

Ambulanter Behandlungserfolg bei Personen mit Alkoholproblemen*

Martin Sieber, Ruedi Rüttimann***, Ruedi Schmid******

Zusammenfassung

Die Erfassung des Behandlungsergebnisses ist ein zentraler Aspekt der Qualitätssicherung bei der Behandlung von Menschen mit Alkohol- und anderen Suchtmittelproblemen. Die ambulante Fachstelle für Alkoholprobleme Bezirk Bülach hatte sich deshalb zum Ziel gesetzt, im Rahmen der Qualitätssicherung eine Katamnese durchzuführen. Für die Auswertung standen 136 Klienten und Klientinnen zur Verfügung, davon hatten 52 geantwortet (38,2 Prozent). Das Durchschnittsalter liegt bei 50 Jahren, der Frauenanteil beträgt 33 Prozent. Der Behandlungserfolg wurde anhand von acht Kriterien ermittelt. Die Besserungsrate lag bei 70 Prozent, bei 65 Prozent bestand kein Risikokonsum, die Abstinenzrate (Teilgruppe mit Abstinenz als Ziel) lag bei 81 Prozent. Die Lebensqualität hatte sich bei 85 Prozent verbessert, bei 71 Prozent bestand eine positive Krisenbewältigung, 86 Prozent beurteilten den Behandlungserfolg als positiv und bei 96 Prozent war die Klientinnen- und Klientenzufriedenheit positiv. Diese Werte sind – bezogen auf alle 136 Klientinnen und Klienten – zu positiv. Unter Berücksichtigung der Nicht-antwortenden, bei denen ein weniger guter Verlauf angenommen werden muss, halten wir eine Besserungsrate (inkl. Abstinenz) von 48 Prozent für realistisch.

Die Qualitätssicherung bei der Behandlung von Menschen mit Alkohol- und anderen Suchtmittelproblemen hat in den letzten 15 Jahren einen wichtigen Stellenwert erhalten. Dabei ist die Erfassung des Behandlungsergebnisses ein zentraler Aspekt und bildet unter anderem die Basis für wirtschaftliche Überlegungen. Im neuen Krankenversicherungsgesetz sind die Anliegen

* Erstellt anhand der Katamnese 1 der Fachstelle für Alkoholprobleme Bezirk Bülach. Der ausführliche Bericht ist bei der Fachstelle Kloten erhältlich.

** Prof. Dr. phil., Forschung und Entwicklung im Gesundheitswesen

*** dipl. Sozialarbeiter HFS, Stellenleiter, Fachstelle für Alkoholprobleme Bezirk Bülach

**** dipl. Sozialpädagoge, Therapeut, Fachstelle für Alkoholprobleme Bezirk Bülach

der Qualitätssicherung in den sogenannten WZW-Kriterien aufgenommen worden (Art. 32), welche die Aspekte **Wirksamkeit**, **Zweckmässigkeit** und **Wirtschaftlichkeit** umfassen. Ferner wird erwähnt, dass die drei Kriterien periodisch überprüft werden und die Wirksamkeit nach wissenschaftlicher Methodik nachgewiesen sein muss.

In der stationären Behandlung von Alkoholabhängigen hat sich die Forel Klinik im Kanton Zürich seit einiger Zeit mittels Katamnesen um die Erfassung des Behandlungserfolgs bemüht. Bezüglich der ambulanten Behandlung sind jedoch nicht nur im Kanton Zürich, sondern schweizweit in den letzten 25 Jahren kaum derartige Untersuchungen entstanden, obwohl jährlich rund 7000 Neuanmeldungen bei ambulanten Fachstellen in der Schweiz registriert werden (SFA, 2004). Diese Lücke hat das Bundesamt für Gesundheit erkannt und versucht zurzeit die Machbarkeit der Erfassung des Behandlungserfolges bei Suchteinrichtungen zu prüfen. Es bestehen vereinzelt Untersuchungen im ambulanten Bereich, so zur Wirksamkeit eines Programms zum Kontrollierten Trinken (Gernet, 2008), zur Konsumreduktion bei Behandlungsende (ZFA, 2008) sowie zum Behandlungserfolg bei Behandlungsende bei einer Klientel einer Privatpraxis (Sieber, 2008).

Methodik

Ziele der Evaluation

Die Fachstelle für Alkoholprobleme Bezirk Bülach, die Menschen mit Alkoholproblemen und deren Angehörigen ein anonymes ambulantes Beratungs- und Behandlungsangebot in Kloten und Bülach zur Verfügung stellt, hat diesen Mangel seit längerem erkannt und im Jahre 2006 eine Katamnese in Auftrag gegeben. Nebst der Messung des Behandlungserfolgs soll die Evaluation auch dazu dienen, das Angebot der beiden Beratungsstellen qualitativ zu bewerten und gegebenenfalls Verbesserungen einzuleiten. Der vorliegende Bericht betrifft die Befragung sechs Monate nach Abschluss der Behandlung. Um Angaben über den längerfristigen Behandlungserfolg machen zu können, wird zwölf Monate nach Abschluss eine zweite Nachbefragung durchgeführt.

Die Studie soll über folgende Problembereiche Auskunft geben:

- Veränderung der alkoholbedingten Beeinträchtigungen;
- Ermittlung des Anteils der Personen, die bezüglich ihrer Alkoholproblematik gebessert sind;
- Alkoholkonsum seit Behandlungsende;
- Bewältigungsverhalten in Krisensituationen;
- Zufriedenheit der Klientinnen und Klienten.

Ferner sollten Informationen zur differenziellen Wirksamkeit ermittelt werden. Dabei geht es um Zusammenhänge zwischen dem Behandlungserfolg und Einzelmerkmalen wie Geschlecht, Alter, Erwerbsstatus, Anzahl Konsultationen, Behandlungstyp, Konsumziel, Prognose.

Stichprobe

In der Studie wurden Klientinnen und Klienten erfasst, die im Zeitraum vom 1. Januar 2007 bis 17. Dezember 2008 die Behandlung abgeschlossen oder sich nicht mehr gemeldet hatten und rund sechs Monate später nachbefragt wurden. Für die Auswertung stehen gemäss Datenbank 172 Personen zur Verfügung. 136 Klientinnen und Klienten sind direkt von einer Suchtproblematik betroffen und 36 Personen sind Angehörige. Bei den 136 direkt von einem Suchtproblem Betroffenen hatten 52 geantwortet (38,2 Prozent), bei den Angehörigen 23 (63,9 Prozent). Das Durchschnittsalter liegt bei rund 50 Jahren. Der Frauenanteil beträgt bei den direkt Betroffenen 33 Prozent, bei den Angehörigen 87 Prozent. Die durchschnittliche Behandlungsdauer und die Anzahl der Konsultationen liegen bei 2,8 Jahren respektive 43 Konsultationen. Lediglich 8 Prozent der Klientinnen und Klienten hatten nur 1 bis 3 Konsultationen beansprucht. 17,3 Prozent sind auf Stellensuche oder auf dem Arbeitsmarkt nicht aktiv.

Befragung

Sechs Monate nach Beendigung der ambulanten Behandlung wurden alle ehemaligen Klientinnen und Klienten angeschrieben und gebeten, sich an dieser teilanonymen Befragung zu beteiligen und den Fragebogen auszufüllen. Der ausgefüllte Fragebogen ging an eine neutrale externe Evaluationsstelle (Erstautor). Die Fachstelle erhielt keine Informationen über Einzelpersonen. Für die direkt von einem Suchtproblem Betroffenen und die Angehörigen wurden separate Fragebogen erstellt.

Die vorliegende Arbeit bezieht sich aus Platzgründen auf die direkt Betroffenen. Angaben über die Ergebnisse der Angehörigen können dem ausführlichen Bericht entnommen werden.

Der Fragebogen umfasst 35 Fragen zu folgenden Themenbereichen:

- Zufriedenheit mit der Beratung/Behandlung;
- Lebensqualität;
- Subjektive Bewertung des Verlaufs ihrer Alkoholproblematik;
- Fragen zum aktuellen Konsumverhalten von Alkohol;

- Erfassung von Rückfällen seit Beendigung der Behandlung und deren Bewältigung;
- Fragen zum Konsumziel (Alkoholtrinkentscheid);
- Fragen zum aktuellen Konsumverhalten von anderen Substanzen.

Erfolgskriterien

In Studien aus Deutschland und den USA wird in erster Linie die Abstinenz zum Zeitpunkt der Katamnese als Erfolgskriterium verwendet. Vereinzelt wird auch eine «Besserungsrate» ermittelt. Neben der Abstinenz ist bei der Fachstelle für Alkoholprobleme auch das kontrollierte Trinken schon seit geraumer Zeit als mögliches Behandlungsziel verankert. Da bei der hier untersuchten ambulanten Population ein hoher Anteil der Betroffenen erklärt, dass ihr Trinkziel nicht Abstinenz sei, sondern das sogenannte Kontrollierte Trinken (25 Prozent bei Austritt, 41 Prozent bei der Katamnese), ist es nicht sinnvoll, alle Personen nach ihrer Abstinenz zu fragen. Die Abstinenzrate wird deshalb nicht als generelles Erfolgskriterium verwendet, sondern nur bei der Teilgruppe der Personen, die bei Austritt «definitive Abstinenz» einhalten wollen. Die Besserungsrate wird jedoch auf alle Klientinnen und Klienten bezogen. Die Beschränkung auf die Abstinenz- und Besserungsrate wurde für die vorliegende Studie als ungenügend erachtet. Folgende insgesamt acht Kriterien wurden verwendet:

1. Risikokonsum (sechs Indikatoren): Das Kriterium «Risikokonsum» war erfüllt, wenn eine der folgenden sechs Bedingungen gegeben waren: 1) Konsum von über 6 Standarddrinks (SD: ca. 10 g reiner Alkohol) an einem typischen Trinktag; 2) mindestens einmal pro Woche Konsum von 6 oder mehr SD pro Gelegenheit; 3) Konsum über 21 SD pro Woche; 4) tägliches Trinken; 5) ein oder mehrmals im Monat Rauschtrinken in den letzten sechs Monaten; 6) mehrere Rückfälle in den letzten sechs Monaten.
2. Besserungsrate (vier Indikatoren): Hier wurden die folgenden vier Indikatoren herangezogen: 1) Alkoholbedingte Beeinträchtigungen ganz oder teilweise verschwunden; 2) keine Alkoholprobleme; 3) kein Risikokonsum; 4) kein Rückfall. Die Besserungsraten wurden als Durchschnittswerte dieser vier Prozentwerte ermittelt. Das Kriterium «Risikokonsum» wurde hier nochmals einbezogen, um eine umfassende Beurteilung zu erhalten.
3. Abstinenzrate: Die Abstinenzrate wurde nur bei der Teilgruppe der Personen erfragt, die bei Austritt «definitive Abstinenz» einhalten wollen.
4. Lebensqualität: Bei der Frage «Hat sich Ihre Lebensqualität im Vergleich zur Zeit vor der Beratung an der Fachstelle verändert?» wurden die Prozentanteile der Antworten «sehr/etwas verbessert» einbezogen.

5. Krisenbewältigung: Falls ein Rückfall aufgetreten war oder das Alkoholproblem wieder stärker wurde, wird erwartet, dass professionelle Hilfe aufgesucht wurde. Personen, die angeben, dass sie «nichts unternommen haben», wird keine adäquate Krisenbewältigung zugeschrieben.
6. Hinweise auf Suchtverlagerung: Solche Hinweise liegen dann vor, wenn anlässlich der Nachbefragung ein überdurchschnittlicher Konsum von illegalen Drogen (Haschisch, Heroin, Methadon, Kokain, andere Drogen) angegeben wird.
7. Subjektive Beurteilung des Behandlungserfolgs (fünf Indikatoren): Der Behandlungserfolg wurde gesondert für fünf Bereiche ermittelt. Es betrifft früher bestandene, alkoholbedingte Beeinträchtigungen in folgenden Bereichen: 1) Arbeitstätigkeit / Berufstätigkeit; 2) Beziehung zur Partnerin / zum Partner; 3) Beziehung zu anderen Menschen; 4) Gesundheit; 5) Fahren in angetrunkenem Zustand. Die Eingangsfrage lautete: «Was hat sich im Vergleich zur Zeit vor der Behandlung bei der Fachstelle verändert?» Von den Prozentanteilen für die Antworten «sehr / etwas gebessert» wurde der Durchschnittswert ermittelt.
8. Klientenzufriedenheit (vier Indikatoren): Folgende vier Fragen wurden gestellt: 1) «Sie haben vor einiger Zeit die Behandlung bei der Fachstelle für Alkoholprobleme Bezirk Bülach abgeschlossen. War diese Behandlung für Sie insgesamt hilfreich?»; 2) «Hatten Sie den Eindruck, die Therapeutin / der Therapeut hatte Ihre persönliche Problematik verstanden?»; 3) «Wie schätzen Sie die fachliche Kompetenz der Therapeutin / des Therapeuten ein?»; 4) «Könnten Sie die Fachstelle anderen Personen empfehlen?» Bei diesen Fragen wurden die Prozentanteile der Antworten «ja sehr / ja etwas» einbezogen und der Durchschnitt gebildet.

Ergebnisse

In Tabelle 1 sind die Ergebnisse bei den acht verwendeten Erfolgskriterien aufgeführt. Sie befinden sich alle im positiven Bereich. Die Abstinenzrate ist auf diejenigen 16 Personen bezogen, die bei Austritt «Definitive Abstinenz» als Konsumziel angegeben haben (13 von 16). In Diagramm 1 sind die Behandlungserfolge für die fünf Teilbereiche dargestellt.

Besserungsrate (4 Indikatoren)	70%
Kein Risikokonsum (6 Indikatoren)	65%
Abstinenzrate (Teilgruppe)	81%
Lebensqualität (sehr/etwas verbessert)	85%
Krisenbewältigung positiv	71%
Hinweise auf Suchtverlagerung	keine
subjektive Beurteilung Behandlungserfolg (5 Indikatoren)	86%
Klientenzufriedenheit positiv (4 Indikatoren)	96%

Tabelle 1: Ergebnisse bei acht Erfolgskriterien (52 Antwortende)

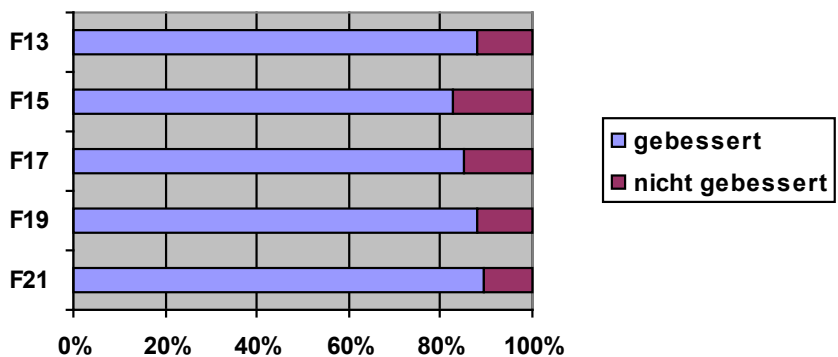


Diagramm 1: Behandlungserfolg in den Bereichen Arbeitstätigkeit, Partnerbeziehung, Beziehung zu anderen Menschen, Gesundheit sowie Fahren in angetrunkenem Zustand.

Es besteht folgendes Konsumverhalten sechs Monate nach Behandlungsabschluss:

Durchschnittliche Menge Alkohol (Standarddrinks, SD) pro Woche: 4,3 SD (N=48), auf die Gruppe der Konsumenten und Konsumentinnen bezogen: 15 SD/Woche. Abstinenzrate auf alle Personen bezogen: 40 Prozent. Anzahl abstinenter Tage pro Monat: M=21,9 (N=46). Regelmässiger Alkoholkonsum (>3 Tagen/Woche): 10,4 Prozent. Regelmässiger starker Konsum (>5 SD mehrmals /Woche): 5 Prozent. Regelmässiges Rauschtrinken (ein oder mehrmals / Monat): 15,7 Prozent. Rückfälle erlebt: 37 Prozent.

Differenzieller Behandlungserfolg

Die Analysen hinsichtlich des differenziellen Behandlungserfolgs bezwecken, Informationen über die Untergruppen zu erhalten, bei denen ein weniger guter Behandlungserfolg besteht, um zukünftig, falls möglich, die Behandlung zu verbessern.

Wie aus Tabelle 2 ersichtlich ist, haben Frauen bei drei von vier verwendeten Indikatoren weniger günstige Mittelwerte. Die Remission der alkoholbedingten Beeinträchtigungen unterscheidet sich jedoch nicht wesentlich von derjenigen der Männer, ebenso nicht die Gesamtzufriedenheit. Dagegen haben die Frauen weniger günstige Werte bei der Remission der Alkoholprobleme sowie bei den Risikoindikatoren.

	N	Remission Beeinträchtigt. ¹⁾		Remission Alk.-Probl. ²⁾		Risiko- Konsum ³⁾		Gesamt- Zufriedenheit ⁴⁾	
		M	S	M	S	M	S	M	S
Männer	35	2.31	0.75	3.12	0.82	0.60	1.12	14.60	1.45
Frauen	17	2.23	0.66	2.69	0.79	1.00	1.54	14.52	1.97

Tab. 2: Indikatoren zur Wirksamkeit nach Geschlecht (Mittelwert M und Standardabweichung S)

¹⁾ Höhere Werte bedeuten unveränderte oder verschlechterte alkoholbedingte Beeinträchtigungen in den Bereichen Arbeit, Beziehung und Gesundheit im Vergleich zur Zeit vor der Behandlung. Niedrige Werte = Remission.

²⁾ Höhere Werte bedeuten, dass das Alkoholproblem in den Hintergrund getreten ist. Niedrige Werte: noch vorhanden

³⁾ Höhere Werte bedeuten Hinweise auf Risikokonsum; 0 = kein Risikokonsum, >0 = Hinweise vorhanden

⁴⁾ Höhere Werte bedeuten höhere Klientenzufriedenheit

Die Analysen zum differenziellen Behandlungserfolg ergaben insgesamt, dass folgende Untergruppen resp. Personenmerkmale etwas bessere Erfolgsindikatoren aufwiesen: Männer, ältere Personen, Erwerbstätige, Zigarettenraucher, Personen mit einer Langzeitbehandlung, Personen mit Abstinenzziel bei Behandlungsende und bei der Katamnese, Personen mit besserer Prognose bei Behandlungsende (Detailauswertung siehe Sieber, 2010).

Diskussion

In der vorliegenden Studie soll gezeigt werden, dass der Behandlungserfolg bei einer Population von Klientinnen und Klienten umschrieben und quantifiziert werden kann, die nicht in erster Linie auf Alkoholabstinenz ausgerichtet ist. Das noch bei der Mehrzahl anderer Untersuchungen verwendete Kriterium der Abstinenz wurde deshalb mit sieben weiteren Erfolgskriterien ergänzt. Ein weiteres Ziel der Studie bestand darin, Informationen zu beschaffen, die Hinweise auf eine mögliche Verbesserung der Behandlung liefern (differenzielle Wirksamkeit).

Die untersuchte Population entspricht in vieler Hinsicht denjenigen Klientinnen und Klienten, die an einer regionalen Fachstelle wegen ihrer Alkoholproblematik in Beratung stehen. Die Beratungsleistung erfolgt über einen langen Zeitraum, der Durchschnitt liegt bei knapp drei Jahren. Die Behandlungs-

frequenz ist jedoch nicht sehr hoch. Der Durchschnitt liegt bei 43 Konsultationen. In einer Studie an ebenfalls ambulant behandelten Personen mit Alkoholproblemen wurden ähnliche Werte erzielt: Die Dauer lag bei 3,3 Jahren bei durchschnittlich 40 Sitzungen (Sieber, 2008). Diese Werte zeigen, dass die Behandlung – Ausnahmen ausgenommen – langfristig angelegt werden muss.

Die Einzelgespräche erlebten die Klientinnen und Klienten überwiegend als sehr hilfreich, ebenfalls die Motivationsgruppe. Bei den anderen Gruppenangeboten war die positive Bewertung nicht so ausgeprägt. Die Paar- und Familiengespräche waren nur bei der Hälfte der Antwortenden hilfreich (siehe qualitative Analyse, Sieber, 2010).

Bei den verwendeten acht Indikatoren zum Behandlungserfolg zeichnet sich ein positives Resultat ab. Die Besserungsrate ist insofern wichtig, weil die Werte mit anderen Studien verglichen werden können, sofern diese Rate ermittelt wurde und einigermaßen vergleichbar ist. Die Rate der Gebesserten liegt – bezogen auf die Antwortenden – bei 70 Prozent. Dies ist jedoch eine zu positive Beurteilung, wenn man die Rate für alle behandelten Personen ermitteln will. Aufgrund der durchgeführten Telefoninterviews mit einer Gruppe von Personen, die bei der Befragung nicht geantwortet hatten, sowie anderer Studien (Weber, 2001) wissen wir, dass der Behandlungserfolg bei dieser Gruppe der Nichtantwortenden weniger positiv ist.

Von der DGSS wurden bereits 1985 konservative Berechnungsformeln vorgeschlagen, welche diese Problematik berücksichtigen (Formeln F1-F4). Diese Formeln sind jedoch zu streng, da nicht angenommen werden muss, dass alle Nichtantwortenden zu den Nichtgebesserten gezählt werden müssen. Bei der vorliegenden Studie wurde eine konservative Besserungsrate ermittelt, indem bei den Nichtantwortenden lediglich eine 35-Prozent-Besserungsrate angenommen wurde, was einer Halbierung der Besserungsrate der Antwortenden entspricht. Dies führt zu einer geschätzten konservativen Gesamt-Besserungsrate von 48,6 Prozent. Wir halten deshalb eine Besserungsrate von 48 Prozent für eine realistische Schätzung bezogen auf alle abgeschlossenen Behandlungen. Aus den hier dargelegten Überlegungen sind auch die anderen Werte von Tab. 1 als zu positiv einzustufen und müssten – sollen sie auf alle Klientinnen und Klienten übertragen werden – ebenfalls nach unten korrigiert werden.

Dass die Besserungsrate nicht höher ausgefallen ist, scheint nicht aufgrund einer mangelhaften Behandlung entstanden zu sein, da eine hohe Klientenzufriedenheit bestätigt werden kann und ein differenziertes Behandlungsangebot besteht, das viele Klientinnen und Klienten über eine lange Zeitdauer beansprucht haben. Die Besserungsrate von rund 50 Prozent weist u.E. vielmehr darauf hin, dass die Alkoholproblematik bei den Klientinnen und Klienten keine Lappalie ist, die man sofort in den Griff bekommt.

Zu den Erfolgsraten bei anderen (ausländischen) Studien finden wir folgende Angaben: Bei Schmidt et al. (2009) wurde bei einer Katamnesezeit von zwei Jahren eine Abstinenzrate von 57 Prozent erreicht. Ferner berichten die Autoren über andere Studien mit Abstinenzwerten zwischen 37 und 48 Prozent. Es ist jedoch unklar, auf welche Population sich das bezieht. Beim ALITA-

Projekt wurde bei 50 Prozent Abstinenz nach einem Jahr erreicht, die nicht Erreichten wurden als rückfällig eingestuft (Soyka und Kufner, 2008). Soyka et al. (1999) und Bottlender et al. (2005) berichten über eine Abstinenzrate von 64 Prozent nach sechs Monaten; nach zwölf Monaten 56 Prozent abstinent, 14 Prozent gebessert, 30 Prozent rückfällig. Aus älteren Übersichtsarbeiten resultiert eine Abstinenzrate von 42 Prozent und eine Besserungsrate von 47 Prozent. Süss (1995) ermittelte in seiner Metaanalyse eine Abstinenzrate von 37,3 Prozent (nur zwei Studien). Bei Sonntag und Künzel (2000) finden wir eine Abstinenzrate von 43,6 Prozent (optimistische Berechnung Formel F3, Katamnese nach 12 Monaten).

Beim Programm «Kontrolliertes Trinken nach Körkel» ergaben sich zum Zeitpunkt der 1-Jahres-Katamnese folgende Ergebnisse (Gernet, 2008): Reduktion der wöchentlichen Trinkmenge von 36 SD vor Beginn auf 23 SD bei Programmende respektive auf 19 SD nach sechs Monaten, respektive 18 SD nach zwölf Monaten. Ferner zeigte sich eine Erhöhung der durchschnittlichen Anzahl alkoholfreier Tage von 0,9 Tage/Woche auf 2,7 nach 12 Monaten.

Bei stationären Behandlungen finden wir folgende Ergebnisse: Bei der Forel Klinik bestand eine Abstinenzrate von 38,6 Prozent (N=669, Katamnesedauer M=26 Monate). Auf alle Austritte bezogen resultierte eine Rate von 20,2 Prozent (konservative Berechnung gemäss Formel F4). Die Besserungsrate lag bei 34,7 Prozent (konservative Berechnung: 18,3 Prozent); (Sieber, Riem und Meyer, 2004). Bei der Katamnese von Moggi et al. (2006) resultierte nach einem Jahr eine Abstinenzrate (F3) von 32,3 Prozent. In der Übersichtsarbeit von Huggenberger (2004; Metaanalyse) finden wir folgende Werte für eine Behandlungsdauer von 30 Tagen: Abstinenzrate: F3: 43,8 Prozent, F4: 33,7 Prozent. Besserungsrate F3: 24,5 Prozent, F4: 18,1 Prozent. Grether et al. (1997) evaluierten die stationäre Kurzzeittherapie im Spital Wattwil anhand einer Katamnese nach zwölf Monaten. Bei der konservativen Berechnung (alle Nichtantwortenden bei den «Unveränderten» gezählt) fanden sie eine Abstinenzrate von 49,2 Prozent und eine Besserungsrate von 22,9 Prozent, total: 72 Prozent.

Diese Aufstellung zeigt, dass der Vergleich der vorliegenden Studie mit anderen Studien schwierig ist (konservative/nicht konservative Berechnungsart, unterschiedliche Berechnungsart für die «Gebesserten», ausschliesslich abstinentorientierte versus nicht ausschliesslich abstinentorientierte Behandlungsprogramme u.a.). Diese Situation unterstreicht die Notwendigkeit, dass sich mehrere Institutionen zusammenfinden und eine identische Evaluationsmethodik verwenden, so dass Institutionen untereinander verglichen werden können.

Differenzieller Behandlungserfolg

Aus der Analyse zum differenziellen Behandlungserfolg geht hervor, dass Frauen bei einigen Indikatoren etwas weniger günstige Erfolgswerte aufweisen. Dies könnte mit einer kritischeren Bewertung der Frauen in Verbindung stehen, aber auch mit einem effektiv weniger günstigen Verlauf, z.B. infolge der Mehrfachbelastungen bei den Frauen. Ergebnisse

aus der stationären Behandlung weisen in diese Richtung (Sieber, 2005). Die Älteren haben geringfügig etwas bessere Erfolgsraten bei der Remission der Alkoholprobleme und dem Risikokonsum, ebenfalls sind die Zufriedenheitswerte grösser.

Die Erwerbstätigen weisen bei drei von vier Indikatoren bessere Werte auf als die Nichterwerbstätigen. Bemerkenswert sind die Anzahl Konsultationen und die Behandlungsdauer, die bei den Erwerbstätigen deutlich länger sind als bei den Nichterwerbstätigen. Es ist möglich, dass die Einbindung in eine Erwerbstätigkeit die Behandlungsmotivation erhöht und den Behandlungserfolg verbessert.

Nichtraucher haben weniger gute Erfolgswerte und zwar bei allen Erfolgsindikatoren. Sie haben zudem mehr Konsultationen und die Behandlungsdauer ist länger. Dieses Ergebnis überrascht, wenn man davon ausgeht, dass es Nichtrauchern und Nichtraucherinnen leichter fallen sollte, ihren Alkoholkonsum einzuschränken (Transfer der Nikotinabstinenz auf die Alkoholabstinenz). Dies trifft aber offenbar nicht zu. Eine alternative Erklärung ergibt sich evtl. auf der Basis neurobiologischer Vorgänge im Gehirn. Das Nikotin hilft, gewisse Unlustzustände im Gehirn zu vermindern. Diesen «Bewältigungsmechanismus» haben die Nichtraucher nicht zur Verfügung und benützen deshalb häufiger den Alkohol als Lust-Unlust-Regulator.

Personen mit einer Langzeitbehandlung wissen vermutlich um die Chronizität ihrer Alkoholerkrankung. Sie rechnen eher damit, dass die Probleme nicht ganz verschwinden. Anders ist die Situation bei der Kurzzeitbehandlung: Diese Personen glauben (noch) eher daran, dass das Alkoholproblem bei Austritt bewältigt ist, obwohl sie punkto Risikokonsum und Beeinträchtigungen etwas ungünstiger abschneiden als Personen mit einer Langzeitbehandlung. In diesem Sinne sind sie etwas weniger realistisch als Personen mit einer Langzeitbehandlung.

Eine länger dauernde, intensivere Behandlung vermindert das Risikotrinken nach Behandlungsende. Zu anderen Merkmalen des Behandlungserfolges konnte jedoch keine bedeutsame Korrelation gefunden werden. Die länger dauernde Behandlung erscheint jedoch bei verschiedenen Detailanalysen als ein Faktor, der mit günstigem Verlauf gekoppelt ist.

Die Gruppe mit Abstinenzziel bei Behandlungsende hat bei allen Indikatoren bessere Werte, gefolgt von der Gruppe mit kontrolliertem Konsum als Ziel. Die Gruppe mit unbestimmtem Ziel hat die ungünstigsten Werte. Diese dritte Gruppe hat auch eine auffallend niedrigere Anzahl Konsultationen und eine kürzere Behandlungsdauer.

Die Prognosen durch die Behandelnden, die anlässlich des Austritts erstellt werden, liegen bezüglich allen Erfolgskriterien richtig. Die Gruppe mit guter Prognose hatte überall bessere Werte. Wir wissen nicht, aufgrund welcher Überlegungen die Behandelnden ihre Prognose abgegeben haben, aber sie liegt in der Tendenz richtig. Die Gruppe mit ungünstiger Prognose hat deutlich weniger Konsultationen und eine kürzere Behandlungszeit als die Gruppe mit guter Prognose. Es ist möglich, dass diese kürzere Behandlungs-

zeit aus der Sicht der Behandelnden ungenügend war oder dass sich Behandlungsabbrüche ergeben haben, und dass dies mit ein Grund für die ungünstigere Prognose darstellt.

Schlussfolgerungen

Aus der vorliegenden Studie können – unter Berücksichtigung der beschränkten Zahl an untersuchten Personen – folgende Schlussfolgerungen gezogen werden:

1. Die in der Regel lange Behandlungszeit bedeutet, dass die Behandlung – Ausnahmen ausgenommen – langfristig angelegt werden muss, um erfolgreich zu sein. Eine solche Perspektive kann auf die Klientinnen und Klienten bei Behandlungsbeginn abschreckend wirken und die Behandlungsmotivation schmälern.
Die Tatsache, dass eine lange Behandlungsdauer mit besserem Behandlungserfolg verbunden ist, sollte auch vom Leistungsträger beachtet werden. Die heutzutage oft erwünschten Kurzzeittherapien werden dieser Klientel nicht gerecht.
2. Das «Kontrollierte Trinken» steht bei den Konsumzielen bei der Nachbefragung mit 41 Prozent an erster Stelle, gefolgt von der lebenslangen Abstinenz mit 35 Prozent. Es ist deshalb richtig, wenn die Fachstelle dem Kontrollierten Trinken (wie bis anhin) eine wichtige Bedeutung zumisst, aber auch die Abstinenz hoch gewichtet, da diese wie erwähnt mit besseren Erfolgswerten verbunden ist.
3. Die Beratenden können im Allgemeinen gesehen die Prognose nach Behandlungsabschluss richtig einschätzen. Ihre Einschätzung, wie gut die Klientinnen und Klienten mit künftigen Risikosituationen umgehen können und in der Lage sind, Rückfälle zu vermeiden, korrespondiert mit dem späteren Verlauf. Dies spricht für die Professionalität und fachliche Kompetenz der Behandelnden.
4. Die Forderung von Alkoholabstinenz und gleichzeitiger Nikotinabstinenz als Idealnorm kann aufgrund der vorliegenden Studie nicht gestützt werden, da die Zigarettenraucher geringfügig bessere Erfolgswerte aufweisen als die Nichtraucher.

Mit der Studie konnte gezeigt werden, dass es machbar ist, den Behandlungserfolg quantitativ und qualitativ zu ermitteln. Werden andere ambulante Fachstellen dieses oder ein ähnliches Vorgehen ebenfalls einschlagen, lassen sich die Ergebnisse der Institutionen vergleichen. Dadurch entsteht die Möglichkeit, Unterschiede bei den Behandlungserfolgen mit Unterschieden bei der Behandlung oder bei der Indikation in Verbindung zu bringen und Schlussfolgerungen für eine Qualitätsverbesserung, für die Indikationsstellung oder für das Behandlungsangebot zu ziehen.

Mit den Analysen zum differenziellen Behandlungserfolg konnte gezeigt werden, dass sich daraus Verbesserungsmöglichkeiten für die untersuchte Institution ableiten lassen. Werden solche Analysen auch bei anderen Einrichtungen durchgeführt und ergeben sich ähnliche Befunde, so können daraus Schlussfolgerungen für die künftige Ausrichtung ambulanter Behandlungen gezogen werden, was zu einer Verbesserung des Behandlungserfolgs führen dürfte.

Literatur

- Bottlender, M., Köhler, J. & Soyka, M. (2005). Effektivität psychosozialer Behandlungsmethoden zur medizinischen Rehabilitation alkoholabhängiger Patienten. *Fortschr Neurol Psychiatr* 73; 1-13.
- DGSS, Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie (Hrsg.) (1985). Standards für die Durchführung von Katamnesen bei Abhängigen. Freiburg: Lambertus.
- Gernet, Roger (2008). Das Programm nach Körkel bei der Berner Gesundheit. *SuchtMagazin*, 34(3); 17-19.
- Grether, P., Worrall, H. & Polli, E. (1997). Stationäre Kurzzeittherapie mit alkoholabhängigen Frauen und Männern in der Psychosomatischen Abteilung (PSA) am Spital Wattwil (SG) – Katamneseergebnisse der dreiwöchigen Behandlung. *Abhängigkeiten 1* (1997); 50-60.
- Huggenberger, R. (2004). Evaluation der stationären Therapie bei Alkoholabhängigen. Dissertation an der Philosophischen Fakultät Universität Zürich.
- Moggi, F., Giovanoli, A. & Stauffer-Balzli, F. (2006). Bericht für die TeilnehmerInnen an der Schweizerischen Multizenterstudie 2000. Universitätsklinik für Klinische Psychiatrie Bern, Januar 2006.
- Riem, M., Sieber, M., Frey, C. & Meyer, T. (2004): Klientinnen und Klientenzufriedenheit: Vergleich der Stichtagserhebungen 2001 und 2002. *Bulletin 1/2004 der Forel Klinik, CH 8548 Ellikon a.d. Thur.*
- Riem, M., Sieber, M., Frey, C. & Meyer, T. (2004). Klientinnen und Klientenzufriedenheit und «Abteilungsklima» 2003: Ergebnisse der Stichtagserhebung vom 15.10.2003 in der Forel Klinik. Interner Forschungsbericht der Abteilung Forschung und Entwicklung. Forel Klinik, CH 8548 Ellikon a.d. Thur.
- Riem, M., Sieber, M., Frey, C. & Meyer, T. (2005). Klientinnen und Klientenzufriedenheit 2004: Ergebnisse der Stichtagserhebung vom 21.10.2004 in der Forel Klinik. Interner Kurzbericht der Abteilung Forschung und Entwicklung. Forel Klinik, CH 8548 Ellikon a.d. Thur.
- Schmidt, P., Küfner, H., Löhnert, B., Kolb, W., Zemlin, U. & Soyka, M. (2009). Effizienz der ambulanten und stationären Alkoholentwöhnung – Prädiktoren des Behandlungserfolgs. *Fortschr Neurol Psychiatr* 77; 451-456.
- SFA (2004). Zahlen und Fakten zu Alkohol und anderen Drogen. Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme. Lausanne: SFA.
- Sieber, M. (2005). Frauen, Männer und der Alkohol. *Unijournal. Die Zeitung der Universität Zürich*, 1/2005; 8-9.
- Sieber, M. (2008). Warum kontrolliertes Trinken nicht einfach ist. *SuchtMagazin*, 34(3); 13-16.
- Sieber, M. (2010). Klientenzufriedenheit und Behandlungserfolg bei Personen mit Alkoholproblemen und bei Angehörigen (ambulante Behandlung). Katamnese I der Fachstelle für Alkoholprobleme Bezirk Bülach. Bericht vom 8.9.2010.
- Sonntag, D., Künzel, J.. Hat die Therapiedauer bei alkohol- und drogenabhängigen Patienten einen positiven Einfluss auf den Therapieerfolg? *Sucht*, 46 (Sonderheft 2); 92-176.
- Soyka, M. (1999). Efficacy of outpatient alcoholism treatment. *Addiction* 94(1); 48-50.
- Süss, H.-M., (1995). Zur Wirksamkeit der Therapie bei Alkoholabhängigen: Ergebnis einer Meta-Analyse. *Psychologische Rundschau* 46; 248-266.

Weber, B. (2001). Trinkverhalten bei den Antwortern und Nichtantwortern nach einer stationären Alkoholismustherapie. Diplomarbeit an der Hochschule für Angewandte Psychologie Zürich.

ZFA (2008). Zürcher Fachstelle für Alkoholprobleme. Geschäftsbericht 2008, S. 5.

Korrespondenzadresse

Martin Sieber, Alte Landstrasse 117, CH 8702 Zollikon
E-Mail: msieber.zollikon@bluewin.ch.

Résumé

Le recensement des issues de traitement est un aspect central de l'assurance qualité dans le traitement des personnes ayant des problèmes d'alcool et autres toxicomanies. Le centre spécialisé de soins ambulatoires pour les problèmes d'alcool du district de Bulach s'est donc fixé pour objectif de fournir une catamnèse dans le cadre de l'assurance de qualité. Pour l'évaluation, nous disposions de 136 clientes et clients, dont 52 ont répondu (38,2 pour cent). L'âge moyen était de 50 ans, la proportion de femmes de 33 pour cent. Le succès du traitement se basait sur huit critères. Le taux d'amélioration a été de 70 pour cent, 65 pour cent n'avait pas de risque de consommation, le taux d'abstinence (sous-groupe avec l'abstinence comme but) était de 81 pour cent. La qualité de vie s'est améliorée dans 85 pour cent des cas, 71 pour cent avait une gestion de crise positive, 86 pour cent ont évalué l'efficacité du traitement comme positive et 96 pour cent des clientes et clients étaient satisfaits. Ces valeurs sont, par rapport aux 136 clientes et clients, positives. Compte tenu des non-répondants chez lesquels il faut supposer une évolution moins bonne, nous considérons un taux d'amélioration (y compris l'abstinence) de 48 pour cent comme réaliste.

Summary

A summation of therapeutic results is a central quality assurance factor in the treatment of persons with problems involving alcohol and other addictive substances. The Outpatient Office for Alcohol Problems, in the district of Bülach, Switzerland, therefore formulated the objective of carrying out a catamnesis within the quality assurance framework. 136 clients of both sexes were available for the evaluation, 52 of whom responded (38,2 per cent). The average age was 50, women accounted for 33 per cent. Therapeutic success was assessed based on eight criteria. The improvement rate was 70 per cent, 65 per cent showed no high-risk consumption, the abstinence rate (subgroup with abstinence as objective) was 81 per cent. Quality of life had improved in 85 per cent, a positive crisis management was observed in 71 per cent, 86 per cent assessed the therapeutic success as positive and client satisfaction was positive in 96 per cent. These values are too positive in the consideration of all hypothetically available 136 clients. Taking into account the non-responders, in whom a less positive course must be assumed, we consider an improvement rate (including abstinence) of 48 per cent to be realistic.