

Berner Fachhochschule
Soziale Arbeit

Abteilung WDF Weiterbildung,
Dienstleistungen und Forschung
Länggassstrasse 29, Postfach 6564
CH - 3001 Bern
Telefon +41 31 300 35 55
Telefax +41 31 300 35 56
www.soziale-arbeit.bfh.ch

Kontrolliertes Trinken als Behandlungsziel – Gesamt- schweizerische Umfrage zur Akzeptanz und Praxisum- setzung

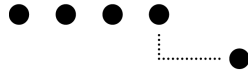
**Ergebnisbericht zum Modul B der dreiteiligen wissenschaftlichen Studie
„Kontrolliertes Trinken – Bestandesaufnahme und Umfrage zur Akzeptanz
und Praxisumsetzung als Behandlungsziel“**

Klingemann, Harald; Rosenberg, Harold; Schweizer, Barbara und Schatzmann, Sina

**Ein Projekt im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit und in Zusammenarbeit mit der
Eidgenössischen Kommission für Alkoholfragen (EKA)**

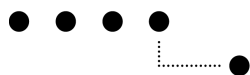
Vertrag Nr. 02.001548 / 2.24.02-184 und Vertrag Nr. 04.001356 / 2.24.02-184

Bern, Dezember 2005



Inhaltsverzeichnis

Tabellenverzeichnis	3
Abbildungsverzeichnis	3
1 Ausgangslage/Forschungsstand/Untersuchungsziele	4
1.1 KT-Akzeptanz im Spiegel internationaler Forschung.....	4
1.2 Vorläufige Befunde zur KT Akzeptanz in der Schweiz.....	7
1.3 Ziele der vorliegenden Untersuchung.....	12
2 Methode	13
2.1 Ermittlung der Grundgesamtheit von Alkoholberatungs- bzw. Alkoholbehandlungsangeboten in der Schweiz	13
2.2 Datenerhebung und -auswertung	15
2.3 Stichprobenbeschrieb	16
2.3.1 Charakteristika der untersuchten Einrichtungen	16
2.3.2 Angaben zu den Leitungspersonen, die den Fragebogen ausgefüllt haben sowie zu den Ausfüllmodi	20
2.4 Instrumententwicklung.....	20
3 Ergebnisse	22
3.1 Wie werden in der Behandlungspraxis ‚Abstinenz‘ und ‚Kontrolliertes Trinken‘ verstanden und grundsätzlich bewertet?	22
3.2 Welche Ziele und Behandlungsformen akzeptieren TherapeutInnen bei Alkoholmissbrauch und Alkoholabhängigkeit? - ‚Kontrolliertes Trinken‘ im Kontext des therapeutischen Interventionskataloges.....	28
3.3 Welchen Annahmen folgt die Empfehlung oder Ablehnung von kontrolliertem Trinken?	35
3.4 Zur relativen Bedeutung von KT im aktuellen Behandlungsangebot und ‚Wie wird das Potential KT- geeigneter PatientInnen eingeschätzt und ausgeschöpft?‘	42
4 Executive summary, vorläufige Empfehlungen	50
5 Literaturverzeichnis	54
Anhang A	56

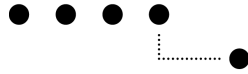


Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Bereinigte Grundgesamtheit der Behandlungsanbieter (II).....	14
Tabelle 2: Verteilung der bereinigten Grundgesamtheit (II) nach Region und Angebot – „Drogindex“-Angaben	14
Tabelle 3: Vergleich verschiedener Grundgesamtheiten von Alkohol-Suchteinrichtungen der Schweiz	15
Tabelle 4: Vergleich Verteilung der Stichprobe und Grundgesamtheit nach Region und Angebot – „Drogindex“-Angaben.....	17
Tabelle 5: Verteilung der Stichprobe nach Region und Angebot - Selbsteinschätzung	17
Tabelle 6: Anteil der KlientInnen mit primären Alkoholproblemen pro Angebotsbereich	19
Tabelle 7: Beschreibung Verteilung Vollzeitstellen insgesamt und nach Berufsfeldern	19
Tabelle 8: Themen und Variablenbeispiele des Erhebungsinstruments.....	21
Tabelle 9a: Die relative Bedeutung subjektiver Kategorien des Verständnisses von „Kontrolliertem Trinken“ (KT) bei der Einrichtungsleitung	24
Tabelle 9b: Die relative Bedeutung subjektiver Definitionsmerkmale von „Abstinenz“ bei der Einrichtungsleitung	26
Tabelle 10a: Bedingte Akzeptanz/Ablehnung des KT bei Alkoholproblemen nach Institutionstyp und Sprachregion .	27
Tabelle 10b: Wahrgenommene „KT-Freundlichkeit“ der Umfrage nach Sprachregion: „Finden Sie, dieser Fragebogen vertritt eher eine ...“ (Frage 85)	27
Tabelle 11a: Akzeptanz von Kontrolliertem Trinken nach Therapiezielreichweite, Diagnose und Einrichtungstyp.....	29
Tabelle 11b: Diagnosebezogene Therapieakzeptanz und Therapiezielmitbestimmung nach Institutionstyp im Mittelwertvergleich (t-test)	31
Tabelle 12: Matrix der Produkt-Moment-Korrelationen der Therapieakzeptanz, Therapiezielmitbestimmung und Institutionsgrösse.....	33
Tabelle 13: Faktorenanalyse der Akzeptanz verschiedener Therapieziele und der Einstellung zur Therapiezielmitbestimmung.....	34
Tabelle 14a: Zur relativen Relevanz diagnostischer Kriterien, die <i>für</i> KT sprechen nach Institutionstyp	36
Tabelle 14b: Voraussetzungen für <i>Ablehnung</i> des KT-Wunsches nach Sprachregion	38
Tabelle 14c: Voraussetzung für die <i>Ablehnung</i> des KT-Wunsches nach Institutionstyp.....	38
Tabelle 15a: Aktuelle KT-bezogene Behandlungsangebote nach Einrichtungstyp (Mehrfachnennungen; N=138)	43
Tabelle 15b: Aktuelle KT-unabhängige Behandlungsgebiete nach Einrichtungstyp (Mehrfachnennungen).....	44
Tabelle 16a: Angebotslegitimation „pro – kontra – KT“ nach Einrichtungstyp	46
Tabelle 16b: Informationsquellen zu KT (N=138)	47
Tabelle 17a: Geschätztes KT Klientenpotential in Einrichtungen, welche KT anbieten, nach tatsächlichem Potential bei männlichen Klienten während der letzten 12 Monate nach Institutionstyp	48
Tabelle 17b: Geschätztes KT-KlientInnenpotential in Einrichtungen, welche KT anbieten, nach tatsächlichem Potential bei männlichen Klienten während der letzten 12 Monate nach Sprachregion.....	49

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Zeitlicher Ablauf der Datenerhebung unter Einbezug des Rücklaufs.....	15
--	----



1 Ausgangslage/Forschungsstand/Untersuchungsziele (Harald Klingemann & Harold Rosenberg)

Das vorliegende Forschungsprojekt zum ‚Kontrollierten Trinken‘ folgt einem Stufendesign. Bereits vorgelegt wurde ein internationaler Expertenbericht zum Stande der Forschung (Modul A), welcher unter anderem Beiträge zur konzeptuellen Begriffsklärung, eine Übersicht über klinische Anwendungsmodalitäten und theoretische Hintergründe lieferte (Klingemann et al., 2004). In einem zweiten Schritt galt es, wissens- und einstellungsbezogene Aspekte zum Thema ‚KT als mögliches Behandlungsziel‘ im Suchtbehandlungssystem der Schweiz *empirisch* zu erfassen und die relative Bedeutung von KT in der aktuellen Behandlungs*praxis* näher zu beschreiben (Modul B). Hierzu wurde eine Repräsentativbefragung bei 138 stationären und ambulanten Behandlungsanbietern in allen Landesteilen durchgeführt, deren Ergebnisse im Folgenden näher dargestellt werden. Als Vorstufe oder Brücke zur erfahrungswissenschaftlichen Beschreibung der KT-Problematik in der Praxis wurden bereits in der oben erwähnten Literaturexpertise nationale und internationale Forschungsergebnisse spezifisch zur Frage der Therapiezielakzeptanz referiert (Abschnitte 5.4, 6.1), welche die Basis für die schweizerische Repräsentativ-umfrage lieferten; sie werden zum besseren Verständnis beziehungsweise als Hintergrundinformation für die Ergebnisinterpretation hier in ergänzter Form einleitend erneut präsentiert. Schliesslich bietet sich ein Vergleich der Befunde der Behandlungsanbieterumfrage mit der bereits im Vorfeld und im Rahmen des Literaturberichtes durchgeführten Vernehmlassung bei elf ExpertInnen zu den Themenkreisen ‚Verbreitung und Akzeptanz von KT in der Schweiz‘, ‚Diagnostik‘ und ‚Zukunft und Entwicklung KT in der Schweiz‘ an (vgl. Abschnitt 6.4 im o.a. Bericht ‚KT in der Schweiz im Spiegel der Expertenmeinungen‘). Die integrale Zusammenführung dieser verschiedenen Perspektiven unter Einbezug eben dieser ExpertInnen ist im Rahmen einer Konsensus-Fachtagung vorgesehen (Modul C).

1.1 KT-Akzeptanz im Spiegel internationaler Forschung

Untersuchungen in Nordamerika, Europa und Australien zeigen, dass die Akzeptanz und Anwendung von KT als therapeutische Option sowohl von der konzeptuellen Ausrichtung der jeweiligen Therapiesysteme – insbesondere was die Akzeptanz des Schadensbegrenzungsansatzes anbetrifft- als auch von den jeweiligen organisatorischen Bedingungen (ambulant, stationär) und schliesslich den Sucht- und Wirkungskonzepten der Behandelnden (Indikationsstellung) abhängen.

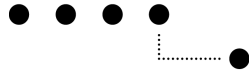
So haben Rosenberg und Davis (1994) festgestellt, dass Kontrolliertes Trinken von fast allen der stationären Einrichtungen (einschliesslich stationärer Entzugsstationen, Rehabilitation sowie Übergangseinrichtungen), die geantwortet hatten, nicht akzeptiert wurde. Annähernd die Hälfte der ambulanten Programme jedoch, von denen eine Antwort einging, bezeichnete gemässigtetes Trinken für eine Minderheit der PatientInnen als geeignet (z.B. bei PatientInnen, die wegen Delikten aufgrund von Trunkenheit am Steuer verurteilt worden waren). In der Untersuchung stellte sich zudem heraus, dass Kontrolliertes Trinken, einmal als Therapieziel akzeptiert, nur für eine Minderheit von PatientInnen als zweckmässig erachtet wurde. Aus der Forschung zu den Prognosefaktoren (Rosenberg, 1993) lassen sich wichtige Faktoren für die Empfehlung von Therapiezielen ableiten, dazu gehören spezifische Eigenschaften der PatientIn-



nen wie Schweregrad der vergangenen Alkoholabhängigkeit, frühere Therapien, kriminelles Verhalten, Auswahl des Therapieziels und soziale Stabilität/soziale Beziehungen.

Auch in Kanada stösst Kontrolliertes Trinken gemäss Untersuchungen von Alkoholtherapien auf begrenzte Akzeptanz, obwohl verglichen mit den USA ein grösserer Anteil der BeraterInnen und TherapeutInnen Nicht-Abstinenzziele guthiessen. Rush und Ogborne (1986) stellten beispielsweise fest, dass nur wenig mehr als ein Drittel der Therapieeinrichtungen für Alkoholabhängige in der Provinz Ontario, von denen eine Antwort eingegangen war, die Nicht-Abstinenz für zumindest einige ihrer KlientInnen als geeignet erachteten, obwohl die Akzeptanz von Nicht-Abstinenzzielen ansonsten sehr unterschiedlich ausfiel, je nachdem ob es sich dabei um stationäre Therapieeinrichtungen oder Betreuungsstationen des Gemeinwesens für ambulante PatientInnen handelte. Vor rund zehn Jahren konstatierten Rosenberg, Devine und Rothrock (1996) basierend auf einer randomisierten Auswahl von kanadischen Alkoholtherapieeinrichtungen in verschiedenen Provinzen, dass rund 40% der Therapieeinrichtungen, die geantwortet hatten, KT als akzeptables Ziel für ihre Klientel erachteten. Zudem bezeichnete ein Drittel der in Therapieeinrichtungen Beschäftigten, in denen Kontrolliertes Trinken nicht zur Wahl stand, gemässigtetes Trinken als akzeptabel für KlientInnen in anderen Einrichtungen oder für ihre eigenen KlientInnen nach deren Verlassen der Institution. Wie bereits bei den Ergebnissen anderer Erhebungen war auch hier eine in Abhängigkeit der Einrichtung variierende Akzeptanzrate festzustellen, wobei in denjenigen Institutionen, in denen mehr schwer abhängige KlientInnen betreut wurden (z. B. PatientInnen in stationären Programmen, Wohneinrichtungen der Gemeinde und Rehabilitationszentren) Kontrolliertes Trinken als Therapieziel öfters abgelehnt wurde als bei Programmen für ambulante PatientInnen.

Im Gegensatz zu den USA und Kanada ergaben nationale Untersuchungen in Australien und einigen westeuropäischen Ländern eine breite Akzeptanz von Kontrolliertem Trinken sowie auch dessen Einsatz als Therapieziel für ProblemtrinkerInnen. So kamen drei, in einem zeitlichen Abstand von zehn Jahren von den „British Alcohol Treatment Agencies“ durchgeführte Erhebungen zum Schluss, dass drei Viertel der Einrichtungen zur Behandlung von Substanzmissbrauch Kontrolliertes Trinken als akzeptables Therapieziel betrachteten (Robertson & Heather, 1982; Rosenberg, Melville, Levell, & Hodge, 1992; Rosenberg & Melville, 2003). Hinsichtlich der Beziehung zwischen Schweregrad und Stabilität des Therapieziels einerseits und der Akzeptanz des Kontrollierten Trinkens andererseits stellten Rosenberg und Melville (2003) fest, dass eine grosse Mehrheit von Institutionen bei AlkoholmissbraucherInnen Kontrolliertes Trinken entweder als Zwischenziel (86%) oder als endgültiges Therapieziel (81%) unterstützten. Bei alkoholabhängigen KlientInnen schienen die Institutionen Kontrolliertes Trinken eher als Zwischenphase auf dem Weg in die Abstinenz (68%) zu akzeptieren, denn als endgültiges Therapieziel (50%). Rund zwei Drittel oder sogar mehr der befragten Institutionen erklärten, ihre Klientel dürfe sich für Kontrolliertes Trinken entscheiden, obwohl sich auch hier je nach Schweregrad des Alkoholproblems und der Stabilität des Therapieziels Unterschiede ergaben. Die Ergebnisse der aktuellsten Untersuchung dieser Autoren bei Behandlungsanbietern in England, Wales und Schottland sind konsistent mit den älteren Vergleichsuntersuchungen was die Akzeptanz von KT bei Alkoholmissbrauch und Alkoholabhängigkeit anbetrifft. Die Differenzierung zwischen Abhängigkeit (50% der Befragten akzeptieren KT als Endziel; 68% als Zwischenziel) und Missbrauch (81% der Befragten akzeptieren KT als Endziel; 86% als Zwischenziel) ist jedoch weniger akzentuiert als man vielleicht erwarten könnte (Rosenberg und Melville, 2005). Diese Untersuchung



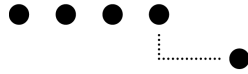
bezieht erstmals auch die Akzeptanz kontrollierten Drogenkonsums in die Analyse mit ein und weist durchaus vergleichbare Akzeptanzwerte von KT bei Abhängigkeitsdiagnose und lediglich eine etwas schwächere Akzeptanz von KT als Zwischenziel bei Missbrauch illegaler Drogen aus. Hingegen trifft der Gedanke, dass man dauerhaft, als therapeutisches Endziel kontrolliert Suchtmittel konsumieren kann bei Alkohol weit weniger auf Skepsis (12%) als bei illegalen Drogen (20%). Aufgrund der Anonymität der Befragung konnte leider kein Vergleich zwischen ambulanten und stationären Programmen durchgeführt werden.

Auch in Skandinavien werden Nicht-Abstinenz-Ziele akzeptiert. Duckert (1989) beispielsweise führt eine Untersuchung aus dem Jahr 1987 über norwegische Alkoholtherapiezentren an, wonach 90% der befragten Institutionen berichteten, dass ambulante KlientInnen die Wahl hätten zwischen Abstinenz und gemässigtem Trinken; 59% der Einrichtungen überlassen auch den stationären PatientInnen die Entscheidung zwischen den beiden genannten Therapiezielen.

In Deutschland wurde zwar die Akzeptanz von Kontrolliertem Trinken bisher nicht untersucht, doch Körkel (2002) berichtete, dass sein „Ambulantes Gruppenprogramm zum kontrollierten Trinken Akt“ auf Widerstand von Seiten abstinenzorientierter Selbsthilfeorganisationen gestossen sei. Er stellte ausserdem fest, dass bestimmte professionelle TherapeutInnen, die öffentlichen Medien und rund ein Drittel der Klientel in Rehabilitationsprogrammen an Kontrolliertem Trinken interessiert waren und dieses auch als Trinkziel akzeptierten.

Zwei Studien aus dem Jahr 1997 zufolge besteht in Australien eine breite Akzeptanz des Kontrollierten Trinkens. Donovan und Heather (1997) untersuchten Alkoholtherapieeinrichtungen im australischen Bundesstaat New South Wales und stellten fest, dass 72% der Befragten Kontrolliertes Trinken für einen kleinen Prozentsatz ihrer Klientel als geeignetes Ziel erachteten. Ähnlich den Untersuchungsergebnissen anderer Länder variierte auch hier die Akzeptanz je nach Art der angebotenen Behandlung. Zwar wurde KT von einer grossen Mehrheit der staatlichen Institutionen und Alkoholtherapie-Programmen gutgeheissen, doch in keiner der stationären Einrichtungen galt Kontrolliertes Trinken als zulässig. Dawe und Richmond (1997) führten eine telefonische Befragung von 173 Institutionen durch, welche rund 40 % der Therapieeinrichtungen in Australien ausmachen. Insgesamt boten 66% der befragten Institutionen Beratung zu Kontrolliertem Trinken als Therapieziel an. Ähnlich wie andere Wissenschaftler stellten Dawe und Richmond fest, dass sich die Akzeptanz je nach Art der Einrichtung unterschied: Nur 27% der stationären Einrichtungen boten Kontrolliertes Trinken an, verglichen mit 70% derjenigen Einrichtungen, die sowohl stationäre als auch ambulante Therapien anboten, gegenüber 89% der ambulanten Einrichtungen. Kontrolliertes Trinken wurde für KlientInnen als geeignet erachtet, welche sich für dieses Therapieziel entschieden hatten, einen geringeren Schweregrad aufwiesen und tendenziell jünger waren. KlientInnen, deren Problemtrinken einen höheren Schweregrad oder eine längere Dauer aufwies, die bereits erfolglose Ausstiegs- oder Mässigungsversuche hinter sich oder sich für Abstinenz entschieden hatten, galten hingegen als ungeeignete KandidatInnen für Kontrolliertes Trinken.

Die Ergebnisse dieser Studien verdeutlichen den hohen Stellenwert, den viele Einrichtungen der freien Wahl ihrer PatientInnen bezüglich Therapieziel und Kontrolliertem Trinken beimessen. Allerdings liegt die Akzeptanz von Kontrol-



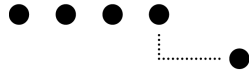
liertem Trinken bei den stationären Einrichtungen viel tiefer als in ambulanten oder gemischten Einrichtungen, in den USA noch tiefer als in anderen Ländern. Es überrascht nicht weiter, dass Akzeptanz von Kontrolliertem Trinken sowohl vom Schweregrad der Abhängigkeit der Klientel als auch davon abhängig ist, ob die Nicht-Abstinenz ein Zwischen- oder endgültiges Therapieziel darstellt. Unseres Erachtens beeinflussen auch andere Eigenschaften der KlientInnen (z. B. Häufigkeit des Gebrauchs weiterer psychoaktiver Substanzen, psychiatrische Erkrankungen, Unterstützung des sozialen Umfelds zur Erreichung des Therapieziels) – und die Suchtkonzeptions-Theorie der Fachleute – den Grad, bis zu welchem Nicht-Abstinenz als Therapieziel Unterstützung findet. Diese anderen Faktoren können die Akzeptanz von Kontrolliertem Trinken jedoch beeinträchtigen. In der Forschung zu Therapieergebnis und Spontanremission konnte die Prävalenz von Kontrolliertem Trinken gezeigt werden. Zudem stellt Kontrolliertes Trinken, da es zahlreiche gesundheitsschädigende Folgen von Alkoholmissbrauch reduziert, eine Form der Schadensreduzierung dar. Aus diesem und anderen Gründen wird Kontrolliertes Trinken oder gemässigter Konsum zumindest in einigen Teilen Westeuropas und Australiens weiterhin breit unterstützt. An dieser Stelle sei angemerkt, dass klinische Erfahrungen der Forel Klinik ähnliche Wirkungen auch bei abstinenzorientierten Programmen ergeben haben: Die Katamnesestudien der Forel Klinik zeigen, dass selbst PatientInnen, die wieder einen starken Konsum zeigten, weniger als die Hälfte tranken als zu Beginn der Therapie (vgl. Literaturreview Klingemann et al 2004, Projektmodul A).

1.2 Vorläufige Befunde zur KT-Akzeptanz in der Schweiz

Bis anhin liegen keine Untersuchungen zur Einstellung und Akzeptanz von KT im Versorgungssystem der Schweiz vor. Unsere Kenntnisse beschränken sich auf Teilaussagen zum konkreten KT-Behandlungsangebot, der Operationalisierung von KT im Rahmen von Katamnesestudien – vor allem im stationären Bereich – Potentialschätzungen aus Katamnesestudien und zur Bewertung von KT aus Sicht der Nachfrage, das heisst ambulanter oder stationärer Patienten.

(Konkretes Angebot; Operationalisierungen, Potentialschätzungen)

Die verbreitete Einstellung im stationären Bereich zur Möglichkeit des KT kann mit dem Tenor „Ziel ‚kontrolliertes Trinken‘: In manchen Fällen sinnvoll und trotzdem die Ausnahme“ gut umschrieben werden (Knaus, 2000). Diese quantitative Einschätzung bezieht sich verständlicherweise vor allem auf die Klientel, welche hoch selektiv in den Fachkliniken rekrutiert wird. Die Relevanz des Themas KT wird daher vor allem im ambulanten Bereich gesehen. Eine gewisse Skepsis und Unsicherheit der TherapeutInnen gegenüber dem KT als Therapieziel wird durch einen Teilbefund der Forel-Katamnesestudien trefflich illustriert: „Eigenartigerweise haben die Personen mit KT eine eher ungünstige Prognose durch die TherapeutInnen der Forel Klinik erhalten. Es ist offensichtlich für die TherapeutInnen schwierig, diese Gruppe einzuschätzen [...]“ (Sieber, 2000, S. 50). Gleichwohl wird KT als mögliches Therapieziel in den führenden Fachkliniken der Deutschschweiz mittlerweile grundsätzlich anerkannt und im Therapiekonzept als Teil der selbst bestimmten Therapiezielwahl berücksichtigt: Im Therapiekonzept der Forel Klinik wird der Trinkentscheid des/r Patienten/-in auf der Grundlage des ABC (Abstinenz lebenslang, begrenzte Abstinenz, kontrolliertes Trinken) (Meyer, Fehr et al., 2000, S. 42-43) immer wieder thematisiert. Viele PatientInnen können sich nicht vorstellen, nach der Entlassung abstinent zu leben. Beim gleichzeitigen grundsätzlichen Festhalten der Kliniken am Abstinenzziel ist allerdings



das Einüben kontrollierten Trinkens während des Therapieaufenthaltes bis anhin nicht vorgesehen oder erprobt. Vielmehr gilt: „Patienten, die sich für ein kontrolliertes Trinken entschieden haben und sich mit dem Abstinenzgebot der Klinik nicht mehr identifizieren wollen, wird in Einzelfällen im Sinne einer Realitätskontrolle angeboten, ihren persönlichen Trinkentscheid nach Abschluss der stationären Behandlung für eine bestimmte Zeit im Alltag auszuprobieren. Dazu ist es notwendig mit dem/der Patienten/-in zu klären, was er/sie unter kontrolliertem Trinken genau versteht“ (Meyer, Fehr et al., 2000, S. 43). Ganz ähnlich stellt sich die Situation in der Südhang Klinik dar. In deren Hauszeitschrift wird ebenfalls Kontrolliertes Trinken neben Abstinenz als Therapieziel anerkannt und vermutet, dass die Erfolgchancen des KT steigen, wenn man sich bereits zu Beginn der Therapie und nicht erst am Schluss auf dieses Trinkziel einstellt und möglichst eine Einnischung des Partners oder der Partnerin in die Selbstkontrolle des/der Patienten/-in vermeidet. Auch hier der Hinweis auf die Grenzen des KT-Ansatzes im stationären Rahmen: „Ein Ausprobieren des Trinkplans für das KT ist während einer Therapie nicht möglich [...], dies kann zur Folge haben, dass bei einem Austritt aus der Klinik der Trinkplan fehlerhaft respektive unvollständig sein kann.“ (Rondez, 2004).

Kontrolliertes Trinken wird im Rahmen der umfangreichen Katamnesestudien des wissenschaftlichen Dienstes der Forel Klinik bei Erfüllung der folgenden fünf Kriterien angenommen: a) maximal 2 bzw. 3 Standarddrinks bei Frauen bzw. Männern pro Tag; b) keine aktuelle Abstinenz; c) keine wiederholten Rausche seit Entlassung; d) höchstens drei Tage Rückfall seit Entlassung; e) keine Abhängigkeitssymptome. 5.8% der Befragten entsprechen selbst dieser anspruchsvollen Definition; es wird vermutet, dass dieser im ambulanten Bereich noch höher liegt (Sieber, 2000, S. 46). Ausserdem zeigen weitere 40% einen positiven Verlauf, das heisst sie waren mindestens sechs Monate abstinent oder berichteten einen mässigen Alkoholkonsum (Sieber, 2000, S. 49). Ein Gruppenvergleich der Kontrolliert Trinkenden mit den Abstinenten und stark Trinkenden zeigt, dass erstere in vielen Belangen den Abstinenten ähnlich sind. Sie weisen insbesondere eine bessere Arbeitssituation und ein höheres Selbstwertgefühl (Kontrollüberzeugung) auf (Knaus, 2000). Allerdings war bei früheren Untersuchungen festgehalten worden, dass Rauschhäufigkeit und Rückfallrisiko bei den PatientInnen, welche Kontrolliertes Trinken als Therapieziel wählten überdurchschnittlich hoch sind (Sieber, Baumann, Deinlein, Schiess, & Sondheimer, 1996). (Tatsächlich rekrutiert sich die KT-Gruppe aus derjenigen, die bei Austritt Abstinenz als Ziel hatten. Diejenigen mit dem KT-Ziel zeigten einen insgesamt ungünstigen Verlauf.) Das verbleibende Indiz für die Abhängigkeitsthese, dass Kontrolliert Trinkende vor Eintritt weniger Vorbehandlungen aufwiesen, ist eher mit Vorsicht zu geniessen. Die Ablehnung oder Akzeptanz bestehender Behandlungsangebote kann nicht mit der Schwere des Alkoholismus in Verbindung gebracht werden.

In den Katamnesestudien am Spital Wattwil wird Kontrolliertes Trinken mengenmässig als Konsum definiert, welcher nicht mehr als zwei dl Wein oder sechs dl Bier pro Tag bei Frauen und vier dl Wein oder zehn dl Bier pro Tag bei Männern übersteigt (in der Folge präzisiert als „nie mehr als 16 Gramm bzw. 24 Gramm reinen Alkohols pro Tag bei Frauen bzw. Männern“). Weitere Kategorien des Trinkverhaltens neben „Abstinenz“ sind „Verbesserung“, „Konsum gleich“ und „Verschlechterung“. Eine Analyse der PatientInnen aus den Jahren 1992/1993 zeigt, dass nach zwölf Monaten der Anteil der so definierten Kontrollierten PatientInnen bei 9.3% lag, bei weiteren 13.6% wurde eine Verbesserung des Trinkverhaltens festgestellt (Grether et al., 1997, S. 51-53). Bei den PSA-Anschlusskatamnesen ergeben sich Anteile an Kontrolliert Trinkenden, welche zwischen 5% und 23% liegen (Spital Wattwil, 2001, 2002, 2003).



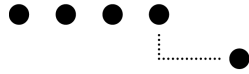
In Pressemeldungen lesen sich diese Ergebnisse unter der Überschrift „Genau definiert“ wie folgt: „Das Kontrollierte Trinken, ein genau definiertes Trinkverhalten (was, wie viel, wann, mit wem etc.), gelingt, wie dies auch die früheren Jahre zeigten, nur sehr wenigen alkoholabhängigen Menschen, nach einem Jahr waren es nur noch fünf Prozent“ (Toggenburger Zeitung, 2004).

Forschungsprojekte im ambulanten Bereich, welche sich primär mit dem KT-Thema befassen, liegen von ganz wenigen Ausnahmen abgesehen, bislang nicht vor. Zu diesen Ausnahmen im immer wichtigeren Bereich der Primärversorgung gehört die frühe Pionierstudie zur „Selbstkontrolle des Alkoholkonsums bei Patienten von Hausärzten“ (Noschis, 1987, 1988; Noschis, Müller, & Weiss, 1989), die den Versuch darstellt, die Machbarkeit und Wirksamkeit von Interventionen in der Arztpraxis zu testen, welche auf dem Gedanken des KT als Therapieziel im frühen Stadium der Abhängigkeitskarriere aufbauen. Ziel des Projektes war es festzustellen, unter welchen Bedingungen und mit welchem Erfolg ein Instrument zur Selbstregulation des Alkoholtrinkens bei PatientInnen von AllgemeinpraktikerInnen eingesetzt werden kann.

(Nachfrage, Einschätzung von PatientInnenpräferenzen)

Eine aktuelle Sekundäranalyse der Patientenstatistik des ambulanten Sektors SAMBAD (Statistik der ambulanten Behandlung und Betreuung im Alkohol- und Drogenbereich) liefert erstmals umfassende und repräsentative Aufschlüsse nicht nur über die Therapiezielpräferenz der PatientInnen sondern auch über deren Bestimmungsgründe (Maffli, Kuntsche, & Delgrande, 2003). Diese Analysen basieren auf den Ein- und Austrittsinformationen von 14'799 Fällen des nationalen ambulanten Monitoring Systems, welche zwischen 1995 und 2001 erfasst wurden. Beim Eintritt ordnet das Behandlungspersonal das angegebene Behandlungsziel (hinsichtlich der Hauptproblematik/-abhängigkeit) nach folgenden Kategorien ein: „definitive, unbegrenzte Abstinenz“, „zeitliche begrenzte Abstinenz“, „kontrollierter Alkoholkonsum“, „keine Einschränkung des Konsums intendiert“ und „unentschieden hinsichtlich des Therapieziels“. Mit dem Austrittsfragebogen wird das zu diesem Zeitpunkt angestrebte Therapieziel identisch erfasst. Es zeigt sich, dass bei der Aufnahme mehr als die Hälfte der PatientInnen (55%) keine lebenslange Abstinenz, sondern entweder zeitlich limitierte Abstinenz (22%) oder aber Kontrolliertes Trinken (19%) anstreben; 13% sind noch unentschieden (1.5%; n= 221 „trauen sich“, dem therapeutischen Personal anzugeben, dass sie ihren Konsum gar nicht ändern möchten – eine interessante Untergruppe, deren nicht Konsum bezogenen Änderungsziele von beträchtlichem Interesse wären). Daneben spielt der Wunsch nach lebenslanger Abstinenz mit 45% nach wie vor eine wichtige Rolle (Maffli et al., 2003, S. 3-4).

Punktuelle Vergleichsdaten aus Deutschland finden sich in der noch unveröffentlichten Diplomarbeit von S. Feder (Konsumziele von Klienten in stationärer Drogentherapie), welcher 82 PatientInnen in einer bayrischen Drogenlangzeitbehandlungseinrichtung befragte. Demnach optierten 86% gegen Alkoholabstinenz als Therapieziel, beim Cannabiskonsum wählten 46%, beim Heroinkonsum 12% und beim Rauchen 90% Mässigkeitzielsetzungen (zitiert nach Körkel, 2002a, S. 670-671).

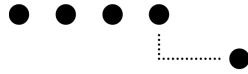


Eine genauere Betrachtung der Therapiezielereterminanten zeigt jedoch, dass Behandlungsvorerfahrung, Hilfesucheverhalten und soziodemographische Merkmale eine entscheidende Rolle bei der Zielwahl spielen. Entsprechend ist die relative Bedeutung der Therapieziele einzuschätzen. Lebenslange Abstinenz wird vor allem von behandelungserfahrenen Personen verfolgt, welche abstinenzorientierten Selbsthilfegruppen (vermutlich AA) und stationären Settings ausgesetzt waren und/oder institutionelle oder ärztliche Zuweisungen angeben. Genauer: Während fast 30% derjenigen, welche über Verwandte oder Arbeitgeber zur Beratung gekommen sind KT anstreben, sind es etwa nur halb so viele bei den zwangs- oder ärztlich/institutionell zugewiesenen PatientInnen. Maffli folgert entsprechend: "[...] strong relations [Anm. der Autoren: der Trinkzielwahl] to [...] experiences of support, consists in the assimilation of beliefs or concepts prevailing particularly in self-help groups and also in [...] treatment units, recommending abstinence as the only solution for alcohol-related problems" (Maffli et al., 2003, S. 13). Der zweite wichtige Bestimmungsgrund der Zielwahl ist die Fremdeinschätzung des Therapeuten, ob beim/bei der Klienten/-in Alkoholmissbrauch oder –abhängigkeit vorliegt. Auch bei multivariaten Analysen werden bei angenommener Abhängigkeit nur halb so oft KT oder zeitlich limitierte Abstinenz registriert als bei der Diagnose „Alkoholmissbrauch“ (Maffli et al., 2003, S. 10-11). Da keine objektiven Diagnosen vorliegen, bleibt offen, inwiefern die Patientendaten wirklich unabhängige Messungen darstellen, oder ob die erfasste Therapiezielwahl bereits Ergebnis eines vorgängigen Aushandlungsprozesses ist. Schliesslich können Alterseffekte festgestellt werden. Bei den unter 30-jährigen ist KT als Ziel wesentlich wichtiger als bei den übrigen Altersgruppen (ca. 27% vs. ca. 18%); sozialer Ausschluss durch die Abstinenzzielwahl mag hierbei eine Rolle spielen. Setzt man diese Befunde nun in Beziehung zu den erfassten Austrittsdaten, so zeigt sich eine Zunahme der mässigungsorientierten Trinkziele im Verlauf der Therapie von 21% auf 29%; ebenso steigt der Anteil derjenigen, welche jegliche Begrenzungen ablehnen von 1.4% auf 4.5%. Maffli vermutete, dass sich im Verlaufe der Behandlung eine realistischere Einschätzung der eigenen Möglichkeiten einstellt.

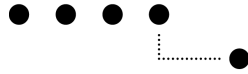
Die Patientenstatistik SAMBAD liefert wichtige erste Anhaltspunkte für die Differenzierung und Individualisierung des Behandlungsprozesses im ambulanten Bereich. Nach wie vor fehlen jedoch empirische Daten und Erhebungen, welche Aufschluss über den Therapieprozess und die Dynamik der Therapiezielveränderung liefern. Insgesamt gesehen wird jedoch das grosse Potential mässigkeitsorientierter Therapiezielsetzungen gerade bei Gruppen deutlich, welche das Behandlungsangebot kaum erreicht. Schliesslich zeichnen sich unterschiedliche Therapiephilosophien und Prinzipien zwischen dem ambulanten und dem stationären Bereich ab:

Aus der aktuellen Schweizerischen Multizenterstudie (SMS) ergeben sich erstmals wichtige Anhaltspunkte für die relative Bedeutung der Therapiezielwahl im stationären Bereich¹. Diese basieren auf Angaben von 791 PatientInnen bei Eintritt in eines von 12 deutschsprachigen stationären Behandlungszentren für Alkoholabhängige, sowie Angaben von 654 PatientInnen bei Austritt und 589 ein Jahr nach Austritt (es handelt sich um eine Einjahreskatamnese – Daten, die im Übrigen mit 3700 PatientInnen aus 15 Zentren in den USA verglichen werden können). a) Bei Eintritt geben rund 75% Abstinenz und 25% KT als Therapieziel, bei Austritt 78% Abstinenz bzw. 22% KT als Ziel für das

¹ Es handelt sich im Folgenden um vorläufige Ergebnisse und Auswertungen von Franz Moggi, welche – angeregt durch eine Vorfassung dieses Berichtes – im Rahmen einer persönlichen Email-Mitteilung vom 11. Oktober 2004 übermittelt worden sind.



nächste Jahr an, also keine wesentliche, d.h. statistisch signifikante Veränderung; b) PatientInnen mit KT als Ziel trinken während der Behandlung tendenziell eher mindestens einmal Alkohol (46%) als PatientInnen mit Abstinenz als Therapieziel (38%); c) PatientInnen mit KT sind mit der Therapie unzufriedener, glauben eher nicht die erwünschte Behandlung erhalten zu haben, würden selber das Therapieprogramm im Falle eines Wiedereintritts nicht wieder besuchen bzw. es einem Freund empfehlen und geben eher an, dass keine Übereinstimmung zwischen TherapeutIn und PatientIn in Bezug auf das Behandlungsziel zustande gekommen ist; d) PatientInnen mit KT als Therapieziel bei Austritt hatten ein Jahr nach der Behandlung häufiger mindestens einmal Alkohol konsumiert (88%) als PatientInnen mit Abstinenz (63%); e) PatientInnen mit KT als Therapieziel bei Austritt konsumierten ein Jahr nach der Behandlung an typischen Trinktagen etwas mehr Alkohol in Gramm (99g) als PatientInnen mit Abstinenz (95g), die rückfällig geworden waren. KT-PatientInnen trinken auch schneller nach Austritt wieder Alkohol, geben aber an länger kontrolliert zu trinken als PatientInnen mit Abstinenzziel. Vorbehaltlich weiterer Analysen, scheinen diese Befunde zumindest die Annahme zu stützen, dass sich Kontrolliertes Trinken auch ungeachtet der Therapiezielvorgaben letztlich als Verhaltensmuster durchsetzen kann.



1.3 Ziele der vorliegenden Untersuchung

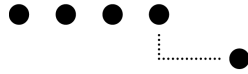
Komplementär zur bereits geleisteten theoretischen/konzeptuellen Übersicht zur KT-Thematik beschreibt die vorliegende schriftliche Repräsentativuntersuchung erstmals die relative Bedeutung von KT in der aktuellen Suchtbehandlungspraxis der Schweiz aus Sicht der Behandlungsanbieter. Es werden dabei insbesondere folgende Teilfragen – soweit sinnvoll – jeweils differenziert nach Institutionstyp und Landesteil sowie unter Rückbezug auf internationale Ergebnisse und die nationale Experteneinschätzung – näher beleuchtet:

(KT-Anbiereinschätzung)

- Welches Vorverständnis von KT treffen wir bei Behandlungsanbietern an und inwieweit wird KT in der Behandlungspraxis grundsätzlich in Betracht gezogen?
- Wie fällt die relative, differenzierte Akzeptanz von KT bei den Behandelnden aus und wie fügt sie sich in allgemeine Therapieauffassungen ein?
- Wie wird die Bedeutung diagnostischer Einzelkriterien bei der Bewertung von KT als Therapieziel beurteilt und inwieweit deckt sich diese Praxis mit der vorliegenden Evidenz?

(Tatsächliches aktuelles Angebot)

- Inwiefern und auf welcher Wissensgrundlage wird KT in der aktuellen Behandlungspraxis überhaupt angeboten und legitimiert?



2 Methode (Sina Schatzmann & Barbara Schweizer)

In Anlehnung an entsprechende internationale Studien (Robertson & Heather, 1982; Rosenberg, Melville et al., 1992; Rosenberg & Davis, 1994; Rosenberg, Devine et al., 1996; Donovan & Heather, 1997; Rosenberg & Melville, 2005) ist eine Umfrage bei ambulanten und stationären Alkohol-Suchteinrichtungen der Schweiz durchgeführt worden. Hierfür wurden die Leitungspersonen der Institutionen schriftlich befragt, um die Bekanntheit, Akzeptanz und behandlungspraktische Relevanz des KT-Konzeptes in der Schweiz erstmals repräsentativ zu erheben.

2.1 Ermittlung der Grundgesamtheit von Alkoholberatungs- bzw. Alkoholbehandlungsangeboten in der Schweiz

Die Auswahl der Stichprobe basiert auf dem vom Bundesamt für Gesundheit BAG herausgegebenen Onlineverzeichnis der im Alkohol- und Drogenbereich tätigen Institutionen „Drogindex“ (siehe www.drogindex.ch). Das Verzeichnis enthält Einrichtungen, die bei Gemeinden, Kantonen oder beim Bund gemeldet bzw. bewilligt sind (in der Schweiz existiert sowohl für staatliche wie private Institutionen eine gesetzliche Anmeldepflicht). Laut BAG wurde das Verzeichnis letztmals im Jahr 2002 grundlegend überarbeitet. Aktualisierungen fanden seither jedoch in regelmässigen Abständen statt. Für die vorliegende Untersuchung sind 332 Institutionen der Kategorie *Alkohol und Suchtbereich* (Ambulante Beratungsstellen, Kliniken, Reha-Zentren, Wohnheime), mit Ausnahme von Selbsthilfegruppen, herausgefiltert worden. Des Weiteren ausgeschlossen wurden einige wenige Institutionen, die offensichtlich keine spezialisierte Intervention anbieten (z.B. Schularztämter). Um sicher zu gehen, dass möglichst viele relevante Einrichtungen in die Untersuchung Eingang finden, ist zusätzlich die Datenbank der Schweizerischen Koordinationsstelle für stationäre Therapieangebote im Drogenbereich „KOSTE“ (siehe www.koste.ch) konsultiert worden. Dabei kamen unter den Rubriken *Stationär Alkohol* und *Stationär Alkohol und Drogen gemischt* weitere 20 Alkoholeinrichtungen zu den Institutionen des „Drogindex“ hinzu. Schliesslich konnte somit eine Grundgesamtheit (I) von gesamthaft 324 Institutionen ermittelt werden.

Im Verlaufe der Datenerhebung musste diese Grundgesamtheit jedoch nach unten korrigiert werden (vgl. Tabelle 1). Von den zurück gesendeten Fragebögen waren 29 für mehr als eine Institution ausgefüllt worden (Sammelmeldungen), bzw. für mehrere Subinstitutionen einer Organisationseinheit (z.B. ein einziger Fragebogen für alle Subinstitutionen des Blauen Kreuzes Bern). Aus Gründen der Vergleichbarkeit (vgl., Robertson & Heather, 1982; Rosenberg, Melville et al., 1992; Rosenberg & Davis, 1994; Rosenberg, Devine et al., 1996; Donovan & Heather, 1997; Rosenberg & Melville, 2005) wurde auf eine Gewichtung nach Fragebogen im Datensatz verzichtet. Entsprechend reduzierte sich die Grundgesamtheit (I) um 51 Institutionen. Des Weiteren meldeten 69 Institutionen, dass sie keine Beratungen/Behandlungen bei Alkoholproblemen anbieten, also fälschlicherweise zur Grundgesamtheit (I) gezählt worden bzw. in den Datenbanken von „Drogindex“ und „Koste“ enthalten sind. Sieben Einrichtungen hatten in der Zwischenzeit ihren Betrieb eingestellt. Die bereinigte Grundgesamtheit (II) umfasste somit 197 Institutionen.

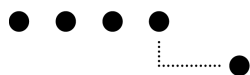


Tabelle 1: Bereinigte Grundgesamtheit der Behandlungsanbieter (II)

	Anzahl Institutionen
Total Grundgesamtheit (I)	324
„Sammelmeldungen“	51
Keine AlkoholklientInnen	69
Betrieb eingestellt	7
Total Bereinigte Grundgesamtheit (II)	197

Die 197 Institutionen der bereinigten Grundgesamtheit setzen sich laut Angaben des „Drogindex“ aus 100 ambulanten Beratungsstellen, 84 stationären Einrichtungen sowie 13 Institutionen mit sowohl ambulantem als auch stationärem Angebot zusammen (vgl. Tabelle 2).

Tabelle 2: Verteilung der bereinigten Grundgesamtheit (II) nach Region und Angebot – „Drogindex“-Angaben

	Spaltentotal	Ambulant	Stationär	Ambulant + stationär	Zeilentotal
Deutschschweiz	155 (78.7%)	80 (51.6%)	67 (43.2%)	8 (5.2%)	155 (100%)
Französische Schweiz	30 (15.2%)	13 (43.3%)	15 (50%)	2 (6.7%)	30 (100%)
Italienische Schweiz	12 (6.1%)	7 (58.3%)	2 (16.7%)	3 (25%)	12 (100%)
Total	197 (100%)	100 (50.8%)	84 (42.6%)	13 (6.6%)	197 (100%)

Kann nun davon ausgegangen werden, dass bei der vorliegenden Untersuchung sämtliche Alkohol-Suchteinrichtungen der Schweiz um Beteiligung angefragt wurden? Die tatsächliche Anzahl der im Alkoholbereich tätigen Suchteinrichtungen kann für die Schweiz nur vermutet bzw. aus verschiedenen Informationsquellen näherungsweise abgeleitet (vgl. Tabelle 3) werden. Nebst der Konsultation der öffentlich zugänglichen Datenbanken „Drogindex“ und „Koste“ macht es demnach Sinn, die Grundgesamtheit der vorliegenden Untersuchung mit denjenigen anderer Schweizer Statistiken zu vergleichen. Die bei der „Statistik der ambulanten Behandlung und Betreuung im Alkohol- und Drogenbereich SAMBAD“ verwendete Grundgesamtheit wird anhand der in dem Schweizerischen Betriebs- und Unternehmensregister verzeichneten Stellen des ambulanten Suchtbereichs ermittelt. Für die Bereiche Alkohol, Sucht sowie Andere Stellen geht SAMBAD von einer Grundgesamtheit von 190 ambulanten Einrichtungen aus. Darin sind Alkohol-, Suchtberatungsstellen sowie polyvalente und psychiatrische Dienste enthalten (Bundesamt für Statistik & Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme SFA, 2004). Insbesondere letztere haben an der vorliegenden Untersuchung häufig nicht teilgenommen mit der Begründung, dass Alkoholberatungen kaum angeboten werden bzw. nicht ihr zu ihrem Tagesgeschäft gehören. Überprüft wurde auch, ob sämtliche Kliniken der „Schweizerischen Arbeitsgemeinschaft der Kliniken und Rehabilitationszentren für Alkohol- und Medikamentenabhängige SAKRAM“ in der Grundgesamtheit der vorliegenden Untersuchung enthalten sind. Zum Einschluss der FOS Institutionen („Basisstatistik der Klientinnen und Klienten in stationärer Suchttherapie“ des Forschungsverbunds stationäre Suchttherapie FOS) konnten keine detaillierten Angaben gemacht werden. Ende 2004 beteiligten sich aufgrund häufiger Betriebsschliessungen gerade noch 57 Institutionen an der FOS-Statistik²

² Siehe: <http://www.suchtforschung.ch/>

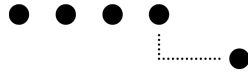


Tabelle 3: Vergleich verschiedener Grundgesamtheiten von Alkohol-Suchteinrichtungen der Schweiz

	Grundgesamtheit (II) „Vorliegende Untersuchung“	Grundgesamtheit „Drogindex“**	Grundgesamtheit „Koste“	Grundgesamtheit „SAMBAD“	Bevölkerungsanteil
Deutschschweiz	155 (78.7%)	245 (75.6%)	72 (80.9%)	149 (78.4%)	5'783'392 (78%)
Französische Schweiz	30 (15.2%)	61 (18.8%)	15 (16.9%)	31 (16.3%)	1'311'779 (17.7%)
Italienische Schweiz	12 (6.1%)	18 (5.6%)	2 (2.2%)	10 (5.3%)	319'931 (4.3%)
Total	197 (100%)	324 (100%)	89 (100%)	190 (100%)	7'415'102 (100%)

*In dieser Grundgesamtheit sind zusätzlich 20 Institutionen aus der „Koste-Datenbank“ enthalten, die unbegründeterweise im „Drogindex“ fehlten.

Der Vergleich in Tabelle 3 unter Berücksichtigung der Tabelle 2 macht deutlich, dass bei der vorliegenden Untersuchung die Mehrheit der Schweizerischen Alkohol-Suchteinrichtungen um Beteiligung angefragt wurde, insbesondere im stationären Bereich.

2.2 Datenerhebung und -auswertung

Der Versand des Fragebogens an die 324 Alkohol-Suchthilfeinstitutionen erfolgte am 14. Februar 2005 (vgl. Abbildung 1). Nebst den Begleitschreiben, lag dem Fragebogen ein frankiertes Rückantwortkuvert bei. Nach Ablauf der Rücksendefrist vom 31. März 2005 erhielten 95 Institutionen, von denen noch keine Rückmeldung vorlag, am 19. April 2005 ein Erinnerungsschreiben. Zur Verbesserung des Rücklaufs wurden dem Erinnerungsschreiben Sonnenblumensamen beigelegt, nach dem Motto: „Lassen Sie die Saat aufgehen. Wenn Sie unseren Fragebogen ausfüllen, können wir Ihnen bei Projektende einen Blumenstrauss voller Erkenntnisse überreichen!“. Nach Ablauf der zweiten Rücksendefrist am 29. April 2005, wurden diejenigen Institutionen, die immer noch nicht reagiert hatten, zwischen Mai und Juni 2005 telefonisch kontaktiert.

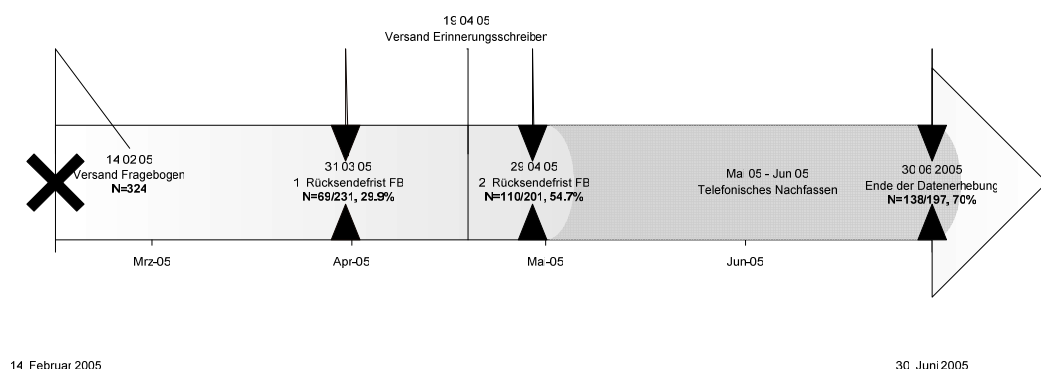
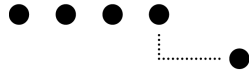


Abbildung 1: Zeitlicher Ablauf der Datenerhebung unter Einbezug des Rücklaufs

Die sehr zufrieden stellende Rücklaufquote der vorliegenden Untersuchung (70%) ist durchaus vergleichbar mit verwandten Studien im Ausland wenngleich der absolute Stichprobenumfang geringer ausfällt (Robertson & Heather, 1982; Rosenberg, Melville et al., 1992; Rosenberg & Davis, 1994; Rosenberg, Devine et al., 1996; Donovan & Hea-



ther, 1997; Rosenberg & Melville, 2005). Als Gründe für die Nicht-Teilnahme an der Studie wurden insbesondere die nicht verfügbare Zeit aufgrund des steigenden Kostendrucks sowie mangelnde Erfahrung aufgrund häufiger Beraterwechsel bzw. Abwesenheit der Stellenleitung, genannt. Verglichen mit der Grundgesamtheit (vgl. Tabelle 2, Abschnitt 2.1) fehlen am häufigsten Institutionen aus der italienischen Schweiz in der Stichprobe (50% bzw. 6 von 12 Institutionen ohne Antwort auf die Befragung). In der französischen Schweiz haben 40% bzw. 12 von 30 Institutionen keinen Fragebogen zurückgeschickt. Die höchste Teilnahmebereitschaft zeigten Deutschschweizer Einrichtungen (lediglich 26.5% bzw. 41 von 155 Institutionen nahmen *nicht* teil). Bezogen auf die Angebotsbereiche laut „Drogindex“ haben sich 25% (n=25) der „ambulanten“, 34.5% (n=29) der „stationären“ und 38.5% (n=5) der „ambulanten & stationären“ Einrichtungen *nicht* an der Untersuchung beteiligt. Deutschschweizer sowie ambulante Einrichtungen sind demnach leicht überrepräsentiert.

Von einem Matching mit Daten der Schweizer Sucht Statistiken (Act-Info) wurde nach eingehenden Abklärungen mit den Verantwortlichen für die SAMBAD-Statistik (Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Suchtfragen SFA), abgesehen. Der Koordinationsaufwand hätte den Nutzen bei Weitem überstiegen, denn nur eine sehr geringe Anzahl Daten hätte überhaupt verglichen werden können und ein Matching hätte die schriftliche Einwilligung der jeweiligen Institution bedingt.

Für die Auswertung der qualitativen Daten aus den offenen Fragen wurde eigens ein umfangreiches Kategoriensystem entwickelt und sämtliche Angaben kategorisiert. Die jeweils ersten 30 Fragebogen im Datensatz wurden auf Inter-Raterübereinstimmung hin überprüft. Es konnte eine durchschnittliche Übereinstimmung von 88.9% ausgemacht werden, was als genügend interpretiert werden darf.

2.3 Stichprobenbeschreibung

In einem ersten Schritt werden die in der Stichprobe enthaltenen Institutionen beschrieben. Danach wird auf die Charakteristika der Leitungspersonen, die den Fragebogen beantwortet haben sowie auf die vorhandenen Angaben zum Ausfüllmodus, eingegangen.

2.3.1 Charakteristika der untersuchten Einrichtungen

Werden die 138 Institutionen der Stichprobe anhand der „Drogindex“- Kategorienangaben „Ambulant“, „Stationär“ und „Ambulant und stationär“ kategorisiert, ergibt sich die in Tabelle 4 ersichtliche Einteilung:

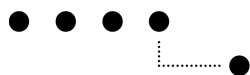


Tabelle 4: Vergleich Verteilung der Stichprobe und Grundgesamtheit nach Region und Angebot – „Drogindex“-Angaben

Grundgesamtheit	Spaltentotal	Ambulant	Stationär	Ambulant + stationär	Zeilentotal
Deutschschweiz	155 (78.7%)	80 (51.6%)	67 (43.2%)	8 (5.2%)	155 (100%)
Französische Schweiz	30 (15.2%)	13 (43.3%)	15 (50%)	2 (6.7%)	30 (100%)
Italienische Schweiz	12 (6.1%)	7 (58.3%)	2 (16.7%)	3 (25%)	12 (100%)
Total	197 (100%)	100 (50.8%)	84 (42.6%)	13 (6.6%)	197 (100%)
Stichprobe	Spaltentotal	Ambulant	Stationär	Ambulant + stationär	Zeilentotal
Deutschschweiz	114 (82.6%)	65 (57%)	43 (37.7%)	6 (5.3%)	114 (100%)
Französische Schweiz	18 (13%)	7 (38.9%)	10 (55.6%)	1 (5.5%)	18 (100%)
Italienische Schweiz	6 (4.4%)	3 (49.9%)	2 (33.4%)	1 (16.7%)	6 (100%)
Total	138 (100%)	75 (53.6%)	55 (39.9%)	8 (6.5%)	138 (100%)

Werden bei der Einteilung nach Angebotsbereichen, die Angaben aus den Fragebogen herangezogen, ergibt sich ein weitaus differenzierteres Bild (vgl. Tabelle 5). Rund 10% der Institutionen (n=13) können – laut Angaben der Befragten – weder als ambulante noch als stationäre, sondern als Übergangseinrichtungen bezeichnet werden. Rund 8% (n=11) werden von den Befragten in die Kategorie „andere Institutionen“ eingeteilt; dies betrifft insbesondere Wohnheime.

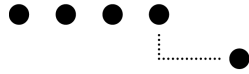
Die Angebotsbereiche verteilen sich unterschiedlich auf die Regionen. Deutlich erkennbar ist, dass sich die Stichprobe der Deutschschweiz (n=114) mehrheitlich aus ambulanten Einrichtungen und diejenige der französischen Schweiz (n=18) eher aus Institutionen wie Wohnheimen zusammensetzt.

Tabelle 5: Verteilung der Stichprobe nach Region und Angebot - Selbsteinschätzung

	Spalten- total	Ambu- lant	Stationär	Übergangs- institution	Andere Institution	Ambulant + stationär	Andere Misch- formen	Zeilen- total
Deutschschweiz	113 (83.1%)	59 (52.2%)	24 (21.3%)	11 (9.7%)	6 (5.3%)	4 (3.5%)	9 (8%)	113 (100%)
Französische Schweiz	18 (13.2%)	4 (22.2%)	1 (5.6%)	2 (11.1%)	6 (33.3%)	4 (22.2%)	1 (5.6%)	18 (100%)
Italienische Schweiz	5 (3.7%)	2 (40%)	2 (40%)	0	0	0	1 (20%)	5 (100%)
Total	136* (100%)	65 (47.8%)	27 (19.9%)	13 (9.5%)	12 (8.8%)	8 (5.9%)	11 (8.1%)	136* (100%)

*Von zwei Institutionen fehlen die Angaben

Die Institutionen bieten Entgiftung/Entzug (39 Nennungen), Rehabilitation/Wiedereingliederung (n=71), Therapie (89 Nennungen), Beratung/Betreuung (126 Nennungen), Unterstützung von Selbsthilfegruppen (44 Nennungen) sowie weitere Behandlungsformen (6 Nennungen) an (Mehrfachantworten waren möglich).

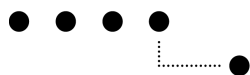


Rund 36% (n=49) der Institutionen der Stichprobe gelten rechtlich als Verein. Mehr als ein Viertel (n=37) weist eine öffentlich-rechtliche Körperschaft als Rechtsform aus, ein Fünftel (n=28) ist als Stiftung organisiert. Weitere Institutionen fungieren im Rahmen eines Gemeinde- bzw. Zweckverbandes (n=9), als Aktiengesellschaft (n=6), als Betrieb einer öffentlich-rechtlichen Körperschaft (n=4) oder als Genossenschaft (n=2). Von den restlichen Institutionen fehlen entsprechende Angaben. In der SAMBAD-Statistik 2002 wird am häufigsten der Verein, die öffentlich-rechtliche Körperschaft und insbesondere bei spezialisierten Suchtberatungsstellen die Stiftung als Rechtsform der Trägerschaft angegeben (Bundesamt für Statistik & Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme SFA, 2004).

Finanziert werden die Institutionen der Stichprobe laut Mehrfachantworten durch öffentliche Gelder (119 Nennungen), durch Krankenkassenbeiträge (46 Nennungen), durch KlientInnen (39 Nennungen), durch private Spender (33 Nennungen), durch IV-Beiträge (30 Nennungen) oder anderweitig, wie z.B. über kirchliche Beiträge (6 Nennungen). Zehn Institutionen geben an finanziell selbst tragend zu sein. Ambulante Stellen (93%) werden häufiger als stationäre (74%) durch die öffentliche Hand subventioniert. Aus der SAMBAD-Statistik 2002 wird ersichtlich, dass insbesondere bei ambulanten psychiatrischen Diensten externe Abrechnungen (z.B. Krankenkasse, IV) gemacht werden (dies hat vermutlich mit der ärztlichen Leitung zu tun, die erst die Abrechnung via KK ermöglicht) und ambulante spezialisierte Suchtberatungsstellen sowie polyvalente Dienste häufiger durch öffentliche Gelder alimentiert werden (Bundesamt für Statistik & Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme SFA, 2004).

Die meisten Einrichtungen (n=123) haben sowohl für Männer als auch für Frauen ein Angebot. Zwölf Institutionen sprechen nur Männer (z.B. Wohnheime für Männer) und eine nur Frauen an. Fast drei Viertel (n=98) der an der Untersuchung teilnehmenden Institutionen arbeiten ausschliesslich mit Erwachsenen (über 18-Jährigen), eine Institution nur mit Jugendlichen und ein Fünftel (n=35) mit sowohl Jugendlichen als auch Erwachsenen. Interessanterweise befasst sich keine Einrichtung spezifisch mit Altersalkoholismus.

Mehr als ein Viertel (n=36) der Institutionen ist ausschliesslich auf Probleme mit legalen Substanzen, sieben Einrichtungen auf illegale Drogen spezialisiert. Sieben Institutionen weisen die Problematik der illegalen Substanzen als Spezialisierung vor. Rund ein Zehntel (n=16) der Institutionen ist auf substanzgebundene Süchte jeglicher Art und rund ein Fünftel (n=33) auf Sucht allgemein spezialisiert. Knapp ein Drittel (n=44) der Einrichtungen konzentriert sich nebst der Suchtproblematik auch noch auf weitere Bereiche (z.B. Jugendberatung). Die von den untersuchten Einrichtungen angegebenen Anteile an KlientInnen mit primären Alkoholproblemen variieren erheblich. Es mag überraschen, dass trotz der für die vorliegende Untersuchung gewählten Zielgruppe der „Alkohol-Suchteinrichtungen“, dieser Anteil bei der Hälfte der Stichprobe unter 40% liegt. Seit Mitte der 1990er Jahre nimmt die Zahl der im Bereich der Suchthilfe tätigen Institutionen ständig ab. Im ambulanten Bereich wird beispielsweise ein Einrichtungs-Rückgang von 15% registriert, was insbesondere auf eine starke Abnahme der Alkoholberatungsstellen zurückzuführen ist (Bundesamt für Statistik & Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme SFA, 2004). Der Trend weg von vielen spezialisierten Einrichtungen hin zu zentralisierten polyvalenten Angeboten schlägt sich daher auch in den Charakteristika der KlientInnen nieder. Ergebnisse der SAMBAD-Statistik 2002 zeigen gleichfalls, dass mehr als die



Hälfte der befragten ambulanten Einrichtungen nebst Alkohol-, auch andere (Sucht-)Probleme behandelt (Bundesamt für Statistik & Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme SFA, 2004). Aus klinischer Sicht kann dieser Trend fachliche, aber auch politische Gründe haben, wie die Synergienutzung zwischen dem legalen und illegalen Suchtbereich. Es weist aber auch auf die offene Frage der Ergiebigkeit des KT Ansatzes bei multiplem Substanzkonsum hin.

Tabelle 6: Anteil der KlientInnen mit primären Alkoholproblemen pro Angebotsbereich

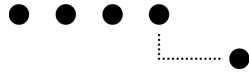
Anteile KlientInnen mit primären Alkoholproblemen	Angebotsbereiche						Total (N=138)
	Ambulant	Stationär	Übergangsinstitution	Andere Institution	Ambulant + stationär	Andere Mischformen	
1-20%	15 (23.4%)	7 (28.0%)	5 (38.5%)	2 (16.7%)	3 (37.5%)	6 (54.5%)	38 (30.2%)
21-40%	10 (15.6%)	7 (28.0%)	4 (30.8%)	5 (41.7%)	2 (25%)	2 (18.2%)	30 (21.7%)
41-60%	16 (25.0%)	4 (16.0%)	1 (7.7%)	0 (0%)	2 (25%)	2 (18.2)	25 (18.1%)
61-80%	13 (20.3%)	2 (8.0%)	1 (7.7%)	3 (25%)	0 (0%)	1 (9.1%)	20 (15.0%)
81-100%	10 (15.7%)	5 (20.0%)	2 (15.4%)	2 (16.7%)	1 (12.5%)	0 (0%)	20 (15.0%)
Total	64 (100.0%)	25 (100.0%)	13 (100.0%)	12 (100.0%)	8 (100.0%)	11 (100.0%)	133* (100%)

*Von 6 Institutionen fehlen die Angaben

Über 60% aller Institutionen verfügen über maximal zehn Vollzeit-Arbeitsstellen (n=83). Die meisten dieser eher kleinen Einrichtungen sind in der Deutschschweiz angesiedelt (n=79). Weitere 20% der Institutionen der Stichprobe können zwischen elf und zwanzig Vollzeit-Arbeitsstellen ausweisen (n=28). Die restlichen Institutionen verfügen zwischen 21 bis 337 Vollzeit-Arbeitsstellen. Inwiefern sich die gesamten Vollzeit-Arbeitsstellen auf verschiedene Berufsfelder im sozialen Bereich verteilen, ist in Tabelle 7 dargestellt. Es ist anzunehmen, dass die Angaben zu den Vollzeit-Arbeitsstellen teilweise uneinheitlich sind und sich z.B. auf die Gesamteinrichtung (z.B. Psychiatrische Klinik) oder nur auf eine Abteilung (z.B. stationäre Entzugsstation einer psychiatrischen Klinik) beziehen. Dies erklärt die teilweise hohen Maximalwerte.

Tabelle 7: Beschreibung Verteilung Vollzeitstellen insgesamt und nach Berufsfeldern

	n	Minimum	Maximum	Durchschnitt (Mittelwert)	Standardabweichung
Vollzeitstellen insgesamt	132	0.85	337	20.03	49.30
Medizinisches Personal	132	0	30	1.93	5.66
Psychologisches Personal	132	0	10	1.33	2.03
SozialarbeiterInnen	132	0	21	2.11	2.76
Pflegeberufe	132	0	159	6.83	24.97
Kaufm./Verwaltungsberufe	132	0	78	2.23	7.38
Sozialpädagogische Berufe	132	0	16	1.07	2.37
Andere Berufe (z.B. Arbeitsagogen)	129	0	146	4.60	15.70



Auch bei der Verteilung der Vollzeitarbeitsstellen auf verschiedene Berufsfelder stimmen die Angaben zu den ambulanten Institutionen mit denjenigen der SAMBAD Statistik überein (Bundesamt für Statistik & Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme SFA, 2004).

So sind PsychologInnen und SozialarbeiterInnen häufiger im ambulanten Bereich tätig als MedizinerInnen und PflegerInnen, die dafür häufiger im stationären Bereich beschäftigt sind.

2.3.2 Angaben zu den Leitungspersonen, die den Fragebogen ausgefüllt haben sowie zu den Ausfüllmodi

Die grosse Mehrheit der Fragebogen wurde – wie vom Forschungsteam gewünscht – durch Leitungspersonen der Institutionen ausgefüllt (80% bzw. $n=109$). Dies schlägt sich auch in der Frage nach der höchsten Ausbildung nieder: 72.3% weisen einen Hochschulabschluss als höchste Ausbildung aus. In 47 Fällen handelt es sich bei den Befragten um SozialarbeiterInnen FH/HFS (36.7%), in 26 Fällen um MedizinerInnen (20.3%), in 24 Fällen um PsychologInnen (18.8%), in jeweils acht Fällen um SozialpädagogInnen bzw. PsychiatriepflegerInnen (je 6.3%) und in 15 Fällen um einen anderen Berufsabschluss (11.7%). Im Schnitt verfügen die Befragten über 14 Jahre Berufserfahrung ($\bar{X}=14.18$). Weniger als ein Drittel der Personen, welche den Fragebogen ausgefüllt haben, ist weiblich ($n=37$). Das durchschnittliche Alter der Befragten beträgt rund 48 Jahre ($\bar{X}=47.7$).

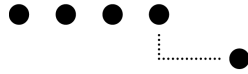
Knapp ein Viertel der Fragebogen wurde im Team ausgefüllt ($n=32$). Die restlichen Fragebogen ($n=103$) wurden eigenständig durch die Leitungsperson beantwortet. Um die gewünschten Angaben in dem Erhebungsinstrument vornehmen zu können, sind in mehr als einem Drittel der Fälle ($n=55$) Hilfsmittel wie Institutionsstatistiken, Konzepte oder Leitlinien zu Hilfe gezogen worden.

2.4 Instrumententwicklung

Das Erhebungsinstrument für die schriftliche Befragung basierte weitgehend auf dem *Alcohol Treatment Practices Questionnaire* (Rosenberg & Davis, 1994), dem *Alcohol & Drug Treatment Practices Questionnaire* (Rosenberg & Melville, 2005) und dem *Alcohol Treatment Questionnaire* (Donovan & Heather, 1997). Die Adaption dieser Instrumente ermöglicht zumindest teilweise einen Vergleich mit den eingangs referierten Studien in England, den USA, Kanada und Australien (Robertson & Heather, 1982; Rosenberg, Melville et al., 1992; Rosenberg & Davis, 1994; Rosenberg, Devine et al., 1996; Donovan & Heather, 1997; Rosenberg & Melville, 2005). Für die Erhebung der Institutionsmerkmale wurden zusätzlich Items aus den Fragebogen der Schweizer Sucht Statistiken (Act-Info) übernommen (Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme SFA, 2003).

Der Fragebogen ist an Leitungspersonen der Institutionen gerichtet. In einer kurzen Einführung werden sie gebeten, bei der Fragenbeantwortung möglichst die Einstellung des gesamten therapeutischen Teams zu berücksichtigen.

Bei der Instrumententwicklung leistete Prof. Dr. Harold Rosenberg (Psychology Department, Bowling Green State University, OH, USA) Unterstützung. Ein Entwurf des Fragebogens wurde im Januar 2005 je einem Experten der

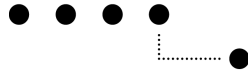


Stiftung Berner Gesundheit bzw. der Forel Klinik (Fachklinik für alkohol-, medikamenten- und tabakabhängige Männer und Frauen) zur Begutachtung vorgelegt. Die definitive Fassung des Fragebogens beinhaltet Variablen zu folgenden Themen (vgl. Tabelle 8):

Tabelle 8: Themen und Variablenbeispiele des Erhebungsinstruments

Themen	Variablenbeispiele
Einleitungsfragen	Wie würden Sie in Stichworten das Behandlungsziel „Abstinenz“, wie das Behandlungsziel „Kontrolliertes Trinken“ definieren?
Akzeptanz verschiedener Behandlungsinterventionen	Wie akzeptabel ist die Bereitstellung eines „Alkistüblis“ in der Behandlung von KlientInnen mit Alkoholproblemen, wo diese ihren eigenen Alkohol konsumieren können?
Konkretes Behandlungsangebot / Praxisumsetzung von Kontrolliertem Trinken	Bitte begründen Sie weshalb Ihre Institution Kontrolliertes Trinken als Behandlungsziel für KlientInnen mit Alkoholproblemen anbietet oder nicht.
Institutionsmerkmale	Welche Rechtsform hat die Trägerschaft Ihrer Institution?
Ausfüllmodus /Angaben zur ausfüllenden Person	Welche Hilfsmittel haben Sie beigezogen, um Fragen dieses Fragebogens beantworten zu können?

Dem Versand des Fragebogens wurden zwei Begleitschreiben beigelegt, welche trotz der Überforschung und Berichtsbelastung der Einrichtungen die Teilnahmebereitschaft steigern sollten: Das Anschreiben der Projektleitung erläuterte den Zweck und Nutzen der Untersuchung; hinzu kam ein Unterstützungsschreiben von Frau Christine Beerli, Präsidentin der Eidgenössischen Kommission für Alkoholfragen (EKA). Die deutsche Version des Fragebogens und die Begleitschreiben wurden von diplomierten ÜbersetzerInnen in die Landessprachen Französisch und Italienisch übersetzt. Das Erhebungsinstrument und die Begleitschreiben finden sich im Anhang A.



3 Ergebnisse (Harald Klingemann & Harold Rosenberg)

Um bei der folgenden Darstellung des empirischen Ergebnisteiles sowohl eine internationale als auch eine praxisbezogene Interpretation der Ergebnisse mit zu ermöglichen, wurde der Bericht vorgängig Professor Harold Rosenberg (Bowling Green State University, Ohio, USA als Mitautor der Literaturübersichtsarbeit (Projektmodul A) und principal investigator einschlägiger Auslandsstudien sowie dem Direktor der Forel Klinik Herrn Dr. Thomas Mayer mit der Bitte um Kommentare vorgelegt. Entsprechende Einschübe („aus internationaler Sicht“ bzw. „aus Praxissicht“) finden sich in den Kommentarkästen beziehungsweise im erläuternden Begleittext.

3.1 Wie werden in der Behandlungspraxis ‚Abstinenz‘ und ‚Kontrolliertes Trinken‘ verstanden und grundsätzlich bewertet?

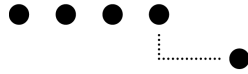
Typisch für die Diskussion um das KT allgemein ist, dass der Verwendung des Begriffs sehr unterschiedliche Vorstellungen zugrunde liegen. Ein Hauptanliegen des Literaturexpertenberichtes war denn auch eine auf Evidenz gestützte Abklärung der Begrifflichkeit und des Konzeptes. Um bei der Befragung zur Akzeptanz von KT als Therapieziel vergleichbare Ergebnisse zu erzielen, wurden eine Definition von KT, aber auch von ‚Alkoholabhängigkeit‘ und ‚Alkoholmissbrauch‘ – gewissermassen als Ankerpunkte – im Fragebogen vorgegeben:

„Bei den nächsten Fragen (Nr. 10 bis 13) definieren wir Alkoholmissbrauch als exzessives Trinken, welches jedoch weder mit Entzugerscheinungen, noch mit einer deutlichen Toleranzerhöhung und auch nicht mit einem psychischen Trinkzwang verbunden ist. Kontrolliertes Trinken definieren wir als diszipliniertes Trinkverhalten, welches sich an einem zuvor festgelegten Trinkplan bzw. Trinkregeln ausrichtet, d.h. ein Trinkverhalten, bei dem zuvor die Trinkmenge und die -rahmenbedingungen (z.B. Zeit, Ort) festgelegt worden sind.“

„Bei den nächsten Fragen (Nr. 14 bis 17) definieren wir Alkoholabhängigkeit als exzessives Trinken mit Entzugerscheinungen, einer deutlichen Toleranzerhöhung und psychischem Trinkzwang. Kontrolliertes Trinken definieren wir wie vorangehend als diszipliniertes Trinkverhalten, welches sich an einem zuvor festgelegten Trinkplan bzw. Trinkregeln ausrichtet, d.h. ein Trinkverhalten, bei dem zuvor die Trinkmenge und die -rahmenbedingungen (z.B. Zeit, Ort) festgelegt worden sind.“

Es kann jedoch nicht als selbstverständlich angenommen werden, dass diese Definitionen und deren Einzelelemente den befragten StellenleiterInnen überhaupt bekannt sind und für sie Verhaltensgeltung haben. Daher wurde im ersten Teil der Befragung zunächst das *Vorverständnis* von KT (aber auch von Abstinenz) offen erfragt.

Die KT-Alltagsdefinition der EinrichtungsleiterInnen enthalten durchaus zumindest ansatzweise die wichtigsten Elemente der Expertendefinition, wenn auch eher unspezifisch und in unterschiedlicher Gewichtung: So beziehen sich 68% der Befragten auf das Definitionsmerkmal ‚Trinkmenge‘ aber nur 36% auf die Notwendigkeit eines ‚Trinkplans‘



(signifikant häufiger im ambulanten Bereich mit 43% vs. 28% im stationären Bereich). Beide Aspekte werden auch lediglich von einer Minderheit weiter qualifiziert und ausdifferenziert: Gerade 5% machen spezifische Angaben bezüglich der anzustrebenden Konsumreduktion, 3% führen die Idee des Trinkplans näher aus (in der lateinischen Schweiz Angaben von nur einer Einrichtung) und 14% bzw. 15% stellen spezifische Situationsbezüge her (vgl. Tabelle 9a). Interessant - und in diesem Punkte über die offizielle Ankerdefinition hinausgehend, welche nur von ‚festgelegtem Trinkplan‘ spricht – der Verweis von 23% der Befragten auf den Zusammenhang zwischen KT und Therapieziel*aus-**handlung*. Schliesslich wird die Qualifizierung von KT als Therapieziel signifikant häufiger in der lateinischen Schweiz vorgenommen und ist dort für fast die Hälfte der Einrichtungen (55 %, n=10; für vergleichsweise 12 Prozent in der Deutschschweiz) ein Thema. Dies betrifft sowohl positive wie auch negative oder gemischte Einschätzungen.

Als Gesamtbild wird deutlich, dass die Vorstellungen von KT als Therapieziel eher diffus ausfallen und in der Tat ein Bedarf an evidenzgestützten Präzisierungen und Weiterbildungen besteht. Ausserdem kann ein eher ‚konsumfixiertes‘ Vorverständnis von KT konstatiert werden.

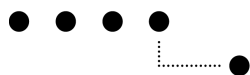


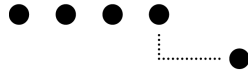
Tabelle 9a: Die relative Bedeutung subjektiver Kategorien des Verständnisses von „Kontrolliertem Trinken“ (KT) bei der Einrichtungsleitung

Menge	relevant für:	69%	
keine diesbezüglichen Angaben			31%
Mengenreduktion allgemein (z.B. mässig)			64%
Mengenreduktion spezifiziert (z.B. Anz. Gläser)			5%
Total			100% 124 (n)
Trinkplan	relevant für:	36% *	
keine diesbezüglichen Angaben			64%
Trinkplan, nicht näher spezifiziert			33%
Trinkplan, spezifiziert			3%
Total			100% 124 (n)
Häufigkeit	relevant für:	26%	
keine diesbezüglichen Angaben			74%
Häufigkeit allgemein			21%
Häufigkeit spezifiziert			5%
Total			100% 124 (n)
Patienten-Therapeutenkontrolle	relevant für:	23%	
keine diesbezüglichen Angaben			78%
Zielsetzungen oder Bestimmungen / Modalitäten durch PatientIn			15%
Kontrolle nicht näher spezifiziert			7%
Total			100% 124 (n)
Therapiezielqualifizierung	relevant für:	17% *	
keine diesbezüglichen Angaben			83%
positive Bewertung KT; Positivfolgen/Genussprinzip/Rückfälle ok			9%
negative Bewertung KT; z.B. bezüglich Rückfälle			3%
gemischte Einschätzung			2%
Qualifizierung der Rahmenbedingungen			3%
Total			100% 125 (n)
Zeit	relevant für:	14%	
kein Zeitbezug			86%
Zeitbezug allgemein			14%
Total			100% 124 (n)
Ort/Situation	relevant für:	15%	
Ort allgemein			85%
Ort spezifisch			15%
Total			100% 124 (n)

* signifikante Unterschiede nach Sprachregionen

Kommentar: Es handelt sich um die Kategorisierung der offenen Frage 1 „Wie würden Sie in Stichworten das Behandlungsziel ‚Abstinenz‘, wie das Behandlungsziel ‚Kontrolliertes Trinken‘ definieren? Bezüglich der Angaben für ‚Kontrolliertes Trinken.“

Gewissermassen spiegelbildlich findet sich diese Gewichtung in der Alltagsdefinition von ‚Abstinenz‘, welche bei 92% der Befragten wenig überraschend über Konsumverzicht definiert wird (vgl. Tabelle 9b). Bemerkenswert ist jedoch bei näherem Hinsehen die Varianz und Offenheit, die auch den scheinbar einfachen Begriff von ‚Abstinenz‘ im Vorver-



ständnis der Befragten auszeichnet: 53% der Befragten verweisen beim Mengenkriterium einfach in neutraler Form auf die Aufgabe des Alkoholkonsums, ohne weitergehende Ansprüche an dieses Therapieziel zu stellen. 71% der Befragten lassen offen, ob mit Abstinenz ‚lebenslang kein Tropfen‘ verstanden werden soll; 15% können sich phasenweise bzw. befristete Abstinenz als Ziel vorstellen. Hier wird deutlich, dass Abstinenz aus therapeutischer Sicht auch als ein methodisches Element verstanden werden kann. Demnach ist Abstinenz im Sinne *abstinenzgestützter* Therapie nicht notwendiger Weise das Ziel. Ähnlich könnte auch von KT-gestützter Therapie gesprochen werden, welche möglicherweise im *Prozessverlauf* dann doch zu Abstinenz führt.

Hier wird ein beachtlicher Interpretationsspielraum beim ‚Abstinenzbegriff‘ deutlich, welcher durchaus spiegelbildlich der ‚flexiblen Unterdeterminiertheit‘ des oben beschriebenen KT-Vorverständnisses entspricht. Die Idee von Abstinenz als Weg zu einer verbesserten psychosozialen Befindlichkeit hat Brückenfunktion zum KT-Gedanken und stellt die prozesshafte Zieldynamik in den Mittelpunkt.

Invasivere, höherschwelligere Vorstellungen von ‚Abstinenz‘ werden offenbar nur noch von einer Minderheit vertreten: Als ‚Abstinenzapostel‘ im volkstümlichen Sinne könnten allenfalls noch 12% der Befragten gelten, welche den Verzicht auf Alkohol emotional einfordern beziehungsweise drei Prozent der UntersuchungsteilnehmerInnen, die ausdrücklich und affektgeladen dem Patienten Lebenszeitabstinenz auferlegen (2% auch ohne Zustimmung der behandelten Person). Schon häufiger ist eine neutrale ‚Anreicherung‘ oder ‚Aufstockung‘ des Abstinenzanspruches zu beobachten. So erhebt etwa ein Viertel der InstitutionsleiterInnen Anspruch auf die Aufgabe des Konsums *auch anderer* Suchtmittel als Alkohol; 15% betonen, dass Abstinenz ein Prozess und Lebensstil sei und neun Prozent fordern die Internalisierung des Abstinenzziels beziehungsweise eine aktive Annahme der Abstinenzidee durch die Klientel. Bei den beiden letztgenannten Merkmalen bestehen Unterschiede nach Sprachregionen und nach Institutionstyp: Die Eigenleistung des Patienten, das heisst die ‚sich bemühende Annahme der Abstinenz‘ wird signifikant häufiger in der Deutschschweiz als in der lateinischen Schweiz erwartet (10 Prozent vs. 0 %). Des Weiteren hegen stationäre Einrichtungen eher weitergehende Ansprüche (‚*Abstinenz als Weg nicht als Ziel*‘ etwa) als ambulante Stellen (22 Prozent n=13 vs. 10 Prozent, n=7).

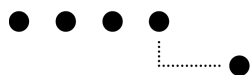


Tabelle 9b: Die relative Bedeutung subjektiver Definitionsmerkmale von „Abstinenz“ bei der Einrichtungsleitung

Mengen-/Substanzbezug	relevant für:	92%	
keine diesbezüglichen Angaben			8%
kein Konsum Alkohol neutral			53%
kein Konsum Alkohol affektgeladen			12%
keine Suchtmittel generell			7%
kein Konsum Substanz nicht näher definiert			20%
Total			100% 131 (n)
Abstinenzdauer	relevant für:	29%	
keine diesbezüglichen Angaben			71%
zeitlich unbegrenzt neutral			11%
ein ganzes Leben lang affektgeladen			3%
befristet, phasenweise			8%
befristet und unbefristet			7%
Total			100% 131 (n)
Therapieanspruch	relevant für:	15% */**	
keine diesbezüglichen Angaben			85%
Weg nicht Ziel, Lifestyle, Lebenshaltung und -qualität			15%
Total			100% 132 (n)
Patienten-Therapeutenkontrolle	relevant für:	11% */**	
keine diesbezüglichen Angaben			89%
Betonung der Eigenleistung des Patienten			9%
fremdbestimmt			2%
Total			100% 130 (n)

* signifikante Unterschiede nach Sprachregionen

** signifikante Unterschiede nach Einrichtungstyp

Kommentar: Es handelt sich um die Kategorisierung der offenen Frage 1 „Wie würden Sie in Stichworten das Behandlungsziel ‚Abstinenz‘, wie das Behandlungsziel ‚Kontrolliertes Trinken‘ definieren? Bezüglich der Angaben für ‚Abstinenz‘. Einleitend wird festgestellt: „Bevor wir Ihnen weitere Fragen in Bezug auf Akzeptanz und Verbreitung verschiedener Behandlungsoptionen stellen, ist es von Bedeutung zu erfahren, was Sie unter den wichtigsten Begriffen verstehen und wie Sie die Vor- und Nachteile verschiedener Behandlungsarten einschätzen“ (Einleitungsabsatz auf Seite 1 des Fragebogens).

Wie sieht es nun mit der spontanen Bewertung und Akzeptanz von KT aus?

Insgesamt würde sich eine beachtliche Mehrheit der Befragten – etwa 90% im ambulanten und zwischen 67% und 86% im stationären Bereich, KT als Therapieziel unter gewissen (hier nicht näher spezifizierten) Voraussetzungen durchaus in Betracht ziehen. Dabei offen bleibt allerdings die Frage, wie die Gesamtakzeptanz von KT als Methode zur langfristigen Verbesserung der Gesamtbefindlichkeit ausfallen würde.

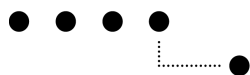


Tabelle 10a: Bedingte Akzeptanz/Ablehnung des KT bei Alkoholproblemen nach Institutionstyp und Sprachregion

Bedingte Akzeptanz KT Institutionstyp*:	Deutschschweiz *		Romandie / Tessin **	
	stationär	ambulant	stationär	ambulant
KT kann nie akzeptables Ziel sein	14%	7%	33%	9%
KT kann akzeptables Ziel sein	86%	93%	67%	91%

* Chi=1.781 df=1; p<.182

** Chi=1.982 df=1; p<.159

Kommentar: (Frage 2: „Glauben Sie, dass Kontrolliertes Trinken unter gewissen Umständen überhaupt ein Ziel sein kann für KlientInnen mit Alkoholproblemen?“)

* Die Kurzbezeichnung ‚ambulant‘ bzw. ‚stationär‘ stellt die Selbsteinstufung der Einrichtung gemäss Frage 49 dar: „Wie kann Ihre Institution am besten charakterisiert werden?“ stationär/ambulant/Übergang/andere; unter ‚stationär‘ werden hier aufgrund der eher geringen Fallzahlen alle Einrichtungen zusammengefasst, die sich nicht als ‚ambulant‘ eingestuft haben.

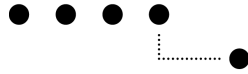
„Was Tabelle 10a angeht, so beeindruckt mich die breite Akzeptanz von KT sowohl im stationären (86%) als auch im ambulanten Bereich (93%) in der deutschsprachigen Schweiz. Diese Werte liegen sogar über denjenigen, welche wir aus Untersuchungen in England kennen und sogar noch weit über den Umfragewerten aus den Vereinigten Staaten und Kanada. Obwohl in den lateinischen Landesteilen offenbar weniger Einrichtungen in Frage kommen und KT verstärkt von ambulanten Programmen angenommen wird, so konstatieren wir immerhin noch eine zwei Drittel Zustimmungquote bei stationären Anbietern!“

Hinsichtlich der spontanen, kategorischen, unbedingten Ablehnung von KT liegen die stationären Einrichtungen in der Romandie an der Spitze (33%) gefolgt von 14% der Deutschschweizer stationären Angeboten. Die höchste qualifizierte Akzeptanz weist der ambulante Sektor in der Deutschschweiz mit nur sieben Prozent (Romandie/Tessin 9%) kategorischen Ablehnungen. Diese Einstellungen scheinen auch auf die Einschätzung der Umfrage insgesamt abzufärben: So wird der Tenor des Fragebogens von fast doppelt so vielen Einrichtungsleitern als ‚KT-freundlich‘ eingeschätzt als in der deutschsprachigen Schweiz (vgl. Tabelle 10b).

Tabelle 10b: Wahrgenommene „KT-Freundlichkeit“ der Umfrage nach Sprachregion: „Finden Sie, dieser Fragebogen vertritt eher eine ...“ (Frage 85)

		Deutschschweiz	Romandie/ Tessin	Gesamt
eher negative Haltung gegenüber KT	n	3	1	4
	%	3%	4%	3%
neutrale Haltung gegenüber KT	n	71	8	79
	%	64%	33%	59%
eher positive Haltung gegenüber KT	n	36	15	51
	%	33%	63%	38%
Gesamt	n	110	24	134
	%	100%	100%	100%

Chi=7.981 df=2; p<.018



Dieses Bild nach Einrichtungstyp und Landesteil stellt einen Grundbefund dar, der sich im Verlauf der Berichterstattung immer wieder aus unterschiedlichen Blickwinkeln zeigen wird.

Achtung: Hier und bei den folgenden Ausführungen ist zu beachten, dass einerseits die Fallzahl der befragten Einrichtungen in der lateinischen Schweiz mit 24 Einrichtungen gering ist und andererseits die hier getroffene Dichotomisierung in ‚ambulant – stationär‘ auf der Selbstcharakterisierung der Einrichtung als ‚ambulant‘ und einer Zusammenfassung der übrigen Selbsteinstufungen (u.a. stationär aber auch Übergangseinrichtungen und Wohnheime) beruht. Wie bereits in Kapitel 2 ausgeführt (vgl. Tabelle 5) ist bei Vergleichen zwischen den Sprachregionen dem wesentlich höheren Anteil rein ambulanter Einrichtungen in der Deutschschweiz (52% vs. 22% in der Romandie/Tessin) und der unterschiedlichen Zusammensetzung der übrigen Einrichtungen (insbesondere Wohnheime in der Romandie/Tessin; andere Institutionen 33%) Rechnung zu tragen.

3.2 Welche Ziele und Behandlungsformen akzeptieren TherapeutInnen bei Alkoholmissbrauch und Alkoholabhängigkeit? - ‚Kontrolliertes Trinken‘ im Kontext des therapeutischen Interventionskataloges

Nach der Auslotung des Vorverständnisses von KT und Abstinenz und deren spontanen Akzeptanz oder Ablehnung wurden bei der weiteren Analyse die in 3.1 aufgeführten Definitionen als Grundlage für eine Präzisierung der Haltung gegenüber KT vorgegeben. Die sehr hohe grundsätzliche Zustimmung zu KT wurde dann hinsichtlich erster diagnostischer Merkmale, das heisst ‚Alkoholmissbrauch‘ im Vergleich zu ‚Alkoholabhängigkeit‘ und der relativen Bedeutung von KT im Gesamttherapieprozess, das heisst als ‚Zwischenschritt zur Abstinenz‘ oder ‚eigenständiges Endziel‘ weiter aufgeschlüsselt. Insgesamt zeigt sich ein hohes Ausmass an Akzeptanz von KT als Therapieziel, das sich, je nach Spezifizierung der Bedingungen und institutionellem Bereich, zwischen einem Drittel und vier Fünfteln an Zustimmung bewegt. Erwartungsgemäss und in Übereinstimmung mit den eingangs referierten internationalen Ergebnissen meinen die Befragten, dass KT als Therapieziel bei Alkoholmissbrauch eher indiziert sei als bei Alkoholabhängigkeit, wobei die KT-Akzeptanz im ambulanten Sektor durchwegs und signifikant höher ausfällt als im stationären Bereich (vgl. Tabelle 11a). (Inwiefern die Untersuchungseinrichtungen allerdings tatsächlich in der Lage sind, in der Praxis eine entsprechende Diagnostik vorzunehmen, insbesondere, wenn keine ärztliche Unterstützung gewährleistet ist, ist aus Sicht des Kliniklers von erheblicher Bedeutung). Dieser Befund deckt sich mit internationalen Ergebnissen:

“Von sehr grossem Interesse erscheint mir Tabelle 11a, welche Therapiezielakzeptanz nach der Verfolgung von KT als Zwischen- oder Endziel und nach Schwere der Abhängigkeit bzw. Alkoholmissbrauch aufgliedert. Ähnlich zu unseren Ergebnissen aus der aktuellen Umfrage in England (Rosenberg & Melville, *Addiction Research and Theory*, 2005), so treffen die Anbieter Therapiezielwahl aufgrund der Schwere der Abhängigkeit – in der Schweizer Stichprobe erachteten zwischen 43-54 Prozent auch bei abhängigen KlientInnen als völlig oder einigermaßen für angemessen (und zwar unabhängig davon, ob KT als Zwischen- oder Endziel anvisiert wurde). Die Unterschiede zwischen ambulanten und stationären Anbietern fallen hinsichtlich der Bedeutung des Abhängigkeitskriteriums nicht so sehr ins Gewicht.”

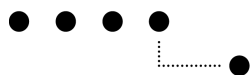


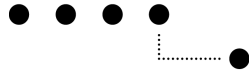
Tabelle 11a: Akzeptanz von Kontrolliertem Trinken nach Therapiezielreichweite, Diagnose und Einrichtungstyp

„Wie akzeptabel ist... „	KT als Zwischenziel zu Totalabstinenz bei Alkoholmissbrauch			KT als Endziel bei Alkoholmissbrauch			KT als Zwischenziel zu Totalabstinenz bei Alkoholabhängigkeit			KT als Endziel bei Alkoholabhängigkeit		
	stationär	ambulant	Total	stationär	ambulant	Total	stationär	ambulant	Total	stationär	ambulant	Total
völlig inakzeptabel	6 10%	1 1%	7 5%	6 10%	1 14%	7 5%	15 24%	6 8%	21 16%	17 27%	5 7%	22 16%
eher inakzeptabel	10 16%	4 6%	14 10%	10 16%	3 4%	13 9%	19 31%	14 19%	33 24%	15 24%	20 27%	35 26%
weder akzeptabel noch inakzeptabel	3 5%	0 0%	3 2%	3 5%	6 8%	9 7%	5 8%	5 7%	10 7%	6 10%	15 20%	21 15%
eher akzeptabel	21 34%	18 24%	39 29%	17 27%	13 18%	30 22%	10 16%	23 31%	33 24%	14 23%	19 26%	33 24%
völlig akzeptabel	22 35%	51 69%	73 54%	26 42%	51 69%	77 57%	13 21%	26 35%	39 29%	10 16%	15 20%	25 19%
Gesamt	62 100%	74 100%	136 100%	62 100%	74 100%	136 100%	62 100%	74 100%	136 100%	62 100%	74 100%	136 100%
	Chi ² =19.991 ^a ; df=4; p<.001			Chi ² =16.057 ^a ; df=4; p<=.003			Chi ² =13.113 ^a ; df=4; p<=.011			Chi ² =11.908 ^a ; df=4; p<=.018		

Kommentar: Es handelt sich um Fragen 10 bis 17 (vermutete Akzeptanz der jeweiligen Interventionen bei der Mehrheit des Behandlungspersonals der Einrichtung gemäss Meinung der Einrichtungsleitung; nach vorgängiger Definition von ‚Alkoholmissbrauch‘ und ‚Alkoholabhängigkeit‘)

Bedenkenswert erscheinen bei genauerem Hinsehen jedoch vor allem drei Punkte:

- a) Bei angenommener Diagnose ‚Alkoholmissbrauch‘ treffen die Optionen ‚KT als Zwischenziel zur Abstinenz‘ oder aber ‚als Endziel‘ wenn auch auf unterschiedlichem Niveau, praktisch gleichermassen auf Akzeptanz und die Meinungsdivergenzen sind sektorspezifisch relativ gering (Standardabweichungen $sd=0.8$ ambulant, $sd=1.3$ stationär) – damit wird möglicherweise eine patientenorientierte Bereitschaft deutlich, bei Alkoholmissbrauch den Therapieausgang offen zu halten und ‚Abstinenz‘ oder aber ‚KT‘ als finales Erfolgskriterium zu akzeptieren;
- b) Die Meinungsunterschiede zwischen dem ambulanten und dem stationären Sektor fallen am stärksten aus mit einer doppelt so häufigen Ablehnung von KT als Zwischenziel zu Totalabstinenz im stationären Bereich, verglichen zu ambulanten Einrichtungen (55% vs. 27%) – man könnte annehmen, dass stationäre Anbieter durch dieses Konzept ihre Position im Therapieprozess besonders gefährdet sehen, da bis anhin ja die damit angenommene KT Vorstufe im stationären Rahmen gar nicht realisiert worden ist; Der Umstand, dass wir es im stationären Bereich eher mit schweren Fällen zu tun haben, würde eigentlich eher für eine *stärkere* Akzeptierung von KT als Zwischenziel sprechen, ist doch der Schritt zur Abstinenz besonders gross. Letztere Annahme kann jedoch durchaus in Frage gestellt werden; letztlich ist Abstinenz die einfachere Botschaft und ‚ein bisschen schwanger‘ zu sein und eine tägliche Herausforderung anzunehmen (vgl. den Beitrag von R. Room in der Literaturübersicht Klingemann et al 2004, Modul A) ist möglicherweise letztlich schwieriger zu bewältigen. Eine alternative Interpretation aus klinischer Sicht geht daher von der Annahme aus, dass



stationäre PatientInnen KT meist mit oder ohne therapeutische Hilfe bereits (erfolglos)ausprobiert haben und auch die vorliegenden Trinkmuster eine Rolle spielen. Sie könnten damit als KT-refraktäre Gruppe bezeichnet werden. Neurobiologische Überlegungen könnten auch dafür sprechen, dass Abstinenz das *Zwischenziel* ist und KT das Endziel. Diese Frage wurde im Rahmen der vorliegenden Untersuchung allerdings nicht gestellt. Es kann spekuliert werden, dass stationäre Einrichtungen entsprechend andere Antwortmuster produziert hätten.

- c) Ungeachtet des Institutionstyps fällt hingegen die Akzeptanz für die weitestgehende Annahme von KT, nämlich als Endziel bei Alkoholabhängigkeit mit gut einem Drittel sowohl im ambulanten (46%) als auch im stationären Sektor (39%) bemerkenswert hoch aus, wenngleich die sektorspezifische Meinungsvarianz deutlich ist ($sd=1.2$ ambulant und 1.4 stationär) – die Begründung hierfür könnte in der beim Expertenhearing mehrheitlich geäußerten Meinung liegen, dass KT bei Schwerstabhängigen als eine geeignete Form von Schadensbegrenzung angezeigt sein kann (vgl. Klingemann et al., 2004, S. 111).

Diese Befunde werden ebenfalls im Mittelwertvergleich im weiteren Rahmen der Akzeptanz anderer therapeutischer Interventionen deutlich. Weitere signifikante Unterschiede ergeben sich bei der durchweg höheren Bereitschaft im ambulanten Bereich, sowohl bei Abhängigkeit als auch Missbrauch das Therapieziel durch den Klienten/die Klientin festlegen zu lassen, eher einen Schadensbegrenzungsansatz zu akzeptieren (Alkistübli), nicht unbedingt auf einer vorgeschalteten Abstinenzperiode zum KT zu bestehen und ‚Naltrexon-freundlicher‘ zu sein als stationäre Einrichtungen. Auf gleichermassen hohe Akzeptanz treffen der Einsatz von Disulfiram (jedoch nur oral) und Acamprosat sowie die Vorstellung die Therapieziele gemeinsam mit der Klientel festzulegen.

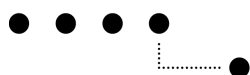
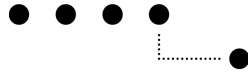


Tabelle 11b: Diagnosebezogene Therapieakzeptanz und Therapiezielmitbestimmung nach Institutionstyp im Mittelwertvergleich (t-test)

	Institutionstyp	N	Mittelwert*	Standard- abweichung	t-values	Sig. (2-seitig)
KT als Zwischenziel bei Alkoholmissbrauch	ambulant	74	1.54	0.863	4.399	.000
	stationär	62	0.69	1.362	4.235	.000
KT als Zwischenziel bei Alkoholabhängigkeit	ambulant	74	.66	1.348	3.562	.001
	stationär	62	-.21	1.506	3.527	.001
KT als Endziel bei Alkoholmissbrauch	ambulant	74	1.49	.910	3.652	.000
	stationär	62	.76	1.399	3.523	.001
KT als Endziel bei Alkoholabhängigkeit	ambulant	74	.26	1.250	2.131	.035
	stationär	62	-.24	1.479	2.100	.038
Abstinenzperiode vor KT bei Alkoholmissbrauch	ambulant	71	.73	1.028	2.951	.004
	stationär	61	.15	1.249	2.907	.004
Abstinenzperiode vor KT bei Alkoholabhängigkeit	ambulant	73	-.03	1.269	2.238	.027
	stationär	61	-.54	1.385	2.220	.028
Behandlungsziel durch KlientIn festlegen bei Alkoholmissbrauch	ambulant	68	.81	1.175	2.408	.017
	stationär	61	.26	1.401	2.385	.019
Akzeptanz Alkistüblis	ambulant	69	-.75	1.181	2.276	.024
	stationär	62	-1.21	1.103	2.285	.024
Akzeptanz Naltrexon	ambulant	67	1.43	.722	1.998	.048
	stationär	39	1.10	.968	1.852	.069
Akzeptanz Trinkanreize	ambulant	72	.44	1.124	1.630	.106
	stationär	62	.11	1.229	1.619	.108
Akzeptanz alternative Therapien	ambulant	73	1.27	.990	.185	.854
	stationär	62	1.24	1.019	.184	.854
Akzeptanz Lebertransplantation	ambulant	69	.28	1.123	.082	.935
	stationär	58	.26	1.178	.081	.935
Akzeptanz Disulfiram Oral	ambulant	68	1.62	.670	.860	.391
	stationär	47	1.49	.930	.812	.419
Akzeptanz Disulfiram Implantat	ambulant	64	-.08	1.395	1.119	.266
	stationär	43	-.40	1.498	1.104	.273
Akzeptanz Acamprosate	ambulant	65	1.60	.680	.793	.429
	stationär	43	1.49	.768	.774	.441
Behandlungsziel gemeinsam festlegen bei Alkoholmissbrauch	ambulant	73	1.79	.666	-1.001	.319
	stationär	62	1.89	.319	-1.054	.294
Behandlungsziel gemeinsam festlegen bei Alkoholabhängigkeit	ambulant	73	1.77	.635	.336	.737
	stationär	62	1.73	.793	.330	.742
Behandlungsziel durch TherapeutIn festlegen bei Alkoholmissbrauch	ambulant	66	-1.18	.959	-.009	.993
	stationär	61	-1.18	.922	-.009	.993
Behandlungsziel durch Therapeutin festlegen bei Alkoholabhängigkeit	ambulant	67	-.96	1.093	-.648	.518
	stationär	61	-.82	1.272	-.644	.521
Behandlungsziel durch KlientIn festlegen bei Alkoholmissbrauch	ambulant	68	.81	1.175	2.408	.017
	stationär	61	.26	1.401	2.385	.019
Behandlungsziel durch KlientIn festlegen bei Alkoholabhängigkeit	ambulant	69	.46	1.220	1.781	.077
	stationär	60	.05	1.419	1.762	.081

* Der Wertebereich liegt zwischen -2 = völlig inakzeptabel und 2 = völlig akzeptabel



Kommentar: Es handelt sich um Fragen 5 bis 17 nach vorgängiger Definition von ‚Alkoholmissbrauch‘ und ‚Alkoholabhängigkeit‘

Eine Analyse der entsprechenden Zusammenhänge im Gesamtsample macht deutlich, dass die Aufgeschlossenheit gegenüber KT bei Alkoholabhängigkeit eng mit einer entsprechenden Haltung bei Missbrauch ($r_p = .41$ bis $r_p = .58$, vgl. Tabelle 12) und der Bereitschaft, im Rahmen der Therapie mit ‚Trinkanreizen‘ zu arbeiten, verknüpft ist ($r_p = .18$ bis $r_p = .21$; keine Korrelation allerdings mit KT als Zwischenziel bei Alkoholmissbrauch, vgl. Tabelle 12). Schliesslich kovariieren KT-Akzeptanz und Klientenautonomie; so steht KT als Endziel bei Alkoholabhängigkeit etwa in einem signifikanten Zusammenhang mit der Akzeptanz einer Therapiezielfestlegung durch den Klienten/die Klientin ($r_p = .31$). Dahinter verbirgt sich möglicherweise die bereits in der Expertenvernehmlassung geäusserte Auffassung, dass die erfolgreiche Verfolgung von KT, die immerhin eine ‚kognitive Grossanstrengung beinhaltet‘ auch im Zusammenhang mit Eigenverantwortung und Selbstbestimmung der PatientInnen diskutiert werden muss.

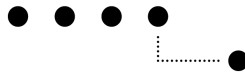


Tabelle 12: Matrix der Produkt-Moment-Korrelationen der Therapieakzeptanz, Therapiezielmitbestimmung und Institutionsgrösse

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21
1. Akzeptanz Alkistüblis																					
2. Akzeptanz Trinkanreize	n.s.																				
3. Akzeptanz alternative Therapien	n.s.	.25**																			
4. Akzeptanz Lebertransplantationen	n.s.	n.s.	n.s.																		
5. Akzeptanz Disulfiram Oral	.19*	n.s.	n.s.	n.s.																	
6. Akzeptanz Disulfiram Implantat	.20*	n.s.	n.s.	n.s.	.24*																
7. Akzeptanz Naltrexon	n.s.	n.s.	.24*	n.s.	n.s.	.21*															
8. Akzeptanz Acamprosate	n.s.	n.s.	.23*	n.s.	.25**	n.s.	.60**														
9. KT als Zwischenziel bei Alkoholmissbrauch	.25**	n.s.	n.s.	.21*	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.													
10. KT als Endziel bei Alkoholmissbrauch	.23**	.18*	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	.54**												
11. Behandlungsziel gemeinsam festlegen bei Alkoholmissbrauch	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.											
12. Behandlungsziel durch Therapeutin festlegen bei Alkoholmissbrauch	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.										
13. Behandlungsziel durch KlientIn festlegen bei Alkoholmissbrauch	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	.20*	n.s.	.24**	.22*	-.28**	n.s.									
14. Abstinenzperiode vor KT bei Alkoholmissbrauch	.21*	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	.54**	.41**	n.s.	n.s.	n.s.								
15. KT als Zwischenziel bei Alkoholabhängigkeit	.29**	.21*	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	.58**	.45**	n.s.	n.s.	.31**	.41**							
16. KT als Endziel bei Alkoholabhängigkeit	.33**	.21*	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	.24**	.56**	n.s.	n.s.	.30**	.25**	.51**						
17. Behandlungsziel gemeinsam festlegen bei Alkoholabhängigkeit	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	.54**	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	.19*					
18. Behandlungsziel durch Therapeutin festlegen bei Alkoholabhängigkeit	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	.68**	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.				
19. Behandlungsziel durch KlientIn festlegen bei Alkoholabhängigkeit	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	.25**	.19*	.20*	.21*	-.27**	n.s.	.88**	n.s.	.28**	.31**	n.s.	n.s.			
20. Abstinenzperiode vor KT bei Alkoholabhängigkeit	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	.29**	.23**	n.s.	n.s.	n.s.	.64**	.53**	.35**	n.s.	n.s.	n.s.		
21. Institutionsgrösse – Vollzeitstellen insgesamt	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	-.32**	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.

* die Korrelation ist auf dem Niveau von 0.05 (2-seitig) signifikant

** die Korrelation ist auf dem Niveau von 0.01 (2-seitig) signifikant



Eine Typologisierung dieser Zusammenhänge zwischen Therapiezielakzeptanz und Therapiemodalitäten wird im nächsten Schritt über eine Faktorenanalyse erreicht, welche bei einer Dreifaktorenlösung insgesamt 41% der Varianz erklärt (vgl. Tabelle 13).

Demnach können drei Typen unterschieden werden:

Tabelle 13: Faktorenanalyse der Akzeptanz verschiedener Therapieziele und der Einstellung zur Therapiezielmitbestimmung

	KT-freundliche partizipative Schadens- begrenzer	KT-neutrale partizipative „Mediziner“	KT-gemässigte nicht- partizipative Schadens- begrenzer
KT als Zwischenziel bei Alkoholabhängigkeit	.80		.16
KT als Zwischenziel bei Alkoholmissbrauch	.75		
KT als Endziel bei Alkoholmissbrauch	.73		
Abstinenzperiode vor KT bei Alkoholmissbrauch	.68		
KT als Endziel bei Alkoholabhängigkeit	.66	.13	
Abstinenzperiode vor KT bei Alkoholabhängigkeit	.60	.13	
Akzeptanz Alkistüblis	.40	.16	.35
Akzeptanz Trinkanreize	.24	.17	.20
Akzeptanz Lebertransplantationen	.19		
Akzeptanz Naltrexon		.74	
Akzeptanz Acamprosate	-.11	.71	-.10
Behandlungsziel durch KlientIn festlegen bei Alkoholabhängigkeit	.40	.53	-.18
Behandlungsziel durch KlientIn festlegen bei Alkoholmissbrauch	.42	.50	-.13
Akzeptanz alternative Therapien		.44	
Akzeptanz Disulfiram Oral		.44	
Akzeptanz Disulfiram Implantat	-.11	.37	.23
Behandlungsziel durch TherapeutIn festlegen bei Alkoholabhängigkeit	-.10	.11	.79
Behandlungsziel durch TherapeutIn festlegen bei Alkoholmissbrauch			.75
Behandlungsziel gemeinsam festlegen bei Alkoholmissbrauch	-.10	-.28	.54
Behandlungsziel gemeinsam festlegen bei Alkoholabhängigkeit	.11	-.18	.43
Erklärte Gesamtvarianz kumulativ	19%	31%	41%

Extraktionsmethode: Hauptkomponentenanalyse
Rotationsmethode: Varimax mit Kaiser-Normalisierung

Erläuterung: N=129/138 (paarweiser Ausschluss fehlender Werte); Faktorladungen unter .10 sind nicht dargestellt

„Der *KT-freundliche partizipative Schadensbegrenzer*“ (Faktor 1), der sich durchweg durch hohe Faktorladungen bei den KT-Zielen auszeichnet – insbesondere bei KT als Zwischenziel bei Alkoholabhängigkeit –, die Festlegung von Therapiezielen durch die TherapeutInnen ablehnt und am stärksten Alkistüblis und Lebertransplantationen für nützlich hält. Nach den jetzt gültigen Transplantationsvorschriften sind Lebertransplantationen nur bei Alkoholabstinenz zugelassen. Diese Gruppe scheint aber keinen Grundsatzkonflikt zwischen kontrolliertem Konsum und Lebertransplantationen zu



sehen, sei es in Unkenntnis der Vorschriften, mit Blick auf (Evidenz basierendem?) Willen, die geltenden Vorschriften zu ändern, oder aber aus einer falsch verstandenen Kundenorientierung heraus.

„Der *KT-neutrale partizipative ‚Mediziner‘*“ (Faktor 2), welcher bezüglich der anderen Faktoren am stärksten hinsichtlich der Bereitschaft diskriminiert, pharmakologische Massnahmen zu treffen - das heisst konkret eine hohe Akzeptanz von Naltrexon, Acamprosat und Disulfiram – gleichzeitig aber auch am stärksten die Klientenautonomie betont. Offenbar handelt es sich hier um eine *KT-unabhängige* Sichtweise, welche zu Recht davon ausgeht, dass der erfolgreiche Einsatz pharmakologischer Mittel und ‚compliance‘ voraussetzt, dass die behandelte Person sich die Zielsetzung zu eigen macht.

„Der *KT-gemässigte nicht-partizipative Schadensbegrenzer*“ (Faktor 3): Er befürwortet mässig *KT* als Zwischenziel bei Alkoholabhängigkeit und ist auch bereit, mit Trinkanreizen zu arbeiten und Alkistübli zu akzeptieren; eine Mitwirkung der Klientel wird jedoch bestenfalls gemeinsam mit dem Therapeuten akzeptiert, dem dabei klar die führende Rolle zukommt.

3.3 Welchen Annahmen folgt die Empfehlung oder Ablehnung von kontrolliertem Trinken?

Im Folgenden soll die Frage der *KT*-Indikationsstellung genauer untersucht werden. In den vorangehenden Ausführungen war bereits auf die Kriterien ‚Abhängigkeit‘ und ‚Missbrauch‘ abgestellt worden. Welche Rolle spielen jedoch allenfalls andere Kriterien bei der Befürwortung von *KT* als Therapieziel durch den Therapeuten? Wie aus Tabelle 14a ersichtlich, sind die drei Kriterien ‚Schwangerschaft‘, ‚Schweregrad der Abhängigkeit‘ und ‚körperliche Schädigungen‘ besonders relevant für eine *KT*-Empfehlung, wohingegen Geschlecht, Alter, familiäre Suchtbelastung sowie ‚psychiatrische Vergangenheit‘ als unerheblich angesehen werden (vgl. Tabelle 14a). Jeweils zu beachten ist, dass sich in der Gruppe derjenigen, welche ‚spielt keine Rolle beim Entscheid‘ sowohl kategorische Gegner des *KT* als auch Befürworter, welche andere Indikationsstellungen bevorzugen befinden.

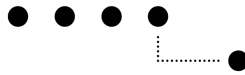


Tabelle 14a: Zur relativen Relevanz diagnostischer Kriterien, die für KT sprechen nach Institutionstyp

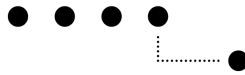
Spielt keine Rolle bei KT-Therapieempfehlung	stationär	ambulant
1. Schwangerschaft spielt KEINE Rolle	17%	17%
2. Schweregrad der Abhängigkeit spielt KEINE Rolle	32%	22%
niedrig	60%	70%
mittel	18%	38% *
hoch	11%	8%
3. Körperliche Schädigungen (u.a. Leberschäden) spielen KEINE Rolle	36%	18% *
Anfangsstadium	59%	77% *
fortgeschrittenes Stadium	6%	15%
weit fortgeschrittenes Stadium	3%	5%
4. Unbedachte Handlungen / Delinquentes Verhalten spielt KEINE Rolle	36%	36%
Fehlen	54%	60%
Vorkommen	9%	5%
5. Soziale Stabilität/Soziale Beziehungen spielen KEINE Rolle	38%	29%
hohe soziale Stabilität	48%	62%
mittlere soziale Stabilität	23%	44% *
geringe soziale Stabilität	5%	9%
6. Frühere alkoholbezogene Behandlungen spielen KEINE Rolle	47%	59% **
ambulant	15%	12%
stationär	26%	11% *
7. Psychiatrische Vergangenheit spielt KEINE Rolle	68%	74%
8. Alkoholismusfälle in der Familie spielen KEINE Rolle	70%	71%
9. Alter spielt KEINE Rolle	83%	96% *
18 bis 30 Jahre	5%	3%
31 bis 50 Jahre	9%	3%
über 50 Jahre	7%	5%
10. Geschlecht spielt KEINE Rolle	98%	100%

* signifikante Unterschiede nach Einrichtungstyp

** signifikante Unterschiede nach Sprachregionen

Kommentar: „Unabhängig davon, ob Ihre Institution Kontrolliertes Trinken anbietet oder nicht, unter welchen der folgenden Umstände würden Sie einem Klienten/einer Klientin in der Wahl von Kontrolliertem Trinken als Behandlungsziel unterstützen? „ (Frage 44, jeweils diverse Abstufungen vorgegeben; **Mehrfachnennungen möglich**).

Vergegenwärtigt man sich den Stand der Forschung, so ist bemerkenswert, dass das altersgruppenspezifische Potential von KT offenbar nicht gesehen wird. Gelten doch insbesondere alkoholmissbrauchende Jugendliche neben alkoholbedingten Strassenverkehrstätern als klassische KT-Zielgruppen. Bei den diagnostischen Einzelkriterien zeigt sich erneut die wesentlich niedrighschwelligere Toleranz für KT: so sehen die ambulanten Stellenleiter falls ‚mittlere soziale Stabilität‘ vorliegt deutlich mehr Chancen für KT als die stationären EinrichtungsleiterInnen. Ebenso sind die Vertreter des stationären Sektors wesentlich vorsichtiger als ihre ambulanten Kollegen, wenn es um die KT-Kompatibilität bei Fällen mit mittlerem Schweregrad der Abhängigkeit und im Anfangsstadium körperlicher Schädigung geht. Im Vergleich der Sprachregionen gewichten Deutschschweizer Einrichtungen vorgängige Behandlungserfahrung doppelt so hoch



bei einer allfälligen KT-Empfehlung als ihre KollegInnen aus der übrigen Schweiz (57% vs. 33 Prozent). Der internationale Kommentar stellt auf die Konsistenz dieser Ergebnisse mit vergleichbaren Umfragen ab und thematisiert die grosse Bereitschaft der Schweizer Behandlungsanbieter KT-Ziele auch bei Doppeldiagnosen und einer psychiatrischen Vorgeschichte in Betracht zu ziehen:

„Was Tabelle 14a anbetrifft, so scheint Schwangerschaft als Diagnosekriterium eine sehr wichtige Rolle zu spielen. 70-80 % der Befragten geben an, dass die Schwere der Abhängigkeit beim Behandlungsentscheid eine Rolle spielt, insbesondere, wenn es sich um mittlere oder hohe Abhängigkeitsgrade handelt. Diese Ergebnisse stehen mit meiner ersten Umfrage 1992 in England in Einklang und decken sich mit Befunden, welche darauf hinweisen, dass KT-Akzeptanz hinsichtlich abhängiger Trinker weniger ausgeprägt ist als bei Alkoholmissbrauchern. Gleichzeitig stelle ich ähnliche Akzeptanzraten bei stationären Anbietern (welche eher schwere Fälle aufnehmen) und ambulanten Programmen mit leichteren Fällen fest. Daneben erscheint mir jedoch noch weit interessanter, dass die Schweizer Behandlungsanbieter psychiatrischen Vorbehandlungen und -belastungen offenbar keine Bedeutung beim Behandlungsentscheid beimessen. Dies dürfte Konsequenzen für PatientInnen mit Doppeldiagnosen haben, die von Behandlungsprogrammen in der Schweiz offenbar nicht ausgeschlossen werden. Obgleich für die USA keine diesbezüglichen Daten vorliegen, würden vermutlich die meisten Programme Doppeldiagnosen nicht berücksichtigen.“

In der Tat gibt es viele Hinweise aus der klinischen Praxis, dass Suchtmittelkonsum psychiatrische Erkrankungen stabilisieren kann. Das könnte somit gewissermassen eine Positiv-Indikation (nicht nur keine Kontraindikation) für KT sein.

Betrachtet man als Gegenstück zu den KT-Indikationen, welche die Wahl von KT als Behandlungsziel unterstützen, nun die Frage, ob Kontraindikationen vorstellbar sind, welche die *Ablehnung* des Wunsches einer/es Klientin/Klienten rechtfertigen könnten, so kann ganz allgemein festgestellt werden, dass lediglich sechs Prozent der Einrichtungen KT bedingungslos ablehnen und beachtliche 41 Prozent den Wunsch des Patienten/der Patientin nach KT auf jeden Fall respektieren würden. Eine Mehrheit von 53 Prozent macht die Zustimmung von Bedingungen abhängig auf die noch einzugehen sein wird. Gleichzeitig zeigt sich erneut das Bild einer offeneren Haltung des ambulanten Bereiches im Vergleich zum stationären Sektor und in der Deutschschweiz im Vergleich zur übrigen Schweiz (vgl. Tabellen 14b und 14c). Zu berücksichtigen ist wiederum, dass die Antwortenden beim ‚Wunsch des Patienten nach KT‘ jeweils von ihren Referenzpopulationen ausgehen werden. Unter Berücksichtigung der stärkeren Suchtbelastung der Klienten im stationären Bereich erscheint das bedingungslose Befürworten von gut einem Drittel der stationären Angebote recht hoch. Dieses Bild deckt sich durchaus mit der spontanen Ausgangsbewertung von KT als Therapieziel (vgl. Tabelle 10a); der Umstand, dass neun Befragte, welche bei der Frage 2 angaben, dass KT nie ein akzeptables Ziel für Personen mit Alkoholproblemen sein könne und gleichwohl bei der Frage 45 den KT-Wunsch des Klienten/der Klientin unbedingt oder bedingt akzeptieren würden, lässt sich wohl damit erklären, dass die Patientenautonomie höher gewertet wird als die Eigenüberzeugung des Therapierenden, welche erwartet, dass der Patient nach fruchtlosem KT-Versuch notwendigerweise zur Einsicht kommen wird.

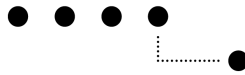


Tabelle 14b: Voraussetzungen für Ablehnung des KT-Wunsches nach Sprachregion

Gegebenheiten für Ablehnung des KT-Wunsches		Sprachregion		Gesamt
		Deutschschweiz	Romandie / Tessin	
„Gar nicht (KlientIn kann lediglich auf die Risiken hingewiesen werden)“	n %	45 42%	9 39%	54 41%
Unter gewissen Gegebenheiten	n %	59 54%	10 44%	69 53%
„In jedem Fall KT <i>kann nie ein Behandlungsziel sein</i> “	n %	4 4%	4 17%	8 6%
Gesamt	n %	108 100%	23 100%	131 100%

Chi=6.294- df=2; p<.043

Kommentar: Frage 45: „Unter welchen Gegebenheiten würden Sie den Wunsch eines/einer KlientIn nach Kontrolliertem Trinken als Behandlungsziel auf jedem Fall ablehnen?“

Tabelle 14c: Voraussetzung für die Ablehnung des KT-Wunsches nach Institutionstyp

Gegebenheiten für Ablehnung des KT-Wunsches		Institutionstyp		Gesamt
		stationär	ambulant	
„Gar nicht (KlientIn kann lediglich auf die Risiken hingewiesen werden)“	n %	21 36%	33 45%	54 41%
Unter gewissen Gegebenheiten	n %	30 52%	39 54%	69 53%
„In jedem Fall KT <i>kann nie ein Behandlungsziel sein</i> “	n %	7 12%	1 1%	8 6%
Gesamt	n %	58 100%	73 100%	131 100%

Chi=6.711- df=2; p<.035

Betrachten wir die Untergruppe derjenigen näher, welche einen KT-Behandlungswunsch weder bedingungslos akzeptieren oder ablehnen, sondern dessen Annahme von bestimmten Bedingungen abhängig machen würden. Im Unterschied zur Listenvorgabe der möglichen Empfehlungsgründe für KT wurde hier offen um stichwortartige Erläuterungen gebeten. Bei der Interpretation ist zu beachten, dass letztlich nach Ablehnungsgründen gefragt wird, welche derart schwerwiegend sind, dass man sich als Therapeut gezwungen sieht, sich über den ausdrücklichen Willen des Patienten/der Patientin hinweg zu setzen. Betrachtet man zunächst die Palette der Ablehnungsgründe, so fallen auch bei einer ungestützten Abfrage ‚Körperliche Vorschädigungen‘ und allgemein ‚abweichendes Verhalten‘ negativ bei unsicheren KT-Entscheiden ins Gewicht (41 Prozent und 25 Prozent der Zweifelnden (n=69) würden in diesen Fällen ablehnen). Bemerkenswert erscheint, dass lediglich 15 Prozent der qualifizierten Befürworter von KT Schwangerschaft als Grund sehen, um einer Frau den Wunsch nach kontrolliertem Trinken als Therapieziel abzuschlagen, obgleich gerade dieser Grund im Rahmen der allgemeinen Indikationsstellung von grösster Bedeutung ist (von 83 Prozent als relevant für die Indikationsstellung angesehen, vgl. Tabelle 14a). Der Abwägungsentscheid ist stark an persönlichen Merkmalen des Klienten/der Klientin ausgerichtet; lediglich 12 Prozent der bedingten Befürworter würden mangelhafte soziale Netze oder Beziehungen bei einem Negativentscheid heranziehen. Stark individualistisch geprägt sind auch zwei weitere *spontan* genannte Kategorien, welche bei der Listenabfrage nicht vorgesehen waren, nämlich der Bezug auf „be-



stehende Abstinenz“ und „mangelnde Einsicht oder Motivation“ welche den Ausschlag für ein Nichteingehen auf den KT-Wunsch des Patienten/der Patienten bei 14 Prozent bzw. neun Prozent der bedingten Befürworter geben würden. Anders ausgedrückt; bei aktueller Abstinenz wird im ersten Fall KT als minderwertigere, daher nicht anzustrebende Lösung gesehen und im zweiten Fall wird gewissermassen die Redlichkeit oder aber das Vermögen des Patienten/der Patientin zur Verfolgung von KT in Frage gestellt. Diese Einzelbefunde machen erneut deutlich, dass die Akzeptanz und Umsetzung von KT als Behandlungsziel in der Praxis jenseits von sozialmedizinischen Erwägungen ganz wesentlich auch vom Patientenbild des Therapeuten und der Einstellung zur Patientenautonomie abhängt.

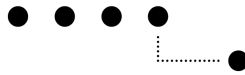
Schliesslich wurde **die Frage von ‚zuverlässigen Trinklimiten‘** im Hinblick auf das Behandlungsziel ‚kontrolliertes Trinken‘ im Rahmen einer offenen Frage angeschnitten. Wir erinnern uns, dass bei der Einleitungsfrage nach der Definition von KT 69 Prozent der Befragten einen Mengenbezug hergestellt haben (vgl. Tabelle 9a). Die Nachfrage nach *zuverlässigen* Trinklimiten, die man dem/der PatientIn *empfehlen* würde, geht jedoch einen Schritt weiter als die Wiedergabe einer – möglicherweise nicht gebilligten – Spontandefinition von KT. Eine erste Gruppe der Institutionsleitungen weicht der Frage nach quantitativen Trinklimiten aus und macht keine oder diffuse Angaben (ca. 17%, n=22); 54 Prozent machen Mengenangaben (n=74) und/oder (Mehrfachnennungen erlaubt!) verweist darauf, dass dies Gegenstand individueller Aushandlung (21 %, n=29) oder Entscheidung des/der KlientIn sei (8%, n=11).

Beispiele: „Abhängig von mehreren Faktoren, Aushandeln der Trinkmenge, die von Klienten akzeptiert und erstrebenswert ist, also sozialverträglich“ - „Ein Trinklimit, das für ihn realistisch ist und er einhalten kann. Ein Ziel, das er erreichen kann. Danach immer wieder anpassen“ - „Hyper difficile à fixer“ - „Individuell“ – „Kann ich nicht pauschal beurteilen. Muss jeder Klient selbst bestimmen“ – „Keine; Jede Limitierung wird (zumindest als Teilziel) akzeptiert“ – „Muss mit dem Patient erarbeitet werden“ – „wir geben Informationen ab, der Klient entscheidet selbst, wir begleiten“

Knapp 10 Prozent beziehen sich schliesslich auf WHO/DSM Richtlinien und/oder auf andere Richtwerte/Empfehlungen (z.B. Britische Ärztegesellschaft, SFA). Im gleichen Zuge wird dann auch nach Geschlecht und manchmal Alter differenziert.

Mehr oder minder etabliert scheint bei der Analyse der Einzelangaben der Begriff des Standarddrinks. In der Regel kombinieren die angegebenen KT Empfehlungen Mengengrenzen und als notwendig erachtete Abstinenzintervalle.

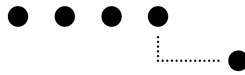
Wie verhalten sich diese Praxisvorstellungen nun zur Expertenempfehlung und zum Stand der Forschung?



Gemäss dem vorliegenden Expertenbericht (Klingemann et al 2004, Kapitel 3.2) wird empfohlen, auf tägliches Trinken zu verzichten, um den täglichen Konsum (im Gegensatz zum situationsgebundenen Trinken) nicht zur Gewohnheit werden zu lassen und die Gefahr der Entwicklung einer Alkoholtoleranz möglichst gering zu halten. Es wird ein Tageskonsum von maximal drei Gläsern (zwei Gläser für Frauen) (pro Glas 13,6 Gramm Alkohol) an nicht mehr als vier Tagen pro Woche empfohlen. Eine solche Mengen- bzw. Häufigkeitsregelung ist gegenüber einer im Voraus festgelegten Wochenmenge vorzuziehen, da Letztere einen grösseren Alkoholkonsum und möglicherweise unerwünschtes Rauschtrinken an einzelnen Tagen zulässt. Zudem ergeben sich aus den Umständen des Alkoholkonsums wichtige Bestimmungsfaktoren für die Höhe des Risikos. Bestimmten KlientInnen kann daher empfohlen werden, das Trinken in Hochrisikosituationen (z.B. Alkohol am Steuer) gänzlich zu vermeiden. Für KlientInnen kann es zudem hilfreich sein, risikomindernde Bedingungen festzulegen (z.B. das Trinken im Beisein einer Bezugsperson, nur Wein zum Abendessen in einem Restaurant, nur an Wochenenden) was letztlich mit der Entwicklung eines Trinkplanes einhergeht.

Wie bereits ausgeführt, wird die Situationsbedingtheit von Trinklimiten durchaus von einem Teil der Befragten anerkannt: Ein gutes Fünftel der Befragten macht nämlich die Empfehlung vom Ergebnis eines Aushandlungsprozesses Therapeut- Klient abhängig und betont damit die individuellen Umstände und die jeweilige soziale Situation, welche rigide quantitative Vorgaben verbieten.

Bezüglich der Mengenangaben und Abstinenzintervalle demonstriert die folgend Übersicht die grosse Bandbreite der Vorstellungen bei den 29 Prozent (n=41) der Befragten welche hierzu Angaben machen. Die Vorstellungen reichen von der Empfehlung von 6 Abstinenztagen und einem Glas Alkohol pro Woche bis zur Toleranz von vier bis fünf Standarteinheiten pro Tag. Die Empfehlung von drei Abstinenztagen gemäss Expertenbericht wird von 22 Prozent (n=9) der Befragten, welche Limiten spezifizieren reproduziert; 33 Prozent (n=16) sind tendenziell strikter und fordern 4 oder mehr trinkfreie Tage während 45 Prozent bereits 2 Abstinenztage für ausreichend erachten (vgl. die folgende Übersicht).



Übersicht: Empfohlene Trinklimiten im Spiegel der Befragung: Exemplarische Darstellung der Varianz von Abstinenzintervallen und Mengenangaben (n=41; je Zeile eine individuelle Nennung)

(Abstinenz: unspezifisch ,mehrere A-Tage pro Woche') Eine Einheit mit mehreren Tagen Abstand

(A-Tage nicht spezifiziert) Gelegentlicher, überlegter Konsum, nicht mehr als 3 Standarddrinks

(A-Tage nicht spezifiziert) 7 Standarddrinks pro Woche, unregelmässig konsumiert

(A-Tage nicht spezifiziert) 3-4 Standarddrinks pro Woche

(A Tage nicht spezifiziert) Nicht täglicher, mässiger Konsum (1-2 Trinkeinheiten)

(5- 6 A-Tage) 1-2 Mal pro Woche 1-2 Glas

(5-6 A-Tage)1-2 Mal pro Woche 1-2 Glas Alkohol

(5-6 A-Tage) Männer: 2 bis höchstens 3 Mal/Woche 2 (in Ausnahmefällen 3) Standarddrinks. Frauen: 1-2 Mal/Woche 1-2 Standarddrinks

(5 A- Tage) 2 Mal pro Woche 1 Stange

(4-5 A-Tage) Mindestens 4, besser 5 abstinente Tage in der Woche, oder weniger als 40-60g Alkohol bei Männern, bzw. 20-30g bei Frauen an Tagen, wo Alkohol getrunken wird

(4 A-Tage(Nicht mehr als 2 (Frauen) oder 3 (Männer) Standarddrinks höchstens 3mal pro Woche

(4 A-Age) 20-40g pro Tag max. 3 Mal pro Woche

(4 A-Tage pro Woche) An max. 3 Tagen pro Woche 2/3 Standarddrinks (Frauen/Männer)

(3-4 A-Tage) in general, quelli del consumo no a rischio (max. 2-3 giorno, 3-4 g.all settimana), sui singolo, dipende dagli obiettivi

(3-4 A-Tage) Mann: 3-4 Standarddrinks, 3-4 Mal pro Woche; Frau: 2-3 Standarddrinks, 3-4 Mal pro Woche

(3-4 A-Tage) Weniger als bisher, 2-3 Standarddrinks 3-4mal pro Woche

(3 A-Tage) Kanadische Regel 1-3-4, maximal 1 Standarddrink/Stunde. Max 3 Standarddrink /24 Stunden, max. an 4 Tagen

(3 A-Tage) Mann: nicht mehr als 40g/Tag, nicht täglich, 3 abstinente Tage dazwischen. Frau: 20g/Tag, nicht täglich, 3 abstinente Tage dazwischen – sehr gezielt, bewusst, wann und wann nicht. Immer mit Hilfe eines Trinkplanes und einer Trinkagenda

(3 A-Tage) Als Beispiel: 1 ½ lt. Bier, max. 4 von 7 Tagen, dazwischen abstinente Phasen (z.B. 1 Woche)

(3 A-Tage) Standarddrinks pro Woche für Männer 10, für Frauen 6; Anzahl Tage ohne Alkohol für Männer 3, für Frauen 3, max. Anzahl Drinks für Männer 3, für Frauen 2

(3 A-Tage) 2 Einheiten pro Tag (Mann), 1 Einheit pro Tag (Frau), Regel 3-3-9, aber nicht mehr als drei Einheiten pro Tag, 9 pro Woche, 3 Tage ohne

(3 A-Tage) Max. 4 Tage/Woche, bis 3 Trinkeinheiten, bei speziellen Anlässen bis 5 Trinkeinheiten

(2-3 A-Tage) Max. 1 Promille/Tag, 2-3 alkoholfreie Tage pro Woche

(2 A-Tage)1-2 Standarddrinks pro Tag an höchstens 5 Tagen in der Woche

/2 A-Tage) Männer: 30g Alkohol pro Tag. Frauen: 20g Alkohol pro Tag bei je 2 alkoholfreien Tagen/Woche

(2 A-Tage) 2 Einheiten, 2 alkoholfreie Tage pro Woche

(2 A-Tage) Max. 2 (3) Standarddrinks pro Tag, nicht vor Mittag, 2 abstinente Tage pro Woche

(2 A-Tage) 2-3 Einheiten (Standardgläser pro Tag), bei 2 Tagen Enthaltung pro Woche (nacheinander)

(2 A-Tage pro Woche) Ideal: max. 2-3 Einheiten max. 5 Tage/Woche, der Not gehorchend: 5 Einheiten, täglich (Oberste Grenze)

(2 A-Tage) Max. 3 Standarddrinks/Tag, 2 Nulltage pro Woche

(0 A-Tage)1 mal 2 Glas oder 2 mal 1 Glas pro Tag, variiert etwas

(0 A-Tage) 6 bis 8 Alkoholeinheiten wöchentlich (2)

(0 A-Tage) Je nach dem, zwischen 5-10 Standarddrinks/Woche

(0-A-Tage) zwei Standardgläser pro Tag

(0 A-Tage) Pro Tag zwei Standardeinheiten

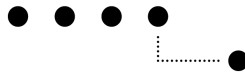
(0 A-Tage) Nicht mehr als 2 Einheiten täglich

(0 A-Tage) Max. 0.8 jeden Tag, max. 0.8 an max. 4 Tagen

(0 A-Tage) 7 mal 3 Standardeinheiten pro Woche

(0 A-Tage) Nicht mehr als 4 Einheiten/Tag

(0 A-Tage) 4-5 Standardeinheiten pro Tag



3.4 Zur relativen Bedeutung von KT im aktuellen Behandlungsangebot und ‚Wie wird das Potential KT- geeigneter PatientInnen eingeschätzt und ausgeschöpft?‘

Während die bisherigen Berichtsteile die Einschätzung von KT als Therapieziel aus verschiedenen Blickwinkeln beleuchtet haben, erfolgt in diesem Kapitel erstmals für die Schweiz eine Bestandesaufnahme der *tatsächlichen Implementation* und Praxis KT-bezogener Behandlungsmodalitäten. Ein Blick auf Tabelle 15a macht deutlich, dass sich die Bewertung und allgemeine Einschätzung von KT auch im konkreten Angebot widerspiegelt oder aber – eine ergänzende Interpretation – die Anwendung oder der Verzicht auf KT-verbundene Therapieelemente möglicherweise auch die Haltung gegenüber dieser Behandlungsoption prägt. Allgemein formuliert: Therapieeinstellung beeinflusst Therapieverhalten; gleichzeitig wird auch versucht, Konsonanz zwischen Verhalten und Einstellung herzustellen.

Im Vergleich zum stationären Sektor ist bei ambulanten Anbietern KT als Therapieziel bei der überwiegenden Mehrheit der Einrichtungen bereits wesentlich verankert. Es kann davon ausgegangen werden, dass der Anteil von Patienten mit schwerer Alkoholabhängigkeit im stationären Sektor höher ist als im ambulanten Sektor. Lediglich ein Viertel der stationären Einrichtungen melden jedoch, dass für solche Fälle KT als Behandlungsziel tatsächlich verfolgt wird. Hier spiegeln sich die in den früheren Abschnitten dokumentierten Vorbehalte gegenüber KT im stationären Bereich. Im Gegensatz dazu verfügen zwei Drittel bis vier Fünftel der ambulanten Stellen bei dieser Diagnose zumindest nach eigenen Angaben, auch über ein Angebot für Alkoholabhängige.

Die grosse Verbreitung und Akzeptanz im ambulanten Bereich wäre anhand weiterer Indikatoren und im Rahmen einer vertieften Untersuchung noch näher zu prüfen, so etwa anhand der Prospekte von Alkoholberatungsstellen. Dabei müsste auch die Professionalität des Ansatzes ausgelotet werden, das heisst, ob die zentralen Kriterien für KT in der Praxis erfüllt sind. Auf diese Frage wird im Zusammenhang mit dem Weiterbildungsverhalten noch zurückzukommen sein. Gleichzeitig muss aber auch festgehalten werden, dass etwa die Hälfte der stationären Angebote eine allgemeine Beratung und Information zu KT anbieten.

Der reale Einbezug von Alkohol und die Auseinandersetzung mit Trinkanreizen in der Therapie, etwa analog zur heroingestützten Behandlung, werden nur in wenigen Ausnahmefällen praktiziert. Hier kommen vorläufig offenbar politische Vorbehalte zum Zuge, welche etwa die Einübung kontrollierten Trinkens und Schadensbegrenzungsansätze als nicht opportun erscheinen lassen.

Auch *aus internationaler Sicht* ergibt sich ein ähnliches Bild, d.h. ein Gegensatz zwischen Praxis und Evidenz, welche für die Nutzung eines geschützten Rahmens für die Einübung von Trinkplänen sprechen würde. Gleichzeitig erscheint die Konzentration auf individuelle Beratungsformen angesichts der kostengünstigen Gruppentherapie, wie sie in Nordamerika die Regel ist, auffällig:



“Tabelle 15a zählt zweifellos zu den Interessantesten, gibt sie doch Aufschluss über das umfassende Angebot potentieller Interventionen und die Verteilung der Programme, welche entsprechende Behandlungen tatsächlich anbieten. Die Ergebnisse sind ganz ähnlich wie unsere Befunde aus der Umfrage in Grossbritannien bei Behandlungsangeboten für Drogen- und Alkoholabhängige (Rosenberg, Melville, & McLean, *Addiction*, 2002) und zeigen, dass Trinkerstuben (“wethouses”) wo Alkohol konsumiert werden kann die grosse Ausnahme sind, und dass der Einbezug von Trinkanreizen in die therapeutische Arbeit (cue exposure therapy) - trotz verfügbarer unterstützender Forschungsbefunde - eher selten (11% und 20%) sind; ferner wird klar, dass die KlientInnen wesentlich grössere Chancen haben KT bei ambulanten als bei stationären Einrichtungen einzuüben, obwohl 43 Prozent KT als ein einigermaßen oder völlig akzeptables Therapieziel einstufen. Interessant festzustellen ist auch der relativ geringe Rückgriff auf Gruppentherapieformen für KT (24% bzw. 15%) im Vergleich zur KT-orientierten Einzeltherapie – wie ist das zu erklären? Gruppentherapien sind wesentlich kostengünstiger und eventuell in den USA auch aus diesem Grunde weit häufiger – allerdings immer abstinenzorientiert – anzutreffen“.

Tabelle 15a: Aktuelle KT-bezogene Behandlungsangebote nach Einrichtungstyp (Mehrfachnennungen; N=138)

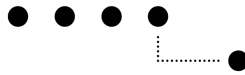
	stationär	ambulant	
Ein „Alkistübli“, wo KlientInnen mit Alkoholproblemen <u>ihren eigenen Alkohol</u> konsumieren	7%	1%	
Präsentation von <u>Trinkanreizen</u> (z.B. alkoholische Getränke, Fotos oder Videos davon), welche bei den KlientInnen das Verlangen nach Alkohol auslösen, damit diese lernen, künftig auch bei Reizkonfrontation auf Alkoholkonsum zu verzichten	20%	11%	
<u>Information</u> über das Behandlungsziel <u>Kontrolliertes Trinken</u>	57%	90%	* **
Kontrolliertes Trinken als <u>Zwischenziel</u> für KlientInnen mit der Diagnose „ <u>Alkoholmissbrauch</u> “ auf dem Weg zu totaler Abstinenz	33%	88%	* **
Kontrolliertes Trinken als <u>endgültiges Behandlungsziel</u> für KlientInnen mit der Diagnose „ <u>Alkoholmissbrauch</u> “	38%	81%	* **
Kontrolliertes Trinken als Behandlungsziel mit <u>Verzicht</u> auf eine <u>vorherige Abstinenzperiode</u> bei KlientInnen mit der Diagnose „ <u>Alkoholmissbrauch</u> “	23%	77%	* **
Kontrolliertes Trinken als <u>Zwischenziel</u> für KlientInnen mit der Diagnose „ <u>Alkoholabhängigkeit</u> “ auf dem Weg zu totaler Abstinenz	23%	80%	* **
Kontrolliertes Trinken als <u>endgültiges Behandlungsziel</u> für KlientInnen mit der Diagnose „ <u>Alkoholabhängigkeit</u> “	26%	64%	* **
Kontrolliertes Trinken als Behandlungsziel mit <u>Verzicht</u> auf eine <u>vorherige Abstinenzperiode</u> bei KlientInnen mit der Diagnose „ <u>Alkoholabhängigkeit</u> “	10%	53%	* **
<u>Individuelle Beratung/Therapie</u> mit dem Behandlungsziel <u>Kontrolliertes Trinken</u>	54%	87%	* **
<u>Gruppenberatung/-therapie</u> mit dem Behandlungsziel <u>Kontrolliertes Trinken</u>	15%	24%	

* statistisch signifikante Unterschiede zwischen ambulanten und stationären Institutionen

** statistisch signifikante Unterschiede zwischen Sprachregionen (p<.05)

Kommentar: Fragen 18 – 38: Listenvorgabe nach folgender Einleitung: „Bitte kreuzen Sie für jede einzelne der unten stehenden Interventionen ‚Ja‘ oder ‚Nein‘ an, um anzuzeigen, ob diese zurzeit in ihrer Einrichtung ANGEBOTEN werden oder nicht“.

Betrachtet man die Palette der *nicht direkt* KT-bezogenen Angebote, so finden sich im Angebot praktisch aller Einrichtungen Angehörigenarbeit, Selbsthilfegruppenarbeit, Rückfallprävention, individuelle Abstinenzberatung und -information aber auch motivationale Gesprächsführung (jeweils bei 79 bis 97 Prozent der Einrichtungen). Die starke



Verbreitung des ‚motivational interviewing‘ (vgl. Veranstaltung mit Dr. Rollnick in der Romandie im November 2005) bei je 93 Prozent der stationären und ambulanten Einrichtungen ist bemerkenswert und weist auf die Bereitschaft hin, Therapieziele prozesshaft auszuhandeln und damit gegebenenfalls auch Vorbehalte oder Präferenzen hinsichtlich KT in den Hintergrund zu stellen.

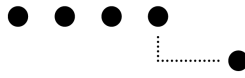
Tabelle 15b: Aktuelle KT-unabhängige Behandlungsgebiete nach Einrichtungstyp (Mehrfachnennungen)

	stationär	ambulant	
<u>Alternative Therapien</u> wie z.B. Akupunktur oder Massage	39%	18%	* **
<u>Verschreibung von Medikamenten</u> für KlientInnen mit Alkoholproblemen	86%	45 %	* **
<u>Motivierende Gesprächsführung</u> (Motivational Interviewing)	93%	93%	
<u>Angehörigenarbeit</u>	87%	96%	
<u>Einbezug von Selbsthilfegruppen</u>	79%	88%	
<u>Information</u> über das Behandlungsziel <u>Abstinenz</u>	89%	97 %	*
Bei Bedarf <u>Überweisung an eine Institution</u> , die Kontrolliertes Trinken anbietet	64%	63%	
<u>Individuelle Beratung/Therapie</u> mit dem Behandlungsziel <u>Abstinenz</u>	95%	97%	
<u>Gruppenberatung/-therapie</u> mit dem Behandlungsziel <u>Abstinenz</u>	63%	49%	**
<u>Rückfallprävention</u>	92%	93%	

* statistisch signifikante Unterschiede zwischen ambulanten und stationären Institutionen
 ** statistisch signifikante Unterschiede zwischen Sprachregionen (p<.05)

Wenig überraschend, werden im kontrollierten stationären Rahmen mehr Medikamente eingesetzt als im ambulanten Sektor (86 Prozent vs. 45 Prozent). Gleichzeitig signalisiert - auch aus internationaler Perspektive - die Offenheit gegenüber alternativen Therapien gerade im stationären Sektor (39% vs. 18% ambulant) eine bemerkenswerte Kundenorientierung. Schliesslich, wie oben bereits angemerkt, wird das Potential an gruppentherapeutischen Interventionen erstaunlicherweise nur von knapp der Hälfte der ambulanten Anbieter ausgenutzt.

“Betrachtet man Tabelle 15b so wird klar, dass die Schweizer Einrichtungen eine breite Palette abstinenzorientierter Interventionen anbieten, teilweise kombiniert mit KT-Modalitäten oder aber losgelöst von KT. Bill Miller von der Universität von New Mexico wäre vermutlich entzückt zu erfahren, dass mehr als 90 Prozent der Stellen motivationsfördernde Interviewtechniken einsetzen. Ähnlich wie hier in den USA wird häufig auch auf Selbsthilfegruppen und Ansätze zur Rückfallprävention zurückgegriffen. Alternative Therapieformen sind eher die Ausnahme, allerdings finde ich gleichwohl beeindruckend, dass immerhin 20 Prozent der ambulanten und 40 Prozent der stationären Anbieter etwa Massagebehandlungen oder Akupunktur anbieten, wenn man bedenkt, wie selten solche Therapieformen bei amerikanischen DrogenpatientInnen zur Anwendung kommen (Rosenberg & Phillips, 2003).“



CONFERENCE
« Motivational interviewing and guiding: Improving everyday practice »

Steve Rollnick, Ph.D.
Communication Skills Unit, University of Wales
College of Medicine, Cardiff, UK

3 novembre 2005 à 17h.
Auditoire Jéquier-Doge Policlinique médicale
universitaire, Lausanne (PMU).

> **Steve Rollnick** dirige la Communication Skills Unit appartenant au Département de médecine générale du Collège de médecine de l'Université du Pays de Galles à Cardiff. Il travaille aussi depuis de nombreuses années comme psychologue au British National Health Service. Possédant une large expérience dans le domaine des addictions, le Prof Rollnick s'est progressivement intéressé au changement de comportement dans le domaine plus général de la santé. En collaboration avec William Miller, il a développé l'entretien motivationnel qui connaît depuis 10 ans un développement rapide, trouvant des applications cliniques et de recherche dans l'ensemble des comportements influençant la santé tels que la consommation d'alcool et de tabac et la sédentarité, ainsi qu'au niveau de l'adhérence thérapeutique; dans ce dernier cas, l'entretien motivationnel s'est imposé comme outil de prise en charge et de suivi des maladies chroniques telles que diabète, asthme et SIDA. Le Prof Rollnick a formé des praticiens dans le monde entier et est l'auteur de nombreuses recherches, d'articles et de livres.

Organisation:

- > Dr. Jean-Bernard Daeppen, médecin chef, Centre de traitement en alcoologie (CTA)
- > Prof. Jacques Cornuz, médecin chef, Policlinique médicale universitaire (PMU)

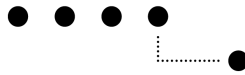
Cette conférence compte pour une heure de formation continue

CTA

CHUV

Photographie: CEMCA

Die tatsächliche Einführung oder Ablehnung von Therapieangeboten sollte im Idealfall auf erfahrungswissenschaftlichen Grundlagen beruhen. Die Forderung nach Evidenz basierter professioneller Praxis und Normierung hat gerade in den vergangenen Jahren zunehmend an Bedeutung gewonnen. Insbesondere wenn es um innovative, umstrittene Ansätze geht, erhöht sich der Druck auf die Akteure geeignete Legitimationsgrundlagen vorweisen zu können. Wie sieht es hiermit beim Entscheid pro oder kontra KT-bezogene Therapieangebote aus? Wird etwa zur ‚Verteidigung‘ einer abstinenzorientierten Politik vor allem auf das Krankheitsmodell verwiesen wie dies in den USA der Fall ist (vgl. Rosenberg und Leigh 1994), wohingegen KT-Anbieter Schützenhilfe bei der Wissenschaft suchen? Tabelle 16a stützt solche Vermutungen eher nicht. Sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich nannte etwa die Hälfte der Befragungen das Krankheitsmodell als Legitimationsgrundlage, wobei dieses keineswegs am wichtigsten ist. Persönliche Trinkerfahrungen spielen - im Unterschied zum nordamerikanischen AA-geprägten Kontext - überhaupt keine Rolle. Bei den übrigen Bezugskonzepten hingegen lassen sich ausgeprägte sektorspezifische Unterschiede aufzeigen: Fast alle (91 Prozent) Leitungspersonen im, tendenziell KT-freundlicheren, ambulanten Umfeld führen in erster Linie den beruflichen Erfahrungshorizont ins Feld, gefolgt vom Verweis auf wissenschaftliche Forschungsergebnisse (66%). Etwas anders fällt das Bild im stationären Bereich aus, welcher dem KT-Gedanken etwas reservierter gegenüber steht. Berufliche Erfahrung und Forschungsorientierung werden tendenziell weniger zur Legitimation des Behandlungsprogramms herangezogen, wohingegen das Institutsleitbild sich offenbar viel stärker strategisch/programmatisch auswirkt als bei



ambulanten Programmen. Letzterer Befund wird im Übrigen von Rosenberg und Leigh (1994) gestützt, welche KT-Ablehnung bei amerikanischen Einrichtungen ebenfalls in Zusammenhang mit der ‚agency policy‘ aufzeigen. Die wichtige übergreifende Rolle, welche Berufserfahrung beim Therapieangebotsentscheid spielt, könnte möglicherweise als kundenorientierte Einstellung – vermutlich jedoch stark unter dem Eindruck der aktuellen Therapienachfrager – gedeutet werden („Selber denken und Schlüsse aus Erfahrungen mit KlientInnen ziehen“ – „Praktische Erfahrung im Heim“ usw.).

Tabelle 16a: Angebotslegitimation „pro – kontra – KT“ nach Einrichtungstyp

Legitimation aufgrund von		Einrichtungstyp			
		stationär		ambulant	
		%	(n)	%	(n)
1.	Krankheitsmodell	50%	(31)	45%	(33)
2.	Forschungsergebnissen *	40%	(25)	66%	(49)
3.	beruflicher Erfahrung *	73%	(45)	91%	(67)
4.	persönlicher Trinkerfahrung	5%	(3)	4%	(3)
5.	Institutsleitbild*	71%	(44)	45%	(33)

* sig. p<.00

Kommentar: „Unabhängig davon, ob Ihre Institution Kontrolliertes Trinken als Behandlungsziel für KlientInnen mit Alkoholproblemen anbietet oder nicht, auf welchen Grundlagen wurde die Entscheidung Kontrolliertes Trinken anzubieten oder nicht getroffen (Frage 40. Listenvorgabe)“

Wie dem auch sei, die unterschiedliche subjektive Relevanz der verschiedenen Legitimationsgrundlagen wird vor allem mit Blick auf die *Akzeptanz* künftiger Weiterbildungsangebote noch von Interesse sein.

Die Stabilität und Beeinflussbarkeit legitimatorischer Referenzrahmen hängen ausserdem vom tatsächlich praktizierten Informationsverhalten ab. Wird konkret nachgefragt so geben 68 Prozent der Leitungspersonen an, dass sie selbst beziehungsweise die Einrichtungsmitarbeitenden ihre KT-Kenntnisse bei Vorträgen oder auf Fachtagungen erworben haben, wobei – vermutlich aufgrund von Sprachproblemen und geeigneten Trainern - dieser Vermittlungskanal in der Romandie signifikant weniger genutzt wird beziehungsweise genutzt werden kann (48 Prozent – dagegen 73 Prozent in der Deutschschweiz). Spezifische Angaben („welche Vorträge, Fachtagungen“) machen 52 Deutschschweizer Anbieter und 5 aus der übrigen Schweiz. Im deutschsprachigen Landesteil wird mit 27 Prozent der Nennungen auf Programme von J. Körkel, Fachhochschule Nürnberg, verbandsbezogene Fortbildungsveranstaltungen und Tagungen verwiesen (u.a. 1. Appenzeller Suchtsymposium; A+S Fachtagung in Olten 2001; Hamburger Suchttherapietage, Suchtfachtagung Herisau, SFA, Forel Klinik). Die Anbieter aus der Romandie melden konkret lediglich ‚GREAT‘ und ‚HUG colloques‘.

Ein weitergehendes Engagement kommt in der Teilnahme von immerhin 28 Prozent der Anbieter an konkreten KT-Schulungen zum Ausdruck. In der deutschsprachigen Schweiz haben hier die QUEST Akademie bzw. das AkT Therapieprogramm von J. Körkel eine ‚marktbeherrschende Stellung‘ (n=18 von 24 konkretisierten Angaben). (Ähnliches zeigt sich übrigens bei konkretisierender Nachfrage zur konsultierten wissenschaftlichen Literatur; hier nämlich wird in 58 Prozent der Angaben auf Arbeiten von Körkel, auch zur Rückfallprävention, verwiesen). Darüber hinaus geben die



befragten Anbieter: ‚Eugen Polli‘, ‚Forel Klinik‘, ‚Brügger Modell nach Luc Isobaert‘, ‚OVFS‘ und ‚Perspektive Thurgau‘ an.

Analysiert man die Mehrfachnennungen zum Informationsverhalten, so kann ein starkes Informationsengagement bei 18 Prozent der Anbieter beobachtet werden. Diese haben drei oder vier Informationsquellen beansprucht, wohingegen sich 12 Prozent gar nicht zum Thema KT kundig gemacht haben. Die meisten Anbieter nutzen zwei Informationsquellen (46 Prozent). Je breiter die Informationsbasis, umso stärker fällt die Akzeptanz KT-bezogener Therapieziele aus. So sind die diesbezüglichen Korrelationen zwischen der Zahl der genutzten Informationsquellen und verschiedenen Ausprägungen der KT-Therapiezielakzeptanz durchweg positiv, wenn auch unterschiedlich stark, ausgeprägt: Die Informationsangebote sind hinsichtlich ‚KT als Endziel bei Abhängigkeit‘ offenbar nicht so überzeugend oder relevant ($r_p = .17$; $sig. .05$) wie wenn es um ‚KT als Endziel bei Alkoholmissbrauch‘ ($r_p = .56$, $sig. .000$) geht. Methodisch bleibt allerdings die Frage offen, inwieweit vorgängig bereits ‚KT geneigtes Personal‘ auch vermehrt entsprechende Angebote annimmt und somit ein Selektionseffekt vorliegt.

Tabelle 16b: Informationsquellen zu KT (N=138)

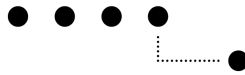
Informationsquellen	
Wissenschaftliche Literatur	70%
Vorträge/Fachtagungen	69% *
Anderes	34%
Externe Schulung durch ExpertIn	28%
Interne Schulung durch ExpertIn	19%

* In der lateinischen Schweiz signifikant weniger Vorträge (48% vs. 73% in der Deutschschweiz)

Kommentar: Frage 47: Auf welche Weise haben Sie bzw. das Beratungspersonal Ihrer Institution sich Wissen über Kontrolliertes Trinken als Behandlungsziel angeeignet?“ (Listenvorgabe)

Aus internationaler Sicht ist neben den bereits erwähnten Unterschieden hinsichtlich der persönlichen Trinkerfahrung als Legitimationshintergrund für KT-Angebotsentscheide in Nordamerika noch der Hinweis auf die spezifischen Inhalte von Weiterbildungs- und Trainingsprogrammen interessant. Die Vermittlung von Evaluationsstudien zum outcome im KT-Bereich – in der Schweiz bislang nicht, und bezüglich der Programme nach Körkel erst im Ansatz verfügbar - hätte vermutlich erheblichen Einfluss auf die Akzeptanz/Integration in die therapeutische Praxis:

„Die vorliegende Studie ist meines Wissens die einzige, - mit Ausnahme unserer Untersuchungen bei englischen und amerikanischen Einrichtungen - welche die Legitimationsgrundlagen aufgrund derer Einrichtungen KT-Behandlung einführen oder ablehnen, untersucht (Tabellen 16a und 16). Dasselbe gilt für die Erhebung der KT-relevanten Informationsquellen. Dementsprechend gibt es kaum Vergleichsmöglichkeiten mit anderen Studien. Gleichzeitig ist es sehr interessant, festzustellen, wie irrelevant die eigene Trinkerfahrung in der Schweiz ist. Liegt das daran, dass Suchthilfeeinrichtungen in der Schweiz eher mit Professionellen und nicht so sehr mit ex-AlkoholikerInnen arbeiten? Interessanterweise spielen auch Forschungsergebnisse eine Rolle. In diesem Zusammenhang bietet sich ein Forschungsprojekt an, welches untersucht, ob die Vermittlung von Evaluationsergebnissen zu KT einen Einfluss auf die KT-Akzeptanz beim Behandlungspersonal und dessen Verhalten gegenüber den PatientInnen in der klinischen Praxis hat.“

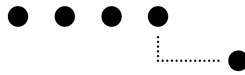


Abschliessend wurde eine grobe Einschätzung der Patientennachfrage nach KT aus Sicht der Versorgungsanbieter durchgeführt. Verglichen wurde das geschätzte PatientInnenreservoir der Einrichtungen welche KT tatsächlich anbieten mit deren PatientInnenanteil, welcher KT während des vergangenen Jahres *tatsächlich* verfolgt hat. Demnach schöpften 12 der 59 ambulanten Einrichtungen, das heisst ein Fünftel, das geschätzte Potential ungenügend aus, während bei den stationären Anbietern 5 von 21 Einrichtungen, das Potential höher einschätzten.

Tabelle 17a: Geschätztes KT Klientenpotential in Einrichtungen, welche KT anbieten, nach tatsächlich realisiertem Potential bei männlichen Klienten während der letzten 12 Monate nach Institutionstyp

Tatsächliche KT-Realisierung in der Einrichtung			Geschätztes KT-Potential in der Einrichtung				Gesamt
			1-25%	26-50%	51-75%	76-100%	
Institutionstyp:							
stationär	1-25%	n	12	3	1	0	16
		%	92%	50%	100%	0%	76%
	26-50%	n	1	3	0	0	4
		%	8%	50%	0%	0%	19%
ambulant	51-75%	n	0	0	0	1	1
		%	0%	0%	0%	100%	5%
	Gesamt	n	13	6	1	1	21
		%	100%	100%	100%	100%	100%
ambulant	1-25%	n	36	8	0		44
		%	92%	53%	0%		74%
	26-50%	n	3	7	4		14
		%	8%	47%	80%		24%
ambulant	51-75%	n	0	0	1		1
		%	0%	0%	20%		2%
	Gesamt	n	39	15	5		59
		%	100%	100%	100%		100%

ambulant: Chi=26.099 df=6; p<.000
stationär: Chi=31.306 df=4; p<.000



Regional gesehen und ungeachtet sektorspezifischer Belange, melden 16 Deutschschweizer Einrichtungen, jedoch lediglich eine Einrichtung aus der Romandie (76-100% Potential und 51-75% realisiert) ein nicht ausgeschöpftes Potential.

Tabelle 17b: Geschätztes KT-KlientInnenpotential in Einrichtungen, welche KT anbieten, nach tatsächlich realisiertem Potential bei männlichen Klienten während der letzten 12 Monate nach Sprachregion

Sprachregion:	Tatsächliche KT-Realisierung in der Einrichtung*		Geschätztes KT-Potential in der Einrichtung**				Gesamt
			1-25%	26-50%	51-75%	76-100%	
Deutschschweiz	1-25%	n	43	11	1		55
		%	92%	55%	17%		75%
	26-50%	n	4	9	4		17
		%	8%	45%	66%		23%
Deutschschweiz	51-75%	n	0	0	1		1
		%	0%	0%	17%		2%
	Gesamt	n	47	20	6		73
		%	100%	100%	100%		100%
Romandie / Tessin	1-25%	n	5	0		0	5
		%	100%	0%		0%	72%
	26-50%	n	0	1		0	1
		%	0%	100%		0%	14%
Romandie / Tessin	51-75%	n	0	0		1	1
		%	0%	0%		100%	14%
	Gesamt	n	5	1		1	7
		%	100%	100%		100%	100%

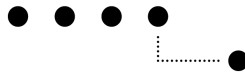
Deutschschweiz: Chi=29.937 df=4; p<.000
Romandie/Tessin: Chi=14.000 df=4; p<.007

Kommentar: Grau unterlegt sind Felder mit voller Potentialausschöpfung.

*Frage 48: „Wie gross schätzen Sie den Anteil der Klientel Ihrer Institution ein, welcher Kontrolliertes Trinken als Behandlungsziel in den letzten 12 Monaten tatsächlich verfolgt hat?“ KlientInnen / Klienten?“ (Listenvorgabe: gruppierte Prozentangaben). (hier wiedergegeben sind die Prozentschätzungen für die männlichen Patienten; vergleichsweise ergeben sich kaum Veränderungen, wenn man die weiblichen Patienten betrachtet).

**Frage 42: Unabhängig davon, ob ihre Institution Kontrolliertes Trinken als Behandlungsziel für KlientInnen mit Alkoholproblemen anbietet oder nicht, wie gross schätzen Sie den Anteil der Klientel in Ihrer Institution ein, für welche Kontrolliertes Trinken als Behandlungsziel in Frage kommt?“ (Listenvorgabe: gruppierte Prozentangaben).

Werden die Möglichkeiten im Rahmen des Behandlungsprogramms KT zu verfolgen ungenügend kommuniziert? Steht das therapeutische Personal hinter dieser Zielsetzung und ist es hinreichend dafür ausgebildet? Hat man schlechte Erfahrungen gemacht, jedoch die Option offen gehalten? Diese und ähnliche Fragen wären im Rahmen weitergehender Untersuchungen der Umstände, welcher der Realisierung möglicherweise entgegenstehen, zu klären.



4 Executive summary, vorläufige Empfehlungen

Die vorliegende Repräsentativuntersuchung bei ambulanten und stationären Alkohol-Suchteinrichtungen der Schweiz beschreibt erstmals die relative Bedeutung von Kontrolliertem Trinken (KT) als Therapieziel in der aktuellen Suchtbehandlungspraxis aus Sicht der Behandlungsanbieter. Hierfür wurden die Leitungspersonen der Institutionen schriftlich befragt, um die Bekanntheit, Akzeptanz und behandlungspraktische Relevanz des KT-Konzeptes auszuloten. Die Auswahl der **Stichprobe** basiert auf dem vom Bundesamt für Gesundheit BAG herausgegebenen Onlineverzeichnis der im Alkohol- und Drogenbereich tätigen Institutionen „Drogindex“ (siehe www.drogindex.ch). Für die vorliegende Untersuchung wurden 332 Institutionen der Kategorie *Alkohol und Suchtbereich* (Ambulante Beratungsstellen, Kliniken, Reha-Zentren, Wohnheime), mit Ausnahme von Selbsthilfegruppen, identifiziert. Um sicher zu gehen, dass möglichst viele relevante Einrichtungen in die Untersuchung Eingang finden, ist zusätzlich die Datenbank der Schweizerischen Koordinationsstelle für stationäre Therapieangebote im Drogenbereich „KOSTE“ (siehe www.koste.ch) konsultiert worden. Schliesslich konnte somit eine Grundgesamtheit von gesamt 324 Institutionen ermittelt werden. Im Verlaufe der Datenerhebung musste diese Grundgesamtheit jedoch nach unten korrigiert werden. So meldeten etwa 69 Institutionen, dass sie keine Beratungen/Behandlungen bei Alkoholproblemen anbieten, also fälschlicherweise zur Grundgesamtheit gezählt worden bzw. in den Datenbanken von „Drogindex“ und „KOSTE“ enthalten sind. Die bereinigte Grundgesamtheit umfasste somit 197 Institutionen von denen 138 oder 70 Prozent an der Untersuchung teilnahmen, davon gemäss Selbsteinschätzung 65 ambulante (Deutschschweiz n=59, Romandie n= 4, Tessin n=2) und 73 stationäre/teilstationäre Einrichtungen (Deutschschweiz n=56, Romandie n=14 und Tessin n=3). Insgesamt kann davon ausgegangen werden, dass die antwortenden Einrichtungsleitungen sowohl für den ambulanten als auch den stationären Bereich jeweils als repräsentativ angesehen werden können.

Die Untersuchung greift folgende **Forschungsfragen** auf:

- Welches Vorverständnis von KT treffen wir bei Behandlungsanbietern an und inwieweit wird KT in der Behandlungspraxis grundsätzlich in Betracht gezogen?
- Wie fällt die relative, differenzierte Akzeptanz von KT bei den Behandelnden aus und wie fügt sie sich in allgemeine Therapieauffassungen ein?
- Wie wird die Bedeutung diagnostischer Einzelkriterien bei der Bewertung von KT als Therapieziel beurteilt und inwieweit deckt sich diese Praxis mit der vorliegenden Evidenz?
- Inwiefern und auf welcher Wissensgrundlage wird KT in der aktuellen Behandlungspraxis überhaupt angeboten und legitimiert?

Die diesbezüglich **zentralen Befunde und vorläufigen Empfehlungen** lassen sich wie folgt umschreiben:

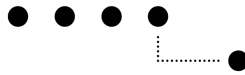
- Das (ungestützte) Vorverständnis von kontrolliertem Trinken (offene Frage) fällt bei den Behandlungsanbietern relativ diffus aus. Zentrale Elemente wie die Vereinbarung eines Trinkplanes werden etwa nur von einem Drittel der Befragten spontan genannt und nur von drei Prozent spezifiziert. Auch das Kriterium der Mengenre-



duktion wird in 54 Prozent nur allgemein angesprochen. Bei der Empfehlung von Trinklimiten zeigt sich ebenfalls eine grosse Varianz bei der Festlegung von Trinkmengen und Trinktagen, wobei die WHO Richtlinien noch relativ häufig genannt werden. Schliesslich sind die Befragten nicht unbedingt voreingenommen, wenn es um das KT-Thema geht. Lediglich 17 Prozent qualifizieren dieses Therapieziel wertend oder auf andere Weise. Die analoge Frage nach dem Abstinenzverständnis zeigt wider Erwarten ebenfalls ein breites Konzeptspektrum. Der Verzicht auf Alkoholkonsum wird in unterschiedlicher Weise mit weiteren Ansprüchen verbunden. 15 Prozent verweisen auf die Vorstellung von Abstinenz als Zwischenziel, also als Weg und methodisches Hilfsmittel. Stark invasive, gewissermassen missionarische affektgeladene Vorstellungen werden gerade noch von 12 Prozent und erzwungene Abstinenz von 2 Prozent spontan genannt. Bereits bei diesem Teil der Untersuchung wird deutlich, dass Abstinenz und KT als Therapieziele im Zeitverlauf keineswegs durchweg als unversöhnliche Gegensätze gesehen werden. Das Informationsdefizit zum Thema KT ist wesentlich grösser als beim Thema Abstinenz. Als wichtigste Informationsquellen werden wissenschaftliche Literatur und Fachtagungen genannt. Der Entscheid, ob KT angeboten wird oder nicht, wird stark mit der eigenen Berufserfahrung und Forschungsbefunden (letzteres vor allem im ambulanten Bereich mit 66 Prozent vs. 40 Prozent) legitimiert. Im stationären Bereich hängt ein Entscheid auch wesentlich vom Institutionsleitbild ab. Information verbunden mit externer Schulung als weitestgehende Form des KT-Interesses wird von 28 Prozent angegeben.

Empfehlung/Kommentar: Da Forschungsliteratur als wichtige Informationsquelle genannt wird, bietet sich an, den Wissenstransfer, die verständliche Vermittlung von Erkenntnissen zu fördern. Die genauere Analyse ergab, dass vor allem die Kurse und Publikationen um J. Körkel und der Quest Akademie recht bekannt sind, es jedoch kein vielfältiges Weiterbildungsprogramm diesbezüglich gibt. Eine Analyse, ob Institutionsleitbilder im stationären Bereich eher innovationshemmend sind und schliesslich die Frage, wie sich die systematische Vermittlung von Evaluationsergebnissen zum Bereich KT auf berufliche Konzepte und die Berufspraxis auswirkt, stellen wichtige künftige Forschungsperspektiven dar. Mit Blick auf die begriffliche Klärung wäre noch die Idee von ‚Trinken unter Kontrolle‘ (etwa „Alkistübli“, „wet houses“) von KT im engeren Sinne zu unterscheiden.

- Die Akzeptanz von kontrolliertem Trinken als Therapieziel, ohne vorgängige Definition, fällt im internationalen Vergleich relativ hoch aus (zwischen 67 Prozent und 93 Prozent), wengleich Unterschiede nach Landesteilen und vor allem im Vergleich ambulanter und stationärer Anbieter deutlich werden. Bei der Erfragung der bedingten Therapiezielakzeptanz *mit* vorgängiger KT-Definition sowie der Begriffe ‚Missbrauch‘ und ‚Abhängigkeit‘ wird deutlich, dass KT bei Alkoholmissbrauch als Zwischen- oder Endziel stärker akzeptiert wird als bei Abhängigkeit, und dass im stationären Bereich insbesondere KT als Endziel eher mit Zurückhaltung beurteilt wird. Verortet man die Affinität oder Distanz der befragten Leitungspersonen zu KT im Spektrum weiterer Behandlungsoptionen, so ergibt sich eine Typologie der Therapiezielakzeptanz: „*Der KT-freundliche partizipative Schadensbegrenzer*“, den Nähe zu den KT-Zielen auszeichnet – insbesondere bei KT als Zwischenziel bei Alkoholabhängigkeit –, der die Festlegung von Therapiezielen durch die TherapeutInnen ablehnt und am stärksten Alkistübli und Lebertransplantationen für nützlich hält. „*Der KT-neutrale partizipative Mediziner*“, den vor allem die Bereitschaft auszeichnet, pharmakologische Massnahmen zu treffen – das heisst konkret eine hohe Akzeptanz von Naltrexon, Acamprosat und Disulfiram – gleichzeitig aber auch am stärksten die Klientenau-



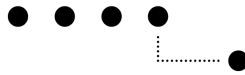
tonomie betont. Schliesslich „*Der KT-gemässigte nicht-partizipative Schadensbegrenzer*“. Er befürwortet mässig KT als Zwischenziel bei Alkoholabhängigkeit und ist auch bereit, mit Trinkanreizen zu arbeiten und Alkistüblis zu akzeptieren; eine Mitwirkung der Klientel wird jedoch bestenfalls gemeinsam mit dem Therapeuten akzeptiert, wobei diesem dabei klar die führende Rolle zukommt.

Empfehlung/Kommentar: Der Aushandlungsprozess von Therapiezielen relativiert, die isolierte Einstufung erscheint als besonders relevant und tritt prominent hervor, wenn nach den Voraussetzungen für die Ablehnung des Wunsches einer Klientin bzw. eines Klienten gefragt wird: 41 Prozent der Befragten (36% stationär, 45% ambulant) meinen, dass der Wunsch nicht abgelehnt werden und lediglich auf Risiken hinwiesen werden kann. Kategorische Ablehnung wird dagegen gerade von 6 Prozent geäussert.

- Hinsichtlich der Diagnostik werden Schwangerschaft und Schwere der Abhängigkeit als wichtige Bezugspunkte für einen KT-Therapieentscheid angesehen. Im ambulanten Bereich werden vor allem im mittleren Bereich diagnostischer Merkmale deutlich tolerantere, KT-freundliche Massstäbe angelegt. Dies gilt etwa für mittel eingeschränkte soziale Stabilität welche bei 44 Prozent der Ambulanten keine Rolle beim KT-Entscheid spielt, wobei vergleichsweise lediglich 23 Prozent im stationären Sektor davon absehen. Bei mittlerer Schwere der Abhängigkeit ist diese Perspektivendifferenz noch ausgeprägter (kritisch beim KT-Entscheid für 82 Prozent der stationären Anbieter, jedoch nur bei 62 Prozent der ambulanten Einrichtungsvertreter). Interessanterweise spielen Alter, Geschlecht und die psychiatrische Vorgeschichte keine Rolle, obgleich KT bei Jugendlichen in kritischen Trinksituationen eigentlich als klassischer Anwendungsfall für KT gilt.

Empfehlung/Kommentar: Es stellt sich die Frage, inwieweit zuverlässige Diagnosen ohne ärztliche Expertise getroffen werden können. Möglicherweise ist gerade im besonderen KT-offenen ambulanten Bereich ein schweres Defizit in der Diagnostik festzustellen. So wird die Schwere der Abhängigkeit als wichtiges diagnostisches Kriterium anerkannt, aber wie wird diese, wenn überhaupt, in der Beratungspraxis dann erfasst und gemessen? Weitere Defizite, auch im stationären Bereich betreffen somatische Begleiterkrankungen, multiplen Substanzkonsum und damit verbunden die Frage der Dualdiagnosen. Eine starke Verknüpfung ambulanter und stationärer Expertise und entsprechende Weiterbildungsangebote wären hier angezeigt. Eine offene Forschungsfrage ist die Relevanz von vorgängigen Trinkmustern und -stilen.

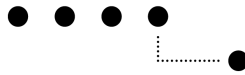
- **Das aktuelle KT-Angebot im Gesamtkatalog der therapeutischen Angebote ist** im ambulanten Bereich, zumindest nach Eigenangaben, bereits relativ bedeutsam. Im Vergleich zum stationären Sektor ist bei ambulanten Anbietern KT als Therapieziel bei der überwiegenden Mehrheit der Einrichtungen bereits wesentlich fest verankert. Es kann davon ausgegangen werden, dass der Anteil von Patienten mit schwerer Alkoholabhängigkeit im stationären Sektor höher ist als im ambulanten Sektor. Lediglich ein Viertel der stationären Einrichtungen melden jedoch, dass für solche Fälle KT als Behandlungsziel tatsächlich verfolgt wird. Hier spiegeln sich die Vorbehalte gegenüber KT im stationären Bereich. Im Gegensatz dazu verfügen zwei Drittel bis vier Fünftel der ambulanten Stellen bei dieser Diagnose, zumindest nach eigenen Angaben, auch über ein Angebot für Alkoholabhängige. Gleichzeitig muss aber auch festgehalten werden, dass etwa die Hälfte der stationären Angebote eine allgemeine Beratung und Information zu KT anbietet. Der reale Einbezug von Alkohol und die Auseinandersetzung mit Trinkanreizen in der Behandlung, etwa analog zur heroingestützten Behandlung, wird nur in wenigen Ausnahmefällen praktiziert. Hier kommen vorläufig offenbar politische Vorbehalte



zum Zuge, welche etwa die Einübung kontrollierten Trinkens und Schadensbegrenzungsansätze als nicht opportun erscheinen lassen.

Betrachtet man die Palette der *nicht direkt* KT-bezogenen Angebote, so finden sich im Angebot praktisch aller Einrichtungen Angehörigenarbeit, Selbsthilfegruppenarbeit, Rückfallprävention, individuelle Abstinenzberatung und -information aber auch motivationale Gesprächsführung (jeweils bei 79 bis 97 Prozent der Einrichtungen). Die starke Verbreitung des ‚motivational interviewing‘ bei je 93 Prozent der stationären und ambulanten Einrichtungen ist bemerkenswert und weist auf die Bereitschaft hin, Therapieziele prozesshaft auszuhandeln und damit gegebenenfalls auch Vorbehalte oder Präferenzen hinsichtlich KT in den Hintergrund zu stellen. Wenig überraschend werden im kontrollierten stationären Rahmen mehr Medikamente eingesetzt als im ambulanten Sektor (86 Prozent vs. 45 Prozent). Gleichzeitig signalisiert - auch aus internationaler Perspektive - die Offenheit gegenüber alternativen Therapien gerade im stationären Sektor (39% vs. 18% ambulant) eine bemerkenswerte Kundenorientierung. Schliesslich, wie oben bereits angemerkt, wird das Potential an gruppentherapeutischen Interventionen erstaunlicherweise nur von knapp der Hälfte der ambulanten Anbieter ausgenutzt.

Empfehlung/Kommentar: Die vorliegende Untersuchung liefert Informationen bezüglich der KT-Anbieterseite, wobei auch hier die spezifischen Angebote noch näher abzuklären wären. Als harter Indikator kann gelten, dass 28 Prozent der Befragten externe KT-Schulungen angeben. Eine ergänzende Befragung bei Patienten und potentiellen Patienten zur Einschätzung von und Erfahrungen mit KT müsste das Bild vervollständigen. Schliesslich fehlt ein kritisches Korrektiv und vor allem Evaluationsforschung zu den gegenwärtig praktizierten Angeboten.

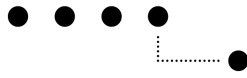


5 Literaturverzeichnis

- Bundesamt für Statistik & Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme SFA (2004). Ambulante Suchtberatung 2002 - Statistik der ambulanten Behandlungen und Betreuungen im Alkohol- und Drogenbereich. Neuenburg, Bundesamt für Statistik.
- Dawe, S. and Richmond, R. (1997). Controlled drinking as a treatment goal in Australian alcohol treatment agencies. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 14, 81-86.
- Donovan, M. and Heather, N. (1997). Acceptability of the controlled-drinking goal among alcohol treatment agencies in New South Wales, Australia. *Journal of Studies on Alcohol*, 58, 253-256.
- Duckert, F. (1989). "Controlled drinking:" A complicated and contradictory field. In: F. Duckert, A. Koski-Jannes & S. Ronnberg (Eds.) *Perspectives on controlled drinking*. Helsinki: Nordic Council for Alcohol and Drug Research, 1989. (pp. 39-54).
- Grether, P., Worall, H. and Polli, E. (1997). Praxisberichte - Stationäre Kurzzeittherapie mit alkoholabhängigen Frauen und Männern in der Psychosomatischen Abteilung (PSA) am Spital Wattwil (SG) - Katamneseergebnisse der dreiwöchigen Behandlung. *Abhängigkeiten*, 1, 50-60.
- Klingemann, H., Room, R., Rosenberg, H., Schatzmann, S., Sobell, L. and Sobell, M. (2004). *Kontrolliertes Trinken als Behandlungsziel – Bestandesaufnahme des aktuellen Wissens*. Literatur- und Expertenbericht zum Modul A. Bern: Berner Fachhochschule, HSA Bern.
- Knaus, A. (2000). Ziel 'kontrolliertes Trinken': In manchen Fällen sinnvoll und trotzdem die Ausnahme - Forel Klinik veröffentlicht Studie zu umstrittenem Behandlungsangebot. *Standpunkte*(4), 6-7.
- Körkel, J. (2002a). Controlled drinking as a treatment goal in Germany. *Journal of Drug Issues*, 2002(Spring), 667-688.
- Maffli, E., Kuntsche, S. and Delgrande Jordan, M. (2003, June 2-6). *Drinking goals of outpatients with alcohol-related problems in the Swiss care supply*. Paper presented at the 29th Annual Alcohol Epidemiology Symposium of the Kettil Bruun Society for Social and Epidemiological Research on Alcohol, Krakow, Poland.
- Matzger, H., Kaskutas, L.A. and Weisner, C. (2005). Reasons for drinking less and their relationship to sustained remission from problem drinking. *Addiction*, 100, 1637-1646.
- Meyer, T., Fehr, M., Köhler, C., Lang, F., Peter, B. and Wolfensberger, T. (2000). *Therapiekonzept der Forel-Klinik*. Ellikon a.d. Thur: Forel-Klinik.
- Noschis, K. (1987). *Une approche thérapeutique nouvelle du buveur excessif oblige aussi à changer de héros de conte*. Paper presented at the Colloque 'Manières de Boire', Rennes.
- Noschis, K. (1988). Questions psychologiques autour de l'introduction d'un nouvel instrument thérapeutique pour buveurs excessifs. *Bulletin der Schweizer Psychologen*(Mai), 182-187.
- Robertson, I. H. and N. Heather (1982). A survey of controlled drinking treatment in Britain. *British Journal on Alcohol and Alcoholism* 17(3): 102-105.
- Rondez, M. (2004). Kontrolliertes Trinken - nur in manchen Fällen erfolgsversprechend. *Südhang ex press, Hauszeitschrift der Klinik Südhang, Kirchlindach*, 97, 4-7.



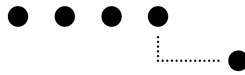
- Rosenberg, H. (1993). Prediction of controlled drinking by alcoholics and problem drinkers. *Psychological Bulletin*, 113, 129-139.
- Rosenberg, H., and Davis, L.-A. (1994). Acceptance of moderate drinking by alcohol treatment services in the United States. *Journal of Studies on Alcohol*, 55, 167-172.
- Rosenberg, H., Devine, E. G., & Rothrock, N. (1996). Acceptance of moderate drinking by alcoholism treatment services in Canada. *Journal of Studies on Alcohol*, 57, 559-562.
- Rosenberg, H. and J. Melville (2005). Controlled drinking and controlled drug use as outcome goals in British treatment services. *Addiction Research and Theory* 13(1): 85--92.
- Rosenberg, H. and Melville, J. (2003). Controlled drinking and controlled drug use as outcome goals in British treatment services. *Manuscript submitted for publication*.
- Rosenberg, H., Melville, J., Levell, D., & Hodge, J. E. (1992). A 10-year follow-up survey of acceptability of controlled drinking in Britain. *Journal of Studies on Alcohol*, 53, 441-446.
- Rush, B. R. and Ogborne, A. C. (1986). Acceptability of nonabstinence treatment goals among alcoholism treatment programs. *Journal of Studies on Alcohol*, 2, 146-150.
- Saladin, M. E. and Santa Ana, E. J. (2004). Controlled drinking: more than just a controversy. *Current Opinion in Psychiatry*, 17, 175-187.
- Sieber, M. (2000). Kontrolliertes Trinken nach stationärer Behandlung. Ergebnisse aus den Katamnesen der Forel Klinik. In T. Meyer, R. Müller, J. Petry, U. Nille, M. Sieber, G. Sondheimer, T. Utz & M. Dürr (Eds.), *150 Jahre Alkoholismus: Ist Kontrolliertes Trinken wieder ein Thema?* (Vol. Bulletin 2, Teil II, pp. 45-50).
- Sieber, M., Baumann, E., Deinlein, W., Schiess, U. and Sondheimer, G. (1996). Abstinenz und Lebensverhältnisse von Alkoholabhängigen - Eine Katamnese von PatientInnen der Forel-Klinik. *Abhängigkeiten*, 3, 24-38.
- Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme (SFA) (2003). Act-Info-Fragebogen - Angaben zur Institution, Bereich ambulante psychosoziale Suchthilfe (SAMBAD), Version 1.0. Lausanne, SFA/ISPA.
- Spital Wattwil Psychosomatische Abteilung. (2001). *PSA-Katamnese für das Jahr 2000*. Wattwil.
- Spital Wattwil Psychosomatische Abteilung. (2002). *PSA-Katamnese für das Jahr 2001*. Wattwil.
- Spital Wattwil Psychosomatische Abteilung. (2003). *Auswertung Statistik 2002*. Wattwil.
- Toggenburger Zeitung. (2004, 22.2.04). Erfolge nach Alkoholkurzzeittherapie - Psychosomatische Abteilung des Spitals Wattwil weist für das Jahr 2002 wiederum ein eindruckliches Ergebnis aus.



Anhang A

Instrument (d, f, i)

Begleitbriefe (d, f, i)



Fragebogen zur Schweizerischen Behandlungspraxis bei KlientInnen mit Alkoholproblemen

Sehr geehrte Institutionsleiterin, Sehr geehrter Institutionsleiter

Herzlichen Dank dafür, dass Sie sich als vielbeschäftigte Person die Zeit nehmen unsere Fragen zu beantworten, mit denen wir die Einstellung des therapeutischen Personals Ihrer Institution zu verschiedenen Behandlungsoptionen erfassen möchten.

Nach einigen offenen Einstiegsfragen möchten wir in einem zweiten Teil gerne erfahren, wie akzeptabel diverse Interventionen für das Behandlungspersonal in Ihrer Einrichtung sind. Teil 3 erfasst das konkrete Behandlungsangebot Ihrer Einrichtung und Teil 4 behandelt einige generelle Eigenschaften Ihrer Organisation. Der Fragebogen schliesst mit einigen Angaben zum Ausfüllmodus bzw. zu Ihrer Person. Es ist uns klar, dass die Angaben zu Teil 3 teilweise bereits für andere Statistiken (z.B. Act-Info) gemeldet worden sind. Die Verknüpfung dieser verschiedenen Datenquellen ist jedoch enorm aufwändig. Wir bitten daher für Ihr Verständnis, wenn es hier zu einer kleinen Doppelspurigkeit kommen muss.

Selbstverständlich werden sämtliche Angaben, die Sie in diesem Fragebogen machen, vertraulich behandelt, nur zusammengefasst über alle befragten Institutionen hinweg ausgewertet und dienen ausschliesslich wissenschaftlichen Zwecken.

Bei Fragen oder Unklarheiten gibt Ihnen Frau Sina Schatzmann, Projektassistentin, gerne Auskunft (031-300 35 62 / sina.schatzmann@hsa.bfh.ch).

Wir danken bereits im Voraus für Ihre Bemühungen!

Ihr HSA-Forschungsteam

Einleitungsfragen

1. Wie würden Sie in Stichworten das Behandlungsziel „Abstinenz“, wie das Behandlungsziel „Kontrolliertes Trinken“ definieren?

Abstinenz

Kontrolliertes Trinken

.....
.....
.....
.....

.....
.....
.....
.....

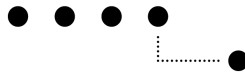
2. Glauben Sie, dass Kontrolliertes Trinken unter gewissen Umständen überhaupt ein Ziel sein kann für KlientInnen mit Alkoholproblemen? **(Nur eine Antwort möglich)**

Nein, Kontrolliertes Trinken kann nie ein akzeptables Ziel sein für Personen mit Alkoholproblemen

Ja, Kontrolliertes Trinken kann ein akzeptables Ziel sein für KlientInnen mit Alkoholproblemen

Begründung:

.....
.....



3. Erläutern Sie bitte in Stichworten, welche Vorteile und Chancen und welche Nachteile und Risiken Sie in Abstinenz als Behandlungsziel sehen?

Vorteile und Chancen

Nachteile und Risiken

.....
.....
.....

4. Erläutern Sie bitte in Stichworten, welche Vorteile und Chancen und welche Nachteile und Risiken Sie in Kontrolliertem Trinken als Behandlungsziel sehen?

Vorteile und Chancen

Nachteile und Risiken

.....
.....
.....

Akzeptanz verschiedener Behandlungsinterventionen

Bitte geben Sie für jede der folgenden Interventionen an wie akzeptabel sie Ihrer Meinung nach für die Mehrheit des Behandlungspersonals in Ihrer Einrichtung ist oder wäre – falls das betreffende Angebot bei Ihnen nicht besteht.

5. Wie akzeptabel ist die Bereitstellung eines „Alkistübli“ in der Behandlung von KlientInnen mit Alkoholproblemen, wo diese ihren eigenen Alkohol konsumieren können?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Völlig akzeptabel	Eher akzeptabel	Weder akzeptabel noch inakzeptabel	Eher inakzeptabel	Völlig inakzeptabel

6. Wie akzeptabel ist es, wenn man bei der Behandlung von KlientInnen mit Alkoholproblemen diese wiederholt Trinkanreizen aussetzt (z.B. alkoholische Getränke, Fotos oder Videos davon), welche bei ihnen Verlangen nach Alkohol auslösen, damit sie lernen künftig bei Reizkonfrontationen auf Alkoholkonsum zu verzichten?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Völlig akzeptabel	Eher akzeptabel	Weder akzeptabel noch inakzeptabel	Eher inakzeptabel	Völlig inakzeptabel

7. Wie akzeptabel sind alternative Therapien wie zum Beispiel Akupunktur oder Massage in der Behandlung von KlientInnen mit Alkoholproblemen?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Völlig akzeptabel	Eher akzeptabel	Weder akzeptabel noch inakzeptabel	Eher inakzeptabel	Völlig inakzeptabel



8. Wie akzeptabel sind Lebertransplantationen in der Behandlung von KlientInnen mit Alkoholproblemen?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Völlig akzeptabel	Eher akzeptabel	Weder akzeptabel noch inakzeptabel	Eher inakzeptabel	Völlig inakzeptabel

9. Wie akzeptabel ist die Verschreibung folgender Medikamente in der Behandlung von KlientInnen mit Alkoholproblemen:

	Völlig akzeptabel	Eher akzeptabel	Weder akzeptabel noch inakzeptabel	Eher inakzeptabel	Völlig inakzeptabel
Disulfiram Oral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Disulfiram Implantat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Naltrexon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Acamprosate	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anderes, nämlich:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bei den nächsten Fragen (Nr. 10 bis 13) definieren wir Alkoholmissbrauch als exzessives Trinken, welches jedoch weder mit Entzugerscheinungen, noch mit einer deutlichen Toleranzerhöhung und auch nicht mit einem psychischen Trinkzwang verbunden ist. Kontrolliertes Trinken definieren wir als diszipliniertes Trinkverhalten, welches sich an einem zuvor festgelegten Trinkplan bzw. Trinkregeln ausrichtet, d.h. ein Trinkverhalten, bei dem zuvor die Trinkmenge und die -rahmenbedingungen (z.B. Zeit, Ort) festgelegt worden sind.

In der Behandlung von KlientInnen mit der Diagnose „**Alkoholmissbrauch**“...

10. ...wie akzeptabel ist Kontrolliertes Trinken als Zwischenziel auf dem Weg zu totaler Abstinenz?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Völlig akzeptabel	Eher akzeptabel	Weder akzeptabel noch inakzeptabel	Eher inakzeptabel	Völlig inakzeptabel

11. ...wie akzeptabel ist Kontrolliertes Trinken als endgültiges Behandlungsziel?

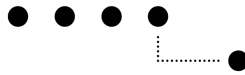
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Völlig akzeptabel	Eher akzeptabel	Weder akzeptabel noch inakzeptabel	Eher inakzeptabel	Völlig inakzeptabel

12. ...wie akzeptabel ist es das Behandlungsziel festzulegen durch...

	Völlig akzeptabel	Eher akzeptabel	Weder akzeptabel noch inakzeptabel	Eher inakzeptabel	Völlig inakzeptabel
Therapeutin und KlientIn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
nur TherapeutIn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
nur KlientIn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

13. Wie akzeptabel ist es, dass bei der Wahl von Kontrolliertem Trinken auf eine vorherige Abstinenzperiode verzichtet werden kann?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Völlig akzeptabel	Eher akzeptabel	Weder akzeptabel noch inakzeptabel	Eher inakzeptabel	Völlig inakzeptabel



Bei den nächsten Fragen (Nr. 14 bis 17) definieren wir Alkoholabhängigkeit als exzessives Trinken mit Entzugserscheinungen, einer deutlichen Toleranzerhöhung und psychischem Trinkzwang. Kontrolliertes Trinken definieren wir wie vorangehend als diszipliniertes Trinkverhalten, welches sich an einem zuvor festgelegten Trinkplan bzw. Trinkregeln ausrichtet, d.h. ein Trinkverhalten, bei dem zuvor die Trinkmenge und die -rahmenbedingungen (z.B. Zeit, Ort) festgelegt worden sind.

In der Behandlung von KlientInnen mit der Diagnose „Alkoholabhängigkeit“...

14. ...wie akzeptabel ist Kontrolliertes Trinken als Zwischenziel auf dem Weg zu totaler Abstinenz?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Völlig akzeptabel	Eher akzeptabel	Weder akzeptabel noch inakzeptabel	Eher inakzeptabel	Völlig inakzeptabel

15. ...wie akzeptabel ist Kontrolliertes Trinken als endgültiges Behandlungsziel?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Völlig akzeptabel	Eher akzeptabel	Weder akzeptabel noch inakzeptabel	Eher inakzeptabel	Völlig inakzeptabel

16. ...wie akzeptabel ist es das Behandlungsziel festzulegen durch...

	Völlig akzeptabel	Eher akzeptabel	Weder akzeptabel noch inakzeptabel	Eher inakzeptabel	Völlig inakzeptabel
Therapeutin und KlientIn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
nur TherapeutIn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
nur KlientIn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

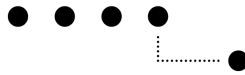
17. ...wie akzeptabel ist es, dass bei der Wahl von Kontrolliertem Trinken auf eine vorherige Abstinenzperiode verzichtet werden kann?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Völlig akzeptabel	Eher akzeptabel	Weder akzeptabel noch inakzeptabel	Eher inakzeptabel	Völlig inakzeptabel

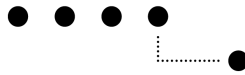
Konkretes Behandlungsangebot

Bitte kreuzen Sie für jede einzelne der unten stehenden Interventionen „Ja“ oder „Nein“ an, um anzuzeigen, ob diese zurzeit in Ihrer Einrichtung ANGEBOTEN werden oder nicht.

	Ja	Nein
18. Ein „Alkistübli“, wo KlientInnen mit Alkoholproblemen <u>ihren eigenen Alkohol konsumieren</u> können	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Präsentation von <u>Trinkanreizen</u> (z.B. alkoholische Getränke, Fotos oder Videos davon), welche bei den KlientInnen das Verlangen nach Alkohol auslösen, damit diese lernen künftig auch bei Reizkonfrontationen auf Alkoholkonsum zu verzichten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. <u>Alternative Therapien</u> wie z.B. Akupunktur oder Massage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. <u>Verschreibung von Medikamenten</u> für KlientInnen mit Alkoholproblemen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. <u>Motivierende Gesprächsführung</u> (Motivational Interviewing)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



- | | Ja | Nein |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 23. <u>Angehörigenarbeit</u> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 24. <u>Einbezug von Selbsthilfegruppen</u> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 25. <u>Information</u> über das Behandlungsziel <u>Abstinenz</u> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 26. <u>Information</u> über das Behandlungsziel <u>Kontrolliertes Trinken</u> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 27. Bei Bedarf <u>Überweisung an eine Institution</u> , die Kontrolliertes Trinken anbietet | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 28. Kontrolliertes Trinken als <u>Zwischenziel</u> für KlientInnen mit der Diagnose „ <u>Alkoholmissbrauch</u> “ auf dem Weg zu totaler Abstinenz | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 29. Kontrolliertes Trinken als <u>endgültiges Behandlungsziel</u> für KlientInnen mit der Diagnose „ <u>Alkoholmissbrauch</u> “ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 30. Kontrolliertes Trinken als Behandlungsziel mit <u>Verzicht</u> auf eine <u>vorherige Abstinenzperiode</u> bei KlientInnen mit der Diagnose „ <u>Alkoholmissbrauch</u> “ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 31. Kontrolliertes Trinken als <u>Zwischenziel</u> für KlientInnen mit der Diagnose „ <u>Alkoholabhängigkeit</u> “ auf dem Weg zu totaler Abstinenz | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 32. Kontrolliertes Trinken als <u>endgültiges Behandlungsziel</u> für KlientInnen mit der Diagnose „ <u>Alkoholabhängigkeit</u> “ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 33. Kontrolliertes Trinken als Behandlungsziel mit <u>Verzicht</u> auf eine <u>vorherige Abstinenzperiode</u> bei KlientInnen mit der Diagnose „ <u>Alkoholabhängigkeit</u> “ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 34. <u>Individuelle Beratung/Therapie</u> mit dem Behandlungsziel <u>Abstinenz</u> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 35. <u>Individuelle Beratung/Therapie</u> mit dem Behandlungsziel <u>Kontrolliertes Trinken</u> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 36. <u>Gruppenberatung/-therapie</u> mit dem Behandlungsziel <u>Abstinenz</u> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 37. <u>Gruppenberatung/-therapie</u> mit dem Behandlungsziel <u>Kontrolliertes Trinken</u> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 38. <u>Rückfallprävention</u> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 39. Bitte <u>begründen</u> Sie weshalb Ihre Institution Kontrolliertes Trinken als Behandlungsziel für KlientInnen mit Alkoholproblemen <u>anbietet oder nicht</u> : (Nur eine Antwort möglich) | | |
| <input type="checkbox"/> Unsere Institution bietet Kontrolliertes Trinken als Behandlungsziel <u>an</u> , weil...
<input type="checkbox"/> Unsere Institution bietet Kontrolliertes Trinken als Behandlungsziel <u>nicht an</u> , weil... | | |
| Begründung: | | |
| | | |
| | | |
| 40. Unabhängig davon, ob Ihre Institution Kontrolliertes Trinken als Behandlungsziel für KlientInnen mit Alkoholproblemen anbietet oder nicht, <u>auf welchen Grundlagen wurde die Entscheidung Kontrolliertes Trinken anzubieten oder nicht getroffen?</u> (Mehrere Antworten möglich) | | |
| <input type="checkbox"/> Krankheitsmodell
<input type="checkbox"/> Forschungsergebnisse
<input type="checkbox"/> Berufliche Erfahrung des Behandlungspersonals
<input type="checkbox"/> Persönliche Trinkerfahrung des Behandlungspersonals
<input type="checkbox"/> Leitbild der Institution
<input type="checkbox"/> Andere, nämlich: | | |



41. Unabhängig davon, ob Ihre Institution Kontrolliertes Trinken als Behandlungsziel für KlientInnen mit Alkoholproblemen anbietet oder nicht, wie werden Trinkziele und -optionen (Abstinenz vs. Kontrolliertes Trinken) innerhalb Ihrer Institution kommuniziert oder mit KlientInnen ausgehandelt?

.....
.....

42. Unabhängig davon, ob Ihre Institution Kontrolliertes Trinken als Behandlungsziel für KlientInnen mit Alkoholproblemen anbietet oder nicht, wie gross schätzen Sie den Anteil der Klientel Ihrer Institution ein, für welche Kontrolliertes Trinken als Behandlungsziel in Frage kommt? **(Nur eine Antwort möglich)**

- 1 – 25%
- 26 – 50%
- 51 – 75%
- 76 – 100%

43. Wie geht das Behandlungspersonal Ihrer Institution mit Trinkepisoden von KlientInnen um (z.B. Rückfällen), die während oder nach der Behandlung eintreten?

.....
.....
.....

44. Unabhängig davon, ob Ihre Institution Kontrolliertes Trinken anbietet oder nicht, unter welchen der folgenden Umstände würden Sie einen Klienten/eine Klientin in der Wahl von Kontrolliertem Trinken als Behandlungsziel unterstützen? **(Bitte alle Kategorien ankreuzen die für Kontrolliertes Trinken sprechen)**

a. Schweregrad der Abhängigkeit

- Schweregrad der Abhängigkeit spielt beim Entscheid keine Rolle
- Bei niedrigem Schweregrad der Abhängigkeit
- Bei mittlerem Schweregrad der Abhängigkeit
- Bei hohem Schweregrad der Abhängigkeit

b. Körperliche Schädigungen (u.a. Leberschäden)

- Körperliche Schädigungen spielen beim Entscheid keine Rolle
- Bei körperlichen Schäden im Anfangsstadium
- Bei fortgeschrittenen körperlichen Schäden
- Bei weit fortgeschrittenen körperlichen Schäden

c. Schwangerschaft

- Schwangerschaft spielt keine Rolle beim Entscheid
- Bei Nicht-Vorkommen einer Schwangerschaft
- Bei Schwangerschaft

d. Frühere alkoholbezogene Behandlungen

- Frühere alkoholbezogene Behandlungen spielen keine Rolle beim Entscheid
- Bei fehlenden früheren Behandlungen
- Bei früheren ambulanten Behandlungen
- Bei früheren stationären / stationären plus ambulanten Behandlungen

e. Geschlecht

- Geschlecht spielt keine Rolle beim Entscheid
- Bei männlichem Geschlecht
- Bei weiblichem Geschlecht



f. Alter

- Alter spielt keine Rolle beim Entscheid
- Bei Alter von 18 bis 30 Jahren
- Bei Alter von 31 bis 50 Jahren
- Bei Alter über 50 Jahren

g. Psychiatrische Vergangenheit

- Psychiatrische Vergangenheit spielt keine Rolle beim Entscheid
- Bei fehlenden psychiatrischen Problemen
- Bei leichten und moderaten psychiatrischen Problemen
- Bei schweren psychiatrischen Problemen

h. Soziale Stabilität/Soziale Beziehungen

- Soziale Stabilität spielt keine Rolle beim Entscheid
- Bei hoher sozialer Stabilität
- Bei mittlerer sozialer Stabilität
- Bei geringer sozialer Stabilität

i. Alkoholismusfälle in der Familie

- Alkoholismusfälle in der Familie spielen keine Rolle beim Entscheid
- Beim Fehlen von Alkoholismusfällen in der Familie
- Beim Vorkommen von Alkoholismusfällen in der Familie

j. Unbedachte Handlungen/Delinquentes Verhalten

- Unbedachte Handlungen/delinquentes Verhalten spielen keine Rolle beim Entscheid
- Beim Fehlen von unbedachten Handlungen/delinquentem Verhalten
- Beim Vorkommen von unbedachten Handlungen/Delinquentem Verhalten

k. Andere KlientInnen-Merkmale, die Sie als wichtig erachten:

.....
.....
.....
.....
.....

45. Unter welchen Gegebenheiten würden Sie den Wunsch eines/einer KlientIn nach Kontrolliertem Trinken als Behandlungsziel auf jeden Fall ablehnen? (**Nur eine Antwort möglich**)

- Gar nicht (KlientIn kann lediglich auf die Risiken hingewiesen werden)
- In jedem Fall, Kontrolliertes Trinken kann nie ein Behandlungsziel sein
- Unter folgenden Gegebenheiten:

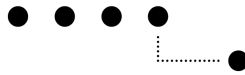
.....

46. Welche zuverlässigen Trinklimiten würden Sie Ihrer Klientel im Hinblick auf das Behandlungsziel des Kontrollierten Trinkens empfehlen?

.....
.....
.....

47. Auf welche Weise haben Sie bzw. das Beratungspersonal Ihrer Institution sich Wissen über Kontrolliertes Trinken als Behandlungsziel angeeignet? (**Mehrere Antworten möglich**)

- Wissenschaftliche Literatur, nämlich:
- Vorträge/Fachtagungen, nämlich:
- Interne Schulung durch ExpertIn, nämlich:
- Externe Schulung durch ExpertIn, nämlich:
- Anderes, nämlich:



Folgende Frage nur beantworten falls Ihre Institution Kontrolliertes Trinken als Behandlungsziel anbietet, ansonsten weiter mit Frage 49!

48. Wie gross schätzen Sie den Anteil der Klientel Ihrer Institution ein, welcher Kontrolliertes Trinken als Behandlungsziel in den letzten zwölf Monaten tatsächlich verfolgt hat? **(Jeweils nur eine Antwort möglich)**

Klientinnen

Klienten

- 1 – 25%
- 26 – 50%
- 51 – 75%
- 76 – 100%

- 1 – 25%
- 26 – 50%
- 51 – 75%
- 76 – 100%

Angaben zur Institution und KlientInnen-Charakteristika

49. Wie kann Ihre Institution am besten charakterisiert werden? **(Mehrere Antworten möglich)**

- Stationäre Institution
- Ambulante Institution
- Übergangsinstitution
- Anders, nämlich:

50. Welche Behandlungsformen bietet Ihre Institution an? **(Mehrere Antworten möglich)**

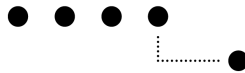
- Entgiftung, Entzug
- Rehabilitation (Wiedereingliederung)
- Therapie
- Beratung, Betreuung
- Unterstützung von Selbsthilfegruppen
- Andere, nämlich:

51. Welche Rechtsform hat die Trägerschaft Ihrer Institution? **(Nur eine Antwort möglich)**

- Öffentlich-rechtliche Körperschaft (z.B. Kanton, Gemeinde)
- Betrieb einer öffentlich-rechtlichen Körperschaft (z.B. Sozialdienst)
- Gemeindeverband/Zweckverband
- Stiftung
- Verein
- Genossenschaft
- Aktiengesellschaft/GmbH
- Einfache Gesellschaft
- Andere, nämlich:

52. Wie wird Ihre Institution bzw. Ihre Dienstleistung finanziert? **(Mehrere Antworten möglich)**

- KlientInnen
- Krankenversicherung (Krankenkasse)
- Invalidenversicherung (IV)
- Öffentliche Gelder (Gemeinde, Kanton, Bund)
- Private Spender
- Selbst tragend
- Anders, nämlich:



53. Auf welche Problematik ist Ihre Institution spezialisiert? **(Nur eine Antwort möglich)**

- Auf Probleme mit legalen Substanzen
- Auf Probleme mit illegalen Substanzen
- Auf Substanzprobleme jeder Art
- Auf Suchtprobleme verschiedener Art (Substanzprobleme und nicht-substanzgebundene Probleme wie z.B. Spielsucht, Essstörungen)
- Nicht nur auf Suchtprobleme spezialisiert (z.B. Jugendberatungsstelle)

54. Wie viele Mitarbeitende haben Sie in Ihrer Einrichtung gegenwärtig und welchen Ausbildungshintergrund haben diese? **(Bitte in Vollzeitstellen angeben, z.B. zwei Mal 80%=1,6 Vollzeitstellen und falls keine Mitarbeitenden in einem Bereich tätig sind: die Zahl 0 angeben)**

Medizin: Psychologie: Sozialarbeit:
Pflegerberufe: Kaufm./Verwaltungsberufe: Sozialpädagogik:
Andere: Welche andere?

55. Welches sind die Charakteristika Ihrer KlientInnen? **(Mehrere Antworten möglich)**

- Männer
- Erwachsene (über 18 Jahren)
- Frauen
- Jugendliche (unter 18 Jahren)

56. Wie gross ist der Anteil Ihrer Klientel mit primären Alkoholproblemen? **(Nur eine Antwort möglich)**

- 1 – 20%
- 21 – 40%
- 41 – 60%
- 61 – 80%
- 81 – 100%

Ausfüllmodus / Angaben zu Ihrer Person

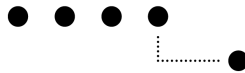
57. Ihr Geschlecht?

- männlich
- weiblich

58. In welchem Jahr sind Sie geboren? (Jahrgang)

59. Welches ist Ihre höchste abgeschlossene Berufsausbildung? **(Nur eine Antwort möglich)**

- Keine Schul- oder Berufsausbildung
- Obligatorische Schule
- Berufslehre oder Vollzeit-Berufsschule, Berufsmatur
- Maturitätsschule, Lehrer/innen-Seminar
- Höhere Fach- und Berufsausbildungen/schulen (z.B. Meisterprüfung, HTL, HWV, HFG)
- Universität, Hochschule (inkl. Fachhochschule)
- Andere, nämlich:



60. Über welchen Berufsabschluss verfügen Sie?
61. In welcher Funktion sind Sie hier in dieser Einrichtung tätig?
62. Wie viele Jahre einschlägige Berufserfahrung haben Sie im Suchtbereich insgesamt?
..... (Jahre)
63. Auf welche Weise haben Sie diesen Fragebogen ausgefüllt? **(Nur eine Antwort möglich)**
- Eigenständig (als Einzelperson)
 - Im Team (kollektiv)
 - Andere Art:
64. Welche Hilfsmittel haben Sie beigezogen, um Fragen dieses Fragebogens beantworten zu können? **(Mehrere Antworten möglich)**
- Keine Hilfsmittel
 - Institutionsstatistik
 - Konzepte, Leitlinien der Institution
 - Andere Hilfsmittel:
65. Finden Sie dieser Fragebogen... **(Nur eine Antwort möglich)**
- ...vertritt eher eine positive Haltung gegenüber Kontrolliertem Trinken
 - ...vertritt eher eine negative Haltung gegenüber Kontrolliertem Trinken
 - ...vertritt eine neutrale Haltung gegenüber Kontrolliertem Trinken
66. Wünschen Sie bei Abschluss dieser Studie einen Kurzbericht mit den einschlägigen Ergebnissen zu erhalten?
- Ja, sehr gerne
 - Nein danke
67. Haben Sie weitere Anmerkungen zu diesem Fragebogen oder allgemein zum Thema Kontrolliertes Trinken?
.....

Herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit!



Questionnaire sur la pratique du traitement en Suisse des clients/es avec un problème d'alcool

Madame la directrice, Monsieur le directeur

Merci de consacrer une partie de votre temps précieux à répondre à nos questions qui doivent nous aider à saisir la position du personnel thérapeutique de votre institution face à plusieurs options de traitement.

Après quelques questions d'introduction, nous chercherons, dans la deuxième partie, à savoir dans quelle mesure certaines interventions paraissent acceptables au personnel traitant de votre institution. La troisième partie comprend ensuite l'offre thérapeutique concrète de votre institution et la quatrième concerne quelques propriétés générales de votre organisation. Le questionnaire se termine par quelques indications sur la manière dont vous l'aurez rempli et sur vous-même. Nous sommes bien conscients du fait que certaines indications de la 3^e partie ont déjà été communiquées à d'autres fins statistiques (Act-Info p. ex.). Etablir après coup des liens entre ces différentes sources d'informations constitue cependant un exercice particulièrement laborieux. Raison pour laquelle nous comptons sur votre compréhension devant certaines répétitions.

Il va de soi que toutes les informations récoltées au moyen de ce questionnaire seront traitées en toute confidentialité, ne seront analysées que dans le contexte de l'ensemble de toutes les institutions questionnées et ne serviront qu'à des fins scientifiques.

Si vous avez une question ou une demande d'éclaircissement sur quelque point particulier, veuillez contacter Mme Sina Schatzmann, assistante de projet (031-300 35 62 / sina.schatzmann@hsa.bfh.ch).

Nous vous remercions d'ores et déjà de votre coopération!

L'équipe de recherche de l'haute école pour le travail social de Berne

Questions d'introduction

Avant de vous poser des questions sur l'acceptation et la représentativité des différentes options de traitement, il nous paraît important de savoir ce que signifient pour vous les termes essentiels et quelle est votre appréciation des avantages et des inconvénients des différents objectifs de traitement.

1. Comment définiriez-vous, à l'aide de quelques mots-clé, l'objectif de traitement „abstinence“, et l'objectif de traitement „consommation contrôlée“?

Abstinence

Consommation contrôlée d'alcool

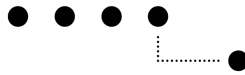
.....
.....
.....
.....

.....
.....
.....
.....

2. Pensez-vous que la consommation contrôlée puisse, dans certaines circonstances, représenter un objectif pour les client/es avec des problèmes d'alcool? **(Seulement une réponse possible)**

- Non, la consommation contrôlée ne pourra jamais représenter un objectif acceptable pour les personnes qui ont des problèmes d'alcool
- Oui, la consommation contrôlée peut représenter un objectif acceptable pour les client/es qui ont des problèmes d'alcool

Motif:



3. Expliquez, à l'aide de quelques mots-clé, quels sont les avantages et les chances et quels sont les inconvénients et les risques de l'abstinence, en tant qu'objectif de traitement?

Avantages et chances

Inconvénients et risques

.....
.....
.....
.....

4. Expliquez, à l'aide de quelques mots-clé, quels sont les avantages et les chances et quels sont les inconvénients et les risques de la consommation contrôlée en tant qu'objectif de traitement?

Avantages et chances

Inconvénients et risques

.....
.....
.....
.....

Acceptation des différentes interventions de traitement

Indiquez, pour chacune des interventions suivantes, à quel point elle est ou serait – si elle ne fait pas partie des prestations proposées – acceptable pour la majorité du personnel traitant dans votre institution.

5. A quel point la mise à disposition de „locaux de consommation“ où les client/es traités pour leur problème d'alcool pourraient consommer leur propre alcool, est-elle acceptable?

Entièrement acceptable Plutôt acceptable Ni acceptable ni inacceptable Plutôt inacceptable Entièrement inacceptable

6. A quel point est-ce acceptable d'exposer les client/es avec des problèmes d'alcool à des incitations à la consommation (par ex. boissons alcoolisées, photos ou vidéos), qui déclenchent chez eux l'envie de boire, pour qu'à l'avenir, ils apprennent à renoncer à consommer lorsqu'ils sont confrontés à l'incitation?

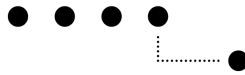
Entièrement acceptable Plutôt acceptable Ni acceptable ni inacceptable Plutôt inacceptable Entièrement inacceptable

7. A quel point les thérapies alternatives, comme par exemple l'acupuncture ou le massage, sont-elles acceptables dans le traitement de clients avec des problèmes d'alcool?

Entièrement acceptable Plutôt acceptable Ni acceptable ni inacceptable Plutôt inacceptable Entièrement inacceptable

8. A quel point la greffe du foie est-elle acceptable dans le traitement de client/es avec des problèmes d'alcool?

Entièrement acceptable Plutôt acceptable Ni acceptable ni inacceptable Plutôt inacceptable Entièrement inacceptable



9. A quel point la prescription des médicaments suivants est-elle acceptable dans le traitement des client/es avec des problèmes d'alcool:

	Entièrement acceptable	Plutôt acceptable	Ni acceptable ni inacceptable	Plutôt inacceptable	Entièrement inacceptable
Disulfiram Oral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Disulfiram Implantat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Naltrexon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Acamprosate	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres, à savoir:					
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Dans les questions suivantes (10 à 13), nous définissons l'abus d'alcool comme la consommation excessive d'alcool, mais sans présenter de symptômes de sevrage, ni une élévation du niveau de la tolérance, ni une consommation compulsive d'ordre psychique. Nous définissons la consommation contrôlée d'alcool comme un comportement de consommation discipliné, orienté sur un plan de consommation prédéfini ou sur des règles précises, c.-à-d. un mode de consommation pour lequel la quantité et les conditions cadres (heure, lieu) sont déterminées à l'avance.

Pour le traitement des client/es dont le diagnostic „abus d'alcool“ est établi.....à quel point la consommation contrôlée est-elle acceptable en tant qu'étape intermédiaire sur la voie de l'abstinence totale?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Entièrement acceptable	Plutôt acceptable	Ni acceptable ni inacceptable	Plutôt inacceptable	Entièrement inacceptable

10. ...à quel point la consommation contrôlée est-elle acceptable en tant qu'objectif définitif du traitement?

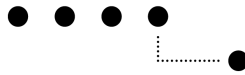
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Entièrement acceptable	Plutôt acceptable	Ni acceptable ni inacceptable	Plutôt inacceptable	Entièrement inacceptable

11. ...à quel point est-il acceptable de définir l'objectif du traitement par...

	Entièrement acceptable	Plutôt acceptable	Ni acceptable ni inacceptable	Plutôt inacceptable	Entièrement inacceptable
Thérapeute et client/e	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Thérapeute seul/e	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Client/e seul/e	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

12. A quel point est-il acceptable de renoncer à une période d'abstinence précédant le choix de la consommation contrôlée?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Entièrement acceptable	Plutôt acceptable	Ni acceptable ni inacceptable	Plutôt inacceptable	Entièrement inacceptable



Dans les questions suivantes (14 à 17), nous définissons la dépendance à l'alcool comme la consommation excessive avec symptômes de sevrage, une élévation prononcée du niveau de la tolérance et une consommation compulsive d'ordre psychique. Nous définissons la consommation contrôlée comme précédemment, à savoir un comportement de consommation discipliné, orienté sur un plan de consommation prédéfini ou sur des règles précises, c.-à-d. un mode de consommation pour lequel la quantité et les conditions cadres (heure, lieu) sont déterminées à l'avance.

Dans le traitement de client/es dont le diagnostic de „dépendance à l'alcool“ est établi...

13. ...à quel point la consommation contrôlée est-elle acceptable en tant qu'étape intermédiaire sur la voie de l'abstinence totale?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Entièrement acceptable	Plutôt acceptable	Ni acceptable ni inacceptable	Plutôt inacceptable	Entièrement inacceptable

14. ...à quel point la consommation contrôlée est-elle acceptable en tant qu'objectif définitif du traitement?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Entièrement acceptable	Plutôt acceptable	Ni acceptable ni inacceptable	Plutôt inacceptable	Entièrement inacceptable

15. ...à quel point est-il acceptable de définir l'objectif du traitement par...

	Entièrement acceptable	Plutôt acceptable	Ni acceptable ni inacceptable	Plutôt inacceptable	Entièrement inacceptable
Thérapeute et client/e	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Thérapeute seul/e	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Client/e seul/e	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

16. ...à quel point est-il acceptable de renoncer à une période d'abstinence précédant le choix de la consommation contrôlée?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Entièrement acceptable	Plutôt acceptable	Ni acceptable ni inacceptable	Plutôt inacceptable	Entièrement inacceptable

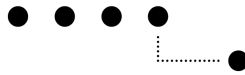
Proposition concrète de traitement

Cochez „oui“ ou „non“ pour chaque intervention figurant ci-dessous pour indiquer si elle est actuellement PROPOSÉE dans votre institution ou non.

	oui	non
17. Un „local de consommation“, où les client/es avec un problème d'alcool peuvent <u>consommer leur propre alcool</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Présentation d' <u>incitation à la consommation</u> (p. ex. boissons alcoolisées, photos ou vidéos) qui provoquent l'envie de boire chez le client, pour qu'à l'avenir, il apprenne à renoncer à consommer lorsqu'il est confronté à l'incitation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. <u>Thérapies alternatives</u> comme l'acupuncture ou le massage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. <u>Prescription de médicaments</u> pour les client/es avec un problème d'alcool	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. <u>Entretien de motivation</u> (motivational interviewing)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. <u>Travail avec les proches</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. <u>Participation à des groupes d'entraide</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. <u>Informations</u> sur l' <u>abstinence</u> en tant qu'objectif de traitement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



- | | oui | non |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 25. <u>Informations</u> sur la <u>consommation contrôlée</u> en tant qu'objectif de traitement | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 26. Si besoin <u>envoi vers une institution</u> qui propose la consommation contrôlée | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 27. Consommation contrôlée en tant qu' <u>étape intermédiaire</u> pour les client/es au diagnostic „abus d'alcool“ sur la voie de l'abstinence totale | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 28. Consommation contrôlée en tant qu' <u>objectif définitif du traitement</u> pour les client/es au diagnostic „abus d'alcool“ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 29. Consommation contrôlée en tant qu'objectif de traitement <u>sans période d'abstinence préalable</u> pour les client/es au diagnostic „abus d'alcool“ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 30. Consommation contrôlée en tant qu' <u>étape intermédiaire</u> pour les client/es au diagnostic „dépendance à l'alcool“ sur la voie de l'abstinence totale | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 32. Consommation contrôlée en tant qu' <u>objectif définitif du traitement</u> pour les client/es au diagnostic „dépendance à l'alcool“ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 33. Consommation contrôlée en tant qu'objectif de traitement <u>sans période d'abstinence préalable</u> pour les client/es au diagnostic „dépendance à l'alcool“ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 34. <u>Entretien individuel/thérapie</u> avec <u>abstinence</u> pour objectif de traitement | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 35. <u>Entretien individuel/thérapie</u> avec <u>consommation contrôlée</u> pour objectif de tr. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 36. <u>Entretien en groupe/thérapie</u> avec <u>abstinence</u> pour objectif de traitement | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 37. <u>Entretien en groupe/thérapie</u> avec <u>consommation contrôlée</u> pour objectif de tr. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 38. <u>Prévention de la récurrence</u> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 39. Indiquez <u>pourquoi</u> votre institution <u>propose ou ne propose pas</u> la consommation contrôlée comme objectif de traitement pour les client/es avec un problème d'alcool: (Seulement une réponse possible)
<input type="checkbox"/> Notre institution <u>propose</u> la consommation contrôlée comme objectif de traitement parce que...
<input type="checkbox"/> Notre institution <u>ne propose pas</u> la consommation contrôlée comme objectif de traitement Parce que... | | |
| Motif: | | |
| | | |
| | | |
| 40. Indépendamment du fait que votre institution propose la consommation contrôlée aux client/es avec un problème d'alcool comme objectif de traitement ou non, <u>sur quelles bases la décision de proposer ou non la consommation contrôlée a-t-elle été prise?</u> (Plusieurs réponses possibles)
<input type="checkbox"/> Modèle pathologique
<input type="checkbox"/> Résultats de recherche
<input type="checkbox"/> Expérience professionnelle du personnel traitant
<input type="checkbox"/> Propre expérience de l'alcool du personnel traitant
<input type="checkbox"/> Lignes directrice ou charte de l'institution
<input type="checkbox"/> Autres, à savoir: | | |
| 41. Indépendamment du fait que votre institution propose la consommation contrôlée comme objectif de traitement des client/es avec un problème d'alcool ou non, comment les <u>objectifs et options de consommation (abstinence vs. consommation contrôlée)</u> sont-ils communiqués à l'interne ou négociés avec les client/es? | | |
| | | |
| | | |



42. Indépendamment du fait que votre institution propose la consommation contrôlée comme objectif de traitement des client/es avec un problème d'alcool ou non, à quelle proportion estimez-vous la part de la clientèle de votre institution pour qui la consommation contrôlée comme objectif de traitement entre en ligne de compte? (**Seulement une réponse possible**)

- 1 – 25%
- 26 – 50%
- 51 – 75%
- 76 – 100%

43. Comment réagit le personnel traitant de votre institution face aux épisodes de consommation (par ex. récurrences) de la clientèle, qui se produisent pendant ou après le traitement?

.....
.....
.....

44. Indépendamment du fait que votre institution propose la consommation contrôlée comme objectif de traitement des client/es avec un problème d'alcool ou non, dans quelles circonstances suivantes soutiendriez-vous le client dans le choix de la consommation contrôlée en tant qu'objectif de traitement? (**Cochez toutes les catégories qui conviennent à la consommation contrôlée**)

a. Gravité de la dépendance

- La gravité de la dépendance ne joue aucun rôle dans la prise de décision
- En présence d'un faible degré de gravité de la dépendance
- En présence d'un degré moyen de gravité de la dépendance
- En présence d'un degré élevé de gravité de la dépendance

b. Lésions corporelles (foie entre autres)

- Les lésions corporelles ne jouent aucun rôle dans la prise de décision
- En présence de lésions corporelles à un stade initial
- En présence de lésions corporelles à un stade avancé
- En présence de lésions corporelles à un stade largement avancé

c. Grossesse

- La grossesse ne joue aucun rôle dans la prise de décision
- Pas en cas de la grossesse
- En cas de la grossesse

d. Traitements antérieurs liés à l'alcool

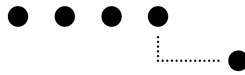
- Les traitements antérieurs liés à l'alcool ne jouent aucun rôle dans la prise de décision
- En l'absence de traitements antérieurs
- En présence de traitements ambulatoires antérieurs
- En présence de traitements hospitaliers ou hospitaliers et ambulatoires antérieurs

e. Sexe

- Le sexe ne joue aucun rôle dans la prise de décision
- Sexe masculin
- Sexe féminin

f. Âge

- L'âge ne joue aucun rôle dans la prise de décision
- Entre 18 et 30 ans
- Entre 31 et 50 ans
- Après 50 ans



g. Antécédents psychiatriques

- Les antécédents psychiatriques ne jouent aucun rôle dans la prise de décision
- En l'absence de problèmes psychiatriques
- En présence de problèmes psychiatriques légers et modérés
- En présence de problèmes psychiatriques lourds

h. Stabilité sociale/rerelations sociales

- La stabilité sociale ne joue aucun rôle dans la prise de décision
- En présence d'une stabilité sociale forte
- En présence d'une stabilité sociale moyenne
- En présence d'une stabilité sociale faible

i. Cas d'alcoolisme dans la famille

- Les cas d'alcoolisme dans la famille ne jouent aucun rôle dans la prise de décision
- En l'absence de cas d'alcoolisme dans la famille
- En présence de cas d'alcoolisme dans la famille

j. Actes irréfléchis/comportement délinquant

- Les actes irréfléchis/comportement délinquant ne jouent aucun rôle dans la prise de décision
- En l'absence d'actes irréfléchis/comportement délinquant
- En présence d'actes irréfléchis/comportement délinquant

k. Autres caractéristiques des clients que vous considérez comme importantes:

.....
.....
.....
.....
.....

45. Dans quelles circonstances refuseriez-vous dans tous les cas le souhait de consommation contrôlée en tant qu'objectif thérapeutique d'un/d'une client/e? (**Seulement une réponse possible**)

- En aucun cas (le/la client/e doit uniquement être rendu attentif aux risques)
- Dans tous les cas, la consommation contrôlée ne pourra jamais être un objectif de traitement
- Dans les circonstances suivantes:

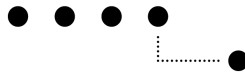
.....

46. Quelles limites de consommation fiables recommanderiez-vous à votre clientèle, en tant qu'objectif de traitement par la consommation contrôlée?

.....
.....
.....
.....

47. De quelle manière avez-vous, resp. le personnel de votre institution acquis des connaissances sur la consommation contrôlée en tant qu'objectif de traitement? (**Plusieurs réponses possibles**)

- Littérature scientifique, à savoir:
- Exposés/séminaires spécialisés, à savoir:
- Formation interne par expert/e, à savoir:
- Formation externe par expert/e, à savoir:
- Autres, à savoir:



Ne répondre à la question suivante que si votre institution propose la consommation contrôlée comme objectif de traitement, sinon, passez à la question 49!

48. A combien estimez-vous la part de la clientèle de votre institution qui a réellement suivi la consommation contrôlée en tant qu'objectif de traitement dans les douze derniers mois? **(Seulement une réponse possible par catégorie)**

Clientes

- 1 – 25%
- 26 – 50%
- 51 – 75%
- 76 – 100%

Clients

- 1 – 25%
- 26 – 50%
- 51 – 75%
- 76 – 100%

Indications sur l'institution et les caractéristiques de la clientèle

49. Comment se caractérise au mieux votre institution? **(Plusieurs réponses possibles)**

- Institution hospitalière
- Institution ambulatoire
- Institution transitoire
- Autres, à savoir:

50. Quelles formes de traitement votre institution propose-t-elle? **(Plusieurs réponses possibles)**

- Désintoxication, sevrage
- Réhabilitation (réintégration)
- Thérapie
- Conseil, encadrement
- Soutien de groupes d'entraide
- Autres, à savoir:

51. Quelle est la forme juridique de la responsabilité de votre institution? **(Seulement une réponse possible)**

- Organe de droit public (p. ex. canton, commune)
- Service d'un organe de droit public (p. ex. service social)
- Association communale/association d'intérêt
- Fondation
- Association
- Coopérative
- Société anonyme/Sàrl
- Société simple
- Autre, à savoir:

52. Comment votre institution, resp. ses prestations sont-elles financées? **(Plusieurs réponses possibles)**

- Clientèle
- Assurance maladie (caisse maladie)
- Assurance invalidité (AI)
- Deniers publics (commune, canton, confédération)
- Donateurs privés
- Autofinancement
- Autres, à savoir:



53. Quelle est la spécialisation de votre institution? (**Seulement une réponse possible**)

- Problèmes avec les substances légales
- Problèmes avec les substances illégales
- Problèmes avec les substances en tous genres
- Problèmes de dépendance de toutes sortes (problèmes avec les substances et non pas liés aux substances comme p. ex. dépendance au jeu, troubles de l'alimentation)
- Pas seulement spécialisé dans les problèmes de dépendance (p. ex. antenne de conseil pour les jeunes)

54. Combien de collaborateurs emploie votre institution actuellement et quel est leur type de formation? (**veuillez convertir en postes à plein temps, p.ex. deux fois 80%=1,6 postes à plein temps et s'il n'y a aucun collaborateur dans un domaine particulier: indiquer alors le chiffre 0**)

Médecine:,..... Psychologie:,..... Travail social:,.....

Personnel soignant:,..... Personnel admin./commercial:,.....

Pédagogie sociale:,..... Autres:,.....

Quels autres domaines?

55. Quelles sont les caractéristiques de vos clients? (**Plusieurs réponses possibles**)

- Hommes
- Femmes
- Adultes (plus de 18 ans)
- Jeunes (moins de 18 ans)

56. Quelle est la part de votre clientèle avec des problèmes d'alcool primaires? (**Seulement une réponse possible**)

- 1 – 20%
- 21 – 40%
- 41 – 60%
- 61 – 80%
- 81 – 100%

Manière de remplir le questionnaire/Indications sur votre personne

57. Votre sexe?

- masculin
- féminin

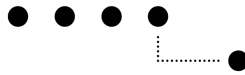
58. Quelle est votre année de naissance? (année)

59. Quel est votre niveau de formation professionnelle le plus élevé? (**Seulement une réponse possible**)

- Pas de formation scolaire ou professionnelle
- Scolarisation obligatoire
- Apprentissage professionnel ou école professionnelle à plein temps, maturité professionnelle
- Gymnase, école des maîtres
- Formation supérieure professionnelle ou spécialisée (p. ex. examen de maîtrise, ETS, ESCEA, ESAA)
- Université, école supérieure (y compris HES)
- Autre, à savoir:

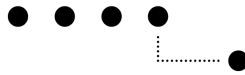
60. Quel diplôme professionnel avez-vous?

61. Quelle est votre fonction dans cette institution?



62. Combien d'années d'expérience professionnelle avez-vous dans le domaine du traitement de la dépendance?
..... (années)
63. De quelle manière avez-vous rempli ce questionnaire? **(Seulement une réponse possible)**
 Indépendante (vous seul/e)
 En équipe (collective)
 Autrement:
64. Quels moyens de référence avez-vous consulté pour répondre à ces questions? **(Plusieurs réponses possibles)**
 Aucun moyen de référence
 Statistiques de l'institution
 Concepts, directives de l'institution
 Autres moyens de référence:
65. Trouvez-vous que ce questionnaire... **(Seulement une réponse possible)**
 ...représente une attitude plutôt positive vis-à-vis de la consommation contrôlée
 ...représente une attitude plutôt négative vis-à-vis de la consommation contrôlée
 ...représente une attitude neutre vis-à-vis de la consommation contrôlée
66. Souhaitez-vous obtenir un bref rapport des résultats à la fin de cette étude?
 Oui, très volontiers
 Non merci
67. Avez-vous d'autres remarques à apporter sur ce questionnaire ou de façon générale sur le sujet de la consommation contrôlée?

Merci de votre collaboration!



Questionario sulla prassi svizzera nell'ambito del trattamento di clienti con problemi di alcool

Gentile signora direttrice, egregio signor direttore,

la ringraziamo vivamente della sua disponibilità, malgrado i numerosi impegni, a rispondere alle nostre domande, con cui vogliamo rilevare l'atteggiamento del personale terapeutico della sua istituzione nei confronti di svariate possibilità di trattamento.

Dopo alcune domande iniziali a risposta aperta, nella seconda parte vogliamo sapere in che misura svariati interventi sono accettabili per il personale curante del suo stabilimento. La terza parte registra l'offerta concreta di trattamenti del suo stabilimento e la quarta parte verte su alcune caratteristiche generali della sua organizzazione. Il questionario termina con alcune indicazioni sulle modalità di compilazione e sulla sua persona. Siamo consapevoli del fatto che i dati della terza parte in parte sono già stati comunicati per altre statistiche (ad esempio Act-Info). Il collegamento di queste fonti di dati differenti è tuttavia estremamente laborioso. Facciamo quindi appello alla sua comprensione per i piccoli doppioni che dovessero emergere.

Naturalmente tutti i dati forniti nel presente questionario saranno trattati con la massima riservatezza, analizzati solo in forma aggregata assieme a quelli delle altre istituzioni e destinati a scopi esclusivamente scientifici.

In caso di dubbi o domande può rivolgersi alla signora Sina Schatzmann, assistente di progetto (031-300 35 62 / sina.schatzmann@hsa.bfh.ch).

La ringraziamo sin d'ora della sua preziosa collaborazione!

Il suo team di ricerca HSA

Domande introduttive

Prima di porle delle domande sull'accettazione e sulla diffusione di svariate possibilità di trattamento, ci preme sapere come interpreta i concetti principali e quali sono secondo lei i vantaggi e gli svantaggi di vari obiettivi d'intervento.

1. Come definirebbe in poche parole gli obiettivi d'intervento "astinenza" e "consumo controllato"?

Astinenza

Consumo controllato

.....
.....
.....
.....

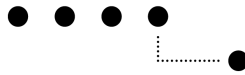
.....
.....
.....
.....

2. Pensa che in determinate condizioni il consumo controllato possa essere un obiettivo per i clienti con problemi di alcool? **(Una sola risposta possibile)**

- No, il consumo controllato non può mai essere un obiettivo accettabile per le persone con problemi di alcool
 Sì, il consumo controllato può essere un obiettivo accettabile per i clienti con problemi di alcool

Motivazione:

.....
.....



3. Spieghi in poche parole quali vantaggi e opportunità e quali svantaggi e rischi intravede nell'astinenza quale obiettivo d'intervento.

Vantaggi e opportunità

Svantaggi e rischi

.....
.....
.....
.....

4. Spieghi in poche parole quali vantaggi e opportunità e quali svantaggi e rischi intravede nel consumo controllato quale obiettivo d'intervento.

Vantaggi e opportunità

Svantaggi e rischi

.....
.....
.....
.....

Accettazione di svariati tipi di trattamento

Per ciascuno dei seguenti interventi, voglia per cortesia indicare in che misura ritiene che sia accettabile per la maggioranza del personale curante del suo stabilimento – o lo sarebbe nel caso in cui l'offerta corrispondente non esista da voi.

5. In che misura è accettabile la messa a disposizione, nell'ambito del trattamento di clienti con problemi di alcool, di un "locale per bere", in cui i clienti possano consumare il loro alcool?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Assolutamente accettabile	Abbastanza accettabile	Né sì, né no	Poco accettabile	Assolutamente inaccettabile

6. In che misura è accettabile che nell'ambito del trattamento di clienti con problemi di alcool questi siano esposti a più riprese a stimoli che suscitino in loro la voglia di bere (ad esempio bevande alcoliche, anche sotto forma di fotografie o filmati), in modo che imparino a rinunciare all'alcool in caso di futuri confronti con questi stimoli?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Assolutamente accettabile	Abbastanza accettabile	Né sì, né no	Poco accettabile	Assolutamente inaccettabile

7. In che misura sono accettabili terapie alternative, ad esempio l'agopuntura o il massaggio, nel trattamento di clienti con problemi di alcool?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Assolutamente accettabile	Abbastanza accettabile	Né sì, né no	Poco accettabile	Assolutamente inaccettabile



8. In che misura sono accettabili trapianti di fegato nel trattamento di clienti con problemi di alcool?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Assolutamente accettabile	Abbastanza accettabile	Né sì, né no	Poco accettabile	Assolutamente inaccettabile

9. In che misura è accettabile la prescrizione dei seguenti farmaci nel trattamento di clienti con problemi di alcool:

	Assolutamente accettabile	Abbastanza accettabile	Né sì, né no	Poco accettabile	Assolutamente inaccettabile
Disulfiram Oral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Disulfiram Implantat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Naltrexon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Acamprosate	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Altro, e cioè:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nelle prossime domande (da 10 a 13), per *abuso di alcool* intendiamo il fatto di bere eccessivamente, senza sintomi di disassuefazione, né a un netto aumento della tolleranza e neanche a una dipendenza psichica. Per *consumo controllato* intendiamo un comportamento disciplinato con l'alcool, che si orienta a un piano fissato precedentemente o a norme concernenti il consumo di alcool, ad esempio il fatto che siano state fissate le dosi e le condizioni quadro (ad esempio l'ora, il luogo).

Nel trattamento di clienti a cui è stato diagnosticato un **“abuso di alcool”**...

10. ...in che misura il consumo controllato è accettabile quale obiettivo intermedio sulla strada verso l'astinenza completa?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Assolutamente accettabile	Abbastanza accettabile	Né sì, né no	Poco accettabile	Assolutamente inaccettabile

11. ...in che misura il consumo controllato è accettabile quale obiettivo finale del trattamento?

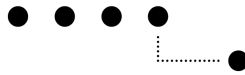
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Assolutamente accettabile	Abbastanza accettabile	Né sì, né no	Poco accettabile	Assolutamente inaccettabile

12. ...in che misura è accettabile che l'obiettivo del trattamento sia fissato...

	Assolutamente accettabile	Abbastanza accettabile	Né sì, né no	Poco accettabile	Assolutamente inaccettabile
dal terapeuta e dal cliente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
solo dal terapeuta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
solo dal cliente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

13. In che misura è accettabile che nell'ambito della scelta del consumo controllato si possa rinunciare a un periodo preliminare di astinenza?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Assolutamente accettabile	Abbastanza accettabile	Né sì, né no	Poco accettabile	Assolutamente inaccettabile



Nelle prossime domande (da 14 a 17), per *dipendenza dall'alcool* intendiamo il fatto di bere eccessivamente con sintomi di disassuefazione, un netto aumento della tolleranza e dipendenza psichica. Per *consumo controllato* intendiamo come sopra un comportamento disciplinato con l'alcool, che si orienta a un piano fissato precedentemente o a norme concernenti il consumo di alcool, ad esempio il fatto che siano state fissate le dosi e le condizioni quadro (ad esempio l'ora, il luogo).

Nel trattamento di clienti a cui è stata diagnosticata una "dipendenza dall'alcool" ...

14. ...in che misura il consumo controllato è accettabile quale obiettivo intermedio sulla strada verso l'astinenza completa?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Assolutamente accettabile	Abbastanza accettabile	Né sì, né no	Poco accettabile	Assolutamente inaccettabile

15. ...in che misura il consumo controllato è accettabile quale obiettivo finale del trattamento?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Assolutamente accettabile	Abbastanza accettabile	Né sì, né no	Poco accettabile	Assolutamente inaccettabile

16. ...in che misura è accettabile che l'obiettivo del trattamento sia fissato...

	Assolutamente accettabile	Abbastanza accettabile	Né sì, né no	Poco accettabile	Assolutamente inaccettabile
dal terapeuta e dal cliente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
solo dal terapeuta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
solo dal cliente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

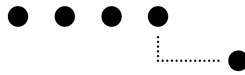
17. ...in che misura è accettabile che nell'ambito delle scelte del consumo controllato si possa rinunciare a un periodo preliminare di astinenza?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Assolutamente accettabile	Abbastanza accettabile	Né sì, né no	Poco accettabile	Assolutamente inaccettabile

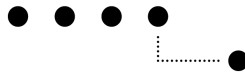
Offerta concreta di trattamento

Per ciascuno dei seguenti interventi, voglia per cortesia contrassegnare la casella "Sì" o "No" per indicare se l'intervento è attualmente OFFERTO nel suo stabilimento o meno.

	Sì	No
18. "Locale per bere", dove i clienti con problemi di alcool possono <u>consumare il loro alcool</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Presentazione di <u>stimoli</u> che suscitano nei clienti la voglia di bere (ad esempio bevande alcoliche, anche sotto forma di fotografie o filmati), in modo che imparino a rinunciare all'alcool in caso di futuri confronti con questi stimoli	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. <u>Terapie alternative</u> , ad esempio l'agopuntura o il massaggio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. <u>Prescrizione di farmaci</u> per clienti con problemi di alcool	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. <u>Colloqui motivazionali</u> (Motivational Interviewing)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. <u>Coinvolgimento dei famigliari</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. <u>Coinvolgimento di gruppi di autoaiuto</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



- | | Sì | No |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 25. <u>Informazione</u> sull'obiettivo d'intervento <u>astinenza</u> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 26. <u>Informazione</u> sull'obiettivo d'intervento <u>consumo controllato</u> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 27. Se del caso, <u>indirizzamento verso un'istituzione</u> che offre il consumo controllato | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Consumo controllato quale <u>obiettivo intermedio</u> per i clienti a cui è stato diagnosticato un " <u>abuso di alcool</u> " sulla strada verso l'astinenza completa | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 29. Consumo controllato quale <u>obiettivo finale</u> per i clienti a cui è stato diagnosticato un " <u>abuso di alcool</u> " | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 30. Consumo controllato quale obiettivo del trattamento con <u>rinuncia</u> a un <u>periodo preliminare di astinenza</u> nei clienti a cui è stato diagnosticato un " <u>abuso di alcool</u> " | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 31. Consumo controllato quale <u>obiettivo intermedio</u> per i clienti a cui è stata diagnosticata una " <u>dipendenza dall'alcool</u> " sulla strada verso l'astinenza completa | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 32. Consumo controllato quale <u>obiettivo finale</u> per i clienti a cui è stata diagnosticata una " <u>dipendenza dall'alcool</u> " | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 33. Consumo controllato quale obiettivo del trattamento con <u>rinuncia</u> a un <u>periodo preliminare di astinenza</u> nei clienti a cui è stata diagnosticata una " <u>dipendenza dall'alcool</u> " | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 34. <u>Consulenza/terapia individuale</u> con l'obiettivo <u>astinenza</u> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 35. <u>Consulenza/terapia individuale</u> con l'obiettivo <u>consumo controllato</u> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 36. <u>Consulenza/terapia di gruppo</u> con l'obiettivo <u>astinenza</u> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 37. <u>Consulenza/terapia di gruppo</u> con l'obiettivo <u>consumo controllato</u> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 38. <u>Prevenzione delle ricadute</u> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 39. Voglia spiegare <u>perché</u> la sua istituzione <u>offre o non offre</u> il consumo controllato quale obiettivo d'intervento per i clienti con problemi di alcool. (Una sola risposta possibile) | | |
| <input type="checkbox"/> La nostra istituzione <u>offre</u> il consumo controllato quale obiettivo d'intervento perché... | | |
| <input type="checkbox"/> La nostra istituzione <u>non offre</u> il consumo controllato quale obiettivo d'intervento perché... | | |
| Motivazione: | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| 40. Indipendentemente dal fatto che la sua istituzione offra o non offra il consumo controllato quale obiettivo d'intervento per i clienti con problemi di alcool, <u>su quali basi è stata presa la decisione di offrire o non offrire il consumo controllato?</u> (Più risposte possibili) | | |
| <input type="checkbox"/> Modello patologico | | |
| <input type="checkbox"/> Risultati della ricerca | | |
| <input type="checkbox"/> Esperienza professionale del personale curante | | |
| <input type="checkbox"/> Esperienza personale con l'alcool del personale curante | | |
| <input type="checkbox"/> Linee guida dell'istituzione | | |
| <input type="checkbox"/> Altro, e cioè: | | |



41. Indipendentemente dal fatto che la sua istituzione offra o non offra il consumo controllato quale obiettivo d'intervento per i clienti con problemi di alcool, come sono comunicati gli obiettivi e le opzioni di consumo (astinenza / consumo controllato) all'interno dell'istituzione o come sono negoziati con i clienti?

.....
.....

42. Indipendentemente dal fatto che la sua istituzione offra o non offra il consumo controllato quale obiettivo d'intervento per i clienti con problemi di alcool, a quanto stima la quota dei clienti della sua istituzione per cui è ipotizzabile il consumo controllato quale obiettivo di trattamento? **(Una sola risposta possibile)**

- 1 – 25%
- 26 – 50%
- 51 – 75%
- 76 – 100%

43. Come reagisce il personale curante della sua istituzione ai casi di consumo episodico (ad esempio ricadute) che si verificano durante o dopo il trattamento?

.....
.....
.....

44. Indipendentemente dal fatto che la sua istituzione offra o non offra il consumo controllato, in quali delle seguenti circostanze sosterrebbe un cliente nella scelta del consumo controllato quale obiettivo dell'intervento? **(Con-
trassegnare tutte le categorie per cui è ipotizzabile il consumo controllato)**

- a. Gravità della dipendenza
 - La gravità della dipendenza non ha alcun influsso sulla decisione
 - In caso di dipendenza leggera
 - In caso di dipendenza media
 - In caso di dipendenza forte

- b. Lesioni fisiche (tra cui le lesioni al fegato)
 - Le lesioni fisiche non hanno alcun influsso sulla decisione
 - In caso di lesioni fisiche allo stadio iniziale
 - In caso di lesioni fisiche avanzate
 - In caso di lesioni fisiche molto avanzate

- c. Gravidanza
 - La gravidanza non ha alcun influsso sulla decisione
 - In caso di nessuna gravidanza
 - In caso di gravidanza

- d. Precedenti trattamenti legati all'alcool
 - I precedenti trattamenti legati all'alcool non hanno alcun influsso sulla decisione
 - In assenza di precedenti trattamenti legati all'alcool
 - In caso di precedenti trattamenti legati all'alcool
 - In caso di precedenti trattamenti stazionari/stazionari più ambulatoriali

- e. Sesso
 - Il sesso non ha alcun influsso sulla decisione
 - In caso di sesso maschile
 - In caso di sesso femminile



- f. Età
 - L'età non ha alcun influsso sulla decisione
 - In caso di età compresa tra 18 e 30 anni
 - In caso di età compresa tra 31 e 50 anni
 - In caso di età superiore a 50 anni
- g. Passato psichiatrico
 - Il passato psichiatrico non ha alcun influsso sulla decisione
 - In assenza di problemi psichiatrici
 - In caso di problemi psichiatrici leggeri e moderati
 - In caso di gravi problemi psichiatrici
- h. Stabilità sociale/relazioni sociali
 - La stabilità sociale non ha alcun influsso sulla decisione
 - In caso di elevata stabilità sociale
 - In caso di media stabilità sociale
 - In caso di scarsa stabilità sociale
- i. Casi di alcolismo in famiglia
 - I casi di alcolismo in famiglia non hanno alcun influsso sulla decisione
 - In assenza di casi di alcolismo in famiglia
 - In caso di casi di alcolismo in famiglia
- j. Atti sconsiderati/comportamento delinquente
 - Atti sconsiderati/comportamento delinquente non hanno alcun influsso sulla decisione
 - In assenza di atti sconsiderati/comportamento delinquente
 - In caso di atti sconsiderati/comportamento delinquente
- k. Altre caratteristiche dei clienti che considera importanti:
.....
.....
.....
.....

45. In quali circostanze rifiuterebbe assolutamente il desiderio di un cliente di scegliere il consumo controllato quale obiettivo del trattamento? **(Una sola risposta possibile)**

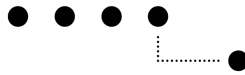
- Mai, si può solo rendere il cliente attento ai rischi
- Sempre, il consumo controllato non può essere l'obiettivo di un trattamento
- Nelle seguenti circostanze:
.....

46. Quali limiti di consumo sicuri raccomanderebbe ai suoi clienti in relazione all'obiettivo d'intervento consumo controllato?

.....
.....
.....

47. In che modo lei o il personale curante della sua istituzione avete acquisito conoscenze sul consumo controllato quale obiettivo d'intervento? **(Più risposte possibili)**

- Letteratura scientifica, e cioè:
- Relazioni/convegni specializzati, e cioè:
- Formazione interna da parte di un esperto, e cioè:
- Formazione esterna da parte di un esperto, e cioè:
- Altro, e cioè:



Risponda alla seguente domanda solo se la sua istituzione offre il consumo controllato quale obiettivo d'intervento, altrimenti passi alla domanda 49!

48. A quanto stima la quota di clienti della sua istituzione che ha effettivamente perseguito il consumo controllato quale obiettivo del trattamento negli ultimi dodici mesi? **(Stimare la quota di donne e quella di uomini)**

Clienti donne

- 1 – 25%
- 26 – 50%
- 51 – 75%
- 76 – 100%

Clienti uomini

- 1 – 25%
- 26 – 50%
- 51 – 75%
- 76 – 100%

Dati sull'istituzione e sulle caratteristiche dei clienti

49. Come si può descrivere la sua istituzione? **(Più risposte possibili)**

- Istituzione stazionaria
- Istituzione ambulatoriale
- Istituzione di transizione
- Altro, e cioè:

50. Quali forme di trattamento offre la sua istituzione? **(Più risposte possibili)**

- Disintossicazione, disassuefazione
- Riabilitazione (reintegrazione)
- Terapia
- Consulenza, assistenza
- Sostegno di gruppi di autoaiuto
- Altro, e cioè:

51. Qual è la forma giuridica dell'organismo responsabile della sua istituzione? **(Una sola risposta possibile)**

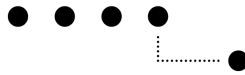
- Corporazione di diritto pubblico (ad esempio Cantone, Comune)
- Azienda di una corporazione di diritto pubblico (ad esempio servizio sociale)
- Associazione/consorzio intercomunale
- Fondazione
- Associazione
- Cooperativa
- Società anonima/società a responsabilità limitata
- Società semplice
- Altro, e cioè:

52. Come è finanziato il suo servizio o istituzione? **(Più risposte possibili)**

- Clienti
- Assicurazione malattie (casse malati)
- Assicurazione invalidità (AI)
- Finanziamenti pubblici (Comune, Cantone, Confederazione)
- Donatori privati
- Autosufficiente
- Altro, e cioè:

53. In quale problematica è specializzata la sua istituzione? **(Una sola risposta possibile)**

- Nei problemi con sostanze legali
- Nei problemi con sostanze illegali
- Nei problemi con ogni tipo di sostanze
- Nei problemi di dipendenza di varia natura (problemi legati a sostanze e non, ad esempio dipendenza dal gioco, disturbi alimentari)
- Nessuna specializzazione nei problemi di dipendenza (ad esempio consultorio giovanile)



54. Quanti collaboratori lavorano attualmente presso il suo stabilimento e quale background formativo hanno? **(Indicare il numero in equivalenti a tempo pieno, ad esempio due volte 80% = 1,6 posti a tempo pieno; se nessun collaboratore lavora in un settore indicare 0).**

Medicina: Psicologia: Assistenza sociale:
Cure: Impiegati di commercio/amministrazione:
Pedagogia sociale: Specificare:
Altro:

55. Quali sono le caratteristiche dei suoi clienti? **(Più risposte possibili)**

- Uomini Adulti (sopra i 18 anni)
 Donne Giovani (minori di 18 anni)

56. Qual è la quota dei suoi clienti con problemi di alcoolismo primari? **(Una sola risposta possibile)**

- 1 – 20%
 21 – 40%
 41 – 60%
 61 – 80%
 81 – 100%

Modalità di compilazione / dati sulla sua persona

57. Il suo sexso?

- Maschile
 Femminile

58. In che anno è nato? (anno di nascita)

59. Qual è la formazione professionale più elevata che ha completato? **(Una sola risposta possibile)**

- Nessuna formazione scolastica o professionale
 Scuola dell'obbligo
 Tirocinio professionale o scuola professionale a tempo pieno, maturità professionale
 Scuola di maturità, scuola magistrale
 Formazione/scuola specializzata o professionale superiore (maestria, STS, SSQEA, SSAA,...)
 Università, scuola universitaria (comprese le SUP)
 Altro, e cioè:

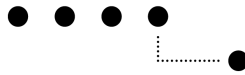
60. Di che diploma professionale dispone?

61. Qual è la sua funzione in questo stabilimento?

62. Quanti anni di esperienza professionale ha, complessivamente, nel campo delle dipendenze?
..... (anni)

63. Come ha compilato il presente questionario? **(Una sola risposta possibile)**

- Autonomamente (individualmente)
 In gruppo (collettivamente)
 In altro modo:



64. A quali sussidi ha fatto ricorso per rispondere alle domande del presente questionario?

(Più risposte possibili)

- Nessun sussidio
- Statistiche dell'istituzione
- Schemi e linee guida dell'istituzione
- Altri sussidi:

65. Secondo lei, il presente questionario... ***(una sola risposta possibile)***

- ...ha un atteggiamento tendenzialmente favorevole al consumo controllato
- ...ha un atteggiamento tendenzialmente sfavorevole al consumo controllato
- ...ha un atteggiamento neutrale nei confronti del consumo controllato

66. Desidera ricevere un breve rapporto con i principali risultati al termine dello studio?

- Sì, volentieri
- No, grazie

67. Ha altre osservazioni sul presente questionario o sul tema consumo controllato in generale?

.....

.....

.....

La ringraziamo della sua preziosa collaborazione!



An die Leitung
der ambulanten und
stationären Suchteinrichtungen der Schweiz

Bern, Februar 2005

Gesamtschweizerische schriftliche Befragung der Leitungsteams ambulanter und stationärer Suchteinrichtungen zu Kontrolliertem Trinken als Behandlungsziel

Sehr geehrte Damen
Sehr geehrter Herren

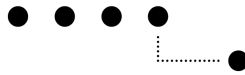
Aufgrund des zunehmenden Interesses am Kontrollierten Trinken als Behandlungsziel in den Fachkreisen hat die Eidgenössische Kommission für Alkoholfragen (EKA) im Jahre 2002 eine Projektskizze erstellt und das Bundesamt für Gesundheit (BAG) um die Finanzierung dieser Studie gebeten. Ziel dieses Projekts ist es, den aktuellen Wissensstand zu KT zu erfassen, die Verbreitung, Akzeptanz und Umsetzung von KT als Behandlungsziel in der Schweiz zu untersuchen sowie Empfehlungen auszuarbeiten, die für die Praxis handlungsleitend sein können. Das BAG hat dem Institut für Sozialplanung und Sozialmanagement (ISS) an der Hochschule für Sozialarbeit HSA Bern, diesen Auftrag erteilt.

Das BAG wie auch die EKA messen der geplanten wissenschaftlichen Erhebung bei Behandlungsanbietern grosse Bedeutung bei. Gleichzeitig ist uns klar, dass Sie häufig mit Anfragen und Berichtspflichten geplagt werden. Dennoch hoffen wir, dass Sie sich in diesem Falle die Zeit nehmen werden, bei dieser Umfrage mitzuwirken und auf die gestellten Fragen sorgfältig einzugehen. Eine hohe Beteiligungsquote in allen Landesteilen ist Voraussetzung dafür, dass aussagekräftige und repräsentative Ergebnisse erarbeitet werden können. Diese bilden die Grundlage für die Formulierung von Empfehlungen, die Ihnen bei Ihrer täglichen Arbeit von Nutzen sein können und eine auf Evidenz abgestützte Behandlungspraxis zum Wohle des Klienten sicherstellen.

Im Voraus danken wir Ihnen für die wertvolle Zusammenarbeit und die Unterstützung dieser Befragung.

Mit freundlichen Grüssen

Christine Beerli
Präsidentin Eidg. Kommission für Alkoholfragen



A la Direction
des Institutions ambulatoires
et hospitalières de traitement
des dépendances en Suisse

Berne, février 2005

Enquête nationale écrite auprès des équipes dirigeantes des institutions ambulatoires et hospitalières de traitement des dépendances à propos de la consommation contrôlée d'alcool en tant qu'objectif de traitement

Madame, Monsieur,

Vu l'intérêt croissant porté sur la consommation contrôlée d'alcool en tant qu'objectif de traitement par les spécialistes, la Commission fédérale pour les problèmes liés à l'alcool (CFA) a conçu une ébauche de projet en 2002 et sollicité le financement de cette étude auprès de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP). Ce projet a pour objectif de saisir l'état actuel des connaissances sur la consommation contrôlée d'alcool, sa dissémination, son acceptation et sa mise en pratique en tant qu'objectif de traitement en Suisse et d'élaborer des recommandations susceptibles de servir de base d'action pour la pratique. L'OFAP a chargé l'Institut de planification et de gestion sociales de l'Ecole supérieure de travail social de Berne de réaliser ce travail.

L'OFAP et la CFA accordent une grande importance à ce projet d'enquête scientifique, mené auprès des institutions de traitement des dépendances. Dans le même temps, nous savons bien que vous êtes assaillis de questions et que vos obligations administratives sont déjà lourdes. Malgré tout, nous espérons que vous consacrez le temps nécessaire à cette enquête et répondrez consciencieusement aux questions posées. Un taux de participation élevé en provenance de toutes les régions du pays est nécessaire à l'élaboration de résultats représentatifs et pertinents. Ces résultats forment ensuite la base de la formulation des recommandations qui vous sont utiles dans votre travail quotidien et qui garantissent la pratique d'un traitement basé sur la preuve, pour le bien du client.

Nous vous remercions d'ores et déjà de votre précieuse collaboration et de votre soutien à ce projet.

Avec mes meilleures salutations

Christine Beerli
Présidente de la Commission fédérale pour les problèmes liés à l'alcool



Alla cortese attenzione della
Direzione delle strutture svizzere ambulatoriali e resi-
denziali contro le dipendenze

Berna, febbraio 2005

Sondaggio scritto condotto in tutto il territorio della Svizzera presso i team di direzione delle strutture ambulatoriali e residenziali contro le dipendenze in merito al Bere Controllato quale obiettivo terapeutico

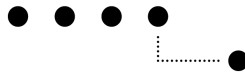
Gentili signore, egregi signori

Visto il crescente interesse che l'obiettivo terapeutico del Bere Controllato (BC) ha riscontrato presso gli addetti ai lavori, la Commissione federale sull'alcolismo (Cfa) nel 2002 ha elaborato una bozza di progetto sottoposta in seguito all'Ufficio federale della sanità pubblica (UFSP) con richiesta di finanziamento dello studio. L'obiettivo del progetto è quello di rilevare le conoscenze attuali del BC, di analizzare la diffusione, l'accettazione e la realizzazione del BC in quanto obiettivo terapeutico definito per la Svizzera, nonché di elaborare raccomandazioni atte a fungere da linee programmatiche nell'attuazione concreta. L'Ufficio federale della sanità pubblica UFSP ha conferito tale mandato all'Istituto di pianificazione sociale e management sociale (ISS) presso la Hochschule für Sozialarbeit HSA (Scuola universitaria di Berna per il lavoro sociale).

L'Ufficio federale della sanità pubblica UFSP e la Commissione federale sull'alcolismo attribuiscono grande importanza al rilevamento scientifico dei dati presso le strutture terapeutiche. Siamo tuttavia consapevoli delle frequenti e numerose richieste avanzate nei vostri confronti e degli obblighi di rendiconto che siete chiamati ad assolvere. Ciononostante vogliamo sperare che nel caso concreto possiate trovare il tempo necessario per partecipare al sondaggio e fornire risposte accurate alle domande che vi saranno poste. Un'alta partecipazione in tutte le regioni linguistiche del nostro Paese costituisce la premessa sin qua non per una sintesi significativa dei risultati. A loro volta essi permetteranno di formulare raccomandazioni che vi saranno utili nel vostro lavoro quotidiano e vi garantiranno che la prassi terapeutica sia basata su dati concreti, a tutto vantaggio dei vostri pazienti.

L'occasione ci è gradita per porgervi, assieme ai nostri sentiti ringraziamenti per la vostra preziosa collaborazione, i nostri più distinti saluti.

Christine Beerli
Presidente Commissione federale sull'alcolismo



An die Leitung
der ambulanten und
stationären Suchteinrichtungen der Schweiz

Bern, Februar 2005/scs
E-Mail: sina.schatzmann@hsa.bfh.ch

Gesamtschweizerische schriftliche Befragung der Leitungsteams ambulanter und stationärer Suchteinrichtungen zu Kontrolliertem Trinken als Behandlungsziel

Sehr geehrte Damen und Herren

Das Thema Kontrolliertes Trinken (KT) als Therapieziel ist in jüngster Vergangenheit in der Schweiz vermehrt in den Vordergrund gerückt. Das bemerkenswerte Echo, welches KT als Behandlungsziel in der Schweizer Praxis auslöst, kontrastiert mit weitgehend fehlender Forschungsabklärung.

Das Forschungsteam der Berner Fachhochschule, führt deshalb mit Unterstützung der Eidgenössischen Kommission für Alkoholfragen EKA und des Bundesamtes für Gesundheit BAG eine entsprechende wissenschaftliche Studie mit dem Titel „KT – Bestandesaufnahme und Umfrage zur Akzeptanz und Praxisumsetzung als Behandlungsziel“ durch. Ziel der Befragung ist es, die Verbreitung, Akzeptanz und behandlungspolitische Relevanz des KT Konzeptes in der Schweiz erstmals repräsentativ zu erheben. Es geht insbesondere um die Umsetzungspraxis von KT, beispielsweise welche Zielgruppe für das Behandlungsziel KT in Frage kommt.

Nun möchten wir Sie als Mitglied der Leitung einer ambulanten und/oder stationären Suchteinrichtung bitten, an unserer Befragung teilzunehmen (siehe auch beiliegendes Empfehlungsschreiben von Frau Christine Beerli, Präsidentin der EKA). Unabhängig davon ob Ihre Institution Kontrolliertes Trinken als Therapieziel anbietet oder nicht, ist uns Ihre Meinung sehr wichtig. Mit Ihrer Bereitschaft, einen Fragebogen auszufüllen, würden Sie sich mit einem einmaligen Aufwand von maximal 40 Minuten einverstanden erklären und massgeblich zu einer adäquaten zielgruppengerechten Anwendung des KT-Konzeptes beitragen.

Wir gelangen deshalb mit der Bitte an Sie, den beigelegten Fragebogen bis spätestens am 31. März 2005 auszufüllen und mit dem beigelegten Rückantwortkuvert an uns zurückzusenden. Bei Fragen oder Anmerkungen stehen wir Ihnen jederzeit gerne zur Verfügung.

Herzlichen Dank im Voraus!

Mit freundlichen Grüssen

Hochschule für Sozialarbeit HSA Bern
Institut für Sozialplanung und Sozialmanagement ISS

Prof. Dr. Dr. hc. Harald Klingemann
Leiter Angewandte Forschung und Entwicklung

Lic. phil. Sina Schatzmann
Wissenschaftliche Mitarbeiterin



A la Direction
des institutions suisses ambulatoires
et hospitalières de prévention des dépendances

Berne, février 2005/scs
E-Mail: sina.schatzmann@hsa.bfh.ch

Enquête nationale écrite auprès des équipes de direction des institutions suisses ambulatoires et hospitalières de prévention des dépendances sur la consommation contrôlée d'alcool en tant qu'objectif thérapeutique

Madame, Monsieur,

Le débat sur la consommation contrôlée d'alcool (CCA) en tant qu'objectif thérapeutique a récemment gagné en importance en Suisse. Le large écho déclenché en Suisse par la pratique de la CCA en tant qu'objectif thérapeutique contraste avec le manque d'études et de recherches consacrées à ce sujet.

C'est la raison pour laquelle l'équipe de recherche de la Haute Ecole Spécialisée bernoise mène une étude scientifique intitulée „CCA – état des lieux et enquête sur l'acceptation et la réalisation pratique de l'objectif thérapeutique“, avec l'appui de la Commission fédérale pour les problèmes liés à l'alcool CFA et de l'Office fédéral de la santé publique OFSP. L'objectif étant de dresser une première étude représentative de l'étendue, de l'acceptation et de l'importance politique du concept de traitement par la CCA en Suisse. Il s'agit en particulier d'approfondir la pratique concrète de la CCA et de savoir, par exemple, quel groupe cible entre en ligne de compte pour ce type de traitement.

Nous tenons donc à vous demander, en tant que membre de la Direction d'une institution ambulatoire et/ou hospitalière de prévention des dépendances, de participer à notre enquête (voir aussi la lettre de recommandation de Mme Christine Beerli, Présidente de la CFA). Votre opinion nous intéresse vivement, indépendamment du fait que votre institution propose ou non la consommation contrôlée d'alcool en tant qu'objectif thérapeutique. En consacrant au maximum 40 minutes à remplir notre questionnaire, vous contribuerez largement à l'application adéquate d'un concept de CCA, adapté à son groupe cible.

Nous vous serions donc reconnaissants de bien vouloir remplir le questionnaire en annexe jusqu'au 31 mars 2005 au plus tard et de nous le renvoyer dans l'enveloppe réponse ci-jointe. Bien entendu, nous restons à votre entière disposition pour toute question ou remarque de votre part.

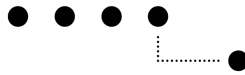
Merci d'avance!

Avec nos meilleures salutations

Haute école pour le travail social de Berne
Institut de planification et de gestion sociales

Prof. Dr. Dr. hc. Harald Klingemann
Directeur recherche appliquée et développement

Lic. phil. Sina Schatzmann
Collaboratrice scientifique



Alla cortese attenzione della
Direzione delle strutture svizzere ambulatoriali e residenziali
contro le dipendenze

Berna, febbraio 2005/scs
E-Mail: sina.schatzmann@hsa.bfh.ch

Sondaggio scritto condotto in tutto il territorio della Svizzera presso i team di direzione delle strutture ambulatoriali e residenziali contro le dipendenze in merito al Bere Controllato quale obiettivo terapeutico

Gentili signore, egregi signori

Recentemente la tematica del Bere Controllato (BC) in qualità di obiettivo terapeutico ha nuovamente assunto un'importanza prioritaria. Al notevole interesse che l'obiettivo terapeutico rappresentato dal BC ha riscontrato nella prassi in Svizzera, si contrappone una generale carenza di analisi scientifica.

Pertanto, con il sostegno della Commissione federale sull'alcolismo e dell'Ufficio federale della sanità pubblica UFSP, il reparto ricerche della Scuola universitaria di Berna sta eseguendo uno studio scientifico dal titolo „BC – situazione attuale e sondaggio relativo all'accettazione e all'applicazione pratica in quanto obiettivo terapeutico.” Per la prima volta in Svizzera, lo studio ha lo scopo di rilevare in modo rappresentativo la diffusione, l'accettazione e l'importanza a livello di politica di trattamento del concetto BC. In particolare verrà esaminata la prassi di attuazione del BC, affrontando ad esempio l'individuazione del gruppo target da considerare per il raggiungimento dell'obiettivo costituito dal BC.

Vorremmo dunque pregarvi di partecipare al nostro sondaggio in qualità di membro di Direzione di una struttura ambulatoriale o residenziale contro le dipendenze (v. anche la lettera di raccomandazione allegata della Presidente della Commissione federale sull'alcolismo Christine Beerli). A prescindere dal fatto che la vostra struttura preveda o meno il Bere Controllato come obiettivo terapeutico, la vostra opinione è per noi molto preziosa. Accettando di compilare il questionario, dedicherete un massimo di 40 minuti al nostro progetto, ma apporterete un contributo determinante alla realizzazione del concetto BC più adeguata al gruppo target.

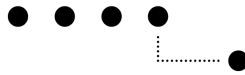
Vi preghiamo pertanto di compilare il questionario entro il 31 marzo 2005 al più tardi, e di rispedirli al nostro indirizzo servendovi della busta allegata alla presente. Restiamo a vostra completa disposizione per ogni domanda o osservazione.

Ringraziandovi sin d'ora della vostra partecipazione, cogliamo l'occasione per porgere i nostri più distinti saluti!

Scuola universitaria per lavoro sociale di Berna
Istituto per la pianificazione sociale e gestione sociale

Prof. Dr. Dr. hc. Harald Klingemann
Direttore ricerca applicati e sviluppo

Lic. phil. Sina Schatzmann
Collaboratrice scientifica



An die Leitung
der ambulanten und
stationären Suchteinrichtungen der Schweiz

Bern, April 2005/scs
E-Mail: sina.schatzmann@bfh.ch

Erinnerung an die „Gesamtschweizerische Befragung zur Behandlungspraxis und zur Rolle des Kontrollierten Trinkens als Behandlungsziel“

Sehr geehrte Damen und Herren

Sicher haben Sie schon verzweifelt nach unserem Fragebogen gesucht, damit er termingerecht bei uns eintrifft. Wir helfen Ihnen aus der Klemme und senden Ihnen ‚ein ganz frisches Exemplar‘ zu!

Ganz im Ernst jedoch: Wir müssen leider feststellen, dass sich die Rücksendung der Fragebögen zur wichtigen Frage der *Akzeptanz und Praxisumsetzung von Kontrolliertem Trinken als Behandlungsziel in der Schweiz* noch sehr in Grenzen hält. Das ist umso betrüblicher, als wir erstmals eine nationale Studie unter Einschluss der Romandie und des Tessins durchführen. Oft wird ja zu Recht beklagt, dass ForscherInnen sich aus Bequemlichkeit auf die deutschsprachige Schweiz konzentrieren. Die Ergebnisse dieser Studie werden Grundlagen für die Gestaltung der künftigen Behandlungspraxis von KlientInnen mit Alkoholproblemen liefern und für Ihre tägliche Arbeit nützlich sein. Das kann aber nur gelingen wenn wir ein repräsentatives Bild erhalten und mindestens 70 Prozent der Einrichtungen antworten. Von diesem Ziel sind wir gegenwärtig noch weit entfernt!

Damit diese Saat nun aufgeht, setzen Sie die beigelegten Körner in die Erde und wir können Ihnen bei Projektende einen Blumenstrauss voller Erkenntnisse überreichen! Selbstverständlich werden wir Sie auf Wunsch zu gegebener Zeit über die Studienergebnisse informieren. Wir bitten Sie deshalb, sich doch die Zeit zu nehmen, den Fragebogen auszufüllen. Wir wissen, dass Sie häufig mit Anfragen überschwemmt werden, versichern Ihnen jedoch, dass es sich diesmal wirklich lohnt.

Bitte senden Sie den beigelegten Fragebogen bis spätestens am 29. April 2005 mit dem beigelegten Rückantwortkuvert an uns zurück. Bei Fragen oder Anmerkungen stehen wir Ihnen jederzeit gerne zur Verfügung (031- 300 35 62 / sina.schatzmann@bfh.ch).

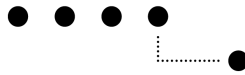
Wichtig: Wenn Sie den Fragebogen nicht ausfüllen können, bitten wir Sie diesen leer mit Angabe der Gründe an uns zu retournieren. Falls Sie uns den Fragebogen inzwischen zurückgeschickt haben sollten, danken wir Ihnen herzlich für Ihr Engagement.

Wir beobachten nun also gespannt den Posteingang und danken Ihnen für Ihre Hilfe.
Mit freundlichen Grüssen

Hochschule für Sozialarbeit HSA Bern
Institut für Sozialplanung und Sozialmanagement ISS

Prof. Dr. Dr. hc. Harald Klingemann
Leiter Angewandte Forschung und Entwicklung

Lic. phil. Sina Schatzmann
Wissenschaftliche Mitarbeiterin



A la Direction
des institutions suisses ambulatoires
et hospitalières de prévention des dépendances

Berne, avril 2005/scs
E-Mail: sina.schatzmann@bfh.ch

Rappel concernant l'enquête nationale écrite sur la consommation contrôlée d'alcool en tant qu'objectif thérapeutique

Madame, Monsieur,

Depuis plusieurs jours, vous cherchez sûrement désespérément notre questionnaire dans vos tiroirs pour ne pas rater le délai de renvoi. N'ayez crainte, en voici un nouvel exemplaire!

Plus sérieusement, nous constatons malheureusement que les retours de nos questionnaires sur la question essentielle de *l'acceptation et de la concrétisation pratique de la consommation contrôlée d'alcool en tant qu'objectif thérapeutique en Suisse* sont plutôt maigres. C'est d'autant plus regrettable que c'est la première fois que nous organisons une étude nationale qui englobe aussi la Suisse romande et le Tessin. On reproche souvent, à raison, aux chercheurs de se cantonner à la Suisse allemande par simple commodité. Les résultats de cette étude fourniront les données de base à la mise en place d'une pratique de traitement des client/es qui présentent un problème d'alcool, très utile dans le travail au quotidien. Cette entreprise ne pourra toutefois réussir que si nous obtenons une image représentative et que 70 pour-cent des institutions nous répondent. Mais nous en sommes très loin!

Pour assurer une bonne récolte qui nourrisse l'intérêt de tous, à vous de semer les quelques graines ci-jointes pour qu'à la fin du projet, nous puissions vous remettre le bouquet des connaissances glanées aux quatre coins de la Suisse! Nous nous ferons dès lors un plaisir de vous informer à votre demande des résultats de l'étude. Nous vous prions donc de consacrer quelques minutes à remplir ce questionnaire. Sachant bien que vous êtes sans cesse submergés de demandes, mais cette fois-ci, le jeu en vaut vraiment la chandelle.

Nous vous saurions gré de nous renvoyer le questionnaire jusqu'au 29 avril 2005 dans l'enveloppe réponse ci-jointe. Et restons à votre entière disposition pour toute question ou remarque (031- 300 35 62 / sina.schatzmann@bfh.ch).

Important: si vous ne pouvez pas remplir le questionnaire, renvoyez-le nous vide en indiquant pour quelle raison il vous est impossible de le faire. Si vous nous avez renvoyé le questionnaire entre-temps, nous vous remercions d'ores et déjà du temps investi.

Nous suivrons impatiemment l'arrivée du facteur et vous remercions de votre aide précieuse.
Avec nos meilleures salutations

Haute école de travail social de Berne
Institut de planification et des gestions sociales

Prof. Dr. Dr. hc. Harald Klingemann
Directeur recherche appliquée et développement

Lic. phil. Sina Schatzmann
Collaboratrice scientifique



Alle direzioni
delle strutture ambulatoriali e stazionarie
di terapia delle dipendenze della Svizzera

Berna, aprile 2005/scs
E-Mail: sina.schatzmann@bfh.ch

Promemoria sulla “indagine nazionale sulla prassi in materia di trattamento e sul ruolo del consumo controllato quale obiettivo d'intervento”

Gentili signore, egregi signori,

Sicuramente vi sarete già messi alla ricerca del nostro questionario, allo scopo di ritornarcelo entro il termine. Vi diamo una mano inviandovene un esemplare ‘fresco di stampa’!

Bando agli scherzi: purtroppo, abbiamo constatato che i questionari dell'importante indagine concernente *l'accettazione e l'applicazione pratica del consumo controllato quale obiettivo d'intervento in Svizzera* ritornati sono molto pochi. Ciò è particolarmente demoralizzante visto che è la prima volta che realizziamo uno studio nazionale coinvolgendo anche la Svizzera romanda e il Ticino. Spesso, infatti, giustamente ci si lamenta che per comodità i ricercatori si concentrano sulla Svizzera tedesca. I risultati di questo studio forniranno delle basi per impostare la futura prassi in materia di trattamento di clienti con problemi di alcool e saranno utili anche per il vostro lavoro quotidiano. Ma tutto ciò sarà possibile solo se avremo un quadro rappresentativo e le risposte di almeno il 70 per cento delle istituzioni. E per il momento siamo ancora ben lontani da questo obiettivo!

Per consentire a questi semi di germogliare, seminateli in un po' di terra ed entro la fine del progetto potremo offrirvi un bouquet di conclusioni! Naturalmente, a tempo debito vi informeremo dei risultati dello studio, se lo desiderate. Per questo motivo, vi esortiamo a dedicarci un po' di tempo per compilare il questionario. Sappiamo che siete spesso inondati di richieste, ma possiamo garantirvi che questa volta ne vale veramente la pena.

Vi preghiamo di ritornarci il questionario entro il 29 aprile 2005 utilizzando la busta-risposta allegata. Per domande o osservazioni, siamo naturalmente a vostra completa disposizione (031- 300 35 62 / sina.schatzmann@bfh.ch).

Attenzione: se non potete compilare il questionario, vi preghiamo di ritornarcelo in bianco con l'indicazione dei motivi. Se invece nel frattempo ci avete già ritornato il questionario, vi ringraziamo vivamente della collaborazione.

In attesa della vostra risposta e ringraziandovi sin d'ora del vostro sostegno, vi porgiamo i nostri più cordiali saluti.

Scuola universitaria per lavoro sociale di Berna
Istituto per la pianificazione sociale e gestione social

Prof. Dr. Dr. hc. Harald Klingemann
Responsabile ricerca e sviluppo applicati

Lic. phil. Sina Schatzmann
Collaboratrice scientifica