

„Zu welcher Behandlung raten Sie einem suchtkranken Freund?“ oder: Was die Qualität der Suchtbehandlung im wirklichen Leben ausmacht

Ralf Schneider

Das Thema „Behandlungsqualität“ hat viele Facetten. Vier davon kommen hier zur Sprache. Die Behandlungsqualität wird erstens aus der Perspektive der Leistungsträger und ihrer rechtlichen Rahmenbedingungen, zweitens unter dem Systemaspekt der Suchthilfe, drittens aus der Warte der Patienten bzw. Rehabilitanden und viertens vom Standpunkt der Behandler aus betrachtet. Erst gemeinsam bilden sie einen großen Teil von dem ab, was man das „wirkliche“ Leben nennen mag. Abschließend wird noch die Frage angeschnitten, ob vom Qualitätsmanagement oder der Qualitätssicherung zwingend Qualität erzeugt wird.

Einleitung

Im Alltag beschäftigt uns in kleinen wie in großen Dingen immer wieder die Frage, was für uns oder unsere Lieben richtig, passend und nachhaltig gut ist. Das beginnt bei so einfachen Fragen wie dem Kauf von Lebensmitteln oder Gebrauchsgütern und endet mit so schwierigen wie der Partnerwahl. Ungewisse Situationen mit der Anforderung, sich für etwas zu entscheiden, üben auf fast alle Menschen einen starken Drang aus, sie zu mildern oder aufzulösen. Unser individuelles und kollektives Bedürfnis nach Kontrolle und Orientierung treibt in unserer ohnehin hochgradig regulierten Gesellschaft so manche seltsame Blüte und unser Streben nach Sicherheit grenzt bisweilen schon ans Neurotische. Dieser Bedarf wird gerne von Versicherungen, Wahrsagern, Beratern der verschiedensten Provenienz oder Warrentestern bedient und weiter angestachelt.

Selbstverständlich möchte jeder von uns gute Ware für gutes Geld bekommen. Und wenn ich dabei Rat benötige, weil ich bestimmte Qualitäten wie beispielsweise die chemische Zusammensetzung eines Saftes nicht selbst untersuchen und beurteilen kann, dann bin ich froh, dass es unabhängige Institutionen gibt, die das für alle Konsumenten übernehmen.

Manchmal wenden wir uns aber anstelle von Ratgebersendungen im Fernsehen oder Warrentestzeitschriften lieber an weniger objektive Experten, weil wir uns von ihnen eine Beratung erwarten, die gerade nicht neutral ausfällt, sondern individuell auf uns bezogen ist. Wenn mich ein

Freund also fragt, welches Saxofon oder HiFi-Gerät er sich zulegen solle, werde ich mir gut überlegen, wozu ich rate, denn nur auf das Teuerste oder vermeintlich Beste zu verweisen, wäre ja kein guter Rat. Von einem Freund erwarte ich ja gerade einen Rat, der zu mir persönlich passt. Ein vertrauenswürdiger und fachmännischer Rat gelingt umso einfacher, je besser ich die individuellen Bedürfnisse und Möglichkeiten kenne – und die entsprechen nicht unbedingt denen, von denen neutrale Produkttester ausgehen.

Deshalb werden ja auch nicht nur die Produkte gekauft und hergestellt, die von amtlich bestellten Warrentestern für gut befunden werden. Bereits im Bereich so relativ simpler Entscheidungen wie dem Kauf von HiFi-Geräten gibt es offensichtlich Qualitäten, die von den Kunden anders gewichtet werden als von den Testern. Ansonsten könnten sich viele kleine Hersteller gewiss nicht am Markt gehalten haben. Das heißt aber auch: In einem Gesellschaftssystem mit liberalem Markt ist der Entscheidungsprozess der Kunden nicht vollständig nach einheitlichen Kriterien normierbar – und er sollte es auch nicht sein.

Zwischen Warrentest und Freundesrat erstreckt sich ein breites Spektrum von Möglichkeiten der Qualitätsbeurteilung, ohne dass das eine das andere überflüssig macht oder ersetzen kann. Aber vielleicht lässt sich beides kombinieren – auch bezüglich der Suchtbehandlung.

Einige der Probleme in der Zusammenarbeit zwischen psychotherapeutisch Tätigen und Protagonisten des Qualitätsmanagement und der Qualitätssicherung scheinen mir schlicht aus einem kaum auszumerkenden Missverständnis über die Bedeutung des Begriffs „Qualität“ zu resultieren: im Bereich der Behandlung psychischer Störungen wird traditionell unter der Qualität einer Erfahrung primär der subjektive Eindruck verstanden, also etwas, dem man sich nur heuristisch annähern kann, ohne es jemals vollständig zu erfassen, während in der Wirtschaft unter Qualität gerade das Gegenteil damit gemeint ist, nämlich die objektivierbaren Eigenschaften von Prozessen, Strukturen und Ergebnissen.

Beide Qualitätsbegriffe haben ihre Berechtigung und Gültigkeit. Obwohl wir subjek-

tiv nur die eine Form von Qualität als „wirklich“ erleben, während wir die andere gerne als konstruiert und damit künstlich einstufen, gehören beide zum „wirklichen Leben“ und werden im Folgenden auch dementsprechend einbezogen. Man muss nur definieren, von was gerade die Rede ist.

Wir werden auf beide Formen der Qualität eingehen.

1. Perspektive „Leistungsträger und ihre rechtlichen Rahmenbedingungen“

Den Rehabilitationsträgern wurde gesetzlich (§20 SGB IX) vorgeschrieben, die Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität der Rehabilitationsleistungen durch vergleichende Qualitätsanalysen als Grundlage für ein effektives Qualitätsmanagement der Leistungserbringer zu gewährleisten, und zwar im Sinne eines Qualitätsbegriffs, wie ihn die Deutsche Gesellschaft für Qualität gefasst hat: „Qualität ist die Gesamtheit von Merkmalen einer Einheit bezüglich ihrer Eignung, festgelegte und vorausgesetzte Erfordernisse zu erfüllen. Die Qualität muss so gefasst sein, dass sie an objektiven Kriterien gemessen werden kann. Das beinhaltet zwangsläufig die Entwicklung von Standards.“ Man unterteilt dabei Qualität üblicherweise in die drei Bereiche der Ergebnisqualität, der Prozessqualität und der Strukturqualität.

Im Suchtbereich deutete sich die Tendenz zu mehr Empirie und Qualitätskontrolle zwar bereits Mitte der Achtziger mit der MEAT-Studie des VDR (international veröffentlicht von *Küfner & Feuerlein, 1989*) an, aber den entscheidenden Schub gab wohl doch erst die Reha-Kommission zur Weiterentwicklung der Rehabilitation (VDR) Anfang der Neunziger. Der Gesetzgeber trug dann schließlich das Seine – das für Juristen Entscheidende – dazu bei, dass die Qualität der Rehabilitation genauer unter die Lupe genommen wurde.

Aber der gesetzliche Auftrag erforderte auch einen erheblichen Aufwand. Es musste ein Apparat geschaffen werden, der unter anderem jährlich 100.000 Rehabilitanden befragt und die 70% der Antworten aus den somatischen Indikationsgebieten und rund 55% aus dem Bereich Psychosomatik und Sucht auswertet. Die Reha-Leis-

tungen wurden kategorisiert und die entsprechend verschlüsselten Entlassungsberichte der Einrichtungen ausgewertet und diese Ergebnisse in Berichten und bei Visitationen den Einrichtungen rückgemeldet. Die Deutsche Rentenversicherung zieht aus dem bisherigen Vorgehen eine positive Effektivitätsbilanz (Egner, Gerwinn & Buschmann-Steinhage, 2006, S. 223). Effizienzberechnungen des Qualitätssicherungsprogramms wären im Sinne des Qualitätsmanagements der Qualitätssicherung zwar wünschenswert, dürften sich allerdings schwierig gestalten und sind wohl auch nicht beabsichtigt.

Im Bereich der **Strukturqualität** ist die Präzisierung dessen, was die Leistungsträger unter Qualität verstehen, besonders weit vorangeschritten. Die Strukturqualität bezieht sich auf das Ausmaß, in dem die Mittel bereitgestellt werden, die notwendig und hinreichend sind, um die Ziele einer geforderten Leistung zu erbringen. Zu den Mitteln zählen nicht nur technische, bauliche und finanzielle, sondern auch Leitbild, Kommunikationsstrukturen, Personalschlüssel sowie Fort- und Weiterbildung. Im „Dokumentationsbogen für Visitationen“ und in dem „Anforderungsprofil für eine stationäre Einrichtung zur medizinischen Rehabilitation von Alkoholabhängigen mit 100 Rehabilitationsplätzen“ der DRV-Bund fand dies für die Praxis der strukturellen Qualitätsprüfung bereits zu einem Zeitpunkt seinen Niederschlag, als die Prozessqualität noch gar nicht näher durch Leitlinien definiert war. Der „Orientierungsstellenplan“ verdeutlicht allerdings, dass die Strukturqualität nahezu untrennbar verbunden ist mit Zielen und Inhalten der Behandlung. Hier fließen nur allzu leicht und möglicherweise kaum hinterfragt Ziele und Maßnahmen ein, die hinsichtlich der Ergebnisqualität nicht oder nur schwach Evidenz basiert sind. Als Beispiel seien nur die vom VDR anerkannten Zusatzausbildungsgänge für Therapeuten genannt, die keineswegs konform mit den um Sicherung der Evidenz bemühten Psychotherapierichtlinien sind.

Möglichst viele der strukturellen Anforderungen an eine moderne Rehabilitation sollen für alle Arten von Rehabilitationskliniken in vergleichbarer Weise gelten. Deshalb vereinheitlichen sie unter Umständen, was differenziert gehört. Inwieweit beispielsweise eine ständige ärztliche Präsenz in den meist kleinen Drogeneinrichtungen für die spezifischen Anforderungen an die Behandlung dieser Suchtkranken relevant und für die Ergebnisqualität förderlich ist, dürfte noch diskussionswürdig sein. Ähnliches gilt für die Patientenrolle Suchtkranker, die sich bisher aus guten Gründen von der Rolle der Rehabilitanden im kardiologischen oder orthopädischen Bereich unterschied.

Insgesamt ist die dadurch geschaffene Transparenz jedoch unbedingt zu begrüßen – mit drei Einschränkungen: erstens sollten erhöhte strukturelle Anforderun-

gen mit der Leistungsvergütung korrespondieren, zweitens müssen die strukturellen Qualitätsanforderungen zur Indikation passen und drittens sind sie in enger Abstimmung mit den Leistungserbringern und deren Verbänden zu entwickeln.

Die **Prozessqualität** ist gekennzeichnet durch die Maßnahmen, die sich auf den Versorgungsablauf beziehen. Die zentralen Fragen sind hier, ob die Maßnahmen systematisch und gemäß den Vorgaben erbracht werden. Um diese Qualität in numerischen Indizes erfassen zu können, muss den Prozessen eine neue Qualität hinzugefügt werden: eine ausführliche Dokumentation durch Protokolle, Checklisten sowie kodierte und aggregierte Maßnahmen. Zu welcher absurden Situation dies führen kann, wurde in der Öffentlichkeit beispielsweise für den Bereich der Pflege bereits heftig diskutiert. Und auch aus der Suchtforschung ist bekannt, dass in der berühmten MATCH-Studie mehr Zeit mit Dokumentation als mit Behandlung verbracht wurde.

Rehabilitandenbefragung, KTL und Peer-Review waren erste Schritte zur Bestimmung dieser am schwierigsten zu erfassenden Qualität. In Verantwortung der DRV wurden auf dieser Basis zuletzt Standards unter der Bezeichnung „Leitlinie“ für alle im jeweiligen Indikationsgebiet potentiell relevanten Leistungseinheiten der KTL definiert. Der Standard legt für jede Leistung innerhalb der Module das Minimum an Häufigkeit und Dauer fest, das von einer Suchtrehabilitation im Bereich der Alkoholabhängigkeit erwartet wird. Abweichungen davon bedürfen einer Begründung.

Standards rufen quasi reflexartig bei fast allen Praktikern in den verschiedensten Arbeitsbereichen die Befürchtung hervor, dass sie der Dynamik von Prozessen nicht genügend Rechnung tragen und dass im Einzelfall erforderliche spontane und flexible Maßnahmen dadurch verhindert werden. Die Gründe für diese Reaktion mögen nicht immer im besten Interesse der Patienten zu suchen sein, aber Tatsache ist, dass es von Seiten der Forschung nur äußerst spärliche und für manche Module überhaupt keine Grundlagen für solche Standards gibt. Von daher wird wohl gerade dieser Bereich der Qualitätssicherung vorläufig der umstrittenste bleiben.

Die **Ergebnisqualität** wird von den Leistungsträgern in Form der Patientenbefragung und des sozialmedizinischen Verlaufs in den Jahren nach der Rehabilitation erfasst.

Bereits seit dem Jahr 1996 publiziert der Fachverband Sucht regelmäßig klinikübergreifende Katamnesen der Mitgliedseinrichtungen im Bereich Alkohol / Medikamente (vgl. Zobel et al. 2007). Diese sollen auch auf andere Bereiche ausgedehnt werden.

Diese Formen der Ergebniskontrolle ergänzen und bestätigen einander. Sie stimmen

weitgehend mit den Ergebnissen der Forschung überein (Küfner & Feuerlein, 1989).

International dürfte dieses Ausmaß an Transparenz bezüglich der Ergebnisqualität wohl einmalig sein.

Aber nicht nur die Transparenz der deutschen Suchtrehabilitation, sondern auch deren Ergebnis fand in der Vergangenheit kaum ihresgleichen.

Klar ist, dass **Wechselwirkungen zwischen den drei Subqualitäten** bestehen. Aber deren genauere Untersuchung steht noch aus. Grundsätzlich sollte dabei gelten: Die Ergebnisqualität weist die Richtung für die Weiterentwicklung der Prozesse, die das Ergebnis bewirken, und die Prozesse bestimmen wiederum die Strukturen, die sie ermöglichen – nicht umgekehrt.

Die Deutsche Rentenversicherung hat mit ihrem 5-Punkte-Qualitätssicherungsprogramm (QS) quasi die Rolle einer „Stiftung Warentest“ für Rehabilitationsangebote übernommen. Nur ist der Leistungsträger keine Stiftung, die Versicherten sind keine Kunden, die Informations- und Entscheidungsfreiheit genießen, und die getesteten „Produzenten“ stehen in einem anderen Verhältnis zum Prüfer als in der Industrie, in der beispielsweise nur das Produkt, aber nicht die Art und Weise der Produktion extern geprüft wird – abgesehen von seltenen Ausnahmen wie der Kontrolle auf Kinderarbeit. Vorschriften, mit welchen Mitteln, unter welchen Bedingungen und mit welchem Zeitaufwand ein Produkt zu erzeugen ist, gibt es üblicherweise jedenfalls nicht.

Aber wenn man diesen in unserem liberalen Wirtschaftssystem politisch interessanten Aspekt einmal beiseite lässt, wurde mit dem QS-Programm der DRV ein beeindruckendes System der Qualitätskontrolle mit großem Potential für die Qualitätssicherung im Interesse der Versicherten geschaffen. Kontrolle ohne positive Konsequenzen für hohe Qualität wäre wie ein Wagen ohne Räder. Qualität muss sich lohnen! Erst durch dieses Element erhält die Qualitätssicherung selbst die Qualität, die sie benötigt, um systematisch und dauerhaft Erfolge zu zeitigen. Warum eine Bestrafung niedriger Qualität allein wenig Aussicht auf Erfolg für eine Qualitätsentwicklung bietet, muss wohl nicht näher ausgeführt werden.

Neben der externen Qualitätssicherung durch die Kosten- und Leistungsträger wird das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement (QM) von Kliniken zusätzlich durch unabhängige Institutionen einer regelmäßigen Kontrolle unterzogen und extern zertifiziert, und von jeder Klinik werden (demnächst) standardisierte Qualitätsberichte vorgelegt, die jedem potentiellen Kunden zugänglich sind. Damit all dies stattfinden kann, sind umfangreiche Aktivitäten auf Seiten der Leistungsträger wie der Leistungsbringer erforderlich, die er-

hebliche Energien beanspruchen. Aber in einem vom „Kunden“ / Patienten / Rehabilitanden so schwer auf die Güte seiner Angebote zu prüfenden „Markt“ wie dem der Rehabilitation bei Suchterkrankungen ist Transparenz eben ein wichtiges Gebot. Wenn denn die Qualitätssicherung der Deutschen Rentenversicherung diesem Auftrag im Interesse ihrer Versicherten gerecht wird, wäre der Aufwand wohl gerechtfertigt und das erste Qualitätskriterium der Suchtbehandlung erfüllt. Es besagt, dass sich Qualität überhaupt erfassen und beurteilen lässt:

Die Qualität der Suchtbehandlung bemisst sich daran, inwieweit sie (1) ihre Qualitäten so objektiv wie möglich definiert und erfasst und dadurch vergleichende Beurteilungen ermöglicht, die eine individuelle Entscheidungshilfe bei der Wahl der richtigen Behandlung bieten.

In diesem Sinne wird sich die Qualitätssicherung demnächst der Kernfrage stellen müssen: Wie hilfreich sind die Ergebnisse des QS-Programms für die Personen, für die der ganze Aufwand getrieben wird, für die Patienten bzw. Versicherten?

Ich vermute, dass derzeit selbst einige der Experten auf Seiten der Versicherungsträger, die quasi an der Quelle der Qualitätssicherung sitzen, ihrer eigenen Schwester auf die Frage, welche Klinik sie ihr bei Suchtproblemen empfehlen, noch nicht antworten mögen: „Unser QS-System beantwortet das ganz eindeutig; dafür brauche ich nur schnell in den Computer zu schauen; aus der Qualitätsrangliste lässt sich einfach ablesen, wohin du dich wenden musst.“ Zumindest etlichen Kolleginnen und Kollegen aus der Versorgungspraxis fällt die Antwort im konkreten Fall jedenfalls nicht ganz so leicht.

2. Perspektive: Suchthilfe als System

Die Antwort auf die Frage „Was wünschen wir uns für einen Freund, der eine Suchtbehandlung benötigt?“ scheint leicht: Natürlich soll die Behandlung an erster Stelle den erhofften Erfolg bringen. Aber der Freund sollte dabei keinem Scharlatan in die Hände fallen, sondern nach dem aktuellen Erkenntnisstand der maßgeblichen Experten behandelt werden. Außerdem darf ihn die Behandlung nicht arm machen, sie muss ihn als Person würdigen und ihm schließlich von den Rahmenbedingungen her Rechtssicherheit bieten.

In vergleichbarer Weise dürften sich wohl fast alle der professionellen Helfer darin einig sein, dass es fünf Kriterien gibt, denen sich eine qualifizierte Behandlung als Minimalanforderung zu stellen hat, um von der Prävention bis zur Nachsorge zu guten Ergebnissen im Sinne der Betroffenen und der Gesellschaft zu kommen: Die Hilfe bzw. Behandlung soll ihre Ziele (1) mit hoher Wahrscheinlichkeit erreichen,

worüber überhaupt nur dann Aussagen getroffen werden können, wenn sie (2) überprüfbar gestaltet und dann auch tatsächlich überprüft wird, wenn sie außerdem (3) diese Ziele mit angemessenem Aufwand für das Individuum und die Gesellschaft erreicht und sie (4) dies mit ethisch einwandfreien Mitteln unter weitestgehender Wahrung der persönlichen Rechte der Klienten tut und dabei (5) alle rechtlichen Vorschriften und vertraglichen Verpflichtungen beachtet. Das heißt in Kurzfassung: **Die Qualität der Suchtbehandlung bemisst sich daran, inwieweit sie (2) die Basiskriterien der Wirksamkeit, Wissenschaftlichkeit, Wirtschaftlichkeit, Humanität und Rechtskonformität verwirklicht und miteinander in Einklang bringt.**

Diese Basiskriterien werden Ihnen als Expertin oder Experte wahrscheinlich durch den Kopf gehen und vielleicht Ihre Antwort beeinflussen, wenn ein Freund oder eine Bekannte Sie fragt: „Mein Mann / meine Frau ist Alkoholiker. Es macht uns kaputt. Wir brauchen dringend Hilfe. Was soll ich tun? Kennst du eine gute Klinik?“ Aber Sie werden wahrscheinlich nicht mit der erwarteten und nahe liegenden Antwort „Sofort in die XY-Klinik, ich organisiere das“ reagieren, denn als Fachfrau oder Fachmann wissen sie ja nur zu gut, dass es wenig helfen würde, wenn Sie eine bestimmte Behandlungseinrichtung – Klinik oder Ambulanz – direkt benennen und als einzig wahre Lösung für alle Probleme hinstellen würden. Anstelle einer konkreten Möglichkeit müssen Sie – außer bei nicht rentenversicherten Privatzahlern – das System der Suchthilfe als das Wesentliche erläutern und kein einzelnes seiner Elemente. Dieses System ist wechselseitig miteinander verknüpft und ohne Hintergrundwissen für Laien nicht unmittelbar verständlich (vgl. Fachverband Sucht, 2006). Wichtig zu wissen ist beispielsweise, dass die Kosten des akutmedizinischen Teils der Suchtbehandlung, des Entzugs, regelhaft von der Krankenkasse als Kostenträger übernommen werden, während die „eigentliche“ Suchtbehandlung, die Entwöhnung, für alle Sozialversicherten mit entsprechendem Anspruch von der Rentenversicherung als Leistungsträger finanziert wird. In ersterem Fall erfolgt die Überweisung in einen ambulanten oder stationären Entzug über einen Arzt oder als Notaufnahme, in letzterem ist ein Antrag erforderlich, der erst vom Leistungsträger positiv entschieden sein muss, bevor eine Behandlung im Rahmen der Medizinischen Rehabilitation beginnen kann. In diesem Bewilligungsverfahren entscheidet der Leistungsträger unter Wahrung des Wunsch- und Wahlrechts der Versicherten über die Art, den Ort und den Umfang der Behandlungsmaßnahme. Für den Antrag benötigen die Versicherten einen Sozialbericht, der nur von dafür qualifizierten und anerkannten Sozialberatern erstellt werden darf, die mehrheitlich Mitarbeiter von kommunalen, kirchlichen oder ande-

ren frei gemeinnützigen Suchtberatungsstellen sind. Aus den Angaben in diesem Bericht zieht der Leistungsträger die Informationen, die eine Entscheidung darüber erlauben sollen, ob eine ambulante, ganztätig ambulante (teilstationäre) oder stationäre Rehabilitation in welchem zeitlichen Umfang zu bewilligen ist. Obwohl die wesentlichen „harten“ Kriterien für diese differentielle Indikation veröffentlicht sind, können die Berater auf Grund der von ihnen selbst erhobenen Angaben nur dementsprechende allgemeine Vorschläge machen und sie den suchtkranken Antragstellern mitteilen, weitere Konkretisierungen sind jedoch vom Leistungsträger nicht gewünscht.

Diese Informationen muss ich meinem Freund als Minimum zur Kenntnis bringen, um ihm als Sozialversichertem den objektiv und möglicherweise auch subjektiv richtigen Weg in das Suchthilfesystem zu weisen. Man könnte sogar so weit gehen zu sagen: „Sei froh, dass du in Deutschland lebst, denn wir haben für Suchtkranke ein auf der ganzen Welt wohl einmalig verzweigtes Hilfesystem. Überall gibt es in erreichbarer Nähe eine Beratungsstelle und es gibt eine Vielzahl von Organisationen in der Selbsthilfe wie in der Beratung und Behandlung.“ Aber man weiß auch nur zu gut: In allen komplexen Systemen, die auf dem Zusammenspiel vieler funktioneller Einheiten basieren, kommt der Synchronisation beziehungsweise den Schnittstellen zwischen diesen Subsystemen größte Bedeutung zu, damit synergetische Effekte zustande kommen.

Wienberg & Driessen (2001) unterscheiden drei Sektoren, die miteinander kooperieren, zwischen denen es aber immer noch suboptimal vernähte Schnittstellen gibt: „traditionelle Suchtkrankenhilfe“ (treffender wäre m.E. „auf Entwöhnung gerichtete Suchtkrankenhilfe“), „Psychosoziale/psychiatrische Basisversorgung“ und „medizinische Primärversorgung“. Eine Einteilung in diese drei Sektoren mag für manche Argumentationsrichtung zwar sinnvoll sein, aber für die Praxis ist sie unzulänglich. Prävention, Selbsthilfeorganisationen und „niedrigschwellige“ Hilfen, Beratungsstellen in verschiedener Trägerschaft, ambulante, ganztätig ambulante und stationäre Rehabilitation und deren Kombination untereinander sowie mit der Adaption, Versorgung chronisch mehrfach geschädigter Suchtkranker in soziotherapeutischen Einrichtungen und Maßnahmen zur Teilhabe und Reintegration ins Erwerbsleben unter „traditioneller Suchthilfe“ zu subsumieren, scheint mir unangemessen.

Eine der Stärken dieses historisch gewachsenen Suchthilfesystems in Deutschland besteht in seiner Komplexität, die auf verschiedenste Bedürfnisse mit unterschiedlichen Angeboten reagieren kann. Die qualitätsgesicherte Rehabilitation ist nur ein Teil dieses Systems und die Effektivität der Qualitätssicherung dieses Subsystems hängt in ganz erheblichem Umfang davon

ab, inwieweit die Qualitäten der anderen Subsysteme darauf abgestimmt sind und ob sie daraufhin überprüft werden. Eine organisierte Qualitätssicherung des Gesamtsystems existiert bisher nicht. Damit aus der Stärke, die in der Vielfalt des Systems steckt, keine Schwäche wird, ist es erforderlich, dass die Vernetzung des Systems biopsychosozialer Hilfen als übergeordnete strukturelle Qualität anerkannt und entsprechend gepflegt wird:

Die Qualität der Suchtbehandlung bemisst sich daran, inwieweit sie (3) als biopsychosoziale Komplexbehandlung ganz dem Interesse der Klienten / Patienten / Rehabilitanden verpflichtet und dementsprechend vernetzt ist.

Ein hohes Ausmaß an Gewissheit für die Betroffenen, dass alle am Hilfesystem Beteiligten sich ganz ihrem Interesse und ggf. ihres durch die Krankheit in Mitleidenschaft gezogenen sozialen Umfelds verpflichtet fühlen und in diesem Sinne vorbehaltlos miteinander kooperieren, darf als zentrale Qualität des Hilfeprozesses gelten.

Ich werde meinem sozial versicherten Freund gegenüber also zum Ausdruck bringen, dass viele Wege zur Freiheit von der Sucht führen, dass aber letztendlich alle ähnlich lange dauern, nämlich bis zum Abschluss der Stabilisierungsphase ungefähr zwei Jahre, und dass lediglich das Ausmaß und die Art der Hilfen, die in dieser Zeit notwendig, persönlich passend und ausreichend sind, seinem subjektiv und objektiv festgestellten Bedarf angepasst wird. Und um das in etwa einschätzen zu können, ist eine anfängliche Diagnostik und fachliche Beratung durch spezialisierte Experten hilfreich und notwendig, um eine eventuell benötigte Behandlung einleiten zu können. Die Anfangsdiagnostik darf man sich jedoch nicht wie die Programmierung eines bestimmten Fahrzeugtyps vor Beginn des Produktionsprozesses in der Automobilindustrie vorstellen, durch die alle Schritte festgelegt werden. Die Suchtbehandlung ist ein komplexer, dynamischer Vorgang, den die Person in der Rolle des Patienten nicht passiv über sich ergehen lassen kann. Der Betroffene wird in möglichst viele Entscheidungen einbezogen. Allerdings sollte er auch bedenken und möglichst offen dafür sein, dass das, was man selbst möchte, nicht unbedingt gleichbedeutend ist mit dem, was man braucht. Ich werde meinem Freund folglich den Hinweis mit auf den Weg geben: „Abstimmung aller Schritte heißt nicht, dass Du bestimmst und der Berater zustimmt!“

Die übergeordnete prozessuale Qualität der Suchthilfe besteht demgemäß darin, Suchtgefährdete und Suchtkranke auf ihrem Weg der Befreiung so zu begleiten und zu leiten, dass dabei die vorhandenen Motive und Kompetenzen der Person geklärt, gefördert und weitestgehend genutzt werden:

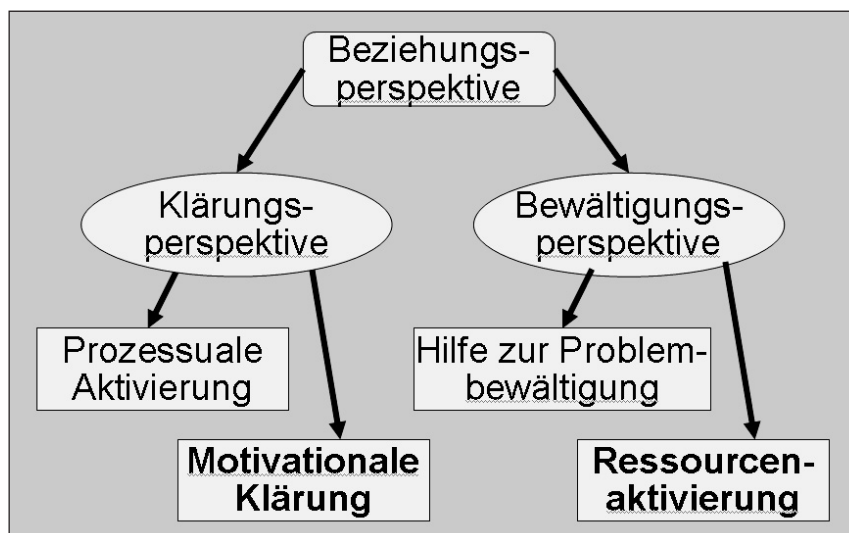


Abbildung 1: Motivationale Klärung und Ressourcenförderung als vorrangige Arbeitsprinzipien

Die Qualität der Suchtbehandlung bemisst sich daran, inwieweit sie (4) die Patienten zu aktiven Partnern im Veränderungsprozess macht und sie befähigt, die Verantwortung für sich und ihre Gesundheit so bald und umfassend wie möglich selbst zu tragen.

In der Begrifflichkeit der psychotherapeutischen Arbeitsprinzipien bzw. Wirkfaktoren von Grawe (2000) heißt dies, dass der Ressourcenförderung und der Klärung der Motive und Werte eine besonders große Bedeutung beigemessen wird, insbesondere in der Anfangsphase der Beratung und Behandlung (s. Abb. 1).

In der Suchtbehandlung findet sich diese Akzentuierung unter anderem in der therapeutischen Grundhaltung und in den Methoden wieder, die ausführlich im Buch „Motivierende Gesprächsführung“ von Miller & Rollnick (2004) dargestellt sind. Sie wird heute allgemein als Basiskompetenz bzw. als „Betriebssystem“ der Suchthilfe angesehen, deren Beherrschung von jedem Suchtberater erwartet werden darf (vgl. AWMF-Leitlinien in: Schmidt et al., 2006).

Gemäß dieser Grundhaltung ist der Beratungs- und Behandlungsprozess ausgesprochen dynamisch und die hochwertigste Behandlung mit einem hohen Anteil an Fremdhilfe ist keineswegs automatisch die beste Hilfe. Die beste Hilfe reagiert während des gesamten Hilfsprozesses fortgesetzt auf die Entwicklungsschritte und den jeweiligen Bedarf des Individuums und seines sozialen Umfelds. Im Einklang damit wollen wir als fünfte Qualität der Suchtbehandlung unter der Systemperspektive festhalten:

Die Qualität der Suchtbehandlung bemisst sich daran, inwieweit sie (5) sich den Möglichkeiten der Person mit Suchtproblemen und den Anforderungen ihres sozialen Umfelds (v.a. Familie, Arbeit) anpasst und ihnen gerecht wird.

Es ist die Aufgabe der Personen und Organisatoren, die das Suchthilfesystem steuern, seine Strukturen und Prozesse so zu gestalten, dass die oben genannten Qualitätskriterien realisiert und regelmäßig geprüft werden. Wirksamkeit und Wissenschaftlichkeit erfordern demgemäß zwingend eine Einigung auf Leitlinien der Suchthilfe und Suchtbehandlung, gerade unter dem Aspekt des Schnittstellenmanagements. Leitlinien sind jedoch keine Richtlinien, deren Umsetzung verbindlich verlangt werden kann (vgl. Weissingner & Schneider, 2006). Ihre Anerkennung durch Expertengruppen und ihre Verabschiedung durch Fachgesellschaften wie die AWMF wird deshalb wahrscheinlich noch nicht ausreichen, um ihnen in der Praxis zur allgemeinen Gültigkeit zu verhelfen. Hier liegt noch eine große Aufgabe vor den verantwortlichen Gremien und Organisationen. Sie ist schon deshalb nicht einfach, weil der Evidenzgrad der leitlinien-gestützten Maßnahmen meistens niedrig ist (vgl. Bühringer, 2007) und manche Arbeitsbereiche (Sozialarbeit, Ergotherapie, Ernährungsberatung u.a.), die in der Praxis vom allgemeinen Rehabilitationsauftrag her als gesetzt oder als unverzichtbar gelten, durch keine einzige wissenschaftliche Studie gestützt werden.

Der Begriff Komplexität klingt positiv, wenn wir vielfältige Möglichkeiten und Lösungen damit verbinden. Er kann aber auch lediglich ein Synonym für Kompliziertheit sein. Wenn ich interessierten Freunden und Bekannten das deutsche Suchthilfesystem erläutere, stößt denn auch dessen Komplexität zwar auf Anerkennung, aber in mindestens ebensolchem Ausmaß auch auf Unverständnis. Dieses Unverständnis resultiert unter anderem aus Spielfilmen wie „28 Tage“. Wer solche Filme gesehen hat oder von sich aus ähnliche Vorstellungen von effektiver Hilfe entwickelt hat, wie sie dort gezeigt werden, fragt sich natürlich, warum es

nicht gehen soll, dass eine erschöpfte Familie oder ein sozial eingestellter Arbeitgeber direkt in einer Spezialklinik anruft, sobald der Suchtkranke sich zur Änderung bereit zeigt, und ihn dann zum nächstmöglichen Termin in die Klinik bringt, wo ohne weitere Unterbrechung Entzug und Entwöhnung stattfinden. Das wäre genau die Behandlungsqualität, die ihnen wichtig wäre, wurde mir schon von vielen Personen im privaten wie professionellen Umfeld vermittelt.

Ich könnte darauf natürlich antworten, dass dieses Procedere in Deutschland für Privatpatienten ja auch durchaus möglich ist, dass aber die meisten Deutschen – im Gegensatz zu den Vereinigten Staaten – Mitglied in einer sehr guten Sozialversicherung sind, die dem Arbeitgeber oder der Familie die diffizile Entscheidung bezüglich der angemessenen Behandlungsart und deren Finanzierung abnimmt; aber auf den Kern der Frage, welchen Sinn die Trennung von Entzug und Entwöhnung bei Entwöhnungswilligen macht, hätte ich damit keine befriedigende Antwort gegeben. Zufriedene Mienen habe ich im Anschluss an solche Erörterungen nie gesehen, auch wenn ich weitere Argumente wie die Stabilisierung der Behandlungsmotivation, die Verhinderung frühzeitiger Behandlungsabbrüche oder eine fachlich gut begründete differentielle Indikation als Positiva des derzeitigen Suchthilfesystems erläuterte.

Hinter der gegenwärtigen Praxis in Deutschland steht die gute Absicht, dass sozialversicherte Suchtkranke gut informiert und vorbereitet zu einer Reha-Maßnahme hingeführt werden sollen, die auf ihren Bedarf und ihre persönlichen und sozialen Voraussetzungen optimal angepasst ist. Damit dies sachgerecht und verlässlich geschieht, muss in fast allen Bundesländern von jedem Versicherten neben einem ärztlichen Befund ein Sozialbericht als Anhang zur Antragstellung vorgelegt werden. Dieser Bericht kann nur von dazu autorisierten Sozialdiensten und spezialisierten Suchtberatern erstellt werden. Das geht nur im persönlichen Kontakt, der durch dieses Vorgehen auch in den Fällen hergestellt wird, in denen er ansonsten vermieden würde. Ursprünglich war mit diesem Vorgehen aber auch beabsichtigt, die Behandlungsmotivation zu prüfen, indem der Kontakt zum Berater von den Betroffenen für mindestens sechs Wochen aktiv gesucht werden musste. Bei längeren Wartezeiten auf einen Behandlungsplatz konnte man diesem Verfahren zwar durchaus stützende Funktion zuschreiben, aber bei anderen chronischen Erkrankungen wie dem Diabetes, bei dessen Behandlung es oft ähnliche Compliance-Probleme gibt, wäre es wohl undenkbar.

Fast alle Fachleute haben denn wohl auch bei der von ihnen ausgesprochenen Empfehlung, zuerst einmal den Rat einer darauf spezialisierten Stelle einzuholen, als Reaktion so etwas vernommen wie: „Ach,

du kennst meinen Mann doch. Den krieg ich nie in so eine Beratungsstelle. Und schon gar nicht hier am Ort. Kannst Du nicht mal...?“ Unabhängig davon, ob Sie sich prinzipiell von solchen Ansinnen abgrenzen, ob Sie mehr Demut und gelassenes Warten auf den Tiefpunkt empfehlen, ob Sie die Angehörigen selbst in Therapie oder in Angehörigengruppen schicken oder ob Sie dem Wunsch nach persönlichem Engagement folgen – eine entscheidende Qualitätsfrage, auf die das Behandlungssystem eine gute Antwort geben sollte, ist in jedem Fall implizit in dem Wunsch enthalten: Wie offen und motivierend ist die Suchthilfe für ihre Inanspruchnahme?

Motivierend zur frühzeitigen Inanspruchnahme ist ein Hilfsangebot, wenn es über folgende Merkmale verfügt:

- Räumliche Nähe / Zeitliche Erreichbarkeit
- Einfache Kontaktaufnahme
- Rascher Beginn der Hilfeleistung
- Eingehen auf persönliche Interessen
- Umfassende Liste von Leistungsangeboten
- Klares, positives Erscheinungsbild:
 - Verständliche Darstellung und Begründung des Vorgehens, Transparenz der Leistungen
 - Angenehmes Ambiente (Lage, Ausstattung usw.)
 - Freundliches, gepflegtes Personal

Als „Kunde“ wünscht man sich diese Qualitäten als beinahe selbstverständliche Eigenschaften jedes Dienstleistungsangebots.

Die Qualität der Suchtbehandlung bemisst sich also ganz wesentlich daran, inwieweit sie (6) mit ihren Strukturen und Prozessen Betroffene motiviert, sich frühzeitig in Beratung und Therapie zu begeben und darin zu bleiben, bis das Therapieziel erreicht ist.

Wenn mehrere Anbieter im Rahmen einer Komplexbehandlung jeweils nur einen Teil der Gesamtleistung erbringen, möchte man natürlich darauf vertrauen können, dass alle Teile des Systems so synergetisch kooperieren, dass sich ein Behandlungsprozess „aus einem Guss“ ergibt, in den man frühzeitig hinein- und nach sicherer Begleitung heil herauskommt.

Nehmen wir nun an, jemand sei durch Sie oder eine Beratungsstelle zu der Erkenntnis gelangt, dass er etwas gegen sein Suchtproblem unternehmen möchte und dass er sich dabei auf mehr als seine eigenen Kräfte oder den Beistand einer Selbsthilfeorganisation stützen will. Damit stellt sich die Frage nach der passenden Form der Behandlung. Falls ein Anspruch gegen einen Kostenträger geltend machen kann, handelt es sich dabei in der überwiegenden Zahl der Fälle um die Rentenversicherung. Sie ist ein Leistungsträger, der letzten Endes – im Gegensatz zum Kostenträger – unter Wahrung der berechtigten Wünsche und Interessen des Versicherten

Art, Ort und Umfang der Maßnahme bestimmt. Als Freund können Sie folglich dem Betroffenen allenfalls dabei helfen, seine Interessen und Wünsche so zu artikulieren, dass sie als „berechtigt“ eingestuft und eventuell berücksichtigt werden. Es wäre keinesfalls ratsam, dass Sie Ihrem Freund von Kliniken vorschwärmen, die Sie persönlich für die besten halten, denn wenn die Bewilligung für eine andere Klinik ausgesprochen wird, würde das die Behandlungsbereitschaft eventuell schwächen und die Einstellung zur bewilligten Behandlung negativ beeinflussen.

Aber nehmen wir einmal an, diese Problemlösung würde einem nicht so bequem gemacht, man müsste selbst zu einer qualifizierten Entscheidung kommen: wie sähe Ihr Suchprozess aus, wenn Sie sich fragen, in welche Art von Behandlung und in welche spezielle Einrichtung Sie ein liebes Mitglied der Familie oder des Freundeskreises vermitteln würden, das Symptome einer Suchterkrankung zeigt? In Bezug auf ihre Klienten müssen die beratend tätigen Mitarbeiter der Suchthilfe diese oft unterschätzte Aufgabe in ihrer alltäglichen Arbeit fortgesetzt bewältigen. Die Aufgabe ist unter anderem deshalb so komplex, weil in diese Entscheidungsprozesse auch Faktoren eingehen, die mit den Indikationskriterien der „Suchtvereinbarung“ oder den Diagnosekriterien nach ICD-10 wenig zu tun haben. Zwei ganz simple Dimensionen spannen bereits einen Rahmen auf, der viele Entscheidungsmöglichkeiten eröffnet. Die eine Dimension betrifft die Intensität bzw. Frequenz der Maßnahmen, die andere das Ausmaß an Schutz bzw. die Nähe zum sozialen Umfeld (s. Abbildung 2):

Wenn Sie für einen guten Freund den angemessenen Behandlungsplatz suchen, in welcher Richtung dieser Dimensionen werden Sie bevorzugt nach der richtigen Lösung suchen? Denken Sie zuerst an „stepped care“, also für den Anfang erst einmal nach einer Minimalintervention, oder eher in die Richtung „das Beste und Sicherste ist gerade gut genug“? Würden Sie einen Hochmotivierten, der unbedingt ein hohes Maß an Therapie möchte, zur Minimalintervention zwingen, weil seine sozialen und persönlichen Prognoseindizes eine solche Lösung nahe legen? Üblicherweise dürfte das Streben nach der sichersten Lösung, nach „Nägeln mit Köpfen“, für Freunde wohl nahe liegend sein. Das gilt genauso für den Abstand von Stressoren und Versuchungen und den Wunsch, erst einmal zur Ruhe zu kommen. Bei diesem Wunsch spielen ja auch nicht nur die Interessen und Bedürfnisse der Patienten eine Rolle, sondern auch die der Familie, des Betriebs usw.

Um all das in Erfahrung zu bringen und richtig einschätzen zu können, müssen Sie schon ein sehr guter Freund sein – oder eben ein Berater, der seine sorgfältige biopsychosoziale Diagnostik nicht auf harte Daten beschränkt.

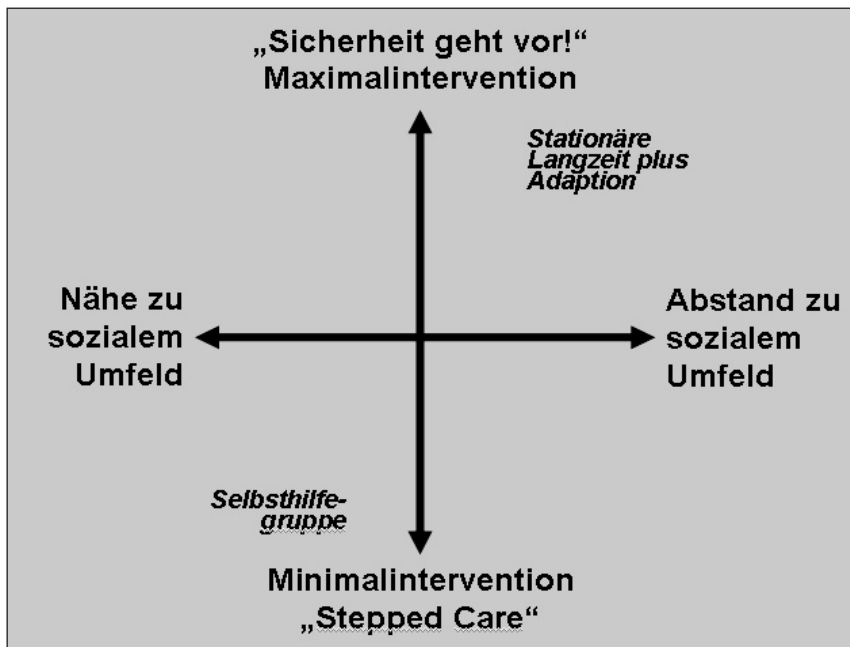


Abbildung 2: Zwei Hauptdimensionen der Indikation zu stationärer oder ambulanter Behandlung

Die Abgrenzungskriterien zwischen ambulanter und stationärer Entwöhnung, die sich hauptsächlich aus den beiden oben genannten Dimensionen ableiten, mögen zwar zutreffend sein, aber sie müssen individuell gewichtet werden. Außerdem wird die Bedeutung der Milieufaktoren der stationären Behandlung, auf die erst kürzlich Linden auch für den psychosomatischen Bereich hingewiesen hat, durch die Abgrenzungskriterien verkannt und unterschätzt. Folgende potentielle Qualitäten der stationären Behandlung sollten in jedem individuellen Fall auf ihre Relevanz für die Förderung von Motivierung, Änderung und Stabilisierung im Genesungsprozess geprüft werden:

1. **Befreiung aus einer sehr belastenden oder bedrohlichen Lebenssituation oder weitgehender Ausschluss von Selbst- oder Fremdgefährdung**, z.B. an sicherheitsrelevanten Arbeitsplätzen
2. **Möglichkeit zur Beobachtung in vielen Erfahrungsfeldern** (nicht nur in Einzel- und Gruppentherapie), was eine schlüssige Diagnose vervollständigt und oft erst ermöglicht
3. **Die zeitliche Strukturierung der Tage und Abläufe** fördert die Entwicklung gesunder Routinen und gibt Sicherheit: Krisen werden reduziert und sind frühzeitig zu bearbeiten; dadurch wird **Demoralisierung gemindert = Motivationshilfe**
4. Die **Möglichkeit der ausgeprägten therapeutischen Kontrolle über problematische Verhaltensweisen** erleichtert einen **systematischen Aufbau von Selbstkontrolle** („mind over mood“ bzw. orbitofrontale Modulation problematischer Emotionsprozesse)

5. **Intensive Aktivierung aller Wirkfaktoren der Gruppentherapie** durch häufige Möglichkeit zur Bildung formeller und informeller Gruppen, insbesondere Modell-Lernen, Stärkung der Selbstwirksamkeit, Kontakt u. Bindung
6. **Vielfältige indikative Angebote** werden permanent vorgehalten, wodurch gerade bei komorbiden somatischen und psychischen Störungen eine umfassende und integrierte Therapie „aus einem Guss“ gewährleistet ist
7. **Erprobungsfelder sozialer, körper-, arbeits- und freizeitbezogener Art** fordern zur Entwicklung von Kompetenzen heraus – auch zur Genussfähigkeit – und fördern die Selbstreflexion und die Persönlichkeitsentwicklung
8. Parallel dazu werden **ungünstige Umgebungsbedingungen für Persönlichkeits- und Verhaltensänderungen vorübergehend ausgeschaltet**, so dass ein Experimentieren mit Änderungen an der eigenen Person außerhalb der Familie, der Clique oder des Arbeitslebens erleichtert wird; die Vorbereitung auf den Transfer in den Alltag ist anschließend natürlich von zentraler Bedeutung

Diesen potentiellen Behandlungsqualitäten der stationären Behandlung stehen selbstverständlich vergleichbare andere der ambulanten Behandlung gegenüber, weshalb allgemein angestrebt wird, die speziellen Qualitäten mit einander zu kombinieren. Eine offizielle Qualitätssicherung kombinierter Behandlungskonzepte gibt es allerdings bisher nicht. Zu berücksichtigen wäre dabei in jedem Fall, dass eine Addition der potentiellen Stärken nur dann etwas Gutes ergibt, wenn die jeweiligen Möglichkeiten konsequent und

individuell am Patienten orientiert genutzt werden. Bis es verlässlichere Prüfkriterien gibt, kann jeder Mitarbeiter einer Einrichtung leicht beurteilen, inwiefern die Qualität tatsächlich gesichert ist, indem er sich im Stillen die folgende Frage beantwortet: **„Würde ich meine Mutter, meinen Bruder, meinen Freund oder mein Kind in meiner eigenen Einrichtung mit den üblichen Verfahren und Standards von jedem meiner Kollegen behandeln lassen?“** Die spontane innere Antwort darauf dürfte ein relevanter Impulsgeber für das Qualitätsmanagement sein als manche Audits oder Visitationen.

Falls Sie nach den vorangegangenen Überlegungen noch keine spontane Antwort auf die Frage nach der am besten geeigneten Einrichtung parat haben, studieren Sie dann an vorderer Stelle im Entscheidungsprozess die Qualitätsberichte von Kliniken im Internet? Vertrauen Sie dem Ranking von Zeitschriften bezüglich der besten Ärzte und Kliniken? Wie wichtig ist Ihnen die Zertifizierung des Qualitätsmanagements der Einrichtung oder die sozialmedizinische Zusatzqualifikation des behandelnden Arztes? Vermutlich werden nur zwanghaft strukturierte oder völlig desorientierte Personen sich an solchen Qualitätshinweisen ausrichten. Für die Mehrheit sind sie wenig relevant, da die Informationen bei den eigentlichen Fragen zur Wahl der richtigen Behandlung nichts nützen.

In der Mehrzahl der Fälle ist unser innerer Qualitätskompass so eingenordet, dass an erster Stelle das Vertrauen steht. Wenn ich einen Freund darin unterstütze, Hilfe zu finden, möchte ich mich darauf verlassen können, dass man sich wirklich um ihn als Person kümmert, dass er fürsorglich behandelt und mit seinen Eigenheiten akzeptiert wird, dass er also nicht unnötig pathologisiert wird. Aber mir liegt auch etwas daran, dass man meinen Freund nicht in Watte packt und nur nett zu ihm ist, sondern dass der häufig bei Suchtkranken vorkommenden Vermeidungstendenz, sich mit der Erkrankung auseinanderzusetzen, konsequent entgegengewirkt wird und dass alle Stabilisierungsmöglichkeiten für den Behandlungserfolg konsequent genutzt werden, insbesondere die Reintegration in Arbeit und das soziale Netzwerk.

Insofern wäre ein weiterer Ausbau der Qualitätssicherung in ohnehin gut gesicherten Teilbereichen der Suchthilfe wie der stationären Rehabilitation weniger vordringlich als eine Qualitätssicherung der Schnittstellen zwischen den Subsystemen und hier besonders zwischen der medizinischen Rehabilitation und der Wiedereingliederung ins Arbeitsleben. **Die Qualität der Suchtbehandlung bemisst sich nämlich letzten Endes daran, inwiefern sie (7) alle notwendigen bio-psycho-sozialen Behandlungselemente so zu einem individuell abgestimmten Konzept verbindet, dass dadurch eine möglichst umfassende Teilhabe am Leben ermöglicht wird.**

An zweiter Stelle will ich sicher sein, dass „gut“ auch wirklich gut ist. Wenn ich keinen detaillierten Einblick nehmen kann, um das selbst beurteilen zu können, bin ich auf die Erfahrungen von Bekannten angewiesen, die einmal Patient in der Einrichtung waren, oder auf Experten, von denen ich erwarte, dass sie mir die Wahrheit sagen. Bezogen auf die stationäre Rehabilitation könnte auch die Qualitätssicherung der Deutschen Rentenversicherung diese Expertenrolle einnehmen, zumal sie auch die Rückmeldungen der Rehabilitanden mittels Fragebogen einbezieht. Aber dafür sind zeitnahe Auswertungen erforderlich, um die Informationen aktuell zu halten, und außerdem ist dieses Expertenwissen den „Kunden“, Beitragszahlern oder Antragstellern nicht unmittelbar zugänglich. Die Kunden müssen sich darauf verlassen dürfen, dass dieses Wissen bei der Bescheidung ihres Antrags ganz in ihrem persönlichen Interesse vom Leistungsträger herangezogen wird.

3. Perspektive der Klientel / der Rehabilitanden

Aus der Sicht der Betroffenen geht es auch in Behandlung oder Therapie – wie immer im Leben – um eine möglichst konsistente Bedürfnisbefriedigung, um deren Wiederherstellung beziehungsweise Bewahrung. Wenn wir von vier Grundbedürfnissen (Epstein/Grawe) ausgehen, spiegelt sich das in folgenden Wünschen an die Behandlung wider (Abbildung 3):

Ganz zweifellos spielt das Bedürfnis nach Unlustvermeidung und Lustgewinn eine erhebliche, zumindest anfangs oft sogar vorrangige Rolle bei der Qualitätserwartung und -beurteilung der Rehabilitanden. Fragen Sie jemanden, der gerade in einer stationären Rehabilitationsmaßnahme ist: „Erzähl doch mal, wie ist das denn so in der Klinik?“, dann werden Sie höchstwahrscheinlich als erstes Aussagen zu Essen und Trinken, zur Dienstbarkeit oder Freundlichkeit des Personals, zur Schönheit der Landschaft bzw. der MitpatientInnen, zur Schlafhygiene und dem entsprechenden Ambiente zu hören bekommen. Eine Einrichtung, die vorrangig auf die Güte der Therapie, gemessen an ihrer nachhaltigen Ergebniseffektivität setzt, und den Aspekt von Lustgewinn und Unlustmeidung vernachlässigt, wird schwerlich einen vorderen Rangplatz in der Rehabilitandenbeurteilung einnehmen können.

Aber ein angenehmes Ambiente sollte man keinesfalls vorschnell als überflüssigen Luxus abtun und das Hohelied der kargen Arbeitsorientierung anstimmen. Das würde viel zu kurz greifen. Denn ein gepflegtes und die Bedürfnisse der Patienten berücksichtigendes Milieu nimmt auf sehr viel mehr Einfluss als auf das Bedürfnis nach Unlustmeidung. Beispielsweise sind Scham und Schuld zwei Emotionen, die fast immer mit Suchterkrankungen einher-

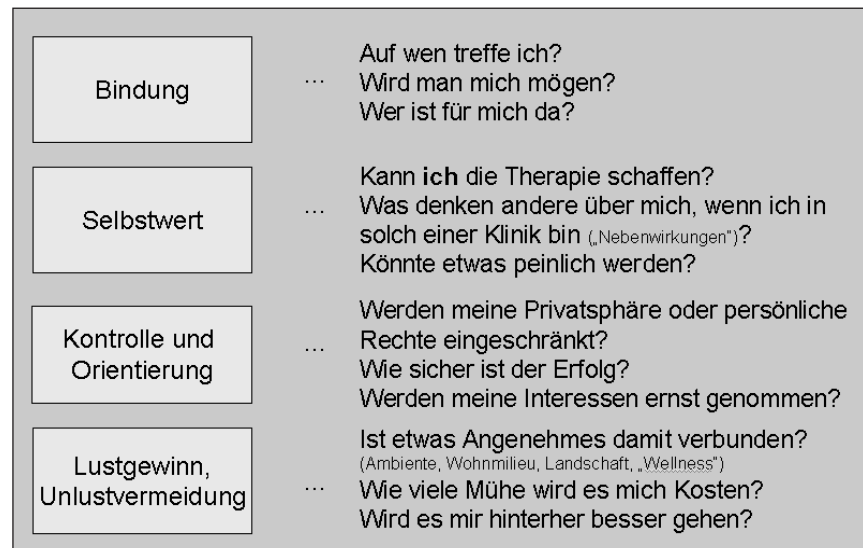


Abbildung 3: Bedürfnisorientierte Qualitätsinteressen der Patienten

gehen und die das Bedürfnis nach Selbstwerterhöhung untergraben. Suchtkranke fühlen sich demgemäß selbst oft als Menschen zweiter Klasse. Ein Ambiente erster Klasse ist eine einfache, klare Botschaft, dass zumindest die Klinik diese Sichtweise nicht teilt. Und damit wird das Ambiente zu einem therapeutisch wirksamen Baustein für die Krankheits- und Selbstakzeptanz! J.W. Goethe wird der Satz zugeschrieben „Wenn wir die Menschen so nehmen, wie sie sind, dann machen wir sie schlechter, wenn wir sie aber so nehmen, wie sie sein sollen, dann machen wir sie zu dem, was sie sein können“, und genau darum geht es bei den Rahmenbedingungen, die um die „eigentliche“ Behandlung gespannt werden, von der Hausordnung bis zur Ausstattung der Räume: sie sind selbst therapeutisch relevant. In diesem Sinne muss der Behandlungsrahmen ebenso das Bedürfnis nach Kontrolle angemessen berücksichtigen, also den Wunsch nach Orientierung, Verstehen und Selbstbestimmung, wie das Bedürfnis nach Bindung, also den Wunsch nach Zugehörigkeit, nach individueller Dosierung von Nähe und Distanz. Dass es den meisten stationär behandelten Rehabilitanden ohne Gabe von Anti-Craving-Mitteln relativ leicht fällt, die Abstinenz einzuhalten, dürfte meines Ermessens ganz wesentlich auf die Bindungsbedürfnisorientierung zurückzuführen sein, denn der Bezug zur Sucht ist auch neurobiologisch plausibel. Spangler & Schieche (1999) vermerken auf der Basis der experimentellen Forschung, „dass sozialer Affekt und Bindung im neurochemischen Sinn gewissermaßen eine Opioidzufuhr darstellen“ (a.a.O., S. 297).

Wenn diese Bedürfnisorientierung gelingt, erhalten die Kliniken mündlich und handschriftlich neben den vielen Kreuzchen auf die Standardfragen und -antworten ein Patienten-Lob wie dieses: „Hier bekam ich unbezahlbare Dinge, die ich mir immer gewünscht und niemals in solcher Hülle und

Fülle bekommen habe: ehrliche Zuwendung, Hilfe, Verständnis, Geduld und Geborgenheit. Ich fühle mich sehr gestärkt“. Die Bedürfnisorientierung ist nicht alles, aber ohne sie wäre es schwerlich möglich, Änderungen zu bewirken. Die Bedürfnisorientierung beschränkt sich zwar nicht auf den Beginn der Behandlung, ist aber in dieser Phase von besonderer Bedeutung.

Was machen die Patienten am Ende der Behandlung dafür verantwortlich, dass sich erwünschte Änderungen bei ihnen eingestellt haben? Eine Befragung, in der die Patienten vorgegebene Behandlungs- und Klinikelemente danach einstufen sollten, ob sie sie für „sehr hilfreich“, „hilfreich“, „nicht hilfreich“ oder „eher schädlich“ hielten, ergab als Rangreihe:

- Partnerseminar (sofern daran teilgenommen)
- Möglichkeit zur offenen Aussprache mit anderen
- Training der körperlichen Leistungsfähigkeit
- Einzelgespräch mit Therapeuten
- Gruppentherapie insgesamt
- Selbstsicherheits-/Ablehnungs-Training
- Zeit zum Nachdenken
- Aufklärung über Ursachen und Folgen der Abhängigkeit
- Gespräche mit Mitpatienten in der therapiefreien Zeit
- Argumente für die Abstinenz verinnerlichen
- Ergotherapie
- Verhaltensanalyse, Entspannungstraining usw.

Das Ergebnis solcher Befragungen ist natürlich abhängig vom Zeitpunkt der Fragestellung, von den Wahlmöglichkeiten, die man vorgibt, und davon, dass die Patienten mit den Titeln bzw. Namen der Maßnahmen auch das Richtige verbinden. Da die Inhalte und Namen der Maßnahmen von Einrichtung zu Einrichtung erheblich variieren, ist hier weniger die Wichtigkeit

der spezifischen Maßnahmen interessant als das Ergebnis, dass die Patienten dem anfangs ambivalent bis ablehnend begegneten Partnerseminar so hohe Bedeutung beimessen, dass sich also Motivierungsarbeit dafür auszahlt, sowie das Ergebnis, dass einige der allgemeinen Wirkfaktoren der stationären Therapie auch von den Patienten als solche wahrgenommen und hoch gewichtet werden (Abstand und Zeit zum Nachdenken; viel Kontakt- und Aussprachemöglichkeit mit Betroffenen).

Wenn wir die Patienten in freier Form befragen, können wir die Ergebnisse zwar nicht so gut numerisch auswerten, aber wir erfahren dafür mehr Neues. Auf die anonymisierte Befragung unserer Patientinnen und Patienten nach den Eigenschaften bzw. Qualitäten einer erfolgreichen Suchtbehandlung erhielten wir von der Ausdrucksweise und den gewählten Begriffen her sehr individuelle Antworten, die jedoch bei aller Verschiedenheit Gemeinsamkeiten aufwiesen, nach denen sie sich gruppieren ließen:

- Guter Therapeut (Fachkompetenz, Vertrauen, Einfühlungsvermögen / Empathie, Klärung und Hilfestellung)
- Einzeltherapie
- Gruppentherapie
- Ausgewogenes Freizeitprogramm
- Angenehmes Klima

Daraus muss man den Schluss ziehen, dass – zumindest so lange sich die Patienten noch in Therapie befinden – sie als wichtigsten Qualitätsgaranten die Therapeuten, allen voran die Bezugstherapeuten betrachten. Möglicherweise beurteilen sie das bei der Katamnese anders und möglicherweise gibt es keinen bedeutsamen Zusammenhang zwischen ihrer Einschätzung und dem langfristigen Behandlungserfolg, aber zumindest zur Kenntnis sollte man sie nehmen und daran gegebenenfalls weitere Untersuchungen knüpfen.

Für jede Phase und jeden Bereich des Prozesses der Betreuung von Klienten, Patienten bzw. Rehabilitanden sollte gelten: **Die Qualität der Suchtbehandlung bemisst sich daran, inwieweit sie (8) die Interessen und Rückmeldungen der Patienten erkundet, protokolliert und in den QM-Prozess einbindet.**

4. Perspektive der eigentlichen „Leistungsträger“

Halten wir fest: Für die Patienten bzw. Rehabilitanden erbringen die Therapeuten, insbesondere die Bezugstherapeuten, den größten Anteil der Behandlungsqualität. Für die Patienten sind sie die wahren Leistungsträger. Wenn wir diese Einschätzung ernst nehmen, müsste an oberster Stelle der Qualitätssicherung die Pflege und Entwicklung dieser Personengruppe stehen. Die zentrale Frage würde dann lauten: Wie kann man den wichtigsten Herstellern von Behandlungsqualität dazu verhelfen, mög-

lichst viele von ihren Qualitätsressourcen an die Frau und den Mann zu bringen?

Tatsächlich sollte die operationalisierte Beantwortung dieser Frage eine der Hauptaufgaben des internen Qualitätsmanagements jeder Einrichtung in der Suchthilfe bilden. Regelmäßige Mitarbeiterbefragungen werden ohnehin im Qualitätsmanagement als Pflicht durchgeführt. Sie sollten vor allem prüfen, inwieweit das Einrichtungsmanagement erfolgreich darin ist, den Therapeuten angemessene Bedingungen für die Erfüllung ihrer Kernaufgaben zu schaffen.

Die Ergebnisse von offiziellen Mitarbeiterbefragungen würden mir allerdings nicht ausreichen, wenn ich für meinen Freund prüfen sollte, ob die Mitarbeiterschaft einer Einrichtung die fünf Basisqualitäten jeder Behandlung (s. Qualitätskriterium 2) gut umsetzt und darin harmonisiert. Viel mehr würde ich mich auf den Eindruck verlassen, den mir informelle Gespräche mit den Mitarbeitern in der Freizeit oder in den Arbeitspausen dazu vermitteln, wie sie über ihre Arbeit und ihre Patienten denken und reden. An zweiter Stelle stünde eine Teilnahme an formellen Fallbesprechungen beziehungsweise Supervisionen. So erfährt man zwar wenig über die Ergebnisqualität, aber umso mehr darüber, auf wie viel Wertschätzung, Akzeptanz, Humor und wohlwollende Ernsthaftigkeit mein Freund in dieser Behandlung treffen wird, ob ihm also Beziehungsangebote gemacht werden, die er annehmen kann, die ihn ermutigen und die ihm dabei helfen, sich zu öffnen. Dies gelingt nur mit einer entsprechenden Werthaltung auf Seiten aller Mitarbeiter, die an der Behandlung beteiligt sind, und die äußert sich in den vier persönlichen Wirkfaktoren des Therapeuten: Authentisches Interesse an der Person des Patienten, Wertschätzung, Unterstützung sowie Optimismus und Zuversicht.

Folglich sollte man alles, was Zynismus, Nihilismus, Dienst nach Vorschrift oder Hilflosigkeit in der Suchtbehandlung Vorschub leistet, in der Organisation der Suchthilfe und in jeder ihrer Einrichtungen tunlichst unterlassen. Dazu gehören auf allen Ebenen der Suchthilfe – von der politischen bis zur praktischen – das Verhältnis des Wesentlichen und Unwesentlichen, von offizieller Doktrin und praktischer Wahrheit, von Inhalt und Verpackung.

Sprachlich zeigt sich ein solches Missverhältnis in immer neuen Begriffen, die oft als revolutionär angekündigt werden, um schon bald wieder ins Halbdunkel des nicht mehr ganz Aktuellen zurückzusinken. Sogar manchen Fachleuten fällt es dabei schwer zu bestimmen, welche der bisherigen Konzepte durch die neuen ersetzt oder ergänzt werden sollten und wie das eine mit dem anderen logisch oder inhaltlich zusammenhängt: *QS, QM, Audit, Visitation, Qualitätsbericht, Leitbild, Leitlinien (mit und ohne Anführungsstriche),*

ICF, DRG, Fallgruppen, Disease-Management, Integrierte Versorgung, Komorbiditäten, Reha-Bewertungssystem, Fallmanagement, RMK (Rehabilitanden-Management-Kategorien), Persönliches Budget, Teilhabeplan, Case-Manager, ARGE, Job-Center, MBI, MELBA, IMBA, Schnittstellen, ... sind nur einige solche Platzhalter für ausufernde Komplexität, die nur noch von wenigen Praktikern – und die sind meist in gehobener Position – beherrscht wird. Dadurch entsteht an der Basis der Behandlung der Eindruck, dass das therapeutische Geschehen zunehmend bürokratisiert. Konzepte scheinen wichtiger als Inhalte und Lösungen zu sein. Die Vorherrschaft der ökonomischen Perspektive wird dabei oft nur mühsam durch medizinisch-fachliche Argumentationsversuche verschleiert. Jeder insistiert auf der Wichtigkeit des von ihm vertretenen Teilbereichs und trägt so zur babylonischen Sprachverwirrung bei. Die Sprache der Funktionäre droht von der Basis – also von denjenigen, die sich real von Mensch zu Mensch mit den Rehabilitanden beschäftigen – nicht mehr verstanden oder für irrelevant gehalten zu werden. Von der viel beschworenen Qualitätssteigerung als Folge der mit großem finanziellem Aufwand entwickelten Konzepte kommt dann an der Basis nichts mehr an. Genau dies aber wäre die Situation, die einen idealen Nährboden für Verunsicherung, Zynismus und Dienst nach Vorschrift abgibt, den Totengräbern jeglicher guten Therapie. Bevor man weitere neue Begriffe und Konzepte aus den Forschungskäfigen oder aus den politischen Denklaboren in die freie Wildbahn entlässt, ist deshalb zuvor mindestens ihre Praxistauglichkeit in verschiedenen Arbeitsfeldern zu klären, ihre systemische Vernetzung mit aktuellen Konzepten zu planen und die Basis damit vertraut zu machen.

Bei allen zukünftigen Konzept-, Qualitätssicherungs- oder Programmentwicklungen sollte als Richtschnur gelten, dass infolge einer weiteren Dokumentation, Differenzierung, Individualisierung, Klassifizierung oder ‚Vernetzung‘ nicht weitere Energie in Verwaltungstätigkeiten, Übergabegespräche und schriftliche Aussagen über Patienten anstelle von Aktivitäten mit den Patienten investiert werden darf. Nur dann wird Innovation zu qualitativen Verbesserungen führen. Konzepte und ausgetüftelte Systeme sind schließlich nur die Folie, auf der sich Therapie konkretisiert, also Änderung und Stabilisierung von Emotionen, Denkweisen und Verhalten! Therapie ist an sich bereits etwas so Komplexes, dass Konzepte so einfach und vor allem in sich stimmig sein sollten wie möglich. Das Prinzip **Ver-einfachung** („simplify“) ist für alle Konzeptverantwortlichen angesagt. Dann müssten viele therapeutische Mitarbeiter vielleicht seltener entnervt ausrufen: „Ich möchte doch einfach nur meine eigentliche Arbeit machen dürfen!“

Was den Therapeuten zurzeit wohl noch wichtiger sein dürfte als die Minimierung

von politisch motivierten neuen Konzepten ist die **Minimierung von Büroarbeit**, das heißt von Dokumentation, Berichtswesen, Anträgen und Formalitäten sowie Organisationsaufgaben, die mit zunehmender Individualisierung und Verkürzung der Therapien unvermeidlich sind. In der Minimierung solcher Tätigkeiten und damit der Maximierung der Zeit für therapeutische Tätigkeiten sehen Therapeuten die größte Chance, um effektiver und zufriedener arbeiten zu können. Die Büroarbeiten haben sowohl in Zusammenhang mit der externen wie der internen Qualitätssicherung während der letzten zehn Jahre so zugenommen, dass schon von ärztlichen und therapeutischen Mitarbeitern vorgeschlagen wurde, zukünftig dem Studium der Medizin, Psychologie oder Sozialpädagogik eine Grundausbildung als Verwaltungsfachkraft voranzustellen oder sie im Rahmen eines Rehabilitationscurriculums an die Ausbildung anzuhängen, wenn man in diesem Bereich arbeiten möchte. Mag dieser Vorschlag auch meistens eher ironisch gemeint gewesen sein, so wurde in Kreisen von Praktikern ernsthaft die Idee von Therapieverwaltungsassistenten erörtert, die in einem Team von vier Therapeuten und einem Arzt bereits jede Menge zu tun hätten, womit sie die akademisch ausgebildeten Mitarbeiter von Verwaltungstätigkeiten wie der Ausgabe und dem Auswerten von Rückmeldungsbögen, Wochenplanung, KTL-Eingabe bzw. -Auswertung und dergleichen entlasten könnten. Aber um solche Ideen zur Erhöhung der Effektivität der therapeutisch Tätigen realisieren zu können, bedürfte es selbstverständlich erst einmal der allgemeinen Erkenntnis und Anerkennung, dass ein solcher Personaleinsatz notwendig und Ziel führend ist.

Die Therapie der Sucht ist nicht auf kurzfristige Erfolge gerichtet. Mit der abstinenter und arbeitsfähigen Entlassung aus der Rehabilitationsmaßnahme gibt sich in der Suchtbehandlung niemand zufrieden. Nachhaltigkeit ist es, auf die es ankommt. Dasselbe sollte auch auf die Mitarbeiter Anwendung finden, denn es gleicht einer Ressourcenverschwendung, mit immer neuen „Besen“ für nur drei bis vier Jahre frisch zu kehren und sie dann auszutauschen, weil die Mitarbeiter in attraktivere örtliche, gehaltliche oder inhaltliche Regionen wechseln. Neue Mitarbeiter können gewiss jedes Team bereichern und frischen Wind in muffige Institutionen bringen, aber wichtiger noch ist es, in einem Mindestmaß für Mitarbeiterkonstanz zu sorgen, denn das bedeutet schließlich Akkumulation von Erfahrung, Kräfte schonender Routine und Halt gebender Tradition. Wenn solche langjährigen Kolleginnen und Kollegen dann auch noch als positives Modell dafür akzeptiert werden, wie man ohne Erschöpfung und Zynismus viele Jahre befriedigend mit Suchtkranken arbeiten und das normale Ende des Erwerbslebens erreichen kann, dann sind sie umso wertvoller.

Welche Bedingungen sollten Leistungsträger vom Anforderungsprofil her und welche die Einrichtungsleitungen vom Personalmanagement her schaffen, um eine langfristig befriedigende Tätigkeit der Berufsgruppe, die den Hauptanteil der Behandlungsqualität erzeugt, so wahrscheinlich wie möglich zu machen?

Selbstverständlich könnte man hier alle allgemeinen Empfehlungen aufzählen, die sich in den entsprechenden Handbüchern zum Personalmanagement finden lassen, aber wir wollen uns auf einige wenige beschränken, die uns in der Suchtbehandlung von besonderer Bedeutung zu sein scheinen:

- Nutze bevorzugt die Ressourcen, welche die Therapeuten (Ärzte Psychologen, Sozialpädagogen; u.a.) aus ihrer üblichen und individuellen Ausbildung mitbringen
- Vergüte die Leistung angemessen
- Stelle klare Arbeitsaufträge mit realistischen Zeitplänen
- Lasse Gestaltungs- und Entscheidungsfreiraum
- Gib umso mehr Bestätigung und Sicherheit, je größer der Gestaltungsfreiraum in der Arbeit ist (Vermittle Kriterien für „gute Arbeit“)
- Fördere die persönliche Entwicklung (möglichst passend zu derjenigen der Institution)

Jeder der genannten Punkte wäre in entsprechenden Büchern ein ganzes Kapitel wert. Hier muss jeweils eine knappe Erläuterung genügen.

Wer Psychotherapie gelernt hat und als Psychotherapeut eingestellt ist, möchte wahrscheinlich diese Tätigkeiten bevorzugt ausüben. Dazu wurde weiter oben in Zusammenhang mit Büroarbeiten schon einiges gesagt. Bei der Einstellung ist deshalb darauf zu achten, dass die besonderen Anforderungen der Rehabilitation zur Berufsauffassung des Bewerbers und dessen Kenntnisse zum speziellen Anforderungsprofil der Einrichtung passen. Ansonsten müsste sehr viel umgelernt werden und das könnte die Identifizierung mit der Arbeit erschweren. Eine solche Identifizierung ist aber eine notwendige Voraussetzung für das Arbeiten mit einem so hohen Freiheitsgrad, wie er in der Psychotherapie unabdingbar ist.

Die Nettoeinkünfte der Arbeitnehmer sind während der letzten zehn Jahre in Deutschland allgemein gesunken. Viele Mitarbeiter von Rehabilitationseinrichtungen in nichtöffentlicher Trägerschaft waren von diesem Rückgang sogar über das übliche Maß hinaus betroffen, da infolge der „Nullrunden“ oder minimaler Erhöhungen bei den Vergütungssätzen die Bilanz der Einrichtungen zwischen Einnahmen und Ausgaben bereits ohne Gehaltsanhebungen immer mehr ins Negative abrutschte. Sollten sich die Bedingungen am Arbeitsmarkt für die Arbeitnehmer in Medizin und Therapie demnächst positiv verän-

dern, würde die Rehabilitation schmerzlich zu spüren bekommen, wohin solche Sparpolitik führt. Bis dahin ist es wohl unter anderem dem hohen Ausmaß von Idealismus der therapeutisch Tätigen für ihre Arbeit zuzuschreiben, dass weiterhin mit so viel Engagement gute Leistungen erbracht werden.

An den allgemeinen Aufträgen der Sucht-rehabilitation hat sich während der letzten Jahre wenig geändert; infolge der hohen Arbeitslosigkeit wurde sogar der Auftrag der beruflichen Orientierung noch weiter ausgebaut und zuletzt wurden durch die „Leitlinien“ der DRV-Bund die Behandlungsstandards zur Alkoholabhängigkeit präzisiert, um sie demnächst verbindlich vorzugeben. Der Umfang der Arbeitsaufträge und die dafür zur Verfügung stehende Zeit entwickeln sich jedoch nicht konform; im Gegenteil, sie driften immer weiter auseinander! So erschien es geradezu paradox, als mit der Vereinbarung Sucht von 2001 die Gruppengröße und damit die Zahl der Alkoholabhängigkeitspatienten pro Mitarbeiter von 10 auf 10–12 heraufgesetzt wurde (im Bereich der Drogenabhängigkeit gab es eine solche „Korrektur“ nach oben übrigens nicht, das Therapeut-Patient-Verhältnis blieb trotz längerer Verweildauern bei 6–8). Die Änderung von „10“ in „10 bis 12“ mag auf den ersten Blick ganz harmlos und unbedeutend wirken, denn es heißt ja nur „bis“. Aber diese Erhöhung um mögliche 20 Prozent geschah in einer Zeit, in der die Einrichtungen von den Leistungsträgern intensiv zum Sparen und zum Erschließen aller denkbaren Rationalisierungsreserven aufgefordert wurden, und in der sich die mittlere Behandlungsdauer gerade um mehr als 20% verkürzt hatte! Am Beispiel ist am besten zu veranschaulichen, welche Zahlen sich aus der statistisch erfolgten Therapiezeitverkürzung und einer gleichzeitigen Erhöhung der Patientenzahl pro Therapeut ergeben:

Ein Therapeut, der 10 Patienten 108 Tage betreut, hat es – ohne Berücksichtigung von Behandlungsabbrüchen und vorzeitigen Entlassungen – minimal mit 34 Aufnahmen und Entlassungen pro Jahr zu tun (Aufnahme und Entlassung sind die Behandlungsphasen, die am meisten Ressourcen beanspruchen, insbesondere bei der Dokumentation). Ein Therapeut, der 12 Patienten durchschnittlich 82 Tage lang behandelt, hat eine mehr als 50% höhere Anforderung zu bewältigen, nämlich minimal 53 Aufnahmen und Entlassungen! Und darin sind nicht einmal die üblichen Zusatzbelastungen in Vertretungszeiten berücksichtigt.

Für den Gestaltungsfreiraum, der nötig ist, um auf außergewöhnliche Situationen oder Anforderungen reagieren zu können, gibt es unter solchen Bedingungen immer weniger Reserven. Die goldene Regel des Zeitmanagements, die besagt, dass man keinesfalls mehr als Zweidrittel seiner verfügbaren Zeit fest mit Terminen verplanen

darf, wird von den Bezugstherapeuten längst überschritten. Aber solche Alarmmeldungen finden kaum Gehör. Stattdessen muss der Überbringer solcher Botschaften damit rechnen, dass er in den Ruf des ineffizienten, larmoyanten Führungsschwächlings kommt, denn es gibt immer konkurrierende Unternehmen, die tatsächlich oder angeblich keine derartigen Probleme haben, und grundsätzlich hat man ja sowieso keine Probleme mehr, sondern allenfalls noch nicht gefundene Lösungen. Solche Lösungen aber können nicht von den Einrichtungen im Alleingang gefunden werden, so lange neben der Leistungsvergütung zugleich das Anforderungsprofil und damit die „Produktionsbedingungen“ detailliert von außen bestimmt werden. Dieser Aufgabe kann man sich also nur gemeinsam stellen.

Besonders zu beachten ist in diesem Zusammenhang, dass es sich bei den Therapeuten nicht um Hilfspersonal handelt, das nur auf Anweisung nach festen Routinen tätig werden darf, sondern um hoch qualifizierte Personen mit (Fach-) Hochschulabschluss und langjähriger Zusatzausbildung, die größtenteils über eine Approbation verfügen, die sie zum eigenverantwortlichen Arbeiten berechtigt und verpflichtet. Leitlinien geben ihnen zwar einen Behandlungskorridor vor, aber innerhalb dessen lässt sich ohne breiten Gestaltungsfreiraum keine Erfolg versprechende psychosoziale Therapie realisieren. Therapeuten sind zwar weniger freie Künstler als Meister eines Handwerks mit klaren Regeln für eine gute Arbeit (Manuale, Konzepte, Leitlinien, Konsens usw.), aber ähnlich wie ein Tischlermeister selten Erfüllung am Fließband in der Fabrik bei der Produktion von Fenstern findet, so selten freuen sich Therapeuten über eine Normierung ihrer Tätigkeit, die ihr Potential nur sehr eingeschränkt abrufet. Schon wegen der engen Verbindung zur Arbeitszufriedenheit und zur Mitarbeiterkonstanz sollte man deshalb Therapien nicht über das nötige Maß hinaus so weit normieren, wie es zu Forschungszwecken manchmal nötig ist. Wenn ein Forschungsprojekt gute Ergebnisse hervorgebracht hat, muss man schließlich nicht die experimentellen Bedingungen in die Praxis übernehmen, sondern die gefundenen Wirkfaktoren – es sei denn, das standardisierte Vorgehen sei der Wirkfaktor!

Gute Leitlinien sollten Bestätigung und Sicherheit für das berufliche Alltagshandeln geben, indem sie einen Konsens darüber vermitteln, was unter „guter Arbeit“ zu verstehen ist. Damit wären sie zugleich eine wirkungsvolle „Burn-out“-Prophylaxe. Von der Warte der Therapeuten aus messen sich die Güte und der Wert von Leitlinien an diesen Maßstäben. Im Übrigen ist natürlich das Bestätigen von guter Arbeit ebenso wie das Korrigieren von Abweichungen eine Aufgabe der jeweiligen Einrichtungsleitung. Die Kommunikationsstrukturen und -prozesse, die Fortbildung

und Supervision und die Förderung der persönlichen Entwicklung sollen sicherstellen, dass das Fördern von guter Leistung durch Fördern ergänzt wird. Da Helfen als Beruf ermüden kann, sollten in diesem Zusammenhang ernsthafter als bisher „Sabbat“-Semester für langjährig tätige Therapeuten in Erwägung gezogen werden; sie müssen ja nicht in der Frequenz von Forschungsfreisemestern bei Hochschullehrern erfolgen und sie wären auch nicht frei von Arbeit, sondern nur frei von Therapie, aber im Personalstellenplan müsste so etwas eben Berücksichtigung finden. Für die Kooperation im Suchthilfesystem wäre es von unschätzbarem Wert, wenn beispielsweise stationäre Tätige in solchen „Sabbat“-Zeiten gründliche Erfahrungen in anderen Bereichen des Systems sammeln oder solche Kenntnisse auffrischen würden.

Zusammenfassend halten wir fest:

Die Qualität der Suchtbehandlung bemisst sich daran, inwieweit sie (9) die persönlichen Leistungserbringer an der Basis tatsächlich als „Kunden“ der Qualitätssicherung und des Qualitätsmanagements versteht und pflegt.

5. Qualitätsmanagement und externe Qualitätssicherungsprogramme: Garanten für Qualitätsentwicklung?

Wenn mein Freund nun in einer für ihn akzeptablen Einrichtung angekommen ist, deren angemessen honorierte, qualifizierte Mitarbeiter seinem individuellen Behandlungsbedarf mit genügend großem Zeitbudget und ausreichendem Gestaltungsfreiraum gerecht werden, fällt ihm

eines Tages an einer Wand ein Zertifikat ins Auge, das seinen subjektiv empfundenen positiven Qualitätseindruck offiziell bestätigt, und er stellt mir bei einem Besuch die Frage: „Heißt das, dass diese Klinik nie schlechter, sondern immer nur besser werden kann?“ Mit anderen Worten: Sind Qualitätszuwächse unvermeidlich, wenn sich ambulante oder stationäre Einrichtungen konsequent nach einem zertifizierten QM-System organisieren und sich durch das 5-Punkte-QS-Programm der Deutschen Rentenversicherung überprüfen lassen? Man möchte klar und eindeutig mit „Ja“ antworten, denn zu diesem Zweck betreibt man schließlich den ganzen Aufwand. Aber ganz ohne Vorbehalt geht das nicht.

Das „Ja“ gilt nur, wenn man sich relevante Kriterien für Qualität gesetzt hat, sie kontinuierlich misst und verpflichtend Änderungen erprobt, falls man die Kriterien verfehlt. Die Relevanz der Kriterien und der Kriteriumswerte sind dabei ganz entscheidend. Mindestens genauso wichtig ist es, dass das Qualitätsmanagement nicht zum Verwaltungsakt mit möglichst geringem Aufwand verkommt, sondern zum zentralen Steuerungsinstrument wird, indem es geplante Aktivitäten in Gang setzt. Deshalb heißt die letzte der zehn Voraussetzungen für Qualität in der Suchtbehandlung:

Die Qualität der Suchtbehandlung bemisst sich daran, inwieweit sie (10) bei Abweichungen von anerkannten Standards und von relevanten Zielen, die sich die einzelne Organisation selbst gesetzt hat, Änderungen an ihrer Ergebnis-, Struktur- und Prozessqualität offen diskutiert, einleitet und sie auf ihre Wirksamkeit prüft.

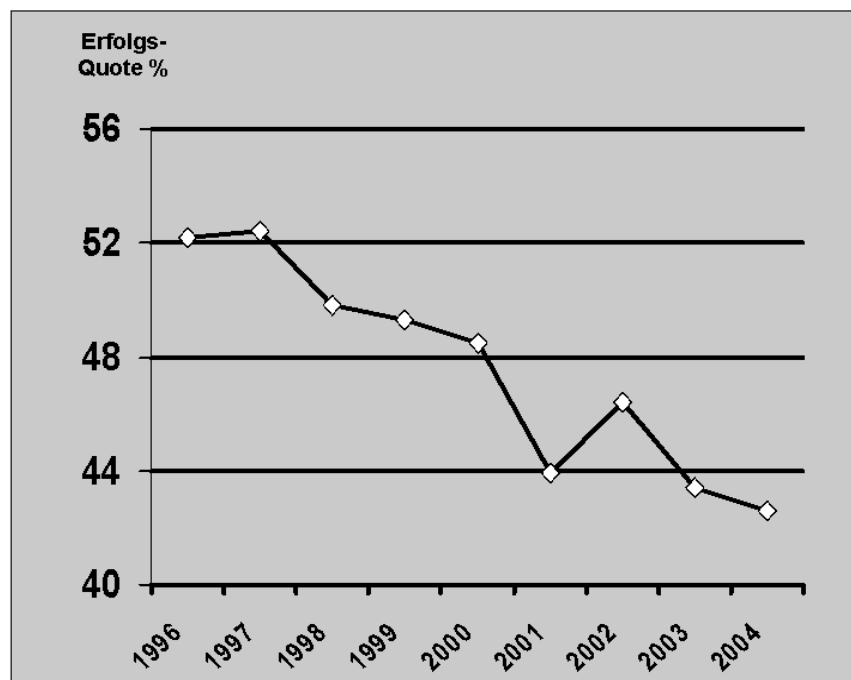


Abbildung 4: Ergebnisqualität 1996 – 2004

Nehmen wir ein simpel erscheinendes Beispiel, die Ergebnisqualität der stationären Suchtbehandlung und ihren Verlauf während des letzten Jahrzehnts. Den größten Datenpool, der sich auf das konservativste Kriterium der Abstinenz bezieht und der regelmäßig veröffentlicht wird, stellt der Fachverband Sucht zur Verfügung (Abbildung 4):

Eine derartige Entwicklung will zuerst einmal erkannt sein. Insofern ist es verdienstvoll, dass die Daten erhoben und veröffentlicht werden (zuletzt: Zobel et al., 2007). Die nahezu kontinuierliche Verringerung der Ergebnisqualität, die mit dem Beginn der systematischen Qualitätssicherung einsetzt, muss alle Verantwortlichen irritieren, zumal parallel dazu sehr viele Anstrengungen zur Verbesserung der Suchtbehandlung unternommen wurden. Ein Faktor mag der Rückgang der Antworten auf die Befragung sein, weil alle Nichtantworter zu den Rückfällen gezählt werden, aber zur Erklärung reicht das nicht aus. Ein weiterer als relevant erkannter Faktor (Sonntag & Künzel, 2000) ist die Dauer der Behandlung (Abbildung 5):

Wenn man die beiden Koordinatensysteme von Ergebnis und Dauer übereinander legt, drängt sich ein Zusammenhang auf. Missel (2007) hat mittels einer Alerting-Korrelation denn auch deutliche Hinweise darauf vorgelegt, dass tatsächlich „mit einer Reduktion stationärer Verweildauern auch ein Rückgang der Ergebnisqualität verbunden ist“ (a.a.O.). Der Rückgang der Ergebnisse während der letzten 5 Jahre, in denen die Dauer bereits nahezu konstant blieb, bedarf meines Ermessens allerdings noch einer gesonderten Analyse.

Erstaunlich ist, wie wenig Resonanz diese Entwicklung bisher außerhalb der Kliniken gefunden hat, während man sich mit vielen anderen Qualitätsdingen sehr intensiv beschäftigt. Obwohl es an übergreifenden Analysen also noch mangelt, lässt sich zumindest die Hypothese eines Zusammenhangs zwischen der Zunahme ambulanter Rehabilitationen und dem Behandlungserfolg stationärer aufstellen, weil die Rehabilitanden mit guter Prognose zwangsläufig infolge der Zuweisungskriterien ambulant behandelt werden.

Die Anzahl ambulanter Rehabilitationsmaßnahmen hat sich zwischen 1997 und 2004 von 3.670 auf 10.739 fast verdreifacht, während die Anzahl stationärer Maßnahmen in etwa konstant bei ca. 28.000 blieb. Es gibt etliche Hinweise darauf, dass nur die Anzahl konstant blieb, nicht jedoch die Art der Klientel (z.B.: Vogelgesang, 2007). Diese und andere Hypothesen müssen sorgfältig geprüft werden, damit beweisbare oder bewiesene Thesen daraus werden. Daraus sind Konsequenzen abzuleiten.

Wenn beispielsweise finanzielle Erwägungen wesentlich für die Deckelung der Rehabilitationsausgaben und daraus folgend verantwortlich für die Verkürzung

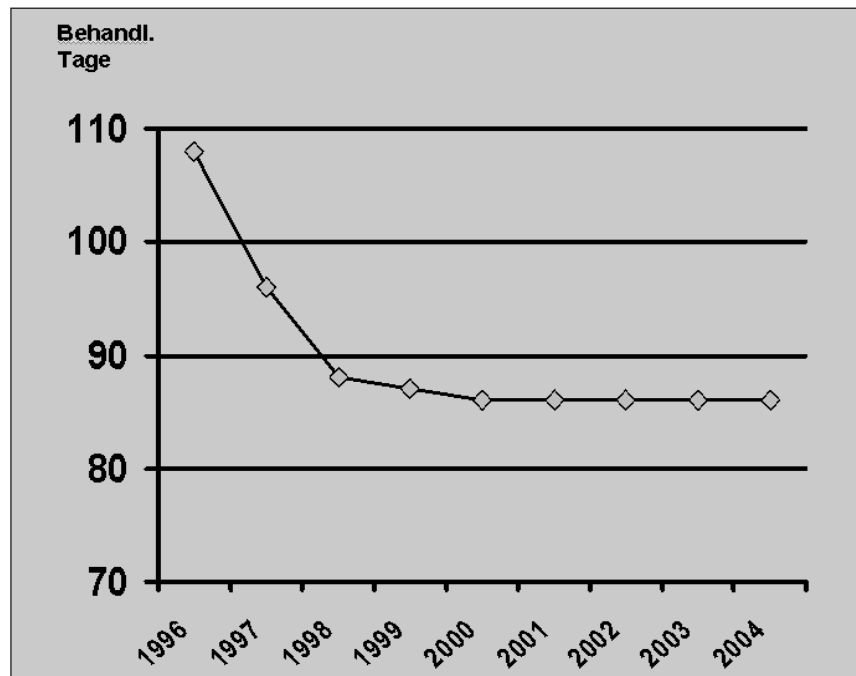


Abbildung 5: Durchschnittliche Behandlungsdauer 1996 – 2004 (VDR)

der Behandlungsdauern waren, dann sollten auch die entsprechenden Konsequenzen von Interesse sein, sofern nicht ohnehin humanitäre Beweggründe vorrangig sind. Bereits eine extrem vereinfachte Formel zur Berechnung der Kosten für einen nachhaltig erfolgreich behandelten Patienten kann verdeutlichen, wie nachteilig sich die tatsächlichen Rehabilitationskosten entwickeln, wenn zwar die kurzfristigen Behandlungskosten aufgrund

kürzerer Verweildauern günstiger erscheinen, aber zugleich die Effektivität nachlässt. Dabei müssen die reinen Behandlungskosten (Vergütungssatz multipliziert mit der Anzahl der Tage) durch den Prozentsatz der erfolgreich behandelten Patienten dividiert werden. In folgendem Beispiel wird angenommen, dass der tägliche Vergütungssatz stabil bei fiktiven 100 € bleibt, während die Behandlungsdauer von 100 über 90 auf 80

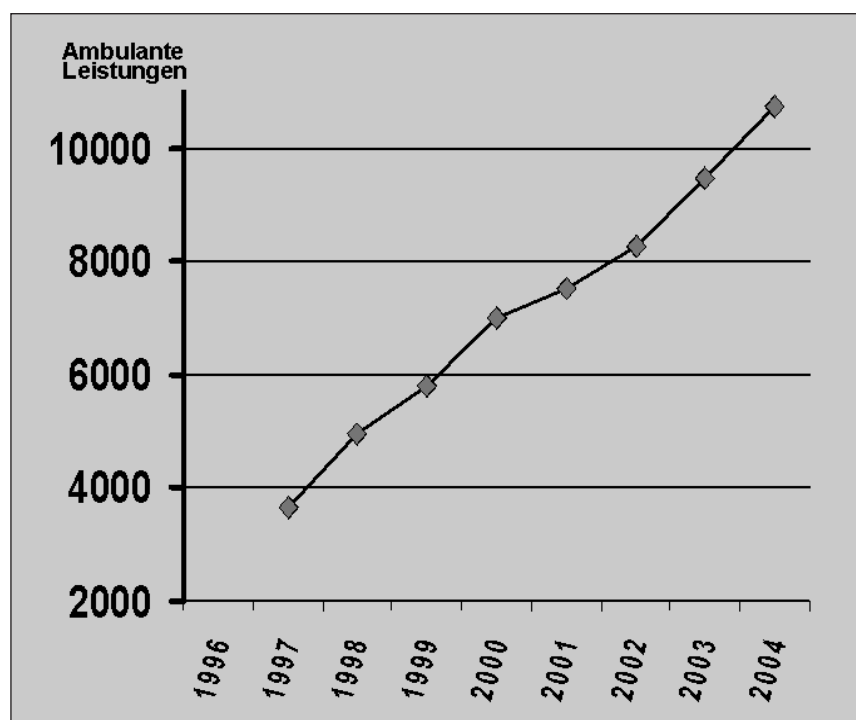


Abbildung 6: Anzahl ambulanter Suchtrehabilitationen 1997 – 2004 (VDR)

Tage sinkt. Das müsste eigentlich zu einer Einsparung von 20 Prozent führen, wenn nicht gleichzeitig die Erfolgsquote von 60 über 50 auf 40 Prozent sänke. Dann zeigt sich nämlich ein gegenläufiger Kostentrend:

$$\frac{100 \text{ €} \times 100 \text{ Tage Dauer}}{60 \text{ Prozent}} = 16.666,67 \text{ Euro}$$

$$\frac{100 \text{ €} \times 90 \text{ Tage Dauer}}{50 \text{ Prozent}} = 18.000,00 \text{ Euro}$$

$$\frac{100 \text{ €} \times 80 \text{ Tage Dauer}}{40 \text{ Prozent}} = 20.000,00 \text{ Euro}$$

Eigentlich müssten in diese Formel noch die Behandlungsnebenkosten und vor allem die Folgekosten der nicht erfolgreich behandelten eingehen, was die Erfolgsbilanz der zeitlichen „Einsparung“ in noch ungünstigerem Licht erscheinen ließe. Seltsamerweise regt sich von Seiten der Qualitätssicherung trotz solcher Ergebnisse und Trends bisher wenig.

Die Qualitätssicherung investiert allerdings über die Implantierung von „Leitlinien“ viel Energie in die Evidenzbasierung der bereits relativ hoch strukturierten und qualitätsgeprüften stationären Behandlung, obwohl deren Inanspruchnahme stagniert, während die am stärksten expandierende ambulante Rehabilitation weiterhin ein Stiefkind der Qualitätssicherung bleibt. Für die Entwicklung der Suchtbehandlungsqualität insgesamt erscheint dies wenig plausibel. Es wäre vielleicht effektiver, wenn der Evidenzbasierung und Differenzierung der ambulanten Rehabilitation Vorrang eingeräumt würde. Kurzum: die Qualitätssicherung scheint noch ziemlich linear voranzuschreiten und die essentiellen Regelkreise zu vernachlässigen (Abbildung 7):

Wenn man keine Schlussfolgerungen aus Veränderungen zieht, verwaltet man die Qualität nur, aber man entwickelt sie nicht. Bei Vorliegen von Daten wie den oben genannten zur Behandlungseffektivität dürfte beispielsweise nichts aktueller sein als ein Qualitätszirkel, der zuerst eine heuristische und danach eine maßnahmenorientierte Funktion hat.

„Nein“ lautet die Antwort auf die Frage, ob QM zwangsläufig Qualität erzeugt, auch für die Fälle, in denen a) irrelevante Qualitäten gewählt oder b) nicht zu verfehlende Zielkriterien definiert werden und in denen c) QM zur Dokumentation verkommt. Solche Entwicklungen sind jedoch auf Dauer bei regelmäßigen externen Überwachungsaudits und Re-Zertifizierungen so gut wie ausgeschlossen.

Eine letzte Einschränkung, die hier genannt sein soll, betrifft die Auswertung der Kennzahlen, selbst wenn sie relevant und ihre Grenzwerte richtig gesetzt sind. Wenn man zu sehr auf die Kennzahlen fixiert ist und es an Sachverstand, Zeit oder Interesse für die Interpretation und Einordnung der Zahlen mangelt, dann führt QM zu Ergebnissen, die von der Mitarbeiterschaft nur noch mit Achselzucken oder höhnischer Verzweiflung zur Kenntnis genommen werden. Diese Gefahr scheint in der Industrie schon seit längerer Zeit erkannt worden zu sein, denn in einem Artikel der „Wirtschaftswoche“ konnte man schon vor längerer Zeit lesen: *„Mit der Machtübernahme der Controller im Management ist das Gespür für Qualität abhanden gekommen: Kleinmut statt Mut, stupide Vorgabenerfüllung, qualifizierte Krücken statt Urteilskraft. Zahlen sind Indizien, nicht Ausdruck von Qualität!“*

Qualitätsentwicklung geht in den Ebenen der Macht nicht einseitig von oben nach unten. Das ist einer der wichtigsten Grundsätze des QM. Sie geht nur wechselseitig miteinander. Diese Idee will praktiziert sein, wenn Qualitätsentwicklung zu einem dauerhaften, lebendigen und erfolgreichen Prozess werden soll. Als Prinzipien, die in diesem Prozess am ehesten substantielle Verbesserungen versprechen, könnte die Umkehrung der von der „Wirtschaftswoche“ beklagten Hemmschuhe fungieren:

- Mut statt Kleinmut,
- Entfaltung statt Verwaltung,
- Urteilsfähigkeit statt Zahlengläubigkeit.

6. Zusammenfassung:

Die Qualität der Suchtbehandlung bemisst sich daran, inwieweit sie

- (1) ihre Qualitäten so objektiv wie möglich definiert und erfasst und dadurch vergleichende Beurteilungen ermöglicht, die eine individuelle Entscheidungshilfe bei der Wahl der richtigen Behandlung bieten;
- (2) die Basiskriterien der Wirksamkeit, Wissenschaftlichkeit, Wirtschaftlichkeit, Humanität und Rechtskonformität verwirklicht und miteinander in Einklang bringt;
- (3) als biopsychosoziale Komplexbehandlung ganz dem Interesse der Klienten / Patienten / Rehabilitanden verpflichtet und dementsprechend vernetzt ist;
- (4) die Patienten zu aktiven Partnern im Änderungsprozess macht und sie befähigt, die Verantwortung für sich und ihre Gesundheit so bald und umfassend wie möglich selbst zu tragen;
- (5) sich den Möglichkeiten der Person mit Suchtproblemen und den Anforderungen ihres sozialen Umfelds (v.a. Familie, Arbeit) anpasst und ihnen gerecht wird;
- (6) mit ihren Strukturen und Prozessen Betroffene motiviert, sich frühzeitig in Beratung und Therapie zu begeben und darin zu bleiben, bis das Therapieziel erreicht ist;
- (7) alle notwendigen bio-psycho-sozialen Behandlungselemente so zu einem individuell abgestimmten Konzept verbindet, dass dadurch eine möglichst umfassende Teilhabe am Leben ermöglicht wird;
- (8) die Interessen und Rückmeldungen der Patienten erkundet, protokolliert und in den QM-Prozess einbindet;
- (9) die persönlichen Leistungserbringer an der Basis tatsächlich als „Kunden“ der Qualitätssicherung und des Qualitätsmanagements versteht und pflegt;
- (10) bei Abweichungen von anerkannten Standards und von relevanten Zielen, die sich die einzelne Organisation selbst gesetzt hat, Änderungen an ihrer Ergebnis-, Struktur- und Prozessqualität offen diskutiert, einleitet und sie auf ihre Wirksamkeit prüft.

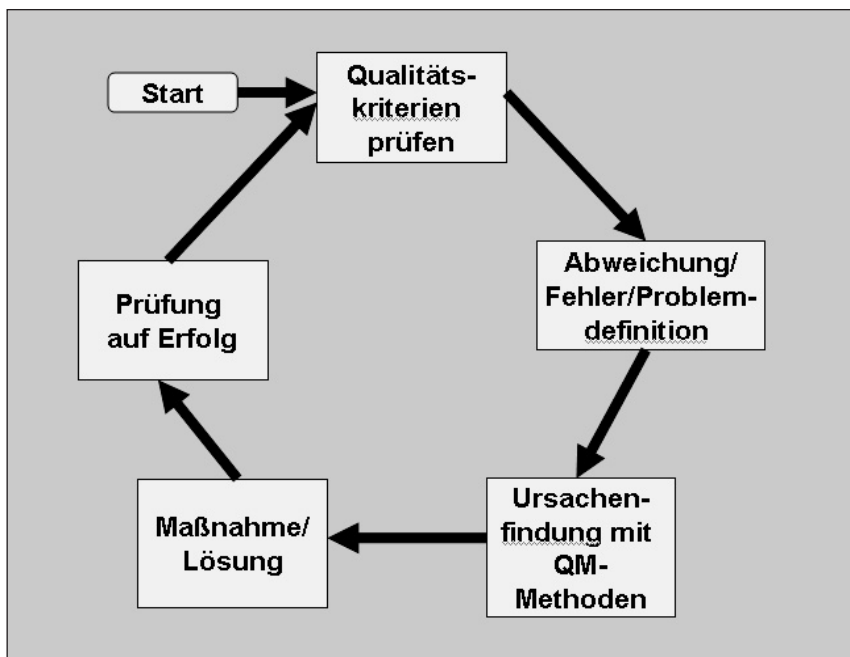


Abbildung 7: Der Qualitätsverbesserungsprozess

Literatur:

Egner, U., Gerwin, H. & Buschmann-Steinhage, R. (2006). Stand der Qualitätssicherung in der Rehabilitation der gesetzlichen Rentenversicherung. *Rehabilitation*, 4, 45. Jg., 221-231.

Köhler, J., Grünbeck, P. & Soyka, M. (2006). Entwöhnungstherapie bei Alkoholabhängigkeit – Inanspruchnahme, Dauer und sozialmedizinischer Verlauf. *Nervenarzt*, 5, 536-546.

Fachverband Sucht e.V. (2006). Gesamtkonzept des Fachverbandes Sucht e.V. zur Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen. *Sucht aktuell*, 2, 44-72.

Küfner, H. & Feuerlein, W. (1989). In-Patient Treatment for Alcoholism: a multi-centre evaluation study. Berlin: Springer.

Linden, M., Baudisch, F., Popien, C. & Golombek, J. (2006). Das ökologisch-therapeutische Milieu in der stationären Behandlung. *Psychother Psych Med*, 56, 390-396.

Miller, W.R. & Rollnick, S. (2004). Motivierende Gesprächsführung. Freiburg: Lambertus.

Missel, P. (2007). Ergebnisqualität in der Rehabilitation Abhängigkeitskranker – Ausgewählte Ergebnisse. *Sucht aktuell*, 1, 16-26.

Schmidt, L.G., Gastpar, M., Falkai, P. & Gaebel, W. (Hrsg.) (2006). *Evidenzbasierte Suchtmedizin. Behandlungsleitlinie Substanzbezogene Störungen*. Köln: Deutscher Ärzteverlag.

Schneider, R. (2000). Indikationskriterien für eine stationäre Behandlung. In: *Fachverband Sucht (Hrsg.). Indikationsstellung und Therapieplanung bei Suchterkrankungen*. Geesthacht: Neuland.

Sonntag, D. & Künzel, J. (2000). Hat die Therapiedauer bei alkohol- und drogenabhängigen Patienten einen positiven Einfluss auf den Therapieerfolg? *Sucht*, 46, Sonderheft 2.

Spangler, G. & Schieche, M. (1999). *Psychobiologie der Bindung*. In: Spangler, G. & Zimmermann, P. *Die Bindungstheorie – Grundlagen, Forschung und Anwendung*. Stuttgart: Klett-Cotta (3.).

Vogelgesang, M. (2007). Psychische Komorbidität in der stationären Langzeitentwöhnungstherapie bei Alkoholabhängigkeit. *Sucht aktuell*, 1, 27-30.

Weissinger, V. & Schneider, R. (2006). Leitlinien und ihre Bedeutung für die Suchthilfe in Deutschland: Statement des Fachverbandes Sucht e.V.. *Sucht aktuell*, 1, 4-7.

Wienberg, G. & Driessen, M. (2001). *Auf dem Weg zur vergessenen Mehrheit*. Bonn: Psychiatrie-Verlag.

Zobel, M., Missel, P., Bachmeier, R., Funke, W., Garbe, D., Herder, F., Kersting, S., Medenwaldt, J., Verstege, R., Weissinger, V. & Wüst, G. (2007). Effektivität der stationären Suchtrehabilitation – FVS-Katamnese des Entlassjahrgangs 2004 von Fachkliniken für Alkohol- und Medikamentenabhängige. *Sucht aktuell*, 1, 5-15.

Autor:

Ralf Schneider
Vorstandsvorsitzender des Fachverbandes Sucht e.V.
Direktor der salus klinik Friedrichsdorf
Landgrafenplatz 1
61381 Friedrichsdorf
Tel.: 06172/950-100
Fax: 06172/950-133
E-Mail: r.schneider@salus-friedrichsdorf.de

Literaturhinweise

Schmidt, L.: *Fahrschule des Lebens – Hilfe zur Selbsthilfe*, Frankfurt 2007, ISBN 978-3-937446-84-4, 14,90 €

Prof. Dr. med. Lothar Schmidt beschreibt seine Erfahrungen mit dem 12-Schritte-Programm der Anonymen Alkoholiker. Hierbei geht er nicht nur auf die historische Entwicklung ein, sondern beschreibt ausführlich jeden der Schritte und damit verbundene Fragen. Seine Antworten gehen dabei über den engeren Bezug zur Sucht hinaus und erläutern, welchen Sinn und welches Ziel das Leben haben kann. Das Buch ist gedacht als eine Hilfe zur Selbsthilfe für alle Menschen, die sich auf den Weg in ein neues wertvolles Leben machen wollen.

Rahn, E.: *Borderline verstehen und bewältigen*, Bonn 2007, ISBN 978-3-86739-006-4, 14,90 €

Das Buch ist als Gemeinschaftswerk von betroffenen Menschen und professionellen Helfern entstanden. Der Mix aus Informationen über die Erkrankung und von Beiträgen der Betroffenen stellt das Besondere dieses Ratgebers dar. Die Borderline-Störung ist sehr komplex. Sie äußert sich durch eine extreme emotionale Instabilität im Verhalten und Erleben des Betroffenen sowie im zwischenmenschlichen Kontakt. Das Buch setzt auf Enttraumatisierung, indem es alle Symptome so beschreibt, das Betroffene und Mitbetroffene besser verstehen können, was passiert. Daraus ergeben sich nicht zuletzt lebenspraktische Hinweise, wie man mit den extremen Gefühlsschwankungen und Verhaltensweisen besser umgehen kann.

Greve, N., Osterfeld, M., Diekmann, B.: *Umgang mit Psychopharmaka – Ein Patientenratgeber*, Bonn 2007, ISBN 978-3-86739-002-6, 14,90 €

Das Buch gibt zunächst einen Überblick über nicht-medikamentöse Hilfen und medizinische Behandlungsverfahren der Psychiatrie und geht danach auf die Darstellung einzelner Medikamentengruppen ein. Diese sind: Antidepressiva, Phasenprophylaktika, Neuroleptika sowie Tranquillizer/Hypnotika. Des Weiteren wird eine kurze Übersicht über weitere psychotrope Substanzen gegeben. Die Beschreibung der einzelnen Psychopharmaka-Gruppen erfolgt nach folgendem Schema: Zielsyndrome, Darstellung der biochemischen Wirkmechanismen, erwünschte und unerwünschte Wirkungen, Hinweise zur praktischen Handhabung (Einnahmeverfahren, Dosierungen). Besonderer Wert wurde darauf gelegt, sich so verständlich wie möglich auszudrücken, Fachwörter werden im Glossar erläutert. Grundsätzliche Position der Autoren ist, dass Psychopharmaka keine Krankheiten „heilen“, sondern lediglich die Beschwerden beeinflussen, die bei seelischen Krisen oder länger dauernden seelischen Störungen auftreten.

Fricke, S., Hand, I.: *Zwangsstörungen verstehen und bewältigen – Hilfe zur Selbsthilfe*, Bonn 2007, ISBN 978-3-86739-001-9, 13,90 €

Dieser Ratgeber beschreibt die Zwangsstörung in ihren unterschiedlichen Auswirkungen und Ausprägungen. Unter Zwangserkrankungen leiden ca. 2-3 % der Men-

schen – nicht ihr ganzes Leben lang, aber über viele Jahre. Die Autoren gehen auf die Entstehung von Zwangsstörungen ein und beschreiben an Fallbeispielen, wie sie konkret am Leben erhalten werden. Ferner werden Techniken vorgestellt, die im Rahmen der Verhaltenstherapie entwickelt wurden und Hilfe zur Selbsthilfe leisten sollen. Falls diese Hilfe nicht ausreicht, so enthält das Buch darüber hinaus Informationen über Behandlungsmöglichkeiten. Es gibt für Betroffene und deren Angehörige einen guten Überblick über das Phänomen der Zwangsstörungen.

Bucher, A. A.: *Psychologie der Spiritualität – Handbuch*, Basel 2007, ISBN 978-3-621-27615-3, 29,90 €

In diesem Buch wird eine Vielzahl unterschiedlicher Befunde zum Thema Spiritualität zusammengeführt und eingeordnet. Sie reichen von Untersuchungen des Gehirns und der Gene über qualitative Studien bis hin zur Untersuchung über die ontogenetische Entwicklung von Spiritualität und deren Effekte innerhalb und außerhalb der Psychotherapie. Ein eigenes Kapitel ist der Messung der Spiritualität mit Hilfe von Skalen in Fragebogenform gewidmet. Damit tritt das Buch esoterischem Aberglauben wie auch dem Missbrauch religiöser Gefühle entgegen. Vielmehr bietet es einen Überblick über die wichtigsten empirischen Befunde zu Spiritualität und wägt das Für und Wider von Aussagen kritisch ab. Letztendlich bleibt es dem Leser überlassen, sich selbst eine Meinung zu den dargestellten Phänomenen zu bilden.