atf alkoholismus therapieforschung schweiz

Experteneinschätzungen zum Thema „Therapieevaluation in der Alkoholismusbehandlung“

Peter Eggli, Harald Klingemann, Thomas Meyer
atf schweiz

Ellikon a.d. Thur, 12. Dezember 2006

atf schweiz, Korrespondenzadresse: FOREL KLINIK
Islikonerstrasse 5, 8548 Ellikon a. d. Thur, Tel. ++41 52 369 11 11, Fax ++41 52 369 11 12, www.atf-schweiz.ch

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis 2

1. Ausgangsfragen und Vorgehensweise 3

2. Ergebnisse 4
2.1 Welches sind die hauptsächlichen Anspruchsgruppen bezüglich Evaluationsstudien zur Alkoholismusbehandlung und welchen Nutzen haben sie von Evaluationen? 4
2.2 Einordnung und Bewertung der bisherigen Evaluationsforschung in der Alkoholismusbehandlung 5
2.3 Welches sind zentrale Fragestellungen der Evaluationsforschung in der Alkoholismusbehandlung? 6
2.4 Welche Behandlungsziele sollten bei der Effektevaluation berücksichtigt werden, mit welchen Indikatoren können diese Behandlungsziele abgebildet und über welchen Zeithorizont sollten sie erfasst werden? 6
2.5 Welche Studiendesings eignen sich zur Effektevaluation, in welchen Evaluationszeiträumen? Gibt es Alternativen zu Katamnesestudien? 8
2.6 Massnahmen zur Verbreitung, Valorisierung und Umsetzung der Evaluationsergebnisse 9

3. Diskussion 10

Literatur 12

Anhang 14
Anhang A: Liste der befragten Expertinnen und Experten 14
Anhang B: Interviewleitfaden für die Befragung der Expertinnen und Experten 15

1. Ausgangsfragen und Vorgehensweise

atf schweiz (Alkoholismustherapie Forschung Schweiz) wurde im Sommer 2005 von der Forel Klinik und der Klinik südhang gegründet, um gemeinsam und koordiniert insbesondere die klinische Forschung im Alkoholbereich in der Schweiz zu fördern und zu verstärken. Gegenstand der gemeinsamen Forschung sollen klinische Fragestellungen, Fragen optimaler therapeutischer Interventionen, Versorgungsaspekte und die Untersuchung längerfristiger Verläufe sein.

Als Grundlage ihrer künftigen Aktivitäten setzte sich atf schweiz mit der vorliegenden Studie das Ziel, einen Überblick über das Meinungsbild ausgewiesener Experten zu ausgewählten Fragen der Evaluationsforschung im Alkoholismusbereich zu erstellen. Ausgangspunkt bildeten Themenfelder und kritische Fragen, welche sich aus der Praxis der schweizerischen Forschungsförderung im Alkoholbereich und der aktuellen politischen Programmgestaltung (Nationaler Plan Alkohol NPA) des Bundesamtes für Gesundheit (BAG) ergeben. Die Studie ergänzt den Bericht von M. Rihs-Middel ‚Alkoholforschung in der Schweiz' (2006) und ist komplementär zur spezifischen Expertenbefragung zum Thema ‚Kontrolliertes Trinken' vom Februar 2006 (Klingemann, 2006).

Für die vorliegende Expertenbefragung wurden 13 Fachleute aus dem Bereich Wirkungsforschung und institutioneller Versorgung im Suchtbereich aus der Schweiz und dem nahen Ausland ausgewählt. Bei der Zusammenstellung der Gruppe sollte eine möglichst grosse Varianz der Perspektiven hergestellt werden, was durch den Einbezug von Forschern und Klinikern von NGO's, Fachkliniken und dem universitären Bereich gelang. Angesichts des engen Berichtszeitraums (Mandatserteilung am 13.10.2006) spielte selbstverständlich die kurzfristige Verfügbarkeit der betreffenden Experten eine Rolle. Die so ausgewählten 13 ExpertInnen wurden telefonisch oder schriftlich um Teilnahme an der Umfrage ersucht. Eine Person konnte innerhalb der zur Verfügung stehenden Zeit nicht erreicht werden, eine weitere Person sagte ab. Den 11 Expertinnen und Experten, welche ihre Zusage erteilten (aufgelistet in Anhang A), wurde ein schriftlicher Fragekatalog (s. Anhang B) zugeschickt, welcher anhand der vom BAG vorgeschlagenen Fragestellungen zur Thematik „Therapieevaluation in der Alkoholismusbehandlung" ausgearbeitet worden war. Ebenfalls wurde mit ihnen ein Termin für ein telefonisches Interview anhand dieses Leitfadens vereinbart. Die Telefoninterviews erfolgten in der Zeit vom 14.11.06 bis 24.11.06 und dauerten zwischen 25 und 65 Minuten. Sie wurden mit dem Einverständnis der interviewten Personen auf Tonband aufgezeichnet. Bei einer Person erfolgte das Interview persönlich.

In einem ersten Schritt wurden aus den aufgezeichneten Interviews die Kernaussagen der einzelnen Interviewten extrahiert. In einem zweiten Schritt wurden diese Aussagen dann thematisch zusammengefasst und der aktuellen Literatur aus der Evaluationsforschung im Suchtbereich gegenüber gestellt.

2. Ergebnisse

2.1 Welches sind die hauptsächlichen Anspruchsgruppen bezüglich Evaluationsstudien zur Alkoholismusbehandlung und welchen Nutzen haben sie von Evaluationen?

Aus den Ergebnissen von Evaluationsstudien lassen sich Leitlinien ableiten, welche zur Differenzierung und Optimierung von Prävention, Behandlung und Krankheitsbewältigung beitragen. Auf diesem Hintergrund sind sich die befragten Expertinnen und Experten darüber einig, dass einerseits *Patienten* und anderseits *Behandler* den grössten potentiellen Nutzen von den Evaluationsstudien haben. Wie allerdings von einigen der Befragten hervorgehoben wird, weicht der realisierte Nutzen dann aber doch in enttäuschendem Masse vom möglichen Potential ab, vor allem aufgrund ungenügender Umsetzung der gewonnenen Erkenntnisse. Stichworte dazu sind: „Evaluationsergebnisse werden nicht rezipiert" „Evaluationsergebnisse werden als praxisfremd wahrgenommen", „die Systemträgheit in Institutionen und des Gesundheitssystems verzögern oder verunmöglichen die Umsetzung", „Entscheidungen hinsichtlich Interventionsmassnahmen beruhen nach wie vor wenig auf evidenzbasierten Grundlagen, sondern meist auf anderen Überlegungen (z.B. finanziellen oder ideologischen)".

Kostenträger (Versicherer, Kantone, Bund) als Anspruchsgruppen von Evaluationsstudien werden von den Befragten unterschiedlich eingeordnet. Der Nutzen hier wird vor allem darin gesehen, dass Evaluationen Entscheidungsgrundlagen zur Selektion und Bevorzugung von effizienten Interventionsmassnahmen dienen können. Die ExpertInnen, welche hier einen eher kleinen Nutzen konstatieren, begründen dies v.a. damit, dass auch die Kostenträger bezüglich Bewertung von Interventionsmassnahmen häufig andere Entscheidungskriterien (insbesondere reine Kostenbetrachtungen) hinzuziehen.

Ein ähnliches Bild zeigt sich hinsichtlich der Relevanz von Evaluationsergebnissen für die Vertreter der *Politik*. Der Stellenwert der empirischen Befundlage hinsichtlich gesundheitspolitischen Entscheidungen wird (abgesehen von explizit erwähnten Ausnahmen) von den meisten der Befragten als eher gering beurteilt. Ein in der Regel recht hoher politischer Stellenwert wird den Evaluationsstudien hingegen zugewiesen, wenn es darum geht, die Einführung von Interventionsmassnahmen zu steuern oder zu legitimieren.

Weitere Anspruchsgruppen, welche in der Befragung zur Sprache kamen waren:

- Forschungseinrichtungen (Nutzen aus Wissenszuwachs und wirtschaftliche Nutzen)
- Alkoholindustrie (selektiver Nutzen zur Interessensvertretung)
- Pharmaindustrie
- Umfeld der Patienten, (z.B. Angehörige, Arbeitgeber, Allgemeinpraktiker)
- Medien (Neuwert-Nutzen)

Zusammenfassend werden Patienten und Behandler als hauptsächliche Anspruchsgruppen für Evaluationen gesehen. Diesen wird auch der potentiell höchste Nutzen zugeschrieben, welcher aber aufgrund mangelnder Implementierung auf der Interventionsebene oft nicht realisiert werden kann. Es wird insgesamt ein nur bedingt erfolgreicher Transfer von der Evaluation zu den potentiellen Anspruchsgruppen konstatiert.

2.2 Einordnung und Bewertung der bisherigen Evaluationsforschung in der Alkoholismusbehandlung

Zu den wichtigsten Ergebnissen der bisherigen Evaluationsforschung befragt, ergeben sich aus den Antworten der Expertinnen und Experten zusammengefasst folgende Themenbereiche (die explizit erwähnten Studien werden jeweils aufgeführt):

- Die Wirksamkeit der Behandlungen konnte grundsätzlich nachgewiesen und Effekte differenziert aufgezeigt werden. Dies insbesondere bezüglich Kurzinterventionen, motivationsfördernden Massnahmen und kombinierten Behandlungsansätzen (Project MATCH Research Group, 1993; Mesa Grande Studie von Miller et al., 2002; Daeppen, 2004; Combined-Study von Swift, 2006).
- Forschungsergebnisse haben dazu beigetragen, dass der erneute Suchtmittelkonsum nach Behandlung enttabuisiert wurde, das Abstinenzparadigma in Frage gestellt wurde mit differenzierterer Betrachtung des Konsumverhaltens und Kontrolliertes Trinken vermehrt thematisiert wird (Klingemann, 2005; Maffli, 1995; Sager, 2000, Meyer, 2004).
- Die Begleitforschung hat geholfen, Interventionsprogramme mit dem Ziel der Schadensbegrenzung zu legitimieren.

Befragt nach den häufigsten Mängeln im Bereich Evaluationsforschung in der Alkoholismusbehandlung, lassen sich die Antworten wie folgt zusammenfassen:

- Im Verhältnis zur gesundheitspolitischen Relevanz der Alkoholproblematik und den damit verbundenen Folgeschäden gibt es nach wie vor zu wenig Evaluationsforschung in diesem Bereich, insbesondere in der Schweiz (vgl. dazu auch den diesjährigen Bericht von Rihs et al., 2006, zum Stand der Alkoholforschung in der Schweiz)
- Evaluationen werden häufig institutionsintern durchgeführt. Sie sind dadurch einerseits nicht unabhängig und anderseits fehlt der interinstitutionelle Vergleich mit einer übergeordneten Perspektive.
- In obigem Zusammenhang wird gleich von mehreren Expertinnen und Experten die Notwendigkeit von mehr Multizenterstudien betont. Insgesamt wird die Evaluationsforschung als zu wenig koordiniert betrachtet und das Fehlen von übergreifenden Standards („nicht einmal der Begriff Abstinenz wird einheitlich interpretiert!“) bemängelt. Auch die kaum vorhandene universitäre Anbindung der Alkoholforschung wird hier genannt.
- Der Mehrdimensionalität des Alkoholismus wird nicht genügend Rechnung getragen (Komorbidität, Schweregrad der Abhängigkeit, Abhängigkeitstypus, psychosoziale Rahmenbedingungen, kultureller Hintergrund).
- Es gibt in der Schweiz nur wenige Kosten-Nutzen-Analysen, wie sie beispielsweise in Deutschland vorliegen (Driessen et al., 1999).
- Einige Expertinnen und Experten finden, dass das Schwergewicht der Evaluationen derzeit zu stark auf die summativen Aspekte ausgelegt ist und die formativen Aspekte zu wenig berücksichtigt (was sich auch in der Fragestellung dieser Studie widerspiegle).
- Nach wie vor zu starke Fokussierung auf Abstinenz als Outcome-Kriterium.
- Im Weiteren werden mehrere methodische Unzulänglichkeiten thematisiert: Unzureichendes Kontrollgruppendesign, nicht angemessene Stichprobengrössen und Evaluationszeiträume.

Zusammenfassend zeigt sich, dass die Expertinnen und Experten mehreren Evaluationsstudien eine recht hohe Erkenntnisrelevanz zuweisen. Bemängelt werden an der bisherigen Evaluationsforschung, nebst der zu geringen Anzahl von (v.a. koordinierten) Evaluationsstudien, insbesondere die mangelnde Berücksichtigung der Patienteninhomogenität sowie diverse forschungsmethodische Aspekte.

2.3 Welches sind zentrale Fragestellungen der Evaluationsforschung in der Alkoholismusbehandlung?

Aus den Interviews lässt sich entnehmen, dass die Befragten mehrere zentrale Fragestellungen der Evaluationsforschung bei der Alkoholismusbehandlung als wichtig erachten (für eine Übersicht der verschiedenen Evaluationsfragestellungen s. z. B. Küfner, 1997). Insbesondere haben sie Evaluationserwartungen hinsichtlich:

- Durchführbarkeit (kann ein Interventionsprojekt wie intendiert durchgeführt werden? Sind die Interventionen den Patientenbedürfnissen angepasst?).
- Kosten-Nutzen Analysen (bisher nach Ansicht der Befragten zuwenig abgedeckt, s. Punkt 2).
- Prozess-Steuerung (fortlaufende Rückmeldung an Behandler).
- Wirksamkeitsanalysen (Effektivität der Interventionen sowohl im Sinne von „effectiveness“ als auch „efficacy“).

Die von den Expertinnen und Experten genannten zentralen Fragestellungen erstrecken sich über das ganze Aufgabenspektrum der Evaluationsforschung.

2.4 Welche Behandlungsziele sollten bei der Effektevaluation berücksichtigt werden, mit welchen Indikatoren können diese Behandlungsziele abgebildet und über welchen Zeithorizont sollten sie erfasst werden?

Die Expertinnen und Experten sprechen sich grundsätzlich für eine Ausrichtung der Evaluationen auf mehrere, sich ergänzende Behandlungsziele aus:

a. Konsumverhalten: An erster Stelle wird von den meisten der Befragten das Konsumverhalten als zu evaluierendes Kriterium genannt. Bei der Erfassung des Substanzkonsums braucht es differenziertere Indikatoren als die Abstinenzrate. Genannt werden hier: „Zeitdauer des moderaten Konsums“, „Zeitdauer des kontrollierten Konsums“, „Konsumreduktion“, „Anzahl Abstinenztage“, „Anzahl schwere Rückfälle“ sowie „Veränderung des Schweregrades der Abhängigkeit“ z.B. mit dem ASI (McLellan, 1980). Etwa ein Drittel der Befragten bevorzugt zudem eine Validierung der Substanzkonsumangaben der Patienten durch biologische Marker.
b. Körperlicher Gesundheitszustand: Als Mass zur Verbesserung des körperlichen Gesundheitszustandes werden „Anzahl Hospitalisationen“, „Anzahl Hospitalisationstage“ sowie „Erholung der kognitiven Fähigkeiten“ (Meyer, 2003) aufgeführt.

c. Psychischer Gesundheitszustand: Hier werden eine Vielzahl möglicher Outcome-Indikatoren diskutiert. Einerseits wird hier der Verlauf der Komorbidität (insbesondere der Depressivität) genannt, welche somit einerseits als beeinflussend auf den Krankheitsverlauf (s. oben), als auch abhängig davon angesehen wird. Diese Interdependenz betrifft übrigens mehrere der hier aufgeführten Outcome-Variablen, was auch von mehreren der Befragten als erschwerend für Auswertung und Interpretation angesehen wird. Im Weiteren werden bei der psychischen Gesundheit Veränderung der personalen Ressourcen als mögliche Effektvariablen genannt, so z.B. Selbstwirksamkeit (allgemein, aber auch bezüglich Umgang mit Suchtmitteln), Abstinenzzuversicht, Problembewältigungsverhalten, Autonomie aber auch Sinnhaftigkeit.
d. Soziale und berufliche Integration: Zu diesem Aspekt können die Nennungen „Vorhandensein einer Partnerschaft", „soziale Unterstützung", „Anzahl Tage mit Arbeitstätigkeit", „Anzahl Tage mit Tagesbeschäftigung", „Kriminalitätsrate" gezählt werden.
e. Motivationale Aspekte: Je nach Interventionsansatz können bereits Veränderungen bezüglich Volition bzw. Motivation einen positiven Outcome darstellen. Unter diesem Aspekt können die eingebrachten Vorschläge „Einstellungsänderung", „Änderungsbereitschaft" und „subjektive Normvorstellungen" subsummiert werden.
f. Behandlungsverhalten: Insbesondere bei schweren Abhängigkeitserkrankungen stellen bereits „Behandlungskontinuität" oder möglichst wenige „Tage bis erneute Behandlungsaufnahme" positive Outcome-Kriterien dar.
g. Individualisierte Outcome-Kriterien: Im Zusammenhang mit der Diskussion bezüglich vermehrter Ausrichtung der Interventionsmassnahmen auf die Patientenbedürfnisse plädiert ein Teil der befragten Expertinnen und Experten für eine vermehrte Ausrichtung der Outcome-Variablen auf die individuell festgelegten Behandlungsziele der Patienten.

Die von a. bis d. zusammen getragenen Outcome-Kriterien finden sich grossenteils auch in der Literatur zur Evaluationsforschung im Suchtbereich wieder (Bühringer, 2006; Deutsche Hauptstelle für Suchtforschung und Suchttherapie, 2001; Huggenberger, 2004; Küfner, 1997; McLellan, 1996; McLellan, 2005). So zählt McLellan (2005, S. 448) vier zentrale Zielbereiche der Suchtbehandlung auf: „Reduktion des Alkohol- bzw. Drogenkonsums", „Verbesserung des persönlichen Gesundheitszustandes", „Soziale Funktionsfähigkeit", „Reduktion der Gefährdung Anderer". Sie sind grundsätzlich auch in den Dokumentationsstandards III für die Evaluation der Behandlung von Abhängigen zu finden (Deutsche Hauptstelle für Suchtforschung und Suchttherapie, 2001). Allerdings verweisen die Antworten der Expertinnen darauf, dass sie sich hier teilweise differenziertere Angaben wünschten.

Die motivationalen Aspekte (Punkt e.) als Outcome-Indikatoren zu erfassen wird in den oben zitierten Dokumentationsstandards (Deutsche Hauptstelle für Suchtforschung und Suchttherapie, 2001, S. 69) ebenfalls aufgegriffen. Sie schlagen diesbezüglich den Fragebogen (SOCRATES) zur Erfassung der aktuellen Änderungsbereitschaft vor. Von den von uns befragten Expertinnen und Experten gibt es allerdings einige, welche solchen „weichen" Outcome-Kriterien ablehnend gegenüber stehen und konkrete Verhaltensänderungen als Effektindikatoren bevorzugen.

Die Punkte f. „Behandlungsverhalten" und g. „Individualisierte Outcome-Kriterien" haben in der Diskussion zur Evaluation in der Alkoholismusbehandlung bisher offenbar noch wenig Tradition.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass die Expertinnen und Experten bei der Effektevaluation grundsätzlich eine breite und differenzierte Auswahl von Outcome-Indikatoren befürworten. In Ergänzung zu der hauptsächlichen bisherigen Evaluationspraxis wird zudem der Einbezug von individualisierten Outcome-Kriterien thematisiert. Aufgrund der Breite der aufgeführten Indikatoren stellt sich die Aufgabe der fragestellungsspezifischen Selektion der Zielvariablen (also: welche Outcome-Variablen sollen für die Evaluation eines spezifischen Interventionsprojektes berücksichtigt werden). Die Fragen an die Expertinnen und Experten waren allerdings zu allgemein gehalten, um diesbezügliche Aussagen machen zu können.

2.5 Welche Studiendesings eignen sich zur Effektevaluation, in welchen Evaluationszeiträumen? Gibt es Alternativen zu Katamnesestudien?

Katamnesestudien, im Sinne von Post-treatment follow-up-Studien nach McLellan (2005) mit typischerweise einer baseline-Erhebung zu Beginn einer Behandlung, einer Erhebung bei Behandlungsabschluss sowie einer follow-up-Erhebung einige Zeit nach Behandlungsabschluss, stellen einen Quasistandard bei der Behandlungsevaluation dar. In diesem Sinne wird auch von den befragten Expertinnen und Experten darauf Bezug genommen und für viele Fragestellungen (obwohl aufwändig) als Studiendesign der Wahl verstanden.

Allerdings wird die Durchführung von Katamnesestudien in einzelnen Institutionen oder für einzelne Interventionsansätze, v. a. auf dem Hintergrund des hohen Aufwandes, von einigen der Befragten als wenig sinnvoll erachtet. Hier wäre es durchaus vertretbar, sich auf die Erfassung unmittelbarer Veränderungen im Sinne der Intervention zu beschränken. Auch die Beurteilung durch die Behandler oder Patienten werden hier als valable Alternativen erwähnt. Die recht aufwändigen Katamnesestudien werden von diesen Expertinnen und Experten dann eher im Rahmen von Multizenterstudien gesehen.

Während zwei der Befragten für die vermehrte Benutzung von experimentellen Studiendesigns (randomisierte Kontrollgruppenstudien) plädieren, welche auch Wirkungsaussagen im engeren Sinne (efficacy) zulassen, sprechen sich andere explizit dagegen aus. Sie begründen dies mit der mangelnden externen Validität solcher Studien (s. dazu auch Dennis, 2000 oder Tucker, 1996).

Als durchaus denkbar werden auch fMRI-Studien erwähnt, beispielsweise um Effekte von Interventionen mit dem Ziel der Reizunterdrückung abzubilden.

Die Antworten hinsichtlich adäquater Evaluationszeiträume werden grundsätzlich von der Interventionsart, der Fragestellung und dem Studiendesign abhängig gemacht. Für die klassische Katamnesestudie wird die follow-up Untersuchung mehrheitlich nach einem halben bis einem Jahr vorgeschlagen. Hinsichtlich zusätzlicher follow-up Untersuchungen sind die Meinungen geteilt: Während die einen argumentieren, dass nach einem Jahr das Konsumverhalten weitestgehend konsolidiert ist und keine grossen Änderungen mehr zu erwarten sind, argumentieren andere, dass der normalerweise lange Krankheitsverlauf für eine möglichst lange Ausdehnung der Forschungszeiträume spricht (bis hin zu mehreren Jahrzehnten).

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass die Expertinnen und Experten nebst der „klassischen“ Katamnesestudie mit einer follow-up-Erhebung nach 6-12 Monaten verschiedene alternative Studiendesigns und Evaluationszeiträume zur Effektevaluation in Betracht ziehen. Die Auswahl des adäquaten Studiendesigns sowie des angemessenen Zeithorizonts ist allerdings abhängig vom spezifischen Interventionsprojekt sowie der Evaluationsfragestellung.

2.6 Massnahmen zur Verbreitung, Valorisierung und Umsetzung der Evaluationsergebnisse

Bezüglich Wissenstransfer der Evaluationsergebnisse auf die Interventionsebene wird von praktisch allen Befragten noch Optimierungsbedarf konstatiert, was sich in Aussagen wie: „Eine engere Zusammenarbeit von Klinikern und Forschern ist dringend nötig“ niederschlägt. Tagungen, Weiterbildungsveranstaltungen, Workshops und Netzwerke werden als grundsätzlich taugliche Transferinstrumente wahr genommen, allerdings wäre hier noch mehr möglich. Einige Expertinnen und Experten weisen diesbezüglich dem BAG eine wichtige Schlüsselposition zu, welche allerdings nur bedingt ausgefüllt werde.

Gefragt nach Massnahmen zur Verbesserung des Wissenstransfers wird am häufigsten genannt, dass bereits bei der Planung von Evaluationen die Umsetzungsmodalitäten (auch formal) festgelegt werden sollten. Zudem wird der Einbezug von Klinikern in der Planungsphase als wichtig erachtet.

Einige der Befragten vertreten die Ansicht, dass die Behandler nur mit Anreizen (z.B. Computer gestützte Diagnostik oder Unterstützung bei Behandlungsplanung und Monitoring) oder Auflagen (z.B. über die Kostenträger) zum systematischen Einbezug der Evaluationsaussagen in den Umsetzungsprozess bewegt werden können.

Mehrere Expertinnen und Experten versprechen sich vom Einsatz der Internetmöglichkeiten (Internetforen, Online-Beratung, Wissensdatenbanken) eine vermehrte Diffundierung des Forschungswissens auf die Anwendungsebene.

Die Befürworter von eher formativen Evaluationsansätzen halten den fortlaufenden Einbezug der Evaluatoren in den Behandlungsprozess für wichtig. In eine ähnliche Richtung zielt die Aussage, sich weniger auf Outcome-Kriterien zu konzentrieren, sondern die Behandlung mit fortlaufendem Monitoring zu begleiten. Ein Experte schlägt vor, dass spezielle Stellen geschaffen würden, deren explizite Aufgabe es ist, Forschungsergebnisse für die Implementierung aufzubereiten (offenbar gibt es dazu bereits Versuche in den USA).

Zwei Experten äussern sich dazu, wie Evaluationsergebnisse politisch mehr wahr genommen werden können. Für beide ist klar, dass es dazu vorwiegend des vermehrten Lobbyings bedarf.

Insgesamt konstatieren die befragten Expertinnen und Experten noch Optimierungsbedarf bezüglich Transfer vom Evaluationsergebnis zu den diversen Anspruchsgruppen. Nebst Beibehaltung der bisherigen Umsetzungsbemühungen werden Vorschläge zur verbindlicheren Zusammenarbeit der Forschung mit den Behandlern thematisiert. Zudem werden einige neuere Ansätze (Nutzung der Internetplattform, Einführung von Monitoringsystemen) thematisiert.

3. Diskussion

Aus dem befragten Expertenkreis wurde zu Recht die Kritik geäussert, dass der Fragenkatalog zum Thema Evaluation doch sehr breit angelegt war. Wie die hier vorgestellten Ergebnisse zeigen, liess diese Vorgehensweise so jedoch auch Raum für „überraschende, ungewohnte Antworten und Ergebnisse“. Trotz der Vielfältigkeit der Perspektiven der beteiligten Experten wurde ein weitgehender Konsensus bei wichtigen Leitmotiven deutlich.

- Die Bewertung von Evaluationsbemühungen wird aus der Perspektive der *Individualisierung des Therapieprozesses* gesehen. Bei Wirkungsevaluationen muss eine ganze Bandbreite von Ergebnisparametern berücksichtigt werden, welche neben Konsumveränderung auch psychosoziale Veränderungen umfassen. Hinzu kommt bei häufiger Komorbidität die Berücksichtigung von Veränderungen in anderen Suchtbereichen. Wie die unterschiedliche Erreichung der verschiedenen Ziele zu gewichten ist und was somit als ‚Therapieerfolg' gelten soll, kann objektiv kaum entschieden werden und muss auf dem Hintergrund von individuellen Zielvereinbarungen zwischen Patient und Therapeut legitimiert werden.

- Die Diskussion um die richtigen Evaluationszeiträumen wurde durch den Verweis auf den Charakter von chronischer Alkoholabhängigkeit relativiert. Damit erscheint aus klinischer Sicht *die nachhaltige Aufrechterhaltung des Kontaktes* mit dem ehemaligen Patienten und das Wiederaufsuchen der behandelnden Stelle als ein entscheidender Erfolgsparameter. Eindrücklich und innovativ sind in diesem Zusammenhang Beispiele von klinischen Call Zentren (Krappel, 2006) und die Nutzung des Internets, um gewissermassen den Kundenkontakt zu pflegen und damit indirekt auch die eigene Arbeit bzw. die Therapieakzeptanz zu evaluieren.

- Durchwegs wird deutlich, dass die Vorstellung der konkurrierenden Evaluation einzelner Therapiemethoden, „von denen man dann die beste auswählt“, überholt ist. Die Evidenz basierte Zuteilung von Behandlungen an den richtigen Patienten, „von oben nach unten“ ist ein Konzept, das durch die Ergebnisse der Match Untersuchung, welche nur geringe Unterschiede in der relativen Wirksamkeit verschiedener Methoden aufzeigte, in Frage gestellt worden. Die Experten weisen darauf hin, dass der Therapiemix Wirkung zeigen kann und vor allem, dass sich die *Interaktion zwischen Patient und Behandler im Behandlungsprozess* verändert und den Therapieausgang entscheidend beeinflusst.

- *Evaluation als Bewertungs- und Kontrollveranstaltung greift zu kurz*. Evaluationen, insbesondere Prozessevaluationen, sind eine Lernchance für die beteiligten Akteure und Institutionen. Patientenbewertungen fliessen hier ein. Hier besteht auch eine Brücke zum Wissenstransfer, der etwa bei Multizenterstudien gewissermassen im Zuge des Forschungsprozesses geleistet wird. Zwar besteht auch die Gefahr von Gefälligkeitsevaluationen aber häufig kann auch beobachtet werden, dass gerade innovative Ansätze – man betrachte etwa das Thema Kontrolliertes Trinken – Flankenschutz durch Evaluationen erhalten.

- Der Nutzen und die Umsetzung von Evaluationsforschung wird – zumindest potentiell, wenn diese richtig betrieben wird - vor allem beim Patienten gesehen, aber auch bei dessen sozialem Umfeld. Kostenträger und Politiker können bezüglich Budget neutraler Umstrukturierungen des Versorgungsangebotes beeinflusst werden. Evaluations-Kontrolle - Finanzkürzung' ist somit *nicht* das einzige Szenarium! Die Verkürzung von Interventionen bei gleichzeitiger Intensivierung, kann sogar Kosten steigernd sein. Interessant ist die Annahme, dass die Chancen des Wissenstransfers hier auch von der politischen Kultur des jeweiligen Landes abhängen und der *Dialog zwischen Wissenschaft-Politik und Praxis*, etwa in den USA kürzere Rückmeldungsschlaufen erlaubt als dies in der Schweiz der Fall ist.

Die Expertenrunde ist sich in der Diagnose einig, dass es in der Schweiz bislang – vor allem im Alkoholbereich – viel zu wenig Evaluationsforschung gibt, oft begriffliche Verwirrung herrscht was für eine Art von Evaluation man jeweils meint und Evaluation als Abstimmungs- und nicht Kontrollprozess im Versorgungssystem noch zu wenig Berücksichtigung findet.

Die vorliegende Expertenbefragung bestätigt in weiten Teilen die Empfehlungen, welche im eingangs erwähnten Bericht von Rihs-Middel et al. (2006) gemacht worden sind. Dazu gehören insbesondere die Notwendigkeit einer verbesserten Koordination von Forschung und Evaluation im Alkoholbereich beispielsweise durch Schaffung einer Nationalen Kommission für Forschungskoordination. Anreizsysteme für die Verbesserung der Evaluations- und Forschungsqualität sind notwendig, beispielsweise finanzieller Art sowie die Einbindung in universitäre Strukturen. Ausserdem sollte in diesem Bereich eine gezielte akademische Nachwuchsförderung stattfinden.

Der Problembereich der mangelnden Rezeption von Forschungs- und Evaluationsergebnissen durch die Behandler bedarf sicher besonderer Beachtung. Diesbezüglich wurde im erwähnten Bericht eine systematische Aufbereitung von Forschungsresultaten für Fachleute, aber auch zielgruppenspezifische Information von Betroffenen vorgeschlagen.

Die vorliegende Arbeit bestätigt im Weiteren, dass die Bereiche Forschung und Evaluation unbedingt als Handlungsfeld im Nationalen Programm Alkohol (NPA) vorgesehen werden muss.

Literatur

Bühringer, G. (2006). “Allocating treatment options profiles: clinical art or science.” Addiction 101(5): 646-652.

Daeppen, J.-B. (2004). “Intervention brève pour consommateurs d'alcohol à risque: De l'éfficacité à l'éfficience.” Alcohologie et Addictologie 26: 3-5.

Dennis, M. L., H. I. Perl, et al. (2000). “Twenty-five strategies for improving the design, implementation and analysis of health services research related to alcohol and other drug abuse treatment.” Addiction 95 (Supplement 3): 281-308.

Deutsche Hauptstelle für Suchtforschung und Suchttherapie (2001). “Dokumentationsstandards III für die Evaluation der Behandlung von Abhängigen.” Sucht 47 (Sonderheft 2): 3-94.

Driessen, M., C. Veltrup, et al. (1999), „Kosten-Nutzen-Analyse klinisch-evaluierter Behandlungssysteme“. Nervenarzt 70: 463-470, Springer Verlag.

Huggenberger, R. (2004). Evaluation der stationären Therapie bei Alkoholabhängigen. Dissertation an der Philosophischen Fakultät der Universität Zürich.

Klingemann, H., H. Rosenberg, et al. (2005). Kontrolliertes Trinken als Behandlungsziel - Gesamtschweizerische Umfrage zur Akzeptanz und Praxisumsetzung. Bern, Hochschule für Sozialarbeit Bern.

Klingemann, H. (2006). Arbeitsbericht zur ExpertInnentagung zum Thema ‘Kontrolliertes Trinken’ am 16. Februar 2006 in der Forel Klinik (Ellikon). Unveröffentlichtes Manuskript.

Krappel, C. (2006). “Evaluation mit Hilfe eines Callcenters”. Referat an der atf schweiz Fachtagung vom 16.11.2006 in Ellikon a.d.T. CH

Küfner, H. (1997). “Evaluationsforschung bei der Behandlung von Alkohol- und Drogenabhängigen.” Wiener Zeitschrift für Suchtforschung 3(4): 77-85.

Maffli, E. (1995). 7-Jahres-Katamnese von stationär behandelten Alkoholabhängigen in der Schweiz. Lausanne, Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme (SFA).

McLellan, T. A., G. E. Woody, et al. (1996). “Evaluating the effectiveness of addiction treatments: Reasonable expectations, appropriate comparisons.” The Milbank Quarterly 74(1): 51-85.

McLellan, T. A., L. Luborsky, et al. (1980). “An improved diagnostic evaluation instrument for substance abuse patients. The Addiction Severty Index.” Journal of Nervous and Mental Disorders 168(1): 26-33.

McLellan, T. A., J. R. McKay, et al. (2005). “Reconsidering the evaluation of addiction treatment: from retrospective follow-up to concurrent recovery monitoring.” Addiction 100(4): 447-458.

Meyer, T. (2004), „Empirische Befunde aus der Katamnesestudie der Forel Klinik“, abhängigkeiten 2/04, SS 6-16, ISPA Press Lausanne.

Meyer, T. (2003), Aktuelle Herausforderungen in der Alkoholismustherapie, abhängigkeiten 2/03, ISPA Press, Lausanne.

Miller, W. R. and P. L. Wilbourne (2002). “Mesa Grande: a methodological analysis of clinical trials of treatments for alcohol use disorders.” Addiction 97(3): 265-277.

Project MATCH Research Group (1993). “Project MATCH: Rationale and methods for a multisite clinical trial matching patients to alcoholism treatment.” Alcoholism: Clinical and Experimental Research 17: 1130-1145.

Rihs-Middel, M., S. Rösselet, et al. (2006). Alkoholforschung in der Schweiz: Aktueller Stand, 2000-2005. Ein Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit, Facheinheit Öffentliche Gesundheit Abteilung nationale Präventionsprogramme Sektion Alkohol. Vertrag Nr. 05.001816/2.25.01.-827.

Sager, F., A. Vatter (2000). Eine Evaluation der Entscheidungsprozesse und Verwaltungsstrategien in der Alkoholpräventionspolitik der Kantone im Vergleich. Bern, Schweizerische Stiftung für Alkoholforschung und Eidgenössische Alkoholverwaltung.

Swift, R. M. (2006). “Combined pharmacotherapies and behavioral interventions (the combine study) for alcohol dependence: one year posttreatment drinking outcomes.” Alcoholism: Clinical & experimental research 30(9 (Supplement)): 88A.

Tucker, J. A. and D. L. Roth (2006). “Extending the evidence hierarchy to enhance evidence-based practice for substance use disorders.” Addiction 101(7): 918-932.

Anhang

Anhang A: Liste der befragten Expertinnen und Experten

1.	Dr. med. **Peter Allemann** Leitender Arzt	Klinik und Poliklinik für Allgemeine Medizin Psychiatrische Poliklinik Inselspital Universitätsklinik Bern
2.	PD Dr. med. **Rudolf Stohler** Leitender Arzt	PUK Zürich, Zentrum für Abhängigkeitserkrankungen
3.	PD Dr. phil. **Holger Schmid** Stellvertretender Direktor Leiter der Forschungsabteilung	SFA, Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme, Lausanne
4.	PD Dr. phil. **Margret Rihs-Middel** Geschäftsleitung	FERARIHS, Villars-sur-Glâne FR
5.	Prof. Dr. rer. nat. **Ulrike Ehlert** Abteilungsleiterin	Psychologisches Institut der Universität Zürich Klinische Psychologie und Psychotherapie
6.	PD Dr. phil. **Franz Moggi** Leitender Psychologe	Universitäre Psychiatrische Dienste Bern Universitätsklinik für Psychiatrie
7.	PD Dr. med. **Katja Cattapan-Ludewig** Wissenschaftliche Oberärztin	Klinik und Poliklinik für Allgemeine Medizin Psychiatrische Poliklinik Inselspital Universitätsklinik Bern
8.	PD Dr. med. **Jean-Bernard Daeppen** Médecin chef	Centre de traitement en alcoologie (CTA) CHUV, Lausanne
9.	Dr. phil. **Richard Müller** Ehem. Direktor	SFA, Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme, Lausanne
10.	Prof. Dr. **Michael Krausz** Gründungsdirektor	Zentrum für interdisziplinäre Suchtforschung Universität Hamburg
11.	Dr. med. **Christian Krappel** Ärztlicher Direktor	Jellinek-Institut Amsterdam

Anhang B: Interviewleitfaden für die Befragung der Expertinnen und Experten

Fragenkatalog zum Thema „Therapieevaluation in der Alkoholismusbehandlung“

1. Welches sind Ihrer Meinung nach rückblickend **die wichtigsten Ergebnisse** der Evaluationsforschung bei suchttherapeutischen Massnahmen ganz allgemein?

2. Wo sehen Sie die **grössten Mängel und häufigsten Fehler** bei der Evaluationsforschung im Bereich der Suchttherapie?

3. Wie weit oder eng sollten Ihrer Meinung nach zu evaluierende **Wirkungsziele** für die (stationäre und ambulante) Alkoholtherapie definiert werden?

4. Welche **Evaluationszeiträume** halten Sie für sinnvoll? Welches sind Ihrer Meinung nach die wichtigsten messbaren **Einzelindikatoren** bei der Erfassung von Wirkungszielen?

5. Katamnesestudien im Rahmen der Evaluationsforschung sind oft recht aufwändig und langwierig. Gibt es Ihrer Meinung nach daneben **alternative Evaluationsansätze, -strategien**, welche weniger aufwändig sind und allenfalls innerhalb eines kürzeren Zeithorizonts Ergebnisse zur Verbesserung der Behandlungspraxis liefern könnten?

6. Welchen **Nutzen** ziehen Ihrer Meinung nach die folgenden Akteure im Therapiesystem aus Therapieevaluationen?
   Bitte geben Sie jeweils einen Wert von 0 = gar keinen Nutzen bis 10 = sehr grossen Nutzen an und erläutern Sie jeweils Ihre Bewertung stichwortartig:

   - Patienten
   - Behandlungseinrichtungen
   - Versicherungsträger
   - Kantonale Behörden
   - Eidgenössische Behörden
   - Politiker
   - Forschungseinrichtungen
   - Andere, welche?

7. Welche Massnahmen wären Ihrer Meinung nach erforderlich, um den **Wissenstransfer** aus der Evaluationsforschung zu optimieren und die Umsetzung der Ergebnisse in Praxis und Politik zu fördern?

8. Haben Sie weitere **Anregungen** beziehungsweise Bemerkungen zum Thema „Therapieevaluation in der Alkoholismusbehandlung“?