

# **Die Messung von Behandlungsergebnissen bei Suchtkranken**

## **Erfahrungen der Walliser Liga gegen die Suchtgefahren**

---

**Annick Clerc Bérode\*, Pascale Schalbetter\*\*, Jean-Daniel Barman\*\*\***

### *Zusammenfassung*

*Die Frage nach der Wirksamkeit von Suchtbehandlungen ist für Institutionen, die sich mit Abhängigkeiten von psychoaktiven Substanzen befassen, in den Vordergrund gerückt. Gefordert werden die Auswertung von Behandlungsergebnissen sowie verlässliche Daten über die Entwicklung der Klienten nach erfolgter Behandlung. Bei der Beurteilung der Behandlungsergebnisse geht es nicht nur um den Konsum der Substanz, die zum Problem geführt hat, sondern um alle Umstände, die mit der Lebenssituation des Klienten in Beziehung stehen. Die Walliser Liga gegen die Suchtgefahren (LVT) ist verantwortlich für die Betreuung von Personen im Kanton Wallis, die vom Konsum psychoaktiver Substanzen betroffen sind. Die Liga hat spezifische Instrumente zur Erweiterung ihrer Erkenntnisse über die Wirksamkeit der eigenen Suchtbehandlungen geschaffen. Zu diesen Instrumenten gehören zum Beispiel ein Beurteilungsindex der Klienten (ASI/IGT) oder die systematische Auswertung der Katamnesen im stationären Bereich. Diese Arbeit berichtet über die von der LVT gesetzten Schwerpunkte sowie die verschiedenen durchgeführten Studien und liefert eine Auswahl der ersten Ergebnisse.*

\* **PhD, Wissenschaftliche Mitarbeiterin, Walliser Liga gegen die Suchtgefahren**

\*\* **lic. phil., Wissenschaftliche Mitarbeiterin, Walliser Liga gegen die Suchtgefahren**

\*\*\* **Generaldirektor LVT, Walliser Liga gegen die Suchtgefahren**

## **Einleitung**

Die Betreuung von Personen, die vom Gebrauch psychoaktiver Substanzen betroffen sind, stützt sich auf unterschiedliche Modelle und Therapieansätze. Hier einige Beispiele: motivierende Gesprächsführung (Miller 1983, Miller und Rollnick 1991), Minnesota-Modell mit 12-Schritte-Programm (Gorski 1989), verhaltenstherapeutische Ansätze oder medikamentöse Behandlungen (Disulfiram, Naltrexon, Methadon usw.). Therapeutische Zentren und Einrichtungen wenden eine oder mehrere dieser Methoden an. Sie stützen sich auf eine bestimmte Werthaltung und passen ihr Therapiemodell der Charakteristik des Klienten, seinem Gesundheitszustand und seiner sozioökonomischen Lage an. Solche Behandlungen unterscheiden sich sowohl in ihrer Dauer als auch in der Intensität. Zudem finden wir verschiedene Formen der therapeutischen Begleitung. Bei dieser Vielfalt an Behandlungen und Betreuungsformen rückt die Frage nach der Wirksamkeit der angewandten Therapien in den Vordergrund. Dies gilt umso mehr für die Schweiz, wo die Finanzierung der Betreuungseinrichtungen derzeit einer restriktiven staatlichen Ausgabenpolitik unterliegt.

Die verschiedenen Behandlungsweisen der Alkoholabhängigkeit wurden zum Beispiel von Holder (1991) und Miller (1995) kategorisiert und analysiert. Die Autoren stellen die verschiedenen Behandlungsansätze in Tabellenform dar und bewerten ihre Wirksamkeit mit einem Index, der sich nach dem späteren Konsumverhalten richtet. Babor et al. (1. Aufl. 2003, 2. Aufl. 2010) bringt einen Abriss über den heutigen Forschungsstand zur Wirksamkeit alkoholpolitischer Massnahmen auf lokaler, nationaler und internationaler Ebene. Die SFA (heute: Sucht Info Schweiz) hat 2006 eine Synthese der Erkenntnisse publiziert. Die Veröffentlichungen über Suchtbehandlungen bei Abhängigkeiten von anderen Stoffen als dem Alkohol sind bedeutend dünner gesät. Empfohlen seien zum Beispiel die Arbeiten von Smart (1993) und Landry (1995). Immerhin zeigen Untersuchungen über den Konsum von Alkohol und andere Substanzen gewisse Parallelen auf, die zu allgemein gültigen Schlussfolgerungen führen. So hängt beispielsweise der Behandlungserfolg von bestimmten Persönlichkeitsmerkmalen sowie von der Motivationslage der Klienten ab. Zudem finden sich Gemeinsamkeiten bei Alkoholkranken, die eine spontane «Heilung» erfahren.

Der Erfolg einer Therapie gibt Auskunft über deren Wirksamkeit. Diese bemisst sich üblicherweise am Verhältnis zwischen dem Behandlungsergebnis und den vorher definierten Behandlungszielen. Heute gilt Abstinenz nicht mehr als einziges Kriterium zur Beurteilung des Behandlungserfolgs. Als Erfolge zählen auch ein reduzierter oder kontrollierter Substanzgebrauch, die Verbesserung des psychischen oder körperlichen Gesundheitszustands, Verbesserungen im familiären Umfeld oder die Stabilisierung der beruflichen Situation (McLellan et al., 1996). Nach geltender Lehrmeinung ist die Behandlung von Suchtkranken nicht allein auf den Konsum von Alkohol oder anderen Substanzen fokussiert. Es gilt vielmehr, alle damit zusammenhängenden Elemente anzugehen. Dazu gehören der Gesundheitszustand, das Sozialleben oder der Zugang zu Gesundheitseinrichtungen. Untersuchungen über die Wirksamkeit von Behandlungen müssen alle Dimensionen der Problematik beleuchten.

Wissenschaftliche Ergebnisse über die Wirksamkeit von Suchtbehandlungen wurden bislang vorwiegend mit bestimmten, genau definierten Klienten- oder Patientengruppen erarbeitet, welche zudem in ein streng reglementiertes therapeutisches Umfeld eingebunden waren. Klinische Wirksamkeitsstudien erfassen oft nur ein enges Spektrum der Therapie, weil es hier darum geht, einen direkten Zusammenhang zwischen Behandlung und Wirkung nachzuweisen. Dabei werden alle anderen Faktoren ausgeschlossen, die geeignet erscheinen, das Behandlungsergebnis zu beeinflussen (Tatsächlich wird bei diesen Studien jeweils eine erhebliche Anzahl solcher indirekter Faktoren ausgeschlossen).

Derart bereinigte Wirksamkeitsstudien bergen die Gefahr, an praktischem Wert zu verlieren, der aber im klinischen Alltag oder im öffentlichen Gesundheitswesen gefragt ist. Zudem erfordert die Erstellung wissenschaftlicher Studien dieser Art einen hohen organisatorischen Aufwand bei den Therapiestellen (die langwierige Datenerfassung ist nicht geeignet, Betreuungspersonen zur Teilnahme an derartigen Forschungen zu motivieren). Daneben werfen Studien im Rahmen von Behandlungen auch ethische Fragen auf: Die suchtkranke Person muss den Sinn ihrer Teilnahme am Forschungsprojekt verstehen und dazu ihre Einwilligung geben. Dabei kann es durchaus vorkommen, dass die im Rahmen der Studie angewandte Therapie nicht den aktuellen Bedürfnissen des Patienten entspricht.

So kennen die meisten Therapiestätten nicht einmal das objektive Ergebnis am Ende ihrer Behandlungen und wissen nicht, was aus ihren Klienten später geworden ist. Gewisse Institutionen haben deshalb eigene Erhebungen angestellt, um diese Kenntnislücke zu erforschen (Klinik Forel, Sieber et al., 2004). Diese Aufgabe bedingt allerdings Ressourcen, denn ohne zusätzliche Mittel sind lediglich Folgerungen allgemeiner Natur möglich, wie in der Studie von Da Cunha et al. (2010), welche das Zusammenwirken von stationären Einrichtungen mit ambulanten und sozialmedizinischen Stellen bei der Suchtbehandlung in der Romandie untersucht.

Die Walliser Liga gegen Suchtgefahren (LVT) erkannte ihren Mangel an Erkenntnissen über den Behandlungserfolg von suchtabhängigen Personen vor rund fünfzehn Jahren. Seither hat die LVT ihre eigenen Instrumente zur Qualitätskontrolle erarbeitet. Dafür wurde 1999 die Stelle eines wissenschaftlichen Mitarbeiters geschaffen. Heute gehört die Evaluation der Behandlungsergebnisse zu den wichtigen Herausforderungen der Walliser Institution. Mittlerweile wurde die Katamnese von Patienten aus dem stationären Bereich wissenschaftlich untersucht. Ebenso werden die Ergebnisse ambulanter Behandlungen systematisch erhoben.

### **Vorstellung der LVT**

Die Walliser Liga gegen Suchtgefahren LVT (Ligue valaisanne contre les toxicomanies) hat den Auftrag, auf ihrem Kantonsgebiet die Personen zu betreuen, die unter dem Konsum psychoaktiver Substanzen leiden. Seit 2009 gilt der Auftrag auch für nicht substanzgebundene Süchte. Zwischen dem Walliser Staat und der LVT besteht eine Konvention für Zusammenarbeit. Die

LVT vereint unter ihrem Dach sämtliche Walliser Institutionen der Suchtberatung und -therapie. Diese Einrichtungen umfassen:

1. fünf regionale Ambulatorien für Alkohol- und Drogenberatung (CAP) in Monthey, Martigny, Sitten, Siders und Brig, sowie
2. den stationären therapeutischen Bereich mit vier Institutionen, nämlich die Foyers des Rives du Rhône in Salvan und Sitten (35 Betten) für die Behandlung Abhängiger von illegalen Drogen, die Villa Flora in Siders (18 Betten) und Via Gampel (12 Betten) für die Behandlung Alkoholkranker. Diese Therapiezentren werden auch von Patienten mit Mischkonsum in Anspruch genommen.

Die LVT kann nur erfolgreich tätig sein, wenn sie partnerschaftlich mit den anderen Akteuren des Gesundheitswesens zusammenarbeitet. In diesem Sinne konnte die LVT in den vergangenen Jahren ein leistungsfähiges Netzwerk aufbauen. Diese Zusammenarbeit ist durch Vereinbarungen geregelt. Die LVT geht im Umgang mit Abhängigkeiten von einem bio-psycho-sozialen Ansatz aus. Diese Sichtweise hat sich in allen Einrichtungen etabliert. Innerhalb der letzten fünfzehn Jahre konnte die frühere Abgrenzung zwischen Alkoholismus und Abusus von illegalen Drogen in allen CAP-Beratungsstellen (CAP: Centres d'Aide et de Prévention) geöffnet werden. Die ambulante Betreuung erfolgt breitbandig und macht den Ratsuchenden sogenannte nieder-, mittel- und hochschwellige Angebote.

Im Jahr 2010 zählte die LVT 900 Neuanmeldungen (Behandlungsbeginn) und 1926 Betreuungsfälle (darin eingeschlossen Behandlungen mit Beginn im Jahr 2010 oder vorher). Mehr über die LVT, ihre Institutionen, das Betreuungsangebot und die Klienten über [www.lvt.ch](http://www.lvt.ch).

### **Warum dieser Artikel über die LVT ?**

Dieser Artikel verfolgt zwei Ziele, nämlich erstens die Vorstellung der von der LVT entwickelten Strategie und ihrer Werkzeuge zur möglichst zuverlässigen Erfassung des Erfolgs ihrer Behandlungen, und zweitens die Veröffentlichung einer Auswahl der ersten Forschungsergebnisse.

In der Folge stellen wir in einem ersten Schritt kurz dar, was die LVT unter dem Begriff der Behandlungsergebnisse versteht. Zudem werden Optionen und Strategien vorgestellt, die dem Evaluations- und Informationssystem über die erbrachten Leistungen für die Klientel zugrunde liegen. In einem zweiten Schritt beschreiben wir die verschiedenen Studien der LVT. Schliesslich stellen wir aus unseren Erkenntnissen zwei Gruppen von Resultaten dar, nämlich:

1. Resultate über den Weg der Klienten innerhalb der Strukturen der LVT: Diese Sichtweise begleitet die suchtabhängige Person auf ihrem gesamten Weg durch unsere Dienste und beschränkt sich nicht darauf, einen Behandlungsabschnitt im Rahmen einer bestimmten Institution zu erfassen;

2. Ergebnisse nach stationärem Aufenthalt (Entwicklung zwischen Aufnahme und Entlassung, Situation zwölf Monate nach Entlassung).

## **Gewählte Grundlagen und Strategien**

Der von der LVT verfolgte bio-psycho-soziale Ansatz zum Verständnis von Sucht bedingt eine mehrdimensionale Betrachtung der Behandlungsziele. Neben dem eigentlichen Konsum schädlicher Substanzen umfasst die Komplexität des Suchtgeschehens verschiedene Dimensionen des Lebens: die berufliche Integration, die Familienverhältnisse, die körperliche und seelische Gesundheit, strafrechtliche Folgen. Die Messmethodik der Therapieergebnisse der LVT muss dieser mehrdimensionalen Sichtweise Rechnung tragen. Als Erfolg gilt die Verbesserung einer dieser Dimensionen, möglichst ohne Verschlechterung in den anderen Dimensionen. Zur Bewertung werden Indikatoren benötigt, an welchen sich eine Verbesserung oder Verschlechterung erkennen lässt.

### **Die verwendeten Instrumente**

#### **Der Index des Schweregrades einer Sucht**

Seit 2001 evaluiert die LVT ihre Klientschaft bei der Aufnahme nach einem Index des Schweregrades einer Sucht (IGT [Indice de Gravité d'une Toxicomanie], Bergeron et al. 1992, nach Anpassung des quebecischen Addiction Severity Index ASI von Mc Lellan et al., 1980). Dieser Index berücksichtigt sieben Dimensionen des Suchtproblems: Alkoholkonsum, Drogenkonsum, körperlicher Gesundheitszustand, familiäres und persönliches Beziehungsnetz, psychischer Zustand, Erwerbsleben und persönliche Ressourcen, strafrechtliche Umstände. Der IGT-Index ist auf die Bedürfnisse der Organisation der LVT zugeschnitten und entspricht der systemischen Betrachtung des Suchtgeschehens nach dem bio-psycho-sozialen Ansatz. Zu jeder Dimension des Suchtproblems verfügt die LVT über folgende zusätzliche Daten:

- *Subjektive Einschätzung des Klienten zum Grad seiner Beschäftigung mit der Sucht oder seiner Besorgnis darüber:* Hierzu stehen fünf Antworten zur Auswahl: überhaupt nicht beschäftigt/besorgt, wenig, mittel, stark sowie extrem stark beschäftigt/besorgt. Diese Antworten werden mit den Ziffern 0, 1, 2, 3, 4 bewertet;
- *Subjektive Einschätzung des Klienten über die Wichtigkeit, sofort eine zusätzliche Behandlung zur Lösung seines Problems zu erhalten.* Auch hier stehen fünf Antworten zu Auswahl: gar nicht wichtig, nicht sehr wichtig, mittlere Wichtigkeit, sehr wichtig, extrem wichtig. Auch diese Antworten werden mit den Ziffern 0, 1, 2, 3, 4 bewertet;
- *Beurteilung des Schweregrades der Suchtproblematik durch die Ansprechperson der LVT* auf einer Skala von 0 bis 9, entsprechend dem Schweregrad der vergangenen und aktuellen Suchtproblematik des

Klienten. Die Expertenbeurteilung trägt der subjektiven Einschätzung durch den Klienten Rechnung und mündet in den IGT-Index zur klinischen Verwertung;

- *Evaluation der zusätzlichen Therapieindikationen für den Klienten.* Diese Ermittlung wird durch die Fachperson der LVT auf einer Skala von 0 bis 9 vorgenommen, entsprechend der Dringlichkeit der zusätzlichen Behandlungen. Auch diese Beurteilung trägt der Selbsteinschätzung des Klienten Rechnung;
- *zusammengesetzte Scores* liefern am Ende einen objektiven Index über den Schweregrad der aktuellen Suchtproblematik des Klienten. Diese Scores werden mit Testfragen über die letzten 30 Tage erhoben. In der Praxis hat sich diese Methode auch zur Darstellung des Therapieerfolgs innerhalb eines gewissen Zeitfensters gut bewährt. Dieser Index liegt zwischen 0 (kein Schweregrad) und 1 (extremer Schweregrad).

Mit dem IGT-Index verfügt die LVT über ein wirksames, anwenderfreundliches, valides und breit einsetzbares Messinstrument für den Schweregrad einer Sucht (Clerc Béroed et al. 2002). Der IGT erlaubt eine komplette und präzise Erfassung der Klienten (Clerc Béroed 2008). Zur Erfassung des Behandlungserfolgs wird der IGT in verkürzter Form ein zweites Mal erhoben, bei stationären Behandlungen beim Austritt und bei ambulanter Begleitung zwölf Monate nach Ende der Massnahme. Die verkürzte Form des IGT beruht im Wesentlichen auf den Testfragen über die letzten 30 Tage, die zur Erstellung der zusammengesetzten Scores gedient hatten. Im Jahr 2005 wurde die administrative Bewirtschaftung der verkürzten IGT-Erhebungen beim Austritt aus der ambulanten Betreuung aufgegeben. In der Tat brach der weitere Kontakt mit den Klienten häufig ab, und viele Massnahmen wurden unplanmässig abgebrochen.

#### **Systeme für das Qualitätsmanagement**

Seit 2001 werden alle Dienste der LVT einem Qualitätsmanagement unterzogen. Die stationären Institute sind zertifiziert (QuaTheDA 2002 und ISO 2010). Der ambulante Sektor verfügt ebenfalls über zwei Qualitätslabels (ISO 2002 und QuaTheDA 2009). Das Qualitätsmanagement erfordert eine genaue Beschreibung der Therapien und Leistungen, die in den verschiedenen Diensten der LVT angeboten werden.

#### **Elektronische Datenbank über die Klientschaft der LVT**

Seit 2004 betreibt die LVT eine zentrale elektronische Datenbank über ihre Klientschaft, in welcher ambulante Leistungen und stationäre Aufenthalte zusammengefasst sind. Jede Akte ist mit einer Klientennummer gekennzeichnet. Damit kann die LVT den Weg eines Klienten durch ihre Institutionen nachvollziehen. Ambulante wie stationäre Behandlungen sowie der eingesetzte Betrag für ambulante Leistungen gehen aus der Akte hervor. Ein Logbuch über Konsultationen und Massnahmen im ambulanten Bereich vervollständigt die Klienteninformation.

## **Besondere empirische Untersuchungen der LVT**

Zur Messung der Wirkung von Behandlungen ist die LVT auf objektive Daten über Veränderungen bei ihren Klienten im Verlauf der Betreuung durch die verschiedenen Dienste bis zum Austritt angewiesen. Dafür muss die LVT den therapeutischen Werdegang der suchtkranken Person in ihrem Betreuungssystem dokumentieren. Es gilt herauszufinden, welches Angebot beim Vorliegen bestimmter Begleitumstände am besten wirkt. Dabei sollen objektive Elemente beschrieben werden, die für die kurz- oder mittelfristige Wirkung von Massnahmen charakterisierend sind. Allerdings geht es der LVT nicht darum, eine Hierarchie der Behandlungsmethode zu etablieren oder generell Forschung über die «beste» Therapieform anzustellen.

Ferner will die LVT Erkenntnisse erarbeiten, die auf den grössten Teil ihrer Klientschaft anwendbar sind. Daher kommen keine Untersuchungen in Frage, die sich auf eng definierte Zielgruppen beziehen oder die im Rahmen restriktiver therapeutischer Settings erhoben werden. Dennoch werden alle Untersuchungen nach naturwissenschaftlichen Regeln durchgeführt. Die Forschungsarbeit der LVT wird mit eigenen Mitteln bewältigt und unterliegt der Verantwortung des wissenschaftlichen Mitarbeiters.

### **Dokumentation über die Inanspruchnahme von Dienstleistungen der LVT**

Das gesamte Betreuungsangebot für Suchtkranke obliegt der LVT und ihrem Netzwerk aus Partnern im medizinischen und psycho-sozialen Bereich. Innerhalb der Schweiz bildet das Wallis ein geografisch gut begrenztes Randgebiet. Unter diesen Voraussetzungen interessiert sich die LVT für die Entwicklungsgeschichte ihrer Klientschaft innerhalb der verschiedenen Walliser Beratungs- und Therapieeinrichtungen. Wer sucht innerhalb eines bestimmten Jahres zum ersten Mal Hilfe bei der LVT? Wie gross ist der Anteil jener, die sich später erneut anmelden? Über welche Kanäle finden Klienten den Weg zur LVT? Wie viele ambulante Betreute werden später stationär behandelt? Die Auswertung dieser Datenbank über die unterschiedlichen therapeutischen Werdegänge von Ratsuchenden innerhalb der Angebote der LVT hat interessante Erkenntnisse und Elemente zu Beantwortung etlicher Fragen zutage gebracht.

### **Entwicklung von Klienten zwischen Eintritt und Entlassung aus einem Dienst der LVT**

Hier geht es um die Veränderungen im Leben von Ratsuchenden zwischen dem Zeitpunkt ihrer Aufnahme und ihrer Entlassung durch eine Beratungs- oder Therapiestelle. Es wird erfasst, auf welche Lebensdimensionen die Behandlung am besten gewirkt hat. Im ambulanten Bereich wird zur Bestimmung der Veränderung der IGT-Index des Schweregrades einer Sucht als Massstab beigezogen. Nach stationären Behandlungen kommen die zusammengesetzten Scores aus dem objektiven IGT-Index und der subjektiven Einschätzung durch den Patienten zur Anwendung.

### **Entwicklung zwischen der Aufnahme und nach zwölf Monaten ambulanter Betreuung**

Das Setting einer ambulanten Betreuung unterscheidet sich von der stationären Therapie. Die Klienten sind während der ambulanten Betreuung nicht zwangsläufig abstinent, und die Behandlungsziele können im Verlauf der Ent-



wicklung angepasst werden. Zudem bricht ein grosser Teil der Klientschaft die Beratung vor dem Erreichen der vereinbarten Ziele ab oder meldet sich unvermittelt nicht mehr bei seiner Beratungsperson. Unter diesen Umständen ist der Anspruch auf ein wissenschaftlich objektives Messsystem für den Behandlungserfolg, welches auf der Entwicklung zwischen Aufnahme und Entlassung aus der ambulanten Therapie aufbaut, stark in Frage gestellt. Der Erfolg einer ambulanten Betreuung sollte deshalb an der Beantwortung dieser Frage gemessen werden: Leben die ambulant betreuten Personen heute unter besseren Umständen als zum Zeitpunkt des Therapiebeginns? Für Klienten, die noch in Behandlung stehen, hat sich die Methode der zusammengesetzten Ergebnisse aus einem verkürzten Fragenkatalog zur Erhebung des IGT-Indexes zwölf Monate nach Beginn der Beratung angeboten. Damit können die Wirkungen der ambulanten Behandlung auf alle Lebensdimensionen von suchtabhängigen Personen erfasst werden.

Die ersten Ergebnisse dieser Erhebungen werden Ende 2011 vorliegen und von der LVT publiziert werden.

#### **Situation der Klienten nach stationärer Behandlung**

Nach der Implementierung des IGT-Indexes über den Schweregrad der Sucht innerhalb aller Dienste der LVT wurde beschlossen, weitere Erkenntnisse zum Behandlungserfolg im stationären Bereich zu gewinnen. Dafür wurde die systematische Analyse der Katamnese eingeführt.

Die beobachtete Gruppe umfasst alle Klientinnen und Klienten, welche zwischen 2007 und 2011 einen stationären Aufenthalt beendet haben. Von Versuchspersonen, die ihr Einverständnis gegeben haben, werden 12, 36 und 60 Monate nach ihrer Entlassung Daten gesammelt. Dazu werden ein Fragebogen und, wenn nötig, eine Mahnung per Post zugestellt. Wer darauf nicht antwortet, wird telefonisch angesprochen. Diese Langzeitstudie ist wie folgt aufgebaut:

- Befunde nach einem Jahr bei Klienten, die 2007, 2008, 2009, 2010 und 2011 aus der Klinik ausgetreten sind;
- Befunde nach drei Jahren bei Klienten, die 2007, 2008 und 2009 aus der Klinik ausgetreten sind;
- Befunde nach fünf Jahren bei Klienten, die 2007 aus der Klinik ausgetreten sind.

Für die 2007 ausgetretene Klientschaft sind bereits drei Messpunkte nach der stationären Therapie möglich, nämlich nach einem, drei und fünf Jahren. Für die Austritte von 2008 und 2009 stehen zwei Daten für eine Standortbestimmung zur Verfügung, nämlich nach einem und nach drei Jahren.

Das Mahnverfahren für den Rücklauf der Fragebogen lässt keine Anonymisierung der Klientschaft zu. Allerdings werden die eingereichten Daten in anonymer Form ausgewertet. Wie früher erwähnt, untersteht die Studie dem



Posten des wissenschaftlichen Mitarbeiters, und dieser ist organisatorisch keiner Durchführungsstelle der LVT angeschlossen. Daher ist der Dienst des wissenschaftlichen Mitarbeiters auch gegenüber den stationären Einrichtungen der LVT neutral. Die vertrauliche Behandlung der Patientendaten und die beschriebene Neutralität werden im Schriftwechsel mit der Klientschaft besonders hervorgehoben. Damit soll eine höhere Rücklaufquote der Fragebogen erreicht werden, besonders von jenen Patienten, die eine ungünstige Entwicklung aufweisen oder den Aufenthalt als schlechte Erfahrung erlebt haben. Die stationären Therapieeinrichtungen haben keinen Zugang zu den Listen der angeschriebenen Patienten und erfahren daher auch nicht, wer den Fragebogen zurückgeschickt hat und wer nicht.

Die angewendeten Messinstrumente fassen auf der abgekürzten Version der Erhebung des IGT-Indexes sowie auf zusätzlichen Fragen, die sich aus den Bedürfnissen der einzelnen Therapiestellen ergeben. Diese Fragen betreffen vor allem problematisches Konsumverhalten nach der Entlassung aus der stationären Behandlung. Zudem wird das Netzwerk der Nachsorge erfasst (Nachbehandlung, Selbsthilfegruppe, Arzt, Psychiater usw.). Schliesslich wird nach der Lebensqualität des Klienten gefragt, wobei auch das subjektive Empfinden über Verbesserung oder Verschlechterung der Situation einfließt. Eine detaillierte Beschreibung dieser Untersuchung mit den einzelnen Verfahrensschritten (Kontaktaufnahme, Fragebogen) findet sich im Protokoll, das auf dem Portal [www.lvt.ch](http://www.lvt.ch) publiziert ist.

#### **Erreichung der gesetzten Behandlungsziele im ambulanten Bereich**

Der IGT-Index des Schweregrades der Sucht dient als Grundlage für den individuellen Behandlungsplan. Gemeinsam mit dem Klienten werden klare Ziele umschrieben, die der Situation sowie seinen Kompetenzen, Möglichkeiten und Ressourcen angepasst sind.

Für jede Lebensdimension, die im IGT-Index berücksichtigt ist, wird eine Liste von möglichen Zielen erarbeitet. Daraus entwickelt die ambulante Behandlungsstelle die wichtigen Stossrichtungen der Therapie. Zur Klientenführung sowie zur Messung der Behandlungsergebnisse bewährt sich die Dokumentation über Erfolg oder Misserfolg bei der Zielerreichung und über die Setzung neuer Ziele im Verlauf der Behandlung. Die ersten Ergebnisse dieser Qualitätskontrolle werden im Verlauf von 2012 zur Verfügung stehen.

## **Ergebnisse**

Wir stellen nun eine Auswahl der gewonnenen Ergebnisse dar. Damit möchten wir beispielhaft aufzeigen, über welche Art von Informationen die LVT verfügt. Dabei gehen wir nicht näher auf die Beschreibung der jeweiligen Klientengruppe ein. Diese Angaben findet der Leser in der umfangreichen Dokumentation unter [www.lvt.ch](http://www.lvt.ch), auf welche sich auch dieser Artikel stützt. Die Repräsentativität der vorgestellten Gruppen ist im Allgemeinen hoch.

## **Inanspruchnahme von Dienstleistungen der LVT**

Die Resultate über den Werdegang der Klienten innerhalb der LVT werden aus zwei Blickwinkeln erstellt, nämlich retrospektiv und prospektiv.

### **Retrospektive Analyse**

Für die Jahre 2007 bis 2009 wurde bei jeder Klientenaufnahme erfasst, welche Dienstleistungen der LVT der Klient in den letzten zehn Jahren vor seiner Aufnahme in Anspruch genommen hatte. So verfügt die LVT für eine Person, die am 3. Juli 2008 als Klient aufgenommen wurde, über die Patientengeschichte innerhalb ihrer Organisation ab 3. Juli 1998 bis zum 2. Juli 2008. Mit einer Zahl wird bezeichnet, ob es sich bei der neusten Aufnahme um die erste, zweite oder dritte Aufnahme innerhalb der letzten zehn Jahre handelt.

Die Zahl aller Eintritte in die LVT entwickelte sich wie folgt: 867 für 2007, 886 für 2008 und 895 für 2009. Davon betrug der Anteil der erstmaligen Neueintritte (Klienten, welche in den letzten zehn Jahren nie bei der LVT angemeldet waren): 61,5 Prozent für 2007, 59,7 Prozent für 2008 und 59,0 Prozent für 2009. Der Anteil von Klienten, die bereits zum dritten Mal innerhalb der letzten zehn Jahre die Dienste der LVT in Anspruch nahmen, betrug: 15,1 Prozent für 2007, 18,6 Prozent für 2008 und 17,6 Prozent für 2009. Auch der Anteil jener, welche mit dem aktuellen Eintritt mindestens zum fünften Mal innert zehn Jahren von der LVT betreut werden, ist erheblich: 2,8 Prozent für 2007, 2,8 Prozent für 2008 und 3,5 Prozent für 2009.

### **Prospektive Analyse**

Hier wird die weitere Inanspruchnahme von Dienstleistungen der LVT innerhalb eines Zeitraums von fünf Jahren nach einer erstmaligen Aufnahme des Klienten untersucht. Es handelt sich dabei um Personen, die bis zur erstmaligen Aufnahme noch nie bei der LVT gemeldet waren. Die Beobachtungsspanne erstreckt sich vom 1. Januar 2000 bis zum 31. Dezember 2005.

Diese Gruppe umfasst 2217 Klientinnen und Klienten. Davon stiessen 1914 oder 87,6 Prozent über die ambulante Betreuung zur LVT. Bei 71,8 Prozent dieser Personen bleibt es innerhalb der folgenden fünf Jahre bei dieser einzigen Anmeldung, 19,7 Prozent der Klienten werden ein zweites Mal angemeldet, 6,0 Prozent verzeichnen drei Anmeldungen und 2,5 Prozent sogar vier innerhalb der folgenden fünf Jahre. Drei Viertel der Klientinnen und Klienten (75,6 Prozent) durchlaufen innerhalb der fünf Jahre nie eine stationäre Behandlung. 9,1 Prozent der Klientschaft werden nie ambulant betreut und 15,5 Prozent werden in dieser Zeitpanne mindestens ein Mal ambulant und ein Mal stationär behandelt.

## **Entwicklung der Lebensumstände von Klienten zwischen Eintritt und Austritt aus einer stationären Einrichtung**

Diese Gruppe umfasst 647 Personen, die zwischen 2005 und 2009 einen Aufenthalt in der Villa Flora und der Via Gampel durchlaufen haben. Drei Viertel aller Austritte (78,3 Prozent) erfolgten am Ende der geplanten Behandlungs-

zeit. Ein Sechstel der Patienten (15,5 Prozent) hatte den Aufenthalt vorzeitig abgebrochen (auf eigenen Wunsch oder durch die Leitung der Institution). Die restlichen vorzeitigen Austritte (4,2 Prozent) haben verschiedene andere Ursachen.

Bei den Lebensumständen werden folgende Dimensionen erfasst: Alkoholabusus, körperlicher Gesundheitszustand, psychischer Zustand, Familiennetzwerk, Erwerbsleben und persönliche Ressourcen. Die Patientenentwicklung wird unter zwei Gesichtspunkten aufgezeichnet:

- Entwicklung der subjektiven Einschätzung des Klienten zum Grad seiner Beschäftigung mit der Sucht oder seiner Besorgnis darüber;
- Entwicklung des Indexes über den Schweregrad der Sucht auf der Grundlage der zusammengesetzten Ergebnisse als objektive Messgrösse.

Abbildung 1 zeigt die Entwicklung der durchschnittlichen Einschätzung des Klienten zum Grad seiner Besorgnis über die Sucht zwischen Klinikeintritt und -austritt. Die Entwicklung ist positiv, denn die Klienten sind beim Austritt in allen Lebensdimensionen weniger beschäftigt/besorgt. Die Dimension Alkoholkonsum zeigt die grösste Verbesserung. Die statistische Signifikanz beträgt  $p < 0,05$ , nichtparametrischer Test von Wilcoxon für gebundene Stichproben.

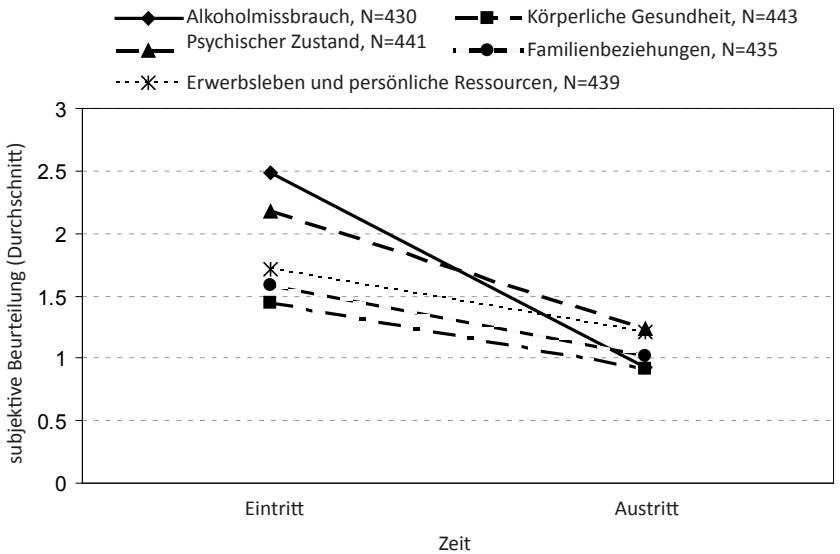


Abbildung 1: Entwicklung der durchschnittlichen Einschätzung der Klienten zum Grad ihrer Besorgnis über verschiedene Lebensdimensionen zwischen Klinikeintritt und -austritt.

Abbildung 2 zeigt die objektive Veränderung bei stationärer Betreuung: Die Dimension Alkoholkonsum verändert sich markant. Die stationäre Behandlung senkt ebenfalls die Scores aus den zusammengesetzten Ergebnissen (körperliche Gesundheit, psychischer Zustand, familiäres und persönliches Beziehungsnetz). Die statistische Signifikanz beträgt  $p < 0.05$ , nichtparametrischer Test von Wilcoxon für gebundene Stichproben. Bei der Dimension Erwerbstätigkeit und persönliche Ressourcen konnte keine signifikante Veränderung festgestellt werden.

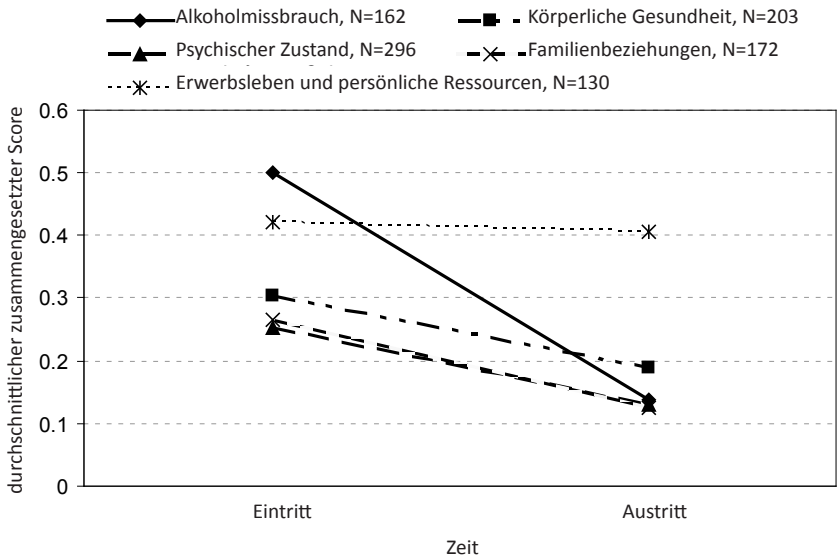


Abbildung 2. Individuelle durchschnittliche Entwicklung der zusammengesetzten Scores zwischen Klinikeintritt und -austritt

### Wo stehen die Klienten ein Jahr nach ihrer Entlassung aus der stationären Behandlung?

Wir stellen die Ergebnisse von ehemaligen Klienten der Villa Flora und der Via Gampel vor, die 2007 und 2008 entlassen wurden.

#### Untersuchte Gruppe

Abbildung 3 zeigt die gesamte in Frage kommende Population sowie die Klientengruppe, von welcher letztendlich Daten erfasst werden konnten.

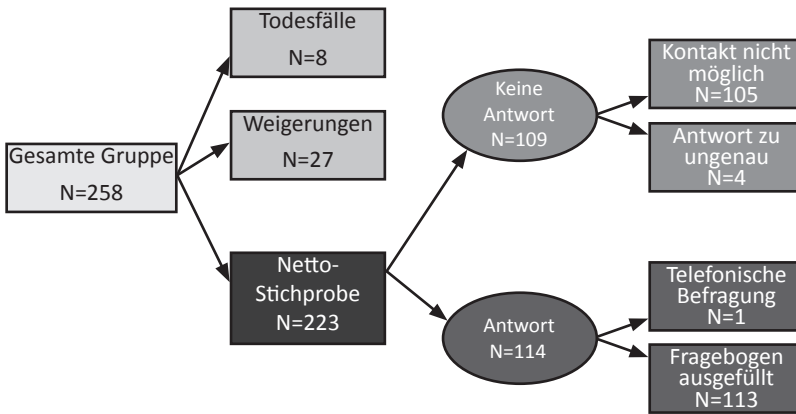


Abbildung 3. Anteil der Teilnehmenden an der Katamnese studie ein Jahr nach Austritt aus der Villa Flora und Via Gampel (Austritte 2007 und 2008).

Mit Ausnahme der Todesfälle und der Personen, die ihre Mitwirkung anfänglich ablehnten, nahmen immerhin noch 51 Prozent der betroffenen Personen an der Studie teil. Für diese Art von Erhebungen und unter Berücksichtigung der Population ist die Teilnahme befriedigend. Allerdings kann von solchen Zahlen keine hohe Repräsentativität erwartet werden. Inzwischen wurden Massnahmen getroffen, um eine bessere Rücklaufquote zu erzielen: Der Fragebogen wurde vereinfacht und die besonderen Fragen der Therapieanstalt weggelassen. Diese waren zu anspruchsvoll und verleiteten die Testpersonen dazu, das Formular nicht zurückzusenden. Ein Geschenk belohnt jene, die den Fragebogen ausgefüllt zurücksenden. Die Einwohnerkontrollen der Gemeinden liefern inzwischen Angaben über den Verbleib von Klienten, die nach dem Austritt nicht mehr auffindbar waren. Diese Massnahmen haben die Beteiligungsrate im Jahr 2009 auf 63,1 Prozent steigen lassen.

#### Konsumverhalten zwölf Monate nach der Entlassung

114 Klienten hatten ein Jahr nach ihrer Entlassung einen Katamnese-Fragebogen ausgefüllt. 50,0 Prozent von ihnen hatten in diesen zwölf Monaten weder Alkohol noch Drogen konsumiert.

Bei jenen Klienten, die von der LVT ambulant weiterbetreut wurden, gibt das Behandlungsprotokoll in der elektronischen Klientendatenbank Auskunft über die Katamnese. Es enthält auch Angaben über den Konsum von Substanzen ein Jahr nach Ende der stationären Behandlung. Daher wird diesen Klienten kein Fragebogen zugesendet. Von 109 Klienten sind 74 derartige Protokolle verfügbar. Das entspricht einem Anteil von 67,9 Prozent. Von dieser Untergruppe hatten 13,9 Prozent keinen Konsum während der zwölf Monate nach der Entlassung. 53,2 Prozent hatten in dieser Zeit Alkohol oder Drogen konsumiert. Von den restlichen 32,9 Prozent der Klientschaft waren keine verlässlichen Daten verfügbar.

**Entwicklung der subjektiven Einschätzung des Klienten zum Grad seiner Beschäftigung mit der Sucht oder seiner Besorgnis darüber, zwölf Monate nach seiner Entlassung aus der Klinik**

Abbildung 4 zeigt die individuelle Veränderung der Einschätzung des Klienten zum Grad seiner Beschäftigung mit der Sucht oder seiner Besorgnis darüber.

Diese Daten stehen nicht für alle Klienten zur Verfügung. Je nach Behandlungsbereich haben zwischen 10 und 13 Klienten beim Eintritt diese Frage nicht beantwortet, von den übrigen Klienten wurden zwischen 16 und 19 Personen beim Austritt nicht erfasst. Schliesslich haben von den verbleibenden Klienten zwischen 3 und 5 bei der Befragung nach zwölf Monaten keine Antwort auf die Frage gegeben.

Zwölf Monate nach der Entlassung liegt dieser Wert im ähnlichen Rahmen wie anlässlich des Austritts, oder er hat sich sogar verbessert. So besehen erreichte der Klient eine Stabilisierung seiner Situation während des Jahres nach dem Austritt.

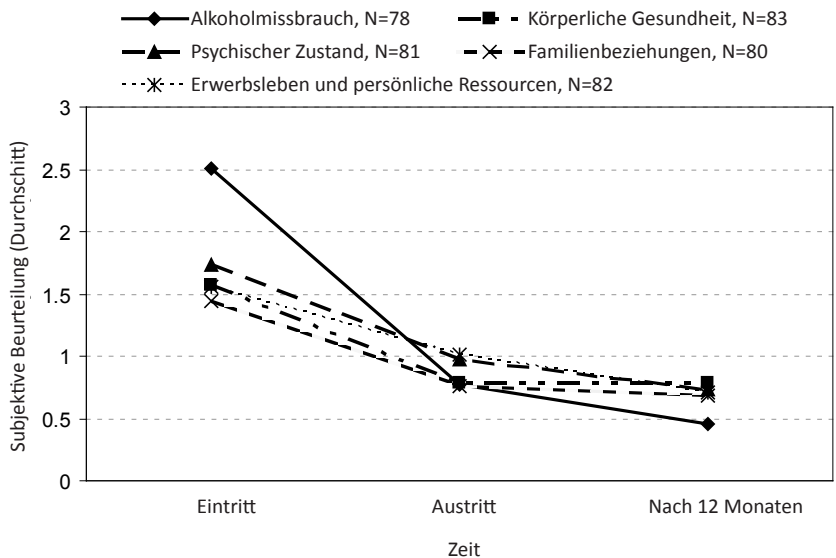


Abbildung 4. Entwicklung der durchschnittlichen Einschätzung der Klienten zum Grad ihrer Besorgnis über verschiedene Lebensdimensionen zwischen Klinikeintritt, -austritt und nach zwölf Monaten.

### Entwicklung der Anzahl der Tage mit Konsum innerhalb der letzten 30 Tage

Bemerkenswert ist das Konsumverhalten beim Alkohol, zwölf Monate nach Entlassung aus der stationären Behandlung. Abbildung 5 zeigt die durchschnittliche Anzahl von Tagen, an welchen der Klient Alkohol oder Medikamente innerhalb der vergangenen 30 Tage konsumiert hat. Der Konsum ist zwar leicht höher als bei Klinikaustritt, aber er hat sich auf einem bedeutend niedrigeren Niveau als vor Klinikeintritt eingependelt.

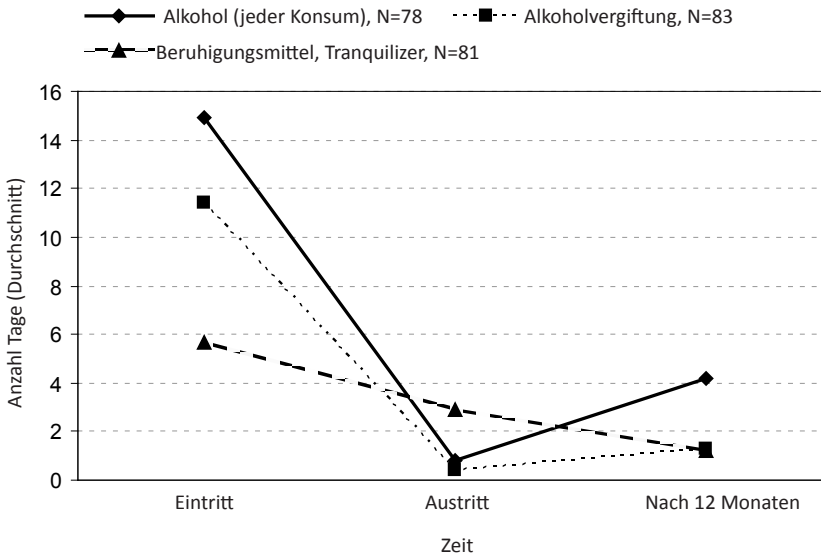


Abbildung 5. Durchschnittliche Anzahl von Tagen, an welchen der Klient Alkohol oder Medikamente innerhalb der vergangenen 30 Tage konsumiert hat (bei Klinikeintritt, -austritt und nach zwölf Monaten)

### Lebensqualität

Die Klienten äusserten sich zur Veränderung ihrer Lebensqualität zwölf Monate nach dem Eintritt in die stationäre Massnahme. Abbildung 6 zeigt, dass drei Viertel der Klienten (74 Prozent), die den Katamnese-Fragebogen zurückgesandt haben, über eine bedeutend bessere Lebensqualität als vor dem Klinikaufenthalt berichten. Nur 2 Prozent von ihnen antworteten, ihre heutige Lebensqualität sei wirklich schlechter als vor dem Klinikeintritt.



«Wenn Sie ihre *aktuelle* Lebensqualität mit jener *vor dem Klinikeintritt* vergleichen, würden sie sagen, sie sei ...»  
(N=110)

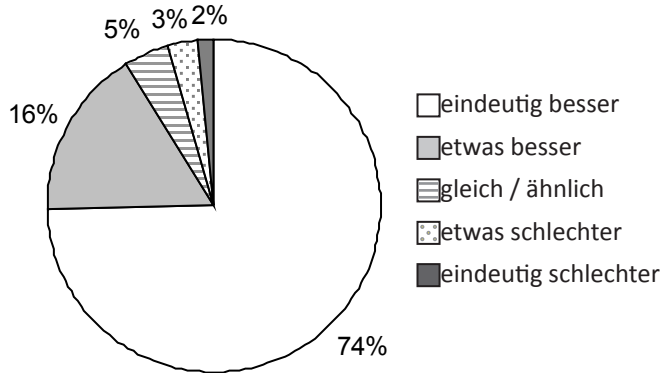


Abbildung 6. Vergleich der empfundenen Lebensqualität vor Eintritt in die Klinik und zwölf Monate später

#### Beitrag der Klinik an die Verbesserung der Lebensumstände der Klienten

Die Personen beurteilten den Beitrag des stationären Aufenthaltes zur Verbesserung ihrer Lebensumstände (Abbildung 7). Mehr als 90 Prozent der Klienten gaben an, ihr Aufenthalt habe zur Verbesserung beigetragen. Für 66 Prozent der Klientschaft haben alle durch den stationären Aufenthalt erzielten Verbesserungen Bestand, 25 Prozent empfinden diese Verbesserungen noch teilweise.

«Finden Sie, dass der Klinikaufenthalt dazu beigetragen hat, Ihre Lebensumstände zu verbessern?»

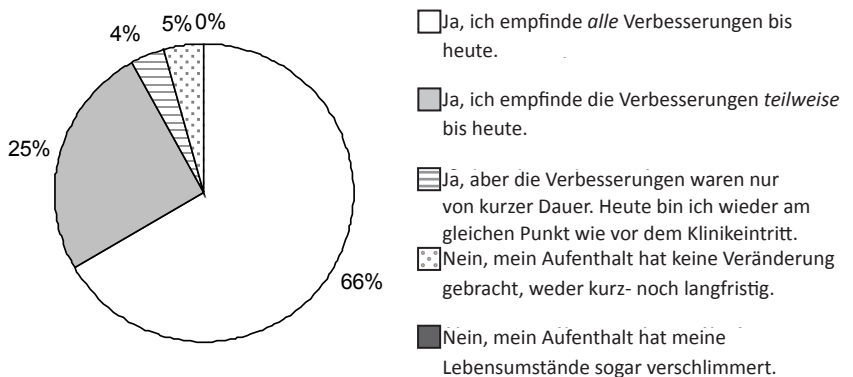


Abbildung 7. Beitrag des Klinikaufenthaltes zur Verbesserung der Lebensumstände der Klienten

## Folgerungen

Die Messung von Behandlungsergebnissen bei Alkohol- und Drogenproblemen ist ein anspruchsvolles, aber wichtiges Unterfangen. Möglichst objektive Erkenntnisse über die Wirkung von Behandlungen und die Katamnese der Klientschaft verschaffen der LVT nützliche Informationen zur Beurteilung ihres Leistungsausweises und für Verbesserungsmöglichkeiten bei der Behandlung suchtkranker Menschen.

Die verschiedenen Messwerkzeuge der LVT zeigen Früchte: Sie liefern wertvolle Informationen zur weiteren Entwicklung der Lebensumstände der Klienten. Als Beispiele konnten wir in dieser Arbeit Resultate vorstellen, die aufzeigen, dass eine stationäre Behandlung zur nachhaltigen Verbesserung der Lebensumstände der Klienten führt.

Dennoch birgt die Messung des Behandlungserfolgs Schwierigkeiten:

- Die Betreuungspersonen im ambulanten Bereich und das therapeutische Personal in den stationären Einrichtungen sind durch die Datenerfassung stark gefordert. Ihre Motivation, weiterhin vollständige und verlässliche Angaben zu liefern, muss gestützt werden.
- Zudem müssen die Betreuungspersonen im ambulanten Bereich und das therapeutische Personal in den stationären Einrichtungen für die korrekte Anwendung der Prüfungsinstrumente wie beispielsweise den IGT-Index ausgebildet werden, damit sie auch in Zukunft verlässliche Daten erfassen.
- Die objektiven Daten, die beim Eintritt, beim Austritt und nach dem Austritt erfasst werden, sollen für eine möglichst grosse Anzahl von Klienten erhoben werden, damit die Repräsentativität der untersuchten Gruppe möglichst hoch bleibt. Das gilt vor allem für die Berechnung der objektiven zusammengesetzten Scores des IGT. Bei katamnestischen Studien bleibt die Wahrung einer genügenden Repräsentativität eine Herausforderung. Von den Klienten, die den Fragebogen zurücksenden, sind jene, die über einen günstigen Verlauf berichten, in der Regel übervertreten.

Als nächste Etappe plant die LVT eine katamnestische Studie im ambulanten Bereich. Bei den Vorbereitungen dazu werden die Erfahrungen aus der Katamnese-Untersuchung im stationären Bereich eine wertvolle Hilfe sein. Diese Ergebnisse werden 2013 vorliegen. Die besondere Organisationsform der LVT und die Tatsache, dass ein gewisser Teil der Klientschaft auf ihrem therapeutischen Weg mehrere Dienste durchläuft, lässt die Frage aufkommen, ob künftig ein umfassenderes Forschungsdesign zur Katamnese eingesetzt werden sollte. So könnte beispielsweise jedes Jahr eine Stichprobe der neuen Klientschaft befragt werden, welche mit einem Dienst der LVT in Kontakt kommt. Später würden diese Personen periodisch befragt, ungeachtet, in welchem Beratungs- oder Therapieverhältnis sie später zur LVT stehen.

Die Erfahrungen der LVT zeigen, dass eine selber durchgeführte Evaluation der Behandlungsergebnisse möglich und nützlich ist. Allerdings sind dafür besondere Mittel und ein stetiger Aufwand bei der Pflege der Evaluationswerkzeuge notwendig.

## **Literatur**

---

Babor, T.F., Caetano, R., Casswell, S., Edwards, G., Giesbrecht, N., Graham, K., Grube, J.W., Hill, L., Holder, H., Homel, R., Livingston, M., Österberg, E., and others, 2003. Alcohol : No ordinary Commodity. Research and public policy. Oxford University Press.

Bergeron, J., Landry, M., Ishak, A., Vaugeois, P. et Trépanier, M., 1992. Validation d'un instrument d'évaluation de la consommation de drogues et d'alcool l'indice de gravité d'une toxicomanie (IGT). Cahier de recherche du RISQ.

Clerc Bérode, A., Schalbetter, P., Moix, J.B., 2002 : Indice de gravité d'une toxicomanie - Fiabilité et validité. Ligue Valaisanne contre les Toxicomanies. Sion.

Clerc Bérode, A., 2008 : Bilan 2002-2007 de l'Indice de gravité d'une toxicomanie au sein de la LVT. Ligue Valaisanne contre les Toxicomanies. Sion.

Da Cunha, A., Caprani, I., Martins, E., Schmid, O., Stofer S., 2010 : Evaluation des institutions résidentielles romandes de traitement des dépendances et de leur complémentarité avec le secteur ambulatoire et leur réseau médico-social. Institut de géographie. Université de Lausanne. Lausanne.

Gorski, T.T., 1989 : Passages Through Recovery : An Action Plan for Preventing Relapse. Hazelden Institute. Center City (Minnesota).

Holder, H., Longabaugh, R., Miller, W.R., Rubonis, A.V., 1991 : The cost effectiveness of treatment for alcoholism : a first approximation. Journal of Studies on Alcohol, 52(6), 517-539.

Institut suisse de prevention de l'alcoolisme et autres toxicomanies, 2006. L'alcool : un bien de consommation peu ordinaire. Une synthèse du livre éponyme de Thomas Babor et autres. ISPA. Lausanne.

Landry, M., 1995 : Overview of Addiction Treatment Effectiveness. SAMHSA. Office of Applied Studies. Rockville.

McLellan, A.T., et coll., 1996 : Is Addiction Treatment «Worth It»? Public Health Expectations. Policy-based Comparisons, manuscrit non publié. PV Center for Studies on Alcohol, Philadelphie (Pennsylvanie).

McLellan, A.T., Druley, K.A., O'Brien, C.P., Kron, R., 1980 : Matching substance abuse patients to appropriate treatments. A conceptual and methodological approach. Drug and Alcohol Dependence, 5(3), 189-193.

Miller, W. R., 1983 : Motivational interviewing with problem drinkers. Behavioural Psychotherapy, 11, 147-172.

Miller, W.R., Rollnick, S., 1991: Motivational interviewing: Preparing people to change addictive behavior. New York: The Guildford Press.

Sieber, M., Riem, M., Meyer, T., 2004 : Die Erfassung des Konsumverhaltens bei den Katamnesen der Forel Klinik. Abhängigkeit 1/04, 34-49.

Smart, R.G., 1993 : Forbidden Highs : The Nature, Treatment and Prevention of Illicit Drug Abuse. Fondation de la recherche sur la toxicomanie. Toronto.

## **Korrespondenzadresse**

---

Annick Clerc Bérode, PhD, Collaboratrice scientifique, Ligue Valaisanne contre les Toxicomanies, Place du Midi 36, CH-1950 Sion  
E-mail : Annick.Berod@lvtSION.ch

## Résumé

---

Les questions de l'évaluation des résultats des traitements et de la connaissance du devenir précis des clients après la période d'exposition au traitement sont devenues importantes pour les institutions spécialisées dans la prise en charge des problèmes de consommation de substances psychoactives. Les résultats des traitements ne se limitent plus seulement à l'usage qui est fait de la substance posant problème, mais touchent l'ensemble des problèmes qui y sont associés. La Ligue Valaisanne contre les Toxicomanies, organisme responsable de la prise en charge des personnes ayant un problème de consommation de substances psychoactives dans le canton du Valais, a déployé des moyens spécifiques pour augmenter sa connaissance des résultats de ses propres traitements. Ces moyens sont, par exemple, l'introduction d'un instrument d'évaluation de la clientèle (ASI/IGT) ou la mise en place d'une étude de catamnèse dans son secteur résidentiel. Les choix opérés par la LVT, les différentes études conduites et une sélection des premiers résultats obtenus sont présentés.

## Summary

---

The question of the effectiveness of addiction treatments has become a central focus of institutions dealing with psychoactive substance dependencies. Here, both the evaluation of therapeutic results and reliable data on the post-treatment progress of the patients are required. The assessment of the therapeutic results must go beyond simply looking at the consumption of the substance that caused the problem in the first place, but should include all circumstances that are linked to the life situation of the patient. The Valaisan League against Drug-addiction LVT (Ligue Valaisanne contre les Toxicomanies) is responsible for the care of persons in the Canton Valais who have problems with the consumption of psychoactive substances. The League has developed specific instruments for expanding its knowledge concerning the effectiveness of its own addiction therapies. These instruments include, for example, a patient addiction severity index (ASI/IGT) and a systematic evaluation of inpatient follow-ups. This article reports on the main priorities defined by the LVT and on the various studies that have been conducted and presents a selection of the initial results.