



# Wirksamkeit ambulanter Beratung bei Alkoholproblemen

---

Severin Haug  
Schweizer Institut für Sucht- und Gesundheitsforschung (ISGF)

ISGF-Bericht Nr. 356

Zürich, den 01.06.2015

## **1. Danksagung**

---

Die Studie wurde mit finanzieller Unterstützung des Bundesamtes für Gesundheit sowie mit finanziellen und personellen Eigenleistungen der Kooperationspartner Aargauische Stiftung Suchthilfe ags, Berner Gesundheit, Beratungszentrum Bezirk Baden und Zürcher Fachstelle für Alkoholprobleme sowie dem assoziierten Partner Blaues Kreuz, Kantonalverband Bern, erarbeitet. Darüber hinaus haben die Beraterinnen und Berater der beteiligten Institutionen sowie deren Klientinnen und Klienten entscheidend zum Gelingen der Studie beigetragen, für deren Engagement und Mitarbeit möchten wir uns herzlich bedanken.

## 2. Inhaltsverzeichnis

---

1.	Danksagung	2
2.	Inhaltsverzeichnis	3
3.	Zusammenfassung	4
4.	Einleitung	5
4.1	Hintergrund der Studie	5
4.2	Zielsetzungen der Studie	5
5.	Methodik	6
5.1	Durchführung und Erhebungsinstrumente	6
5.2	Datenanalysen	7
5.3	Studienteilnehmende	8
6.	Ergebnisse	12
6.1	Non-Response-Analysen	12
6.2	Problematischer Alkoholkonsum	13
6.3	Alkoholkonsum gemäss AUDIT-C	15
6.4	Tage ohne Alkoholkonsum in den letzten 30 Tagen	15
6.5	Gesundheitszustand und Lebenszufriedenheit	17
6.6	Konsum weiterer Substanzen in den letzten 30 Tagen	19
6.7	Inanspruchnahme von Behandlungsangeboten	20
6.8	Prädiktoren für einen erfolgreichen Verlauf	20
6.9	Prädiktoren für einen planmässigen Beratungsabschluss	26
7.	Diskussion	29
8.	Schlussfolgerungen und Empfehlungen	30
9.	Literaturverzeichnis	31
10.	Bisherige Publikationen im Rahmen der Studie	32
11.	Anhang	32
11.1	KlientInnen-Fragebogen	32

### 3. Zusammenfassung

---

**Hintergrund:** Bislang gab es keine aussagekräftigen Erkenntnisse über die Wirksamkeit ambulanter Beratungen bei Personen mit Alkoholproblemen in der Schweiz. Vorliegende Studie liefert erstmals Ergebnisse zur mittel- und längerfristigen Wirksamkeit ambulanter Beratung bei Personen mit Alkoholproblemen und erlaubt Aussagen über deren differenzielle Wirksamkeit in Abhängigkeit von KlientInnen- und Beratungscharakteristika.

**Methodik:** In einer multizentrischen, überkantonalen Studie an der sich 5 Fachstellen zur Beratung von Personen mit Alkoholproblemen beteiligten, wurden bei 858 KlientInnen die aufgrund des eigenen Alkoholgebrauchs in Beratung waren, der Alkoholkonsum, der Gesundheitszustand, die Lebenszufriedenheit, der Konsum weiterer Substanzen sowie die Inanspruchnahme von weiteren Behandlungsangeboten im zeitlichen Verlauf zwischen Beratungseintritt, Beratungsausritt sowie 6 und 12 Monate nach Beratungsausritt, erhoben. Zentrales Ergebniskriterium bildete ein nicht-problematischer Alkoholkonsum, erfasst anhand der Kurzversion des Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT-C). Anhand von logistischen Regressionsanalysen wurde überprüft, welche KlientInnen- und Beratungscharakteristika einen erfolgreichen Verlauf, d.h. das Vorliegen eines nicht-problematischen Alkoholkonsums zu den Zeitpunkten 6 und 12 Monate nach Austritt, vorhersagen.

**Ergebnisse:** KlientInnen in ambulanter Alkoholberatung sind hinsichtlich des Alkoholkonsums bei Eintritt und hinsichtlich des Alkoholkonsumziels sehr heterogen; 44% der KlientInnen verfolgten das Ziel „Trinkmengenreduktion“, 41% verfolgten das Ziel „Abstinenz“. Die mittlere Anzahl der Beratungssitzungen lag bei 10 Einzelsitzungen und 1 Gruppensitzung. Unter KlientInnen mit problematischem Alkoholkonsum bei Eintritt hatten bei Austritt 45% einen nicht-problematischen Konsum, 6 Monate nach Austritt waren dies noch 41%, 12 Monate nach Austritt 43%. Bei KlientInnen ohne problematischen Konsum bei Eintritt, die sich teilweise in einer Nachsorgebehandlung nach stationärer oder einer vorhergehenden Entzugsbehandlung befanden, wiesen 87% diesen Status auch noch bei Austritt, und jeweils 80% sechs und zwölf Monate später auf. Bei 64% der KlientInnen konnte beim Austritt eine Reduktion des Alkoholkonsums erzielt werden. Sechs und 12 Monate später waren dies noch 59% bzw. 62%. Auch beim Gesundheitszustand und der Lebenszufriedenheit zeigten sich überwiegend positive Entwicklungen. So berichteten 6 und 12 Monate nach dem Austritt in etwa doppelt so viele KlientInnen hinsichtlich ihres Gesundheitszustandes positive (6 Monate: 39%; 12 Monate: 38%) als negative Veränderungen (6 Monate: 18%; 12 Monate: 21%). Diese Besserungen gingen nicht mit einem höheren Konsum anderer Substanzen einher und resultieren in einer geringeren Inanspruchnahme von Behandlungsangeboten nach dem Austritt aus der Beratung als beim Eintritt. Ältere KlientInnen, KlientInnen mit höherer Lebenszufriedenheit, KlientInnen ohne initial problematischen Alkoholkonsum und Klientinnen mit dem Alkoholkonsumziel „Abstinenz“ zeigten häufiger einen erfolgreichen Verlauf mit einem nicht-problematischen Alkoholkonsum bei den Nachbefragungen.

**Schlussfolgerungen:** Die vorliegenden Ergebnisse sprechen für die mittel- und längerfristige Wirksamkeit ambulanter Alkoholberatung zur Förderung eines nicht-problematischen Alkoholkonsums sowie zur Verbesserung der Gesundheit und Lebenszufriedenheit.

## 4. Einleitung

---

### 4.1 Hintergrund der Studie

---

In der Schweiz beginnen jährlich knapp zehntausend Personen eine ambulante Beratung aufgrund eines eigenen Alkoholproblems (Schätzung aufgrund von 3'695 Selbstbetroffenen mit Alkohol als Hauptproblemsubstanz in 77 an act-info Teilnehmenden von insgesamt 196 Einrichtungen der ambulanten Suchthilfe (Astudillo & Maffli, 2013). Wenngleich mit act-info ein standardisiertes Dokumentationssystem zur Erfassung von Ein- und Austritts-Basisdaten vorliegt, gibt es national bislang keine aussagekräftigen Erkenntnisse über die Wirksamkeit ambulanter Beratungen bei Personen mit Alkoholproblemen.

International ergab eine Katamnese des deutschen Fachverbandes Sucht zur Effektivität ambulanter Suchtrehabilitation nach 12 Monaten einen Anteil Abstinenter von 38.9%, sofern die Nichtantwortenden den Rückfälligen zugeordnet werden (Missel et al., 2010). Sechs Monate nach einem intensiven, ambulanten Nachsorgeprogramm mit 80-120 Behandlungssitzungen an der Universität München waren 64% der Behandelten abstinent (Bottlender & Soyka, 2005a).

In einer katamnestischen Untersuchung der Fachstelle für Alkoholprobleme Bezirk Bülach wurden Indikatoren des Beratungserfolgs sechs bzw. zwölf Monate nach dem Austritt bei einem Drittel bzw. einem Fünftel der ursprünglich 346 KlientInnen erhoben (Sieber, Rüttimann & Schmid, 2011, 2011/2012). Aufgrund der monozentrisch angelegten Studie, des geringen Rücklaufs und der selektiven Teilnahme von KlientInnen mit besserer Prognose liefert die in der Studie berichtete Gesamtbesserungsrate von 61% nach 12 Monaten lediglich einen ersten Hinweis auf den Beratungserfolg.

Allerdings ist ein Vergleich der vorliegenden Studien aufgrund unterschiedlicher Charakteristika der KlientInnen (z.B. Schwere der Störung), unterschiedlicher Behandlungsintensität und -ziele (z.B. Abstinenz vs. Trinkmengenreduktion) und unterschiedlicher Berechnungsarten der Erfolgsrate (z.B. Umgang mit Nichtantwortenden) nur schwer möglich. Während internationale Studien überwiegend Alkoholabstinenz als zentrales Erfolgskriterium verwenden, ist dies bei der weiten Verbreitung von ambulanten Behandlungsprogrammen mit dem Ziel der Trinkmengenreduktion in der Schweiz wenig sinnvoll (Klingemann & Rosenberg, 2009).

### 4.2 Zielsetzungen der Studie

---

Mangels aussagekräftiger nationaler Daten, aufgrund der zunehmenden Forderung nach Massnahmen zur Wirksamkeitsprüfung und Qualitätssicherung sowie zur Identifikation von Schwächen und Verbesserungspotenzialen, wurde vorliegende Studie von vier Fachstellen für ambulante Alkoholberatung in den Kantonen Aargau, Bern und Zürich initiiert. Die Studie wird vom Bundesamt für Gesundheit mitfinanziert.

Die im Rahmen der Studie erhobenen Daten sollen

- (1) Ergebnisse zur mittel- und längerfristigen Wirksamkeit ambulanter Beratung bei Personen mit Alkoholproblemen liefern und
- (2) Aussagen über deren differenzielle Wirksamkeit in Abhängigkeit von KlientInnen- und Beratungscharakteristika ermöglichen.
- (3) Ein Vergleich der Ergebnisse zwischen den beteiligten Institutionen erlaubt ausserdem ein Benchmarking für interne Zwecke der vier initiierenden Fachstellen.

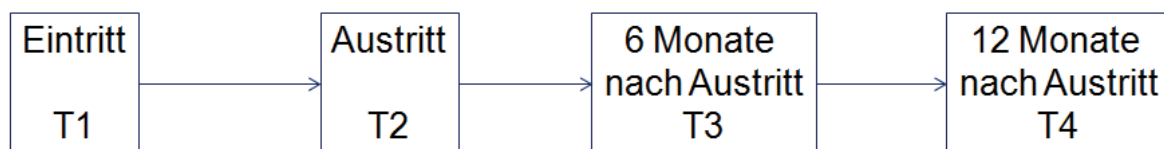
## 5. Methodik

---

### 5.1 Durchführung und Erhebungsinstrumente

---

Die beteiligten Institutionen Aargauische Stiftung Suchthilfe ags (Suchthilfe ags), Berner Gesundheit (BeGes), Beratungszentrum Bezirk Baden (BZB) und Zürcher Fachstelle für Alkoholprobleme (ZFA) erarbeiteten zusammen mit dem Schweizer Institut für Sucht- und Gesundheitsforschung (ISGF) ein Set von Erhebungsinstrumenten, das erlaubt, zentrale Kriterien einer Alkoholgebrauchsstörung, den Gesundheitszustand, die Lebenszufriedenheit, den Konsum weiterer Substanzen sowie die Inanspruchnahme von Behandlungsangeboten im zeitlichen Verlauf zwischen Beratungseintritt, Beratungsausritt sowie 6 und 12 Monate nach Beratungsausritt, zu erheben (siehe Abbildung 1, Fragebogen-Items im Anhang). Es erfolgten schriftliche Befragungen mittels Fragebogen; bei Nichterreichbarkeit zu den beiden Zeitpunkten nach Beratungsende alternativ über ein strukturiertes Telefoninterview.



#### **Hauptergebniskriterium**

Problematischer Alkoholkonsum

#### **Weitere Ergebniskriterien**

- Gesundheitszustand
- Lebenszufriedenheit
- Konsum weiterer Substanzen
- Inanspruchnahme von Behandlungsangeboten

**Abbildung 1:** Studiendesign: Befragungszeitpunkte und Ergebniskriterien.

Zentrales Ergebniskriterium bildete riskanter Alkoholkonsum oder das Vorliegen einer Alkoholgebrauchsstörung gemäss DSM-5, welches anhand der Kurzversion des Alcohol Use Disorders Identification Test AUDIT-C (Bush, Kivlahan, McDonell, Fihn & Bradley, 1998) erfasst

wurde. Der AUDIT-C beinhaltet je eine Frage zu Konsumhäufigkeit, Konsummenge und Häufigkeit eines übermässigen Alkoholkonsums bei einer Gelegenheit (Rauschtrinken) und kann einen Wert zwischen 0 und 12 einnehmen, wobei höhere Werte auf einen höheren Konsum hinweisen. Auf Grundlage einer Validierung des AUDIT-C anhand der neuen DSM-5-Kriterien (Rumpf, Meyer, Bischof, Freyer-Adam & John, 2013) wurde für Frauen ein Trennwert von  $\geq 4$  und für Männer ein Trennwert von  $\geq 5$  für riskanten Alkoholkonsum respektive eine Alkoholgebrauchsstörung verwendet. Der Einfachheit halber wird im Folgenden für ein Überschreiten des AUDIT-C-Trennwertes jeweils die Bezeichnung „Problematischer Alkoholkonsum“ oder „Problemkonsum“, für AUDIT-C-Werte unter dem Trennwert der Begriff „Nichtproblematischer Alkoholkonsum oder „kein Problemkonsum“ verwendet.

Der Alkoholkonsum variiert sehr stark bei Eintritt in die ambulante Beratung, unter anderem auch in Abhängigkeit davon, ob es sich um eine Nachsorge, z.B. nach stationärer Behandlung oder eine Beratung nach einer vorhergehenden Entzugsbehandlung handelt. Um dies zu berücksichtigen, wurden die Verbesserungsdaten jeweils getrennt für KlientInnen mit Problemkonsum bei Eintritt und für KlientInnen ohne Problemkonsum bei Eintritt dargestellt. Bei KlientInnen mit initialem Problemkonsum wurden das Vorliegen nichtproblematischen Konsums bei den Befragungen zu Austritt, sowie 6 und 12 Monate nach Beratungsaustritt als Verbesserungen definiert. Bei KlientInnen ohne Problemkonsum bei Eintritt diente das Beibehalten dieses Status als Erfolgskriterium.

Weitere Ergebniskriterien waren

- die Veränderung im Alkoholkonsum, gemäss AUDIT-C-Summenwert,
- die Anzahl der Tage ohne Alkoholkonsum innerhalb der letzten 30 Tage,
- der Gesundheitszustand, erhoben über die Frage „Wie würden Sie Ihren Gesundheitszustand derzeit im Allgemeinen beschreiben?“ (Antwortkategorien: ausgezeichnet, sehr gut, gut, weniger gut, schlecht),
- die Zufriedenheit in 8 unterschiedlichen Lebensbereichen, erfasst anhand der Fragen zur Lebenszufriedenheit FLZ (Heinrich & Herschbach, 2000a, 2000b),
- der Konsum von Suchtmitteln innerhalb der letzten 30 Tage (Alkohol, Tabak, Schmerzmittel, Schlaf- und Beruhigungsmittel, Cannabis, Aufputschmittel, Kokain, Heroin, Substitution oder andere),
- die Inanspruchnahme von suchtspezifischen Behandlungsangeboten innerhalb der letzten 6 Monate (ambulante oder stationäre Suchtbehandlung, psychotherapeutisch-psychiatrische Behandlung, Selbsthilfegruppe, Antabus, Campral, Substitution, medizinische Notfallhilfe oder anderes).

## 5.2 Datenanalysen

---

Demografische und gesundheitsbezogene Charakteristika der Studienteilnehmenden sowie Beratungscharakteristika wurden deskriptiv dargestellt. Um zu überprüfen, ob und inwiefern sich Personen, die 6 und 12 Monate nach Austritt aus der Beratung den Fragebogen ausgefüllt und zurückgesendet haben, von Nichtantwortenden unterscheiden (Selektiver Drop-Out) wurden t-Tests und  $\chi^2$ -Tests durchgeführt.

Die Darstellung des zentralen Ergebniskriteriums „Nicht-problematischer Alkoholkonsum“ erfolgte zum einen auf Grundlage einer sogenannten Complete-Case-Analyse innerhalb derer jeweils alle zu den betrachteten Zeitpunkten vorliegenden Daten verwendet wurden. Zum anderen wurde im Rahmen einer sogenannten Intention-to-Treat Analyse fehlende Werte bei der Befragung bei Austritt und den beiden Nachbefragungen mit Hilfe der Methode der multiplen Imputation ersetzt (Royston, 2005). Diese Methode gilt als „State of the Art“ zur Behandlung fehlender Werte und nutzt die gesamte vorliegende Information in den verfügbaren Datensätzen (z.B. soziodemographische gesundheits- und alkoholkonsumbezogene Charakteristika), um die fehlenden Werte der Nichtantwortenden möglichst selektionskompensiert zu ersetzen. Da die Intention-to-Treat-Ergebnisse konservativer aber auch realistischer sind als die Ergebnisse der Complete-Case-Analysen bilden diese jeweils die Grundlage der Darstellung für die weiteren Ergebniskriterien und die Ergebnisbeschreibung. Abschliessend wurden drei logistische Regressionsanalysen durchgeführt. Die ersten beiden sollten Aufschluss über differenzielle Beratungserfolge geben und die Frage beantworten, welche Personen eine erhöhte Chance für einen erfolgreichen Beratungsverlauf d.h. das Vorliegen eines nicht-problematischen Alkoholkonsums zu den Zeitpunkten 6 und 12 Monate nach Austritt haben. Die dritte Regressionsanalyse sollte Aufschluss über Prädiktoren für reguläre (planmässig mit oder ohne Übertritt in eine andere Institution) vs. irreguläre Beratungsabschlüsse (Hospitalisierung, Inhaftierung, Kontaktverlust, Abbruch durch KlientIn oder Institution, Tod) geben, d.h. die Frage beantworten welche KlientInnen-Charakteristika einen regulären Beratungsabschluss vorhersagen.

Bei den Regressionsanalysen wurden auf Grundlage der nicht-imputierten Daten jeweils zunächst univariate logistische Regressionen durchgeführt. Später wurde jeweils ein multivariates Regressionsmodell entwickelt. Dazu wurden zunächst Variablen mit einem  $p < .05$  in den univariaten Analysen in ein multivariates Modell übernommen und innerhalb einer schrittweisen Rückwärts-Selektion auf Grundlage ihrer  $p$ -Werte einzeln ausgeschlossen bis nur noch Variablen mit einem  $p < .05$  im vorläufigen finalen Modell verblieben. Um sogenannte Suppressor-Effekte zu vermeiden, wurden anschliessend die zuvor ausgeschlossenen Variablen nochmals einzeln in das vorläufige finale Modelle übernommen und auf ihre Signifikanz hin überprüft (Vorwärts-Selektion). Die genaue Vorgehensweise der Variablenselektion (Purposeful Selection of Covariates) ist an anderer Stelle (Hosmer, Lemeshow & Sturdivant, 2013) detailliert beschrieben.

### **5.3 Studienteilnehmende**

---

Alle Personen, die im Zeitraum vom 01. März 2011 bis 30. November 2012 eine Beratung in einer der vier Institutionen ags, BeGes, BZB und ZFA begonnen und diese bis zum 30. November 2013 beendet haben sowie Personen, die vom 01. Dezember 2011 bis zum 28. Februar 2013 eine Beratung beim Blauen Kreuz, Kantonalverband Bern (BK Bern) begonnen und diese bis zum 31. Januar 2014 beendet haben, wurden in die Studie eingeschlossen, sofern folgende Kriterien erfüllt waren:



1. der eigene Alkoholgebrauch stellte den Hauptberatungsgrund dar,
2. es erfolgte eine Beratung über mindestens 3 Sitzungen.

Personen, welche eines der folgenden Ausschlusskriterien erfüllten, wurden nicht zur Studienteilnahme eingeladen:

1. sprachliche oder kognitive Defizite, die eine Beantwortung der Fragen im Rahmen der Befragungen nicht erlauben,
2. gesetzliche Vertretung durch einen Vormund,
3. akute Krisensituation,
4. ausschliessliche Paarberatung.

Im Studienzeitraum erfolgten insgesamt 2776 Neu- oder Wiederaufnahmen, bei denen der eigene Alkoholkonsum den Hauptberatungsgrund darstellte. Von diesen wurden aufgrund der Ausschlusskriterien 385 Personen (13.9%) aus der Studie ausgeschlossen, bei 1047 Personen (37.7%) wurde eine Beratung mit einer Dauer von weniger als 3 Sitzungen durchgeführt. Insgesamt erfüllten somit 1344 Personen die Einschlusskriterien zur Studienteilnahme. Von diesen waren 1075 (80.0%) bereit zur Studienteilnahme. Eine explizite Teilnahmeverweigerung erfolgte durch 269 Personen (20.0%). 858 Personen, deren letzte ambulante Konsultation bis zum 30. November 2013 (ags, BeGes, BZB und ZFA) respektive bis zum 31. Januar 2014 (BK Bern) erfolgte, bilden die Grundgesamtheit der nachfolgenden Auswertungen und werden im Folgenden als „Studienteilnehmende“ bezeichnet. Dies sind (79.8%) der 1075 teilnahmebereiten Personen und 63.8% der 1344 Personen, welche die Einschlusskriterien zur Studienteilnahme erfüllten.

Von den 858 Studienteilnehmenden konnten 311 Personen (36.2%) zum Zeitpunkt T2 (Austritt), 532 (62.0%) zum Zeitpunkt T3 (6 Monate nach Austritt) und 512 (59.7%) zum Zeitpunkt T4 (12 Monate nach Austritt) nachbefragt werden.

Soziodemografische und gesundheitsbezogene Charakteristika der Studienteilnehmenden sind in Tabelle 1, Angaben zur Beratung sind in Tabelle 2 dargestellt.

**Table 1:** Charakteristika der Studienteilnehmenden bei Eintritt, Werte entsprechen Anzahl (%), sofern nicht anders angegeben.

	<b>Studienteilnehmende (n=858)</b>
<b>Geschlecht</b>	
Weiblich	295 (34.4%)
Männlich	563 (65.6%)
<b>Alter in Jahren<sup>a</sup>, M (SD)</b>	
	45.3 (12.5)
<b>Nationalität</b>	
Schweiz	739 (86.1%)
Andere Nationalität	112 (13.1%)
<i>Nicht bekannt, fehlend</i>	<i>7 (0.8%)</i>
<b>Höchste abgeschlossene Ausbildung</b>	
Keine oder obligatorische Bildung	114 (13.3%)
Berufslehre	430 (50.1%)
Höhere Bildung	149 (17.4%)
<i>Nicht bekannt, fehlend</i>	<i>165 (19.2%)</i>
<b>Lebensunterhalt</b>	
Erwerbseinkommen	471 (54.9%)
Ersparnisse, Rente	131 (15.3%)
Sozialhilfe, Fürsorge, AV	172 (20.0%)
Durch PartnerIn, Familienmitglieder, Bekannte	65 (7.6%)
Anderes	12 (1.4%)
<i>Nicht bekannt, fehlend</i>	<i>7 (0.8%)</i>
<b>Partnerbeziehung</b>	
Keine oder zeitweilige Beziehung(en)	333 (38.8%)
Feste Beziehung, getrennt lebend	103 (12.0%)
Feste Beziehung, zusammen lebend	362 (42.2%)
<i>Nicht bekannt, fehlend</i>	<i>60 (7.0%)</i>
<b>Anzahl Kinder im Haushalt</b>	
0	654 (76.2%)
1	85 (9.9%)
2 oder mehr	111 (12.9%)
<i>Nicht bekannt, fehlend</i>	<i>8 (0.9%)</i>
<b>Problematischer Alkoholkonsum bei Eintritt (AUDIT-C)</b>	
Ja	564 (65.7%)
Nein (davon 68/258=26.4% in Nachsorge)	260 (30.3%)
<i>Nicht bekannt, fehlend</i>	<i>34 (4.0%)</i>
<b>Aktuelles Ziel bezüglich des Alkoholkonsums</b>	
Möchte mich nicht einschränken	8 (0.9%)
Möchte nur eine bestimmte Menge trinken	375 (43.7%)
Möchte abstinent sein	350 (40.8%)
Habe mich (noch) nicht entschieden	72 (8.4%)
<i>Nicht bekannt, fehlend</i>	<i>53 (6.2%)</i>

Anmerkungen: <sup>a</sup>nicht bekannt, fehlend n=12.

**Table 2: Charakteristika der Beratung. Werte entsprechen Anzahl (%), sofern nicht anders angegeben.**

	<b>Studienteilnehmende (n=858)</b>
<b>Aufnahme</b>	
Neuaufnahme	611 (71.2%)
Wiederaufnahme	247 (28.8%)
<b>Zuweisung</b>	
Eigeninitiative	312 (36.4%)
PartnerIn, Familie, Bekannte	100 (11.7%)
Ambulante Suchtinstitution	9 (1.0%)
Stationäre Suchtinstitution	56 (6.5%)
Arztpraxis	99 (11.5%)
Spital/Klinik	82 (9.6%)
Sozialdienste	43 (5.0%)
Justiz	99 (11.5%)
ArbeitgeberIn, LehrerIn	32 (3.7%)
Anderes	2 (0.2%)
<i>Nicht bekannt, fehlend</i>	24 (2.8%)
<b>Nachsorge nach Entzugsbehandlung</b>	
Nein	708 (82.5%)
Ja	135 (15.7%)
<i>Nicht bekannt, fehlend</i>	15 (1.7%)
<b>Anzahl durchgeführter Einzelsitzungen<sup>a</sup>, M (SD)</b>	9.7 (7.9)
<b>Anzahl durchgeführter Gruppensitzungen<sup>b</sup>, M (SD)</b>	0.8 (3.3)
<b>Beratungsdauer in Tagen<sup>c</sup>, M (SD)</b>	225.8 (185.9)
<b>Beendigung der Beratung</b>	
Planmässig ohne Übertritt in andere Institution	402 (46.9%)
Planmässig mit Übertritt in andere Institution	31 (3.6%)
Wohnortwechsel, Hospitalisierung, Inhaftierung	18 (2.1%)
Kontaktverlust	303 (35.3%)
Abbruch durch KlientIn oder Institution	40 (4.7%)
Tod	5 (0.6%)
Anderer Grund	8 (0.9%)
<i>Nicht bekannt, fehlend</i>	51 (5.9%)

*Anmerkungen:* <sup>a</sup>nicht bekannt, fehlend n=43; <sup>b</sup>nicht bekannt, fehlend n=43; <sup>c</sup>nicht bekannt, fehlend n=96.

## 6. Ergebnisse

### 6.1 Non-Response Analysen

Für die einzelnen Befragungszeitpunkte (Austritt, 6- und 12-Monatsnachbefragung) wurde jeweils separat überprüft, ob und hinsichtlich welcher Merkmale der Eintritts- und Austrittsbefragung sich Studienteilnehmende bei denen eine Nachbefragung realisiert werden konnte (Responder), von denjenigen unterscheiden, bei denen dies nicht der Fall war (Non-Responder). Eine Zusammenfassung der Ergebnisse dieser Non-Response-Analysen ist in Tabelle 3 dargestellt.

**Tabelle 3:** Vergleich von Personen mit und ohne realisierte Nachbefragungen.

Variable	Austritt		6 Monate		12 Monate	
Geschlecht	n.s.		n.s.		n.s.	
Alter	n.s.		$p < .01$	Non-Resp. häufiger bei Jüngeren	$p < .01$	Non-Resp. häufiger bei Jüngeren
Nationalität	n.s.		n.s.		$p < .01$	Non-Resp. häufiger bei Personen ausländischer Nationalität
Bildungsabschluss	n.s.		n.s.			
Lebensunterhalt	$p < .01$	Non-Resp. häufiger bei Personen ohne eigenes Erwerbseinkommen	$p < .01$	Non-Resp. häufiger bei Personen ohne eigenes Erwerbseinkommen	$p < .01$	Non-Resp. häufiger bei Personen ohne eigenes Erwerbseinkommen
Partnerbeziehung	n.s.		n.s.		n.s.	
Kinder im Haushalt	n.s.		n.s.		n.s.	
Problematischer Alkoholkonsum	n.s.		n.s.		n.s.	
Gesundheitszustand	$p < .01$	Non-Resp. häufiger bei schlechtem Gesundheitszustand	n.s.		n.s.	
Lebenszufriedenheit	$p < .01$	Non-Resp. häufiger bei niedriger Lebenszufriedenheit	n.s.		$p < .01$	Non-Resp. häufiger bei niedriger Lebenszufriedenheit
Alkoholkonsumziel	n.s.		n.s.		n.s.	
Zuweisung	$p < .01$	Non-Resp. seltener bei Zuweisung durch Justiz, Lehrer oder Arbeitgeber	n.s.		n.s.	
Nachsorgebehandlung	n.s.		n.s.		n.s.	
Anzahl Einzelsitzungen	n.s.		n.s.		n.s.	
Anzahl Gruppensitzungen	n.s.		$p < .05$	Non-Resp. seltener bei mehr Gruppensitzungen	n.s.	
Beratungsdauer	n.s.		n.s.		n.s.	
Planmässige Beendigung der Beratung	$p < .01$	Non-Resp. häufiger bei nicht planmässigem Beratungsabschluss	$p < .01$	Non-Resp. häufiger bei nicht planmässigem Beratungsabschluss	$p < .01$	Non-Resp. häufiger bei nicht planmässigem Beratungsabschluss

Anmerkungen:  $p$ =Signifikanzniveau; n.s.=nicht signifikant;  $p < .05$ =signifikant auf dem 5%-Niveau;  $p < .01$ =signifikant auf dem 1%-Niveau.

Die Ergebnisse der Non-Response-Analysen zeigen u.a., dass Personen, die für die Nachbefragungen nicht erreicht werden konnten eher jünger waren, kein eigenes Erwerbseinkommen, eine geringere Lebenszufriedenheit und insbesondere häufiger einen nicht-planmässigen Beratungsabschluss hatten. Diese signifikanten Unterschiede unterstreichen die Notwendigkeit fehlende Werte bei den Befragungen bei Austritt sowie 6- und 12 Monate später mit Hilfe geeigneter statistischer Verfahren zu ersetzen (multiple Imputation).

## 6.2 Problematischer Alkoholkonsum

Nicht-problematischer Alkoholkonsum bei Austritt und den Nachbefragungen 6 und 12 Monate später gemessen anhand des AUDIT-C (Bush, et al., 1998) bildet das zentrale Ergebniskriterium der Studie. Verwendet man die derzeit aktuellen Trennwerte für problematischen Konsum (Rumpf, et al., 2013) ergeben sich die in Tabelle 4 sowie die in den Abbildungen 2 und 3 dargestellten Anteile an KlientInnen mit nicht-problematischem Konsum.

Wie aufgrund der selektiven Non-Response-Analysen zu erwarten, ist der Prozentsatz der KlientInnen mit nicht-problematischem Konsum bei den Complete Case Analysen, die nur die Daten von KlientInnen berücksichtigen, die zu dem jeweiligen Zeitpunkt auch einen Fragebogen ausgefüllt hatten und die z.B. häufiger einen planmässigen Beratungsabschluss hatten (siehe auch 6.1), höher als bei den Intention to Treat Analysen.

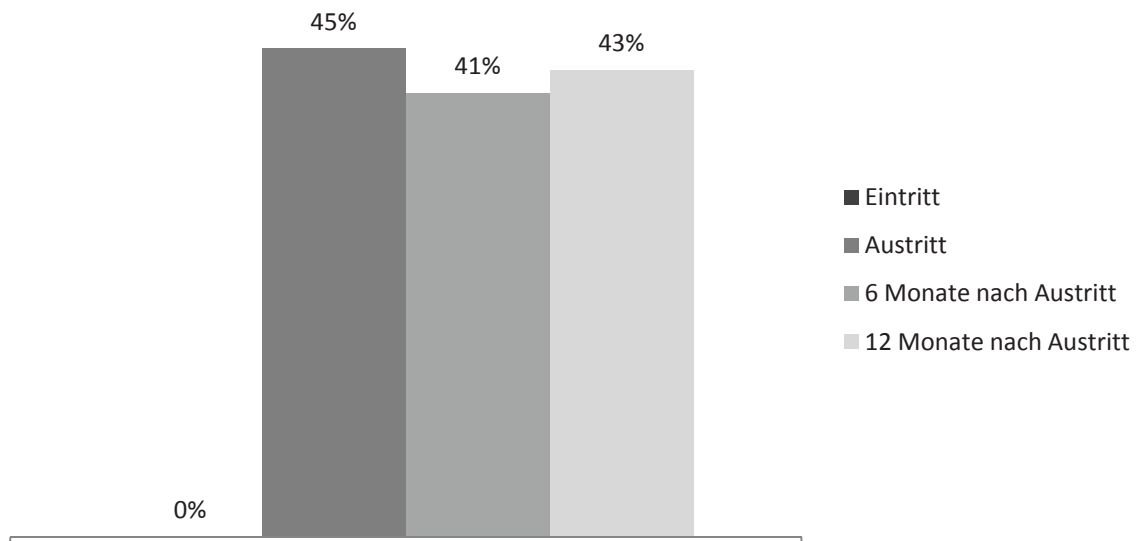
Basierend auf Letzteren hatten unter den KlientInnen mit initialem Problemkonsum bei Austritt 45% keinen problematischen Alkoholkonsum mehr. Sechs Monate nach Austritt waren dies 41% und zwölf Monate nach Austritt 43%, d.h. der Anteil an Personen mit nicht-problematischem Alkoholkonsum konnte auch 6 und 12 Monate nach Austritt im Wesentlichen aufrecht erhalten werden. Ein ähnliches Bild zeigt sich auch bei den Personen ohne Problemkonsum bei Eintritt, von denen 87% bei Austritt und jeweils 80% bei den Nachbefragungen 6 und 12 Monate später weiterhin einen nicht-problematischen Alkoholkonsum aufweisen.

**Tabelle 4:** KlientInnen ohne problematischen Alkoholkonsum bei Austritt und den Nacherhebungen getrennt für Personen mit und ohne problematischen Alkoholkonsum bei Eintritt.

	Austritt		6 Monate nach Austritt		12 Monate nach Austritt	
	CCA (95%-KI)	ITT	CCA (95%-KI)	ITT	CCA (95%-KI)	ITT
<b>Problemkonsum bei Eintritt</b>	55.5% (48.7%-62.8%)	45.2%	44.4% (39.0%-49.6%)	41.1%	46.1% (40.7%-51.5%)	43.2%
<b>Kein Problemkonsum bei Eintritt</b>	93.1% (88.2%-98.0%)	86.6%	81.9% (75.5%-87.7%)	79.6%	83.0% (76.5%-88.9%)	80.4%

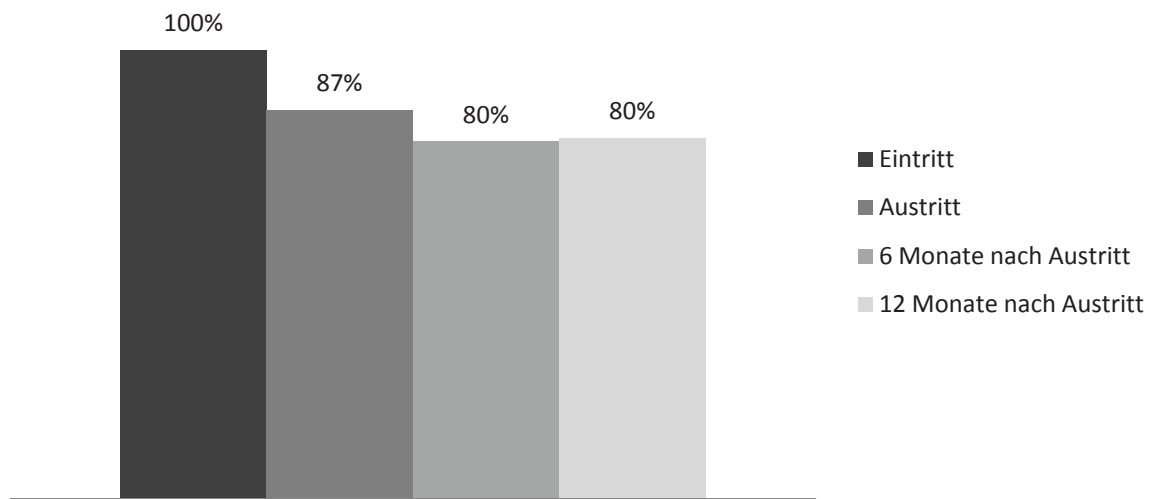
Anmerkungen: CCA=Complete Case Analyse, die nur KlientInnen mit vorliegenden Daten zu den jeweiligen Zeitpunkten berücksichtigt; ITT=Intention to Treat Analyse, bei der fehlende Werte mittels multipler Imputation ersetzt wurden; 95%-KI=95%-Konfidenzintervall.

### Nichtproblematischer Alkoholkonsum bei Personen mit Problemkonsum bei Eintritt



**Abbildung 2:** Prozentsatz der KlientInnen ohne problematischen Alkoholkonsum bei Personen mit problematischem Alkoholkonsum bei Eintritt. Daten basieren auf Intention to Treat Analyse, bei der fehlende Werte mittels multipler Imputation ersetzt wurden.

### Nichtproblematischer Alkoholkonsum bei Personen ohne Problemkonsum bei Eintritt

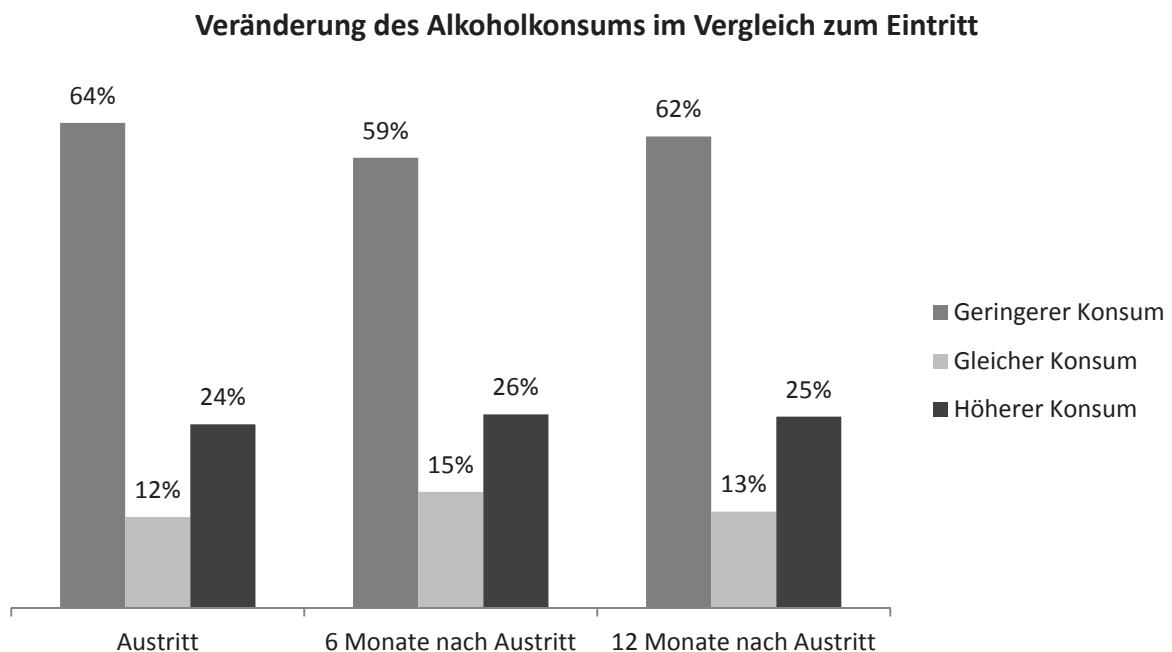


**Abbildung 3:** Prozentsatz der KlientInnen ohne problematischen Alkoholkonsum bei Personen ohne problematischen Alkoholkonsum bei Eintritt. Daten basieren auf Intention to Treat Analyse, bei der fehlende Werte mittels multipler Imputation ersetzt wurden.

### 6.3 Alkoholkonsum gemäss AUDIT-C

---

Abbildung 4 zeigt den Prozentsatz der KlientInnen, die bei Austritt und den Nacherhebungen im Vergleich zur Erhebung bei Eintritt gemäss AUDIT-C weniger, gleich viel oder mehr Alkohol konsumiert haben. Insgesamt konnten 64% beim Austritt ihren Alkoholkonsum reduzieren, bei der Nachbefragung nach 6 Monaten waren die 59%, nach 12 Monaten 62%.



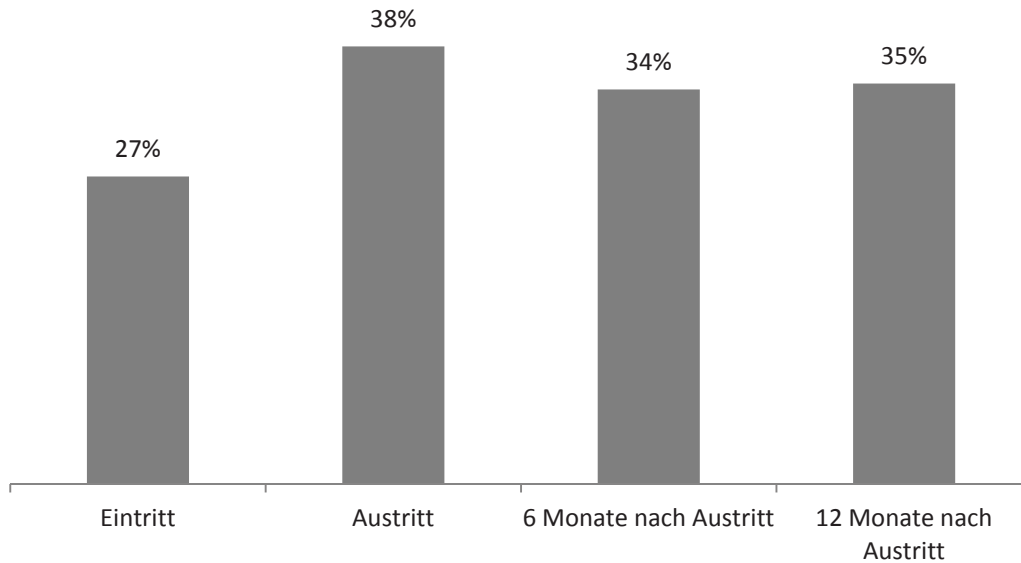
**Abbildung 4:** Veränderung des Alkoholkonsums gemäss AUDIT-C im Vergleich zum Eintritt. Daten basieren auf Intention to Treat Analyse, bei der fehlende Werte mittels multipler Imputation ersetzt wurden.

### 6.4 Tage ohne Alkoholkonsum in den letzten 30 Tagen

---

Abbildung 4 zeigt den Prozentsatz der KlientInnen, die in den letzten 30 Tagen vor den Erhebungszeitpunkten jeweils keinen Alkohol konsumiert haben. Dieser Prozentsatz erhöhte sich gemäss der Intention-to-Treat-Analyse von 27% bei Eintritt auf 38% bei Austritt und blieb bei den beiden Nachbefragungszeitpunkten mit 34% bzw. 35% recht stabil. Bei der Interpretation dieses Ergebnisses ist zu berücksichtigen, dass bei Eintritt 41% der KlientInnen als Konsumziel „Abstinenz“ und 44% „Trinkmengenreduktion“ angegeben haben.

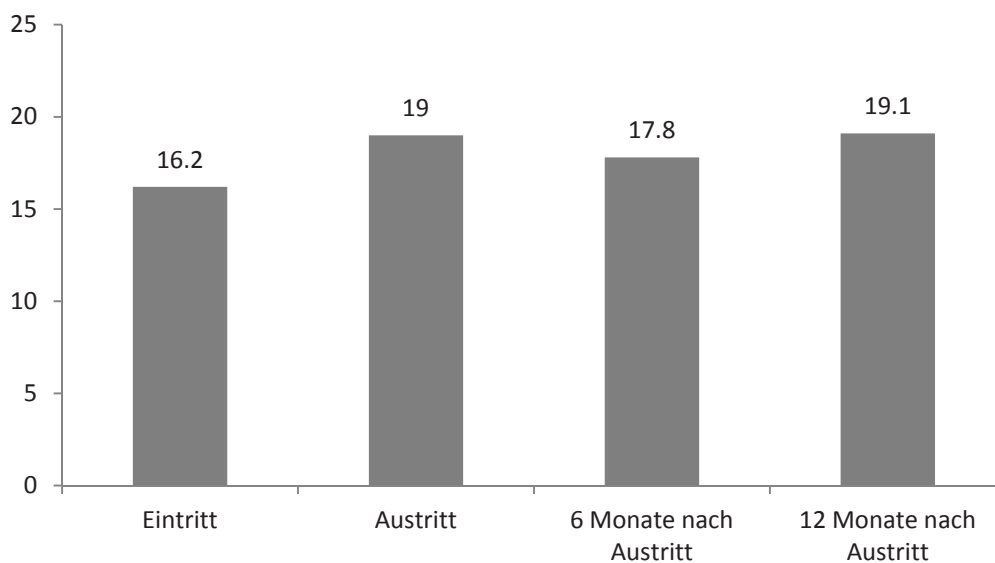
### KlientInnen ohne Alkoholkonsum in den letzten 30 Tagen



**Abbildung 5:** KlientInnen ohne Alkoholkonsum in den letzten 30 Tagen vor der jeweiligen Befragung. Daten basieren auf Intention to Treat Analyse, bei der fehlende Werte mittels multipler Imputation ersetzt wurden.

Ein ähnliches Bild wie für die alkoholabstinenten KlientInnen ergibt sich für die mittlere Anzahl alkoholabstinenter Tage innerhalb der jeweils vergangenen 30 Tage (Abbildung 5). Diese lag bei Eintritt bei 16,2, erhöhte sich auf 19,0 bei Austritt und blieb dann in der Zeit nach dem Austritt mit 17,8 Tagen 6 Monate nach dem Austritt und 19,1 Tagen bei der letzten Nachbefragung recht stabil.

### Mittlere Anzahl alkoholabstinenter Tage in den letzten 30 Tagen



**Abbildung 6:** Mittlere Anzahl alkoholabstinenter Tage in den letzten 30 Tagen vor der jeweiligen Befragung. Daten basieren auf Intention to Treat Analyse, bei der fehlende Werte mittels multipler Imputation ersetzt wurden.



## 6.5 Gesundheitszustand und Lebenszufriedenheit

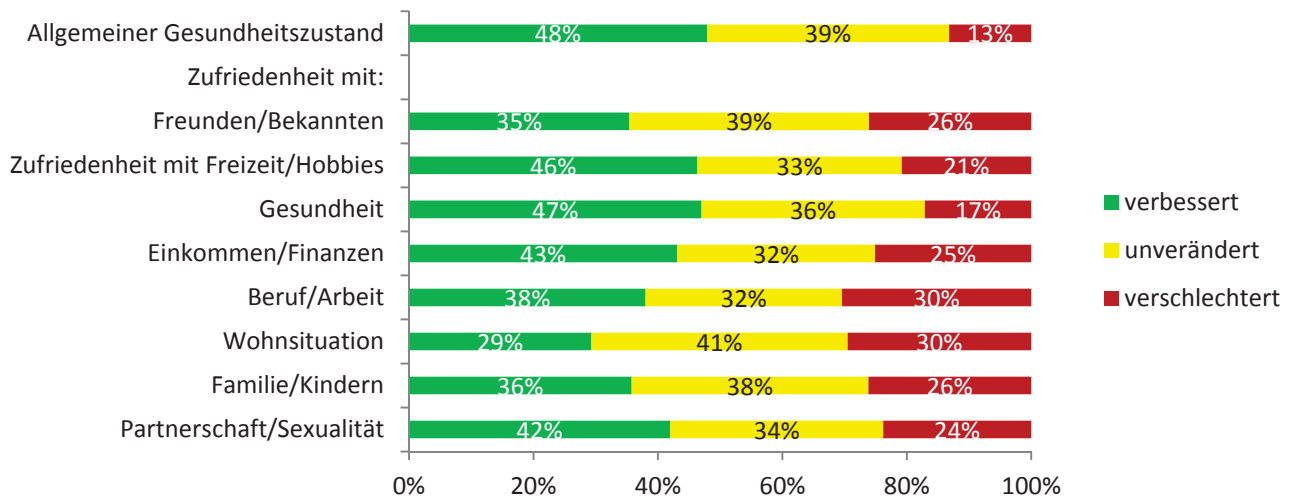
---

In Abbildung 6 sind die Anteile der KlientInnen dargestellt, deren Gesundheitszustand und Zufriedenheit mit unterschiedlichen Lebensbereichen sich zwischen Eintritt und Austritt, zwischen Eintritt und 6 Monate nach Austritt sowie zwischen Eintritt und 12 Monate nach Austritt jeweils verbesserten, unverändert blieben oder verschlechterten.

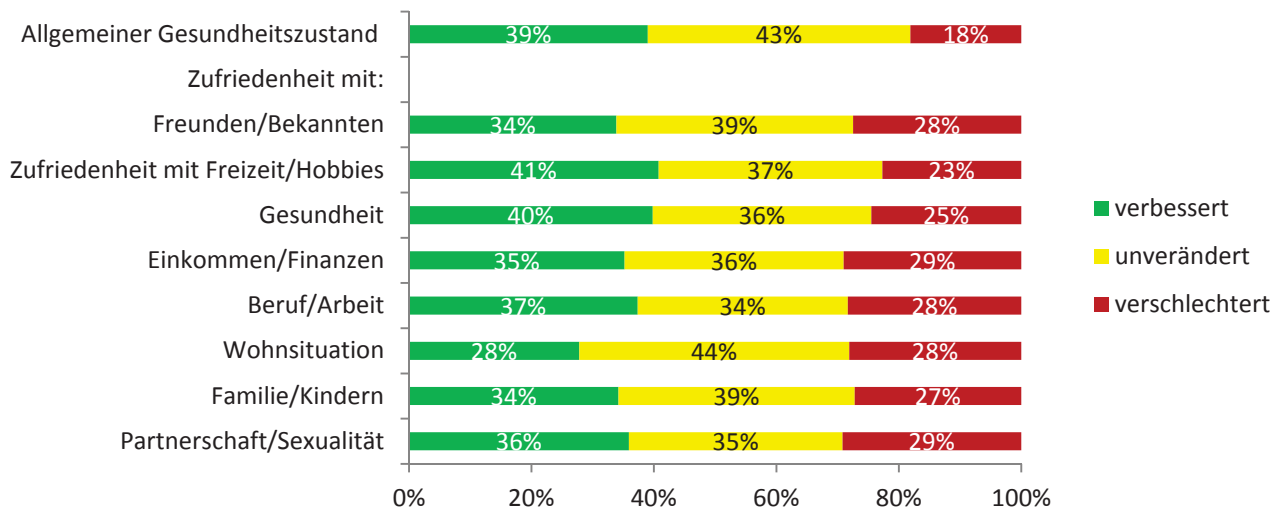
Während 48% der KlientInnen bei Austritt über einen verbesserten allgemeinen Gesundheitszustand berichteten, lag dieser Wert 6 Monate später bei 39% und bei der 12-Monats-Nachbefragung bei 38%. Positive Veränderungen im Gesundheitszustand sind bei Austritt dreimal so häufig wie Verschlechterungen (48% vs. 13%). Sechs und als zwölf Monate nach dem Austritt berichten jeweils in etwa doppelt so viele KlientInnen hinsichtlich ihres Gesundheitszustandes positive Veränderungen als negativen Veränderungen (6 Monate: 39% vs. 18%, 12 Monate: 38% vs. 21%).

Bei der Lebenszufriedenheit fanden sich insbesondere in den Bereichen Freizeit/Hobbys, Gesundheit und Beruf/Arbeit auch 6 und 12 Monate nach Austritt deutlich mehr Personen mit positiven als solche mit negativen Veränderungen. Dagegen zeigte sich bei der Zufriedenheit mit der Wohnsituation und der Zufriedenheit mit Familie/Kindern bei den Erhebungen 6 und 12 Monate nach Austritt jeweils ein nur leicht oder kein höherer Anteil an positiven Veränderungen im Vergleich zu Negativen.

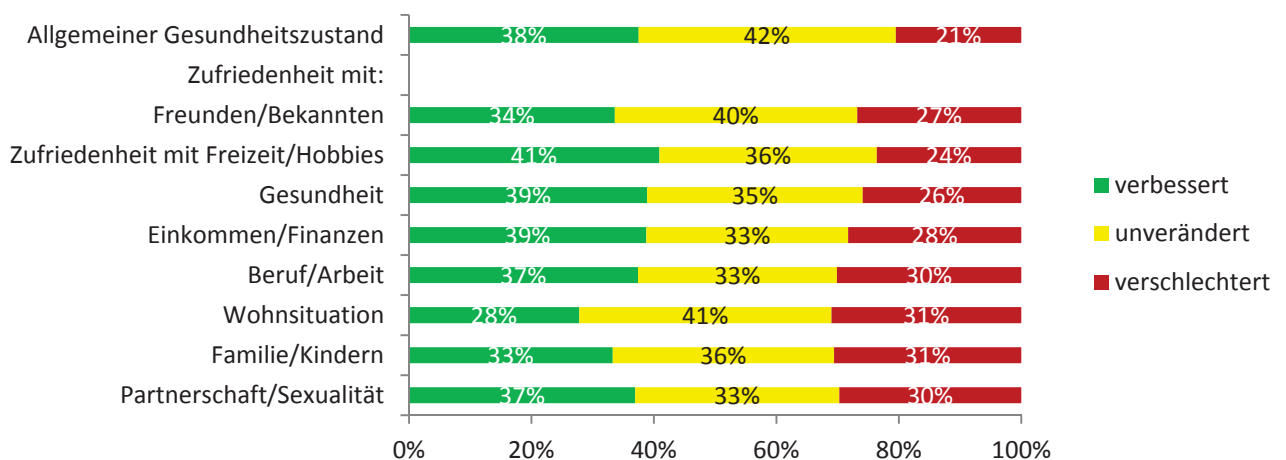
## Veränderungen zwischen Eintritt und Austritt



## Veränderungen zwischen Eintritt und 6 Monate nach Austritt



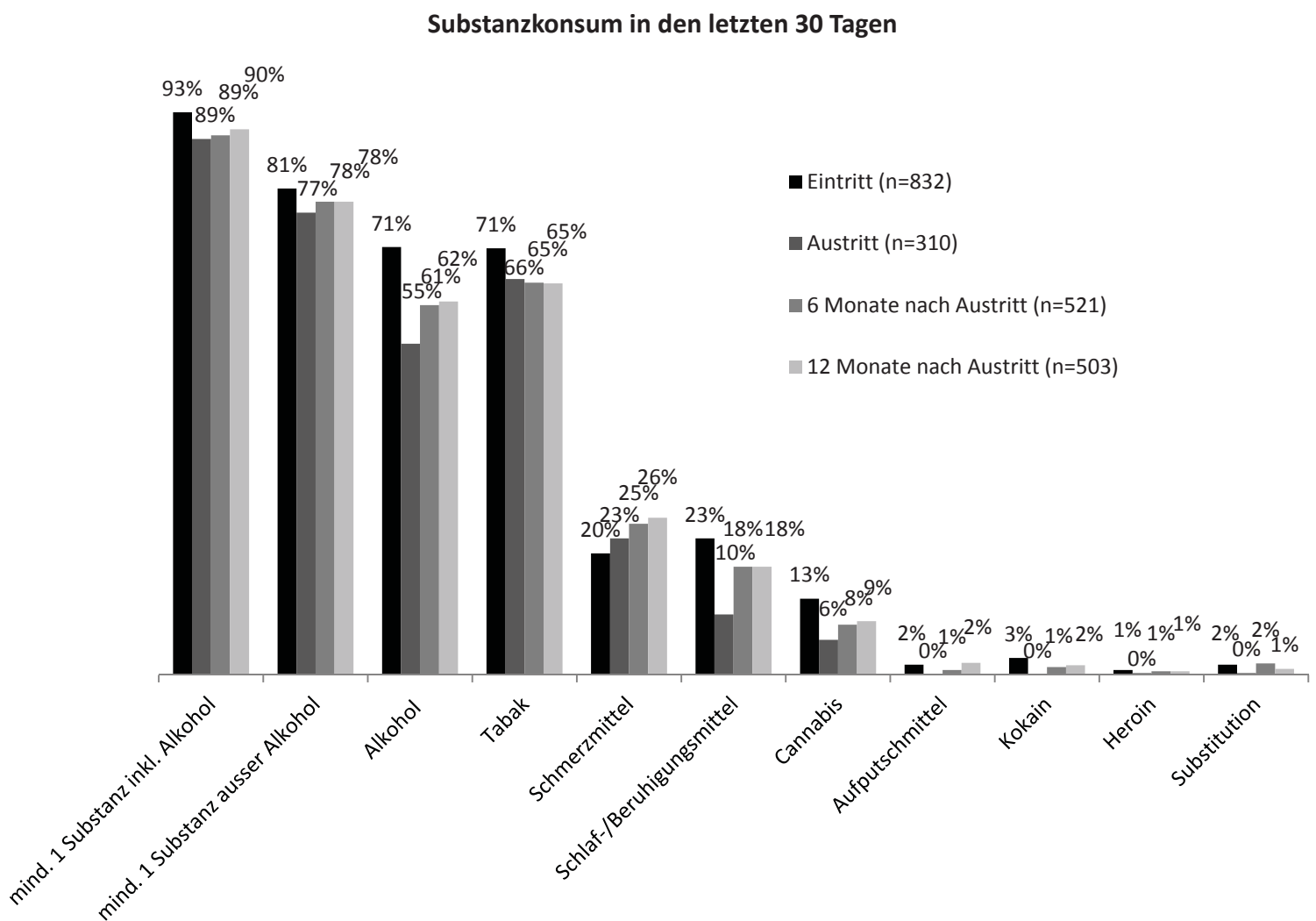
## Veränderungen zwischen Eintritt und 12 Monate nach Austritt



**Abbildung 7:** Veränderungen im Gesundheitszustand und der Zufriedenheit mit unterschiedlichen Lebensbereichen zwischen Eintritt und den Nachbefragungen. Daten basieren auf Intention to Treat Analyse, bei der fehlende Werte mittels multipler Imputation ersetzt wurden.

## 6.6 Konsum weiterer Substanzen in den letzten 30 Tagen

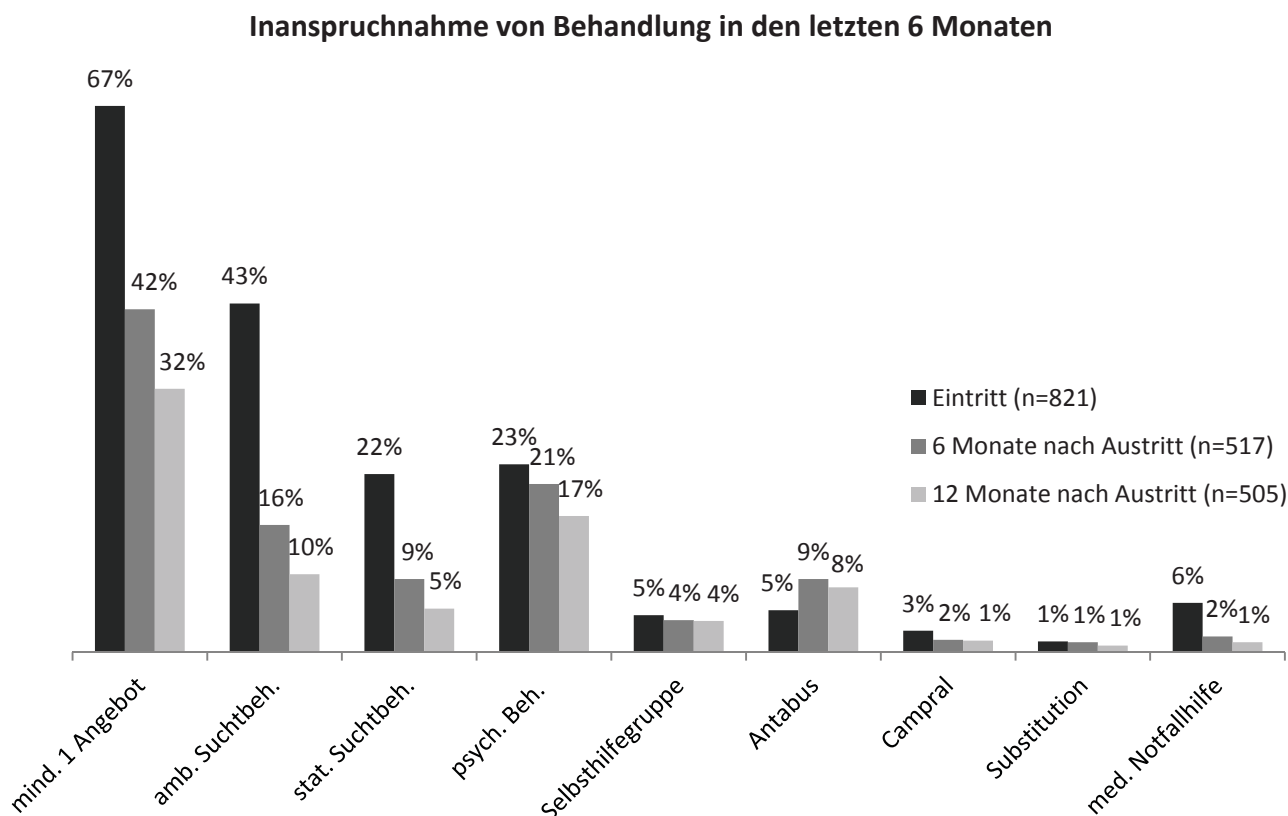
Inwieweit innerhalb der letzten 30 Tage vor den Befragungen neben Alkohol auch weitere Suchtmittel wie Tabak, Schmerzmittel, Schlaf- und Beruhigungsmittel, Cannabis, Aufputschmittel, Kokain, Heroin oder Substitutionsmittel konsumiert wurden ist in Abbildung 7 dargestellt. Mit Ausnahme der Schmerzmittel zeigt sich bei allen Substanzen eine Abnahme im Konsum von der Eintrittsbefragung zu den Nachbefragungen.



**Abbildung 8:** Konsum von Suchtmitteln in den letzten 30 Tagen vor den jeweiligen Befragungen. Daten basieren auf Complete Case Analyse, die nur KlientInnen mit vorliegenden Daten zu den jeweiligen Zeitpunkten berücksichtigt.

## 6.7 Inanspruchnahme von Behandlungsangeboten

Die Inanspruchnahme von ambulanter Suchtberatung und weiteren alkoholspezifischen Behandlungsangeboten innerhalb der jeweils letzten 6 Monate vor Eintritt sowie der 6- und 12-Monats-Nacherhebung ist in Abbildung 8 dargestellt. Dabei zeigt sich abgesehen von der Antabus-Einnahme für alle Behandlungsangebote eine deutlich geringere Inanspruchnahme bei den Nachbefragungszeitpunkten als beim Eintritt in die ambulante Suchtbehandlung.



**Abbildung 9:** Inanspruchnahme alkoholspezifischer Behandlungsangebote innerhalb der letzten 6 Monate vor den jeweiligen Befragungen. Daten basieren auf Complete Case Analyse, die nur KlientInnen mit vorliegenden Daten zu den jeweiligen Zeitpunkten berücksichtigt.

## 6.8 Prädiktoren für einen erfolgreichen Verlauf

### 6.8.1 Prädiktoren für nicht-problematischen Alkoholkonsum 6 Monate nach Austritt

Die Ergebnisse der univariaten Regressionsanalysen zur Vorhersage eines nicht-problematischen Alkoholkonsums 6 Monate nach Austritt sind in der Tabelle 5 dargestellt. Dabei zeigte sich ein Zusammenhang mit folgenden Eintrittscharakteristika: ältere KlientInnen, KlientInnen mit Berufslehre, KlientInnen mit sehr gutem Gesundheitszustand, KlientInnen mit hoher Lebenszufriedenheit, KlientInnen ohne problematischen Alkoholkonsum, KlientInnen mit dem Alkoholkonsumziel „Abstinenz“ und KlientInnen mit Zuweisung durch Partner/Familie/Bekannte, eine Institution des Gesundheitswesens oder die Justiz hatten häufiger einen nicht-problematischen Alkoholkonsum.

Die Ergebnisse des multivariaten Regressionsmodells zur Vorhersage eines nicht-problematischen Alkoholkonsums 6 Monate nach Austritt sind in der Tabelle 6 dargestellt. Dieses zeigt die Eintrittsvariablen, die unabhängig voneinander einen positiven Verlauf vorhersagen. Ein solcher zeigte sich häufiger bei älteren KlientInnen, KlientInnen mit hoher Lebenszufriedenheit, KlientInnen ohne problematischen Alkoholkonsum, KlientInnen mit dem Alkoholkonsumziel „Abstinenz“ und KlientInnen mit Zuweisung durch Partner/Familie/Bekannte im Vergleich zur Eigeninitiative.

Weiter zeigte sich ein deutlicher Zusammenhang zwischen einem planmässigen Beratungsabschluss und einem nicht-problematischen Alkoholkonsum 6 Monate nach Austritt (Odds Ratio: 2.66, 95% Konfidenzintervall: 1.81-3.88,  $p < .01$ ). So hatten unter den KlientInnen mit einem planmässigen Beratungsabschluss 204 (65.4%) zum Zeitpunkt 6 Monate nach Austritt einen nicht-problematischen Alkoholkonsum, wohingegen dies unter den KlientInnen ohne planmässigen Abschluss lediglich 74 (41.6%) waren.

**Tabelle 5:** Eintritts-Charakteristika von KlientInnen ohne und mit problematischem Alkoholkonsum bei der Nachbefragung 6 Monate nach Austritt. Werte entsprechen Anzahl (%), sofern nicht anders angegeben.

Variable und -Variablenkategorien	Problematischer Alkoholkonsum 6 Monate nach Austritt (n=227)	Kein problematischer Alkoholkonsum 6 Monate nach Austritt (n=296)	OR (95%-KI)
<b>Geschlecht</b>			
Männlich (Ref.)	142 (41.9%)	197 (58.1%)	
Weiblich	85 (46.2%)	99 (53.8%)	0.84 (0.59-1.21)
<b>Alter in Jahren<sup>a</sup>, M (SD)</b>	43.9 (11.8)	47.8 (12.5)	1.03 (1.01-1.04)**
<b>Nationalität<sup>b</sup></b>			
Schweiz (Ref.)	199 (43.6%)	257 (56.4%)	
Andere Nationalität	26 (41.9%)	36 (58.1%)	1.07 (0.63-1.84)
<b>Höchste abgeschlossene Ausbildung<sup>c</sup></b>			
Keine oder obligatorische Bildung (Ref.)	33 (50.8%)	32 (49.2%)	
Berufslehre	95 (36.4%)	166 (63.9%)	1.80 (1.04-3.12)*
Höhere Bildung	56 (57.1%)	42 (42.9%)	0.77 (0.41-1.45)
<b>Lebensunterhalt<sup>d</sup></b>			
Erwerbseinkommen (Ref.)	131 (43.8%)	168 (56.2%)	
Ersparnisse, Rente	39 (47.0%)	44 (53.0%)	0.88 (0.54-1.43)
Sozialhilfe, Fürsorge, AV	35 (37.2%)	59 (62.8%)	1.31 (0.82-2.12)
Durch PartnerIn, Familienmitglieder,	18 (52.9%)	16 (47.1%)	0.69 (0.34-1.41)
<b>Partnerbeziehung<sup>e</sup></b>			
Keine oder zeitweilige Beziehung (Ref.)	95 (47.3%)	106 (52.7%)	
Feste Beziehung, getrennt lebend	21 (36.8%)	36 (63.2%)	1.54 (0.84-2.81)
Feste Beziehung, zusammen lebend	96 (41.6%)	135 (58.4%)	1.26 (0.86-1.85)

<b>Kinder im Haushalt<sup>f</sup></b>			
Nein ( <i>Ref.</i> )	169 (43.6%)	219 (56.4%)	
Ja	31 (41.8%)	44 (58.7%)	1.10 (0.66-1.81)
<b>Gesundheitszustand<sup>g</sup></b>			
Ausgezeichnet/sehr gut ( <i>Ref.</i> )	54 (35.5%)	98 (64.5%)	
Gut	116 (49.2%)	120 (50.8%)	0.57 (0.38-0.87)*
Weniger gut/schlecht	54 (45.4%)	65 (54.6%)	0.66 (0.41-1.08)
<b>Lebenszufriedenheit<sup>h</sup>, M (SD)</b>	26.4 (5.9)	28.7 (6.3)	1.06 (1.03-1.09)**
<b>Problematischer Alkoholkonsum (Eintritt)<sup>i</sup></b>			
Nein ( <i>Ref.</i> )	28 (18.1%)	127 (81.9%)	
Ja	195 (55.6%)	265 (44.4%)	0.18 (0.11-0.28)**
<b>Alkoholkonsumziel<sup>j</sup></b>			
Möchte abstinent sein ( <i>Ref.</i> )	54 (24.8%)	164 (75.2%)	
Möchte mich nicht einschränken	3 (50.0%)	3 (50.0%)	0.33 (0.65-1.68)
Möchte nur bestimmte Menge trinken	139 (61.2%)	88 (38.8%)	0.21 (0.14-0.31)**
Habe mich (noch) nicht entschieden	24 (51.1%)	23 (48.9%)	0.32 (0.17-0.60)**
<b>Aufnahme</b>			
Neuaufnahme ( <i>Ref.</i> )	165 (43.5%)	214 (56.5%)	
Wiederaufnahme	62 (43.1%)	82 (56.9%)	1.02 (0.69-1.50)
<b>Zuweisung<sup>k</sup></b>			
Eigeninitiative( <i>Ref.</i> )	108 (54.5%)	90 (45.5%)	
PartnerIn, Familie, Bekannte	28 (40.0%)	42 (60.0%)	1.80 (1.03-3.13)*
Institution des Gesundheitswesens	57 (39.0%)	89 (61.0%)	1.87 (1.21-2.89)**
Sozialdienste	9 (42.9%)	12 (57.1%)	1.60 (0.65-3.97)
Justiz	15 (27.8%)	39 (72.2%)	3.12 (1.62-6.02)**
ArbeitgeberIn, LehrerIn	6 (34.8%)	15 (65.2%)	2.25 (0.91-5.55)
<b>Nachsorge nach Entzugsbehandlung<sup>l</sup></b>			
Nein ( <i>Ref.</i> )	190 (45.0%)	232 (55.0%)	
Ja	31 (34.4%)	59 (65.6%)	1.56 (0.97-2.51)

Anmerkungen: OR=Odds Ratio; 95%-KI=95%-Konfidenzintervall; Ref=Referenzkategorie; nicht bekannt, fehlend:

<sup>a</sup>n=9, <sup>b</sup>n=5, <sup>c</sup>n=99, <sup>d</sup>n=13, <sup>e</sup>n=56, <sup>f</sup>n=60, <sup>g</sup>n=16, <sup>h</sup>n=15, <sup>i</sup>n=17, <sup>j</sup>n=25, <sup>k</sup>n=11, <sup>l</sup>n=11.

**Table 6:** Finales multivariates Regressionsmodell zur Vorhersage eines nicht-problematischen Alkoholkonsums bei der Nachbefragung 6 Monate nach Austritt anhand von Eintrittsvariablen.

Variable und -Variablenkategorien	OR (95%-KI)
Alter in Jahren, <i>M (SD)</i>	1.02 (1.00-1.04)*
Lebenszufriedenheit, <i>M (SD)</i>	1.06 (1.02-1.10)**
<b>Problematischer Alkoholkonsum (Eintritt)<sup>i</sup></b>	
Nein ( <i>Ref.</i> )	
Ja	0.29 (0.17-0.50)**
<b>Zuweisung</b>	
Eigeninitiative( <i>Ref.</i> )	
PartnerIn, Familie, Bekannte	1.94 (1.00-3.74)*
Institution des Gesundheitswesens	1.47 (0.89-2.45)
Sozialdienste	2.48 (0.82-7.45)
Justiz	1.52 (0.70-3.26)
ArbeitgeberIn, LehrerIn	1.45 (0.51-4.16)
<b>Alkoholkonsumziel<sup>i</sup></b>	
Möchte abstinent sein ( <i>Ref.</i> )	
Möchte mich nicht einschränken	0.23 (0.04-1.35)
Möchte nur bestimmte Menge trinken	0.26 (0.16-0.41)**
Habe mich (noch) nicht entschieden	0.46 (0.23-0.94)*

Anmerkungen: OR=Odds Ratio; 95%-KI=95%-Konfidenzintervall; Ref=Referenzkategorie; Nagelkerke's  $R^2$ =.30; n=477.

### 6.8.2 Prädiktoren für nicht-problematischen Alkoholkonsum 12 Monate nach Austritt

Die Ergebnisse der univariaten Regressionsanalysen zur Vorhersage eines nicht-problematischen Alkoholkonsums 12 Monate nach Austritt sind in der Tabelle 7 dargestellt. Dabei zeigte sich ein Zusammenhang mit folgenden Eintrittscharakteristika: ältere KlientInnen, KlientInnen mit sehr gutem Gesundheitszustand, Klientinnen mit höherer Lebenszufriedenheit, KlientInnen ohne problematischen Alkoholkonsum, Klientinnen mit dem Alkoholkonsumziel „Abstinenz“, neu aufgenommene KlientInnen und Klientinnen mit Zuweisung durch Partner/Familie/Bekante, eine Institution des Gesundheitswesens, die Justiz oder Arbeitgeber/Lehrer hatten häufiger einen nicht-problematischen Alkoholkonsum. Dagegen zeigte bei KlientInnen mit höherer Bildung eher ein negativer Verlauf.

Die Ergebnisse des multivariaten Regressionsmodells zur Vorhersage eines nicht-problematischen Alkoholkonsums 12 Monate nach Austritt sind in der Tabelle 8 dargestellt. Diese zeigt die Eintrittsvariablen, die unabhängig voneinander einen positiven Verlauf vorhersagen. Ein solcher zeigte sich häufiger bei Klientinnen mit höherer Lebenszufriedenheit, KlientInnen ohne problematischen Alkoholkonsum, Klientinnen mit dem Alkoholkonsumziel „Abstinenz“ sowie bei neu aufgenommenen KlientInnen.

Weiter zeigte sich wiederum ein deutlicher Zusammenhang zwischen einem planmässigen Beratungsabschluss und einem nicht-problematischen Alkoholkonsum 12 Monate nach Austritt (Odds Ratio : 1.95, 95% Konfidenzintervall: 1.33-2.85,  $p < .01$ ). So hatten unter den KlientInnen mit einem planmässigen Beratungsabschluss 198 (64.5%) zum Zeitpunkt 12 Monate nach Austritt einen nicht-problematischen Alkoholkonsum wohingegen dies unter den KlientInnen ohne planmässigen Abschluss lediglich 82 (48.2%) waren.

**Table 7:** Eintritts-Charakteristika von KlientInnen ohne und mit problematischem Alkoholkonsum bei der Nachbefragung 12 Monate nach Austritt. Werte entsprechen Anzahl (%), sofern nicht anders angegeben.

Variable und -Variablenkategorien	Problematischer Alkoholkonsum 12 Monate nach Austritt (n=209)	Kein problematischer Alkoholkonsum 12 Monate nach Austritt (n=293)	OR (95%-KI)
<b>Geschlecht</b>			
Männlich (Ref.)	132 (41.0%)	190 (59.0%)	
Weiblich	77 (42.8%)	103 (57.2%)	0.93 (0.64-1.35)
<b>Alter in Jahren<sup>a</sup>, M (SD)</b>	44.8 (12.1)	48.4 (12.0)	1.02 (1.01-1.04)**
<b>Nationalität<sup>b</sup></b>			
Schweiz (Ref.)	192 (43.0%)	255 (57.0%)	
Andere Nationalität	16 (30.8%)	36 (69.2%)	1.69 (0.91-3.14)
<b>Höchste abgeschlossene Ausbildung<sup>c</sup></b>			
Keine oder obligatorische Bildung (Ref.)	25 (40.3%)	37 (59.7%)	
Berufslehre	91 (36.0%)	162 (64.0%)	1.20 (0.68-2.12)
Höhere Bildung	52 (59.1%)	36 (40.9%)	0.47 (0.24-0.91)*
<b>Lebensunterhalt<sup>d</sup></b>			
Erwerbseinkommen (Ref.)	118 (40.0%)	177 (60.0%)	
Ersparnisse, Rente	39 (49.4%)	40 (50.6%)	0.68 (0.42-1.13)
Sozialhilfe, Fürsorge, AV	29 (34.9%)	54 (65.1%)	1.24 (0.75-2.06)
Durch PartnerIn, Familienmitglieder,	17 (48.6%)	18 (51.4%)	0.71 (0.35-1.43)
<b>Partnerbeziehung<sup>e</sup></b>			
Keine oder zeitweilige Beziehung (Ref.)	86 (46.0%)	101 (54.0%)	
Feste Beziehung, getrennt lebend	19 (38.8%)	30 (61.2%)	1.34 (0.71-2.56)
Feste Beziehung, zusammen lebend	93 (39.7%)	141 (60.3%)	1.29 (0.88-1.91)
<b>Kinder im Haushalt<sup>f</sup></b>			
Nein (Ref.)	155 (41.9%)	215 (58.1%)	
Ja	32 (41.6%)	45 (58.4%)	1.01 (0.62-1.67)
<b>Gesundheitszustand<sup>g</sup></b>			
Ausgezeichnet/sehr gut (Ref.)	52 (34.2%)	100 (65.8%)	
Gut	105 (47.3%)	117 (52.7%)	0.58 (0.38-0.89)*
Weniger gut/schlecht	49 (43.8%)	63 (56.3%)	0.67 (0.41-1.10)



<b>Lebenszufriedenheit<sup>h</sup>, M (SD)</b>	26.8 (5.4)	29.2 (6.3)	1.07 (1.04-1.11)**
<b>Problematischer Alkoholkonsum (Eintritt)<sup>i</sup></b>			
Nein (Ref.)	26 (17.0%)	127 (83.0%)	
Ja	180 (53.9%)	154 (46.1%)	0.18 (0.11-0.28)**
<b>Alkoholkonsumziel<sup>j</sup></b>			
Möchte abstinent sein (Ref.)	51 (24.3%)	159 (75.7%)	
Möchte mich nicht einschränken	3 (42.9%)	4 (57.1%)	0.43 (0.09-1.98)
Möchte nur bestimmte Menge trinken	126 (57.8%)	92 (42.2%)	0.23 (0.16-0.35)**
Habe mich (noch) nicht entschieden	20 (47.6%)	22 (52.4%)	0.35 (0.18-0.70)**
<b>Aufnahme</b>			
Neuaufnahme (Ref.)	134 (37.7%)	221 (62.3%)	
Wiederaufnahme	75 (51.0%)	72 (49.0%)	0.58 (0.40-0.86)**
<b>Zuweisung<sup>k</sup></b>			
Eigeninitiative(Ref.)	101 (55.2%)	82 (44.8%)	
PartnerIn, Familie, Bekannte	22 (33.3%)	44 (66.7%)	2.46 (1.37-4.44)**
Institution des Gesundheitswesens	55 (37.2%)	93 (62.8%)	2.08 (1.34-3.24)**
Sozialdienste	9 (50.0%)	9 (50.0%)	1.23 (0.47-3.25)
Justiz	13 (23.2%)	43 (76.8%)	4.07 (2.05-8.09)**
ArbeitgeberIn, LehrerIn	6 (27.3%)	16 (72.7%)	3.29 (1.23-8.77)*
<b>Nachsorge nach Entzugsbehandlung<sup>l</sup></b>			
Nein (Ref.)	179 (43.1%)	236 (56.9%)	
Ja	25 (32.5%)	52 (67.5%)	1.58 (0.94-2.64)

Anmerkungen: OR=Odds Ratio; 95%-KI=95%-Konfidenzintervall; Ref=Referenzkategorie; nicht bekannt, fehlend:

<sup>a</sup>n=9, <sup>b</sup>n=3, <sup>c</sup>n=99, <sup>d</sup>n=10, <sup>e</sup>n=32, <sup>f</sup>n=55, <sup>g</sup>n=16, <sup>h</sup>n=16, <sup>i</sup>n=15, <sup>j</sup>n=25, <sup>k</sup>n=9, <sup>l</sup>n=10.

**Table 8:** Finales multivariates Regressionsmodell zur Vorhersage eines nicht-problematischen Alkoholkonsums bei der Nachbefragung 12 Monate nach Austritt anhand von Eintrittsvariablen.

Variable und -Variablenkategorien	OR (95%-KI)
<b>Lebenszufriedenheit, M (SD)</b>	1.06 (1.02-1.11)**
<b>Problematischer Alkoholkonsum (Eintritt)<sup>i</sup></b>	
Nein (Ref.)	
Ja	0.38 (0.21-0.67)**
<b>Höchste abgeschlossene Ausbildung<sup>c</sup></b>	
Keine oder obligatorische Bildung (Ref.)	
Berufslehre	1.18 (0.60-2.31)
Höhere Bildung	0.38 (0.17-0.83)*
<b>Alkoholkonsumziel<sup>j</sup></b>	
Möchte abstinent sein (Ref.)	
Möchte mich nicht einschränken	0.44 (0.04-4.74)
Möchte nur bestimmte Menge trinken	0.22 (0.13-0.37)**
Habe mich (noch) nicht entschieden	0.48 (0.21-1.07)
<b>Aufnahme</b>	
Neuaufnahme (Ref.)	
Wiederaufnahme	0.43 (0.25-0.74)**

Anmerkungen: OR=Odds Ratio; 95%-KI=95%-Konfidenzintervall; Ref=Referenzkategorie; Nagelkerke's  $R^2=.30$ ; n=376.

## 6.9 Prädiktoren für einen planmässigen Beratungsabschluss

Die Ergebnisse der univariaten Regressionsanalysen zur Vorhersage eines planmässigen Beratungsabschlusses sind in der Tabelle 9 dargestellt. Dabei zeigte sich ein Zusammenhang mit folgenden Eintrittscharakteristika: ältere KlientInnen, KlientInnen mit eigenem Erwerbseinkommen, KlientInnen mit fester Partnerbeziehung und zusammenlebend, KlientInnen mit sehr gutem Gesundheitszustand, Klientinnen mit höherer Lebenszufriedenheit, KlientInnen ohne problematischen Alkoholkonsum, neu aufgenommene KlientInnen, KlientInnen die nicht in Nachsorge nach einer Entzugsbehandlung sind und KlientInnen mit Zuweisung durch die Justiz hatten häufiger einen planmässigen Beratungsabschluss.

Die Ergebnisse des multivariaten Regressionsmodells zur Vorhersage eines planmässigen Beratungsabschlusses sind in der Tabelle 10 dargestellt. Diese zeigt die Eintrittsvariablen, die unabhängig voneinander einen planmässigen Beratungsabschluss vorhersagen. Ein solcher zeigte sich häufiger bei älteren KlientInnen bei KlientInnen mit eigenem Erwerbseinkommen sowie bei KlientInnen mit höherer Lebenszufriedenheit.

**Table 9:** Eintritts-Charakteristika von KlientInnen ohne und mit planmässigem Beratungsabschluss und Ergebnisse der univariaten logistischen Regressionsmodelle zur Vorhersage eines planmässigen Abschlusses. Werte entsprechen Anzahl (%), sofern nicht anders angegeben.

Variable und -Variablenkategorien	nicht planmässiger Abschluss (n=355)	planmässiger Abschluss (n=433)	OR (95%-KI)
<b>Geschlecht</b>			
Männlich (Ref.)	225 (43.4%)	293 (56.6%)	
Weiblich	130 (48.1%)	140 (51.9%)	0.83 (0.61-1.11)
<b>Alter in Jahren<sup>a</sup>, M (SD)</b>	43.6 (12.4)	46.5 (12.5)	1.02 (1.00-1.03)**
<b>Nationalität<sup>b</sup></b>			
Schweiz (Ref.)	304 (44.6%)	377 (55.4%)	
Andere Nationalität	48 (47.1%)	54 (52.9%)	0.91 (0.60-1.38)
<b>Höchste abgeschlossene Ausbildung<sup>c</sup></b>			
Keine oder obligatorische Bildung (Ref.)	47 (47.5%)	52 (52.5%)	
Berufslehre	188 (47.2%)	210 (52.8%)	1.01 (0.65-1.57)
Höhere Bildung	56 (41.2%)	80 (58.8%)	1.29 (0.77-2.18)
<b>Lebensunterhalt<sup>d</sup></b>			
Erwerbseinkommen (Ref.)	169 (38.9%)	265 (61.1%)	
Ersparnisse, Rente	62 (50.8%)	60 (49.2%)	0.62 (0.41-0.92)*
Sozialhilfe, Fürsorge, AV	93 (59.6%)	63 (40.4%)	0.43 (0.30-0.63)**
Durch PartnerIn, Familienmitglieder,	25 (41.0%)	36 (59.0%)	0.92 (0.53-1.59)
<b>Partnerbeziehung<sup>e</sup></b>			
Keine oder zeitweilige Beziehung (Ref.)	155 (50.8%)	150 (49.2%)	
Feste Beziehung, getrennt lebend	48 (52.2%)	44 (47.8%)	0.95 (0.59-1.51)
Feste Beziehung, zusammen lebend	130 (38.8%)	205 (61.2%)	1.63 (1.19-2.23)**
<b>Kinder im Haushalt<sup>f</sup></b>			
Nein (Ref.)	274 (45.8%)	324 (54.2%)	
Ja	46 (43.8%)	59 (56.2%)	1.09 (0.71-1.65)
<b>Gesundheitszustand<sup>g</sup></b>			
Ausgezeichnet/sehr gut (Ref.)	88 (35.9%)	157 (64.1%)	
Gut	170 (49.1%)	176 (50.9%)	0.58 (0.42-0.81)**
Weniger gut/schlecht	90 (52.0%)	83 (48.0%)	0.52 (0.35-0.77)**
<b>Lebenszufriedenheit<sup>h</sup>, M (SD)</b>	25.9 (6.0)	29.1 (5.9)	1.09 (1.07-1.12)**
<b>Problematischer Alkoholkonsum<sup>i</sup></b>			
Nein (Ref.)	93 (38.6%)	148 (61.4%)	
Ja	254 (48.9%)	265 (51.1%)	0.66 (0.48-0.90)**

<b>Alkoholkonsumziel<sup>i</sup></b>			
Möchte abstinenter sein (Ref.)	145 (45.5%)	174 (54.5%)	
Möchte mich nicht einschränken	2 (25.0%)	6 (75.0%)	2.50 (0.50-12.58)
Möchte nur bestimmte Menge trinken	157 (44.6%)	195 (55.4%)	1.04 (0.76-1.40)
Habe mich (noch) nicht entschieden	36 (54.5%)	30 (45.5%)	0.69 (0.41-1.18)
<b>Aufnahme</b>			
Neuaufnahme (Ref.)	240 (42.6%)	323 (57.4%)	
Wiederaufnahme	115 (51.1%)	110 (48.9%)	0.71 (0.52-0.97)*
<b>Zuweisung<sup>k</sup></b>			
Eigeninitiative(Ref.)	133 (46.7%)	152 (53.3%)	
PartnerIn, Familie, Bekannte	45 (50.0%)	45 (50.0%)	0.88 (0.55-1.41)
Institution des Gesundheitswesens	107 (46.5%)	123 (53.9%)	1.00 (0.71-1.43)
Sozialdienste	25 (64.1%)	14 (35.9%)	0.49 (0.25-0.98)*
Justiz	23 (25.6%)	67 (74.4%)	2.55 (1.50-4.32)**
ArbeitgeberIn, LehrerIn	9 (32.1%)	19 (67.9%)	1.85 (0.81-4.22)
<b>Nachsorge nach Entzugsbehandlung<sup>l</sup></b>			
Nein (Ref.)	281 (43.0%)	372 (57.0%)	
Ja	65 (53.7%)	56 (46.3%)	0.65 (0.44-0.96)*

Anmerkungen: von n=51 Personen lagen keine Angaben zum Beratungsabschluss vor, bei n=19 Personen erfolgte der Beratungsabschluss aufgrund eines Wohnortwechsels oder einem anderen Grund. Planmässiger Abschluss = planmässiger Abschluss mit oder ohne Übertritt in eine andere Institution; nicht planmässiger Abschluss = Hospitalisierung, Inhaftierung, Kontaktverlust, Abbruch durch KlientIn oder Institution, Tod; OR=Odds Ratio; 95%-KI=95%-Konfidenzintervall; Ref=Referenzkategorie; nicht bekannt, fehlend: <sup>a</sup>n=11, <sup>b</sup>n=4, <sup>c</sup>n=155, <sup>d</sup>n=15, <sup>e</sup>n=56, <sup>f</sup>n=85, <sup>g</sup>n=24, <sup>h</sup>n=22, <sup>i</sup>n=28, <sup>j</sup>n=43, <sup>k</sup>n=26, <sup>l</sup>n=14.

**Tabelle 10:** Finales multivariates Regressionsmodell zur Vorhersage eines planmässigen Beratungsabschlusses.

Variable und -Variablenkategorien	OR (95%-KI)
<b>Alter in Jahren, M (SD)</b>	1.02 (1.01-1.03)**
<b>Lebensunterhalt</b>	
Erwerbseinkommen (Ref.)	
Ersparnisse, Rente	0.48 (0.30-0.77)**
Sozialhilfe, Fürsorge, AV	0.61 (0.41-0.91)*
Durch PartnerIn, Familienmitglieder	1.10 (0.62-1.96)
<b>Lebenszufriedenheit, M (SD)</b>	1.08 (1.05-1.11)**

Anmerkungen: planmässiger Abschluss = planmässiger Abschluss mit oder ohne Übertritt in eine andere Institution; nicht planmässiger Abschluss = Hospitalisierung, Inhaftierung, Kontaktverlust, Abbruch durch KlientIn oder Institution, Tod; OR=Odds Ratio; 95%-KI=95%-Konfidenzintervall; Ref=Referenzkategorie; Nagelkerke's  $R^2=0.12$ ; n=742.

## 7. Diskussion

---

Die von vier schweizerischen Beratungsinstitutionen initiierte Studie, an die sich mit dem Blauen Kreuz, Kantonalverband Bern, mittlerweile eine weitere Institution angeschlossen hat, liefert erstmals aussagekräftige Resultate zum mittel- und längerfristigen Beratungserfolg ambulanter Alkoholberatung in der Schweiz. Der Stichprobenumfang von 858 KlientInnen und der Anteil der 6 und 12 Monate nach Austritt für eine Befragung Erreichten von ca. 60% unterstreicht die Aussagekraft der Resultate. So ist der Rücklauf deutlich höher als in ähnlichen Studien im deutschsprachigen Raum (Missel et al., 2010; Sieber et al., 2011). Insgesamt ist ein Vergleich der vorliegenden Studie mit bestehenden Untersuchungen aufgrund unterschiedlicher Charakteristika der KlientInnen, unterschiedlicher Behandlungsintensität und -ziele und unterschiedlicher Berechnungsarten der Erfolgsrate nur schwer möglich.

Die Ergebnisse in diesem Beitrag zeigen, dass die KlientInnen in ambulanter Alkoholberatung hinsichtlich des Alkoholkonsums bei Eintritt und hinsichtlich des Alkoholkonsumziels sehr heterogen sind; 44% der KlientInnen verfolgen das Ziel „Trinkmengenreduktion“, 41% verfolgen das Ziel „Abstinenz“. Auch hinsichtlich der durchgeführten Beratungssitzungen ist die in vorliegender Studie untersuchte Population nicht direkt vergleichbar mit der in ähnlichen Studien. So lag die mittlere Anzahl der Beratungssitzungen in der Studie des Fachverbandes Sucht bei 64 (Missel et al., 2010), in der Studie der Fachstelle für Alkoholprobleme Bezirk Bülach bei 43 (Sieber et al., 2011), in vorliegender Studie jedoch lediglich bei ca. 10 Einzelsitzungen und 1 Gruppensitzung. Berücksichtigt man die geringe Beratungsintensität, sind die erzielten Besserungsraten vergleichsweise hoch.

Verwendet man den mittels AUDIT-C erfassten nicht-problematischen Alkoholkonsum als Erfolgskriterium, zeigt sich sowohl 6 als auch 12 Monate nach Austritt bei ca. 40% der KlientInnen mit initial problematischem Alkoholkonsum eine Remission. Bei KlientInnen ohne problematischen Alkoholkonsum bei Eintritt, die sich teilweise in einer Nachsorgebehandlung nach stationärer oder einer vorhergehenden Entzugsbehandlung befinden, weisen 80% diesen Status auch noch 6 und 12 Monate nach Austritt auf.

Bei 64% der KlientInnen konnte beim Austritt eine Reduktion des Alkoholkonsums erzielt werden. Sechs und 12 Monate später waren dies noch 59% bzw. 62%. Auch beim Gesundheitszustand und der Lebenszufriedenheit zeigten sich überwiegend positive Entwicklungen. So berichten 6 und 12 Monate nach dem Austritt in etwa doppelt so viele KlientInnen hinsichtlich ihres Gesundheitszustandes positive (6 Monate: 39%; 12 Monate: 38%) als negative Veränderungen (6 Monate: 18%; 12 Monate: 21%). Die erzielten Ergebnisse hinsichtlich des Alkoholkonsums, des Gesundheitszustandes sowie der Zufriedenheit in den verschiedenen Lebensbereichen sind demnach relativ stabil über die beiden Nachbefragungszeitpunkte hinweg d.h. die ambulante Alkoholberatung scheint auch mittel- und längerfristig einen positiven Effekt zu erzielen. Diese Besserungen gehen, auf Grundlage der vorliegenden Daten, nicht mit einem höheren Konsum anderer Substanzen einher und resultieren in einer geringeren Inanspruchnahme von Behandlungsangeboten nach dem Austritt aus der Beratung als beim Eintritt.

Die Ergebnisse der Regressionsanalysen zur Vorhersage eines nicht-problematischen Alkoholkonsums bei den Nachbefragungen nach 6 und 12 Monaten ergaben, dass insbesondere ältere KlientInnen, KlientInnen mit höherer Lebenszufriedenheit, KlientInnen ohne initial problematischen Alkoholkonsum und Klientinnen mit dem Alkoholkonsumziel „Abstinenz“ auch längerfristig die erzielten Erfolge beibehalten können. Neben einem eigenen Erwerbseinkommen sind ein höheres Lebensalter und eine höhere Lebenszufriedenheit auch mit einem planmässigen Beratungsabschluss assoziiert, welcher wiederum ein guter Prädiktor für einen nicht-problematischen Alkoholkonsum bei den Nachbefragungen darstellt. Diese Ergebnisse zur differenziellen Wirksamkeit sind weitestgehend in Übereinstimmung mit anderen Studien zu den kurz- und mittelfristigen Erfolgsraten ambulanter Alkoholbehandlung (Bottlender & Soyka, 2005a, 2005b; Mundle et al., 2001). In einer deutschen Studie bei 81 Patientinnen mit ambulanter Entwöhnungsbehandlung waren Personen mit regulärem Abschluss der Therapie und Personen ohne vorherige Entgiftung oder Entwöhnung bei den Nacherhebungen häufiger abstinent (Mundle et al., 2001). In einer anderen deutschen Studie zur Wirksamkeit einer hochstrukturierten ambulanten Behandlung bei 103 Alkoholabhängigen waren ein höherer Grad der Alkoholabhängigkeit eine höhere Anzahl an Vorbehandlungen, ein stärkeres Alkoholverlangen sowie höhere Depressivität mit einem Rückfall verbunden (Bottlender & Soyka, 2005a). Prädiktoren für einen Rückfall nach 3 Jahren waren ein weibliches Geschlecht, ein Behandlungsabbruch und wenig positive Lebensereignisse vor der Behandlung (Bottlender & Soyka, 2005b).

Wie bereits erwähnt, sind diese meist intensiveren und strukturierteren Behandlungsansätze, die darauf zielen, Alkoholabstinenz zu erreichen, nicht direkt mit der in dieser Studie berichteten ambulanten Behandlung in der Schweiz vergleichbar. Dennoch scheinen unabhängig vom Behandlungsansatz und –ziel ein weniger stark problematischer Alkoholkonsum sowie eine höhere Lebenszufriedenheit bei Eintritt sowie ein regulärer Behandlungsabschluss entscheidend zu einem mittel- und längerfristig erfolgreichen Behandlungsverlauf beizutragen.

## **8. Schlussfolgerungen und Empfehlungen**

---

Die vorliegenden Ergebnisse sprechen für die mittel- und längerfristige Wirksamkeit ambulanter Beratung zur Förderung eines nicht-problematischen Alkoholkonsums sowie zur Verbesserung der Gesundheit und Lebenszufriedenheit. Dabei muss allerdings das naturalistische, nicht-kontrollierte Studiendesign berücksichtigt werden. Die Abnahme in der Inanspruchnahme von Behandlungsangeboten nach Beendigung einer ambulanten Alkoholberatung spricht auch dafür, dass ambulante Beratungen ein günstiges Kosten-Nutzen-Verhältnis aufweisen. Aspekte der Kosten-Effektivität könnten, neben der längerfristigen Effektivität über mehrere Jahre hinweg im Mittelpunkt künftiger Studien zur Wirksamkeit ambulanter Alkoholberatung stehen.

Für die Beratung der KlientInnen lässt sich aus den Ergebnissen ableiten, dass ein planmässiger Beratungsabschluss angestrebt und Kontaktverluste und –abbrüche möglichst vermieden werden sollten. Insbesondere bei jüngeren KlientInnen, bei KlientInnen ohne eigenes Er-

werbseinkommen und bei KlientInnen mit geringerer Lebenszufriedenheit sollte Wert auf den Aufbau einer stabilen Beziehung zwischen BeraterIn und KlientIn gelegt werden, wodurch Abbrüche möglicherweise vermieden werden können. Auch Massnahmen zur Reduktion nicht-planmässiger Beratungsabschlüsse, z.B. durch proaktive Telefonanrufe oder SMS-Reminder sowie zur Rückfallprophylaxe nach Beratungsaustritt, sind vielversprechend um die längerfristige Wirksamkeit ambulanter Alkoholberatungen weiter zu erhöhen (Haug, Lucht, John, Meyer & Schaub, 2015).

## 9. Literaturverzeichnis

---

- Astudillo, M., L., N. & Maffli, E. (2013). *Ambulante Suchthilfe - Ergebnisse der KlientInnenbefragung 2012*. Lausanne: Sucht Schweiz.
- Bottlender, M. & Soyka, M. (2005a). Efficacy of an intensive outpatient rehabilitation program in alcoholism: predictors of outcome 6 months after treatment. *European Addiction Research*, 11(3), 132-137.
- Bottlender, M. & Soyka, M. (2005b). Outpatient alcoholism treatment: predictors of outcome after 3 years. *Drug and Alcohol Dependence*, 80(1), 83-89.
- Bush, K., Kivlahan, D. R., McDonell, M. B., Fihn, S. D. & Bradley, K. A. (1998). The AUDIT alcohol consumption questions (AUDIT-C): an effective brief screening test for problem drinking. Ambulatory care quality improvement project (ACQUIP). Alcohol use disorders identification test. *Archives of Internal Medicine*, 158(16), 1789-1795.
- Haug, S., Lucht, M. J., John, U., Meyer, C. & Schaub, M. P. (2015). A Pilot Study on the Feasibility and Acceptability of a Text Message-Based Aftercare Treatment Programme Among Alcohol Outpatients. *Alcohol and Alcoholism*.
- Heinrich, G. & Herschbach, P. (2000a). Fragen zur Lebenszufriedenheit (FLZ). In U. Ravens-Sieberer & A. Cieza (Eds.), *Lebensqualität und Gesundheitsökonomie in der Medizin* (pp. 98-110). Landsberg: ecomed.
- Heinrich, G. & Herschbach, P. (2000b). Questions on Life Satisfaction (FLZM) – A Short Questionnaire for Assessing Subjective Quality of Life. *European Journal of Psychological Assessment*, 16(3), 150-159.
- Hosmer, D. W., Lemeshow, S. & Sturdivant, R. X. (2013). *Applied Logistic Regression. Third Edition*. New Jersey: Wiley.
- Klingemann, H. & Rosenberg, H. (2009). Acceptance and therapeutic practice of controlled drinking as an outcome goal by Swiss alcohol treatment programmes. *European Addiction Research*, 15(3), 121-127.
- Missel, P., Schneider, B., Funke, W., Janner-Schraml, A., Klein, T., Medenwaldt, J. et al. (2010). Effektivität der ambulanten Suchtrehabilitation - FVS-Katamnese des Entlassjahrgangs 2007 von Ambulanzen für Alkohol- und Medikamentenabhängige. *SuchtAktuell*, 17, 57-63.

- Mundle, G., Brugel, R., Urbaniak, H., Langle, G., Buchkremer, G. & Mann, K. (2001). Short- and medium-term outcome of outpatient treatment of alcohol dependent patients. A 6-, 18- and 36-month follow-up. *Fortschritte der Neurologie-Psychiatrie*, 69(8), 374-378.
- Royston, P. (2005). Multiple imputation of missing values: update of ICE. *The Stata Journal*, 5(4), 527-536.
- Rumpf, H. J., Meyer, C., Bischof, G., Freyer-Adam, J. & John, U. (2013). Sensitivität und Spezifität des Alcohol Use Disorders Identification Tests (AUDIT) bei DSM-V Alkoholgebrauchsstörungen. *Suchttherapie*, 14, S\_02\_01.
- Sieber, M., Rüttimann, R. & Schmid, R. (2011). Ambulanter Behandlungserfolg bei Personen mit Alkoholproblemen. *Abhängigkeiten*, 17, 24-36.
- Sieber, M., Rüttimann, R. & Schmid, R. (2011/2012). Behandlungserfolg nach 6 und 12 Monaten bei Personen mit Alkoholproblemen (ambulante Behandlung). *Abhängigkeiten*, 17/18, 30-53.

## **10. Bisherige Publikationen im Rahmen der Studie**

---

- Haug, S. (2014). Wirksamkeit ambulanter Behandlung bei Alkoholproblemen. *SuchtMagazin*, 40(5), 19-23.

## **11. Anhang**

---

### **11.1 KlientInnen-Fragebogen**

---



## Studie zur Wirksamkeit der ambulanten Alkoholbehandlung

---

Wir danken Ihnen, dass Sie sich einige Minuten Zeit nehmen, um die folgenden Fragen zu beantworten. Bitte kreuzen Sie Ihre Antwort im zutreffenden Feld an.

### 1. Wie würden Sie Ihren Gesundheitszustand derzeit im Allgemeinen beschreiben?

- ausgezeichnet
- sehr gut
- gut
- weniger gut
- schlecht

Bei der folgenden Frage geht es darum, wie zufrieden Sie mit einzelnen Aspekten Ihres Lebens sind.

Bitte **beantworten Sie alle Fragen**, auch diejenigen, die scheinbar nicht auf Sie zutreffen: Wenn Sie z.B. keine Partnerin oder keinen Partner haben, können Sie bei der Frage „Partnerschaft“ trotzdem angeben, wie zufrieden Sie mit der derzeitigen Situation (ohne Partner/-in) sind.

Lassen Sie sich nicht davon beeinflussen, ob Sie sich im Augenblick gut oder schlecht fühlen, sondern versuchen Sie, bei Ihrer Beurteilung **die letzten vier Wochen** zu berücksichtigen.

## 2. Wie zufrieden sind Sie mit...

	unzu- frieden	eher un- zufriede n	eher zufriede n	ziemlich zufriede n	sehr zufrieden
Freunden / Freundinnen / Bekannten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Freizeitgestaltung / Hobbies	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gesundheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einkommen / finanzielle Sicherheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beruf / Arbeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wohnsituation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Familienleben / Kinder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Partnerschaft / Sexualität	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 3. Welches ist Ihr aktuelles, persönliches Ziel bezüglich Ihres Alkoholkonsums?

- Ich möchte mich nicht einschränken
- Ich möchte nur eine bestimmte Menge Alkohol trinken
- Ich möchte abstinent sein
- Ich habe mich (noch) nicht entschieden

#### 4. Welche Substanzen haben Sie in den letzten 30 Tagen konsumiert?

keine

Mehrere Antworten möglich

Alkohol

Tabak

Schmerzmittel

Schlaf- und Beruhigungsmittel

Cannabis

Aufputzmittel (Amphetamine und andere Stimulantien)

Kokain

Heroin

Substitution (z.B. Methadon, Subutex)

andere Substanz(en), welche? \_\_\_\_\_

Bei den folgenden Fragen geht es um Ihren Alkoholkonsum. Bitte beachten Sie dafür die jeweiligen Flaschen- und Gläsergrößen und versuchen Sie, diese umzurechnen!

**1 alkoholisches Getränk entspricht**

	<i>oder</i>		<i>oder</i>		<i>oder</i>	
<b>1 kleine Flasche oder 1 kl. Glas Bier = 0,33l</b>		<b>1 kleines Glas Wein oder Sekt = 0,1l</b>		<b>1 Flasche Alkopops = 0,33l</b>		<b>1 Glas Spirituosen = 0,04l („doppelter Schnaps“)</b>

Beispiele: 1 grosses Glas Wein = 2 Getränke, 2 grosse Biere à 0,5l = 3 Getränke

#### 5. Wie oft nehmen Sie alkoholische Getränke zu sich?

nie

1 Mal pro Monat oder seltener

2 bis 4 Mal pro Monat

2 bis 3 Mal pro Woche

4 Mal oder häufiger pro Woche

6. **Wenn Sie alkoholische Getränke zu sich nehmen, wie viele trinken Sie dann üblicherweise an einem Tag?**

- 1 - 2
- 3 - 4
- 5 - 6
- 7 - 9
- 10 oder mehr

7. **Wie oft trinken Sie 6 oder mehr alkoholische Getränke bei einer Gelegenheit?**

- nie
- seltener als 1 Mal pro Monat
- 1 Mal pro Monat
- 1 Mal pro Woche
- täglich oder fast täglich

8. **Wie viele Tage waren Sie in den letzten 30 Tagen alkoholabstinent?**

Tage

9. **Welche Angebote oder Massnahmen haben Sie in den letzten 6 Monaten in Anspruch genommen?**

Keine

Mehrere Antworten möglich

- Ambulante Suchtbehandlung
- Stationäre Suchtbehandlung
- Psychotherapeutische/psychiatrische Behandlung
- Selbsthilfegruppe
- Antabus
- Campral
- Substitutionsbehandlung (z.B. Methadon, Buprenorphin)
- Medizinische Notfallhilfe
- Anderes: .....

**Hier haben Sie Gelegenheit, alles aufzuschreiben, was Sie uns sonst noch mitteilen möchten:**

Vielen Dank für Ihre Angaben!

---

*TN-ID:*

*Datum:* \_\_\_\_\_