

Einjahres-Katamnese in der Langzeittherapiestation Carina, Vorarlberg

Oliver BACHMANN*

Zusammenfassung

Im wissenschaftlichen Diskurs steht mittlerweile ausser Frage, dass die kontinuierliche Anwendung von Katamneseprogrammen ein wichtiges Merkmal professionellen Qualitätsmanagements darstellt. Deren Entwicklung sollte zum Zwecke der Vergleichbarkeit von Ergebnissen an den vorliegenden veröffentlichten Standards orientiert sein. Im vorliegenden Artikel wird das Katamneseprogramm einer Station zur Behandlung von Suchterkrankungen beispielhaft anhand der seit fünf Jahren durchgeführten 1-Jahres-Katamnese dargestellt. Dabei wird besonders Bezug auf Planung, Durchführung und die Erfahrungen aus der Praxis genommen. Der Artikel veranschaulicht den weitreichenden Nutzen von Katamnesen vor dem Hintergrund wichtiger Grundhaltungen und soll zur Entwicklung eigener Katamneseprogramme als wichtigem Baustein eines professionellen Qualitätsmanagements anregen.

* **Psychotherapeut und Klinischer Psychologe, Stiftung Maria Ebene, Therapiestation Carina**

Einleitung

Die Therapiestation Carina ist eine ausgelagerte Abteilung des Fachkrankenhauses Maria Ebene, dem Zentrum für Suchterkrankungen in Vorarlberg/Österreich. Die Station ist eine Einrichtung zur langfristigen, stationären Entwöhnungsbehandlung von substanzabhängigen Frauen und Männern ab dem 16. Lebensjahr. Es werden keine Angebote zum kontrollierten Substanzkonsum oder zum kontrollierten Trinken gestellt. Eine begleitende Substitutionsbehandlung während der Therapie ist nicht möglich. Als unbedingte Voraussetzung für die Aufnahme gilt ein abgeschlossener, medizinisch überwachter Körperentzug. Die Therapiedauer wird im Rahmen einer individuellen Therapieplanung mit den Patientinnen und Patienten vereinbart. Die stationäre Therapie kann von wenigen Monaten bis zu über einem Jahr betragen. Eine Vollbelegung der Station ist mit 15 Personen erreicht. Die Auslastung der Station lag in den letzten Jahren durchschnittlich bei 100 Prozent. In einem Jahr werden etwa 50 bis 60 Patientinnen und Patienten behandelt, davon etwa zwei Drittel Männer und ein Drittel Frauen.

Als Grundsäulen der Behandlung sind verankert:

- Soziotherapie und Sozialarbeit
- Psychotherapie in Einzel- und Gruppenarbeit
- Psychoedukationsgruppen und Indikationsgruppen (z.B. Raucherentwöhnung)
- Kreativangebote, wie Malen, Töpfern, Tanzen
- Reiten mit hauseigenen Pferden
- verschiedene saisonale, erlebnispädagogische Angebote
- Lauf- und Bewegungsgruppen
- medizinische Betreuung und Versorgung

Die Therapiestation ist eine abstinenzorientierte Einrichtung, ohne Abstinenzfixierung. Eine Fixierung auf die Erreichung und Aufrechterhaltung von Abstinenz als oberstem Therapieziel muss grundsätzlich hinterfragt werden, weil zu einseitig und damit in mehrfacher Hinsicht hinderlich. So plädiert etwa Madlung (2006: 97), «für das Ende der Abstinenz als Therapieziel», weil es für ihn zu einem relevanten Hindernis in der Suchttherapie, gerade bei Opiatabhängigkeiten, geworden sei. Auch in der Therapiestation Carina ist die Abstinenzorientierung kein Dogma, vielmehr ein konzeptuell verankertes Leitprinzip. Um dieses Prinzip herum wird die individuelle Behandlungsplanung organisiert. Mit jeder einzelnen Patientin und jedem einzelnen Patienten wird genau geprüft, inwieweit dem «Ja zur Therapie» ein «Ja zur

Abstinenz» folgen kann. Wesentlicher Teil der therapeutischen Arbeit ist deshalb die Arbeit an der Motivation zur Abstinenz. Diese vom Gesamtteam der Therapiestation getragene Grundhaltung leitete die inhaltliche Entwicklung und den Aufbau des Katamnesebogens, wie nachfolgend dargestellt werden soll.

Wie alles begann: Die Entwicklung eines Erhebungsinstruments und die Einführung regelmässiger Katamnesebefragungen

Ziel der im Jahr 2004 begonnenen «Initiative Qualitätssicherung und Qualitätsentwicklung» war es, ein am aktuellen Forschungs- und Wissensstand orientiertes Modell zur klinisch-psychologischen Dokumentation und Evaluation stationärer Entwöhnungsbehandlungen zu entwickeln und zu erproben, um es anschliessend in den Regelbetrieb der Station überzuführen. Vor Beginn des Projekts waren objektivierte und standardisierte Informationen zum Zwecke verbesserter Therapieplanung und Evaluierung der stationären Therapie nicht verfügbar. Eine Beurteilung der Ergebnisqualität auf breiter Datenbasis war mit Ausnahme errechneter Halte- bzw. Abbruchquoten nicht möglich. Ein Monitoring im Sinne der Nutzung von erfassbaren Qualitätsparametern zur kontinuierlichen Umsetzung von Verbesserungsmaßnahmen war nicht realisierbar. Die Entwicklung eines Katamneseprogramms war somit eine stimmige und notwendige Konsequenz.

Nach der erfolgreichen Einführung einer in den Therapieprozess integrierten, standardisierten klinisch-psychologischen Eingangs- und Abschlussdiagnostik konnte 2006 mit der Erstellung und Erprobung eines Katamnesefragebogens begonnen werden. Bereits im Januar 2007 starteten die ersten Befragungen zur 1-Jahreskatamnese des vorangegangenen Jahrgangs. Die ehemaligen Patientinnen und Patienten des Jahrgangs 2007 bis 2010 wurden jeweils von Januar bis Dezember des darauffolgenden Jahres telefonisch kontaktiert und die Katamnesebefragungen telefonisch durchgeführt. Auf Wunsch wurde der Fragebogen auch postalisch zugesandt oder ein persönlicher Termin zum Ausfüllen des Bogens vereinbart. Inzwischen liegen vier Berichte für die Berichtsjahre 2006 bis 2010 vor und stehen auf der Homepage der Stiftung Maria Ebene zum Download bereit.

Die Entwicklung des Katamnesefragebogens erfolgte initial anhand der vorliegenden Dokumentationsstandards der Deutschen Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie (2001). 2010 wurde der Bogen anhand des Deutschen Kerndatensatzes zur Dokumentation im Bereich der Suchtkrankenhilfe der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen (DHS, 2010) nochmals überarbeitet. Der Bogen wird kontinuierlich durch eigene inhaltliche Schwerpunktsetzungen ergänzt und angepasst (z.B. Kontakt zum Suchtmilieu; Differenzierung der Befragung zur Abstinenzsituation jeweils für illegale Drogen, Alkohol und Essstörungen). Anhand der Erfahrungen aus dem Praxiseinsatz und anhand interessanter neuer Fragestellungen geschieht eine jährliche Evaluierung und Weiterentwicklung des Fragebogens. Im Dezember 2010 wurde der Bogen nochmals überarbeitet und liegt nun in der Version 1.8 von Januar 2011 vor. Der Bogen entspricht den im Kerndatensatz Katamnese definierten Mindeststandards (DHS, 2010).

Zielsetzungen

Die Katamnese ist als integraler Bestandteil eines kontinuierlichen Prozesses der Qualitätsentwicklung und Qualitätssicherung in der Therapiestation Carina konzipiert. Sie stellt einen wichtigen Baustein zur Bewertung der Nachhaltigkeit des Therapieerfolgs dar und ist ein zentrales Kriterium zur Beurteilung der Ergebnisqualität. Als nachhaltigen Therapieerfolg definieren wir die Fähigkeit zur Aufrechterhaltung einer abstinenten Lebensführung bzw. eines möglichst geringen Beikonsums zur Abstinenz als zentrales Kriterium für die Erreichung und Stabilisierung von Lebensqualität und persönlicher Lebenszufriedenheit. Dies betrifft insbesondere die Bereiche Gesundheit, Arbeit, Wohnen, Einkommen und Sozialkontakte.

Ein weiteres wichtiges Ziel bei der Entwicklung des Katamnesebogens war es, eine Veränderung des Aufmerksamkeitsfokus zu erreichen. Weg von einer strikten Abstinenzfixierung als Massstab der Erfolgsbeurteilung stationärer Suchtbehandlung, hin zu den Kriterien Lebensqualität und Lebenszufriedenheit, die eng mit einer gesicherten Wohnsituation, der Möglichkeit sinnvoller Arbeit bzw. Beschäftigung nachgehen zu können, grösstmöglicher körperlicher Gesundheit, psychischer Stabilität, der Fähigkeit zur Selbstkontrolle und Selbstbestimmung, verlässlichen und insbesondere vertrauensvollen Sozialkontakten sowie einer ausreichenden finanziellen Absicherung verknüpft sind. Primär vor diesem Hintergrund sind Effektivität (Wirksamkeit) und Effizienz (Kosten-Nutzen-Relation) zu beurteilen.

Untersuchungsdesign

Das Modell zur Evaluierung der stationären Entwöhnungsbehandlung orientiert sich am Therapiekonzept der Station. Es sieht eine Therapieeingangsphase und zwei aufeinander aufbauende Therapieabschnitte mit unterschiedlichen therapeutischen Schwerpunktsetzungen vor:

1) *Erster Therapieabschnitt Intensivtherapie* – Schwerpunkt: «Auseinandersetzung mit dem persönlichen Weg in die Sucht und Abhängigkeit»; Ziel: «Ja zur Abstinenz».

2a) *Zweiter Therapieabschnitt Intensivtherapie* – Schwerpunkt: «Suchen und Finden der eigenen Person»; Ziel: «Ja zur Verantwortung».

2b) *Dritter Therapieabschnitt Therapieausgangsphase* – Schwerpunkt: Entwicklung eines sinn- und wertvollen Lebensentwurfes; Ziel: «Ja zu einem sinn- und wertvollen Leben».

Das Behandlungskonzept sieht drei zentrale Erhebungszeitpunkte vor: Therapieantritt, Therapieabschluss und «ein Jahr danach». Die wesentlichen Veränderungsparameter sind zu definieren, um eine Vergleichbarkeit der erfassten Daten zu gewährleisten. Die Fragestellungen dazu lauten: «Wo steht eine Patientin bzw. ein Patient zu Behandlungsbeginn? Wo steht eine

Patientin bzw. ein Patient zum (planmässigen/ausserplanmässigen) Behandlungsende?» und «Wo steht eine Patientin bzw. ein Patient ein Jahr nach Therapieende?»

Im Rahmen der Katamnese werden auch ausserplanmässige Therapieausgänge (Abbruch, Entlassungen, Transfer) erfasst, um Vergleichsmöglichkeiten zwischen den Subpopulationen zu haben (Patientinnen und Patienten, die ihre Therapie erfolgreich abgeschlossen haben; Patientinnen und Patienten, die ihre Therapie abgebrochen haben oder entlassen worden sind). Als Grundvoraussetzung für die Durchführung der Katamneseerhebungen gilt das Vorliegen der jeweiligen Einverständniserklärung. Diese wird zu Beginn der Therapie von jeder Patientin und jedem Patienten eingeholt und bei Therapieende nochmals nachgefragt. Es wird ausdrücklich darauf hingewiesen, dass die Teilnahme freiwillig erfolgt. Die Erfahrung der letzten Jahre zeigt, dass zu diesem Zeitpunkt nur sehr wenige eine Teilnahme ablehnen. Schwieriger sind vielmehr die unsichere Wohnsituation und der häufige Wechsel von Telefonnummern, die eine spätere Erreichbarkeit wesentlich erschweren.

Durchführung der Katamnese

Die Katamnese wird durch geschultes, internes Personal durchgeführt. In der Therapiestation sind eine klinische Psychologin und ein klinischer Psychologe für die Durchführung der Katamnese, die Dateneingabe und die Auswertung und Erstellung des jährlichen Katamneseberichts verantwortlich. Die telefonische Durchführung der Befragungen erfolgt im Befragungsverbund, d.h. es existiert *eine* Masterliste (= Katamneseprotokoll), anhand derer die Kontaktaufnahme versucht wird. Gelingt diese wiederholt nicht, wird gemeinsam beraten, wie eine Kontaktaufnahme trotzdem gelingen könnte. Hier haben sich die vielfältigen Kontakte und Vernetzungen im kleinen Land Vorarlberg bewährt. In diesem Sinne ist das Katamneseprogramm der Therapiestation ein «nachgehendes».

Inhaltlicher Aufbau des Fragebogens:

1. Soziodemographische Angaben und familiäre Situation
2. Rechtsstatus
3. Ergebnisqualität und Behandlungserfolg
4. Psychischer und physischer Status
5. Abstinenzsituation
6. Nachsorge und Inanspruchnahme weiterer psychosozialer/medizinischer Angebote

Die einzelnen Fragen wurden, wo es notwendig erschien, sprachlich und inhaltlich an die Erfordernisse der Therapiestation angepasst. Der Abschnitt «Abstinenzsituation» wurde einerseits vereinfacht (was etwa die Erfassung der illegalen Drogen anbelangt), andererseits um interessant erscheinende Fragestellungen erweitert, wie etwa die Frage nach der Häufigkeit des Suchtverlangens. Die den Abschnitten zugeordneten Fragen werden im Interview systematisch abgefragt bzw. können von den Patientinnen und Patienten direkt nach Zusendung bzw. Vorlage beantwortet werden. Für die Beantwortung der Fragen werden ca. 15 bis 20 Minuten benötigt.

Die Befragung beginnt in der Regel mit einer Begrüßung und Information über den Anlass des Anrufs. Das Einverständnis wird in Erinnerung gerufen. Das Gespräch wird mit einer Frage nach dem momentanen Befinden eingeleitet. Diese Frage ist deshalb sehr wichtig, weil das für die Befragung zuständige Team alle befragten Patientinnen und Patienten persönlich kennt. Mit der Information zum notwendigen strukturierten Vorgehen wird zum Befragungsteil übergeleitet. Der Fragebogen ist so konstruiert, dass die Fragen beim Telefonat direkt vom Bogen abgelesen werden können. Erläuterungen werden nur bei Verständnisproblemen gegeben. Es wird gebeten, möglichst kurz und präzise auf die Fragen zu antworten. Die Befragungsdauer sollte 15 Minuten nicht überschreiten und wird im Katamneseprotokoll vermerkt. Dauert eine Befragung länger, ist dies zu begründen. Bei mündlichen Befragungen werden die Fragen analog zur telefonischen Befragung abgelesen. Bei einer auf Wunsch schriftlichen Befragung wird der Fragebogen mit einem Rückkuvert und einem vermerkten Rücksendedatum versehen zugesandt. Der Bogen kann selbständig ausgefüllt werden.

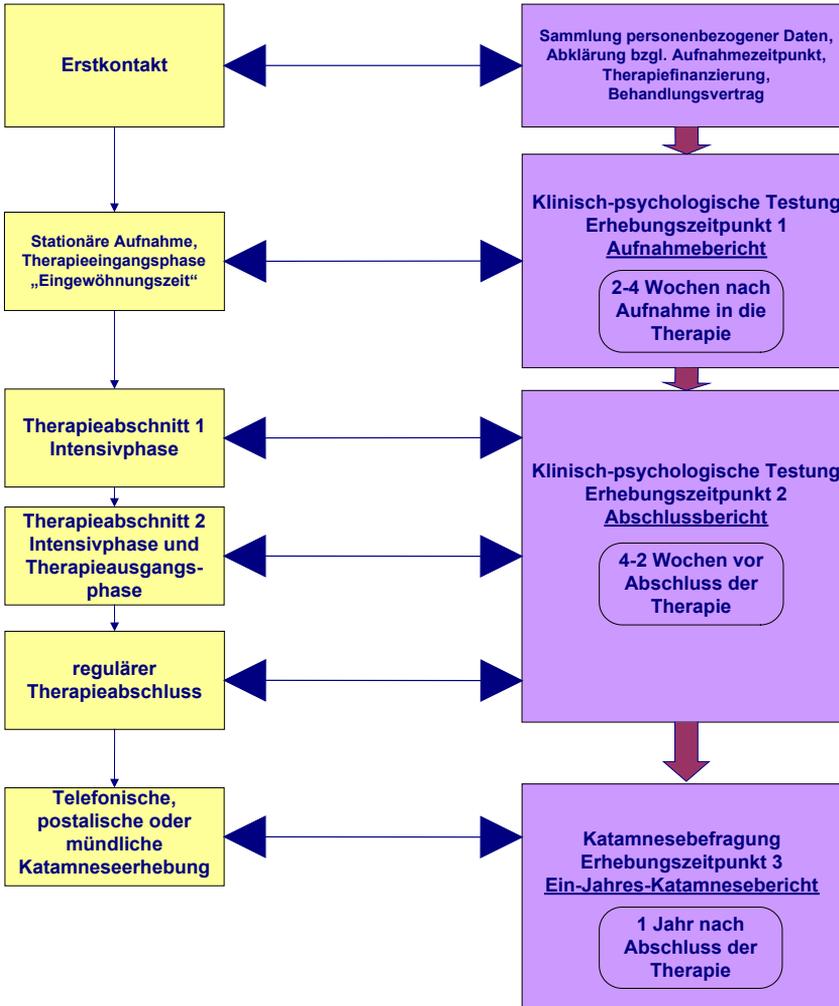
Als wichtiger Grundsatz gilt, dass mit offensichtlich intoxikierten bzw. alkoholisierten Personen keine telefonische oder mündliche Befragung durchgeführt wird. Bei Verdacht wird der Eindruck angesprochen, im Katamneseprotokoll vermerkt und ein neuerlicher Termin vereinbart. Bei mehrmaliger Wiederholung (wöchentliche Kontaktaufnahme) werden unter Einholung des Einverständnisses des Patienten Bezugspersonen kontaktiert und die Katamnese mit diesen Personen so weit durchgeführt, wie es inhaltlich Sinn macht. Familienangehörige wissen oftmals gut über die grundsätzliche Lebenssituation Bescheid. Der Eindruck der Interviewerin oder des Interviewers zur Abstinenzsituation wird in die Auswertung der Abstinenzsituation (Abschnitt 5) aufgenommen. Auf eine differenzierte Liste zum Suchtmittelkonsum wurde bewusst verzichtet, da diesbezügliche Fragen telefonisch nur schwierig zu beantworten sind und wertvolle Zeit in Anspruch nehmen würde.

Dokumentation und Evaluierung stationärer Entwöhnungsbehandlung

Therapiestation

Carina

Abhängigkeitsambulanz Maria Ebene



Grundgesamtheit

Die Grundgesamtheit der Katamnese entspricht den jeweiligen letztjährigen Patientinnen und Patienten der Therapiestation. Alle, die zumindest einen Tag in Behandlung waren, werden befragt. Ohne Unterschied, ob sie die Behand-

lung erfolgreich abgeschlossen, ihre Therapie abgebrochen haben oder entlassen wurden. Zwischen 1. Januar 2009 bis 31. Dezember 2009 wurden 61 Patientinnen und Patienten behandelt. Davon 21 Frauen (34 Prozent) und 40 Männer (66 Prozent).

Eine positive Selektion der Gesamtpopulation geschieht durch den notwendigen abgeschlossenen Körperentzug und das erforderliche Vorliegen einer Finanzierungszusage. Eine oftmals mehrmonatige Wartezeit lässt besonders dringliche Fälle auf andere Therapieangebote ausweichen.

Ausgewählte Ergebnisse der Katamneseerhebung 2009

Behandlungen

Im Jahr 2009 wurden insgesamt 54 Behandlungen abgeschlossen, 34 davon erfolgreich. Die Haltequote beträgt 63 Prozent, in vergleichbarer Höhe für Frauen und Männer. Im Zehnjahres-Durchschnitt (2000 bis 2009) beträgt der mittlere Wert erfolgreicher Therapieabschlüsse 68 Prozent.

Differenzialdiagnose

Mit einem Anteil von 62 Prozent dominierte als Hauptdiagnose bei den Abhängigkeitserkrankungen F19.2, die Störung durch multiplen Substanzgebrauch, auch Polytoxikomanie genannt. Mit beträchtlichem Abstand folgte F10.2, die Alkoholabhängigkeit, die bei 16 Prozent aller behandelten Personen als Hauptdiagnose gestellt wurde. Ein hoher Anteil der Patientinnen und Patienten wies sogenannte duale Diagnosen bzw. Mehrfachdiagnosen auf (Komorbiditäten: Persönlichkeitsstörungen, komplexe Traumatisierungen, Erkrankungen aus dem schizoaffektiven Formenkreis, affektive Störungen).

Ausschöpfungsquote

Für 2009 betrug die Ausschöpfungsquote rund 53 Prozent, d.h. von 49 behandelten Patientinnen und Patienten (exklusive 6 Doppelbehandlungen) konnten 26 erreicht und befragt werden.

Beruf/Arbeit

Die Erwerbsquote unter den befragten Personen betrug ein Jahr nach Therapieende 31 Prozent. 50 Prozent der Patientinnen und Patienten gaben an, Arbeit suchend zu sein. Die hohe Anzahl an Arbeit suchenden Personen zeigt die Schwierigkeit, in einer gesamtwirtschaftlich angespannten Arbeitsmarktsituation Arbeit zu finden.

Wohnen

Ein erfreuliches Ergebnis stellt die Wohnsituation der ehemaligen Patientinnen und Patienten ein Jahr nach Abschluss ihrer Therapie dar. Alle erreichten Personen gaben an, in gesicherten Wohnverhältnissen zu leben.

Abstinenzstatus

Abstinenzquoten stellen ein zentrales Kriterium zur Einschätzung der Effektivität und Effizienz stationärer Entwöhnungsbehandlungen dar. Die Berechnungen der vorliegenden Untersuchung erfolgten gemäss der durch die Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie vorgegebenen Kriterien (DGSS 3 und DGSS4).

Berücksichtigt man in der Berechnung ausschliesslich die erreichten Personen, so betrug die Abstinenzquote für illegale Drogen exakt 61 Prozent. Das bedeutet, dass sechs von zehn Patientinnen und Patienten des Jahrgangs 2009 laut eigener Angaben ein Jahr nach ihrer Therapie keine illegalen Drogen (inklusive Medikamentenmissbrauch/-abhängigkeit) konsumierten. Die Abstinenzquote für Alkohol war erwartungsgemäss niedriger und betrug für alle erreichten und befragten Personen 39 Prozent. Das bedeutet, dass etwa jede dritte Patientin bzw. jeder dritte Patient des Jahrgangs 2009 laut eigener Angaben ein Jahr nach der Therapie dauerhaft alkoholabstinent gelebt hat.

Berücksichtigt man in der Berechnung auch die nicht erreichten Patientinnen und Patienten, so verringert sich die Abstinenzquote aufgrund der Ausschöpfungsquote erwartungsgemäss deutlich. Entsprechend dem strengsten Standard (DGSS4) werden alle nicht erreichten Personen als rückfällig, d.h. als aktuell Alkohol bzw. Drogen konsumierend, eingestuft. Die Abstinenzquote für illegale Drogen betrug so berechnet 33 Prozent, die Quote für Alkoholabstinentz 29 Prozent.

Ergebnisqualität und Behandlungserfolg

Über 90 Prozent der Befragten berichteten von einer Verbesserung ihrer Lebensqualität im Vergleich zur Zeit vor ihrer stationären Therapie. 46 Prozent schätzten ihre momentane Lebensqualität als gut oder sogar sehr gut ein. Allerdings bezeichneten auch 27 Prozent ihre Lebensqualität als schlecht. Auch waren 19 Prozent der befragten Personen mit ihrem Leben unzufrieden.

Erfahrungen

- Die Erreichbarkeit der Patientinnen und Patienten ist besonders durch häufiges Wechseln ihrer Telefonnummer erschwert. Ein bestimmter Teil jener, die zwar ihr Einverständnis zur Nachbefragung gegeben haben, wollen zum Zeitpunkt der Befragung keine Auskunft mehr geben. Es

scheinen häufig gerade jene Personen zu sein, die ihre Suchtkarriere fortsetzen.

- Die Bestellung einer oder eines Dokumentations- bzw. Katamnesebeauftragten als zuständige und verantwortliche Person ist eine wesentliche Voraussetzung für die Kontinuität und das Gelingen einer Katamnese. Idealerweise verfügt diese Person über facheinschlägiges, psychologisches Wissen. Am Wichtigsten ist, dass ausreichend zeitliche Ressourcen bereitgestellt werden, da mit entsprechender Beharrlichkeit eine deutlich bessere Ausschöpfungsquote erreicht werden kann.
- Zur Auswertung sollten auch alternative Informationen berücksichtigt und bei offensichtlichen Fehlinformationen Angaben auch (begründet) korrigiert werden. Etwa, wenn jemand in der Befragung mitgeteilt hat, dass er seit längerer Zeit abstinent lebt und dann von einer Arbeitskollegin zufällig betrunken auf der Strasse angetroffen wird.
- Die Grundlage für eine spätere Mitarbeitsbereitschaft wird im vertrauensvollen Beziehungsaufbau während der Therapie gelegt. Es sollte viel Wert auf einen wertschätzenden und respektvollen Umgang mit den Patientinnen und Patienten gelegt werden. Für viele entwickelt sich die therapeutische Gemeinschaft zu einer Art Ersatzfamilie, mit der man in Kontakt bleiben will. Dies erhöht die Bereitschaft zur Teilnahme an der Katamnesebefragung ganz beträchtlich.
- Die Ausschöpfungsquote wird durch ein funktionierendes Interviewteam verbessert. Hier werden oft Informationen bzgl. der Erreichbarkeit zusammengetragen und mehrere Interviewer versuchen eine ehemalige Patientin oder einen ehemaligen Patienten telefonisch oder auch direkt (z.B. über eine Nachsorgegruppe) zu erreichen.
- Der Verfasser des Artikels plädiert für den Standard einer telefonischen bzw. face-to-face Befragung! Die Validität der Informationen ist aufgrund der eigenen Erfahrungen als wesentlich höher einzuschätzen. Das Erreichen einer hohen Interraterreliabilität wird als nachrangig angesehen.

Diskussion und Ausblick

Die Ergebnisse der Katamnesebefragung werden jährlich in einem Katamnesebericht veröffentlicht. Intern werden die Ergebnisse im Rahmen einer Klausur analysiert und ein oder mehrere thematische Schwerpunkte herausgefiltert, um daraus Ziele für das laufende Jahr abzuleiten, die im Team als verbindliche Zielsetzungen vereinbart werden. So wurde für 2011 aufgrund der aktuellen Katamneseergebnisse eine verstärkte berufliche Vorbereitung und Förderung von beruflichen Qualifizierungsmassnahmen als Schwerpunktsetzung definiert. Keine Therapie soll ohne klare und verbindliche berufliche Perspektive abgeschlossen werden. Bereits während des stationären Aufenthalts soll eine umfassende Abklärung der individuellen beruflichen

Entwicklungsperspektiven durch die im Haus tätigen Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter und gegebenenfalls eine soziotherapeutisch begleitete berufliche Fort- und Weiterbildung während des stationären Aufenthalts durchgeführt werden. Die Wirksamkeit solcher Massnahmen kann im darauffolgenden Jahr bereits über die nächste Katamneseerhebung verifiziert werden.

Katamnesen stellen einen notwendigen Aspekt zur Überprüfung und zum Nachweis von Effektivität und Effizienz von Behandlungsmassnahmen dar (Evaluation). Sie sind unverzichtbarer Bestandteil eines professionellen Qualitätsmanagement im psychosozialen Sektor. Wer würde heutzutage noch ein Auto ohne ABS oder ESP kaufen? Praktisch niemand mehr! Und niemand möchte sich einer mehrmonatigen Behandlung unterziehen, die nachweisbar nur sehr geringen bis keinen Erfolg bringt. Es stellt m. E. ein zentrales Recht von Patientinnen und Patienten dar, die bestmögliche Behandlung in Anspruch nehmen zu können. Den betreffenden Qualitätsnachweis haben die verschiedenen Anbieter zu erbringen. Kostenträger werden diesbezügliche Nachweise immer mehr einfordern. Benchmarking im Sinne von verbindlichen Referenzvorgaben wird sich als relevante Grösse für Finanzierungszusagen durchsetzen, und Katamnesen als Qualitätsstandard im psychosozialen Feld.

Literatur

Bachmann, O. & Burtscher, A., 2011: Katamnesebogen der Therapiestation Carina, Stiftung Maria Ebene, Stand 01/2011. www.mariaebene.at

Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie (Hrsg.) 2001: Dokumentationsstandards III für die Evaluation der Behandlung von Abhängigen. Sucht. 47. Jahrgang, Sonderheft 2.

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (DHS) (Hrsg.), 2010: Deutscher Kerndatensatz zur Dokumentation im Bereich der Suchtkrankenhilfe. Stand 10/2010, www.dhs.de.

Madlung, E., 2006: Therapie der Opiatabhängigkeit. Die Abstinenz ist zum Hindernis in der Suchttherapie geworden. Psychiatrie & Psychotherapie. 2/3, 97-100.

Korrespondenzadresse

Dr. Oliver Bachmann, Therapiestation Carina, Pater-Grimm-Weg 12, 6800 Feldkirch
E-Mail: Oliver.Bachmann@mariaebene.at

Résumé

Dans le débat scientifique, il n'est plus question que l'utilisation continuelle de programmes de catamnèse représente un élément important de la gestion de la qualité professionnelle. Leur développement doit être orienté vers des objectifs de comparabilité des résultats par rapport à des standards disponibles et publiés. Dans cet article, un programme de catamnèse dans une station de soins de toxicomanies est illustré par le biais du programme de catamnèse réalisé pendant un an. L'accent est particulièrement mis sur la planification, l'exécution et l'expérience tirée de la pratique. L'article illustre les avantages considérables de la catamnèse dans le contexte des principes de base et devrait encourager le développement de programmes propres de catamnèse comme un élément important de la gestion de la qualité professionnelle.

Summary

There is now a general scientific consensus that the continuous application of catamnesis programmes is a primary characteristic of professional quality management. To ensure comparability of the results, the development of such programmes should be based on the published standards. The present article presents the catamnesis programme of a hospital ward for the treatment of addiction based on the example of a 1-year catamnesis that has been in practice for the last 5 years. Particular emphasis is placed on planning, execution and on practical experience. The article illustrates the significant benefit of catamneses against a background of important basic assumptions and aims to inspire the development of internal catamnesis programmes as an important element of professional quality management.