

Behandlungserfolg nach 6 und 12 Monaten bei Personen mit Alkoholproblemen (ambulante Behandlung)*

Katamnese I und II der Fachstelle für Alkoholprobleme Bezirk Bülach, FABB)

Martin SIEBER¹, Ruedi RÜTTIMANN², Ruedi SCHMID³

Zusammenfassung

Bei 346 Klientinnen und Klienten der ambulanten Fachstelle für Alkoholprobleme Bezirk Bülach (FABB) wurde 6 und 12 Monate nach Behandlungsende eine Katamnese durchgeführt. Nach 6 Monaten antworteten 113, nach 12 Monaten 74 Personen. Primär vertreten sind Klientinnen und Klienten mit einer mittleren oder langen Behandlungsdauer. Personen mit nur wenigen Konsultationen haben seltener geantwortet. Die durchschnittliche 12-Monats-Besserungsrate bei vier Indikatoren liegt bei 75%. Bei 76% bestanden keine Hinweise auf Risikokonsum, 38% waren seit mehr als 12 Monaten abstinent, 50% seit mehr als einem Monat. Sechs Monate nach Behandlungsende hatten die Antwortenden eine Chance von 68% für einen positiven Verlauf in den nächsten 6 Monaten. Diese Chance erhöhte sich auf 87%, wenn der Verlauf in den ersten 6 Monaten positiv war. Sie verminderte sich auf 35%, wenn dies nicht der Fall war. Die Schätzung der Gesamt-Besserungsrate bezogen auf die gesamte Klientel der FABB ergab eine Besserungsquote von 61%. Die Analysen zum differenziellen Behandlungserfolg ergaben bei folgenden Untergruppen bessere Erfolgsindikatoren: ältere Personen, Erwerbstätige, Zigarettenraucher, Personen mit einer Langzeitbehandlung, mit Abstinenzziel, mit besserer Prognose und mit planmässigem Behandlungsende. In der qualitativen Analyse wurden statistische Einzelfalldaten mit Therapeuteninformationen in Verbindung gebracht. Dieses Vorgehen erwies sich bezüglich einer prospektiven Wirksamkeitsforschung als hilfreich.

* Die Ergebnisse der Katamnese I nach 6 Monaten sind in abhängigkeiten 1/2011 publiziert worden. Der ausführliche Bericht ist bei der Fachstelle für Alkoholprobleme Bezirk Bülach, FABB erhältlich.

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

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

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

Einleitung

In der Schweiz gibt es ein breites Netz ambulanter Beratungsstellen für Menschen mit Alkoholproblemen. Die act-info-Statistik erfasst jährlich deren 80. Daraus ergibt sich ein Schätzwert von rund 12 000 Personen, die bei allen ambulanten Beratungsstellen Ende 2010 infolge ihres Alkoholproblems in Beratung standen (Maffli & Astudillo, 2011). Diese beachtliche Zahl ambulanter Beratungen ruft nach der Frage der Wirksamkeit dieser Interventionen, nach deren Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit. Einer solchen „Legitimations-Wirksamkeitsforschung“ soll aber auch eine prospektive Wirksamkeitsforschung angeschlossen werden (Maffli, 2011), welche die Frage nach der Verbesserung der Interventionen erörtert.

Die meisten Schweizer Einrichtungen erfassen standardisierte Ein- und Austritts-Basisdaten. Eine routinemässige katamnestische Nachbefragung im ambulanten Bereich mit einheitlichen Standards fehlt jedoch zur Zeit. (Es gibt vereinzelte Arbeiten, die sich mit dem ambulanten Verlauf befassen, so die Arbeit von Schobinger (1926), welche alle 150 Neuanmeldungen des Jahres 1921 der Zürcherischen Fürsorgestelle für Alkoholranke (ZFA) ein und drei Jahre später erfasste.) Das liegt einerseits daran, dass die Finanzierung und Zuständigkeiten noch nicht geregelt sind, andererseits aber auch an Zweifeln, dass Nachuntersuchungen zur Wirksamkeit ausreichend aussagekräftig sind, wenn sie nur auf einer (kleinen) Teilgruppe der Behandelten basieren. Trotz dieser methodischen Einwände haben Katamnesen im stationären Bereich Fuss gefasst.

Methodik

Ziele der Evaluation, Untersuchungsdesign

In der vorliegenden Katamnese der „Fachstelle für Alkoholprobleme Bezirk Bülach“ (FABB) sind die Klientinnen und Klienten 6 und 12 Monate nach Behandlungsende postalisch befragt worden (Grafik 1). Über die erste Katamnese nach 6 Monaten wurde bereits informiert (Sieber et al., 2011). Die prospektive Katamnese verfolgt folgende Ziele: 1. Wirksamkeitsevaluation, 2. Beschreibung des Verlaufs nach Behandlungsende, 3. Klärung der Generalisierungsfrage: Inwiefern sind die Katamnesebefunde auf alle Austritte übertragbar? 4. Differenzieller Behandlungserfolg (Welche Merkmale sind mit einem positiven resp. negativen Verlauf verbunden?) und 5. Einbezug qualitativer Analysen.

Diese Aufstellung zeigt, dass die Studie mehreren methodischen Fragen nachgeht, bei denen Klärungsbedarf besteht. Diese Klärung ist wichtig, wenn es darum geht, inskünftig institutionenübergreifende standardisierte Katamne-

sen durchzuführen. Die drei methodisch schwierigsten Fragen betreffen a) die Auswahl geeigneter Erfolgskriterien, die der Klientel angemessen ist, b) das Problem der Aussagekraft von Befunden, die sich nur auf eine Teilpopulation beziehen (Panelsterblichkeit) und c) damit verbunden die Schätzung des Behandlungserfolgs in der Gesamtpopulation.

Ausgangspopulation der Fachstelle

Die FABB arbeitet nach rehabilitationswissenschaftlichen Konzepten, die Beratung/Behandlung wird klientenorientiert individuell geplant und durchgeführt. Der Vergleich der FABB-act-info-Statistikdaten mit denjenigen der Gesamtstatistik von 80 ambulanten Schweizer Einrichtungen zeigt, dass eine hohe Übereinstimmung bei den Klientenprofilen besteht (Tab. A1 im Anhang). Nebst den Ähnlichkeiten sei auf folgende behandlungsspezifische Unterschiede hingewiesen (Unterschied von mind. 10%): Bei der FABB ist die durchschnittliche Behandlungsdauer deutlich länger als bei den 80 Einrichtungen. Vor allem der Anteil an Personen mit über 50 Konsultationen ist bei der FABB deutlich höher. Ferner sind Behandlungsabbrüche resp. Kontaktverluste häufiger, ebenso Rückfälle während der Beratung. Die Prognose ist weniger günstig.

Katamnesestichproben

Sechs und zwölf Monate nach Beendigung der Behandlung wurden die Klientinnen und Klienten postalisch gebeten, sich an der Befragung zu beteiligen. Der ausgefüllte Fragebogen ging an eine neutrale externe Evaluationsstelle (Erstautor). Die Fachstelle erhielt keine Informationen über Einzelpersonen. Der Fragebogen umfasst 35 Fragen zu verschiedenen Themenbereichen (siehe Sieber et al., 2011). Es wurden alle Personen mit mindestens einer Konsultation erfasst, die im Zeitraum vom 1.1.2007 bis 19.4.2011 die Behandlung abgeschlossen hatten (N=435). Für die Auswertung standen 431 Personen zur Verfügung, 346 Selbstbetroffene und 85 Angehörige. Über die Ergebnisse bei den Angehörigen ist bereits berichtet worden (Sieber et al., 2011).

Diese Population ist nicht genau identisch mit den Fallzahlen in der FABB-act-info-Statistik, da diese auch Mehrfachbehandlungen der gleichen Person beinhaltet. Bei der Katamnesestudie wurden zudem Wiederaufnahmen nicht befragt. Ebenfalls nicht enthalten sind Personen, deren Postadresse nicht mehr gültig war oder die keine Post der FABB erhalten wollten. Aus Tab. 1 ist ersichtlich, dass sich Unterschiede zwischen der FABB-act-info-Datenbank und der Katamnese-Basisdatenbank ergeben haben: Der Anteil älterer Personen (häufiger verheiratet), die weniger häufig erwerbstätig sind und eine weniger gute Prognose haben, ist in der Katamnese-Basisdatenbank etwas übervertreten. Personen mit lediglich 1-2 Konsultationen sind weniger häufig vertreten (21.7% gegenüber 26.5%).

Tabelle 1: Zusammenstellung einiger Grunddaten in Teilgruppen

	Teil-Grp. N	% Frauen	Alter M= Jahre	Beh.-Dauer Tage	Anzahl Konsult.	% verheiratet	% ledig	% erwerbstätig	% Progn. gut	% ¹⁾ Abstin. Austritt	% ²⁾ Entlass. Kontaktverl.
Act-info CH*	3920	29.3	44	503	14.0	31.8	39.0	52.9	59.4	37.2	36.9
Act-info FABB**	161	24.5	42	716	-	26.5	41.5	61.2	48.0	38.2	55.5
Katamnese Basis	346	27.5	49	746	27.6	34.7	31.8	38.7	30.1	33.9	53.4
Katamnese I	113	23.9	49	1131	42.7	46.9	21.7	57.5	56.6	27.4	-
Katamnese II	74	21.6	51	1269	42.9	44.6	16.2	59.5	60.8	27.4	-
Nichtantw. Kat. II	272	29.0	46	604	23.5	32.0	36.0	33.1	21.7	-	-
Katamnese I+II	63	22.2	51	1327	46.8	47.6	17.5	61.9	66.7	-	-
Nichtantw. 113-63	50	26.0	47	883	37.4	46.0	26.0	52.0	44.0	-	-

* act-info-Statistik Schweiz 2010 von 80 Einrichtungen, N=3920

** act-info-Statistik der FABB, Durchschnitt der Jahrgänge 2009 und 2010, N=161

1) Konsumziel bei Austritt: definitive Abstinenz

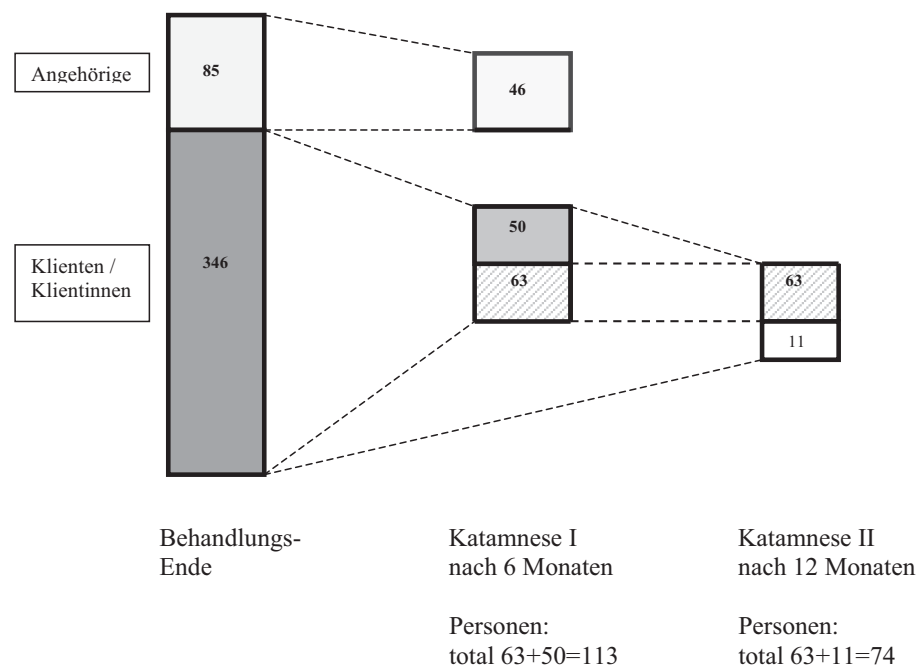
2) Behandlungsabschluss: Kontaktverlust oder Abbruch

- Wert nicht erfasst

a) Katamnese I nach 6 Monaten

In Grafik 1 sind die befragten Gruppen auf der Zeitachse dargestellt. Von den 346 Selbstbetroffenen hatten 113 bei Katamnese I geantwortet (32.7%). Nach dem Versand des ersten Fragebogens an die insgesamt 435 Personen auf dem Datenfile sind für die Befragung 72 Personen aus folgenden Gründen entfallen: 47 weggezogen, keine neue Adresse vorhanden; 20 Wiederaufnahmen in die Beratung/Behandlung; 2 Verweigerungen, will keine Post mehr; 2 im Spital; 1 verstorben gemeldet. Aus Tab. 1 geht u.a. hervor, dass die Behandlungsdauer bei den Katamneseantwortenden viel länger ist. Lediglich 7.7% der Klienten und Klientinnen hatten nur 1-3 Konsultationen beansprucht.

Grafik 1: Untersuchungsanlage Katamnese I und II



b) Katamnese II nach 12 Monaten

Bei Katamnese II wurden 269 Fragebögen verschickt (es wurden ausschliesslich Klientinnen und Klienten befragt). Das sind 77.7% der Ausgangspopulation (N=346). Unter den nicht angeschriebenen Personen befinden sich solche, bei denen die Wartefrist von 6 Monaten noch nicht abgelaufen war oder die infolge Wegzug oder Wiederaufnahme nicht befragt wurden.

Aus Tab. 1 geht hervor, dass die 74 Antwortenden länger in Behandlung standen und mehr Konsultationen aufweisen, häufiger männlich sind, häufiger verheiratet und seltener ledig sind, häufiger erwerbstätig sind und eine bessere Prognose aufweisen als die 346 Personen der Ausgangspopulation. Vergleichen wir die 74 Antwortenden mit den 113 Antwortenden bei Katamnese I, so wird ersichtlich, dass sich die 74 Personen in den meisten Merkmalen von Tab. 1 nicht wesentlich unterscheiden, wobei anzumerken ist, dass 63 dieser Personen sowohl zu Katamnese I als auch zu Katamnese II geantwortet haben. Der Anteil der Ledigen ist bei Katamnese II etwas tiefer und die Prognose geringfügig besser. Ein Selektionseffekt zeichnet sich somit v.a. hinsichtlich der Ausgangspopulation (N=346) ab, indem eher Personen geantwortet haben, die psychosozial besser integriert sind (verheiratet, berufstätig), viel länger in Behandlung standen und eine bessere Prognose aufweisen.

Erfolgskriterien

Wie aus der act-info-Statistik der ambulanten Einrichtungen in der Schweiz hervorgeht, wollen 37.2% der Betroffenen definitiv abstinent bleiben, 33.1% wollen jedoch „kontrolliert trinken“ (Tab. 1). Analoge Werte gelten auch für die FABB. Dies bedeutet, dass die Abstinenz für diese Population kein geeignetes Erfolgskriterium darstellt. Dies steht in Gegensatz zu Studien aus Deutschland und den USA, die in erster Linie die Abstinenz als Erfolgskriterium verwendeten (Süss, 1995). Vereinzelt wird auch eine „Besserungsrate“ ermittelt. In der vorliegenden Studie werden folgende Kriterien, ermittelt nach 6 resp. 12 Monaten, verwendet (Sieber et al. 2011):

1. Risikokonsum (Index „Risikokonsum“ 0-6 Punkte)

- Konsum von über 6 Standarddrinks (SD; ca. 10 g reiner Alkohol) an einem typischen Trinktag;
- mindestens einmal pro Woche Konsum von 6 oder mehr SD pro Gelegenheit;
- Konsum über 21 SD pro Woche;
- tägliches Trinken;
- ein oder mehrmals im Monat Rauschtrinken („Wie oft haben Sie in den letzten 6 Monaten bis zum Rausch getrunken?“);
- mehrere Rückfälle in den letzten 6 Monaten.

2. Remission der alkoholbedingten Beeinträchtigungen

Hier wird nach der subjektiven Beurteilung des Zurückgehens (Remission) der alkoholbedingten Beeinträchtigungen in den Bereichen Arbeit, Beziehung und Gesundheit im Vergleich zur Zeit vor der Behandlung gefragt. Der Index hat drei Abstufungen: a) vollständige Remission („ganz verschwunden“), Code = 3; b) Teilremission („deutlich weniger stark als damals“ oder „etwas weniger stark als damals“), Code = 2; c) unverändert oder verschlechtert („gleich wie damals“ oder „haben eher zugenommen“), Code = 1.

3. Keine Alkoholprobleme (Remission der Alkoholprobleme)

Hier wurde gefragt, ob die Alkoholprobleme nach Beendigung der Behandlung stärker aufgetreten waren oder ob sie nicht mehr aufgetreten sind (4 Antwortkategorien). Höhere Werte bedeuten Remission.

4. Rückfallsfrei

Die Person gibt an, dass sie seit Behandlungsende keinen Rückfall hatte. Bei Katamnese II bezieht sich dies auf 12 Monate.

Ergebnisse

Konsumverhalten bei Katamnese I und II

In Tab. 2 sind Ergebnisse zum Konsumverhalten aufgeführt. Die Werte haben sich zwischen Katamnese I und II nicht wesentlich verändert. Allerdings beziehen sich die Angaben auf unterschiedlich grosse Gruppen.

Tabelle 2: Konsumindikatoren bei Katamnese I und II (N=113 resp. 74)

	Katamnese I	Katamnese II
Abstinent aktuell	35.5%	45.1%
Abstinent über 1 Jahr	30.1%	37.8%
>3 mal/Woche Alkoholkonsum	11.8%	8.5%
episodisches Rauschtrinken: >6 SD an Trinktag	15.8%	11.1%
>6 SD täglich od. fast täglich	6.5%	3.4%
Anzahl SD/W., Durchschnitt	7.0 SD/W.	6.6 SD/W.
Anzahl abstinenter Tage/Woche	21.3 Tage	22.6 Tage
Rauschtrinken: nie in den letzten 6 Mt.	70.8%	70.8%
Keine Rückfälle seit Beendigung	65.1%	66.7%
Kein Risikokonsum (gem. Index 0-6 Punkte)	68.1%	75.7%
Alkoholproblem nach Behandlungsende nicht mehr aufgetreten	62.0%	67.1%
Beeinträchtigungen durch Alkoholkonsum ganz verschwunden oder gebessert	90.1%	90.4%
Ziel bezüglich Alkoholtrinken:		
- Lebenslange Abstinenz	27.4%	27.4%
- Begrenzte Zeit abstinent sein	22.1%	26.0%
- Kontrolliert Trinken	41.6%	38.4%
Zigarettenkonsum regelmässig	58.4%	62.2%
Cannabiskonsum regelmässig	3.5%	0%
Kokainkonsum regelmässig	1.8%	0%
Medikamentenkonsum regelmässig	16.8%	26.0%

Wir verfügen über eine Gruppe von 63 Personen, die bei beiden Katamnesen geantwortet haben. Dies ermöglicht, die Konsumveränderungen bei identischen Personen zu ermitteln und festzustellen, ob das Alkoholproblem nach 6 Monaten wieder stärker in Erscheinung getreten ist oder sich stabilisiert hat. Aus Tab. 3 wird ersichtlich, dass nur geringfügige Veränderungen bestehen. Das Konsumverhalten hat sich in dieser Zeitspanne nicht ausgeweitet, aber auch nicht vermindert.

Tabelle 3: Konsumveränderungen zwischen Katamnese I und II bei 63 Personen

	Katamnese I	Katamnese II
Anzahl SD/Woche; M	7.1 (S=16.7)	6.7 (S=16.4)
Menge: SD/Woche*; M	4.5 (S= 9.4)	3.5 (S=7.9)
Abstinenz aktuell	40.3%	46.7%
Abstinenz über 1 Jahr	34.9%	38.1%
Rauschtrinken nie	77.8%	71.4%
Keine Rückfälle seit Beendigung	74.1%	68.9%
Kein Risikokonsum (gem. Index 0-6 Punkte)	73.0%	76.2%
Alkoholproblem nicht mehr aufgetreten	62.9%	67.7%
Durchschnittliche Besserungsrate**	74.7%	75.8%
Konsumziel Abstinenz***	56.5%	54.8%
Konsumziel Kontroll. Trinken	40.3%	37.1%

* Quantity-Frequency-Index

** Durchschnitt von 4 Indikatoren

*** lebenslang oder für eine bestimmte Zeitdauer

S Standardabweichung

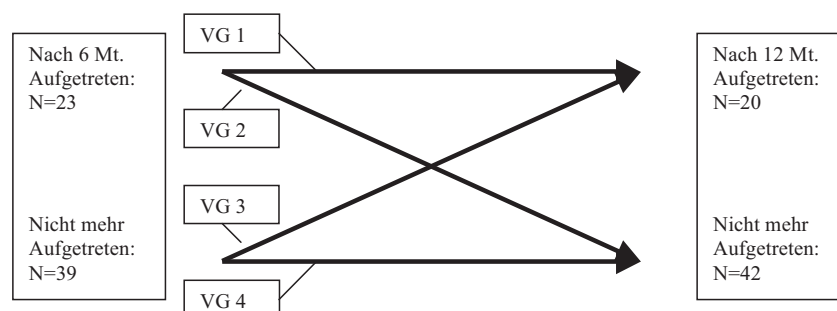
SD Standarddrink (ca. 10 g reiner Alkohol)

Spezifische Verlaufgruppen

Offen bleibt, ob dieses Bild einer stabilen Entwicklung nach 6 Monaten zustande gekommen ist, weil sich bei den einzelnen Personen fast nichts verändert hat, oder ob dieser Befund deshalb zustande kam, weil sich die positiven und negativen Verläufe die Waage halten. Wir haben deshalb versucht, die individuellen Verläufe zu eruieren. Dazu verwendeten wir die Frage „War nach Beendigung der Behandlung an der Fachstelle Ihr Alkoholproblem wieder stärker aufgetreten?“. Dabei sind zwei Gruppen gebildet worden: a) nicht mehr aufgetreten und b) etwas oder stärker aufgetreten. In Grafik 2 sind die vier möglichen Verlaufgruppen aufgeführt.

Grafik 2: Bildung von vier Verlaufgruppen (VG) aufgrund der Frage: „War nach Beendigung der Behandlung an der Fachstelle Ihr Alkoholproblem wieder stärker aufgetreten?“ (N=62; eine Person keine Antwort).

Verlaufgruppe VG 1: N=15; VG 2: N= 8; VG 3: N= 5; VG 4: N=34



Prädiktoren des Verlaufs bei 2 Extremgruppen

Inwiefern unterscheiden sich Personen mit einem positiven Verlauf von denjenigen mit einem negativen Verlauf? Aus den durchgeführten Berechnungen entnehmen wir, dass sich Personen mit einem positiven Verlauf (Verlaufsgruppe VG 4, N=34) im Kontrast zur negativen Verlaufsgruppe VG 1 wie folgt unterscheiden:

Klienten/Klientinnen mit positivem Verlauf ...

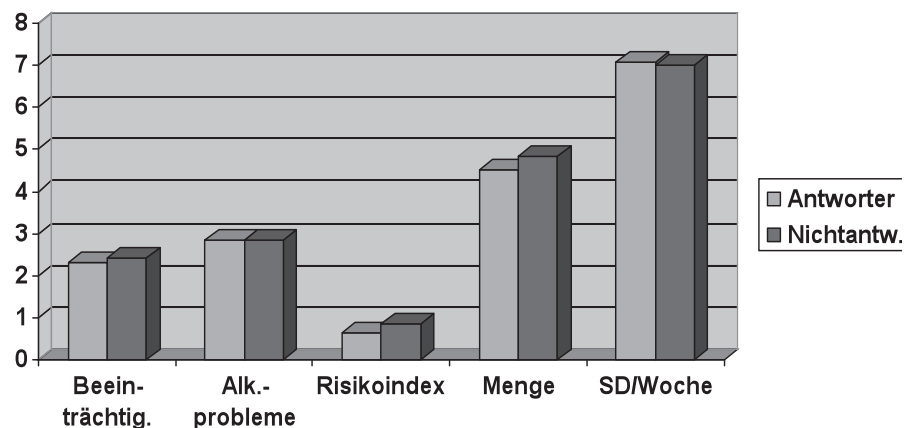
- hatten mehr Konsultationen
- sind weniger häufig ledig
- sind etwas häufiger erwerbstätig
- haben deutlich eine bessere Prognose
- haben deutlich häufiger die Abstinenz als Ziel bei Behandlungsende gewählt

Unterschiede zwischen Antwortenden und Nichtantwortenden

Wir hatten bereits darauf verwiesen, dass die Nichtantwortenden häufiger ledig sind, nicht so häufig erwerbstätig sind, eine kürzere Behandlung hatten, bei Behandlungsabschluss seltener die Abstinenz als Ziel wählten und eine weniger günstige Prognose hatten (Tab. 1). Damit ergeben sich mehrere unterschiedliche Merkmale bei den Grunddaten, die darauf schliessen lassen, dass die Gruppe der 63 Personen eine positive Selektion darstellt. So ist zum Beispiel die Prognose bei den 63 Antwortenden um 50% besser als bei den Nichtantwortenden.

Überraschend sind die Ergebnisse aus der Gegenüberstellung der Besserungsindikatoren zum Zeitpunkt der Katamnese I (Grafik 3). Die 63 Antwortenden und 50 Nichtantwortenden unterscheiden sich nicht bezüglich der Beeinträchtigungen und der Alkoholprobleme. Beim Risikotrinken haben die Nichtantwortenden geringfügig höhere Werte. Bei der konsumierten Menge (SD pro Woche) und der Anzahl Standarddrinks (SD) pro Woche bestehen ebenfalls kleine Unterschiede. Von daher gesehen ergibt sich nicht das Bild einer klar positiven Selektion bei den 63 Antwortenden, wie wir das aufgrund der oben erwähnten Gruppenunterschiede in den Grunddaten erwartet hätten. Wir haben somit keine klaren Belege, dass bei der Gruppe der Nichtantwortenden ein weniger günstiger Verlauf als bei den Antwortenden besteht. Die Antwortenden hatten längeren Kontakt zu den Behandelnden als die Nichtantwortenden. Diese „Therapeutenbindung“ wird sicher eine Rolle bei der Beantwortung resp. Nichtbeantwortung gespielt haben.

Grafik 3: Verlaufsindikatoren (Mittelwerte) bei 63 Antwortenden (Katamnese I + II) und 50 Nichtantwortenden (nur Katamnese I) bezüglich alkoholbedingter Beeinträchtigungen, Alkoholproblemen, Risikokonsum, Menge Alkohol sowie Anzahl Standarddrinks pro Woche.



Besserungsraten

Die unten stehende Aufstellung zeigt, dass die Besserungsraten (inkl. Kategorie „ganz gebessert“) nach 6 Monaten zwischen 62% und 90% liegen (Tab. 4). Der Durchschnitt beträgt 71.3%. Sechs Monate später haben sich diese Werte nicht gross verändert. Die durchschnittliche Besserungsrate liegt bei 75.0%. Auch bei den Mittelwerten der Indizes zeichnet sich das Bild einer stabilen, tendenziell verbesserten Entwicklung ab.

Tab. 4: Zusammenfassung der Besserungsraten bei vier Indikatoren sowie Mittelwerte bei drei Indikatoren bei Katamnese I (N=113) und II (N=74)

	Remission der Beeinträchtigungen: ganz verschwunden oder gebessert	Remission der Alkoholprobleme: ganz verschwunden oder gebessert	keine Hinweise auf Risikokonsum	kein Rückfall	Besserungsrate Durchschnitt
Katamnese I:	90.0%	61.5%	68.1%	65.1%	71.3%
Katamnese II:	90.4%	67.1%	75.7%	66.7%	75.0%
Mittelwerte	Index¹	Index²	Index³		
Katamnese I: M	2.36	2.84	0.74	-	-
Katamnese II: M	2.39	2.90	0.58	-	-

¹ Höhere Werte bedeuten eine Verbesserung der alkoholbedingte Beeinträchtigungen in den Bereichen Arbeit, Beziehung und Gesundheit im Vergleich zur Zeit vor der Behandlung (Remission; Index 1-3).

² Höhere Werte bedeuten, dass das Alkoholproblem in den Hintergrund getreten ist. Niedrige Werte: noch vorhanden (Kategorien 1-4)

³ Höhere Werte bedeuten Hinweise auf Risikokonsum; 0 = kein Risikokonsum, >0 = Hinweise vorhanden (Risikoindex 0-6)

Schätzung der Gesamtbesserungsrate (12 Monate)

Die vorliegende Katamnese erfasst nur einen Teil aller Eintritte. Ein beachtlicher Teil hat sich an der Nachbefragung nicht beteiligt. Die Fachstelle möchte jedoch Informationen über den Behandlungserfolg der gesamten Klientel. Es soll deshalb der Frage nachgegangen werden, inwiefern die Befunde auf alle Personen übertragen werden können.

Bei Katamnesen wird empfohlen, die Richtlinien der Deutschen Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie DGSS (1985) anzuwenden. Gemäss diesen Richtlinien werden die Erfolgskriterien in vier Berechnungsformeln (F1 bis F4) kodiert. In der vorliegenden Studie sind die Berechnungsformeln F3 und F4 relevant: F3: Erfolgswerte für alle planmässig und irregulär entlassenen Patienten, von denen Katamneseinformationen vorliegen. F4: Erfolgswerte für alle planmässig und irregulär entlassenen Patienten; die Nichterreichten werden als rückfällig eingestuft.

Dies bedeutet, dass die grosse Gruppe der Nichterreichten zu den Nichtgebesserten gezählt wird. Ein Teil der Nichterreichten sind jedoch Personen, die lediglich zu ein paar Informationskonsultationen erschienen sind und keine eigentliche Behandlung wünschten. Häufig melden sie sich zu einer weiteren Terminvereinbarung nicht mehr und werden als „Kontaktabbruch“ in der Statistik vermerkt. Vermutlich hätten sie sich wieder gemeldet, wenn ihr Alkoholproblem einen zunehmend wichtigeren Platz eingenommen hätte. Sie alle gemäss Formel 4 zu den Rückfälligen resp. Nichtgebesserten zu zählen wäre wohl zu streng.

In der vorliegenden Studie wurde deshalb ein anderer Weg zur Schätzung der Gesamtbesserungsrate eingeschlagen. Dabei wird von der Annahme ausgegangen, dass die Besserungsrate bei den Nichtantwortenden nicht bei Null liegt (Formel 4), aber auch nicht auf dem Niveau der Antwortenden, sondern in der Mitte der beiden Werte. Dabei stützen wir uns auf die Ergebnisse der Telefonumfrage bei einer Gruppe der Nichtantwortenden (50% gebessert, 40% unverändert, 10% verschlechtert) sowie auf die Einschätzung der Angehörigen. Diese gaben bei Katamnese I an, dass sich bei 48.9% der betroffenen Drittpersonen die Alkoholproblematik gebessert hatte (Sieber, 2010). Wir gehen somit davon aus, dass die Nichtantwortenden bei Katamnese I eine geschätzte Besserungsrate haben, die halb so gross ist wie diejenige der Antwortenden. Ferner werden wir bei der Berechnung Informationen benutzen, die wir aus den Veränderungen zwischen Katamnese I und II erhalten haben.

Bei der Berechnung der Gesamtbesserungsrate konzentrieren wir uns in einem ersten Schritt auf die 63 Personen, die bei beiden Katamnesen geantwortet haben. Für sie resultierte nach 12 Monaten eine durchschnittliche Besserungsrate von 75.8% (Tab. 3). Das entspricht 47.8 Personen.

Beim zweiten Schritt geht es um die 50 Nichtantwortenden, die bei der ersten Katamnese geantwortet haben, bei der zweiten jedoch nicht mehr. Wir gehen davon aus, dass der Verlauf bei diesen 50 Nichtantwortenden gleich ist wie bei den 63 Antwortenden, da sich die beiden Gruppen bei den Besserungsraten nach 6 Monaten kaum unterscheiden (Grafik 3). Wir erwarten hier also keine Stichprobenverzerrung. Deshalb übernehmen wir die Werte der 63 Antwortenden für diese Gruppe der Nichtantwortenden. Dies ergibt $50 \times 0.758 = 37.9$ Personen. Bei der Gesamtgruppe von 113 Personen (Katamnese I) erhalten wir somit $47.8 + 37.9 = 85.7$ Personen mit Besserung.

Dritter Schritt: Anders sieht es bei der grossen Gruppe der 233 Nichtantwortenden aus, die bereits bei der ersten Katamnese nicht geantwortet haben. Bei dieser Gruppe gehen wir wie oben erwähnt davon aus, dass die Besserungsrate bei Katamnese I nur halb so gross ist wie bei den Antwortenden, d.h. die Hälfte von 71.3% (Kat. I), das sind 35.65%. Bei den 233 Nichtantwortenden hat es demnach 83.1 Gebesserte und 150 Nichtgebesserte nach 6 Monaten.

Wie soll nun der weitere Verlauf bis zur zweiten Katamnese geschätzt werden? Wir übernehmen als Näherungswert den Verlauf, wie wir ihn in Grafik 2 für die 62 Personen vorgefunden haben. Bei der Teilgruppe „Alkoholproblem nach 6 Monaten nicht mehr aufgetreten“ sehen wir, dass 34 der 39 Personen einen positiven Verlauf hatten. Das sind 87.2%. Wir übernehmen diesen Prozentsatz auch für die 83.1 „Gebesserten“, was total 72.5 Personen beträgt.

Vierter Schritt: Bei der Gruppe der 150 Nichtgebesserten verfahren wir analog gemäss Grafik 2. In dieser Grafik sind es 8 von 23 Personen oder 34.8%, die eine Besserung aufweisen. Übertragen auf die 150 Nichtantwortenden ohne Besserung (233-83) entspricht dies 52.2 Personen.

Bei der Gruppe der 233 Nichtantwortenden erhalten wir demnach 72.5 + 52.2 Personen = 124.7 Personen mit einer Besserung. Zusammen mit den oben berechneten 85.7 Personen ergibt dies ein Total von 210.4 Personen, was einer Gesamtbesserungsrate von 60.8% entspricht. Die geschätzte konservative Besserungsrate für 12 Monate beträgt somit 61%.

Differenzieller Behandlungserfolg

Die Analysen zur differenziellen Wirksamkeit dienen dazu, die Behandlungswirksamkeit in Untergruppen festzustellen. Werden Untergruppen mit weniger gutem Behandlungserfolg gefunden, kann dies Anlass zu einer Überprüfung des Behandlungsangebotes werden. Diese Analysen ergaben bei folgenden Untergruppen bessere Erfolgsindikatoren: Ältere Personen, Erwerbstätige, Zigarettenraucher, Personen mit Langzeitbehandlung, mit Abstinenzziel bei Behandlungsende und bei der Katamnese sowie Personen mit besserer Prognose (Tab. 5). Personen mit dem Konsumziel „kontrolliertes Trinken“ haben etwas weniger gute Besserungsindikatoren als Personen mit Abstinenzziel, aber deutlich bessere Indikatoren als die Gruppe derjenigen, die sich nicht auf ein Ziel festlegen wollten. Bemerkenswert ist, dass Untergruppen mit einem positiven Verlauf beim Risikoindex stets auch eine längere Behandlungsdauer aufwiesen (Tab. 5). Grosse Gruppenunterschiede beim Risikoindex (Effektstärken $d = (M1 - M2) / (S1 - S2) / 2$) bestehen bei den Merkmalen Konsumziel: $d=1.01$ sowie Prognose: $d=0.96$. Mittlere oder schwache Effekte bestehen bei folgenden Merkmalen: Anzahl Konsultationen: $d= 0.55$, Erwerbstätigkeit: $d=0.32$, Kurz-/Langzeitbehandlung: $d=0.3$, Alter: $d=0.25$, Zigarettenkonsum: $d=0.13$.

Aufschlussreich sind auch die Unterschiede zwischen den planmässig Entlassenen und den nichtplanmässig Entlassenen. Bei den planmässig Entlassenen ist der Risikoindex deutlich tiefer (0.39), ebenso die Anzahl Standarddrinks pro Woche (5.1 SD/W.) verglichen mit den nicht planmässig Entlassenen: 0.94 resp. 11.7 SD/W.).

Tabelle 5: Besserungsindikatoren bei verschiedenen Teilgruppen (Katamnese I)

	N	Remission Beeinträcht. ¹ M	Remission Alk.-Probl. ² M	Risiko- Index ³ M	Gesamt- Zufriedenh. ⁴ M	Anzahl Konsultat. M	Behandl.- dauer Tage M
Alter:							
- Jüngere	55	2.38	2.71	0.89	14.21	44.4	1052
- Ältere	57	2.32	2.95	0.56	14.50	41.2	1209
Erwerbstätigkeit:							
- erwerbstätig	65	2.41	2.84	0.55	14.71	50.8	1304
- nicht erw.	48	2.29	2.83	0.98	13.89	31.7	896
Zigarettenkonsum:							
- selten/nie	45	2.27	2.73	0.64	14.55	49.1	1251
- regelmässig	66	2.41	2.92	0.81	14.18	38.5	1054
Kurz-/Langzeitbehandlung:							
- kurz	57	2.26	2.78	0.93	13.98	21.7	614
- lang	66	2.46	2.90	0.54	14.71	66.7	1656
Anzahl Konsultationen:							
- 1-3	8	2.38	2.88	1.12	14.5	2.4	142
- 4-12	19	2.11	2.88	1.05	14.1	7.5	502
- 13-30	36	2.28	2.54	0.89	14.1	21.1	622
- über 30	50	2.50	3.02	0.44	14.6	78.0	1893
Konsumziel bei Katamnese I:							
- abstinent	55	2.50	3.19	0.47	15.00	44.5	1211
- kontr.Trink.	47	2.30	2.55	0.76	14.13	41.3	1096
- unbestimmt	10	1.90	2.25	2.10	12.10	35.3	798
Prognose:							
- gut	64	2.49	3.10	0.34	14.87	53.9	1484
- ungünstig	24	2.17	2.21	1.54	13.50	34.5	714
TOTAL	113	2.36	2.83	0.74	14.36	42.7	1131

(Mittelwert M und Standardabweichung S)

¹⁻³ siehe Tabelle 4; ⁴ höhere Werte bedeuten höhere Klientenzufriedenheit

Kombination von quantitativer mit qualitativer Analyse

Können statistische Daten von Einzelpersonen mit Informationen der Berater/Therapeutinnen zu diesen Personen verknüpft werden, erhalten wir Hinweise, wie die Behandlung optimiert werden könnte. Ein Vorgehen bei der qualitativen Analyse besteht darin, Personen mit einem besonderen Verlauf im Sinne einer Fallanalyse, unter Einbezug des Beraters/der Therapeutin, genauer unter die Lupe zu nehmen. Beispiele für solche qualitativen Analysen können sein:

Klienten und Klientinnen ...

- ... mit einer deutlichen Zunahme des Alkoholkonsums (negativer Verlauf)
- ... die mehrere Rückfälle angeben, jedoch keine professionelle Hilfe aufgesucht hatten
- ... mit regulärem Behandlungsabschluss, jedoch mit Wiederaufnahme der Behandlung
- ... mit positiver Prognose, jedoch mit negativem Verlauf (falsch Positive)
- ... mit negativer Prognose, jedoch mit positivem Verlauf (falsch Negative)

Bei der vorliegenden Studie wurden die beiden letzten Aspekte thematisiert. Dabei wurde wie folgt vorgegangen: Bei je zehn Personen mit positivem respektive negativem Verlauf wurden die Therapeuten gebeten, ihren Eindruck des Therapieverlaufs kurz zu dokumentieren. Die Therapeuten wussten nicht, welche Personen welchen Verlauf hatten. Sie erhielten lediglich die Identifikationsnummer. Es folgen auszugsweise zwei Beispiele zu diesem Vorgehen (Kurzbericht des Therapeuten; statistische Angaben).

Beispiel 1:

Falsch Positiv: Prognose positiv, jedoch negativer Verlauf (Alkoholproblem aus der Sicht der Betroffenen wieder aufgetreten):

„Herr x, ein liebenswürdiger, von seiner Frau nicht ganz anerkannter Patriarch. Das Trinken störte sie sehr, was auch der Grund war, weshalb er auf die FABB kam. Über die vielen unfähigen Leute in der Firma ärgerte er sich. Er konnte sich für Dinge begeistern, die er mochte, seine Frustration über die nicht guten Dinge zu Hause und auf der Welt holten ihn aber als Grundstimmung immer wieder ein (depressiv). Er reparierte den Abguss des Abwaschbeckens im Gruppenraum, der bis heute funktioniert, was der Hauswart mit professionellem Klempner während einem Jahr nicht schaffte. Mit dem Alkohol kam er während der Behandlung nie wirklich klar, einmal weniger, einmal mehr, zwischendurch einmal ein paar Monate gar nichts. Er erfüllte sich seinen seit Jahrzehnten gehegten Wunsch einer grossen Reise, was bisher die Angst seiner Frau verhinderte. Auf der ganzen Reise trank er nicht, aber kaum zurück, begann das wieder. Er trank mehr oder weniger kontrolliert. Nachdem er die Therapie abgeschlossen hatte, kam er nach einem Jahr wieder, weil er entgleist sei. Er berichtete, dass das Leben aber ganz allgemein viel besser geworden sei, vor allem seit den Paargesprächen. Er machte einen ambulanten Entzug und trank dann wieder kontrolliert – mehr oder weniger.“

Jahrgang:	1949
Anzahl Konsultationen:	9
Dauer der Behandlung in Tagen:	150
Hauptgrund bei Austritt:	planmässig
Prognose bei Austritt:	positiv
Konsumziel bei Austritt:	kontrolliertes Trinken
Konsumziel nach 6 Monaten:	kontrolliertes Trinken
Anzahl Standarddrinks/W. nach 12 Monaten:	34
Risikohafter Alkoholkonsum nach 12 Monaten:	ja, Index=3

Beispiel 2:

Ziel: Kontrolliertes Trinken

„Herr x gelang es anfänglich nicht, mit dem Alkohol klarzukommen. Obwohl er nach einiger Zeit in die xx Klinik ging, half auch dies nicht viel. Sein Hausarzt fand Antabus nicht gut, da der Klient eh schon depressiv sei. Nach vielen Misserfolgen setzte er dann Antabus gegen den Hausarzt durch. Herr B. war ein muffeliger älterer Mann, seine Frau beklagte sich, er rede kaum mit ihr oder schnauze sie an. Er beklagte sich, sie höre ihm gar nicht richtig

zu. Ein paar Paargespräche halfen etwas weiter. Seine Frau hatte kaum Ansprüche an ihn. Seinen Garten liebte er über alles. Als Gruppenleiter in einer grossen Firma war er überfordert und von all seinen Chefs frustriert. Er wurde dann versetzt, konnte eine Arbeit machen, wo er alleine unterwegs war, wusste, was zu tun war, was ihm gut gefiel. Nachdem er das Antabus absetzte war er ein gutes Jahr abstinent und wollte dann auf sein Lebenselixier nicht länger verzichten. Er entschied sich für ein kontrolliertes Trinken. Ab und zu, in einem guten Moment, da wollte er sich ein Gläschen gönnen. Mehr nicht aber auch nicht weniger. Ein paar Monate vor dem Austritt wurde er pensioniert.“

Jahrgang:	1944
Anzahl Konsultationen:	88
Dauer der Behandlung in Tagen:	3869
Hauptgrund bei Austritt:	planmässig
Prognose bei Austritt:	positiv
Konsumziel bei Austritt:	kontrolliertes Trinken
Konsumziel nach 6 Monaten:	kontrolliertes Trinken
Anzahl Standarddrinks/W., nach 12 Monaten:	16
Risikohafter Alkoholkonsum, nach 12 Monaten:	ja, Index=1

Dieser Klient mit einer sehr langen Behandlungsdauer will kontrolliert trinken, was ihm gemäss seinen Konsumangaben recht gut gelingt. Aus seiner Sicht ist das Alkoholproblem jedoch wieder aufgetreten.

Die qualitative Analyse zeigte, dass Personen mit einem negativen Verlauf nicht so gut prognostiziert werden können wie diejenigen mit einem positiven Verlauf. Die Erläuterungen der Therapeuten zu den Verläufen und zur Situation bei Austritt (Prognose) können zusammen mit den Katamneseangaben in einer Fallbesprechung (im Team) aufgenommen werden. Anhand des Einzelfalls kann die Frage angesprochen werden, weshalb eine Diskrepanz zwischen Prognose und Verlauf besteht, welche Aspekte bei der Beratung vielleicht fälschlicherweise in den Hintergrund traten und wie der Person möglicherweise bei der Bewältigung seiner Alkoholproblematik besser hätte geholfen werden können.

Diskussion

Ambulante Beratungsstellen für Personen mit Alkoholproblemen bestehen in der Schweiz schon seit 100 Jahren. In dieser Zeitspanne hat sich ein beachtliches Netz an Beratungsstellen gebildet, das den Betroffenen zur Verfügung steht. Der Behandlungserfolg und der Verlauf wurden jedoch bisher nicht systematisch und standardisiert erforscht. Methodische Schwierigkeiten ergeben sich v.a. infolge des Stichprobenschwundes und bei der Festlegung des Evaluationskriteriums. In der vorliegenden Studie wurde detailliert auf diese Aspekte eingegangen.

Obwohl der Behandlungserfolg zentral ist, will die Studie mehr sein als eine „Legitimationskatamnese“, indem sie den Aspekt der prospektiven Wirksamkeitsforschung ebenso thematisiert. Hinsichtlich des Evaluationskriteriums geht die vorliegende Katamnese andere Wege als dies in deutschen Studien der Fall ist. Das Kriterium der Abstinenz ist für die Klientel der Schweizer Fachstellen nicht geeignet, da viele Personen das sog. „Kontrollierte Trinken“ favorisieren. An Stelle der Abstinenz tritt – nebst anderen Kriterien – das Konzept des „Risikokonsums“.

Stichprobenvalidität

Das Problem des Stichprobenschwundes und der Stichprobenvalidität (ökologische Validität) ist in der vorliegenden Studie sehr gewichtig, da nach 12 Monaten nur 74 von insgesamt 346 Personen der Basis-Katamnesepopulation geantwortet haben. Das sind lediglich 21.4%. Folgende drei Aspekte sind bei der Generalisierung der vorliegenden Ergebnisse auf die gesamte Klientel aller 80 Einrichtungen zu beachten:

1) Unterschiede der Klientel der FABB im Vergleich zu allen ambulanten Einrichtungen in der Schweiz: Dieser Vergleich ergab, dass die Klientel der FABB recht gut dem Durchschnitt der 80 Einrichtungen in der Schweiz entspricht (act-info-Statistik). Die Behandlungsdauer ist jedoch länger, die Konsultationszahl höher und die Kontaktabbrüche häufiger.

2) Unterschiede zwischen der FABB-act-info-Datenbank und der Katamnese-Basisdatenbank: Der Anteil älterer Personen (häufiger verheiratet), die weniger häufig erwerbstätig sind und eine weniger gute Prognose haben, ist in der Basisdatenbank etwas übervertreten. Personen mit lediglich 1-2 Konsultationen sind weniger häufig vertreten (21.7% gegenüber 26.5%).

3) Unterschiede zwischen der Katamnese-Basisdatenbank und der Katamnese nach 12 Monaten: Ein Selektionseffekt zeichnet sich v.a. hinsichtlich der Basisdatenbank ab, indem eher Personen geantwortet haben, die etwas älter und psychosozial besser integriert sind (verheiratet, berufstätig), deutlich länger in Behandlung standen, eher abstinentmotiviert sind und eine bessere Prognose aufweisen.

Die Befunde dieser Katamnese sind in erster Linie für Personen relevant, die eine mittlere oder eine lange Beratungsdauer erhalten haben. Es sind Personen, die überwiegend eine chronische Alkoholproblematik aufweisen. Dies impliziert, dass bei der Mehrzahl die Behandlungsmotivation gegeben war. Katamnestic nur teilweise erfasst sind dagegen Personen, die lediglich ein paar Sitzungen oder den Kontakt abgebrochen hatten.

Besserungsrate

Der Anteil der Gebesserten liegt nach 12 Monaten bei 75% (Durchschnitt von vier Indikatoren). Beim wichtigen Kriterium „Risikokonsum“, das sich auf 6 Fragen zum Konsumverhalten stützt, weisen 75.7% keinen Risikokonsum auf. 38% der Befragten waren seit über einem Jahr abstinent, 69% waren in den 12 Monaten nach Behandlungsabschluss rückfallsfrei und 71% hatten nie einen Alkoholrausch. Auch wenn dieser Anteil für die Schätzung der Gesamtbesserungsrate aller Klientinnen und Klienten der Fachstelle nach unten korrigiert werden muss, weil die Nichtantwortenden vermutlich eine niedrigere Besserungsrate aufweisen, so kann doch bei einem beachtlichen Teil von einer Besserung ausgegangen werden. Dass die Besserungsrate nicht höher ausgefallen ist, scheint nicht in einer mangelhaften Beratung begründet zu sein, da eine hohe bis sehr hohe Klientenzufriedenheit bestätigt werden kann und ein differenziertes Behandlungsangebot besteht (Sieber et al., 2011).

Innerhalb der vier verwendeten Besserungsindikatoren hat sich das Kriterium „Risikokonsum“ als gutes Kriterium erwiesen. Der Risikokonsum, erfasst bei Katamnese I, korrelierte mit den Besserungsindikatoren mit Werten über $r=0.5$ (Sieber et al. 2012).

Der Verlauf der 63 Personen beim Zeitfenster 6-12 Monate nach Behandlungsende zeigt ein Bild der Stabilität. Es haben sich insgesamt keine markanten Konsumveränderungen ergeben. Es zeigte sich aber auch, dass 44% derjenigen, die mehrere Rückfälle hatten, keine professionelle Hilfe mehr aufgesucht hatten. Es wäre zu klären, weshalb dies der Fall war.

Schätzung der Gesamtbesserungsrate

Aufgrund der geschilderten Stichprobenveränderungen müssen wir davon ausgehen, dass die Besserungsrate bei den Nichtantwortenden weniger gut ist. Die erwähnte Besserungsrate von 75% ist deshalb ein zu positiver Wert. Wir sind jedoch im Gegensatz zu den Empfehlungen der DGSS (1985) nicht davon ausgegangen, dass alle Nichtantwortenden den Nichtgebesserten zugeordnet werden müssen, sondern nur die Hälfte davon. Die hier vorgenommene Schätzung der „konservativen Gesamtbesserungsrate für 12 Monate“ bezogen auf die gesamte Klientel beträgt 61%. Bezogen auf die Katamnesegruppe, welche überwiegend Langzeitklienten erfasst, liegt die Besserungsrate bei 75%.

Differenzieller Behandlungserfolg

Die Analysen zum differenziellen Behandlungserfolg ergaben Hinweise, welche Merkmale mit einem positiven Verlauf verbunden waren. Zu den stärksten Prädiktoren gehören u.a. das Ziel, abstinent zu leben, eine positive Prognose bei Behandlungsende und eine längere Behandlungsdauer. Zusammen mit dem erwähnten Vorgehen hinsichtlich einer qualitativen Analyse

können diese Befunde Hinweise geben, inwiefern die Beratung möglicherweise verbessert werden kann.

Vergleich der Ergebnisse mit anderen Studien

Zu den Erfolgsraten bei anderen (ausländischen) Studien ist bereits berichtet worden (Sieber et al., 2011). Die Zusammenstellung zeigte, dass der Vergleich der vorliegenden Studie mit anderen Studien schwierig ist (konservative/nicht konservative Berechnungsart, unterschiedliche Definition der „Gebesserten“, ausschliesslich abstinenz-orientierte versus nicht abstinenz-orientierte Behandlungsprogramme u.a.). So wurde bereits im Bericht zu Katamnese I (Sieber et al., 2011) gefolgert, dass die Studien deshalb nur bedingt vergleichbar sind. Diese Situation unterstreicht die Notwendigkeit, dass sich mehrere Institutionen zusammenfinden und eine identische Evaluationsmethodik verwenden, so dass unterschiedliche Behandlungsansätze miteinander verglichen werden können.

Auf den Vergleich mit zwei deutschen Studien möchten wir kurz eingehen: 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 des Programms auf 23 SD bei Programmende respektive auf 18 SD nach 12 Monaten. Ferner zeigte sich eine Erhöhung der durchschnittlichen Anzahl alkoholfreier Tage von 0.9 Tage/Woche auf 2.7 nach 12 Monaten. Bei der vorliegenden Katamnese liegt die wöchentliche Trinkmenge nach 12 Monaten bei 3.5 SD. Die Anzahl abstinenter Tage pro Woche beträgt 5.5 Tage. Diese Werte liegen unter den Werten der deutschen Studie, allerdings ist die Behandlungsdauer auch viel länger als beim Programm nach Körkel.

In der deutschen FVS-Katamnese (Fachverband Sucht e.V.; Missel et al., 2010) wird die Effektivität der ambulanten Suchtrehabilitation untersucht. Die Routine-Katamnese 2007 aller Klientinnen und Klienten von fünf ambulanten Einrichtungen erfolgte nach 12 Monaten mit einer Ausschöpfungsquote von 42.2%. Bei der Berechnung der Erfolgsquoten wurden die vier Formeln der DGSS herangezogen. Die katamnestiche Erfolgsquote beträgt nach der strengen Formel 4 38.9%. (30.9% Abstinente und 8.0% „Abstinenter nach Rückfall“). Alle Nichtantwortenden (58%) werden den Rückfälligen zugeordnet. Bezieht man sich nur auf die 116 Antwortenden, resultiert eine Erfolgsquote von 92.2% (Formel 3).

Der Behandlungserfolg ist nicht direkt vergleichbar mit der FABB-Katamnese, da die Klientengruppen und die Erfolgskriterien unterschiedlich sind. Verwendet man das in den Studien verwendete zentrale Erfolgskriterium, so führt das zu folgendem Resultat: Der Anteil der Gebesserten beträgt bei der FABB-Katamnese 75.7% (kein Risikokonsum vorhanden), bei der FVS-Katamnese 92.2% (Formel 3). Die deutsche Studie hat somit höhere Erfolgsraten.

Die vorliegende Katamnesepopulation ist in vieler Hinsicht vergleichbar mit derjenigen der FVS-Katamnese. Es bestehen jedoch auch Unterschiede: Die Behandlungsdauer ist in der deutschen Katamnese um das Dreifache kürzer und die Ausschöpfungsquote höher als bei der FABB. Es entsteht hier ein Bild, wonach die ambulante Behandlung in der deutschen Studie häufiger in Zusammenhang mit einem Übertritt aus einer stationären Behandlung steht, kürzer, aber intensiver ist und häufiger planmässig abgeschlossen wird. Möglicherweise werden die unterschiedlichen Besserungsraten dadurch teilweise erklärt. Dieser Studienvergleich zeigt auf, wie schwierig die Interpretation unterschiedlicher Befunde ist und favorisiert Studienanlagen, die einrichtungsübergreifende standardisierte Katamnesen vorsehen.

Schlussfolgerungen

Aus der vorliegenden Katamnese resultieren zahlreiche Ergebnisse, welche für die Fachstelle Hinweise liefern, in welcher Hinsicht das Beratungskonzept richtig aufgestellt ist, wo die Beratung möglicherweise verbessert werden könnte und wo sinnvollerweise ergänzende qualitative Analysen angeschlossen werden. Den Weg für solche qualitativen Analysen haben wir weiter oben aufgezeichnet. Für die beiden Beratungsstellen der FABB ergeben sich folgende Schlussfolgerungen:

Die Stabilisierung der Alkoholproblematik auf einem niedrigen Risikokonsum-Niveau ist ein wichtiges Ziel, nicht unbedingt die „vollständige Heilung“ oder die lebenslange Abstinenz. Die Behandlung soll langfristig angelegt werden, aber auch Kurzkontakte ermöglichen. Kurzberatungen haben nicht per se einen weniger hohen Stellenwert. Die heutzutage oft erwünschten Kurzzeittherapien werden jedoch der grossen Gruppe mit einem chronisch-schwankenden Verlauf nicht gerecht.

Auf das Ziel, „kontrolliert“ trinken zu wollen, ist einzugehen, da es für viele ein Ziel darstellt, das auch bei einem schwankendem Verlauf oft nicht aufgegeben wird. Zudem ist der spätere Verlauf nur geringfügig schlechter als bei Personen, die Abstinenz als Ziel gewählt haben.

Eine konstante Ansprechperson (Berater/Therapeutin) ist sehr wichtig. Die Berater und Therapeutinnen haben im Allgemeinen den Verlauf nach Behandlungsabschluss recht gut prognostiziert. Allerdings gelingt ihnen die Prognose bei Personen mit einem negativen Verlauf nicht so gut wie bei Personen mit einem positiven Verlauf.

Es soll überprüft werden, wie ledige, nicht erwerbstätige Personen mit eher ungünstiger Prognose besser motiviert werden können, die Beratung länger in Anspruch zu nehmen. Wäre für sie ein „Monitoringprogramm“ mit regelmässigen Zusammenkünften sinnvoll?

Sechs Monate nach Behandlungsende haben die Klienten und Klientinnen eine Chance von 68% für einen positiven Verlauf in den nächsten 6 Monaten. Diese Chance erhöht sich auf 87%, wenn der Verlauf in den ersten 6 Monaten positiv war. Sie vermindert sich auf 35%, wenn dies nicht der Fall war. Es

stellt sich hier die Frage, ob 6 Monate nach Behandlungsende eine „Kontroll-sitzung“ eingeführt werden sollte.

Bei 37% der Personen war das Alkoholproblem 6 Monate nach Behandlungsabschluss wieder aufgetreten. Bei ihnen wäre es möglicherweise sinnvoll gewesen, wenn die Behandlung noch etwas weitergeführt worden wäre. Wenn man diese Personengruppe näher charakterisieren kann, würde dies darüber informieren, bei welchen Personen eine Verlängerung der Behandlung indiziert wäre.

Da Katamnesestudien nicht repräsentativ sind, weil nie alle Personen bei der Nachuntersuchung erfasst werden können, sind Schlussfolgerungen auf die Ausgangspopulation problematisch. Es ist deshalb hilfreich, wenn Informationen über die Richtung und das Ausmass der Stichprobenveränderungen vorhanden sind.

Das Vorgehen bei der Ermittlung der Gesamterfolgsrate, wonach alle Nichtantwortenden den Nichtgebesserten zugeordnet werden, erachten wir für die schweizerischen Fachstellen als nicht geeignet. Zur Schätzung der Gesamtbesserungsrate haben wir ein anderes Vorgehen verwendet, das auf die Veränderungen nach 6 resp. 12 Monaten Bezug nimmt.

Die Verwendung von zwei Katamnesen ermöglicht verschiedene Detailanalysen und insbesondere auch die Bildung von Verlaufsgruppen basierend auf dem identischen Personensatz. Da die Katamneseforschung im ambulanten Bereich noch im Erprobungsstadium steht, ist die Verwendung von zwei Katamnesen im Abstand von je 6 Monaten empfehlenswert.

Die Detailanalysen zum differenziellen Behandlungserfolg haben sich als fruchtbar erwiesen. In dieser Hinsicht sind vertiefende (qualitative) Analysen erwünscht, um diejenigen Personen noch besser zu umschreiben, die einen ungünstigen Verlauf hatten. Anhand dieser Präzisierungen könnte ev. das Behandlungskonzept modifiziert und für diese Personengruppe weiter optimiert werden. Die hier vorgeschlagene Kombination von statistischen Einzelfalldaten mit Therapeuteninformationen zu diesen Fällen (qualitative Analyse) erwies sich bezüglich einer prospektiven Wirksamkeitsforschung als hilfreich.

Werden Katamnesen institutionsübergreifend und standardisiert angelegt, sind detailliertere Analysen möglich, ferner ist die Stichprobenvalidität grösser und die Resultate sind infolge der grösseren Personenzahl verlässlicher. Daraus lassen sich Schlussfolgerungen für die Qualitätsverbesserung, für die Indikationsstellung oder für das Behandlungsangebot ziehen.

Tab. A1: Statistische Kenndaten für die Ein- und Austritte bei der FABB (Durchschnitt der beiden Jahre 2009 und 2010, N=161) und bei 80 Schweizer Einrichtungen (Hauptproblem „Alkohol“ N=3920; CH-act-info-Statistik)

<u>Merkmal:</u>	<u>FABB</u>	<u>CH</u>
Anteil Männer:	75%	70.7%
Altersdurchschnitt:	42 Jahre	44.3 Jahre
ledig:	41.5%	39.0%
verheiratet:	26.5%	31.8%
erwerbstätig (Vollzeit/Teilzeit):	61%	52.9%
nicht erwerbstätig, auf Stellensuche:	16.3%	15.0%
Erwerbseinkommen als vorwiegende Quelle des Lebensunterhalts:	54.5%	50.4%
Höchste abgeschlossene Ausbildung:		
- keine abgeschlossene Ausbildung:	3.1%	5.0%
- obligatorische Schule:	15.6%	12.9%
Berufslehre:	66.7%	57.7%
Zuweisung:		
- Eigeninitiative:	23.5%	33.8%
- stationäre Suchtinstitution:	4.1%	5.6%
- ärztliche Praxis:	5.3%	9.3%
- Justiz:	18.5%	12.5%
- Arbeitgeberin:	8.5%	3.7%
Übertritt aus Entzugseinrichtung:	8.7%	9.8%
Früheren Behandlungen:		
- ambulante Beratung:	69.4%	68.9%
- stationäre Therapie:	52.8%	53.6%
- Entzug:	44.4%	46.8%
Hauptproblemsubstanz Alkohol:	94.5%	100%
Weitere Suchtprobleme:		
- Heroin:	0%	2.3%
- Kokain:	12.2%	5.9%
- Benzodiazepine/Medikamente:	7.3%	4.6%
- Cannabis:	22.0%	9.8%
- Tabak:	53.7%	29.9%
Alkoholkonsum vor Eintritt:		
- nie:	6.7%	11.4%
- mehr als dreimal wöchentlich:	57.8%	59.8%
- fast jeden Tag mehr als 6 Standarddrinks (SD) pro Anlass:	38.2%	37.0%
- 10 oder mehr SD pro Trinktag:	29.4%	26.2%
Alter des regelmässigen Alkoholkonsums:	22.5 J.	23.5 J.
Alter Beginn des auffälligen Alkoholkons.::	31.6 J.	32.3 J.
Konsumziel bei Eintritt:		
- definitive Abstinenz:	24.4%	34.2%
- zeitlich begrenzte Abstinenz:	28.5%	22.5%
- kontrollierter Konsum:	27.6%	27.7%

Literatur

- Astudillo, M., Notari, L. & Maffi E. (2011). *Ambulante Suchthilfe – Ergebnisse der KlientInnenbefragung 2010*. Lausanne: Sucht Info Schweiz.
- 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.
- Maffi, E. (2011). Editorial. *Abhängigkeiten* 1, S. 3.
- Maffi, E. & Astudillo, M. (2011). *Ambulante Suchthilfe – Ergebnisse der Institutionsbefragung 2011* (Nr. 8). Lausanne: Sucht Info Schweiz.
- Missel, P., Schneider, B. Funke, W., Janner-Schraml, A., Klein, T., Medewaldt, J., Schneider, P., Steffen, D. & Weissinger, V. (2010). Effektivität der ambulanten Suchtrehabilitation – FVS-Katamnese des Entlassungsjahrgangs 2007 von Ambulanzen für Alkohol- und Medikamentenabhängige. *SuchtAktuell* 17(1), 57-63.
- Missel, P. & Weissinger, V. (2011). Wirksamkeitsstudien zur Suchtrehabilitation. Verfahrensweise und Ergebnisse der Einjahreskatamnesen des Fachverbandes Sucht e.V. zum Entlassungsjahrgang 2008. *Abhängigkeiten* 1, 50-68.
- Schobinger, Frieda. (1926). *Zusammenstellung der im Jahre 1921 bei der Zürcherischen Fürsorgestelle für Alkoholranke neu zur Behandlung gekommenen Fälle, deren Verlauf und Ergebnisse Ende 1924, mit Erläuterungen über die Trunksucht und Trinkerfürsorge*. Zürich.
- Sieber, M. (2005). *Riskanter Alkoholkonsum – Früherkennung, Kurzintervention und Behandlung. Ein Manual für Hausärzte*. Bern: Huber.
- 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)
- Sieber, M., Rüttimann, R., Schmid, R. (2011). Ambulanter Behandlungserfolg bei Personen mit Alkoholproblemen. *Abhängigkeiten* 1, 24-37.
- Sieber, M., Rüttimann, R., Schmid, R. (2012). *Behandlungserfolg bei Personen mit Alkoholproblemen: FABB-Katamnese nach 6 und 12 Monaten (ambulante Behandlung)* (Schlussbericht vom 8.1.2012). Kloten: Fachstelle für Alkoholprobleme Bezirk Bülach, FABB
- Süss, H.-M., (1995). Zur Wirksamkeit der Therapie bei Alkoholabhängigen: Ergebnis einer Meta-Analyse. *Psychologische Rundschau* 46, 248-266.

Korrespondenzadresse

Martin Sieber
Alte Landstrasse 117
CH 8702 Zollikon

msieber.zollikon@bluewin.ch

Résumé

Une catamnèse a été réalisée chez 346 clientes et clients du service ambulatoire spécialisé dans les problèmes d'alcool du district de Bülach (FABB) 6 et 12 mois après la fin du traitement. 113 personnes ont répondu après 6 mois et 74 après 12 mois. Ces personnes étaient principalement des clientes et clients ayant été traités sur une durée moyenne ou longue. Les personnes n'ayant consulté que peu de fois ont plus rarement répondu. Le taux d'amélioration moyen à 12 mois était de 75% pour quatre indicateurs. Chez 76% des gens il n'y avait aucun indice de consommation à risque, 38% étaient abstinents depuis plus de 12 mois, 50% depuis plus d'un mois. Six mois après la fin du traitement, les personnes ayant répondu avaient 68% de chance d'évolution positive dans les 6 prochains mois. Cette probabilité s'élevait à 87% si l'évolution avait été positive durant les 6 premiers mois, elle s'abaissait à 35% si cela n'avait pas été le cas. L'estimation du taux global d'amélioration sur la base de la totalité de la clientèle de la FABB a été de 61%. Les analyses différentielles de succès du traitement ont montré dans les sous-groupes suivants de meilleurs indicateurs de succès: les personnes âgées, les personnes actives professionnellement, les fumeurs de cigarettes, les personnes traitées à long terme, celles avec un objectif d'abstinence, avec un meilleur pronostic et une fin de traitement planifiée. L'analyse qualitative a permis d'établir des liens entre des données statistiques isolées et des informations fournies par les thérapeutes. Cette approche s'est avérée être utile en ce qui concerne la recherche prospective d'efficacité.

Summary

In 346 male and female clients of the specialist outpatient centre for alcohol problems in the district of Bülach (FABB), a follow-up history was obtained 6 and 12 months after the end of treatment. 113 persons responded after 6 months, 74 after 12 months. Male and female clients with a moderate or long duration of treatment are primarily represented. Persons who only had a few consultations responded less often. The average 12-month improvement rate in four indicators is around 75%. In 76%, there was no evidence of risk consumption, 38% had been abstinent for more than 12 months, 50% for more than one month. Six months after the end of treatment, those who responded had a 68% chance of a positive course in the coming 6 months. This chance increased to 87% if the course was positive in the first 6 months. It fell to 35% if this was not the case. The estimation of the overall improvement rate in relation to the total clientele of the FABB yielded an improvement rate of 61%. The analyses on the differential treatment outcome yielded better indicators of success in the following subgroups: older persons, employed persons, cigarette smokers, persons under long-term treatment, with the goal of abstinence, with a better prognosis and with an end of treatment according to plan. In the qualitative analysis, statistical individual case data were correlated to therapist information. This procedure proved to be helpful with regard to prospective efficacy research.