliche Kompetenz und die entsprechende Methodenkenntnis, sondern auch über eine entsprechende Grundhaltung gegenüber den Rehabilitanden/innen und die Bereitschaft das eigene Handeln und dessen Wirkung zu reflektieren, verfügen. Wichtig ist hinsichtlich der Dokumentation und Evaluation aus Sicht der Behandler, sich hierbei auf diejenigen relevanten Daten zu beschränken, die insbesondere der Weiterentwicklung und Qualitätsförderung der Behandlung dienen.

5. Implementation (d=0,38)

Dieser Bereich (dies. S. 96ff) umfasst jene Faktoren, die auf die unmittelbare Interaktion zwischen Lehrenden und Lernenden abzielen. Auf drei Aspekte wird im Weiteren eingegangen: Direkte Instruktion, problembasiertes Lernen, Smartphone.

5.1 Faktor Direkte Instruktion (d=0,45)

Die Lehrperson formuliert klare Ziele und führt Schüler/innen bewusst zur Zielerreichung hin. Dies meint nicht Frontalunterricht, sondern Klarheit der Lehrperson im Hinblick auf Ziele, Inhalte, Methoden und Medien und ob es der Lehrperson gelingt, diese Klarheit zur Klarheit der Lernenden werden zu lassen. Die Lehrperson führt somit didaktisch in geschickter Weise, ohne die Eigenaktivität der Schüler/innen gering zu achten. Hiervon profitieren insbesondere auch lernschwache Schüler/innen, die mehr als andere Orientierung benötigen.

Die dialogorientierte Benennung von konkreten Rehabilitationszielen und die Herstellung von Klarheit über die Behandlungsschritte sowie die Verständlichkeit des/r Therapeuten/in sind wichtig zur Orientierung des/r Rehabilitanden/innen. Die Verantwortung für die fachliche Führung der Behandlung obliegt im Einzel- wie im Gruppensetting dem/r jeweils zuständigen Therapeuten/in.

5.2 Problembasiertes Lernen (d=0,33)

Das Präsentieren des Lernstoffs mithilfe eines Problems hat insgesamt nur eine mittelmäßige Wirkung. Allerdings lässt sich ein großer Vertrauensbereich bei den verschiedenen Studien feststellen (0,16-0,50). Eine hohe Wirksamkeit zeigt sich, wenn diese Methode zum richtigen Zeitpunkt eingesetzt wird, und zwar wenn es um ein Tiefenverständnis geht. Grundlagenwissen muss vom Lernenden vorhanden sein, um Aufgaben auf dem Niveau des Transfers und Problemlösens bewältigen zu können. Lehrende müssen somit nicht nur die Ausgangslage der Schüler/innen kennen, sondern auch die entsprechende Haltung mitbringen, Lernende in den Bereich des Tiefenverständnisses zu führen und entsprechend zu motivieren (vgl. S. dies. S. 101).

Die Förderung eines Tiefenverständnisses und damit auch der eigenen Problemlösungsfähigkeit ist ein wesentliches Anliegen der Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen und in der Psychosomatik. Hierbei kommen unterschiedliche Methoden, welche auch die entsprechenden Phasen, in denen sich Rehabilitanden/innen befinden, berücksichtigen, zum Tragen. Auf den Ansatz des Transtheoretischen Modells, der motivierenden Gesprächsführung (s. 1.6) und entsprechende psychotherapeutische Verfahren (s. IV) sei an dieser Stelle verwiesen.

5.3 Smartphone (d=0,39)

Chancen für den Lernerfolg ergeben sich dann, wenn mithilfe des Smartphones zusätzliche Informationen gewonnen werden können (z.B. Hausaufgaben auswerten, Fragen zu Aufgaben an Experten/innen stellen), oder darüber das Einholen von Feedback erfolgt. Es gibt aber auch Grenzen. So führt die Anwesenheit von Smartphones zu einer verringerten Aufmerksamkeit und damit zu geringeren Leistungen.

Im Bereich der Prävention, Psychotherapie, Rehabilitation und Nachsorge halten digitale Interventionen zunehmend Einzug. Der kluge Einsatz und die Einbettung entsprechend evaluierter Angebote in vorhandene Behandlungsstrukturen stellt eine aktuelle und zukünftige Herausforderung dar. Damit können auch qualitative Verbesserungen der Behandlung – etwa im Rahmen des Überleitungsmanagements zur postrehabilitativen Phase - einhergehen.

Davon zu trennen ist die Frage, wie mit dem Smartphone während der medizinischen Rehabilitationsleistung insbesondere zur privaten Nutzung verfahren wird? Diese Fragestellung hat

angesichts der mit der Corona-Pandemie verbundenen Kontaktbeschränkungen eine deutliche Veränderung erfahren. Grundsätzlich und unabhängig von der aktuellen Sondersituation sollte jede Rehabilitationseinrichtung – gerade auch im Bereich der Abhängigkeitserkrankungen und der Psychosomatik – zur Nutzung von Smartphones eine gemeinsam getragene Grundhaltung entwickeln und die Vor- und Nachteile sowie entsprechende Regelungen sorgsam abwägen und die Ergebnisse dieses Abwägungsprozesses dann klar kommunizieren.

Fazit zum Bereich 5

Auch im Bereich Implementation zeigt sich, dass keiner der angesprochenen Faktoren von sich aus und immer wirkt. Es kommt auf die Lehrperson an, dass diese in Kenntnis der Klassensituation und der Lernausgangslage entscheidet, welche Maßnahme zu welchem Zeitpunkt für welche Lernenden im Hinblick auf welches Lernziel zu ergreifen ist – und diese Maßnahme dann auch stetig reflektieren und überprüfen (vgl. dies S. 102).

Auch im Bereich der medizinischen Rehabilitation kommt den jeweiligen Therapeuten/innen eine verantwortungsvolle Rolle zu, die Behandlung und die eingesetzten Methoden entsprechend an den Bedarfen der Rehabilitanden/innen und den Erfordernissen des aktuellen Behandlungsprozesses auszurichten. Hierzu ist im interdisziplinären Setting einer Rehabilitationseinrichtung zudem die Rückkopplung im Reha- Team unter Einbindung der jeweils für die Reha-Koordination zuständigen Personen wichtig.

6. Lernstrategien (d=0,52)

Dieser Bereich (s. dies, S. 104ff) umfasst Faktoren, die aus Sicht des Lernenden durchgeführt werden können, um ihren Lernerfolg zu optimieren. Beispielhaft werden hierzu verschiedene Faktoren näher erläutert.

6.1 Faktor Bewusstes Üben (d=0,49)

Zu diesem Faktor weisen die Studien einen großen Vertrauensbereich (0,19-1,18) auf. Das bedeutet, dass nicht jede Art von Üben erfolgreich ist. Die Autoren betonen die Bedeutung des bewussten Übens. Dieses zeichnet sich durch drei Aspekte aus:

- Es ist herausfordernd. Es knüpft am Erkenntnisstand der Lernenden an und setzt den Schwierigkeitsgrad so, dass die Aufgaben gerade noch gelöst werden können (Herausforderung statt Unter- oder Überforderung)
- Es ist vielfältig, Es geht nicht um stupide Wiederholungen.
- Es ist regelmäßig. Es führt damit zur Speicherung im Langzeitgedächtnis und wird damit beliebig abrufbar.

Zeitlich versetztes Üben ist zudem effektiver als geballtes. Üben erfordert Konzentration, Anstrengung und Ausdauer der Lernenden.

6.2 Faktor Passung von Lehrmethoden und Lernstilen (d=0,31)

Hierzu liegt eine vergleichsweise geringe Effektstärke mit großem Vertrauensbereich (0,15-0,46) vor. Die Autoren verweisen aber in diesem Zusammenhang auf vorhandene

Messprobleme. Ihre Kernbotschaft zu diesem Bereich lautet „Lernen ist umso effektiver, je mehr Freude es bereitet und je mehr Herausforderungen bestehen.“ (dies. S. 108). Verwiesen wird darauf, dass die Lehrstrategien aus der Kenntnis der Klassensituation und Lernausgangslage heraus einzusetzen sind. Diese sind stetig zu überprüfen und zu reflektieren.

6.3 Faktor Meta-kognitive Strategien (d=0,52), Faktor Strategien zur Evaluation und Reflexion (d=0,75), Faktor Strategien zur Zusammenfassung des Lernstoffs (d=0,90), Faktor Strategien der Selbstkontrolle (d=0,54)

Unter meta-kognitiven Strategien wird das Nachdenken über das Denken gefasst. Das Hinterfragen des eigenen Lernens, der Versuch, Lernen für sich selbst sichtbar zu machen, um über Struktur und Sinnhaftigkeit des eigenen Vorgehens zu reflektieren ist ausgesprochen einflussreich für den Lernerfolg. Eng verbunden damit ist die Fähigkeit, den eigenen Lernerfolg zu überprüfen und zu reflektieren. Weitere hilfreiche Strategien sind z.B., den Lernstoff entsprechend zusammenfassen zu können und über entsprechende Methoden der Selbstkontrolle zu verfügen.

Fazit zum Bereich 6

Die Frage, wie wirksam die eingesetzten Lehr- wie Lernmethoden sind, kann nur von den Lernenden selbst beantwortet werden. Rückmeldungen sind von daher der Schlüssel für sichtbares Lernen und erfolgreiches Lehren. Nahezu jede Methode kann erfolgreich sein. Insofern ist ein Methodenstreit nicht das entscheidende Thema. Viel wichtiger für den unterrichtlichen Erfolg als die Methode ist die Kompetenz der Lehrperson (vgl. dies. S. 111). „Die Ausrede, dass es an den Lernenden gelegen hat, ist nicht mit pädagogischer Professionalität zu vereinen“ (ebda.).

Im Bereich der medizinischen Rehabilitation kommt insbesondere den Therapeuten/innen die Aufgabe zu, ein Erfahrungs-, Trainings- und Übungsfeld zu ermöglichen, das vielfältig und herausfordernd ist und auch Regelmäßigkeit beinhaltet, um die entsprechenden Inhalte nachhaltig zu verankern. Sie benötigen ein breites Spektrum an Methoden und sie müssen in der Lage dazu sein, diese reflektiert und auf Basis vorhandener Evidenz einzusetzen. Zudem gilt es den Rehabilitanden/innen Strategien an die Hand zu geben, die z.B. ihre Wahrnehmung innerer Prozesse, etwa von Automatismen (z.B. Gedanken der inneren Selbstabwertung), erhöht und ihre Fähigkeiten zur Selbstreflexion und -kontrolle stärken (s. auch Kap. 2.IV).

7. Lehrpersonen und ihre Leidenschaft (d=0,52)

Unter dem Bereich Lehrperson (vgl. dies S. 117ff) werden alle Faktoren zusammengefasst, die Kompetenzen und Haltungen von Lehrpersonen im Hinblick auf fachliche, didaktische und pädagogische Aspekte analysieren.

7.1 Faktor Fachkompetenz (d=0,10)

Fachliche Kompetenz alleine hat nur eine geringe Effektstärke. Diese bezeichnet das fachliche Wissen und die daran gekoppelte Fähigkeit im Umgang mit dem Wissen. Davon zu unterscheiden sind:

- Pädagogische Kompetenz: Diese meint in erster Linie die Fähigkeit, einen Kontakt zu den Lernenden aufzubauen, eine Atmosphäre des Vertrauens und der Geborgenheit herzustellen.
- Didaktische Kompetenz; Diese bezeichnet die Fähigkeit, Inhalte anschaulich aufzubereiten, Sachverhalte zu erklären, Wesentliches aufzeigen zu können und übersichtliche Materialien erstellen zu können.

Entscheidend ist die Verknüpfung von Fachkompetenz mit der pädagogischen und didaktischen Kompetenz. Nur in diesem Dreiklang nimmt Fachkompetenz dann eine herausgehobene Stellung ein.

Die Kompetenz von Therapeuten/innen in der Rehabilitation basiert ebenfalls auf diesen drei miteinander verflochtenen Kernkompetenzen. Wichtig ist hierbei auch, über eine entsprechende Grundhaltung zu verfügen, welche die Autoren mit `Leidenschaft` bezeichnen. Hierbei geht es um das echte Interesse am Gegenüber und das Engagement des Behandlers, diesen konkreten Menschen nach Möglichkeit zu fördern.

7.2 Faktor Lehrerfort- und -weiterbildung

Hervorgehoben wird in diesem Zusammenhang, dass sich Unterrichtsbeobachtungen mit anschließender Diskussion und Rückmeldungen als am wirksamsten erwiesen haben. Hingegen sind Vorlesungen, Simulationen und das Erstellen von Unterrichtsmaterialien weniger hilfreich.

Auch in der Fort- und Weiterbildung von Psychotherapeuten/innen sowie Suchttherapeuten/innen ist das Prinzip `Learning by doing` mit der Möglichkeit zum anschließenden Feedback sicherlich ein ausgesprochen hilfreicher Ansatz. Das setzt entsprechende technische Gegebenheiten (z.B. Therapieraum mit Sichtscheibe), wie auch eine enge fachliche Begleitung der Fort- und Weiterzubildenden durch geschulte und erfahrene Fachkräfte voraus.

7.3 Faktor Lehrer-Schüler-Beziehung (d=0,63)

Die Beziehungsebene zwischen Lehrer/in und Schüler/in spielt eine sehr zentrale Rolle. „Eine Atmosphäre des Vertrauens, der Fürsorge und des Wohlwollens ist unerlässlich für die Bildung im Allgemeinen und schulische Leistungen im Besonderen.“ (dies. S. 124). Wirksam sind `schülerzentrierte` und `leidenschaftliche` Lehrpersonen. Ein Scheitern im Lernen wird von diesen als gemeinsames Scheitern gesehen, das gleichzeitig Notwendigkeit und Chance eröffnet, es erneut und immer wieder zu versuchen.

In der Behandlung psychischer Störungen und von Abhängigkeitserkrankungen ist eine gute therapeutischen Beziehung ein wesentlicher Wirkfaktor (s. 2.IV), das wurde im Rahmen verschiedener Studien belegt.

7.4 Klarheit der Lehrperson (d=0,75), Faktor Glaubwürdigkeit (d=0,90), Nichtetikettierung von Lernenden (d=0,61), Lehrererwartungen (d=0,57), Qualität der Lehrperson aus Schülersicht (d=0,49), Kommunikationsfähigkeit und -strategien (d=0,43)

Bei der Klarheit der Lehrperson geht es um das reflektierte Bewusstsein hinsichtlich der Ziele, Inhalte, Methoden und eingesetzten Medien. Je nach Leistungsniveau der Lernenden sind

hierbei unterschiedliche Ziele zu definieren und Methoden einzusetzen. Kernbotschaft hierzu ist, dass Lehrpersonen klare Vorstellungen davon haben sollten, was Schüler/innen am Ende können sollen und diese Vorstellungen auch in Zielen formulieren können. „Sie müssen in der Lage sein, Inhalte so zu präsentieren, dass Lernende ihr Vorwissen und ihre Vorerfahrungen daran ankoppeln können. Und sie müssen es schaffen, eine intensive Beziehung zu den Lernenden aufzubauen. Leidenschaft ist also notwendig (...) Haltungen sind somit entscheidend!“ (dies. S. 126). Diese Haltungen umfassen auch, dass die Lehrperson glaubwürdig ist und Schüler/innen nicht abgewertet und etikettiert werden. Weiterhin spielen die Erwartungen, welche die Lehrperson an die Schüler/innen stellt, wie auch die fachliche Qualität der Lehrperson aus Schülersicht eine bedeutsame Rolle. Auch sollte die Lehrperson über entsprechende Kommunikationsstrategien und -fähigkeiten - und dies auch in schwierigen Situationen - verfügen.

Alle hier genannten Aspekte lassen sich analog auf Therapeuten/innen im Bereich der Rehabilitation von psychischen Erkrankungen und Abhängigkeitserkrankungen und deren Beziehung zu den Rehabilitanden/innen übertragen.

Fazit zum Bereich 7

Das Fazit fällt eindeutig aus: „Auf die Lehrperson kommt es an!“, genauer ausgedrückt: `Auf die Haltungen der Lehrperson und ihre Professionalität kommt es an!` (vgl. dies. S. 129). Die Expertise der Lehrperson wird dadurch sichtbar, dass ihr Handeln durch Fürsorge, Kontrolle und Klarheit gekennzeichnet ist, dass ihr Unterricht Herausforderungen bietet, Faszinierendes auslöst, dabei den Meinungen der Schüler/innen Gehör verleiht und zu solidem Wissen führt (vgl. dies. S. 138). Die Lehrperson (vgl. dies. S. 13ff)

- *setzt hohe Erwartungen*
- *schafft ein fehlerfreundliches Klima*
- *stellt das eigene Handeln immer wieder infrage*
- *evaluiert den eigenen Unterricht fortlaufend und sieht den eigenen Unterricht durch die Augen der Lernenden*
- *verfügt nicht nur über entsprechende fachliche Kompetenzen („Handwerkszeug“), sondern insbesondere über entsprechende Haltungen, die das eigene Denken und Handeln tragen*
- *fühlt sich für den Lernerfolg der Schüler/innen zuständig*
- *erkennt als Aufgabe, die Lernenden zu verändern, sie immer wieder herauszufordern und auch an ihre Grenzen zu bringen. Dadurch steigert sie die Erwartungen der Schüler/innen an sich selbst und hilft ihnen dabei, den Grund ihres Erfolges in sich selbst zu sehen und stärkt ihre Selbstwirksamkeit*
- *gibt gutes Feedback, wobei Lob allein kein gutes Feedback ist. Gutes Feedback meldet dem Lernenden zurück, wie er die Aufgabe bearbeitet hat, wo er richtige, wo er falsche Wege gegangen ist, wie er noch anspruchsvollere Ziele erreichen kann. Der eigentliche Schlüssel für erfolgreiches Feedback liegt aber auf einer anderen Ebene. „Die Lehrperson muss dafür ein Klima schaffen, in dem die Schüler/innen sich trauen, Fehler zu machen.“ (dies. S. 14)*
- *arbeitet eng mit anderen Lehrpersonen zusammen. „Viele Lehrpersonen haben ein falsches Verständnis von Autonomie, sie arbeiten weder mit ihren Kollegen/innen zusammen, noch begutachten sie gegenseitig ihren Unterricht. (...) Über das eigene Lehrerhandeln reden*

sie kaum. (...) Lehrpersonen, die zusammenarbeiten, inspirieren sich gegenseitig (...).“ (dies. S 15). Sie machen hierbei am Beispiel auch Lernerfolge im Zeitverlauf deutlich, reflektieren, ob das Wachstum des Schülers/der Schülerin ausreichend ist und helfen sich gegenseitig, die Auswirkungen ihrer Aktivitäten auf die Lernenden zu erkennen.

Zudem heben Hattie/Zierer den Aspekt der Leidenschaft der Lehrperson besonders hervor: „Es sind damit die leidenschaftlichsten Lehrpersonen, die den größten Einfluss auf die Lernenden haben: Wichtiger als das, was wir machen, ist wie und warum wir es machen. Wir brauchen Lehrpersonen, die Unterricht nicht als Monolog sehen, sondern als einen Dialog, die immer und immer wieder im Schüler etwas suchen, wovon keiner etwas weiß und woran schon keiner mehr glaubt, die mit Leidenschaft und Kompetenz von ihrem Wissen, aber auch ihrem Leben erzählen können, die sich mit ihren Kolleginnen und Kollegen austauschen und zusammentun und die dem Schüler auf Augenhöhe begegnen (...) Die erfolgreiche Lehrperson agiert wie ein Regisseur. Sie hat die Ziele der Unterrichtsstunde immer vor Augen, überprüft mit ausgewählten Methoden und berücksichtigt die Voraussetzungen der Akteure.“ (dies, S. 140).

Von den neun Bereichen (s. Tab. 2) nimmt die Lehrperson eine Sonderstellung ein, weil sie im Unterricht als dem Ort der Bildung die zentrale Rolle spielt (vgl. dies. S. 149).

In Analogie hierzu wäre das Fazit für den Bereich der medizinischen Rehabilitation zu ziehen: Auf die Behandler und das Reha-Team kommt es an! Genauer - Auf deren Haltung und Professionalität kommt es an!

Ein interessanter Aspekt ist hierbei im Übrigen, die Leidenschaft der Akteure als ein wichtiges Qualitätskriterium in den Mittelpunkt zu rücken. Um Leidenschaft und ein hohes Engagement der handelnden Personen im Reha-Team einer interdisziplinär ausgerichteten Rehabilitationseinrichtung zu erreichen und aufrecht zu erhalten, ist eine kollektive Wirksamkeitserwartung (Wir-Gefühl) eine wichtige Voraussetzung.

Literatur

- Alexander, J.J., Dissing-Sandhal, I. (2017): Warum dänische Kinder glücklicher und ausgeglichener sind? Verlagsgruppe Random House GmbH, München
- Antonovsky, A. (1997): Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Tübingen DGVT-Verlag
- Arnold, M. (2002): Aspekte einer modernen Neurodidaktik. Emotionen und Kognitionen im Lernprozess. Ernst Vögel Verlag
- Bachmeier, R., Bick-Dresen, S., Dreckmann, I., Feindel, H., Funke, F., Kemmann, D., Kersting, S., Köstler, U., Medenwaldt, J., Neumann, N., Premper, V., Teigeler, H., Wagner, A., Weissinger, V. (2020): Effektivität der stationären Suchtrehabilitation - FVS-Katamnese des Entlassjahrgangs 2017 von Fachkliniken für Alkohol- und Medikamentenabhängige, in SuchtAktuell Jahrgang 27/01.20, 50-65
- Bengel, J., Lyssenko, L: Resilienz und Schutzfaktoren, (letzte Aktualisierung am 04.12.2016), Aktuelle Version, doi:10.17623/BZGA:224-i101-1.0
- Beutel, M., Klein, Th., Missel, P., Schmid, C., Weissinger, V. (1995): Qualitätssicherung in der stationären Suchtkrankenhilfe- Gemeinsames Positionspapier des Bundesverbandes für stationäre Suchtkrankenhilfe e.V. und des Fachverbandes Sucht e.V., Sucht 2/1995, 141-149
- Boerner, S. (2009): Führung im Orchester-Ergebnisse der internationalen (empirischen) Forschung, in: Das Orchester 11(2009), 33-35
- Bühler, A., Heppekausen, K. (2005). Gesundheitsförderung durch Lebenskompetenzprogramme in Deutschland: Grundlagen und kommentierte Übersicht. Köln: BZGA.
- Dahlgren, G., Whitehead, M. Policies and strategies to promote social equity in health. Stockholm: Institute for Future Studies;1991 Determinanten von Gesundheit
- Donabedian, A (1996): Evaluating the quality of medical care, Milbank Quaterly, Vol.44, No.3, 166-206
- Egner, U., Theißen, U. (2019): Stand und Perspektiven der Qualitätssicherung in der gesetzlichen Rentenversicherung, in Wehner, Ch. (2019): Aufbrüche in der Rehabilitation – Geschichte und Gegenwart der Rehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung, sv:dok Dokumentations- und Forschungsstelle der Sozialversicherungsträger, Oberhausen, 192-206
- Fachverband Sucht e.V. (1994): Qualitätsmanagement in der Entwöhnungsbehandlung - Anregungen für die Praxis, Reihe: Qualitätsförderung in der Entwöhnungsbehandlung Band 1, Bonn
- ders. (1997): ...zur Größe von Fachkliniken für Suchtkranke: (K)ein Qualitätsmerkmal in der Behandlung Abhängigkeitskranker?, SuchtAktuell 3+4/1997, 34-36
- Faltermaier, T. (2020): Salutogenes, (letzte Aktualisierung am 26.03.2020), Aktuelle Version doi:10.17623/BZGA:224-i104-2.0, BZGA Köln
- Franzkowiak, P. Alexa Franke, A.: Stress und Stressbewältigung, (letzte Aktualisierung am 13.06.2018), Aktuelle Version, doi:10.17623/BZGA:224-i118-2.0, BZGA Köln

- Gansch, Ch. (2016): Interview „Das haben ein Orchester und Ihre Mitarbeiter gemeinsam- Christian Gansch verrät seine Tricks“, www.management-circle.de/blog/gastbeitrag-christian-gansch-lebendige-interaktion--fuehren-sie-ihre-mitarbeiter-wie-ein-orchester, 27.1.2016, , heruntergeladen am 28.01.2021
- Grawe, K., Donati, B., Bernauer, F. (2001): Psychotherapie im Wandel- Von der Konfession zur Profession, Göttingen, Hogrefe
- Grawe, K. (2004): Neuropsychotherapie. Göttingen, Hogrefe
- Hattie, J. (2013): Lernen sichtbar machen. Baltmannsweiler, Schneider-Verlag
- Hattie, J., Zierer, K. (2020): Visible learning- Auf den Punkt gebracht. Baltmannsweiler, Schneider-Verlag
- Hellwell, J.F., et al. (2020): WER World Happiness Report 2020, New York: Sustainable Development Solutions Network
- Hurrelmann, K., Richter, M.: Determinanten von Gesundheit (letzte Aktualisierung am 15.06.2018), Aktuelle Version, doi:10.17623/BZGA:224-i008-1.0
- Young, J., Wilkinson, A. (2002). The long and winding road: The evolution of quality management, Total Quality Management, 13:1, 101-121, DOI:10.1080/09544120120098591
- Komashie, A., Mousavi, A., Gore, J. (2007): Quality management in healthcare and industry – A comparative review and emerging themes, Journal of Management History, Vol.13 No.4 2007, 359-370, DOI: 10/1108/17511340710819598
- Meyer, Th. Et al. (2015): Welche Merkmale zeichnen eine erfolgreiche Rehabilitationseinrichtung aus? Ergebnisse aus dem Projekt MeeR, in: SuchtAktuell Jahrgang 1/2015, 47-52
- Miller, W., Rollnick, S. (2015): Motivierende Gesprächsführung. Lambertus, Freiburg im Breisgau
- OECD (2020): How's Life?2020. Measuring Well-being, Paris
- Plammatter, M., Tschacher, W. (2012): Wirkfaktoren der Psychotherapie – eine Übersicht und Standortbestimmung. Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie, 60(1), 67-76
- Prochaska, J. O., DiClemente, C. C. (1982): Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of therapy. Psychotherapy: Theory, Research, and Practice, 19, 267-288.
- Rattle, Sir Simon (2011): Interview. Ihr Klang hat eine Funghi Porcini Qualität, <https://www.concerti.de/interviews/sir-simon-rattle-ihre-klang-hat-eine-funghi-porcini-qualitaet/>, heruntergeladen am 28.01.2021
- Richter-Kornweitz, A., Kruse, Ch.: Gesundheitsförderung im Kindesalter, (letzte Aktualisierung am 13.01.2020), Aktuelle Version, doi:10.17623/BZGA:224-i041-1.0
- Schmidt, J., Nübling, R., Vogel, H. (1995): Qualitätssicherung in der stationären medizinischen Rehabilitation, Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis 2/95, 245-263
- Schneider, R. (2007): „Zu welcher Behandlung raten Sie einem suchtkranken Freund?“ oder: Was die Qualität der Behandlung im wirklichen Leben ausmacht, in SuchtAktuell 2/2007, 5-17

- Spyra, K., Egner, U., Fahrenkrog, S., Köhn, S., Lindenmeyer, J., Missel, P. (2011): Rehabilitanden-Management-Kategorien – Forschungsergebnisse für die klinische Praxis, SuchtAktuell Jahrgang 18/02.11, 28 - 28
- Stangl, W. (2021). Stichwort: 'Gestaltpsychologie – Online Lexikon für Psychologie und Pädagogik'. Online Lexikon für Psychologie und Pädagogik. <https://lexikon.stangl.eu/2746/gestaltpsychologie> (2021-03-29)
- Von Hoensbroech, R. (2015): Interview. Unternehmenführung. The Conductor's Perspective – was Manager von Dirigenten lernen können, <https://www.manager-magazin.de/unternehmen/karriere/was-manager-von-dirigenten-lernen-koennen-a-1047808.html>, heruntergeladen am 28.01.2021
- Ullmann, E. (2021): https://www.uni-wuerzburg.de/fileadmin/06000060/04_Fort-_und_Weiterbildungen_Lehrkraefte/Herbsttagungen/Herbsttagung_2016/20161006_WS_04_Neurobiologie.pdf, heruntergeladen am 12.4.2021
- Wampold, B., E. (2015): The Great Psychotherapy Debate. The Evidence of What Makes Psychotherapy Work (Second Edition). New York, Routledge
- Weckenmann, A., Akkasoglu, G., Werner, T. (2015): Quality management – history and trends, The TQM Journal, Vol.27, No.3 2015, 281-293, DOI: 10.1108/TQM-11-2013-0125
- Weissinger, V., Missel, P. (2012): Fachverband Sucht e.V.: Leitbild und Positionen zur Suchtkrankenhilfe und -behandlung, Sonderausgabe SuchtAktuell Jahrgang 19/02.12
- Wittmann, W., W. (1995): Wie ist Psychotherapie messbar?, in: Fachverband Sucht e.V. (Hrsg.): Qualitätssicherung in der Rehabilitation Abhängigkeitskranker. Beiträge des 7. Heidelberger Kongresses, Geesthacht, Neuland Verlag
- Wittmann, W.W., Nübling, R., Schmidt, J. (2002): Evaluationsforschung und Programmevaluation im Gesundheitswesen, in: Zeitschrift für Evaluation Heft 1/2002, 47-60

Autor:

Dr. Volker Weissinger
v.weissinger@t-online.de

sucht@sucht.de
www.sucht.de

