

Katholische Hochschule NRW, Abteilung Köln
Masterstudiengang Suchthilfe am Studienort München

Masterthesis

Abstinenz kann doch nicht alles sein? Lebensqualität als Outcome-Kriterium in der medizinischen Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen

vorgelegt von
Margit Schwarz
Matrikelnummer: 509157

Erstprüfer:
Herr Andreas Bohnert

Zweitprüferin:
Frau Prof. Dr. Wilma Funke

Aßling, November 2015

Danksagung

Ich danke in erster Linie meinen Eltern, die es mir ermöglicht haben, ein berufsbegleitendes Studium finanziell sorgenfrei zu meistern.

Auch meinem Arbeitgeber, dem Caritasverband München-Freising, möchte ich für die finanzielle Unterstützung und die Bereitschaft danken, den Mitarbeitern eine berufliche Weiterentwicklung zu ermöglichen.

Vielen Dank meiner Chefin und meinen Kollegen, für die es sicherlich nicht immer ganz einfach war, mich durch diese anstrengende Zeit zu begleiten.

Auch danke ich Herrn Andreas Bohnert, dem Erstkorrektor dieser Arbeit, für seine Impulse und fachliche Unterstützung sowie seine Bereitschaft, sich auf dieses Thema einzulassen und mir mit Freude und Engagement beratend zur Seite zu stehen.

Ein, aus tiefstem Herzen, ganz besonderer Dank gebührt meinem Lebensgefährten, dessen Geduld und moralische Unterstützungsfähigkeiten offensichtlich unerschöpflich sind und der mich über Monate hinweg immer wieder liebevoll an meinen Schreibtisch zurückgeschickt hat.

Danke!

Inhaltsverzeichnis

	Seite
1. Einleitung	5
2. Outcome-Kriterien in der Suchttherapie – Erfolg in Praxis und Forschung	11
2.1 Erfolg in der suchttherapeutischen Praxis	12
2.2 Ziele in der Suchtforschung	17
2.2.1 Ansatzpunkte im Behandlungssystem Sucht	17
2.2.2 Rehabilitationsforschung und Qualitätssicherung	21
2.2.3 Outcome-Kriterien in der Suchtforschung	27
2.3 Diskussion um die Outcome-Kriterien	30
2.4 Zwischenergebnis	42
3. Lebensqualität als Outcome-Kriterium	45
3.1 Das Konstrukt Lebensqualität	45
3.2 Formen der Lebensqualität	52
3.3 Sinnhaftigkeit der Messung von Lebensqualität	57
3.4 Messinstrumente zu Lebensqualität	59
3.4.1 Generische Messinstrumente	61
3.4.2 Suchtspezifische Messinstrumente	64
3.5 Lebensqualität in der Suchtforschung	67
3.5.1 Lebensqualität und Alkohol: Stand der Forschung	68
3.5.2 Forschungsbedarf	75
3.6 Diskussion	77
4. Konzept: Erhebung von Angaben zur Lebensqualität in der ambulanten Rehabilitation an der Fachambulanz für Suchterkrankungen für den Landkreis Ebersberg	83
4.1 Beschreibung der Fachambulanz und der relevanten organisatorischen Abläufe	84
4.2 Konzeptionelle Veränderungen	87
4.3 Ziele für die Erhebung lebensqualitätsbezogener Werte	89
4.4 Zu erwartende Schwierigkeiten	91
4.5 Zwischenergebnis	93

	Seite
5. Konzeptevaluation durch Experten	94
5.1 Methodisches Vorgehen	94
5.2 Vorstellung der Experten	98
5.3 Auswertung der Daten	100
5.4 Zusammenfassung der Ergebnisse und Beantwortung der Forschungsfrage	100
5.5 Diskussion der Ergebnisse	104
6. Fazit	109
7. Literaturverzeichnis	111
8. Abbildungsverzeichnis	122
9. Abkürzungsverzeichnis	123
10. Anhang	125
I. Konzept	
II. Expertenfragebogen	
III. Auswertung	
11. Erklärung	159

1. Einleitung

„Aber Abstinenz kann doch nicht alles sein?“ Diesen Satz höre ich im Rahmen meiner Tätigkeit in einer ambulanten Suchtberatungs- und Behandlungsstelle immer wieder von Klienten¹, die sich nicht vorstellen können, dass es außer dem vermeintlich lebenslangen Verzicht auf Suchtmittel keinen anderen Weg der Behandlung bzw. der Lösung ihrer Probleme gibt. Mal schwingt in diesem Satz Empörung mit, mal Resignation. Es muss doch noch etwas anderes geben, eine andere Möglichkeit, die substanzbezogenen Probleme zu lösen, außer einem – meist lebenslangen – Verzicht? Ich habe Verständnis für diese Ambivalenz meiner Klienten, ist der Umgang mit Ambivalenzen doch meine tägliche Arbeit. Und gleichzeitig stecke ich selbst in einer Ambivalenz, die dann meist in der mir selbst gestellten Frage endet: Wann ist eine Suchtbehandlung eigentlich erfolgreich?

Ist sie dann erfolgreich, wenn der Patient das Suchtmittel nicht mehr konsumiert?

Ist sie dann erfolgreich, wenn der Patient weniger konsumiert?

Ist sie dann erfolgreich, wenn körperliche Folgeschäden und Kosten für die Allgemeinheit ausbleiben und der Patient wieder arbeitsfähig ist?

Oder ist sie dann erfolgreich, wenn der Patient sagt, dass sie erfolgreich war, weil es ihm einfach besser geht?

Und wer definiert überhaupt, was Erfolg ist?

Diese Fragen begleiten mich, seit ich in der Suchthilfe tätig bin. Ich befinde mich immer wieder in einem Zwiespalt zwischen Ansprüchen der Kostenträger, fachlichem Anspruch der Institution, für die ich arbeite, und meiner eigenen sozialarbeiterischen und mittlerweile auch suchtherapeutischen Haltung. Wann war ich in meiner Arbeit erfolgreich und woran messe ich, für mich selbst, diesen Erfolg? Woran erkennen meine Klienten, dass die Behandlung für sie selbst erfolgreich war? Ich merke zunehmend, dass ich mich mit dem Abstinenzdogma in der Suchttherapie nicht mehr uneingeschränkt

¹ In der vorliegenden Arbeit wird bei der Bezeichnung von Personen- oder Berufsgruppen die männliche Form verwendet, dies schließt jedoch die weibliche Form mit ein. Die Verwendung der kürzeren männlichen Form dient lediglich der besseren Lesbarkeit, da in der deutschen Sprache für Begriffe wie Klientin/Klient oder Therapeutin/Therapeut keine geschlechtsneutrale Formulierung zur Verfügung steht. Grundsätzlich ist die sprachliche Gleichberechtigung der Geschlechter anzustreben.

identifizieren kann. Nicht für jeden Klienten ist ein Ausblick auf ein dauerhaft abstinentes Leben ausreichend motivierend, um im Hier und Jetzt eine Entscheidung für eine Veränderung in seinem Konsumverhalten treffen zu können. Für manche ist die Entscheidung zur Abstinenz so hochschwierig, dass sie lieber in ihrem schädlichen Konsummuster verharren, anstatt etwas zu verändern, das jenseits von Abstinenz zu einer Verbesserung ihrer Lebenssituation und der substanzbezogenen Folgen beiträgt. Auch bei meinen Berufskollegen ist zunehmend ein Wechsel der therapeutischen Haltung zu beobachten, der vielleicht mit einer jüngeren, progressiveren Haltung der nachrückenden Kollegengeneration einhergeht. Gleichzeitig sind aber die Kostenträger noch nicht bereit, Behandlungen zu übernehmen, die kein Abstinenzziel verfolgen.

Eines vorweg: In der vorliegenden Arbeit soll nicht diskutiert werden, ob die Abstinenzorientierung in der Suchtbehandlung therapeutisch sinnvoll ist oder nicht oder für welche Patientengruppe die Entscheidung zur Abstinenz zwingend erforderlich ist. Es geht vielmehr darum, die Kriterien, an welchen sich die Suchttherapie selbst misst bzw. messen lassen muss, darzustellen, zu hinterfragen und Potentiale für einen umfassenden Blick auf die Klienten und die Suchttherapie als Disziplin aufzuzeigen.

Die Reflexion meiner eigenen Haltung, im Rahmen meiner suchttherapeutischen Ausbildung, hat mein Interesse für diesen Bereich der suchttherapeutischen Forschung und Praxis geweckt. Die anfängliche Auseinandersetzung mit dem Spannungsfeld der Zieldefinition in der Praxis und den Outcome-Kriterien in der Forschung hat dazu geführt, mich mit diesem Thema in der vorliegenden Arbeit näher zu beschäftigen und mich intensiv mit den oben gestellten Fragen auseinanderzusetzen. Die Antworten auf diese Fragen werden unterschiedlich ausfallen, je nachdem, wem man sie stellt: Die Kostenträger bzw. die Rentenversicherer werden einzig die Frage nach der Arbeitsfähigkeit bejahen. Die Patientenvertretungen werden die subjektive Sicht befürworten. Die Vertreter eines traditionellen Ansatzes unter den Suchttherapeuten und Selbsthilfeverbänden werden einzig die Forderung nach der Enthaltbarkeit unterschreiben können. Die progressive Kollegen werden sich noch eher mit einer Zieldifferenzierung im Sinne einer

Konsummengenreduktion anfreunden können.

Die Suchttherapie muss sich regelmäßig legitimieren und hierfür an Erfolgs- und Wirtschaftlichkeitskriterien messen lassen. Blickt man auf die von den Suchthilfeeinrichtungen veröffentlichten Erfolgsquoten, zeigt sich folgendes Bild: Die Erfolgs- bzw. Abstinenzquoten der Ein-Jahres-Katamnesen für Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit liegen im ambulanten Bereich bei gerundet 52 %² (vgl. Lange, Neeb, Missel, Bick, Bachmeier, Brenner et al., 2014, S. 29), im ganztägig ambulanten Setting bei ca. 45 % (vgl. Schneider, Mielke, Bachmeier, Beyer, Deichler, Forschner et al., 2014, S. 38) sowie, im stationären Bereich, bei ca. 40% (vgl. Missel, Jung, Herder, Fischer, Bachmeier, Funke et al., 2014, S. 10). Bei Abhängigen illegaler Drogen im abstinenzorientierten stationären Setting liegt die Erfolgsquote bei gerundet 22% (vgl. Fischer, Kemmann, Weissinger, Dewitz, Kunert, Susemihl et al., 2014, S. 21). Definiert man Erfolg als Drogenfreiheit über einen längeren Zeitraum nach Therapieabschluss, sinkt die Erfolgsquote auf eine Größenordnung von unter 10% (vgl. Küfner, Dennis, Roch, Arzt & Rug, 1994). Mit diesen Erfolgskriterien einer substanzfreien, abstinenzorientierten Suchttherapie können die Erfolge nur als unbefriedigend beurteilt werden. Es stellt sich die Frage, ob in der Evaluation der Suchttherapie durch die Festlegung auf das Outcome-Kriterium Abstinenz nicht zwangsläufig unnötig niedrige Erfolgsquoten generiert werden, die der Realität in ihrer ganzen Komplexität letztendlich nicht gerecht werden.

Eine Suchterkrankung ist eine Krankheit, die auf Grund ihrer Entstehungsgeschichte sowie durch die Aufrechterhaltung des süchtigen Verhaltens typischerweise mit vielfältigen Problemen in fast allen Lebensbereichen in Zusammenhang steht. Meist kommen zu den körperlichen auch Probleme im sozialen Umfeld, im beruflichen Kontext und im psychischen Bereich hinzu. Es gibt nicht nur den Suchtmittelkonsum als singuläres Problem. Aber genau dieser eine Bereich wird in der Evaluation der Suchttherapie gemessen und bewertet, und genau auf diesen einen Bereich beziehen die Kostenträger die Arbeitsfähigkeit der Versicherten, wenn sie im Rahmen der Behandlung einen Abstinenznachweis fordern. Für die

2 Die jeweiligen Prozentangaben sind bemessen an den Standards der Deutschen Gesellschaft für Suchtmedizin und Suchtforschung DGSS-4 (vgl. hierzu S. 13f. der vorliegenden Arbeit).

vorliegende Arbeit wurde die Deutsche Rentenversicherung angeschrieben und um Auskunft darüber gebeten, welche wissenschaftlichen Erkenntnisse zu Grunde gelegt werden, um die Arbeitsfähigkeit anhand des Kriteriums Abstinenz zu definieren. Bis zum Abgabetermin der vorliegenden Arbeit ist trotz mehrfacher Rückfragen keine Antwort der Rentenversicherung eingegangen.

Bei der Recherche zum Thema Lebensqualität von Suchtkranken fällt auf, dass die Lebensqualität von Substituierten bzw. von Abhängigen illegaler Drogen stärker beforscht wird als Lebensqualität im Zusammenhang mit Alkohol. Datenbankabfragen ergeben zahlreiche Treffer bei Eingabe des Suchbegriffs „Lebensqualität und Sucht“. Reduziert man die Suchergebnisse auf die Begriffe „Alkohol“ oder „ambulante Behandlung“, reduzieren sich die Suchergebnisse rasch auf einige wenige Treffer. Dies gilt erst recht für die Suche nach einschlägigen Studien in deutscher Sprache. Das Problem bei der Übertragung der Ergebnisse aus der Forschung zu Lebensqualität und illegalen Drogen auf den Bereich der Alkoholabhängigen ist, dass bei Abhängigen illegaler Drogen das Wertesystem verschoben ist. Hier bestimmen andere Parameter wie z.B. das Beseitigen von Entzugssymptomen durch die Organisation der täglichen Dosis die Lebensqualität (vgl. Gölz, 2001, S. 41). Die Arbeit legt den Fokus auf Lebensqualität im Zusammenhang mit der Substanz Alkohol, da es im konzeptionellen Teil der Arbeit um eine Konzepterweiterung einer ambulanten Beratungs- und Behandlungsstelle geht, in der mehrheitlich Menschen mit Alkoholproblematik beraten und behandelt werden.

Außer Acht gelassen wurden in der vorliegenden Arbeit Studien, die ausschließlich die Tabak- bzw. Nikotinabhängigkeit betrachten, da es, anders als bei Alkohol und illegalen Drogen, für die Nikotinabhängigkeit keinen risikoarmen Konsum gibt (vgl. z.B. Donovan, Bigelow, Brigham, Carroll, Cohen, Gardin et al., 2012, S. 695f.).

Im Zentrum der vorliegenden Arbeit stehen die Erfolgskriterien in der medizinischen Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen. Ziel der Arbeit ist es, die Kriterien, an denen Erfolg in der Behandlung von suchtkranken Menschen gemessen wird, aufzuzeigen, die aktuelle Diskussion im Bereich der Suchtforschung zusammenzutragen und auf ihre Relevanz für die Praxis zu

überprüfen. Ein weiteres Ziel der Arbeit ist es, Lebensqualität als alternatives Outcome-Kriterium in einer ambulanten Beratungs- und Behandlungsstelle zu etablieren. Hierfür wird ein entsprechendes Konzept entwickelt und von Experten evaluiert.

Im ersten Abschnitt (Punkt zwei) der vorliegenden Arbeit wird eruiert, wie Erfolg in der suchtherapeutischen Praxis erhoben und dokumentiert wird. Hierfür werden die Perspektiven und die in der Praxis durchgeführten Herangehensweisen der Kostenträger und des Suchthilfesystems sowie die der Praktiker in der konkreten therapeutischen Arbeit betrachtet. Um darstellen zu können, welche Outcome-Kriterien in der Forschung erhoben werden, wird zunächst betrachtet, wo in einem Behandlungssystem Sucht aus wissenschaftlicher Perspektive zur Erfolgsmessung angesetzt werden kann. Weiter wird aus Sicht der Träger der medizinischen Rehabilitation dargestellt, wie Erfolg gemessen und diskutiert wird, sowie welche Outcome-Kriterien bisher in der suchtwissenschaftlichen Forschung angesetzt wurden. Daran schließt sich eine Darstellung der Diskussion um die Outcome-Kriterien an, die suchtmittelübergreifend geführt wird. Diese wird zum einen in der Diskussion um die Zieldefinition in der Suchttherapie und zum anderen innerhalb der internationalen Suchtforschung zur Vergleichbarkeit von Studien geführt.

In Abschnitt drei wird als alternatives Outcome-Kriterium das Konstrukt Lebensqualität näher betrachtet und ausgeführt, welche evidenten Messinstrumente nach derzeitigem Stand der Wissenschaft zur Messung der Lebensqualität zur Verfügung stehen. Weiter wird gezeigt, welchen Stellenwert Lebensqualität in der Suchtforschung bisher hat und wo sich weiterer Forschungsbedarf abzeichnet. An dieser Stelle wird im Hinblick auf den konzeptionellen Teil der Arbeit auf das Suchtmittel Alkohol fokussiert.

Als Konsequenz aus den gewonnenen Ergebnissen wird im konzeptionellen Teil (Abschnitt vier) der vorliegenden Arbeit der Fragebogen aus der Medical Outcome Study (MOS) in der Kurzform mit 36 Items (MOS SF-36, auch SF-36 genannt) als Messinstrument zur Erhebung der einzelnen Dimensionen der Lebensqualität in einer ambulanten Beratungs- und Behandlungsstelle eingeführt und in die bestehenden Arbeitsabläufe integriert.

Das Konzept wird in Abschnitt fünf durch Experten auf seine Sinnhaftigkeit und Realisierbarkeit hin evaluiert und bewertet. In der abschließenden Diskussion

werden die gewonnenen Ergebnisse zusammengefasst dargestellt.

In der vorliegenden Arbeit wird das Wissen über die Diagnosekriterien für Abhängigkeit vorausgesetzt, ebenso das Wissen über verschiedene Theorien der Suchtentstehung und -entwicklung sowie über die Aufrechterhaltung von süchtigem Verhalten.

Auf Grund des begrenzten Rahmens der Masterthesis werden die ökonomischen Aspekte in der Suchtbehandlung nur gestreift und nicht eingehend diskutiert, ebenso die gesellschaftspolitische Perspektive auf das Thema. Diese Bereiche würden eigenständige Arbeiten füllen. Auch das Feld der Evaluations- und Rehabilitationsforschung wird nur punktuell behandelt, desgleichen das Qualitätssicherungssystem der Deutschen Rentenversicherungsträger. Hier werden nur die Aspekte herausgegriffen, die für die vorliegende Arbeit relevant sind.

2. Outcome-Kriterien in der Suchttherapie – Erfolg in Praxis und Forschung

Der folgende Abschnitt beschäftigt sich mit den Perspektiven auf eine erfolgreiche Behandlung aus Sicht der Praxis sowie mit den unmittelbar verwendeten Kriterien, die sowohl als Outcome-Kriterien in der Auswertung der suchttherapeutischen Praxis als auch in der Suchttherapieforschung Anwendung finden.

Der Begriff „Outcome-Kriterien“ steht hierbei ganz allgemein für Ziel- und Erfolgskriterien bzw. die Ergebnismaße, die bei einer therapeutischen Behandlung oder einer wissenschaftlichen Untersuchung vorab festgelegt werden. Die Begrifflichkeiten werden in der Literatur nicht trennscharf verwendet. Die Begriffe Erfolgskriterien, Ziel- und Ergebniskriterien (vgl. z.B. Kufner, 2003, S. 170), Outcome-Kriterien, Effektgrößen und Zielparameter (vgl. z.B. Körkel, 2014, S. 169) sowie Ergebnismaße (vgl. Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaft [AWMF], S3-Leitlinien, 2015) finden zumeist synonym Verwendung. In der vorliegenden Arbeit wird überwiegend der Begriff „Outcome-Kriterien“ verwendet, da in der meist englischsprachigen Literatur zu diesem Thema in der Mehrheit von „treatment outcome measures“ gesprochen wird und eine sprachliche Vereinheitlichung sinnvoll erscheint.

Die Diskussion um die Outcome-Kriterien in der Suchtforschung vermischt sich in Deutschland teilweise mit der im Rahmen der Zieldefinition in der suchttherapeutischen Praxis geführten Diskussion. Hypothetisch könnte diese Vermischung im deutschen Raum der Tatsache geschuldet sein, dass nur jene Maßnahmen von den Kostenträgern finanziert werden, die sich als erfolgreich (im Sinne der Kostenträger) etabliert haben. Die in der Praxis geführte Diskussion, welche Ziele in der Suchttherapie sinnvoll sind, wird somit auch zu einem Thema in der Forschung. Im amerikanischen System, das im Gesundheitswesen vor allem von Selbstzahlern dominiert wird, ergibt sich diese Problematik weit weniger.

Der Blick auf Erfolg ist auch maßgeblich vom Standpunkt des Betrachters geprägt. Der persönliche, subjektive Blick eines Klienten auf den Behandlungserfolg ist ein anderer als der der Leistungsträger, der Politik und

der Gesellschaft.

Im Folgenden wird zuerst dargestellt, wie Erfolg in der suchtttherapeutischen Praxis gemessen, dokumentiert und ausgewertet wird. Hierfür werden die Sichtweisen der Kostenträger, die des Behandlungssystems sowie die der Praktiker getrennt betrachtet. Im nächsten Schritt werden die Perspektiven der relevanten wissenschaftlichen Disziplinen dargestellt. Bei der Betrachtung aus Sicht der Wissenschaft wird zuerst aus der Evaluationsperspektive eruiert, an welchen Stellen eines Behandlungssystems Erfolg gemessen werden kann. Folgend wird die Perspektive der Rehabilitationswissenschaften dargestellt und im Anschluss werden die derzeit hauptsächlich gemessenen Outcome-Kriterien in Studien der internationalen Suchtforschung beispielhaft angeführt. In einem letzten Schritt wird die Diskussion um die Outcome-Kriterien dargestellt, beginnend mit der derzeit in Deutschland geführten Diskussion um die Zieldefinition in der suchtttherapeutischen Praxis, an die sich eine Darstellung des Überblicks der aktuellen international geführten Diskussion in der Suchtforschung anschließt. Die beiden Diskussionen – Praxis und Forschung – sind nicht ganz trennscharf zu betrachten, da sich naturgemäß die Praxis für ihre Argumentation der wissenschaftlichen Erkenntnisse bedient.

2.1 Erfolg in der suchtttherapeutischen Praxis

Im deutschen Suchthilfesystem bestehen derzeit ca. 400 anerkannte Einrichtungen für die ambulante medizinische Rehabilitation Sucht, in welchen jährlich ca. 11.000 Maßnahmen durchgeführt werden. Im stationären Setting sind 320 Einrichtungen mit 13.200 Plätzen und jährlich 60.000 Maßnahmen aktiv (vgl. Leune, 2014, S. 195f.). Es wird davon ausgegangen, dass ca. 80-90% der medizinischen Leistungen zur Rehabilitation von der Rentenversicherung getragen werden (vgl. Kraus, Piontek, Pfeiffer-Gerschel & Rehm, 2015, S. 22). Hieraus schließen Kraus et al., dass die verbleibenden 10-20% von anderen Kostenträgern wie z.B. Krankenkassen oder den Patienten selbst finanziert werden.

Die suchtttherapeutische Praxis in Deutschland ist stark durch die Vorgaben der Kostenträger geprägt. Die Zuständigkeit der gesetzlichen Rentenversicherung für die medizinische Rehabilitation ergibt sich aus der

Sozialgesetzgebung (§9 SGB VI und §4 SGB IX), hierbei hat die medizinische Rehabilitation das vorrangige Ziel, die Erwerbsfähigkeit zu erhalten oder wiederzuerlangen. Der gesetzliche Auftrag im Rahmen der Rehabilitationsleistungen zielt darauf ab, die negativen Auswirkungen von Krankheit und Behinderung auf die Erwerbsfähigkeit zu beseitigen. Das ganz allgemeine Ziel der Rehabilitation in der Rentenversicherung ist die möglichst dauerhafte (Re-)Integration in das Erwerbsleben. Somit bezieht sich die Bewertung der Wirksamkeit der Rehabilitation zunächst auf die berufliche Wiedereingliederung als primäres Ziel der Rehabilitationsleistungen. Zudem ist der Rehabilitationsauftrag der Rentenversicherung auch dem übergeordneten Ziel verpflichtet, den Rehabilitanden eine Teilhabe am gesellschaftlichen Leben zu ermöglichen (§3 SGB IX). Aus diesem gesetzlichen Auftrag leitet sich die ganzheitliche Ausrichtung der Rehabilitation ab. In Evaluationsstudien werden demgemäß auch Indikatoren zur Leistungs- und Erwerbsfähigkeit der Rehabilitanden einbezogen. Die Aufgabe bzw. vielmehr der gesetzliche Auftrag der Suchtrehabilitation besteht darin, eine Berentung wegen verminderter Erwerbsfähigkeit zu verhindern oder zumindest zeitlich hinauszuschieben (vgl. z.B. Buschmann-Steinhage & Zollmann, 2008, S. 64).

In den Leitlinien für die sozialmedizinische Begutachtung wird neben der Erreichung und Erhaltung der Abstinenz die Eingliederung in Arbeit, Beruf und Gesellschaft als Ziel benannt (vgl. Deutsche Rentenversicherung Bund, 2010, S. 39). Die Leitlinien orientieren sich an dem bio-psycho-sozialen Krankheitsmodell (vgl. hierzu z.B. Borell-Carrió, Suchmann & Epstein, 2004) sowie der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF), die unterschiedliche Aspekte von Teilhabe als ein wesentliches Ziel der medizinischen Rehabilitation beinhalten (vgl. Schuntermann, 2003).

Gesellschaftliche und berufliche Teilhabe sind demgemäß das Ziel der Rentenversicherung und der Erfolg misst sich daran, dass die Versicherten wieder in der Lage sind, Beiträge zu leisten. Hier erhält die Abstinenz eine entscheidende Bedeutung: Im Rahmen der suchttherapeutischen Behandlung verlangt der Kostenträger in der Praxis einen Abstinenznachweis der Rehabilitanden und macht daran indirekt den Erfolg der Maßnahme fest. Nach Buschmann-Steinhage und Zollmann könne sich die Effektivität der

Suchtrehabilitation von Alkoholabhängigen sowohl auf Abstinenz vom Suchtmittel als auch auf die berufliche (Wieder-)Eingliederung beziehen. Beide Ziele stünden nicht im Widerspruch zueinander, sondern könnten sich gegenseitig fördern (vgl. Buschmann-Steinhage & Zollmann, 2008, S. 63). Abstinenz ist demzufolge das Mittel, um das Ziel der Wiedereingliederung erreichen zu können.

Das deutsche Behandlungssystem selbst erhebt den Erfolg anhand von Daten, die zum einen unmittelbar am Tag des Therapieendes durch den Therapeuten eingeschätzt werden und zum anderen in der Regel ein Jahr nach Abschluss der Behandlung im Rahmen der Katamneseerhebung bei den Klienten abgefragt werden. Die Einschätzung des Therapieerfolgs durch den Therapeuten wird in den Datenpool des Deutschen Kerndatensatzes (KDS) eingegeben. Für die Anwendung bzw. die Eingabe der Daten in den KDS ist ein Manual verfügbar. Dieses gibt jedoch wenig Anhaltspunkte bzw. keine Kriterien vor, um den Therapieerfolg zu bewerten. Das KDS-Manual definiert eine erfolgreiche Therapie wie folgt: „Die Hauptproblematik wurde durch die Beratung/Behandlung behoben bzw. wurde in Bezug auf das Suchtverhalten Abstinenz erreicht.“ (DHS, 2010, S. 80f.) Nach Steppan und Pfeiffer-Gerschel ist es nicht auszuschließen, dass die so erhobenen Daten durch Dokumentationsgewohnheiten der Praktiker beeinflusst werden (vgl. Steppan & Pfeiffer-Gerschel, 2011, S. 434). Es ist denkbar, dass gerade im ambulanten Setting diagnostische Angaben aus dem Versorgungsalltag nicht immer in völliger Übereinstimmung mit Ergebnissen stehen, die auf einem differenzierten diagnostischen Vorgehen beruhen wie z.B. strukturierten Interviews oder anderen Messinstrumenten (vgl. Steppan & Pfeiffer-Gerschel, 2011, S. 434). Hier treten offensichtliche Fehlerquellen des deutschen Dokumentationssystems zutage. Es ist intransparent und beruht größtenteils auf individuellen Einschätzungen, die keinen Rückschluss auf die Motivationslage dessen geben, der die Daten erfasst. Zwar werden in den Dokumentationsstandards Messinstrumente empfohlen, diese sind jedoch nicht verpflichtend für die Datenerhebung. An dieser Stelle offenbart sich ein grundlegender Handlungsbedarf.

Die sogenannte katamnestiche Erfolgsquote in Deutschland bemisst sich an

der langfristigen Abstinenz gemäß den Standards des KDS. Die hierbei gemessene Erfolgsquote bezieht diejenigen Klienten ein, die ein Jahr nach Abschluss der Behandlung entweder dauerhaft abstinent waren oder nach Rückfall erneut 30 Tage abstinent sind. Um die Abstinenzquote zu berechnen, werden die Berechnungsformen 1 (DGSS-1) und 4 (DGSS-4) der Standards der Deutschen Gesellschaft für Suchtmedizin und Suchtforschung (DGSS) herangezogen. Nach DGSS-1 werden alle erreichten Patienten einbezogen, die die Behandlung planmäßig abgeschlossen haben. Die Bezugsbasis für DGSS-4 sind alle Patienten, die aus der Behandlung entlassen wurden. Hierbei werden die Personen, für die keine Katamnesedaten erhoben werden können (z.B. Umzug, Nichtantworter etc.) als rückfällig gewertet (vgl. DGSS, 2010).

Demnach ist die Erfolgsquote einer suchttherapeutischen Behandlung stark davon abhängig, welche Berechnungsform der Auswertung zu Grunde gelegt wird. Die Auswahl der Berechnungsform kann somit zu drastisch unterschiedlichen Endergebnissen führen. So beträgt beispielsweise die katamnestische Erfolgsquote des Entlassjahrgangs 2011 von Ambulanzen für Alkohol- und Medikamentenabhängige nach der Berechnung DGSS-1 90,6%, nach DGSS-4 hingegen nur noch 51,7%. (vgl. Lange et al., 2014, S. 29).

Die vom Institut für Therapieforschung in München ergänzt durchgeführte jährliche Auswertung des Kerndatensatzes (KDS) der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) analysiert die Daten aller teilnehmenden professionellen Suchthilfeeinrichtungen in Deutschland. Hier wird jedoch im ambulanten Bereich nicht zwischen Beratung und Behandlung unterschieden und es muss davon ausgegangen werden, dass im KDS auch Klienten erfasst werden, die zur Beratung in den Fachambulanzen waren und somit nicht in die Katamneseerhebung eingehen (vgl. Steppan Brand, Künzel & Pfeiffer-Gerschel, 2014, S. 205 ff.). An dieser Stelle wird deutlich, dass das deutsche Dokumentationssystem Unschärfen aufweist, die auf die ermittelte Erfolgsquote der Suchttherapie Einfluss nehmen.

Die persönlichen, selbstgesetzten Ziele der Patienten in der Behandlung sind wiederum der Erfolgsindikator im direkten Kontakt zwischen Therapeut und Patient. In der Praxis muss klar unterschieden werden, aus welchem

Blickwinkel der Erfolg betrachtet wird. Der Blickwinkel der Kostenträger unterscheidet sich deutlich von dem der Behandler. Neben den persönlichen subjektiven Zielen in einer Behandlung, die der Patient selbst bestimmt, wie z.B. Stärkung des Selbstbewusstseins oder der sozialen Kompetenzen, Umgang mit Suchtdruck, Erhöhung der Konfliktbewältigungskompetenzen etc. stehen die Ziele der Institutionen, die für die Kosten der Behandlung aufkommen. Aus Sicht der Rentenversicherungsträger bemisst sich der Erfolg in Form der Arbeitsfähigkeit bzw. der Kostenersparnis bei einer abgewendeten Frühverrentung. Hier spielt die subjektive Patientensicht auf Erfolg zunächst einmal keine Rolle.

Aus suchttherapeutischer Sicht ist der Erfolg eine Frage der Haltung des Therapeuten. Dieser kann zum einen die Haltung einnehmen, dass ein erfolgreiches Behandlungsergebnis aus Sicht des Kostenträgers einem ebensolchen aus der Perspektive seiner eigenen Einrichtung gleichkommt und daher seinen eigenen persönlichen Erfolg in der Behandlung des Patienten widerspiegelt. Neben diesen strukturell-organisatorischen, auf abstinente Lebensführung ausgerichteten Zielvorgaben kann das Erreichen der persönlichen Ziele des einzelnen Klienten andererseits auf Grund des persönlichen Erfolgs ebenso maßgeblich dazu beitragen, dass der Therapeut die Behandlung als erfolgreich einschätzt.

In diesem Spannungsfeld zeichnet es sich ab, dass diese beiden Zielvorgaben mitunter zueinander in Konkurrenz treten können, auch wenn sie sich nicht zwangsläufig ausschließen. Die sich in den letzten Jahren zunehmend intensivierende Diskussion über die Zieldefinition in der Suchttherapie anhand von Outcome-Kriterien spiegelt dieses Spannungsfeld wieder. In Abschnitt 2.3 dieser Arbeit wird eingehend auf diese Diskussion eingegangen.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass das Verständnis darüber, was als Erfolg gewertet wird, facettenreich ist. Hier sind sowohl die persönlichen Ziele des Klienten im direkten therapeutischen Kontakt zu betrachten, die so vielfältig sind, wie es Individuen im Hilfesystem gibt, als auch die Haltung des Therapeuten und der Einrichtung, für die er arbeitet. Ergänzend zu diesen Blickwinkeln existiert der Anspruch der Kostenträger, die zwar die berufliche Wiedereingliederung als Ziel verfolgen, jedoch die Abstinenz in der

Behandlung abfragen und als Indikator für eine erfolgreiche Behandlung betrachten. Ein weiterer Blick auf den Erfolg in der Praxis gelingt durch die Datenerhebung der Suchthilfeeinrichtungen als gesamtes Behandlungssystem. Das Dokumentationssystem der Suchthilfestatistik beruht aktuell überwiegend auf subjektiven Einschätzungen des Therapieerfolgs ohne valide Erhebung. Die Qualität der Daten ist stark von der subjektiven Einschätzung desjenigen abhängig, der sie am Tag des Behandlungsendes erfasst und so die Grundlage für die spätere empirische Auswertung schafft.

2.2 Ziele in der Suchtforschung

Die vorliegende Arbeit unterscheidet zwischen den Erfolgskriterien in der Praxis und denen in der Forschung, wobei eine klare Abgrenzung nicht immer möglich ist. Wie zuvor dargestellt, unterliegt die Auswahl der Erfolgskriterien in der Praxis stark den Vorgaben durch die Kostenträger. Im Folgenden wird genauer betrachtet wie sowohl im deutschen Behandlungssystem aus Sicht der Forschung als auch in der Rehabilitationsforschung als eigenständiger Disziplin Erfolg gemessen wird. Im Anschluss stellt sich insbesondere die Frage, welche Outcome-Kriterien in internationalen Studien Verwendung finden, um so eine Einordnung der in Deutschland verwendeten Kriterien zu ermöglichen.

2.2.1 Ansatzpunkte im Behandlungssystem Sucht

Die Outcome- bzw. Evaluationsforschung generell befasst sich mit den Ergebnissen von Therapieprozessen sowie mit der Definition und Messung des Therapieerfolgs (vgl. Caspar & Jacobi, 2007, S. 397). Therapieerfolgsquoten sind davon abhängig, was genau als Erfolgskriterium definiert und wie die Ausgangsstichprobe ausgewählt wird (vgl. Caspar & Jacobi, 2007, S. 395). Hier wird häufig zwischen primären und sekundären Outcome-Kriterien unterschieden. Die Frage ist in der vorliegenden Arbeit also nicht, *was* in der Therapie wirkt (die Wirkfaktoren³), sondern *woran* die Wirkung und somit der Erfolg gemessen wird.

3 Mit den Wirkfaktoren in der Psychotherapie beschäftigt sich u.a. Grawe (vgl. z.B. Grawe, 2005).

In einem Behandlungssystem Sucht existieren verschiedene Ansatzpunkte, die als Grundlage für eine Messung des Erfolgs Verwendung finden. Kufner entwickelt zur Beurteilung eines Behandlungssystems vier Hauptkriterien bzw. Erfolgsbereiche (siehe Abbildung I).

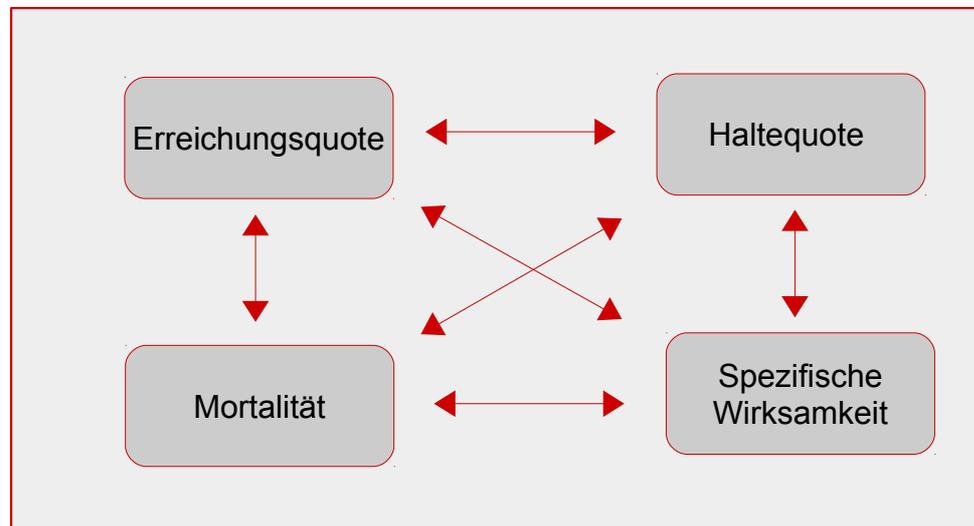


Abbildung I: Evaluationsperspektive: Beschreibung des Erfolgs eines Behandlungssystems Sucht (nach Kufner, 2001, S. 551 und 2004, S. 299)

Das erste Kriterium, die Mortalität bzw. die Überlebensrate, benennt Kufner als Basiskriterium für die Beurteilung der therapeutischen Wirksamkeit eines Behandlungssystems. Als weiterer Erfolgsbereich ist die Erreichungsquote zu nennen. Diese beschreibt, welcher Anteil der Zielpopulation durch das Versorgungssystem erreicht werden kann. Die Haltequote, als drittes Hauptkriterium, wiederum gibt an, wie viele Patienten eine Therapie regulär abschließen. Das vierte Hauptkriterium stellt nach Kufner die spezifische Wirksamkeit der Behandlung dar, die sich auf jeweils unterschiedliche Zielkriterien bezieht. Im Suchtbereich steht hier v.a. der Suchtmittelkonsum im Fokus (vgl. Kufner, 2004, S. 298).

Diese vier Hauptkriterien nach Kufner sind nicht unabhängig voneinander zu betrachten. Vielmehr bilden sie Einzeldimensionen, die sich innerhalb einer Gesamtmatrix gegenseitig beeinflussen. So kann z.B. die Haltequote durch eine strenge Selektion der aufgenommenen Klienten beeinflusst werden. Dies wiederum beeinträchtigt die Erreichungsquote. Umgekehrt kann durch ein niederschwelliges Behandlungsangebot die Erreichungsquote entsprechend erhöht werden, was sich wiederum auf die Haltequote auswirkt. Möchte man

die spezifische Wirksamkeit beeinflussen, kann man dies z.B. dadurch erreichen, dass man die Patienten nach prognostisch günstigen Kriterien auswählt. Kufner stellt weiterhin fest, dass auch die Mortalität künstlich durch eine entsprechende positive Selektion der Patienten niedrig gehalten werden kann (vgl. Kufner, 2004, S. 298). Die Mortalität als Basiskriterium für die Beurteilung der therapeutischen Wirksamkeit reiche jedoch alleine für die Beurteilung des Behandlungserfolgs nicht aus (vgl. Kufner, 2004, S. 298).

Für die vorliegende Arbeit ist vor allem das Kriterium der spezifischen Wirksamkeit von besonderem Interesse. Die Schwierigkeit bei der Bewertung der spezifischen Wirksamkeit auf den Behandlungserfolg ist jedoch, dass in der Evaluation meist nicht mehrere Outcome-Kriterien gleichzeitig beachtet werden können und oft ein methodischer Druck zur Festlegung auf ein einzelnes primäres Erfolgsmaß besteht. Kufner stellt hierzu fest, dass im Suchtbereich als ein primäres Outcome-Kriterium meist die Abstinenz bzw. die Reduktion des Substanzkonsums betrachtet wird. Weiter kommt er zu dem Schluss, dass gegen diese Outcome-Kriterien die individuellen Ziele, wie sie bei einer psychotherapeutischen Behandlung üblich seien, in den Hintergrund treten (vgl. Kufner, 2004, S. 299). Ebenfalls zweitrangig werden Bereiche wie z.B. die körperliche Gesundheit, die Arbeit, die sozialen Beziehungen und die psychische Stabilität als Messgrößen bzw. Outcome-Kriterien betrachtet. Mit der Einführung der Katamnesestandards bzw. der Dokumentationsstandards III im Jahr 2001 wurde ein erster Schritt unternommen, um die Outcome-Kriterien bei der Evaluation des deutschen Behandlungssystems national zu vereinheitlichen. Die Parameter des European Addiction Severity Index (EuropASI) wurden in die Dokumentationsstandards III übernommen. Dieses mehrdimensionale Erfolgsprofil erfasst neben dem Suchtmittelkonsum auch andere Lebensbereiche wie z.B. die körperliche Gesundheit, Arbeit, soziale Beziehungen und die psychische Stabilität. Der EuropASI ist ein semi-strukturiertes Interview, welches Daten von Personen mit Suchtproblemen in sieben voneinander unabhängigen Problembereichen erfasst, das heißt: den körperlichen Zustand, Arbeits- und Unterhaltssituation, Alkoholgebrauch bzw. Drogengebrauch, rechtliche Situation, Familie und Sozialbeziehungen sowie den psychischen Status. Somit können diese Bereiche nach Kufner ebenfalls für das Wirksamkeitsprofil konzipiert werden (vgl. Kufner, 2004, S. 299). Der

EuropASI wird jedoch meist genutzt, um den Behandlungsbedarf bei Abhängigkeitserkrankungen zu bestimmen (vgl. Schmidt, Gastpar, Falkai & Gaebel, 2006, S. 56). Aber auch hier ist es bei der Auswertung der Daten maßgeblich, welches Kriterium als primäres Outcome-Kriterium durch das Studiendesign festgelegt wurde.

Bei der Erfolgsbestimmung des Suchthilfesystems wird neben den zu messenden Kriterien auch die Erhöhung der Erreichungsquote diskutiert. Eine aktuelle Schätzung des Instituts für Therapieforschung in München geht davon aus, dass in Deutschland ca. 35% aller Alkoholabhängigen mit ärztlicher Diagnose im Gesundheitssystem registriert sind. 16% befanden sich im Jahr 2012 in Behandlung (Krankenhaus und/oder stationäre bzw. ambulante Suchthilfeeinrichtungen) – in einer umfangreichen stationären Behandlung wiederum befanden sich 1,8 % (vgl. Kraus et al., 2015, S. 22f.). Gemessen an den gesellschaftlichen Folgekosten, die eine unbehandelte Alkoholabhängigkeit hervorruft, sind die Erreichungsquoten als gering zu bewerten (vgl. Bühringer, 2014, S. 69). In der Diskussion um die Zieldifferenzierung in der deutschen Suchttherapie (vgl. Abschnitt 2.3) wird die Erreichungsquote mit einem Paradigmenwechsel, weg von der Abstinenzorientierung, hin zu einer Öffnung des Hilfesystems z.B. für eine Trinkmengenreduktion als Behandlungsziel immer wieder in Zusammenhang gebracht (vgl. z.B. Körkel, 2005; Bühringer, 2014, S. 70). Hierbei ist jedoch wichtig, das Therapieziel Abstinenz unter Berücksichtigung von Schweregrad der Abhängigkeit, Änderungsmotivation, Gesundheitszustand und sozialen Rahmenbedingungen zu differenzieren (vgl. Bühringer, 2014, S. 70). Eine Erweiterung des Behandlungsangebots mit dem Ziel einer Trinkmengenreduktion kann laut Körkel erreichen, dass sich mehr Menschen mit einem problematischen Alkoholkonsum in Behandlung begeben, für die das bisherige Angebot durch seine Abstinenzorientierung zu hochschwellig war (vgl. Körkel, 2005, S. 324). Ziel wäre es hier, auch die Menschen zu erreichen, die für sich aktuell eine abstinente Lebensführung ausschließen, wohl aber ihren Substanzkonsum reduzieren wollen. Ein solcher Ansatz wird auch international befürwortet. Witkiewitz stellt fest, dass die Erleichterung zum Zugang einer Behandlung maßgeblich dazu beiträgt, mehr Menschen erreichen zu können. Hierbei sieht

sie niederschwellige Zugangswege in das Hilfe- und Behandlungssystem zu schaffen, als eine wichtige Aufgabe von Praxis und Forschung an. Dies gelingt nach Witkiewitz jedoch nur mit einer Haltung weg von der Abstinenzorientierung (vgl. Witkiewitz, 2013, S. E12). Zum gleichen Schluss kommt auch Bühringer, der fordert, neue Wege zu gehen, denn die sozialen Kosten auf der einen Seite und die Vermeidung von Leid bzw. die Gewinnung von Lebensqualität auf der individuellen Seite der Betroffenen und der Angehörigen machen das Beschreiten neuer Wege auf jeden Fall notwendig (vgl. Bühringer, 2014, S. 70).

2.2.2 Rehabilitationsforschung und Qualitätssicherung

Die allgemeine Rehabilitationsforschung stellt als Disziplin einen eigenständigen, wenn auch sehr jungen, Forschungsbereich dar. Sie legt bei der Bewertung der Frage, was als Erfolg betrachtet wird, eigene Maßstäbe an. Gegenstand der rehabilitationswissenschaftlichen Untersuchungen sind die grundlegenden und angewandten Aspekte der Rehabilitation. Hierbei werden die wissenschaftlichen Grundlagen der medizinischen und beruflichen Rehabilitation geschaffen. Im Mittelpunkt dieser Disziplin stehen die erwerbsbezogenen Auswirkungen von chronischer Krankheit und Behinderung sowie deren Bewältigung. Wichtige Themen in der Rehabilitationswissenschaft sind Fragestellungen des Rehabedarfs, der Entwicklung effizienterer Behandlungsmethoden und der optimalen Einbindung der Rehabilitation in das System der Gesundheitsversorgung (vgl. DRV, Website, Rehabilitationswissenschaften und Forschungsbedarf).

Der moderne Rehabilitationsbegriff orientiert sich am bio-psycho-sozialen Modell von Gesundheit und Krankheit der Weltgesundheitsorganisation (World Health Organisation, WHO), das in der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) verankert wurde (vgl. Schuntermann, 2003). Dieser fokussiert primär auf die individuellen und sozialen Auswirkungen von vor allem chronischer Krankheit sowie Unfallgeschehen, angeborenem Leiden oder denen des Alterns (vgl. Koch & Buschmann-Steinhage, 2004, S. 4). Die Rehabilitation hat das Ziel, eine Funktionsstörung nicht zu einer dauerhaften Einschränkung oder Beein-

trächtigung der persönlichen, sozialen und beruflichen Lebensumstände werden zu lassen und zumindest die Auswirkungen auf die genannten Lebensbereiche auf ein Minimum zu reduzieren. Da bei chronischen Erkrankungen nur selten eine vollständige Heilung zu erreichen ist, besteht das Ziel rehabilitativer Leistungen in einer Verringerung der Einschränkungen bzw. Beeinträchtigungen und im Bemühen, Verschlechterungen oder erneute akute Schübe zu vermeiden. Auch Schadensbegrenzung und Stabilisierung des gegenwärtigen Zustandes und die Verlangsamung der Progression sowie die Linderung der Beschwerden zählen zu den Zielen (vgl. Koch & Buschmann-Steinhage, 2004, S. 4). Ausgehend von diesem Verständnis von Rehabilitation sieht die Disziplin als ihre vorrangigen Themen die Entstehung, die Auftretenshäufigkeit sowie Verlauf und Prognose von Beeinträchtigungen der Leistungsfähigkeit und Teilhabe in der Gesellschaft und im Beruf. Ein weiteres Aufgabenfeld der Rehabilitationswissenschaften ist die Entwicklung und Evaluation von Assessments und rehabilitativen Interventionen. Diese schließt Fragen der Prognostik, Begutachtung, Indikationsstellung, der Zuweisungsprozesse und der Therapiesteuerung mit ein (vgl. Koch & Buschmann-Steinhage, 2004, S. 5).

Ein Ausschnitt der Rehabilitationswissenschaften ist die Qualitätssicherung im Rahmen der Outcome- und Prozessevaluation des bestehenden Qualitätssicherungsprogramms der Rentenversicherungsträger. Das Qualitätssicherungssystem bezieht sich sowohl auf Struktur- und Prozess- als auch auf die Ergebnisqualität. Die Strukturqualität fokussiert auf die Anforderungen der Rahmenbedingung wie z.B. sachliche und personelle Ausstattung der medizinischen Versorgungseinrichtungen. Die Prozessqualität wird durch die Auswertung der dokumentierten therapeutischen Leistungen durch Fachkräfte (Peer-Review-Verfahren) und seitens der Rehabilitanden (Rehabilitandenbefragung) bewertet. Somit wird eine Darstellung und Bewertung des therapeutischen Geschehens während der Rehabilitation möglich (vgl. Klosterhuis, 2010, S. 265). Für die vorliegende Arbeit ist vorrangig die Ergebnisqualität interessant. Diese bildet das Resultat der Rehabilitationsmaßnahmen ab und hat das Ziel, Wirkungen der Rehabilitation signifikant nachzuweisen und geeignete Qualitätsindikatoren zu identifizieren. Ein

weiteres Ziel bei der Erhebung der Ergebnisqualität ist es, den Nutzen der Rehabilitationsbehandlung vor dem Hintergrund der Bedürfnisse der Rehabilitanden optimal messbar zu machen. Ein zentrales Instrument ist die Rehabilitandenbefragung, in der die Zufriedenheit mit der Behandlung sowie der Erfolg der Rehabilitation aus Patientensicht abgefragt wird (vgl. Widera & Beckmann, 2013). Seit 1997 findet in der medizinischen Rehabilitation indikationsübergreifend die Abfrage der subjektiven Zufriedenheit statt, seit 2009 steht ein Rehabilitandenfragebogen speziell für die ambulante medizinische Reha Sucht zur Verfügung (vgl. Widera & Beckmann, 2013, S. 3). In diesem wird neben der Leistungsfähigkeit und körperlichen Symptomen auch die Einschätzung über die eigene Arbeitsfähigkeit sowie die Abstinenz und die Abstinenzzuversicht abgefragt (vgl. DRV, Website, Fragebogen zur Rehabilitandenbefragung). In den indikationsübergreifenden Auswertungen der medizinischen Rehabilitation der deutschen Rentenversicherer spielt das Kriterium Abstinenz keine Rolle, hier liegt der Fokus alleine auf dem Zielparameter Arbeitsfähigkeit.

Die Erhebung der Ergebnisqualität der medizinischen Rehabilitation wurde im Rahmen der Qualitätssicherung in den letzten Jahren immer wieder intensiv und kontrovers diskutiert. Während zum einen mit den eingesetzten Instrumenten der Qualitätssicherung z.B. der Behandlungserfolg aus Sicht des Rehabilitanden ermittelt und bewertet werden kann, wird andererseits argumentiert, dass die wesentliche Zielstellung der medizinischen Rehabilitation aus Sicht der Rentenversicherung die berufliche Wiedereingliederung ist und jeder Behandlungserfolg daran zu messen sei (vgl. Klosterhuis, 2010, S. 266). Im Folgenden werden die wesentlichen Grundzüge der Diskussion kompakt dargestellt. Die Diskussion innerhalb der Rehabilitationswissenschaften wird auch Auswirkungen auf die medizinische Rehabilitation Sucht haben, da diese einen Teilbereich der medizinischen Rehabilitation darstellt.

Ein erster Aspekt in der Diskussion ist die Beurteilung des Erfolgs aus der Patientenperspektive. Hierbei stellt sich die Frage, ob die Patientenperspektive die geeignete ist, um den Erfolg der Behandlung zu beurteilen. Das

grundlegende Problem ist an dieser Stelle die Subjektivität von subjektiven Erfolgsmaßen, sowie die Messbarkeit von Patientenangaben an sich (vgl. Mayer, 2009, S. 117). Mayer kommt zu dem Ergebnis, dass auf die Patientenperspektive bei der Bewertung des Reha-Erfolgs, so subjektiv sie auch sein mag, keinesfalls verzichtet werden kann. Sie sei genauso gut oder aber auch genauso schlecht, wie andere Outcome-Kriterien auch. Die Patientenperspektive habe jedoch den Vorteil, dass sie sich über eine große, repräsentative Anzahl von Rehabilitanden effizient abfragen lässt. Meyer stellt fest, dass subjektive Erfolgsmaße in jenem Ausmaß bedeutsam seien, in dem wir ihnen Konsequenzen zugestehen (vgl. Mayer, 2009, S. 127).

Der zweite Aspekt der Diskussion betrifft die valide Erhebung der Ergebnisqualität sowie die Auswahl geeigneter Outcome-Kriterien, die über die Arbeitsfähigkeit hinausgehen. Die medizinische Rehabilitation stärkt die Rehabilitanden in ihren persönlichen Voraussetzungen für eine Reintegration in das Erwerbsleben. Sie kann aber ungünstigen Kontextfaktoren wie z.B. einer schlechten Arbeitsmarktlage nicht entgegenwirken (vgl. Buschmann-Steinhage & Zollmann, 2008, S. 69). Umso mehr ist es notwendig, andere Erfolgsindikatoren als die Beitragszahlungen zu wählen. Die bereits angesprochene ganzheitliche Ausrichtung der Rehabilitation macht es notwendig, weiter gefasste Outcome-Kriterien wie z.B. die gesundheitsbezogene Lebensqualität zu erheben (vgl. Haaf, 2009, S. 11). Haaf stellt fest, dass bei der Bewertung des Reha-Erfolgs die subjektive Einschätzung des eigenen Gesundheitszustands und der eigenen Leistungsfähigkeit wichtige Prädiktoren für den Reha-Erfolg und die berufliche Wiedereingliederung seien (vgl. Haaf, 2009, S. 11). Hierbei kommt der gesundheitsbezogenen Lebensqualität als Outcome-Kriterium eine entscheidende Rolle zu. Schulz sieht in der Selbsteinschätzung des Behandlungserfolgs einen entscheidenden Qualitätsindikator für die Qualitätssicherung von Behandlungen im Rahmen der medizinischen Rehabilitation (vgl. Schulz, 2009, S. 165).

Auch wird gefordert, valide Messinstrumente, die sich z.B. an den ICF-Kodierungen orientieren, einzusetzen, da sich auch die Rehabilitation per se daran orientiert (vgl. Farin, 2009, S. 48ff.). Farin führt unter anderem die ICF-Orientierung und die Orientierung an der Patientenperspektive als wesentliche methodische und konzeptionelle Anforderungen an die Ergebnismessung an

(vgl. Farin, 2009, S. 50). Die ICF-Kodierungen selbst stelle jedoch kein Assessmentinstrument da, da es sich hierbei um ein Klassifikationssystem handele und dieses sich deshalb nicht für eine Beurteilung des Rehabilitationserfolgs eigne (vgl. Farin, 2009, S. 54). Dörning geht einen Schritt weiter und fordert ein in erster Linie indikationsübergreifendes Messinstrument, um einen fairen Vergleich zwischen verschiedenen Indikationen und Einrichtungen zu ermöglichen (vgl. Dörning, 2009, S. 94f.).

Weitere Aspekte der Diskussion sind neben den geeigneten Outcome-Kriterien und den entsprechenden Messinstrumenten auch Messzeitpunkte und die Messhäufigkeit. Hierbei wird zum einen hinterfragt, ob eine Ein-Punkt-Messung zu einem festgelegten Zeitpunkt (meist ca. 12 Wochen nach Beendigung der Rehabilitation), wie sie bisher stattfindet, ausreichend ist oder ob nicht viel mehr weitere Zeitpunkte zur Erhebung der Patientenperspektive notwendig seien (vgl. Dörning, 2009, S. 91). Widera fasst die Diskussion zusammen, indem sie feststellt, dass die Reha-Qualitätssicherung noch keinen Königsweg zur Messung der Ergebnisqualität gefunden habe. Weder bei der Auswahl der geeigneten Erfolgskriterien noch bei der Selektion der Einflussfaktoren auf den Rehaerfolg (vgl. Widera, 2009, S. 183f.).

Fokussiert man im Rahmen der Rehabilitationswissenschaften auf den Bereich der Abhängigkeitserkrankungen, finden sich in der vom Institut der deutschen Wirtschaft Köln gemeinsam mit u.a. der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e.V. sowie der Deutschen Rentenversicherung Bund geführten Liste der Rehabilitationsforscher, von den insgesamt ca. 270 aufgelisteten Personen lediglich 15 bis 20 Personen, die im nationalen Suchtbereich bzw. in der Suchtforschung tätig sind (vgl. REHADAT, 2015). Auch wenn die Liste der Rehabilitationswissenschaftler keinen Anspruch auf Vollständigkeit erheben kann, ist es dennoch bemerkenswert, dass das Verhältnis der gelisteten Suchtexperten in etwa dem entspricht, was die Rehabilitation Sucht mit 6% am Gesamtanteil der bewilligten medizinischen Rehabilitationen ausmacht (vgl. DRV, 2014, S. 28). Allerdings ist die Behandlungsdauer mit durchschnittlich 88 Tagen (stationär) bei den Abhängigkeitserkrankungen vom Behandlungsaufwand her zwei- bis viermal so hoch wie bei anderen Krankheitsbildern (vgl. DRV, 2014, S. 30). Gemessen am Behandlungsaufwand wirken die auf Sucht

spezialisierten Rehabilitationswissenschaftler und damit die medizinische Reha Sucht im wissenschaftlichen Diskurs unterrepräsentiert.

Zusammenfassend lässt sich für die rehabilitationswissenschaftliche Perspektive auf Erfolg festhalten, dass in der Auswertung der medizinischen Rehabilitation Sucht einerseits auf die Arbeitsfähigkeit fokussiert wird, in anderen Publikationen stellt die Rentenversicherung die Abstinenzquoten ins Zentrum (vgl. Lange z.B. et al., 2014, S. 29f.). Die Zufriedenheit der Rehabilitanden mit verschiedenen Lebensbereichen wird über die Selbsteinschätzung erhoben (vgl. Lange et al., 2014, S. 29f.), die Items beziehen sich jedoch nicht auf ein evidentes Messinstrument und sind von daher subjektive Einschätzung der Rehabilitanden zu den jeweiligen Lebensbereichen. Hier besteht ebenfalls Diskussions- und Forschungsbedarf. Auch im Bereich der allgemeinen medizinischen Rehabilitation wird weder in der Praxis noch in der Forschung ein einheitliches Outcome-Kriterium genutzt, um Rehabilitationsmaßnahmen indikationsübergreifend bewerten zu können. Selbst innerhalb einzelner Indikationen scheint kein Einvernehmen über die Darstellung des Rehabilitationserfolges zu existieren.

Im Rahmen der Qualitätssicherung wird bei der Erhebung der Ergebnisqualität ein Schwerpunkt auf die Patientenperspektive gelegt. Auffallend ist an dieser Stelle, dass die Disziplin der Rehawissenschaften bemüht ist, indikationsübergreifende Kriterien zur Messung der Ergebnisqualität zu etablieren, jedoch bisher keinen diesbezüglichen Konsens entwickeln konnte. In keinem der Rehabilitandenfragebogen der Rentenversicherer ist ein valides Messinstrument zur Erhebung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität enthalten. Zwar wird in der Praxis in einigen Rehabilitationseinrichtungen die gesundheitsbezogene Lebensqualität intern für die eigene Datenerhebung erhoben, jedoch besteht von Seiten der Kostenträger keine Verpflichtung dazu. Gesundheitsbezogene Lebensqualität als Outcome-Kriterium würde die Abbildung der ganzheitlichen Sicht der Rehabilitation unterstützen, wie dies z.B. Haaf (2009) fordert. Hier wird deutlich, dass sich in diesem Feld Praxis und Wissenschaft stark unterscheiden. In der Rehabilitation Sucht wird, anders als bei den somatischen Indikationen, bisher noch kaum ein Messinstrument zur Selbsteinschätzung der Lebensqualität in der Praxis eingesetzt. Die

Rentenversicherer selbst sehen im Bereich der Ergebnisqualität bzw. bei dem Nachweis von Wirksamkeit und Erfolg erheblichen Forschungsbedarf und beschreiben die methodische Weiterentwicklung der Messung von Reha-Erfolg und Reha-Outcomes als Kernthemen des Forschungsbedarfs (vgl. DRV, Website, Forschungsbedarf aus Sicht der Rentenversicherung).

2.2.3 Outcome-Kriterien in der Suchtforschung

Bei der genaueren Betrachtung der aktuell in der Suchtforschung angewandten Outcome-Kriterien muss klar zwischen primären und sekundären Outcome-Kriterien unterschieden werden. Bei den primären Outcome-Kriterien handelt es sich um Ergebnismaße, die bei einer Studie oder Untersuchung zentral im Fokus der Betrachtung stehen. Wie unter Abschnitt 2.2.1 dargestellt, ist es methodisch meist nicht möglich, verschiedene Kriterien gleichwertig zu betrachten, sondern es wird sich auf ein oder höchstens zwei Zielparameter verständigt, die im Vordergrund der Betrachtung stehen (vgl. Küfner, 2004, S. 299). Jene Kriterien, die zusätzlich, neben dem priorisierten Erfolgsmaß erhoben werden, werden als sekundäre Outcome-Kriterien bezeichnet. Als solche können im Grunde alle messbaren Parameter erhoben werden, die für die geplante Studie ausgewählt werden. Im Folgenden werden beispielhaft die wichtigsten primären und sekundären Outcome-Kriterien benannt, die in internationalen Studien erhoben werden. Hierbei ist vor allem die Übersichtsarbeit von Donovan et al. (2012) von besonderem Interesse, da in dieser die seit 1960 veröffentlichten suchtwissenschaftlichen Studien hinsichtlich ihrer verwendeten Outcome-Kriterien analysiert werden. Grundsätzlich kann man bei der Analyse der Studien zwischen zwei Richtungen unterscheiden: einerseits die Studien, die den Fokus auf die umfängliche Heilung (cure) legen, andererseits Studien, die auf die Stabilisierung des Drogenkonsums und der Schadensminimierung (care) fokussieren (vgl. z.B. Donovan et al., 2012, S. 695). Nach Donovan et al. (2012) sind in den seit 1960 veröffentlichten Studien, die am häufigsten erhobenen Parameter der Substanzgebrauch, die Erwerbstätigkeit (bzw. die Eigenständigkeit) und die kriminellen Handlungen. Letztere beziehen sich hauptsächlich auf Studien mit dem Fokus auf Konsumenten illegaler Drogen

(vgl. Donovan et al., 2012, S. 695). Donovan et al. führen weiterhin an, dass es in der Suchtforschung bislang kein einheitliches Outcome-Kriterium gibt (vgl. Donovan et al., 2012). Verschiedene Studien messen auf unterschiedliche Weise die Konsummenge (z.B. auch in Form von biologischen Markern wie Speichel-, Blut- oder Urinuntersuchungen) und orientieren sich noch immer primär an der Abstinenz. Donovan et al. stellen fest, dass man sich nur in Ausnahmefällen an einer Konsumreduktion als Outcome-Kriterium orientiert. Kűfner stellt hingegen fest, dass zwar die Abstinenzquote als entscheidende zu erfassende ZielgröÙe dominiere (vgl. Kűfner, 2001, S. 551), sich das Erfolgskriterium Trinkverhalten jedoch als vorrangig herausgestellt habe (vgl. Kűfner, 2001, S. 553). Neben der Abstinenz als Outcome-Kriterium haben sich die Konsummenge und die Trinkmengenreduktion als weitere zu messende GröÙen durchgesetzt (vgl. Kűfner, 2001, S.551 f.; Kűrkel & Reiner, 2014, S. 135; Mann, 2010). Im Fokus steht hierbei immer das Konsumverhalten der Klienten. Andere Kriterien, wie z.B. psychosoziale Funktionsfűhigkeit, soziale Integration oder Lebensqualitűt finden lediglich als sekundäre Outcome-Kriterien Beachtung. In Abbildung II werden in Anlehnung an Donovan et al. die gűngigsten Outcome-Kriterien in suchtwissenschaftlichen Studien dargestellt.

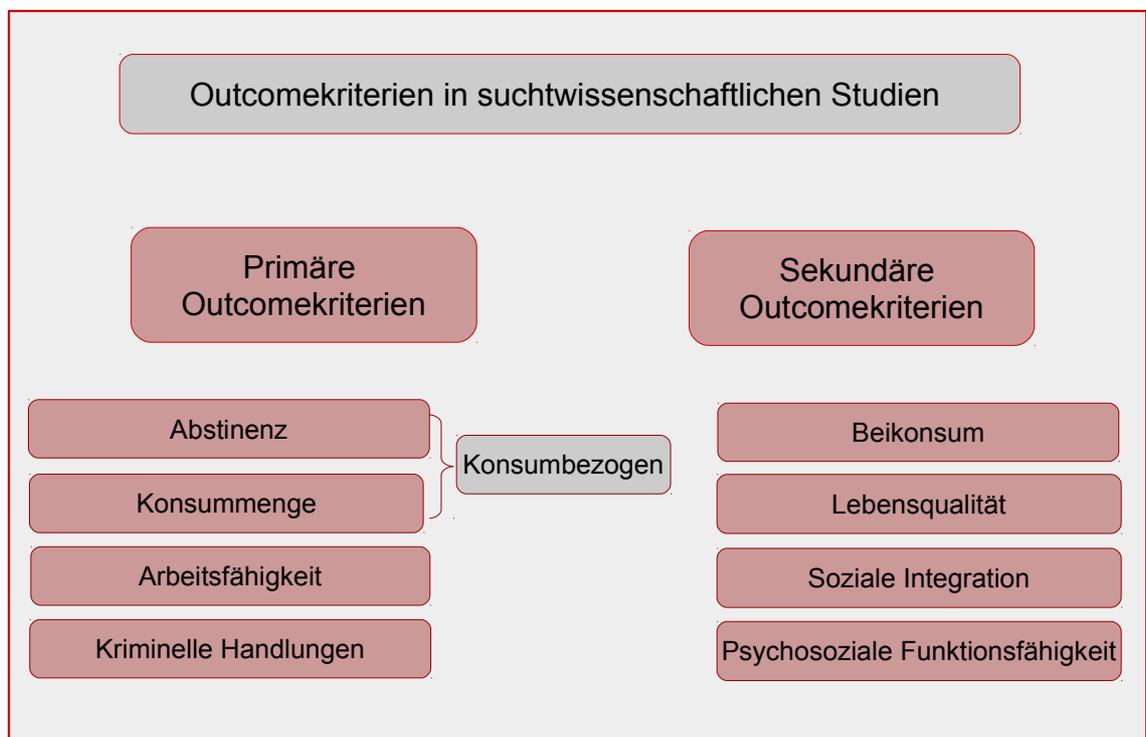


Abbildung II: Outcome-Kriterien in suchtwissenschaftlichen Studien (vereinfacht dargestellt in Anlehnung an Donovan et al., 2012, S. 702.)

Bei den großen internationalen Alkoholismus-Studien (MATCH⁴, UKATT⁵ und COMBINE⁶) wird Abstinenz durchgängig nicht mehr als zentraler Effektparameter betrachtet (vgl. Körkel, 2014, S. 169). An ihre Stelle treten zunehmend Zielgrößen, die zum Ausdruck bringen, dass eine Reduktion des Konsums ein mögliches, wahrscheinliches und positiv zu wertendes Behandlungsergebnis darstellt. Messgrößen wie Percent abstinent Days (PAD), Drinks per Drinking Day (DDD) und Heavy drinking Days (HDD) rücken zunehmend in den Fokus der Untersuchungen (vgl. Körkel, 2014, S. 169). Gleiche Outcome-Kriterien stellen Donovan et al. in ihrer Übersichtsarbeit fest und ergänzen die Liste der verwendeten Outcome-Kriterien durch die Ergebnismaße „Vorhandensein alkoholbezogener Probleme“, „Abhängigkeits-symptome“ und „biologische Marker für Trinken oder starkes Trinken“ (vgl. Donovan et al., 2012, S. 696).

Auf nationaler Ebene hat bei der Erstellung der neuen S3-Leitlinien der AWMF für Deutschland die Recherche der hierfür eingesetzten Expertengruppe folgende konsumbezogene Outcome-Kriterien ergeben: Trinktage, Komorbidität, Tage bis zum Rückfall, Konsummenge, Zahl der Trinktage, Anteil der abstinenten Tage, Anteil der schweren Trinktage, Drinks pro Trinktag, Zeit bis zum ersten Rückfall, längste Dauer durchgängiger Abstinenz, Zeit bis zum ersten (schweren) Trinktag, sowie Trinktage und Rückfall (vgl. AWMF, 2015, S. 317). In Deutschland wird hauptsächlich die längerfristige Abstinenz gemessen. Die S3 Leitlinien unterscheiden jedoch zwischen den Ergebnismaßen für die Erfolgsmessung und den angestrebten Behandlungszielen. Als Behandlungsziel wird die Konsumreduktion explizit benannt, die Erfolgsmessung orientiert sich jedoch an der Abstinenz (vgl. AWMF, 2015, S. 323).

Neben diesen konsumbezogenen primären Outcome-Kriterien finden in der Suchtforschung weitere primäre, nicht am Konsum orientierte Outcome-Kriterien Anwendung. Diese sind zum einen die Kriminalität, die überwiegend bei Studien über illegale Drogen erhoben wird, sowie die Reintegration in Arbeit bzw. die gesellschaftliche und berufliche Teilhabe. Mortalität und Morbidität können nach Kufner ebenfalls als primäre Outcome-Kriterien Anwendung finden (vgl. Kufner, 2004).

4 Vgl. hierzu Project MATCH Research Group, 1997.

5 Vgl. hierzu UKATT Research Team, 2001.

6 Vgl. hierzu LoCastro, Youngblood, Cisler, Mattson, Zweben, Anton & Donovan, 2009.

Neben den primären Outcome-Kriterien werden meist zusätzlich sekundäre Outcome-Kriterien erhoben. So wird z.B. in der COMBINE-Studie neben der Anzahl der Arbeitstage und der Tage für Gesundheitsvorsorge in einem definierten Zeitraum auch die Werte der Lebensqualität der Studienteilnehmer erhoben (vgl. LoCastro et al., 2009). Weitere sekundäre Outcome-Kriterien, die in internationalen Studien Anwendung finden, sind nach Donovan et al. z.B.: Beikonsum (v.a. bei illegalen Drogen), Reduktion der körperlichen Begleiterscheinungen, Reduktion der komorbiden psychischen Störungen, Quality adjustet Life Years (QALYs: Abwägung von Lebensqualität gegen Überlebenszeit) sowie die Erhebung der Lebensqualität mit unterschiedlichen Messinstrumenten (vgl. z. B. Donovan et al. 2012).

Es lässt sich zusammenfassend festhalten, dass die primären Outcome-Kriterien meist konsumbezogen sind und die Trinkmenge aktuell noch als zu messende Größe im Fokus steht. Outcome-Kriterien, die sich nicht am Substanzkonsum orientieren, werden aktuell meist nur als sekundäre Outcome-Kriterien erhoben. Bei den Maßen, die als sekundäre Outcome-Kriterien erhoben werden, handelt es sich meist um solche, die entweder einen ganzheitlichen Blick auf die Erkrankung zulassen wie z.B. die körperlichen Begleiterscheinungen, die Reduktion der komorbiden Störungen oder die Abwägung von Lebensqualität gegen Überlebenszeit oder jene, die die Sicht der Betroffenen abbilden wie z.B. Lebensqualität.

2.3 Diskussion um die Outcome-Kriterien

Folgt man Donovan et al., fehlt der Suchttherapieforschung ein einheitliches, in allen Studien als primäres Kriterium verwendetes, Outcome-Kriterium. Die Verständigung auf standardisierte Kriterien erweist sich als ausgesprochen schwierig. Die Ursache für die Uneinigkeit bezüglich des primären Outcome-Kriteriums in der Suchtforschung liegt nach Donovan et al. in den unterschiedlichen Perspektiven der Akteure. Diese ergeben sich für die Kostenträger, Praktiker, Konsumenten sowie für die politischen Akteure zwangsläufig auf Grund ihrer stark divergierender Rollen und Interessen (vgl. Donovan et al., 2012, S. 695). Der Einsatz einheitlicher Outcome-Kriterien in nationalen und

internationalen Studien ist vor allem für Meta-Analysen von großer Bedeutung (vgl. Kűfner, 2001, S. 552), sowie auch für die Vergleichbarkeit unterschiedlicher Therapieverfahren. Die Auswahl der Instrumente und die Festlegung der erfolgsdefinierenden Kriterien ist nicht willkűrlich (vgl. Caspar & Jacobi, 2007, S. 400). Sie sind bis heute Gegenstand umfangreicher wissenschaftlicher Diskussionen, sowohl in der Psychotherapieforschung, als auch in der Suchttherapieforschung. Auch in der suchtttherapeutischen Praxis gibt es keinen Konsens űber die Zieldefinition und űber die Vorstellung von Erfolg in der Suchttherapie. Folgend wird zuerst die Diskussion in der Praxis dargestellt, um im Anschluss auf die international gefűhrte Diskussion in der Suchtforschung einzugehen. Beide Blickwinkel beziehen sich aufeinander und bauen aufeinander auf, so dass sie nicht ganz trennscharf betrachtet werden kűnnen.

Es zeigt sich in der Praxis, dass ein Festhalten an der reinen Abstinenzorientierung, ob nun als therapeutisches Instrument oder als langfristiges Ziel, nicht mehr lűnger zeitgeműű ist. Der Erfolg kann nicht mehr lűnger alleine an der Abstinenz bemessen werden. Die Stimmen, die eine Liberalisierung der Zieldefinition und eine űffnung des Suchthilfesystems fűr eine Zieloffene Suchtarbeit (ZOS) fordern, nehmen zu. Kűrkel ist einer der offensivsten Vertreter einer Blickrichtung, die in Deutschland die Akzeptanz des kontrollierten Konsums in der suchtttherapeutischen Praxis fordern (vgl. Kűrkel, 2014). Die neuen S3-Behandlungsleitlinien erműglichen den kontrollierten Konsum als Behandlungsziel. Diese Sichtweise wurde jedoch noch immer nicht von den Kostentrűgern űbernommen. Die Konsumreduktion als Outcome-Kriterium ist zwar der Abstinenz als Outcome-Kriterium gleichgesetzt worden, dennoch hat sich in der suchtttherapeutischen Praxis bis dato die Trinkmengenreduktion als gleichrangige Option in der Akut- und Langzeitbehandlung geműű den internationalen Leitlinien zur Alkoholbehandlung nicht etabliert. Lediglich in der Basisversorgung, der Patientenbindung und der Erreichung von Patientengruppen findet sie zunehmend Akzeptanz (vgl. Degkwitz, 2014, S. 160 f.). Ein reduzierter Substanzkonsum im Sinne eines Harm-Reduktion-Ansatzes ist bisher nur im Bereich illegaler Drogen akzeptiert. Als neuerer Ansatz versteht sich der „Moderate Substanzgebrauch“ (Falcato,

Stohler & Schaub, 2010). Auch dieser bezieht sich auf den Konsum illegaler Drogen und verfolgt ein präventives Ziel. Psychotrope Substanzen sind weit verbreitet (z.B. Psychopharmaka), und somit wächst eine zunehmende Anzahl Kinder und Jugendlicher mit der Verfügbarkeit von psychotropen Substanzen auf. Unter dem Motto „die Dosis macht, dass etwas ein Gift ist“ zielt der moderate Substanzgebrauch nicht auf den absoluten Verzicht aller Substanzen, sondern auf einen verantwortungsbewussten, individuellen Umgang mit diesen. Das Konzept des moderaten Substanzgebrauchs versteht sich als verwandt mit den Harm-Reduction-Ansätzen, berücksichtigt jedoch deutlich die positiven Drogeneffekte (vgl. Falcato et al., 2010, S. 9ff.).

Körkel plädiert für die Abwendung vom Abstinenzparadigma und eine Hinwendung zur zieloffenen Suchtarbeit: „Zieloffene Suchtarbeit` (ZOS) bedeutet, mit Menschen (Patienten, Klienten, Betreuten, Bewohnern usw.) an einer Veränderung ihres problematischen Suchtmittelkonsums zu arbeiten, und zwar auf das Ziel hin, das sie sich selbst setzen.“ (Körkel, 2014, S. 167) Bei der ZOS geht es darum, den Konsum zu thematisieren und in den Mittelpunkt der Gespräche zu stellen, um Möglichkeiten der Veränderung zu erarbeiten. Klassische Harm-Reduktion-Ansätze und niederschwellige Angebote der Suchthilfe wie z.B. das Verteilen von sterilen Spritzen stellen keine Arbeit am Konsum dar (vgl. Körkel, 2014, S. 167), sondern der Substanzkonsum soll mit dem Patienten offen thematisiert und das Ziel der Veränderung soll vom Patienten selbst festgelegt werden. Aus dieser Sicht ist ein Suchthilfesystem, das von vornherein nur die Abstinenz als einzig akzeptables Ziel kennt, nicht im Sinne der Patienten, da hierdurch die Autonomie des Individuums nicht ausreichend Berücksichtigung findet. Als Ziele müssen auch die Reduktion des Konsums sowie Ansätze zur Schadensminimierung zählen (vgl. Körkel, 2014, S. 167).

Im Sinne der ZOS wird Abstinenz nicht länger als Ziel in der Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen verstanden, sondern vielmehr als therapeutisches Instrument, um die verlorengegangene Konsumkontrolle wieder zu erlangen (vgl. Uchtenhagen, 2009, S. 77). Uchtenhagen bezeichnet dies als „Moratorium auf Zeit“ und versteht hierunter „(...) einen vorübergehenden Konsumverzicht im Dienste der Stabilisierung, nicht eine dauerhafte Abstinenz.“ (Uchtenhagen, 2009, S. 78)

Das Kriterium des Kontrollverlusts gilt als zentrales Krankheitsmerkmal. Bereits im Jahr 1772 stellte Rusch fest, dass nicht der Mensch für die Erkrankung verantwortlich gemacht werden muss, sondern der Alkohol. Abstinenz wird als Weg gesehen, unter dem Heilung von der Krankheit möglich wird (vgl. Uchtenhagen, 2009, S. 77). Uchtenhagen wirft die Frage auf, ob dieses Krankheitsmodell eine Abstinenzforderung impliziere und ob die Verhaltenskontrolle nur durch Abstinenz erreichbar und aufrecht zu erhalten sei (vgl. Uchtenhagen, 2009, S. 78). Er stellt hierzu fest, dass der Kontrollverlust das zentrale Krankheitsmerkmal in Bezug auf das Konsumverhalten bleibt, aber die Wiedergewinnung der Konsumkontrolle nicht immer und zwingend Abstinenz voraussetzt (vgl. Uchtenhagen, 2009, S. 78).

Neuere Studien weisen darauf hin, dass das vorab gewählte, vorrangige Therapieziel enorme Bedeutung für den Therapieerfolg hat (vgl. Mann, 2010, S. 180). So sind die Ergebnisse bei den Personen, die sich ohne wenn und aber für die Abstinenz entschieden haben, signifikant besser, als die derer mit inneren Vorbehalten bzw. derjenigen, die sich zunächst nur für den Zeitraum der Behandlung für die Abstinenz entschieden haben (vgl. Mann, Lemenager, Hoffmann, Reinhard, Hermann, Batra et al. & the PREDICT Study Team, 2013). Mann stößt sich in erster Linie am illusorischen Begriff des „kontrollierten Trinkens“, der impliziert, dass die Kontrolle über den Konsum vorhanden ist bzw. wiedererlangt werden kann, was aus seiner Sicht jedoch nicht in jedem Fall möglich ist. Er bevorzugt den Begriff des „risikoarmen Trinkens“, da hier der Fokus auf einem reduzierten Konsum und somit auf einem geminderten Risiko liegt (Mann, 2010, S. 180). Dies geschieht in Anlehnung an das von der Europäischen Zulassungsbehörde für Medizinprodukte (EMA) definierte geeignete Erfolgsmaß für neue Behandlungsangebote. Dieses Erfolgsmaß ist per Definition die Reduktion der Trinkmenge (vgl. Mann 2010, S. 180).

Abstinenz bzw. die Enthaltung ist in vielen somatischen Bereichen immer dann geboten, wenn sie zur Besserung der Situation des Patienten beiträgt wie z.B. Bettruhe, leichte Kost oder sexuelle Enthaltsamkeit. Dieser Verzicht auf Tätigkeiten als medizinische Behandlungsmethode ist jedoch, bis auf wenige Ausnahmefälle wie z.B. Nahrungsmittelunverträglichkeiten, stets vorübergehend und zeitlich begrenzt (vgl. Falcato et al., 2010, S. 10). Somit bleibt eine

suchtmittelfreie Zeit unbestritten als sinnvolles therapeutisches Mittel, um es dem Patienten zu ermöglichen, Entscheidungen zu treffen und seine Stabilität wieder zu erlangen. Vor diesem Hintergrund ist es jedoch verhängnisvoll, wenn nach einer abgeschlossenen Behandlung eine Rückkehr zu einem weitestgehend risikoarmen Konsum als Rückfälligkeit mit den psychologischen und sozialen Risiken (vgl. Uchtenhagen, 2009, S. 78) bewertet wird, da so der risikoarme Konsum als Entscheidungsmöglichkeit für einen nicht abstinenten Lebensstil abgewertet und ausgeschlossen wird.

In der Suchttherapie Drogenabhängiger zielt die Behandlung schon länger auf die Erreichung eines möglichst selbstverantwortlichen, produktiven, subjektiv befriedigenden Lebens. Uchtenhagen sieht Gesundheit, soziales Netz, Arbeit, Delinquenzfreiheit und Lebensqualität als geeignete Erfolgskriterien in der Behandlung (vgl. Uchtenhagen, 2009, S. 79).

Dörner und Plog empfehlen die Fixierung auf das Problem (gemeint ist hier das Interesse am Konsum der jeweiligen Droge) im Umgang mit Süchtigen herunterzuspielen. Sie kommen zu dem Schluss, dass je mehr der Patient sich stattdessen mit sich selbst, seinem Lebensproblem und seiner Vereinsamung beschäftige, desto eher gerate das Symptom, die Droge, in den Hintergrund. Die Abstinenz sei dann nur noch eine ziemlich uninteressante Voraussetzung für das eigentlich interessante Ziel des Teilens der zukünftigen Lebensgestaltung mit Anderen (vgl. Dörner & Plog, 1994, S. 279). Miller und Miller gehen sogar soweit festzustellen, dass es das Ziel der Suchttherapie sein sollte, die Menschen zu befähigen, glücklicher sein zu können und ihr Leben bedeutungsvoller zu gestalten, so dass Sucht weniger Attraktivität erhält (vgl. Miller & Miller, 2009, S. 686).

Bis in die 1990er-Jahre hinein war das evidente und einzig klinisch relevante Ziel jeder Alkoholbehandlung die Abstinenz und wurde bis dahin kaum in Frage gestellt. Die Klientenorientierung und die Akzeptanz von Klientenzielen versteht sich bis heute eher als Einstieg in die Klärung der festgelegten Zielsetzung – nämlich der anzustrebenden Abstinenz (vgl. Degkwitz, 2014, S. 154). Degkwitz stellt in diesem Zusammenhang treffend fest: „(...) die jahrzehntelange (...) Fixiertheit der Behandler, der Wissenschaftler, wie der Betroffenen – insbesondere in Deutschland – auf Erreichung und Erhaltung der

Abstinenz als übergeordnetem Ziel, mit zögernden Erweiterungen in den letzten 20 Jahren ist kein Zufall und bedarf der Diskussion und gegebenenfalls der Revision.“ (Degkwitz, 2014, S. 155)

Ursprung des Umbruchs, das Abstinenzparadigma zu hinterfragen, ist letztendlich die weltweite Durchsetzung der Substitutionsbehandlung Opiat-abhängiger durch die andere Behandlungsziele wie z.B. die Verbesserung der Lebensqualität, die Entkriminalisierung und die Behandlung von körperlichen Folgeerkrankungen im Suchthilfesystem zunehmend in den Vordergrund gerückt sind (vgl. Degkwitz, 2014, S. 155).

Sobell stellt fest, dass die tradierte Annahme, nur durch das Streben nach Abstinenz sei eine Heilung von der Erkrankung „Sucht“ möglich, sich empirisch nicht mehr länger halten lasse. So sei z.B. die Verfolgung risikoarmen Trinkens durchaus als eine Heilungsstrategie zu verstehen (vgl. Sobell, 2006, S. 31). Bühringer verweist darauf, dass die fast 40 Jahre alte Debatte um das kontrollierte Trinken in der Praxis ebenfalls in Teilen eine Debatte um die Outcome-Kriterien in der Forschung sei (vgl. Bühringer, 2012, S. 722), die bis zum heutigen Tag vor allem im deutschen Behandlungssystem nicht zu Ende diskutiert ist.

Die Diskussion um einheitliche Outcome-Kriterien findet im deutschsprachigen Raum so gut wie nicht statt. Vielmehr fokussiert sie auf die Konsumreduktion als Zielparаметer. Sie vermischt sich mit der Diskussion um eine grundsätzliche Zieldefinition in der suchththerapeutischen Praxis sowie mit der Forderung nach der Übernahme der Kosten für eine nicht-abstinenzorientierte Behandlung. Hier wird deutlich, dass die eigentlichen Adressaten der Diskussion in Deutschland die deutschen Kostenträger zu sein scheinen. Unter Beteiligung weniger deutschsprachiger Akteure (darunter Bühringer, Körkel und Uchtenhagen) wird die wissenschaftliche Diskussion zum Thema Outcome-Kriterien jenseits konsumbezogener Parameter nur in englischer Sprache geführt. Im Fokus dieser Diskussion steht die Verständigung auf allgemeine Zielkriterien, die sowohl bei Konsumenten von illegalen Drogen als auch bei Alkohol- und Nikotinabhängigkeit Gültigkeit haben.

Die letzte bedeutende Diskussion fand 2012 unter internationaler Beteiligung statt. Im Zentrum dieser Diskussion und von grundsätzlicher Bedeutung ist vor allem eine Expertenrunde um Tiffany zu nennen (vgl. Tiffany, Friedman,

Greenfield, Hasin & Jackson, 2012a). Das National Institute on Drug Abuse (NIDA) der USA rief eine Gruppe von Experten zusammen, um Outcome-Kriterien bzw. Ergebnismaße zu diskutieren, die in klinischen Behandlungsstudien mit Fokus auf Substanzkonsum Anwendung finden. Tiffany et al. stellen im Rahmen dieser Zusammenkunft fest, dass das gesamte Forschungsfeld Sucht als primäres Zielkriterium in der Behandlungsforschung auf das Konsumverhalten fokussiert. Ein umfassender Blick auf die Auswirkungen von Substanzstörungen auf das menschliche Dasein legt jedoch nahe, dass eine wirksame Therapie auf viele Lebensbereiche und Konsequenzen der Sucht jenseits des Substanzgebrauchs gerichtet sein sollte. Hierauf weisen auch die sich in dieser Diskussion beteiligten Experten regelmäßig hin. Trotz wiederkehrender Vorschläge für Erfolgskriterien jenseits des Konsumverhaltens und einer überzeugenden allgemeinen Begründung für eine entsprechend erweiterte Betrachtung existiert bis heute kein Konsens bezüglich einer Festlegung auf ein aus dieser Diskussion abgeleitetes erweitertes Erfolgskriterium. Hierfür wurde meist das Fehlen von Richtlinien, die die alternativen Outcome-Kriterien erfüllen müssen, verantwortlich gemacht. Tiffany et al. entwickelten fünf Kriterien bzw. Richtlinien, an Hand welcher sich ein potentiell neues Ergebnismaß als geeignet überprüfen lassen muss (vgl. Tiffany et al., 2012a, S. 711f.). Diese fünf Kriterien werden im Folgenden kompakt dargestellt.

Zuerst muss das Ergebnismaß eine Konsequenz von exzessivem Substanzkonsum sein oder in einer starken Wechselbeziehung mit diesem stehen. Dies können Variablen sein, die eine direkte Konsequenz des Substanzgebrauchs sind oder allgemeine Merkmale einer Drogenabhängigkeit, begonnen bei Risikofaktoren, die vielleicht ursächlich sind bis hin zu Merkmalen, die einer Substanzgebrauchsstörung vorangegangen sind. So ist z.B. die Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) zwar ein gut beschriebener Risikofaktor, aber es gibt nur wenig Beweise, dass ADHS durch Substanzgebrauch verursacht wird und eignete sich daher nicht als Ergebnismaß. Andere Variablen können wiederum sowohl Ursache als auch Konsequenz sein.

Das Ergebnismaß muss zweitens eine breite klinische oder gesellschaftliche Relevanz haben. So ist z.B. die Toleranzentwicklung eine unbestrittene Kon-

sequenz des wiederholten Substanzgebrauchs und ein Kernmerkmal der Abhängigkeit, es ist jedoch im klinischen Kontext ein kaum bemerkbares Merkmal für den genesenden Süchtigen selbst. Demzufolge gibt es nur geringe Gründe, um die Toleranzentwicklung als Routine-Erfolgsmaß in Behandlungsstudien zu verfolgen.

Weiter muss das Ergebnismaß allgemein und substanzübergreifend sowie unter den Betroffenen weit verbreitet sein. Ein Ergebnismaß, das nur einer bestimmten Gruppe von Abhängigen zugeordnet werden kann, wie es z.B. medizinische Komplikationen durch intravenösen Gebrauch sind, eignet sich nicht als Variable für alle Behandlungsstudien.

Das vierte Kriterium ist, dass für das neue Ergebnismaß in der Praxis einsetzbare Messinstrumente mit dokumentierten, streng psychometrischen Eigenschaften verfügbar sind, um das Ergebnismaß zu bemessen. Starke Zuverlässigkeit, große Empfindlichkeit und Selektivität sowie eine ausgezeichnete Konstruktvalidität des Messinstruments müssen vorliegen. Wenn es kein Messinstrument mit diesen Eigenschaften gibt, kann das neue Ergebnismaß unabhängig von seiner Bedeutung, Relevanz und Allgegenwart nicht plausibel in Behandlungsstudien eingesetzt werden.

Als letztes Kriterium formulierte die Expertengruppe das Vorhandensein eines replizierbaren Beweises, dass sich das Ergebnismaß durch die Behandlung des süchtigen Verhaltens verändert. Manche Ergebnismaße liegen näher an einem vermuteten Behandlungseffekt, während andere weiter entfernt sind. So zielen beispielsweise viele Behandlungen explizit auf den Drogenkonsum ab und haben natürlich einen größeren Einfluss auf diese Variable als auf entferntere Ergebnismaße wie etwa Lebensqualität oder psychosoziale Funktionsfähigkeit (vgl. Tiffany et al., 2012a, S. 711f.).

Unter Berücksichtigung dieser fünf Richtlinien kristallisierten sich aus insgesamt 22 gesammelten möglichen Kandidaten fünf Ergebnismaße heraus, die alle vorher beschriebenen Eigenschaften erfüllen und auf Empfehlung des Expertengremiums als primäre Ergebnismaße (vgl. Tiffany et al., 2012a, S. 712) in Behandlungsstudien aufgenommen werden sollen:

Diese sind „Veränderung der Selbstwirksamkeit“, „psychosoziale Funktionsfähigkeit“, „Netzwerkunterstützung/soziale Unterstützung“, „Craving“ (Verlangen) und „Lebensqualität“. Tiffany et al. kommen zu dem Ergebnis, dass sich

alle fünf Ergebnismaße als primäre Erfolgsindikatoren in suchtspezifischen Studien eignen.

Die Expertengruppe stellte ihre Ergebnisse in einem internationalen Fachjournal zur Diskussion und rief zu einem Diskurs auf, an dem sich auch zwei renommierte deutschsprachige Experten (Bühringer und Uchtenhagen) beteiligten. Uchtenhagen begrüßt die Arbeit der amerikanischen Kollegen, sieht jedoch in den vorgeschlagenen Kriterien „Veränderung der Selbstwirksamkeit“, „psychosoziale Funktionsfähigkeit“ und „soziale Unterstützung“ keine möglichen Erfolgsmaße, da diese seiner Meinung nach keine Zielgrößen für die Forschung, sondern Endpunkte in der Behandlung Abhängigkeitskranker darstellen (vgl. Uchtenhagen, 2012, S. 721). Auch zweifelt Uchtenhagen Craving als primären Outcomeindikator für alle klinischen Studien an. Er begründet dies damit, dass der Beitrag von Tiffany et al. keine verhaltensbezogenen und physiologischen Maße aufzeigt, die geeignet wären, um Craving zu messen. Uchtenhagen führt an, dass bildgebende Studien keine konsequente Verbindung zwischen einem durch hinweisreizinduzierte Gehirnstimulation hervorgerufenem Craving und darauf folgendem Rückfall zeigen. „Erfolgreicher Widerstand gegen Craving“ wäre nach Uchtenhagen möglicherweise ein besserer Kandidat zur Messung der Wirksamkeit einer Behandlung als Craving alleine (vgl. Uchtenhagen, 2012, S. 721).

Bühringer hingegen ist die Diskussion schon von der Begrifflichkeit her nicht trennscharf genug. Er wünscht aus Gründen eines effektiveren wissenschaftlichen Verständnisses und auf Grund einer besseren Vergleichbarkeit der Ergebnisse von Behandlungsdaten eine klarere Abgrenzung und Verwendung einzelner Begriffe wie z.B. „Behandlungsergebnis“ und „Ergebnis-Bewertungskriterien“ und verweist hierbei auf die deutschen Dokumentationsstandards III, wo eine solche Trennung bereits existiert und versucht wurde, die Outcome-Kriterien national zu vereinheitlichen. Dies bietet aus seiner Sicht klare Vorteile gegenüber dem bisherigen Vorgehen. Es ermögliche Forschern, jeweils diejenigen Kriterien anzuwenden, die für ihre Zwecke (etwa für Meta-Analysen) am dienlichsten sind (vgl. Bühringer, 2012, S. 722). Bühringer fordert eine Unterscheidung zwischen standardisierten Kernvariablen und ergänzenden Ergebnisvariablen. Weiterhin schlägt er in der Debatte um die Zielkriterien in der Suchttherapieforschung vor, sich an den Kriterien „employment“, „legal

status“ und „housing“ zu orientieren (vgl. Bühringer, 2012). Tiffany et al. erwiderten in Reaktion auf diesen Vorschlag zu Recht, dass Kriterien wie Erwerbsarbeit, rechtlicher Status und Wohnverhältnisse nur für die Konsumenten „harter Drogen“ relevant sind und im Bereich Nikotinabhängigkeit für die Betroffenen kaum greifen (vgl. Tiffany, Friedman, Greenfield, Hasin & Jackson, 2012b). Auch bei der Behandlungsforschung von Alkoholabhängigen sind die von Bühringer vorgeschlagenen Kriterien nur eingeschränkt relevant. Uchtenhagen hingegen schlägt vor analog zur somatischen Medizin die ICD-Diagnosekriterien als Ergebnismaße einzusetzen. Das Ziel einer jeden Behandlung sollte immer die Reduktion von Anzahl und Schweregrad der Symptome sein (vgl. Uchtenhagen, 2012, S. 721). Als traditionellen Kernbereich der Messung schlägt Bühringer Stoffgebrauch, physischen und psychischen Status, Beschäftigung, psychosoziale Funktionsfähigkeit, Rechtsstatus und Lebensqualität vor (vgl. Bühringer, 2012, S. 722).

Da die Diskussion um die Outcome-Kriterien noch nicht abgeschlossen ist und einige Vorschläge für mögliche Outcome-Kriterien sehr umstritten und noch nicht vollständig diskutiert sind, entwickelten Tiffany et al. einige Vorschläge, um den wissenschaftlichen Stand dieser Diskussion weiter voranzutreiben. Aus ihrer Sicht ist es künftig dringend erforderlich, dass bei der Veröffentlichung von wissenschaftlichen Ergebnissen vermehrt darauf geachtet wird, dass auch Studien veröffentlicht werden sollten, die nicht den Substanzkonsum allein in den Fokus stellen. Dieser Appell richtet sich an Menschen, die sich bei der Auswahl der Veröffentlichungen in Schlüsselpositionen befinden. Durch diese Vorgehensweise soll eine erweiterte Perspektive auf Behandlungsergebnisse vermittelt werden und die Entscheidungsträger sollen auf aktuelle wissenschaftliche Fragestellungen hin sensibilisiert werden. Weiter fordert die Expertenrunde, dass angesichts der Bedeutung und Komplexität der dargestellten Ergebnisse Fachausschüsse gegründet werden sollen, um individuelle Ergebnisdomänen zu etablieren. Die Expertengruppe verweist auf die Krebsforschung, in welcher es bei Behandlungsstudien üblich ist, dass für die Zulassung einer Behandlungsmethode die Lebensqualität in den Studien erhoben werden muss (vgl. Tiffany et al., 2012a, S. 714). Sie fordern, dass in großen Studien mindestens ein weiteres Outcome-Kriterium neben dem

Substanzkonsum erhoben werden soll (vgl. Tiffany et al., 2012a, S. 714). An diesen Forderungen wird deutlich, wie wichtig es für die Fortentwicklung der Suchtforschung ist, sich weiteren Outcome-Kriterien jenseits des Konsums zuzuwenden, um neue Erkenntnisse gewinnen zu können. Bühringer und Donovan sprechen abschließend metaphorisch davon, dass es nicht darum gehe, mehr Mäuse (Ergebnisse) zu erhalten, sondern darum, eine bessere Mausefalle (Richtlinien) zu erarbeiten (vgl. Bühringer 2012 und als Antwort darauf: Donovan, 2012), nach welchen die Erfolgsmaße für Studien ausgewählt werden sollen.

Auch Witkiewitz betont die Notwendigkeit einer Diskussion darüber, was unter Behandlungserfolg zu verstehen ist. Sie unterstreicht die Bedeutung der Notwendigkeit, Zielkriterien zu formulieren, die nicht konsumbezogen sind. Die Umsetzung dieser beiden Aufgaben sei ein wichtiges Ziel für die Suchtforschung im 21. Jahrhundert (vgl. Witkiewitz, 2013, S. E10).

Ein weiterer bedeutender Aspekt bei der Diskussion um die Outcome-Kriterien in der Suchtforschung ist die Nachweisbarkeit der ökonomischen Wirksamkeit bzw. die ökonomischen Aspekte des Behandlungserfolgs. Dieser Aspekt wird im Folgenden nur kurz umrissen, da eine detaillierte Darstellung den Umfang der vorliegenden Arbeit deutlich überschreiten würde.

Wenn eine ökonomische Analyse der Wirksamkeit erforderlich ist, dann ist eine Fokussierung auf soziale Kosten wie z.B. Krankheitstage, Krankenhausaufenthalte, Berentungen und Produktionsausfälle sinnvoll und notwendig (vgl. Kufner, 2004, S. 300). Der Preis hierfür ist, dass Kriterien wie die Symptombesserung, die Lebenszufriedenheit und die Lebensqualität keine Berücksichtigung finden können. Wissenschaftlich fundiert bestehen Dosis-Wirkungs-Beziehungen. Je mehr Alkohol Menschen in ihrem Leben trinken, um so wahrscheinlicher sind alkoholbezogene Erkrankungen und Todesfälle (vgl. Gaertner, Meyer, Joh & Freyer-Adam, 2014, S. 47). Erkrankungen belasten finanziell die Allgemeinheit, aber neben den bezifferbaren Schäden wie Krankenhausaufhalten, Verkehrsunfällen oder Arbeitsausfällen entstehen auch Kosten für die Betroffenen in Form von Verlust des Lebens, Verlust an Lebensqualität durch Leid und Schmerzen – sogenannte intangible Kosten (vgl. Gaertner et al., 2014, S. 47).

Komplexe Kausalzusammenhänge beim Phänomen Sucht werden oft auf das reduziert, was für die Allgemeinheit erfahrbar ist. Lindlahr stellt in diesem Zusammenhang treffend fest:

Der Bürger, die Bürgerin wollen sehen und im Alltag wahrnehmen können, dass Suchttherapie als medizinalisierte Intervention ihren Anteil leistet an einem mehr oder weniger hegemonistisch angelegten Gesamtkonzept, bei dem sich nach dem Verständnis beinahe aller parteipolitischer Lager immer öfter Prävention, Repression und Behandlung bedenkenlos zu einer ordnungspolitisch motivierten Melange verrühren lassen. (Lindlahr, 2001, S. 257)

So werden Effektivität und Effizienz ambulanter Suchttherapie im Drogenbereich oft daran gemessen, inwieweit sich diese auf offenen Drogenszenen in Städten, den drogenbezogenen Schwarzmarkt oder die (Re-)Integration der Betroffenen in Arbeit, auswirkt (vgl. Lindlahr, 2001, S. 257). Das Bemühen, andere Outcome-Kriterien zu etablieren, droht daran zu scheitern, dass der seit den 1990er Jahren zumindest im Drogenbereich vollzogene Paradigmenwechsel (weg von der Abstinenzorientierung – hin zu Harmreduktionsansätzen) nicht für die Allgemeinheit ökonomisch erfahrbar gemacht worden ist. Um Lebensqualität als Orientierungsmerkmal etablieren zu können, müsste die ökonomische Qualität sichtbar gemacht werden (vgl. Lindlahr, 2001, S. 257).

Abschließend lässt sich zum ökonomischen Aspekt der Wirksamkeit festhalten, dass das Suchthilfesystem seine Wirksamkeit und Leistungsfähigkeit regelmäßig empirisch abgesichert nachweisen muss. Auch Leune stellt in diesem Zusammenhang fest, dass es zukünftig zunehmend erforderlich sein wird, dass Leistungsträger und Leistungserbringer gemeinsam Qualitätskriterien, Indikatoren und Kennzahlen definieren, die in Hinsicht auf gesundheitsökonomische Betrachtungen Aussagen über die Leistungsfähigkeit und den Nutzen des Suchtversorgungssystems bzw. einzelner Bereiche des Systems ermöglichen. Hierbei sei zu beachten, dass dieser Nutzen unter volkswirtschaftlichen und ethischen Aspekten bewertet werden könne (vgl. Leune, 2014, S. 201 f.). Ökonomische Kriterien alleine scheinen jedoch weniger geeignet, um ein Behandlungssystem bzw. ein Behandlungsprogramm

unter inhaltlich-therapeutischen Gesichtspunkten zu bewerten (vgl. Kufner, 2004, S. 302), daher kommt einem neuen primären Outcome-Kriterium in der Suchttherapie künftig eine zentrale Rolle zu.

2.4 Zwischenergebnis

Die Diskussion um die Outcome-Kriterien wird international vor allem substanzübergreifend geführt und nicht explizit zum Thema Alkoholabhängigkeit. Eine genauere Betrachtung der Forschungsergebnisse zu anderen Suchtmitteln erweist sich hier als sinnvoll, da sich zahlreiche Erkenntnisse offensichtlich auch im Kontext von Alkoholabhängigkeit verwenden lassen. Im Kontext der sukzessiven Legalisierung von bis dato illegalen Drogen wie z.B. Cannabis in den USA eröffnet die bisher in diesem Bereich geführte Diskussion auch in Bezug auf Alkohol neue Perspektiven. Wenn für die Abhängigkeit von bisher illegalen Drogen auch nach der Legalisierung alternative Erfolgskriterien in der Behandlung angestrebt werden, ist es naheliegend, dass dies auch für das legale Suchtmittel Alkohol erfolgversprechend ist.

Trotz Kritik an der Abstinenzorientierung in der Therapieevaluation und der „(...) übereinstimmenden Meinung, dass auch andere Erfolgskriterien, wie zum Beispiel die berufliche Integration oder die Zufriedenheit in verschiedenen Lebensbereichen zusätzlich als Erfolgskriterium herangezogen werden sollten“ (Kufner, 2001, S. 535), orientiert sich die (deutsche) Forschung weiterhin allein am Kriterium des Konsums und lässt die Patientenperspektive in Form der Zufriedenheit und der subjektiv empfundenen Lebensqualität weitestgehend außer Acht. Auch die um einheitliche Outcome-Kriterien in der Suchttherapieforschung, die 2012 stattgefunden hat, kommt zusammenfassend zu dem Ergebnis, dass nicht umsonst die konsumbezogenen Outcome-Kriterien bisher der kleinste gemeinsame Nenner unter den meisten Suchtforschern waren (vgl. Tiffany et al., 2012b, S. 725). Aber gleichzeitig sind „(...) drug-use outcomes (...) not the whole story of treatment effects – other outcomes also need to be assessed. So the questions remain: which outcomes and by what standards?“ (Tiffany et al., 2012b, S. 725) Um auch zukünftig möglichst einheitlich eine internationale Vergleichbarkeit von Studien und Behandlungs-

systemen sicherstellen zu können, kommt dieser Forderung von Tiffany et al. nach einheitlichen Outcome-Kriterien und Erhebungsgrundlagen eine herausragende Bedeutung zu.

Aus Sicht des ZOS-Paradigmas ist allgemein die Veränderungsbereitschaft, egal ob angestrebte Abstinenz oder reduzierter Konsum, die Voraussetzung dafür, dass sich die Lebenssituation der Klienten grundsätzlich verbessert (vgl. Körkel, 2014, S. 171).

Die drei großen Alkoholstudien (MATCH, UKATT und COMBINE) messen als Outcome der Behandlung die Erhöhung des Anteils konsumfreier Tage oder die Verringerung des Konsums an Konsumtagen. Aus dem gewonnenen vorliegendem Wissenstand wurden bislang allerdings die naheliegenden Konsequenzen nicht gezogen (vgl. Degkwitz, 2014, S. 161). Degkwitz verweist hier auf die Konsequenzen für die suchtttherapeutische Praxis, die noch immer an der Abstinenz als zu messende Größe festhält. Allerdings gibt es auch in der Praxis keine einheitliche Definition von Therapieerfolg. Das Behandlungssystem Sucht misst den Erfolg an Abstinenz, Verweildauer, Haltequote, Erreichungsquote, Erwerbsfähigkeit, Trinkmenge etc. Es gibt viele Kriterien, an welchen sich der Erfolg in der Praxis und ebenso in der Forschung messen lässt. Sich auf ein einheitliches Kriterium zu verständigen, scheint im Moment nicht möglich zu sein – weder in der Praxis noch in der Forschung. Alternative Vorschläge wie z.B. Craving und Lebensqualität haben sich jedoch bisher noch nicht durchgesetzt. Für viele Studien wird es nach Donovan et al. wertvoll sein, Lebensqualität als sekundäres Erfolgskriterium zu integrieren und diese zum Konsumverhalten in Korrelation zu setzen (vgl. Donovan et al., 2012, S. 704).

Auf nationaler Ebene ist eine suchtttherapeutische Praxis, die sich von der Abstinenzorientierung abwendet, formal möglich. Allein die Kostenträger sind noch nicht bereit, dies zu finanzieren. Die neuen S3-Leitlinien für Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen empfehlen u.a. das Ergebnismaß „Lebensqualität“ für die suchtttherapeutische Behandlung (AWMF, 2015, S. 323). Das Erheben von Angaben zur Lebensqualität entspräche ebenfalls einem salutogenetischen Ansatz ähnlich dem ICF, an welchem sich auch die Träger der medizinischen Rehabilitation orientieren.

Auch große internationalen Studien wie die COMBINE-Studie erfassen die Lebensqualität als Outcome-Kriterium und so etabliert sich Lebensqualität zunehmend als Thema in der Suchthilfe.

Von besonderer Bedeutung für die vorliegende Arbeit ist, dass in der 2012 stattgefunden habenden Diskussion um die Outcome-Kriterien in der Forschung keiner der Beteiligten die Sinnhaftigkeit des Outcome-Kriteriums Lebensqualität angezweifelt hat. So wurde Lebensqualität sowohl von der Expertenrunde um Tiffany als mögliches Kriterium benannt als auch von dem deutschsprachigen Wissenschaftler Bühringer explizit angeführt. Eine differenzierte Betrachtung verschiedener möglicher Outcome-Kriterien kommt zu dem Schluss, dass insbesondere das Kriterium Lebensqualität zur Betrachtung des Behandlungserfolgs im Bereich Sucht ausgesprochen zielführend erscheint.

3. Lebensqualität als Outcome-Kriterium

Für eine effektive Verwendung des Outcome-Kriteriums Lebensqualität ist es unerlässlich, dieses in seinen unterschiedlichen Dimensionen differenziert zu betrachten. Der folgende Abschnitt betrachtet Lebensqualität als Konstrukt und seinen Stellenwert in der Suchtforschung.

Im ersten Abschnitt wird der Begriff Lebensqualität beschrieben und eingegrenzt. Hierbei wird für die vorliegende Arbeit der Begriff der gesundheitsbezogenen Lebensqualität eingeführt. Bullinger gibt in ihren Publikationen eine Übersicht über die Konzepte und Modelle zu Lebensqualität über die Jahrzehnte und liefert zugleich einen hervorragenden Überblick über ein Gebiet, das durch die verschiedensten Ansätze und Fachgebiete hinweg diskutiert wird. Sie hat hierbei ihren Fokus auf der gesundheitsbezogenen Lebensqualität, die für die vorliegende Arbeit von grundlegender Bedeutung ist. Das Modell von Veenhoven wird hier nun beispielhaft beschrieben, da er ausgehend von seiner Expertise in der Glücksforschung Lebensqualität aus einer facettheoretischen Perspektive betrachtet und so eine der umfassendsten Ansichten auf das Konstrukt ermöglicht.

In einem nächsten Schritt wird die Sinnhaftigkeit der Messung von Lebensqualität betrachtet. Danach folgt eine Darstellung der verschiedenen Messinstrumente im Überblick. Anschließend werden einzelne ausgewählte Messinstrumente genauer beschrieben. Hieran schließt sich ein Überblick über den Stellenwert von Lebensqualität in der Suchttherapieforschung an, aus welchem sich der derzeit bestehende Forschungsbedarf in diesem Bereich ergibt. Zum Abschluss wird die Eignung von Lebensqualität als primärer Outcomeindikator beleuchtet.

3.1 Das Konstrukt Lebensqualität

Der Begriff Lebensqualität hat seine Wurzeln in verschiedenen Disziplinen wie der Philosophie, der Pädagogik, der Theologie, der Ökonomie, der Soziologie und der Psychologie (vgl. z.B. Fischer, Rehm & Kim, 2001; Bullinger, 1997). In den 1940er und 1950er Jahren wurde Lebensqualität in der Soziologie, der Politologie und der Anthropologie als sozio-ökonomische Ressource der

Gesundheitsversorgung der Bevölkerung eines Staates verstanden und wurde z.B. über das Bruttosozialprodukt und die Sterberate der Neugeborenen erfasst. Die Psychologie verstand unter Lebensqualität vor allem Wohlbefinden (vgl. Bullinger, 1997, S. 76). In der Medizin wurde Lebensqualität als gesundheitsbezogene Lebensqualität erst spät eingeführt (vgl. Bullinger, 2000, S. 190).

Im Mittelpunkt der Betrachtung standen zu Beginn hauptsächlich soziale und ökonomische Indikatoren der Lebensqualität wie z.B. Einkommen und materielle Sicherheit, politische Freiheit und Unabhängigkeit, soziale Gerechtigkeit, Rechtssicherheit oder die gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung. In jüngerer Zeit werden zunehmend die subjektiven Indikatoren der Lebensqualität wie das subjektive Wohlbefinden (Well-being) und die Lebenszufriedenheit miteinbezogen (vgl. Diener & Suh, 1997, S. 191). Lebensqualität meint jedoch mehr als die Antwort auf die Frage, wie zufrieden jemand mit seinem Leben in seiner Gesamtheit ist (vgl. Miller & Miller, 2009, S. 685).

Die Lebensqualitätsforschung fand nach Bullinger (1997 und 2014) in vier Phasen statt. Die erste Phase, Mitte der 1970er Jahre, war überwiegend durch die philosophische Fragestellung darüber, was Lebensqualität sei und wie sie gemessen werden könne, geprägt. In einer zweiten Phase, Anfang der 1980er Jahre, rückte verstärkt die Entwicklung von Messinstrumenten zur Erfassung der Lebensqualität in den Mittelpunkt. Die dritte Phase begann Anfang der 1990er Jahre und griff die Frage nach der Anwendung dieser Instrumente auf. Sie ist bis heute nicht abgeschlossen (vgl. Bullinger, 1997, S. 77). Folgt man Bullinger, fokussiert seit 2005 eine vierte Phase auf die Umsetzung der gewonnenen Erkenntnisse in verschiedenen Forschungs- und Praxis-kontexten. In ihr wird verstärkt die Frage nach den Konsequenzen, Nutzen und Implikationen der aus der Lebensqualitätsforschung gewonnenen Informationen für die Gesundheitsversorgung gestellt (vgl. Bullinger, 2014, S. 98).

Die Ziele der Lebensqualitätsforschung sind zum einen die Beschreibung der Lebensqualität bestimmter Populationen, um aus dieser gesundheitspolitische Planvorgaben ableiten zu können. Genutzt wird dies in der Gesundheitsforschung, der Politik und Epidemiologie. Ein weiteres Ziel, das vor allem für die Träger medizinischer Leistungen und die Anbieter dieser Leistungen

relevant ist, ist die Bewertung von Therapie. Ein drittes Ziel ist die Bewertung des Ergebnisses der Behandlungsbemühungen bzw. die Bewertung des gesundheits-ökonomischen Nutzens – Lebensqualität wird hierbei als Größe in Kosten-Nutzen-Berechnungen betrachtet (vgl. Bullinger, 1997, S. 77).

Bemerkenswert ist, dass verwandte Konzepte wie Glück, Wohlbefinden und Zufriedenheit empirisch partiell fundiert sind, Lebensqualität in die Medizin und die Soziologie jedoch ohne theoretischen Unterbau übernommen wurde (vgl. Bullinger, 1997, S. 77).

Es gibt keine einheitliche Definition und kein einheitliches Konzept zum Konstrukt Lebensqualität. Je nach Perspektive des Betrachters weist es unterschiedliche Teilaspekte auf. Es existiert lediglich ein Minimalkonsens als eine Art Annäherung der beteiligten Disziplinen an dieses Konstrukt, der sich in unterschiedlichen Modellen widerspiegelt.

Bei der Theoriebildung bzw. bei dem Versuch, Modelle für Lebensqualität zu entwickeln, lassen sich nach Bullinger grundsätzlich drei Typen von Modellen unterscheiden:

- Vertreter des individualzentrierten Konzeptes von Lebensqualität konstatieren, Lebensqualität sei nicht an mehreren Individuen vergleichend messbar, sondern nur innerhalb einer Person zu jeweils anderen Zeitpunkten.
- Bei der Definition von Lebensqualität als implizites Konstrukt wird davon ausgegangen, dass Lebensqualität nicht durch direktes Erfragen erfassbar sei, sondern sich nur implizit, durch Patientenpräferenzen, erschließen lasse. Sie sei somit genau das, was die jeweils befragte Person darunter verstehe und lasse sich entsprechend überhaupt nicht messen.
- Das interindividuelle Konzept von Lebensqualität geht davon aus, dass es eine endliche Zahl von Dimensionen (Parametern) gibt, die allgemeingültige Relevanz für Lebensqualität haben, die sich also zwischen verschiedenen Personen vergleichbar erheben lassen. (vgl. Bullinger, 1997, S. 77f.).

Bei der konzeptuellen Entwicklung der Lebensqualität spielen neben den dargestellten Typen von Modellen verschiedene konzeptuelle Ansätze eine Rolle. Die subjektiven Wohlbefindensmodelle fokussieren auf das subjektive

Befinden des Einzelnen und stellen dieses in den Mittelpunkt der Betrachtung. Zufriedenheitsmodelle implizieren, dass eine hohe Lebensqualität durch eine hohe Zufriedenheit in vielen Lebensbereichen zu Stande kommt; Bedürfnismodelle gehen davon aus, dass Lebensqualität von der Erfüllung von Bedürfnissen abhängig ist; Rollenfunktionsmodelle stellen eine hohe Lebensqualität mit der Erfüllung relevanter sozialer Rollen in Zusammenhang. Soziale Vergleichsmodelle gehen davon aus, dass eine hohe Lebensqualität dann erreicht wird, wenn im Verhältnis zur wahrgenommenen Lebensqualität anderer Personen die eigene positiv beurteilt wird. Nicht zuletzt existieren facettentheoretische Modelle, die verschiedene Aspekte wie z.B. körperliche, mentale, emotionale und soziale Komponenten, aber auch individuelle Charakteristika der Person und strukturelle Merkmale wie Lebensbedingungen mit einbeziehen (vgl. Bullinger 2014, S. 99).

In einer richtungsweisenden Arbeit verdeutlicht Veenhoven als Vertreter des facettentheoretischen Modells die Komplexität der verschiedenen Ansätze und die diesen zu Grunde liegenden Haltungen. Das Modell des renommierten Glücksforschers geht davon aus, dass es nicht *die eine* Lebensqualität gibt. Aus der synonymen Verwendung ähnlicher Begriffe wie Glück, Zufriedenheit und Lebensqualität ergeben sich bei genauer Betrachtung *vier Lebensqualitäten*, die in Abbildung III dargestellt werden (vgl. Veenhoven, 2000, S. 1f.).

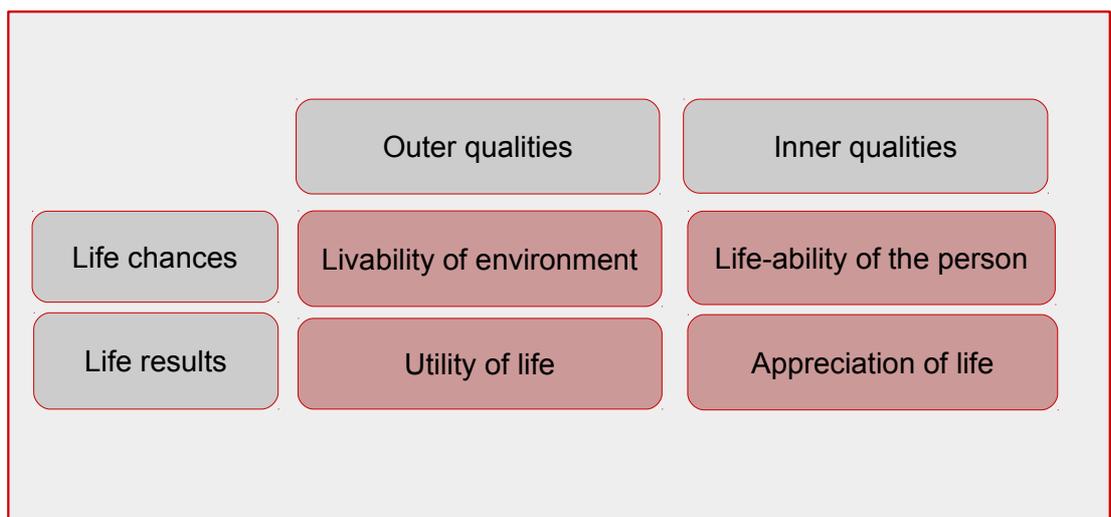


Abbildung III: Vier Lebensqualitäten (Veenhoven, 2000, S. 6)

Die erste Lebensqualität ist die „Lebbarkeit der Umwelt“ (Livability of environment). Veenhoven versteht hierunter die Bedeutung von guten Lebensbedingungen wie z.B. ökologische Aspekte (saubere Luft, gemäßigt Klima), soziale Aspekte (Frieden, Gleichheit, Brüderlichkeit), ökonomische Aspekte (gleichmäßige ökonomische Entwicklung, grundsätzlicher sozialer Frieden) und kulturelle Aspekte (Bildung für alle, florierende Kunst und Wissenschaft). Die zweite Lebensqualität ist das „Leben-Können des Individuums“ (Life-ability of the person). Veenhoven versteht darunter die inneren Lebensmöglichkeiten, d.h. das Potential des Einzelnen, mit den sich im Laufe des Lebens stellenden Problemen konstruktiv umgehen zu können. Hierunter fallen physische Gesundheit, mentale Gesundheit, Wissen (Schulbildung), persönliche Fähigkeiten und Lebensführung (wie z.B. unterschiedlicher Geschmack und Variation von Lebensstilen).

Die dritte Lebensqualität nach Veenhoven ist die „äußere Nützlichkeit des Lebens“ (Utility of life). Das Leben an sich soll demzufolge über die individuelle innere Sphäre des Individuums hinausreichen, nicht als Selbstzweck empfunden werden und nach außen in den interpersonellen, gesellschaftlichen Raum wirksam werden. Als Beispiele hierfür führt Veenhoven die Rolle als guter Bürger und das Ausleben von Empathie gegenüber Mitmenschen an. Die vierte Lebensqualität bezeichnet Veenhoven als die „innere Würdigung des Lebens“ (Appreciation of life) und versteht darunter das Ergebnis des Lebens in den Augen des Betrachters aus einer selbstreflexiven Perspektive. Relevante Teilaspekte sind hier z.B. Zufriedenheit mit dem Beruf, Grundstimmung im Leben (Langeweile, Lust) und die Gesamtbewertung (grundsätzliches Stimmungsniveau, Lebenszufriedenheit) des Lebens. Er kommt zu dem Schluss, dass Lebensqualität sowohl äußere als auch innere Qualitäten umfasst und davon abhängt, welcher Teilaspekt betrachtet wird: die Möglichkeiten bzw. Grundlagen, die das Leben bietet, oder die Ergebnisse, die für das Individuum entstehen.

Veenhoven kritisiert an den gängigen Messinstrumenten zur Lebensqualität, dass diese nicht alle relevanten Bereiche des Modells berücksichtigen (vgl. Veenhoven, 2000, S. 20 ff.), sondern dass der gesundheitliche Aspekt der Lebensqualität meist überproportional berücksichtigt wird und die Grundlagen des Lebens, in seinem Sinn die Lebbarkeit der Umwelt und die äußere

Nützlichkeit des Lebens, keine Berücksichtigung finden (vgl. Veenhoven, 2000, S. 21).

Der Blick von Veenhoven auf das Konstrukt Lebensqualität ist ein umfassender, der neben der Sicht des Individuums auch dessen grundsätzliche Ressourcen sowie die der Umwelt mit einbezieht. Auch findet die Ausgangslage, von Veenhoven als Life Chances beschrieben, sowie die Ergebnisvielfalt des Lebens im Sinne eines Outcomes des Lebens Berücksichtigung.

In Anbetracht der mannigfaltigen Ansätze, Modelle und Konzepte setzte 1995 die WHO zur Entwicklung eines interkulturell vergleichend anwendbaren Quality-of-life-Instruments die WHO-Quality-of-life-assessment-group (WHOQOL-Group) ein.

Das von der WHOQOL-Group entwickelte Positionspapier stellt vor allem dar, dass es eben keinen Konsens über die Definition von Lebensqualität gibt. Die Arbeitsgruppe der WHO definiert Lebensqualität demnach als „subjektive Wahrnehmung einer Person über ihre Stellung im Leben in Relation zur Kultur und den Wertsystemen, in denen sie lebt und in Bezug auf ihre Ziele, Erwartungen, Standards und Anliegen“ (vgl. WHOQOL-Group, 1995, S. 1405). Sie betont somit die subjektive Perspektive auf das Konstrukt Lebensqualität. Die Charakteristiken von Lebensqualität sind nach dieser Definition zum einen die Subjektivität sowie die Multidimensionalität und der Einschluss sowohl positiver als auch negativer Dimensionen. Hier zeigen sich deutliche Parallelen zu der Perspektive der Vertreter der facettentheoretischen Modelle. Die einzelnen Dimensionen von Lebensqualität sind gemäß der WHO:

- Physische Dimension (individuelle Wahrnehmung des eigenen physischen Zustandes),
- Psychologische Dimension (individuelle Wahrnehmung des eigenen kognitiven und affektiven Zustandes),
- Soziale Dimension (individuelle Wahrnehmung der zwischenmenschlichen Beziehungen und der sozialen Rolle im Leben),
- Geistige Dimension (Bedeutung/Sinn im/des Leben(s) als universeller, kulturübergreifender Wert). (vgl. WHOQOL-Group, 1995, S. 1405)

Weiter ausdifferenziert lassen sich die Dimensionen der Lebensqualität in

folgende Komponenten unterteilen. Die körperliche Komponente, die z.B. körperliche Beschwerden betrifft, die emotionale Komponente, die z.B. Stimmungen beinhaltet, als Beispiel für die mentale Komponente dient die Fähigkeit zur Konzentration, die soziale Komponente bezieht sich auf Kontakte und Beziehungen und die Komponente der Alltagsfunktionalität, die sich z.B. auf Berufstätigkeit bezieht (vgl. auch Bullinger, 2014, S. 99).

Die Bemühungen der WHOQOL-Group führten zu der Entwicklung eines mittlerweile international etablierten Messinstruments, dem WHOQOL-BREF, das unabhängig von Kultur oder Lebensbedingungen die Lebensqualität der Menschen abbilden kann. Das WHO-Quality-of-Life-Instrument wird in Abschnitt 3.4 der vorliegenden Arbeit näher beschrieben.

Der Begriff Lebensqualität versteht sich also heute aus multidisziplinärer Perspektive als Konstrukt (vgl. Lindlahr, 2001, S. 255) mit Wurzeln in diversen Disziplinen. Die einzelnen Dimensionen dieses Konstrukts sind im subjektiven Erleben konditional miteinander verbunden. Über die Dimensionen der Lebensqualität gibt es jedoch ebenfalls keinen fächerübergreifenden Konsens (zur Diskussion vgl. z.B. Radoschewski, 2000). Je nachdem, aus welcher Warte man das Konzept betrachtet, ergibt sich ein anderer Fokus auf das Konstrukt (vgl. Radoschewski, 2000, S. 167). Als Minimalkonsens lassen sich folgende Dimensionen festhalten:

- Psychische Dimension (Verhaltens- und Wahrnehmungsmuster, emotionales Erleben, kognitive Fähigkeiten, Motivation und kommunikative Kompetenz),
- Körperliche (somatische) Dimension (funktioneller Status, allgemeine körperliche Beschwerden, diagnosespezifische und therapiebedingte Symptome, geistige Leistungsfähigkeit, Sexualität),
- Soziale Dimension (Arbeit und Leistung, Finanzen, Umwelt, Wohnverhältnisse, Freizeitmöglichkeiten) (vgl. WHOQOL-Group, 1995, S. 1405).

Zum Konstrukt Lebensqualität lässt sich zusammenfassend festhalten, dass Lebensqualität als Forschungsgegenstand drei Ebenen vereint. Die *konzeptuelle Ebene*, die neben einer Definition auch ein Konzept zu Lebensqualität beinhalten sollte. Hier herrscht kein Konsens in der Diskussion,

wohl aber hat sich in der Zwischenzeit die operationale Definition der WHO durchgesetzt, wonach sich Lebensqualität als multidimensionales Konstrukt auf Wohlbefinden und Funktionsfähigkeit aus Sicht der Patienten und/oder Beobachter bezieht (vgl. Bullinger, 2014, S. 98).

Auf der zweiten, der *methodischen Ebene* konnte mittlerweile ein Konsens erzielt werden (vgl. Bullinger, 2000, S. 191), indem sich zunehmend allgemein akzeptierte Messinstrumente etablieren. Die dritte Ebene betrifft die *Anwendung der Methoden*. Hier ist noch weiterer Forschungsbedarf erkennbar. Beim Thema Lebensqualität herrscht aber immerhin dahingehend Konsens, dass ein Dissens besteht oder wie es Bullinger bereits im Jahr 1991 vortrefflich ausdrückte: „Zur grundlegenden Frage der Definierbarkeit der Lebensqualität gibt es bisher dahingehend einen Konsens, daß eine nominale Definition nicht sinnvoll, eine operationale existent, und eine im wissenschaftstheoretischen Sinne theoretische Fundierung derzeit noch nicht möglich ist (...).“ (Bullinger, 1991, zit. nach Bullinger, 1997, S. 78)

3.2 Formen der Lebensqualität

Die wachsende Bedeutung der Lebensqualität als Outcome-Kriterium in der allgemeinen Gesundheitsforschung wurde durch die Politik und den sozialen Wandel beeinflusst. Die Entwicklung der Wohlfahrtsstaaten in Europa und später in Nordamerika hat den Impuls, soziale Indikatoren in der Bevölkerung zu messen, unterstützt, so dass soziale und politische Interventionen darauf zielen, den Lebensstandard ihrer Bürger zu verbessern und entsprechend auswerten zu können (vgl. Fischer et al., 2001, S. 21).

Lebensqualität bedeutet in der Wohlfahrts- und Sozialindikatorenforschung ein auf größere Bevölkerungsgruppen bezogenes „(...) allgemeines Maß der Kongruenz von objektiven Lebensbedingungen und deren subjektiven Bewertungen (Wohlbefinden, Zufriedenheit) (...)“ (Schumacher, Klaiberg & Brähler, 2003, S. 9). Dieses Maß spielt in Deutschland seit den 1970er Jahren eine wichtige Rolle in der Sozialberichterstattung (vgl. Zapf, 2000, S. 2f.).

In ihren Anfängen war die Lebensqualität in der Gesundheitsforschung vor allem im gerontologischen und onkologischen Bereich verbreitet und wurde als gesundheitsbezogene Lebensqualität (Health Related Quality of Life –

HRQOL) untersucht. Im Zusammenhang mit chronischen Erkrankungen gewann die HRQOL in der Folge zunehmend an Bedeutung. Zu nennen sind hier insbesondere die wichtigsten medizinischen Fachgebiete wie die Onkologie, die Kardiologie, die Chirurgie, sowie die Psychiatrie (vgl. Schumacher et al., 2003, S. 9). Das Konstrukt Lebensqualität wurde in den letzten zwei Jahrzehnten auch für die medizinische Versorgung v.a. von Depressiven und HIV-Infizierten zunehmend bedeutsamer (vgl. Fischer et al. 2001, S. 21). Fischer et al. kommen zu dem Ergebnis, dass es in den letzten 30 Jahren nahezu eine Explosion der Lebensqualitätsforschung im klinischen Feld gegeben habe, was die enorme Anzahl an Suchergebnissen für den Suchbegriff „Quality of Life“ (QOL) in medizinischen Datenbanken bestätige. Eine eigene Überprüfung entsprechender Suchergebnisse in der Datenbank Medline führte am 14.05.2015 zu 160.302 Treffern und scheint diese Annahme zu stützen.

Der medizinische Blick subsumiert unter dem Begriff Lebensqualität den Gesundheitszustand, den funktionalen Status sowie das Wohlbefinden des Patienten. Er unterscheidet nicht zwischen dem meist verwendeten Begriff der gesundheitsbezogenen Lebensqualität und der Lebensqualität ohne Gesundheitsbezug. Lebensqualität ist auch aus medizinischer Sicht weit mehr als nur Gesundheit; Gesundheit ist jedoch ein wesentlicher Bestandteil der Lebensqualität und fehlende Gesundheit reduziert die Lebensqualität (vgl. Radoschewski, 2000, S. 167).

Demnach scheint also Gesundheit ein Teilaspekt, eine Dimension von Lebensqualität zu sein. Das Problem bei der Unterscheidung von Lebensqualität und gesundheitsbezogener Lebensqualität ist, dass die Gesundheit einen Teil der Lebensqualität ausmachen kann bzw. „(...) die verwendete Messmethode definiert, was jeweils unter Lebensqualität zu verstehen ist.“ (Radoschewski, 2000, S. 171) Ein weiteres Problem bei der Definition von gesundheitsbezogener Lebensqualität ist, dass die Subdimensionen selbst bereits mehrdimensionale Konstrukte darstellen. Diese sind wiederum in Konstrukte „höherer Ordnung“ (Gesundheitsstatus und Lebensqualität) eingebunden, wie Abbildung IV veranschaulicht. Zusätzlich bestehen mehr oder weniger starke Überschneidungen von Konstrukten

(Radoschewski, 2000, S. 176).

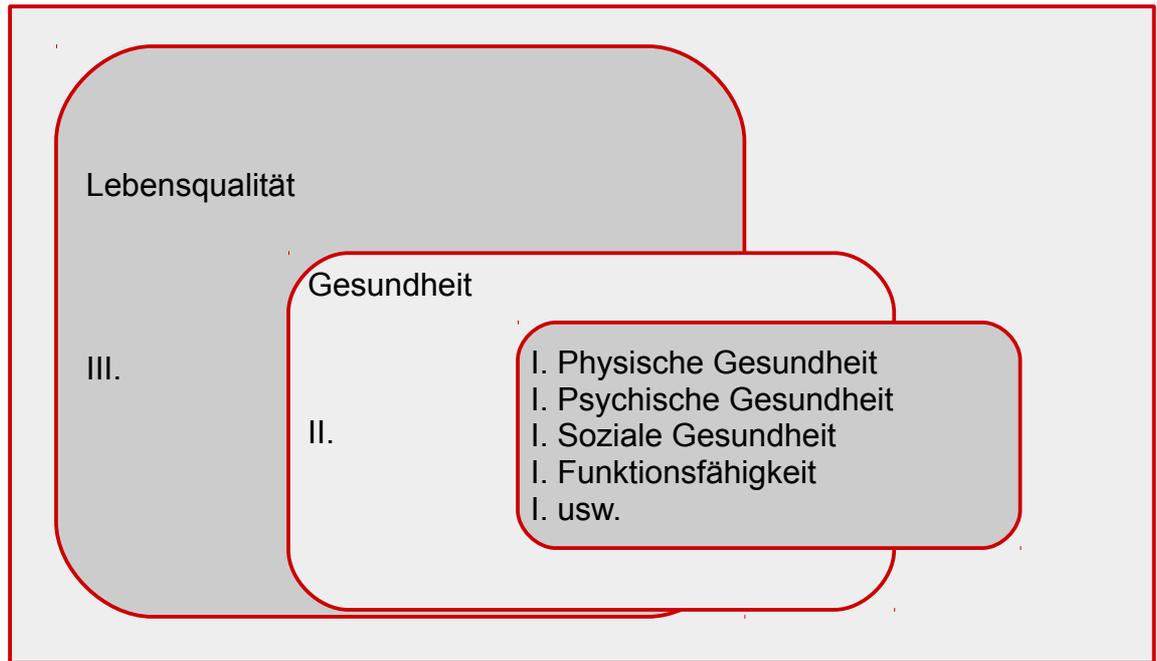


Abbildung IV: Konstruktebenen von Lebensqualität (Radoschewski, 2000, S. 176)

Radoschewski erachtet es als angemessen, zwischen Lebensqualität und gesundheitsbezogener Lebensqualität zu unterscheiden (vgl. Radoschewski, 2000, S. 166), kritisiert aber gleichzeitig die Definition der WHO dahingehend, dass die Dimension „Gesundheit“ keine Berücksichtigung gefunden habe, der Blick auf die Grundlage der vorgeschlagenen Definition ausschließlich subjektiv sei und keine Aussage getroffen werden könne, wie gesund ein Mensch, objektiv gesehen, sei (vgl. Radoschewski, 2000, S. 169).

Demnach kann ein Mensch, der schwer krank ist, seine Lebensqualität selbst höher einschätzen als ein aus medizinischer Sicht gesunder Mensch (Zufriedenheitsparadox), bzw. ein Mensch mit objektiv gutem Gesundheitszustand kann seine diesbezügliche Lebensqualität als wenig positiv beschreiben (Unzufriedenheitsdilemma) (vgl. z.B. Bullinger, 2014, S. 101).

Gesundheit an sich hat bei Gesunden keinen ungemein hohen Stellenwert, sondern wird erst dann zum Wert, wenn eine Krankheit vorausgegangen ist. Auch ist die Bewertung der Lebensqualität (und der gesundheitsbezogenen Lebensqualität) von Menschen darauf bezogen, welche individuellen Ziele, Einstellungen und Wahrnehmung jeder Einzelne hat. Diese individuellen

Sichtweisen sind wiederum „(...) eingebettet in den Kontext der Kultur-, Werte- oder auch Sozialsysteme, in denen die Menschen leben und die selbst Lebensqualität definieren, konstituieren und auch limitieren können.“ (Radoschewski, 2000, S. 168)

Die gesundheitsbezogene Lebensqualität beinhaltet auch die Verbindung einer gesundheitsökonomischen und einer sozialwissenschaftlichen Perspektive auf den Begriff Gesundheit (vgl. Fischer et al., 2001, S. 24). Meist werden die Begriffe Lebensqualität und gesundheitsbezogene Lebensqualität synonym verwendet, da sich beide Begriffe auf die subjektive Wahrnehmung von Wirkungen und Nebenwirkungen einer Therapie aus Sicht des behandelten Patienten beziehen. In jüngeren englischsprachigen suchtspezifischen Studien gibt es die Unterscheidung zwischen HRQOL und Overall Quality of Life (OQOL). Laudet sieht die OQOL als Kontrast zur HRQOL. Während die HRQOL den Fokus auf dem Gesundheitsbegriff legt, bezieht sich die OQOL auf die Zufriedenheit des Menschen mit seinem Leben in seiner Gesamtheit und zieht zur Beschreibung der OQOL die Definition der WHO heran (vgl. Laudet, 2011, S. 45). Im Zusammenhang mit der Rückfallforschung greifen Picci et al. den Begriff OQOL auf (vgl. Picci, Oliva, Zuffranieri, Vizzuso, Ostacoli, Sodano & Furlan, 2014, S. 2757), jedoch ohne ihn näher zu definieren.

Görtz befasst sich mit einer existenzanalytischen Sicht auf das Konstrukt Lebensqualität, entwickelt einen Fragebogen und setzt diesen in einer existenzanalytisch orientierten stationären Suchthilfeeinrichtung in Österreich ein (vgl. Görtz, 2004). Interessant an Görtz' Arbeit ist, dass sie als eine von wenigen den Fokus auf die Lebensqualität als primäres Outcome-Kriterium in der Psychotherapieforschung legt und in Lebensqualität die psychosoziale Perspektive sowie ein Ernstnehmen der Patienten-Autonomie erkennt (vgl. Görtz, 2004, S. 4). Lebensqualität als primäres Outcome-Kriterium fand in der Forschung, wie bereits in Abschnitt 2 beschrieben, bisher wenig Beachtung. Der von Görtz entwickelte Fragebogen baut auf vier existenzanalytischen Grundmotivationen für Wohlbefinden auf, die in der vorliegenden Arbeit nicht näher betrachtet werden. Sie kommt zu dem Schluss, dass ihr Ansatz zu funktionieren scheint, es sich jedoch um einige suchtspezifische Eigenheiten beim Klientel handeln könnte, dass das Wohlbefinden aus verschiedenen

Bereichen nicht trennscharf ist. Sie vermutet, dass bei der von ihr untersuchten Stichprobe der Suchtkranken sowohl die Persönlichkeit als auch die Emotionalität schwach entwickelt oder durch die Suchterkrankung überlagert sein könnten (vgl. Görtz, 2004, S. 10) und empfiehlt das Verfahren eher für Patienten mit Persönlichkeitsstörung. Görtz Vorhaben zielt in erster Linie darauf ab, für die Psychotherapieforschung, insbesondere für existenzanalytische Verfahren, ein Instrument für die Therapieevaluation zu entwickeln und versucht, den Begriff der „existenziellen Lebensqualität“ zu etablieren. Recherchen in den bekannten Datenbanken zu diesem Suchbegriff enden jedoch stets in der Originalarbeit bzw. bei der Dissertation der Autorin; die vorliegende Arbeit verzichtet auf eine weitergehende Darstellung, da sich der Begriff existenzielle Lebensqualität in der Suchtforschung nicht durchgesetzt hat.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die unterschiedlichen Perspektiven auf die Lebensqualität eines gemeinsam haben. Sie verstehen Gesundheit als einen wichtigen Aspekt der Lebensqualität. Die gesundheitsbezogene Lebensqualität richtet hierbei ihren Blick verstärkt auf den Gesundheitsaspekt, wohingegen die allgemeine oder OQOL Gesundheit als einen Teilaspekt betrachtet.

Bullinger et al. stellen zur HRQOL treffend fest: „Im Kontext der Gesundheitswissenschaften bezeichnet der Begriff gesundheitsbezogene Lebensqualität die subjektive Wahrnehmung von körperlichen, psychischen, sozialen und funktionalen Aspekten von Befinden und Verhalten, sie repräsentiert damit die subjektive Gesundheit.“ (Bullinger, Morfeld, Kohlmann, Nantke, Bussche, Dodt et al., 2003, S. 219)

Gesundheitsbezogene Lebensqualität ist folglich immer mit der subjektiven Perspektive des Patienten verbunden. Die vorliegende Arbeit verwendet den Begriff Lebensqualität, falls nichts anderes explizit erwähnt wird als die vom Patienten subjektiv wahrgenommene gesundheitsbezogene Lebensqualität. Für die vorliegende Arbeit schließe ich mich den Vertretern des interindividuellen Konzepts an und orientiere mich an der Definition und den Dimensionen der WHO.

3.3 Sinnhaftigkeit der Messung von Lebensqualität

Beschäftigt man sich intensiver mit dem Konzept der Lebensqualität, so stellt sich die Frage, wie ein Konstrukt, über dessen Definition, Methodik und Anwendung keine Einigkeit existiert, gemessen werden kann. Geht man vom interindividuellen Konzept der Lebensqualität aus, ist diese messbar. Schließt man sich hingegen den Vertretern des impliziten Konstrukts an, ist Lebensqualität nicht messbar. Dennoch verfolgt die Wissenschaft die Entwicklung der Messbarkeit von Lebensqualität, um durch diese eine Basis für die empirisch fundierte Vergleichbarkeit von z.B. Therapiemethoden zu schaffen.

Nach Bullinger verlief die Entwicklung von Messinstrumenten zunächst in zwei Strängen. Auf der einen Seite entstanden die krankheitsübergreifenden, generischen (generic) Messinstrumente und auf der anderen Seite die krankheitsspezifischen (targeted) Instrumente (vgl. Bullinger, 1997, S. 78; 2014, S. 99). Beide Stränge haben gemeinsam, dass sie von der Mehrdimensionalität des Konstrukts Lebensqualität ausgehen und versuchen, die Lebensqualität der Patienten aus deren Sicht zu erfassen. In ihren neueren Publikationen beschreibt Bullinger einen dritten Strang, dieser umfasst krankheitsvergleichende (chronic generic) Instrumente, sowie Instrumente, die der Messung gesundheitsökonomischer Aspekte (Kosten-Nutzen-Analysen) dienen (vgl. Bullinger, 2014, S. 99).

Die generischen Instrumente eignen sich vor allem für bevölkerungsrepräsentative Studien, aber auch für den Vergleich der Lebensqualität bei verschiedenen Erkrankungen. Die Repräsentation der Erfahrung einer chronischen Erkrankung, unabhängig von der einzelnen Diagnose, ist die Grundlage der krankheitsvergleichenden Instrumente. Krankheitsspezifische Verfahren hingegen bilden die besonderen Herausforderungen ab, die bei einer Erkrankung und deren Behandlung für die Betroffenen entstehen. Die gesundheitsökonomischen Messinstrumente sind zur Bewertung von Kosten und Nutzen von Therapieverfahren entwickelt worden (vgl. Bullinger, 2014, S.99). Im anschließenden Abschnitt 3.4 der vorliegenden Arbeit werden generische sowie krankheitsspezifische Messinstrumente genauer beschrieben.

Die Lebensqualität der Patienten im Gesundheitsbereich zu messen, ermöglicht es zum einen, die Wirksamkeit von Interventionen zu belegen bzw. zu betrachten und die Wirkung präventiver Maßnahmen z.B. von Gesundheitsförderungsprogrammen zu bewerten. Zum anderen eignet sich die Erhebung von Lebensqualität dazu, diese von einzelnen Populationen z.B. in Gesundheitssurveys darzustellen und die Gesundheitsökonomie in Form von Qualitätssicherung, Versorgungsqualität und Ergebnisqualität zu wahren. Außerdem eignet sich die Messung von Lebensqualität dazu, Kosten-Nutzen-Analysen durchzuführen.

Ein weiterer Grund, die Lebensqualität von Patienten zu messen, liegt in der Subjektivität des Konstrukts an sich. Fischer et al. sehen die Stimme der Patienten in der medizinischen Behandlung in den vergangenen Jahrzehnten als unterrepräsentiert (vgl. Fischer et al., 2001, S. 23). Die Messung von Lebensqualität erlaubt es den Patienten, ihre eigene Einschätzung zu den medizinischen Interventionen, auf die sie sonst kaum einen Einfluss haben, zu artikulieren und in die Auswertung des Behandlungserfolgs mit einfließen zu lassen. Den nichtmedizinischen Aspekten der Behandlung kommt in den letzten Jahrzehnten eine zunehmend größere Bedeutung für das Wohlbefinden der Patienten zu. Die Frage „Wie geht es mir?“ wird zunehmend zentraler als die Frage „Ist die Behandlung effektiv, gemessen an den Standardindikatoren?“ (Vgl. Fischer et al., 2001, S. 23.) Lebensqualität wird hiermit zum Patient related Outcome (PRO). PRO wird als Oberbegriff für viele verschiedene Konzepte zur Messung subjektiv empfundener Gesundheitszustände verwendet. Die Grundlage dieser Konzepte ist es, dass der Patient selbst seinen Zustand einschätzt und darüber berichtet. Der Begriff PRO wird seit Beginn des neuen Jahrtausends in seiner heutigen Form verwendet. Die dem PRO zu Grunde liegenden Daten basieren auf der subjektiven Selbsteinschätzung der Patienten. Zentrale Kriterien sind der Patientbericht und die dem Patienten überlassene Deutungshoheit über seinen Gesundheitszustand. Lebensqualität ist ein Konstrukt, das den PROs zugeordnet werden kann (vgl. Brettschneider, Lühmann & Raspe, 2011, S.7). Allerdings ist die Studienlage für PROs und gesundheitsbezogene Lebensqualität noch nicht ausreichend (vgl. Patrick, Burke, Powers, Scott, Rock, Dawisha et al. 2007). Zu diesem Ergebnis kommt auch Bullinger für den deutschsprachigen Raum (vgl.

Bullinger, 2014, S.101)⁷.

Als ein weiterer im Rahmen der vorliegenden Arbeit jedoch zu vernachlässigender Sinn in der Erhebung der Lebensqualität im medizinischen Bereich sieht Bullinger, dass durch diese für die Sozial- und Verhaltenswissenschaften eine Möglichkeit geschaffen wird, mit den medizinischen Fächern über die Psychosomatik hinaus zu kooperieren (vgl. Bullinger, 1997, S. 84). Durch die Hinwendung zum Subjekt in der Medizin wird so eine multidisziplinäre Zusammenarbeit gefördert.

Zum Sinn der Messung von Lebensqualität lässt sich zusammenfassend festhalten, dass der Mensch in der Medizin nicht mehr länger als der stumme Patient betrachtet wird, sondern eine Stimme und die Kompetenz zugeschrieben bekommt, über seinen eigenen Gesundheitszustand zu berichten und die Behandlung aus seiner subjektiven Sicht zu bewerten. Miller und Miller fassen die Sicht der Patienten auf die Ziele derer eigenen Behandlung treffend zusammen:

More importantly, clients themselves have priorities, and the extent to which we address them is likely to influence our success with engagement, retention and outcomes. There is wisdom in viewing clients' lives respectfully through their own eyes. (This flies in the face of a tradition that dismisses clients' perspectives as hopelessly distorted, irrational and out of touch with reality.) (Miller & Miller, 2009, S. 685)

3.4 Messinstrumente zu Lebensqualität

Es existieren zahlreiche Instrumente zur Messung der Lebensqualität. Die meisten Messinstrumente, die verfügbar sind, sind multidimensional und beinhalten verschiedene Domänen mit einer weiteren Unterteilung in Subskalen (vgl. Fischer et al., 2001, S. 24).

Radoschewski betrachtet acht Messinstrumente zur gesundheitsbezogenen

⁷ Bullinger bezieht sich hierbei auf Patrick et al., die den mangelnden Forschungsstand in den USA aufzeigen. Nach Patrick et al. begrüßt es die amerikanische Food and Drug Administration (FDA) ausdrücklich, dass die gesundheitsbezogene Lebensqualität als PRO-Faktor in Studien Anwendung findet (vgl. Patrick et al., 2007, S. 127ff.).

Lebensqualität (darunter auch der SF-36, das Instrument der WHOQOL-Group sowie das europäische Instrument, den EQ-5D) genauer und vergleicht die jeweils verwendeten Subkonzepte, ihre Indikatoren- und/oder Variablendefinition, die Skalen und die Item-Struktur. In Abbildung V stellt Radoschewski das Ergebnis beispielhaft dar. Hierbei wird deutlich, dass es die vielen Dimensionen und Unterkategorien die die verschiedenen Messinstrumente aufweisen, nahezu unmöglich machen, eine einheitliche Definition für Lebensqualität zu entwickeln, geschweige denn ein universelles, einheitliches Messinstrument als Standard zu etablieren.

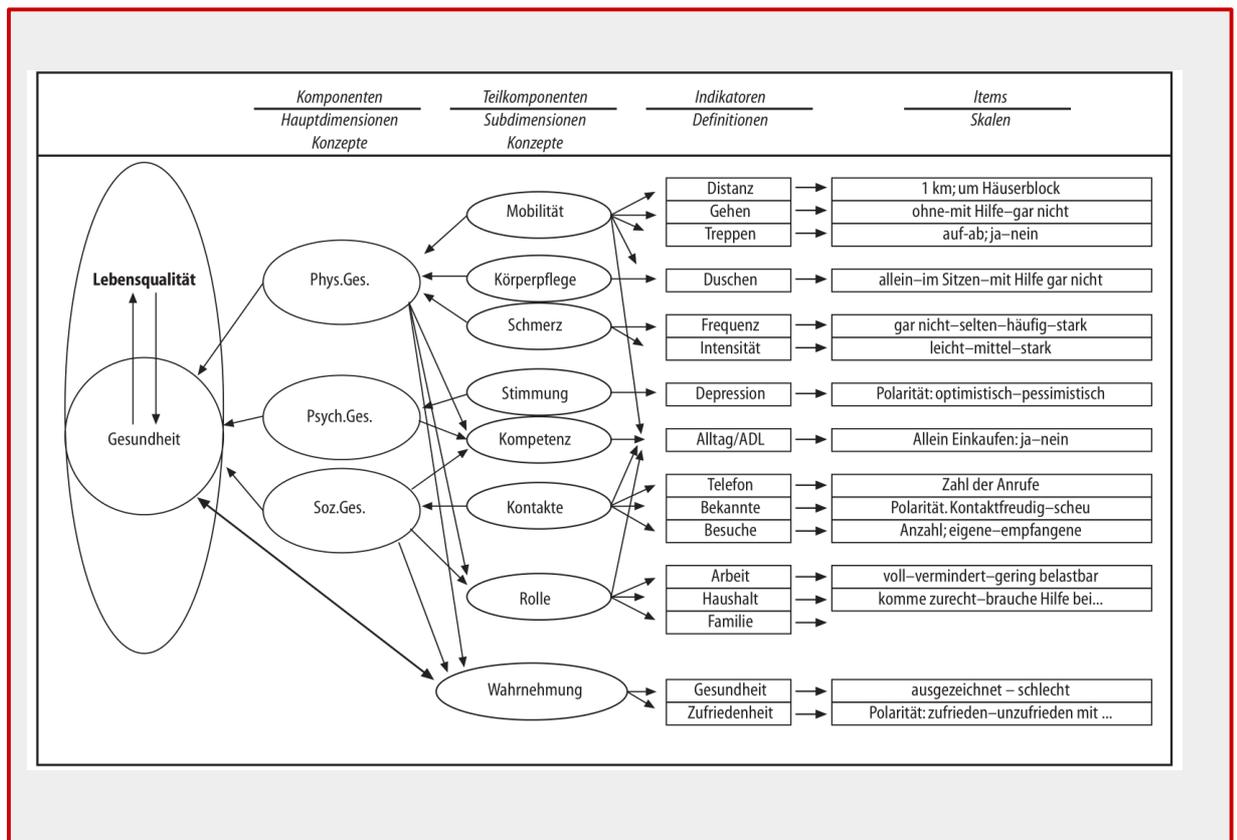


Abbildung V: Komponenten, Dimensionen und Konzepte gesundheitsbezogener Lebensqualität und ihrer Operationalisierung (Beispiele) (Radoschewski, 2000, S. 178).

Grundsätzlich ist bei den Instrumenten zur Messung der Lebensqualität zu unterscheiden, ob es sich um krankheitsspezifische oder generische Instrumente handelt. Störungsspezifische Instrumente existieren für viele somatische sowie psychosomatische Erkrankungen, beispielsweise Lebensqualität und Wohlbefinden bei Krebserkrankung oder Depression. Es gibt Unterscheidungen in der Altersspanne – jüngst wurden auch Mess-

instrumente zur Messung der Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen etabliert (vgl. Bullinger, 2014, S. 100) – sowie durch wen das Instrument beantwortet wird (Patient oder Behandler). Die häufigste Form der Erhebung der Lebensqualität ist der Selbstbericht durch den Patienten und somit die subjektive Sicht der Betroffenen auf ihre eigene Situation. In einigen Fällen kann jedoch auch die Fremdbeurteilung (z.B. durch Eltern, Angehörige, Pflegepersonal und Ärzte) sinnvoll sein, wie etwa bei Kindern oder bei kognitiv eingeschränkten Personen wie z.B. Demenzkranken (vgl. Bullinger, 2014, S. 99).

3.4.1 Generische Messinstrumente

Grundsätzlich ist es möglich, die Lebensqualität in Form von Interviews oder durch Fragebögen zu erheben. Bei den Fragebögen unterscheidet man, ob es sich um einen Profilfragebogen handelt, welcher für die einzelnen Dimensionen der Lebensqualität Werte (Scores) ermittelt (z.B. SF-36), oder um einen Indexfragebogen, der Scores unterschiedlicher Dimensionen zu einem Gesamtscore aggregiert (z.B. das europäische QOL-Instrument EQ-5D). Der Nachteil von Profilfragebögen liegt darin, dass die abgefragten Dimensionen untereinander schwer vergleichbar sind. Bei Indexfragebögen gehen Informationen der einzelnen Dimensionen verloren.

Eine Auswahl der gängigsten international angewandten generischen Messinstrumente zur Erfassung der Lebensqualität sind z.B.:

- DUKE Health Profil,
- Europäisches QOL-Instrument (EQ-5D)
- ICDH-2-Klassifikation,
- MOS-Short Form mit 36 Items (SF-36),
- Nottingham Health Profil,
- Quality of Well-being Scale (QWBS),
- Sickness Impact Profil (SIP),
- WHO-Quality-of-Life-Instrumente (WHOQOL-100/-BREF).

Von den oben genannten Messinstrumenten wurden drei nach internationalen Standards in die deutsche Sprache übersetzt. Hierbei handelt es sich um den

SF-36, den WHOQOL-100/-BREF sowie den EQ-5D. Im Folgenden werden der SF-36 sowie das WHO-Instrument kurz dargestellt. Auf die psychometrischen Eigenschaften Reliabilität, Validität und Sensitivität hin sind beide überprüft. Auf eine Darstellung des EQ-5D wird bewusst verzichtet, da dieser zum einen vor allem für Kosten-Nutzen-Analysen Verwendung findet (vgl. Bullinger, 2014, S. 99) und zum anderen empfohlen wird, ihn ergänzend zu anderen generischen Instrumenten wie z.B. dem SF-36 einzusetzen (vgl. Schulenburg, Claes, Greiner & Uber, 2003, S. 86).

Der Fragebogen aus der Medical Outcome Study (MOS) in der Kurzform mit 36 Items (MOS SF-36, auch SF-36 genannt) stellt ein international eingesetztes und valides Instrument zur Messung der Lebensqualität in deutscher Sprache dar. Er wurde bereits vielfach in Studien angewandt, und es liegen gesicherte Ergebnisse für Deutschland vor (vgl. Bullinger & Kirchberger, 1998; Bullinger et al., 2003; Bullinger, Kirchberger & Ware, 1995).

Weiter wurde der SF-36, ebenso wie seine Kurzform der SF-12, für die Projekte des Verbundforschungsprogramms Rehabilitationsforschung ausdrücklich empfohlen und findet im Bereich der Rehabilitationsforschung üblicherweise Anwendung (vgl. Bullinger et al., 2003, S. 218). Er hat sich zu einem der generischen Kerninstrumente zur Erfassung gesundheitsbezogener Lebensqualität entwickelt (vgl. Bullinger, 2014, S. 99).

Der SF-36 erfasst die Lebensqualität in acht Dimension bzw. Subskalen der subjektiven Gesundheit mit unterschiedlichen Itemzahlen. Diese Dimensionen sind:

1. Körperliche Funktionsfähigkeit
2. Körperliche Rollenfunktion
3. Körperliche Schmerzen
4. Allgemeine Gesundheitswahrnehmung
5. Vitalität
6. Soziale Funktionsfähigkeit
7. Emotionale Rollenfunktion
8. Psychisches Wohlbefinden

Eine Zusatzfrage des Instruments bezieht sich auf die Veränderung des subjektiven Gesundheitszustandes im Vergleich zum vergangenen Jahr. In der

Standardversion fragt es die Befindlichkeit im Zeitfenster der letzten 4 Wochen ab. Für den SF-36 liegt neben dem Fragebogen zur Selbstbeurteilung auch eine Interviewform sowie ein Fragebogen zur Fremdbeurteilung vor. Die Bearbeitungszeit zum Ausfüllen wird mit 7 bis 15 Minuten angegeben, die Auswertungszeit mit 10 Minuten. Eingabe und Auswertung können sowohl von Hand als auch computergestützt erfolgen. Aktuell ist eine App für Mobiltelefone verfügbar, die sich die Patienten herunterladen könnten.

Die Kritik am SF-36 umfasst zum einen, dass der Fragebogen erst für Patienten ab einem Alter von 14 Jahren einsetzbar ist und nicht den Einfluss des Schlafes auf die Lebensqualität berücksichtigt. Zum anderen zeigen Erfahrungswerte, dass der SF-36 bei älteren Menschen über 65 Jahren weniger gut geeignet ist, da ein höheres Alter mit einer geringeren Anzahl beantworteter Items einhergeht. Auch wurde festgestellt, dass Frauen eher dazu tendieren, die Items des SF-36 nicht vollständig zu beantworten (vgl. Bullinger et al. 2003, S. 218).

Ein weiterer Kritikpunkt bei der Verwendung des SF-36 ist nach Bullinger, dass zwar die Einschränkung der Lebensqualität erfasst, nicht aber deren relative Wichtigkeit für den Patienten berücksichtigt wird (vgl. Bullinger, 2000, S. 195).

Bei dem zweiten Messinstrument handelt es sich um den WHOQOL-BREF. Dieser gilt im englischsprachigen Raum als „Gold-Standard“ für die Erfassung der Lebensqualität (vgl. Picci et al, 2014, S. 2765). Radoschewski schließt hingegen so etwas wie einen Gold-Standard für ein theoretisches, nicht klar definierbares Konstrukt aus, da aus seiner Sicht ohne eine einheitliche Definition auch kein einheitliches Instrument existieren kann (vgl. Radoschewski, 2000, S. 171). Der WHOQOL-BREF ist die Kurzform des WHOQOL-100 und umfasst statt 100 lediglich 26 Items. Die abgefragten Dimensionen umfassen neben physischem Wohlbefinden (7 Items) und psychischem Wohlbefinden (6 Items) auch soziale Beziehungen (3 Items) und Umwelt (8 Items) (vgl. Angermeyer, Kilian & Matschinger, 2003, S. 327).

Auch für den WHOQOL-BREF liegen Normwerte einer repräsentativen Studie der Erwachsenenbevölkerung in Deutschland vor. Gegenwärtig gibt es diese jedoch erst für die Altersgruppen ab 18 Jahren vor (vgl. Angermeyer et al.,

2003, S. 327). Die Befragung der Patienten erfolgt über Fragebögen, die von Hand ausgefüllt werden. Die Bearbeitungszeit wird mit 5 bis 12 Minuten angegeben. Für die Auswertung wird ein Tabellenkalkulations- oder Statistikprogramm empfohlen, da eine händische Auswertung nur bei sehr geringen Fallzahlen zu bewältigen ist.

An dieser Stelle sei angemerkt, dass Laudet hinsichtlich der Definition von Lebensqualität den Einsatz der jeweiligen Instrumente zuordnet. Er sieht den SF-36 als geeignet zur Messung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität und das WHO-Instrument zur OQOL an (vgl. Laudet, 2011, S. 45). Veenhoven betrachtet den SF-36 als ungeeignet zur Messung seiner vier Lebensqualitäten, da das Instrument explizit auf die Gesundheit abzielt und keine äußeren Qualitäten seines Modells abdeckt (vgl. Veenhoven, 2000, S. 20 f.).

3.4.2 Suchtspezifische Messinstrumente

Ein krankheitsspezifisches Messinstrument für die Lebensqualität von Menschen mit Abhängigkeitserkrankung gibt es nach eingehender Recherche aktuell noch nicht in einer validierten Form und v.a. nicht in deutscher Sprache. Es existieren jedoch Versuche, englischsprachige Instrumente für Menschen mit substanzbezogener Störung durch Alkohol zu etablieren.

Malet et al. isolierten 2006 aus der französischen Version des SF-36 die neun alkoholrelevanten Items und entwickelten aus diesen einen eigenständigen Fragebogen (Alcohol quality of life mit 9 Item, kurz AIQol 9) für Menschen mit Alkoholabhängigkeit (vgl. Malet, Llorca, Beringuier, Lehert & Falissard, 2006). Der Fragebogen wurde 2014 in einer australischen Studie mit 138 ambulant und stationär behandelten Alkoholabhängigen psychometrisch überprüft. Die Autoren bescheinigen dem Instrument Validität und Reliabilität (vgl. Zubaran, Zolfahari, Foresti, Emerson, Sud & Surjadi, 2014). Für den AIQol 9 existiert gegenwärtig keine deutsche Übersetzung.

Zwei weitere alkoholspezifische Instrumente sind der „Alcohol-Related Problems Questionnaire“ (ARPQ), entwickelt von Patience et al. (vgl. Patience, Buxton, Chick, Howlett, McKenna & Ritson, 1997), sowie der „Alcohol

Problems Questionnaire“ (APQ), entwickelt von Drummond (1990). Das Instrument von Drummond besteht aus 46 dichotomen Fragen (Antwortmöglichkeiten ja oder nein), verteilt auf 8 Domänen. Drummond vereint im APQ die Instrumente Troubles with Drinking Questionnaire und das Alcohol Use Inventory (vgl. Drummond, 1990, S. 359). Beide haben jedoch wissenschaftlich bisher keinen nachhaltigen Niederschlag gefunden bzw. wurden bislang trotz ihrer offensichtlichen Potentiale nicht weiter beachtet und weiterentwickelt⁸.

Das jüngste Messinstrument ist die Alcohol Quality of Life Scale (AqoLS), entwickelt an einer Fokusgruppe, bestehend aus 38 Patienten in England und Frankreich (vgl. Luquiens, Whalley, Crawford, Laramée, Doward & Price, 2015). Luquiens et al. haben anhand dieser Patientengruppe ein Instrument entwickelt, das die gesundheitsbezogene Lebensqualität von Menschen mit Alkoholstörung abbildet. Die Entwicklung fand in mehreren Schritten statt und beinhaltete z.B. Patientenbefragungen und Expertenüberprüfung. In diesem Prozess haben sich sieben Areale herausgebildet, die die Basis des Instruments bilden und mit 34 Items abfragen. Die Areale sind:

1. Beziehungen
2. Aktivitäten
3. Selbstfürsorge
4. Emotionaler Einfluss
5. Kontrolle
6. Lebensbedingungen und
7. Schlaf

Aus Sicht der Autoren bietet der AqoLS das Potential einer wachsenden Sensitivität, um die Effektivität von Therapieinterventionen aus Patientenperspektive abzubilden.

Eine genauere Betrachtung der durch Luquiens et al. entwickelten Areale zeigt, dass diese sich substantiell von denen im Rahmen des SF-36 und des WHOQOL-BREF abgefragten Domänen unterscheiden. Bemerkenswert ist,

⁸ Medpilot Abfrage am 06.06.2015:
13 Treffer für die Eingabe „APQ + alcohol“ - davon 6 Treffer relevant. Das jüngste Ergebnis stammt aus dem Jahr 2005.
4 Treffer für die Eingabe „ARPQ + alcohol“ - davon 3 Treffer relevant. Das jüngste Ergebnis stammt aus dem Jahr 2008.

dass Luquiens et al. insbesondere dem Faktor „Schlaf“ eine besondere Berücksichtigung zukommen lassen, ebenso dass sie dem Areal „Kontrolle“ eine besondere Bedeutung zumessen. Das Instrument ist psychometrisch noch nicht überprüft – entsprechend ist die Struktur der Dimensionen (Areale) bisher noch hypothetisch (vgl. Luquiens et al., 2015).

Ugochukwu et al. stellen in ihrer Review 2013 neben den bereits genannten Messinstrumenten auch den Addiction Severity Index (ASI) als Instrument zur Erhebung der Lebensqualität vor. Dieser ist aus ihrer Sicht zwar nicht alkoholspezifisch, zielt aber darauf ab, Aspekte der Lebensqualität mit den spezifischen Problemen, die mit Alkohol- und Drogen-Missbrauch einhergehen, zu vereinen. Der ASI wurde in den USA umfangreich für alkoholbezogene Bewertungen der Lebensqualität herangezogen (vgl. Ugochukwu, Bagot, Delaloye, Pi, Vien, Garvey et al., 2013, S. 4). Die Europäische Version des auch auf deutsch verfügbaren EuropASI betont hingegen die Verwendung des Instruments zur Feststellung des Schweregrades der Abhängigkeit und stellt keine Verbindung zur Lebensqualität dar (vgl. Gsellhofer, Kufner, Vogt & Weiler, 1999; zit. nach: Schmidt, Kufner, Hasemann, Löhnert, Kolb, Zemlin & Soyka, 2007, S. 542).

Ein kurzer Blick auf den Forschungsstand im Bereich illegaler Drogen zeigt, dass auch hier kaum suchtspezifische Messinstrumente eingesetzt werden. Im Jahr 2010 führten De Maeyer, Vanderplasschen und Broekaert eine systematische Übersichtsarbeit zur Erhebung der Lebensqualität bei Konsumenten illegaler Drogen durch. Sie untersuchten 38 Studien aus dem Zeitraum zwischen 1993 und 2008 in Bezug auf die in ihnen verwendeten Messinstrumente. Die Mehrheit von diesen nutzt generische Instrumente, allen voran den SF-36. Keine der 38 Studien nutzt ein drogenspezifisches Instrument. De Maeyer et al. vermuten den Grund hierfür darin, dass nur wenige Instrumente verfügbar seien und nach Wissen der Autoren nur eines existiere, welches validiert sei: The Injection Drug User Quality of Life Scale, die jedoch von keiner Studie verwendet wurde (vgl. De Maeyer, Vanderplasschen, & Broekaert, 2010, S. 377).

Das European Monitoring Center for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA)

verweist in seinem Manual für die Evaluation der Behandlung von problematischem Drogenkonsum ausschließlich auf generische Messinstrumente zur Erhebung der Lebensqualität von Drogenabhängigen (vgl. EMCDDA, 2007, S. 41). Auch hier findet sich kein Verweis auf drogenspezifische Instrumente.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die Suchtforschung unabhängig von der betrachteten Substanz noch immer über keine allgemein etablierten krankheitsspezifischen Messinstrumente verfügt. An ihre Stelle werden in der Regel überwiegend generische Messinstrumente eingesetzt.

3.5 Lebensqualität in der Suchtforschung

Die Betrachtung des Konstrukts Lebensqualität variiert im Bereich Suchtforschung je nachdem, auf welche Substanz der Fokus der Untersuchung gerichtet ist. Während Arbeiten mit Fokus auf die Substanz Alkohol keine Unterscheidung zwischen Lebensqualität und gesundheitsbezogener Lebensqualität treffen bzw. sich mehrheitlich der gesundheitsbezogenen Lebensqualität zuwenden, fordern Forscher, in deren Fokus die Abhängigen illegaler Drogen stehen, sehr wohl eine Unterscheidung (vgl. Laudet, 2011). Bei Opiatabhängigen greife das Konzept der gesundheitsbezogenen Lebensqualität nicht, da der Fokus bei diesem auf den funktionellen Status der Personen gelegt werde und die Zufriedenheit mit dem Leben als Ganzes zu kurz komme (vgl. De Mayer et al. 2010, S. 364). De Mayer et al. erkennen die Notwendigkeit eines anderen QOL-Konzepts für Abhängige illegaler Drogen. Nach Gölz sind die Dimensionen der Lebensqualität, wie sie in den derzeit verwendeten Messinstrumenten vorhanden sind, auf Abhängige illegaler Drogen kaum anwendbar, da diese von einem anderen Wertekanon bestimmt werden (vgl. Gölz, 2001, S. 41). Bei Heroinabhängigen wird die Lebensqualität etwa bestimmt durch das Fernbleiben von Entzugssymptomen, die Vermeidung von Opfererfahrung sowie den Kampf um die schiere Bewältigung ihres Alltags. Die konkreten Inhalte von Lebensqualität, nämlich die Fähigkeiten bei der Bewältigung des privaten und beruflichen Alltags und die geistig-seelische Entwicklung, treten in den Hintergrund (vgl. Gölz, 2001, S. 41). Hingegen stellen Pyne et al. in einer Studie fest, dass die Lebensqualität

von Drogenabhängigen sehr wohl durch generische Messinstrumente erfassbar ist (vgl. Pyne, Tripathie, French, McCollister, Rapp & Booth, 2011). Im Hinblick auf den konzeptionellen Teil der vorliegenden Arbeit und um den Forschungsstand fokussiert darstellen zu können, werden im Folgenden Studien über den Zusammenhang von Lebensqualität und dem Gebrauch illegaler Drogen nicht weiter berücksichtigt.

3.5.1 Lebensqualität und Alkohol: der Stand der Forschung

Für eine umfassende Analyse des Forschungsstands bezüglich Alkohol und Lebensqualität sind vor allem drei Übersichtsarbeiten von herausragender Bedeutung. Die älteste Arbeit von Foster et al. aus dem Jahr 1999 (vgl. Foster, Powell, Marschall & Peters, 1999), eine Arbeit von Donovan et al. (vgl. Donovan, Mattson, Cisler, Longabough & Zweben, 2005) sowie eine aktuellere von Ugochukwu et al. (2013). Die Arbeiten beschäftigen sich alle drei mit Lebensqualität in der Suchtforschung und haben zum Inhalt, dass sie suchtwissenschaftliche Studien hinsichtlich des Outcome-Kriteriums Lebensqualität untersuchen und die bisher gewonnenen Ergebnisse schlüssig zusammenfassen. Außerdem wurde für die vorliegende Arbeit gezielt nach deutschen Studien recherchiert, die Lebensqualität als Outcome-Kriterium in den Fokus der Betrachtung rücken. Um den Forschungsstand zu aktualisieren, wurde für die vorliegende Arbeit nach weiteren Studien recherchiert, die im zeitlichen Verlauf nach jenen, die bereits Ugochukwu et al. eingeschlossen haben, veröffentlicht wurden.

Foster et al. stellen bereits 1999 einen deutlichen Mangel an publizierter Literatur zu diesem Thema fest. Dies hat sich bis zum heutigen Tag nicht grundlegend geändert (siehe hierzu Abschnitt 3.5.2 Forschungsbedarf). Grundsätzlich stellen Foster et al. in den von ihnen gesichteten Studien fest, dass eine signifikante Veränderung der Lebensqualität als Ergebnis von Abstinenz, aber auch von risikoarmem und kontrolliertem Trinken gesehen werden kann (Foster et al., 1999, S. 257). Weiter halten sie fest, dass sich die Lebensqualität durch Abstinenz zwar anfangs verbessert, dass aber nicht davon ausgegangen werden kann, dass sie im Zeitverlauf weiter ansteigt oder

stabil bleibt. (vgl. Foster et al., 1999, S. 258). Es zeigte sich vielmehr, dass die Lebensqualität mit andauernder Abstinenz wieder sinkt. Zu diesem Ergebnis kommen auch Amodeo et al. 1992 (vgl. Amodeo, Kurzt & Cutter, 1992). Sie verglichen die Lebensqualität von kurzzeitig Abstinenten (3-12 Monate), mittelfristig Abstinenten (13-42 Monaten) und langfristig Abstinenten (43 Monate bis 9 Jahre). Hier hatten die mittelfristig Abstinenten die besten Ergebnisse bei der Lebensqualität (vgl. Amodeo et al., 1992).

2005 untersuchten Donovan et al. 36 im Zeitraum von 1993 bis 2004 veröffentlichte Studien über Alkoholkonsum, die Lebensqualität als Outcome-Kriterium enthalten und/oder ein Messinstrument für Lebensqualität eingesetzt haben. Ihre Analyse zeigt, dass in den 36 Studien zwölf verschiedene Messinstrumente für Lebensqualität verwendet wurden. Der am häufigsten verwendete Fragebogen war hier der SF-36 bzw. Messinstrumente denen der SF-36 zugrunde liegt (z.B. SF-20⁹ oder SF-12) (vgl. Donovan et al., 2005, S. 122). Interessanterweise wurde zu diesem Zeitpunkt von keiner der analysierten Studien das WHO-Instrument (WHOQOL-100 bzw. -BREF) verwendet. Donovan et al. unterteilen die untersuchten Studien in vier Kategorien:

- Beschreibende Studien, die auf Trinkmuster und Lebensqualität unter nicht abstinenten Patienten fokussieren.
- Vergleichende Studien, die die Lebensqualität von Alkoholabhängigen mit der von nicht-klinischen Kohorten und anderen chronisch Erkrankten untersuchen.
- Studien, die die Beziehungen zwischen soziodemographischen Daten von Alkoholabhängigen und klinischen Charakteristiken und Lebensqualität untersuchen.
- Studien, die die Effekte einer Behandlung auf das Trinkverhalten und die Lebensqualität untersuchen (vgl. Donovan et al., 2005, S. 122 ff.).

Donovan et al. fassen zusammen, dass die Ergebnisse der Studien, die den Zusammenhang von Lebensqualität und Trinkmustern unter Alkoholkonsumenten ohne entwickelte Abhängigkeit untersuchen, übereinstimmend aufzeigen, dass häufiges oder episodisch starkes Trinken (heavy drinking) zu einer Reduktion der Lebensqualität führt. Gleichzeitig scheinen die Studien, die

9 Der SF-20 findet in Deutschland keine Anwendung. Hier wird neben dem SF-36 nur der SF-12 eingesetzt.

die Lebensqualität von alkoholabhängigen Personen und den Zusammenhang zwischen Trinkstatus und Lebensqualität untersuchen, ebenfalls darin übereinzustimmen, dass erstens Alkoholabhängige im Vergleich zur Normbevölkerung oder anderen chronisch erkrankten Menschen eine geringere Lebensqualität aufweisen. Zweitens scheint der Zusammenhang zwischen Alkoholabhängigkeit und Lebensqualität durch eine Anzahl soziodemographischer und klientencharakteristischer Kriterien wie Alter, Ausbildung, Geschlecht und Komorbidität beeinflusst zu sein. Drittens haben Menschen mit Alkoholabhängigkeit, die bei der Aufnahme zur Entgiftung oder Behandlung stehen, eine geringere Lebensqualität als die generelle Bevölkerung und sie erfahren eine Besserung durch die Behandlung (vgl. Donovan et al., 2005, S. 136).

Trotz dieser Verbesserung ist es unwahrscheinlich, dass die Lebensqualität vieler dieser Patienten sich der der Normbevölkerung angleicht, oder sich gar darüber hinaus entwickelt. Außerdem ist bei Menschen mit riskantem und schädlichem Trinkverhalten, eine signifikante Steigerung der Lebensqualität mit dem Erreichen und Aufrechterhalten eines deutlich reduzierten Trinkverhaltens sogar ohne komplette Abstinenz assoziiert (vgl. Donovan et al., 2005, S. 136).

Ugochukwu et al. erweitern den Recherchezeitraum und filtern für den Zeitraum von 1971 bis 2011 91 Studien heraus. Auch hier ergibt die Analyse zwölf verwendete Messinstrumente, wobei der SF-36 am häufigsten eingesetzt wurde. Neben dem SF-36 fanden auch die beiden mittlerweile etablierten WHOQOL-Instrumente, sowie der EQ-5D Verwendung (vgl. Ugochukwu, 2013, S. 2 ff.).

Ebenfalls in die Übersichtsarbeit von Ugochukwu et al. eingeflossen ist eine der größten Alkoholstudien der letzten Jahre, die COMBINE-Studie¹⁰. Diese verwendet eine abgeleitete Form des SF-36, den kürzeren SF-12, sowie eine gekürzte Form des WHO-Instruments, den WHOQOL-26. LoCastro et al.

¹⁰ In der combined pharmacotherapies and behavioral intervention-Studie, der COMBINE-Studie, wurde an 1.383 Patienten die Auswirkungen von Pharmakotherapie und/oder Verhaltenstherapie auf den Alkoholkonsum untersucht. Die primären Ergebnisse der Studie wurden 2006 von Anton, O'Malley, Ciraulo, Cisler, Couper, Donovan, et al. for the COMBINE Study Research Group veröffentlicht. In den darauffolgenden Jahren gab es weitere Auswertungen der Daten unter verschiedenen Gesichtspunkten.

untersuchen die Daten der COMBINE-Studie unter dem Blickwinkel der Auswirkungen der Behandlungseffekte auf die Lebensqualität als sekundäres Outcome-Kriterium (vgl. LoCastro et al., 2009). Sie stellen fest, dass ein gesteigerter Alkoholkonsum (gemessen in höhere PHDD, mehr DDD und niedrigere PAD) generell mit geringeren Lebensqualitätsmaßen in Zusammenhang steht (LoCastro et al., 2009, S. 189 ff.).

Ugochukwu et al. analysieren ihre Studien sowohl auf Auswirkungen generell als auch die Auswirkungen der Behandlung von Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit auf die Lebensqualität hin. Ugochukwu et al. verweisen v.a. auf eine Studie von Volk et al., die zu dem Ergebnis kommt, dass ein hoher Alkoholkonsum mit geringer Lebensqualität korreliert und ein reduzierter Alkoholkonsum die Lebensqualität erhöht (vgl. Volk, Cantor, Steinbauer & Cass, 1997, S. 901f.). Ein weiterer Einfluss auf die Lebensqualität von alkoholabhängigen oder -missbrauchenden Menschen besteht in soziographischen Daten wie z.B. Alter, Geschlecht, Bildung, Arbeitslosigkeit und Lebenssituation. Hier haben Ältere, Frauen, Arbeitslose, Alleinlebende und gering Gebildete eine niedrigere Lebensqualität. Weiter scheinen komorbide Störungen, Stimmung und Schlafprobleme die Lebensqualität signifikant zu beeinflussen (vgl. Ugochukwu et al., 2013, S. 5).

Die von Ugochukwu et al. untersuchten Studien zu den Auswirkungen der Behandlung kommen insgesamt zu dem Ergebnis, dass die Patienten zu Beginn der Behandlung eine geringere Lebensqualität als am Ende der Behandlung aufweisen – unabhängig davon, welche Behandlungsform untersucht wurde (Entgiftung, therapeutische Behandlung oder Pharmakotherapie). Die Katamnesezeiträume der Studien waren hierbei sehr unterschiedlich und reichten von drei Wochen bis zu 18 Monaten.

Interessanterweise kommen Ugochukwu et al. bei ihrer Analyse zu einem anderen Ergebnis als Donovan et al.: Während Donovan et al. Zusammenfassend feststellen, dass es unwahrscheinlich ist, dass sich die Lebensqualität vieler Patienten bei Reduktion der Trinkmenge oder abstinenter Lebensführung der Normbevölkerung angleicht oder gar verbessert (vgl. Donovan, et al., 2005, S. 136), kommen Ugochukwu et al. hingegen zu dem Ergebnis, dass diese Patienten nach der Behandlung teilweise sogar vergleichbar hohe Werte in der Lebensqualität aufweisen wie die Normpopulation (vgl. Ugochukwu et

al., 2013, S. 5). Insgesamt stellen Ugochukwu et al. fest, dass die Studien als Ergebnis aufweisen, dass starkes tägliches Trinken die Lebensqualität beeinträchtigt, und zwar vor allem in den Bereichen Rollenfunktion und geistige Gesundheit, erstaunlicherweise weniger in der körperlichen Gesundheit. Auch wenn ein verringerter Alkoholkonsum oder Harm-Reduktion-Ansätze erfolgreich die Lebensqualität verbessern, so wurde wiederholt gezeigt, dass Patienten, die eine langfristige Abstinenz anstreben, die größte Verbesserung in der Lebensqualität zeigen. Grundsätzlich waren in den untersuchten Studien die kurzen Beobachtungsperioden (Katamnesezeiträume kürzer als ein Jahr) und die kleinen Stichproben ein Schwachpunkt und schmälern somit teilweise die statistische Relevanz. Zuletzt ist durch die Vielfalt der Behandlungsmodalitäten, der Behandlungsdauer und der benutzten Messinstrumente die Validität der Vergleiche der Wirksamkeit durch Studien ungewiss. Auch ist unklar, welches Messinstrument zu welchem Zeitpunkt oder in welchem Setting (medizinische Notfallhilfe, ambulante und stationäre Behandlung) am besten eingesetzt werden könnte. Ugochukwu et al. fassen für die Zukunft zusammen, dass krankheitsspezifische Messinstrumente unabdingbar sind und mehr Studien zum Thema Lebensqualität benötigt werden (vgl. Ugochukwu et al., 2013, S. 14).

Da in der internationalen Diskussion auffällt, dass es kaum deutsche Studien zur Lebensqualität von Alkoholabhängigen gibt, wurde für die vorliegende Arbeit gezielt nach deutschen Studien recherchiert. Hierbei wurde eine ältere Arbeit aus dem Jahr 1997 gefunden, die in die Analysen von Donovan et al. und Ugochukwu et al. nicht eingeflossen ist. Die Studie von Mann, Morlock und Mezger untersuchte in einer deutschen Studie bereits 1997 die Lebensqualität von 142 alkoholabhängigen Menschen und stellte fest, dass die Lebensqualität der Abstinenten signifikant höher ist als die derer, die nicht abstinent leben. Als Messinstrument setzten sie die Münchner Lebensqualitäts Dimensionen Liste (MLDL) ein (vgl. Mann, Morlock & Mezger, 1997).

Eine weitere deutsche Arbeit sticht durch ihre Aktualität hervor. Frischknecht, Sabo und Mann veröffentlichen im Jahr 2013 ein Studie über eine 7-Jahres-Katamnese mit dem Schwerpunkt Lebensqualität (vgl. Frischknecht, Sabo & Mann, 2013). Dies ist die einzige aktuellere deutsche Studie zum Thema

Lebensqualität von Alkoholabhängigen. Gleichzeitig ist sie eine der wenigen Studien überhaupt, die Lebensqualität als primären Outcomeindikator nutzt (vgl. Daepfen, Faouzi, Sanches, Rahhali, Bineau & Bertholet, 2014, S. 457). Frischknecht et al. bestätigen in ihrer Studie im Großen und Ganzen die Ergebnisse der vorangegangenen internationalen Studien. Ein besonderer Schwerpunkt der Arbeit von Frischknecht et al. lag auf dem Zusammenhang von belastenden Lebensereignissen sowie der erneuten Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen und Lebensqualität von Alkoholabhängigen. Sie kommen zu dem Ergebnis, dass ein reduzierter Alkoholkonsum sogar unter Berücksichtigung von kritischen Lebensereignissen bzw. erneuter Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen die Lebensqualität verbessert. Das verwendete Messinstrument war auch in dieser Studie die MLDL. Die beiden Arbeiten von Mann et al. sowie von Frischknecht et al. sind nach aktuellem Kenntnisstand die einzigen deutschen Arbeiten zum Thema Lebensqualität und Alkohol.

Ugochukwu et al. bezogen in ihre Untersuchung Studien mit ein, die bis 2011 veröffentlicht wurden. Um den aktuellen Stand in der vorliegenden Arbeit abbilden zu können, wurden Studien recherchiert, die nach 2011 veröffentlicht wurden und Lebensqualität im Zusammenhang mit Alkoholkonsum bzw. -missbrauch und -abhängigkeit zum Untersuchungsgegenstand haben. Im folgenden werden drei internationale aktuelle Studien und die entsprechenden Ergebnisse aus den Jahren 2013 und 2014 kurz vorgestellt.

Subbarama und Witbrodt (2014) untersuchten Patienten, die sich im Genesungsprozess einer Alkoholabhängigkeit befanden. Die eine Gruppe verfolgte eine abstinenten Lebensführung, die andere Gruppe hatte kein Abstinenzziel. Subbarama und Witbrodt stellten eine deutlich höhere Lebensqualität bei den Patienten mit Abstinenzziel fest. Hier scheint das vorab gewählte Ziel ein zuverlässiger Indikator für eine langfristig optimale Lebensqualität zu sein. Dass der abstinente Weg der sicherste Weg ist, um seine Lebensqualität zu erhöhen, dies sollte auch den Patienten vermittelt werden (vgl. Subbarama & Witbrodt, 2014, S. 1734).

Eine weitere aktuelle Studie stammt aus Indien. Ursprünglich wurde diese Studie als nicht relevant für die vorliegende Arbeit angesehen, da sie aus

einem Entwicklungsland stammt. Nach eingehender Beschäftigung mit dem Konstrukt Lebensqualität wurde sie jedoch wieder mit einbezogen, da das verwendete Messinstrument gerade auf eine interkulturelle Vergleichbarkeit hin konzipiert wurde. Nach eigener Aussage des Forschungsteams um Srivastava und Bhatia ist diese Studie (ihres Wissens nach) die erste zum Thema Alkohol und Lebensqualität aus einem Entwicklungsland (vgl. Srivastava & Bhatia, 2013, S. 41). Hier wurden ambulant behandelte Alkoholabhängige mit Hilfe des WHOQOL-BREF sowohl in der Anamnese als auch in der 3-Monats-Katamnese untersucht. Gegenüber der alters- und geschlechtsangepassten gesunden indischen Vergleichsgruppe hatte die Behandlungsgruppe der abstinenzorientierten Behandlung in den Domänen physisch, psychisch, sozial und umweltbezogen geringere Werte bei Behandlungsbeginn. Die Studie kommt zu dem Ergebnis, dass sich die Lebensqualität nach 3 Monaten erhöht.

Aus Italien stammt eine weitere aktuelle Studie, die sich speziell mit Lebensqualität als Rückfallindikator beschäftigt (vgl. Picci et al., 2014). Untersucht wurden Alkoholabhängige 6 und 12 Monate nach einer Entgiftung. Die Ergebnisse zeigen auch hier, dass die Abstinenten eine signifikante Verbesserung der Lebensqualität aufweisen, Lebensqualität selbst sich jedoch nicht als Rückfallprädiktor eignet, da ihre Entwicklung keine Aussage über die Rückfallwahrscheinlichkeit zulässt. Picci et al. sehen in Lebensqualität jedoch ein brauchbares sekundäres Outcome-Kriterium (vgl. Picci et al., 2014, S. 2765).

Zusammenfassend lässt sich über den Stand der Forschung zur Lebensqualität von Alkoholabhängigen feststellen, dass sich die Lebensqualität durch Alkoholmissbrauch oder -abhängigkeit verschlechtert und sich durch Behandlung und erfolgreiche Abstinenz bessert (vgl. Ugochukwu et al., 2013, S. 15). Die Besserung der Lebensqualität scheint sogar bis zu den Werten der Normbevölkerung möglich zu sein. Auch eine Konsumreduktion trägt bereits zu einem Anstieg der Lebensqualität bei, jedoch ist die deutlichste Verbesserung der Lebensqualität unter Menschen zu finden, die sich für eine abstinente Lebensführung entschieden haben. Die Abstinenz als vorab gewähltes Ziel in der Behandlung scheint ein zuverlässiger Indikator für eine Erhöhung der Lebensqualität zu sein. Lebensqualitätswerte lassen jedoch keine Vorhersagen

über die Rückfallwahrscheinlichkeit zu. Die Lebensqualität im Zusammenhang mit Alkoholkonsum ist noch nicht annähernd hinreichend erforscht. Viele der zuvor genannten Forscher beklagen in diesem Zusammenhang ein klares Forschungsdefizit.

3.5.2 Forschungsbedarf

Ugochukwu et al. führen an, dass es keine 15 Minuten pro Patient brauche, um lebensqualitätsbezogene Daten zu erheben und für eine Auswertung entsprechend zu dokumentieren. Sie appellieren an die Praxis, systematisch Daten zu erheben und hierfür Instrumente zur Messung der Lebensqualität zu verwenden, die die Domänen physische Gesundheit, emotionaler Status und soziale Funktionsfähigkeit enthalten. Weiter soll die Lebensqualität zu Beginn der Behandlung, während der Behandlung und nach der Behandlung erhoben werden. Den größten Forschungsbedarf sehen Ugochukwu et al. jedoch in der Entwicklung eines validen, sensitiven, standardisierten und vor allem suchtspezifischen Messinstruments, da die generischen Messinstrumente den Besonderheiten der Suchterkrankung nicht gerecht werden (vgl. Ugochukwu et al., 2013, S. 15).

Frischknecht et al. sehen im deutschsprachigen Raum einen allgemeinen Forschungsbedarf zum Thema Lebensqualität und Sucht, bemängeln jedoch vordergründig das Fehlen von Baseline-Daten der vorhandenen Datensätze (vgl. Frischknecht et al., 2013, S. 583). Allerdings steckt die Lebensqualitätsforschung im Suchtbereich nicht nur in Deutschland in den Kinderschuhen. Laudet bemängelt die geringe Forschung auch für die USA (vgl. Laudet, 2011, S. 53). Die Felder der psychischen Gesundheit und Biomedizin haben hinsichtlich der Lebensqualität eine Vorreiterrolle übernommen; die Ergebnisse kann sich die Suchtforschung zu Nutzen machen (vgl. Laudet, 2011, S. 53) um ihre eigene Forschung im Bereich der Lebensqualität weiter zu entwickeln. Auch Bullinger (2014) sieht einen Mangel an randomisierten klinischen Studien, die das Zielkriterium Lebensqualität nutzen. Aus diesem Grund existieren nur wenige Metaanalysen zu diesem Problemfeld. Sie sieht in der Erfassung der Lebensqualität eine Chance zur Evaluation und Optimierung der Versorgung in Deutschland (Bullinger, 2014, S. 102).

Subbarama und Witbrodt üben bzgl. ihrer eigenen Studie an der Stichprobe Kritik, da es sich bei den untersuchten Menschen überwiegend um gut ausgebildete Weiße gehandelt habe. Auch sie erkennen weiteren Forschungsbedarf im Bereich Lebensqualität und Einflussfaktoren im Genesungsprozess (vgl. Subbarama & Witbrodt, 2014, S. 1734). Auch die Auswirkungen der Alkoholerkrankung selbst auf die Lebensqualität finde in der Literatur nicht genügend Berücksichtigung. Wie und in welchen Dimensionen sich bei Alkoholabhängigen die Lebensqualität verändert, ist nach Subbarama und Witbrodt ebenfalls nicht ausreichend erforscht.

Srivastava und Bhatia monieren neben den allgemein bereits genannten Forschungslücken vor allem einen Mangel an aktueller, international publizierter Literatur zum Thema Lebensqualität von alkoholabhängigen Patienten im ambulanten Behandlungssetting (vgl. Srivastava & Bhatia, 2013, S. 42).

Grundsätzlich lässt sich feststellen, dass die Defizite im Forschungsbereich von fast allen Akteuren vor allem in folgenden Punkten gesehen werden:

- allgemein eine zu geringe Anzahl einschlägiger Studien,
- in den bestehenden Studien zu kleine Stichproben,
- unzureichende Studienlage bei gezielten Betrachtungen spezifischer Settings wie z.B. ambulante Maßnahmen,
- zu wenig Publikationen allgemein zum Thema Lebensqualität,
- fehlende Baselinedaten für Vorher-Nachher-Vergleiche,
- fehlende Daten von abhängigen aber unbehandelten Menschen,
- fehlende Verlaufsdaten der einzelnen Lebensqualitätsdimensionen,
- Evaluation von Behandlungen ohne Abstinentenorientierung (vgl. Daepfen et al., 2014),
- fehlendes krankheitsspezifisches Instrument für die Suchtforschung (z.B. Foster et al., 1999, S. 259).

Zudem existiert Uneinigkeit und Unklarheit darüber, welche Messinstrumente zu welchen Zeitpunkten in der Behandlung an welcher Patientengruppe eingesetzt werden sollten. Hier eine Einigung zu erzielen, würde vergleichende Studien und Metaanalysen auf nationaler und internationaler Ebene deutlich erleichtern und der Forschung in diesem Bereich auf eine empirisch breit

abgesicherte Basis stellen.

3.6 Diskussion

Grundsätzlich ist das Konstrukt Lebensqualität schon an sich strittig. Neben einer disziplinübergreifenden Definition fehlt auch ein einheitliches Konzept dazu, was Lebensqualität beinhaltet. Die Lebensqualitätsforschung hat ihren Fokus mehr auf die Entwicklung und Anwendung von Messinstrumenten gelegt als auf konzeptionelle Arbeiten. Lebensqualität besteht aus mehreren Dimensionen, über die jedoch ebenfalls keine Einigkeit herrscht. Der Volksmund ist sich dieser Mehrdimensionalität scheinbar bewusst: man spricht von etwas Positivem im Leben als einem „Stück Lebensqualität“, also als einem Teil von einem größeren Ganzen. Dieses größere Ganze kann für jeden Menschen etwas anderes sein, und so zweifeln die Vertreter des impliziten Konstrukts nicht zu Unrecht an, ob Lebensqualität überhaupt messbar ist.

Radochewski stellt trefflich fest, dass womöglich so viele Lebensqualitäten wie Messmethoden existieren (vgl. Radochewski, 2000, S. 171) und gibt hiermit eine Erklärung, warum es weder das *eine* Instrument im Sinne eines Goldstandards noch eine einheitliche Verwendung der vorhandenen Instrumente gibt.

In den medizinischen Disziplinen ist die HRQOL längst zu einem wichtigen Outcome-Indikator geworden. Die „European Regulatory Issues on Quality of Life Assessment Group“ (ERIQA) hat explizit eine Anleitung herausgegeben, wie Lebensqualität in klinischen Studien einzubeziehen ist. Das Ziel der ERIQA-Gruppe ist es, für Gesundheitsbehörden und Entscheidungsträger Lebensqualität zu einem glaubwürdigen Kriterium für die Evaluation von medizinischen Behandlungsmethoden zu machen (vgl. Chassany, Sagnier, Marquis, Fullerton, Aaronson et al. for the ERIQA, 2002).

Es gibt kaum eine medizinische Disziplin, die sich nicht mit Lebensqualität beschäftigt. Allerdings besteht die Frage, inwieweit Lebensqualität und die Erfassung des Gesundheitszustands konvergieren oder divergieren. Dies macht sich sowohl im Zufriedenheitsparadoxon als auch im Unzufriedenheitsdilemma bemerkbar (vgl. Bullinger, 2014, S. 101). Die Interpretation von Lebensqualitätsdaten führt auch zu der Frage des Zusammenhangs zwischen

Selbstbericht und klinischen Daten. Bullinger stellt in diesem Zusammenhang fest, dass die Unterschiede in der Lebensqualität nicht zwingend dem Schweregrad der Erkrankung entsprechen müssen und klinische Verbesserungen sich nicht zwangsläufig in den subjektiven Indikatoren wiederfinden (vgl. Bullinger, 2014, S. 101). Sie kommt zu dem Schluss, dass Lebensqualität als Endpunkt einer Behandlung nicht nur von Krankheit und Behandlung beeinflusst wird, sondern auch von psychosozialen Faktoren wie z.B. Coping und Resilienz (vgl. Bullinger, 2014, S. 101).

Die wissenschaftliche Nutzung des Konstruktes Lebensqualität erfordert einen differenzierten Blick und eine reflektierte Grundhaltung, da es eine Vielzahl an Herangehensweisen gibt, das Konstrukt zu definieren (vgl. Tiffany et al., 2012a, S. 711). Deshalb ist es gerade bei der Betrachtung der Lebensqualität wichtig, eine klar definierte Herangehensweise bezüglich der Messbarkeit zu wählen.

Der aktuelle Stand in der Suchttherapieforschung zur Lebensqualität zeigt, dass eine Vielzahl von Messinstrumenten zu unterschiedlichen Zeitpunkten im Forschungsprozess und in der Behandlung selbst eingesetzt werden und weder über die eingesetzten Messinstrumente noch über die Messzeitpunkte Einigung herrscht. Auch über die Güte dieser Messinstrumente zur Erhebung der Overall Quality of Life im Gegensatz zur gesundheitsbezogenen Lebensqualität wird diskutiert. Gesundheitsbezogene Lebensqualität, wie sie mit dem SF-36 gemessen werde, lasse keinen Aufschluss darüber zu, wie die einzelnen Dimensionen für den einzelnen Klienten gewichtet seien (vgl. Giacomuzzi, Riemer, Ertl & Hinterhuber, 2002, S. 284). Auch der Aspekt der Zufriedenheit und der persönlichen Erwartungen blieben hier noch ungenügend berücksichtigt. Giacomuzzi et al. sehen aber genau in der individuellen Zufriedenheit und persönlichen Erwartung den Kernaspekt der Lebensqualität.

Auch ergeben die Resultate von Selbst- und Fremdeinschätzung der Lebensqualität kein einheitliches Bild. Dies scheint aber nach genauerer Betrachtung der entscheidende Punkt zu sein: Wer könnte besser ausdrücken, wie es ihm geht als der Patient selbst? Auch wenn Fremdbeurteilungen bei einem bestimmten Personenkreis, etwa bei Kindern oder Menschen mit

kognitiven Einschränkungen, durchaus sinnvoll und manchmal unumgänglich sind, ist die Selbsteinschätzung durch den Patienten selbst grundsätzlich vorzuziehen, um das gewünschte subjektive Bild der Lebensqualität zu erhalten. Dieser Meinung schließt sich auch Schulz im Rahmen der Qualitätssicherung der Deutschen Rentenversicherung an und empfiehlt bei der Einschätzung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität ausschließlich die Stimme der Patienten selbst und nicht die Fremdeinschätzung als entscheidenden Qualitätsindikator zu berücksichtigen (vgl. Schulz, 2009, S. 165).

Es herrscht in den medizinischen Fächern allgemein ein Mangel an randomisierten klinischen Studien, die Lebensqualität als Zielkriterium nutzen (vgl. Bullinger, 2014, S. 102) und erst recht in der Suchtforschung. Es ist wichtig, Lebensqualität in die Suchtforschung zu integrieren (vgl. Laudet, 2011), um somit verstärkt der Patientenperspektive gerecht werden zu können. Bullinger sieht in der Erfassung der Lebensqualität eine Chance zur Evaluation und Optimierung der Versorgung im Gesundheitsbereich (Bullinger, 2014, S. 102). Kilian erkennt im Kontext der Versorgung psychiatrischer Patienten die Lebensqualität als geeigneten Indikator einer schlechten Versorgungsqualität, nicht jedoch als Beweis einer guten Versorgungsqualität (vgl. Kilian, 2006, S. 314). Er begründet dies damit, dass in Folge einer wirksamen Intervention die Lebensqualität des Patienten kurzfristig steigen, sich danach aber wieder verschlechtern wird, da das Anspruchsniveau des Patienten durch das Erleben besserer Lebensbedingungen steigen könne. Laut Kilian eignet sich die Lebensqualität lediglich dafür, die Defizite bestehender Behandlungs- und Hilfsangebote aufzudecken (vgl. Kilian, 2006, S. 314).

Auch Pukrop sieht das Konstrukt Lebensqualität im Kontext psychiatrischer Patienten sehr kritisch. Lebensqualität sei nicht hinreichend präzise definiert, es existierten für die Operationalisierung noch keine verbindlichen Kriterien, Lebensqualität besitzt eine unzureichend divergente Validität, Lebensqualitätsforschung ist durch die Mehrdimensionalität des Konstrukts nicht hypothesengeleitet möglich und es gibt keine empirisch prüfbare Theorie zur Lebensqualität. Trotz all dieser Defizite erkennt Pukrop die Sinnhaftigkeit von Lebensqualität zur Berücksichtigung der Patientenperspektive an (vgl. Pukrop, 2006, 314 f.).

Bisher wird Lebensqualität als Outcome-Kriterium in der Suchtforschung eher stiefmütterlich behandelt. In internationalen Studien steht sie lediglich als sekundäres Outcome-Kriterium neben dem Substanzkonsum als primäres Outcome-Kriterium (vgl. z.B. Donovan et al., 2012, S. 702).

Abstinenz als alleiniger Zielparameter wurde nach und nach abgelöst. Der reduzierte Konsum (DDD, PAD, HDD) wird bis heute erhoben. Seit den 90er Jahren wird Lebensqualität in der Forschung von Alkoholabhängigkeit nicht mehr nur als Ziel der Intervention, sondern auch als Indikator des Behandlungserfolgs gemessen (vgl. Donovan et al., 2005, S. 121).

Donovan et al. kommen zu dem Ergebnis, dass ihr 2005 publizierter Literaturüberblick letztendlich mehr Fragen aufwerfe als er beantworten könne. Lebensqualität ist zum heutigen Zeitpunkt noch immer Konstrukt, dessen Legitimation zwar unbestritten, in der Forschung aber noch nicht klar definiert ist. Weder existiert ein einheitlich verwendetes Messinstrument noch eine klare wissenschaftliche Grundlage zum Zusammenhang von Alkoholabhängigkeit und Lebensqualität bzw. verbesserter Lebensqualität und suchttherapeutischer Behandlung (vgl. Donovan et al., 2005, S. 138 f.).

Donovan et al. zeigen weiter auf, dass noch großer Forschungsbedarf zur Lebensqualität von Alkoholabhängigen besteht. Sie sehen in dem Outcome-Kriterium Lebensqualität eine Möglichkeit, um die Patientenperspektive vermehrt in Studien einzubeziehen, und hoffen, dass die zukünftige Forschung die aufgeworfenen Fragen aufgreift (vgl. Donovan et al., 2005, S. 137).

Die Messung von Lebensqualität kann als ein Weg angesehen werden, um eine genauere Beurteilung des großen Bereichs von gesundheitsbezogener Veränderung von Alkoholabhängigen zu erhalten und die Nutzen und Kosten, die durch Behandlung entstehen, zu beurteilen (vgl. Foster et al., 1999, S. 258). Abstinenz oder Konsummenge alleine zeigen nicht das ganze Bild. Giacomuzzi et al. kommen zu dem Schluss, dass der Bereich der Abhängigkeit zu spezifisch und speziell sei, um nur eine oder wenige Dimensionen zur Erfolgsbeurteilung zuzulassen (vgl. Giacomuzzi et al., 2002, S. 286).

Auch Daepfen stellt fest, dass nur wenige Behandlungsstudien Lebensqualität als primäres Outcome-Kriterium installieren, und sieht gleichzeitig die Notwendigkeit, dass dies in zukünftiger Forschung vermehrt angewandt wird (vgl. Daepfen et al., 2014, S. 457). Foster et al. hoffen im Abschluss ihrer

Arbeit, dass sie ihre Leser davon überzeugen konnten, dass die Patientengruppe der Alkoholabhängigen und ihre Lebensqualität ein lohnendes Forschungsfeld darstellt. Auch Giacomuzzi et al., Donovan et al. und Ugoshukwu et al. appellieren an die Forschenden, Daten zu erheben, auszuwerten und zu veröffentlichen. Nur so könnten die Forschungsdefizite im Bereich Lebensqualität und Alkoholabhängigkeit ausgeglichen werden.

In einem Feld, in dem Heilung oft nicht möglich ist, benötigt die Praxis ein anderes Ziel, und so bekommt das Konstrukt Lebensqualität einen anderen Sinnzusammenhang. Das ultimative Ziel einer Behandlung ist, nach Laudet, immer die Erhöhung der Lebensqualität: „A consensus is emerging that recovery – the common goal of clinicians, clients and their families, funders, policymakers, and society at large – is best conceptualized as abstinence plus improvements in global functioning or in other words, improved QOL.“ (Laudet, 2011, S. 47)

Eine umfassende Würdigung des aktuellen Forschungsstandes zeigt klar, dass Lebensqualität schon heute zumindest gleichberechtigt neben den herkömmlichen Kriterien Abstinenz und Konsummenge als legitimes Outcome-Kriterium in der Suchtforschung dienen sollte. Auch Frischknecht et al. sehen die Lebensqualität als möglichen zusätzlichen Endpunkt in der Behandlungsforschung (vgl. Frischknecht et al., 2014, S. 583). Aktuell liegen jedoch noch nicht ausreichend Daten vor, die die Beantwortung der Frage, ob Lebensqualität die Abstinenz als Outcome-Kriterium umfassend ablösen sollte, empirisch abgesichert ermöglichen könnte. Um eine entsprechende Datenbasis zu schaffen, ist es unerlässlich, die Erhebung von Lebensqualität nachhaltig voranzutreiben. Wie bereits in Abschnitt 3.5.1 dargestellt, entwickeln Ugoshukwu et al. konkrete Empfehlungen quasi als „Rezept“ für die Einbeziehung von Lebensqualität in die Behandlung von Alkoholabhängigen in der Praxis des Versorgungssystems:

- Nutze Lebensqualitätsmessinstrumente, die die Dimensionen physische Gesundheit, emotionaler Status und soziale Funktionsfähigkeit enthalten.
- Messe Lebensqualität am Beginn einer Behandlung, während der

Behandlung und nach der Behandlung.

- Nutze die gemessenen Veränderungen der Lebensqualität, um Patienten zu motivieren, den Behandlungsempfehlungen zu folgen (vgl. Ugoschukwu et al., 2013, S. 15).

Nur wenn der Forschungsbedarf anerkannt und aufgegriffen wird, Daten und Erkenntnisse gesammelt und Zusammenhänge hergestellt werden, ist eine Fortentwicklung der Beurteilung des Konstrukts Lebensqualität als Outcome-Kriterium in der Suchttherapie möglich.

Den Aufforderungen der Forscher Folge zu leisten, scheint hier ein logischer Rückschluss zu sein. In diesem Sinne beschäftigt sich der folgende Abschnitt der Arbeit mit der Umsetzung der genannten Vorschläge in die konkrete Praxis bzw. mit der konzeptionellen routinemäßigen Einbindung des SF-36 in die bestehenden Abläufe einer ambulanten Beratungs- und Behandlungsstelle.

4. Konzept: Erhebung von Angaben zur Lebensqualität in der ambulanten Rehabilitation an der Fachambulanz für Suchterkrankungen für den Landkreis Ebersberg

Wie in Abschnitt 3 der vorliegenden Arbeit dargestellt, fanden in den vergangenen Jahrzehnten umfangreiche Forschungsvorhaben zum Thema gesundheitsbezogene Lebensqualität statt, in deren Rahmen verschiedene Messinstrumente entwickelt und eingesetzt wurden.

In der Suchttherapieforschung gilt es als erwiesen, dass sich durch eine Behandlung, gleich ob körperliche Entgiftung, Pharmakotherapie oder stationäre bzw. ambulante Entwöhnungsbehandlung, die Lebensqualität der Klienten steigern lässt. Dies gilt unabhängig davon, ob sich die Klienten für eine abstinenten Lebensführung entschieden haben oder ob sie eine Reduktion des Alkoholkonsums anstreben.

Während in vielen medizinischen Disziplinen umfangreich zum Thema Lebensqualität geforscht wird, weist die Suchtforschung in dieser Entwicklung noch deutlichen Forschungs- und Diskussionsbedarf auf (vgl. z.B. Tiffany et al., 2012a, S. 713). Allgemein stellt vor allem die äußerst unzureichende Datengrundlage ein häufig bemängeltes Defizit in der Suchtforschung zum Thema Lebensqualität dar. Wie bereits dargestellt, existieren zu wenige Studien mit einer ausreichend großen Stichprobe, was vor allem Frischknecht et al. bezüglich des Fehlens von Baseline-Daten bedauern. In ihrer Studie war somit kein Vergleich der Lebensqualitätswerte über den Zeitraum von sieben Jahren hinweg möglich (vgl. Frischknecht et al., 2013, S. 583).

Das vorliegende Konzept zielt darauf ab, den SF-36 standardmäßig in der ambulanten Rehabilitation an der Fachambulanz für Suchterkrankungen (FAS) für den Landkreis Ebersberg einzusetzen.

Für das Konzept wurde der SF-36 als geeignetes Messinstrument ausgewählt, da dieser zum einen ausdrücklich für rehabilitationswissenschaftliche Zwecke empfohlen wird und somit eine hohe Akzeptanz von Seiten der Kostenträger (Rentenversicherer) zu erwarten ist, und zum anderen, da die derzeit schon verfügbaren technischen Möglichkeiten (z.B. serverbasierte Anwendung, App für Mobiltelefone) Spielraum für Weiterentwicklungen zulassen.

Zudem ist der SF-36 das Standardinstrument zur krankheitsübergreifenden Evaluation von Rehabilitationsmaßnahmen. Er wird sowohl in somatischen als auch in psychosomatischen Rehabilitationseinrichtungen eingesetzt und gilt als valides Instrument zur Erhebung der Ergebnisqualität aus Patientensicht (vgl. z.B. Dörning, 2009). Die Verwendung des SF-36 im Suchtbereich erscheint somit logisch konsequent, da durch sie die medizinische Rehabilitation Sucht mit somatischen und psychosomatischen Rehabilitationsmaßnahmen bezüglich der gesundheitsbezogenen Lebensqualität vergleichbar wird. Dies ist vor allem für die Argumentation mit und die Legitimation gegenüber den Kostenträgern interessant, sinnvoll und erfolgversprechend.

4.1 Beschreibung der Fachambulanz und der relevanten organisatorischen Abläufe

Der Caritasverband in der Erzdiözese München und Freising hat sich seit seiner Gründung im Jahr 1922 zum größten Wohlfahrtsverband in Oberbayern entwickelt. Er ist Spitzenverband mit elf Fachverbänden sowie zahlreichen Mitgliedern. Gleichzeitig ist er Trägerverband für über 350 eigene Einrichtungen und Dienste mit insgesamt ca. 7200 Beschäftigten. Die Hilfeleistungen des Caritasverbandes decken das gesamte Spektrum sozialer Hilfen ab und richten sich an Menschen aller Altersklassen, gesellschaftlichen Schichten und Konfessionen.

Die Suchthilfeeinrichtungen im Diözesanverband München Freising sind im Therapieverbund Sucht vernetzt. In diesem findet der suchtspezifische fachliche Austausch statt, es werden Problemstellungen diskutiert und ein einrichtungsübergreifender Diskurs über Vorgehensweisen institutionalisiert.

Im Gegensatz zu den spezialisierten Suchthilfeeinrichtungen des Caritasverbandes in der Landeshauptstadt München (Fachambulanz für erwachsene bzw. junge Suchtkranke, Fachambulanz für Essstörungen, Methadonambulanz und ganztägig ambulante Tagesklinik) haben die in den umliegenden Landkreisen ansässigen Fachambulanzen einen umfassenden Versorgungsauftrag und bieten Beratung und Behandlung sowohl bei stoffgebundenen als auch bei stoffungebundenen Süchten aller Art.

Die Fachambulanz für Suchterkrankungen (FAS) für den Landkreis Ebersberg

ist an das Caritaszentrum Ebersberg angeschlossen und eine von insgesamt 18 Suchthilfeeinrichtungen (hierunter 15 ambulante Dienste) unter der Trägerschaft des Caritasverbandes der Erzdiözese München und Freising. Die Hauptstelle der FAS befindet sich im Caritaszentrum im südlichen Landkreis Ebersberg in der Stadt Grafing (FAS Grafing)¹¹. Um eine bessere Erreichbarkeit der Bürger im nördlichen Landkreis zu gewährleisten, wurde für das gesamte Caritaszentrum mit seinen spezialisierten Fachdiensten eine Außenstelle in Markt Schwaben eingerichtet, die ein ebenso umfassendes Beratungsangebot bereithält wie die Hauptstelle in Grafing, jedoch keine eigenständige Einrichtung darstellt.

Die FAS Grafing bietet neben Beratung, Vermittlung und Clearing weitere fachspezifische Angebote wie ambulante Rehabilitation Sucht, ambulante Behandlung von Essstörungen und ambulante Nachsorge nach stationärer Behandlung. Weitere Angebote der FAS Grafing sind die psychosoziale Begleitung Substituierter, Vorbereitung für die medizinisch-psychologische Untersuchung alkoholauffälliger Kraftfahrer, ambulant betreutes Einzelwohnen bzw. intensiv betreutes Einzelwohnen für chronisch Suchtkranke im Rahmen der Eingliederungshilfe sowie verschiedene Präventionsprojekte und Angebote speziell für ältere suchtkranke Menschen.

Die FAS Grafing ist eine von den deutschen Rentenversicherern anerkannte Behandlungsstelle für die ambulante Rehabilitation Sucht sowie für die Nachsorge nach stationärem Aufenthalt. Hierbei werden Klienten ambulant behandelt, die eine stoffgebundene Abhängigkeit oder Spielsucht entwickelt haben. Die FAS Grafing ist zudem eine von den Krankenkassen anerkannte Behandlungsstelle für Essstörungen.

Die Infrastruktur der FAS Grafing entspricht den Kriterien für die Anerkennung durch die deutschen Rentenversicherungen zur Durchführung der ambulanten Rehabilitation. Die in der FAS tätigen Diplom-Sozialpädagogen und Diplom-Psychologen, verfügen über suchtherapeutische Zusatzausbildungen, wie sie vom Verband der deutschen Rentenversicherungen als fachliche Voraussetzung gefordert werden. Die ambulante Rehabilitation findet in Form

¹¹ Da alle organisatorischen und verwaltungsrelevanten Entscheidungen an der Hauptstelle in Grafing getroffen werden und die Außenstelle in Markt Schwaben keine eigene Verwaltungseinheit darstellt, wird im Folgenden von der „FAS Grafing“ gesprochen. Gemeint ist hier jedoch der gesamte Fachdienst inkl. Außenstelle mit seinem Versorgungsauftrag für den gesamten Landkreis Ebersberg.

von Gruppen-, Einzel- und Paargesprächen statt. Zusätzlich werden Indikativgruppen angeboten, die neben dem verpflichtenden Thema Rückfallprävention als zusätzliche Wahlmöglichkeiten Kunsttherapie oder Entspannungstechniken bieten. Die Indikativangebote wechseln je nach Nachfrage und therapeutischer Einschätzung des Bedarfs der Klienten.

Die FAS Grafing verwendet wie alle anderen Suchthilfeeinrichtungen im Caritasverband das professionelle Dokumentationsprogramm „Vivendi-Consil“. Hierin werden alle klientenbezogenen Daten eingespeist und sowohl für die interne Jahresstatistik ausgewertet als auch für den Deutschen Kerndatensatz an die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) übermittelt.

Der Deutsche Caritasverband arbeitet gemeinsam mit dem Gesamtverband für Suchthilfe e.V. (GVS) seit 2011 an einem bundesweiten Katamnese-Konzept zur ambulanten Rehabilitation an dem bisher 66 Behandlungsstellen teilnehmen (vgl. Wessel, 2014, S. 16).

Die Katamneseerhebung der Caritas-Suchthilfeeinrichtungen erfolgt jeweils ein Jahr und fünf Jahre nach Abschluss der ambulanten Behandlung über einen einrichtungsübergreifend eingesetzten Fragebogen. Dieser wird über das Dokumentationssystem Vivendi-Consil klientenbezogen generiert. Dieses Vorgehen sowie die Inhalte des Fragebogens basieren auf einer für alle Suchthilfeeinrichtungen verbindlichen, gemeinsamen Absprache des Therapieverbundes Sucht. Hierbei werden alle Klienten angeschrieben, die die Behandlung regulär beendet haben – unabhängig von der Behandlungsform. Auch die Nachsorge-Klienten erhalten einen entsprechenden Katamnesefragebogen.

Im Rahmen der katamnestischen Datenerhebung werden die Klienten zu ihrer aktuellen Situation hinsichtlich Abstinenz oder Rückfälligkeit (bzw. seit wann sie wieder abstinent sind, falls es zu einem Rückfall kam), Besuch einer Selbsthilfegruppe und der Verbesserung der Lebensqualität befragt. Die Erhebung der Lebensqualität basiert in dem an die Klienten verschickten Katamnesefragebogen auf deren Selbsteinschätzung mit den drei Antwortmöglichkeiten „gebessert“, „unverändert“ oder „schlechter“. Alle Antworten aus den Katamnesefragebogen werden in der Folge in das Dokumentationssystem eingegeben. Aktuell existiert in dem Dokumentationssystem

kein Eingabefeld für die Bewertung der Lebensqualität bei Behandlungsbeginn.

4.2 Konzeptionelle Veränderungen

Die konzeptionellen Veränderungen der klientenbezogenen Datenerhebung in der FAS Grafing zielen zum einen darauf ab, zu verschiedenen Zeitpunkten in der Behandlung die Lebensqualitätswerte mit Hilfe des SF-36 zu erheben, zum anderen mit Hilfe desselben Instruments in der späteren Katamneseerhebung eine wissenschaftlich valide Abfrage der Lebensqualität durchzuführen. Diese Vorgehensweise ermöglicht es, den Verlauf der gesundheitsbezogenen Lebensqualität klientenbezogen in den einzelnen Dimensionen langfristig zu erheben.

Befragung der Klienten – Datenerhebung

Voraussetzung für die Erhebung der lebensqualitätsbezogenen Daten sind das Einverständnis der Klienten sowie die im Caritasverband etablierte Abgabe einer Einwilligung gemäß der datenschutzrechtlichen Vorschriften.

Die geplante Datenerhebung via SF-36 erfolgt bei allen Klienten, die in der Fachambulanz eine ambulante Behandlung beginnen, unabhängig davon, welcher Kostenträger zuständig ist, oder um welche Substanz- bzw. Verhaltenssucht es sich handelt. Dies stellt eine Vereinheitlichung der Arbeitsabläufe bei allen Klienten sicher.

Grundsätzlich füllen die Klienten den SF-36 selbst aus, nur in Ausnahmefällen wird er in Interviewform oder telefonisch eingesetzt. Die Entwickler des SF-36 geben die Bearbeitungszeit zum Ausfüllen mit 7 bis 15 Minuten an; ein Selbsttest bestätigte diese Zeitangabe als realistisch. Die Klienten füllen den SF-36 zu Beginn und zum Ende der Behandlung sowie im Rahmen der 1-Jahres- und der 5-Jahres-Katamnese aus.

Bei Beginn der Behandlung bietet es sich an, die Daten aus dem SF-36 im Rahmen der Anamnese zu erheben. Die Datenerhebung am Ende der Behandlung wird entweder am Ende einer der letzten Sitzungen vorgenommen oder dem Klienten als Hausaufgabe bis spätestens zum vorletzten Termin mitgegeben. Die Auswertung des SF-36 muss in der Abschlusssitzung bereits vorliegen, um dem Klienten über die Veränderung der Lebensqualität in den

einzelnen Dimensionen Rückmeldung geben zu können. Für die Katamneseerhebung wird der SF-36 zusammen mit dem bisherigen Katamnese-Fragebogen postalisch versandt.

Grundsätzlich ist es für die Zukunft denkbar, den SF-36 den Patienten webbasiert über ein Portal zugänglich zu machen. Eine entsprechende Softwarelösung ist bereits am Markt verfügbar, alternativ ist eine App für das iPhone¹² erhältlich. Der SF-36 ist ein sehr weit entwickeltes Instrument, das zahlreiche digitale Möglichkeiten bietet und somit künftig sowohl für die Klienten als auch für die Therapeuten komfortabler und zeitsparender zu handhaben ist als die aktuell gängige Papier-Bleistift-Variante des SF-36 mit anschließender händischer Eingabe der Daten.

Datenauswertung

Der ausgefüllte SF-36 wird zeitnah zur Datenerhebung ausgewertet. Die Auswertung von Hand beansprucht ca. 15 Minuten, erheblich schneller erfolgt eine Auswertung mit der ergänzend erhältlichen Software. Die entsprechenden Vergleichsdatensätze für die deutsche Normpopulation sind für den SF-36 auf CD-ROM erhältlich und ermöglichen somit den Vergleich der jeweils erhobenen Daten mit jenen der Normpopulation.

Für die acht Dimensionen des SF-36 können jeweils separate Einzelwerte errechnet werden. An Hand dieser lässt sich genau verfolgen, in welchen Dimensionen sich die Lebensqualität des Klienten verändert hat. Dies ermöglicht es, mit dem Klienten gemeinsam erzielte Veränderungen therapeutisch zu reflektieren. Das Vorgehen bildet eine solide empirische Basis für eine differenzierte Betrachtung des Behandlungsverlaufs bezüglich der gesundheitsbezogenen Lebensqualität des Klienten. Aus den Ergebnissen aller Dimensionen wird ein Gesamtwert (Summenscore) gebildet, der insgesamt die Lebensqualität des Klienten abbildet.

Der Vorteil einer Auswertung per Software liegt vor allem darin, dass die Datensätze klientenbezogen abgespeichert werden und nicht von Hand in einem Statistikprogramm verwaltet werden müssen. Dies reduziert zusätzliche Arbeitsschritte und potentielle Fehlerquellen bei der Datenauswertung und

¹² Internet-Link: <https://itunes.apple.com/de/app/sf-36-survey/id519060213?mt=8>
[Zugriff am 27.09.2015]

-verwaltung.

Bei der Auswertung des SF-36 im Rahmen der Katamneseerhebung wird analog vorgegangen. Hier jedoch mit der Besonderheit, dass der Summenscore aus der Katamneseerhebung mit dem am Ende der Behandlung errechneten Summenscore verglichen wird. Dieses Vorgehen ermöglicht es, die eingegebenen Werte in das Vivendi-Eingabefeld „Lebensqualität“ (Eingabemöglichkeiten „gebessert“, „schlechter“ oder „unverändert“) empirisch abzusichern. An Stelle der undifferenzierten Selbsteinschätzung der Klienten tritt so ein wissenschaftlich abgesicherter Wert. Die weiteren Fragen auf dem Katamnesefragebogen nach bestehender Abstinenz sowie nach dem Besuch einer Selbsthilfegruppe bleiben von der konzeptionellen Veränderung unberührt.

4.3 Ziele für die Erhebung lebensqualitätsbezogener Werte

Eine Erhebung der lebensqualitätsbezogenen Werte bietet sowohl für Klienten und Therapeuten, als auch für die Fachambulanz zahlreiche Vorteile. Die Suchttherapie als Forschungsfeld profitiert von einer Umsetzung des vorgelegten Konzepts ebenfalls nachhaltig.

Für die Klienten ergibt sich durch die Abbildung der Lebensqualität in verschiedenen Dimensionen, dass individuelle Ziele für die Behandlungsplanung noch greifbarer werden. Weiter erhalten sie in der Abschlusssitzung eine Rückmeldung ihres Behandlungserfolgs unabhängig von eventuell stattgefundenener Rückfälligkeit sowie wichtige Informationen, die sie auch nach der Behandlung dazu motivieren, an den persönlichen Zielen (weiter) zu arbeiten. Klienten im Beratungsprozess, die in ihrer Entscheidung zu einer Behandlung noch unentschlossen sind, kann die Aussicht auf eine Erhöhung der Lebensqualität als Motivationsfaktor dienen, um der Behandlungsempfehlung des Beraters zu folgen.

Für die Therapeuten können die Dimensionen der Lebensqualität als individuelle Ziele der Klienten bereits bei Beginn der Therapie in die Behandlungsplanung aufgenommen werden. Erfolge werden für die Therapeuten unabhängig von Abstinenz oder Rückfälligkeit der Klienten

sichtbar und werden in ihren verschiedenen Dimensionen aufgezeigt und somit klarer ausdifferenziert. In einem Arbeitsfeld, in dem oft keine Heilung möglich ist, wird so der Erfolg umdefiniert und bietet daher den Therapeuten durch detailliertere Ergebnisse ein umfassenderes Bild und eine positive Rückmeldung bezüglich ihrer Alltagstätigkeit. Die Veränderungen in den einzelnen Dimensionen stellen ein objektives Instrument dar, um im Abschlussgespräch dem Klienten seine Ressourcen und Erfolge verdeutlichen zu können. Dies geschieht unabhängig von und in Ergänzung zu einer persönlichen, subjektiv geprägten therapeutischen Rückmeldung.

Für die Fachambulanz lässt sich der Erfolg der Behandlung unabhängig von den Erfolgskriterien der Kostenträger dokumentieren. Mit einer wissenschaftlich fundierten Erhebung der Lebensqualität steigt ihr Innovationspotential. Die Daten können für die Öffentlichkeitsarbeit und somit auch für die Imagepflege genutzt werden. Sie bieten eine empirisch abgesicherte Basis für erweiterte Kosten-Nutzen-Analysen. Die Fachambulanz zeigt einmal mehr ihre Professionalität durch den Einsatz von wissenschaftlich abgesicherten Messinstrumenten zur Diagnostik, Behandlungsplanung und Evaluation.

Für die Suchttherapie als Forschungsfeld ergibt sich bei einer generellen Erhebung der Lebensqualität über die FAS Grafing hinaus eine kontinuierliche Erweiterung des Datenpools, der für wissenschaftliche Zwecke zur Verfügung gestellt werden kann, um die Lebensqualitätsforschung in Deutschland insbesondere im Suchtbereich durch dringend benötigtes Datenmaterial voranzutreiben. Das Datenmaterial ist dann auch international von Interesse, da es die Vergleichbarkeit verschiedener Therapieansätze und -systeme erheblich erhöht. Auf nationaler Ebene ermöglichen die gewonnenen Daten einen direkten Vergleich der Rehabilitation Sucht mit der medizinischen Rehabilitation bei somatischen Erkrankungen. Ein solcher Vergleich war auf Grund der unterschiedlichen Herangehensweisen in der Erfolgsmessung bisher nicht möglich. Ein verändertes Vorgehen ermöglicht es, dass sich die Suchttherapie zwar weiterhin an „Abstinenz“ als Erfolgsindikator messen lassen kann, sie muss es aber nicht, da der Disziplin somit die wissenschaftlich abgesicherte Verwendung eines neuen Outcome-Kriteriums eröffnet wird.

4.4 Zu erwartende Schwierigkeiten

Die zur Umsetzung des Konzepts notwendigen Anschaffungskosten sind überschaubar. Eine erste Möglichkeit besteht in der klassischen Papier-Bleistift-Variante des SF-36. Die Kosten für ein Starterpaket zu dieser Erhebungs- und Auswertungsvariante betragen ca. 460 Euro. Hierin enthalten sind 100 Fragebögen zur Selbstbeurteilung durch die Klienten, 100 Auswertungsbögen sowie das Manual und eine CD mit Anleitung zur Auswertung über ein Statistikprogramm. Die in Papierform erhobenen Daten müssen hierbei im Anschluss in ein Statistikprogramm eingegeben werden. Zudem entstehen Folgekosten für das Nachbestellen weiterer Fragebögen. Ein Fragebogen zur Datenerhebung kostet ca. 0,60 Euro, ein Auswertungsbogen ca. 0,40 Euro. Die Auswertungszeit per Hand wird mit ca. 15 Minuten angegeben.

Die zweite Möglichkeit bietet eine softwaregestützte Variante. Die Kosten hierfür betragen ca. 840 Euro. Darin enthalten ist die Basissoftware, das eigentliche Programm, sowie 50 Durchführungen des SF-36. Die Software muss für jeden Arbeitsplatz einzeln angeschafft werden. Weitere Anwendungen können in 50er Paketen zu je 60 Euro hinzugekauft werden. Die Auswertungszeit verkürzt sich gegenüber der Papier-Bleistift-Version von 15 auf drei Minuten und die Daten werden direkt abgespeichert.

Eine dritte Möglichkeit besteht in einer webbasierten Version, die Fragebögen zur Erhebung der Daten sowie die Auswertung in sich vereint. Hier kostet der Zugang zum Server des externen Anbieters pro Jahr 96 Euro. Die Klienten erhalten Zugangscodes für das Internetportal und füllen den SF-36 online aus. Pro Anwendung entstehen Kosten von 6 Euro. Die Daten sind codiert auf dem Server des Anbieters gespeichert und können über einen gesonderten Zugangscode von der FAS für die Auswertung abgerufen werden.

Auf 100 Anwendungen umgerechnet, ist die Papier-Bleistift-Form die kostengünstigste Variante. Laut Anbieter ist sie diejenige, die am häufigsten durch Institutionen angewandt wird. Sie zieht allerdings auch den höchsten Arbeitsaufwand bezüglich Auswertungszeit und Datenpflege nach sich.

Für die erfolgreiche Umsetzung des Konzeptes sind der administrative Aufwand und die Vermittlung des fachlichen Nutzens von entscheidender Bedeutung. Der bisher bestehende Arbeitsaufwand durch Dokumentations- und Berichtswesen wird durch die notwendigen zusätzlichen Arbeitsschritte erhöht. In Anbetracht dieses erhöhten Aufwandes muss für die Therapeuten der entstehende fachliche Zusatznutzen deutlich erkennbar sein, um so die interne Akzeptanz für das Vorhaben zu erhöhen. Der wissenschaftliche Nutzen ist nicht für jeden Therapeuten ausschlaggebend. Um die Verbindlichkeit für die Klienten beim Ausfüllen des SF-36 zu erhöhen, müssen die Therapeuten selbst das Vorgehen mittragen und aktiv unterstützen. Dies gelingt nur durch ein transparentes und überzeugendes Vorgehen bei der internen Einführung des SF-36. Bei dieser muss für die Therapeuten von Anfang an der fachliche Nutzen für den Therapieverlauf klar erkennbar sein.

Der aktuelle Rücklauf bei der Katamneseerhebung im Caritasverband ist seitens der Klienten ausgesprochen hoch. An der FAS Grafing lässt sich in der Praxis derzeit ein Rücklauf von ca. 80% feststellen. Dies ist vermutlich auf das klientenfreundliche Format des aktuellen Katamnesebogens sowie auf dessen Übersichtlichkeit zurückzuführen.

Es ist zu erwarten, dass durch die deutliche Erhöhung der Katamnese-Items der Rücklauf sinkt. Dem kann entgegengewirkt werden, indem man erhöhte Anreize zur Rücksendung schafft. Denkbar sind beispielsweise die Verlosung von kleineren Preisen wie z.B. regionalen Einkaufsgutscheinen, Rabattbüchern oder Kinogutscheinen. Der hiermit verbundene Aufwand lässt sich gut steuern und an die Rücklaufquoten anpassen.

Die bisherigen Erfahrungen zu der Mitwirkungsbereitschaft der Klienten bei der Erhebung von Daten zeigt, dass diese in ihrer Mehrheit zu einer Mitarbeit bereit sind. Eine lebensnahe Betrachtung lässt vermuten, dass es in Einzelfällen trotz einer detaillierten Darstellung des Nutzens zu einer geringen Compliance kommen kann. Generell sollte den Klienten in solchen Fällen die Beantwortung des SF-36 freigestellt werden, da die therapeutische Beziehung und die Integrität der erhobenen Daten nicht gefährdet werden sollen. Entsprechende Fälle müssen jedoch Ausnahmen darstellen – hier kommt einer klaren Haltung des Therapeuten eine entscheidende Bedeutung zu.

4.5 Zwischenergebnis

Eine umfassende und sorgfältige Auseinandersetzung mit dem Konstrukt Lebensqualität in der Suchtforschung führt zu dem Ergebnis, dass durch die differenzierte Erhebung lebensqualitätsbezogener Daten sowohl in der täglichen Praxis als auch langfristig ein großer Nutzen für die Suchttherapie als gesamte Disziplin entsteht. Nicht nur wird dem einzelnen Klienten eine detaillierte Rückmeldung in verschiedenen Lebensbereichen der gesundheitsbezogenen Lebensqualität ermöglicht, auch die Forschung erhält eine breitere Datenbasis über die gesundheitsbezogene Lebensqualität Suchtkranker, begonnen bei den Baseline-Daten bis hin zur Erhebung fünf Jahre nach Behandlungsabschluss.

Im deutschen Sprachraum ist das Thema Lebensqualität von Suchtkranken bisher kaum angekommen. Zwar werden vereinzelt Arbeiten aus Deutschland zu diesem Thema publiziert, diese werden jedoch fast ausschließlich in englischsprachigen Zeitschriften veröffentlicht. Dies führt dazu, dass das Thema im deutschen Sprachraum bisher nur äußerst unzureichend diskutiert wird. Das vorliegende Konzept legt den Grundstein, um durch eine routinemäßige Einführung des SF-36 in weiteren Beratungs- und Behandlungsstellen eine zunehmend breitere Datenbasis zum Thema gesundheitsbezogene Lebensqualität von Suchtkranken in Deutschland zu erheben. Durch eine solche entsteht ein echter Mehrwert für die Forschung und durch die Anwendung des Instruments eine weitere Methode für die suchttherapeutische Praxis, von der nicht zuletzt auch die Menschen profitieren, die zentral im Fokus beider Felder stehen.

5. Konzeptevaluation durch Experten

Die Realisierbarkeit und Sinnhaftigkeit des vorliegenden Konzeptes muss überprüft werden. Die tatsächliche Umsetzbarkeit lässt sich naturgemäß am besten in einer Erprobung in der Praxis nachweisen. Da jedoch der zeitlich vorgegebene Rahmen für die Bearbeitung der Masterthesis begrenzt ist und die Rahmenbedingungen für eine Umsetzung an der Fachambulanz Grafing noch nicht geschaffen sind, ist eine Praxisevaluation zum jetzigen Zeitpunkt noch nicht möglich. Um dennoch die Sinnhaftigkeit und Machbarkeit des bisher theoretischen Konzeptes zu überprüfen, wird auf eine Befragung durch Experten zurückgegriffen.

5.1 Methodisches Vorgehen

In der Überprüfung des Konzeptes geht es nicht um die Überprüfung von Hypothesen oder um die Untersuchung von Zusammenhängen. Auch ist es nicht Ziel der Konzeptevaluation, numerische Daten zu gewinnen. Es geht vielmehr um Meinungen, Einschätzungen und Erfahrungen aus der Praxis. Auch wird bezüglich der Umsetzbarkeit und Sinnhaftigkeit eine Wissens-erweiterung und kritische Reflexion angestrebt. Aus diesem Grund ist hier eine qualitative Vorgehensweise indiziert (vgl. z.B. Breuer, 2010, S. 37).

Die Forschungsfrage für die Konzeptevaluation lautet: „Ist das Konzept sinnvoll und in der Praxis durchführbar?“ Die Informationen, die hierfür benötigt werden, können am Besten von Personen gewonnen werden, die zum einen mit den Abläufen in einer Fachambulanz für Suchterkrankungen vertraut sind und zum anderen selbst in der suchttherapeutischen Praxis arbeiten oder gearbeitet haben. Weiterhin sollen die Personen mit der ambulanten Rehabilitation Sucht aktuell fachlichen Kontakt haben oder entsprechende berufliche Vorerfahrung mitbringen. Das vierte Kriterium für die Auswahl der in Frage kommenden Experten ist, dass diese durch ihre berufliche Position mit der Einschätzung betriebswirtschaftliche Gesichtspunkte vertraut sind. Die Methode der Expertenevaluation wird für die Konzeptevaluation als zielführend angesehen.

Es handelt sich bei den zu Befragenden um Personen, die über besonderes Fachwissen verfügen und somit als Experten, als „(...) *Quelle von Spezialwissen* (...)“ (Gläser & Laudel, 2010, S. 12), betrachtet werden können. Bei Experten in diesem Sinn tritt die eigene Biografie in den Hintergrund; sie werden als Akteure in dem von ihnen repräsentierten Funktionskontext angesprochen (vgl. Mey & Mruck, 2010, S. 427).

Die Expertenevaluation soll über drei grundsätzliche Fragen Aufschluss geben. Zum einen, ob das Konzept verständlich und das geplante Vorhaben grundsätzlich nachvollziehbar ist. Zum anderen, ob weitere, bisher nicht vorhergesehene Probleme und Schwierigkeiten bei der Durchführung zu erwarten sind. Zuletzt stellt sich die Frage nach dem Verhältnis zwischen dem Aufwand und dem therapeutischen Nutzen.

Für die Erhebung der Daten bestehen zwei Möglichkeiten: zum einen ein Experteninterview mit Leitfaden, zum anderen eine schriftliche Expertenbefragung mit offenen Fragen. Während Interviews den Vorteil bieten, auch unerwartete Antworten zu erhalten und direkt nachfragen zu können, bietet eine schriftliche Befragung zeitliche und örtliche Unabhängigkeit (vgl. Mey & Mruck, 2010, S. 430).

Vor dem Hintergrund des begrenzten Zeitrahmens zur Erstellung der vorliegenden Arbeit und der zu erwartenden weiten geografischen Verteilung der Experten erscheint eine schriftliche Befragung als zielführend. Eine solche ist für die Befragten komfortabler, da ihnen das schriftlich vorliegende Konzept größere zeitliche Freiräume bei der Beantwortung des Fragebogens ermöglicht. Ein solches Vorgehen verspricht zugleich eine höhere anfängliche Bereitschaft der Experten zur Mitwirkung sowie eine höhere Rücklaufquote der Expertenfragebögen. Bei der Erstellung des Expertenfragebogens wird auf eine präzise Formulierung der Einzelfragen geachtet, um so auf den Kern der Evaluation zu fokussieren. Die formulierten Fragen werden offen gestellt, daher ist der Informationsverlust gegenüber einer face-to-face Befragung als nicht schwerwiegend zu betrachten.

Der einzelne Experte muss nicht alle angeführten Kriterien gleichermaßen erfüllen. So kann z.B. zu Gunsten besonderen Fachwissens auf eine

betriebswirtschaftliche Nähe verzichtet werden. Bei der Auswahl der Personen muss jedoch darauf geachtet werden, dass in der Gesamtheit aller Befragten alle vier Kriterien erfüllt sind.

Über die oben angeführten Kriterien hinaus ist bei der Auswahl der Experten zu berücksichtigen, wer das notwendige Wissen zur Beantwortung der Forschungsfrage hat und hierbei folgende Punkte erfüllt:

- Wer verfügt über die relevanten Informationen?
- Wer ist geeignet, präzise Informationen zu geben?
- Wer ist generell bereit, diese Informationen zu geben?
- Wer von den Experten ist verfügbar?

(vgl. Gorden 1975; S 196 f.; zit. nach Gläser & Laudel, 2010, S. 117).

Da der Caritasverband 15 Fachambulanzen mit ähnlichen Strukturen unter seinem Dach vereint, scheint es sinnvoll, Personen aus diesen Institutionen zu befragen, da sie über die relevanten und einrichtungsspezifischen Praxiserfahrungen verfügen. In Frage kommen neben Sozialpädagogen mit therapeutischer Zusatzausbildung auch Psychologen und Fachdienstleiter. Letztere sind insbesondere für die Einbeziehung einer betriebswirtschaftlichen Perspektive relevant.

Im Rahmen der Expertenauswahl wird darauf geachtet, dass eine ausgewogene Mischung der unterschiedlichen Funktionsträger entsteht. Auch wenn viele Fachdienstleiter selbst Sozialpädagogen sind und eine therapeutische Zusatzausbildung haben, ist es dennoch wichtig, auch Experten einzubeziehen, deren Schwerpunkt in der täglichen Arbeit auf der therapeutischen Behandlung liegt.

Das dem Fragebogen zu Grunde liegende Erkenntnisinteresse wurden bereits zuvor herausgearbeitet und dargestellt. Nach einer Abfrage persönlicher Daten sowie kurzen Angaben zur beruflichen Position und Tätigkeit, baut sich der Expertenfragebogen wie folgt auf:

1. Ist das Konzept verständlich geschrieben? Wo haben Ihnen u.U. inhaltlich Informationen für ein besseres Verständnis gefehlt?

2. In meinem Konzept setzte ich den Schwerpunkt auf die Erhebung der Lebensqualität von Klienten. Finden Sie dieses Vorhaben grundsätzlich – unabhängig von der Umsetzbarkeit – sinnvoll? (Bitte antworten Sie mit Begründung)

3. Was halten Sie davon, den Klienten in der Abschlusssitzung eine detaillierte Rückmeldung über den Verlauf ihrer subjektiv empfundenen Lebensqualität zu geben?

4. a) Wie beurteilen Sie den fachlichen Nutzen des Konzepts in der alltäglichen suchttherapeutischen Arbeit?
b) Wie schätzen Sie den entstehenden Aufwand ein?
c) Wiegen die Vorteile, Ihrer Meinung nach, diesen Aufwand auf?

5. Wo sehen Sie bei der Umsetzung mögliche Probleme oder Schwierigkeiten?

6. Was würden Sie am Konzept verändern?

7. Haben Sie weitere Anmerkungen, Anregungen und Ideen?

Der vorliegende den Experten zugesandte Fragebogen zielt auf folgende drei zentrale Fragestellungen ab:

Punkt 1 und 2 fragen ab, ob das Konzept an sich verständlich und ob das geplante Vorhaben grundsätzlich nachvollziehbar ist.

In den Fragen 3 und 4 werden Meinungen über den therapeutischen Nutzen sowie den zusätzlichen Aufwand abgefragt. Frage 4c ist bewusst geschlossen gestellt, da hier eine Ja-Nein-Antwort ausreichen ist.

Frage 5 und 6 beschäftigen sich mit den zu erwartenden Problemen und Schwierigkeiten.

Frage 7 bietet den Experten die Möglichkeit, Ergänzungen festzuhalten, die in den vorherigen Fragen keine Berücksichtigung fanden.

Um sicherzustellen, dass das Konzept und der Fragebogen verständlich formuliert sind, wurde ein Pretest an fünf Personen aus dem Masterstudiengang Suchthilfe der Katholischen Hochschule Nordrhein-Westfalen am Standort München durchgeführt. Die Ergebnisse des Pretest wurden in die (an die Experten verschickte) endgültige Fassung eingearbeitet. Die in Frage kommenden Experten wurden vorab per E-mail bezüglich ihrer grundsätzlichen Mitwirkungsbereitschaft angefragt. Erst nach einer positiven Antwort wurde den Experten das Konzept sowie der Fragebogen als Word-Datei elektronisch zugesandt.

Das an die Experten verschickte Konzept wurde im Vergleich zu der Fassung in der vorliegenden Arbeit unter Beibehaltung der Inhalte bewusst kürzer gehalten¹³. So wurde auf die Beschreibung des Trägerverbandes, der Einrichtung sowie der relevanten organisatorischen Abläufe verzichtet, da alle befragten Experten mit den Arbeitsabläufen einer Fachambulanz, den Strukturen des Caritasverbandes sowie dem Dokumentationssystem und der Katamneseerhebung vertraut sind. Auch wurde für eine bessere Lesbarkeit und Übersichtlichkeit vermehrt mit Aufzählungen gearbeitet und auf einen allzu wissenschaftlichen Sprachstil verzichtet.

Alle fünf angefragten Experten waren bereit, das Konzept zu beurteilen und schickten den ausgefüllten Fragebogen zeitnah zurück, so dass für die Auswertung alle Fragebögen vorlagen.

5.2 Vorstellung der Experten

An der Expertenevaluation nahmen folgende fünf Personen teil:

Alexandra Bohn:

Seit Dezember 2012 Fachdienstleiterin der Fachambulanz Mühldorf; 45 Jahre alt, Diplom-Sozialpädagogin (FH) mit Weiterbildung zur Suchttherapeutin (Psychodrama) und Supervisorin.

¹³ Das Konzept und der Expertenfragebogen befinden sich in der an die Experten verschickten Form, im Anhang der vorliegenden Arbeit.

Carsten Gahlen:

Seit Dezember 2013 Fachdienstleitung der Fachambulanz Garmisch-Partenkirchen; 35 Jahre alt, Diplom-Sozialarbeiter mit Weiterbildung zum Suchttherapeuten (M. Sc.).

Alexandra Peis-Hallinger:

Seit September 2014 Fachdienstleitung der Fachambulanz Miesbach; 48 Jahre alt, Diplom-Sozialpädagogin (FH) derzeit in Ausbildung zur Suchttherapeutin (M. Sc.).

Herbert Peters:

Seit 1996 Fachbereichsleitung Fachambulanz Geretsried; 54 Jahre alt, Diplom-Sozialpädagoge (FH) mit Weiterbildung zum Sozialtherapeuten (analytisch), Betriebswirt im Sozial- und Gesundheitswesen (BSG).

Dr. Bettina Waldhelm-Auer:

Seit 1990 als Psychologische Psychotherapeutin an der Fachambulanz Traunstein tätig; 62 Jahre alt; Weiterbildungen im Bereich Psychodrama, Verhaltenstherapie und Gesprächspsychotherapie, u.a. zuständig für die Katamnesen.

Die Expertenrunde setzt sich hauptsächlich aus Fachdienstleitern zusammen. Bei der Auswahl der Experten wurde darauf geachtet, dass neben langjährig erfahrenen Fachdienstleitern auch Fachdienstleiter angesprochen werden, die erst seit kürzerer Zeit in ihrer jetzigen Position sind. Ein ausgewogenes Geschlechterverhältnis wurde berücksichtigt. Im Falle von Frau Waldhelm-Auer wurde auf eine Leitungsposition verzichtet, da sich Frau Waldhelm-Auer im Therapieverbund Sucht seit Jahren sehr für das Thema Katamneseerhebung engagiert. Diese fachliche Qualifikation wurde im Rahmen der Auswahl der Experten höher bewertet als eine Führungsposition mit betriebswirtschaftlichen Schwerpunkten.

5.3 Auswertung der Daten

Die Auswertung der Ergebnisse erfolgt in Form einer zusammenfassenden qualitativen Inhaltsanalyse. Hierbei wird das Textmaterial so reduziert, dass die wesentlichen Inhalte erhalten bleiben, durch Abstraktion ein überschaubarer Korpus geschaffen wird und somit ein Abbild des Grundmaterials erhalten bleibt (vgl. Mayring, 2002, S. 115).

Für die Auswertung wird zuerst jede Originalaussage (O) einer Frage paraphrasiert und auf ein gleiches Sprachniveau gebracht (P). Hierbei werden inhaltlich überflüssige Worte und Floskeln weggelassen. In einem zweiten Schritt wird die Antwort auf zentrale Inhalte reduziert (R), um im letzten Schritt alle zentralen Inhalte der Experten pro Frage zusammenzufassen (Z). Die einzelnen Auswertungsschritte werden auf Grund ihres Umfangs im Anhang detailliert dargestellt. Bei Anmerkungen, die inhaltlich zu anderen Fragen der Expertenbefragung gehören, wurden diese bei der Auswertung zugeordnet, um die Zusammenfassung der zentralen Inhalte aller Experten übersichtlich und verständlich zu gestalten und gleichzeitig sicherzustellen, dass keine Inhalte verlorengehen (vgl. Mayring, 2010, S. 67ff.).

5.4 Zusammenfassung der Ergebnisse und Beantwortung der Forschungsfrage

Die Expertenevaluation dient der Beantwortung der drei zentralen Fragestellungen, nach der Verständlichkeit bzw. Nachvollziehbarkeit des Konzeptes, der Aufwand-Nutzen-Relation sowie nach den möglichen Schwierigkeiten bei der Umsetzung. Nachfolgend werden die drei zentralen Fragestellungen zunächst im Einzelnen betrachtet, im Anschluss daran soll versucht werden, eine Antwort auf die allgemeine Forschungsfrage „Ist das Konzept sinnvoll und in der Praxis durchführbar?“ zu geben.

Die Fragen 1 und 2 zielen darauf ab, zu erfahren, ob das vorgestellte Konzept verständlich und nachvollziehbar ist. Die Verständlichkeit des Konzepts wird von vier der fünf Experten positiv eingeschätzt. Einem Experten erschließt sich nicht, warum die Erhebung mittels des SF-36 erfolgt, er zweifelt die Eignung

des SF-36 an, da dieser aus seiner Sicht hauptsächlich auf körperliche Symptome fokussiert. Zwei Experten merken an, dass für eine bessere Verständlichkeit ein Musterexemplar des SF-36 im Konzept fehlt. Ein Experte empfiehlt eine genauere Beschreibung der konkreten Umsetzung an der Fachambulanz selbst. Das geplante Vorhaben wird von allen Befragten grundsätzlich als sinnvoll eingestuft. Ein Experte stuft das Konzept als „sehr sinnvoll!“ ein, ein anderer als „grundsätzlich sinnvoll“. Die Erhebung der Lebensqualität zu unterschiedlichen Zeitpunkten wird von einem Experten als „konsequent“ bezeichnet. Die Steigerung der Lebensqualität wird sowohl als genereller Motivationsfaktor als auch unterstützend zur Stabilisierung der Abstinenz gesehen. In diesem Zusammenhang wird angeführt, dass durch die Erhebung der Lebensqualität die Patientensicht in die Behandlungsplanung und -auswertung einbezogen wird. Ressourcen und individuelle Ziele finden hierdurch Berücksichtigung. Ein Experte betont, dass das Konzept eine ganzheitliche Sicht auf die Klienten bietet, ähnlich wie die Hinwendung zum ICF. Als Ergänzung zum bisherigen Katamnesefragebogen wird es als sinnvoll eingestuft.

Die Befragung kommt zu dem Ergebnis, dass das vorgelegte Konzept verständlich und das geplante Vorhaben grundsätzlich nachvollziehbar ist.

Die Fragen zu dem Verhältnis zwischen therapeutischem Nutzen und Aufwand führen zu differenzierten Ergebnissen. Eine Rückmeldung über die Veränderungen in der Lebensqualität in der Abschlusssitzung (Frage 3) wird von allen fünf Experten durchgehend als sinnvoll eingestuft. Ein Experte macht hierbei den Vorschlag, im Falle einer verschlechterten Lebensqualität eine Nachbetreuung anzubieten. Ein anderer Experte sieht den Nutzen für die Klienten über den Therapiezeitraum hinweg als Motivationsfaktor, um weiterhin an den Zielen zu arbeiten.

Der fachliche Nutzen in der alltäglichen therapeutischen Praxis (Frage 4a) wird von drei Experten als „unstrittig“ bzw. „hoch“ eingestuft. Zwei Experten machen jedoch den Nutzen daran fest, ob der SF-36 für die Klienten verständlich und für die Mitarbeiter plausibel ist, bzw. ob die Aussagekraft des Fragebogens gegeben ist. Ein Experte bewertet den Nutzen dahingehend, dass die Patientensicht auf Erfolg einen hohen Stellenwert erhält und der

Weiterentwicklungsbedarf des Therapiekonzepts der Einrichtung sichtbar wird. Nur ein Experte schätzt den therapeutischen Nutzen als eher gering, jedoch als Erfolgsindikator im Rahmen der Katamnese als hilfreich ein.

Mehrheitlich schätzen vier der Experten den Aufwand (Frage 4b) als gering bzw. gut nutzbar für weitere Abläufe ein. Nur ein Experte schätzt den Aufwand als sehr hoch ein und begründet dies mit dem bereits existierenden hohen Aufwand für die Katamnesen. Ein anderer Experte verweist auf die Notwendigkeit einer verbindlichen Einführung und Kommunikation über den Nutzen und die Voraussetzung von finanziellen und personellen Ressourcen.

Vier der fünf Experten schätzen, dass die Vorteile des Konzeptes den Aufwand aufwiegen (Frage 4c). Die Frage wurde beispielsweise wie folgt beantwortet: „Wenn die Vorteile deutlich sind“, „Ich denke schon“, „Die Vorteile wiegen den Aufwand auf“. Ein Experte kann die Frage noch nicht beantworten und verweist auf die Sinnhaftigkeit eines Probedurchlauf für ein bis zwei Jahrgänge.

Die Befragung führt zu dem Ergebnis, dass für vier von fünf Experten der therapeutische Nutzen den Aufwand aufwiegt.

Die Probleme und Schwierigkeiten (Frage 5) werden von den Experten sehr unterschiedlich wahrgenommen und bewertet. Jeweils zweimal wurden die Akzeptanz durch die Mitarbeiter, die Klärung der Kosten, die Integration in das bestehende Dokumentationssystem sowie die Brauchbarkeit und Bewertung der gewonnenen Daten als notwendige Voraussetzungen benannt. Weiter wird kritisch bemerkt, dass andere Einflussfaktoren wie z.B. Life-Events, psychische Erkrankungen und kulturelle Faktoren keine Berücksichtigung bei der Erhebung durch den SF-36 finden. Ein Experte weist darauf hin, dass das Konstrukt Lebensqualität generell schwer zu erfassen ist. Ein anderer Experte sieht eine sinkende Rücklaufquote bei der Katamnese als Problem. Ebenfalls einmalig genannt wurden Schwierigkeiten bei den Vorstellungen bezüglich der Evaluation seitens der Führungsebene sowie bei der Verständlichkeit des Fragebogens für die Klienten.

Von den Experten werden keine grundsätzlichen Veränderungen (Frage 6) an dem Konzept vorgeschlagen. Für einen Experten ist das Vorhaben in der vorgelegten Form schlüssig. Inhaltliche Verbesserungen im Konzept werden

von einem Experten durch die Darstellung des tatsächlich verwendeten Fragebogens inklusive der Auswertung gewünscht. Ein Experte schlägt eine zusätzliche Erhebung nach sechs Monaten Behandlung vor. Im Gegensatz hierzu steht der Vorschlag eines anderen Experten, den SF-36 ausschließlich im Rahmen des Therapieprozesses und bei Abschluss ausfüllen zu lassen, nicht jedoch im Rahmen der Katamneseerhebung. Ein weiterer Experte stellt die Überlegung an, die Kurzform SF-12 zu benutzen, um eine höhere Akzeptanz bei Mitarbeitern und Klienten zu erreichen.

Die Frage 7 des Expertenfragebogens nach Ergänzungen und Anmerkungen wurde von einem Experten mit einem motivierenden „Viel Erfolg – gute Idee!“ kommentiert. Ein anderer merkt an, dass die Idee des Konzeptes gut sei und hierdurch die ambulante Rehabilitation in ihrer Evaluation gestärkt werde. Auch könne sie zu einer Gleichsetzung von Suchterkrankungen mit somatischen Erkrankungen und so zur Endstigmatisierung von Suchtkranken beitragen. Für einen weiteren Experten ist eine Ausweitung der Erfassung der Lebensqualität auf Klienten, die sich nicht in der ambulanten Reha befinden, interessant. Es wurde darauf hingewiesen, dass vor einer überregionalen Einführung ein Probelauf an einer Fachambulanz sinnvoll sei. Nur ein Experte trug keine abschließenden Anmerkungen, Anregungen oder Ideen vor.

Zusammenfassend kommt die schriftliche Befragung bezüglich der im Fokus stehenden Forschungsfrage nach der Sinnhaftigkeit des Konzeptes und seiner Umsetzbarkeit in der Praxis zu klaren Ergebnissen.

Keiner der befragten Experten stellt das Konzept als solches in Frage. Durchgehend wird das geplante Vorgehen als sinnvoll, gewinnbringend sowie als in der Praxis durchführbar bewertet. Es werden ergänzende Verbesserungsvorschläge sowie kritische Anmerkungen eingebracht, die jedoch keine grundsätzliche Überarbeitung des Konzeptes notwendig machen. Die Anmerkungen und Verbesserungsvorschläge sowie die Ergebnisse der Evaluation werden bei der Überarbeitung des Konzeptes vor einer künftigen Umsetzung in die Praxis Berücksichtigung finden.

5.5 Diskussion der Ergebnisse

Bemerkenswert ist, dass alle Experten dem Konzept gegenüber große Offenheit zeigten und es durchgehend positiv bewerteten. Zu erwarten war, dass bei der Expertenevaluation mehr kritische Standpunkte und kontroverse Anmerkungen auftauchen. Die Anmerkungen und Vorschläge der Experten waren hilfreich, ermutigend und konstruktiv. Sie bildeten die Basis für eine solide Ausdifferenzierung und vertiefte Betrachtung aus verschiedenen Blickwinkeln.

Zwei Experten vermissten ein Musterexemplar des SF-36. Das den Experten zugesandte Konzept reduzierte den SF-36 auf seine zentralen, für die Fragestellung relevanten Inhalte, um den Bearbeitungsaufwand so gering wie möglich zu halten und so die Akzeptanz zur Teilnahme an der Befragung seitens der Experten zu maximieren.

Von einem Experten wurde angemerkt, dass der SF-36 zu sehr auf körperliche Symptome bezogen sei. Dies ist eine bekannte Problematik bei der Messbarkeit von Lebensqualität, wie bereits in Abschnitt 3.2 näher ausgeführt wurde. Hierbei stoßen die verschiedenen Konzepte des Konstrukts Lebensqualität aufeinander. Die gesundheitsbezogene Lebensqualität wurde im vorliegenden Konzept als messbare Größe gewählt, um eine verbesserte Vergleichbarkeit mit anderen Rehabilitationsbereichen zu schaffen. Auf die Einbeziehung anderer Dimensionen der Lebensqualität, wie ihn z.B. facetzentheoretische Modelle (vgl. Abschnitt 3.1 der vorliegenden Arbeit) vertreten, muss demnach verzichtet werden. Dieser Verzicht begrenzt zugleich den Aufwand.

Weiter wurde die relative Bedeutung des Begriffs „Lebensqualität“ im Alltag als problematisch angeführt, ebenso dass jeder Klient ein anderes Verständnis von diesem habe. Zur Lösung dieser Problematik ist es wichtig, dass die Therapeuten verstanden haben, welche Ziele und Funktionen die Datenerhebung hat, und dass sie den Klienten die für sie relevanten Gesichtspunkte vermitteln können. Im Rahmen der ambulanten Behandlung steht die gesundheitsbezogene Lebensqualität unabhängig von anderen Einflussfaktoren im Fokus. Eine allumfassende Definition von Lebensqualität ist hier weder für die Klienten noch für die Therapeuten hilfreich und sinnvoll und

gehört eher in das Feld der Lebensqualitätsforschung.

Bezüglich des wünschenswerten Umfangs und der optimalen Tiefe des einzusetzenden Instruments bestehen seitens der Experten unvereinbare Widersprüche. Während ein Experte kritisch die Unschärfen des SF-36 thematisiert und damit indirekt ein diesem gegenüber erweitertes Instrument befürwortet, führt ein anderer Experte den im Vergleich zum SF-36 deutlich kürzeren SF-12 als möglicherweise ausreichend und ökonomischer an. Er verweist auf eine potentiell höhere Akzeptanz bei Klienten und Therapeuten infolge einer geringeren Anzahl an Items. Grundsätzlich ist der Vorschlag des Experten sinnvoll und denkbar, falls sich ökonomische Probleme und/oder Akzeptanzprobleme in einer Praxiserprobung herauskristallisieren sollten. Derzeit wird im vorliegenden Konzept jedoch an der Verwendung des SF-36 weiter festgehalten, da die höhere Anzahl an Items und eine dadurch erhöhte Anzahl abgefragter Dimensionen der gesundheitlichen Lebensqualität auch einen deutlich größeren therapeutischen und wissenschaftlichen Nutzen bietet. Ausschlaggebend für das Festhalten an der längeren Version ist, dass der SF-36 das ausdrücklich empfohlene Messinstrument für die Rehabilitationsforschung darstellt (vgl. Abschnitt 3.4.1).

Ein weiterer angeführter Aspekt ist die Bewertung der Lebensqualitätswerte von jenen Klienten, bei denen es zu keiner Verbesserung kam. Ein Ausbleiben der Verbesserung in der Lebensqualität ist nicht gleich als „schlecht“ zu bewerten, da es mitunter im Rahmen der Behandlung zu einer Stabilisierung und zu keiner Verschlechterung kommt. Aus therapeutischer Sicht ist dies auch gegenüber dem betroffenen Klienten als positives Behandlungsergebnis umso stärker hervorzuheben. Hierbei ist es sinnvoll, die Ergebnisse in den einzelnen Dimensionen des SF-36 gemeinsam mit dem Klienten genau zu betrachten und kleine Veränderungen herauszuarbeiten, die vielleicht in der Gesamtsumme keinen grundsätzlichen Unterschied machen, aber möglicherweise Hinweise auf eine Veränderung der Wahrnehmung in den gesundheitsbezogenen Bereichen zulassen. Ein anderer Experte stellt die Frage, was mit jenen Klienten geschieht, die keine Verbesserung vorweisen bzw. gar eine Verschlechterung erfahren, und macht den Vorschlag, sowohl bereits nach sechs Monaten in der Behandlung eine Messung durchzuführen als auch eine Nachbetreuung für diese Klienten anzubieten. Diese

konzeptionellen Verbesserungsvorschläge bieten Raum für weitere zukünftige fachliche Diskussionen und Fortentwicklungspotentiale des vorliegenden Konzeptes. Hierbei wird absehbar die Frage nach dem sich infolgedessen verändernden Verhältnis von Aufwand und Nutzen relevant werden.

Bei einer Verschlechterung in den erhobenen Lebensqualitätswerten besteht zudem die Möglichkeit, eine Verlängerung der ambulanten Rehabilitation bei dem entsprechenden Kostenträger zu beantragen, sofern der Klient dies wünschen sollte. Hier ist so vorzugehen wie auch bisher, wenn es zu einer Destabilisierung der Lebenssituation bzw. zu Krisen im Behandlungszeitraum kam.

Ein weiterer Aspekt ist die Bewertung der Lebensqualitätswerte, die sich in der Katamnese z.B. durch Life-Events verschlechtert haben. Das Eintreten von einschneidenden Lebensereignissen wird auch in der bisherigen Erhebung nicht abgefragt, wie einer der Experte zu Recht feststellt. Hier ist der gesundheitsbezogene Aspekt bei der Erhebung durch den SF-36 hervorzuheben, welcher z.B. auch durch schwere Erkrankungen beeinflusst wird. Diese Problematik lässt sich zu diesem Zeitpunkt noch nicht auflösen. Es müssen zunächst Praxiserfahrungen gesammelt werden, um die Relevanz dieses Problems beurteilen zu können.

Das Konzept thematisiert die absehbare Möglichkeit einer sinkenden Rücklaufquote bei der Katamneseerhebung. Eine solche Entwicklung ist aktuell jedoch lediglich hypothetisch. Zwar wurde eine entsprechende Entwicklung von einem Experten als zu erwartende Schwierigkeit explizit erwähnt, es ist jedoch durchaus denkbar, dass der momentan allgemein hohe Rücklauf hinsichtlich der Katamnesen im Verband mit andere Faktoren wie beispielsweise einer hohen Zufriedenheit mit der Behandlung oder einer guten Therapeuten-Patienten-Beziehung im Zusammenhang steht und nicht wie vermutet mit dem Umfang des Fragebogens korreliert.

Der gleiche Experte schlägt vor, die Erhebung nur im Therapieprozess durchzuführen und in der Katamnese darauf zu verzichten. Dieser Vorschlag ist aus therapeutischer Sicht unproblematisch, aus wissenschaftlicher Sicht würde mit dieser Vorgehensweise jedoch die Chance auf wertvolle Informationen, die einen erheblichen Erkenntnisgewinn für Klienten, Einrichtung und Wissenschaft generieren, vergebend.

Der erhöhte Aufwand an Dokumentation wird von einigen Experten kritisch angemerkt. Hierzu ist festzustellen, dass das Berichts- und Dokumentationswesen im Suchtbereich zwar aufwendig ist, von dem in anderen Bereichen wie z.B. in Verwaltungen im Allgemeinen, jedoch übertroffen wird. Die Fülle und Sinnhaftigkeit der Dokumentation und Berichterstellung wird an dieser Stelle nicht weiter diskutiert, da es hier sehr stark auf die funktionspezifische Perspektive des Betrachtenden ankommt.

Ein Experte stellt die Frage nach einer Begründung dafür, dass die Daten nur von Patienten in der ambulanten Behandlung erhoben werden. Hierfür gibt es im Moment nur einen konzeptionellen Grund: Um das geplante Vorhaben sinnvoll einzugrenzen, fokussiert die vorliegende Arbeit auf die ambulante Behandlung. In der Praxis ist es fachlich absolut sinnvoll, den SF-36 auch von Klienten z.B. im betreuten Einzelwohnen, in der Psychosozialen Betreuung Substituierter und in der Beratung zum Einsatz kommen zu lassen. Eine zukünftige Ausweitung der Datenerhebung auch auf andere Klientengruppen ist ausdrücklich wünschenswert, da sich hier zahlreiche Chancen und weitere Potentiale für die Forschung abzeichnen.

Die Katamneseexpertin schlägt vor, einen ein oder zwei Entlassjahrgänge umfassenden Probelauf durchzuführen, um so das bisherige System einer undifferenzierten Abfrage der Lebensqualität mit den Ergebnissen der Abfrage durch den SF-36 zu vergleichen. Dieser Vorschlag ist sinnvoll. Die Ergebnisse eines solchen Probelaufs können darüber Aufschluss geben, ob die von den Experten angeführten Bedenken in der Praxis auftauchen. Mit den so gewonnen Erkenntnissen kann der Einsatz des SF-36 auf die Bedürfnisse der Praxis weiter angepasst und optimiert werden, um so eine dauerhafte Implementierung in den Regelbetrieb der FAS sicherzustellen.

Ein Experte zog hier Parallelen zu der Verwendung des ICF als Instrument für einen ressourcenorientierten Blick. Das in dieser Arbeit entwickelte Konzept verzichtet auf den zusätzlichen Einsatz des ICF, da dieser kein Messinstrument darstellt, sondern ein Klassifikationssystem (vgl. Abschnitt 2.2.2).

Während die Expertenbefragung zunächst der Beantwortung der Forschungsfrage nach einer Umsetzung des Konzepts in der Praxis diene, generierte die Evaluation weitere perspektiverweiternde Hypothesen:

- Durch die Verwendung von Lebensqualität als Outcome-Kriterium wird die Suchttherapie in der Evaluation erfolgreicher abschneiden.
- Die Verwendung von Lebensqualität als Outcome-Kriterium erlaubt in der Evaluation einen differenzierteren Blick auf die Patientensperspektive.
- Die Verwendung von Lebensqualität als Outcome-Kriterium wird die Suchtrehabilitation mit der somatischen Rehabilitation bezüglich der Erfolgskriterien gleichstellen.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass einzelne Experten den SF-36 als geeignetes Instrument in Frage stellen, aber nicht das Konzept und die Sinnhaftigkeit der Messung von Lebensqualität an sich. Die Mehrheit der Experten befürwortet den Einsatz des SF-36 sowie die Erhebung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität im Rahmen der ambulanten Rehabilitation Sucht. Weiter scheint es auch Konsens zu sein, den Fokus im Rahmen der ambulanten Rehabilitation Sucht zu verändern. Eine Expertin führt Lebensqualität als Möglichkeit für eine salutogene Sichtweise auf die Klienten an.

6. Fazit

Die vorliegende Arbeit zeigt, dass gegenwärtig sehr unterschiedliche Perspektiven auf die Messung des Erfolgs in der Suchttherapie bestehen. Das Suchthilfesystem selbst stellt die Abstinenzquote in den Mittelpunkt seiner Erfolgsdarstellung, da die Rentenversicherer fast ausschließlich abstinenzorientierte Behandlungen finanzieren. Die interne Auswertung der Rentenversicherer fokussiert zugleich, ausgehend von ihrem gesetzlichen Auftrag, auf den Erfolg der medizinischen Rehabilitation in Form von Arbeitsfähigkeit, gemessen an den Beitragszahlungen. Die Suchtforschung stellt ihre Betrachtung überwiegend auf die Konsummenge ab. Die vorliegende Arbeit kommt zu dem Ergebnis, dass der Auswahl eines geeigneten neuen primären Outcome-Kriteriums in Praxis und Forschung eine herausragende Bedeutung zukommt.

Die Rehabilitationswissenschaften fordern für die medizinische Rehabilitation ein indikationsübergreifendes Outcome-Kriterium, um die Ergebnisqualität umfassend darstellen und vergleichen zu können. Auch in der Suchttherapieforschung wird die Etablierung eines neuen primären Outcome-Kriteriums zunehmend in den Mittelpunkt der Diskussion gestellt. Beide Disziplinen führen gegenwärtig einen Diskurs darüber, mit welchen Messinstrumenten zu welchen Zeitpunkten welches primäre Outcome-Kriterium gemessen werden soll. An dieser Stelle zeichnet es sich deutlich ab, dass sowohl die internationale wissenschaftliche Diskussion in der Suchtforschung als auch die in Deutschland stattfindende Diskussion in den Rehabilitationswissenschaften zunehmend das Konstrukt Lebensqualität als zielführende Lösung dieser Problematik entdecken.

Gesundheitsbezogene Lebensqualität hat das Potential, die Abstinenz als Outcome-Kriterium in der Suchttherapie abzulösen. Um der vielschichtigen Natur von Suchterkrankungen dauerhaft gerecht werden zu können, ist es von entscheidender Bedeutung für Wissenschaft und Praxis, alle Dimensionen der Lebenssituation der Betroffenen zu erfassen und nicht alleine auf das Symptom des Konsums zu fokussieren.

Ein entsprechender Paradigmenwechsel bietet die Chance, das Hilfesystem

weiter zu öffnen und so mehr Menschen als bisher einen niederschweligen Zugang zur Behandlung zu ermöglichen. Er steht damit für die Bestrebungen, Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen und ihren daraus resultierenden komplexen Problemen zukünftig noch besser gerecht werden zu können.

Gesundheitsbezogene Lebensqualität bietet als multidimensionales und wissenschaftlich zunehmend abgesichertes Konstrukt einen umfassenden Blick auf die unterschiedlichsten Teilaspekte chronischer Erkrankungen. Um abschließend entscheiden zu können, ob Lebensqualität ein geeignetes Outcome-Kriterium ist, um Abstinenz dauerhaft als Erfolgsmaß bei der Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen ablösen zu können, ist es unabdingbar, die bestehende Datenbasis zu erweitern.

Die vorliegende Arbeit knüpft an dieser Stelle an und entwickelt ein Konzept, das es ermöglicht, in den alltäglichen Arbeitsabläufen der Praxis eine nachhaltige Datenerhebung zu implementieren. Das vorgestellte Konzept zur Einführung einer auf dem SF-36 basierenden Erhebung der Lebensqualität in der FAS Grafing gestattet es, eine entsprechende Vorgehensweise zu etablieren, die bei Erfolg auf weitere Einrichtungen ausgeweitet werden kann.

Das Feld der Forschung zum Thema Lebensqualität und Abhängigkeitserkrankungen ist weit und im Suchtbereich vor allem in Deutschland noch kaum bestellt. Das vorliegende Konzept bietet eine praxiskompatible Möglichkeit, dieses Forschungsfeld in Deutschland künftig auf eine wesentlich breitere, solide Datenbasis zu stellen. Es schafft die Voraussetzung für eine detaillierte und nachhaltige Bearbeitung eines sich immer stärker abzeichnenden Forschungsbedarfs in der deutschen Suchttherapie. Zugleich eröffnet es Klienten, Therapeuten und Einrichtungen effektive Möglichkeiten der Erfolgskontrolle in der Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen und einer individuellen Bewertung des Therapieerfolgs. Alle zum Konzept befragten Experten bewerteten dieses positiv und gewinnbringend für die suchttherapeutische Praxis. Eine Umsetzung des Konzeptes in die Praxis und eine Überprüfung der nachträglich gewonnenen und aufgestellten Hypothesen ist sinnvoll, praktikabel und wünschenswert.

7. Literaturverzeichnis

- Amodeo, M., Kurtz, N., & Cutter, H. (1992). Abstinence, reasons for not drinking and life satisfaction. In *International Journal of the Addictions*, 27, 707-716.
- Angermeyer, M., Kilian, R. & Matschinger, H. (2003). WHOQOL-100/-BREF – WHO Instrumente zur Erfassung der Lebensqualität. In J. Schuhmacher, A. Klaiberg & E. Brähler (Hrsg.), *Diagnostische Verfahren zu Lebensqualität und Wohlbefinden* (S.324-329), Göttingen: Hogrefe.
- Anton, R., O'Malley, S., Ciraulo, D., Cisler, R., Couper, D., Donovan, D., et al. for the COMBINE Study Research Group (2006). Combined pharmacotherapies and behavioral interventions for alcohol dependence. The COMBINE Study: A randomized controlled trial. In *JAMA*, Vol. 295, 17, 2003 – 2017.
- Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) (2015). S3-Leitlinie „Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen“. AWMF- Register Nr. 076-001. http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/076_001l_S3-Leitlinie_Alkohol_2015-04.pdf [Zugriff am 27.09.2015]
- Borrell-Carrió, F., Suchman, A. & Epstein, R. (2004). The Biopsychosocial Model 25 Years Later: Principles, Practice, and Scientific. In: *Annals of Family Medicine*, 2(6), 576 – 582. <http://www.annfammed.org/content/2/6/576.full.pdf+html>. [Zugriff am 10.10.2015].
- Brettschneider, Ch., Lühmann, D. & Raspe, H. (2011). Der Stellenwert von Patient Related Outcomes (PRO) im Kontext von Health Technology Assessment (HTA). In Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) (Hrsg.), *Schriftenreihe Health Technology Assessment der Bundesrepublik Deutschland*, Bd. 109, Köln.
- Breuer, F. (2010). Wissenschaftstheoretische Grundlagen qualitativer Methodik in der Psychologie. In: G. Mey & K. Mruck (Hrsg.), *Handbuch Qualitative Forschung in der Psychologie* (S. 35 – 49). Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
- Bühringer, G. (2012). The mountain roared and brought forth a mouse: Comments on the results of an expert panel on standardization of drug dependence treatment trial outcome variables. In Commentaries on Donovan et al. (2012) and Tiffany et al. (2012). In *Addiction*, 107, 719 – 726.

- Bühringer, G. (2014). Erhöhung der Erreichungsquote bei Personen mit Störungen durch Alkoholkonsum: Viele Wege führen nach Rom? In *Sucht*, 60, 2, 69 – 71.
- Bullinger, M. (1997). Gesundheitsbezogene Lebensqualität und subjektive Gesundheit – Überblick über den Stand der Forschung zu einem neuen Evaluationskriterium in der Medizin. In *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie*, 47, 76 – 91.
- Bullinger, M. (2000). Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität mit dem SF-36-Health Survey. In *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 43, 190 – 197.
- Bullinger, M. (2014). Das Konzept Lebensqualität in der Medizin – Entwicklung und heutiger Stellenwert. In *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, 108, 97 – 103.
- Bullinger, M. & Kirchberger, I. (Hrsg.) (1998). *SF-36 Fragebogen zum Gesundheitszustand. Handbuch für die deutschsprachige Fragebogenversion*. Göttingen: Hogrefe.
- Bullinger, M. & Kirchberger, I. (2003). SF-36 – Fragebogen zum Gesundheitszustand. In J. Schuhmacher, A. Klaiberg & E. Brähler (Hrsg.), *Diagnostische Verfahren zu Lebensqualität und Wohlbefinden* (S. 276-279), Göttingen: Hogrefe.
- Bullinger, M.; Kirchberger, I. & Ware, J. (1995). Der deutsche SF-36 Health Survey. In *Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften*, 3, 21 – 36.
- Bullinger, M., Morfeld, M., Kohlmann, T., Nantke, J., Bussche, H. Van den, Dodt, B. et al. (2003). Der SF-36 in der rehabilitationswissenschaftlichen Forschung – Ergebnisse aus dem Norddeutschen Verbund für Rehabilitationsforschung (NVRF) im Förderschwerpunkt Rehabilitationswissenschaften. In *Die Rehabilitation*, 42, 218 – 225.
- Buschmann-Steinhage, R. & Zollmann, P. (2008). Zur Effektivität der medizinischen Rehabilitation bei Alkoholabhängigkeit. In *Suchttherapie*, 9, 63 – 69.
- Caspar, F. & Jacobi, F. (2007). Psychotherapieforschung. In W. Hiller, E. Leibing, F. Leichsenring & S. Sulz (Hrsg.), *Lehrbuch der Psychotherapie. Band 1: wissenschaftliche Grundlagen der Psychotherapie* (S. 395-410). München: CIP-Medien.
- Chassany, O., Sagnier, P., Marquis, P., Fullerton, S. & Aaronson, N. for the European Regulatory Issues on Quality of life Assessment Group (2002). Patient-reported outcomes: The example of health-related Quality of life – a european guidance document for the improved integration of health-related quality of life assessment in the drug regulatory process. In *Drug Information Journal*, 36, 209-238.

- Daepfen, J., Faouzi, M., Sanches, N., Rahhali, N., Bineau, S. & Bertholet, N. (2014). Quality of life depends on the drinking pattern in alcohol-dependent patients. In *Alcohol and Alcoholism*, 49, 4, 457-465.
- Degkwitz, P. (2014). Konsumreduktion oder die (unabgeschlossene Geschichte der) Zieldifferenzierung in der Suchtbehandlung. In *Suchttherapie*, 15, 154-164.
- De Maeyer, J., Vanderplasschen, W. & Broekaert, E. (2010). Quality of life among opiate-dependent individuals: A review of the literature. In *International Journal of Drug Policy*, 21, 364 – 380.
- Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie (DGSS) (Hrsg.) (2001). Dokumentationsstandards III für Evaluation der Behandlung von Abhängigen. In *Sucht*, 47, 2. Geesthacht: Neuland.
- Deutsche Rentenversicherung Bund (DRV) (Hrsg.) (2010). Leitlinien für die sozialmedizinische Begutachtung – Sozialmedizinische Beurteilung bei Abhängigkeitserkrankungen. Berlin.
- Deutsche Rentenversicherung Bund (DRV) (Hrsg.) (2014). Reha-Bericht Update 2014. Berlin.
http://www.deutsche-rentenversicherung.de/Allgemein/de/Inhalt/6_Wir_ueber_uns/03_fakten_und_zahlen/04_reha_jahresberichte/downloads_reha_jahresberichte/reha_bericht_update_2014.pdf__blob=publicationFile&v=2 [Zugriff am 27.09.2015].
- Deutsche Rentenversicherung (DRV). Website. Forschungsbedarf aus Sicht der Rentenversicherung.
http://www.deutsche-rentenversicherung.de/Allgemein/de/Navigation/3_Infos_fuer_Experten/01_Sozialmedizin_Forschung/03_reha_wissenschaften/02_wissenschaften_forschungsbedarf/kernthemen_forschungsbedarf_sicht_rv_node.html [Zugriff am 23.09.2015].
- Deutsche Rentenversicherung (DRV). Website. Fragebogen zur Rehabilitandenbefragung.
http://www.deutsche-rentenversicherung.de/Allgemein/de/Inhalt/3_Infos_fuer_Experten/01_sozialmedizin_forschung/downloads/quali_rehabilitandenbefragung/fragebogen_ars_berufsbegleitend_2009.pdf?__blob=publicationFile&v=3 [Zugriff am 27.09.2015].
- Deutsche Rentenversicherung (DRV). Website Rehabilitationswissenschaften und Forschungsbedarf.
http://www.deutsche-rentenversicherung.de/Allgemein/de/Inhalt/3_Infos_fuer_Experten/01_sozialmedizin_forschung/03_reha_wissenschaften/02_reha_wissenschaften_forschungsbedarf/reha_wissenschaften.html [Zugriff am 19.09.2015].

- Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) (2010). Deutscher Kerndatensatz zur Dokumentation im Bereich der Suchtkrankenhilfe. Definitionen und Erläuterungen zum Gebrauch. http://www.suchthilfestatistik.de/cms/images/manual_deutscher_kerndatensatz.pdf [Zugriff am 26.09.2015].
- Diener, E. & Suh, E. (1997). Measuring quality of life: Economic, social and subjektive indicators. In *Social Indicators Research*, 40, 189 – 216.
- Dörner K. & Plog, U. (1994). *Irren ist menschlich*, Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Dörning, H. (2009). Anforderungen an ein adäquates System zur Bewertung des Reha-Erfolgs – das Beispiel „Qualitätsbarometer“. In Deutsche Rentenversicherung (Hrsg.), *Ergebnisqualität in der medizinischen Rehabilitation der Rentenversicherung* (S. 84-99). Berlin.
- Donovan, D. (2012). More mice or a better mouse trap? Reflections on primary outcome indices in illicit drug dependence treatment research. In Commentaries on Donovan et al. (2012) and Tiffany et al. (2012). In *Addiction*, 107, 719 – 726.
- Donovan, D., Bigelow, G., Brigham, G., Carroll, K., Cohen, A., Gardin, J. et al. (2012): Primary outcome indices in illicit drug dependence treatment research: systematic approach to selection and measurement of drug use end-points in clinical trials. In *Addiction*, 107, 694 – 708.
- Donovan, D., Mattson, M., Cisler, R., Longabough, R. & Zweben, A. (2005). Quality of life as an outcome measure in alcoholism treatment research. In *Journal of Studies on Alcohol, Suppl. 15*, 119 – 139.
- Drummond, C. D. (1990). The relationship between alcohol dependence and alcoholrelated problems in a clinical population. In *British Journal of Addiction*, 85, 357 – 366.
- European Monitoring Center for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) (2007). *Guidelines for the evaluation of treatment in the field of problem drug use – A manual for researchers and professionals* [Broschüre]. Luxemburg: Office for Official Publications of the European communities.
- Falcato, L., Stohler, R. & Schaub M. (2010). Moderater Substanz-Gebrauch: Konzeptioneller Rahmen für ein neues Paradigma?. In *Suchttherapie*, 11, 9 – 13.
- Farin, E. (2009). Methodische und konzeptionelle Anforderungen an die Ergebnismessung in der medizinischen Rehabilitation. In Deutsche Rentenversicherung (Hrsg.), *Ergebnisqualität in der medizinischen Rehabilitation der Rentenversicherung* (S. 48-82). Berlin.

- Fischer, B., Rehm, J. & Kim, G. (2001). Quality of life (QoL) in illicit drug addiction treatment and research: concepts, evidence und questions. In B. Westermann, Ch. Jellinek & G. Bellmann (Hrsg.), *Substitution: zwischen Leben und Sterben* (S. 21 – 40), Weinheim: Deutscher Studienverlag.
- Fischer, M., Kemmann, D., Weissinger, V., Dewitz, M., Kunert, H., Susemihl, I. et al. (2014). Effektivität der stationären abstinenzorientierten Drogenrehabilitation. FVS-Katamnese des Entlassjahrgangs 2011 von Fachkliniken für Drogenrehabilitation. In *SuchtAktuell*, 1, 19-24.
- Foster, J., Powell, J., Marshall, E. & Peters, T. (1999). Quality of life in alcohol-dependent subjects – a review. In *Quality of Life Research*, 8, 255-261.
- Frischknecht, U., Sabo, T. & Mann, K. (2013). Improved drinking behavior improves quality of life: A follow-up in alcohol-dependent subjects 7 years after treatment. In *Alcohol and Alcoholism*, 48, 5, 579 – 584.
- Gaertner, B., Meyer, Ch., Joh, U. & Freyer-Adam, J. (2014). Alkohol – Zahlen und Fakten zum Konsum. In Deutsche Hauptstelle für Suchfragen e.V. (Hrsg.), *Jahrbuch Sucht 2014* (S. 37 – 63), Lengerich: Papst.
- Giacomuzzi, S., Riemer, Y., Ertl, M. & Hinterhuber, H. (2002). Zum Begriff der Lebensqualität in der Medizin und seine Bedeutung für die Suchtproblematik. In Naturwissenschaftlich-medizinischer Verein Innsbruck (Hrsg.), *Berichte des naturwissenschaftlichen - medizinischen Verein Innsbruck, Band 89* (S. 281 – 287). Österreich, Innsbruck: Universitätsverlag Wagner.
- Gläser, J. & Laudel, G. (2010). *Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse*. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
- Gölz, J. (2001). Lebensqualität als Behandlungsmaßstab und Verhandlungsgegenstand im Rahmen der Substitutionspraxis. In B. Westermann, Ch. Jellinek & G. Bellmann (Hrsg.), *Substitution: zwischen Leben und sterben* (S. 41 – 48), Weinheim: Deutscher Studienverlag.
- Görtz, A. (2004). Existentielle Lebensqualität. Ein neuer Ansatz innerhalb der Lebensqualitätsforschung und sein Nutzen als Outcome-Kriterium in der Psychotherapieforschung. In *Existenzanalyse*, 21, 1, 4 – 16.
- Grawe, K. (2005). (Wie) kann Psychotherapie durch empirische Validierung wirksamer werden? In *Psychotherapeutenjournal*, 4, 4-11.
- Haaf, H. (2009). Reha-Erfolg – Ist die Reha überhaupt wirksam?, In Deutsche Rentenversicherung (Hrsg.), *Ergebnisqualität in der medizinischen Rehabilitation der Rentenversicherung* (S. 10-47). Berlin.

- Kilian, R. (2006). Pro. In Pro und Kontra: Ist subjektive Lebensqualität ein sinnvoller Outcomeindikator?. In *Psychiatrische Praxis*, 33, 312 – 316.
- Klosterhuis, K. (2010). Rehaqualitätssicherung der Rentenversicherung – eine kritische Bestandsaufnahme. In *RV aktuell* 8, 260-268.
- Koch U. & Buschmann-Steinhage R. (2004). Zum Verständnis und zu den Voraussetzungen der Rehabilitationswissenschaften in Deutschland. www.deutsche-rentenversicherung.de/Allgemein/de/Inhalt/3_Infos_fuer_Experten/01_sozialmedizin_forschung/downloads/reha_wissenschaften/literatur_koch_buschmann_steinhage_pdf.pdf__blob=publicationFile&v=4 [Zugriff am 19.09.2015].
- Körkel, J. (2005). Pro. Pro und Kontra: Kontrolliertes Trinken als sinnvolle und notwendige Behandlungsoption. In *Psychiatrische Praxis*, 32, 324 – 326.
- Körkel, J. (2010). Kontrolliertes Trinken als legitimes Behandlungsziel bei alkoholbezogenen Störungen – Pro. In *Suchttherapie* 2010, 11, 179.
- Körkel, J. (2014). Das Paradigma zieloffener Suchtarbeit: Jenseits von Entweder – Oder. In *Suchttherapie*, 15, 165 – 173.
- Körkel, J. & Reiner, J. (2014). Konsumreduktion. In *Suchttherapie*, 15, 153.
- Kraus, L., Piontek, D., Pfeiffer-Gerschel, T. & Rehm, J. (2015). Inanspruchnahme gesundheitlicher Versorgung durch Alkoholabhängige. In *Suchttherapie*, 16, 18 – 26.
- Küfner, H. (2001). Therapieevaluation. In F. Tretter & A. Müller (Hrsg.), *Psychologische Therapie der Sucht* (S. 549 – 572). Göttingen: Hogrefe.
- Küfner, H. (2003). Therapieevaluation als Evidenzbasis der Suchttherapie. In *Psychotherapie im Dialog*, 4, 170- 177.
- Küfner, H. (2004). Therapieevaluation der Sucht als Basis ökonomischer Analysen. In F. Tretter, B. Erbas & G. Sonntag (Hrsg.), *Ökonomie der Sucht und Suchttherapie* (S. 287 – 304). Lengerich: Papst.
- Küfner, H., Dennis, A., Roch, I., Arzt, J. & Rug, U. (1994). Stationäre Krisenintervention bei Drogenabhängigen, Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitung des Modellprogramms. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Baden-Baden: Nomos.
- Lange, N., Neeb, K., Missel, P., Bick, S., Bachmeier, R., Brenner, R. et al. (2014). Effektivität der ambulanten Suchtrehabilitation – FVS-Katamnese des Entlassjahrgangs 2011 von Ambulanzen für Alkohol- und medikamentenabhängige. In *SuchtAktuell*, 1, 25 – 33.

- Laudet, A. (2011). The case for considering quality of life in addiction research and clinical practice. In *Addiction Science and Clinical Practice*, 6, 1, 44 – 55.
- Leune, J. (2014). Versorgung Abhängigkeitskranker in Deutschland. In Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (Hrsg.), *Jahrbuch Sucht 2014* (S. 181 – 202). Legerich: Papst.
- Lindlahr, P. (2001). Skaliert – randomisiert – pervertiert: Verkommt Lebensqualität in der klinischen Arzneimittelprüfung mit Opiatabhängigen zur beliebigen Variablen? In B. Westermann, Ch. Jellinek & G. Bellmann (Hrsg.), *Substitution: zwischen Leben und Sterben* (S. 255 – 260). Weinheim: Deutscher Studienverlag.
- LoCastro, J., Youngblood, M., Cisler, R., Mattson, M., Zweben, A., Anton, R. & Donovan, D. (2009). Alcohol treatment effects on secondary nondrinking outcomes and quality of life: The COMBINE Study. In *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 70, 2, 186 – 197.
- Luquiens, A., Whalley, D., Crawford, S. R., Laramée, P., Doward, L., Price, M. et al. (2015). Development of the alcohol quality of life scale (AqoLS): a new patient-reported outcome measure to assess health-related quality of life in alcohol use disorder. In *Quality of Life Research*, 24, 1471-1484.
- Malet, L., Llorca, P., Beringuier, B., Lehert, P. & Falissard, B. (2006). ALQOL 9 for measuring quality of life in alcohol dependence. In *Alcohol and Alcoholism*, 41, 2, 181 – 187.
- Mann, K. (2010). Kontrolliertes Trinken als legitimes Behandlungsziel bei alkoholbezogenen Störungen – Kontra. In *Suchttherapie 2010*, 11, 180.
- Mann, K., Lemenager, T., Hoffmann, S., Reinhard, I., Hermann, D., Batra, A. et al. & The PREDICT Study Team (2013). Results of a double-blind, placebo-controlled pharmacotherapy trial in alcoholism conducted in Germany and comparison with the US COMBINE study. In *Addiction Biology*, 18, 6, 937-946.
- Mann, K., Morlock, P. & Mezger, A. (1997). Quality of life and drinking status in alcoholics 6 years after treatment. In *Quality of life research*, 6, 688 (published abstract).
- Mayring, P. (2002). *Einführung in die Qualitative Sozialforschung*; Weinheim: Beltz.
- Mayring, P. (2010). *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken*. 11. Auflage. Weinheim: Beltz.

- Mey, G. & Mruck, K. (2010). Interviews. In G. Mey & K. Mruck (Hrsg.), *Handbuch Qualitative Forschung in der Psychologie* (S. 423 – 435). Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
- Meyer, T. (2009). Die Bedeutung subjektiver Erfolgsmaße für die Ergebnisqualität. In Deutsche Rentenversicherung (Hrsg.), *Ergebnisqualität in der medizinischen Rehabilitation der Rentenversicherung* (S. 114-130). Berlin.
- Miller, P. & Miller, W. (2009). What should we be aiming for in the treatment of addiction?. In *Addiction*, 104, 685 – 686.
- Missel, P., Jung, Ch., Herder, F., Fischer, R., Bachmeier, R., Funke, W. et al. (2014). Effektivität der stationären Suchtrehabilitation – FVS-Katamnese des Entlassjahrgangs 2011 von Fachkliniken für Alkohol- und Medikamentenabhängige. In *SuchtAktuell*, 1, 5-18.
- Patience, D., Buxton, M., Chick, J., Howlett, H., McKenna, M. & Ritson, B. (1997). The Seccat Survey: II. The alcohol related problems questionnaire as a proxy for resource costs and quality of life in alcoholim treatment. In *Alcohol and Alcoholism*, 32, 1, 79 – 84.
- Patrick, D., Burke, L., Powers, J., Scott, J., Rock, E., Dawisha, S. et al. (2007). Patient-reported outcomes to support medical product labeling claims: FDA perspective. In *Value in Health*, 10, Suppl. 2, S. 125 – 137.
- Picci, R., Oliva, F., Zuffranieri, M., Vizzuso, P., Ostacoli, L., Sodano, A. & Furlan, P. (2014). Quality of life, alcohol detoxification and relapse: Is quality of life a predictor of relapse or only a secondary outcome measure? In *Quality of life Research*, 23, 2757 – 2767.
- Project MATCH Research Group (1997). Matching alcoholism treatment to client heterogeneity: project MATCH posttreatment drinking outcomes. In *Journal of studies on alcohol*, 58, 7-29.
- Pukrup, R. (2006). Kontra. In Pro und Kontra: Ist subjektive Lebensqualität ein sinnvoller Outcomeindikator? In: *Psychiatrische Praxis*, 33, 312 – 316.
- Pyne, J. M., Tripathie, S., French, M., McCollister, K., Rapp, R. C. & Booth, B. M. (2011). Longitudinal association of preference-weighted health-related quality of life measures and substance use disorder outcomes. In *Addiction*, 106, 3, 507 – 515.
- Radoschewski, M. (2000): Gesundheitsbezogene Lebensqualität – Konzepte und Maße. Entwicklungen und Stand im Überblick. In *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 43, 165 – 189.

- REHADAT, Institut der deutschen Wirtschaft Köln (Hrsg.), Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e.V., Frankfurt am Main (Hrsg.), Deutsche Vereinigung für Rehabilitation, Heidelberg (Hrsg.), Deutsche Rentenversicherung Bund, Berlin (Hrsg.) (2015). *Rehabilitationswissenschaftlerinnen und Rehabilitationswissenschaftler in Deutschland*. 23. Auflage. Internet-Ausgabe. <http://www.rehadat-forschung.de/export/sites/forschung/downloads/VerzRehaWiss.pdf> [Zugriff am 27.09.2015].
- Schmidt, L.G., Gastpar, M., Falkai, P. & Gaebel, W. (Hrsg) (2006). *Evidenzbasierte Suchtmedizin – Behandlungsleitlinie substanzbezogene Störungen*. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.
- Schmidt, P., Kufner, H., Hasemann, S., Löhnert, B., Kolb, W., Zemlin, U. & Soyka, M. (2007). Ist der European Addiction Severity Index ein sinnvolles Diagnoseinstrument bei Alkoholabhängigkeit? In *Fortschritte der Neurologie - Psychiatrie*, 75, 9, 541-548.
- Schneider, B., Milke, D., Bachmeier, R., Beyer, S., Deichler, M.-L., Forscher, L. et al. (2014). Effektivität der ganztägig ambulanten Suchtrehabilitation – Fachverband Sucht - Katamnese des Entlassjahrganges 2011 aus Einrichtungen Alkohol- und Medikamentenabhängiger. In *SuchtAktuell*, 1, 34-43.
- Schuhmacher, J., Klaiberg, A. & Brähler, E. (Hrsg.) (2003). *Diagnostische Verfahren zu Lebensqualität und Wohlbefinden*. Göttingen: Hogrefe.
- Schulenburg, J.-M. Graf von der, Claes, Ch., Greiner, W. & Uber, A. (2003). EuroQOL (EQ-5D) – European Quality of Life Questionnaire. In J. Schuhmacher, A. Klaiberg & E. Brähler (Hrsg.), *Diagnostische Verfahren zu Lebensqualität und Wohlbefinden* (S. 86 – 91). Göttingen: Hogrefe.
- Schulz, H. (2009). Möglichkeiten und Grenzen der Bestimmung der Ergebnisqualität in der Rehabilitation der Therapeuteinschätzung am Beispiel SF-8. In Deutsche Rentenversicherung (Hrsg.), *Ergebnisqualität in der medizinischen Rehabilitation der Rentenversicherung* (S. 156-166). Berlin.
- Schuntermann, M. (2003). Grundsatzpapier der Rentenversicherung zur Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) der Weltgesundheitsorganisation WHO). In *Deutsche Rentenversicherung*, 58, 52-59.
- Sobell, L. (2006). Das Phänomen Selbstheilung: Überblick und konzeptionelle Fragen. In H. Klingemann & L. Sobell (Hrsg.), *Selbstheilung von der Sucht* (S. 7 – 47). Wiesbaden: GWV-Fachverlage GmbH.

- Srivastava, S. & Bhatia, M. (2013). Quality of life as an outcome measure in the treatment of alcohol dependence. In *Industrial Psychiatry Journal*, 22, 1, 41 – 46.
- Steppan, M., Brand, H., Künzel, J. & Pfeiffer-Gerschel, T. (2014). Jahresstatistik 2012 der professionellen Suchtkrankenhilfe. In Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (Hrsg.), *Jahrbuch Sucht 2014* (S. 203 – 230). Lengerich: Papst.
- Steppan, M. & Pfeiffer-Gerschel, T. (2011). Monitoring der Therapie alkoholbezogener Störungen. In *Sucht*, 57, 6, 431 – 438.
- Subbaraman, M. & Witbrodt, J. (2014). Differences between abstinent and non-abstinent individuals in recovery from alcohol use disorders. In *Addictive Behaviors*, 39, 1730 – 1735.
- Tiffany, S., Friedman, L., Greenfield, S., Hasin, D. & Jackson, R. (2012a). Beyond drug use: a systematic consideration of other outcomes in evaluations of treatments for substance use disorders. In *Addiction*, 107, 709 – 718.
- Tiffany, S., Friedman, L., Greenfield, S., Hasin, D. & Jackson, R. (2012b). Other outcomes in treatments for substance-use disorders: A call for action. In Commentaries on Donovan et al. (2012) and Tiffany et al. (2012). In *Addiction*, 107, 719 – 726.
- Uchtenhagen, A. (2009). Abstinenz als gesellschaftlicher und therapeutischer Leitgedanke. In *Suchttherapie*, 10, 75 – 80.
- Uchtenhagen, A. (2012). How to measure outcome in clinical trials of substance abuse treatment. In Commentaries on Donovan et al. (2012) and Tiffany et al. (2012). In *Addiction*, 107, 719 - 726.
- Ugochukwu, C., Bagot, K.S., Delaloye, S., Pi, S., Vien, L., Garvey, T. et al. (2013). The importance of quality of life in patients with alcohol abuse and dependence. In *Harvard Review of Psychiatry*, 21, 1, 1 -17.
- UKATT Research Team (2001). United Kingdom alcohol treatment trial: hypotheses, design and methods. In *Alcohol and Alcoholism*, 36, 11-21.
- Veenhoven, R. (2000). The four qualities of life. Ordering concepts and measures of the good life. In *Journal of Happiness Studies*, 1, 1-39.
- Volk, R., Cantor, S., Steinbauer, J. & Cass, A. (1997). Alcohol use disorders, consumption patterns, and health-related quality of life of primary care patients. In *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 21, 5, 899 – 905.

- Wessel, T. (2014). Einführung von Katamnesen in der Ambulanten Rehabilitation Sucht. In Gesamtverband für Suchthilfe e.V. (Hrsg.) *Partnerschaftlich 01/2014* (S. 16-22). Berlin.
- Widera, T. (2009). Ausblick zur Ergebnisqualität – Indikatoren einer erfolgreichen Rehabilitation sowie Einflussfaktoren auf das Rehabilitationsergebnis. In Deutsche Rentenversicherung (Hrsg.), *Ergebnisqualität in der medizinischen Rehabilitation der Rentenversicherung* (S. 168-195). Berlin.
- Widera, T. & Beckmann, U. (2013). Ambulante Sucht-Rehabilitation aus Sicht der Rehabilitanden. Bericht zur Reha-Qualitätssicherung 2013. In Deutsche Rentenversicherung (Hrsg.) Rehabilitandenbefragung – Gesamtbericht – Rehabilitation: August 2009 – Juli 2011. Berlin.
http://www.deutsche-rentenversicherung.de/Allgemein/de/Inhalt/3_Infos_fuer_Experten/01_sozialmedizin_forschung/downloads/quali_rehabilitandenbefragung/Broschuere_Rehabilitandenbefragung_2013_ARS.pdf?__blob=publicationFile&v=5 [Zugriff am 23.09.2015].
- Witkiewitz, K. (2013). „Success“ following alcohol treatment: moving beyond abstinence. In *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 37, S1, E9-E13.
- World Health Organisation Quality of Live Assessment Group (WHOQOL-Group) (1995). The world health organization quality of life assessment (WHOQOL): Position paper from the world health organization. In *Social Science and Medicine*, 41, 10, 1403 – 1409.
- Zapf, Wolfgang (2000). Social Reporting in the 1970s and in the 1990s. In *Social Indicators Research*, 51, 1-15.
- Zubaran, C., Zolfahari, E., Foresti, K., Emerson, J., Sud, R. & Surjadi, J. (2014). A validation study of the English version of the AIQoL 9 to measure quality of life. In *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 40, 2, 131-136.

8. Abbildungsverzeichnis

Abbildung I: Evaluationsperspektive: Beschreibung des Erfolgs eines Behandlungssystems Sucht (Küfner, 2001, S. 551 und 2004, S. 299), S.18.

Abbildung II: Outcome-Kriterien in der Suchttherapieforschung (Donovan et al., 2012, S. 702), S. 28.

Abbildung III: Vier Lebensqualitäten (Veenhoven, 2000, S.6), S. 48.

Abbildung IV: Konstruktebenen von Lebensqualität (Radoschewski, 2000, S. 176), S. 54.

Abbildung V: Komponenten, Dimensionen und Konzepte gesundheitsbezogener Lebensqualität und ihrer Operationalisierung (Beispiele), (Radoschewski, 2000, S. 178), S. 60.

9. Abkürzungsverzeichnis

ADHS	Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung
AIQoI 9	Alcohol Quality of life mit 9 Items
APQ	Alcohol Problems Questionnaire
AqoLS	Alcohol Quality of Life Scale
ARPQ	Alcohol-Related Problems Questionnaire
ASI	Addiction Severity Index
AWMF	Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaft
BSG	Betriebswirt im Gesundheitswesen
DDD	Drinks per Drinking Day
DGSS	Deutsche Gesellschaft für Suchtmedizin und Suchtforschung
DHS	Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen
DRV	Deutsche Rentenversicherung
EMCDDA	European Monitoring Center for Drugs and Drug Addiction
EMA	Europäische Zulassungsbehörde für Medizinprodukte
ERIQA	European Regulatory Issues on Quality of Life Assessment
et al.	et alere
EuropASI	European Addiction Severity Index
EQ-5D	European Quality of Life-5 Dimensions
FAS	Fachambulanz für Suchterkrankungen
FH	Fachhochschule
GVS	Gesamtverband für Suchthilfe
HDD	Heavy Drinking Days
HRQOL	Health related Quality of Life
ICD	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems
ICF	International Classification of Functioning, Disability and Health
KDS	Kerndatensatz
It.	laut
MLDL	Münchener Lebensqualitäts Dimensionen Liste
MOS	Medical Outcome Study
MPU	Medizinisch-Psychologische-Untersuchung
M.sc.	Master of science
NIDA	National Institute on Drug Abuse
OQOL	Overall Quality of Life

PAD	Percent Abstinent Days
PRO	Patient related Outcome
PHDD	Percentage heavy Drinking Days
QALYs	Quality adjustet Life Years
QOL	Quality of Life
QWBS	Quality of Well-being Scale
Reha	Rehabilitation
SF-12	Kurzform des SF-36 mit 12 Items
SF-20	Kurzform des SF-36 mit 20 Items
SF-36	Shortform zur Messung der Lebensqualität mit 36 Items
SGB	Sozialgesetzbuch
SIP	Sickness Impact Profil
WHO	World Health Organisation
WHOQOL	World Health Organisation Quality Of Life
ZOS	Zieloffene Suchtarbeit

10. Anhang

I. Konzept¹⁴

Konzeption:

Erhebung der Lebensqualität in der ambulanten Rehabilitation an der Fachambulanz für Suchterkrankungen Grafing

Aus der Masterthesis:

„Abstinenz kann doch nicht alles sein?
Lebensqualität als Outcome-Kriterium in der medizinischen Rehabilitation bei
Abhängigkeitserkrankungen“

entwickelt von
Margit Schwarz, Diplom-Sozialpädagogin (FH), Juni 2015

14 Das Konzept sowie der Fragebogen wurden in der Form in den Anhang übernommen, wie beide an die Experten verschickt wurden. Durch die Formatierung der vorliegenden Arbeit stimmen jedoch die Seitenzahlen aus dem Inhaltsverzeichnis nicht (mehr) mit den tatsächlichen Seiten überein. Ebenso die Fußnoten, die durch die Formatierung fortlaufend durchnummeriert werden. Inhaltliche Veränderungen wurden weder am Konzept noch am Fragebogen vorgenommen.

Gliederung

	Seite
1. Einleitung	3
2. Das Konstrukt Lebensqualität	4
3. Die Messbarkeit von Lebensqualität in der Suchttherapieforschung	6
4. Erhebung der Lebensqualität in der ambulanten Rehabilitation	8
4.1 Datenerhebung bei den Klienten	8
4.2 Datenauswertung	9
4.3 Ziele für die Erhebung lebensqualitätsbezogener Werte	10
4.4 Zu erwartende Probleme	12
5. Abschließende Bemerkung	14
6. Literaturnachweis	15

1. Einleitung

In der täglichen therapeutischen Arbeit mit suchtkranken Menschen sind wir nicht selten mit dem vermeintlichen „Scheitern“ konfrontiert. Wir analysieren Rückfälle, versuchen sie zu stoppen und gemeinsam mit den Klienten¹⁵ wieder einen Weg mit Blick nach vorne zu erarbeiten. Als Suchttherapeuten suchen wir nach Ressourcen unserer Klienten, damit diese das Ziel bzw. die hohe Anforderung der Kostenträger erfüllen können – die Abstinenz. Gelingt es uns, diese Ressourcen zu aktivieren und zu stabilisieren, erhoffen wir uns eine gesteigerte und verbesserte Lebensqualität unserer Klienten.

„Lebensqualität“ als messbarer Wert ist ein innovatives und hoch aktuelles Thema, das bereits seit einigen Jahren international in der Suchttherapieforschung diskutiert wird. In der somatischen Rehabilitation ist dieses Thema schon lange angekommen und gewinnt zunehmend an Bedeutung, z.B. in der Beurteilung von Kosten-Nutzen-Analysen der Kostenträger.

In der Katamneseerhebung (1-Jahres- und 5-Jahres-Katamnese) der Suchthilfeeinrichtungen des Caritasverbandes werden die Klienten nach ihrer Einschätzung zur Lebensqualität befragt. Sie haben hierbei drei Antwortmöglichkeiten: „gebessert“, „unverändert“ oder „schlechter“. Diese Frage nach der subjektiv-eingeschätzten Lebensqualität ist im Sinne einer Partizipation der Klienten zur Selbstbeurteilung des Behandlungserfolgs, ausgesprochen progressiv und wichtig, da sie den Klienten in das Zentrum der Beurteilung des Genesungsprozesses rückt.

In meiner Masterarbeit setze ich mich intensiv mit dem Konstrukt „Lebensqualität“ und seiner Bedeutung in der Suchttherapieforschung auseinander. Der Schwerpunkt meiner Arbeit liegt hierbei auf der Substanz Alkohol im Kontext der ambulanten medizinischen Rehabilitation. Ich habe für die Fachambulanz in Grafing ein Konzept erarbeitet, um die Messung der Lebensqualität unserer Klienten auf eine wissenschaftlich solide Basis zu stellen, und gleichzeitig Klienten und Therapeuten ein weiteres wirkungsvolles Instrument zur differenzierten Beurteilung des Therapieerfolgs an die Hand zu

¹⁵ Zur besseren Lesbarkeit wird in der vorliegenden Arbeit die männliche Form verwendet

geben.

Bei der Entwicklung dieses Konzeptes ist es mir bewusst, dass die Umsetzung in die Praxis mit geringfügigen Umstrukturierungen der Alltagsabläufe unserer ambulanten Behandlungsstelle verbunden ist. Der sich ergebende geringfügige Mehraufwand wird durch einen objektiven, detaillierteren Blick auf unsere eigene tägliche Arbeit und durch eine deutlich breitere zukünftige Datenbasis gerechtfertigt. Diese schafft eine Möglichkeit, den Legitimationsdruck seitens der Kostenträger auf die Suchttherapie zu reduzieren.

2. Das Konstrukt Lebensqualität

Der Begriff „Lebensqualität“ wird im sprachlichen Alltag mit unterschiedlichsten Inhalten gefüllt. So gibt es vermutlich ebenso viele Vorstellungen über die Bedeutung dieses Konstruktes, wie Menschen die man nach der Bedeutung des Begriffs befragt.

Die Lebensqualitätsforschung hat sich intensiv mit diesem Phänomen auseinander gesetzt und kommt zu dem Schluss, dass Lebensqualität immer auch eine subjektive Komponente hat und dass, je nach dem welche Disziplin sich mit Lebensqualität beschäftigt, andere Dimensionen des Begriffs betrachtet werden.

In der Forschung besteht ein Konsens darüber, dass Lebensqualität ein multidimensionales Konstrukt ist, für das keine einheitliche Definition existiert. Es gibt jedoch disziplinübergreifend einen Minimalkonsens als eine Art Annäherung der beteiligten Disziplinen an das Konstrukt Lebensqualität.

Bei der Theoriebildung bzw. bei dem Versuch, Modelle zur Betrachtung von Lebensqualität zu entwickeln, lassen sich nach Bullinger (1997, S. 77f.) grundsätzlich drei Typen von Modellen unterscheiden:

- Vertreter des **individualzentrierten Konzeptes** von Lebensqualität konstatieren, Lebensqualität sei nicht an mehreren Individuen vergleichend messbar, sondern nur innerhalb einer Person zu jeweils anderen Zeitpunkten.
- Bei der Definition von Lebensqualität als **implizites Konstrukt** wird davon ausgegangen, dass Lebensqualität nicht durch direktes Erfragen

erfassbar sei, sondern sich nur implizit erschließen lasse, durch Patientenpräferenzen. Sie sei somit genau das, was die jeweils befragte Person darunter verstehe und lasse sich entsprechend überhaupt nicht messen.

- Das **interindividuelle Konzept** von Lebensqualität geht davon aus, dass es eine endliche Zahl von Dimensionen (Parametern) gibt, die allgemeingültige Relevanz für Lebensqualität haben, die sich also zwischen verschiedenen Personen vergleichbar erheben lassen. (vgl. Bullinger, 1997, S. 77f.)

Bei der konzeptuellen Entwicklung der Lebensqualität spielen verschiedene konzeptuelle Ansätze eine Rolle:

- **Subjektive Wohlbefindensmodelle** (das subjektive Befinden steht im Vordergrund)
- **Zufriedenheitsmodelle** (hohe Lebensqualität kommt durch eine hohe Zufriedenheit in vielen Lebensbereichen zu Stande)
- **Bedürfnismodelle** (Lebensqualität hängt von der Erfüllung von Bedürfnissen ab)
- **Rollenfunktionsmodelle** (hohe Lebensqualität durch die Erfüllung relevanter soziale Rollen)
- **Soziale Vergleichsmodelle** (eine hohe Lebensqualität wird dann erreicht, wenn im Verhältnis zur wahrgenommenen Lebensqualität anderer Personen, die eigene positiv beurteilt wird)
- **Facettentheoretische Modelle** (beziehen verschiedene Aspekte mit ein) (vgl. Bullinger 2014, S. 99)

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) definierte 1995 in einem Positionspapier, Lebensqualität als subjektive Wahrnehmung einer Person über ihre Stellung im Leben in Relation zur Kultur und den Wertsystemen in denen sie lebt und in Bezug auf ihre Ziele, Erwartungen, Standards und Anliegen. Dimensionen von Lebensqualität sind für die WHO:

- **Physische Dimension** (individuelle Wahrnehmung des eigenen physischen Zustandes)
- **Psychologische Dimension** (individuelle Wahrnehmung des eigenen

kognitiven und affektiven Zustandes)

- **Soziale Dimension** (individuelle Wahrnehmung der zwischenmenschlichen Beziehungen und der sozialen Rolle im Leben)
- **Geistige Dimension** (Bedeutung/Sinn im/des Leben(s) als universeller, kulturübergreifender Wert)

In der Medizin ist Lebensqualität (als gesundheitsbezogene Lebensqualität) schon sehr lange fest verankert. Vor allem die Onkologie nimmt hier eine Vorreiterrolle ein. Hierbei hat die Dimension der Gesundheit naturgemäß einen sehr hohen Stellenwert. Allerdings: Lebensqualität ist weit mehr, als nur Gesundheit; Gesundheit ist jedoch ein wesentlicher Bestandteil der Lebensqualität und fehlende Gesundheit reduziert die Lebensqualität (vgl. Radoschewski, 2000, S. 171).

3. Die Messbarkeit von Lebensqualität in der Suchttherapieforschung

Die Lebensqualitätsforschung hat in den letzten Jahrzehnten unzählige Messinstrumente zur Erhebung der Lebensqualität hervorgebracht. Viele dieser Messinstrumente sind krankheitsspezifisch. Auch für die Erhebung der Lebensqualität von suchtkranken Menschen wurden krankheitsspezifische Instrumente entwickelt, diese liegen jedoch nicht in deutscher Sprache vor und sind auch noch nicht ausreichend evaluiert.

In der medizinischen Rehabilitation findet vor allem der Fragebogen „SF-36“, ein krankheitsübergreifendes Messinstrument, weit verbreitete Anwendung. Der SF-36 wurde auch für die Projekte des Verbundforschungsprogramms Rehabilitationsforschung ausdrücklich empfohlen und stellt im Bereich der Rehabilitationsforschung ein Standardinstrument dar (vgl. Bullinger et al., 2003, S. 218). Er hat sich zu einem der krankheitsübergreifenden Kerninstrumente zur Erfassung gesundheitsbezogener Lebensqualität entwickelt (vgl. Bullinger, 2014, S. 99).

Der SF-36 erfasst die Lebensqualität in acht Dimension bzw. Subskalen der subjektiven Gesundheit mit unterschiedlichen Itemzahlen.

Diese Dimensionen sind:

1. Körperliche Funktionsfähigkeit
2. Körperliche Rollenfunktion
3. Körperliche Schmerzen
4. Allgemeine Gesundheitswahrnehmung
5. Vitalität
6. Soziale Funktionsfähigkeit
7. Emotionale Rollenfunktion
8. Psychisches Wohlbefinden

Eine Zusatzfrage des SF-36 bezieht sich auf die Veränderung des subjektiven Gesundheitszustand im Vergleich zum vergangenen Jahr.

In der Standardversion fragt das Instrument die Befindlichkeit im Zeitfenster der letzten 4 Wochen ab.

In den vergangenen Jahrzehnten wurde zum Thema Lebensqualität und Sucht viel geforscht und verschiedene Messinstrumente entwickelt und eingesetzt. Da der Schwerpunkt meiner Masterthesis auf der Substanz Alkohol liegt, beschränke ich mich hierauf – auch wenn es interessante Ergebnisse zur Lebensqualität von Konsumenten illegaler Drogen und Verhaltenssuchte gibt, die weiteren zukünftigen Forschungsbedarf zeigen.

Es gibt mittlerweile zahlreiche Studien, die sich mit Lebensqualität und Alkoholkonsum beschäftigen. Die meisten stammen aus den USA und wurden ausschließlich in englischer Sprache publiziert. Eine aktuellere Studie kommt aus Deutschland. Sie basiert auf einer 7-Jahres-Katamnese und vergleicht das Trinkverhalten und die Lebensqualität nach einer Behandlung (die Behandlung umfasste 6 Wochen stationär und im Anschluss ein Jahr ambulant). Die deutschen Ergebnisse bestätigen die der internationalen Studien (vgl. Frischknecht et al., 2013).

Zusammenfassend lässt sich festhalten:

In der Suchttherapieforschung weiß man mittlerweile, dass sich durch eine Behandlung (gleich ob stationär, ambulant, Entgiftung und Pharmakotherapie) die Lebensqualität der Klienten steigern lässt. Dies gilt unabhängig davon, ob die Klienten abstinent leben oder ob sie ihren Alkoholkonsum lediglich reduziert haben. Allerdings existiert der größte Unterschied bei den Werten der Lebensqualität bei den Abstinentern – demnach scheint also der sicherste Weg,

seine Lebensqualität zu erhöhen, der der Abstinenz zu sein (vgl. Donovan et al., 2005 und Ugoschukwu et al., 2013).

Allgemein stellt vor allem die äußerst unzureichende Datenlage ein häufig bemängeltes Defizit in der Forschung dar. Es gibt zu wenige Studien mit einer ausreichend großen Stichprobe. Frischknecht et al. bedauern vor allem das Fehlen von Baseline-Daten zu Beginn einer Behandlung – dadurch war in der Studie nur eine Momentaufnahme möglich, aber kein Vergleich der Lebensqualitätswerte über den Zeitraum von sieben Jahren hinweg.

4. Erhebung der Lebensqualität in der ambulanten Rehabilitation

Mein Konzept zielt nun darauf ab, den SF-36 standardmäßig in der ambulanten Rehabilitation an der Fachambulanz für Suchterkrankungen in Grafing (Caritaszentrum Ebersberg) einzusetzen. Die konzeptionellen Veränderungen setzen zum einen daran an, zu verschiedenen Zeitpunkten in der Behandlung die Lebensqualitätswerte mit Hilfe des SF-36 zu erheben, zum anderen an einer wissenschaftlich validen Abfrage der Lebensqualität in der Katamneseerhebung selbst – ebenfalls mit dem SF-36.

4.1 Befragung der Klienten – Datenerhebung

Aktuelle Grundlage für die Erhebung der qualitätsbezogenen Daten ist, dass das Einverständnis des Klienten vorliegt und dieser auch die Datenspeicherung, wie es allgemein im Caritasverband üblich ist, eingewilligt hat. Die geplante Datenerhebung via SF-36 erfolgt bei allen Klienten, die in der Fachambulanz eine ambulante Behandlung beginnen, unabhängig davon, welcher Kostenträger zuständig ist, oder um welche Substanz/Verhaltenssucht es sich handelt. Dies stellt eine Vereinheitlichung der Arbeitsabläufe bei allen Klienten sicher.

Grundsätzlich füllen die Klienten den SF-36 selbst aus. In Ausnahmefällen kann er jedoch in Interviewform (auch telefonisch) eingesetzt werden.

Die Entwickler des SF-36 geben die Bearbeitungszeit zum Ausfüllen mit 7 bis 15 Minuten an; ein Selbsttest bestätigte diese Angabe als realistisch.

Die Klienten füllen den SF-36 zu verschiedenen Zeitpunkten in der ambulanten Behandlung aus:

- zu Beginn der Behandlung
- am Ende der Behandlung
- in der 1-Jahres-Katamnese
- in der 5-Jahres-Katamnese

Bei Beginn der Behandlung bietet es sich an, die Klienten zu bitten, den SF-36 im Rahmen der Anamnese auszufüllen.

Das Ausfüllen am Ende der Behandlung kann entweder am Ende einer der letzten Sitzungen geschehen, oder bei sehr zuverlässigen Klientinnen und Klienten auch als „Hausaufgabe“ bis spätestens zum vorletzten Termin mitgegeben werden. Jedoch nicht in der letzten Sitzung selbst, da der SF-36 bis zu dieser Sitzung bereits ausgewertet sein sollte, um dem Klienten über die Veränderung der Lebensqualität Rückmeldung geben zu können.

Für die Katamneseerhebung wird der SF-36 mit dem bisherigen Fragebogen mitgeschickt.

Grundsätzlich wäre es für die Zukunft denkbar, den SF-36 webbasiert über ein Portal ausfüllen zu lassen. Eine entsprechende Softwarebasis wird bereits auf dem Markt angeboten. Auch ist eine App für das I-Phone¹⁶ erhältlich. Der SF-36 ist ein sehr weit entwickeltes Instrument, das zahlreiche digitale Möglichkeiten bietet.

4.2 Datenauswertung

Der ausgefüllte SF-36 wird zeitnah zur Datenerhebung ausgewertet.

Die Auswertung von Hand dauert ca. 15 Minuten, schneller geht es mit der Software, die käuflich erworben werden kann. Zum Vergleich mit der Normpopulation sind die Datensätze für Deutschland auf CD-ROM erhältlich.

Für die 8 Dimensionen des SF-36 können pro Dimension Einzelwerte

¹⁶ Internet-Link: <https://itunes.apple.com/de/app/sf-36-survey/id519060213?mt=8>
[zuletzt besucht am 06.04.2015]

errechnet werden. Aus den Antworten aller Dimensionen wird ein Gesamtwert gebildet.

Der Gesamtwert bildet insgesamt die Lebensqualität des Klienten ab. Interessant ist es jedoch, für eine weitere Verwertung der Daten die Einzelwerte der Dimensionen zu erhalten. An Hand dieser lässt sich genau verfolgen, in welcher Dimension sich die Lebensqualität des Klienten verändert hat.

Der Vorteil einer Auswertung per Software liegt vor allem darin, dass die Datensätze klientenbezogen abgespeichert werden und nicht „von Hand“ in einem Statistikprogramm oder ähnliches verwaltet werden müssen.

Bei der Auswertung des SF-36 im Rahmen der Katamneseerhebung wird analog vorgegangen. Jedoch mit der Besonderheit, dass der Gesamtwert aus der Katamneseerhebung mit dem Gesamtwert, der sich am Ende der Behandlung ergeben hat, verglichen wird und in das Vivendi-Eingabe-Feld entsprechend als „gebessert“, „schlechter“, oder „unverändert“ eingegeben wird. Hier entfällt die bisher verwendete undifferenzierte Selbsteinschätzung zur Lebensqualität des Klienten aus dem einrichtungsübergreifenden Katamnesefragebogen. Aus organisatorischen Gründen kann die Frage auf dem bisherigen Fragebogen verbleiben. Der Klient kann sie ausfüllen – sie wird bei der Dateneingabe aber nicht mehr berücksichtigt, da sie durch die Verwendung des SF-36 überflüssig geworden ist.

4.3 Ziele für die Erhebung lebensqualitätsbezogener Werte

Für die Klienten:

- Durch die Abbildung der Lebensqualität in verschiedenen Dimensionen werden individuelle Ziele für die Behandlungsplanung noch greifbarer.
- Sie erhalten in der Abschlusssitzung eine Rückmeldung ihres Behandlungserfolgs unabhängig von Rückfälligkeit.
- Sie erhalten wichtige Informationen, die auch nach der Behandlung dazu motivieren, an den persönlichen Zielen (weiter) zu arbeiten.
- Klienten im Beratungsprozess, die in ihrer Entscheidung zu einer Behandlung noch unentschlossen sind, kann die Aussicht auf eine

Erhöhung der Lebensqualität als Motivationsfaktor dienen, um der Behandlungsempfehlung des Beraters zu folgen.

Für die Therapeuten:

- Die Dimensionen der Lebensqualität können als individuelle Ziele bereits in die Behandlungsplanung aufgenommen werden.
- Erfolge werden für die Therapeuten unabhängig von Abstinenz oder Rückfälligkeit der Klienten sichtbar und werden in den verschiedenen Dimensionen aufgezeigt.
- In einem Arbeitsfeld, in dem oft keine Heilung möglich ist, wird der Erfolg umdefiniert.
- Den Therapeuten bieten detailliertere Ergebnisse ein umfassenderes Bild und eine positive Rückmeldung bezüglich ihrer Alltagsfähigkeit.
- Die Veränderungen in den einzelnen Dimensionen stellen ein objektives Instrument dar, um im Abschlussgespräch dem Klienten seine Ressourcen und Erfolge rückmelden zu können. Dies geschieht unabhängig und in Ergänzung zu einer persönlichen therapeutischen Rückmeldung.

Für die Fachambulanz:

- Der Erfolg der Behandlung lässt sich unabhängig von den Erfolgskriterien der Kostenträger dokumentieren.
- Mit einer wissenschaftlich fundierten Erhebung der Lebensqualität zeigt die Fachambulanz ihr Innovationspotential.
- Die Daten können für die Öffentlichkeitsarbeit und somit für die Imagepflege genutzt werden.
- Die Daten können zu erweiterten Kosten-Nutzen-Analysen herangezogen werden.
- Die Fachambulanz zeigt ihre Professionalität durch den Einsatz von Messinstrumenten zur Diagnostik, Behandlungsplanung und Evaluation.

Für die Suchttherapie als Forschungsfeld:

- Die Lebensqualitätsforschung im Suchtbereich steckt in Deutschland noch in den Kinderschuhen und benötigt Datenmaterial.

- Die Daten sind auch international von Interesse.
- Der Datenpool kann kontinuierlich erweitert und für wissenschaftliche Zwecke zur Verfügung gestellt werden.
- Die gewonnenen Daten ermöglichen einen direkten Vergleich der ambulanten Rehabilitation Sucht mit der somatischen Rehabilitation.
- Die Suchttherapie *kann* sich weiterhin an Abstinenz messen lassen – *muss* es aber nicht.

4.4 Zu erwartende Probleme

Anschaffungskosten:

Für ein Starterpaket zur Papier-Bleistift-Auswertung muss mit Kosten von ca. 460 Euro gerechnet werden. Darin enthalten sind 100 Fragebögen zur Selbstbeurteilung durch die Klienten, 100 Auswertungsbögen sowie das Manual und eine CD mit Anleitung zur Auswertung über ein Statistikprogramm. Hier müssen die in Papierform erhobenen Daten jedoch im Anschluss in ein bereits vorhandenes Statistikprogramm eingegeben werden. Zudem entstehen Folgekosten für das Nachbestellen der Fragebögen. Ein Fragebogen für Klienten kostet ca. 0,60 Euro, ein Auswertungsbogen ca. 0,40 Euro. Die Auswertungszeit per Hand wird mit ca. 15 Minuten angegeben.

Die Kosten für eine alternative software-gestützte Variante betragen ca. 840 Euro. Darin enthalten ist die Basissoftware, das eigentliche Programm sowie 50 Durchführungen des SF-36. Allerdings muss die Software für jeden Arbeitsplatz einzeln angeschafft werden. Weitere Anwendungen können in 50er-Paketen zu je 60 Euro hinzugekauft werden. Die Auswertungszeit verkürzt sich gegenüber der Papier-Bleistift-Version von 15 auf 3 Minuten und die Daten werden direkt abgespeichert.

Eine dritte Möglichkeit besteht in einer web-basierten Variante: Hier kostet der Zugang zum Server des externen Anbieters pro Jahr 96 Euro. Die Klienten erhalten Zugangscodes für das Internetportal und füllen den SF-36 online aus. Pro Anwendung entstehen Kosten von 6 Euro. Die Daten sind codiert auf dem Server des Anbieters gespeichert und können über einen gesonderten Zugangscode abgerufen werden.

Auf 100 Anwendungen umgerechnet, ist die Papier-Bleistift-Form die preislich

günstigste Variante, die lt. Anbieter noch immer die am häufigsten angewandte ist. Allerdings auch die, mit dem höchsten Arbeitsaufwand.

Administrativer Aufwand:

Der ohnehin schon hohe Anspruch an Dokumentations- und Berichtswesen wird durch die notwendigen zusätzlichen Arbeitsschritte erhöht. In Anbetracht dieses erhöhten Aufwandes muss für die Therapeuten der entstehende fachliche Zusatznutzen deutlich erkennbar sein, um die interne Akzeptanz für das Vorhaben zu erhöhen.

Haltung zur wissenschaftlichen Erkenntnisgewinnung:

Der wissenschaftliche Nutzen ist nicht für jeden Therapeuten ausschlaggebend. Um die Verbindlichkeit bei den Klienten zum Ausfüllen des SF-36 zu erhöhen, müssen die Therapeuten selbst dahinter stehen. Dies gelingt nur durch ein transparentes Vorgehen bei der internen Einführung des SF-36. Bei dieser muss von Anfang an der fachliche Nutzen für den Therapieverlauf klar erkennbar sein.

Rücklauf bei der Katamneseerhebung:

Der aktuelle Rücklauf bei der Katamneseerhebung im Caritasverband ist derzeit seitens der Klienten ausgesprochen hoch. Dies ist dem klientenfreundlichen Format des aktuellen Katamnesebogens sowie dessen Übersichtlichkeit zu verdanken.

Es ist zu erwarten, dass durch die deutliche Erhöhung der Katamnese-Items der Rücklauf sinkt. Dem kann entgegengewirkt werden, indem man den Anreiz zur Rücksendung erhöht und unter den Einsendungen Preise verlost wie z.B. regionale Einkaufsgutscheine, Rabattbücher oder Kinogutscheine. Der hiermit verbundene Aufwand lässt sich gut steuern und den Rücklaufquoten anpassen.

Mitwirkung der Klienten:

Es wird vereinzelt Klienten geben, die mit dem SF-36 nichts anfangen können und trotz einer Erklärung des Nutzens für sich selbst keinen erkennen können. Diesen Klienten soll der Fragebogen nicht aufgezwungen werden. Dies sollte

jedoch eine Ausnahme darstellen – hier kommt einer klaren Haltung des Therapeuten eine entscheidende Bedeutung zu.

5. Abschließende Überlegungen

Durch meine intensive Auseinandersetzung mit dem Konstrukt Lebensqualität in der Suchtforschung komme ich zu dem Ergebnis, dass durch die Erhebung lebensqualitätsbezogener Daten sowohl in der täglichen Praxis als auch langfristig ein großer Nutzen für die Suchttherapie als Disziplin entsteht.

Im deutschen Sprachraum ist das Thema bisher kaum angekommen. Zwar werden Arbeiten aus Deutschland zu diesem Thema publiziert, jedoch fast ausschließlich in den englischsprachigen Zeitschriften veröffentlicht, somit wird dieses Thema im deutschen Sprachraum bisher nur äußerst unzureichend diskutiert.

Meine Überlegungen zu diesem Konzept waren, das Thema „anzupacken“ – nicht nur durch die Darstellung der Diskussion in den Fachpublikationen, sondern auch konkret in der Praxis. Die mangelhafte Datenlage wird durchgängig in der Forschung beklagt und so stellt sich mir die Frage, wo man ansetzen kann, um diesen Mangel zu beheben oder zumindest die Grundlage für eine zukünftig breitere Forschung zu schaffen.

Was in der Folge mit den erhobenen Daten geschieht, muss an dieser Stelle (vorerst) offen bleiben.

6. Literaturnachweis

- Bullinger, M. (1997). Gesundheitsbezogene Lebensqualität und subjektive Gesundheit – Überblick über den Stand der Forschung zu einem neuen Evaluationskriterium in der Medizin. In *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie*, 47, 76 – 91.
- Bullinger, M. (2014). Das Konzept Lebensqualität in der Medizin – Entwicklung und heutiger Stellenwert. In *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, 108, 97 – 103.
- Bullinger, M. & Kirchberger, I. (2003). SF-36 – Fragebogen zum Gesundheitszustand. In J. Schuhmacher, A. Klaiberg & E. Brähler (Hrsg.), *Diagnostische Verfahren zu Lebensqualität und Wohlbefinden* (S. 276-279). Göttingen: Hogrefe.
- Donovan, D., Mattson, M., Cisler, R., Longabough, R. & Zweben, A. (2005). Quality of life as an outcome measure in alcoholism treatment research. In *Journal of Studies on Alcohol, Suppl. 15*, S. 119 – 139.
- Frischknecht, U., Sabo, T. & Mann, K. (2013). Improved drinking behavior improves quality of life: A follow-up in alcohol-dependent subjects 7 years after treatment. In *Alcohol and Alcoholism, Vol. 48, No. 5*, S. 579 – 584.
- Radoschewski, M. (2000). Gesundheitsbezogene Lebensqualität – Konzepte und Maße. Entwicklungen und Stand im Überblick. In *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 43, 165 – 189.
- Ugochukwu, C., Bagot, K.S., Delaloye, S., Pi, S., Vien, L., Garvey, T., et al. (2013). The importance of quality of life in patients with alcohol abuse and dependence. In *Harvard Review of Psychiatry, Vol. 21, No. 1*, 1 – 17.
- WHOQOL-Group (1995). The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): Position paper from the world health organization. In *Social Science and Medicine, Vol. 41, No. 10*, 1403 – 1409.

Anhang

II. Fragebogen

Expertenbefragung zum Konzept

„Erhebung der Lebensqualität in der ambulanten Rehabilitation Sucht an der Fachambulanz Grafing“

Liebe Expertin, Lieber Experte,

vielen Dank, dass Sie sich mir für meine Konzeptevaluation zur Verfügung gestellt haben. Bitte nehmen Sie sich für die Beantwortung der Fragen so viel Platz wie Sie benötigen.

Sie können den Fragebogen handschriftlich ausfüllen oder gerne auch am PC bearbeiten und unkompliziert per mail (margit.schwarz@caritasmuenchen.de) an mich zurück schicken.

Vorab bitte ich Sie um ein paar Angaben zu Ihrer Person und Ihrer beruflichen Tätigkeit:

Name:

Alter:

Berufsbezeichnung:

Weiterbildung(en):

Position der derzeit ausgeübten Tätigkeit:

seit wann in dieser Position:

7 Fragen zum Konzept:

1. Ist das Konzept verständlich geschrieben? Wo haben Ihnen u.U. inhaltlich Informationen für ein besseres Verständnis gefehlt?

2. In meinem Konzept setzte ich den Schwerpunkt auf die Erhebung der Lebensqualität von Klienten. Finden Sie dieses Vorhaben grundsätzlich – unabhängig von der Umsetzbarkeit – sinnvoll? (Bitte antworten Sie mit Begründung)

3. Was halten Sie davon, den Klienten in der Abschlusssitzung eine detaillierte Rückmeldung über den Verlauf ihrer subjektiv empfundenen Lebensqualität zu geben?

4. a) Wie beurteilen Sie den fachlichen Nutzens des Konzepts in der alltäglichen suchttherapeutischen Arbeit?

b) Wie schätzen Sie den entstehenden Aufwand ein?

c) Wiegen die Vorteile, Ihrer Meinung nach, diesen Aufwand auf?

5. Wo sehen Sie bei der Umsetzung mögliche Probleme oder Schwierigkeiten?

6. Was würden Sie am Konzept verändern?

7. Haben Sie weitere Anmerkungen, Anregungen und Ideen?

Ich danken Ihnen sehr, dass Sie sich die Zeit genommen haben. Sie haben mir mit Ihrer Unterstützung sehr geholfen!

Anhang

III. Auswertung

Die Auswertung erfolgt nach den in Abschnitt 5.3 beschriebenen Auswertungsschritten.

Frage 1:

Ist das Konzept verständlich geschrieben?

Wo haben Ihnen u.U. inhaltlich Informationen für ein besseres Verständnis gefehlt?

Bohn

Originalaussage (O): Das Konzept ist verständlich geschrieben. Gefehlt hat mir ein Exemplar des SF 36, ich hätte Interesse an der Formulierung der Fragen. (Vielleicht müsste ein Experte diesen bereits kennen?...)

Paraphrasierung (P): Das Konzept ist verständlich geschrieben. Gefehlt hat ein Probeexemplar des SF-36.

Reduktion (R): Konzept ist verständlich. SF-36 als Probeexemplar fehlt.

Gahlen

O: Das Konzept ist gut und verständlich geschrieben. Es bestehen keine Unklarheiten.

P: Konzept ist verständlich geschrieben. Es fehlen keine Informationen

R: Konzept ist verständlich.

Peis-Hallinger

O: Ich habe alles gut nachvollziehen können. Die vollständigen Fragen des SF 36 habe ich konkret nachgelesen.

P: Das Konzept ist nachvollziehbar. Die Fragen des SF-36 wurden nachgelesen.

R: Konzept ist verständlich. SF-36 wurde ergänzend nachgelesen.

Peters

O: Das Konzept wurde verständlich geschrieben. Ich würde noch einige Sätze über die Umsetzung des Vorhabens in den Betrieb der FAS fallen lassen.

P: Konzept ist verständlich. Umsetzung in den Betrieb der FAS fehlt.

R: Konzept ist verständlich. Konkrete Umsetzung fehlt.

Waldhelm-Auer

O: Das Konzept ist insofern verständlich, als die Operationalisierung des Begriffs „Lebensqualität“ ansteht. Die verschiedenen Modelle dazu werden aufgezählt, aber nicht bewertet. Deshalb ist mir nicht ganz klar, warum die Erhebung mit dem Fragebogen SF-36 gewählt wird. Vor allem fehlt mir zur Beurteilung der Fragebogen selbst. Meine Befürchtung: Die genannten 8 Skalen sind zu sehr auf körperliche Symptome bezogen (Skala 1-5). Die Skalen 6-8 enthalten zwar soziale und emotionale Aspekte. Sind denn die Kriterien „Freizeitverhalten“, „soziale Beziehungen“, „Erfüllung in der Arbeit“.....auch enthalten?

P: Das Konzept ist insofern verständlich, als die Operationalisierung des Begriffs Lebensqualität ansteht. Die verschiedenen Modelle werden nicht bewertet. Deshalb wird nicht klar, warum die Erhebung mit dem SF-36 durchgeführt wird. Der Fragebogen selbst fehlt. Befürchtung: die Skalen beziehen sich sehr auf körperliche Symptome. Zwar werden soziale und emotionale Aspekte abgefragt, aber Kriterien wie Freizeitverhalten, sozial Beziehungen, Erfüllung in der Arbeit usw. sind nicht enthalten.

R: Die Erhebung mit dem SF-36 wird in Frage gestellt, da sich die Skalen v.a. auf körperliche Symptome beziehen und Kriterien wie z.B. Freizeitverhalten und soziale Beziehungen nicht abgefragt werden.

Zentrale Inhalte aller Experten (Z): Konzept ist verständlich. Es fehlt der SF-36 als Musterexemplar und Erläuterung zur konkreten alltagspraktischen Umsetzung. Der SF-36 als geeignetes Instrument wird von einer Expertin in Frage gestellt.

Frage 2:

In meinem Konzept setzte ich den Schwerpunkt auf die Erhebung der Lebensqualität von Klienten. Finden Sie dieses Vorhaben grundsätzlich – unabhängig von der Umsetzbarkeit – sinnvoll? (Bitte antworten Sie mit Begründung)

Bohn

O: Da die Steigerung von Lebensqualität eine wichtige Motivation für Suchtkranke auf dem Weg zur Behandlung sein kann, finde ich die Möglichkeit der Erfassung bereits am Anfang des Kontakts zum Klienten spannend. Die Erhebung dann über den Zeitraum der Behandlung fortzusetzen und mit der letzten Behandlungsphase abzuschließen ist konsequent.

P: Steigerung von Lebensqualität ist eine Motivation für Suchtkranke im Rahmen der Behandlung. Spannend ist die Erhebung am Anfang des Kontakts. Die Erhebung über den Zeitraum der Behandlung ist konsequent.

R: Steigerung von Lebensqualität ist ein Motivationsfaktor. Die

Erhebung zu unterschiedlichen Zeitpunkten ist sinnvoll.

Gahlen

O: Ja – sehr sinnvoll! Ich denke, dass eine subjektiv positiv wahrgenommene Lebensqualität die Grundlage für eine stabile Abstinenz darstellt.

P: Konzept ist sehr sinnvoll. Subjektiv positiv wahrgenommene Lebensqualität wird als Grundlage für eine stabile Abstinenz gesehen.

R: Konzept ist sinnvoll. Positive Lebensqualität dient als Stabilisator für Abstinenz.

Peis-Hallinger

O: Die Erhebung von subjektiv empfundener Lebensqualität bedeutet die Wahrnehmung sowie Erleben und Verhalten aus der Sicht der Betroffenen – also ihre persönliche Sichtweise konsequent in die Behandlungsplanung und -bewertung miteinzubeziehen. Dadurch verändert sich der Fokus von einer reinen Expertensicht auf die Krankheitssymptome zu einer verstärkt auf die bio-psycho-sozialen Parameter aus Betroffenenensicht. Dies hat einen großen Nutzen, weil damit die Patienten ihre persönliche Sicht auf ihr Leben differenziert wahrnehmen, ernst genommen werden in ihrem Erleben und ihre persönliche Ziele bei der Festlegung von Behandlungszielen damit besser erfasst werden können. Viele Betroffene haben zu Beginn der Behandlungsplanung Schwierigkeiten konkrete, für sie messbare und erreichbare Ziele zu benennen. Die konsequente Einbeziehung des subjektiven Erlebens und die erkennbaren Ressourcen können zu einer besseren Motivation und Zielorientierung in der Therapie führen. Zudem wird der Fokus auf den Erfolgsdruck ein „von nun an abstinentes Leben zu führen“ erweitert durch eine Sichtweise, die im stärkeren Maße auch die Verbesserung der individuellen Lebenssituation einbezieht und damit den Fokus auf salutogene Faktoren legt.

Einen weiteren Nutzen sehe ich darin, prognostische Kriterien besser erfassen zu können und die individuelle Anpassung weiterer Therapieziele. Zudem wird damit schon eine Verbesserung in verschiedenen Dimensionen zu Therapiebeginn sichtbar und kann bestehende und (wiederentdeckte) Ressourcen der Betroffenen in verschiedenen Dimensionen erfassen.

Nicht zuletzt würde es die ambulante Rehabilitation profilieren und Erfolgskriterien werden durch die Berücksichtigung der Lebensqualität erweitert. Damit könnte die ambulante Rehabilitation auch zur Forschung der Behandlung von Suchterkrankungen beitragen und die Nachhaltigkeit der ambulanten Rehabilitation umfassender v. a. auch aus Sicht der Klientinnen und Klienten überprüfen.

P: Die Erhebung der Lebensqualität bedeutet, die Sichtweise der Betroffenen in die Behandlungsplanung und -bewertung mit einzubeziehen. Dadurch verändert sich der Fokus von einer auf

Krankheitssymptome ausgerichteten Expertensicht auf die bio-psycho-sozialen Parameter aus Betroffenenansicht. Dies hat einen großen Nutzen, da damit die Patienten ihre Sicht auf ihr Leben differenziert wahrnehmen, ernst genommen werden in ihrem Erleben und ihre Ziele bei der Festlegung von Behandlungszielen besser erfasst werden können. Viele Betroffenen haben zu Beginn einer Behandlung Schwierigkeiten, messbare und erreichbare Ziele zu benennen. Die Einbeziehung des subjektiven Erlebens und die erkennbaren Ressourcen können zu einer Verbesserung von Motivation und Zielorientierung in der Therapie führen. Der Fokus wird erweitert durch eine Sichtweise, die die Verbesserung der Lebenssituation einbezieht und damit salutogene Faktoren im Vordergrund stehen. Prognostische Kriterien können besser erfasst und individuelle Therapieziele besser angepasst werden. Eine Verbesserung wird schon zu Therapiebeginn sichtbar und Ressourcen können erfasst werden.

Die Erfolgskriterien in der ambulanten Rehabilitation würden erweitert werden und könnten zur Forschung der Behandlung von Suchterkrankungen beitragen. Die Nachhaltigkeit der ambulanten Rehabilitation wird aus Klientensicht überprüft.

R: Konzept ist sinnvoll. Erhebung der Lebensqualität hilft bei der Behandlungsplanung. Nicht mehr alleine die Expertensicht steht im Vordergrund, sondern die Sichtweise der Klienten findet Berücksichtigung. Ressourcen und individuelle Ziele werden berücksichtigt und die Bewertung der Behandlung wird durch die Klienten vorgenommen.

Peters

O: In der Psychiatrischen und Suchtkrankenhilfe geht bei der Diagnose und Hilfeplanung der Trend zunehmend weg vom ICD hin zum ICF. Hiermit bewegt sich der Bereich weg von der medizinischen-psychologischen Domäne hin zu einer ganzheitlicheren Sicht, wie sie Sozialpädagogen eher zu Eigen ist. Ein Konzept Lebensqualität geht in die gleiche Richtung und bildet die Wirklichkeit unserer Klienten umfassend ab. Ich kann jedoch nicht einschätzen, ob es ähnlich präzise Ergebnisse liefert wie das ICF. (Hier hat Dr. Keller von der HSM in Zusammenarbeit mit der PSAG der Region 17 ICF-Kriterien extrahiert, die insbesondere in der Suchtkrankenhilfe anwendbar sind und die wir hier an unserer FAS punktuell auch einsetzen).

P: Konzept Lebensqualität bildet die Wirklichkeit der Klienten umfassend ab. Ähnlich wird in der Praxis bereits ein Wechsel weg vom ICD hin zum ICF beobachtet und auch praktiziert. Suchtkrankenhilfe steuert generell auf eine ganzheitliche Sicht zu.

R: Konzept Lebensqualität bietet ganzheitliche Sicht auf die Klienten ähnlich wie die Hinwendung zum ICF.

Waldhelm-Auer

O: Ich finde dies grundsätzlich sinnvoll, weil der bisherige Katamnese-

Fragebogen die Lebensqualität nur rudimentär erfasst und so natürlich undifferenziert ist.

P: Es ist grundsätzlich sinnvoll, da der bisherige Katamnesefragebogen die Lebensqualität nur rudimentär erfasst und deshalb undifferenziert ist.

R: Als Ergänzung zum bisherigen Katamnesefragebogen sinnvoll.

Z: Das Konzept wird grundsätzlich als sinnvoll eingestuft. Die Steigerung der Lebensqualität wird als Motivationsfaktor generell und zur Stabilisierung der Abstinenz gesehen. Durch die Erhebung der Lebensqualität wird die Patientensicht in die Behandlungsplanung und -auswertung einbezogen. Ressourcen und individuelle Ziele werden berücksichtigt. Das Konzept bietet eine ganzheitliche Sicht auf die Klienten ähnlich wie die Hinwendung zum ICF. Als Ergänzung zum bisherigen Katamnesefragebogen ist es sinnvoll.

Frage 3:

Was halten Sie davon, den Klienten in der Abschlusssitzung eine detaillierte Rückmeldung über den Verlauf ihrer subjektiv empfundenen Lebensqualität zu geben?

Bohn

O: Die Auswertung zum Ende der Behandlung lässt sich sicherlich gut nutzen, um den gesamten Therapieprozess noch einmal zu würdigen.

P: Die Auswertung lässt sich gut nutzen um den Therapieprozess zu würdigen

R: Die Rückmeldung über die Lebensqualität in der Abschlusssitzung ist sinnvoll

Gahlen

O: Generell sehr gut. Ich denke damit macht man den Abschluss und das Ergebnis noch plastischer. Schwierig wird es bei Klienten, die ihre Lebensqualität nun als schlechter empfinden. Auch diese Klientel gibt es ja. Hierfür wäre sicherlich eine „Nachbetreuung“ wünschenswert. Oder man setzt die Erhebung immer nach 6 Monaten an, so könnte man die Maßnahme um weitere 6 Monate verlängern wenn das Ergebnis negativ ausfallen würde.

P: Der Abschluss und das Therapieergebnis werden noch plastischer. Bedenken bei den Klienten, deren Lebensqualität sich verschlechtert hat. Vorschlag, in diesem Fall eine Nachbetreuung anzubieten oder die Erhebung bereits nach 6 Monaten durchzuführen.

R: Die Rückmeldung über die Lebensqualität in der Abschlusssitzung ist sehr sinnvoll. Bei verschlechterter Lebensqualität Nachbetreuung anbieten. Vorschlag, konzeptionell bereits nach 6 Monaten die Daten zu erheben.

Peis-Hallinger

O:

- Ein dadurch entstehender Dialog über Verlauf der Lebensqualität wäre ein Dialog auf „Augenhöhe“, da es um die subjektive Einschätzung geht.
- Die Rückmeldung zeigt die Ressourcen der Klienten als auch konkrete Ziele, die auch nach der Therapie von den Betroffenen weiterverfolgt werden können.
- Das Besprechen der konkreten positiven Veränderungen der Lebensqualität kann die Motivation, diese aufrechtzuerhalten, stärken.
- Die erfassten Verbesserungen der Lebensqualität aus subjektiver Sicht ermutigt Klienten mehr, individuelle Ziele weiterzuverfolgen.
- Weiter würden sich Hinweise für nutzbare Ressourcen beim Umgang mit evt. unveränderbaren Beeinträchtigungen ergeben.

P: Durch die subjektive Einschätzung über den Verlauf der Lebensqualität findet ein Dialog auf Augenhöhe statt. Die Ressourcen der Klienten werden aufgezeigt, die auch nach Ende der Therapie weiterverfolgt werden können. Das Besprechen positiver Veränderung kann die Motivation stärken auch hinsichtlich der Weiterverfolgung individueller Ziele. Bei unveränderbaren Beeinträchtigungen könnten nutzbare Ressourcen sichtbar werden.

R: Die Rückmeldung über die Lebensqualität in der Abschlusssitzung ist sinnvoll und für die Klienten auch nach der Therapie nutzbar. Ressourcen können sichtbar werden und es kann Motivation aufgebaut werden, an individuellen Zielen auch nach der Therapie weiter zu arbeiten.

Peters

O: Sehr viel, ähnlich viel wie eine gemeinsame Betrachtung des Abschlussberichts mit dem Klienten.

P: Keine Paraphrasierung notwendig.

R: Die Rückmeldung über die Lebensqualität in der Abschlusssitzung ist sehr sinnvoll.

Waldhelm-Auer

O: Dies würde ich im Zusammenhang mit einer ausführlichen Bilanz am Ende des Therapieprozesses sehen, die sowieso stattfinden sollte. Die Lebensqualität könnte so gut mit den Klienten gemeinsam definiert werden, so dass sie später die Fragen besser einordnen können. Deshalb finde ich es gut.

P: Eine ausführliche Bilanz am Ende des Therapieprozesses sollte sowieso stattfinden. Die Lebensqualität kann auf diese Art gut mit den Klienten gemeinsam definiert werden. Somit können die Klienten die Fragen besser einordnen. Ich finde es gut.

R: Die Rückmeldung in der Abschlusssitzung im Sinne einer Bilanz ist gut.

Z: Die Rückmeldung über die Lebensqualität in der Abschlusssitzung wird durchgehend als sinnvoll eingestuft.

Frage 4a)

Wie beurteilen Sie den fachlichen Nutzen des Konzepts in der alltäglichen suchttherapeutischen Arbeit?

Bohn

O: Die Auseinandersetzung mit dem Thema Lebensqualität innerhalb einer therapeutischen Behandlung ist m. E. unstrittig. In diesem Konzept wird eine Möglichkeit der Erfassung vorgestellt. Damit steht und fällt das Konzept mit dem verwendeten Fragebogen. Wenn der Fragebogen Klienten gerecht aufbereitet ist, für die Mitarbeiter plausibel erscheint und der Nutzen für alle Beteiligten ersichtlich ist, kann dieses Konzept fachlich von großem Nutzen sein.

P: Die Auseinandersetzung mit dem Thema Lebensqualität in der therapeutischen Behandlung ist unstrittig. Das Konzept steht und fällt mit dem verwendeten Fragebogen. Das Konzept ist dann von großem fachlichen Nutzen, wenn der Fragebogen für alle Beteiligten plausibel ist.

R: Fachlicher Nutzen des Konzepts ist unstrittig, wenn der Fragebogen klientengerecht ist und für die Mitarbeiter plausibel.

Gahlen

O: Hoch – es macht die Ergebnisse in der am. Reha greifbarer.

P: keine Paraphrasierung notwendig.

R: fachlicher Nutzen hoch. Macht die Ergebnisse der ambulanten Rehabilitation greifbar.

Peis-Hallinger

O: (siehe auch Frage 2)

Therapeuten könnten damit viele Erkenntnisse zu den Fortschritten der Behandlung auf die verschiedenen Lebensbereiche aus der Sicht ihrer Klientinnen und Klienten gewinnen.

Sie geben damit die alleine von Experten definierte Sichtweise auf und beziehen die absolut notwendig zu berücksichtigende subjektive Sichtweise der Klientinnen und Klienten konsequent mit ein.

Die Ergebnisse würden auch Hinweise geben, inwiefern das aktuelle Therapiekonzept erfolgreich ist und wo noch Weiterentwicklungsbedarf besteht. Insbesondere könnten auch individuelle Unterschiede berücksichtigt werden, da diese durch die subjektive Einschätzung der

Klientinnen und Klienten besser erfasst werden können.

P: Siehe auch Frage zwei. Therapeuten erhalten Erkenntnisse zu den Fortschritten der Behandlung aus Patientensicht. Sie geben damit die von Experten definierte Sichtweise auf Erfolg auf und beziehen die notwendige subjektive Sichtweise der Klienten mit ein. Die Ergebnisse geben Hinweise auf den Erfolg des aktuellen Therapiekonzepts und den Bedarf einer notwendigen Weiterentwicklung. Individuelle Unterschiede können berücksichtigt werden, da diese durch die subjektive Einschätzung der Klienten erfasst werden können.

R: Die Antwort auf Frage zwei: Erhebung der Lebensqualität hilft bei der Behandlungsplanung. Nicht mehr alleine die Expertensicht steht im Vordergrund, sondern die Sichtweise der Klienten findet Berücksichtigung. Ressourcen und individuelle Ziele werden berücksichtigt und die Bewertung der Behandlung wird durch die Klienten vorgenommen.

Die Patientensicht auf Erfolg erhält einen hohen Stellenwert. Weiterentwicklungsbedarf des Therapiekonzepts der Einrichtung wird sichtbar. Individuelle Unterschiede können erfasst und berücksichtigt werden.

Peters

O: Wir arbeiten sowohl im Kernbereich der FAS als auch im BEW häufig mit den ICF Kriterien in Ergänzung des ICD. Sollte ein Lebensqualitätskonzept ähnlich aussagekräftig sein, halten wir viel vom fachlichen Nutzen. Das müsste aber noch zu beweisen sein. Mglw. ist es eine sinnvolle Ergänzung zu ICD und ICF, auch beim Verfassen von Berichten und Diagnosen.

P: Bei ähnlicher Aussagekraft des Lebensqualitätskonzepts wie der von den ICF-Kriterien wird viel von dem fachlichen Nutzen gehalten. Möglicherweise als sinnvolle Ergänzung zu ICD und ICF auch beim Verfassen von Berichten zu sehen.

R: Der fachliche Nutzen des Konzepts wird als hoch eingeschätzt, wenn die Aussagekraft gegeben ist. Hilfreich beim Verfassen von Berichten.

Waldhelm-Auer

O: Eher gering, weil der Begriff „Lebensqualität“ im Alltag relativ bleibt und immer individuell bewertet werden muss. Die Inhalte der Lebensqualität sollten ja sowieso in der Therapie vorkommen. Aber für die Katamnese (quantitativ) als Erfolgsmessung unserer Arbeit könnte das Konzept hilfreich sein.

P: Eher gering, da der Begriff Lebensqualität individuell bewertet werden muss. Die Inhalte der Lebensqualität sollten in der Therapie sowieso vorkommen. Für die Katamnese als Erfolgsmessung der therapeutischen Arbeit könnte das Konzept hilfreich sein.

R: Therapeutischer Nutzen in der Klientenarbeit wird eher gering eingeschätzt. Als Erfolgsindikator im Rahmen der Katamnesen wird es als hilfreich eingeschätzt.

Z: Mehrheitlich wird der fachliche Nutzen für die therapeutische Praxis hoch eingeschätzt. Zwei der Experten machen jedoch den Nutzen daran fest, ob der Fragebogen für die Klienten verständlich und für die Mitarbeiter plausibel ist bzw. ob die Aussagekraft des Fragebogens gegeben ist. Eine Expertin bewertet den Nutzen dahingehend, dass die Patientensicht auf Erfolg einen hohen Stellenwert erhält und der Weiterentwicklungsbedarf des Therapiekonzepts der Einrichtung sichtbar wird. Eine Expertin schätzt den therapeutischen Nutzen als eher gering ein jedoch als Erfolgsindikator im Rahmen der Katamnese als hilfreich.

Frage 4b)

Wie schätzen Sie den entstehenden Aufwand ein?

Bohn

O: Der Aufwand erscheint zunächst zusätzlich zu den ohnehin aufwendigen Dokumentationsanforderungen, Berichterstellungen etc. innerhalb einer sucht-therapeutischen Behandlung. Da das Thema Lebensqualität aber ohnehin Teil der Behandlung sein muss, eignet sich ein strukturiertes Vorgehen durch diese Erhebung dafür, es regelmäßig zu benennen und zu bearbeiten.

P: Der Aufwand erscheint zusätzlich zu den bereits aufwendigen Dokumentationsanforderungen hoch. Das Thema Lebensqualität ist Teil der Behandlung. Ein strukturiertes Vorgehen eignet sich, um es regelmäßig zu benennen und zu bearbeiten.

R: Der Aufwand der Erhebung eignet sich für ein strukturiertes Vorgehen um das Thema Lebensqualität in der Behandlung zu bearbeiten.

Gahlen

O: Den Aufwand schätze ich eher gering ein – vielmehr ist die Finanzierung zu klären

P: Den Aufwand schätze ich gering ein. Die Finanzierung ist zu klären.

R: Der Aufwand wird gering eingeschätzt.

Peis-Hallinger

O: Eine viermalige Messung mit dem SF 36 ist ein erhöhter (auch Kosten) Aufwand und erfordert zunächst viel Kommunikation über Nutzen der Erfassung für Klienten, Therapeuten und für die Einrichtung. Durch das standardisierte Verfahren wie im Konzept beschrieben, wäre der SF 36 aber gut integrierbar. Da für die Diagnostik und Behandlungsplanung noch weitere Testungen erforderlich sind, ist eine

Einführung eines neuen Instruments ökonomisch sowohl für die Patienten als auch für die Therapeuten gesehen dennoch ein weiterer Aufwand und erfährt vermutlich zunächst wenig Akzeptanz. Voraussetzung für das Gelingen ist m. E. deshalb eine verbindliche Einführung und die schon angesprochene Kommunikation, sowie ausreichend finanzielle und personelle Ressourcen.

P: Eine viermalige Messung ist ein erhöhter Aufwand und erfordert Kommunikation über den Nutzen für Klienten, Therapeuten und für die Einrichtung. Der SF-36 wäre nach Vorgehen des Konzepts gut integrierbar. Da für die Diagnostik und Behandlungsplanung noch weitere Testungen erforderlich sind, ist die Einführung eines neuen Instruments für Patienten und Therapeuten ein weiterer Aufwand und erfährt vermutlich zunächst wenig Akzeptanz. Voraussetzung für das Gelingen ist eine verbindlich Einführung, die Kommunikation, sowie finanzielle und personelle Ressourcen.

R: Die Messung ist ein erhöhter Aufwand, aber gut integrierbar. Verbindliche Einführung, Kommunikation über den Nutzen und finanzielle und personelle Ressourcen sind Voraussetzung für die Einführung.

Peters

O: Wenn das Konzept implementiert ist, heben sich wahrscheinlich Aufwand und Nutzen auf. Die Zeit, die man zum Erfassen aufwendet, spart man sich mglw. beim Verfassen des Berichts.

P: Nach der Implementierung heben sich wahrscheinlich Aufwand und Nutzen auf. Die Zeit, die beim Erfassen aufgewandt wird, spart man sich beim Verfassen des Berichts.

R: In der Praxis heben sich Aufwand und Nutzen vermutlich auf, da Zeit beim Verfassen des Berichts eingespart werden kann.

Waldhelm-Auer

O: Sehr hoch. Die Katamnese-Auswertung nimmt jetzt schon viel Kapazität in Anspruch.

P: Sehr hoch. Die bisherige Katamnese-Auswertung ist bereits aufwändig.

R: Sehr hoch.

Z: Mehrheitlich wird der Aufwand gering eingeschätzt bzw. als gut nutzbar für weitere Abläufe eingestuft. Eine Expertin schätzt den Aufwand als sehr hoch ein. Eine Expertin verweist auf die Notwendigkeit einer verbindlichen Einführung, Kommunikation über den Nutzen und die Voraussetzung von finanziellen und personellen Ressourcen.

Frage 4c)

Wiegen die Vorteile, Ihrer Meinung nach, diesen Aufwand auf?

Bohn

O: Wenn die Vorteile für alle deutlich sind, ja. Wenn sich allerdings bei den therapeutischen Mitarbeitern die Haltung entwickelt, dass es sich ausschließlich um zusätzlichen Arbeitsaufwand handelt, sehe ich es kritisch. Das würde für mich bedeuten, dass die Einführung einer solchen Erhebung gut vorbereitet werden muss.

P: Wenn die Vorteile deutlich sind, ja. Wenn sich jedoch bei den therapeutischen Mitarbeitern eine Haltung entwickelt, dass es sich um zusätzliche Arbeit handelt, ist es kritisch zu sehen. Die Einführung muss deshalb gut vorbereitet werden.

R: Ja, wenn der Nutzen erkennbar ist.

Gahlen

O: Ich denke, dass die Vorteile in jedem Fall den Aufwand rechtfertigen.

P: Die Vorteile rechtfertigen in jedem Fall den Aufwand.

R: Ja, Vorteile wiegen den Aufwand auf.

Peis-Hallinger

O: Ja,

- denn dadurch kann sich die ambulante Rehabilitation profilieren und zur Forschung von Suchttherapie und deren Nachhaltigkeit beitragen. Damit wäre auch eine wissenschaftlich fundierte Argumentation für eine ausreichende finanzielle Honorierung der ARS durch die Kostenträger möglich. Abhängig ist dies allerdings von der Akzeptanz und der Unterstützung der Kostenträger Lebensqualität als Erfolgs-Parameter bei Alkoholabhängigkeit zu sehen.
- Die Veränderung der „Expertensichtweise“ auf die Behandlung der psychopathologischen Symptome hin zur Einbeziehung der subjektiven Sicht und Bewertung der Klientinnen und Klienten, bringt ein neues Element zur (auch von den Kostenträger geforderter) subjektiven Evaluationsmöglichkeit.
- Es kommt zu einer Erweiterung und Veränderung der Zielvorgaben, die nicht nur durch Diagnosen definiert sind, sondern subjektiv wichtige Veränderungsziele miteinbezieht. Für eine gelungene Suchttherapie insbesondere im ambulanten Setting, ist eine starke Orientierung am Lebenskontext notwendig. Durch die Erhebung der subjektiven Lebensqualität werden auch Bereiche betrachtet, die vielleicht bisher nicht im Vordergrund standen, aber für den Klienten bedeutsam sind. Dies wiederum ist ein wichtiges Element zur Motivation und Zielorientierung.

P: Ja, die ambulante Rehabilitation kann sich profilieren und zur

Forschung und Nachhaltigkeit von Suchttherapie beitragen. Damit wird eine wissenschaftlich fundierte Argumentation für die finanzielle Honorierung der ARS durch die Kostenträger möglich. Dies ist jedoch abhängig von der Akzeptanz von Lebensqualität als Erfolgsparameter durch die Kostenträger. Die Veränderung der Expertensichtweise weg von den psychopathologischen Symptomen hin zur subjektiven Sicht und Bewertung durch die Klienten bringt Möglichkeiten zur subjektiven Evaluation, die auch von den Kostenträgern gefordert wird. Zielvorgaben werden so erweitert und verändert und orientieren sich nicht nur an Diagnosen, sondern beziehen subjektive Veränderungsziele mit ein. Für die Suchttherapie vor allem im ambulanten Setting ist eine Orientierung am Lebenskontext notwendig. Durch die Erhebung der subjektiven Lebensqualität können Bereiche betrachtet werden, die bisher weniger Beachtung fanden, aber wichtig für die Klienten sind.

R: Ja, die Vorteile wiegen den Aufwand auf. Die ambulante Rehabilitation kann sich profilieren und bei Akzeptanz des Erfolgsparameters durch die Kostenträger wird eine subjektive Sicht und Evaluation des Erfolgs möglich.

Peters

O: Ich denke schon. Beim ICF tut es das.

P: Keine Paraphrasierung notwendig.

R: Ja.

Waldhelm-Auer

O: Kann ich noch nicht beurteilen. Siehe unter Punkt 7!

P: Keine Paraphrasierung notwendig.

R: Kann noch nicht beurteilt werden. Verweis auf Antwort zur Frage 7.

Z: Vier der fünf Experten schätzen, dass die Vorteile den Aufwand aufwiegen. Eine Expertin kann dies erst nach einem Probelauf bewerten.

Frage 5:

Wo sehen Sie bei der Umsetzung mögliche Probleme oder Schwierigkeiten?

Bohn

O: Wie bereits erwähnt:

- Fragebogen verständlich für Klienten?
- Haltung der therapeutischen Mitarbeiter?
- Kosten für Software oder Fragebögen?
- Möglichkeit der Integration der Software in bestehende Systeme (Vivendi)?

P: Keine Paraphrasierung notwendig.

R: Fragebogen muss für Klienten verständlich sein.

Die therapeutischen Mitarbeiter müssen eine positive Haltung haben.
Klärung der Kosten.
Integration in das bestehende Dokumentationssystem.

Gahlen

O: Bei der Finanzierung und der Form der Dokumentation. Hier gilt es von Anfang an ein einheitliche Dokumentation einzuführen die im Besten Fall über Vivendi möglich ist um Parallelsysteme zu vermeiden.

P: Schwierigkeiten werden bei der Finanzierung und der Form der Dokumentation gesehen. Eine einheitliche Dokumentation muss eingeführt werden.

R: Schwierigkeiten bei der Finanzierung. Integration in das bestehende Dokumentationssystem.

Peis-Hallinger

O: Das Konstrukt „Lebensqualität“ ist grundsätzlich wie im Konzept schon beschrieben, schwer zu erfassen, da es extrem komplex ist. Zudem ist es abhängig vom Schweregrad der Suchterkrankung, bestehender Depression oder anderen weiteren (auch Art der) psychischen Störungen, die immer mitberücksichtigt werden müssen. Auch kulturelle Faktoren spielen eine Rolle. Intrapsychische Prozesse und interindividuelle Unterschiede, die für die Therapie wichtig sind, können damit nicht sichtbar gemacht werden. Damit ist die Brauchbarkeit der gewonnen Daten eingeschränkt.

P: Das Konstrukt Lebensqualität ist komplex und schwer zu erfassen. Es ist abhängig vom Schweregrad der Suchterkrankung, bestehender Depression oder anderen psychischen Störungen, die mit berücksichtigt werden müssen. Auch kulturelle Faktoren spielen eine Rolle. Intrapsychische Prozesse und interindividuelle Unterschiede, die für die Therapie wichtig sind, können nicht sichtbar gemacht werden. Die Brauchbarkeit der gewonnenen Daten ist damit eingeschränkt.

R: Schwierigkeiten bei der Umsetzung sind, dass das Konstrukt Lebensqualität schwer zu erfassen ist, der Schweregrad der Suchterkrankung, psychische Störungen, kulturelle Faktoren und intrapsychische Prozesse und interindividuelle Unterschiede nicht sichtbar gemacht werden können. Die Brauchbarkeit der Daten ist eingeschränkt.

Peters

O: In der Akzeptanz des Konzepts durch die KollegInnen, denn erst einmal bedeutet es für sie Mehrarbeit. Die KlientInnen freuen sich in der Regel über jede differenzierte Darlegung psychosozialer

Zusammenhänge. In der Regel kooperieren sie dann auch.
Es kann auch sein, dass das Konzept Lebensqualität den Vorstellungen von FDL, Fachabteilung, o.a. entgegenläuft, wenn sie andere konkrete Vorstellungen hinsichtlich Evaluation im Hinterkopf haben. Deshalb gehört es vor einer Implementierung über die FAS EBE hinaus, ordentlich gestreut und beworben.

P: Durch die anfängliche Mehrarbeit sind Probleme bei den Mitarbeitern zu erwarten. Klienten werden bereit sein, zu kooperieren.
Das Konzept kann Vorstellungen von Fachdienstleitung und Fachabteilung entgegenlaufen durch unterschiedliche Vorstellungen hinsichtlich der Evaluation.

R: Probleme bei den Mitarbeitern und der übergeordneten Führungsebene auf Grund von unterschiedlichen Vorstellungen bezüglich der Evaluation.

Waldhelm-Auer

O: Die Rücklaufquote dürfte dadurch niedriger werden. Die Einführung von Belohnungen kommt mir besonders aufwendig vor.

Auswertungsprobleme: Was ist mit den Klienten, deren Lebensqualität unverändert ist. Ist das immer schlecht? Wie wird die Lebensqualität erfasst, die sich auf Life-Events bezieht und nichts mit dem früheren Therapieprozess zu tun hat? Dieses Problem besteht jetzt bei unserem System der Erhebung natürlich auch schon.

P: Die Rücklaufquote dürfte niedriger werden. Die Einführung von Belohnungen scheint aufwendig. Auswertungsprobleme: Wird eine unveränderte Lebensqualität als schlecht bewertet? Wie wird die Lebensqualität erfasst, die sich nicht auf den Therapieprozess sondern auf Life-Events bezieht? Dieses Problem besteht bei dem derzeitigen System der Erhebung ebenfalls.

R: Schwierigkeiten werden gesehen bei der Rücklaufquote und der Bewertung der Ergebnisse, bei der Auswertung bezüglich einer unveränderten Lebensqualität sowie dem Bezug zu Life-Events.

Z: Probleme und Schwierigkeiten werden v.a. bei der Akzeptanz durch die Mitarbeiter, der Klärung der Kosten, der Integration in das bestehende Dokumentationssystem sowie der Brauchbarkeit und Bewertung der gewonnenen Daten gesehen. Es wird kritisch bemerkt, dass weitere Einflussfaktoren wie z.B. Life-Events, psychische Erkrankungen und kulturelle Faktoren keine Berücksichtigung finden. Eine Expertin weist darauf hin, dass das Konstrukt Lebensqualität generell schwer zu erfassen ist. Eine andere Expertin sieht eine sinkende Rücklaufquote bei der Katamnese als Problem. Ebenfalls genannt wurden Schwierigkeiten bei den Vorstellungen bezüglich der Evaluation seitens der Führungsebene sowie bei der Verständlichkeit des Fragebogens für die Klienten.

Frage 6:

Was würden Sie am Konzept verändern?

Bohn

O: Dazu fällt mir im Moment nur die Vorstellung des Fragebogens ein, eventuell mit der Möglichkeit ihn auszufüllen oder gar auszuwerten

P: Vorstellung des Fragebogens und die Möglichkeit ihn auszufüllen und auszuwerten.

R: Darstellung des tatsächlich verwendeten Fragebogens inklusive der Auswertung.

Gahlen

O: Evt. den Bogen standardmäßig nach 6 Monaten durchführen.

P: Standardmäßige Erhebung zusätzlich nach 6 Monaten Behandlung.

R: Zusätzliche Erhebung nach 6 Monaten Behandlung.

Peis-Hallinger

O: Zu überlegen wäre, ob die Kurzform SF 12 ausreichend und ökonomischer ist. Damit könnte eine höhere Akzeptanz der Therapeuten und der Patienten v.a. bei der Katamnese Befragung erreicht werden.

P: Überlegung, ob die Kurzform SF-12 ausreichend und ökonomischer ist. Dadurch Erhöhung der Akzeptanz bei Therapeuten und Patienten auch hinsichtlich der Katamnese.

R: Durch die Kurzform SF-12 möglicherweise Erhöhung der Akzeptanz bei Therapeuten und Patienten.

Peters

O: Kann ich nicht beurteilen. Klingt für mich schlüssig.

P: keine Paraphrasierung notwendig.

R: Keine Veränderung. Konzept ist schlüssig.

Waldhelm-Auer

O: Wäre es nicht besser, den Fragebogen nur während des Therapieprozesses und zum Abschluss vorzulegen und sich dann wieder auf die kurze Beantwortung der Frage nach der Lebensqualität auf dem Katamnese-Zettel beschränken? Ggf. sollten wir den Katamnesezettel selbst um eine Kategorie erweitern.

P: Wäre es nicht besser, den Fragebogen nur während des Therapieprozesses und zum Abschluss vorzulegen und sich dann auf die kurze Beantwortung der Frage auf dem Katamnesezettel zu beschränken? Ggf. soll der Katamnesezettel um eine Kategorie

erweitert werden.

R: Vorlage des SF-36 nur im Rahmen des Therapieprozesses und bei Abschluss. Erweiterung des bisherigen Katamnesefragebogens um eine Kategorie.

Z: Es werden keine grundsätzlichen Veränderungen vorgeschlagen. Inhaltliche Verbesserungen im Konzept durch die Darstellung des tatsächlich verwendeten Fragebogens inklusive der Auswertung; Zusätzliche Erhebung nach 6 Monaten Behandlung; sowie die Überlegung, die Kurzform SF-12 zu benutzen. Gegenätzlicher Vorschlag: Vorlage des SF-36 nur im Rahmen des Therapieprozesses und bei Abschluss, nicht in der Katamneseerhebung.

Frage 7:

Haben Sie weitere Anmerkungen, Anregungen und Ideen?

Bohn

O: Gibt es einen Grund, warum diese Erhebung sich auf die ambulante Reha beschränkt. Wir haben auch Klienten in anderen Beratungsprozessen oder anderen Maßnahmen für die die Erhebung ihrer Lebensqualität interessant wäre.

P: Warum beschränkt sich die Erhebung auf die ambulante Rehabilitation, da auch für andere Klienten die Erhebung der Lebensqualität interessant ist.

R: Keine Beschränkung alleine auf ambulante Reha, da auch für andere Klientengruppen interessant.

Gahlen

O: Viel Erfolg – gute Idee!

P: Gute Idee.

R: Die Idee des Konzeptes ist gut.

Peis-Hallinger

O: Die ambulante Rehabilitation bei Suchterkrankungen wird zukünftig noch mehr gefordert sein innerhalb der sozialrechtlichen Anforderungen ihre ziel- und ergebnisorientierte Umsetzung entsprechend des aktuellen Wissensstandes zu evaluieren. Die Erhebung des subjektiven Erlebens der Lebensqualität könnte ein Baustein innerhalb des internen Qualitätsmanagement auch anderer Einrichtungen werden.

Vorteil wäre auch die Betonung der Gleichsetzung zu z. b. somatischen Erkrankungen, die ebenfalls einen chronischen Charakter und nicht weniger Rückfälle haben als bei Suchterkrankungen. Bei vielen wird die Lebensqualität bereits miterhoben (wie z. b. bei der Behandlung von Diabetes oder orthopädischen Leiden). Dies könnte zu einer Entstigmatisierung von Suchterkrankungen beitragen.

P: Die ambulante Rehabilitation bei Suchterkrankungen wird künftig gefordert sein, ihre Umsetzung an Hand des aktuellen Wissensstandes zu evaluieren. Die Erhebung der subjektiven Lebensqualität könnte ein Baustein innerhalb des Qualitätsmanagements werden. Eine Gleichsetzung zu z.B. somatischen Erkrankungen mit ebenfalls chronischem Charakter und Rückfällen wäre möglich. Dies kann ein Beitrag zur Entstigmatisierung von Suchterkrankungen sein.

R: Die Erhebung subjektiver Lebensqualität stärkt die ambulante Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen hinsichtlich der Wissenschaftlichkeit, sozialrechtlicher Anforderungen und Qualitätsmanagement. Eine Gleichsetzung mit somatischen Erkrankungen kann zur Entstigmatisierung von Suchtkranken beitragen.

Peters

O: Keine.

P: Keine Paraphrasierung notwendig.

R: Nein.

Waldhelm-Auer

O: Ich würde mal einen Probelauf fachambulanz-intern für 1-2 Jahrgänge machen und die Ergebnisse mit den Angaben auf dem bisherigen Katamnese-Zettel vergleichen. Vorher sollte man den Fragebogen SF 36 noch nicht überregional durchführen lassen.

P: Ich würde einen Probelauf fachambulanzintern für 1-2 Jahrgänge machen und die Ergebnisse mit den Angaben auf dem bisherigen Katamnesezettel vergleichen. Vorher sollte der SF-36 nicht überregional eingeführt werden.

R: Vor einer überregionalen Einführung erst ein Probelauf für 1-2 Jahrgänge an einer Fachambulanz mit einem Vergleich der bisherigen Ergebnisse.

Z: Die Idee des Konzeptes ist gut und stärkt die ambulante Rehabilitation. Eine Gleichsetzung mit somatischen Erkrankungen kann zur Entstigmatisierung von Suchtkranken beitragen. Eine Ausweitung der Erfassung der Lebensqualität auf Klienten, die nicht in der ambulanten Reha sind wäre interessant. Ein Probelauf an einer Fachambulanz ist vor einer überregionalen Einführung sinnvoll.

11. Erklärung

Hiermit versichere ich, dass ich die vorliegende Arbeit selbständig verfasst und keine anderen als die angegebenen Hilfsmittel benutzt habe.

Aßling, 2. November 2015

Margit Schwarz

