

Methodische Probleme der Qualitätssicherung ganzheitlich angelegter Rehabilitationskonzepte im Bereich der Suchtentwöhnung

Faßmann, Hendrik

Veröffentlichungsversion / Published Version

Zeitschriftenartikel / journal article

Zur Verfügung gestellt in Kooperation mit / provided in cooperation with:

GESIS - Leibniz-Institut für Sozialwissenschaften

Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:

Faßmann, H. (1996). Methodische Probleme der Qualitätssicherung ganzheitlich angelegter Rehabilitationskonzepte im Bereich der Suchtentwöhnung. *Sozialwissenschaften und Berufspraxis*, 19(1), 15-24. <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-36110>

Nutzungsbedingungen:

Dieser Text wird unter einer Deposit-Lizenz (Keine Weiterverbreitung - keine Bearbeitung) zur Verfügung gestellt. Gewährt wird ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

Terms of use:

This document is made available under Deposit Licence (No Redistribution - no modifications). We grant a non-exclusive, non-transferable, individual and limited right to using this document. This document is solely intended for your personal, non-commercial use. All of the copies of this documents must retain all copyright information and other information regarding legal protection. You are not allowed to alter this document in any way, to copy it for public or commercial purposes, to exhibit the document in public, to perform, distribute or otherwise use the document in public.

By using this particular document, you accept the above-stated conditions of use.



Methodische Probleme der Qualitätssicherung ganzheitlich angelegter Rehabilitationskonzepte im Bereich der Suchtentwöhnung

Hendrik Faßmann

1 Qualitätssicherung im Bereich der Rehabilitation Suchtkranker

Gerade weil die Rehabilitation Abhängigkeitskranker hinsichtlich ihrer Zielsetzungen, Methoden und Ergebnisse nicht zuletzt aus ideologischen Gründen bis zum heutigen Tage umstritten ist, bemüht man sich im Bereich der Suchtforschung seit langer Zeit, die Prozesse im Vorfeld, während und nach therapeutischen Interventionen bei Suchtkranken zu dokumentieren, zu analysieren und auf ihre kurz-, mittel- und langfristige Wirksamkeit hin zu überprüfen. Kennzeichnend ist dabei der hohe Grad an kritischer Reflektion der zur Anwendung gelangenden Forschungsmethoden und der erarbeiteten Ergebnisse. So hat man sich nicht allein mit Forschungsartefakten, etwa im Zusammenhang mit den Wirkungen der Patientenselektion, der spontanen Remission oder der Panel-Sterblichkeit, beschäftigt. Vielmehr wurde auf den Ebenen von Grundlagenforschung und therapeutischer Praxis auch versucht, zu einheitlichen, wissenschaftlich fundierten Dokumentations- und Evaluationsstandards zu gelangen.

2 Inhaltliche und methodische Probleme von Qualitätssicherungskonzepten im Bereich der Suchtentwöhnung

Sieht man einschlägige Literatur und hört Experten aus dem Suchtbereich, so wird deutlich, daß qualitätssichernde Aktivitäten prinzipiell auch von Therapieeinrichtungen befürwortet und schon seit langem, z. B. in Form von Fort- und Weiterbildung, Supervision, individualisierter Patientendokumentation, katamnesticen Untersuchungen etc., umgesetzt werden. Insofern ist man auch gegenüber einer klinikspezifischen Dokumentation von Strukturen und Leistungen anhand allgemeinverbindlicher und -gültiger Erhe-

bungsunterlagen aufgeschlossen, wie sie zunehmend von Kranken- und Rentenversicherungsträgern gefordert werden. Allerdings wird zu bedenken gegeben, daß bei der Entwicklung solcher Dokumentationssysteme zunächst vorrangig Probleme von Validität, Reliabilität und Objektivität zu lösen sind, ehe man tatsächlich zur Anwendung der Systeme übergehen kann.

Die Zurückhaltung gegenüber der institutionalisierten Dokumentation von bestehenden Klinik- und Leistungsstrukturen wird insbesondere damit begründet, daß vorab zu prüfen sei, ob die zu dokumentierenden Merkmale überhaupt geeignet seien, die jeweilige mutmaßlich therapiefördernde oder -behindernde "Realität Klinik" zu erfassen. Es wird darauf hingewiesen, daß die jeweils gegebenen Verhältnisse nur adäquat zu beurteilen sind, wenn beachtet wird, daß erstens viele Faktoren ineinandergreifen, zweitens erst in ihrem bewußt konzipierten Zusammenwirken zum Tragen kommen, drittens zum Rehabilitationskonzept insbesondere im psychotherapeutischen Bereich gehören und viertens, ebenso wie einzelne Leistungen, in einem Qualitätssicherungskonzept berücksichtigt werden müssen. Insofern sind die nachfolgend aufgelisteten Probleme zu lösen.

- (1) Operationalisierung von Aspekten wie
 - spezifische vs. unspezifische Therapiefaktoren,
 - Ganzheitlichkeit der Maßnahmen,
 - Integration von Einzelaktivitäten,
 - Individualisierung von Maßnahmen und
 - Dynamik des Rehabilitationsprozesses.
- (2) Isolierte Struktur-/Prozeßmerkmale vs. Gesamtmaßnahme.
- (3) Gewichtung einzelner Therapieanteile (z. B. psychotherapeutische vs. medizinische Merkmale).
- (4) reliable und objektive Erfassung einzelner Aktivitäten hinsichtlich
 - Häufigkeit und
 - Dauer.

2.1 Zusammenwirken spezifischer und unspezifischer Therapiefaktoren im Bereich der Rehabilitation Suchtkranker

Schultze-Dierbach (1991) hat darauf hingewiesen, daß Kliniken hinsichtlich ihres inneren und äußeren Ambientes nicht nur Realität sind, sondern auch unterschiedliche Wirkfaktoren zum Tragen kommen. Plausibel erscheint, daß Merkmale wie

- bauliche Gestaltung der Klinik (z. B. Großklinik in renovierter Altbaukaserne, abgelegenes ehemaliges Hotel, komfortable Neubauklinik, Pavillonklinik);
- unmittelbare Umgebung der Behandlungsstätte (z. B. landschaftlich reizvoll, aber abgelegen, gepflegte Parklandschaft, Stadtmitte);
- weltanschauliche Orientierung (z. B. freie oder kirchliche Trägerschaft);

- therapeutisches Konzept (z. B. psychoanalytisch, verhaltenstherapeutisch, integrativ),
- potentiell therapiefördernde oder -behindernde Einflußgrößen sind. Allerdings sollten solche Faktoren nicht nur einzeln, sondern auch in ihrer Wechselwirkung, insbesondere aber im Kontext von Therapiekonzepten beurteilt werden. Dazu gehören Gesichtspunkte wie
- Krankheitsmodelle (z. B. Vorstellungen über Symptomentstehung, -minderung, -wandel, -freiheit);
 - die damit korrespondierenden Theorien über die anzuwendenden therapeutischen Methoden bzw. Methodenkombinationen;
 - die daraus ableitbaren Rahmenbedingungen (z. B. Hausordnung);
 - die daraus ableitbaren Vorstellungen über die Rollen und Aufgaben von Patienten und Therapeuten.

Schneider (1991) spricht in diesem Zusammenhang von vernetzten Faktoren, deren Wirksamwerden von der gleichzeitigen Aktivierung anderer Faktoren abhängt, und unterscheidet

- spezifische Faktoren: Person des jeweiligen Therapeuten;
- allgemeine unspezifische Faktoren: politisches Gesundheitsversorgungssystem, Personalschlüssel, Mitarbeiterqualifikation, Mitarbeiterstruktur und -organisation, architektonische Gestaltung der Klinik und Nutzungsmöglichkeiten des Therapieverbundes;
- unspezifische Faktoren im engeren Sinne: Lösung des Patienten aus seiner gewohnten Umgebung, Vorgabe von das Zusammenleben und den Tagesablauf strukturierenden Regeln, Focussierung der Aufmerksamkeit des Patienten auf sich selbst, Hinführen des Patienten in nicht alltägliche Erfahrungen und Erleben einer besonderen Art von Gemeinschaft;
- therapieschulenspezifische Wirkfaktoren.

Möller und Benkert (1980) klassifizieren demgegenüber nach

- therapieinternen spezifischen Faktoren (z. B. Therapieansätze, -techniken, -stile);
- therapieinternen unspezifischen Faktoren (z. B. Sozial- und Infrastruktur im stationären Bereich, Stationsmilieu bzw. -atmosphäre) sowie
- therapieexternen Einflußgrößen (z. B. familiäres Umfeld, Veränderungen der persönlichen Lebenssituation).

Schneider (1991) sowie Grawe und Mitarbeiter (1994) geben in diesem Zusammenhang zu bedenken, daß auch die "unspezifischen" Faktoren sehr spezifisch wirken können, wenn sie therapeutisch gezielt ausgeformt werden. Sie fordern daher, auch die unspezifischen Faktoren in wissenschaftliche Untersuchungen enger einzubeziehen. Möller und Benkert (1980) warnen vor naiven Untersuchungsplänen, die von unzutreffenden "Homogenitäts-

mythen" bezüglich Patient, Therapeut und Therapieverfahren ausgehen und damit interindividuelle Unterschiede und sonstige relevante Einflußgrößen vernachlässigen.¹

Wiedl (1986) beklagte entsprechend, daß die Heterogenität von Rahmenbedingungen und ihre Beziehungen zum Rehabilitationsgeschehen bisher weder erschöpfend theoretisch reflektiert, noch hinsichtlich ihrer praktischen Relevanz ausreichend empirisch untersucht wurden und begründet dies vor allem mit dem Fehlen eines angemessenen konzeptuellen und methodischen Instrumentariums. Bühringer (1990) wies auf die besonders schwierige Abgrenzung und Meßbarkeit einzelner Therapieelemente sowie deren Effekte im zeitlichen Verlauf hin. Wenn es auch möglich sei, bestimmte formale Unterschiede der Therapie (z. B. Art der Therapiesitzung, Therapieintensität, Organisationsform) zu erfassen, wisse man bisher kaum, ob die Unterschiede tatsächlich eine Relevanz für die Qualität der Therapieergebnisse hätten.

Von uns befragte Experten meinten allerdings auch, daß manches, was nach außen hin als wesentliches, inhaltlich begründetes therapeutisches Moment "verkauft" würde, häufig lediglich durch historisch gewachsene Strukturen bedingt oder aber auch wirtschaftlich begründet sei. (Beispielhaft genannt wurden etwa die Lage der Einrichtung, die Architektur, die Existenz bestimmter Arbeitsbereiche, etwa einer Gärtnerei.) Unklar müsse bleiben, wie man diese Probleme bei einer Messung bestimmter Wirkfaktoren lösen könne: Das Urteil der Klinikvertreter sei dabei nämlich nur begrenzt verlässlich, da diese sich gemeinhin bemühten, jede dieser Gegebenheiten wenigstens ansatzweise theoretisch zu rechtfertigen.

Die Ausführungen zeigen, daß eine Vielzahl spezifischer und unspezifischer Einflußgrößen therapeutisch relevant sein dürften. Adäquate Qualitätssicherungskonzepte müssen dem deshalb im Rahmen von Merkmalsauswahl, -operationalisierung und -gewichtung sowie Datenanalyse Rechnung tragen. Konzepte, die derzeit (etwa im Bereich der Gesetzlichen Rentenversicherung) diskutiert werden, entsprechen dem bisher bei der Dokumentation von Struktur- und Prozeßmerkmalen (z. B. auch zum Zweck von Klinikvergleichen) kaum. Selten ist transparent, welche hypothetischen Annahmen zugrunde liegen und mit welchen Methoden die Datenanalyse erfolgen soll.

1 Ein wesentlicher Einwand gegen die unkritische Verknüpfung von Patienten- und Therapiemerkmalen betrifft die Verletzung der "Konstanzhypothese". Da die Verknüpfungsbedingungen jeweils nur für eine bestimmte Situation (Patienten- und Therapiemerkmale zu einem gegebenen Zeitpunkt) gelten und es äußerstenfalls möglich sein dürfte, alle Verknüpfungsbedingungen im Rahmen langfristiger sukzessiver Untersuchungen herauszufinden, gelten dann die ursprünglichen Untersuchungsbedingungen nicht mehr. Da die Konstanzhypothese verletzt wird, können frühere Untersuchungsergebnisse nicht mehr mit neueren verknüpft werden.

2.2 Qualitätssicherung ganzheitlich angelegter Rehabilitationskonzepte als methodisches Problem

Suchtbehandlung² unterscheidet sich wesentlich von anderen Bereichen der medizinischen Rehabilitation: Beruht Therapie bisher vielfach noch auf einem bio-medizinischen Modell, das klare Ursache-Wirkungs-Zusammenhänge hinsichtlich einzelner Interventionen zur Behebung eingeschränkter Funktionen bzw. organischer Defekte postuliert und dementsprechend überprüft werden kann, so ist für die Suchttherapie das *Modell umfassender Rehabilitation* maßgebend. Gegenstand von Interventionen ist nicht mehr die eingeschränkte Funktion bzw. das defekte Organ, sondern die gesamte, sich fortentwickelnde Persönlichkeit einschließlich ihrer sozialen, kulturellen und ökologischen Bindungen und Verflechtungen. Daher geht das dynamisch und flexibel angelegte Therapiemodell bewußt vom Zusammenwirken einer Vielzahl therapierelevanter Faktoren aus. Die Integration eines daraus abgeleiteten, interdisziplinär erbrachten Leistungsangebotes wird folgerichtig als entscheidendes Qualitätsmerkmal von Maßnahmen zur Suchtentwöhnung angesehen, das eine bloße Addition von Leistungen, wie in anderen Bereichen üblich, weit überschreitet.

Bezweifelt wird allerdings, ob die bisher (insbesondere im Bereich der Sozialversicherungsträger) diskutierten Dokumentationssysteme methodisch geeignet sind, die Qualität ganzheitlich angelegter Rehabilitationsmaßnahmen valide und reliabel zu messen. Dies gilt insbesondere im Hinblick auf die Erfassung therapeutischer Konzepte, die nicht nur unterschiedliche Funktionsgruppen, Verfahren und Techniken integrieren, sondern auch individuelle Entwicklungsaspekte innerhalb des Rehabilitationsprozesses zu berücksichtigen suchen.³ Beschränkt man sich in Ermangelung eines adäquaten Erhebungsinstrumentes auf jene Struktur- und Prozeßmerkmale, die üblicherweise im Bereich traditioneller Kliniken oder medizinischer Rehabilitationseinrichtungen als wesentlich angesehen werden, dann wird man den Besonderheiten der Suchtentwöhnung nicht gerecht.

Es ist zwar versucht worden, auch für den psychotherapeutischen Bereich (ambulant) erbrachte Leistungen zu Abrechnungszwecken (z. B. mit Hilfe von Psychotherapie-Richtlinien) aufzugliedern und zu quantifizieren. Im Vergleich zu Inventaren zur Erfassung

2 Sucht als "Krankheit" ist ja auch noch nicht so lange anerkannt.

3 Zu denken ist etwa an die *selektive* Indikation, d. h. Entscheidungen auf der Basis verschiedener Therapiealternativen, und der *adaptiven* Indikation, d. h. Entscheidungen innerhalb einer Therapieform, etwa durch das sukzessive Hinzufügen von therapeutischen Maßnahmen je nach dem Fortschritt des Patienten.

ärztlicher Leistungen nehmen sich solche Merkmalskataloge jedoch sehr "dünn" aus.⁴ Da sie sich lediglich auf jene aus dem therapeutischen Zusammenhang gelöste Einzelaspekte beziehen, ist kaum vorstellbar, daß sich damit gegebene Qualitäten feststellen lassen.

Eine Möglichkeit, das Geschehen in der Suchtklinik annäherungsweise abzubilden, besteht darin, die verschiedenen Aktivitäten der Therapeuten in Form von Einzelleistungen aufzulisten und mengenmäßig nach Häufigkeit und Zeitdauer zu erfassen. Dem entsprechend unternahmen es Kufner und Hallmaier (1992), das Ausmaß und den Umfang psychosozialer Maßnahmen bei der ambulanten Therapie von Suchtmittelabhängigen in unterschiedlichen Einrichtungen anhand von Variablen zu erheben wie

- Einzeltherapie,
- Einzelgespräch,
- Gruppentherapie,
- medizinische/psychologische Untersuchung,
- Berichte, Aktenstudien,
- Telefonate,
- Kontakte mit Ärzten,
- Kontakte mit Behörden,
- Fallbesprechungen,
- Betreuung in Justizvollzugsanstalten,
- Betreuung in anderen Therapieeinrichtungen,
- Fahrzeiten und
- Hausbesuche.

Für den stationären Bereich lassen sich solche Merkmale nach Bedarf sicherlich weiter aufgliedern und ergänzen; gleichwohl sind nicht nur Probleme einer validen Operationalisierung der zu berücksichtigenden Merkmale zu lösen. Vielmehr stellt sich auch die schwierige Frage nach einer reliablen und objektiven Erfassung von Häufigkeit und Dauer der betreffenden Aktivitäten: Wer soll dokumentieren und wer übernimmt die Qualitätskontrolle der Dokumentation? Zweifelhaft erscheint zudem, ob sich anhand der hier diskutierten Einzelaspekte tatsächlich "festmachen" läßt, was die eigentliche Qualität von therapeutischen Interventionen ausmacht, in der die genannten Handlungen fallbezogen und integriert stattfinden.

Befürchtet wird ferner, daß von inadäquat angelegten Qualitätssicherungssystemen selbst (nicht intendierte) Rückwirkungen auf klinische Strukturen und Prozesse ausgehen können. Ist nämlich in Ermangelung adäquater Methoden zur Beurteilung komplexer

4 So enthält der einheitliche Bewertungsmaßstab für die kassenärztliche Versorgung (BMÄ) mehrere hundert Positionen für ärztliche, aber lediglich knapp 40 Positionen für psychotherapeutische Leistungen.

Zusammenhänge vorrangig eine mengenmäßige Erfassung von Einzelmerkmalen vorgesehen und setzen Konsequenzen hauptsächlich an den so gewonnenen Ergebnissen an, dann könnte schließlich versucht werden, die therapeutische Wirklichkeit dem Beurteilungssystem anzupassen, d. h. lediglich die Menge einzelner Leistungen zu variieren. Gerät dabei die Qualität des Gesamtzusammenhanges aus dem Blickfeld, so könnten fortschrittliche Entwicklungen geradezu verhindert werden.

Erfahrungen aus dem medizinischen Bereich haben ergeben, daß einzelleistungsbezogene Bewertungsmaßstäbe tendenziell zu einer mengenmäßigen Leistungsausweitung führen und damit Kostensteigerungen nach sich ziehen. Denkbar wäre, daß entsprechende Beurteilungssysteme im Suchtbereich ähnliches auslösen könnten. Träfe dies zu, dann würde Qualitätssicherung den eigenen Ansprüchen entgegenlaufen, die auch auf einen effizienteren Einsatz der zur Verfügung stehenden Ressourcen gerichtet sind.

2.3 Gewichtung medizinischer und psychotherapeutischer Therapieanteile

Besondere Bedeutung wird der Erstellung von Kriterienkatalogen beigemessen, anhand derer unterschiedliche Therapieanteile erfaßt werden sollen. Kritisiert wird, daß sich die bisher vorgeschlagenen Instrumente zu sehr an Vorgaben aus dem Bereich der medizinischen Rehabilitation somatisch Kranker und Behinderter orientieren. Demnach ist dort ein Übergewicht an Variablen zur Dokumentation ärztlicher Diagnostik und Therapie sowie der betreffenden Funktionsgruppenangehörigen erkennbar. Das Variablenspektrum zur Erfassung von psychotherapeutischen, sozialpädagogischen und ähnlichen Struktur- und Prozeßmerkmalen erscheint demgegenüber relativ schmal, obwohl sie die Qualität der Suchtbehandlung entscheidender prägen (sollten) als medizinische Strukturen und Interventionen.

Diese Diskrepanzen werden unter anderem auf die traditionell sehr detaillierte Leistungserfassung im ärztlichen und ihm zugeordneten therapeutischen Bereich zurückgeführt. Vor dem Hintergrund des bio-medizinischen Paradigmas, der ihm zugrunde liegenden naturwissenschaftlichen Annahmen über Wirkungszusammenhänge und ihrer gezielten Beeinflussung erscheint dies gerechtfertigt. Darüber hinaus sind hier auch ökonomische Interessen von Bedeutung, läßt sich mit Hilfe eines solchen Erfassungssystems doch jeder einzelnen, medizinisch begründeten Leistung ein spezifisches Honorar zuordnen. Dies gilt vor allem für medizinisch-technische Leistungen, die sich mengenmäßig relativ unproblematisch erfassen und bewerten lassen. Demgegenüber erscheint es verhältnismäßig schwierig und nur teilweise sinnvoll, therapeutische Interventionen in viele verschiedene Einzelaktivitäten zu zergliedern, für die gerade ganzheitliche Sicht- und Vorgehensweisen das eigentliche Charakteristikum darstellen.

3 Resümee und Folgerungen

Werden Qualitätssicherungssysteme im Bereich der Suchtentwöhnung derzeit sehr reserviert beurteilt, so wird im Kern zu bedenken gegeben, die Suchtbehandlung als Ganzes sei mehr als die Summe ihrer einzelnen Elemente. Dem würden aber die vorgeschlagenen Ansätze bisher nicht gerecht. Geht man davon aus, daß es sich bei diesen Einwänden nicht um Strategien handelt, Qualitätsbeurteilungsmaßnahmen abzuwehren, sondern um begründete Argumente, dann stellt sich die Frage, wie sich Qualität im Suchtbereich überhaupt ermitteln und sichern läßt.

So könnten die vorgetragenen Überlegungen dazu verleiten, Qualitätssicherungsmaßnahmen ausschließlich auf die Beurteilung der Ergebnisqualität therapeutischer Maßnahmen zu reduzieren: Entwöhnungsbehandlungen würden dann gleichsam als "black box" betrachtet, ohne sie näher auf den jeweiligen Ressourceneinsatz hin zu überprüfen. Von Interesse wäre ausschließlich, ob a priori festgelegte Ziele mit einem bestimmten, kaum rational begründbaren und nachvollziehbaren Einsatz von Mitteln tatsächlich zu erreichen wären.

Eine solche Reduktion von Qualitätssicherungsmaßnahmen kann nicht sinnvoll sein, vergäbe man doch so Chancen, die Bestimmungsgründe effektiver und effizienter therapeutischer Bemühungen zu erforschen und möglicherweise zu Ergebnissen zu gelangen, die sich für Verbesserungen nutzen ließen. Insofern erscheinen Versuche immer sinnvoll, Einzelelemente von Rehabilitationsmaßnahmen in ihrer unmittelbaren Wirkung, vor allem aber auch im Zusammenhang mit anderen Therapiefaktoren auf ihre Bedeutung für Behandlungserfolge hin zu überprüfen. Wesentlich ist dabei allerdings ein theoriegeleitetes Vorgehen: Nur wenn man sich bemüht, tatsächlich alle denkbaren Wirkfaktoren in solche Untersuchungen einzubeziehen sowie Analysemodelle zu entwickeln und zu verwenden, die geeignet erscheinen, auch komplexe Wirklichkeiten zu durchdringen, sind tragfähige und möglicherweise auch für die Praxis brauchbare Resultate zu erwarten. Solche Untersuchungsansätze bergen natürlich das hohe Risiko, daß viele der hypothetischen Annahmen bei empirischer Überprüfung widerlegt werden und somit erhebliche Zeit und Ressourcen aufgewendet werden müssen, ehe verlässliche Ergebnisse vorgelegt werden können.

Zu warnen ist allerdings vor naiven Ansätzen, die ausschließlich auf eine pragmatische Auswahl der zu berücksichtigenden potentiellen Einflußfaktoren rekurrieren und sich bei der Ergebnisevaluation vorwiegend den univariaten Beziehungen zwischen diesen Variablen und dem Maßnahmenerfolg widmen. Im Hinblick auf Maßnahmen im Bereich der Suchtentwöhnung, die im wesentlichen eine Integration verschiedener Therapiebestandteile unterschiedlicher Qualität und Intensität beinhalten, wären solche Evaluationspläne unangemessen, würden mit hoher Wahrscheinlichkeit zu Ergebnissen führen, die mit der Wirklichkeit wenig zu tun haben und insofern auch für praktisches Handeln

unbrauchbar wären. Besser wäre es dann, sich den hohen Aufwand für Qualitätssicherungsmaßnahmen zu sparen und Entscheidungen nach reinem Gutdünken zu treffen.

Wichtig erscheint zudem, Qualitätssicherungssysteme vor ihrer Einführung einem breiten, interdisziplinären Diskurs unter Einschluß von Vertretern der Praxis zu unterziehen und auf einen Konsens aller Beteiligten hinzuwirken. Dabei kommt der Dokumentation und Publikation der Auseinandersetzung im Rahmen dieses Entwicklungsprozesses ebenso wesentliche Bedeutung zu, wie der Möglichkeit aller Beteiligten, auf diesen Prozeß tatsächlich auch Einfluß nehmen zu können. Schließlich sind Vorkehrungen zu treffen, die es ermöglichen, die einmal eingeführten Systeme bei Bedarf zu revidieren und an neuere Entwicklungen zu adaptieren. Damit soll sichergestellt werden, daß sie nicht nur den inhaltlichen und methodischen Anforderungen entsprechen, die an solche Instrumente zu richten sind, sondern sich auch tatsächlich in der Praxis einsetzen lassen.

Literatur:

- Beutel, Martin; Brünger, Martin; Klein, Thomas; Missel, Peter; Schmidt, Carlos; Weissinger, Volker, 1995: Qualitätssicherung in der stationären Suchtkrankenbehandlung. Positionspapier der Verbände. In: Sucht aktuell, Jg. 2, Heft 1-2, S. 23-30.
- Bühringer, Gerhard, 1990: Individualisierung der Suchttherapie. In: Heide, Martin (Hrsg.), Individualisierung der Suchttherapie. Schriften des Fachverbandes Sucht, Band 3. Saarbrücken, S. 27-48.
- Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie (Hrsg.), 1992: Dokumentationsstandards 2 für die Durchführung von Katamnesen bei Abhängigen. Freiburg.
- Faßmann, Hendrik; Oertel, Martina, 1992: Entwicklung eines Qualitätssicherungsprogrammes für die stationären Entwöhnungsbehandlungen der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (Unveröffentlichter Projektbericht). Nürnberg.
- Grawe, Klaus; Donati, Ruth; Bernauer, Friederike, 1994: Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession. Göttingen.
- Heigl-Evers, Annelise.; Helas, Irene; Vollmer, Heinz C. (Hrsg.), 1991: Suchttherapie psychoanalytisch-verhaltenstherapeutisch. Göttingen.
- Küfner, Heinrich; Hallmaier, Roland, 1992: Zeitlicher Aufwand von psychosozialen Maßnahmen bei der ambulanten Therapie von Suchtmittelabhängigen. In: Sucht, Jg. 38, Heft 1, S. 18-26.
- Missel, Peter; Zemlin, Uwe, 1994: Basisdokumentation Sucht und Katamnese Sucht. Ein integriertes Dokumentationssystem in der stationären Rehabilitation Abhängigkeitskranker. In: Sucht aktuell, Jg. 1, Heft 1, S. 5-7.
- Möller, Hans-Jürgen; Benkert, Otto, 1980: Methoden und Probleme der Beurteilung der Effektivität psycho-pharmakologischer und psychologischer Therapieverfahren. In: Biefang, Sibylle (Hrsg.), Evaluationsforschung in der Psychiatrie: Fragestellungen und Methoden. Stuttgart, S. 54-128.
- Müller-Fahmow, Werner, 1993: Routineinsatz von Qualitätssicherungsprogrammen in der Rehabilitation. In: Rehabilitation 1993, BfA-aktuell, Berlin, S. 43-62.

- Müller-Fahnow, Werner, Sakidalski, Barbara; Somhammer, Bruno; Wittkopf, Sybille, 1993: Die Klassifikation Therapeutischer Leistungen (KTL) für den Bereich der medizinischen Rehabilitation. In: Praxis der Klinischen Verhaltensmedizin und Rehabilitation, Jg. 6, Heft 24, S. 254-263
- Reha-Kommission, 1991: Kommission zur Weiterentwicklung der Rehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung. Abschlußberichte - Band V, Arbeitsbereich "Verwaltung". Frankfurt a. M.
- Schneider, Ralf, 1982: Das Therapieprogramm der Fachklinik Furth im Wald. In: Schneider, Ralf (Hrsg.), Stationäre Behandlung von Alkoholabhängigen. IFT-Texte 8. München, S. 53-134.
- Schneider, Ralf, 1991: Wirkfaktoren in der Therapie. In: Heigl-Evers, Annelise; Helas, Irene; Vollmer, Heinz C. (Hrsg.), 1991: Suchttherapie psychoanalytisch-verhaltenstherapeutisch. Göttingen, S. 85-107.
- Schultze-Dierbach, Elke, 1991: Der psychoanalytisch-therapeutische Umgang mit der Realität Klinik. In: Heigl-Evers, Annelise; Helas Irnee; Vollmer, Heinz C. (Hrsg.), 1991: Suchttherapie psychoanalytisch-verhaltenstherapeutisch. Göttingen, S. 108-127.
- Wiedl, Karl Heinz, 1986: Von einer "Psychologie in der Rehabilitation" zur "Rehabilitationspsychologie" II: Perspektiven in Forschung und Praxis. In: Wiedl, Karl Heinz (Hrsg.), Rehabilitationspsychologie. Stuttgart, S. 150-160.

Dr. Hendrik Faßmann
Institut für empirische Soziologie
Marienstraße 2
D-90402 Nürnberg
Tel.: 0911 / 20 37 12